Atención Hospitalaria, Cirugía, Anestesia y Reanimación

VIII LECCIONES EN SALUD HOSPITALARIA

ciencia sanitaria

SOCIFOSA
sociedad científica española de formación sanitaria



VIII Lecciones en Salud Hospitalaria



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

VIII Lecciones en Salud Hospitalaria

Fecha de publicación: 20 de febrero de 2020

1ª Edición

© Ciencia Sanitaria, 2020
© De los textos: Sus autores.

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su in- corporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titu- lares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

Todos los autores han asegurado a Ciencia Sanitaria cumplir con la Ley de Propiedad Intelectual y Derechos de Autor. El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias, reflejando las opiniones, investigaciones, textos, ilustraciones e iconografía propios de los autores y facilitados por ellos mismos bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo Ciencia Sa- nitaria ni SOCIFOSA ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra. El libro no sienta bases terapéuticas ni algoritmos diagnósticos que se deban de seguir en la practica clínica sin cotejar con el resto de la bibliografía científica existente.

ISBN: 978-84-18126-15-4
Al ser un libro electrónico digital, no requiere depósito legal.

Producción editorial e impresión: MAJFM S.L

Índice

1 **SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE CAUSADA POR EMERGENCIA HIPERTENSIVA EN PACIENTE SIN ENFERMEDAD SUBYACENTE.**
PAULA MARTÍNEZ GARCÍA, IRENE MADERUELO RIESCO Y DESIRÉE PÉREZ MARTÍNEZ 3

2 **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.**
DESIRÉE PÉREZ MARTÍNEZ, PAULA MARTÍNEZ GARCÍA Y IRENE MADERUELO RIESCO 9

3 **TROMBOSIS DE LA VENA RENAL DERECHA Y CAVA INFERIOR INTRAHEPÁTICA EN PACIENTE CON CARCINOMA RENAL METASTÁSICO**
IRENE MADERUELO RIESCO, DESIRÉE PÉREZ MARTÍNEZ Y PAULA MARTÍNEZ GARCÍA 11

4 **SÍNDROME DE WÜNDERLICH A CAUSA DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO CON HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR**
JOUD ZANABILI AL-SIBAI Y SANA SHEHADEH MAHMALAT 15

5 **MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE SOMETIDO A TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.**
JOUD ZANABILI AL-SIBAI Y SANA SHEHADEH MAHMALAT 21

6 **MUCOSITIS EN EL PACIENTE SOMETIDO A TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.**
JOUD ZANABILI AL-SIBAI Y SANA SHEHADEH MAHMALAT 31

7 **RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA CORPORAL EN HEPATOCARCINOMA.**
CAROLINA DE LA PINTA ALONSO 39

8 **INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN EL PERIODO INMEDIATO AL TRASPLANTE AUTÓLOGO EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.**
NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ, ELSA GONZÁLEZ REDONDO, NURIA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, LAURA LLORIAN GONZALEZ Y ALBERTO GONZALEZ VAZQUEZ 49

9 **MANEJO ANESTÉSICO DE LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA COMBINADA CON QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL DE ALTA TEMPERATURA PARA EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.**
NEREA GARCÍA GONZÁLEZ, NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ, JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON, BELÉN TOBERA NOVAL Y COVADONGA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ 53

10 **IMPLICACIONES ANESTÉSICAS DE LA METAHEMOGLOBINEMIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**
NEREA GARCÍA GONZÁLEZ, NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ, JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON, COVADONGA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ Y BELÉN TOBERA NOVAL 57

11 **DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS EN EL CONTROL DE LA VÍA AÉREA**
NEREA GARCÍA GONZÁLEZ, NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ, JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON, BELÉN TOBERA NOVAL Y COVADONGA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ 61

12 **HERNIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA VS TÉCNICA ABIERTA**
RICARDO ELORRIAGA CLARACO, ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ, JULIETA ALONSO SOTO, ZAIDA GARCÍA BURON Y ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO 67

13 **TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS LÚPICA.**
ANNA GALLARDO PÉREZ Y MIGUEL SERAS MOZAS 71

14 **USO ADECUADO Y MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.**
RICARDO ELORRIAGA CLARACO, ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ, JULIETA ALONSO SOTO, ZAIDA GARCÍA BURON Y ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO 77

15 **HERNIA DE GARENGEOT: DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA**
ANA MILENA MUÑOZ 81

16 **EFECTO DEL FACTOR DE CRECIMIENTO TGF-B SOBRE OSTEOBLASTOS (MG-63) EN CULTIVO EN MONOCAPA**
MIGUEL FERNANDO GARCIA GIL 87

17 **AISLAMIENTO: FINALIDAD Y NORMAS GENERALES.**
DAVID ALBARRÁN MILLÁN 91

18 **PREHABILITACIÓN NUTRICIONAL .**
GERMÁN MÍNGUEZ RUIZ 95

19 **QUISTE DE NUCK**
GERMÁN MÍNGUEZ RUIZ 107

20 **SÍNDROME DE SYWER-JAMES-MACLEOD (PULMÓN HIPERCLARO UNILATERAL)**
MARTA TIJERIN BUENO, ALEJANDRO DE LA PUENTE GREGORIO Y PAULA DIOS DIEZ 111

21 **CADENA EPIDEMIOLÓGICA EN LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y CONTROL**
ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ, ZAIDA GARCÍA BURON, ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO, JULIETA ALONSO SOTO Y RICARDO ELORRIAGA CLARACO 115

22 **FIEBRE PERSISTENTE EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICA Y POLIMEDICADA**
PAULA DIOS DIEZ Y MARTA TIJERIN BUENO 121

23 **HEPATITIS AUTOINMUNE DESENCADENADA POR NITROFURANTOÍNA.**
MARTA GOMEZ ALONSO, LAURA PULIDO FONTES, MARTA LUCÍA PULIDO FONTES Y MARTA RINCÓN FRANCÉS 125

24 **ABORDAJE DE POLIARTERITIS NODOSA DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO A PROPÓSITO DE UN CASO**
FRANCISCO JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ 129

25 **CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA EN SACROILEÍTIS POR ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**
PAULA DIOS DIEZ, MARTA TIJERIN BUENO Y ALEJANDRO DE LA PUENTE GREGORIO 133

26 **UNA LESIÓN ESOFÁGICA.**
PAULA DIOS DIEZ Y MARTA TIJERIN BUENO 139

27 **ENFERMEDAD RENOVASCULAR**
SARA BUSTO SUAREZ Y LUIS MARÍA BRAVO GONZÁLEZ-BLAS 143

28 **MANEJO DE LA HIPERTERMIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO**
EVA FULGUEIRAS GARCIA 149

29 **EVALUACIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO CON DOLOR**
MARTA VALDÉS GARCÍA 167

30 **PAUTAS DIETÉTICAS SENCILLAS AL INICIAR UN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS**
MARIA MERCEDES GARCÍA PEREZ 185

31 **CATÉTERES PERMANENTES EN HEMODIÁLISIS**
MARIA MERCEDES GARCÍA PEREZ 189

32 **MANEJO DE LA FLEBITIS EN CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS**
MARIA GRACIELA ARTIME GUTIÉRREZ, SARA PORRES FERNÁNDEZ, ELENA VIÑA MUÑIZ Y LOURDES CABELLO GUTIÉRREZ 193

33 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS(HUCA).
MARÍA FERNÁNDEZ SUÁREZ 197

34 CONTENCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA
DANIEL FERNANDEZ DOMINGUEZ Y ANDREA SOLAR SUAREZ 205

35 PARTICULARIDADES DEL ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL INFRARRENAL
CORAL FUEGO CARTÓN Y MANUEL CUENCA SAURA 209

36 AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN EL GÉNERO MASCULINO.
CINTIA LORENTE GARCÍA 213

37 TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LA INCONTINENCIA.
SHEILA ALVAREZ GONZALEZ 219

38 PROTOCOLO BACTERIEMIA ZERO
CRISTINA LOPEZ FERNANDEZ 225

39 CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO CON FOTOTERAPIA.
MARTA VALDÉS GARCÍA 229

40 ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA.
FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO 233

41 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS(HUCA).
MARÍA FERNÁNDEZ SUÁREZ 249

42 TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN.
DANIEL FERNANDEZ DOMINGUEZ Y ANDREA SOLAR SUAREZ 257

43 UTILIDAD DE LA VISITA PREQUIRÚRGICA EN LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO.
JESSICA GARCÍA FONSECA 261

44 **PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO: LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA-CHECK LIST.**
JESSICA GARCÍA FONSECA 267

45 **PROTOCOLO VIA RICA.**
CRISTINA LOPEZ FERNANDEZ 271

46 **LA IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA.**
CRISTINA LOPEZ FERNANDEZ 275

47 **ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS EN POSTOPERADOS**
IRENE LÓPEZ GONZÁLEZ Y JULIA IBÁÑEZ LÓPEZ 279

48 **ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL PACIENTE CON HEMATURIA.**
ADELA GILGADO DAVILA 285

49 **ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UN SHOCK ANAFILÁCTICO.**
ADELA GILGADO DAVILA 297

50 **EMBARAZO Y VIH/SIDA.**
BEATRIZ CARREÑO GONZALEZ Y PAULA SARCIADA BENITEZ 321

51 **FÁRMACOS UTILIZADOS EN ANESTESIA GENERAL: APENDICECTOMÍA**
JESSICA GARCÍA FONSECA 337

52 **PACIENTE SOMETIDO A ARTROSCOPIA DE HOMBRO.**
PATRICIA LOPEZ ALONSO 339

53 **SÍNDROME INTESTINAL & ISQUEMIA MESENTÉRICA**
MANUEL CUENCA SAURA Y CORAL FUEGO CARTÓN 343

54 **INGRESO INVOLUNTARIO Y CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.**
VANESSA LÓPEZ TELLO, MARÍA SOLEDAD LÓPEZ FERNÁNDEZ, EVA SANCHEZ FERNANDEZ, BEATRIZ ALBA GONZÁLEZ Y VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNÁNDEZ 349

55 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISFAGIA POST-ICTUS.
AINARA MARTINEZ ROMERO Y JUDIT CACHERO RODRIGUEZ 389

56 CUIDADOS ENFERMEROS DE LA CAVIDAD ORAL EN UN PACIENTE TERMINAL.
LORENA NÚÑEZ FERNÁNDEZ 395

57 CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PERSONAS MAYORES INTERVENIDAS DE FRACTURA DE CADERA.
LORENA NÚÑEZ FERNÁNDEZ 399

58 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO. HOSPITAL RÍO CARRIÓN, PALENCIA.
CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ, CATALINA ALVAREZ SANCHEZ Y ROBERTO PASTOR GONZÁLEZ 403

59 SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALARIO.
ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO Y YOLANDA GONZALEZ FERNANDEZ 407

60 LA COMPLEJIDAD DE LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.
YOLANDA GONZALEZ FERNANDEZ Y ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO 415

61 LA VARIABILIDAD SENSORIAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.
YOLANDA GONZALEZ FERNANDEZ Y ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO 419

62 CALIDAD DEL SUEÑO Y TRABAJO A TURNOS.
MARIA DEL PILAR FERNÁNDEZ FIGUEIRAS 425

63 MANEJO DE CITOSTÁTICOS EN EL AMBITO SANITARIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
CRISTINA GARCÍA SUÁREZ 427

64 CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LA MUJER MASTECTOMIZADA
AINARA MARTINEZ ROMERO Y JUDIT CACHERO RODRIGUEZ 441

65 **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL.**
ROBERTO DORREGO GONZALEZ Y CRISTINA PELAYO RUEDA 445

66 **TRASPLANTE HEPÁTICO: CUIDADOS AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**
FABIOLA MENÉNDEZ SERVIDE 457

67 **ESTRÉS Y PREMATURIDAD.**
LAURA CAMPOS RIOPEDRE, PATRICIA CAMPO GONZALEZ, CRISTINA LEMA GONZÁLEZ, AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN Y LAURA LAVANDEIRA CORCHO 461

68 **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS COLOSTOMÍAS**
MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SANCHEZ 485

69 **UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA FRENTE A ETAC**
IRENE DIAZ SOLDADO 487

70 **DOLOR PRECORDIAL A ESTUDIO.**
ALEJANDRA IGLESIAS PRIETO, JOSÉ MANUEL PELAEZ ÁLVAREZ, ANTONIO MARTINEZ SANCHO, JOSE ANTONIO ALONSO CASANI Y LARA LOMBRAÑA NORIEGA 495

71 **VÍAS DE ACCESO VASCULAR.**
FABIOLA MENÉNDEZ SERVIDE 499

72 **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL**
LAURA MONTES PÉREZ Y DAVID SUÁREZ CASTRO 505

73 **ATRESIA DE ESÓFAGO. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**
LUZ PARRON DURAN Y MARIA TERESA MILLAN LUCINDO 509

74 **MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO.**
MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ BOYERO, LUCÍA GARCÍA MARTÍNEZ, GRACIELA GRANDA CASTAÑO Y ALEJANDRO PELAZ GARCÍA 515

75 **MANEJO DEL INSOMNIO PERIOPERATORIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.**
MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ BOYERO, LUCÍA GARCÍA MARTÍNEZ, GRACIELA GRANDA CASTAÑO Y ALEJANDRO PELAZ GARCÍA **519**

76 **ASPECTOS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON INGRESOS HOSPITALARIOS DE LARGA DURACIÓN.**
MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ BOYERO, GRACIELA GRANDA CASTAÑO, LUCÍA GARCÍA MARTÍNEZ Y ALEJANDRO PELAZ GARCÍA **523**

77 **PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.**
SARA CONTRERAS RAMOS, BORJA RUIZ TAMAYO Y ANDREA NATAL FUERTES **527**

78 **EL USO DE LA ESCALA NORTON COMO HERRAMIENTA PREVENTIVA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN GERONTOLOGÍA Y COMPARATIVA CON EL CUARTO ESTUDIO NACIONAL DE PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
SANDRA GARCÍA MONGIL, RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ, OLAYA DEL RÍO MORENO, LETICIA GONZÁLEZ LÓPEZ Y PATRICIA RODIL MARTÍNEZ **533**

79 **ANÁLISIS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS EN EL HOSPITAL DE CABUEÑES DURANTE 2017 Y 2018 E IMPLICACIÓN ENFERMERA EN LA MEJORA.**
SANDRA GARCÍA MONGIL, MARTA GONZÁLEZ DÍEZ, RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ, OLAYA DEL RÍO MORENO Y PATRICIA RODIL MARTÍNEZ **547**

80 **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y LA SOBRECARGA EN EL CUIDADOR. HERRAMIENTAS ÚTILES PARA SU VALORACIÓN.**
SANDRA GARCÍA MONGIL, LETICIA GONZÁLEZ LÓPEZ, RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ, OLAYA DEL RÍO MORENO Y PATRICIA RODIL MARTÍNEZ **557**

81 **MANEJO DEL DUELO POR ENFERMERÍA.**
MARIA DEL PILAR FERNÁNDEZ FIGUEIRAS **567**

82 MANEJO Y VALORACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO.
TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ 569

83 ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UN SHOCK ANAFILÁCTICO.
TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ 577

84 A PROPÓSITO DE UN PARTO
JOSÉ MANUEL PELAEZ ÁLVAREZ, ALEJANDRA IGLESIAS PRIETO, ANTONIO MARTINEZ SANCHO, JOSE ANTONIO ALONSO CASANI Y LARA LOMBRAÑA NORIEGA 587

85 ANTICOAGULANTES ORALES Y SU INFLUENCIA EN LA DIETA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
CINTIA LORENTE GARCÍA 591

86 VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO PREOPERATORIO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
DAVID QUIRÓS NIETO Y ELENA NIETO VIYELLA 599

87 GRADO DE INFORMACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE QUE VA A SOMETERSE A TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
DAVID QUIRÓS NIETO Y ELENA NIETO VIYELLA 613

88 IMPORTANCIA MARCAJE ESTOMA.
MARIA DEL PILAR FERNÁNDEZ FIGUEIRAS 625

89 ESOFAGECTOMÍA. TÉCNICA DE IVOR LEWIS.
MARTA TÉLLEZ GONZÁLEZ, CRISTINA CUE BERNARDO, BEATRIZ FERNANDEZ MARIÑAS Y IRENE MERA PRIETO 627

90 DEGENERACIÓN DE LA MÁCULA ASOCIADA A LA EDAD. PRESENTE Y FUTURO.
JULIA ROSA MENÉNDEZ MENÉNDEZ, MARÍA VALDES ALVAREZ, SANDRA IGLESIAS RUISANCHEZ, INMACULADA CONCEPCION VILLA FERNÁNDEZ Y JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON 639

91 EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA VÍA AÉREA.
FABIOLA MENÉNDEZ SERVIDE 647

92 **ACTUACIÓN ANTE PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
LUCÍA MARIA MON PEYRACHE, SONIA MARTÍNEZ AMAGO Y AIDA RODRÍGUEZ RUBIO 653

93 **ACCIDENTE BIOLÓGICO**
LARA LOMBRAÑA NORIEGA, ALEJANDRA IGLESIAS PRIETO, ANTONIO MARTINEZ SANCHO, JOSE ANTONIO ALONSO CASANI Y JOSÉ MANUEL PELAEZ ÁLVAREZ 659

94 **MANEJO DE MEDICACIÓN EN PEDIATRÍA.**
MARTA VALDÉS GARCÍA 665

95 **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA ENFERMEDAD DE MOYAMOYA**
LLARA LAVILLA SOLÍS, CRISTINA ORDIALES VEGA, SHEILA PEREZ RODRÍGUEZ, JENNYFER CORBEIRA PRESNO Y DAVID RODRÍGUEZ ALONSO 669

96 **GANGRENA DE FOURNIER: TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.**
NOELIA CRESPO MÉNDEZ 673

97 **GAFAS DE ALTO FLUJO.**
JULIETA ALONSO SOTO, ZAIDA GARCÍA BURON, ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO, RICARDO ELORRIAGA CLARACO Y ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ 675

98 **CUIDADOS Y COMPLICACIONES DE PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO.**
ANDREA SOLAR SUAREZ Y DANIEL FERNANDEZ DOMINGUEZ 681

99 **SHOCK- HIPOVOLÉMICO EN PACIENTE POSTOPERADO.**
MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, PAULA GUTIERREZ RODRIGUEZ, REMEDIOS LASO AREA, LORETO GIL DIEZ Y LAURA SÁNCHEZ LASTRA 687

100 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTERNA EN HEMODIÁLISIS.**
AIDA RODRÍGUEZ RUBIO, SONIA MARTÍNEZ AMAGO Y LUCÍA MARIA MON PEYRACHE 689

101 LOS MEDIOS DE CONTRASTE EN LA SALA DE ESCÁNER.
MARIA PILAR MIGUEL GALÁN, LIDIA GUTIÉRREZ CASAR, VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ, ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ Y AITOR GARCÍA CASASOLA **699**

102 CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE DRENAJES VENTRICULARES EXTERNOS.
SILVIA VEGA VEGA, CRISTINA DEL ROCIO REYES SUAREZ, PATRICIA FERNANDEZ GONZALEZ, MARTA DÍAZ LÓPEZ Y BEATRIZ FERNÁNDEZ GARCÍA **709**

103 CUIDADO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS.
ALBA CANO GARCÍA **713**

104 ESTUDIO DE CASO: PACIENTE OPERADO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
ALBINA IGLESIAS NAREDO **721**

105 FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE PATIENT BLOOD MANAGEMENT. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN Y TRATAMIENTO DE PACIENTES.
LORENA VEIGA PASTOR **733**

106 TALLER COMPRA DE FRUTA EN UN DISPOSITIVO HOSPITALARIO PSIQUIÁTRICO.
AITOR MENDEZ ALVAREZ Y MARÍA VICTORIA DEL RÍO SANCHEZ **739**

107 CUIDADOS DE LA SONDA Y EL ESTOMA EN LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA.
ZAIDA GARCÍA BURON, ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO, RICARDO ELORRIAGA CLARACO, ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ Y JULIETA ALONSO SOTO **743**

108 ACCESOS VASCULARES EN HEMODIÁLISIS. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
NATALIA LÓPEZ PÉREZ Y NAZARET SUÁREZ BOTO **749**

109 ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE SONDAJE VESICAL PARA ENFERMERÍA
PATRICIA FERNANDEZ GONZALEZ, SILVIA VEGA VEGA, BEATRIZ FERNÁNDEZ GARCÍA, CRISTINA DEL ROCIO REYES SUAREZ Y MARTA DÍAZ LÓPEZ **753**

110 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GERIÁTRICO
NAGORE SOLADANA GÓMEZ, LORENA VALLEDOR CASTAÑO, DIANA GONZÁLEZ ARANGO Y LAURA MALLADA LLANO **757**

111 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.
ROCIO ALVAREZ MENÉNDEZ, PILAR FERNANDEZ FERNANDEZ, GRACIELA ALVAREZ PARDEIRO Y JOANA GARCIA SOLARES **771**

112 IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN UNIVERSAL CUANDO HAY QUE LLEVAR A CABO AISLAMIENTO RESPIRATORIO O POR GOTAS Y AISLAMIENTO AÉREO O POR GOTITAS A NIVEL HOSPITALARIO.
MARÍA ISABEL PINTO MORALES Y JUDITH ALMUDENA GUERRERO BENITO **781**

113 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR RELACIONADO CON PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN EL NEONATO.
NAZARET SUÁREZ BOTO Y NATALIA LÓPEZ PÉREZ **791**

114 DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CUIDADOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES ADULTOS CON GRIPE A INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
JUDITH ALMUDENA GUERRERO BENITO Y MARÍA ISABEL PINTO MORALES **793**

115 MONITORIZACIÓN PICCO, VALORES ÓPTIMOS E INTERPRETACIÓN DE LOS PARÁMETROS.
JUDITH ALMUDENA GUERRERO BENITO Y MARÍA ISABEL PINTO MORALES **805**

116 REVISIÓN DE LA NECESIDAD DE HEMATÍES IRRADIADOS PARA TRANSFUSIONES EN MENORES DE 4 MESES.
LORENA VEIGA PASTOR 813

117 RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTQUIRÚRGICA.
TAMARA IGLESIAS CAMUÑA Y LUCÍA FERNÁNDEZ RON 817

118 CASO CLÍNICO DIVERTÍCULO VESICAL .
EVELYN FERNÁNDEZ SUÁREZ, MARIA DE LA SIERRA ZURRON AREVALO, MONICA QUIROS MARTINEZ, LIDIA MARTINEZ DIAZ Y LORENA FERNÁNDEZ AGUILERA 819

119 HERNIA INGUINAL DERECHA
TAMARA IGLESIAS CAMUÑA Y LUCÍA FERNÁNDEZ RON 823

120 ESCALAS Y CUESTIONARIOS PARA VALORAR EL DOLOR.
HELENA DIAZ LOSAS, NATALIA RODRIGUEZ ALVAREZ, TSIU YEN CHAN DIEZ, AIDA FANJUL ARGÜELLES Y JOSE IVAN LOPEZ MARTINEZ 825

121 VENTILACIÓN MECÁNICA PROTECTORA DEL PULMÓN.
PAULA BANGO VEGA 831

122 PLAN DE CUIDADOS EN UN PACIENTE GERIÁTRICO.
PAULA BANGO VEGA 839

123 USO DEL TUBO DE DERIVACIÓN SALIVAL DE MONTGOMERY EN LAS FÍSTULAS FARINGOCUTÁNEAS.
PAULA BANGO VEGA 853

124 FLEBITIS DESARROLLADA POR LA PRESENCIA DE UN CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO.
YAIZA PEREZ GUTIERREZ 859

125 MANEJO DE CITOSTÁTICOS.
PILAR HERRERO MENENDEZ 863

126 SEGURIDAD EN EL USO DEL CEMENTO ÓSEO EN QUIRÓFANO.
MARÍA VICTORIA DEL RÍO SANCHEZ Y AITOR MENDEZ ALVAREZ 865

127 MONITORIZACIÓN PICCO EN EL PACIENTE CRÍTICO.
TAMARA GIL BLANCO, SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS Y CLARA CASAS PATIÑO **873**

128 CARACTERÍSTICAS DE EL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
LAURA GARCIA FERNANDEZ, ANDREA CASADO TRAPIELLA, ANA ISABEL GONZÁLEZ ÁLVAREZ Y LAURA TRABADA MARTÍN **879**

129 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: PREVENCIÓN BACTERIEMIA EN RELACIÓN CON CATÉTER VENOSO CENTRAL.
CAROLINA RUBIO GONZÁLEZ, MARCOS GONZÁLEZ LÓPEZ Y ANA BELLA VAQUERO ABOLI **883**

130 EDUCACION SANITARIA A PACIENTES PORTADORES DE SNG
BEATRIZ FERNÁNDEZ GARCÍA, SILVIA VEGA VEGA, PATRICIA FERNANDEZ GONZALEZ, CRISTINA DEL ROCIO REYES SUAREZ Y MARTA DÍAZ LÓPEZ **889**

131 DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO TARDÍO
PATRICIA LOPEZ ALONSO **893**

132 INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN PROCESO HOSPITALARIO AGUDO.
LILIANA GONZÁLEZ GONZÁLEZ, MARÍA DEL MAR CONDE GARCÍA, TANIA GARCIA SARIEGO Y PATRICIA GARCIA GONZÁLEZ **895**

133 PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN DE LOS TUBOS DE ANALÍTICAS CON ANTICOAGULANTES.
LUCÍA FERNÁNDEZ RON Y TAMARA IGLESIAS CAMUÑA **909**

134 EL DIAGNÓSTICO DE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKISON
NATALIA MÉNDEZ DÍAZ-VILLABELLA, SUSANA SUAREZ PEREZ, Mª COVADONGA BLANCO RIOPEDRE, GRACIELA CAMPUZANO RODRÍGUEZ Y GEMA LÓPEZ FERNANDEZ **913**

135 ANTICOAGULANTES ORALES DURANTE LA GESTACIÓN
LUZ GÓMEZ ALMANSA Y INMACULADA GONZÁLEZ MARCOS **919**

136 **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.**
LARA GARCIA SANCHEZ **923**

137 **PROYECTO FLEBITIS ZERO**
LORETO GIL DIEZ, ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, LAURA SÁNCHEZ LASTRA Y REMEDIOS LASO AREA **931**

138 **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS HISTEROSCOPIAS DIAGNÓSTICAS Y QUIRÚRGICAS.**
LARA DÍAZ GONZÁLEZ Y PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ **935**

139 **PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ENFERMERO EN EL TEST DE EQUILIBRIO PERITONEAL .**
CRISTINA PELAYO RUEDA Y ROBERTO DORREGO GONZALEZ **949**

140 **ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL SÍNDROME DE BRUGADA: UNA ARRITMIA DEL SIGLO XX**
CARLA DÍAZ GONZÁLEZ, PAULA BEGEGA SUÁREZ, JENIFER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ROCÍO BAIZÁN FERNÁNDEZ Y PATRICIA FIDALGO ARDURA **957**

141 **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ALERGIA AL LÁTEX EN EL ÁREA QUIRÚRGICA**
CRISTINA PELAYO RUEDA Y ROBERTO DORREGO GONZALEZ **975**

142 **IMPLANTES AUDITIVOS: OTRA ESPERANZA EN HIPOACUSIAS**
MARTA DÍAZ LÓPEZ, CRISTINA DEL ROCIO REYES SUAREZ, SILVIA VEGA VEGA, PATRICIA FERNANDEZ GONZALEZ Y BEATRIZ FERNÁNDEZ GARCÍA **981**

143 **AGENTES ESTRESORES EN LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL.: PAPEL DE ENFERMERÍA.**
MARTA TÉLLEZ GONZÁLEZ, BEATRIZ FERNANDEZ MARIÑAS, CRISTINA CUE BERNARDO Y IRENE MERA PRIETO **985**

144 **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON PATOLOGÍA DIGESTIVA.**
ROBERTO DORREGO GONZALEZ Y CRISTINA PELAYO RUEDA **995**

145 CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.
TERESA MARÍA IGLESIAS OLIVEROS **1001**

146 EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EXPERTA EN TABACO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
CRISTINA DEL ROCIO REYES SUAREZ, BEATRIZ FERNÁNDEZ GARCÍA, MARTA DÍAZ LÓPEZ, PATRICIA FERNANDEZ GONZALEZ Y SILVIA VEGA VEGA **1011**

147 REVISIÓN SOBRE LA INTOXICACIÓN CON LITIO.
ARÁNZAZU FERNÁNDEZ GUERRA **1015**

148 INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA EN PACIENTE CON MULTI PATOLOGÍA.
MARÍA PÉREZ RODRÍGUEZ Y ADRIANA SUÁREZ MESA **1025**

149 GESTACIÓN HETEROTÓPICA; A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.
LUCIA PIQUERO CASADO, ROCÍO GONZÁLEZ CASTRO, MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ Y ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ **1035**

150 PANCREATITIS AGUDA
LORENA VALLEDOR CASTAÑO, NAGORE SOLADANA GÓMEZ, LAURA MALLADA LLANO Y DIANA GONZÁLEZ ARANGO **1039**

151 ACTUALIZACIÓN DEL MANEJO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL, EN LOS DIFERENTES TIPOS DE AISLAMIENTOS
RAQUEL COSTALES TUERO, BEGOÑA PANIAGUA GARCIA Y ANA COSTALES TUERO **1043**

152 MODO DE ACTUACIÓN TRAS CATETERISMO CARDÍACO.
ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN Y IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ **1049**

153 PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA RELACIONADA CON LA VENTILACIÓN MECÁNICA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ, PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, ANA MARÍA FERNÁNDEZ RIESGO, VANESA LLANOS GARCIA Y LORENA BOBES FERNÁNDEZ 1053

154 ICTERICIA NEONATAL, ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA
LAURA GARCIA PRADO Y BEATRIZ GARCIA PRADO 1063

155 ENDOMETRIOSIS E INFERTILIDAD
ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL Y ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ 1069

156 IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL EN EL PACIENTE INTUBADO COMO PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
LAURA FERNANDEZ PEREZ Y JUAN OTERO PANIZO 1073

157 LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO.
ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ Y ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL 1087

158 ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DE SONDA.
ANDREA SOLAR SUAREZ Y DANIEL FERNANDEZ DOMINGUEZ 1095

159 TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA PATOLOGÍA ONCOLÓGICA
NOELIA CRESPO MÉNDEZ Y MÓNICA MÉNDEZ IBIAS 1101

160 SARCOMA DE KAPOSI ¿QUÉ ES?
NOELIA CRESPO MÉNDEZ Y MÓNICA MÉNDEZ IBIAS 1105

161 ¿QUE ES LA TECNICA MOLNDAL?
NOELIA CRESPO MÉNDEZ Y MÓNICA MÉNDEZ IBIAS 1109

162 OBESIDAD INFANTIL: TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.
NOELIA CRESPO MÉNDEZ Y MÓNICA MÉNDEZ IBIAS 1111

163 VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
JORDANIA YELUL RAMOS, ADRIANA TOMA Y SILVIA ALONSO FERNÁNDEZ 1115

164 MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTQUIRÚRGICA
LUCÍA FERNÁNDEZ RON Y TAMARA IGLESIAS CAMUÑA 1119

165 TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS
LUCÍA FERNÁNDEZ RON Y TAMARA IGLESIAS CAMUÑA 1123

166 CUIDADOS Y COMPLICACIONES DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO
ELIA ESTRADA FERNÁNDEZ 1125

167 PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.
NEREA ROZA BARJOLLO 1129

168 REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA DE LOS OPIOIDES Y OPIÁCEOS EN EL TRAUMATISMO CRANEONCEFÁLICO GRAVE
LUIS CAMBRONERO LÓPEZ, CARIDAD VALERA MARTINEZ Y LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ 1135

169 PACIENTES SOMETIDOS A HIPEC (QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA)
MARIA LEONOR TORREALBA ROBLES, CRISTINA TORREALBA ROBLES, ESTEFANIA MARTINEZ LOPEZ, CRISTINA ALONSO BELOSO Y ADRIANA RODRÍGUEZ PAREDES 1141

170 CASO CLÍNICO SOBRE BRONQUIOLITIS
LORENA FERNÁNDEZ AGUILERA, LIDIA MARTINEZ DIAZ, EVELYN FERNÁNDEZ SUÁREZ, MONICA QUIROS MARTINEZ Y MARIA DE LA SIERRA ZURRON AREVALO 1145

171 RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO.
TAMARA IGLESIAS CAMUÑA Y LUCÍA FERNÁNDEZ RON 1149

172 CUIDADOS DE UNA VÍA CENTRAL SIGUIENDO PROTOCOLO:BACTERIEMIA ZERO:DIFERENCIAS ENTRE ADULTOS Y NIÑOS
DIANA DÍAZ SUÁREZ, MÒNICA DÍAZ SUÁREZ, ESTEFANIA SALMERON SUAREZ Y JOSE LUIS SALMERON SUAREZ 1153

173 TIPOS DE ACCESOS VENOSOS CANALIZADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
AIDA VALLINA RIESTRA Y YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ **1159**

174 ENVEJECIMIENTO OCULAR
MARTA NAVARRO CILLERO, MARTA GUILLÉN FERNÁNDEZ, MARÍA ÁNGELES PÉREZ GUERRA Y MIRIAM MIRAMON PLANILLO **1161**

175 PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ, AITOR GARCÍA CASASOLA, NEREA ROZA BARJOLLO, MARIA PILAR MIGUEL GALÁN Y LIDIA GUTIÉRREZ CASAR **1165**

176 ABORDAJE Y CUIDADOS DE PACIENTE CON CÓDIGO ICTUS.
LAURA DEL COZ SANTOS, VERONICA FERNANDEZ ALVAREZ, MARÍA EMILIA PIÑEIRO GUTIÉRREZ, MARIA CARIDAD PINILLA DAPENA Y TANIA SUAREZ GONZALEZ **1173**

177 AJUSTES ANESTÉSICOS NECESARIOS EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA, PEDIÁTRICA Y OBSTÉTRICA
BEATRIZ FIDALGO ARDURA, SUSANA ÁLVAREZ LÓPEZ, MARÍA FERNÁNDEZ IGLESIAS, IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ Y SOFIA ÁLVAREZ DÍAZ **1177**

178 EL LAVADO DE MANOS REDUCE LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES EN LA ASISTENCIA SANITARIA
MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ, IRENE MARÍA VILLAVERDE FONSECA, DIANA TUÑÓN PASTOR Y ISABEL BERTAULT BENEDICTO **1183**

179 HIGIENE DE MANOS: UN SALVAVIDAS SENCILLO Y EFECTIVO
BEGOÑA PANIAGUA GARCIA, ANA COSTALES TUERO Y RAQUEL COSTALES TUERO **1187**

180 CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL ATRAPADO EN LAS TROMPAS DE FALOPIO.
SAMUEL BERROUET DOMINGUEZ, DANIEL FERNÁNDEZ PÉREZ, ALFONSO PUENTE ALONSO, DIEGO GARCÍA BLANCO Y ADRIAN DE LA TORRE **1195**

181 CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
YAIZA PEREZ GUTIERREZ 1203

182 PROTOCOLO DE DECANULACIÓN.
OSCAR ALVAREZ CARREÑO 1207

183 FLEBITIS
LUCÍA CAO FERNÁNDEZ 1219

184 IMPORTANCIA DE LA BUENA IMPLANTACIÓN Y CUIDADO POSTERIOR DEL CATÉTER EN DIÁLISIS PERITONEAL
CARIDAD VALERA MARTINEZ, LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ Y LUIS CAMBRONERO LÓPEZ 1223

185 MUCOSITIS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: DESCRIPCIÓN, PREVENCIÓN Y CUIDADOS.
ROSALIA FERNANDEZ BOBELA, MARIA DEL MAR PULGAR ALVAREZ, MARÍA CONSUELO GARCÍA GONZÁLEZ, AMALIA MARTINEZ ESPINOSA Y ANA ROSA BARAGAÑO GARRIDO 1231

186 ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO HOSPITALARIO
MARIA LUZ ALONSO GARCIA 1237

187 CUIDADOS DEL DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS
LAURA SUÁREZ ARBESÚ, VERÓNICA GRACIELA MORAN ECHEVERRIA, MARTA SANCHEZ UGARTE Y ALICIA PAREDES ANTONIO 1241

188 CUIDADOS AL PACIENTE OSTOMIZADO.
ALICIA PAREDES ANTONIO, MARTA SANCHEZ UGARTE, VERÓNICA GRACIELA MORAN ECHEVERRIA Y LAURA SUÁREZ ARBESÚ 1247

189 PROGRAMA DE AYUDA PARA PADRES DE NIÑOS PREMATUROS
LUCIA MARTÍNEZ PÉREZ 1253

190 PREVENCIÓN DE PERITONITIS EN PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL
LUCIA MARTÍNEZ PÉREZ 1259

191 CUIDADOS AL PACIENTE ILEOSTOMIZADO CON DERMATITIS IRRITATIVA
MARÍA EMILIA PIÑEIRO GUTIÉRREZ, MARIA CARIDAD PINILLA DAPENA, TANIA SUAREZ GONZALEZ, VERONICA FERNANDEZ ALVAREZ Y LAURA DEL COZ SANTOS **1269**

192 EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO
ROCÍO BAIZÁN FERNÁNDEZ, PATRICIA FIDALGO ARDURA, CARLA DÍAZ GONZÁLEZ, PAULA BEGEGA SUÁREZ Y JENIFER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ **1273**

193 BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL CON MULTICATÉTERES PLÁSTICOS POSTOPERATORIA EN CÁNCER DE MAMA.
MARIA ANDUEZA IRIARTE, CELESTE CENOZ IMAZ Y SARA MAALI CENTENO **1281**

194 LAVADO DE MANOS. UN BASICO PARA EVITAR LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL
LUCÍA CAO FERNÁNDEZ **1297**

195 INSERCIÓN DE CATETER PICC POR ENFERMERÍA Y SU VERIFICACIÓN CON IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN, IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ Y TANIA GONZÁLEZ ORTIZ **1303**

196 TERAPIAS ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA EPIDURAL PARA EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO.
BORJA RUIZ TAMAYO, ANDREA NATAL FUERTES Y SARA CONTRERAS RAMOS **1307**

197 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA EN EL "HOSPITAL RIO CARRION"
BORJA RUIZ TAMAYO, ANDREA NATAL FUERTES Y SARA CONTRERAS RAMOS **1309**

198 VENDAJES MULTICAPA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS VENOSAS: ¿CUÁL ELEGIR?
LAURA FEITO PRIETO Y IRENE MARTÍNEZ ARDINES **1317**

199 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE POSTOPERATORIO
ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ, ANA GÓMEZ RODRÍGUEZ, ANA BLANCO PELAEZ, NIEVES OLGA RAMOS FERNANDEZ Y VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ 1323

200 CONOCIMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA BRAQUIERAPIA PROSTÁTICA.
PAOLA MORÁN CABAL 1331

201 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE OSTOMIZADO.
TAMARA RUIZ GARCÍA, MÓNICA VIELLA FERNÁNDEZ, ALBERTO RUEDA RUIZ, ANA BELEN CALVO DIAZ Y MARIO JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ 1339

202 PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES COMO FLEBITIS EN LOS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS
VERONICA FERNANDEZ ALVAREZ, LAURA DEL COZ SANTOS, MARIA CARIDAD PINILLA DAPENA, TANIA SUAREZ GONZALEZ Y MARÍA EMILIA PIÑEIRO GUTIÉRREZ 1343

203 INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTE GERIÁTRICO.
DIANA GONZÁLEZ ARANGO, LAURA MALLADA LLANO, NAGORE SOLADANA GÓMEZ Y LORENA VALLEDOR CASTAÑO 1347

204 LA IMPORTANCIA DE LOS OJOS.
AIDA SÁNCHEZ MÉNDEZ 1351

205 CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.
JUAN MANUEL ARECHAGA RODRÍGUEZ 1355

206 ROL ENFERMERO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SOMETIDO A UNA AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR.
ALEJANDRA GARCIA IZQUIERDO, OLAYA TRIVIN TUERO, ALBA GARCÍA RUIZ, LUCIA FERNANDEZ MENENDEZ Y ILUMINADA PRIETO SANTOVEÑA 1359

207 MANEJO DEL DOLOR EN EL NEONATO. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.
ZAIRA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 1363

208 IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN TEMPRANA EN EL ICTUS
SILVANA ALVAREZ TRABANCO, MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO, SILVIA VEGA LAVANDERA, ROCÍO GONZÁLEZ CASTRO Y LAURA GONZÁLEZ GONZÁLEZ **1367**

209 ÚLCERAS POR PRESIÓN: IMPORTANCIA DE SU PREVENCIÓN.
CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, MARTA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ Y ALICIA MARTÍNEZ FERNANDEZ **1371**

210 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS FIBRINOLISIS EN ICTUS ISQUEMICO
SILVANA ALVAREZ TRABANCO, SILVIA VEGA LAVANDERA, MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO, ASTRID SUAREZ MARTINEZ Y SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA **1377**

211 ENDOCARDITIS INFECCIOSA
M TERESA GAMUNDI OTERO **1379**

212 HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.
PATRICIA PÉREZ GARCÍA, ELIZABETH CASTRILLÓN CHAMADOIRA, CRISTINA MÉNDEZ-TRELLES FERNÁNDEZ Y ELENA CORTINA LOPEZ-BERGES **1383**

213 MARIHUANA RELACIONADA CON EL DEBUT EN LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS
ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y MARÍA RODRÍGUEZ LECHA **1393**

214 PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA DE OROFARINGE PORTADOR DE GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA
LORETO GIL DIEZ, PAULA GUTIERREZ RODRIGUEZ, REMEDIOS LASO AREA, ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ Y MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ **1397**

215 EL SECRETO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
MARÍA RODRÍGUEZ LECHA Y ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ **1399**

216 IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN EN EL TRATAMIENTO TRAS EL ICTUS
MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ, JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO Y SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ **1403**

217 HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA
MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ, JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO Y SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ **1405**

218 ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TABAQUISMO
MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ, JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO Y SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ **1407**

219 DIABETES INFANTIL. CONCEPTOS Y TRATAMIENTO.
PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ, LORENA BOBES FERNÁNDEZ, VANESA LLANOS GARCIA Y ANA MARÍA FERNÁNDEZ RIESGO **1409**

220 DISFAGIA EN EL PACIENTE CON ICTUS
MARÍA RODRÍGUEZ LECHA Y ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ **1419**

221 CUIDADOS DE ENFERMERIA POST MORTEM
SARA MÉNDEZ GARCÍA, EVA GONZALEZ LOPEZ, MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN, LUCÍA LÓPEZ SAMA Y ROSANA FERNANDEZ PEREZ **1421**

222 MANEJO DE LA VÍA AÉREA. DETECCIÓN DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL
LUCIA FERNANDEZ MENENDEZ, ILUMINADA PRIETO SANTOVEÑA, MARIA DE LA PAZ DELGADO ALVAREZ, ALEJANDRA GARCIA IZQUIERDO Y OLAYA TRIVIN TUERO **1423**

223 EL PACIENTE CRITICO EN LA UCI: SABER COMUNICARSE CON ÉL Y SU FAMILIA.
ANA BELEN CALVO DIAZ, MÓNICA VIELLA FERNÁNDEZ, ALBERTO RUEDA RUIZ, TAMARA RUIZ GARCÍA Y MARIO JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ **1431**

224 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON MUERTE ENCEFÁLICA CANDIDATO A DONANTE DE ÓRGANOS.**
SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA, VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ, GEORGINA AYALGA ARGÜELLES BOUSOÑO, LETICIA CUELI ARENAS Y LAURA CUETO GARCÍA **1435**

225 **ÚLCERAS POR PRESIÓN PROLONGADA, PAPEL DE ENFERMERÍA.**
MARÍA JESUS LOPEZ BUSTELO, LUCÍA SÁNCHEZ GONZÁLEZ Y MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FERNÁNDEZ **1451**

226 **HÁBITO INTESTINAL. ACTUACIONES DE ENFERMERÍA.**
ADRIANA FERNÁNDEZ LÓPEZ **1457**

227 **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO**
NIEVES OLGA RAMOS FERNANDEZ, ANA BLANCO PELAEZ, VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ, ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ Y NATIVIDAD RODRIGUEZ MARQUES **1473**

228 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON SONDA VESICAL PERMANENTE**
SHEILA FERNÁNDEZ CÁRCABA Y CRISTINA MARTINEZ GUTIERREZ **1481**

229 **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÓNICO.**
ANA GÓMEZ RODRÍGUEZ, ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ, NATIVIDAD RODRIGUEZ MARQUES, VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ Y ANA BLANCO PELAEZ **1487**

230 **INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.**
SILVIA VEGA LAVANDERA, SILVANA ALVAREZ TRABANCO Y MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO **1497**

231 **ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ANTE LAS MANIFESTACIONES PSICOEMOCIONALES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CAUMATOLOGIA**
LAURA GONZÁLEZ GONZÁLEZ, CECILIA GONZALEZ FERNANDEZ, CARLA IGLESIAS SANCHEZ, SILVANA ALVAREZ TRABANCO Y MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO **1501**

232 HALLAZGO CASUAL ANEURISMA AORTA ABDOMINAL
ANA BENGOECHEA FERNÀNDEZ- CASTAÑO Y PAULA PELLO PRAVIA 1513

233 CASO CLÍNICO
NAZARET FERNANDEZ PAJA 1517

234 LESIÓN EN EL TENDÓN ROTULIANO
AIDA SÁNCHEZ MÉNDEZ 1521

235 ACTUACIÓN ANTE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA.
CECILIA GONZALEZ SECADES, COVADONGA CANDUELA GARCÍA, ANA ISABEL VÁZQUEZ SILVA, MARIA DEL MAR ESPIÑEIRA DIAZ Y M LUZ PENAS CABADO 1525

236 ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: UN PROBLEMA A NIVEL MUNDIAL QUE REPERCUTE EN EL COLECTIVO ENFERMERO.
CARLA DEL LLANO GONZALEZ, SILVIA NÚÑEZ GONZÁLEZ, ROCIO FERNÁNDEZ CASTAÑO, MARIA FERNÁNDEZ FERNANDEZ Y LETICIA GONZÁLEZ MENÉNDEZ 1533

237 ENFERMERÍA MULTIFACTORIAL EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA
GLORIA BALLESTEROS TEROL 1543

238 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO O DELIRIUM EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.
ANA GARCÍA MIRANDA 1549

239 CASO CLÍNICO. APENDICITIS AGUDA
LAURA MALLADA LLANO, DIANA GONZÁLEZ ARANGO, LORENA VALLEDOR CASTAÑO Y NAGORE SOLADANA GÓMEZ 1555

240 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE QUE REQUIERE POSICIÓN DÉCUBITO PRONO
ANDREA FERNANDEZ BORREGO, EVA MARIA FERNÁNDEZ SERRANO, LLARA FERRERAS LOSILLA Y MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 1559

241 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN DIFÍCIL CON FIBROSCOPIO EN PACIENTE DESPIERTO
ANA GARCÍA MIRANDA 1563

242 EL ACOSO LABORAL ENTRE COMPAÑEROS
ROCIO FERNANDEZ GUTIERREZ 1565

243 ADAPTACIÓN DEL PROFESIONAL ANTE LA ADVERSIDAD. SÍNDROME DE BURNOUT.
ROCIO FERNANDEZ GUTIERREZ 1569

244 EL TRATO DIGNO AL PACIENTE.
ROCIO FERNANDEZ GUTIERREZ 1575

245 EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE. EL DERECHO A TOMAR DECISIONES SOBRE SU SALUD
ROCIO FERNANDEZ GUTIERREZ 1581

246 LA INTIMIDAD CORPORAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.
MARIA DEL MAR PULGAR ALVAREZ, MARÍA CONSUELO GARCÍA GONZÁLEZ, AMALIA MARTINEZ ESPINOSA, ANA ROSA BARAGAÑO GARRIDO Y ROSALIA FERNANDEZ BOBELA 1585

247 UTILIZACIÓN DE LA BIOIMPEDANCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS.
PATRICIA ESTEBAN HERNANDEZ Y SANDRA FERNANDEZ GONZALEZ 1589

248 AUTOESTIMA Y SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITALARIO.
ANTONIO VICO PALOMA 1593

249 EFECTO Y EFICACIA DE LA TERAPIA CON OXÍGENO HIPERBÁRICO EN PACIENTES CON ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO.
LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA, LAURA FERNÁNDEZ CANO Y FRANCISCO SOUSA GÓMEZ 1605

250 HIPERBILIRRUBINEMIA EN RECIÉN NACIDO
SUSANA FERNANDEZ, LUCIA FEITO CANO Y MARIA CAUNEDO JIMENEZ **1609**

251 ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTE GERIÁTRICO.
LORENA VALLEDOR CASTAÑO, NAGORE SOLADANA GÓMEZ, LAURA MALLADA LLANO Y DIANA GONZÁLEZ ARANGO **1613**

252 EXTRACCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE PARA CULTIVO, HEMOCULTIVOS.
EVA MARIA FERNÁNDEZ SERRANO, LLARA FERRERAS LOSILLA, MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y ANDREA FERNANDEZ BORREGO **1619**

253 POSTOPERATORIO EN UCINEONATAL POR GASTROSQUISIS.
SUSANA FERNANDEZ, LUCIA FEITO CANO Y MARIA CAUNEDO JIMENEZ **1625**

254 FLEBITIS POR CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO, PAPEL DE ENFERMERÍA.
MARÍA JESUS LOPEZ BUSTELO, LUCÍA SÁNCHEZ GONZÁLEZ Y MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FERNÁNDEZ **1627**

255 MÉTODOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
ALEJANDRA MÉNDEZ FERNÁNDEZ Y ROCÍO GARCÍA NOVAL **1631**

256 MANEJO DE LA HIPOTERMIA MODERADA ACTIVA EN RECIÉN NACIDO CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA.
SUSANA FERNANDEZ, LUCIA FEITO CANO Y MARIA CAUNEDO JIMENEZ **1645**

257 NEUMONÍA ASOCIADA A VEMTILACIÓN MECÁNICA. PROTOCOLO NEUMONÍA ZERO.
LLARA FERRERAS LOSILLA, MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, ANDREA FERNANDEZ BORREGO Y EVA MARIA FERNÁNDEZ SERRANO **1649**

258 FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS
NATALIA CALLEJAS FIGUEROA, SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ Y MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA 1655

259 HERIDAS QUIRÚRGICAS QUE SE INFECTAN.
SILVIA VEGA LAVANDERA, MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO Y SILVANA ALVAREZ TRABANCO 1663

260 MANEJO DE CATÉTER TOTALMENTE IMPLANTADO DE LARGA DURACIÓN CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO EN PEDIATRÍA.
LUCIA FEITO CANO, SUSANA FERNANDEZ Y MARIA CAUNEDO JIMENEZ 1667

261 SONDA DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE, COLOCACIÓN Y CUIDADOS.
EVA MARIA FERNÁNDEZ SERRANO, LLARA FERRERAS LOSILLA, MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y ANDREA FERNANDEZ BORREGO 1669

262 ANALGESIA NO FARMACOLÓGICA EN NEONATOLOGÍA
LUCIA FEITO CANO, SUSANA FERNANDEZ Y MARIA CAUNEDO JIMENEZ 1675

263 RUIDO EN LAS UNIDADES NEONATALES
LUCIA FEITO CANO, SUSANA FERNANDEZ Y MARIA CAUNEDO JIMENEZ 1679

264 TRATAMIENTO DE CÁMARA HIPERBÁRICA EN EL PIE DIABÉTICO.
SILVIA NÚÑEZ GONZÁLEZ, CARLA DEL LLANO GONZALEZ, LETICIA GONZÁLEZ MENÉNDEZ, ROCIO FERNÁNDEZ CASTAÑO Y MARIA FERNÁNDEZ FERNANDEZ 1681

265 PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO.
ROCÍO GARCÍA NOVAL Y ALEJANDRA MÉNDEZ FERNÁNDEZ 1689

266 VALORACIÓN DE FLEBITIS. ESCALA MADDOX.
MARÍA FIDALGO QUINTELA Y JESICA CUERVO BLANCO 1693

267 **ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA.**
VANESA LLANOS GARCIA, LORENA BOBES FERNÁNDEZ Y ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ **1697**

268 **VALORACIÓN DEL DOLOR DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERÍA.**
SILVIA ZAPICO GUTIERREZ Y ALEJANDRA GARCÍA MÉNDEZ **1705**

269 **ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: COLITIS ULCEROSA VS ENFERMEDAD DE CROHN .**
IRENE MARIA ALONSO FERNÁNDEZ **1719**

270 **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PREOPERATORIO EN QUIRÓFANO**
MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA, NATALIA CALLEJAS FIGUEROA Y SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ **1723**

271 **ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN**
OLAYA TRIVIN TUERO, ALBA GARCÍA RUIZ, LUCIA FERNANDEZ MENENDEZ, ILUMINADA PRIETO SANTOVEÑA Y MARIA DE LA PAZ DELGADO ALVAREZ **1727**

272 **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.**
CHRISTIAN GARCIA ALVAREZ, GABRIEL FUEGO CAVEDA, SHEILA ARNIELLA PÉREZ Y AIDA RAMOS CORDERO **1731**

273 **LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS EN LA ATENCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**
GLORIA MARIA RODRIGUEZ SUAREZ **1737**

274 **LA IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN DURANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.**
DIANA TUÑÓN PASTOR, ISABEL BERTAULT BENEDICTO, IRENE MARÍA VILLAVERDE FONSECA Y MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ **1741**

275 LA VÍA SUBCUTÁNEA Y SU UTILIZACIÓN EN EL PACIENTE PALIATIVO
IRENE MARÍA VILLAVERDE FONSECA, MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ, ISABEL BERTAULT BENEDICTO Y DIANA TUÑÓN PASTOR 1745

276 CUIDADOS Y RECOMENDACIONES PARA EVITAR INFECCIONES EN LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES.
PATRICIA PÉREZ IGLESIAS 1751

277 SONDAJE NASOGÁSTRICO
MERCEDES LANNY RODRÍGUEZ ALLEGUE 1759

278 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMEROS INTRAOPERATORIOS DEL PACIENTE SOMETIDO A OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA.
VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ, GEORGINA AYALGA ARGÜELLES BOUSOÑO, LETICIA CUELI ARENAS, LAURA CUETO GARCÍA Y SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA 1763

279 PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PAE) DE PACIENTE CRÍTICO
MERCEDES URRA MONAUT, BLANCA FERNANDINO ZUBIETA, DAVID GARCÍA TOSTÓN, MIRIAM SALINAS VALENCIA Y MARIA TERESA CARRASQUER PIRLA 1767

280 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA
LAURA COVADONGA FERNÁNDEZ GARCÍA 1783

281 SONDAJE VESICAL EN PACIENTE INGRESADO.
YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ Y AIDA VALLINA RIESTRA 1793

282 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA IMPLANTACIÓN DE BOMBAS DE INFUSIÓN CONTINUA
LAURA COVADONGA FERNÁNDEZ GARCÍA 1797

283 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DRENAJE EXTERNO DE LIQUIDO CEFALORÁQUIDEO
LAURA COVADONGA FERNÁNDEZ GARCÍA 1801

284 LOS ÚLTIMOS MOMENTOS
AIDA SÁNCHEZ MÉNDEZ 1805

285 COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES DE LA NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO.
FRANCISCO SOUSA GÓMEZ, LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA Y LAURA FERNÁNDEZ CANO 1809

286 NUTRICIÓN ENTERAL VS NUTRICIÓN PARENTERAL.
FRANCISCO SOUSA GÓMEZ, LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA Y LAURA FERNÁNDEZ CANO 1813

287 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO
LAURA COVADONGA FERNÁNDEZ GARCÍA 1817

288 VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CRÍTICO
FRANCISCO SOUSA GÓMEZ, LAURA FERNÁNDEZ CANO Y LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA 1821

289 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LOS CATÉTERES INTRAVASCULARES PERIFÉRICOS.
ANTONIO VICO PALOMA 1825

290 OPINIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA UNIFORMIDAD E IDENTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL HUCA.
FRANCISCO SOUSA GÓMEZ 1839

291 EPILEPSIA.ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA.
MERCEDES LANNY RODRÍGUEZ ALLEGUE 1851

292 ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA PRÁCTICA ENFERMERA.
ANDREA TAMARGO PACHECO, FÁTIMA RUBIO PÉREZ, GLORIA FEITO FERNÁNDEZ Y CLAUDIA MARTÍNEZ SUÁREZ 1855

293 BLOQUEO DIGITAL EN EL ABORDAJE DE LESIONES EN LAS FALANGES
ANA GARCÍA MIRANDA 1865

294 **IRRADIACIÓN PARCIAL ACELERADA EN EL CÁNCER DE MAMA**
LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA, FRANCISCO SOUSA GÓMEZ Y LAURA FERNÁNDEZ CANO **1869**

295 **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA BASADO EN UN CASO CLÍNICO**
MONICA ALVAREZ SUAREZ Y SONIA ALVAREZ SUAREZ **1873**

296 **LINFEDEMA EN CÁNCER DE MAMA.**
ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍN Y REMEDIOS LASO AREA **1879**

297 **ENFERMEDADES PROFESIONALES EN ESPAÑA.**
SONIA MONTERO ROMERO **1887**

298 **LA IMPORTANCIA DE UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA.**
VERONICA GONZALEZ BLANCO, SARA ESTEBAN RODRIGUEZ, ANA BELEN GARCÍA VILLARROEL, ISABEL MARÍA ALONSO FERNÁNDEZ Y ESTEFANIA FERNANDEZ GARCIA **1891**

299 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO CON DIARREA Y/O INCONTINENCIA FECAL.**
MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN, SARA MÉNDEZ GARCÍA, EVA GONZALEZ LOPEZ, LUCÍA LÓPEZ SAMA Y ROSANA FERNANDEZ PEREZ **1895**

300 **LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE VESICAL .**
VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ, NATIVIDAD RODRIGUEZ MARQUES, NIEVES OLGA RAMOS FERNANDEZ, ANA GÓMEZ RODRÍGUEZ Y ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ **1903**

301 **VENTILACIÓN MECÁNICA EN DECÚBITO PRONO Y SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: PAPEL DE ENFERMERÍA**
LAURA FERNÁNDEZ CANO, FRANCISCO SOUSA GÓMEZ Y LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA **1915**

302 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE CATÉTER CON RESERVORIO
ANDREA FERNANDEZ BORREGO, EVA MARIA FERNÁNDEZ SERRANO, LLARA FERRERAS LOSILLA Y MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 1921

303 COMA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA
MERCEDES LANNY RODRÍGUEZ ALLEGUE 1925

304 PREPARACIÓN DE LA PIEL PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN QUIRÚRGICA.
MARIA DE LA PAZ DELGADO ALVAREZ, ALEJANDRA GARCIA IZQUIERDO, OLAYA TRIVIN TUERO, ALBA GARCÍA RUIZ Y LUCIA FERNANDEZ MENENDEZ 1929

305 PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PREY POST IMPLATE DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE.
MERCEDES LANNY RODRÍGUEZ ALLEGUE 1933

306 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN MUJERES MASTECTOMIZADAS.
CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ALICIA MARTÍNEZ FERNANDEZ Y MARTA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ 1937

307 LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SU REPERCUSIÓN EN EL TRABAJO.
NURIA ROSSELL GARCIA 1943

308 ACALASIA ESOFÁGICA.
JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ Y ALBA PASCUAL MARTINEZ 1945

309 ACTUACIÓN ANTE HEMORRAGIA EN HOSPITALIZACIÓN.
AROA DIAZ GARCIA Y PAULA VELASCO MONTES 1951

310 INTERVENCIÓN ENFERMERA EN UNA PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA
ALICIA DIAZ GONZALEZ, LETICIA CUELI ARENAS, PAULA CUELI ARENAS Y JUAN ANTONIO LEAL MEDIAVILLA 1959

311 ENDOMETRIOSIS Y FERTILIDAD.
IRENE MARIA ALONSO FERNÁNDEZ 1963

312 UNA CAUSA RARA DE DEMENCIA: ENFERMEDAD DE PICK
BELEN PEREZ FERNANDEZ, PAULA OTERO GONZALEZ, ANA ALONSO RODRIGUEZ, VERONICA FERNANDEZ GALAN Y GRACIELA ALVAREZ CUERVO 1967

313 CASO CLÍNICO: NEUROLOGÍA, CASO DE ICTUS
AROA DIAZ GARCIA, MONTSERRAT GARCÍA DEL MORAL Y RUBÉN DIAZ GARCÍA 1971

314 PANCREATITIS
JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ Y ALBA PASCUAL MARTINEZ 1977

315 VALORACIÓN DEL RIESGO DE APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. ESCALA BRADEN.
JESICA CUERVO BLANCO Y MARÍA FIDALGO QUINTELA 1983

316 RETIRADA DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO.
SERGIO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ 1987

317 MANTENIMIENTO DEL CATÉTER EPIDURAL.
SERGIO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ 1989

318 CROMOENDOSCOPIA: TÉCNICA DE UTILIDAD CLÍNICA EN LESIONES DE COLON, RECTO, ESÓFAGO Y ESTÓMAGO.
MARÍA ESTHER FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, TANIA VIDAL GARCIA, SILVIA ÁLVAREZ MARTÍNEZ, MARTA ELENA PÉREZ VALLINA Y JOSEFA GARCÍA SÁNCHEZ 1993

319 EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL ABORDAJE DEL NIÑO CON CÁNCER
OLAYA DIAZ ARGALLERO 1997

320 GENERALIDADES DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.
SILVIA ÁLVAREZ MARTÍNEZ, MARÍA ESTHER FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, TANIA VIDAL GARCIA, JOSEFA GARCÍA SÁNCHEZ Y MARTA ELENA PÉREZ VALLINA 2003

321 **IMPORTANCIA DE REALIZAR UNA CORRECTA REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR BÁSICA POR EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.**
MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ GREGORES, ANA MARÍA GONZÁLEZ PÉREZ, GEMMA ALVAREZ SANCHEZ Y JOSE MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ **2009**

322 **ABORDAJE DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS**
NAZARET NAVAS CRESPO, ANA ROSA BLANCO SANCHEZ Y TAMARA MARIA NAVAS CRESPO **2013**

323 **SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
GLORIA FEITO FERNÁNDEZ, FÁTIMA RUBIO PÉREZ, ANDREA TAMARGO PACHECO Y CLAUDIA MARTÍNEZ SUÁREZ **2017**

324 **PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**
MERCEDES LANNY RODRÍGUEZ ALLEGUE **2025**

325 **POLIRRADICULONEUROPATÍA.**
MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO, SILVANA ALVAREZ TRABANCO, SILVIA VEGA LAVANDERA, LAURA GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y CARLA IGLESIAS SANCHEZ **2029**

326 **EL PARKINSON Y LOS TRASTORNOS NO MOTORES**
MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO, SILVIA VEGA LAVANDERA, SILVANA ALVAREZ TRABANCO, CARLA IGLESIAS SANCHEZ Y LAURA GONZÁLEZ GONZÁLEZ **2031**

327 **SÍNDROME DEL CUIDADOR**
CARMEN MARIA VIÑA GUTIERREZ **2035**

328 **PROBLEMAS DE LA MOVILIDAD TRAS SUFRIR UN ICTUS.**
NOELIA MÉNDEZ FERNÁNDEZ **2037**

329 **BENEFICIOS DE INTEGRAR A LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO.**
NAZARET FERNANDEZ PAJA **2039**

330 MALTRATO INFANTIL EN LA FAMILIA
SONIA MONTERO ROMERO 2043

331 IMPACTO EMOCIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO
SONIA MONTERO ROMERO 2045

332 DISFAGIA. DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y PREVALENCIA EN ASTURIAS
CARLA IGLESIAS SANCHEZ, MARTA RUBIERA BUENO, LAURA GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO 2047

333 NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS
LUCÍA LÓPEZ SAMA, ROSANA FERNANDEZ PEREZ, SARA MÉNDEZ GARCÍA, MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN Y EVA GONZALEZ LOPEZ 2055

334 EL SONDAJE VESICAL. PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS
MONTSERRAT CALZON MENENDEZ 2057

335 LA VENTILACIÓN MECÁNICA CUIDADOS DE ENFEMERÍA
MONTSERRAT CALZON MENENDEZ 2061

336 AISLAMIENTO EN LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA.
MONTSERRAT CALZON MENENDEZ 2065

337 BAÑO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
ANGEL GALINDO COBIAN 2069

338 CONTENCIÓN FÍSICA E INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE
ANGEL GALINDO COBIAN 2073

339 IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LA ANEMIA EN LA HEMODIÁILISIS
NATALIA LÓPEZ PÉREZ Y NAZARET SUÁREZ BOTO 2079

340 PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA SUBLINGUAL
ANGEL GALINDO COBIAN 2081

341 APLICACIÓN DE LA ESCALA HUNT-HESS PARA ENFERMERAS EN UNA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
MARGARITA MANSO MOLINA 2087

342 MEGACOLON TÓXICO EN CONTEXTO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL
BIBIANA PARAJE FERNÁNDEZ Y MANUEL NICOLÁS PRIETO FEMENÍA 2089

343 MOBBING EN EL ENTORNO LABORAL
PATRICIA IGLESIAS CERRA 2093

344 TIPOS DE CATERIZACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS Y PAPEL DE LA ENFERMERÍA
IVÁN GRANDA RUIZ, ANDREA LLANO SUÁREZ Y JORGE ÁLVAREZ CIENFUEGOS 2097

345 DISFAGIA TRAS SUFRIR UN ICTUS.
NOELIA MÉNDEZ FERNÁNDEZ 2111

346 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, NIC Y NOC COMUNES EN EL ÁREA NEONATAL
SHEILA PEREZ RODRÍGUEZ, JENNYFER CORBEIRA PRESNO, DAVID RODRÍGUEZ ALONSO, LLARA LAVILLA SOLÍS Y CRISTINA ORDIALES VEGA 2113

347 ESTUDIO DE VIABILIDADD ECONÓMICA DE IMPLANTACIÓN DE PICC EN HOSPITAL COMARCAL
ANA REBOIRO HERNÁNDEZ Y ITCIAR CAMPAL WALKER 2121

348 CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LA EPISIOTOMÍA
NATALIA VÁZQUEZ PAVÓN Y SANDRA CHICA RODRÍGUEZ 2123

349 TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO
GEMMA ALONSO ROSELL Y MARÍA BEGOÑA VEGA MENENDEZ 2127

350 MÉTODO CANGURO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
AIDA SÁNCHEZ MUÑIZ 2131

351 CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSTQUIRÚRGICOS EN LA TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS EN NEONATOS
AIDA SÁNCHEZ MUÑIZ **2135**

352 REVISIÓN BIBLIOGRÁFIA SOBRE LA TÉCNICA MÖLNDAL
ELOY ASENJO SECADES, ANDREA GÓMEZ FERNÁNDEZ Y VICTORIA DE ARGÜELLES PÉREZ **2137**

353 ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO DE UN PACIENTE QUE HA SUFRIDO UN ICTUS.
CRISTINA MÉNDEZ-TRELLES FERNÁNDEZ, ELENA CORTINA LOPEZ-BERGES, PATRICIA PÉREZ GARCÍA Y ELIZABETH CASTRILLÓN CHAMADOIRA **2141**

354 CASO CLÍNICO: HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SOBREPESO EN PERSONA DE MEDIANA EDAD
GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO **2149**

355 CESÁREA PROGRAMADA Y LIGADURA DE TROMPAS BILATERAL.
ANDREA LOPEZ ARBAS Y VICTORIA CERNUDA LÓPEZ **2153**

356 EDUCACIÓN SOBRE LA DONACIÓN DE SANGRE
LUIS FEITO GARCIA Y LUCIA ALVAREZ RODIL **2161**

357 CONSUMO DE TABACO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL HUSA
MARIA CHECA GIL **2165**

358 PROTESIS TOTAL DE CADERA
ANDREA LOPEZ ARBAS Y VICTORIA CERNUDA LÓPEZ **2169**

359 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLOSTOMIAS.
Mª DEL PILAR LOPEZ SOLIS Y VERÓNICA SUÁREZ GONZÁLEZ **2177**

360 CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAOPERATORIO EN POSICIÓN DE SENTADO
Mª DEL PILAR LOPEZ SOLIS Y VERÓNICA SUÁREZ GONZÁLEZ **2181**

361 LAVADO DE MANOS.
CARMEN MARIA VIÑA GUTIERREZ **2183**

362 CIRUGÍA DE HISTERECTOMÍA VAGINAL.
ANDREA LOPEZ ARBAS Y VICTORIA CERNUDA LÓPEZ 2187

363 COMO DESARROLLAR EL TRABAJO DE DUE Y DE TCAE ESTANDO EMBARAZADA
LILIANA SUÁREZ FERNÁNDEZ, BEGOÑA GARCÍA CASTRILLON Y TANIA URQUIOLA CASTAÑEDA 2191

364 NUTRICIÓN EN PACIENTE CRÍTICO.
NATALIA RUIZ RAMON, ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, LAURA SÁNCHEZ LASTRA, MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ Y LORETO GIL DIEZ 2195

365 PACIENTE CON PICADURA DE GARRAPATA QUE SE DISAGNOSTICA DE ENFERMEDAD DE LYME
GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO 2197

366 INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PAREJAS QUE RECURREN A TRATAMIENTOS REPRODUCTIVOS
ALBA PASCUAL MARTINEZ Y JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ 2201

367 ACTUACIÓN ANTE UNA EMERGENCIA.
NATALIA RUIZ RAMON, ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍN, ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, LORETO GIL DIEZ Y LAURA SÁNCHEZ LASTRA 2205

368 INFECCIONES URINARIAS EN EL ADULTO MAYOR- ANCIANO
CLARA CASAS PATIÑO, TAMARA GIL BLANCO Y SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS 2207

369 EDUCACIÓN PARA LA SALUD, EL LAVADO DE MANOS.
LUCIA ALVAREZ RODIL Y LUIS FEITO GARCIA 2215

370 EL DOLOR DESCONOCIDO DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE
MARIA CHECA GIL 2219

371 MANEJO DEL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA POR OBSTRUCCIÓN AGUDA DE LA CÁNULA POR SECRECIONES.
MARIA FERNÁNDEZ FERNANDEZ, ROCIO FERNÁNDEZ CASTAÑO, CARLA DEL LLANO GONZALEZ, LETICIA GONZÁLEZ MENÉNDEZ Y SILVIA NÚÑEZ GONZÁLEZ 2223

372 LOS ERRORES MÁS HABITUALES DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN ESPAÑA.
IRENE VILLOTA MARTINEZ Y LETICIA FERNANDEZ GUTIERREZ 2227

373 MIGRAÑA Y SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.
LUCIA ALVAREZ RODIL Y LUIS FEITO GARCIA 2233

374 CONTROL DE LA INGESTA HÍDRICA EN HEMODIÁLISIS.
CARMEN MARIA VIÑA GUTIERREZ 2235

375 HIPOTERMIA TERAPÉUTICA.
LARA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ Y LETICIA MÉNDEZ LÓPEZ 2239

376 PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON SÍNDROME AICARDI-GOUTIERES
LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ, LUIS CAMBRONERO LÓPEZ Y CARIDAD VALERA MARTINEZ 2249

377 PAPEL DEL HELICOBACTER PYLORI EN LA ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA.
SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS, CLARA CASAS PATIÑO Y TAMARA GIL BLANCO 2253

378 HEMOCULTIVOS: ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. TÉCNICA.
MARÍA FERNÁNDEZ AGUIRRE 2259

379 ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO
ANDREA GÓMEZ FERNÁNDEZ, VICTORIA DE ARGÜELLES PÉREZ Y ELOY ASENJO SECADES 2263

380 EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y EL USO DE PSICOFÁRMACOS.
IRENE VILLOTA MARTINEZ 2271

381 MALFORMACIÓN CONGÉNITA DEL MEATO URINARIO: HIPOSPADIAS
NOEMÍ DÍAZ PÉREZ, LUCÍA GARCÍA LLANO, NIEVES ÁLVAREZ PRIETO, CRISTINA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ Y LAURA MARÍA ALLER ALONSO 2285

382 CUIDADOS DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN DIÁLISIS
CARMEN MARIA VIÑA GUTIERREZ 2289

383 REVISIÓN DEL CATETERISMO VESICAL, INDICACIONES, TÉCNICA Y CUIDADOS.
MARÍA FERNÁNDEZ AGUIRRE 2293

384 CONTACTO PIEL CON PIEL DEL PADRE EN RECIÉN NACIDO POR CESÁREA
YOLANDA MÉNDEZ PELÁEZ 2297

385 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON NUTRICIÓN ENTERAL EN FORMA DE BOLUS CON JERINGA.
PATRICIA TREJO PRADO, ELEAZAR BLANCO ALONSO, NOEMÍ BLANCO ALONSO, ALEJANDRA MIJARES VALDES Y AINOA MARTINEZ TARRAZO 2301

386 COMUNICACIÓN DE ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA
SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ, NATALIA CALLEJAS FIGUEROA Y MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA 2305

387 DECÚBITO PRONO EN NIÑAS-OS Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO
LAURA CASAS BAQUEDANO, ITZIAR ISO GAYARRE, CRISTINA ECHAPARE ZABALETA, ERIKA GOMEZ LARRAMBE Y JOSÉ MANUEL MONFORTE ESPIAU 2309

388 EL CONSUMO MODERADO DE CHOCOLATE TERAPIA CARDIOSALUDABLE
ALBA PASCUAL MARTINEZ Y JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ 2315

389 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO. UNIDAD DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA.
CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ Y CATALINA ALVAREZ SANCHEZ 2319

390 CARGAS DE TRABAJO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.
NOELIA FERNANDEZ CONCHILLO 2327

391 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO. UNIDAD DE UROLOGÍA.
CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ Y CATALINA ALVAREZ SANCHEZ 2331

392 PROCESO DE ENFERMERÍA. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.
CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ Y CATALINA ALVAREZ SANCHEZ 2333

393 IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO CARDÍACO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
PATRICIA GORDEJUELA SENOSIAIN, LEYRE DIEZ DE ULZURRUN SENOSIAIN, MIRIAM BASTERRA ROYO Y IRANZU ZUDAIRE FERNANDEZ 2339

394 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO. ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS.
SARA CONTRERAS RAMOS 2345

395 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA.
SARA CONTRERAS RAMOS 2353

396 ERRORES EN EL MANEJO DE MEDICACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.
LAURA MARTÍNEZ MARTÍNEZ 2361

397 MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR POR ENFERMERÍA
LIS MARTINEZLIS@HOTMAIL.COM, OLVIDO MORAN MARTINEZ Y ARÁNZAZU FERNÁNDEZ FLÓREZ 2371

398 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA PLANTA DE UROLOGÍA.
SARA CONTRERAS RAMOS 2375

399 DISFAGIA OROFARÍNGEA EN EL ANCIANO
LUCIA FERNANDEZ PEREZ 2383

400 HEMATOMA POST EXTRACCIÓN SANGUÍNEA
LUCIA FERNANDEZ PEREZ 2385

401 MANEJO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.
JESSICA DIAZ ALVAREZ, MARÍA ASUNCIÓN MARTÍNEZ SÁNCHEZ, IGNACIO CRESPO MADIEDO, JACKELYN PEVIDA DÍAZ Y MAGDALENA FIGUEIRAS LESTON 2387

402 USO DE TÉCNICAS PARA REDUCIR EL TRAUMA Y EL DOLOR PERINEAL EN EL EXPULSIVO.
CARMEN ORTEGA BELIO 2391

403 EL LAVADO DE MANOS CONTRA LA APARICIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LAS UNIDADES NEONATALES.
RAQUEL MORELL MARCO 2397

404 ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS EN UN PACIENTE PORTADOR DE VÍA CENTRAL, INTUBACIÓN OROTRAQUEAL, SONDA VESICAL, SONDA NASOGÁSTRICA Y CATÉTER ARTERIAL
ANA ROSA FLOREZ SIRGO 2401

405 ¿QUÉ SABEMOS SOBRE LAS ÚLCERAS?
ISABEL ARAUJO RUBIERA, ELENA ALVAREZ VARELA Y ANA MARTINEZ DELGADO 2407

406 FLEBITIS SECUNDARIA A INADECUADO MANTENIMIENTO DE ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS.
FRANCISCO JAVIER SERRANO PALLARÉS Y SARA CARMONA PERUYERO 2411

407 ESTUDIO SOBRE EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.
ANDREA COMA MARCO, PILAR PARDOS VAL Y ABEL PISA MAYORAL 2413

408 MÉTODO MADRE CANGURO.
MARÍA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ Y LUCIA MUÑIZ CHILLON 2421

409 EDEMA AGUDO DE PULMON
GUILLERMO DIEZ GOMEZ 2427

410 PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
LETICIA MÉNDEZ LÓPEZ Y LARA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ 2429

411 ENFERMEDAD DE BUERGER(TROMBOANGEÍTIS OBLITERANTE)
SARA GONZÁLEZ DEL RIEGO, PAULA PELLO PRAVIA Y ANA BENGOECHEA FERNÀNDEZ- CASTAÑO 2435

412 PLAN DE CUIDADOS DEL NIÑO CON BRONQUIOLITIS.
AIDA GRANERO ALONSO Y ANDREINA BARDINET OJEDA 2441

413 ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE DIAGNOSTICAR LA FIBRILACIÓN AURICULAR?
SUSANA LUIS GARCÍA, MARIA RODRIGUEZ ALVAREZ, PATRICIA FERNANDEZ MARTINEZ Y ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ 2443

414 LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA
SUSANA LUIS GARCÍA, MARIA RODRIGUEZ ALVAREZ, PATRICIA FERNANDEZ MARTINEZ Y ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ 2445

415 INCONTINENCIA FECAL POSTPARTO
NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL, MARÍA MARGARITA CASTRO FERNÁNDEZ, ALICIA ALVAREZ FERNANDEZ, JORGE TABOADA ALAMEDA Y ROCÍO GARCÍA ÁLVAREZ 2447

416 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PREMATURO CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA
GEMMA ALONSO ROSELL Y MARÍA BEGOÑA VEGA MENENDEZ 2455

417 PIE PLANO ADULTO GRADO III
PAULA PELLO PRAVIA, SARA GONZÁLEZ DEL RIEGO, PAULA VELASCO MONTES Y ANA BENGOECHEA FERNÀNDEZ- CASTAÑO 2459

418 TRASLADO INTRAHOSPITALARIO: VENTILACIÓN MECÁNICA PORTÁTIL
OSCAR ALVAREZ CARREÑO 2463

419 CITRATO VS HEPARINA. SELLADO DEL CATÉTER VENOSO EN HEMODIÁLISIS
CARMEN MARIA VIÑA GUTIERREZ 2467

420 MONITORIZACIÓN INVASIVA DE LA PRESIÓN ARTERIAL.
ANA GARCÍA MIRANDA 2471

421 NEUMONIA ATÍPICA EN NIÑA DE 3 AÑOS
PATRICIA FERNANDEZ MARTINEZ, ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, SUSANA LUIS GARCÍA Y MARIA RODRIGUEZ ALVAREZ 2475

422 MANEJO DE LAS CIRCULARES DE CORDÓN UMBILICAL EN EL EXPULSIVO
LAURA CASTRILLÓN CHAMADOIRA 2479

423 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: CAUSAS DEL SÍNDROME DE MIEMBRO FANTASMA.
AIDA GRANERO ALONSO Y ANDREINA BARDINET OJEDA 2485

424 LA HIPOTERMIA PERIOPERATORIA. RIESGOS Y PREVENCIÓN.
ANA GARCÍA MIRANDA 2489

425 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE ENFERMERÍA
MARÏA ROSARIO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ 2493

426 MANEJO DEL CUIDADO POSTQUIRÚRGICO EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA POR LAPAROSCOPIA
MARÏA ROSARIO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ 2497

427 TALLER PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN SALUD MENTAL
MARIA TERESA GUTIÉRREZ ALVAREZ, CARIDAD DIEZ ALONSO, CARLOS PÉREZ FERNÁNDEZ, PATRICIA NORIEGA GARCÍA Y GUADALUPE VERA GORDILLO 2501

428 PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA DE COLON: MARCAJE DEL ESTOMA
MARĪA ROSARIO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ 2507

429 CUIDADOS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL LESIONADO MEDULAR
CARIDAD DIEZ ALONSO, PATRICIA NORIEGA GARCÍA, GUADALUPE VERA GORDILLO, CARLOS PÉREZ FERNÁNDEZ Y MARIA TERESA GUTIÉRREZ ALVAREZ 2511

430 PLAN DE CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE REPARACIÓN DE HIPOSPADIAS
MARTA MORÁN MERCHANTE 2521

431 ANEURISMA DE ARTERÍA CARÓTIDA INTERNA-OFTÁLMICA Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
MONICA ALVAREZ SUAREZ Y SONIA ALVAREZ SUAREZ 2525

432 ENFERMERA EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA NEONATAL
YOLANDA MÉNDEZ PELÁEZ 2533

433 SOBREINFECCIÓN DE LESIÓN INCISA EN MID POR COLONIZACIÓN DE ST. PYOGENES.
SARA CARMONA PERUYERO Y FRANCISCO JAVIER SERRANO PALLARÉS 2537

434 TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN RELACIÓN A DESHICENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA
PATRICIA TREJO PRADO 2539

435 TERAPIA V.A.C. INDICACIONES, COLOCACIÓN Y CONSEJOS A LOS PACIENTES
MARÍA FERNÁNDEZ AGUIRRE 2543

436 ELECCIÓN DE APÓSITOS PARA CURACIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS
TAMARA BELLOSO CUESTA Y ALBA GONZÁLEZ DÍAZ 2547

437 HISTERECTOMÍA: CONCEPTO Y TIPOS DE HICTERECTOMÍA.
LUCIA CORDOBA MURGA 2559

438 ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ 2565

439 CUIDADOS ENFERMEROS A UN RECIÉN NACIDO SANO EN LAS PRIMERAS 48 HORAS DE VIDA
MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ 2569

440 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTQUIRÚRGICA
MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ 2575

441 CAÍDA DE FÚTBOL
FLOR AIDA VALBUENA FERNÁNDEZ 2579

442 PARTO DESARROLLADO DE FORMA AUTÓCICA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
FLOR AIDA VALBUENA FERNÁNDEZ 2583

443 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO EN ESTADO CRÍTICO Y APOYO A SU FAMILIA.
SARA RODRIGUEZ PEREZ, CRISTINA GÓMEZ VILLABRILLE, LEILA SATOUR EL HAMMOUTI Y RAQUEL GARCIA GUTIERREZ 2587

444 TIPOS DE SONDAS VESICALES
MAGALI COLMENERO GARCIA, ANA ROSA FLOREZ SIRGO Y VANESA SÁNCHEZ ESCANDON 2603

445 CIRUGÍA A PACIENTE ALÉRGICO AL LÁTEX. CONDICIONES A TENER EN CUENTA PARA LA PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO Y CIRUGÍA CON MÁXIMAS GARANTÍAS DE SEGURIDAD.
GEMMA ALONSO ROSELL Y MARÍA BEGOÑA VEGA MENENDEZ 2609

446 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA REALIZACIÓN DE LA AMNIOTOMÍA EN PARTOS DE INICIO ESPONTÁNEO
JUDIT GOMEZ ORTIZ, ELENA GARRIDO MALFAZ, ALBA PEÑA GONZÁLEZ Y SARA ALVAREZ ALVAREZ 2613

447 FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS
MARCOS GONZÁLEZ LÓPEZ, ANA BELLA VAQUERO ABOLI Y CAROLINA RUBIO GONZÁLEZ 2621

448 MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO
GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA Y MARÍA DEL PILAR LÓPEZ PIZARRO 2625

449 FÁRMACOS HABITUALES, EN LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA.
CRISTINA GÓMEZ VILLABRILLE, LEILA SATOUR EL HAMMOUTI, RAQUEL GARCIA GUTIERREZ Y SARA RODRIGUEZ PEREZ 2631

450 TIPOS DE NEBULIZACIÓN Y CUIDADOS ÓPTIMOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)
GEMA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA DEL MAR GONZÁLEZ BASANTE, AIDA CALLEJA MUÑIZ Y ANDREA GONZALEZ FERNANDEZ 2643

451 1.001 SEDO-ANALGESIAS PARA PROCEDIMIENTOS A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN LA UCI PEDIÁTRICA
AIDA SÁNCHEZ MUÑIZ 2649

452 REVISIÓN SISTEMÁTICA: ACTUALIZACIÓN EN INFECCIONES NOSOCOMIALES
NOEMÍ BLANCO ALONSO 2651

453 ATRESIA ESOFÁGICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
AIDA SÁNCHEZ MUÑIZ 2655

454 USO Y MANEJO DE CITOSTÁTICOS POR ENFERMERÍA.
MARTA TARDON LOPEZ 2659

455 NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA, USOS Y CUIDADOS
MARTA TARDON LOPEZ 2667

456 MATRIZ DE REGENERACIÓN DÉRMICA. SISTEMA DE MEMBRANA DE DOS CAPAS USADO COMO UNA MATRIZ DE REGENERACIÓN DÉRMICA
MARIA ANGELES GARCIA SUAREZ 2673

457 CONTROL DE CALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CARDIOLOGÍA, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS
LEILA SATOUR EL HAMMOUTI, RAQUEL GARCIA GUTIERREZ, SARA RODRIGUEZ PEREZ Y CRISTINA GÓMEZ VILLABRILLE 2677

458 FÍSTULA ARTERIO-VENOSA: REVISION DE CUIDADOS EN TÉCNICAS DE PUNCIÓN Y FACTORES DE SUPERVIVENCIA
PATRICIA ESTEBAN HERNANDEZ Y SANDRA FERNANDEZ GONZALEZ 2695

459 ANALISIS DEL FEOCROMOCITOMA Y PARAGANGLIOMA
MONICA ALVAREZ SUAREZ Y SONIA ALVAREZ SUAREZ 2701

460 ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL
M TERESA GAMUNDI OTERO 2705

461 LACTANCIA MATERNA INADECUADA POR FALTA DE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS
BIBIANA PARAJE FERNÁNDEZ Y MANUEL NICOLÁS PRIETO FEMENÍA 2709

462 CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO.
MARÍA DEL PILAR LÓPEZ PIZARRO Y GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA 2711

463 PCR: CLAVES PARA LA SUPERVIVENCIA
VERÓNICA DE LA FUENTE ELÍAS, LIDIA EXPÓSITO MARQUÉS Y MARIA FEITO ALVAREZ 2715

464 CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA
RAQUEL GARCIA GUTIERREZ, SARA RODRIGUEZ PEREZ, CRISTINA GÓMEZ VILLABRILLE Y LEILA SATOUR EL HAMMOUTI 2721

465 APENDICITIS EN EDAD PEDIATRICA
GUILLERMO DIEZ GOMEZ 2733

466 ENFERMERIA ANTE EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO
PATRICIA BARTOLOME HUERTA Y ELENA BARRERO BRAVO 2737

467 ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN CUIDADOS PALIATIVOS
VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ Y TERESA JOSEFA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 2745

468 CPRE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
EMMA GARCÍA GONZÁLEZ, CARMEN LANTARÓN GONZÁLEZ, TAMARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, LORENA BALBUENA ORDÓÑEZ Y LORENA PEREZ DEL RIO 2749

469 EL DUELO Y SUS FASES. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.
CRISTINA DEVA CERVERO HEVIA Y BEATRIZ PEREZ ISTILLARTY 2755

470 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA HOSPITALARIA.
ANGELES DIEZ FELGUEROSO Y ANA MARIA ESCALANTE LORENZO 2759

471 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PUNCIÓN LUMBAR
MAITE VALENCIA LARRAONA 2763

472 TEST DE DISFAGIA MECV-V.
MAITE VALENCIA LARRAONA 2767

473 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA
COVADONGA GARCÍA VEGA 2771

474 USO DE APLICACIONES MÓVILES PARA EL CONTROL DE LA OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
COVADONGA GARCÍA VEGA 2775

475 CANCER DE CUELLO DE ÚTERO
JUAN LUIS SÁNCHEZ SUÁREZ 2779

476 BOCA SECA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA
MAITE VALENCIA LARRAONA 2781

477 ÉTICA Y SECRETO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
PATRICIA MARTINO VALDES 2785

478 LA ERGONOMÍA COMO FACTOR PROTECTOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARA PROFESIONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
PATRICIA MARTINO VALDES 2791

479 VIOLENCIA LABORAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
PATRICIA MARTINO VALDES 2795

480 CUIDADOS DE LA PIEL DEL NEONATO EN EL HOSPITAL
IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO 2799

481 MANEJO DE LA CONDUCTA VIOLENTA: INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA
NURIA HUERTA GONZÁLEZ, LAURA MORAIS REY Y ANA ISABEL BLANCO ALONSO 2805

482 FISIOLOGÍA Y ENVEJECIMIENTO: APARATO DIGESTIVO
LAURA MORAIS REY, NURIA HUERTA GONZÁLEZ Y ANA ISABEL BLANCO ALONSO 2815

483 LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS
CARMEN QUINTANA IGLESIAS, BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ Y ROSA MARIA ALONSO MESA 2829

484 VÍA SUBCUTÁNEA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.
VERÓNICA FERNANDEZ NUÑEZ 2833

485 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS.
ADA PINTO SAMPEDRO 2835

486 PAUTAS A SEGUIR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.
ADA PINTO SAMPEDRO 2837

487 ESTRATEGIAS EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.
VANESA FERNANDEZ NUÑEZ 2839

488 IMPORTANCIA DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA EL DESARROLLO DE UN TRABAJO DE CALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO
PILAR GRANDA ALONSO Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 2841

489 HIGIENE DE LA BOCA EN PACIENTES ENCAMADOS
VANESA PRIETO PEREZ 2857

490 LA ALIMENTACIÓN AL PACIENTE ENCAMADO HOSPITALIZADO
VANESA PRIETO PEREZ 2861

491 AFRONTANDO EL DUELO.
ANA MARIA MENENDEZ MENENDEZ 2865

492 ÚLCERAS POR PRESIÓN. PREVENCIÓN
MÓNICA FONT VILLÉN 2869

493 EXAMEN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)
SANDRA RODRIGUEZ FERNANDEZ 2877

494 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN, PACIENTE INGRESADO EN PLANTA
ADA PINTO SAMPEDRO 2881

495 ACTUACIÓN Y CUIDADOS ANTE EL PACIENTE AFECTADO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE
LAURA SUÁREZ GONZÁLEZ 2885

496 PREVALENCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN Y BENEFICIOS DE LOS CAMBIOS POSTURALES: REVISIÓN SISTEMÁTICA.
MARIA ROSARIO MARTINEZ FERNANDEZ, ANDREA SANZ DE FRUTOS, MARÍA GRACIA ARGÜELLES BLANCO, RAQUEL GONZÁLEZ REVUELTA Y MARÍA BELÉN RUBIO SOMOZA 2899

497 HIGIENE DE MANOS: ANÁLISIS Y CONSECUENCIAS
REBECA PAJA MARTÍNEZ 2909

498 HIGIENE OCULAR EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.
VANESA PRIETO PEREZ 2913

499 INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN LA UNIDAD HOSPITALARIA. PREVENCIÓN.
MÓNICA FONT VILLÉN 2917

500 CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE TERMINAL.
AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ, ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ, NURIA HUERTA GONZÁLEZ, MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ Y INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ 2921

501 ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO.
AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ, ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ, INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 2933

502 ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) Y SU PROBLEMÁTICA
SANDRA RODRIGUEZ FERNANDEZ 2941

503 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS
CONCEPCIÓN SUÁREZ GONZÁLEZ 2945

504 ESCALAS VALORACIÓN GERIÁTRICAS
SHURA ALCAIDE MARTINEZ 2949

505 HERIDAS ABIERTAS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
MARÍA ÁNGELES ALMARAZ RAMOS 2953

506 HEMORRAGIAS.
MARÍA ÁNGELES ALMARAZ RAMOS 2957

507 CONTUSIONES PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
MARÍA ÁNGELES ALMARAZ RAMOS 2959

508 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA PROBLEMAS DE DISFAGIA.
PATRICIA CORRALES REY, MARIA DOLORES LORENZO GARCIA Y HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL 2961

509 EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE: HISTORIA CLÍNICA, DIETÉTICA Y NUTRICIONAL
ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ, AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ, MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ, INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 2963

510 ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ, NURIA HUERTA GONZÁLEZ, ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ Y AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ 2969

511 CUIDADOS POSTMORTEM.
MARIA VICTORIA GALLARDO FRA 2979

512 CASO CLÍNICO DE UNA CIRUGÍA PRODUCIDA POR UNA HERNIA INGUINAL.
MARTHA CHAVEZ VILLAVICENCIO, KENIA MESA DELGADO, SARA DIAZ LARREA, LUCÍA SIABA GARCÍA Y SANDRA ISORNA GONZALEZ 2989

513 TIPOS DE ENEMAS
ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO 2993

514 CUIDADOS DEL PACIENTE CON NUTRICIÓN ENTERAL.
ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO 2997

515 LA DIABETES GESTACIONAL
ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ, JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO Y ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ 3001

516 PREVENCIÓN DE INFECCIONES URINARIAS EN MUJERES
MERCEDES BARREIRO RODRÍGUEZ, ROSANA RODRÍGUEZ PRENDES Y JESSICA BARREIRO LUTMAN 3005

517 ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS.
JESSICA BARREIRO LUTMAN, MERCEDES BARREIRO RODRÍGUEZ Y ROSANA RODRÍGUEZ PRENDES 3009

518 PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES A TRAVÉS DE LA HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS
MARÍA JOSÉ RUIDIAZ ÁLVAREZ Y LAURA SUÁREZ GONZÁLEZ 3013

519 PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE LA DEMENCIA.
SANDRA RODRIGUEZ FERNANDEZ 3021

520 CUIDADOS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL
SANDRA RODRIGUEZ FERNANDEZ 3025

521 PRECAUCIONES POR TRANSMISIÓN POR GOTAS.
DILEY CASARIEGO GARCIA Y MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ 3029

522 CUIDADOS DE LA PIEL DEL NIÑO Y FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN.
ANA MILLAN GARCIA 3033

523 LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL QUIRÚRGICO.
MÓNICA FONT VILLÉN 3037

524 ESTUDIO E INVESTIGACIÓN DEL ALZHEIMER REALIZADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
CORINA GARCÍA MERA, BEATRIZ BAQUERO CUEVAS Y HEIDY JOSEFINA PULIDO GUILLÉN 3041

525 ESTUDIO E INVESTIGACIÓN SOBRE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN REALIZADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
CORINA GARCÍA MERA, HEIDY JOSEFINA PULIDO GUILLÉN Y BEATRIZ BAQUERO CUEVAS 3045

526 LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN.
MARÍA BELEN GALINDO MARTINEZ 3051

527 PRECAUCIONES UNIVERSALES EN AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS.
MARIA DOLORES LORENZO GARCIA, HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL Y PATRICIA CORRALES REY 3055

528 IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN EL PACIENTE ENCAMADO.
ANA MILLAN GARCIA 3059

529 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS ESPECIALES: UCI Y QUIRÓFANO.
MERCEDES ALVAREZ ANIA Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 3061

530 ANESTESIA EPIDURAL EN EL PARTO.
GRACIELA PÉREZ GARCÍA 3071

531 DIABETES EN MUJER GESTANTE.
ALMUDENA DIEZ CASARES Y LUCIA RODRÍGUEZ CHICO DE GUZMÁN 3077

532 ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE GERIÁTRICO CON DEMENCIA.
MARÍA DE LOS ÁNGELES ROMERO MORENO 3081

533 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) COMO PARTE DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA.
MARÍA DE LOS ÁNGELES ROMERO MORENO 3087

534 OBJETIVO Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS.
MARÍA DE LOS ÁNGELES ROMERO MORENO 3095

535 CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO
NATIVIDAD RIESGO RIESGO Y REBECA DÍAZ GONZÁLEZ 3101

536 CUIDADOS DEL PACIENTE CON ALZEHIMER.
ALMUDENA DIEZ CASARES Y MARIA ROSA GARNICA HERNANDO 3105

537 LA DERMATITIS DEL PAÑAL.
REBECA DÍAZ GONZÁLEZ Y NATIVIDAD RIESGO RIESGO 3109

538 ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DEL TCAE CON EL RESTO DE PROFESIONALES DEL ÁREA QUIRÚRGICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
LEONOR MARÍA ALONSO MADERA, ELISA LOMBARDERO AGUADERO, AINHOA SAIZ CANO, LAURA DÍAZ GARCÍA Y SUSANA CORUJO DÍAZ 3111

539 CUIDADOS HOSPITALARIOS AL PACIENTE TERMINAL.
LUCÍA SIABA GARCÍA, SARA DIAZ LARREA, SANDRA ISORNA GONZALEZ, MARTHA CHAVEZ VILLAVICENCIO Y KENIA MESA DELGADO 3119

540 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA A UN PACIENTE ONCOLÓGICO.
ELISA LOMBARDERO AGUADERO, LEONOR MARÍA ALONSO MADERA, SUSANA CORUJO DÍAZ, AINHOA SAIZ CANO Y LAURA DÍAZ GARCÍA 3123

541 CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE LA HIPOGLUCEMIA PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA.
LIDIA SUAREZ GONZALEZ 3131

542 RIESGOS QUIRÚRGICOS A LA HORA DE ENTRAR A UNA CIRUGÍA.
HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL, PATRICIA CORRALES REY Y MARIA DOLORES LORENZO GARCIA 3133

543 PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO.
YUREMA PEREZ GUTIERREZ 3137

544 INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE ANCIANO. CUIDADOS DEL TCAE
BEATRIZ PAÑEDA IGLESIAS 3141

545 DIFICULTAD RESPIRATORIA
EVA MARIA ALCOBA SUAREZ 3145

546 ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)
JULIA COSTALES LOPEZ, TANIA CARCELEN REBOLLAR, MARIA ARANZAZU SUAREZ LIBERATO Y MARIA BLANCA MASEDA GASALLA 3149

547 HORA MÁGICA: IMPORTANCIA DEL SUEÑO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO
BEATRIZ REQUENA PARADA, DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO Y MARIA DEL MAR BARRO RIVERA 3155

548 RESECCION PULMONAR
EVA MARIA ALCOBA SUAREZ 3161

549 AISLAMIENTO HOSPITALARIO
MARIA DE LA PAZ BLANCO SUÁREZ 3163

550 LAS FUNCIONES DEL TCAE EN EL POSOPERATORIO
ANA MARIA MENENDEZ MENENDEZ 3165

551 CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES TERMINALES O GRAVES.
LETICIA FERNÁNDEZ TORRES Y MARIA JESUS CASTELAO LOPEZ 3169

552 CONSECUENCIAS DE LAS CAIDAS DE LOS PACIENTES EN LOS HOSPITALES.
ANA ISABEL ALVAREZ DEL SALVADOR, EVA RIDOCCI OLMO, ARACELI LASARTE IBÁÑEZ, BENEDICTA ALVAREZ IGLESIAS Y ANA ISABEL CALVO SUÁREZ 3171

553 EL TCAE EN LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS
NAHIR ALCARAZ CASARREAL 3175

554 EL LAVADO DE MANOS SANITARIO
JESSICA MARCHENA CAO 3177

555 PREVENCIÓN EN EL MANEJO DE LOS RESIDUOS SANITARIOS
MONICA FERNANDEZ FERNANDEZ, ANA BELÉN ÁLVAREZ SUÁREZ, MARÍA JESÚS ALVAREZ SÁNCHEZ, MARIA JESUS GARCIA GONZÁLEZ Y YANIRA LÓPEZ PARRONDO 3181

556 ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL MEDIO HOSPITALARIO
LAURA ÁLVAREZ REY 3185

557 TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA.
MARIA ARGENTINA SUAREZ FERNANDEZ 3189

558 LA HIGIENE EN EL PACIENTE ENCAMADO
TANIA CARCELEN REBOLLAR, JULIA COSTALES LOPEZ Y MARIA ARANZAZU SUAREZ LIBERATO 3193

559 INCIDENCIA DE PROBLEMAS DE AUDICIÓN EN LOS MAYORES.
ELOINA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 3197

560 CUIDADOS DEL TCAE EN EL PACIENTE CON DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO
AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA CONSUELO REY PÉREZ, ELISA CAMINO GALLEGO Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 3205

561 MEDIDAS DE AISLAMIENTO. DESCRIPCIÓN Y TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS.
JESSICA SUÁREZ JIMÉNEZ, MARIA LUISA FERNANDEZ DEL CERRO, ZARA REGINA GONZÁLEZ LÓPEZ-FDEZ, ELSA ARGÜELLES IGLESIAS Y MARÍA NOEMI RODRÍGUEZ ESPINA 3209

562 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO
ELISA CAMINO GALLEGO, MARÍA CONSUELO REY PÉREZ, AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 3213

563 **EL AISLAMIENTO EN EL MEDIO HOSPITALARIO**
MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ Y GLORIA PELLO ALVAREZ 3219

564 **ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL**
MARÍA CONSUELO REY PÉREZ, AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA, ELISA CAMINO GALLEGO Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 3223

565 **ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO**
SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO, LETICIA RODRIGUEZ CORDERO Y VICTORIA BLANCO FERNANDEZ 3227

566 **LACTANCIA MATERNA INEFICAZ**
PATRICIA LOPEZ ALONSO 3231

567 **NUTRICIÓN PARENTERAL EN FÍSTULAS GRASTROINTESTINALES**
VICTORIA BLANCO FERNANDEZ, SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO Y LETICIA RODRIGUEZ CORDERO 3233

568 **ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TCAE AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**
VICTORIA BLANCO FERNANDEZ, SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO Y LETICIA RODRIGUEZ CORDERO 3237

569 **PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
LUCIA GARCIA GARCIA, NOELIA GARCIA LOPEZ, EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO, MARIA TERESA AVILES SOTO Y FLORENTINA MARÍA LLAMAZARES GONZALO 3247

570 **LOS FOMITÉS EN EL MEDIO HOSPITALARIO Y LA PRAXIS DEL EQUIPO SANITARIO**
MANUELA ALVAREZ CARCABA 3253

571 **LOS CUIDADOS AUXILIARES EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE PALIATIVOS**
MANUELA ALVAREZ CARCABA 3257

572 **ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON PROBLEMAS CEREBROVASCULARES.**
AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA, ELISA CAMINO GALLEGO, MARÍA CONSUELO REY PÉREZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ **3261**

573 **LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA), UNA ALTERNATIVA RÁPIDA Y SEGURA PARA LA COLECISTECTOMIA LAPARASCOPICA.**
LUCIA PEREZ ALONSO **3267**

574 **ASPECTOS TÓXICOS DEL ÓXIDO DE ETILENO PARA TCAE**
PALOMA BARRIO **3271**

575 **EL PROBLEMA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
ZAIDA LOPEZ FERNANDEZ **3275**

576 **VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL**
CATALINA ALVAREZ SANCHEZ, ROBERTO PASTOR GONZÁLEZ Y CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ **3281**

577 **INFECCIÓN NOSOCOMIAL.**
ELSA ARGÜELLES IGLESIAS, ZARA REGINA GONZÁLEZ LÓPEZ-FDEZ, JESSICA SUÁREZ JIMÉNEZ, MARIA LUISA FERNANDEZ DEL CERRO Y MARÍA NOEMI RODRÍGUEZ ESPINA **3285**

578 **PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
MARIA CRUZ ALVAREZ FERNÁNDEZ **3289**

579 **LOS CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA DISCAPACIDAD POR ENCEFALOMIELITIS MIALGICA O SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA.**
BLANCA ROSA INFANTES BUENO **3293**

580 **SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ORTOGERIATRÍA.**
VERÓNICA VELASCO GARCÍA Y ZINOVIA VIERU BULIGA **3297**

581 **PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA HIGIENE EN PACIENTES DEPENDIENTES.**
ZINOVIA VIERU BULIGA Y VERÓNICA VELASCO GARCÍA **3303**

582 LOS CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SONDAJE VESICAL.
MARIA BLANCA MASEDA GASALLA Y JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO 3311

583 PACIENTE CON DISNEA QUE ACUDE URG DERIVADO DE AP
NOELIA SUÁREZ ÁLVAREZ Y AINHOA MARIA PEREZ OVIN 3315

584 VIH/ SIDA
ALBA BARREIRO FERNÁNDEZ, LUCIA BARREIRO FERNANDEZ Y ISABEL FERNANDEZ SANTOS 3319

585 SISTEMA RESPIRATORIO
ZAIDA LOPEZ FERNANDEZ 3323

586 BULIMIA
ALBA BARREIRO FERNÁNDEZ, ISABEL FERNANDEZ SANTOS Y LUCIA BARREIRO FERNANDEZ 3329

587 LA ERGONOMÍA EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO
MARIA JESUS GARCIA GONZÁLEZ, YANIRA LÓPEZ PARRONDO, MONICA FERNANDEZ FERNANDEZ, ANA BELÉN ÁLVAREZ SUÁREZ Y MARÍA JESÚS ALVAREZ SÁNCHEZ 3331

588 PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
BEATRIZ REQUENA PARADA, DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO Y MARIA DEL MAR BARRO RIVERA 3337

589 CATARATAS EN LA TERCERA EDAD
ELOINA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 3343

590 PREDOMINIO DE LAS CAIDAS EN LA VEJEZ
ELOINA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 3349

591 GRUPO SANGUÍNEO.
MARIA FANJUL GARCIA 3355

592 CUIDADOS DE LOS PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL
MAR DÍAZ ÁLVAREZ 3363

593 PACIENTE INGRESADO EN PLANTA CON DEMENCIA SENIL
ANA MARIA GIL DELGADO, AURORA ORTEGA MIÑARRO Y LUCIA GARCIA CABEZUELO 3367

594 BARTHOLINITIS AGUDA CON INGRESO Y ROTURA DE ABCESO
FERMINA FERNANDEZ LUQUE Y MARTA GONZALEZ RUBIO 3371

595 ULCERA POR PRESION
ANGELES MARIA MUÑIZ CORRALES 3373

596 EL TCAE EN EL MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO DEL ANCIANO.
MARÍA PAULA GIORDANO DI FILIPPO, VANESA GARCÍA VALERO, ANA MEDIO PÉREZ, CRISTINA MARÍA LUIS RODRÍGUEZ Y ROSA ANA BARTON DEL BARRIO 3377

597 VIOLENCIA DE LOS USUARIOS HACIA EL PERSONAL SANITARIO.
ANA BELEN TRELLES RODRIGUEZ, ANDREA GARCÍA TORRE Y JUANA MARÍA VILLAR FERNÁNDEZ 3381

598 CAMBIOS POSTURALES: BÁSICOS Y FUNDAMENTALES
ROBERTO PASTOR GONZÁLEZ, CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ Y CATALINA ALVAREZ SANCHEZ 3383

599 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PROGRAMADO POR COXARTROSIS DERECHA
FERMINA FERNANDEZ LUQUE Y MARTA GONZALEZ RUBIO 3387

600 SOBRE PACIENTES ONCOLOGICOS, METASTASIS Y ACTUACION DEL TCAE EN LOS DIVERSOS PROCEDIMIENTOS
NIEVES ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ, DOLORES MEGIDO BOZA, VIOLETA REY FERNANDEZ, NOELIA SANTIAGO BERDASCO Y EVA BLANCO RODRÍGUEZ 3389

601 ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)
MARTA APARICIO ROLDÁN 3393

602 PACIENTE PEDIÁTRICO REMITIDO POR A ATENCIÓN PRIMARIA PARA VALORACIÓN DE LA ESTÁTICA VERTEBRAL.
NOELIA SUÁREZ ÁLVAREZ Y AINHOA MARIA PEREZ OVIN 3395

603 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO
MARÍA JOSÉ DÍAZ COUSO, JONATHAN ELENA VARELA Y MARÍA ARANZAZU SECADES GARCÍA 3399

604 TRABAJO EN EQUIPO EN SANIDAD.
MONICA SUAREZ ALVAREZ, ALMA LLENIN MARTINEZ, MARÍA EUGENIA GARCÍA ALONSO, MARIA DEL PILAR ANTÓN BRAVO Y HONORINA BERDAYES CANAL 3405

605 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN SANIDAD
ALMA LLENIN MARTINEZ, MONICA SUAREZ ALVAREZ, MARÍA EUGENIA GARCÍA ALONSO, MARIA DEL PILAR ANTÓN BRAVO Y HONORINA BERDAYES CANAL 3409

606 PACIENTES CON ASMA
NURIA ALVAREZ ALVAREZ, ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA, ELVIRA SEÑORANS DIZ, MARIA DEL ROSARIO PONTÓN Y NURIA SOLIS DEVESA 3413

607 LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.
DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ, VIOLETA VAZQUEZ GARCIA, ISABEL LOPEZ FUERTES Y MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ 3417

608 CUIDADOS DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE UROSTOMIZADO
MAR DÍAZ ÁLVAREZ 3425

609 EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE DEL RECIEN NACIDO.
MARIA BLANCA MASEDA GASALLA Y JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO 3429

610 PREOPERATORIO OPERACION DE TUBULACION GASTRIGA
NATALIA IGLESIAS HEREDIA 3433

611 LA IMPORTANCIA DE LAS TERAPIAS DE HUMOR EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN
JACQUELINE DEL ROCIO ZÚÑIGA CHIRIGUAYA, ANA BEATRIZ HIDALGO LLERENA, HÉCTOR AVILÉS ESPINOSA, EVELIN MARIA BALLADARES PASTOR Y ALEJANDRA NUEVO DEL BUSTO 3435

612 LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS EN LOS HOSPITALES
MARIA CRUZ ALVAREZ FERNÁNDEZ 3439

613 LOS CUIDADOS DEL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON QUEMADURAS
ELLEN CARLOS DO AMARAL 3443

614 CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL PERMANENTE.
MARIA LUISA FERNÁNDEZ GARCÍA 3449

615 ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES ATIPICA CON AFECTACION MESENTERICA Y ESPERMATICA
LUCIA GARCIA CABEZUELO, AURORA ORTEGA MIÑARRO Y ANA MARIA GIL DELGADO 3453

616 PACIENTE CON FIEBRE, EOSINOFILIA Y LESIONES CUTÁNEAS.
LUCIA GARCIA CABEZUELO, ANA MARIA GIL DELGADO Y AURORA ORTEGA MIÑARRO 3455

617 TIPOS DE SONDAS
JESSICA RODRÍGUEZ PÉREZ, NOELIA RODRÍGUEZ BARNA, NATALIA TAMARGO LÓPEZ, MARÍA BELÉN GONZÁLEZ HUERTA Y MARÍA VICTORIA REIMÚNDEZ ORDÁS 3457

618 MOVILIZACIÓN DE PACIENTES .
ZAIDA LOPEZ FERNANDEZ 3463

619 EL TCAE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
SANDRA MUÑOZ GARCÍA Y MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS 3469

620 CONSECUENCIAS DEL TRABAJO NOCTURNO EN EL PERSONAL SANITARIO.
ANA BELEN TRELLES RODRIGUEZ, ANDREA GARCÍA TORRE Y JUANA MARÍA VILLAR FERNÁNDEZ 3473

621 QUIRÓFANO: CONDICIONES FÍSICAS, DISEÑO, ASEPSIA Y VESTIMENTA.
JESSICA NUÑEZ BERMUDEZ, DAMIÁN PASCUAL ÁLVAREZ, BIANCA GONZÁLEZ PINTADO, CLAUDIA LEIRÓS DÍAZ Y LAURA LEIROS GARCIA 3477

622 PRUEBAS Y PREOPERATORIO DE UNA CIRUGÍA OCULAR
BIANCA GONZÁLEZ PINTADO, JESSICA NUÑEZ BERMUDEZ, CLAUDIA LEIRÓS DÍAZ, LAURA LEIROS GARCIA Y DAMIÁN PASCUAL ÁLVAREZ 3485

623 UNA BUENA HIGIENE DE MANOS; MUY IMPORTANTE EN NUESTROS HOSPITALES.
LILIAN GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 3491

624 PROTECCIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.
ANA BELÉN ÁLVAREZ SUÁREZ, MARÍA JESÚS ALVAREZ SÁNCHEZ, MARIA JESUS GARCIA GONZÁLEZ, YANIRA LÓPEZ PARRONDO Y MONICA FERNANDEZ FERNANDEZ 3495

625 LA DERMATITIS ATÓPICA EN LOS NIÑOS
MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA, ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO, VERONICA VILLA CASTRESANA Y SANDRA MORO ESPINEL 3501

626 CARCINOMA DE MAMA. VALORACIÓN DE ADYUVANCIA
AINHOA MARIA PEREZ OVIN Y NOELIA SUÁREZ ÁLVAREZ 3505

627 AUTOCUIDADOS DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN HEMODIÁLISIS.
JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO Y MARIA ROSA GARNICA HERNANDO 3509

628 LA ACTUACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA, CLAVE PARA LA PREVENCIÓN DE BROTES DE HEPATITIS C EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS.
JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO Y MARIA ROSA GARNICA HERNANDO 3513

629 CUIDADOS A BEBÉ CON SÍNDROME DE EDWARDS.
GEMA ROCES SIEBIERSKI 3517

630 ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE CON GLAUCOMA
LAURA GARCÍA RODRIGUEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 3519

631 PACIENTE CON TIROIDITIS SUBAGUDA DE DEQUERVAIN
NOELIA SUÁREZ ÁLVAREZ Y AINHOA MARIA PEREZ OVIN 3531

632 TCAE: PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN
MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS Y SANDRA MUÑOZ GARCÍA 3535

633 BEBÉ PREMATURO: LACTANCIA MATERNA Y EL MÉTODO MADRE CANGURO
MARIA RIESGO RODRIGUEZ, ROSA PEREIRA PEREZ, GRACIELA CARBAJAL BARREIRO, GRACIELA COLODRON TESTA Y KATIUSCA POMPA SABLON 3539

634 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ENTORNO SANITARIO.
LILIAN GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 3545

635 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON NUTRICION ENTERAL
MARÍA GENEROSA LILLO TEJÓN Y MARCO CASADO CORONA 3549

636 LOS CAMBIOS POSTURALES EN LAS DISTINTAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.
JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA, VERÓNICA DURRUTI BERROS, MONICA ORRASCO ALFONSO, MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ Y SILVIA DE LA CALLE VALLINA 3557

637 EL PIE DIABÉTICO Y SUS CUIDADOS EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN UNIDAD DE VASCULAR.
VERÓNICA DURRUTI BERROS, MONICA ORRASCO ALFONSO, MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ, SILVIA DE LA CALLE VALLINA Y JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA 3561

638 HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO
BEATRIZ GALÁN BORREGO Y PAULA PRESUMIDO DÍAZ 3565

639 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE ACCIDENTES CEREBROVASCULARES
ISABEL LOPEZ FUERTES, MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ, DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ, MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA Y VIOLETA VAZQUEZ GARCIA 3571

640 HEPATITIS.
MARIA FANJUL GARCIA 3581

641 CUIDADOS DEL TCAE A PACIENTES EN LA SALA DE PARTOS.
SARAY MARIA SUAREZ FERNÁNDEZ, ROSA MARÍA SAN JOSÉ BLANCO, ANA MARIA PIEDRA SÁNCHEZ, BLANCA FLOR NAVEDA REDONDO Y CESAR ANGEL CASTAÑON FERNANDEZ 3587

642 NUTRICIÓN
MARIA FANJUL GARCIA 3591

643 ACCIONES QUE INVOLUCRAN AL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN Y CUIDADO EN LAS UNIDADES DE NEONATOLOGÍA: FORMACIÓN, RELACIÓN CON LOS PADRES, E INTERVENCIONES.
MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA, VIOLETA VAZQUEZ GARCIA, ISABEL LOPEZ FUERTES, MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ Y DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ 3597

644 LAS INTERVENCIONES DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO Y EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
VIOLETA VAZQUEZ GARCIA, ISABEL LOPEZ FUERTES, MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ, DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ Y MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA 3607

645 INGRESO EN MEDICINA INTERNA DE PACIENTE CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.
ANA MARIA GIL DELGADO, LUCIA GARCIA CABEZUELO Y AURORA ORTEGA MIÑARRO 3617

646 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA): ANOREXIA, BULIMIA
BEATRIZ GALÁN BORREGO Y PAULA PRESUMIDO DÍAZ 3621

647 SIGNOS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACIÓN
BEATRIZ GALÁN BORREGO Y PAULA PRESUMIDO DÍAZ 3629

648 FIBROMIALGIA
ISABEL FERNANDEZ SANTOS, LUCIA BARREIRO FERNANDEZ Y ALBA BARREIRO FERNÁNDEZ 3635

649 SÍNDROME DE BURNOUT O DEL TRABAJADOR QUEMADO
ALEJANDRA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 3639

650 IDENTIDAD DE GÉNERO PARA TCAE
ALBA INÉS RAMÍREZ GUILLÉN 3643

651 LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PROTOCOLO DE ICTUS
SILVIA DE LA CALLE VALLINA, MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ, JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA, VERÓNICA DURRUTI BERROS Y MONICA ORRASCO ALFONSO 3645

652 CUIDADOS PARA INTERVENCIÓN DE QUISTE DE COLEDOCO.
GEMA ROCES SIEBIERSKI 3651

653 CUIDADOS PARA ENFERMEDAD DE LYME
GEMA ROCES SIEBIERSKI 3653

654 RECOMENDACIONES EN PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS
ANGELA ROMERO RODRIGUEZ Y ANDREA DE ÁVILA RODRÍGUEZ 3655

655 CUIDADOS ANTE EL SÍNDROME DE TOURETTE.
GEMA ROCES SIEBIERSKI 3657

656 CORONAVIRUS
GEMA ROCES SIEBIERSKI 3659

657 USO ADECUADO DE MASCARILLAS PARA PERSONAL SANITARIO.
PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES, VICENTA DE LOS MILAGROS SÁNCHEZ-MAROTO SÁNCHEZ-ÁVILA, PAULA RODRÍGUEZ CABALLÍN Y ESTEFANÍA FERNÁNDEZ RUIZ 3661

658 USO ADECUADO DE GUANTES PARA PERSONAL SANITARIO.
PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES, VICENTA DE LOS MILAGROS SÁNCHEZ-MAROTO SÁNCHEZ-ÁVILA, PAULA RODRÍGUEZ CABALLÍN Y ESTEFANÍA FERNÁNDEZ RUIZ **3665**

659 LA PIEL. ASEO E HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO
PATRICIA FERRERA FERNÁNDEZ, ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA, MARTA AMALIA MÉNDEZ GARCÍA, INMACULADA SUAREZ SIERRA Y SARA DELGADO RODRIGUEZ **3669**

660 COMPLICACIONES Y CONTROL DE LA DIABETES GESTACIONAL.
ANDREA DE ÁVILA RODRÍGUEZ Y ANGELA ROMERO RODRIGUEZ **3673**

661 CUIDADOS EN LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON DISFAGIA.
BELEN VELAZQUEZ RIESGO **3675**

662 APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE ANCIANO
MARTA ELENA PANDO CARBAJAL, VANESA SUÁREZ RODRÍGUEZ, CAROLINA MARTÍNEZ ARIAS, NATIVIDAD DEL CARMEN PEREZ MORALES Y TEODORA GARCÍA SANJULIAN **3679**

663 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PERSONAS DE TERCERA EDAD CON PATOLOGÍAS NO ONCOLÓGICAS.
ISABEL LOPEZ FUERTES, MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ, DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ, MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA Y VIOLETA VAZQUEZ GARCIA **3685**

664 ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE SALUD.
MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA, VIOLETA VAZQUEZ GARCIA, ISABEL LOPEZ FUERTES, MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ Y DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ **3697**

665 RECOGIDA DE HEMOCULTIVOS, FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
MARIA DEL CARMEN CUERVO ALVAREZ Y LAURA CAMAFREITA BEATO **3707**

666 **URINOCULTIVO; MÉTODOS DE RECOGIDA DE MUESTRA DE ORINA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARIA DEL CARMEN CUERVO ALVAREZ Y LAURA CAMAFREITA BEATO 3711

667 **EL AISLAMIENTO DE PACIENTES EN EL CENTRO HOSPITALARIO.**
SANDRA BEIRO MONTES Y SUSANA DÍAZ GONZÁLEZ 3715

668 **INTERVENCIONES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.**
VIOLETA VAZQUEZ GARCIA, ISABEL LOPEZ FUERTES, MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ, DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ Y MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA 3719

669 **MEDIDAS PREVENTIVAS DEL AISLAMIENTO EN PACIENTES CON INFECCIONES TRANSMISIBLES.**
MARIA MERCEDES GAVADIAN SERANTES Y MARIA MENDEZ ALONSO 3731

670 **EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA.**
MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ, DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ, MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA, VIOLETA VAZQUEZ GARCIA Y ISABEL LOPEZ FUERTES 3735

671 **EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT.**
DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ, MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA, VIOLETA VAZQUEZ GARCIA, ISABEL LOPEZ FUERTES Y MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ 3745

672 **EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA. SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE ONCOLOGÍA.**
MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ, DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ, MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA, VIOLETA VAZQUEZ GARCIA Y ISABEL LOPEZ FUERTES 3757

673 **REPERCUSIÓN DE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS.**
BELEN VELAZQUEZ RIESGO 3769

674 FRAGILIDAD EN EL ANCIANO
BELEN VELAZQUEZ RIESGO **3773**

675 EL RIESGO DE CAÍDAS EN LA VEJEZ
ELVIRA SEÑORANS DIZ, MARIA DEL ROSARIO PONTÓN, NURIA SOLIS DEVESA, MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO Y NURIA ALVAREZ ALVAREZ **3775**

676 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE HOSPITALIZADO.
MARIA GLORIA MURIAS RICO, ANA RODRÍGUEZ DEL POZO, ANA MARIA VARES GONZALEZ, MARÍA DEL CARMEN MENÉNDEZ BARREDO Y SANDRA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ **3781**

677 HIGIENE POSTURAL EN EL TRABAJO.
EDITA MARTÍNEZ SANTIAGO, SERGIO CASADO GONZALEZ, ADELINA LUENGO FERNANDEZ, MARIA PILAR GONZÁLEZ TORRE Y MARÍA DE LOS ÁNGELES DEL BARRIO VALDÉS **3785**

678 CUIDADOS BÁSICOS DE LA COLOSTOMÍA.
SANDRA CARBAJAL FERNÁNDEZ Y MARTA VEGA GUTIÉRREZ **3791**

679 LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO CON SOLUCIÓN ALCOHÓLICA.
YLENIA FERNANDEZ ALVAREZ, ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA, ISABEL MARTOS VILLA, Mª DE LOS ÁNGELES ROBLES PÉREZ Y ROCÍO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ **3799**

680 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO.
MARIA ANTONIA SANCHEZ MARCOS, MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, BARBARA GARCIA ESPIN, MARIA DEL CARMEN FLORES FERNANDEZ Y ANA MARÍA RODRÍGUEZ IZQUIERDO **3801**

681 ÚLCERAS VASCULARES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS; CUIDADO TERAPEÚTICO DEL EQUIPO SANITARIO.
SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ, ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ, PAULA MENENDEZ BARRI, ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ Y ENCARNACION FERNANDEZ QUERO **3807**

682 **LAS TECNICAS DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO.**
ANA MARÍA RODRÍGUEZ IZQUIERDO, MARIA DEL CARMEN FLORES FERNANDEZ, MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, BARBARA GARCIA ESPIN Y MARIA ANTONIA SANCHEZ MARCOS **3811**

683 **GESTIÓN Y CONTROL DEL CARRO DE PARADAS COMO COMPETENCIA DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA.**
ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ, PAULA MENENDEZ BARRI, ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ, ENCARNACION FERNANDEZ QUERO Y SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ **3819**

684 **PROTOCOLO DE SEDACCIÓN PALIATIVA EN MEDICINA INTERNA**
ANA LAGO COLLAR **3823**

685 **GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**
ANA LAGO COLLAR **3827**

686 **LA IMPORTANCIA DE LA ESTERILIZACIÓN Y EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA.**
MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, BARBARA GARCIA ESPIN, MARIA ANTONIA SANCHEZ MARCOS, ANA MARÍA RODRÍGUEZ IZQUIERDO Y MARIA DEL CARMEN FLORES FERNANDEZ **3829**

687 **PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
JOSEFINA MARTINEZ GARCIA, MARÍA ENCARNACIÓN RECIO CONDE, ANGELES MORALES REYES, NATALIA VALLINA GONZÁLEZ Y EVA GONZALEZ FERNANDEZ **3837**

688 **ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA ANTE EL EXITUS HOSPITALARIO.**
MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GARCÍA, JULIA RETUERTO GARCIA, MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ RODIL, ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ MARTINEZ Y MARÍA DOLORES MORÁN MARTÍNEZ **3841**

689 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES PUEDE INFORMAR SOBRE EL CÁNCER COLORRECTAL**
ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO, ROCIO CABAÑERO CLEMOT Y JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL **3849**

690 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.**
ROCIO CABAÑERO CLEMOT, JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL Y ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO 3853

691 **INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.**
ANA MARÍA GARCÍA VILLA Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 3857

692 **TÉCNICA DE REGOGIDA DE ORINA EN NIÑOS Y LACTANTES**
ANA MARIA MILLAN FERNANDEZ Y CLARA ISABEL TOCINO HERNANDEZ 3871

693 **TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA- CASO CLÍNICO.**
JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL, ROCIO CABAÑERO CLEMOT Y ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO 3873

694 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN HEMODIÁLISIS.**
MARTA VEGA GUTIÉRREZ Y SANDRA CARBAJAL FERNÁNDEZ 3877

695 **ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA.**
TANIA CARCELEN REBOLLAR, JULIA COSTALES LOPEZ Y MARIA ARANZAZU SUAREZ LIBERATO 3879

696 **PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS.**
BENEDICTA ALVAREZ IGLESIAS, ANA ISABEL CALVO SUÁREZ, ARACELI LASARTE IBÁÑEZ Y ANA ISABEL ALVAREZ DEL SALVADOR 3883

697 **U.C.I. & T.C.A.E.**
MARÍA DEL MAR VILLORIA DOMÍNGUEZ Y EVA MARIA BERNARDO GONZALEZ 3887

698 **ÚLCERAS POR PRESIÓN. TIPOS, CUIDADOS Y TRATAMIENTO.**
MARIA BEGOÑA SEGOVIA ALVAREZ, MARIA FIDALGO FRECHILLA, SARA ANDREA LANIO LANEO, MARGARITA CASO DELGADO Y SOCORRO ASCENSION IGLESIAS ORDOÑEZ 3889

699 **LA HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO EN EL MEDIO HOSPITALARIO.**
MARIA JESÚS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y FRANCISCA DEL ROBLEDO VICENTE CASTELLANO **3899**

700 **HIGIENE DE MANOS**
SARA ANDREA LANIO LANEO, MARGARITA CASO DELGADO, SOCORRO ASCENSION IGLESIAS ORDOÑEZ, MARIA BEGOÑA SEGOVIA ALVAREZ Y MARIA FIDALGO FRECHILLA **3903**

701 **IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN EL PROFESIONAL SANITARIO. LA HIGIENE DE MANOS.**
M. ANGELES ARIAS ALVAREZ, EVA BERICUA MENCIA, MARIO ANDINO CORCUERA, ARMANDO FERNANDEZ MARTINEZ Y ESTEFANIA MARTINEZ SANCHEZ **3913**

702 **LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE PALIATIVO. CUIDADO SANITARIO Y APOYO FAMILIAR.**
ENCARNACION FERNANDEZ QUERO, SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ, ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ, PAULA MENENDEZ BARRI Y ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ **3917**

703 **EL SONDAJE VESICAL Y LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
MARIA BEGOÑA GARCÍA FEITO, MANUELA RENDAL PRADO, MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ, CRISTINA PEREZ ALONSO Y JUAN CARLOS MARTÍN MARTÍN-MAESTRO **3921**

704 **ÁREAS DE ESTERILIZACIÓN EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
SUSANA BOUSO YÁÑEZ **3927**

705 **CUIDADOS EN LAS PERSONAS DE TERCERA LA EDAD.**
CRISTINA PEREZ ALONSO, MARIA BEGOÑA GARCÍA FEITO, MANUELA RENDAL PRADO, JUAN CARLOS MARTÍN MARTÍN-MAESTRO Y MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ **3931**

706 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A LOS DISTINTOS TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS.**
MARTA MARIA VELASCO ALONSO **3937**

707 EL TCAE EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ RODIL, ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ MARTINEZ, MARÍA DOLORES MORÁN MARTÍNEZ, JULIA RETUERTO GARCIA Y MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GARCÍA **3943**

708 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMRÍA EN QUIROFANO
ELISA MUÑIZ DELGADO Y ANA BELÉN CORTINA MARTÍNEZ **3949**

709 ASEO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
JOSÉ ALFREDO TAMARGO **3955**

710 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
ANA BELÉN CORTINA MARTÍNEZ Y ELISA MUÑIZ DELGADO **3957**

711 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, LA CANDIDIASIS.
LOURDES RUBIO SOTO **3961**

712 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELIACA
CRISTINA GONZALEZ CABRAL **3965**

713 PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS.
MARIA VICTORIA BALSA GARCIA **3971**

714 LITIASIS RENAL: SÍNTOMAS, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
VERONICA RODRIGUEZ BRANDY Y TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ **3973**

715 IMPORTNACIA DE LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO
ARMANDO FERNANDEZ MARTINEZ, ESTEFANIA MARTINEZ SANCHEZ, M. ANGELES ARIAS ALVAREZ, EVA BERICUA MENCIA Y MARIO ANDINO CORCUERA **3977**

716 ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN QUIRÓFANO.
SONIA HUERTA COTO, ISABEL GARCÍA AGUDIN, MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ Y MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ **3981**

717 SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO.
COVADONGA MACIAS OUTEDA 3991

718 CUIDADOS AL PACIENTE CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE
VERONICA RODRIGUEZ BRANDY Y TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ 3995

719 LOS CAMBIOS POSTURALES EN LOS PACIENTES ENCAMADOS.
SUSANA BOUSO YÁÑEZ 3999

720 EL MANEJO DEL PACIENTE CON ALTERACIONES DE SALUD MENTAL
ENCARNACION RODRIGUEZ ROZA 4003

721 PROCESO DE LIMPIEZA DE LA INCUBADORA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
DELFINA CASTRO RODRÍGUEZ, SUSANA TERRONES VEGA, MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO, ANA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ Y MARÍA AFRICA NIÑO GARCÍA 4009

722 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO.
TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ Y VERONICA RODRIGUEZ BRANDY 4015

723 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA).
VERONICA RODRIGUEZ BRANDY Y TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ 4019

724 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO CON PACIENTES CON ALZHEIMER
TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ Y VERONICA RODRIGUEZ BRANDY 4021

725 PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES. USOS E INDICACIONES.
CARMEN CALDEVILLA 4025

726 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ASEO EN CAMA DE UN PACIENTE .
TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ Y VERONICA RODRIGUEZ BRANDY 4029

727 **PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LA FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
MARÍA JOSE ALVAREZ FERNANDEZ **4033**

728 **EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO.**
MARTA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ **4037**

729 **LOS AISLAMIENTOS EN EL ÁREA HOSPITALARIA.**
CRISTINA MARIA CASTROAGUDIN CIFUENTES, DIANA MARIA GARCÍA SANCHEZ, ENRIQUE ESTRADA SUCO, ELISA FERNÁNDEZ GARCIA Y FELICIDAD ALVAREZ QUINTANA **4039**

730 **EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO.**
OLGA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ **4043**

731 **EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA COMO PARTE DEL EQUIPO DE QUIRÓFANO.**
MARIA DEL CARMEN CUERVO ALVAREZ Y LAURA CAMAFREITA BEATO **4047**

732 **EL PAPEL DEL CELADOR Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE.**
MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ **4049**

733 **CASO CLÍNICO: CESÁREA MATERNA ELECTIVA POR PRESENTACIÓN PODÁLICA FETAL**
PATRICIA RODRIGUEZ CASTAÑO, SUSANA RODRÍGUEZ RUBIO, LAURA ANTON RODRIGUEZ, THAIS LOSAS FERNÁNDEZ Y ALBA LINDE FERNANDEZ **4053**

734 **RESTRICCIÓN FÍSICA-CONTENCIÓN MECÁNICA COMO MEDIDA TERAPEÚTICA**
MARIA ELIDIA GONZALEZ GARCIA **4055**

735 **LAS ENFERMEDADES HOSPITALARIAS O NOSOCOMIALES.**
MARIO ANDINO CORCUERA, ARMANDO FERNANDEZ MARTINEZ, ESTEFANIA MARTINEZ SANCHEZ, M. ANGELES ARIAS ALVAREZ Y EVA BERICUA MENCIA **4059**

736 EL CORRECTO ASEO DE PACIENTE ENCAMADO REALIZADO POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
LAURA PRADOS DÍAZ 4063

737 PROCEDIMIENTO DE ARREGLO DE LA CAMA HOSPITALARIA POR LOS TCAE ESTANDO OCUPADA POR UN PACIENTE ENCAMADO.
LAURA PRADOS DÍAZ 4067

738 APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y AISLAMIENTO EN LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES POR PARTE DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA
ANA ROSA LOPEZ ALVAREZ Y YAIZA ARIAS CASTRO 4071

739 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ASMA
ANA ROSA LOPEZ ALVAREZ Y YAIZA ARIAS CASTRO 4077

740 ATENCION Y CUIDADOS AL PACIENTE EN EL ESTREÑIMIENTO. ENEMAS Y SU CLASIFICACIÓN.
MARIA BLANCA MASEDA GASALLA 4081

741 DRENAJES QUIRÚRGICOS.
ANA MARÍA GONZALEZ FERNANDEZ 4085

742 MANTENIMIENTO Y CONTROL DEL CARRO DE PARADAS: TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMPETENCIA.
MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ, NATALIA CASADO FANJUL, MONICA HERNANDEZ, RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ Y ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 4089

743 CARGA LABORAL EN EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
MARIA PAZ RODRÍGUEZ QUINTANA, ELISA ISABEL ROLLÓN DONAIRE, LEONTINA IGLESIAS PRIETO, PATRICIA GONZÁLEZ ÁLVAREZ Y LAURA MARTÍNEZ PÉREZ 4095

744 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN
ELISA ISABEL ROLLÓN DONAIRE, LEONTINA IGLESIAS PRIETO, PATRICIA GONZÁLEZ ÁLVAREZ, MARIA PAZ RODRÍGUEZ QUINTANA Y LAURA MARTÍNEZ PÉREZ 4101

745 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON SÍNDROME DE INMOVILISMO Y EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS. ABORDAJE PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
MIREN LOREA TELLERIA DOMÍNGUEZ, YAIZA GÓMEZ MARTIN, AÍDA GUTIÉRREZ CAMPO, BARBARA REY GARCÍA Y AINHOA DA COSTA 4107

746 LA PRAXIS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS A PACIENTES PALIATIVOS.
NATALIA CASADO FANJUL, MONICA HERNANDEZ, RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ, ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Y MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ 4111

747 CUIDADOS AL PACIENTE ANCIANO. PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN
LORENA FERNÁNDEZ MÉNDEZ 4115

748 LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DENTRO DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.
PABLO RIVERA SUAREZ, BELEN FERNANDEZ PINTADO, JAIME RIVERA SUAREZ, NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ Y LAURA PRIERES MELERO 4119

749 EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. ENFERMEDADES ASOCIADAS Y MÉTODOS DE PREVENCIÓN.
LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ, MARÍA MERCEDES SANTOS LAURES Y MARÍA DEL CARMEN DIEZ RUBIO 4123

750 **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE PERSONAL DEL PACIENTE ENCAMADO.**
PABLO RIVERA SUAREZ, BELEN FERNANDEZ PINTADO, JAIME RIVERA SUAREZ, NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ Y LAURA PRIERES MELERO **4127**

751 **LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
MARIA MENDEZ ALONSO Y MARIA MERCEDES GAVADIAN SERANTES **4131**

752 **CUIDADOS EN PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA**
MARÍA TERESA VÁZQUEZ RODRIGUEZ **4135**

753 **LOS DRENAJES PLEURALES Y SUS CUIDADOS.**
RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ, ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ, NATALIA CASADO FANJUL Y MONICA HERNANDEZ **4139**

754 **DESCRIPCIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARÍA DOLORES MORÁN MARTÍNEZ, JULIA RETUERTO GARCIA, MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ RODIL Y ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ MARTINEZ **4145**

755 **ANESTESIA Y REANIMACIÓN**
MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ, GEMMA RODRÍGUEZ LARXE, MARGARITA COSIO FERNANDEZ, MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ Y LLUIS IGLESIAS CARCEDO **4153**

756 **LOS CUIDADOS PALIATIVOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
NOELIA PELÁEZ SANFIZ **4159**

757 **HIGIENE HOSPITALARIA.**
GEMMA RODRÍGUEZ LARXE, MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ, MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ, LLUIS IGLESIAS CARCEDO Y MARGARITA COSIO FERNANDEZ **4163**

758 **NOSOCOMIALES.**
GEMMA RODRÍGUEZ LARXE, MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ, MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ, LLUIS IGLESIAS CARCEDO Y MARGARITA COSIO FERNANDEZ **4167**

759 **BRONQUIOLITIS EN LA INFANCIA.**
MARIA NIEVES PEQUEÑO VERDIN Y ELOINA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ **4171**

760 **GRUPOS SANGUINEOS.**
MARIA ISABEL QUESADA POSADA Y MARIA BELEN GARCIA VILLEGAS **4177**

761 **NECESIDAD DE HIGIENE EN EL PACIENTE .**
MARGARITA COSIO FERNANDEZ, LLUIS IGLESIAS CARCEDO, MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ, GEMMA RODRÍGUEZ LARXE Y MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ **4181**

762 **ENFERMEDADES RENALES.**
MARIA ISABEL QUESADA POSADA Y MARIA BELEN GARCIA VILLEGAS **4187**

763 **EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN AL NIÑO HOSPITALIZADO.**
INES FERNANDEZ GUDEREIT **4191**

764 **LOS SANITARIOS Y EL NIÑO COMO PACIENTE**
LAURA GARCIA VILASECO, PAULA BLANCO LÓPEZ, ZAIRA VALÍN PALOMO, LIDIA MARIA BLANCO MENENDEZ Y CRISTINA RAMOS CALOTO **4195**

765 **LIMPIEZA DE MATERIAL QUIRÚRGICO. SISTEMAS DE ESTERILIZACIÓN**
LORENA FERNÁNDEZ MÉNDEZ **4199**

766 **PROTOCOLO DE CUIDADOS DE LAS OSTOMÌAS.**
MARIA EUGENIA RODRIGUEZ DIAZ **4203**

767 HIGIENE DE MANOS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INTRAHOSPITALARIAS
MARIA ELIDIA GONZALEZ GARCIA 4205

768 LOS CAMBIOS POSTURALES EN UN PACIENTE ENCAMADO.
MARIA MENDEZ ALONSO Y MARIA MERCEDES GAVADIAN SERANTES 4209

769 EL MANEJO DE LA HIPOTENSIÓN.
ENCARNACION RODRIGUEZ ROZA 4213

770 HIGIENE DE MANOS COMO CONTROL DE INFECCIONES.
JONATAN SERRANO ALONSO 4221

771 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS
MARÍA BELÉN SANTOS CARBAJO 4225

772 LA HIDRATACIÓN DE LA PIEL EN PACIENTES ENCAMADOS
PATRICIA LOPEZ ALONSO 4229

773 INTEGRIDAD DE LA PIEL EN EL INTRAOPERATORIO.
MARÍA ALEJANDRA MENÉNDEZ IGLESIAS, MARÍA MONTSERRAT VEGA FERNANDEZ Y NICOLE VÁZQUEZ PORTO 4231

774 CUIDADOS PALIATIVOS: LOS GRANDES DESCONOCIDOS
Mª PILAR MENÉNDEZ ARIAS 4235

775 LACTANCIA MATERNA Y EL TCAE.
Mª PILAR MENÉNDEZ ARIAS 4239

776 EL PACIENTE HOSPITALIZADO: LA IMPORTANCIA DE LA MOVILIDAD
LIDIA MARIA BLANCO MENENDEZ, CRISTINA RAMOS CALOTO, ZAIRA VALÍN PALOMO, LAURA GARCIA VILASECO Y PAULA BLANCO LÓPEZ 4241

777 SONDAJE VESICAL: OBJETIVOS Y BENEFICIOS.
Mª PILAR MENÉNDEZ ARIAS 4245

778 LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO ENTIDAD PATOLÓGICA.
Mª PILAR MENÉNDEZ ARIAS 4249

779 LA IMPORTANCIA DE LA ESTERILIZACIÓN EN EL MEDIO HOSPITALARIO.
PATRICIA SUÁREZ BERLANGA 4253

780 HÍGADO GRASO. ENFERMEDAD Y CONSECUENCIAS.
PATRICIA SUÁREZ BERLANGA 4255

781 MANEJO DEL PACIENTE CON DISFAGIA OROFARÍNGEA.
MARÍA ANA RODRÍGUEZ PÉREZ 4259

782 PACIENTE CON GLAUCOMA: ATENCIÓN Y CUIDADOS.
INES GUTIÉRREZ GÓMEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES GALÁN AGUIRRE Y CRISTINA ROMERO GARCIA 4263

783 ÚLCERAS POR PRESIÓN. TIPOS Y CAUSAS.
PATRICIA SUÁREZ BERLANGA 4267

784 MEDIDAS DE PROTECCION PARA EL PERSONAL SANITARIO FRENTE A LOS DISTINTOS TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS
MARIA IRENE GONZALEZ ALVAREZ 4271

785 LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS
PAULA BLANCO LÓPEZ, ZAIRA VALÍN PALOMO, LAURA GARCIA VILASECO, CRISTINA RAMOS CALOTO Y LIDIA MARIA BLANCO MENENDEZ 4279

786 RIESGOS LABORALES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA
NICOLE VÁZQUEZ PORTO 4283

787 TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFEMERÍA EN LA UCI
NICOLE VÁZQUEZ PORTO, MARÍA ALEJANDRA MENÉNDEZ IGLESIAS Y MARÍA MONTSERRAT VEGA FERNANDEZ 4287

788 ENEMAS: TIPOS Y ADMINISTRACIÓN.
MONTSERRAT FERNÁNDEZ VALBUENA 4291

789 RASURADO QUIRÚRGICO Y RIESGO DE INFECCIÓN.
MARÍA ALEJANDRA MENÉNDEZ IGLESIAS, NICOLE VÁZQUEZ PORTO Y MARÍA MONTSERRAT VEGA FERNANDEZ 4297

790 CUIDADOS INTRAOPERATORIOS Y TIPOS DE ANESTESIA
GUILLERMO FERNANDEZ MARTINEZ Y ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ 4301

791 RIESGOS LABORALES EN SISTEMA DE SALUD, UN RETO PARA EL PRESENTE Y FUTURO.
ANGELA RODRIGUEZ GARCIA 4305

792 TIPOS DE SONDAS DE ALIMENTACIÓN.
CRISTINA GONZALEZ CABRAL 4317

793 DISFAGIA
MONICA GONZÁLEZ TAMARGO, CRISTINA PRUNEDA SIERRA, YOLANDA MERELO ALONSO, MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ Y CARME DE CON GUTIÉRREZ 4323

794 EL TCAE Y LA OBTENCION DE MUESTRAS DE ORINA EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
NOEMÍ FURONES PÉREZ 4327

795 EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO CON DERMATITIS ATOPICA
NOEMÍ FURONES PÉREZ 4331

796 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS CÁMARAS ESPACIADORAS UTILIZADAS EN PEDIATRÍA.
NOEMÍ FURONES PÉREZ 4337

797 EL TCAE ANTE LA OTALGIA CON EDEMA MASTOIDEO
NELLY MORA MENENDEZ 4341

798 COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONAL Y PACIENTE: UN CUIDADO MÁS.
MARIA ISABEL RODRIGUEZ ALVAREZ Y ALEJANDRA NATALIA LÓPEZ CADENAS 4345

799 ¿GRIPE O RESFRIADO? DIFERENCIAS.
MARIA ISABEL RODRIGUEZ ALVAREZ Y ALEJANDRA NATALIA LÓPEZ CADENAS 4351

800 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL DOLOR INFANTIL. ¿PODEMOS MEJORAR NUESTRA ASISTENCIA?
NOEMÍ FURONES PÉREZ 4357

801 LACTANCIA MATERNA: POSICIONES Y POSTURAS PARA AMAMANTAR
ALEJANDRA NATALIA LÓPEZ CADENAS Y MARIA ISABEL RODRIGUEZ ALVAREZ 4363

802 EL TRABAJO DEL PARTO Y PARTO
ALEJANDRA NATALIA LÓPEZ CADENAS Y MARIA ISABEL RODRIGUEZ ALVAREZ 4367

803 DIABETES
MARIA BELEN GARCIA VILLEGAS Y MARIA ISABEL QUESADA POSADA 4373

804 EL CARRO DE CURAS.
MARIA CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ CELORIO, ADRIÁN GÁMEZ ROLDÁN, ALBA ALONSO ÁLVAREZ, CRISTINA GARCÍA-MORENO CASTRILLÓN Y MIRANDA ARANGO BUENO 4379

805 LA CAMA HOSPITALARIA
ALBA ALONSO ÁLVAREZ, MIRANDA ARANGO BUENO, ADRIÁN GÁMEZ ROLDÁN, CRISTINA GARCÍA-MORENO CASTRILLÓN Y MARIA CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ CELORIO 4381

806 ACTIVIDADES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO
CRISTINA PRUNEDA SIERRA, MONICA GONZÁLEZ TAMARGO, YOLANDA MERELO ALONSO, CARME DE CON GUTIÉRREZ Y MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ 4383

807 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
MARIA ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ, ROCÍO CABO FUEYO, SARA GONZALEZ CARREIRA, MICHELLE BARAGAÑO SOLIS Y MAXIMINA GONZÁLEZ GONZÁLEZ **4387**

808 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON TDAH.**
NURIA ÁLVAREZ MENÉNDEZ **4391**

809 **CUIDADOS A PACIENTE TETRAPLEJICO**
ADRIANA PRENDES MORO **4393**

810 **BURNOUT EN PROFESIÓN SANITARIA.**
MARIA BELEN GARCIA VILLEGAS Y MARIA ISABEL QUESADA POSADA **4395**

811 **CUIDADOR PRINCIPAL ESCALA DE ZARIT E INTERVENCIONES PREVENTIVAS.**
MARIA BELEN GARCIA VILLEGAS Y MARIA ISABEL QUESADA POSADA **4401**

812 **HIGIENE POSTURAL EN LA MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS.**
LORENA FERNÁNDEZ MÉNDEZ **4407**

813 **RIESGOS BIOLÓGICOS**
PAULA LÓPEZ LEMA, AROA LÓPEZ LEMA, MARÍA DE LOS ÁNGELES DEL BARRIO VALDÉS, DAVINIA MECA LOPEZ Y ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ **4411**

814 **SONDAJES DEL APARATO DIGESTIVO, URINARIO Y RESPIRATORIO**
MONTSERRAT FERNÁNDEZ VALBUENA **4417**

815 **MÉTODOS DE RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA: UROCULTIVO**
AINOA MARTINEZ PEREZ, PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ Y LOURDES BELEN PEREZ LORENZO **4423**

816 LA BRONCOASPIRACIÓN, PREVENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE A LA HORA DE LA INGESTA CON RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO
XANA ARDURA MARTIN, DENYS SUAREZ DEPETRIS, VIRGINIA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, CARMEN MIYARES VELAZQUEZ Y LAURA LAORDEN FERNANDEZ 4425

817 LA HIGIENE DE MANOS COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN
SARA CARBAJALES FERNANDEZ 4433

818 QUEMADURAS: DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN.
SARA CARBAJALES FERNANDEZ 4437

819 RECOGIDA MUESTRA DE ORINA DE 24 HORAS EN PACIENTE CONTINENTE
MARÍA TERESA VÁZQUEZ RODRIGUEZ 4441

820 PROCEDIMIENTOS EN AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS
SONIA FERNÁNDEZ RATO, MARIA DEL CARMEN SUAREZ CALVIÑO Y JULIA MARTINEZ FRADE 4445

821 SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD A ALOPURINOL.
COVADONGA MACIAS OUTEDA 4449

822 ACTUACIONES A SEGUIR POR EL TCAE EN LA UCI
VERONICA VILLA CASTRESANA, SANDRA MORO ESPINEL, MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA Y ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO 4453

823 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A LA DEMENCIA SENIL
YOLANDA MERELO ALONSO, CARME DE CON GUTIÉRREZ, MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ, MONICA GONZÁLEZ TAMARGO Y CRISTINA PRUNEDA SIERRA 4457

824 CUIDADOS EN ULCERAS POR PRESION
MARIA SALGADO ALVAREZ DE TEJERA 4461

825 CUANDO LA PIEL “NOS HABLA”.
COVADONGA MACIAS OUTEDA 4463

826 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO
MARIA REBECA GARCIA GION 4469

827 LAS INFECCIONES RELACIONADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS). PREVENCIÓN Y CONTROL
BEATRIZ REQUENA PARADA, DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO, MARIA DEL MAR BARRO RIVERA, JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN Y LLARA LOBO BARRO 4477

828 LA TEMPERATURA PARA TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA Y NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ 4483

829 LA LACTANCIA MATERNA DESDE LA PERSPECTIVA DEL TCAE
ANA MARIA MENENDEZ MENENDEZ 4487

830 ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARÍA JOSE ALVAREZ FERNANDEZ 4491

831 MEDIDAS A TENER EN CUENTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS
JAIME RIVERA SUAREZ, NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, LAURA PRIERES MELERO, PABLO RIVERA SUAREZ Y BELEN FERNANDEZ PINTADO 4493

832 LA ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE UN PACIENTE TUBERCULOSO
JAIME RIVERA SUAREZ, NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, LAURA PRIERES MELERO, PABLO RIVERA SUAREZ Y BELEN FERNANDEZ PINTADO 4497

833 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA Y OXIGENOTERAPIA
MONTSERRAT FERNÁNDEZ VALBUENA 4501

834 CUIDADOS EN EL PACIENTE CON SONDAJE VESICAL
MARIA SALGADO ALVAREZ DE TEJERA 4509

835 LA COMUNICACIÓN ENTRE PACIENTE HOSPITALIZADO Y PERSONAL SANITARIO
JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO, SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ Y MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ 4513

836 AUMENTO DE LAS AGRESIONES EN PACIENTES Y SUS CONSECUENCIAS. IMPORTANCIA DEL MANEJO DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
LAURA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 4515

837 PACIENTE TERMINAL Y CUIDADOS PALIATIVOS
ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA, MARTA AMALIA MÉNDEZ GARCÍA, INMACULADA SUAREZ SIERRA, PATRICIA FERRERA FERNÁNDEZ Y SARA DELGADO RODRIGUEZ 4519

838 ACTUACIÓN ANTE UN POSIBLE ICTUS
MARÍA TERESA VÁZQUEZ RODRIGUEZ 4525

839 ORGANIZACIÓN Y CONTROL EN EL SISTEMA HOSPITALARIO.
LUCÍA SANCHEZ TOYOS, DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO Y LUCÍA POMAR MARTINEZ 4529

840 CAMBIOS POSTULARES EN EL PACIENTE ANCIANO
INMACULADA CARREÑO ALONSO 4533

841 LA DISFAGIA EN EL PACIENTE ANCIANO
INMACULADA CARREÑO ALONSO 4535

842 ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN INFARTO
NURIA ÁLVAREZ MENÉNDEZ 4537

843 TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS, COMO DISMINUIR EL DOLOR AL REALIZAR LA TÉCNICA.
NURIA ÁLVAREZ MENÉNDEZ 4539

844 CUIDADOS A UN PACIENTE INGRESADO POR TENTANOS
RUBEN CASTELLANOS LORENZO 4543

845 HIPOTENSIÓN DURANTE LA DIÁLISIS
LUCÍA DE LA VEGA VALVIDARES 4545

846 PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS
ADRIÁN GÁMEZ ROLDÁN, MIRANDA ARANGO BUENO, MARIA CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ CELORIO, CRISTINA GARCÍA-MORENO CASTRILLÓN Y ALBA ALONSO ÁLVAREZ 4547

847 LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES
INMACULADA CARREÑO ALONSO 4549

848 EL GLAUCOMA Y SU PREVENCIÓN.
MARIA VIOLETA SUÁREZ ÁLVAREZ, MARIA JOSEFA SUÁREZ ÁLVAREZ Y DANIEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 4551

849 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: ANOREXIA Y BULIMIA.
MARIA VIOLETA SUÁREZ ÁLVAREZ, MARIA JOSEFA SUÁREZ ÁLVAREZ Y DANIEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 4555

850 DIETA EN PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES
YOLANDA DÍAZ MENENDEZ 4559

851 CONOCIMIENTOS DEL TCAE PARA UTILIZAR LAS CONTENCIONES
SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ, ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ, MARIA BEJAR PEREZ, RAQUEL GONZALEZ GARCIA Y LAURA DIAZ MAYO 4569

852 ÚLCERAS POR PRESIÓN Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
YOLANDA DÍAZ MENENDEZ 4573

853 REANIMACIÓN: CARDIOPULMONAR O CARDIORRESPIRATORIA
REGINA SOARES DE FARIA Y JESSICA ALVES GOMES 4579

854 ENEMAS: FUNCIONES, TIPOS Y ADMINISTRACIÓN
SARA GONZALEZ CARREIRA, MICHELLE BARAGAÑO SOLIS, MARIA ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ, MAXIMINA GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y ROCÍO CABO FUEYO 4585

855 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y EL NIÑO CON CÁNCER
INES FERNANDEZ GUDEREIT 4589

856 CASO CLÍNICO: HTA DIFÍCIL DE TRATAR
SONIA PARADELA ANTUÑA 4593

857 LA HIPERTENSIÓN DENTRO DE LAS CONSTANTES VITALES
LUIS AMADO 4597

858 CUIDADOS DEL PACIENTE INTUBADO
VERÓNICA GRACIELA MORAN ECHEVERRIA, MARTA SANCHEZ UGARTE, ALICIA PAREDES ANTONIO Y LAURA SUÁREZ ARBESÚ 4601

859 EL CUIDADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO Y EL NEONATO.
ANA ISABEL MARTINEZ FERNANDEZ, MARIA ANGELES BAZ MARTIN, INÉS MARÍA COLLAZO ARIAS, MARIA ELENA FERNANDEZ FERNANDEZ Y RAQUEL GUTIERREZ TRAPIELLO 4607

860 ANESTESIA
JESSICA ALVES GOMES Y REGINA SOARES DE FARIA 4611

861 HIGIENE EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.
LAURA MARIÑO RODRÍGUEZ, VERÓNICA MENENDEZ VILLAMOR Y EUSEBIO NUÑEZ IBAÑEZ 4617

862 TRASTORNO EMOCIONAL VINCULADO CON EL ÁMBITO LABORAL DE PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS.
PAULA RODRIGUEZ RODRIGUEZ 4621

863 IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS CON PACIENTES DISCAPACITADOS.
LORENZO GAYO GONZÁLEZ 4623

864 TIPOS DE CIRUGÍA Y CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA.
PATRICIA MARQUÉS PRENDES 4627

865 HIGIENE EN EL PACIENTE ENCAMADO
SARA RODRIGUEZ 4631

866 EL TCAE EN ATENCIÓN PRIMARIA
NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ Y NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA 4635

867 LA NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO, LUCÍA POMAR MARTINEZ Y LUCÍA SANCHEZ TOYOS 4637

868 IMPORTANCIA DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL FRENTE AL RIESGO BIOLÓGICO POR EL PERSONAL SANITARIO
CARMEN MARIA SUAREZ ESTRADA, ALEJANDRO ALVAREZ FUENTES, MÓNICA CRISTINA GONZÁLVEZ PADILLA, MERCEDES MARÍA NAVA TOMÁS Y ROSA MARIA AMOR GOMEZ 4643

869 TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA: ANOREXIA Y BULIMIA.
JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO, SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ Y MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ 4649

870 ATENCION AL ENFERMO TERMINAL. APOYO AL CUIDADOR Y FAMILIA.
MARIA BLANCA MASEDA GASALLA 4651

871 PLAN DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.
LAURA SUÁREZ GARCÍA 4655

872 FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO.
LAURA SUÁREZ GARCÍA 4663

873 EL PACIENTE HOSPITALARIO GERIÁTRICO: UNIDADES HOSPITALARIAS ESPECÍFICAS.
JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO, SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ Y MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ 4669

874 FUNCIONES DEL TCAE EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION
LAURA SUÁREZ GARCÍA 4671

875 CANCER DE CUELLO UTERINO
SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ, MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ Y JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO 4679

876 CUIDADOS EN PACIENTES QUEMADOS
ADRIANA SUÁREZ RODRÍGUEZ, MÓNICA ALONSO ALONSO, LARA RODRIGUEZ FERNANDEZ, CLAUDIA DÍAZ ÁLVAREZ Y Mª GLORIA CASTILLO SALMERÓN 4683

877 OXIGENOTERAPIA.
ANA PATRICIA COTA EIREA Y ANGELA MARTOS CANADAS 4687

878 LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ESTERNOTOMÍA.CUIDADOS POST.
LETICIA MARTINEZ PEREZ 4695

879 LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS.PRAXIS.
LETICIA MARTINEZ PEREZ 4703

880 ESPUTOS: RECOGIDA DE MUESTRA POR PARTE DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA
PETRA GIL CARMONA 4711

881 TCAE Y EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO
MONTSERRAT GONZÁLEZ IGLESIAS, NOEMI VILLARES MARTIN, MARÍA BELEN CODINA GONZÁLEZ, ROSARIO MUÑIZ ESTRADA Y DELIA MIRANDA MESA 4713

882 CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
JOSÉ ALFREDO TAMARGO 4719

883 MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA
JOSÉ ALFREDO TAMARGO 4721

884 CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL
ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ Y ISABEL RAMOS PALEO 4723

885 APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.
MARIA JOSE PEREZ PEREZ, MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA, LORETO DE PAZ MASCIAS Y ROSA CRISTINA PEREZ ALVAREZ 4725

886 LA HIGIENE DE MANOS
MARTA AMALIA MÉNDEZ GARCÍA, INMACULADA SUAREZ SIERRA, SARA DELGADO RODRIGUEZ, PATRICIA FERRERA FERNÁNDEZ Y ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA 4729

887 HOSPITALIZACIONES POR SEPSIS: ESTADÍSTICA REALIZADA POR AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANDALUCÍA EN EL AÑO 2017
MARIA JOSE PEREZ PEREZ, MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA, LORETO DE PAZ MASCIAS Y ROSA CRISTINA PEREZ ALVAREZ 4733

888 TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL: RIESGOS Y TRATAMIENTOS.
MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ, RAMONA MÓNICA VLADUT, NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ Y ANA MARIA BELTRAN OLMO 4735

889 LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, ANA MARIA BELTRAN OLMO, MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ Y RAMONA MÓNICA VLADUT 4739

890 ÚLCERAS POR PRESIÓN: MEDIDAS PREVENTIVAS
NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, ANA MARIA BELTRAN OLMO, MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ Y RAMONA MÓNICA VLADUT 4743

891 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN BEBÉS PREMATUROS.
CRISTINA ROMERO GARCIA, INES GUTIÉRREZ GÓMEZ Y MARÍA DE LOS ÁNGELES GALÁN AGUIRRE 4747

892 CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS
RAQUEL GONZALEZ HUERTA 4751

893 CUIDADOS PARA PACIENTE CON LEUCEMIA
MARIA VINAGRE FERNANDEZ 4753

894 CUIDADOS A PACIENTE CON SÍNDROME DE ARNOLD- CHIARI
MARIA VINAGRE FERNANDEZ 4757

895 VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL .
ANA MARIA BELTRAN OLMO, MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ, RAMONA MÓNICA VLADUT Y NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ 4761

896 HIGIENE DE MANOS EN EL AMBITO SANITARIO.
LUIS AMADO 4765

897 CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO.
ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA 4769

898 MITOMANÍA, MENTIROSOS COMPULSIVOS. TCAE
ROSA LUZ LEAL FERNÁNDEZ, MARGARITA ALVAREZ HERNANDEZ Y TANIA BERNAL ALVAREZ 4775

899 PROCEDIMIENTO ANTE PACIENTES CON ULCERAS VASCULARES
ANA PAULA BORGES 4779

900 LOS PARCHES OPIÁCEOS DE FENTANILO.ANALGESIA Y PRAXIS DE SU USO.
LETICIA MARTINEZ PEREZ 4783

901 CASO CLÍNICO: TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO
SUSANA RODRÍGUEZ RUBIO, LAURA ANTON RODRIGUEZ, THAIS LOSAS FERNÁNDEZ Y PATRICIA RODRIGUEZ CASTAÑO 4791

902 CAUSAS DE LAS CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
LOURDES BELEN PEREZ LORENZO, PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ Y AINOA MARTINEZ PEREZ 4795

903 MOVILIZACIONES EN EL PACIENTE ENCAMADO
CAROLINA MESURO BAO 4797

904 LUXACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR.
ANA BELÉN VEGA ALCARAZ 4801

905 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN ODONTOLOGÍA
ANA BELÉN VEGA ALCARAZ Y MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ 4803

906 ÚLCERAS CAUSADAS POR PRESIÓN
SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ Y ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ 4807

907 LA TERAPIA OCUPACIONAL
ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ Y ISABEL RAMOS PALEO 4811

908 CAMBIO DE DISPOSITIVOS DE OSTOMÍA
ANA BELÉN VEGA ALCARAZ Y MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ 4813

909 LACTANCIA MATERNA
JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO Y SANDRA FERNANDEZ GONZALEZ 4815

910 CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ICTUS
NURIA ÁLVAREZ MENÉNDEZ 4819

911 TÉCNICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO
OLGA ALVAREZ PEREZ 4821

912 ATENCIÓN HOSPITALARIA
ELSA BARCIA LEIVAS, MARIA ISABEL MENDEZ PEREZ Y SUSANA BLANCO DÍAZ 4827

913 DRENAJES, TIPOS Y CUIDADOS.
PATRICIA MARQUÉS PRENDES 4831

914 HERIDAS Y CICATRIZACIÓN.
PATRICIA MARQUÉS PRENDES 4835

915 CUIDADOS A PACIENTE CON COLOSTOMIA
MARIA TERESA FERNANDEZ MARTINEZ 4839

916 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS
MARÍA LOURDES ARGÜELLES ALVAREZ 4841

917 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OSTOMIZADOS.
LUCIA EGUREN VELÁZQUEZ **4847**

918 ALIMENTACIÓN INTRAVENOSA (PARENTERAL)
ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ Y ISABEL RAMOS PALEO **4849**

919 TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS EN CENTROS HOSPITALARIOS
RAQUEL GUTIERREZ TRAPIELLO, INÉS MARÍA COLLAZO ARIAS, MARIA ELENA FERNANDEZ FERNANDEZ, ANA ISABEL MARTINEZ FERNANDEZ Y MARIA ANGELES BAZ MARTIN **4851**

920 CUIDADOS PALIATIVOS
CARMEN DOMINGUEZ NOMPARTE, MARÍA TERESA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, ANGELA GONZÁLEZ FUEYO, AIDA RODRIGUEZ RIOS Y MARIA JOSE IGLESIAS LOZANO **4855**

921 EL TCAE EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE CON CONTENCIONES MECÁNICAS
DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO, LUCÍA POMAR MARTINEZ Y LUCÍA SANCHEZ TOYOS **4861**

922 DRENAJES QUIRÚRGICOS
NOELIA FRAGOSO GARCÍA, MARÍA JIMÉNEZ ROSILLO, SANDRA PEREIRA GARCÍA, ANA PATRICIA GUARDADO DÍAZ Y YOLANDA ESCALANTE TORRES **4865**

923 EL PAPEL DEL TCAE EN EL ASEO DEL PACIENTE CRÍTICO
DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO, LUCÍA POMAR MARTINEZ Y LUCÍA SANCHEZ TOYOS **4867**

924 VISIÓN GENERAL DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA (SFH)
IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO **4871**

925 APOYO DEL TCAE EN LA PERSONA MAYOR, CALIDAD DE VIDA Y AUTONOMÍA
DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO, LUCÍA POMAR MARTINEZ Y LUCÍA SANCHEZ TOYOS **4875**

926 LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES
MARÍA JOSÉ RODRIGUEZ ARIAS Y SUSANA ESTRADA SUÁREZ 4879

927 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO
MARCO CASADO CORONA Y MARÍA GENEROSA LILLO TEJÓN 4883

928 CONSIDERACIONES Y CUIDADOS A TENER EN CUENTA EN LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA VESICAL
MARÍA JOSÉ RODRIGUEZ ARIAS Y SUSANA ESTRADA SUÁREZ 4887

929 IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS
TANIA GONZÁLEZ ORTIZ, IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ Y ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN 4891

930 ERGONOMÍA EN EL CELADOR QUE TRABAJA EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA
MANUELA MUÑIZ FERNÁNDEZ, MªJOSE ALVAREZ DEL FUEYO, CLARA SAEZ IGLESIAS, ANTONIO JAVIER FERNANDEZ FERNANDEZ Y ANTONIO VEGA FERNÁNDEZ 4895

931 PAPEL DEL TCAE EN LA UNIDAD CORONARIA
MARIA LUISA YAÑEZ CLARO 4901

932 MEDIDAS DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO EN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DENTRO DEL ÁMBITO
MÓNICA BUSTELO FERNÁNDEZ Y MARIA ELENA ÁLVAREZ BLANCO 4903

933 PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ASEO DEL RESIDENTE ENCAMADO
MARIA REBECA GARCIA GION 4911

934 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA NUTRICIÓN ENTERAL.
MARIA LUISA YAÑEZ CLARO 4919

935 EL TRABAJO DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMEÍA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) CON PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES
MARIA VICTORIA BALSA GARCIA 4921

936 BRONQUIOLITIS.
ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL Y ANA ISABEL MUÑÍZ DÍAZ 4923

937 LOS TRAUMATISMOS Y LOS POLITRAUMATIZADOS
ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ, ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ Y JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO 4927

938 CAMBIOS POSTURALES
LORENA GONZÁLEZ GARCÍA 4933

939 ESTRÉS DE LOS AUXILIARES EN UCI
MARÍA ISABEL BERMÚDEZ ROBLES 4935

940 MOVILIZACIÓN PRECOZ EN PACIENTES CON ICTUS
VERONICA VILLA CASTRESANA, SANDRA MORO ESPINEL, MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA Y ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO 4943

941 OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA, DISTANASIA O ENCARCINAMIENTO TERAPÉUTICO
DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO, LUCÍA POMAR MARTINEZ Y LUCÍA SANCHEZ TOYOS 4947

942 CUIDADOS A PACIENTE CON UN ASTROCITOMA
BEATRIZ PELAEZ GARCIA 4951

943 CUIDADOS DE PACIENTES CON ADENOCARCIONOMA DE PÁNCREAS
MARÍA MONTSERRAT GARCÍA GARCÍA 4953

944 AISLAMIENTO HOSPITALARIO. CONCEPTO Y CLASES
CRISTINA PELAEZ BANIELA, VERÓNICA RODRÍGUEZ DÍAZ Y ELVIRA LORENZO PRENDES 4955

945 **PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DEL TCAE EN LA ALIMENTACIÓN ORAL DE PACIENTES DEPENDIENTES**
NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, LAURA PRIERES MELERO, PABLO RIVERA SUAREZ, BELEN FERNANDEZ PINTADO Y JAIME RIVERA SUAREZ **4959**

946 **LA OBESIDAD: PREVENCIÓN Y SU TRATAMIENTO**
SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ, MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ Y JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO **4963**

947 **LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA ANTE LAS NECESIDADES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE TERMINAL**
MARÍA DE LOS ÁNGELES SUÁREZ CONDE **4967**

948 **PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
MARÍA ROSA FRADE LOPEZ Y MELISSA ALONSO FRADE **4971**

949 **ADOLESCENTE HOSPITALIZADO.**
MARGARITA TEJÓN DEL CUADRO **4977**

950 **CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS**
MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI, MIREN LÓPEZ REDONDO, ROCÍO SAAVEDRA SUÁREZ Y JOSE ANTONIO GONZALEZ SARAS **4979**

951 **CUIDADOS DEL TCAE AL PACIENTE ONCOLÓGICO**
MICHELLE BARAGAÑO SOLIS, MAXIMINA GONZÁLEZ GONZÁLEZ, ROCÍO CABO FUEYO, MARIA ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ Y SARA GONZALEZ CARREIRA **4983**

952 **PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
ANA BELÉN VEGA ALCARAZ Y MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ **4987**

953 **POLITRAMATISMO EN ACIDENTE DE MOTO**
CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ **4991**

954 **MENINGIOMA EN BASE DE CRÁNEO.**
CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ **4995**

955 AP DE MG AUTOINMUNE QUE ACUDE POR EMPEORAMIENTO DE CLÍNICA BASAL A LO QUE SE UNE SENSACIÓN DE DOLOR ABDOMINAL DESDE HACE 48H
CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ 4999

956 CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES GRAVES.
TAMARA MACARRILLA DE SANDE 5003

957 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS DIFERENTES TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS
LAURA PRIERES MELERO, PABLO RIVERA SUAREZ, BELEN FERNANDEZ PINTADO, JAIME RIVERA SUAREZ Y NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ 5005

958 SONDAJE VESICAL. TIPOS Y CUIDADOS.
RITA MARIA PEREZ PEREZ 5009

959 LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES
MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ, NURIA SANCHEZ LOBO, PABLO ALVAREZ MURCIANO, MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ Y YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ 5011

960 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PROFESIONAL SANITARIO.
DAVID ALBARRÁN MILLÁN 5017

961 NECESIDADES DEL NIÑO HOSPITALIZADO Y SUS ETAPAS.
DAVID ALBARRÁN MILLÁN 5021

962 LA RELACIÓN CON EL PACIENTE CRÓNICO.
DAVID ALBARRÁN MILLÁN 5025

963 INFECCIONES NOSOCOMIALES HOSPITALARIAS
MARIA CRUZ PEREZ LOPEZ Y MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ 5029

964 CUIDADOS A NIÑO CON RETINOBLASTOMA.
ANGELES REDONDO MORO, LLESICA PEREZ MENENDEZ Y LORENA GUTIÉRREZ GÓMEZ 5035

965 FUNCIONES DEL TCAE EN ÁREA QUIRÚRGICA
YOLANDA DÍAZ MENENDEZ 5037

966 EL TCAE ANTE LA CONTAMINACIÓN CRUZADA HOSPITALARIA
TATIANA GARCIA CABALLERO, MARIA LUISA LÓPEZ MENENDEZ Y SARA MARIA FERNANDEZ PEREZ 5047

967 EL TCAE Y LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL
BEGOÑA GARCIA VELARDE, MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ Y EVA DONCEL PEDRAYES 5051

968 ENFERMEDADES NOSOCOMIALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
EVA DONCEL PEDRAYES, BEGOÑA GARCIA VELARDE Y MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ 5053

969 EL TCAE Y EL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE
FRANCISCA DOMÍNGUEZ BERNAL, MARÍA LUISA CORTÉS ESCOSA, ESTHER ÁLVAREZ FERNÁNDEZ, PABLO JESÚS BERNARDO MENÉNDEZ Y DELFINA CALDERÓN ÁLVAREZ 5055

970 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA AL ENFERMO TERMINAL
SELENE MATELLÁN ROSA, ANA REY VARELA Y JULIANA ROSA JIMENEZ 5059

971 RIESGOS LABORALES Y RESIDUOS SANITARIOS
DAVID ALBARRÁN MILLÁN 5065

972 TRASTORNOS MUSCULARES Y LESIONES EN EL TCAE: CAUSAS Y PREVENCIÓN
ROSARIO MUÑIZ ESTRADA, DELIA MIRANDA MESA, MONTSERRAT GONZÁLEZ IGLESIAS, NOEMI VILLARES MARTIN Y MARÍA BELEN CODINA GONZÁLEZ 5069

973 EL EFECTO PLACEBO EN LOS MEDICAMENTOS.
SANDRA IGLESIAS HERRERO Y AMANDA MENÉNDEZ LINDE 5075

974 TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS.
BEATRIZ ALVAREZ BRAVO 5077

975 EL PAPEL DEL TCAE EN EL PERIODO PREOPERATORIO
ALEJANDRA DELGADO NIETO Y MANUEL CRESPO ALONSO 5081

976 LA HIDRATACIÓN DE LA PIEL EN EL PACIENTE ENCAMADO
SANDRA IGLESIAS HERRERO Y AMANDA MENÉNDEZ LINDE 5083

977 COMUNICACIÓN CON PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO
TANIA CARCELEN REBOLLAR 5085

978 LOS RIESGOS ERGONÓMICOS Y SU PREVENCIÓN EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE POR PARTE DEL TCAE
ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ 5093

979 HIGIENE POSTURAL EN EL ÁMBITO LABORAL DEL TCAE
MARÍA LUISA ALONSO CASTAÑON, ALBA CEÑERA MENENDEZ, NOELIA BLANCO CAÑIZARES, LEYLA SOFIA LOPEZ RODRÍGUEZ Y NURIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 5097

980 RIESGOS BIOLÓGICOS EN INSTITUCIONES SANITARIAS
LUCÍA CORBACHO GALLARDO, YOANA FERNANDEZ ALVAREZ, SORAYA ÁLVAREZ GARCÍA, AITANA ESPÍN MEDINA Y OLAYA CUE BERNARDO 5103

981 LAS CONTENCIONES MECÁNICAS
SANDRA IGLESIAS HERRERO Y AMANDA MENÉNDEZ LINDE 5107

982 CAMBIOS POSTURALES EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO
AMANDA MENÉNDEZ LINDE Y SANDRA IGLESIAS HERRERO 5109

983 LA NEUMONÍA.
JESSICA MARCHENA CAO 5111

984 ADMINISTRACIÓN Y TIPOS DE ENEMAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
ANA COSTALES TUERO, BEGOÑA PANIAGUA GARCIA Y RAQUEL COSTALES TUERO 5115

985 INTERVENCION DEL TCAE EN EL INGRESO DEL PACIENTE EN UNIDAD DE ICTUS
MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE 5123

986 NUTRICIÓN ENTERAL Y GASTROSTOMIA. ALIMENTACIÓN POR SONDA PEG A UN ENFERMO EN HOSPITALIZACIÓN
NURIA BARRERA ARIAS, Mª ISOLINA ALONSO GARCÍA Y SONIA MESA GONZÁLEZ 5127

987 LOS CUIDADOS PALIATIVOS
DIANA MARIA PRAVIA FERNANDEZ 5137

988 HIGIENE DE LOS OJOS EN UN PACIENTE INCONSCIENTE, SEDADO O MOVILIZADO
LILIANA ÁLVAREZ GONZÁLEZ 5141

989 ACTUACIÓN ANTE UN ATRAGANTAMIENTO CON OBSTRUCCIÓN TOTAL DE LA VÍA AÉREA EN UN PACIENTE ADULTO CONSCIENTE.
LILIANA ÁLVAREZ GONZÁLEZ 5143

990 MEDIDAS A ADOPTAR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN AISLAMIENTO ESTRICTO
ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ 5145

991 EL TCAE EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS
GLADYS GUERRA CACHIMUEL Y MARÍA MAGDALENA GUERRA CACHIMUEL 5147

992 NUTRICIÓN. DIETAS HOSPITALARIAS POR VÍA ORAL.
JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN, Mª DEL CARMEN ARDURA SANTIAGO, MARÍA COVADONGA ABARRIO NÚÑEZ Y BEATRIZ REQUENA PARADA 5151

993 MOVILIZACIÓN DE PACIENTES
DIANA MARIA PRAVIA FERNANDEZ 5155

994 TRASPLANTE DE RODILLA.
CARMEN ESTELA CAMPAL ORTIZ 5161

995 REHABILITACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA
CARMEN ESTELA CAMPAL ORTIZ 5165

996 LA DESHIDRATACIÓN: SIGNOS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO
PAULA CORTA SALAS, MARTA GARCIA HUERGO Y LETICIA VEGA GUTIÉRREZ 5169

997 TIPOS DE DIETAS HOSPITALARIAS.
BARBARA SOLIS ALONSO 5175

998 FUNCIONES DEL TCAE EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGIA
ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ 5177

999 EL TCAE ANTE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES HOSPITALARIAS
SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA Y ASTRID SUAREZ MARTINEZ 5179

1000 EL TCAE Y LA LACTANCIA MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO
SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA Y ASTRID SUAREZ MARTINEZ 5181

1001 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA Y ASTRID SUAREZ MARTINEZ 5183

1002 DEMENCIAS, CARACTERÍSTICAS, CLASIFICACIÓN Y ESCALA DE VALORACIÓN
PAULA CORTA SALAS, LETICIA VEGA GUTIÉRREZ Y MARTA GARCIA HUERGO 5185

1003 DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN
LETICIA VEGA GUTIÉRREZ, MARTA GARCIA HUERGO Y PAULA CORTA SALAS 5189

1004 CUIDADOS DEL TCAE EN ESTERILIZACIÓN E HIGIENE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
ASTRID SUAREZ MARTINEZ Y SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA 5195

1005 SÍNDROME METABÓLICO.
CYNTHIA GEDDES CUETO, MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN, CELIA MARTINO GONZALEZ, MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ Y MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ 5197

1006 EL PACIENTE CON FIBROMIALGIA
ANA BELÉN VEGA ALCARAZ Y MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ 5201

1007 LA GRIPE: MEDIDAS DE PREVENCION PARA UNA TCAE ANTE UN PACIENTE AISLADO
VANESSA GARCIA PINTUELES, BORJA SUAREZ CORRAL Y IRENE VIVAS PAREDES 5203

1008 PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN PARA TCAE
INES FERNANDEZ GUDEREIT 5207

1009 PROCESO DE ESTERILIZACIÓN
MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ 5209

1010 PRINCIPALES RIESGOS A LOS QUE SE HAYA EXPUESTO EL TCAE DERIVADOS DEL ENTORNO DE TRABAJO
NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, LAURA PRIERES MELERO, PABLO RIVERA SUAREZ, BELEN FERNANDEZ PINTADO Y JAIME RIVERA SUAREZ 5211

1011 INSTRUCCIONES DADAS POR EL TCAE PARA LA PREPARACIÓN QUE SE DEBE LLEVAR A CABO ANTES DE REALIZAR LA COLONOSCOPIA
MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE 5215

1012 LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
AITANA ESPÍN MEDINA, SORAYA ÁLVAREZ GARCÍA, YOANA FERNANDEZ ALVAREZ, OLAYA CUE BERNARDO Y LUCÍA CORBACHO GALLARDO 5217

1013 LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: CÓMO LOGRAR PREVENIRLA
JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO Y SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ 5221

1014 CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
SUSANA ESTRADA SUÁREZ Y MARÍA JOSÉ RODRIGUEZ ARIAS 5223

1015 LOS CAMBIOS POSTURALES
MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ Y ANA BELÉN VEGA ALCARAZ 5227

1016 CUIDADOS DEL TCAE EN EL DOLOR CRÓNICO CUANDO AFECTA A LA SALUD MENTAL
VERÓNICA MARTÍNEZ CRUZ 5229

1017 TRASTORNOS ALIMENTICIOS: LA ANOREXIA
IRENE VEGA LLAMAZALES, NURIA RODRÍGUEZ GARCÍA, ESTEFANÍA RUIZ ESPINA, MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ IGLESIAS Y ANA BELÉN POCEIRO DE LA FUENTE 5231

1018 COLABORACIÓN DEL TCAE EN LA INTERVENCIÓN AMBULATORIA PARA LA INSERCIÓN DE RESERVORIO.
MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE 5235

1019 URETERORRENOSCOPIA
Mª ANGELES JUANES ALVAREZ 5239

1020 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA
CARMEN MORENO GONZALEZ Y MARIA JOSE BRAÑA ALONSO 5241

1021 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PAPEL DEL TCAE
MARIA LUISA YAÑEZ CLARO 5245

1022 PROYECTO DE GESTIÓN DE CUIDADOS PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
LUCÍA POMAR MARTINEZ, LUCÍA SANCHEZ TOYOS Y DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO 5247

1023 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE VESICAL.
LAURA PRIERES MELERO, PABLO RIVERA SUAREZ, BELEN FERNANDEZ PINTADO, JAIME RIVERA SUAREZ Y NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ 5251

1024 DOLOR CRÓNICO CUANDO AFECTA A LA SALUD MENTAL. HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO UNIDAD DEL DOLOR.
VERÓNICA MARTÍNEZ CRUZ 5255

1025 PROGRAMA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA POR TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
LUCÍA POMAR MARTINEZ, LUCÍA SANCHEZ TOYOS Y DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO 5257

1026 TCAE EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION
LUCÍA POMAR MARTINEZ, LUCÍA SANCHEZ TOYOS Y DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO 5261

1027 CUIDADOS DEL TCAE EN EL DOLOR CRÓNICO CUANDO AFECTA A LA SALUD MENTAL. VALORACIÓN FUNCIONAL DEL RAQUIS LUMBAR
VERÓNICA MARTÍNEZ CRUZ 5265

1028 AISLAMIENTO EN EL MEDIO HOSPITALARIO.
MARIA DE LOS ANGELES FERNANDEZ RUBIO 5269

1029 LA ESQUIZOFRENIA.
ISABEL RAMOS PALEO Y SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ 5273

1030 ACTITUDES DE LAS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ENFERMERAS EN EL TRABAJO EN EQUIPO FRENTE A LA FIEBRE.
BEGOÑA GARCÍA CASTRILLON, TANIA URQUIOLA CASTAÑEDA Y LILIANA SUÁREZ FERNÁNDEZ 5277

1031 TODO LO QUE EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEBE SABER SOBRE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN EN EL MEDIO HOSPITALARIO
MARÍA ISABEL BERMÚDEZ ROBLES 5283

1032 GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS POR EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA.
MARÍA JOSÉ CASES SANTÍN 5295

1033 EL ALZHEIMER
LAURA GARAY NOVO, Mª VICTORIA GARCÍA BARRANCO, MERCEDES FERNANDEZ GOMES Y VANESSA GONZALEZ VELASCO 5299

1034 FUNCIONES DE EL/LA TCAE EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA EN EL MEDIO HOSPITALARIO
MARIA ANTONIA CUETO GARCÍA, MARIA ANGELES GARCIA GOMEZ Y GRETA LÓPEZ URÍA 5303

1035 SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA
MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ Y ANA BELÉN VEGA ALCARAZ 5313

1036 CUIDADOS POST MORTEM
FLORINDA ARGÜELLES BLANCO, VANESA GONZÁLEZ GARCÍA, LUCIA MENENDEZ MARTINEZ, EVA MARIA LOBO GONZÁLEZ Y CARMEN LOBO GONZÁLEZ 5315

1037 EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN QUIROFANO
ANDREA LOPEZ RICO 5319

1038 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
MARÍA AURORA FERNÁNDEZ DÍAZ, MARIÁN GARCÍA MENÉNDEZ, ROGELIA SIMÓN GARCÍA Y MARÍA TERESA ALONSO HERNANDO 5323

1039 DOLOR CRÓNICO CUANDO AFECTA A LA SALUD MENTAL. HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL.
VERÓNICA MARTÍNEZ CRUZ 5331

1040 ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO.
ROCÍO GUTIÉRREZ ÁLVAREZ 5335

1041 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA**
MARÍA AURORA FERNÁNDEZ DÍAZ, MARIÁN GARCÍA MENÉNDEZ, ROGELIA SIMÓN GARCÍA Y MARÍA TERESA ALONSO HERNANDO 5337

1042 **TRASTORNOS DE LA SALUD. FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
EVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 5343

1043 **ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO**
VERONICA MENENDEZ BARROS 5347

1044 **LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS PARA UNA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARESDE ENFERMERÍA EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO**
VANESSA GARCIA PINTUELES, BORJA SUAREZ CORRAL Y IRENE VIVAS PAREDES 5351

1045 **LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL**
MARIA AMOR QUETZAL GONZALEZ RODRIGUEZ, MARIA AURORA FERNANDEZ PEREZ, MIRIAM COTO BEGEGA, JUDITH GARCIA BENITO Y SUSANA LÓPEZ CARRO 5355

1046 **EL PACIENTE ENCAMADO**
MARÍA DE LOS ÁNGELES SUÁREZ CONDE 5359

1047 **EL ICTUS**
SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ Y ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ 5361

1048 **LOS CUIDADOS POST MORTEM Y SUS EFECTOS SOBRE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ISABEL LAFUENTE GARCÍA, MARIA DEL CARMEN VAZQUEZ ANTUÑA, MARÍA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ HEVIA, MARIA JESUS MARTINEZ FERNANDEZ Y MARTA ROSA PÉREZ GARCÍA 5363

1049 **LA HIGIENE HOSPITALARIA**
BEGOÑA AMIROLA GOIKOETXEA, ADRIÁN LÓPEZ QUINTANILLA, BEATRIZ MARTINEZ ÁLVAREZ Y FRANCISCO JAVIER PEDRACES FRESNO 5369

1050 **COMUNICACIÓN ENTRE PACIENTE Y PERSONAL SANITARIO**
LORENA POSADO CARRO, FRANCISCO RODRIGUEZ HERRERA Y MARIA GARCIA GUAZA 5373

1051 **PSIQUIATRIA, ZONA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
EVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 5377

1052 **EL DELIRIUM EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS**
TANIA GONZÁLEZ ORTIZ, ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN Y IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ 5381

1053 **LA IMPORTANCIA HIGIÉNICA DEL LAVADO DE MANOS**
FRANCISCO JAVIER PEDRACES FRESNO, ADRIÁN LÓPEZ QUINTANILLA, BEGOÑA AMIROLA GOIKOETXEA Y BEATRIZ MARTINEZ ÁLVAREZ 5383

1054 **EL RESPETO A LA INTIMIDAD DEL TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES D ENFERMERÍA**
EVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 5387

1055 **VIGILANCIA DEL ENFERMO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MEDIO HOSPITALARIO.**
MIGUEL ÁNGEL BRAÑA ÁLVAREZ Y CLARA ÁLVAREZ RUBIO 5391

1056 **CUIDADOS DEL TCAE EN EL DOLOR CRÓNICO CUANDO AFECTA A LA SALUD MENTAL. TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL.**
VERÓNICA MARTÍNEZ CRUZ 5399

1057 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DEL LESIONADO MEDULAR CERVICAL**
RAQUEL GONZÁLEZ DIAZ Y MARÍA ISABEL DÍAZ MENÉNDEZ 5401

1058 **EL USO CORRECTO DE GUANTES SANITARIOS.**
MARÍA TERESA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, CARMEN DOMINGUEZ NOMPARTE, ANGELA GONZÁLEZ FUEYO, AIDA RODRIGUEZ RIOS Y MARIA JOSE IGLESIAS LOZANO 5409

1059 CUIDADOS DEL TCAE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.
MAGALY GARCIA CON, MONTSERRAT GARCÍA ALONSO, EVA BELÉN TOLEDO LLANA Y MARÍA DE LA O GARCÍA GONZÁLEZ 5417

1060 OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS. ATENCIÓN DEL PACIENTE TERMINAL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
CARMEN MARIA PIÑEIRO SÁNCHEZ, ANA LUZ BAYÓN POLA Y COVADONGA VEGA VAZQUEZ 5421

1061 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE BURNOUT.
MAGALY GARCIA CON, MONTSERRAT GARCÍA ALONSO, EVA BELÉN TOLEDO LLANA Y MARÍA DE LA O GARCÍA GONZÁLEZ 5427

1062 CASO CLÍNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE UNA HEMORRAGIA
BARBARA SOLIS ALONSO 5431

1063 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ANCIANO FRÁGIL HOSPITALIZADO
RAQUEL GONZÁLEZ DIAZ Y MARÍA ISABEL DÍAZ MENÉNDEZ 5435

1064 EL PROFESIONAL SANITARIO ANTE EL INGRESO HOSPITALARIO PEDIÁTRICO
BEATRIZ ALONSO DIAS 5439

1065 RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SANO
YUREMA PEREZ GUTIERREZ 5441

1066 LA SALUD EN EL TRABAJO: RIESGOS DEL TRABAJADOR Y CONSECUENCIAS
VICENTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 5445

1067 CLASIFICACIÓN DE ENFERMOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) SEGÚN AFECTACION SISTEMÁTICA
ANA BELEN GARCÍA VILLARROEL, ISABEL MARÍA ALONSO FERNÁNDEZ, ESTEFANIA FERNANDEZ GARCIA, VERONICA GONZALEZ BLANCO Y SARA ESTEBAN RODRIGUEZ 5447

1068 INSULINA: QUE SUCEDE EN EL CUERPO Y EN EL METABOLISMO
MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ 5453

1069 LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA: ERGONOMÍA Y PREVENCIÓN DE RIESGOS
VICENTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 5455

1070 LAVADO DE MANOS EN PERSONAL SANITARIO DE URGENCIAS
FERNANDO MUÑIZ VARELA, SUSANA MARTÍNEZ HUERTA Y Mª JOSÉ GONZÁLEZ BRAÑA 5457

1071 ULCERAS POR PRESIÓN EN EL PUESTO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA
EVA MARIA CARDEÑOSO GARCIA 5461

1072 ALIMENTACIÓN Y ESTILO DE VIDA EN EL CÁNCER DE COLON.
SARA HAIDA SUAREZ SUAREZ, RICARDO GONZALEZ OVIES, MIGUEL CASTRO PÉREZ, RAQUEL FERNÁNDEZ ARIAS Y DESIRÉ MARTÍNEZ GÓMEZ 5473

1073 INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS
FERNANDO MUÑIZ VARELA, SUSANA MARTÍNEZ HUERTA Y Mª JOSÉ GONZÁLEZ BRAÑA 5477

1074 LOS CUIDADOS DE LOS RECIÉN NACIDOS EN LA UNIDAD NEONATAL.
ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ANA MARIA MATÉ GONZALEZ, MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ, SUSANA ALONSO POSADA Y MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES 5481

1075 HIGIENE Y ASEO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO
MARÍA SEILA GARCIA FERNANDEZ 5485

1076 ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTO MAYOR.
AIDA RODRIGUEZ RIOS, ANGELA GONZÁLEZ FUEYO, MARIA JOSE IGLESIAS LOZANO, MARÍA TERESA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y CARMEN DOMINGUEZ NOMPARTE 5491

1077 EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO. TIPOS.
MARCOS SANTIANES ÁLVAREZ 5497

1078 TÉCNICAS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y ASEO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
CLARA ÁLVAREZ RUBIO Y MIGUEL ÁNGEL BRAÑA ÁLVAREZ 5503

1079 DEPRESIÓN POSTPARTO, RECONOCERLO Y OFRECER AYUDA.
MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ, EVA DONCEL PEDRAYES Y BEGOÑA GARCIA VELARDE 5507

1080 CAMBIOS POSTURALES, MOVILIZACIONES Y TRASLADOS.
MARÍA SEILA GARCIA FERNANDEZ 5509

1081 LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ANCIANO
MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ 5517

1082 ESTRÉS CRONIFICADO EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO
VIOLETA OTERO GÓMEZ 5519

1083 CUIDADOS AL CUIDADOR EN EL DESARROLLO DE SU LABOR.
MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ 5525

1084 EL TCAE Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE: UNA REVISIÓN TEÓRICA
VIOLETA OTERO GÓMEZ 5527

1085 TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SALUD MENTAL.
JUAN ALFREDO CAUTADO MONTERO 5531

1086 HIGIENE: CUIDADO BÁSICO QUE PROMUEVE LA COMODIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS.
LUCÍA DE DEUS VEGAS, CAROLINA SUÁREZ Y ANA GONZALEZ GARCIA 5543

1087 EL ALZHEIMER EN PERSONAS MAYORES.
SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA 5547

1088 **GUÍA PRÁCTICA DE ORTESIS DE MIEMBRO INFERIOR PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).**
FILOMENA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, CARLA FERNÁNDEZ AÑEL, DESIRE PEREZ SEREN, MARIA GEMMA RODRIGUEZ ALVAREZ Y ANGELES AÑEL HUERTA 5549

1089 **CAÍDAS EN LOS ANCIANOS Y SU PREVENCIÓN.**
EVA DONCEL PEDRAYES, BEGOÑA GARCIA VELARDE Y MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ 5553

1090 **EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE QUEMADOS**
ANDREA LOPEZ RICO 5555

1091 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ESTERILIZACIÓN: MATERIAL QUE SE PUEDE ESTERILIZAR CON EL ÓXIDO DE ETILENO**
CARLOTA PATRICIA HOLGUERA ALONSO 5559

1092 **ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA NASOGÁSTRICA.**
MARCOS SANTIANES ÁLVAREZ 5561

1093 **EL ENFERMO TERMINAL.**
SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA 5565

1094 **EL PACIENTE OSTOMIZADO.**
PRESENTINA PULGAR GARCIA, IVAN RODRIGUEZ PULGAR, MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR, BÁRBARA FERNANDEZ GAREA Y SONIA SUÁREZ PEREZ 5567

1095 **LA TRISOMÍA 18 EN RECIÉN NACIDO.**
LETICIA LÓPEZ LAMAS Y NATALIA DOMINGUEZ MONFORTE 5569

1096 **EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE UN BANCO DE LECHE EN ESPAÑA**
COVADONGA IGLESIAS BAILÓN, VIRGINIA FERNÁNDEZ DÍAZ Y LORENA MÉNDEZ FERNÁNDEZ 5571

1097 TCAE CON LAS PACIENTES QUE PADECEN ENDOMETRIOSIS.
MARIA DE LA CONCEPCION DE ARRIBA LLANA 5577

1098 ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE CON PATOLOGÍA DUAL
COVADONGA IGLESIAS BAILÓN, VIRGINIA FERNÁNDEZ DÍAZ Y LORENA MÉNDEZ FERNÁNDEZ 5583

1099 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE AFECTADO DE HALLUX VALGUS.
MARIA DE LA CONCEPCION DE ARRIBA LLANA 5589

1100 ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES EN PERSONAS DE AVANZADA EDAD
COVADONGA IGLESIAS BAILÓN, VIRGINIA FERNÁNDEZ DÍAZ Y LORENA MÉNDEZ FERNÁNDEZ 5595

1101 TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
PRESENTINA PULGAR GARCIA, IVAN RODRIGUEZ PULGAR, MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR, BÁRBARA FERNANDEZ GAREA Y SONIA SUÁREZ PEREZ 5599

1102 ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA. TIPOS Y VÍAS.
MARÍA SEILA GARCIA FERNANDEZ 5603

1103 CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DEL PACIENTE CON TRASPLANTE CARDIACO
MARÍA ÁNGELES REPISO VAELLO, FERMINA PROENZA ALVAREZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 5611

1104 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: ¿EN QUÉ CONSISTE LA POSICIÓN DE FOWLER?
SARA VEGA ESTRADA 5619

1105 PACIENTES CON ACCIDENTES CEREBROVASCULAR
NATALIA DOMINGUEZ MONFORTE Y LETICIA LÓPEZ LAMAS 5621

1106 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
PAULA CASTRO PARIENTE Y VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 5623

1107 POSICIONES ANATÓMICAS. ATENCIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA UNA EXPLORACIÓN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. ATENCIÓN EN LAS FASES PRE-OPERATORIO, INTERVENCIÓN Y POSTOPERATORIO.
MARÍA DE LOS ÁNGELES SUÁREZ CONDE 5627

1108 ACTUACIÓN Y ACTITUD DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIAR ENFERMERÍA EN EL USO DE PEG
JUAN ALFREDO CAUTADO MONTERO 5631

1109 UTILIZACIÓN DE ÁCIDOS GRASOS PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.
NATALIA DOMINGUEZ MONFORTE Y LETICIA LÓPEZ LAMAS 5643

1110 LA UTILIZACIÓN DE LA PLATA EN HERIDAS CONTAMINADAS
LETICIA LÓPEZ LAMAS Y NATALIA DOMINGUEZ MONFORTE 5645

1111 UTILIZACIÓN DE ANTISÉPTICOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO.
MARIA SALGADO ALVAREZ DE TEJERA 5647

1112 LA DERMATITIS DE PAÑAL
ABEL LOPEZ GARCÍA Y INÉS ORDÓÑEZ VÁZQUEZ 5651

1113 DRENAJES.
VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y PAULA CASTRO PARIENTE 5653

1114 PACIENTE INTERVENIDO DE PRÓTESIS DE RODILLA POR ARTROSIS.
MARGARITA ALVAREZ HERNANDEZ, TANIA BERNAL ALVAREZ Y ROSA LUZ LEAL FERNÁNDEZ 5657

1115 DELIRIUM TREMENS
MIGUEL CASTRO PÉREZ, RAQUEL FERNÁNDEZ ARIAS, DESIRÉ MARTÍNEZ GÓMEZ, SARA HAIDA SUAREZ SUAREZ Y RICARDO GONZALEZ OVIES 5661

1116 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DEL ASEO.
MARTA MARIA VELASCO ALONSO 5669

1117 MOVILIZACIÓN DE PACIENTES Y MANEJO DE CARGAS MEDIANTE TÉCNICAS MANUALES.
ANA BELÉN SÁNCHEZ PERICACHO, MARIA VANESSA MARGOLLES GARRIDO, FLOR MARIA HERRERO LOSADA, ANA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y SONIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 5673

1118 INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO.
Mª ANGELES JUANES ALVAREZ 5685

1119 RECOMENDACIONES PARA LA VUELTA A LA VIDA DIARIA TRAS UN ICTUS.
CAROLINA SUÁREZ, LUCÍA DE DEUS VEGAS Y ANA GONZALEZ GARCIA 5689

1120 CAMBIOS POSTURALES EN HOSPITALES.
BÁRBARA MÉNDEZ IGLESIAS 5693

1121 ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE
MARÍA ÁNGELES REPISO VAELLO, FERMINA PROENZA ALVAREZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 5695

1122 CUIDADOS EN APLASIA MEDULAR.
SHEILA RODRIGUEZ FERNANDEZ 5705

1123 INTERVENCIONES SOBRE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA
SHEILA RODRIGUEZ FERNANDEZ 5709

1124 ABORDAJE DE LA MUCOSITIS SECUNDARIA A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO
SHEILA RODRIGUEZ FERNANDEZ 5715

1125 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO
ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ 5719

1126 CONOCIMIENTOS BÁSICOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS Y TIPOS DE DRENAJES ABDOMINALES
MARIA JOSE BRAÑA ALONSO, CARMEN MORENO GONZALEZ Y ISABEL GUTIERREZ SALAZAR 5723

1127 PROTECCIÓN PARA EVITAR CONTAGIOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO
ANA ISABEL VICENTE CANELA 5729

1128 ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTE QUE SE VA A SOMETER A UNA ABLACIÓN CARDÍACA.
ANA ISABEL LONGORIA SIMON. 5731

1129 CUIDADOS A PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA.
ANA ISABEL LONGORIA SIMON. 5735

1130 CUIDADOS A NIÑO CON ANAFILAXIA
ELIZABETH LLANOS ROCA 5737

1131 LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.
MARIA FLOR ROMERO GARCÍA 5739

1132 CÓMO ACTUAR ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
BEGOÑA GARCIA ORDIZ 5741

1133 LA HIGIENE ORAL EN EL PACIENTE GERIÁTICO
BEGOÑA GARCIA ORDIZ 5743

1134 CÁNCER DE CÉRVIX
BÁRBARA FERNANDEZ GAREA, SONIA SUÁREZ PEREZ, PRESENTINA PULGAR GARCIA, IVAN RODRIGUEZ PULGAR Y MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR 5745

1135 INFECCIÓN URINARIA EN EL ANCIANO
BÁRBARA FERNANDEZ GAREA, SONIA SUÁREZ PEREZ, PRESENTINA PULGAR GARCIA, IVAN RODRIGUEZ PULGAR Y MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR 5749

1136 IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA EN LA SALUD MENTAL DEL MENOR.
MARIA REYES ROMAY SUAREZ, NATALIA FERNANDEZ COLMEIRO Y CARMEN MARIA VILLA GARCIA 5753

1137 LA CAQUEXIA.
MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR, BÁRBARA FERNANDEZ GAREA, SONIA SUÁREZ PEREZ, PRESENTINA PULGAR GARCIA Y IVAN RODRIGUEZ PULGAR 5757

1138 LA ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL.
MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR, BÁRBARA FERNANDEZ GAREA, SONIA SUÁREZ PEREZ, PRESENTINA PULGAR GARCIA Y IVAN RODRIGUEZ PULGAR 5761

1139 EL ALZHEIMER EN LA SOCIEDAD.
IVAN RODRIGUEZ PULGAR, MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR, BÁRBARA FERNANDEZ GAREA, SONIA SUÁREZ PEREZ Y PRESENTINA PULGAR GARCIA 5765

1140 GENERALIDADES DE LA DIABETES GESTACIONAL.
NATALIA FERNANDEZ COLMEIRO, CARMEN MARIA VILLA GARCIA Y MARIA REYES ROMAY SUAREZ 5769

1141 SONDAJE VESICAL: TÉCNICA PARA RECOGIDA DE MUESTRA DE ORINA
SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ Y JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO 5773

1142 PROYECTO ITU ZERO (INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO).
ISABEL ARTIME RODRIGUEZ 5775

1143 LA SÍFILIS.
SONIA SUÁREZ PEREZ, PRESENTINA PULGAR GARCIA, IVAN RODRIGUEZ PULGAR, MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR Y BÁRBARA FERNANDEZ GAREA 5779

1144 LAS MOVILIZACIONES EN LOS PACIENTES ENCAMADOS
SONIA SUÁREZ PEREZ, PRESENTINA PULGAR GARCIA, IVAN RODRIGUEZ PULGAR, MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR Y BÁRBARA FERNANDEZ GAREA 5783

1145 PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).
IVAN RODRIGUEZ PULGAR, MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR, BÁRBARA FERNANDEZ GAREA, SONIA SUÁREZ PEREZ Y PRESENTINA PULGAR GARCIA 5787

1146 INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAJE VESICAL.
INÉS ORDÓÑEZ VÁZQUEZ Y ABEL LOPEZ GARCÍA 5791

1147 BENEFICIOS DEL CORTE TARDÍO DE CORDÓN UMBILICAL EN RECIÉN NACIDOS.
INÉS ORDÓÑEZ VÁZQUEZ Y ABEL LOPEZ GARCÍA 5795

1148 NUTRICIÓN PARENTERAL.
BÁRBARA MÉNDEZ IGLESIAS 5797

1149 FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO
ANGELA HERNANDO TEMPRANA 5799

1150 IDENTIFICAR AL PACIENTE CON RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN HOSPITALIZACIÓN
PURIFICACION CORAL GUTIERREZ GARCIA Y LORENA SUAREZ GUTIERREZ 5805

1151 CUIDADOS E HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO.
MARIA SALGADO ALVAREZ DE TEJERA 5809

1152 RESOLUCIÓN LITIASIS RENAL.
ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, SUSANA LUIS GARCÍA, MARIA RODRIGUEZ ALVAREZ Y PATRICIA FERNANDEZ MARTINEZ 5813

1153 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)
MARTA MUÑIZ 5815

1154 HIGIENE DE MANOS Y ANTISEPSIA CUTÁNEA.
MARIA SALGADO ALVAREZ DE TEJERA 5819

1155 HEMATURIA MACROSCÓPICA A ESTUDIO.
ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, SUSANA LUIS GARCÍA, MARIA RODRIGUEZ ALVAREZ Y PATRICIA FERNANDEZ MARTINEZ 5823

1156 PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA RECOGIDA DE UN UROCULTIVO
MAYKA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, ELENA ÁLVAREZ ALONSO, BALBINA FRANCOS GARCÍA Y NURIA MENÉNDEZ LÓPEZ 5825

1157 AISLAMIENTO Y TIPOS DE AISLAMIENTO
MARIA ARACELI PEREZ GARCÍA, YOLANDA RAQUEL CASTAÑO PASTOR, MARÍA ASUNCIÓN ALVAREZ PANDO, MARÍA TERESA VAZQUEZ RUA Y NATALIA VAZQUEZ RUA 5827

1158 DOLOR AGUDO EN LA ZONA LUMBAR SIN ESFUERZO ANTERIOR APARENTE.
SILVIA FERNÁNDEZ NÚÑEZ 5829

1159 CUIDADOS EN EL PUERPERIO.
ISABEL ARTIME RODRIGUEZ 5833

1160 UNIDAD DEL DOLOR
DAVID GION RAMOS 5837

1161 IMPORTANCIA DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN HOSPITALARIAS
ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ 5839

1162 FUNCIONAMIENTO DEL CAPNÓGRAFO COMO HERRAMIENTA ÚTIL PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS
VIRGINIA RODRIGUEZ GONZALEZ 5843

1163 ATENCIÓN INMEDIATA Y CUIDADOS INICIALES DEL RECIÉN NACIDO.
MÓNICA FERNÁNDEZ CASADO 5847

1164 EMBARAZO, PARTO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA.
HENAR BLANCO FERNÁNDEZ Y MARIA ISABEL ÁLVAREZ DOS SANTOS 5849

1165 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS DE LESIONADOS MEDULARES.
MARÍA DE LOS ÁNGELES GALÁN AGUIRRE, CRISTINA ROMERO GARCIA Y INES GUTIÉRREZ GÓMEZ 5851

1166 ASPECTOS GENERALES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
ANDREA MEDINA FERNANDEZ 5855

1167 REANIMACIÓN NEONATAL.
SUSANA DIAZ REMIS 5857

1168 CUIDADOS EN EL PACIENTE POSTQUIRURGICO
CLARISA GARCIA AMOR, DAVID GONZÁLEZ MUÑOZ Y ANA CRISTINA LORENZO GARCIA 5863

1169 MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA.
RAQUEL MONTOYA NUÑEZ 5867

1170 EL ANCIANO.
ANDREA MEDINA FERNANDEZ 5871

1171 LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
CARMEN MUÑIZ ALVAREZ, LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ Y ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA 5873

1172 COMO TRATAR UN PACIENTE CON PARKINSON
NOELIA RODRIGUEZ ALVAREZ Y ALBA FERNANDEZ RODRIGUEZ 5877

1173 ÚLCERAS POR PRESIÓN. CAMBIOS POSTURALES
CARMEN MUÑIZ ALVAREZ, LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ Y ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA 5879

1174 ÚLCERAS POR PRESIÓN AFECTACIÓN.
NOELIA RODRIGUEZ ALVAREZ Y ALBA FERNANDEZ RODRIGUEZ 5883

1175 IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.
CARMEN MARIA VILLA GARCIA, MARIA REYES ROMAY SUAREZ Y NATALIA FERNANDEZ COLMEIRO 5885

1176 EL MANEJO DE CITOSTÁTICOS PARA EL PERSONAL SANITARIO
MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA 5889

1177 CUIDADOS PALIATIVOS: EL PACIENTE TERMINAL
SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ Y JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO 5891

1178 MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA
JORGE GONZALEZ MENENDEZ, CRISTINA PEREZ ALONSO Y MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ 5893

1179 AYUDA EN LA ALIMENTACIÓN A PACIENTES CON DISFAGIA
LUCÍA DE DEUS VEGAS Y ANA GONZALEZ GARCIA 5897

1180 CONSEJOS PARA LA ALIMENTACIÓN A PACIENTES CON DISFAGIA
LUCÍA DE DEUS VEGAS Y ANA GONZALEZ GARCIA 5901

1181 ENFERMEDADES NOSOCOMIALES.
ESTEFANIA FERNANDEZ ALBA 5905

1182 ALIMENTACIÓN A PACIENTES CON DISFAGIA
CAROLINA SUÁREZ, ANA GONZALEZ GARCIA Y LUCÍA DE DEUS VEGAS 5909

1183 EL PACIENTE UROSTOMIZADO
CONCEPCIÓN CARBAJALES ÁLVAREZ, RAMONA NOCEDA ERIGOYEN Y SONIA PEREIRO ALVAREZ 5913

1184 CUIDADOS AL PACIENTE CON IMPÉTIGO
VANESSA CARBAJAL TEMPRANA 5917

1185 IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES.
ESTEFANIA FERNANDEZ ALBA 5919

1186 PREVENCIÓN DEL ESTREÑIMIENTO.
SUSANA ESTRADA SUÁREZ Y MARÍA JOSÉ RODRIGUEZ ARIAS 5923

1187 LA EMPATÍA CON UN PACIENTE EN FASE TERMINAL
AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA, BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ Y MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 5927

1188 CUIDADOS Y ATENCIÓN AL PACIENTE CON UNA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA.
REBECA FERNANDEZ GARCIA 5933

1189 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL LAVADO DEL PACIENTE ENCAMADO.
MARÍA DE LA O GARCÍA GONZÁLEZ, MAGALY GARCIA CON, MONTSERRAT GARCÍA ALONSO Y EVA BELÉN TOLEDO LLANA 5937

1190 BEBÉS A TÉRMINO, CUIDADOS QUE NECESITAN AL NACER.
BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ, MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA, MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 5941

1191 CUIDADOS DEL T.C.A.E. EN LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
MARÍA DE LA O GARCÍA GONZÁLEZ, MAGALY GARCIA CON, MONTSERRAT GARCÍA ALONSO Y EVA BELÉN TOLEDO LLANA 5945

1192 ¿ES IMPORTANTE LA HIGIENE EN EL PACIENTE ENCAMADO?
ÁLVARO FERNÁNDEZ CANTALAPIEDRA 5949

1193 SONDAS VESICALES: QUE SON, TIPOS Y CUIDADOS
CARLA ELIZABETH SORIA GONZÁLEZ 5951

1194 ATENCIÓN HOSPITALARIA, ¿QUE ES TCAE?
JESUS GARCÍA RODRIGUEZ Y ESTHER MENENDEZ BARREIRO 5957

1195 BIENESTAR Y DIGNIDAD EN LA ÚLTIMA FASE DE LA VIDA
EMMA GONZÁLEZ PÉREZ 5961

1196 **LOS CUIDADOS PALIATIVOS**
ANGELES MARIA MUÑIZ CORRALES **5965**

1197 **GLAUCOMA**
CYNTHIA GEDDES CUETO, MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ, CELIA MARTINO GONZALEZ, MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ Y MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN **5969**

1198 **HIGIENE DEL PACIENTE ADULTO**
SONIA PEREIRO ALVAREZ, RAMONA NOCEDA ERIGOYEN Y CONCEPCIÓN CARBAJALES ÁLVAREZ **5973**

1199 **EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA . TÉCNICAS BÁSICAS.**
JESUS GARCÍA RODRIGUEZ Y ESTHER MENENDEZ BARREIRO **5977**

1200 **USO ADECUADO DE GUANTES NO ESTÉRILES EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
MARTA PEREZ RODRIGUEZ, PEDRO MIGUEL BRAVO MAYORAL Y LAURA DÍAZ LÓPEZ **5987**

1201 **RIESGOS LABORALES EN EL ÁREA DEL LABORATORIO**
BARBARA CASERO FERNANDEZ, MARÍA PILAR SAN JOSÉ TORAL, MARIA SIMON CRESPO, MARÍA LUISA GONZALEZ GARCÍA Y MARÍA TERESA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ **5991**

1202 **IMPORTANCIA DE CAMBIOS POSTURALES EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)**
ÁLVARO FERNÁNDEZ CANTALAPIEDRA **5993**

1203 **LOS CUIDADOS DEL PACIENTE POST-MORTEM**
SARA MARÍA GONZÁLEZ GARCÍA, KIMBERLY YULAY SEVERINO MUÑOZ, JOSE LEONARDO MONTERO SANCHEZ, ADRIANA MARIEL VARGAS CADIMA Y ANA SANCHEZ UGARTE **5997**

1204 **PREVENCION DE LESIONES INFANTILES POR ACCIDENTES**
ADRIANA MARIEL VARGAS CADIMA, KIMBERLY YULAY SEVERINO MUÑOZ, SARA MARÍA GONZÁLEZ GARCÍA, ANA SANCHEZ UGARTE Y JOSE LEONARDO MONTERO SANCHEZ **6001**

1205 ESTREÑIMIENTO Y ENEMA DE LIMPIEZA
CONCEPCIÓN CARBAJALES ÁLVAREZ, RAMONA NOCEDA ERIGOYEN Y SONIA PEREIRO ALVAREZ 6005

1206 CUADRO PREVIO DE AMIGDALITIS QUE DERIVA EN LESIONES EN AMBOS MMII SUBJETIVAS DE ERITEMA NODOSO
EVA BELÉN TOLEDO LLANA, MARÍA DE LA O GARCÍA GONZÁLEZ, MAGALY GARCIA CON Y MONTSERRAT GARCÍA ALONSO 6009

1207 MANEJO EN PACIENTES CON PRÓTESIS DE CADERA.
MAGDALENA FIGUEIRAS LESTON, JESSICA DIAZ ALVAREZ, MARÍA ASUNCIÓN MARTÍNEZ SÁNCHEZ, IGNACIO CRESPO MADIEDO Y JACKELYN PEVIDA DÍAZ 6011

1208 CUIDADOS TCAE EN LA HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECANICA
MARIA BEGOÑA PRADO CUEVA 6015

1209 CUIDADOS TCAE EN EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO
MARIA BEGOÑA PRADO CUEVA 6019

1210 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA
MARIA BEGOÑA PRADO CUEVA 6023

1211 CUIDADOS A PACIENTE CON FENILCETONURIA.
VANESSA BARBON IGLESIAS, PRISCILA ROZADA IGLESIAS Y ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ 6027

1212 EL CONCEPTO DE SHOCK Y SUS PRINCIPALES CUIDADOS.
TERESA JOSEFA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 6029

1213 CAMBIOS POSTURALES Y SUS BENEFICIOS
ROSA ANGELES GARCIA ESCOBEDO, CARMEN COSI MAMANI, NEREA NORIEGA SEBARES, MARIBEL ISABEL QUEIPO SUAREZ Y MARIA PAZ SUAREZ GARCIA 6041

1214 LA LACTANCIA MATERNA.
CELIA MARTINO GONZALEZ, MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ, CYNTHIA GEDDES CUETO, MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ Y MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN 6045

1215 PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN (UPP)
PAULA DE RON RODRÍGUEZ 6049

1216 MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA.
RAMONA NOCEDA ERIGOYEN, SONIA PEREIRO ALVAREZ Y CONCEPCIÓN CARBAJALES ÁLVAREZ 6053

1217 CUIDADO DE LA PIEL CON ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO
RAMONA NOCEDA ERIGOYEN, SONIA PEREIRO ALVAREZ Y CONCEPCIÓN CARBAJALES ÁLVAREZ 6057

1218 ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
CAROLINA MESURO BAO 6061

1219 REVISION BIBLIOGRÁFICA DEL ARREGLO DE LA CAMA HOSPITALARIA
MARIA BEGOÑA PRADO CUEVA 6065

1220 SÍNDROME DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS (S.O.P)
REBECA FERNÁNDEZ LÓPEZ, VERÓNICA GANSO FERNÁNDEZ Y MANUELA ÁLVAREZ VELÁZQUEZ 6071

1221 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA.
MARLENY MOLLEAPAZA CONDORI Y NOEMÍ MORENO ALVAREZ 6073

1222 ASEOS HOSPITALARIOS
ANGELA CARNEADO CONDE, AURORA VAZQUEZ RUA, ADRIAN PRENDES VÁZQUEZ, NATALIA VAZQUEZ RUA Y MARÍA EUGENIA IGLESIAS GARCÍA 6077

1223 **LA IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA DURANTE EL PREPARTO Y POSTPARTO.**
PALOMA GRANA ALONSO, DANIEL GIJON NORIEGA, OLAYA GARCÍA ESCUDERO, VERÓNICA MARTÍNEZ LÓPEZ Y MARÍA JESÚS SOUTO BLANCO **6079**

1224 **ABORDAJE FISIOTERÁPICO ANTE EL PACIENTE AMPUTADO EN EL HOSPITAL**
MARLEN DE LA FUENTE FERNANDEZ, LARA ALVAREZ CAMPAL, CECILIA GONZALEZ ALVAREZ Y PILAR DEL BOSQUE GONZÁLEZ **6087**

1225 **TRATAMIENTO DE PUNTOS GATILLO EN EL TENSOR DE LA FASCIA LATA.**
PILAR DEL BOSQUE GONZÁLEZ, CECILIA GONZALEZ ALVAREZ, MARLEN DE LA FUENTE FERNANDEZ Y LARA ALVAREZ CAMPAL **6093**

1226 **ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS EN TENDINITIS CALCIFICADA.**
PAULA BLANCO DEL VALLE Y ISIDRO TORRES PAREJO **6097**

1227 **LA UTILIZACIÓN DE LA CINESITERAPIA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
MARÍA JESÚS LÓPEZ FERNÁNDEZ, ALMA MARIA RODRIGUEZ MANJON Y MARIA QUIJORNA SOLIS **6101**

1228 **FISIOTERAPIA EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO**
INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ, MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN Y MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO **6111**

1229 **FISIOTERAPIA EN LA LUMBALGIA MECÁNICA.**
MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN, INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ Y MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO **6117**

1230 **MASOTERAPIA, EL MASAJE TERAPÉUTICO. MANIOBRAS BÁSICAS Y TIPOS.**
ROSANA MARTÍN MARTINEZ, PELAYO MARTÍNEZ DE LA TORRE, PELAYO SÁNCHEZ ARGÜELLES, CLAUDIA SÁNCHEZ PALACIO Y INÉS MARTÍNEZ MARTÍNEZ **6121**

1231 **FISIOTERAPIA TRAS INTERVENCIÓN ARTROSCÓPICA EN EL CHOQUE FEMORO ACETABULAR.**
MARÍA JESÚS LÓPEZ FERNÁNDEZ, ALMA MARIA RODRIGUEZ MANJON Y MARIA QUIJORNA SOLIS 6127

1232 **FISIOTERAPIA EN EL DOLOR PLANTAR.**
JOAQUINA COSTA IGLESIAS, ARGENTINA GARCIA GARCIA, ANGEL FUEYO PRIETO Y DANIEL BUENO GONZALEZ 6135

1233 **TENDINITIS ROTULIANA EN EL BALONCESTO.**
MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO, INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ Y MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN 6139

1234 **EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA EASY FLOSSING+EJERCICIO ACTIVO VS EJERCICIO ACTIVO EN LA DISMINUCIÓN DE DOLOR POSTPUNCIÓN EN PUNTOS GATILLO MIOFACIALES LATENTES**
MIGUEL ÁNGEL SERRANO RODRÍGUEZ, YOLANDA GARCIA ALEGRE Y MARTA AGUADO GUERRA 6143

1235 **TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN DOLOR LUMBAR CRÓNICO.**
CLAUDIA SÁNCHEZ PALACIO, PELAYO SÁNCHEZ ARGÜELLES, PELAYO MARTÍNEZ DE LA TORRE, INÉS MARTÍNEZ MARTÍNEZ Y ROSANA MARTÍN MARTINEZ 6147

1236 **FISIOTERAPIA EN LAS ENFERMEDADES RARAS.**
PAULA BLANCO DEL VALLE Y ISIDRO TORRES PAREJO 6151

1237 **COCCIGODINIA POST PARTO. ABORDAJE DESDE LA FISIOTERAPIA.**
INÉS MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ROSANA MARTÍN MARTINEZ, CLAUDIA SÁNCHEZ PALACIO, PELAYO MARTÍNEZ DE LA TORRE Y PELAYO SÁNCHEZ ARGÜELLES 6155

1238 **CASO CLÍNICO: ROTURA COMPLETA DE TENDÓN DE AQUILES, PROPUESTA DE TTO CONSERVADOR**
SANDRA VILLA SÁNCHEZ, NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ, SARA FREIJE ZAZO, MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ Y SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ 6159

1239 **FISIOTERAPIA EN LA SARCOPENIA.**
ISIDRO TORRES PAREJO Y PAULA BLANCO DEL VALLE **6165**

1240 **FISIOTERAPIA, EJERCICIO Y ARTRITIS**
CELESTINO GARCIA CAPILLA, CARLOS MORGADE FERNÁNDEZ Y ANA GAMUNDI OTERO **6169**

1241 **MANEJO ENFERMERO Y FISIOTERAPÉUTICO DE UN PACIENTE CON QUEMADURAS**
URSULA ORIVE ALONSO Y MONICA FLOREZ NIETO **6175**

1242 **ABORDAJE DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA DESDE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA**
JAVIER GARCÍA URRUZOLA, ANA BELÉN MARTÍN GONZÁLEZ Y MARTA BLANCO CARRANCIO **6179**

1243 **TRATAMIENTO DE LA EPICONDILITIS CON ONDAS DE CHOQUE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**
OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ, JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ **6183**

1244 **TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA.**
LORENA RUBIO BERDASCO Y MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA **6187**

1245 **TENOSINOVITIS DE QUERVAIN EN MADRES LACTANTES.**
MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA, LORENA RUBIO BERDASCO Y SUSANA BLANCO DÍAZ **6191**

1246 **NEURALGIA DE ARNOLD.**
MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA Y LORENA RUBIO BERDASCO **6195**

1247 **TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DE LA LUXACIÓN DE RÓTULA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**
JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ, SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ **6199**

1248 **FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN EL TRATAMIENTO DE ATELECTASIAS TRAS CIRUGÍA ABDOMINAL .**
SARA ESCUER LORENZO Y JESSICA BUENO FERNANDEZ 6203

1249 **USO DE BIPEDESTADORES EN PACIENTES NEUROLÓGICOS.**
GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS 6205

1250 **ABORDAJE DESDE LA FISIOTERAPIA TRAS AMPUTACIÓN DE LA REGIÓN TRASMETATARSIANA DE UN PIE DIABÉTICO**
ANA BELÉN MARTÍN GONZÁLEZ, MARTA BLANCO CARRANCIO Y JAVIER GARCÍA URRUZOLA 6209

1251 **EL BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS**
GONZALO PRIETO CRISTOBAL, CRISTINA CRISTOBAL ALLER Y MARÍA PRADO FERNÁNDEZ 6215

1252 **PROPUESTA DE EJERCICIOS PARA LA ROTURA DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**
MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ, SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ Y JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 6219

1253 **PARKINSON Y FISIOTERAPIA.**
CARLOS MORGADE FERNÁNDEZ, CELESTINO GARCIA CAPILLA Y ANA GAMUNDI OTERO 6223

1254 **FISIOTERAPIA EN ESGUINCE DE TOBILLO RECIDIVANTE TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA REPARADORA. A PROPÓSITO DE UN CASO**
JESSICA BUENO FERNANDEZ Y SARA ESCUER LORENZO 6229

1255 **LA PARÁLISIS CEREBRAL ENFOQUE DESDE UN PUNTO DE VISTA INTEGRAL LLEVADO A CABO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.**
TERESA JOSEFA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 6233

1256 **LA ADHESIÓN EN ORTODONCIA.**
SONIA CASQUERO LUCENA Y ALICIA DIAZ GONZALEZ 6239

1257 DIAGNÓSTICO DE LAS MALOCLUSIONES TRANSVERSALES
SONIA CASQUERO LUCENA Y ALICIA DIAZ GONZALEZ 6243

1258 TRANSFORMACIÓN DE UNA LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA EN UN LINFOMA AGRESIVO DE CÉLULAS GRANDES B (SÍNDROME DE RICHTER).
RAQUEL MADERA PAJIN 6247

1259 ANTICOAGULACIÓN COMO PROFILAXIS DE LA HIPERCOAGUBILIDAD EN EL SÍNDROME NEFRÓTICO
MARTA GUTIÉRREZ LORENZO 6251

1260 ERENUMAB EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA.
MARTA GUTIÉRREZ LORENZO 6257

1261 DOLOR ÓSEO E HIPERCALCEMIA DE ORIGEN DESCONOCIDO.
RAQUEL MADERA PAJIN 6265

1262 EVALUACIÓN DEL USO DE NINTEDANIB EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SEGUNDO NIVEL
MARTA GUTIÉRREZ LORENZO 6269

1263 EL LEUCOMA CORNEAL
MARÍA CRISTINA PELÁEZ FERNÁNDEZ 6273

1264 RADIOLOGÍA DIGITAL.
MARÍA CRISTINA PELÁEZ FERNÁNDEZ 6279

1265 B.A.G. (BIOPSIA CON AGUJA GRUESA) GUIADA POR T.A.C.
MARÍA CRISTINA PELÁEZ FERNÁNDEZ 6295

1266 ACTITUD DEL PERSONAL SANITARIO ANTE PACIENTE SUICIDA.
PAULA IGLESIAS PAJARES 6303

1267 ANATOMÍA RADIOLÓGICA DE LOS MIEMBROS SUPERIORES
ISABEL REGO GONZÁLEZ 6307

1268 TAC DE TORAX
MARIA LUISA TOCINO SANCHEZ 6309

1269 ECOGRAFIA INTERVENCIONISTA PAAF DE MAMA
CARMEN NIÑO ANTOMIL 6311

1270 INFECCIONES NOSOCOMIALES
INMACULADA PEREZ MONTIEL 6313

1271 ABORTOS DE REPETICIÓN RELACIONADOS CON EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y SU DIAGNÓSTICO EN EL LABORATORIO CLÍNICO
LETICIA VANESSA COELLO MENDEZ, MÓNICA GARCÍA RODRÍGUEZ Y NATALIA VENTOSELA NOVOA 6317

1272 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
MARCOS SANCHEZ CASERO 6325

1273 ESTUDIO DE LA FRACTURA DE COLLES: DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
MARIA OCHOA VARELA Y MARIO TORO LORENZO 6329

1274 HISTEROSALPINGOGRAFIA POR TAC EN EL ESTUDIO DE INFERTILIDAD FEMENINA
MARIA OCHOA VARELA Y MARIO TORO LORENZO 6333

1275 EFICACIA DE LA RADIOLOGÍA Y LA MEDICINA NUCLEAR EN EL TRATAMIENTO DE DOLOR ÓSEO EN LA METÁSTASIS.
ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO, VANESA OLAY VALDES Y ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ 6337

1276 TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA PROMOVER EL FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO DE LAS PERSONAS CON ALZHEIMER
BEATRIZ RAMOS LORENZO 6345

1277 EL ESTUDIO DE PATOLOGÍAS DE CADERA MEDIANTE ARTRO-RESONANCIA.
MARIA OCHOA VARELA Y MARIO TORO LORENZO 6351

1278 **LA CONTRIBUCIÓN DE LA PET/TC CON 18F-FDG EN LA VASCULITIS DE GRANDES VASOS: APLICACIONES Y LÍMITES.**
ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO, VANESA OLAY VALDES Y ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ 6355

1279 **NUEVAS FRONTERAS DE LA MEDICINA NUCLEAR EN LA IMAGEN MULTIMODAL DE LAS METÁSTASIS ÓSEAS.**
VANESA OLAY VALDES, ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO Y ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ 6363

1280 **TRATAMIENTO RADIOMETABÓLICO DEL CÁNCER DE TIROIDES EN EDAD PEDIÁTRICA.**
VANESA OLAY VALDES, ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO Y ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ 6371

1281 **CITOLOGÍA MAMARIA**
MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO 6377

1282 **PIE EQUINOVARO**
ANA MARÍA MUÑIZ CASTRILLON 6381

1283 **IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN ENFERMEDADES PERICÁRDICAS.**
PAULA PAVON MORAN, VANESA GRANDA SOLAR, VANESA OLAY VALDES Y ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO 6385

1284 **LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA MULTIDETECTOR EN LA EVALUACIÓN DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.**
PAULA PAVON MORAN, VANESA GRANDA SOLAR, VANESA OLAY VALDES Y ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO 6395

1285 **LA TÉCNICA DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN CIRUGÍA VASCULAR.**
ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO, VANESA OLAY VALDES, VANESA GRANDA SOLAR Y PAULA PAVON MORAN 6405

1286 **TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.**
VANESA CANDANO GARRIDO, CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ Y BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ 6415

1287 **POSIBLES CAUSAS EN EL DIAGNÓSTICO DE FALSOS NEGATIVOS EN MAMOGRAFÍA.**
ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO, VANESA OLAY VALDES, VANESA GRANDA SOLAR Y PAULA PAVON MORAN 6417

1288 **TÉCNICAS ECOGRÁFICAS EN LAS URGENCIAS TRAUMÁTICAS DEL ABDOMEN.**
VANESA GRANDA SOLAR, PAULA PAVON MORAN, ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO Y VANESA OLAY VALDES 6427

1289 **LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN TUMORES CARDÍACOS.**
VANESA GRANDA SOLAR, PAULA PAVON MORAN, ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO Y VANESA OLAY VALDES 6435

1290 **LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES PARA EL DIAGNÓSTICO DE IMÁGENES CEREBRALES.**
VANESA OLAY VALDES, ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO, PAULA PAVON MORAN Y VANESA GRANDA SOLAR 6443

1291 **TÉCNICAS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN TRAUMATISMOS ABDOMINALES GRAVES.**
VANESA OLAY VALDES, ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO, PAULA PAVON MORAN Y VANESA GRANDA SOLAR 6453

1292 **EXPLORACIÓN DEL MALTRATO FÍSICO INFANTIL.**
ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ Y JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ 6463

1293 **MEDIOS DE CONTRASTE**
YESICA FERNANDEZ 6467

1294 **ESTUDIO RADIOGRÁFICO DENTAL**
YESICA FERNANDEZ 6471

1295 **MÉTODO DE LABORATORIO DE BANDEO CON GIEMSA**
VÍCTOR ADRIAN RODRÍGUEZ DIAZ Y SERGIO MURILLO DIAZ 6475

1296 **COLONOSCOPIA VIRTUAL**
ANA MARÍA MUÑIZ CASTRILLON 6477

1297 RADIOLOGÍA DE URGENCIA EN PACIENTE ACCIDENTADO.
YESICA FERNANDEZ 6481

1298 EL ENEMA OPACO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA
MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ, RAQUEL RUIZ TURRADO, ELIZABET GARCIA GRANDA, ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO Y ESTEFANIA BLANCO GARCÍA 6485

1299 RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO: MEDIDAS PREVENTIVAS.
NOEMI LOBO ROSARIO Y ANA GARCÍA ROSARIO 6489

1300 LA RADIACIÓN DISPERSA. FACTORES DE REDUCCIÓN.
COVADONGA DE LA HERA RAPOSO 6493

1301 PRUEBAS DE LABORATORIO PREOPERATORIAS O ANTES DE UNA CIRUGÍA.
MACARENA RODRIGUEZ RICO 6497

1302 MÉTODO DE LABORATORIO: TEST DE LA D-XILOSA
VÍCTOR ADRIAN RODRÍGUEZ DIAZ Y SERGIO MURILLO DIAZ 6501

1303 RADIOLOGÍA PORTÁTIL EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.
PAULA IGLESIAS PAJARES 6505

1304 PACIENTE CON REACCIÓN ALÉRGICA CRUZADA.
MARIA RODRÍGUEZ GARCÍA Y LUCÍA SANJURJO ABAD 6509

1305 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA. LÍMITE DE DOSIS EQUIVALENTE.
COVADONGA DE LA HERA RAPOSO 6511

1306 PACIENTE CON SENSIBILIDAD AL HUEVO.
MARIA RODRÍGUEZ GARCÍA Y LUCÍA SANJURJO ABAD 6515

1307 SUSTITUTO AL FORMOL PARA FIJAR LOS TEJIDOS EN ANATOMÍA
HENAR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 6517

1308 MÉTODO DE LABORATORIO: SOUTHERN BLOT
VÍCTOR ADRIAN RODRÍGUEZ DIAZ Y SERGIO MURILLO DIAZ 6519

1309 DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN DEL MALTRATO INFANTIL
ELIZABETH TRILLO GONZALEZ, EUGENIA MARINA ROLDAN QUINTANS, PABLO MACHO JUNQUERA Y VANESA ARJONA TUYA 6523

1310 BIOPSIA PULMONAR GUIADA POR TC
M ANA DÍAZ CUETO 6529

1311 LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA.
RAQUEL RUIZ TURRADO, ELIZABET GARCIA GRANDA, ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO, ESTEFANIA BLANCO GARCÍA Y PATRICIA MARTINEZ GARCÍA 6531

1312 APLICACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN LAS LESIONES DEPORTIVAS ÓSEAS.
SILVIA RODRÍGUEZ ALGORA 6533

1313 ERITEMA DEL PAÑAL EN EL RECIÉN NACIDO.
LAURA CAMAFREITA BEATO Y MARIA DEL CARMEN CUERVO ALVAREZ 6537

1314 TÉCNICAS DE IMAGEN EN EL LINFOMA DE OVARIO.
ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ, CARLOS MENENDEZ CEREIJIDO Y VANESA OLAY VALDES 6541

1315 LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN NEFROLOGÍA.
ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ, CARLOS MENENDEZ CEREIJIDO Y ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO 6547

1316 LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN LA CARDIOMIOPATÍA HIPERTRÓFICA O MIOCARDIOPATÍA.
ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ, CARLOS MENENDEZ CEREIJIDO Y ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO 6555

1317 LINFOCITOSIS POR UN LINFOMA DEL MANTO Y SU MORFOLOGÍA EN SANGRE PERIFÉRICA
VERÓNICA FERNANDEZ NUÑEZ 6563

1318 ACOSO LABORAL: MOBBING.
NOEMI LOBO ROSARIO Y ANA GARCÍA ROSARIO 6567

1319 ANATOMÍA PATOLÓGICA.
MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO 6571

1320 EXTRACCIÓN MUELAS CORDALES INCLUIDOS INFERIORES.
JENNIFER GARCÍA LÓPEZ 6575

1321 RIESGOS EN UNA SALA DE AUTOPSIAS.
HENAR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 6581

1322 CULTIVO Y BIOPSIA DE TEJIDO GÁSTRICO.
LAURA CAMAFREITA BEATO Y MARIA DEL CARMEN CUERVO ALVAREZ 6585

1323 SECRETO PROFESIONAL EN SANIDAD.
NOEMI LOBO ROSARIO Y ANA GARCÍA ROSARIO 6587

1324 COLANGIOGRAFÍA POR RESONANCIA.
M.CRUZ ALVAREZ ALONSO 6591

1325 TÉCNICA MAMOGRÁFICA EN PACIENTES CON PRÓTESIS MAMARIAS.
M.CRUZ ALVAREZ ALONSO 6595

1326 RESONANCIA MAGNÉTICA EN TRAUMATOLOGÍA DEPORTIVA.
SILVIA RODRÍGUEZ ALGORA 6597

1327 EL USO DE LA GAMMAGRAFÍA EN LAS ENTESOPATÍAS.
SILVIA RODRÍGUEZ ALGORA 6601

1328 ENFERMEDAD HEMOLÍTICA; ERITROBLASTOSIS FETAL.
MÓNICA GARCÍA RODRÍGUEZ, LETICIA VANESSA COELLO MENDEZ Y NATALIA VENTOSELA NOVOA 6605

1329 POLICITEMIA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL SIGLO XXI Y PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
TAMARA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 6609

1330 PRUEBAS DE SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA POR DIFUSIÓN.
VIRGINIA LINARES FERNANDEZ, MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ Y MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ 6617

1331 TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN; UNA PETICIÓN, OCHO ESTUDIOS.
ANDREA GONZALEZ ALVAREZ 6621

1332 DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE LEGIONELLA PNEUMOPHILA EN ORINA.
VIRGINIA LINARES FERNANDEZ, MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ Y MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ 6625

1333 HEPATITIS C EN LA SANIDAD ESPAÑOLA.
CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ, MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ, LUCIA GÓMEZ GONZALEZ Y PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES 6627

1334 RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.
MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ, ADELINA LUENGO FERNANDEZ, MARIA PILAR GONZÁLEZ TORRE, SERGIO CASADO GONZALEZ Y ALEJANDRO VIEJO PEDROSA 6631

1335 DETERMINACIÓN DE INMUNOGLOBULINA ESPECÍFICA EN LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ALERGIAS ALIMENTARIAS.
NATALIA VENTOSELA NOVOA, MÓNICA GARCÍA RODRÍGUEZ Y LETICIA VANESSA COELLO MENDEZ 6639

1336 ANTICOAGULANTES ORALES: SINTROM.
AINOA MARTINEZ PEREZ Y PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ 6649

1337 PLASMA RICO EN PLAQUETAS.
GRACIELA PEÓN MARTÍNEZ, VERÓNICA FERNÁNDEZ SUÁREZ, MARIA DEL CARMEN SANCHO ORTIZ Y VERONICA COSTA COSSIO 6653

1338 PRUEBA RPR PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ASOCIADOS A SÍFILIS
MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ, VIRGINIA LINARES FERNANDEZ Y MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ 6657

1339 SERVICIO DE RADIOLOGÍA: SEGURIDAD DEL PERSONAL Y USUARIO.
LLARA LOBO BARRO 6665

1340 TRATAMIENTO DE TUMORES MALIGNOS CON RADIOTERAPIA
YOLANDA BALSERA FERNÁNDEZ, ARIANA GONZALEZ OBESO Y KATRINA ESPINAR HERRANZ 6669

1341 FRACTURAS OCULTAS DE RODILLA Y CADERA.
SAMUEL ARANGO RIAL Y MARIA GRACIELA LOPEZ RODRIGUEZ 6675

1342 ENEMA OPACO
ANA MARÍA MUÑIZ CASTRILLON 6679

1343 LA HEPARINA
ANGELA EMMA RIESGO ALVAREZ, ROBERTO PEREDA GUTIERREZ, DAVID MARTIN VILLALON, SARAI MARTIN VILLALON Y PILAR GRANADOS SUÁREZ 6683

1344 ENTEROBIUS VERMICULARIS
ANGELA EMMA RIESGO ALVAREZ, SARAI MARTIN VILLALON, DAVID MARTIN VILLALON, ROBERTO PEREDA GUTIERREZ Y PILAR GRANADOS SUÁREZ 6687

1345 CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.
CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ, MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ, LUCIA GÓMEZ GONZALEZ Y PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES 6691

1346 ECOGRAFIA ABDOMINAL
ELENA FERNANDEZ RIVERA, GRACIELA GARCIA SUAREZ, NEREA DIAZ ALVAREZ, SARA MARTÍNEZ GARCÍA Y ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ 6695

1347 FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR LUMBAR DE CAUSA DEGENERATIVA.
SAMUEL ARANGO RIAL Y MARIA GRACIELA LOPEZ RODRIGUEZ 6699

1348 EL CLORO EN ORINA EN EL LABORATORIO
PILAR GRANADOS SUÁREZ, SARAI MARTIN VILLALON, DAVID MARTIN VILLALON, ANGELA EMMA RIESGO ALVAREZ Y ROBERTO PEREDA GUTIERREZ 6703

1349 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RADIOLÓGICAS DEL NEUROMA DE MORTON DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO
JOSEFA TEIJIDO CALVO Y NATALIA MIRANDA ALVAREZ 6707

1350 ECOGRAFÍA HEPÁTICA.
SUSANA DIAZ REVUELTA Y LAURA DIEZ GONZALEZ 6713

1351 DETECCIÓN PRECOZ DE LA OSTEOARTROSIS DE RODILLA MEDIANTE LAS RADIOGRAFÍAS DE RODILLAS EN CARGA.
VANESSA GARCIA PINTUELES, IRENE VIVAS PAREDES Y JAVIER CABEZA ANTUÑA 6717

1352 DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL METACARPIANO MEDIANTE RAYOS X.
JAVIER CABEZA ANTUÑA, VANESSA GARCIA PINTUELES Y IRENE VIVAS PAREDES 6723

1353 INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX
JORGE SAL GARCIA 6727

1354 ESTUDIO GASTRODUODENAL
JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ Y ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ 6729

1355 LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)
ANA MEDIO PÉREZ 6731

1356 EL PAPEL DEL TECNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNOSTICO EN EL ESTUDIO DE ANGIOGRAFIA CORONARIA POR TAC
NATALIA MIRANDA ALVAREZ Y JOSEFA TEIJIDO CALVO 6735

1357 **NEUMOTÓRAX.**
ROSANA FERNANDEZ PEREZ, SARA MÉNDEZ GARCÍA, EVA GONZALEZ LOPEZ, MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN Y LUCÍA LÓPEZ SAMA 6739

1358 **FARMACOGENÓMICA: LA MEDICINA PERSONALIZADA.**
SARA FERNÁNDEZ MALLO 6743

1359 **ANEMIA DE FANCONI.**
SARA FERNÁNDEZ MALLO 6749

1360 **DETERMINACIÓN DE LA DENSIDAD DE UNA MUESTRA DE ORINA POR DISTINTOS MÉTODOS**
GIORDANA LÓPEZ VALLE 6755

1361 **LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA.**
ROBERTO RECHE LÓPEZ Y JAVIER AGUADO SALAMANCA 6759

1362 **CALIBRADORES DE ESCALA O SIMPLES EN RADIODIAGNÓSTICO PARA PRE OPERATORIOS DE RODILLA Y CADERA**
IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ Y ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN 6761

1363 **LA UTILIZACIÓN DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA PARA LA EVALUACIÓN DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS.**
NURIA GARCÍA RUBIO, DIANA GONZÁLEZ GARCÍA, PAULA LARA ANDRADE, MARTA DÍAZ FERNÁNDEZ Y ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 6763

1364 **TÉCNICA DE PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE PULMÓN MEDIANTE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA**
IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ Y ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN 6767

1365 **PLAN FORMATIVO PARA TRABAJADORES ESPECIALMENTE VULNERABLES A LOS PROCESOS ANSIOSOS.**
REBECA HEVIA ALVAREZ 6769

1366 **PROYECCIONES PARA REALIZAR UNA MAMOGRAFÍA**
BEATRIZ GARCÍA SAMPEDRO 6773

1367 SENOS PARANASALES; DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL Y TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA.
ALBERTO FERNÁNDEZ ALLANDE 6777

1368 HEMOCOMPONENTES Y LAS CONDICIONES ADECUADAS PARA SU CONSERVACIÓN.
PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ, AINOA MARTINEZ PEREZ Y LOURDES BELEN PEREZ LORENZO 6781

1369 PET-TC PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.
IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ, TANIA GONZÁLEZ ORTIZ Y ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN 6785

1370 ESTUDIO DE CARDIO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA.
BEATRIZ GARCÍA SAMPEDRO 6789

1371 EL QUISTE DE BAKER, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO POR ECO-ESCLEROSIS
LAURA DIEZ GONZALEZ Y SUSANA DIAZ REVUELTA 6793

1372 ESTUDIO DEL TÓRAX POR RESONANCIA MAGNÉTICA.
BEATRIZ GARCÍA SAMPEDRO 6797

1373 DESHABITUACIÓN DE LAS BENZODIAZEPINAS .
REBECA HEVIA ALVAREZ 6801

1374 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA DISFAGIA.
LUIS AMADO 6803

1375 PROTOCOLO DE MASA RENAL POR TC
MARTA GARCIA MENDEZ 6807

1376 COLONOGRAFÍA POR TC
MARTA GARCIA MENDEZ 6809

1377 RESONANCIA MAMARIA PROTOCOLO A SEGUIR
M.CRUZ ALVAREZ ALONSO 6813

1378 ARPÓN POR ESTEREOTAXIA.
M.CRUZ ALVAREZ ALONSO 6817

1379 EL USO DE LAS MASCARILLAS EN EL ÁMBITO SANITARIO.
ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ, MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ, EDITA MARTÍNEZ SANTIAGO, ENCARNACIÓN SÁNCHEZ TOLEDANO Y ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ 6821

1380 ANÁLISIS PATOLÓGICO DE NEOPLASIA PAPILAR INTRADUCTAL DE PÁNCREAS CON DIFERENTE FENOTIPO.
VERÓNICA PIEDRA FERNÁNDEZ 6827

1381 BIENESTAR Y SALUD LABORAL EN SANIDAD.
DOLORES GÓMEZ VELASCO Y MARIA JESUS COSTOYA BELLO 6829

1382 RESONANCIA MAGNÉTICA FETAL
ELENA DÍAZ ALONSO Y MONICA VILELA GAFO 6835

1383 CUIDADOS EN PACIENTES CON COREA DE HUNTINGTON
MARÍA MONTSERRAT GARCÍA GARCÍA 6839

1384 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.
PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ 6843

1385 EXPLORACIÓN DE CAVUM EN LA HIPERTROFIA ADENOIDEA.
JENNIFER RODRÍGUEZ APARICIO 6847

1386 TÉCNICA DE FROTIS SANGUÍNEO Y TINCIONES HEMATOLÓGICAS.
NURIA PELÁEZ FERNÁNDEZ 6851

1387 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS PARA EL ANÁLISIS DEL GANGLIO CENTINELA DE MAMA POR EL MÉTODO OSNA
FABIOLA FEITO RODRIGUEZ 6861

1388 TEST DE HODGE MODIFICADO EN EL ESTUDIO DE BACTERIAS RESISTENTES A ANTIBIÓTICOS CARBAPENÉMICOS.
VERÓNICA FERNÁNDEZ SUÁREZ, GRACIELA PEÓN MARTÍNEZ, MARIA DEL CARMEN SANCHO ORTIZ Y ÁNGELA JORGE ÁLVAREZ 6867

1389 BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA GRUESA
AURORA RAMOS BOBES 6873

1390 LESIONES EN RESONANCIA MAGNÉTICA.
MARIA COMINO IGLESIAS Y ELENA GONZÁLEZ MAYO 6877

1391 ESTUDIOS POR IMAGEN PARA LA DETECCIÓN DE ANOMALÍAS EN LA TIROIDES.
MARIA COMINO IGLESIAS Y ELENA GONZÁLEZ MAYO 6881

1392 BIOÉTICA EN EL ÁMBITO SANITARIO.
ELENA GONZÁLEZ MAYO Y MARIA COMINO IGLESIAS 6885

1393 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN RADIODIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR.
ELENA GONZÁLEZ MAYO Y MARIA COMINO IGLESIAS 6889

1394 ESTUDIO DE MAMA EN RADIODIAGNÓSTICO MEDIANTE MAMOGRAFÍA.
ANDREA PAREDES ROZA 6895

1395 ESTUDIOS DE MAMA EN RADIODIAGNÓSTICO MEDIANTE ECOGRAFÍA
ANDREA PAREDES ROZA 6901

1396 VENTAJAS DEL UROTC EN SPLIT BOLUS PARA LA VALORACIÓN DE UROLITIASIS Y PATOLOGÍAS DE LA VÍA URINARIA
PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ, ELSA VARELA FUERTES, LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ Y Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ 6909

1397 RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
ANAIS NEIRA AZOR 6915

1398 **VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)**
GRACIELA PEÓN MARTÍNEZ, VERÓNICA FERNÁNDEZ SUÁREZ, MARIA DEL CARMEN SANCHO ORTIZ Y VERONICA COSTA COSSIO 6919

1399 **ANÁLISIS PATOLÓGICO DE TUMORACIÓN EN UN HOMBRO.**
VERÓNICA PIEDRA FERNÁNDEZ 6923

1400 **PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN QUIRÓFANO**
MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ Y CARMEN MARIA LOPEZ MANCEBO 6925

1401 **FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN UNA BIOPSIA DE PULMÓN MEDIANTE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TAC)**
PAULA DE LA BALLINA HERNANDEZ, SILVIA FIDALGO MARTINEZ, YOLANDA FERNANDEZ GUTIERREZ Y PATRICIA CUERVO VEGA 6929

1402 **URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA EN NIÑOS.**
ANA MARIA FERNANDEZ GARCIA, SUSANA MENDEZ REDONDO, ANDREA CASTRO APARICIO Y LAURA MAJO RODRIGUEZ 6933

1403 **DEFECOGRAFÍA MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA: ESTUDIO ANATOMICO Y FUNCIONAL DEL SUELO PÉLVICO FEMENINO.**
PATRICIA CUERVO VEGA, PAULA DE LA BALLINA HERNANDEZ, SILVIA FIDALGO MARTINEZ Y YOLANDA FERNANDEZ GUTIERREZ 6937

1404 **CLASIFICACIÓN Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN ZONAS DE RADIACIONES IONIZANTES EN LOS SERVICIOS DE RADIOTERAPIA, RADIODIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR.**
DANIEL MARTINEZ MENENDEZ, SONIA SUAREZ RODRIGUEZ, MARIA TERESA MORAL GORGOJO, MARIA CRISTINA SANTIRSO MENENDEZ Y MARCOS ALVAREZ BLANCO 6941

1405 **CRIBADO NEONATAL**
SOLEDAD MARÍA CUEVAS GÓMEZ, MONICA RIESGO FERNANDEZ, ANA HUERTA PONTON Y JOANNA CARDÍN GARCÍA 6945

1406 **CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN Y RECHAZO DE MUESTRAS**
ANA ESMERALDA LÓPEZ TERRAZAS 6951

1407 DIAGNÓSTICO DE LA PANCREATITIS POR RESONANCIA MAGNÉTICA PREVIA ESTIMULACIÓN POR SECRETINA
PATRICIA CUERVO VEGA, PAULA DE LA BALLINA HERNANDEZ, SILVIA FIDALGO MARTINEZ Y YOLANDA FERNANDEZ GUTIERREZ 6955

1408 LA GESTIÓN DE TURNOS Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO.
MARÍA ISABEL ALONSO RODRÍGUEZ Y MARÍA DEL ROSARIO CARBAJAL GONZALEZ 6959

1409 PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA EN ASTURIAS
SONIA REIMONDO SORDO 6963

1410 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA IMPORTANCIA DE LA FASE PREANALÍTICA PARA EL LABORATORIO.
EMMA BARREIRO GARRIDO 6969

1411 BIOPSIA CON AGUJA GRUESA GUIADA POR ECOGRAFÍA DE ADENOMA PLEOMORFO
PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ, ELSA VARELA FUERTES, LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ Y Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ 6973

1412 ACONDICIONAMIENTO PRETRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA CON RADIOTERAPIA (TBI).
MARCOS ALVAREZ BLANCO, DANIEL MARTINEZ MENENDEZ, MARIA TERESA MORAL GORGOJO, MARIA CRISTINA SANTIRSO MENENDEZ Y SONIA SUAREZ RODRIGUEZ 6977

1413 ENTEROGRAFÍA A TRAVÉS DE RESONANCIA MAGNÉTICA.
SUSANA MENDEZ REDONDO, ANDREA CASTRO APARICIO, LAURA MAJO RODRIGUEZ Y ANA MARIA FERNANDEZ GARCIA 6981

1414 TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA
SANDRA VIEJO BARROSO Y MARGARITA COSTALES GARCIA 6985

1415 NEO DE RECTO
SANDRA VIEJO BARROSO Y MARGARITA COSTALES GARCIA 6987

1416 FIBROADENOMA MAMÁRIO
SANDRA VIEJO BARROSO Y MARGARITA COSTALES GARCIA 6989

1417 VACUNACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO
CARLOTA ÁLVAREZ CARBAJAL 6991

1418 LA RADIOGRAFÍA
SANDRA RIESGO ÁLVAREZ 6995

1419 LA RESONANCIA MAGNÉTICA: REALIZAR LA PRUEBA CON SEGURIDAD
SANDRA RIESGO ÁLVAREZ 6997

1420 BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA Y OSNA.
MARIA PURIFICACIÓN FERREIRO MIRAGAYA 7001

1421 EFECTOS TÓXICOS TARDÍOS PRODUCIDOS POR LOS TRATAMIENTOS CON RADIOTERAPIA
YOLANDA BALSERA FERNÁNDEZ Y ARIANA GONZALEZ OBESO 7009

1422 OBSOLENCIA DEL PARQUE TECNOLÓGICO EN HOSPITALES DE ESPAÑA
ALEJANDRA GARCÍA APARICIO 7013

1423 RADIOEMBOLIZACIÓN EN UN CARCINOMA HEPATOCELULAR
CARMEN MAQUEDA VILLAREJO, FELIPE MERINO IGLESIAS Y BEATRIZ GARCÍA GARCÍA 7021

1424 HUMANICEMOS EL HOSPITAL CON INFORMACIÓN... Y UNA SONRISA.
CARMEN MÉNDEZ GONZALEZ, TATIANA GARCÍA DÍAZ Y LAURA FERNANDEZ FERNANDEZ 7025

1425 LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO
KATRINA ESPINAR HERRANZ, YOLANDA BALSERA FERNÁNDEZ Y ARIANA GONZALEZ OBESO 7031

1426 RESONANCIA DE RODILLA.
ANDREA PAREDES ROZA 7037

1427 AGENTES BIOLÓGICOS EN CENTROS SANITARIOS Y PREVENCIÓN.
MARCOS MACHO FERNÁNDEZ 7045

1428 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX URGENTE EN LA SALA DE CRÍTICOS.
CARMEN MÉNDEZ GONZALEZ, LAURA FERNANDEZ FERNANDEZ Y TATIANA GARCÍA DÍAZ 7053

1429 PREVENCIÓN DE RIESGOS. LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO.
NEREA LEON SUAREZ 7055

1430 HIPERSENSIBILIDAD DENTAL
ALBA FERNANDEZ RODRIGUEZ Y NOELIA RODRIGUEZ ALVAREZ 7059

1431 IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFIA EN BEBÉS
SILVIA CAMPA RODRIGUEZ 7063

1432 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL SANITARIO.
ANAIS NEIRA AZOR 7065

1433 EVALUACIÓN DEL PISO PÉLVICO CON RM
YOLANDA CORRO BLANCO Y PAULA ALVAREZ GARCIA 7071

1434 EMBRIOLOGÍA DENTAL
NURIA ALVAREZ ALVAREZ, LIDIA FERNANDEZ VILLABRILLE Y MARIA BELEN VEGA MENENDEZ 7075

1435 CASO CLÍNICO: RADIOGRAFÍA DE NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO
ADRIAN ANTUÑA SUAREZ 7079

1436 EL TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS.
EMMA BARREIRO GARRIDO 7081

1437 PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: LOS CAMBIOS POSTURALES
NEREA LEON SUAREZ 7085

1438 **ENFERMEDAD PERIODONTAL**
ALBA FERNANDEZ RODRIGUEZ Y NOELIA RODRIGUEZ ALVAREZ 7089

1439 **RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MAMA.**
MARIA JESUS VARELA RIESGO Y JUANA MARÍA MÉNDEZ ESCUDERO 7093

1440 **HISTEROSALPINGOGRAFÍA.**
JUANA MARÍA MÉNDEZ ESCUDERO Y MARIA JESUS VARELA RIESGO 7095

1441 **LA IMPORTANCIA DEL TSID EN LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA DEL BOLUS TRACKING EN UN ANGIO TC**
PAULA ALVAREZ GARCIA Y YOLANDA CORRO BLANCO 7099

1442 **CONTRASTES RADIOLOGICOS**
JUANA MARÍA MÉNDEZ ESCUDERO Y MARIA JESUS VARELA RIESGO 7109

1443 **BIOPSIA LÍQUIDA**
MARIA PURIFICACIÓN FERREIRO MIRAGAYA 7113

1444 **FUNCIONES DEL CELADOR.**
YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA, NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ, MARIA ARANTZAZU RENDUELES IGLESIAS Y ESMERALDA MEANA PIÑERA 7117

1445 **NECESIDADES DE LOS PACIENTES EN LA UCI.**
BELÉN FONT VILLEN 7123

1446 **LA PULSERA IDENTIFICATIVA Y SU VALOR PARA EL CELADOR.**
JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ 7127

1447 **EL LAVADO DE MANOS COMO MÉTODO DE BARRERA.**
JOSE LUIS RODRIGUEZ ALVAREZ 7131

1448 **COMETIDOS DEL CELADOR DE QUIRÓFANOS.**
MARIA DEL CARMEN GUTIERREZ GONZÁLEZ, SUSANA MENENDEZ BLANCO Y ROSA ANA FERNÁNDEZ PIECHO 7133

1449 SÍNDROME DEL BURNOUT EN CELADORES
BRAULIO GARCIA SANCHEZ 7137

1450 EL USO ADECUADO DE LOS GUANTES.
JOSE LUIS RODRIGUEZ ALVAREZ 7141

1451 DETECCIÓN EN CENTRO DE SALUD DE VIOLENCIA DE GÉNERO
MARIA ROSARIO CASERO DÍAZ 7145

1452 INTERVENCIÓN ERGONÓMICA EN CENTROS HOSPITALARIOS.
JOSE ANDRÉS MARCOS SALA 7149

1453 GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
JAVIER SANTOVEÑA SUÁREZ 7151

1454 LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES
JOSE LUIS RODRIGUEZ ALVAREZ 7157

1455 FUNCIONES DEL CELADOR EN UN QUIRÓFANO.
SARA JARDÓN PEDRERO 7161

1456 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE PACIENTE GERIÁTRICO
SARA JARDÓN PEDRERO 7165

1457 ATENCIÓN PERSONALIZADA EN LA VEJEZ.
M. DEL CARMEN CASTRO ALVAREZ 7167

1458 IMPORTANCIA DE LAVADO DE MANOS HIGIÉNICO.
MARIA DEL PILAR DE LA COBA ACEÑA 7171

1459 AISLAMIENTO HOSPITALARIO
JOSE ANDRÉS MARCOS SALA 7175

1460 EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES.
JOSE ANDRÉS MARCOS SALA 7179

1461 EL PAPEL DEL CELADOR EN EL TRASLADO DEL PACIENTE
RICARDO ALONSO SUAREZ 7181

1462 **SALUD LABORAL EN EL ENTORNO HOSPITALARIO.**
SANDRA MARÍA ARGÜELLES PINIELLA Y NELIDA MARTÍNEZ PALOMARES 7185

1463 **CUALES SON LAS COMPETENCIAS DE UN CELADOR.**
JOSE GUSTAVO CARBAJOSA FERNANDEZ 7189

1464 **EL CELADOR FRENTE EL AMORTAJAMIENTO**
CASTO BARRO FERNÁNDEZ, GRANDELINA MIGUEL GARCIA, ALFREDO JOSE ÁLVAREZ VEGA, ANA MARÍA BALLESTEROS PEREZ Y ADRIANA BUENO PRIETO 7193

1465 **EL TRATAMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁMBITO SANITARIO**
VERÓNICA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ 7197

1466 **LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
VERÓNICA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ 7201

1467 **EL CELADOR EN LOS CUIDADOS AL ENFERMO PALIATIVO**
ALFREDO JOSE ÁLVAREZ VEGA, CASTO BARRO FERNÁNDEZ, ADRIANA BUENO PRIETO, GRANDELINA MIGUEL GARCIA Y ANA MARÍA BALLESTEROS PEREZ 7207

1468 **ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.**
ADRIANA BUENO PRIETO, ANA MARÍA BALLESTEROS PEREZ, CASTO BARRO FERNÁNDEZ, ALFREDO JOSE ÁLVAREZ VEGA Y GRANDELINA MIGUEL GARCIA 7213

1469 **EL CELADOR Y SU LABOR EN EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO**
JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ Y MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA 7221

1470 **COMETIDOS Y FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO**
ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ, MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ Y MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ 7225

1471 ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE TERMINAL
ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ, MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ Y MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ 7227

1472 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ, MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ Y MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ 7229

1473 LA NECESIDAD DE SABER COMUNICAR DEL PERSONAL NO SANITARIO.
JOSE GUSTAVO CARBAJOSA FERNANDEZ 7231

1474 LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO CON EL PACIENTE. LA IMPORTANCIA DEL LENGUAJE NO VERBAL EN RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.
MARÍA JESÚS GARCÍA RODRÍGUEZ 7235

1475 RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL CELADOR.
MARIA MAR TALAVÁN GARCÍA, GUILLERMO VAQUERO PIEDRA, CRISTINA MUÑIZ FERRERO, MONTSERRAT BARRERO Y ELENA SUÁREZ TALAVÁN 7241

1476 HISTORIA CLÍNICA DIGITAL Y PERSONAL SANITARIO ADMINISTRATIVO.
NURIA SUAREZ ALVAREZ, CARLA GARCÍA SUÁREZ, CRISTINA GÓMEZ ITURBE, ANA BELÉN BRAVO MENÉNDEZ Y COVADONGA FERNANDEZ MARCOS 7245

1477 HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN EN SANIDAD: UNA VÍA DE ENTENDIMIENTO.
SANDRA MARÍA ARGÜELLES PINIELLA Y NELIDA MARTÍNEZ PALOMARES 7247

1478 EL USO DE GRÚAS HOSPITALARIAS PARA LAS TRANSFERENCIAS A PACIENTES
PABLO NIETO PEREZ 7251

1479 **EL PAPEL DEL ADMINISTRATIVO EN ADMISIONES DE UN HOSPITAL.**
ANA BELÉN BRAVO MENÉNDEZ, NURIA SUAREZ ALVAREZ, CRISTINA GÓMEZ ITURBE, CARLA GARCÍA SUÁREZ Y COVADONGA FERNANDEZ MARCOS 7255

1480 **LESIONES DE ESPALDA EN EL PERSONAL SANITARIO**
PABLO NIETO PEREZ 7259

1481 **CONDICIONES AMBIENTALES EN LOS HOSPITALES**
PABLO NIETO PEREZ 7263

1482 **AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y LA PROTECCIÓN DE DATOS EN UN HOSPITAL.**
CRISTINA GÓMEZ ITURBE, ANA BELÉN BRAVO MENÉNDEZ, CARLA GARCÍA SUÁREZ, NURIA SUAREZ ALVAREZ Y COVADONGA FERNANDEZ MARCOS 7267

1483 **GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS**
JOSE ANDRÉS MARCOS SALA 7271

1484 **EL CELADOR EN QUIRÓFANO**
SERGIO ALVAREZ SANCHEZ, MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ, MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ Y MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ 7275

1485 **EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS.**
SERGIO ALVAREZ SANCHEZ, MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ, MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ Y MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ 7279

1486 **EL CELADOR EN AUTOPSIAS.**
SERGIO ALVAREZ SANCHEZ, MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ, MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ Y MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ 7281

1487 **EL CELADOR EN LA PLANTA DE REHABILITACIÓN.**
SERGIO ALVAREZ SANCHEZ, MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ, MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ Y MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ 7283

1488 INTEGRACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO.
ANTONIO BARBA GALLEGO 7287

1489 EL CELADOR Y LOS TRASLADOS HOSPITALARIOS EN SILLA Y A PIE.
LIDIA GONZÀLEZ RODRÍGUEZ Y JOSÉ MIGUEL MILLÁN DURÁN 7291

1490 ESTRÉS LABORAL EN EL MEDIO HOSPITALARIO. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
RUBÉN HUERTA FERNÁNDEZ, CECILIA HUERTA FERNÁNDEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 7295

1491 RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
CECILIA HUERTA FERNÁNDEZ, RUBÉN HUERTA FERNÁNDEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 7307

1492 CITACIÓN DE PACIENTES ESPECIALIZADA
ROSALIA ÁLVAREZ TURRADO 7319

1493 GESTIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO. EL CIUDADANO COMO CENTRO DEL SISTEMA SANITARIO.
MARÍA JESÚS GARCÍA RODRÍGUEZ 7323

1494 HISTORIA CLINICA Y SU IMPORTANCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA TODO EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.
MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ MENÉNDEZ, HÉCTOR FERNÁNDEZ REA Y SONIA BARREIRO SUÁREZ 7329

1495 HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ, SERGIO ALVAREZ SANCHEZ, MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ Y MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ 7335

1496 EL CELADOR Y LOS MEDIOS MECÁNICOS PARA LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES
MARÍA CARMEN MONTOTO LLERA 7339

1497 EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA
MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ, SERGIO ALVAREZ SANCHEZ, MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ Y MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ 7345

1498 COMUNICACIÓN NO VERBAL.
M. DEL CARMEN CASTRO ALVAREZ 7349

1499 EL CELADOR EN EL TRASLADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ, SERGIO ALVAREZ SANCHEZ, MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ Y MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ 7353

1500 EL CELADOR EN HOSPITAL DE GERIATRÍA.
MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ, SERGIO ALVAREZ SANCHEZ, MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ Y MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ 7357

1501 EL CELADOR EN ALMACÉN GENERAL HOSPITALARIO
MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ, SERGIO ALVAREZ SANCHEZ, MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ Y MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ 7361

1502 RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL TRABAJO DEL CELADOR.
JAVIER SANTOVEÑA SUÁREZ 7363

1503 EL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN
MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ AZCARATE, ENRIQUE SUAREZ DIAZ Y BEGOÑA ORTEGA FERNANDEZ 7369

1504 IMPORTACIA DE LA ILUMINACIÓN DE LAS OFICINAS EN HOSPITALES
FLORINDA HUERTA MARTINO 7373

1505 ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL, ACTUACIÓN DEL CELADOR
SERGIO BRAOJOS MENÉNDEZ Y SANTIAGO DIAZ CANOSA 7377

1506 **RIESGOS ERGONÓMICOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.**
BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ, MAQUELINA FREITAS RUIZ, ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ Y MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ **7381**

1507 **RIESGOS BIOLÓGICOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.**
BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ, MAQUELINA FREITAS RUIZ, ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ Y MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ **7385**

1508 **EL CELADOR EN FARMACIA.**
MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ, MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ, SERGIO ALVAREZ SANCHEZ Y MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ **7387**

1509 **FUNCIONES GENERALES DEL CELADOR.**
MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ, MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ, SERGIO ALVAREZ SANCHEZ Y MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ **7389**

1510 **EL CELADOR EN EL ANIMALARIO DEL HOSPITAL**
MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ, MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ, SERGIO ALVAREZ SANCHEZ Y MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ **7393**

1511 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS LABORALES ASOCIADOS A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.**
EVA SECADES RODRÍGUEZ **7395**

1512 **CONTENCIÓN MECÁNICA.**
JOSE ANDRÉS MARCOS SALA **7401**

1513 **EL CELADOR EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE INFECTO-CONTAGIOSO Y LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS**
WENCESLAO LOBATO VERDES **7403**

1514 **EL CELADOR EN LA HIGIENE Y ASEO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS**
WENCESLAO LOBATO VERDES **7413**

1515 EL CELADOR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL
WENCESLAO LOBATO VERDES 7419

1516 EL CELADOR Y EL TRANSPORTE SANITARIO TERCIARIO O INTRAHOSPITALARIO.
WENCESLAO LOBATO VERDES 7427

1517 EL CELADOR EN LOS CUIDADOS POST-MORTEM AL PACIENTE FALLECIDO Y SU TRASLADO AL MORTUORIO
WENCESLAO LOBATO VERDES 7437

1518 EL PAPEL DEL CELADOR EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES
LORENA PALACIN CARRO, YAIZA CANGA SÁNCHEZ Y AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ 7447

1519 EL PAPEL DEL CELADOR ANTE LOS DISTINTOS TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS.
LORENA PALACIN CARRO, YAIZA CANGA SÁNCHEZ Y AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ 7451

1520 DISPOSITIVOS UTILIZADOS POR EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES DEPENDIENTES DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO.
LORENA PALACIN CARRO, YAIZA CANGA SÁNCHEZ Y AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ 7457

1521 UNIDAD DE CIRUGÍA, ANESTESIA Y REANIMACIÓN HOSPITALARIA. ATENCIÓN AL CLIENTE.
PALOMA LOPEZ RODRIGUEZ Y Mª TATIANA PÉREZ AGUINACO 7461

1522 ERGONOMÍA PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
MARTA MARIA BESADA FERNÁNDEZ 7467

1523 EL CELADOR Y LOS RESIDUOS SANITARIOS.
MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ, ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ Y MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ 7471

1524 **EL CELADOR EN RADIODIAGNÓSTICO**
MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ, MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ, SERGIO ALVAREZ SANCHEZ Y MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ 7473

1525 **EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ, ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ Y MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ 7477

1526 **EL CELADOR: LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL PERSONAL NO SANITARIO.**
MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ, MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ, SERGIO ALVAREZ SANCHEZ Y MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ 7479

1527 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.**
MARTA FERNÁNDEZ LOBO 7483

1528 **PREPARACIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO.**
MAGDALENA HERRERO FERNANDEZ 7487

1529 **LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN LA ACTUACIÓN DEL CELADOR.**
SUSANA MENENDEZ BLANCO, ROSA ANA FERNÁNDEZ PIECHO Y MARIA DEL CARMEN GUTIERREZ GONZÁLEZ 7491

1530 **TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CON OXIGENOTERAPIA, REALIZADO POR EL CELADOR.**
SERGIO BRAOJOS MENÉNDEZ Y SANTIAGO DIAZ CANOSA 7495

1531 **EL CELADOR Y EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CON BALA DE OXÍGENO.**
MONTSERRAT LÓPEZ PÉREZ 7499

1532 **CLASIFICACIÓN DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS Y FUNCIONES BÁSICAS DEL PINCHE.**
VANESA GARCÍA VALERO, AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO, LORENA PALACIN CARRO Y BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO 7501

1533 **GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS DERIVACIONES ENTRE CENTROS SANITARIOS.**
SONIA GONZÁLEZ IGLESIAS, MIGUEL ANGEL ALVAREZ SAN JUAN, MARIO GARCÍA TRAPIELLO Y ANGELICA GARCIA CORDERO 7507

1534 **ACTUACIÓN DEL PINCHE EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS.**
VANESA GARCÍA VALERO, AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO, LORENA PALACIN CARRO Y BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO 7513

1535 **EL TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO; UNA ACTUACIÓN QUE PERSIGUE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.**
MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON Y ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO 7519

1536 **FUNCIONES DEL CELADOR EN LOS CAMBIOS POSTURALES.**
JAVIER OROZA CORDIDO 7523

1537 **AMBIENTE SANITARIO: RELACIÓN PACIENTE-PROFESIONAL.**
CARMEN CANO DIAZ, MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO, IRENE ÁLVAREZ GARCÍA, ANA INÉS GAVADIAN SERANTES Y CARMEN IGLESIAS GARCÍA 7527

1538 **EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA DOCUMENTACIÓN SANITARIA.**
NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ, CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO, MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ, MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ Y VANESA GARCÍA VALERO 7529

1539 **PREVENCIÓN DE RIESGOS ELÉCTRICOS EN PERSONAL DE MANTENIMIENTO**
ÁNGEL MANUEL ÁLVAREZ ABELLA 7535

1540 **RIESGOS DERIVADOS DE LA MANIPULACIÓN DE CARGAS EN EL MEDIO SANITARIO. ERGONOMÍA EN EL TRABAJO.**
BEATRIZ RODRÍGUEZ FERNANDEZ 7539

1541 **EL CELADOR EN FUNCIONES DE VIGILANCIA.**
MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ, MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ, MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ Y SERGIO ALVAREZ SANCHEZ 7543

1542 **EL CELADOR Y SU LABOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS.**
MARIA NOELIA CALDERÓN DÍAZ, ALBA SÁNCHEZ GARCÍA, JUANA MARIA TESTÓN RUIZ, MARIA ANGELES BARCENA MEDIO Y ALBERTO FERNANDEZ FERNANDEZ 7547

1543 **EL CELADOR EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL.**
MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ, ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ Y MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ 7553

1544 **EL CELADOR ANTE EL PACIENTE CONTAGIOSO (EN AISLAMIENTO)**
MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ, MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ, MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ Y SERGIO ALVAREZ SANCHEZ 7557

1545 **SÍNDROME DEL DESGASTE POR EMPATÍA EN LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD**
IRENE ÁLVAREZ GARCÍA, ANA INÉS GAVADIAN SERANTES, JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ, CARMEN IGLESIAS GARCÍA Y MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO 7561

1546 **EL CELADOR EN FARMACIA HOSPITALARIA.**
ALBA SÁNCHEZ GARCÍA, JUANA MARIA TESTÓN RUIZ, MARIA NOELIA CALDERÓN DÍAZ, MARIA ANGELES BARCENA MEDIO Y ALBERTO FERNANDEZ FERNANDEZ 7565

1547 **LOS RIESGOS DEPORTIVOS.**
JAVIER AGUADO SALAMANCA Y ROBERTO RECHE LÓPEZ 7569

1548 **MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.**
BEATRIZ RODRÍGUEZ FERNANDEZ 7573

1549 **RIESGOS ORIGINADOS EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA.**
JULIO CÉSAR GARCÍA FERNÁNDEZ 7577

1550 **MANEJO Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y POSTQUIRÚRGICOS.**
BEATRIZ RODRÍGUEZ FERNANDEZ Y MÓNICA BUSTELO FERNÁNDEZ 7581

1551 **MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EVITAR ACCIDENTES EN EL TRABAJO DEL CELADOR.**
CONSUELO RODRÍGUEZ SOMIEDO Y MARIA DEL PILAR MENENDEZ ALONSO 7585

1552 **PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES QUE TRABAJEN EN EL AMBITO HOSPITALARIO.**
MARTA MARIA BESADA FERNÁNDEZ 7589

1553 **ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO: CONCEPTO, TIPOS ESPECÍFICOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS**
SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO, MARIA NORMA SÁNTIBÁÑEZ MORANTE, SILVIA BENAVIDES DIEZ Y VANESA SUAREZ MENDEZ 7593

1554 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL CENTRO HOSPITALARIO.**
IRIS MARIA CAO RODRIGUEZ 7605

1555 **EL CELADOR EN RELACIÓN A LA GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HOSPITAL.**
IRIS MARIA CAO RODRIGUEZ 7607

1556 **EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS (UCI).**
MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ, MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ, MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ Y SERGIO ALVAREZ SANCHEZ 7611

1557 **EL CELADOR Y EL USO CORRECTO DE GUANTES NO ESTÉRILES.**
IRIS MARIA CAO RODRIGUEZ 7615

1558 PREDOMINIO DE LOS TURNOS DE JORNADA Y LAS GUARDIAS EN LOS CELADORES.
AVELINO MANUEL PEREZ PEREZ, MARTA MESA GARCÍA, MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA Y AMPARO GONZALEZ SERRANO 7617

1559 ESTUDIO DE LA POSTURA DE LOS FAMILIARES SOBRE LA COMUNICACIÓN AL ENFERMO EN 2013 Y 2018.
AVELINO MANUEL PEREZ PEREZ, MARTA MESA GARCÍA, MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA Y AMPARO GONZALEZ SERRANO 7619

1560 LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN PERSONAL DE MANTENIMIENTO DE CENTROS SANITARIOS
ÁNGEL MANUEL ÁLVAREZ ABELLA 7621

1561 RIESGOS LABORALES EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES.
NURIA DEL VALLE ZALDÍVAR 7625

1562 EL CELADOR EN EL TRASLADO DE OBJETOS Y DOCUMENTOS.
MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ, MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ, MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ Y SERGIO ALVAREZ SANCHEZ 7629

1563 ERGONOMÍA PARA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.
JESSICA VEGA SUÁREZ 7633

1564 FUNCIONES DEL CELADOR EN MATERNIDAD
MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ, MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ, MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ Y SERGIO ALVAREZ SANCHEZ 7639

1565 PREVENCIÓN DE RIESGOS: EL USO DE MASCARILLA FRENTE A LOS CONTAGIOS.
LORENA MARTINEZ SUAREZ 7641

1566 EL CELADOR ANTE LA INFECCIÓN HEPÁTICA CONTAGIOSA
PAULA TORAÑO IGLESIAS, VERÓNICA LÓPEZ GARCÍA, FERNANDO TOMÁS GAMASA Y RICARDO MERLAN REY 7645

1567 HIGIENE DE LAS MANOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA.
ESTEFANÍA MARÍA GARCÍA VILLAMIL 7649

1568 PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL.
ESTEFANÍA MARÍA GARCÍA VILLAMIL 7651

1569 RIESGOS QUÍMICOS HOSPITALARIOS.
ESTEFANÍA MARÍA GARCÍA VILLAMIL 7653

1570 EL PERSONAL NO SANITARIO Y LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN CON EL USUARIO
MÓNICA SÁNCHEZ ANTUÑA 7657

1571 ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL PARA CELADORES EN LA MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES Y ENSERES EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.
MARIA NORMA SÁNTIBÁÑEZ MORANTE Y SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO 7663

1572 CAMBIOS POSTURALES Y ÚLCERAS POR PRESIÓN, SU ORIGEN Y PREVENCIÓN.
ANA ISABEL MATEOS ALVAREZ 7667

1573 EL ASEO DEL PACIENTE
ANA ISABEL MATEOS ALVAREZ 7671

1574 EL CELADOR EN LA UCI
ANA ISABEL MATEOS ALVAREZ 7675

1575 EL CELADOR Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.
LUIS ANTONIO NOVAL PEAGUDA 7679

1576 LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
ANDREA RAMOS CUETOS 7683

1577 LA IMPORTANCIA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE.
MARÍA YOLANDA GARCÍA VILLABRILLE Y SONIA LÓPEZ MARTÍN 7689

1578 TRASLADO DEL PACIENTE A LA UNIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO.
MARÍA BEGOÑA CÁRCABA SUÁREZ 7697

1579 TRANSPORTE DEL ENFERMO EN CAMILLA
CARLOS JULIO FERNÁNDEZ DÍAZ, PATRICIA FERNÁNDEZ ANTUÑA Y MARIA JESÚS FERNÁNDEZ ANTUÑA 7701

1580 LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ, ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR, JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ Y CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ 7705

1581 LA EMPATÍA EN LA RELACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO-PACIENTE
NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ, VANESA GARCÍA VALERO, MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ, CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO Y MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ 7709

1582 RIESGOS ERGONÓMICOS POR LA MANIPULACIÓN DE CARGAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
ANA MARÍA GARCIA LÓPEZ 7713

1583 AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
ROSA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA, MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA Y MARTA FERNANDEZ COSMEA 7717

1584 LA IMPORTANCIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UN HOSPITAL.
MARTA FERNANDEZ COSMEA, ROSA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA Y MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA 7721

1585 LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES
ARÁNZAZU ANDRÉS GALLARDO Y MARIA PILAR ROCES ABRIL 7725

1586 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD: INGRESO Y HOSPITALIZACIÓN
AIDA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, AIDA BERTRAND GONZÁLEZ Y ESTHER ALVAREZ-SALA PRIETO 7733

1587 LOS CAMBIOS POSTURALES EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS
FLORENTINA SUÁREZ GUTIÉRREZ 7739

1588 GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA AMBULATORIA: PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
AIDA BERTRAND GONZÁLEZ, ESTHER ALVAREZ-SALA PRIETO Y AIDA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ 7747

1589 EFECTOS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN LA SANIDAD PÚBLICA SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
AIDA BERTRAND GONZÁLEZ, ESTHER ALVAREZ-SALA PRIETO Y AIDA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ 7753

1590 LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
GRACIELA ORDIZ VILLAR, BEGOÑA ARIAS ÁLVAREZ, RUBEN CHARRO GARCIA Y IRENE GARCÍA IBASETA 7759

1591 EFECTOS DEL TRABAJO EN HORARIO NOCTURNO
MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ Y ANA BELEN RODRIGUEZ FERNANDEZ 7763

1592 LAS HABILIDADES SOCIALES Y LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO: CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO
BEGOÑA ORTEGA FERNANDEZ, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ AZCARATE Y ENRIQUE SUAREZ DIAZ 7767

1593 LAVADO DE MANOS
ANA BELEN RODRIGUEZ FERNANDEZ Y MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ 7771

1594 EL USO DE LA SILLA DE RUEDAS POR EL CELADOR.
MARÍA BEGOÑA CÁRCABA SUÁREZ 7773

1595 CÓMO SER MÁS PRODUCTIVO Y CONSEGUIR UN MEJOR ENTORNO LABORAL EN 5 PASOS: EL MÉTODO JAPONÉS 5S PARA EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS DE CENTROS SANITARIOS Y HOSPITALARIOS
RUBEN CHARRO GARCIA, GRACIELA ORDIZ VILLAR, BEGOÑA ARIAS ÁLVAREZ Y IRENE GARCÍA IBASETA 7777

1596 LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO.
ÁNGEL MANUEL ÁLVAREZ ABELLA 7787

1597 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.
LUIS ANTONIO NOVAL PEAGUDA 7791

1598 LA COMUNICACIÓN: LA ESCUCHA ACTIVA
SONIA BARREIRO SUÁREZ, MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ MENÉNDEZ Y HÉCTOR FERNÁNDEZ REA 7795

1599 LA CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ÁMBITO SANITARIO.
ANDREA RAMOS CUETOS 7797

1600 EL CELADOR CON PACIENTES TERMINALES, FALLECIDOS Y EN MORTUORIOS.
MARIA PILAR ROCES ABRIL Y ARÁNZAZU ANDRÉS GALLARDO 7803

1601 SALUD MENTAL , ACTUACIONES DEL CELADOR
JULIO CÉSAR GARCÍA FERNÁNDEZ 7807

1602 EL TRABAJO A TURNOS EN SANIDAD
SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ, AROA MUÑOZ MENENDEZ Y SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ 7811

1603 COMUNICACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON PACIENTES Y SUS FAMILIARES.
SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ, AROA MUÑOZ MENENDEZ Y SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ 7815

1604 FUNCIONES GENERALES DEL CELADOR
ADRIÁN SÁNCHEZ LÓPEZ Y ANA ISABEL GARCÍA CASTRO 7819

1605 LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO
ADRIÁN SÁNCHEZ LÓPEZ Y ANA ISABEL GARCÍA CASTRO 7823

1606 LA INTIMIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO
ADRIÁN SÁNCHEZ LÓPEZ Y ANA ISABEL GARCÍA CASTRO 7827

1607 IMPACTO DE LA SOBRECARGA DE TRABAJO Y LOS TURNOS EN LOS CELADORES
LUIS ANTONIO NOVAL PEAGUDA 7831

1608 LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL PERSONAL NO SANITARIO: CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO
BEGOÑA ORTEGA FERNANDEZ, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ AZCARATE Y ENRIQUE SUAREZ DIAZ 7835

1609 EL PACIENTE CON ALZHEIMER: CUIDADOS DEL CELADOR
MÓNICA MÉNDEZ IBIAS Y NOELIA CRESPO MÉNDEZ 7839

1610 EL CELADOR EN QUIRÓFANO: RIESGOS RELACIONADOS
MÓNICA MÉNDEZ IBIAS Y NOELIA CRESPO MÉNDEZ 7841

1611 TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA EN EL CELADOR
MÓNICA MÉNDEZ IBIAS Y NOELIA CRESPO MÉNDEZ 7843

1612 MOVILIZACIÓN DE PACIENTES POR PARTE DEL CELADOR
MÓNICA MÉNDEZ IBIAS Y NOELIA CRESPO MÉNDEZ 7847

1613 EL CELADOR Y LAS POSICIONES DEL PACIENTE ENCAMADO.
MARÍA BEGOÑA CÁRCABA SUÁREZ 7849

1614 FILOSOFÍA DEL CELADOR FRENTE AL IMPACTO FÍSICO Y PSICOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD TERMINAL
VERÓNICA LÓPEZ GARCÍA, FERNANDO TOMÁS GAMASA, PAULA TORAÑO IGLESIAS Y RICARDO MERLAN REY 7853

1615 FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO
BEATRIZ AZEVEDO CANADO 7861

1616 PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN ADMISIONES.
ISABEL MARTOS VILLA, ROCIO BARREIRO LOPEZ, CRISTINA RODRIGUEZ RIVERA, MARÍA LUISA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y LUZ ESTER PÉREZ FERNÁNDEZ 7867

1617 ATENCIÓN AL PACIENTE EN URGENCIAS.
CRISTINA RODRIGUEZ RIVERA, MARÍA LUISA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, LUZ ESTER PÉREZ FERNÁNDEZ, ISABEL MARTOS VILLA Y ROCIO BARREIRO LOPEZ 7871

1618 EL PAPEL DEL CELADOR EN LA UVI / UCI
ENRIQUE SUAREZ DIAZ, BEGOÑA ORTEGA FERNANDEZ Y MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ AZCARATE 7875

1619 EL CELADOR EN EL AREA DE MATERNIDAD
ENRIQUE SUAREZ DIAZ, BEGOÑA ORTEGA FERNANDEZ Y MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ AZCARATE 7877

1620 EL CELADOR EN QUIRÓFANO Y NORMAS DE HIGIENE.
MARIA PILAR ROCES ABRIL Y ARÁNZAZU ANDRÉS GALLARDO 7879

1621 ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN UN PLAN DE CATÁSTROFES
PATRICIA FERNÁNDEZ ANTUÑA, CARLOS JULIO FERNÁNDEZ DÍAZ Y MARIA JESÚS FERNÁNDEZ ANTUÑA 7883

1622 EL CELADOR EN PSIQUIATRÍA
JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ, CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ, ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ Y ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR 7885

1623 FUNCIONES DEL JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO Y DE LOS CELADORES
MARTA DÍAZ FERNÁNDEZ 7889

1624 INFECCIONES NOSOCOMIALES: SU ORIGEN E INFLUENCIA SOBRE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO. CONSECUENCIAS LABORALES, MÉTODOS PARA EVITARLAS Y ÚLTIMAS INVESTIGACIONES.
ROBERTO NAVA ALONSO 7893

1625 MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE. PERSONAL NO SANITARIO. EL CELADOR
MARIA MONTSERRAT ABAD RODRIGUEZ, BEATRIZ SÁNCHEZ ROZADA, NATIVIDAD MIGUEL LÓPEZ, BEATRIZ IGLESIAS VALBUENA Y VANESA GARCÍA VALERO 7901

1626 EL CELADOR Y LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE.
NATIVIDAD MIGUEL LÓPEZ, BEATRIZ IGLESIAS VALBUENA, VANESA GARCÍA VALERO, MARIA MONTSERRAT ABAD RODRIGUEZ Y BEATRIZ SÁNCHEZ ROZADA 7907

1627 LA IMPORTANCIA DEL USO DE GUANTES EN EL CELADOR
MARÍA BEGOÑA CÁRCABA SUÁREZ 7913

1628 EL CELADOR Y LA CONTENCIÓN MECÁNICA
ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR, JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ, CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ Y ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ 7917

1629 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN Y EN LA SALA DE FISIOTERAPIA.
MARTA DÍAZ FERNÁNDEZ 7921

1630 CRITERIOS DE ORDENACIÓN DEL ARCHIVO
ARTURO MUÑIZ BAIZAN 7925

1631 IMPORTANCIA DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES
SONIA ALONSO NUÑEZ 7929

1632 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL SISTEMA HOSPITALARIO
SONIA ALONSO NUÑEZ 7933

1633 BARRERAS DE PROTECCIÓN EN EL PERSONAL NO SANITARIO: EL CELADOR
BEATRIZ SÁNCHEZ ROZADA, NATIVIDAD MIGUEL LÓPEZ, BEATRIZ IGLESIAS VALBUENA, VANESA GARCÍA VALERO Y MARIA MONTSERRAT ABAD RODRIGUEZ 7937

1634 PREVENCIÓN DE RIESGOS DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO
MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN 7943

1635 EVACUACIÓN DE HOSPITALES Y CENTROS SANITARIOS ANTE CATÁSTROFES
ROBERTO NAVA ALONSO 7947

1636 GESTIÓN Y SERVICIOS: LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES
MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO Y JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES 7953

1637 ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE AGRESIVO
AROA MUÑOZ MENENDEZ, SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ Y SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ 7959

1638 ESTUDIO ERGONÓMICO EN EL PERSONAL NO SANITARIO. MÉTODO MAPO
MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO Y JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES 7963

1639 EL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN DE ENFERMOS
SANDRA DIEZ GARCÍA, BORJA CANAL CERVERA, NATALIA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ Y MARIA JOSE ZAPICO MORALES 7967

1640 ENFERMEDADES CONTAGIOSAS Y LOS AISLAMIENTOS
IYÁN PRESNO GRANDA Y OLIVER GARCÍA IGLESIAS 7973

1641 EL CELADOR EN LAS UNIDADES DE URGENCIAS.
ANA BEATRIZ FERNÁNDEZ ABAD 7981

1642 CRITERIOS GENERALES DE ACTUACIÓN FRENTE A LA GRIPE A EN UN CENTRO HOSPITALARIO
ANA GARCÍA MARTÍNEZ, LORENA HURLE MARRERO Y MONICA ALVAREZ MERINO 7983

1643 FUNCIONES DEL CELADOR EN HOSPITAL .
IVÁN PEREIRA GONZÁLEZ 7987

1644 ATENCIÓN A LOS USUARIOS POR PARTE DEL PERSONAL NO SANITARIO
FERNANDO GONZALEZ SUAREZ 7991

1645 EL POR QUÉ DE LA ASISTENCIA SANITARIA ESPECIALIZADA
EMILIO RIBAS GARCÍA, ANDREA RIBAS ÁLVAREZ Y MARTA MARIA ALVAREZ FERNANDEZ 7995

1646 PREVENCIÓN DE RIESGOS. AGRESIONES AL PERSONAL HOSPITALARIO
JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES Y MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO 7999

1647 EL CELADOR: TRASLADO Y MOVILIDAD DE LOS PACIENTES
IVÁN PEREIRA GONZÁLEZ 8003

1648 COMPETENCIAS DEL CELADOR Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LA SALA DE AUTOPSIAS Y MORTUORIOS
BORJA CANAL CERVERA, NATALIA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ, SANDRA DIEZ GARCÍA Y MARIA JOSE ZAPICO MORALES 8007

1649 ASPECTOS FUNDAMENTALES QUE LOS CELADORES HAN DE TENER EN CUENTA PARA LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES.
RUBÉN FERNÁNDEZ BUENO 8013

1650 EL CELADOR EN EL ALMACÉN: EN EL CORAZÓN DEL HOSPITAL
ANA VAL IRIARTE 8017

1651 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA
VANESA SUAREZ MENDEZ, SILVIA BENAVIDES DIEZ Y SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO 8023

1652 EL CELADOR Y LA HIGIENE EN EL QUIRÓFANO
IYÁN PRESNO GRANDA Y OLIVER GARCÍA IGLESIAS 8027

1653 MÁS VALE MAÑA QUE FUERZA.
BEATRIZ VILLA SEOANE 8033

1654 LAS CAMAS QUE MEJOR DEBES CONOCER.
BEATRIZ VILLA SEOANE 8037

1655 **ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**
ANA MARIA PEREZ GONZALEZ, MARÍA PILAR MENÉNDEZ GONZÁLEZ, RAIMUNDA ALVARINA MONTES DIAZ, SONIA GUTIÉRREZ FUENTE Y MARÍA INÉS LLAMAZARES GONZALO **8041**

1656 **EL CELADOR: PARTE CLAVE DEL EQUIPO DE UNA UNIDAD QUIRÚRGICA.**
MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ VALLINA, AMELIA REYES AMADO AMADO, BEGOÑA MENENDEZ FERNANDEZ Y BEATRIZ MAESTRE CARRACEDO **8045**

1657 **LA REPERCUSIÓN DEL USO DE LAS TIC EN LA SANIDAD DEL FUTURO**
FLORINDA HUERTA MARTINO **8049**

1658 **FUNCIONES DEL CELADOR EN PSIQUIATRÍA**
RAQUEL GONZALEZ MELEIRO **8053**

1659 **TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA CELADORES EN EL HOSPITAL**
RAQUEL GONZALEZ MELEIRO **8057**

1660 **FUNCIONES DEL CELADOR EN UNA PLANTA HOSPITALARIA**
BEATRIZ MAESTRE CARRACEDO, BEGOÑA MENENDEZ FERNANDEZ, AMELIA REYES AMADO AMADO Y MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ VALLINA **8059**

1661 **FUNCIONES DEL CELADOR EN PLANTA**
GLORIA DANIELA MENÉNDEZ PÉREZ, BLANCA FLOR CARRETERO PALOMO Y AMOR CONDADO MENÉNDEZ **8063**

1662 **EL CELADOR ACTUACIÓN CON PACIENTES AGITADOS**
PABLO MURCIA IGLESIAS **8067**

1663 **EL CELADOR CON EL PACIENTE FALLECIDO**
M. CONCEPCIÓN PUGA ALVAREZ, EVA BEGEGA SANCHEZ, ANTONIO CASADO MENENDEZ, PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS Y ADELINA ANTONIA FERNANDEZ PAREDES **8071**

1664 ASEO DE UN PACIENTE ENCAMADO
ROSA MARÍA VALDÉS DÍAZ, JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ, MARIA ANGELINA GARCÍA RUBIO, ARAMI GARCÍA BORJAS Y PATRICIA MONTES GAMEZ 8077

1665 LA CONVIVENCIA DE LOS PRODUCTOS TÓXICOS CON LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO
CRISTINA FERNANDEZ-SANZ ALVAREZ 8081

1666 LAS TAREAS DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN
Mª LOURDES PÉREZ GONZÁLEZ 8083

1667 EL ROL DEL CELADOR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS
MARIA NORMA SÁNTIBÁÑEZ MORANTE 8087

1668 MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS EN EL ÁMBITO FUNCIONAL DEL CELADOR.
MARIA ONELIA ALVAREZ ALVAREZ Y MARÍA DEL CARMEN VILLAR ÁLVAREZ 8091

1669 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE CONTAGIOSO
MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ, MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ Y ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ 8095

1670 CELADORES ANTE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES Y DE TRANSMISIÓN SANGUÍNEA
JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA, FRANCISCO JAVIER PEREZ CASTRO Y MARTA JURADO PARAMAS 8099

1671 SALUD EMOCIONAL.
ROSALIA VILLABRILLE MARTÍNEZ Y MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ 8103

1672 EL CELADOR Y LA ERGONOMÍA APLICADA A LA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS
SANTIAGO DIAZ CANOSA Y SERGIO BRAOJOS MENÉNDEZ 8107

1673 **EL CELADOR COMO MIEMBRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LA UVI**
YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ, NURIA SANCHEZ LOBO Y PABLO ALVAREZ MURCIANO 8113

1674 **EL PERSONAL EN EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS.**
JUAN JESÚS GARCÍA FERNÁNDEZ 8117

1675 **EL PACIENTE CRÍTICO. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UCI**
AMELIA REYES AMADO AMADO, MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ VALLINA, BEATRIZ MAESTRE CARRACEDO Y BEGOÑA MENENDEZ FERNANDEZ 8121

1676 **MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LOS RIESGOS DE SOBRECARGA Y FATIGA EN EL CELADOR**
AMOR CONDADO MENÉNDEZ, GLORIA DANIELA MENÉNDEZ PÉREZ Y BLANCA FLOR CARRETERO PALOMO 8125

1677 **LA CAMA HOSPITALARIA PARA CELADORES**
RAQUEL GONZALEZ MELEIRO 8129

1678 **EL PACIENTE AISLADO.**
MARÍA DEL MAR ALONSO MENÉNDEZ 8131

1679 **EL CELADOR ANTE LA MUERTE. MORTUORIO Y AUTOPSIA**
OLIVER GARCÍA IGLESIAS Y IYÁN PRESNO GRANDA 8133

1680 **CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE.**
MARÍA DEL MAR ALONSO MENÉNDEZ 8139

1681 **EL BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL ÁMBITO DE LA SALUD**
MARIO GARCÍA TRAPIELLO, ANGELICA GARCIA CORDERO, SONIA GONZÁLEZ IGLESIAS Y MIGUEL ANGEL ALVAREZ SAN JUAN 8141

1682 **NORMAS DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO.**
MARÍA DEL MAR ALONSO MENÉNDEZ 8147

1683 RIESGOS PSICOSOCIALES Y AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN EL ENTORNO DEL CELADOR
BEGOÑA MENENDEZ FERNANDEZ, BEATRIZ MAESTRE CARRACEDO, MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ VALLINA Y AMELIA REYES AMADO AMADO 8149

1684 EL CELADOR, MIEMBRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN URGENCIAS.
BEGOÑA MENENDEZ FERNANDEZ, BEATRIZ MAESTRE CARRACEDO, MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ VALLINA Y AMELIA REYES AMADO AMADO 8153

1685 PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
RAQUEL JIMÉNEZ ÁLVAREZ, ANA ELISA MALANDA TUÑÓN, SENDY NABIL AZOFEIFA SOTO, LOURDES LÓPEZ ÁLVAREZ Y MARÍA TERESA ROMERO RODRÍGUEZ 8157

1686 FUNCIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN A LA ANESTESIA Y REANIMACIÓN
BALTASAR MORENO ORDOÑEZ, RUBÉN FERNÁNDEZ VILLAR, MARIA DE LAS MERCEDES GARCIA ALVAREZ Y MARGARITA RODRIGUEZ MENÉNDEZ 8161

1687 IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS DE TODOS LOS PROFESIONALES PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS.
HÉCTOR SOBRINO AGUIRRE 8165

1688 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: RIESGOS BIOLÓGICOS, TIPOS DE AISLAMIENTOS Y LA IMPORTANCIA DEL PROTOCOLO.
HÉCTOR SOBRINO AGUIRRE 8169

1689 ROPA DE TRABAJO EN LOS CENTROS SANITARIOS: USO CORRECTO Y RECOMENDACIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.
HÉCTOR SOBRINO AGUIRRE 8173

1690 MANEJO DE GRÚAS POR PARTE DEL CELADOR
MARÍA VICTORIA SAN JOSÉ CALDERÓN, MARÍA SOLEDAD CARRETERO SEVILLA, EDUARDO ROMERO GUTIERREZ, MIGUEL JOSÉ BLANCO CAÑIZARES Y ROBERTO FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 8177

1691 ACTUACIÓN DEL CELADOR CON LOS PACIENTES FALLECIDOS
BEATRIZ VILLA SEOANE 8183

1692 HÁBITOS BÁSICOS PARA EL CUIDADO DE LA ESPALDA
JOSE RAMON FERNANDEZ FERNANDEZ 8187

1693 LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPIS) EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
JOSE RAMON FERNANDEZ FERNANDEZ 8191

1694 ACTUACION ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO AGITADO
JOSE ANTONIO GONZALEZ SARAS, MIREN LÓPEZ REDONDO, MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI Y ROCÍO SAAVEDRA SUÁREZ 8195

1695 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DEL PACIENTE. SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
ROSA ANA MENÉNDEZ REFOYO Y LUCIA GARCÍA ALONSO 8201

1696 EL SERVICIO DE URGENCIAS EN HOSPITALES
MIREN LÓPEZ REDONDO, JOSE ANTONIO GONZALEZ SARAS, MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI Y ROCÍO SAAVEDRA SUÁREZ 8207

1697 "SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO PARTE DE EL"
ROSA ANA MENÉNDEZ REFOYO Y LUCIA GARCÍA ALONSO 8211

1698 EVALUACION DE RIESGOS DEL PUESTO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD
JENNIFER FERNANDEZ ZAPICO 8215

1699 IMPORTANCIA DE LA REGULACIÓN DE LAS FUNCIONES DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO
LORENA ZAPICO GUTIERREZ 8221

1700 RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO QUIRURGICO
YOLANDA SUAREZ GARCIA Y ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA 8225

1701 HUMANIZACION ADMINISTRATIVA Y SANITARIA
YOLANDA SUAREZ GARCIA Y ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA 8229

1702 EL CELADOR Y LAS POSICIONES DEL PACIENTE EN LA MESA QUIRÚRGICA.
MARÍA BEGOÑA CÁRCABA SUÁREZ 8233

1703 FACTORES Y SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.
NURIA GRANDA VILLA Y MARIA DELFINA AMPARO GUTIERREZ SUAREZ 8237

1704 EL CELADOR ANTE EL DUELO DEL PACIENTE Y FAMILIAR
SUSANA MORALES RIVA 8241

1705 IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA PARA UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SANIDAD.
NURIA GRANDA VILLA Y MARIA DELFINA AMPARO GUTIERREZ SUAREZ 8245

1706 EVALUACIÓN COSTE DIAGNÓSTICO ERRÓNEO EN UNIDADES DE URGENCIAS
FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA 8249

1707 EL CELADOR EN LA AYUDA A LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO.
PABLO ALVAREZ MURCIANO, NURIA SANCHEZ LOBO, MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ Y MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ 8251

1708 RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO DEL CELADOR SANITARIO.
ROBERTO NAVA ALONSO 8259

1709 COCINA HOSPITALARIA CENTRALIZADA: CONCEPTO DE MARCHA ADELANTE
JONATHAN GONZÁLEZ LÓPEZ 8263

1710 IMPACTO DE LA INCORPORACIÓN DE LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN EN FRÍO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD
JONATHAN GONZÁLEZ LÓPEZ 8269

1711 LOS ALIMENTOS, TIPOS DE DIETAS E IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA NUTRICIÓN HOSPITALARIA
JONATHAN GONZÁLEZ LÓPEZ 8275

1712 LA HISTORIA CLÍNICA
CARLOS JAVIER IBAIBARRIAGA HERMIDA 8281

1713 LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA
MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ Y PABLO ASENSIO ÁLVAREZ 8285

1714 EL TRABAJO EN EQUIPO.
ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA, MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO Y MARIA DEL ROSARIO PONTÓN 8293

1715 EL ESTRÉS LABORAL, EL SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL ENTORNO SANITARIO VIII LECCIONES EN SALUD HOSPITALARIA
JAVIER ALVAREZ JAVATO 8297

1716 LA APTITUD Y CALIDAD DE VIDA EN LOS TRABAJADORES DEL SECTOR DE LA SANIDAD VIII LECCIONES EN SALUD HOSPITALARIA JAVIER ALVAREZ JAVATO
JAVIER ALVAREZ JAVATO 8299

1717 EL CELADOR Y LOS RIESGOS PSICOSOCICALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
MIGUEL FERNANDEZ UNZUA 8301

1718 EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL
RUFINA RODRIGUEZ DIAZ 8303

1719 TODO LO QUE UN CELADOR DEBE SABER SOBRE LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS
FRANCISCO JAVIER PEREZ CASTRO, JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA Y MARTA JURADO PARAMAS 8307

1720 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO LABORAL HOSPITALARIO
LORENA HEVIA ÁLVAREZ 8315

1721 CELADOR. MOVILIZACION E INMOVILIZACION DE PACIENTES HOSPITALIZADO. DISPOSITIVOS Y MATERIALES DE APOYO.
JORGE RODRIGUEZ ANTUÑA 8319

1722 MOBBING: MODOS DE CONDUCTA DE ACOSO PSICOLÓGICO SOBRE EL CELADOR EN EL TRABAJO
URBANO SÁNCHEZ MARTÍN 8325

1723 LISTAS DE ESPERA EN SANIDAD: CÓMO AFECTAN AL PACIENTE Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO
DOLORES MARTIN GONZALEZ, LORENA LESMES SUÁREZ Y EVA CORREIA ÁLVAREZ 8331

1724 EL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL
JESUS COTELO MENENDEZ, RUBÉN FERNÁNDEZ VILLAR, BALTASAR MORENO ORDOÑEZ, MARGARITA RODRIGUEZ MENÉNDEZ Y MARIA DE LAS MERCEDES GARCIA ALVAREZ 8337

1725 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ESCUCHA ACTIVA EN LA COMUNICACIÓN CON EL USUARIO
ROSA ANA MENÉNDEZ REFOYO Y LUCIA GARCÍA ALONSO 8341

1726 LA UNIDAD DE FARMACIA HOSPITALARIA Y EL PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES.
MARIA JESUS FERNANDEZ GARCIA 8345

1727 PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LOS CENTRO SANITARIOS
MARIA JESUS FERNANDEZ ORDOÑEZ, MARÍA FE MENÉNDEZ BIGOTES Y ALBERTO ANTONIO LABRADA SUÁREZ 8351

1728 EL CELADOR Y LA HIGIENE MANUAL: CONTIGO SIN CONTAGIO
ANA VAL IRIARTE 8359

1729 USO DE GUANTES EN PROFESIONALES SANITARIOS. CELADORES
JONATHAN SUÁREZ VARELA 8365

1730 PULSERAS IDENTIFICATIVAS HOSPITALARIAS Y SU IMPORTANCIA EN LA SANIDAD ACTUAL
LUIS ORDAS MEDIO 8367

1731 TRABAJO EN EQUIPO EN EL ÁMBITO SANITARIO: AMENAZAS Y COMO RESOLVERLAS
LUIS ORDAS MEDIO 8371

1732 LA IMPORTANCIA DE ADAPTAR EL PUESTO DE TRABAJO AL TRABAJADOR: ERGONOMÍA
ANA MARÍA ÁLVAREZ LUEJE 8375

1733 LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN LOS PACIENTES ENCAMADOS.
JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ DÍAZ 8379

1734 EL CELADOR EN QUIRÓFANO: NORMAS DE ACTUACIÓN Y FUNCIONES
MARCOS ESTEBAN DIAZ, BEATRIZ MARTIN CORA Y ROCÍO MENÉNDEZ RODRIGUEZ 8383

1735 EL CELADOR ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS
MARIA ISABEL FERNANDEZ JIMENEZ 8389

1736 PROTECCIÓN DE DATOS Y DERECHOS DEL PACIENTE
JENNIFER FERNANDEZ ZAPICO 8395

1737 PROCESOS COMUNICATIVOS DEL CELADOR EN UN CENTRO SANITARIO
ANTONIO VEGA FERNÁNDEZ, MªJOSE ALVAREZ DEL FUEYO, CLARA SAEZ IGLESIAS, MANUELA MUÑIZ FERNÁNDEZ Y ANTONIO JAVIER FERNANDEZ FERNANDEZ 8401

1738 PAPEL DEL CELADOR EN LA RECEPCIÓN DE PACIENTES EN CENTROS SANITARIOS
MªJOSE ALVAREZ DEL FUEYO, CLARA SAEZ IGLESIAS, ANTONIO JAVIER FERNANDEZ FERNANDEZ, ANTONIO VEGA FERNÁNDEZ Y MANUELA MUÑIZ FERNÁNDEZ 8407

1739 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLINICA EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARÍA CAMPO PEREZ 8413

1740 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.
MAR ROBLES DIEZ, MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ, JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ, INMACULADA FERNANDEZ BARROSO Y ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ 8419

1741 TERAPIA DE PRESION NEGATIVA: VAC
LOURDES POSADA BELERDA Y SARA MACIAS POSADA 8423

1742 LA ESCUCHA ACTIVA Y LA EMPATÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
MAR ROBLES DIEZ, MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ, JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ, INMACULADA FERNANDEZ BARROSO Y ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ 8427

1743 COMUNICACIÓN DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS CON LOS USUARIOS
MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ, INMACULADA FERNANDEZ BARROSO, MAR ROBLES DIEZ, ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ Y JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ 8431

1744 TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN EN EL PERSONAL NO SANITARIO
MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ, INMACULADA FERNANDEZ BARROSO, MAR ROBLES DIEZ, ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ Y JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ 8433

1745 LAVADO DE MANOS, TIPOS Y MOMENTOS CRUCIALES DONDE REALIZARLO.
INMACULADA FERNANDEZ BARROSO, JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ, ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ, MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ Y MAR ROBLES DIEZ 8437

1746 LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
INMACULADA FERNANDEZ BARROSO, JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ, ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ, MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ Y MAR ROBLES DIEZ 8441

1747 LOS CELADORES. LOS ESLABONES IMPRESCINDIBLES EN EL ENGRANAJE HOSPITALARIO.
JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ DÍAZ 8445

1748 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO COMO COMMUNITY MANAGER EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
YOANA DÍAZ VILLA 8449

1749 EL TRABAJO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROGRAMADA
YOANA DÍAZ VILLA 8451

1750 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.
MARÍA ISABEL ALONSO RODRÍGUEZ Y MARÍA DEL ROSARIO CARBAJAL GONZALEZ 8453

1751 ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE TERMINAL.
DIEGO RICO LÓPEZ 8457

1752 ACTUACIÓN FRENTE AL PACIENTE CONFLICTIVO.
DIEGO RICO LÓPEZ 8461

1753 AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO. CONSIDERACIONES LEGALES BÁSICAS
DIEGO RICO LÓPEZ 8465

1754 FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ, JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ Y YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ 8471

1755 PROCESO DE DIGITALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS Y NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL AMBITO SANITARIO
EVA MARIA COLLAR FERNÁNDEZ 8475

1756 DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS
EVA MARIA COLLAR FERNÁNDEZ 8479

1757 RIESGO GENERAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO: PUESTO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS.
EVA MARÍA ALVAREZ MASA 8483

1758 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA EL TRABAJADOR DE UN HOSPITAL.
JOSE MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ GREGORES, ANA MARÍA GONZÁLEZ PÉREZ Y GEMMA ALVAREZ SANCHEZ 8487

1759 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
LAURA PRIETO REDONDO, BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO Y GUADALUPE CUERVO BLANCO 8493

1760 COMUNICACION Y ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIARES EN SITUACION CONFLICTIVA
LAURA PRIETO REDONDO, BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO Y GUADALUPE CUERVO BLANCO 8499

1761 CELADOR: EXPOSICIÓN Y PROTECCIÓN ANTE RIESGOS BIOLÓGICOS
MARTA GONZÁLEZ CARRERA 8503

1762 EL CELADOR FRENTE A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, NURIA SANCHEZ LOBO, PABLO ALVAREZ MURCIANO Y MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ 8505

1763 FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD. ESPECIAL REFERENCIA A LOS CENTROS HOSPITALARIOS
BARBARA GARCIA GION 8509

1764 SALUD EL PROFESIONAL (VACUNACIÓN)
SILVIA CANO GARCÍA Y RUBEN DARIO VALLE PONS 8519

1765 AGRESIONES DE LOS USUARIOS AL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES
PATRICIA RODRÍGUEZ MENÉNDEZ Y MARIA LUISA ALONSO SUAREZ 8521

1766 LA FUNCIÓN DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ALMACÉN DE UN HOSPITAL
PATRICIA RODRÍGUEZ MENÉNDEZ Y MARIA LUISA ALONSO SUAREZ 8523

1767 EL CELADOR EN EL ÁMBITO LABORAL. AGRESIONES
ALEJANDRA CASTRO TORRICO, NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ, MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ Y ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ 8527

1768 EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO. LA CIRUGÍA BARIÁTRICA
ALEJANDRA CASTRO TORRICO, NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ, MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ Y ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ 8531

1769 INFECCIONES NOSOCOMIALES. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL CELADOR
JORGE RODRIGUEZ ANTUÑA 8535

1770 CONCEPTO DE CALIDAD EN HOSTELERÍA HOSPITALARIA
CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO 8543

1771 EL CELADOR, ¿EL ÚLTIMO MONO?
DIEGO ABELLA GONZÁLEZ 8547

1772 EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES.
DIEGO ABELLA GONZÁLEZ 8549

1773 NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO SANITARIO
PABLO ASENSIO ÁLVAREZ Y MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ 8553

1774 EL CELADOR / PACIENTES CON FRACTURAS
FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ, ARTURO ALVAREZ POSADA Y JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ 8557

1775 EVALUACIÓN ERGONÓMICA DEL PUESTO DE CELADOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA
ARTURO ALVAREZ POSADA, FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ Y JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ 8561

1776 ERRORES COMUNES DEL CELADOR EN QUIROFANO
ARTURO ALVAREZ POSADA, FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ Y JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ 8565

1777 TAREAS DE UN AYUDANTE DE SERVICIOS SOBRE LA PREVENCIÓN A LA OBESIDAD
ANTONIO CÁNDANO JIMÉNEZ, ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ Y SERGIO MARTÍNEZ CUESTA 8567

1778 GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL ARCHIVO HOSPITALARIO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS
GRACIELA ORDIZ VILLAR 8573

1779 LA LABOR DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ALMACÉN DEL HOSPITAL
ROCÍO MENÉNDEZ RODRIGUEZ, BEATRIZ MARTIN CORA Y MARCOS ESTEBAN DIAZ 8577

1780 GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
EVA FARPON FERNANDEZ, PATRICIA OTERO ARGÜELLES, ROCÍO GARCÍA FERNÁNDEZ Y ANA BELÉN CERRA IGLESIAS 8583

1781 EL CELADOR. ACTUACIÓN ANTE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA, MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ, ANDRÉS GARCIA RAMOS Y MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ 8589

1782 LA IMPORTACIÓN DE LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL MOMENTO DEL ASEO
FRANCISCO JAVIER MARQUEZ BULNES 8593

1783 SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ASISTENCIA RECIBIDA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
ANA BELÉN CERRA IGLESIAS, EVA FARPON FERNANDEZ, PATRICIA OTERO ARGÜELLES Y ROCÍO GARCÍA FERNÁNDEZ 8597

1784 EL TRATO DEL CELADOR CON EL PACIENTE GERONTOLÓGICO
FRANCISCO JAVIER MARQUEZ BULNES 8603

1785 UTILIZACIÓN DE LENGUAJE NEUTRO EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA
EVA MARIA COLLAR FERNÁNDEZ 8611

1786 EL ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO
MARÍA CAMPO PEREZ 8615

1787 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE ALMACÉN
ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ Y MARIA DEL CARMEN ALVAREZ ALVAREZ 8621

1788 PROTECCIÓN ANTE EXPOSICIONES DE SANGRE Y/O FLUIDOS CORPORALES
MARIA ISABEL MENENDEZ ANDRES 8625

1789 HISTORIA CLÍNICA DIGITAL
MARIA DEL CARMEN ALVAREZ ALVAREZ Y ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ 8627

1790 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS. MOVILIZACIÓN.
MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ, ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ, ALEJANDRA CASTRO TORRICO Y NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ 8631

1791 MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON GRÚA
MARIA ISABEL MENENDEZ ANDRES 8635

1792 EL CELADOR EN URGENCIAS.
NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ, MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ, ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ Y ALEJANDRA CASTRO TORRICO 8637

1793 EL CELADOR. USO ADECUADO DE LOS EPI'S
NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ, MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ, ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ Y ALEJANDRA CASTRO TORRICO 8641

1794 EL CELADOR Y EL PACIENTE FALLECIDO
MANUEL GARCÍA TORRES 8645

1795 GUÍA PARA CELADORES DE INSTITUCIONES SANITARIAS SOBRE LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES
LUIS DANIEL LÓPEZ CANO, DELFINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, ANTONIA PRIEGO TRAPERO, OLGA FERNÁNDEZ GARCÍA Y FREDESVINDA ISABEL GONZÁLEZ IGLESIAS 8649

1796 LA DETECCIÓN DEL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ, ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ, INMACULADA FERNANDEZ BARROSO, MAR ROBLES DIEZ Y MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ 8657

1797 LA LUMBALGIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ, MAR ROBLES DIEZ, MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ, JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ Y INMACULADA FERNANDEZ BARROSO 8659

1798 INDICIOS DEL TRABAJADOR QUEMADO EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ, ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ, INMACULADA FERNANDEZ BARROSO, MAR ROBLES DIEZ Y MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ 8661

1799 SINTOMAS ESTRÉS LABORAL
ROSA ANA FERNANDEZ REBOIRO 8665

1800 EL CELADOR. SÍNDROME DE BURNOUT.
ANDRÉS GARCIA RAMOS, MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ, JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA Y MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ 8669

1801 LAS TAREAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Mª LOURDES PÉREZ GONZÁLEZ 8673

1802 HIGIENE,FUNCIONES Y NORMAS DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA
JORGE RODRIGUEZ ANTUÑA 8677

1803 EL CELADOR EN INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN.
CELIA COTO ALADRO 8685

1804 EL CELADOR Y EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA.
CELIA COTO ALADRO 8689

1805 EL CELADOR: NECESIDAD Y VISIBILIDAD.
CELIA COTO ALADRO 8693

1806 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
ROCIO PONTIGO ROZADA 8697

1807 EL CELADOR. LA IMPORTANCIA SOBRE EL LAVADO DE MANOS. INFECCIONES NOSOCOMIALES
ANDRÉS GARCIA RAMOS, MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ, JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA Y MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ 8701

1808 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO
JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ, YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ Y MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ 8705

1809 LAS TECNICAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES
JUAN JOSE VELAZQUEZ ÁLVAREZ, MARTA FERNÁNDEZ FERNANDEZ, SANDRA PIDAL MONTES, ROCÍO FERNÁNDEZ GARCÍA Y MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ 8709

1810 LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES
MARTA FERNÁNDEZ FERNANDEZ, JUAN JOSE VELAZQUEZ ÁLVAREZ, SANDRA PIDAL MONTES, ROCÍO FERNÁNDEZ GARCÍA Y REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA 8713

1811 EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON EL TRASLADO Y MOVILIDAD DEL PACIENTE
GEMMA GARCIA PEREZ Y MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ 8717

1812 EL CELADOR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y POST-MORTEM
MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ, ANDRÉS GARCIA RAMOS, MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ Y JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA 8723

1813 EL CELADOR EN LA COMUNICACIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.
MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ, ANDRÉS GARCIA RAMOS, MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ Y JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA 8727

1814 DISCAPACIDAD EN EL ENTORNO LABORAL DE CENTROS HOSPITALARIOS
GUADALUPE CUERVO BLANCO, LAURA PRIETO REDONDO Y BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO 8731

1815 SEGURIDAD Y HIGIENE EN EL TRABAJO
CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO 8735

1816 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. PREVENCIÓN PARA SANITARIOS Y NO SANITARIOS
GRETA LÓPEZ URÍA, MARIA ANGELES GARCIA GOMEZ Y MARIA ANTONIA CUETO GARCÍA 8741

1817 PATOLOGIAS FRECUENTES EN EL MUNDO LABORAL DEL CELADOR: LA LUMBALGIA.
PATRICIA NIEDA VALIENTE, GLORIA MARTA BAYLE ASENSIO Y CARMEN MARIA ALVAREZ GARCÍA 8747

1818 EL ROL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA.
CARMEN MARIA ALVAREZ GARCÍA, PATRICIA NIEDA VALIENTE Y GLORIA MARTA BAYLE ASENSIO 8751

1819 CELADOR: RIESGOS ERGONÓMICOS Y SU PREVENCIÓN
MARTA GONZÁLEZ CARRERA 8755

1820 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ Y CLAUDIA LAFUENTE MENÉNDEZ 8757

1821 LA ERGONOMÍA EN EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ Y CLAUDIA LAFUENTE MENÉNDEZ 8761

1822 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA INFORMATIZACIÓN DE LA SANIDAD
MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ Y CLAUDIA LAFUENTE MENÉNDEZ 8765

1823 EL AGOTAMIENTO PROFESIONAL EN EL PERSONAL NO SANITARIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
MARÍA FE MENÉNDEZ BIGOTES, MARIA JESUS FERNANDEZ ORDOÑEZ Y ALBERTO ANTONIO LABRADA SUÁREZ 8769

1824 EL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
CLAUDIA LAFUENTE MENÉNDEZ Y MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ 8775

1825 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE EL USUARIO DE INSTITUCIONES SANITARIAS
CLAUDIA LAFUENTE MENÉNDEZ Y MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ 8779

1826 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL SERVICIO DE ADMISIÓN
CLAUDIA LAFUENTE MENÉNDEZ Y MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ 8783

1827 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS
YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ, MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ Y JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ 8787

1828 LOS RIESGOS ERGONÓMICOS DEL CELADOR
Mª LOURDES PÉREZ GONZÁLEZ 8791

1829 PRECAUCIONES GENERALES DEL PERSONAL NO SANITARIO ANTE EL CORONAVIRUS 2019-NCOV
ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ Y FELIX ALONSO FERNANDEZ 8795

1830 ACOGIDA EN EL HOSPITAL ANTE UN INGRESO PROGRAMADO: DE LA PUERTA DE HOSPITALIZACIÓN, A LA CAMA.
JOSE MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, SUSANA GALÁN SERRANO, ANA MARÍA GONZÁLEZ PÉREZ Y GEMMA ALVAREZ SANCHEZ 8799

1831 LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE CONFORT EN EL TRATO CON EL PACIENTE.
MARIA SOLEDAD ALVAREZ MARTINEZ 8803

1832 GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS LISTAS DE ESPERA
BEGOÑA ARIAS ÁLVAREZ 8807

1833 CONOCIMIENTOS DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA, PARA PREVENIR INFECCIONES NOSOCOMIALES.
MARÍA LUZ GONZÁLEZ ÁLVAREZ 8811

1834 EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL PARA PERSONAL SANITARIO FRENTE A RIESGO BIOLÓGICO
NOELIA EXPÓSITO MARQUÉS 8817

1835 TÉCNICAS DE SUJECIÓN DE LOS PACIENTES.
TOMÁS GRANIZO GONZÁLEZ 8825

1836 CLASES DE CAMAS HOSPITALARIAS Y SU APLICACIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL DEL PERSONAL CELADOR
ANTONIA PRIEGO TRAPERO, LUIS DANIEL LÓPEZ CANO, OLGA FERNÁNDEZ GARCÍA, FREDESVINDA ISABEL GONZÁLEZ IGLESIAS Y DELFINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ 8827

1837 CÓMO MOVILIZAR A UN PACIENTE ENCAMADO
TOMÁS GRANIZO GONZÁLEZ 8833

1838 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
CARMEN MARIA SUAREZ RODRIGUEZ 8837

1839 EL RUIDO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
TOMÁS GRANIZO GONZÁLEZ 8839

1840 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA CIRUGÍA DE TRAUMATOLOGÍA.
ANGEL NOÉ GARCÍA RODRÍGUEZ Y ROGELIO ZAPICO GONZALEZ 8841

1841 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA CONJUNTIVITIS BACTERIANA
VICTORIA CABO PÉREZ 8845

1842 HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL CELADOR
MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ Y GEMMA GARCIA PEREZ 8849

1843 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS A REALIZAR EN UN PROTOCOLO DE ADOPCIÓN.
MARIA DE LOS REYES FLÓREZ ARIAS 8855

1844 LA COMUNICACIÓN DEL CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON LOS PACIENTES Y FAMILIARES
HENAR MATA RAMOS 8859

1845 SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LA ATENCIÓN AL USUARIO DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES
HENAR MATA RAMOS 8865

1846 TRATAMIENTO DE DATOS EN LOS CENTROS SANITARIOS.
MARIA DE LOS REYES FLÓREZ ARIAS 8871

1847 EL ESTRÉS OCUPACIONAL EN PERSONAL NO SANITARIO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO
MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ FUERTES 8875

1848 SEGURIDAD Y SALUD EN EL MEDIO HOSPITALARIO. RIESGOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS
JAVIER USOBIAGA MARTÍNEZ, SELENE BENITO OTERO Y MARIA CRISTINA CORTAVITARTE PÉREZ 8879

1849 HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y LA NECESIDAD DE IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE.
MARIA DE LOS REYES FLÓREZ ARIAS 8889

1850 MOVILIZACIÓN Y CUIDADOS DURANTE EL ASEO DE PACIENTES CON TRAUMA DE CADERA O RODILLA
MARIA CRISTINA CORTAVITARTE PÉREZ, JAVIER USOBIAGA MARTÍNEZ Y SELENE BENITO OTERO 8891

1851 EL CELADOR DE CUIDADOS INTENSIVOS, UN CUIDADO ESPECIAL
YOANA GARCÍA SANTAMARÍA 8897

1852 EL TRABAJO DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS Y MORTUORIO
YOANA GARCÍA SANTAMARÍA 8903

1853 QUIRÓFANO: ORIGEN, FUNCIONAMIENTO Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL MISMO
YOANA GARCÍA SANTAMARÍA 8907

1854 SALUD LABORAL, LA SALUD DEL CELADOR
YOANA GARCÍA SANTAMARÍA 8913

1855 UNA PROFESIÓN DESCONOCIDA, EL CELADOR ALMACENERO
YOANA GARCÍA SANTAMARÍA 8919

1856 CELADOR: USO DE GRÚAS Y MOVILIZACIÓN.
MARTA GONZÁLEZ CARRERA 8925

1857 DE LOS REGISTROS MÉDICOS EN LA ANTIGÜEDAD HACIA LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.
DANILLA FERREIRA MARQUES, YOLANDA BANGO MARAÑA, CARMEN FERNANDEZ ALONSO Y SUSANA ISABEL VILLALOBOS DE GODOS 8927

1858 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS
ANA ISABEL GARCIA RODRIGUEZ 8935

1859 LOS RIESGOS QUE SUFREN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS FRENTE A LAS PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS
MARTA MONTSERRAT FERNANDEZ IGLESIAS, MARIA PURIFICACION BAYON FERNANDEZ Y INMACULADA FERNÁNDEZ CARAMAZANA 8939

1860 IMPORTANCIA Y TÉCNICA DEL LAVADO DE MANOS
ABRAHAM MENÉNDEZ TABERNA 8943

1861 TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES ENCAMADOS
GEMMA GARCIA PEREZ 8949

1862 LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARIA DOLORES GARCIA GONZALEZ, LIDIA FERNANDEZ BARRERO Y EVA BEATRIZ BLANCO GUTIERREZ 8953

1863 EFECTOS DE LA CORRIENTE ELÉCTRICA SOBRE EL CUERPO HUMANO
JOSE MARÍA GONZÁLEZ PEDROUZO 8959

1864 ESTUDIO DE LOS FACTORES AMBIENTALES EN LOS PROFESIONALES AMBITO HOSPITALARIO
CONRADO GARCÍA INFANZÓN 8961

1865 INTERVENCIÓN EN RIESGOS POSTURALES EN LA CATEGORIA LABORAL DE CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD
RAFAEL SUAREZ GONZALEZ 8963

1866 LA MEDIACIÓN COMO TÉCNICA DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
OLGA ISABEL BLANCO DÍAZ, ISABEL MIRANDA PEÑA, REBECA ALBA CRESPO, CELIA ALBA RODRÍGUEZ Y MARIA JESUS MENENDEZ ALVAREZ 8969

1867 LA INNOVACION EN LOS SERVICIOS SANITARIOS
CRISTINA COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, NURIA GARCÍA LAVIANA Y MIGUEL PALACIO SANCHEZ 8973

1868 ASTENIA Y MIALGIA QUE ENMASCARAN UN CARCINOMA RENAL.
EVA BELÉN TOLEDO LLANA, MARÍA DE LA O GARCÍA GONZÁLEZ, MAGALY GARCIA CON Y MONTSERRAT GARCÍA ALONSO 8977

1869 PAPEL DEL CELADOR EN EL ÁREA DE CIRUGÍA GENERAL.
ANGEL NOÉ GARCÍA RODRÍGUEZ Y ROGELIO ZAPICO GONZALEZ 8981

1870 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA FORMACIÓN CONTINUADA
ANA ISABEL QUINTANAL GARCÍA 8985

1871 EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
MARÍA GARCÍA ANTUÑA 8989

1872 RESIDUOS SANITARIOS: DEFINICION Y GESTION
ABRAHAM MENÉNDEZ TABERNA 8993

1873 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ADMINISTRATIVO SANIDAD
MARÍA GARCÍA ANTUÑA 9003

1874 LA HISTORIA CLÍNICA: NORMATIVA Y GESTIÓN.
NOELIA EXPÓSITO MARQUÉS 9007

1875 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.
MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ, EVA MARÍA TORRES PÉREZ, MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ Y MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO 9015

1876 LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y SU INFLUENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE TRABAJOS EN EQUIPO
MIGUEL PALACIO SANCHEZ Y NURIA GARCÍA LAVIANA 9019

1877 LA CARGA MENTAL DENTRO DEL CENTRO SANITARIO.
MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ, MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO, MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ Y EVA MARÍA TORRES PÉREZ 9023

1878 EL CELADOR EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ, ANGELES LOPEZ BERMEJO, MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO Y MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ 9027

1879 LA IMPORTANCIA DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y PARA EL CELADOR
MARÍA NATIVIDAD ORNIA FERNÁNDEZ Y JOAQUÍN DÍAZ SÁNCHEZ 9031

1880 ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE FALLECIDO.
SARA MARÌA MORO VILLAR 9035

1881 PAUTAS DESCRIPTIVAS DEL ACOSO MORAL O MOBBING, SUBGENERO BOSSING EN EL AMBITO DEL PERSONAL CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO SANITARIO
RAFAEL SUAREZ GONZALEZ 9039

1882 ESTRÉS EN EL ÁMBITO LABORAL.
JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA Y ALEJANDRA CASTRO TORRICO 9045

1883 RUIDO Y VIBRACIONES COMO RIESGOS ERGONÓMICOS EN LOS CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN DEPARTAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS DE ALMACEN Y MANTENIMIENTO
RAFAEL SUAREZ GONZALEZ 9049

1884 SEGURIDAD EN EL PACIENTE
MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ 9055

1885 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES IN ITINERE, PARA CELADORES.
FÉLIX LLORENTE ÁLVAREZ 9059

1886 LOS SANITARIOS Y NO SANITARIOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
MARÍA DE LOS REMEDIOS FERNANDEZ FERNANDEZ, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ GONZALEZ, DAVID PEREZ JIMÉNEZ, MANUEL ANGEL PEREZ JIMÉNEZ Y ANA ROSA GARCÍA MENÉNDEZ 9063

1887 CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS. RECORDATORIO PARA CELADORES.
FÉLIX LLORENTE ÁLVAREZ 9065

1888 EL MANEJO DE CAMILLAS HOSPITALARIAS
MANUEL ANGEL PEREZ JIMÉNEZ, DAVID PEREZ JIMÉNEZ, ANA ISABEL CRESPO BLANCO, MARÍA DE LOS REMEDIOS FERNANDEZ FERNANDEZ Y MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ GONZALEZ 9071

1889 MANIPULACIÓN DE LAS CARGAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
MARÍA ELENA ALVAREZ GONZÁLEZ, PILAR VÁZQUEZ ALVAREZ, JESUS GONZALEZ CASTAÑON, RAFAEL PEREZ CABERO Y MARÍA DEL MAR MALLO FRANCOS 9073

1890 SIMULACRO DE INCENDIOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
YOLANDA RODRÍGUEZ DIAZ, ALBERTO ALVAREZ GONZÁLEZ, NATALIA CUE ZAPICO, SARAY VALLINA MONTES Y ANA ROSA GARCÍA MENÉNDEZ 9075

1891 BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL PARA EL RECIÉN NACIDO
VIRGINIA RODRÍGUEZ MATÍAS 9077

1892 TRASLADO DEL PACIENTE INTERHOSPITALARIO Y EXTRAHOSPITALARIO
CARMEN BARREIRO MANASES, ANA ELENA AMORIN SANCHEZ Y LORENA BARREIRO COTARELO 9081

1893 DÉFICIT DE LA COMUNICACIÓN EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
CARMEN BARREIRO MANASES, ANA ELENA AMORIN SANCHEZ Y LORENA BARREIRO COTARELO 9083

1894 LA IMPORTANCIA DE UN BUEN LAVADO DE MANOS
LORENA BARREIRO COTARELO, CARMEN BARREIRO MANASES Y ANA ELENA AMORIN SANCHEZ 9085

1895 EL AISLAMIENTO ANTE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES EN UN HOSPITAL
IGOR ARGÜELLO GARCIA Y ARACELI OLIVARES GARCIA 9089

1896 EL CELADOR EN EL QUIROFANO
ARACELI OLIVARES GARCIA Y IGOR ARGÜELLO GARCIA 9093

1897 LA EMPATÍA CON LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS
ARACELI OLIVARES GARCIA Y IGOR ARGÜELLO GARCIA 9097

1898 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE EN ESTADO TERMINAL.
SARA JARDÓN PEDRERO 9101

1899 MICOBACTERIAS
MONTSERRAT MERA TORNEIRO Y MARIA ELENA PRIETO GOMEZ 9105

1900 LA ORINA
MONTSERRAT MERA TORNEIRO Y MARIA ELENA PRIETO GOMEZ 9107

1901 ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO EN CENTROS SANITARIOS.
PAULA FERNANDEZ FEITO, ENMA LOPEZ FERNANDEZ Y PABLO GARCÍA RODRÍGUEZ 9111

1902 SINDROME DE BURNOUT O “ESTAR QUEMADO” EN EL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS.
SARA ARNIELLA FEITO, PAULA FERNANDEZ FEITO Y PABLO RIERA ALLER 9115

1903 MOBBING EN EL PERSONAL SANITARIO.
ENMA LOPEZ FERNANDEZ, PAULA FERNANDEZ FEITO Y SARA ARNIELLA FEITO 9119

1904 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO
SONIA BLANCO MARTÍNEZ 9123

1905 COMUNICACIÓN Y LENGUAJE
MONICA CADENAS MARTINEZ Y ANDRÉS NIEVES VALLE 9127

1906 TRABAJO SOCIAL Y DROGODEPENDENCIAS
TAMARA GARCÍA GÓMEZ 9131

1907 CAMPOS DE ACTUACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL
TAMARA GARCÍA GÓMEZ 9135

1908 VIRUS DE LA HEPATITIS.
MONTSERRAT MERA TORNEIRO Y MARIA ELENA PRIETO GOMEZ 9139

1909 PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES: EL ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO Y MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON 9143

1910 CUIDADOS A PACIENTES Y LA RADIOLOGÍA DE URGENCIAS.
MARIA DIAZ PEREZ, HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON, ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ Y MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ 9151

1911 LAS RADIOGRAFIAS TORACICAS
HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON, ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ, MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ Y MARIA DIAZ PEREZ 9157

1912 EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.
MARÍA DEL CARMEN LLORENTE LÓPEZ 9163

1913 HIDROSADENITIS SUPURATIVA POR ECOGRAFÍA
MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ, MARIA DIAZ PEREZ, HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON Y ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ 9165

1914 TIEMPO ES CEREBRO. LA FASE AGUDA DEL ICTUS.
COVADONGA ÁLVAREZ SEVILLANO, VANESA SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, CAROLINA DA SILVA MARTINEZ, ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ Y NOELIA DÍAZ DÍAZ 9169

1915 EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS
MARIA ANGELES BARCENA MEDIO, ALBA SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA NOELIA CALDERÓN DÍAZ, JUANA MARIA TESTÓN RUIZ Y ALBERTO FERNANDEZ FERNANDEZ 9177

1916 TRAMITACIÓN DE RECURSOS URGENTES PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SOBREVENIDA TRAS ALTA HOSPITALARIA.
DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, LORENA PEREIRAS MENDEZ Y BEATRIZ CAO RODRIGUEZ 9183

1917 PREVENCIÓN, CUIDADOS Y TRATAMIENTO DE LA PIEL EN ÚLCERAS POR PRESIÓN.
MARÍA DEL CARMEN LLORENTE LÓPEZ 9187

1918 ABLACIÓN DE TUMORES RENALES POR RADIOFRECUENCIA GUIADA CON TÉCNICAS DE IMAGEN.
ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ, MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ, MARIA DIAZ PEREZ Y HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON 9189

1919 EL MANEJO DE PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.
PABLO MURCIA IGLESIAS 9193

1920 MOVILIZACIÓN DE PACIENTES ENCAMADOS
MARÍA DEL CARMEN LLORENTE LÓPEZ 9197

1921 EL HOSPITAL Y SUS FUNCIONES.
MARÍA DEL CARMEN LLORENTE LÓPEZ 9201

1922 FRACTURA DE HUESOS NASALES.
JAVIER AGUADO SALAMANCA Y ROBERTO RECHE LÓPEZ 9205

1923 HIGIENE DE MANOS EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS
MARÍA DEL CARMEN LLORENTE LÓPEZ 9209

1924 RIZOLISIS EN EL SÍNDROME FACETARIO LUMBAR.
ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ, MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ, MARIA DIAZ PEREZ Y HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON 9213

1925 BENEFICIOS DE LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE
ISABEL FERNANDEZ CARRILLO 9219

1926 FUNCIONES DEL CELADOR ANTE EL ENFERMO MENTAL
ISABEL FERNANDEZ CARRILLO 9221

1927 **PROYECTO DE COORDINACIÓN MEDIANTE GRUPOS DE INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES DE PERSONAS QUE SUFRAN DEMENCIAS EN EL HOSPITAL DE CRUZ ROJA DE GIJÓN (ASTURIAS)**
DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, LORENA PEREIRAS MENDEZ Y BEATRIZ CAO RODRIGUEZ 9223

1928 **REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS POR IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL.**
CARLA FERNÁNDEZ SUÁREZ, ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, NURIA GARCÍA RUBIO, PAULA LARA ANDRADE Y ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ 9229

1929 **EL TREPONEMA**
MARIA ELENA PRIETO GOMEZ Y ADOLFO JAVIER PRIETO GÓMEZ 9237

1930 **QUIROFANOS Y CELADORES**
MARIA FRANCISCA GARCIA RODRIGUEZ 9241

1931 **RIESGOS ERGONÓMICOS DEL PERSONAL NO SANITARIO**
LORENA VIGON ALVAREZ 9243

1932 **PROTOCOLOS DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE ANCIANO EN LOS HOSPITALES DE AGUDOS. EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO**
ANA BELEN RODRIGUEZ VALDÉS 9247

1933 **FEOCROMOCITOMA.**
MARIA ELENA PRIETO GOMEZ Y ADOLFO JAVIER PRIETO GÓMEZ 9253

1934 **EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN EL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS**
ANA BELEN RODRIGUEZ VALDÉS 9257

1935 **DETERMINACIÓN ANALÍTICA DEL PH EN SANGRE Y ORINA**
ADOLFO JAVIER PRIETO GÓMEZ Y MONTSERRAT MERA TORNEIRO 9263

1936 MÉTODOS Y ESTRATEGIAS PARA PROTEGERNOS DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL. PARA EL PERSONAL SANITARIO Y DE GESTIÓN Y SERVICIOS.
MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ, EVA POLADURA SOLARES Y VERÓNICA GARCÍA CALZÓN 9271

1937 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA
ISABEL FERNANDEZ CARRILLO 9281

1938 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: INFLUENCIA DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES DEL PERSONAL DE INSTITUCIONES SANITARIAS
RAQUEL GARCÍA CAMOIRA Y ALICIA JUARROS SEDANO 9283

1939 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA SANIDAD
MARLEN MARBAN VEGA Y RUBEN DIAZ DIAZ 9293

1940 LA IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DE MOVILIZACIONES A LOS PACIENTES DISCAPACITADOS.
LOURDES FERNÁNDEZ LLOUSAS 9295

1941 TESTAMENTO VITAL EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.
ÁNGELES RODILES LANA Y ELISA LUCIA BUSTO BASCÓN 9299

1942 LOS SISTEMAS DE TRASLADO DENTRO DE LOS HOSPITALES
LOURDES FERNÁNDEZ LLOUSAS 9303

1943 EL CELADOR Y SU RELACIÓN CON LOS PACIENTES
VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ, PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ Y DAVID ALVAREZ TRINIDAD 9307

1944 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON EL ENFERMO MENTAL
VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ, DAVID ALVAREZ TRINIDAD Y PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ 9311

1945 EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS
ELISA LUCIA BUSTO BASCÓN Y ÁNGELES RODILES LANA 9315

1946 TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN A UN PACIENTE.
MARLEN MARBAN VEGA Y RUBEN DIAZ DIAZ 9319

1947 VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN TRABAJADORES SANITARIOS
LUCIA GÓMEZ GONZALEZ, PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES, CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ Y MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ 9321

1948 CLASIFICACIÓN DE LAS ANEMIAS
ADOLFO JAVIER PRIETO GÓMEZ Y MONTSERRAT MERA TORNEIRO 9327

1949 LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS
MARÍA ISABEL ROCES SIEBIERSKI 9337

1950 ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
MARIA JOSEFA NOVAL GARCIA, MARTA ELENA ALEJO CARBAJOSA, MARÍA PATRICIA SOTO BASTIÅN, CRISTINA DÍAZ RODRÍGUEZ Y MARIA CARMEN RODRÍGUEZ LLANEZA 9341

1951 MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL PERSONAL HOSPITALARIO EN MOVIMIENTO DE CARGAS
MARÍA PATRICIA SOTO BASTIÅN, CRISTINA DÍAZ RODRÍGUEZ, MARIA CARMEN RODRÍGUEZ LLANEZA, MARIA JOSEFA NOVAL GARCIA Y MARTA ELENA ALEJO CARBAJOSA 9345

1952 IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE Y CALIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA
ROSANA ALONSO ORVIZ, PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ Y MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO 9349

1953 ESTUDIO DINÁMICO DEL CORAZÓN MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA
DIANA GONZÁLEZ GARCÍA, ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ, MARTA DÍAZ FERNÁNDEZ, CARLA FERNÁNDEZ SUÁREZ Y BEATRIZ MATILLA MEDIAVILLA 9353

1954 EL CELADOR: LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO Y LA FAMILIA
MARIA FERNANDA MARTÍNEZ SÁNCHEZ 9359

1955 ABORDAJE DE LAS INCLUSIONES DENTARIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO
ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ, NOELIA DÍAZ DÍAZ, PRISCILA ROZADA IGLESIAS Y VANESSA BARBON IGLESIAS 9367

1956 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL
ANTONIO CASADO MENENDEZ, M. CONCEPCIÓN PUGA ALVAREZ, PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS, ADELINA ANTONIA FERNANDEZ PAREDES Y EVA BEGEGA SANCHEZ 9371

1957 HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO. PROCEDIMIENTOS. COLABORACIÓN DEL CELADOR
MARIA FERNANDA MARTÍNEZ SÁNCHEZ 9379

1958 EL CELADOR CON EL PACIENTE TERMINAL
EVA BEGEGA SANCHEZ, ANTONIO CASADO MENENDEZ, ADELINA ANTONIA FERNANDEZ PAREDES, M. CONCEPCIÓN PUGA ALVAREZ Y PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS 9387

1959 RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ENTORNO LABORAL
MARIA DEL CARMEN FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y JAVIER FERNÁNDEZ CRISTÓBAL 9393

1960 INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL CON PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL
INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN, LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA, MARINA ALVAREZ ALVAREZ Y MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ 9399

1961 DENSIOMETRÍA ÓSEA (DEXA, DXA) EN EL DIAGNÓSTICO DE LA OSTEOPOROSIS
ISABEL GARCÍA AGUDIN Y MARINA MARTÍN GARCÍA 9407

1962 ASPECTOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.
MARIA PILAR CARRIO CANCE, RICARDO GUERRA GONZALEZ Y CARMEN PILAR SANJULIAN MASTACHE 9411

1963 PROTOCOLO DE LA GAMMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA DE UN DÍA CON SUS VENTAJAS E INCONVENIENTES
ISABEL GARCÍA AGUDIN Y MARINA MARTÍN GARCÍA 9415

1964 EL CELADOR Y LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES
DAVID ALVAREZ TRINIDAD, PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ Y VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ 9419

1965 COLANGIOGRAFÍA TRANSHEPÁTICA PERCUTÁNEA (CTHP)
FRANCISCO JESUS FERNÁNDEZ GALLEGO 9423

1966 DESARROLLO DE BUENAS PRÁCTICAS DE TRABAJO SOCIAL EN EL AMBITO HOSPITALARIO
LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA, INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN, MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ Y MARINA ALVAREZ ALVAREZ 9425

1967 EL CALZADO LABORAL EN EL MEDIO SANITARIO
MARÍA MERCEDES FERNANDEZ LIRES, SANTOS RODRIGUEZ ALVAREZ Y LUZ MARINA MENENDEZ FREIJE 9433

1968 PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE.
RUBEN DIAZ DIAZ Y MARLEN MARBAN VEGA 9437

1969 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL TRABAJO ADMINISTRATIVO SANITARIO.
YOLANDA SUAREZ GARCIA Y ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA 9439

1970 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN AISLAMIENTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
RUBEN DIAZ DIAZ 9443

1971 EL AYUDANTE DE SERVICIOS EN EL ACONDICIONAMIENTO DE LOS ALIMENTOS EN COCINA HOSPITALARIA
ANTONIO CASADO MENENDEZ, EVA BEGEGA SANCHEZ Y PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS 9445

1972 GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
MARTA ELENA ALEJO CARBAJOSA, MARÍA PATRICIA SOTO BASTIÅN, CRISTINA DÍAZ RODRÍGUEZ, MARIA CARMEN RODRÍGUEZ LLANEZA Y MARIA JOSEFA NOVAL GARCIA 9451

1973 MOBBING. EL HOSTIGAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO
JAVIER FERNÁNDEZ CRISTÓBAL Y MARIA DEL CARMEN FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 9457

1974 PROTECCIÓN DE DATOS EN SANIDAD
CRISTINA LAGO MENÉNDEZ Y MARÍA JESÚS FERREIRO JIMÉNEZ 9463

1975 LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
MARIA VANESSA MARGOLLES GARRIDO, FLOR MARIA HERRERO LOSADA, ANA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, SONIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y ANA BELÉN SÁNCHEZ PERICACHO 9467

1976 LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE CONATO DE INCENDIO
MARTA ALVAREZ ROZA, MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA Y CRISTINA ALONSO LLAMEDO 9473

1977 DETECCION DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE
MARIA TERESA ALONSO SUAREZ 9477

1978 PRÁCTICAS HIGIÉNICAS DEL LAVADO DE MANOS.
SANDRA MARÍA ALVARÉ CAROU, MARTA LUCÍA GARCÍA VALDÉS Y MARIA JESÚS LÓPEZ LIRANZO 9483

1979 RIESGOS DE LA RADIACIÓN EN LOS ESTUDIOS POR IMAGENES
GLORIA MARIA RODRIGUEZ SUAREZ 9489

1980 LA IMPORTANCIA DE CONOCER LOS PRINCIPALES RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO
CRISTINA ALONSO LLAMEDO, MARTA ALVAREZ ROZA Y MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA 9493

1981 LA MOVILIZACIÓN PARA PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN.
JONATHAN SUÁREZ VARELA 9501

1982 PROTEÍNAS SÉRICAS
ADOLFO JAVIER PRIETO GÓMEZ Y MONTSERRAT MERA TORNEIRO 9503

1983 EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL ÁMBITO SANITARIO
JOSE ALBERTO FERNANDEZ GARCIA 9511

1984 HORMONAS DE LA HIPÓFISIS.
MARIA ELENA PRIETO GOMEZ Y ADOLFO JAVIER PRIETO GÓMEZ 9517

1985 LA PRIVACIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN DE LOS PACIENTES TANTO POR EL PERSONAL SANITARIO COMO NO SANITARIO
CECILIA NEILA BLANCO, PURIFICACION GARCÍA BLANCO, ARACELI ESPAÑA CORTES Y PABLO VALDÉS PALACIOS 9521

1986 CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE RADIODIAGNÓSTICO
MARIA LUISA SUAREZ GONZALEZ Y AIRAM PADILLA MÉNDEZ 9525

1987 RELACIONES DEL CELADOR EN EL SISTEMA SANITARIO.
JONATHAN SUÁREZ VARELA 9529

1988 MEDIDAS PREVENTIVAS EN RIESGOS LABORALES A TOMAR EN CUENTA TANTO POR EL PERSONAL SANITARIO COMO NO SANITARIO.
PURIFICACION GARCÍA BLANCO, CECILIA NEILA BLANCO, ARACELI ESPAÑA CORTES Y PABLO VALDÉS PALACIOS 9533

1989 LA REHABILITACIÓN, SU IMPORTANCIA
MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO 9537

1990 EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. PERSONAL ADMINISTRATIVO.
ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN 9543

1991 TERAPIA OCUPACIONAL Y COREA DE HUNTINGTON. RESOLUCIÓN DE UN CASO CLÍNICO
CRISTINA GARCÍA ALAS 9547

1992 ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS O NOSOCOMIALES
MARÍA ISABEL DE PEDRO DÍAZ 9551

1993 DIETAS Y NUTRICIÓN DE LOS PACIENTES LLEVADAS A CABO POR LOS COCINEROS DE LA COCINA HOSPITALARIA
IVÁN BERDIALES MENÉNDEZ 9557

1994 CÓMO UN COCINERO REALIZA LA CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS EN UN HOSPITAL
IVÁN BERDIALES MENÉNDEZ 9561

1995 SEÑALIZACIÓN DE ZONAS SEGÚN EL RIESGO DE RADIACIÓN
MARIA LUISA SUAREZ GONZALEZ Y AIRAM PADILLA MÉNDEZ 9565

1996 ESTRÉS Y FACTORES PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
VANESA MONTILA CASTAÑÓN, ELENA PELÁEZ ARDURA, JESÚS ORMAZÁBAL ARIAS, ARIANA GONZALEZ ALONSO Y NOELIA GONZALEZ CASTELLANOS 9569

1997 LA HIGIENE DE MANOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL PERSONAL NO SANITARIO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.
MARÍA GORETTI ESPINOSA LLANEZA Y ALEJANDRO REGUERA POUSIBET 9573

Capítulo 1

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE CAUSADA POR EMERGENCIA HIPERTENSIVA EN PACIENTE SIN ENFERMEDAD SUBYACENTE.

PAULA MARTÍNEZ GARCÍA

IRENE MADERUELO RIESCO

DESIRÉE PÉREZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES) es una entidad poco frecuente que suele desarrollarse en el contexto de otras enfermedades subyacentes y en pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial.

El conocimiento de este síndrome es de vital importancia ya que un diagnóstico temprano supone habitualmente una evolución favorable y resolución de los hallazgos clínicos y radiológicos al instaurarse tratamiento. Insistir en la importancia de la detección de la hipertensión arterial y su buen control para evitar complicaciones.

2 Objetivos

- Conocer este síndrome para incluirlo en el diagnóstico diferencial de pacientes con clínica neurológica compatible (cefalea o mareo, motivos habituales de consulta) y aparición de hipertensión arterial no preexistente o descompensación súbita de la misma, a través de un caso.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 70 años que consultó a su médico de atención primaria por cefalea frontal opresiva y mareo inespecífico. Se objetivó una presión arterial (PA) de 220/100 mmHg. Al día siguiente, dada la persistencia de la clínica y las cifras de PA elevadas (210/100 mmHg) fue derivada al servicio de urgencias del hospital.

La paciente desconocía ser hipertensa previamente. Como únicos antecedentes personales presentaba dislipemia, obesidad, esteatosis hepática y un síndrome vertiginoso recurrente que trataba con sulpirida y betahistina. Se encontraba también a tratamiento con paroxetina, mirtazapina y bromazepam por un síndrome depresivo. Había sido intervenida de faquectomía en ojo derecho. El examen físico no mostró ninguna alteración relevante, estaba afebril, eupneica, con auscultación cardiopulmonar normal y abdomen y extremidades sin hallazgos patológicos. Desde el punto de vista neurológico presentaba un buen nivel de consciencia, aunque se encontraba bradípsíquica, sin otros datos de focalidad.
Se realizó una tomografía axial computarizada (TC) craneal en urgencias, sin contraste, identificándose afectación de la sustancia blanca subcortical temporal y parietal bilateral con predominio derecho, sin observarse captaciones patológicas tras la administración de contraste. Ante dichos hallazgos ingresó en neurología.

El electrocardiograma mostraba un ritmo sinusal sin datos de hipertrofia de ventrículo izquierdo. En la analítica presentaba un potasio de 3.5 mmol/L, ALT 49 UI/L, AST 61 UI/L, FA 128 UI/L, GGT 151 UI/L. La función renal, sodio, proteínas totales, albúmina, TSH, ácido fólico, vitamina B12, serología de Lues y VIH y ANA resultaron normales. El hemograma fue normal salvo VSG en la 1ªh de 69 mm. No presentaba alteraciones en la coagulación y tampoco en el urinoanálisis. En la radiografía simple de tórax no había hallazgos patológicos.

Se realizó un fondo de ojo que mostró una retinopatía hipertensiva grado 4

de Keith-Wagener-Baker: ojo derecho con papila ingurgitada de bordes mal definidos, hemorragia en astilla en borde superior e inferior, estrechamiento arteriolar y cruces arterio-venosos patológicos, con tortuosidad vascular importante y microaneurismas en polo posterior; ojo izquierdo: papila de bordes bien delimitados excepto en borde superior y menor ingurgitación vascular. La resonancia magnética nuclear (RMN) craneal revelaba una importante afectación difusa cortical y subcortical de ambos lóbulos temporales, de carácter simétrico, parietooccipital derecha y mínima frontal bilateral parcheada. No se objetivó restricción de la difusión ni captación de contraste. Estos hallazgos sugerían como primera posibilidad un síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES). Se estableció un juicio clínico inicial de hipertensión arterial (HTA) esencial, emergencia hipertensiva y probable PRES.

Desde el punto de vista clínico, los hallazgos de este síndrome no son lo suficientemente específicos como para establecer el diagnóstico, y pueden darse en otras situaciones clínicas neurológicas como: cuadros ictales (infarto bilateral y simultáneo de la arteria cerebral posterior, trombosis de senos venosos), enfermedades desmielinizantes y encefalitis. Desde el punto de vista de neuroimagen, es preciso realizar el diagnóstico diferencial con: leucoencefalopatía multifocal progresiva, gliomatosis cerebral, mielinolisis central pontina y extrapontina, infecciones del sistema nervioso central, enfermedades autoinmunes y linfoma (1,2).

4 Discusión-Conclusión

El Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad poco frecuente que suele asociarse a HTA en pacientes con patología médica subyacente y que presenta alteraciones en neuroimagen sugestivas de edema cerebral. Debería considerarse en el diagnóstico diferencial en pacientes con clínica neurológica de cefalea, disminución del nivel de consciencia, alteración de la función mental, crisis convulsivas, mareo, pérdida de visión o vómitos y ciertas condiciones clínicas como son la emergencia hipertensiva, preeclampsia/eclampsia, insuficiencia renal, tratamientos inmunosupresores, enfermedades autoinmunes o trasplantes (1-7).

La importancia del diagnóstico temprano radica en la favorable evolución y resolución de los hallazgos clínicos y radiológicos con la instauración inmediata del tratamiento antihipertensivo, antiepilépticos y retirada o reducción del fármaco implicado. Sin embargo, el retraso en el tratamiento puede resultar en daño cere-

bral irreversible (1-4,7,8).

El aumento repentino de la PA sería más determinante de la patología que el valor absoluto de la misma, y el PRES suele ocurrir con más frecuencia en pacientes previamente normotensos que desarrollan HTA aguda. La explicación fisiopatológica es que el edema se produce por una elevación de la PA que supera la capacidad de autorregulación cerebral, que se situará en cifras de PA medias más elevadas (hasta 150 mmHg) en aquellos pacientes con HTA crónica. En hasta el 30% de los casos la PA es normal o ligeramente elevada (1-4,7,8).

Conceptualmente la emergencia hipertensiva debe tratarse con fármacos vía endovenosa para conseguir cifras de PA seguras, sin normalizarlas completamente en las primeras horas. No ha sido estudiado ningún agente antihipertensivo específico y la elección del fármaco se deja a elección del facultativo. Los pacientes previamente normotensos, que no han recibido terapia antihipertensiva, se controlan generalmente con mayor facilidad, como ocurriría en nuestro caso. Sin embargo, llama la atención que el fondo de ojo de nuestra paciente presentaba estrechamientos arteriolares y cruces arterio-venosos sugestivos de una retinopatía hipertensiva consecuencia de una HTA de largo tiempo de evolución (1-3).

La mayoría de casos publicados en la literatura hasta el momento se refieren a PRES desarrollado en el contexto de otras enfermedades subyacentes, por lo que este caso refleja la importancia de tener en cuenta este síndrome en el diagnóstico diferencial de pacientes con clínica neurológica compatible y aparición de HTA no preexistente o descompensación súbita de las cifras de PA, incluso sin presencia de insuficiencia renal. Destacar la trascendencia del caso reportado al presentar una gran disociación clínico-radiológica, encontrándonos ante una paciente con una presentación clínica paucisintomática pero con alteraciones radiológicas muy relevantes. Por ello, es importante el conocimiento de esta patología y considerarla también en aquellos pacientes que se presenten únicamente con cefalea y HTA. El caso, refleja una vez más, la importancia de la detección de la HTA en la población general y su buen control para evitar consecuencias indeseables (4).

5 Bibliografía

- 1. Fugate JE, Rabistein AA. Posterior reversible encephalopathy syndrome: clinical and radiological manifestations, pathophysiology, and outstanding questions. Lancet Neurol. 2015; 14(9):914-25.
- 2. Feske SK. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome: A Review. Semin

Neurol. 2011; 31(2):202-15.
- 3. Roth C, Ferbert A. The posterior reversible encephalopathy syndrome: what's certain, what's new? Pract Neurol. 2011; 11(3):136-44.
- 4. Hinchey J, Chaves C, Appignani B, Breen J, Pao L, Wang A, Pessin MS, Lamy C, Mas JL, Caplan LR. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. N Engl J Med. 1996;334(8):494-500.
- 5. Dhilon A, Velazquez C, Siva C. Rheumatologic diseases and posterior reversible encephalopathy syndrome: two case reports and review of the literatura. Rheumatol Int. 2012;32(12):3707-13.
- 6. Blanch P, Moral E, Marín J, Corominas H, Mallafre J. Síndrome de encefalopatía posterior reversible causada por emergencia hipertensiva en paciente con lupus. Hipertens riesgo vasc. 2010; 27(6):259-263.
- 7. Caminero AB. Síndrome de encefalopatía posterior reversible. Neurología. 2005; 20:327-31.
- 8. Everett CM, Turner B, Lobo M. Posterior reversible encephalopathy syndrome in (low renin) essential hypertension. J R Soc Med 2007; 100(11):522-3.

Capítulo 2

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.

DESIRÉE PÉREZ MARTÍNEZ

PAULA MARTÍNEZ GARCÍA

IRENE MADERUELO RIESCO

1 Introducción

La insuficiencia respiratoria aguda es un proceso grave que afecta a muchos de los pacientes graves y pluripatológicos que están ingresados en invierno en un servicio de medicina interna y que se benefician de la realización de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI).

2 Objetivos

- Describir la importancia de disponer de aparatos para la VMNI en nuestra unidad, a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Mujer de 82 años con múltiples comorbilidades, pero con buena funcionalidad que ingresó por cuadro catarral y disnea, confirmándose el cuadro como secundario a gripe A. Se inician medidas de tratamiento habituales pero presenta un

deterioro importante del nivel de conciencia secundario a coma carbónico. No es candidata a la unidad de cuidados intensivos, por lo que se decide el inicio de la VMNI en la planta.

4 Discusión-Conclusión

La insuficiencia respiratoria aguda es una patología frecuente entre nuestros enfermos, sobre todo en el periodo invernal y coincidiendo con el pico gripal, por lo que consideramos totalmente indicado la disposición y el correcto manejo por nuestro servicio de aparatos de VMNI que ayudarían a mejorar a un importante número de pacientes graves.

5 Bibliografía

- "The use of gime non-invasive ventilation and the reduction of inhospital mortality of patients with respiratory failure". Piñero-Zapata M et al. Enferm Clin. (2018)

Capítulo 3

TROMBOSIS DE LA VENA RENAL DERECHA Y CAVA INFERIOR INTRAHEPÁTICA EN PACIENTE CON CARCINOMA RENAL METASTÁSICO

IRENE MADERUELO RIESCO

DESIRÉE PÉREZ MARTÍNEZ

PAULA MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

Presentamos el caso de un varón de 75 años sin antecedentes de interés ni factores de riesgo conocidos para el desarrollo de una trombosis, que además se encuentra anticoagulado con acenocumarol, que ingresa por insuficiencia cardíaca y que, tras el hallazgo casual de hipercalcemia, se diagnostica de un tumor renal metastásico con una trombosis de la vena renal y vena cava inferior asociadas.

2 Objetivos

- Describir el diagnóstico y evolución de un tumor renal, a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Se trata de un varón de 75 años con antecedentes de tabaquismo importante hasta hace 12, hipertensión arterial, EPOC y fibrilación auricular. Fue intervenido hace años de una úlcera duodenal, una hernia inguinal izquierda, de un menisco en la rodilla derecha y apendicectomizado.
Se encuentra anticoagulado con acenocumarol en relación a su arritmia cardiaca y además realiza tratamiento con beta bloqueantes; IECA; beta 2 adrenérgicos, corticoides y anticolinérgicos inhalados; analgésicos y procinéticos. Ingresa en el servicio de cardiología por insuficiencia cardíaca. Tras el hallazgo casual de hipercalcemia y la presencia de dolor escapular, pasa a cargo de Medicina Interna para completar estudios.

El paciente consulta por aumento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos asociado a tos leve no productiva. Refiere dolor lumbar y escapular que se incrementa con la tos. Niega fiebre y pérdida de peso, aunque sí reconoce hiporexia en la última temporada. En la exploración física presenta buen estado general y está bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. No se palpan adenopatías cervicales, supraclaviculares, axilares ni inguinales. Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni hepato o esplenomegalias. No edema ni empastamiento en miembros inferiores.

En la analítica realizada destacaba una creatinina de 1.15 mg/dL, filtrado glomerular de 62 mL/min/1.73m2, PCR de 2.65 mg/dL, INR de 6.79, fibrinógeno de 473 mg/dL (145-450), calcio corregido por albúmina de 13.67 mg/dL, vitamina D de 29 ng/mL, PTH intacta de 10 pg/mL (15-65), proteína relacionada con la PTH <1.1 pmol/L (normal hasta 1.5) y GGT de 294 UI/L. El recuento leucocitario, la hemoglobina y la cifra de plaquetas eran normales. Presentaba también una velocidad sedimentación glomerular de 64 mm (0-20) en la primera hora.

La radiografía de tórax mostraba un discreto patrón de redistribución vascular con cardiomegalia y derrame pleural izquierdo, compatible con insuficiencia cardíaca congestiva. En el ecocardiograma transtorácico se apreciaba insuficiencia aórtica y mitral degenerativas leves e insuficiencia tricúspide funcional moderada. Se realiza un TC tóraco-abdominal con el hallazgo de una neoplasia renal derecha con metástasis pulmonares y óseas en columna dorsal a nivel de T2, así como trombosis de la vena renal derecha y cava inferior intrahepática.

La anatomía patológica de la masa renal es compatible con carcinoma renal de células claras.

4 Discusión-Conclusión

Existe una fuerte evidencia de asociación entre trombosis venosa y cáncer siendo muchas veces la primera manifestación clínica de éste. Esto se encuentra en relación con el estado de hipercoagulabilidad de estos pacientes, debido a la producción de sustancias con actividad procoagulante. Además parecen influir otros factores como son el tipo de tumor, el estadío, la localización, factores anatómicos, la inmovilidad durante la hospitalización, ciertos tratamientos quimioterápicos y el uso frecuente de catéteres venosos centrales.

En el caso concreto de los tumores renales infiltran con cierta frecuencia la vena renal o la vena cava inferior debido a su proximidad (2-10%) e incluso la extensión del trombo puede llegar a la aurícula derecha (1%). El tratamiento indicado en estos casos sería quirúrgico, mediante nefrectomía y trombectomía que, en ausencia de metástasis, se trataría de un tratamiento curativo.

En nuestro paciente, este tratamiento era inviable debido a la presencia de enfermedad metastásica a varios niveles (ósea, pulmonar y cerebral) por lo que, desestimado el tratamiento quirúrgico, el procedimiento adecuado se basa en la anticoagulación con heparinas de bajo peso molecular (ya que el paciente en el momento del diagnóstico se encontraba anticoagulado con acenocumarol, con lo que se descartaría también el tratamiento con anticoagulantes orales) y la administración de inhibidores de la tirosin quinasa.

5 Bibliografía

- C. Jimenez-Romero, M. Conde. “Tratamiento de la trombosis de vena cava inferior asociada a los tumores renales”. Cirugía española 2017: 95(3): 152-159
- Jeffrey I. Zwicker, Barbara C. Furie, Bruce Furie. “Cancer-associated thrombosis”. Critical Reviews in Oncology/Hematology 62 (2007) 126-136
- Anna Falanga, Laura Russo, Viola Milesi, Alfonso Vignoli. “Mechanisms and risk factors of thrombosis in cancer”. Critical reviews in Oncology/Hematology 118 (2017) 79-83
- Miriam Blanco, Christian Ortega, Gregorio Laguna. Caso clínico “Tumor renal con extensión intracardiaca y trombosis masiva”. Cirugía cardiovascular 2017:

24(4):258-260

Capítulo 4

SÍNDROME DE WÜNDERLICH A CAUSA DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO CON HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR

JOUD ZANABILI AL-SIBAI

SANA SHEHADEH MAHMALAT

1 Introducción

El hematoma perirrenal espontáneo o síndrome de Wunderlich es un cuadro caracterizado por hemorragia espontánea de localización intra, perirrenal o subcapsular, no traumático; de presentación infrecuente, potencialmente letal y de diversa etiología, es una urgencia vital. El cuadro clínico se caracteriza por dolor de aparición súbita en el flanco, masa palpable y signos y síntomas de choque hipovolémico.
La primera descripción de la enfermedad es atribuida a Wunderlich en 1856 quien la relata cómo apoplejía espontánea de la cápsula del riñón. La edad promedio de presentación a los 46 años y no tiene hay predilección por el sexo.

Se logró clasificar como posibles etiologías las de origen sistémico y las de origen local, dentro de este primer grupo están las vasculitis, trastornos de la coagulación (otras causas infrecuentes como el uso de anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios pueden tener importancia en su formación) y hemodiálisis, dentro del segundo grupo están ruptura espontánea de quistes renales por enfermedad

quística adquirida en pacientes con hemodiálisis, tumores benignos, malignos, trastornos vasculares, infecciones y rechazo del injerto en trasplante renal.

La tomografía computarizada es la técnica de elección en el diagnóstico, permite la valoración correcta de la extensión retroperitoneal de la hemorragia, detecta 100% de los casos y determina su etiología en un 92% de los casos, mientras que la ultrasonografía detecta en un 82% los casos, pero solo en un 40 % la etiología. El tratamiento es quirúrgico, la nefrectomía es el procedimiento que más se utiliza, seguido del drenaje abierto y percutáneo, sólo se recomienda manejo conservador si hay estabilidad hemodinámica y no es claro el origen, así también cuando las lesiones vasculares son susceptibles de embolización.

En cuanto a las HBPM se obtienen por despolimerización química o enzimática de la heparina no fraccionada (HNF). Una de las propiedades más destacables es que su actividad inhibidora de la trombina (factor IIa) es notablemente menor que en el caso de la HNF, mientras que ambos tipos de heparina mantienen una potencia inhibitoria similar respecto al factor Xa. Concretamente, la relación de actividad anti Xa/anti IIa es 2-4 veces superior en las HBPM que en la HNF. En los pacientes con nefropatías crónicas, las HBPM tienen un aclaramiento más lento y efectos anticoagulantes más prolongados, aumentando el riesgo de sangrado.

2 Objetivos

- Encontrar la causa que justifique el Síndrome.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, cáncer de próstata con metástasis, insuficiencia renal crónica y anticoagulado con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) por un tromboembolismo pulmonar masivo paraneoplásico, que acudió a nuestro servicio por dolor súbito en flanco derecho acompañado de palidez, taquicardia e hipotensión, realizándose estudios complementarios con lo que se detecta gran hematoma retroperitoneal en el riñón izquierdo, en situación subcapsular, con múltiples focos de extravasación de contraste en su interior en relación con sangrado activo. Se le realizó una embolización selectiva de la arteria renal izquierda con una evolución favorable.

De manera global, podemos clasificar como posibles etiologías de la hemorragia renal espontánea, las de origen local como las neoplasias, más frecuentes, y las de origen sistémico. Dentro de las de origen sistémico están las asociadas con vasculitis y las asociadas a trastornos de la coagulación como terapia antiagregante, anticoagulante, discrasias sanguíneas (leucemia, policitemia, hemofilia, purpura trombocitopenica) y hemodiálisis. En nuestro caso, tras no encontrarse causa local que lo justifique, se explicó por el uso de HBPM en un paciente con insuficiencia renal crónica.

Varón de 80 años con antecedentes de cáncer de próstata e insuficiencia renal crónica. Presentó un episodio de disnea súbita por tromboembolismo pulmonar agudo bilateral por lo que inició tratamiento con tinzaparina (14.000 UI/24h). Un mes después, acudió a urgencias por dolor lumbar izquierdo intenso y agudo, taquicardia e hipotensión. A la exploración mostraba palidez cutánea, abdomen globuloso y dolor a la palpación en flanco izquierdo. En la analítica a su llegada a urgencias mostraba anemia (hemoglobina de 7,6 g/dL), un estudio de coagulación dentro del rango de la normalidad (tasa de protrombina 86%, tiempo de tromboplastina parcia de 26.4 segundos (rango: 20-40), fibrinogeno 979 mg/dL) y una insuficiencia renal (creatinina: de 3.94mg/dL correspondiente a un filtrado glomerular estimado de 14 ml/min/1,73m2).

4 Discusión-Conclusión

Los hematomas renales obedecen en su mayoría a causas traumáticas y, excepcionalmente, las no traumáticas son responsables del sangrado renal. Por tal motivo, resulta útil estar familiarizado con tales causas, a fin de aportarle al paciente un diagnóstico rápido y preciso. El cuadro clínico descrito como síndrome de Wünderlich se presenta como consecuencia de la formación de una colección hemática en la fosa renal provocada por una causa no traumática. En la literatura mundial se han reportado 165 casos en 47 publicaciones diferentes en las ultimas 3 décadas.

La forma de presentación varía en función de la cuantía de la hemorragia. Son causas de este síndrome, las lesiones orgánicas renales malignas como el adenocarcinoma, tumor de Wilms, benignas, como angiomiolipoma, y otras causas infrecuentes como el uso de anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios pueden tener importancia en su formación y, en algunos casos, no se encuentra ninguna causa de sangrado. Como vemos, las causas de sangrado perirrenal espontáneo son muy variadas y la diátesis hemorrágica sólo se puede aceptar cuando las

demás causas se han descartado adecuadamente como en nuestro caso; en el que, tras excluir otras posibles causas se comprobó una sobre dosificación de heparinas debida a una insuficiencia renal.

El manejo terapéutico dependerá fundamentalmente de dos factores, la situación hemodinámica del paciente y la etiología del sangrado6. Se propone el manejo conservador en pacientes estables con corrección del shock hemorrágico, de la coagulopatía y embolización selectiva para las lesiones de origen vascular, en angiomiolipoma o en caso de lesiones bilaterales, pero en la mayoría de los casos, por el compromiso hemodinámico de los pacientes y la etiología, se reporta la nefrectomía como el tratamiento definitivo del síndrome.

Por su rareza, presentamos un caso de paciente masculino de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, cáncer de próstata con metástasis, anticoagulado con HBPM por un tromboembolismo pulmonar masivo paraneoplásico que acudió a nuestro servicio con un cuadro clínico compatible con un choque hipovolémico a consecuencia de un gran hematoma renal izquierdo. En nuestro caso, tras no encontrarse causa local que lo justifique se explicó por el uso de HBPM en un paciente con insuficiencia renal crónica, que se trató de forma satisfactoria con reversión de la anticoagulación con sulfato de protamina y una embolización selectiva.

5 Bibliografía

- Brkovic D, Moehring K, Doersam J, Pomer S, Kaelble T, Riedasch G, et al. Aetiology, diagnosis and management of spontaneous perirenal haematomas. Eur Urol. 1996;29(3):302-307.
- Parameswaran B, Khalid M., Malik N. Wunderlich syndrome following rupture of a renal angiomyolipoma. Ann of Saudi Medicine. 2006;26(4):310–312.
- Alonso RC, Nacenta SB, Martinez PD, Guerrero AS, Fuentes CG. Kidney in danger: CT findings of blunt and penetrating renal trauma. Radiographics. 2009;29(7):2033-2053.
- Rimon U, Duvdevani M, Garniek A, Golan G, Bensaid P, Ramon J, et al. Large renal angiomyolipomas: digital subtraction angiographic grading and presentation with bleeding. Clin Radiol. 2006 Jun;61(6):520-6.
- Despas N, Larock AS, Jacqmin H, Douxfils J, Chatelain B, Chatelain M, et al. Heparin monitoring: clinical outcome and practical approach. Ann Biol Clin (Paris). 2016 Dec 1;74(6):637-652.

- Morgentaler A, Belville JS, Tumeh SS, Richie JP, Loughlin KR. Rational approach to evaluation and management of spontaneous perirenal hemorrhage. Surg Gynecol Obstet. 1990 Feb;170(2):121-5.

Capítulo 5

MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE SOMETIDO A TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.

JOUD ZANABILI AL-SIBAI

SANA SHEHADEH MAHMALAT

1 Introducción

Es importante en el manejo del dolor la evaluación inicial cuidadosa y monitorización de la respuesta al tratamiento analgésico.

1. Graduarlo: se suelen usar escalas analógicas visuales: puntúan el dolor entre 1 y 10.
- Dolor meve: 1 / 3.
- Dolor moderado: 4 / 6.
- Dolor severo: 7 / 10.

2. Seguir, siempre que se pueda, la "escalera analgésica", individualizando la dosis de analgesia.
3. Las estrategias de analgésicos "pautados" con "rescates" son preferibles a estrategias de analgesia "a demanda".
4. Los "adyuvantes o coanalgésicos" (antidepresivos, benzodiacepinas, anticonvulsivantes, neurolépticos, etc.) pueden permitir disminuir la dosis de analgésicos (al actuar sobre síntomas asociados al dolor) y mejoran el control de algunos tipos de dolor (dolor neuropático).

2 Objetivos

Llevar a cabo una revisión bibliográfica del manejo del dolor en los pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos, mediante una revisión sistemática.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tratamiento del dolor leve.

En escalas visuales, suele entenderse por dolor leve aquel de intensidad ≤3 sobre 10.
En situaciones de trombopenia, riesgo de sangrado digestivo o insuficiencia renal como es el caso del contexto del Trasplante autólogo con progenitores hematopoyéticos (TPH), el paracetamol y el metamizol constituyen los únicos analgésicos que se puedan usar en el tratamiento del dolor leve, evitando así el empleo de AINEs.

1. Paracetamol:
- Dosis: 650 mg a 1 g (VO) cada 4-6 h. (DMD: 6 g)
- Consideraciones: evitar si alteración hepática, precaución en pacientes con fiebre. Carece de actividad antiinflamatoria.

2. Metamizol:
- Dosis: 500 mg a 1 g (VO) cada 6 h .
- Consideraciones: evitar en hipotensión, precaución en pacientes con fiebre y, asociar SIEMPRE con protector gástrico.

En caso de fiebre y para “no enmascararla”, emplear CODEISAN 1 comp /4h (VO). Si no se controla pasar a escalón siguiente.

Tratamiento del dolor moderado.

En las escalas visuales de dolor suele corresponderse con unos niveles de 4-6.
Para el tratamiento de este dolor, o del leve que progresa o no se controla bien con los fármacos anteriores, puede utilizarse:
- Una combinación de Opiáceos débiles con paracetamol.
- Fentanilo o buprenorfina transdérmica ("parches" de fentanilo, ver apartado "Tratamiento del dolor severo").
- Opiáceos fuertes por vía oral a dosis bajas (ver apartado "Tratamientos del dolor severo").
1. Codeina 28 mg (VO) cada 4 horas
2. Tramadol 50-100 mg (VO) cada 6-8 horas o 50-100 mg (IV) cada 6-8 h.

Si no se controla pasar a escalón siguiente.

Tratamiento del dolor severo.

En las escalas visuales de dolor suele corresponderse con unos niveles iguales o superiores a 7.
Se realiza con opiáceos orales realizando una titulación estándar (c/4 h) (y una vez obtenida la titulación pasar a opiáceos de acción prolongada). Se desaconseja el empleo de meperidina (potencia analgésica: 1/10 de la de morfina y riesgo de neurotoxicidad en casos de IR o deshidratación), propoxifeno, metadona (difícil de manejar) y placebos para el tratamiento de este dolor severo.

Los opiáceos orales:
- Pueden combinarse con AINEs/paracetamol
- No se deben utilizar conjuntamente dos opiáceos fuertes ni uno fuerte y otro débil
- Cabe la rotación de opioides (cambio) para balancear eficacia y efectos secundarios.
1. Sulfato de Morfina: 10 mg vía (VO) cada 4 horas.
2. Fentanilo transdérmico.
- Presentaciones: 25 , 50 , 75 mcg
- Pueden utilizarse tanto en el dolor moderado-severo como en tratamientos prolongados de pacientes con dolor controlado con dosis estables de opiáceos fuertes, por la mayor comodidad de administración y la menor incidencia de efectos secundarios.
- Puede combinarse con paracetamol 500-1000mg /6h (VO/IV).

- No tiene “techo terapéutico”
- No indicado en el dolor agudo. Sus niveles terapéuticos se empiezan a obtener a las 12-24h.
- ¿Cómo iniciar el Fentanilo?
1. En pacientes sin opiáceos previos - inicio con 25mcg /72h e ir “titulando”
2. En pacientes con opiáceos previos - calcular la dosis bioequivalente de morfina oral de liberación rápida y administrar el parche de la dosis correspondiente (ver tabla 1). Siempre asociar un fármaco de rescate, que en la práctica suele usarse morfina oral rápida. Valorar a las 48-72 h y, si el número de dosis de rescate al día fue >3-4, aumentar dosis del parche correspondiente (ver tabla 1)
- Se aplican en una zona limpia, seca, no irritada ni radiada y sin vello. No tocarlos con los dedos, ni exponerlos al sol (aumenta la absorción), puede cortarse el parche si es en presentaciones “matriciales”. El siguiente se coloca en un lugar diferente para minimizar la toxicidad local.
- Vigilar toxicidad si fiebre o sudoración.

3. Cloruro mórfico
- Presentaciones: ampollas de 10 y 20 mg.
- Dosis:

2 mg (IV lenta) y repetir a los 5 minutos si no se controla el dolor, dosis máx. 10mg.
5 mg (IV o SC) /4h, si dolor. 20mg /250 mL de SSF en PC, ritmo de inicio de 10mL/h, e ir ajustando según dolor.

Titulación de Opiaceos. Calculo Dosis Total Diaria.
La dosis diaria debe ser la más baja efectiva que alivie el dolor entre tomas. Se puede permitir la administración de hasta 2-3 dosis de rescate al día.
- Tratamiento con morfina oral:
1. Repartir la dosis diaria cada 12 horas y administrarla como comprimidos de liberación retardada: MST cada 12 horas.
2. SIEMPRE asociar sulfato de morfina 10 mg de rescate (VO).
3. Sumar las dosis de rescate a la dosis diaria repartida en 2 dosis.
- Tratamiento con fentanilo transdérmico - calcular la dosis de morfina diaria con SEVREDOL y elegir dosis de fentanilo según tabla de bioequivalencia (tabla 1).
1. SIEMPRE asociar analgesia de rescate con morfina o fentanilo oral.
2. En caso de ser más de 4 rescates al día, sumar las dosis de rescate diarias y subir dosis del parche en el siguiente cambio.

Estrategias Para Control Efecto Secundarios Opiaceos.

Estrategias generales
Cambiar la dosis:
- Dolor controlado: reducir dosis en 25 – 50% gradualmente
- Dolor no controlado:
1) Añadir paracetamol
2) Medicación coanalgésica
3) Tto. antitumoral
Cambiar la vía de administración:
Aunque la VO es la preferida, la vía IV (sobre todo si en perfusión continua), transdérmica o SC pueden disminuir los efectos secundarios.
Rotación de opiáceos:
Suele hacerse a fentanilo transdérmico, para lo cual hay que:
1) cálculo dosis bioequivalente del nuevo opiáceo (muchas veces haciendo un paso intermedio con la bioequivalencia para morfina oral)
2) mantener la analgesia con opiáceos de acción rápida (morfina de liberación rápida) hasta obtener niveles con el nuevo opiáceo.

Toxicidades específicas
Náuseas y vómitos
Suelen ser transitorios y aparecer con aumentos rápidos de la dosis:
1. Escalar más lentamente
2. Iniciar antieméticos convencionales profilácticos: metoclopramida 10 mg (VO o IV) /6 h
3. Añadir setrón (ej. Ondansetrón 8 mg (VO o IV) /6-8 h, si no es suficiente)
4. Tratar el estreñimiento
5. Cambiar de opiáceo

Estreñimiento:
1. Aumentar ingesta hídrica y fibra en dieta (no usar salvado)
2. Prescribir Siempre laxantes: Duphalac 15 mL (vo) /8-12h +/- Dulco Laxo 5 mg 2 comp. 20 min antes de la cena.
3. Pautar enema; medida menos recomendable en caso de aplasia y mucositis.
4. Cambiar a fentanilo transdérmico que produce menos estreñimiento.

Somnolencia:
1. Usar la menor dosis posible, repartiéndola en más tomas; o bien bajar ritmo de infusión en caso de morfina en PC.
2. Aumentar ingesta cafeína.

Delirio:

1. Reducir dosis
2. Cambiar opiáceo
3. Administrar Haloperidol: 0,5 – 2 mg c/4 – 6 h

Depresión respiratoria: Rara si se dan los opiáceos por vía oral con escalada progresiva.
Administrar "Nal" (0,4 mg por dosis de morfina hasta 8-10 mg máximo).

Mioclonias: Se puede tratar con:
- Clonazepam: iniciar con 0,5 mg (VO) /8 h. Luego subir 0,5 mg /24h cada 3 días.
- Gabapeptina: iniciar con 300 mg (VO) /24h (1º día). Luego 300 mg /12h (2º día) y 300 mg /8h (3º día y posteriores). Puede aumentarse 300 mg/24h cada 2-3 días si persiste la clínica.

Manejo Del Dolor En Situaciones Especificas.

Dolor irruptivo.
Incremento rápido, intenso y transitorio del dolor desencadenado por un movimiento voluntario o involuntario. A diferencia de las exacerbaciones del dolor, hay "desencadenante" aparente.
Se trata con Cl.morfico (IV) siendo importante tener controlado el "dolor de fondo".

Mucositis.
Mantener medidas de higiene oral (enjuagues con SF, bicarbonato, cepillado suave, etc.)
Tto. mucositis leve-moderada:
1) puede comenzarse con codeisán +/- tramadol IV.
2) Enjuagues con lidocaína pre-comidas.
Tto. mucositis moderada-severa:
1) Cl. Mórfico 20 mg /250 cc de SSF en PC a ritmo de inicio de 10 mL/h, subiendo de 5 en 5 mL/h según dolor.

Dolor neuropático.
1) Analgésicos no opiodes + Hidroxis B1,B6,B12 + suplementos de Magnesio
2) Pregabalina 25 mg cada 12 horas inicialmente (dosis máxima 300 mg /12 h) o Gabapentina 100 mg /8h inicialmente (dosis máxima 1200 mg /8 h)
3) Valorar opiaceos (la morfina tiene eficacia relativa). Empleo de Oxicodona o Tramadol
4) Asociar antidepresivos

5) Si no se controla, valoración por la Unidad del dolor para tratamiento farmacologico o empleo de técnicas invasivas.

Dolor espasmódico: en cistitis hemorrágica y EICR.
- Valorar espasmolíticos como la BUSCAPINA 20 mg (VO o IV) /8 h.
- Si persiste el dolor, morfina en PC.

Otros tipo de dolor y su manejo
Dolor óseo:
- Localizado (metástasis o lesiones lítica): Valorar empleo de Radioterapia o técnicamente invasivas (cifoplastia en lesiones vertebrales líticas o aplastamiento).
- Generalizado: Bifosfonatos (Zometa).

Cefalea Post-punción Lumbar: Hidratación y bebidas ricas en cafeína o teína y si no se resuelve emplear escala analgésica. No se recomiendan esteroides.
Dolor osteo-muscular por G-CSF: Empleo de Paracetamol, en caso de no control de la sintomatología continuar con escala analgésica.
Dolor en hipocondrio derecho por SOS: Evitar AINEs, salvo paracetamol/metamizol, por aumento riesgo de insuficiencia renal.

Bioequivalencia	
Morfina (mg/día)	**Fentanilo (µg/h)**
60	25
90	25 ó 50
135 – 224	50
225 – 314	75
315 – 404	100
405 – 494	100 + 25
495 – 584	100 + 50
568 – 674	100 + 75
675 – 764	200
765 – 854	200 + 25
855 – 944	200 + 50
945 – 1034	200 + 75
1035 – 1124	200 + 100

5 Discusión-Conclusión

El dolor es el síntoma principal y más frecuente experimentado hasta en un 70% en los pacientes con cáncer.
En el paciente sometido a trasplante de progenitores hematopoyéticos es importante conocer la causa del dolor, pues el manejo va a ser diferente, como en el caso del dolor por mucositis.
En el contexto del trasplante de progenitores hematopoyéticos, se recomienda evitar los anti inflamatorios no esteroideos (AINEs) por la situación de trombopenia severa, así como el paracetamol y otros anti-piréticos que pudieran enmascarar la fiebre en periodos de alto riesgo de infección.
Siempre que se pueda, seguir la "escalera analgésica", individualizando la dosis de analgesia.

6 Bibliografía

- Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M. Clinical practice guidelines for the prevention and treat- ment of cancer therpay-induced oral and gastrointestinal mucositis. Cancer 2004; 100 (9 Suppl): 2026-46 (Updated on www.mascc.org).
- Cassinello Espinosa J, Camps Herrero C. Tratamiento médico del dolor oncológico. Manual SEOM. Barcelona, 2005.
- ESMO. Minimum clinical recommendations for the management of cancer pain. Ann Oncol 2005; 16 (Suppl 1): i83-i85.
- Freynhagen R, Strojek K, Griesing T, et al. Efficacy of pregabalin in neuropathic pain evaluated in a 12 week, randomised, double-blind, multicentre, placebo-controlled trial of flexible- and fixed-dose regimens. Pain 2005; 115: 254-63.
- Finnerup NF, Otto M, McQuay HJ, et al. Algorithm for neuropathic pain treatment: An evidence based proposal. Pain 2005, 118: 289-305.
- Niscola P, Cartoni C, Romani C, et al. Epidemiology, features and outcome of pain in patients with advanced hematological malignancies followed in a home care program: an Italian survey. Ann Hematol. 2007; 86: 671-6.
- NiscolaP, RomaniC, ScaramucciL, etal. Pain syndromes in the setting of haematopoietics temcell transplantation for haematological malignancies. Bone Marrow Transplant. 2008; 41: 757-64.
- O´Connor AB, Dworkin RH. Treatment of neuropathic pain: an overview of recent guidelines. Am J Med 2009; 122: S22-S23.
- NCCN. Adult cancer pain guidelines

- Frey NV & Gavrin JR. Pain control. Thomas' Hematopoietic Cell Transplantation, Fifth Edition. Edited by Stephen J. Forman, Robert S. Negrin, Joseph H. Antin and Frederick R. Appelbaum. ©2016 John Wiley & Sons, Ltd. Published 2016 by John Wiley & Sons, Ltd. (Capítulo 100).

Capítulo 6

MUCOSITIS EN EL PACIENTE SOMETIDO A TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.

JOUD ZANABILI AL-SIBAI

SANA SHEHADEH MAHMALAT

1 Introducción

La mucositis es una de las complicaciones más comunes en pacientes hematológicos. Se trata de un conjunto de lesiones inflamatorias y/o ulcerativas que afectan a la mucosa oral y/o del tracto gastrointestinal y son secundarias a procesos infecciosos, inmunodeficiencia o fármacos (sobre todo quimioterapia y/o radioterapia a altas dosis).
Se asocia a un aumento significativo de procesos febriles e infecciones graves, mayor necesidad de nutrición parenteral y de analgesia, más días de hospitalización, mayor morbimortalidad con afectación severa de la calidad de vida del paciente.

Incidencia muy variable en función de factores de riesgo.

2 Objetivos

Llevar a cabo una revisión bibliográfica de las causas de la mucositis en los pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos así como las medidas de prevención y tratamiento más actuales, mediante una revisión sistemática.

3 Metodología

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

4 Resultados

Factores De Riesgo
La aparición de la mucositis está asociada a:
1. Relacionados con el tratamiento recibido.
- Tipo de acondicionamiento: se considera el factor de riesgo más relevante, depende de la dosis y vía de administración, y puede tener un efecto acumulativo o "efecto memoria". Se consideran de alto riesgo (definido como probabilidad para desarrollar mucositis grado 3-4 según la OMS): melfalán, etopósido, ciclofosfamida, citarabina y metotrexate a altas dosis, irradiación corporal total o radioterapia complementaria asociada.
- El empleo de metotrexate como profilaxis de enfermedad injerto contra receptor (EICR) contribuye al desarrollo de mucositis.
- Uso de nuevas moléculas: agentes angiogénicos e inhibidores de mTOR (tensirólimus y everólimus).
- Severidad de la neutropenia y el uso de G-CSF.

2. Relacionados con el paciente.

- Edad y género: Los jóvenes parecen conllevar un mayor riesgo de mucositis dado el elevado índice mitótico celular, y los ancianos por la tendencia a alteración de la función renal y menor capacidad regenerativa celular. Algunos estudios sugieren que el sexo femenino presenta mayor incidencia de mucositis (controvertido).
- Etnia: Algún estudio aislado sugiere que los africanos y americanos tienen menor incidencia de mucositis (controvertido).
- Polimorfismos genéticos que afecten a enzimas implicadas en el metabolismo de la QTp o a citoquinas proinflamatorias (TNFa, genotipo C677TT de la MTHFR…) han demostrado aumentar la incidencia de mucositis. En el caso de la mutación homocigota C677T de la MTHFR existe un aumento de la toxicidad derivada del

metotrexate debido a la afectación funcional del ácido fólico, necesario para la síntesis de nucleótidos y reparación del DNA.
- Comorbilidades, estado nutricional e IMC (índice masa corporal): El IMC >25 ha resultado factor de riesgo independiente en algún estudio, probablemente en relación a mayores dosis de QTp y a la probable alteración farmacocinética relacionada con el aumento de tejido adiposo. Por otra parte, los pacientes desnutridos van a presentar más problemas en la fase 5 o cicatrización.
- Xerostomía: La disfunción de la glándula salivar puede contribuir a la mucositis por diferentes mecanismos (aumento de traumatismos o irritación, pérdida de lubricación tisular, colonización de microbiota y/o deshidratación de la superficie mucosa).
- Salud dental (higiene oral previa, caries y enfermedad periodontal).
- Traumatismos o irritación causada por el cepillado, comida, dentadura…
- Tabaco: La afectación de la microcirculación retrasa la cicatrización.

Manifestaciones Clínicas Y Escalas De Gradación

Aunque la destrucción de las células epiteliales de la mucosa comienza inmediatamente después de la administración de quimio o radioterapia, existe una demora en la aparición de los síntomas de unos 3-5 días y pico de afectación máxima a los 7 días. Es un fenómeno autolimitado, con resolución en 10-14 días, coincidiendo con la recuperación granulocítica.

A la exploración, inicialmente, se objetiva la presencia de eritema en la mucosa bucal o paladar blando, se continúa con el desarrollo de lesiones blanquecinas descamativas sobreelevadas y, posteriormente, ulceraciones de las áreas superficiales de aspecto pseudomembranoso o erosivo.

Respecto a la afectación gastrointestinal, se manifiesta como dolor abdominal, hinchazón y diarrea (ésta última debido a la alteración de la permeabilidad intestinal, atrofia de la mucosa, fibrosis de la pared intestinal y esclerosis vascular). Complicaciones como obstrucción intestinal, perforación o formación de fístulas pueden ocurrir en situaciones de afectación extensa/grave.

En cuanto a las complicaciones infecciosas, éstas son consecuencia directa de la rotura de la barrera física mucosa que nos protege de patógenos, tras lo cual existe una predisposición a la sobreinfección bacteriana (Estreptococo viridans y Estafilococos coagulasa negativos), vírica (VHS tipo1) o fúngica (Cándida albicans), dando lugar a infecciones localizadas y/o diseminadas.

Por otra parte, parece ser que el daño tisular de la mucositis está involucrado en la patogenia de la EICH aguda.

La escala de gradación de la severidad de la mucositis más utilizada es la de la OMS:
- Grado 0: Asintomática.
- Grado I: Dolor y eritema.
- Grado II: Eritema y úlceras, pero puede tomar dieta sólida.
- Grado III: Eritema extenso y úlceras, solo tolera dieta líquida.
- Grado IV: Imposibilidad para dieta oral, precisa nutrición parenteral.

Estrategias De Prevención
Valorar revisión oral por odontólogo previo al trasplante.

Cuidados básicos orales. Se trata del mantenimiento de la integridad de la mucosa oral y de su funcionalidad con el objetivo de disminuir el impacto de la flora microbiota bucal, disminuir los síntomas (dolor y sangrado sobre todo) y evitar las infecciones. Dentro de este apartado se incluyen:
- Protección de labios con cremas protectoras.
- Cepilladodedientessuave,adaptadoalgradodemucositisencadamomento.
- Enjuagues con suero salino. Evitar enjuagues/preparados comerciales con alcohol.

Otras medidas preventivas:
1. Sin eficacia demostrada: Profilaxis antibiótica, clorhexidina, GM-CSF, pilocarpina, geles de histamina, pentoxifilina, claritromicina, etc.
2. Con cierta eficacia:
- Crioterapia con hielo o helado: en pacientes tratados con melfalán u otros agentes con vida media plasmática corta: profilaxis antiherpética y antifúngica; sulfasalazina (500 mg/12 h) en la prevención de enteritis por radioterapia; laser de bajo nivel…
- Palifermín coneficacia probada en la reducción en 2/3 de la mucositis grado IV y en 1/3 de la mucositis grado III, así como su duración. Como efectos secundarios descritos: alteración en el gusto, hiperqueratosis lingual, edema, elevación de lipasa-amilasa sin pancreatitis. No efectos adversos a largo plazo sobre la SLP y aparición de segundas neoplasias. Posología: 60 mcg/kg/día x 3 días al menos 24-48 h antes del inicio del acondicionamiento. Posteriormente, 60 mcg/kg/día durante 3 días al menos 24- 48 h tras finalizar el acondicionamiento.

Tratamiento

Es importante la precocidad del inicio del tratamiento, el aumento de forma progresiva, a demanda del paciente según necesidades individuales, y la revaloración clínica diaria.

1. Si la mucositis es leve, el empleo de enjuagues con suero salino fisiológico asociado a geles que contengan ácido hialurónico.
2. Si inicia dolor, usaremos anestésicos tópicos e iniciaremos analgesia sistémica con opioides menores (por ejemplo codeína).
3. Sería de utilidad el paso de la medicación oral susceptible de poder ser administrada de forma intravenosa.
4. Si con todo lo anterior no se consigue un buen control analgésico, ante mucositis moderada y/o severa, pasaremos a emplear opioides mayores (iniciando una perfusión de ajustando la velocidad de infusión según necesidades individuales de cada paciente). Con todo, es preciso reconocer que el dolor provocado por el roce de los alimentos con la mucosa es intratable, al ser mediado por fibras A de conducción rápida.
5. Iniciar nutrición parenteral si la mucositis impide la tolerancia a dieta oral (grados III y IV).

Si presenta úlceras se descartará infección y en caso de confirmarse infección por: VHS tipo 1, C. Albicans… y se pautará tratamiento según documentación microbiológica.

Si el paciente presenta clínica abdominal con dolor y/o diarrea, ésta se manejará con las mismas medidas recogidas en los anteriores apartados, teniendo especial cuidado a:

- La reposición hidroelectrolítica que precise el paciente por las pérdidas gastrointestinales aumentadas.
- Se recogerán muestras para cultivo bacteriológico y determinación de toxina de Cl. Difficile y/o cultivo de virus enterotropos.
- Si la clínica del paciente no concuerda con lo esperado al grado de mucositis que presenta, se estudiará la necesidad de solicitar alguna prueba de imagen (ecografía abdominal).
- Valoración y ajuste de necesidades nutricionales.
- Valoración individual de aumentar la transfusión de plaquetas si aparecen signos de sangrado activo debido a mucositis (secreciones sanguinolentas frecuentes y/o rectorragias).

5 Discusión-Conclusión

La mucositis es la inflamación y ulceración temporal de la mucosa oral que se manifiesta a los 7 ó 10 días de haber recibido tratamiento con quimioterapia/radioterapia.

Existen factores de riesgo relacionadas con el tratamiento recibido y su intensidad, y otros factores asociados al paciente como la salud buco-dental previa.

Las medidas de prevención se basan en el cuidado bucal básica y el uso de enjuagues con suero salino.

En cuanto al tratamiento, consiste en el tratamiento sintomático ajustando la analgesia al grado de mucositis, y a su vez, a la búsqueda de posibles infecciones asociadas y su tratamiento.

6 Bibliografía

- Enric Carreras et al. Manual de Trasplante Hematopoyético, 5ª edición, 2016 (capítulo 5.2: Alteraciones gastrointestinales, J. López-Jiménez).
- Máster Universitario en Trasplante Hematopoyético, 1ª edición, 2015-2016 (módulo 6, tema 2: Mucositis, N. Caminos).
- Peterson DE et al. Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. Ann Oncol. 2015 Sep;26 Suppl 5:v139-51.
- Clarckson JE el al. Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Aug 4;(8):CD001973.
- Sonis ST. Mucositis: The impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. Oral Oncol. 2009 Dec;45(12):1015-20.
- Bensinger W et al. NCCN Task Force Report: Prevention and Management of Mucositis in Cancer Care. J Natl Compr Canc Netw. 2008 Jan;6 Suppl 1:S1-21; quiz S22-4.
- Chaudhry HM et al. The Incidence and Severity of Oral Mucositis among Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation Patients: A Systematic Review. Biol Blood Marrow Transplant. 2016 Apr;22(4):605-616.
- Stiff PJ et al. Long-Term Safety Outcomes in Patients with Hematological Malignancies Undergoing Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplantation Treated with Palifermin to Prevent Oral Mucositis. Biol Blood Marrow Transplant. 2016 Jan;22(1):164-9.

- Riley P et al. Interventions for preventing oral mucositis in patients with cancer receiving treatment: oral cryotherapy. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Dec 23;(12):CD011552.
- Antunes HS et al. Low-power laser in the prevention of induced oral mucositis in bone marrow transplantation patients: a randomized trial. Blood. 2007 Mar 1;109(5):2250-5.

Capítulo 7

RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA CORPORAL EN HEPATOCARCINOMA.

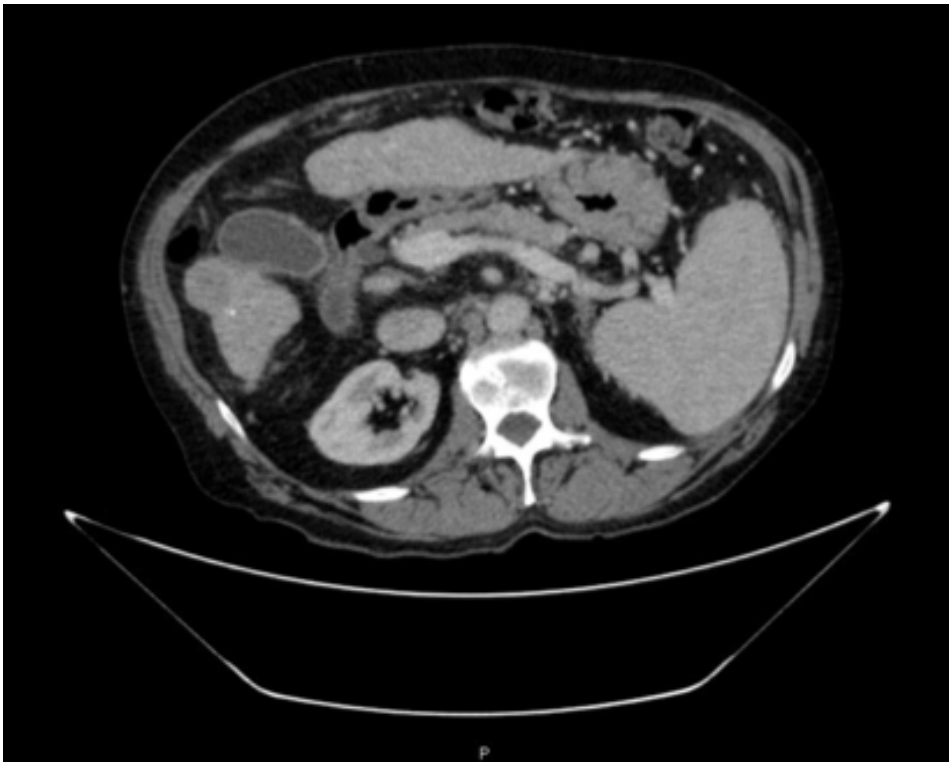
CAROLINA DE LA PINTA ALONSO

1 Introducción

El carcinoma hepatocelular (HCC) es el tumor primario hepatobiliar más frecuente en adultos, constituye aproximadamente el 75% de los tumores primarios hepáticos, aunque la afectación tumoral hepática global más frecuente se debe a las metástasis de otros tumores. Su incidencia está en aumento, según la base GLOBOCAN, estimándose en 6391 nuevos casos en 2020 en España(1).

Los tumores hepáticos también pueden formarse a partir de otras estructuras como el conducto biliar y los grandes vasos. El colangiocarcinoma constituye aproximadamente el 6% de los tumores hepáticos primarios.

La incidencia del HCC ha aumentado en los últimos años convirtiéndose en la quinta neoplasia más diagnosticada en todo el mundo. Es más frecuente en varones que en mujeres y la edad de diagnóstico más habitual es la sexta década de la vida. La mediana de supervivencia tras el diagnóstico varía entre 6 y 20 meses dependiendo fundamentalmente del estadio de la enfermedad y el tratamiento administrado(2).



2 Objetivos

- Conocer la radioterapia estereotáxica corporal en el tratamiento del hepatocarcinoma, como alternativa terapéutica de estos pacientes.

3 Caso clínico

Varón de 65 años exfumador (20 cigarros/día) y hábito enólico de hasta 50-60g de alcohol/día en abstinencia desde 2012. Como antecedentes personales presenta ansiedad, hipertensión arterial e hiperuricemia. Fue intervenido de hernia epigástrica. En tratamiento habitual con espironolactona, carvedilol, lactitol monohidrato, alopurinol, furosemida, enalapril y fitomedianona. Sin antecedentes familiares de interés.

Ante episodio de descompensación hidrópica se diagnostica en mayo de 2012 de cirrosis hepática alcohólica inicialmente con mala función hepática (Child Pugh

C11) que mejora con abstinencia alcohólica (Child Pugh B7).
Tras ese primer episodio de descompensación, presenta otras complicaciones de la hepatopatía crónica incluyendo: descompensación hidrópica con episodio de peritonitis bacteriana espontánea, encefalopatía y otros ingresos por descompensación hidrópica y hemorragia digestiva alta.

Desde el diagnostico se encuentra en seguimiento en consultas de Gastroenterología. En la revisión en consultas de Gastroenterología de marzo de 2018 se visualiza en la ecografía de control una LOE sospechosa por lo que se solicita TC. En el TC abdominal realizado en abril de 2018 se objetivan signos de hepatopatía crónica con datos de hipertensión portal y una lesión focal compatible con hepatocarcinoma en segmento V excrecente, discretamente hiperdensa con lavado en fase tardía.

Ante los hallazgos se presenta en comité de trasplantes y se incluye en lista de espera de trasplante. El paciente continua seguimiento con TC abdominal en Julio de 2018 donde se objetiva en el segmento VI hepático la lesión focal exofítica (LIRADS 5) con un diámetro de unos 26mm, habiendo aumentado de tamaño respecto al estudio previo (21mm). Ante los hallazgos, se presenta en comité de tumores hepáticos. Al tratarse de una lesión exofítica no es candidato a tratamiento con radiofrecuencia por lo que se propone SBRT como terapia puente al trasplante, siendo el paciente remitido a consultas de Oncología Radioterápica. En consultas de oncología radioterápica, tras una anamnesis completa, se realiza la siguiente exploración clínica.

ECOG 0
Buen estado general, normohidratado, normoperfundido. Sin signos de hepatopatía.
Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no roncus, no sibilantes, no crepitantes.
Auscultación cardiaca: rítmico, sin soplos audibles.
Abdomen: ruídos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias.
MMII: no edemas, no signos de trombosis venosa profunda.

Analítica de sangre: INR 1.22, bilirrubina total 1.13, Albúmina 3.19, GOT 36, GPT 28, GGT 50

Tras la valoración del paciente, de su historia clínica y pruebas complementarias

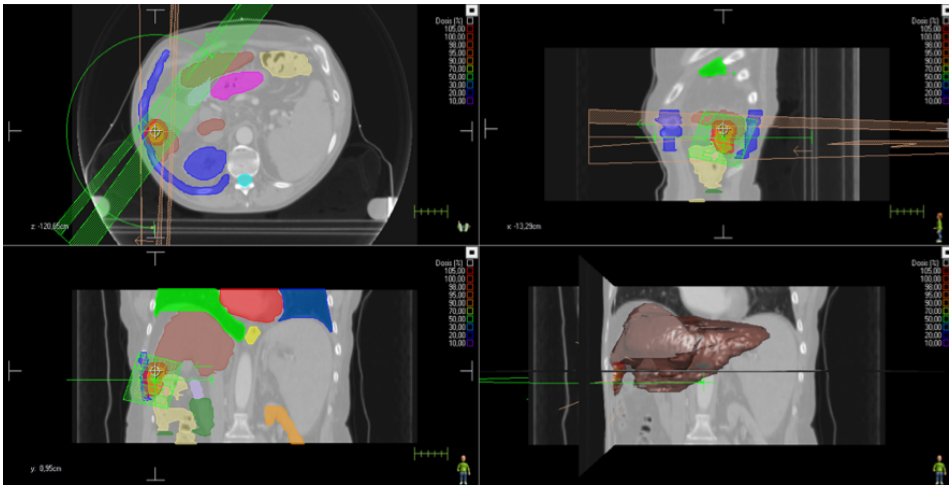
se considera candidato y se explica el tratamiento con radioterapia estereotáxica corporal.

DIAGNÓSTICO:
Cirrosis hepática Estadio CP A6. Estadio A BCLC
Hepatocarcinoma en el segmento V

Para la adecuada IGRT (Image Guided Radiotherapy o radioterapia guiada por imagen) es preciso la colocación de marcas fiduciales en la proximidad del tumor. Para ello se solicita al Servicio de Radiodiagnóstico la colocación de los mismos.

Una vez colocados los marcadores fiduciales se realiza una inmovilización tipo dampening o compresión abdominal y el TC de planificación. Tras la planificación (figura) y aprobación de la misma se inicia el tratamiento. Previo a cada sesión de tratamiento se realiza una verificación con prueba de imagen diaria.

El volumen de tratamiento incluyó la lesión con margen adecuado, recibiendo una dosis de 50 Gy con fraccionamiento de 10 Gy/sesión en días alternos. El tratamiento se llevo a cabo del 21 al 31 de agosto de 2018, siendo bien tolerado, sin presentar toxicidad aguda derivada del mismo.



4 Discusión-Conclusión

DISCUSIÓN

La radioterapia estereotáxica corporal o SBRT permite administrar, en un número limitado de fracciones dosis muy altas al tumor, con efecto biológico ablativo altamente citotóxico, y dosis mínimas sobre los tejidos sanos circundantes(3). Mientras que los tratamientos de radioterapia convencional se administran en fracciones de 1,8 a 2 Gy hasta dosis de 60 o 70 Gy, las dosis administradas en SBRT superan los 5 Gy por fracción en 1 a 8 fracciones, que supone un equivalente radiobiológico mayor.

Una de las ventajas radiobiológicas de la SBRT es un efecto ablativo sobre el tumor, potenciando diferentes mecanismos de destrucción tumoral(4,5). Este tratamiento, incrementa el daño citotóxico directo derivado de la doble rotura del ADN y de la célula madre, además del daño microvascular y estromal en los tejidos tumorales. Se han descrito casos donde la SBRT podría potenciar la respuesta inmune antitumoral y producir una destrucción de metástasis alejadas de las lesiones irradiadas(6).

Clásicamente, la radioterapia en el hígado ha estado limitada por la precisión de los tratamientos, que obligaban a incluir volúmenes grandes de órgano sano, conllevando un riesgo considerable de toxicidad hepática o enfermedad hepática radioinducida (RILD). Sin embargo, el hígado obedece al modelo radiobiológico de arquitectura en paralelo, y aunque no tolera dosis medias altas, volúmenes pequeños del hígado pueden recibir con seguridad dosis muy altas, si la dosis media que recibe el hígado sano entero está limitada(23).

El trasplante hepático en el HCC es la opción curativa, seguida de la resección local en lesiones solitarias de pequeño tamaño, menores de 3-5 cm y con adecuada reserva funcional hepática. En estos casos el pronóstico y los resultados a largo plazo son excelentes. Sin embargo, en pacientes con enfermedad multifocal y/o deterioro de la función hepática, el pronóstico es malo y las opciones quirúrgicas limitadas. Otras alternativas de tratamiento local son las terapias ablativas como la radiofrecuencia, la inyección percutánea con etanol, la crioablación, la quimioembolización transarterial o la radioembolización y más recientemente la radioterapia estereotáxica corporal o SBRT (Stereotactic Body Radiotherapy).

La SBRT se puede plantear como alternativa de tratamiento local en pacientes inoperables, irresecables, que rechacen la cirugía o como puente hasta el trasplante. Además, es un tratamiento empleado en estadios avanzados como en pacientes con trombosis vascular tumoral en los que están contraindicadas la cirugía y la radioembolización o como tratamiento complementario junto con otras modalidades terapéuticas16,17. En general, se aconseja tratar no más de 3 lesiones, de

tamaño total <6 cm y ausencia de progresión de la enfermedad en otras localizaciones.

Hasta ahora, la radiofrecuencia es la alternativa de tratamiento local más empleada, en ocasiones en combinación con la cirugía, consiguiendo tasas de supervivencia global a 3 años del 75-90% y a 5 años del 47 al 80% según las series (18). La radiofrecuencia tiene sus limitaciones técnicas y los resultados no son satisfactorios en lesiones grandes (>3cm), no estando indicada en lesiones próximas a grandes vasos, vía biliar u otros órganos intra-abdominales. La tasa de complicaciones menores tras radiofrecuencia es del 2.4-14% y la tasa de complicaciones mayores del 0.5-8%(19).

Algunos estudios han comparado la SBRT con la radiofrecuencia ablativa y en pacientes con HCC de > 2 cm de tamaño, la SBRT aporta un mayor control local20. La embolización transarterial es otra opción siendo demostrado su beneficio respecto al tratamiento de soporte, aunque su uso se ve limitado en situaciones como pobre vascularización, infiltración de la vena porta y compromiso de la reserva hepática.
Desde finales de los años 90 hay numerosos estudios retrospectivos y estudios fases I-II que han demostrado seguridad y eficacia del tratamiento del HCC y de metástasis hepáticas con SBRT, con tasas de control local del 70%-100% al año y 60-90% a dos años y toxicidades >grado III en la mayoría, inferiores al 5%. En la siguiente figura se encuentran los estudios más relevantes publicados hasta el momento al respecto.

CONCLUSIONES

- La SBRT en hepatocarcinoma permite administrar dosis efectivas biológicas mayores que con radioterapia convencional, lo que resulta en un mayor control local del tumor, con resultados superiores a la radioterapia convencional y prometedores en términos de incremento de supervivencia.
- La SBRT en el tratamiento puente al trasplante es una alternativa de tratamiento.
- La SBRT también parece tener un papel en tratamiento radical, mejorando el control local y la paliación de síntomas.
- La SBRT es un tratamiento bien tolerado, con aceptables tasas de toxicidad gastro-intestinal aguda o tardía.
- La SBRT es un tratamiento coste-eficaz.

Estudios retrospectivos de SBRT en HCC

Estudio	Child-Pugh/BCLC	n	Lesiones	Tamaño	Dosis (fx)	Seguimiento	CL (2 a)	SG (2 a)	Toxicidad
Andolino et al (2011) [10]	A B /AC	36 24	60	3.2 cm	44Gy (3) 40Gy (8)	27 m	90%	67%	No =>G3 13% Disfunción hepática >G1 20% progresión CP
Bibault et al (2013) [11]	A B/AC	67 8	96	3.7cm (3.0-4.4)	40-45 (3)	10 m	89.8%	1 a: 78.5% 2 a: 50.4%	No => G3
Park et al (2013) [12]		26	28	<6cm	40-50Gy (10)		87.6%	1 a: 88.5% 2 a: 67.2%	1 p >G3
Sanuki et al (2014) [13]	A B/A	137 48	185	<5cm	40Gy 35Gy	24 m	3 a: 91%	3 a: 70%	24p >G3 19 p empeoraron en 2 puntos CP 2p G5 hepático
Takeda et al (2014) [14]		73			35-40Gy (5)	31.3 m	1 a: 100% 2 a: 95% 3 a: 92%	1 a: 100% 2 a: 87% 3 a: 73%	Toxicidad hepática G3, 10 p aguda, 9 subA, 13 crónica.
Yamashita et al (2015)[15]	A B	67 9			48 Gy (4) (40Gy/4-60Gy/10)	21 m		2 a: 53%	No G3
Su et al (2016) [16]	A B/AC	114 18	175	3cm (1.1-5.0)	42-46 Gy (3-5) 28-30Gy (1)	21 m	1 a: 90.9%%	1 a: 94.1% 3 a: 73.5% 5 a: 64.3%	11p tox => G3
Wahl et al (2016)[9]	A B C	57 24 2	83	2.2 cm	30-50Gy		1 a: 97.4% 2 a: 83.8%	1 a: 70% 2 a: 53%	3p G>3

Estudios F I-II de SBRT en HCC

Estudio	Diseño	Child-Pugh/BCLC	n	Lesiones	Tamaño	Dosis	Seguimiento	CL (2 a)	SG (2 a)	Toxicidad
Méndez Romero et al (2006) [17]	Fase I-II			45 34 metástasis 11 HCC	3.2 cm	25Gy(5) 30Gy (3)	12.9 m	1 a: 94% 2 a: 82%		4p =>G3 1p CP B fallo hepático
Kang et al (2012) [18]	Fase II	A B/AC IVP	41 6 5	56	29mm	42-60Gy (3)	17 m	94.6%	68.7%	3p G3 GI 2p G4 GI
Bujold et al (2013) [8]	Fase I-II	A/ AC IVP	102 55		117mL (13-1913)	36 (24-54)/6	31.4 m	1 a: 87%	1 a: 55%	=> G3 30%
Lasley et al (2015)[19]	Fase I-II	A B	59	39 26	33.6 mL (2.0-107.3)	48Gy (36-48)/3) CPB: 40/5	33.3 m CP A 46.3 m CP B	2-3 a 91% CPA 82% CPB	2 a: 72% CPA 33% CPB 3 a: 61% CPA 26% CPB	4 p CPA 8p CPB G3/4 hepática
Scorsetti et al (2015)[20]			43	63	<6cm	48-75Gy(3) 36-60Gy (6)	8 m	1 a: 85.8+/-5.5 2 a: 64.4+/-11.5	1 a:77.9+/-8.2 2 a:43.5+/-14	7p =>G3 No RILD

5 Bibliografía

1. GLOBOCAN. http://gco.iarc.fr.
2. NCCN 2020. Hepatocelular carcinoma.
3. Potters L, Kavanagh B, Galvin JM, et al. American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ASTRO) and American College of Radiology (ACR) practice guideline for the perfomance of stereotactic body radiation therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2010; 76: 326–332.
4. Garcia-Barros M, Paris F, Cordon-Cardo C, Lyden D, Rafii S, Haimovitz-Friedman A, et al. Tumor response to radiotherapy regulated by endothelial cell apoptosis. Science. 2003; 300(5622): 1155-9.
5. Fuks Z, Kolesnick R. Engaging the vascular component of the tumor response. Cancer Cell. 2005; 8(2): 89-91.
6. Dewan MZ, Galloway AE, Kawashima N, Dewyngaert JK, Babb JS, Formenti SC, et al. Fractionated but not single-dose radiotherapy induces an immune-mediated abscopal effect when combined with anti-CTLA-4 antibody. Clinical cancer research: an official journal of the American Association for Cancer Research. 2009; 15(17): 5379-88
7. Jacob R, Turley F, Redden DT et al. Adyuvant stereotactic body radiotherapy following transarterial chemoembolization in patients with non resectable hepatocellular carcinoma tumors of > 3 cm. Int Hepato-Pancreato-Biliary 2015; 17 (2): 140-49.
8. Bujold A, Massey CA, Kim JJ, et al. Sequential phase I and II trials of stereotactic body radiotherapy for locally advanced hepatocellular carcinoma. J Clin Oncol.2013; 31(13):1631-1639.
9. Wahl DR, Stenmark MH, Tao Y, et al. Outcomes after stereotactic body radiotherapy or radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma. J Clin Oncol 2016; 34:452-9.
10. Andolino DL, Johnson CS, Maluccio M, et al. Stereotactic body radiotherapy for primary hepatocellular carcinoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2011; 81:e447-453
11. Bibault JE, Dewas S, Vautravers-Dewas C, Hollebecque A, Jarraya H, et al. Stereotactic body radiation therapy for hepatocellular carcinoma: prognostic factors of local control, overall survival, and toxicity. PLoS One. 2013 Oct 11;8(10): e77472.
12. Park JH, Yoon SM, Lim YS, Kim SY, Shim JH, et al. Two-week schedule of hypofractionated radiotherapy as a local salvage treatment for small hepatocellular carcinoma. J Gastroenterol Hepatol. 2013 Oct; 28(10):1638-42.

13. Sanuki N, Takeda A, Oku Y, Mizuno T, Aoki Y, et al. Stereotactic body radiotherapy for small hepatocellular carcinoma: a retrospective outcome analysis in 185 patients. Acta Oncol. 2014 Mar; 53(3): 399-404.
14. Takeda A, Sanuki N. , Eriguchi T. Stereotactic ablative body radiotherapy for previously untreated solitary hepatocellular carcinoma. J Gastroenterol Hepatol, 29 (2) (2014), pp. 372-379
15. Yamashita H, Onishi H, Murakami N. Survival outcomes after stereotactic body radiotherapy for 79 Japanese patients with hepatocellular carcinoma. J Radiat Res, 56 (3) (2015), pp. 561-567
16. Su TS, Liang P, Lu HZ. Stereotactic body radiation therapy for small primary or recurrent hepatocellular carcinoma in 132 Chinese patients J Surg Oncol, 113 (2) (2016), pp. 181-187
17. Mendez Romero A, Wunderink W, Hussain SM. Stereotactic body radiation therapy for primary and metastatic liver tumors: A single institution phase I-II study. Acta Oncol, 45 (7) (2006), pp. 831-837
18. Kang JK, Kim MS, Cho CK. Stereotactic body radiation therapy for inoperable hepatocellular carcinoma as a local salvage treatment after incomplete transarterial chemoembolization Cancer, 118 (21) (2012), pp. 5424-5431
19. Lasley FD, Mannina EM, Johnson CS. Treatment variables related to liver toxicity in patients with hepatocellular carcinoma, Child-Pugh class A and B enrolled in a phase 1-2 trial of stereotactic body radiation therapy Pract Radiat Oncol, 5 (5) (2015), pp. e443-e449
20. Scorsetti M, Comito T, Cozzi L. The challenge of inoperable hepatocellular carcinoma (HCC): Results of a single-institutional experience on stereotactic body radiation therapy (SBRT). J Cancer Res Clin Oncol, 141 (7) (2015), pp. 1301-1309
21. Soliman H, Ringash J, Jiang H, Singh K, Kim J, et al. Phase II trial of palliative radiotherapy for hepatocellular carcinoma and liver metastases. J Clin Oncol. 2015 May 1; 33(13):1519.
22. Kavanagh BD, Schefter TE, Cardenes HR et al. Interim analysis of a prospective phase I/II trial of SBRT for liver metastases. Acta Oncol. 2006; 45(7):848-55.
23. Pan CC, Kavanagh DB; LA Dawson. Radiation-associated liver injury. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2010; 76(3):S94-S100.

Capítulo 8

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN EL PERIODO INMEDIATO AL TRASPLANTE AUTÓLOGO EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ

ELSA GONZÁLEZ REDONDO

NURIA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

LAURA LLORIAN GONZALEZ

ALBERTO GONZALEZ VAZQUEZ

1 Introducción

El trasplante de médula ósea es el tratamiento de elección de diversas enfermedades hematológicas, oncológicas, congénitas e inmunodeficiencias y consiste en la infusión endovenosa de células progenitoras del sistema hematopoyético en el paciente.

Dependiendo de la patología a tratar, la fuente de progenitores hematopoyéticos puede ser un donante histocompatible (alogénico) o bien del mismo paciente (autólogo). Es posible obtener dichas células progenitoras de la misma médula

mediante punción y aspiración repetida del hueso ilíaco o bien de la sangre periférica mediante aféresis.

Entre los principales objetivos del trasplante de médula ósea estarían por tanto, aportar un nuevo sistema hematopoyético y linfático para corregir una patología (alogénico) o rescatar a un paciente oncológico de altas dosis de quimioterapia y, o, radioterapia (autólogo).

No obstante el trasplante de médula ósea no es un procedimiento exento de riesgos y pueden desarrollarse diversas e importantes complicaciones tanto en el periodo inmediato al trasplante como en los meses y años posteriores. Entre estas complicaciones destacan infecciones, enfermedad de injerto contra huésped y el desarrollo de segundas neoplasias.

2 Objetivos

- Analizar la incidencia de complicaciones infecciosas en los primeros 30 días tras la realización de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TASPE), en un periodo de 9 años en una población oncológica pediátrica de un hospital terciario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se analizaron un total de 17 niños y adolescentes sometidos a trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos en el periodo comprendido entre Enero de 2006 y Febrero de 2015. Mediante un estudio retrospectivo se revisaron las muestras microbiológicas obtenidas en estos pacientes en los primeros 30 días posteriores al trasplante, con el fin de documentar las infecciones víricas, fúngicas y bacteri-

anas. Se incluyeron en el análisis tanto cultivos en sangre, como en otros fluidos corporales.

Se definió infección como el aislamiento de un microorganismo asociado a sintomatología compatible, y colonización como el crecimiento de un microorganismo sin asociar signos ni síntomas de enfermedad.

Se incluyeron 17 pacientes con edades comprendidas entre 1 y 18 años (media 9.8 años), 10 varones y 7 mujeres. El motivo del trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos fue leucemia en 5 casos (30%) y tumor sólido o linfoma en los 12 restantes (70%). Se constató infección en un total de 7 pacientes (41%), de las que un 70% fueron de origen bacteriano y un 30% vírico. La tasa global de bacteriemia en los 17 pacientes fue del 18%. En el total de muestras revisadas se documentaron 80% gram positivos (todos ellos estafilococos coagulasa negativos) y un aislamiento único de pseudomonas aeruginosa multisensible. No se documentaron hongos en ningún estudio microbiológico.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones en el primer mes post trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos son una importante causa de morbilidad. En nuestra serie predominan gérmenes gram positivos de escasa virulencia, destacando que sólo se ha constatado una única causa de bacteriemia por gram negativos (6%) en el periodo de estudio, así como ningún aislamiento positivo para hongos.

6 Bibliografía

1. High-dose chemotherapy and autologous haematopoietic stem cell rescue for children with high-risk neuroblastoma. Yalçin B1, Kremer LC, van Dalen EC. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Oct 5.
2. Bacterial infections in the early period after allogeneic bone marrow transplantation. Vavilov VN1, Averyanova MY1, Bondarenko SN1, Stancheva NV1, Zubarovskaya LS1, Afanasyev BV1. Ter Arkh. 2015;87(7):88-93.
3. Stem cell transplantation for pediatric lymphoma: past, present and future. MB Bradley and MS Cairo. Bone Marrow Transplantation (2008) 41, 149–158.
4. Trasplante de médula ósea en pacientes pediátricos. Francisco Barriga C; Ramón Baeza B; Jaime Pereira G; Pelayo Besa D; Isabel Caldumbide S; Miriam Medel F. Rev. chil. pediatr. v.70 n.3 Santiago mayo 1999.

Capítulo 9

MANEJO ANESTÉSICO DE LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA COMBINADA CON QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL DE ALTA TEMPERATURA PARA EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

NEREA GARCÍA GONZÁLEZ

NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ

JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON

BELÉN TOBERA NOVAL

COVADONGA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La Carcinomatosis Peritoneal (CP) supone la diseminación de tumores malignos de origen abdomino-pélvico sobre la superficie peritoneal y ha sido considerada

clásicamente como signo de enfermedad generalizada y tratamiento paliativo. Sin embargo, se están desarrollando nuevas técnicas que, en combinación con la quimioterapia intravenosa, permiten prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Entre estos avances, destaca la Cirugía Citorreductora (CCR) unida a la administración intraoperatoria de quimioterápicos intraperitoneales a temperaturas elevadas (HIPEC).

• Valoración preanestésica:
- Se trata de una cirugía abdominal extensa, con un tiempo quirúrgico prolongado.
- Estudios preoperatorios básicos (hemograma + coagulación + bioquímica (incluyendo Magnesio, Albúmina y Prealbúmina) + ECG + Rx tórax) completados con espirometría en todos los casos y ecocardiograma si > 65 años, antecedentes de patología cardiológica o tratamiento previo con quimioterápicos cardiotóxicos.

• Período Intraoperatorio:
- Es recomendable la utilización de técnicas combinadas (AG + Catéter Epidural Torácico) para el manejo multimodal del dolor.
- Monitorización de ECG, tensión arterial invasiva, PVC continua y del GC, además del control de la temperatura (esofágica y vesical).
- Profilaxis antimicrobiana de amplio espectro.
- Realizar analítica de control al inicio, tras fase de CCR y al final de la intervención.

- Se distinguen dos períodos:
1. Fase de Citorreducción: es la más larga, supone una resección amplia de peritoneo y epiplon, pudiendo implicar también otras vísceras. En este período se produce una pérdida importante de volumen por exposición quirúrgica, sangrado y ascitis. Reposición de volumen según pérdidas y variación del volumen sistólico; valorar transfusión de hemoderivados. Al final de esta fase, intensificar medidas de protección renal y retirar medidas de calentamiento.
2. Fase de HIPEC: de duración variable (30-90 min), consiste en la infusión de fármacos citostáticos en la cavidad abdominal a una temperatura entre 41ºC y 43ºC, en solución glucosada. Esto da lugar a un estado hiperdinámico, con vasodilatación periférica e incremento del gasto cardíaco, además de una descompensación glucémica de difícil control.

El objetivo es mantener una temperatura del paciente <39ºC, disminuyendo la temperatura ambiente, con sueros fríos por VVC y otras medidas físicas de enfri-

amiento si precisa.
Vigilancia estricta de la función renal, niveles de glucemia y del equilibrio ácido-base e iones.
Valorar inicio precoz de Aminas Vasoactivas.

En función de la extensión y duración de la cirugía, y del comportamiento metabólico y hemodinámico del paciente durante la misma se valorará educción y extubación en quirófano.

• Período Postoperatorio:
Durante su estancia en Reanimación (48-72 horas) es importante ajustar e individualizar fluidoterapia, vigilando la aparición de toxicidad hematológica, renal u otras complicaciones, cobrando especial importancia la fibrilación ventricular, el tromboembolismo pulmonar y el derrame pleural.

2 Objetivos

- Presentar el manejo anestésico para la CCR + HIPEC en un hospital de tercer nivel.

3 Metodología

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

4 Resultados

La CCR + HIPEC se ha postulado en los últimos años como una técnica efectiva para el tratamiento de la Carcinomatosis Peritoneal.

5 Discusión-Conclusión

Es una intervención quirúrgica de gran magnitud, que conlleva un manejo anestésico característico. Debemos individualizar cada caso, intentando man-

tener la estabilidad hemodinámica y metabólica, adoptando las medidas necesarias para mermar y tratar las posibles complicaciones.

6 Bibliografía

1.- Mesotelioma peritoneal maligno. Nuestra experiencia con la triple terapia combinada: citorreducción, quimioterapia intraperitoneal perioperatoria e hipertermia. Cirugía española. Vol. 81. Núm. 2. Páginas 82-86 (Febrero 2007).
2.- Anestesia en la Cirugí¬a Citorreductora y la Quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC). AnestesiaR. Mayo 2014.

Capítulo 10

IMPLICACIONES ANESTÉSICAS DE LA METAHEMOGLOBINEMIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

NEREA GARCÍA GONZÁLEZ

NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ

JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON

COVADONGA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ

BELÉN TOBERA NOVAL

1 Introducción

La Metahemoglobinemia es una enfermedad caracterizada por la presencia de unos niveles sanguíneos anormalmente altos de hemoglobina oxidada (>1% del total). Ésta presenta menor afinidad por el oxígeno, con la consiguiente reducción de la concentración circulante del mismo y de la capacidad de liberarlo a los tejidos dando lugar a hipoxia.

Se distinguir entre entidad de origen congénito (déficit de la enzima diaforasaI) y de origen adquirido (drogas exógenas oxidantes y sus metabolitos, determinados antibióticos (sulfamidas…), algunos anestésicos locales (prilocaína…).

Los signos y síntomas varían en función de los niveles de metahemoglobina en sangre, pudiendo estar los pacientes totalmente asintomáticos, o presentar

desde dolor de cabeza, dificultades para respirar y cianosis hasta arritmias, convulsiones, coma y muerte. Su tratamiento está basado en el aporte de Oxígeno suplementario y Azul de Metileno al 1%, que restaura el hierro de la hemoglobina a su estado transportador.

2 Objetivos

- Presentar el caso de un niño con diagnóstico de Metahemoglobinemia congénita intervenido de forma urgente en nuestro centro por un cuadro de apendicitis aguda.

3 Caso clínico

Nuestro paciente es un varón de 9 años que acude a nuestro Hospital derivado desde su Centro de Atención Primaria por cuadro de dolor en fosa ilíaca derecha de 48 horas de evolución, acompañado únicamente por febrícula (37,4ºC) y dos episodios de vómito.

Como antecedentes personales, no refiere alergias conocidas, sin problemas durante el parto y con un desarrollo psicomotor normal. A seguimiento por el Servicio de Pediatría tras diagnóstico al nacimiento de Metahemoglobinemia congénita (deficiencia de enzima NADPH metahemoglobina reductasa; fracción de MetHb: 10,4%); a tratamiento con Azul de Metileno (5 mL/24 horas VO), el niño permanece asintomático.

En la exploración física, bien nutrido e hidratado, palidez mucocutánea y postración. A nivel abdominal, signos de irritación peritoneal. Parámetros analíticos en límites de normalidad, excepto Proteína C reactiva (5,1 mg/L). En la Ecografía abdominal se observan imágenes compatibles con apendicitis aguda.
Ante tal diagnóstico, se decide intervención quirúrgica urgente, realizándose sin incidencias una apendicectomía vía laparoscopia bajo Anestesia General Balanceada con monitorización de ECG, pulsioximetría y presión arterial no invasiva. El paciente se mantiene estable durante toda la cirugía, con SatO2 >97% con FiO 50%. Tras 2 horas en la Unidad de Reanimación postanestésica pasa a planta de hospitalización, sin incidencias conocidas hasta su alta a domicilio.

4 Discusión-Conclusión

La Metahemoglobinemia es una enfermedad caracterizada por mayor tendencia a la hipoxia dados sus niveles anormalmente altos de hemoglobina oxidada. Es de vital importancia conocer con exactitud el estado de la oxigenación del paciente, con controles gasométricos seriados, e incluso con determinación en el intraoperatorio de los niveles de MetHb. Sin embargo, para la monitorización de la saturación de oxígeno hay que valorar previamente la gravedad del caso y las características del propio paciente, en función de lo cual usaremos métodos no invasivos (pulsioximetría) o cruentos (gasometría arterial), teniendo siempre en cuenta las particularidades de la curva de disociación de la Hb en esta entidad.

Entre los diagnósticos diferenciales de la hipoxemia debemos pensar en cardiopatías congénitas, hipotermia, shock, etc. cobrando especial importancia la monitorización con electrocardiograma (ECG) e incluso seriar niveles de troponinas.

5 Bibliografía

- Tratado de cuidados intensivos pediátricos. F. Ruza. 3ª edición.
- La importancia de la prevención y el diagnóstico de la metahemoglobinemia en la infancia. Formación activa en Pediatría de Atención Primaria. 2019. Vol 12. Nº3.
- Hematología práctica. Interpretación del hemograma y de las pruebas de coagulación. J Huerta Aragonés. E Cela de Julián. AEpap.com

Capítulo 11

DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS EN EL CONTROL DE LA VÍA AÉREA

NEREA GARCÍA GONZÁLEZ

NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ

JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON

BELÉN TOBERA NOVAL

COVADONGA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El buen control de la vía aérea es uno de los objetivos principales del manejo del paciente en estado grave, tanto dentro como fuera del hospital. En un paciente anestesiado o inconsciente, podemos controlar la vía aérea mediante ventilación con mascarilla facial, dispositivos supraglóticos, intubación oro-naso traqueal o vía aérea quirúrgica. En los últimos 20 años, el manejo de los dispositivos supraglóticos se ha extendido de manera llamativa tanto dentro de quirófano como en situaciones de emergencia extrahospitalaria, siendo varias las opciones disponibles con características diferenciales.

Son dispositivos que, colocados por encima de las cuerdas vocales, permiten la ventilación. Su diseño está dirigido a solventar las desventajas de la intubación endotraqueal. Una clasificación didáctica y sencilla fue publicada por Timmermmann en 2011:

- 1ª GENERACIÓN:
Primeros dispositivos diseñados; la mascarilla laríngea (ML) clásica. Tiene una cazoleta preparada para que se sitúe en hipofaringe, con una abertura anterior a la entrada de la glotis; encontramos unas barras de retención de la glotis, protegiendo la vía aérea de la oclusión por la misma. El borde de la mascarilla presenta un manguito inflable, que llega al espacio hipofaríngeo, creando un sellado que permite la ventilación con presión positiva. La optimización de sellado depende más de una correcta inserción y de la utilización del tamaño adecuado que del propio inflado.

Para su inserción se precisa posición de olfateo del paciente. Debemos introducir la ML completamente desinflada y aplanada, lubricada en su parte posterior; se apoya contra el paladar y se dirige hacia occipucio, deslizándose luego hacia atrás. Encontramos tope al llegar al músculo cricofaríngeo; tras el inflado, se observa un pequeño movimiento de acomodación. Para retirarla, mejorcompletamente hinchada, para eliminar con ella las secreciones.

En este grupo podemos incluir los dispositivos Cobra y CobraPla, más novedosos. Desechables, sin látex. En su parte distal, tiene un orificio rodeado por un diseño en forma de cabeza de cobra, y por encima un balón en forma de anillo, que al hincharse desplaza la lengua anteriormente.

- 2ª GENERACIÓN
Son dispositivos similares pero incorporan características para mejorar la seguridad y proteger contra la regurgitación y aspiración, presentando un tubo gástrico y mejor sellado.
- ML Proseal: diseño de cazoleta abierta, sin bandas, con doble manguito y doble tubo. El tubo destinado al tracto digestivo discurre por dentro de la cazoleta hasta abrirse en la punta de la ML. Consta de un manguito anterior, un manguito posterior y un tubo de drenaje gástrico, que contacta con el esfínter esofágico superior y proporciona continuidad entre la vía digestiva y el exterior. Los dos manguitos dan en su conjunto una mayor compliance y permite introducir en su interior un mayor volumen de aire sin aumentar la presión sobre la mucosa laríngea. Para su inserción, precisa de hiperextensión del cuello para avanzar hasta la base de la hipofaringe; se recomienda introducirla ya con una sonda de aspiración en su interior.
- ML Supreme: con acceso gástrico, presenta en su cazoleta bandas de retención de la epiglotis. El manguito tiene un perfil aumentado, proporcionando una protección de sellado superior. La inclinación del tubo de la vía aérea facilita su

introducción. Es desechable.
- I-gel: desechable y con vía gástrica, realizado con un material elastómero termoplástico anatómicamente preformada como la imagen en espejo de las estructuras faríngeas. No precisa de manguito hinchable y se puede intubar a través de sí.

- PARA INTUBACIÓN:
Son aquellos dispositivos que permiten la intubación a su través.
- ML Fastrach: puede ser introducida en cualquier posición, sin mover la cabeza, cuello en posición neutra. Presenta un tubo de vía aérea unido a un mango para permitir su inserción con una sola mano: es rígido, curvado anatómicamente y ancho, pudiendo pasar a su través hasta un TET de 8mm. El manguito inflable puede pasar por una apertura bucal de 2-2,5 cm. Presenta una barra elevadora de la epiglotis. El set incluye un TET específico, recto, de silicona y reforzado tipo flexo-metálico, con punta atraumática. Su longitud permite la extracción de la ML a su través.
- Air Q: fabricada en silicona, permite la intubación con TET de hasta 8,5 mm. Tiene una cazoleta más amplia y en su parte proximal, presenta un talón acoplado para mejorar el sellado, y por debajo, una rampa elevadora de la epiglotis que mejora la dirección del TET. Más distalmente, presenta un orificio en forma de llave y tres anillos transversales que refuerzan la punta de la mascarilla, dando estabilidad y mejorando la alineación con la vía aérea. En cuanto al tubo, es hipercurvado, diseñado para evitar que se doble; presenta un mordedor que evita que se colapse. En el mismo set encontramos un estilete para extraer la mascarilla y dejar el TET.

- BLOQUEADORES ESOFÁGICOS:
Se diseñaron para manejo de la vía aérea urgente y extrahospitalaria, para personal poco entrenado.
- Combitube: sólo se usa en situaciones de urgencia, con escaso espacio e iluminación. Es un tubo de látex de doble luz que combina las funciones de obturador esofágico de la vía aérea y un TET convencional. La luz esofágica está abierta en su parte superior y su parte distal está cerrada presentando perforaciones a nivel de la faringe. La luz traqueal está abierta tanto en su parte proximal como en la distal. Tiene dos balones de inflado: uno orofaríngeo, situado de manera proximal a las perforaciones, que sella la cavidad oral y nasal, y otro traqueoesofágico. Cuando se introduce el Combitube, se puede situar en tráquea o en esófago; en la mayoría de los casos, pasa a esófago, siendo el paciente ventilado por las perforaciones, y el estómago aspirado por la luz traqueal.
- Easytube: sin látex y de doble luz. Permite la ventilación tanto en posición es-

ofágica como traqueal. La apertura faríngea está diseñada para permitir un paso fácil de un fibroscopio o sonda de aspiración.
- Tubo laríngeo: una sola luz y dos balones, faríngeo y esofágico. Es corto, con forma de S, y se introduce bien en posición neutra o de olfateo, inflando ambos balones a la vez.

- 3ª GENERACIÓN:
Son dispositivos que no presentan manguito para hinchar la cazoleta y mantienen la presión por sí mismos, son autopresurizables.
- Air Q SP: desechable, se puede usar como conducto para la intubación. La diferencia con la Air Q original es que no presenta ningún aparato de hinchado, la presión del manguito es autorregulable: se infla con la ventilación con presión positiva y se desinfla durante la espiración hasta el nivel de la PEEP. Se consigue así un sellado eficiente y de baja presión. En el mismo set encontramos un estilete para extraer la mascarilla y dejar el TET.
- Baska Mask: es un dispositivo estéril, desechable y fabricado en silicona. Proporciona acceso independiente al tracto respiratorio y digestivo. Se adapta a la anatomía del paciente y tiene una lengüeta que facilita su inserción. Presenta un manguito no hinchable que se continúa con el canal central de ventilación: se autohincha a medida que aumenta la presión con la ventilación mecánica, permitiendo altas presiones de sellado. Está diseñada para que las secreciones orofaríngeas sean dirigidas lateralmente, pudiendo conectar un sistema de aspiración.
- Ambú/AuraGain: se considera de 3º generación, aunque presenta manguito de inflado. Permite intubar a su través (asistencia de fibrobroncoscopio), aporta acceso gástrico y se acompaña de una curvatura anatómica que facilita su inserción. Garantiza altas presiones de sellado y tiene un bloque mordedor evitando oclusiones.
- Totaltrack: es en realidad un videolaringoscopio que permite ventilar mientras se realiza la intubación. Ofrece visión directa y ventilación continua desde que se introduce en la boca del paciente. Desechable o reutilizable; aporta un canal para aspiración gástrica y otro para aspiración de secreciones internas de la mascarilla.

2 Objetivos

-Describir la utilidad de estos dispositivos dentro del manejo de la vía aérea, describiendo el amplio abanico de posibilidades que tenemos disponibles en el mercado en la actualidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la actualidad resulta muy fácil encontrar gran variedad de dispositivos supraglóticos como parte del material habitual tanto en el contexto quirúrgico y unidades de críticos, como en ambiente de urgencias intra y extrahospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

Los dispositivos supraglóticos se colocan por encima del nivel de las cuerdas vocales y permiten la ventilación de los pacientes. Se ha demostrado que son tan efectivos como el tubo endotraqueal en el control emergente de la vía aérea, tanto en contexto hospitalario como fuera del hospital, y su facilidad de uso los convierte en un dispositivo de gran valor para el manejo adecuado de la ventilación.

6 Bibliografía

- Dispositivos de la vía aérea difícil. M. Mariscal; M.L. Pindado; E. Duro; M. Caro; W. Engel; B. Arrazola.
- Nuevas mascarillas laríngeas; la 3ª Generación. Martínez Hurtado, E. (Hospital Universitario Infanta Leonor); Mariscal Flores, M.L. (Hospital Universitario de Getafe); Engel Espinosa, W. (Hospital Universitario de Getafe); Sánchez Merchante, M. (Hospital Universitario Fundación de Alcorcón).

Capítulo 12

HERNIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA VS TÉCNICA ABIERTA

RICARDO ELORRIAGA CLARACO

ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ

JULIETA ALONSO SOTO

ZAIDA GARCÍA BURON

ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO

1 Introducción

Una hernia es una salida de un tejido o de una parte de un órgano a través de un orificio de la pared del abdomen o a través de una fascia. El contenido suele ser grasa o intestino.

Existen distintos tipos de hernias que se clasifican en función de su localización:
- Umbilical: en el ombligo o alrededor del ombligo. Suele ser por un cierre incompleto de la fascia del músculo de alrededor del ombligo tras el nacimiento.
- Epigástrica: la protuberancia aparece entre el ombligo y el apéndice xifoides del esternón. Suelen estar en la línea media.
- Inguinal: protuberancia en la ingle. Más frecuente en hombres y puede llegar a bajar hasta el escroto.
- Crural: protuberancia justo debajo del ligamento inguinal, en zona superior interna del muslo. Es más frecuente en mujeres.

- Hiatal: en zona superior del estómago. Aquí el estómago se adentra en el tórax.

Algo que parece claro es que una hernia aparece en zonas de debilidad de la pared abdominal y que las causas de aparición puedes ser muy variadas: cargar objetos pesados, actividad física que aumente la presión intra-abdominal, esfuerzo en el baño (estreñimiento), problemas de salud que incrementen la presión en los músculos abdominales (sobrepeso, agrandamiento de próstata, fibrosis quística…). Hay que tener en cuenta que los bebes también pueden desarrollarlo.

Los síntomas que suelen presentar los pacientes son molestias o dolores y, al final, lo que prácticamente describen todos es la aparición de una tumoración que crece y se percibe. (1)

2 Objetivos

- Diagnosticar correctamente la hernia inguinal.
- Conocer las diferencias entre la técnica convencional abierta y la laparoscópica.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cuiden, Medline y PubMed así como protocolos de hospitales españoles en un periodo de tiempo comprendido entre 2000-2019 y aplicando un filtro de idioma (artículos / trabajos publicados en castellano) con un gran número de artículos, de estos fueron seleccionados 12 para ser analizados en profundidad. Los descriptores utilizados fueron: hernia inguinal, hernioplastia y hernia por laparoscopia.

4 Resultados

La hernia inguinal en este caso se diagnostica fundamentalmente por la exploración física del médico. Puede que el facultativo precise que el paciente tosa o que simule un esfuerzo. En algunos casos para confirmar el diagnóstico se precisa una ecografía o una TAC (tomografía axial computerizada). El tratamiento siempre es quirúrgico. Cuando la hernia no se aprecia a simple vista y/o no genera demasiadas molestias, el cirujano puede recomendar esperar para ver la evolución.

Existen dos métodos para reparar quirúrgicamente la hernia inguinal:

- Cirugía convencional o abierta: esta cirugía se realiza normalmente con anestesia epidural o anestesia local y sedación, aunque en ocasiones puede requerir anestesia general. Se realiza una incisión en la ingle. El cirujano reduce el contenido que sobresale hacia el interior del abdomen. Posteriormente sutura el área debilitada. A continuación pone una malla sintética (son de material no absorbible, de polipropileno) para reforzar la musculatura de dicha zona. La incisión inicial se sutura con puntos y/o grapas.
- Cirugía por Laparoscopia: esta cirugía precisa anestesia general. El cirujano realiza 3-4 pequeñas incisiones de aproximadamente 1-1,5 cm en el abdomen. Precisa insuflar gas para distender y poder visualizar bien la cavidad abdominal. Por las incisiones, a través de unos trócares, se insertan la cámara y los instrumentos que le ayudan a reducir la hernia y repararla. Se emplea una malla artificial que queda fijada a la cara interna de la cavidad abdominal mediante unas grapas.

En ambas cirugías se recomienda la deambulación temprana. Deberán pasar algunas semanas (2-4 semanas) hasta que el paciente pueda retomar una vida normal y pueda volver a hacer esfuerzos o a cargar pesos. (2)

La modalidad de laparoscopia, a diferencia de la cirugía convencional abierta, evita el tejido cicatricial de la zona, suele generar menos dolor después de la intervención y permite una reincorporación más temprana a la actividad normal y a la laboral.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy no hay una evidencia científica que avale la existencia de unas ventajas definitivas en la técnica por laparoscopia frente a la vía convencional abierta.

A pesar del desarrollo extraordinario de la vía laparoscópica, la hernioplastia con malla por vía abierta (técnica Lichtenstein) es casi de primera elección, lo cual puede deberse más a cuestiones económicas que a científicas (la técnica de laparoscopia tiene un coste material mayor). Aunque uno de los motivos para elegir la técnica de laparoscopia puede ser la adecuada formación y destreza por parte de los cirujanos. (3)

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000960.htm.

- https://doi.org/10.1002/14651858.CD007781.pub2.
- https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2013/2013-vol24-n3-4-act9.pdf.
- Torralba JA, Moreno A, Lirón R et al.: Hernia inguinal bilateral: cirugía abierta versus reparación endoscópica preperitoneal. Cir Esp (2003); 73 (5): 282-7.

Capítulo 13

TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS LÚPICA.

ANNA GALLARDO PÉREZ

MIGUEL SERAS MOZAS

1 Introducción

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune mediada por inmunocomplejos. El diagnóstico de la nefritis lúpica se basa en datos analíticos, datos clínicos y sobre todo la realización de la biopsia renal.
El diagnóstico anatomopatológico es clave para:
1. Establecer el pronóstico.
2. Planificar el tratamiento.
3. Determinar la respuesta al tratamiento para evitar el desarrollo de brotes renales durante la evolución y mantener la mejoría conseguida en la fase de inducción.

Nefritis Lúpica. Clasificación anatomopatológica:
1. Clase I: Mesangial mínima.
2. Clase II: Proliferativa mesangial.
3. Clase III: Focal.
4. Clase IV: Difusa.
5. Clase V: Membranosa.
6. Clase VI: Esclerosis.

2 Objetivos

- Llevar a cabo una revisión bibliográfica del tratamiento de la nefritis lúpica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tratamiento de inducción de la nefritis lúpica:
El objetivo es la remisión precoz del brote renal y evitar la evolución a la cronicidad.
Dura habitualmente entre 3 y 6 meses.
Cada uno de los grados histológicos requiere un tipo de tratamiento.

Clase I:
- No requiere tratamiento específico.
- Solo tratar manifestaciones extrarrenales.

Clase II:
- Según la guía KDIGO: Si presenta proteinuria > 3 g/24 horas esteroides + anticalcineurinicos.
- Según la guía SEN: Si presenta proteinuria > 1-2 g/24 horas esteroides hasta 0,5 mg/kg/día + azatioprina o micofenolato durante 6-12 meses.

Clase III–IV:
- Corticoides combinados con ciclofosfamida o micofenolato.

Metilprednisolona.
- Vía oral: prednisona 30 mg/día
- Vía intravenosa (iv): 500-1000 mg/día en pulsos durante 3 días.

Ciclofosfamida (CF).

- Pulsos IV mensuales/régimen NIH: 750 mg/m2 superficie corporal durante 6 meses.
- Pulsos IV QUINCENALES/régimen EUROLUPUS): dosis fija 500 mg durante 3 meses

Micofenolato mofetilo (MMF).
- Dosis inicial: MMF 1g/día o micofenolato sódico 720 mg/día repartidos en dos dosis.
- Incremento en dos semanas a micofenolato mofetilo 2-3 g/día o micofenolato sódico 1440-1800 mg/día repartidos en 2-3 dosis diarias.

Clase V:
- Existen pocos estudios que hayan analizado cuál es el tratamiento más adecuado de la nefritis lúpica membranosa y, por tanto, el nivel de evidencia es bajo. En general se admite que el tratamiento es igual que en las clases III y IV.

Clase VI:
- Fase irreversible de daño renal.
- Tratamiento de las manifestaciones extrarrenales.

Tratamiento de inducción. Comentarios sobre los diferentes inmunosupresores:

- Corticoides: tratamiento de base habitual.
Combinados con otros inmunosupresores son más eficaces que en monoterapia. Se sugiere el uso de pulsoterapia con metilprednisolona en los casos más graves, con síndrome nefrótico o insuficiencia renal, y como ahorrador de prednisona oral.
Esteroides iv: síndrome nefrótico y/o insuficiencia renal. Dosis < 1 g/día. No mayor incidencia de efectos adversos.
Esteroides vía oral: dosis no mayor a 30 mg/día. Dosis acumulada y número de semanas con dosis > 5 mg/día se asocian a mayor toxicidad. El ritmo descendente de prednisona debe ser rápido hasta dosis ≤5 mg/día. Se recomienda que se hayan alcanzado los 5 mg/día alrededor de los 3 meses y nunca después de los 6 meses.

Efectos adversos: dosis dependientes.
1. Osteoporosis.
2. Osteonecrosis.
3. Diabetes.
4. Infecciones graves.
5. Cataratas.

6. Enfermedad cardiovascular.
- Ciclofosfamida
Existen dos pautas:
• Pulsos IV mensuales/régimen NIH (dosis altas): 750 mg/m2 superficie corporal durante 6 meses.
• Pulsos IV quincenales/régimen eurolupus (dosis bajas): 500 mg durante 3 meses.
Similar en términos de eficacia. La evidencia es limitada a población caucásica y en ausencia afectación renal grave.
Los efectos adversos de la ciclofosfamida han condicionado la búsqueda de menores dosis y de fármacos alternativos que, al menos, la igualaran en eficacia, como el MMF.
Una dosis acumulada de más de 8 g aumenta el riesgo de insuficiencia ovárica. A mayor edad, la dosis de seguridad se reduce a unos 5 g aproximadamente.

Micofenolato
En el análisis post-hoc del estudio ALMS (subanálisis), vieron mayor eficacia en raza negra y latinoamericanos con el MMF, pero no porque este sea mejor, si no por la escasa respuesta que tienen estos pacientes a la ciclofosfamida.
Similar tasa eventos adversos que CF, con mejor perfil de efectos secundarios.

Tratamiento de mantenimiento de la nefritis lúpica:
El objetivo es evitar el desarrollo de brotes renales durante la evolución y mantener la mejoría conseguida en la fase de inducción.
La duración no está bien definida, habitualmente dura un mínimo de 2 años.
Los fármacos más empleados son MMF o azatioprina.
• Dosis MMF: micofenolato mofetilo en torno a 1,5-2 g/día o micofenolato sódico 1.080-1.440 mg/día, repartidos en dos dosis.
• Dosis Azatioprina: 1,5-2 mg/kg/día.
Según el estudio ALMS: Consiguió la remisión en todos los pacientes, siendo MMF superior a azatioprina.

Manejo de pacientes no respondedores.
Si durante los primeros tres meses del tratamiento inicial, hay progresión clínica de la enfermedad renal (por ejemplo: empeoramiento de la creatinina sérica y/o proteinuria), se debe cambiar el agente inmunosupresor (es decir, la ciclofosfamida se cambiaría a micofenolato mofetilo o micofenolato mofetilo a ciclofosfamida).
Si a pesar de esto no hay respuesta, existen varias alternativas, poco estudiadas:
• Corticoides con anticalcineurínicos,

• Rituximab.
• Triple terapia: Corticoides, MMF y anticalcineurínicos.
La duda principal es si se podrían administrar anticalcineurínicos, rituximab y triple terapia como tratamiento de inducción.
Según el estudio LUNAR, el rituximab no fue más eficaz comparado con el tratamiento estándar. Además, tampoco resultó ser más eficaz añadido al tratamiento convencional. Por último, aquellos pacientes que recibieron rituximab resultaron más refractarios.

No hay diferencias en cuanto a eficacia en el tratamiento de inducción con MMF; y añadido al tratamiento estándar no aporta más beneficios. Hay datos que apoyan su uso en pacientes refractarios al tratamiento convencional, por lo que se debería reservar como tratamiento de rescate en estas situaciones.

Los anticalcineurínicos (CsA y tacrólimus) han sido utilizados en pacientes con NL como tratamiento de inducción y de mantenimiento; han presentado un alto índice de respuesta, ha disminuido la proteinuria a valores indetectables y han demostrado su efectividad en evitar los brotes. De momento, no hay suficiente evidencia para que pueda ser autorizado su uso como alternativa al tratamiento estándar y su utilización a largo plazo se ve limitada por su nefrotoxicidad.

El tratamiento combinado de inmunosupresores (triple terapia) se plantea con la esperanza que haya un efecto aditivo de sus efectos biológicos.
• Beneficios: Mayor tasa de respuesta tanto parcial como completa.
• Limitaciones: Mayor número de efectos adversos graves, fundamentalmente infecciones. Falta de seguimiento a largo plazo.
Tratamiento no inmunosupresor:
Todos estos tratamientos se deben asociar junto a un tratamiento de base:
1. Hidroxicloroquina.
2. Antiproteinúricos: IECAS y/o ARA2.
3. Gastroprotección.
4. Protección ósea: Vitamina D, calcio, bifosfonatos.
5. Vacunación adecuada.

5 Discusión-Conclusión

- El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad grave.
- La afectación renal es una de las manifestaciones más graves de la enfermedad.

- El diagnóstico anatomopatológico resulta fundamental para clasificar el grado de afectación.
- El tratamiento inmunosupresor debe ser enérgico, con diferentes posibilidades según el grado histológico.

6 Bibliografía

- Diagnóstico y tratamiento de la nefritis lúpica. Documento de consenso del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (GEAS) de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.) Guillermo Ruiz-Irastorza, et al. Nefrologia 2012;32 (Suppl.1):1-35.
- ¿Dónde estamos en el tratamiento de la nefropatía lúpica?: eficacia y seguridad de los nuevos esquemas terapéuticos M.M. Díaz-Encarnación, J.A. Ballarín. Servicio de Nefrología. Fundación Puigvert. Universidad Autónoma de Barcelona. Nefrologia Sup Ext 2011;2(5):85-91.
- KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis. Kidney International Supplements (2012) 2, v.
Update on Lupus Nephritis. Salem Almaani, Alexa Meara and Brad H. Rovin. CJASN May 2017, 12 (5) 825-835.
- Lupus Nephritis Management Guidelines Compared. Suzanne Wilhelmus, et al. Nephrol Dial Transplant, 31 (6), 904-13 Jun 2016.
- Multitarget Therapy for Maintenance Treatment of Lupus Nephritis. Haitao Zhang, et al. J Am Soc Nephrol, 28 (12), 3671-3678 Dec 2017.

Capítulo 14

USO ADECUADO Y MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.

RICARDO ELORRIAGA CLARACO

ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ

JULIETA ALONSO SOTO

ZAIDA GARCÍA BURON

ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO

1 Introducción

La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) es cualquier tipo de soporte ventilatorio que se administra sin la necesidad de la intubación endotraqueal.

Tras la confirmación de la eficacia de la presión positiva en la vía aérea, la VMNI ha experimentado un crecimiento importante en las últimas décadas, siendo de gran importancia no solo en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda, sino también en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria crónica. Un aspecto importante a tener en cuenta en la VMNI es que puede llegar a evitar la intubación endotraqueal, evitando así sus posibles complicaciones y, por consiguiente, disminuyendo tanto la tasa de morbi-mortalidad como la estancia hospitalaria. También hay que valorar que es más confortable para el paciente ya que

puede beber, comer, expectorar y además, preserva los mecanismos de defensa de la vía aérea superior.

2 Objetivos

- Mejorar la oxigenación arterial.
- Disminuir el trabajo respiratorio, reducir la disnea.
- Instruir al personal (médico / enfermera) para un uso correcto.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, PubMed y Cuiden, así como protocolos de hospitales españoles en un periodo de tiempo comprendido entre 2000-2019, y aplicando un filtro de idioma (artículos/trabajos publicados en castellano) con un gran número de artículos, fueron seleccionados un total de siete para ser analizados en profundidad.

Los descriptores utilizados fueron: Ventilación mecánica no invasiva, insuficiencia respiratoria, trabajo respiratorio y disnea.

4 Resultados

La principal indicación de la VMNI es el tratamiento de la insuficiencia respiratoria, puesto que disminuye el trabajo respiratorio y además, aumenta la distensibilidad pulmonar, por lo que al paciente, iniciar la inspiración, le entraña menor dificultad. Debemos tener en cuenta los efectos cardiovasculares que pueden aparecer en estos pacientes:

• Pacientes sanos o con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): disminuye 20-30 % el gasto cardiaco.

• Pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva: aumenta el gasto cardiaco por la disminución del esfuerzo inspiratorio por lo que disminuye la postcarga en el ventrículo izquierdo.

La VMNI también es útil en los pacientes post-operados ya que éstos pueden presentar en el postoperatorio atelectasias o hipoxemia (disminución de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial por debajo de 60 mmHg. y/o una saturación de oxígeno menor de 90,7 %). También resulta útil en pacientes con EPOC a los que se les haya retirado la ventilación mecánica invasiva y/o aquellos

pacientes con un alto riesgo de fracaso en la extubación. El éxito de la VMNI va a depender en gran medida de varios aspectos:
- La precocidad de inicio del tratamiento.
- La correcta selección del paciente. Debemos tener en cuenta al paciente, sus características clínicas, la causa y la reversibilidad de la insuficiencia respiratoria.
- El correcto adiestramiento del personal.
- La Interfase.
- Una adecuada monitorización.

En aspectos generales, desestimaremos los pacientes con necesidad de Intubación Orotraqueal (IOT) y/o Ventilación Mecánica (VM), con inestabilidad hemodinámica, con arritmias ventriculares no controladas, con bajo nivel de consciencia (Glasgow<9), con neumotórax, con emesis persistente, con lesión facial o con obstrucción de vía aérea.

No obstante, lo aplicaremos en los pacientes colaboradores, con insuficiencia respiratoria aguda o con trabajo respiratorio aumentado e hipoxemia que no responden a oxigenoterapia convencional. Es esencial que el aparataje sea conocido por todo el equipo y también es fundamental adecuar el material al paciente para asegurar el éxito de la terapia:

1. Tipos de mascarilla: nasal, oronasal, facial total o helmet. La ideal es la que sea de fácil colocación, ligera, confortable, transparente, fácil de limpiar, con mínimo espacio muerto y con mínimas fugas.
2. Tubuladuras: de rama única o doble rama.
3. Filtro antibacteriano: se coloca por donde sale el flujo principal de la máquina, así se reduce la contaminación bacteriana. Se cambia de un paciente a otro y en el mismo paciente si la mantienen más de 7 días.
4. Válvula antiasfixia: tiene un orificio con una lengüeta que se tapa cuando pasa el flujo de aire y se abre al aire ambiente cuando disminuye el flujo.
5. Humidificadores: calientan y humidifican el aire inspirado haciendo que sea más fisiológico. En estos pacientes, lo que monitorizaremos, será:

- Trabajo respiratorio y/o taquipnea.
- Nivel de consciencia: se ha observado que con Glasgow <11 tras 2 h de VMNI se asocia con un fracaso de la terapia.
- Frecuencia cardiaca.
- Nivel de tolerancia y sincronía.
- Pulsioximetria.
- Resultados gasométricos.

Parámetros básicos que debemos conocer:

- IPAP: nivel de presión positiva que se alcanza en la fase inspiratoria. Suelen ser presiones entre 10-20 cm de H2O.
- EPAP (o PEEP): nivel de presión positiva durante la fase espiratoria. Esta evita el colapso alveolar.
- PSV (Presión de soporte ventilatorio): es la diferencia entre IPAP- EPAP.

- IPAP=EPAP: CPAP
- Si PS + EPAP= BiPAP

5 Discusión-Conclusión

La VMNI es una terapia cuyo uso ha ido en aumento dados sus aspectos positivos: mejor tolerancia de los pacientes, menor requerimiento de sedación, evita la atrofia muscular ya que los pacientes siguen utilizando la musculatura respiratoria, permite la movilización y excreción de secreciones y evita las complicaciones derivadas de IOT.

No debemos olvidar que con esta terapia no existe aislamiento de vía aérea. Tampoco debemos olvidar que esta terapia no es sustitutiva de la ventilación mecánica invasiva, es decir, si el paciente es candidato inmediato a IOT y VMI, no se debe retrasar.

6 Bibliografía

1. Rev. Elsevier. Vol. 136. Num. 3. Pag 116-120 (Feb. 2011). Recuperado de: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clínica-2-articulo-indicaciones-ventilacion-mecanica-no-invasiva-S002577530901557 7?code=Uer9A8dYH qPCB6a5W htyNFuTKl1GiJ&newsletter=true (Revisado 30/01/2020).
2. Fernández Guerra J, López-Campos Bodineau JL, PereaMilla López E, Pons Pellicer J, Rivera Irigoin R, Moreno Arrastio LF. Metaanálisis de la eficacia de la ventilación no invasiva en la exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Med Clin (Barc) 2003; 120 (8): 281-6.
3. Calle M, Rodríguez JL, Álvarez-Sala JL. Unidades de cuidados respiratorios intermedios. Rev Patol Respir 2003; 6 (3): 113-8.
4. Recuperado de: https://www.mitepocwiki.net/glosario/ventilacion-mecanica-no-invasiva/
(Revisado 31/01/2020)

Capítulo 15

HERNIA DE GARENGEOT: DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

ANA MILENA MUÑOZ

1 Introducción

La hernia De Garengeot es aquella en la que encontramos el apéndice cecal dentro de un saco herniario crural. Este hecho es infrecuente, representando tan solo el 0.9% aproximadamente de las hernias crurales.

Resulta esencial hacer un diagnóstico temprano de la entidad e iniciar el tratamiento quirúrgico consistente en apendicectomía y cierre del defecto crural, para así evitar complicaciones como la obstrucción intestinal, la formación de abscesos y la necrosis del contenido herniario.

2 Objetivos

- Dar a conocer por imagen los hallazgos típicos que definen la hernia De Garengeot, una urgencia médica que precisa diagnóstico y tratamiento precoz.

3 Caso clínico

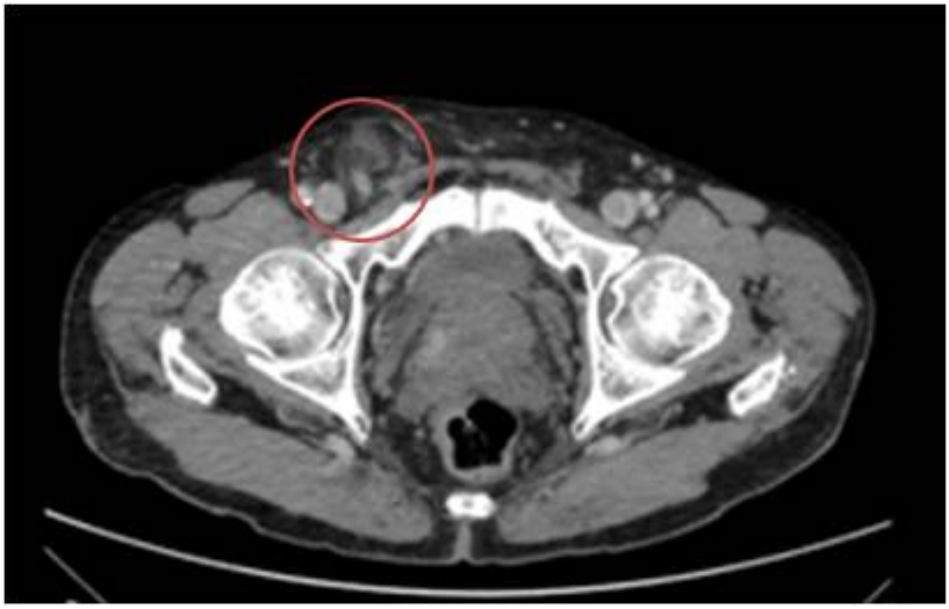
Paciente de 61 años que acude al servicio de urgencias y emergencias por dolor en zona inguinal derecha de 3 días de evolución e intensidad creciente, asociado a malestar general y astenia. No presenta fiebre, vómitos, alteraciones del hábito

intestinal ni refiere traumatismo en la zona. Intervenido de hernia inguinal bilateral hace 10 años.

A la exploración física presenta tumoración en región inguinal derecha dura al tacto, que no se consigue reducir manualmente. Analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia con resto de parámetros analíticos dentro de valores normales.

El diagnóstico de presunción es de hernia incarcerada, si bien se decide solicitar prueba de imagen urgente consistente en tomografía computarizada de abdomen con contraste yodado intravenoso, que informa de hernia crural derecha con saco herniario que se encuentra medial a los vasos femorales y que presenta en su interior pequeña cantidad de líquido libre y una estructura correspondiente a la porción distal del apéndice vermiforme con aumento de densidad de la grasa en vecindad, como signo de inflamación locorregional (Figura 1).

No se aprecia dilatación retrógrada de asas de intestino delgado ni signos de sufrimiento de asas, neumoperitoneo ni líquido libre intraabdominal.



4 Discusión-Conclusión

La hernia De Garengeot es una hernia infrecuente dentro de las hernias crurales, en la que encontramos el apéndice dentro del saco herniario. Podemos encontrarlo sin alteraciones o con distintos grados de inflamación o de congestión por la incarceración. El apéndice puede inflamarse en estas hernias como parte de un proceso primario de apendicitis o secundariamente por la estrangulación del apéndice a su paso por un anillo crural estrecho.

Debe sospecharse cuando se detecta una hernia irreductible con signos de peritonitis local, dolor en la fosa ilíaca derecha y ausencia de oclusión intestinal.

Las pruebas de imagen son cruciales para un diagnóstico temprano, teniendo la tomografía computarizada una sensibilidad del 100% y una especificidad de entorno al 99% para el diagnóstico de la apendicitis aguda dentro de la hernia crural (Figura 2). También nos permite realizar el diagnóstico diferencial con otros procesos agudos con sensación de masa en regiones inguinales. El tratamiento es quirúrgico consistente en apendicectomía y herniorrafia.



5 Bibliografía

- D Halpenny, R Barrett, K O'Callaghan, et al. The MRI findings of a de Garengeot hernia. The British Journal of Radiology. 2012; 85 (1011): 59-61.
- Natalia González Alcolea, Félix Martínez Arrieta, José Luis Lucena de la Poza, et al. De Garengeot's Hernia: Incarcerated Femoral Hernia Containing the Vermiform Appendix. Report of Two Cases and Literature Review. Revista cirugía española. 2017; 95 (3): 170-178.

Capítulo 16

EFECTO DEL FACTOR DE CRECIMIENTO TGF-B SOBRE OSTEOBLASTOS (MG-63) EN CULTIVO EN MONOCAPA

MIGUEL FERNANDO GARCIA GIL

1 Introducción

Los factores de crecimiento son un conjunto de sustancias, la mayoría de naturaleza proteica. que junto con las hormonas y los neurotransmisores desempeñan una importante función en la comunicación intercelular. El factor de crecimiento transformante beta (TGF-β) participa en muchos procesos celulares, tanto en el organismo adulto y del desarrollo del embrión como el crecimiento celular, la diferenciación celular, la apoptosis, la homeostasis celular y otras funciones celulares.

A pesar de la enorme diversidad de acción de los TGF-β, el mecanismo básico incluye dos receptores serina-treonina quinasa y una familia de sustratos de receptor (proteínas SMAD) que se movilizan hacia el núcleo. Cuando un complejo SMAD se une al DNA controla la transcripción de genes al alterar la estructura del nucleosoma y la remodelación de la cromatina.

Existe un grupo de SMAD que actúa en forma antagónica las SMAD6 y las SMAD7 y que anula la transducción de señales provenientes de integrantes de la familia TGF-β. SMAD7 inhibe la fosforilación de SMAD al ocupar los receptores tipo 1 para TGF-β, activina y BMP. En condiciones basales esta proteína se ubica

preferentemente en el núcleo y migra al citoplasma cuando TGF-β la estimula. En general SMAD6 inhibe la señalización derivada de BMP por competición con SMAD4.

Así, dependiendo de la intervención de SMAD se podrá favorecer la proliferación celular o su inhibición. En nuestro caso favorece la viabilidad de los osteoblastos ya que seremos capaces de detectar la SMAD2 que activa la trascripción de genes para que entre en mitosis la célula mediante la inmunotinción de esta proteína gracias a la técnica de Western Blot.

2 Objetivos

- Valorar la viabilidad celular en la línea de osteoblastos (MG-63) tratados con TGF-β. Además se detectará la proteína SMAD2 como posible causante de una mayor viabilidad celular.

3 Metodología

Partimos con la pretensión de comprobar el efecto de un factor de crecimiento como lo es TGF-β sobre un cultivo celular para una línea celular de osteoblastos (MG-63). La estrategia a seguir para comprobar sus efectos sobre los osteoblastos es doble. Por un lado prendemos extraer las proteínas tras tratar a las células con TGF-β y así poder comprobar la cantidad de proteínas y a la vez identificar la proteína SMAD2 fosforilada que nos indicará que se están poniendo en funcionamiento la ruta de las SAMD. Por el otro lado queremos comprobar la viabilidad celular del cultivo tras el tratamiento de TGF-β.

Se realizará tratamiento con TGF-β a distintas concentraciones en medios de cultivo a concentraciones de 0,5; 1; 2 y 5ng/ml frente a un cultivo que servirá de control en el cual no se le proporcionará tratamiento.
Se contabilizarán las células tras dejarlas incubar durante 1 hora con tratamiento mediante una cámara de Neubauer o hemocitómetro.

Para confirmar que se estaba logrando una mayor viabilidad celular debido al factor de crecimiento se realizará una prueba de MTS. De esta forma la prueba nos mostraría si existe en los cultivos tratados con TGF-β una mayor cantidad de deshidrogenasas que corresponden a una mayor actividad celular, a un aumento de la población celular o a una menor muerte celular. El estudio MTS mostrará

los resultados gracias a un espectrofotómetro que medirá la absorbancia del MTS y en los cultivos tratados con TGF-β.

La extracción de proteínas se realizará para conocer si efectivamente existe más cantidad de células en cultivos tratados con TGF-β, midiendo la cantidad de proteínas que existen, así como para localizar la proteína SMAD2.
Para medir la concentración de proteínas que existen en cada cultivo se realizará un Bradford previa centrifugación y lisis de células para posteriormente disolver las proteínas en un Buffer de extracción para poder medir la absorbancia.

El segundo objetivo de la extracción de las proteínas era detectar la proteína SMAD2. Para ello se realizará una electroforesis de las proteínas para posteriormente realizar un Western Blot y después tratar a la membrana con anticuerpos específicos de la SMAD2 que con un reactivo permite la observación de la SMAD2 gracias a una cámara de alta resolución y de alto tiempo de exposición.

Con este estudio obtendremos información sobre la viabilidad celular en la línea celular de osteoblastos (MG-63) tratados con TGF-β. Además se detectará la proteína SMAD2 que puede ser la causante de la trasformación celular porque interviene en la ruta de las SMAD las cuales activan una serie de genes que pueden dar mayor viabilidad celular.

4 Bibliografía

- Endocrinología (Hernan Velez, William Rojas) Proteínas Morfogenéticas Oseas en la Calcificación Vascular. Hruska KA, Mathew S y Saab G.

Capítulo 17

AISLAMIENTO: FINALIDAD Y NORMAS GENERALES.

DAVID ALBARRÁN MILLÁN

1 Introducción

El aislamiento es el procedimiento que se aplica a los pacientes que padecen una enfermedad infecciosa durante el periodo de tiempo en que esta pueda ser transmitida.

El aislamiento consiste en separar la fuente de infección impidiendo así su paso hacia la persona sana. Se interponen, para conseguirlo, barreras mecánicas. La duración del aislamiento va a depender del tiempo que tarde el paciente en curarse desde el punto de vista clínico.

Hay unas normas generales que varían en función del tipo de aislamiento, los diferentes tipos de aislamiento se identifican con un código de color. Cada color indica las medidas y precauciones. El tipo de aislamiento que se aplica en cada caso está avalado por los protocolos propuestos por el servicio de medicina preventiva.

2 Objetivos

Conocer los principales aspectos sobre el aislamiento en los centros hospitalarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El lavado de manos representa uno de los pilares fundamentales para el control de los procesos infecciosos. Es la primera medida preventiva para evitar la transmisión.
Debe realizarse:
- Al empezar y al terminar la jornada.
- Antes y después del contacto con el paciente.
- Antes y después de las comidas.
- Antes y después de ir al baño.
- Después de toser, estornudar…

Disminuir la contaminación de las manos y evitar la transmisión de microorganismos.
Reducir entre pacientes la transmisión de microorganismos a través de las manos del personal.
Las prendas de aislamiento se utilizan como barrera con el fin de impedir la transmisión, evitar la aparición de enfermedades infecciosas. Las calzas se deben de utilizar para cubrir y proteger el calzado del contacto de materiales y sustancias contaminadas.

El gorro se debe utilizar para cubrir el pelo y evitar posibles contaminaciones.
La mascarilla se debe usar correctamente para evitar el paso de microorganismos.
Las gafas o pantallas se utilizan en la manipulación de determinados líquidos, en intervenciones de riesgo.
Las batas se emplean para proteger al uniforme de la posible contaminación del exterior.
Los guantes previenen de la contaminación de las manos del personal cuando manipulen sangre, fluidos, secreciones…

Orden de colocación de las prendas de aislamiento:
- Lavado de manos.
- Colocación de calzas.
- Colocación del gorro.
- Colocación de la mascarilla.
- Colocación de las gafas.
- Colocación de la bata.
- Colocación de los guantes.

Para retirar las prendas de aislamiento, se procede siguiendo el orden inverso a su colocación. En todos los pacientes deberán aplicarse las medidas de precaución estándar.
Cuando el medico indique medidas de aislamiento deberán quedar reflejado en las órdenes de tratamiento como:
- Aislamiento estricto: enfermedades muy contagiosas.
- Aislamiento protector: inmunodeprimidos y susceptibles.
- Respiratorio: transmisión aérea.
- Entérico: transmisión por heces.
- Cutáneo-mucoso: por contacto.
- Universal: enfermedades como VIH, hepatitis B y C.

Hay dos técnicas de aislamiento:
- El aislamiento común o de barrera; busca separar a los pacientes contagiosos para que no transmitan enfermedades a las personas sanas.
- El aislamiento protector o de barrera inversa; separar a los pacientes que tienen disminuidas sus defensas, para protegerlos de la eventualidad de adquirir una enfermedad transmisible.
Las precauciones universales buscan proteger al personal sanitario ante cualquier tipo de paciente, pues todos deben considerarse como portadores de enfermedades transmisibles a través de la sangre y otros fluidos corporales.

Durante el periodo de aislamiento se debe:
- Mantener la habitación del paciente siempre cerrada e identificada.
- Utilizar la técnica de la doble bolsa cuando haya que retirar objetos de una habitación.
- Mantener en la habitación los aparatos médicos necesarios.
- Desinfección.
- Realizar lavado de manos al entrar y al salir de la habitación.

- Usar guantes, bata, mascarillas, calzas y gorro.
- Utilizar servicios desechables.
- Facilitar al paciente, para que se distraiga, materiales desechables.
- Evitar que el paciente se sienta aislado.
- Cortar la cadena de transmisión.
- Prevenir.

5 Discusión-Conclusión

- Los pacientes con enfermedades infecciosas necesitan de las mismas atenciones que el resto de los enfermos e incluso en ocasiones, de atenciones más específicas y mayores.
- No se debe descuidar la actitud del personal sanitario frente a estos enfermos, al estar aislados les puede causar sentimientos de rechazo.
- Explicar los motivos y características del aislamiento al paciente y familia de forma que comprenda la finalidad del mismo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 18

PREHABILITACIÓN NUTRICIONAL .

GERMÁN MÍNGUEZ RUIZ

1 Introducción

El trauma quirúrgico genera una situación de estrés fisiológico con liberación de hormonas pro-inflamatorias, citoquinas y otros mediadores que conllevan una respuesta metabólica con aumento del catabolismo del glucógeno, grasas y proteínas con el fin de elevar los niveles de glucemia, ácidos grasos y aminoácidos en sangre. Todo ello se debe al cambio de la prioridad en el organismo, ya no busca generar masa muscular sino reforzar la respuesta inmune y estimular la cicatrización. Sin embargo, estos mecanismos cuando son excesivos tienen unas consecuencias clínicas: hiperglucemia, catabolismo, inmunosupresión, etc. que generan efectos adversos para el organismo [1].

La desnutrición se asocia a un aumento de las complicaciones quirúrgicas aumentando con ello la mortalidad de la cirugía. La morbilidad en pacientes con tumores digestivos con un estado nutricional normal disminuye de un 72 a un 29%; y la mortalidad también se ve disminuida de un 23 a un 4% [2,3].

También se ha objetivado que las intervenciones nutricionales que realizamos en el postoperatorio no impiden que el organismo inhiba el estado catabólico, que se puede mantener durante 6 semanas después de la cirugía (sin complicaciones). Una intervención en el periodo preoperatorio con un buen soporte nutricional asociado a ejercicio físico adecuado para el estado del paciente serán claves para minimizar este efecto y favorecer la recuperación.

Las modificaciones de la fisiología del organismo que, ya no prioriza producir masa muscular, sino activar la respuesta inmune y la cicatrización; son muchas

veces excesivos, lo que estimula un estado de catabolismo tras la intervención y con ello un aumento de la resistencia insulínica durante 2-3 semanas.

Dicha resistencia a la insulina se producirá tanto a un nivel periférico, porque se disminuye la captación de glucosa por el musculo esquelético; como por una resistencia central a la insulina, pues el hígado continúa con la gluconeogénesis incluso con cifras de glucemia elevada en sangre. La hiperglucemia con o sin diabetes mellitus aumenta la morbi-mortalidad postoperatoria incidiendo notablemente en un aumento de las infecciones postquirúrgicas [4].

Por lo tanto se debe actuar antes de la cirugía para llevar al paciente en las mejores condiciones posibles e intentar minimizar el impacto de la agresión durante el postoperatorio con el fin de mejorar los resultados. Uno de los ámbitos donde podemos actuar es en la nutrición, nace de esta necesidad el concepto de Prehabilitación Nutricional.

2 Objetivos

- Definir que es la prehabilitación nutricional y sobre qué aspectos podemos incidir en ella para mejorar los resultados quirúrgicos.

3 Metodología

- Se realiza una revisión sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos: MEDLINE a través del sistema de búsqueda PubMed, EMBASE y Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Se utilizaron las palabras clave: “Prehabilitation”, “Perioperative nutritional support” y “Surgery” sin incluir ningún límite temporal, ni de idioma en la revisión.
- Posteriormente se realizó una lectura crítica de las publicaciones seleccionadas.

4 Resultados

Definimos la prehabilitación como la actuación previa a la intervención quirúrgica para mejorar la capacidad funcional del paciente, con el fin de aumentar la tolerancia y mejorar la recuperación del daño. Se disminuirán así las complicaciones de la cirugía.
Tiene tres pilares la mejora de la condición física, la actuación a nivel psicológico para disminuir el estrés y la ansiedad y la actuación a nivel nutricional [5]. Es la

actuación en este último la que definimos como Prehabilitación Nutricional.

Dentro de la Prehabilitación Nutricional actuaremos en 3 puntos: a - Determinar el estado nutricional del paciente y tratar antes de la cirugía las situaciones de desnutrición. b - Tratamiento nutricional que favorezca el estado anabólico. c - Disminuir la resistencia insulínica en el postoperatorio inicial: Reducir el ayuno preoperatorio.

A) Determinación de estado nutricional y tratamiento de pacientes en Riesgo.
La desnutrición en pacientes que van a someterse a una intervención quirúrgica del tracto gastrointestinal llega hasta el 65%. Además la prevalencia del riesgo nutricional en dichos pacientes puede ser mayor del 47%. Esta situación como ya hemos comentado es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de complicaciones que conllevan perores resultados en términos de estancia hospitalaria, reingreso y por tanto de costes respecto a pacientes normonutridos [6-8].

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la desnutrición se define como un Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 18,5 Kg/m2, pero hay más factores que el IMC para determinar el estado nutricional. Población con enfermedades que promuevan estados inflamatorios crónicos, así como enfermedades tumorales pueden asociar estados de malnutrición a pesar de que dichos paciente tengan un IMC por encima de 25 (es decir sobrepeso e incluso obesidad); esto se define como Desnutrición Asociada a la Enfermedad (DAE).

La ESPEN define la malnutrición por un IMC menor de 18,5 Kg/m2; o por una combinación de: pérdida de peso de >10% o del 5% en 3meses, asociada a: una reducción del IMC (<20kg/m2 en menores de 70años y <22Kg/m2 en mayores de 70) o a la disminución del índice de masa libre de grasa (<15Kg/m2 en mujeres y <17Kg/m2 en hombres) [9] En muchas ocasiones la DAE ni se reconoce, ni se trata y como consecuencia se eleva la morbilidad, especialmente en pacientes con patología gastrointestinal. [10]

Para detectar esta DAE se utiliza durante el preoperatorio el Nutritional Risk Score (NRS 2002) TABLA 1. [11] y la Evaluación Global Subjetiva (SGA) TABLA 2. La documentación de la ingesta de alimentos previo al ingreso también es un buen predictor de riesgo metabólico; y la disminución de la albumina sérica, que se asocia con el estado nutricional, también es un factor pronóstico asociado complicaciones [12,13].
La guía clínica de la ESPEN determina por tanto que un paciente se encuentra en riesgo grave nutricional si presenta alguno de los siguientes criterios [10]:

- Pérdida de peso >10-15% en los últimos 6 meses.
- IMC < 18,5Kg/m2.
- SGA grado C o NRS >5.
- Albumina sérica de <3gr/dL sin disfunción hepática o renal.

Estos parámetros reflejan desnutrición y un aumento del estado catabólico secundario a la enfermedad.
Una vez determinados los pacientes que se encuentran en riesgo por su estado nutricional vemos que los que presentan una desnutrición severa son los más beneficiados de un soporte nutricional preoperatorio [14]. Actuando sobre ellos con 5-7 días de nutrición se consigue una disminución de la morbilidad en el 50% [7].
Los pacientes con cáncer, sometidos a cirugía abdominal y sobre todo a los pacientes de edades elevadas con sarcopenia, se definen como pacientes en riesgo nutricional, en ellos es muy recomendable el aporte de suplementos nutricionales [10].

También están indicados los suplementos nutricionales en pacientes con ingesta escasa previa al ingreso, que van a someterse a cirugía abdominal, pues esta ingesta escasa es también un factor independiente para el desarrollo de complicaciones. Se aportarán suplementos dietéticos y se estimulará la ingesta cuando los pacientes no lleguen a los requerimientos de 25-30 Kcal/kg o 1,5gr/kg de proteínas al día:
- Si la ingesta oral es posible pero insuficiente (50-70% de los requerimientos): evaluación de las normas alimentarias adaptadas a la enfermedad y el aporte de suplementos enterales.
- Si la ingesta oral es posible pero menos del 60% de las necesidades durante más de 10 días o pacientes normonutridos que no van a ingerir alimentos durante los 7 días perioperatoriamente, se indica nutrición enteral completa vía oral o si fuera necesario mediante una sonda de enterostomía.
- Será necesario el ingreso para nutrición parenteral si existe contraindicación para el aporte por vía enteral.
Pacientes con estado nutricional normal, sometidos a cirugía abdominal, a los que se administró suplementos, no presentaron mejores resultados en ensayos clínicos aleatorizados, aunque hay estudios que demostraron una reducción en el número de complicaciones menores.

La duración del soporte nutricional no está bien definida. La ESPEN recomienda

para pacientes desnutridos: suplementos nutricionales de 7 a 14 días: nutrición enteral de 10 a 14 días como primera opción; y si existe algún factor que imposibilita esta: de 7 a 10 días de nutrición parenteral, incluso retrasando si es preciso la cirugía para realizar el tratamiento. La ASPEN recomienda una duración de 7 días [10].

Se recomiendan suplementos inmunomoduladores (con L-arginina, ácidos grasos omega 3, nucleótidos, vitaminas E y C, beta-carotenos, Zinc…) que mejoran la cicatrización de las heridas, la respuesta inflamatoria y que son estimulantes de la cicatrización y antioxidantes parece que son adecuados para realizar la nutrición preoperatoria. Sin embargo hoy en día no hay evidencia de mejores resultados respecto a las formulas estándar en el periodo preoperatorio. Por lo que se pueden utilizar suplementos nutricionales orales con una fórmula estándar y no específica de enfermedad, que estén de acuerdo con las directivas reguladoras de la Unión Europea para Alimentos para Fines médicos especiales (FSMP) [15].

La comparación de la nutrición enteral y parenteral en un ensayo clínico controlado sin apreciar diferencias entre ellas hace que se recomiende la vía oral o enteral, cuando sea posible y de forma precoz, sobre todo en pacientes con cáncer incluidos en terapias multimodales. Queda la nutrición parenteral reservada para pacientes con desnutrición o riesgo nutricional severo (pérdida de peso> 15%) cuando el aporte no se pueda cumplir con nutrición enteral [16]. Un análisis de la Cochrane de nutrición parenteral preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal, confirmó una reducción de las complicaciones del 45% al 28% [17].

B) Tratamiento nutricional y prehabilitación funcional

En los programas de prehabilitación multimodal el ejercicio físico esta aceptado como el mayor estímulo para potenciar el anabolismo (minimizando así el estado catabólico durante el postoperatorio). Sin embargo 1 de cada 3 pacientes incluidos en programas de ejercitación intensiva sin complementos nutricionales empeoran su estado. Por lo tanto, a pesar de que no existe evidencia para indicar suplementos en pacientes con estado nutricional normal; la asociación de un entrenamiento adecuado al paciente y suplementos nutricionales proteicos sí que han demostrado: una mejora funcional en test de la marcha previos a la intervención, un aumento de la masa muscular y un estímulo fisiológico hacia el anabolismo, lo cual conlleva una recuperación mejor [18]. Una administración de 15gr de proteínas, 2 veces al día serán suficientes para que esta mejora funcional sea efectiva. [19].

C) Modificación de periodos de ayuno previos a la cirugía.
El concepto de ayuno perioperatorio está cambiando. Los periodos de 12 horas sin ingesta previos a la cirugía comienzan a ser cosa del pasado, pues se ha visto que con él se generan efectos sobre el paciente que queremos evitar. Efectos clínicos como sed, hambre, en ocasiones dolores de cabeza e incluso a un aumento del nivel de ansiedad, y también efectos metabólicos que repercuten el en postoperatorio: aumento de la resistencia a la insulina, aumento de la pérdida de proteínas e incluso empeoramiento de la función gastrointestinal.

Se intentara por lo tanto mantener un estado metabólico con tendencia al anabolismo mediante la administración de carbohidratos, favoreciendo un mejor manejo de nutrientes durante el postoperatorio que termina en una mayor tolerancia a la cirugía. Intentaremos satisfacer así dos objetivos: 1º Mantener las reservas de Glucógeno llenas antes de la agresión quirúrgica (reservas que se agotan durante el ayuno); y 2º disminuir la resistencia a la insulina, preservando sus efectos anabólicos. Así la administración de una bebida carbohidratada en pacientes sometidos a cirugía colorrectal tiene como resultado la disminución de la resistencia a la insulina.

Una revisión de la Cochrane evidenció que el aporte de bebidas carbohidratadas 2 horas antes de la cirugía vs placebo mejoraron el tiempo de ingreso y facilitan la recuperación a nivel gastrointestinal, aunque no hubo efectos sobre las complicaciones [20]. Además también se ha demostrado que dichos líquidos no solo no aumentan el riesgo de broncoaspiración, sino que también estimulan el vaciamiento gástrico [10].

La administración debe ser en forma de líquidos con 50gr de carbohidratos, en un corto periodo de tiempo (5min) y 2h antes de la cirugía. Por otro lado las guías de anestesia recomiendan la ingesta de solidos hasta las 6 horas antes de la intervención. Actualmente el carbohidrato de elección es la maltodextrina y probablemente en un futuro próximo se asocien también proteínas de fácil digestión o aminoácidos insulinotropos para potenciar el efecto anabólico de la glucosa y disminuir aun más la resistencia insulínica [21].

Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo I, enfermedad por reflujo gastroesofágico o con problemas de retraso en el vaciamiento gástrico (aumento del riesgo de broncoaspiración) no se verán beneficiados de estas medidas. La vía más adecuada es la enteral, pero en aquellos pacientes en los que no se pueda usar se ha visto que la administración de nutrición parenteral las 20 horas previas a IQ frena la destrucción de proteínas en el organismo, permitiendo un balance

proteico positivo al 2º día postoperatorio [1].

Tabla 1: Nutritional Risk Score (NRS 2002)

- FASE I MUESTREO INICIAL:
    1. IMC < 20,5
    2. Pérdida de peso en los últimos 3 meses.
    3. Disminución de la ingesta habitual diaria en la última semana.
    4. Enfermedad grave (por ejemplo ingreso en UVI).

Si existe la presencia de uno de estos 4 criterios se pasa a la siguiente fase. En el caso de que aparezcan los cuatro criterios se debe revalorar a intervalos de 1 semana poniendo soporte nutricional al paciente.

- FASE II MUESTREO FINAL

A Deterioro del estado nutricional	B Gravedad de la enfermedad
AUSENTE 0 puntos. Estado nutricional bien.	AUSENTE 0 puntos. Requerimientos nutricionales normales.
LEVE 1 punto Pérdida de peso >5% en 3 meses o bien ingesta reducida al 50-75% de los requerimientos habituales en la semana precedente.	LEVE 1 punto Fractura de cadera, enfermedades crónicas con agudización, hemodiálisis crónica, diabetes o enfermedad oncológica.
MODERADA 2 puntos. Pérdida de peso >5% en 2 meses, o bien IMC 18,5-20,5 acompañada de un deterioro del estado general o bien ingesta alimentaria reducida al 25-50% de los requerimientos habituales en la semana precedente.	MODERADA 2 puntos. Cirugía mayor abdominal, accidente cerebro-vascular, neumonía o neoplasia hematológica.
GRAVE 3 puntos. Pérdida de peso >5% en 1 mes (>15% en 3 meses), o bien IMC <18,5 acompañada de deterioro del estado general o bien una ingesta alimentaria reducida al 0-25% de los requerimientos habituales en la semana precedente.	GRAVE 3 puntos. Traumatismo cráneo-encefálico, trasplante de médula ósea, APACHE II >10 (en pacientes ingresados en UVI).

PUNTUACIÓN TOTAL: A+B.
Si edad > o = 70 años añadir 1 punto.
Si la puntuación final es > o = a 3 puntos: Riesgo nutricional presente. Debe iniciarse el soporte nutricional.
Si la puntuación final es <3 puntos: Revaloración del paciente.

Tabla 2: Evaluación Global Subjetiva

DATO CLINICO	A	B	C
Pérdida de Peso	<5%	5-10%	>10%
Alimentación	Normal	Deterioro leve-moderado	Deterioro grave
Impedimentos para Ingesta	No	Leves-Moderados	Graves
Deterioro de Actividad	No	Leves-Moderados	Graves
Edad	≤65	>65	>65
Ulceras por Presión	No	No	Si
Fiebre/Corticoides	No	Leve/Moderada	Elevada
Tto. Antineoplásico	Bajo Riesgo	Moderado Riesgo	Alto Riesgo
Pérdida Adiposa	No	Leve/Moderada	Elevada
Pérdida Muscular	No	Leve/Moderada	Elevada
Edemas/ Ascitis	No	Leves/Moderados	Importantes
Albumina (previa tto)	>3.5	3.0-3.5	<3
Prealbúmina (tras tto)	>18	15-18	<15

Estado Nutricional A B C
A: Buen Estado Nutricional
B: Malnutrición moderada o riesgo de malnutrición
C: Malnutrición grave

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la actuación a nivel nutricional previa a la cirugía mejora los resultados de esta y favorece una recuperación de los pacientes mejor y más rápida. Esta actuación tiene un mayor impacto si se actúa también a nivel psíquico y funcional del paciente por lo que los programas de prehabilitación deberían ser integrados en la práctica clínica diaria.

6 Bibliografía

1 Gillis C, Carli F. Promoting Perioperative Metabolic and Nutritional Care. Anesthesiology. 2015 Dec;123(6):1455-72.
2 National Alliance for Infusion Therapy and the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Public Policy Committe and Board of Directors. Disease-related malnutrition and enteral nutrition theraphy: A significant problema with a cost-effective solution. Nutrition in Clinical Pratise. 2010;25: 548-54
3 Alazawi W, Pirmadjid N, Lahiri R, Bhattacharya S. Inflammatory and Immune Responses to Surgery and Their Clinical Impact. Annals of Surgery. 2016 Jul;264(1):73-80.
4 Kwon S, Thompson R, Dellinger P, Yanez D, Farrohki E, Flum D. Importance of perioperative glycemic control in general surgery: a report from the Surgical Care and Outcomes Assessment Program. Annals of Surgery 2013 Jan;257(1):8-14.
5 A Narrative Review About Prehabilitation in Surgery: Current Situation and Future Perspectives. López Rodríguez-Arias F, Sánchez-Guillén L, Armañanzas Ruiz LI, Díaz Lara C, Lacueva Gómez FJ, Balagué Pons C, Ramírez Rodríguez JM, Arroyo A. Cir Esp. 2020 Jan 24. pii: S0009-739X(19)30340-9. doi: 10.1016/j.ciresp.2019.11.005.
6 Corish CA, Kennedy NP. Protein-energy undernutrition in hospital in-patients. British Journal of Nutrition. 2000 Jun;83(6):575-91.
7 Jie B, Jiang ZM, Nolan MT, Zhu SN, Yu K, Kondrup J. Impact of preoperative nutritional support on clinical outcome in abdominal surgical patients at nutritional risk. Nutrition. 2012 Oct;28(10):1022-7
8 Braga M, Ljungqvist O, Soeters P, Fearon K, Weimann A, Bozzetti F; ESPEN. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: surgery. Clin Nutr. 2009 Aug;28(4):378-86.
9 Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, Muscaritoli M, Nyulasi I, Ockenga J, Schneider SM, de van der Schueren MA, Singer P. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. Clinical

Nutrition 2015 Jun;34(3):335-40
10 Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, Laviano A, Ljungqvist O, Lobo DN, Martindale R, Waitzberg DL, Bischoff SC, Singer P. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. Clinical Nutrition 2017 Jun;36(3):623-650
11 Schwegler I1, von Holzen A, Gutzwiller JP, Schlumpf R, Mühlebach S, Stanga Z. Nutritional risk is a clinical predictor of postoperative mortality and morbidity in surgery for colorectal cancer. Br J Surg. 2010 Jan;97(1):92-7. doi: 10.1002/bjs.6805.
12 Kuppinger D, Hartl WH, Bertok M, Hoffmann JM, Cederbaum J, Küchenhoff H, Jauch KW, Rittler P. Nutritional screening for risk prediction in patients scheduled for abdominal operations. Br J Surg. 2012 May;99(5):728-37.
13 Hu WH, Chen HH, Lee KC, Liu L, Eisenstein S, Parry L, Cosman B, Ramamoorthy S. Assessment of the Addition of Hypoalbuminemia to ACS-NSQIP Surgical Risk Calculator in Colorectal Cancer. Medicine (Baltimore). 2016 Mar;95(10
14 Schricker T, Wykes L, Meterissian S, Hatzakorzian R, Eberhart L, Carvalho G, Meguerditchian A, Nitschmann E, Lattermann R. The anabolic effect of perioperative nutrition depends on the patient's catabolic state before surgery. Ann Surg. 2013 Jan;257(1):155-9.
15 Stippler D1, Bode V2, Fischer M3, Kollex K4, Rohde E5, Tisowsky B6, Künstner J7, Pahne N8. Proposal for a new practicable categorization system for food for special medical purposes - Enteral nutritional products. Clinical Nutrition. ESPEN. 2015 Dec;10(6):e219-e223
16 Von Meyenfeldt MF, Meijerink WJ, Rouflart MM, Builmaassen MT, Soeters PB. Perioperative nutritional support: a randomised clinical trial. Clinical Nutrition 1992 Aug;11(4):180-6.
17 Burden S, Todd C, Hill J, Lal S. Pre-operative nutrition support in patients undergoing gastrointestinal surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11
18 Gillis C, Loiselle SE, Fiore JF Jr, Awasthi R, Wykes L, Liberman AS, Stein B, Charlebois P, Carli F. Prehabilitation with Whey Protein Supplementation on Perioperative Functional Exercise Capacity in Patients Undergoing Colorectal Resection for Cancer: A Pilot Double-Blinded Randomized Placebo-Controlled Trial. Journal of the Academy of Nutition and Dietetics. 2016 May;116(5):802-12.
19 Bruns ERJ, Argillander TE, Van Den Heuvel B, Buskens CJ, Van Duijvendijk P, Winkels RM, Kalf A, Van Der Zaag ES, Wassenaar EB, Bemelman WA, Van Munster BC. Oral Nutrition as a Form of Pre-Operative Enhancement in Patients Undergoing Surgery for Colorectal Cancer: A Systematic Review. Surgical Infections. 2017 Oct 19.DOI:10.1089/sur.2017.143
20 Smith MD1, McCall J, Plank L, Herbison GP, Soop M, Nygren J. Preoperative

carbohydrate treatment for enhancing recovery after elective surgery. Cochrane Database Systematic Review. 2014 Aug 14;(8):CD009161
21 Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, McNaught CE, MacFie J, Liberman AS, Soop M, Hill A, Kennedy RH, Lobo DN, Fearon K, Ljungqvist O; Enhanced Recovery After Surgery Society. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Clin Nutr. 2012 Dec; 31(6):783-800.

Capítulo 19

QUISTE DE NUCK

GERMÁN MÍNGUEZ RUIZ

1 Introducción

El proceso vaginal (conducto peritoneovaginal) es la estructura fetal que durante el desarrollo embriológico desciende desde la pelvis por el conducto inguinal y tracciona del testículo mediante el gubernaculo para que se coloque en la bolsa escrotal. Posteriormente se colapsara en el canal inguinal y a nivel escrotal, envuelve al teste formando la túnica vaginal. En la mujer, esta estructura también se denomina canal de Nuck, es corto, termina en el labio mayor y suele colapsarse hacia el 4 mes de vida intrauterina (1).

El canal de Nuck fue descrito en 1691 por el profesor de anatomía Anton Nuck (2). Si el cierre del canal de Nuck no se produce se produce una comunicación entre la cavidad peritoneal y los labios mayores pudiendo producir hernias que pueden contener distintos órganos o si el cierre es parcial puede dar lugar a la patología que vamos a describir: el quiste de Nuck.

El quiste de Nuck, también llamado en la literatura hidrocele del canal de Nuck, a pesar de ser la patología más frecuente del canal es una entidad poco frecuente, tan solo hay descritos unos 400 casos en la literatura médica (3).

Su causa como ya se describió en la introducción es un colapso incompleto del proceso vaginal, cuando a dicho nivel se produce un disbalance entre la secreción y la absorción del epitelio secretor se produce un acumulo de un fluido seroso que será el contenido del quiste (2).

En función de donde este localizado el quiste existen 3 tipos:

- Tipo 1: quiste sin comunicación con cavidad peritoneal, la región proximal del proceso vaginal está correctamente cerrado. Es el más frecuente.
- Tipo 2: se comunica con la cavidad peritoneal.
Tipo 3: un quiste en reloj de arena con colecciones a cada lado del canal inguinal que se comunican entre sí, pero no con la cavidad peritoneal (4).

Clínicamente lo típico es la existencia de una tumoración de menos de 4 cm redondeada y no adherida localizada a nivel inguinal o del labio mayor. Si dicha lesión produce síntomas estos suelen ser molestias-dolor en ocasiones relacionadas con el movimiento, o inflación local (poco frecuente).

El diagnostico se realizará preferentemente mediante Ecografía demostrando una estructura quística bien definida con contenido anecoico y refuerzo posterior sin flujo vascular en el Doppler, en ocasiones puede presentar tractos en su interior (quiste complicado) o alteración en la grasa inguinal si existe infección local. Cuando la ecografía no es concluyente, otro medio diagnóstico adecuado es la TC, sin embargo como esta patología es típica de edades tempranas, es preferible no utilizar radiaciones ionizantes para el diagnóstico. La Resonancia Magnética Nuclear también es un medio adecuado para realizar el diagnostico con imágenes típicas de baja señal en secuencias T1 y de alta señal en T2, este medio tampoco es el preferido por su coste, el tiempo que precisa para hacer el estudio y disponibilidad (5).

El diagnóstico diferencial se realizara fundamentalmente con las hernias del espacio inguino-crural, las adenopatías inguinales, los quistes de Bartolino, endometriosis, gónadas inguinales y tumores tanto benignos como malignos.

Aunque existen casos tratados mediante punción aspiración con buenos resultados se han descrito recidivas realizando esta técnica, por lo que el tratamiento indicado de primera línea es el quirúrgico realizando una exéresis del quiste con ligadura proximal del proceso vaginal, garantizando un cierre adecuado del anillo inguinal profundo. La vía de abordaje suele ser la cirugía abierta por vía anterior aunque ya existen casos que describen un resultado bueno mediante laparoscopia tanto por vía extraperitoneal (TEP) como intraabdominal (TAPP). El uso de mallas no está consensuado aunque la tendencia actual es su colocación (4 y 6).

2 Objetivos

- Presentar un caso clínico típico para dar a conocer el quiste de Nuck.

- Realizar una revisión bibliográfica para que se incluya en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones a nivel inguinal de médicos de atención primaria, radiólogos, cirujanos y otros especialistas.

3 Caso clínico

Mujer de 41 años con antecedente de cesárea realizada hace 4 años evaluada en consulta por la sospecha de hernia crural derecha.

La paciente refiere tumoración crónica, desde la infancia que en los últimos 16 meses presenta molestias locales. En la exploración física presenta una tumoración en la región inguino-crural derecha - raíz de labio mayor, de 2 cm, redonda, no reductible y que no parece introducirse en canal inguinal ni crural.

Ante las dudas diagnosticas se solicita ecografía de partes blandas, el radiólogo realiza el diagnostico de quiste de Nuck y completa el estudio con una Tomografía Computerizada (TC) que confirma el diagnostico.

Posteriormente se realizó intervención quirúrgica por vía anterior, tras descartar defectos en canal inguino-crural se decidió realizar la exéresis del quiste, sin colocación de malla protésica.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria con alta hospitalaria a las 24horas y revisión en consulta al mes sin complicaciones.

4 Discusión-Conclusión

El quiste de Nuck es una patología poco frecuente que se debe de incluir dentro del diagnostico diferencial de los tumores de la región inguino-crural en la mujer. Su tratamiento es el quirúrgico y consiste en la exéresis del quiste asegurando posteriormente que no existan debilidades en el canal inguinal.

5 Bibliografía

1. Rouviére H, Delmas A. Anatomía Humana Descriptiva, Topográfica y Funcional. Tomo II. 10ª Edición. Barcelona. Masson 2001.
2. Nasser H, King M, Rosenberg HK, Rosen A, Wilck E, Simpson WL. Anatomy and pathology of the canal of Nuck. Clin Imaging. 2018 Sep - Oct; 51:83-92.

3. Topal U, Sarıtaş AG, Ülkü A, Akçam AT, Doran F. Cyst of the canal of Nuck mimicking inguinal hernia. Int J Surg Case Rep. 2018;52:117-119.
4. Aalberg J, Simpson W, Divino C. Canal of Nuck Hydrocele: Diagnosis and Treatment of a Rare Inguinal Pathology. Am Surg. 2018 Jun 1; 84(6):e178-e180.
5. Chan D, Kwon JK, Lagomarsino EM, Veltkamp JG, Yang MS, Pfeifer CM.Canal of Nuck hernias. Acta Radiol Open. 2019 Dec 9; 8(12):2058460119889867
6. Shahid F, El Ansari W, Ben-Gashir M, Abdelaal A.Laparoscopic hydrocelectomy of the canal of Nuck in adult female: Case report and literature review. Int J Surg Case Rep. 2019 Nov 27; 66:338-341.

Capítulo 20

SÍNDROME DE SYWER-JAMES-MACLEOD (PULMÓN HIPERCLARO UNILATERAL)

MARTA TIJERIN BUENO

ALEJANDRO DE LA PUENTE GREGORIO

PAULA DIOS DIEZ

1 Introducción

El síndrome de Sywer-James-MacLeod es una bronquiolitis obliterante postinfecciosa, secundaria a infección por adenovirus, virus sincitial respiratorio o Mycoplasma durante la infancia o adolescencia.

Es poco frecuente y las alteraciones que presenta son debidas a la obstrucción de la luz de la pequeña vía aérea. Los pacientes pueden estar asintomáticos o presentan tos crónica, sibilancias o infecciones recurrentes.

2 Objetivos

Repasar la presentación clínica y hallazgos de imagen típicos de dicho síndrome.

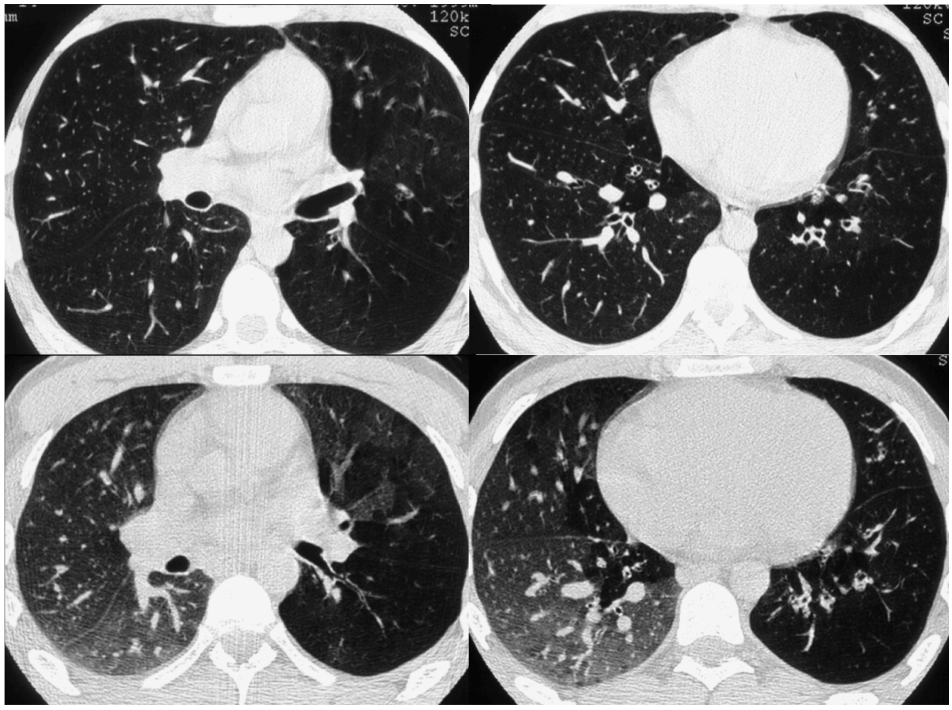
3 Caso clínico

Varón de 31 años, no fumador, con infecciones respiratorias de repetición.

Imágenes superiores: TCAR axiales en inspiración: se observa asimetría torácica con menor volumen del hemitórax izquierdo. El pulmón izquierdo es hiperclaro, con hipovascularización no uniforme debida a disminución de tamaño de las arterias pulmonares periféricas respecto a las del pulmón derecho; asimismo, la arteria pulmonar del LII es de pequeño tamaño. Hay pequeñas bronquiectasias periféricas en los segmentos basales del LII y en el medial del LID. La vía aérea está permeable.

Imágenes inferiores: TCAR axiales en espiración: se ve atrapamiento aéreo relativamente uniforme en el LII y parcheado en el LSI, el LM y el segmento medial del LID. El atrapamiento aéreo ocasiona desplazamiento mediastínico derecho. Se observa disminución de tamaño de las arterias pulmonares en todas las zonas de atrapamiento aéreo.

En la arteriografía pulmonar (realizada años antes) se observa hipoplasia de la arteria pulmonar principal izquierda y de sus ramas.



4 Discusión-Conclusión

Se trata de un paciente con disminución de tamaño del pulmón izquierdo, atrapamiento aéreo en dicho pulmón, atrapamiento aéreo parcheado en el LM y el LID y, en estas mismas zonas, disminución de tamaño de las arterias pulmonares (incluidas las centrales izquierdas) y pequeñas bronquiectasias. No hay evidencia de obstrucción bronquial.

El atrapamiento aéreo en espiración, signo clave en este caso, puede deberse a obstrucción de la vía aérea grande o de la pequeña vía aérea (bronquiolitis) y siempre se acompaña de disminución de tamaño de las arterias pulmonares, por vasoconstricción refleja.

En este caso, sin obstrucción bronquial, la causa del atrapamiento aéreo es la afectación de la pequeña vía aérea. Su presentación junto a la disminución de tamaño del pulmón y de las arterias pulmonares centrales y periféricas y la presencia de bronquiectasias es prácticamente patognomónica del síndrome de Swyer-James-MacLeod.

Destacar la importancia de los cortes de TCAR en espiración para detectar el atrapamiento aéreo. Su presencia en un pulmón hiperclaro de tamaño normal o disminuido, con hipovascularización pulmonar y vía aérea permeable es patognomónico del S. de Swyer-James-MacLeod.

5 Bibliografía

- Dillman JR, Sanchez R, Ladino-Torres MF, Yarram SG, Strouse PJ, Lucaya J. Expanding upon the unilateral hyperlucent hemithorax in children. RadioGraphics. 2011;31:723-41.
- Zylak CJ, Eyler WR, Spizarny DL, Stone CH. Developmental lung anomalies in the adult: Radiologic-Pathologic correlation. RadioGraphics. 2002;22:S25-S43.
- Lucaya J, Gartner S, García-Peña P, Cobos N, Roca I, Liñan S. Spectrum of manifestations of Swyer-James-MacLeod syndrome. J Comput Assist Tomogr. 1998;22:592-7.
- Yekeler E. A rare case of Swyer-James Macleod syndrome and a new clinical presentation, acquired lobar emphysema. Ann Thorac Surg. 2012;93:e123-5.
- Hernández D, Pallisa E, Sebastià MC, Quiroga S, Álvarez-Castells A, Cáceres J. Bronquiolitis: formas de presentación y factores etiológicos. Radiología. 1999;41:185-90.

- Swyer PR, James GC. A case of unilateral pulmonary emphysema. Thorax. 1953;8:133-136.
- MacLeod WM. Abnormal transradiancy of one lung. Thorax. 1954;9:147-53.

Capítulo 21

CADENA EPIDEMIOLÓGICA EN LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y CONTROL

ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ

ZAIDA GARCÍA BURON

ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO

JULIETA ALONSO SOTO

RICARDO ELORRIAGA CLARACO

1 Introducción

Cualquier microorganismo es capaz de producir una infección nosocomial en alguna de sus distintas localizaciones o formas clínicas, pero los más comunes y representativos de la infección nosocomial son los microorganismos ambientales y los saprófitos humanos, bien del propio paciente, bien del personal existencial o bien de otros pacientes hospitalizados. La piel, el tubo digestivo, la boca y las vías respiratorias son los reservorios más representativos de la flora saprófita causante de las infecciones nosocomiales.

2 Objetivos

- Conocer los distintos microorganismos que producen infecciones nosocomiales.

- Entender el mecanismo de transmisión de la infección nosocomial para disminuir las tasas de infección.
- Conocer los sistemas de vigilancia y control de la infección nosocomial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en las principales bases de datos : Medline, PubMed, Scielo, Embase y la biblioteca Cochrane plus. Palabras clave : Epidemiología, nosocomial, sistemas vigilancia.

4 Resultados

A continuación se describen los principales reservorios y fuentes de agentes infecciosos:
- Acinetobacter sp. Se encuentra en el agua y en el suelo y es saprófito humano (piel, 25%; vagina, 5-15%). Capaz de sobrevivir en lugares húmedos, jabones, desinfectantes y equipos de respiración mecánica.
- Enterobacter sp. Es un saprófito habitual del intestino humano. Puede asentarse en el tracto urinario, el respiratorio o la herida quirúrgica como consecuencia de infección en esa localización
- Pseudomonas sp. Son bacilos gramnegativos muy frecuentes en agua y suelos, capaces de sobrevivir en recodos húmedos de los equipos de asistencia (nebulizadores, siondas de aspiración traqueal, circuitos de respiradores, conductos de difícil acceso para el lavado y secado en los endoscopios que quedan húmedos).
- Serratia sp. Son bacilos gramnegativos de distribucón similar a la de Pseudomonas. Se han encontrado en gran variedad de plantas, pero probablemente provengan de los suelos.
- Klebsiella sp. Son bacilos gramnegativos, ampliamente distribuidos en suelo, agua y semillas. Son comensales habituales del intestino y faringe humanos y de animales.
- Candida sp. Son hongos levaduriformes que constituyen un componente transitorio de la flora comensal de lugares húmedos de temperatura adecuada(piel, boca, vagina, heces de la especie humana). El 30-50% de la población sana es portadora. Candida parapsilosa es la especie más comúnmente aislada de las manos del personal sanitario.
- Aspergillus sp. Es un hongo filamentoso que vive y se reproduce formando esporas en el medio ambiente, en los suelos y materiales en descomposición. La

remoción de estos materiales y en particular de los escombros de obras hacen que las esporas pasen al aire, donde por su pequeño tamaño pueden permanecer y transmitirse por las corrientes.
- Staphylococcus sp. Son cocos grampositivos, saprófitos habituales de la piel del hombre.
- EAMR (Staphylococcus aureus meticilin resistente). Es un coco garmpositivo, con capacidad coagulasa positiva, que produce lesiones piógenas habituales de piel y es capaz de sobrevivir en pliegues de la piel y en el vestíbulo nasal (20-60% de portadores humanos en esta localización). La variedad MR es resistente a los antibióticos del grupo meticilina, por lo que son difíciles de tratar.
- Enterococos. Son cocos grampositivos que incluyen varias especies de Streptococcus grupo D. Son comensales habituales del intestino del hombre.
- Listeria sp. Es un bacilo grampositivo saprófito del intesino del ganado vacuno y lanar ; el 20% de humanos sanos son portadores en intestino, vagina y faringe. Es capaz de sobrevivir en superficies secas ó húmedas entre 20 y 30 días, y en los alimentos del ganado (forraje almacenado) y humano (lechuga, apio, crudos y carnes de animales y derivados.

El esquema de la cadena epidemiológica con sus tres eslabones, que va desde el agente infeccioso hasta el huésped susceptible, a través de un mecanismo de transmisión más o menos simple, ayuda a comprender cómo se produce la infección nosocomial, así como los mecanismos de control, al romper cualquiera de los eslabones de la cadena.

Un sistema de vigilancia es un sistema de recogida, procesado, análisis y presentación de los resultados de frecuencia y distribución de un proceso patológico específico. Según los Centers for Disease Control (CDC), un sistema de vigilancia efectivo debe ser prospectivo y contar con un epidemiólogo especializado en el control de la infección.

El principal objetivo es disminuir las tasa de infección nosocomial, establecer la tasa endémica de infección nosocomial ; detectar brotes, estudiar los patrones de resistencia a antibióticos; estudiar las formas de control e información al personal sanitario sobre el riesgo de infección que conllevan los diferentes procedimientos; estudiar la frecuencia de factores de riesgo intrínseco y de exposición a factores de riesgo extrínseco, además de su asociación a la infección; determinar la utilidad y la eficacia de las medidas de control, tal como se estudian en el SENICI (Study of Efficacy of Nosocomial Infection Control), promovido por los CDC, y controlar el cumplimiento de las medidas reguladoras.

En los últimos años se han desarrollado distintos sistemas de vigilancia, con el ojetivo de conocer las tasas de infecciones nosocomiales más graves y frecuentes relacionadas con la instrumentalización, así como sus etiologías y la evolución de las resistencias de los microorganismos más prevalentes. Existen diversas técnicas de vigilancia, y que se utilice una u otra depende, fundamentalmente, de los recursos humanos y económicos ,y de la estructura física del hospital. Así, puede distinguirse entre vigilancia activa o pasiva, según quien realice la vigilancia; prospectiva o retrospectiva, según cuando se realice; basada en el paciente o a partir de los datos del laboratorio; y, por último, según el ámbito que abarca la vigilancia, ésta puede ser global, por objetivos o limitada (dirigida).

La principal fuente de datos utilizada en la vigilancia es la historia clínica, aunque la inspección del paciente y los datos proporcionados por el laboratorio proporcionen información importante. Todos los datos recogidos de los pacientes son codificados, estandarizados e introducidos en el ordenador para su posterior análisis, que variará en función de que se trate de un estudio de prevalencia o un estudio de incidencia.
Los estudios de prevalencia (EPINE) consisten en estudiar en un momento determinado la situación del hospital, unidad o servicio respecto a las infecciones nosocomiales y son la fotografía del hospital en un momento concreto. Estos estudios son baratos y eficaces, pero no son adecuados para la detección de brotes. Por el contrario, los estudios de incidencia (VICONOS, PREVINE, ENVIN-UCI) siguen al paciente durante todo su ingreso y valoran qué infección adquiere durante el tiempo que permanece ingresado. Permiten detectar y controlar brotes.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales afectan al 5% de los pacientes ingresados y comportan una elevada morbimortalidad y un mayor coste económico. Son la causa más prevenible de eventos adversos graves en pacientes hospitalizados. La vigilancia epidemiológica, es la base de los programas de control de infección, para mejorar la calidad asistencial en los centros sanitarios.

6 Bibliografía

1. Mariví-Poma E, Repáraz F, Uriz J, Lameiro FJ, Otermin I. Comisión de infecciones, higiene hospitalaria y política de antibióticos: funciones, actividades, responsabilidades Anales Sist Sanitario Navarra, 23: 25-30.

2. Barcenilla F, Jover A, Castellana D, Lo´pez R. Control de la infeccio´n nosocomial. Una visio´n ma´s alla´ de cuidados intensivos. En: Net A, Quintana E, editores. Infecciones en Medicina Intensiva. Barcelona: Ars Medica; 2007. p. 19–28.
3. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG. The nationwide nosocomial infection rate. A new need for vital statistics. Am J Epidemiol. 1985;121:159–67.
4. Ducel G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica 2a edición. Organización Mundial de la Salud. 2012.
5. Informe EPINE-EPPS 1990-2015; 2014; 2015; 2016. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH)
6. Bajo JA, Bajo JM, Lailla JM. (2007) Vigilancia de la infección nosocomial, indicador de calidad. Capítulo 12. 2007
7. Olaechea PM, Insausti J, Blanco A, Luque P.Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. Med Intensiva. 2010; 34(4):256–267.
8. Iñigo J, Sendra JM, Díaz R, Bouza C, Sarría- Santamera A. Epidemiología y costes de la sepsis grave en Madrid. Estudio de altas hospitalarias. Medicina Intensiva vol.30:5 jun/jul. 2006.
9. Gasto de la infección nosocomial o como mejorar la calidad: un programa dirigido a clínicos y gestores. Enero-julio 2013. EIDON no 39:68-75.
10. Pujol M, Limón E.Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2013; 31(2): 108-113.
11. Healthcare-associated Infections (HAI) Progress Report. CDC 2014-2016.
12. Shaan L. Gellatly, Robert E.W. Pseudomonas aeruginosa: new insights into pathogenesis and host defenses. Hancock Centre for Microbial Diseases and Immunity Research, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada. Pathog Dis. 2013 Apr; 67(3):159-73.
13. Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA.Pseudomonas y microorganismos relacionados. En: Elsevier, editor. Medical Microbiology. Edición Española. 6a ed. España: Elsevier España, S.A.; 2012. P.333-342.

Capítulo 22

FIEBRE PERSISTENTE EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICA Y POLIMEDICADA

PAULA DIOS DIEZ

MARTA TIJERIN BUENO

1 Introducción

La fiebre es un motivo de consulta muy común en los pacientes que acuden a urgencias y también que ingresan en la planta de hospitalización. El diagnóstico cuando existen múltiples comorbilidades y fármacos aporta complejidad y factores de confusión.

2 Objetivos

- Realizar el diagnóstico diferencial en una paciente con comorbilidad importante y polifarmacia.
- Realizar una breve revisión bibliográfica de una entidad no infrecuente pero infradiagnosticada: la infección por Coxiella burnetti.

3 Caso clínico

Mujer de 84 años que ingresa por fiebre. Respecto a sus antecedentes personales destaca un deterioro cognitivo leve, es parcialmente dependiente. Además, está

diagnosticada de hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad de Parkinson, un ictus isquémico agudo en territorio de arteria cerebral media izquierda, de probable etiología cardioembólica, en mayo de 2013. También consta una estenosis aórtica al menos moderada con una dilatación leve de la aurícula izquierda y acinesia ventricular segmentaria con función sistólica deprimida (FEVI 35-40%).

Ha sido intervenida de una apendicectomía, una prótesis de cadera izquierda y colecistectomía.

Su tratamiento habitual consta de: omeprazol, telmisartán, furosemida, digoxina, ácido acetilsalicílico, simvastatina, mirapexín, pregabalina, clonazepam.

La paciente refiere un cuadro de 8 días de evolución de disnea progresiva y autoescucha de sibilacias, fiebre diaria sin repercusión en el estado general y tos seca. El día previo al ingreso, presentó un mareo y dificultad para la deambulación por debilidad en extremidades inferiores.

En la exploración física reseñamos una temperatura de 38ºC. La paciente está taquipneica, se objetiva un soplo sistólico en el foco aórtico, con disminución del segundo ruido y crepitantes en bases.

En las pruebas complementarias se objetiva una leucocitosis de 12300 leucocitos, un K de 5.7, GOT 72, GPT 36, GGT 81, FA 84, bilirrubina total 1.3, PCR 13.9 y VSG 29. Se solicitan cultivo de esputo y hemocultivos, que resultan negativos.

En resumen, se trata de una mujer con fiebre, disnea y aumento de transaminasas. Inicialmente se administran antibióticos de amplio espectro a pesar de lo cual persiste la fiebre. Por eso planteamos un diagnóstico diferencial con la etiología por toxicidad farmacológica (la paciente toma múltiples medicamentos, aunque esto no explicaría la sintomatología respiratoria); neoplasias (en contra el tiempo de evolución del cuadro, y a favor que los cultivos no son positivos); enfermedades inflamatorias (aunque para estas últimas se trataría de un comienzo tardío y tampoco hay otros datos de conectivopatía).

En este contexto se plantearía una infección sistémica como opción más probable. En primer lugar, una endocarditis por el antecedente de valvulopatía previa y no presentar otro foco infeccioso claro, para lo cual se solicita un ecocardiograma transesofágico que descartó la presencia de vegetaciones. Sin embargo, sí podría está más en relación con una infección por bacterias atípicas ante las pruebas de imagen normales.

En este punto se realizan serologías, y resulta positiva la Coxiella fase II (1/1024), con una fase I <1/64, por lo que se inicia tratamiento con doxiciclina durante 2 semanas, desapareciendo la fiebre a las 48 horas, con mejoría del estado general.

4 Discusión-Conclusión

La fiebre Q es una zoonosis de distribución universal con una prevalencia posiblemente subestimada. Tiene una incicencia estacional con predominio en primavera y el otoño. Está producida por un bacilo gram negativo intracelular conocido como Coxiella burnetti. Tiene su reservorio en herbívoros y se transmite a través de los productos relacionados con el parto por inhalación. La mayor parte de las infecciones son asintomáticas (en torno al 50%) y casi el resto tienen un curso agudo, principalmente como un cuadro febril con artromialgias.

En la zona norte de España se manifiesta principalmente como neumonía atípica y cuadros respiratorios y en la zona sur de la península como hepatitis. En un pequeño porcentaje aparece un exantema. Sin embargo, puede presentarse, menos frecuentemente de otra multitud de maneras. La infección crónica, muy poco frecuente, es en forma de endocardidtis, aunque suele tener una expresión ecocardiográfica muy sutil.

El diagnóstico se basa principalmente en la inmunofluorescencia indirecta. El tratamiento consiste en doxiciclina (macrólido y rifampicina en embarazadas) a la que se añade hidroxicloroquina en el caso de tratarse de una fiebre Q crónica. Existe una vacuna empleada en zonas con alta incidencia.

El diagnóstico de infección por Coxiella es poco frecuente por infradiagnosticada. Es importante tener una alta sospecha diagnóstica en relación a un antecedente epidemiológico (que en ocasiones no existe) y una sintomatología sistémica.

5 Bibliografía

- Fraile Fariñas M. T., Muñoz Collado C. Infección por Coxiella burnetii (fiebre Q). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010; 28(supl 1; 29-32).
- Herrero J.A., García-Vázquez E., Hernández A., Gómez J. Infecciones por rickettsias y fiebre Q. Medicine. 2010; 10(57):38811-8.
- Roca B. Fiebre Q. An. Med. Interna. 2007. 11:1-9.
- Peña-Irún A., González Santamaría A.R., Munguía Rozadilla F., Herrero Gonzalez J.R. Fiebre Q. Descripción de un caso. Semergen. 2013. 39(5): 12-14

Capítulo 23

HEPATITIS AUTOINMUNE DESENCADENADA POR NITROFURANTOÍNA.

MARTA GOMEZ ALONSO

LAURA PULIDO FONTES

MARTA LUCÍA PULIDO FONTES

MARTA RINCÓN FRANCÉS

1 Introducción

La hepatitis autoinmune (HAI) es una causa frecuente de hepatitis crónica. Es una entidad más prevalente en mujeres. La etiología no es bien conocida, aunque se postula que la HAI se produce por una reacción inmune frente a autoantígenos hepatocitarios en el contexto de un trastorno de la inmunorregulación.

En la mayoría de los casos no se identifica un desencadenante del proceso inmune, pero algunos fármacos, como la nitrofurantoína, se han descrito como agentes causales. La nitrofurantoína se utiliza desde 1953 y es un fármaco ampliamente prescrito en el tratamiento y la profilaxis de las infecciones del tracto urinario (ITU) de repetición.

2 Objetivos

- Describir el caso de una paciente en tratamiento crónico con nitrofurantoína por ITU de repetición que desarrolló una HAI secundaria, que presentó buena respuesta clínico-analítica tras la retirada del fármaco.

3 Caso clínico

Mujer de 68 años remitida por dispepsia. Como antecedente desatacaba que presentaba ITU de repetición y se encontraba en tratamiento con nitrofurantoína desde hacía más de un año. Analíticamente presentaba AST de 71 y ALT de 100 y previo al inicio del tratamiento con nitrofurantoína el perfil hepático no mostraba alteraciones. Negaba consumo de tóxicos y no seguía más tratamientos farmacológicos. No refería consumo de productos de herboristería ni refería factores de riesgo epidemiológicos para padecer hepatitis virales.

Se realizó estudio analítico completo etiológico de hipertransaminasemia objetivándose ANA + 1/1280 y ASMA 1/160, siendo el resto de parámetros normales. En la ecografía hepática no se objetivaron anomalías. Ante la sospecha de HAI se decidió llevar a cabo una biopsia hepática percutánea guiada por ecografía, que cursó sin incidencias. El estudio anatomopatológico mostró un parénquima hepático con alteración de la arquitectura lobulillar, observándose en todos los espacios porta un moderado infiltrado inflamatorio de predominio linfomonocitario, con celularidad plasmática y ocasionales eosinófilos, con rotura de la placa limitante, afectando el parénquima periportal (Figura 1 y 2).

Con esto el diagnóstico fue de HAI. Revisando la literatura, y debido a que se había descrito previamente casos de HAI inducidos por la toma de nitrofurantoína, se decidió suspender el antibiótico y no pautar tratamiento inmunosupresor, hasta ver la evolución. Tras la retirada de la nitrofurantoína, la analítica hepática presentó normalización y los autoanticuerpos se negativizaron, refiriendo la paciente clara mejoría sintomática.

4 Discusión-Conclusión

La nitrofurantoína es un antibiótico ampliamente utilizado en el tratamiento de las infecciones urinarias. El daño hepático por nitrofurantoína se ha descrito tanto en los casos de tratamientos de corta duración como en tratamientos prolongados. Cuando aparece tras exposiciones al fármaco cortas, el daño hepático

se produce por una reacción de tipo hipersensibilidad y suele aparecer en las primeras semanas de tratamiento.

Sin embargo, la hepatitis crónica se asocia a exposiciones prolongadas cuando se utiliza como antimicrobiano profiláctico. En estos casos, el daño hepático se produce por un mecanismo autoinmune. Su patogenia tiene como base la unión de metabolitos del fármaco a proteínas celulares como el citocromo P450, lo que da lugar a estructuras moleculares que son reconocidas como neoantígenos por el sistema inmune.

El pronóstico es bueno si se retira la nitrofurantoína precozmente, siendo esta medida suficiente para que revierta el daño hepático en algunos casos. Sin embargo, en otros, persisten las alteraciones a pesar de la retirada del tratamiento y es preciso instaurar tratamiento corticoideo e inmunosupresor, al igual que en la hepatitis autoinmune no farmacológica, aunque con una mejor respuesta al tratamiento y pronóstico.

5 Bibliografía

- Striker BH, Blok AP, Claas FH. Hepatic injury associated with the use of nitrofurans: a clinicopathological study of 52 reported cases. Hepatology 1988;8:599–606.
- Bjornsson E, Talwalkar J, Treeprasertuk S, et al. Drug induced autoimmune hepatitis: clinical characteristics and prognosis. Hepatology 2010;51:2040–8.
- Mollison LC, Angus P, Richards M, et al. Hepatitis due to nitrofurantoin. Med J Aust 1992;156:347–9.
- Paiva LA, Wright PJ, Koff RS. Long-term hepatic memory for hypersnsitivity to nitrofurantoin. Am J Gastroenterol 1992;87:891–3.
- Sorin B, Pineton de Chambrun M, Haroche J, et al. Autoimmune hepatitis triggered by nitrofurantoin: A rare drug-induced toxicity. Rev Med Interne.2016 Feb;37(2):131-4.

Capítulo 24

ABORDAJE DE POLIARTERITIS NODOSA DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO A PROPÓSITO DE UN CASO

FRANCISCO JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Poliarteritis nodosa o panarteritis nodosa es una enfermedad que está causada por la inflamación de los vasos, esa inflamación sistémica puede derivar a necrosis, provocando una destrucción de los vasos afectados. Esta vasculitis se considera una patología sistémica ya que afecta a diferentes órganos y tejidos. Si bien es cierto que principalmente afecta a arterias musculares (arterias de tamaño medio y pequeño) podría también hacerlo a vénulas y capilares. Las consecuencias clínicas son heterogéneas para los pacientes que la padecen (M Wolf,1987). Entre esas consecuencias clínicas comunes o que destacan son pérdida de peso, fiebre, daños a nivel renal, problemas musculoesqueléticos en las zonas afectadas, así como problemas a nivel del tracto gastrointestinal o a nivel cutáneo, debido a la localización principal de las arterias afectadas: a nivel renal en el 85% de los casos, a nivel coronario 75%, 65 % hepático y a nivel mesentérico el 50 %. El daño en los vasos también provoca la consecuente hipertensión al endurecerse el tejido vascular o la insuficiencia cardiaca. A nivel neuronal cabe destacar la neuropatía periférica, ya que afecta al 50/75% de los pacientes que sufre poliarteritis nodosa (de Boysson, H.,2019).

En cuanto a la incidencia anual es muy escasa, con una media de 2 a 9 casos por millón de habitantes, lo que la describe como enfermedad poco frecuente.

Se sabe que su etiología es debida a una disminución de la adenosina desaminasa, esta disminución se debe a una alteración genética, concretamente a una mutación a nivel del gen CECR1 (Adenosine desaminasa 2) que se localiza en el cromosoma 22, siendo más exactos en el brazo corto del cromosoma 22 (22q11.1). Parece ser que esa disminución de la enzima adenosina desaminasa conduce a un error en el equilibrio de los macrófagos pro-inflamatorios y antiinflamatorios. (Keer N, 2016 y Stoffels M,2015) y todo parece indicar que es alteración la causante de patología.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro trabajo es desarrollar el abordaje de la poliarteritis nodosa que se realiza desde el laboratorio clínico. Con ello pretendemos mediante la revisión de un caso puntual en el que intervenimos describir las pautas que se deben realizar a nivel analítico, bioquímico y genético en esta enfermedad. Considerando el papel activo que en todo momento debe realizar el laboratorio clínico en diagnóstico y seguimiento del paciente, enfocado siempre desde una visión multidisciplinar. En la literatura actual existe un vacío en la definición clara de las pautas comunes a seguir por los laboratorios cuando se presenta un caso de vasculitis y concretamente de poliarteritis nodosa sistémica, con este estudio también tratamos de subsanar ese vacío.

3 Caso clínico

Paciente de 7 años, varón, acude a urgencias de pediatría por alteración del estado general, cansancio, astenia. Lleva días sin ganas de jugar o ir al colegio. La madre del paciente refiere que nota cambios de humor y enfados repentinos. El clínico que le observa apunta la presencia de nódulos en la piel, y comenta (tras lectura del informe) que son dolorosos tras palpación. Se mide la temperatura del paciente y se registran 38 grados. Se solicita analítica que consta de hemograma, bioquímica, inmunología y microbiología. No refiere alergias conocidas, tampoco refiere enfermedades de interés ni intervenciones quirúrgicas previas.

4 Discusión-Conclusión

Una visión del paciente desde un marco multidisciplinar permite un abordaje más completo y por lo tanto más eficiente de la enfermedad del paciente. En este

caso puntual se observa como es muy necesario un papel activo del laboratorio clínico, donde debemos abandonar una actitud pasiva ante las analíticas y concienciarnos que una interpretación desde las secciones de bioquímica, genética o inmunología entre otras puede ser muy positivas para el clínico. En este caso han participado activamente las secciones de inmunología o microbiología para descartar orígenes o etiologías de la vasculitis que tenía el paciente.

Desde inmunología se descartó que se debiera a anticuerpos ANCA (causa muy común de vasculitis) y desde microbiología se pudo también descartar el origen microbiano de la inflamación. Fue el estudio genético del enfermo el que nos dio la clave (apoyados por supuesto de los datos que en el informe figuraban por parte del clínico) para el diagnóstico. Con todo ello se consiguió así un diagnóstico con mayor celeridad y certeza, de una patología que en función de la localización de los vasos afectados puede complicarse hasta desenlaces fatales y que necesita de una pronta intervención terapéutica. El paciente comenzó a ser tratado con esteroides a dosis altas y con fármacos antiTNF como el etanercept, con lo que se espera que mejore su pronóstico.

Gracias al aporte de los datos aportados por las diferentes secciones del laboratorio, así como a una visión clínica multidisciplinar, se diagnosticó con la mayor certeza y celeridad una patología como la poliarteritis nodosa necrotizante, que puede llegar a tener un desenlace fatal y que necesita de un pronto comienzo del tratamiento con esteroides a dosis altas para controlar las manifestaciones o con fármacos antiTNF como el etanercept con lo que se mejora el pronóstico del paciente.

5 Bibliografía

1. Wolf, M., Kronenberg, J., Engelberg, S., & Leventon, G. (1987). Rapidly progressive hearing loss as a symptom of polyarteritis nodosa. American journal of otolaryngology, 8(2), 105-108.
2. de Boysson, H., & Guillevin, L. (2019). Polyarteritis nodosa neurologic manifestations. Neurologic Clinics, 37(2), 345-357.
3. Keer, N., Hershfield, M., Caskey, T., & Unizony, S. (2016). Novel compound heterozygous variants in CECR1 gene associated with childhood onset polyarteritis nodosa and deficiency of ADA2. Rheumatology, 55(6), 1145-1147.
4. Stoffels, M., Zhou, Q., Chen, C., Aksentijevich, I., Kastner, D. L., Merkel, P. A., & Vasculitis Clinical Research Consortium. (2015). Update on CECR1 molecular diagnostics: new mutations in the deficiency of ADA2 (DADA2) and the North

American polyarteritis nodosa (PAN) cohort. Pediatric Rheumatology, 13(S1), O20.

Capítulo 25

CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA EN SACROILEÍTIS POR ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

PAULA DIOS DIEZ

MARTA TIJERIN BUENO

ALEJANDRO DE LA PUENTE GREGORIO

1 Introducción

La Sacroileitis es un proceso inflamatorio de origen infeccioso o inflamatorio principalmente, en el que no siempre es fácil discernir estas dos cuestiones. El conjunto de las pruebas de imagen, los parámetros de laboratorio y principalmente la evolución de la sintomatología del paciente con el tratamiento propuestos son clave a la hora de proponer un diagnóstico definitivo.

2 Objetivos

- Realizar el diagnóstico diferencial de la sacroileitis unilateral desde un punto de vista clínico y radiológico.

3 Caso clínico

Varón de 29 años que ingresa en planta de hospitalización por dolor en región sacroilíaca izquierda. No tiene antecedentes personales de interés, y en los antecedentes familiares destaca el diagnóstico de espondilitis anquilosante en el padre.

El paciente refiere un cuadro de más de 1 mes de evolución de dolor en región sacroilíaca izquierda a raíz de un cuadro gripal. Ha acudido a urgencias en varias ocasiones por este motivo, pautándose antiinflamatorios con mejoría parcial. El dolor es más intenso por la mañana, mejorando en algunas ocasiones durante el día. Durante este tiempo presenta fiebre intermitente.

En la exploración física se objetiva una temperatura de 37.8ºC, buen estado general. Movimientos limitados en extremidades inferiores por dolor, limitación a la flexión del tronco, y dolor a la palpación en región sacroilíaca izquierda.

En los análisis extraídos en urgencias llama la atención una PCR de 12 mg/L (valores normales <0.5 mg/L). Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona y cloxacilina endovenosas, con mejoría de la fiebre en los días siguientes. Los hemocultivos y las serologías obtenidos al ingreso resultan negativos.

Durante el ingreso, el paciente presenta una inflamación articular del tobillo izquierdo, sobre el que se realiza artrocentesis (leucocitos 20000, no se detectan cristales, el resto de los parámetros son normales, incluido el cultivo), tras ser valorado por reumatología. Las pruebas analíticas ampliadas en los días posteriores revelan un HLAB27 positivo.

Ante la evolución diagnóstica, se plantea el diagnóstico diferencial entre una sacroileitis izquierda de origen infeccioso o una espondilitis anquilosante con afectación de sacroiliacas y tobillo izquierdo. Se solicita una resonancia magnética nuclear que se describe: incipiente degeneración discal L5-S1 con vulgin discal asociado no compresivo.

Sacroileítis unilateral izquierda en fase de actividad inflamatoria. Además, se realiza una gammagrafía ósea y con galio, que se informa como hipercaptación de radiofármaco en ambas articulaciones sacroilíacas con mayor intensidad de captación en la articulación sacroiliaca izquierda; cuando se compara este estudio con el de la gammagrafía ósea se observa que ambas imágenes son concordantes, siendo la intensidad de captación más intensa en la gammagrafía ósea. Existe una sacroileitis bilateral más severa en el lado izquierdo que no parece infecciosa.

Dada la evolución clínica se decide iniciar tratamiento antiinflamatorio con indometacina a dosis de 50 mg cada 8 horas y se completan 6 semanas totales de tratamiento antibiótico con levofloxacino 500 mg cada 24 horas, sin reaparición de la fiebre y con mejoría parcial de la sintomatología dolorosa y de la capacidad funcional. Ha seguido controles posteriores por parte de reumatología, quienes han iniciado tratamiento con etanercept 50 mg sc semanales sin complicaciones.

En el algoritmo diagnóstico de sacroileítis debemos comenzar por una radiografía simple de articulaciones sacroilíacas a pesar de su baja sensibilidad y especificidad. La evaluación comparativa con el lado no afecto puede resultar de ayuda. Los hallazgos típicos incluyen: esclerosis de las superficies articulares, sobre todo de la vertiente ilíaca, irregularidad de platillos y ensanchamiento del espacio articular.

La tomografía computarizada tiene una alta sensibilidad y especificidad, pero no está indicada debido a la alta radiación. La gammagrafía ósea es de gran ayuda en la localización de la afectación, así como en la exclusión de causas como fracturas de estrés u otras patologías.

La resonancia magnética resulta el gold estándar para detectar cambios inflamatorios tempranos y descartar patologías clínicamente parecidas.

Existen dos clasificaciones para el estadiaje. La primera se basa en los hallazgos en la radiografía simple, y es conocida como Criterios de Nueva York. Se divide en cinco grados según la severidad de la afectación:
GRADO 0: Normal
GRADO 1: Dudosa: Cuando existen dudas sobre la presencia de hallazgos del grado 2
GRADO 2: Sacroileitis precoz, que incluye:
• Erosiones localizadas y/o ensanchamiento del espacio articular.
• Irregularidad de márgenes.
• Esclerosis
• Puede ser unilateral (2a) o bilateral (2b)
GRADO 3: Severa destrucción. Mismos hallazgos que en el grado 2, aunque más marcados y bilaterales. Además se pueden ver pequeños puentes óseos.
GRADO 4: Cambio regresivos. Grado 3 con estrechamiento del espacio articular asociado.
GRADO 5: Fase Terminal, donde ya se aprecia anquilosis de las articulaciones.

Otra clasificación se basa en los hallazgos de resonancia magnética y es conocida

como Assessment in SpondyloArthritis International Society (ASAS). No estadía la severidad de la sacroileítis, sino que se centra en hallazgos que confirmen la presencia de "sacroileítis activa". Se divide en hallazgos de RM requeridos y no requeridos.

Los requeridos para el diagnóstico son:
• Edema de medula ósea en secuencias T2 o STIR o captación tras la administración de gadolinio. Dicho edema debe estar presente el al menos dos cortes consecutivos o múltiples focos en un mismo corte.
• La inflamación debe localizarse típicamente en hueso subcondral.
• Los hallazgos deben ser altamente sugestivos de espondiloartropatía.

Los hallazgos no requeridos pero relacionados son:
• Otras lesiones inflamatorias activas como sinovitis, entesitis o capsulitis.
• Lesiones estructurales como infiltración grasa, esclerosis, erosiones o anquilosis pueden indicar una fase crónica.

4 Discusión-Conclusión

Diagnóstico diferencial de las sacroileítis se divide según la afectación sea unilateral o bilateral. Así, una afectación bilateral y simétrica corresponde a Artritis por enteropatías tipo enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, Espodilitis anquilosante, artritis reumatoide, o enfermedad de Whipple. Si la afectación es bilateral pero asimétrica, el diferencial incluye gota, artritis psoriásica, artritis reactiva (Síndrome de Reiter), osteoartritis, policondritis recidivante, enfermedad de Behcet o sacroileítis circunscrita.

Por último, cuando la afectación es unilateral, debemos sospechar un proceso neoplásico, infeccioso (como artritis séptica piógena, tuberculosa o brucelosis), paraplejía o síndrome SAPHO.

En nuestro caso, se trata de una presentación atípica de sacroileítis unilateral por espondilitis anquilosante, debido a su debut clínico como un probable proceso infeccioso y desde el punto de vista de imagen, de su distribución bilateral aunque asimétrica, llegando al diagnóstico definitivo tras balancear los resultados de laboratorio, radiológico y la evolución clínica.

5 Bibliografía

- Kevin Deane. MRI Findings in Axial Spondyloarthritis: Should We Look Higher Than the Sacroiliac Joints?.Medscape Apr 15, 2014.
- Van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. Arthritis Rheum., 1984, 27: 361.
- TyM. M. Sarmiento de la Iglesia, F. Diez Renovales, G. Lecumberri Cortes, J. Cardenal Urdampilleta, I. Corta Gomez1, D. Grande Icaran; Arrigorriaga. Actualizacion en el diagnostico por imagen de la sacroileitis. SERAM 2012. Granada.

Capítulo 26

UNA LESIÓN ESOFÁGICA.

PAULA DIOS DIEZ

MARTA TIJERIN BUENO

1 Introducción

Las micobacterias atípicas son microorganismos ubicuos, que no siempre producen patología. Las infecciones por micobacterias atípicas producen cuadros principalmente pulmonares, ganglionares y de piel y partes blandas. Algunas de estas entidades afectan a pacientes con alteraciones de la inmunidad o con fibrosis quística.

2 Objetivos

- Presentar un caso de infección por micobacterias atípicas de presentación infrecuente y revisar la literatura al respecto.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, esteatosis hepática, hiperplasia prostática y hernia de hiato, pendiente de ser intervenido de una neoplasia de colon derecho. El paciente se encuentra asintomático y la exploración física es rigurosamente normal.

En el estudio de extensión mediante TC de tórax y abdomen, se describen conglomerados adenopáticos mediastínicos parcialmente calcificados, el más significativo en región pretraqueal de 27x29 mm de diámetro. Además, existen signos de afectación intersticial. Ante esos hallazgos, y tras comentarlo en sesión clínica multidisciplinar, se decide realización de gastroscopia por no se concordante la zona de drenaje habitual del tumor inicial con posible afectación neoplásica ganglionar a ese nivel. En esta prueba se observa una lesión esofágica media de aspecto excrecente, sobreelevada y ulcerada de la que se toman múltiples biopsias.

El informe de anatomía patológica: fragmentos revestidos por mucosa esofágica no displásica y sin signos de malignidad. En zonas la mucosa aparece ulcerada objetivandose una muy importante respuesta granulomatosa, submucosa, epitelioide, con mínima necrosis y con abscesificación zonal. No se han detectado bacilos ácido alcohol resistentes ni hongos. La biopsia remitida corresponde a un proceso granulomatoso submucoso del tipo de granulomas epitelioides supurativos, no es patognomónico, pero deben descartarse procesos infecciosos como una micobacteriosis, preferentemente micobacterias atípicas o una micosis profunda. La PCR de micobacterias es negativa.

Los cultivos también son negativos. Se realiza además una ecoendoscopia para realizar biopsia de adenopatías a nivel paraesofágico, que se informa como bordes poco definidos, con pequeña zona hipoecogénica, sugestiva de necrosis, y cuyo polo inferior contacta con la pared esofágica, sugestivo de fistulización a través de la pared. Los hallazgos son compatibles con agregados adenopáticos de gran tamaño, con áreas de antracosis y posible sobreinfección por micobacterias. El mantoux realizado es positivo. Los análisis completos no presentan alteraciones reseñables.

4 Discusión-Conclusión

Esta entidad está descrita en pacientes VIH con infección por M. tuberculosis o M. avium- intracellulare, y también existe un caso descrito por M. kansaii. Como afectación ganglionar aislada en pacientes sin inmunosupresión severa, esta entidad es más frecuente en niños a nivel cervical, aunque puede aparecer en otras regiones como el mediastino.

Dentro de los argumentos a favor a la hora de realizar un tratamiento con cobertura para micobacterias atípicas, además de los datos anatomopatológicos, que son los que más pesan de inicio, es la presencia de un mantoux positivo en un

paciente no vacunado previamente (incluiría positivizaciones en micobacterias no tuberculosas) y la presencia de un IGRA negativo (que es más específico para M tuberculosis, aunque también se podría positivizar en infecciones por M kansasii).

Aunque el tratamiento de la entidad típica es el quirúrgico, dada la afectación de múltiples áreas ganglionares de difícil acceso no se plantea esta opción. Y ante la ausencia de certeza de la especie causante del cuadro, un tratamiento de amplio espectro se plantea como la mejor opción, aunque hay que tener en cuenta que son tratamientos largos y tóxicos, por lo que no podría generalizarse esta estrategia.

5 Bibliografía

- David E Griffith, C Fordham von Reyn. Pathogenesis of nontuberculous mycobacterial infections. Diciembre 2019.
- David E. Griffith et al. Treatment, and Prevention of Nontuberculous Mycobacterial Diseases. Am J Respir Crit Care Med Vol 175. 367-416. 2007
- S. Bartolome et al. Clinical microbiological case: esophago-airway fistula in an AIDS patient. Clin Microbiol Infect. 2002 Mar;8(3):189-90.

Capítulo 27

ENFERMEDAD RENOVASCULAR

SARA BUSTO SUAREZ

LUIS MARÍA BRAVO GONZÁLEZ-BLAS

1 Introducción

La enfermedad renovascular es una entidad relativamente común que consiste en la afectación de las arterias renales, ya sea por un aumento de su diámetro o por reducción de su luz, dando lugar a a un cuadro de hipertensión arterial (HTA) secundaria y/o insuficiencia renal, lo cual supone una mortalidad anual del 16%.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es realizar una revisión bibliográfica de la etiología, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renovascular.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hasta un 10% de las HTA son de causa secundaria, y de estas, la más frecuente es la vasculo-renal (1-5%), debida a una estenosis de la arteria renal (EAR).

La HTA secundaria se diferencia de la esencial en que su inicio es brusco, es más frecuente en pacientes menores de 30 años o mayores de 60, sin antecedentes familiares y suele presentarse como HTA resistente (pacientes que necesitan más de 3 fármacos para control óptimo de la presión arterial).

La HTA renovascular por estenosis de arteria renal puede ser debida a diferentes causas:
· Arteriosclerosis [90%]: es la causa más frecuente, sobre todo en varones mayores de 50-60 años. Suele afectar a la porción proximal de la arteria.
· Displasia fibromuscular [10%]: generalmente mujeres menores de 30 años. Suele afectar más a parte media-distal.
· Otras causas como disecciones y traumatismos, vasculitis de grandes vasos (p.ej. arteritis de Takayasu), compresión extrínseca, lesiones congénitas (síndromes hipoplásicos congénitos de aorta y renales… etc) son muy infrecuentes.

Aunque alrededor de la mitad de pacientes afectados de EAR no presentan clínica, ¿cuándo debemos sospechar una EAR?
1. HTA antes de los 30 años o después de los 60
2. HTA refractaria a 3 o más fármacos
3. Aumento de urea en sangre
4. Insuficiencia renal (IR) sin causa aparente
5. IR súbita en pacientes a tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II).

Entre un 1 y un 5% de los pacientes diagnosticados de HTA presentan estenosis de la arteria renal, siendo más frecuente en paciente con insuficiencia renal avanzada y mayores de 50 años (5-10%). La mayor parte de los datos que aparecen en la literatura sobre la EAR se refieren a pacientes con dos riñones funcionantes (80%), con EAR unilateral o bilateral. La EAR en riñón único es menos prevalente que las anteriores (<20%) y se asocia con peor pronóstico y mayor morbimortalidad.

Son factores de riesgo de progresión de la enfermedad:
- Sexo femenino

- Edad avanzada
- HTA grado 2-3
- Tabaquismo

En lo que respecta al tratamiento, actualmente existe controversia sobre si es preferible realizar revascularización o tratamiento médico conservador, y no existen criterios clínicos estrictos a favor o en contra de la revascularización en estos pacientes. No hay evidencia científica estricta.

Las recomendaciones basadas en los estudios disponibles son:
A) Manejo conservador: en caso de pacientes con buen control de la presión arterial bajo tratamiento con fármacos antihipertensivos. Son de elección los antihipertensivos del grupo de los IECAS/ARA-II, salvo en caso de estenosis renal bilateral o unilateral en riñón único funcionante. En estos casos, la administración de estos fármacos, se asocia a deterioro de función renal de grado variable.

B) Revascularización quirúrgica en pacientes que cumplan uno o más de los siguientes criterios:
- Estenosis > 60% (crítica).
- HTA severa que no se controla con al menos 3 fármacos antihiertensivos (HTA resistente).
- Rápida progresión de Enfermedad Renal Crónica (ERC).
- Crisis hipertensivas recurrentes o evidencia de lesión orgánica mediada por hipertensión (HMOD).

Existen una serie de factores que se relacionan de manera directamente proporcional con la recuperación de función renal tras revascularización:
1. Índice de resistencia de la arteria renal valorado mediante Eco-Doppler inferior a 80
2. Reciente deterioro de la función renal (6-12 meses).
3. Tamaño renal superior a 7 centímetros.
4. Biopsia renal sin hallazgo de fibrosis, aunque no se realiza de rutina.
5. Morfología renal normal en gammagrafía.

Existen dos principales técnicas quirúrgicas:
1. Angioplastia simple o con colocación de stent: El stent ha demostrado superioridad en las lesiones localizadas a nivel ostial. En los casos de estenosis críticas se recomienda realizar predilatación con angioplastia previa a colocación de stent.
2. Cirugía abierta: Existen numerosas técnicas descritas en la literatura como el bypass aorto-renal, la realización de anastomosis de la arteria renal sobre la

arteria hepática o esplénica, el autotrasplante o la endarterectomía de arteria renal. La cirugía abierta es curativa en más del 95% de los casos, presentando una mayor permeabilidad a largo plazo que el tratamiento endovascular y con mejores resultados en cuanto a función renal. Las indicaciones de realización de cirugía abierta son las siguientes:

- Fracaso de angioplastia o difícil acceso endovascular.
- Ateromatosis aórtica con afectación del ostium renal.
- Necesidad de cirugía reconstructiva de la aorta en el mismo acto quirúrgico.
- Pacientes en edad pediátrica (Gold-standard para revascularización durable).
- Condiciones anatómicas desfavorables para técnicas percutáneas como: fibrodisplasia con aneurismas concomitantes, estenosis superiores al 99%, lesiones en múltiples arterias pequeñas, lesiones distales a bifurcación de las arterias renales.

El ensayo ASTRAL es el que ha incluido a un mayor número de pacientes hasta el momento. Fueron aleatorizados 806 pacientes a terapia médica versus stent basándose en estenosis angiográfica, no demostrando ningún beneficio en los pacientes sometidos a colocación de stent en comparación con la terapia médica.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad renovascular es una entidad de importante relevancia debido a la morbimortalidad que conlleva. Es importante una correcta compresión de la patología y un diagnóstico precoz, con el fin de llevar a cabo la mejor estrategia terapéutica adaptada a las necesidades de cada paciente.

6 Bibliografía

- Balk E, Raman G, Chung M, et al. Effectiveness of management strategies for renal artery stenosis: a systematic review. Ann Intern Med 2006;145:901–12.
- Textor SC, Lerman L. Renovascular hypertension and ischemic nephropathy. Am J Hypertens 2010; 23:1159.
- Dworkin LD. Controversial treatment of atherosclerotic renal vascular disease. The Cardiovascular Outcomes in Renal Atherosclerotic Lesions Trial. Hypertension 2006;48:350-6.
- White CJ, Olin JW. Diagnosis and management of atherosclerotic renal artery stenosis: improving patient selection and outcomes. Nat Clin Pract Cardiovasc Med 2009;6:176-90.

- Mistry S, Ives N, Harding J, et al. Angioplasty and Stent for Renal Artery Lesions (ASTRAL Trial): rationale, methods and results so far. J Hum Hypertens 2007;21:511-5.
- Nordmann AJ, Woo K, Parkes R, Logan AG. Balloon angioplasty or medical therapy for hypertensive patients with atherosclerotic renal artery stenosis? A meta-analysis of randomized controlled trials.

Capítulo 28

MANEJO DE LA HIPERTERMIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

EVA FULGUEIRAS GARCIA

1 Introducción

La Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria (AEPAP) define la fiebre como la elevación de la temperatura rectal igual o superior a 38ºC (38,5ºC timpánica) en condiciones de reposo, debido al aumento del punto establecido de termorregulación en la parte anterior del hipotálamo, siendo esta una reacción inmune de fase aguda como respuesta adaptativa del organismo. En respuesta a esta elevación de temperatura, se produce un proceso activo que tiene como objetivo alcanzar el nuevo punto de control, mediante la disminución fisiológica de pérdidas de calor gracias a la vasoconstricción y los escalofríos.

La fiebre es una respuesta fisiológica frente a la infección inducida por múltiples agentes víricos y bacterianos, muchos de ellos banales, que ayuda a impedir su proliferación y mejorar la respuesta defensiva del individuo. En principio, debe ser considerada como un síntoma que beneficia al paciente, no como una enfermedad.

Las principales causas de fiebre en niños son los procesos infecciosos, vacunaciones, daños tisulares, fármacos, enfermedades tumorales malignas, alteraciones inmunitarias, procesos inflamatorios, enfermedades endocrinas y metabólicas. Otras alteraciones por las que aparece la Hipertermia son el ejercicio intenso, la hipertermia maligna, el síndrome neuroléptico maligno, el hipertiroidismo, el arropamiento excesivo y el golpe de calor.

Para la determinación de la temperatura, el instrumento más utilizado es el termómetro. Clásicamente, el termómetro más empleado era el de mercurio, pero desde su prohibición por parte de la Unión Europea en el año 2006, prácticamente está en desuso, siendo este sustituido por el termómetro electrónico de lectura digital y el termómetro timpánico. Desde una perspectiva anatómica, el lugar de medición es variable, siendo la más exacta en los lugares más profundos como la arteria pulmonar, el esófago o la nasofaringe, pero debido a su difícil acceso, seguridad y comodidad, los lugares de elección son los periféricos. En concreto, y según la edad, el lugar de elección de la toma de la fiebre en niños menores de 5 años es el recto, mientras que en niños mayores de 5 años es la cavidad oral y como segundo lugar de elección el tímpano, aunque esta no se recomienda como punto de medición rutinaria, por la dificultad de apuntar el termómetro a la membrana timpánica, la impactación del cerumen o la otitis media. La axila, es uno de los lugares más utilizados por padres y madres para medir la temperatura, pero ésta es poco sensible, inexacta e imprecisa, debido al enfriamiento de la piel, la sudoración y la evaporación.

La edad es el primer factor a tener en cuenta ante un niño febril, ya que, a menor edad, mayor probabilidad de infección bacteriana grave (IBG); de tal forma que los recién nacidos (< 1 mes) tienen un 15% de probabilidades de padecer IBG, porcentaje que se duplica en los menores de 15 días. En los niños con edades comprendidas entre uno y tres meses de vida la probabilidad de IBG es del 6-10%; entre los 3-36 meses del 2-3% y a partir de los tres años es menor del 1%, como en el adulto.

Si seguimos el algoritmo de la fiebre publicado por la AEPAP, todo niño o niña menor de un mes, con un síndrome febril, debería ser trasladado al hospital y ser ingresado, al considerarse niño de "alto riesgo". Los lactantes entre uno y tres meses de edad también deben ser enviados al hospital, porque deben ser valorados según los criterios de Rochester (criterios clínicos y analíticos de bajo riesgo), de forma que si el niño no padece infección grave (VPN: 98,9%), puede ser controlado de forma ambulatoria, sin precisar tratamiento antibiótico empírico.

Los niños y las niñas mayores de 36 meses se consideran niños de bajo riesgo de IBG y sólo deben ser enviados al hospital en caso de presentar signos de gravedad u otra que requiera su ingreso hospitalario, como las neumonías complicadas. Las últimas guías de pediatría y la misma AEPAP, refieren que la fiebre en sí no es dañina para el organismo, ya que generalmente se tolera bien y no produce consecuencias a largo plazo.

El abordaje terapéutico en niños y niñas mayores de 3 meses está asociado al malestar general o dolor del menor y no a la temperatura, ya que no se recomienda dar antipiréticos hasta los 39ºC. El ibuprofeno y el paracetamol tienen una eficacia similar para tratar el dolor en niños menores de 5 años, ya que en mayores es más eficaz el ibuprofeno. En cambio, en niños de 3 a 6 meses, está más indicado el paracetamol debido a que el ibuprofeno no tiene completamente una seguridad establecida. Su dosificación debe realizarse en función del peso del niño y no de la edad. En los menores de 3 meses está recomendado solo el uso del paracetamol. Los últimos estudios desaconsejan la combinación o alternancia de ibuprofeno y paracetamol sin receta previa, debido a que esta práctica puede favorecer la aparición de efectos secundarios y puede llevar a errores en su dosificación. La vía de administración más recomendada es la oral, por su comodidad, aunque si hay presencia de vómitos se aconseja la vía rectal.

El uso de métodos físicos tradicionales, como paños húmedos, friegas de alcohol, desnudar, duchas, baños fríos, etc. para el tratamiento de la fiebre, está desaconsejado, ya que agravan la vasoconstricción superficial y pueden provocar colapso, especialmente en los lactantes, además de los peligros de intoxicación ligados al uso del alcohol. A su vez, el descenso de la temperatura corporal del niño o niña a través de medios físicos externos es de breve duración, provocando un aumento del metabolismo basal, favoreciendo los escalofríos e incomodidad. No están claros los beneficios de los baños con agua tibia o esponja. Aunque no están contraindicados, estos métodos si pueden disminuir la temperatura corporal, pero su eficacia no ofrece ventajas comparada con el uso de antipiréticos. Si se decide bañar al menor, es preferible usar agua tibia, entre 29 y 32ºC. Es recomendable aplicar una temperatura ambiente moderada (20-22ºC). También se puede ofrecer abundantes líquidos, azucarados a ser posible, para compensar las pérdidas y evitar la deshidratación.

La fiebre es el problema más común que atienden los médicos y enfermeras de manera ambulatoria o en urgencias, suponiendo éste un gran impacto sobre el consumo de recursos sanitarios en ambos niveles asistenciales. Si nos guiamos por los datos que nos ofrecen los principales organismos públicos Españoles acerca de la utilización de los servicios de urgencias, el Instituto Nacional de Estadística (INE), en su última Encuesta nacional de salud, refleja que un 55% de los menores de 14 años son llevados a las urgencias hospitalarias, frente a un 33% que acude a las urgencias de atención primaria. Por otro lado, de los niños que acudieron a urgencias hospitalarias, un 10% lo hizo por derivación médica del servicio de atención primaria. El otro 90% porque sus padres, familiares o tutores

lo consideraron necesario. Si dividimos la edad en grupos de 0 a 4 años y de 5 a 14 años, el número de veces medio el cual el niño acude a urgencias es de 2,58 en el primer rango y 1,86 en el segundo. Si lo comparamos con todas las edades, los niños de 0 a 4 son los que más veces acuden a urgencias, seguidos de los adultos entre 65 y 74 años con un 1,87 veces. Por otro lado, los menores de 0 a 4 años también son los que más utilizan dichos servicios, con un 48,3%, es decir, casi la mitad de la población de 0 a 4 años acude alguna vez a urgencias hospitalarias. Este porcentaje está muy por encima del rango de edad que le precede, que serían los mayores de 85 años con un 35,62%. En cambio, un 28,51% de los menores de 4 a 14 acuden alguna vez a este servicio.

Un estudio de la Office for National Stadistics de Londres refiere que el motivo principal de las urgencias atendidas a niños y niñas menores de 5 años fue la fiebre con un 22% del total. En un estudio reciente realizado en Aragón, en concreto en el Hospital de Barbastro, se detectó que el 18,3% de lactantes y el 14,7% de preescolares acudían a los servicios de urgencias hospitalarias por fiebre, siendo esta la segunda causa tras las enfermedades respiratorias, mientras que, en niños escolares y adolescentes, el principal motivo de acceso a las urgencias pediátricas fueron las lesiones traumatológicas, situando a la fiebre en últimas posiciones con un 2,5% de media.

En otro estudio publicado en la Revista Chilena de Pediatría, se determinó que la fiebre fue la primera causa de utilización de las urgencias pediátricas con un 28,2% en niños menores de 14 años. Si reducimos este rango de edad, sigue siendo el primer motivo de consulta, con un 33%, en preescolares y con un 31,7% en lactantes, pero no en escolares, que pasa a segundo lugar con un 18,5% tras las enfermedades gastrointestinales con un 28,7%. Por ello, podemos decir que la fiebre tiene una repercusión económica y social sobre el uso de recursos sanitarios y a su vez tiene un gran impacto emocional y humano en los padres y madres produciendo en ellos un alto grado de preocupación. Dicha preocupación por la fiebre en sus hijos o hijas, a menudo, se malinterpreta, dando lugar a ideas o creencias terribles, como que la fiebre puede causar daño cerebral o incluso la muerte. Ese miedo a la fiebre produce, tal y como hemos descrito, una gran afluencia de visitas a los departamentos de urgencias pediátricas, de las cuales muchas de ellas son innecesarias.

Por todo ello, el objetivo de este trabajo consiste en una revisión del manejo de la fiebre en niños; abarcando aspectos tales como la necesidad o no del tratamiento con fármacos y el papel que la enfermera deberá ejercer en este contexto con

el fin de concienciar sobre la importancia de la educación y los conocimientos, tanto en profesionales como en cuidadores no profesionales, para poder prestar unos cuidados óptimos y disminuir ese temor a la fiebre presente en la sociedad.

2 Objetivos

Objetivo principal.
- Conocer los aspectos más importantes relacionados con la hipertermia en el paciente pediátrico.

Objetivos secundarios.
- Definir los conceptos básicos de la fiebre en el paciente pediátrico.
- Exponer los diferentes tipos de tratamiento tanto farmacológicos como no farmacológicos ante una hipertermia pediátrica.
- Enunciar la importancia del papel enfermero tanto en el medio intrahospitalario como extrahospitalario, haciendo hincapié en la importancia del cuidado en casa.

3 Metodología

La estrategia de búsqueda llevada a cabo para realizar el presente trabajo ha sido la búsqueda bibliográfica de información científica a través de diversas fuentes. Para realizar este estudio, he realizado un trabajo de investigación profundo usando bases de datos como PubMed, NNN Consult, Cuiden, Scielo, Cochrane Library y Google académico. Las palabras más utilizadas en la búsqueda bibliográfica han sido: fiebre, termorregulación, urgencias, pediatría, papel de enfermería, tratamiento. Además de artículos y libros, se consultaron páginas web de organismos oficiales como la Sociedad Española de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud, entre otros.

4 Resultados

La fiebre es un síntoma muy inespecífico, definido como una elevación de la temperatura por encima de los valores diarios normales, tomándose generalmente como punto de referencia 38º C, siendo éste un valor arbitrario ya que son muchos los factores que influyen en la variación de la temperatura. Teniendo en cuenta el lugar de medición de temperatura, la fiebre sería considerada a partir de los siguientes valores:
- Temperatura rectal: mayor o igual a 38 ℃.

- Temperatura axilar: mayor o igual a 37.2℃.
- Temperatura bucal: mayor o igual a 37.5 ℃.

Los valores inferiores a los mencionados anteriormente, pero superiores a valores normales se denominan febrícula. Para poder entender esta definición de fiebre es necesario conocer la temperatura corporal central en condiciones normales, cuáles son los valores de referencia y cómo nuestro cuerpo regula la temperatura interna. Los seres humanos somos individuos homeotermos, mantenemos una temperatura interna constante, siguiendo un ritmo circadiano, lo cual quiere decir que varía según el momento del día, alcanzando el pico máximo durante la tarde, disminuyendo a continuación y siendo mínimo después de la madrugada. La variación de temperatura es de unos 0.6-1℃.

Cuando esta temperatura se desvía de la normalidad se activan los siguientes mecanismos de regulación: sudoración, hiperventilación y aumento del flujo sanguíneo periférico. Las variaciones de temperatura también están influidas por:
- La edad, teniendo temperaturas más altas los niños y más bajas los adultos.
- Ciclo menstrual en mujeres puesto que durante la segunda fase aumenta 0.5℃ su temperatura.
- La hora del día en que se mida.
- La actividad física, condiciones ambientales y cantidad de ropa.

Es muy importante tener en cuenta que la fiebre no es dañina por sí misma, sino que es un mecanismo fisiológico empleado por nuestro cuerpo como sistema de defensa. Generalmente en los niños este aumento de temperatura corporal se suele deber a infecciones.

Termorregulación.
El ser humano es un ser homeotermo y, como tal, es capaz de mantener una temperatura corporal constante. Esta temperatura está controlada por el denominado "centro termorregulador del hipotálamo" que funciona a modo de termostato y establece un punto de referencia. Este sistema de regulación térmica tiene lugar mediante una serie de reacciones que inducen tanto la producción como la pérdida de calor mediante los mecanismos de retroalimentación negativa o feedback.

La termorregulación comienza con los termorreceptores que se encargan de detectar la temperatura y enviar señales al centro regulador hipotalámico, envían órdenes a los órganos efectores para que se desencadenen los mecanismos de producción (termogénesis) o pérdida (termólisis) de calor. Gracias a este mecan-

ismo de control de temperatura que tiene el cuerpo somos capaces de mantener una temperatura constante independiente de las condiciones que nos rodean y que son muy variables.

Fisiopatología de la fiebre.
La fiebre es provocada por un desajuste en el sistema termorregulador. Este desajuste puede deberse a la presencia de pirógenos exógenos, los cuales pueden ser de diverso origen: bacterias y sus endotoxinas, levaduras, virus, reacciones inmunológicas, hormonas, etc. Estos pirógenos exógenos, a través de reacciones desencadenadas por macrófagos y neutrófilos, estimulan la producción de pirógenos endógenos (citocinas), y son éstas las que actúan indirectamente sobre el hipotálamo a través de intermediarios. Las citocinas, como la interleucina IL-1, tras una serie de reacciones bioquímicas del metabolismo del ácido araquidónico, catalizadas por el enzima ciclooxigenasa (COX), aumentan los niveles de prostaglandina E2 (PGE2), la cual actúa sobre las neuronas hipotalámicas alterando la temperatura de ajuste del centro termorregulador. De este modo, el hipotálamo comienza a dar las órdenes correspondientes y funciona como si la sangre circundante estuviese a muy baja temperatura, desencadenando mecanismos de conservación de temperatura como la vasoconstricción y tiritona que hacen que se mantenga esa temperatura. No obstante, hay que tener en cuenta que una elevación de la temperatura corporal no es debida exclusivamente a estos mediadores.

Una vez que desaparece la causa desencadenante que ha dado lugar a estas reacciones, el punto de regulación del "termostato" vuelve a su estado fisiológico y el hipotálamo desencadena mecanismos para la pérdida de calor como la vasodilatación y sudoración, que normaliza los valores de temperatura. Los niños pequeños pueden ser más propensos a desarrollar cuadros febriles debido a que pueden tener aún inmaduro el sistema termorregulador. Es importante diferenciar entre fiebre e hipertermia ya que son dos términos aparentemente similares, pero al mismo tiempo muy diferentes. En ambas situaciones se producen elevaciones de la temperatura, pero en la hipertermia el punto de ajuste hipotalámico se mantiene en niveles normotérmicos y los mecanismos de regulación son los que fallan.

Factores desencadenantes.
La fiebre en un síntoma presente en muchas situaciones y, a menudo, no existe una relación entre el grado de temperatura y la gravedad de la enfermedad subya-

cente. En ocasiones para los profesionales sanitarios es difícil distinguir entre un niño con una infección banal y otro con una grave ya que pueden tener similar apariencia, aunque el pronóstico es muy distinto. Sobre todo, en los menores de 3 meses, en los que una infección grave puede pasar desapercibida debido a que en ocasiones su cuerpo no responde con fiebre por su falta de madurez.

La principal causa de fiebre en niños son las infecciones, entre las que se incluyen: las infecciones virales, generalmente más frecuentes, e infecciones bacterianas, de menor incidencia y mayor gravedad. A veces en las consultas, también se encuentran ante niños con fiebre sin foco (20%), la cual tiene una corta duración (menor de 72h) y remite de forma espontánea. Además, debido a que la fiebre no es una respuesta exclusiva de las infecciones, también puede encontrarse en procesos inmunitarios, tumorales, endocrinos u alteraciones electrolíticas.

Medición de la temperatura.
En el momento de tomar la temperatura es importante tener en cuenta el lugar anatómico de medida, el termómetro utilizado y el tiempo de duración de la medición. Hay polémica en la elección del lugar y el utensilio de medida idóneo. La mejor manera de obtener nuestra temperatura central sería medir la temperatura de la sangre que fluye alrededor del hipotálamo; en su defecto, utilizamos los termómetros como instrumentos de medida.

Hasta no hace tanto el termómetro más usado era el de mercurio, pero en la actualidad hay más variedad y éste ha pasado a usarse menos debido a que la Unión Europea recomendó no utilizar instrumentos con mercurio por los riesgos que conlleva para la salud humana y ambiental. El más utilizado actualmente es el termómetro electrónico, el cual es fiable, a la vez que rápido y sencillo de usar.

En lo referente al lugar anatómico de medición, el considerado "gold standard" es el recto, ya que es el que más se aproxima a la temperatura central. La axila quizá sea la zona más extendida por su comodidad en la medición, pero es menos exacta ya que está más influenciada por la temperatura ambiental. Son muchas las circunstancias que influyen en la medición de la temperatura alterándola y haciéndola dudosa, por eso se debe intentar hacerlo de la manera que obtengamos el valor más aproximado al real.

Fiebre sin foco.
Como ya se ha comentado anteriormente la fiebre es un síntoma y por lo tanto tiene una enfermedad subyacente. Cuando se detecta el origen de la fiebre su

tratamiento es fácil, ya que se sabe lo que la está provocando y el pediatra puede prescribir un tratamiento etiológico. Sin embargo, con frecuencia los profesionales se encuentran ante niños que tienen fiebre de menos de 72 h de evolución, a los cuales han explorado y no han encontrado el origen de ésta, esto se conoce como Fiebre sin foco (FSF). Ésta es una situación muy frecuente en las consultas y más aún en el rango de edad entre 3 y 36 meses los cuales suelen tener una media de 4 a 6 episodios febriles al año.

La etiología de la fiebre sin foco puede ser de origen muy diversa: no infeccioso o infeccioso; siendo en su gran mayoría de origen viral y una minoría por una enfermedad bacteriana grave. Hay diversos factores que influyen en la gravedad del estado febril por lo que dependiendo de ellos se actuará. Uno de los factores más importante es la edad y, en función de ésta, se seguirán distintas pautas diagnósticas-terapéuticas. Se han considerado dos grupos de actuación: por un lado, niños menores de 3 meses y por otro de edad comprendida entre 3 y 36 meses. Esta división se debe a la diferencia etiológica, el diferente riesgo de padecer infección bacteriana grave y la distinta actuación médica requerida. En el grupo de niños entre 1 y 3 meses está aumentado el riesgo de padecer infección bacteriana grave subyacente, pues su sistema inmunitario es más inmaduro en comparación con edades superiores.

El manejo de esta fiebre es complejo dificultando el trabajo de los profesionales sanitarios y por ello se han desarrollado varias escalas para que su tratamiento sea más fácil. Los criterios de bajo riesgo de Rochester, empleada en niños menores de tres meses, deben cumplirse en su totalidad para considerar que un paciente tiene bajo riesgo de enfermedad bacteriana grave. Otra escala empleada en este rango de edad es la Young Infant Observation Scale (YIOS). En el caso de niños mayores de 3 meses la escala utilizada es la Escala de YALE. Estas escalas no son muy específicas, pero resultan de gran utilidad para descartar la enfermedad bacteriana grave y es importante conocerlas ya que siempre están presentes en los servicios de urgencias cuando se trata con niños.

Estas escalas están incluidas en la multitud de protocolos de actuación ante niños con fiebre sin foco presentes en los distintos servicios de atención pediátrica. La existencia de estos protocolos facilita la actuación de todo el grupo que forma parte de los cuidados, estandarizando la actuación de cada miembro. Sin embargo, en los niños mayores de 3 años, debido al bajo riesgo que tiene este grupo y a la madurez de su sistema inmunitario, no existe ninguna escala validada para descartar la enfermedad bacteriana grave. Por tanto, en este rango de edad la

actuación deberá basarse en el sentido común, ya que no hay protocolos que avalen la actuación de los profesionales.

En los protocolos para actuar ante un niño con fiebre sin foco, tratados en esta revisión, estarán excluidos todos aquellos pacientes que posean enfermedades crónicas, inmunodeficiencias, estén en tratamiento con antibióticos, hayan tenido convulsiones febriles o hayan sido vacunados en las últimas 48 horas, ya que serán tratados de distinta forma. La temperatura tomada como referencia en estos protocolos de actuación es de 38ºC a nivel rectal ya que la medida en este lugar anatómico es la considerada más próxima a la temperatura interna del cuerpo. Si la temperatura está en este rango y tras realizar una valoración y exploración física detallada, así como las exploraciones complementarias para establecer un diagnóstico final, los profesionales elegirán el tratamiento antipirético más adecuado para cada usuario, individualizando cada caso y evaluando la necesidad de terapia antibiótica, pero nunca utilizando el tratamiento farmacológico de manera indiscriminada.

Tratamiento no farmacológico.
Existen varias medidas que se deben conocer cuando se vaya a tratar a un niño febril. La efectividad de las mismas no ha sido comprobada y los resultados obtenidos con ellas no provocan notorias mejorías, pero tampoco son perjudiciales. Al tratar al niño febril se debe tener en cuenta que el principal objetivo que se quiere alcanzar es aumentar el confort. A continuación, se detallan algunas de las medidas a tener en cuenta:

- Administrar líquidos en abundancia para evitar la deshidratación.
- No utilizar demasiada ropa que impida la disipación del calor, de lo contrario continuaría aumentando la temperatura corporal.
- Mantener una temperatura ambiental agradable.
- Utilizar paños fríos o baños de esponja, pero con agua templada también cómo medida de enfriamiento. Esta medida está más indicada en situaciones de hipertermia ya que el efecto en esos casos es mayor, debido a que el punto de ajuste de temperatura hipotalámico no está elevado.
- No utilizar agua fría porque provocaría el efecto contrario al que se quiere conseguir; el agua fría da lugar a vasoconstricción y escalofríos aumentando así la temperatura corporal.
- No se debe usar alcohol como método de enfriamiento porque podría causar intoxicación al absorberse.

Estas medidas pueden ayudar a disminuir la temperatura y deberán usarse siem-

pre y cuando no provoquen mayor disconfort en el paciente o en aquellos niños a los que no se les pueda administrar antipiréticos.

Tratamiento farmacológico. Antipiréticos.
El tratamiento farmacológico no siempre es necesario ante un niño febril, ya que como se ha comentado, lo que buscamos con él es mejorar su comodidad, y no será necesario si el niño se encuentra bien. Es un error utilizar estos fármacos con el objetivo de prevenir la fiebre tras las vacunaciones, o para evitar convulsiones febriles. En primer lugar, deberemos buscar la etiología de la fiebre (vírica, bacteriana, de origen desconocido o asociada a ciertas patologías) para abordar el tratamiento más adecuado. En caso de que sea necesario recurrir al uso de fármacos, los AINES (analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) y el paracetamol constituyen el grupo de antipiréticos más utilizados para tratar el síndrome febril.

A pesar de la amplitud de fármacos disponibles en el mercado, es necesario elegir siempre el más adecuado para cada persona en función de sus características individuales, teniendo en cuenta factores tales como la edad y la presencia o no de otras patologías, entre otras. El mecanismo de acción antipirética de estos fármacos se basa principalmente en la inhibición del enzima ciclooxigenasa (COX), lo que conlleva a una disminución en los niveles de la prostaglandina (PGE2) hipotalámica, principal responsable del incremento de la temperatura corporal. A continuación, se detallarán los AINES más utilizados en niños de los que se debe hacer un uso racional ya que, al igual que todos los fármacos, no están exentos de efectos adversos y, en muchas ocasiones se abusa de ellos.
- Paracetamol:
El paracetamol no se le puede considerar estrictamente un AINE debido a que carece de acción antiinflamatoria. Su mecanismo de acción no se conoce con exactitud, aunque se ha descrito que inhibe una isoforma de la COX (probablemente la COX-3). Posee acción antitérmica y analgésica, siendo el antipirético de primera elección debido a su eficacia y sus bajos efectos secundarios.
- Ibuprofeno:
Otro de los AINE más utilizado es el ibuprofeno. Éste posee acción antipirética, analgésica, antiinflamatoria y efecto antiplaquetario y su mecanismo de acción fundamental se basa en la inhibición de la COX, característica de todos los AINES. Presenta más efectos adversos que el paracetamol. Las principales diferencias con los otros fármacos de su grupo se encuentran en sus características farmacocinéticas.
- Ácido acetilsalicílico (AAS):

El AAS presenta acción analgésica, antipirética y antiinflamatoria debido a su inhibición irreversible de la COX. Hasta hace unos años era también el antipirético de primera elección, hasta que se descubrió su relación con el Síndrome de Reye en niños y adolescentes. La relación del AAS con el desarrollo de esta encefalopatía aguda con elevada mortalidad (20- 40%), ha dado lugar a que esté contraindicado el uso de este antipirético en menores de 16 años con síndrome febril agudo por infecciones víricas como la gripe o varicela.

- Metamizol:

Por su acción analgésica y antipirética también puede ser una opción de tratamiento. Se suele utilizar en fiebres elevadas y persistentes que no responden a otros tratamientos. Es considerado antipirético de segunda elección.

- Naproxeno:

Inhibidor de la COX, también se emplea como antipirético.

Terapia combinada.

En cuanto a la terapia combinada de paracetamol e ibuprofeno no existen estudios que avalen una mayor efectividad que cada fármaco por separado. Además, su combinación conlleva un mayor riesgo de intoxicación por dosis erróneas, reacciones adversas y favorece la "fiebrefobia" que suele estar presente en los padres. Se debe tener extremo cuidado ante esta práctica que está tan extendida. Una vez analizados uno a uno los antipiréticos de los que disponemos para uso pediátrico, ya podemos hacer una elección de tratamiento basada en la evidencia, siempre y cuando estemos ante una fiebre cuyo tratamiento farmacológico sea necesario.

Consideraciones generales sobre el manejo de los fármacos antipiréticos.

Debemos tener claro que ante niños menores de 3 meses lo primero que debemos hacer será realizar una consulta urgente al médico antes de administrar algún antitérmico. A continuación, debemos saber que el antipirético que usaremos en primer lugar para tratar a un niño febril será el paracetamol debido a su eficacia y su baja incidencia de efectos adversos; siempre y cuando no presente ninguna característica que se lo contraindique.

Otro de los antipiréticos seguros que podremos utilizar será el ibuprofeno, fármaco empleado en aquellos niños en los que se necesite un efecto más prolongado y en los que el paracetamol no haya resultado efectivo. Debemos recordar que no podrá ser administrado en niños menores de 6 meses. Debido a su relación con el Síndrome de Reye, el AAS deberemos abstenernos de usarlo en pediatría ya que disponemos de otros fármacos más convenientes y no debemos correr el

riesgo que su uso conlleva. Y en relación con el metamizol y el naproxeno, siempre serán de última elección, debido a los efectos adversos y a la poca experiencia de su uso en pediatría.

No siempre vamos a obtener las mismas respuestas ante los antitérmicos, ya que depende de la variabilidad interindividual y por eso se debe buscar el fármaco más adecuado en cada caso. Finalmente, aunque los fármacos descritos anteriormente son los más utilizados en el tratamiento de la fiebre en niños, no debemos olvidar que, en grupos de alto riesgo, enfermedades asociadas o inmunodeficientes es necesario recurrir a la administración de antibióticos, aunque incluyen casos especiales que no se abordan en el presente trabajo.

Cuidados ante la fiebre.
Una vez conocido el origen de la fiebre y los factores que la rodean se deberán prestar los cuidados óptimos, basados en la evidencia. En este apartado se describen aspectos relacionados con los cuidados que se pueden aplicar ante un niño febril, tanto en el ámbito hospitalario como en el extrahospitalario

No siempre la aparición de fiebre constituye un motivo de consulta urgente pudiéndose iniciar los cuidados en casa. Inicialmente, una vez detectado que un niño tiene fiebre, se debe tomar la temperatura con un termómetro para objetivar esa sensación. Se elegirá un termómetro digital, ya que es cómodo y sencillo de usar, realizando la medida rectal puesto que es la zona anatómica donde la medida es más precisa.

Cuando se compruebe que la temperatura es superior a 38ºC ya se podrá decir que el niño tiene fiebre y comenzarán los cuidados. Lo primero, y más importante, es no tener miedo, porque una vez más hay que recordar que la fiebre por sí misma no va a provocar ningún daño al niño. El objetivo principal será mejorar el confort del niño en la medida que se pueda y no administrar medicación sin necesidad.

Existen una serie de medidas generales que ayudarán a mejorar el bienestar del niño, tales como quitarle ropa y mantener un ambiente agradable, también se le deberá administrar suficientes líquidos. Las medidas físicas no están probadas que mejoren el estado febril por lo que solo se deberán usar si no empeoran la comodidad.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se podrán administrar aquellos antipiréticos recomendados por el pediatra. El paracetamol y el ibuprofeno serán

los fármacos de primera elección, revisando siempre la dosis necesaria para cada niño, la cual se calculará en función de su peso. En esta situación es primordial no adelantar ni aumentar la dosis del medicamento, aunque no haya disminuido la temperatura, ya que este no era el fin que se buscaba. Además, esta mala praxis puede empeorar la situación y ser peligroso.

Si a pesar de los cuidados prestados el niño continúa encontrándose mal, sin aliviar sus síntomas, se deberá acudir al pediatra. También serán motivo de consulta urgente, acudiendo al pediatra, las situaciones que se detallan a continuación:

- Cualquier niño menor de tres meses para descartar una posible infección, ya que el sistema inmune de estos usuarios es todavía inmaduro y pueden no responder de forma adecuada.
- Niños menores de dos años con fiebre y síntomas acompañantes de apatía, adormilados y dificultad respiratoria.
- Cualquier niño que tenga una temperatura de 40℃ o más o que presente petequias, es decir pequeñas manchas rojas en la piel que no desaparecen a la presión, las cuales son indicativas de infección grave.

Papel de la enfermería. La enfermería tiene un papel fundamental en los cuidados de la fiebre tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario, por lo que a continuación vamos a detallar los cuidados desde ambas perspectivas.

- Cuidados intrahospitalarios.

La fiebre es un problema de colaboración y como tal debe ser tratado tanto por la enfermera como por el personal médico y el resto de los componentes que forman el equipo encargado de los cuidados. El personal enfermero es el que pasa más tiempo con el paciente, prestándole cuidados continuamente, por lo que su colaboración es fundamental dentro de este equipo. En primer lugar, el personal de enfermería se deberá encargar de valorar holísticamente al paciente que está tratando, realizando una valoración exhaustiva y continua. Una vez haya detectado la fiebre deberá derivar al paciente al siguiente responsable de cuidados, el cual pautará el tratamiento necesario. La enfermera será de nuevo la encargada de administrar el tratamiento requerido, entre otras funciones. A la hora del tratamiento, bien sea con un antitérmico u otro tipo de fármaco, deberá tener en cuenta varios aspectos relacionados con su administración. La norma más importante a tener en cuenta será cumplir los 5 correctos de administración de fármacos. Este método, para evitar errores en la administración, no será suficiente para asegurarnos de una administración correcta. El papel del personal de enfermería es muy importante a este nivel ya que es el último eslabón en administrar

la medicación y, por lo tanto, es la principal responsable y debe ser capaz de detectar cualquier fallo que pudiese haber ocurrido antes. Por todo ello, el personal de enfermería deberá también comprobar la prescripción y no deberá administrar ningún medicamento del que no tenga conocimiento de su efecto terapéutico o sus posibles reacciones adversas. Es de vital importancia este aspecto, ya que posteriormente será el que valore si está siendo efectivo o está provocando algún efecto perjudicial en el paciente.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es su formación continuada que le permita una actualización porque de sus conocimientos dependerá que los cuidados profesionales prestados sean óptimos. Existen planes de cuidados de enfermería estandarizados, los cuales pueden facilitar las intervenciones, pero del conocimiento de cada uno dependerá que la aplicación de los mismos sea correcta o no. Siempre habrá que aplicar los cuidados con conocimiento de causa y habrá que individualizar cada caso puesto que no hay dos pacientes iguales.

- Cuidados extrahospitalarios:

Como se ha comentado anteriormente hay ocasiones en las que la fiebre no necesita de ingreso hospitalario y en estos casos los responsables de los cuidados a esos niños febriles serán los padres u otro personal no profesional. En esta situación, el papel de la enfermería va a ser fundamental también en este ámbito extra-hospitalario. La gran competencia enfermera que es la educación va a jugar un papel muy importante en este contexto debido a que los enfermeros son la primera fuente de información para los padres y deben aprovecharlo. Es importante que desde enfermería eduquen a la población sobre la fiebre y los conceptos que la rodean ya que esto conllevará a que los cuidados desde el hogar ante un niño febril sean mejores.

Se debe eliminar de la población las ideas erróneas ante la fiebre, y de este modo disminuirá la fiebre-fobia existente en la sociedad y se lograrán unos mejores cuidados con un menor uso de tratamientos farmacológicos. Todas las personas deben saber que la fiebre no es dañina por sí misma, que no es ni si quiera una enfermedad, y que su misión es proteger al cuerpo. Por lo tanto cuando nos enfrentamos a la fiebre no siempre buscamos eliminarla, sino mejorar el confort del que la posee.

El que los cuidadores no profesionales adquieran estos conocimientos será una misión enfermera. Los enfermeros deben transmitir a los padres las medidas de tratamiento más apropiado y deberán suministrar siempre las pautas de actuación en el hogar, explicando también aquellas situaciones que sean motivo

de consulta urgente para que desde casa sean capaces de reconocerlas y soliciten ayuda a los profesionales. Esta educación no sólo será útil para prestar unos cuidados con mayor calidad y disminuir el consumo indiscriminado de fármacos, sino que también reducirá el uso innecesario de las consultas de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

La fiebre es uno de los problemas principales a los que se enfrentan las urgencias pediátricas. La fiebre se presenta por un estímulo pirógeno que puede ser externo (antígenos) o interno. El estímulo desencadena una respuesta en el cuerpo con liberación de interleucina 1, la cual media la liberación de prostaglandinas que se liberan a partir del ácido araquidónico por acción de la COX1. La interleucina 2 aumenta la generación de linfocitos cooperadores que se relacionan con la fisiopatología de la fiebre activando un ciclo de retroalimentación para la producción de interleucina.

La fiebre se clasifica con base en su magnitud como febrícula (menor de 38°C), fiebre moderada (38 a 39.5°C), elevada o hiperpirexia (39.6 a 40.9°C) e hipertermia (mayor de 41°C). Según el tiempo de evolución se clasifica como aguda, subaguda y crónica. Con base en las variaciones de la curva térmica, se clasifica como fiebre continua, fiebre remitente, fiebre intermitente, y fiebre recurrente.

El tratamiento de la fiebre siempre debe iniciar con la aplicación de medios físicos por medio de los procedimientos comprobados por experiencia clínica para el descenso de la temperatura corporal como son: colocar al paciente en un ambiente fresco y ventilado, desnudar al paciente, inmersión en baño con agua templada o baños de esponja. El consumo de antipiréticos dependerá del grado de disminución de la fiebre, el tiempo en el que se consigue el efecto, la vida media, las indicaciones para determinada población y la presencia de efectos secundarios que deben tenerse en cuenta.

En el paciente pediátrico, los antipiréticos recomendados inicialmente son paracetamol e ibuprofeno. Otras opciones, dependiendo de las características de los pacientes, pueden ser metamizol, naproxeno, y ácido acetilsalicílico. El uso de antipiréticos debe de ser racional; lo más importante siempre será tratar la causa fundamental que dio origen a la fiebre y evaluar la evolución clínica del paciente; la fiebre es el mejor indicador de un proceso inflamatorio que amerita estudio y tratamiento antes de caer en el abuso de los antipiréticos.

6 Bibliografía

- García PJM, Callejas PJE, Castillo DL, Hernández MD, Garrido TFJ, Jiménez RT, et al. Conocimiento y actuación de los padres sobre la fiebre. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13: 367-79.
- Martínez Marcos FJ, García Garmendia JL. Síndrome febril. Aproximación diagnóstica y terapéutica. En: Principio de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Capítulo 8.6. Eds: Gil Cebrián J, Díaz-Alersi Rosety J, Coma MJ, Bello G (edición eletrónica).
- Soriano HMB. Educación sanitaria dirigida a padres y/o cuidadores, sobre el manejo del paciente con fiebre. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Master. 2011; 3 (2): 720-737.
- La fiebre en el niño. Pautas de actuación. AFADHU. 2011; (3).
- Thompson HJ, Kagan SH. Clinical management of fever by nurses: doing what works. J Adv Nurs. 2011;67(2):359–70.
- García Puga JM, Garrido Torrecillas F, Hernández Morillas MD, Castillo Díaz L, Santos Pérez JL, Callejas Pozo JE, [et al.]. Análisis del conocimiento y manejo de la fiebre por parte de pediatras y residentes en relación a un proceso asistencial establecido. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012; 14: 115-26.
- Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. Pediatrics. 2011;127(3):580–7.
- Best & Taylor. Bases fisiológicas de la práctica médica. Directores Mario A. Dvrorkin, Daniel P. Cardinali. 13ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.
- Niehues T. The febrile child: diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl Int. 2013;110(45):764–73; quiz 774.
- de Bont EGPM, Francis NA, Dinant G-JG-J, Cals JWL. Parents' knowledge, attitudes, and practice in childhood fever: An internet-based survey. Br J Gen Pract. 2014;64(618):e10–6.
- Polat M, Kara SS, Tezer H, Tapisiz A, Derinoz O, Dolgun A. A current analysis of caregivers' approaches to fever and antipyretic usage. J Infect Dev Ctries. 2014;8(3):365–71.
- MedlinePlus [base de datos en Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2014 [acceso 10 de julio de 2015]. Disponible en: https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003090.htm
- Navas Cámara FJ. La Termorregulación. En: Córdova A (editor). Fisiología dinámica. Barcelona, España: Masson SA; 2003. p. 685-696
- Zambrano FAR, Corredor PC. Estado actual del manejo de la fiebre en niños.

Curr status Manag fever Child. 2010;13(3):146–58.
- De la Torre EM, Santos SMM, Marañón PM, Humayor YJ, Quintana PR, Rivera LJ, et al. Fiebre infantil- Respuesta a las preguntas más habituales. Madrid: Pharma andHealth Consulting; 2009.
- García PJM, Fernández SE, Garrido TFJ, Hernández Morillas MD, Marfil Olink S, Sánchez Tallón R. [et al.]. Proceso asistencial integrado: Proceso fiebre en la infancia: Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales 2ª ed. Sevilla, Consejería de Salud; 2009.
- Luaces CC, Parra CC. Fiebre sin foco. Pediatr Integral. 2014;18 (1): 7-14.
- Rodrigo GLC, Méndez HM. Fiebre sin foco. Protocolos diagnóstico- terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. 2008; 37-5.
- Bayo IMC. Manejo básico de la fiebre en el paciente pediátrico en urgencias de atención primaria. Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) [serie en Internet]. [acceso 28 de agosto de 2015]; (20): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.enfermeriadeHYPERLINK
- Servicio Cántabro de Salud. [Página principal en Internet]. Cantabria: Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad; c 2010. [Acceso en 17 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.scsalud.es/web/scs/protocolos
- Barrios SA. Fiebre: actualización en el uso de antipiréticos. Precop SCP.11 (4): 26-5.
- Kanabar D. A practical approach to the treatment of low-risk childhood fever. Drugs R D. 2014;14(2):45–5.
- Feria M. Fármacos analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios no esteroideos. Antiartríticos. En: Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A (editores). Farmacología humana. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2014. p. 348-374.
- Vademecum [sede web], España: Vidal Vademecum Spain; c2015. Disponible en: http://www.vademecum.es/
- Centro Integral Pediátrico Córdoba. Clínica Cip: Blog de pediatría [Internet]. Córdoba: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2015 [acceso en 3 de agosto de 2015].Disponible en: http://www.clinicacip.com/blog/sindrome-febril-en-la-infancia/
- Machado de Azevedo Filho F, Soares Martins IM, Rodrigues Silva Soares CS, Gomes Fazendeiro P, Tanferri de Brito Paranaguá T, Queiroz Bezerra AL. Administración de medicamentos: Conocimiento de los enfermeros del sector de urgencia y emergencia. Enferm Glob. 2012;11(26):54–69.

Capítulo 29

EVALUACIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO CON DOLOR

MARTA VALDÉS GARCÍA

1 Introducción

Según la AIED el dolor se define como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial o descrita en términos de tal daño", de inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible. Es un fenómeno complejo y subjetivo, donde la capacidad de afrontamiento del individuo tiene un papel importante en la percepción del dolor y en la adaptación a su situación.

La labor de enfermería consiste, entre otras funciones, en una continua valoración de los pacientes, porque son los profesionales de la salud que más contacto mantienen con ellos. Esta valoración exige un conocimiento no sólo del problema físico, sino también de los componentes psicológicos, sociales y espirituales del sufrimiento del paciente. Como profesional de la salud, la enfermera debe estar preparada para realizar una atención al paciente y proporcionar los cuidados oportunos. Esto implica muchos factores, como tener conocimientos sobre cómo realizar una correcta evaluación del dolor y las intervenciones más eficaces para su manejo, tener tiempo, y escuchar y apoyar al paciente.

En el momento del diagnóstico de una neoplasia, el dolor aparece en el 30-50% de los pacientes, aumentando este porcentaje en los estadios avanzados, llegando al 70-90%. En los pacientes con cáncer avanzado, el 70% de los dolores tienen su

origen en la progresión de la propia neoplasia, mientras que el 30% restante se relaciona con los tratamientos y patologías asociadas. Estos índices de prevalencia tan altos producen una de las principales causas de discapacidad (tanto laboral como en la vida cotidiana) además de grandes costes sanitarios.

El cáncer es de por sí una enfermedad que afecta al paciente de forma significativa en todas sus dimensiones. Los factores cognitivos y emocionales son importantes en la percepción del dolor e influyen en la adaptación del paciente a la situación. La presencia de dolor asociado al cáncer conlleva una serie de síntomas ligados como la ansiedad y depresión que empeoran la percepción del individuo sobre su calidad de vida.

En 1986 se implementó la escala analgésica por la Organización Mundial de la Salud. Esta estrategia para el manejo del dolor se basa en el abordaje escalonado con analgésicos y coadyuvantes, de forma que se mantiene un buen control del dolor en el 80% de los casos.
Además de un tratamiento farmacológico es importante que la enfermera oriente al paciente sobre el uso de otros métodos no farmacológicos para mantener controlado el dolor.

2 Objetivos

- Analizar las últimas evidencias científicas sobre la evaluación y el cuidado del dolor en el paciente oncológico.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática en bases de datos online (BD): Lilacs, Pubmed, Scielo, Cuidatge, Biblioteca Cochrane, Bdenf Y Oaster. Esta búsqueda se amplía mediante una búsqueda en Google académico, Guías Fisterra y la bibliografía referencial en los artículos encontrados y seleccionados, de acceso directo y gratuito. La fecha de publicación está limitada a los últimos 10 años, aunque se incluyen otras publicaciones por su gran relevancia en el tema. El idioma de los textos utilizados engloba español, portugués e inglés.

4 Resultados

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la farmacología.

Según su duración:
- Agudo: limitado en el tiempo y con escaso componente psicológico. Está relacionado con los procedimientos invasivos de diagnóstico y tratamiento, como la quimioterapia, radioterapia, cirugía y biopsias.
- Crónico: se diagnostica cuando persiste más de 6 meses. Es ilimitado en su duración y se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer, ocurre en 2/3 partes de las fases avanzadas de la enfermedad.

Según su patogenia:
- Neuropático: producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Habitualmente su control es difícil, aunque la mayoría responde parcialmente a opioides.
- Nociceptivo: es el más frecuente y se divide en somático y visceral. Se origina por la estimulación de nociceptores periféricos, que traducen esta señal en impulsos electroquímicos que se transmiten al sistema nervioso central.
- Psicógeno: interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo.

Según su localización:
- Somático: se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos. Se describe como localizado, punzante y se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El paciente tiende a adoptar posturas de protección. Habitualmente se controla con AINEs y opioides.
- Visceral: se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Es de localización difusa, continuo y profundo. También puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos. El paciente suele moverse mucho para intentar calmar el dolor. Este tipo de dolor responde bien al tratamiento con opioides.

Según el curso:
- Continuo: es persistente a lo largo del día y no desaparece.
- Irruptivo: es una exacerbación transitoria del dolor en pacientes que habitualmente mantiene el dolor bien controlado.

Según la intensidad:
- Leve: el paciente puede realizar actividades habituales.
- Moderado: interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.
- Severo: interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores.

Según la farmacología:
- Responde bien a los opiáceos.
- Parcialmente sensible a los opiáceos.
- Escasamente sensible a los opiáceos.

Fisiopatología.
El dolor presenta una fisiopatología muy compleja. Actúa principalmente como mecanismo de protección del cuerpo, porque ocurre siempre que cualquier tejido está siendo lesionado. Puede aparecer como consecuencia del propio cáncer (por extensión a tejidos blandos, invasión de vísceras y huesos, compresión o lesión de nervios, hipertensión craneana), relacionado con el cáncer al limitar en algunos casos la movilidad produciendo úlceras por decúbito, calambres, estreñimiento; vinculado al tratamiento terapéutico (quimioterapia, cicatriz postoperatoria) o causado por un trastorno concurrente (espondilosis, osteoartritis).

Está modulado por un conjunto de factores, por ejemplo, las experiencias sensoriales del individuo o su estado emocional en el momento. Puede ser producido por una variedad de estímulos tales como: presiones mecánicas, temperaturas extremas, pH ácido, soluciones hipertónicas, luz intensa y ciertos mediadores químicos. La nocicepción ocurre por la activación de los nociceptores-receptores. El cuerpo humano posee cerca de 500 nociceptores por cada centímetro de piel. La neurona nociceptiva periférica utiliza dos neurotransmisores: el glutamato, que es el principal responsable de la activación de la neurona pos-sináptica, y la sustancia P, que actúa como moduladora de la sensibilidad de la neurona pos-sináptica a la actividad del glutamato. Desencadenado el estímulo, se distinguen los siguientes estadios en el proceso de nocicepción del dolor:
- Transducción: convierte informaciones mecánicas, químicas y térmicas en impulsos eléctricos. Las neuronas conducen el impulso eléctrico a través de la médula espinal a las células que conducen a los nervios cranianos. Cuando un nociceptor recibe un estímulo nociceptivo, los canales de Na de la membrana celular se abren y ocurre un influjo de Na del medio extracelular hacia el interior de la célula. El Na en el interior de la célula induce una pérdida de carga eléctrica (despolarización).

- Transmisión: las neuronas despolarizadas transfieren impulsos eléctricos al SNC. Es la elaboración de la información sensitiva, conduciendo a la percepción.
- Modulación: desde el tálamo y el tronco, las fibras eferentes envían señales hacia el asta dorsal, liberando opiáceos endógenos, serotonina, que inhiben la transmisión del impulso doloroso desde el asta dorsal hacia arriba.

Valoración y evaluación del dolor.
El dolor debe considerarse como quinto signo vital y ser evaluado de modo continuo, abarcando aspectos físicos, psicológicos y sociales. Para la enfermera, la evaluación del dolor es el punto básico para realizar un plan de cuidados eficaz. Su tratamiento es un desafío para el equipo de salud, y su abordaje es obligatoriamente multidisciplinar debido a las dimensiones bio-psico-socio-espiritual que afecta. La literatura indica que los factores que dan lugar a un control ineficaz del dolor son:
- Valoración inadecuada.
- Empleo reducido de opioides.
- Formación inadecuada de profesionales de salud sobre el dolor.
- Creencias y valores erróneas en cuanto a dolor y el uso de opioides.
- Falta de una evaluación sistemática.

Dentro de los dolores crónicos, el dolor oncológico es reseñado como el que mayor sobrecarga de sufrimiento produce a su portador, debido a la magnitud del cáncer como dolencia subyacente. Se ven comprometidas las dimensiones física, psicológica, social y espiritual.
- Dimensión física: se muestra comprometida por la presencia de dolor físico y los efectos indeseables secundarios al tratamiento, siendo agravada por la fatiga crónica y el insomnio. La enfermera debe tener en consideración los aspectos asociados a la propia dolencia, las condiciones de higiene, la restricción de actividades físicas, saber dialogar, el déficit de conocimiento o preparación profesional en los cuidados.
- Dimensión psicológica: es afectada por el retraso en el diagnóstico en el inicio de la enfermedad, el miedo al dolor y la muerte y sentimiento de desamparo.
- Dimensión social: está afectada por las evidentes preocupaciones familiares y económicas, pérdida de empleo, de prestigio y de rendimiento, pérdida de posición social y del papel que ocupaba en la familia. El profesional de enfermería basará sus acciones en la comunicación con el enfermo.
- Dimensión espiritual: se ve afectado respecto a cuestiones más íntimas del ser humano, incluyendo la creencia en Dios.

La práctica del control del dolor debe ser incluida en la rutina de los cuidados diarios de la enfermera. Se debe evaluar todo el contexto que envuelve al paciente para así poder llevar a cabo un plan de cuidados individualizado. La evaluación del dolor será la guía en las acciones de la enfermera en la disminución del sufrimiento.

- Actitudes y estrategias generales: valorar y evaluar el dolor: causas, inicio, duración, localización, ausencia o presencia de dolor radiante, intensidad, factores de alivio, factores desencadenantes; signos y síntomas asociados al dolor como ansiedad, depresión, pérdida de apetito, insomnio; empleo de analgésicos, su eficacia y tolerancia; descripción de la calidad del dolor: palpitante, presión, agudo…
- Valorar y evaluar la situación del paciente: realizar un examen completo para conocer la situación clínica del paciente. El principal método para la evaluación del dolor es la entrevista clínica, que nos permite abarcar todas las dimensiones del dolor mientras generamos un clima de confianza y cordialidad. El factor más importante a considerar en la evaluación del dolor es su intensidad, ya que ésta determina la limitación funcional del paciente y su bienestar; presencia de interferencia del dolor en las actividades diarias del paciente: trabajo, vida social, patrón de sueño, apetito, funcionamiento sexual, estado de ánimo, adaptación; impacto del dolor y la enfermedad sobre las condiciones físicas, psicológicas y sociales; presencia de cuidador, grado de conciencia sobre la enfermedad, ansiedad, depresión e ideas suicidas, entorno social, calidad de vida; presencia de co-morbilidad (diabetes, HTA, insuficiencia renal, etc.); ideas del paciente sobre el tratamiento con opioides y el dolor; alcohol y abuso de sustancias.
- Valorar y evaluar nuestras habilidades como enfermeras al informar y comunicarnos con el paciente y su familia: tener tiempo para dedicárselo al paciente y su familia para comprender sus necesidades.
- Iniciar el tratamiento con medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas.
- Promover el cumplimiento terapéutico, comenzando de forma gradual. Las intervenciones deben ser crecientes, comenzando por la vía oral, posteriormente subcutánea y finalmente medidas más agresivas.
- Prevenir los efectos secundarios: adecuación de la posología y presentaciones a las condiciones del paciente, teniendo en cuenta sus gustos, limitaciones en la deglución, boca seca, etc.
- Actuar en equipo a las demandas del paciente y la familia definiendo los roles de cada miembro del equipo (médico, enfermero, psicólogo, etc.).
- Informar al enfermo, la familia y al resto de personal sanitario de los planes terapéuticos.

- Monitorizar y revisar una vez más de forma programada y ante cada eventualidad con un abordaje de nuevo multidisciplinar.

Herramientas para la valoración del dolor. Existen diferentes herramientas como:
- Escala de descripción verbal: en esta escala es el paciente el que nos manifiesta lo que siente.
- Escala numérica verbal: es una escala subjetiva. El paciente sitúa su dolor en una escala entre 0 y 10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor.
- Escala visual analógica: el paciente indica su nivel de dolor en una zona con límites definidos.
- Escala de caras pintadas: es útil en pacientes que no pueden manifestar verbalmente su dolor de forma clara, por ejemplo en el caso de niños, extranjeros, inconscientes, sordomudos, etc.

Estas escalas tienen limitaciones porque realizan la evaluación del dolor de forma unidimensional, priorizando la intensidad del dolor. Esto limita las intervenciones que el profesional de enfermería puede realizar para el cuidado de la persona. Según estudios realizados, en la evaluación del dolor oncológico es más eficaz utilizar instrumentos multidimensionales, ya que el dolor viene ligado a otros síntomas como la fatiga, estreñimiento, cambios emocionales y otros síntomas. El uso de las escalas multidimensionales asegura la evaluación sistemática. Los instrumentos actualmente disponibles son:
- Escala de evaluación del síntoma de Edmonton (ESAS): una herramienta para valorar la intensidad de 9 síntomas comunes en los pacientes con cáncer: dolor, cansancio, náuseas, depresión, ansiedad, somnolencia, apetito, bienestar, y dificultad respiratoria.
- El Inventario de Síntomas de M. D. Anderson (MDASI): permite valorar un conjunto de síntomas en pacientes con cáncer y su impacto en la funcionalidad en las últimas 24 horas a través de escalas visuales análogas: dolor, fatiga, náuseas, insomnio, sufrimiento emocional, mareo, disnea, memoria, apetito, somnolencia, sequedad bucal, tristeza, entre otros.
- Escala de evaluación de síntomas del Memorial (MSAS): permite evaluar la presencia de síntomas, su frecuencia, severidad y malestar que produce.
- Lista de verificación de síntomas de Rotterdam (RSC): es una escala verbal que evalúa 31 ítems. Los pacientes deben calificar los síntomas como: “nada”, “poco”, “bastante” y “mucho”.

Tratamiento farmacológico.
En 1986 se implementó la escala analgésica por la Organización Mundial de la

Salud. Esta estrategia para el manejo del dolor se basa en el abordaje escalonado con analgésicos y co-analgésicos, de forma que permite el buen control del dolor en el 80% de los casos. Una revisión sistemática reciente sobre el predominio del tratamiento ineficaz del dolor en el cáncer concluyó que aproximadamente el 50% de pacientes recibe tratamiento de forma ineficaz. Otro estudio relata que el 83% estimado de la población mundial vive en países con bajo acceso a la medicación, el 4% tiene el acceso moderado y sólo el 7% tiene el acceso adecuado; sólo las poblaciones de algunos países industrializados tienen un acceso bueno. En un estudio europeo realizado sobre 5084 pacientes adultos con cáncer, el 56% ha sufrido dolor de moderado a intenso al menos una vez al mes.

Los fármacos utilizados para el manejo del dolor en pacientes con cáncer son los opioides y los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). A estos fármacos se les puede unir coadyuvantes, que son sustancias que complementan la acción de los analgésicos primarios. Los coadyuvantes son sustancias de baja potencia analgésica, de forma que combinándolos con opioides permiten reducir los requerimientos de éstos y mejorar su efectividad y seguridad. De ser posible, los analgésicos deben administrarse por vía oral. En caso de disfagia, vómito incontrolado u obstrucción gastrointestinal puede ser útil la administración rectal de supositorios. Una vía alternativa es la perfusión subcutánea continua. Es importante que los analgésicos se administren a intervalos determinados y se aumente la dosis gradualmente hasta que el paciente se sienta aliviado. La dosis siguiente se administrará antes de que haya desaparecido el efecto de la precedente. En caso de que el paciente necesite una dosis de rescate, éstas deben equivaler al 50-100% de la dosis regular administrada cada cuatro horas. Existen unas normas de uso de la escala:
- Es esencial realizar una buena valoración en la intensidad del dolor para el manejo y seguimiento del dolor.
- Para subir de escalón es necesario que haya un fallo en el escalón anterior.
- El intercambio entre fármacos del mismo escalón puede no mejorar la analgesia (excepto en el tercer escalón).
- Si el segundo escalón no es eficaz, no demorar la subida al tercer escalón.
- La prescripción de co-analgésicos se basa en la causa del dolor y se deben mantener cuando se sube de escalón.
- No mezclar los opioides débiles con los potentes.
- Prescribir cobertura analgésica del dolor irruptivo.

1. Primer escalón. Dentro de este escalón se encuentran los analgésicos no opioides como el paracetamol, Ibuprofeno, Naproxeno, Diclofenaco, Metamizol y

AAS. Son muy eficaces contra el dolor causado por infiltración de tejidos blandos y músculos. Están indicados para el tratamiento del dolor de leve a moderado. Los AINE, inclusive el AAS, son particularmente importantes para el tratamiento del dolor causado por la metástasis ósea.

- Paracetamol. Estos fármacos tienen una dosis máxima, a partir de la cual sólo aumentan los efectos secundarios. Se administra una dosis entre 650-1000 mg cada 4-6 horas por vía oral o rectal. Efectos secundarios: su principal inconveniente son los efectos secundarios que producen, como la dispepsia, úlcera gástrica, hemorragia digestiva, deterioro de la función renal y toxicidad hepática. Debe tenerse más en cuenta en pacientes ancianos, debilitados o con patología hepática.

2. Segundo escalón. Se utilizan opioides débiles, como la codeína, dihidrocodeína y tramadol.

- Tramadol: 10 mg de Tramadol equivalen a 2 mg de Morfina oral. Se recomienda comenzar con una dosis de 50 mg cada 6-8 horas hasta un máximo de 400 mg diarios repartidos cada 6-8 horas. Se puede utilizar por vía oral, rectal, subcutánea, intramuscular o intravenosa.
- Codeína: se puede administrar por vía oral en dosis de 30-120 mg cada 4-6 horas. Puede administrarse por vía oral o rectal. 30 mg de codeína equivalen a 650 de AAS.
- Dihidrocodeína: son comprimidos de liberación retardada. Se administra en dosis entre 60-120 mg cada 12 horas por vía oral. Tiene un potencial ligeramente superior a la codeína.

3. Tercer escalón.

En este escalón se incluyen los opioides potentes: morfina, fentanilo, oxicodona, metadona y buprenorfina. No hay dosis estándar para los opioides. La dosis acertada es la que proporcione alivio al paciente. La toma de opioides puede originar como efectos adversos náuseas y vómitos, prurito, estreñimiento, retención urinaria y somnolencia.

- Morfina: la administración oral de la morfina cada 4 horas es eficaz para el dolor moderado-severo. La morfina por vía oral se puede administrar en las siguientes formas: solución acuosa de sulfato o clorhidrato cada 4 horas; tabletas cada 4 horas; tabletas de efecto prolongado cada 12 h.
- Fentanilo: no tiene techo analgésico. Se administra por vía transdérmica mediante parches. Para aplicar el parche se retira la lámina posterior y se coloca en una zona de piel sana y sin pelo. Previamente se limpia la zona con agua y se seca. Cada vez que se pone un nuevo parche se debe cambiar de zona. Tras ser apli-

cado el parche, las concentraciones séricas de Fentanilo aumentan gradualmente a lo largo de un periodo de 12 a 24 horas, a partir de este momento permanecen relativamente constantes durante el resto de las 72 horas de su aplicación. Al retirar el parche e interrumpir su uso, las concentraciones séricas de Fentanilo disminuyen gradualmente a la mitad al cabo de 17 horas debido a la absorción del depósito que se formó en la piel.

- Oxicodona: se presenta en forma de comprimidos de liberación prolongada de 10, 20, 40 y 80 mg, que se administran cada 12 horas. Se recomienda comenzar la dosis con 10 mg e incrementar la dosis con aumentos de un 50% de la dosis diaria total, repartiéndose cada 12 horas.
- Buprenorfina transdérmica: es 25-50 veces más potente que la morfina. Tiene techo terapéutico. Se presenta en forma de parches transdérmicos de 35, 52,5 y 70 microgramos/hora, que se corresponden a dosis diarias de 0,8, de 1,2, y de 1,6 mg de buprenorfina. La dosis máxima diaria son dos parches de 70 mcg. Se asocia con pocos cambios en los planos cardiovascular y respiratorio. Los efectos secundarios son similares a los que producen otros opioides, aunque con una tasa de estreñimiento más baja. Puede ser útil para pacientes con estreñimiento severo, disfagia, compromiso respiratorio o poca respuesta a otros opiodes.

4. Coadyuvantes.

Van dirigidos a la causa del dolor. Permiten combatir los efectos adversos de los analgésicos, conseguir un mayor alivio del dolor y tratar trastornos psicológicos concomitantes, como el insomnio, la ansiedad y la depresión. Pueden utilizarse en cualquier escalón según la situación clínica y causa específica del dolor.

- Antidepresivos: actúan inhibiendo la recaptación de monoaminas, principalmente serotonina y noradrenalina a nivel de las terminaciones nerviosas. Su indicación principal es el dolor neuropático. Se utilizan la amitriptilina, imipramina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, venlafaxina y duloxetina.

Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis de 10 mg de amitriptilina o imipramina, y posteriormente incrementar la dosis cada 5 días hasta alcanzar el alivio del dolor (máx. 100 mg/día). Con venlafaxina se recomiendan dosis entre 37.5 mg y 225 mg al día. Con duloxetina se inicia con 30 mg por la noche y se incrementa la dosis cada 5 días hasta un máximo de 60 mg dos veces al día. Efectos adversos: se producen por el bloqueo de receptores muscarínicos y noradrenérgicos. Los más frecuentes son la sequedad de la boca, estreñimiento, somnolencia, retención urinaria, congestión nasal, visión borrosa, íleo paralítico, glaucoma, síndrome anticolinérgico central (alucinaciones, delirios, desorientación), palpitaciones, aumento de peso, sudoración, hipotensión ortostática y sedación.

- Antiepilépticos: según estudios realizados, se demuestra que la gabapentina

mejora el dolor neuropático en pacientes con cáncer. La gabapentina y la pregabalina disminuyen el influjo de calcio e inhiben la liberación de neurotransmisores excitatorios como glutamato, sustancia P y péptido relacionado con el gen de la calcitonina.
Como efectos adversos se presentan: somnolencia, sedación, síntomas cerebrales como nistagmos, temblores e incoordinación.
- Ketamina: la ketamina modula la acción de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA). Estos receptores están involucrados en la amplificación del dolor. La ketamina en dosis bajas mejora la eficacia analgésica con pocos efectos adversos. Su efecto analgésico dura aproximadamente 3 horas.
Por vía subcutánea el rango de dosificación sería 1 mg/kg/día; por vía intravenosa a 600 mg/día y por vía oral 0.5 mg/kg cada 4 horas.
Su uso produce frecuentemente sedación y alucinaciones. Las alucinaciones pueden ser controladas utilizando una benzodiacepina de acción corta como el midazolam.
- Nitroglicerina transdérmica: su mecanismo de acción depende de la modulación del óxido nítrico en la médula espinal. Según un estudio realizado en pacientes con tratamiento de al menos 80 mg de morfina al día, la nitroglicerina en parches de 5 mg puede frenar la tolerancia al opioide.
- Corticoides: tienen un efecto antiinflamatorio y antiedematoso, por lo que alivian el dolor al disminuir la compresión sobre estructuras nerviosas.
La dexametasona tiene la mayor potencia antiinflamatoria. En el dolor oncológico se usan por vía sistémica en: síndrome de vena cava superior, compresión medular, metástasis cerebrales, neuropatía carcinomatosa, compresión neoplásica de plexos, anorexia, diaforesis, fiebre, náuseas y vómitos.
Como efectos secundarios pueden aparecer candidiasis, molestias gástricas, hiperglucemia e insomnio.

Tratamiento farmacológico.
Para conseguir una mejor eficacia en el manejo del dolor es necesario recurrir tanto a medidas farmacológicas como no farmacológicas. El dolor muchas veces está amplificado por situaciones como la inmovilización, la debilidad, el deterioro físico, etc. También influyen factores emocionales, conductuales, culturales o espirituales. La enfermera, con la utilización de medidas no farmacológicas, promueve la autonomía del paciente, aumenta el umbral de tolerancia, refuerza el autoestima y promueve la participación de la familia y el paciente en el cuidado.
Dentro de las acciones de enfermería pertinentes en el manejo no farmacológico se encuentran el proporcionar un ambiente adecuado para el descanso a través de la disminución de ruidos y el respeto por el sueño, la aplicación de masajes así

como la aplicación de calor o frío en las áreas afectadas, los métodos de relajación, visualización y la musicoterapia; las cuales se realizaran después de la valoración de la intensidad, localización y características del dolor. El calor aumenta el flujo sanguíneo y disminuye la rigidez articular. Pueden utilizarse diferentes formas de aplicación de calor como toallas húmedas, mantas eléctricas, ultrasonidos o laserterapia. La aplicación de frío reduce la conducción nerviosa, el espasmo muscular y el edema. Puede utilizarse mentol, hielo, spray, geles maleables. El ejercicio físico previene la atrofia muscular y el deterioro físico.

Terapia cognitivo-conductual.
Algunos pacientes pueden pensar que su dolor puede ser producido por su estado emocional. Es importante aclarar al paciente que es el dolor el que provoca el malestar y su estado emocional. La enfermera puede enseñar al paciente a mantener controlado su dolor y estado emocional mediante diferentes técnicas como son:

- Respiración y relajación: es recomendable ofrecer al paciente información sobre técnicas de relajación y fomentar que lo practiquen a diario para evitar la tensión muscular.
- Manejo de la atención: la atención al dolor abre la puerta a un aumento de su percepción. Tenemos que enseñar al paciente a realizar ejercicios que dirijan la atención hacia estímulos externos o hacia imágenes mentales.
- Reestructuración cognitiva: ayudar a identificar los pensamientos que provocan emociones negativas.
- Establecer objetivos: animar al paciente a establecer objetivos que le ayuden a sobrellevar su cambio de vida.
- Ayudar al paciente a desarrollar mejores hábitos de sueño: mantener una hora fija para acostarse, establecer rutinas, evitar ejercicio vigoroso antes de acostarse, tomar una cena ligera, evitar el alcohol, tabaco y cafeína, mantener el dormitorio con una buena temperatura…

Control de síntomas asociados al dolor y al tratamiento anticanceroso.
La enfermera tiene un papel destacado en el cuidado y tratamiento de estos síntomas. Los enfermos neoplásicos a lo largo de la evolución de su enfermedad van a presentar múltiples síntomas, de intensidad variable, cambiante y de origen multifactorial.

1. Náuseas y vómitos: están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado. Puede ser producido por múltiples causas. Para tratar estos síntomas el primer paso es identificar la causa. Las intervenciones que debe realizar la

enfermera para el manejo de las náuseas son:
- Realizar una valoración completa de las náuseas. Puede utilizar herramientas como Diario de Autocuidado, Escala Analógica Visual, Escala Descriptiva de Duke e Índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos.
- Observar manifestaciones no verbales de incomodidad.
- Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida (apetito, actividad, sueño).
- Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas antes, durante y después de la quimioterapia junto con otras medidas de control de las náuseas.
- Proporcionar alivio durante el episodio del vómito (poner toallas frías en la frente, lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca).
- Administrar medicación, neurolépticos: Haloperidol y clorpromazina; procinéticos: Metoclopramida, domperidona o cisaprida; anticolinérgicos: buscapina; antagonistas 5HT3: ondasetrón y granisetrón; corticoides: prednisona y dexametasona.

2. Caquexia–anorexia: produce un gran impacto emocional para el paciente y su familia. La enfermera debe explicar la naturaleza de este problema y su tratamiento. Conlleva una pérdida de peso, malestar general, pérdida de apetito, pérdida de masa muscular y grasa. Está asociada a múltiples neoplasias avanzadas. Se debe descartar las causas que puedan ser reversibles como los fármacos, el estreñimiento, el dolor, las náuseas y vómitos. El tratamiento es: ajustar la dieta, corticoides (dexametasona 4-8 mg/24h por vía oral, metilprednisolona 40 mg/24, prednisona 30 mg/12-24h por vía oral).

3. Estreñimiento: aparecer hasta en el 90% de los pacientes terminales. Puede deberse a múltiples causas: inactividad, deshidratación, alteraciones metabólicas, enfermedades neurológicas, fármacos. Al iniciar el tratamiento con opioides, generalmente se prescribe algún laxante. Se debe procurar aumentar la actividad física, la ingesta de líquidos, dieta rica en fibra y eliminar los fármacos causantes. Los fármacos utilizados en su tratamiento son:
- Formadores de bolo: Aumentan el volumen de la masa fecal. Ej: salvado, plantago ovata y metilcelulosa.
- Lubricantes y surfactantes: Permiten el paso de agua a la masa fecal. Ej: Parafina y docusato.
- Osmóticos: Retienen agua en la luz intestinal. Ej: lactulosa, lactitol, sales de magnesio y polietilenglicol
- Estimulantes: Aumentan el peristaltismo intestinal. Ej: senósidos, bisacólido y picosulfato.

También pueden realizarse medidas rectales como: enemas de aceite de oliva, supositorios de glicerina, enemas de lactulosa, enemas de fosfatos y supositorios de bisacólido.

Papel de la enfermera en el impacto del dolor sobre la calidad de vida y el estado emocional.

La enfermera juega un papel importante en la atención de pacientes oncológicos debido a que puede ayudarles en el proceso de afrontamiento del dolor como parte de su proceso patológico y contribuir en el ahorro de energía para que sea empleada en la recuperación de la enfermedad. La meta debe ser ayudar a la persona con dolor oncológico a adaptarse y generar estrategias activas de afrontamiento que permitan una mejoría en la calidad de vida, así como con las implicaciones a nivel fisiológico y emocional que el dolor trae consigo. Muchos estudios han tenido como finalidad la evaluación de la calidad de vida en pacientes que sufren dolor oncológico. La calidad de vida fue definida por el grupo de Calidad de Vida de la OMS como "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación a sus objetivos, expectativas y preocupaciones".

La duración del dolor puede llegar a afectar a diversos aspectos de la vida del paciente, cambiando tanto su estilo de vida como su estado emocional. Estos factores pueden modificar la experiencia del dolor en sí misma y contribuir en su mantenimiento. Las personas con dolor crónico experimentan trastornos emocionales como depresión y ansiedad, sentimientos de impotencia y trastornos de sueño, y ponen en práctica de forma continua diferentes formas de afrontamiento. Éste se define como "los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio que sirven para manejar las demandas externas y/o internas y que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Existen diferentes formas de afrontamiento:

- Focalización de afrontamiento: el paciente se aproxima al problema y realiza esfuerzos positivos para resolverlo e intenta evitar el problema y concentrarse en controlar las emociones asociadas a él.

Afrontamiento aproximativo: conductas de solución del problema y búsqueda de información.

- Afrontamiento evitativo: se crean emociones de autoculpa y conductas de evitación del problema. Otro factor unido al dolor es el catastrofismo. Consiste en la exageración de la apreciación de la amenaza del dolor, la creencia de poca habilidad para afrontarlo, expectativas negativas y sentimientos de impotencia y

pesimismo.

La enfermera necesita hacer un uso óptimo de los recursos disponibles. Uno de estos recursos es la inclusión de la familia como elemento del cuidado, fomentando su participación aportando orientaciones. La familia mediante su apoyo contribuye a la disminución de la ansiedad y el sufrimiento.

- Trastornos de sueño: los trastornos de sueño son frecuentes y muchos pacientes con dolor crónico refieren dormir menos, tardar más en conciliar el sueño y despertar constantemente por la noche. Se ha observado que el trastorno del sueño aumenta la sensibilidad y la autopercepción de la depresión.
- Ansiedad y depresión: el dolor crónico puede ocasionar una ansiedad permanente, que causa una tensión muscular crónica. Dejar de realizar actividades habituales conduce a una menor movilidad, la atrofia del músculo y un aumento de la tensión muscular, haciendo al paciente más propenso a sentir dolor. Esta disminución de actividades puede causar el aislamiento social, sentimientos de inutilidad y aumentos de la ansiedad y la depresión. La depresión asociada con el dolor puede contribuir a la tristeza, la pasividad, baja autoestima y disminuciones en la creencia que el dolor puede ser manejado.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el control del dolor es multidisciplinario, la enfermera es la piedra angular en el tratamiento del dolor. El profesional de enfermería es el que está siempre al lado del paciente y por tanto, somos los primeros en detectar sus necesidades. Somos las responsables de valorar el dolor, administrar el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, valorar su efectividad y comunicarnos con el paciente y su familia para ofrecer nuestro apoyo.

Independientemente del enfoque utilizado en el cuidado del paciente oncológico con dolor, la enfermera debe destacar como profesional actualizado y capacitado para promover el cuidado de este paciente. La enfermera es la principal defensora de los intereses del paciente, y la principal difusora de conocimientos entre el equipo de enfermería y los familiares de los pacientes. Por consiguiente, el profesional de enfermería debe poseer habilidades para el trabajo en equipo y considerar el mismo como un instrumento básico de trabajo con enfermos oncológicos. Debe conocer y manejar con agilidad conceptos y temas relacionados a la muerte y el duelo; poseer un sistema de valores definido, acordes con la ética profesional de enfermería y lo motive a mantenerse al día en cuanto a la obtención de información para la mejora de sus actividades. El dolor tiene una

fisiopatología muy compleja y puede aparecer por múltiples causas relacionadas con el cáncer. El tipo de dolor que más presenta el paciente oncológico es el dolor crónico, sobretodo en fases avanzadas de la enfermedad.

Para realizar un buen control del dolor, es importante realizar una valoración exhaustiva del dolor y re-evaluarlo continuamente. El dolor crónico afecta al paciente en todas sus dimensiones, por tanto, la valoración no debe centrarse sólo en los aspectos físicos, sino también en los aspectos psicológicos y sociales. Existen herramientas para valorar el dolor que la enfermera debe manejar. Las más eficaces en este caso son las herramientas multidimensionales que permiten realizar la valoración desde un punto de vista bio-psico-social.
La finalidad del tratamiento es aliviar el dolor de manera satisfactoria para el paciente, de modo que pueda llevar una vida aceptable y, llegado el caso, tenga una muerte sin sufrimientos. Actualmente, como tratamiento farmacológico se utilizan las pautas recomendadas por la O.M.S. Aunque el uso de medicación es importante también hay que considerar las medidas no farmacológicas, que según estudios realizados ayudan a disminuir el dolor y mejoran el confort.

Desde un punto de vista psicológico, el dolor oncológico tiene un impacto en la calidad de vida del paciente. También hay que tener en cuenta que el paciente suele tener cerca un entorno familiar que la enfermera debe involucrar en el cuidado.

6 Bibliografía

- Bulecheck GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ªed. Madrid: Elsevier; 2018.
- Waterkemper R, Reibnitz KS, Monticelli M. Dialogues with nurses about oncologic pain assessment of patients under palliative care. Rev Bras Enferm. 2010; 63(2): 334-349.
- Minozzi S, Amato L, Davoli M. Development of dependence following treatment with opioid analgesics for pain relief: a systematic review. Addiction. 2013; 108(4): 688-698.
- Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de Expertos. Serie de informes Técnicos, Ginebra; 1990.
- Sancho Cantus, D; Prieto Contreras, L. Reflexiones en torno al dolor crónico: ¿una amenaza real?. Enferm Integral. 2012; 100: 3-7

- Sallum AMC, Garcia DM, Sanches M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. Acta Paul Enferm -Bra- . 2012; 25(Esp1): 150-154.
- Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice. Ann Oncol. 2012; 23(7): 39-154.
- Silva César M, Aldamiz-Echevarría B, Lamelo Alfonsín F, Vidán Martínez L. Manejo del dolor oncológico Guías Clínicas de Fisterra. 2019
- Reinozo de Oliveira N. Ações de enfermagem no controle da dor oncológica em hospitais gerais: dificuldades vividas e protocolo sugerido. Rio de Janeiro: Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro; 2010.
- Morete MC, Minson FP. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. Rev Dor 2010; 11(1): 74-80.
- Yamaguchi T, Shima Y, Morita T, Hosoya M, Matoba M. Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. Jpn J Clin Oncol. 2013; 43(9): 896-909.
- Barragán JA, Almanza Rodríguez G. Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. Aquichan. 2013; 13(3): 322-335.
- Cancer Care Ontario: Symptom Assessment and Management Tools. Cancer Care Ontario. Canadá. [sede Web]. Palliative Care Integration Project Symptom Management Guidelines. 2014.
- Chaparro Gómez LE, Calvache España JA, Arbeláez León LM. Coadyuvantes analgésicos en dolor por cáncer: utilización de la herramienta de preguntas clínicas de PubMed. Cir Cir. 2010; 78(2): 189-194.
- Moix J, Casado MI. Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. Clínica y Salud [revista en la Internet]. 2011; 22(1): 41-50.
- Lamelo Alfonsín F. Control de síntomas en cuidados paliativos. Guías clínicas Fisterra 2019. Disponible en: www.fisterra.com
- Marta IER; Baldan SS; Berton AF; Pavam M; da Silva, MJP. The effectiveness of Therapeutic Touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain: clinical trial. Rev Esc Enferm USP -Bra-. 2010. 44(4):1094-1100
- Peñarroya Baulíes A, Ballús-Creus C, Pérez Martínez J, Rangel Gómez MV. Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor 2011; 18(2): 77-83.
- Rodrigues BMRD, dos Santos Nunes MG. Tratamento paliativo: perspectiva da família. Rev. enferm. UERJ. 2012; 20(3): 338-43.

Capítulo 30

PAUTAS DIETÉTICAS SENCILLAS AL INICIAR UN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

MARIA MERCEDES GARCÍA PEREZ

1 Introducción

El inicio de un programa de hemodiálisis, puede tener un inicio agudo y brusco o puede presentarse de manera pausada. En ambos casos, los cambios en los hábitos de vida, incluyendo la nueva dieta que el paciente debe realizar, suponen una importante debilidad en la calidad de vida de estos pacientes. Además no debemos olvidar que la mayoría de nuestros pacientes sufren otras patologías asociadas como la diabetes o la hipertensión arterial que dificultan aun más la confección de menús.

Por todo ello es necesario tener claras una serie de sencillas pautas dietéticas para que, a partir de ellas y a medida que avance su conocimiento sobre la dieta renal, el paciente pueda ir evolucionando en la confección de su propia dieta, sin que ello suponga alterar la dinámica familiar ni sus hábitos sociales.

2 Objetivos

- Describir las pautas dietéticas que debe seguir un paciente en hemodiálisis.

3 Metodología

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

4 Resultados

El paciente adquirirá conocimientos básicos sobre conceptos como:

- La sal: debe de conocer que le provocara sed lo que aumentará la ingesta de líquidos propiciando edemas y subida de tensión arterial. Por ello se recomienda reducir al mínimo posible su uso o eliminarlo. Para sustituirla se puede optar por incorporar especies o hierbas aromáticas. Hay que tener cuidado con el queso burgos con sal, los embutidos y las aceitunas.
- Los líquidos: todos los alimentos presentan agua en mayor o menor medida. La cantidad de liquido a ingerir irá determinada por la función residual que presente el paciente, por regla general se aconseja no ingerir en 24 horas mas de 500 cc por encima de la diuresis en 24 horas. ¿Y que podemos hacer para beber menos?: ante todo tener en cuenta que todos los alimentos incorporan agua en su composición en mayor o menor medida, llenar una botella con la cantidad que puede beber en 24 horas y beber de esa botella, beber siempre agua preferible a otro liquido, beber agua fría, chupar cubitos de hielo, rodajas de limón o mascar chicle.
- Potasio: al no eliminar el potasio de forma adecuada este se eleva en sangre ocasionando trastornos neuromusculares importantes, sobre todo en el corazón llegando a la parada cardiorrespiratoria. Sin embargo el potasio tiene a su favor su solubilidad en agua pudiendo reducir el contenido de potasio en los alimentos sumergidos en agua durante 8 horas y cambiándoles el agua varias veces. De esta forma logramos reducir hasta en un 75% el contenido de potasio de verduras, hortalizas y legumbres. Los alimentos congelados también tienen reducido su contenido en potasio. Cuidado con los productos integrales, (cereales "all bran"), las legumbres, las patatas fritas de bolsa, el aguacate, los frutos secos (en especial el pistacho), el coco, las castañas, el albaricoque seco, el dátil, el higo seco y la uva pasa. Tampoco tomar el almíbar de las frutas en conserva ni aprovechar el agua de cocción para hacer salsas porque llevan disuelto potasio.
- Fósforo: es un gran desconocido en las dietas de hemodiálisis y sin embargo

ocasiona problemas óseos si se acumula en exceso en sangre y es difícil de eliminar con la hemodiálisis. Sin embargo, no requiere un control tan estricto como el potasio y basta con eliminar de la dieta los frutos secos (ya de por si restringidos por su alto contenido en potasio) y controlar el consumo de lácteos a una o dos raciones diarias. El queso con un contenido más aceptable de fósforo es el queso de nata. Evitar también los refrescos por su alto contenido en fósforo así como los productos precocinados.

5 Discusión-Conclusión

La palabra dieta en griego, significa ”manera de vivir”: el paciente renal debe aprender a convivir con su enfermedad y esta no debe modificar su vida ni la de su familia. No supondrá dejar de tener una vida social activa: la prioridad siempre será estar bien nutrido, con una dieta mediterránea y cardiosaludable, realizando entre 4 o 5 comidas al día. Evitar el consumo de grasas, alcohol y tabaco y realizar una actividad física ajustada a la edad de manera programada.

El seguimiento de estos consejos dietéticos básicos darán como resultado una analítica mensual satisfactoria y la menor necesidad de prescripción medicamentosa. Asimismo para un buen estado nutricional se recomendará el consumo de unos 150 gramos de carne al día, unos 200 gramos de pescado al día y 1 o 2 huevos a la semana y preferiblemente no el mismo día.

6 Bibliografía

- La alimentación en diálisis” de Cristina Noriega Morán Protocolos de sociedad española de enfermería nefrológica.
- www.seden.org.
Información al paciente al inicio del programa de hemodiálisis. primer premio poster SEDEN 1996. Nutrición e insuficiencia renal crónica.
- Dra M: Quemada Jorcano .Centro hd nefro rioja. Disfruta comiendo:consejos sobre hábitos alimentarios en hemodiálisis. Alcer ,sociedad española de nefrología y laboratorios Rubio”.
- Agencia española de seguridad alimentaria y nutrición(AESAN).Evaluación nutricional de la dieta española (I).Energía y macronutrientes .Sobre datos de la encuesta Nacional de Ingesta dietética(ENIDE).Ministerio de sanidad ,servicios sociales e igualdad.

Capítulo 31

CATÉTERES PERMANENTES EN HEMODIÁLISIS

MARIA MERCEDES GARCÍA PEREZ

1 Introducción

El aumento de la esperanza de vida de la población en general, la concomitancia de enfermedades como la diabetes, la hipertensión y la hipercolesterolemia en nuestros pacientes así como los hábitos tóxicos asociados, han traído en los últimos años un aumento importante del número de cáteteres en las salas de hemodinámica. No debemos olvidar que el inicio de la hemodiálisis, si bien por regla general tiene un carácter programado permitiendo la realización de una fístula arterio-venosa como acceso para la técnica, en otros casos, el inicio brusco, urgente e inesperado precisa de la colocación y uso de un catéter central bien temporal o permanente.

Los catéteres centrales procuran un acceso rápido y accesible pero no debemos olvidar que no están exentos de riesgos al ser una puerta de acceso directo al torrente circulatorio de diferentes microorganismos. Nuestro objetivo será el uso correcto de estos dispositivos, así como la docencia a los pacientes sobre sus cuidados.

2 Objetivos

- Realizar un correcto protocolo de uso de los catéteres de hemodiálisis durante las sesiones así como una adecuada docencia de su mantenimiento para sus portadores.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la sala de hemodiálisis:
- Tanto enfermería como el personal auxiliar que nos asiste y nuestro paciente se colocaran mascarilla.
- Procederemos a un lavado de manos con jabón no antiséptico, correcto y minucioso secado y posteriormente desinfección higiénica rápida de manos (con fricción) con solución de alcohol y nos colocaremos guantes estériles.
- Se creará un campo estéril entorno al orificio del catéter.
- Antes de iniciar la sesión se procederá a limpiar con suero fisiológico al 0.9%, secado y desinfección con clorhexidina sol acuosa al 0.5 la piel pericateter y el mismo.
- El primer día de la semana (lunes o martes) se procederá al cambio del apósito que recubre la entrada del catéter: este apósito debería ser transparente y semipermeable y cambiarse cada 7 días pero en la practica utilizamos apósito de gasa que es mejor tolerado en general por la piel del paciente, debiendo cambiarse este cada 48 horas y también siempre que se vea sucio o despegado. También el primer día se procederá al cambio de los tapones del catéter.
- El resto de los días de hemodiálisis los tapones se limpiaran con suero fisiológico y clorhexidina.
- Cuando la zona este enrojecida o infectada, previa recogida de exudado, se instilará 1 dosis de ciprofloxacino.
- Se comprobará la permeabilidad con jeringas de 5 ml, aspirando y desechando lo aspirado y se realizara un lavado posterior con suero fisiológico en embolada de 10-20 ml: utilizar la técnica ” push-stop-push” (presión +): emboladas de 2-3 ml de suero en jeringa de 10 -20 cc finalizando con embolada a la vez que se clampa.
- Una vez acabada la sesión, se desconectara al paciente de la maquina: se lavaran ambas ramas del catéter con 10 ml de suero fisiológico al 0.9% con la misma

técnica que en la conexión y se heparinizará el catéter con la misma cantidad de heparina al 5% que mande el fabricante.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta técnica estéril de manejo del catéter minimiza riesgos de sepsis relacionados con el mismo. La enfermería realizará una ejecución de la técnica siempre aséptica velando ademas por la asepsia del resto del equipo que la acompaña. Procederá además en ese momento a la docencia del paciente sobre su catéter, responsabilizándolo de su correcto mantenimiento: debemos instruir al paciente en que mantenga su catéter cubierto, tal y como lo dejó la enfermera al finalizar la diálisis. Solo en caso de que sangre, destaparlo lo menos posible, localizar el punto y hacer presión en él, acudiendo al hospital más cercano. Mantener una correcta higiene pero utilizar ducha de teléfono para no mojar el vendaje y protegerlo con un plástico. No llevar ropa apretada, ni colgar nada del hombro del lado del catéter, evitar estirones, golpes y movimientos bruscos.

6 Bibliografía

- Protocolos servicio salud del principado de asturias: catéteres venosos centrales (cvc) .
- Cid R. El catéter permanente Perm-Cath .Nuestra experiencia .Libro de comunicaciones del Seminario Español EDTNA-ERCA Córdoba 1992.
- Lopez I. Cuatro años de experiencia en veinte cateters TWIN cath,indicaciones,supervivencia y presentaciones.libro de comunicaciones del congreso de la seden.Santander 1997

Capítulo 32

MANEJO DE LA FLEBITIS EN CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS

MARIA GRACIELA ARTIME GUTIÉRREZ

SARA PORRES FERNÁNDEZ

ELENA VIÑA MUÑIZ

LOURDES CABELLO GUTIÉRREZ

1 Introducción

La canalización intravenosa es una técnica muy usada en atención especializada. De dicha técnica deriva una de las infecciones más conocidas, la flebitis. La flebitis por inserción de un catéter periférico es la inflamación de la vena en el trayecto por donde pasa la cánula insertada. Puede ser mecánica, bacteriana y química. La flebitis por inserción de un catéter puede dar lugar a complicaciones como la endocarditis y la septicemia. La flebitis se desencadena de forma aguda y continua con una duración indeterminada. Unas de las complicaciones con las que un paciente se expone durante su estancia hospitalaria es la flebitis provocada por la inserción de un catéter venoso sin la técnica aséptica correcta, la inadecuada elección de zona de punción y la no realización del cuidado de las vías de acceso venoso, etc.

Un factor importante para la prevención de la flebitis en catéteres venosos periféricos es contar con personal cualificado. Es importante que el personal de enfermería actúe correctamente a la hora de canalizar una vía venosa periférica y

posterior cuidado de la misma. Es esencial que el personal identifique posibles complicaciones provocadas por una terapia intravenosa ya que la no actuación puede traer consigo infecciones nosocomiales que prolonguen la hospitalización y como consecuencia generar gastos elevados en las instituciones sanitarias. Se ha demostrado que una correcta actuación a la horade canaliza una vía venosa periférica eligiendo una buena zona de punción con el calibre adecuado, con su correspondiente sujeción y comprobando la permeabilidad de la misma contribuye a una disminución de los casos de flebitis. Por último y no por eso menos importante una buena higiene de manos antes y después de la inserción o manipulación del catéter, retirada de catéteres innecesarios ha contribuido a una disminución del número de flebitis. Se ha llegado a la conclusión de que un buen hacer a la hora de canalizar una vía venosa periférica y un seguimiento en el cuidado de las mismas contribuye a una disminución de la aparición de flebitis.

2 Objetivos

- Determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre la aparición de flebitis y sus consecuencias.
- Identificar los factores biológicos que propician la aparición de flebitis durante la técnica de canalización es una medida de prevención para disminuir la incidencia de flebitis.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Nivel de conocimientos del personal de enfermería en flebitis por terapia intravenosa.Fuente: Revista CONAMED Ene-mar 2019, vol 24 Edic 1 p5-10. 6p. Autores: Hernández-Pérez Omar; Sauced-García; Renata; Romero- Quechol, Guillermina.

- Factores biológicos que influyen en la flebitis en pacientes hospitalizados.Autores: Barros rivera, Sara; Loor Mendoza, Cindy Yomira22 junio02019
- Incidencia de flebitis asociados a catéteres centrales de inserción periférica en UCI adultos. Implantación de un protocolo de enfermería.Autores: Javier Yaniz Álvarez,
Sara Ajona Mtnez Polo, Encarna Diaz Arozarena. Enferm. Glob. Vol. 16 no. 45 Murcia ene 2017 Epub 01 Ene-2017.
- Revista Médica electrónica Portales Médicos.

Capítulo 33

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS(HUCA).

MARÍA FERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

- Datos al ingreso.
Varón de 78 años que ingresa en la primera planta de Cardiología del Hospital Universitario Central de Asturias, procedente de Urgencias por tener dolor opresivo centro-torácico en reposo de 24 horas de evolución, no irradiado y sin cortejo vegetativo. Refiere disnea de mínimos esfuerzos de un mes de evolución con hematuria en días previos. Acude acompañado por su mujer. Cuando llega a la unidad hospitalaria se procede a realizar una valoración cognitiva del paciente, una valoración física en busca de heridas o úlceras existentes y una valoración social de su entorno. Valoramos mediante la Escala de Norton el posible riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) durante su estancia hospitalaria, en la que se obtiene un resultado de 19, siendo el riesgo mínimo. También valoramos el riesgo de institucionalización aplicando la Escala de Gijón, ya que se trata de un paciente de más de 75 años. Vive en el domicilio familiar con su mujer. Es totalmente autónomo y capaz de realizar sus ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria). A su llegada, se canaliza por el personal sanitario una Vía Venosa

Periférica (VVP) en el brazo izquierdo, tamaño 22G, para perfusión intermitente. Conforme a la dieta, se le pauta una dieta metabólica.

- Antecedentes médicos: insuficiencia cardiaca congestiva; ACV isquémico en CPI; ateromatosis carotidea no estenosante; fibrilación auricular(FA) crónica; portador de marcapasos; dislipemia; adenocarcinoma de próstata.
- Alergias: no presenta alergias conocidas. (NAMC)
- Medicación habitual: Ramipril 10 mg c/24h; Daflon 500mg; Sintrom; Metformina 850 1cp/24h; Atorvastatina.
- Intervenciones quirúrgicas: dolocación de catéter doble J. por litiasis uretral izquierda.

Valoración enfermería. Exploración física:
- Peso: 71.8 kg.
- Talla: 1.60 m.
- Tensión arterial (TA): 200/95 mmHg en brazo derecho por presentar vía en el brazo izquierdo.
- Frecuencia cardiaca (FC): 70 latidos por minuto (lpm).
- Temperatura axilar: 36 ºC.
- Saturación de oxígeno: 94 % basal.
- Estado mental: Consciente y orientado.

Tras el reconocimiento médico y la valoración de enfermería, son pedidas una serie de pruebas:
- Hemograma.
- Bioquímica básica con marcadores cardiacos (troponina T y CK).
- Electrocardiograma.
- Rx Tórax.
- Ecocardiograma.

- Diagnóstico médico: SCASEST. Tratamiento.
Tratamiento SCASEST: reposo relativo durante las primeras 24-48 horas, tumbado con la cabeza elevada.
Tratamiento farmacológico: Furosemida 1 ampolla I.V. (9 y 18h); Bisoprolol 2,5mg al desayuno; Pantoprazol 40mg V.O. al desayuno; Plavix 75 V.O. en la comida; Aldactone 25mg V.O. en la comida; Talquistina Vía tópica mañana y tarde; Ramipril 10 mg. al desayuno.

2 Objetivos

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

3 Metodología

En este trabajo se ha realizado un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a un paciente con sintomatología cardíaca que ingresa en la Unidad de Cardiología (planta 1ª) del Hospital Universitario Central de Asturias. Se realiza una entrevista directamente con el paciente, explicándole cuál es el objetivo del trabajo, el procedimiento a seguir para su realización y se pide el consentimiento del paciente, aclarando en todo momento que sus datos personales no figurarán en dicho trabajo, y que la información recopilada no será utilizada en ningún caso para otros fines a los anteriormente explicados. Se valora la situación del paciente según los dominios NANDA y se encuentran diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración. Se establecen los objetivos NOC y las intervenciones NIC como cuidados cardíacos, de la disminución del gasto cardíaco, que es el elegido para nuestro trabajo, y se lleva a cabo. Una vez aplicadas las actividades con el paciente, como vigilar el estado cardíaco se evalúan los resultados y las intervenciones, obteniendo un resultado conforme a los objetivos marcados. Palabras clave: SCASEST, PAE, Dominios NANDA, Diagnóstico Enfermero.

4 Resultados

Valoración del paciente.

- DOMINIO 1: Promoción de la salud.

A su ingreso el paciente era consciente de su estado de salud y de la causa que ha provocado su estancia hospitalaria.

Su patología cardiaca no le ha impedido modificar su estilo de vida en cuanto a las actividades que habitualemente realiza. Ni el paciente ni sus familiares necesitan ayuda para llevar a cabo su régimen de vida habitual y su adaptación a la situación debido a la disponibilidad total de su mujer y del mismo, ya que está jubilado y es autosuficiente.

- DOMINIO 2: Nutrición.

Tanto en su estancia como previamente a ella la dieta que se le pauta es una dieta metabólica.
Su estado bucal es bueno y tiene prótesis dental.
No tiene dificultades ni precisa ayuda complementaria para alimentarse. Tiene una correcta hidratación y no precisa control del balance de líquidos.

- DOMINIO 3: Eliminación e intercambio.
Su patrón urinario es normal, continente y sin control de diuresis, por lo que no presenta sonda urinaria ni necesita pañal. Verbaliza ir muchas veces al servicio debido a que bebe mucha agua y a la medicación que toma. En cuanto al patrón intestinal, es normal sin alteraciones ni dificultades.

- DOMINIO 4: Actividad/reposo.
Tras su ingreso refiere presentar alteraciones en su patrón del sueño. En su domicilio dice dormir alrededor de 6 horas, mientras que aquí apenas descansa 4 horas, le cuesta conciliar el sueño y se despierta varias veces durante la noche. Refiriéndonos a su actividad, ejercicio y nivel de energía, el paciente nos comunica que se cansa al realizar esfuerzos físicos moderados presentando disnea de esfuerzo. Se observa que el paciente es autosuficiente para realizar todas las ABVD si no conlleva la realización de ejercicios de gran intensidad sin descanso, como correr.
Clase 1: Sueño/Reposo. [00198] Trastorno del patrón del sueño.
Clase 3: Equilibrio de la energía. [00093] Fatiga.
Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/Pulmonares.[00029] Disminución del gasto cardíaco.

- DOMINIO 5: Percepción/cognición.
El paciente presta atención en todo momento a las indicaciones y explicaciones del personal sanitario, comprendiendo lo que se le dice. La orientación temporoespacial es correcta. Se muestra receptivo en la entrevista y la comunicación es fluida tanto con el personal como con su acompañante y su compañero de habitación.

- DOMINIO 6: Autopercepción.
El paciente es realista acerca de la cronicidad de su enfermedad y las limitaciones que conlleva a la larga. Respecto a las indicaciones terapéuticas se muestra colaborador.

-DOMINO 7: Rol/relaciones.
Tanto en su domicilio como en el hogar permanece acompañado las 24 horas del día. Su mujer participa en los cuidados del paciente cuando este está ingre-

sado, pero por comodidad, no por incapacidad. Se muestra positivo a pesar de la situación y tiene los conocimientos necesarios acerca del proceso. Durante la hospitalización su mujer está con él en todo momento. Verbaliza en numerosas ocasiones que echa de menos ir al bar a echar la partida con los amigos.
Clase 3: Desempeño del rol. [00052] Deterioro de la interacción social.

-DOMINIO 8: Sexualidad.
El paciente no verbaliza ningún detalle acerca de este punto.

-DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.
Es consciente de su patología y está familiarizado con el entorno hospitalario, con lo que no le genera ni estrés ni ansiedad. No tiene dificultades para comunicarse con los profesionales sanitarios, ya que se siente cómodo con ellos.

-DOMINIO 10: Principios vitales.
El paciente es religioso y vive su fe de manera frecuente, por lo que no precisa ayuda espiritual.

-DOMINIO 11: Seguridad/protección.
A su ingreso, se le canaliza una vía venosa periférica (VVP) en el brazo izquierdo para la administración de la medicación intravenosa, por lo que presenta riesgo de infección debido al mismo. También se aplica la Escala de Norton y la de Gijón, que por no tener unos valores de riesgo no se incluye ningún punto acerca de los resultados obtenidos en este dominio. No posee ninguna enfermedad sistémica asociada. En base a la termorregulación su temperatura es normal con buena tolerancia tanto al frío como al calor.
Clase 1: Infección. [00004] Riesgo de infección.

-DOMINIO 12: Confort.
El paciente no manifiesta síntomas de dolor. En cuanto a la relación con el personal se muestra educado. Además se encuentra en un ambiente cómodo y familiar en su habitación, ya que es visitado por su familia con frecuencia.

-DOMINIO 13: Crecimiento/desarrollo.
El paciente comparte con nosotros que lleva casado 56 años y como aficiones destacan jugar a la lotería e ir al bar con los amigos a echar la partida entre otras.

Diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración.
- Disminución del gasto cardíaco relacionado con (r/c) su patología cardíaca manifestado por (m/p) el paciente verbaliza que no puede realizar ejercicio físico de forma continua. (Diagnóstico enfermero, DE)

- Fatiga r/c cansancio físico m/p el paciente refiere costarle realizar una actividad física moderada. (DE)
- Deterioro de la interacción social r/c su estancia hospitalaria m/p el paciente nos comunica que echa de menos quedar con sus amigos en el bar para echar la partida. (DE)
- Insomnio r/c estancia hospitalaria m/p el paciente verbaliza que duerme todos los días una media de 5 horas. (DE)
- Potencial de infección secundario a canalización venosa. (Problema de Colaboración, PC)

Plan de cuidados (NOC) e intervenciones(NIC):
Priorizados los diagnósticos y problemas de colaboración, elegimos un y establecemos un plan de cuidados, marcando unos objetivos y unas intervenciones a conseguir.
DIAGNÓSTICO NANDA: [00029] Disminución del gasto cardíaco.

NOC [1830] Conocimiento: control de la enfermedad cardíaca. Grado de conocimiento transmitido sobre la enfermedad cardíaca, su tratamiento y la prevención de la progresión de la enfermedad y las complicaciones.
[183004] Beneficios del control de la enfermedad. El paciente pasará de un nivel dos de conocimiento bajo hasta un nivel tres de de conocimiento medio durante su estancia hospitalaria.

NIC [4040] Cuidados cardíacos. Evaluar cualquier episodio de dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes) e instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia de este tipo.
Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura de las extremidades). Proporcionar terapia antiarrítmica según la política del centro (medicamentos antiarrítmicos, cardioversión o desfibrilación), según corresponda. Organizar los períodos de ejercicio y descanso para evitar la fatiga. Remitir al paciente a un programa de insuficiencia cardíaca o de rehabilitación cardíaca para instruirle, evaluarle y proporcionar un apoyo guiado, destinado a aumentar la actividad y reconstruir su vida, según corresponda.

NIC [4050] Manejo del riesgo cardíaco. Detectar si el paciente presenta conductas de riesgo asociadas con complicaciones cardíacas (p. ej., tabaquismo, obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, antecedentes de complicaciones cardíacas previas, antecedentes familiares de dichas complicaciones). Identificar si el

paciente está preparado para aprender la modificación del estilo de vida (p. ej., dieta, tabaquismo, ingesta de alcohol, ejercicio y niveles de colesterol). Instruir al paciente y la familia sobre los signos y síntomas del inicio de la cardiopatía y de su empeoramiento, según corresponda. Instruir al paciente y la familia para que se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardíaca de forma rutinaria y con el ejercicio, según corresponda.

NIC [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad. Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso. Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda. Identificar cambios en el estado físico del paciente. Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, según corresponda.
NIC [5616] Enseñanza: medicamentos prescritos. Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento. Revisar el conocimiento que el paciente tiene cada medicación. Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis. Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito. Recomendar al paciente llevar la documentación del régimen de medicación prescrita.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la evaluación, se trata de un PAE hipotético, por lo que no se ha llegado a aplicar. En el caso de que se hubiera desarrollado, analizaríamos los resultados obtenidos por medio de las intervenciones descritas, determinando si se han cumplido o no los objetivos marcados en este Plan de Cuidados. En cuanto a la evolución, con el tratamiento pautado y el PAE propuesto por enfermería se conseguiría paliar la sintomatología de la enfermedad.

6 Bibliografía

- NANDA, NOC, NIC Consult. NNNconsult.[Internet] Amsterdam, Holanda. [Acceso 26 de noviembre de 2019]. Disponible en http://www.nnnconsult.es/
- Luis Rodrigo; María Teresa. Los diagnósticos enfermeros. 8ª ed. Barcelona. Elsevier Masson. 2018.

- Revista española de Cardiología . Revespcardiol. [Internet] Madrid, España. [Acceso 28 diciembre 2019] Disponible en: http://www.revespcardiol.org

Capítulo 34

CONTENCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

DANIEL FERNANDEZ DOMINGUEZ

ANDREA SOLAR SUAREZ

1 Introducción

Todo paciente tiene el derecho de ser atendido correctamente y recibir unos cuidados mínimos de calidad y seguridad.En estados de agitación o agresividad derivados de distintas patologías, se tiene que garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal sanitario. Existen guías y protocolos para controlar este tipo de situaciones con diferentes estrategias de contención, debiéndose utilizar la menos restrictiva.

En ocasiones, la situación puede requerir la intervención activa del personal con contención verbal y puede llegar a requerir una contención psicofarmacológica y/o mecánica. Esto supone un problema ético entre los principios de autonomía y beneficiencia. Por lo tanto, debes respetar al máximo la intimidad, confidencialidad y vulnerabilidad del paciente sometido a cualquier tipo de contención.

Ante estas situaciones, se debe propiciar la mayor seguridad posible, asi como practicar una atención a la salud evitando los posibles daños que se pudieran ocasionar, detectándonos cuando ocurran y mitigando sus consecuencias. Estas actuaciones descritas anteriormente, tienen unas consecuencias éticas y legales bastante importantes, por la situación que atraviesan dichos pacientes. Los profesionales que trabajen en este tipo de unidades, deben de tener un conocimiento

especifico de del procedimiento técnico, la indicación, la información que se da a paciente y familia y el cuidado de la persona ingresada.

2 Objetivos

- Establecer unas pautas de actuación ante diferentes situaciones y que estas sean comprendidas por el personal.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre las contenciones en psiquiatría así como distintos protocolos de actuación. Para ello se han utilizado los descriptores: contención, paciente psiquiátrico, seguridad.

4 Resultados

Es importante prevenir las complicaciones típicas de la situación. También es muy importante garantizar la seguridad del paciente asi como de terceras personas (personal, familiares…). Procurar mantener un plan terapéutico estable sin alteraciones del mismo.

Tras el estudio y consulta de protocolos de actuación, se identifican las siguientes indicaciones de actuación:
- Control de la agitación y alteración de la conducta que suponga un daño para el paciente o terceras personas.
- Para asegurar el tratamiento terapéutico como sondajes u otros tipos de soporte vital.
- Cuando haya riesgo de suicidio y autolesiones, así como un riesgo considerable de caídas.
- Cuando se intenta la modificación de la conducta sujeta a un tratamiento.

Ante esto, surgen unas contraindicaciones muy importantes:
- Ausencia de una adecuada valoración de la situación del paciente.
- Cuando no se puede supervisar la propia contención y no se pueden aplicar los correspondientes cuidados específicos.
- Bajo ningún concepto aplicar en forma de castigo o por comodidad del equipo sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En base a lo anteriormente mencionado, se llega a la conclusión de la importancia de los distintos tipos de contenciones y de la importancia de la formación y conocimiento del personal de la unidad. Se presentan varios problemas o dilemas éticos y legales. Entre ellos el consentimiento informado. Es un tema complejo, ya que la mayoría de pacientes no quieren ser contenidos pero legalmente, aun que sea de forma verbal, se tiene que proceder a informar al paciente para que este consienta. Si la situación lo requiere, es la familia la que lo consiente. Básicamente, la conclusión de este tema se resume en proporcionar seguridad y asegurar los derechos del paciente (intimidad, confidencialidad) así como su tratamiento con un mínimo de calidad.

6 Bibliografía

- Corral Cano, J. Cantabria. Contenciones físicas: reflexiones sobre su vigencia. 2014.
- Comité de bioética de España. Madrid. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ambitos social y sanitario. 2016.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 2017
- J. Fornés. Enfermería de Salud Mental y psiquiátrica. Planes de cuidados. Madrid. Panamericana. 2012
- Protocolo de contención mecánica. Servicio Andaluz de Salud 2010
- Convenio europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina: Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biologia y la Medicina.

Capítulo 35

PARTICULARIDADES DEL ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL INFRARRENAL

CORAL FUEGO CARTÓN

MANUEL CUENCA SAURA

1 Introducción

El Aneurisma Aórtico Abdominal (AAA) representa un proceso degenerativo de la aorta abdominal que es a menudo atribuido a ateroesclerosis. La mayoría de los aneurismas de aorta y periféricos son una manifestación de la degeneración de la capa media lo cual tiene base en mecanismos biológicos complejos. La característica histológica más destacada de los AAA es la destrucción de la capa media y la elástica, una excesiva actividad enzimática proteolítica en la pared de la aorta condiciona un deterioro en la estructura de la matriz proteica afectando la elastina y el colágeno, también existe aumento en la migración de la células musculares lisas muy seguramente relacionada con la sobre producción de metaloproteinasa lo que conduce a una remodelación y disrupción de la capa media que a su vez provoca la formación y expansión del AAA.

Debido a que la mayoría de los AAA son asintomáticos, es difícil estimar su prevalencia, ocurren en 5% de los hombres y 1% de las mujeres mayores de 65 años, muchos de ellos se identifican y diagnostican como hallazgos durante algún estudio de gabinete al que el paciente es sometido durante el protocolo de otra enfermedad. Solo el 30 al 40% de los aneurismas se diagnostican durante la exploración física y esto depende del tamaño del aneurisma y de si existe o no obesidad

del paciente. Los aneurismas infrarrenales representan el 90 al 95% de todos los aneurismas abdominales, puede estar presente hasta en el 85% de los pacientes con aneurisma de arteria femoral y en el 60% de los pacientes con aneurisma de arterial poplítea, en cambio aproximadamente el 15% de los pacientes con AAA pueden presentar ya sea aneurisma femoral o poplíteo. El 91 % de los casos se acompaña de lumbalgia. Es importante incluirlo como diagnóstico diferencial de la lumbalgia crónica. También son factores etiológicos relacionados la hipertensión arterial (HTA), la cardiopatía isquémica, la arterioesclerosis, la dislipemia, el tabaquismo y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la arteriopatía periférica.

El diagnóstico de certeza del AAA se establece con los estudios de imagen. En su mayoría constituyen un hallazgo casual en el estudio de otras patologías, aunque el comienzo puede presentar manifestaciones clínicas más graves, como ser un cuadro de dolor abdominal con posterior instauración de shock hipovolémico y muerte súbita en caso de rotura. Además también se diagnóstica con una exploración física, acompañado de su correspondiente palpación abdominal y con el resultado de los marcadores bioquímicos, hemostáticos y no hemostáticos. Los pacientes con diagnóstico de AAA de cualquier tamaño pueden ser derivados a un servicio de Angiología y Cirugía Vascular para valoración y seguimiento.

Su tratamiento puede ser médico, reduciendo el riesgo cardiovascular o mediante tratamiento quirúrgico y endovascular.
Se aconseja incluir en el seguimiento de pacientes sometidos a reparación Quirúrgica de AAA la anamnesis, la exploración física, una ecografía Doppler continua con índice tobillo-brazo anual, y una ecografía Doppler o una tomografía computerizada (TC) a los 5, 10 y 15 años del procedimiento quirúrgico.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Analizar la etiopatogenia, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y posibles complicaciones del AAA.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal,

Lilacs, Google Académico y Pubmed español. También hemos obtenido gran información en libros de texto de distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron 75 estudios y de ellos fueron seleccionados 5 artículos.
Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda.
Los descriptores utilizados fueron: “aneurisma”, “aórtico”, “abdominal”, “infrarrenal”, “tratamiento” y “diagnóstico”.

4 Resultados

Una ruptura del aneurisma de la aorta abdominal se considera una verdadera catástrofe abdominal, con una tasa de mortalidad superior al 80%. Cuando se presenta sutilmente al tratamiento quirúrgico abierto, los pacientes con mortalidad por aneurisma roto se presentan a aproximadamente el 50%, una tasa de la cual ninguno se ha alterado significativamente el año pasado.

Últimamente dependiendo del aneurisma, se están utilizando endoprótesis aortomonoilíacas, balones de oclusión y endoprótesis con fijación supra o infrarrenal, obteniéndose buenos resultados. Hemos encontrado mediante el estudio temporal de estas patologías, que el diámetro del AAA medido por ultrasonido aumenta con la edad en ambos sexos, especialmente en los hombres.
La ecografía se considera el método de elección en el diagnóstico inicial. Permite demostrar la presencia de trombos parietales, la extensión en longitud, las alteraciones periaórticas y la disección. Así mismo, está indicada en el seguimiento de los AAA pequeños.

5 Discusión-Conclusión

Con el avance de la tecnología y la fabricación de nuevos dispositivos que brindan mayor seguridad para el paciente y menor morbilidad y mortalidad perioperatoria esta técnica ha ido tomando importancia en el manejo electivo y urgente de los AAA. La decisión del manejo quirúrgico de un AAA ya sea por cirugía abierta o con la terapia endovascular depende de tres variables básicas: el tamaño del aneurisma lo cual se relaciona directamente con el riesgo de ruptura, la morfología del aneurisma visto desde el punto de vista anatómico para la colocación

de una endoprótesis y el riesgo de morbilidad y mortalidad que presenta el paciente. Las revisiones sistemáticas que comparan la reparación de los AAA por vía abierta o endovascular reportan para esta última menor pérdida sanguínea, reducción en los días que el paciente permanece en la unidad de cuidados intensivos y en la estancia hospitalaria total, disminución en la mortalidad a los 30 días de la cirugía y es la técnica de elección para pacientes que presentan una anatomía adecuada para el uso de estos dispositivos y/o que presentan un riesgo de morbilidad y mortalidad alto.

La reparación electiva del AAA es una cirugía profiláctica que conlleva riesgo de complicaciones y muerte por lo que se debe realizar una cuidadosa selección de los pacientes y de la técnica que se utilizará, de tal manera que el balance entre la morbilidad y mortalidad por la cirugía comparada con la historia natural de la enfermedad debe ser positivo. convencional o que presentaban muy alto riesgo de morbimortalidad, el entusiasmo inicial se vio opacado al observar fallos de los dispositivos con rupturas, migraciones y fugas.

6 Bibliografía

- 1. Clavijo Rodríguez Tania, Carballo Torres Lianet, Valencia Díaz Edgardo, López Amaya Marcelino, Durán Santí Esperanza, Rodríguez Marilín. Utilidad de la ecografía abdominal en el diagnóstico del aneurisma de la aorta abdominal y sus complicaciones. Rev Cubana Angiol Cir Vasc. [Internet]. 2014 Jun
- 2. Gordon JR, Wahls T, Carlos RC, et al. Failure to recognize newly identified aortic dilations in a health care system with an advanced electronic medical record. Ann Intern Med. 2009;151(1):21-27
- 3. Mohler ER, Fairman RM, 2009 http://www.meducar.com.ar/cursos/files/Epidemiologia,%20clinica%20y%20diagnost%20aneurism%20aorta%20abdominal.pf
- 4. Hermida Pérez, J. A. Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, lumbalgia crónica, dislipidemia y enfermedad pulmonar obstructiva crónicaInfrarenal abdominal aortic aneurysm, chronic back pain, dyslipidaemia and chronic obstructive pulmonary disease. Medicina General y de Familia. Volume 5, Issue 2, April–June 2016, Pages 59-63
- 5. Silvestre JMS et al. Tratamento endovascular do aneurisma infrarrenal. J Vasc Bras 2011, Vol. 10, Nº 1.

Capítulo 36

AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN EL GÉNERO MASCULINO.

CINTIA LORENTE GARCÍA

1 Introducción

El cáncer de mama en hombres (CMH) es una enfermedad poco frecuente, representa el 1% de todos los cánceres de mama y es responsable del 0.1% de las muertes por cáncer en hombres. La edad promedio de presentación se encuentra entre los 60 a 70 años. Su incidencia está incrementando en los últimos años, pero la etiología no es clara, por lo que se asocia con diferentes factores de riesgo como: factores genéticos, hormonales y ambientales.

Su incidencia está incrementando en los últimos años, pero la etiología no es clara, el síndrome de Klinefelter es el factor de riesgo más fuerte para desarrollar CMH y ocurre en 1 de 1.000 hombres. Es un trastorno autosómico dominante en el que se hereda un cromosoma X adicional. Por lo tanto, la mutación en genes como BRCA1 o BRCA2 son de mayor riesgo genético para el desarrollo del CMH. Otros factores de riesgo destacables a parte de las alteraciones genéticas son: edad, obesidad, consumo de alcohol, ginecomastia, atrofia testicular, altas concentraciones séricas de gonadotrofinas, bajo nivel de testosterona, trastornos hormonales, antecedentes familiares, radiación no terapéutica. A diferencia de las mujeres, cuyos factores de riesgo son derivados de la exposición a estrógenos. De todos los factores de riesgo mencionados, los únicos que presentan una asociación demostrada son los genéticos.

El diagnóstico de la enfermedad se basa en la evaluación de las manifestaciones clínicas, cualquier cambio en el seno, en el área del pecho o en el pezón puede ser

una señal de advertencia de cáncer de seno en hombres. El motivo de la consulta más frecuente en los hombres es principalmente una masa palpable no dolorosa en la mama. Frente a la sospecha clínica del tumor, el abordaje inicial se debe basar en la asociación de tres herramientas esenciales para el diagnóstico del cáncer de mama: examen físico, imágenes obtenidas a través de una ecografía mamaria y mamografía bilateral de manera simultánea para programar la toma de muestra histológica mediante una biopsia. La biopsia es el único método para poder establecer el diagnóstico definitivo de cáncer de mama y debería realizarse en todo paciente con masa irregular o asimétrica. El tipo histológico principal del CMH corresponde a carcinoma ductal, siendo raro el tipo lobulillar. El manejo quirúrgico recomendado es la mastectomía total independiente del tamaño tumoral con disección de linfonodo centinela en los casos con axila clínicamente negativa, o, disección axilar en los casos de examen axilar positivo.

Existen algunas diferencias entre el proceso de cáncer en hombres y mujeres. El pronóstico de supervivencia es similar al de las mujeres con cáncer de mama, pero un hombre tarda un promedio de 19 meses en acudir al médico desde que detecta alguna anomalía pudiendo diseminarse a los ganglios linfáticos incluso causando metástasis en cualquier parte del cuerpo.

Sabemos que las mujeres están más concienciadas. Se realizan exámenes específicos rutinarios a modo de prevención acudiendo al ginecólogo y también mediante exploraciones personales. Pero en el género masculino, las autoexploraciones no son una práctica habitual. Por ello en el momento del diagnóstico el cáncer se suele encontrar en un grado más avanzado que tratándose de una mujer con lo cual el pronóstico es peor. Dado que la prevención es una parte muy importante del trabajo de todos los profesionales sanitarios, sería de gran utilidad averiguar qué se puede hacer al respecto.

Al tratarse de una enfermedad poco frecuente, no es posible identificar estudios que proporcionen su abordaje y manejo terapéutico, es por eso que casi toda la información y estrategias registradas para el manejo del CMH, son adaptaciones de las experiencias con mujeres.

Una de las carencias de conocimiento sobre el CMH es cómo esta enfermedad afecta vivencialmente. En la mayoría de los documentos publicados, así como en la sociedad, el hombre queda encajado en el papel de familia y apoyo de la mujer, pero no se le tiene en cuenta como afectado. De modo que existe un gran vacío bibliográfico sobre esta cuestión ya que está ligada a la mujer.

Los hombres que lo padecen presentan más dificultades para hacer frente a dicha enfermedad. Existe una cantidad desbordante de información, métodos de estrategias y apoyo social en el caso de las mujeres, mientras que los hombres se encuentran lidiando contra una situación angustiosa y estresante, al mismo tiempo estigmatizante de su masculinidad.

La confirmación de un diagnóstico de cáncer supone un gran impacto emocional, a menudo ocurre de forma brusca obligándose a adoptar una respuesta inmediata que genera reacciones de miedo, ansiedad, incertidumbre, tristeza, rabia, siendo uno de los momentos de mayor tensión. La persona tiene que enfrentarse a la incertidumbre de la enfermedad, a la incertidumbre de su evolución y también a la vulnerabilidad lo que conlleva a multitud de interrogantes.

Es importante que los profesionales de enfermería, junto a los demás miembros del equipo sanitario, conozcan cuáles son las experiencias de este tipo de pacientes y poder hacerse a la idea de que la experiencia en el hombre y en la mujer es diferente y no se pueden equiparar. Podemos así, valorar la posibilidad de realizar alguna modificación en su forma de interrelacionarse con el hombre y con las familias y conseguir una mayor satisfacción.

Por ello, y dado que los hombres con cáncer de mama suponen un foco potencial de intervención, se considera que este estudio es pertinente ya que al conocer las experiencias vividas por los hombres afectados y por la actuación del personal de enfermería puede servirnos para identificar en qué fase del proceso se sitúa cada paciente y así poder desarrollar un plan de cuidados específico de acuerdo a las características y necesidades de cada etapa y con ello conseguir un ambiente propicio.

2 Objetivos

- Conocer como el hombre afecta el diagnóstico de cáncer de mama y qué sentimientos experimenta a lo largo de todo el proceso.
- Descubrir que aspectos debe reforzar el personal de enfermería para un mejor afrontamiento de la enfermedad.

3 Metodología

Se trata de estudio cualitativo, ya que explora las experiencias de los participantes en su vida cotidiana, sin que el investigador intente manipular el escenario de la

investigación al controlar las influencias externas o al diseñar los experimentos; esta investigación no se basa en datos numéricos, sino que se fundamenta en los conceptos tanto a nivel de la recogida de datos, como del análisis y la presentación de los mismo. La metodología elegida para la realización de dicho estudio han sido las Historias de vida, también conocidas como estudio biográfico o diseño narrativo. Esta metodología tiene como objetivo escuchar y preguntar por suposiciones pasadas para conocer cómo los individuos dan sentido a su vida en un instante determinado de la misma. El investigador, a través de los relatos personales obtenidos, trata de reconstruir la historia de la persona de manera cronológica, para a continuación, narrar dichas historias bajo su punto de vista, describiendo desde la evidencia e identificando categorías o temas que emergen del discurso del sujeto y que antes no estaban claros.

La justificación de la utilización de esta metodología se basa en el hecho de que nuestra intención es captar la totalidad de la experiencia biográfica de los pacientes varones afectados por cáncer de mama, desde el diagnóstico de la misma hasta la actualidad. Este enfoque metodológico nos permitirá descubrir las diferentes etapas que se han ido sucediendo desde el diagnóstico de la misma hasta nuestros días, así como los cambios que han surgido en la familia y en los integrantes de la misma. Busca conocer los miedos, dudas, contradicciones. Nuestro propósito es captar un relato subjetivo que refleje fielmente cómo el sujeto los ha vivido personalmente.

Ámbito de investigación: nuestra investigación se llevará a cabo en la región del Principado de Asturias. Población de estudio: pacientes varones diagnosticados de cáncer de mama y que estén en seguimiento en alguno de los ochos hospitales que existen en el Principado de Asturias. Muestra: el muestreo por el que se rige este estudio es no probabilístico, intencional y teórico y razonado. Instrumentos de recogida de datos: los datos de nuestro estudio serán recogidos a través de entrevistas narrativas que serán grabadas en audio y de una guía tópica en la que se irá anotando la información relevante que vaya surgiendo. Estrategia de entrada al campo: el contacto con los participantes se realizará a través de la enfermera que se encuentra en las consultas de oncología. Ésta informará brevemente a los pacientes acerca del estudio y les facilitará una hoja que contenga información sobre nuestro proyecto. Análisis: según Morse y Field (1995) consta de cuatro procesos intelectuales a través de los cuales se realiza el análisis de los datos obtenidos.

En primer lugar, se pretende la comprensión, encontrar sentido a los datos tras

la "inmersión" del investigador. A continuación, se sintetizan los datos, el investigador tiene una impresión, unos enunciados iniciales de lo que es típico del fenómeno de estudio y cómo son las variaciones. Al finalizar esta fase el investigador puede empezar a hacer algunas afirmaciones generales sobre el fenómeno y sobre los participantes. Tras esto, el investigador desarrolla diversas explicaciones del fenómeno de estudio y contrasta estas explicaciones con los datos. Por último, se produce una recontextualización, se refiere a la aplicabilidad de la teoría o resultados obtenidos a otros contextos.

Se realiza un análisis de contenido, de tipo descriptivo, y un análisis de estructura, observando como la historia es construida y contada. Con este tipo de análisis gana importancia la inducción, se establecen códigos, se elabora un esquema con esos códigos y finalmente se crean categorías. Se describe el mensaje que subyace bajo los datos que obtenemos de las familias y nuestras conclusiones se centran en el contenido de nuestro estudio.

Rigor y credibilidad: Guba y Lincoln (1981) consideran que, por su naturaleza, la investigación cualitativa no puede ser juzgada a la luz de los criterios positivistas. Por ello, proponen los criterios de credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad para los que estos autores denominan investigación naturalista.

Limitaciones del estudio: la limitación o problema más importante que nos podríamos encontrar a la hora de llevar a cabo nuestro trabajo de investigación es que los pacientes afectados por esta enfermedad no quieran participar.

4 Bibliografía

- D. Palacios-Ceña, I. Corral Liria, Fundamentos y Desarrollo de la ONU protocolo sanitario de Investigación fenomenológica en Enfermería, Enfermería Intensiva, Volumen 21, Issue 2, abril-junio de 2010, páginas 68-73, ISSN 1130-2399.
- Cibanal Juan, L; Arce Sánchez, MC. "¿Qué aporta la fenomenología a la relación enfermera-paciente?". Cultura de los cuidados. Año I, n. 1 (1. semestre 1997). ISSN 1138-1728, pp. 25-30. Disponible en:http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5310/1/CC_01_05.pdf
- Investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. Rev. De investigación cualitativa. 2008; 26(2): 490-430.
- Cáncer de seno (mama) masculino: Tratamiento (PDQ®) - National Cancer Institute [Internet]. [cited 2019 Mar 20]. Available from:http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento

/seno masculino/HealthProfessional/page1
- Cáncer de seno en el hombre: MedlinePlus en español [Internet]. [cited 2019 Mar 22].
- Síntomas de cáncer de mama en hombres [Internet]. [cited 2019 Mar 20].
- American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2014. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2014.Last accessed February 14, 2019.
- Schaverien MV, Scott JR, Doughty JC. Male mastectomy: An oncoplastic solution to improve aesthetic appearance. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery : JPRAS. 2013 Dec 1; 66(12):1777–9.
- Página principal del cáncer de seno (mama) - National Cancer Institute [Internet]. [Cited 2019 Mar 22].
- Male breast cancer: a population-based comparis… [J Clin Oncol. 2010] – PubMed NCBI [Internet]. [Cited 2019 Mar 22]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov
/pubmed/19996029
- Male breast cancer: is the scenario chang… [World J Surg Oncol. 2008] – PubMed NCBI [Internet]. [Cited 2019 Mar 22]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18558006
- Male breast cancer: clinical presentation, diagnosis, treatment Experimental oncology [Internet]. [Cited 2019 Feb 13].
- Revista de Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse | Artículos | Experiencia del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse [Internet].2013; 8(1) [cited 2019 Mar 22].

Capítulo 37

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LA INCONTINENCIA.

SHEILA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La incontinencia urinaria es un problema grave que afecta a muchos grupos de población, aunque suele ser más frecuente en mujeres y ancianos. Está claro que unos cuidados eficaces dependen de un enfoque multidiscipliar, lo que incluye la comunicación entre pacientes, familiares, médicos, enfermeras, así como tener en cuenta las necesidades individuales de cada paciente.

2 Objetivos

- Establecer medidas multidisciplinares para el cuidado integral del paciente con incontinencia.
- Identificar los factores ambientales y funcionales que favorecen la aparición de la incontinencia.
- Fomentar el tratamiento conservador para la incontinencia.
- Determinar cómo afecta la incontinencia a la calidad de vida del paciente.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: incontinencia, cuidados, tratamiento, multidisciplinar.

4 Resultados

Las medidas adecuadas en el tratamiento multicisciplinar de la incontinencia son:

1. La adecuación del ambiente en un paciente con incontinencia:
- El acceso a los aseos deberá ser fácil para aquellas personas con algún tipo de déficit funcional, de memoria o movilidad.
- Si la distancia al aseo es grande, se le aportará una cuña y/o botella para orinar.
- La altura del asiento del baño será la adecuada.
- El aseo deberá permitir una movilidad adecuada, así que debe tener buena tamaño.
- Poner un pasamanos en caso necesario.
- La iluminación será adecuada.
- Deben retirarse todos los objetos que dificulten el acceso al baño.
- Es importante tener cerca un timbre de llamada.

2. Medidas generales :
- Limitar el consumo de alcohol, tabaco y excitantes (té, café o bebidas energéticas), que provocan un aumento de la diuresis.
- Limitar la ingesta de líquidos a un máximo de 2 litros al día y evitar consumirlos a última hora de la tarde y/o la noche (infusiones, caldos, etc.).
- Evitar el estreñimiento.
- Evitar el sobrepeso y la obesidad. No usar ropa ajustada.
- Evitar alimentos muy ácidos y los picantes.
- Valorar si algún medicamento que se toma puede ser la causa de la incontinencia. Valorar con el medico la posibilidad de suspenderlo.

3. Entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, tanto en el hombre como en la mujer, se recomiendan dos ejercicios: ejercicios de Kegel y entrenamiento de la vejiga.

- Ejercicios de Kegel: están indicados como tratamiento re habilitador de la incontinencia urinaria de esfuerzo pero se pueden hacer con cualquier tipo de incontinencia. Son efectivos y con ellos se intenta fortalecer los músculos del periné. Es

recomendable practicarlos antes, durante y después del embarazo, como prevención del debilitamiento del suelo pélvico durante el embarazo y en el proceso del parto.
Se recomienda hacerlo en tres sesiones de 15-20 repeticiones, manteniendo la contracción entre 5-10 segundos y relajando contando hasta 10 segundos. Se puede contraer la musculatura del periné cortando el chorro miccional, pero este ejercicio solo sirve para identificar el músculo; no se debe hacer a menudo. Los conos y las bolas vaginales también pueden ayudar, pero no son tan efectivos.

- Entrenamiento de la vejiga: está indicado para la incontinencia urinaria de urgencia y la incontinencia urinaria mixta . Se trata de reeducar a la vejiga para aumentar la capacidad vesical y conseguir alargar el tiempo entre las ganas de orinar y la relajación del esfínter. El diario miccional se usa como punto de partida para poder observar y cuantificar la capacidad vesical de cada paciente.
El entrenamiento puede ser de dos tipos: retraso de la orina y normalización de los intervalos de micción.
El entrenamiento vesical comenzará con el diario vesical, que nos dará la pauta de tiempo entre micciones; el tiempo de visita al baño se irá aumentando gradualmente en cada paciente para conseguir mayor control de la micción e independencia de la vejiga, ya que con una vejiga entrenada no es necesario ir cada 2 horas al baño.

4. Dentro de los tratamientos no farmacológicos se incluyen:
- Cambios de los hábitos de vida.
- Ejercicios vesicales.
- En los casos de deterioro cognitivo es importante anticiparse a la micción.
- En el paciente con una función cognitiva intacta, los ejercicios de la musculatura son recomendables.
- Si después de un tratamiento farmacológico el paciente no mejora, conviene ver la existencia de otras patologías.

5 Discusión-Conclusión

La incontinencia urinaria disminuye la calidad de vida, limita la autonomía pero también las relaciones personales/sociales, tiene repercusiones psicológicas y sociales, podría incluso limitar la vida social y laboral. Desde el punto de vista de la Administración, supone un gasto sanitario elevado.

En el tratamiento de la incontinencia existen varias alternativas a menudo complementarias. Para decidir el tratamiento más adecuado no solo se deberá valorar el tipo de incontinencia, sino también las necesidades de los pacientes su estado de salud, su tipo de vida…
Cuando comienzan los síntomas tienden a ocultarse, lo que dificulta tu pronto diagnóstico y tratamiento. La incontinencia es un problema de salud que requiere una perspectiva multidisciplinar. La terapia conductual permite una disminución en la frecuencia delos escapes de orina en muchos pacientes.

En resumen los puntos más importantes para su abordaje son:
- El ambiente debe organizarse para compensar los déficits funcionales, de movilidad y cognitivos que puedan presentar los pacientes.
- En muy importante realizar modificaciones en el estilo de vida así como un entrenamiento en los casos posibles.
- Nunca es demasiado tarde para comenzar a ejercitar la musculatura del suelo pélvico.
- En las personas con mal estado general, con escasa movilidad, con demencia avanzada o incontinencia nocturna, la única solución es tratar la incontinencia con absorbentes.

6 Bibliografía

- Esteban M, Salinas J, Verdejo C, Ramírez JC, Resel L. Estudio prospectivo de rehabilitación pe perineoesfinteriana mediante conos vaginales en la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. Toco-Gyn Pract. 1996
- Salinas J, Virseda M. La estimulación eléctrica en el tratamiento de la incontinencia urinaria. En: Urodinámica Clínica. 2.ª ed. Salinas J, Romero J. Madrid: Jarpyo; 1995.
- Serra L. Fisioterapia perineal. En: Tratado de reeducación urogineproctológica. Salinas J, Rapáriz M. Madrid: Gráficas Santer SL. 1997
- Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. Actas Urol Esp. 2011
- Abrams P, Artibani W. ¿Qué es la incontinencia urinaria de esfuerzo? Belgium: Ismar Healthcare; 2004.
- Brenes FJ, Cózar JM, Esteban M, Fernández-Pro A, Molero JM. Pautas de Actuación y Seguimiento en Incontinencia Urinaria.Madrid: IMC; 2013.
- Espejo Herrero JJ, Higuera Higuera A, Palomo Gallego V, Jaén Reyes MT, Díaz Aguilera R, Uceda Vaño A. Incontinencia y urgencia urinaria en mujer adulta.

Actas Urol Esp. 2009
- Rodríguez-Núñez R, Álvarez E, Salasa L, González-González A. Estudio de la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus factores de riesgo en nuestro medio. Clin Invest Ginecol Obstet 2007
- Sánchez de Enciso M, Vázquez Seijas E, López Silva MC, Rodríguez Fernández C. Incontinencia Urinaria en la mujer: un problema frecuente y olvidado. Med General. 2006
- Schröder A, Abrams P, Anderson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. 2010.
- Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. Actas Urol Esp. 2011
- Vila Coll MA, Gallardo Guerra MJ. Incontinencia urinaria, una visión desde la Atención Primaria. Semergen. 2005
- De la Puente M, Guzón O, Alonso C, Gómez P, Panadero FJ. Incontinencia urinaria. PAM. 2011
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería. Técnicas clínicas. Técnicas específicas. Eliminación. Renal. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2002
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería. Técnicas clínicas. Técnicas generales. Higiene y bienestar. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2002
- Fisterra: Absorbentes de incontinencia urinaria o mixta.
- Gómez-Ayala AE et al. Incontinencia urinaria. Tratamiento no farmacológico. Farmacia Profesional 2008
- Schröder A, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guía clínica sobre la Incontinencia urinaria. Incontinencia en los varones. Incontinencia en las mujeres. Guía EAU. 2010

Capítulo 38

PROTOCOLO BACTERIEMIA ZERO

CRISTINA LOPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Es un programa para reducir las bacteriemias por catéteres venosos centrales en las UCI del SNS.
La Agencia de Calidad , en colaboración con la OMS, puso en marcha un proyecto para la prevención de infecciones relacionadas con los catéteres centrales en las UCI . Dicho proyecto esta liderado por SEMICYUC en coordinación con las CCAA que utiliza una estrategia multifactorial basada en la experiencia llevada a cabo en Michigan por el DR Peter Pronovost.

2 Objetivos

- Analizar la finalidad del protocolo bacteriemia zero.
- Establecer los factores de riesgo de la bacteriemia relacionada con los catéteres venosos y medidas de prevención.

3 Metodología

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

4 Resultados

La finalidad del protocolo bacteriemia zero:
Tiene como objetivo principal reducir la media estatal de la bacteriemias asociadas a catéteres a menos de 4 episodios por 1000 días de catéter venoso central en UCI. Como objetivo secundario es promover y reforzar la cultura de seguridad en las UCI del SNS y crear una red de UCI a través de las CCAA que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada.

Los factores de riesgo para la bacteriemia por lo que se debe hacer especial hincapié en cada uno de ellos para conseguir el fin último de bacteriemia zero:
- Infección en otro lugar, foco secundario.
- Colonización del catéter con microorganismos.
- Cateterización endovenosa de más de 72 horas.
- Inexperiencia del personal que inserta y manipula el catéter.
- Uso de llaves de 3 pasos.
- Lugar de inserción del catéter: menor riesgo para la subclavia, mayor riesgo para la femoral y yugular interna.
- Catéteres multilumen : debido a un mayor trauma en los tejidos, más manipulaciones y más riesgo de contaminación de las conexiones.
- Administración de NPT o de soluciones lipídicas.

Dentro de las intervenciones para prevenir las bacteriemias relacionadas con el catéter encontramos 5 puntos donde debemos mejorar .
1. Higiene de manos: antes y después de procedimientos invasores, y de la utilización de guantes, entre pacientes, después de utilizar el baño y siempre que se sospeche de una contaminación.
¿Cómo? Siempre que haya restos orgánicos con agua y jabón antiséptico durante un mínimo de 15 segundos. Si no hay restos orgánicos, se realiza preferentemente con soluciones alcohólicas , en cantidad suficiente hasta su total distribución y friccionando las manos hasta el secado completo.
2. Uso de medidas de barrera máximas: la persona que inserta en catéter debe colocarse mascarilla, gorro, gafas protectoras, bata, paños o sábanas y guantes estériles. La persona colaboradora con el profesional que está realizando la técnica debe colocarse como mínimo gorro y mascarilla.
3. Desinfección de la piel: tiene por objetivo reducir el crecimiento e eliminar los microorganismos patógenos que colonizan la piel, y crear una superficie de trabajo estéril que actúe como una barrera entre el lugar de inserción y los posibles focos de contaminación. se utilizara preferentemente solución de clorhexidina ,

solo se empleara alcohol al 70% o povidona yodada en caso de hipersensibilidad a la clorhexidina. El antiséptico debe secarse completamente antes de la inserción del catéter, en el caso de usar povidona yodada ,un tiempo mínimo de 2 minutos.
4. Evitar la punción de femorales.
5. Retirar vías innecesarias.
7. Correcta manipulación de las vías por parte de los profesionales. : La profilaxis con antibióticos no reduce las bacteriemias relacionadas con catéteres.

La inserción de catéteres venosos de forma urgente sin respetar las medidas de barrera incrementa el riesgo de bacteriemia relacionada con el catéter . El lugar de inserción del catéter es un punto muy importante a valorar , teniendo en cuenta siempre riesgo de infección frente a riesgo de complicaciones mecánicas. Utilizar las venas subclavias siempre que sea posible excepto en los casos en los que esté contraindicado como son deformidades anatómicas, alteraciones de la coagulación y enfermedad renal si puede requerir diálisis. En los pacientes que precisen hemodiálisis, se recomienda no usar venas subclavias por riesgo de estenosis. En el caso de que se escojan venas yugulares , elegir el lado derecho para disminuir las complicaciones no infecciosas. No se deben usar catéteres multilumen si no son necesarios.

Para garantizar la seguridad del paciente durante la canalización de un acceso venoso central torácico se colocará al paciente en posición de trendelenburg y antes de la infusión de cualquier líquido se aspirará sangre de cada luz del catéter para evitar la entrada de aire en el torrente sanguíneo y para comprobar su correcta colocación se realizará una radiografía de tórax.

5 Discusión-Conclusión

Este proyecto sirve para evitar en la medida de lo posible, las sepsis asociadas al catéter sobre todo en pacientes de UCI que precisan durante largos periodos de tiempo catéteres centrales para la administración de drogas vasoactivas , así como de soluciones lipídicas tipo nutrición parenteral. Por lo que el las medidas llevadas a cabo durante la inserción es muy importante, pero no menos que la correcta utilización posterior por parte de los profesionales.

No se deben cambiar los equipos de infusión y elementos colaterales antes de las 72 horas, a no ser que estén visiblemente sucias , se hayan desconectado accidentalmente o se sospeche de infección relacionada con el catéter. La perfusión de soluciones lipídicas tipo nutrición parenteral, propofol se cambiarán como mín-

imo diariamente protegiendo el punto de contacto con la luz del catéter con un dispositivo especial o con gasas estériles. Uso de apósitos transparentes para visualizar en todo momento punto de punción. Además, en pacientes con un uso prolongado de catéter central se valorará los cambios programados de los accesos centrales según lugar de inserción y protocolos de unidad (en algunas unidades se cambian cada 15 días).

6 Bibliografía

- www.seguridaddel paciente.es www.semicyurc.org
www.mscbs.gob.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 39

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO CON FOTOTERAPIA.

MARTA VALDÉS GARCÍA

1 Introducción

La ictericia aparece de forma fisiológica en el 40-60% de los recién nacido (RN) a término y el 80% de prematuros. Aparece entre el 2º-5º día de vida y desaparece generalmente en 1 o 2 semanas. Los neonatos alimentados con lactancia materna son más propensos a desarrollar ictericia fisiológica en la primera semana de vida y cerca del 10% continúan ictéricos al mes de vida. Sólo el 6-8% de los casos corresponde a formas patológicas.

2 Objetivos

- Conocer los principales cuidados que se deben brindar a los RN sometidos a tratamiento con fototerapia.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura. Se utilizan como palabras clave “ictericia neonatal”, “fototerapia neonatal”. Se limita la búsqueda a artículos publicados en los últimos 10 años, en castellano o inglés.

4 Resultados

La ictericia es la coloración amarillenta de piel, mucosas y conjuntiva por aumento de la bilirrubina en sangre. Progresa en sentido cefalo-caudal y desaparece en sentido contrario y se presenta cuando la cifra es superior a 5 mg/dl. La bilirrubina puede atravesar la barrera hematoencefálica y ocasionar secuelas permanentes (Kernicterus). La fototerapia es el tratamiento de elección en RN con ictericia. Actúa disminuyendo los niveles de bilirrubina sérica por los mecanismos de fotooxidación y fotoisomerización. Su uso ha reducido en gran medida el uso de la exanguinotransfusión.

Los criterios para definir una ictericia fisiológica son los siguientes:
- Aparición después de las 24 horas de vida.
- Aumento de las cifras de bilirrubina por debajo de 0,5 mg/dl/hora o 5 mg/dl/día.
- Duración inferior a una semana (dos semanas en el prematuro).
- Cifras de bilirrubina directa menores a 1 mg/dl o inferiores al 20% de la bilirrubina total.
- Ausencia de signos de enfermedad subyacente (vómitos, problemas de alimentación, pérdida de peso excesiva, taquipnea, signos de infección, etc.).

Tipos De Lámparas: lámparas de tubos fluorescentes (luz blanca o azul); lámparas de halógeno-tungsteno con tres luces; lámparas de luz fría de fibra óptica (manta fibroóptica).

Cuidados Del Rn Con Fototerapia: la lámpara debe estar a una distancia del niño entre 20-50 cm y debe exponerse a la luz la máxima área corporal posible; control térmico cada 3 horas para evitar el sobrecalentamiento; protección ocular y de genitales; las gafas de protección deben retirarse cada 3 horas; realizar cambios posturales frecuentes, aproximadamente cada 3 horas; no colocar objetos entre la lámpara y el niño; no usar lociones aceitosas en la piel del bebé; observación detenida de la ictericia bajo luz natural; apagar la luz durante la obtención de muestras de análisis; valorar la coloración de las heces (verdosas y de poca consistencia) y de la orina (oscura); asegurar un correcto aporte hídrico.

Efectos Indeseables De La Fototerapia: calentamiento excesivo; hipotermia; daño ocular; deshidratación; síndrome del niño bronceado; exantema.

5 Discusión-Conclusión

La hiperbilirrubinemia constituye un factor de riesgo importante para el desarrollo de encefalopatía aguda (Kernicterus) y de mortalidad en recién nacidos. Por ello, la enfermera pediátrica debe ofrecer los cuidados oportunos para lograr el mantenimiento y el éxito del tratamiento con fototerapia, evitando o minimizando las complicaciones.

6 Bibliografía

- Martínez, R. M. O., González, N. M., González, C. S., Jarabo, C. M., & Rebolloso, J. R. (2011). Protocolo de Fototerapia en el neonato.
- Castaño Picó, M. J., & Sánchez Maciá, M. (2017). Protocolo de enfermería para fototerapia neonatal.
- Teres, F. O., & Gallardo, M. G. (2014). Ictericia neonatal. Sevicio de Neonatologia. Hospital unversitario La Paz. Pediatria Integral, 367-374.

Capítulo 40

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA.

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

1 Introducción

La epilepsia es una enfermedad tan antigua como la humanidad, para los pueblos primitivos la epilepsia era el castigo de los dioses o la posesión del enfermo por un demonio o espíritu maligno. El término "epilepsia" deriva del griego epilambaneim, que significa "coger por sorpresa".

La medicina griega fue la primera en intentar despojar a la epilepsia de la aureola misteriosa y sobrenatural y de incluirla entre las enfermedades físicas. El famoso Hipócrates, 460 años a.C, en su obra titulada "Sobre la enfermedad sagrada", explicaba que la epilepsia no es más divina ni más sagrada que cualquier otra enfermedad y tiene un origen tan natural como las demás, localizando su origen en el cerebro.

A finales del siglo XIX se inicia la era moderna de la epilepsia. John Hugling Jackson, neurólogo inglés, establece en 1873 la definición de la epilepsia que ha permanecido vigente hasta la actualidad. Jackson definió la epilepsia como "una descarga súbita, rápida y excesiva de las células cerebrales".

La epilepsia es una enfermedad neurológica que puede afectar a personas de cualquier edad, sexo, raza, clase social o país. Es un trastorno del cerebro en el cual sus células, que se llaman neuronas, transmiten a veces las señales de una forma anormal. Las neuronas envían señales a otras neuronas y músculos para producir pensamientos, sentimientos y acciones. La epilepsia altera la actividad

normal de las neuronas y puede causar sensaciones, emociones y comportamientos extraños, espasmos musculares y pérdida del conocimiento.

Según las estadísticas disponibles se calcula que en España hay 400.000 personas que padecen epilepsia en la actualidad, y cada año 20.000 personas desarrollan la enfermedad por primera vez. En el mundo se estima que 50 millones de personas padecen epilepsia.

Las crisis epilépticas aparecen de forma brusca e inesperada en casi todas las ocasiones, tanto en los pacientes con epilepsia conocida, como en aquéllos con una crisis de inicio. Pueden presentarse en cualquier lugar, situación y con una duración breve o prolongada en forma de estado epiléptico; por lo tanto, todos los profesionales sanitarios deben estar familiarizados con las actuaciones que deben llevarse a cabo frente a una crisis convulsiva, ya que una actuación inadecuada puede tener consecuencias irreparables.

Por lo tanto, es básica la formación específica en epilepsia del personal de enfermería, debe basarse en protocolos especializados y es de vital importancia disponer de un equipo especializado para garantizar un correcto manejo del paciente y una adecuada calidad asistencial. La actuación de enfermería tiene un papel crucial para evitar posibles complicaciones en el paciente.

2 Objetivos

- Reconocer las crisis y distinguir los diferentes tipos.
- Conocer la actitud de enfermería a desarrollar ante una crisis epiléptica.
- Conocer y evitar en lo posible las complicaciones.
- Diferenciar una crisis epiléptica de una pseudocrisis.
- Garantizar la calidad asistencial.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los últimos protocolos de actuación en pacientes con crisis epilépticas en distintos medios y grupos de edad tanto en medio hospitalario como extrahospitalario.

Para ello hemos utilizado las bases de datos como:
• Pubmed
• Medline

• Ovid SP
• Scielo
• Google Académico
• CUIDEN. Base de enfermería en español.
• CUIDATGE. Referencias bibliográficas de enfermería.

También se ha hecho uso de soporte informático y distintos libros y revistas. Algunas guías clínicas tales como "Como afrontar la epilepsia" Una guía para pacientes y familiares.

4 Resultados

¿Qué es la epilepsia?
La epilepsia es una enfermedad crónica del cerebro que se manifiesta con crisis paroxísticas espontáneas, recidivantes, con sintomatología motora, psíquica, sensorial y/o vegetativa. Las crisis epilépticas son la consecuencia de la descarga excesiva de las células de la corteza cerebral, de las neuronas, y analizando su definición, las crisis deben ser:
• Paroxísticas, es decir, inesperadas, sorpresivas.
• Espontáneas, por lo que deben excluirse casi siempre las crisis que están desencadenadas por circunstancias concretas.
• Recidivantes, puesto que para diagnosticar la epilepsia deben haberse padecido dos o más crisis epilépticas.

¿Qué es una crisis epiléptica?
Es un episodio clínico paroxístico, es decir, de comienzo brusco e inesperado, que se produce por la disfunción cerebral hipersincrónica de un grupo de neuronas hiperexcitables. La crisis epiléptica se expresa con síntomas motores, sensitivos, sensoriales, autonómicos y/o psíquicos, con o sin afectación de la conciencia, y sus características dependen de la localización inicial de la descarga y de su propagación a otras regiones cerebrales.

La descarga hipersincrónica, es decir, con sincronización excesiva, suele comenzar en un grupo de neuronas con características anómalas, propagándose después a estructuras cerebrales vecinas. Ese reclutamiento sincronizado es el responsable de las manifestaciones intercríticas, es decir, de los períodos en los que no hay ningún tipo de manifestación clínica, de modo que solo puede ponerse de manifiesto con el registro electroencefalográfico.

Para que se produzca una crisis epiléptica, la actividad paroxística debe propagarse a otras áreas cerebrales más lejanas. Los elementos más importantes en el inicio y en la propagación de las descargas son:
• La capacidad de un grupo de neuronas para generar una descarga hipersincrónica.
• La capacidad del sistema modulado por el glutamato, neurotransmisor excitador, para amplificar la señal, generando y propagando la descarga epiléptica.
• La capacidad del sistema modulado por el ácido gamma-amino-butírico (GABA), neurotransmisor inhibidor, para impedir la génesis de la descarga y frenar su propagación cerebral.

Si esto no se produce, se desencadena la crisis epiléptica. También juegan un papel importante en las epilepsias los canales iónicos, responsables de la generación y mediación de señales en las membranas celulares excitables. Una sola crisis, lo que se conoce como crisis epiléptica aislada o única, no se considera habitualmente suficiente para establecer el diagnóstico de epilepsia, para lo cual suele requerirse el padecimiento de dos o más crisis indudablemente epilépticas. Este concepto es muy importante porque, por regla general, solo la mitad de las personas que padecen una crisis epiléptica va a sufrir otra u otras crisis, es decir, solamente en la mitad de los casos se debe establecer el diagnóstico de epilepsia.

¿Qué no es epilepsia?
Aproximadamente 15 de cada 100 niños y 4 de cada 100 adultos pueden padecer episodios paroxísticos que no son epilépticos. Su incidencia es, por tanto, mucho mayor que la de las crisis epilépticas. Ambos se presentan de forma paroxística y con una sintomatología clínica que puede ser muy similar, lo que motiva errores diagnósticos, porque se pueden identificar como epilépticos algunos trastornos paroxísticos no epilépticos.

Las crisis que aparecen en el curso de un proceso agudo de fiebre, infección, trastorno metabólico, traumatismo craneal, etc., se denominan crisis ocasionales y tampoco constituyen una epilepsia. Ese error diagnóstico ocurre todavía incomprensiblemente con las convulsiones febriles, que no deben ser confundidas con la epilepsia. Las crisis epilépticas tampoco deben confundirse con los episodios paroxísticos no epilépticos, que se producen por mecanismos diversos, como son las crisis histéricas o pseudocrisis, los síncopes o lipotimias, los espasmos del sollozo, las distonías, algunos trastornos del comportamiento, las crisis anóxicas y algunos episodios paroxísticos que ocurren durante el sueño, como los terrores nocturnos y las mioclonías fisiológicas del sueño.

Tipos de crisis epilépticas
La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) en su consenso de 2010 clasifica las crisis epilépticas de la siguiente manera:
• Crisis Generalizadas
- Tónico-clónicas (en cualquier combinación)
- Ausencias
- Típicas
- Atípicas
- Ausencias con rasgos especiales
Ausencias mioclónicas
Con mioclonías palpebrales
- Mioclónicas
- Mioclónicas
- Mioclónico-atónicas
- Mioclónico-tónicas
- Clónicas
- Tónicas
- Atónicas
• Crisis focales o parciales
• Desconocidas focales o generalizadas

Crisis epilépticas generalizadas se conceptualizan como originadas en algún área cerebral y que rápidamente son bilaterales, lo que puede incluir estructuras corticales y subcorticales, pero que no afectan necesariamente a toda la corteza cerebral, pudiendo ser asimétricas. Crisis epilépticas focales se conceptualizan como originadas en áreas limitadas a un hemisferio cerebral, pudiendo originarse en áreas subcorticales y propagarse al hemisferio contralateral, afectar a más de un área cerebral y traducirse en más de un tipo de crisis.

Entre las crisis epilépticas generalizadas se distinguen:
• Crisis generalizadas tónico-clónicas: Comienzan con pérdida brusca del conocimiento y se continúan con rigidez de las 4 extremidades (fase tónica de la crisis), que se puede acompañar o no de labios morados, espuma por la boca, mordedura de la lengua y eliminación de orina. Después se producen sacudidas clónicas de los dos brazos y de las dos piernas (fase clónica de la crisis). Al final queda un sueño profundo durante minutos u horas, tanto más duradero cuanto más prolongada y violenta ha sido la convulsión. Al despertar suele haber confusión, cansancio, desorientación y cefalea.

• Crisis tónicas: Pérdida brusca de la conciencia seguida de una convulsión tónica, es decir, hiperextensión o estiramiento del tronco y de las extremidades, de manera similar a la fase inicial de las crisis tónico-clónicas, antes descritas. Suelen ser de breve duración por lo que hay escasa o nula confusión después de estas crisis.
• Crisis clónicas: Sacudidas rítmicas de las extremidades, con una frecuencia y duración variables, de segundos a minutos, con afectación de la conciencia tanto mayor cuanto más se prolonga la crisis.
• Crisis mioclónicas: Se caracterizan por la sacudida brusca, muy rápida (menos de 1 segundo), y masiva de las 4 extremidades, que en ocasiones es capaz de proyectar al paciente al suelo. Otras veces las mioclonías afectan solo a los brazos, provocando la caída de objetos de las manos; a la musculatura del cuello, produciendo una inclinación brusca de la cabeza hacia adelante; o a la musculatura del tronco, produciendo una caída brusca al suelo.
• Ausencias: Detención brusca de la actividad motora e interrupción de la conciencia, a veces con movimientos automáticos simultáneos, como relamerse los labios o arreglarse la ropa, acompañándose típicamente de mirada fija e inexpresiva, o de desviación exagerada de los globos oculares hacia arriba, parpadeos y reclinación ligera de la cabeza hacia atrás. Las ausencias terminan bruscamente, después de 5-15 segundos recobrando con extraordinaria rapidez la conciencia y la actividad previa. No suelen observarse en niños menores de 3 años de edad, de modo que las crisis paroxísticas de breve duración durante los tres primeros años de vida generalmente son crisis epilépticas focales o ensimismamientos no epilépticos. En la clasificación actual se incluyen las ausencias típicas, ausencias atípicas y ausencias con rasgos especiales (ausencias mioclónicas y ausencias con mioclonías palpebrales).
• Crisis atónicas: Pérdida brusca del tono muscular y de la conciencia durante 1 segundo o menos, con caída al suelo. Aunque son muy breves, estas crisis son invalidantes, por el riesgo que conllevan de traumatismos en el cráneo o en la cara.

Entre las crisis epilépticas focales o parciales se distinguen:
• Crisis focales elementales: Sin pérdida del conocimiento. Pueden manifestarse por visión de luces, audición de sonidos inexistentes, sacudidas de un brazo y/o de una pierna, sensación de haber vivido esa situación o de haber visto anteriormente ese suceso, síntomas vegetativos, sensación en zona del estómago, palidez, sudoración, midriasis, etc.
• Crisis focales complejas: Con pérdida de la conciencia, movimientos de masticación, de desviación de la cabeza, movimientos automáticos como de arreglarse la ropa, etc. Pueden ser la continuación de las crisis focales elementales descritas

previamente. La conciencia se recupera después lentamente, con sensación de confusión durante varios minutos.
• Crisis focales secundariamente generalizadas: Son crisis elementales o complejas, en las que se extiende la hiperexcitabilidad del foco al resto de neuronas cerebrales, concluyendo dicha crisis con una convulsión tónico-clónica, tónica o clónica generalizada.

Crisis epilépticas de origen desconocido:
• Espasmos epilépticos: pérdida de conciencia, flexión anterior o posterior de la cabeza y flexión o extensión de los brazos durante 1-3 segundos, repitiéndose varias veces seguidas, tras lo cual el paciente, que habitualmente es un niño de pocos meses de edad llora o grita.

¿Qué es el aura?
Aura deriva del latín y significa "soplo", entendiéndose como tal la sensación que experimenta una persona plenamente consciente de que inmediatamente después va a padecer una crisis epiléptica. El aura es el preludio y puede considerarse positiva cuando permite tomar precauciones, sentarse o acostarse y evitar lesiones. El aura suele ser muy breve, siempre la misma para cada persona, y diferente de un paciente a otro. La sensación que la caracteriza depende de la zona cerebral activada: sensitiva, sensorial, autonómica, psíquica o motora, es decir, que el aura es el síntoma inicial de una crisis epiléptica focal o, con mucho menor frecuencia, de una crisis generalizada, constituyendo la primera parte de esa crisis e indicando dónde se inicia la descarga hipersincrónica. Algunas veces el aura no se acompaña de otros síntomas y es la única expresión clínica, considerándose entonces como una crisis parcial elemental de breve duración.

Convulsión aguda y status epilepticus
Se entiende por status epilepticus o estado epiléptico, la crisis epiléptica que se prolonga durante más de 30 minutos o, lo que es más frecuente, la repetición de crisis más breves durante un período de tiempo superior a 30 minutos, sin que se recupere la conciencia entre las mismas.

Cuanto más tiempo se prolonga una convulsión, mayor es el riesgo de secuelas, e incluso de muerte del paciente, aunque sea excepcional. Por este motivo se debe actuar cuanto antes para evitar posibles complicaciones, como por ejemplo administrando diazepam por vía rectal, fármaco que debe administrarse inmediatamente en cuanto se observa la crisis convulsiva, puesto que cuando ésta comienza, no se sabe cuánto tiempo va a prolongarse. Por otra parte, a mayor

duración de una crisis convulsiva, mayor también la dificultad para controlarla. Cuando no se controla la crisis convulsiva, y ésta evoluciona a un estado epiléptico, se debe considerar la situación como una emergencia, que debe ser tratada urgentemente en un hospital.

4. Procedimientos y actividades

4.1. Actuación de Enfermería en el ámbito extrahospitalario.

Nos ha parecido interesante incluir este apartado porque el personal de enfermería también puede encontrarse ante un cuadro de crisis convulsiva en la calle, en un espectáculo, cuando está de excursión o en un centro comercial, por poner algunos ejemplos. Aunque no dispongamos de los medios que encontraríamos en un hospital, podemos y debemos actuar de la forma más efectiva posible para evitar el mayor número de riesgos al paciente. Además, muchos de los procedimientos y actividades que realizaríamos en un medio extrahospitalario son de obligado cumplimiento también en el medio hospitalario.

4.1.1. Crisis parciales convulsivas.

Habitualmente las crisis epilépticas parciales son leves, y no suelen alterar la conciencia y en el medio extrahospitalario nos pasarían desapercibidas; pero de no ser así debemos controlar y valorar en el paciente: a) La duración de la crisis. b) Cómo ha sido la crisis, características. c) El nivel de conciencia: preguntándole cosas sencillas, haciéndole contar números, etc. d) La frecuencia respiratoria. e) La frecuencia cardiaca. f) La coloración de la piel y mucosas.

Es importante hacer una valoración de la crisis para determinar si se trata de una crisis parcial simple o compleja, su cese o su posible evolución a una crisis convulsiva generalizada.

4.1.2. Crisis convulsiva generalizada tónico-clónica.

1. Mantener la calma y la serenidad, transmitir al paciente, familiares y al resto de las personas que están presentes tranquilidad. Nos identificaremos como enfermeras/os. Hay que saber que una vez que empieza la crisis no es posible detenerla y terminará sola en 2-3 minutos, rara vez superan los cinco minutos.

2. Identificaremos que se trata de una crisis convulsiva tónico-clónica. Para ello preguntaremos a los familiares o amigos si los hay.

3. Alertar. Llamaremos al 112, si nosotros no podemos llamar nos cercioraremos que otros hagan la llamada, proporcionando por teléfono la máxima información que tengamos.

4. Proteger siempre al paciente:
- Impedir la aglomeración de curiosos alrededor, intentar proporcionar intimidad al paciente.
- No trasladar al paciente durante la crisis excepto cuando corra peligro su vida: en mitad de la carretera o calzada, en un río, cerca de acantilados, etc. en cuyo caso lo trasladaremos a un lugar más seguro.
- No intentar reanimar al paciente. Durante la fase tónica de las crisis generalizadas tónico clónicas, el paciente puede dejar de respirar y ponerse cianótico sin que se asfixie.
- No dejar solo al paciente bajo ningún concepto y vigilarlo.
- Si nos da tiempo, protegerlo de posibles caídas al suelo.
- Retirar objetos y/o muebles cercanos con los que pueda golpearse.
- Aflojaremos la ropa que esté apretada.
- Retiraremos las lentes oculares si las llevara.
- No inmovilizaremos o sujetaremos al paciente durante la crisis convulsiva, pero sí controlaremos y guiaremos sus movimientos para evitar lesiones.
- Protegeremos la cabeza poniendo algún objeto blando debajo y a los lados de ésta (chaquetas, abrigos, etc.)
- Valoraremos la permeabilidad de la vía aérea. Retiraremos todo objeto que pueda obstruir la vía aérea: dentadura postiza, implantes dentales que no sean permanentes, caramelos, chicles, etc. El barrido digital (a ciegas) no está indicado.
- No introduciremos nada en la boca del paciente ya que puede ser peligroso al lesionar la mucosa bucal o provocar la rotura de piezas dentarias. No hay riesgo de que se trague la lengua. Sólo se la puede morder.

5. Controlaremos y valoraremos:
- Duración de la fase tónico-clónica. Es muy importante ya que la gravedad de la crisis dependerá, entre otras cosas, de la duración de ésta. La mayoría no dura más de dos o tres minutos, si dura más de cinco minutos el proceso se está agravando.
- Donde empieza el movimiento o contractura.
- Tipo de movimiento de la parte o partes afectadas.
- Posición de los ojos y la cabeza.
- Las pupilas: relación entre ellas, tamaño y reactividad.
- Si hay o no incontinencia urinaria y/o fecal.
- Tiempo que está el paciente inconsciente.

4.1.3. Procedimiento y actividades en la fase postcrisis convulsiva

Al cesar las convulsiones colocaremos al paciente en POSICIÓN DE RECUPERACIÓN (antes llamada posición lateral de seguridad) gracias a la cual se posi-

bilita la eliminación de saliva y moco. La posición de recuperación se aplica a toda víctima inconsciente de origen no traumático que respira y tiene pulso. El objetivo de esta técnica es el de mantener la vía aérea permeable.

A)No administraremos agua, alimentos o medicamentos.

B)Taparemos al paciente si hace frío.

C)Si está excitado tras la crisis lo calmaremos y sujetaremos levemente; así mismo tranquilizaremos a los acompañantes y/o familiares presentes.

D) Si hay alguna lesión sangrante en la cabeza, en el labio, o en la lengua (mordedura) realizaremos presión con un pañuelo hasta que cese la hemorragia.

E) Controlaremos y valoraremos:
- Duración de la fase postcrisis. Es un dato muy importante porque de la duración de cada fase dependerá, entre otras cosas, la gravedad del proceso.
- Frecuencia respiratoria.
- Frecuencia cardiaca.
- Coloración de la piel y mucosas.
- Las pupilas: relación entre ellas, tamaño y reactividad.
- El nivel de conciencia (escala de Glasgow). Grado de confusión y duración de ésta. Reorientaremos al paciente si está confundido.
- Si el paciente duerme o no, y en caso de dormirse no despertarlo ni sacudirlo.
- Si puede levantarse (no exigirle que se levante)
- Si habla o no.
- Si hay parálisis o debilidad de brazos o piernas.
- Si se produce otra crisis.

F) El proceso se agrava y precisamos del medio hospitalario con urgencia si:
- Se produce una parada cardio-respiratoria: iniciaremos las maniobras de Reanimación Cardio-Pulmonar.
- La persona que tiene la crisis convulsiva es una mujer embarazada.
- El paciente durante la crisis convulsiva tónico-clónica se ha producido una lesión y/o traumatismo importante.
- Las convulsiones duran más de cinco minutos.
- La pérdida de conocimiento es mayor de quince minutos.
- Tiene otra segunda crisis convulsiva antes de recuperar el conocimiento.

4.2. Actuación de enfermería en el ámbito hospitalario

En este apartado nos referimos a la actuación de enfermería sobre aquellas personas que padecen una crisis parcial o general y que se encuentran o bien ingresadas en un Servicio de Neurología, Medicina Interna, Pediatría, Neurofisiología Clínica etc. en cuyo caso puede ser que conozcamos por su historia previa el riesgo que tienen de sufrir una crisis convulsiva, o bien se encuentran en urgencias donde han acudido por algún problema de salud, o están realizándose una prueba complementaria en el hospital (analítica, EEG, prueba de esfuerzo, etc.) o sencillamente están acompañando a un familiar o amigo en el hospital.

4.2.1. Crisis parciales convulsivas

Como ya hemos indicado anteriormente, las crisis parciales son, generalmente, leves y no suelen alterar la conciencia; no obstante, pueden evolucionar y pasar a ser una crisis convulsiva generalizada; por lo que en el ámbito hospitalario:

• Avisaremos al médico. (interrogación)

• Controlaremos y valoraremos en el paciente:

- La duración de la crisis.
- En qué ha consistido la crisis.
- El nivel de conciencia.
- La coloración de la piel y mucosas.
- Tomaremos constantes:
- Frecuencia cardiaca.
- Frecuencia respiratoria.
- Tensión arterial.
- Saturación de O2
- Realizaremos una glucemia capilar.
- Pondremos una vía periférica.

• Administraremos oxígeno con gafas nasales a dos litros/minuto.

Administraremos:

- Diazepam 5 mgr vía rectal si es un niño menor de 5 años.
- Diazepam 10 mgr vía rectal si es mayor de 5 años.

A la espera de que el médico pueda ampliar la medicación con otro fármaco que puede ser empleado en esta fase y que es poco utilizado, pese a ser también una buena alternativa: el Midazolam; que además presenta la ventaja de poder administrarse: vía IM a dosis de 5 mg. vía Intranasal a dosis de 10 mg.

El Midazolam al ser hidrosoluble permite la administración IM y por mucosas (bucal y nasal) y es igual de eficaz o más que el Diazepam IV o rectal. No obstante, estas vías alternativas a la administración IV presentan el inconveniente de que

son algo más lentas en el inicio de su acción terapéutica. En este apartado hay que valorar los beneficios de administrar medicación o si es preferible, ver la evolución de la crisis.

4.2.2. Crisis tónico-clónicas

En aquellos pacientes con crisis convulsivas previas o con factores de riesgo importantes en tratamiento con anticonvulsivantes, lesión cerebral severa, exposición a drogas y alucinógenos, etc.:

- Mantener el material necesario de oxigenoterapia y aspiración, en condiciones óptimas para una posible intervención.
- Disponer de una cánula de Guedel cerca del paciente (cabecero de la cama o mesita).
- Facilitar la accesibilidad al timbre de llamada sobre todo si existen pródromos.
- Procurar un entorno adecuado y seguro, libre de muebles y objetos que puedan causar daño durante la convulsión.
- Proteger al paciente frente a todos los objetos potencialmente lesivos.
- Mantener una vía venosa permeable en caso necesario.
- Informar al paciente y a la familia sobre la actuación ante la aparición de pródromos.
- Retirarle la dentadura u otros objetos de la boca.
- Retirar las lentes oculares.
- Tumbarlo en el suelo o en la cama.
- Avisar a la persona más cercana.

4.2.3. Durante las crisis convulsivas tónico-clónicas:

1. Mantener la calma y la serenidad tanto como sea posible y la transmitiremos al paciente, familiares y resto del personal de enfermería.
2. Identificar que se trata de una crisis convulsiva tónico-clónica.

3. Alertar: Avisar al médico de guardia.

4. Proteger al paciente:

- Si el paciente está fuera de la cama, ayudarle a acostarse si se puede, o tumbarle en el suelo; evitando en lo posible la caída.
- No dejar solo al paciente bajo ningún concepto y vigilarlo.
- Retirar los objetos y/o muebles cercanos con los que pueda golpearse.
- Aflojar la ropa que esté apretada.
- Retirar las gafas si las lleva.

- No inmovilizar o sujetar al paciente a la fuerza durante la crisis convulsiva, pero sí controlar y guiar sus movimientos para evitar lesiones.
- Proteger la cabeza colocando una almohada o una toalla debajo.

5. Garantizar la permeabilidad de la vía aérea:
- Retirar, si es posible, la dentadura postiza e implantes dentales que no sean permanentes.
- Retirar caramelos, chicles, etc.
- Introducir una cánula de Guedel, si es posible, pero no hacerlo a la fuerza, ya que podríamos lesionar la mucosa bucal y/o provocar la rotura de piezas dentarias.
- Aspirar secreciones, si es necesario.

6. Administrar oxígeno con Ventimax al 50%.

7. Administrar de forma precoz tratamiento farmacológico para facilitar el control de la crisis:
- Diazepam 5 mgr vía rectal en menores de 5 años.
- Diazepam 10 mgr vía rectal en mayores de 5 años.
El Diazepam por vía rectal presenta la ventaja, respecto a la administración intravenosa, de tener un menos número de efectos secundarios cardiorrespiratorios y un tiempo de acción más prolongado. No es aconsejable la administración intramuscular de Diazepam por el riesgo de necrosis muscular local. Como hemos explicado anteriormente se dispone también del Midazolam como medicamento de elección por vía IM e intranasal.

8. Poner una vía periférica en cuanto cesen las convulsiones.

9. Tomar constantes:
- Temperatura.
- Tensión arterial.
- Saturación de O2.
- Frecuencia cardiaca.
- Frecuencia respiratoria.
- Realizar una glucemia digital, si hay hipoglucemia, administrar glucosa (Glucosmon por vía intravenosa, o Glucagón por vía intramuscular)

10. Realizar una analítica:
- Hemograma.
- Bioquímica.
- Tóxicos en sangre y orina.

- Gasometría arterial.
- Gasometría venosa.
- Si tomaba medicación antiepiléptica; concentración sérica de antiepilépticos.

11. Controlaremos y valoraremos:
- Duración de la fase tónico-clónica. Es muy importante, ya que la gravedad de la crisis dependerá de la duración de ésta.
- Tipo de convulsión de las partes afectadas.
- Dónde empieza el movimiento o contractura.
- Posición de los ojos y/o movimientos oculares.
- Las pupilas: relación entre ellas, tamaño y reactividad.
- Si hay o no incontinencia urinaria y/o fecal.
- Tiempo que está el paciente inconsciente.

4.2.4. Procedimientos y actividades en la fase post crisis tónica-clónica a) Al cesar las convulsiones colocar al paciente en POSICIÓN DE RECUPERACIÓN. b) No administrar nada por la boca. c) Si tras la crisis está excitado, calmarlo y tranquilizarlo. d) Si hay alguna lesión sangrante presionar con una compresa estéril hasta que cese la hemorragia. e) Procurar que el entorno sea tranquilo y seguro, sin excesiva iluminación ni ruidos. f) Realizar un nuevo control de constantes y de glucemia digital. g) En caso de haber incontinencia, proceder al aseo del paciente. h) En caso de somnolencia, dejarle descansar. i) Cuando despierte, reorientarlo y tranquilizarlo. j) Realizar las pruebas complementarias que solicite el facultativo tales como: ECG y EEG. k) Controlaremos y valoraremos:
- Duración de la fase postcrisis.
- Las constantes.
- El nivel de conciencia (escala de Glasgow). Grado de confusión, si está somnoliento dejarlo dormir y no despertarlo ni sacudirlo.
- Coloración de la piel y/o mucosas.
- Si el paciente puede levantarse.
- Si habla o no. Si hay parálisis o debilidad en brazos y/o piernas. l) Registraremos:
- Las constantes en la gráfica de enfermería.
- En la hoja de evolución de enfermería: las características y duración de las diferentes fases de la crisis convulsiva.
- Incidencias ocurridas.
- Medicación administrada.
- Pruebas complementarias realizadas: analíticas, electrocardiogramas, glucemia capilar, electroencefalograma…

5 Discusión-Conclusión

La elevada incidencia y prevalencia en nuestro medio de la epilepsia y lo impredecible en la aparición de las crisis, así como la gran variabilidad en su forma de presentación, obliga al desarrollo de protocolos específicos orientados a la mejor atención y tratamiento en la fase aguda, tanto en el medio hospitalario como en el extrahospitalario.

La actuación de la enfermería se convierte en una pieza clave de la asistencia, puesto que con frecuencia va a ser el primer profesional sanitario en atender al paciente. La formación en el reconocimiento de las crisis y en las medidas terapéuticas de urgencia debe formar parte de los programas a implementar dentro de cualquier estructura sanitaria.

En el presente trabajo hemos realizado un recordatorio de la fisiopatología y clasificación de la epilepsia, así como de la definición de crisis aguda y del status epiléptico.

Tras esta revisión, hemos establecido aquellos puntos básicos que creemos indispensables para la atención urgente en cualquier circunstancia, tanto hospitalaria como extrahospitalaria:
• Reconocimiento de la crisis epiléptica y su diferenciación de las pseudocrisis.
• Puesta en marcha de los mecanismos de alerta sanitaria (intrahospitalarios o llamada a 112)
• Asistencia inmediata al paciente durante la crisis y en la fase post-crítica, creando un área de seguridad que permita nuestra actuación sin interferencias.
• Recogida de datos relacionados con el episodio (forma de inicio, forma de presentación, duración, recuperación) y si existe recidiva.
• Valoración de signos y síntomas asociados (contusiones, vómito, control de esfínteres, etc.).
• Reconocimiento de la situación de status epiléptico y/o parada respiratoria, con aplicación de las medidas de reanimación cardio-pulmonar básicas que impidan la progresión a la parada cardiaca por hipoxia.

Además, en el medio hospitalario o en el centro de salud, las indicaciones deben extenderse a todas aquellas actuaciones de enfermería que favorezcan la coordinación con otros estamentos (médico, auxiliar de enfermería, celador), con adjudicación de tareas específicas para cada uno de ellos que garanticen la mayor eficiencia en la actuación ante una crisis epiléptica.

6 Bibliografía

- Pérez A, Sánchez JC, Morales MD, Martin M, Sancho J, Forcadas M et al. Como afrontar la epilepsia. Una guía para pacientes y familiares. Madrid: 1º ed. Entheos 2005.
- Mercadé J.M, Sánchez J.C, Galán J.M, Moreno V, Serrano P.J, Canadillas F.M. Guía de práctica clínica de consenso de la Sociedad Andaluza de epilepsia: recomendaciones terapéuticas ante una crisis epiléptica y en el estado epiléptico. Rev Neurol. 2009: 48(9): 489-495
- Herranz JL. Vivir y comprender la epilepsia. Madrid: 6º ed. Ergon 1998.
- Manual del paciente con epilepsia. Doctora Anne Gómez Caicoya. Hospital Universitario Quirón. Madrid.
- Arroyo S, Campistol J, Comes E, Fossas P, Martínez I, Padro L, Ugarte A, Santamaría J. El tratamiento de las epilepsisas. Guía terapéutica Sociedad Catalana de Neurología. Rev Neurol. 1999 Oct 16-31; 29 (8): 754-66. [3 de noviembre de 2006]
- Carmona JV, Leiva S. Actuación de enfermería ante una crisis convulsiva en la vía pública. Revista de enfermería integral 2008; Número especial; 29-33
- Cuidados de enfermería en crisis convulsivas. Versión: 1. Entrada en vigor: 1-05-2006. p 1-7. Protocolos y procedimientos de cuidados generales del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Kwan P, Schachter SC, Brodie MJ.Drug-resistant epilepsy. N Engl J Med. 2011 Sep 8; 365(10):919-26. doi: 10.1056/ NEJMra1004418. Review.
- González Menacho J, Olivé Plana JM. Epidemiología de la patología neurológica ambulatoria en el Baix Camp (Tarragona) durante 1999. Neurología. 2001;16:154-62. OMS. Epilepsia. Nota descriptiva N°999. Octubre de 2012. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/index.html
- National Institute for Health and Clinical Excellence.The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. January 2012. NICE clinicalguideline 137.
Orden PRE 2356/2010, de 3 de septiembre, por la que se modifica el anexo IV del Reglamento General de Conductores, aprobado por el Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo (BOE núm. 220, de 10 de septiembre de 2010).
- LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Capítulo 41

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS(HUCA).

MARÍA FERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

Mujer de 90 años que ingresa por sufrir un ictus. Como antecedentes presenta: Diabetes Mellitus tipo 2, vértigos y dislipemia. Presenta incontinencia total, tanto vesical como intestinal. Padece deterioro musculoesqueletico y cognitivo. Es dependiente para las actividades de la vida diaria (ABVD), por lo que necesita ayuda total por parte de los familiares y del personal del hospital.

Las constantes al ingreso son:
T/A: 129/86 mmHg; F/C: 84 lpm; Temperatura: 36,4ºC.

Tratamiento Ictus isquémico lacunar:
- Reposo relativo durante las primeras 24-48 horas, ligeramente incorporado.
- No descender la T.A. a no ser que sobrepase cifras TA sistólica de 190 mmHg. durante las primeras 24-48 horas. Después mantener un control estricto de TA. En este caso no resulta un problema mayor, puesto que la paciente no es hipertensa.
- Vigilar la deglución y, en caso de riesgo de broncoaspiración, colocación de sonda nasogástrica para alimentación.

- Evitar el suero glucosado (recomendado) durante las primeras 24-36 horas de evolución del ictus (salvo si existe hipoglucemia < 80mg%). La hiperglucemia se ha relacionado con mayor morbilidad y mortalidad (tres veces mayor) y en modelos animales se ha objetivado que aumenta el área infartada.
- Evitar el tratamiento con esteroides, no se han demostrado eficaces y pueden aumentar las complicaciones.
- Heparina de bajo peso molecular como profilaxis de trombosis venosa profunda (TVP) con dosis entre 2500-5000 ui/24h subcutáneas.
- Evitar la hipertermia (>37.5 oC) con medidas físicas y farmacológicas (metamizol 2 g/8h iv y/o paracetamol 500 mg/6h v.o.) así como tratando las infecciones intercurrentes. En modelos animales se ha comprobado que el número de neuronas destruidas en el área de isquemia aumenta de forma exponencial con cada oC de temperatura aumentado.
- Analgésicos con cefalea (metamizol 2g/8h IV) y antieméticos si náuseas o vómitos (metoclopramida iv).
- Para el tratamiento preventivo a largo plazo se utilizará ácido acetilsalicílico o AAS (Adiro) como antiagregante plaquetario.

Tratamiento Diabetes tipo 2: Como tratamiento de la diabetes no farmacológico se utiliza un control dietético durante la estancia en la unidad de ingreso, mediante el uso de dietas adaptadas para diabéticos, sin azúcares añadidos, sustituyéndolos por edulcorantes artificiales en las tomas que se precise y ligeramente hipocalóricas.

Para el tratamiento farmacológico se utilizarán insulinas regulares (de acción rápida), siempre que sea preciso, habiéndose medido los niveles de glucemia capilar antes de las comidas y siguiendo una pauta establecida por el médico.

Tratamiento vértigos agudos: Como tratamiento farmacológico del vértigo se utilizarán dosis de metoclopramida IM (Primperan) en casos de aparición aguda de sintomatología vertiginosa. Como tratamiento no farmacológico se procura especial cuidado en los cambios posturales y de higiene.

2 Objetivos

-Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente y su familia.
-Establecer el mejor plan de cuidados individual para nuestro paciente
-Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad del paciente.

3 Metodología

Este trabajo se compone de un plan de cuidados dirigidos a una paciente ingresada en Medicina Interna del Hospital Universitario Central de Asturias. En él se puede ver un breve resumen de su historia clínica junto a los diagnósticos enfermeros correspondientes sus enfermedades. Junto a ellos se explica el específico plan de cuidados que se debe realizar al paciente. Al final se muestra la evaluación del paciente para ver cómo ha servido este trabajo para la mejora de su salud.

4 Resultados

VALORACION DEL PACIENTE:
- Dominio 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD: No presenta alteraciones.
- Dominio 2: NUTRICIÓN:
Clase 1 INGESTION: 00103: Deterioro de la deglución 00163 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN
Clase 4 METABOLISMO: 00179: Riesgo de glucemia inestable
- Dominio 3 ELIMINACION E INTERCAMBIO:
Clase 2 Función Gastrointestinal: 00015 Riesgo de estreñimiento
- Dominio 4 ACTIVIDAD/REPOSO:
Clase 2 Actividad/ejercicio: 00040 Riesgo de síndrome de desuso Clase 5 Autocuidado:
00109 Déficit de autocuidado: vestido
00108 Déficit de autocuidado: baño
- Dominio 5 :PERCEPCIÓN/COGNICION
Clase 2 Orientación: 00127 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno
Clase 3 Sensación/percepción: 00122 Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, táctil, cenestésica, gustativa, olfatoria).
Clase 5 Comunicación: 00051 Deterioro de la comunicación verbal
- Dominio 6: AUTOPERCEPCIÓN: No presenta alteraciones.
- Dominio 7: ROL/RELACIONES: No presenta alteraciones.
- Dominio 8: SEXUALIDAD: No presenta alteraciones.
- Dominio 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRES: No presenta alteraciones.
- Dominio 10: PRINCIPIOS VITALES: No presenta alteraciones.
- Dominio 11: SEGURIDAD/PROTECCION:
Clase 1 infección: 00004 Riesgo de infección.

Clase 2 lesión física:
00155 Riesgo de caídas
00035 Riesgo de lesión
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Dominio 12: CONFORT: No presenta alteraciones.
- Dominio 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO: No presenta alteraciones

-DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN:
Diagnósticos reales:
- Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno r/c confusión en lo ocurrido m/p la paciente dice: "no sé qué pasa".
- Trastorno de la percepción sensorial auditiva r/c dificultad para oír m/p la paciente dice: "no sé lo que me dices, no te oigo".
- Déficit de autocuidados: baño relacionado con deterioro musculoesquelético y cognitivo manifestado por dependencia total para las ABVD.
- Déficit de autocuidados: vestido relacionado con deterioro musculoesquelético y cognitivo manifestado por dependencia total para las ABVD.
- Deterioro de la comunicación verbal r/c dificultad para hablar.
- Disposición para mejorar la nutrición: Conocimiento: manejo del trastorno lipidico r/c conocimientos deficientes sobre el manejo de la hiperlipidemia.

Diagnósticos de riesgo: o Riesgo de síndrome de desuso r/c parálisis facial del lado izquierdo. o Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la sensibilidad. o Riesgo de caídas r/c deterioro musculoesquelético y cognitivo. o Riesgo de lesión r/c movilidad alterada, descompensación metabólica y medicación. o Riesgo de glucemia inestable r/c conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes. o Riesgo de estreñimiento r/c movilidad reducida. o Riesgo de infección r/c lugar de punción de la vía.
PLAN DE CUIDADOS (NOC) E INTERVENCIONES (NIC).
NOC [0918] - DIAGNÓSTICO: ATENCIÓN AL LADO AFECTADO
DEFINICIÓN: Acciones personales para reconocer, proteger e integrar cognitivamente la(s) parte(s) afectada(s) del cuerpo en uno mismo.
Dominio 2: Salud fisiológica:
INDICADORES
[91801] Reconoce el lado afectado como parte integral de sí mismo. –>Frecuentemente demostrado
[91803] Protege el lado afectado cuando se coloca. –> A veces demostrado
[91804] Protege el lado afectado cuando se traslada. –> A veces demostrado

[91805] Protege el lado afectado durante el reposo o el sueño. –> A veces demostrado.

NIC [2760] Manejo de la desatención unilateral.
DIAGNÓSTICO: Manejo de la desatención unilateral
DEFINICIÓN: Protección y recuperación segura de la parte corporal afectada de un paciente a la vez que se le ayuda a adaptarse a capacidades perceptivas perturbadas.
CLASE: I Control neurológico
CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo
ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA: Neurociencias, Rehabilitación, Vascular.
[91801] Reconoce el lado afectado como parte integral de sí mismo.
La paciente pasará de un nivel 4 Frecuentemente demostrado a un nivel 5 Siempre demostrado en 2 días
[91803] Protege el lado afectado cuando se coloca.
La paciente pasará de un nivel 3 A veces demostrado a un nivel 4 Frecuentemente demostrado en 2 días.
[91804] Protege el lado afectado cuando se traslada.
La paciente pasará de un nivel 3 A veces demostrado a un nivel 4 Frecuentemente demostrado en 2 días.
[91805] Protege el lado afectado durante el reposo o el sueño.
La paciente pasará de un nivel 3 A veces demostrado a un nivel 4 Frecuentemente demostrado en 2 días.

ACTIVIDADES
- Proporcionar una retroalimentación realista acerca del déficit perceptivo del paciente.
- Realizar el cuidado personal de una forma consistente, con explicaciones detalladas.
- Asegurar que las extremidades afectadas estén en una posición correcta y segura.
- Adaptar el ambiente al déficit centrándose en el lado no afectado durante el período agudo.
- Supervisar y/o ayudar en los traslados y la deambulación.
- Tocar el hombro no afectado al iniciar una conversación.
- Colocar los alimentos y bebidas dentro del campo visual y girar el plano, si es necesario.
- Reordenar el ambiente para la utilización del campo visual derecho o izquierdo,

como por ejemplo la colocación de objetos personales, la televisión o los materiales de lectura dentro del campo visual del lado no afectado.
- Colocar la cama en la habitación para que las personas se aproximen y cuiden al paciente por el lado no afectado.
- Mantener las barandillas levantadas en el lado afectado, según corresponda.
- Realizar movimientos de amplitud y masajes en el lado afectado.
- Animar al paciente a que toque y utilice la parte corporal afectada.
- Centrar gradualmente la atención del paciente en el lado afectado a medida que el paciente muestre capacidad de compensar la anulación.
- Mover gradualmente los objetos personales y la actividad al lado afectado a medida que el paciente muestre capacidad de compensar la anulación.
- Situarse en el lado afectado al deambular con el paciente a medida que éste muestre capacidad de compensar la anulación.
- Ayudar al paciente a asearse primero el lado afectado a medida que muestre capacidad para compensar la anulación.
- Ayudar al paciente a bañarse y arreglarse el lado afectado primero a medida que muestre capacidad de compensar la anulación.
- Centrar los estímulos táctiles y verbales en el lado afectado a medida que el paciente muestre capacidad de compensar la anulación.
- Instruir a los cuidadores acerca de la causa, los mecanismos y el tratamiento de la anulación unilateral.
- Incluir a la familia en el proceso de rehabilitación para apoyar los esfuerzos del paciente y ayudar con los cuidados, según corresponda.

5 Discusión-Conclusión

[91801] Reconoce el lado afectado como parte integral de sí mismo.
La paciente consiguió alcanzar un nivel 5 Siempre demostrado en 2 días, por lo que se espera el mantenimiento de este comportamiento.
[91803] Protege el lado afectado cuando se coloca.
La paciente consiguió alcanzar un nivel 4 Frecuentemente demostrado en 2 días. Se planificará que la paciente pase de un nivel 4 Frecuentemente demostrado a un nivel 5 Siempre demostrado en 3 días.
[91804] Protege el lado afectado cuando se traslada.
La paciente consiguió alcanzar un nivel 4 Frecuentemente demostrado en 2 días. Se planificará que la paciente pase de un nivel 4 Frecuentemente demostrado a un nivel 5 Siempre demostrado en 3 días.
[91805] Protege el lado afectado durante el reposo o el sueño.

La paciente consiguió alcanzar un nivel 4 Frecuentemente demostrado en 2 días. Se planificará que la paciente pase de un nivel 4 Frecuentemente demostrado a un nivel 5 Siempre demostrado en 3 días.

6 Bibliografía

- NNNconsult [internet].2018 [acceso 15 de octubre 2019] Disponible en: http://www.nnnconsult.com/
- Área Médica, Medicina Interna.[acceso 16 noviembre 2019] Disponible en: http://www.chospab.es/area_medica/medicinainterna/PROTOCOLOS/ictus.htm

Capítulo 42

TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN.

DANIEL FERNANDEZ DOMINGUEZ

ANDREA SOLAR SUAREZ

1 Introducción

El tratamiento del dolor es un derecho universal de los seres humanos consagrado como tal en la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas desde el año 2000.

El dolor es tratado como una constante vital más. Por lo tanto se debe monitorizar. No se le da la importancia que debiera y es muy significativo y crucial en la evolución del paciente intervenido quirúrgicamente.

En la unidad de reanimación es donde se lleva a cabo el primer abordaje de dolor tras la intervención quirúrgica. Es imprescindible identificar, valorar, registrar y tratar el dolor en esta unidad, el cual es predecible y evitable. La mayor parte de las agudizaciones del dolor post quirúrgico se presentan en la unidad de reanimación, en la cuál se llevan a cabo cuidados y protocolos especificos para diminuir en la medida de lo posible el dolor de los pacientes.

Su mal control afecta negativamente a la calidad de vida, a la recuperación funcional y aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, y se asocia a un aumento de la morbilidad y de los costes, aumentando el riesgo de desarrollar dolor crónico persistente.

Actualmente ha habido un gran avance en el desarrollo de nuevos fármacos y técnicas analgésicas para el control del dolor postoperatorio, además de la creación de unidades específicas que facilitan la coordinación eficiente de las diferentes actividades médicas, quirúrgicas y de enfermería. Aun así, en muchos países el dolor postoperatorio sigue siendo un problema y una importante necesidad global de atención sanitaria.

Debido a su carga subjetiva, el dolor no recibe la atención que mereciera. No todos los pacientes tienen el mismo umbral del dolor, ni mucho menos. Existen diversos factores determinantes que definen esta diferencia, como es la edad, el sexo, la raza, la genetica, hábitos de vida, el peso y otros tratamientos farmacológicos.

Ante este problema, hoy en dia existen grandes avances en el campo del dolor y su tratamiento. El desarrollo de nuevos farmacos y técnicas analgesicas, asi como la creación de unidades especificas, facilitan la atención y el cuidado, asi como la valoración del dolor.

La mejora en la calidad asistencial depende de realizar cambios en las estructuras organizativas del dolor y en los profesionales. La pronta valoración y monitorización del dolor es indispensable para llevar a cabo esta mejoría.

Existen tres tipos de escalas que miden la intensidad del dolor del paciente y que sirven de orientación para el tratamiento analgésico:
-Escala visual analógica (EVA). Muy útil y fácil de utilizar por el paciente, en una escala simple y especifica.
-Escala numérica. La más utilizada, consiste en evaluar la intensidad del dolor con números del 1 al 10, a mayor valor, mayor dolor.
-Escala verbal. Poco fiable y no muy utilizada dada la carga subjetiva de cada paciente.

Estas escalas son la bases de la monitorización del dolor y un pilar fundamental para su tratamiento. Para su tratamiento en la unidad de reanimación, existen diversos fármacos como los analgesicos, los aines o los opiáceos. Estos farmacos, adecuadamente combinados, junto con tecnicas no farmacológicas, son muy útiles a la hora de reducir el dolor agudo post-intervención.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Control del dolor postoperatorio.

Objetivos secundarios:
- Identificar precozmente la localización, intensidad y tipo de dolor.
- Reforzar conocimientos especificos del personal de la unidad de reanimación.
- Uso de escalas de medición del dolor y valorar la intensidad.
- Administrar los analgesicos por via parenteral siempre que sea posible.
- Control y conocimiento de efectos adversos de opiáceos.

3 Caso clínico

Varón 63 años. Llega a la unidad de reanimación procedente de quirófano tras colectomia con anastomosis por carcinoma in situ. Tras 3 horas y media de intervención, el paciente llega despierto pero poco orientado con fuerte dolor abdominal. Tension arterial: 173/87, frecuencia cardíaca: 93 latidos por minuto. SatO2: 91% temperatura: 35.3ºC. Porta gafas nasales a dos litros por minuto, sistema de medición de tensión arterial invasivo y dos drenajes. Aposito limpio. Glucemia: 237mg/dl. Dolor entre 7-8 en la escala numérica. Llega con un suero fisiológico y un suero de 100cc con un gramo de metamizol. Via central permeable en la subclavia. Drenajes de escaso contenido hemático.

Antecedentes:
No alergias medicamentosas conocidas. Diabetes mellitus tipo II no insulinodependiente. Hipertensión arterial de 8 años de evolución. Fumador. Sobrepeso. Arritmia auricular estable y tratada. Cirugías previas: fractura de radio hace 6 años.

4 Discusión-Conclusión

Durante los últimos años se ha visto que la mejora del dolor postoperatorio pasa por la necesidad de implantar protocolos adecuados para procedimientos específicos durante el perioperatorio, realizar una predicción del dolor postoperatorio y promover cambios estructurales, culturales, emocionales y educacionales en todas las personas implicadas. La mejora en la calidad asistencial depende de realizar cambios en las estructuras organizativas del dolor y en los profesionales. Darle al dolor la importancia que merece en la evolución del estado del paciente fomentará la atención de calidad y los cuidados que precisa.

La adminsitracion de analgésicos en la prevención tiene mayor eficacia que en un dolor ya establecido. Estos analgésicos se deben de usar a dosis e intervalos adecuados, con una pauta prefijada por el anestesista.

Asegurar el confort y la comodidad del paciente tras la intervención quirúrgica, es una prioridad para el personal de la unidad de reanimación. Prestar unos cuidados de calidad enfocados al tratamiento y prevención del dolor, deberia estar más extendido y protocolizado. Estos cuidados deben centrarse en la prevención del dolor ya que se ha demostrado ser mas efectivo y disminuir considerablemente el estrés y el dolor del postoperatorio.

Aun así, este proceso de gestión del dolor postoperatorio debe adaptarse al contexto y características de cada centro hospitalario, debiendo quedar claro que es responsabilidad de todos: cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, farmacéuticos, rehabilitadores y otros profesionales sanitarios. Nunca ha de quedar su manejo circunscrito a un solo estamento o a un solo grupo de personas.

5 Bibliografía

- Montes Pérez A, García Álvarez J, Trillo Urrutia L. Tratamiento del dolor postoperatorio: de la Unidad de Dolor Agudo al Programa de Gestión del Dolor Postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor 2007.
- Instituto madrileño de Oncología San Francisco de Asís Madrid. Tipos de dolor y escala terapeutica de la OMS. Dolor iatrogénico. Volumen 28, n°3. Barcelona. Marzo 2005.
- Aguilera C, Arnau JM, Bosch C. Analgésicos en el período postoperatorio de intervenciones abdominales. Grupo de estudio sobre analgesia posto-peratoria de la Sociedad Española de Farmacología. Clínica Med Clín (Barc) 1997.
-F. Muñoz-Blanco, J. Salmeron, J. Santiago y C. Marcote. Complicaciones del dolor postoperatorio. Revista sociedad española del dolor. 2001.
- Asociación alemana de aanestesia y medicina intensiva. Deberes y metas.
- http//www.dgai.de.

Capítulo 43

UTILIDAD DE LA VISITA PREQUIRÚRGICA EN LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO.

JESSICA GARCÍA FONSECA

1 Introducción

Muchos de los pacientes que llegan a nuestra área quirúrgica para una intervención, acuden con falta de información y desconocimiento sobre el proceso quirúrgico, lo cual provoca un aumento de la ansiedad y temor, tanto del paciente como de su entorno. Con la visita prequirúrgica, intentamos buscar una solución para disminuir dicho grado de ansiedad y temor, proporcionando una atención integral más cálida, cercana y personalizada.

Además del incremento del bienestar del paciente y del entorno, también se consigue una disminución del tiempo prequirúrgico (falta de pruebas, consentimientos sin firmar, mala preparación del paciente) y un nuevo filtro de seguridad.
Según la bibliografía, la visita prequirúrgica se define como "el proceso de personalización de los cuidados entre la enfermera de quirófano y el paciente y/o entorno, previa a una intervención quirúrgica programada, mediante una entrevista personalizada y con los objetivos de proporcionar información y disminuir la ansiedad".

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Aumentar los conocimientos del paciente y familia sobre los procesos quirúrgicos.

Objetivos secundarios:
- Disminuir los temores y ansiedades ante una cirugía, mejorando las condiciones emocionales para enfrentarse a la intervención.
- Obtener información sobre el paciente con la debida antelación para el proceso quirúrgico (alergias, ayunas…).
- Evitar retrasos innecesarios (consentimientos, rasurado, esmalte, dentadura postiza, premedicación, INR, profilaxis antibiótica, etc).

3 Caso clínico

Mujer de 62 años que ingresa en la Unidad de Ginecología para intervención quirúrgica de Laparoscopia para extirpación de quiste ovárico derecho. Sin alergias medicamentosas, no fumadora, no bebedora, hemograma y coagulación normal, hipercolesterolemia a tratamiento con dieta, normotensa y que refiere ser muy nerviosa ante este tipo de situaciones (intervención quirúrgica, el despertar de la anestesia general). No medicación habitual.

Se realiza preoperatorio completo para el servicio de Anestesia; ecografía por vía abdominal y vía vaginal en las que las imágenes demuestran la presencia de una masa compatible con quiste en ovario derecho; también se realizan marcadores tumorales para descartar posible tumor, cuyo resultado está dentro de los parámetros normales.

Diagnóstico de sospecha: Quiste ovárico derecho.
Diagnóstico definitivo: Quiste ovárico derecho.

Evolución: Se decide comenzar con dicha paciente un proceso de visita prequirúrgica que van a realizar las enfermeras del bloque quirúrgico. Éstas acuden a la habitación en la que la paciente ha ingresado 24 horas antes de la intervención. Se presentan y le informan sobre el proceso que va a seguir a lo largo de su ingreso para intentar reducir el estrés, miedo o dudas que puede presentar por tener que enfrentarse ante esta situación que para ella es desconocida y que le produce malestar. Con esto intentaremos conseguir la tranquilidad de la paciente necesaria para contribuir en una buena recuperación postoperatoria.

Desarrollo de la visita:
- Comprobación de la Historia Clínica(consentimientos informados, alergias, profilaxis antibiótica, pruebas realizadas, petición de hemoderivados en caso de que sean necesarios, medicación preintervención, etc). Con esta maniobra se pretende reducir el tiempo de espera de la paciente una vez que entre en el bloque quirúrgico y así disminuir la ansiedad.
- Presentación a la paciente y acompañantes, en caso de que ella acceda a que estén presentes durante la visita. Informaremos del circuito quirúrgico y resolveremos sus dudas con respecto al proceso dentro de nuestras posibilidades, con el fin de reducir el posible grado de ansiedad que presente la paciente.
- Realizaremos una valoración global de la paciente, tanto física como psicosocial, que pueda orientarnos sobre su estado actual(alergias, discapacidades, aspectos psicosociales, preocupaciones, miedos, apoyo emocional, etc).

Le proporcionaremos de forma escrita información del circuito quirúrgico:
- ¿Dónde va a ser intervenido? En el bloque quirúrgico.
- Personal que habrá en el bloque: Cirujanos, anestesista, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores.
- Recepción del paciente: la recibirá el celador y las enfermeras que estarán con usted durante la intervención en la zona habilitada para la recepción de pacientes. Las enfermeras le realizarán una serie de preguntas, mientras que el celador la acomodará en una camilla y pasará al antequirófano. También hablará con usted el anestesista y le informará de qué tipo de anestesia es la más adecuada para su intervención.
- Paso al quirófano: se llevarán a cabo los procesos necesarios para su monitorización y preparación para la intervención.
- Finalizada la intervención: será trasladado al Servicio de Reanimación, donde se le proporcionarán los cuidados adecuados para su recuperación y alta a planta. Aquí podrá recibir una breve visita de sus acompañantes, que habrán sido informados de la intervención por parte del equipo de cirujanos.

No olvide:
- Acudir en ayunas.
- Informar sobre posibles alergias.
- Retirar objetos metálicos, prótesis dentales, esmalte de uñas, ropa interior.
- Firmar consentimientos(cirugía y anestesia) y entregarlos al personal de la planta.
- El día antes, si es posible, realizar un aseo completo con jabón desinfectante.

Final de la visita prequirúrgica.
Al final de la entrevista le entregaremos al paciente una encuesta de satisfacción sobre el proceso quirúrgico experimentado que deberá rellenar al día siguiente de la intervención, o cuando le sea posible durante su estancia hospitalaria. En caso de que no estuviera en condiciones de responder a dicha encuesta, podría realizarla el acompañante que estuvo presente durante la visita. Valorar las respuestas en una escala de 1 a 10, donde 1 es pésimo, y 10 es excelente.
- ¿Qué valor le concede a conocer el nombre del personal que le atendió?
- ¿Cree usted que ha recibido una información correcta sobre cómo sería su intervención quirúrgica?
- ¿Cómo valora que le informen de las atenciones que va a recibir durante el circuito quirúrgico?
- ¿La información recibida le sirvió para encontrarse más tranquilo durante el proceso y disminuir su nivel de ansiedad?
- ¿La información recibida ha contribuido a disminuir el dolor postoperatorio?
- ¿Sus acompañantes recibieron suficiente información sobre el proceso quirúrgico?
- ¿Cómo puntuaría la atención por parte del personal de enfermería que le atendió dentro del
área quirúrgica?
- Observaciones: Tras la intervención, las enfermeras del bloque quirúrgico acuden a la planta a visitar a la paciente para comprobar su estado tras la intervención y comprobar su grado de satisfacción con respecto a la información previa recibida sobre el proceso(recogen también la encuesta de satisfacción).

4 Discusión-Conclusión

La conclusión respecto a la utilidad de la visita prequirúrgica ha sido que el grado de ansiedad y estrés de la paciente previo a la intervención ha disminuido notablemente gracias a la información recibida y ha contribuido a una mejor recuperación postoperatoria ya que el despertar ha sido tranquilo y estable; el umbral del dolor ha aumentado y no ha sido necesaria analgesia de rescate, y es, ella misma, la que lo asocia a que no se encontraba nerviosa y no sentía miedo porque no desconocía lo que pasaba alrededor gracias a la información recibida.

5 Bibliografía

1. Bujalance Hoyos J., Fernández Camino F., Ortiz Carrasco J., Palop González R.M., Soto Sánchez M.J.Guía para la visita Prequirúrgica de Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Andalucía. 2007.
2. Ciércoles Prado José. Proyecto de Visita Preoperatoria de Enfermería, Bloque Quirúrgico de Traumatología y Cirugía Plástica Hospital Universitario La Paz. Madrid. 2012.

Capítulo 44

PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO: LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA-CHECK LIST.

JESSICA GARCÍA FONSECA

1 Introducción

Los listados de verificación quirúrgica surgen como una necesidad de incrementar la seguridad en el quirófano, reduciendo el número de intervenciones suspendidas y problemas que surgen habitualmente y que se pueden prevenir con dicho protocolo.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas.

Objetivos secundarios:
- Reducir los eventos adversos evitables.
- Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas.
- Fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La enfermera circulante es la encargada de cumplimentar el check list, y lo realiza junto al anestesista y al cirujano responsables de la intervención. Se realiza en tres tiempos y comprobando los siguientes puntos.
Antes de la administración de la anestesia (Entrada):
- Identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento y posición.
- Tiempo estimado de la cirugía y de la anestesia, plan anestésico y consentimiento informado.
- Demarcación del sitio, completado el control de la seguridad de la anestesia.
-Comprobar si el paciente tiene: alergias conocidas, vía aérea difícil/riesgo de aspiración, riesgo de hemorragia (disposición de acceso IV adecuado y fluidos).
- Monitorización del paciente.

Antes de la incisión en la piel(Pausa):
- Todos los miembros del equipo se conocen por su nombre y función y están presentes.
- Cirujano/a, Anestesiólogo/a y enfermero/a confirman verbalmente: paciente, sitio quirúrgico y procedimiento.
- Previsión de eventos críticos por parte del cirujano/a, anestesista y enfermería.
- Administración de profilaxis antibiótica según protocolo.
- Visualización de imágenes diagnósticas esenciales.

Antes de que el paciente abandone el quirófano(Salida):
- El personal de enfermería confirma verbalmente con el equipo: nombre del procedimiento realizado, controles de gasas e instrumental correctos, identificación correcta de las muestras, si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.
- Cirujano/a, anestesiólogo/a y enfermero/a revisan y registran los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.

Gracias al check list podemos adelantarnos a problemas que pueden surgir a lo largo de la cirugía y así favorecer y asegurar la seguridad del paciente, ya que entre todo el equipo comprobamos toda la información necesaria.

5 Discusión-Conclusión

Con la cumplimentación del check list obtenemos resultados que nos ayudan a mejorar la seguridad del paciente dentro del área quirúrgica y promueve la comunicación dentro del equipo quirúrgico, favoreciendo el buen ambiente y el trabajo en equipo, imprescindible para la realización correcta de la cirugía.

6 Bibliografía

1. María Grau. Utilidad de los listados de verificación quirúrgica: efecto sobre las relaciones y comunicación en el equipo de trabajo, la morbi-mortalidad y la seguridad del paciente. Cataluña. 2015.
2. Dirección General de Atención sanitaria y Calidad SESCAM. Manual de instrucciones para el uso del listado de verificación de seguridad quirúrrgica de la OMS. 2013.
3. Hospital de Jarrio. Listado de verificación quirúrgica. Coaña-Asturias. 2016.

Capítulo 45

PROTOCOLO VIA RICA.

CRISTINA LOPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La vía rica o vÍa clínica de recuperación intensificada de cirugía abdominal es un tratamiento especial que consiste en la aplicación de una serie de medidas para minimizar el impacto y la repercusión orgánica que implica toda intervención quirúrgica de cólon, disminuyendo las posibles complicaciones, acelerando la recuperación y reduciendo el ingreso hospitalario.

En este protocolo interviene un equipo multidiciplinar formado por cirujanos, anestesistas, enfermeros pero es fundamental la colaboración activa del paciente así como de sus familiares o cuidadores para el cumplimiento de todas sus fases.
Los criterios de inclusión son:
- Edad entre 18-85 años.
- Adecuado estado cognitivo.
- ASA (escala para valorar riesgo quirúrgico) I,II y III.

2 Objetivos

- Mejorar el tratamiento durante el postoperatorio.
- Conseguir una recuperación más eficaz.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro de los objetivos de la VIA RICA se encuentra:
1- Pacientes en condiciones prequirúrgicas óptimas: para ello es necesario una valoración preopertaoria del paciente, desde el punto de vista nutricional, cardiológico, control de anemias. Profilaxis tromboembólica en pacientes de riesgo, correcta preparación del cólon.

2- Mejorar el tratamiento durante el postoperatorio : este punto incluye adoptar medidas adecuadas tanto en el intraoperatorio:
- Adecuada oxigenación.
- Control de dolor. Insetar catéter epidural en cirugía abierta.
- Optimización hemodinámica mediante fluidoterapia , ajustando en función del tipo de cirugía, es decir, si es laparoscópica o por laparotomía.
- Sondaje vesical si precisa.
- No poner SNG.
- Profilaxix antiemética.

No drenajes como en el postoperatorio inmediato:
- Mantenimiento de la temperatura y FIO2 de 0.5.
- Analgesia pautada según intervención con mínima administración de mórficos.
- Fluidoterapia restrictiva.
- Inicio de tolerancia oral 6 horas tras la cirugía.
- Inicio de movilización a las 8 horas tras la cirugía.
- Profilaxix tromboembólica sino hay sangrado.

3- Conseguir una recuperación más eficaz.

Con la implantación de estas medidas y protocolos en la cirugía abdominal se ha conseguido una mejor preparación del paciente de cara a la cirugía así como una recuperación más rápida, en mejores condiciones y con una reduccción de la estancia hospitalaria con todos los beneficios que ello comporta al paciente.

Se estructura en 3 etapas:

1ª fase : comienza en el domicilio del paciente previo al ingreso y consta fundamentalmente de una serie de pautas a seguir para optimizar en lo posible el estado del paciente antes de la cirugía.
- Abandono del hábito tabáquico y de alcohol.
- Ejercicios de fisisioterapia respiratoria con el uso del inspirómetro de incentivo.
- Nutrición adecuada para favorecer la cicatrización así como una adecuada respuesta inmunitaria frente a las infecciones.

Por tanto el aporte nutricional constará básicamente de 3 pilares fundamentales: dieta hipercalórica, hiperprotéica y adecuada hidratación. Diez días antes se hará una dieta rica en proteínas evitando grasas. Dos días antes dieta pobre en residuos.
La noche anterior preparación intestinal si es necesario.

2ª fase: se produce durante el ingreso hospitalario.
- Movilización precoz: el mismo día de la interveción debería incorporarse al sillón y al día sigueinte dar paseos cortos.
- Nutrición temprana: el mismo día de la intervención debe empezar a tolerar líquidos , excepto que se encuentre mal, y al día sigueinte beber hasta litro y medio de líquidos y bebidas hiperprotéicas.

En días sucesivos ir progresando a una dieta más sólida.
- Ejercicios de fisioterapia respiratoria con el inspirómetro incentivador

3ªfase: cuando es dado de alta a su domicilio.
El equipo de seguimiento informará al centro de salud del alta del paciente al domicilio para que realicen un seguimiento en las próximas 48 horas. Dentro de los criterios a cumplir: control efectivo del dolor con analgesia oral. Buena tolerancia a líquidos y dieta sin presentar náuseas ni vómitos. Total Autonomía para la movilidad. Programa de enseñanza en el manejo de la ostomía completado en caso de ser portador de la misma .

5 Discusión-Conclusión

Las mejoras continuas en la práctica asistencial y la formación continuada de los profesionales hace que se aumente la calidad asistencial, se obtengan mejores resultados clínicos, se reduzcan las estancias hospitalarias y lo más importante una rápida recuperación y vuelta a la vida cotidiana de los enfermos postoperados.

6 Bibliografía

- portal.guiasalud.es.
- www.enotas.es.
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Capítulo 46

LA IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA.

CRISTINA LOPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Conjunto de actividades necesarias para asegurar a los pacientes cardiópatas una condición física, mental y social óptimas para que por sus propios medios logren ocupar nuevamente un lugar tan normal como les sea posible en la comunidad y les conduzca a una vida activa y productiva.

Destinatarios:
- Post-IAM.
- Post-cirugía.
- Angina de pecho estable.
- Pacientes con transplante cardíaco.
- Pacientes sometidos a angioplastia o cirugía valvular.
- Miocardiopatías, arritmias cardiacas.
- Pacientes con Marcapasos o cardiodesfibriladores.
- Pacientes con insuficiencia cardíaca de cualquier origen.

2 Objetivos

- Restaurar al paciente a un estado físico, psicosocial y vocacional óptimo
- Asegurar la prevención 1ª y 2ª en pacientes con elevado riesgo coronario
- Disminuir la morbimortalidad cardiaca y la sintomatología

3 Metodología

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

4 Resultados

Para ello la RC costa de una serie de métodos:
Movilización precoz
- Entrenamiento físico supervisado
- Modificación de los factores de riesgo
- Educación y consejos

La rehabilitación cardiaca se compone de 3 fases:
Fase I o fase intrahospitalaria.
- El objetivo de esta fase es disminuir los efectos perjudiciales del reposo prolongado.
- Educación sobre dieta, modificación de los FR,
- Tratamiento farmacológico y síntomas de alarma
- Ejercicios de los miembros, sentarse y levantarse de forma intermitente y caminatas.

Fase II o fase extrahospitalaria (desde el alta hasta la 8-12 semana).
- Actividad física de acuerdo a las necesidades y a la condición clínicas del paciente
- Educación sobre factores de riesgo y su modificación, consejos relacionados con estilos de vida y apoyo

Fase III o fase de mantenimiento (4-6 meses).
En esta fase el paciente realiza una actividad física independiente conforme a un plan de entrenamiento al término de la fase II a través del control de su frecuencia cardíaca y/o percepción al esfuerzo físico mediante el uso de la escala de Borg que va de 6 a 20 puntos

Para llevarla a cabo es necesario un equipo multidisciplinario formado por :
- Enfermeras

- Cardiólogos
- Fisioterapeutas
- Nutricionistas
- Psicólogos
- Profesores de educación física

Beneficios:
- Mejoría de la tolerancia al ejercicio
- Mejoría de los síntomas
- Mejora del perfil lipídico
- Abandono del hábito tabáquico
- Mejoría del bienestar psicosocial y reducción del estrés
- Reducción de la mortalidad

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, la rehabilitación cardíaca ha demostrado una disminución de la morbilidad y mortalidad de estos pacientes favoreciendo la recuperación y la vuelta a la vida normal después de sufrir una afección cardíaca, así como a indentificar y eliminar las causas que han producido esa cardiopatía.

Para concluir debemos reseñar que existen contraindicaciones como son:
- Angina inestable, ICC, arrítmia incontrolada
- Shock cardiogénico
- TEP reciente
- Estenosis aórtica severa o moderada
- Bloqueo AV completo
- Pericarditis o miocarditis activa
- TAS en reposo mayor de 200 mmHg o TAD en reposo mayor de 100 mmHg
- Depresión del ST mayor de 3 mm
- Diabetes mellitus mal controlada
- Disfunción del VI
- Aneurisma disecante
- Enfermedad sistémica aguda o fiebre
- Trastornos articulares

6 Bibliografía

- https://fundaciondelcorazon.com
- www.mayoclinica.org
- www.quirónsalud.es corazón

Capítulo 47

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS EN POSTOPERADOS

IRENE LÓPEZ GONZÁLEZ

JULIA IBÁÑEZ LÓPEZ

1 Introducción

Las nauseas y vómitos postoperatorios (NVPO) constituyen una complicación frecuente de la cirugía, la anestesia y la analgesia, tienen una frecuencia elevada. Unos 75 millones de pacientes son anestesiados anualmente en el mundo de los que se estima que una tercera parte presenta náuseas y vómitos en el período postoperatorio (NVPO) llegando incluso a alcanzar valores como el 20 y el 50%, pudiendo llegar hasta un 80% en pacientes de alto riesgo.

Actualmente se considera un gran problema. Ocasionando no solo malestar en el paciente, sino también riesgo de complicaciones graves (alteraciones electrolíticas, hemorragia, aumento de la tensión en la línea de sutura…), un aumento de los costes del proceso quirúrgico y un impacto negativo en la calidad percibida por el paciente.

Desde el punto de vista del paciente, tener nauseas y vómitos postoperatorios es uno de los problemas que más preocupa, especialmente si el paciente ha sido operado previamente y en el postoperatorio ha sufrido episodios de nauseas y vómitos postoperatorios.

Un estudio prospectivo realizado con 10.811 pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas de diferente tipo, situaba las nauseas y vómitos postoperatorios como el tercer problema en preocupación para el paciente, detrás del dolor postoperatorio y de la posibilidad de sufrir un episodio de despertar intraoperatorio.

2 Objetivos

Nuestro objetivo es hacer una breve reflexión sobre los aspectos anatomofisiológicos que influyen en tener o no náuseas y vómitos postoperatorios, así como, las repercusiones y los factores de riesgo, la atención de enfermería adecuada y la profilaxis tanto farmacológica como no farmacológica.

3 Metodología

Para ello, hemos revisado datos bibliográficos, artículos, documentos y manejo de internet accediendo a enlaces de Google académico y TESEO entre otros, hemos utilizado palabras clave tales como “náuseas”, ”vómitos”, “postoperatorio”, “profilaxis”, “enfermeria” o ¨atención¨.

4 Resultados

Se cree que el vómito es, desde el punto evolutivo, un mecanismo de defensa frente a las toxinas ingeridas. Una primera línea de defensa sería la omisión de ciertas comidas o substancias por su olor o su sabor. La segunda línea sería la detección en el aparato digestivo de toxinas y la reacción nauseosa, la cual evitaría seguir consumiendo la sustancia, y la respuesta del vómito, que purga el organismo de las toxinas ya ingeridas. Existiría una tercera línea que sería la detección de las toxinas en la circulación por sensores localizados en el sistema nervioso central (SNC), seguida también de náuseas y vómitos (NV). Los fármacos antineo-plásicos, los agentes anestésicos, los opiáceos, etc. probablemente entran en contacto, a través de la circulación, con sensores en la mucosa intestinal y en el SNC induciendo la respuesta de defensa. El mecanismo responsable de las náuseas es mal conocido.

El vómito se activa mediante estímulos tanto humorales como neuronales, o ambos. El mecanismo del vómito está controlado por dos centros medulares principales: el centro del vómito, localizado en la porción dorsal de la formación retic-

ular, y el área gatillo del vómito (AGV), localizada en el área postrema del suelo del cuarto ventrículo.

Se han identificado actualmente más de 40 neurotransmisores, cuya activación produce el reflejo emético: histamínicos H1, muscarínicos M1, encefalinas, dopamina D2 y serotonina 5-HT3. La excitación de los receptores cannabinoides CB1 inhibe el reflejo emético. El área postrema es rica en receptores opioides, muscarínicos, dopaminérgicos D2 y serotoninérgicos, en especial el receptor 5-HT3. El centro del vómito tiene principalmente receptores dopaminérgicos y la activación de los receptores 5-HT3 provoca la liberación de dopamina. Los receptores histaminérgicos tipo H1 se concentran principalmente en el núcleo solitario y núcleo vestibular. También se conoce la existencia de receptores CB1 cannabinoides localizados en los centros medulares del vómito.

Los vómitos preocupan más en edades extremas de la vida (bebés y ancianos). Un vómito ocasional no tiene repercusión, pero de forma repetida puede ocasionar:
1. Deshidratación: pérdida de líquido en vómitos incoercibles (incontenibles).
2. Alcalosis metabólica: por pérdida de HCl.
3. Desnutrición: en casos de vómitos repetidos o en personas con pérdida de la consciencia.
4. Otras complicaciones más serias: a. Neumonía por aspiración: por no cerrarse la glotis. b. Obstrucción de la vía aérea. c. Síndrome de Boerhaave (rotura espontánea del esófago) más frecuente en el alcohólico y con alta mortalidad. d. Rotura gástrica: por contracciones violentas. e. Síndrome de Mallory-Weiss (laceración longitudinal de la unión esofagogástrica).

Los factores de riesgo que dependen del paciente más prevalentes e identificados como predoctores independientes de NVPO son:
• El sexo femenino: se estima que las mujeres tienen tres veces más riesgo de sufrir NVPO que los hombres.
• El status de no fumador: en el caso de los no fumadores, se estima que tienes dos veces más riesgo que los fumadores. El mecanismo fisiopatológico de este efecto protector del tabaquismo no está claro.
• La historia de NVPO o de cinetosis: La cinetosis es el trastorno debido al movimiento, bien sea por mar, aire, coche, tren o el producido por algunas atracciones cuyos principales síntomas son vómitos, náuseas, falta de equilibrio, producidos por la aceleración y desaceleración lineal y angular repetitivas.
• Debemos considerar además algunas condiciones médicas coexistentes, que igualmente predisponen a NVPO, tales como patologías gastrointestinales,

metabólicas, tumores cerebrales, el abdomen agudo o la obstrucción intestinal.
• La edad: los niños y jóvenes tienen más riesgo de padecerlo que las personas mayores.
• Además de otros factores como la ansiedad preoperatoria, las personas que padecen de migraña u obesidad, también estos pacientes son más proclives a padecer NVPO que los que no.

La naturaleza multifactorial de las NVPO requiere de un enfoque multimodal para su manejo, que debe ser tanto profiláctico como terapéutico, con el objetivo de minimizar riesgos. No es factible modificar las variables dependientes del paciente y de la cirugía, pero podemos influir directamente sobre las anestésicas.

Antes de la cirugía se le administra al paciente una medicación preanestésica, que consiste sobre todo en ansiolíticos, pero para el paciente postquirúrgico existe una gran gama de medicamentos: los antieméticos, denominados así porque previenen la emesis y las náuseas. Debemos vigilar que estos fármacos no puedan interactuar con otros que modifiquen y aumenten potencialmente los efectos secundarios. Sin embargo, no sólo existen tratamientos en forma de medicación, sino que existe otro tipo alternativo que también minimiza los efectos eméticos de la cirugía. Por un lado, la administración de O2 suplementario reduce la incidencia del vómito postoperatorio, aunque no de las náuseas. Es adecuado, por tanto, proveer al paciente de unas gafas nasales, ya que es una medida eficaz, no costosa y exenta de riesgos. Otro tipo de prácticas no farmacológicas son la realización de técnicas de relajación, sobre todo a nivel muscular, la hipnosis, una buena hidratación… Es también muy importante el alivio del dolor, ya que fuertes dolores pueden llevar a provocar NVPO.

5 Discusión-Conclusión

En lo referente estrictamente a las NVPO, las nauseas y vómitos tienen implicaciones clínicas como la interrupción o retraso de la dieta y medicación oral, la hipovolemia e hipotensión ortostática, alteraciones electrolíticas etc. o más graves como la dehiscencia de suturas, hemorragias o formación de hematomas, elevación de la presión intraocular o intracraneal entre otras. Por otra parte, el malestar del paciente es evidente y supone una mayor dependencia de cuidados de enfermería.

Aunque existen múltiples técnicas para minimizar la incidencia de las náuseas y los vómitos postquirúrgicos, cada paciente tiene un tratamiento personalizado,

siguiendo sus necesidades, y el nivel de riesgo que tienen a padecerlos.

Las nauseas y vómitos postoperatorios constituyen un problema habitual de la cirugía, la anestesia y la analgesia y ocurre de manera frecuente. Además, produce malestar, otras complicaciones de riesgo grave y un descenso en la calidad de vida en el paciente.

6 Bibliografía

- "Manejo actual de las náuseas y vómito postoperatorio" Dr. José Emilio Mille-Loera.
- "Profilaxis y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatrorios" Carlos Lagos, Sergio Quezada
- "Náuseas y vómitos postoperatorios. El pequeño gran problema." Cristina Mirabal Rodríguez, Neysi López Espinosa, Lisbet Borroto Armas.
- Ruíz López N., Martínez Rafael B., Poves Álvarez R., Buisán Garrido F. Profilaxis y tratamiento de las nauseas y vómitos postoperatorios. SOCLARTD Guía Clínica; 2004.
- Carrillo Esper R., Espinoza de los Monteros – Estrada I., Nava López J. A. Nausea y vómito postoperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología. 2012; Vol. 35 (nº 2): 122 – 131.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 48

ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL PACIENTE CON HEMATURIA.

ADELA GILGADO DAVILA

1 Introducción

La hematuria es la presencia de hematíes en la orina en cantidades superiores a la normal. En buenas condiciones de salud, el examen bioquímico de la orina no manifiesta la presencia de hematíes, en el examen del sedimento urinario se encuentra de 0 a 2 hematíes por campo y en el recuento de Addis con orina de 24 horas no hay más de 1 millón de elementos. Se considera hematuria cuando se excede estos límites.

Existen dos tipos de hematuria:
Hematuria Macroscópica: Se manifiesta por cambios en el color y la transparencia de la orina (más de 1, 5 ml. de sangre por litro de orina). En este caso, diferenciamos:
- Hematuria inicial: La orina es de color rojo al comienzo de la micción y después se aclara. La causa de la hemorragia suele estar en el marco distal del esfínter vesical, es decir, desde el cuello de la vejiga hasta la salida uretral.
- Hematuria total: La orina es de color rojo durante toda la micción, por lo general, es la causa más frecuente de hematuria macroscópica y la causa de la hemorragia suele ser por encima del cuello de la vejiga, incluyendo esta última.
- Hematuria terminal: La orina puede llegar a ser de color rojizo solo hasta el final de la micción.

Hematuria Microscópica: No hay cambios en el color o aspecto de la orina y la hematuria solo se descubre con el examen bioquímico y del sedimento urinario (menor de 1, 5 ml. de sangre por litro de orina).

La distinción no resta importancia clínica a una o a otra, sino que se consideran manifestaciones de un mismo fenómeno. El estudio urológico completo es obligatorio en ambos casos y la relevancia del foco sangrante no tiene por qué relacionarse con la cantidad de sangrado. La macrohematuria es más frecuente en varones (en proporcion de 3:1), mientras que ambos sexos se igualan en los casos de microhematuria. La microhematuria origina el 12% de las consultas en nefrología, el 4,2% de las realizadas en urología y el 0,3% de los servicios de urgencias. El 5% de las consultas por microhematuria son pediátricas.

2 Objetivos

- Sintetizar en un único documento los conocimientos necesarios para afrontar un caso de hematuria a modo de pequeña guía didáctica para el personal hospitalario.
- Analizar por completo el rol de la enfermería y su importancia ante un paciente con hematuria.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos más importantes como: Pubmed, Scielo, Cuiden, Google Académico utilizando las palabras clave: orina, hematuria, enfermería, cuidados. También se han revisado revistas científicas y libros especializados en la hematuria, podemos destacar la Asociación Española de enfermería en Urología.

4 Resultados

Etiología de la hematuria.
En la hematuria, los riñones (u otras partes de las vías urinarias) permiten que se filtren células sanguíneas en la orina. Esta filtración puede deberse a varios problemas, como los siguientes:
- Infecciones de las vías urinarias: Se producen cuando ingresan bacterias en el cuerpo a través de la uretra y se multiplican en la vejiga. Algunos de los síntomas son: necesidad constante de orinar, dolor y ardor al orinar, y orina con olor muy intenso.

En algunos casos, especialmente en los adultos mayores, el único signo de la enfermedad puede ser la sangre microscópica en la orina.

- Infecciones renales (pielonefritis): Pueden presentarse cuando ingresan bacterias en los riñones desde el torrente sanguíneo o a través de los uréteres de los riñones. Los signos y síntomas suelen ser similares a los de las infecciones de vejiga, aunque es más probable que las infecciones de riñón causen fiebre y dolor en el costado.
- Cálculo en la vejiga o en el riñón: A veces, los minerales presentes en la orina concentrada forman cristales en las paredes de los riñones o de la vejiga. Con el tiempo, los cristales se pueden transformar en piedras pequeñas y duras, que se llaman "cálculos".

Por lo general, estos cálculos no causan dolor, de modo que probablemente no notes su presencia hasta que produzcan un bloqueo o pasen por las vías urinarias. Es entonces cuando los síntomas se vuelven inconfundibles: los cálculos en los riñones, en particular, causan un dolor insoportable. Los cálculos en los riñones o en la vejiga también pueden provocar sangrado visible o microscópico.

- Agrandamiento de la próstata: La glándula prostática, que se encuentra debajo de la vejiga y rodea la parte superior de la uretra, suele agrandarse a medida que los hombres se acercan a la mediana edad. Entonces, comprime la uretra, por lo cual se bloquea parcialmente el flujo de orina. Algunos de los signos y síntomas del agrandamiento de la próstata (hiperplasia prostática benigna o HPB) son dificultad para orinar, necesidad urgente o constante de orinar y sangre visible o microscópica en la orina. La infección de próstata (prostatitis) puede provocar los mismos signos y síntomas.
- Enfermedad renal: El sangrado urinario microscópico es un síntoma frecuente de la glomerulonefritis, una inflamación del sistema de filtración de los riñones. La glomerulonefritis puede ser parte de una enfermedad generalizada, como la diabetes, o puede presentarse por sí misma. Las infecciones virales o estreptocócicas, las enfermedades de los vasos sanguíneos (vasculitis) y los problemas inmunológicos, como la nefropatía por inmunoglobulina A, que afecta los pequeños capilares que filtran la sangre en los riñones (glomérulos), pueden desencadenar la glomerulonefritis.
- Cáncer: El sangrado visible en la orina puede ser un signo de cáncer avanzado de riñón, vejiga o próstata. Por desgracia, es posible que estos tipos de cáncer no presenten signos ni síntomas en los primeros estadios, cuando se pueden tratar con más eficacia.
- Trastornos hereditarios: La anemia de células falciformes, un defecto hereditario en la hemoglobina de los glóbulos rojos, provoca sangre en la orina, en forma de hematuria visible y microscópica. Otra posible causa es el síndrome de Alport, que afecta las membranas de filtración en los glomérulos de los riñones.

- Lesión renal: Un golpe u otra lesión en los riñones por un accidente o por practicar un deporte de contacto puede provocar sangre visible en la orina.
- Medicamentos: La ciclofosfamida, un medicamento que se usa contra el cáncer, y la penicilina pueden provocar sangrado urinario. A veces, el sangrado urinario aparece si tomas un anticoagulante, como aspirina o heparina, y a la vez tienes una afección que causa que sangre la vejiga.
- Ejercicios extenuantes: En raras ocasiones, hacer ejercicios extenuantes provoca hematuria macroscópica, cuya causa se desconoce. Esto puede relacionarse con un traumatismo en la vejiga, la deshidratación o la descomposición de glóbulos rojos, que pueden deberse al ejercicio aeróbico continuo.

Por lo general, las personas que corren son las más afectadas, aunque cualquiera puede sufrir sangrado urinario visible después de un entrenamiento intenso. Si ves sangre en la orina después de hacer ejercicio, no des por sentado que ese es el motivo. Consulta con el médico.

Factores de riesgo.
Casi todas las personas, incluso los niños y adolescentes, pueden tener glóbulos rojos en la orina. Los factores que lo hacen más probable comprenden:
- Edad: Muchos hombres mayores de 50 años tienen hematuria ocasional debido a un agrandamiento de la glándula prostática.
Una infección reciente: La inflamación renal tras una infección viral o bacteriana (glomerulonefritis posinfecciosa) es una de las principales causas de la sangre urinaria visible en los niños.
- Antecedentes familiares: Es posible que seas más propenso al sangrado urinario si tienes antecedentes familiares de enfermedad renal o cálculos renales.
Ciertos medicamentos: Se sabe que la aspirina, los analgésicos antiinflamatorios no esteroides y los antibióticos como la penicilina aumentan el riesgo de sangrado urinario.
- Ejercicios extenuantes: Los corredores de larga distancia son especialmente propensos al sangrado urinario inducido por el ejercicio. De hecho, la enfermedad se conoce a veces como “hematuria del corredor”. Pero cualquiera que trabaje de forma extenuante puede contraer los síntomas.
- Los factores personales de riesgo neoplásico que obligan al estudio de la microhematuria también son trabajadores de industrias químicas con exposición a bencenos o aminas aromáticas; abuso de los analgésicos y del tabaco; presencia de infecciones crónicas de orina, dolor en la micción o superar los 40 años.

Diagnóstico.

Se basa en tres parámetros: el interrogatorio, el examen físico y los exámenes complementarios.

Interrogatorio:

- La edad puede servir de orientación puesto que en la niñez son más frecuentes las glomerulonefritis y las pielonefritis. En la edad adulta lo son las litiasis, pielonefritis , glomerulonefritis y tuberculosis. Después de los 50 años predominan el cáncer de riñón y vejiga y la patología prostática (adenoma y carcinoma). Se puede ver también litiasis e infecciones urinarias.
- Los antecedentes pueden ser importantes: Una historia familiar de enfermedad renal y sordera, a veces con alteraciones oculares (cataratas, queratocono) orientan al síndrome de Alport (glomerulopatía). Familiares del paciente en 1 o 2º que padezcan tendencia a las hemorragias orientan a una coagulopatía. La poliquistosis en alguno de los progenitores o abuelos es un dato importante. La ingestión de medicamentos puede causar hematuria y debe ser investigada, especialmente analgésicos y / o anticoagulantes.
- Algunos síntomas son orientadores: por ejemplo un cólico renal seguido de hematuria orienta a litiasis, pero si en este contexto se eliminan coágulos vermiformes, pensar en enfermedad destructiva del riñón (TBC, cáncer). Si además de la hematuria hay fiebre y lumbalgia sin cólicos, pensar en pielonefritis aguda y si a esta sintomatología se agrega anuria y eliminación de trozos de tejidos en un diabético, pensar en papilitis renal necrotizante. Un dolor hipogástrico que irradia al pene, con tenesmo acompañando a la hematuria orienta a una litiasis vesical. Una hematuria indolora con antecedentes de nicturia, polaquiria y disuria hace sospechar patología prostática. El antecedente de una arritmia cardíaca (fibrilación auricular) con hematuria, con o sin dolor lumbar induce a sospechar embolia renal. Lo mismo si el paciente está cursando un infarto de miocardio. Pero si recibe heparina por el infarto corresponde diferenciar iatrogenia con embolia.

Examen físico.

Se debe efectuar un examen completo y no solo del aparato urinario, pues signos extraurinarios, pueden aportar elementos valiosos para el diagnóstico. Así tendremos que en un paciente con púrpura y antecedentes de otros sangrados (epistaxis, gingivorragias, enterorragia o melena), se puede pensar en una diátesis hemorrágica, espontánea o inducida por anticoagulantes (antecedentes de recibir dicumarínicos). Si existe artritis o artralgias con diarrea sanguinolenta y cólicos abdominales luego de un cuadro respiratorio alto se puede sospechar púrpura anafilactoide de Schónlein Henoch. Si el paciente tiene, además de hematuria, edema subcutáneo e hipertensión arterial, cabe pensar en una un síndrome ne-

frítico agudo o subagudo, y si hay signos de insuficiencia cardíaca con anorexia, náuseas o vómitos y mal estado general, se trata de una glomerulopatía crónica con insuficiencia renal terminal. En un paciente femenino, hematúrico, micro o macroscópico, con artritis, fiebre y eritema malar en alas de mariposa pensar en lupus eritematoso sistémico.

En el examen del aparato urinario se palpará los riñones pues una nefromegalia indolora unilateral puede orientar a un cáncer renal, si es bilateral, una poliquistosis renal, si es dolorosa y unilateral y precedida por un cólico más bien corresponde a una uronefrosis litiásica. La puñopercusión positiva puede orientar a pielonefritis, litiasis, tuberculosis, infarto renal. Lo mismo vale para el dolor en los puntos uretrales. La palpación y percusión del hipogastrio nos aportaran datos sobre patología vesical y/o retención urinaria baja. No debe olvidarse el tacto rectal que nos informará de la próstata.

Prueba de los tres vasos de Guyon:
Sirve para localizar aproximadamente la topografía de una hematuria macroscópica. Consiste en hacer orinar al paciente y tratar de que distribuya la micción en tres vasos, con lo cual se puede observar:
- La orina de los tres vasos es de color rojo (toda la orina sale teñida de rojo). Se trata de una hematuria total y la ubicación del sangrado es el riñón y parte inicial del uréter.
- La orina del primer vaso es rojiza mientras que la del segundo y tercero es de color amarillo ámbar (al principio sale roja y luego es de color normal). Es una hematuria inicial y la ubicación de la hemorragia es la parte inferior de la vejiga y la uretra membranosa y prostática.
- La orina de los dos primeros vasos es normal (amarillo ámbar) y la del tercer vaso es roja o de color pardo oscuro Es una hematuria terminal o final y el sitio de la hemorragia está en la parte posterior o trasfondo de la vejiga.

Si es imposible juntar la orina en los tres vasos por diversas causas, basta con observar la micción y se podrá verificar las mismas alteraciones que en los tres vasos.

Laboratorio.
El análisis completo de orina es fundamental, primero para certificar la hematuria, especialmente si es microscópica y descartar pigmenturias (orinas coloreadas por elementos diferentes a la sangre). Los datos del análisis de orina que certifican una hematuria son, la reacción positiva para hemoglobina en el examen químico y el hallazgo de hematíes en el sedimento, ya sea aislados o agru-

pados, o bien, formando cilindros. Recordar que en la hematuria microscópica, en el análisis de orina se considera que hay hematuria cuando se cuenta más de dos eritrocitos por campo microscópico a 40 aumentos o bien cuando en el recuento de Addis con orina de 12 horas. Se encuentran más de 500.000 elementos por ml. Cuando el origen de la hematuria es renal, especialmente enfermedades glomerulares o tubulares no destructivas, los hematíes aparecen deformes, rotos, a veces con aspecto espiculado o de pera (hematíes dismórficos) y forman cilindros con hematíes identificables (cilindros eritrocitarios) o bien sin identificar eritrocitos pero teñidos con hemoglobina (cilindros hemoglobínicos). En las enfermedades destructivas del riñón (carcinoma, TBC) y en las hemorragias por debajo del riñón, no hay cilindros ni hematíes dismórficos. El hallazgo de otras anormalidades de la orina son de ayuda. Por ejemplo la existencia de neutrófilos conservados o en degeneración o necrosis (piocitos) orientan a una pielonefritis, cistitis, prostatouretritis o TB. Si además de neutrófilos hay linfocitos pensar en una nefritis intersticial no bacteriana. Si hay abundantes cristales en el sedimento se puede pensar en una litiasis urinaria. Si además de la hematuria hay proteinuria mayor de 1 g. por día y cilindruria se debe pensar en una glomerulonefritis. Si hay sospecha de cáncer de uréter o vejiga, la tinción del sedimento con el método de Papanicolau puede encontrar células anaplásicas. Los otros análisis de rutina (hemograma, eritrosedimentación, uremia, glucemia) orientarán hacia el diagnóstico o sugerirán la indicación de otros análisis: coagulograma, hepatograma, exámenes bacteriológicos, recuento de Addis, proteinuria de 24 horas, estudios inmunológicos en la sangre.

Estudios por imágenes.
Comprenden la radiología convencional, ecografía y la tomografía axial computada. Todos ellos buscan signos morfológicos de lesión del aparato urinario que en algunas circunstancias son de por si diagnósticos sin necesidad de otra metodología como en el caso de quistes renales o cálculos radio opacos. En otras circunstancias producen alteraciones bastante características que permiten sospechar el diagnóstico como las alteraciones en clava de los cálices renales en la pielonefritis, las distorsiones de los cálices y pelvis con cavernas parenquimatosas en la TBC, las imágenes lacunares por falta de relleno en los cálculos y tumores vegetantes en la vía urinaria en el urograma excretor. La invasión de estructuras vecinas que se aprecia en la ecografía y la tomografía computada en los casos de carcinomas, lo cual, además, permite estadificar el paciente para evaluar un tratamiento quirúrgico. En las nefropatías "médicas" (no pasibles de tratamiento quirúrgico como las glomerulonefritis crónicas, la nefroangioesclerosis, nefritis intresticiales) se aprecia disminución bilateral, difusa de las dimen-

siones renales que permite sospechar el diagnóstico. La ecografía y la tomografía axial computada sirven como guía cuando se desea efectuar punción biopsia de una lesión renal o para evacuar una colección líquida.

La urografía excretora y la ecografía son métodos más baratos pero la radiología utiliza la inyección de sustancias yodadas potencialmente tóxicas o alergénicas. La tomografía computada es más cara y también requiere el uso de contraste, con los mismos problemas que en la radiología. La pielografía retrógrada o ascendente se utiliza cuando se sospecha una obstrucción ureteropiélica y el paciente tiene una azoemia superior a 1 g% en cuya circunstancias el riñón es incapaz de excretar el contraste yodado con lo que no se puede opacificar el aparato urinario. Es un método invasivo en el cual se coloca un catéter en uréter que puede ocasionar su traumatismo y /o una infección ascendente renal.

- Endoscopía: Útil cuando se sospecha una causa vesical o prostática de hematuria pues además de observar los aspectos macroscópicos de las lesiones permite la toma de una muestra de tejido para anatomía patológica. Otra circunstancia de uso de la uretrocistofibroscopía es cuando las imágenes no aportan datos de las causas de hematuria y se desea saber cuál árbol urinario es el que está sangrando para focalizar otros estudios (arteriografía o pielografía retrógrada).
- Arteriografía: Se utiliza cuando se sospecha tromboembolismo de la arteria renal o cuando existe una masa renal que no se puede biopsiar y también en caso de uronefrosis por vasos polares renales que comprimen la unión pieloureteral.
- Biopsia: Las biopsias más frecuentemente utilizadas en el diagnóstico de la hematuria son la punción biopsia renal, punción biopsia de próstata y biopsia endoscópica de la vejiga. La punción biopsia renal se utiliza con control tomográfico computado para acceder exactamente al sitio de la lesión. La punción biopsia de la próstata se efectúa por vía rectal, antes se lo hacía a ciegas guiado por el tacto rectal pero actualmente se puede hacer bajo control ecográfico o tomográfico. Cabe agregar que en las hematurias en que se sospeche enfermedad glomerular, además de las técnicas usuales de microscopía óptica, se utiliza la inmunofluorecencia para identificar depósitos de complejos inmunes en dicha estructura, y la microscopía electrónica para identificar la localización exacta de dichos depósitos en las paredes del glomérulo. Estos datos permiten diferenciar, en algunas circunstancias, las diferentes glomerulopatías, especialmente cuando se complementa con la clínica y algunos estudios inmunológicos en la sangre.

Tratamiento de la hematuria.

El tratamiento dependerá si nos encontramos ante una hemorragia leve o ante un cuadro de hematuria copiosa con expulsión de grandes coágulos que puedan

taponar la vía urinaria. Ante una hematuria leve, sin la apreciación de grandes coágulos, y sin repercusión hemodinámica tras haberle realizado las analíticas correspondientes, el tratamiento puede bastar con adoptar medidas paliativas tales como recomendación de beber bastante líquido para evitar la formación de coágulos en el interior de la vejiga, y que se acompañe de reposo relativo del paciente y tratamiento en ocasiones con sustancias coagulantes tales como el ácido épsilon aminocaproico o ácido trenexámico, el asociar antibióticos dependerá de la clínica asociada que presente el paciente o si aparece bacteriuria en la analítica.

Posteriormente realizaremos estudio completo hasta llegar al diagnóstico, en principio no tiene que ser ingresado el paciente y se le puede hacer estudio diagnóstico en medio ambulatorio. Si nos encontramos con una hematuria copiosa con o sin coágulos, tendremos que colocar sonda uretral, extraer coágulos y lavado continuo vesical con suero fisiológico para evitar la formación de coágulos y garantizar la función miccional del paciente. Al mismo tiempo se le realizará control analítico para valorar intensidad del proceso y por si hubiera que transfundir. Si se controla la hematuria y no provoca un cuadro anemizante agudo, se le recomendará reposo absoluto e ingesta de líquidos, precisará ingreso en unidad de encame y posterior evaluación diagnóstica. Pero nos podemos encontrar ante una hematuria que provoca un cuadro anemizante agudo y que no baste con medidas paliativas como puede suceder ante un traumatismo renal, y que nos lleve a procedimientos quirúrgicos como única manera de controlar el sangrado.

Cuidados de Enfermería en el paciente con hematuria.
Lavado vesical continuo: Consiste en la continua irrigación con suero fisiológico a través de la sonda vesical para mantener la permeabilidad de la sonda en pacientes con orina hemática, por patología vesical o por intervención quirúrgica.

Material:
- Bolsas de suero fisiológico de 3000 ml.
- Sonda vesical de 2 o 3 vías en función del tipo de lavado.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Bolsas de orina conectado a sistema cerrado.
- Sistema colector de orina.
- Pinzas de plástico para clampar.
- Gasas estériles.
- Paño estéril.
- Antiséptico.

- Soporte para suero.
- Equipo para irrigación.

Pasos:
1. Colocación de sonda vesical: Prepararemos el material necesario y lo introduciremos en la batea, nos lavaremos las manos y nos colocaremos los guantes no estériles, identificaremos al paciente al que le vamos a colocar la sonda y le informaremos del procedimiento tanto a él como a su familia. Empezaremos proporcionando al paciente toda la intimidad necesaria en su habitación, le pediremos que se coloque en decúbito supino si es varón o que adapte la posición de litotomía si es mujer. A continuación prepararemos el campo estéril y echaremos el material necesario dentro de él, cargaremos la jeringa de 10ml con el suero fisiológico y la incorporaremos al campo, con la ayuda del auxiliar de Enfermería limpiaremos la zona genital con las gasas muy impregnadas en la solución antiséptica.

A partir de aquí nos colocaremos los guantes estériles y procuraremos una asepsia absoluta, cogeremos la sonda vesical e impregnaremos la punta con el lubricante urológico, la sonda la manejaremos con la mano dominante, con la otra nos ayudaremos a manejar el meato urinario:
- En hombres, agarraremos el pene en ángulo recto y con el prepucio retraído, una vez introducidos unos 10 cm, colocaremos el pene en un ángulo de unos 60º y terminamos de introducir la sonda.
- En mujeres, separaremos los labios mayores y menores e introduciremos la sonda hasta el final.

Una vez que salga orina a través de la sonda, la pinzaremos o la conectaremos a la bolsa colectora según la finalidad del sondaje. Inflaremos el balón de la sonda vesical con la jeringa precargada de suero fisiológico y con cuidado iremos retirando la sonda hasta que notemos la resistencia por el balón neumático. Si conectamos la sonda a una bolsa colectora, la colgaremos en el soporte para la cama. Finalizaremos la técnica recogiendo y desechando el campo estéril y los guantes, nos lavaremos las manos y registraremos el proceso y sus complicaciones, si las hubiera, en las incidencias de Enfermería, así como sus cuidados y la fecha del próximo cambio si se produjese.

2. Conectar la bolsa de 3000 ml de suero al sistema de perfusión.
3. Abrir la llave de perfusión al flujo indicado.
4. Tras el llenado de orina en bolsa, retirarla, cambiarla y contabilizar la orina.
5. Por último registrar en la historia clínica la hora de inicio y fin del lavado

vesical continuo y el ritmo de irrigación y se registrarán las entradas y salidas de la irrigación vesical, las incidencias producidas y la realización de un balance diario para conocer la diuresis aproximada del paciente. Cuidados del paciente con lavado vesical:

- Limpiar el meato urinario con agua y jabón una vez al día y siempre que se ensucie con heces.

Lavar bien los restos acumulados en la sonda cerca del meato. Girar esta sobre su eje longitudinal para evitar adherencias (nunca introducir la sonda ni tirar de ella).

- Aunque los sistemas de recolección de orina dispongan de válvula antirreflujo, tomar la precaución de clampar la sonda vesical y procurar que la bolsa quede siempre por debajo del nivel de la vejiga cuando se movilice al paciente. Tan pronto como sea posible, bajar la bolsa y despinzar la sonda.
- Evitar desconexiones innecesarias de la sonda, siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje.
- El ritmo de irrigación se disminuirá según el grado de aclaramiento observado en la bolsa colectora.
- Valorar los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, dolor, orina turbia o maloliente, etc.), y si hay sospecha, enviar la punta de la sonda a microbiología.
- Contabilizar la cantidad de suero de irrigación utilizado y la cantidad de líquido recogido en la bolsa de orina para el balance hídrico.
- Control frecuente y observación de la permeabilidad de la sonda. Evitar acodamientos.
- Controlar la salida del líquido y vigilar las características de la orina (color, presencia de moco, coágulos o sedimento, etc.) para valorar la efectividad del lavado continuo.
- Para la toma de muestras de orina, tener en cuenta la realización de los lavados vesicales.
- Cambiar, mediante técnica estéril, el equipo de irrigación cada 48 horas.
- Conocer las situaciones clínicas y sustancias endógenas y exógenas que pueden colorear la orina de rojo, pardo o negro y confundirse con hematuria.
- Cuando se interrumpa la irrigación de la vejiga y la sonda deba permanecer colocada, desconectar el equipo de irrigación y colocar un tapón estéril especial para sonda vesical en la luz de irrigación.

5 Discusión-Conclusión

La hematuria es una de las causas más frecuentes de consulta urológica de urgencia, y su inicial manejo y enfoque diagnóstico puede ser fundamental para la posterior evolución y curación del proceso originario. El rol de vigilancia por parte del profesional de Enfermería es de especial relevancia, ya que implica un mayor grado de seguridad para el paciente.

6 Bibliografía

- Luis Rodrigo, MªTeresa. Los Diagnósticos Enfermeros. Ed. Masson; Barcelona 2000
- Hospital Universitario Reina Sofía. Inserción y mantenimiento de la sonda vesical. Córdoba; 2012. [Actualizada el 16 de abril de 2012].
- Oto Cavero, E., Sanz Moncusí, M. y Montiel Pastor, M. Enfermería medicoquirúrgica. Necesidad de nutrición y eliminación. Masson. 2003. Barcelona. Pág.203-208.
- Carballo Álvarez M, Martínez M, Llaga M. Sondaje vesical. Rev. Rol Enfermería. 2007; 30(11):759-762.
- Rodrigo Mª D, Gómez C, Monge M. Hematuria: aproximación diagnóstica. An Pediatr Contin. 2011; 9:48-54.
- García JM, Hidalgo-Barquero E. Protocolo diagnóstico de la hematuria. En: García V, Santos F, Rodríguez B, editores. Nefrología Pediátrica. Madrid: Aula Médica; 2006. p. 413-23.
- Cara G M, Peña A. Hematuria. An Pediatr Contin. 2009; 7:61-69.
- Del Río Mayor C, Sánchez Martín E. Una hematuria en atención primaria. Med Integr. 2002; 40:298-304.
- Asensio Martín J, Valverde Martínez S, González Casado I. Hematuria. FMC. 2014; 21:588-96.
- Hernández R, Marín J. Hematuria. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. AEP. Nefrología. 2001; 3:133-47.
- Rodrigo Mª D, Gómez C, Monge M. Hematuria: aproximación diagnóstica. An Pediatr Contin. 2011; 9:48-54.

Capítulo 49

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UN SHOCK ANAFILÁCTICO.

ADELA GILGADO DAVILA

1 Introducción

La anafilaxia fue descrita en 1902, sin embargo, sigue sin existir una definición de anafilaxia universalmente aceptada. La más utilizada, en la actualidad, es la publicada em el documento de consenso del simposio sobre la definición y el manejo de la anafilaxia del año 2005, que la describe como "una reacción alérgica de inicio rápido que puede producir la muerte". Actualmente, la anafilaxia se clasifica en inmunológica (IgE dependiente o independiente) y no inmunológica (por ejemplo, la originada por algunos contrastes iodados). Sus síntomas están causados por una liberación masiva de mediadores, principalmente de mastocitos y basófilos, que pueden tener como diana cualquier órgano.

Los datos epidemiológicos acerca de la anafilaxia son escasos. La prevalencia se estima entre el 0,05% y el 2%, aunque su incidencia parece estar aumentando. En los últimos años, se han publicado varios estudios que han intentado establecer la incidencia de anafilaxia en los servicios de urgencias de diversos hospitales. Los datos publicados en estos estudios oscilan entre el 0,07% y el 0,4%. Esta variabilidad puede deberse a características de la población y zona geográfica, y también a limitaciones metodológicas, condicionadas principalmente por la falta de consenso en cuanto a su definición, las dificultades para la codificación de la anafilaxia mediante códigos CIE y el funcionamiento de los servicios de urgencias. Además, la mayor parte de estos estudios se centran en pacientes adultos, y en menos ocasiones analizan las características de los pacientes en edad pediátrica.

Se han descrito múltiples causas de la anafilaxia, cuya frecuencia se ve modificada por factores externos, como la localización geográfica o el grupo de edad de los pacientes. Los estudios etiológicos suelen basarse en diagnósticos de presunción, generalmente autorreferidos por el paciente o declarados por el médico de atención primaria o de urgencias, sin estar confirmados por un diagnóstico alergológico, por lo que parece posible que las verdaderas causas de anafilaxia difieran.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Determinar la incidencia, las características y las causas de la anafilaxia en pacientes adultos y pediátricos que acuden a los Servicios de Urgencias del Hospital.

Objetivos secundarios:
- Valorar el diagnóstico de la anafilaxia en los Servicios de Urgencias.
- Valorar los síntomas y signos más frecuentes en la anafilaxia.
- Valorar el correcto tratamiento ante la anafilaxia.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo fin de máster se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica sobre que es la anafilaxia. Para ello se han utilizado diferentes fuentes de información:
- Libros en papel y en formato electrónico.
- Bases de datos consultadas de forma on-line como: Dialnet plus, ScienceDirect, Scielo, Pubmed, etc.
- Artículos científicos, publicados en revistas de carácter científico.
- Páginas webs: Aepnaa, mayoclinic, seicap, etc.

Para la búsqueda de información en las bases de datos en soporte informático las palabras claves utilizadas han sido: enfermería, anafilaxia, signos y sintomas, tratamiento.

4 Resultados

Existen referencias y descripciones de la anafilaxia desde la antigüedad. En la literatura médica china y griega, ya se hace referencia a fenómenos que podían rela-

cionarse com la anafilaxia, principalmente en relación con alimentos. Hipócrates se refirió a ellas como "idiosincrasia".
La primera descripción de una anafilaxia tras la picadura de una abeja data de 1765, cuando el Dr. Desbrest refirió la muerte de un paciente de 30 años por este motivo. Sin embargo, anteriormente, ya se refiere la muerte del faraón Menes, fundador de la I Dinastía (s. XXXII a. C.), tras la picadura de un insecto, probablemente un himenóptero, que algunos quieren ver como una reacción anafiláctica.

François Magendie es el autor, en 1839, de las primeras anafilaxias experimentales, producidas tras la inyección de ovalbúmina a conejos. El investigador observó que estos animales, habitualmente, morían tras la segunda o tercera inyección de la proteína. Él lo atribuyó a una intoxicación.

En 1901, el fisiólogo Charles Richet y el zoólogo Paul Portier, ambos franceses, se embarcaron por invitación del Príncipe Alberto I de Mónaco, en el yate Princesa Alicia II. A bordo de esta nave, los investigadores intentaron aplicar la idea de la profilaxis, que los estudios de Louis Pasteur y Robert Koch habían popularizado unos años antes, a la actinotoxina presente en el veneno de la falsa medusa, conocida como carabela portuguesa (Physalia physalis). El objetivo era prevenir los efectos indeseables de dicho veneno, administrando formas modificadas de la toxina.

Al volver a tierra, la disponibilidad de este cnidario era escasa y, por ello, siguieron investigando con veneno de Anemonia sulcata (anémona de mar común). Sin embargo, en vez de obtener dicha "profilaxis", se encontraron con lo que interpretaron como el fenómeno opuesto. Así, el 10 de febrero de 1902, el perro Neptuno, tras haber recibido 0,05 cc/kg de actinotoxina el 14 de enero y 0,1 cc/kg el 22 de enero, presentó prurito y disnea, murió de forma violenta segundos tras una tercera inyección de 0,12 cc/kg.

"C'est un phénomène nouveau, il faut le baptiser! (¡es un fenómeno nuevo, hay que bautizarlo!)", escribió Charles Richet en su diario. Para hacerlo, quiso expresar la idea de falta de protección, como un fenómeno opuesto a la profilaxis. Se propuso utilizar el término "aphylaxie", usando el privativo griego "a-" ("sin"), como prefijo, pero por razones de sonoridad, prefirió "anaphylaxie", anafilaxia, un término que comenzó a utilizarse rapidamente en todo el mundo y que ha perdurado hasta nuestros días.

Paul Portier pronto se desentendió de su descubrimiento, pero los experimentos que continuó llevando a cabo Charles Richet, le valieron el Premio Nobel de

Medicina en 1913, a pesar de que su explicación al fenómeno, posteriormente, se demostraría incorrecta. En su discurso de aceptación del Premio Nobel, Richet dijo que el descubrimiento de la anafilaxia "no es en absoluto el resultado de pensamientos profundos, sino la simple observación, casi accidental; así que mi mérito sólo ha sido permitirme ver los hechos, que se presentaron de forma evidente ante mí".

Definición

No existe una definición universalmente aceptada de la anafilaxia. En el año 2005, se produjo un consenso en EE. UU., propiciado por el Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (NIAID) y la Red de Alergia a Alimentos y Anafilaxia (FAAN), en el que se definió la anafilaxia como una "reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal". Ésta es la misma fórmula que se ha utilizado em la Guía Española de Actuación en Anafilaxia (GALAXIA). La Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) la define como "una reacción de hipersensibilidad generalizada o sistémica, grave y que amenaza la vida".

Desde el punto de vista clínico, nos referimos a la anafilaxia para hablar de un síndrome, de mecanismo inmunológico o no, producido por la liberación masiva de mediadores celulares, de los mastocitos y los basófilos, principalmente, y con repercusión generalizada. Se caracterizará por la aparición de signos y síntomas a nivel cutáneo (eritema, prurito, urticaria, angioedema), gastrointestinal (dolor abdominal, náuseas, vómitos), respiratório (disnea, broncoespasmo) y/o cardiovascular (mareo, pérdida de consciencia, hipotensión). No obstante, existen autores que ven discutible la aplicación del término anafilaxia si no existe afectación cardiovascular y/o de algún nivel de la vía respiratoria.

1. Epidemiologia

Incidencia y prevalencia de la anafilaxia.

Existen aún amplias lagunas en el conocimiento sobre la epidemiología de la anafilaxia, a pesar de los avances que se han producido en los últimos años. Su estudio se ve dificultado, entre otros, por los siguientes factores:

- Existe una falta de consenso en cuanto a su definición y criterios diagnósticos. Si bien, desde 2005, aunque el acuerdo en cuanto a este punto es mayor, aún dista de estar universalmente aceptado.
- La naturaleza de la enfermedad, que alterna episodios de reagudización, con

intervalos de tiempo en los que el paciente permanece asintomático.
- El diferente funcionamiento de los diversos servicios de urgencias, donde los pacientes son atendidos durante los cuadros agudos y graves, hace difícil realizar estúdios epidemiológicos.
- La dependencia de las enfermedades alérgicas de los factores demográficos y geográficos, dificulta la extrapolación a otros países de los resultados de los estudios, realizados hasta ahora en su mayoría en países anglosajones.
- La anafilaxia se encuentra infradeclarada. Esto se se debe en parte a que los códigos CIE tienen carencias para codificar esta enfermedad adecuadamente, dificultando la localización de casos, produciendo que, probablemente, la mayor parte de los estudios obtengan datos infraestimados sobre la frecuencia de la anafilaxia.

Todos estos factores dificultan, no sólo la comparabilidad entre los diferentes estudios, sino la propia elección de la metodología más adecuada para alcanzar conclusiones reales, como la medida de frecuencia que debe utilizarse para analizar la anafilaxia. La mayor parte de los estudios epidemiológicos calculan la frecuencia de la anafilaxia utilizando la incidencia (número de casos nuevos en una población durante un período de tiempo), ya que la prevalencia (individuos de una población que presentan la enfermedad en un período de tiempo) parece un dato poco preciso para una enfermedad en la que la reacción se resuelve al final del cuadro, manteniéndose el paciente asintomático hasta la próxima reacción.

La incidencia parece más adecuada y, por este motivo, es la que se utiliza en la mayor parte de los estudios epidemiológicos. En 2006, Lieberman y colaboradores calcularon la prevalencia de la anafilaxia en población general, basándose en los estudios epidemiológicos disponibles hasta esa fecha. Estimaron que entre el 0,05% y el 2% de la población general había tenido al menos un episodio de anafilaxia a lo largo de su vida. Sus cálculos se realizaron intencionadamente al alza, dado que los autores consideraban que los estudios infraestimaban la verdadera frecuencia de la anafilaxia.

Factores de riesgo de la anafilaxia.
La edad es uno de los factores que más frecuentemente se relaciona con la presentación de la anafilaxia. En los niños más pequeños (0-4 años), se ha descrito una mayor prevalencia e incidencia de anafilaxia en lugares, tan dispares, como Canadá y España, y se ha puesto en relación con la alergia a leche y huevo en los primeros años de vida.

El sexo también parece condicionar la anafilaxia a lo largo de la vida. Se ha descrito, en el Reino Unido, una mayor incidencia en varones hasta la adolescencia, siendo más frecuente en mujeres a partir de los 15 años de edad. En tercer lugar, la presencia de asma parece aumentar las probabilidades de padecer anafilaxia. Se ha observado una mayor frecuencia de anafilaxia en pacientes asmáticos, tanto en el Reino Unido, como en EE. UU. En este último, además, se observó que los pacientes con asma grave, tenían un riesgo mayor de padecer anafilaxia por alimentos.

En los últimos años, se ha descrito una mayor frecuencia de anafilaxia en aquellas zonas donde hay menos horas de luz. Este hecho se ha observado en EE. UU., Australia y Chile. Esto, se ha puesto en relación con una menor producción de vitamina D, por uma menor exposición solar, en los diferentes países.

Se ha observado, asimismo, que la anafilaxia está aumentando en las últimas décadas. En el condado de Olmsted, en EE. UU., se objetivó un aumento del 250%, entre finales de la década de 1980 30 y principio de la década de los 2000. Es llamativo también el aumento del 40% de anafilaxia por alimentos en niños, entre 2008 y 2012 en Illinois, EE.UU. Este fenómeno también se ha descrito en España, donde los ingresos hospitalários por anafilaxia se doblaron entre 1998 y 2011. Sin embargo, es recomendable ser cautos a la hora de valorar estos datos, porque podrían verse influidos por un mejor conocimiento de la enfermedad entre la población y el personal sanitario, una mayor tasa de su declaración y por otras características de los sistemas sanitarios.

La anafilaxia en los servicios de urgencias.
En los últimos años, se han publicado varios estudios que han intentado establecer la incidencia de la anafilaxia en los servicios de urgencias de distintos hospitales. Estos estudios, que se basan en búsquedas informáticas, han calculado los datos de incidencia que varían entre el 0,07% y el 0,39%. La mayor parte de estos estudios se centran en pacientes adultos y, sólo en raras ocasiones, analizan las características de los pacientes en edad pediátrica que sufren anafilaxia. Los estudios disponibles en niños estiman una incidencia entre el 0,2 % y el 0,4%.

Las diferencias entre los distintos estudios pueden deberse a factores geográficos y demográficos, pero también a factores metodológicos. Las búsquedas en bases de datos no son el mejor método para estudiar la anafilaxia, especialmente por lo poco útiles que se han demostrado las clasificaciones CIE-9 y CIE-10 para codificar y localizar los pacientes com anafilaxia, adoleciendo una baja sensibilidad y especificidad. A pesar de la falta de datos concluyentes, se estima que existen

notables diferencias en cuanto a la incidencia, presentación clínica, la etiología y el manejo de la anafilaxia entre adultos y niños, e incluso en los diferentes grupos de edad dentro de la infancia.

Fisiopatología.
El término anafilaxia, tradicionalmente, se ha reservado para las reacciones mediadas por anticuerpos de tipo IgE, utilizándose la denominación "reacción anafilactoide" para el resto de eventos producidos por otros mecanismos, a pesar de que clínicamente son indistinguibles. La Organización Mundial de la Alergia propuso, en 2003, utilizar el nombre de anafilaxia para referirse a cualquier reacción de este tipo, independientemente del mecanismo subyacente, y así es, generalmente, aceptado en la actualidad.

Se puede hablar de anafilaxia de mecanismo inmunológico (mediada por IgE, IgG o por inmunocomplejos) y de anafilaxia de mecanismos no inmunológicos.

Anafilaxia inmunológica.

-Anafilaxia mediada por IgE

Se trata de la reacción de hipersensibilidad tipo I, según la clasificación clásica de
Gell y Coombs, iniciada por la unión de un antígeno (alérgeno), que interactúa con los anticuerpos de tipo IgE específicos, anclados en la superficie celular de los mastocitos y los basófilos. Para la síntesis de IgE específica frente a un alérgeno, es necesario un fenómeno de sensibilización, que se produce en las primeras exposiciones al antígeno. Ante la re-exposición, cuando un alérgeno se sitúa cerca de un mastocito o un basófilo, puede interactuar con la IgE específica que se encuentra unida a su superficie.

Algunos alérgenos son capaces de interactuar con moléculas de IgE de dos o más receptores, un fenómeno conocido como "entrecruzamiento", que inicia la cascada de señalización intracelular, en el mastocito y basófilo y hace que se desgranulen, liberando sus mediadores. La IgE, además, contribuye a intensificar la activación de las células, potenciando la expresión de sus receptores de membrana.

-Anafilaxia inmunológica no mediada por IgE

Los mecanismos inmunológicos no dependientes de IgE que pueden llevar a la

anafilaxia en humanos están menos estudiados. En modelos animales, existe una amplia evidencia de la anafilaxia mediada por IgG. Existen indicios de que este isotipo de inmunoglobulina podría activar a mastocitos humanos, con la participacion del Factor de Activación Plaquetar (PAF).

También se hanbdescrito reacciones de tipo anafiláctico tras la infusión de anticuerpos monoclonales IgG, como el omalizumab, anticuerpo IgG anti-IgE omalizumab; en la que la IgE sería el antígeno, y no el anticuerpo y el anticuerpo IgG anti-Factor de Necrosis Tumoral-α infliximab, frente al que se evidenció una respuesta IgG frente a la inmunoglobulina del ratón.

Por último, la activación del complemento, tras la formación de inmunocomplejos
IgG-medicamento, se han descrito como el mecanismo subyacente de la anafilaxia producida por múltiples fármacos, como la protamina.

Anafilaxia no inmunológica

Hay factores que pueden activar a los mastocitos y los basófilos, sin que medie una reacción inmunológica. Entre estos, se cuenta el ejercicio físico, el aire frío, la exposición al agua, algunos venenos de origen animal y diversos fármacos, como los contrastes radiológicos, los antiinflamatorios no esteroideos, los opioides o la vancomicina. Los mecanismos que producen estas reacciones no están totalmente aclarados.

Agentes Causales de la Anafilaxia

La etiología de la anafilaxia varía en función de factores geográficos, culturales y ambientales. En términos generales, se acepta que las causas más frecuentes de anafilaxia son los alimentos y los fármacos, así como las picaduras de himenópteros en las zonas em las que la exposición a estos animales es frecuente. La importancia relativa de cada uno de ellos varía también según la edad. Se considera que los alimentos son una causa más relevante en la infancia y los fármacos en la edad adulta.

Sin embargo, la mayor parte de los estudios sobre etiología de la anafilaxia se basan en diagnósticos de presunción; generalmente, autorreferidos por el paciente, o declarados por el médico de atención primaria o de urgencias, sin estar confirmados por un estúdio alergológico, por lo que pudiera ser posible que las causas reales de anafilaxia difieran de las publicadas.

Diagnóstico

Diagnóstico clínico.

El diagnóstico de la anafilaxia es clínico. En la actualidad, no existe ninguna ninguna prueba patognomónica de la enfermedad. Por este motivo, el diagnóstico se basa en la observación y reconocimiento de los signos y síntomas propios de la anafilaxia, que debe hacerse de forma precoz. No existe unanimidad, entre los autores, a la hora de decidir caules son los criterios que deben llevar a diagnosticar una anafilaxia, variando entre aquellos que consideran que una reacción con manifestación cutánea generalizada ya debería ser llamada así, mientras que otros limitan la aplicación del término anafilaxia a aquellos casos en los que existe compromiso circulatorio y/o respiratorio.

Los criterios que gozan de mayor consenso, actualmente, son los propuestos en la reunión de la NIAID/FAAN en 2005, que incluye tres posibilidades, exigiendo la afectación de varios aparatos cuando no se conoce la historia alergológica del paciente. No obstante, considera suficiente la aparición de hipotensión cuando ha mediado la exposición a un alérgeno conocido.

Debe cumplirse uno de los 3 criterios siguientes:
1. Comienzo agudo (minutos u horas) con afectación de piel, mucosas o ambos. Y, al menos, uno de los siguientes:
-Compromiso respiratorio.
-Hipotensión o síntomas asociados.
2. Dos o más de los siguientes, que ocurren rápidamente tras la exposición de un alérgeno probable:
- Afectación de piel y/o mucosas.
- Compromiso respiratorio.
- Hipotensión o síntomas asociados.
- Síntomas gastrointestinales persistentes
3. Hipotensión tras la exposición a un alérgeno al que el paciente estaba sensibilizado.

Estos criterios han sido validados con posterioridad a su publicación, estimándose una sensibilidad del 96,7% y una especificidad del 82,4%, con un valor predictivo negativo del 98,4%.

El choque anafiláctico se define como aquellos casos de anafilaxia en los que existe afectación cardiovascular con hipotensión. La anafilaxia se presenta, en

la mayoría de las ocasiones, en forma unifásica, con síntomas que se resuelven y no vuelven a aparecer si no media una nueva exposición al alérgeno. Sin embargo, hasta en un 23% de los casos, puede hacerlo en forma de anafilaxia bifásica; esto es, con una reaparición de los síntomas tras su resolución sin que haya uma nueva exposición al factor desencadenante 87. Menos frecuentemente, la anafilaxia puede aparecer en forma prolongada, en la que los síntomas se prolongan durante horas, a pesar del tratamiento.

El diagnóstico del episodio agudo de anafilaxia debe complementarse con la identificación de los factores desencadenantes, llevado a cabo por algunos casos, puede ser suficiente para alcanzar un diagnóstico. Sin embargo, generalmente, debe acompañarse de pruebas diagnósticas como las pruebas cutáneas (intraepidérmicas, intradérmicas, etc), la determinación de niveles de IgE sérica específica, y en ocasiones las pruebas de exposición controlada, especialmente para descartar agentes con bajo nivel de sospecha.
Clasificación de la gravedad de la anafilaxia.

Se han propuesto diferentes clasificaciones de la anafilaxia atendiendo a la gravedad de su presentación clínica. Una de las más utilizadas ha sido la realizada por Mueller, em la década de los 60. En ella se clasifica la anafilaxia en cuatro grados, según la repercusión clínica y los aparatos afectados. Esta clasificación se ha correlacionado positivamente com los niveles de triptasa en pacientes con alergia al veneno de himenópteros 90. A finales del siglo XX, el grupo de Ring propuso añadir un quinto grado a la clasificación de Mueller, al que corresponderían los pacientes que presentan bradicardia y/o parada cardiorrespiratoria.

Más recientemente, Brown, basándose en los resultados epidemiológicos de un estudio retrospectivo de 1149 pacientes, ha propuesto una nueva clasificación de las reacciones de hipersensibilidad sistémicas, que es la más utilizada en la actualidad. Las divide en leves, moderadas y graves. El primer grado, leve, se refiere a aquellas reacciones con afectación únicamente cutánea, por lo que no se correspondería con los criterios diagnósticos de anafilaxia de la NIAID/FAAN. El segundo grado, moderado, cuando los síntomas cutáneos se acompañan de afectación respiratoria, gastrointestinal y/o cardiovascular leve. El tercer grado, grave, cuando aparecen signos de afectación cardiovascular grave o hipoxemia. Recientemente, también se ha correlacionado esta clasificación con los niveles de triptasa sérica durante la anafilaxia, que es mayor cuanto más grave es el episodio de anafilaxia.

Diagnóstico de laboratório.

Existen pocas determinaciones analíticas útiles para complementar el diagnóstico clínico de anafilaxia. En la actualidad, únicamente se dispone de la determinación de los niveles plasmáticos de triptasa total e histamina, o de sus metabolitos en orina. Sin embargo, incluso en las condiciones más favorables, estos niveles pueden ser normales, algo que parece ser más frecuente en la anafilaxia causada por alimentos.

En la anafilaxia, los mastocitos liberan sus mediadores de forma rápida por exocitosis. La medición de algunos de estos, podrían ser utilizados en el futuro para complementar el diagnóstico de anafilaxia. Los principales mediadores de la anafilaxia son:

1. Triptasa.
La triptasa mastocitaria pertenece a la familia de las serín proteasas. Es altamente específica de los mastocitos, que la almacenan en sus gránulos secretores, aunque también la contienen, en menor medida, los basófilos.
Se han descrito tres isoformas de triptasa: alfa, beta y gamma. Las que presentan mayor interés para la anafilaxia son la alfa y la beta. La alfa-triptasa se secreta de forma constitutiva y es una forma inactiva. No está almacenada en los gránulos y es el principal componente de la triptasa basal. Se eleva de forma significativa en los pacientes con mastocitosis.

La beta-triptasa se almacena en los gránulos secretores y es la que se libera de forma massiva durante una anafilaxia. Los métodos comercializados para la medición de triptasa sérica no diferencian entre sus isoformas.
Actualmente, la triptasa es el mejor biomarcador para el diagnóstico de la activación mastocitaria en la anafilaxia. Sus niveles aumentan entre 15 minutos y 3 horas tras el inicio de la reacción, alcanzando su pico entre la primera y la segunda hora, disminuyendo de forma progresiva con posterioridad.

Para apoyar el diagnóstico de anafilaxia, se recomienda la determinación seriada, com una primera muestra durante la primera evaluación del paciente, otra a las 2-3 horas del comienzo del cuadro y una tercera al menos 48 horas tras la resolución del cuadro, para determinar sus valores basales. Los niveles de triptasa sérica basal en individuos sanos son muy estables y su elevación de forma persistente es un criterio para el diagnóstico de alteraciones mastocitarias, como la mastocitosis o los síndromes de activación mastocitaria, cuya primera manifestación puede ser un episodio de anafilaxia.

Sin embargo, la determinación de triptasa sérica no es un método infalible: en un

40% de los pacientes con anafilaxia, no se demuestran niveles elevados. Además, aunque la muestra puede conservarse hasta 2 días a temperatura ambiente (18-25ºC), la técnica de laboratorio dista mucho de ser rápida, por lo que no es útil para su valoración durante el episodio agudo.

2. Histamina y sus metabolitos.
La histamina es el principal mediador de la anafilaxia. Se libera de forma rápida, con un pico en plasma a los 5-10 minutos del inicio del cuadro, que se metaboliza en rápidamente. Su vida media es de entre 15 y 30 minutos, debido a la acción de la N-metiltransferasa y de la diamino oxidasa. Por este motivo, las muestras de sangre deben ser extraídas de forma precoz, y procesadas inmediatamente a temperaturas de 4ºC. Esto limita su utilidade como marcador de rutina.

Los principales metabolitos de la histamina son la N-metilhistamina y el ácido N-metil-imidazólico. Tienen una vida media mayor que su precursor y se pueden medir en plasma y en orina, donde alcanza niveles detectables a los 30-60 minutos del comienzo de la anafilaxia. Los valores normales no excluyen activación mastocitaria, y también pueden tener lugar falsos positivos debido a la ingesta de alimentos ricos en histamina.

Otros mediadores preformados.

Quimasa.
Como la triptasa, la quimasa es una serín proteasa muy específica de los mastocitos, que no es producida por basófilos. Su medición puede dar información sobre la localización del mastocito, número y grado de activación. Su uso como marcador se limita a diseños experimentales, ya que no existen todavía presentaciones comerciales para su detección.

Se han publicado series de casos, en pacientes con anafilaxia, en los que se han encontrado niveles elevados de quimasa en el suero hasta 24 horas del inicio del cuadro. En un estudio post-mortem, se demostró una buena correlación entre los niveles de quimasa y los de triptasa.

Carboxipeptidasas.
Se trata del grupo de enzimas más abundantes en los mastocitos. Se ha descrito elevación de carboxipeptidasa A3 en el suero o el plasma de pacientes con anafilaxia, hasta 8 horas del inicio del episodio. En un estudio en pacientes con reacciones alérgicas causadas por fármacos, un 70% de los pacientes con niveles normales de triptasa sérica presentaron elevación de carboxipeptidasa, por lo que se

perfila también como un buen candidato en el estudio de la anafilaxia.

Heparina.
Investigaciones recientes, han demostrado que la heparina es un mediador segregado por los mastocitos, una de cuyas funciones es la activación de la cascada de la coagulación.
A su vez, induce la formación de bradiquinina, que aumentaría la permeabilidad vascular de forma sistémica. Se ha hallado una correlación estadísticamente significativa entre la gravedad de la anafilaxia y los valores de bradiquinina.

Mediadores neoformados derivados de lípidos

Cisteinil leucotrienos y prostaglandinas.
El leucotrieno C4 es el principal producto de la 5-lipooxigenasa en mastocitos y basófilos. Se metaboliza de forma rápida en LTD4 y, posteriormente, en LTE4, que puede ser medido en orina. La prostaglandina D2 es el principal producto de la ciclooxigenasa de los mastocitos, pero no de los basófilos. Como el LTC4 y la histamina, se metaboliza rápidamente y es difícil objetivar niveles séricos elevados. Sus metabolitos pueden ser medidos en la orina, en pacientes que no estén tomando inhibidores de la ciclooxigenasa.

Factor de activación plaquetar (PAF).
El PAF es un fosfolípido proinflamatorio sintetizado y segregado por mastocitos, monocitos y macrófagos. Su nivel circulante está controlado, en parte, por la actividad de la PAF acetilhidrolasa (PAF-AH), que degrada el PAF con una vida media de 3 a 13 minutos.
El PAF es un potente mediador, responsable de muchas de las manifestaciones clínicas de la anafilaxia. Se han relacionado los niveles del PAF y de la PAF-AH con la gravedad de la anafilaxia.

Mediadores neoformados de secreción lenta.
Los mastocitos liberan abundantes citocinas que contribuyen a la reacción anafiláctica. Su papel es especialmente importante en las reacciones bifásicas. La citocina mejor conocida es el TNF-α, pero el número de moléculas que se han demostrado implicadas es cada vez mayor (CCL-1, CCL-7, CCL-8, CCL-11, GM-CSF, M-CSF, IL-1, IL-3, IL-4, IL-6, IL-8, IL10, IL-13, IL-16, IL-22, etc). IL-2, IL-6 e IL-10 han sido recientemente relacionadas con la gravedad de la anafilaxia.

En definitiva, es probable que en el futuro exista la posibilidad de utilizar otros mediadores para confirmar de forma rutinaria el diagnóstico de anafilaxia. Sin

embargo, em la actualidad, sólo las determinaciones de triptasa sérica y de histamina y sus metabolitos en suero y orina se pueden realizar con preparados comerciales. Dadas las dificultades que entraña la conservación y procesamiento de las muestras para la detección de histamina, la triptasa es el único mediador que tiene utilidad clínica real.

Diagnóstico diferencial.

Debido a que el diagnóstico de la anafilaxia es clínico, es necesario distinguir la anafilaxia de otras entidades cuya presentación puede manifestarse de forma similar. Esto es especialmente relevante en aquellas situaciones en las que no existe afectación cutánea o no se puede obtener una anamnesis adecuada del paciente, debido a una afectación respiratoria y cardiovascular.
- Enfermedades con afectación mucocutánea.

Urticaria generalizada y/o angioedema.
La urticaria y el angioedema pueden ser un síntoma de la anafilaxia, pero también pueden aparecer de forma aislada. En este último caso, la afectación se limitará a la piel, frente a la anafilaxia, que cuenta con afectación de más sistemas. Esta distinción puede ser compleja en los casos en los que exista angioedema de la cavidad orofaríngea, ya que la asfixia causada por éste, puede ser interpretada como una afectación del aparato respiratorio.

El angioedema hereditario, un tipo de angiodema bradicinérgico de etiología no alérgica, con frecuencia puede causar edema de la pared intestinal, cursando con dolor abdominal persistente, vómitos y diarrea, hasta llegar a producir un choque hipovolémico.

Para distinguir el angioedema hereditario de la anafilaxia es necesario estudiar los niveles y función de las fracciones C1, C2 y C4 del complemento. El angioedema bradicinérgico también lo pueden causar los fármacos del grupo de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA).

Rubefacción de diferentes causas (flushing).
La rubefacción es la sensación de calor, acompañada de enrojecimiento cutáneo, típicamente en cara, cuello, tercio superior del tórax y miembros superiores. Es un signo común en la anafilaxia, pero también puede deberse a otras causas, como el período perimenopaúsico, ciertos fármacos, la ingesta de alcohol (la combinación de ambos, típicamente el efecto disulfiram), el síndrome carcinoide, tumores gastrointestinales como los VIPomas, la mastocitosis o el carcinoma medu-

lar de tiroides.

- Enfermedades con afectación respiratória

Crisis asmática.
La disnea, acompañada de tos y estertores sibilantes pueden aparecer en el contexto de la anafilaxia, pero más frecuentemente lo hacen de forma aislada. En aquellos casos que se presenten como una exacerbación asmática tras la exposición a un posible desencadenante exógeno (alimentos, medicamentos, picaduras, etc), se deben buscar otros sintomas de afectación mucocutánea, abdominal o cardiovascular.

Otras causas de dificultad respiratoria.
Otras causas de dificultad respiratoria incluyen la disfunción de cuerdas vocales, la aspiración de cuerpo extraño, la epiglotitis o el tromboembolismo pulmonar.

- Enfermedades con afectación cardiovascular

Síncope vasovagal.
El reflejo de Bezold-Jarisch es una de las causas más comunes de pérdida de consciencia. Suele cursar con palidez, diaforesis, debilidad, inestabilidad, mareo, naúseas y bradicardia, pero no asocia eritema, prurito, urticaria, angiodema, disfonía, sibilantes, tos, disnea, dolor abdominal o diarrea.

Otras causas de pérdida de consciencia brusca.
La anafilaxia, al igual que el síndrome coronario agudo, el accidente cerebrovascular o la crisis epiléptica, puede presentarse como una pérdida de consciencia repentina, sin signos o síntomas cutáneos, especialmente en los adultos de mediana edad o de edad avanzada, lo que puede inducir a la confusión entre estos síndromes. Además, en el infarto agudo de miocardio se pueden hallar niveles elevados de triptasa sérica, dificultando más el diagnóstico diferencial.

Otras causas de choque.
El choque se caracteriza por una reducción de perfusión a nivel sistémico, con una disminución del aporte de oxígenos a los tejidos. Existen cuatro mecanismos de choque: el hipovolémico, el cardiogénico, el séptico y el distributivo (por ejemplo, el choque anafiláctico).

Síndrome de hiperpermeabilidad capilar generalizado.
Se trata de una enfermedad poco frecuente, con frecuencia mortal, que se caracteriza por episodios recurrentes de angioedema, síntomas grastointestinales

y choque com hemoconcentración. Suele asociarse con gammapatías monoclonales. El diagnóstico viene sugerido por la elevación del hematocrito durante un episodio de hipotensión.

- Otras enfermedades.

Crisis de ansiedad.
En algunas ocasiones, los ataques de pánico pueden confundirse con una anafilaxia.
Estos cuadros, generalmente banales, pueden cursar con sensación subjetiva de falta de aire, taquipnea, hipertensión, sudoración, temblor, palpitaciones, sensación de pérdida de consciencia o de muerte inminente y dolor torácico. Sin embargo, el prurito, urticaria, angioedema, ocupación faríngea, sibilantes o hipotensión son poco frecuentes en una crisis de ansiedad.

Intoxicaciones alimentarias.
La intoxicación más frecuentemente referida en el diagnóstico diferencial de la anafilaxia es la escombroidosis, que tiene lugar a los 15-90 minutos de la ingesta de determinados pescados en mal estado (atún, caballa, sardina). Se caracteriza por la aparición rápida de rubefacción, cefalea, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, disfagia, palpitaciones, mareo e incluso hipotensión. No suele acompañarse de urticaria ni prurito. Se debe a los niveles elevados de histamina presentes en el pescado. Puede cursar con elevación de los niveles plasmáticos de histamina, pero no de la triptasa sérica.

El síndrome del restaurante chino, generalmente atribuido a la sobredosificación de glutamato monosódico, un aditivo alimentario de uso frecuente en la comida preparada en estos establecimientos, se puede confundir también con la anafilaxia. Se caracteriza por la aparición de cefalea, rubefacción, sudoración y parestesias en la boca o en la cara.

Otras intoxicaciones alimentarias, por microorganismos, o toxinas, suelen cursar con vómitos, dolor abdominal, fiebre y diarrea varias horas tras la ingesta de los alimentos contaminados. Aunque no suelen tener repercusión sistémica, algunas intoxicaciones pueden llegar a producir colapso cardiovascular y a requerir asistencia en una unidad de agudos.

Feocromocitoma.
El feocromocitoma es un tumor neuroendocrino raro, derivado de la glándula suprarrenal, secretor de catecolaminas. Se asocia clásicamente a episodios de ce-

falea, sudoración y taquicardia. Lo característico es que produzca hipertensión, aunque se han descrito casos con hipotensión paradójica. Para diagnosticarlo, es necesario determinar los niveles de metanefrinas, ácido vanilmandélico y catecolaminas en el plasma y en la orina de 24 horas, así como la realización de pruebas de imagen.

Otros trastornos no orgánicos.
El síndrome de Münchhausen se presenta en sujetos que, de forma consciente y voluntaria, se provocan síntomas físicos similares a otras enfermedades, en busca de una ganancia secundaria. Estos pacientes pueden simular cuadros parecidos a la anafilaxia, como el estridor de Münchhausen, mediante la aducción voluntaria de las cuerdas vocales.

Tratamiento.

Medidas generales.
La evaluación y el tratamiento precoz son críticos en la anafilaxia, dado que un cuadro aparentemente leve puede evolucionar hacia la afectación cardiovascular y la muerte em minutos. Los puntos principales que se deben tener en cuenta en el manejo inicial son:
- Inspección del paciente, prestando especial atención al ABC (permeabilidad de la vía aérea, respiración espontánea y circulación sanguínea).
- Retirada del antígeno.
- Administración intramuscular de adrenalina.
- Solicitud de ayuda en caso de que se dé en un entorno extrahospitalario.
- Posicionamiento del paciente en decúbito supino o semi-incorporado, con elevación
- de las extremidades inferiores.
- Suplementación de oxígeno y de fluidos, si fuese preciso.

En caso de que la anafilaxia haya producido una parada cardiorrespiratoria, será necesario aplicar soporte vital básico y avanzado.

Tratamiento farmacológico.

No se han realizado ensayos clínicos, randomizados y controlados con placebo, para evaluar el tratamiento de los pacientes con anafilaxia. La evidencia que avala el uso de los diferentes fármacos se basa en estudios observacionales, epidemiológicos, estudios farmacológicos, en modelos animales y post-mortem.

Adrenalina.

La adrenalina es el fármaco de elección para el tratamiento de la anafilaxia. El retraso en la administración de adrenalina se ha asociado con mayores tasas de mortalidad. Por este motivo, parece poco probable que se lleguen a realizar ensayos clínicos que avalen su uso.
La adrenalina es el único fármaco que actúa revirtiendo la obstrucción de la vía aérea superior e inferior y el colapso cardiovascular. Lo hace mediante sus efectos agonistas de los receptores adrenérgicos alfa-1, beta-1 y beta-2.

La adrenalina debe administrarse por vía intramuscular, en la cara anterolateral del muslo (músculo vasto externo), ya que esta vía proporciona un aumento de los niveles plasmáticos y tisulares más rápido y consistente que la vía subcutánea. Se debe utilizar una preparación de adrenalina en concentración 1:1000.

La dosis recomendada de adrenalina para adultos es de 0,3 a 0,5 mg por dosis, que se puede repetir en intervalos de 5 a 15 minutos, en caso de respuesta incompleta. Para los niños, la dosis recomendada es de 0,01 mg por kilogramo de peso.

Existen preparados comerciales, en autoinyectores, que ya incluyen predosificadas la cantidad de 0,15 mg y 0,3 mg, y que son la forma indicada para su uso extrahospitalario. Los pacientes con riesgo de sufrir nuevos episodios de anafilaxia deben recibir una prescripción de al menos un autoinyector de adrenalina domiciliaria y ser entrenados para su uso.

En aquellos pacientes que no responden a la administración intramuscular de adrenalina, está indicado el uso del fármaco por vía intravenosa en perfusión lenta. En general, esta administración se debe realizar por personal entrenado en una unidad de agudos, adaptando la velocidad de perfusión a las necesidades y las constantes vitales del paciente, a quien se debe monitorizar la tensión arterial, el ritmo y la función cardíaca.

La administración de adrenalina, a las dosis terapéuticas utilizadas en anafilaxia, pueden producir unos efectos adversos de escasa gravedad: ansiedad, inquietud, cefalea, mareo, palpitaciones, palidez y temblor. Estos síntomas son similares a los que tienen lugar de forma fisiológica en situaciones de tensión por la secreción de adrenalina endógena.

De forma menos frecuente, generalmente debido a una sobredosificación y a la administración en bolo intravenoso, la adrenalina puede producir arritmias ventriculares, angina de pecho, infarto miocárdico, edema pulmonar, hipertensión maligna y hemorragia intracraneal.

No existen contraindicaciones absolutas para el uso de adrenalina en la anafilaxia.
Sin embargo, es recomendable sopesar riesgo-beneficio en casos de pacientes con enfermedad cardiovascular de base, en aquellos en tratamiento con fármacos inhibidores de la monoamino oxidasa (que bloquean el metabolismo de la adrenalina), pacientes con cirugía intracraneal reciente, aneurismas, hipertensión, que estén en tratamiento con derivados anfetamínicos, o que hayan consumido cocaína.

Otros fármacos de uso frecuente en la anafilaxia

Glucagón.
Los pacientes en tratamiento con fármacos beta-bloqueantes, pueden mostrarse resistentes a los efectos de la adrenalina y presentar hipotensión y bradicardia refractarias. En esta situación, se debe utilizar glucacón, que tiene efecto cronotrópico e ionotrópico positivos, independientemente de los receptores adrenérgicos beta. Se administra por vía intravenosa en dosis de 20-30 mcg por kilogramo de peso en niños, hasta un máximo de 1 mg, mientras que en adultos se utilizan dosis de 1 a 5 mg. Se pueden repetir cada 5-15 minutos, según la respuesta.

Antihistamínicos H1.
Los antihistamínicos no reemplazan el uso de adrenalina. No existe evidencia en la literatura que avale el uso de este grupo farmacológico en la anafilaxia. Sin embargo, son los medicamentos más frecuentemente usados. Los únicos antihistamínicos comercializados para su aplicación por vía parenteral son los antihistamínicos de primera generación. Los de segunda generación, con menos efectos adversos, sólo están disponible para administración por vía oral.

El uso de los antihistamínicos debería acompañar siempre a la adrenalina, con el único propósito de ayudar en el alivio del prurito y de la urticaria, si la hubiese. Se ha hipotetizado que los beneficios inmediatos sobre otros síntomas no cutáneos, atribuidos a los antihistamínicos, estarían en realidad causados por la producción endógena de adrenalina, y de otros mediadores compensadores (catecolaminas, angiotensina II, endotelina I). Además, el comienzo de acción de los antihistamínicos, incluso de los de primera generación por vía intravenosa, es demasiado lento como para producir ningún beneficio de forma inmediata.

Broncodilatadores.

El broncoespasmo que puede tener lugar en el contexto de una anafilaxia, se puede beneficiar del uso de agonistas beta-2 adrenérgicos de acción rápida, como el salbutamol, por vía inhalada. Es conveniente tener en cuenta que no tendrán ningún efecto en el alivio o prevención del edema de vías altas, que se trata mediante el efecto alfa-2 adrenérgico de la adrenalina.

Glucocorticoides.
Los efectos de los glucorticoides no aparecen inmediatamente tras su administración.
Por este motivo, estos fármacos no tienen utilidad en el tratamiento inicial de la anafilaxia.
Se suelen utilizar con la intención de prevenir las reacciones bifásicas y retardadas.

En caso de iniciar tratamiento con glucocorticoides, se deben administrar a dosis bioequivalentes de metilprednisolona entre 1 y 2 mg por kilogramo de peso, al día y se puede suspender en tres días, sin necesidad de hacerlo de forma escalonada.

Tratamiento etiológico de la anafilaxia.

El tratamiento preventivo de la anafilaxia es la evitación de su desencadenante. Sin embargo, en determinadas situaciones, esto conlleva riesgos inaceptables o una merma significativa en la calidad de vida. En estos casos, se puede abordar un tratamiento etiológico.
Entre estos tratamientos, cabe destacar:

1. Desensibilización con fármacos.

Los pacientes que han sufrido una anafilaxia causada por un medicamento esencial para su tratamiento se pueden beneficiar de la desensibilización medicamentosa. Consiste en la inducción de una tolerancia inmunológica, temporal, frente a antígenos farmacológicos. Se ha podido realizar en reacciones alérgicas de tipo inmediato o no inmediato, y causadas por IgE o por otros mecanismos. Es frecuente el empleo de este tratamiento con antibióticos, citostáticos, agentes biológicos o ácido acetilsalicílico, aunque están descritas con muchos otros medicamentos.

2. Inmunoterapia con veneno de himenópteros.

La alergia a venenos de himenópteros es una causa frecuente de muerte por anafilaxia. La inmunoterapia con veneno es un tratamiento altamente eficaz y bien

tolerado por la mayoría de los pacientes. La inmunoterapia con venenos de abejas, avispas, abejorros, etc., se administra por vía subcutánea en intervalos de 4 a 12 semanas, utilizando venenos purificados, excepto em el caso de las hormigas rojas, que se utilizan extractos de cuerpo completo.

El efecto adverso más frecuente de la inmunoterapia con veneno de himenópteros son las reacciones locales, pero hasta un 9,3% de los pacientes pueden sufrir reacciones sistémicas asociadas a su administración. La duración del tratamiento es variable. En algunos casos puede ser necesario mantenerla de por vida.

3. Inmunoterapia oral con alimentos.

La alergia a alimentos es una de las causas más importantes de anafilaxia, especialmente en la edad pediátrica 146, y la inmunoterapia oral con alimentos está cada vez más cerca de convertirse en un tratamiento estándar.
La inmunoterapia oral consiste en la introducción gradual por vía oral de dosis crecientes del alimento al que el paciente está sensibilizado. Este tratamiento suele llevar un largo período de tiempo, generalmente, meses. De esta forma, se intenta conseguir tolerancia oral al alimento, por un mecanismo inmunológico aún no bien dilucidado. Se han descrito protocolos exitosos con leche, huevo, cacahuete, pescados, trigo, varias frutas y apio.

4. Anti-IgE

En la actualidad, el único anticuerpo monoclonal anti-IgE que está comercializado es el omalizumab. Se trata de un anticuerpo monoclonal humanizado que se une al dominio C épsilon 3 de la cadena pesada de la IgE humana libre, y evita que se una a los receptores de alta y baja afinidad. El omalizumab no evita inicialmente la reacción del antígeno a los anticuerpos de membrana de los mastocitos, pero en poco tiempo produce uma progresiva internalización de los receptores, reduciendo su expresión en la membrana.

Se han publicado casos que sugieren que el omalizumab puede ser útil para prevenir los episodios de anafilaxia en pacientes alérgicos a alimentos ante exposiciones inadvertidas, como coadyuvante en inmunoterapia oral e incluso en casos de anafilaxia idiopática.

5 Discusión-Conclusión

La anafilaxia tiene una incidencia baja en los Servicios de Urgencias del Hospital. Afecta a pacientes de cualquier edad, desde lactantes hasta ancianos, sin diferencias por sexo, aunque es más frecuente entre la población pediátrica.

La afectación cutáneo-mucosa es el grupo de signos y síntomas que más frecuentemente aparecen en la anafilaxia, seguido de los respiratorios y los digestivos. Estos últimos, se dan con mayor frecuencia en los niños, mientras que en los adultos predomina la afectación cardiovascular.

En los Servicios de Urgencias se infravalora la anafilaxia. Sin embargo, su diagnóstico determina la administración de adrenalina, independientemente de la gravedad del cuadro, así como la atención en el área de observación y, por tanto, las medidas de vigilancia a las que se somete. La prescripción de adrenalina autoinyectable en Urgencias es inusual.

Los estudios de la etiología de la anafilaxia, basados en los diagnósticos de servicios de urgencias, no recogen las causas reales de anafilaxia. La principal causa de anafilaxia entre los adultos es la alergia a fármacos y entre los niños, de forma casi exclusiva, los alimentos, variando los grupos alimentarios según la edad.

6 Bibliografía

1. Simons FER, Ardusso LRF, Dimov V, Ebisawa M, El-Gamal YM, Lockey RF, et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidelines: 2013 update of the evidence base. Int Arch Allergy Immunol. 2013;162:193-204.
2. Fineman SM, Bowman SH, Campbell RL, Dowling P, Rourke DO, Russell WS, et al. Addressing barriers to emergency anaphylaxis care : from emergency medical services to emergency department to outpatient follow-up. Ann Allergy Asthma Immunol. 2015; doi: 10.1016/j.anai.2015.07.008.
3. Tejedor-Alonso MA, Moro Moro M, Múgica-García M. Epidemiology of Anaphylaxis : Contributions From the Last 10 Years. J Investig Allergol Clin Immunol.2015;25:163-75.
4. Sclar DA, Lieberman PL. Anaphylaxis underdiagnosed, underreported, and undertreated. Am J Med. 2014;127:S1-5.
5. Klein JS, Yocum MW. Underreporting of anaphylaxis in a community emergency room. J Allergy Clin Immunol. 1995;95:637-8.

6. Trojan T, Ma Y, Khan DA. Anaphylaxis Identification Using Direct and Combined ICD-9 Methods. J Allergy Clin Immunol.2013;131:AB224.
7. Tanno LK, Ganem F, Demoly P, Toscano CM, Bierrenbach AL. Undernotification of anaphylaxis deaths in Brazil due to difficult coding under the ICD-10. Allergy.2012;67:783-9.
8. Mulla ZD, Lin RY, Simon MR. Perspectives on anaphylaxis epidemiology in the United States with new data and analyses. CurrAllergy Asthma Rep. 2011;11:37-44.
9. Simons FE, Clark S, Camargo Jr. CA. Anaphylaxis in the community: learning from the survivors. J Allergy Clin Immunol.2009;124:301-6.
10. Alvarez-Perea A, Tomás-Pérez M, Martínez-Lezcano P, Marco G, Pérez D, Zubeldia JM, et al. Anaphylaxis in Adolescent/Adult Patients Treated in the Emergency Department: Differences Between Initial Impressions and the Definitive Diagnosis. J Investig Allergol Clin Immunol. 2015;25:288-94.
11. Altman DG. Some common problems in Medical Research. En: Practical statistics for medical research. Londres: Chapman & Hall; 1991. p. 396-439.
12. Sabban S. Development of an in vitro model system for studying the interaction of Equus caballus lgE with its high-affinity Fc receptor. Tesis doctoral. Universidad de Sheffield; 2011.
13. Simons FE, Roberts JR, Gu X, Simons KJ. Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol. 1998;101:33-7.
14. Simons FE, Gu X, Simons KJ. Epinephrine absorption in adults: intramuscular versus subcutaneous injection. J Allergy Clin Immunol. 2001;108:871-3.
15. Gómez Galán C, Ferré Ybarz L, Peña PelocheMA, Sansosti Viltes A, de la Borbolla Morán JM, Torredemer Palau A, et al. Intention to prescribe self-injectable epinephrine: Are there differences depending on who assesses the patient post-reaction? Allergol Immunopathol (Madr). 2015;43:286-91.
16. Alvarez-Perea A, Rodríguez Mazariego E, Núñez Cabezas T, Pelta Fernández R. Alergia de la piel y de las mucosas. Urticaria, angioedema, anafilaxia

Capítulo 50

EMBARAZO Y VIH/SIDA.

BEATRIZ CARREÑO GONZALEZ

PAULA SARCIADA BENITEZ

1 Introducción

La prevalencia de la infección VIH en madres de recién nacidos vivos en nuestro medio se sitúa en el 1,44‰ (1,37-1,52). La transmisión vertical (TV) del VIH, en ausencia de terapia y profilaxis materna se produce en un 14- 25% de los casos en países desarrollados. La TV se puede producir intraútero (25-40% de los casos) o intraparto (60-75% de los casos). La lactancia materna aumenta el riesgo en un 16% en casos de infección establecida y en un 29% en casos de primoinfección.

La introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (HAART/TAR o TARGA) y la implementación de las diferentes medidas preventivas de la transmisión vertical (cesárea electiva en casos seleccionados, lactancia artificial, profilaxis intraparto, tratamiento del recién nacido…) ha reducido la tasa de TV del VIH a cifras inferiores al 2%, e inferior al 0.5-1% si se aplican las distintas medidas de forma óptima.

Sin embargo, la infección por VIH y el tratamiento antirretroviral (ARV) se asocian a complicaciones gineco-obstétricas como: mayor susceptibilidad a infecciones de transmisión sexual, subfertilidad, aborto, parto prematuro, rotura prematura de membranas, preeclampsia, retraso de crecimiento intrauterino (CIR) y muerte fetal intraútero.

El manejo de la gestante infectada por el VIH se basará en la estabilización de la enfermedad (TAR), en la prevención de la transmisión materno-fetal (TAR,

lactancia artificial, cesárea electiva en casos seleccionados) y en la prevención de complicaciones obstétricas frecuentes en estas pacientes.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Ampliar conocimientos sobre la enfermedad del VIH en mujeres gestantes.

Objetivos secundarios:
- Conocer los tipos de tratamientos para la enfermedad y recién nacido.
- Describir el manejo de la gestación en mujeres afectadas.
- Delimitar el cribado poblacional.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cribado Infección VIH Durante La Gestación.
La aplicación de medidas preventivas de transmisión vertical de la infección por VIH sólo será posible si se identifica precozmente a la gestante infectada. El diagnóstico de infección por VIH resultará útil incluso en el posparto inmediato para poder completar la profilaxis de la transmisión vertical en el recién nacido y contraindicar la lactancia materna.
Diagnóstico de la gestante infectada por el VIH:
Debe realizarse a toda gestante la serología VIH en la primera visita, tras ofrecerle una información clara al respecto (consentimiento informado oral). Este primer paso es básico para poder ser eficaces en la disminución de la TV. Se deberá confirmar la infección con una segunda determinación (Western-Blott) e informar a la gestante.
- Se repetirá la serología VIH durante el tercer trimestre de embarazo, a todas las gestantes, con el fin de identificar las seroconversiones.

- A las gestantes con conductas de riesgo, se les realizará una serología VIH trimestralmente. En caso de contacto de riesgo, debe valorarse la realización de una carga viral y profilaxis pre o postexposición con el Servicio de Infecciones.
- En caso de sospecha de infección se solicitará una carga viral, que puede evitar los falsos negativos de la serología por el período ventana.
- En parejas serodiscordantes con uso irregular de preservativo se realizará una serología urgente de VIH (test rápido o ELISA inmediato, según disponibilidad) en el momento del parto, para descartar primoinfecciones periparto. Para disminuir el periodo ventana de la serología, debe valorarse solicitar también una carga viral (especificarlo en notas interprofesionales cuando se considere indicado solicitarlo) y contactar con microbiología (Dr.Martínez, extensión 5522 en Seu Clínic o Dra.Muñoz en Seu HSJD, extensión 70831) para tener el resultado de la CV en aproximadamente 24-48 horas. Los resultados de estas pruebas deben ser valorados durante el ingreso; si no están disponibles al alta, debe recitarse a la paciente lo antes posible para valorar el resultado.

Diagnóstico VIH durante el parto/posparto inmediato:
Se ofrecerá la realización de una serología de VIH (test rápido o ELISA inmediato, según disponibilidad) a toda gestante que llegue en trabajo de parto o en el posparto inmediato, sin una serología de VIH previa durante el transcurso de la gestación.
Las serologías urgentes deben confirmarse posteriormente por una determinación de ELISA convencional y Western-blot.
Ante un test positivo intraparto se actuará con la mayor celeridad posible, para disminuir el riesgo de TV: Administración de antirretrovirales intraparto y cesárea electiva (ver apartado 5.2)
Una vez producido el parto se completará la evaluación diagnóstica de la paciente, se programarán los controles médicos posteriores y se proporcionará apoyo psicosocial.

Información adecuada a la gestante:
Toda gestante infectada por el VIH debe ser informada sobre la eficacia de las medidas preventivas de la TV. La embarazada debe conocer tanto los aspectos beneficiosos del tratamiento (reducción de la carga viral y por consiguiente del riesgo de TV) como las posibles repercusiones sobre el embarazo y, a largo plazo, sobre el recién nacido. Debe ser informada sobre la posible toxicidad materna o fetal del tratamiento ARV así como de las posibles complicaciones obstétricas, principalmente la prematuridad, preeclampsia, CIR o muerte fetal.

En cuanto a la interrupción de la gestación, en nuestro país, por el momento, cualquier mujer puede solicitar la interrupción del embarazo antes de las 14 semanas. Entre las 14 y las 22 semanas de gestación, podría considerarse la interrupción legal del embarazo por causas médicas relacionadas con el VIH (enfermedad materna avanzada, comorbilidades) o por otras enfermedades maternas graves. Dado el bajo riesgo de infección fetal con las medidas actuales de prevención de la transmisión vertical, la infección VIH, por si sóla, no justificaría la indicación de interrupción de la gestación. Debe informarse también sobre las medidas de prevención para evitar la transmisión horizontal y aconsejarse su uso. Debe recomendarse el estudio serológico a la/las parejas sexuales de la paciente en su CAP de referencia.

Manejo De La Gestación En La Mujer Infectada Por El VIH.
Las gestantes infectadas por el VIH deberán ser atendidas durante el embarazo, parto y posparto por un equipo multidisciplinar: especialista en medicina materno-fetal, infectólogo o especialista en medicina interna, pediatra. Control gestacional.
Historia clínica:
- Fecha de diagnóstico, motivo de diagnóstico y mecanismo de transmisión. Si procede, historia de consumo de tóxicos, anterior o actual así como evaluación de necesidad de soporte social o psiquiátrico, especialmente si existe consumo de tóxicos. Derivación a los profesionales correspondientes si procede.
- Evaluación clínica: estadiaje clínico. Antecedente de infecciones oportunistas (ANEXO 1)
- Historia de uso de ARV, anterior y actual (estudio de resistencias, antecedentes de toxicidad por ARV). En gestantes no controladas en HCP, se solicitará un informe de su infectólogo de referencia

Exploraciones complementarias:
- Citología cervico-vaginal < 1 año. Se realizará en medio líquido si es posible por la posibilidad de determinar HPV a posteriori. En caso de alteración, remitir a la Unidad de Patología Cervical para valoración y seguimiento.
- Cultivos:
- Cultivos ETS para descartar enfermedades de transmisión sexual que puedan aumentar el riesgo de TV (detallados en ANEXO 3). Se realizarán en la 1a visita en pacientes de riesgo y a todas las gestantes entre las 28-30 semanas.
- Tinción de Gram vaginal (screening de vaginosis bacteriana) y urinocultivo a las 12-16 semanas, debido al mayor riesgo de prematuridad en estas pacientes. Si la

tinción de Gram vaginal confirma el diagnóstico de vaginosis bacteriana (según criterios de Nugent) se realizará tratamiento con clindamicina 300 mg/12 horas vía oral durante 5 días.
- Determinaciones analíticas:
- Hemograma y bioquímica con perfil hepático trimestral. Realizar control también al mes de inicio del tratamiento ARV.
- Realizar ratio proteinas/creatinina en orina fresca de 1a hora matutina (normal <0.265mg/mg ó <30 mg/mmol) trimestral, debido al aumento de incidencia de preeclampsia en este subgrupo de pacientes. Si ratio alterado o TA > 140/90, solicitar proteinuria de 24horas.
- Determinación de la carga viral (CV) del VIH en plasma: o Con analítica de 1er y 2o trimestre o Entre las 34-36 semanas para establecer la opción a un parto por vía vaginal. o En el momento del parto o inmediatamente posterior.
- Recuento de linfocitos T CD4+: o En el 1er control analítico. o Entre las 34-36 semanas. o Cuando se considere indicado por sospecha de infecciones oportunistas, o mal cumplimiento del tratamiento.
- Estudio de resistencias y HLA-B*5701 si la paciente es naive o de resistencias y tropismo viral si está en fracaso virológico.
- Determinación de serologías habituales (HbsAg, Lues, Toxoplasma, Rubeola) y VHC. En gestantes con inmunosupresión severa, valorar realizar carga viral VHB y VHC, para descartar hepatitis oculta.
- Comprobación de inmunidad respecto VHB (HBsAc y HBcAc) y VHA.
- Cribado de diabetes gestacional en el primer trimestre en pacientes tratadas con inhibidores de proteasa o en presencia de otros factores de riesgo (FR).
- Si existe indicación de procedimiento invasivo valorar de forma individualizada los riesgos-beneficios y siempre realizarlo bajo tratamiento ARV combinado (TARVc) y preferiblemente con CV indetectable.
- Control ecográfico:
- Control ecográfico habitual
- Valoración de longitud cervical en la ecografía de 2o trimestre, debido al mayor riesgo de parto prematuro.
- Ecografía +/- Doppler alrededor de las 28 semanas para control de crecimiento, debido al aumento de incidencia de CIR en este subgrupo de gestantes.
- Ecocardiografía funcional: El tratamiento antirretroviral, especialmente los inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleósido puede asociarse a disfunción cardiaca, por lo que se considera su realización en nuestro centro. La edad gestacional óptima para realizar la ecocardiografía funcional es entre las 28-32 semanas

Diagnóstico prenatal/procedimientos invasivos:
Para el cribado de anomalías cromosómicas en la gestante VIH se realizará el mejor test disponible en función de la edad gestacional. En caso de resultar el test de cribado de alto riesgo, debe informarse de los riesgos y beneficios de la realización de un test invasivo.
No realizar el procedimiento invasivo en ausencia de resultado serológico (VHC, HbsAg).
- Realizar el procedimiento bajo tratamiento ARV combinado e, idealmente, con una CV indetectable.
- Evitar atravesar la placenta durante el procedimiento. Si no es posible, demorar el procedimiento.
- No debe realizarse una biopsia corial por el mayor riesgo teórico de transmisión. En caso de cirugía fetal, valorar el riesgo-beneficio del procedimiento y hacerlo siempre bajo tratamiento ARV combinado e, idealmente, con una CV indetectable.

Tratamiento:
- Remitir a la paciente a infectólogo de referencia para iniciar o ajustar el tratamiento antirretroviral según las recomendaciones generales para el adulto infectado, adecuado para cada paciente y teniendo en cuenta aspectos específicos obstétricos (Ver apartado 4).
- Suplementar con ácido fólico 5mg (Acfol®) en las mujeres en tratamiento ARV.
- Suplementar con Fe según los parámetros analíticos.
- Realizar profilaxis de las infecciones oportunistas si CD4<200 cel/mm3: trimetropin- sulfametoxazol 160-800 mg/día 3 días por semana. Se puede utilizar pentamidina en aerosol (300mg al mes) si la serología para toxoplasma es negativa o la paciente es alérgica a las sulfamidas.

- Actualización de vacunas, teniendo en cuenta que las recomendaciones son las mismas que en mujeres no infectadas por el VIH y, además: o Vacunación antineumocócica 23-valente en pacientes que no hayan recibido nunca la vacunación. De elección a partir de las 14 semanas. o Vacunación hepatitis B en pacientes no vacunadas y previa comprobación de ausencia de inmunidad (Ac AntiHBc y Ac AntiHBs negativos). De elección a partir de las 14 semanas. La pauta recomendada en estas pacientes incluye una mayor dosis (HBvaxpro® 40 mcg en vez de HBvaxpro® 10 mcg y 4 dosis en vez de 3 (pauta 0-1-2-6/12 meses).

Vacunación hepatitis A en pacientes con ausencia de inmunidad comprobada. De elección a partir de las 14 semanas. o Para evitar incrementos pasajeros de la

carga viral ("blips") atribuibles a fenómenos inmunológicos y que se han descrito después de la administración de cualquier vacuna, es importante recordar que entre la administración de la vacuna y la determinación de la carga viral debe de transcurrir un mínimo de 4 semanas.

- Evaluación sobre TBC: La infección por VIH es indicación de estudio PPD. En aquellas gestantes sin otros factores de riesgo o comorbilidades que no tengan estudio previo, puede realizarse en la cuarentena. Si existen otros factores de riesgo, se realizará durante la gestación. Los resultados positivos se remitirán al servicio de infecciones para descartar TBC activa y valorar la necesidad de tratamiento. La prueba de cribado de elección será el PPD excepto en las siguientes situaciones: o Vacuna BCG previa: Realizar IGRA-QuantiFERON-TB Gold In-Tube (Cellestis, Carnegie, Australia) dado el mayor riesgo de falsos positivos del PPD. o Inmunosupresión severa (linfocitos T CD4+ < 200cels/mm3): Realizar IGRA- ELISpot (TSPOT.TB, Oxford Immunotec, Oxford, UK), dado el mayor riesgo de falsos negativos del PPD.

Tratamiento Antirretroviral En La Gestación:
Consideraciones generales:
Las indicaciones de tratamiento por el beneficio de la salud materna son las mismas que para las mujeres adultas no gestantes. El tratamiento antirretroviral durante la gestación está indicado en todos los casos para prevenir la transmisión vertical, independientemente del valor de CV. El objetivo es conseguir una CV indetectable persistente. El tratamiento de elección en el embarazo es el tratamiento ARV combinado. El tipo de tratamiento y el momento de inicio pueden variar según las características de la paciente:

Pautas de tratamiento:
Debe escogerse un régimen de tratamiento que haya demostrado efectividad en la reducción de la transmisión vertical y que presente un menor potencial tóxico y teratógeno:
- La zidovudina debería estar incluida en el la pauta de tratamiento ARV combinado, siempre que no exista resistencia a la misma o en pacientes con anemia grave de base.
- Las pautas más estandards de tratamiento incluyen el uso de 2 inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleósido + 1 Inhibidor de proteasa. En el anexo 4 se detallan los fármacos más recomendados.
- No se recomienda iniciar tratamiento con Nevirapina en gestantes con recuentos de CD4 superiores a 250/ mm3 por su potencial hepatotoxicidad. En pacientes ya

tratadas con nevirapina no debe suspenderse.
- El efavirenz es un fármaco categoría D de la FDA y por tanto está contraindicado en el 1er trimestre por su potencial efecto teratógeno. Se recomienda sustituirlo preconcepcionalmente o al conocer gestación. De todos modos, estudios recientes no muestran un incremento de los defectos congénitos previamente descritos.

A partir de las 6-8 semanas de gestación, puesto que el período de organogénesis ya ha tenido lugar, puede considerarse la opción de mantenerlo durante la gestación. En cualquier caso, su exposición preconcepcional o durante el primer trimestre de gestación no justifica una interrupción de la gestación.

- Debe procurarse la mínima toxicidad posible tanto para la madre como para el feto y el recién nacido. No se recomiendan la combinación d4T (estavudina) + ddI (didanosina), ni los fármacos con los que se tiene escasa experiencia.
- Deben considerarse las variaciones farmacocinéticas que se producen durante el embarazo, especialmente de los inhibidores de proteasa.
- En gestantes con diagnóstico tardío y niveles elevados de carga viral, puede valorarse el uso de Raltegravir dentro de la pauta de tratamiento antirretroviral dado su buen paso transplacentario y el rápido descenso de la carga viral que produce.
- La monoterapia con zidovudina (ZDV o AZT) a partir de las 20-28 semanas (+ cesárea electiva) es menos eficaz en la prevención de la transmisión vertical. Por tanto, no se recomienda.

Toxicidad tratamiento antirretroviral. No suspender tratamiento. Mantener misma pauta en general pero:
- Evitar Efavirenz.
- Modificar Fs con experiencia en gestación. Los fármacos antiretrovirales, se asocian a diversos efectos adversos: mielopatía, miopatía, neuropatía periférica, trastornos metabólicos, efectos sobre el sistema reproductivo e inmunológico, efectos mutagénicos y carcinogénicos. El uso de tratamiento ARV se ha asociado a diversos efectos adversos tanto en la madre como en el feto; anemia, diabetes gestacional, preeclampsia, muerte fetal intraútero y retraso del crecimiento intrauterino.
- Inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos (ITIAN): Atraviesan la placenta pero no han demostrado ser teratogénicos en animales a dosis similares a las utilizadas en humanos. Muestran afinidad por la DNA polimerasa mitocondrial y una de las complicaciones más graves descritas es la toxicidad mitocon-

drial (potencialmente mortal), manifestándose como miopatía, mielotoxicidad, cardiomiopatía, neuropatía, acidosis láctica, pancreatitis o esteatosis hepática. Algunos de estos síntomas pueden manifestarse de forma semejante a algunos cuadros clínicos graves propios del embarazo, como el Síndrome de HELLP o la esteatosis hepática.

La acidosis láctica y la esteatosis hepática, son problemas poco frecuentes pero se asocian con una elevada tasa de mortalidad. Esta toxicidad es, potencialmente más grave en la gestante, y se caracteriza por ser reversible al interrumpir el tratamiento y por aparecer en tratamientos de más de 6 meses de duración, sobretodo en el tercer trimestre de gestación y cuando se asocian dos ITIAN. La zidovudina se asocia también a toxicidad hematológica, con riesgo de anemia macrocítica tanto en la madre como en el recién nacido. Las pacientes tratadas con ITIAN deben ser monitorizadas de manera estricta durante toda la gestación (función hepática, lipasa y ácido láctico), más aún, cuando presenten sintomatología propia de la gestación de forma más acusada (nauseas, vómitos, malestar general…).

- Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN): el efavirenz está clasificado como grupo D de la FDA basado en estudios que mostraban efectos teratogénicos en animales/humanos (anencefalia, anoftalmia, labio leporino) y por tanto está contraindicado su uso durante el primer trimestre de gestación. De todos modos, estudios más recientes no muestran un incremento de los defectos congénitos previamente descritos. El efecto secundario más frecuente de este grupo de fármacos es el rash cutáneo. La nevirapina puede producir cuadros de hepatotoxicidad que pueden llegar a ser de extrema gravedad, más frecuentemente en mujeres y de forma especial en las embarazadas (13-29%). Las complicaciones suelen aparecer en las primeras 6-8 semanas de
3 inicio de tratamiento y parecen ser más frecuentes en pacientes con CD4 ≥ 250 cel/mm.
- Inhibidores de las proteasas (IP): tienen un paso transplacentario mínimo y no parecen tener efectos teratógenos. Se asocian a alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y resistencia a la insulina en adultos no gestantes. Pueden incrementar el riesgo de diabetes gestacional, a pesar de existir datos controvertidos al respecto.
- Inhibidores de la fusión (IF): No hay evidencia de teratogenicidad en animales, y no hay estudios en humanos. Paso transplacentario mínimo en el caso de Enfuvirtide y desconocido con Maraviroc. No hay experiencia suficiente para recomendar su uso en la gestación.
- Inhibidores de la integrasa: Raltegravir tiene un elevado paso transplacentario

y es un fármaco muy eficaz, consiguiendo un rápido descenso de la carga viral.

Estudio de resistencias:
Se ha demostrado que mujeres con cepas resistentes a la AZT tienen cinco veces más riesgo de transmisión vertical del VIH y este factor es independiente de la carga viral. Se recomienda el estudio de resistencias en mujeres embarazadas no tratadas previamente con antirretrovirales, en la infección aguda por VIH y en todos los casos de fracaso de tratamiento.

Actuación Durante El Parto En La Mujer Infectada Por El VIH.
El parto es el período en el que se producen la mayor parte de los casos de transmisión maternofetal, aunque el mecanismo exacto por el que se produce no se ha identificado (microtransfusiones sanguíneas, ascenso de virus a través de la vagina y cérvix, absorción del virus a través del tracto digestivo…). Por ello, en el momento del parto es esencial la aplicación de medidas terapéuticas y profilácticas de la TV.

El factor aislado que mejor predice la TV es la CV materna. Por ello, las principales intervenciones irán dirigidas a la disminución de la CV y a la planificación del modo del parto. Debe establecerse la vía de parto más adecuada en cada caso, de forma que se garantice el mínimo riesgo de transmisión vertical del VIH y la mínima morbilidad materna y fetal. La decisión debe implicar a la madre y al equipo médico, teniendo en cuenta la carga viral a las 34-36 semanas, la eficacia de la cesárea electiva en la prevención de la TV, el uso de la terapia combinada durante el embarazo y los deseos de la paciente. Se tendrán en cuenta las condiciones cervicales y la integridad de las membranas amnióticas.

Parto vaginal:
Se considerará la opción al parto vaginal si se cumplen TODOS los siguientes criterios:
- Tratamiento antirretroviral combinado (triple terapia) durante la gestación
- Viremia indetectable (entre las 34-36 semanas). El punto de corte de CV indetectable puede variar según la técnica de detección, siendo habitualmente < 50cop/ml. Con la técnica usada actualmente en Sede Hospital Clínic es < 37 copias/ml y < 20copias/ml en sede HSJD.
- Buen control gestacional y correcto cumplimiento terapéutico.
- Edad gestacional ≥ 34 semanas. En partos 34-36s asegurar tener resultado de CV indetectable del 3er trimestre. Si existe riesgo de parto prematuro, puede contactarse con microbiología (Dr.Martínez en Seu Clínic, extensión 5522, Dra.Muñoz

en Seu HSJD, extensión 70831) para tener el resultado de la CV en aproximadamente 48 horas. En estos casos, si hay opción a parto vaginal en gestantes A TÉRMINO, el tratamiento intraparto con Zidovudina no está indicado ya que no ha demostrado una disminución adicional del riesgo de TV. La paciente NO debe suspender su tratamiento antirretroviral combinado durante el parto.

La inducción del parto no está contraindicada pero debe limitarse a casos con pronóstico favorable de parto (por condiciones cervicales, paridad, peso fetal estimado…), y siempre que se cumplan el resto de criterios para el parto vaginal. La decisión deberá ser tomada conjuntamente con la gestante. El método de inducción de elección es el uso de prostaglandinas, con la menor manipulación cervical posible (misoprostol oral o Propess® según los mismos criterios del protocolo de "Inducción del parto"). No se recomienda el uso de sonda de Foley como método de inducción mecánica. La amniorrexis artificial debe evitarse en estas pacientes.

- En caso de amniorrexis a término, se indicará una estimulación inmediata con oxitocina si se cumplen los restantes criterios para el parto vaginal. Si el pronóstico de parto es muy desfavorable (por Bishop desfavorable, paridad, peso fetal estimado, cesárea previa…) se indicará una cesárea.
- Gestación cronológicamente prolongada. Por tratarse de una gestación de riesgo y por el mayor riesgo de muerte fetal descrita en estas pacientes, se indicará la finalización a las 41.0+/-2.
- Patología materna o fetal (CIR, Preeclampsia…): Se recomienda realizar una cesárea electiva excepto en casos seleccionados de buen pronóstico de parto vaginal rápido.

Durante el parto vaginal se aplicarán las siguientes medidas con el fin de minimizar el riesgo de TV:
- Dirección médica del parto para conseguir una progresión adecuada, evitando partos largos o estacionamiento.
- Evitar en lo posible las maniobras invasivas durante el parto (amniorrexis artificial, parto instrumental, episiotomía). o Mantener las membranas íntegras tanto tiempo como sea posible. o En caso de necesidad de parto instrumentado, se recomienda el uso de espátulas o fórceps antes que vacuum, por su menor riesgo de traumatismo fetal. Deben evitarse los fórceps rotadores. o Están formalmente contraindicadas la monitorización intraparto invasiva y la realización de bioquímica en sangre de calota fetal.
- Lavar inmediatamente tras el parto al recién nacido y siempre antes de administrar medicación parenteral.

- En caso de atonía uterina, debe evitarse el uso de Methergin® en pacientes tratadas con inhibidores de proteasa o Efavirenz, debido a un riesgo de vasoconstricción excesiva por inhibición del CYP3A4.

Cesárea
Las indicaciones de cesárea son las siguientes:
- Viremia detectable o CV desconocida.
- No tratamiento antirretroviral combinado.
- Diagnóstico de infección VIH periparto o en 3er trimestre.
- Edad gestacional <34 semanas.
- Inducción del parto no recomendada por pronóstico desfavorable de parto vaginal.
- No aceptación de parto vaginal por parte de la paciente.
- Presentación no cefálica. No se recomienda la versión externa en estos casos.
- No progresión adecuada del parto, especialmente en casos de amniorrexis prolongada.
- Monitorización patológica o sospechosa con indicación de pH de calota fetal.
- Otras indicaciones obstétricas.

En caso de cesárea electiva se programará:
- A las 38 semanas si la indicación es la propia infección del VIH, por el riesgo más elevado de TV si inicia dinámica uterina o se produce una amniorrexis espontánea. En estos casos se administrará siempre zidovudina endovenosa profiláctica 4 horas antes de la intervención quirúrgica.
- A las 39 semanas en mujeres en tratamiento ARV combinado, con buen control y CV indetectable, e indicación por razones obstétricas o decisión materna, para evitar el riesgo de distrés respiratorio neonatal. En estos casos el tratamiento intraparto con Zidovudina no está indicado ya que no ha demostrado una disminución adicional del riesgo de TV.
Dado el incremento de la morbilidad post cesárea en estas pacientes, se administrará siempre profilaxis antibiótica después de pinzar el cordón umbilical.

Tratamiento antirretroviral durante el parto vaginal o la cesárea:
- Tratamiento antirretroviral combinado vía oral: Mantenerlo intraparto.
- Zidovudina IV profiláctica: Añadir zidovudina IV profiláctica intraparto lo más precozmente posible (pauta ACTG 076: 2mg/kg inicial + 1 mg/Kg/h hasta ligar el cordón del recién nacido, Ver ANEXO 5) en caso de: o Cesárea cuya indicación es la propia infección del VIH
- Viremia detectable o CV desconocida.

- No tratamiento antirretroviral combinado.
VDiagnóstico de infección VIH periparto o en 3er trimestre. ☒ Edad gestacional < 34 semanas o Gestantes de < 37 semanas con opción a parto vaginal (34.0 – 36.6 semanas).

Cuando se administre ZDV IV intraparto debe tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:
- En caso de cesárea electiva iniciar la administración de zidovudina EV 4 horas antes de la intervención quirúrgica.
- En caso de cesárea en curso de parto por indicación de VIH, si no se ha administrado parcial o totalmente la profilaxis con AZT IV, especialmente en aquellas pacientes sin tratamiento ARV combinado y/o CV >1000copias/mL, se valorará la administración de tocolisis.
- En ningún caso se aumentará la velocidad de perfusión EV.
- No suspender el tratamiento ARV oral (excepto la zidovudina oral).
- En caso de resistencia conocida a la ZDV está indicado igualmente el tratamiento con
ZDV endovenosa intraparto. El tratamiento profiláctico añadido con Zidovudina IV en caso de CV indetectable y TARVc no ha demostrado aportar un beneficio añadido a la prevención de la transmisión vertical. En situaciones límites o dudosas que puedan no estar contempladas en el presente protocolo, es preferible la administración de zidovudina ev intraparto.
- En ausencia de tratamiento ARV durante la gestación. En gestantes pretérmino no tratadas o con carga viral detectable, y especialmente por debajo de 32 semanas, administrar nevirapina en dosis única a la madre al menos 2 horas antes de la cesárea con el objetivo de conseguir buenos niveles de nevirapina en el recién nacido gracias al paso transplacentario.

Control Posparto.
Posparto inmediato:
- Realizar control analítico: hemograma, bioquímica con perfil hepático.
- Determinar la CV plasmática materna si no se ha realizado al ingreso. No es necesaria la determinación de linfocitos T CD4+.
- Mantener la misma pauta de tratamiento ARV combinado hasta valoración por el infectólogo de referencia. Debe insistirse en la importancia del cumplimiento ya que la adherencia al tratamiento puede disminuir en el posparto. A menudo se modifican o simplifican pautas y sólo en casos seleccionados, tras valoración con su infectólogo, se suspende el tratamiento antirretroviral.

- En mujeres no inmunes a Rubeola, administrar 1a dosis de vacuna Triple vírica sólo si la situación inmunológica es correcta (CD4 persistentes > 200céls/µl).

Lactancia:
El riesgo añadido de adquirir la infección mediante la lactancia materna es de aproximadamente el 16%. En nuestro medio la lactancia materna está contraindicada en todos los casos, por lo que se procederá a su inhibición según pauta habitual.

Cuarentena:
- Control cuarentena en dispensario de infecciones perinatales.
- Aconsejar contracepción efectiva, teniendo en cuenta el riesgo de transmisión horizontal en parejas serodiscordantes.
- Remitir a infectólogo de referencia.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres embarazadas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con frecuencia necesitan tratamiento antirretroviral (TAR) para su salud. La transmisión vertical del VIH es la forma principal en la que los niños contraen el VIH en todo el mundo. El tratamiento de las mujeres embarazadas con infección por VIH con TAR reduce el riesgo de transmisión vertical del VIH. Es posible disminuir el riesgo de transmisión vertical hasta el 1% al 2% con el uso de fármacos antirretrovirales, la realización de una cesárea antes del comienzo del trabajo de parto y al evitar la lactancia materna. Cuando las mujeres que necesitan tratamiento del VIH para el beneficio de su salud quedan embarazadas, es necesario conocer el tratamiento más efectivo, la repercusión del fármaco sobre la transmisión vertical del VIH y las complicaciones potenciales del tratamiento para la madre y el feto. Como profesionales sanitarios, debemos de tener claro el tratamiento y los protocolos a seguir para aumentar la seguridad de la embarazada y de su recién nacido.

6 Bibliografía

1. Winn H, Hobbins J: Clinical Maternal-Fetal Medicine. Parthenon Publish Group 2016; Cap 26.
2. Boletín de Epidemiología No 13, Diciembre, 2009. CONASIDA. Ministerio de Salud.

3. Boletín de Epidemiología No 12. Segundo semestre año 2008. CONASIDA. Ministerio de Salud.
4. La mujer y la infección por el VIH/SIDA: Estrategia de prevención y atención. Organización Panamericana de Salud, 2003.
5. Burns DN, Nourjah P, Minkoff H et al: Changes in CD4+ nd CD8+ cell levels during pregnancy and postpartum in women seropositive and seronegative for HIV. Am JOG 1998; 174: 1461.
6. Minkoff HL, Willoughby A, Méndez H et al: Serious infections during pregnancy among women with ad- vanced HIV infection. Am JOG 1990; 162: 30-34.

Capítulo 51

FÁRMACOS UTILIZADOS EN ANESTESIA GENERAL: APENDICECTOMÍA

JESSICA GARCÍA FONSECA

1 Introducción

Cuando nos encontramos con una intervención, como en este caso (apendicectomía) en la que se va a utilizar la anestesia general, en principio, utilizamos el mismo tipo de fármacos habitualmente. Precisamente por esto, vamos a describir a continuación la relación de fármacos que se utilizan y para qué sirve cada uno.

2 Objetivos

- Conocer el uso, las indicaciones y las contraindicaciones de los fármacos.
- Facilitar el curso de la intervención.
- Conseguir un despertar adecuado.

3 Caso clínico

Varón de 30 años que ingresa en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal repentino alrededor del ombligo con irradiación a fosa iliaca derecha; presenta náuseas, vómitos y fiebre. No alergias medicamentosas conocidas, no fumador ni bebedor, no medicación habitual. TA: 140/80. FC: 87 latidos/min. FR: 13 respiraciones/min. Saturación de O2: 98%. Temperatura: 38,2℃. Peso: 75Kg. Talla: 1.78m. En ayunas desde hace 12 horas.

Se realiza analítica de sangre en la cual aparece leucocitosis con desviación izquierda. Se pide valoración por parte del Servicio de Cirugía. Se realiza exploración abdominal(signo de Blumberg positivo), radiografía y ecografía abdominal y TAC. El diagnóstico de sospecha es compatible con apendicitis aguda. Se pide interconsulta al Servicio de Anestesia para valoración para intervención quirúrgica urgente de apendicectomía por cirugía abierta.

El anestesista da paso al paciente para intervención quirúrgica ya que cumple con los requisitos mínimos para anestesia. Se procede a avisar a las enfermeras del bloque quirúrgico para preparación del quirófano para intervención urgente.

4 Discusión-Conclusión

El paciente de este caso clínico ha sido intervenido con éxito de apendicectomía abierta mediante anestesia general con una correcta administración de los fármacos más utilizados en este tipo de anestesia. Se han seguido correctamente los pasos de la anestesia general. El paciente despierta de una manera adecuada recobrando la consciencia rápidamente y sin dolor.

5 Bibliografía

1. MªDolores Rubiales Paredes, Ana María Palmar Santos. Enfermería del adulto: Volumen I; Cuidados de enfermería al paciente quirúrgico. Madrid 2011.

Capítulo 52

PACIENTE SOMETIDO A ARTROSCOPIA DE HOMBRO.

PATRICIA LOPEZ ALONSO

1 Introducción

Es un tipo de cirugía en la que se utiliza una pequeña cámara cuyo nombre es artroscopio. Éste se utiliza para analizar o reparar los tejidos dentro o alrededor de la articulación del hombro. Se inserta a través de un pequeño corte, llamado (incisión), en la piel.

2 Objetivos

- Conocer en qué consiste la artroscopia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Mediante la artroscopia se accede a estructuras profundas y de difícil acceso del hombro. A través de esta técnica es posible poder tratar problemas del hombro que existen en personas que generalmente tiene dolores alrededor del hombro o limitación a la movilidad del mismo, que no ha sido posible conseguir una mejora después de un tratamiento médico o fisioterapeútico.

Existen varios grupos de patologías dentro del hombro:
- Síndrome subacromial.
- Rotura del manguito de los rotadores.
- Inestabilidad de hombro y luxación.
- Lesiones traumáticas.

Los pacientes en este tipo de casos presentan síntomas de dolores en el hombro y limitación en el movimiento.
El cirujano al realizar la cirugía, hará una incisión en el hombro del paciente para introducir una cámara delgada. Así podrá inspeccionar el estado del hombro y poder solucionar cualquier tipo de patología.

Después de dicha cirugía, es probable que el paciente note molestias en los primeros días posteriores y algo de hinchazón. Llevará cabestrillo para inmovilizarlo y reposo. A partir de ahí, el paciente deberá realizar un tratamiento de rehabilitación que puede llegar a durar 8 semanas.

5 Discusión-Conclusión

Al menos 7 millones de personas están afectadas por complicaciones quirúrgicas cada año. La artroscopia de hombro ha evolucionado notablemente en estos años. Además de ésto, se han adaptado los cuidados enfermeros para garantizar la seguridad del paciente, una buena organización en el quirófano y el material.

La correcta colocación del paciente, la identificación de los diferentes tipos de implantes y el conocimiento de la secuencia a llevar a cabo, hace que la enfermería esté activa en el proceso y favorece a una atención total y de calidad.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 53

SÍNDROME INTESTINAL & ISQUEMIA MESENTÉRICA

MANUEL CUENCA SAURA

CORAL FUEGO CARTÓN

1 Introducción

La isquemia mesentérica aparece cuando la corriente sanguínea no aporta el oxígeno y otros nutrientes en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades metabólicas intestinales, y esto puede ser producido por una oclusión del vaso o por una situación de bajo flujo sanguíneo; de no ser reconocido a tiempo y tratado eficazmente, se produciría el infarto intestinal.

En las primeras horas de isquemia intestinal la mucosa es el área más afectada, con aparición de necrosis y ulceraciones, edema y hemorragias submucosas. Si perdura la isquemia, progresa la afectación intestinal y llega a la necrosis transmural, con posibilidad de perforación peritonitis y sepsis. En episodios menos graves de isquemia, la resolución del cuadro puede llevar a la aparición de estenosis intestinales.

La isquemia intestinal es un cuadro poco frecuente, pero asociado a una alta morbilidad y mortalidad. Se estima que la incidencia de la enfermedad se puede dividir en un 50-60 % de los casos para colitis isquémica, 30-40 % isquemia mesentérica aguda, 5% isquemia focal segmentaria y < 5 % isquemia mesentérica crónica. No se aprecian diferencias entre sexos, pero el 90% de casos se corresponde con personas mayores de 70 años que presentan ateroesclerosis sistémica.

La isquemia mesentérica aguda se produce como consecuencia de un descenso brusco del riego esplácnico que provoca lesiones de extensión variable en intestino y/o vísceras que pueden ser irreversibles. Es la más frecuente con una elevada morbi-mortalidad. La mayor incidencia se encuentra en pacientes mayores de 60 años.
Por otro lado la isquemia mesentérica no oclusiva o focal se caracteriza por la ausencia de oclusión arterial o venosa, pero con un flujo sanguíneo insuficiente para mantener la integridad del intestino.

También tenemos que distinguir la trombosis de vena mesentérica superior que es causa de isquemia intestinal cuando se ha producido la oclusión si el drenaje venoso es insuficiente por las colaterales, el intestino se congestiona, se edematiza y desencadena el infarto hemorrágico transmural, que es imposible de diferenciar del arterial.

Y como no, hay que mencionar la colitis isquémica que es una inflamación en el colon causada por interferencia del flujo sanguíneo hacia el intestino grueso. Es la más frecuente de las enfermedades isquémicas del intestino, ya que el colon tiene unas características que lo hace más propenso al daño isquémico: los segmentos transverso y descendente son irrigados por ramas marginales de las arterias cólica media (mesentérica superior) y cólica izquierda (mesentérica inferior), una oclusión en cualquiera de las arterias mesentéricas o una anastomosis deficiente o ausente podría hacer peligrar la irrigación del ángulo esplénico, siendo junto con el colon descendente los lugares de aparición más frecuentes.

A parte de este tipo de isquemias mesentéricas agudas, es muy importante referirnos al Síndrome Intestinal Crónico. Su principal causa se debe a que la circulación gastrointestinal se ve sobrecargada por el aumento de trabajo que debe realizar durante la digestión; ésta debe incrementarse por encima del nivel basal, y si ello es imposible aparecen manifestaciones como consecuencia del aporte insuficiente de oxígeno durante la fase de mayor demanda metabólica.

La causa más frecuente es la aterosclerosis. La coartación aórtica, los aneurismas, compresión extensa de la arteria por masas (tumores, quistes) y otras malformaciones de los vasos, son causas poco frecuentes.

Las manifestaciones de la isquemia mesentérica se presenta cuando existe afectación de 2 o 3 troncos principales, en cuyo caso la viabilidad del intestino no queda comprometida, pero el flujo sanguíneo es insuficiente para mantener la función normal del intestino.

La evolución es hacia el infarto intestinal o hacia la desnutrición grave.

La manifestación principal es el dolor abdominal postpandrial que aumenta progresivamente, localizado en epigastrio o periumbilical, que aparece de 10 a 30 minutos después de la ingesta y presenta una duración de 1 a 3 horas aproximadamente.

Este dolor es debido a la hipoxia tisular en los periodos digestivos cuando la demanda de oxígeno es mayor.
Su identificación se basa principalmente en la sospecha de las manifestaciones:
- Valoración física: enfermos desnutridos con signos de aterosclerosis generalizada.
- Palpación y auscultación abdominal: en busca de algún soplo que pudiera indicar la existencia de estenosis en las arterias.
- Arteriografía: identificación del problema. Deberá realizarse en proyección anteroposterior y lateral.
- TAC abdominal.
- Pruebas de laboratorio.
- Eco-Doppler: permite valorar la velocidad del flujo en grandes troncos arteriales tras la ingesta.

Su abordaje terapéutico siempre se trata de un enfoque quirúrgico, cuyo objetivo es restablecer el flujo mesentérico mediante la realización de una derivación aórtica de 2 troncos principales.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer los componentes la sintomatología y tratamiento de la isquemia mesentérica y del síndrome intestinal.

Objetivos secundarios:
- Observar la etiopatogenia y los factores de riesgo de la isquemia mesentérica.
- Participar en la creación de protocolos para el cuidado de pacientes con isquemia mesentérica.
- Implantar y dar a conocer los cuidados específicos de los pacientes con síndrome intestinal.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español.

También hemos obtenido gran información en libros de texto de distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron 58 estudios y de ellos fueron seleccionados 7 artículos.

Se utilizaron algoritmos booleanos como "and" y "or" para llevar a cabo dicha búsqueda.
Los descriptores utilizados fueron: "SÍNDROME", "INTESTINAL", "ISQUÉMIA", "MESENTÉRICA", "PATOLOGÍAS".

4 Resultados

Los cuidados de enfermería en el paciente con isquemia mesentérica vienen derivados principalmente del tratamiento que recibe dicha patología, que fundamentalmente es quirúrgico, por lo que nuestros cuidados abarcan todo el proceso quirúrgico.

Entre las actividades de enfermería que podemos aplicar encontramos:
-La reducción de la ansiedad.
-Administración de medicamentos.
-Monitorización respiratoria.
-Manejo de las vías aéreas.
-Control de las pruebas de laboratorio.
-Control y seguimiento respiratorio.
-Aplicar terapia con ejercicio.

La prevención se basa, sobre todo, en eliminar factores de riesgo; por ello una buena educación sanitaria es primordial. Nuestra educación irá encaminada a:
-Recomendaciones dietéticas para la prevención de arteriosclerosis.
-Promocionar la realización de ejercicio físico moderado de forma regular.
-Evitar el sobrepeso.
-Control de la tensión arterial.
- Control de la diabetes.
-Evitar hábitos nocivos: tabaco y alcohol.

-Reconocer signos de alarma para acudir la medico:
-Dolor abdominal súbito o persistente
-Presencia de sangre con las heces.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería en el paciente con isquemia mesentérica vienen derivados principalmente del tratamiento que recibe dicha patología, que fundamentalmente es quirúrgico, por lo que nuestros cuidados abarcan todo el proceso quirúrgico (fases prequirúrgica, quirúrgica y postquirúrgica).

En cualquiera de las fases de dicho proceso pueden surgirnos multitud de problemas para los que tenemos que estar preparados.

Aunque la prevención de estas enfermedades tiene un papel muy importante, una vez instaurada requiere de una gran cantidad de cuidados de enfermería y se necesita un plan de cuidados especifico adaptado a las peculiaridades de cada paciente junto a las patologías.

En cualquiera de las fases de dicho proceso pueden surgirnos multitud de problemas para los que tenemos que estar preparados.

6 Bibliografía

1. Danchin N, Dos Santos N, Puymirat E. Limitaciones de los programas regionales de angioplastia coronaria primaria: ¿la estrategia farmacoinvasiva todavía es una alternativa?. Rev Esp Cardiol. 2014;67:659-65.
2. Ferreira- González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria.Rev Esp Cardiol.2014;67:139-44-Vol.67Nº.02
3. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Atherosclerosis Society (EAS) sobre el Tratamiento de las Dislipemias. Guía ESC/EAS 2016 sobre el tratamiento de las dislipemias. Rev Esp Cardiol. 2017;70(2):115.e1-e64.
4. Marzal D, López-Sendón JL, Roldán I. Proceso asistencial simplificado del síndrome coronario agudo. Actualización 2017. Sociedad Española de Cardiología. 2017.
5. Quíles J, Miralles Vicedo B. Estrategias de prevención secundaria del síndrome coronario agudo. Rev Esp Cardiol. 2014;67:844-8.

6. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2016;37:267-315.
7. Swahn E, Alfredssom J. Tratamiento invasivo del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST: ¿cateterismo cardiaco/revascularización en todos los casos? Rev Esp Cardiol. 2014;67:218-21.

Capítulo 54

INGRESO INVOLUNTARIO Y CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS.

VANESSA LÓPEZ TELLO

MARÍA SOLEDAD LÓPEZ FERNÁNDEZ

EVA SANCHEZ FERNANDEZ

BEATRIZ ALBA GONZÁLEZ

VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNÁNDEZ

1 Introducción

Ya desde la antigüedad, la enfermedad mental y el enfermo mental han sido considerados como un tema de difícil manejo, y a la vez han sido motivo tanto de rechazo social como de estigmatización (1).Esta situación ha ido modificándose de forma paulatina y básicamente debida a diversas cuestiones. En primer lugar por la transformación conceptual de la propia enfermedad mental así como un cambio en su abordaje terapéutico; y además también por la desaparición de los ancestrales hospitales psiquiátricos o manicomios y la creación de Centros o Unidades de Salud Mental, integrados dentro del sistema sanitario, donde el paciente puede recibir tratamiento ambulatorio psicoterapéutico, farmacológico

y social, y la configuración de equipos multidisciplinares (médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales,…) (1).

Todos estos cambios suscitados en los últimos años, han pretendido la inserción social del paciente mental y la abolición de su clásica reclusión. Se pretende que el paciente alcance una mayor autonomía personal, relegando la medida del internamiento hospitalario para casos muy concretos y específicos y un mayor control y protección tanto médico como judicial (1). Así, aunque estemos hablando de un enfermo mental, seguimos tratando a una persona que sigue manteniendo unos derechos, una dignidad personal y una autonomía en cuanto a su voluntad.
Una vez abordado el tema del internamiento involuntario, tenemos que tener en cuenta, que los cuadros de agitación son frecuentes en los servicios de urgencias y en las unidades de agudos de psiquiatría, pudiendo ocasionar graves consecuencias y una importante carga asistencial al personal sanitario. Se estima que entre el 21% y el 26% de los profesionales sanitarios padecen algún tipo de agresión al año en los servicios de urgencias (2).

Por todo ello, para el control de la agitación de causa psiquiátrica es necesario unas pautas de contención, inicialmente se recurre a la contención verbal, pasando por medidas ambientales de tranquilización y aislamiento, y el tratamiento farmacológico voluntario (2). Si estas medidas no son efectivas o no pueden aplicarse se debe sujetar al paciente y medicarlo en contra de su voluntad, teniendo que recurrir en muchos episodios de agitación violenta a la contención física del paciente (2).

Es por ello que en este trabajo nos centraremos en analizar y dar a conocer todos los aspectos relativos tanto a nivel ético y moral como legal de las pautas que se tienen que llevar a cabo en los internamientos no voluntarios de los pacientes psiquiátricos así como todo lo relativo a las medidas de contención que tienen que ser empleados en este tipo de paciente para poder garantizar tanto su seguridad como la de los profesionales que los atienden incluso la de los familiares que tienen que convivir con ellos.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Actualizar conocimientos sobre el internamiento involuntario en pacientes

psiquiátricos y el manejo de la contención mecánica en estos pacientes.

Objetivos secundarios:
-Describir la regulación actual vigente para el internamiento psiquiátrico involuntario.
-Conocer las consideraciones éticas existentes sobre las medidas de contención mecánica en los enfermos mentales.
-Explicar los procedimientos más eficaces y seguros ante la contención física en pacientes psiquiátricos.

3 Metodología

Para llevar a cabo el estudio se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistematizada a través de las consulta de descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) de la Biblioteca Virtual en salud. Como resultados hemos utilizado los descriptores: paciente psiquiátrico (psychiatric patient), internamiento involuntario (involuntary commitment), contención física (physical containment).

Dichos descriptores, fueron utilizados para determinar la estrategia de búsqueda, conectados entre sí, con el operador booleano –or- y –and-. Se utilizó un lenguaje controlado, con una búsqueda avanzada en resumen y título de los artículos. La búsqueda avanzada se completó utilizando filtros en el año de publicación (artículos publicados en los últimos 5 años) e idioma (español e inglés).

Las bases de datos utilizadas son: CIBERINDEX, CINAHL, PubMed, LILACS (Literatura científica y técnica de América Latina y del Caribe), IBECS, IME (Índice Médico Español), The Cochrane Library, Trip Database, WOS (Web of Science del sistema español de ciencia y tecnología), ClinicalKey, MEDES (medicina en español), durante los meses de mayo a agosto de 2018.

Los criterios de inclusión utilizados son:
• Artículos publicados entre el 2012 y 2018.
• Artículos en inglés y español.
Los criterios de exclusión utilizados son:
• Artículos que no cumplen metodología científica.
• Dificultad para acceder al texto completo.
• Artículos no relacionados con el tema de estudio.
Tras seleccionar los artículos en función de los criterios de inclusión y exclusión se realizó la lectura crítica de los artículos y se elaboraron las conclusiones de la

revisión bibliográfica, quedando los artículos reducidos a 15.

PALABRAS CLAVE: paciente psiquiátrico (psychiatric patient), internamiento involuntario (involuntary commitment), contención física (physical containment).

4 Resultados

Situación Legislativa Actual En España

Comenzaremos analizando la situación de la legislación española actual que, comprende por un lado las leyes estatales promulgadas por las Cortes Españolas y, por otro lado, los Convenios y Tratados internacionales que España ha ratificado y que están en vigor.
Comentamos las siguientes leyes y convenios (3):
• A nivel estatal encontramos que el internamiento involuntario por causa de trastorno psiquiátrico está regulado por el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que promulga que el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decirlo por sí, requerirá autorización judicial previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida. El tribunal debe escuchar a la persona afectada, al ministerio fiscal y oír el dictamen de un facultativo por él designado. La persona afectada por la medida tiene derecho a disponer de defensa y a interponer un recurso de apelación. Los facultativos, a su vez, tienen la obligación de informar al juez periódicamente sobre la pertinencia de mantener la medida como mínimo cada 6 meses y siempre que el tribunal lo requiera y también tienen que poner en conocimiento del juez el alta del paciente.

Este artículo ha sido declarado inconstitucional en sentencia del 2 de diciembre de 2010, por defecto de forma, ya que afecta a un derecho fundamental como es la libertad y por tanto el internamiento involuntario tiene que estar regulado por una Ley Orgánica. Sin embargo, no está anulado, ya que su anulación, daría lugar a un vacío legal y el propio Tribunal Constitucional insta a los legisladores, que con la mayor brevedad posible regulen esta medida mediante una Ley Orgánica. De momento, aún no se ha hecho. Por otro lado la Ley de Autonomía del paciente 41/2002 en su artículo 8 regula el consentimiento informado destacando que toda actuación en el ámbito de la salud requiere el consentimiento libre y voluntario del afectado, después de que, recibida la información adecuada haya podido valorar las opciones que tiene y en el artículo 9 regula las excepciones a

dicho consentimiento que serían cuando exista riesgo para la salud pública según lo estipulado por la ley o cuando exista un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su autorización.

Finalmente el Código Penal Español contempla aplicar medidas de tratamiento involuntario en la comunidad como alternativas al ingreso en prisión en su artículo 96 (3).

• A nivel europeo e internacional cabe destacar el Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina de 1997 que en el artículo 5 que señala que una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento, después de haber recibido la información adecuada. En el artículo 7 se señala que las personas que padezcan un trastorno mental grave, sólo podrán ser sometidas sin su consentimiento, a una intervención que tenga como objetivo tratar este trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento comporte el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y con las condiciones de protección previstas por la ley.

También encontramos la Recomendació (2004) 10 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales que en el artículo 8 recomienda aplicar el principio de menor restricción posible en los tratamientos. Se establecen también los siguientes criterios para realizar un tratamiento involuntario: la persona tiene un trastorno mental, su estado comporta un riesgo real de daño grave hacia sí misma o terceros, el tratamiento tiene una finalidad terapéutica, no tiene que existir un medio menos restrictivo de atención necesaria para su tratamiento y la opción de la persona afectada se ha de tener en consideración (3).

Cuestiones Legales Referidas Al Internamiento Involuntario Del Paciente Mental En España

Hay tres cuestiones que hay que tener presentes en el internamiento psiquiátrico (1):

1. Que el ingreso psiquiátrico es una cuestión esencialmente clínica o médica y por tanto en las decisiones debe prevalecer el criterio clínico.
2. Que el internamiento psiquiátrico se regula por normas legales muy precisas, que es necesario conocer.
3. Que es obligatorio utilizar criterios éticos y deontológicos tanto generales

como particulares.
El internamiento psiquiátrico involuntario es un acto médico-sanitario, que en ocasiones se mueve en el terreno del razonamiento ético, y que no busca la certeza sino el juicio prudencial, a diferencia del razonamiento científico. Además, desde el ámbito legal y al verse afectado un derecho fundamental, como es la libertad personal, es obligatorio someterlo a la garantía judicial, la cual se limita exclusivamente a "autorizar" o a "aprobar" la medida (1). El Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina de 1979 trata sobre las situaciones en las que un enfermo mental puede recibir tratamiento sin recabar su previo consentimiento (1).

Por su parte, la Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en relación con el internamiento de pacientes mentales estableció los criterios esenciales, que fueros suscritos por España, estableciendo que el internamiento psiquiátrico involuntario es una medida terapéutica de carácter excepcional, que no puede prolongarse si no persiste la alteración mental que la ocasionó, siendo preciso y necesario el control judicial en el mismo, así como que el paciente tenga la posibilidad de ser oído personalmente o, en su caso, mediante alguna forma de representación; que sea informado de las condiciones del internamiento y que la decisión judicial se adopte en breve plazo (1).

Particularmente, en España el internamiento psiquiátrico es un tema que compete a la esfera privada y por tanto su regulación es civil (Código civil y Ley de Enjuiciamiento Civil). La vigente Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil (LEC), en su artículo 763, es la norma básica que contempla las garantías legales de los internamientos involuntarios por razón de trastorno psíquico (1).

Este coexiste con el internamiento psiquiátrico de ámbito penal, el cual queda sujeto a una resolución judicial y definida para aquellos pacientes mentales a los que se les exima de responsabilidad penal por causa psíquica, o bien se trate de una situación de enfermedad mental sobrevenida, o porque el presunto delincuente sea sometido a observación, tal y como establece el Código Penal (1).

Dilemas Éticos Ante El Internamiento Psiquiátrico Involuntario

Existe un dilema ético ante el internamiento psiquiátrico involuntario puesto que existen una serie de cuestiones que se ven afectadas (1):
- Autonomía de la persona
- Capacidad de obrar

• Secreto médico
• Secreto de confidencialidad
• Consentimiento informado
• Derecho a la libre elección y decisión

Por todo ello, es elemental el determinar el tipo de ingreso o internamiento psiquiátrico, es decir si debe ser con carácter urgente o no urgente, el cual dependerá básicamente del criterio clínico o diagnóstico. Si se trata de un internamiento urgente, este generalmente se inicia fuera del dispositivo asistencial, aunque una vez inserto en el ámbito clínico requerirá la correspondiente autorización judicial, necesaria para compensar las garantías jurídicas de un paciente que puede rechazar la medida y no prestar su consentimiento. Es preciso tener presente que en nuestra legislación la finalidad del internamiento ha de ser exclusivamente sanitaria y terapéutica, ni preventiva ni punitiva, y finaliza cuando su necesidad desaparece.

Partiendo del supuesto legal de que la libertad de la persona inherente a la condición humana es uno de los derechos fundamentales que establece nuestra Constitución, en su artículo 17.1, el actual modelo, ético y legal, autonomista de relación médico-paciente se fundamenta en el respeto a la capacidad de decisión, la cual queda representada por la exigencia del "consentimiento informado" que es obligatorio obtener previamente a cualquier tipo de asistencia.

El internamiento psiquiátrico nunca puede ser considerado como una medida represora, para que, lejos de privar al paciente de su libertad, pueda este recuperar su autonomía personal y su libertad; es por ello que prevalecen los tres principios fundamentales de la ética médica: la beneficiencia, la no-maleficiencia y la autonomía personal.

Por ello, cuando un paciente rechaza el ingreso, los médicos del centro psiquiátrico están obligados a notificar el hecho a la autoridad judicial competente (Juez de Primera Instancia), el cual, garantiza los derechos del paciente, mediante su correspondiente reconocimiento y tras recabar informe médico, para posteriormente acordar o no el ingreso.

Técnicamente suele ser el médico forense quien emita el preceptivo dictamen médico-legal. Pero en ocasiones puede ser otro médico, y diferente al médico forense, como ocurriría con el médico de Atención Primaria del centro de salud correspondiente. Lo básico en estas situaciones, aparte del diagnóstico clínico, será el determinar la "capacidad de obrar" que posee el paciente durante dicha valoración médico-legal, lo cual, no olvidemos, va a condicionar la resolución que

acuerde posteriormente la autoridad judicial. Es aconsejable que en caso de dudas, el médico mantenga al paciente en observación médica hasta nueva valoración.

Todos estos dilemas éticos se han reflejado en una propuesta de regulación sobre los ingresos involuntarios que aparece publicada en un artículo de una revista de neuropsiquiatría 4 en el que se propone que dicha regulación tenga, al menos, las siguientes garantías y previsiones:

1. El ingreso involuntario de una persona, ya sea para diagnóstico o para tratamiento, requerirá en todo caso la indicación del facultativo correspondiente, que actuará por iniciativa propia o a instancia de cualquier familiar, allegado, apoderado o institución pública o privada entre cuyas competencias se encuentre la protección de personas vulnerables. El facultativo evaluará la capacidad para decidir por sí misma de la persona, así como las alternativas posibles al ingreso e indicará éste cuando la persona carezca de capacidad suficiente para decidir y el ingreso se presente como la medida más adecuada en atención a las circunstancias concurrentes.

En relación con la redacción anterior, se alude expresamente al ingreso para "diagnóstico". Se establece una amplia legitimación para solicitar el ingreso, y además, se pide al facultativo que la decisión se tome en atención a "las circunstancias concurrentes", que además de las consideraciones clínicas, se extienda a otras como la existencia o no de apoyo social y familiar. Cuando la persona no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del facultativo interviniente, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación; si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Si se encuentra incapacitada legalmente, la información y la decisión corresponderán, dentro de los límites de la sentencia, a quien haya sido designado para prestarle el correspondiente apoyo. Si ha otorgado poderes a favor de una persona o ha designado representante en documento de instrucciones previas, la información y la decisión corresponderán al apoderado o al representante, dentro de los límites del poder o de la representación. Dado que el ingreso es un acto médico, es obligado respetar las previsiones contenidas en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente, tanto en lo relativo a sustitución del consentimiento (art. 9) como a la posible existencia de instrucciones previas con nombramiento de representante que sirva de interlocutor ante la Administración

Sanitaria (art. 11)

Por otro lado, existe la posibilidad de que la persona, de acuerdo con lo establecido en el art. 1732 del Código Civil, haya otorgado poderes a favor de una persona facultándola para decidir sobre cuestiones relativas a su salud y tratamiento.

2. En caso de que la intervención no admita demora, se llevará a cabo de modo inmediato por el dispositivo sanitario de urgencias, social o sanitario, en el Centro previsto o designado por las autoridades sociales o sanitarias competentes. La doble referencia a lo "social" y a lo "sanitario" tiene que ver con los dos colectivos a los que se aplica el ingreso involuntario. De un lado, personas con trastorno mental grave (que precisan tratamiento y recursos "sanitarios") y, de otro; personas mayores con demencia que precisan también asistencia y recursos sociales.

3. Si la materialización del ingreso presenta grave dificultad de hecho, podrá solicitarse la colaboración de las Fuerzas de Seguridad, la cual deberán prestar en ejercicio de las funciones de auxilio a los ciudadanos legalmente previstas. Se hacer referencia aquí directamente a lo dispuesto en la L.O. 2/1986 de 13 de marzo, de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado (art. 11.1 y 53.1), así como en la L.O 1/1992 de 21 de febrero, sobre protección de la Seguridad Ciudadana, sobre funciones de auxilio y colaboración con los ciudadanos.

4. Una vez materializado el ingreso de carácter urgente, el responsable del Centro, deberá dar cuenta al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el ingreso llegue a conocimiento del tribunal. En los casos de ingresos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el ingreso.

5. En caso de que el ingreso no tenga carácter urgente, cualquier familiar, allegado, guardador, apoderado o institución pública o privada entre cuyas competencias se encuentre la protección de personas vulnerables deberá dirigirse al Juzgado de Primera Instancia o de Familia competente y solicitar la autorización de ingreso, acompañando en todo caso la indicación facultativa y demás documentos en que funde la solicitud.

Se alude a la competencia objetiva (Juzgado de Primera Instancia-Juzgado de Familia) y a la obligación de acompañar "en todo caso", el documento con la indicación facultativa del ingreso.

6. Antes de conceder la autorización o de ratificar el ingreso que ya se ha efectuado, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo ingreso se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado y al Ministerio Fiscal, sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso.
Igualmente practicará las pruebas solicitadas por el afectado y las que el Tribunal considere convenientes, debiendo comprobar si aquél ha formalizado documento de instrucciones previas o nombrado apoderado en los términos legalmente previstos. En caso afirmativo el representante o apoderado deberá ser oído y, dentro de los límites de la representación o apoderamiento, deberá ser atendida su decisión.

Este párrafo es coherente con lo establecido en el punto 1 sobre la necesidad de comprobar si la persona ha otorgado poderes o designado representante en documento de instrucciones previas. En caso afirmativo éstos deberán ser oídos siendo su decisión vinculante para el Juez, dentro de los límites de la representación o apoderamiento. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de ingreso involuntario deberá disponer de representación y defensa.

Aunque la redacción anterior permitía a la persona nombrar Abogado, esto casi nunca llegaba a ocurrir. De hecho, salvo supuestos absolutamente excepcionales, los expedientes de ingreso se tramitan sin que la persona ingresada disponga de representación y defensa. Lo mismo que a toda persona "detenida" se le asigna un abogado del turno de oficio, las personas ingresadas deberían tener idéntico tratamiento.

Esta medida es conforme a los dictados de la Convención de la ONU sobre Personas con Discapacidad.
En este sentido, el Informe del Comité de Expertos encargado de la evaluación de su aplicación ha manifestado su preocupación por la falta de suficientes salvaguardas en este punto.

7. El Tribunal, si tras la práctica de las pruebas previstas en el apartado anterior estima que la persona padece un trastorno psíquico que le impide decidir por sí

misma y el ingreso se presenta como la medida más adecuada para su protección en atención a las circunstancias concurrentes, dictará Auto autorizando el ingreso.
En otro caso dictará Auto denegándolo o declarando que la persona cuenta con capacidad suficiente para decidir por sí misma o a través de su representante o apoderado.
El Auto dictado por el Juez tendrá uno de los siguientes contenidos: a) Autorizar el ingreso. b) Denegar el ingreso. c) Declarar que la persona cuenta con suficiente capacidad para decidir por sí misma. d) Atender lo decidido por el representante o apoderado.

8. En la misma resolución que acuerde el ingreso se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.
Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el ingreso señale un plazo inferior.

9. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el ingreso será susceptible de recurso de apelación.

10. Cuando las personas ingresadas que carezcan de familiares o allegados que puedan ocuparse de los aspectos patrimoniales, se hará cargo de ellos la entidad que en el territorio tenga encomendada la protección de personas con discapacidad. Este punto está pensado en los casos de ingresos de personas mayores que vivían solas y que, presumiblemente, no van a regresar al domicilio.

Se produce aquí una conexión con lo dispuesto en el art. 239 II del Código Civil. Lo que se pretende es que estas entidades se hagan cargo de modo inmediato de las cuestiones urgentes (aseguramiento de la vivienda, pagos, cuentas corrientes, etc…) sin perjuicio de que posteriormente se insten las medidas judiciales de protección que se consideren oportunas.

11. Toda persona ingresada de modo involuntario en un Centro, ya sea de carácter sanitario o asistencial, gozará de todos los derechos legalmente previstos tendentes a salvaguardar su dignidad, su relación con familiares, comunicaciones, etc…

Cualquier restricción a estos derechos (contenciones, aislamientos, etc…) deberá ser especialmente indicada y motivada, dejando constancia en el historial, por el profesional competente y sometida a particular control judicial, que será previo cuando las circunstancias lo permitan. De otro modo se comunicará al Juez a la mayor brevedad, al objeto de que proceda a su evaluación. Se introduce en este punto la trascendental cuestión de la salvaguarda de las medidas especialmente restrictivas de derechos que pueden darse en las Unidades y Centros de Ingreso.

"Es preciso regular las medidas de contención mecánicas a las que pueden ser sometidos los pacientes que se encuentran internos en un centro médico y la ordenación de los tratamientos especialmente invasivos. Si bien es cierto que con las modificaciones legislativas habidas se ha conseguido una regulación detallada en lo que respecta al proceso que debe seguirse para el internamiento voluntario o involuntario del paciente, una vez dentro de dicho centro, el legislador no ha contemplado el régimen de garantías de estas personas, dejando al libre arbitrio de cada hospital la regulación de esas cuestiones respecto a sus pacientes".

El Juez, antes de decidir, podrá recabar la opinión de Comités de Ética o Instituciones con competencia en la protección de los derechos de los pacientes. Este punto tiene que ver con la creciente importancia que van adquiriendo los Comités de Ética Asistencial, integrados también por los propios enfermos y sus familiares cuya opinión puede ser muy valiosa para el Juez.

12. Transcurrido el plazo establecido y una vez recibidos los referidos informes de los facultativos, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del ingreso.
Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona ingresada consideren que no es necesario mantener el ingreso, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

13. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

Pautas De Actuación Ante Los Ingresos Involuntarios En Pacientes Con Enfermedad Mental

La mejora de las prestaciones sanitarias requiere de unas pautas o protocolos de actuación ante determinadas situaciones:

Ingresos involuntarios no urgentes(5)
1. Se consideran internamientos involuntarios no urgentes aquellos en que siendo necesario, desde el punto de vista médico, el ingreso de una persona en un centro médico por razón de un trastorno psiquiátrico, para su debida evaluación, atención o tratamiento, aquella sin embargo, tiene alterada su capacidad de discernimiento y no está en condiciones de consentirlo, está ya incapacitado judicialmente o es menor de edad y es posible la demora en el internamiento sin peligro ni daño para la persona con enfermedad mental, otras personas o sus bienes.

2. El ingreso involuntario no urgente se realizará en la Unidad Hospitalaria del Servicio de Salud, o en el Centro Médico público o privado indicado por el médico, y que se autorice judicialmente. En el caso de menores, se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. En todo caso, el ingreso involuntario no urgente (internamiento) de un paciente, aunque esté sometido a la patria potestad o tutela, requiere autorización judicial previa, conforme a lo dispuesto en el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. La autorización judicial deber ser solicitada por el cónyuge o quien se encuentre en situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes o los hermanos o por el Ministerio Fiscal, si las personas anteriores no existieran o no lo hubieren solicitado, ante el Decanato de los Juzgados del lugar de residencia del enfermo, y si sólo hubiere un Juzgado de Primera Instancia ante éste, aportando los informes médicos de que disponga. Cualquier persona distinta de éstas, que tenga conocimiento de hallarse alguna persona en condiciones que hagan necesario su ingreso, lo pondrá en conocimiento del Ministerio Fiscal.

4. Autorizado el ingreso involuntario no urgente (internamiento) por el Juzgado de Primera Instancia, el traslado será realizado por los servicios sanitarios dispuestos por el solicitante o, en su caso, por la Administración Sanitaria; a tal efecto, el Juzgado notificará el Auto al solicitante y lo pondrá en conocimiento, mediante Fax del Director del Centro en que vaya a realizarse.

5. Sin perjuicio de las concretas órdenes que pueda impartir el Juez autorizante del traslado e ingreso, el médico que asiste a la persona con enfermedad mental, como autoridad sanitaria pública, podrá recabar directamente el auxilio de

los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad para la ejecución del traslado, si lo considerase necesario por la oposición que ofrezca el afectado. Este auxilio consistirá en el apoyo al personal sanitario que efectúe el traslado, pudiendo llegar, si fuese necesario para salvaguardar la integridad de las personas y las cosas, a la inmovilización física de la persona a trasladar; pero en todo caso el traslado se efectuará en transporte sanitario.

6. El Director Gerente del centro público o privado en que se lleve a cabo el ingreso informará al Juzgado correspondiente sobre el curso del ingreso, en los términos que le fuese interesado y hubiese acordado el Juez en su resolución, y como mínimo cada seis meses.

7. Cuando los facultativos que atiendan a la persona ingresada consideren que no es necesario mantener el ingreso, darán el alta a la persona con enfermedad mental y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

Ingresos involuntarios urgentes (5)

1. Se considera traslado involuntario urgente aquel que en criterio del médico resulta necesario realizar de inmediato para la atención a la persona con enfermedad mental que tiene alterada su capacidad de discernimiento, no está en condiciones de consentir o es menor de edad o incapacitado. Sobre la base de la valoración realizada, el 112 procederá a la activación del medio más adecuado entre los existentes.

2. Se considera ingreso involuntario urgente aquel que en criterio del médico resulta necesario realizar de inmediato para la atención a la persona con enfermedad mental que tiene alterada su capacidad de discernimiento, no está en condiciones de consentir o es menor de edad o incapacitado.

3. El médico del Servicio de Atención primaria o del Servicio de Urgencias (112), Urgencias Ambulatorias o cualquier otro facultativo que aprecie la necesidad de un traslado o ingreso involuntario urgente debe ordenarlo por sí, sin precisar para ello autorización judicial alguna. El ingreso se producirá en la Unidad de Psiquiatría del Hospital del Servicio de Salud o en el Centro Médico público o privado que indique el médico dentro de la red asistencial de Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. Para garantizar la máxima eficacia en los ingresos estará el 112 siempre informando de los recursos sanitarios disponibles y en, ningún caso, una persona con enfermedad mental que precise un ingreso será derivado a su domicilio, si es necesario su ingreso.

4. Producido el ingreso, el médico responsable cuidará de que se comunique de inmediato al Decanato de los Juzgados o al Juzgado de Primera Instancia, si solo hubiere uno, del lugar donde radique el centro de internamiento mediante fax, sin perjuicio de remitir la comunicación ordinaria; en todo caso, debe asegurarse que el Juzgado recibe la comunicación del internamiento, dentro de las 24 horas siguientes a producirse.

5. Cuando para acceder a la persona con enfermedad mental y proceder a su traslado sea necesario entrar a su domicilio o habitación en contra de su voluntad, el médico dará aviso a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad. Estos, tras evaluar la situación, junto con el personal médico, procederán por sí a la entrada cuando aprecien un flagrante e inminente peligro para la propia persona con enfermedad mental, otras personas o los bienes, dando cuenta después a la autoridad judicial de su intervención; en otro caso, pondrán los hechos en conocimiento del Juzgado o del Decanato donde lo hubiere, solicitando autorización para la entrada en el domicilio, sobre la que resolverá el Juzgado de Primera Instancia que en turno corresponda o, si se dedujera la petición fuera de las horas de audiencia, el propio Juzgado de Instrucción de Guardia en sustitución.

En el mismo caso de flagrante e inminente peligro, el personal sanitario podrá acceder al domicilio o habitación en que se halle el afectado, dando cuenta posteriormente a la autoridad judicial de su actuación. En todos los casos cuando la persona con enfermedad mental abandone su domicilio lo hará con la ayuda del personal sanitario y habiéndose adoptado las medidas de contención tanto físicas como farmacológicas dentro del domicilio. La intervención de las Fuerzas y cuerpos de Seguridad irá dirigida a obtener la protección del paciente y terceras personas.

6. Siempre se utilizará para su traslado, previa activación por el 112, el medio de transporte sanitario que sea adecuado y proporcional a la situación del paciente.
7. El sistema sanitario, y en concreto el Servicio de Salud, dispondrá de todos sus recursos en caso de ser necesaria la hospitalización de una persona con enfermedad mental.
8. En aquellos casos en que la persona con enfermedad mental que precise el ingreso involuntario urgente, acreditado mediante valoración médica del especialista por escrito, no se encuentre en su domicilio, serán los Cuerpos y Fuerzas de seguridad los que se encarguen de localizarlo. Una vez solicitado, se trasladará a la persona con enfermedad mental al centro sanitario correspondiente, en un vehículo sanitario adecuado.

9. Ante la comisión de un hecho delictivo por una persona que aparente hallarse en estado de enajenación mental, los miembros de los Cuerpos y Fuerzas de seguridad, sin perjuicio de dar cumplimiento a lo dispuesto por la Ley de Enjuiciamiento Criminal en todo lo referente a la detención e instrucción de derechos al detenido, procederán a su traslado a un centro sanitario donde pueda ser examinado y recibir un primer tratamiento de urgencia, dando cuenta de ello al Juez de Instrucción. Lo mismo hará cuando aprecien síntomas de enajenación en cualquier detenido. El personal sanitario facilitará, en la medida de sus posibilidades, los medios para que las Fuerzas y Cuerpos de seguridad realicen la custodia en condiciones que garanticen seguridad y eficacia.

Traslados e internamientos de personas con enfermedad mental hallados por los Cuerpos y Fuerzas de seguridad (5)
1. Cuando los Cuerpos y Fuerzas de seguridad hallen en la vía pública o en otro lugar, personas aparentemente aquejadas de una enfermedad mental y con su facultad de discernimiento afectada, en cumplimiento de sus funciones de auxilio y protección a las personas, procederán a su identificación, previo su traslado a las dependencias policiales si fuera preciso, dando aviso al 112 que enviará a los servicios médicos que realizarán la valoración in situ.
2. Conocida la identidad de la persona, se pondrá en conocimiento de sus familiares o responsables su paradero por, si se hicieran cargo de ella.
3. No siendo conocidos familiares o personas responsables de la persona aparentemente afectada de una enfermedad mental, o rehusando hacerse cargo de ella, se recabará la ayuda de los servicios sociales correspondientes, ya sean municipales o regionales, procediendo a las actuaciones necesarias según cada caso. Si tal ingreso hubiera de considerarse involuntario se procederá en consecuencia.

Contención Mecánica/Física
Empezaremos comentando de forma global que la restricción física o contención mecánica es una medida terapéutica utilizada con cierta frecuencia para el manejo de pacientes agitados o en aquellos pacientes que potencialmente suponen un riesgo para la integridad física de ellos mismos o de quienes les rodean (6).

Las primeras referencias al uso de la restricción física nos llevan hasta la Grecia clásica, donde algunos textos, como el Corpus Hippocraticum, hablan de "diversas terapias" que incluían la contención mediante cadenas de aquellos que podían representar un peligro para sí mismos o para los demás" (6).

Tras muchos siglos de evolución, llegamos a lo que hoy conocemos como restricción: "es el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar sus actividades físicas y de protegerlos de las lesiones que pudiera infligirse a sí mismo o a otros" (6).
En la literatura, esta práctica es denominada de diferentes formas: "inmovilización", "sujeción física", restricción de movimientos", etc., las cuales significan básicamente lo mismo (7).

Definiciones (7,8)
La contención mecánica se define según la OMS como: "métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjugarse por otros medios terapéuticos".

En los Estados Unidos, la Joint Commission y el Medicare/Medicaid manejan una definición de "contención" amplia, que va más allá de la sujeción con dispositivos especiales. Por ejemplo, algunas medicaciones e incluso las mismas sábanas pueden llegar a ser considerados como métodos de restricción dependiendo de cómo y por qué se utilicen. La Joint Commission define a la contención mecánica como "la aplicación directa de la fuerza física sobre un paciente, con o sin la autorización del mismo, para restringir su libertad de movimientos. La fuerza física puede ser humana, mecánica o una combinación de ambas".

Medicare/Medicaid define a la contención como a "cualquier método manual, dispositivo físico o mecánico, material o equipamiento que inmovilice o reduzca la capacidad del paciente de mover sus brazos, piernas, cuerpo o cabeza libremente; o a las drogas o medicamentos cuando son utilizadas con fines restrictivos para manejar la conducta del paciente o su libertad de movimientos y no son parte del tratamiento o la dosis estándar para tratar su condición".

Prevalencia
En los últimos años, el uso de contenciones tanto físicas como farmacológicas, están adquiriendo mayor protagonismo (9). Numerosos estudios han reflejado que España tiene un porcentaje de uso de sujeciones muy superior al resto de los países observados, llegando casi al 40%, frente a cifras que suponen alrededor del 15% en países como Francia, Italia, Noruega o EEUU, y otros países cuya

prevalencia no llega al 10% como Suiza, Dinamarca, Islandia o Japón (9).

Su uso en los centros sanitarios se estima incluso en un tercio de los pacientes en los hospitales terciarios, alcanzando mayor proporción en los pacientes mayores de 65 años, siendo significativo su uso en determinadas circunstancias en unidades relacionadas con los cuidados intensivos, neonatología y salud mental (9). En residencias de ancianos se ha descrito un porcentaje de utilización entre el 31% y 59% de los pacientes, y de un 23% en hospitalizaciones psiquiátricas infantiles (7).

Aspectos normativos

Tenemos que tener en cuenta que la restricción física o contención mecánica es una técnica que en sí misma limita ciertos derechos y libertades fundamentales, por tanto, deberá ser utilizada siempre como último recurso y únicamente en los pacientes que presenten muestras de agitación, una conducta violenta manifiesta o en aquellos que muestren signos reconocibles de que la violencia es inminente y se tenga la certeza de que el paciente está "a punto de explotar", siempre y cuando hayan fracasado otros métodos de contención o se tenga la certeza de que la aplicación de tales métodos resultará inútil (6).

Así pues, existen una serie de documentos imprescindibles a tener en cuenta para la no vulneración de los derechos de los pacientes sometidos a restricción física y que ya han sido tratados en los apartados de internamiento involuntario previamente descritos(6):

• Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948: derecho a la vida, libertad y seguridad.
• Constitución Española de 1978: derecho a la libertad y a la seguridad.
• Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad: respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad, derecho a la protección de la salud.
• Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: regula el derecho a la información sanitaria y al consentimiento informado.
• Código deontológico de la enfermería española: respeto a la dignidad humana y salvaguarda de los derechos humanos.

Por otra parte, desde el punto de vista más específicamente profesional, para la regulación de estas técnicas a nivel internacional encontramos el documento "Restraint and seclusion standards 2001", el cual describe las características organizacionales que debe cumplir un centro así como los requisitos de formación de

los profesionales que ejercen en él, para que este sea acreditado por la entidad que lo edita (6).

A nivel nacional encontramos distintos protocolos correspondientes a los servicios de salud de las distintas Comunidades Autónomas. Importante mención merece el Convenido de Oviedo firmado el 4 de abril de 1997 para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, el cual, hace especial referencia a la protección de las personas que sufren trastornos mentales.

Así establece que la persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso. En el caso de las contenciones, se aclara que, cuando debido a una situación de urgencia no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada (9).

Por otro lado, merece especial interés la Recomendación Rec (2004) 10 a los Estados miembros que surge en septiembre de 2004 en el Consejo de Europa, a través del Comité de Ministros y, que trata de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastorno mental. Aunque se ocupa únicamente de las personas con trastorno mental, establece una serie de principios y deberes que deben ser tenidos en cuenta a la hora de decidir sobre la adopción o no de medidas de contención física o farmacológica.

Concretamente, el artículo 27 establece que las medidas de contención o restricción sólo se podrán emplear en instalaciones adecuadas, y según el principio de mínima restricción, para prevenir daños inminentes en la persona afectada o en otras, y en proporción a los riesgos existentes, y que esas medidas sólo podrán aplicarse bajo supervisión médica y deberán quedar adecuadamente documentadas. Además, establece también que la persona sometida a medidas de contención o restricción deberá ser objeto de un seguimiento regular, y que las razones por las que se adopte la medida y su duración deberán ser registradas en la historia clínica de la persona y en un registro (9).

A modo de resumen, desde el punto de vista ético para que la contención de

movimientos sea admisible, debe cumplir una serie de requisitos (7):
• Que se respeten en los procedimientos la dignidad del paciente: privacidad, adecuación de medios físicos y humanos.
• Que los familiares o representantes del paciente sean informados del procedimiento y, de ser posible, con carácter previo al mismo.
• Que la contención no se prolongue más allá de lo necesario.
• Que se ajuste a un protocolo establecido en el centro de salud.
Desde el punto de vista legal podemos resumir las principales recomendaciones (7):
• Ante la indicación médica de realizar una contención o sujeción física se debe informar al paciente de dicho procedimiento, de modo adecuado a sus capacidades de comprensión.
• Cuando el paciente, según el criterio del médico que lo asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se facilitará a las personas vinculadas al paciente, por razones familiares o de hecho, o en su caso, a los representantes legales, quienes deberán brindar su consentimiento.
• Si no existen acompañantes para transmitir la información, el profesional adoptará las medidas necesarias acordes con la Lex Artis.
• El médico responsable de la indicación de contención o sujeción deberá informar la finalidad, naturaleza, riesgos y alternativas del procedimiento.
• Esta información se facilitará con carácter previo a la medida terapéutica, siempre que las circunstancias lo permitan, y durante el tiempo que se mantenga la misma.
• También cabe la posibilidad de que sea el propio médico quien decida la intervención, aún contra la voluntad del paciente, cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente o para terceros, y no sea posible conseguir su autorización, consultando, siempre que las circunstancias lo permitan, a sus familiares o allegados.
• Toda la actuación relacionada con el procedimiento de contención o sujeción debe quedar registrada, idealmente en formularios prediseñados para este propósito.

Indicaciones de la contención mecánica
Entre las indicaciones del uso de las contenciones mecánicas se encuentran (10):
-Control de la agitación y alteraciones de la conducta que supongan daño para el propio paciente, terceras personas o elementos del entorno.
-Instauración y aseguramiento de medidas necesarias para evitar alteraciones en

el plan terapéutico como sondajes, uso de vía parenteral, oxigenoterapia y otros sistemas de soporte vital.
-Existencia de riesgos de autolesiones y suicidio.
-Existencia de riesgo de caídas.
-Cuando lo solicite el propio paciente y haya causa justificada clínica y/o terapéutica.
-Como parte de un programa de modificación de conducta, previamente explicitado.
En las Unidades de Salud Mental, su uso suele estar asociado a un internamiento no voluntario con características legales propias, siendo la contención una medida impuesta, y habitualmente con una combinación entre mecánica y farmacológica (9).

Contraindicaciones de la contención mecánica
Dentro de las contraindicaciones para su uso tenemos que hablar de (10):
-Ausencia de una adecuada valoración de la situación por personal sanitario.
-Imposibilidad de prestar supervisión de la contención y cuidados complementarios.
-Como sustitución de tratamientos previos.

Otras consideraciones
No debe aplicarse en caso de:
-Déficit de formación en los profesionales.
-Como castigo o como método para controlar una transgresión o conducta molesta.
-Por comodidad del equipo asistencial o conveniencia de los demás pacientes.
-Asistencia defensiva frente a reclamaciones o demandas judiciales.

Prevención de las complicaciones
Ante la vulnerabilidad a la que se encuentran los pacientes sometidos a contención mecánica debemos conocer las complicaciones asociadas a la inmovilización para poder prevenirlas (10):
• Vigilar las zonas de contacto con la cama e implantar las estrategias de prevención y evaluación de las mismas aplicando medidas de prevención de úlceras por presión y evitar lesiones. Hay que ser especialmente cuidadosos para evitar el contacto con superficies calientes (radiadores) por el riesgo de quemaduras.
• Prevenir el riesgo de enfermedad tromboembólica.

• Prevenir lesiones al forzar la inmovilización como fracturas, luxaciones o lesiones en plexos nerviosos.
• Asegurar una oxigenación adecuada con estrategias para evitar broncoaspiraciones (cabecero elevado a 30º, cabeza ladeada).
• Prevenir la asfixia. Puede producirse al enredarse el paciente en el sistema de contención, generalmente cuando trata de levantarse y cuando la inmovilización es en decúbito prono.
• Prevenir lesiones isquémicas por estrangulamiento del miembro.
• Vigilar la aparición de otras complicaciones derivadas de la propia inmovilidad como pérdida de fuerza, incontinencia, estreñimiento, reducción del apetito, deshidratación, hipotensión, infecciones nosocomiales o muerte súbita.

Evaluación de la necesidad de contención
En primer lugar debemos de realizar una evaluación del uso de contenciones mecánicas en la que se deben de incluir los siguientes pasos(7):
1. Identificación de síntomas clínicos o de trastornos de conducta y la existencia de una actitud violenta o autodestructiva.
2. Identificación de la causa raíz de estos síntomas clínicos, trastornos conductuales o actitudes violentas o autodestructivas.
3. Desarrollo de objetivos de atención para el paciente, basados en sus deseos.
4. Desarrollo de un plan de atención con el paciente y los miembros de su familia que sea apropiado para abordar la causa raíz de cualquier síntoma, utilizando alternativas a la contención mecánica siempre que sea posible.
5. Determinación de la necesidad de contención mecánica o de alternativas para tratar la causa raíz del problema.
6. Evaluación de los riesgos potenciales y beneficios de la contención mecánica y de sus alternativas y capacitación del paciente y/o de su familia acerca de estos riesgos y beneficios (consentimiento informado).

Medidas alternativas a la contención mecánica (8)
Existen una serie de medidas alternativas que se pueden adoptar antes de proceder a la contención mecánica, se tomarán cuando se detecten los primeros indicios de que el paciente está entrando en una situación de pérdida de control y que ésta vaya en aumento.
1. Medidas ambientales y/o conductuales:
- Procurar un ambiente calmado y silencioso que evite reacciones de tensión o violencia.

- Permitir, si es posible, la presencia de una persona que facilite la relación con el paciente (una figura que represente autoridad o confianza) y limitar la permanencia de aquellas personas o estímulos que puedan producir respuestas negativas.
- Posibilitar o facilitar, en la medida de los posible, actividades que disminuyan la respuesta agresiva (llamar por teléfono, caminar,...)
- Ayudar a la realización de respuestas desactivadoras: técnicas de relajación (muscular, respiratorias,...)
- Tratar de orientar al paciente en tiempo y espacio. Si es necesario, dejar luz encendida durante la noche.
- Informar al paciente sobre su situación, su ubicación en el hospital, procedimientos y técnicas a realizarle, así como la finalidad de ayuda, ante demandas, quejas o críticas del mismo.
- Cubrir zonas de inserción de sondas gástricas, catéteres,... para evitar su manipulación por parte de los pacientes.
- Ubicar a los pacientes con riesgo de agitación, desorientación, agresividad o impulsividad suicida en habitaciones próximas al control de enfermería.
- Utilizar alternativas fisiológicas: reducir el dolor, revisar y comprobar la medicación del paciente y tratar el insomnio, la alteración mental (reorientar al paciente en tiempo y espacio), las infecciones, etc.

2. Contención verbal:
Siempre que sea posible deberemos comenzar el abordaje mediante la contención verbal con el fin de calmar la situación que ha provocado la agitación, desorientación y/o impulsividad del paciente, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y la agresividad, y prevenir posibles ataques violentos. Para llevarlo a cabo, se debe hacer un acompañamiento individual del paciente, invitándole a expresar verbalmente la irritación y la hostilidad.

Se ha de transmitir al paciente, tanto de forma verbal como no verbal, que la intención del personal sanitario no es hacerle daño, sino ayudarle. Esta medida está indicada en aquellos casos en los que la pérdida de control sea moderada, y puede ser adoptada por cualquier miembro del equipo profesional (de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, auxiliares de enfermería), que esté presente en ese momento, teniendo en cuenta la relación terapéutica que tiene el paciente a tratar.

Las pautas a seguir son:
- Vigilar signos de alerta: tono de voz, tensión muscular, hiperactividad motora, agitación creciente, alucinaciones auditivas, amenazas paranoides,...

- Mantener una distancia de seguridad colocándose fuera del espacio personal del paciente y asegurar una vía de salida accesible.
- Si se utiliza un despacho, dejar la puerta semiabierta, situándose el profesional cercano a ella, evitando la interposición del paciente entre la puerta y el profesional. No debe realizarse la entrevista en solitario.
- Mantener una actitud terapéutica en todo momento, utilizando un tono de voz calmado, neutral y de bajo volumen.
- Evitar juicios de valor y ser respetuoso.
- Evitar contacto visual fijo durante mucho tiempo, ya que el paciente lo puede percibir como amenaza.
- Dejar que el paciente verbalice las preocupaciones y razones o impulsos que le motivan.
- Mostrar empatía pero no conformidad, aclarando cuáles son los límites y normas de la institución y del personal.
- No buscar la confrontación de ideas, razones, etc., sino alianzas sencillas que tranquilicen y refuercen el sentido de la realidad de la persona afectada.
- Valorar la causa de la pérdida de control y de su ira. Si el paciente está confuso o desorientado, orientar en tiempo-espacio.
- Cubrir las necesidades del paciente, evitando caer en la defensa de la Institución o de nosotros mismos.
- Comprobar la efectividad de la contención verbal a través de las respuestas del paciente y si no se puede controlar la situación, llamar al psiquiatra de referencia del paciente, que procederá a valorar otro tipo de medida terapéutica.

3. Contención farmacológica:
Podemos recurrir a este tipo de medida cuando la alternativa del abordaje verbal no ha sido suficiente.
El objetivo de esta contención, no es la sedación profunda, sino conseguir un grado de sedación suficiente que permita el manejo adecuado de la situación generada, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y la agresividad, y prevenir posibles ataques violentos.
Esta medida solamente podrá ser abordada por el psiquiatra, ya que se realiza mediante la administración de psicofármacos, bajo prescripción médica, debiendo quedar siempre registrada en la Historia Clínica del paciente.
Ante una contención farmacológica, el personal de enfermería debe valorar el estado del paciente y mantener el control de constantes vitales por turnos (tensión arterial, temperatura y frecuencia cardíaca).
Tipos de contención mecánica (10)

-Parcial: Es en la que únicamente se limita la movilidad bien del tronco, bien de una extremidad. Se utiliza fundamentalmente para evitar caídas, arrancamiento de vías u obstrucciones posturales que dificulten el paso de la medicación.
-Total: Es aquella en la que se emplean sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente.

Criterios que debe cumplir una contención mecánica para estar bien indicada (10)
1. Necesidad: que esté realmente indicada en beneficio del paciente.
2. Excepcionalidad: no existe ninguna otra posibilidad más que la contención para conseguir los objetivos terapéuticos.
3. Brevedad: durante el menor tiempo posible.
4. Proporcionalidad: utilizar la menos restrictiva.
5. Seguimiento adecuado.
6. Prescripción médica.

La contención mecánica, será siempre el último recurso, y se iniciará cuando hayan fracasado las medidas preventivas anteriormente descritas: a) Toda contención mecánica requiere la prescripción médica como una orden no farmacológica, que deberá constar en la hoja de prescripción activa del paciente. En caso de urgencia, la decisión de iniciar la contención la tomará la enfermera responsable del paciente que comunicará esta medida al médico responsable en el plazo más breve posible. b) Se informará a la familia cuando se produzca la situación que indique el uso de contención mecánica, dejando en todo caso constancia en la Historia Clínica.

Recursos necesarios para la contención mecánica en el paciente con enfermedad mental (8,10)

I. Recursos materiales
Habitación individual de contención
Es necesario que la Unidad disponga de, al menos, una habitación de contención, con elementos estructurales vinculados a la seguridad de los pacientes y de los profesionales indicados para el resto de habitaciones y zonas comunes en la Unidad. Esta habitación debería encontrarse lo más cercana posible al control de enfermería y disponer de circuito cerrado de televisión. No requiere mobiliario accesorio como mesilla o sillón auxiliar.

Además, debe contar con una cama con medidas específicas de seguridad y fi-

jación al suelo de forma reversible, así como de material homologado de contención mecánica, que podría utilizarse, en caso necesario, en cualquier otra cama de la Unidad. La ubicación de la cama en la habitación debe permitir la libre circulación de los profesionales alrededor de la misma. No debe estar junto a la pared. Es recomendable, además, contar con colchón ignífugo.

En caso de disponer de baño propio, éste no necesitaría puerta, pero debería estar dotado de sanitarios y espejo no fragmentables, así como del resto de medidas de seguridad propias de todos los baños de la Unidad.
En el caso de no disponer de una habitación de contención, se puede utilizar cualquier otra habitación, siempre y cuando permita una alta supervisión (con cámara si es posible), cercana al control de enfermería, con buena ventilación y temperatura fresca.

Material de sujeción
Se debe utilizar siempre material de sujeción de tipo estandarizado y homologado que impida ejercer una excesiva presión en las extremidades, que sea confortable, no lesivo, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación.

Un equipo completo de contención mecánica (con independencia de que la inmovilización sea total o parcial) está compuesto por:
- Cinturón ancho abdominal y cintas anti-vuelco.
- Cintas para miembros superiores e inferiores.
- Cintas cruzadas para tórax.
- Cinturones estrechos para fijar las contenciones a la cama.
- Botones magnéticos de fijación en número suficiente.
- Llave magnética (imán para anclajes).

Habrá que revisar periódicamente (al menos una vez al mes) que todo el material está en perfecto estado.

II. Recursos humanos: competencias profesionales
La reducción de un paciente y su inmediata contención implica a todo el personal presente en la Unidad y a todo aquel que pueda ser requerido de modo inmediato. Se necesitan un mínimo de 4 personas para poder instaurar la contención mecánica con seguridad para el paciente y para los profesionales. No obstante, se considera que 5 personas es el número más adecuado para la realización de la misma (una para sostener cada extremidad del paciente y otra para la sujeción de la cabeza).

A continuación, se detallan las competencias de los distintos profesionales implicados en la técnica:

Psiquiatra:
- Indicar la orden de contención por escrito en el documento de las órdenes médicas, considerando las medidas alternativas propuestas por el resto del personal.
- Colaborar en la instauración de la contención mecánica, si por el número insuficiente de profesionales disponibles en la Unidad, fuese necesario.
- Autorizar (o no) la medida si ha sido instaurada por la enfermera (en caso de urgencia y en su ausencia).
- Informar al paciente y a sus familiares de los motivos y objetivos de la medida.
- Evaluar periódicamente el estado general y psicopatológico del paciente (cada 8 horas y siempre que sea necesario).
- Indicar, según el estado del paciente, la prórroga de la medida y/o modificación del tipo de sujeción.
- Indicar el cese de la contención tras la valoración conjunta con el resto del equipo terapéutico. Es recomendable su presencia en el procedimiento de retirada de las sujeciones.

Psicólogo clínico:
- Colaborar en la instauración de la contención mecánica, si por el número insuficiente de profesionales disponibles en la Unidad, fuese necesario.
- Participar, durante el tiempo que esté presente en la Unidad y en coordinación con el psiquiatra, en la evaluación periódica del estado psicopatológico del paciente con contención mecánica (cada 8 horas, y siempre que sea necesario).

Personal de enfermería:
- Indicar la medida en caso de urgencia y ausencia del psiquiatra, avisando a éste en el menor tiempo posible.
- Dirigir y coordinar la intervención de los demás profesionales que intervienen en la instauración de la contención.
- Acordar, con el equipo que intervienen en la instauración, qué profesional hará de interlocutor, siendo éste el único que se dirija al paciente para informarle de las intervenciones a realizar.
- Observar periódicamente el estado general del paciente.
- Prestar y monitorizar los cuidados enfermeros necesarios para la seguridad y el bienestar del paciente.

- Dirigir y coordinar la intervención de los demás profesionales que intervienen en la retirada de la contención.

Auxiliar de enfermería:
- Cooperar en la instauración y retirada de la medida.
- Participar en la observación del paciente con contención mecánica.
- Participar en los cuidados del paciente con contención mecánica.
- Ocuparse de la revisión y mantenimiento de los equipos materiales de la inmovilización.
- Mantener preparada la habitación de contención, asegurándose de que todo el material de sujeción está dispuesto en la cama antes de la aplicación de la medida. Esta función es conjunta con el celador.
- En caso de no estar disponible la habitación de contención, preparará la cama de otra habitación, colocando todo el material necesario momentos antes de la aplicación de la medida. Esta función es conjunta con el celador.

Celador:
- Colaborar en la reducción y el transporte del paciente, la instauración y el cese de la contención.
- Mantener preparada la habitación de contención, asegurándose de que todo el material de sujeción está dispuesto en la cama antes de la aplicación de la medida. Esta función es compartida con la auxiliar de enfermería.
- En caso de no estar disponible la habitación de contención, preparará la cama de otra habitación, colocando todo el material necesario momentos antes de la aplicación de la medida. Esta función es compartida con la auxiliar de enfermería.

Personal de seguridad:
- Colaborar en el procedimiento, con su presencia física como figura de autoridad, siempre que sea requerido por el personal de la Unidad.
- Intervendrá en la reducción del paciente, en situaciones muy excepcionales, si no es suficiente con el personal de la propia Unidad y solo a requerimiento explícito del personal de psiquiatría o enfermería, siguiendo las instrucciones claras de éstos.

Consideraciones previas y precauciones (8)
Antes de contener a un enfermo con agitación debemos tener en cuenta los siguientes puntos:
• El personal de enfermería llamará al número de profesionales necesario, debiendo actuar de forma rápida y coordinada, evitando intervenir hasta que se

disponga del personal suficiente. Es importante que el grupo sea numeroso, pues en ocasiones, su sola presencia en conjunto puede ser suficiente para conseguir la colaboración del paciente.

• Se designará a la persona encargada de dirigir la contención. Normalmente esta función estará a cargo del enfermero y/o psiquiatría responsables del paciente. La persona encargada de dirigir el procedimiento, asignará la función de cada miembro del equipo durante la contención.

• Se acordará entre todos los profesionales que intervienen, quién actuará de interlocutor único con el paciente (suele ser la misma persona que dirige la contención), y a partir de ese momento será quien mantendrá la comunicación verbal con el paciente, con el fin de evitar que puedan surgir comentarios contradictorios o confusos para el paciente.

• El interlocutor único debe informar al paciente del motivo de la contención. Actuará con firmeza y sin ser violento. Se dirigirá al paciente en tono suave, relajado pero seguro. No utilizará una forma intimidatoria o provocativa, será empático. Le hará saber que se le ayudará a controlar su conducta y que no se le dejará hacer nada destructivo. Utilizará órdenes concisas y de fácil comprensión.

• La persona que dirige la contención evitará toda la expectación posible; para ello, se debe alejar al resto de pacientes y profesionales que no intervengan en la instauración de la medida.

• El personal que intervendrá en la contención no llevará objetos que puedan producir daño o romperse (gafas, reloj, anillos, pulseras, cadenas, bolígrafos, etc.) y adoptará las medidas de precaución universales.

• Retirar de la ropa del paciente (si es posible) objetos que puedan dañarle.

• Alejar del alcance del paciente cualquier objeto potencialmente peligroso (cristal, objetos afilados, sillas).

• Intentar llevar al paciente hacia un lugar seguro, evitando rincones y zonas con mucho mobiliario.

• No acercarse solo a un individuo violento. Si la persona tiene un arma, no se intentará cogerla. Se dará instrucciones para que la suelte. Se intentará calmarle sin correr riesgos personales.

• El profesional auxiliar de enfermería preparará la cama, ayudando al celador en la colocación del material y sujeción final del paciente.

• El celador se asegurará de que esté frenada la cama (en el caso de que ésta no esté fijada al suelo) y colocará la sujeción de cintura o cinturón abdominal previamente en la misma. Éste debe quedar fijado a la cama a la altura de la zona lumbar del paciente. Fijará también el cinturón estrecho a la altura del tercio inferior de la tibia. Es el encargado de colocar el material de contención en la

cama y de la colocación final de correas e imanes sobre el paciente.

Instauración de la contención mecánica (8)
Para colocar la contención mecánica se deberán seguir unas pautas, en primer lugar se tumbará al paciente sobre la cama y en decúbito supino excepto en pacientes intoxicados o con disminución de la conciencia que se dejarán en posición de seguridad, y se procederá a la sujeción indicada (total o parcial), siempre siguiendo el siguiente orden:
1. Cintura: queda inmovilizada mediante el cinturón ancho o abdominal, que la rodea y se abotona al vientre. Las cintas de este cinturón se sujetarán a ambos lados del bastidor de la cama, nunca a las barandillas. El paciente podrá girar a cada lado 90º sin peligro de caída. Si se desea mayor sujeción, se colocarán las cintas anti-vuelco.
2. Miembros inferiores: las piernas se colocarán extendidas y ligeramente abiertas, poniendo las cintas de sujeción alrededor de los tobillos y fijándolas al cinturón estrecho mediante las tiras que tiene éste en su parte central.
3. Miembros superiores: se colocarán los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, poniendo las cintas de sujeción alrededor de las muñecas y fijándolas al cinturón abdominal mediante las tiras que tiene éste en su parte central.
4. Tórax: esta fijación es opcional. Las cintas para el tórax se fijarán, sobre el cinturón abdominal, pasándolas cruzadas por la zona clavicular en dirección a los hombros y fijándolas a su vez en el somier de la cama sobre la zona del cabecero.

La intensidad de la agitación o de la violencia del paciente aconsejará el tipo de sujeción:
- Sujeción completa: inmovilización del tronco + 4 extremidades.
- Sujeción parcial: inmovilización del tronco + 2 extremidades contralaterales.

Ya instaurada la sujeción, antes de retirarse de la habitación, el personal deberá realizar la verificación a través de la técnica del doble chequeo, llevándola a cabo el personal de enfermería y psiquiatría. Entre los aspectos a verificar destacan los siguientes:
• El paciente no presenta factores de riesgo, tales como tabaco, embarazo, diabetes, etc…, y si los presenta, se han tomado las medidas adecuadas para la prevención de eventos adversos.
• Las factores de riesgo ambientales sean suprimidos o minimizados, tales como el tipo y ubicación de la habitación, la homologación de los sistemas de sujeción,

la retirada de objetos potencialmente peligrosos, etc…
• Los sistemas de sujeción están cerrados adecuadamente para evitar que el paciente los abra por sí mismo.
• El cabecero de la cama está elevado entre 30º y 45º (salvo contraindicación médica).
• El paciente puede levantar y mover la cabeza ligeramente para disminuir el riesgo de aspiraciones y permitir el contacto con el medio.
• Las correas están adecuadamente apretadas pero sin comprimir vasos que impidan la circulación sanguínea, ni producir daños en la piel ni lesiones por deslizamientos, pero permitiendo la expansión pulmonar.
• Los objetos potencialmente peligrosos del paciente o del entorno físico de la habitación se han retirado.
• El personal sanitario puede manipular fácilmente los accesos venosos, drenajes o sondas.

Cuidados del paciente durante la contención (8)
Durante el tiempo que dure la inmovilización del paciente se deberá de llevar a cabo una vigilancia por parte de los distintos profesionales responsables:
• Psiquiatra responsable o psiquiatra de guardia:
- Valorará al paciente dentro de la primera hora tras la contención: revisará la pertinencia o no de la medida adoptada, así como el tratamiento a seguir.
- Reevaluará la medida cada 8 horas, registrando por escrito la necesidad o no de mantenerla.
- Dejará registrada en la Historia Clínica del paciente la indicación de la inmovilización, los factores de riesgo y las pautas a seguir (psicofármacos, nutrición, etc.).
- Cumplimentará también las siguientes hojas adjuntas: indicación de la contención y verificación de los criterios de seguridad de los pacientes y de los profesionales.

• Psicólogos clínicos:
- Participará, durante el tiempo que esté presente en la Unidad y en coordinación en el psiquiatra, en la evaluación periódica del estado psicopatológico del paciente (cada 8 horas, y siempre que sea necesario).
- En los casos que haga una evaluación del estado psicopatológico del paciente, lo registrará en su Historia Clínica.

• Personal de enfermería responsable:

- Realizará una visita cada 2 horas como máximo a fin de examinar el estado del paciente, las sujeciones y de resolver cualquier contingencia que pudiera surgir.
- Será el responsable de la observación, cuidados y controles posteriores, contando con la colaboración de auxiliares de enfermería y demás profesionales.
- Registrará en la Historia Clínica del paciente el procedimiento, las rondas de observación realizadas, constantes vitales y cuidados proporcionados, así como en los siguientes documentos adjuntos: indicación de la contención, verificación de los criterios de seguridad de los pacientes y de los profesionales, seguimiento de enfermería en la contención mecánica, prórrogas, modificación y cese de la contención.

• Auxiliar de enfermería:
- Realizará una observación directa del paciente cada media hora (cada 15 minutos si el paciente está intoxicado o con disminución del nivel de conciencia), revisando su estado general, el estado de las sujeciones y cualquier otra necesidad que pudiera surgir.
- Anotará la hora e incidencias de cada observación en sus comentarios de evolución de la historia clínica del paciente.

• Celador:
- Además de en la contención mecánica y retirada de la misma, colaborará con enfermería y auxiliares de enfermería en la movilización de estos pacientes para su higiene, necesidad de ir al baño, inmovilización para administrar inyectables, cambio de ropa, etc.

• Personal de seguridad:
- Se solicitará su presencia si el personal sanitario de turno se ve superado por las circunstancias.

Rondas de observación (8)

La frecuencia de las rondas de observación dependerá de la situación clínica y de la previsión de posibles complicaciones orgánicas, se establece como recomendación las siguientes pautas:
• Una ronda de observación por psiquiatría en la primera hora tras la contención y cada 8 horas, en la que se confirmará el mantenimiento o cese de la medida.
• Una ronda de observación por enfermería cada 2 horas y por auxiliares de enfermería cada 30 minutos (15 minutos en caso de intoxicación o alteración del nivel de conciencia).
• Estas pautas mínimas están sujetas a variación según indicación médica que así lo justifique.

Cuidados del paciente bajo sujeción mecánica (8, 10)
Será necesario por turnos, y siempre y cuando sea necesario, la vigilancia, monitorización y registro por parte de enfermería y auxiliares, los siguientes aspectos:
• Constantes vitales por turno y/o cuando se establezca según el estado general del paciente; presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y temperatura.
• Nivel de conciencia: efecto de la medicación y nivel de sedación. Supervisar también el estado mental del paciente y la orientación en las 3 esferas: tiempo, espacio y persona.

• Hidratación y alimentación:
- Comprobar y registrar la hidratación adecuada del paciente, ofreciendo líquidos siempre y cuando el estado del paciente lo permita.
- Asegurar una dieta adecuada y registrar si la ingesta aumenta o disminuye.
- Entregar cubiertos y demás utensilios con precaución y siempre que esté presente, durante su uso, algún profesional.
- Valorar la posibilidad de ayuda total o parcial (dejando una mano con mayor rango de movimientos) para las comidas siempre que el estado del paciente lo permita.
- Realizar cuidados de higiene bucal si procede.

• Eliminación intestinal y vesical:
- Vigilar el número y aspecto de las deposiciones y registrar por turno.
- Valorar diuresis por turno.
- En caso de retención urinaria, valorar medidas físicas y, si es necesario, poner sonda vesical.

• Movilidad:
- Valorar cambios posturales mientras dure la inmovilización.
- Supervisar signos de inflamación, heridas o quemaduras por rozamiento y colocación de la parte distal de las extremidades, aparición de parestesias y disestesias en extremidades superiores o inferiores, temperatura distal, etc.
- Liberar de forma rotativa una extremidad si el estado del paciente lo permite.
- Valorar la administración de heparina si la inmovilización dura más de 24 horas o más de 12 horas y presenta factores de riesgo.

• Reposo y sueño:
- Registrar horas de sueño nocturno, sueño interrumpido, somnolencia excesiva, pesadillas, insomnio.
- Valorar la necesidad de medicación hipnótica si es necesario.

- Facilitar el reposo administrado medicación y cuidados de enfermería en horarios adecuados.
- Evitar estímulos externos innecesarios (ruidos, luces, hablar en voz alta)

• Higiene corporal:
- Realizar la higiene del paciente y ayudarle en su autocuidado y bienestar al menos una vez por turno o cuando sea necesario, respetando en todo momento su sueño.
- Hidratar la piel.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados o similar en la zona de sujeción, coincidiendo con el aseo de primera hora de la mañana.
- Vestir al paciente con pijama (excepto en los casos en los que la urgencia no lo ha permitido con anterioridad) y cubrirlo con una sábana.

• Peligros y medidas ambientales:
- Mantener cerrada la puerta de la habitación para proteger la integridad física de la persona con contención mecánica.
- Mantener la habitación con una temperatura y ventilación adecuadas (sobre todo si se ha realizado una neuroleptización rápida, ya que los neurolépticos entorpecen la regulación térmica del organismo).
- Reducir estímulos como ruidos o excesiva luz.
- Siempre que exista la posibilidad, el paciente permanecerá en una habitación individual que permita la mayor observación posible.

• Comunicación:
- Mantener la comunicación verbal para valorar el grado de control del paciente.
- Escuchar activamente, facilitar soluciones sencillas y ofrecer todo aquello que podamos cumplir.
- Respetar, comprender y facilitar la relación terapéutica con el paciente.
- Evitar realizar comentarios negativos delante del paciente cuando pensamos que no nos escucha.
- Valorar la actitud del paciente ante la sujeción y su nivel de agitación, agresividad y ansiedad.

Retirada de la contención mecánica (8, 10)

Para proceder a la retirada de la contención mecánica se requiere previamente la valoración conjunta del psiquiatra y el personal de enfermería, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

• Intentar que la inmovilización dure el menor tiempo posible: el tiempo máximo se establece en 12 horas prolongables a un período que nunca debe superar las

72 horas.
• Se debe explicar al paciente el procedimiento.
• Se hará de forma gradual, a medida que aumente el autocontrol, con el personal adecuado y observando en todo momento la reacción del paciente.
• Asegurarse de retirar todo el material.
• Anotar fecha y hora y procedimiento de retirada.

Consideraciones sobre información y consentimiento informado (10)
Para poder llevar a cabo la contención mecánica es necesario el consentimiento informado, en el caso de que no lo pueda dar el paciente se dará el consentimiento por representación. (ANEXO I)
En ocasiones, podemos encontrarnos que una vez instaurada la contención, los familiares soliciten retirar las inmovilizaciones, en ese caso debemos explicar los convenientes de mantenerlas y los riesgos de eliminarlas. Si persisten, se pondrá en conocimiento del juzgado si se considera contraria a los legítimos intereses del paciente. (ANEXO II).
ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONTENCIÓN MECÁNICA.

1. Procedimiento
La contención mecánica es una intervención terapéutica mediante la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la libertad de un paciente, sus movimientos y el acceso al propio cuerpo en beneficio de su mayor seguridad y la de otros. Así mismo conlleva la intención terapéutica de mantener el funcionamiento eficaz de los dispositivos asistenciales como catéteres, sondas, mascarillas,…cada pauta se debe ajustar a la patología y a las características de cada paciente.
La duración de la contención será del menor tiempo posible y en todo momento el personal realizará una valoración y vigilancia constante para evitar los riesgos, aplicar los cuidados y atención necesarios en esta situación.
Tipos de contención mecánica
Contención mecánica parcial: es en la que únicamente se limita la movilidad bien del tronco, bien de una extremidad. Se utiliza fundamentalmente para evitar caídas, arrancamiento de vías u obstrucciones posturales que dificulten el paso de la medicación.
Contención mecánica total: es aquella en la que se emplean sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente.

2. Descripción De Los Riesgos Típicos

Riesgo de lesiones por presión, por la inmovilización, riesgo de enfermedad tromboembólica, broncoaspiración, lesiones isquémicas. Otra complicaciones derivadas de la propia inmovilidad como pérdida de fuerza, incontinencia, estreñimiento, reducción del apetito, deshidratación, hipotensión, infecciones nosocomiales o muerte súbita.
3. Riesgos Personalizados

4. Alternativas Posibles
Se ha realizado previamente desescalado verbal y contención farmacológica sin resultados clínicos óptimos, por lo cual no existe otra alternativa.

5. Declaraciones Y Firmas
Conforme a lo dispuesto en la LOPD (Ley de Protección de Datos) 15/1999 de 13 de diciembre se informa que sus datos serán objeto de tratamiento conforme a dicha ley.
Declaro que he sido informado del procedimiento, de los riesgos del mismo y de su necesidad, y sé que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento.
Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida, he comprendido su contenido, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente, y me han aclarado todas las dudas planteadas y que comprendo el alcance y los riesgos.
Y, en tales condiciones, SOLICITA Y CONSIENTE a los facultativos del Servicio de…….. para realizar la contención mecánica. La aparición de imprevistos podría hacer necesario una variación del procedimiento previsto inicialmente, modificación que autorizo si se considera conveniente.

En……., a……. de…… de……

Firma del MÉDICO que informa Firma del PACIENTE o su REPRESENTANTE LEGAL

Fdo: Dr/Dra…… Fdo: D/Dª……..
Colegiado Nº…….. DNI……
Parentesco……..

El paciente o su representante legal REVOCA EL CONSENTIMIENTO ANTERIORMENTE PRESTADO.

En……., a……. de…….. de……
Firma del PACIENTE o su REPRESENTANTE LEGAL

Fdo: D/Dª……
(Nombre y dos apellidos)
DNI……..
Parentesco……

ANEXO II. COMUNICACIÓN AL JUEZ.
ILMO. SR/SRA.
D/Dª……., licenciado en medicina, nº de colegiado…… médico……., con el debido respecto
COMUNICA A V.I
Que con fecha…… ha sido necesario realizar contención mecánica-terapéutica, del paciente D/Dª…….. ingresado……..
por estar facultativamente indicado, al haber fracasado otras medidas para evitar riesgo de autolesiones, lesiones a terceros y/o al entorno físico al tiempo que se precisa para poder administrar tratamientos que mejoren la situación clínica del paciente y en aplicación del Protocolo de Contención de la Consejería de Sanidad de esta Autonomía.
La finalización de dicha contención involuntaria, se realizará cuando la situación clínica del paciente lo permita.
Lo que informo a V.I. que el paciente precisa un tiempo superior a 24 horas de contención para su conocimiento y efectos oportunos.

En…… a…….. de……..de 20….

Firma del Médico:

ILMO. SR/SRA. JUEZ DE 1º INSTANCIA Nº…….. DE ……

5 Discusión-Conclusión

• El tema del internamiento involuntario es complejo. Para garantizar los derechos de los pacientes psiquiátricos es fundamental la protección jurídica, no sólo en cuanto al internamiento sino también llevando a cabo controles del tratamiento psiquiátrico periódicos (1).
• Resulta imprescindible la cooperación directa entre los profesionales sanitarios y los judiciales, así como las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, garantizando de este modo una atención eficaz de los pacientes así como la optimización

de los recursos asistenciales en el tratamiento de aquellos que precisan de una medida de internamiento (1).

• En los últimos años se ha producido un importante incremento en el conocimiento científico de los mecanismos de la enfermedad mental, de la mejora de los tratamientos y las condiciones en que se desarrollan, así como un cambio en la percepción social de estas patologías. También en el plano jurídico, tanto desde la perspectiva internacional como nacional, se han articulado garantías para la protección de los derechos de estos pacientes (11).

• La contención mecánica comporta el empleo de medidas estandarizadas y protocolizadas, destinadas a mejorar la seguridad del paciente y de los que le rodean; sin olvidar que con las mismas le estamos privando de la libertad de moverse y que pueden tener efectos adversos (12).

• Las medidas de contención mecánica deben estar consensuadas por el equipo asistencial, valorando la fragilidad de cada paciente y las necesidades en función de cada individuo en su globalidad y, siguiendo las normas específicas del protocolo de cada centro o servicio sanitario (12).

• Los protocolos y las guías clínicas, al igual que en todos los campos de la medicina, son imprescindibles, pues, son los que establecen definiciones, explican normas como la utilización de material homologado, tipos de efectos adversos, físicos y psicológicos, aspectos legales, registros, controles, etc.; reflejando por tanto una mejor funcionalidad del sistema y eliminar situaciones conflictivas (1, 12).

• Se deben desarrollar acciones o programas de sensibilización, orientación y formación que promuevan el menor uso posible y adecuado de sujeciones dirigidas a la ciudadanía en general además de al conjunto de profesionales de los sistemas social y sanitario (9).

• No sólo los pacientes sometidos a restricción física sufren el riesgo, el dolor y la impotencia causada por la restricción forzada de sus movimientos, la familia y el personal que interviene en estas medidas también suelen verse afectados. Los familiares que se encuentran a su ser querido atado o inmovilizado han reportado sentimientos de desesperanza e indignación. Las enfermeras que deben aplicar estos procedimientos han manifestado a su vez sentimientos de culpa y depresión (7).

• Resulta imprescindible que los profesionales estén familiarizados y en continua formación con las técnicas de sujeción física para proceder correctamente al manejo de los pacientes psiquiátricos o en estado de agitación, reduciendo así de manera considerable las restricciones físicas y evitando aquellas innecesarias (6), siendo fundamental para ello un registro detallado y un alto grado de atención y seguimiento del paciente mientras permanezca con medidas de contención

física.
• Las medidas de contención física presentan un elevado riesgo clínico y legal en caso de estar mal indicadas o aplicadas (7), por eso se debe proceder siempre bajo consentimiento informado del paciente o en su defecto su representante legal.

6 Bibliografía

1. Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M. Internamiento no voluntario del paciente psiquiátrico: normas legales y aspectos críticos. Semergen. 2018; 44 (2): 125-130.
2. Rubio Valera M, Huerta Ramos E, Baladón L, Aznar Lou I, Ortiz Moreno JM, Luciano JV et al. Estudio cualitativo sobre los estados de agitación y su caracterización , y los procedimientos de atención utilizados en su contención. Actas Esp Psiquiatr. 2016; 44 (5): 166-77.
3. Gías Gil B. Compulsory outpatient treatment: a revision from bioethics. Revista de Bioética y Derecho. 2013; 29: 109-121.
4. Asociación española de neuropsiquiatría. Propuesta de regulación de los ingresos involuntarios. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2012; 32 (114): 429-434.
5. Protocolo de coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental. Dirección General de Atención al ciudadano y drogodependencias; 2014 [acceso el 10 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.feafesmurcia.com/protocolo_definitivo_marzo_2014_def.pdf
6. Fernández Rodríguez A. Zabala Blanco J. Restricción física: revisión y reflexión ética. Gerokomos. 2014; 25 (2): 63-67.
7. Vítolo F. Inmovilización física y contención racional de pacientes. Biblioteca Virtual Noble. 2013; 1-15.
8. Protocolo de contención mecánica de las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría de la Red de Salud Mental de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales Junta de Extremadura; 2017 [acceso el 10 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.areasaludbadajoz.com/PROTOCOLO_DE_CONTENCI%C3%83Nbadajoz.pdf
9. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Comité de Bioética de España; 2016 [acceso el 15 de mayo de 2018]. Disponible en: http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf
10. Protocolo de contención de pacientes. Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2018 [acceso el 12 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.hca.es/

huca/web/documentos/protcont.pdf
11. Nicolás Jiménez P. Internamientos forzosos, derechos humanos y protección de la salud mental. El equilibrio necesario en beneficio del paciente. Belo Horizonte. 2013; 5 (3): 185-215.
12. De Azpiazu Artigas P. Consideraciones sobre el uso de contenciones en el paciente psiquiátrico de edad avanzada. Informaciones Psiquiátricas. 2013; 212 (2): 169-173.
13. Barrios Flores LF. Urgent psychiatric involuntary internment: review, after CCJ 141/2012, of July 2. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2012; 32 (116): 829-847.
14. Sánchez Barrilao JF. Régimen Constitucional del internamiento involuntario y urgente por trastorno mental. Revista de Derecho Político. 2013; 87: 179-222.
15. Documento sobre la sujeción física y farmacológica en el ámbito sanitario: Atención primaria y especializada. Comité de Ética para la Atención Sanitaria del Área Sanitaria IV-Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2015 [acceso el 12 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/com_etic/documento5.pdf

Capítulo 55

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISFAGIA POST-ICTUS.

AINARA MARTINEZ ROMERO

JUDIT CACHERO RODRIGUEZ

1 Introducción

Todas aquellas alteraciones encefálicas que se producen de forma secundaria a un trastorno vascular se denominan patologías cerebrovasculares, conociéndose su manifestación aguda con el término ictus. Un ictus, es un trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo.

La hemiparesia es un síntoma común en el ictus, que frecuentemente conlleva una parálisis de los músculos de la lengua o de la garganta y, con ella, una dificultad de mayor o menor gravedad que recibe el nombre de disfagia. La disfagia, es un trastorno de la deglución que se caracteriza por dificultad en la preparación del bolo alimenticio o en el desplazamiento de sólidos o líquidos desde la boca hasta el estómago. Cuando nos referimos a disfagia orofaríngea, hablamos de aquella en la que la dificultad tiene lugar a nivel de boca y/o faringe. La disfagia orofaríngea es la forma más común de disfagia y tiene lugar por alteraciones musculares que producen debilidad o incoordinación.

Además de la disfagia, existen otros factores que provocan que la persona afectada tenga dificultades para alimentarse por sí misma como alteraciones en la

movilidad, dificultad de visión, desorientación, etc. La suma de estos factores y la presencia de disfagia, pueden dar lugar a complicaciones graves como la broncoaspiración, que consiste en el paso de alimentos o líquidos a las vías respiratorias, con el riesgo de infección respiratoria, siendo la misma la causa más importante de muerte en los primeros días tras el ictus.

2 Objetivos

- Conocer la disfagia en el paciente con ictus.
- Describir cuáles son los cuidados en alimentación tras sufrir un accidente cerebrovascular.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática de bibliografía en las bases de datos Scielo, Dialnet, Google Académico y PubMed. Las palabras clave empleadas son ACV, Ictus, Disfagia, Hemiparesia, Cuidados en alimentación y Broncoaspiración, combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Como criterios de inclusión se emplearon textos gratuitos en español e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente a 2005.

4 Resultados

El tratamiento y diagnóstico de la disfagia deben realizarse con un enfoque multidisciplinar.
El primer paso y más importante, es realizar una identificación adecuada de los pacientes que la padecen.
Durante los primeros días, dado que la disfagia es más frecuente, puede ser necesario que el paciente deba permanecer en dieta absoluta, requiriendo la administración de sueroterapia.

Para la valoración de la disfagia, se utiliza un método sencillo, seguro y fácil de realizar. El examen del proceso de la deglución consiste en realizar una evaluación del proceso en las etapas preparatoria, oral y faríngea, mediante la administración de sustancias líquidas, semisólidas y sólidas. Por lo general, se presentan al paciente las viscosidades néctar, miel y pudding. Por lo general, la disfagia se-

cundaria al ictus es más acusada en alimentos de menor viscosidad, siendo más fácil tragar alimentos más espesos.

Existen una serie de datos que funcionan como predictores clínicos de riesgo de aspiración:
- Disfonía.
- Disartria.
- Reflejo de arcada normal.
- Tos voluntaria anormal.
- Tos tras la deglución.
- Cambio en la calidad de la voz.
- Movimientos disminuidos de la boca y la lengua.
- Dificultad para el control de saliva.
- Residuos de alimentos en la lengua o en la boca.
- Fatiga durante el proceso de alimentación.
- Pérdida de peso.
- Picos de fiebre de origen desconocido.
- Infecciones respiratorias repetidas.

En caso de que el paciente tuviese dificultad para alimentarse por vía oral, porque no pudiese tragar de forma correcta, deben seguirse una serie de recomendaciones para lograr una alimentación segura y efectiva. La alimentación deberá realizarse siempre bajo la supervisión del personal de enfermería o de su familia, siendo preferible que el paciente se alimente por sí mismo.

Las recomendaciones generales que debemos seguir para alimentar a un paciente con disfagia son las siguientes:
- Debe estar tranquilo y despierto.
- Debe disponer de suficiente tiempo.
- Las prótesis dentales deben colocarse y ajustarse bien, sino es preferible que no las utilice.
- Ambiente tranquilo, evitando distracciones. Durante el acto de tragar el paciente debe estar concentrado para minimizar el riesgo.
- En caso de realizar la alimentación en la cama, el cabecero deberá estar elevado en un ángulo de 45º. Mientras que si se realiza en una silla, el paciente deberá estar erguido y en ángulo recto. En ambos casos, deberá inclinarse la cabeza ligeramente hacia adelante en el momento de tragar.
- Si el paciente no puede alimentarse por sí mismo, la persona que lo ayuda debe colocarse a su misma altura.

- Los alimentos deben administrarse con cubiertos, evitando siempre el uso de jeringas y pajitas.
- Tras la comida debe comprobarse que no quedan restos en la boca, además de realizar una buena higiene de la misma. No se debe acostar al paciente, sino que debe permanecer incorporado durante 30-60 minutos.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación de la disfagia de forma precoz en aquellos pacientes que han sufrido un ictus es muy importante, especialmente en la primera semana posterior al ictus. En gran parte de los casos, la disfagia es temporal y mejora en las primeras semanas, pero puede haber pacientes en los que sea permanente.

Uno de los pilares fundamentales para la buena evolución clínica del enfermo con ACV es el mantenimiento de un buen estado nutricional y un adecuado equilibrio metabólico. El tratamiento neurológico del ictus, puede verse arruinado por un mal diagnóstico o tratamiento de la disfagia. En caso de no poder cubrirse las necesidades del paciente con el tratamiento de la disfagia, deberán valorarse alternativas para la alimentación asistida.

6 Bibliografía

1. González V R, Bevilacqua J A. Disfagia en el paciente neurológico. Revista Hosp Clin Univ Chile [revista en internet] 2009 [acceso enero 2020], 20 [252-262]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Rafael_Gonzalez_Victoriano/publication/318659921_Disfagia_en_el_paciente_neurologico/links/5976244b0f7e9b4016bc16df/Disfagia-en-el-paciente-neurologico.pdf
2. Cutiño Y, Scherle C, Pérez J, Roselló H, Hierro D. Disfagia persistente después de un infarto cerebral. Rev cubana med [revista en Internet] 2006 [acceso enero 2020]; 45(3): [aprox. 6p]. Disponible en : http:// scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232006000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
3. Barbié Rubiera A, Marcos Plasencia LM, Aguilera Martínez Y. Disfagia en pacientes con enfermedad cerebrovascular. Actualización. Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos [revista en internet] 2009 [acceso enero 2020]; 7 (1) [36-44]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2009000100007&script=sci_arttext&tlng=pt

4. Lendinez-Mesa A, Díaz García MC, Casero Alcázar M, Grantham SJ, De la Torre Montero JC, Fernandes-Ribeiro AS. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes con patología cerebrovascular en una unidad de neurorrehabilitación. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica [revista en internet] 2017 [acceso enero 2020]; 45 (C) [3-8]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-prevalencia-disfagia-orofaringea-pacientes-con-S2013524616300113

Capítulo 56

CUIDADOS ENFERMEROS DE LA CAVIDAD ORAL EN UN PACIENTE TERMINAL.

LORENA NÚÑEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Entendemos por cuidado paliativo la atención que se da al enfermo en su última etapa de vida. Su objetivo principal no es el de curar, si no aliviar el sufrimiento y asegurar una calidad de vida aceptable hasta su muerte. Se prevé que hasta un 50% de las personas van a precisar cuidados paliativos de cualquier nivel asistencial. La comunicación y la satisfacción de comer, en esta etapa, de la enfermedad dependen en parte de una buena higiene bucal. Enfermeras y médicos deben mostrar al paciente y sus familias los diferentes métodos para realizar una correcta higiene de la cavidad oral. Los problemas de la boca son frecuentes en los enfermos terminales, aumentando el malestar, la angustia y el aislamiento de los mismos. Es importante que el enfermo y sus cuidadores conozcan como realizar una buena higiene bucal.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados orales apropiados en un enfermo terminal.
- Mostrar al cuidador como realizar enjuagues desbridantes.
- Realizar medidas higiénicas ante micosis orofaríngeas.
- Conocer los efectos adversos de los fármacos en la cavidad oral.

3 Metodología

Para realzar este estudio bibliográfico se realiza una búsqueda de bibliografía en artículos publicados sobre los cuidados orales en pacientes terminales. También en bases de datos como: Scielo, ScienceDirect y Pubmed usando como palabras clave: "higiene bucal", "cuidados paliativos", "rol de enfermería". Se han seleccionado estudios en inglés y castellano para la realización de este estudio.

4 Resultados

A- CUIDADOS ORALES EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS
Es imprescindible ayudar al paciente a en la higiene bucal después de cada comida o si la enfermedad estuviera muy avanzada, enseñar las técnicas al cuidador principal.
Lo primero que tenemos que tener en cuenta es el uso de cepillos de dientes de cerdas suaves y pastas de dientes que no sean muy agresivas con la mucosa oral. El cuidador puede usar una torunda o el propio dedo índice cubierto de un guante y una gasa para realizar por él la higiene. Podemos usar enjuagues desbridantes, el más efectivo y utilizado en los hospitales actualmente es: 1/4 de agua oxigenada y ¾ de bicarbonato.
Es importante también retirar las prótesis dentales (si las hubiera) durante la noche y realizar una limpieza profunda de estas para evitar infecciones.
En lo referente a los labios debemos hidratarlos con vaselina o productos específicos para dicho uso.

B. ENJUAGUES DESBRITANTES.
En los pacientes terminales es frecuente la presencia de costras en la boca. Es conveniente realizar una limpieza oral con un enjuague desbridante cada 12 horas.
Las mezclas más utilizadas y efectivas son:
1. Soluciones Antisépticas: Clorhexidina al 0.2%.
2. ¾ de Suero Fisiológico y ¼ de agua oxigenada.
3. 1 cucharada de bicarbonato (o 2 pastillas de bicarbonato) en un vaso de agua.
4. ¼ de agua oxigenada, ¾ de agua y una cucharada de bicarbonato.
5. En casos de halitosis por boca séptica pueden realizarse gárgaras con povidona yodada al 7.5%.

C. MICOSIS OROFARINGEAS.
Las medidas higiénicas principales ante un paciente con micosis son:

1. Enjuague de Mycostatin cada 8h.
El Mycostatin es un antifungico indicado en el tratamiento de infecciones orales e intestinales causada por hongos de la especie Candida. Suele admisnitrarse entre 2,5 – 5ml cada 8h, aunque debe de realizarse la pauta indicada por el médico.
2. Cepillar suavemente las placas micóticas situadas en la lengua.

D. LOS EFECTOS ADVERSOS DE LOS FÁRMACOS EN LA CAVIDAD ORAL.
Los principales fármacos que provocan sequedad en la boca son:
1. Morfina.
2. Diuréticos.
3. Corticoides.
4. Antibióticos.
5. Antidepresivos.
6. Descongestionantes.
7. Anticolinérgicos.

Los fármacos que provocan inflamación:
1. Corticoides.
2. Tratamientos de quimioterapia y radioterapia.
3. Farmacos antimicrobianos.



5 Discusión-Conclusión

Los resultados esperados tras estos cuidados son el confort del paciente en su último período de vida. Para ello el enfermero o enfermera debe proporcionar las indicaciones de cómo hacerlo al cuidador principal. El conocimiento de los cuidados es la base para realizar los cuidados al paciente. Se espera una correcta higiene bucal por parte del profesional o el cuidador, evitando así dolor en ella, sequedad o problemas fúngicos.

6 Bibliografía

1. Centeno, Carlos; Gómez, Marcos; Nabal,María; Pascual, Antonio. Manual de medicina paliativa.Ediciones Universidad de Navarra S.A. 2009.
2. Consumo MDSY. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
3. A. Martin Zurro, J.E Cano Pérez, J. Gené Badia. Atención primaria, problemas de los síntomas difíciles en cuidados paliativos. 7ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2014.
4. Becerra Sieira MM. Atención enfermera paliativa domiciliaria en atención primaria: prevalencia y características de los enfermos terminales en el área sanitaria de Oleiros. NURE 2011.
5. Carmen González San Segundo, Juan Manuel Núñez Olarte y col. Guía de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid; 2007.

Capítulo 57

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PERSONAS MAYORES INTERVENIDAS DE FRACTURA DE CADERA.

LORENA NÚÑEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Cualquier paciente que es sometido a una cirugía, sea la que sea, sufre una amenaza para la integridad de su organismo a tres niveles: físico, psicológico y social. Las personas mayores que sufren deterioro cognitivo demandan una mayor atención en los cuidados enfermeros.

2 Objetivos

Los objetivos principales son:
- Asegurar el bienestar, la intimidad y el confort del paciente reduciendo posibles sucesos adversos y asegurando una buena evolución postquirúrgica.
- Instaurar un procedimiento de actuación ante el paciente anciano con este tipo de fracturas.

3 Metodología

Para realzar este estudio bibliográfico se realiza una búsqueda de bibliografía en artículos publicados sobre los cuidados a ancianos con este tipo de fracturas. También en bases de datos como: Scielo, ScienceDirect y Pubmed usando como palabras clave: “Fractura de cadera”, “anciano” “rol de enfermería”.

Se han seleccionado estudios en inglés y castellano para la realización de este estudio.

4 Resultados

La población a la que se refiere este estudio es a pacientes mayores de 75 años que sufren este tipo de fracturas.
Se realiza un estudio Cualitativo, Descriptivo, transversal y observacional.
Se utilizan distintas escalas para conocer el estado del paciente:
- Escala de Barthel: Capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria.
- Escala de Yesavage: Se aplica apacientes ancianos y se centra en el estado de ánimo del paciente.
- Escala de Norton: Valora el estado de integridad de la piel y UPPs.
- Escala Pfeiffer: Estudia la valoración cognitiva.
- Informe de pre anestesia.
- Lista de verificación de la OMS.

1. Comenzamos con la evaluación de los posibles problemas físicos, de comunicación y cognitivos. Para conocer estos datos utilizaremos las escalas anteriormente mencionadas.
2. Realizaremos una estimación de los temores que puedan generar ansiedad. Como puede ser el miedo a la muerte, el temor a lo desconocido y a un futuro incierto.
3. Comprobamos el protocolo pre anestesia. Suele realizarse 24-48h antes de la intervención.
4. Realizaremos las verificaciones pertinentes según la OMS: Comprobación del funcionamiento de la vía venosa, toma de constantes previas al traslado a quirófano, realizar las indicaciones especificas del anestesista (suprimir algún medicamento antes de la intervención…etc), comprobar reserva de sangre si es necesario…
5. Realizaremos un estudio de la integridad tisular del paciente. Es importante una buena higiene, especialmente en la zona afectada. Si existen ulceras por presión, etc.
6. Se realiza el traslado a quirófano refiriéndonos al paciente por su nombre para fomentar la tranquilidad de este. Si es preciso realizar un traslado de cama en estas fracturas siempre debe utilizarse un transfer para minimizar lesiones.
7. Se realiza la preparación pre quirúrgica.

8. Tras el regreso de este a planta, si se ha colocado prótesis de cadera se debe prevenir luxaciones manteniendo la abducción de las piernas evitando rotación interna.
9. Comprobaremos el estado del paciente, físico y psicológico. El apoyo es fundamental para reducir el estrés postquirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

El equipo quirúrgico junto con el personal de enfermería debe de trabajar para garantizar la seguridad del paciente a nivel físico, mental y social. Es crucial el papel de enfermería en el apoyo al paciente anciano en estos casos, para ellos desconocidos.
Se realiza la creación de un procedimiento escrito y protocolizado adecuado a los pacientes mayores de 75 años con este tipo de fracturas.

6 Bibliografía

1. Moya Mir Ms. Epidemiología de las urgencias del anciano. Monografías Emergencias 2008.
2. Grupo multidisciplinario. El tratamiento combinado mejora la curación de fractura de cadera en ancianos. Estudio del hospital Gregorio Marañón. Journal of the American Geriatrics Society. 2005.
3. Suárez Junco R, Paz cordovez N, Gort Cuba O, García Reyes R. Atención integral al paciente geriátrico con fractura de cadera. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2002.
4. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.

Capítulo 58

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO. HOSPITAL RÍO CARRIÓN, PALENCIA.

CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ

CATALINA ALVAREZ SANCHEZ

ROBERTO PASTOR GONZÁLEZ

1 Introducción

El proceso de atención de enfermero (PAE) facilita a los profesionales de enfermería el mecanismo para utilizar sus opiniones, conocimientos y habilidades con la finalidad de tratar los problemas de salud de los pacientes. Este proceso se fundamenta en el método científico, se plantea una problemática y se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, a continuación, se propone una meta, una planificación y la ejecución de acciones y toma de decisiones y finalmente se analizan y evalúan los resultados.

A lo largo de este trabajo hemos realizado un PAE a una paciente ingresada en la planta 11, Medicina Interna del Hospital Rio Carrión de Palencia debido a un deterioro del estado general de salud. Hemos valorado de manera holística a la paciente y según la taxonomía NANDA, identificando ocho diagnósticos de enfermería y dos problemas de colaboración. A continuación, se ha elegido el diagnóstico ”Riesgo de úlceras por presión” y se han planteado objetivos (NOC) e intervenciones (NIC).

2 Objetivos

- Individualizar los cuidados hacia esta paciente.
- Valorar la evaluación de su estado de la forma más eficiente posible.

3 Caso clínico

Antecedentes personales:
Mujer de 81 años de edad, ama de casa, viuda. Madre de 3 hijos. Desde hace 4 años, vive en una residencia de ancianos. Presenta un alto grado de dependencia a la hora de desarrollar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
No tiene alergias alimenticias ni medicamentosas, aunque si es intolerante al Atrovent y Ventolin. Padece Diabetes Mellitus tipo II desde hace 22 años; también se encuentran en sus diagnósticos hipertensión, insuficiencia cardiaca, ya tratadas. Historial de litiasis renal, numerosas artralgias; demencia senil de reciente aparición. La paciente fue sometida a una intervención quirúrgica programada hace 3 años de rotura de fémur.
Sin hábitos tóxicos, ni fumadora ni consumidora de alcohol.

Diagnóstico:
La paciente fue remitida desde el Centro Sociosanitario donde reside al servicio de Urgencias del Hospital Río Carrión, por presentar deterioro del estado general junto con un bajo nivel de conciencia. Glucemias capilares en rango, constantes vitales estables, electrocardiograma normal en el momento del ingreso.
En la exploración se observa el abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación. La paciente responde a estímulos, aunque no coherentemente a preguntas; presenta dificultad de expresión y comprensión verbal. Se muestra aturdida y cansada.

Valoración:
Dominio 1: Promoción de la salud
La paciente se muestra desorientada, sobre todo por las noches, y refiere no saber por qué se encuentra en el hospital: “No sé por qué no estoy en mi casa” “Mira, tengo todas las tareas del hogar sin hacer”.
Continuamente está acompañada por su familia. Los últimos días responde a todo tipo de estímulos, y su desorientación va desapareciendo.
Dominio 1 /promoción de la salud: alterado.
Dominio 2: Nutrición

Los familiares de la paciente alegan que no tiene problemas de deglución, a pesar de que requiere ayuda total para comer. Se le pauta los dos primeros días una dieta pastosa odontológica (PO), por prevención. Cuando se observa que no presenta dificultades, se le pauta una dieta metabólica, con la que la paciente se muestra más contenta: "Me gusta más la comida que me traéis ahora". Desconoce la medicación vía OR que toma.
Dominio 2/ Nutrición: alterado.
Dominio 3: Eliminación e intercambio
La paciente es incontinente urinaria y fecalmente. No requiere sonda vesical, ya que orina de forma espontánea y la orina es normocolúrica, por lo que tiene colocado de forma continua un pañal. Es consciente de los momentos en los que orina o hace deposición: "Por favor, creo que he vuelto a manchar el pañal".
Dominio 3/ Eliminación e intercambio: alterado.
Dominio 4: actividad y reposo
En su residencia, nos dicen sus familiares, que camina un poco por las tardes, el resto del día pasa el tiempo sentada. En la planta pasa el día en la cama, y se le levanta mañana y tarde al sillón. Tiene una dependencia total a la hora de realizar las ABVD.
Dominio 4 / actividad y reposo: alterado.

Dominio 5: Percepción y cognición
La paciente de muestra desorientada la mayoría del tiempo, aunque si colabora con el personal sanitario.
Dominio 5 / Percepción y cognición: alterado.
Dominio 6: Autopercepción
Cuando se le realiza algún tipo de exploración, o a la hora de realizarle el aseo, la paciente se muestra colaboradora, siempre que no le provoque el más mínimo dolor, ya que cuando hay que realizar una analítica, una canalización venosa, inyectables… se pone nerviosa a gritar.
Dominio 6 / Autopercepción: alterado.
Dominio 7: Rol / Relaciones
Cuando está en la residencia, recibe visitas semanales de distintos familiares, y aquí en el hospital está constantemente acompañada por alguien de su familia.
Dominio 7 / Rol-Relaciones: no alterado.
Dominio 8: Sexualidad
La valoración de este dominio no es relevante en este trabajo.
Dominio 9: Afrontamiento-Tolerancia al estrés
La paciente no es consciente de su patología, ni de por qué está en el hospital; es por esto que no se muestra nerviosa ante la situación. Algunos aspectos como

estar en la cama con barandillas la mayoría del día, tener una vía puesta, la desconciertan un poco.
Dominio 9 / Afrontamiento-Tolerancia al estrés: alterado.
Dominio 10: Principios Vitales
La valoración de este dominio no es relevante en este trabajo.
Dominio 11: Seguridad-Protección
La paciente permanece acostada y con las barandillas subidas la mayoría del día, a veces se la sienta en el sofá un rato. Cuando llega a la planta se le realiza una exploración de la piel, estando esta íntegra y un poco seca, teniendo a su vez el sacro ligeramente enrojecido. Acto seguido, se le realiza la escala de Norton, obteniendo un resultado final de 10 (riesgo alto). Se decide aplicar ácidos grasos hiperoxigenados ("Linovera"), de forma diaria, en las zonas de mayor presión y sequedad: sacro, piernas y talones. A su vez, se le colocan unas taloneras de protección en ambos talones.
Dominio 11/ Seguridad-Protección: alterado.
Dominio 12: Confort
La paciente no refiere tener dolor, a pesar de que se muestra excesivamente quejicosa a la hora de realizar alguna técnica, aunque estas impliquen un dolor mínimo.
Dominio 12 /Confort: no alterado.
Dominio 13: Crecimiento / Desarrollo
La valoración de este dominio no es relevante en este trabajo.

4 Discusión-Conclusión

El realizar un plan de cuidados al ingreso de un paciente en una planta es una forma de optimizar recursos, centrarnos en el paciente en todas sus esferas, manejando así la patología por la cual ingresa, así como el resto de sus dimensiones para evitar complicaciones durante el ingreso.

5 Bibliografía

- Consult. NANDA International Nursing Diagnoses, Definitions and Classifications, NOC Nursing Outcomes Classification, NIC Nursing Intervention Classification, 2015-2017 [Internet]. [acceso 10 Enero 2020] Disponible en: https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/nanda
- Taxonomías NANDA, 2015-2017 y Recomendaciones Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed.

Capítulo 59

SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALARIO.

ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO

YOLANDA GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

¿Qué es la seguridad del paciente?
Cuando hablamos de la seguridad del paciente, realmente estamos hablando de cómo los hospitales y otras organizaciones de atención sanitaria protegen a sus pacientes de errores, lesiones, accidentes e infecciones.

¿Cuál es la diferencia entre seguridad y calidad del paciente?
La seguridad del paciente es un elemento importante de un sistema de atención médica eficaz y eficiente donde prevalece la calidad. Así es como se puede desglosar:
• La seguridad tiene que ver con la falta de daño. La calidad tiene que ver con la atención eficiente, efectiva y decidida que hace el trabajo en el momento adecuado.
• La seguridad se centra en evitar los malos eventos. La calidad se enfoca en hacer las cosas bien.
• La seguridad hace que sea menos probable que ocurran errores. La calidad eleva el techo, por lo que la experiencia de atención general es mejor.

Muchos ven la atención médica de calidad como el paragüas general bajo el cual reside la seguridad del paciente. Por ejemplo, el Instituto de Medicina (OIM) con-

sidera que la seguridad del paciente es ”indistinguible de la prestación de atención médica de calidad”.

Una definición de seguridad del paciente ha surgido del movimiento de calidad de la atención médica que es igualmente abstracto, con varios enfoques para los componentes esenciales más concretos. La seguridad de los pacientes fue definida por la OIM como ”la prevención de daños a los pacientes”. Se hace hincapié en el sistema de prestación de atención que evita errores, aprende de los errores que ocurren,se basa en una cultura de seguridad que involucra a profesionales de la salud, organizaciones y pacientes.

2 Objetivos

- Conocer los aspectos principales de los problemas en seguridad sanitaria.
- Saber actuar antes los problemas de seguridad en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y de la literatura científica sobre seguridad del paciente y eventos adversos. Se realizo una búsqueda bibliográfica sistemática, que incluyen estudios descriptivos y transversales de publicaciones académicas revisadas: Dialnet, Scielo, NCBI, Cinahl, Medline, Science Direct, PubMed. Las palabras clave utilizadas fueron: seguridad, paciente, medicamentos , Joint Commission International y los operadores boleanos “ON “y “OR”.

4 Resultados

El glosario en el sitio web de AHRQ Patient Safety Network amplía la definición de prevención de daños: ”ausencia de lesiones accidentales o prevenibles producidas por la atención médica”. Las prácticas de seguridad del paciente se han definido como ”aquellas que reducen el riesgo de eventos adversos relacionados con la exposición a la atención médica en una variedad de diagnósticos o condiciones”.

Esta definición es concreta pero bastante incompleta, porque muchas prácticas no han sido bien estudiadas con respeto a su eficacia para prevenir o mejorar el daño. Las prácticas que se consideran que tienen evidencia suficiente para incluir en la categoría de prácticas de seguridad del paciente son las siguientes:

• Uso apropiado de la profilaxis para prevenir la tromboembolia venosa en pacientes en riesgo
• Uso de barreras estériles máximas al colocar catéteres intravenosos centrales para prevenir infecciones
• Uso apropiado de profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos para prevenir infecciones postoperatorias
• Pidiendo que los pacientes recuerden y repitan lo que les han dicho durante el proceso de consentimiento informado para verificar su comprensión.
• Aspiración continua de secreciones subglóticas para prevenir la neumonía asociada al ventilador.
• Uso de materiales de cama para aliviar la presión para prevenir las úlceras por presión.
• Uso de guía de ultrasonido en tiempo real durante la inserción de la línea central para prevenir complicaciones
• Autocontrol del paciente para la warfarina (Coumadin) para lograr la anticoagulación ambulatoria adecuada y prevenir complicaciones.
• Provisión adecuada de nutrición, con un énfasis particular en la nutrición enteral temprana en pacientes críticos y quirúrgicos, para prevenir complicaciones.
• Uso de catéteres venosos centrales impregnados con antibióticos para prevenir infecciones relacionadas con el catéter.

La Comisión Conjunta de Acreditación Internacional y Políticas de Certificación 2015 Joint Commission International, ha puesto en marcha una política de eventos centinela. Evento es un incidente o condición que podría haber resultado o resultó en daño a un paciente y se definen de la siguiente manera:
Un evento adverso es un evento de seguridad del paciente que resultó en daño a un paciente.
• Un evento sin daños es un evento de seguridad del paciente que llega al paciente pero no causa daño.
• Un fallo cercano es un evento de seguridad del paciente que no llegar al paciente
• Una (s) condición (es) peligrosa (o "insegura") es una circunstancia (que no sea la propia del paciente ,proceso o condición de enfermedad) que aumenta la probabilidad de un evento adverso.
Un evento se considera un evento centinela y está sujeto a revisión, si es uno de los siguientes:
• Muerte que no está relacionada con el curso natural de la enfermedad o condición subyacente del paciente por ejemplo , muerte por una infección postoperatoria o una enfermedad pulmonar adquirida en el hospital.

• Muerte de un bebé a término.
• suicidio
• Pérdida permanente importante de la función no relacionada con el curso natural de la enfermedad del paciente o subyacente.
• Cirugía en el lugar equivocado, procedimiento incorrecto, paciente equivocado.
• Transmisión de una enfermedad o enfermedad crónica o mortal como resultado de infundir sangre o productos sanguíneos o trasplante de órganos o tejidos contaminados.
• Secuestro de bebés o un bebé enviado a casa con los padres equivocados.
• Violación, violencia en el lugar de trabajo, como asalto (que conduce a la muerte o pérdida permanente de la función); o homicidio (asesinato intencional) de un paciente, miembro del personal sanitario,visitante o vendedor mientras está en la propiedad del hospital.

Objetivos de la Política de eventos Centinela:
1. Tener un impacto positivo en la mejora de la atención al paciente, el tratamiento y los servicios y en prevenir daños no intencionados.
2. Centrar la atención en un hospital que ha experimentado un evento centinela, en comprender los factores que contribuyeron al evento (como las causas subyacentes, condiciones latentes y fallos activos en los sistemas de defensa o cultura hospitalaria), y en cambiar la cultura, los sistemas y los procesos del hospital para reducir la probabilidad de tal evento en el futuro.
3. Aumentar el conocimiento general sobre los eventos de seguridad del paciente, su contribución ,factores y estrategias de prevención.

La mayoría de los estudios consultados establecen una serie de medidas encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, algunas de las de mayor consenso serian:
1.Mejorar el cumplimiento de la higiene de manos.
El vínculo entre las manos sucias y la transmisión de infecciones asociadas a la atención médica tiene un fuerte respaldo en la literatura epidemiológica, y la Organización Mundial de la Salud, la Comisión Conjunta y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades han promocionado la importancia de la higiene de las manos.

2. Usar precauciones de barrera para detener la propagación de infecciones.
Junto con la higiene de las manos, las precauciones de barrera son clave para reducir las infecciones asociadas a la atención médica. Por ejemplo, cuando un

paciente tiene una infección nosocomial grave, como Enterococcus resistente a la vancomicina , los trabajadores de la salud deben usar batas y guantes cuando brinden atención. Deben usar equipo desechable y seguir con la higiene inmediata de las manos. Se ha demostrado que un paquete de cuidados que incluye precauciones de barrera reduce la propagación de infecciones del 21% al 9% en las unidades de cuidados intensivos.

3. Implementar paquetes de atención para prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociadas a la vía central.
El uso de precauciones de barrera también es un elemento que puede reducir drásticamente la tasa de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a la vía central. Al colocar catéteres venosos centrales o catéteres centrales insertados periféricamente, los profesionales de la salud deben usar gorras, máscaras, batas y guantes estériles.

4. Usar protocolos para reducir las infecciones del tracto urinario asociadas con el catéter.
Las infecciones del tracto urinario relacionadas con el catéter son el tipo más común de infección asociada a la atención médica. El punto más importante para prevenir las infecciones urinarias asociadas al catéter es reducir el uso de catéteres urinarios permanentes. Al menos el 21% de los catéteres se colocan en pacientes de manera inapropiada, por ejemplo, como un sustituto de la atención de enfermería adicional, y a menudo se dejan mucho tiempo después de que se necesitan.

5. Emplear listas de verificación preoperatorias para reducir las complicaciones quirúrgicas.
La tasa de mortalidad estimada directamente debido a la cirugía hospitalaria en los países industrializados oscila entre el 0,4% y el 0,8%, con complicaciones importantes que ocurren con frecuencia hasta el 17% . La lista de verificación de seguridad quirúrgica más conocida es una elaborada en 2008 por la OMS, que redujo las tasas de mortalidad del 1,5% al 0,8% en naciones industrializadas y países en desarrollo. La lista de verificación también ayudó a reducir la tasa de complicaciones quirúrgicas del 11% al 7% durante seis meses con casi 4.000 procedimientos.

La lista de verificación implica la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico para confirmar elementos como la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el tipo de procedimiento, los problemas anticipados, la administración de profilaxis antibiótica y el recuento correcto de material utilizado al

finalizar el acto quirúrgico.

6. Mejorar la profilaxis de los tromboembolismos venosos.
La afección, que comúnmente afecta las piernas, puede provocar embolias pulmonares con un alto riesgo de muerte. Las heparinas no fraccionadas en dosis bajas y las heparinas de bajo peso molecular como la enoxaparina y la warfarina son efectivas para estas situaciones. También lo son las medias de compresión y los dispositivos de compresión neumáticos.

7.Uso de intervenciones multicomponentes para prevenir las úlceras por presión.
Se debe aplicar a todos los pacientes que durante su estancia hospitalaria mantengan una presión mayor a dos horas, a los pacientes terminales o con gran afectación del estado general, cuyo daño tisular puede ocurrir en un tiempo inferior a dos horas y en general a todos los pacientes identificados de riesgo por distintos factores.

8.Administración segura de fármacos.
El personal de enfermería usa la Lista de control de administración de medicamentos (Rights of Medication Administration) para verificar que los pacientes reciben la medicación correcta. Se revisan los siguientes puntos:
• El medicamento correcto (¿Se está administrando el medicamento correcto?)
• La dosis correcta (¿Son la cantidad y la concentración del medicamento correctas?)
• El paciente correcto (¿El medicamento se le está administrando al paciente correcto?)
• La hora correcta (¿Es el momento correcto para administrar el medicamento?)
• La vía correcta (¿Se está administrando el medicamento de la manera correcta? Se puede administrar por vía oral, por vía intravenosa, por la piel o en otra forma.)
• La documentación correcta (luego de dar el medicamento, ¿la enfermera lo registró? Se debe documentar la hora, la vía, la dosis y otra información específica sobre el medicamento.)
• La razón correcta (¿El medicamento se está administrando para el problema para el cual fue recetado?)
• La respuesta adecuada (¿El fármaco está provocando el efecto deseado? Por ejemplo, después de haberle dado al paciente un medicamento para la presión arterial, ¿está de hecho bajando la presión arterial del paciente?)

5 Discusión-Conclusión

La seguridad del paciente es la piedra angular de la atención médica de alta calidad. Gran parte del trabajo que define la seguridad del paciente y las prácticas que previenen el daño se ha centrado en los resultados negativos de la atención, como la mortalidad y la morbilidad. Las enfermeras son críticas para la vigilancia y coordinación que reducen estos resultados adversos.

6 Bibliografía

- Lohr K. Comité para diseñar una estrategia de revisión y garantía de calidad. En: Medicare, editor. Medicare: una estrategia para garantizar la calidad.
- Clancy CM, Farquhar MB, Sharp BA. Seguridad del paciente en la práctica de enfermería. J Cuidados de enfermería 2005.
- Tourangeau AE, Cranley LA, Jeffs L. Impacto de la enfermería en la mortalidad de pacientes hospitalarios: una revisión centrada y las implicaciones de política relacionadas. Qual Saf Health Care.
- Petty BG. Principles of evidence-based prescribing. In: McKean SC, Ross JJ, Dressler DD, Brotman DJ, Ginsberg JS, eds. Principles and
- Practice of Hospital Medicine. 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2017
- Cohen MR, Senders J, Davis NM. Failure mode and effect analysis: a novel approach to avoiding dangerous medication errors and accidents.
- Anderson B., Fagerhaug T., Beltz M. (2010). Análisis y mejora de la causa raíz en el sector sanitario .
- Roteau R. J. (Ed.) (2010) Análisis de la causa raíz en el cuidado de la salud: herramientas y técnica .
- La Comisión Conjunta. (2013b). Respondiendo a eventos centinela realizando un análisis de causa raíz efectivo.

Capítulo 60

LA COMPLEJIDAD DE LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.

YOLANDA GONZALEZ FERNANDEZ

ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO

1 Introducción

La depresión es una de las enfermedades mentales más comunes que se observan durante la vejez y que afectan negativamente la vida del paciente geriátrico. A veces se ve como una parte normal del envejecimiento. También se confunde con frecuencia con los efectos de múltiples enfermedades y los medicamentos utilizados para tratarlas.
Los síntomas más comunes de depresión en el anciano son:
- Tristeza persistente, pesimismo, cansancio.
- Lagrimeo frecuente.
- Anhedonia.
- Dificultad para dormir y concentrarse.
- Preocupaciones sobre su salud y económicos.
- Retraso psicomotor.
- Retirada de las actividades sociales 4.
- Pensamientos e intentos de suicidio.
- Problemas médicos, especialmente los que cursan con dolor, debilidad o mortalidad.

También se ha observado que los síntomas depresivos en la edad avanzada están relacionados con el avance de la edad, existe más propensión a padecerlas por parte de las mujeres que los hombres y otros factores relacionados son: la

soledad, divorciarse, bajo nivel educativo, enfermedad física, consumo de cigarrillos y alcohol.

2 Objetivos

- Tener en cuenta el efecto del diagnóstico diferencial de envejecimiento, depresión y demencia.
- Conocer los factores de riesgo y trastornos que pueden causar depresión en la vejez.

3 Metodología

Se realizo una búsqueda bibliográfica sistemática, que incluyen estudios descriptivos y transversales de publicaciones académicas revisadas: Dialnet, Scielo, NCBI, Cinahl, Medline, Science Direct, PubMed. Las palabras clave utilizadas fueron: Depresión, envejecimiento, demencia, diagnóstico y los operadores boleanos “ON “y “OR”.

4 Resultados

La presencia de numerosas enfermedades físicas en ancianos, el uso de múltiples medicamentos, la percepción de cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos advierten que se tengan en cuenta muchos factores al usar medicamentos en este grupo de edad. Las alteraciones que ocurren en el sistema fisiológico después de los 65 años cambian las propiedades farmacocinéticas de los medicamentos y agrandan la frecuencia e intensidad de los efectos secundarios.
La depresión y la demencia comparten varios síntomas, lo que hace difícil la distinción entre ambas, por lo que se tendrá muy en cuenta la sintomatología común en cada una de ellas. La disminución del funcionamiento mental es más rápida con la depresión que con la demencia. Los pacientes deprimidos están menos desorientadas y tienen dificultades para concentrarse, mientras que los pacientes con Alzheimer tienen problemas de memoria a corto plazo. La escritura, el habla y las habilidades motoras generalmente no se ven afectadas en la depresión.

5 Discusión-Conclusión

La presentación de depresión en el paciente geriátrico se caracteriza por la pérdida de seres queridos, problemas económicos, así mismo por sus problemas médicos .

Al valorar a un paciente geriátrico aparte de enfocar el lado orgánico, no se debe olvidar el aspecto psíquico, sobre todo la depresión. Conviviendo con múltiples enfermedades terminales, enfermedades crónicas, desórdenes neurológicos, pérdida de la agudeza visual y auditiva, disminución de la actividad física, debilidad, encontrándose multiples problemas psicosociales, y dependencia. El paciente geriátrico presenta síntomas de somatización e hipocondría.

A tener muy en cuenta lo que se denomina " suicidio crónico" en el paciente geriátrico con depresión, que puede producirse por un desinterés por nutrirse, tomar la medicación.

El tratamiento de la depresión en un paciente geriátrico puede requerir más de un enfoque, por ejemplo: la psicoterapia, grupos de apoyo, cambios en estilo de vida.

6 Bibliografía

- Blazer DG. Depresión en la vejez: revisión y comentario. ENFOQUE The Journal of Life Long Learning in Psychiatry. 2009; 7 : 118-136.
- Butters MA, Whyte EM, Nebes RD, Begley AE, Dew MA, Mulsant BH, Zmuda MD, Bhalla R, Meltzer CC, Pollock BG, Reynolds CF, tercero.
- Becker JT. La naturaleza y los determinantes del funcionamiento neuropsicológico en la depresión en la vejez. Arch Gen Psychiatry. 2004.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados, Décima revisión (CIE-10) Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1992.
- Sair HI, Welsh-Bohmer KA, Wagner HR, Steffens DC. Tarea de dígitos ascendentes como medida de la función ejecutiva en la depresión geriátrica. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2006.
- Köhler S, Thomas AJ, Barnett NA, O'Brien JT. El patrón y el curso del deterioro cognitivo en la depresión en la vejez. Psychol Med. 2010.
- National Center for Health Statistics. Vital Statistics of the United States-1987: Life Tables. Public Hea.

Capítulo 61

LA VARIABILIDAD SENSORIAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.

YOLANDA GONZALEZ FERNANDEZ

ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO

1 Introducción

A medida que se envejece, cambia la estructura de los sentidos (gusto, olfato, tacto, vista y oído) que dan testimonio en forma de sonido, luz, olores, sabores y tacto. Esto se ha demostrado especialmente para la audición y la visión . Los cambios sensoriales pueden conducir al aislamiento. Los sentidos son los canales primordiales por los cuales la información sobre los fenómenos del mundo exterior llega al cerebro.

Los cambios en los sentidos son de gran significación no sólo por su alta prevalencia, sino, sobre todo, porque genera disfunción en la esfera biológica, psicológica y social con secuelas directas para la independencia y la calidad de vida en el paciente. Si además tenemos en cuenta que estos trastornos suelen asociarse a otras patologías, podemos afirmar que se trata de verdaderos síndromes geriátricos. Debido a la multipatología en estos pacientes, la polifarmacia y los problemas psico-sociales, la privación sensorial suele estar subestimada, aunque en multiples ocasiones existe una correlacion directa e indirecta con otros síndromes geriátricos y/o forma parte de ellos, ello puede acarrear un perjuicio en el tratamiento, produciéndose diferentes grados de dependencia y afectación de la integridad del paciente.

2 Objetivos

- Identificar y controlar los cambios que se puedan producir en la estructura de los sentidos en el paciente geriátrico.
- Realizar tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador para el mantenimiento de las funciones sensoriales en el paciente geriátrico.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica académica existente. Y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

Las personas mayores generalmente experimentan una disminución de la agudeza visual debido a los cambios en la elasticidad de la lente que, en consecuencia, acarrean una disminución de la capacidad de enfocarse en objetos cercanos (es decir, presbicia) y de adaptarse a la luz. También se sabe que la audición disminuye con la edad y generalmente se caracteriza por una disminución de la sensibilidad auditiva, la capacidad de comprender el habla en un ambiente ruidoso, el procesamiento central lento de los estímulos acústicos y la localización del sonido deteriorada. La depreciación de la visión.

Los déficits en el olfato y el gusto son muy concurrentes en las personas mayores. La pérdida de visión aumenta el riesgo de caídas y fracturas, la pérdida olfatoria complica la detección de peligros en el medio ambiente y puede conducir a cambios en la elección de alimentos. Aunque la disminución relacionada con la edad en cada uno de estos sistemas sensoriales ha sido bien establecida en la literatura, se sabe poco acerca de si estos sistemas tienden a verse afectados de manera concomitante.

- Visión.

La mayoría de los adultos mayores tienden a sufrir depreciación de la visión como resultado de una de las tres causas principales:

Disminución del tono muscular ocular.
Reducción de la lubricación ocular.
Un trastorno ocular, lesión o enfermedad.

Los trastornos oculares comunes que causan cambios en la visión que NO son normales incluyen:
• Cataratas : nubosidad de la lente del ojo.
• Glaucoma : aumento de la presión del líquido en el ojo.
• Degeneración macular : enfermedad en la mácula (responsable de la visión central) que causa la pérdida de la visión.
• Retinopatía : enfermedad en la retina a menudo causada por diabetes o presión arterial alta.

- Audición.
Los tipos más comunes de problemas auditivos incluyen la presbiacusia y tinnitus o zumbido en los oídos.
A menudo la capacidad de escuchar sonidos de alta frecuencia, puede disminuir. También puede tener problemas para distinguir la diferencia entre ciertos sonidos. O bien, puede tener problemas para escuchar una conversación cuando hay ruido de fondo.

El ruido persistente y anormal del oído (tinnitus) es otro problema común en los adultos mayores. Las causas del tinnitus pueden incluir la acumulación de cera o medicamentos. El oído tiene además la función de mantenimiento del equilibrio, ocasionando problemas para mantener el equilibrio al sentarse, pararse y caminar.

- Tacto.
El sentido del tacto te hace consciente del dolor, la temperatura, la presión, la vibración y la posición del cuerpo. La piel, los músculos, los tendones, las articulaciones y los órganos internos tienen terminaciones nerviosas (receptores) que detectan estas sensaciones.

Con el envejecimiento, las sensaciones pueden reducirse o modificarse. La piel desarrolla un exterior más duro con pérdida de elastina y colágeno.Estos cambios pueden ocurrir debido a la disminución del flujo sanguíneo hacia las terminaciones nerviosas o hacia la médula espinal o el cerebro.

Los síntomas del cambio de sensación varían según la causa. Con una sensibilidad a la temperatura disminuida, puede ser difícil distinguir entre frío y frío y calor y calor. Esto puede aumentar el riesgo de lesiones por congelación, hipotermia (temperatura corporal peligrosamente baja) y quemaduras .

La capacidad reducida para detectar vibraciones, tacto y presión aumenta el riesgo de lesiones, incluidas las úlceras por presión (llagas en la piel que se desarrollan cuando la presión corta el suministro de sangre al área).

- Gusto y Olfato.
Son dos sentidos independientes pero que trabajan en colaboración. Se produce una reducción en la capacidad de saborear por la disminución de saliva y una boca seca que reduce la percepción del gusto, esto puede deberse a otros factores como mala higiene bucal, mala nutrición, caries dental , ciertos medicamentos y tratamientos. La cantidad de papilas gustativas disminuye a medida que envejece

El sentido del olfato juega un papel importante, en la forma en que probamos y disfrutamos de la comida. También puede disminuir. Esto puede estar relacionado con una pérdida de terminaciones nerviosas y una menor producción de moco en la nariz. El moco ayuda a que los olores permanezcan en la nariz el tiempo suficiente para ser detectados por las terminaciones nerviosas. El olor y el sabor también le permiten detectar peligros, como alimentos en mal estado, gases y humo.

5 Discusión-Conclusión

Abordar la discapacidad sensorial garantizará una calidad de atención adecuada, limitando el impacto en el funcionamiento de la vida diaria. Esto también será de creciente importancia para los servicios de rehabilitación y otros que trabajan en los campos de la pérdida sensorial y el envejecimiento, así como para aquellos afectados a fin de mantener la independencia funcional de las personas mayores y desarrollar modelos de rehabilitación.

6 Bibliografía

1. Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez I. Manual de Geriatría. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
2. Macias Núñez JF. Geriatría desde el principio. Barcelona: Glosa; 2005.
3. Reim M, Kirchhof B. Examen del fondo de ojo: desde los hallazgos hasta el diagnóstico. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
4. Webb LA. Manual de urgencias oftalmológicas: diagnóstico y tratamiento. 2.ª ed. Barcelona: Ediciones Hartcourt, SA; 2001.

5. Geriatrics Review Syllabus. American Geriatrics Society. 5.ª ed. Editorial Medical Trends, SL. p. 73-83.
6. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Otorrinolaringología en las personas mayores. 1.ª ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill; 1998.
7. Ramírez Camacho R. Manual de otorrinología. 1.ª ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill; 1998.
8. Julianna Gulya A, MD, Wilson WR. Atlas de enfermedades de garganta, nariz y oído. Atlas Medical Publish Ltf. 201.
9. Gómez A, O'Connor R, García M. Manual básico de urgencias en O.R.L. para médicos de Atención Primaria. Barcelona: Salvat; 1998.
10. Marcincuk M, Roland M. Hipoacusia en los mayores. Modern Geriatrics (ed. española), 14 (10).

Capítulo 62

CALIDAD DEL SUEÑO Y TRABAJO A TURNOS.

MARIA DEL PILAR FERNÁNDEZ FIGUEIRAS

1 Introducción

El sueño es un estado fisiológico, reversible, rítmico y activo, en el cual se produce una alteración de la conciencia y se lleva a cabo la restauración psicológica, la fijación de los recuerdos y la consolidación de la memoria.

Los ritmos circadianos son aquellos cambios regulares que se producen en un ciclo de 24 horas y que responden principalmente a la luz y la oscuridad.

El sueño es una necesidad fisiológica vital para el correcto funcionamiento del organismo. Dormir mal tiene consecuencias adversas para la salud en diferentes niveles: el cansancio, los accidentes por sueño, el absentismo laboral, problemas familiares, sociales, e incluso patologías como la depresión, la úlcera gástrica y el burn-out se asocian habitualmente a la patología del sueño.

2 Objetivos

- Conocer cómo es la calidad del sueño de las enfermeras y describir cómo les afecta la alteración de los patrones del sueño.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de artículos y estudios en bases de datos informatizadas como PubMed, SciELO, LILACS, BIREME y CUIDEN , usando pal-

abras clave como sueño, trastornos, enfermería

4 Resultados

En las profesiones en las que se realiza trabajo a turnos, como es el caso de la enfermería, se puede producir una descompensación del ritmo circadiano, ocasionando alteraciones que pueden afectar a varias esferas de la vida, como a:

- La personal (problemas gastrointestinales, cardiovasculares y favoreciendo la obesidad).

- La familiar y social (dificultando la conciliación).

- A nivel laboral (disminución de la concentración, aumento de los errores laborales).

Además, si el organismo no es capaz de adaptarse a los cambios del ritmo circadiano, se puede producir una pérdida de la calidad de vida, lo cual es confirmado con diversos estudios que afirman que aproximadamente el 60% de enfermeras tienen una mala calidad de sueño.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos del sueño constituyen un problema de salud pública importante y se ha podido observar una mala calidad del sueño en las enfermeras. Además, la alteración mantenida del ritmo circadiano ocasiona diversos problemas de salud a nivel personal, laboral y social, así como al ámbito laboral

6 Bibliografía

- www.revistareduca.es
- www.scielo.conicyt.cl
- https://lilacs.bvsalud.org
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 63

MANEJO DE CITOSTÁTICOS EN EL AMBITO SANITARIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CRISTINA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

Se puede definir citostático como aquella sustancia capaz de inhibir o impedir la evolución de la neoplasia, restringiendo la maduración y proliferación de células malignas, actuando sobre fases específicas del ciclo celular y por ello son activas frente a células que se encuentran en proceso de división. Este mecanismo hace que, a su vez, sean por sí mismas carcinógenas, mutágenas y/o teratógenas.

Son un grupo heterogéneo de sustancias de distinta naturaleza química, que se utilizan de forma preferente aunque no exclusivamente como tratamiento antineoplásico, bien solas o acompañadas de otro tipo de terapia.

Se entiende por manejo o manipulación de citostáticos el siguiente conjunto de operaciones:
1. Preparación de una dosis a partir de una presentación comercial.
2. Administración al paciente de tal dosis.
3. Recogida / Eliminación de residuos procedentes de las actuaciones antedichas.
4. Eliminación de excretas de pacientes a tratamiento con citostáticos.
5. Cualquier actuación que implique un potencial contacto directo con el medicamento (limpieza de derrames, limpieza y mantenimiento de la cabina, etc.).

Así, el término manipulador de citostáticos se aplicaría al personal que realice cualquiera de las actividades mencionadas anteriormente, así como el encargado de la recepción, transporte y almacenamiento de este tipo de medicamentos.

Su uso se inició en 1943 tras la observación de aplasias medulares en militares expuestos a gas mostaza durante la segunda guerra mundial, lo que propició la utilización de mostazas nitrogenadas en el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin.

El aumento, en todo el mundo occidental, de los casos de cáncer que son tratados en su gran mayoría, con quimioterapia antineoplásica, sumado a la diversificación de usos que han sufrido los agentes citostáticos en estos últimos años como resultado del avance en los conocimientos médicos, implica que estos medicamentos sean cada vez más usados en terapéutica asistencial. Este hecho conlleva un incremento paralelo del riesgo para la salud de los trabajadores/as que los manipulan, conocido desde los años 70.

A los riesgos ya conocidos de irritación de piel y mucosas por aplicación directa, se ha evidenciado la posibilidad de riesgos para la salud en personal que los manipula tras una exposición crónica y en pequeñas cantidades a algunos de estos medicamentos, debido al hecho de producir aerosoles, como puso de manifiesto el estudio del año 79 de Falk y col. acerca de la acción mutágena en la orina de las enfermeras que administraban citostáticos. (1)

Los principales síntomas que sufre el personal sanitario expuesto a los citostáticos son: mareos, vértigos, náuseas, reacciones alérgicas en la piel, aumento de la tasa de abortos espontáneos, incremento del riesgo de malformaciones y leucemia. (1, 2)

El efecto negativo de estos fármacos radica en su elevada citotoxicidad ya que su acción no se restringe únicamente a células cancerosas, sino que también actúa sobre tejidos sanos de crecimiento rápido. Por tanto, los profesionales deben poseer formación teórica y amplia experiencia asistencial en el manejo de citostáticos, con conocimientos sobre los efectos adversos de cada citostático y de las medidas de seguridad necesarias para prevenir la contaminación y así minimizar los riesgos que existen al trabajar con este tipo de medicamentos. (1, 2, 3)

Se ha demostrado que a pesar de la existencia de protocolos de seguridad y medidas de protección, el personal sanitario sigue siendo vulnerable a estos fármacos,

así lo demuestran los niveles detectables de biomarcadores en orina, los daños del ADN y las mutaciones cromosómicas observadas en células sanguíneas, efectos relacionados con las exposiciones acumulativas que sufren las enfermeras. (2, 4, 5)

2 Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica sobre los riesgos que conlleva el uso incorrecto de citostáticos.
- Recopilar medidas de bioseguridad para disminuir los riesgos durante el uso de citostáticos.
- Analizar la importancia de la formación sanitaria en los profesionales con respecto a la utilización de los citostáticos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de literatura científica sobre medicamentos citostáticos y medidas de prevención en su uso. La búsqueda se ha realizado a través de diversos medios: bases de datos (Pubmed, Cuiden, Cochrane, Biblioteca virtual de salud), protocolos, guías, libros y revista electrónico Scielo.

La revisión se realizó desde el de 1 julio de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019, utilizando documentos con una antigüedad máxima de doce años.

Las palabras clave que se utilizaron fueron: “citostáticos”, “manejo”, “conocimientos”, “administración”, “educación”, “riesgos”, “extravasación, “chemotherapy”, “cytostatic”, “nurses”, “anticancer drugs”. El operador booleano más utilizado ha sido “and”.

Los criterios de inclusión han sido artículos científicos y relacionados con el personal sanitario.
Se excluyeron documentos donde no se vinculaba a personal sanitario.

4 Resultados

Tras la recopilación y posterior análisis de la información obtenida, se han de destacar y desarrollar cada uno de los siguientes apartados:
- Características de las salas de preparación de citostáticos:

Recintos especiales y adaptados, de acceso restringido, con un control específico para que únicamente sea el personal debidamente autorizado el que pueda entraren ellos. (1, 6, 7, 8)

Está completamente prohibido comer, almacenar alimentos, beber, masticar chicle o fumar. Evitar movimientos bruscos y corrientes de aire que puedan generar el desplazamiento de partículas. Se recomienda no usar maquillaje ni cosméticos ya que podrían provocar exposición prolongada en caso de contacto. En la zona de preparación sólo entrará personal autorizado y con equipos de protección individual (EPI). Finalmente se realizará una limpieza de la sala al terminar la manipulación para minimizar la carga bacteriana y hacer descontaminación de las trazas de los citostáticos. (1, 4, 6, 9)

Las salas de preparación deben estar obligatoriamente divididas en 3 zonas.
La primera de ellas es una antesala, espacio pequeño que sirve para el acondicionamiento del material y su almacenaje. (6)

En segundo lugar una zona de paso, que actúa como barrera frente a la contaminación interna y externa puesto que es un ambiente intermedio entre la zona de trabajo y el exterior, además de ser el lugar en que se lleva a cabo el cambio de los EPI. Debe disponer un mecanismo que impida la apertura de las dos puertas de la zona de paso para evitar las corrientes de aire. (6, 10)

La última zona sería la de preparación. Es el lugar donde se realiza toda la actividad relacionada directamente con el manejo de citostáticos. En ella se tendrá la mínima cantidad de material y mobiliario posible, siendo recomendable que no tengan contacto con las paredes. Existirá un intercomunicador con la zona de paso para evitar abrir la sala y así impedir las corrientes de aire durante la preparación de los fármacos. (2, 6)

Todas las superficies deben carecer de aristas, estar hechas con materiales lisos, sin poros y provistos de un revestimiento que permita el lavado con abundante agua en caso de contaminación. La presión del aire de la sala deber ser positiva para mantener la asepsia. La principal característica de esta sala es la cabina de bioseguridad (CBS) que debe estar certificada y ha de ser de Clase II o de Clase III y de flujo laminar vertical. (2, 6, 10)
- Contaminación ambiental:
Se ha demostrado que la polución de superficies como campanas, sillas, bombas de infusión e incluso la ropa de cama de los pacientes está directamente relacionada con la de los EPI y con ello la absorción de estos agentes por parte del

personal manipulador. (1, 4, 6)

El riesgo ocupacional ha descendido gracias a la introducción de normas de seguridad así como de los distintos dispositivos de protección, pero a pesar de esto son necesarios los controles de higiene y seguridad en el personal además de la monitorización biológica de los agentes citostáticos. En este sentido los test más destacados para hacer un seguimiento de la exposición laboral son los siguientes: mutagenicidad urinaria (Test de Ames), determinación de tioéteres urinarios y análisis químicos de sangre u orina para comprobar compuestos particulares o metabolitos. (1, 4, 6, 11)

Trabajar sin los equipos de seguridad, fuera de las cabinas de bioseguridad, utilizar de manera incorrecta viales y ampollas o carecer de precauciones ante el contacto con excreciones o secreciones podría traducirse en efectos perjudiciales para la salud como pueden ser: náuseas, vómitos, dolor de cabeza, pérdida de cabello, prurito, eritema, abortos, anomalías congénitas, nacimientos prematuros, fetos muertos, embarazos ectópicos, dificultades para conseguir la concepción y riesgo aumentado de cáncer hematológico principalmente.

Para evitar los efectos genotóxicos la mayoría de las normativas desaconsejan que mujeres embarazadas, con planificación de embarazo a corto plazo, en periodo de lactancia o con abortos anteriores se expongan a estos fármacos. Con objeto de prevenir el resto de alteraciones se siguen unos criterios de exclusión para el personal, por tanto no podrán ponerse en contacto con estas sustancias aquellas personas que: sean alérgicas a estos agentes, padezcan dermopatías extensas, inmunodeprimidos que hayan recibido tratamiento citostático anteriormente o inmunosupresores, y tampoco aquellos que hayan estado expuestos a un alto nivel de radiaciones ionizantes, como es el caso de tratamientos con radioterapia. (2, 4, 5, 6, 11, 12)

- Bioseguridad y equipos de protección individual:
Para evitar cualquier exposición accidental que pueda surgir durante el manejo de estos fármacos, se utilizan lo que se conoce como equipos de protección individual (EPI).Son equipos destinados a ser utilizados por el trabajador, para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud. (2, 13)

Para poder manejar de forma segura estos fármacos se utilizan los siguientes EPI:
• Guantes: se recomienda utilizar guantes sintéticos (nitrilo, poliuretano, neopreno), de 0,3 mm de mínimo espesor, siempre exentos de polvo puesto que atrae

partículas y con recambio cada 20-30 minutos. Han de colocarse tras el lavado de manos y la desinfección con solución hidroalcohólica, proceso que también hay que seguir tras la retirada. En ciertos protocolos se recomienda usar dos pares de guantes o de doble capa con indicador de humedad. (2, 4, 6, 7)

• Bata: se debe utilizar siempre en el mantenimiento y conservación de la sala de preparación, en la elaboración de los fármacos y en el tratamiento de derrames. También se usará cuando exista un riesgo razonable de salpicaduras durante la administración. Tendrá que ser desechable, no absorbente, con baja permeabilidad, con abertura trasera, puños elásticos y ajustables, y con la parte delantera reforzada. (2, 4, 6, 7)

• Mascarilla o dispositivo de protección respiratoria: es de carácter obligatorio para el personal que trabaje en el área de preparación. Deben utilizarse aquellas con designación FFP 2 que son las que protegen contra aerosoles, sólidos y/o líquidos indicados como peligrosos o irritantes, mientras que las FFP 3 únicamente protegen contra aerosoles sólidos y/o líquidos tóxicos. No son válidas las mascarillas quirúrgicas puesto que no ofrecen protección respiratoria frente a los aerosoles citostáticos. (2, 4, 6, 7)

• Gafas: las gafas de seguridad son obligatorias al limpiar el interior de la cabina, los derrames fuera de la misma y están recomendadas cuando exista un riesgo de salpicadura ya sea durante la preparación o la administración. Deben ser panorámicas, con campo de uso 3 que da protección frente a gotas, y colocadas por encima de las gafas de uso normal. La retirada se hará por la parte posterior de la cabeza, de atrás a delante, evitando tocar la superficie externa que pudiera estar contaminada. (2, 4, 6, 7)

• Gorro: es obligatorio en las salas limpias para minimizar el número de moléculas en suspensión. Ha de ser desechable, de un solo uso, y de material que no desprenda partículas. Su colocación se realiza antes que la propia bata. (2, 4, 6)

• Calzas: son obligatorias en las "salas limpias". También son imprescindibles en la preparación de citostáticos en la cabina de seguridad biológica. Limitan la fuga de posible contaminación hacia zonas exteriores. Si se utiliza calzado específico debe ser lavable, esterilizable, y ha de establecerse una limpieza sistemática. (1, 5, 13)

A continuación se expone la correcta secuencia de puesta y retirada de los equipos de protección individual durante las diferentes actividades que puede desempeñar el personal sanitario. (2,14)

En el caso de enfermeras que se dediquen a la preparación de fármacos la puesta de EPI comenzará en la zona de paso, donde procederán con el siguiente orden: lavado de manos, puesta de gorro y calzas, aplicación de gel hidroalcohólico en

las manos, puesta del primer par de guantes y puesta de bata. Podrán colocarse el segundo par de guantes en ese momento o en la sala de preparación. (2, 6)

La técnica de retirada comenzará en la sala de preparación con el par de guantes externos, saldrán a la zona de paso y desecharán gorro, bata y el par de guantes interno, finalizarán quitándose las calzas evitando en todo momento el contacto directo con su parte externa. El proceso terminará con un lavado de manos. (2,6)
Para la administración de estos medicamentos el procedimiento es distinto: deben comenzar por el lavado de manos para seguir con la puesta de bata y los guantes por encima de los puños de la misma. En caso de que fuese necesario finalizarán con la protección facial. (2)

En la retirada comenzarán por los guantes, seguirán por la bata y finalizarán con la protección facial y el lavado de manos. (2)

A veces durante la administración es necesario el uso de doble par de guantes, en este caso deben comenzar por un lavado de manos, puesta del primer par de guantes, bata y segundo par de guantes por encima de los puños de la bata, finalizarán con la protección facial. (2)

En la técnica de retirada empezarán por el par de guantes externo, seguirán por la bata y el par de guantes interno para finalizar con la protección facial y el lavado de manos. (2)

- Riesgos en la manipulación y administración:
Una de las principales vías de exposición laboral se produce por contacto directo por penetración del medicamento a través de la piel o de las mucosas, un ejemplo de ello sería la extravasación del fármaco. Una buena praxis durante la administración del citostático evitaría muchos de estos accidentes. (2, 15)

A pesar de utilizar todo tipo de protecciones sigue existiendo la posibilidad de contaminación por exposiciones accidentales. Ante este problema la primera medida que se debe tomar es la retirada inmediata de los EPI para seguir con un lavado de la piel inferior y, en el caso de que hubiese contacto con piel o mucosas lavar la zona con agua y jabón durante 10 minutos con su posterior aclarado. Si hubiese afectación ocular, retirar la lentilla en caso de llevar y lavar con suero fisiológico durante 10 minutos. Finalmente será el médico quien haga un seguimiento de la zona afectada. (2, 6)

A continuación se exponen las recomendaciones que se han de tener en cuenta para los fármacos citóstáticos.

Para una adecuada administración oral se evitarán las formas fragmentadas del medicamento y si hubiese que partirlas se hará dentro de una bolsa de plástico y con guantes. En el caso de que la forma oral sea una dilución se proporcionará en una jeringa para evitar los posibles derrames. (2)

En la administración intramuscular y subcutánea los fármacos pautados estarán precargados para evitar aerosoles, nunca habrá que desconectar la jeringa de la aguja y para evitar desconexiones erróneas se utilizarán sistemas luer-lock que proporcionan mayor seguridad. (1, 2)

Con los fármacos de uso tópico se evitará la manipulación directa con el uso de espátulas o depresores y finalmente se cubrirá la zona. (2)

En la administración intravenosa es importante educar al paciente para que en caso de tener cualquier síntoma de extravasación lo refiera inmediatamente y así evitar mayores complicaciones. El personal deberá seleccionar el lugar de punción evitando los miembros con retorno venoso y/o linfático disminuido además de desestimar venas en malas condiciones o con venopunciones recientes.

Por otro lado se evitarán las zonas de flexión y dorso de la mano por la proximidad de nervios y tendones siendo aconsejado seguir el siguiente orden de elección de la zona: antebrazo, muñeca y fosa anterocubital. La punción se iniciará de la zona más distal a la más proximal, evitando múltiples venopunciones. Para disminuir el riesgo de perforación durante la punción o administración del fármaco se usarán catéteres cortos de plástico y con un calibre de 20- 22 G si la perfusión es intermitente, mientras que si la perfusión es continua se hará a través de una vía central. (1, 6, 16)

Una vez que el paciente tiene acceso venoso se sujetará firmemente dejando visible la zona de inserción del catéter y se le aconsejará que evite movimientos bruscos. Antes de administrar el tratamiento se comprobará la vena con 5-10ml de suero fisiológico, y, el retorno venoso antes y periódicamente. (2,6)

El tratamiento en bolo se aplicará con una jeringa que tenga sistema luer-lock y sistema cerrado anti goteo para evitar la aparición de aerosoles o una desconexión accidental. Se pasará lentamente por una de las luces de la llave de tres vías y por otra luz se lavará con suero fisiológico, al finalizar se llevará a cabo la limpieza de ambas luces con alcohol de 70º. (1, 6)

En el caso de la perfusión continua el fármaco llegará con el sistema purgado, de no ser así se realizará con suero fisiológico y se conectará al citostático; al

finalizar la infusión se eliminará el sistema completo. (2, 6)
Si hubiese más de un fármaco para infundir se empezará por los fármacos no irritantes ni vesicantes, seguidos de los irritantes para terminar con los vesicantes, además habrá que lavar con 5ml de suero fisiológico entre cada uno de ellos y al final del tratamiento. (1, 2)

Los derrames son otro de los accidentes más comunes que se pueden producir durante la administración, por ello y para evitar el contacto directo con estos fármacos el personal deberá estar formado. (4, 6)
Se colocarán bata, calzas y dos pares de guantes. Si el derrame se produce fuera de la CBS además se usará una mascarilla homologada de protección respiratoria. En el caso de que el derrame sea de gran volumen se aislará la zona. Se empapará con un paño absorbente y no se recogerán los cristales con la mano sino que se hará con un cepillo y un recogedor desechables. Se lavará la zona tres veces con jabón y se aclarará con agua.

El procedimiento de limpieza comenzará desde la parte menos contaminada hacia la más contagiada y todos los residuos y materiales utilizados se tratarán como sucios. En caso de que el derrame sea líquido se recogerá con gasas absorbentes, mientras que si es sólido o polvo se hará con gasas húmedas. No está recomendada la neutralización química salvo que sea imposible la incineración de los materiales, o no se pueda actuar según el protocolo validado para ese caso concreto. (1, 4, 6)

Finalmente, al igual que en la extravasaciones, todas las zonas con riesgo potencial de derrame deberán tener un equipo de actuación cuya ubicación tendrá que conocer todo el personal. (1, 4, 6)

Formación del personal.
Para poder garantizar el bienestar tanto de pacientes como de trabajadores y evitar así situaciones peligrosas, es conveniente minimizar los riesgos laborales y cumplir con los requisitos de bioseguridad en cada actuación. Por este motivo se hacen indispensables cursos de formación continuada o intervenciones educativas para el personal sanitario. El propósito de una intervención educativa es la modificación del desempeño técnico y del desarrollo intra e interpersonal del empleado. (3) La educación sanitaria busca ofrecer una enseñanza continuada, ser una fuente de conocimientos para dar seguridad, no sólo al paciente, si no al personal sanitario, aplicar mejoras técnicas y ampliar competencias para poder llegar a un nivel más alto de especialización. (3, 17)

En el manejo de citostáticos sería conveniente instruir a las enfermeras de nueva incorporación al servicio para que comiencen con la correcta manipulación así como mantenerlas informadas de manera periódica. Y es que para poder realizar una buena formación deberá mejorarse, revisarse y actualizarse la información de forma continua, así como contar con un sistema de información periódica puesto que forma parte de los procedimientos estándares mínimos en los centros en los que se administran citostáticos. (14, 15, 17, 18)

5 Discusión-Conclusión

En esta revisión bibliográfica son diversos los estudios analizados que coinciden en los riesgos que supone trabajar con citostáticos. La frecuencia en los casos de náuseas, cefaleas, prurito, erupciones cutáneas, trastornos en la salud reproductora e incluso casos de leucemia en el personal de enfermería hace pensar que sigue habiendo una exposición ocupacional. (19)

Tras los diversos artículos publicados en los que se evidencia la presencia de mutagenicidad y genotoxicidad en la orina de las enfermeras que manipulan citostáticos surge la necesidad de: conocer los protocolos, las normas de seguridad, realizar un seguimiento de la salud del personal de enfermería expuesto, así como, adoptar y revisar las medidas de protección en los procesos de manipulación para conseguir la seguridad y el adecuado manejo de estos fármacos. (1, 2)

La presencia de estos metabolitos hace pensar que las medidas de seguridad son insuficientes o que el personal no conoce su correcto uso. Una mala utilización de las campanas, la incorrecta manipulación de los materiales o un incumplimiento de las normas y controles de la sala de preparación, también son motivo de exposición laboral. (12)

Uno de los problemas que se detecta tras esta revisión son las rotaciones de enfermería y la falta de especialización que, unido al concepto poco definido de autocuidado que tiene el personal, favorece el riesgo de contaminación. Esto hace que la formación sanitaria sea una de las principales herramientas para que las enfermeras se impliquen en su autocuidado durante el manejo de citostáticos. (17, 18)

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, sobre la ordenación de las profesiones sanitarias expone que "La formación continuada es el proceso de enseñanza y apren-

dizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios." Esta debe iniciarse al terminar los estudios de pregrado o especialización y su objetivo es actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante las distintas necesidades que van surgiendo como son: la evolución científica, tecnológica, las demandas y necesidades sociales y del sistema sanitario.

Busca "garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional", "generalizar el conocimiento, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario" además de "posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios. Para evitar las exposiciones laborales y aprender a utilizar los recursos de los que se dispone en el área de trabajo, y, así fomentar la protección del personal son claves la formación y la educación sanitaria." (20, 21)

- Conclusiones:
• Los profesionales que trabajan con este tipo de fármacos han recibido poca o ninguna formación sobre su manejo, por lo que sería recomendable una formación continua/educación en este sector.
• El manejo de citostáticos deber realizarse de forma segura y precisa por parte de los profesionales sanitarios para disminuir las consecuencias negativas sobre su salud.
• Sería recomendable realizar una monitorización biológica para garantizar la salud de los profesionales.
• Los equipos de protección individual y contenedores específicos son imprescindibles en la gestión/manipulación de residuos.
• Los EPI y salas de preparación deben cumplir las normas de seguridad.
• Todo el personal que esté en contacto con citostáticos deberá respetar en todo momento las normas de seguridad.
• Todo hospital debería contar con protocolos actualizados ante el manejo de citostáticos.

6 Bibliografía

1. Agentescitostaticos.pdf [Internet]. [citado 3 julio de 2019].
2. Guía de buenas prácticas para trabajadores profesionalmente expuestos a agentes citostáticos - gesdoccontroller [Internet]. [citado 3 de julio de 2019].

3. MT52_LALCANTARZ_068.pdf [Internet]. [citado 5 de julio de 2019].
4. NTP 740: Exposición laboral a citostáticos en el ámbito sanitario - ntp_740.pdf [Internet]. [citado 8 de julio de 2019].
5. Viñeta Ruiz M, Yanez G, José M, Villanueva GP. Manejo de citostáticos y salud reproductiva: revisión bibliográfica. Med Segur Trab [Internet].diciembre de 2013 [citado 30 de julio de 2019]; 59(233):426-43.
6. guiamanejocitos.pdf [Internet]. [citado 1 de agosto de 2019].
7. Borrador a 201012 - protocolo-manejo-seguro-de-citostaticos-2999.pdf [Internet]. [citado 7 de agosto de 2019].
8. IBECS- [Internet]. [citado 7 de agosto de 2019].
9. (Microsoft Word - Protocolo sobre manipulaci\363n, administraci\363n y tratamiento\205) - proto_manipulacion.pdf [Internet]. [citado 27 de agosto de 2019].
10. Número 52. Sección Técnica | Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2019].
11. Suspiro A, Prista J. Occupational exposure to anticancer drugs and adverse health effects. Rev Port Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado 8 de septiembre de 2019]; 30(1):76-88. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0870-90252012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. 273. pdf [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/download/294/273
13. revista_agosto_rcb.pdf [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/revista_agosto_rcb.pdf
14. Marroquí López-Clavero DC, Riesco García DMI. Valoration of the risk of exposition to cytostatic medications in the Hospital of Ciudad Real. Med Segur Trab. junio de 2009 [citado 24 de septiembre de 2019]; 55(215):82-5.
15. Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico [Internet]. [citado 1 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702098
16. Soriano García JL, Lima Pérez M, González González J, Batista Albuerne N, Rodríguez López R, García Diéguez R, et al. Sistema integrado de prevención de errores en el proceso de utilización de medicamentos en oncología. Rev Cuba Farm [Internet]. agosto de 2007 [citado 30 de noviembrede 2019]; 41(2):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75152007000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Zavala MLA, Valenzuela MLRG, Alonso CG. Factores que influyen en el autocuidado de enfermería en la preparación y manejo de citostáticos. Evidentia Rev Enferm Basada En Evid [Internet]. 2009 [citado 5 de diciembre de

2019]; 6(27):3-. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4688699
18. García Fernández JR, López Berenguel F. Motivación del personal sanitario en la formación continuada sobre tratamiento quimioterápico. Educ Médica [Internet]. marzo de 2003 [citado 15 de diciembre de 2019]; 6(1):58-62.
19. Rekhadevi PV, Sailaja N, Chandrasekhar M, Mahboob M, Rahman MF, Grover P. Genotoxicity assessment in oncology nurses handling anti-neoplastic drugs. Mutagenesis [Internet]. 1 de noviembre de 2007 [citado 21 de diciembre de 2019]; 22(6):395-401. Disponible en: http://mutage.oxfordjournals.org/content/22/6/395
20. BOE.es - Documento BOE-A-2003-21340 [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2019].
21. BOE 221 de 14/09/2007 Sec 1 Pag 37544 a 37546 - RD_FC140907.pdf [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2019].

Capítulo 64

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LA MUJER MASTECTOMIZADA

AINARA MARTINEZ ROMERO

JUDIT CACHERO RODRIGUEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es un problema de salud importante en los países occidentales dada su elevada incidencia. En los últimos tiempos, se ha detectado una gran mejoría en la prevención y tratamiento de la enfermedad, gracias a los avances científicos y el esfuerzo de los profesionales sanitarios. La técnica que más se emplea como tratamiento del cáncer de mama es la mastectomía.

La mastectomía es una intervención quirúrgica consistente en la extirpación parcial o total de una mama. Comúnmente se realiza como tratamiento del cáncer de mama, aunque en casos muy extremos y de muy alta probabilidad de desarrollo de cáncer puede realizarse de forma preventiva o profiláctica.

Los tipos de mastectomía que pueden realizarse son los siguientes:
-Mastectomía simple: extirpación de la mama, sin la fascia del pectoral y sin vaciamiento ganglionar.
-Mastectomía radical modificada: extirpación completa de la glándula mamaria y los ganglios axilares, respetando los músculos de la pared costal.
-Mastectomía radical: extirpación de toda la mama, ganglios linfáticos y los músculos pectorales mayores y menores. Es la más agresiva y deformante.
-Mastectomía subcutánea: mantiene la integridad de toda la piel que la recubre, incluyendo areola y pezón. Suele resultar útil en patologías benignas.

-Lumpectomía: se extirpa el tumor y una pequeña cantidad de tejido normal alrededor de este.

El linfedema es una complicación común cuando en la cirugía se extirpan los ganglios axilares. Es una tumefacción causada por una acumulación de líquidos en el intersticio, debido a trastornos o dificultad en la absorción y el retorno del mismo a través de la circulación linfática.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama tras la realización de una mastectomía.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática de bibliografía en las bases de datos Scielo, Dialnet, Google Académico y PubMed. Las palabras clave empleadas son Cáncer, Mama, Mastectomía, Linfedema, Cuidados de enfermería, combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Como criterios de inclusión se emplearon textos gratuitos en español e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente a 2005.

4 Resultados

Las recomendaciones del personal de enfermería hacia la mujer mastectomizada son las siguientes:
1. Aspectos psicológicos.
La mama es órgano externo que, además de tener la función de amamantar, proporciona imagen de femineidad. Con la realización de la mastectomía, la imagen que la mujer tiene de sí misma se ve distorsionada, sintiéndose mutilada, deforme e incompleta. Es una intervención que puede producir graves secuelas psicológicas. Además, la mujer mastectomizada vive con miedo a volver a padecer cáncer. Por todo ello, es de vital importancia ofrecer a la mujer una atención integral, mostrándole nuestro interés y apoyo.

2. Prevención del linfedema.
En las pacientes a las que se ha realizado una mastectomía radical, es muy importante la prevención del linfedema. Las mujeres, deben recibir información

relativa al riesgo de su desarrollo y a las medidas de prevención y cuidados que deben mantener para toda la vida. La prevención y el enfoque precoz de la rehabilitación del linfedema abarca las siguientes medidas: o Posturales en el postoperatorio inmediato:
Posición de declive de 45º ayudado de almohadas cuando el paciente está acostado en la cama.
Elevación en media abducción con cojines en la horizontal cuando el paciente se encuentra sentado.

Higiene personal y cuidados:

Ámbito hospitalario:
-Evitar venopunción y toma de TA en brazo afecto.
-Colocar brazo en postura que favorezca retorno venoso y linfático.
-Evitar acupuntura.
-Masajes y drenaje linfático en el brazo afecto realizados por especialistas.

Aseo personal:
-Lavar diariamente la piel con jabones neutros y secar bien la zona.
-Utilizar cremas neutras y aplicarlas con ligero masaje.
-Utilizar cremas depilatorias en lugar de cera o cuchilla.
-Evitar baños de agua muy caliente y saunas.
-Evitar utilización de anillos, pulseras, etc en el brazo afecto.
-Evitar ropa que oprima.

Trabajos domésticos:
-Precaución con las agujas de coser.
-Evitar quemaduras.
-Evitar realizar esfuerzos y posturas forzadas con el brazo afecto.
-Utilizar guantes de goma cuando se manipulen productos irritantes, se cocine o cuide el jardín.

Alimentación:
-Evitar sobrepeso y abuso de sal.
-Alimentación saludable, pobre en grasas animales.

Otros:
-Evitar contacto con animales.
-Evitar picaduras de insectos.

Cinesiterapia (ejercicios diarios): se da una explicación a la paciente de aquellos ejercicios que se recomiendan en el linfedema y se le entrega un esquema gráfico.

5 Discusión-Conclusión

La realización de una mastectomía supone un gran impacto negativo a nivel psicosocial para la mujer. Se generan en ella, sentimientos de angustia, inseguridad, sensación de mutilación y de rechazo por parte de su pareja. Todo ello, es solo una mínima parte de las consecuencias que le alterarán su estabilidad emocional y la de su entorno.

Estas pacientes necesitan una asistencia biopsicosocial, lo que supone una serie de habilidades comunicativas y aptitudes que deben desarrollarse a nivel enfermero.

La prevención del linfedema es fundamental. Las actividades realizadas con este fin, sirven para reducir el volumen del miembro afecto de la paciente, previenen complicaciones y se obtiene una mejoría en la realización de actividades de la vida diaria.

Además, se disminuye la pesadez del miembro, se consigue que los edemas sean menores y se aumenta la autoestima de la paciente.

6 Bibliografía

1. Vega Pozuelo S, Herrera Torres I, Carreras Salcedo E. Plan de cuidados de enfermería para la mastectomía. Revista Médica Electrónica Portales Médicos [revista en internet]. 2017 [acceso enero 2020].
2. Martínez Iglesias L. Impacto psicológico de la mastectomía en la mujer: el rol de la enfermera. País Vasco; 2016 [acceso enero 2020].
3. Gomis Murcia A, Gil-Gil Abadalejo F, Cervantes Berná A, Ruiz Marcos A, Rosique Costa A, Bañón Amat I, Gamayo Sera A, Pomares Gracia MT. Guía de cuidados para mujeres mastectomizadas.

Capítulo 65

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL.

ROBERTO DORREGO GONZALEZ

CRISTINA PELAYO RUEDA

1 Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define "en el año 2002 por la National Kidney Foundation de Estados Unidos" como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con una tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m2. Siendo ésta ampliada por la Sociedad Española de Nefrología (SEN) en 2005, añadiendo "con implicaciones para la salud" que refleja el concepto de que pueden existir determinadas alteraciones renales estructurales o funcionales que no conlleven consecuencias pronósticas.

La ERC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible, que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia renal sustitutiva (TRS). Los primeros síntomas de la enfermedad renal crónica también son los mismos que para muchas otras enfermedades. Estos síntomas pueden ser el único signo del problema en las etapas iniciales. Los síntomas pueden ser, entre otros: inapetencia, sensación de malestar general y fatiga, dolores de cabeza, picazón generalizada (prurito), sequedad de la piel, náuseas, pérdida de peso.

Tras la confirmación diagnóstica, la ERC se clasificará según las categorías de filtrado glomerular y albuminuria. La causa de la ERC se establecerá según la presencia o ausencia de una enfermedad sistémica con potencial afectación renal o mediante las alteraciones anatomopatológicas observadas o presuntas. Los grados de filtrado glomerular (G1 a G5) y de albuminuria (A1 a A3). La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) incluye los estadios 4 y 5 de la clasificación de la ERC. Se define, por tanto, como la enfermedad renal crónica que cursa con descenso grave del filtrado glomerular (FG < 30 ml/min).
Una vez diagnosticado el paciente con Enfermedad Renal Crónica Avanzada, éste es derivado al servicio de nefrología, en especial a la consulta de enfermería para comentar con él los diferentes aspectos de su enfermedad y para plantearle los posibles tratamientos. Los objetivos terapéuticos deberán ser: mejorar la calidad de vida, retrasar los síntomas urémicos, facilitar el tratamiento sintomático y ofrecer información, comunicación y soporte emocional. El trasplante renal (TR) es considerado el tratamiento de elección en pacientes con enfermedad renal crónica terminal debido a su clara ventaja con otras formas de terapia sustitutiva, tanto en la calidad de vida como en la reincorporación a la vida productiva. Sin embargo, no todo los pacientes pueden trasplantarse.

La hemodiálisis (HD) es una técnica de depuración sanguínea extracorpórea que tiene como objetivo la excreción de los productos tóxicos derivados del catabolismo, eliminar el líquido retenido y regular el equilibrio ácido-base y electrolítico. Estos objetivos se consiguen poniendo en contacto la sangre con un líquido de diálisis (dializado) de características predeterminadas a través de una membrana semipermeable instalada en el filtro de hemodiálisis o dializador. La membrana permite que circulen a su través el agua y solutos de pequeño y mediano peso molecular y no otros como las proteínas y las células sanguíneas. Las complicaciones más comunes que se dan en periodo intradialítico son: Hipotensión arterial, calambres musculares, náuseas y vómitos y dolor de cabeza.

La diálisis peritoneal (DP) es otra técnica de depuración sanguínea extrarrenal que tiene como objetivo depurar toxinas endógenas y exógenas del organismo, eliminar el exceso de líquido y normalizar las alteraciones electrolíticas. En esta variedad de diálisis se infunde en la cavidad peritoneal de 1,5 a 3 litros de un líquido dializante de composición similar al líquido extraceluar durante 2-4 horas.
A través de mecanismos de transporte osmótico y difusivo, el agua y los solutos de bajo peso molecular (urea, creatinina, calcio, etc.) pasan de la sangre al líquido dializado.

- Los tipos de diálisis peritoneal son los siguientes:
- Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA),
- Diálisis Peritoneal Automática (DPA)

Las complicaciones más usuales de esta modalidad son la peritonitis, infecciones no peritoneales debidas a la presencia del catéter y complicaciones metabólicas, de todas estas complicaciones la más frecuente e importante es la peritonitis puesto que pone en peligro la continuidad de la técnica, es una contraindicación temporal para el TR y es causa de una gran morbilidad, afortunadamente la mortalidad directa asociada a peritonitis se encuentra en la mayoría de los casos por debajo del 4%.

Los factores de riesgo están relacionados con los sistemas de conexión, infección del túnel y orificio de salida del catéter y con los portadores nasales de Staphylococcus Aureus(S. Aureus). Todo lo anteriormente mencionado se engloba dentro de dos aspectos fundamentales en la DP como son: la educación sanitaria (entrenamiento y reentrenamiento) y la visita domiciliaria, ambos enfocados en el objetivo de lograr que, en el domicilio, el paciente desarrolle una técnica eficaz y segura, con todas las garantías y que sea capaz de alcanzar el mayor grado posible de autotratamiento.

En el caso de la educación sanitaria, se debe inicialmente valorar las necesidades del paciente, su entorno, situación socio-laboral, motivación por el tratamiento, deseos de independencia, habilidades para los autocuidados, aficiones, agudeza visual y destreza manual, hábitos higiénicos, etc. Se debe tener presente todo lo que sea útil para el desarrollo de la DP y que el tratamiento suponga una parte necesaria de la vida del paciente pero no para que su vida solo esté dedicada al tratamiento

Desarrollar el entrenamiento en el domicilio del paciente sería la opción ideal pues permitiría adaptar más fácil la terapia a su estilo de vida y aprendiendo en su propio entorno, se podría lograr una disminución de sus temores. Sin embargo, es habitual que el proceso educativo se desarrolle ambulatoriamente en turno de mañana en el centro sanitario. La duración del entrenamiento oscila entre 5 a 15 días, dependiendo de la edad y capacidad de aprendizaje del paciente, realizando pausas para no fatigarle.

Es importante una evaluación diaria sobre la consecución de los objetivos del entrenamiento y el ritmo del aprendizaje, ya que solo se dará por terminado el entrenamiento cuando el paciente realice correctamente la técnica y demuestre

haber comprendido todas las explicaciones.

La enfermería en diálisis peritoneal consigue una relación de confianza con el paciente que facilita una educación sanitaria constante, logrando así que este paciente crónico se adapte lo mejor posible a la nueva vida que esta situación le genera, tal misión supone una motivación y una gran satisfacción tras su consecución para los profesionales de la enfermería.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Realizar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en un paciente en diálisis peritoneal, centrándose sobre todo en la prevención de la principal complicación de la técnica como es la peritonitis.

Objetivos especificos:
- Destacar la importancia de la educación sanitaria y el entrenamiento del paciente para prevenir y actuar ante posibles complicaciones.
- Evidenciar la importancia de la visita domiciliaria tanto en el inicio del desarrollo de la técnica como en el seguimiento del paciente.

3 Metodología

El diseño empleado es el de un caso clínico.
Los criterios de inclusión del paciente fueron los siguientes:
- Paciente con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) en estadio 5.
- Paciente en tratamiento renal sustitutivo, en la modalidad de diálisis peritoneal domiciliaria.
- Paciente que se realiza la diálisis por sí mismo.
- Paciente informado y cumplimentado el consentimiento informado sobre las intervenciones de enfermería que se van a realizar.

La recogida de datos del paciente se realiza a través de una entrevista directa, en la cual se le realiza una exploración física y toma de constantes.

El paciente es un varón de 74 años de edad que acude a la consulta de diálisis peritoneal a través de cita previa concertada. Actualmente, el paciente vive en una zona Urbana con su mujer, tienen 3 hijos adultos que ya no viven en el domicilio familiar. Presenta un peso de 84,6 kilos y una talla de 177 cm; la tensión arterial

sistólica es de 137 mm/Hg y la diastólica de 77 mm/Hg. La saturación de oxígeno es de 94 %.

El paciente está diagnosticado de ERCT y entra en la unidad de diálisis comenzando con la terapia de diálisis peritoneal continua ambulatoria hace tres años. En la actualidad dice no tener problemas a la hora de realizar la técnica aunque la cura del orificio de salida del catéter se la realiza la mujer.

Este plan incluye:
- Valoración de enfermería según los dominios de la NANDA.
- Exposición de los principales problemas de enfermería, recogidos en etiquetas diagnósticas empleando la taxonomía II de la NANDA.
- Selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC.
- Intervenciones enfermeras necesarias para solucionar los problemas descubiertos utilizando la clasificación NIC.
- Desarrollo de la evaluación para cada uno de los diagnósticos enfermeros.
- Las recomendaciones de Mª Teresa Luis Rodrigo para contextualizar los diagnósticos enfermeros en nuestra cultura.

Se ha usado la escala de Hamilton para medir el grado de ansiedad del paciente respecto a su situación .

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica, con el objetivo de recopilar información sobre el tema a tratar, para encontrar las evidencias sobre la importancia de la diálisis peritoneal frente a la hemodiálisis.

Se comienza realizando una búsqueda de los descriptores en la Biblioteca Virtual De la Salud (BVS) siendo éstas: hemodiálisis, diálisis peritoneal, educación sanitaria, visita domiciliaria, peritonitis.

Se realiza la búsqueda bibliográfica con los filtros (ensayos clínicos-revisión, revisiones sistemáticas, meta-análisis, texto completo gratis, humanos y últimos 5 años) en la bases de datos de Pubmed, Cochrane, Scielo, en las revistas de la Sociedad Española de Nefrología y se han consultado Guías de Práctica Clínica de la SEN y de la Sociedad Internacional de Diálisis Peritoneal (ISPD).

Valoración
La valoración del paciente se ha realizado por los 11 patrones de Marjory Gordon

Seguimiento del paciente.

Tras citar al paciente en la consulta de su centro de salud y realizar la anterior valoración, se concertó con él una segunda cita en el domicilio coincidiendo con la realización de una diálisis en la cual se revaloró in situ las condiciones de la vivienda y el lugar en el cual el paciente realiza la diálisis además de valorar la técnica través de un test de evaluación de 21 ítems , que recogía los pasos a seguir durante la realización de un intercambio manual y descubrir si había algo que el paciente no estaba haciendo bien y subsanarlo antes de que se desencadenara un problema debido a ello.

También se aprovechó el transcurso de la diálisis para comprobar que aspectos de la diálisis peritoneal (dieta, medicación, complicaciones, situaciones de urgencia, problemas intradiálisis y cómo resolver éstas de forma autónoma, también reconocer cuando es necesario acudir al hospital…) en los cuales es necesario refrescar o reforzar los conocimientos. Por último reseñar que el paciente se realiza 4 intercambios manuales diarios (3 diurnos y uno nocturno) con una duración aproximada de 30-40 minutos.

Diagnósticos De Enfermería

Los diagnósticos han sido priorizados en función de la importancia para la salud del paciente. Se han llevado a cabo por el autor del trabajo en colaboración con el paciente.

1. Riesgo de infección.
2. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
3. Ansiedad.
4. Disposición para mejorar el afrontamiento.
5. Conocimientos deficientes.

Se decide junto con el paciente el número de sesiones y la duración de las mismas, siendo un total de 6 sesiones en su domicilio con una duración de 45 minutos cada una aprovechando el recambio vespertino, tratando de realizar dos sesiones semanales .Tras realizar las 6 sesiones, se concertarán 2 sesiones más, una cada 15 días, para realizar un seguimiento del paciente y comprobar si se mantienen los objetivos alcanzados.

Durante las sesiones se utilizó como herramientas metodológicas la guía de entrenamiento para pacientes y los protocolos de actuación facilitado desde la Unidad de Diálisis Peritoneal y creado todo ello por la enfermera de dicho servicio.

4 Resultados

A continuación se hará referencia a aquellos diagnósticos que se han conseguido resolver, a través de la consecución de los objetivos planteados tras el desarrollo de las diferentes actividades y cuáles no han sido resueltos.
En cuanto al diagnóstico "riesgo de infección" a través de las primeras dos sesiones y durante el tiempo que duraron las intervenciones, el paciente consiguió:
-Demostrar siempre realizar el procedimiento prescrito.
-Controlar siempre los signos y síntomas de las complicaciones.
-Seguir siempre las precauciones recomendadas.
Respecto al diagnóstico "riesgo de deterioro de la integridad cutánea", tras la tercera sesión, el paciente consiguió:
-Mantener no comprometida la integridad de la piel.
-No presentar eritema.
-Conseguir un estado no comprometido de la temperatura de la piel.

En relación al diagnóstico "conocimientos deficientes", tras las 3 primeras sesiones realizadas, el paciente alcanzó un conocimiento extenso sobre la importancia del cumplimiento del régimen terapéutico.

Los últimos dos diagnósticos, "disposición para mejorar el afrontamiento" y "ansiedad" no son evaluables debido a que no se ha podido continuar con las sesiones planeadas, dado que el paciente no ha querido continuar y ha puesto fin a la relación terapéutica.

5 Discusión-Conclusión

Establecer una relación terapéutica eficaz es vital para la consecución de los objetivos marcados en el plan de tratamiento de cualquier paciente y, en particular, de los enfermos crónicos; el PAE es una herramienta idónea para conseguir esto y, junto con la disposición tanto de enfermería como del paciente alcanzar la meta marcada. Sin embargo, no siempre se obtiene el resultado esperado bien por un fallo metodológico, falta de implicación, a veces del profesional y otras del paciente, o por otras situaciones o circunstancias que afectan al proceso de atención, llegando incluso a suponer el fin de la relación terapéutica.

En el caso que nos ocupa, tras varias sesiones con el paciente, y habiendo logrado algunos de los objetivos marcados, se percibió una paulatina pérdida de interés, motivación y compromiso por parte del mismo, lo que llevó a decidir hablar con

él sobre esta situación; en el transcurso de la reunión éste comenta que lleva tiempo pensando en cambiar de modalidad de diálisis y entrar en el programa de hemodiálisis , ya que la incorporación hace unos meses de un 4º intercambio manual a su plan de tratamiento, le ha supuesto modificar su rutina habitual y es para él una carga adicional, prefiere dializarse por hemodiálisis y no estar sujeto a la técnica de diálisis peritoneal.

Tras escuchar los argumentos del paciente, se le explican las diferencias entre ambas modalidades, los riesgos de la hemodiálisis y el nuevo régimen de tratamiento que deberá llevar, más estricto y que conlleva un mayor deterioro al ser menos fisiológico que el que hasta ahora llevaba. Al término de la reunión el paciente comunica su decisión de no continuar con la relación terapéutica, hasta el momento se habían realizado 3 de las sesiones planeadas consiguiendo los objetivos marcados, y es a partir de la cuarta sesión donde se desencadena la situación antes comentada.

Sin embargo, no hay que centrarse sólo en el desenlace final, sino también en el proceso, donde ha habido resultados positivos .Hasta el momento del cese de la relación, el paciente había conseguido con las intervenciones establecidas y en las sesiones acordadas resolver los diagnósticos de "riesgo de infección", "riesgo de deterioro de la integridad cutánea" y "conocimientos deficientes", todo ello vinculado con el objetivo general del trabajo.

Respecto a los diagnósticos "disposición para mejorar el afrontamiento" y "ansiedad" no son evaluables por las razones citadas anteriormente, sí comentar que el diagnóstico de ansiedad, seguramente se encontraba relacionado más con el cansancio del paciente hacia la técnica y la idea de éste de cambiar de modalidad de diálisis (por ser, según él, más cómoda y que se adecua mejor a su rutina diaria) que con la complejidad del autocuidado; quizás la falta de experiencia del entrevistador en esta coyuntura haya hecho no percatarse de esa diferencia a la hora de realizar la valoración, por lo que se cree que es necesario adquirir mayor destreza en dicho aspecto enfrentándose a situaciones similares a la dada en este trabajo.

En cuanto a los objetivos específicos del trabajo, la importancia de la visita domiciliaria en un paciente de diálisis peritoneal es un hecho reflejado en diferentes estudios como en los indicados en la introducción 8,11 , donde al igual que se plasma en el desarrollo de este trabajo es una forma de proceder necesaria, pues es indispensable valorar la condiciones del entorno del paciente y cómo desarrolla la técnica in situ, tanto en el inicio del tratamiento como en el seguimiento, ya que

permite detectar errores en la técnica, problemas de ubicación de la habitación destinada para la diálisis o deficiencias en las condiciones higiénicas del lugar, que, de no ser observadas y corregidas, supondrían consecuencias negativas para el paciente y un peligro para la continuidad del tratamiento.

Respecto al segundo objetivo específico, es indiscutible que la realización de un correcto entrenamiento con una educación sanitaria adecuada resulta imprescindible para conseguir un autotratamiento seguro y eficaz, está comprobado, además, que debido a la mencionada "curva del olvido", como se hacía referencia en los estudios comentados en la introducción. (12)

Se ha hecho también evidente en este trabajo, el paciente, pasado un tiempo, no recuerda conocimientos relevantes de la enfermedad y también llega a cometer errores en el desarrollo de la técnica que comprometen su salud , siendo propenso a las complicaciones derivadas de esta situación , de ahí la importancia de realizar reentrenamientos pautados y siempre que se presente una complicación cuya causa sea desconocida para éste.

En el caso clínico desarrollado, con pocas sesiones el paciente ha conseguido refrescar los conocimientos y seguir de forma correcta las pautas recomendadas, lo que demuestra que con un poco de esfuerzo mutuo se consiguen resultados favorables.

Comentar, por último, que, tras revisar la bibliografía respecto a la visita domicilia y el reentrenamiento, se cree necesario realizar un documento de consenso "Guía de práctica clínica" sobre el momento y forma de llevar a término estos dos aspectos.

Conclusiones.

Tras la realización de este trabajo, se pueden extraer una serie de conclusiones, que resumen un poco la dirección a seguir y los aspectos más relevantes a valorar y mejorar cuando se vaya a trabajar con casos similares, todo ello para buscar el mayor beneficio del paciente:

- El Proceso de Atención de Enfermería supone una importante herramienta que permite brindar al paciente crónico una atención eficaz buscando siempre el mejor cuidado posible.
- La educación sanitaria, el entrenamiento y reentrenamiento son pilares fundamentales en el tratamiento de este tipo de pacientes; invertir tiempo y esfuerzo en ello es vital para conseguir que éstos logren un autotratamiento eficaz, libre

de complicaciones que pongan en riesgo su salud.
- La visita domiciliaria es esencial, pues permite valorar la técnica y las condiciones del entorno del paciente, detectando y corrigiendo a tiempo errores o problemas que impedirían llevar a cabo un autotratamiento adecuado.

6 Bibliografía

1. Martínez-Castelao A, Górriz J.L, Bover J, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Escalada J, Esmatjes E, Fácila L, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología. 2014; 34(2):243-62.
2. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo G,. Galcerán J.M, Goicoechea M, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Nefrología 2014; 34(3):302-16.
3. XLIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología: Informe de Diálisis y Trasplante 2012. Palacio Euskalduna Bilbao; 05-08 de Octubre 2013.
4. Escalada J, Gamarra J, Muñoz M, Montañés R, Segura de la Morena J, Suárez C, et al. Sociedad Española Nefrológica, Documento de consenso SEN-semFYC, SEN, SEMI, SEEN SEMERGEN y SEQC sobre la Enfermedad Renal Crónica. Noviembre 2012.
5. Guías SEN para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada y Pre-Diálisis. Nefrología, Vol. 28 Suplemento 3 Año 2008.
6. Muñoz de Bustillo E, Borrás C, Gómez-Roldán F.J, Pérez-Contreras J, Olivares J, García R, Miguel A. Impacto de las peritonitis en la supervivencia a largo plazo de los pacientes en diálisis peritoneal. Nefrologia 2011; 31(6):723-32.
7. Kam-Tao Li P, Chun Szeto C, Piraino B, Bernardini J, Figueiredo A, Amit Gupta. Peritoneal dialysis-related infections. Recommendations: 2010 update. Peritoneal Dialysis International, 2010; 30:393-423.
8. Montenegro J, Molina A, Rodríguez-Palomares JR, González-Parra E, Peritonitis en diálisis peritoneal. Capitulo X, paginas 210-234. Editores Coronel F, Molina A, Caravaca F, Guías de Práctica Clínica en Diálisis Peritoneal. Madrid. Sociedad Española de Nefrología; 2005.
9. Montenegro J. Peritonitis bacteriana. Capítulo XVI, páginas 283-320 En Tratado de Diálisis Peritoneal, Editores Jesús Montenegro, Ricardo
Correo Rotter y Miguel C Riella. Editoriall Elsevier España, Barcelona 2009. ISBN: 978-84-8086-394-0.
10. Cirera Segura F, Martín Espejo JL y Reina Neyra M. Programa de Educación para los pacientes de diálisis peritoneal domiciliaria en España. Nefrología (2010)

Supl. 6, 127-132.
11. Bernardini J, Price V, Figueiredo A. Dialysis patient training, ISPD guidelines/recommendations 2006. Peritoneal Dialysis International, Vol. 26, pp. 625–632.
12. Peláez Requejo B, Fernández Pérez M, Núñez Moral M, González Díaz I, Méndez González A, Quintana Fernández A. Evaluación de los conocimientos prácticos de los pacientes prevalentes en diálisis peritoneal. Enferm Nefrol 2013:16 (3): 179/184.
13. Arrieta J., Rodríguez-Carmona A., Remón C., Pérez-Fontán M., Ortega F. Sánchez Tomero J.A,et al. La diálisis peritoneal es la mejor alternativa costeefectiva para la sostenibilidad del tratamiento con diálisis. Nefrologia 2011; 31(5):505-13.
14. Eficiencia de la diálisis peritoneal frente a hemodiálisis para el tratamiento de la insuficiencia renal. / Sergio Márquez-Peláez, Araceli Caro-Martínez, Daniel Adam-Blanco, Antonio Olry-de-Labry-Lima, José Antonio Navarro-Caballero, Leticia García-Mochón y Jaime Espin- Balbino — Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2013. ISBN: 978-84-15600-35-0.
15. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
16. Arribas A. Diagnósticos enfermeros normalizados. Proyecto Cenes. 1ª Edición Madrid: Departamento de Metodología e Innovación del cuidado (FUDEN); 2012.
17. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
18. Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 5ª ed. Barcelona. Masson. 2003.
19. Jonson, M, Bulechek, G.Butcher H, Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Barcelona Elsevier-Mosby, 2007.
20. Moorhead S, Jonson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed Barcelona. Elsevier-España, 2013.
21. Bulechek G, Butcher H K, Butcher H, Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed Barcelona. Elsevier-España, 2013.

Capítulo 66

TRASPLANTE HEPÁTICO: CUIDADOS AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

FABIOLA MENÉNDEZ SERVIDE

1 Introducción

El trasplante hepático es un procedimiento quirúrgico en el cual el hígado enfermo es sustituido por uno sano. Los problemas de salud que pueden llevar al requerimiento de un trasplante hepático son: cirrosis hepática, fallo hepático fulminante, neoplasias hepáticas o fallos en un transplante previo. Ante el ingreso en la unidad de hospitalización de un paciente trasplantado hepático el personal enfermero planifica una serie de actividades encaminadas a la recuperación de la salud.

2 Objetivos

- Exponer los cuidados para que el paciente trasplantado hepático hospitalizado logre una pronta y satisfactoria recuperación.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuidados de enfermería:
- La enfermera ha de monitorizar las constantes vitales y neurológicas del paciente con el fin de vigilar que los parámetros se mantengan en rangos de normalidad.
- Monitorear los signos de hemorragia activa.
- Monitorear la producción de orina cada hora y pesar diariamente.
- La dieta que ha de seguir el paciente, que será introducida de forma progresiva, debe ser explicada tanto al paciente como a su red de apoyo para lograr el adecuado seguimiento.
- La enfermera recomendará, teniendo en cuenta el estado del paciente y su capacidad de actividad, aquellas posturas y la manera de movilización, siempre progresiva, del paciente que favorezcan la no aparición del dolor para conseguir la comodidad y el descanso adecuado, así como reducir la ansiedad.
- En caso de que el paciente presente dolor se le administrará la analgesia necesaria.
- Vigilar la aparición de complicaciones derivadas de la toma de inmunosupresores.
- Se ha de lograr que el paciente entienda, para asegurar la adherencia al tratamiento la importancia de tomar en tiempo y forma la medicación inmunosupresora además de los efectos adversos y posibles efectos a largo plazo.
-Se educará al paciente sobre los cuidados de la herida y drenaje y sobre aquellos signos y síntomas que puede presentar el paciente y ser motivo de consulta.
- Se hablará al paciente sobre los posibles cambios en la imagen corporal y las respuestas psicológicas al recibir un órgano trasplantado.
- Se explicará la importancia de tener una red de apoyo.
- Remitir a los servicios de atención primaria para una evaluación y enseñanza continuas.

5 Discusión-Conclusión

Tras una intervención de trasplante hepático el personal de enfermería planifica una serie de cuidados esenciales en la recuperación intrahospitalaria y extrahos-

pitalaria del paciente que abarcan desde aspectos físicos hasta psicológicos y que tienen en cuenta al paciente y a su entorno.

6 Bibliografía

- Barrios Peinado, C., & Garrido Botella, A. (2006). Cuidados iniciales del paciente con trasplante de hígado. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 98(10).
- Patricio García, F. (2005). Cuidados de enfermería del paciente trasplantado hepático en la unidad de hospitalización de trasplantes del Hospital Virgen de la Arrixaca. Enfermería global, (6).
- Águila Calzado, N. (2015). Cuidados de enfermería en el trasplante hepático. Recuperado de http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1728/1/TFG%20Noelia%20%c3%81guila%20Calzado.pdf
- Prieto Souto, R. (2016). Cuidados enfermeros en el paciente trasplantado hepático. Recuperado de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/17800/PrietoSouto_Raquel_TFG_2016.pdf

Capítulo 67

ESTRÉS Y PREMATURIDAD.

LAURA CAMPOS RIOPEDRE

PATRICIA CAMPO GONZALEZ

CRISTINA LEMA GONZÁLEZ

AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN

LAURA LAVANDEIRA CORCHO

1 Introducción

En los últimos años se ha producido en España un aumento de los nacimientos pre-término. Esto ocurre también en Asturias, concretamente citamos datos de la memoria del Hospital Universitario y Central de Asturias (HUCA) del año 2009, de la Unidad de Neonatología y UCI Neo del HUCA, centro de referencia para toda Asturias.
Nacieron 2787 niños, 98 más que en el año 2008. Si los clasificamos por su edad gestacional inferior a 37 semanas tenemos un total de 335 niños (12,07%).

En el 2009 la natalidad en el HUCA fue superior a la del año anterior, también lo fue el número de recién nacidos de bajo peso (inferior a 2500g), 12,36% vs 11,65% del año anterior. Los recién nacidos de muy bajo peso (inferior a 1500g) fueron superiores a los del año anterior, 67 (2,41%) vs 57 (2,13%). El número de recién nacidos de peso extremadamente bajo (menos de 1000g), fue prácticamente el mismo (26 (0,97%) vs 25 (0,9%) en el año 2009). Las tasas de RNMBP y de RNPEB,

siguen siendo muy superiores a las tasas que consideran normales para estos grupos de peso (1% y 0,3% respectivamente).

El número de prematuros (menos de 37 semanas de gestación) fue de 335 (12,10% de los RNV), algo inferior a los del año 2008, pero superior al porcentaje estimado a nivel nacional (6-7%). [14]. El Instituto Asturiano de Estadística hace publicación de los Datos básicos de Asturias 2011. En cuanto a la tasa de natalidad hay una disminución del año 2010 con respecto al año 2009 (7,77‰ vs 7,39‰). El número de nacimientos también disminuye, 8210 nacimientos se produjeron en el año 2009 frente a los 7901 del año 2010. [15].

El Instituto Nacional de Estadística publica a fecha de 18 de enero de 2012, los datos definitivos de 2010 y avanzados del primer semestre del 2011, sobre el Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Durante el primer semestre de 2011 confirma un total de 230.537 nacimientos, un 1,1% menos que en el mismo período del año anterior. El número medio de hijos por mujer se mantiene en 1,38, y la edad media para la maternidad se eleva hasta 31,3 años. La natalidad prosigue en 2010 y los primeros meses de 2011 el descenso iniciado en el año 2009. Así, en 2010 nacieron 485.252 niños, un 1,7% menos que en el año anterior. El descenso se hace notar también en el primer semestre de 2011 como ya hemos nombrado en el párrafo anterior.

Datos por comunidades autónomas.

La tasa de natalidad se redujo hasta el primer semestre de 2011 en todas las comunidades excepto en Andalucía, Principado de Asturias, País Vasco, La Rioja y la ciudad autónoma de Melilla. Sin embargo, el Principado de Asturias encabeza la lista de las comunidades con menores tasas de natalidad durante el período que va de julio de 2010 a junio de 2011, con unas cifras de 7,43. Siendo por lo tanto la comunidad española con las cifras más bajas de natalidad. Nos acompañan en esta lista Galicia con 8,02 y Castilla y León con 8,13. Y en el otro extremo se hallan la Región de Murcia con 12,16. Seguida de Cataluña con 11,42 y Madrid con 11,38. Muy cerca también Andalucía con 11,21.

Además de las ciudades de Ceuta y Melilla con 15,10 y 18,63; respectivamente, alcanzando por lo tanto las tasas de natalidad más elevadas. [16]. El incremento de los tratamientos de la fecundación in vitro y sus embarazos múltiples, la maternidad tardía, junto con el estrés de la madre durante el embarazo, se apuntan como posibles causas al aumento de la prematuridad. Esta última causa es de la

que trata el Proyecto, he de investigar si es cierta esa relación de estrés y prematuridad. Si los resultados se confirman, habría que advertir a las autoridades sanitarias que tuvieran en cuenta el estrés materno a la hora de diseñar intervenciones para disminuir la incidencia de los partos prematuros.

Para ello se deberían incluir intervenciones de detección de estrés en los programas de seguimiento del embarazo. Valorándose además del estrés, el apoyo a nivel familiar y social de la embarazada, así como su estado emocional. Una atención individualizada desde el centro, ya sea a nivel de Atención Primaria u Hospital, podría evitar muchas veces las consecuencias trágicas de un parto pretérmino. Los estudios a los que a continuación se hace referencia, anuncian y demuestran que el estrés influye mayoritariamente en los dos primeros trimestres del embarazo, por lo que en ese período sería un momento clave para valorar el estado emocional y psicológico de la gestante.

He de decir que no he encontrado ningún estudio en España que busque la misma causalidad de estrés y prematuridad de la que trata mi proyecto. Pero sí con un estudio llevado a cabo en Valencia, en el año 2009, cuyo objetivo era buscar relación entre la elevada actividad física y la demanda psicológica en el trabajo durante el embarazo con el parto prematuro. El trabajo concluye confirmando que el esfuerzo físico elevado que se ejerce en el trabajo durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro en España. Sin embargo concluyen que las demandas psicológicas a causa del trabajo no muestran ningún efecto sobre el riesgo de parto prematuro. [11].
Se sabe que una asistencia prenatal adecuada es el arma más eficaz para asegurar el buen desenlace de un embarazo. Es indispensable identificar precozmente los factores de riesgo de las diversas complicaciones gestacionales, y el estrés puede ser una de ellas. Diversos estudios han venido señalando que el estrés intenso durante el embarazo, por una fuerte presión en el trabajo, maltrato en la pareja, acontecimientos vitales como la muerte de un familiar, pueden tener importantes repercusiones en el nacimiento prematuro.

Por lo general, la hipótesis que manejan los investigadores es que los niveles elevados de hormonas del estrés asociadas con la depresión y la ansiedad, como el cortisol, pueden reducir el aporte sanguíneo a la placenta e inducir un parto prematuro.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA.
En la Charité University Medicine Berlín, en Berlín, Alemania. Se llevó a cabo

un estudio para integrar un enfoque en la investigación de las causas de los partos prematuros. Para ello llevaron a cabo un estudio prospectivo en 589 mujeres embarazadas entre las semanas 13 y 24 de gestación. Fueron examinados en este estudio como factores de riesgo para el parto prematuro: estrategias de afrontamiento, factores de la personalidad, las actitudes relacionadas con el embarazo, las ansiedades durante el embarazo y el entorno social de la embarazada.

Se encontró que las variables psicosociales tenían una influencia significativa tanto en el embarazo como en el parto. Un total de 29 mujeres (5,8%) dieron a luz antes de que se completase la semana 37 de gestación. La falta de apoyo, la mala compresión emocional por parte de su pareja y el estrés adicional después de trastornos ginecológicos se asociaron significativamente con la prematuridad. Los temores relacionados con el embarazo y la ansiedad en general añadida, fueron predictores significativos para el parto pre-término. [1].

En el departamento de psiquiatría del Ohio State University Medical Center, en Columbus, USA. Relata la autora Christian LM, que el estrés durante el embarazo promueve la desregulación inmune. El estrés favorece la inflamación, menoscaba anticuerpos en respuesta a la vacunación, retarda la cicatrización y suprime la inmunidad mediata de las células función. El sistema inmunitario se ve modificado con el embarazo con el fin de atenuar las respuestas inflamatorias y el deterioro de la inmunidad celular.

Esta adaptación se debe a la protección del feto y a evitar el rechazo del mismo por parte del sistema inmune materno. Pero si durante el embarazo aparece el estrés, la adaptación al embarazo se ve alterada provocando consecuencias tanto como para la madre como para el feto, especialmente desarrollándose el parto prematuro.
Esta es una de las vías biológicas por la cual se puede explicar la afectación del estrés durante el embarazo. [2].

En el Departamento de psicología de la Indiana University, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de identificar el impacto del estrés prenatal sobre el parto prematuro y el bajo peso al nacer. Para este estudio definen esa exposición del estrés centrándose sólo en el producido por la muerte del padre del niño o pariente de primer grado de la madre. Mediante regresión logística y lineal, se consiguió examinar todo el embarazo por meses.
Se recogieron un total de 2.618.777 nacidos vivos, de los cuales 32.286 fueron expuestos a ese estrés materno prenatal. El estudio dio como resultado que el riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer es mayor cuando la exposición se da

en el 5º y 6º mes de embarazo. [3].

Se hace referencia ahora a un estudio llevado a cabo en Pasto, Colombia. Dónde buscan la relación del estrés, con la enfermedad periodontal y el parto prematuro. Cuarenta y seis mujeres atendidas en el "Hospital Local Civil" localizado en la ciudad estaban involucradas en dicho estudio. Se analizaba la cínica periodontal conjunto a una escala de medición del estrés.El estudio acaba concluyendo que la enfermedad periodontal influye en el parto prematuro, pero que ésta viene dada por el estrés. Lo que quiere decir que el riesgo de padecer dicha enfermedad depende de los cambios fisiológicos producidos por el estrés. Por lo que es una forma indirecta de demostrar que el estrés es la causa de la prematuridad. [5].

En la Wayne State University de Detroit, USA. Se llevó a cabo un estudio con el objetivo de analizar como los factores sociales y psicosociales pueden influir en el parto prematuro. Realizaron para ello un estudio retrospectivo y prospectivo de cohortes en el que fueron estudiadas 832 mujeres que dieron a luz en el período de marzo de 2001 a julio de 2004. El índice de parto prematuro fue del 16,4%. En la muestra, para la exposición al racismo durante la vida de una mujer, no hubo ninguna consecuencia para el parto prematuro.

Sin embargo, sí se encontró evidencia de riesgo cuando interaccionaban las experiencias de racismo de la vida, los síntomas depresivos durante el embarazo y el estrés durante el embarazo. El estudio concluye de la siguiente manera: Puntuaciones de racismo por encima de la media se asociaron con un mayor riesgo de partos prematuros en tres subgrupos con el efecto moderador de síntomas depresivos y estrés. Los factores sociales y psicosociales pueden operar de una manera compleja relacionada con el riesgo de parto prematuro. [6].

Desde el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Sherbrook, se llevo a cabo un estudio prospectivo de cohorte de mujeres embarazadas en un centro terciario perinatal en municipios del este, en Quebec. El objetivo de este estudio era determinar la contribución de la tensión materna y otros componentes de perfil psicológico a la aparición de complicaciones en el embarazo. El perfil psicosocial se evaluó entre las semanas 10 y 20 de gestación, y las semanas 25 y 30. De 303 mujeres, 81 (el 26,7%) presentaron al menos una complicación del embarazo.

Factores biomédicos de riesgo se distribuyen en ambos grupos (con o sin complicaciones). Las mujeres con complicaciones tenían mayores valores medios de percepción de estrés en la semana 10 y 20 del embarazo, que aquellas con em-

barazos a término sin incidentes. El estrés percibido en las semanas 10 y 20 en las mujeres con parto prematuro fue mayor que en aquellas con embarazos a término. Las mujeres que se sintieron apoyadas socialmente de la semana 25 a la semana 30 del embarazo, tuvieron un embarazo a término sin complicaciones, mientras que las que no estuvieron apoyadas sufrieron complicaciones.

El estudio concluye que las madres que perciben estrés antes de la semana 20 de gestación, padecen alguna complicación en su embarazo y sobre todo se asocia con el parto prematuro. [10]. Pero ya no es sólo el hecho de que el niño nazca antes de tiempo, sino todas las consecuencias a nivel neurológico y otras alteraciones generales que arrastra la prematuridad. Los gastos que supone para la familia y para la sociedad en general. Hoy día se sabe que el parto prematuro es la principal causa de muerte infantil en el tercer mundo. Por todas estas consecuencias sería de gran interés conocer una causa más que provoque el parto prematuro y que nos ayude a erradicarlo.

A continuación, se hace referencia a artículos y estudios que hablan de las consecuencias de la prematuridad en la salud pública y en la salud de los prematuros. La Universidad de Harvard publica un artículo en el que nos da a conocer que las altas tasas de nacimientos prematuros en los Estados Unidos, siguen siendo un problema para la salud pública. Estos bebés experimentan niveles altos de morbilidad y mortalidad en el período de recién nacidos, que se traducen en importantes gastos médicos. En la infancia temprana, los sobrevivientes se caracterizan por una gran variedad de problemas de salud, incluyendo retardo motor y/o parálisis cerebral, coeficiente intelectual inferior a la media de su edad. Problemas incluso a nivel de comportamiento, y enfermedades respiratorias, especialmente asma.

Muchos experimentan dificultades con el desempeño escolar, menor calidad de vida, y estrés en el ámbito familiar. Se dice que información emergente en la adolescencia y juventud, pinta un panorama más optimista, con persistencia de muchos problemas, pero con una mejor adaptación y con expectativas más positivas para el futuro. [4]. En Suecia, el Karolinska Institutet llevo a cabo un estudio desde el Departamento de la Salud de la Mujer y de los Niños, cuyo objetivo era determinar si la Presión Arterial (PA) se eleva a los 2,5 años de edad en niños que habían sido muy prematuros.

Se estudiaron para ello las cifras de PA a los 2,5 años de edad en 68 niños que habían sido prematuros (edad gestacional: 23,6 – 26,9 semanas) y en 65 controles nacidos a término. Se concluyó que los niños nacidos muy prematuros tienen

Presiones arteriales sistólicas y diastólicas elevadas, a una edad corregible de 2,5 años. Este hallazgo tendría complicaciones cardiovasculares para su salud en un futuro. [7]. El Departamento de Anatomía y Desarrollo Biológico de Monash University, de Australia, publicó un artículo que relata las complicaciones renales de los niños prematuros.

Dice el artículo que aunque la mayoría de los recién nacidos prematuros sobreviven a la infancia, hay cada vez más pruebas epidemiológicas que demuestran que los individuos nacidos prematuros presentan un riesgo elevado para el desarrollo de la hipertensión y la insuficiencia renal más adelante en la vida. El aumento del riesgo potencial, se puede atribuir a un efecto negativo del parto prematuro en la dotación de nefronas. De hecho en las semanas de gestación en las que nacen los prematuros, la nefrogénesis en el riñón todavía está en curso. Puesto que la mayoría de las nefronas se forman en el tercer trimestre de embarazo.

Numerosos estudios clínicos han aportado pruebas de la alteración de la función renal durante el período neonatal. Pero hasta la fecha ha habido pocos estudios que describan las consecuencias de los partos prematuros en la estructura de los riñones. Se requieren por lo tanto estudios adicionales para determinar estos factores. Se sospecha que los factores prenatales y postnatales como la exposición a ciertos medicamentos, la hiperoxia y la restricción del crecimiento intrauterino y/o extrauterino tengan una influencia significativa en la nefrogénesis y en la dotación final de nefronas. [8]. Un hospital terciario público de Brasil, llevó a cabo un estudio para estimar los gastos que causa la hospitalización de los recién nacidos prematuros.

El objetivo era determinar la diferencia entre el importe reembolsado por el Sistema Único de Salud y el costo real de la atención para cada recién nacido prematuro. Se llevó a cabo un estudio de costo-estimado en el que los costes hospitalarios y profesionales se estimaron para los bebés prematuros nacidos entre las 22 a 36 semanas de gestación durante el año 2004. Los costos directos incluyen los servicios hospitalarios, de atención profesional, el diagnóstico y la terapia, aparatos ortopédicos, prótesis, materiales especiales, y los productos sanguíneos.

Los costos se calcularon utilizando las tablas publicadas por el Sistema Único de Salud y Brasindice, así como la lista de los procedimientos médicos proporcionados por la Clasificación Brasileña de los procedimientos médicos.
El coste de la estancia para los recién nacidos prematuros es mucho mayor que

el importe reembolsado al hospital por el Sistema Único de Salud. Los costes más altos corresponden a recién nacidos con inferior peso al nacer. Los costes hospitalarios de manera progresiva y discreta, van disminuyendo a medida que el peso de los prematuros aumenta. [9].

2 Objetivos

- Confirmar como hipótesis a la causa de la relación del estrés con el parto prematuro.
- Conocer si el estrés durante el embarazo es una causa más de parto prematuro.

3 Metodología

1. MATERIAL Y MÉTODO.
Estudio Descriptivo-Prospectivo mediante una encuesta auto-cumplimentada de la Escala del Estrés de Max Hamilton modificada.

2. LUGAR DEL ESTUDIO.
En la Unidad de Neonatología-UCIN y en las plantas de Obstetricia: 1ª y 2ª derechas del Centro Materno Infantil del HUCA de Oviedo.

3. PERÍODO DE ESTUDIO.
Desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2012.

4. POBLACIÓN DIANA.
Madres de niños nacidos antes de la semana 37 de gestación.

5. MUESTRA.
Para la recogida aleatoria de la muestra, se realizará la encuesta tres días a la semana: lunes, miércoles y viernes. A las 12:30 horas, coincidiendo en la unidad de Neonatología con el horario de información médica a los padres de los niños ingresados.
Los resultados finales del estudio, serán analizados mediante el programa de análisis informático SPSS 15.
Previo al inicio del estudio, se presenta solicitud de permiso para la realización del mismo en el Centro citado.

6. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA:

Los estudios expuestos en el Estado actual del tema son producto de la siguiente búsqueda bibliográfica.
Búsqueda con Google Académico, introduje como búsqueda: "el estrés durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro". Para dicha búsqueda obtuve 2790 resultados. De los cuales accedo a un documento con el siguiente título: "el ambiente psicosocial y las complicaciones obstétricas; Psycosocial environment and obstetric complications". Habla de un estudio, el cual nombro al hablar de la escala.

Para la búsqueda: "el estrés durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro, estudios en España". Utilizando como filtros desde el año 2008 y sólo páginas en español, obtuve 452 resultados. Ninguno de ellos de estrés y prematuridad.

Para la búsqueda: "estrés y prematuridad, estudios en España". Utilizando como filtros desde el año 2008 y sólo páginas en español, obtengo 1430 resultados. Como eran demasiados, utilicé el filtro de estudios desde el año 2011 y obtuve 537 resultados. Pero ninguno de ellos trataba sobre mi trabajo. Sí había estudios que nombraban el estrés pero en el puerperio.

Búsqueda con Fisterra.
Con el buscador de fisterra.com no obtuve ningún resultado para las siguientes búsquedas:
- Prematuridad y estrés.
- Parto prematuro.
- Estrés durante el embarazo.

Búsqueda con Pubmed.
Para la búsqueda "prematurity and stress" (prematuridad y estrés), obtuve 425 resultados con los filtros: de los últimos 5 años y de estudios sobre humanos.
- El resultado 37, bajo el título: "Biopsychosocial predictors of preterm delivery". Fue incluido en la introducción del trabajo.
- El resultado 46, bajo el título: "Pssychoneuroinmunology in pregnancy: immune pathways linking stres with maternal health, adverse birth outcomes, and fetal development." Fue también incluido en la introducción del trabajo.
- El resultado 86, bajo el título: "Timing of prenatal maternal exposure to severe life events and adverse pregnancy outcomes: a population study of 2.6 million pregnancies". Fue incluido como los dos anteriores en la introducción del trabajo.
- El resultado 98, bajo el título: "Prematury: an overview and public health implications". Fue incluido en la introducción, nos plantea las consecuencias que

presenta la prematuridad.
- El resultado 113, con el título: "Dynamic among periodontal disease, stress, and adverse pregnancy outcomes". También fue incluido en la introducción.
- El resultado 115, con título: "Aeffects of social and psychosocial factors on risk of preterm birth in black women". También se incluye en la introducción.

Para la búsqueda: "why stress affects preterm birth" (por qué el estrés afecta al parto prematuro). No obtuve ningún resultado, con el filtro sólo de estudios en humanos.
Para la búsqueda: "prematurity and implications" (prematuridad e imlicaciones). Obtuve 1020 resultados con el filtro único de estudios en humanos. Para el filtro añadido de estudios en los últimos años obtuve 238 resultados. Seleccione por lo tanto esta búsqueda, de la que escogí los siguientes resultados:
- Resultado 1, con el título: "High blood pressure in 2, 5 year-old children born extremely preterm".
- Resultado 46, con título: "Preterm birth and the kidney: implications for long-term renal health". Incluido en el estado actual del tema.

Para la búsqueda: "prematurity cost" (costes de la prematuridad). Obtuve 197 resultados utilizando como filtros, resultados en humanos y estudios desde los últimos 5 años.
- El resultado 9 para esta búsqueda, con el título: "Cost estímate of hospital stays for premature newborns in a public terciary hospital in Brazil", fue incluido en la introducción.

Para la búsqueda: "studies of psychosocial stress and preterm birth" (studios del estrés psicosocial y el parto prematuro). Obtuve 25 resultados con los mismos filtros que para las búsquedas anteriores.
- El resultado 6 de esta búsqueda, con el título: "The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications". Fue incluido en la introducción.

Con el objetivo de buscar estudios españoles en Pubmed, realicé las siguientes búsquedas. Primero introduje como palabras clave: "stress and prematurity, studies in Spain" (estrés y prematuridad, estudios en España). Para dicha búsqueda sin ningún tipo de filtro, obtuve 6 resultados pero ninguno concordaba con el estrés y la prematuridad.

Para la siguiente búsqueda: "stress during pregnancy because of preterm labor, studies in Spain" (estrés durante el embarazo causa de parto prematuro, estudios

en España). Obtuve un resultado, que aunque no habla exactamente del estrés y la prematuridad, lo incluyo en la introducción. Puesto que estudia si la demanda psicológica del trabajo durante el embarazo tiene riesgos para que se produzca un parto prematuro.
Para la búsqueda: "maternal stress causes prematurity. Studies in Spain" (estrés materno provoca prematuridad. Estudios en España). Sin ningún filtro para la búsqueda no obtuve ningún resultado.

Para la búsqueda: "Studies of psychosocial stress and preterm birth. In Spain" (Estudios sobre el estrés psicosocial y el parto prematuro. En España). Obtuve un resultado, pero habla de los resultados del embarazo en mujeres peluqueras.
Para la búsqueda: "Prematurity and stress in Spain" (Prematuridad y estrés en España), obtuve 17 resultados, con el filtro de búsqueda de estudios en humanos obtuve 16 resultados. Entre estos estudios encuentro la mayoría que hablan del estrés oxidativo en los prematuros, pero ninguno habla sobre el estrés y la relación con la prematuridad.

Para la búsqueda: "Studies in Spain of prematurity"(Estudios en España sobre prematuridad), obtuve 92 resultados con los filtros de estudios en humanos y desde hace 5 años. Ninguno de estos estudios hablan del estrés y la prematuridad.
Para la búsqueda: "Stress contribution of prematurity. Studies in Spain" (Contribución del estrés en la prematuridad. Estudison en España). No obtuve ningún resultado.

Búsqueda de la escala de medición del estrés.
Opté por seleccionar para el estudio la escala del estrés de Max Hamilton, la cual obtuve de internet (cuyo enlace aparece en la bibliografía). Intenté buscar la escala a partir de Google académico porque me parecía lo más apropiado. Para ello puse limitaciones como: sólo páginas en español y con intervalo de tiempo específico desde el año 2007 hasta el 2012. Obtuve 1000 resultados, por lo que seleccioné desde el año 2011, obtuve 212 resultados, ninguno para la escala, sí para estudios que la nombraban.

Decidí entonces probar la búsqueda con Google normal. Para la búsqueda: "escala estrés Max Hamilton", obtuve 1.440.000 resultados. En la primera página ya seleccioné el resultado: "Escala de Hamilton- ACTAD". Y ahí me hice con la estructura de la escala. Google también me fue útil a la hora de conseguir datos psicosométricos de la escala de Hamilton. Introduje para ello como palabras clave: "escala del estrés de Max Hamilton", obtuve 2.730.000 resultados para esta búsqueda. Accedí al resultado cuyo título era: "Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety

Scale, HAS)".

7. DESCRIPCIÓN DE LA HAMILTON ANXIETY SCALE (HAS).
La escala de Max Hamilton (Hamilton Anxiety Scale (HAS)), es una escala heteroaplicada de 14 ítems, trece de ellos referentes a síntomas y signos ansiosos y el último que valora el comportamiento del entrevistado durante la realización de la entrevista. Cada ítem se valora en una escala de cero a cuatro puntos. Hamilton reconocía que el valor máximo de cuatro puntos, es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados.

La escala se interpreta obteniendo la suma total de todos los ítems, el rango va de 0 a 56 puntos, considerando Hamilton los siguientes resultados:
Ansiedad leve: 18 puntos.
Ansiedad moderada: 25 puntos.
Ansiedad severa: más de 30 puntos.

La escala tiene buenas referencias psicosométricas:
- Fiabilidad:
Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). La concordancia entre distintos evaluadores es adecuada (r= 0,74 - 0,96).
Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana (r= 0,96) y aceptable estabilidad después de un año (r= 0,64).

- Validez:
La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi, (r= 0,63 – 0,75).
Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos.

Durante la búsqueda bibliográfica se encontró un estudio que usaba la escala de Hamilton para analizar el estrés en mujeres embarazadas y estudiar las consecuencias en el parto prematuro. A este estudio hago referencia también en la bibliografía [13], aunque no forma parte de la introducción por ser antiguo con respecto a los nombrados en la misma. El hecho de encontrarme que un estudio similar al que yo planteo realizar en un futuro utilizase esta escala, fue un punto más a favor para hacer uso de la misma.

8. ADAPTACIÓN DE LA ENCUESTA AL ESTUDIO.
Para la modificación de la escala y adaptación de la misma, se eliminaron los ítems relacionados con la sintomatología genitourinaria, así como con la sintoma-

tología gastrointestinal, puesto que en ambos casos, estos síntomas pueden ser consecuentes del propio embarazo y no tener relación alguna con perfiles de ansiedad o depresión. También se eliminó el ítem que valoraba el comportamiento del paciente durante la entrevista, pues no se consideró relevante, ya que la intencionalidad de la encuesta es captar el estrés retrógrado, en el período de embarazo, y no en ese momento.

Además se añadieron 6 ítems que concordaban con el estudio, son los siguientes:

- Acontecimientos de la vida: ha sufrido algún tipo de evento en el ámbito familiar o personal. Como un divorcio, una muerte en la familia, enfermedad o lesión en la familia…
- Apoyo: se ha sentido apoyada por su pareja, madre/padre y demás familia.
- Discriminación: ha tenido algún sentimiento de discriminación en algún momento por su estado de embarazo.
- Trabajo: ha tenido algún problema en el mundo laboral por su estado de embarazo, como puede ser por ejemplo un despido, que haya interferido en su estado de salud provocándole sentimiento de ansiedad o estrés.
- Exposición catastrófica: ha estado expuesta a alguna situación catastrófica del tipo terremoto, atentado terrorista…
- Situación económica: la actual crisis económica española está afectando a su economía de manera que le preocupa y más ahora con el nacimiento de su hij@.

Al principio de la encuesta, se incluye un párrafo de 7 líneas dónde se explica el estudio a las encuestadas. Seguido a ese párrafo informativo, hay un apartado en el cual se recogen una serie de datos personales de la encuestada para utilizar como variables a la hora de analizar los resultados.
Esos datos son los siguientes:
- Edad.
- Domicilio.
- Primer embarazo.
- Diabetes gestacional.
- Embarazo gemelar.
- Alteraciones en el embarazo.

Con los cambios efectuados, resultó una encuesta con 17 ítems, cada uno de ellos valorado de acuerdo a la sintomatología con 5 puntos (0-4) de la siguiente forma:
Ausente 0
Intensidad ligera 1

Intensidad media 2
Intensidad elevada 3
Intensidad máxima 4

Pudiéndose obtener por lo tanto resultados de 0 a 68 puntos. Con las siguientes adjudicaciones:
- Estrés-Ansiedad leve: 18
- Estrés-Ansiedad moderada: 26
- Estrés-Ansiedad severa: 36

Por debajo de 18 puntos no considero ansiedad, por lo tanto un resultado así, puntuaría como negativo para el Proyecto.

DEBILIDADES.

Mi idea era realizar un Estudio de Investigación del Estrés y la Prematuridad en el Principado de Asturias. Por una serie de problemas que se irán enumerando a lo largo de este apartado, me he visto obligada a posponer el estudio y enfocar el trabajo a un Proyecto de Investigación, en el que se incluye un pre-test. El estudio hubiera sido llevado a cabo en el Hospital Comarcal de Jarrio, en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y en el Hospital San Agustín de Avilés.

La recogida de datos mediante la encuesta modificada del estrés de Max Hamilton, se realizaría en el momento de ingreso puerperal, y en el caso de la unidad de neonatos del HUCA, también en el período de ingreso del recién nacido en las horas de visita de los padres. En Jarrio efectuaría dicha recogida la supervisora de la planta, en Avilés lo mismo. En el Hospital Central de Asturias de Oviedo, las encuestas auto-cumplimentadas y los consentimientos informados a las madres se los entregaba yo personalmente, con la dificultad de la distancia, ya que mi domicilio habitual es Vegadeo. Por lo cual no pude estar en Oviedo siempre que hubo casos válidos para el estudio, aunque procuré perderme los menos posibles y venir siempre que hubiese bebés nuevos en la unidad. Pero aún así, el número de madres encuestadas es bajo.

La obtención del permiso para realizar el estudio fue distinta para cada hospital. Las cartas de permiso fueron enviadas todas por fax a los respectivos centros destinatarios. Con el Hospital San Agustín tuve problemas para la recepción del fax, por lo que tuve que ponerme en contacto telefónico con la dirección de enfermería, con la cual acordé en enviar dicho permiso por correo electrónico. En el Hospital San Agustín la Dirección de Enfermería me informó que la carta de

permiso debía de ir dirigida a la dirección médica, y que no necesitaba enviar carta de permiso al Comité de Ética e Investigación de ese hospital, ya que la misma dirección médica, que me envió su aprobación por correo electrónico, se encargaría de informarlos.

El Hospital Comarcal de Jarrio dio su aprobación a través de una llamada telefónica, tras recibir el gerente mi carta de permiso. En el Hospital Universitario Central de Asturias fue distinto, y dónde me encontré más problemas para obtener el permiso. La dirección de Enfermería a quién dirigí la carta de permiso me dio la aprobación por escrito en un período de tiempo muy corto. Pero me advirtió que debía dirigirme también al Comité de Ética e Investigación de ese hospital, el cual retraso el inicio de la recogida de datos, puesto que tardó en dar su respuesta y una vez dada la denegó por ausencia de introducción y consentimiento informado, los cuales fueron presentados más tarde junto con la escala y la carta de permiso para conseguir la aprobación. Aún así tardé en recibir el documento que me acreditaba a realizar el estudio en este hospital.

A parte del problema que acabo de mencionar con las dificultades a la hora de conseguir las autorizaciones, me encontré con otros que provocaron la pospuesta del estudio para un futuro y, me obligaron a la realización de un proyecto. Uno de estos problemas es la bajada de la natalidad, a la cual hago referencia en la introducción. Que como fruto me dio un tamaño pequeño de muestras para el estudio. Que de haber proseguido con el mismo, me habría llevado al conocido error aleatorio, la carencia de este error se conoce como precisión y se corresponde con la reducción del error debido al azar. Para reducir este error el elemento más importante del que disponemos es incrementar el tamaño de la muestra y con ello aumentamos la precisión. Los intervalos de confianza y el error estándar se reducen al aumentar el tamaño muestral.

Debido a este nivel bajo de natalidad, habría que plantearse realizar este estudio en un período de tiempo más prolongado, incluso de un año como ya propongo en el apartado de metodología de este trabajo. Al mismo tiempo, la población a estudiar podría centrarse sólo en el Hospital Universitario Central de Asturias de Oviedo (HUCA), ya que la UCI Neonatal es el Centro de referencia para el Principado de Asturias, y los medios avanzados de los que consta la Unidad de neonatología-UCIN, hacen entre otras cosas que la mayoría de los partos pretérmino se lleven a cabo en el HUCA, y es por lo tanto donde más muestras se

recogen. (En la realización del Pre-test, 24 del total de 26 encuestadas pertenecen a este hospital, sólo 2 al Hospital San Agustín y ningún caso para el Hospital de Jarrio.)

Otro problema sería, la falta de colaboración por el personal enfermero del HUCA de Oviedo a la hora de pasar las encuestas siempre que hubiera algún caso que cumpliera los requisitos del estudio. La cual entiendo, debido a que el comité obliga a presentar un consentimiento informado, que complicaba la presentación a las madres del estudio, hacía perder el anonimato que yo quería para mi trabajo, y esto último podría resultar confuso para las encuestadas, y por lo tanto una dificultad más para la enfermera que podría colaborar con el estudio.

5. PRE-TEST DE 26 ENCUESTAS MODIFICADAS (de la Escala del Estrés de Max Hamilton modificada y adaptada).
El Pre-test fue realizado durante el período de febrero a junio (ambos inclusive) del año 2012 en el Hospital San Agustín de Avilés en la planta 3º norte y en el Hospital Comarcal de Jarrio en la planta de Ginecología. En el Hospital Universitario Central de Asturias, en la Unidad de Neonatología y en las plantas 1ª y 2ª derecha del Centro Materno Infantil, se llevó a cabo desde finales de marzo hasta junio, pero con periodicidad más corta por problemas a la hora de conceder los permisos por parte del Comité de Ética e Investigación.

En el Hospital San Agustín de Avilés se pasaron y obtuvieron 2 encuestas. En el Hospital Universitario y Central de Asturias (HUCA) he obtenido 24 encuestas.
Madres que no han querido participar en el estudio: 2, en el HUCA.
De las 26 encuestas analizadas, 12 de ellas dan resultados positivos a estrés-ansiedad en el embarazo. Lo que viene a ser un 46,15% de casos positivos en cuanto a la población estudiada, si valoramos las 26 encuestas como el 100%.
Había valorado los resultados de la siguiente manera:
- Ansiedad leve: 18
- Ansiedad moderada: 26
- Ansiedad severa: 36

La clasificación por edades es la siguiente:
Casos positivos Casos negativos Totales
20-24 años 1(a. leve) 0 1
25-29 años 1(a. moderada) 4 5
30-34 años 3 6 9

35-39 años 4(1 con a. severa) 4 7
40-45 años 3 0 4

De los 12 resultados positivos, 7 lo son con ansiedad leve. 3 con ansiedad moderada. Y 2 con ansiedad severa.

De los dos casos con ansiedad severa, ninguno de los dos fueron embarazos gemelares ni primeros embarazos. Una de las madres, de 40 años, no tuvo ninguna complicación asociada al embarazo y, la otra madre, de 36 años, tuvo diabetes gestacional. De los tres casos con ansiedad moderada, una de las madres, de 30 años, tuvo embarazo gemelar y no fue primer embarazo, ni tuvo ninguna complicación.

Las otras dos madres fueron primíparas, una de ellas, de 25 años, sin ningún tipo de complicación y, la otra madre, de 30 años, con Oligamnios severo. De los siete casos de ansiedad leve, tres de ellos fueron segundos embarazos.
Tres de esas siete madres (de 35, 43 y 45 años) también tuvieron diabetes gestacional. Cuatro de los siete madres (de 32, 35,35 y 45 años).fueron embarazos gemelares. Tres de los siete (de 32 ,43 y 45 años) tuvieron Hipertensión Arterial, y otra de las madres, de 35 años, incompatibilidad de grupo- Rh.

En el grupo de los 14 casos negativos, 9 de ellos eran primíparas y 4 tuvieron embarazos gemelares.

Este grupo también presentó alteraciones en el embarazo:

- Tres con diabetes gestacional, de edades: 25, 34 y 37 años.
- Una con placenta previa, de 37 años de edad.
- Dos con hipertensión arterial, de edades: 34 y 38 años.
- Una con hemorragia y amenaza de aborto, de 35 años.
- Una con rotura prematura de bolsa, de 28 años de edad.
- Una con placenta previa, de 37 años de edad.

Destacar que de los 14 negativos, 5 de ellos se quedaron muy cerca que de alcanzar la ansiedad leve, sobre todo dos de ellos con puntuaciones ambos de 16 y otro caso con 15. Alguno de estos casos ha puntuado ítems con 3 y 4 puntos. Lo que significaba para Hamilton un punto de referencia.

Por lo que podemos intuir que a medida que aumenta la edad, aumentan también el número de casos positivos.

El pre-test confirma que la Escala de Max Hamilton modificada es adecuada para dicho estudio, pudiendo validar la misma. Para concluir con el apartado de los resultados me gustaría hacer referencia a comentarios de las madres durante la encuesta. Me llamó, sobretodo, la atención una de las madres, cuyo resultado es positivo para la ansiedad, que me dijo en cuanto le comenté el estudio que ella estaba segura que su parto había sido prematuro a causa del estrés, que este era su segundo embarazo, y que le había pasado lo mismo con el primero.

Comentaba que a raíz de empezar las preocupaciones por las complicaciones que pudiera tener en su embarazo, que empezaban los problemas y que para ella estaba totalmente asociado. Resalto también el hecho de que dos madres fueron despedidas de su trabajo en el mismo momento en que sus jefes se enteraron de que estaban embarazadas, comentaban que esto había sido un muy mal trago para ellas y que había repercutido en su estar psicosocial, llevándolas a situaciones de estrés emocional y deliberando en partos pre-término.

A la hora de analizar los resultados del pre-test, me encontré con dificultades en cuanto a la clasificación, hecho que se habría solucionado si hubiera añadido en los datos de la encuestada la edad de gestación para el nacimiento del hijo. La clasificación en tres grupos:
- Prematuridad tardía o límite de 34 a 36 semanas de gestación.
- Prematuridad moderada de 30 a 33 semanas de gestación.
- Prematuridad límite, los nacidos con menos de 30 semanas de gestación.

Por lo tanto, he de tener esto en cuenta y modificarlo para la realización del estudio.

Este Proyecto puede abrir una nueva vía de Investigación del Estrés en la mujer gestante, como posible causa del aumento de los partos prematuros

ANEXOS

INVESTIGACIÓN: ESTRÉS Y PREMATURIDAD EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

Se presenta una escala que pretende medir el estrés que habéis podido percibir durante el embarazo. Con el objetivo de estudiar la relación del estrés durante el embarazo con el parto prematuro. El estudio nace en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo, realizado por una alumna en su Trabajo de investigación del Grado de Enfermería. Del resultado se mantendrán

informadas si así lo solicitan.
La escala ha sido realizada modificando la escala del estrés de Max Hamilton adaptándola a nuestro estudio.

DATOS PERSONALES:

Edad: …….. Domicilio en: ……
Primer embarazo: si no
Diabetes gestacional: si no
Embarazo gemelar: si no

Alteraciones en el embarazo: si no

La escala está graduada de acuerdo con la intensidad de la sintomatología con 5 puntos (0-4) de la siguiente forma:

Ausente
0

Intensidad ligera 1

Intensidad media 2

Intensidad elevada 3

Intensidad máxima 4

Marque con un círculo al final de cada enunciado o síntoma de acuerdo con la intensidad que percibe de ellos.

Humor ansioso: inquietud, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad. 0 1 2 3 4
Tensión: sensaciones de tensión, imposibilidad de estar quieto, llanto fácil. 0 1 2 3 4
Miedos: a la oscuridad, a estar solo, a los animales… 0 1 2 3 4
Insomnio: dificultad de conciliación, sueño interrumpido, cansancio al despertar, pesadillas… 0 1 2 3 4
Funciones intelectuales: dificultad de concentración. Mala memoria. 0 1 2 3 4
Humor depresivo: pérdida de interés, no disfrutar del tiempo libre, variaciones anímicas a lo largo del día. 0 1 2 3 4
Síntomas somáticos musculares: dolores musculares, sacudidas musculares. 0 1 2 3 4

Síntomas somáticos generales: zumbidos de oídos, visión borrosa. 0 1 2 3 4
Síntomas cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, desmayos. 0 1 2 3 4
Síntomas respiratorios: sensación de ahogo o falta de aire, suspiros, dificultad para respirar. 0 1 2 3 4
Síntomas del sistema nervioso autónomo: boca seca, vértigos, cefalea… 0 1 2 3 4
Acontecimientos de la vida: ha sufrido algún tipo de evento en el ámbito familiar o personal. Como un divorcio, una muerte en la familia, enfermedad o lesión en la familia…
0 1 2 3 4
Apoyo: se ha sentido apoyada por su pareja, madre/padre y demás familia.
0 1 2 3 4
Discriminación: ha tenido algún sentimiento de discriminación en algún momento por su estado de embarazo.
0 1 2 3 4
Trabajo: ha tenido algún problema en el mundo laboral por su estado de embarazo, como puede ser por ejemplo un despido, que haya interferido en tu estado de salud provocándole sentimiento de ansiedad o estrés.
0 1 2 3 4
Exposición catastrófica: ha estado expuesta a alguna situación catastrófica del tipo terremoto, atentado terrorista…
0 1 2 3 4
Situación económica: la actual crisis económica española está afectando a su economía de manera que le preocupa y más ahora con el nacimiento de su hij@.
0 1 2 3 4

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del paciente:
Nº Historia/DNI:

Nombre de la enfermera que le informa:

Fecha:

En qué consiste:

Se trata de un Estudio de Investigación realizado desde la Universidad de Oviedo, en el que buscamos si el estrés durante el embarazo puede ser causa de prematuridad.
A continuación se les entregará una encuesta que ha de cubrir para medir el estrés que hayan podido sufrir en su período de embarazo.
Sus respuestas serán anónimas y si lo desea en Julio de 2012 podrá saber los resultados obtenidos en el Estudio de Investigación.

Estoy satisfecha con la información recibida, en consecuencia, doy mi Consentimiento para cumplimentar la encuesta.

Firma de la paciente Firma de la enfermera.

MODELO SOLICITUD DATOS PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y/O PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Nombre y apellidos: LAURA CAMPOS RIOPEDRE

Categoría: DUE

Servicio: Tfno.: 675140947

Título del Estudio: ESTRÉS Y PREMATURIDAD EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Tipo de estudio: PROSPECTIVO.

Motivo del Estudio

Realización de un estudio descriptivo-prospectivo como Trabajo de Investigación: ESTRÉS Y PREMATURIDAD EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS, del Curso de Itinerario de Grado de Enfermería en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo.

El trabajo está tutelado por la profesora Manuela Lucía Garzo Salvador.

El estudio se llevará a cabo a partir de la Escala del Estrés de Max Hamilton modificada y adaptada al caso, la cual se entregará en el hospital a las madres de niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación.

Datos que se solicitan

Permiso para pasar encuesta en ese hospital, a las madres de niños nacidos en ese hospital antes de las semana 37 de gestación.

¿Se requieren datos personales de los pacientes? Justificación

Advertencia legal: El tratamiento que se dé a los datos recibidos debe ajustarse a lo previsto en la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y del R.D. 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999.

Firma y Fecha.

4 Bibliografía

1. Rauchfuss M, Maier B. Biopsychosocial predictors of preterm delivery. [sede Web]. Berlín, Alemania: Pubmed. Agosto 2011. [Actualizada en septiembre de 2011; acceso 20 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.pubmed.com
2. Christian LM. Psychoneuroimmunology in pregnancy: immune pathways linking stress with maternal health, adverse birth outcomes, and fetal development. [sede Web]. Columbus, USA: Pubmed. Julio 2011-[actualizada en enero de 2012; acceso el 20 de junio de 2012]. Disponible en : http://www.pubmed.com
3. Class QA, Lichtenstein P, Langström N, D'Onofrio BM. Timing of prenatal maternal exposure to severe life events and adverse pregnancy outcomes: a population study of 2.6 million pregnancies. [sede Web]. Bloomington, USA: Pubmed. Febrero 2011-[actualizado abril 2011; acceso 20 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.pubmed.com
4. McCormick MC, Litt JS, Smith VC, Zupancic JA. Prematury: an overview and public health implications. [sede Web]. Boston, Massachusetts: Pubmed. 2011-[acceso 20 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.pubmed.com
5. Arteaga-Guerra JJ, Cerón-Souza V, Mafla AC. Dynamic among periodontal disease, stress, and adverse pregnancy outcomes. [sede Web]. Pasto, Colombia: Pubmed. 2010-[acceso 20 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.pubmed.com

6. Misra D, Strobino D, Trabert B. Effects of social and psychosocial factor on risk of preterm birth in black women. [sede Web]. Detroit, USA: Pubmed. 2010-[actualizado en Noviembre de 2010; acceso el 22 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.pubmed.com
7. Bonamy AK, Källén K, Norman M. High blood pressure in 2, 5 year-old children born extremely preterm. [sede Web]. Stockolm, Suecia: Pubmed. 2012- [actualizado en mayo de 2012; acceso 22 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.pubmed.com
8. Gubhaju L, Sutherland MR, Black MJ. Preterm birth and the kidney: implications for long-term renal health. [sede Web]. Victoria, Australia: Pubmed. 2011-[acceso 22 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.pubmed.com
9. Desqualdo CM, Riera R, Zucchi P. Cost estímate of hospital stays for premature newborns in a public terciary hospital in Brazil. [sede Web]. São Paulo, Brasil: Pubmed. 2011-[acceso 22 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.pubmed.com
10. Roy-Matton N, Moutquin JM, Brown C, Carrier N, Bell L. The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. [sede Web]. Sherbrooke, Canadá: Pubmed. 2011-[acceso 22 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.pubmed.com
11. Escribá-Agüir V, Perez-Hoyos S, Saurel-Cubizolles MJ. Physical load and psychological demand at work during pregnancy and preterm birth. [sede Web]. Valencia, España: Pubmed. 2001-[acceso 5 de julio de 2012]. Disponible en:http://www.pubmed.com
12. ACTAD. Asociación Catalana para el Tratamiento de la Ansiedad y Depresión. Escala de Ansiedad de Hamilton. [sede Web].ACTAD: Cataluña. [acceso 12 de diciembre de 2011]. Disponible en: http://www.actad.org/actad_cas/test_cas/test_hamilton.php
13. Estudio del psicoanálisis y psicología. Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) [sede Web]. [acceso 17 de junio de 2012]. Disponible en: http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS.
14. Herrera M., Julián A., González T., Marcela. El ambiente psicosocial y las complicaciones obstétricas/ Psychosocial environment and obstetric complications. Colomb. Med; 18(2):55-61, 1987. ilus, Tab. Citado en: LILACS; ID: 81523.
Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=81523&indexSearch=ID
15. Coto Cotallo, D; López Pérez, T. Manual Cuidados de Enfermería en Neona-

tología. Colección Formación Continuada Tema 1(Organización de un servicio de neonatología. Unidad de observación y reanimación. Cuidados intermedios. UCI neonatal). 2ª Ed. Cep ISBN: 8499023185. ISBN-13: 9788499023182. Universidad de Oviedo. 2010.
16. Instituto Asturiano de Estadística: Datos básicos de Asturias 2011.
Disponible en: http://www.sadei.es
17. Instituto Nacional de Estadística: Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Datos definitivos de 2010 y avanzados del primer semestre de 2011.Disponible en: http://www.ine.es/

Capítulo 68

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS COLOSTOMÍAS

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SANCHEZ

1 Introducción

Una colostomía es una abertura realizada en el abdomen a través de la cual se redirige el intestino grueso hasta exteriorizarlo a la superficie de la piel (estoma). En él se coloca un sistema de bolsa. Lo habitual es que ante una cirugía de estas características tanto el paciente como la familia tengan dudas. La funcion de la enfermera es apoyar a la familia ofreciendo sus conocimientos para crear una buena adaptacion.

2 Objetivos

- Valorar las necesidades físicas, psicológicas y sociales del paciente.
- Formar a los pacientes/ familia en los cuidados del estoma dando una educación sanitaria adaptada a sus conocimientos previos.
- Mejorar la calidad asistencial tanto del paciente como de la familia provocados por la nueva situación de Salud.

3 Metodología

Se realizó una revision sistematica sobre los cambios en el paciente colostomizado y el papel de la enfermeria en la adaptacion a su nueva situacion. De los articulos seleccionados se eligieron los extraidos de las bases de datos : index de enfermeria, Scopus, Medline y Cochrane.

4 Resultados

Despues de una revisíon bibliográfica, vemos que la colostomía supone para el paciente un cambio importante y el papel del enfermero es fundamental para proporcionarle los cuidados y herramientas que le permitan adaptarse de forma satistactoria. Tras la revisión hemos realizado un tríptico de fácil comprensión en el que se explica de forma clara los cuidados básicos de la colostomía.

5 Discusión-Conclusión

El paciente sometido a colostomia sufre varios cambios que debe abordar para adaptarse a su nueva situación. El enfermero debe ayudar al paciente a aceptar esta situación proporcionandole técnicas de aprendizaje en cuidados higiénicos, dieta adecuada, entrenamiento en la colocación del dispositivo, adaptación a su nueva forma de vida e inclusión en grupos de ayuda.
El papel de enfermería es vital dentro del desarrollo de habilidades y el apoyo emocional a la población ostomizada.

6 Bibliografía

- Almedarez-saavedra JA ,Landeros-Lopez M ,Hernandez Castañon MA, Galazrza Maya y Guerrero- Hernandez MT. Practicas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y despues de intervencion educativa de enfermeria.
- Cars Irene ,Villalba Esperanza. Guia de cuidados de enfermeria a la persona portadosora de un estoma (según patrones funcioneles).
- Burch J Zulo. Exploring quality of life for stoma patients living inthe community nursing 21(8) 338-380

Capítulo 69

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA FRENTE A ETAC

IRENE DIAZ SOLDADO

1 Introducción

Tal y como se recoge en el "Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave" del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, la situación actual de personas con estos trastornos en España está progresando en una dirección en la cual se abandona la exclusividad del tratamiento hospitalario, por una aproximación orientada al ámbito socio-comunitario, buscando activamente la integración social y normalización de estos pacientes. No obstante, aunque resulta fundamental avanzar en este tipo de tratamientos, es también necesario evaluar nuestras intervenciones para asentar las prácticas terapéuticas en la evidencia científica.

Hoy en día, la psiquiatría comunitaria ha descansado principalmente en la utilización de dispositivos intermedios de salud metal de media y larga estancia. Persiste sin embargo en el sistema de salud mental un gran desequilibrio entre las necesidades asistenciales de los pacientes y la provisión de servicios comunitarios para el tratamiento de la patología psiquiátrica aguda y grave. Teniendo ésto en consideración, el objetivo principal de éste artículo es revisar la evidencia científica actual acerca de la eficacia y la viabilidad de implementar nuevos modelos de atención psiquiátrica que permitan llenar el vacío existente en la provisión de cuidados a los pacientes agudos y graves en la comunidad y en el medio hospitalario.

Afortunadamente hoy en día, los avances en farmacología y en modelos psicosociales de tratamiento, están permitiendo que el objetivo de mejorar la inserción social y participación comunitaria de los pacientes psiquiátricos sea un hecho real.

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA.

De manera general, las unidades de hospitalización psiquiátrica son servicios más reducidos que otros del hospital. En ellas se brinda una atención de 24h, y los Psiquiatras y Psicólogos Clínicos del centro ofrecen una atención integral al paciente para dar respuesta a los trastornos psicológicos y psiquiátricos que requieren evaluación y tratamiento continuo e intensivo. Sin embargo, privan de libertad al paciente, al verse recluido en un espacio reducido. Dispone de habitaciones dobles, o también individuales. Además, su planteamiento es distinto al de una unidad quirúrgica o de hospitalización general, pues suele tener diversas salas adaptadas.

Los criterios de inclusión generales a una unidad hospitalización psiquiátrica de agudos son:

- Manifestaciones psicopatológicas y/o conductuales causadas por patología psiquiátrica (ya sea eje I o eje II) y que requieran una elevada intensidad asistencial o puedan comportar un riesgo inasumible (tanto para otros, como para sí mismos) y por la tanto solo se pueden tratar con un régimen de ingreso en una unidad para enfermos psiquiátricos agudos.
- Pacientes con autorización judicial para ingreso psiquiátrico.
- Agudizaciones de los pacientes censados como trastorno mental grave/severo, aunque se intentaran ingresos programados y en el caso que el motivo no sea una descompensación psicopatológica sino que haya un objetivo rehabilitador, el paciente pasará a la unidad de subagudos tan pronto como sea posible.
- Determinados trastornos de personalidad cuando sea estrictamente necesario y los beneficiosos superen a los perjuicios del ingreso.

ETAC.

El Tratamiento Comunitario Asertivo (TCA) es una de las manifestaciones más destacadas del proceso de desinstitucionalización producido en el campo de la salud mental en las últimas décadas. Inicialmente desarrollado en los Estados Unidos, el TCA también ha alcanzado notable importancia en Canadá, Suecia y el Reino Unido y está siendo implementado en un número creciente de países, entre ellos España.

El TCA, denominado en inglés Assertive Community Treatment (ACT) o Program for Assertive Community Treatment (PACT), es definido como un servicio de atención integral, prestado en la comunidad por un equipo multidisciplinar, para el tratamiento, apoyo y rehabilitación de personas con enfermedades mentales severas que no mantienen contacto regular con los servicios psiquiátricos ordinarios.

Su efectividad ha sido demostrada también a través de escalas clínicas de evaluación. En ellas se ha visto que la introducción de un programa de seguimiento asertivo en un área de salud dobla la probabilidad de alcanzar los criterios de remisión sintomática en los pacientes psiquiátricos del área. Los elementos clave que parecen estar asociados a la mayor efectividad de las intervenciones ofertadas en la AOC son: una menor carga de casos, un alto porcentaje de contacto a nivel domiciliario; el asumir responsabilidad tanto para la asistencia sanitaria como social, y; el desarrollo de una estructura de equipo multidisciplinar con un psiquiatra integrado en el equipo.

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO COMUNITARIO ASERTIVO:

- Un equipo multidisciplinar: el TCA asume que la presencia de profesionales de diversas disciplinas es necesaria para la atención integral de personas con enfermedades mentales severas. Así, los equipos de TCA (especialmente aquéllos mejor dotados de recursos) pueden incluir psiquiatras, asistentes técnico-sanitarios, trabajadores sociales y cuidadores comunitarios, así como especialistas en orientación laboral y apoyo al empleo, en materia de vivienda, en problemas de alcohol y de drogas, y en consejo asistido.
- Trabajo en equipo: El equipo de TCA en su totalidad es responsable de asegurar que el usuario recibe una asistencia integral con cada componente del equipo contribuyendo desde su respectiva especialidad.
- Atención integral: Como alternativa a otro tipo de servicios que proveen una asistencia relativamente fragmentada y discontinua, el TCA ofrece al usuario constante apoyo a nivel tanto clínico como personal y social. De hecho, promover una adecuada integración de las personas con enfermedades mentales graves en la esfera de sus relaciones familiares y comunitarias, así como el acceso a servicios tanto públicos como privados, son objetivos primordiales del modelo.
- Asertividad: Los equipos de TCA son especialmente activos (o asertivos) en el establecimiento de contacto inicial con personas con enfermedades mentales severas y persistentes que, por diversos motivos, no acceden a los servicios ordinarios de salud mental, así como en el mantenimiento de la relación asistencial con dichas personas.

- Baja proporción: (10-15:1) usuarios/profesional con el fin de asegurar un servicio personalizado que tenga en consideración las necesidades y preferencias de cada usuario.
- Tratamiento in vivo: la mayoría de los contactos entre los miembros del equipo y los usuarios se producen en los domicilios de estos últimos o en otros lugares de su entorno comunitario (por ejemplo, una cafetería o un centro de recreo) y no en dependencias de los servicios de salud mental.
- Contacto frecuente y flexible: Para el usuario de los servicios de TCA, saber que recibe regularmente visitas de apoyo en su domicilio puede aumentar su confianza y sentido de seguridad. Sin embargo, las necesidades del usuario cambian o evolucionan, por lo que los miembros del equipo deben de adaptar la frecuencia y naturaleza de sus visitas de acuerdo a las circunstancias concretas de cada usuario.
- Control de los síntomas: El modelo del TCA postula que una combinación de medicación adecuada y técnicas psico-sociales de probada eficacia contribuye a controlar los síntomas de la enfermedad mental, evitando ulteriores ingresos del usuario en el hospital así como el estigma social derivado de repetidas y severas recaídas.
- Disponibilidad: El servicio es disponible veinticuatro horas al día y siete días a la semana para proveer una respuesta inmediata y eficaz en caso de crisis.
- Sin fecha fin: Los servicios ofrecidos por los equipos de TCA no tienen una duración preestablecida, sino que son prestados mientras que las necesidades del usuario así lo requieran. Este factor permite el desarrollo de relaciones terapéuticas a medio y largo plazo, basadas en la confianza mutua entre profesionales y usuarios.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de una unidad de hospitalización psiquiátrica
- Describir el concepto de ETAC
- Describir el funcionamiento del equipo de tratamiento asertivo comunitario
- Evaluar las ventajas de una frente a la otra

3 Metodología

Para la obtención de datos de la revisión bibliográfica se realizó una búsqueda sistemática de documentos de sociedades científicas relacionados con el tema a estudio, en la literatura actual, para identificar los componentes esenciales del

tratamiento hospitalario y en domicilio del paciente psiquiátrico. Las fuentes de documentación fueron bibliotecas virtuales electrónicas como Scielo, Medline y Pubmed.
Las palabras clave para la búsqueda de artículos fueron: "unidad hospitalización psiquiátrica", "unidad hospitalización agudos", "hospitalización salud mental", "ETAC", "equipo tratamiento asertivo comunitario", "salud mental", "hospitalización a domicilio".
A partir de dicha información se realizó una revisión crítica de la literatura centrada en la viabilidad de incorporar dicha información a la presente revisión.

4 Resultados

Igualmente, un modelo de TCA colaborativo y que promueva relaciones de mutua confianza entre profesionales y usuarios resulta coherente con el objetivo de reintegración social de las personas con enfermedades mentales y tiende a reducir los casos de hospitalización involuntaria, tal y como muestran los estudios de investigación revisados. No obstante, tales objetivos requieren la presencia, dentro de los equipos de TCA, de profesionales capaces de establecer una relación de empatía con el usuario de los servicios y de ayudarle a construir, sobre la base de sus habilidades y preferencias personales, una vida normalizada e integrada en la comunidad.

Igualmente, es fundamental resaltar la importancia del papel de la comunidad en el tratamiento del enfermo mental. Así, el desarrollo de habilidades sociales en el paciente son tan necesarias como el combate del estigma y del prejuicio que en muchas ocasiones pueden dificultar su integración social. En este sentido, elaborar programas que incluyan la esfera vecinal y comunitaria cercana del sujeto, así como que impliquen un acercamiento mutuo, ayudarán a combatir el aislamiento de estos pacientes y resultarán en una sensibilización mayor para que el mismo logre un intercambio social exitoso.

5 Discusión-Conclusión

La actual situación de los servicios de salud mental, en la mayoría de los países desarrollados de nuestro entorno, se ha caracterizado por una falta de nuevas alternativas a la hospitalización tradicional de los pacientes afectos de patología psiquiátrica aguda y grave. Dicha situación unida al insuficiente desarrollo de servicios comunitarios intermedios para la atención a largo plazo de dichos pa-

cientes, sitúa a algunos de los pacientes psiquiátricos más necesitados en una condición de máxima vulnerabilidad. Esto invita a la adopción de iniciativas comprometidas dirigidas a garantizar la provisión de servicios asistenciales capaces de ofertar modalidades eficientes de tratamiento intensivo a la patología psiquiátrica aguda y grave tanto a nivel comunitario como hospitalario. En esta situación, las recomendaciones que se están actualmente realizando sobre la necesidad de potenciar nuevamente los procesos de reforma psiquiátrica deberían focalizarse en la implementacion de servicios alternativos, como los aquí descritos (ETAC), frente a la hospitalización psquiátrica.

La evidencia disponible apoya la conveniencia y viabilidad de implementar de manera integrada y equilibrada estas alternativas innovadoras de asistencia en salud mental para el tratamiento intensivo de pacientes que sufren enfermedad mental aguda y grave en la comunidad.

6 Bibliografía

- Vázquez Bourgon J, Salvador-Carulla L, et al. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. Actas españolas de psiquiatría [internet] 2012 [consultado enero 2020] vol 40, n.6, pag 323-332.
- Moreno Poyato AR, Montesó Curto MP, Suárez Pérez R. Un día en la unidad de hospitalización de psiquiatría. Cultura de los cuidados [internet] 2015 [consultado enero 2020] vol 19, n.42, pag 15-21.
- Font J, Domenech S, Font M, Otin R. Urgencia y hospitalización psiquiátrica en coordinación con la atención comunitaria.
- Cuadernos de psiquiatría comunitaria [internet] 2012 [consultado enero 2020] vol 11, n.2, pag 79-92.
- López Sánchez O, Caballero Guerrero MJ. Guía de actuación enfermera en las unidades de hospitalización de salud mental. Hygia de enfermería: revista científica del colegio [internet] 2015 [consultado enero 2020] vol 20, pag 70-74.
- Sáiz Galdós J, Chévez Mandelstein A. La intervención socio-comunitaria en sujetos con trastorno mental grave y crónico: modelo teóricos y consideraciones prácticas. Intervención psicosocial [internet] 2009 [consultado enero 2020] vol 18, n.1, pag 75-88.
- Martínez Jambrina JJ, Peñuelas Carnicero E. Tratamiento asertivo comunitario: el modelo avilés. Archivos de psiquiatría [internet] 2007 [consultado enero 2020] vol 70, n.2, pag 77-82.
- Morago P. Tratamiento comunitario asertivo: práctica, consideraciones éticas y

rol del trabajado0r social. Cuadernos de trabajo social [internet] 2006 [consultado enero 2020] vol 19, pag 7-23.
- Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol L. Programa de prevención en salud mental en atención primaria.
- Atención primaria [internet] 2007 [consultado enero 2020] vol 29, n.3, pag 88-108.

Capítulo 70

DOLOR PRECORDIAL A ESTUDIO.

ALEJANDRA IGLESIAS PRIETO

JOSÉ MANUEL PELAEZ ÁLVAREZ

ANTONIO MARTINEZ SANCHO

JOSE ANTONIO ALONSO CASANI

LARA LOMBRAÑA NORIEGA

1 Introducción

El dolor precordial es un síntoma bastante frecuente. Sus causas son numerosas y de ahí la importancia de su correcto abordaje debido a las implicaciones que conlleva ya que no hay ningún dato que por si solo determine el correcto diagnóstico.

2 Objetivos

- Realizar diferenciación y valoración del caso para su adecuado tratamiento.

3 Caso clínico

Mujer de 89 años que acude al Servicio de Urgencias, remitida desde Atención Primaria, por presentar desde ayer 2 episodios matutinos de dolor centrotorácico no irradiado, sin cortejo vegetativo, autolimitados, sin palpitaciones, ni disnea, no

pérdida de conocimiento. No refiere episodios previos similares. Refiere cuadro catarral reciente, estando vacunada de la gripe y con evolución satisfactoria.

ANTECEDENTES PERSONALES
- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.
- Viuda desde hace 1 mes.
- No deterioro cognitivo.
- Deambula con bastón.
- Doble continente.
- No disfagia.
- Factores de riesgo cardiovascular: HTA. No diabetes, ni dislipemia.
- Diagnóstico previo de probable Asma bronquial.
- Insuficiencia venosa crónica con varices en MMII.
- TEP en diciembre de 2018 (insuficiencia venosa crónica con ulcera en EII y reposo secundario como posible factor predisponente).

EXPLORACIÓN FÍSICA
- Consciente, orientada y colaboradora.
- Buen estado general.
- Bien perfundida e hidratada. Integridad cutánea conservada.
- Normocoloreada.
- Afebril.
- TA:119/104 mmHg
- FC: 90 lpm
- Sat:94%. Eupneica en reposo.
- AC: rítmica con soplo sistólico irradiado
- AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.
- EEII: no edemas, no signos de TVP, pedios presentes, signos de Insuficiencia venosa crónica.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos +, no masas.

RESUMEN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- Analítica
[BIOQUIMICA SANGRE]
TROPONINA T ULTRASENSIBLE 13.0 ng/L (- 14.0)
[COAGULACION]
DIMERO D 13920.0 ng/ml (0.0 - 500.0)

FIBRINÓGENO 446.0 mg/dL (150.0 - 400.0)
Tiempo de protrombina 13.3 seg (10.8 - 13.9)
TASA PROTROMBINA 98.0 % (70.0 - 120.0)
INR 1.01 (0.64 - 1.17)
APTT 29.4 seg (26.6 - 40.3)
APTT RATIO 0.98 (0.8 - 1.3)
[HEMOGRAMA]
HEMATIES 4.84 mill/mm³ (4.2 - 5.1)
HEMOGLOBINA 13.8 g/dl (12.0 - 16.0)

- RX tórax: Indice cardiotorácico normal, no signos de insuficiencia cardiaca , engrosamiento cisural derecho , no infiltrados pleuroparenquimatosos
- RX abdomen : luminograma aéreo inespecífico ,sin signos de obstrucción
- EKG: RS a 90 lpm, BCRDHH.
- AngioTAC de arterias pulmonares: TEPA: Defectos de repleción en árbol vascular arterial principal, arterias lobares y segmentarias bilaterales. Hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar agudo.

JUICIO CLÍNICO: TEPA bilateral

PLAN DE CUIDADOS:
- Ingreso hospitalario.
- Reposo absoluto.
- Administración de Heparinas de bajo peso molecular según pauta prescrita (vigilar aparición de hematomas)
- Vigilancia hemodinámica.
- Oxigenoterapia si precisa según prescripción.

4 Discusión-Conclusión

En este caso la sintomatología de la paciente nos hacía dudar si estábamos ante un SCASEST o un TEPA, por lo que cabe destacar la importancia de la realización de las pruebas complementarias pertinentes. Un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento son fundamentales a la hora de prevenir complicaciones y disminuir la mortalidad.

5 Bibliografía

- medlineplus.gov/spanish

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- https://www.intramed.net
- https://www.elsevier.com

Capítulo 71

VÍAS DE ACCESO VASCULAR.

FABIOLA MENÉNDEZ SERVIDE

1 Introducción

Los dispositivos vasculares abren una vía al torrente sanguíneo del paciente permitiendo tratarle y monitorizarle, habiéndose convertido hoy en día en herramienta fundamental en el ámbito hospitalario.

Dependiendo de las características del paciente, del objetivo de salud y del lugar de inserción será más adecuado un tipo u otro de catéter. Como cualquier otro elemento externo al cuerpo humano estos dispositivos pueden acarrear una serie de consecuencias que es necesario tener en cuenta y vigilar para garantizar la seguridad del paciente.

2 Objetivos

- Describir los distintos tipos de accesos vasculares identificando indicaciones, contraindicaciones y posibles complicaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen cuatro tipos de vías de acceso vascular:
- Vías de acceso periféricas: en el miembro superior (vena basílica y vena cefálica), en el miembro inferior (vena safena) y en el cuello. Es la vía de elección en situaciones de urgencia. Se utiliza para la administración continua e intermitente de medicación, sueroterapia, componentes sanguíneos y para la obtención de muestras sanguíneas.

- Vías de acceso central: vena yugular interna, vena subclavia y vena femoral. Es la vía de elección cuando el acceso periférico no es posible. Se usa para la monitorización hemodinámica: medir presiones como la venosa central, la capilar pulmonar o la presión arterial pulmonar; para la administración de nutrición parenteral o soluciones que tienen alto riesgo de provocar flebitis; para dializar, filtrar o ultrafiltrar la sangre; o para la toma de muestras sanguíneas

- Vía venosa central de acceso periférico: se utiliza para la administración de tratamientos que se prolongan en el tiempo o la quimioterapia, nutrición parenteral y fármacos con potencial flebítico.

- Vía intraósea: utilizada en reanimación pediátrica y de adultos.

Accesos vasculares venosos periféricos:
Las vías venosas periféricas son la forma más sencilla y económica de canalización. Se usan para tratamiento intravenoso a corto plazo. Normalmente se canalizan las venas del mano, antebrazo o brazo decantándose, si es posible, por la extremidad no dominante, a excepción de determinados procedimientos en los que está indicado la canalización de la vía venosa en una extremidad en concreto. También pueden utilizarse las venas del pie.
Las complicaciones más frecuentes son la flebitis y la extravasación, es por ellos que se recomienda cambiarlas con frecuencia (cada 72 o 96 horas), lo cual eleva su coste y hace que el tratamiento sin ingreso sea complejo.

Accesos vasculares venosos centrales.
La colocación de catéteres venosos centrales es forzosa en muchas situaciones clínicas. La elección de un sitio y otro vendrá dado por la localización y las ventajas y desventajas que presentan en cada situación.

- Vena femoral: Se canaliza en la zona del pliegue inguinal, una zona alejada de la zona respiratoria y de monitorización, lo cual es una ventaja, pero con un alto riesgo de infección debido a su proximidad con la zona perineal. Puede ser

incómodo para la deambulación.
Es una buena opción cuando los pacientes no toleran la posición Trendelembourg, en niños y en situaciones de urgencia. Es la primera elección en caso de tener que realizar una sesión de hemodiálisis urgente y hemoperfusión. Se utiliza con cada vez más frecuencia para la introducción de dispositivos venosos como filtros o stents.
En caso de pacientes con coagulopatías, con sospecha de lesiones en la vena cava superior o con insuficiencia respiratoria severa se prefiere su uso frente a otros tipos de acceso central.
En general no se recomienda su uso debido a que presenta mayores tasas de complicación.

- Vena subclavia: Los catéteres subclavios pueden ser temporales o permanentes, tunelizados o no, con una o varias luces y de diámetro variable.
El catéter en esta zona es el más cómodo para el paciente ya que no entorpece la movilidad del cuello ni extremidades.
En el momento de la inserción se corre el riesgo de puncionar con la aguja el ápex pleural provocando neumotórax, hemotórax o perforación de arteria subclavia y debido a su posición anatómica será difícil controlar la hemorragia realizando compresión.
En cuanto a su uso en hemodiálisis a largo plazo está desaconsejado por la posibilidad de no poder proveer flujos adecuados. En caso de paciente portador de fístula arteriovenosa es mejor evitar ese lado por el riesgo de trombosis de la fístula.
El riego de infección de esta vía central es bajo.

- Vena yugular interna: Es tipo de catéter es incómodo para el paciente puesto que limita la movilidad del cuello. Por otro lado, permite un mejor control de la hemorragia que la vena subclavia ya que permite la compresión directa de la zona.
Se usa esta vía para la colocación de marcapasos temporal transvenoso.
El riesgo de infección es mayor que la vena subclavia sobre todo en pacientes con secreciones orales abundantes que pueden ensuciar la zona.

- Vena yugular externa: A pesar de que la punción es relativamente fácil, la progresión del catéter hacia la vena cava puede ser dificultoso.
Además de para catéteres centrales también se puede usar para la canalización de catéteres cortos. Éste último se desaconseja cuando la extremidad superior está lesionada, infectada o quemada.

Se recomienda su uso en las mismas circunstancias generales que para el resto de catéteres centrales. No se aconseja en pacientes con cánula de traqueostomía.

Accesos vasculares arteriales:
Los catéteres arteriales se usan para la monitorización de la presión arterial, medición periódica de los gases en sangre arterial, toma de muestras sanguíneas o realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

- Arterial radial: Se recomienda su uso en pacientes con enfermedad oclusiva aortoilíaca o enfermedad vascular periférica, así como en intervenciones coronarias, neuroangiografías y otros procedimientos endovasculares de tórax y abdomen.
Frente al acceso femoral es un procedimiento más breve, el tiempo de recuperación es mas corto, la deambulación más precoz y presenta menos complicaciones, el acceso vascular es más sencillo ya que esta arteria es más superficial, sin embargo, es un procedimiento más delicado puesto que la luz del vaso es menor.
La arteria radial es susceptible de sufrir espasmos, de ahí la necesidad del uso de antiespasmódicos. También hay tendencia a la trombosis.

- Arteria femoral: Es la segunda opción de canalización arterial después de la radial. Se suele usar cuando el acceso radial fracasa. Es de difícil acceso en pacientes obesos.
Presenta mayor riesgo de sangrado, si se lesiona la arteria hay riesgo de isquemia y, al igual que pasaba con el acceso vía vena femoral, el riesgo de infección es elevado, por otro lado, presenta menor riesgo de trombosis y de extracción accidental del catéter.

- Arteria axilar: es la última opción.

- Arteria umbilical: Se usa en recién nacidos

5 Discusión-Conclusión

Se pueden dar tantas situaciones clínicas como pacientes y dependiendo de las características de ambos habrá un acceso vascular adecuado para cada caso. Conocer las indicaciones, contraindicaciones y posibles complicaciones de todas ellas es primordial para hacer una buena elección y garantice la seguridad del paciente durante el proceso.

6 Bibliografía

- Androes, M. P., & Heffner, A. C. (s.f.). Placement of femoral venous catheters. Recuperado 26 enero, 2020, de https://www.uptodate.com/contents/placement-of-femoral-venous-catheters
- Barba Velez, Á., & Ocharan-Corcuera, J. (2011). Accesos vasculares para hemodiálisis. Gaceta Médica de Bilbao, 108(3), 63–65. https://doi.org/10.1016/j.gmb.2011.06.002
Bodenham, A. (2017). Vascular access. Revista Médica Clínica Las Condes, 28(5), 701–712. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.07.011
- Cheung, E., Baerlocher, M. O., Asch, M., & Myers, A. (2009). Venous access: a practical review for 2009. Canadian family physician Medecin de famille canadien, 55(5), 494–496.
- Decision Support in Medicine. (2019, 20 enero). Radial Access and Intervention. Recuperado 17 enero, 2020, de https://www.thecardiologyadvisor.com/home/decision-support-in-medicine/cardiology/radial-access-and-intervention/
- Deere, M. (2019, 10 noviembre). Central Venous Access of The Subclavian Vein - StatPearls - NCBI Bookshelf. Recuperado 15 enero, 2020, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482224/
- Hospital Universitario Gregorio Marañón. (s.f.). Manejo de catéteres venosos periféricos.
- Koyfman, A. (2019, 10 noviembre). Arterial Line Placement: Background, Indications, Contraindications. Recuperado 18 enero, 2020, de https://emedicine.medscape.com/article/1999586-overview
- McPheeters, R. (2019, 9 noviembre). Central Venous Access Via External Jugular Vein: Background, Indications, Contraindications. Recuperado 16 enero, 2020, de https://emedicine.medscape.com/article/2116323-overview
- Mendenhall, B. R. (2019, 30 julio). Internal Jugular Vein Central Venous Access - StatPearls - NCBI Bookshelf. Recuperado 15 enero, 2020, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436020/
- Míguez Burgos, A., Muñoz Simarro, D., & Tello Pérez, S. (2011). Una alternativa poco habitual: la vía intraósea. Enfermería Global, (24). Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/administracion4.pdf
- Morton, K. (2013). Back to Basics: Femoral Artery Access and Hemostasis. Cath Lab Digest, 21(10). Recuperado de https://www.cathlabdigest.com/articles/Back-Basics-Femoral-Artery-Access-Hemostasis
- Pal, N. (2018). Femoral Central Venous Access. Medscape, (24). Recuperado de https://emedicine.medscape.com/article/80279-overview

- Servicio Cántabro de Salud (s.f.). Guía para la inserción y mantenimiento de catéteres. Recuperado 7 enero, 2020, de https://www.scsalud.es/c/document_library/get_file?uuid=690873bd-bc46-4bc4-96db-a01818abc7ed&groupId=2162705
- Shlamovitz, G. Z. (2019, 9 noviembre). External Jugular Vein Cannulation Periprocedural Care: Equipment, Patient Preparation. Recuperado 16 enero, 2020, de https://emedicine.medscape.com/article/2020439-periprocedure
- Tam, M. (2019, 9 noviembre). Radial Artery Sheath Insertion: Background, Indications, Contraindications. Recuperado 16 enero, 2020, de https://emedicine.medscape.com/article/2036480-overview

Capítulo 72

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

LAURA MONTES PÉREZ

DAVID SUÁREZ CASTRO

1 Introducción

La intubación Endotraqueal se trata de un procedimiento agresivo, que se realiza con mucha frecuencia en los servicios de urgencias, como en las unidades de críticos, entre otros y que implica la presencia de un tubo que se introduce a través de la tráquea, para así poder asegurar una permeabilidad de la vía aérea. También se puede realizar una intubación vía nasotraqueal u orotraqueal.

Los motivos por los que suele ser necesaria la Intubación Endotraqueal son todos aquellos que provocan alteración de la normalidad de la función respiratoria y que comprenden vía aérea permeable, impulso respiratorio adecuado, funcionalismo neuromuscular correcto, anatomía torácica adecuada y mantenimiento de la permeabilidad alveolar por medio de los suspiros y la tos.

Cuando nos encontramos ante un paciente en situación crítica que llega al servicio de urgencias, es necesario realizar de forma reglada una valoración sobre la necesidad de intubación endotraqueal. Ésta necesidad puede ser inmediata en caso de parada cardíaca, muy urgente en el caso de insuficiencia respiratoria, que puede provocar parada respiratoria, o urgente en caso de disminución del nivel de conciencia concontrol inadecuado de la vía aérea.

2 Objetivos

- Saber identificar tanto el material como el procedimiento y la medicación necesaria durante el proceso de la intubación endotraqueal.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cuiden Plus, Medline y Scielo, utilizando las siguientes palabras clave: "intubación", "endotraqueal", "enfermería" o "procedimiento", utilizando el operador boleano AND y Google académico, así como la revisión de protocolos de los servicios de urgencias y de cuidados intensivos.

Criterios de selección: se excluyen todos los artículos y estudios cuyo contenido no aportaba información relevante y con fecha posterior a 2010.

4 Resultados

Prepararemos el material necesario con un campo estéril, (laringoscopio, lubricante, pinzas de magill, jeringa de 10 cc, fiador, sondas de aspiración).
También deberemos preparar el tubo endotraqueal del número indicado por el médico, así como la medicación prescrita por él. Comprobaremos que funcionan bien las otmas de O2, así como las de aspiración.
Tendremos preparado el respirador y comprobado su correcto funcionamiento.
Colocaremos al paciente en decúbito supino y con la cabeza en hiperextensión.
Colocamos un ambú con su correspondiente mascarilla, conectado a la toma de oxígeno.
Cuando el médico indique, procederemos a administrar la medicación, (sedantes y relajantes) y si fuera necesario, aspirar secrecciones y colocar una marca y fijar el tubo, (una vez colocado el mismo).
Por último, conectaremos a la Ventilación mecánica.

5 Discusión-Conclusión

Una adecuada formación y conocimiento por parte del personal de enfermería durante todo el proceso de la intubación endotraqueal, favorece la rapidez de la realización de la técnica, disminuyendo así la mortalidad y las complicaciones derivadas del procedimiento.

6 Bibliografía

- GARCÍA, Heladia, et al. Frecuencia de lesión de la vía aérea identificada por broncoscopia en recién nacidos con intubación endotraqueal prolongada en una unidad de cuidados intensivos neonatales de tercer nivel. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 2012, vol. 69, no 5, p. 397-403.
- MAGALHÃES, Edno, et al. Uso de Predictores Clínicos Sencillos en el Diagnóstico Preoperatorio de Dificultad de Intubación Endotraqueal en Pacientes Obesos. Brazilian Journal of Anesthesiology (Edicion en Espanol), 2013, vol. 63, no 3, p. 262-266.
- MORENO, Rodolfo P., et al. Intubación endotraqueal: complicaciones inmediatas en dos unidades de cuidados intensivos pediátricos. Archivos argentinos de pediatría, 2016, vol. 104, no 1, p. 15-22.

Capítulo 73

ATRESIA DE ESÓFAGO. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

LUZ PARRON DURAN

MARIA TERESA MILLAN LUCINDO

1 Introducción

La atresia de esófago es una malformación congénita que se caracteriza por la falta de continuidad de la luz esofágica, finalizando ambos extremos en un fondo de saco ciego. En muchos casos se presenta acompañada de fístula traqueoesofágica. Esta situación requiere su diagnóstico y tratamiento quirúrgico urgentes dado que es incompatible con la vida.
Según la relación existente entre el esófago y la traquea, la atresia de esófago se clasifica en:
- Tipo I: atresia esofágica aislada sin fístula traqueoesofágica (5%), la bolsa esofágica superior suele terminar en forma ciega. Cuando no existe fístula, el saco inferior es corto midiendo solo de uno a dos céntrimetros por arriba del diafragma. El estómago suele ser pequeño por no haber recibido líquido in útero.
- Tipo II: atresia esofágica con fístula traqueoesofágica proximal (1%), toma un trayecto diagonal para entrar en la tráquea menbranosa.
- Tipo III: la atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal constituye la forma más común de la anomalía, más del 85% de los casos.La parte superior del esófago termina en forma ciega, por lo general, al nivel de la tercera vértebra torácica. La musculatura del segmento proximal está engrosada y su diámetro es mucho mayor que el del segmento esofágico distal, que tiene su origen a partir

de la tráquea. La fístula se origina en la porción membranosa de la parte inferior de la tráquea.

- Tipo IV: atresia de esófago con fístula traqueoesofágica proximal y distal doble (2%), la bolsa superior termina en forma ciega y la fístula entra a la tráquea membranosa dificultando su identificación. La fístula distal es fácil de identificar y suele alojarse entre los dos bronquios, la parte inferior de esófago se aboca directamente y no tiene comunicación con la parte superior.
- Tipo V: la fístula traqueoesofágica aislada (5%) suele tener un diámetro de 2 a 4 mm y está orientada en una dirección diagonal, insertándose más arriba en la tráquea membranosa. Se presenta en cualquier nivel, desde el cricoides hasta la carina. Estas fístulas por su forma se denominan en H o N, la continuidad del esófago suele estar intacta.

2 Objetivos

- Distinguir entre cuidados de enfermería en el tratamiento preoperatorio/postoperatorio.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica utilizando como palabras clave: Atresia de esófago, complicaciones, cuidados; accediendo a publicaciones indexadas en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cuiden Plus, Medline y Pubmed

4 Resultados

-Cuidados de enfermeria en el preoperatorio:
.Evitar la aspiración de secreciones manteniendo la integridad pulmonar.
.Mantener el ambiente térmico neutro.
.Prevenir la deshidratación y la hipovolemia.
-Cuidados de enfermeria en el postoperatorio
.Mantener la integridad de la sutura traqueal y de la anastomosis del esófago.
. Mantener un intercambio gaseoso óptimo y prevenir atelectasias.
. Evitar el desplazamiento de la sonda transanastomótica.
. Evitar el desplazamiento del drenaje torácico.
. Disminuir el dolor ofreciendo medidas de confort.
. Detectar precozmente complicaciones de la herida quirúrgica.

. Disminuir el riesgo de infección.
. Cubrir las necesidades emocionales de los padres facilitando la formación del vínculo.

Se realizarán una serie de intervenciones para cumplir los objetivos marcados:
• Riesgo de aspiración relacionado con anomalías traqueoesofágica.
- Mantener al paciente en posición semisentada, con la cabeza elevada de 30 a 40 grados.
- Colocar sonda de aspiración y lavado continuo con solución fisiológica en el saco superior del esófago, goteo recomendado entre 15 y 20 microgotas por minuto, con aspiración suave a presión negativa entre 20-40 mm/Hg.
- Evitar la compresión abdominal, colocando flojo el pañal.
- Monitorizar la saturación de oxígeno en forma continua.
• Termorregulación ineficaz relacionada con la transición del recién nacido al ambiente extrauterino.
- Mantener la temperatura cutánea en 36,5° C – 37℃.
- Monitorizacion de la temperatura de forma continua
• Déficit de volumen de líquidos relacionado con la incapacidad para alimentarse por vía enteral.
- Colocar dos accesos venosos seguros: uno central percutáneo y otro periférico.
- Administrar fluidos y electrolitos por vía parenteral
- Controlar el sitio de inserción de los accesos y la velocidad de infusión.
- Cuantificación y registro de todos los ingresos y egresos
• Complicaciones postoperatorias relacionadas con la dehiscencia de la sutura traqueal y/o de la anastomosis del esófago.
Detección temprana de neumotórax como primer signo de la complicación.
- Colocar al paciente en decúbito dorsal, con la cabeza en línea media con leve flexión anterior.
- Evitar la hiperextensión del cuello. - Evitar la extubación accidental. - Realizar aspiración suave del tubo endotraqueal, según técnica (recordar mantener presión de aspiración entre 60-80 mm/Hg). - La aspiración bucal y nasal deberá realizarse en forma muy suave y no introducir más de 3 cm la sonda de aspiración (recordar que la anastomosis del esófago se realiza en la parte superior del mismo).
•Respiración ineficaz en el postoperatorio relacionado con la toracotomía y el dolor.
- Correcta fijación del tubo endotraqueal
- Controlar expansión torácica
- Auscultar la entrada de aire bilateral

- Realizar aspiración suave del tubo endotraqueal, según técnica - Monitorear en forma continua la saturación de oxígeno.
• Complicación potencial desplazamiento de sonda transanastomótica
- Controlar la fijación de la sonda transanastomótica, previniendo su desplazamiento o eventual salida, ya que la misma transcurre por dentro de la anastomosis. Esta sonda fue colocada en el acto quirúrgico y permitirá el inicio de la alimentación una vez comprobada la integridad de la anastomosis.
- En caso que exista dehiscencia parcial de la anastomosis deberá procurarse que esta sonda sea situada transpilórica ya que por la misma podrá alimentarse al recién nacido hasta el cierre total de la anastomosis.
- Colocar manoplas al recién nacido, para evitar tirones.
• Complicación potencial desplazamiento del drenaje torácico.
- Controlar la fijación del drenaje.
- Controlar la permeabilidad, cantidad del débito. La presencia de saliva en el catéter nos indica dehiscencia de la anastomosis esofágica. Cuando existen dudas con relación a la aparición de saliva por el drenaje se realiza un trago de Rifocina por succión y sé vera la salida de saliva teñida de color naranja por el drenaje.
- Vigilar la aparición de burbujas de aire: indicaría dehiscencia de la sutura traqueal.
• Alteración del bienestar relacionado con la inmovilidad, dolor secundario al traumatismo quirúrgico.
- Valorar la presencia de dolor o disconfort. - Administrar analgesia según necesidad e indicación medica. - Implementar medidas de contención para reducir el malestar.
• Alteración postoperatoria de la integridad cutánea relacionada con la intervención quirúrgica.
- Valorar la herida quirúrgica una vez por turno. - Mantener la zona de incisión limpia y seca.
• Potencial infección postoperatoria relacionado con la susceptibilidad del recién naci- do y la intervención quirúrgica.
- Lavarse las manos antes y después de realizar procedimientos.
- Controlar los accesos vasculares (central y periféricos) y curar según las normas del servicio.
- Curar la toracotomía cada 24 horas. - Verificar permeabilidad de sonda vesical y retirarla lo antes posible. - Administrar antibióticos profilácticos según in dicaciones
• Conflicto del rol parental relacionados con la hospitalización del recién nacido.

- Ofrecer a los padres la información necesaria sobre el estado de salud del recién nacido y sobre el plan terapéutico durante todas las etapas del ingreso.
- Permitir a la familia la expresión de sus creencias y valores.
- Facilitar la comunicación entre los padres y el equipo de salud.
- Propiciar oportunidades para incorporar a los padres en el cuidado de su hijo.
- Enseñarles a identificar signos de alarma como dificultad respiratoria, reflujo, disfagia, etc.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de la atresia de esófago sigue siendo un desafio dado la complejidad de estos pacientes, por eso es importante establecer las mejores prácticas y pautas de ateción clínica.

6 Bibliografía

1. R R, Orlando RC. Anatomy, histology, embryology, and developmental anomalies of the esophagus. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management. 10th ed.
2. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 42.
Rothenberg SS. Esophageal atresia and tracheoesophageal fistula malformations. In: Holcomb GW, Murphy JP, Ostlie DJ, eds. Ashcraft's Pediatric Surgery. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 27.
3. Bruner, Joseph. Clínicas de Perinatologia. Cirugía Maternofetal Mc Graw - Hill Interamericana. España. 2004.
4.Carpeting, Linda Juall. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica Clínica. Mc Graw – Hill. Interamericana. Espa- ña. 2002.

Capítulo 74

MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO.

MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ BOYERO

LUCÍA GARCÍA MARTÍNEZ

GRACIELA GRANDA CASTAÑO

ALEJANDRO PELAZ GARCÍA

1 Introducción

El Síndrome confusional agudo (SCA) se define como una alteración aguda de la atención y de las funciones cognitivas, de predominio nocturno, que cursa con fluctuaciones a lo largo del día. Dicha entidad goza de reversibilidad y acontece durante un periodo de tiempo generalmente no muy prolongado.

Como consecuencia de la hospitalización y de los procedimientos que de ella derivan, surge el SCA, con una mayor incidencia entre pacientes ancianos y ocasionando complicaciones que retrasan la recuperación, pese a ser una entidad susceptible de prevención.

2 Objetivos

- Diseñar un Plan de Cuidados Estandarizado (Taxonomía NANDA-NIC-NOC) siguiendo la estructura: Valoración, Diagnósticos, Criterios de Resultado, Inter-

venciones y Evaluación, para pacientes hospitalizados diagnosticados de SCA.

3 Caso clínico

Paciente hospitalizado que tras dos días de internamiento presenta conducta desordenada, agitación, confusión aguda e insomnio, siendo diagnosticado de SCA.

4 Discusión-Conclusión

DISCUSIÓN.
1. Valoración. Principales patrones disfuncionales detectados:
- Cognitivo / perceptual
- Reposo / sueño
- Función y relación

2. Diagnóstico. Principales diagnósticos NANDA evaluados:
- Confusión aguda (00128)
- Deprivación de sueño (00096)
- Deterioro de la comunicación verbal (00051)

3. Criterios de Resultado. Objetivos NOC e Indicadores:
- Orientación cognitiva: Se autoidentifica. Identifica a los seres queridos. Identifica el lugar donde está. Identifica el año actual.
- Nivel de agitación: Dificultad para procesar la información. Inquietud. Irritabilidad. Se resiste a la ayuda.
- Nivel de delirio: Actividad psicomotora. Verbalizaciones sin sentido.

4. Intervenciones. Desarrollo NIC:
- Orientación de la realidad. Fomentar la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y entorno; dirigiéndonos al paciente por su nombre al iniciar la interacción realizando un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente. Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuados informando al paciente acerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario.

- Manejo de la demencia. Proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado confusional crónico. Presentarnos al iniciar el contacto identificando los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir,

utilización de medicamentos, eliminación, ingesta de alimentos y autocuidado y utilizar la distracción, en lugar de la confrontación, para manejar la conducta.

- Manejo del delirio. Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confusional agudo. Monitorizar el estado neurológico de forma continua manteniendo un ambiente libre de peligros e informando al paciente sobre persona, tiempo y lugar, si es necesario. Disponer cuidadores que resulten familiares al paciente centrando las interacciones personales en lo que resulta familiar y tiene sentido para el paciente.

CONCLUSIÓN.
La existencia de un Plan de Cuidados Estandarizado facilita su implementación individualizada, y permite dar cobertura a las necesidades del paciente, otorgando soluciones a los problemas detectados.
El papel de la enfermera Especialista en Salud Mental en el abordaje del SCA a lo largo del proceso asistencial resulta fundamental por su perfil competencial, tanto en la prevención como en la detección, valoración y manejo del delirio.

5 Bibliografía

-Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos. In: López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M, editors. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado. Barcelona: Masson; 2005.
-Abordaje práctico del delirium, Marta Moreno, J, Ed. Elselvier, Barcelona, 2004.
-Astursalud. Portal de Salud del Principado de Asturias. [Internet]. Principado de Asturias:Elsevier; [citado 05 Nov 2018] nnnconsult. Disponible en: http://nnnconsult.asturias.csinet.es

Capítulo 75

MANEJO DEL INSOMNIO PERIOPERATORIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ BOYERO

LUCÍA GARCÍA MARTÍNEZ

GRACIELA GRANDA CASTAÑO

ALEJANDRO PELAZ GARCÍA

1 Introducción

La ansiedad es definida por la Asociación Española de Psiquiatría como el sentimiento normal de temor que todos experimentamos cuando nos enfrentamos a situaciones amenazantes o difíciles. Entendiendo que una cirugía, en mayor o menor grado, es considerada como un agente estresor importante, uno de los primeros y principales problemas que tiene que afrontar el paciente durante su estancia hospitalaria en relación con el proceso quirúrgico, es el insomnio. Esta disminución en la calidad y/o cantidad del sueño puede tener influencias negativas tanto en la recuperación física como psíquica del paciente así como aumentar la necesidad de analgésicos e incluso los días de estancia hospitalaria con la consecuente elevación del gasto sanitario.

Según un estudio publicado en la Revista Clínica de Medicina de Familia en Octubre de 2011, comprender las variables que afectan a este incremento de la ansiedad perioperatoria resulta vital para su tratamiento, y si bien es importante la

aplicación de un protocolo que ayude a los profesionales sanitarios a identificar y tratar la misma, es necesario a su vez enseñarles el modo de comunicarse con los enfermos de la manera más precisa, efectiva e inocua, evitando el estrés que supondría una mala información, o la ausencia de la misma.

2 Objetivos

Unificar los criterios de atención y procurar el máximo de calidad de la misma siguiendo la estructura, valoración, diagnósticos, criterios de resultado, intervenciones y evaluación.

3 Caso clínico

Paciente varón de 63 años que ingresa en la planta de traumatología de forma prevista para una intervención programada al día siguiente, y que desde su ingreso experimenta una dificultad para la conciliación y mantenimiento del sueño en relación con el proceso de hospitalización.

4 Discusión-Conclusión

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS NANDA EVALUADOS:
1. Ansiedad: caracterizada por la angustia, nerviosismo y sobreexcitación del paciente en relación con los factores estresantes propios del proceso quirúrgico.
2. Insomnio: incapacidad para conciliar el sueño y/o cambios en el patrón del mismo en relación con los factores estresantes derivados de la intervención así como los ambientales del entorno no familiar que constituye el hospital.
3. Disconfort: definido por la incapacidad para relajarse y la intranquilidad por el proceso derivadas de un control insuficiente de la situación y/o del entorno.
4. Afrontamiento ineficaz: estrategias de afrontamiento ineficaces e incapacidad para manejar la situación en relación con la incertidumbre sobre el resultado de la intervención.

OBJETIVOS (NOC):
-Nivel de ansiedad
-Sueño
-Estado de comodidad: entorno
-Nivel de estrés
- Conocimiento: manejo del estrés

DESARROLLO (NIC):
- Disminución de la ansiedad: explicando todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento así como tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
-Mejorar el sueño: ayudando a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama, ajustando el ambiente (luz, ruido, temperatura, etc.) para favorecer el sueño.
-Apoyo emocional: comentando la experiencia emocional con el paciente, animándolo a que exprese los sentimientos de ansiedad.
-Mejorar el afrontamiento: proporcionando información objetiva respecto al proceso en cuestión mediante la utilización de un enfoque sereno y tranquilizador.
-Manejo ambiental: disminuyendo los estímulos ambientales según corresponda.
-Asesoramiento: demostrando empatía, calidez y sinceridad.

CONCLUSIONES: Una estancia hospitalaria simple supone ya de por sí una fuente de estrés para el paciente por todo lo que ello conlleva. Cuando tiene que además enfrentarse a la incertidumbre derivada de una intervención quirúrgica por su desconocimiento del proceso y posterior resolución, la bibliografía consultada pone de manifiesto que la atención individualizada por parte de los profesionales sanitarios y en concreto de enfermería, es de vital importancia para la disminución de la ansiedad peri-operatoria y en consecuencia del insomnio. Atendiendo el
ámbito emocional de estos pacientes al mismo nivel que el físico y dándole más peso en el proceso de atención de enfermería con un plan de cuidados tipo al que aquí se propone, se conseguiría identificar más claramente los principales agentes estresantes en cada caso así como las necesidades básicas de confort, ayudando al paciente en su adaptación al medio extraño que constituye el hospital, reduciendo su nivel de estrés y en consecuencia, mejorando la calidad/cantidad del sueño durante su ingreso.

5 Bibliografía

1-Gordillo León F. Arana Martínez José M, Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Rev Clínica Med Fam vol.4 no.3 Albacete oct. 2011
2-Astursalud. Portal de Salud del Principado de Asturias. [Internet]. Principado de Asturias: Elsevier; [citado 13 Nov 2017] nnnconsult. Disponible en: http://

nnnconsult.asturias.csinet.es
3-Rojas, Maritza J.; Azevedo Pérez, Doris. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Venezuela. Rev Multidisciplinaria Consejo Inv de la Univ Oriente, vol. 25, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 273-278
4-Carrascosa López M.T, Aguilar Martínez R, Carrascosa López M.C. Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. Rev Aso Esp Enf Urología. Núm. 118. Abril/Mayo/Junio 2011

Capítulo 76

ASPECTOS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON INGRESOS HOSPITALARIOS DE LARGA DURACIÓN.

MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ BOYERO

GRACIELA GRANDA CASTAÑO

LUCÍA GARCÍA MARTÍNEZ

ALEJANDRO PELAZ GARCÍA

1 Introducción

El ingreso hospitalario supone cambios importantes en la vida de una persona, con los consecuentes efectos en ella: separación del ambiente familiar, cambios de los hábitos personales que quedarán supeditados a las normas hospitalarias, pérdida de la intimidad, aislamiento psicosocial, interrupción de los proyectos y actividades del paciente, etc. Cuando el ingreso se alarga más de lo previsto se vive como una ruptura de la vida cotidiana, teniendo como obligación adaptarse a un medio desconocido.

Según un estudio publicado en la Revista Iberoamericana Psicosomática en 2013, la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados alcanza un 20 y 10% respectivamente, asociándose a un incremento de los tiempos de recuperación, riesgos y costes. Asimismo, según otro estudio publicado en la revista

Medicina Clínica en el año 2003, la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a una percepción subjetiva del enfermo de mayor gravedad y menor mejoría.

2 Objetivos

Realizar un plan de cuidados estandarizado siguiendo la metodología internacional de la NANDA-NIC-NOC con el objeto de unificar criterios de actuación de enfermería así como conseguir los máximos estándares de calidad en la misma.

3 Caso clínico

Paciente varón, 65 años de edad; debido a un proceso infeccioso tras haber sido sometido a cirugía ortopédica, acumula 7 meses de ingreso hospitalario con evidentes signos emocionales consecuentes con un proceso depresivo a seguimiento por salud mental.

4 Discusión-Conclusión

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS NANDA EVALUADOS:
1-Deterioro de la interacción social: un marcado disconfort en las relaciones junto a la dificultad para establecer un funcionamiento social adecuado, debido a obstáculos ambientales y/o de la comunicación.
2-Ansiedad: el sentimiento de insuficiencia que se asocia a una estancia prolongada en el hospital así como la preocupación por los cambios en los acontecimientos vitales propios a causa de necesidades no satisfechas y factores estresantes respectivamente.
3-Impotencia: definida por la dependencia y/o frustración por la incapacidad para realizar actividades previas, ambas relacionadas con un entorno institucional disfuncional.
4-Afrontamiento eficaz: relacionado con la incertidumbre propia del ingreso manifestándose como la incapacidad para manejar la situación, así como la percepción subjetiva de crisis situacional que se presenta a modo de estrategias de afrontamiento ineficaces.
5-Deterioro de la regulación del estado de ánimo: mostrando una irritabilidad manifiesta que da como resultado cambios en los patrones del sueño.

OBJETIVOS (NOC):
-Mejora de las habilidades de interacción social.
-Mejora en la toma de decisiones y reducción del nivel de estrés.
-Favorecer la autonomía personal y la autogestión de los cuidados.
-Afrontamiento de problemas.
-Mejora del sueño y favorecer su propio equilibrio emocional.

DESARROLLO (NIC) :
-Facilitar las visitas: estableciendo las preferencias del paciente en cuanto a visitas y a la información que se proporciona.
-Potenciación de la autoestima: facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
-Apoyo Emocional: explorando con el paciente qué ha desencadenado las emociones así como no exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado.
-Técnicas de relajación: instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda.
-Facilitar la auto-responsabilidad: determinando si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud y animándole a que asuma tanta responsabilidad sobre sus cuidados como sea posible.
-Mejorar el afrontamiento: Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo así como a evaluar los recursos disponibles para lograrlos.
-Mejorar el sueño: Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
-Control del estado de ánimo: Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales, duelo/pérdida y problemas físicos).

CONCLUSIONES: Una estancia hospitalaria de por sí ya es estresante en condiciones normales por todo lo que implica, máxime cuando hablamos de ingresos de larga duración. En los estudios consultados, a mayor tiempo de estancia hospitalaria mayor riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental. En ocasiones nos centramos tanto en los síntomas gsicos y procesos terapéuticos que olvidamos el aspecto emocional. Atendiendo tales necesidades junto con las demás, y dándoles más peso en el proceso de atención de enfermería por medio de un plan de cuidados tipo al planteado aquí, se conseguiría mejorar la autopercepción del paciente sobre su proceso, identificar sus necesidades bási-

cas de confort para actuar en consecuencia, y ayudarle en su adaptación al medio extraño que supone el hospital para contribuir a una mejoría más rápida y a una consecuente reducción del tiempo de ingreso y/o costes hospitalarios.

5 Bibliografía

• Herdman TH, Kamitsuru S, editores. NANDA Interna. Diagnósenfermeros: definición y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015

• Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificaciónde resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5a ed. Madrid: Elsevier; 2014.

• Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6a ed. Madrid: Elsevier 2014.

• Abúli , P. , Comas , P. , Suñer, R. y Grau, A. :Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. Medicina Clínica, 2003; (120) 370-375

• Costas González M, Prado Robles V, Crespo Iglesias JM. Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. C Med Psicosom. 2013 16(107)

Capítulo 77

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

SARA CONTRERAS RAMOS

BORJA RUIZ TAMAYO

ANDREA NATAL FUERTES

1 Introducción

Proceso de Atención de Enfermería (PAE) realizado para un paciente que acude al servicio de urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León con un cuadro clínico de dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión abdominal.

Se ha realizado una valoración completa del paciente atendiendo a los dominios y criterios NANDA, identificándose 3 diagnósticos de enfermería y 5 problemas de colaboración. Tras priorizarlos acorde con las directrices de la pirámide de Maslow, se ha escogido el diagnóstico enfermero "[00198] Trastorno del patrón de sueño" sobre el que se ha planteado un objetivo (NOC) y sus respectivas intervenciones (NIC).

2 Objetivos

- Individualizar los cuidados del paciente.
- Realizar una valoración de la evolución de su estado de salud.

3 Caso clínico

Antecedentes personales:
Varón de 72 años nacido en León. No posee ninguna ocupación o trabajo. Reside en su domicilio con su mujer, tiene 2 hijas y 3 nietos, a los cuales ve unas 3 veces por semana. Sin alergias medicamentosas conocidas. Enfermedades: HTA moderada, insuficiencia respiratoria crónica e insuficiencia venosa en MMII. Antecedentes: pólipos en el intestino grueso y episodios de obstrucción repetitivos. Intervenciones quirúrgicas: resección de parte del colon hace 2 meses, por lo que el paciente tiene pautadas revisiones con colonoscopias periódicas. Tratamiento habitual: Captropril 25 MG/12h, O2 16h/día a 1´5 lpm, Daflon 500 MG/12h y duphalac.

Diagnóstico:
El paciente llega al servicio de urgencias con un cuadro clínico de dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión abdominal. Cuando el paciente entra al triaje, vuelve a contar el motivo de su llegada, sus antecedentes personales relevantes y se verifica que no tiene ninguna alergia. Se toman las constantes vitales, siendo estas:
- T.A: 136/87 milímetros de mercurio (mmHg)
- Frecuencia cardíaca: 84 pulsaciones por minuto (ppm)
- Saturación de O2 basal: 92%
- Temperatura: 36,1ºC

Se decide que el paciente debe ser remitido a un box de urgencias generales y se comunica el traslado al celador. El paciente se instala en el box con ayuda de la enfermera, el celador, el auxiliar de enfermería y la alumna de enfermería. Una vez acomodado, la enfermera junto con la alumna de enfermería le canalizan una vía venosa periférica en extremidad superior derecha y se aprovecha para extraer 3 tubos de analítica: hemograma, bioquímica y coagulación. Por su cuadro de náuseas y vómitos, se realiza una glucemia capilar: 60 mg/dl. Una vez terminada la preparación, se deja al paciente cómodo acompañado de su familia. Se le comunica que no puede comer ni beber nada por las posibles pruebas que le vayan a realizar. Se deja el timbre al alcance del paciente para que avise ante cualquier necesidad y se queda a la espera de la visita médica. Tras la exploración médica, se sospecha de obstrucción intestinal, se tramita el traslado del paciente a un box de observación, y se solicita las siguientes pruebas complementarias y tratamiento farmacológico.

Valoración:
- Dominio 1: Promoción de la salud.
El paciente se encuentra orientado y es consciente de su estado de salud y de por qué se encuentra ingresado en la unidad. Refiere una buena gestión de su estado de salud, cumpliendo con el régimen terapéutico que le otorgan sus antecedentes, comenta: "voy a que me miren la tensión todas las semanas", "me pongo el respirador en casa todos los días", "nunca me olvido de tomar la medicación". El paciente manifiesta tener miedo sobre qué es lo que podría pasar. Refiere estar preocupado por su estado de salud y comenta que su paciencia se está agotando: "estoy cansado ya de estar todo el día de médicos"

Dominio 1: Promoción de la salud - alterado

- Dominio 2: Nutrición.
El paciente se encuentra normo peso según su IMC, a pesar de que el apetito y estado nutricional del paciente sea insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas debido a su sintomatología presente. Durante las últimas horas antes de llegar a la unidad, refiere no haber ingerido nada, debido a las náuseas y vómitos. Debido a su problema, ha permanecido en dieta absoluta durante su estancia en el servicio de urgencias. Alimentación autónoma por ser totalmente independiente, no padece disfagia a líquidos ni a sólidos. Utiliza prótesis dentales en ambas arcadas. El paciente refiere haber cambiado su dieta tras la cirugía de resección de colón, siguiendo las recomendaciones médicas por la intervención quirúrgica.
Dominio 2: Nutrición - alterado

- Dominio 3: Eliminación e intercambio.
El paciente refiere no tener ninguna dificultad en su función urinaria. La función intestinal del paciente se muestra alterada, presentando un estreñimiento crónico y precisando de laxantes. Refiere llevar un control de las deposiciones, estando pautada la administración de un enema si no realiza deposición en 3 días. La función respiratoria también está comprometida debido a su insuficiencia respiratoria crónica, requiriendo la utilización de oxígeno en casa de manera habitual.
Dominio 3: Eliminación e intercambio - alterado

- Dominio 4: Actividad y reposo.
El paciente tiene dificultades para realizar esfuerzos moderados debido a la insuficiencia respiratoria crónica que padece, por lo que su actividad se encuentra limitada. No obstante, es capaz de realizar las ABVD por sí solo, comenta: "en

casa me las apaño perfectamente yo solo" La respuesta cardiovascular se encuentra disminuida, precisando la administración de vasodilatadores debido a la insuficiencia venosa en MMII que padece. Con respecto al reposo y sueño, refiere: "aquí no se puede descansar". Cuando se le pregunta, comenta que el ruido y las frecuentes visitas de los profesionales no le han permitido reposar.
Dominio 4: actividad y reposo - alterado

- Dominio 5: Percepción y cognición.
El paciente se encuentra orientado, consciente y colaborador durante su estancia en la unidad. Muestra interés e inquietud por su estado de salud.
Dominio 5: Percepción y cognición – no alterado

- Dominio 6: Autopercepción.
El paciente presenta una mala percepción de sí mismo y de la situación. A lo largo de la entrevista realiza comentarios tales como: "los años van para arriba y nosotros para abajo"
Dominio 6: Autopercepción - alterado
Dominio 7: Rol/Relaciones.
El paciente refiere que siempre ha tenido una buena relación con su familia y comenta que su mujer y sus hijas no merecen pasar por esto, haciendo referencia a su proceso. En el momento de la entrevista, el paciente se encuentra acompañado de su mujer y una de sus hijas. Nos comenta que su otra hija ya le ha llamado, pero no puede acompañarle porque está trabajando.
Dominio 7: Rol/Relaciones – no alterado

Dominio 8: Sexualidad.
La valoración de este dominio no se ha considerado relevante para la realización de este proceso de atención de enfermería.

- Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.
El paciente refiere que su estado de salud está preocupando mucho a él y a toda su familia. En el momento de la entrevista, revela que no consigue adaptarse a la situación porque cree que está perdiendo la paciencia.
Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés - alterado

- Dominio 10: Principios vitales.
La valoración de este dominio no se ha considerado relevante para la realización de este proceso de atención de enfermería.

- Dominio 11: Seguridad/protección.

Portador de una vía venosa periférica en el antebrazo derecho, sin dolor, eritema e hinchazón a la valoración. Se realiza una escala de riesgo de aparición de úlceras por presión que revela un riesgo mínimo o inexistente. Uso de barandillas de seguridad en la cama durante su estancia en la unidad atendiendo al protocolo.
Dominio 11: Seguridad/protección - alterado

- Dominio 12: Confort.
El paciente manifiesta tener bastante dolor. Se le administra analgesia pautada y refiere que le alivia, pero no del todo. Refiere molestias por tener que conservar la vía venosa periférica durante su estancia en el hospital, comenta: "a ver si me quitáis esto ya que molesta".
Dominio 12: Confort - alterado

- Dominio 13: Crecimiento/desarrollo.
La valoración de este dominio no se ha considerado relevante para la realización de este proceso de enfermería.

4 Discusión-Conclusión

Realizar un Proceso de Atención Enfermero al paciente permite individualizar y personalizar los cuidados hacia las propias necesidades del paciente, así como optimizar el trabajo de los profesionales.

5 Bibliografía

- Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- NNNConsult. Nanda International Nursing Diagnoses: Definitionsand Classifications 2015-2017[Internet] NANDA International; 2017 [acceso 12 de Octubre de 2018] Disponible en: http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/nanda

Capítulo 78

EL USO DE LA ESCALA NORTON COMO HERRAMIENTA PREVENTIVA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN GERONTOLOGÍA Y COMPARATIVA CON EL CUARTO ESTUDIO NACIONAL DE PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

SANDRA GARCÍA MONGIL

RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ

OLAYA DEL RÍO MORENO

LETICIA GONZÁLEZ LÓPEZ

PATRICIA RODIL MARTÍNEZ

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado. La presión capilar máxima se cifra en

torno a los 20 mmHg, y la presión tisular media entre los16-33mm Hg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis. En la formación de la UPP parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos períodos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales. Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son: presión, fricción y pinzamiento vascular.

La úlcera por presión es una complicación grave de la piel que afecta a los pacientes de cualquier contexto sanitario en todo el mundo. Su presencia está considerada un indicador negativo de la calidad asistencial, ya que puede agravar el estado físico y emocional del paciente, reduciendo su calidad de vida, incrementar los costes sanitarios, alargando las hospitalizaciones, y aumentar las tasas de morbimortalidad. Cabe señalar que la prevención de UPP es uno de los objetivos de seguridad planteados el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud más reciente.

El éxito de la prevención de las UPP requiere un enfoque multidisciplinar. Las enfermeras tienen un papel importante en la prevención y manejo de las complicaciones de las UPP. La literatura especializada revela que la falta de conocimientos en las enfermeras puede estar asociada con una mayor prevalencia de UPP.

Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que puedan haber situado a la persona en riesgo de desarrollar UPP. Todos los pacientes deber ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo con el objetivo de iniciar cuanto antes las medidas de prevención. Este riesgo debe ser revalorado a intervalos periódicos y cuando se produce algún cambio en el nivel de actividad o movilidad.

El binomio vejez-incontinencia facilita de manera clara y relevante la aparición y desarrollo de estas lesiones. En el estudio de Martínez y cols. sobre incontinencia urinaria se afirma que en pacientes institucionalizados mayores de 65 años, el porcentaje de padecer incontinencia urinaria es del 40% al 60%.

No se tienen muchos datos acerca de la incidencia de la incontinencia fecal y mixta, aunque se estima que pueden afectar al 2% de la población con un riesgo aumentativo en pacientes institucionalizados. Doreen Norton desarrolló en 1962

la primera escala de valoración de UPP (EVRUPP) en la cual se incluía la incontinencia como factor importante de padecer estas lesiones. Todas las escalas que han aparecido posteriormente y que derivan de la Norton han incluido la incontinencia urinaria y fecal como factores de riesgo. La escala de Norton tiene una sensibilidad del 73-92% y una especificidad del 61-94%. Desde los estudios realizados por Jordan y cols. y Jordan y Clark se han realizado múltiples estudios acerca de la localización y estadios de las UPP. Según estos autores, las localizaciones más frecuentes son: sacro (40%) y talones (20%), seguidos de isquiones (15%) y trocánteres (10%), aunque las lesiones pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo.

En el 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España realizado en 2013, la prevalencia de las úlceras por presión en centros sociosanitarios (CSS) es del 13.41%, bastante superior a la media en centros hospitalarios (7.87%) y en atención primaria (8.51%). Dicho estudio también corrobora el aumento de la prevalencia de úlceras por presión con respecto a los estudios de años anteriores especialmente en centros sociosanitarios, manteniéndose el porcentaje relativamente estable en centros hospitalarios.En España, desde 1999, a partir de la realización del primer estudio piloto sobre epidemiología de las UPP en la Comunidad de La Rioja, el GNEAUPP ha intentado hacer visible la importancia de un problema mediante la realización de estudios epidemiológicos de ámbito nacional en los años 2001, 2005, 2009 y 2013 con el objetivo de posicionarlo como un problema de salud pública que precisa de todos los medios y recursos para combatirlo.

Ante la necesidad de implementar intervenciones de enfermería efectivas para disminuir la prevalencia de UPP y, en consecuencia, contribuir a la mejora de la seguridad del paciente, se ha planteado este estudio con el siguiente objetivo general: evaluar el impacto de la intervención de enfermería en la prevención y tratamiento de UPP.

2 Objetivos

Los objetivos del presente trabajo son:
1. Identificar de forma precoz a los pacientes que pueden presentar UPP, en base a la presencia de factores de riesgo.
2. Proporcionar un criterio objetivo para la aplicación de medidas preventivas en función del nivel de riesgo.
3. Clasificar a los pacientes en función del grado de riesgo, con fines de estudios epidemiológicos y/o de efectividad.

4. Analizar el impacto del uso de EVRUPP en un centro sociosanitario de Asturias.
5. Conocer la eficacia de medidas preventivas aplicadas tras la valoración inicial de los residentes.
6. Conocer la prevalencia de UPP en la residencia geriátrica a estudio.
7. Comparar los resultados con el último estudio de prevalencia de úlceras por presión en España.

Uno de los puntos clave en el ámbito de la seguridad del paciente en instituciones geriátricas es la integridad cutánea del mismo, debiéndose establecer estrategias preventivas para identificar el riesgo y así evitar su aparición. Estudiaremos la validez y eficacia de una de las estrategias utilizada en la Residencia Ovida de Asturias en la cual al ingreso ya se realiza una valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión, pudiendo así tomar medidas asistenciales que eviten su desarrollo.

El objetivo de la valoración del riesgo es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y la identificación de los factores específicos que los ponen en situación de riesgo. En nuestro caso utilizamos como base del trabajo la primera escala de prevención descrita por Doreen Norton en 1962 para valorar el riesgo que padecían los pacientes de desarrollar UPP. Este trabajo describe la experiencia profesional en un centro geriátrico en el cual se analizaron las historias clínicas de los pacientes con riesgo de padecer UPP y sobre dichos análisis se construyeron ciertas pautas para una mejora futura en la prevencion del desarrollo de las úlceras, todo esto nos permite reflexionar del porqué es necesario revisar continuamente los procedimientos y establecer nuevas estrategias ante un problema tan importante de salud pública.

3 Metodología

La primera parte de este trabajo recoge un estudio de carácter retrospectivo sobre una cohorte de pacientes institucionalizados en la Residencia Ovida en Asturias.

El período de estudio estuvo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016. Durante ese período a todos los pacientes que ingresaron en el centro se les realizó una valoración en las primeras 24 horas del ingreso, posteriormente una valoración semanal y finalmente otra valoración el día del alta.

Para la identificación del riesgo de padecer úlceras por presión se revisaron las historias clínicas mediante el programa informático Resiplus. La valoración in-

cluyó las variables demográficas: edad, sexo, fecha de ingreso, fecha de alta y días de ingreso. Como variables clínicas se registraron: diagnóstico médico que motivó el ingreso, diagnósticos de enfermería seleccionados (déficit de autocuidado:alimentación, déficit de autocuidado: uso w.c., déficit de autocuidado: baño/higiene, déficit autocuidado: vestido/acicalamiento, deterioro de la movilidad física, intolerancia a la actividad y deterioro de la integridad cutánea), superficies especiales de manejo de presión en cama, existencia de úlceras por presión con su estadio y localización y valoración del riesgo de úlceras por presión mediante escala de Norton. La escala Norton considera cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico y es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo.

Presenta un rango total de 1 a 20 puntos. Una puntuación total de 14 puntos o menos, indica que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas. Cuanto más bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor. Interpretación orientativa de la puntuación: De 5 a 9 puntos: Riesgo muy alto De 10 a 12 puntos: Riesgo alto De 13 a 14 puntos: Riesgo medio > de 14 puntos: Riesgo mínimo / sin riesgo.

Se analizaron los pacientes con riesgo muy alto, alto o medio de desarrollar úlceras por presión a los cuales se les aplicaron estrategias preventivas habituales en la profesión, tales como: Colchón antiescaras, cambios posturales y aplicación de acidos grasos hiperoxigenados en zonas de presión.

La presencia de úlceras por presión al ingreso se valoró mediante examen físico del paciente, teniendo en cuenta las localizaciones y estadio siguiendo la clasificación del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Este mismo criterio se siguió para la valoración semanal de cada paciente durante su ingreso y al alta.

Todas las variables analizadas se registraron en una ficha que se cumplimentó para cada paciente con datos recogidos de la historia clínica y la observación directa. Posteriormente se valoró la eficacia de estas estrategias midiendo la frecuencia de aparición de UPP así como su posterior resolución o no. La segunda parte de este trabajo consiste en una revisión bibliográfica del 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España del año 2013, es un estudio observacional, transversal, tipo encuesta epidemiológica mediante cuestionario. La población del estudio fueron centros sanitarios y sociosanitarios residenciales, tanto públicos como privados situados en el territorio del estado español. La información fue proporcionada directamente por los profesionales que aceptaron participar

en los diferentes ámbitos asistenciales.

Se han recogido varios tipos de variables: descriptivas de los centros sanitarios y sociosanitarios; personas atendidas y casos con UPP en los hospitales y CSS o en los centros de salud (atención domiciliaria); variables demográficas y clínicas de las personas con UPP; variables descriptivas de las lesiones.

El cuestionario para la recogida de datos fue el mismo utilizado en los estudios previos con algunas modificaciones. También se preparó una versión del cuestionario en formato de archivo portable (PDF) que permitía completarlo en un ordenador o bien imprimirlo y completarlo en papel. El período de recogida de datos fue entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2013. La invitación para participar en el estudio y completar el cuestionario se envió a todos los profesionales miembros del GNEAUPP y se difundió ampliamente a través de redes sociales y foros profesionales sobre heridas.

Asimismo se utilizaron bases de datos como Google académico, Pubmed y Sciielo. Se utilizaron palabras clave como: UPP, prevalencia, escala Norton y úlceras por presión.

4 Resultados

-Residencia Ovida
Empezando a analizar resultados sobre la primera parte del trabajo correspondiente al analisis realizado en la Residencia Ovida nos encontramos que durante el período de estudio, comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016, permanecieron ingresados en la unidad asistencial 249 pacientes. La edad media de los pacientes ingresados fue de 78,6 años con un rango de edad comprendido entre 60 y 94 años. El 25% de los pacientes tenía menos de 75 años, el 50% estaba comprendido entre 75 y 84,5 años y el 25% restante tenía más de 84,5 años.

Se constató una gran diferencia entre las mujeres ingresados y los hombres ingresadas, a favor de las primeras 69,1% frente al 30,9%. La presencia al ingreso de los diagnósticos de enfermería seleccionados fue la siguiente: deterioro de la movilidad física, 75,7%; intolerancia a la actividad, 54,6%; déficit de autocuidado: baño/higiene, 69,5%; déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento, 46,4%; déficit de autocuidado: uso del WC, 44,3%; deterioro de la integridad cutánea, 26,8%; déficit de autocuidado: alimentación, 16,5%. Analizando el riesgo de úlceras por presión mediante la escala Norton al ingreso se observó que el 35.74% presentaba

riesgo medio- alto. La distribución de este riesgo por grupos fue la siguiente: el 4.02%(10) presentaban riesgo muy alto, el 16.47% (41) riesgo alto, el 15.26% (38) riesgo medio y el 64.26% (160)riesgo mínimo o de ausencia de desarrollar UPP.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación Norton al ingreso de los hombres y de las mujeres. Existe una relación entre la puntuación Norton al ingreso y la edad, observándose que a mayor edad menor puntuación en la escala y por tanto mayor riesgo. En el grupo de edad 60-69 años el riesgo aparece en el 32,5% de los pacientes; en el grupo 70-79 años aparece en el 51.2%; en el grupo 80-89 se manifiesta en el 60.4% y en el grupo 90-99 en el 79% de los pacientes al ingreso.

Relacionando el riesgo de presentar úlceras por presión (UPP) con la presencia observada de úlceras, al ingreso comprobamos que el porcentaje de úlceras aumenta según incrementa el riesgo. En el grupo de pacientes sin riesgo la aparición de UPP fue del 3,2 % (5). Del total de pacientes a los que se les aplicaron estrategias preventivas que fueron 89 (aquellos que presentaron riesgo muy alto a riesgo medio), el 31,04% (28) presentaron úlceras por presión, las cuales clasificamos en función del riesgo y de su procedencia:

-Del grupo de riesgo muy alto, el 10% (1) tenía UPP previa al ingreso y el 30% (3) desarrollo UPP en el centro
-Del grupo de riesgo alto, el 19,5% (8) tenía UPP previa al ingreso y el 12,1% (5) desarrollo UPP en el centro
-Del grupo de riesgo medio, el 21,05% (8) tenía UPP previa al ingreso y el 7.9% (3) desarrollo UPP en el centro.

Es decir, el 60,7% (17) de las UPP tenían un procedencia externa al centro (hospital, casa, otra residencia, etc) y el 39,3% (11) se desarrollaron dentro del centro con las estrategias adoptadas. En referencia al sexo, podemos destacar que las UPP afectan en mayor proporción a las mujeres, un 75% frente al 25% que representa a los hombres. Valorando las localizaciones más frecuentes de las UPP de este estudio, el 51,02% se localizaron en sacro, el 20,40% en glúteos, el 18,3% en talones, el 6,1% en trocánteres, el 2,04% en pies y el 2,04% en maleólos. Finalizado el año se evaluó que proporción de UPP habían sido resueltas, siendo el 50% (14). En conjunto, la prevalencia de UPP en el período de estudio fue del 11.2%.

Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España

Respecto al 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España, los resultados fueron los siguientes:

- Durante el período de estudio se recibieron un total de 728 cuestionarios (en el formulario en línea y en formato papel). Inicialmente se realizó la tabulación de los datos y la comprobación de su integridad, para detectar registros duplicados, con datos erróneos o no congruentes, o sin información específica para los objetivos del estudio. Tras la depuración de la base de datos se obtuvieron 509 cuestionarios con datos válidos para el análisis.
- En los cuestionarios válidos estaban representados los tres niveles asistenciales, con mayor presencia de unidades de hospitales, 319 cuestionarios (66,7%), seguidos por CAP, 110 (21,6%) y CSS con 85 (16,7%). Se obtuvieron datos de las 17 comunidades autónomas.

HOSPITALES

Los datos corresponden a 319 unidades de hospitalización pertenecientes a 67 hospitales. Según titularidad y modo de gestión, la mayoría (93,4%) son hospitales públicos, un 3,1% públicos con gestión privada, un 1,9% hospitales privados concertados, un 0,9% hospitales privados y un 0,6% mutuas de accidentes de trabajo. Según tamaño del hospital, un 78,7% corresponden a centros de más de 500 camas, el 10,3% entre 200 y 499 camas, un 8,2% entre 100 y 199 camas, y un 2,8% de hasta 99 camas.

En cuanto al tipo de unidades de hospitalización de las que se han recogido datos: un 38,9% son de hospitalización médica, un 20,7% de hospitalización quirúrgica, un 15,4% unidades de cuidados intensivos (UCI), un 13,8% de hospitalización mixta (médica y quirúrgica), un 4,1% unidades hospitalarias de media estancia, un 2,2% unidades de hospitalización maternal, un 2,2% unidades de urgencias y el resto unidades con menos del 1% de representación.

ATENCIÓN PRIMARIA

Se han obtenido datos de 110 CAP. Casi todos son públicos (93,6%), pero hay dos centros privados concertados (1,8%), un centro público con gestión privada (0,9%) y un centro privado (0,9%). Con respecto al ámbito de población atendida, un 43,6% se definen como centros urbanos (considerados como los que atienden a poblaciones de más de 10 000 habitantes), un 30,9% como rurales y un 25,5% como mixtos.

CENTROS SOCIOSANITARIOS

Datos de 85 unidades o plantas de 75 CSS, de los cuales, un 64,7% son residencias de mayores, un 29,4% sociosanitarios, y el resto (4,8%) de otro tipo: discapacitados, convalecencia o paliativos. Según su titularidad, son públicos un 41,2%, privados concertados un 48,2% y privados un 10,6%. Considerando el tipo de residentes

atendidos, la distribución fue: solo válidos (0%), solo asistidos (20,0%) y ambos tipos (74,1%). En un 5,9% no se indicó este dato.

Prevalencia de úlceras por presión

HOSPITALES

Los datos se presentan diferenciados para pacientes adultos e infantiles, aunque en estos últimos, la muestra es mucho menor. En pacientes adultos ingresados en hospitales: pacientes totales ingresados en la fecha de obtención de los datos: 8170; pacientes con UPP en cualquier categoría: 643. La prevalencia bruta (en adelante los valores se refieren a prevalencia bruta o directa, salvo que se indique otra cosa) fue del 7,87%. Adicionalmente se ha calculado la PM (a nivel de unidades del hospital; N = 305): 8,70% (±10,15) y la PM a nivel de hospital en su conjunto (N = 65): 11,28% (±9,77). En pacientes infantiles, los valores obtenidos son: pacientes totales ingresados en la fecha de obtención de los datos: 149; pacientes con UPP de cualquier categoría: 5. La prevalencia de UPP fue del 3,36%. La PM (a nivel de unidades pediátricas, N = 10) fue del 9,75% (±18,81). Los datos de prevalencia de UPP en población infantil deben interpretarse con precaución, ya que la muestra es pequeña y no garantiza la representatividad, aunque es orientativa.

Se ha realizado el cálculo de la prevalencia en adultos ajustada según determinadas características de hospitales. Según el tamaño del hospital, hay cierta variación en la cifras, pero sin diferencias significativas. Según la titularidad o tipo de gestión del hospital, se encuentra una menor prevalencia entre unidades de hospitalización de hospitales no públicos. Cuando se realiza el ajuste según los tipos de unidades de hospitalización, se encuentra que la prevalencia en UCI es significativamente mayor a la del resto de unidades hospitalarias.

ATENCIÓN PRIMARIA

Los datos obtenidos en los 110 centros de salud muestreados son: usuarios totales atendidos: 711 981; personas mayores de 65 años: 176 873; personas en programas de atención domiciliaria (ATDOM) -considerados como población con especial riesgo-: 9091; personas con UPP de cualquier categoría: 774. A partir de estos datos es posible obtener varios indicadores epidemiológicos:

- Prevalencia poblacional: 0,11%.
- Prevalencia en mayores de 65 años: 0,44%.
- Prevalencia entre personas en programas de ATDOM: 8,51.

Adicionalmente se han calculado las PM en mayores 65 años: 1,72% y PM en ATDOM 15,32%. El ajuste de la prevalencia en función del ámbito del CAP muestra

que en los centros rurales (en poblaciones de menos de 10 000 habitantes) es significativamente menor que en los centros urbanos o en los centros mixtos.

CENTROS SOCIOSANITARIOS

Los datos corresponden a 85 plantas o unidades de 75 centros: personas residentes en el día de la obtención de los datos: 7048; personas con UPP de cualquier categoría: 945. La prevalencia es del 13,41%. También se ha calculado la PM (a nivel de unidades o plantas de CSS; N = 85): 13,24% y la PM (a nivel de centro; N = 75): 12,42%. El ajuste de la prevalencia según la titularidad de los CSS muestra que la prevalencia es significativamente menor en los centros públicos frente a los concertados o privados.

Características de los pacientes con úlceras

Se han obtenido datos de un total de 1091 personas adultas (>14 años) con úlceras, con la siguiente distribución según entornos asistenciales: 538 pacientes (49,3%) en hospitales, 376 (34,5%) en CSS y 177 (16,2%) en CAP. La tabla 3 muestra las principales características demográficas y clínicas de las personas que presentaron úlceras en la muestra estudiada. Globalmente hay un ligero predominio de mujeres, aunque con variaciones según niveles asistenciales. La edad es elevada: más de un 75% de la muestra son mayores de 72 años, aunque en el grupo de pacientes atendidos en hospitales la media de edad es menor. En cuanto a la valoración del riesgo de UPP, hasta un 7,7% de pacientes estaban clasificados como de bajo riesgo, mediante una escala. El número de úlceras por paciente no sigue una distribución normal, por lo que se ha usado la mediana para presentar los datos. Globalmente, la mediana del número de úlceras por paciente es 1. No hay diferencias en la mediana del número de lesiones por paciente en los tres niveles asistenciales; en todos es igual a 1. La tabla 3 muestra los porcentajes de pacientes según el número de úlceras que presentaban. En conjunto, un 22% de estos pacientes con UPP no disponían de una superficie especial de manejo de la presión (SEMP) en el momento de obtener los datos, y el porcentaje era significativamente mayor (33,9%) entre los pacientes en CAP.

Características de las úlceras

Se han obtenido datos de un total de 1622 lesiones, de las cuales 838 (51,7%) corresponden a pacientes en hospitales, 541 (33,4%) son de personas en CSS, y 243 (15,0%) de personas atendidas en CAP. Las características clínicas de las lesiones se presentan en la tabla 4. El mayor porcentaje corresponde a úlceras de categoría 2 (incluso si se consideran los valores no recodificados), con una mediana de área de 6 cm2y un tiempo de evolución con una mediana de 30 días. El mayor

porcentaje corresponde a lesiones cuya etiología es la presión y/o la cizalla, es decir UPP, aunque también están representadas lesiones por humedad y lesiones combinadas.

En conjunto, son UPP nosocomiales, es decir generadas durante la estancia en hospitales o CSS, el 65,6% de las lesiones, mientras que el 29,6% se han desarrollado en el domicilio del paciente. Además, se han obtenido los porcentajes de UPP que se habrían desarrollado en el mismo hospital o el mismo CSS en que se encontraba el paciente en el momento del estudio, y que son el 54,4% en los hospitales y el 57,0% en los CSS.

5 Discusión-Conclusión

Con este estudio hemos pretendido conocer la situación en nuestro medio laboral del riesgo de aparición de UPP en los pacientes ingresados, ya que disponemos de pocos datos al respecto. La edad de los pacientes ingresados fue muy avanzada, superando los 80 años la mitad de la población hospitalizada. Esta edad supone por sí misma uno de los criterios de fragilidad de la persona mayor, que conlleva un mayor riesgo de padecer los grandes síndromes geriátricos, entre los que encontramos las UPP. En comparación con el estudio de prevalencia nacional, se observan unos rangos de edad similar .

Los diagnósticos enfermeros entendidos como juicio clínico sobre la respuesta de una persona ante un problema de salud proporcionan la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable. En nuestro estudio hemos encontrado que los diagnósticos ligados a la movilidad y la actividad eran los que con mayor frecuencia se presentaban en los pacientes ingresados, y por el contrario, los ligados a la alimentación eran los menos destacados. No se puede contrastar este dato con el estudio de prevalencia nacional.

La edad es considerada como factor de riesgo para la aparición de UPP y como tal apareció en nuestro estudio, aunque esta afirmación no podamos generalizarla. En nuestro estudio, al igual que en estudio de prevalencia nacional, encontramos que el riesgo tiene una relación directa con la aparición de úlceras, de tal forma que a mayor riesgo mayor porcentaje de UPP, hasta llegar casi a la mitad en el grupo de riesgo alto al ingreso. La prevalencia es 3 veces mayor en mujeres que en hombres.

La localización de las úlceras en nuestro trabajo sigue el mismo patrón que

aparece en el estudio de prevalencia nacional, siendo las localizaciones más frecuentes sacro y glúteos. En cuanto a los diagnósticos de enfermería que hemos seleccionado, consideramos que son de valoración necesaria en todo paciente geriátrico. Estos diagnósticos pertenecen al patrón de actividad y ejercicio, excepto el riesgo de deterioro de la integridad cutánea, que pertenece al patrón nutricional y metabólico (24, 35). Lo que evidencian estos diagnósticos en los pacientes que presentan úlceras es un elevado nivel de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, ya que predominan los diagnósticos de déficit de autocuidado.

Nuestros resultados indican que las cifras de prevalencia de UPP en los centros sanitarios y sociosanitarios españoles han aumentado en el año 2013, en los tres niveles asistenciales en relación con los estudios nacionales anteriores. En CSS, las cifras en España son algo superiores a las publicadas para Irlanda del 9,0% en 12 instituciones residenciales en 2011 y similares al 14,4% en centros de larga estancia de Estados Unidos.

Es importante destacar que la mayoría de las lesiones (65%) son nosocomiales, mientras que no llegan a un tercio las que se generan en los domicilios de los pacientes. Este hecho debe hacer reflexionar sobre la efectividad de los cuidados preventivos prestados, así como el grado de prioridad que la prevención de UPP tiene en las instituciones sanitarias y en la necesidad de determinar estrategias orientadas hacia contextos que permitan una adecuada notificación de la incidencia de UPP.

Bajo la denominación de UPP se vienen incluyendo diferentes lesiones de la piel que aparecen en personas encamadas o con dependencia y que obedecen a diferentes etiologías y mecanismos de producción, tal como recientemente se ha propuesto desde nuestro grupo. Basándonos en la etiología indicada por los profesionales informantes, hemos agrupado las lesiones de forma acorde con la nueva clasificación, lo que permite poner de manifiesto que algo más del 70% serían UPP, en torno a un 6% lesiones relacionadas con la humedad, y sobre un 16% lesiones combinadas presión + humedad. Esta diferenciación en las lesiones, según su forma de producción, es importante, puesto que puede permitir mejorar los métodos de prevención en cada centro, según las prevalencias de cada tipo. La prevalencia de UPP encontrada en nuestra investigación es del 11.2% , son cifras similares a las encontradas en el último estudio de prevalencia nacional del año 2013, donde centrándonos en los centros socio sanitarios la prevalencia se encuentra en un 13.41%. Podemos, por tanto, afirmar que nos encontramos por

debajo de la media nacional aunque no exista una gran diferencia.

La valoración de los resultados de nuestro estudio nos sirve como herramienta para conocer la situación actual de un problema de salud importante como son las UPP en las Unidades de geriatría. En nuestra investigación podemos concluir con los siguientes hallazgos:
• Más del 35% de los pacientes ingresados presentaron riesgo de desarrollo de úlceras por presión.
• El riesgo aumentó con la edad y con las patologías médicas relacionadas con el déficit o alteración de la movilidad.
• Una menor puntuación de la escala tiene una relación directa con la aparición de úlceras. Casi la mitad de los pacientes de riesgo muy alto presentó UPP.
• En relación con la prevalencia de úlceras, nos encontramos que dentro de los rangos habituales y en relación a la incidencia nuestros valores son ligeramente inferiores.
• Los diagnósticos de enfermería más frecuentes en los pacientes que presentaron úlceras por presión fueron los relacionados con los déficits de autocuidado y por consiguiente los implicados en la dependencia.

La valoración mediante la escala NORTON realizada es eficiente en tiempo y recursos, además de ser fácil de hacer. Una buena valoración del paciente al ingreso es fundamental para determinar el riesgo de desarrollar UPP. Este estudio ha demostrado la eficacia de la valoración al ingreso mediante la sencilla escala NORTON y las medidas adoptadas para evitar el desarrollo de UPP.

Es importante realizar estudios de prevalencia de UPP sistemática y periódicamente para conocer su importancia y poder abordar políticas eficaces y eficientes de prevención y tratamiento.

Todo lo anteriormente expuesto nos indica que la valoración del riesgo al ingreso es necesaria para desarrollar acciones preventivas acordes a las características del paciente, así como el empleo adecuado de los recursos materiales y humanos. Estas acciones deben establecerse como un protocolo de actuación que nos facilite el camino para la pronta detección del riesgo y la rápida intervención enfermera.

6 Bibliografía

1. Soldevilla Agreda J, Posnett J, Verdú Soriano J. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España [Internet].

Scielo.isciii.es. 2017
2. Torra i Bou J, Rodríguez Palma M, Soldevilla Agreda J. Redefinición del concepto y del abordaje de las lesiones por humedad: Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) [Internet]. scielo.isciii.es. 2017
3. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes [Internet]. Scielo.isciii.es. 2017
4. Pancorbo-Hidalgo P, García-Fernández F, Torra i Bou J, Verdú Soriano J. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014;25(4):162-170.
5. Carbonell-Fornés P, Murillo-Llorente M. Las úlceras por presión en gerontología: prevalencia y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2015;26(2):63-67.
6. Sancho À, Albiol R, Mach N. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. Atención Primaria. 2012;44(10):586-594.

Capítulo 79

ANÁLISIS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS EN EL HOSPITAL DE CABUEÑES DURANTE 2017 Y 2018 E IMPLICACIÓN ENFERMERA EN LA MEJORA.

SANDRA GARCÍA MONGIL

MARTA GONZÁLEZ DÍEZ

RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ

OLAYA DEL RÍO MORENO

PATRICIA RODIL MARTÍNEZ

1 Introducción

La mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios dirigidos a los pacientes ha incidido directamente en el proceso de atención de nuestro sistema sanitario. Esta calidad asistencial se mide mediante investigaciones y registros generales de información hospitalarios que sirven de para la evaluación continua, replanteamiento y reorganización de las actividades de los servicios ofrecidos.

Para brindar una calidad lo mejor posible, en los servicios de salud deben reunirse diferentes características. Entre todas las características implicadas en el perfec-

cionamiento en los servicios prestados son principales el alto nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de recursos, el mínimo riesgo para el paciente y un alto grado de satisfacción del paciente, el cual va unido de la mano al impacto final en la salud del mismo.

El bloque quirúrgico constituye un elemento esencial dentro de un hospital. Todo ello es debido a cosas como el alto coste de los recursos utilizados, la cantidad de recursos humanos que moviliza y el impacto de las intervenciones que se realizan en él sobre la salud de los pacientes. Es por eso por lo que precisa de un seguimiento y una gestión adecuados, cosas que automáticamente se verán reflejadas en los gastos sanitarios y en la percepción de los pacientes sobre la correcta gestión del servicio.

Dentro del servicio quirúrgico del Hospital Universitario de Cabueñes nos encontramos con un total de 14 quirófanos divididos entre las diferentes especialidades quirúrgicas del propio hospital, un total de 10 especialidades. Todo esto a la espera de la creación de un nuevo anexo a dicho hospital con más salas de quirófano para los servicios que se determine.

El presente estudio pretende hacer un análisis de las cirugías canceladas a lo largo de todo el año 2018 y compararlo con las canceladas en 2017 en el Hospital Universitario de Cabueñes, clasificándolo según especialidades y según los motivos de cancelación por los que se etiquetan en el programa informático Selene, usado en el centro.
Por todo esto, el objeto de estudio serán las cirugías canceladas, cuyos datos serán clasificados en las siguientes variables de cancelación de cirugías propuestas por el programa citado:

I. Anestesia:
- Falta de tiempo
- Imposibilidad de intubación endotraqueal

II. Cirugía:
- Desaparición de la patología
- Falta de tiempo

III. Paciente:
- Falta de preparación
- Motivos médicos
- Rechazo por parte del paciente

IV. Organización:
- Falta de camas
- Falta de personal
- Falta de sangre o derivados
- Falta de material
- Huelga/catástrofe
- Incidencia esterilización
- Urgencia en quirófano

Según los resultados se destacarán los puntos débiles clave sobre los que incidir para propiciar una mejora de los servicios de quirófano del hospital de estudio y así conseguir una percepción por parte de los ciudadanos de una mejora en lo relativo a la sanidad en este servicio. Sobre todo en cuanto a listas de espera, tiempos de preparación y percepción acerca de la situación general de todo el proceso necesario para una cirugía.

2 Objetivos

- Analizar la suspensión de las cirugías y sus motivos en el Hospital Universitario de Cabueñes durante los años 2017 y 2018.
- Determinar si se cumple como criterio de calidad la disminución de la cantidad de cirugías suspendidas de un año a otro.
- Hacer un análisis de los motivos.

3 Metodología

Para la realización del estudio, fueron recogidos datos del año 2017 en cuanto a cirugías programadas y cirugías suspendidas en función de sus motivos (anexos I y III). Y los mismos datos fueron recogidos relativos al año 2018 (anexos II y III).

Se analizó el número total de cirugías programadas y urgentes de los años 2017 y 2018, clasificadas según la especialidad que las ha citado para operar; y el número de cirugías canceladas en el mismo periodo de tiempo, clasificadas según especialidad y motivo de suspensión. Han sido excluidos del estudio todos aquellos pacientes que fueron intervenidos de urgencia. Es decir, fueron tenidas en cuenta 13250 intervenciones llevadas a cabo a lo largo de todo el tiempo de estudio, una muestra de gran tamaño si se generaliza, aunque de pequeño tamaño si se tienen

en cuenta tan solo determinados servicios de manera aislada. A pesar de todo, una muestra muy representativa para un estudio de este calibre.

El fin de este estudio es plasmar la evolución en cuanto a la eficiencia de los servicios sanitarios de quirófano de este hospital y dejar constancia de los motivos por los que se sufren más cancelaciones de cirugías, para así poder subsanar aquellos errores que estén al alcance del centro y del personal del mismo dentro de lo posible. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, ya que se limita a analizar los datos recogidos de registros de años previos a la realización del estudio. Hablamos de una investigación cuya muestra son las personas sometidas a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Universitario de Cabueñes desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018.

Este estudio no contempla la utilización de datos de carácter personal para su llevada a cabo por lo que no contempla aspectos éticos reseñables a la hora de la obtención de los datos para su llevada a cabo.
Los datos fueron obtenidos a través de la solicitud de los mismos a la unidad de información del Hospital Universitario de Cabueñes. La finalidad principal de esta investigación es la mejora de la calidad de los servicios tras averiguar cuáles son los principales motivos de suspensión en cada servicio para así poder abordarlos de la mejor forma posible. Este abordaje incluiría desde la propia concienciación de los profesionales acerca de los gastos que supone la suspensión de una intervención para los servicios sanitarios y la implicación emocional que tiene esto mismo en el paciente que se va a someter a la cirugía.

4 Resultados

Durante los años 2017 y 2018 fueron programadas 6614 y 6636 cirugías respectivamente. Podemos definir como cirugía programada aquella cuya fecha ha sido consensuada por un equipo médico tras una valoración previa del paciente, con la suficiente antelación como para que las gestiones del equipo médico y el paciente estén preparadas.

Los servicios que más cirugías han programado son el servicio de traumatología y el servicio de ginecología, seguidos de urología y cirugía general digestiva. Traumatología y ginecología recogen un 39% de la programación de ambos años, mientras que urología y cirugía general digestiva recogen un 25% de las cirugías el primer año y un 24% el segundo año de estudio. Cabe destacar que estos últimos van seguidos en programación de cirugías por el servicio de cirugía vas-

cular quien varía mínimamente habiendo programado 684 intervenciones en el año 2017 y 772 en el año 2018.

El objetivo de este estudio es hacer un análisis de las cirugías que han resultado suspendidas en los años 2017 y 2018, además de hacer un análisis sobre los motivos por los que no se han realizado las mismas con el fin de constatar en que ámbitos se deberá incidir para la mejora de los servicios prestados por parte del Hospital Universitario de Cabueñes en cada una de sus unidades. Esta mejora de la gestión de las cirugías se traduciría directamente en un menor gasto económico para el hospital y para la sanidad pública, lo cual se torna muy importante a medida que se acumula con el paso del tiempo el ahorro y el gasto correspondientes.

Entendemos por cirugía suspendida, aquella intervención programada que no ha sido realizada en la fecha y hora previstas. La tasa de suspensión de cirugía se define como el número de cirugías suspendidas dividido por el número total de cirugías programadas en un determinado periodo de tiempo en una institución multiplicado por cien. De acuerdo con esta definición se utilizó la fórmula, previamente usada en el estudio de Machado-Landim et al.1 : (Cirugías suspendidas)/(Cirugías programadas) x100.

Durante el año 2017 se programaron 6614 cirugías de las cuales 419 fueron suspendidas, encontrándonos con una tasa de suspensión del 6,33%. En cambio, durante el año 2018 fueron programadas 6636 cirugías de las cuales fueron anuladas 396 por lo que la tasa de suspensión descendió al 5,96%. Esto indica una mejora importante, lo que a su vez supone un aumento en la eficiencia del servicio quirúrgico del Hospital Universitario de Cabueñes, ya que la tasa de suspensión de intervenciones en el centro hospitalario descendió un 0,37% entre ambos años.
En otros países la tasa de suspensión de cirugías oscila entre un 7%2 y un 16%3. En Canadá, Australia, Inglaterra y Pakistán las tasas reportadas fueron del 10, 12, 14 y 25% respectivamente4. En Estados Unidos oscila entre el 5 y el 13%5,6.

Según la clasificación por servicios de las cirugías suspendidas, dermatología ha sido el que menos operaciones ha cancelado. En 2017 tan solo canceló una intervención, mientras que en 2018 canceló 5, de un total de 338 cirugías programadas por el servicio en ambos años. Siguiéndole se encuentra el servicio de anestesia y reanimación, unidad que canceló 7 intervenciones el primer año y 6 el segundo, de un total de 404 cirugías programadas en los años en los que se circunscribe el estudio. Cabe destacar que el servicio de dermatología se encuentra entre los que menos intervenciones han programado, junto con el servicio de cirugía maxilofacial, y seguido del servicio de anestesia y reanimación.

Los servicios que registraron mayor porcentaje de cirugías suspendidas fueron traumatología, también servicio que más intervenciones programó, y el servicio de angiología y cirugía vascular. Dentro de los 13 motivos de cancelación de una cirugía que recoge el programa informático usado en el área de quirófano de este hospital, a lo largo de 2017 y 2018 tan solo se registraron cancelaciones por 10 de los mismos. Dado esto, y con los datos recogidos, se continuó analizando los motivos por los cuales fueron suspendidas las intervenciones y se observó que las principales razones por las que se cancelaron cirugías durante los años analizados fueron la falta de tiempo y los motivos médicos, con gran diferencia respecto a los demás motivos.

La falta de tiempo correspondió a un 49,08% del total de cirugías suspendidas a lo largo de ambos años y, a su vez, los motivos médicos fueron causa de cancelación de 33,82%. Entre ambos motivos suman un 88,9% del total, algo de completa importancia tratándose de un aumento tan notable respecto a los otros posibles motivos por los que se cancelaron intervenciones. En 2017 el motivo que supuso menos cancelaciones fue la imposibilidad de intubación endotraqueal, el cual supuso tan solo dos cancelaciones, seguido de la desaparición de patología, que supuso cuatro cirugías suspendidas. Los motivos más frecuentes fueron la falta de tiempo y los motivos médicos.

El servicio que recogió mayores diferencias en cuanto a motivos de cancelación en 2017 fue el servicio de cirugía general digestiva. Anestesia y reanimación y el servicio de dermatología, fueron los únicos en los que no se registraron cancelaciones por falta de tiempo. En cambio, en todos los servicios se registraron motivos médicos de cancelación. También cabe destacar que el rechazo por parte del paciente fue un motivo de cancelación presente en casi todos los servicios, lo que puede deberse a una falta de información correcta a la hora de la firma de consentimientos y explicación del procedimiento, entre otras cosas.

En 2018 se mantuvo como constante que el motivo que menos cancelaciones supuso fue la imposibilidad de intubación endotraqueal, el cual tan solo correspondió a una cirugía suspendida. En este caso, los motivos de suspensión de menor frecuencia que siguieron al anterior fueron la falta de camas y la falta de materia, con cuatro cirugías canceladas por cada uno de los motivos. Las causas más frecuentes se mantuvieron constantes, siendo estas de nuevo la falta de tiempo y los motivos médicos.

En 2018 los motivos por los que se cancelaron más cirugías se mantuvieron igual, siendo los más frecuentes la falta de tiempo, que fue motivo de cancelación en to-

dos los servicios a excepción del anestesia y reanimación, y los motivos médicos. Se registraron suspensiones debidas al rechazo por parte de paciente en todos los servicios evidenciando lo descrito previamente acerca de una posible falta de información adecuada hacia el mismo. También fueron registradas la mitad de cirugías canceladas por haber otra urgencia ocupando dicho quirófano, lo cual indica una mejora en la gestión de las intervenciones de carácter urgente.

En cuanto a la falta de tiempo, hubo una evolución favorable en la disminución de cancelaciones por dicho motivo ya que entre ambos años se suspendieron 44 intervenciones menos por esta razón. En contraposición, fueron los motivos médicos los que aumentaron entre 2017 y 2018 como causa de suspensión, suponiendo un incremento de 27 cirugías suspendidas. Los motivos médicos se engloban dentro de los motivos de cancelación que son debidos al propio paciente y su patología, mientras que la falta de tiempo queda englobada dentro de lo relativo a la propia cirugía y anestesia, según la clasificación del programa informático Selene.

En cuanto a la falta de tiempo y la disminución de cancelaciones por este motivo, y dados los resultados que se analizaron, cabe destacar que es debido a una mejoría en la gestión de la citación de las cirugías en función del tiempo que se presupone de realización y en el tiempo finalmente usado para la intervención por parte de todo el equipo de quirófano (preparación del quirófano por parte de operarias de limpieza y auxiliares, traslados del paciente por parte de celadores, preparación del paciente por parte de enfermería, tiempo dedicado a la inducción de la anestesia, tiempo dedicado a la cirugía…).

El servicio de cirugía está compuesto por todo un equipo de trabajo ya nombrado, por lo que es importante que exista una buena organización del mismo para así poder administrar los recursos de manera adecuada. Uno de los recursos más importantes de los que estamos hablando es el tiempo quirúrgico, el cual ha supuesto más cancelaciones en los años de estudio, el uso óptimo del mismo depende del personal cualificado, así como el cumplimiento de la programación quirúrgica diaria. Una vez que el paciente sale del quirófano, es necesario que exista una correcta coordinación entre la limpieza y la incorporación del próximo paciente por parte del personal, proceso que puede ser realizado en menos de 20 minutos de promedio11.

La limpieza de la sala de cirugía es considerada como uno de los procedimientos para controlar la contaminación ambiental y es recomendada antes, durante, después de la cirugía y al final del día. El intervalo entre cirugías, referido al tiempo

trascurrido desde la salida del paciente anterior hasta la entrada del próximo e incluye el tiempo de limpieza y preparación de la sala. Este tiempo puede ser otro de los posibles responsables de retrasos y el prolongado intervalo entre cirugías. La utilización de evaluación pre-operatoria, así como la sistematización de la asistencia de enfermería perioperatoria también son instrumentos que contribuyen a la mejora de la gestión del tiempo dedicado al paciente quirúrgico.

Estudios realizados describen que ante una cirugía cancelada inesperadamente, el tiempo necesario para preparar el quirófano para el próximo paciente es de una hora con 37 minutos de promedio7. En hospitales estadounidenses se ha calculado además el coste por minuto de una sala de operaciones, que es de aproximadamente 10 dólares, de manera que la cancelación de una cirugía implica un coste que oscila entre 600 y 1400 dólares por cada hora perdida8. Sería necesario un estudio más en profundidad para averiguar lo que supone a la sanidad pública asturiana la suspensión de una cirugía dentro del Hospital Universitario de Cabueñes para así analizar lo que supuso la mejora en la tasa de suspensión de cirugías entre ambos años y lo que supondría seguir con una evolución tan positiva.

A su vez se evidencia una mejoría en la gestión por parte de la administración ya que ha habido una disminución notable de cancelación con motivo la falta de camas en el hospital. Lo cual implica una mejoría en la gestión de los recursos que se pueden ofrecer. Cabe destacar que en los años analizados no fue cancelada ninguna cirugía por falta de sangre o derivados ni por incidencias en esterilización, aunque sí se han cancelado intervenciones por falta de material lo cual podría deberse indirectamente al servicio de esterilización.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos tiempos, la suspensión de cirugías ha sido considerada uno de los principales indicadores de calidad de la asistencia sanitaria en el ámbito quirúrgico. Algunos estudios sugieren investigación sobre la ocurrencia de cancelación de cirugías realizadas por instituciones públicas y de enseñanza y cuestionaron si este evento es más común en este tipo de institución debido a sus características específicas10.

Este estudio ha permitido evidenciar un descenso en la tasa de suspensión de cirugías entre los años 2017 y 2018 del 0,37%. En lo que se refiere a los motivos por los que se suspendieron más cirugías fueron los motivos médicos y la falta de

tiempo. De entre los cuales, la falta de tiempo es el que es más fácilmente abordable a la hora de buscar una disminución de las cancelaciones por este motivo. Es por esto que se torna como principal punto de mejora la gestión del tiempo por parte del personal y una mejora en la predicción del tiempo determinado que supondrá cada cirugía.

Sería necesaria otra investigación para evaluar los motivos principales de suspensión dentro de la falta de tiempo y determinar cuáles son las mejores medidas a adoptar para que esos déficits sean suprimidos.
Según estudios, se estima que cerca de 60% de las cancelaciones quirúrgicas electivas son potencialmente evitables usando técnicas de mejora de la calidad9, lo cual hace evidente dónde será necesario incidir en caso de considerarse imprescindible hacer mejoras en calidad de atención y gestión por parte de los servicios quirúrgicos del hospital.

Para analizar de forma más exhaustiva dentro de la falta de tiempo, que es lo que supone mayor retraso a la hora de la realización de todo el proceso quirúrgico, podrían utilizarse los datos recogidos en el programa informático Selene acerca de los tiempos quirúrgicos entre los que se recogen las horas de entrada en quirófano, inducción anestésica, comienzo de la cirugía, final de la cirugía y hora de salida del quirófano, principalmente. Con todos estos datos se podría calcular el nivel de rendimiento quirúrgico por cada cirugía, porcentaje que resulta de dividir los tiempos de cirugía entre el tiempo de la jornada quirúrgica. Conociendo la duración media de las intervenciones realizadas, se podría conseguir una programación quirúrgica más exacta y un aprovechamiento mayor del quirófano.

6 Bibliografía

1. M. Galán-Perroca, M. de Carvalho-Jericó, S. Dina-Facundin. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. Rev Esc Enferm USP., 41 (2007), pp. 113-119
2. V. Haana, K. Sethuraman, L. Stephens, et al. Case cancellations on the day of surgery: An investigation in an Australian paediatric hospital. ANZ J Surg., 79 (2009), pp. 636-640
3. A.R. Seim, T. Fagerhaug, S.M. Ryen, et al. Causes of cancellations on the day of surgery at two major university hospitals. Surg Innov., 16 (2009), pp. 173-180
4. W.C. Sung, A.H. Chou, C.C. Liao, et al. Operation cancellation at Chang Gung Memorial Hospital. Chang Gung Med J., 33 (2010), pp. 568-575

5. J.B. Pollard, L. Olson. Early outpatient preoperative anesthesia assessment: Does it help to reduce operating room cancellations?. Anesth Analg, 89 (1999), pp. 502-505
6. M.B. Ferschl, A. Tung, B. Sweitzer, et al. Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays. Anesthesiology, 103 (2005), pp. 855-859
7. S.P. Fischer. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. Anesthesiology., 85 (1996), pp. 196-206
8. F. Dexter, E. Marcon, R.H. Epstein, et al. Validation of statistical methods to compare cancellation rates on the day of surgery. Anesth Analg, 101 (2005), pp. 465-473
9. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Suspensión quirúrgica en un hospital universitario: implicaciones sobre la gerencia. Rev. Latino-Am. Enfermagem.
10. Perroca MG, Jericó MC, Facudin SD. Monitorizando la cancelación de procedimientos quirúrgicos: indicador del desempeño organizacional. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007.
11. Ruiz P, Alcalde J, Landa J.I. Gestión clínica en cirugía. Madrid: Aran; 2005.

Capítulo 80

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y LA SOBRECARGA EN EL CUIDADOR. HERRAMIENTAS ÚTILES PARA SU VALORACIÓN.

SANDRA GARCÍA MONGIL

LETICIA GONZÁLEZ LÓPEZ

RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ

OLAYA DEL RÍO MORENO

PATRICIA RODIL MARTÍNEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la enfermedad de Alzheimer (EA) como una enfermedad neurodegenerativa de etiología desconocida caracterizada por un deterioro progresivo de la memoria y la función cognitiva, que representa aproximadamente el 50-75% de todos los casos de demencia. El paciente precisa más supervisión, atención y ayuda a medida que evoluciona la enfermedad. La prestación de esta asistencia produce un fuerte impacto en el entorno del paciente, y especialmente en su cuidador principal (CP).

La carga del cuidador hace referencia a las consecuencias derivadas de la atención a pacientes con demencia y representa un riesgo para la propia salud física y

mental del CP. La depresión, la ansiedad o el empeoramiento de la salud física en los cuidadores son consecuencias frecuentes de la carga. La presencia de síntomas psicológicos y conductuales y la dependencia en las AVD se ha asociado a altos niveles de carga o sobrecarga. El exceso de carga o sobrecarga se ha asociado con la institucionalización del paciente.

Según las estadísticas mundiales del Global Burden Disease Study, la EA se ha convertido en una de las enfermedades que tuvo un crecimiento más rápido entre las 50 causas principales de pérdida de la vida en el periodo entre 1990 y 2013. Se han identificado factores de riesgo como el sexo femenino, la edad, un nivel bajo de educación, el tabaquismo, la obesidad y la diabetes mellitus.

Un estudio colaborativo utilizando estudios conducidos en los años 90 en Europa halló una prevalencia del 4,4% en personas mayores de 65 años. Con el rápido crecimiento de la población anciana mundial, el número de enfermos de Alzheimer también muestra una tendencia creciente año tras año. En el año 2006, el número de pacientes con EA era 26,6 millones en todo el mundo y las predicciones apuntan que en 2050 el número de enfermos llegará a 106,8 millones, de los cuales 16,51 millones serán europeos. Estudios más recientes han confirmado esta tendencia creciente en pacientes con demencia, previendo un aumento del 87% en la región europea en el periodo 2010-2050, lo que está directamente relacionado con el cuidador principal, su carga física y emocional y las consecuencias que ello supone en todos los ámbitos de la vida.

En nuestro medio, en el 70% de los casos la figura de CP suele desarrollarla la pareja o los hijos. Las características personales, económicas y sociales de los cuidadores también determinan la percepción de carga que soportan. Las cuidadoras suelen expresar mayor carga que los hombres y los hijos, que también perciben niveles de carga superiores que las parejas. Otras variables sociodemográficas del cuidador, como la edad, convivir con el paciente, tener otras cargas familiares que atender y/o mantener la actividad laboral, también inciden de forma significativa en la percepción de la carga.

La percepción de carga depende de la interacción entre la carga física, la psicológica y la social. En este sentido, además del grado de dependencia del paciente, la percepción del cuidador de los problemas, de la capacidad para afrontarlos, y la percepción subjetiva de autoeficacia o del respaldo social también son determinantes fundamentales en la percepción de la carga.

La carga ha resultado ser un concepto poco claro y complejo, de forma que no hay acuerdo entre los autores en su definición. Esto supone, a su vez, dificultades a la hora de evaluar la carga en los cuidadores, ya que la evolución tanto del concepto como de los instrumentos de evaluación fue paralela y por eso se han elaborado distintos tipos de instrumentos según las distintas concepciones de la carga que existen. También puede implicar problemas, ya que la evaluación de la carga resulta esencial para delimitar las áreas en que el cuidador necesita apoyo buscar posibles tratamientos para el familiar dependiente, valorar los cambios a lo largo del tiempo y diseñar los programas de intervención y estimar su impacto.

Existen distintos instrumentos destinados a la medición del grado de carga de los cuidadores, aunque la escala de carga de Zarit, con unas propiedades psicométricas satisfactorias, es la más extendida y utilizada.
Se trata de un cuestionario que surgió para la evaluación de la carga de cuidadores de personas con demencia y que determina la carga que experimenta el cuidador mediante una puntuación global, presentando así una concepción unidimensional de la carga a pesar de contener ítems que se refieren a distintos aspectos de la carga. En su versión original, la prueba, que surgió como entrevista, se componía de 29 ítems, a los que se respondía mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos; posteriormente se extendió su aplicación como autoinforme y se redujo a 22 ítems, introduciéndose una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos.

A partir de ella se han desarrollado diversas versiones abreviadas que oscilan entre los 4 y 12 ítems llegando incluso a proponerse una versión de un único ítem (el 22 de la escala original), que permitiría una estimación general de la carga.Una de sus mayores ventajas es que se ha demostrado su utilidad para la evaluación de la carga y la determinación de la presencia de sobrecarga en diversos estudios con cuidadores de personas que padecen distintos tipos de enfermedad, como Alzheimer, esquizofrenia o esclerosis múltiple. Además, sus múltiples adaptaciones a distintos idiomas y culturas mejoran las propiedades psicométricas del mismo cuando se aplica en países distintos al de su origen y permite comparar puntuaciones entre distintos tipos de población.

En consecuencia, el objetivo del presente trabajo es realizar una revisión y un análisis crítico de los instrumentos disponibles para la evaluación de la carga del cuidador de personas mayores en situación de dependencia, especialmente de pacientes con Alzheimer, de forma que se pueda precisar qué instrumento es más adecuado para determinadas situaciones de cuidado y cuál es el más utilizado.

Para ello se analizan no sólo las características de cada instrumento sino también su aplicabilidad en función de las distintas condiciones de cuidado, tomando como marco de referencia las situaciones de dependencia.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Ofrecer una revisión actualizada de los instrumentos de medición de la sobrecarga en los cuidadores informales del paciente con enfermedad de Alzheimer , clasificándolos según el concepto de sobrecarga que empleen. Considerando los diferentes enfoques teóricos con relación al concepto de sobrecarga que subyacen en cada prueba.

Objetivos secundarios:
- Identificar los instrumentos de medida de sobrecarga del cuidador de paciente con demencia más utilizado habitualmente.
- Clasificar los instrumentos de evaluación según el concepto de sobrecarga que manejan.
- Contribuir a la investigación enfermera posibilitando la comparación.
- Identificar medidas útiles para el screening poblacional.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda de instrumentos para la medición de la sobrecarga y de trabajos relacionados con los mismos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Google Académico, Elsevier. Esta revisión se centró en los cuestionarios y escalas que evalúan la carga del cuidador.
Se utilizaron palabras clave como “evaluación carga cuidador”, “Zarit”, “demencia”, “enfermedad Alzheimer”, “enfermería”, “burden”.
Se estableció una delimitación temporal de búsqueda, limitándose a los últimos cinco años, asegurando de este modo una evidencia actualizada. Además, se revisó la bibliografía de los artículos a los que se tuvo acceso a texto completo para localizar nuevas investigaciones.
Los criterios considerados para la inclusión de los artículos en la revisión fueron:
1. Que la persona receptora de los cuidados padeciera demencia y que tuviese cuidador formal o informal.
2. Tener como objetivo de medición la sobrecarga del cuidador.

3. Estudios con enfoque cualitativo y cuantitativo.
Quedaron excluidos todos los estudios que no fueran validaciones de escalas para medir la carga del cuidador.

4 Resultados

Se identificaron un total de 21 instrumentos originales que cumplen los criterios de inclusión y que se han agrupado en varios grupos que a continuación se detallan. El primer grupo (tabla 1) se compone de 9 pruebas originales que miden sobrecarga subjetiva/objetiva, o ambas. La mayoría son pruebas sencillas, breves y autoaplicadas. El rango de ítems va de 4 a 42, puntuados en escala tipo Likert. Ofrecen siempre una puntuación total, y algunas aportan subescalas o agrupación de puntuaciones.

Tabla 1. Escalas de sobrecarga objetiva/subjetiva
Caregiver Vigilance Scale
Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory (MM-CGI)
Caregiver Activity Survey (CAS)
Sense of Competence Questionnaire (SCQ)
Caregiver Burden Scale (CBS2)
Screen for Caregiver Burden (SCB)
Caregiving Hassles Scale
Zarit Burden Interview (ZBI)

El instrumento con más referencias es la Escala de Sobrecarga del Cuidador, identificada principalmente en la literatura como Zarit Burden Interview (ZBI) seguida de la denominada The Screen for Caregiver Burden (SCB). La ZBI tiene el valor de ser la primera medida de sobrecarga subjetiva, por lo que ha servido como criterio de validación de otras muchas pruebas y está validada en castellano en población española.

El segundo grupo (tabla 2) se compone de pruebas que miden la sobrecarga como fenómeno multidimensional. Se han encontrado 5 pruebas que por su naturaleza y contenido pueden ser clasificadas bajo este epígrafe. Las dimensiones o dominios evaluados incluyen: sobrecarga propiamente dicha; alteraciones cognitivas, trastornos conductuales y deterioro funcional del paciente; salud física y mental del cuidador, e impacto social, económico y legal. Suelen ser pruebas más largas, con mayor número de ítems (de 16 a 52) y heteroaplicadas. Este tipo de instrumentos aportan información que ayuda a definir el concepto de sobrecarga de

forma más operativa y más orientada a la práctica asistencial. La prueba más referenciada en los estudios revisados es la Caregiver Burden Inventory.

Tabla 2.Escalas multidimensionales de sobrecarga
Risk Appraisal Measure(RAM)
The Carers'Needs Assessment for Dementia(CNA-D)
Carers Assessment of Difficulties Index(CADI)
Caregiver Burden Inventory(CBI)
Entrevista estructurada de Rabins, Mace y Lucas

El tercer grupo (tabla 3) lo componen las pruebas que hemos clasificado como relacionadas con el distrés asociado al deterioro del paciente con demencia en áreas específicas. Se han recopilado 7 pruebas cuyo contenido analiza el impacto que el deterioro cognitivo, comportamental, funcional y los síntomas neuropsiquiátricos del paciente con demencia tienen sobre el cuidador. Son pruebas de fácil y rápida aplicación, generalmente autoaplicadas, tienen entre 10 y 34. La escala más referenciada en este grupo es la Relative Stress Scale.

Tabla 3.Escalas de sobrecarga como distrés asociado al deterioro del paciente
Behavioural and Psychological Questionnaire (BPSQ)
Caregiver Assessment of Function and Upset (CAFU)
The Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale (NPI-D)
Versión abreviada: The Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)
Revised Memory and Behaviour Problems Checklist (RMBPC)
Relative Stress Scale (RSS)
Behavioural and Mood Disturbance Scale (BMD)

En este trabajo se han elegido e incluido 21 pruebas dirigidas a la medida de sobrecarga en cuidadores de personas con demencia.

De las 21 pruebas estudiadas 9 pertenecen al primer grupo –sobrecarga subjetiva/objetiva– y dentro de él prevalecen las medidas de sobrecarga subjetiva. La necesidad de contar con una medida libre de carga cultural llevó a desarrollar la medida de sobrecarga objetiva, cuantificando las tareas o el tiempo de dedicación a las mismas. La escala Caregiver Activity Survey representa la medida más clara de sobrecarga objetiva. Pero el concepto de sobrecarga arrastra en sí mismo una valoración personal, y por tanto subjetiva, del impacto que el cuidado tiene en cada persona, y esta puede ser la razón por la que en general han prevalecido las escalas subjetivas. Dentro de este grupo destacamos la ZBI, que es el instrumento más utilizado en el campo de investigación, por lo cual su

empleo permite una comparación de resultados y una mayor homogeneidad.

Esta prueba cuenta con distintas versiones, está traducida a múltiples idiomas y ha sido adaptada al castellano. Posee buenas propiedades psicométricas y permite discriminar entre diferentes niveles de sobrecarga. En un trabajo reciente ha sido utilizada como medida que refleja bien la sensibilidad al cambio, a pesar de que hay evidencia que no apoya esta idea. Recientemente se ha desarrollado una versión abreviada de 12 ítems en nuestro país. Dentro de este grupo también destaca la escala SCB. Se trata de un instrumento de cribado desarrollado para evaluar sobrecarga objetiva y subjetiva. La subescala sobrecarga objetiva hace referencia a la ocurrencia de determinadas experiencias relacionadas con el cuidado de la persona con demencia, mientras que la subescala sobrecarga subjetiva evalúa el distrés asociado a cada una de esas experiencias.

Existe una versión reducida de 7 ítems centrada en la sobrecarga subjetiva. Posee buenas propiedades psicométricas y ha sido utilizada con cierta frecuencia en estudios de sobrecarga de cuidadores. Se aplica de forma rápida, y es útil para comparar ambos tipos de sobrecarga y establecer qué situaciones producen mayor malestar en el cuidador. Las pruebas multidimensionales han permitido una visión más integral de la sobrecarga, analizando los factores que explican este fenómeno.

En las 5 escalas identificadas, los principales factores se refieren a las necesidades de apoyo en diversas áreas de la vida del cuidador como problemas de salud física y psicológica, apoyo social, impacto emocional, impacto en la vida familiar y en la economía, y sentimientos negativos y positivos con relación al cuidado. Resulta de interés la escala Caregiver Burden Inventory, con sus 5 factores: el factor 1 hace referencia a las restricciones en el tiempo del cuidador, el factor 2 la percepción de la falta de tiempo y la pérdida del rol social, el factor 3 aborda aspectos de fatiga y daños sobre la salud, el factor 4 se refiere a los conflictos en la vida social (matrimonio, trabajo, otros familiares…) y el factor 5 aborda la sobrecarga emocional. Permite, por un lado, discriminar patrones de sobrecarga según tipo de cuidadores (esposos versus hijos y de pacientes institucionalizados versus atendidos en la comunidad), por otro lado, también permite elaborar un perfil de sobrecarga reflejando en una gráfica la puntuación ponderada de cada factor.

Dos personas con la misma puntuación total pueden mostrar distinta sobrecarga al puntuar diferente en alguno de los factores analizados. Esta medida ayudaría a definir el ámbito de ayuda más específico para cada individuo, desde unidades de

respiro, intervenciones psicoeducativas, counselling, etc. En cuanto a las medidas que relacionan la sobrecarga con el distrés asociado al deterioro del paciente con demencia provienen de estudios que han identificado una correlación fuerte entre ambos fenómenos. Tienen una utilidad complementaria dado que informan sobre la situación del enfermo y, por tanto, pueden ser aplicadas para conocer la repercusión que la gravedad de la enfermedad tiene sobre el cuidador.

5 Discusión-Conclusión

Se ha llevado a cabo una revisión de instrumentos para evaluar la sobrecarga en el cuidador del paciente con demencia, y se han ordenado y agrupado para su análisis según el concepto de sobrecarga que manejan.
El trabajo aporta una clasificación que puede ayudar al clínico e investigador en la selección de pruebas en función de los objetivos de la tarea. Se han identificado medidas útiles para el screening poblacional o para detectar la necesidad de intervención y también para ser utilizadas en intervenciones específicas y como medida de resultado.

A la hora de seleccionar las escalas es importante tener en cuenta cuál es el motivo de la evaluación. Los 3 tipos de medidas de sobrecarga pueden responder a diferentes momentos de la evaluación del cuidador. El primer grupo contiene medidas más propias de cribado, por su rapidez de administración e interpretación más sencilla; el segundo grupo responde a pruebas multidimensionales que pueden ayudar a la identificación y planificación de intervenciones para el cuidador, y el tercer tipo de medidas informa de manera complementaria también en este segundo aspecto y nos da una información sobre la problemática específica asociada a la demencia y la repercusión en el cuidado.

Dada la importancia del distrés en el cuidador como un factor predictor de la institucionalización del paciente, parece lógico incluir esta área de forma habitual en la valoración clínica del paciente y su entorno para prevenir estos problemas. Los instrumentos en evaluación de sobrecarga cada vez son más rigurosos y sólidos desde una perspectiva psicométrica, con una base conceptual bien definida y con un coste bajo de aplicación. Dentro de este contexto debemos destacar que para mejorar la calidad de la investigación en sobrecarga del cuidador es necesario hacer un esfuerzo por llegar a acuerdos sobre las medidas e instrumentos a utilizar.

Por último, desde un enfoque psicosocial no debemos olvidar que es necesario

tener en cuenta también otras medidas complementarias estrechamente relacionadas con la sobrecarga como la calidad de vida, el bienestar asociado al cuidado, las estrategias de afrontamiento del cuidador y medidas de salud mental. Esta información permitirá una aproximación más precisa al cuidador, pilar fundamental en el abordaje de las personas con demencia.

6 Bibliografía

1. Crespo M, Rivas M. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit [Internet]. Scielo.isciii.es. 2014 [cited 2 December 2018]. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v26n1/v26n1a02.pdf
2. Esandi Larramendi N, Canga-Armayor A. Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica [Internet]. Scielo.isciii.es. 2011 [cited 3 December 2018]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200002
3. Salazar Montes A. Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: Revisión de artículos publicados entre 1997 – 2014 [Internet]. Redalyc.org. 2016 [cited 2 December 2018]. Available from: https://www.redalyc.org/pdf/2738/273846452015.pdf
4. Cerquera Córdoba A, Granados Latorre F, Buitrago Mariño A. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer [Internet]. Repositoriocdpd.net. 2015 [cited 4 December 2018]. Available from: http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/943
5. Rodríguez González A, Rodríguez Míguez E. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes [Internet]. reader.elsevier.com. 2016 [cited 2 December 2018].
6. Niu H, Álvarez Álvarez I, Guillén Grima F. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis [Internet]. Sciencedirect. 2016 [cited 3 December 2018]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316300032
7. Delgado Parada E, Suárez Álvarez Ó, de Dios del Valle R. Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia [Internet]. Sciencedirect. 2013 [cited 3 December 2018]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359313001044
8. Albert Cabrera M, Martínez Pérez R, Gutiérrez Ravelo A. Patogenia y tratamientos actuales de la enfermedad de Alzheimer [Internet]. Scielo.sld.cu.

2014 [cited 4 December 2018]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000300016
9. Ferraz dos Anjos K, Cruz Santos V, Brito Teixeira J. Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos: una revisión integradora [Internet]. Scielo.sld.cu. 2013 [cited 6 December 2018]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000400004
10. Garzón Maldonado F, Gutiérrez Bedmar M, García Casares N. Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer [Internet]. Sciencedirect. 2017 [cited 7 December 2018]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531630010X

Capítulo 81

MANEJO DEL DUELO POR ENFERMERÍA.

MARIA DEL PILAR FERNÁNDEZ FIGUEIRAS

1 Introducción

El dolor por la pérdida de un ser querido es el período de sufrimiento y duelo después de una muerte. El llorar a alguien es una parte del proceso o enfermedades. La duración del dolor por la pérdida de un ser querido puede depender de la cercanía de la relación (Biblioteca Nacional de Medicina)...Dentro de dicho proceso, enfermería juega un papel fundamental, no solo en el cuidado del paciente, sino también de la familia, procurando crear un entorno de apoyo y cobertura emocional.

2 Objetivos

- Determinar qué intervenciones de enfermería son las más idóneas para ayudar en el proceso de duelo.
- Analizar las diferentes etapas del proceso de duelo.

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica de varios artículos publicados a través de las distintas bases de datos más comunes como: SciELO, PubMed y Medline.

4 Resultados

Antes que nada, hemos de conocer las distintas etapas de este proceso para poder actuar en cada una de ellas, teniendo en cuenta que cada individuo fluctuará en ellas en un tiempo indeterminado Dichas etapas son: negación, ira o rabia, negociación y pacto, depresión y aceptación. Una vez comprendemos la importancia de cada una de ellas es conveniente realizar una valoración, unas intervenciones, y finalmente los cuidados de enfermería necesarios para la recuperación y restablecimiento de su equilibrio emocional y personal. Intervenciones: Facilitar comprensión del duelo, dar información a los familiares, dar soporte, fomentar la realidad de la pérdida y planificación para el futuro

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar a través de esta revisión bibliográfica, vemos que la importancia de enfermería en este tipo de procesos es crucial. Para ello realizaremos una valoración adecuada para ver la fase del duelo en la que se encuentra, marcarnos unos objetivos realistas y alcanzables, diseñar unas intervenciones apropiadas que faciliten el día a día de la persona afectada.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/bereavement.html
- https://kidshealth.org/es/kids/somedie-esp.html

Capítulo 82

MANEJO Y VALORACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO.

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

1 Introducción

El dolor según La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) se define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial, o descrita como la ocasionada por dicha lesión o cuya presencia es revelada por manifestaciones visibles y/o audibles de conducta". Esta definición es una evolución de la realizada por Merskey, en 1979. Por lo que se deduce de esta definición, la relación que existe entre los aspectos objetivos y fisiológicos sensitivos del dolor, así como los componentes subjetivos, emocionales y psicológicos.

En los últimos años, numerosas y prestigiosas organizaciones profesionales no sólo advierten de esta situación, sino que han publicado declaraciones, directrices o recomendaciones sobre el manejo plenamente profesional del dolor, que incluso llegan a ser obligatorias, como es el caso de EE.UU., donde la Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) publicó en 1999 sus Pain Assessment and Management Standards (PAMS), advirtiendo de su obligatorio cumplimiento a partir del 1 de enero de 2001.

Además de afirmar que el dolor es un problema de salud importante, obliga a que todos los planes organizativos en cuidados de la salud deban velar para que se pueda identificar y, por lo tanto, tratar convenientemente el dolor de todos los pacientes. Es decir, requiere una valoración inicial y regular del dolor, pasando a ser

considerada, la quinta constante vital junto con temperatura, pulso, respiración y presión arterial.

Por tanto, requiere una adecuada preparación y formación por parte del personal de enfermería para su correcta valoración, cada individuo expresa y percibe el dolor de manera diferente con lo cual puede medirse en varios ámbitos y problemas de salud.

2 Objetivos

• Conocer cómo evaluar y tratar de forma adecuada el dolor postoperatorio tras la intervención quirúrgica.
• Describir la forma de evaluar la intensidad del dolor postoperatorio en los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica.
• Identificar los fármacos más utilizados para el manejo del dolor postoperatorio y las diferentes técnicas para su administración.
• Identificar la función de enfermería en el dolor agudo.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica por internet en las diferentes bases de datos como son: Medline, Dialnet, Dialnet Plus, Scielo, Cuiden, Google Académico y la página web Fisterra utilizando descriptores como: dolor postoperatorio, analgesia, cuidados enfermeros.
Se han empleado también artículos de investigación, guías asistenciales sanitarias, protocolos y libros científicos que hablen sobre el dolor postoperatorio.

4 Resultados

Factores que influyen en el dolor postoperatorio
Existen factores que pueden influir en la intensidad, calidad y duración del dolor postoperatorio. los más importantes son:
• Localización, naturaleza y duración de la cirugía.
• Tipo y magnitud de la incisión y otros traumatismos quirúrgicos.
• Contexto fisiológico y psicológico del paciente.

AINES

Constituyen el tratamiento principal para el dolor leve y moderado. Los AINES han demostrado ser eficaces en las toracotomías, cirugía mayor ortopédica, cirugía abdominal y cirugía menor. Puede ser muy útil su utilización en combinación con los opiáceos debido a sus diferentes modos de acción. Los beneficios de la combinación de AINES con opiáceos en el periodo postoperatorio inmediato no solo incluyen una mejoría en la analgesia sino también las asociaciones a la utilización de una dosis de opiáceos con la siguiente mejoría en la función respiratoria, la disminución de náuseas y vómitos y una menor sedación.

Valoración del dolor postoperatorio
La valoración del dolor postoperatorio es una habilidad que se debe desarrollar tanto en el equipo médico como en el equipo de enfermería. El objetivo principal de cualquier actividad de enfermería es conseguir el bienestar del paciente y, en el caso de los pacientes posquirúrgicos, vigilar su bienestar postoperatorio. El dolor es un diagnóstico de enfermería y como tal debemos ser capaces de evaluarlo utilizando las herramientas existentes, como las numerosas escalas que tenemos para evaluar el dolor postoperatorio.

Un gran reto para enfermería es reconocer y evaluar el dolor de manera eficaz en los pacientes tras una intervención quirúrgica.Para medir la intensidad del dolor no existe una escala perfecta, ya que al ser una sensación emocional subjetiva, no existe ningún signo objetivo que nos pueda medir con exactitud el grado de dolor, pero siempre es necesario utilizarlas.

Estas escalas de medición nos permiten valorar inicialmente al paciente y comprobar el efecto de los tratamientos administrados. Dentro de estas escalas subjetivas nos encontramos diferentes tipos de escalas, de autoevaluación unidimensionales y multidimensionales.

Escalas unidimensionales
1. Escala verbal simple.
Elaborada por Keele en 1948, se le pregunta al paciente cual es la intensidad de su dolor dentro de los siguientes rangos: Dolor ausente, moderado, intenso, e intolerable.
2. Escalas numéricas.
Creada en 1978 por Downie, consiste en interrogar al paciente acerca de su dolor diciéndole que evalúe su dolor siendo 0 “no dolor” y 10 el “máximo dolor imaginable” y nos dé un número con el que relacione su intensidad. En dicha escala el paciente debe optar por un número entre el 0 y el 10 que refleje la intensidad de su dolor; todos los números aparecen encasillados, de manera que lo que deberá

hacer es marcar una "X" la casilla que contiene el número elegido.
3. Escala analógica visual (EVA).
Ideada en 1976 por Scout Huskinson consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud, dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones "No dolor" y "máximo de dolor imaginable" que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10. El paciente marcara aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece.
4. Escala de expresión facial.
Muy usada en pediatría, se representa una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría, modificándose sucesivamente hacia la tristeza hasta llegar al llanto. A cada una de las caras se les asigna un número del 0 al 5 correspondiendo el 0 "no dolor" y 5 "máximo de dolor imaginable".

Escalas multidimensionales
Elaborada por Melzack en 1975 es la más conocida para valorar multidimensionalmente el dolor, el cuestionario del dolor McGill, consiste en presentar al paciente una serie de términos o palabras agrupadas que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa (sensorial y emocional); pero además incluyen una tercera dimensión que es la evaluativa.

Cada una de estas dimensiones tiene asignado un número que permite obtener una puntuación de acuerdo a las palabras escogidas por el paciente; esta puntuación refleja el modo en que éste califica su propia experiencia dolorosa y, por consiguiente, permite valorar la influencia dolorosa que sobre esta experiencia ejercen los factores emocionales y sensoriales que la integran. Por su complejidad este cuestionario es de poca utilidad en la valoración del dolor postoperatorio.
Tratamiento del dolor postoperatorio
El dolor postoperatorio inadecuadamente tratado puede comprometer la recuperación del paciente al aumentar la morbi-mortalidad y prolongar el ingreso hospitalario.En múltiples estudios, se ha publicado que más de un 50% de los pacientes tienen un control insuficiente de su dolor a lo largo del periodo postoperatorio. Entre las causas que llevan al inadecuado tratamiento del dolor se encuentran:
• Medicación insuficiente. Esto es debido fundamentalmente a una infravaloración del dolor, a la ausencia de una correcta evaluación de este.
• Formación inadecuada de los profesionales. Está relacionado con el desconocimiento de la fisiopatología del dolor y de la farmacocinética y farmacodinamia de los analgésicos.
• Comunicación inadecuada entre los profesionales y los pacientes.

• Ausencia de tratamientos individualizados.
• Retraso en el inicio de la analgesia. Por regla general nunca nos adelantamos al dolor, sino que esperamos a que el paciente presente un grado de dolor elevado para administrar analgésicos.
• Métodos inadecuados en la administración del fármaco. La elección de una vía de administración inadecuada da lugar a que el enfermo permanezca durante un periodo de tiempo más prolongado con el dolor, por el retraso de la absorción.
• Fármacos inadecuados. Es habitual, por el exagerado temor a los opiáceos, encontrar pacientes sometidos a cirugía y muy dolorosa tratados simplemente con analgésicos menores y aún estos prescritos en dosis insuficientes.

Por tanto, debemos tener en cuenta que el objetivo del tratamiento del dolor postoperatorio será minimizar lo máximo posible e incluso eliminar el disconfort que nuestra paciente padece, facilitar el proceso de recuperación y evitar efectos adversos.

Repercusiones del dolor postoperatorio
La falta de un tratamiento adecuado del dolor postoperatorio puede ocasionar un dolor postquirúrgico persistente que, con frecuencia, se pasa por alto. En conjunto, el tratamiento inadecuado del dolor incrementa la utilización de los recursos y de los costes sanitarios.

Las consecuencias de un dolor postoperatorio conllevan un aumento de la liberación de catecolaminas y del consumo de oxígeno, en un aumento de la actividad neuroendocrina que se traduce en una hiperactividad en muchos órganos y sistemas. Esto se traduce en complicaciones como son las siguientes:
• Cardiovasculares: aumento de la frecuencia cardiaca, de la tensión arterial, del gasto cardiaco, facilitación de aparición de arritmias o patología isquémica en pacientes predispuestos. Las alteraciones cardiovasculares son, junto a las complicaciones pulmonares, son una de las causas importantes de mortalidad postoperatoria, cerca del 23% de las muertes postoperatorias se asocian a complicaciones cardiovasculares.
• Respiratorias: Disminución de la capacidad vital, del volumen espiratorio forzado, de la capacidad residual funcional, hipoventilación alveolar, posibilidad de desarrollo de microateletasias, mayor incidencia de infecciones respiratorias. El deterioro de la función respiratoria es una de las complicaciones más importantes en el periodo postoperatorio inmediato, con una incidencia que oscila entre el 5 y el 25%. Cuando la intervención afecta a la región torácica o al hemiabdomen superior su incidencia oscila entre el 6 y el 65%, alcanzando especial

relevancia ya que contribuye en gran medida a la morbimortalidad postoperatoria. Se ha estimado que las complicaciones respiratorias son causa del 25% de la mortalidad postoperatoria.

• Génito-urinarias: disminución global del tono muscular, retención urinaria.

• Digestivas: La hiperactividad simpática produce íleo paralítico y aumenta la incidencia de náuseas y vómitos, y aumento de las secreciones intestinales. Aunque los opioides intestinales disminuyen la motilidad intestinal, está demostrado que la analgesia epidural favorece la recuperación de la motilidad gastrointestinal en pacientes sometidos a cirugía. Una complicación digestiva que merece una especial atención es la presencia de náuseas y vómitos, con una incidencia entre el 25-30%, sin olvidar el principal problema que se puede presentar que es la aspiración pulmonar.

• Hemostáticas: La inmovilidad por dolor puede predisponer a la ocurrencia de procesos tromboembólicos de mayor o menor repercusión sistémica.

• Endocrino-metabólicas: El dolor es uno de los factores implicados en la activación del sistema simpático y la estimulación del eje endocrino hipotálamo-hipofisiario. Esta alteración neurohormonal se traduce en la aparición de hiperglucemia, glucosuria, oliguria con retención hidrosalina, estimulación del sistema renina-angiotensina, incremento de la lipólisis con liberación de ácidos grasos, aumento de los cuerpos cetónicos del ácido láctico del metabolismo y del consumo de oxígeno, alteración de la inmunidad por disminución de la quimiotaxis, aumento de la capacidad fagocitaria y disminución de la función de los linfocitos B y T.

• Ósteo-articulo-musculares: la inmovilización por dolor dificulta la recuperación posterior a la cirugía ortopédica, la rehabilitación la kinesioterapia y facilita el desarrollo de atrofia muscular.

• Psicológicas-sociales y legales: la lenta reinserción social, laboral y familiar del paciente con dolor, la sensación de dependencia y minusvalía contribuyen para una mala relación médico-paciente.

Las reacciones de tipo psicológico ante el dolor corresponden con emociones tales como la angustia, miedo, depresión y apresión.

• Económicas: un dolor postoperatorio mal controlado aumenta los costos institucionales, por la disminución del giro-cama, en relación al aumento de las complicaciones con lo consecuentes costos en tratamiento y mayor estadía, a la dificultad para la implementación de la cirugía ambulatoria, al impedimento o retraso en la realización de estudios postoperatorios que requieren temprana movilización.

Para tratar el dolor postoperatorio se debe de tener en cuenta tres aspectos:

- El tiempo trascurrido desde la intervención.
- El tipo de intervención que lo produce.
- El tamaño y la localización de la incisión quirúrgica.

Métodos farmacológicos
Para el control del dolor postoperatorio se han empleado múltiples fármacos analgésicos: antiinflamatorios no esteroideos (AINES), opioides, anestésicos locales, benzodiacepinas y técnicas intervencionistas como los bloqueos de conducción. La aceptación del concepto de analgesia multimodal y la aparición de preparaciones parenterales han aumentado la popularidad de los AINES en el manejo del dolor postoperatorio. La analgesia multimodal es la más empleada actualmente y comprende la combinación de varias técnicas y analgésicos como, por ejemplo:
- Utilización de AINES y técnicas de analgesia regional (bloqueos nerviosos periféricos y de plexos).
- Opioides vías endovenosas con sistemas de PCA (analgesia controlada por el paciente), la cual puede ser empleada en previo entrenamiento del paciente más AINES y/o bloqueos.
- Epidurales continúas con bombas de infusión o en bolos más AINES.
- AINES y opioides endovenosos.
- Epidurales donde se combinan anestésicos locales y adyuvantes como opioides, bloqueantes de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), benzodiacepinas, agonistas alfa 2 adrenérgicos entre otros.
- Infiltración de campo con anestésicos locales más AINES y/u opioides.

Con la analgesia postoperatoria multimodal se emplean dosis menores debido a que la combinación de técnicas y medicamentos potencia el efecto analgésico, brindando una mejor analgesia postoperatoria con menos efectos colaterales.

5 Discusión-Conclusión

• El dolor postoperatorio es un diagnóstico común de enfermería que padecen los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, según la literatura está infravalorado e infratratado.
• Disponemos de diferentes escalas para la valoración del dolor, las más conocidas y utilizadas son: escala verbal simple, escala numérica, escala EVA, escala expresión facial y escala multidimensional Mc Gill.
• La enfermera debe tener la capacidad para evaluar y de forma correcta el dolor postoperatorio, y saber elegir entre las diferentes escalas disponibles la que mejor se adapte para realizar la valoración de nuestro paciente.

• Dependiendo del tipo de intervención y los requerimientos analgésicos del paciente disponemos de una extensa gama de fármacos entre los que se encuentras: Opioides menores; y mayores, AINES y Analgésicos locales de vida media y de vida larga.

Dichos fármacos se pueden administrar con las siguientes técnicas: vía intravenosa, a través de analgesia controlada por el paciente, analgesia vía epidural, bloqueo paravertebral, bloqueo de nervios periféricos y analgesia intraarticular.

6 Bibliografía

- Sanzol Berruezo Mª R, Cabrera Coma A, Dalmau Llitejos A, Sabaté Pes A. Editores. Protocolo de analgesia postoperatoria en CMA. Hospital Universitario de Bellvitge: Ergon; 2007
- Cano J.M., Juan S. de. Valoración del dolor: como quinta constante vital. Rev. Medicina clínica [revista en Internet]. 2007 feb [citado 19 Ene 2014];128(4); [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/valoracion-dolor-como-quintaconstante-vital-13098027-cartas-al-editor-2007
- Gonzales Santos S, Mugabure Bujedo B, Uria Azpiazu A, coordinadores. Actualizaciones en anestesiología para enfermería. Hospital Donostia: Osakidetza; 2010.
- Bolíbar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. [Internet] 2005 Ene. [Citado 19 enero 2014]; 52:131-140
- Muñoz J.M. Manual de dolor agudo postoperatorio. Madrid: Ergon; 2006
- Protocolo de tratamiento del dolor postoperatorio. Comisión Farcacoterapéutica. Hospital general CSU vall d'Hebron [citado 28 Ene 2014]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/protocolo_dolor_postop.pdf

Capítulo 83

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UN SHOCK ANAFILÁCTICO.

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

1 Introducción

La anafilaxia fue descrita en 1902, sin embargo, sigue sin existir una definición de anafilaxia universalmente aceptada. La más utilizada, en la actualidad, es la publicada en el documento de consenso del simposio sobre la definición y el manejo de la anafilaxia del año 2005, que la describe como "una reacción alérgica de inicio rápido que puede producir la muerte". Actualmente, la anafilaxia se clasifica en inmunológica (IgE dependiente o independiente) y no inmunológica (por ejemplo, la originada por algunos contrastes iodados).
Sus síntomas están causados por una liberación masiva de mediadores, principalmente de mastocitos y basófilos, que pueden tener como diana cualquier órgano.

Los datos epidemiológicos acerca de la anafilaxia son escasos. La prevalencia se estima entre el 0,05% y el 2%, aunque su incidencia parece estar aumentando. En los últimos años, se han publicado varios estudios que han intentado establecer la incidencia de anafilaxia en los servicios de urgencias de diversos hospitales. Los datos publicados en estos estudios oscilan entre el 0,07% y el 0,4%. Esta variabilidad puede deberse a características de la población y zona geográfica, y también a limitaciones metodológicas, condicionadas principalmente por la falta de consenso en cuanto a su definición, las dificultades para la codificación de la anafilaxia mediante códigos CIE y el funcionamiento de los servicios de urgencias. Además, la mayor parte de estos estudios se centran en pacientes adultos, y en menos ocasiones analizan las características de los pacientes en edad pediátrica.

Se han descrito múltiples causas de la anafilaxia, cuya frecuencia se ve modificada por factores externos, como la localización geográfica o el grupo de edad de los pacientes.
Los estudios etiológicos suelen basarse en diagnósticos de presunción, generalmente autorreferidos por el paciente o declarados por el médico de atención primaria o de urgencias, sin estar confirmados por un diagnóstico alergológico, por lo que parece posible que las verdaderas causas de anafilaxia difieran.

2 Objetivos

Principal:
- Determinar la incidencia, las características y las causas de la anafilaxia en pacientes adultos y pediátricos que acuden a los Servicios de Urgencias del Hospital.
o

Secundarios:
- Valorar el diagnóstico de la anafilaxia en los Servicios de Urgencias.
- Valorar los síntomas y signos más frecuentes en la anafilaxia.
- Valorar el correcto tratamiento ante la anafilaxia.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo fin de máster se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica sobre que es la anafilaxia. Para ello se han utilizado diferentes fuentes de información:
- Libros en papel y en formato electrónico.
- Bases de datos consultadas de forma on-line como: Dialnet plus, ScienceDirect, Scielo, Pubmed, etc.).
- Artículos científicos, publicados en revistas de carácter científico.
- Páginas webs: Aepnaa, mayoclinic, seicap, etc.
Para la búsqueda de información en las bases de datos en soporte informático las palabras claves utilizadas han sido: enfermería, anafilaxia, signos y sintomas, tratamiento…

4 Resultados

No existe una definición universalmente aceptada de la anafilaxia.

En el año 2005, se produjo un consenso en EE. UU., propiciado por el Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (NIAID) y la Red de Alergia a Alimentos y Anafilaxia (FAAN), en el que se definió la anafilaxia como una "reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal". Ésta es la misma fórmula que se ha utilizado em la Guía Española de Actuación en Anafilaxia (GALAXIA). La Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) la define como "una reacción de hipersensibilidad generalizada o sistémica, grave y que amenaza la vida".

Desde el punto de vista clínico, nos referimos a la anafilaxia para hablar de un síndrome, de mecanismo inmunológico o no, producido por la liberación masiva de mediadores celulares, de los mastocitos y los basófilos, principalmente, y con repercusión generalizada. Se caracterizará por la aparición de signos y síntomas a nivel cutáneo (eritema, prurito, urticaria, angioedema), gastrointestinal (dolor abdominal, náuseas, vómitos), respiratório (disnea, broncoespasmo) y/o cardiovascular (mareo, pérdida de consciencia, hipotensión).

No obstante, existen autores que ven discutible la aplicación del término anafilaxia si no existe afectación cardiovascular y/o de algún nivel de la vía respiratoria.

4.3. Epidemiologia

4.3.1. Incidencia y prevalencia de la anafilaxia

Existen aún amplias lagunas en el conocimiento sobre la epidemiología de la anafilaxia, a pesar de los avances que se han producido en los últimos años. Su estudio se ve dificultado, entre otros, por los siguientes factores:

Existe una falta de consenso en cuanto a su definición y criterios diagnósticos. Si bien, desde 2005, aunque el acuerdo en cuanto a este punto es mayor, aún dista de estar universalmente aceptado.

La naturaleza de la enfermedad, que alterna episodios de reagudización, con intervalos de tiempo en los que el paciente permanece asintomático.

El diferente funcionamiento de los diversos servicios de urgencias, donde los pacientes son atendidos durante los cuadros agudos y graves, hace difícil realizar estúdios epidemiológicos.

La dependencia de las enfermedades alérgicas de los factores demográficos y geográficos, dificulta la extrapolación a otros países de los resultados de los estudios, realizados hasta ahora en su mayoría en países anglosajones.

La anafilaxia se encuentra infradeclarada. Esto se se debe en parte a que los códigos CIE tienen carencias para codificar esta enfermedad adecuadamente, dificul-

tando la localización de casos, produciendo que, probablemente, la mayor parte de los estudios obtengan datos infraestimados sobre la frecuencia de la anafilaxia. Todos estos factores dificultan, no sólo la comparabilidad entre los diferentes estudios, sino la propia elección de la metodología más adecuada para alcanzar conclusiones reales, como la medida de frecuencia que debe utilizarse para analizar la anafilaxia.

La mayor parte de los estudios epidemiológicos calculan la frecuencia de la anafilaxia utilizando la incidencia (número de casos nuevos en una población durante un período de tiempo), ya que la prevalencia (individuos de una población que presentan la enfermedad en un período de tiempo) parece un dato poco preciso para una enfermedad en la que la reacción se resuelve al final del cuadro, manteniéndose el paciente asintomático hasta la próxima reacción. La incidencia parece más adecuada y, por este motivo, es la que se utiliza en la mayor parte de los estudios epidemiológicos.

En 2006, Lieberman y colaboradores calcularon la prevalencia de la anafilaxia en población general, basándose en los estudios epidemiológicos disponibles hasta esa fecha.

Estimaron que entre el 0,05% y el 2% de la población general había tenido al menos un episodio de anafilaxia a lo largo de su vida. Sus cálculos se realizaron intencionadamente al alza, dado que los autores consideraban que los estudios infraestimaban la verdadera frecuencia de la anafilaxia.

4.3.2. Factores de riesgo de la anafilaxia

La edad es uno de los factores que más frecuentemente se relaciona con la presentación de la anafilaxia. En los niños más pequeños (0-4 años), se ha descrito una mayor prevalencia e incidencia de anafilaxia en lugares, tan dispares, como Canadá y España, y se ha puesto en relación con la alergia a leche y huevo en los primeros años de vida.

El sexo también parece condicionar la anafilaxia a lo largo de la vida. Se ha descrito, en el Reino Unido, una mayor incidencia en varones hasta la adolescencia, siendo más frecuente en mujeres a partir de los 15 años de edad.

En tercer lugar, la presencia de asma parece aumentar las probabilidades de padecer anafilaxia. Se ha observado una mayor frecuencia de anafilaxia en pacientes asmáticos, tanto en el Reino Unido, como en EE. UU. En este último, además, se observó que los pacientes con asma grave, tenían un riesgo mayor de padecer anafilaxia por alimentos.

En los últimos años, se ha descrito una mayor frecuencia de anafilaxia en aquellas zonas donde hay menos horas de luz. Este hecho se ha observado en EE. UU., Australia y Chile. Esto, se ha puesto en relación con una menor producción de vitamina D, por uma menor exposición solar, en los diferentes países.

Se ha observado, asimismo, que la anafilaxia está aumentando en las últimas décadas. En el condado de Olmsted, en EE. UU., se objetivó un aumento del 250%, entre finales de la década de 1980 30 y principio de la década de los 2000. Es llamativo también el aumento del 40% de anafilaxia por alimentos en niños, entre 2008 y 2012 en Illinois, EE.UU. Este fenómeno también se ha descrito en España, donde los ingresos hospitalários por anafilaxia se doblaron entre 1998 y 2011. Sin embargo, es recomendable ser cautos a la hora de valorar estos datos, porque podrían verse influidos por un mejor conocimiento de la enfermedad entre la población y el personal sanitario, una mayor tasa de su declaración y por otras características de los sistemas sanitarios.

4.3.3. La anafilaxia en los servicios de urgências

En los últimos años, se han publicado varios estudios que han intentado establecer la incidencia de la anafilaxia en los servicios de urgencias de distintos hospitales.
Estos estudios, que se basan en búsquedas informáticas, han calculado los datos de incidencia que varían entre el 0,07% y el 0,39%.

La mayor parte de estos estudios se centran en pacientes adultos y, sólo en raras ocasiones, analizan las características de los pacientes en edad pediátrica que sufren anafilaxia.
Los estudios disponibles en niños estiman una incidencia entre el 0,2 % y el 0,4%.

Las diferencias entre los distintos estudios pueden deberse a factores geográficos y demográficos, pero también a factores metodológicos. Las búsquedas en bases de datos no son el mejor método para estudiar la anafilaxia, especialmente por lo poco útiles que se han demostrado las clasificaciones CIE-9 y CIE-10 para codificar y localizar los pacientes com anafilaxia, adoleciendo una baja sensibilidad y especificidad.
A pesar de la falta de datos concluyentes, se estima que existen notables diferencias en cuanto a la incidencia, presentación clínica, la etiología y el manejo de la anafilaxia entre adultos y niños, e incluso en los diferentes grupos de edad dentro de la infancia.

4.4. Fisiopatología

El término anafilaxia, tradicionalmente, se ha reservado para las reacciones mediadas por anticuerpos de tipo IgE, utilizándose la denominación "reacción anafilactoide" para el resto de eventos producidos por otros mecanismos, a pesar de que clínicamente son indistinguibles. La Organización Mundial de la Alergia propuso, en 2003, utilizar el nombre de anafilaxia para referirse a cualquier reacción de este tipo, independientemente del mecanismo subyacente, y así es, generalmente, aceptado en la actualidad.

Se puede hablar de anafilaxia de mecanismo inmunológico (mediada por IgE, IgG o por inmunocomplejos) y de anafilaxia de mecanismos no inmunológicos.

4.4.1. Anafilaxia inmunológica

4.4.1.1. Anafilaxia mediada por IgE

Se trata de la reacción de hipersensibilidad tipo I, según la clasificación clásica de
Gell y Coombs, iniciada por la unión de un antígeno (alérgeno), que interactúa con los anticuerpos de tipo IgE específicos, anclados en la superficie celular de los mastocitos y los basófilos.

Para la síntesis de IgE específica frente a un alérgeno, es necesario un fenómeno de sensibilización, que se produce en las primeras exposiciones al antígeno. Ante la re-exposición, cuando un alérgeno se sitúa cerca de un mastocito o un basófilo, puede interactuar con la IgE específica que se encuentra unida a su superficie. Algunos alérgenos son capaces de interactuar con moléculas de IgE de dos o más receptores, un fenómeno conocido como "entrecruzamiento", que inicia la cascada de señalización intracelular, en el mastocito y basófilo y hace que se desgranulen, liberando sus mediadores. La IgE, además, contribuye a intensificar la activación de las células, potenciando la expresión de sus receptores de membrana.

4.4.1.2. Anafilaxia inmunológica no mediada por IgE

Los mecanismos inmunológicos no dependientes de IgE que pueden llevar a la anafilaxia en humanos están menos estudiados. En modelos animales, existe una amplia evidencia de la anafilaxia mediada por IgG.

Existen indicios de que este isotipo de inmunoglobulina podría activar a mas-

tocitos humanos, con la participacion del Factor de Activación Plaquetar (PAF). También se hanbdescrito reacciones de tipo anafiláctico tras la infusión de anticuerpos monoclonales IgG, como el omalizumab, anticuerpo IgG anti-IgE omalizumab; en la que la IgE sería el antígeno, y no el anticuerpo y el anticuerpo IgG anti-Factor de Necrosis Tumoral-α infliximab, frente al que se evidenció una respuesta IgG frente a la inmunoglobulina del ratón.

Por último, la activación del complemento, tras la formación de inmunocomplejos
IgG-medicamento, se han descrito como el mecanismo subyacente de la anafilaxia producida por múltiples fármacos, como la protamina.

4.4.2. Anafilaxia no inmunológica

Hay factores que pueden activar a los mastocitos y los basófilos, sin que medie una reacción inmunológica. Entre estos, se cuenta el ejercicio físico, el aire frío, la exposición al agua, algunos venenos de origen animal y diversos fármacos, como los contrastes radiológicos, los antiinflamatorios no esteroideos, los opioides o la vancomicina. Los mecanismos que producen estas reacciones no están totalmente aclarados.

5 Discusión-Conclusión

La anafilaxia tiene una incidencia baja en los Servicios de Urgencias del Hospital. Afecta a pacientes de cualquier edad, desde lactantes hasta ancianos, sin diferencias por sexo, aunque es más frecuente entre la población pediátrica.

La afectación cutáneo-mucosa es el grupo de signos y síntomas que más frecuentemente aparecen en la anafilaxia, seguido de los respiratorios y los digestivos. Estos últimos, se dan con mayor frecuencia en los niños, mientras que en los adultos predomina la afectación cardiovascular.

En los Servicios de Urgencias se infravalora la anafilaxia. Sin embargo, su diagnóstico determina la administración de adrenalina, independientemente de la gravedad del cuadro, así como la atención en el área de observación y, por tanto, las medidas de vigilancia a las que se somete. La prescripción de adrenalina autoinyectable en Urgencias es inusual.

Los estudios de la etiología de la anafilaxia, basados en los diagnósticos de servi-

cios de urgencias, no recogen las causas reales de anafilaxia. La principal causa de anafilaxia entre los adultos es la alergia a fármacos y entre los niños, de forma casi exclusiva, los alimentos, variando los grupos alimentarios según la edad.

6 Bibliografía

- Simons FER, Ardusso LRF, Dimov V, Ebisawa M, El-Gamal YM, Lockey RF, et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidelines: 2013 update of the evidence base. Int Arch Allergy Immunol. 2013;162:193-204.

-Fineman SM, Bowman SH, Campbell RL, Dowling P, Rourke DO, Russell WS, et al. Addressing barriers to emergency anaphylaxis care : from emergency medical services to emergency department to outpatient follow-up. Ann Allergy Asthma Immunol. 2015; doi: 10.1016/j.anai.2015.07.008.

- Tejedor-Alonso MA, Moro Moro M, Múgica-García M. Epidemiology of Anaphylaxis : Contributions From the Last 10 Years. J Investig Allergol Clin Immunol.2015;25:163-75.

-Sclar DA, Lieberman PL. Anaphylaxis underdiagnosed, underreported, and undertreated. Am J Med. 2014;127:S1-5.

-Klein JS, Yocum MW. Underreporting of anaphylaxis in a community emergency room. J Allergy Clin Immunol. 1995;95:637-8.

-Trojan T, Ma Y, Khan DA. Anaphylaxis Identification Using Direct and Combined ICD-9 Methods. J Allergy Clin Immunol.2013;131:AB224.

-Tanno LK, Ganem F, Demoly P, Toscano CM, Bierrenbach AL. Undernotification of anaphylaxis deaths in Brazil due to difficult coding under the ICD-10. Allergy.2012;67:783-9.

-Mulla ZD, Lin RY, Simon MR. Perspectives on anaphylaxis epidemiology in the United States with new data and analyses. CurrAllergy Asthma Rep. 2011;11:37-44.

-Simons FE, Clark S, Camargo Jr. CA. Anaphylaxis in the community: learning from the survivors. J Allergy Clin Immunol.2009;124:301-6.

-Alvarez-Perea A, Tomás-Pérez M, Martínez-Lezcano P, Marco G, Pérez D, Zubeldia JM, et al. Anaphylaxis in Adolescent/Adult Patients Treated in the Emergency Department: Differences Between Initial Impressions and the Definitive Diagnosis. J Investig Allergol Clin Immunol. 2015;25:288-94.

-Altman DG. Some common problems in Medical Research. En: Practical statistics for medical research. Londres: Chapman & Hall; 1991. p. 396-439.

-Sabban S. Development of an in vitro model system for studying the interaction

of Equus caballus lgE with its high-affinity Fc receptor. Tesis doctoral. Universidad de Sheffield; 2011.
-Simons FE, Roberts JR, Gu X, Simons KJ. Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol. 1998;101:33-7.
-Simons FE, Gu X, Simons KJ. Epinephrine absorption in adults: intramuscular versus subcutaneous injection. J Allergy Clin Immunol. 2001;108:871-3.
-Gómez Galán C, Ferré Ybarz L, Peña PelocheMA, Sansosti Viltes A, de la Borbolla Morán JM, Torredemer Palau A, et al. Intention to prescribe self-injectable epinephrine: Are there differences depending on who assesses the patient post-reaction? Allergol Immunopathol (Madr). 2015;43:286-91.
-Alvarez-Perea A, Rodríguez Mazariego E, Núñez Cabezas T, Pelta Fernández R. Alergia de la piel y de las mucosas. Urticaria, angioedema, anafilaxia.

Capítulo 84

A PROPÓSITO DE UN PARTO

JOSÉ MANUEL PELAEZ ÁLVAREZ

ALEJANDRA IGLESIAS PRIETO

ANTONIO MARTINEZ SANCHO

JOSE ANTONIO ALONSO CASANI

LARA LOMBRAÑA NORIEGA

1 Introducción

El embarazo es el periodo que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero hasta el momento del parto.
Se define el parto como el proceso biológico por el que se produce la salida del feto y la placenta desde el útero materno al exterior.

Consideramos parto normal aquel de comienzo espontáneo, bajo riesgo desde el inicio hasta el alumbramiento, el niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 y 42 completas.

2 Objetivos

Conocimiento de los cuidados al parto normal para conseguir una madre y niño sanos con la menor intervención posible.

3 Caso clínico

Gestante de 32 años, con grupo sanguíneo: A, Rh positivo. Coombs indirecto negativo.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sin alergias medicamentosas conocidas

Sin antecedentes médicos de interés

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

G1P0A0. Gestación controlada, dentro de la normalidad. No inmune a toxoplasma. Inmune a rubeóla. VIH, VHB, LUES negativo. SGB canal de parto materno negativo.

Acude a este centro hospitalario el día 14/05/2018 por dinámica uterina, siendo el diagnóstico tras la exploración de urgencias: pródromos de parto. Ingresa en evolución espontánea. Acompañada.

EXPLORACIÓN A LAS 10:00H:

Gestación a término, de curso normal. Inicio espontáneo de parto. Amniorrexis espontánea a las 7:30, aguas claras.

TV: cx borrado, grueso, permeable a dos dedos, cefálica SES, fluye líquido claro.

CTG: dinámica espontánea poco intensa, trazado fetal tranquilizador.

PLAN: evolución espontánea.

Acompañada

EXPLORACIÓN A LAS 11:30H:

CTG: dinámica regular, más intensa, feto bien.

TV: cx grueso, con la contracción 3 cm, cefálica insinuada.

Dinámica mal tolerada.

PLAN: Epidural a demanda de la paciente + perfusión de Oxitocina

Acompañada

ANALGESIA EPIDURAL OBSTÉTRICA 11:50H:

Semanas de gestación: 39+1

Aguja de punción: Epidural

Abordaje: Medial

Nivel de punción: L3-L4

Ropivacaína (Concentración): 0.2

Catéter Epidural: SI

Distancia a superficie cutánea: 3.5

Hora de comienzo del acto anestésico: 11:50

Observaciones: Analgesia raquídea con Bupivacaína 1.8mg+ Fentanilo. Dosis test con Lidocaína 3ml. Peefusión con

Ropivacaína 2mg/ml + Fentanilo. Sin incidentes.

12:00H - Se inicia perfusión continua de Oxitocina a 24ml/h

4 Discusión-Conclusión

La mayoría de partos transcurren sin complicaciones para las mujeres y sus bebés. No obstante, en los últimos 20 años, ha aumentado el uso de intervenciones que antes solo se utilizaban para evitar riesgos o tratar complicaciones, como la infusión de Oxitocina.

La nueva guía de loa OMS incluye pruebas de 17 revisiones Cochrane y contiene 56 recomendaciones basadas en la evidencia sobre la atención necesaria para la mujer y su bebé durante el parto e inmediatamente después de este. Entre ellas se incluyen tener un acompañante de su elección durante el trabajo de parto y el nacimiento, asegurar una atención respetuosa y una buena comunicación entre la mujer y los profesionales sanitarios, mantener la privacidad y la confidencialidad o permitir que la mujer tome decisiones sobre el control del dolor, las posturas de parto y la necesidad natural de empuje.

En este caso, podemos ver como algunas de dichas recomendaciones se cumplen y otras no.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.gov

- https://es.cochrane.org

- https://sisbib.unmsm.edu.pe

Capítulo 85

ANTICOAGULANTES ORALES Y SU INFLUENCIA EN LA DIETA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CINTIA LORENTE GARCÍA

1 Introducción

Los trastornos trombóticos siguen siendo la principal causa de muerte en el mundo occidental debido a que, aunque los tratamientos utilizados son eficaces, aún existen muchas limitaciones con respecto a ellos.

Los anticoagulantes reducen el riesgo de ataques al corazón e ictus al disminuir la formación de coágulos sanguíneos en las arterias y venas. Las principales afecciones por las cuales se toman anticoagulantes son la fibrilación auricular, cirugía de válvulas cardíacas o defecto cardíacos congénitos.

Los pacientes que están a tratamiento con anticoagulantes deben seguir unas pautas en cuanto al consumo de alimentos ricos en vitamina K.

En octubre de 2010 la U.S. Food and Drug Administration (FDA) aprobó el uso del Dabigatrán para la prevención de ictus en pacientes con fibrilación auricular, lo que lo convirtió en el primer anticoagulante oral de nueva generación aprobado en Estados Unidos (EEUU). El Rivaroxaban y el Apixaban fueron los siguientes medicamentos aprobados en Europa y América del norte.

Estos nuevos anticoagulantes orales, liberarían a los pacientes de realizar controles periódicos al igual que no tendrían restricciones dietéticas, como ocurre en el caso del Sintrom ® (Acenocumarol) o del Aldocumar ® (Warfarina).

Esta ventaja, se debe a su mecanismo de acción, ya que el Acenocumarol y la Warfarina son antagonistas de la vitamina K, mientras que el Dabigatrán es un

inhibidor directo de la trombina y el Rivaroxaban y el Apixaban son inhibidores directos del Factor Xa.
Existen varios estudios en los que se examinaron las posibles interacciones entre los nuevos anticoagulantes orales nuevos (Dabigatrán, Rivaroxaban y Apixaban) y los más antiguos (Acenocumarol y Warfarina) en relación con la alimentación y el riesgo de provocar un accidente vascular.
En la actualidad existe un vacío bibliográfico sobre el efecto de plantas, infusiones o hierbas consumidas en nuestro día a día; existiendo indicios de que su consumo en la gran mayoría de los casos no está recomendado.

2 Objetivos

- Conocer cómo influye el consumo de anticoagulantes orales en la dieta.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre el mes de octubre y noviembre del año 2019. Las bases de datos consultadas fueron Pubmed, The Cochrane Library Plus, Scielo, Dialnet y Scopus de las que se revisaron la totalidad de sus resultados.

Se realizó una búsqueda de descriptores en la base de datos de Mesh, una vez seleccionados, debido a lo amplio de su definición se seleccionaron subdescriptores acordes con la búsqueda realizada en los términos de Quality of life, Diet, Food, Food-Drug Interactions y Drug interaction para acotar más la búsqueda de información. Dichos términos deberían de estar incluidos en el título, resumen y palabras clave de todos los documentos. Los términos Mesh usados fueron los siguientes:
Diet/adverse effects (dieta/efectos adversos), Diet/blood (dieta/sangre), Diet/classification (dieta/clasificación), Diet/complications (dieta/complicación), Diet/contraindications (dieta/contraindicaciones), Diet/drug effects (dieta/ efectos de los medicamentos), Diet/education (dieta/educación), Diet/nursing (dieta/enfermería), Diet/organization and administration (dieta/organización y administración), Diet/pharmacology (dieta/ farmacología), Diet/prevention and control (dieta/prevención), Diet/therapeutic use (dieta/ uso terapéutica), Diet/therapy (dieta/terapia), Drug Interactions / classification (interacción medicamentosas /clasificación), Drug Interactions / drug effects (interacción medicamentosas /efectos de los medicamentos), Drug Interactions / prevention

and control (interacción medicamentosas/ prevención y control), Drug Interactions/therapy (interacción medicamentosas/terapia), Food/administration and dosage (comida/ administración y dosificación), Food/adverse effects (comida/efectos adversos) , Food/antagonists and inhibitors (comida/antagonistas e inhibidores), Food/blood (comida/sangre), Food/drug effects (comida/efectos de los medicamentos), Food/education (comida/educación), Food/organization and administration (comida/organización y administración), Food/pharmacology (comida/farmacología), Food/psychology (comida/fisiología), Food/therapeutic use (comida/uso terapéutico), Food/therapy (comida/terapia), Food-Drug Interactions (interacciones comida y medicamentos), Quality of Life/organization and administration (calidad de vida/organización y administración), Quality of Life/psychology (calidad de vida/ psicología), Dabigatran (dabigatrán), Dabigatrán etexilate (dabigatrán etexilate), Warfarin (warfarina), Acenocoumarol (acenocumarol), Rivaroxaban (rivaroxaban), Apixaban (apixaban).

De todos los artículos encontrados, se seleccionaros 45 artículos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.
A esta búsqueda por términos Mesh se le sumó una búsqueda por distintas páginas webs científicas y se añadió una recopilación de recomendaciones de la SEEN (Sociedad Española de Endocrinología). Por otro lado, se recaudó información en el Medline y en la sociedad española de hematología en cuanto a información sobre las patologías que precisen de los anticoagulantes orales. Por último, se añadió información procedente de la página web del vademécum.

4 Resultados

Una vez revisada la información, se puede asegurar que los anticoagulantes orales sí han influido en la dieta en estos últimos años, con importantes restricciones que repercuten en el estilo y calidad de vida del paciente. Con la necesidad de crear unos medicamentos con una mayor seguridad y menos restricciones, salieron al mercado unos anticoagulantes con un mecanismo de acción distinto a los anteriores. No existe hasta la fecha estudios en cuanto a la calidad de vida para pacientes en tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales o comparando con los antiguos.

La información sobre el uso de los nuevos medicamentos junto con la ingesta de diversas plantas, hierbas o infusiones es todavía un campo con una carga de

conocimientos casi nula. La información sobre los anticoagulantes orales más antiguos como son la Warfarina y el Acenocumarol es muy extensa, con sabidas interacciones con muchos alimentos presentes en nuestra dieta del día a día, principalmente aquellos que contienen altas cantidades de vitamina K. Dichas interacciones condicionan la alimentación del paciente, especialmente en Galicia debido a la cantidad de verdura de hoja verde que se come en esta región. Como resultado de esta advertencia, se recomienda un control periódico sobre el paciente anticoagulado. En estos últimos años, con la entrada en nuestras cocinas y calles de comida de origen étnico, se comenzó a ver algunas interacciones con hierbas y plantas, se recomienda un control más exhaustivo y avisar de las posibles consecuencias si el paciente no quiere o no puede dejar de tomarla.

Los nuevos anticoagulantes surgidos estos años y aprobados por la FDA de EEUU y también en Europa como son el Dabigatrán, Rivaroxaban y Apixaban son medicamentos con un mecanismo de acción distinto a la de los anticoagulantes más antiguos. Pocos fueron los estudios sobre alimentos poco comunes de los cuales no se sabe si podrían interaccionar con estos medicamentos y ninguno sobre la calidad de vida que tendrían los pacientes en cuanto a posibles efectos secundarios gástricos, como es el caso del Dabigatrán que condicionaría su alimentación. El perfil del paciente en el que son usados algunos de estos anticoagulantes es muy específico en algunos casos. El manejo de la dosis de estos fármacos es mucho más cómodo para los pacientes, en contrapartida, su costo es mucho más elevado que los medicamentos citados en el párrafo anterior.

5 Discusión-Conclusión

La Warfarina es un anticoagulante oral usado desde hace décadas cuyas interacciones en la dieta están correctamente documentadas. La investigación en cuanto a las interacciones de este fármaco con los alimentos ingeridos se centró principalmente en los que contuvieran vitamina K, el alcohol o la hierba de San Juan. Por tanto, estos datos nos permiten informar al paciente de cuales son los principales alimentos que debería restringir, informando también de las posibles interacciones con otras plantas o hierbas.

El Acenocumarol o Sintrom® es uno de los anticoagulantes orales más comunes en nuestro país. Debido a su mecanismo de acción los alimentos que contienen vitamina K provocan unas interacciones notorias y unos desajustes en el INR

del paciente anticoagulado. Cabe destacar que en estos últimos años y con la aparición de muchas bebidas energética, se documentó que la carnitina puede ser también un factor que provoque fluctuaciones en el INR. Estas interacciones tienen un gran impacto en la calidad de la dieta de los pacientes, a menudo mal tolerados, y precisan un control periódico que muchas veces no se cumple por parte del paciente.

El Dabigatrán ha sido en el año 2010 el primer anticoagulante de nueva generación aprobado por la FDA. Los resultados reflejaron que una dieta rica en grasas no afectaría a su función como anticoagulante. Lo más destacado de los resultados obtenidos, ha sido la falta de investigación e información en cuanto a la calidad de vida y a posibles interacciones con hierbas o plantas. Por tanto, el paciente a tratamiento con este fármaco no ve influenciada su dieta aunque todavía quedan por aclarar posibles interacciones con diversas plantas.

El caso de Rivaroxaban es similar al del Dabigatrán, los resultados mostraron que existe mucha carga de información en cuanto a las posibles interacciones con la dieta y suplemento o hierbas. Se recomienda tomar precauciones en cuanto a la ingesta de la hierba de San Juan. Por lo tanto, basándose en los resultados, los pacientes bajo este tratamiento no ven afectados la calidad de su dieta.
Los resultados con el Apixaban son semejantes a los comentados en la Rivaroxaban y Dabigatrán. Se concluyó que la toma del tratamiento en ayunas o con comida no interfiere en su mecanismo de acción. Del mismo modo que en el resto de nuevos anticoagulantes orales, las interacciones con hierbas o plantas siguen sin estar documentadas. Por este motivo las recomendaciones en el aspecto dietético para el Apixaban son nulas o se tendrían en cuenta solo aquellos alimentos que puedan interferir en su mecanismo de acción, del cual solo se sospecha de la hierba de San Juan.

La diferencia entre las restricciones, y por lo tanto en la calidad de la dieta en los alimentos, y las interacciones entre los nuevos anticoagulantes y los antiguos son notorias. A falta de más información en cuanto a la calidad de vida de los pacientes anticoagulados y con los primeros datos publicados estos años, se puede observar que la dieta es un factor que influye en la Warfarina y el Acenocumarol, pero no produce efectos en el mecanismo de acción de los nuevos anticoagulantes. Otro gran punto a favor es que los pacientes no necesitan hacer controles periódicos. Como aspecto negativo cabe destacar que al ser unos fármacos rela-

tivamente recientes, su costo es todavía elevado.
La calidad de la dieta o de la alimentación en los pacientes con los nuevos anticoagulantes es claramente mejor debido a la falta de restricciones, a lo que le podemos añadir un menor número de controles periódicos para el paciente. Aun así, existe falta de información en cuanto posibles efectos de hierbas, plantas o infusiones los pacientes en los nuevos anticoagulantes.

6 Bibliografía

1. C, Wang J, Nepal S, Schuster A, Barrett YC, MosquedaGarcia R, et al. Apixaban, an oral, direct factor Xa inhibitor: single dose safety, pharmacokinetics, pharmacodynamics and food effect in healthy subjects. Br J Clin Pharmacol. 2013;75(2):476-87.
2. Gulseth MP, Wittkowsky AK, Fanikos J, Spinler SA, Dager WE, Nutescu EA. Dabigatran etexilate in clinical practice: confronting challenges to improve safety and effectiveness. Pharmacotherapy. 2011;31(12):1232-49.
3. Nutescu E, Chuatrisorn I, Hellenbart E. Drug and dietary interactions of warfarin and novel oral anticoagulants: an update. J Thromb Thrombolysis. 2011;31(3):326-43
4. Nutescu EA, Shapiro NL, Ibrahim S, West P. Warfarin and its interactions with foods, herbs and other dietary supplements. Expert Opin Drug Saf. 2006;5(3):433-51.
5. Das AK, Ahmed A, Corrado OJ, West RM. Quality of life of elderly people on warfarin for atrial fibrillation. Age Ageing. 2009;38(6):751-4.
6. Bachmann HU, Hoffmann A. Interaction of food supplement L-carnitine with oral anticoagulant acenocoumarol. Swiss Med Wkly. 134. Switzerland2004. p. 385.
7. Walenga JM, Adiguzel C. Drug and dietary interactions of the new and emerging oral anticoagulants. Int J Clin Pract. 2010;64(7):956-67
8. Olveira Fuster G, Vallejo Lima R. Recomendaciones nutricionales para pacientes con anticoagulantes orales (sintrom, aldocumar). [internet]. Málaga: Servicio de Endocrinología y Nutrición; 2012 [5 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.monitormedical.es/blog/wpcontent/uploads/Recomendaciones-Nutricionales.pdf
9. Vademecum [internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2000 [Junio de 2010; 9 de octubre de 2019] Aldocumar. Disponible en: http://www.vademecum.es/medicamento-aldocumar_ficha_22401
10. Vademecum[internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 1956 [2011; 10 de a diciembre de 2019]. Sintrom. Disponible en:

http://www.vademecum.es/medicamento-sintrom_3668
11. Vademecum[internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2008 [19 de diciembre de 2012; 11 de octubre de 2019]. Pradaxa. Disponible en: http://www.vademecum.es/medicamento-pradaxa_32298
12. Vademecum[internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 30 de septiembre de 2008 [mayo de 2012; 10 de octubre de 2019]. Xarelto. Disponible en: http://www.vademecum.es/medicamento-xarelto_39105
13. Vademecum[internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2011 [2013; 11 de noviembre de 2019] Eliquis. Disponible en: http://www.vademecum.es/medicamento-eliquis_38367
14. Medline Plus [Internet]. Bestheda: U.S. Department of Health and Human Services; 6 de octubre de 2012 [9 de octubre de 2019; 16 de diciembre de 2019] Anticoagulantes y antiplaquetarios. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/bloodthinners.html

Capítulo 86

VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO PREOPERATORIO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

DAVID QUIRÓS NIETO

ELENA NIETO VIYELLA

1 Introducción

En esta investigación se plantea evaluar la calidad de atención del cuidado de la salud integral ofrecida por el personal de Enfermería a los pacientes durante el proceso pre-operatorio en los diferentes quirófanos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), para su posterior valoración a la llegada del paciente al quirófano. Dicho estudio se enmarca en una investigación de tipo no experimental descriptivo, de corte transversal. La población estuvo formada por 129 pacientes quirúrgicos, a quienes se les aplicó un cuestionario observacional descriptivo que consta de dos partes: la atención física con 16 ítems y la atención psicológica con 4 ítems; para ser respondido con Sí o No. Los resultados obtenidos se categorizaron, tabularon y graficaron, reflejando que la categoría SÍ lleva consigo una breve explicación. De esta manera, el trabajo realizado por el personal de Enfermería demuestra el cumplimiento ético y profesional del personal que trabaja en los quirófanos del HUCA.

Por muchos años el cuidado humano ha sido el enfoque central de Enfermería, ya que constituye la clave de la práctica de esta profesión, la cual se basa en

el estudio de la respuesta humana individual de cada paciente. Por otra parte, se conoce que el ser humano es un ser integral u holístico que posee un sinfín de necesidades. Al respecto, Alonso y Escorcia (2003) comentan que: "El ser humano es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente: en él influye un sinnúmero de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, en síntesis, de una personalidad que obedece a su ubicación temporal (momento histórico) y espacial (lugar donde habita)". Es por eso que el personal de Enfermería debe tener conocimientos y procurar cubrir por medio del cuidado durante su práctica profesional cada una de estas facetas del paciente.

De esta manera, estas necesidades deben abordarse según el tipo de paciente al cual se le esté prestando el cuidado, considerando al paciente en la etapa pre e intra-operatoria se puede mencional que, además de las necesidades físicas que serán o fueron corregidas según la intervención, este tipo de pacientes también presenta necesidades tipo afectivas y sociales, donde el personal de Enfermería juega un papel de suma importancia para ofrecer soporte emocional e integrar a la familia y al paciente a un nuevo estilo de vida.

En base a esto, surge la presente investigación, que se centra en evaluar la calidad de atención del cuidado de la salud integral ofrecida por el personal de Enfermería a los pacientes durante el proceso pre-operatorio en los diferentes quirófanos del HUCA, para su posterior valoración por el equipo de Enfermería quirúrgica a la llegada del paciente al quirófano.

"El trabajo enfermero dentro del área quirúrgica con planes de cuidados y lenguajes estandarizados permite hacer visible lo que durante mucho tiempo ha sido invisible".

2 Objetivos

Objetivo general
Evaluar la calidad de atención del cuidado de la salud integral ofrecida por el personal de Enfermería a los pacientes durante el proceso pre-operatorio en los diferentes quirófanos del HUCA, para su posterior valoración por el equipo de Enfermería quirúrgica a la llegada del paciente al quirófano.

Objetivos específicos
-Identificar la calidad de atención de la salud física brindada por el personal de

Enfermería a los pacientes durante el proceso pre-operatorio y su posterior valoración a su llegada al quirófano.
-Describir la calidad de atención de la salud psicológica brindada por el personal de Enfermería a los pacientes durante el proceso pre-operatorio y su posterior valoración a su llegada al quirófano.
-Indagar la calidad de atención de la salud social brindada por el personal de Enfermería a los pacientes durante el proceso pre-operatorio y su posterior valoración a su llegada al quirófano.

3 Metodología

El estudio realizado es un estudio no experimental descriptivo, transversal en el que se estudió una muestra representativa de la población, en este caso de 129 pacientes para conseguir alcanzar los objetivos anteriormente mencionados y llegar a hipótesis y conclusiones que nos permitieran valorar la calidad de atención que reciben los pacientes en el HUCA en el proceso peri-operatorio.

El estudio ha sido realizado durante un periodo de 3 meses en el área quirúrgica del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), ubicado en Oviedo, hospital de referencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y hospital del Área Sanitaria IV de Asturias.

La actividad quirúrgica del hospital (ámbito que realmente nos interesa para nuestro análisis) en el año 2012, según la memoria del HUCA, se realizaron 13650 intervenciones sólo de pacientes posteriormente ingresados, sin incluir en esta cifra los pacientes intervenidos por cirugía ambulatoria.

En la de evolución de intervenciones, podemos observar una disminución de las intervenciones desde el año 2010 en el cual se realizaron 16303 intervenciones programadas y 4819 intervenciones urgentes, al 2012 con un total de 15324 intervenciones programadas y 4171 intervenciones urgentes.

En el transcurso de nuestra investigación, esta disminución de intervenciones estaría incrementada ya que, según datos recogidos por los investigadores, el número total de intervenciones realizadas por semana en el año 2014 sería de 313 intervenciones por semana lo que nos daría una media de 15024 intervenciones programadas al año en el 2014, cifra de pacientes a la cual está referido nuestro estudio.

En el estudio realizado se han recogido datos de los quirófanos a los que hemos

tenido acceso los investigadores:
- Neurocirugía.
- Cirugía General.
- Otorrinolaringología.
- Traumatología.
- Urología.
- Cirugía cardíaca.
- Cirugía Vascular.
- Ginecología.
- Cirugía Infantil.

Para llevar a cabo el estudio se utilizó una tabla de creación propia para la recogida de datos, en la que se recogieron datos sobre diferentes variables cualitativas a valorar, la mayoría de ellas dicotómicas, pudiendo tomar sólo dos valores posibles: SÍ o NO.

Las 17 variables analizadas (y sus diagnósticos correspondientes) fueron:
1- VVP: si el paciente llega a quirófano con vía venosa periférica, analizando, además, el calibre de la misma. Diagnóstico: Riesgo de infección (00004).
2- SONDA: si el paciente es portador de sondas, tanto vesicales como nasogástricas. Diagnóstico: Deterioro de la eliminación urinaria (00016).
3- UPP: si el paciente presenta úlceras por presión y, en caso afirmativo, el grado y la situación de las mismas. Diagnósticos: Deterioro de la integridad cutánea (00046) y Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047).
4- ASEO: el aseo del paciente, pudiendo ser óptimo, medio y deficiente. Diagnóstico: Déficit de autocuidado: baño/higiene (00108).
5- PRÓTESIS: si el paciente llega al quirófano con prótesis dental. Diagnósticos: Deterioro de la dentición (00048) y Deterioro de la mucosa oral (00045).
6- OBJETOS METÁLICOS: si el paciente es portador de objetos metálicos, tales como anillos, pulseras, piercings, etc.
7- PREMEDICACIÓN: si el paciente ha sido premedicado en planta. En caso afirmativo, también analizamos el fármaco administrado. Diagnóstico: Incumplimiento del tratamiento (00076).
8- PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: en el caso de que fuera administrada en planta y el nombre del fármaco. Diagnóstico: Incumplimiento del tratamiento (00076).
9- ALERGIAS: si el paciente presenta alergias medicamentosas conocidas y a qué medicamento. Diagnósticos: Respuesta alérgica al látex (00041) y Riesgo de respuesta alérgica al látex (00042).
10- AYUNAS: si el paciente llega a quirófano en ayunas.

11- DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: si está completa o incompleta.
12- CONSENTIMIENTO CIRUGÍA: su presencia en la historia clínica del paciente.
13- CONSENTIMIENTO ANESTESIA: su presencia en la historia clínica del paciente.
14- RX: la presencia en la historia clínica del paciente de estudios radiológicos previos, valorando también si era necesario dependiendo del tipo de intervención.
15- CONSENTIMIENTO HEMODERIVADOS: su presencia en la historia clínica del paciente si fuera preciso.
16- ESTADO PSÍQUICO DEL PACIENTE: valorando si el paciente llega a quirófano consciente o inconsciente, orientado o desorientado, y ansioso o tranquilo. Diagnósticos: Ansiedad (00146), Ansiedad ante la muerte (00147), Desesperanza (00124), Síndrome de estrés del traslado (00114), Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149), Negación ineficaz (00072), Temor (00148) y Confusión aguda (00128).
17- NIVEL DE INFORMACIÓN: pudiendo estar el paciente informado o desinformado. Diagnósticos: Conocimientos deficientes (00126) y Disposición para mejorar los conocimientos (00161).

Los instrumentos de evaluación empleados en el estudio para la recogida de datos han sido los siguientes: entrevistas semiestructuradas, evaluación de la historia clínica del paciente y la observación.

Entrevistas Semiestructuradas
La entrevista semiestructurada realizada al paciente, normalmente en el antequirófano antes de la intervención quirúrgica, permite evaluar el estado en el que recibimos al paciente, si porta objetos metálicos, si está en ayunas, el estado psíquico del paciente y el nivel de información.

Evaluación de la Historia Clínica
Además de la entrevista semiestructurada, se ha llevado a cabo una revisión minuciosa de la historia clínica del paciente, prestando especial atención a la presencia en la misma de los consentimientos informados de cirugía y de anestesia (y el de hemoderivados/transfusión si fuera preciso) y firmados (tanto por el paciente como por el facultativo), alergias del paciente y premedicación en planta.

Observación
Por último, mediante la observación y revisión del paciente se ha evaluado si éste es portador de VVP, sonda vesical, si presenta úlceras por presión y la higiene

del mismo y en última instancia comprobar y verificar que lo que trae la historia y lo que nos manifiesta el paciente coincide.

La población objeto de estudio son todos los individuos independientemente del sexo, edad o raza que acuden al área quirúrgica a realizar una intervención provenientes de una planta de hospitalización. En el caso de nuestro estudio consideramos esta población como infinita para el cálculo del tamaño muestral al no poder calcular con exactitud el número de intervenciones realizadas en el HUCA en el periodo de tiempo al que queremos referir el estudio.

Muestra:
El grupo de individuos o subconjunto de la población anterior, la cual ha sido accesible para los investigadores, según las diferentes rotaciones o quirófanos en los que estuvieran. El tamaño de la muestra en el estudio es de 129 pacientes.

Criterios de selección: Personas a las que se les va a llevar a cabo una intervención quirúrgica.

*Tabla utilizada para la recogida de la información.

PACIENTE	Nº			
VVP	SI	NO	CALIBRE:	
SONDA	SI	NO	TIPO:	
UPP	SI	NO	ESTADÍO:	
ASEO	ÓPTIMO	MEDIO	DEFICIENTE	
PRÓTESIS	SI	NO		
OBJETOS METÁLICOS	SI	NO		
PREMEDICACIÓN PLANTA	SI	NO	FÁRMACO:	
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA	SI	NO	FÁRMACO:	
ALERGIAS CONOCIDAS	SI	NO	ALERGIA:	
AYUNAS	SI	NO		
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	COMPLETA	INCOMPLETA		
CONSENTIMIENTO CIRUGÍA	SI	NO		
CONSENTIMIENTO ANESTESIA	SI	NO		
RX	SI	NO		
OTROS: Hemoderivados, etc.	SI	NO	DOCUMENTO:	
ESTADO PSÍQUICO PACIENTE	CONSCIENTE	ORIENTADO	TRANQUILO	ANSIOSO
NIVEL INFORMACIÓN	INFORMADO	DESINFORMADO		

4 Resultados

VÍA VENOSA PERIFÉRICA

- De los 129 pacientes de la muestra, 76 pacientes (58,92%) no traían vía periférica, y 53 (41,08%) si.
- De los 53 pacientes que tenían vía venosa periférica, 8 (15,10%) era de calibre 22, y 45 (84,90%) de un calibre 20.

SONDAS
- De los 129 pacientes estudiados 122 (94,58%) no eran portadores de sonda, y 7 (5,42%) si.
- A su vez, nos encontramos que de los 7 pacientes que portaban sonda a quirófano, 5 de ellos (71,42%) era sonda vesical y 2 de ellos (28,58) sonda nasogástrica.

ÚLCERAS POR PRESIÓN
- En este apartado, nos encontramos con que tan sólo 3 personas (2,33%) de los 129 pacientes estudiados presentaban úlceras por presión, y en el resto, 126 (97,67%), el estado de la piel y la integridad cutánea eran óptimos.
- De todas las úlceras por presión encontradas, 2 de ellas (66,66%) eran úlceras por presión grado I de sacro, y tan sólo 1 paciente (33,34%) presentaba úlcera por presión grado I en el talón.

ASEO
En cuanto al estudio del aseo, de los 129 pacientes totales, 89 (69%) presentaron un aseo óptimo, 36 de ellos (28%) un aseo medio o aceptable, y tan sólo se encontraron 4 pacientes (3%) con un aseo deficiente.

PRÓTESIS
De los 129 pacientes objeto de estudio tan sólo se encontraron 6 pacientes (4,66%) con prótesis dentales en el antequirófano, y el resto, 123 (95,58%), no tenían prótesis dentales o bien las habían quitado previamente antes de entrar a quirófano.

OBJETOS METÁLICOS
En cuanto a los objetos metálicos, se observó que tan sólo 2 (1,56%) de los 129 pacientes estudiados acudieron a quirófano con algún tipo de objeto metálico (pendientes, pulseras, relojes, piercings, etc.) y el resto, 127 pacientes (98,44%), se había retirado los objetos metálicos en planta antes de acudir a quirófano.

PREMEDICACIÓN
- De los 129 pacientes estudiados, 45 (34,88%) recibieron premedicación en planta, y 84 (65,12%) pacientes no.
- De los 45 pacientes que recibieron medicación previa a la intervención con motivo de tranquilizarlos y disminuir su estado de ansiedad, 22 de ellos (48,88%)

fueron premedicados con Orfidal, 20 (44,45%) con Lexatín, y tan sólo se encontraron 3 pacientes (6,67%), premedicados con Dormicun.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

- En cuanto al análisis de la profilaxis antibiótica de la muestra de los 129 pacientes observamos que 25 de ellos (19,37%) recibían profilaxis antibiótica en planta, y el resto, 104 pacientes (80,63%), no la recibieron o se les administró la primera dosis en quirófano.
- De los 25 pacientes a los que se les administró profilaxis antibiótica en planta, 18 (72%) de ellos fue Cefazolina, 4 de ellos (16%) Augmentine, 2 (8%) Tazocel, y tan sólo a 1 (4%) se le administró Gentamicina.

ALERGIAS

Los resultados encontrados en la variable de alergias fueron los siguientes: de los 129 pacientes de la muestra 28 de ellos (21,29%) presentaban algún tipo de alergia medicamentosa, y el resto, 101 pacientes (78,35%), no presentaban ninguna alergia medicamentosa conocida.

AYUNAS

En cuanto al estudio de este punto, observamos que el 100% de la muestra (las 129 personas) estaba en ayunas.

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

De las 129 personas estudiadas, un alto porcentaje, 123 personas (95,34%), traían la documentación clínica completa en su historia clínica, y tan sólo 6 personas (4,66%) la traían incompleta.

CONSENTIMIENTO CIRUGÍA

Los 129 pacientes estudiados (100%) tenían en su historia clínica el consentimiento de cirugía firmado tanto por el propio paciente como por los facultativos.

CONSENTIMIENTO ANESTESIA

De los 129 pacientes estudiados, 123 (95,34%) tenían el consentimiento de anestesia en su historia clínica firmado, y tan sólo 6 pacientes (4,66%) no lo tenían o no estaba firmado.

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS RX

De los 129 pacientes de la muestra, 58 pacientes (44,96%) tenían en la historia clínica estudios radiológicos necesarios para la intervención, el resto de los 71 pacientes (55,04%) no tenían en la historia clínica estudios radiológicos, ya sea

porque faltaban o porque no eran necesarios para el tipo de intervención a realizar.

CONSENTIMIENTO HEMODERIVADOS

De los 129 pacientes estudiados, 78 (69,46%) tenían consentimiento firmado para hemoderivados y, el resto de pacientes, 51 (39,54%), no lo traían o no lo necesitaban para la intervención que se iba a realizar.

ESTADO PSÍQUICO DEL PACIENTE

En el estudio de esta variable se incluyeron varios aspectos: si el paciente se encontraba consciente o no, si estaba o no desorientado y, por último, si se encontraba ansioso o tranquilo. En los resultados encontramos que un alto porcentaje de los pacientes, 128 (99,22%), se encontraban conscientes antes de entrar al quirófano, y tan sólo 1 paciente (0,88%) se encontraba inconsciente; 97 pacientes (75,20%) se consideraron orientados, y 32 (24,80%) desorientados, y, por último, 71 pacientes (55,04%) se consideraron en un estado de ansiedad, y 58 (44,96%) tranquilos antes de pasar a quirófano.

NIVEL DE INFORMACIÓN

La gran mayoría de los pacientes que acudieron a quirófano venían informados: 123 pacientes (95,34%), y tan sólo 6 de ellos (4,66%) desinformados.

Dificultades y limitaciones del estudio

-La poca información o estudios previos realizados sobre este tema.

-La dificultad para calcular el tamaño muestral, puesto que no podemos calcular con exactitud el número de pacientes intervenidos en el año 2014. Esto es debido a que nuestra investigación fue llevada a cabo en un periodo de 3 meses con las limitaciones que ello conlleva para recopilar información y conseguir una muestra de población representativa. Además, en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria la mayoría de los pacientes llegan al quirófano directamente de sus domicilios, y a las pocas horas de la intervención quirúrgica a la que son sometidos, regresan a sus domicilios.

-En cuanto a las limitaciones encontradas en la recogida de datos únicamente mencionar que, en ciertas ocasiones, a los investigadores no nos fue posible realizar la entrevista perioperatoria, teniendo que derivar esta acción a terceras personas y recopilando los datos preguntando a las personas encargadas de realizar la entrevista preoperatoria y realizar el check-list en quirófano.

- Y por último, otra de las limitaciones de nuestro estudio ha sido el no considerar la necesidad o no de las variables de Estudios Radiológicos y Consentimiento de Hemoderivados, ya que muchos pacientes no tenían dichos estudios o consen-

timientos pedidos porque no lo necesitaban para el tipo de intervención que se iba a realizar, asique consideramos que la documentación clínica de estos pacientes esta completa aun con la ausencia de estos estudios o consentimientos en la investigación realizada.

Podemos concluir que la planificación de los cuidados nos ayuda a mejorar, nos ayuda a avanzar, consiguiendo:
-Desarrollo de una metodología de trabajo en equipo.
-Asignar la responsabilidad de cuidados.
-Aplicar el método científico a los cuidados, en este caso mediante la estandarización orientándose a las situaciones de salud más prevalentes en cada unidad de enfermería y a los Procesos Asistenciales implantados en el hospital.
-Garantizar la continuidad de los cuidados enfermeros.

Tabla 1: VARIABLES A ESTUDIAR

VARIABLES	Si		No	
	N	%	N	%
VVP	53	41,08	76	58,92
Sondas*	7	5,42	122	94,58
UPP*	3	2,33	126	97,67
Aseo*				
Prótesis	6	4,66	123	95,34
Objetos metálicos	2	1,56	127	98,44
Premedicación*	45	34,88	84	65,12
Profilaxis Antibiótica*	25	19,37	104	80,63
Alergias*	28	21,29	101	78,03
Ayunas	129	100	0	0
Documentación Clínica completa	123	97,67	6	2,33
Consentimiento cirugía	129	100	0	0
Consentimiento anestesia	123	97,67	6	2,33
RX	58	44,96	71	55,04
Hemoderivados	78	60,46	51	39,54
Paciente Consciente	128	99,22	1	0,88
Paciente Orientado	97	75,20	32	24,80
Paciente ansioso	71	55,04	58	44,96
Paciente Informado	123	95,34	6	4,66

***N=Frecuencia, %= Porcentaje**

5 Discusión-Conclusión

La preparación física y psicológica consiste en ayudar al paciente a satisfacer necesidades, explorar, identificar y manejar los cuidados físicos y emocionales que tienen con respecto al proceso de cirugía, y prepararlo física y psicológica-

mente para la misma. Dentro de los cuidados preoperatorios, el profesional de Enfermería requiere una serie de acciones encaminadas a la preparación del paciente ante la cirugía. Entre dichas actividades pueden incluirse todas aquellas que sirvan para la identificación del estado fisiológico, con ayuda de pruebas radiológicas y analíticas, entre otras, y obrar en consecuencia. Un aspecto que no es menos importante que los demás, y que se debe tener muy presente, aunque a veces se descuida, es el estado psicológico.

El profesional de Enfermería tiene que estar alerta a las necesidades psicológicas del paciente por su importancia, ya que puede repercutir en el post-operatorio, surgiendo problemas inesperados e indeseados. Ante toda cirugía, el paciente sufre una serie de temores como pueden ser: miedo a lo desconocido, pérdida de control, pérdida del cariño de los seres queridos, amenaza a la sexualidad, anestesia, muerte, dolor, desfiguración, limitación permanente, entre otras. El temor a la anestesia es frecuente en todas las cirugías, estando relacionado con el de la muerte.

De acuerdo a ello, la investigación persiguió determinar dicha intervención en la satisfacción de las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes en el periodo preoperatorio, considerando a dichas actividades como las acciones que realiza la/el enfermera/o para informar al paciente prequirúrgico, el entrenamiento, valoración y estilo de comunicación para satisfacer los aspectos físicos y emocionales en el paciente.

Considerando los resultados obtenidos en la presente investigación, de acuerdo a los objetivos pretendidos, y comparándolo con otros estudios realizados sobre cuidados físicos y psicológicos al paciente hospitalizado, se evaluó la calidad de atención del cuidado de la salud integral ofrecida por el personal de Enfermería a los pacientes durante el proceso pre-operatorio en los diferentes quirófanos del HUCA, para su posterior valoración por el equipo de Enfermería quirúrgica a la llegada del paciente al quirófano. A través de un conjunto de métodos y procedimientos para identificar, describir e indagar al respecto, se obtuvieron los siguientes resultados:

Uno de los aspectos más importantes a la hora de entrar en un quirófano para el paciente, es que tenga canalizada una vía venosa periférica. En una intervención se está infundiendo, de forma continuada, medicación anestésica, relajante y contra el dolor y sueroterapia al paciente que, en ocasiones de urgencia, deben de ser infundidas de manera rápida y en grandes cantidades. Por ello, la vía venosa periférica debe de ser de un calibre medio, suficiente como para administrar la

medicación anestésica, la profilaxis antibiótica y hemoderivados, y estar canalizada en una buena vena.

Tras realizar las estadísticas de este apartado observamos que más del 50% de pacientes que hemos estudiado llegan al área quirúrgica sin vía venosa canalizada y que a más de la mitad del porcentaje de pacientes que si llevan, hay que volver a canalizarles una vía venosa una vez que entran en quirófano, por llevar ésta en mal estado o ser de un calibre muy pequeño. Los resultados en este aspecto son de lo que más negativo y, posiblemente, el que más fácil solución tenga; estableciendo, por ejemplo, como criterio obligatorio para todo paciente ingresado en planta, que vaya a ser intervenido quirúrgicamente, forme parte del preoperatorio, la canalización de una vía venosa de gran tamaño.

Podemos englobar varios de los aspectos a estudiar, en cuidados personales, y decir que los cuidados recibidos son totalmente óptimos. Los pacientes llegados al área quirúrgica presentan una buena higiene; un mínimo del porcentaje total presenta úlceras por presión (2'33%); el 5% de pacientes han llegado con prótesis dental; y el 2% con objetos metálicos. Además, el 100% de los pacientes han acudido en ayunas, y, exceptuando un 5%, el resto estaban informados sobre todo lo referido a la intervención quirúrgica a la que van a ser sometidos.

Más del 50% de pacientes llegan con un alto nivel de ansiedad, a pesar de estar la gran mayoría de ellos bien informados. Esto es normal teniendo en cuenta que el quirófano es un sitio desconocido, al que no acude habitualmente, encontrándose solos y ante varios profesionales que no conocen. Este hecho es un error por parte de la Enfermería, pues una de sus funciones es ir a visitar al paciente el día antes de la intervención a la planta en la que se encuentra ingresado y presentarse (principalmente Enfermería de anestesia). De esta manera, se empieza a establecer un primer contacto y una relación de mayor familiaridad, lo que hace que el paciente se sienta más tranquilo y protegido a su llegada al área quirúrgica.

En cuestión de documentación clínica (consentimientos de cirugía, de anestesia y de hemoderivados, pruebas radiológicas) se ha comprobado que es un apartado que está bastante controlado. Exceptuando un 2%, se ha visto que todos llegan con los consentimientos correctamente firmados (cirugía y anestesia) y la documentación clínica completa.

Todo lo anterior, lleva a concluir que los profesionales de Enfermería realizan casi la totalidad de actividades que corresponden a satisfacer las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes en el periodo prequirúrgico. Por ello, estaría

influyendo en la preparación del mismo, al proporcionarle información acerca de la cirugía, condiciones y anestesia, así como para el manejo del dolor, valoración emocional y comunicación, además de la preparación física. Ayudar los aspectos positivos, tales como: visita a los pacientes, se expresa con lenguaje sencillo, aclara dudas, escucha atenta y les proporciona seguridad expresándoles palabras de aliento.

6 Bibliografía

- Constitución de la Organización Mundial de la salud (OMS) http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf
- Elso, R.; Solís, L. "El Proceso de Atención de Enfermería en urgencias extrahospitalarias".
- Heluy, C.; Efigênia, T.; Felipe, R.; Castelló, M. "Humanización de la Antención de Enfermería en el Quirófano".
- Lopategui, E. "El concepto de salud: conceptos básicos" – 2000 Edgar Lopategui http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html
(Fecha de consulta: 2 de abril del 2014).
- Marina, L., Escorcia, I. "El ser humano como una totalidad" http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/download/4163/2562
- Perdomo T., Marcela. "El cuidado como fundamento de la Enfermería" (2011). http://lectocuidado.blogspot.com/2011/09/el-cuidado-como-fundamento-de-la.html
- Phaneuf, M. "Cuidados de Enfermería: El Proceso de Atención de Enfermería".
- Pita, S. "Determinación del tamaño muestral". https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp
- Quintero, B. "Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jeon Watson". Revista Ciencia y Sociaedad, 2001.
- Raile, M.; Marriner, A. "Modelos y Teorías de Enfermería". 6ª edición. Madrid, 2007. http://docuteka.net/modelos-y-teorias-de-marriner-tomey-pdf
- Silvente, C.; Moix, J.; Sanz, A. "Reducción de la ansiedad en la antesala del quirófano en pacientes pediátricos". Revista Cirugía pediátrica, 2000; 13; 30-34.
- Valverde, C. "Enfermería centrada en los significados del paciente: la importancia de la filosofía para Enfermería".
- Web del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). http://www.hca.es/huca/web/main.asp?id_pagina=2
- Galego, H., Pena, H. "Ansiedad del paciente en el área de espera quirúrgica: valoración e intervención de Enfermería". http://www.enfermerialugo.org/

enfermeiras/92.pdf
- Martín-Crespo, Mª.C., Caravantes, Mª.I., García, J.Mª., Gómez, B. "Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico". http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/inv_nure/pdf_proyecto_30_ansiedad1172007113628.pdf
- Echeverry, G., Burbano, C., Moreno, A.C., Valencia, S. "Atención integral de Enfermería al adulto y anciano con lesiones traumáticas y quirúrgicas: Cuidados perioperatorios del paciente quirúrgico". http://objetos.univalle.edu.co/files/Cuidados_perioperatorios_del_paciente_quirurgico.pdf
- Jara, A., Carmona, F.J., Martínez, M. y cols. "Carga de trabajo de Enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos". http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE51_proyecto_cargatr.pdf

Capítulo 87

GRADO DE INFORMACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE QUE VA A SOMETERSE A TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

DAVID QUIRÓS NIETO

ELENA NIETO VIYELLA

1 Introducción

La información clínica que se proporciona al paciente o usuario de un servicio de salud con respecto a las transfusiones sanguíneas puede contribuir al mejor desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre los sanitarios y aquél y, por tanto, influir en la calidad del servicio. El ordenamiento jurídico define la información clínica como parte de la lex artis que ha de cumplir todo profesional sanitario y fija unos caracteres que aparecen como mínimos de calidad. Esta información, que ha de ser proporcionada al paciente (salvo excepciones recogidas por la normativa), incluye la finalidad de la intervención, los riesgos y su naturaleza.

Aunque en la literatura científica médica el concepto "Informed Consent" es citado en nueve ocasiones entre 1930 y 1956, fue utilizado como tal por vez primera en la legislación en 1957 en un recurso judicial en California. Varias sentencias posteriores en EE.UU. hicieron que el Consentimiento Informado se convirtiera en un derecho de los pacientes y un deber de los médicos.

En España, ya en 1972, el Reglamento General de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social establecía que los enfermos tenían derecho a autorizar (directamente o a través de sus allegados) las intervenciones quirúrgicas y actuaciones terapéuticas que implicaran riesgo notorio previsible, así como a ser advertidos de su gravedad.

En 1986, el Instituto Nacional de la Salud Español puso en marcha un plan de humanización de la atención sanitaria, con la implantación de una Carta de Derechos de los Pacientes. Basándose en los principios recogidos en dicha Carta Magna, la Ley 14/1986 General de Sanidad, en su artículo 10 dice que:

- Todos los pacientes tienen derecho a que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico, y alternativas al tratamiento.
- A la libre elección entre opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos: cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública. cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas allegadas. cuando la urgencia no permita demoras por poder ocasionarse lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

A pesar de que el principio de autonomía ya fuese recogido (sin ser desarrollado) por la Ley 14/1986, General de Sanidad, ha sido más recientemente cuando se le ha concedido mayor relevancia por el ordenamiento jurídico. Merecen destacarse el Convenio de Oviedo de 4 de abril de 1997, sobre los derechos humanos y la biomedicina (que entró en vigor en España en enero de 2000) y la Ley 41/2002, básica de autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta última de carácter básico y de aplicación en todo el territorio nacional, tanto para instituciones sanitarias públicas como privadas, ha llevado a cabo una regulación detallada del principio de autonomía del paciente.

La Ley 41/2002, en los principios generales enumerados en su artículo 2, habla de la necesidad del consentimiento previo de los pacientes a toda actuación sanitaria y el derecho de aquéllos a "decidir libremente después de recibir información adecuada". El derecho a recibir información se recoge a su vez en normas como la Ley 16/2003 de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, cuyo artículo 7.2 afirma que las personas que reciban las prestaciones del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a la información y documentación sanitaria y asistencial

de acuerdo con la Ley 41/2002; de igual modo se pronuncia el artículo 5.1 f) de la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias. El artículo 19 h) de la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, incluye entre los deberes del personal estatutario el de informar debidamente, de acuerdo con las normas y procedimientos aplicables a cada caso y dentro del ámbito de sus competencias, a los usuarios y pacientes sobre su proceso asistencial y sobre los servicios disponibles.

El artículo 4 de dicha Ley (41/2002), establece que "los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma. La información comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle".

Por su parte, el artículo 15 del RD 1088/2005 de 16 de septiembre por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión, determina que: "la administración de sangre y componentes se realizará siempre por prescripción médica. Siempre que sea posible, el médico que establezca la indicación recabará, después de explicarle los riesgos y beneficios de esta terapéutica, así como sus posibles alternativas, la conformidad del paciente, conforme a lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, particularmente en sus artículos 5, 8, 9 y 10".

Hoy es comúnmente aceptado que el consentimiento informado es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual, el paciente acepta, o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas.

2 Objetivos

Objetivo general:
Conocer el nivel de información que el paciente recibe acerca de las transfusiones sanguíneas en el Hospital de Jarrio.

Objetivos específicos:
- Relacionar la satisfacción del paciente con la información recibida.
- Describir el grado de confianza del paciente en el personal sanitario.
- Valorar la influencia de la información en la disminución del miedo del paciente ante la transfusión.

Hipótesis. La información dada por el personal sanitario cualificado sobre las transfusiones sanguíneas es insuficiente y no aclara todas las dudas del paciente sobre el tratamiento.

3 Metodología

El estudio realizado es un estudio no experimental descriptivo, transversal, en el que se estudió una muestra representativa de la población (en este caso de 30 pacientes) para conseguir alcanzar los objetivos anteriormente mencionados y llegar a unas conclusiones que nos permitieran valorar la calidad de la información que reciben los pacientes en el Hospital de Jarrio en el proceso de las transfusiones sanguíneas.

El estudio ha sido realizado durante un periodo de 2 meses en el Banco de Sangre del Hospital de Jarrio.

El Hospital Comarcal de Jarrio, ubicado en Coaña (Navia), es el hospital de referencia del Área Sanitaria I de Asturias.

Las técnicas de investigación utilizadas fueron la observación participante y se completó con una entrevista cerrada. De esta manera, se procedió en primer lugar a recoger información a través de la observación participante de las personas sometidas a una transfusión sanguínea; en segundo lugar, se realizaron entrevistas con preguntas cerradas a los pacientes a los que se les está realizando una transfusión sanguínea; y en tercer lugar, se hizo el análisis de toda esta información obtenida.

El presente trabajo se desarrolla desde el mes de diciembre del 2014 hasta el mes de enero del 2015, y queda descrito en las siguientes fases:

Observación. Durante la observación participante llevada a cabo por los investigadores se captaron 30 pacientes: 17 hombres y 13 mujeres, con edades comprendidas entre 33 y 88 años, sometidos a transfusión sanguínea en los diferentes servicios del Hospital de Jarrio a través del Banco de Sangre, desde el mes de

diciembre del 2014 al mes de enero del 2015.

A través de un primer análisis de los resultados obtenidos, se clasificó la información con el fin de elaborar los grupos de trabajo y un guión orientativo de la entrevista.

Entrevista. La entrevista está dirigida a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras. Con esta técnica se pretende encontrar lo que es significativo e importante para el entrevistado y se busca desmenuzar los significados de sus experiencias. Se trata, por tanto, de una relación en la que el entrevistador incita, ayuda, provoca al entrevistado, con el fin de que construya y entregue un discurso en donde exprese su forma de percibir, sentir, pensar, vivir aquello que nos interesa investigar. De esta forma, propicia al máximo la espontaneidad. Para llevar a cabo la entrevista, se siguió una guía de preguntas cerradas intercaladas con alguna pregunta abierta con posibilidad de elegir diferentes opciones y de dar su opinión. Son entrevistas semiestructuradas, que tienen una secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas. Todo ello, nos permite evaluar el estado en el que se encuentra el paciente, midiendo su nivel de información acerca de las transfusiones sanguíneas.

La población objeto de estudio son todos los individuos independientemente del sexo, edad o raza a los que se les va a realizar una transfusión sanguínea. En el caso de nuestro estudio, consideramos esta población como infinita para el cálculo del tamaño muestral al no poder calcular con exactitud el número de intervenciones transfusionales realizadas en el Hospital de Jarrio en el periodo de tiempo al que queremos referir el estudio.

El grupo de individuos o subconjunto de la población anterior, la cual ha sido accesible para los investigadores (en este caso cinco), según los diferentes servicios hospitalarios a los que acudieron.

El tamaño de la muestra en el estudio es de 30 pacientes.

Criterios de selección. Personas a las que se les va a llevar a cabo una transfusión sanguínea.

Selección de la muestra (tipo de muestreo). Se ha realizado un muestreo no probabilístico consecutivo que ha consistido en reclutar a los individuos a los que había que realizar una transfusión sanguínea durante el periodo de tiempo en el que nos encontramos en el Banco de Sangre (suficiente como para contar con

todos los individuos correspondientes al tamaño muestral) y que cumplieran los criterios de inclusión establecidos.

4 Resultados

Los resultados encontrados en los 30 pacientes valorados y analizados posteriormente fueron los observados en la tabla adjunta.

Otras variables que se han tenido en cuenta son:

1- Sexo:
Mujer: 13 usuarios (43,33%).
Hombre: 17 usuarios (56,67%).

2- Nivel de estudios:
No sabe leer ni escribir: 3 usuarios (10%).
Primarios: 19 usuarios (63,34%).
Secundarios: 4 usuarios (13,33%).
Universitarios: 4 usuarios (13,33%).

3- Lugar de residencia:
Rural: 12 usuarios (40%).
Urbano: 18 usuarios (60%).

4- Importancia del CI por escrito:
Puntuación 0: 0 usuarios (0%).
Puntuación 1: 0 usuarios (0%).
Puntuación 2: 10 usuarios (33,33%).
Puntuación 3: 5 usuarios (16,67%).
Puntuación 4: 15 usuarios (50%).

5- Intereses que se añadirían por parte del paciente:
La información verbal y escrita deberían ser más entendibles: 28 usuarios (93,33%).
La información debería ser más personalizada: 24 usuarios (80%).
Se debería dedicar más tiempo a la información verbal: 23 usuarios (73,66%).

Sexo
En relación al sexo de los pacientes entrevistados, 13 pacientes (43,33%) son mujeres, y 17 pacientes (56,67%) son hombres.

Nivel de estudios
El nivel de estudios que tienen los pacientes son los siguientes:
-No sabe leer ni escribir: 3 pacientes (10%).
-Primarios: 19 pacientes (63,34%).
-Secundarios: 4 pacientes (13,33%).
-Universitarios: 4 pacientes (13,33%).

Lugar de residencia
En cuanto al lugar de residencia de cada paciente, 12 pacientes (40%) viven en un medio rural; y 18 usuarios (60%) viven en ciudad.

Importancia del CI por escrito
Sobre la importancia que dan los pacientes al CI, siendo 0 poco importante y 4 muy importante, se obtuvo lo siguiente:
-Puntuación 0: 0 usuarios (0%).
-Puntuación 1: 0 usuarios (0%).
-Puntuación 2: 5 usuarios (16,67%).
-Puntuación 3: 10 usuarios (33,33%).
-Puntuación 4: 15 usuarios (50%).

CI entregado
De los 30 pacientes de la muestra, al 100% de ellos se le entregó el consentimiento informado por escrito.

CI leido antes de firmar
En relación a la lectura del CI por parte del paciente, 5 pacientes (16,66%) sí lo leyeron entero antes de su firma; 1 paciente (3,33%) no lo leyó/lo leyó muy por encima; y 24 pacientes (80,01%) no lo leyeron por completo antes de firmarlo.

CI entendido tras leer
Tras la lectura del CI, sólo 2 pacientes (6,66%) entendieron por completo lo que estaban leyendo, mientras que 28 pacientes (93,34%) entendieron sólo una parte de lo que leyeron.

Dudas aclaradas por el médico
De los 30 pacientes que representan la muestra, 26 (86,67%) preguntaron al médico sobre las dudas que tenían al leer el CI; mientras que 4 pacientes (13,33%) no preguntaron sus dudas.

Explicaciones del médico entendidas

Tras las explicaciones verbales del médico sobre el CI, 12 pacientes (40%) entendieron dichas explicaciones; y el resto, 18 pacientes (60%), sólo entendieron parte de las explicaciones.

CI explicado por el médico
Al 100% de los pacientes que se incluyen en este estudio, se les entregó el CI por parte de su médico.

Importancia del CI por escrito
El 100% de los pacientes incluidos en la muestra de este estudio, entienden la importancia del CI por escrito.

Satisfacción de la información recibida por escrito
En relación a la satisfacción del paciente con el CI y la información recibida por escrito, 6 pacientes (20%) están totalmente satisfechos; 2 pacientes (6,66%) no lo están; y 22 pacientes (73,34%) están parcialmente satisfechos con la información recibida por escrito.

CI escrito y verbal
El 100% de los pacientes incluidos en la muestra, están totalmente de acuerdo con que el médico les informe de forma escrita y verbal a cerca de las transfusiones sanguíneas.

CI sólo verbal
Al preguntar a los pacientes si el médico sólo se les informará de forma verbal, el 100% de los pacientes están a favor de que se les informe de forma verbal y escrita.

Accesibilidad de los médicos en cuanto a resolución de dudas
En cuanto a la relación médico-paciente, la confianza o la accesibilidad que tienen los médicos hacia sus pacientes, el 86,67% (28 pacientes) de ellos refieren que su médico ofrece suficiente confianza como para comentar sus dudas, temores, etc.; mientras que el 13,33% (4 pacientes) comentan que no se sienten la suficiente confianza como para poder preguntar todo lo relacionado con las transfusiones.

Tranquilidad/ansiedad pre-transfusión debido al CI
En el estudio de esta variable, 28 pacientes (93,34%) están tranquilos con la transfusión sanguínea que se les va a realizar, mientras que 2 pacientes (6,66%) sienten cierta ansiedad/angustia pre-transfusional.

Satisfacción con la información general recibida

El 63,33% de los pacientes a estudio (19 pacientes), están satisfechos con la información general recibida; mientras que el 36,67% de los pacientes (11 pacientes) no están del todo satisfechos con la información general recibida.

Intereses que se añadirían por parte del paciente
En relación a los intereses personales, los pacientes incluidos en la muestra de este estudio añaden varias opiniones:
-La información verbal y escrita deberían ser más entendibles: 30 usuarios (93,33%).
-La información debería ser más personalizada: 26 usuarios (80%).
-Se debería dedicar más tiempo a la información verbal: 28 usuarios (73,66%).

VARIABLES	*SI*		*NO*		*EN PARTE*	
CI entregado	**30**	100,00%	**0**	0,00%	**0**	0,00%
CI leído antes de firmar	**5**	16,66%	**1**	3,33%	**24**	80,01%
CI entendido tras leer	**2**	6,66%	**0**	0,00%	**28**	93,34%
Dudas aclaradas por el médico	**26**	86,67%	**4**	13,33%	**0**	0,00%
CI explicado por el médico	**30**	100,00%	**0**	0,00%	**0**	0,00%
Explicaciones del médico entendidas	**12**	40,00%	**0**	0,00%	**18**	60,00%
Importancia del CI por escrito	**30**	100,00%	**0**	0,00%	**0**	0,00%
Satisfacción de la información recibida por escrito	**6**	20,00%	**2**	6,66%	**22**	73,34%
Información escrita y verbal	**30**	100,00%	**0**	0,00%	**0**	0,00%
Información sólo verbal	**0**	0,00%	**30**	100,00%	**0**	0,00%
Médicos accesibles ante resolución de dudas	**26**	86,67%	**4**	13,33%	**0**	0,00%
Ansiedad pre-transfusión	**0**	0,00%	**28**	93,34%	**2**	6,66%
Satisfacción con la información general recibida	**19**	63,34%	**0**	0,00%	**11**	36,66%

5 Discusión-Conclusión

El presente trabajo de investigación nos ha permitido profundizar y generar opinión para dar respuesta a los objetivos que planteamos al comienzo del estudio y confirmar la hipótesis inicial.

Una vez analizados los resultados se puede concluir que los pacientes dan un alto grado de importancia al CI y la mayoría consideran accesible al personal sanitario a la hora de resolver sus dudas. Sin embargo, a pesar de ello, la información escrita

y verbal no parece alcanzar los objetivos deseados, ya que hay un alto porcentaje de pacientes que parecen comprenderla sólo parcialmente.

Resulta también contradictorio el hecho de que sea tan bajo el grado de ansiedad pretransfusional si consideramos el punto anterior, lo que nos hace plantearnos que los pacientes depositan su confianza en el médico, de modo que no participan de forma activa en su proceso asistencial, como sería deseable.

A la vista de todo lo anterior y según nuestro criterio, deberíamos plantearnos como profesionales de la salud la necesidad de mejorar la calidad de la información, haciéndola más adecuada en tiempo y forma. Sería deseable adecuar su transmisión en función de los diferentes grupos de pacientes, teniendo en cuenta su edad y diferencias socioculturales.

Así mismo sería muy recomendable, que tomáramos conciencia de la magnitud del problema planteado, ya que dificulta que prestemos servicios de calidad, puesto que nuestros pacientes no pueden tomar una actitud participante en sus procesos de salud si desconocen aquello a lo que se enfrentan. En este punto, el papel de la enfermería es crucial, ya que nuestra intervención profesional siempre debe perseguir el mayor grado de autonomía personal de nuestros usuarios.

6 Bibliografía

- Alberca I, Asuero S, Bóveda JL, Carpio N, Contreras E, Fernández-Mondéjar E et al. Documento "Sevilla" de consenso sobre alternativas a la transfusión alogénica. Med Clin. 2006; 12 Supl 1: 3-20.
- Antequera JM. Problemática profesional. Foro Pediátrico. Badajoz. 2005; 2 Supl 1: 45-7.
-Arroyo JL, Barbolla L. La mejora continua requiere una monitorización: indicadores de calidad en el Hospital y en el centro de transfusión. Boletín SETS. 2006;18 Supl 1:122-7.
- Aso J, Martínez JV, Arregui R. Aspectos médico-legales en Pediatría: Consentimiento informado, capacidad y cuestiones afines. Madrid. Comunicación médica SL; 2006.
- Brañas A. Manual de derecho civil. Ed Fénix; 1996.
- British Committee for Standard in haematology blood transfusion task force. Guidelines for the clinical use of fresh-frozen plasma, cryoprecipitate and cryosupernatant. British Journal of Haematology. 2004; 126: 11-28.
- British Committee for standard in haematology blood transfusion task force.

Guidelines for the clinical use of platelet transfusion. British Journal of Haematology. 2003; 122: 10-23.
- British committee for standard in haematology blood transfusion task force. Guidelines for the clinical use of red cell transfusions. British Journal of Haematology. 2011; 133: 24-31.
- Carrera JM. Consentimiento informado. 2ª Ed. 2004.
- Carson JL, Grossman BJ, Kleinman S, Tinmouth AT, Marques MB, Fung MK et al. Clinical Transfusion medicine committee of the AABB. Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB. Ann Intern Med. 2012; 3 (157 (1)): 49-58.
- Domínguez A. Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentarios a la ley 41/2002 de 14 de Noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica. 2ª Ed. Valladolid. Lex Nova; 2007.
- Estándares de acreditación en transfusiones sanguíneas. CAT. 2006.
- Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 55/2003 de 16 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 301 (17-12-2003).
- Estcourt L, Stanworth S, Doree C, Hopewell S, Murphy MF, Tinmouth A et al. Prophylactic platelet transfusion for prevention of bleeding in patients with haematological disorders after chemotherapy and stem cell transplantation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012. Issue 5.
- Gallegos M. Pautas que implican al personal para el enriquecimiento de la calidad. En: Libro de comunicaciones: XIV Congreso SETS. 2003: 108-10.
- Grunnet N. The different tools in quality management. ISBT Sciences Series. 2007; 2: 151-8.
- Sociedad española de transfusiones sanguíneas (SETS). Guía sobre transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. 2ª Ed. 2003.
- Hottois G. El paradigma bioético: una ética para la tecnociencia. Barcelona. Ed Antrophos. 1991.
- Lacroix J, Demaret P, Tucci M. Red blood transfusion: decision making in paediatric Intensive care units. Semin Perinatol. 2012; 36: 225-31.
- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en material de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274 (15-12-2002).
- Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 280 (22-11-2003).
- Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de Abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102 (29-04-1986).
- Ledesma L, Franco E. Implantación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO

9001:2000 en Centros y servicios de transfusión. Sociedad Española de transfusión sanguínea y Asociación de hematología y hemoterapia. Madrid.
- Barbolla L, Contreras E, Pujol MM. Manual práctico de medicina transfusional.
- Martín MP. Programa Estatal de Hemovigilancia: Informe anual 2004. Asociación Española de Hematología y hemoterapia. 2004.
- Román AM. El valor añadido de la enfermería más allá de los estándares de calidad. En: Libro de comunicaciones: XIV Congreso SETS. 2003: 101-4.
- Sánchez-Caro J, Abellán F. Derechos y deberes de los pacientes. 1ª Ed. Granada. Ed Comares; 2003.
- Grifols J, Martín C, Menéndez JM, Pujol MM, Grifols JR. Seguridad en medicina transfusional.
- Seidl C, O'Conell M et al. European best practice in blood transfusion: improvement of quality-related processes in blood establishments. ISBT Sciences Series. 2007; 2: 143-50.
- American Association of blood banks. Technical manual. 15th Ed; 2005.
- Tinmouth A. Evidence for a rationale use of frozen plasma for the treatment and prevention of bleeding. Transfus Apher Sci. 2012; 46 (3): 293-8.
- Vásquez RA. El consentimiento informado en la práctica médica. 2ª Ed. 1999.
- Vázquez C. Los ocho principios de la calidad en centros de transfusión y bancos de sangre. En: Libro de comunicaciones: XIV Congreso SETS. 2003: 159-63.
- Vesga MA. Enfoque al cliente. Fuentes de opinión que modulan la calidad en el banco de sangre. En: Arroyo JL. La mejora continua requiere una monitorización continua. Boletín SETS. 2006; 18 (Supl 1):118-21.
- Vidales IM, Ortiz M, Hernández MC, Fuentes E, Polonio I, Prat R. Identificación y aplicación de las áreas de mejora: funciones de la comisión de calidad en el hospital y en el centro de transfusión. Boletín SETS. 2006; 18 (Supl 1): 128-31.

Capítulo 88

IMPORTANCIA MARCAJE ESTOMA.

MARIA DEL PILAR FERNÁNDEZ FIGUEIRAS

1 Introducción

Una ostomía es una abertura artificial (estoma) creada quirúrgicamente desde el cuerpo hacia afuera para permitir el paso de orina y heces.
El marcaje de estomas es una intervención básica en el periodo preoperatorio de pacientes próximos a intervenir por neoplasias en intestino. Dicha intervención consiste en hacer una marca en la zona abdominal lisa que servirá de guía para la realización del estoma.

2 Objetivos

Analizar la importancia de la realización de un correcto marcaje de estoma y cuál es el papel de enfermería en dicho proceso.

3 Metodología

Revisión sistemática de las publicaciones científicas que relacionen el marcaje de estomas y la enfermería, en la última década. Se consultaron diferentes bases de datos (Dialnet, Scielo, CINHAL, Cochrane Plus, Cuiden Plus, y Google Schoolar), así como el directorio de revista (Enfermería al día, Revista Médica Electrónica Portales Médicos).

4 Resultados

Existe una gran incidencia de casos de neoplasias malignas de colón, en mujeres son la segunda causa de muerte por tumores, mientras que en hombres son la tercera causa. También se muestra que el grupo de paciente que son marcados tiene menor porcentaje de complicaciones, por ello se incide en la importancia de un importante marcaje previa a la cirugía

5 Discusión-Conclusión

La finalidad de marcaje finalidad es prevenir posibles complicaciones con el disco de ostomía y mejorar la adaptación del paciente a la situación actual y su calidad de vida. Ante la falta de osteoterapeuta enfermería toma el cargo de realiza el marcaje, de ahí la necesidad de formación en dicha destreza

6 Bibliografía

- Revista Latino-Americana de Enfermagem Dic 2017, Volumen 25 elocation e2961 Enfermería: Cuidados Humanizados Jun 2017, Volumen 6 Nº 1 Paginas 12 - 18 https://medlineplus.gov/spanish/ostomy.html
- Preoperative stoma site marking: a simple practice to reduce stoma-related complications.
Arolfo S, et al. Tech Coloproctol 2018. PMID 30267265
- The effect of preoperative stoma site marking on quality of life.
Cakir SK and Ozbayir T. Pak J Med Sci 2018. PMID 29643897 Free PMC article.

Capítulo 89

ESOFAGECTOMÍA. TÉCNICA DE IVOR LEWIS.

MARTA TÉLLEZ GONZÁLEZ

CRISTINA CUE BERNARDO

BEATRIZ FERNANDEZ MARIÑAS

IRENE MERA PRIETO

1 Introducción

La esofagectomía es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de una sección mas o menos extensa del esófago (esofagectomía parcial) o, la extirpación del mismo en su totalidad (esofagectomía total) cuya principal indicación es el tratamiento de tumores esofágicos. Posteriormente, resulta imprescindible realizar una cirugía reparadora con el fin de restablecer la continuidad del sistema digestivo.

Se trata de una cirugía extremadamente complicada y que, además, está asociada a una gran variedad y a una alta frecuencia de complicaciones. El acceso al esófago resulta complejo debido a la situación anatómica del mismo, ya que compromete la zona cervical y dos de las principales cavidades corporales como son el abdomen y el tórax. A su compleja situación anatómica hay que añadir que se trata de un órgano carente de serosa por lo que se encuentra en una estrecha relación con los órganos adyacentes; esto implica que los órganos vecinos podrían ser fácilmente dañados durante la disección y extirpación esofágica.

Los primeros registros de cirugía esofágica datan de finales del SXIX; ya en 1871 Billroth planteó la posibilidad de la resección tumoral y, posteriormente, Czerny en 1877 lleva a cabo la primera cirugía esofágica mediante acceso cervical. El inicio de la cirugía moderna ha sido enmarcado en 1913, cuando Torek realiza la primera resección esofágica, pero la primera reconstrucción a dicho nivel no es realizada hasta 1939 por Oshawa.

En 1946 Ivor Lewis y un año después Tanner, difundieron el uso de una laparotomía previa exploratoria y un abordaje esofágico por medio de una toracotomía derecha. En 1975, Orringer y Sloan proponen la técnica del bypass gástrico subesternal del esófago torácico excluido como método de paliación de carcinomas de esófago sin posibilidad de curación. Ese mismo año, Orringer realiza la primera esofagectomía transhiatal. Es en 1984 cuando se comienza a utilizar el tubo gástrico como remplazo esofágico.

De manera más reciente, otros autores demostraron la posibilidad técnica de practicar con seguridad una cirugía esofágica mínimamente invasiva; DePaula y Swanstrom et al. fueron los primeros en publicar la realización de una esofagectomía transhiatal por vía laparoscópica. Poco después, Luketich et al. publicaron la realización de una esofagectomía mediante toracoscopia y laparoscopia combinada. Actualmente en determinados hospitales se está trabajando en la esofagectomía transtoracica asistida por robot.

El acceso quirúrgico para la resección de esofágica sigue siendo hoy motivo de controversia, siendo las técnicas más frecuentemente usadas la esofagectomía abierta transhiatal o transtoracica (procedimiento de Ivor Lewis) con anastomosis a nivel mediastinico o cervical a pesar de las ventajas inherentes de la cirugía mínimamente invasiva, como por ejemplo la disminución del tiempo quirúrgico. Como se mencionó anteriormente, las técnicas quirúrgicas empleadas para la resección esofágica son variadas y, al igual que ocurre con estas, el órgano a utilizar en la sustitución esofágica también supone motivo de controversia; pudiendo utilizarse colon, yeyuno o estómago.

Algunos autores defienden el uso de colon como sustituto esofágico, pero la coloplastia resulta compleja, aumenta notablemente el tiempo quirúrgico y presenta mayor incidencia de fistula anastomotica. Otra posibilidad sería la yeyunostoplastia, pero esta tan solo sería válida para la sustitución de trayectos cortos. La mayoría de los autores son defensores del uso del estómago como víscera sustituta; ya que este consta de buena irrigación, calibre adecuado y tan solo se precisa de una astomosis.

2 Objetivos

-Describir la esofagectomía mediante la técnica de Ivor Lewis
-Conocer detalladamente la anatomía del esófago, órgano a diseccionar, así como las estructuras que se encuentran en contacto con el mismo
-Definir conceptualmente el termino esofagectomía
-Citar las principales indicaciones de la cirugía de Ivor Lewis
-Detallar material y medicación necesaria para proceder a la anestesia en la cirugía a estudio
-Describir la posición adoptada por el paciente durante la cirugía
-Detallar el material necesario para realizar la técnica quirúrgica
-Llevar a cabo una descripción de la técnica quirúrgica de Ivor Lewis
-Conocer el papel de enfermería en la intervención
-Repasar las posibles complicaciones; tanto intraquirúrgicas como postquirúrgicas

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos; PubMed, Medline, Teseo, Enfispo, Scielo, Google Académico y Google Books.
Se ha realizado una restricción temporal acotando la búsqueda a los 18 últimos años, sin hacer restricciones con respecto al idioma. Las palabras clave utilizadas han sido "anatomía esófago", "esofagectomía Ivor Lewis", "cáncer esófago", "laparotomía". "toracotomía", "esofagectomía mínimamente invasiva" "anestesia general", "intubación endotraqueal", "cuidados de enfermería". Los operadores booleanos utilizados han sido "AND" y "OR".
Se ha procedido a la lectura del resumen de cada uno de los artículos obtenidos seleccionando aquellos de interés con respecto al tema a estudio obteniéndose un total de 21 artículos y 5 libros con los cuales se ha realizado la siguiente revisión.

4 Resultados

1. Definición esofagectomía
La esofagectomía es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de una sección del esófago (esofagectomía parcial) o, la extirpación del mismo en su totalidad (esofagectomía total).

2. Indicaciones
La principal indicación de la esofagectomía de Ivor Lewis es el carcinoma de esófago torácico localizado en los tercios medio e inferior, aunque esta técnica también puede emplearse para la resección esofágica parcial en estadios avanzados de patología benigna como, por ejemplo, la acalasia de cardias.

3. Anestesia
El control anestésico de los pacientes sometidos a la resección esofágica de Ivor Lewis consistirá en el uso de monitores estándar, de una vía arterial invasiva, así como de un catéter venoso central. Durante la segunda fase operatoria, en la que se realizará una toracotomía, será preciso un tubo endotraqueal de doble luz con caff traqueal por lo que el paciente será intubado con dicho dispositivo antes de comenzar la intervención.

Disponemos de tubos de doble luz derechos e izquierdos, dándole nombre al tubo el bronquio en el que se introduce su luz; así en los tubos de doble luz izquierdos, los usados más frecuentemente en la cirugía de Lewis, la luz del tubo quedara alojada en el bronquio principal izquierdo. Esta cirugía se realizará bajo anestesia general, la cual consta de tres fases; inducción, mantenimiento y recuperación.

En la inducción se han de lograr tres objetivos: hipnosis, analgesia y relajación muscular.
La hipnosis se consigue por medio de anestésicos inhalatorios o endovenosos; por vía inhalatoria los anestésicos comúnmente utilizados son el óxido nitroso y los anestésicos halogenados (alotano, enflurano, isoflurano, sevoflurano y desflurano), mientras que los agentes utilizados por vía endovenosa son barbitúricos (metohexital y tiopental), benzodiacepinas (diazepam, midalozam y Lorazepam), ketamina, propofol y etomidato.

Con el fin de lograr una buena analgesia durante la cirugía se utilizan opiáceos mayores. El fentanilo es el mórfico más utilizado, usándose remifentanilo y alfentanilo en procedimientos de corta duración o en procesos quirúrgicos largos en perfusión continua. Estos fármacos producirán sedación y depresión respiratoria. El uso de relajantes musculares se planteará siempre que el procedimiento quirúrgico requiera intubación endotraqueal, como es el caso a estudio. Para ello se utilizarán succinilcolina o suxametronio, pancuronio, vecuronio, rocuronio, atracurio, cisatracurio y mivacurio. El mantenimiento de esta anestesia se conseguirá con el uso de los mismos fármacos anteriormente mencionados.

4. Posición

Una de las peculiaridades de esta cirugía es la necesidad del cambio de posición del paciente durante la misma. Al comienzo de la operación; en el tiempo abdominal, el paciente se posicionará en decúbito supino con los brazos en cruz a fin de realizar la laparotomía; pero una vez finalizada esta primera fase operatoria será preciso un cambio de posición del paciente para realizar una toracotomía posterolateral accediendo a la cavidad pleural por el 5º espacio intercostal.

5. Campo quirúrgico
La enfermera circulante será la encargada de pintar adecuadamente el campo quirúrgico con antiséptico (clorhexidina 2%); en el caso de la cirugía de Ivor Lewis el campo quirúrgico abarcará desde la línea media de las mamas hasta los muslos. Como mencionamos anteriormente, el paciente no se encontrará en la misma posición durante la totalidad del acto quirúrgico, por lo que resultara imprescindible pintar nuevamente el campo previo al comienzo del tiempo torácico, una vez el paciente ha sido correctamente colocado en decúbito lateral

6. Material
-Material intubación
-Material catéter arterial
-Material catéter venoso central
-Material catéter epidural
-Pleur-evac y tubo de tórax
-Material general de laparotomia
-Caja de esófago
-Caja de tocarotomia
-Caja de embolectomía
-EEA 25
-2 frascos de biopsia
-Endología (Echelon) de 60 o 45 con sus cargas
-2 Penrose.
-Vaseloop
-Arco metálico de la mesa quirúrgica para sujetar el separador en la incisión abdominal
-Suturas

7. Técnica quirúrgica
La esofagectomía de Ivor Lewis se realiza en dos tiempos; a través de una incisión mediana supraumbilical y de una toracotomía lateral derecha.

Tiempo abdominal

El paciente será colocado en decúbito dorsal y se realizará una laparotomía por medio de una incisión mediana supraumbilical. Se efectúa una exploración de la cavidad abdominal con el fin de descartar la diseminación del tumor, lo cual contraindicaría el procedimiento quirúrgico. La exposición abdominal se facilitará mediante el uso de un separador automático que permite la retracción de ambos rebordes costales desde un arco fijado a la mesa quirúrgica. A continuación, existen dos formas de proceder, podría retraerse el lóbulo hepático izquierdo en dirección cefálica o, podría cortarse el ligamento triangular y retraer el segmento lateral de lóbulo hepático izquierdo hacia la derecha.

Se moviliza la curvatura mayor del estómago y se secciona el epiplón mayor prestando especial cuidado en que los vasos gastroepiploicos derechos queden intactos ya que el aporte vascular del estómago dependerá principalmente de estos. Seguidamente se seccionan los vasos cortos. Tras movilizar la curvatura mayor del estómago y seccionar el epiplón mayor se procede a la apertura del ligamento gastrohepatico (epiplón menor).
Al traccionar la curvatura del estómago en dirección cefálica, en el interior de la cavidad formada entre ambos epiplones se identifican los vasos gástricos izquierdos, ligando y cortando dos de ellos.

En este proceso se ha de procurar no lesionar el tronco celiaco o sus ramas, la arteria esplénica y la hepática. Se ha de localizar una variante anatómica de la arteria hepática y, de dar con una que emerja de la arteria gástrica izquierda ha de disecarse y ligarse lo más próxima al estómago posible. A continuación, se disecciona el estómago por la curvatura mayor, separando el estómago en sentido anterior, se disecan todos los ganglios linfáticos situados en el origen de la arteria gástrica izquierda y se extraen con la pieza, en este momento también podrían disecarse los ganglios del tronco celiaco. Se continua con la disección de la curvatura mayor hacia el píloro.

A continuación, se realiza la maniobra de Kocher, separando el contenido abdominal hacia la izquierda y toda adherencia entre la vesícula biliar y el duodeno se secciona. Previo a finalizar esta etapa se secciona el esófago abdominal y parte de esófago torácico, a la par que se amplía el hiato esofágico, para lo cual se liga y se corta la arteria diafragmática y se seccionan verticalmente las fibras diafragmáticas en dirección al centro tendinoso.
Como ambos nervios vagos se resecan durante la esofagectomía será necesario realizar una piloromiotomia o una piloroplastia. Llegado este momento, estómago y duodeno están plenamente movilizados. Se confecciona una yeyunostomia de

alimentación y por último se lava y cierra el abdomen

Tiempo torácico
La maniobra clave en la disección del esófago torácico es la ligadura con transfixión de los cabos del cayado de la ácigos. El esófago inmediatamente subpleural es liberado del lecho mediastinal y separado convenientemente con un tutor elástico. Las ramas arteriales provenientes de las bronquiales son ligadas para evitar el desgarro por la tracción. De inmediato se secciona la pleura y el ligamento pulmonar o triangular inferior, separando el esófago junto con el tejido celuloadiposo que lo rodea de la adventicia aórtica.

Previo al inicio de la linfadenectomía, el conducto torácico es ligado selectivamente o en bloque con la vena ácigos y el tejido periaórtico. Por último, se realiza la extirpación ganglionar. Entreabriendo la pleura mediastínica entre la tráquea y la vena cava superior, se extirpan todas las adenopatías paratraqueales derechas, e incluso, es posible disecar las adyacentes al cayado aórtico. Se palpa al bronquio fuente derecho y continuando su dirección se extraen los grupos intertraqueobronquiales hasta palpar al bronquio fuente izquierdo completamente libre de ganglios linfáticos.

Finalizada la linfadenectomía se procede a la realización de la anastomosis esofagogastrica; si la decisión es realizarla en el ápex torácico, es conveniente emplear una sutura mecánica circular pues el acceso para una unión manual es dificultoso. Previa protección con compresas de la cavidad pleural, el primer tiempo de la anastomosis consiste en la ejecución de una jareta sobre el esófago proximal que comprometa la totalidad de las capas anatómicas. Se toma a este extremo con un clamp en ángulo recto y seccionando completamente la pared, se lo separa del esófago distal. El extremo distal es ubicado en el fondo de saco posterior.

Inmediatamente por arriba de la pinza se realiza una hemisección parietal anterior y en función de su calibre la dilatación de la luz esofágica. Una vez obtenido un diámetro adecuado del lumen esofágico se introduce al cabezal, se ajusta la jareta sobre el eje metálico y el remanente de pared esofágica es resecado. En el tubo gástrico, a través de una pequeña gastrostomía, se introduce el instrumento apoyando el extremo distal del mismo sobre la pared y esta se perfora con el tutor, confrontando este con el eje del cabezal.

Previos puntos de afrontamiento posterior, la boca esofágica se amplía seccionándola “en pico de flauta”. Un doble plano, el primero muco-mucoso y el segundo

sero-muscular gástrico con el adventicio-muscular esofágico complementan la aproximación.

8. Papel de enfermería

Enfermera de anestesia

-Cuidados preoperatorios: Revisar y preparar material y medicación para la anestesia general, catéter arterial, catéter venoso central y catéter epidural, comprobar la reserva en el banco de sangre en caso necesario, recibir al paciente y realizar el check-list, colocar gorro y monitorizar al paciente, preservar la temperatura corporal del paciente mediante la colocación de una manta térmica, asistir al anestesista durante la intubación, canalización venosa central, canalización arterial y epidural, administrar antibiótico pautado, por norma general Augmentine 2gr que se repetirá a las 4h de intervención, colocar sondaje vesical si fuera necesario

-Cuidados intraoperatorios: Controlar la monitorización del paciente, la permeabilidad de la vía aérea y el estado de los catéteres, preparar la medicación requerida por anestesia

-Cuidados postoperatorios inmediatos: Preparar material y medicación necesaria para el despertar, así como todo el material necesario para realizar una intubación de urgencia, asegurar catéteres y sondas para el traslado del paciente

Enfermera circulante

Si no existe la figura de enfermera de anestesia realizara todas las funciones anteriormente descritas para la misma.

-Cuidados preoperatorios: Revisar las instalaciones y el correcto funcionamiento del material necesario para la intervención quirúrgica, recibir al paciente y colaborar en su correcta colocación prestando especial atención a los puntos de apoyo y, siempre, preservando la intimidad del paciente, colocar la placa de bisturí al paciente, preparar el campo quirúrgico, comprobar el correcto rasurado y realizar asepsia de la piel, asistir al equipo quirúrgico anudando las batas estériles, proporcionándoles el material necesario durante la intervención y colaborando con la enfermera instrumentista en la apertura de paquetes estériles, conectar y encender el bisturí eléctrico, preparar el aspirador y la irrigación con suero fisiológico, encender las lamparas quirúrgicas

-Cuidados intraoperatorios: Vigilar el bienestar del paciente, modificar la posición del paciente protegiendo su cuerpo, cuidar que las medidas de asepsia sean respetadas, surtir a la enfermera instrumentista del material que precise, cumplimentar registros de enfermería, recoger muestras y cumplimentar volantes

-Cuidados postoperatorios inmediatos: Colaborar con la enfermera instrumen-

tista en la asepsia de la piel y colocación de apósitos, desconectar el terminal del bisturí eléctrico, comprobar el contaje de compresas, colaborar en el traslado del paciente, vigilar la seguridad de los dispositivos colocados, terminar de cubrir los registros de enfermería, hacer entrega a la auxiliar del quirófano de las muestras recogidas, entregar al celador encargado del traslado la historia clínica del paciente

Enfermera instrumentista
-Cuidados preoperatorios: Preparar el material necesario para la intervención quirúrgica, realizar lavado quirúrgico de manos una vez el paciente sea colocado en la mesa quirúrgica, colocarse bata y guantes estériles, vestir las mesas de instrumental con paños quirúrgicos, colocar el instrumental quirúrgico en la mesa de forma ordenada, colaborar en la colocación de los paños del campo quirúrgico, entregar a la enfermera circulante el terminal del bisturí, de la sonda de aspiración e irrigación y fijarlos al campo quirúrgico evitando que puedan caer al suelo, realizar el contaje de compresas
-Cuidados intraoperatorios: Procurar instrumentar a los cirujanos adelantándose a sus necesidades, cuidar que se respeten las medidas de asepsia en el campo quirúrgico, recoger muestras y entregarlas a la enfermera instrumentista, contar instrumental y compresas antes de la intervención y previo al cierre de la incisión con el fin de asegurarse de que no queda material en el interior de la cavidad abdominal, desechar los instrumentos y el material contaminado
-Cuidados postoperatorios inmediatos: Limpiar heridas quirúrgicas y colocar apósitos; en el caso de la esofagectomía resulta imprescindible el uso de vaselina en el sellado de las incisiones del tubo de tórax, así como de la yeyunostomia colocada en el tiempo abdominal, comprobar que el contaje ha sido correcto, recoger el instrumental y material usado, colaborar con el traslado del paciente

9. Complicaciones
Intraoperatorias
-Hemorragia intraoperatoria
-Parenquimatosis
-Complicaciones cardiacas
Postoperatorias
-Hemorragia postoperatoria: Tanto un hemotórax como un hemoperitoneo pueden darse tras la esofagectomía.
-Pulmonares: Neumotórax postoperatorio, quilotorax
-Anastomosis: Filtración de la anastomosis, estenosis de la anastomosis
-Complicaciones en el estómago (vólvulo)

-Herniación hiatal de las vísceras abdominales
-Funcionales: Síndrome de Dumping, vaciamiento gástrico enlentecido, esofagitis por reflujo
-Arritmia supraventricular

5 Discusión-Conclusión

La esofagectomía de Ivor Lewis se trata de una cirugía extremadamente complicada debido a la compleja situación anatómica del esófago, así como a la necesidad de realizar dicha intervención en dos tiempos cambiando de posición al paciente durante la misma.

El papel de enfermería durante la intervención resulta imprescindible, siendo el personal de enfermería responsable de la correcta posición del paciente en cada uno de los tiempos quirúrgicos, ya que un mal posicionamiento podría derivar en graves complicaciones postoperatorias.

Igualmente importante resulta el contaje de compresas e instrumental, también responsabilidad directa del personal de enfermería, ya que son expuestas dos cavidades de gran tamaño durante la intervención pudiendo fácilmente pasar inadvertido material de pequeño tamaño y/o compresas empapadas en sangre en el interior de las mismas dando lugar a severas complicaciones.

6 Bibliografía

1. Guía para enfermería de catéteres venosos centrales. Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2010). www. asturias.es. Obtenido de http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/guia%20cateteres%2028%20marzo%202011.pdf
2. DePaula AL, Hasbiba K, Ferreira EA, Paula RA, Grecco E. Laparoscopic transhiatal esophagectomy witg esophagogastroplasty. Surg Lasparosc Endosc. 1995; 5:1-5
3. Nichols F, Allen M, Deschamps C, Cassivi S, Pairolero P: Ivor Lewis esophagogastrectomy. Surg Clin N Am, 2005;85:583-92.
4. Wilkins EW. Técnicas de reconstrucción esofágica. En: Shackelford RT, Zuidema GD, editores. Cirugía del aparato Digestivo. 3ra ed. Editorial Médica Panamericana; 2000, p. 223- 42.

5. Butte J, Becker F, Visscher A, et al. Cáncer de la unión gastroesofágica. Evaluación de los resultados quirúrgicos, sobrevida alejada y factores pronósticos en enfermos con terapia resectiva, Rev Med Chile 2010; 138: 53-60.
6. Bishop L, Dougherty L, Bodenham A, Mansi J, Crowe P, et al. Guidelines on the insertion and management of central venous access devices in adults. Int J Lab Hematol. 2007; 29:261-78.
7. Leal Mursulí, Armando, Adefna Pérez, Radamés Isaac, Ramos Díaz, Nélida, Castellanos González, Juan Antonio, & Mendoza Rodríguez, Mario. (2012). Dos décadas de trabajo con la técnica de Ivor Lewis en la cirugía del cáncer del esófago. Revista Cubana de Cirugía, 51(2), 133-141. Recuperado en 16 de abril de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000200002&lng=es&tlng=es
8. Barreto JC, Posner MC. Transhiatal versus transthoracic esophagectomy for esophageal cancer. World J Gastroenterol. 2010;16(30):3804-10
9. Roque R, Torres R, Pereira JG. Estado actual de la cirugía mínimamente invasiva en el cáncer de esófago. Rev Haban Cienc Med. 2009;8(1):15-8
10. Roque González, Rosalba, Ramírez Hernández, Evelio T, Leal Mursulí, Armando, Ramos Díaz, Nélida, & Pérez, Radamés Adefna. (1999). Resultados de la técnica de ivor-lewis en el cáncer de esófago. Revista Cubana de Cirugía, 38(3), 136-139. Recuperado en 16 de abril de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931999000300004&lng=es&tlng=es
11. Braghetto M, Cardemil H, Burdiles P, Korn B., Ramìrez, C. (2005). Esofagectomía por cirugía mini-invasiva vía toracoscópica o laparoscópica: indicaciones y resultados. Revista Chilena de Cirugía, 57 (2), 118-126.
12. Àlvaro Díaz de Liaño Arguelles, G. S. (2011). Complicaciones de la anastomosis esofagogástrica en la. Cirugía Española, 175-181.
13. Complicaciones de la anastomosis esofagogástrica en la operación de Ivor Lewis. (2011). Cirugía Española, 175-181.
14. E. Roland, L. J. (2002). Anestesia y reanimación en cirugía esofágica. EMC - Anestesia-Reanimación, 1-16.
15. Gebelli, M. S. (2001). Complicaciones de la cirugía del esófago. Cirugía Española, 69(3), 45-48.
16. Italo Braghetto m, A. C. (2002). Complicaciones de la esofagectomía: diagnóstico, mecanismo fisiopatológico, prevención y manejo. Rev. Chilena de Cirugía, 451-463.
17. Michel Latarjet, A. R. (2004). Anatomia Humana (Vol. 2). Buenos Aires: Médica Panamericana.
18. Patiño Restrepo, J. F. (2000). Lecciones de cirugía. Bogotá: Editoria Médica

internacional ltda.
19. Proehl, J. A. (2005). Enfermería de urgencias: técnicas y procedimientos. Génova: Elsevier España, SA.
20. Roig-García J, G.-V. J.-S.-C.-H.-C. (2008). Esofagectomía transtorácica y transhiatal mediante técnicas mínimamente invasivas. Cirugía Española, 180-185.
21. Sorin Niky Mocanu a, M. C. (2012). La influencia del tipo de abordaje torácico sobre el desarrollo. Cirugía Española, 563-573.
22. Sorin Niky Mocanu, M. C. (2013). La influencia del tipo de abordaje torácico sobre el desarrollo de complicaciones respiratorias tras la esofagectomía. Cirugía Española, 563-573.
23. Emilia Chirveches-Pérez. (2006). Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. Enfermería Clínica, 3-10.
24. Suárez Suárez MA, Ramón Lavandera C, Garcia Arias F. (2018). Procedimientos y tecnicas en enfermeria quirurgica, anestesia y reanimacion (Vol. 1). Gijon: Servicio de Salud del principado de Asturias.
25. Suárez Suárez MA, Ramón Lavandera C, Garcia Arias F. (2018). Procedimientos y tecnicas en enfermeria quirurgica, anestesia y reanimacion (Vol. 2). Gijon: Servicio de Salud del principado de Asturias
26. John L. Cameron, C. S. (2008). Atlas de cirugía del aparato digestivo (Vol. 1). Buenos Aires: Medica Panamericana.

Capítulo 90

DEGENERACIÓN DE LA MÁCULA ASOCIADA A LA EDAD. PRESENTE Y FUTURO.

JULIA ROSA MENÉNDEZ MENÉNDEZ

MARÍA VALDES ALVAREZ

SANDRA IGLESIAS RUISANCHEZ

INMACULADA CONCEPCION VILLA FERNÁNDEZ

JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON

1 Introducción

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es una patología de tipo degenerativa que afecta al área central de la retina, conocida como mácula, ocasionando así una pérdida de visión central. Es la primera causa de ceguera progresiva e irreversible en adultos mayores de 60 años en países desarrollados. Unos 50 millones de personas sufren esta patología a nivel mundial, y se espera un gran aumento debido al envejecimiento de la población.

1.1) Anatomía y fisiología del ojo humano

Globo Ocular
El ojo es el principal órgano responsable del sentido de la vista, cuya función es la de captar y enfocar la luz sobre la capa de células neurosensoriales de la retina.

La función de esta, es transformar la energía luminosa en estímulos nerviosos que son transportados a través del nervio óptico hasta la corteza del cerebro, donde la información recibida es procesada y de forma consciente es recibida como visión(1).

El ojo está compuesto de diferentes capas que se encargan de realizar una función de manera conjunta para hacer posible una cascada de diferentes procesos, capaces de proteger y trasmitir los diferentes estímulos procedentes del exterior. Los ojos se encuentran situados en las órbitas del cráneo, y se están amortiguados por depósitos de grasa que rodean el globo ocular. Su movilidad es posible debido a la acción de seis músculos extraoculares, que se encuentran unidos a la esclerótica, que es la capa exterior del ojo. La forma del ojo es cuasi-esférica, con un diámetro de aproximadamente 2,5 cm y con un volumen de 6,5 ml. Sus tres capas básicas concéntricas son la túnica fibrosa, la túnica vascular y la túnica sensorial(2).

La túnica fibrosa, que es la capa más externa, está formada por la esclera, el limbo esclerocorneal y la córnea. La esclera es una cubierta opaca, blanquecina y dura, que está constituida por tejido conectivo que da soporte y protección al globo ocular.

El limbo esclerocorneal es la zona de unión entre la esclera y la córnea, cuya función es aportar los nutrientes necesarios a la córnea a través de sus capilares. La córnea está formada por tejido conectivo denso y es avascular, transparente y convexa. Su función es proporcionar parte del poder refractario para enfocar de manera adecuada la luz sobre la retina(1, 3) .

La túnica vascular o úvea es una capa fuertemente pigmentada, que está formada por el iris, el cuerpo ciliar y la coroides. El iris se encarga de regular el diámetro de la pupila, controlando así la cantidad de luz que entra en la cámara vítrea. El cuerpo ciliar se divide en epitelio ciliar, estroma del cuerpo ciliar y músculo ciliar, y una de sus principales funciones es la secreción del humor acuoso. La coroides es una capa vascularizada aportando así sangre al globo ocular (1, 3, 4).

La túnica sensorial (capa más interna del globo ocular), está formada por la retina neurosensorial y el epitelio pigmentario de la retina. En la retina neurosensorial se encuentran una capa fina y transparente formada por células fotorreceptoras entre otras, que mediante la fotorrecepción y transducción permite la transmisión de impulsos hasta el cerebro a través del nervio óptico; además sirve de almacenamiento y movilización de la vitamina A (4).

Todas estas capas envuelven el cristalino y los fluidos transparentes del ojo (humor vítreo y humor acuoso). El cristalino, situado entre las cámaras posterior y vítrea, es responsable de la refracción de la luz y de su enfoque sobre la retina (1).

Cabe destacar que además en el interior del ojo, están localizados tres compartimentos delimitados, la cámara anterior, posterior y vítrea (3, 5).
Cabe destacar que además en el interior del ojo, están localizados tres compartimentos delimitados, la cámara anterior, posterior y vítrea (3, 5).

Fisiología del ojo.
El ojo es un órgano altamente especializado de fotorrecepción que transforma la energía lumínica en potenciales de acción nerviosos que son transmitidos al cerebro a través del nervio óptico. La retina se encuentra dividida en capas según los distintos tipos celulares, como son las células fotorreceptoras (conos y bastones), las interneuronas y las células ganglionares, cuyos axones forman el nervio óptico (1, 5).
Con la edad, las células, tejidos y órganos de nuestro organismo se van deteriorando, del mismo modo que le ocurre al ojo, que sufre una pérdida progresiva de su eficacia y de sus funciones. Es por esto que el deterioro progresivo del ojo juega un papel importante en la aparición y desarrollo de patologías oculares relacionadas con la edad, como pueden ser las cataratas , el glaucoma y la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), entre otras. En este tipo de patologías, además de la influencia genética, hay varios factores de riesgo implicados en su desarrollo y progresión como por ejemplo, la edad, el entorno, el tabaquismo, la dieta, los procesos inflamatorios y el estrés oxidativo.
El estrés oxidativo es un proceso de deterioro celular que se debe a un desequilibrio entre la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS) y la capacidad de un sistema biológico para contrarrestar este exceso de radicales libres y reparar el daño causado. La radiación solar ultravioleta, es uno de los principales factores de inducción de ROS y por tanto es una importante fuente de estrés oxidativo en el ojo (8, 9, 10).

2 Objetivos

Los principales objetivos de este estudio son los siguientes:
- Conocer la terminología, epidemiologia y etiología de la DMAE y de las principales causas relacionadas con esta enfermedad.
- Conocer el manejo terapéutico (farmacológico y no farmacológico) de los pacientes afectados de DMAE.
- Conocer las funciones de la enfermería en este campo.

3 Metodología

Se utilizó como principal herramienta para la búsqueda bibliográfica, el gestor de datos Mendeley, y varias guías clínicas como Pudmed, Clínical key, Scielo.

4 Resultados

Hoy en día, se están llevando a cabo estudios sobre un tipo de proteínas, las metalotioneínas (MTs) que están ganando un creciente interés debido a su efecto antioxidante en el ojo humano. , Las MTs son una familia de proteínas presentes en animales, plantas, algunos hongos y cianobacterias. En los mamíferos, las MTs se unen tanto a elementos esenciales como el Zn, Cu, Se, como xenobióticos (Cd, Hg, Ag, y As), a través de los grupos tiol de los residuos de cisteína. Las MTs participan en multitud de procesos biológicos, como la homeostasis y transporte de metales esenciales como el Zn y el Cu, o en la detoxificación de metales tóxicos como el Cd y el Hg. Además, estas proteínas tienen la capacidad de combatir frente al estrés oxidativo, participan en procesos de neuroprotección y amortiguan las células y tejidos frente a al comienzo de procesos inflamatorios, entre otros(13).
La función antioxidante de las MTs reside en su habilidad para capturar y neutralizar los radicales libres generados durante el estrés oxidativo. A medida que envejecemos, los niveles de MTs se reducen de manera notable, lo que conlleva a un mal funcionamiento del ciclo redox, reduciendo así la capacidad de protección frente al daño oxidativo (14, 15) .

Degeneración Macular asociada a la edad (DMAE).
Esta patología ocular es la principal causa de ceguera irreversible en personas mayores de 60 años en países desarrollados esperándose un gran aumento debido al envejecimiento de la población. La prevalencia, también aumenta con la edad, afectando al 2% de la población de personas menores de 40 años y al 30% de mayores de 70 años , .
La DMAE afecta a la parte posterior del ojo, más específicamente a la zona de la retina. Además, se caracteriza principalmente por la degeneración de la mácula, ubicada en la parte posterior central de la retina. La mácula es la responsable de la agudeza visual, ya que dispone de una gran concentración de fotorreceptores de la retina (16, 17).
Su principal característica es la formación de drusas, que son unos depósitos extracelulares entre el epitelio pigmentado de la retina (EPR) y la membrana de Bruch. El exceso de drusas bloquea la entrada de nutrientes y la salida de fluidos,

ocasionando así un daño que desencadena una respuesta inflamatoria crónica o una producción de sustancias angiogénicas (20, 21) .
Existen varios fenotipos de esta patología ocular: DMAE temprana, DMAE intermedia, DMAE tardía seca y tardía húmeda. A continuación se detallan las principales características de cada una de las formas de esta enfermedad:
- DMAE temprana. Es una forma inicial de la enfermedad, que evoluciona a dos fenotipos patológicos: la forma seca y la forma húmeda. En su primera etapa de desarrollo se observa la presencia de depósitos subcelulares de tamaño medio junto con anormalidades pigmentarias (17).
- DMAE intermedia. Los pacientes que sufren esta forma intermedia, presentan numerosas drusas de mayor tamaño. En este caso se produce una atrofia geográfica que no se llega a extender al centro de la mácula (17).
- DMAE tardía seca (no exudativa). Esta forma de la patología es la más común entre los pacientes que padecen DMAE (85-90% del total). Se caracteriza por la degeneración lenta de las células neuroepiteliales conllevando a una atrofia geográfica y a la consecuente muerte de los fotorreceptores. Existe al menos una drusa de gran tamaño y numerosas drusas de tamaño medio.

Tratamiento
En sus estadios iniciales las recomendaciones médicas se basan en una dieta rica en antioxidantes, un estilo de vida más saludable abandonando malos hábitos como por ejemplo el tabaco, y llevando a cabo un control de la presión arterial y del índice de masa corporal (IMC).
Tanto en la DMAE intermedia como en la DMAE no exudativa, además de las recomendaciones anteriores, se recomienda la ingesta de suplementos antioxidantes siguiendo las recomendaciones AREDS ("Age-Related Eye Diseases Study").
Sin embargo, en los estadios más avanzados de la enfermedad (DMAE tardía húmeda "exudativa"), además de las recomendaciones anteriores, los pacientes pueden someterse a terapias específicas que consisten en inyecciones intraoculares de medicamentos con efectos antiangiogénicos, para bloquear la formación de estos neovasos. Estas costosas inyecciones se administran mensualmente en cada ojo, su actividad es limitada y además presentan efectos secundarios. Existen varios estudios en los cuales se ha comprobado que existe una incidencia de endoftalmitis, que es una inflamación intraocular grave debido a la entrada de microorganismos en el globo ocular(22).
Es por eso que el papel de enfermería es de gran importancia a la hora de preparar al paciente y su entorno, aplicando un área de atención aséptica en la ejecución

de esta técnica, además de ofrecer un gran apoyo al paciente.

Prevención.
Para prevenir el desarrollo de esta patología se debe fomentar un estilo de vida saludable, practicando deporte, manteniendo una dieta equilibrada, protegiéndonos frente a ambientes contaminantes, y evitar también el consumo de tabaco o la exposición a este.
El papel de la enfermería en atención primaria es fundamental, ya que juega un papel muy importante en la educación para la salud, fomentando estilos de vida saludables y aclarando cualquier duda relacionada que pueda perjudicar a la salud a corto o largo plazo, como ocurre con la degeneración macular asociada a la edad.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la falta de tratamientos efectivos para evitar el desarrollo y la progresión de la degeneración macular asociada a la edad y a la gran incidencia de la misma, principalmente en personas mayores, es de vital importancia llevar a cabo investigaciones para lograr un mejor entendimiento de los procesos que están involucrados y poder de este modo, abordar esta enfermedad de manera más efectiva.
Hoy en día, en base a los tratamientos existentes, la enfermería juega un papel muy importante en la educación sanitaria para frenar el desarrollo y la progresión de la DMAE.

6 Bibliografía

(1)Ira Fox, s. Fisiología Humana, séptima edición. Mcgraw Hill Interamericana, Madrid (2003). Capítulo 10. Fisiología Sensorial
(2) Tovée, M. J. An introduction to the visual system, second edition. Cambridge University Press, Cambridge (2008). Capítulo 2: The eye and forming the image.
(3) Vanderah, T., Gould, D. J. Nolte´s human brain, Seventh Edition. Elsevier, Ámsterdam (2016). Capítulo 17: The visual system.
(4) Haines, D. E., Mihailoff, G. A. Fundamental Neuroscience for Basic and Clinical Applications, Fifth Edition. Elsevier, Ámsterdam (2018). Capítulo 20: The visual system.

(5) Haschek, W., Rousseaux, C., Walling, M. Haschek and Rousseaux´s Handbook of Toxicology Pathology, Third Edition. Academic Press, Cambridge (2013). Capítulo 53: Eye.
(6) Alañón Fernández, F. J., Fernández Pérez, J., Ferreiro López, S. Oftalmología en atención primaria. Formación Alcalá, Jaén (2003). Capítulo XI: Patologías del cristalino: cataratas.
(7) Alañón Fernández, F. J., Fernández Pérez, J, Ferreiro López, S. Oftalmología en atención primaria. Formación Alcalá, Jaén (2003). Capítulo X: Glaucoma.
(8) Tanito, M., Kaidzu, S., Takai, Y., Ohira, A. Association between systemic oxidative stress and visual field damage in open-angle glaucoma. Sci. Rep., 6(25792) (2016), 1-6.
(9) M. T., Beal, M. F., Mitochondrial dysfunction and oxidative stress in neurodegenerative diseases. Nature, 449(19) (2006) 787-795.
(11) Rodríguez-Menéndez, Sara; Fernández, Beatriz; García, M; Álvarez, L; Fernández, M.L; Sanz-Medel, A; Coca-Prados, M; Pereiro, R; González-Iglesias, H. Quantitative study of zinc and metallothioneins in the human retina and RPE cells by mass spectrometry-based methodologies. Talanta, 178 (2018).
(12) Rodríguez-Menéndez, S; García, M; Fernández, B; Álvarez, L; Fernández-Vega-Cueto, A; Coca-Prados, M; Pereiro, R; González-Iglesias, H. The Zinc-Metallothionein Redox System Reduces Oxidative Stress in Retinal Pigment Epithelial Cells. Nutrients, 10(12) (2018).
(13) Thirumoorthy, N., Sunder, A. S., Kumar, KT. M., Kumar, M. S., Ganesh, G. N. K., Chatterjee, M. A Review of Metallothionein Isoforms and their Role in Pathophysiology. World J. Surg. Oncol., 9(54) (2011).
(14) Drozd, A., Wojewska, D., Peris-Díaz, M. D., Jakimowicz, P., Krezel, A. Crosstalk of the structural and zinc buffering properties of mammalian metallothionein-2. Metallomics, 10 (4) (2018) 595-613.
(15) Bell, S. G., Vallee, B. L. The Metallothionein/Thioenin System. An oxidoreductive Metabolic Zinc Link. Chembiochem., 10 (2009) 55-62.
(16) Lim, L. S., Mitchell, P., Seddon, J. M., Holz, F. G., Wong, T. Y. Age-related macular degeneration. Lancet, 379 (2012) 1728-1738
(17) Schachat, A. P., Sadda, S. R., Hinton, D. R., Wilkinson, C. P., Wiedemann, P. Ryan´s retina sixth edition. Elsevier, Ámsterdam (2018). Capítulo 66. Epidemiology and risk factors for age-related macular degeneration.
(18) Som, P. M., Curtin, H. D. Head and neck imaging, fifth edition. Elsevier Mosby, Ámsterdam (2011). Capítulo 9: Embriology, anatomy and imaging of the eye and orbit. Jager, R. D., Mieler, W. F., Miller, J. W. Age-Related Macular Degeneration. N. Engl. J. Med., 358 (2008) 2606-2617.

(19) Lenygyel, L., Flinn, J. M., Peto, T., Linkous, D. H., Cano, K., Bird, A. C., Lanzirotti, A., Frederickson, C. J., Van Kujik, F. J. G. M. High concentration of zinc in sub-retinal pigment epithelial deposits. Exp. Eye Res., 84 (2007) 772-780
(20)Mettu, P. S., Wielgus, A. R., Ong, S. S., Cousins, S. W. Retinal pigment epithelium respons to oxidant injury in the pathogenesis of early age-retaled macular degeneration. Mol. Aspects Med., 33(4) (2012) 376-398.
(21)Rodríguez Ramírez, M., del Barrio Manso, M. I., Martín Sánchez, M. Inyecciones intravítreas: y ¿qué prefieren los pacientes? Análisis de satisfacción y preferencias sobre la ubicación de la realización de inyección intravítrea. Arch. Soc. Esp. Oftalmol., 89(12) (2014) 477-4

Capítulo 91

EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA VÍA AÉREA.

FABIOLA MENÉNDEZ SERVIDE

1 Introducción

La obstrucción de la vía aérea superior es una emergencia médica. Tratar su causa es vital. De no hacerlo, la obstrucción de las vías respiratorias conducirá a niveles bajos de oxígeno en la sangre y una pobre oxigenación de los tejidos. Esto puede causar daño por hipoxia al cerebro, los riñones y el corazón, y puede provocar un paro cardíaco o la muerte.

2 Objetivos

- Enumerar las diferentes causas de obstrucción de la vía aérea, así como, determinar cómo ha de manejarse.

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos online sobre la obstrucción de la vía aérea, sus causas y su manejo.

4 Resultados

Causas de la obstrucción de la vía aérea

La obstrucción de las vías respiratorias puede ser parcial o completa, y puede ocurrir a cualquier nivel del tracto respiratorio desde la boca hasta la tráquea. Puede tener una amplia variedad de causas, pero en pacientes que están somnolientos o inconscientes, la causa más común es la obstrucción de la faringe por la lengua, que cae hacia atrás cuando el tono normal de los músculos que lo sostienen se pierde.
La obstrucción de la vía aérea alta también puede ocurrir debido a vómitos, secreciones, sangre o líquido gástrico; también puede deberse a la inflamación del tejido como resultado de un trauma, alergia o infección.
Más abajo en la vía respiratoria, la obstrucción puede ser causada por edema laríngeo debido a quemaduras, inflamación o alergia que ocurre a nivel laríngeo; espasmo laríngeo debido a un cuerpo extraño, estimulación de las vías respiratorias o secreciones o sangre en las vías respiratorias; u obstrucción traqueobronquial debido a secreciones, contenido gástrico aspirado, líquido procedente de un edema pulmonar o broncoespasmo.

Evaluación inicial
El reconocimiento de la presencia de obstrucción en las vías respiratorias se basa tres elementos: ver, oir y sentir.
- "Ver": En un paciente que está haciendo esfuerzos respiratorios, la obstrucción completa de las vías respiratorias conduce a movimientos paradójicos de tórax y abdomen. En lugar del patrón respiratorio normal en el que tanto el pecho como el abdomen se mueven en la misma dirección, hacia afuera durante la inspiración y hacia adentro durante la espiración, la obstrucción del flujo de aire conduce a un patrón de respiración paradójico en el que la inspiración va acompañada del movimiento hacia afuera de la caja, pero hacia dentro del abdomen (y viceversa durante la espiración). Otros signos que indican obstrucción respiratoria incluyen el uso de los músculos accesorios de la respiración, es decir, los músculos del cuello y los hombros. La cianosis es un signo tardío de obstrucción de las vías respiratorias.
Es vital descubrir la causa de la obstrucción de las vías respiratorias; por lo tanto, se debe inspeccionar la vía aérea en busca de secreciones, sangre, cuerpos extraños, etc. Sin embargo, es importante recordar que la causa más probable de obstrucción de la vía aérea superior será un nivel consciente más bajo.

- "Oir": En la obstrucción completa de las vías respiratorias, no hay sonidos respiratorios en la boca o la nariz. En la obstrucción parcial, la entrada de aire disminuye y, a menudo, es ruidosa. Existen ciertos ruidos que ayudan a identificar la obstrucción:

- Crepitaciones: si se modifican con la tos sugiere la presencia de secreciones. Puede no modificarse con la tos y se relaciona con pacientes con neumonía o distintos grados de fibrosis.
- Roncus: ocurre cuando la faringe está parcialmente obstruida por la lengua.
- El estridor inspiratorio es causado por una obstrucción por encima o al nivel de la laringe.
- La sibilancia espiratoria resulta del colapso de las vías respiratorias durante la espiración, debido a asma, por ejemplo.
- Quejido

- "Sentir": En una obstrucción completa de la vía aérea no hay movimiento de aire hacia la boca o la nariz.

Manejo de la obstrucción de la vía aérea alta
En la mayoría de los casos, el uso de alguna de las siguientes medidas es todo lo que se requiere para conseguir la permeabilidad de la vía aérea superior obstruida:
- Maniobra frente mentón:
Con el paciente acostado en decúbito supino, incline la cabeza hacia atrás colocando una mano sobre la frente del paciente. Incline suavemente la mandíbula inferior colocando las yemas de los dedos de la otra mano debajo de la parte más anterior de la mandíbula inferior del paciente.

- Maniobra de tracción mandibular
Con el índice y otros dedos colocados detrás de la mandíbula inferior, aplique presión constante hacia arriba para levantar la mandíbula inferior hacia adelante. Al mismo tiempo, abra ligeramente la boca desplazando la barbilla hacia abajo con los pulgares.

Hay que prestar especial atención a si el paciente presenta patología de la columna cervical. En ese caso, las maniobras de apertura de las vías respiratorias deben realizarse utilizando la estabilización manual en línea de la columna cervical.

- Succión para eliminar secreciones
Se puede utilizar un Yankauer para eliminar cualquier líquido como vómito, sangre o saliva. Se ha de hacer suavemente, hasta donde pueda ver, teniendo localizado el extremo distal todo el tiempo. Hay que prestar atención a no provocar un reflejo nauseoso que pueda provocar vómitos.

- Uso de dispositivos de intubación: los más utilizados con los orofaríngeos (Guedel) y nasofaríngeos.

Si la intubación orofaríngea no es efectiva, generalmente se requiere intubación traqueal. Los tubos endotraqueales se pueden introducir por vía oral o nasal, pero la vía oral, visualizando la laringe utilizando un laringoscopio es el método más usado. Si el paciente ha sufrido un paro cardiorrespiratorio o está al límite, esto se puede lograr sin el uso de drogas. Sin embargo, cuando el paciente está consciente pueden requerirse medicamentos. Durante el lapso en el cual el paciente está a la espera de ser intubado, hay que mantener la vía aérea permeable y administrar oxígeno utilizando un Ambú.
Un procedimiento más avanzado para conseguir una vía aérea permeable sería la intubación traqueal. Si no se puede lograr, puede ser necesario realizar una cricotomía.

5 Discusión-Conclusión

Conclusión
La vía aérea es la prioridad más importante en el tratamiento de cualquier paciente en situación de salud comprometida. Es esencial abrir y despejar la vía aérea para permitir el paso de aire hacia los pulmones.

6 Bibliografía

-Caravaca Caballero, A. (2008). El ABC de la Resucitación Cardiopulmonar Pediátrica. Recuperado de https://books.google.es/books?id=7875wTV7ockC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
-Ige Afuso, M., & Chumacero Ortiz, J. (2010). Manteniendo la permeabilidad de la vía aérea. Acta Médica Peruana, 27(4), 270–280. Recuperado de file:///C:/Users/Fabiola/Downloads/Dialnet-ManteniendoLaPermeabilidadDeLaViaAerea-3714801.pdf
-Jacobs L. M. (1988). The importance of airway management in trauma. Journal of the National Medical Association, 80(8), 873–879.
-SAMUR. (s.f.). Permeabilización básica de la vía aérea. Recuperado 21 enero, 2020, de https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/602_01.htm
-Sánchez D, I. (2003). Aplicaciones clínicas del estudio objetivo de los ruidos respiratorios en pediatría. Revista chilena de pediatría, 74(3). https://doi.org/10.4067/

s0370-41062003000300003

Capítulo 92

ACTUACIÓN ANTE PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.

LUCÍA MARIA MON PEYRACHE

SONIA MARTÍNEZ AMAGO

AIDA RODRÍGUEZ RUBIO

1 Introducción

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados.

Estos son los signos de advertencia de úlceras por presión:
-Cambios inusuales en el color o la textura de la piel
-Hinchazón
-Drenaje similar al pus
-Una región de la piel que se siente más fría o cálida al tacto que otras
-Zonas sensibles
Las úlceras de decúbito se clasifican en diversos estadios según su profundidad, su gravedad y otras características. El grado de daño de la piel y los tejidos varía desde piel intacta roja hasta lesiones profundas que afectan el músculo y el hueso.

Zonas frecuentes de úlceras de decúbito:
En las personas que usan silla de ruedas, muchas veces se producen úlceras de decúbito en la piel en las siguientes zonas:
-Coxis o glúteos
-Escápulas y columna vertebral
-Parte trasera de los brazos y piernas donde se apoyan en contacto con la silla
En el caso de personas postradas en una cama, las zonas frecuentes son las siguientes:
-Parte trasera o laterales de la cabeza
-Omóplatos
-Cadera, parte inferior de la espalda o coxis
-Talones, tobillos y la piel detrás de las rodillas

Causas:
Las úlceras de decúbito se producen por la presión contra la piel que limita el flujo sanguíneo a ella. Otros factores relacionados con la movilidad limitada pueden hacer que la piel se vuelva vulnerable al daño y contribuyen al desarrollo de las úlceras de decúbito.

Los tres principales factores contribuyentes son:

-Presión. La presión constante en cualquier parte del cuerpo puede disminuir el flujo sanguíneo a los tejidos. El flujo sanguíneo es esencial para transportar oxígeno y otros nutrientes a los tejidos. Sin estos nutrientes esenciales, la piel y los tejidos cercanos se dañan y, con el tiempo, pueden morir.

En las personas con movilidad limitada, este tipo de presión tiende a producirse en zonas que no están bien protegidas con músculo o grasa y que se apoyan sobre un hueso, como la espina dorsal, el coxis, los omóplatos, las caderas, los talones y los codos.

-Fricción. Ocurre fricción cuando la piel roza con las prendas de vestir o la ropa de cama. La fricción puede provocar que la piel frágil sea más vulnerable a las lesiones, especialmente si la piel también está húmeda.
-Rozamiento. El rozamiento se produce cuando dos superficies se mueven en dirección opuesta. Por ejemplo, cuando la cabecera de una cama está elevada, puedes deslizarte hacia abajo en la cama. A medida que el coxis se mueve hacia abajo, la piel sobre el hueso puede quedar en el mismo lugar, básicamente haciendo tracción en sentido contrario.

Factores de riesgo:
Las personas corren el riesgo de presentar úlceras de decúbito si tienen dificultad para moverse y no pueden cambiar de posición fácilmente mientras están sentados o en cama. Los factores de riesgo son:

-Inmovilidad. Podría deberse a problemas de salud, una lesión de la médula espinal u otras causas.
Pérdida de percepción sensorial. Las lesiones de la médula espinal, los trastornos neurológicos y otras enfermedades pueden ocasionar una pérdida de sensibilidad. La incapacidad para sentir dolor o malestar puede hacer que no se perciban señales de advertencia ni la necesidad de cambiar de posición.
-Nutrición e hidratación deficientes. Las personas necesitan suficientes líquidos, calorías, proteínas, vitaminas y minerales en su dieta diaria para mantener una piel saludable y prevenir la degradación de los tejidos.
-Enfermedades que afectan el flujo sanguíneo. Los problemas de salud que pueden afectar el flujo sanguíneo, como la diabetes y la enfermedad vascular, aumentan el riesgo de daño a los tejidos.
Complicaciones

Las complicaciones de las úlceras por presión, algunas de las cuales pueden poner en riesgo la vida, comprenden:

-Celulitis. La celulitis es una infección de la piel y está relacionada con los tejidos blandos. Puede causar calor, enrojecimiento e hinchazón en la zona afectada. Las personas con lesión a los nervios a menudo no sienten dolor en la zona afectada por la celulitis.
-Infecciones óseas y articulares. Una infección de una úlcera de decúbito puede traspasar las articulaciones y los huesos. Las infecciones en las articulaciones (artritis séptica) pueden dañar cartílagos y tejidos. Las infecciones óseas (osteomielitis) pueden reducir la función de las articulaciones y de las extremidades.
-Cáncer. Las heridas crónicas que no se curan (úlceras de Marjolin) pueden evolucionar y transformarse en un tipo de carcinoma epidermoide.
-Septicemia. En raras ocasiones, las úlceras de la piel producen septicemia.

2 Objetivos

El principal objetivos ante la UPP es la prevenir su aparición, ya que una vez que aparece resulta muy difícil su tratamiento y curación. Podemos ayudar a prevenir las úlceras de decúbito cambiando de posición con frecuencia para evitar la ten-

sión sobre la piel. Otras estrategias consisten en cuidar bien la piel, mantener una buena alimentación y un consumo adecuado de líquidos, no fumar, controlar el estrés y hacer ejercicio a diario.

Siguiendo las siguientes recomendaciones relacionadas con el reposicionamiento en una cama o una silla, disminuye considerablemente la incidencia de las UPP:

-Cambiar el punto de apoyo del peso con frecuencia. Si se usa una silla de ruedas, intentar cambiar el punto de apoyo del peso cada 15 minutos. Reposicionar alrededor de una vez por hora.
-Si se puede, incitar a levantarse. Si tienen suficiente fuerza en la parte superior del cuerpo, hacer flexiones en la silla de ruedas: levantar el cuerpo del asiento empujándose de los brazos de la silla.
-Buscar una silla de ruedas especial. Algunas sillas de ruedas pueden inclinarse, y esto puede aliviar la presión.
-Escoger almohadones o un colchón que alivien la presión. Usar almohadones o un colchón especial para aliviar la presión y asegurar que el cuerpo esté bien posicionado. No usar almohadones con forma de rosquilla ya que pueden centrar la presión en los tejidos circundantes.
-Ajusta la elevación de la cama. Si la cama puede elevarse en la parte de la cabeza, subirla hasta 30 grados. Esto ayuda a prevenir el cizallamiento.

Considerar las siguientes sugerencias para el cuidado de la piel:

-Mantener la piel limpia y seca. Lavar la piel con un limpiador suave y secarla con golpecitos. Realizar esta rutina de limpieza de forma regular para limitar la exposición de la piel a la humedad, la orina y las heces.
-Proteger la piel. Usando talco en polvo puro para proteger la piel en los puntos de fricción. Aplicar una loción sobre la piel seca. Cambiar la ropa y reemplaza las sábanas con frecuencia, de ser necesario. Prestar atención a los botones en la ropa y las arrugas en las sábanas que puedan irritar la piel.
-Inspeccionar la piel a diario. Examinar la piel a diario y con detenimiento en busca de signos de UPP
Una vez que aparecen las UPP, tenemos como objetivo intentar mejorarlas hasta llegar a su curación, en el caso que sea posible.

3 Caso clínico

Mujer de 92 años con antecedentes personales de Enfermedad de Parkinson y Alzheimer; Glaucoma en OI, Fx de cadera, Fx de extremidad distal de radio. Tratamiento: Stalevo, Sinemet plus retard, Exelon, Motilium, Omeprazol, Duphalac,y Retiluc y colirios.

Paciente domiciliada en su residencia, con dependencia para todas las actividades de la vida diaria, inmovilizada en cama desde hace 5 años, con contractura en flexión de las extremidades inferiores y deterioro cognitivo progresivo. Recibe dieta líquida en forma oral con espesante y algo de dieta blanda. Lenguaje escaso, no alteraciones conductuales. Tiene una cuidadora principal, que sigue directrices generales de prevención y cuidados de la piel pautados (hidratación de piel, uso de SEMP, cambios de posición a necesidad) y catalogados de excelentes.

La cuidadora solicita asistencia sanitaria, por agravamiento de estado de la paciente y aparición de úlcera recurrente localizada en trocánter mayor. Dada la situación basal de la paciente, caquexia y la no ingestión de alimentos (durante 5 días) se considera está en fase terminal. Presentaba lesión en trocánter derecho, compatible con UPP con sospecha de lesión de tejidos profundos, con escara blanquecina húmeda, de 0.5 x 0,5 cm de diámetro con halo eritematoso perilesional y circundante, localizada sobre antigua cicatriz.

Se piensa inicialmente en una Ulcera Terminal de Kennedy, por el desarrollo de los acontecimientos, próximos a un inminente fallecimiento, en coexistencia con los factores del paciente, pero no presenta la descripción realizada por Kennedy. Por tanto no podemos afirmar que se trate de una UKT, sino de una UPP inevitable, asociado a los cambios de la piel que se producen con el envejecimiento, caquexia, así como en un inminente estado, de fracaso multi-orgánico.

4 Discusión-Conclusión

Debemos concienciar a los cuidadores y a la gente que convive con personas mayores con dificultades cognitivas y encamadas, de la importancia de la higiene, de los cambios posturales y de la correcta alimentación para la prevención de úlceras por presión.

Informar de que existen cremas preventivas que son de gran utilidad. También es importante cubrir o proteger las zonas rojas que vemos a simple vista con apósitos adecuados, para que la presión en dicha zona sea menor. La prevención

es la mejor estrategia terapéutica para evitar las complicaciones de las úlceras por presión, un problema de salud que afecta principalmente a los pacientes hospitalizados y/o encamados durante largos periodos de tiempo y cuya incidencia oscila entre el 20 y el 56 por ciento.

5 Bibliografía

1. Medline plus en español
2, KENNEDY-EVANS, K. Understanding the Kennedy terminal ulcer.
3. Protocolo para la prevención y manejo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, Primera edición Dirección Secretaria de salud de Mexico 2012
4. Guía para el cuidado del paciente con UPP o con riesgo de desarrollarlas, HU Princesa de España Jean 2001

Capítulo 93

ACCIDENTE BIOLÓGICO

LARA LOMBRAÑA NORIEGA

ALEJANDRA IGLESIAS PRIETO

ANTONIO MARTINEZ SANCHO

JOSE ANTONIO ALONSO CASANI

JOSÉ MANUEL PELAEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Un accidente biológico es la exposición a sangre o fluidos corporales de un paciente o el contacto directo con concentrados virales, bacterianos o fúngicos en laboratorios durante la jornada laboral.

Cabe destacar que, dentro de los accidentes de trabajo, la exposición a agentes biológicos son muy frecuentes dentro del medio sanitario, siendo los patógenos transmisibles mas importantes la hepatitis B, hepatitis C y VIH.

Ante cualquier accidente biológico, es necesaria su notificación y control y, si fuera necesario, su seguimiento por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, siendo este el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar la actividad preventiva a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores.
El riesgo de transmisión principal es el contacto percutáneo, en el que intervienen el potencial infeccioso del virus, las características de la fuente (paciente o muestra con la se entra en contacto) y el estado inmunitario del trabajador.

2 Objetivos

El principal objetivo de todo Servicio de Prevención de Riesgos Laborales es intentar que se cumplan los requisitos y acciones para evitar cualquier tipo de accidente. En el caso de que dicho accidente suceda, los objetivos deben ser:

- Comunicación del accidente por parte del trabajador a la mayor brevedad posible.

- Realización de tratamiento y seguimiento oportunos.

- Educación Sanitaria adecuada

- Apoyo psicológico pertinente en función del tipo de accidente.

3 Caso clínico

Mujer de 59 años, enfermera, que acude al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales tras sufrir accidente biológico percutáneo profundo en primer dedo de mano derecha, con aguja IM que contenía el contenedor de residuos biológicos y cogerlo por su abertura para ubicarlo en la mesa de su consulta.

Antecedentes Personales:

Alergia a corticoides. Vasculitis con Fortecortin.

Ex fumadora desde hace 16 años.

Cardiopatía isquémica tipo angor de esfuerzo con hipertrofia de ventrículo izquierdo y FE normal desde 2015.

HTA desde 2003.

Nódulo tiroideo normofuncionante.

Síndrome ansioso depresivo desde 2002.

Asma bronquial.

SAHS severo con CPAP.

Insuficiencia renal

IQ:

Hombro derecho por calcificación del manguito de los rotadores.

Exéresis de trompa uterina derecha tras embarazo extrauterino en 1985

Síndrome del túnel carpiano.

Tratamiento Crónico:

Alprazolam 1 mgr 1 cada 12 horas

Brintellix 15 mgr 1 cada 24 horas

Tryptizol 25 mgr 1 cada 24 horas

Adiro 100 mgr 1 cada 24 horas

Foster Nexthales 100/6mcgr/I 1 cada 12 horas

Nexium 20 mgr 1 cada 24 horas

Provisacor 5 mgr 1 cada 24 horas

Candesartan 8 mgr 1 cada 24 horas

Uniket 40 mgr 1 cada 24 horas

Emconcor cor 5 mgr 1 cada 24 horas

Se realiza extracción analítica a la trabajadora ya que la fuente es desconocida y por tanto la consideramos infectada.

Resultado analítica:

BIOQUIMICA

AST-GOT 18 UI/L [0 - 37]

ALT-GPT 22 U/L [0 - 33]

INMUNOLOGIA INFECCIOSA

SEROLOGIA DE HEPATITIS

Antígeno de superficie VHB NEGATIVO

Ac. anti-VHBs <2.00 UI/l

Ac. anti-VHBc total NEGATIVO

Ac. anti-VHC NEGATIVO

SEROLOGIA VIH

Ac. anti-VIH tipo 1/2 (ELISA) NEGATIVO

Ya que tras haber recibido 5 dosis de la vacuna de la Hepatitis B, no es inmune, se considera no respondedora y se pone dosis de IgHB.

Asimismo, al ser una fuente desconocida, la consideramos infectada por lo que precisa la toma de FARV según profilaxis postexposición; Epivir 300 1-0-0 e Issentres 400 1-0-1 durante 4 semanas.

Plan de cuidados:

Vigilar la aparición de síntomas de efectos tóxicos así como cuadro compatible con seroconversión o síndrome retroviral agudo

Precisa seguimiento durante 12 meses:

Analíticas seriadas a las 2, 4 y 6 semanas y 3, 6 y 12 meses posteriores al accidente biológico, en las que se extraerá un hemograma, bioquímica (AST/GOT, ALT/GPT, lípidos, amilasa, creatinina, y glucemia), serología (anti-VIH) y si presentará síntomas de infección (Af p24. RNA-VIH).

Recordar educación sanitaria mientras esté en seguimiento para convivientes/pareja.

4 Discusión-Conclusión

Cabe destacar la importancia/necesidad de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en la gran mayoría de los trabajos. Ellos son los que informan de los riesgos y las medidas adecuadas para prevenirlos, tanto al trabajador como a la empresa. En caso de accidente, es necesario destacar que son ellos los que tienen

la labor de llevar a cabo el seguimiento adecuado y facilitar el tratamiento en caso necesario.

No nos podemos olvidar de resaltar la importancia de la educación sanitaria en las medidas de prevención que se han de llevar a cabo al desarrollar las actividades en la jornada laboral, para evitar los accidentes, así como el apoyo psicológico de los trabajadores afectados.

5 Bibliografía

- www.mitramiss.gob.es

- www.amf-semyfc.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 94

MANEJO DE MEDICACIÓN EN PEDIATRÍA.

MARTA VALDÉS GARCÍA

1 Introducción

Se define error de medicación como cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor.

La población pediátrica está expuesta a un índice de error de medicación potencialmente peligroso 3 veces mayor que los pacientes adultos.

Según los estudios, se estima que sólo se notifican el 10% de todas las RAM graves y el 2-4% de los no graves.

2 Objetivos

- Conocer los errores y factores más frecuentes que dan lugar a errores de medicación.

- Conocer las medidas de seguridad que debemos tomar durante el manejo de medicación en el área pediátrica, para evitar efectos no deseados.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos Scholar Google, ClinicalKey, Scielo, Biblioteca virtual GCSalud del Principado de Asturias, página del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

4 Resultados

Los niños sufren un mayor riesgo de sufrir efectos indeseables por errores de medicación. Este riesgo aumenta debido a muchas causas, entre las que destacan las siguientes:

- Diferencias fisiológicas con respecto a los adultos.

- Poco desarrollo de medicamentos para niños (debido a la prohibición de ensayos clínicos con niños).

- Errores en los cálculos de dosificación.

- Prescripción fuera de indicaciones.

- Manipulación de los medicamentos (cortar, machacar, mezcla con comida) que supone una biodisponibilidad desconocida e impredecible.

- Falta de estandarización (mismo medicamento con distintas concentraciones).

Para evitar al máximo posible el desencadenamiento de efectos indeseables debidos a errores de medicación, debemos desarrollar una serie de buenas prácticas en la preparación y administración de medicamentos, como son:

- Cotejar la orden médica.

- La administración debe realizarla siempre la misma persona que la preparó.

- Desarrollar protocolos de administración de medicamentos.

- Registro de la administración de los medicamentos tras realizarla.

- Observar los 5 correctos antes de la administración (paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, momento correcto).

- Observar, registrar y notificar sobre la presencia de efectos colaterales y adversos.

5 Discusión-Conclusión

En la mayoría de los casos, los errores de medicación no dan lugar a consecuencias clínicas negativas evidentes, pero sí son una fuente potencial de complicaciones severas. Por ello es importante mejorar las prácticas en la preparación y administración de medicamentos.

Se debe mejorar la concienciación de los profesionales de la necesidad de la notificación de RAM, que nos permite conocer el estado y la magnitud del problema y poder elaborar medidas de prevención eficaces.

6 Bibliografía

1. Gustavo Dias Da Silva, Rosa Silvino Zenith, Viviane Saraiva De Almeida, Danielle Lemos Querido, Pollyanna Silva Cunha Dias, Bárbara Pompeu Christovam, «Errores de medicación en Unidades de Terapia Intensiva Neonatal», Enferm. glob. 13-33 (2014): 370-384 [citado 2018 Mar 16]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100019&lng=es.
2. Lourdes Bordajandi Quitante, Estrella Martínez Velasco, Antonio Morales Romero, «Implantación de un programa de notificación y análisis de errores de medicación en el paciente oncológico», Rev. Enfer Docent 89 (2008): 18-21, consultado el 05 de febrero 2018. Disponible en: http://www.index-f.com/edocente/89/891821.php.
3. A Campino, E Santesteban, M Garcia, M Rueda, A Valls-I-Soler, «Errores en la preparación de fármacos intravenosos en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Una potencial fuente de eventos adversos», Anales de Pediatría 79-1 (2013): 21-25, doi: 10.1016/j.anpedi.2012.09.005
4. Noelia Esperanza, Lucas Liriana, Héctor Telechea, Adriana Santurio, Gustavo GIACHETTO, Luciana NANNI, «Reacciones adversas a medicamentos en niños hospitalizados: un problema de salud pública», Rev. Méd. Urug. 24-3 (2008): 161-166, consultado el 05 de febrero 2018, doi: Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000300002&lng=es.
5. Instituto para el uso seguro de los medicamentos. http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/20
(consultado el 16 de marzo de 2018).

6. Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos. http://www.notificaram.es
(consultado el 16 de marzo de 2018)
7. World Health Organization. «Promover la seguridad de los medicamentos para niños», (World Health Organization, 2007).
8. A Quesada, Guía de administración de fármacos en periodo neonatal para enfermería, (Elseiver España, 2015).
9. Y Agra, J Aguayo, Mc Álvarez, F Botet, G Bustos, P Diaz, Unidades de Neonatología, estándares y recomendaciones de calidad. (Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.)

Capítulo 95

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA ENFERMEDAD DE MOYAMOYA

LLARA LAVILLA SOLÍS

CRISTINA ORDIALES VEGA

SHEILA PEREZ RODRÍGUEZ

JENNYFER CORBEIRA PRESNO

DAVID RODRÍGUEZ ALONSO

1 Introducción

La enfermedad de Moyamoya es una enfermedad cerebrovascular oclusiva y poco frecuente. Es progresiva y se localiza en la arteria carótida, esta se estrecha y produce una reducción del flujo de sangre al cerebro.

2 Objetivos

- Describir la enfermedad de Moyamoya

- Conocer los síntomas con los que se caracteriza la enfermedad de Moyamoya

- Conocer las causas que provocan la enfermedad

- Analizar los factores de riesgo que se ven involucrados en esta enfermedad

3 Metodología

Para la realización de esta revisión se pretende responder a la pregunta, ¿qué es la enfermedad de Moyamoya? Para ello se realizó una búsqueda exhaustiva a través de las diferentes bases de datos disponibles para posteriormente resumir los datos encontrados y facilitar su comprensión. A continuación se explicará el procedimiento que se ha seguido para el análisis de la información encontrada.

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de Scopus y Web of Science. Además para ampliar la información se utilizaron diferentes artículos que se catalogan dentro de la literatura gris.

Para conocer el tema en profundidad se buscó información sobre la enfermedad de Moyamoya, su epidemiología, síntomas, causas y factores de riesgo.

La estrategia de búsqueda que se realizó utilizó entre otros los siguientes términos claves y operadores boleanos:

ENFERMEDAD and MOYAMOYA

EPIDEMIOLOGÍA and MOYAMOYA

FACTORES DE RIESGO and MOYAMOYA

CAUSAS and MOYAMOYA

4 Resultados

Al reducirse el flujo de sangre al cerebro, los pequeños vasos de la base craneal se dilatan para facilitar la vascularización cerebral. Debido al aspecto que forman estos pequeños vasos sanguíneos, la endermedad toma el nombre de Moyamoya, ya que esta palabra en japonés significa ”nube de humo”.

Algunas enfermedades asociadas a este síntoma son la anemia de células falciformes, la neurofibromatosis tipo 1, el síndrome de Down, traumatismo craneoencefálico y meningitis.

La enfermedad Moyamoya es el trastorno cerebrovascular pediátrico más común en Japón, con una prevalencia de unos tres casos por cada 100.000 niños. Esta enfermedad fue descrita por primera vez en Japón por Takeuchi y Shimizu en 1957. Aunque puede ocurrir a cualquier edad es más frecuente que los síntomas

aparezcan entre los 5 y 10 años y entre los 30 y 50 años en adultos.

Los síntomas de esta enfermedad podemos clasificarlos en dos categorías:

- Isquemia cerebral: ictus, ataques isquémicos transitorios y convulsiones.

- Hemorragicos: debidos a los efectos secundarios de los mecanismos compensatorios que responden a la isquemia (hemorragia de vasos colaterales frágiles y cefalea por vasos transdurales dilatadas).

Las manifestaciones clínicas son muy variables, en ocasiones incluso asintomáticas. Se han descrito varios signos y síntomas complementarios de la enfermedad que se relacionan con la reducción del flujo sanguíneo como cefaleas, mareos, hipertensión, ceguera, síncope, corea, retraso mental, debilidad, entumecimiento o parálisis facial, dificultades para el habla, etc.

En niños son más frecuentes los episodios isquémicos durante el ejercicio, el llanto, la fiebre, la tos o la hiperventilación. Mientras que en adultos predominan los eventos hemorrágicos como el infarto hemorrágico, la hemorragia intraparenquimatosa o la intraventricular.

La mortalidad es de un 5% en adultos y 2% en niños. La enfermedad se clasifica en 6 grados según el sistema de clasificación Suzuki:

- GRADO I: Estrechamiento de la bifurcación de la arteria carótida interna (ACI)

- GRADO II: Iniciación de los vasos colaterales Moyamoya.

- GRADO III: Estenosis progresiva de ACI con intensificación de colaterales

- GRADO IV: Desarrollo de los colaterales de la arteria carótida externa (ACE)

- GRADO V: Intensificación de los colaterales de la ACE y reducción de los vasos asociados.

- GRADO VI: Oclusión total de las ACI y desaparición de colaterales, se suple por la ACI.

Aunque se desconoce la causa que provoca la enfermedad existen ciertos factores que pueden aumentar el riesgo de padecerla:

- Ascendencia asiática: pueden existir ciertos factores genéticos ya que es más frecuente en países del sudeste asiático.

- Antecedentes familiares de la enfermedad: esto aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad de 30 a 40 veces más que en la población general.

- Sexo femenino: incidencia levemente mayor.

- Edad: Los niños se ven afectados con mayor frecuencia que los adultos.

El diagnóstico es complicado debido a su baja incidencia y a que su clínica no es característica. El diagnóstico se realizará sobre una sospecha clínica y una angiografía cerebral o una resonancia angiográfica magnética.

El tratamiento es sintomática para prevenir el deterioro cognitivo. También precisa de logopedas y fisioterapeutas. La cirugía de revascularización logra reducir la incidencia de nuevos casos isquémicos y mejorar el pronóstico de largo plazo. Algunos medicamentos utilizados son anticoagulantes, bloqueantes de los canales de calcio y medicamentos anticonvulsivos.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Moyamoya es poco frecuente y con etiología desconocida. Su diagnóstico se basa en la clínica y las imágenes angiográficas. Es muy importante el diagnóstico diferencial y tener esta patología presente cuando haya síntomas neurológicos son causa evidente ya que la detección precoz es fundamental.

6 Bibliografía

- Enfermedad de Moyamoya [Web] Jacksonville: Mayo Clinic [acceso 30 de diciembre 2019] Disponible en: http://www.mayoclinic.org
- Yañez L, Paredes M, Lapadula M, Martínez P y Duran F. Enfermedad de Moyamoya, a propósito de dos casos. Rev. Chil. pediatr. 2008; 79 (6): 629-635.
- Jiménez Caballero PE. Síndrome de Moyamoya de aparición en la edad adulta en un paciente con neurofibromastosis tipo 1. Sociedad Española de neurología. 2016; 31 (2): 139-141.
- Espert R, Gadea M, Aliño M, Oltra-cucarella J y Perpiñá C. Enfermedad de Moyamoya: aspectos clínicos, neurorradiológicos, neuropsicológicos y genéticos. Rev neurol. 2018; 66 (1) : 57-64.
- Buller Viqueira E, Luzuriaga Rivera C y Soler Cifuentes MG. Un paciente con enfermedad de Moyamoya. Rev Clin Med Fam. 2016; 9 (3).

Capítulo 96

GANGRENA DE FOURNIER: TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.

NOELIA CRESPO MÉNDEZ

1 Introducción

La gangrena de Fournier es una enfermedad infecciosa polimicrobiana que afecta al área perineal, perianal y genital, con una incidencia mucho más elevada en varones, con una media de edad de 40 años. En mujeres, se ha encontrado asociada, entre otras causas, a infección de las glándulas de bartolino, infección de episiotomía y aborto.
Es poco frecuente, aunque agresiva, pudiendo comprometer la pared abdominal. Su principal característica es la fascitis necrotizante, que presenta una evolución fulminante, progresión veloz y letalidad elevada. Su diagnóstico es principalmente clínico, aunque en la mayoría de las veces se ve dificultado debido a la variedad de sus manifestaciones. Su tasa de mortalidad actual es del 20 al 40%. Sus primeros síntomas son prurito, dolor, eritema e inflamación. Se trata de una emergencia quirúrgica.

2 Objetivos

- Averiguar factores de riesgo de dicha patología.
- Definir su posible tratamiento.

3 Metodología

Se ha consultado la base de datos Google Académico, con artículos a partir de 2007.

4 Resultados

- Algunos factores de riesgo para desarrollar una gangrena de fournier serían diabetes mellitus, hipertensión arterial, alcoholismo, VIH o desnutrición, entre otros.
- El tratamiento de esta patología ha de basarse en la administración de antibióticos de amplio espectro, desbridamiento quirúrgico amplio y manejo hidroelectrolítico.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que se trata de una enfermedad con una alta mortalidad, se deberían evitar los factores de riesgo anteriormente descritos, y tratar de obtener un diagnóstico temprano, adecuado y oportuno para así conseguir una evolución favorable de la misma.

6 Bibliografía

- http://revistas.uach.cl/index.php/cuadcir/article/view/2560
- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X10000138
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0212-71992007000400009
- http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v32n10/v32n10a12.pdf
- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-40262011000300006&script=sci_arttext
- http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v33n8/17_nota5.pdf

Capítulo 97

GAFAS DE ALTO FLUJO.

JULIETA ALONSO SOTO

ZAIDA GARCÍA BURON

ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO

RICARDO ELORRIAGA CLARACO

ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ

1 Introducción

La oxigenoterapia es una práctica terapéutica habitual y muy extendida dentro del ámbito hospitalario. La concentración de oxígeno en el aire que respiramos normalmente es del 21 %. Con la oxigenoterapia administramos ese oxígeno a unas concentraciones superiores al 21 %, y de este modo conseguimos aumentar la concentración de oxígeno en la sangre y en los tejidos.

El déficit de oxígeno en el aire puede producir hipoxemia, que es la disminución del oxígeno en la sangre arterial, y puede originar también hipoxia, que es la insuficiente oxigenación de los tejidos que puede causar daño celular. Existen 4 tipos de hipoxia:

1. Hipoxémica: por una oxigenación deficiente en la sangre arterial.

2. Anémica: por una alteración en la hemoglobina, que es el trasportador del oxigeno en la sangre.

3. Circulatoria: puede darse tanto por un menor gasto cardiaco como por un aumento de las demandas tisulares.

4. Histotóxica: cuando el oxígeno transportado es normal pero no puede ser liberado en los tejidos debido a algún toxico.

Para valorar la concentración de oxígeno en la sangre usaremos el pulsioxímetro o la gasometría arterial (técnica invasiva).

La oxigenoterapia de alto flujo empezó a usarse en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Consiste en aplicar un flujo de aire/oxigeno humidificado y calentado. El hecho de humidificar y calentar favorece su tolerancia. Generalmente aporta un flujo de oxígeno mezclado con aire por encima del flujo inspiratorio del paciente. Se suele administrar a una temperatura similar a la corporal (37º C) y se humidifica un 95-100 %.

2 Objetivos

- Conocer el correcto uso del dispositivo por parte del personal médico/enfermera.

- Detectar por parte del personal de las posibles complicaciones de esta terapia.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cuiden, Medline y Lilacs así como protocolos de hospitales españoles en un periodo de tiempo comprendido entre 2000-2019, y aplicando un filtro de idioma (artículos / trabajos publicados en castellano) fueron seleccionados 7 para ser analizados en profundidad. Los descriptores utilizados fueron: oxigenoterapia en cuidados intensivos, alto flujo y enfermería

4 Resultados

La oxigenoterapia puede ser administrada mediante dos sistemas:

1. Bajo flujo:

- Gafas nasales: con las que se suele administrar oxigeno hasta un máximo de 4 litros por minuto. Lo bueno de este sistema es la comodidad para el paciente, porque mientras lleva puestas las gafas nasales, puede hablar, comer, expectorar, etc. Hay que cerciorarse de que el paciente tenga las fosas nasales despejadas.

- Mascarilla facial simple: el flujo que administramos aquí puede variar entre 5 y 8 litros.

- Mascarilla con reservorio: aun siendo de bajo flujo, es la que mayor concentración de oxigeno aporta pudiendo llegar a los 10 litros. Esta mascarilla tiene una bolsa en su parte inferior con una capacidad de hasta 700 ml. La bolsa posee una válvula unidireccional para evitar que el aire espirado retorne a la bolsa.

2. Alto flujo: estos dispositivos permiten administrar el oxígeno a mayor concentración, poniendo la concentración en concordancia con los litros por minuto. Esto es debido al "efecto Venturi".

- Mascarilla Venturi (Ventimask): permite regular la administración de concentraciones entre el 24 % y el 50 %.

- Mascarillas para nebulizaciones: permite administrar el oxígeno y al mismo tiempo nos permite administrar fármacos como broncodilatadores nebulizados o simplemente suero salino fisiológico.

Centrándonos en el dispositivo de las gafas de alto flujo (OAF) éste nos permite la administración de gas hasta un flujo de 60 litros/minuto, a una humedad y temperatura idóneas (100 % de humedad y 37º C de temperatura).

Las OAF empezaron a usarse en pacientes críticos pediátricos/neonatos y en la actualidad está aumentando su uso en los pacientes adultos.

Uno de los principales beneficios de las OAF es la mejoría de los niveles de hipoxemia. Esta mejoría se obtiene de varias formas por distintos mecanismos:

• Disminución del espacio muerto: el administrar el flujo directamente en la nasofaringe evita la reinhalación y proporciona un reservorio de gas fresco, de este modo se reduce el espacio muerto anatómico y se aumenta la ventilación alveolar, disminuyendo la disnea y mejorando tanto la tolerancia a la actividad física como la oxigenación.

• Menor dilución: el flujo de gas suministrado no se diluye con el aire ambiente,

de este modo la FiO2 suministrada es la que recibe realmente el paciente.

• Efecto CPAP: el aumento de presión se ha observado en la cavidad oral, en la nasofaringe, en el esófago y en la tráquea. Además, hay un aumento de la impedancia pulmonar al final de la espiración, lo que nos indica que la mejoría en la oxigenación se debe, en parte, a un aumento de la presión en la vía aérea por un mayor reclutamiento alveolar.

La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) puede fracasar en alguna ocasión debido a la intolerancia de los pacientes a las interfaces, ya que algunas veces manifiestan claustrofobia o ansiedad, además de las secuelas que pueden causarles la sequedad, la irritación ocular o el eritema en las zonas de apoyo.

Lo que tenemos hasta ahora es la buena tolerancia del paciente a las OAF; esto puede deberse a que le facilita la comunicación oral, le permite comer o beber sin tener que quitarlo y también a que hace menos ruido.

De todos modos, debemos conocer que signos aparecen precozmente, en las primeras 10-12 h, al fallar las OAF, y debemos estar atentos, por ejemplo, a la ausencia de mejoría de la hipoxemia, a la taquipnea o a la descoordinación toraco-abdominal.

También vemos como las OAF se están usando en la insuficiencia respiratoria post-extubación; ya existen varios estudios que demuestran una disminución del 21 % en la tasa de reintubación.

No hemos encontrado protocolos de actuación para el Weaninig (destete) de las OAF, pero sería interesante. Lo que tenemos claro es que una actuación adecuada sería disminuir la FiO2 seguido de una disminución lenta del flujo (5 l/min cada 6-8 h); una vez que el paciente tenga una correcta oxigenación con 20 l/min, o menos, se podría pasar al sistema de oxigenoterapia convencional: mascarilla Ventimask, gafas nasales…

Debemos conocer la existencia de posibles complicaciones tales como las úlceras en las fosas nasales, en los casos en los que el diámetro de las cánulas no es el adecuado, por lo que se recomienda que las OAF no ocluyan el diámetro total de las fosas nasales.

También debemos conocer y ser conscientes de las posibles colonizaciones en el paciente en los casos en que las tubuladuras no prevengan o minimicen la

condensación.

Material necesario:

1. Interface: son cánulas nasales de silicona, más largas que las convencionales, y las hay de diferentes tamaños.

2. Controlador de flujo y fracción inspirada de oxigeno: necesitamos un sistema que administre gas a alto flujo (hasta 60 l/min) y que además permita ajustar FiO2.

3. Humidificador-calefactor: la clave es la humidificación del gas administrado. Para suministrar el gas a la temperatura corporal (37º C) y con una humedad relativa del 100 %.

4. Tubuladuras no condensantes: para evitar la aparición de posibles infecciones.

Cuidados básicos específicos que hay que realizar con los pacientes con OAF:

- Explicar bien la técnica al paciente.

- Higiene adecuada de las fosas nasales y de la cavidad oral.

- Proteger las zonas de apoyo y colocar correctamente las OAF para evitar la aparición de úlceras por presión.

- Conocer el material a utilizar: caudalímetro de aire y oxígeno, kit de alto flujo, cánula nasal de alto flujo, humidificador-calentador y agua estéril para la humidificación.

- Conocer el montaje del dispositivo.

- Vigilar el efecto de la terapia: las conexiones, la correcta posición de las tubuladuras, que deben estar en declive para evitar la aparición de condensación en las cánulas nasales, y comprobar que la concentración de oxígeno sea la prescrita.

- Vigilar al paciente: las constantes vitales; la aparición de signos de hipoxia: intranquilidad, sudoración, disminución del nivel de conciencia…, o de signos de la toxicidad del oxígeno: inquietud, letargo, molestias torácicas, tos seca, náuseas, parestesias en extremidades…

5 Discusión-Conclusión

En resumen, las OAF son una nueva opción de oxigenoterapia que mediante el calentamiento y la humidificación permiten la administración de gas totalmente acondicionado a muy altos flujos, mejorando la oxigenación y el bienestar de los pacientes y minimizando los efectos adversos sobre las estructuras nasofaríngeas.

Con la evidencia actual, las OAF son una opción terapéutica atractiva y útil en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, ya que permiten una mejoría de la oxigenación, una disminución del trabajo respiratorio y un mayor bienestar del paciente. Sin embargo, se necesitan más estudios para poder determinar en términos de morbimortalidad y coste-efectividad su posible impacto.

6 Bibliografía

1. Recuperado de: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-oxigenoterapia-situaciones-graves-10022221.
(Revisado 30/12/09).
2. Recuperado de: http://www.medintensiva.org/es-papel-oxigenoterapia-alto-flujo-insuficiencia-articulo-S0210569115001217
(Revisado 03/01/20).
3. Be.J. Anaesth. 2011 Dec;107(6):998-1004. Doi: 10.1093/bja/aer265. Epub 2011 Sep 9. (Revisado 30/1/09).
4. Am.J.Respir Crit Care Med. 2014 Aug 1:109(3):282-8. doi: 10.1164/rccm.201402-03640C. (Revisado 03/01/20).
5. Respir Care. 2012 Nov;57(11):1873-8. doi: 10.4187/respcare.01575. Epub 2012 Mar 13. (Revisado 03/01/20).
6. XLII Congreso Nacional Sociedad Española de Enfermería intensiva y Unidades Coronarias SEEIUC.
7. Velasco Sanz, T.R. y Sánchez de la Ventana, A.B. La oxigenoterapia de alto flujo con cánula nasal en pacientes críticos. Estudio prospectivo. Enfermería intensiva 25 (4), 131-136.
8. Cánulas nasales de flujo alto para la asistencia respiratoria en pacientes adultos con cuidados intensivos (Revisión Cochrane traducida). Corley A., Rickard C.M., Aitken L.M., Johnston A., Barnett A., Fraser J.F., et al. Cochrane Database of Systematic.

Capítulo 98

CUIDADOS Y COMPLICACIONES DE PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO.

ANDREA SOLAR SUAREZ

DANIEL FERNANDEZ DOMINGUEZ

1 Introducción

La traqueotomía es un procedimiento que consiste en realizar una apertura en la tráquea para comunicarla con el exterior. Esta técnica ha ido aumentando principalmente a un incremento en la asistencia a pacientes que requieren una intubación prolongada como en los pacientes críticos de las unidades de cuidados intensivos. Además, la traqueotomía llevada a cabo mediante técnica percutánea también ha influido en el auge de la realización de dicho procedimiento.

La traqueotomía es el procedimiento realizado con más frecuencia en pacientes con problemas cardiopulmonares y sus cuidados posteriores se encuentran entre los procedimientos hospitalarios más costosos. La correcta delimitación de la indicación de este procedimiento puede implicar un importante impacto en los recursos.
Los cuidados de enfermería tanto para el mantenimiento como la cura y cambió de la cánula, son básicos a la hora de brindar una atención de calidad en este tipo de pacientes.

Desde la realización de una traqueotomía hasta el alta del paciente o la decanulación es necesario un equipo multidisciplinar compuesto por cirujanos, enfermeros, fisioterapeutas y logopedas. Este equipo evalúa tanto los cuidados de la

cánula, la aspiración de secreciones, la utilización de una cánula con válvula fonatoria hasta la emisión del habla.

Todo paciente que es sometido a una traqueostomía pierde la capacidad para humidificar y calentar el aire inspirado. Tiene mayor riesgo de alteraciones en la mecánica de deglución y del reflejo tusígeno (vinculado con un mal manejo de secreciones) y, por tanto, aumenta el riesgo de infecciones del tracto respiratorio inferior. Además, genera disminución del espacio muerto y pérdida de la presión positiva al final de la espiración (mediada por la actividad de la glotis), incidiendo en una menor capacidad funcional residual y en un incrementando del riesgo de atelectasias. Con frecuencia el neumólogo participa en la evaluación de pacientes con traqueostomía, de ahí la importancia de conocer el manejo adecuado.

La cánula de traqueostomía es un tubo con un diámetro menor al de la tráquea, que se introduce a través del traqueostoma y que sirve para evitar que este se cierre y permitir así la ventilación del paciente. Puede estar fabricado en distintos materiales, como el policloruro de vinilo o PVC, que son las primeras que se usan tras la realización de traqueostomía y se pueden conectar a un respirador; cánulas de plata, en traqueotomía permanente o de larga evolución que no necesiten conectarse a un respirador; y cánulas de silicona, se usan para aquellos que no toleren la cánula de plata, ya que el material es más suave.

Los tubos de traqueostomía se clasifican en:

A. Según el material del que están hechos:

1. Metálicos. Están prácticamente desechados

2. De polivinilo (p.e.: Portex®): Son más rígidos pero más sencillos de introducir. Se pueden usar para traqueotomía de corta duración. Ajustan peor y producen mayor número de complicaciones locales.

3. De silicona: son más blandos y dañan menos la tráquea. Los ideales para traqueotomías prolongadas.

B. Según la presencia o no de balón:

1. No balonados: Son los recomendados en niño.

2. Balonados: Se usan en pacientes que requieren ventilación con altas presiones, con fuga importante con el tubo sin balón y en los que tienen riesgo de aspiración.

Deben inflarse a mínima presión (<20 cm H2O) para asegurar la adecuada perfusión del epitelio de la vía aérea.

C. Según la presencia de fenestración:

1. No fenestrados: Lo habitual en niños. El tubo siempre debe dejar cierto paso de aire alrededor del mismo, para no dañar la traquea y permitir el lenguaje.

2. Fenestrados: Permiten la eliminación de secreciones y el lenguaje. Pueden producir tejido de granulación alrededor del orificio. También existen tubos con válvulas fonatorias.

El manejo de la traqueotomía y de la cánula es tarea del personal de enfermería. Ya sea reciente o de años de duración, es importante tener claros estos cuidados y saber aplicarlos para fomentar el confort del paciente, mantener la vía aérea libre y movilizar las secreciones producidas.

2 Objetivos

- Detectar y abordar las complicaciones derivadas de la traqueostomía.
- Educar al paciente sobre cómo manejar el traqueostoma(Cuidado de la piel circundante al traqueostoma, aspirar la cánula para mantener libre la vía aérea.)

3 Caso clínico

Paciente de 41, ingresa en la unidad de Neumología procedente de urgencias por una neumonía aguda. TA: 115/63, FC: 82, Sat O2: 93% temp: 37.6℃.
Portador de gafas nasales con oxigeno a 3 litros por minuto. Portador de sonda vesical. Traqueostoma de hace 4 meses. Exfumador. Con cánula endotraqueal fenestrada sin balón, buen estado de la piel circundante al traqueostoma. Buena coloración tisular. Disnea. Exceso de mucosidad con dificultad para se eliminación. Tos persistente poco productiva. Paciente totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria.

Se le realizó gasometría arterial que mostró un ph 7,35, pO2 65 mm Hg, pCO2 42 mm Hg, y en el hemograma presentaba unos leucocitos de
15000 u/mm3. Se recogen hemocultivos y esputo para analisis.

Antecedentes:

-Encefalopatía anoxica.
-Estreñimiento cronico.
-Bronquitis cronica.

Intervenciones quirúrgicas previas:

-Apendicectomía
-Traqueotomía

Se ha efectuado un plan de cuidados adaptado a sus necesidades con la taxonomía enfermera de la NANDA-NIC-NOC. Se identificaron los siguientes diagnósticos de enfermería: 00016 deterioro de la eliminación urinaria; 00014 incontinencia fecal; 00091 deterioro de la movilidad en cama; 00047 riesgo de deterioro de la integridad cutánea; 00102 déficit de autocuidado: alimentación; 00108 déficit de autocuidado: baño/higiene; 00109 déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento; 00103 deterioro de la deglución; 00039 riesgo de aspiración; 00051 deterioro de la comunicación verbal; 00031 limpieza ineficaz de las vías aéreas; 00032 patrón respiratorio ineficaz; 00092 intolerancia a la actividad; 00155 riesgo de caída; 00090 deterioro de la habilidad para la traslación.

4 Discusión-Conclusión

Una vez definidos los cuidados y pautas de actuación frente a un paciente traqueostomizado, podemos actuar y otorgar unos cuidados de calidad.

Se destaca la importancia de mantener la vía aérea permeable. Las nebulizaciones fueron bastante efectivas, ya que tras cada tanda, aumentaba la expectación.

También se destaca el manejo e higine de la cánula y su cambio. El personal de enfermería tiene que estar familiarizado con los tipos de cánula vistos y su manipulación.

Con el correcto tratamiento antibiotico y las nebulizaciones, se denota mejoría de la saturación y respiración del paciente asi como del estado general de la infección.

Esta situación es un claro ejemplo de una de las complicaciones más frecuentes de este tipo de pacientes, las infecciones respiratorias. Una vez controlada la agudización, el paciente regresa a su domicilio asintomático y con la correcta educación en sus cuidados y sus posibles complicaciones.

Dicho esto, y en base a los hallazgos descritos en la literatura podemos extraer las siguientes conclusiones:

•La incidencia de traqueostomizados es alta en nuestro medio, por lo que requiere un adecuado conocimiento del manejo de este tipo de pacientes, precisen o no soporte ventilatorio.

•En VM crónica domiciliaria es útil la administración de aerosoles, tanto por nebulizadores tipo jet como por pMDI, colocados en la rama inspiratoria del circuito (es importante el uso de cámaras con los pMDI) y coordinar con la fase inspiratoria.

•Los dispositivos pMDI proporcionan un mayor depósito en vías aéreas distales, y este depósito aumenta con el uso de tubo en T. Se ha comprobado que el uso de un aerosol muy próximo a la cánula aumenta la impactación sobre ella y, por tanto, disminuye el depósito pulmonar.

•El uso de dispositivos para administración de aerosoles es similar a los utilizados en pacientes con vía aérea natural, aunque existen algunos dispositivos, como cámaras espaciadoras específicas para este tipo de pacientes. Es importante un correcto adiestramiento en el uso de cada uno de los dispositivos para conseguir un resultado óptimo.

5 Bibliografía

- Caravaca García A. Manual de manejo de la traqueotomía para sanitarios y pacientes.1ª ed. Albacete: LiberLIBRO.com; 2014. http://www.hospitalaustral.edu.ar/medicaciones-tratamientos/traqueotomia/
- Castella-Picas FX. La traqueotomía diez años después. Med Intensiva. 2000;24:348-52.
- L. Marruecos-Sant, L. Zapata-Fenor, E. Manero-Caballero, P. Vera-Artázcoz. Traqueotomías percutáneas y coniotomías quirúrgicas en el paciente crítico. Intensiva vol.33 no.3 abr. 2009. Barcelona.
- María Antonia García-Casillas Sánchez. Médico adjunto de Cirugía Pediátrica Servicio de Cirugía Pediátrica (Sección de Cirugía General) Hospital Infantil Gregorio Marañón, Madrid. Protocolo de cuidados de traqueotomía.
- Flint PW: Complications of Tracheostomy. Complications in Head and Neck Surgery 1993;40:344-358

Capítulo 99

SHOCK- HIPOVOLÉMICO EN PACIENTE POSTOPERADO.

MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

PAULA GUTIERREZ RODRIGUEZ

REMEDIOS LASO AREA

LORETO GIL DIEZ

LAURA SÁNCHEZ LASTRA

1 Introducción

Atención y manejo del paciente quirúrgico que presenta Shock Hipovolémico por sangrado de herida quirúrgica.

2 Objetivos

- Aislar vía aérea.
- Canalizar vía central.
- Traslar a UCI.

3 Caso clínico

Paciente de 48 años que ingresó para estudio de Ictericia progresiva y es intervenido de Colicestectomía Laparoscópica. Que tras 2º día de su traslado a planta

presenta hipotensión, sangrado activo de herida quirúrgica y dolor abdominal, con posterior pédida de conocimiento. Se avisa a intensivista de guardia que tras proceder a permeabilizar vía aérea y acceso de vía venosa central, traslada al paciente a su servicio una vez estabilizado.

4 Discusión-Conclusión

Hombre de 48 años que tras Colecistectomía presenta signos y síntomas de Shock Hipovolémico hemorrágico. Se activa protocolo en la planta de ingreso y se traslada a UCI. Tras las pruebas complementarias se reinterviene para realizar hemostasia de arteria hepática derecha con posterior mejoría del paciente, siendo posible su traslado a planta.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001304.htm

Capítulo 100

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTERNA EN HEMODIÁLISIS.

AIDA RODRÍGUEZ RUBIO

SONIA MARTÍNEZ AMAGO

LUCÍA MARIA MON PEYRACHE

1 Introducción

Actualmente, en los países desarrollados, las enfermedades crónicas constituyen una amenaza para la salud de la población. Entre ellas, destaca la enfermedad renal crónica la cual constituye un problema de salud pública a nivel mundial por su elevada incidencia, su prevalencia y su alta morbimortalidad.
En España, en los últimos 15 años, la incidencia y la prevalencia de pacientes que necesitan tratamiento renal sustitutivo ha aumentado más del 100% siendo el grupo de edad más afectado, los pacientes mayores de 75 años. Esto trae asociado una mayor comorbilidad, con patologías como diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, vasculopatía periférica, que contribuyen a un peor estado del árbol vascular, principal causa de la imposibilidad de disponer de un acceso vascular para el tratamiento con diálisis.

De los tipos de tratamiento renal sustitutivo que existen en la actualidad, el que es llevado a cabo con más frecuencia es la hemodiálisis.

Para poder llevar a cabo el tratamiento con hemodiálisis es necesario disponer de un acceso vascular (AV) que permita llevar a cabo la depuración de la sangre del paciente al ponerla en contacto con un circuito externo.
Existen diferentes tipos de AV entre los que se encuentran: la fístula arteriovenosa interna (FAVI), la prótesis vascular de politetrafluoretileno (PTFE) y el catéter venoso central (CVC). La FAVI es el AV de elección dada su elevada supervivencia y menor número de complicaciones. La prótesis arteriovenosa y el CVC se utilizarían ante la imposibilidad de disponer de una FAVI normofuncionante, dejando como última alternativa el CVC ya que es el AV que presenta mayor riesgo de complicaciones.
El equipo de salud y el propio paciente son los implicados en los cuidados del AV para lograr una diálisis óptima y evitar complicaciones a corto y largo plazo.
Optimizando las actuaciones se puede lograr una mayor longevidad del AV, un incremento en la calidad de vida de los pacientes y la reducción del coste inducido por esta problemática.

2 Objetivos

Objetivos generales:
- Definir las características de las FAVI utilizadas para hemodiálisis.
- Identificar los cuidados de enfermería destinados a la conservación de las FAVI, antes, durante y después de la sesión de hemodiálisis.

Objetivos específicos:
• Identificar las principales complicaciones de las FAVI.
• Conocer la educación sanitaria sobre cuidados de las FAVI que reciben los pacientes sometidos a hemodiálisis.

3 Metodología

El método utilizado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica de diferentes fuentes documentales, con el objetivo de localizar y recuperar información sobre los cuidados de las FAVI.
Se han realizado una búsqueda bibliográfica a lo largo del trabajo.

Las fuentes a las que se accedieron para realizar la búsqueda fueron:
• Fuentes primarias: revistas científicas.
• Fuentes secundarias: bases de datos, entre ellas, Pubmed, Cuiden, Ibecs, Scielo.

Los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) utilizados en las bases de datos han sido fístula arteriovenosa ("arteriovenous fistula"), cuidados ("care") y hemodiálisis ("hemodialisys").
Para realizar la búsqueda, se han combinado los DeCS anteriores mediante el operador booleano "and".
De las bases de datos se han descartado aquellos artículos cuyo título no contenía información relevante.
De esta búsqueda, realizada tanto en las fuentes primarias como en las secundarias, se han utilizado un total de 6 documentos.

4 Resultados

La hemodiálisis es el tratamiento renal sustitutivo más utilizado en los pacientes que padecen enfermedad renal crónica. En 2017, en España, la incidencia de pacientes que iniciaron tratamiento renal sustitutivo fue de 84,3% en hemodiálisis, 13,8% en diálisis peritoneal y el resto recibió un transplante renal.

Características de la FAVI

La FAVI es el AV de elección en hemodiálisis, y en concreto la autóloga, dado que es el que mejor cumple las características necesarias para la realización del tratamiento de la mejor forma posible; dichas características son:
• Permitir una canalización segura y continuada.
• Alcanzar los flujos necesarios para llevar a cabo una diálisis adecuada.
• Carecer de complicaciones.
Dentro de las FAVI autólogas, la que debe considerarse en primer lugar es la fístula radiocefálica en la muñeca, ya que permite un mayor desarrollo de la red venosa y superficie de punción; además presenta una baja tasa de complicaciones y una excelente permeabilidad y utilización a largo plazo en los pacientes que consiguen un acceso maduro. Otra ventaja, es que permite posteriores reconstrucciones radiocefálicas más proximales a lo largo del antebrazo ante trombosis o estenosis yuxtaanastomóticas.

Tras agotar el AV radiocefálico a lo largo del antebrazo, la segunda opción es la fístula humerocefálica. Ésta, puede ser la opción preferida en pacientes ancianos, diabéticos, mujeres y en general en los pacientes donde los vasos periféricos no son adecuados para técnicas más distales.

En aquellos pacientes en los que se han agotado las opciones de AV en la extremidad superior puede considerarse su implantación en la extremidad inferior. Sus inconvenientes son que tardan más tiempo en madurar, tienen mayor incidencia de robo arterial, se trombosan con mayor frecuencia y presentan una supervivencia menor.

A. Principales complicaciones de la FAVI

A pesar de ser el acceso vascular de elección, la FAVI puede presentar complicaciones, entre las que se encuentran:

• Estenosis: se puede desarrollar en el flujo de entrada (lado arterial), en la parte media y en la salida (lado venoso), siendo diferente el cuadro clínico según la localización. Una estenosis localizada en el lado arterial inducirá un bajo flujo de sangre a través del acceso, provocando dificultades en la canulación y presiones negativas anormales en la arteria. Una estenosis localizada en la parte media del acceso puede ser causada por un trauma o después de la canulación del acceso en un sitio de infección. La parte proximal del acceso tendrá un soplo fuerte, mientras que la parte distal del acceso (después de la estenosis) puede no presentar bruit. Toda estenosis que suponga una disminución igual o superior al 50% del diámetro del vaso debe ser tratada, con una consideración de carácter preferente, siendo la elección de la modalidad de tratamiento diferente dependiendo del tipo de acceso, localización del acceso y de la estenosis, y de la disponibilidad de dicho tratamiento en los servicios.

• Trombosis: complicación más frecuente y principal causa de pérdida del acceso. En la mayoría de los casos la trombosis es resultado final de una estenosis progresiva que ha causado una disminución del flujo en el acceso vascular. La trombosis deber considerarse como una urgencia y el procedimiento de rescate debe realizarse de forma inmediata en todos los accesos trombosados, salvo los casos que no sean recuperables por un severo deterioro previo o que existe una contraindicación absoluta.

• Infección: debida normalmente a consecuencia de una inadecuada técnica de asepsia. El agente causal más frecuente el Staphylococcus aureus. Es poco frecuente.

• Síndrome de robo o isquemia: se produce cuando el flujo arterial desviado es excesivo, manifestándose con una gran variedad de síntomas, como frialdad y palidez de la mano, sensaciones parestésicas solamente durante la diálisis, hasta la aparición de isquemia grave que se manifiesta con dolor continuo en reposo, cianosis, rigidez, debilidad, etc. A la exploración se aprecia la palidez y frialdad

de los dedos con retardo en el pulso capilar y ausencia de pulso radial o de todos los distales. La compresión del acceso vascular en muchas ocasiones hace desaparecer la sintomatología, reapareciendo el pulso radial. Los cuadros leves o moderados son tratados médicamente (tratamiento conservador con medios físicos y/o tratamiento farmacológico) mejorando en pocas semanas; mientras que en los cuadros graves con amenaza de la extremidad, necesitan varías técnicas quirúrgicas.

• Aneurismas y pseudoaneurismas: como consecuencia de traumas recurrentes durante la canalización, flujos elevados y dependiendo de las características de la pared venosa.

B. Cuidados de enfermería de la FAVI

El papel de la enfermera de hemodiálisis en la atención del acceso vascular es muy importante, ya que ellas son las que están en contacto directo con los pacientes durante cada sesión, realizan la canalización y evalúan el funcionamiento del acceso vascular, por tanto, es esencial que sean educadas y estén capacitadas en la gestión y canalización de dicho acceso, estando atentas a cualquier indicio de posibles complicaciones y previniendo las que son debidas a una manipulación inadecuada de éste. Por tanto, la enfermera de hemodiálisis tiene que desarrollar su experiencia en evaluar accesos vasculares y actualizar constantemente las técnicas utilizadas.

Los cuidados de enfermería se clasifican según el período en el que se encuentre el paciente candidato a ser portador de una FAVI:

1. Periodo previo a la realización de la FAVI o prequirúrgico.
2. Periodo posquirúrgico inmediato y tardío.
3. Periodo de maduración de la FAVI.
4. Periodo de utilización de la FAVI en hemodiálisis.

1. Periodo previo a la realización de la FAVI o prequirúrgico.

El cuidado del acceso vascular comienza en la fase previa a su creación y continúa durante la realización, desarrollo y posterior utilización, por ello las unidades de diálisis deben haber comenzado previamente los programas de educación al paciente, e iniciar en este periodo la vigilancia y monitorización del futuro acceso. El paciente debe estar informado y haber dado su consentimiento.

2. Periodo posquirúrgico inmediato y tardío.

Los cuidados de enfermería van encaminados a observar y detectar complica-

ciones que conduzcan al fracaso temprano de la FAVI. La enfermera valorará el estado general del paciente, sus constantes vitales, la comorbilidad como factor de riesgo, el frémito y soplo del acceso vascular, el apósito, el pulso periférico del miembro donde se ha implantado la FAVI y su temperatura y color. El miembro superior implicado en el proceso debe mantenerse elevado favoreciendo la circulación de retorno y así evitar edemas. En caso de observar complicaciones, se debe comunicar inmediatamente.

3. Periodo de maduración de la FAVI en hemodiálisis.
Desde la realización de la fístula hasta su utilización se produce la dilatación, aumento de calibre y engrosamiento de las paredes de la vena periférica, debido a su arterialización, lo que va a permitir una canalización apropiada del mismo.
El periodo de maduración mínimo de una FAVI es de 4 semanas y de las prótesis vasculares de 2 semanas.
Durante este período, los autocuidados del paciente, su información, la vigilancia de síntomas indicada anteriormente y el seguimiento son fundamentales.

4. Periodo de utilización en hemodiálisis.
Del buen estado del AV dependerá la eficacia del tratamiento dialítico y, en consecuencia, la salud y bienestar del paciente.
La decisión del momento de canalizar el AV por primera vez ha de hacerlo personal debidamente entrenado para evitar complicaciones.

Los cuidados en este periodo discurren en cuatro fases:
• Cuidados prepunción: antes de realizar la punción del acceso vascular, éste se debe observar, palpar y auscultar con el fin de comprobar su buen funcionamiento y valorar la presencia de posibles complicaciones. Además, se debe lavar el brazo previamente y aplicar una técnica aséptica lo que ayudará a prevenir infecciones.
• Cuidados durante la técnica de punción: para la punción del AV debe utilizarse una aguja de acero, de pared ultrafina y tribiselada, con una longitud de 25-30 mm y con un calibre que dependerá del tipo de AV, el calibre de la vena y el flujo sanguíneo que se desee obtener (17G, 16G, 15G o 14G).
La punción arterial se puede realizar en dirección distal o proximal dependiendo de la situación del acceso vascular.
La punción venosa se debe realizar siempre en dirección proximal, facilitando el flujo venoso. La distancia entre las agujas debe ser lo suficiente para evitar la recirculación entre ambas. En caso de técnica de unipunción, el sentido de la

aguja será siempre proximal.
Tras la punción, el bisel se ha de girar hacia abajo para permitir la completa canalización del acceso. La posición del bisel hacia abajo facilita la punción en la zona de acceso a la fístula y minimiza el sangrado postpunción.
No se deben puncionar áreas erosionadas, enrojecidas o con hematomas, favoreciendo la integridad cutánea. En caso de aneurismas, si no es posible otra zona de punción, estos deben ser puncionados en los laterales.
Inmediatamente después de la punción y antes de conectar al paciente al circuito extracorpóreo se debe comprobar la correcta canalización y permeabilidad del acceso vascular con una jeringa con suero fisiológico, evitando el riesgo de extravasaciones.
Para evitar salidas espontáneas o accidentales de las agujas, éstas deben estar fijadas correctamente a piel, a la vez que se debe comprobar que el extremo distal de la aguja no dañe la pared vascular. El brazo del AV se colocará de forma segura y confortable, manteniendo las punciones y las líneas del circuito sanguíneo a la vista del personal de enfermería.
• Cuidados durante la sesión de hemodiálisis: para las primeras sesiones de hemodiálisis, se recomienda utilizar un flujo en torno a 200 ml/min, que deben ir elevándose gradualmente hasta conseguir un flujo sanguíneo de 300-400 ml/min que optimice el rendimiento del tratamiento en hemodiálisis.
Durante la sesión de hemodiálisis no se debe manipular la zona de punción; si fuese necesario, se debe realizar con la bomba sanguínea parada para evitar cambios bruscos de presión dentro del acceso. Además, se deben vigilar los parámetros hemodinámicos como flujo de acceso, flujo del circuito sanguíneo, presiones dinámicas (presión arterial prebomba y presión venosa del circuito) y presiones estáticas (presión arterial prebomba y presión venosa del circuito a bomba parada), para detectar posibles disfunciones del acceso vascular.
• Cuidados durante la extracción de las agujas: la retirada de las agujas ha de realizarse cuidadosamente a fin de evitar desgarros. La hemostasia de los puntos de punción se hará ejerciendo una ligera presión de forma suave, para evitar las pérdidas hemáticas sin llegar a ocluir el flujo sanguíneo. Dicha presión debe ser continua, sin interrupciones hasta comprobar que es completa.
Se recomienda un tiempo de hemostasia mínimo de 10-15 min o bien hasta que se haya formado un coágulo estable en el sitio de punción.
La hemostasia en las primeras punciones ha de realizarse siempre por personal de enfermería experto, ya que la pared vascular todavía es muy frágil y hay riesgo de formación de hematomas. Posteriormente, se educará al paciente para que realice su propia hemostasia.

También cabe destacar como aspecto importante y que debe ser bien conocido y aplicado por parte de los profesionales de enfermería, es la asepsia. El uso adecuado de un protocolo de asepsia en las unidades de hemodiálisis tiene gran importancia y debe ser conocido sobre todo por el personal de enfermería, ya que es este personal quién realiza éstas actividades. Además es conocido que el costo beneficio es mayor cuando las técnicas de asepsia son las adecuadas, ya que previenen complicaciones.

C. Educación del paciente portador de FAVI
Para prevenir la aparición de complicaciones, detectar y corregir precozmente la disfunción del acceso para disminuir el riesgo de trombosis, aumentar la supervivencia de la FAVI y el bienestar y seguridad del paciente, es necesario educarlo para que sea capaz de:
• Favorecer el desarrollo de la FAVI a partir del tercer día de su implantación realizando ejercicios isométricos como abrir y cerrar el puño, apretar una pelota…
• Autoauscultarse la FAVI e identificar problemas tempranos, como dolor, calor o inflamación del AV.
• Llevar a cabo una dieta e ingesta de líquidos adecuada por su influencia en el tratamiento.
• Hacer hemostasia en los puntos de punción, en caso de sangrado.
Así mismo, se le darán una serie de recomendaciones:
• Realizar una higiene diaria del brazo del AV con agua y jabón y mantenerlo seco.
• Retirar los apósitos al día siguiente de la hemodiálisis. En caso de que el apósito se pegue a la piel, este se humedecerá para evitar tirones y sangrado. Nunca ha de levantarse la costra de la herida.
• Evitar la toma de la tensión arterial, cateterismos, administración de fármacos o venopunciones en el miembro del AV.
• Hacer ejercicios adecuados para favorecer el desarrollo del AV, no movimientos bruscos.
• Evitar cualquier compresión sobre el AV, tales como vendajes o dormir sobre el brazo.

5 Discusión-Conclusión

Las complicaciones del acceso vascular constituyen la principal causa de morbilidad y mortalidad en los pacientes sometidos a hemodiálisis, además de provocar

aumento del gasto sanitario, ya que requieren tratamiento, mayor número de ingresos hospitalarios, intervenciones, etc. Por ello, es muy importante mantener el acceso vascular en condiciones óptimas, donde el personal de enfermería juega un papel fundamental, puesto que al ser el que está en contacto directo con el paciente, puede detectar y prevenir las complicaciones, y en caso de que algún tipo de complicación aparezca, ofrecer unos cuidados adecuados y de calidad.

Además, el personal de enfermería, debe realizar una función de educación sanitaria en el paciente. La educación adecuada de estos pacientes puede resultar un costo significativo de ahorro, puesto que una correcta educación previene complicaciones y reduce el número de estancias hospitalarias, y además los pacientes obtienen una mayor calidad de vida. Estos programas de educación deben comenzar en la fase de preparación para la creación del acceso venoso, y continuar durante su realización, desarrollo y utilización.
Con esto se concluye que lo más importante en estos pacientes son unos buenos cuidados enfermeros que garanticen el buen uso y funcionamiento de las FAVI, minimicen las complicaciones y alarguen la supervivencia de estos accesos vasculares.

6 Bibliografía

1. Sánchez González JC. Factores de riesgo asociados a la disfunción de una fístula arteriovenosa en pacientes con enfermedad renal crónica. Rev Enferm Nefrol [revista en Internet] 2016; 16 (2): [104-114]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000200007&lang=pt
2. Jiménez-Almonacid P, Gruss E, Jiménez-Toscano M, Lasala M,Rueda JA, Vega L, Rodríguez G, de La Cruz R, Pardo M, Fernández B, López P, Martín-Cavana J, Quintáns A. Tratamiento multidisciplinar de la disfunción y la trombosis de las fístulas arteriovenosas protésicas para hemodiálisis. Rev Enferm Nefrol [revista en Internet] 2016; 33 (5): [692-698]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952013000600009&lng=pt
3. Fernández Medina IM. Cuidados de la Fístula Arteriovenosa durante la sesión de Hemodiálisis. Rev Enferm [revista en Internet] 2013; 7 (1). Disponible en: http://www.index-f.com/ene/7pdf/7106.pdf
4. Rodríguez Hernández JA, González Parra E, Gutiérrez Julián JM, Segarra Medrano A, Almirante B, Martínez MT, Arrieta J, Fernández Riv C. Creación del acceso vascular Rev Nefrol [revista en Internet] 2005; 25 (1): [16-28]. Disponible en: http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E241/P7-E241-S141-A3196.pdf

5. Ramírez López EB, Amador Martín B. Las complicaciones de la hemodiálisis y el papel de enfermería: Revisión bibliográfica. Rev Paraninfo Digital [revista en Internet] 2014; Año VIII (20): [16-28]. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n20/pdf/255.pdf
6. Miranda-Camarero MV. Cuidados de las fístulas arteriovenosas. Intervenciones y actividades del profesional de enfermería. Rev Dial Traspl. [revista en Internet] 2010; 31 (1): [12-18]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-articulo-cuidados-las-fistulas-arteriovenosas-intervenciones-13147525

Capítulo 101

LOS MEDIOS DE CONTRASTE EN LA SALA DE ESCÁNER.

MARIA PILAR MIGUEL GALÁN

LIDIA GUTIÉRREZ CASAR

VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ

ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

AITOR GARCÍA CASASOLA

1 Introducción

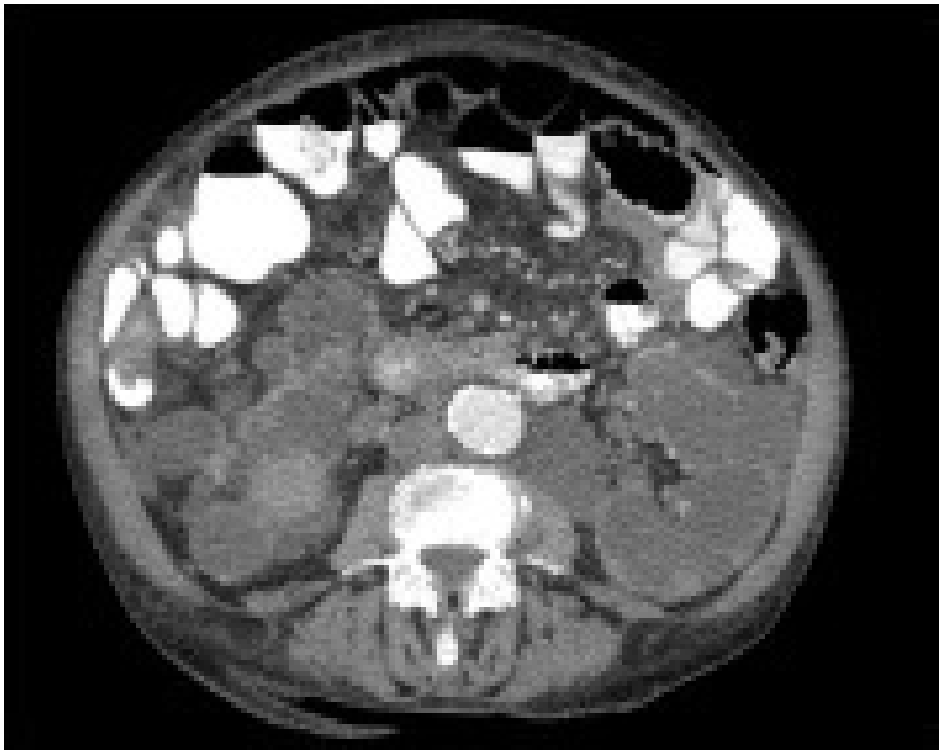
En el año 2003 se administraron más de 80 millones de dosis de contrastes yodados (8 millones de litros) por vía intravenosa en el mundo, por lo que constituye uno de los fármacos más utilizados en la actualidad. Un medio de contraste es una sustancia que, introducida por distintas vías en el organismo, aumenta el coeficiente de absorción de los rayos X de diversos órganos y estructuras debido a que contiene un elemento con un alto número atómico, como el yodo.

Las características básicas que debe tener una sustancia para ser utilizada como medio de contraste son una alta atenuación a los rayos X, que sea soluble en agua y que sea bien tolerada por el organismo. Además, la concentración de yodo de un contraste determina también la radiodensidad. Para alcanzar una opacificación adecuada en un estudio intravascular se requiere un contenido en yodo de al

menos 200 mg/mL. En la práctica clínica, se usan de forma generalizada dos concentraciones diferentes: de 300 y 370 mg/mL. , siendo este último el elegido en la realización de estudios vasculares.

2 Objetivos

1. PRINCIPAL:
- Conocer los contrastes en la sala de escáner.
2. ESPECÍFICOS:
- Conocer las diferentes vías de administración de contrastes en la realización de un escáner.
- Identificar las reacciones adversas a los medios de contraste yodados.
- Desempeñar una correcta actuación por parte de enfermería en las complicaciones relacionadas con la administración de contrastes yodados.



3 Metodología

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

4 Resultados

Los medios de contraste radiológicos son sustancias empleadas para aumentar la capacidad diagnóstica de las técnicas de imagen. Cada técnica de adquisición de imagen requiere un medio de contraste apropiado (3). De esta manera, las técnicas que emplean rayos X (como es el caso del escáner), usan contrastes que contienen yodo o bario.
Los medios de contraste radiológicos pueden administrarse por diversas vías dependiendo del órgano o tejido a estudio. De esta manera y para llevar a cabo un estudio más completo de los medios de contraste en la sala de escáner clasificaremos los mismos en función de la vía de administración:

A. VÍA ORAL.
La vía oral es la vía por excelencia cuando necesitamos contrastar el esófago, estómago y/o intestino. Sólo administraremos contraste por esta vía cuando el paciente esté consciente, orientado y colaborador para evitar la broncoaspiración.

El contraste yodado por vía oral más empleado es el GASTROGRAFÍN (amidotriazoato de meglumina y sódico). Se trata de un medio de contraste compuesto por iodo (370mg de iodo por cada mL de compuesto).
La dosificación depende de la técnica de exploración y de la edad del paciente. Para la realización de un escáner abdominal en adultos y niños mayores de 10 años diluiremos 15mL de GASTROGRAFÍN en 200cc. de agua. Se administrarán 5 dosis espaciadas cada una de ellas en un intervalo de 20 minutos. De esta manera cuando se realice la adquisición de la imagen mediante escáner, tendremos todo el tracto digestivo relleno con el contraste (figura 1).

El GASTROGRAFÍN está contraindicado en caso de hipersensibilidad frente a los medios de contraste yodados.

Ocasionalmente la ingesta de GASTROGRAFÍN produce diarrea, que cesa de forma espontánea tras la defecación sin más complicaciones asociadas. En la realización de la colonografía virtual por TC, la preparación de los días previos a la prueba incluye la ingesta de GASTROGRAFÍN conjuntamente con una dieta pobre en residuos. De esta manera, las pocas heces que queden en el intestino quedarán "teñidas" con GASTROGRAFÍN, diferenciándose así de los pólipos.

Figura 1: Corte axial de un estudio por abdominal por TC donde se observa el intestino relleno de GASTROGRAFÍN.

B. VIA RECTAL:
Es la vía de elección para el estudio del intestino grueso. En ocasiones, el contraste administrado por vía oral no avanza a través del intestino por falta de motilidad, obstrucción u otras razones. Es por ello que podemos administrar el GASTROGRAFÍN por vía rectal como enema a través de una cánula cuyo extremo se coloca en la ampolla rectal. La perforación rectal es una complicación rara (2-4 por 10.000 estudios) (3). Para disminuir al máximo el riesgo de perforación es recomendable no forzar la inserción de la cánula e interrumpir el procedimiento ante cualquier resistencia. Para adultos se diluye el medio de contraste en 3-4 veces la misma cantidad de agua.

C. VÍA INTRAVENOSA.
La mayoría de los medios de contraste yodados son derivados del ácido triyodobenzoico. Atendiendo a su estructura química y a la relación entre los iones y el número de átomos de yodo presentes en sus moléculas, los contrastes yodados se clasifican en iónicos y no iónicos y en ambos grupos existen compuestos monoméricos y diméricos. Los no iónicos tienen menor riesgo de producir reacciones adversas, aunque la gravedad de las mismas es similar para todos los compuestos. Tras la administración se distribuyen por el espacio vascular.

La concentración de yodo en cada medio de contraste en una de sus principales características físico-químicas. La concentración de yodo está directamente relacionada con la opacidad, y condiciona la osmolaridad y la viscosidad. Existen en el mercado, para la misma molécula de medio de contraste, distintas concentraciones de yodo. Por ejemplo, 300 y 370 mg/mL de un mismo medio de contraste, donde el número indica la concentración de milígramos de yodo por mililitro de producto. En función de la exploración que se va a realizar se elegirá una concentración u otra. De esta manera, para los estudios vasculares elegiríamos el

contraste con mayor concentración de yodo y reservaríamos el de menor concentración para estudios venosos.

Los medios de contraste yodados inyectados se unen a la albúmina plasmática y se distribuyen por el organismo siguiendo el sistema circulatorio. Alcanzan el pico de concentración plasmática a los pocos segundos de su inyección. Desde su inyección se inicia el paso al espacio extravascular, alcanzando el espacio intersticial a través de los poros del endotelio, pero no se introduce en el interior de las células (salvo las células hepáticas). Estos medios de contraste tienen una vida media de 2 horas y son eliminados por vía renal. De esta forma, a las 24 horas de su inyección se ha excretado el 90% de la dosis administrada. En menor medida son excretados por la vía biliar (que aumenta en casos de insuficiencia renal).

Estos contrastes se inyectan directamente a la luz de una vena a través de una vía periférica tipo Abbocath y para conseguir la inyección del contraste al flujo y volumen requerido en la exploración se emplean bombas de inyección automática. De esta manera podremos programar su administración al caudal requerido. En la actualidad existen protocolos establecidos para cada tipo de estudio a realizar. De esta manera, para estudios vasculares (como angio-TC de aorta o sospechas de tromboembolismo pulmonar agudo) usaremos un flujo de inyección alto, de 4-5 mL/segundo, mientras que para estudios en fase portal el flujo de inyección será menor, en torno a 2-3 mL/segundo. Los volúmenes de contraste también varían en función del tipo de estudio y peso del paciente.

Figura 2: Cortes axiales de TC sin y tras la administración de contraste intravenoso.

D. REACCIONES ADVERSAS PRODUCIDAS POR LOS CONTRASTES DE YODO:

Podemos considerar reacción adversa a ”cualquier efecto que produzca un contraste radiológico diferente al de modificar el comportamiento de los tejidos en las diferentes técnicas de imagen”. Las reacciones adversas por hipersensibilidad son impredecibles. Aunque los medios de contraste actualmente disponibles se consideran seguros, su uso no exime de riesgos. Los efectos adversos varían de pequeñas reacciones fisiológicas y de tipo alérgico leve a eventos severos que amenazan la vida.

Aunque la prevalencia de estas reacciones es baja para los medios de contraste yodados, su rápida evaluación y tratamiento requiere personal entrenado y bien

capacitado. La tasa de reacciones adversas leves para medios de contraste yodados es aproximadamente de 0,2% -0,7% y para reacciones agudas graves, 0,04%. Las reacciones mortales a los medios de contraste son raras, con una incidencia de una en 170.000 inyecciones.

Para minimizar los riesgos de reacciones adversas es necesario hacer una pequeña historia al paciente donde conozcamos si se ha sometido o no anteriormente a este tipo de exploraciones, si se le ha administrado o no en alguna ocasión este tipo de contraste y sus alergias medicamentosas en general. Los pacientes con antecedentes de alergias y aquellos con características de atopia, como asma, dermatitis y urticaria, tienen un riesgo aproximadamente tres a seis veces mayor de reacción severa a los medios de contraste .

Es importante saber que no existe ningún vínculo específico entre la alergia a los mariscos y la alergia al yodo como se suele creer. Los principales alérgenos en los mariscos son las tropomiosinas, que no están relacionadas con el yodo. Las reacciones alérgicas leven recogen episodios como urticaria, prurito, edema en la piel, estornudos o rinorrea. También son acompañadas en ocasiones de nauseas o vómitos. Estas reacciones en muchas ocasiones sólo requerirán de observación o de administración de medicación antihistamínica. En todas las ocasiones mantendremos el acceso venoso y monitorizaremos constantes vitales.

Dentro de las reacciones adversas moderadas nos encontramos el broncoespasmo con hipoxia, edema generalizado, urticaria. Reacciones adversas graves se han descrito edema laríngeo, hipotensión, hipoxia y parada cardiorrespiratoria. La nefrotoxicidad es una de las principales complicaciones de los medios de contraste yodados. El riesgo de sufrir una nefropatía inducida por contraste (NIC) aumenta en relación al grado de deterioro de la función renal preexistente, por lo que es recomendable conocer la función renal de los pacientes antes de la inyección de contrastes yodados.

Estos contrastes se eliminan de forma mayoritaria por filtración glomerular renal, por lo que es en este órgano donde pueden tener el efecto tóxico más importante. La nefrotoxicidad es el efecto adverso más común y uno de los más importantes asociado a la inyección de los contrastes yodados. La mayoría de los episodios de disminución de la función renal son autolimitados y transitorios. El daño renal permanente ocurre en muy pocos casos y sólo entre el 0,4 y el 2% de los pacientes con esta afectación necesita diálisis en el momento agudo. En las personas con la función renal normal, la creatinina plasmática se eleva en menos de un 2% de los casos.

E LAS EXTRAVASACIONES DE LOS MEDIOS DE CONTRASTE YODADOS.

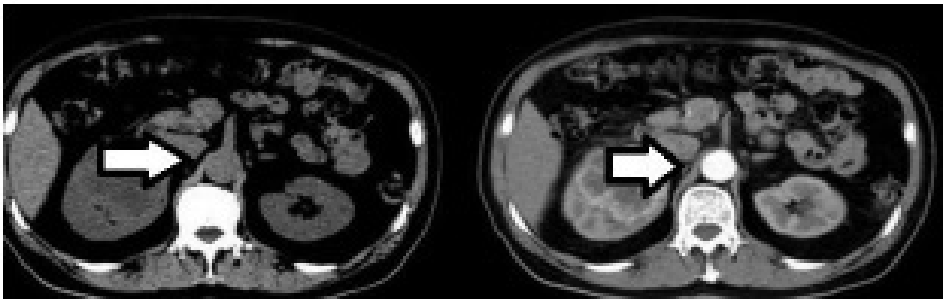
Las extravasaciones locales de contraste son una de las complicaciones más comunes. El riesgo de producirse esta complicación aumenta en el caso de los niños, personas mayores y personas inconscientes. La incidencia de estas complicaciones ha aumentado desde la utilización rutinaria de inyectores (o bombas) automáticos, estimándose actualmente entre 0,7-1,2% frente al 0,13-0,23% reportada en la inyección manual .

La mayoría de las extravasaciones ocurren en las punciones de la vena antecubital, por ser esta la más utilizada, el mayor riesgo de extravascación se produce en las venas de la mano y del antebrazo. Las venas de los miembros inferiores han demostrado una gran frecuencia de extravasaciones. Si el acceso venoso lleva más de 24 horas en uso aumenta el riesgo de extravasación. En un estudio publicado ocurrió en 16 de los 28 casos estudiados (un 57% de las ocasiones).

Los aspectos más destacados de la toxicidad local del contraste extravasado son su osmolaridad y el volumen extravasado. Se ha comprobado en animales que cuanto más elevada es la osmolaridad del contraste mayor daño tisular provoca. Sin embargo, existen casos documentados en los cuales se han producido lesiones severas con extravasaciones de contraste de baja osmolaridad.

Los síntomas de la extravasación son variables, siendo los más comunes el edema y la induración de la zona afectada. Los pacientes también relatan sensación de quemazón. La mayor parte de las extravasaciones se resuelven espontáneamente en un período de 48-96 horas, pero se han descrito complicaciones graves como ulceración, necrosis y daño tisular, llegando en ocasiones a requerir tratamiento quirúrgico con realización de injertos cutáneos. El curso evolutivo que va a seguir el paciente no es predecible en la valoración inicial, por lo que no es posible clasificar la gravedad del cuadro en el momento de la extravasación y solo el seguimiento posterior podrá indicar el grado de severidad de la complicación.

La mayor complicación de estas extravasaciones e el síndrome compartimental, producido en las extravasaciones subfasciales. Para identificar estas complicaciones es necesario realizar una radiografía a la zona afectada que nos permita identificar a los pacientes con este subtipo de complicación.
El tratamiento de las extravasaciones incluyen medidas físicas como la elevación del miembro afectado por encima del corazón y aspiración del medio de contraste a través del catéter que hemos utilizado en la inyección.



5 Discusión-Conclusión

Los estudios de escáner son necesarios hoy en día para el diagnóstico y control de múltiples enfermedades. Se trata de una técnica que en muchas ocasiones lleva ligada la administración de contrastes yodados en alguna de sus formas de administración. Podemos concluir que los medios de contraste yodados son medicamentos seguros pero que tienen ciertos riesgos de reacciones adversas que el personal de la sala debe de tener la habilidad y destreza para identificar y tratar. Es importante poner en conocimiento de los pacientes el riesgo beneficio existente en la administración de los medios de contraste yodados, así como hacer una breve historia del paciente acerca de las alergias y antecedentes médicos más destacados.

6 Bibliografía

- Persson PB. Editorial: Contrast medium-induced nephropathy. Nephrol Dial Transplant. 2005: febrero 20 (suppl.1) : il.
- Medios de contraste en Radiología. Monografía SERAM: capítulo 2.
- Azpeitia J, Puig J, Soler R. Fármacos en Radiología. Madrid. Panamericana;2016.
- Quirce Gancedo S, Fraj J, Ayala I, Sánchez Cano M. Reacciones adversas a los medios de contraste radiológicos. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, ed. Tratado de Alergología e Inmunología Clínica. Madrid: Luzan. 1992; VII:319-333.
- Cochran ST, Bomyea K, Sayre JW. Trends in adverse events afeter iv administration of contrast media. Roentgenol 2001; 176(6):1385-1388.
- Katayama H, Yamaguchi K, Kozusa T. Adverse reactions to ionic and noionic contrast media: a report from the Japanese Committee on the Safety of Contrast Media. Radiology 1990;175 (3): 621-628.

- Wang CL, Cohan RH, Ellis JH, Adusumili S, Dunnick NR. Frequency, management and outcome of extravasation of nonionic contrast medium in 69.657 iv injections. Radiology. 207;243:80-7.
- Sistrom CL, Gay SB, Peffley L. Extravasation of iopamidol and iohexol during contrast enhaced CT: report 28 cases. Radiology. 1991;180:707-10.
- Wienbeck S, Fischbach R, Kloska SP, Seidensticker P, Osada N, Heindel W, et al. Prospective study of access site complications od automated contrast injection with peripheral venous access in MDCT. AJR Am J Roentgenol. 2010;195:825-9.
- Cohan RH, Leder RA, Bolick D, Herzberg AJ,et al. Extravascular extravasation od radiographic contrast media: effects of conventional and low-osmolar contrast agents in the rat thigh. Invest Radiol. 1990;25:504-10.
- Bellin MF, Jakobsen JA, Tomassin I, Thomsen HS, Morcos SK, et al. Contrast media safety committee of the European Society of Urogenital
- Radiology. AT Contrast medium extravasation injury: guidelines for prevention and management. Eur Radiol. 2002;12:2807-3281.
- Morcos SK, Thomsen HS. Adverse reactions to iodinated

Capítulo 102

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE DRENAJES VENTRICULARES EXTERNOS.

SILVIA VEGA VEGA

CRISTINA DEL ROCIO REYES SUAREZ

PATRICIA FERNANDEZ GONZALEZ

MARTA DÍAZ LÓPEZ

BEATRIZ FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

DVE es un catéter introducido en uno de los ventrículos laterales con salida al exterior .
Su uso va asociado al riesgo de sufrir diversas complicaciones infecciosas de gran importancia como meningitis o ventriculitis.

2 Objetivos

- Conocer el proceso para la inserción (es realizada por medico del servicio de NRC) y conocer los cuidados para el manejo de DVE.
- Detectar factores de riesgo
- Conocer los diversos componentes del sistema

- Unificar y establecer un protocolo para el manejo de DVE.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es de gran importante la posición adecuada del paciente a 25-30º el cabecero de la cama en decúbito supino , cabeza alineada y sin flexionar
Minimizar las manipulaciones del sistema (administración de fármacos o extracción de muestras) siempre usaremos máximas medidas de asepsia (guantes y paño estéril y mascarilla)
Mantener el drenaje cerrado durante las manipulaciones del sistema o del paciente. Esto resulta de vital importancia .
Ajustaremos la altura de la regleta el nivel 0 esta a la altura del pabellón auricular.
Colocaremos la altura del paciente en función de la indicación medica siempre teniendo en cuenta la velocidad de drenado . Vigilar la permeabilidad del drenaje.
Se registrara el volumen, aspecto y color por turno , nunca debe de sobrepasar un tope de
200cc/h en ese caso se avisara al servicio médico . La bolsa colectora se cambiara cuando se encuentre llena
Realizar cura de punto de insección cada 24h o si fuera necesario por manchado o perdida accidental

Importante la realización de vigilancia neurológica:
Complicaciones: Infecciones de tipo meningitis y ventriculitis , que supone un aumento de la mortalidad en un 10%-20% y aumento de la morbilidad.
Perdida accidental .
Obstrucción del catéter hemorragia de punto de insección perdida de LCR peri drenaje

Elaborar y seguir el protocolo para el manejo de DVE.

Piezas del sistema:
Guía para el drenado , llave de tres vías, puerta para la inyección y /o toma de muestras, dispositivos para nivelar el sistema, sistema de fijación del soporto, cámara de goteo antirreflujo, bolsa colectora.

5 Discusión-Conclusión

Resulta de gran importancia para la reducción de infecciones y otras complicaciones , el aumento del conocimiento de los protocolos de manejo de DVE.
El aumento de conocimiento sobre dicha técnica y el protocolo a seguir minimizar la necesidad de manipulación del sistema de DVE

6 Bibliografía

- Grille P, Costa G, Biestro A, Wajskopf S. Manejo del Drenaje Ventricular Externo en la Unidad de Cuidados Intensivos. [Consultado en abril 2008]. Disponible en: www.cti.hc.edu.uy
- Quesada Suescun A, Rabanal Llevot JM. Actualización en el Manejo del Trauma Grave. 1ª ed. Madrid: Ergon; 2006.
- Cuidados enfermería en la administración de fármacos vía intratecal. Rv. Enfermería Integral. Octubre 2008.

Capítulo 103

CUIDADO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS.

ALBA CANO GARCÍA

1 Introducción

Definición de catéter venoso
La palabra catéter venoso hace referencia a un dispositivo insertado en la vena que permite un acceso directo al torrente sanguíneo, con independencia de que el catéter sea periférico o central.
Los objetivos en la utilización de un catéter venoso periférico son la administración de:
- Fármacos
- Fluidoterapia
- Sangre y derivados hemáticos
- Alimentación parenteral periférica
- Contrastes (con finalidad diagnóstica)
- Extracción de muestras sanguíneas

Según un Estudio realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias que trata sobre la prevalencia de las Enfermedades Nosocomiales, la mayor parte de los pacientes hospitalizados en España son portadores de un catéter venoso periférico (CVP). Esto quiere decir que al año se insertan más de 20 millones de CVP en nuestros hospitales.

Desde el año 2009 se lleva realizando en nuestro país un programa desde la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud, el proyecto “Bacteriemia Zero”. Este proyecto

está orientado en la prevención de las bacteriemias relacionadas con la inserción de los catéteres venosos centrales en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Este proyecto permitió utilizar en la práctica clínica los conocimientos adquiridos en las Unidades de Cuidados Intensivos e implementar una estrategia que abordase también otros procedimientos de terapia endovenosa. De esta manera se implanta el proyecto "Flebitis Zero", puesto que la inserción del cateterismo venoso periférico es el procedimiento invasivo mas frecuente en nuestros hospitales y está asociado con unas tasas de flebitis que son muy variables. Este proyecto recibe un aval de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud e Higiene y forman parte de once Comunidades Autónomas en nuestro país.

Programa Flebitis Zero
El principal objetivo de este proyecto es disminuir las incidencias de flebitis en las vías venosas periféricas y los factores relacionados con su inserción. Los objetivos subyacentes de este proyecto hacen referencia a disminuir la variabilidad en la inserción y mantenimiento de los catéteres venosos periféricos.
La metodología que se emplea en el proyecto de Flebitis Zero es la siguiente:
• Elección adecuada del tipo de catéter que vamos a utilizar
• Realizar una correcta higiene de manos previa
• Preparación de la piel del paciente con Clorhexidina
• Manipulación aséptica de los catéteres
• Desechar los catéteres innecesarios para reducir el riesgo de infección
• Emplear un clima de seguridad
• Formación en seguridad del paciente a todo el personal sanitario
• Monitorización de prácticas seguras en su manejo

2 Objetivos

Objetivo general
- Realizar una revisión bibliográfica que proporcione y facilite información actualizada en la utilización de los catéteres venosos periféricos en la práctica clínica y aumentar el campo del conocimiento referente a los mismos.

Objetivos específicos
- Evaluar los sistemas de sellado que se utilizan actualmente en la práctica enfermera y realizar una comparación entre cada uno de ellos para poder observar las

evidencias científicas y llegar a una óptima utilización de los recursos sanitarios y reducir los problemas relacionados con su utilización.

3 Metodología

La metodología que se ha utilizado ha sido: Una Revisión Bibliográfica basada en la búsqueda de artículos científicos.
En primer lugar, se ha realizado una búsqueda bibliográfica extensa sobre el estado actual en materia de vías venosas perifericas, dispositivos intravenosos y tipos de sellado desde una perspectiva enfermera. En esta búsqueda ha sido complicado encontrar información relativa al tema con artículos de evidencia científicas recientes. En segundo lugar, se ha realizado una búsqueda de información acerca de tipos de vías venosas periféricas, sellados más utilizados e información sobre anatomía fisiológica de las venas.

Se ha buscado comparaciones de evidencias sobre tipos de dispositivos intravenosos, su eficacia a la hora de abordar pacientes y cuales son más adecuados en la práctica clínica. Para ello se ha utilizado: bases de datos como Scielo, Pubmed, PuntoQ, Dialnet, Cuiden y Google Schoolar.

Por último, tras la recopilación de información bibliográfica he efectuado un análisis crítico de selección de información relevante para esta Revisión Bibliográfica. Se han evaluado estos ítems para la selección correcta de la información destinada a ampliar el campo del conocimiento en esta materia. La información empleada ha sido la conveniente y adecuada para poder abordar el tema en cuestión. La procedencia de la información ha sido extraída de documentos, textos y entidades reconocidas a nivel académico por ser información basada en la evidencia científica.

4 Resultados

Para decidir el diámetro de catéter que vamos a utilizar con cada paciente, siempre debemos tener en cuenta que, a menor diámetro y menor longitud, se va a producir menor daño venoso. Esto quiere decir que existe una mejor biocompatibilidad y por tanto, existirá un riesgo menor de extravasación y flebitis. El material del que se emplea en la fabricación de las agujas es acero inoxidable, el material de los catéteres suele ser poliuretano y teflón y sus calibres se miden en Gauges (calibre en inglés).

Calibre
Milímetros
Longitud
Recomendaciones
14G
2,2 mm
5.20cm
Situaciones de vital urgencia: quemados, politraumatismo y shocks.
16G
1,7mm
5cm
Cirugía mayor y traumatismos.
18G
1,3mm
4,5cm
Administración de sangre y hemoderivados y pacientes quirúrgicos.
20G
1,1mm
3,3cm
Pacientes no quirúrgicos.
22G
0,9mm
2,5cm
Pacientes no quirúrgicos con limitación de acceso venoso.
24G
0,8mm
2cm
Lactantes, niños y adultos con venas extremadamente delgadas.
26G
0,7mm
1,95cm
Lactantes, niños y adultos con venas extremadamente delgadas.

Es muy importante tener en cuenta el proceso de Hemostasia cuando se realiza la técnica de cateterismo venoso. La Hemostasia es el resultado de un cúmulo de procesos celulares sanguíneos que previenen daños en los tejidos. Este proceso permite que la sangre se mantenga en un estado de fluidez, sin presencia de coágulos y además hace que se formen tapones hemostáticos cuando se ha

sufrido algún tipo de lesión vascular. Esta lesión vascular va precedida de una hemorragia que va a ir desde los vasos sanguíneos hasta el exterior de los tejidos. En la zona de lesión, se producen dos fenómenos fisiológicos: la formación de trombos plaquetarios, así como de coágulos sanguíneos donde actúan las plaquetas, glóbulos rojos y fibrina.

El proceso hemostático tras la colocación de un catéter venoso periférico, consiste en la formación de una capa de fibrina alrededor de estos y con el transcurso de las horas o días puede derivar en un trombo. En la lesión endotelial producida se adhieren las plaquetas, que acto seguido de esa agregación plaquetaria y la capa de fibrina forman un trombo venoso. Una de las complicaciones más frecuentes a la hora de insertar un catéter venoso periférico es el desarrollo de un trombo. La trombosis que se desarrolla en torno al catéter y el vaso venoso puede obstruir de forma completa o parcialmente el vaso sanguíneo.

La capa de fibrina que se genera en el catéter produce un funcionamiento ineficaz de este y favorece la aparición de infecciones, además puede provocar una trombosis mural. Los posibles trombos anexados al catéter se pueden desarrollar en diferentes localizaciones. Se pueden adherir a la superficie externa del catéter, se pueden depositar en la pared externa del catéter uniéndose a la pared de la vena, pueden situarse dentro del propio catéter y también pueden depositarse en el extremo distal o proximal del catéter.

La complicación más frecuente de la trombosis es la infección. La aparición de un trombo representa un factor de riesgo para que se desarrolle una infección en el catéter. La presencia de fibrina hace que sea más sencilla la adhesión de microorganismos que provienen de la contaminación de la piel que se ha roto al introducir el catéter, es decir, que desde la zona de punción donde se inserta el catéter, los agentes patógenos se diseminan hacia la fibrina depositada. Los microorganismos más comunes que se adhieren a esta capa de fibrina son Staphylococcus aureus y Staphylococcus epidermidis, estos organismos celulares tienen la capacidad de adherirse de forma rápida a la capa de fibrina favoreciendo el proceso trombogénico.

Al aparecer estos microorganismos que se adhieren a la fibrina, se producen una inflamación de la pared vascular. Otra complicación del cateterismo es el tromboembolismo que se relaciona directamente con el catéter venoso, esto hace que se produzca un síndrome posflebítico y en casos más aislados se podría producir un embolismo pulmonar por el desprendimiento de un trombo que llega a los alvéolos pulmonares, esto ocurre en un 11% de los casos. Con esta evidencia, se

verifica que la trombosis y la infección son dos fenómenos que se relacionan entre sí. Por lo tanto, las medidas que se emplean para disminuir la acumulación de fibrina también actúa directamente sobre la formación de un trombo y esto hace que se disminuyan las complicaciones relacionadas con los catéteres venosos.

La flebitis es la complicación más común que se produce, puesto que uno de cada tres pacientes es portador de un CVP. La definición de flebitis es aquella que se produce por la inflamación de una vena en la sección anatómica donde está canalizado el catéter. Las causas de la flebitis pueden ser mecánicas o químicas. Estas causas dependen de la capacidad de irritabilidad de la medicación, el lugar de inserción del catéter, el tipo de fijación que se utiliza y los microorganismos que habitan en la piel del individuo previamente.

Los signos y síntomas que caracterizan la flebitis son dolor, calor local, edema, eritema exudado purulento y fiebre. En los pacientes portadores de VVP el riesgo de que se produzca una flebitis aumenta según pasan los días desde que el catéter se ha insertado. Además, existen factores adyacentes que proporcionan un mayor riesgo de flebitis como son la edad, lugar anatómico donde está situado el punto de punción o la administración de fármacos específicos irritantes.La función de enfermería es abordar el cuidado de los pacientes con terapia intravenosa. Existe una gran variedad de fármacos tópicos para reducir la incidencia de la flebitis en las vías venosas periféricas como son el aloe vera, la heparina en gel de 1000UI y el diclofenaco vía tópica, los cuales tienen un nivel de evidencia y grado de recomendación moderado.

Mientras que la heparina gel es el único fármaco que según la Agencia española del Medicamento está indicado para tratar la flebitis después de una perfusión endovenosa.La realización del lavado del catéter después de una extracción de sangre y después de una perfusión continua, es efectiva utilizando suero fisiológico NaCl al 0,9% estéril aplicando presión positiva. También existe evidencia en la indicación de realizar el lavado del catéter con suero fisiológico antes y después de administrar medicación. Sin embargo, el empleo de heparina sódica para el lavado de catéter está indicado exclusivamente en el caso de mantenimiento de la permeabilidad de la vía venosa periférica.

5 Discusión-Conclusión

El sellado de una vía venosa periférica utilizando heparina sódica provoca un menor riesgo de sufrir trombos e incluso embolias pulmonares, con lo cual, la

evidencia científica describe que en la práctica clínica debemos usar suero fisiológico frente a la heparina sódica para el lavado puntual de la vía periférica, pero si queremos incidir en la disminución de embolia pulmonar, se debería emplear heparina sódica para el sellado de la misma.

Existe una escasa información respecto a artículos publicados que informen sobre el tema de sellado y lavado de accesos venosos. Además, es complicado llevar a cabo los resultados de forma verídica a la realidad de la práctica enfermera ya que el volumen de la solución empleada en cada estudio es diferente y no arrojan claridad con exactitud cuál sería la dosis correcta de cada uno de ellos.

La gran variabilidad en el mantenimiento y la permeabilidad de los catéteres venosos periféricos reside en la unidad en la cual esté ubicado el servicio en el que desarrolla su labor asistencial cada profesional, así como el hospital en el que se trabaja. Esto conlleva una incompatibilidad con la evidencia científica actual. Espero que con las diferentes investigaciones enfermeras se pueda definir con mayor exactitud cuál es el mejor sellado para las vías venosas periféricas y llegar a la unificación de criterios en el mundo de la práctica clínica.

6 Bibliografía

1. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Central de Asturias. Proyecto piloto multicéntrico estrategia multifactorial 'Flebitis Zero'. [Internet]. Asturias; Enero-abril 2015. [Acceso 10 de diciembre de 2019] Disponible en: http://flebitiszero.com/site/wp-content/uploads/2015/06/FlebitisZero-v2.pdf

2. Díaz Mendi, A., Diego Cayón, J., Iza Castanedo, V., Monje Álvarez, A. and San Emeterio Pérez, C. , et al. (n.d.). Guía Para La Inserción Y Mantenimiento De Catéteres. [online] scsalud.es. Disponible en: http://www.scsalud.es/c/document_library/get_file?uuid=690873bd-bc46
-4bc4-96dba01818abc7ed&groupId=2162705 [Acceso 11 de diciembre de 2019]

3. Dopico Silva, L. and Oliveira Tinoco, F. (2007). Recomendaciones Para El Empleo De Solución Salina 0,9% En Catéteres Venosos Periféricos. [online] Enfermería Global. Disponible en https://revistas.um.es/eglobal/article/download/427/514/.
[Acceso 19 de diciembre de 2019]

4. Alrcon Quiroz, SP.,Wong Zarate, SC. (2016). Eficacia del uso del colruro de sodio 0,9% vs Heparina sódica en la permeabilidad de los catéteres venosos. [online] Repositorio Universidad Wiener. Disponible

en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/408/T061_21576025_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
[Acceso 19 de diciembre de 2019]
5. Carballo, M. Elección de un catéter de acceso periférico. [online] Vygon España. Disponible en: https://www.vygon.es/wp-content/uploads/sites/4/2015/08/eleccion-de-un-cateter-de-accesovascular-periferico.pdf.
[Acceso 20 de diciembre de 2019].
6. Mendarte, L., Aguas, M., Pons, M., Torres, MD. (1997). Utilización de heparina sódica «VERSUS» suero fisiológico en la permeabilización de las vías periféricas. [online] sefh.es. Disponible en: https://www.sefh.es/revistas/vol21/n4/222_226.PDF
[Acceso 25 de diciembre de 2019]
7. Alrcon Quiroz, SP.,Wong Zarate, SC. (2016). Eficacia del uso del colruro de sodio 0,9% vs Heparina sódica en la permeabilidad de los catéteres venosos. [online] Repositorio Universidad Wiener. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/408/T061_21576025_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
[Acceso 25 de diciembre de 2019]
8. Sánchez Villamor A, Carrasco Ruiz Y, Barrenetxea Etxebarria N, González Arenal . Manual terapia intravenosa. 1a Ed. Hospital Galdakao-Usansolo; 2009. [Acceso 28 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hgal_guias_manuales/es_hgal/adjuntos/PO-ASIST-06_Manual_Terapia_Intravenosa4.pdf
9. Kuter, DJ. (2004). Thrombotic Complications of Central Venous Catheters in CancerPatients. [online] Pubmed. Disponible en:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15047925[Acceso
28 de diciembre de 2019]
10. Hernández Valiño, A. (2014). Manejo de catéteres venosos periféricos. [online] Madrid.org. Hospital General Universitario Gregorio Marañon. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervaue1=filenam%3Dmanejo_de_catéteres_venosos_peifericos.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862
[Acceso 28 de diciembre de 2019]

Capítulo 104

ESTUDIO DE CASO: PACIENTE OPERADO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ALBINA IGLESIAS NAREDO

1 Introducción

Un aneurisma de aorta abdominal se considera una región agrandada de la parte baja de la aorta. Se definen como la dilatación de más del 50% del diámetro de la aorta, que es normalmente de 1.5 a 2.4 centímetros, por lo que se puede diagnosticar cuando el diámetro transverso de la aorta es igual o superior a 3 centímetros. La localización más frecuente es en el segmento infrarrenal.

Es una alteración frecuente en pacientes mayores de 65 años y en la mayoría de los casos suele ser asintomático. Existen múltiples factores de riesgo en la aparición de los aneurismas de aorta abdominal, entre ellos, los más comunes serían el tabaquismo, que se encuentra en la mayor parte de los pacientes, enfermedades vasculares como la hipertensión arterial, antecedentes familiares, dislipemias y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los aneurismas de aorta abdominal asintomáticos se suelen diagnosticar de manera incidental. Los síntomas de los mismos suelen ser dolor abdominal y lumbar. En otros casos suelen ser diagnosticados por las complicaciones del mismo como embolias distales, trombosis agudas…

Los criterios de reparación quirúrgica son: aneurisma de más de 55 mm y aneurismas de menos de 55 mm en mujeres, en pacientes con síntomas atribuibles al

aneurisma, en aneurismas con crecimiento de más de 1 centímetro al año, aneurismas con morfología sacular o presencia de aneurismas ilíacos de más de 30 mm que precisen tratamiento concomitante.

Una ruptura de un aneurisma de aorta abdominal representa una urgencia importante que precisa de un rápido diagnóstico ya que un retraso en el mismo se asocia con un incremento de la tasa de mortalidad. La sintomatología que aparece en una ruptura de un aneurisma de aorta abdominal suele ser dolor abdominal o lumbar agudo, hipotensión o shock hipovolémico y palpación de una masa pulsátil en el abdomen en el examen físico. Existen diversos diagnósticos diferenciales como cólico renal, diverticulitis o hemorragias digestivas.

Tras la ruptura pueden presentarse dos situaciones clínicas: ruptura posterolateral de la aorta, donde la hemorragia puede ser contenida en el retroperitoneo, o una ruptura anterior hacia la cavidad peritoneal, ésta última resulta un evento catastrófico, con una alta tasa de mortalidad. Se puede realizar una reparación abierta o endovascular, la elección de una u otra va a depender de diversos factores: la curva de aprendizaje y experiencia del cirujano, la anatomía del aneurisma y extensión del mismo y la comorbilidad del paciente.

Reparación quirúrgica abierta:
• Ventajas: abordable en la mayoría de las formas del aneurisma, menor tasa de reintervenciones, eliminación completa del saco aneurismático, menor tasa de infecciones de prótesis, evita el uso de contraste radiológico eliminando así la exposición a nefrotóxicos y evita altas dosis de radiación.
• Inconvenientes: dolor postoperatorio severo, mayor sangrado y por lo tanto mayor tasa de transfusión, mayor hipotermia, coagulopatía y acidosis.

Reparación endovascular:
• Ventajas: menor íleo paralítico, menor tasa de isquemia mesentérica y visceral, no requiere clampaje aórtico, menos arritmias cardiacas, menor tiempo de cirugía, menor mortalidad intraoperatoria, menor estancia hospitalaria, reducción de la hipotermia, menor dolor postoperatorio, menor requerimiento transfusional, menos coagulopatía, menor inestabilidad hemodinámica, menor requerimiento de ventilación mecánica, menos complicaciones pulmonares…
• Inconvenientes: Riesgo de reconversión a cirugía abierta, mayor tasa de infección de la prótesis al persistir la lesión trombosada, alta tasa de reintervenciones, alto coste económico, elevado uso de contraste radiológico.

Complicaciones intraoperatorias:

• Hipotermia: producida la exposición de la superficie abdominal al medio, por la pérdida de sangre y la administración de fluidos y hemoderivados en grandes cantidades. Dificulta la activación de la cascada de coagulación así como la síntesis de factores de coagulación por lo que aumenta el sangrado y la pérdida de calor. Se produce una alteración de la homeostasis con la disminución de la perfusión en los órganos produciendo una acidosis metabólica intensa. Se puede prevenir utilizando mantas de aire caliente, calentando los fluidos y con fluidoterapia no agresiva.

• Acidosis metabólica: provoca depresión miocárdica, resistencia a fármacos vasoactivos, arritmias ventriculares, hiperpotasemia e inactivación enzimática de la cascada de la coagulación. Se debe mantener una adecuada volemia para evitar la hipoperfusión , monitorizar el lactato y el exceso de bases mediante gasometrías venosas.
• Coagulopatía: producida por el consumo de los factores de coagulación durante el sangrado o por la inactivación en presencia de acidosis o hipotermia, por la administración masiva de líquidos o por la coagulopatía dilucional sobreañadida. Precisa la administración de vitamina K, fibrinógeno y complejo protrombínico para realizar una reversión rápida de la coagulopatía.

• Daños producidos por la isquemia y la reperfusión:
- Durante el clampaje: se producen radicales libres y metabolismo anaerobio con aumento de la producción de lactato. Se produce hiperpotasemia y edema celular progresivo, y si la isquemia supera el tiempo crítico se puede producir necrosis de tejidos.
- Durante el desclampaje: se desplaza material de desecho , se produce una caída brusca de las resistencias vasculares sistémicas comprometiendo la función cardiovascular.
- Durante la reperfusión: se ha de controlar la homeostasis y la hemodinámica del paciente con una adecuada volemia con ayuda de la ventilación mecánica.

• Anemia: se intenta mantener una hemoglobina diana entre 8-10 g/dl en función de las características del paciente
• Embolización: se puede producir una embolización masiva distal con isquemia renal, isquemia mesentérica o isquemia glútea si se manipula cualquier dispositivo de la endoprótesis dentro del saco del aneurisma o la manipulación del mismo en la cirugía abierta.
• Endofugas o migración de la prótesis.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Aplicar conocimientos adquiridos en teoría acerca del proceso y cuidado de enfermería analizando el caso, reconociendo los diferentes patrones funcionales de la salud, determinando metas e intervenciones de enfermería que permitan afianzar y ampliar el conocimiento.

Objetivos secundarios:
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente.
- Formular diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas de salud detectados.
- Planificar las acciones de enfermería que contribuyen a solucionar o a disminuir los problemas de salud detectados.
- Desarrollar actitudes éticas y profesionales que exalten el conocimiento que a través de la práctica hemos adquirido.

3 Caso clínico

Antecedentes personales:
Varón de 72 años de edad, jubilado.
No alergias medicamentosas conocidas hasta el momento.
Hipertenso, diabético tipo 2, hernia inguinal derecha.
Hábitos tóxicos: fumador actual de 1 paquete de tabaco al día y bebedor de 3 cervezas al dia.
Antecedentes quirúrgicos: hernioplastia inguinal izquierda y colecistectomía.
Tratamiento habitual: metformina, atorvastatina, enalapril, adiro.
Hallazgo casual de aneurisma de aorta abdominal mediante ecografía abdominal por dolor abdominal.
Se realiza angioTC en el que se confirma el diagnóstico.

Resultados del angioTC: aneurisma abdominal infrarrenal con diámetro de 8,2 x 8,2 centímetros que presenta un trombo mural periférico de predominio posterior y luego concéntrico de hasta 28 milímetros que deja luz permeable ligeramente irregular. Aorta abdominal infrarrenal previa aneurisma de unos 3,5 centímetros. Ateromatosis aorto ilíaca y elongación aórtica. Dilatación de ambas ilíacas primitivas de unos 16 milímetros la derecha y unos 19 milímetros la izquierda. Iliacas

externas de unos 10 milímetros e hipogástrica de unos 13 milímetros la derecha y unos 9 milímetros la izquierda. Ramas viscerales principales permeables.

En parénquima hepático nódulo hipodenso de unos 3,5 milímetros sugestivo de quiste y otros hipodensos de menor tamaño no caracterizables por su pequeño tamaño.
Bazo, páncreas y suprarrenales sin hallazgos significativos.
Colecistectomía con discreta dilatación de vía biliar.
Ambos riñones conservan tamaño y morfología, con buen realce cortical.
No se aprecia dilatación de vías excretoras.
Tracto gastrointestinal de calibre conservado. Se aprecia nódulo de partes blandas que parece corresponder con adenopatía de tamaño patológico retroperitoneales paraaórtica. No se aprecian alteraciones relevantes de las bases pulmonares incluidas en el estudio.

Diagnóstico: aneurisma abdominal infrarrenal.
Se ingresa para estudios preoperatorios completos y programación de intervención quirúrgica.
Exploración física al ingreso: afebril, estable hemodinámicamente. Carótidas rítmicas, sin soplos. Extremidades inferiores: pulsos positivos a todos los niveles de manera bilateral, poplíteos amplios. Abdomen: cicatriz de colecistectomía, abdomen blando, no doloroso a la palpación, se palpa pulso aórtico abdominal. Hernia inguinal derecha no complicada.

Durante su estancia hospitalaria comienza con dolor abdominal y lumbar, malestar, hipotensión y signos de shock. Se diagnostica rotura de aneurisma abdominal y se realiza intervención urgente de reparación de aneurisma abierta. Tras la cirugía de urgencia es derivado a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Valoración a su llegada de quirófano:
Extubado en quirófano, con oxigenoterapia con gafas nasales a 2 litros. Hemodinámicamente estable sin precisar vasopresores. Consciente, orientado y poco colaborador, no refiere dolor a ningún nivel. Abdomen blando, depresible con escasos ruidos, no se iniciará tolerancia.
Porta un drenaje Jackson –Pratt con 150 cc con contenido hemático.
Porta catéter central en subclavia derecha para administración de sueroterapia, analgesia y hemoderivados si precisase. Porta catéter arterial para monitorización continua de tensión arterial.

Porta sondaje vesical para control estricto de diuresis y para control de presión intraabdominal.
Constantes al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos:
TA: 122/64
FC: 78
Saturación de oxígeno: 98%
PVC: 12

Analítica al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos:
Ph: 7.416; pCO2: 33.1mmHg; pO2: 119 mmHg; saturación: 99.3%; HCO3: 22.2 mmol/L: BE: 2.6 mml/L. Lactato: 0.6; PCT: 0.38; urea: 27; creatinina: 0.69; CPK: 114; Magnesio: 1.9; Hematies: 3.28; hemoglobina 8.6g/dl; hematocrito 31.2%; plaquetas 158; leucocitos: 8.64; neutrófilos 68%; linfocitos: 19.4%; monocitos 10.7%; eosinofilos: 1.0%;

Durante su estancia en la Unidad de cuidados intensivos se realizará una vigilancia estrecha del paciente, intentando minimizar las posibles complicaciones postquirúrgicas. Las posibles complicaciones de dicha cirugía son:
• Complicaciones cardiológicas: infarto agudo de miocardio.
• Sangrado: producido por la alteración de la cascada de la coagulación o de la técnica quirúrgica. Se intentará no transfundir más de dos concentrados de hematíes en el postquirúrgico inmediato ya que puede producir hipotermia, hemodilución, fallo del reemplazo de los factores de coagulación. Si se produce una hemorragia de más de un litro de sangre/hora precisará de reintervención inmediata, salvo defecto en la coagulación que pueda corregirse y posteriormente evacuar el hematoma ya que puede producir un íleo prolongado, infección o síndrome compartimental abdominal.

• Complicaciones renales: la insuficiencia renal es la complicación más frecuente asociada a la intervención de aorta, se produce o se agudiza por el tiempo de clampaje, anemia, hipovolemia, ateroembolismo, trombosis de arteria renal, disección o clampaje del origen de la arteria renal con la endoprótesis, contraste yodado o hipotensión intraoperatoria. Se puede prevenir manteniendo una adecuada volemia y presión de perfusión, evitando la hipotensión, limitando el tiempo de la isquemia en el clampaje aórtico y evitando los nefrotóxicos.
• Complicaciones pulmonares: neumonía, derrame pleural, atelectasia, broncoaspiración, neumotórax, broncoespasmo. Se pueden prevenir en su mayoría evitando la ventilación mecánica invasiva de forma prolongada, realizando un adecuado control del dolor evitando así la hipoventilación, las atelectasias y neu-

monías, y realizando fisioterapia respiratoria precoz.

• Complicaciones neurológicas: Delirium: relacionado con edad avanzada del paciente, deterioro cognitivo, polimedicación, anestesia general, tiempo de cirugía e ingreso prolongado. Se ha de descartar en los casos de delirium que los pacientes tengan fiebre, desnutrición, dolor, inmovilización y sedantes. Se ha de detectar precozmente y tratarlo. AIT/ICTUS: se producen con menos frecuencia en los aneurismas abdominales que en los torácicos. Puede ser hemorrágico producido por un aneurisma previo por crisis hipertensiva mal controlada que puede producir la rotura del mismo. También puede ser isquémico secundario a arritmias cardiacas o en el contexto de la hipotensión mantenida en el paciente con estenosis carotídea, en el cual se ha de mantener una hipertensión permisiva para compensar el flujo a través del polígono de Willis. Paraplejia/Paraparesia: raramente se produce en aneurismas abdominales.

• Complicaciones gastrointestinales: Íleo paralítico postoperatorio: producido por el catéter epidural, por la tolerancia precoz. Isquemia intestinal: puede verse afectado tanto intestino delgado como el grueso. Puede producirse por ateroembolismo o tromboembolismo. Hay que vigilar el estado del paciente, si refiere dolor abdominal difuso, inestabilidad hemodinámica a pesar de sobrecarga de volumen y de la utilización de drogas vasoactivas. Fístula aortoentérica: se produce de forma tardía y se manifiesta con hemorragia digestiva alta con compromiso hemodinámico.

• Síndrome compartimental abdominal: riesgo alto en aneurismas abdominales rotos. Se produce un secuestro de líquidos en el tercer espacio. Produce oliguria, empeoramiento de la oxigenación de órganos intraabdominales, reducción de la distensibilidad pulmonar, reducción del gasto cardíaco e hipertensión intracraneal. Precisa vigilancia de la presión intraabdominal.
• Síndrome post implantación: es un síndrome inflamatorio agudo que produce fiebre, leucocitosis, y elevación de la PCR, aparece aire periprótesis en los primeros 10 días tras la implantación producido por inicio de fibrinólisis del trombo del saco aneurismático.

Valoración de enfermería:
Se realiza una valoración de enfermería según las 14 necesidades de Virgina Henderson:
• Necesidad de oxigenación: actualmente el paciente necesita aporte de oxigenoterapia para mantener saturaciones aceptables.
• Necesidad de comer y beber de forma adecuada: actualmente no estará indicada

la ingesta por vía oral, se transfunden líquidos por la vía subclavia.
• Necesidad de eliminación: el paciente porta sondaje vesical para control estricto de diuresis.

• Necesidad de actividad y ejercicio: durante la estancia en el servicio de cuidados intensivos permanecerá en reposo en la cama, existiendo un riesgo de síndrome de desuso.
• Necesidad de sueño y reposo: puede producirse un síndrome de deprivación que puede ser tratado con lorazepam, clonidina…
• Necesidad de vestirse: durante la estancia en la unidad no precisa vestirse.
• Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales: se realizará un control de temperatura estricto ya que puede presentar hipotermia en las primeras horas postquirúrgicas.

• Necesidad de mantener la piel limpia: al permanecer encamado presenta déficit de autocuidado por lo que el aseo lo realizará el personal de la unidad. Se comprobará el estado de la piel y se realizarán los cuidados necesarios para prevenir la aparición de úlceras. Se realizarán las curas precisas de los catéteres y la herida quirúrgica.
• Necesidad de evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otro: cuidaremos su necesidad de seguridad, previniendo las infecciones con el uso adecuado de mascarilla, lavado de manos y medidas rigurosas de asepsia. La enfermera tendrá especial cuidado en las actuaciones e intervenciones que se vayan a realizar, y ejecutarlas con la máxima garantía de seguridad, para que éstas no supongan un riesgo añadido para el paciente.
• Necesidad de comunicarse con los demás, expresar sus emociones, necesidades, miedos y opiniones: durante la estancia del paciente en la unidad no precisará el uso de sedantes por lo que esta necesidad estaría intacta.

• Necesidad de ejercer el culto de acuerdo con sus creencias: no valorado.
• Necesidad de trabajar de forma que le permita sentirse realizado: no valorado.
• Necesidad de recreo y ocio: en esta unidad de cuidados intensivos no tiene instrumentos de entretenimiento para los pacientes.
• Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que le conduzca a un desarrollo normal de la salud y al uso de los recursos de salud disponibles: se explica al paciente lo ocurrido y la intervención que se le ha realizado.

4 Discusión-Conclusión

Los pacientes post quirúrgicos de aneurisma de aorta abdominal precisan de cuidados continuos en una Unidad de Cuidados Intensivos, ya que precisan una estrecha vigilancia de signos vitales y de las posibles complicaciones que puedan surgir en el las horas posteriores a la cirugía. Respecto a los cuidados de enfermería me he centrado en la valoración de las 14 necesidades de Virgina Henderson ya que me parece la valoración más completa para realizar a cualquier paciente.

La vigilancia de las constantes vitales como la tensión arterial es imprescindible ya que si nos encontramos al paciente con hipotensión puede estar sufriendo una hemorragia, puede producirse una isquemia por hipovolemia de tejidos o incluso un accidente cerebrovascular por hipoperfusión. Si nos encontramos con un paciente que tiene una tensión arterial elevada pueden surgir diversas complicaciones como infartos de miocardio o aumento del sangrado. [1],[2]La monitorización continua en estos pacientes durante las primeras horas postquirúrgicas deben ser estrictas.

Debemos realizar un control de la temperatura para prevenir hipotermias que pueden alterar la coagulación del paciente, si esto se produjera tendríamos que colocar mantas de aire caliente y calentamiento de fluidos antes de administrarlos.[3],[4]. Debemos tener pulsioximetría para controlar la saturación de oxígeno por si precisase oxigenoterapia o incluso intubación para ventilación mecánica. [6].

Estos pacientes precisan el control de frecuencia cardiaca continuo y monitorización electrocardiográfica ya que pueden aparecer diferentes arritmias en las primeras horas tras la cirugía, también nos puede indicar si hay sufrimiento miocárdico y la aparición de un infarto de miocardio, que es una de las causas más frecuentes de muerte tras la cirugía de aneurisma de aorta abdominal. El control de la presión intraabdominal (PIA) debe ser riguroso, realizarse horariamente o si el estado del paciente empeora, la PIA adecuada sería menor de 10 cmH2O, si sobrepasase los 15 cm H2O estaríamos ante un posible síndrome compartimental, y si sobrepasase los 30 cmH2O estaríamos hablando de una situación crítica.

En el diagnóstico de riesgo de deterioro de la integridad cutánea el personal de enfermería tendrá el papel fundamental para prevenir cualquier alteración que pueda aparecer en la piel producida por apósitos, cables de monitorización, ropa de la cama, higiene del paciente, ya que su autonomía para realizar su aseo per-

sonal estaría limitada, por lo cual tendría un déficit de autocuidado en el baño y un deterioro de la movilidad. [5].
Existe un riesgo de infección importante ya que el paciente ha sido operado y tiene una herida quirúrgica suturada, un drenaje Jackson-Pratt, un catéter venoso central y un catéter arterial.

Se realizará una vigilancia de la piel estricta y vigilar cualquier indicativo de infección como piel caliente, enrojecida, eritema, drenaje purulento y se realizarán los cuidados de los diferentes catéteres según el protocolo de la Unidad de Cuidados Intensivos. Respecto a la herida quirúrgica se realizará una vigilancia del apósito de la herida y se realizará la cura de la misma con técnica estéril si precisase. [6] Respecto al riesgo de lesión, se refiere a la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

En este caso el paciente está orientado y no sufre delirium, pero puede producirse una lesión con cualquier aparataje o intervención de urgencia. También se refiere al manejo de medicación de forma segura por parte del personal de enfermería, por lo que se realizará una administración de forma segura según el protocolo de la unidad. [7] En el diagnóstico de enfermería de riesgo de síndrome de desuso, se realizará una valoración exhaustiva de la circulación periférica comprobando pulsos periféricos, edemas, llenado capilar, color y temperatura, ya que existe un riesgo alto de embolias en las primeras 24 horas tras la cirugía.

Se produce un deterioro del intercambio gaseoso por lo que las intervenciones de enfermería deben estar estructuradas, se administraría oxigenoterapia si es preciso y es fundamental la fisioterapia respiratoria incentivada mediante la inspirometría y rehabilitación respiratoria precoz para reducir la incidencia de complicaciones pulmonares. [8].

5 Bibliografía

1. Fleisher , Lee A. (2018), Complications in Anesthesia, Third edition. 29 Abdominal Aortic Aneurysm Repair. Philadelphia, Pennsylvania.Elsevier.
2. Mahlmann, A. and Weiss, N. (2016). Anesthesia management during aortic sugerí: Preoperative patient assessment. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 30 (3), pp. 249-255.
3. Hope, k. Nickols, G. and Mouton, R. (2016). Modern Anesthetic Management of Ruptured Abdominal Aortic Aneurysms. Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia, 30(6), pp.1676-1684.

4. Moreno, D., Cacione, D. and Baptista-Silva, J. (2018). Controlled Hypotension versus normotensive resuscitation strategy for people with ruptured abdominal aortic aneurysm.
5. A.Torres, I. Ortiz. Cuidados intensivos respiratorios Ed Springer-Verlag Ibérica.
6. Mª T. Luis Rodrigo, C. Fernández Ferrín, Mª V. Navarro Gómez. De la teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª edición. Ed. Masson Año 2000.
Irwin R.S., Cerra F.B., Heard
7. S. O., Rippe J.M. Curley F.J. Procedimientos y técnicas en unidades de cuidados intensivos. Ed. Marvón 2001.
8. Pasin, L., Nardelli, P., Belletti, A., Greco, M., Landoni, G., Gabrini, L., Chiesa, R. and Zangrillo, A. (2017). Pulmonary Complications After Open Abdominal Aortic Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia, 31(2), pp. 562-568.

Capítulo 105

FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE PATIENT BLOOD MANAGEMENT. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN Y TRATAMIENTO DE PACIENTES.

LORENA VEIGA PASTOR

1 Introducción

La anemia es el problema hematológico más frecuente en el preoperatorio del paciente quirúrgico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la anemia como unos valores de hemoglobina inferiores a 13g/dl en varones y a 12 g/dl en mujeres. La prevalencia de la anemia preoperatoria en el paciente quirúrgico oscila entre el 10 y el 70%, dependiendo del tipo de intervención.(1)

La escasa necesidad de sangre de algunos equipos quirúrgicos puede ser reflejo de su atención a los numerosos detalles de gestión del paciente que influyen en la necesidad de realizar una transfusión, incluído el uso adecuado de umbrales inferiores de hemoglobina para la transfusión(2) y la adecuada gestión de los valores asociados a la analítica preoperatoria. La anemia preoperatoria se asocia a una peor recuperación funcional y un aumento de la morbimortalidad después de la cirugía. (3)

Una gestión adecuada de la transfusión en un proceso quirúrgico programado requiere la coordinación multidisciplinar del equipo de profesionales que tratan

al paciente, tanto en el preoperatorio como en el intraoperatorio y el postoperatorio. Para ello se necesitan protocolos de consenso entre los especialistas y la enfermería, así como un buen diseño de circuito de pacientes. (1)

El paciente tipo que llega a la consulta de PBM es un paciente en lista de espera quirúrgica del servicio de Traumatología , derivado por el especialista. Principalmente intervenciones de prótesis de cadera y rodilla. Éste programa tiene también seguimiento para pacientes que son testigos de Jehová y no desean ser transfundidos. El primer paso para una correcta gestión es tratar la anemia desde el preoperatorio.(4)

Una adecuada práctica transfusional en el paciente quirúrgico se basa en 3 puntos importantes:
- Optimizar la Hb si la cirugía tiene riesgo de sangrado.
- Disminuir la pérdida de sangre intraoperatoria y postoperatoria mediante métodos quirúrgicos, farmacológicos y anestésicos.
- Optimizar las técnicas transfusionales, aceptando umbrales de transfusión bajos, y siempre individualizando.

En nuestra consulta, nos centraremos en el primer punto, optimizando:
- Niveles de hemoglobina
- Ferritina.
- Saturación de transferrina.
- B12
- Ácido fólico

Otras indicaciones:
- Ajuste de la dosis de ACOS (Anticoagulantes Orales) junto con las recomendaciones preoperatorias para pacientes en tratamiento.
- Recomendaciones transfusionales para facultativos (umbrales transfusionales individualizados) durante el ingreso del paciente y la intervención.

2 Objetivos

- Valorar a los pacientes de preoperatorio para evitar la transfusión de componentes sanguíneos durante su estancia hospitalaria.

3 Caso clínico

Comenzaremos revisando la analítica preoperatoria. Si ésta no dispone de parámetros específicos de perfil de anemias, lo comprobaremos y comunicaremos al facultativo responsable de hematología y extraemos la analítica correspondiente. Informaremos al paciente de los riesgos, complicaciones y beneficios de la transfusión, adjuntando el consentimiento informado. En última instancia, podría haber complicaciones inesperadas y podría requerir, finalmente, de componentes sanguíneos.

Para ello extraemos la muestra correspondiente para realizar escrutinios de anticuerpos irregulares, grupo sanguíneo y pruebas cruzadas si el paciente no ha recibido componentes sanguíneos en los últimos 3 meses.
Elaboración de la historia clínica, en la que constaran:
Enfermedades crónicas.
Enfermedad hematológica previa.
Tratamientos actuales. Terapias con anticoagulantes orales.
Intervenciones quirúrgicas anteriores.
Enfermedades hematológicas familiares.

Tras la valoración inicial, se evaluará el sangrado y la causa subyacente de anemia.
El nivel óptimo en que se debe transfundir a un paciente crítico sigue siendo incierto. La transfusión casi siempre está indicada cuando la concentración de hemoglobina es <6 g/dl y rara vez cuando es >10 g/dl. Habrá que evaluar la situación clínica del paciente antes de indicar una transfusión.(2)

En pacientes con anemia (Hb 10-13 g/dl) se valorará la saturación de transferrina (Fig 1)
Fig 1. Evaluación de la anemia preoperatoria y tratamiento. Hb: hemoglobina; TIBC: capacidad total de unión al hierro; VCM: volumen corpuscular medio. Adaptada de Bisbe E, Castillo J. Hierro y hematínicos en el tratamiento de la anemia postquirúrgica.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE E INDICACIONES:
Además de detectar la anemia y hacer el diagnóstico diferencial, hay que optimizar el estado basal del paciente. El cálculo de la pérdida de sangre perioperatoria debe de tener en cuenta las pérdidas externas y las ocultas. El sangrado de cada proceso quirúrgico depende de la especificidad del proceso y el equipo

quirúrgico. El nivel mínimo de Hb que debe mantenerse se determinará en cada paciente. La pérdida hemática permisible de un paciente dependerá de su volemia y de la Hb previa, así como de sus funciones fisiológicas. Si las pérdidas previsibles son superiores a las permisibles, hay que plantear un programa de ahorro de sangre mediante diferentes estrategias. (1)

Para la optimización de la masa eritrocitaria, los estimulantes de la eritropoyesis desempeñan un papel fundamental en el tratamiento de la anemia perioperatoria. Deben acompañarse de aporte de hierro, ya que es imprescindible tener reservas férricas adecuadas y un aporte suficiente. (1,2). El hierro oral puede ser insuficiente, por lo que utilizamos hierro carboximaltosa intravenoso. En el caso de la anemia crónica, la combinación de EPO y hierro se obtendrá mayor beneficio que con hierro solo, puesto que la eritropoyetina incrementa la movilización del hierro en el sistema retículo-endotelial hasta los precursores de los hematíes.(1)

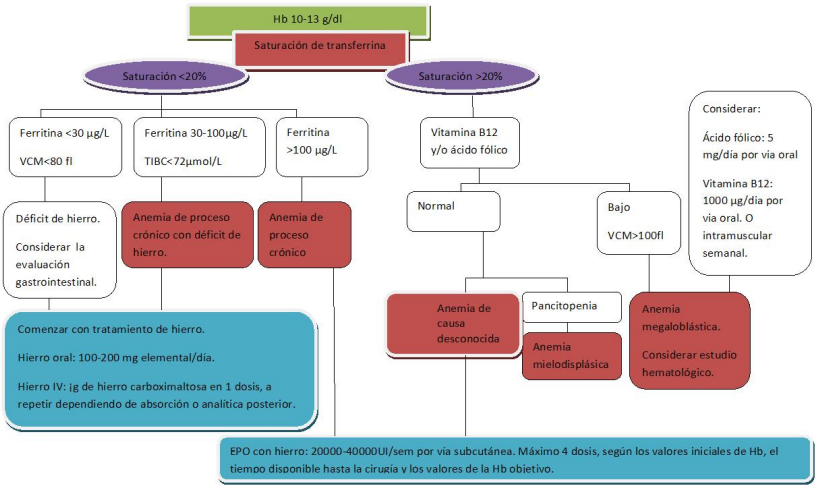
En la cirugía ortopédica, la rHuEPO está indicada ante una Hb<13 g/dL. Tiene aprobada esta indicación en la ficha técnica y ha demostrado ser eficaz. También se está utilizando en cualquier cirugía donde la caída de la volemia prevista sea superior al 30% con cifras de anemia. Sin embargo, ésta indicación sólo está aprobada para testigos de Jehová. (5) La dosificación realizada en nuestro servicio es variable, y depende de la respuesta del paciente. Generalmente la administración es de 40000 UI/Kg/sem y hasta 4 semanas. La pauta más efectiva es administrando los días -21, -14 y -7 hasta el día de la intervención. Se está demostrando que la asociación de hierro carboximaltosa 1g IV en el día -21 aumenta la eficacia y permite reducir la dosis de rHuEPO.

El tratamiento se tolera bien y se ha demostrado que reduce la exposición a la sangre alogénica, sin diferencias en los efectos trombóticos. En la consulta de enfermería se administrará el hierro carboximaltosa IV a través de la canalización de una vía periférica y con bomba de perfusión, vigilando efectos adversos y controlando las constantes vitales. En el último año, se ha administrado éste tratamiento a 42 pacientes, no presentando efectos adversos ni secundarios al tratamiento ninguno de ellos.

La asociación con rHuEPO se hará en la consulta de tratamiento el mismo día que administramos el hierro, las siguientes dosis se administrarán en consulta de atención primaria siguiendo las indicaciones del informe adjunto donde constaran:
Analítica de control, si fuera necesaria.

Vía de administración.
Número de dosis y frecuencia.

La muestra pretransfusional se procesa, separando el plasma sanguíneo, y se almacenará en seroteca hasta un máximo de 2 años, siendo necesaria el día de la intervención para realizar las pruebas cruzadas si el paciente requiriera componentes sanguíneos durante su estancia hospitalaria. El servicio de quirófano facilitará el parte quirúrgico para proceder al descongelado y procesado de la muestra cuando sea pertinente.



4 Discusión-Conclusión

La optimización preoperatoria requiere de una colaboración y un trabajo multidisciplinar entre equipos de distintas especialidades para su correcto funcionamiento. Existe evidencia científica que demuestra su eficacia en la recuperación del paciente y en la evolución posterior.

El proceso de recogida de datos en la historia clínica, la interpretación de los parámetros de la analítica y la administración correcta del tratamiento, así como

la información que el paciente reciba, ha demostrado ser eficaz en todos los sujetos tratados.

El procesamiento de la muestra pretransfusional en seroteca ha evitado extracciones sanguíneas innecesarias el día de la intervención y una mejora de la gestión en el servicio de transfusión, pudiendo realizarse estudios con tiempo suficiente y con mayor eficacia antes de la intervención quirúrgica.

5 Bibliografía

1. Pérez Ferrer A, Calvo Vecino JM, Carrero González A, Díez Lobo A, Trujillo Pérez MM. Medicina transfusional perioperatoria. Volumen I. Mayo ediciones. 2013.
2. McClelland DBL, Pirie E, Franklin IM. Manual de uso óptimo de la sangre. Scottish NAtional Blood Transfusion Service. Edición en español patrocinada por SETS. 2010.
3. Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. España: Sociedad Española de Transfusión Sanguínea; 2015. 5ª ed.
4. Fernández Álvarez C, Ricarte González I, Paramio Paramio ML. Instrucciones técnicas sobre política de gestión de componentes sanguíneos: recepción, comprobación, conservación, envío solicitud selección para transfusión y exanguinotransfusión. Protocolo del Hospital de Cabueñes. Asturias: Hospital de Cabueñes; 2012. ITBS.04/CA.
5. Barrios Flores L.F. Los aspectos legales de la transfusión. ISBN: 84-609-0313-5 DL: M-43176-2006

Capítulo 106

TALLER COMPRA DE FRUTA EN UN DISPOSITIVO HOSPITALARIO PSIQUIÁTRICO.

AITOR MENDEZ ALVAREZ

MARÍA VICTORIA DEL RÍO SANCHEZ

1 Introducción

Este taller surge ante la necesidad expresada por parte de los pacientes de tener más variedad de fruta en las comidas.
Supone una mejoría o aprendizaje por parte de los pacientes de habilidades que podrían tener olvidadas o incluso pérdidas como:
- Manejo del dinero en las compras diarias.
- Uso del transporte público.
- Hacer la compra de productos básicos.

Supone además un claro beneficio para la salud física como psicológica. En relación a lo físico es sabido la existencia en estos pacientes con patología en salud mental de cierto sedentarismo que les llevan a diferentes grados de obesidad. Trabajaremos por tanto mejorar la condición física a través del ejercicio que supone la realización de este taller. Numerosa bibliografía apunta además que esta mejora en la actividad física repercute de manera directa en la autoestima y autopercepción del paciente, mejorando éstas de forma significativa.

Todos los meses cada paciente aporta la cantidad de 12 euros para la compra de fruta:

- El martes, en la asamblea diaria después del desayuno, los pacientes proponen los tipos de fruta que quieren comprar, para posteriormente votar cada fruta a mano alzada. Las tres frutas más votadas serán las elegidas (previo consenso con los pacientes, por si hubiera que sustituir algún tipo de fruta por estar fuera de temporada) .
Se elige a los pacientes encargados de ir a comprar la fruta junto con el personal asignado. Éstos son de carácter voluntario y en número superior a uno y menor o igual a tres. Si no hubiera ningún voluntario, se animaría a los pacientes a participar. Si aún así, ninguno de los pacientes quiere ir a comprar, se suspende el taller.
- El miércoles, después de la asamblea diaria, se recuerda quienes son los pacientes que van a ir a comprar la fruta, con quién van a ir y las frutas que se eligieron.
A las 10:30, los pacientes designados y el personal acompañante irán andando hasta el mercado, respetando las normas y señales de tráfico. En las inmediaciones de éste, tomarán un café antes.
Dentro del mercado, se irán visitando diferentes puestos, para ir comparando precios y calidad del producto.
Uno vez elegido dónde comprar la fruta, uno de los pacientes se encargará de pedir la cantidad y otro de pagar.
Se carga la fruta en las bolsas y se regresa a la Unidad.
- La compra de fruta se justifica que sea el miércoles, para que los pacientes puedan comerla a la hora de la comida ese mismo día, jueves y viernes. Esto es así para que todos los pacientes que aporten dinero, puedan comer la fruta y no les coincida estar fuera de la Unidad por tener permiso de fin de semana.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conseguir las habilidades necesarias para ser autónomo en la compra de fruta en su vida diaria.

Objetivos secundarios:
- Los pacientes que participen en el taller de fruta mejorarán su condición física.
- Los pacientes aprenderán a manejar el dinero.
- Mejorarán su autoestima.
- Mejorarán las relaciones interpersonales.
- Serán capaces de utilizar los medios de transporte públicos de manera autónoma.
- Conocerán y respetarán las normas y señales de tráfico.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- https://nanda.es
.
- Diagnósticos enfermeros, NOC y NIC.
- https://Hipocampo.org
- https://saludealtura.com

Capítulo 107

CUIDADOS DE LA SONDA Y EL ESTOMA EN LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA.

ZAIDA GARCÍA BURON

ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO

RICARDO ELORRIAGA CLARACO

ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ

JULIETA ALONSO SOTO

1 Introducción

La Gastrostomía endoscópica percutánea consiste en la colocación mediante técnica endoscópica de una sonda o tubo definitivo de larga duración, en la cavidad gástrica a través de la pared abdominal anterior.
La principal indicación para la colocación de esta sonda es poder alimentar a pacientes que no pueden nutrirse por vía oral, bien por un sistema digestivo indemne , por problemas mecánicos o neurológicos; o por enfermedad tumoral de la cavidad orofaríngea, cuello y esófago, que no van a poder hacerlo de manera adecuado en un largo período de tiempo.

La gastrostomía para colocación de sonda de alimentación via endoscópica y percutánea (GEP) es una buena alternativa a la Sonda Nasogástrica por su sencillez,

utilidad, seguridad, rapidez, relativo bajo costo, fácil cuidado y posibilidad de mantenimiento durante largos periodos de tiempo. Desde 1980, ha desplazado prácticamente a la gastrostomía quirúrgica.
Las ventajas en relación a la técnica quirúrgica son múltiples, entre otras, que es innecesaria la aplicación de anestesia general para su realización. Esto ha permitido su rápida difusión a través de los años y que se haya extendido su uso a una gran variedad de indicaciones.



2 Objetivos

- Describir los cuidados de la sonda y del estoma en las Gastrostomías Percutáneas para un buen funcionamiento de la misma, evitando las complicaciones tanto inmediatas como tardías

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado acabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistematica, sobre la literatura cientofica

existente. Se ha realizado búsqueda en libros y se han consultado artículos basados en Estudios prospectivos y retrospectivos observacionales básicamente en español en las siguientes bases de datos : PubMed, Medline,Scielo, Cuiden, Enfispo
Palabras clave : Gastrostomía percutánea, Endoscopia, Estoma, Nutrición Enteral

4 Resultados

Las complicaciones tras la realización de una Gastrostomía endoscópica son escasas, poco importantes y de fácil tratamiento. La más frecuente es la aparición de infección en el sitio de la gastrostomía.
Para evitar las complicaciones de la GEP es necesario seguir una serie de cuidados de la sonda y del orificio de entrada de la sonda en el cuerpo (estoma) que deben conocer el paciente o sus cuidadores.

Cuidados de la sonda:
. Lavarse las manos con agua y jabón cuando se manipule la sonda
. Limpiar diariamente la parte externa de la sonda con una gasa, agua tibia y jabón suave. Aclarar bien y secar.
. Lavar bien la sonda con 50 ml de agua tras cada administración de alimentos o medicación para evitar que se acumulen en el interior de la sonda restos.
. Girar diariamente la sonda en sentidos horario y antihorario para evitar que se fije a la pared abdominal.
. Cerrar el tapón de la sonda cuando ya no vaya a ser usada.
.Comprobar todos los días que el soporte externo de la sonda no oprima la piel del paciente. De ser así ,aumentar la distancia entre éste y el estoma.
. Cambiar diariamente la cinta adhesiva y el lugar de sujeción de la sonda.
. Si se trata de una sonda con balón, cada dos semanas, debe comprobarse el volumen de éste. Con una jeringa se aspiraría el agua del balón y se vuelve a rellenar con 10cc.
. La sonda requiere generalmente un cambio cada seis meses por deterioro, pero si se cuida adecuadamente se puede prolongar hasta los doce meses.

2. Cuidados del estoma
. Lavarse las manos
. Comprobar diariamente que en la zona alrededor del estoma no existe irritación cutánea, enrojecimiento o inflamación, ni es dolorosa y que no salgan líquidos (alimentos o jugos digestivos)

. Durante los 15 primeros días, limpiar la zona con una gasa, agua y jabón haciendo movimientos en círculos desde la sonda hacia fuera sin apretar, secar meticulosa y cuidadosamente el estoma . Aplicar una solución antiséptica y colocar una gasa estéril en la zona. A partir de la tercera semana es suficiente lavar la zona con agua tibia y jabón.
. El soporte externo puede levantarse o girarse ligeramente para poder limpiar mejor, pero nunca hay que tirar de él, debe hacerse de forma suave. Evitaremos movilizando de esta manera, la formación de adherencias
. Cambiar diariamente el esparadrapo de sujección
Como normas generales, se indica que se laven las manos ante cualquier manipulación con agua caliente y jabón, o una solución antiséptica y que se cuide la higiene bucal de los pacientes. Por último, si la zona del estoma no está enrojecida, el paciente puede ducharse en una semana o antes.

Complicaciones:
Las principales complicaciones son:
- Irritación o infección alrededor del estoma : Se produce por exceso de presión sobre éste o por falta de higiene
- Peritonitis : Su incidencia es del 3%, requiere el uso de antibióticos sistémicos y puede necesitar laparotomía de limpieza. La principal causa es el extravasado de contenido alimenticio a la cavidad peritoneal.
- Salida de líquido gástrico: Se requiere que sea valorado por el médico donde se intentará recuperar la gastrostomía mediante la canalización del tracto con guía y catéter para abocar de nuevo al interior del estómago.
- Obstrucción de la sonda : Por productos o medicamentos secos en su interior, si con infusión de suero o agua a presión no se consigue desobstruir es posible el uso de una guía hidrofílica o superrígida para recanalizar y realizar cambio de sonda y en último caso,retirar una para poner otra inmediatamente.
- Hemorragia gastrointestinal : Poco frecuente, por punción de vasos gástricos que se puede ver agravado, en caso de varices esofágicas o hipertensión portal
- Neumonía por aspiración : Por aspiración de secreciones durante la intervención o por reflujo gastroesofágico posterior

5 Discusión-Conclusión

La Gastrostomía percutánea es una técnica sencilla de realizar, fácil de aprender, con poca morbilidad y baja mortalidad inmediata. Debe considerarse como técnica de elección en pacientes incapaces de alimentarse por vía oral con sis-

tema digestivo indemne, y en los que se presupone que necesitarán el soporte nutricional durante un largo período .

6 Bibliografía

1 Culebras JM, Martínez J, Chasco C, De la Hoz M, Hurtado G, Alonso A. Colocación de una sonda de gastrostomía por vía endoscópica. Rev Esp Enferm Apar Dig 1985; 68: 511-515.
2.Martín A, Espinós JC, Forné M, Rius J, Corbera G, Quintana S et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: study on 35 patients. Med Clin (Barc) 1994; 103 (12): 449-51
3. Cuerda C, Planas M, Gómez Candela C, Luengo LM; Grupo NADYA-SENPE. Tendencias en nutrición enteral domiciliaria en España; análisis del registro NADYA 1992-2007. Nutr Hosp 2009; 24 (3): 347-53.
4. Pereira JL, Belda O, Parejo J, Serrano P, Bozada JM, Fraile J et al. La gastrostomía endoscópica percutánea. Realidad en la práctica nutricional clínica intra y extrahospitalaria. Rev Clin Esp 2005; 205 (10): 472-7.
5. Pereira Cunill JL, García-Lunax PP. Gastrostomía endoscópica percutánea. Med Clin (Barc) 1998; 110: 498-500.
6. . Igual D, Marcos A, Andrés P, Bermejo M. Gastrostomía endoscópica percutánea: su utilidad en Atención Primaria. Medifam 2003; 13(1): 3-18
7. Sanahuja M, Soller de Brièvre N, Trallero R. Manual de Nutrición Enteral a domicilio. 6ª ed. España: Novartis; 2002. p.13-14.
8. García de Lorenzo A, Ortiz C, Bonet A. Manual de medicina intensiva. 3ª ed. España: Elsservier; 2006. p. 97-99.
9. Yriberry S, Monge V, Salazar C, Fernando et al. Gastrostomía endoscópica percutánea: Experiencia prospectiva de un centro privado nacional.

Capítulo 108

ACCESOS VASCULARES EN HEMODIÁLISIS. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

NATALIA LÓPEZ PÉREZ

NAZARET SUÁREZ BOTO

1 Introducción

Para la realización de una sesión de hemodiálisis deberemos contar con un buen acceso vascular que permita caudales importantes de sangre y cuyo funcionamiento sea a muy lago plazo. A día de hoy, los pacientes sometidos a dicha técnica, tienen dos opciones de accesos: fístulas arteriovenosas o catéteres (temporales o permanentes).

Los cuidados por parte de enfermería a seguir en un paciente con fístula arteriovenosa son los siguientes:
- Uso de mascarilla y guantes y correcta desisnfección de la zona previo a una sesión de hemodiális.
- Comprobación siempre de soplo, latido, thrill.
- Poner compresor a la presión adecuada.
- Variar los puntos de punción (siempre lo más separados posible).
- Practicar una buena hemostasia en la retirada de agujas.
-No tomar tensión arterial ni extracciones sanguíneas en esa extremidad.
-Vigilar la aparición de dolor, edema, enrojecimiento o frialdad.
-Educación al paciente que no coja pesos ni se ponga pulseras alrededor de la fístula.

Los cuidados en los catéteres son los siguientes:
-Colocación de mascarilla en personal de enfermería y paciente.
-Manipulación siempre de la forma más estéril posible el catéter.
-Sellado de ambas ramas con heparina al 5% para evitar disfunciones del catéter.

Entre las complicaciones más habituales de una fístula arteriovenosa encontramos:
-Trombosis u obstrucción: la más habitual y más grave. Su tratamiento será quirúrgico para desobstruirla o crear una nueva fístula.
-Infección: observamos calor, rubor, dolor. Han de extremarse los cuidados asépticos por parte de enfermería y del paciente.
-Hematomas: complicación habitual, aplicaremos frío local, agua de borow o pomadas con heparina para su resolución. Importante variar los puntos de punción.
-Robo vascular: el paciente presenta dolor agudo, palidez, frialdad e isquemia distal en la extremidad. Precisa reintervenir para cerrar total o parcialmente la fístula.
-Insuficiencia cardiaca derecha: se puede producir cuando el paciente tiene una fístula de gran caudal, se trata reduciendo o cerrando dicha fístula.

Las complicaciones e inconvenientes de los catéteres:
-Infecciones, ya que son una puerta de entrada de gérmenes. Éstas pueden ser locales (aplicación de antibióticos de uso tópico) o generales (antibióticos de forma sistémica).
-La movilidad y el aseo del paciente puede verse comprometidos.
-Trombosis, es decir, ausencia de flujo, retirada e inserción de un nuevo catéter.

2 Objetivos

-Conocer los cuidados de enfermería que precisan las fístulas arteriovenosa y los catéteres.
- Identificar posibles complicaciones derivadas de dichos accesos vasculares.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

-Fortuny, C. ”Cuidados de Enfermería en la Insuficiencia renal”.1994.
-www.elsevier.es
-Galera-Fernández, A., Martínez-de Merlo, M.T., Ochando-García, A. ”Accesos vasculares para hemodiálisis: cuidados de Enfermería”. Angiologia 2005;57 Supl 2:159-68.
-Miranda-Camarero M.V.” Cuidados de las fístulas arteriovenosas. Intervenciones y actividades del profesional de Enfermería”. Dial Traspl 2010;31:12-6.

Capítulo 109

ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE SONDAJE VESICAL PARA ENFERMERÍA

PATRICIA FERNANDEZ GONZALEZ

SILVIA VEGA VEGA

BEATRIZ FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA DEL ROCIO REYES SUAREZ

MARTA DÍAZ LÓPEZ

1 Introducción

En primer lugar debemos de definir qué es el sondaje vesical. El sondaje vesical consiste en la inserción de una sonda en la vejiga a través de la uretra para evacuar orina. También se puede acceder a la vejiga directamente puncionándola con un catéter especial a nivel supra púbico.

2 Objetivos

- Unificar criterios en relación con la inserción, mantenimiento y retirada de la sonda vesical.
- Asegurar la continuidad en los cuidados de la sonda vesical durante el periodo de tiempo que el paciente sea portador.

- Probar la eficiencia y minimizar las incidencias de infecciones de tracto urinario asociadas a la sonda vesical.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una actualización de los protocolos que existen mediante una búsqueda activa de bibliografía a través de conceptos clave como sondaje vesical e infecciones del tracto urinario.

Se han difundido los protocolos de actuación a las distintas unidades de hospitalización, así como a servicios especiales mediante la realización de cursos de formación durante los periodos de tiempo laborales con el fin de promover la existencia de registros de infecciones del tracto urinario, para difusión y seguimiento por parte del servicio de prevención.

4 Resultados

-Personal necesario para la realización del sondaje vesical: enfermera estéril y auxiliar de enfermería.
- Material que se precisa para el sondaje vesical: esponja jabonosa, palangana, toalla, guantes no estériles, esponja no estéril o gasas, paño estéril, guantes estériles, gasas estériles, solución de clorhéxidina 0,5 %, 1 ampolla de agua estéril, 1 jeringa de 10cc, lubricante urológico, sonda vesical y bolsa colectora.

PASOS A SEGUIR:
1. ANTES
- Verificar la identidad del paciente e informar al paciente de lo que se va a realizar así como responder las dudas que se le puedan plantear.
- Verificar que se dispone de la sonda vesical más adecuada para el paciente realizando una valoración individualizada .
- Verificar que se dispone de todo el material que se precisa.
- Preparar al paciente en posición decúbito supino, en casa de ser mujer en posición ginecológica.
- Realizar un lavado de la zona genital y posteriormente desinfectar la zona con clorhexidina 0,5 %.

2. TÉCNICA ESTÉRIL:
- Higiene de manos, colocación de guantes estériles y colocación de paño estéril en la zona interesada.

- Asegurarse que el globo se hincha perfectamente antes de introducir sonda.
- Lubricar de forma adecuada.
- Conectar sonda vesical a bolsa colectora.
- Introducir sonda vesical una vez verificada que está en uretra, introducir agua estéril para hinchar el globo y suavemente traccionar para asegurarnos un anclaje adecuado.
- Colocar la bolsa colectora en el larguero de la cama.
- Retirar todo el material sobrante, colocar al paciente de forma que quede cómodo y tras retirada de guantes realizar higiene de manos.

3. Tras sondaje vesical para su mantenimiento:
- Higiene adecuada de zona genital y movilizar sondaje vesical de forma diaria en sentido rotatorio.

5 Discusión-Conclusión

Con la elaboración del preste trabajo se ha llegado a la conclusión de que es necesaria una revisión, actualización y realización de protocolos de cuidados enfermeros que minimicen el riesgo de aparición de infecciones del tracto urinario vinculadas al sondaje vesical.

6 Bibliografía

- Cateterismo vesical y mantenimiento. http://www.enferpro.com/tvesical_.htm.
- Castellote García MJ., Paricio Mateo T. Enfermería oncológica: Sondaje vesical. http://www.opolanco.es/Apat/Boletin12/sondas.htm
- http://www.infirmiers.com/inf/protocole/uronephro/sondageu.php.
- Romina Corna A., García Labarthe F., Aixa Nakasone A., Mariano Temporetti H., Prof. Dr. Miguel H. Ramos.Aspectos generales de la infección urinaria nosocomial. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina – Nº 113 – Marzo 2002 pag. 6-8. Sistemas de eliminación vesical. http://www.tubotica.net http://nosobase.univ-lyon1.fr/recommandations/Urologie/sondagep2.pdf.
- http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion9/capitulo141/capitulo141.htm.
- http://www.fisterra.com/material/tecnicas/catetvesical/catetvesical.asp.
- http://www.bbraun.es/index.cfm?uuid=F698FB182A5AE626625211A50F64CC4B&&IRACER_AUTOLINK&&.

Capítulo 110

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GERIÁTRICO

NAGORE SOLADANA GÓMEZ

LORENA VALLEDOR CASTAÑO

DIANA GONZÁLEZ ARANGO

LAURA MALLADA LLANO

1 Introducción

A la llegada a planta de un paciente en la unidad de agudos de un hospital geriátrico, como personal de enfermería hemos de iniciar el proceso de atención de enfermería (PAE).

En este caso clínico, conoceremos los diferentes diagnósticos de enfermería (NANDA) que se han detectado al paciente, seleccionaremos los objetivos a conseguir a través de las diferentes intervenciones (NIC) que llevaremos a cabo durante su estancia hospitalaria para mejorar su estado de salud y aumentar su calidad de vida.

Para ello, realizaremos una valoración de enfermería al ingreso en la que recogeremos los datos relevantes del estado de salud actual en el que se encuentra, así como determinaremos mediante escalas geriátricas (Barthel y Braden) los difer-

entes criterios, para ajustar al máximo un plan de cuidados personalizado y de calidad.

Una vez recogida y analizada dicha información inicial, procederemos a la creación de un plan de cuidados con sus correspondientes diagnósticos, objetivos e intervenciones anteriormente mencionadas.

Durante su estancia hospitalaria reevaluaremos el estado de salud del paciente y modificaremos los criterios correspondientes, así como eliminaremos los diagnósticos en caso de que estos hayan sido resueltos.

Finalmente, al alta al domicilio o centro sociosanitario del paciente, valoraremos su estado de salud y en función del mismo, ajustaremos el informe de alta de enfermería, eliminando los diagnósticos resueltos y manteniendo los activos para que se mantengan los cuidados continuados correspondientes.

2 Objetivos

- Establecer un plan de cuidados de atención enfermería a un paciente geriátrico que ingresa en unidad de agudos.
- Comparar el estado de salud al ingreso y al alta al domicilio.

3 Caso clínico

Datos de interés del paciente:

Varón de 81 años de edad, ingresa en la unidad de agudos por sufrir una crisis disneica a consecuencia de una insuficiencia cardíaca, acude acompañado de su hijo, el paciente está consciente, orientado en tiempo, espacio y persona y colaborador, no presenta deterioro cognitivo, refiere sentirse cansado a causa de la fatiga.

Comprobamos datos personales, le colocamos la pulsera identificativa, tomamos constantes vitales y administramos medicación de la cena además de colocarle las gafas nasales con un flujo de 2 litros de O2.

El paciente presenta a la llegada: HTA, edemas en MMII y presencia de flictena en MII, deambula con andador debido a una operación de cadera en abril de 2016, desde entonces refiere sentirse inseguro en la marcha y precisa de ayuda en la deambulación y en las ABVD.

En el servicio de urgencias le insertaron vía venosa periférica en MSI, la cual se comprueba que está permeable y en buen estado.

Antecedentes de salud:
• Enfermedades previas: HTA, cardiopatía isquémica tipo Angor, Fibrilación auricular.
• Intervenciones quirúrgicas previas: fractura de cadera izquierda en abril 2016.
• Caídas previas: sí, el día que rompió la cadera.
• Hábitos tóxicos: no.
• Alergias: NAMC
• Medicación domiciliaria: anticoagulantes y diuréticos.

Valoración de enfermería al ingreso:
Dominio 1: Promoción de la salud.
- Cumplimiento del régimen terapéutico: cumple el tratamiento farmacológico, lleva a cabo una dieta adecuada, pero debido a su dificultad para la deambulación el ejercicio diario es escaso.

Dominio 2: Nutrición.
- Tipo de dieta habitual: variada dieta túrmix, no presenta intolerancias alimentarias, presenta normopeso, refiere que en los últimos meses tiene dificultad a la hora de masticar y tragar la carne ya que le faltan piezas dentarias. Dieta oral, no tiene dificultad en la deglución. Piel hidratada y presencia de edemas en MMII.

Dominio 3: Eliminación.
- No presenta problemas al orinar, es continente. lo realiza en botella o WC con ayuda parcial.
- Continente fecal, habito intestinal diario, no uso de laxantes.

Dominio 4: Actividad-reposo.
- No se levanta descansado, en casa sí tomaba ½ Trankimazin ahora no lo tiene pautado.
- En referencia a la autonomía para la vida diaria: el paciente necesita ayuda total para el baño/higiene, ayuda parcial en el vestido, uso del WC y para la deambulación, es autónomo para la alimentación.
- Sí presenta dificultad respiratoria ya que es su motivo de ingreso; presenta disnea en reposo.

Dominio 5: Percepción-cognición.

- Ingresa consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, no presenta alteraciones de la memoria, en la comunicación tiene dificultad en la vista, pendiente de operar de catarata derecha, usa gafas, en la audición y en el habla no tiene problema.

Dominio 6: Autopercepción.
- Estado de ánimo/emocional al ingreso: preocupado por la situación de tener que ingresar, y por el rol familiar ya que su mujer lleva años ingresada en un centro de salud mental.

Dominio 7: Rol-relaciones.
- Vive con un hijo, tiene ayuda domiciliaria a tiempo parcial.
- Personas a su cargo: no
- Situación laboral: jubilado
- Cuidador principal: su hijo y la mujer que viene a tiempo parcial, ambos están preparados para el cuidado del paciente.
- Tiene un buen apoyo familiar, no hay conflictos aparentes entre ellos.
- Es importante saber que su mujer está ingresada desde hace varios años en un centro de salud mental por depresión crónica.

Dominio 9: Afrontamiento-tolerancia al estrés.
- Se observan dignos y síntomas de preocupación por su situación, sufre ansiedad, ya que su mujer está ingresada en un centro de salud mental y se preocupa por ella.
- Se observan signos de preocupación en relación a la pérdida de salud: física.

Dominio 11: Seguridad.
- Vía venosa periférica en MSI, piel integra.
- Riesgo de caídas.
- Presencia de edemas en MMII.

Escalas:
Existen numerosas escalas geriátricas que permiten realizar la valoración integral en el anciano. Usaremos en este caso, escala Barthel que mide el grado de dependencias mediante la asignación de puntos a distintos parámetros de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (alimentación, lavado, vestirse…). En este caso clínico el paciente suma una puntuación de 50 puntos por lo que el grado de dependencia es GRAVE (21-60 puntos).
Requiere una atención centrada en la prevención de riesgos de caídas y aparición de úlceras por presión, entre otras cosas.

Otra escala que se ha utilizado es la escala de Braden-Bergstrom, mide de forma objetiva en función de 6 aspectos que evalúa y puntúa en 3 ó 4 grados. En este caso, el paciente tiene un riesgo bajo (18 puntos) que se reevaluará cada 4 días.

 Escala de BARTHEL de ABVD (tabla 1)

Alimentación
- Independiente 10
- Necesita ayuda 5
- Dependiente 0
(Paciente:10)

Lavado (baño)
- Independiente 5
- Dependiente 0
(Paciente:0)

Vestirse
- Independiente 10
- Necesita ayuda 5
-Dependiente 0
(Paciente:5)

Arreglarse
- Independiente 5
- Dependiente 0
(Paciente:0)

Deposición
- Continente 10
- Accidente 5
- Incontinente 0
(Paciente:5)

Micción
- Continente 10
- Accidente 5
- Incontinente 0
(Paciente:10)

Retrete

- Independiente 10
- Necesita ayuda 5
- Dependiente 0
(Paciente:5 puntos)

Traslado sillón/cama
- Independiente 15
- Mínima ayuda 10
- Gran ayuda 5
- Dependiente 0
(Paciente:5 puntos)

Deambulación
- Independiente 15
- Necesita ayuda 10
- Independiente en silla de rueda 5
- Inmóvil 0
(Paciente:10 puntos)

Escalones
- Independiente 10
- Necesita ayuda 5
- Incapaz 0
(Paciente: 0 puntos)

Puntuación total: 50 puntos (DEPENDENCIA GRAVE)

Grado de dependencia según puntuación de la escala:
- Independiente: 100 p (95 en silla de ruedas)
- Dependiente leve: 91-99 puntos
- Dependiente moderado: 61-90 puntos
- Dependiente grave: 21-60 puntos
- Dependiente total: 0-20 puntos

 Escala BRADEN-BERGSTROM: valoración del riesgo de UPP.

Percepción sensorial
- Sin limitación 4
- Ligeramente limitada 3
- Muy limitada 2
- Completamente limitada 1

(Paciente: 4 puntos)

Exposición a la humedad
- Raramente 4
- Ocasionalmente 3
- A menudo 2
- Cont. Húmeda 1
(Paciente: 4 puntos)

Actividad
- Deambula frecuentemente 4
- Deambula ocasionalmente 3
- En silla 2
- En cama 1
(Paciente: 3 puntos)

Movilidad
- Sin limitación 4
- Lig. Limitada 3
- Muy limitada 2
- Inmóvil 1
(Paciente: 2 puntos)

Nutrición
- Excelente 4
- Adecuada 3
- Inadeacuada 2
- Muy pobre 1
(Paciente: 3 puntos)

Roce y peligro de lesiones
- No hay problema 3
- Problema potencial 2
- Problema 1
(Paciente: 2 puntos)

Puntuación total: 18 puntos (RIESGO BAJO reevaluar cada 4 días).

El paciente suma un total de 18 puntos en escala Braden por lo que en el momento actual tiene un riesgo bajo de aparición de UPP.

Plan de cuidados de enfermería:
1. Diagnósticos e intervenciones:
[00032] Patrón respiratorio ineficaz r/c disnea. (Dominio 4: actividad-reposo).
[3320] NIC: Oxigenoterapia, administración de oxígeno y control de su eficacia.

- Actividad: administrar oxígeno suplementario según órdenes.
- Actividad: vigilar el flujo de litros de oxígeno.
- Actividad: comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno siempre que entremos a la habitación.
- Actividad: comprobar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.

[0180] NIC: manejo de la energía, regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.
- Actividad: seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda.
- Actividad: recomendar la actividad física como la deambulación de manera paulatina, coherente con los recursos energéticos del paciente.
- Actividad: instruir al paciente y familia/ allegados a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.

[00085] Deterioro de la movilidad física r/c intolerancia a la actividad por la disnea y por la intervención quirúrgica de cadera izquierda. (Dominio 4: actividad-reposo).

[1806] NIC: ayuda con el autocuidado: transferencia.
- Actividad: ayuda en la transferencia de cama-sillón, sillón-cama.

[6490]: NIC: prevención de caídas: establecer precauciones especiales ya que es un paciente con alto riesgo de sufrir caídas.
- Actividad: identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas como son los suelos mojados, o el uso de barandillas en la cama.
- Actividad: colocar los objetos al alcance del paciente para que no tenga que hacer grandes esfuerzos.
- Actividad: disponer de un asiento en el baño para que la transferencia sea más sencilla.
- Actividad: sugerir el uso de calzado seguro, cerrado y de su talla.

[00108] Déficit de autocuidado para el baño r/c debilidad m/p fatiga. (Dominio 4:

actividad-reposo).

[1801] NIC: ayuda en el autocuidado: baño/higiene.
- Actividad: proporcionar AP al paciente en el baño, ya que debido a la mala deambulación no es capaz de entrar solo a la bañera y debido a la disnea se fatiga y se cansa con rapidez aun así es capaz de enjabonarse y secarse el mismo.

[00109] Déficit de autocuidado: vestido r/c debilidad m/p fatiga. (Dominio 4: actividad-reposo).

[1630] NIC: vestir, ayuda parcial para vestir al paciente, ya que no puede realizarlo por sí mismo.
- Actividad: necesita ayuda para calzarse y para ponerse el pantalón, el es capaz de abrochárselo y de vestir el resto de prendas.
- Actividad: Elegir zapatillas adecuadas para la deambulación, es decir, cerradas y de su talla.

[00110] Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c fatiga.
[1804] NIC: Ayuda en el autocuidado: aseo (ayuda parcial)
- Actividad: le dejaremos siempre la botella a su disposición para que haga uso de ella en el momento que lo necesite.
- Actividad: Le acompañaremos al WC siempre que se encuentre con ganas, es decir, no esté fatigado, ya que con el andador y con nuestra supervisión puede ir sin problemas.
-Actividad: facilitaremos la higiene del aseo después de la eliminación.

[3590] NIC: vigilancia de la piel.
- Actividad: observar cada vez que va al baño si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y mucosa, ya que debido a la fatiga no deambula con frecuencia, hace vida de cama-sillón y por ello debemos prestar vigilancia al estado de la piel y prevenir UPP.

[00026] Exceso del volumen de líquidos r/c edemas en MMII. (Dominio 2: nutrición).

[4120] NIC: manejo de líquidos.manejo de líquidos.
-Actividad: precisa de un control de líquidos, por lo que se debe evaluar la ubicación y extensión del edema.
-Actividad: controlar la ingesta y la salida de líquidos.
-Actividad: administrar la medicación correspondiente.

[00046] Deterioro de la integridad cutánea r/c presencia de flictena en MID. (dominio 11: seguridad/protección).

[3660] NIC: cuidados de las heridas.
- Actividad: vigilar flictena diariamente para ver evolución, y aplicar cuidados necesarios, según orden médica.

[3590] NIC: vigilancia de la piel:
- Actividad: observar estado de la herida cutánea.
-Actividad: observar si hay signos de infección.
-Actividad: instaurar medidas para evitar mayor deterioro, evitando los roces en la zona afectada.

[00153] Riesgo de baja autoestima situacional r/c alteración del rol social. (Dominio 6: autopercepción).

[5270] NIC: apoyo emocional, proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
- Actividad: ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira, tristeza.

[5330] NIC: Control del estado de ánimo.
- Actividad: evaluar el estado de ánimo

[00004] Riesgo de infección r/c vía venosa periférica (Dominio 11: seguridad-protección).

[2440] NIC: Mantenimiento de dispositivo de acceso venoso.
-Actividad: explicaremos el procedimiento al paciente, después prepararemos el material determinando el catéter a insertar según la vena, y realizaremos la técnica aséptica.
-Actividad: observaremos c/24 horas o cuando precise el estado del dispositivo, detectando los signos de oclusión, flebitis o extravasación.
-Actividad: cambiaremos el sistema siempre que sea necesario o según protocolo.

[00155] Riesgo de caídas r/c uso de andador y con las dificultades en la marcha.

[6486] NIC: Manejo ambiental: seguridad.Manejo ambiental: seguridad.
- Actividad: disponer de dispositivos adaptativos como son las barandillas siempre que se encuentre en la cama para aumentar la seguridad.

-Actividad: acercarle el timbre para que lo tenga a mano en caso de urgencia, y explicarle que debe llamar siempre que lo necesite.
-Actividad: siempre que desee ir al baño debe llamar al timbre.
-Actividad: el andador debe estar a su disposición.

[6490] NIC: prevención de caídas.
- Actividad: precisa de ayuda parcial en la deambulación por lo que debemos acompañarle y establecer un ambiente seguro, es decir, evitar suelo resbaladizo y un calzado seguro.

Valoración de enfermería al alta

El paciente durante su estancia hospitalaria desde el 05/11/2016 hasta el 15/11/2016, ha padecido un proceso infeccioso de Salmonelosis, por ello precisó de un aislamiento de contacto. Dicho proceso infeccioso cursó clínicamente con diarrea y malestar abdominal, tras una semana con tratamiento Antibiótico: ciprofloxacino, cesa el cuadro diarreico y se le da el alta, ya que su motivo de ingreso: disnea, se encuentra resuelto.

Debido a la situación de aislamiento y a su situación familiar anteriormente descrita, el paciente se muestra apático, desganado y preocupado, por ello se le da un mayor apoyo emocional y se le escucha para que se desahogue y muestre sus sentimientos de preocupación y ansiedad.
Otro dato destacable es que el paciente durante dicho aislamiento y debido al cuadro diarreico sufrido se encuentra sin energía y deambula muy poco durante el día mostrando malestar en la rodilla derecha por la falta de caminar.

Diagnósticos resueltos al alta:
- [00032] Patrón respiratorio ineficaz r/c disnea. (Dominio 4: actividad-reposo): el paciente tiene un patrón respiratorio normal para su estado de salud, se mantiene la IC, no precisa de O2.
- [00026] Exceso del volumen de líquidos r/c edemas en MMII. (Dominio 2: nutrición): tras el tto, los edemas desaparecen.
- [00046] Deterioro de la integridad cutánea r/c presencia de flictena en MID. (dominio 11: seguridad/protección), tras realizar los cuidados diarios por orden médica, la piel del paciente se encuentra íntegra.
- [00004] Riesgo de infección r/c vía venosa periférica (Dominio 11: seguridad-protección), al alta se le retira la VVP, desapareciendo por tanto el riesgo de infección.

Diagnósticos activos y algunos de ellos modificados al alta:
- [00085] Deterioro de la movilidad física r/c intolerancia a la actividad por proceso infecciosos de salmonelosis y por la intervención quirúrgica de cadera izquierda. (Dominio 4: actividad-reposo).
- [00108] Déficit de autocuidado para el baño r/c debilidad m/p proceso infeccioso salmonelosis (Dominio 4: actividad-reposo).
- [00109] Déficit de autocuidado: vestido r/c debilidad m/p proceso infeccioso salmonelosis. (Dominio 4: actividad-reposo).
- [00110] Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c debilidad por proceso infeccioso salmonelosis.
- [00153] Riesgo de baja autoestima situacional r/c alteración del rol social. (Dominio 6: autopercepción).
[00155] Riesgo de caídas r/c uso de andador y con las dificultades en la marcha.
- Pérdida de peso.

Escalas:
- Braden-Bergstrom: se mantiene en la misma puntuación ⟶ 18 (riesgo bajo c/4 días), el único pequeño cambio es deambula menos, deambula por la habitación ocasionalmente, pero precisa de mayor estimulación en la deambulación.

• Barthel: se mantiene con la misma puntuación ⟶ 50 (dependencia grave).

4 Discusión-Conclusión

1. A la llegada a planta de hospitalización el personal de enfermeria realiza la valoración de enfermería al ingreso en la que se recoge información clave para posteriormente realizar análisis de los mismos y poder elaborar el plan de cuidados de enfermería correspondiente.

El paciente que ingresa es un anciano cuyo motivo de ingreso es agudo, por lo que se le han activado unos diagnósticos específicos en función de su estado de salud en el momento del ingreso. Destacando principalmente el patrón respiratorio ineficaz ya que ese fue el motivo de ingreso. Tras seleccionar los diagnósticos enfermeros se han descrito unas actividades cuyo objetivo es establecer lo antes posible el estado de salud óptimo al paciente.

2. El paciente ingresó en la unidad por disnea como motivo principal, además de haber sido intervenido quirúrgicamente de un fractura de cadera izquierda recientemente. Porta un catéter de vía venosa periférica, sus MMII está edematosos de-

bido a su patología cardíaca y tiene heridas en MMSS. Además emocionalmente se encuentra mal ya que su mujer está enferma y no vive con el ya que se encuentra institucionalizada.

Tras analizar y organizar todos los datos anteriormente descritos el paciente es dado de alta con los siguientes diagnósticos resueltos: ya no se fatiga y no precisa de oxigenoterapia, se le ha retirado la vía venosa periférica por lo que ya no hay riesgo de infección y gracias al tratamiento médico administrado sus edemas en MMII han desaparecido.

Mientras que su estado de ánimo no ha mejorado, su riesgo de caídas sigue siendo elevado al igual que su grado de dependencia para el uso de inodoro, aseo y a la hora de vestirse.

Tras hablar con su hijo, cuidador principal con el que comparte domicilio, se le informa de la situación actual de salud de su padre y se acuerda en que acudirá a su centro de salud de atención primaria correspondiente para la entrega del informe de alta de enfermería y así mantener seguimiento continuado de cuidados de profesionales de enfermería.

5 Bibliografía

- NANDA Internacional. Diagnosticos enfermeros: Definición y Clasificación.2015-2017. Heather Herdman. Barcelona: Elsevier; 2015.

Sanjoaquín A.C, Fernández E, Mesa M.P, García-Arilla E. Valoración geriátrica integral. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de Geriatría para residentes. Madrid: International Marketing & Communication, S.A (IM&C); 2007. P.59-68.

Capítulo 111

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.

ROCIO ALVAREZ MENÉNDEZ

PILAR FERNANDEZ FERNANDEZ

GRACIELA ALVAREZ PARDEIRO

JOANA GARCIA SOLARES

1 Introducción

La ventilación mecánica no invasiva (VMNi) es un procedimiento de ventilación artificial en la cual no se utiliza para la conexión paciente-ventilador ningún implemento como tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía. La conexión paciente -ventilador se realiza por medio de una máscara que puede ser nasal o facial (nasal-bucal).

La VMNI no es una técnica de reciente aparición. Su historia se remonta a la intervención del pulmón del acero por Drinker y Shaw en 1927. El pulmón de acero fue utilizado por primera vez en 1928 en el Children´s Hospital de Boston. (Massachusetts) en una niña inconsciente con problemas respiratorios., su rápida recuperación contribuyó a popularizar el denominado "Drinker Respirator". Unos años más tarde Emerson mejoró el prototipo de Drinker haciéndolo más pequeño, barato y silencioso. Su papel durante las epidemias de poliomielitis de los años 40 y 50 del siglo pasado fue crucial para mantener con vida a ese 10% de pacientes con polio que cursan con insuficiencia respiratoria aguda y mantenían dependencia ventilatoria.

Desde la década de 1960 hasta el año 1988 se habían descrito 990 casos de pacientes ventilados a domicilio en diferentes países, fundamentalmente en Francia, reino Unido y Estados Unidos. El 14% utilizaban aparatos de presión negativa, el 70% utilizaban respiradores volumétricos por traqueotomía y el 16% accedían a la vía aérea a través de piezas bucales o nasales. En este momento fue cuando De Laubier y Rideau introdujeron las técnicas de ventilación con presión positiva intermitente a través de una mascarilla nasal en pacientes con distrofias musculares. La VMNI se extendió rápidamente como tratamiento de elección de la insuficiencia respiratoria de pacientes con enfermedades neuromusculares, defectos de caja torácica y secuelas de tuberculosis.

En los últimos años la revolución de la VMNI ha abierto nuevos frentes. Uno de ellos donde tratar a los pacientes. Lejos del binomio inicial de planta de neumología o UVI, ha surgido el concepto de unidades de cuidados intermedios respiratorios, que no se ha extendido todo lo deseado. La mayor complejidad de los pacientes ventilados y el mayor consumo de tiempo de enfermería requerido para su atención ha hecho que esta técnica trascienda a otras unidades como son los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias con total éxito.

2 Objetivos

Difundir y conocer la importancia del uso de la ventilación mecánica no invasiva, así como sus beneficios e inconvenientes.

3 Metodología

Realización de búsqueda bibliográfica a través de diversas páginas web, artículos y publicaciones en revistas de enfermería (Scholar Google) y consulta de libros y manuales de VMNI. (Fundamentos, Cuidados de Enfermería en VMNI).
Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron: ventilación mecánica no invasiva, urgencias, cuidados de enfermería.
Decidí hacer uso de aquellos que mejor se adaptan al trabajo que quería realizar, excluyendo todos aquellos que hicieran referencia a ventilación mecánica.

4 Resultados

La VMNI está cada vez más en uso dentro de los Servicios de Urgencias hospitalarios. El uso precoz de la VMNI en el edema agudo de pulmón cardiogénico y

en el EPOC , disminuye los casos de necesidad de IOT, así como la necesidad de ingresos en UCI.

Indicaciones:
En general la VMNI está indicada en: a) Insuficiencia respiratoria grave, aguda o crónica reagudizada. b) Insuficiencia respiratoria hipoxémica, edema agudo de pulmón cardiogénico y EPOC agudizado. c) Pacientes no candidatos a IOT. d) Hipoventilación alveolar secundaria a afectación del SNC (Guillain Barre, Arnold Chiari). e) Malformación de la caja torácica, fibrosis pulmonar, cifoescoliosis, edema de glotis etc.
Contraindicaciones: a) Intolerancia a la mascarilla. b) Neumotórax. c) Bajo nivel de conciencia o paciente poco colaborador. Glasgow inferior a 9. d) Traumatismo facial traqueostomía, quemadura o anormalidades que interfieran en la colocación de la mascarilla. e) Patrón respiratorio inestable y por supuesto en parada respiratoria. f) Cardiopatía isquémica aguda. g) Hipertensión craneal. h) Paciente inestable hemodinámicamente o con hemorragias digestivas. i) Arritmias ventriculares.

Ventajas:
Comparada con métodos invasivos (intubación orotraqueal), tiene las siguientes ventajas:
1. Permite la aplicación de forma intermitente.
2. Fácil de retirar y fácil de restaurar en caso de que se precise.
3. Mayor confort en el paciente. Permite que el mismo paciente busque la mejor posición de la mascarilla o que se la pueda retirar para toser y expectorar. Así mismo puede hablar, retirando temporalmente la mascarilla. Evita el dolor y disconfort derivado del tubo orotraqueal así como la ansiedad por no poder hablar.
4. Reduce la necesidad de sedación. El paciente permanece alerta.
5. Reduce la necesidad de colocar SNG.
6. Reduce el trabajo de resistencia impuesto por el tubo endotraqueal.
Evita las complicaciones del tubo endotraqueal: traumas y daños en hipofaringe, laringe y tráquea, intubaciones selectivas de un bronquio principal, aspiraciones, preserva la fusión barrera de la epiglotis así como el aclaramiento mucociliar, infecciones, complicaciones postextubación (disfonía, estridor, estenosis traqueales).
7. Puede reducir la incidencia de atrofia muscular respiratoria inducida por la ventilación mecánica.
8. Se puede instaurar en estadíos relativamente precoces de la IR, al contrario que la intubación orotraqueal que, en muchas ocasiones, se pospone hasta situaciones

avanzadas de fallo respiratorio, llegando a veces a la parada cardiorrespiratoria.
9. Reduce el tiempo de estancia hospitalaria e intra-UCI.
Inconvenientes:
1. Tiempo invertido tanto por el profesional médico como por el de enfermería en las primeras horas de la instauración de la VMNI. El tiempo que se dedica a la adaptación a esta técnica está relacionado con el grado de experiencia.
2. Distensión gástrica.
3. Fugas aéreas por el mal sellado de la mascarilla.
4. Irritación conjuntival.
5. Intolerancia a las mascarillas.
6. Sequedad de mucosas en las vías aéreas superiores. Dificultada para humidificar el sistema.
7. Lesiones de piel sobre todo a nivel de la nariz llegando incluso a producir necrosis.
8. Dificultad para aspirar secreciones en caso de que sea necesario.
9. Dificultad para administrar una FiO2 concreta(con algunos sistemas de VMNI)
10. Es necesario un grado mínimo de colaboración por parte del paciente. [8]

Complicaciones de la VMNI:
Las complicaciones pueden dividirse en varios grupos según su mecanismo de aparición:
- Relacionadas con la mascarilla o interfase: son la causa más frecuente de complicaciones:
1. Úlceras por presión: puede deberse al uso de una mascarilla inadecuada en tamaño, a un ajuste demasiado fuerte y/o a una protección deficiente de la zona de presión de la mascarilla. Puede existir mayor predisposición en pacientes con un estado deficiente de hidratación, nutrición e higiene o en aquellos que presenten lesiones previas
2. Dermatitis irritativa y eritema facial. Se localizan fundamentalmente en las zonas de apoyo de las mascarillas. Pueden aliviarse mediante una adecuada higiene y el tratamiento con corticoides locales, si existe indicación médica
3. Conjuntivitis irritativa. Se produce por la acción de la fuga de aire sobre la conjuntiva y por el éxtasis del líquido lacrimal por el exceso de presión sobre las fosas nasales que dificulta el vaciado. Se protegerán los ojos mediante el lavado con suero fisiológico y se aplicará tratamiento específico si precisara.
4. Obstrucción de la vía aérea. Se debe al uso de mascarillas nasales y buconasales con presencia de membrana interna que podría taponar las fosas nasales en la inspiración. En el caso de usar este tipo de mascarilla, se tomará la precaución de eliminar esta membrana.

5. Hipercapnia. Se produce por la existencia de importante espacio muerto en la interfase. Deben utilizarse aquellas interfaces con el menor espacio muerto posible. También son útiles las que presentan orificios incorporados, no cerrando los orificios de exhalación.
7. Incomodidad, ansiedad y/o agitación. Se produce por miedo, dolor incapacidad para la comunicación y claustrofobia.

- Relacionadas con el mecanismo de fijación o arnés.
1. Desconexión accidental. Puede deberse a una inadecuada fijación, pero también por falta de colaboración del paciente.
2. Trombosis de la vena axilar, se produce en los casos de uso de interfase Hemlet donde el arnés se sitúa por debajo de las axilas. Esta compresión puede manifestarse con dolor, edema del miembro afectado, cianosis distal de la extremidad e ingurgitación yugular. Pueden aliviarse colocando pesos en las cinchas que aliviarán la presión sobre esas zonas.
- Relacionadas con la presión generada en la vía aérea:
1. Distensión abdominal, náuseas y vómitos. Se produce cuando las presiones inspiratorias que se aplican son mayores a 25 cm de agua y sobrepasan la presión del esfínter esofágico. Se debe vigilar la distensión abdominal y se realizará sondaje nasogástrico si el paciente lo precisa.
2. Broncoaspiración alimentaria. Aparece como complicación de la situación anterior en pacientes que presentan ingesta oral a través de sonda nasogástrica y están utilizando mascarilla facial. Se intentará la postura semisentado y se informará sobre la posibilidad del vómito y sobre la forma de retirar la interfase en caso de que se produzca al paciente y/o su familiar.
3. cefaleas por sinusitis y otitis. Se producen por la entrada de aire a presión en la vía aérea. Se pueden prevenir mediante la hidratación con suero fisiológico de las fosas nasales y aspirando secreciones si es preciso, manteniendo un estado adecuado de hidratación y estimulando para la realización de maniobras de Valsalva que mantienen permeables las trompas de Eustaquio y orificios de drenado de senos. Se valorará el dolor y se administrará tratamiento, si precisa.
4. Neumotórax y neumomediastino. Puede aparecer hipotensión por aumento de las presiones intratorácicas y disminución de la precarga con disminución del gasto cardiaco. Pueden aparecer también arritmias debido a la hipoxemia altas hacen que el filtro se deteriore, se altere la capacidad filtrante y aumenten las presiones por restricción al paso de flujos programados y la ventilación se dificulte con mala tolerancia del paciente a la técnica. Cuando se utilice el humidificador, se conectará entre el filtro bacteriano y la tubuladura, intercalando entre el fil-

tro y el humidificador una trampa de agua para evitar que la condensación en el interior de la tubuladura afecte al filtro.

- Relacionadas con la indicación de la técnica:
1. Herniación orbitaria en pacientes con fractura etmoidal.

- Otras:
1. Dolor. Su origen puede ser multicausal. Puede deberse a enfermedad de base como neumonía, traumatismo, al uso de músculos accesorios, a distensión abdominal, a cefalea por sinusitis u otitis, a irritación de la mucosa respiratoria e incluso, a dolor facial por presión excesiva de la interfase. Se debe valorar el dolor y administrar el tratamiento adecuado, reevaluando su efecto.
-Relacionadas con el grado de humidificación.

1. Por exceso. Humidificaciones:
Acumulación de secreciones. Suele ser el efecto conjunto de múltiples causas como son el aumento de la producción de secreciones de la enfermedad de base, el efecto irritante del flujo de aire sobre las mucosas que hace que las secreciones sean espesas, una humidificación deficiente, hipoventilación por deterioro neurológico o por dolor, disminución del reflejo de tos y dificultad para expectorar de forma eficaz, deshidratación general del paciente y postura inadecuada que dificulta los movimientos toraco abdominales. Se deberá mantener permeable la vía aérea, aspirando secreciones si fuese preciso. Se estimulará al paciente para la realización de ejercicios respiratorios que faciliten la expectoración. Se mantendrá al paciente con un adecuado estado de hidratación y se colocará al paciente en una postura adecuada.

2. Por defecto. La humidificación deficiente provoca sequedad nasal y faríngea, proporciona un aire excesivamente seco que produce alteración de la mucosa y mayor posibilidad de formación de tapones mucosos que dificultan la ventilación y pueden obstruir la vía aérea. Se debe utilizar humidificación siempre que la técnica se vaya a aplicar al menos 24 horas. Se controlará el grado de humidificación y se realizará higiene exhaustiva de nariz y boca siempre que sea posible

5 Discusión-Conclusión

Cuidar a una persona con alteraciones respiratorias, es una de las situaciones más críticas a las que se enfrenta una enfermera en su ejercicio clínico. El abordaje de las múltiples situaciones derivadas, requiere un excelente conocimiento de

la fisiología pulmonar y del intercambio de gases, pero además del impacto que genera en la persona y sus familiares la utilización de la VMNI.

Obliga a la enfermera a poseer una competencia adecuada en el manejo de respuestas humanas causantes de altas dosis de sufrimiento de estos pacientes, a la vez que ha de dominar el manejo de dispositivos y técnicas a veces muy complejas, pero fundamentales en el mantenimiento de la seguridad del paciente. Y aunque la valoración de enfermería debe hacerse sobre todas las necesidades del paciente de forma genérica, en el paciente con problemas respiratorios hay algunas claves que deben ser foco de atención de la enfermera de forma permanente.

El uso de la ventilación mecánica no invasiva reduce el número de intubaciones, así como las complicaciones derivadas de las mismas (paro cardiaco debido a la hipoxia, lesiones laríngeas o traqueales, neumopatía nosocomial, lesiones traqueales secundarias a intubaciones prolongadas). Esta técnica debería ser usada en los Servicios de Urgencias principalmente en dos tipos de pacientes, edema agudo de pulmón cardiogénico y en la reagudización del EPOC.

6 Bibliografía

1-John B., West MD. PhD . Estructura y función. Fisiología respiratoria. 7ª ed. Medicina Panamericana. 2005 1-11.
2- Better T., Praitter M., Irwin R. Insuficiencia Respiratoria: enfoque fisiológico de la insuficiencia. Medicina intensiva Marban. 2006. 565-578.
3- John B. West MD. Relación ventilación- Perfusión. Fisiología respiratoria. 7ª ed. Medicina panamericana 2005. 57-75.
4-Currents concepts in mechanical ventilation. Tobin MJ. NEJM. 1994.61-1056
5- Del Castillo D., Otero F., Valenzuela Mateos M., Arenas Gordillo. Ventilación no invasiva en pacientes agudos. Ed Madrid Neumosur 2005. 175-185.
6- Orlando P., Efectos fisiológicos de la ventilación no invasiva. Rev. Chil Enfermedades respiratorias 2008 24: 177-184.
7- Lesching T., Kwock H., Hill N. Chest 2003. 124: 699-713.
8- Blasco Montilla J., Ortega Vinuesa F. ventilación no invasiva. Principios de urgencias y emergencias y cuidados críticos.
9- Esquina A., Blasco B.„ Matlestad D., Ed Alhulia. VMNI en emergencias y urgencias. 76-90.
10- Diaz-Lobeto S., Mayorales S., Reflexiones para la organización y desarrollo de una unidad de ventilación mecánica no invasiva y domiciliaria. Serv. Neumología

34 hospital Ramón y Cajal. Hospital de Mostoles. Arch. Bronconeumol 2005 41: 57983.
11- Esquinas A., Tratado de ventilación mecánica no invasiva. Práctica clínica y metodología. Tomo I. Biblioteca Aula Médica. 2006.
12- Esquinas A., Concensos Clínicos en ventilación mecánica no invasiva. Grupo Aula Médica 2008.
13- Esquinas A., Blasco B., Hnatested D., Interacción enfermo-respirador no invasivo en urgencias. 133-158.
14- Marín Sánchez B., Pérez Rodriguez M. Iniciación VMNI. Cap 14. Cuidados de enfermería Ed, Fundación IAVANTE 178-183.
15- Diagnósticos NANDA. Taxonomía II. Ed Marcourt.
16- Artecho R., García de la Cruz J.L., Panadero J.A., Jurado A., Pegayón H. Ventilación mecánica no invasiva. Utilidad clínica en urgencias y emergencias. 2000 12: 328-26.
17 Beranguer A. Cubedo M., Sánchez F., Modos ventilatorios utilizados en VMNI. Medicina crítica práctica. Barcelona 2005.
18- Mols G., Vugern-Stermberg B., Strons C., Respiratoty confort and breathing pattern durIng volume proportional assist ventalitation and pressure support ventilation. Crit. Care Med 2000 28: 1940-46.
19- Fernández M., Vayá J., Almanza S. Ventilación no invasiva con asistencia proporcional. Medicina crítica práctica. Coord González G., Esquinas A. Barcelona 2005
20- Morales Asencio J.M., Torres Pérez L. Procesos respiratorios. Cuidados al paciente crítico adulto. Grupo paradigma. 2007. 223-230.
21- Esteban M. Manual de cuidados intensivos para enfermería. 3ª ed. Barcelona 2000.
22- Gandttlet Beare P., Noyers J.L. Valoración de enfermería del aparato respiratorio. Principios y prácticas de la enfermería. Ed Mosby 1995. 447-97.
23- Ortega González A., González Mongado N., Indicaciones de la oxigenoterapia en pacientes ingresados en cuidados críticos e intermedios.
24. Pertab D., Principles of non invasive ventilation, a critical review 2009. 18 1004-1008.
25- Roge L., Gerdtz M.F. Review of non invasive ventilation in the emergency department clinical considerations and management priorities, J. clin nurs 2009 18 (23) 3216-3224.
26- Hernández Rodriguez J.G., Díaz Hernández M., Sánchez García J., Guía de intervención rápida de enfermería en cuidados intensivos. Madrid difusión. Avances Enfermería 2007.

27- Pons M., Balaguer M., Complicaciones y problemas técnicos de la Ventilación Mecánica No Invasiva. 2009. Pag 85-90.
28- The Iron Lung. Apolio patiens Story. Soc Med (2010). 256-259.
29- Abdala A., Historia y evolución de la ventilación mecánica no invasiva. Rev Concrec (2005) 188-198.

Capítulo 112

IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN UNIVERSAL CUANDO HAY QUE LLEVAR A CABO AISLAMIENTO RESPIRATORIO O POR GOTAS Y AISLAMIENTO AÉREO O POR GOTITAS A NIVEL HOSPITALARIO.

MARÍA ISABEL PINTO MORALES

JUDITH ALMUDENA GUERRERO BENITO

1 Introducción

Las primeras epidemias aparecen recogidas en escritos de mundo antiguo. En aquel momento a estas enfermedades contagiosas de carácter epidémico o pandémico que se extendían velozmente y causaban gran mortandad se las conocía como Pestes.

Las pestes se iniciaban en una población y se extendían a través de las rutas comerciales terrestres y marítimas de unos países a otros. Este tipo de pestes se entendían como castigos divinos consecuencia de los pecados de los hombres, no existía la idea de que su contagio pudiese ser por contacto directo con las personas enfermas, o indirecto por contacto con objetos que hubiesen entrado en

contacto con las personas enfermas y en donde hubiesen quedado depositados los gérmenes.

Entre 1646 y 1665 se produjo un nuevo brote de peste negra en Europa, esta enfermedad era conocida y había tenido ya varios brotes desde 1347. Hubo lugares durante el brote de 1646 en donde la mayoría de los médicos murieron de la enfermedad debido a su contacto con los enfermos. En esta ocasión empezaron a aparecer textos en los que ya no se hablaba de la transmisión de la enfermedad a través de miasmas (los miasmas se entendían como fruto de la descomposición de ciertas sustancias en la materia y/o aire) e intuitivamente se empezó a pensar en agentes patógenos especiales.

Este cambio de pensamiento llevó a cambios en la política sanitaria de las ciudades. Se empezó a llevar a cabo las cuarentenas de los barcos, no en el puerto, sino mar adentro.

Así mismo los médicos que se enfrentaban a estas epidemias comenzaron a protegerse del contagio con una vestimenta especial; se vestían con ropas largas y se cubrían completamente la cabeza. En la nariz se colocaban una especie de pico de ave rellena de algodón empapado en substancias aromáticas para evitar el contagio por inhalación.

Este podría ser un ejemplo de cómo se empezaron a usar medidas de prevención y aislamiento hacia la personas con enfermedades infecto-contagiosas en un intento de proteger, tanto a aquellos que por su trabajo debían entrar en contacto con las personas enfermas, como al resto de la población sana.

La lepra es otro claro ejemplo de enfermedad infecto-contagiosa que convive con el hombre desde el inicio de los tiempos. A los leprosos se les apartaba de la sociedad, es decir se les aislaba, bien recluyéndoles en leproserías o bien obligándoles a vivir apartados de la comunidad y avisar de su presencia tocando una campanilla que permitiese a las personas sanas apartarse de ellos. Su única compañía eran otros enfermos y los religiosos que los cuidaban.
En 1873, un médico noruego llamado Gerhard Amauer Hansen, identificó al Mycobacterium leprae, agente causal de la lepra y recomendó el aislamiento de los pacientes. Tras llevar a cabo dicho aislamiento y una mejora profunda de las condiciones de vida se vio que al cabo de unos años en los países del norte de Europa prácticamente desaparecieran los casos de lepra antes del descubrimiento de su tratamiento específico, las Sulfonas.

Este sería un ejemplo de cómo una política sensata de aislamiento, aun incluso sin disponer de un tratamiento específico para curar la enfermedad, puede llevar a controlar un brote de una enfermedad y lograr controlar y prácticamente erradicar la misma.

En la actualidad cada vez más nos enfrentamos a serías razones para conocer y poner en práctica las medidas de aislamiento en cualquier paciente que entre por la puerta del hospital. El conocimiento actual nos permite saber que hay enfermedades que son contagiosas durante su período de incubación, aun cuando todavía no se ha manifestado ningún síntoma.

Así mismo cada vez hay más bacterias que se hacen resistentes a los tratamientos antibióticos de los que disponemos. Si cuando un paciente presenta un germen de este tipo no se aísla de modo seguro es un fácil foco de contagio para otros pacientes ingresados con lo que ello supone de morbi-mortalidad para todos aquellos que entren en contacto con el germen multirresistente. Así mismo medidas de aislamiento deficientes pueden llevar a que el personal sanitario y no sanitario que entra en contacto con ellos se conviertan en portadores sanos que diseminen el germen entre pacientes ingresados e inmunodeprimidos en los que el germen si va a provocar infección y clínica.

La aparición de enfermedades nuevas para las que no existe tratamiento, sobre todo aquellas producidas por virus, como el Ébola, la gripe A y últimamente el coronavirus… gérmenes novedosos para los que no estamos preparados ni a nivel inmunitario, ni a nivel sanitario hacen que sea muy importante conocer y adoptar las medidas de aislamiento que protejan tanto a los profesionales sanitarios y no sanitarios que entran en contacto con ellos; como al resto de la población sana, susceptible de enfermarse.

2 Objetivos

- Afianzar los conocimientos sobre las medidas de aislamiento estándar que deberían emplearse con cualquier persona a la que se brinda atención sanitaria hospitalaria.
- Reforzar los conocimientos sobre la forma de llevar a cabo aislamientos específicos, en este caso respiratorio y por gotas. Uno de los aislamientos que puede llevar a mayor confusión ya que en ambos casos estamos hablando de patologías cuya transmisión se entiende se produce a través del aire y de secreciones procedentes de vías respiratorias.

- Evitar que el no conocimiento de la diferencia entre ambos tipos de aislamiento puede provocar que se adopten medidas extraordinarias cuando no son precisas, con el gasto extraordinario que esto supone. No usar las medidas adecuadas a la patología, lo que hace que se ponga en riesgo de contraer la enfermedad al personal sanitario y no sanitario que atiende al paciente y a aquellas personas que puedan ir a visitarlo.

3 Metodología

Revisión histórica de como evoluciono el abordaje de enfermedades infecto-contagiosas desde el punto de vista de medidas de aislamiento y control de la enfermedad, a medida que fueron avanzando los conocimientos sobre este tipo de enfermedades y su modo de propagación.

Revisión bibliográfica sistemática a través de las bases de datos sanitarias (Google académico, Pubmed, Scielo, Medline plus, Dialnet y Cuiden) de publicaciones relacionadas con las medidas de aislamiento universales y de las medidas específicas de aislamientos según germen y patología.

Revisión de protocolos hospitalarios vigentes y en uso de aislamientos estándar, respiratorio o por gotas y aéreo o por gotitas.

4 Resultados

Las medidas de aislamiento hospitalario buscan evitar la propagación de las infecciones mediante el uso de barreras físicas y espaciales que rompan la cadena de transmisión tanto de la puerta de salida como de entrada de una enfermedad específica.
Hay una serie de medidas que se conocen como universales y que se deben aplicar a todo paciente que llega al hospital independientemente de su diagnóstico en el momento de ingreso y del conocimiento o no de si presenta una infección contagiosa. Sería un enfoque de todos somos contagiosos mientras no se demuestre lo contrario.

Estas precauciones universales están enfocadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos a través de la sangre, los fluidos corporales (excepto el sudor), la piel no intacta y las mucosas.
• Medidas administrativas. Todos los hospitales deben tener protocolos relativos al manejo del paciente, tanto en lo relativo a su transporte dentro del hospital,

como a su localización en boxes individuales en la medida de lo posible a su llegada a urgencias, y a su derivación a una habitación adecuada a las necesidades del paciente.
Deben formar así mismo a su personal en la prevención y control de las infecciones.
Debe haber un protocolo para la recogida de vajilla, sábanas y demás ropa usada por el paciente. Así como protocolo para la eliminación de excretas y fluidos.
• Lavado de manos. Es la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos. Su importancia es tal que la Organización Mundial de la Salud establece los 5 momentos para el lavado de manos. (Antes de entrar en contacto con el paciente o de realizar un procedimiento limpio, aséptico o invasivo. Después de la exposición a fluidos corporales, contacto con el paciente o el entorno inmediato del paciente).
• Equipo de protección personal (EPP). Compuesto por guantes, bata, mascarilla y protección ocular.
• Prevención de las exposiciones accidentales a sangre y fluidos orgánicos. Mediante el uso de agujas, bisturís y otros elementos cortantes del modo más seguro posible (lancetas de seguridad, agujas de punta roma…) y desechándolos posteriormente en contenedores para la recogida de material punzante.
• Prácticas seguras en la administración de inyecciones. Técnicas asépticas para la preparación y administración de medicación parenteral. Jeringas y agujas de un solo uso que no se deben re capsular y se deben desechar y contenedores específicos para tal fin.
• Prácticas seguras para las punciones lumbares (punciones lumbares, anestesia epidural…) que deben ser realizados con mascarilla quirúrgica.
• Higiene respiratoria y tos, cuyo objetivo es evitar el riesgo de infecciones por microorganismos que se transmiten mediante gotas. Uso de mascarilla quirúrgica por parte de enfermos y familiares que presenten tos, rinorrea y estornudos. Deberán colocarse a cierta distancia en salas de espera. Se les recomendará el uso de pañuelos desechables y normas de higiene al toser o estornudar.

Estas medidas universales se verán implementadas con las necesarias para controlar el mecanismo de transmisión. Para ello es importante diferenciar cual es el modo de transmisión de las distintas enfermedades que pueden contagiarse a través del aire y las secreciones respiratorias.

El aislamiento aéreo o por gotículas busca evitar la propagación de microorganismos que se transmiten por la vía aérea por partículas menores o iguales a 5 micras, a través de los grupos goticulares de Wells. Por su pequeño tamaño pueden

permanecer suspendidas en el aire durante largos períodos de tiempo como es en el caso de:
• TBC.
• Sarampión.
• Varicela.
• Herpes Zoster diseminado.
• Ébola.
• SARS.

Este tipo de aislamiento implementará sobre las medidas universales las siguientes:
• Habitación individual con presión negativa, renovándose el aire entre 6 y 12 veces por hora, aire que se eliminará al exterior a través de filtros de alta eficacia. En el caso de no disponer de este tipo de habitación, se usará habitación individual con ventana exterior que facilite la posibilidad de una buena aireación de la habitación. Sea cual sea el tipo de habitación la puerta permanecerá siempre cerrada.
• La mascarilla a usar será de alta eficacia FFP2 o FFP3. Qué será desechada fuera de la habitación en un recipiente destinado a tal uso.
• En el caso de sarampión, varicela o herpes zoster diseminado las personas no inmunes (no vacunadas o que no hayan pasado la enfermedad) no deberán entrar en la habitación. Así mismo las personas inmunes no necesitaran mascarilla.
• El material no fungible, tipo esfigmomanómetro, termómetro, glucómetro… será de uso individual y permanecerá dentro de la habitación.
• El material desechable utilizado para el cuidado del paciente o la protección del trabajador se depositará dentro de la habitación a excepción de la mascarilla de protección.
• Visitas restringidas y deben ser informadas del tipo de aislamiento del paciente y de las medidas de protección que deben seguir. Se insistirá en la importancia no solo del cumplimiento de las medidas, sino también de la importancia de la higiene de manos especialmente al salir de la habitación tras la visita.
• Colocación de cártel a la puerta de la habitación especificando tipo de aislamiento y medidas a seguir.
• Se reducirá a lo mínimo imprescindible el movimiento del paciente dentro del hospital. En el caso de que necesite ser trasladado por causa de fuerza mayor (técnicas diagnósticas o terapéuticas que no se puedan aplazar) el paciente debe usar mascarilla y se avisará al personal que le acompañe durante el traslado ya los lugares donde va a ser trasladado del tipo de aislamiento de que está siendo objeto el paciente, para que puedan organizar su llegada evitando el contacto con otros

pacientes, el personal pueda protegerse adecuadamente y se pueda proceder a la limpieza adecuada de las instalaciones tras la marcha del paciente.
• Vajilla desechable, en su defecto se recogerá la bandeja de la comida en último lugar, usando siempre guantes que se desecharán inmediatamente tras depositar la bandeja en el carro de comidas.
• Recogida de ropa, restos de comida y limpieza de la habitación en último lugar.
• Cuando ya no sea necesario el aislamiento del paciente y pueda ser trasladado a otro tipo de habitación dentro del hospital o dado de alta a su domicilio, se procederá a realizar desinfección terminal de la habitación.

El aislamiento respiratorio o por gotas busca evitar la propagación de aquellos microorganismos que se transmiten por vía aérea a través de partículas mayores de 5 micras, su mayor tamaño hace que se sedimenten por gravedad en un radio de acción de 1 metro entorno al lugar en donde se han producido. Tal es el caso de:
• Tosferina.
• Difteria.
• Rubéola.
• Meningitis por meningococo.
• Haemophilus influenzae.
• Neumonía por mycoplasma.
• Faringitis estreptocócica, neumonía o escarlatina en niños.
• Infecciones víricas graves producidas por Adenovirus.
• Paperas.
• Parvovirus B19.

En este caso las medidas específicas ligadas al mecanismo de transmisión y que se deben implementar sobre las medidas universales son:
• Habitación individual, que en caso de necesidad puede compartirse con pacientes de similar patología o de distinta patología (tras valoración médica) separándolos entre sí al menos 1 metro. La puerta de la habitación puede permanecer abierta.
• Uso de mascarilla quirúrgica que será desechada antes de salir de la habitación de forma aséptica.
• El material no fungible, tipo esfigmomanómetro, termómetro, glucómetro… será de uso individual y permanecerá dentro de la habitación.
• Todo el material desechable utilizado para el cuidado del paciente y la protección del trabajador, incluida la mascarilla, se desechará dentro de la habitación.

• En el caso de la rubeola las personas no inmunes evitaran el contacto con los pacientes afectos.
• La habitación será señalizada con cártel con el tipo de aislamiento y las medidas a seguir.
• Las visitas serán restringidas y se les informará de cuál es el tipo de aislamiento y cuáles son las precauciones que deben tener para la visita del paciente. Se insistirá en la importancia de la higiene de manos antes, durante y tras la visita.
• En el caso de que sea imprescindible mover al paciente dentro del hospital para pruebas diagnósticas o terapéuticas, al paciente se le colocará mascarilla quirúrgica. Así mismo se avisará al personal que lleva a cabo el traslado y a la unidad de destino del tipo de aislamiento que necesita el paciente para que puedan tomar las medidas oportunas de protección personal, hacía otros paciente y de limpieza tras la marcha del paciente en aislamiento.
• Recogida de ropa, restos de comida y limpieza de la habitación en último lugar.
• Vajilla desechable o en su defecto se recogerá la misma en último lugar, siempre con guantes que se desecharán inmediatamente tras depositar la bandeja en el carro de comidas.
• Cuando al paciente se le pueda retirar el aislamiento o sea alta a su domicilio se llevará a cabo desinfección terminal de la habitación.

5 Discusión-Conclusión

1. Es preciso iniciar el aislamiento como medida terapéutica ya desde la entrada de los pacientes por la puerta de urgencias hasta su hospitalización, para lo cual hay que formar al personal y establecer normativas al respecto.
2. El uso adecuado de las medidas de aislamiento universal, así como de las indicadas para el aislamiento respiratorio y aéreo, redundaran en una adecuada protección del personal sanitario y no sanitario que entra en contacto con el paciente que precisa este tipo de aislamiento.
3. La educación sobre las medidas a seguir a los visitantes del paciente hará que la visita sea segura y no se expongan a la patología del enfermo al que visitan. Así mismo la restricción de las visitas minimizara el número de personas expuestas a la posibilidad de contagio de la enfermedad.
4. Una comunicación adecuada dentro del ámbito hospitalario cuando sea imprescindible trasladar al paciente facilitará la toma de las medidas oportunas por parte de la unidad de destino y de los acompañantes del paciente durante el traslado de cara a evitar la posible propagación de su patología a otros enfermos.

5. El mantenimiento de las medidas de aislamiento durante el tiempo que sea necesario para cada patología, junto con el tratamiento adecuado a la misma, hará que el paciente pueda curarse de su enfermedad al tiempo que se evitará que se siga propagando la enfermedad. Lo que permitirá evitar brotes epidémicos o pandémicos.
6. Sería importante ubicar los contactos que tuvo el paciente previamente al ingreso para poder localizarlos, informarles y recomendarles aislamiento domiciliario durante el período de incubación de la patología a la que se han visto expuestos. Educándoles para que mantengan vigilancia sobre la aparición de síntomas que puedan ser compatibles con la misma patología de la persona infectocontagiosa con la que han estado en contacto y que les permita acudir prontamente a un centro sanitario en el caso de iniciarse los síntomas.
7. El mejor modo de evitar la propagación de las enfermedades contagiosas es mediante la educación a la población sobre las medidas de protección que pueden adoptar para evitar la exposición a estos gérmenes en su día a día. Acompañada de una adecuada formación del personal sanitario para saber cuándo, cómo y a quién deben aislar, con el fin de evitar las infecciones cruzadas y preservar su propio estado de salud, ya que si los que atienden al pacientes contagiosos también se enferman, son menos efectivos humanos disponibles para atender a los que enferman.

6 Bibliografía

- http://www.portaldehistoria.com.
Las primeras epidemias de la historia.
- Plan nacional Resistencia Antibióticos, 2017. Recomendaciones sobre precauciones estándar y precauciones basadas en la transmisión de microorganismos.
- J M Aranaz, 2006. Cartas al director 410. Mitos y miedos: Las precauciones frente a la gripe Aviar las justifica el mecanismo de transmisión. SciELO España.
- Medidas de Aislamiento y otras precauciones para pacientes con enfermedades transmisibles. Hospital de Donostia.
- Guía de Aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles, 2007. Consejería de Salud y Servicios sanitarios. Servicio de salud del principado de Asturias.
- Organización Mundial de la salud. Precauciones estándares en la atención de la salud.
- Centers for Disease Control and Prevention, 2007. Guía para las precauciones de aislamiento: prevención de la transmisión de agentes infecciosos en entornos de atención médica.

- Anna Sangorrin Iranzo, 2014. Precauciones de aislamiento en la atención sanitaria.
- Ferreiro López I, Pérez Saavedra A, 2018. Medidas de protección individual y colectiva para el personal sanitario ante los distintos tipos de aislamiento en el medio hospitalario. Revista Enfermería del Trabajo 2018.

Capítulo 113

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR RELACIONADO CON PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN EL NEONATO.

NAZARET SUÁREZ BOTO

NATALIA LÓPEZ PÉREZ

1 Introducción

Hasta la década de los 70 se consideraba que los neonatos no tenían dolor y que no conservaban memoria del mismo. En la década de los 80 se pensaba que los prematuros no podían sentir dolor alguno pero numerosos estudios a día de hoy han probado que esto no es así.
Podríamos decir que la mejor definición del dolor en un neonato sería sufrimiento entendiéndolo como la reacción afectiva negativa inducida por varios estados psicológicos como dolor, miedo, ansiedad y estrés.
Por tanto es importante conocer cuáles son los cambios subjetivos y objetivos del dolor. Uno de los parámetros más conocidos es el llanto, sin embargo su ausencia no indica la ausencia de dolor.
Los cambios o manifestaciones de dolor en los recién nacidos son:
1. El llanto.
2. La expresión facial (todo tipo de gesticulaciones, bien sean contracción de cejas, párpados, apertura de boca….)

3. Movimientos corporales.

Los indicadores fisiológicos del dolor se asocian a cambios en la frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial, saturación de oxígeno, respuesta humoral y metabólica, presión intracraneal, sudoración de las palmas y alteraciones vasculares.

Hay numerosos estudios que han probado la eficacia de intervenciones no farmacológicas en el alivio del dolor en el neonato: en los recién nacidos amamantados, la lactancia materna es el método de elección, aprovecha la suma de la succión, la ingestión de sustancia dulce, el método canguro (abrazo materno), también se ha demostrado que la sacarosa junto con el contacto directo (piel con piel) proporciona una analgesia eficaz útil en aquellos neonatos que no están siendo amamantados, por lo general se recomienda administrar sacarosa al 24% 2 minutos antes del método invasivo, bien sea una vacuna, un pinchazo en el talón…..

2 Objetivos

- Identificar el dolor en el neonato.
- Proporcionar a los profesionales sanitarios directrices sobre cómo incorporar en sus intervenciones no farmacológicas o conductuales el alivio del dolor en el neonato.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo un revisión bibliográfica sistemática, se ha buscado en libros y también consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y google académico seleccionando artículos científico.

4 Bibliografía

- Anestesia neonatal y pediátrica publicado por Elsevier España 2006.
- American academics of Pediatrics. Preventions and management of pain and stress in the neonate. Pediatrics. 2000.
- Mcgrath. The social context of neonatal pain. 2002.

Capítulo 114

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CUIDADOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES ADULTOS CON GRIPE A INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

JUDITH ALMUDENA GUERRERO BENITO

MARÍA ISABEL PINTO MORALES

1 Introducción

Durante los periodos en los que la incidencia de la gripe aumenta considerablemente en los adultos que requieren ingreso en las unidades de cuidados intensivos , es necesario tener un conocimiento del proceso para garantizar una asistencia adecuada.

2 Objetivos

- Identificar con prontitud los signos y síntomas y criterios que nos indican el diagnóstico de una gripe A.
- Identificar los pacientes adultos de riesgo de padecer una gripe complicada o de mala evolución.

- Instaurar el tratamiento con prontitud.
- Evitar el deterioro de los pacientes adultos por la falta o tardanza de nuestra intervención.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica sistematizada utilizando diferentes bases de datos sanitarias (Medline, Cuiden, Pubmed y Dialnet) utilizando como descriptores las palabras clave: gripe A (H1N1), UCI, cuidados, tratamiento y complicaciones.

4 Resultados

Se define gripe A como enfermedad infecciosa del aparato respiratorio producida por el virus de la influenza. Si algo caracteriza a este microorganismo es su capacidad de contagio a través de las gotitas de saliva que se expulsan al hablar, toser o estornudar.

Los criterios que nos harán sospechar de un nuevo caso de gripe A son:
- Fiebre > 38 ºC
- Malestar general, mialgias, cefalea
- Sintomatología respiratoria (tos, expectoración, disnea, rinorrea, dolor torácico, dolor garganta)
- Puede asociarse a diarrea y vómitos.

Pronóstico: La mayoría de personas adultas que contraen la gripe evoluciona favorablemente pero existen unos pacientes que pueden evolucionar hacia una gripe complicada y presentar complicaciones importantes.

Tendremos muy en cuenta si el paciente adulto que estamos atendiendo tiene factores de riesgo que podrían convertir esa gripe A en una gripe complicada o de mala evolución. Éstos pacientes son:
- Mujeres gestantes
- Obesidad
- Mayores de 65 años
- Menores de 19 años en tratamiento con AAS
- EPOC y asma
- Insuficiencia renal crónica
- Hepatopatía crónica
- Diabetes Mellitus

- Enfermedad neoplásica activa
- Hemoglobinopatías
- Inmunodeprimidos
- Compromiso en el manejo de secreciones respiratorias
- Esplenectomizados

Los Criterios de laboratorio que usaremos para diagnosticar la gripe A son:
- RT-PCR para influenza A (H1N1). Detección por PCR en tiempo real del nuevo virus de la gripe A en muestra respiratoria.
- Cultivo viral lento
- Aumento de 4 veces del título de anticuerpos ante el virus influenza A (H1N1) en una segunda serología a los 10-14 días. Prueba cuyo resultado se obtiene de forma tardía pero necesaria porque existe un 10% de falsos negativos en la detección de PCR en tiempo real en muestras respiratorias.
- Aunque no es un criterio diagnóstico, es característica en las formas graves la presencia de niveles elevados de CPK y LDH.

1.- Términos importantes a tener en cuenta:
Definiremos Neumonía comunitaria grave: persona adulta que presenta signos y síntomas de infección respiratoria, fiebre, tos, esputo, dolor pleurítico, leucocitosis o leucopenia asociado a infiltrados pulmonares nuevos en la radiografía de tórax.

Existen varias reglas predictivas de neumonía comunitaria grave: CAP-PIRO, Sociedad Americana de Tórax (ATS), Sociedad Británica de Tórax (CURB-65), ninguna de ellas decide la necesidad de ingresar en la unidad de cuidados intensivos.

Hablaremos de insuficiencia respiratoria aguda cuando se cumplan los criterios:
- PaO2 < 60 (respirando aire ambiente)
- PaCO2 > 45
- Taquipnea > 30 rpm

Se describe como lesión pulmonar aguda (LPA) y , cuando exiten:
- Infiltrados pulmonares bilaterales
- Hipoxemia severa: .PaO2/FiO2 < 300 = LPA
. PaO2/FiO2 < 200 =SDRA
- No evidencia de insuficiencia cardiaca por datos clínicos o PCP > 18 mmHg si monitorización con Swan Ganz.

2.- Diagnóstico y tratamiento empírico.

Ante un paciente con criterios de sospecha de gripe A, o de neumonía comunitaria grave sin etiología bacteriana filiada, que además cumpla criterios de insuficiencia respiratoria severa o con evolución desfavorable, sería aconsejable ingresarlo en la unidad de cuidados intensivos y realizar las siguientes actuaciones:
- Tomar muestra de frotis nasal/faríngeo (y secreciones respiratorias si está intubado) y enviar para determinación urgente de PCR en tiempo real específica de virus A (H1N1).
- Realizar 2 hemocultivos, cultivo de muestra respiratoria (esputo, aspirado secreción traqueobronquial) incluyendo tinción de Gram urgente y cultivo viral.
- Análisis y cultivo de líquido pleural, si tiene derrame.
- Determinación de antígeno urinario para neumococo y legionella.
- Iniciar tratamiento inmediato con Oseltamivir.
- Iniciar tratamiento antibiótico con una cefalosporina de 3ª generación + un macrólido. En pacientes con factores de riesgo considerar una cobertura antibiótica alternativa que incluya la cobertura de pseudomonas aeruginosa o staphylococcus aureus.
- En pacientes con hipoxemia (Pa O2 < 80 mmHg respirando aire ambiente) o taquipnea superior a 25 rpm deberá realizarse una observación estricta en los servicios de medicina intensiva

3.- Tratamiento antivírico:
Se iniciará en las 48 horas del inicio de los síntomas en los pacientes que presentes formas graves o con riesgo de tener mala evolución antes de tener el resultado de las muestras para virus porque se ha demostrado que el tratamiento es más efectivo si se indica dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas. Se tratarán todos los casos con sospecha clínica independientemente del tiempo de presentación desde el inicio de los síntomas.

La dosis estándar de oseltamivir es de 75 mg cada 12 horas por vía oral durante 5 días. Efectos secundarios del oseltamivir son: nauseas, vómitos, insomnio y reacciones cutáneas eritematosas, que en principio no deben limitar su administración. En pacientes con neumonía se podría aumentar la dosis al doble (150 mg/12 h) especialmente en obesos (IMC>30) . En algunos países, en los casos graves con ventilación mecánica, se están utilizando doble de dosis y una duración del tratamiento de 14 días.

Se tomarán muestras respiratorias (frotis nasofaríngeo y secreciones respirato-

rias) cada 7 días (o cada 5 días, si es posible) para determinación de PCR en tiempo real de virus y cultivo viral hasta que resulten negativas, momento en el que se suspenderá el tratamiento. Para seguimiento, evalucación del tratamiento y criterio de inefectividad del paciente, lo más idóneo se´ria realizar cultivo viral, ya que éste si demuestra que existe viabilidad del virus, aunque no asegura que haya inefectividad y que el paciente no responda, necesariamente, al tratamiento.

La PCR en tiempo real, lo único que pone de manifiesto es que existe genoma del virus, pero no que existe, necesariamente, replicación viral. Una estrategia razonable puede ser suspender el tratamiento y el aislamiento si la PCR en tiempo real resulta negativa, y realizar cultivo viral sólo si la PCR en tiempo real resulta positiva. En pacientes con fracaso renal y enfermedad severa se debe ajustar la dosis en función del aclaramiento de creatinina y de la necesidad de depuración extrarrenal. En caso de fracaso renal agudo se considerará iniciar la depuración extrarrenal de forma temprana , en cuyo caso no se debe reducir la dosis.

4.- Aislamiento:
Ante la sospecha de caso de nueva Gripe A se deberá proceder a aislamiento de gotas más contacto. Los pacientes ingresados en uci deben estar ubicaciones individuales con puerta cerrada (siempre que sea posible), con buena ventilación si fuera posible en habitaciones de presión negativa. Realizar higiene de manos antes y después de entrar en la habitación, una vez que se haya retirado el equipo de protección personal que incluye: mascarilla (quirúrgica para procedimientos en los que no se entra en contacto con la vía aérea y la mascarilla FFP3 para los procedimientos de alto riesgo de aerosolización.

Para aspirar secreciones se debe utilizar un sistema de aspiración cerrado, para evitar la desconexión de la tubuladura y la posibilidad de diseminación de aerosoles. Los pacientes en ventilación mecánica deberían estar ventilados con ventiladores de última generación y que dispongan de filtros virológicos en el circuito espiratorio. En los pacientes que requieran soporte respiratorio y en los que exista una alta sospecha de infección por gripe A no es recomendable utilizar ventilación no invasiva, debido al riesgo de generación de aerosoles y de aumentar el riesgo de transmisión al personal sanitario y también porque los pacientes con infección pulmonar grave por el virus de la gripe A que necesitan ventilación mecánica suelen necesitar un periodo prolongado de ventilación y niveles de presión muy elevados.

Los pacientes ventilados sólo se pueden trasladar fuera de la UCI manteniéndo-

los conectados al ventilador de altas prestaciones o a uno de transporte con los mismos requisitos de seguridad. No se deberían trasladar en ventilación manual con bolsa de ventilación manual (ambú), que expulsa el aire espirado al exterior sin filtrar. En este caso sería necesario incorporar al dispositivo un filtro antiviral de alta eficiencia.(HEPA)
Las visitas de los familiares deben ser restringidas y se debe informar sobre el uso del equipo de protección personal, especialmente cuando el paciente no esté sometido a ventilación mecánica.

El aislamiento se debe mantener hasta que el resultado de los análisis de control en muestra respiratoria sea negativo (realizando el primer control a los 7 días de tratamiento)

5.- Manejo de la insuficiencia respiratoria:
Considerar intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica si el paciente presenta:
- Aumento del trabajo respiratorio (apertura bucal, aleteo nasal, sudoración, alteración de conciencia, uso de musculatura accesoria, taquipnea severa refractaria, respiración superficial, respiración asincrónica o paradójica)
- Hipoxemia refractaria (saturación arterial de O2 < 90 % pese a oxígeno suplementario en alta concentración.
- Acidosis respiratoria (pH<7,35 con pCO2 > 45 mmHg, o PCO2 normal o baja pero en ascenso si se asocia acidosis metabólica.
- Presencia de shock (hipotensión asociada a mala perfusión)

Programación inicial de la ventilación mecánica
Se debe garantizar una estrategia de ventilación protectora e intentando minimizar los riesgos de lesión pulmonar inducida por la propia ventilación.
Algunas sugerencias para los ajustes son:
- Volumen corriente: entre 6 y 8 ml/kg (peso ideal)
- PEEP: ajustar en función de la tolerancia hemodinámica y efectividad en revertir la hipoxemia. En estos casos es característica la sveridad de la rigidez pulmonar, así como los altos requerimientos de PEEP incluso cercanos a 20 cm H2O. Para evitar el colapso de unidades alveolares se deben evitar las desconexiones del circuito que no sean imprescindibles. La presión meseta debe mantenerse por debajo de 30 cm H2O y la presión transpulmonar (diferencia entre la presión meseta y la PEEP) debe intentar mantenerse por debajo de 20 cm H2O para minimizar el riesgo de lesión pulmonar inducida por la ventilación mecánica.

-FiO2: ajustar en función de la saturación arterial de O2, siendo el objetivo superior a 90 %. Se debe evitar mantener una FiO2 elevada, para lo que será útil aumentar el nivel de PEEP. Si durante las primeras horas no es posible reducir la FiO2 por debajo de 0,7 se deben considerar estrategias ventilatorias de rescate.
- FR: ajustar según la gasometría teniendo como objetivo inicial normalizar la ventilación (pH y PaCO2). La normalizacion de la PaCO2 no es un objetivo prioritario, pudiendo tolerarse hipercapnia mientras el pH se mantenga por encima de 7,10. Evitar incrementar el espacio muerto instrumental.
- Flujo inspiratorio: se ajustará en función de la adpatación del paciente a la ventilación mecánica.

Maniobras de rescate en caso de hipoxemia refractaria
Ninguna de ellas ha demostrado mejorar el resultado en términos de supervivencia, su utilización puede permitir ganar tiempo en espera de la resolución de la enfermedad.
- Maniobras de recultamiento alveolar: Ejemplo: Paciente sedado y relajado ventilar durante 3 minutos en presión control.
- De cúbito prono: colocar al paciente en decúbito prono. Se considera respondedor el pacciente que incremente su PaO2 o su Sat O2 en más de un 10% a los 30 min. En caso de observar empeoramiento de la oxigenación, se deberá colocar al paciente en decúbito supino.
- Oxigenación extracorpórea (ECMO): En casos de hipoxemia refractaria, se debe considerar la utilización de oxigenación extracorpórea, si se dispone de ella en el servicio.

6.-Tratamiento farmacológico:

- Antibióticos: Mantener el tratamiento antibiótico durante 10 días excepto que en los resultados de los cultivos de muestra respiratoria se aísle algún microorganismo susceptible de ser tratado de manera diferente.
- Corticoides: Actualmente continúa siendo un debate y no existe una sólida recomendación sobre su uso.
- Antiagregantes y anticoagulantes: Evitar administrar aspirina y heparina a dosis anticoagulantes, dadas la elevada tendencia al sangrado pulmonar que presentan estos pacientes. Por el mismo motivo no se considerará la administración de Proteína C activada en los casos de shock séptico. Sin embargo, la incidencia de tromboembolismo pulmonar parece estar aumentada.

7.-Soporte hemodinámico

En pacientes que presenten shock o signos de mala perfusión de lo tejidos (hipotensión, acidosis láctica…) se debe realizar la resucitación con fluidos y vasopresores. Considerar en estos pacientes la monitorización cardiovascular .

En pacientes que no presenten signos de hipoperfusión tisular evitar el balance positivo, considerando primero la restricción de líquidos antes que el uso de diuréticos. No se recomienda forzar el balance negativo de forma sistemática. En pacientes que desarrollen fracaso renal agudo considerar iniciar depuración extrarrenal continua.

8.-Sedación.
El objetivo de la sedación será la necesaria para la adaptación del paciente a la ventilación mecánica. Únicamente utilizar relajantes musculares en pacientes mal adaptados a la ventilación mecánica a pesar de haber optimizado los sedantes y los ajustes de la VM. Monitorizar el nivel de sedación y algesia de acuerdo con escalas: RASS, Campbell y si se usan relajantes musculares se monitorizará mediante la técnica del tren de cuatro (TOF)

9.- Consideraciones epeciales en pacientes embarazadas.
No existen datos sobre la seguridad del oseltamivir en pacientes embarazadas respecto a posibles efectos adversos sobre el feto. Aún así, dado que el embarazo es un factor de riesgo de presentación severa y complicada, se debe administrar el tratamiento a dosis estandar. La administración de oseltamivir (evidencia B de farmacoseguridad) prevalecería sobre los posible efectos tóxicos sobre el feto, no demostrados en animales con estudios en gestantes que no han mostrado riesgo letal.

En caso de que el feto sea viable se debe considerar la extracción precoz del feto (siempre intentando llegar a las 28 semanas de gestación) para permitir el tratamiento antivírico doble a la madre con mayor seguridad, y para facilitar la resolución de la enfermedad de la madre.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que el identificar con prontitud los signos, síntomas y criterios que nos indican el diagnóstico de una gripe A, así como identificar los pacientes

adultos de riesgo de padecer una gripe complicada o de mala evolución evita el deterioro de estos pacientes y que la enfermedad evolucione de forma muy negativa. También es muy importante la instauración del tratamiento demostrado efectivo con prontitud.

6 Bibliografía

- Real decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual (EPIs). B.O.E. nº 140, de 12 de junio de 1997.
- Real decreto 1215/1997, de 18 de julio, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo. B.O.E. nº 188, de 7 de agosto de 1997.
- Real decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con exposición a agentes biológicos durante el trabajo. B.O.E. nº 124, de 24 de mayo de 1997.
- REMI 2238. Oseltamivir en pacientes críticos con gripe: importancia de la precocidad en el diagnóstico y el tratamiento
- Rodríguez A, Álvarez-Rocha L, Sirvent J.M., Zaragoza R , Nieto M, Arenzana A. et al. Recomendaciones del Grupo de Trabajo Enfermedades Infecciosas (GTEI) de la Sociedad Espa˜nola de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y el Grupo de Estudio de Infecciones en el Paciente Crítico (GEIPC) de la Sociedad Espa˜nola de Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica (SEIMC) para el diagnóstico y tratamiento de la gripe A/H1N1 en pacientes adultos graves hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Med Intensiva. 2012;36(2):103—13
- Pastó-Cardona L, Masuet-Aumatell C, Pineda-Yuste M, Palom-Rico X, Granada-Vicente R y Jódar Massanés R. Características de los pacientes ingresados por sospechade gripe A (H1N1) según confirmación microbiológica. v a c u n a s . 2 0 1 3;1 4(1):4–10
- Grupo de Vigilancia de Gripe, el Grupo de Monitorización de la Mortalidad Diaria del Área de Vigilancia de la Salud Pública del Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III) y el Laboratorio de gripe y virus respiratorios del Centro Nacional de Microbiología (Instituto de Salud Carlos III).
- González-Vélez AE, Díaz-Agero-Pérez C, Robustillo-Rodela A,Cornejo-Gutiérrez AM, Pita-López MJ, Oliva-Iniguez L, et al.Factores asociados a ingreso en unidad de cuidados intensivos en pacientes hospitalizados por Influenza pandémica A/H1N12009. Med Intensiva. 2011;35:463—9.

- Santa- Olalla Peralta P, Cortes García M, Limia Sánchez A, Andrés Prado J, Pachón del Amo I, Sierra Moros MJ, et al.Casos de Infección por gripe pandémica(H1N1)2009 hospitalizados en cuidados intensivos en Espana: Factores asociados a riesgo de muerte, abril 2009-enero 2010. Rev Esp SaludPública. 2010;84:547—6
- Semicyuc [internet]. Madrid: Semicyuc; 2011. Rodríguez A, Gordo F. Diagnóstico y tratamiento de los pacientes adultos con insuficiencia respiratoria aguda grave por el nuevo virus de la gripe A (H1N1). 2009 Oct [citado 27 Mar 2014]. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/protocolo_manejo_20091015.pdf.
- Santa- Olalla Peralta P, Cortes García M, Limia Sánchez A, Andrés Prado J, Pachón del Amo I, Sierra Moros MJ, et al. Casos de Infección por gripe pandémica (H1N1)2009 hospitalizados en cuidados intensivos en España: factores asociados a riesgo de muerte, abril 2009-enero 2010. Rev Esp Salud Pública [revista en internet] .2010; 84:547—67. Disponible en: Gripe A: Estudio de un caso 28 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextπd=S113557272010000500008‹=es
- Rodriguez A, Alvarez-Rocha L, Sirvent JM, Zaragoza R, Nieto M, Arenzana A et al. Recomendaciones del Grupo de Trabajo Enfermedades Infecciosas (GTEI) de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y el Grupo de Estudio de Infecciones en el Paciente Crítico (GEIPC) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica (SEIMC) para el diagnóstico y tratamiento de la gripe A/H1N1 en pacientes adultos graves hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Med intensiva [revista en internet]. 2012; 36(2): 103-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v36n2/especial.pdf.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Sevicios Sociales e Igualdad; 2014. Información importante sobre la gripe A (H1N1). 2009 Nov [citado 29 Mar 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/servCiudadanos/alertas/preguntasFrecuentes.htm#enlaceva.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [internet]. Atlanta, GA: CDC; 2014. Datos de la vacuna contra la influenza estacional. [2014; citado 29 Mar 2014]. Disponible en: http://espanol.cdc.gov/enes/flu/protect/keyfacts.htm.
- Rodriguez A, Lisboa T, Rello J, GETGAC/SEMICYUC. Gripe A (H1N1) v pandémica en UCI: ¿qué hemos aprendido?. Arch Bronconeumol. [revista en internet] 2010;46 Suppl 2:24-31. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/archivos_de_bronconeumologia

_2010.pdf.
- Rodriguez A, Diaz E, Martin-Loeches I, Sandiumenge A, Canadell L, Díaz JJ et al. Impact of early oseltamivir treatment on outcome in critically ill patients with 2009 pandemic influenza A. J Antimicrob Chemother [revista en internet]. 2011 May; 66(5): 1140-9. Disponible en: Gripe A: Estudio de un caso 29 http://jac.oxfordjournals.org/content/early/2011/01/07/jac.dkq511.full.pdf+h
tml.
- Gómez Grande ML. ¿Ventilación no invasiva en la neumonía por virus N1H1? Med intensiva [revista en internet]. 2011 May; 35(8):457-459. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021056912011000800001&script=sci
_arttext
- Flores Cordón J, Llamas Sánchez F, González Caro MD, Vega Vázquez FJ, Robles Carrión J, Martin Ramos MI. Cuidados de enfermería en puérpera con gripe A/H1N1 en una unidad de cuidados intensivos: a propósito de un caso. Revista científica de la SEEUE [revista internet]. 2011 Ene- Feb [citado 27 Mar 2014]; (17). Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2011/pagina8.html
- Morano Torrescusa MJ, Fernández Vázquez M, Contreras Pereira I, Cumbrera Díaz EM, Camero Evangelista M, García Navarro S. Plan de cuidados: paciente en ventilación mecánica invasiva y destete. Biblioteca Lascasas, [internet]. 2007 [citado 1 Abril 2014]; 3(2). Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0247.pdf
- Moreno Arroyo M, Puig Llobet M, Cuervo Lavado L. La insuficiencia hepática aguda grave: estudio de un caso. Enferm clinica [revista internet]. 2012 [citado 1 Abril 2014]; 22(2): 105-110.Disponible en: Gripe A: Estudio de un caso 30 http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/la-insuficienciahepatica-aguda-grave-estudio-un-90104730-cuidados-2012

Capítulo 115

MONITORIZACIÓN PICCO, VALORES ÓPTIMOS E INTERPRETACIÓN DE LOS PARÁMETROS.

JUDITH ALMUDENA GUERRERO BENITO

MARÍA ISABEL PINTO MORALES

1 Introducción

Actualmente en los servicios de cuidados intensivos y reanimación es muy frecuente la utilización de catéteres PICCO para optimizar el manejo de los pacientes ingresados en estas unidades. Este procedimiento aporta datos para poder conocer qué ocurre, cómo sucede y posible causa de descompensaciones en pacientes críticos (shock séptico, lesión o daño pulmonar, shock cardiogénico, inestabilidad hemodinámica, etc), y así conseguir disminuir el tiempo de ingreso en estos servicios, minimizar las posibles complicaciones y tratar precozmente las complicaciones que pudieran aparecer.

2 Objetivos

- Aprender las habilidades y material necesario para realizar la monitorización con el sistema PICCO.
- Conocer los valores óptimos obtenidos con la monitorización PICCO.
- Saber interpretar los parámetros en conjunto que nos ofrece la monitorización PICCO.

- Proporcionar a Enfermería los conocimientos necesarios un manejo eficaz de la monitorización PICCO.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de las bases de datos sanitarias (Medline, Cuiden, Pubmed y Dialnet) utilizando como descriptores palabras clave: PICCO, monitorización, UCI y parámetros.

4 Resultados

El sistema PICCO®(Pulse Induced Contour Cardiac Output), resulta menos cruento y combina por un lado la termodilución puntual, tomándola como calibración previa y por otro el análisis continúo de la onda pulso. Por tanto el sistema Picco® obtiene datos de manera continua (onda de pulso) y puntual (termodilución) proporcionándonos valores de precarga, función órgano (pulmón y corazón), flujo y oxigenación.

Éste sistema realiza sus mediciones a través de una arteria alojada en lechos centrales y un catéter venoso central (yugular o subclavia preferiblemente). Requiere por un lado de un catéter venoso central (CVC) dónde se acopla cápsula Picco dotada de termómetro para detectar temperatura de inyección y por otro de una arteria dotada con termodetector en su punta para detectar cuando llega el suero frío inyectado en vía venosa central y realizar los cálculos.

Catéter Venoso Central con sistema Picco® dotado de termómetro (mide temperatura de inyección)
Catéter Arterial Picco® dotado de termómetro (mide la llegada del indicador a la arteria)

Utiliza dos sistemas de obtención de datos:
-Termodilución (TD): Gracias a la ecuación de Stewart-Hamilton, se obtienen una serie de datos (entre los que se haya el Gasto Cardiaco) de manera puntual (CO/CI) asentando las bases para el cálculo de manera continua del análisis de la onda de pulso.

Previa a la realización de la prueba debemos introducir dos cifras: el volumen de suero a infundir y la PVC (presión venosa central). Una vez introducidos estos dos

valores, pulsaremos en la pantalla táctil el botón Start, seguidamente aparecerá la orden "inyecte 15 ml" es entonces cuando inyectamos el suero por el catéter venoso central (por la vía distal), dotado con un termómetro que detecta la inyección del líquido y su temperatura; a continuación aparecerá una curva en el monitor y cuando termine de realizar los cálculos, aparecerá los datos obtenidos de esa medición.

El volumen a infundir es programable, pero se aconseja 15 ml de suero fisiológico a temperatura menor de 8ºC, la inyección debe ser lo más rápida posible. Esta operación de medición se debe repetir 3 o 4 veces para que el sistema haga una media, si se observara que alguna de las mediciones obtuviera parámetros que distan mucho de los otros, esta se anulará para que no forme parte de la media y desvíe mucho el cálculo final de la misma. La operación de Termodilución y calibración del sistema Picco® se debe realizar al menos cada 8 horas, aunque se valorará según las necesidades hemodinámicas del paciente.

- Análisis de contorno de onda de pulso: Mediante una compleja fórmula junto a los datos de calibración derivados de la termodilución se consigue de manera continua una serie de datos por el análisis de la onda de pulso de la arteria por lo que requiere que la arteria mande una señal correcta consiguiéndolo con estado óptimo de la misma: permeable, sin coágulos, sin burbujas de aire en el sistema, sin acodamientos, en ritmo sinusal y sin dispositivos tales cómo el balón de contrapulsación intraaórtico. Si no existiera una buena señal arterial los datos derivados del análisis no serían válidos.

Materiales
- Consola PiCCO® plus.
- Cable rojo, de presión, que va desde la consola al transductor de la arteria femoral.
- Cable naranja, que se desdobla al llegar al Termister en dos líneas, una va a la línea venosa central con un adaptador azul, sensor de temperatura inyectada, y el otro al catéter femoral que mide la variación de temperatura.
- Catéter venoso central.
- Catéter arterial de termodilución específico de PiCCO® para adultos: femoral (5F de 20 cm.), braquial (4F de 22 cm.) o radial (4F de 50 cm.) y pediátrico para femoral (3F de 7 cm.).
- Sistema de transductor de presión específico de PiCCO®.

Procedimiento
El método consiste en medir el volumen de sanguíneo que impulsa el corazón por el ventrículo izquierdo en un minuto combinando la termodilución transpulmonar y el análisis del contorno de la onda de pulso. La termodilución consiste en la inyección en aurícula derecha o en cava superior una determinada cantidad de solución salina fría, registrándose la variación de temperatura de la sangre por medio de un termistor alojado en arteria femoral, braquial o radial, para lo cual solo necesitaremos una vía venosa central, donde inyectaremos el suero salino frío, y un catéter de arterial con termistor.

Una vez instalados los cables de la consola y purgado el sistema de presión, se procede a introducir los datos del paciente; peso, talla, pvc, volumen y temperatura de las inyecciones de suero salino fisiológico 0.9% para las mediciones.
• Realizar el cero de presión en la consola y conectamos el cable rojo al terminal arterial y el cable naranja al termister, la conexión azul al adaptador de la línea venosa central y la conexión circular al rojo de la arteria femoral, de interfaz de temperatura arterial.
• Nos posicionamos en la pantalla de medición de parámetros para poner en ON aquellos parámetros que vamos a medir.
• Para la obtención de los parámetros, una vez fijado el volumen y la temperatura de la inyección (se realizará de manera continua en menos de 5 segundos), aparecerá de forma automática la curva para el calculo de los parámetros prefijados.
Con el PICCO podemos visualizar los datos de manera absoluta o indexada (de acuerdo con la superficie corporal) introduciendo previamente los siguientes datos: altura, peso y sexo

Por tanto. la gran variedad de datos obtenidos la hacen un sistema de medición potente, aportando datos anteriormente no aportados por otros sistemas de medición como son ELW o ELWI (agua extravascular pulmonar y su indexado, es decir agua de intersticio, intracelular e intraalveolar), permitiéndonos medir los datos de edema agudo de pulmón a pie de cama. También mide el PVPI (índice de permeabilidad vascular pulmonar) que refleja si la causa del aumento del ELW es debido a exceso de volumen (aumento de presión hidrostática) o aumento de permeabilidad de los vasos pulmonares (Shock séptico, SRIS, Neumonía grave, etc…) con el consiguiente paso de agua a espacio extravascular.

Otro dato de gran importancia obtenido por este sistema es una de las líneas de avance de la hemodinámica actual, y es conocer si el paciente es precarga dependiente o no, es decir si necesita que aumentemos su volumen y hasta cuanto

podemos administrar para optimizar el gasto cardiaco (curva de Frank-Starling), evitando los excesos de volumen tan perjudicial para pacientes críticos. Para decidir si el paciente es precarga dependiente o no tendremos que dilucidarlo a partir de VPP (Variación de Presión de Pulso) y VVS (variación de volumen sistólico) teniendo en cuenta que estos parámetros son sólo interpretables en situación de ritmo sinusal y conectado y adaptado a ventilación mecánica controlada.

Obtenemos gracias a estas medidas dos tipos de datos:
1.- Puntuales, obtenidos por termodilución
2.- Continuos, los obtenidos por análisis de onda de pulso

1.- Por Termodilución:
CO (CI): Gasto cardiaco y su valor indexado. Medido en l/min; l/min/m2
GEDV (GEDI): Volumen global de las 4 cámaras al final de diástole. Medido en ml; ml/ m2
EVLW (ELWI): Agua pulmonar extravascular medida en ml y nos da una cuantificación de cantidad de edema pulmonar existente al segundo y a pie de cama
GEF: Fracción de eyección global, medida en %. Puede ser usada para detectar insuficiencia miocárdica
PVPI: Índice de permeabilidad pulmonar %. Éste parámetro nos mide si el edema es provocado por aumento de presión hidrostática intravascular, es decir, exceso de volumen o por aumento de la permeabilidad de la membrana
ITBV (ITBI): Volumen de sangre intratorácica (cardiaco y pulmonar), medido en ml o ml /m2es el mejor valor de precarga, mejor que la PVC y mejor que la PCP (presión capilar pulmonar), ya que apenas una variación de 2,8-3,8 ml, implica un descenso de 1ml/kg

2.- Por Análisis Continuo de Contorno de Onda de Pulso:
PCCO (PCCI); l/min. (l/min/m2): Gasto cardiaco continuo
SVR (SVRI); dyn•s•cm-5 (dyn•s•cm-5•m2): Resistencia Vascular Sistémica. Útil para conocer requerimientos de aminas o si las hubiera de optar por otras opciones como hemofiltración
VVS %: Variación del volumen latido y VPP %: Variación de la presión del pulso ambas útiles para conocer si nuestro paciente es precarga dependiente o no
VS (VSI); ml (ml/ m2): Volumen Latido
DPmx medido en mmHg/s: Índice de contractibilidad del v. izquierdo
PRESIÓN ARTERIAL sistólica, diastólica y media. Medido en mmHg
Ritmo cardiaco

3.- Oxigenación
ScVO2: Medido en %saturación venosa central de O2
DO2 (DO2I): Medido en ml/min (ml/min/m2) Transporte de Oxigeno
VO2 (VO2I): Medido en ml/min (ml/min/m2) Consumo de oxigeno

Por consecuente y de diversa manera obtenemos datos de:
Flujo: CO (CI), PCCO (PCCI) y VS (VSI)
Precarga: GEDV (GEDI), ITBV (ITBI), VVS, VPP
Poscarga: RVS (RVSI) y PAM
Contractibilidad: DPmax, GEF Y CIF (índice de función cardiaca medido en min-1)
Función órgano: Pulmonar: EVLW (ELWI), PVPI y cardiaco CPO (CPI): potencia cardiaca medido en w/m2
Oxigenación: ScVO2, DO2 (DO2I) y VO2 (VO2I)

Los valores estándares de cada uno de los parámetros pueden ser encontrados dentro de una de las pantalla de ayuda, accediendo al botón señalizado con una.

5 Discusión-Conclusión

El sistema Picco® aporta infinidad de datos que tras su análisis e interpretación llevan a ser fundamentales en la toma de decisiones. El sistema Picco® tiene algunas limitaciones pudiendo determinar valores no reales ante la presencia de diversas situaciones

1. Limitación de la onda de pulso:
- SVV / PPV: Solo válidos en VMC y ausencia de arritmias cardíacas
- Todos los parámetros de onda de pulso: Sin validez en pacientes con BCPIA
- Los pacientes deben estar sedados e inmóviles, ya que de lo contrario, cualquier movimiento afectaría a la interpretación de la onda de pulso por parte del PiCCO y sus consecuentes errores de cálculos.
- Debe ser una arteria con buena señal, sin acodamientos, ni coágulos para evitar falsas estimaciones que nos lleven a error

2. Limitaciones de la termodilución:
- Neumonectomía o lobectomía recientes,
- TEP
- Circulación extracorpórea (no incluida TCDE)

GEDV:
- valores falsamente elevados en aneurismas de aorta
- shunt izquierda-derecha
- Sobre-estimado en insuficiencia valvular severa
EVLW:
- alteración severa de la perfusión (macro-embolismo)
- shunt izquierda-derecha

Gracias a este sistema de monitorización hemodinámica se consigue, según estudios una disminución de días de ventilación mecánica y menos días de estancia en UCI, con el consiguiente menor gasto sanitario derivado

6 Bibliografía

- Revisión bibliográfica de la base de datos de CUIDEN, MEDLINE, CUIDATGE, DIALNET.
- Picco monitorización hemodinámica avanzada menos invasiva. Disponible en: http://www.pulsion.com/index.php?id=2267
- Hemodinámica en Uci: Manejo del Picco. Segunda Época nº 11 Enero-Febrero 2010. www.enfermeríadeurgencias.com.
- Cuidados de Enfermería a pacientes con monitorización Picco. Rev. Esp. Nure Investigación, nº 39, Marzo-Abril 2009.
- Cuidados de Enfermería a pacientes con monitorización PiCCO Nursing care to patients with PiCCO monitoring Autor: Rafael Muriana Jiménez, Alicia Oliva Cesar, Ramona Rodríguez Flores. Cómo citar este artículo: Muriana Jiménez R, Oliva Cesar A, Rodríguez Flores R.
- Tejada M. El Paciente Agudo Grave: Instrumentos diagnósticos y terapéuticos. 1ª ed. Madrid: Masson; 2005.
- Asuero de Lis MS, Reverte Asuero C, García Rueda C. Conceptos y Filosofía de la Monitorización. En: De la Quintana, FB. Monitorización en Anestesia, Cuidados Críticos y Medicina de Urgencias. 1ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2004. P. 3-18.
- Asensio Merino F, Muñoz Ávalos N, Asuero de Lis MS. Alarmas y Monitorización. En: De la Quintana, FB. Monitorización en Anestesia, Cuidados Críticos y Medicina de Urgencias. 1ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2004. P. 19-31.
- De la Quintana FB, López López E. Compendio de Anestesiología para Enfermería. 2ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2007.
- Griffin BP, Topol EJ, Mcrae A, Hook M. Manual of Cardiovascular Medicine. 2ªed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

Capítulo 116

REVISIÓN DE LA NECESIDAD DE HEMATÍES IRRADIADOS PARA TRANSFUSIONES EN MENORES DE 4 MESES.

LORENA VEIGA PASTOR

1 Introducción

La población pediátrica representa una pequeña proporción respecto a todos los pacientes transfundidos. En los últimos años, aunque se han ido desarrollado nuevas guías de transfusión pediátrica, la evidencia de las recomendaciones sigue siendo baja por la falta de estudios bien diseñados.

Los programas de hemovigilancia ponen de manifiesto que el número de complicaciones relacionadas con la transfusión es mayor en la población pediátrica que entre los adultos. Los problemas derivados de errores de identificación, la sobrecarga circulatoria, la transmisión de infecciones, la hemosiderosis o las alteraciones inmunológicas son algunos de los riesgos derivados de la transfusión.(1)(4)

En el momento de indicar la transfusión de cualquier componente sanguíneo se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:
Los valores normales de referencia de hemoglobina (Hb) van cambiando desde el nacimiento hasta la edad adulta. La concentración de los factores de la coagulación, vitamina K-dependientes, durante los primeros seis meses de vida, son un

40-50% más bajos que en el adulto. Debido a estas diferencias se establecen criterios de transfusión diferentes para niños prematuros, a término, menores de 4 meses y mayores de 4 meses. Las indicaciones transfusionales de un niño mayor de 4 meses son iguales a las de los adultos.(4)

Los síntomas, signos, co- morbilidades y la edad del receptor, se deben valorar junto con los niveles de referencia para considerar una transfusión, evaluando en todo momento el riesgo-beneficio y las recomendaciones sugeridas. La transfusión de hemocomponentes en menores de 4 meses cuenta con unas consideraciones especiales por el riesgo de aloinmunización y desarrollo de Enfermedad Injerto contra Huésped.(1)(3) Nuestro hospital comarcal cuenta con un Servicio de Neonatología donde se realizan dichas transfusiones tanto en menores de 4 meses como en neonatos de menos de 1200g.(1)

Los protocolos indican que para estos casos se debe realizar una transfusión de hematíes irradiados y fraccionados en unidades pediátricas o alícuotas (50ml), con el fin de exponer al paciente a un menor número de donantes.(1)(2)
Actualmente no se cuenta con Alicuotados Irradiados de Hematíes (CHDIA) en stock para su utilización urgente, siendo necesario realizar su pedido al Centro Comunitario de Oviedo en caso de precisarse, pudiendo demorarse su llegada entre 1-2 horas. Estos hematíes tienen una caducidad de 28 días.

2 Objetivos

-Analizar la necesidad de disponer de CHDIA almacenados en nuestro Servicio de Transfusión en base al número de pacientes transfundidos y la cantidad de producto utilizada en el último año.

3 Metodología

Se ha realizado un análisis descriptivo retrospectivo de la información recogida en la base de datos del Servicio de Transfusión (Delphyn), atendiendo a los siguientes ítems: número de pacientes diana transfundidos y número de CHDIA empleados durante los años 2016, 2017, 2018 y 2019.

4 Resultados

Se encontró que para el período señalado se realizaron 73 transfusiones de CHDIA distribuidas entre 46 neonatos. Estos pacientes representaron un 0,72% del total de pacientes transfundidos en todo el hospital, recibiendo un 0,52% del total de hematíes empleados.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la baja incidencia del procedimiento estudiado y a la baja caducidad del producto empleado, se concluye que no resulta indispensable ni rentable disponer de CHDIA almacenados.

6 Bibliografía

(1)Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. 5ª edición, 2015. SETS (Sociedad Española de Transfusión Sanguínea).
(2)Comunicación oral en 24 congreso nacional de las SETS: Características de los componentes sanguíneos suministrados para uso pediátrico. Pérez, A.I. , Moreno J.A. , González V.P. , Palomera L., Rubio D. , Puente F. Banco de Sangre y Tejidos de Aragón; Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Hospital Universitario Miguel Servet.
(3)Simposio "Práctica Transfusional" Duran J.A. Sector de Inmuno-hematología. Centro de Sangue e da Transplantacao do Porto (CSTP-IPST,IP), Porto. 1º Congreso Hispano- Portugués de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular.
(4)Manual de uso óptimo de la sangre. McClelland DBL. ISBN: 978-0-9564680-0-0

Capítulo 117

RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTQUIRÚRGICA.

TAMARA IGLESIAS CAMUÑA

LUCÍA FERNÁNDEZ RON

1 Introducción

Tras la intervención quirúrgica , el paciente es recepcionado en la unidad de reanimación postoperatoria, en ella se realiza el tratamiento y recuperación de las funciones alteradas y se realizan cuidados intensivos de posibles desestabilizaciones críticas.

No existe un tiempo determinado para estar en la sala de reanimación, cada paciente, en función de su situación y de la rapidez de su recuperación, pasará un tiempo u otro en la sala de recuperación. No se le puede dar el alta a un paciente hasta que no esté completamente preparado, ya que en la sala de reanimación resulta mucho más sencillo tomar medidas en caso de posibles complicaciones.

El paciente debe cumplir una serie de criterios para que el médico responsable de la sala de recuperación pueda darle de alta. Como mínimo, debe estar consciente y orientado y tener los signos vitales estables durante la última hora. Debe tener el dolor de la intervención controlado y bajo ningún concepto debe haber recibido opioide en la última media hora.

2 Objetivos

- Resumir la revisión de un caso de recepción de un paciente en la unidad de reanimación post-quirúrgica.

3 Caso clínico

Post operado de una PRÓTESIS TOTAL DE CADERA. A su llegada a la unidad de reanimación el paciente es monitorizado para el control de sus constantes vitales y así poder establecer mejor su cuidado en dicha unidad.
Revisamos la herida quirúrgica, drenajes en caso de que los tuviera, accesos venosos y movilidad de las extremidades inferiores en el caso de que la intervención se realizase bajo una anestesia general.

4 Discusión-Conclusión

Llegada al bloque quirúrgico y tras la estancia en la unidad de recuperación inmediata tras la intervención , tiene que seguir un protocolo de actuación para la seguridad del paciente.

5 Bibliografía

Protocolo: HUSA , URP, HUCA , HUC.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 118

CASO CLÍNICO DIVERTÍCULO VESICAL .

EVELYN FERNÁNDEZ SUÁREZ

MARIA DE LA SIERRA ZURRON AREVALO

MONICA QUIROS MARTINEZ

LIDIA MARTINEZ DIAZ

LORENA FERNÁNDEZ AGUILERA

1 Introducción

Los divertículos vesicales son el resultado de una herniación de la mucosa vesical a través de las fibras musculares del detrusor por aumento de la presión intravesical y/o por debilidad de la pared muscular. La dehiscencia muscular que origina el divertículo puede ser congénita (proporción pequeña de casos) o adquirida (la mayoría).

Los divertículos vesicales sufren dos grandes complicaciones: el defecto de vaciamiento que provoca infecciones, litiasis, etc y la aparición de un tumor urotelial en la cavidad diverticular. Generalmente los divertículos son asintomáticos, desarrollandose debido a la obstrucción anatómica y/o funcional a la salida vesical y generalmente no requieren tratamiento salvo que haya complicaciones.

2 Objetivos

- Explicar un caso clínico de divertículo vesical y su relación con la obstrucción uretral por HPB.

3 Caso clínico

Paciente varón de 55 años que ingresa en servicio de urología procedente del servicio de urgencias por oliguria y dolor hipogástrico tras dificultad miccional de tres días de evolución y diuresis negativa en las últimas horas. Empleado de fábrica sin alergias farmacológicas conocidas. No hábitos tóxicos. No diabetes. No HTA. No dislipemias. Ulcera corneal y lumbociatalgia de repetición. Intervenido quirurgicamente de apendicectomía y fístula anal.

Se realiza tacto rectal con resultado de próstata II-III/IV adenomatosa.
Se realiza analítica con resultado de creatinina de 7,65 mg/dl y urea de 183 mg/dl.
Se realiza ecografia donde se objetiva HPB y vejiga de lucha con divertículo de gran tamaño en cara posterior.
Se realiza cistoscopia donde se objetiva cuello elevado y cerrado y se confirma divertículo en cara posterior de ureter derecho.

4 Discusión-Conclusión

Los divertículos vesicales no son una patología infrecuente. La mayor parte de los casos se originan como efecto de la obstrucción del flujo urinario. Su indicación quirúrgica es clara en pacientes con síntomas urinarios persistentes, infecciones recurrentes, cálculos vesicales, obstrucción uretral o presencia de células malignas en el interior del divertículo. Las técnicas quirúrgicas actuales incluyen operación abierta (intravesical/ extravesical), técnica endoscópica (fulguración o resección del cuello diverticular), laparoscopia transperitoneal, y más reciente, laparoscopia asistida por robot.

La técnica abierta es muy segura y con resultados demostrados aunque la vía laparoscópica da mejores resultados desde el punto de vista estético y la reincorporación a la vida laboral activa pero su costo es más elevado y requiere tanto de cirujanos adiestrados en esta técnica como de equipamiento tecnológico lo que hace que el abordaje laparoscópico deba indicarse sólo en casos muy seleccionados. Los resultados son excelentes si la intervención garantiza el tratamiento del

obstaculo infravesical asociado en los divertículos degenerativos o adquiridos.

5 Bibliografía

- www.sciencedirect.com
- www.cun.es
scielo.isciii.es
- www.medigraphic.com

Capítulo 119

HERNIA INGUINAL DERECHA

TAMARA IGLESIAS CAMUÑA

LUCÍA FERNÁNDEZ RON

1 Introducción

Paciente remitido a cirugía por su médico de atención primaria por una posible hernia inguinal derecha.

2 Objetivos

- Diagnosticar la posible hernia inguinal y hacer diagnósticos diferenciales con otras patologías que tengan similares síntomas y signos.
Realizar una exploración física y se piden pruebas complementarias.

3 Caso clínico

Hernial inguinal derecha.
Exploración física: tumoración local que cambia de tamaño.
Pruebas complementarias: analítica completa, ecografía, EKG, y radiografía de tórax.

4 Discusión-Conclusión

Tras las pruebas realizadas el diagnóstico es: hernia crural derecha reductible. La indicación del cirujano es, reducirla en quirófano y colocar malla para evitar así

su posible recidiva. Tras la intervención quirúrgica el paciente deberá seguir un plan de cuidados adecuado a su tipo de intervención.
Plan de cuidados:
- Andar en su domicilio , si hacer esfuerzos físicos 2 -3 semanas.
- No conducción de vehículos .
- No levantar pesos ni realizar esfuerzos abdominales durante el primer mes tras la intervención.
- Dieta normal.
- Si hay dolor , Paracetamol 1gr cada 6/8h durante 2/4 días.
- Si existe fiebre, temperatura superior a 38 grados, acudir a su médico.
- Deberá administrarse heparina SC 40miligramos durante 10 días.
- Podrá sentir inflamación de la herida, no se alarme, es frecuente.
- Retirada de agrefes a los 10 días en su centro de salud.

5 Bibliografía

- Servicio de cirugía del Husa.

Capítulo 120

ESCALAS Y CUESTIONARIOS PARA VALORAR EL DOLOR.

HELENA DIAZ LOSAS

NATALIA RODRIGUEZ ALVAREZ

TSIU YEN CHAN DIEZ

AIDA FANJUL ARGÜELLES

JOSE IVAN LOPEZ MARTINEZ

1 Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como: ”Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular potencial o real, o descrita en tales términos”.

La valoración clínica del dolor puede ser objetiva o subjetiva. La valoración objetiva no se considera como parte de la anamnesis. Se basa en la observación del comportamiento o actitudes que adopta el paciente, como puede ser la expresión facial, el grado de movilidad, tensión muscular, postura corporal y en el registro de los valores termodinámicos (tensión arterial, frecuencia cardíaca…).

En la valoración subjetiva, la anamnesis es la parte más importante de la valoración del paciente, en su realización es necesario invertir mucho tiempo, no obstante permite obtener un diagnóstico preciso de la etiología del dolor, establecer una adecuada relación entre el médico, enfermero y paciente, explorar los

factores psicológicos y ambientales que pueden contribuir al dolor, y junto a la exploración se relacionará el dolor con mecanismos fisiopatogénicos concretos, primer paso para planificar el tratamiento. Es importarte valorar la conducta de dolor, qué es lo que la persona dice o hace para evitar el dolor.

La exploración física general y una exploración neurológica completa son imprescindibles para evaluar y definir el dolor. La anamnesis y exploración neurológica han de ser previas a la realización de cualquier prueba complementaria. Las pruebas complementarias (neurofisiológicas, neuroimagen, biopsia) son útiles para llegar al diagnóstico etiológico, ayudan a esclarecer los mecanismos fisiopatogénicos que originan síntomas y signos, y por último, pueden medir la eficacia del tratamiento. No todas las pruebas están disponibles en todos los medios y algunas sólo se usan en la investigación.

Habitualmente, en la mayoría de las ocasiones la valoración del dolor es realizada por el propio paciente. Esta valoración, está influida por su personalidad, cultura, ambiente familiar, nivel socioeconómico y entorno social, tratándose por tanto de una valoración subjetiva. Cuando una persona afirma que tiene dolor debemos asumir que, efectivamente lo tiene. Se podría obtener una información más objetiva mediante: observación de la conducta, respuestas autonómicas asociadas al dolor y determinaciones bioquímicas.

2 Objetivos

- Describir la aplicación y utilidad de las principales escalas para medir el dolor.

3 Metodología

En la búsqueda de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales de bases de datos de Internet, usándose los descriptores: escala y dolor, manejo del dolor, escalas del dolor, umbral del dolor, dimensiones del dolor y percepción del dolor.

4 Resultados

- Escalas Descriptivas Simples (EDS): También llamada valoración verbal, fue descrita por Keele en 1948. Representa el abordaje básico, se puntúa entre 0: no dolor, y 4: dolor intenso. Su principal desventaja es que son demasiado subjetivas,

abstractas y no fiables a la hora de comparar con otros pacientes, dado que cada uno interpreta el dolor de forma diferente. Ejemplos de este tipo de escalas son: Escala facial de dolor de Wong-Baker (Facial Pain Scale) y Escala de Andersen.

-Escalas Visuales Numéricas (EVN): La Escala Numérica de Downie fue introducida por este autor en 1978, y es una de las más comúnmente empleadas. En ella se puede reflejar la intensidad del dolor a intervalos, bien numéricos que suelen ir de 0 a 10, o mediante expresiones verbales, que van desde nada de dolor, hasta dolor intenso, el paciente debe asignar un valor. Ejemplos de escalas numéricas: Escala numérica del dolor, Termómetro de dolor, Escala de los vasos.

- Escala Visual Análoga (EVA): Diseñada por Scott Huskinson en 1976, es el método de medición empleado con más frecuencia; se trata de una línea de 10 cm, vertical y horizontal, en cuyos extremos aparecen descripciones, "no dolor" y "el peor dolor imaginable", sin ninguna otra descripción a lo largo de la línea, donde el paciente debe señalar el punto que mejor refleje la intensidad de su dolor, posteriormente con una regla graduada se anotará la puntuación en milímetros. No contiene números o palabras descriptivas, se trata de un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible.

- Escala Abbey: Es una escala observacional construida para evaluar el dolor en pacientes con demencia avanzada e internacionalmente validada. Cubre cuatro de los seis dominios descritos por la Sociedad Americana de Geriatría (SAG), consta de seis ítems: vocalización, expresión facial, lenguaje corporal, cambios de comportamiento, cambios fisiológicos y cambios físicos. Esta escala además intenta, de forma rápida, establecer la intensidad del dolor en leve, moderado y grave según la puntuación final alcanzada.

- Escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia (EDAD): Evalúa el dolor de la persona en tres momentos: antes de aplicar cuidados potencialmente dolorosos, durante la aplicación de los cuidados y observación del comportamiento en las últimas 48 horas.
- Escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale): Fue diseñada con el fin de proporcionar una herramienta de valoración sencilla y relevante clínicamente para personas con demencia en estadíos avanzados.
- Escala Brief Pain Inventory (BPI): un cuestionario autoadministrado y de fácil comprensión, fue desarrollado por Daule en 1983, y la versión española fue validada por Badia et al en 2002. Es un instrumento multidimensional de valoración del dolor que proporciona información sobre la intensidad y su interferencia en las actividades diarias de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En la revisión bibliográfica que se presenta se ha evidenciado que el dolor, su taxonomía y las escalas de medición, están ampliamente definidos y la literatura científica especializada en este tema se halla en constante actualización.

En la bibliografía consultada se han encontrado numerosos artículos sobre el dolor en grupos especialmente vulnerables. Asimismo hay una amplia variación de escalas para medir el dolor, la mayor parte de ellas validadas al castellano por organismos y entidades especializadas, dando cobertura, a mi juicio, a todo tipo de pacientes adultos. Las más utilizadas en la práctica clínica son las escalas EVA y EVN.

Todo ello supone un vasto conocimiento científico de inestimable valor al servicio de los profesionales médicos y de Enfermería con gran aplicación en la práctica clínica diaria.

6 Bibliografía

- Bellido Vallejo JC, Rodríguez Torres MC, López Medina IM, Pancorbo Hidalgo PL. Adaptación cultural y validación de contenido del resultado "Nivel del dolor" de la Clasificación de Resultados de Enfermería. -Enferm Clin [Internet] 2013 [Cited 30 Noviembre 2013]; 23(4):154-159. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393164.
- Montealegre Iniesta L. Valoración – evaluación del dolor en los ancianos. Rev enfermería gerontológica [Internet] 2010 [Cited 25 Noviembre 2013]; 14:34-38. Disponible en: http://www.amegmadrid.org/REVISTAS/14.pdf#page=18.
- Alaba J, Arriola E, Navarro A, González MF, Buiza C, Hernández C, Zulaica A. Demencia y dolor. Rev Soc Esp Dolor [Internet] 2011 [Cited 29 Noviembre 2013]; 18(3)176-186. Disponible en: https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=67451.
- ESRA: Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor. Escalas objetivas del dolor. [Internet] Romagosa, 1-3, 46002 Valencia. ESRA [Cited 9 Enero 2014]. Disponible en: http://www.dolopedia.com/index.php/ESCALAS_OBJETIVAS_DEL_DOLOR.
- Martínez Salio A, Gómez De la Cámara A, Ribera Canudas MV, Montero Homs J, Blanco Tarrío E, Collado Cruz A, et al. Diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático. Med Clin (Barc) [Internet] 2009 [Cited 29 Noviembre 2013]; 133(16):629-636. Disponible en: https://medes.com/Publi

/ResumePublication.aspx?idmedes=53292.
- Pérez Trullén JM, Arilla Aguilera JA, Vázquez André ML. Dolor psicógeno. Psiq Biol [Internet] 2008 Cited 30 Noviembre 2013]; 15(3):90-96. Disponible en: http: //dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2659392
Imirizaldu Garralda M, Calvo Sáez JI. Prevalencia y valoración del dolor. Rev ROL Enf [Internet] 2009 [Cited 30 Noviembre 2013]; 32(6)414-420. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2994224.
- Chamorro P, Puche E. Traducción al castellano y validación de la escala Abbey para la detección del dolor en pacientes no comunicativos. Rev Soc Esp Dolor [Internet] 2013 [Cited 25 Noviembre 2013]; 20(1):3-7. Disponible en: https://medes.com/publication/83340.

Capítulo 121

VENTILACIÓN MECÁNICA PROTECTORA DEL PULMÓN.

PAULA BANGO VEGA

1 Introducción

La ventilación mecánica (VM) es un tipo de alternativa terapéutica, que gracias a sus múltiples avances tecnológicos consigue dar soporte vital a aquellos que sufren insuficiencia respiratoria. La función respiratoria básica se compone por el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono y el equilibrio entre los diferentes componentes del sistema respiratorio. A veces este proceso falla y requiere de un soporte terapéutico como es la VM.

Es un método de soporte vital ampliamente utilizado en las unidades de cuidados críticos, por ello, se debe conocer cuando está indicado este medio de soporte vital avanzado, los principios fisiológicos de la ventilación, los efectos favorables y desfavorables que obtenemos con su uso. Así como también, aprender a programar los diferentes modos de los que se disponen y a interpretar las diferentes estrategias de monitorización para optimizar la ayuda y minimizar las complicaciones. Teniendo buenos conocimientos y un adecuado entrenamiento se tendrá la oportunidad de recuperar a más pacientes con insuficiencia respiratoria.

Los ventiladores mecánicos pueden ser a presión negativa (pulmón de acero) o a presión positiva, los que a su vez pueden ser invasivos para pacientes con hipercapnia, hipoxia y generalmente pacientes con insuficiencia respiratoria severa, en los que se coloca un dispositivo en la tráquea; y por otro lado, los no invasivos, que utilizan una interface fuera de la vía aérea en caso de insuficiencia

respiratoria aguda, hipercapnia y en exacerbaciones agudas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

El objetivo de la ventilación mecánica es dar soporte a la función respiratoria hasta la reversión total o parcial de la causa que originó la disfunción respiratoria, teniendo como pilares fundamentales: mejorar el intercambio gaseoso, evitar la injuria pulmonar y disminuir el trabajo respiratorio.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Describir la ventilación mecánica protectora del pulmón.

Objetivos secundarios:
- Analizar las complicaciones potenciales de la ventilación mecánica.
- Explicar los efectos de la toxicidad por oxígeno.
- Comprender el concepto de ventilación protectora tanto en pulmones con alguna patología como en pulmón sano.

3 Metodología

Se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pubmed, donde se utilizaron las palabras clave: "mechanical ventilation", "invasive ventilation", "ventilator-associated pneumonia" y "lung protective ventilation". Por otra parte, en Google académico se buscaron artículos en relación a la ventilación protectora del pulmón y los modos convencionales, alternativos y especiales de la ventilación mecánica.

En Pubmed en un primer lugar se encontraron 92.478 artículos. Seleccionando los publicados en un periodo de tiempo comprendido entre los últimos 10 años, con filtros en inglés y español y en la especie humana encontramos un total de 2.064, entre los cuales se han escogido 4 artículos.

En Google Académico se encontraron en primer lugar, 15.600 artículos. Una vez seleccionados los filtros en inglés y español y en un periodo de tiempo comprendido entre los últimos 5 años sumaron un total de 6.590, de los cuales se seleccionaron 7.

4 Resultados

Complicaciones de la ventilación mecánica

Para hablar de la ventilación protectora pulmonar se debe comenzar hablando de los efectos adversos potenciales de la ventilación mecánica. Para empezar, es fácil provocar una neumonía asociada al ventilador (NAV) al sortear los mecanismos de defensa naturales de la vía aérea en pacientes intubados así como la supresión de los reflejos de la tos. Por esto, es de suma importancia empezar la retirada del ventilador lo antes posible y comenzar, si se precisa, con ventilación no invasiva, ya que se ha demostrado que ésta reduce la incidencia de NAV. Existe un importante proyecto de prevención de la NAV que se tratará posteriormente.

La ventilación mecánica, especialmente en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), puede provocar también lesiones pulmonares inducidas por el ventilador (LPIV). Entre ellos, destacamos el "barotrauma" y las lesiones inducidas por estiramiento ("volutrauma", "atelectrauma" y "biotrauma"). Se conoce como barotrauma al traumatismo pulmonar producido por la presión positiva. Su mecanismo de producción es la sobredistensión y la rotura alveolar, como consecuencia de la aplicación de una presión excesiva. Parece no dañar el pulmón a no ser que la presión se ejecute "a través" del pulmón. Da lugar al desarrollo de aire extraalveolar. La manifestación con mayor repercusión clínica es el neumotórax, puesto que puede evolucionar a neumotórax a tensión y amenazar la vida del paciente.

En contraste con el barotrauma, la sobredistensión de un área pulmonar local, debida a la ventilación con un elevado volumen circulante, puede producir lesión pulmonar y recibe el nombre de volutrauma. Desafortunadamente, debido a sus propiedades mecánicas, los alvéolos más sanos son más propensos a este tipo de daño. La ventilación con una estrategia protectora pulmonar que incluya la aplicación de un volumen circulante bajo (6 ml/kg) minimiza estos efectos.

El colapso cíclico y la reapertura de alvéolos pueden dañar el tejido pulmonar y ocurrir lo que denominamos "atelectrauma". Se produce cuando se utilizan bajos volúmenes inspiratorios y niveles inadecuados de PEEP durante la ventilación de los pacientes con SDRA. En estas circunstancias, los alvéolos tienden a abrirse en inspiración y a cerrarse en espiración. La aplicación de un nivel adecuado de PEEP evitará que se produzcan el cierre y la reapertura alveolar de forma repetida,

ayudando a mantener el reclutamiento pulmonar al final de la espiración.

De la ingeniería mecánica se han tomado dos términos para explicar fenómenos que se producen en la ventilación mecánica. El término "estrés" describe la condición de una presión transpulmonar ejecutada "a través" del pulmón. El término "tensión" describe la condición de un volumen tidal proporcionado a un pulmón en relación con el volumen pulmonar espiratorio final. Tanto la tensión como el estrés no fisiológico, pueden iniciar un "biotrauma". Generalmente se produce por sobredistensión pulmonar local producida por unos volúmenes inspiratorios elevados, junto con la apertura y el cierre repetitivos de los alvéolos con bajos niveles de PEEP.

Los daños biofísicos y bioquímicos, llevan a incrementar la permeabilidad capilar-alveolar, a la inactivación del surfactante y a la liberación de mediadores inflamatorios. La transmisión de infección pulmonar, translocación bacterial y liberación de mediadores en la circulación sistémica con inflamación sistémica consecuente podrían ser una causa del fallo multiorgánico del sistema y los altos índices de mortalidad en pacientes con SDRA.

Toxicidad por el oxígeno

Se han realizado estudios en humanos y animales que indican que la administración de oxígeno suplementario puede provocar lesiones de la vía aérea. Entre los efectos de la hiperoxia en los pulmones se encuentran la formación de la membrana hialina alveolar, edema, hiperplasia, proliferación de neumocitos tipo II, destrucción de neumocitos tipo I, fibrosis intersticial y remodelación vascular pulmonar.

Si bien no se conoce con exactitud qué FIO2 resulta tóxica, valores > 0,6 durante un periodo superior a 48 horas parecen producir toxicidad pulmonar, sobre todo en pulmones sanos o poco lesionados. La aplicación de PEEP y la posición en decúbito prono producen una mejoría de la oxigenación y permiten reducir la FIO2 a un valor no tóxico.

Por otra parte, la preocupación sobre la toxicidad por oxígeno no debe llevar a su restricción cuando el paciente está hipoxémico. Está indicada una FIO2 de 1 al inicio de la ventilación mecánica, durante el transporte, la aspiración de secreciones, en periodos de inestabilidad.

5 Discusión-Conclusión

Concepto de ventilación protectora

Teniendo en cuenta los efectos adversos de la ventilación mecánica explicados anteriormente, optimizando los ajustes del ventilador para evitar atelectasis cíclica y sobredistensión de los alvéolos conseguiríamos unos mejores resultados en pacientes con daños pulmonares agudos. Debemos conseguir un equilibrio entre diferentes objetivos: de oxigenación y ventilación (eliminación de CO2), la influencia en la circulación y la búsqueda de la puerta "más segura" para el intercambio de gases con diversas opciones de presión, volúmenes y ritmo.

Una PEEP elevada puede ayudar a evitar atelectasias y, si se ajusta adecuadamente, puede reducir la resistencia pulmonar. Esto, sin embargo, también lleva la ventilación tídal hacia volúmenes pulmonares inspiratorios finales más altos. Los volúmenes tídales bajos pueden evitar el desarrollo de "volutrauma", pero pueden provocar un aumento de la fracción de espacio muerto e hipercapnia.

Las altas presiones de meseta, resultado de las altas presiones espiratorias finales y los volúmenes tídales necesarios para el control de la hipercapnia, pueden causar barotrauma, sobredistensión y pueden producir error en la circulación y función cardiaca. Puesto que mantener los gases sanguíneos estables es el objetivo principal, incluso los ajustes de ventilación más protectores pueden no ser capaces de evitar la inducción de lesiones pulmonares debidas al ventilador en algunas zonas de un pulmón. La aceptación de niveles de CO2 elevados a favor de una zona "segura" de ventilación se denomina "hipercapnia permisiva".

Las estrategias de ventilación mecánica han sufrido cambios en las últimas décadas, con tendencia al uso de volúmenes corrientes (VC) o tídales cada vez menores, principalmente en los pacientes con lesión pulmonar aguda (LPA) o síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). No obstante, en los pacientes sin LPA o SDRA, el uso de volúmenes corrientes altos todavía es algo habitual. Estudios retrospectivos sugieren que esta práctica puede estar relacionada a la LPA asociada a la ventilación mecánica. De todas maneras, no se conoce el manejo ideal de la ventilación mecánica en los pacientes sin LPA debido a la falta de estudios prospectivos.

A continuación se presentarán evidencias científicas para el uso de una ventilación mecánica protectora en los pacientes con pulmones sanos así como es-

trategias para ventilar de forma adecuada un pulmón con patología.

Ventilación mecánica protectora en la LPA y SDRA

En un estudio pionero, Ranieri junto con otros estudiosos, confirmaron que el uso de volúmenes corrientes menores reduce la concentración de mediadores inflamatorios tanto en el lavado broncoalveolar como en la circulación sistémica. Estudios posteriores confirmaron que esta práctica cambia el resultado final de los pacientes. En el principal de esos estudios, el ARDS Network 18, fue comparado el uso de un volumen corriente bajo (6 mL.kg-1 peso corporal previsto) y alto (12 mL.kg-1 peso corporal previsto).

El uso de VC bajo con una presión de meseta máxima de 30 cmH2O resultó en una mortalidad intrahospitalaria menor (31% versus 39%), y en un número menor de días en la ventilación mecánica. La mejoría en la supervivencia de esos pacientes permaneció después del seguimiento durante 6 meses. Durante el uso de la ventilación protectora en el SDRA suele darse la "hipercapnia permisiva". Para tratar de compensar esta alteración, se puede intentar el uso de frecuencias respiratorias más elevadas. El uso de ventilación mecánica en la posición prona en el SDRA parece mejorar la oxigenación y el reclutamiento alveolar, pero no se ha visto ningún beneficio en la mortalidad. Además, puede tener como complicación la desentubación inadvertida y la pérdida de accesos venosos.

Por último y como resumen, sería importante tener en cuenta las directrices a seguir para tratar con ventilación protectora a un paciente con LPA o SDRA:
- Controlar la presión y el volumen. Para esto, es de vital importancia la experiencia del médico y la adecuada interpretación de cambios fisiológicos.
- Reducir el volumen corriente hasta aproximadamente 6 mL.kg-1 de peso corporal previsto; mantener una presión de meseta ≤ 30 cmH2O reduce la mortalidad y es muy recomendada (estudio ARDS Network 2000).
- El aumento de los valores de PEEP para intentar reducir la FIO2 no se sustenta por los estudios actuales.
- La monitorización hemodinámica cuidadosa y mantenida es importante en pacientes bajo ventilación mecánica protectora debido al riesgo de compromiso de la perfusión tisular.
- La hipercapnia proveniente de la ventilación mecánica protectora (hipercapnia permisiva), generalmente se tolera bastante bien y se prefiere al uso de volúmenes corrientes elevados o presiones de meseta elevadas.
- Las contraindicaciones a la hipercapnia permisiva incluyen la hipertensión in-

tracraneal, la acidosis metabólica grave concomitante, el aumento de la hipertensión pulmonar, la insuficiencia del ventrículo derecho y los síndromes coronarios agudos

Recomendaciones de ventilación en un pulmón sano

Aún no existen estudios consistentes que demuestren cómo ventilar un pulmón sano. De todas formas, las recomendaciones de los especialistas y las actuales evidencias, nos indican que el uso de un VC inferior a 10 mL.kg-1 de peso corporal ideal, asociado a PEEP ≥ 5 cmH2O, sin rebasar una presión de meseta de 15 a 20 cmH2O, podría minimizar el estiramiento alveolar al final de la inspiración y evitar una posible inflamación o colapso alveolar.

Es importante resaltar que, en algunos pacientes con pulmón sano, sometidos a ventilación mecánica por un corto período de tiempo para procedimientos de bajo riesgo, un VC de 10 mL.kg-1 probablemente no cause el estiramiento alveolar al final de la inspiración, por tanto no desencadenaría las consecuencias citadas. Al contrario, cuando esos pacientes son ventilados con presión de meseta < 15 cmH2O sin PEEP, el uso de VC bajos puede conducir a atelectasias. Debemos usar una PEEP suficiente para evitar esto así como un compromiso de la oxigenación. No ocurre lo mismo en los pacientes en respiración espontánea. En esta situación, e incluso con las presiones de meseta bajas, la presión transalveolar mantiene la presión pleural "negativa", evitando colapsos alveolares.

Como resumen, La ventilación mecánica protectora del pulmón es una estrategia terapéutica cada vez más empleada por estar demostrada su eficacia y disminución de complicaciones. Consiste principalmente en el uso de volúmenes corrientes más bajos y presiones de meseta limitadas en pacientes con patología pulmonar. Aún no existen estudios consistentes que demuestren cómo ventilar un pulmón sano, pero si recomendaciones de especialistas.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez Muñoz F. Ventilación mecánica. Acta Med Per. 2011; 28: 87-104.
2. Manzano A.E, Vera M.J. Características de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital José Carrasco Arteaga [Trabajo fin de grado]. Repositorio de la Universidad del Azuay [Internet]. Ecuador; 2011 [acceso 2 de abril de 2016]. Disponible en: http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/41/1/08483.pdf

3. Jardines A, Oliva C, Romero L. Morbilidad y mortalidad por ventilación mecánica invasiva en una unidad de cuidados intensivos [Internet]. Santiago de Cuba: MEDISAN; 2008 [acceso 8 de abril de 2016]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san05208.pdf
4. Brochard L. Mechanical ventilation: invasive versus non invasive. ERS. 2003; 22: 31-37.
5. Subirana M, Bazan P. Modalidades de ventilación mecánica. Enferm intensiva. 2000; 11: 249-60.
6. Ventilación Mecánica, guía práctica para enfermería. 1ª edición. Madrid. Clemente López F. 2009.
7. Suarez-Sipmann F. Nuevos modos de ventilación asistida. Med Intensiva. 2014; 38: 249-60.
8. Jarrillo A. Guía de Ventilación de Alta Frecuencia Oscilatoria [Internet] [acceso 4 de abril de 2016] Disponible en: http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/GuiaVAFO.pdf
9. Ralf F. Folleto sobre ventilación mecánica [Internet]. Lübeck: Dräger Medical GmbH; 2015 [acceso 29 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.draeger.com/sites/assets/PublishingImages/Products/generic/medical-documents/ES/lpp-booklet-9066574-es.pdf
10. Benito S, Ramos LA. Complicaciones durante la ventilación mecánica. En: Soler H, director. Fundamentos de la ventilación mecánica. 1ª ed. Barcelona: Marge Médica Books; 2012. 197-208.
11. Seiberlich E, Santana JA, Chaves RA, Seiberlich RC. Ventilación Mecánica Protectora, ¿Por qué utilizarla? Rev Bras Anestesiol. 2011; 61: 361-65.
12. Jam M.R, Santé M, Hernández O, Carrillo E, Turégano C, Fernández I et al. Assesment of a training programme for the prevention of ventilator-associated pneumonia. Nurse Crit Care. 2012; 17: 285–92.

Capítulo 122

PLAN DE CUIDADOS EN UN PACIENTE GERIÁTRICO.

PAULA BANGO VEGA

1 Introducción

En la actualidad, la esperanza de vida cada vez es mayor y esto trae como consecuencia que cada vez tengamos más personas mayores que requieren cuidados enfermeros de calidad.

Hablar de cuidados a la persona mayor es hablar de la profesión enfermera con algunas características que los diferencia de otros grupos de edad. Es necesario por tanto conocer los procesos de salud que ocurren en la vejez y sus manifestaciones. Debemos tener en cuenta que, aunque las necesidades son las mismas que las de un adulto más joven, la manera de manifestarse es distinta y, por tanto, la forma en la que las satisfacemos también cambiará.

Realizar una valoración completa del anciano en todas sus áreas nos permitirá cubrir esas necesidades, ya que algunas se encuentran alteradas no por el cambio físico, sino por el funcional o cognitivo.

Dentro de los grandes síndromes geriátricos se pueden encontrar entre otros la inmovilidad, caídas, incontinencia, deterioro cognitivo, etc. Prestar los cuidados básicos necesarios para mantener la calidad de vida y evitar, o al menos retardar los síndromes geriátricos, forma parte de los objetivos de atención a las personas mayores.

2 Objetivos

- Presentar un plan de cuidados individualizado del paciente geriátrico.

3 Metodología

- Búsqueda de información en bases de datos como Scielo o Google Académico de artículos y manuales relacionados con los cuidados geriátricos, seleccionando aquellos escritos en español.
- La propia experiencia laboral en un centro hospitalario especializado en geriatría, en la planta de enfermos con procesos agudos, en el que se realizó el siguiente plan de cuidados con un paciente.

4 Resultados

Paciente de 86 años que acude a urgencias por cuadro de agitación nocturno y fiebre de 39℃. Portador de sondaje vesical domiciliario. A su llegada a urgencias presenta orina turbia, atragantamientos frecuentes con tos, flema escasa y blanquecina. Se sospecha de una neumonía y se ingresa en la unidad. Constantes vitales en el momento del ingreso: afebril, TA 80/45, FC 68 lpm, saturación basal 93%. Está somnoliento y bradipsíquico, responde a estímulo verbal aunque su lenguaje es escaso.

Situación basal:
- Funcional: dependencia severa en las ABVD en relación con deterioro cognitivo. Colabora en transferencias y deambula trayectos cortos con andador y ayuda de otra persona. Continente fecal ocasional. Dependiente para el resto.

ESCALA DE BARTHEL= 20 (DEPENDIENTE GRAVE)
Alimentación Dependiente: 0
Baño Dependiente: 0
Vestirse Dependiente: 0
Arreglarse Dependiente: 0
Deposición Accidente: 5
Micción Incontinente: 0
Retrete Dependiente: 0
Traslado sillón-cama Gran ayuda: 5
Deambulación Necesita ayuda: 10

Escalones Incapaz:0

- Cognitiva: deterioro cognitivo unido a Parkinson además de un probable trastorno de la personalidad previo (autoritario, controlador, agresivo verbalmente…). Presenta demencia desde 2013.
- Social: viudo desde 2006. Vive en Oviedo con hija única y un cuidador.

Sus últimas enfermedades fueron infecciones del tracto urinario e infecciones respiratorias. Tiene una fibrilación auricular, paciente anticoagulado, HTA (aunque hipotenso al ingreso). Se ha caído en varias ocasiones. Tiene alergia a la Mercromina.

Valoración de enfermería al ingreso:
- Dominio 1: Promoción de la salud

Cumple el régimen terapéutico porque es controlado por su familia y cuidador.
- Dominio 2: Nutrición

La dieta que sigue habitualmente es una túrmix sin sal. No tiene intolerancias alimentarias ni alteración del apetito. Presenta dificultad en la masticación debida a la ausencia de dentadura. Se prescribe dieta oral y líquidos con textura néctar ya que en la prueba de la disfagia observamos dificultad para deglutir líquidos. No tiene vómitos. Piel y mucosas se encuentran hidratadas.
- Dominio 3: Eliminación

Es incontinente urinario e incontinente fecal a menudo. Utiliza en ocasiones semillas de lino como laxante.
- Dominio 4: Actividad-reposo

En general, descansa bien durante la noche. Se muestre a veces ansioso. Utiliza Idalprem como ayuda para dormir.

Escala de Barthel= 15 (dependiente total)
Alimentación Dependiente: 0
Baño: Dependiente 0
Vestirse: Dependiente 0
Arreglarse: Dependiente 0
Deposición: Incontinente 0
Micción: Incontinente 0
Retrete: Dependiente 0
Traslado sillón-cama: Gran ayuda 5
Deambulación: Necesita ayuda 10
Escalones: Incapaz 0

Importante pérdida funcional. Tiene disnea de esfuerzo.

- Dominio 5: Percepción-cognición
Está consciente aunque no orientado en tiempo. Tiene alteraciones de la memoria y algunas dificultades en la comunicación.
- Dominio 6: Autopercepción
Se encuentra tranquilo en el momento de la valoración.
- Dominio 7: Rol-relaciones
Vive con su hija y un cuidador. Es pensionista y no tiene personas a su cargo.
- Dominio 8: Sexualidad
Irrelevante
- Dominio 9: Afrontamiento-tolerancia al estrés
No expresa ni se observan signos de preocupación por la situación. La familia nos informa que en las noches se muestra agitado y hacen uso de cinturón de sujeción.
- Dominio 10: Principios vitales
No se recogen datos
- Dominio 11: Seguridad
Es portador de vía venosa y sonda vesical. Según la escala de Braden existe un alto riesgo de aparición de UPPs.

Escala de Braden = 14 (riesgo alto)
Percepción sensorial :Ligeramente limitada 3
Exposición a la humedad Ocasionalmente 3
Actividad : En silla 2
Movilidad: Muy limitada 2
Nutrición: Adecuada 3
Roce y peligro de lesiones: Problema 1

La piel esta íntegra. Existe riesgo de caídas y de aspiración.
-Dominio 12: Confort
No tiene dolor ni malestar.

Diagnóstico de enfermería al ingreso:

1. Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente.
Intervenciones (NIC) y actividades:
- Manejo del estreñimiento/impactación:
A. Administrar laxantes o enemas pautados.
B. Dieta rica en fibra.
C. Administrar semillas de lino (las cuales ya tomaba en su domicilio).

- Manejo de líquidos:
A. Fomentar la ingesta de líquidos siempre con espesante (textura néctar).

2. Déficit de autocuidado: alimentación r/c deterioro cognitivo.
Intervenciones:
- Alimentación:
A. Colocarle la bandeja.
B. Abrirle los alimentos que están empaquetados.
C. Ayudarle a ingerir la comida.
D. Fijarse en la cantidad de comida que toma y apuntarla.
3. Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro cognitivo.

Intervenciones:
- Baño:
A. Ayudar al paciente a aceptar su dependencia.
B. Proporcionar al paciente los objetos para su aseo.
C. Ayuda total con la higiene teniendo en cuenta la reducida movilidad actual. Establecer compenetración.
- Manejo ambiental: confort.
A. Colocarle de forma que se facilite la comodidad.
B. Evitar exponer la piel a factores irritantes y tratar de mantenerla seca dentro de lo posible.
C. Facilitar una cama cómoda y limpia.
D. Vigilar la piel a diario debido al riesgo de aparición de úlceras.
- Cuidados perineales:
A. Limpieza exhaustiva en el cambio de pañal.
B. Mantener el perineo seco.
4. Déficit de autocuidado: vestido r/c deterioro cognitivo.

Intervenciones:
- Vestir/arreglo personal.
A. Mantener intimidad del paciente.
B. Apoyar esfuerzos en la colaboración.
C. Ayuda en poner y quitar el camisón, tratando de conservarlo limpio.
5. Intolerancia a la actividad r/c disnea de esfuerzo y debilidad generalizada.

Intervenciones:
- Ayuda con los autocuidados: transferencia.
A. Transferencia cama-sillón con la ayuda de 2 personas.
- Manejo de la energía.

A. Asegurar que las ingestas son positivas.
B. Vigilar la respuesta cardíaca y respiratoria a la actividad.
C. Administración de oxígeno para evitar la fatiga.
- Ayuda con el autocuidado.
A. Ocuparnos de la alimentación, la movilidad, la higiene…
- Cambio de posición
A. Asegurar cambios posturales evitando la aparición de úlceras por presión.
6. Deterioro de la movilidad física r/c deterioro cognitivo y neuromuscular:

Intervenciones:
- Ayuda con el autocuidado
A. Asegurarnos de prestarle todos los cuidados básicos: higiene, alimentación, vestido, cambio de pañal…
B. Ayuda con los autocuidados: transferencia
C. Transferencia cama sillón con ayuda de 2 personas.
- Cambio de posición
A. Cambiar postura del paciente cuando lleve un tiempo encamado.
7. Riesgo de confusión aguda r/c ingreso hospitalario y demencia.

Intervenciones:
- Orientación de la realidad.
A. Darle conversación y evaluar su orientación.
B. Fomentar implicación familiar. Animar a la familia y cuidador a que pasen tiempo con él, ya que se desorienta más estando solo y requiere bastante atención.
- Manejo ambiental: seguridad.
A. Utilizar dispositivos de protección (cinturón en cama y sillón) y barandillas.
- Manejo de la demencia.
A. Ayuda con la pérdida de memoria (repetir varias veces lo que hemos dicho, hacer que nos lo repita él…)
B. Ayudarle en alimentación y el aseo.
C. Limitar las distracciones y el ruido en nuestra conversación con él.
D. Usar palabras y frases simples y darle tiempo para que nos entienda.
8. Ansiedad r/c cambio en el entorno:

Intervenciones:
- Disminución de la ansiedad:
A. Tratar de tranquilizarle hablando con él, animándole a que nos cuente el motivo de su angustia.
B. Administrar 10 gotas de Haloperidol pautado si fuese necesario.

- Mejorar el sueño:
A. Asegurar un ambiente tranquilo y que la cama y postura sean confortables.
- Presencia:
A. Animar a la familia y cuidador a que pasen las noches con él si es posible.
9. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

Intervenciones:
- Cuidados del catéter urinario:
A. Mantener permeabilidad de la sonda.
- Limpieza de la zona dérmica genital diaria.
A. Cambiar bolsa.
- Mantenimiento del dispositivo de acceso venoso: A. Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.
B. Cambiar los sistemas, apósitos y tapones cuando sea necesario.
C. Mantener apósito oclusivo.
D. Verificar si hay signos de obstrucción en el catéter.
E. Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (rojez, tumefacción, sensibilidad, fiebre, malestar).
- Control de infecciones:
A. Asegurar una técnica adecuada en el cuidado de la úlcera.
B. Lavado de manos.
C. Usar guantes estériles en los cambios de sonda vesical.
D. Tratar la infección urinaria existente con Tazobactam.
10. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad e inmovilización física.

Intervenciones:
- Reevaluación de la escala Braden.
A. Se debe hacer una reevaluación diaria debido a su alto riesgo.
B. La exposición a la humedad es un factor de riesgo en la aparición de UPPs. Procuraremos realizar cambios de pañal habituales.
- Prevención de úlceras por presión.
A. Utilización de ácidos grasos hiperoxigenados en lugares en los que pueden aparecer úlceras.
- Cambios de posición
A. Cambiar postura para que no se ejerza presión constante sobre los mismos puntos corporales.
B. Levantar a sillón una vez por turno.
11. Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física e historia de caídas.

Intervenciones:
- Prevención de caídas.
A. Ayuda de 2 personas para la transferencia cama-sillón consiguiendo una pequeña deambulación estable.
- Sujeción física.
A. Cinturón en cama y sillón.
12. Riesgo de aspiración r/c deterioro de la deglución.
Se realiza prueba de la disfagia al ingreso y se concluye que lo recomendable en este caso sería una textura néctar.

Intervenciones:
- Precaución para evitar la aspiración:
A. Utilización de espesantes en los líquidos.
13. Hipertermia r/c enfermedad:
Intervenciones:
- Tratamiento de la hipertermia:
A. Se le administra el Paracetamol y antibióticos pautados y responde adecuadamente.

Valoración de enfermería al alta:
-Dominio 1: Promoción de la salud
Cumple el régimen terapéutico en su estancia hospitalaria controlado por el personal sanitario.
-Dominio 2: Nutrición
Sigue una dieta túrmix sin sal. Hace ingestas escasas en días puntuales pero en general podemos decir que la alimentación ha sido adecuada. Los líquidos se han proporcionado con textura néctar. No tiene vómitos. Piel y mucosas se encuentran hidratadas.
-Dominio 3: Eliminación
Es incontinente urinario y fecal. Ha tenido un episodio de estreñimiento que ha sido resuelto con un enema. Conservamos el riesgo de estreñimiento al alta, ya que la familia refiere que el paciente es estreñido desde hace tiempo
-Dominio 4: Actividad-reposo
Pasa las primeras noches agitado como nos advertía la familia. Los últimos días hospitalizado los pasa tranquilo.
Escala de Barthel= 15 (dependiente total)
Alimentación: Dependiente 0
Baño: Dependiente 0
Vestirse: Dependiente 0

Arreglarse: Dependiente 0
Deposición: Incontinente 0
Micción: Incontinente 0
Retrete: Dependiente 0
Traslado sillón-cama: Gran ayuda 5
Deambulación: Necesita ayuda 10
Escalones: Incapaz 0
Tiene disnea de esfuerzo.

- Dominio 5: Percepción-cognición
Con el paso de los días le vamos viendo más orientado. Tiene alteraciones de la memoria y algunas dificultades en la comunicación que relacionamos con la demencia.
- Dominio 6: Autopercepción
Se encuentra tranquilo.
- Dominio 7: Rol-relaciones
Se marcha con su hija y cuidador.
- Dominio 8: Sexualidad
Irrelevante
- Dominio 9: Afrontamiento-tolerancia al estrés
No expresa ni se observan signos de preocupación.
- Dominio 10: Principios vitales
No se recogen datos.
- Dominio 11: Seguridad

Se retira la vía venosa pero se conserva la sonda vesical. Ambos han sido cambiados en varias ocasiones durante la hospitalización por obstrucción. Según la escala de Braden existe un alto riesgo de aparición de UPPs. Aunque se marcha con la piel íntegra, durante la hospitalización aparecen dos pequeñas úlceras de estadio I que se curan con povidona yodada y apósitos de espuma de poliuretano.

Escala de Braden= 14 (riesgo leal)
Percepción sensorial: Ligeramente limitada 3
Exposición a la humedad: Ocasionalmente 3
Actividad: En silla 2
Movilidad: Muy limitada 2
Nutrición: Adecuada 3
Roce y peligro de lesiones: Problema 1

Existe riesgo de caídas y de aspiración.

- Dominio 12: Confort
No tiene dolor ni malestar.

Diagnóstico de enfermería al alta
A. Diagnósticos resueltos:
- Ansiedad
- Hipertermia
B. Diagnósticos activos:
1.Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente.
Intervenciones (NIC) y actividades:
- Manejo del estreñimiento/impactación:
Administrar laxantes o enemas pautados.
Dieta rica en fibra.
Administrar semillas de lino (las cuales ya tomaba en su domicilio).
- Manejo de líquidos:
Fomentar la ingesta de líquidos siempre con espesante (textura néctar).
2. Déficit de autocuidado: alimentación r/c deterioro cognitivo.

Intervenciones:
- Alimentación.
Abrirle los alimentos que están empaquetados.
Ayudarle a ingerir la comida.
Fijarse en la cantidad de comida que toma.
3. Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro cognitivo.

Intervenciones:
- Baño
Ayudar al paciente a aceptar su dependencia.
Proporcionar al paciente los objetos para su aseo.
Ayuda total con la higiene teniendo en cuenta la reducida movilidad actual.
Establecer compenetración.
- Manejo ambiental: confort
Colocarle de forma que se facilite la comodidad.
Evitar exponer la piel a factores irritantes y tratar de mantenerla seca dentro de lo posible.
Facilitar una cama cómoda y limpia.
Vigilar la piel a diario debido al riesgo de aparición de úlceras.
- Cuidados perineales:
Limpieza exhaustiva en el cambio de pañal.

Mantener el perineo seco.

4. Déficit de autocuidado: vestido r/c deterioro cognitivo.
Intervenciones:
- Vestir/arreglo personal
Mantener intimidad del paciente.
Apoyar esfuerzos en la colaboración.
Ayuda en poner y quitar la ropa.

5. Intolerancia a la actividad r/c disnea de esfuerzo y debilidad generalizada.
Intervenciones:
- Ayuda con los autocuidados: transferencia
Transferencia cama-sillón con la ayuda de 2 personas.
- Manejo de la energía
Asegurar que las ingestas son positivas.
Vigilar la respuesta cardíaca y respiratoria a la actividad.
- Ayuda con el autocuidado
Ocuparnos de la alimentación, la movilidad, la higiene…
- Cambio de posición
Asegurar cambios posturales evitando la aparición de úlceras por presión.

6. Deterioro de la movilidad física r/c deterioro cognitivo y neuromuscular:
Intervenciones:
- Ayuda con el autocuidado
Prestarle todos los cuidados básicos: higiene, alimentación, vestido, cambio de pañal…
- Ayuda con los autocuidados: transferencia
Transferencia cama sillón con ayuda de 2 personas.
- Cambio de posición
Cambiar postura del paciente cuando lleve un tiempo encamado.

7. Riesgo de confusión aguda r/c demencia.
Intervenciones:
- Orientación de la realidad
Darle conversación y evaluar su orientación.
- Manejo ambiental: seguridad
Utilizar dispositivos de protección si fuesen necesarios.
- Manejo de la demencia
Ayuda con la pérdida de memoria (repetir varias veces lo que hemos dicho, hacer que nos lo repita él…).

Ayudarle en alimentación y el aseo.
Limitar las distracciones y el ruido en nuestra conversación con él.
Usar palabras y frases simples y darle tiempo para que nos entienda.

8. Riesgo de infección r/c catéter urinario.
Intervenciones:
- Cuidados del catéter urinario:
Mantener permeabilidad de la sonda.
Limpieza de la zona dérmica genital diaria.
Cambiar bolsa.
Uso de guantes en manipulación de la sonda.

9. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad e inmovilización física.
Intervenciones:
- Prevención de úlceras por presión
Utilización de ácidos grasos hiperoxigenados en lugares en los que pueden aparecer úlceras.
Procuraremos realizar cambios de pañal habituales.
- Cambios de posición
Cambiar postura para que no se ejerza presión constante sobre los mismos puntos corporales.

10. Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física e historia de caídas.
Intervenciones:
- Prevención de caídas.
Ayuda de 2 personas para las transferencias.
- Sujeción
Utilizar cinturón si fuese necesario.

11. Riesgo de aspiración r/c deterioro de la deglución.
Intervenciones:
- Precaución para evitar la aspiración:
Utilización de espesantes en los líquidos.

5 Discusión-Conclusión

Como recomendaciones de enfermería al alta proponemos:
- Cuidados diarios de la sonda vesical tratando de evitar infecciones.

- Vigilancia de la piel e hidratación.
- Realizar cambios de posición para prevenir UPPs.
- Fomentar deambulación con ayuda.
- Administrar líquidos con espesantes.
- Dieta rica en fibra y empleo de laxantes si fuesen necesarios.

Es importante destacar en este caso tratado la colaboración familiar y del cuidador.
En esta sentido, los cuidadores de las personas mayores también juegan un papel crucial, por lo que se hace necesario contar con su colaboración siempre que sea posible, pues puede ayudar a conocer mejor la situación de los pacientes.

En nuestro caso clínico, se han resuelto los procesos agudos del paciente con mínimo deterioro en otras esferas que quizá pueda recuperarse en el domicilio. Se instruye al cuidador sobre los cuidados de la sonda vesical y de la piel dado que existe bastante riesgo de que puedan producirse lesiones.

6 Bibliografía

- Instituto para la Atención de los Mayores en el Distrito Federal. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente. [En línea] [fecha de acceso: 16 de diciembre de 2016]. URL disponible en: http://www.iaam.df.gob.mx/pdf/Manual_cuidados.pdf
- Kristen L Mauk. Enfermería Geriátrica. Competencias asistenciales. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2008.
- Mayán Santos JM. Enfermería en cuidados sociosanitarios. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005.
- Fernández-Lasquetty B. Taxonomías [sede web]. Taxonomíaenfermera.com; 2006- [actualizada octubre 2010; acceso 19 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.taxonomiaenfermera.com/index.html

Capítulo 123

USO DEL TUBO DE DERIVACIÓN SALIVAL DE MONTGOMERY EN LAS FÍSTULAS FARINGOCUTÁNEAS.

PAULA BANGO VEGA

1 Introducción

La aparición de una fístula faringocutánea (FFC) es la complicacion más frecuente en el postoperatorio de una laringectomía total o laringofaringectomía. Es por ello que, se hace necesaria una pequeña introducción sobre lo que supone dicha operación.
El cáncer de laringe supone aproximadamente un 2% de los tumores en varones y un 0,4% en mujeres, siendo el responsable del 1% de las muertes por cáncer. Es curioso como en los últimos años y, en probable relación con el cambio en los hábitos tóxicos, la tendencia es una disminución en los varones y un aumento en las mujeres.

En los casos en los que estos carcinomas están en un estadio avanzado, se realiza la extirpación total de la laringe o laringectomía total.
Tras esta intervención quirúrgica, con una incidencia que oscila entre el 3 y el 65%, puede crearse una comunicación del tracto digestivo con la piel cervical. Esto es lo que denominamos fístula faringocutánea. Se aprecia por el flujo de saliva hacia el exterior del cuello en la deglución y suele aparecer alrededor del traqueostoma o a nivel de la herida quirúrgica. Cuando existe una apertura directa de la laringe a la piel y se acompaña de pérdida cutánea, se denomina faringostoma.

Este complicación se suele situar en torno al 7-10º día de postoperatorio y aumenta en gran medida la morbilidad y la estancia hospitalaria.

La alimentación por sonda nasogástrica, los antibióticos endovenosos y las curas locales frecuentes conforman el tratamiento conservador, que es eficaz en un 70% de los casos.
Es también recomendable insistir al paciente para que no trague saliva, comprimir a lo largo de su trayecto y colocar una cánula con balón si el débito salival es grande.
Tras un determinado tiempo sin obtener resultados con un método conservador, estos pacientes requieren de nuevo cirugía para el cierre de fístula.

Entre el tratamiento conservador y el quirúrgico de las FFC, se encuentra otra opción que ha demostrado ser eficaz en su uso.
Su utilización se remonta a 1978, siendo Montgomery quien lo incorporó y por ello recibió su nombre. El tubo de derivación salival de Montgomery (TDSM) o by-pass salival consiste en una especie de embudo de silicona flexible con un diámetro variable (los más utilizados son de 12 y 14mm) y una longitud de 191mm. Su forma de embudo favorece la recogida de saliva y evita que se desplace.
Aunque existen otras indicaciones del by-pass salival como la estenosis de hipofaringe y esófago cervical, las fístulas traqueoesofágicas (FTE) y las obstrucciones esofágicas en este caso vamos a abordar solamente su utilización en las FFC.

2 Objetivos

Principal
- Explicar la utilización y beneficio del by-pass salival o tubo de derivación de Montgomery en las fístulas faringocutáneas.

Secundarios:
- Comprender en qué consiste una fístula faringocutánea como complicación de la laringectomía total.
- Conocer las técnicas de colocación del TDSM y cuándo está indicada cada una.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas como Pubmed, Scielo, Biblioteca Cochrane y Cinahl con las siguientes palabras clave: "tubo de Montgomery", "by-pass salival", "fístula", "laringectomía", "Montgomery t-tube" y "salivary bypass".

Como criterios de inclusión se han utilizado el idioma inglés y español y artículos escritos en los últimos 10 años. Además se han seleccionado sólo aquellos que se adecuasen a la temática buscada (otras indicaciones del tubo de derivación salival). Finalmente la muestra fue conformada por 12 artículos.

4 Resultados

Técnicas de colocación

En el caso de indicación de TDSM para paliar tumores del esófago, FTE o estenosis el método de elección para su colocación será el quirúrgico, bajo anestesia general y con visualización directa de la hipofaringe, con un laringoscopio de Jackson o de anestesia. La introducción se realizará con pinzas de McGill y ayudándose del dedo índice para su deslizamiento. También se puede emplear un fiador para facilitar su inserción. En ocasiones es necesaria realizar una dilatación previa.
Para el tema a abordar en este trabajo, las FFC, también se podría insertar de esta forma, pero los estudios y la práctica hospitalaria demuestran que es menos traumática para los pacientes y más sencillo para el personal, su colocación con anestesia local en un lugar acondicionado para ello.

El material necesario para esta técnica será:
- Guantes estériles, mascarilla y bata desechable
- El tubo de derivación salival (habitualmente calibre 12 o 14 mm)
- Sonda nasogástrica (SNG) del calibre suficiente para hacer de guía. Se suele emplear una tipo Salem de 14Fr.
- Seda calibre 0
- Sonda de Nelaton
- Pinzas de McGill
- Anestesia tópica
- Lubricante en spray
- Gases

- Espadrapo/puntos de aproximación
- SNG para nutrición enteral (con fiador, 8 Fr)

Primero, se explica al paciente el procedimiento y nos aseguramos de qué lo ha comprendido correctamente, nos consulte posibles dudas si le surgen y consiente. No debemos olvidar que es una técnica molesta para él y debemos aportarle tranquilidad durante todo el proceso.
La posición adecuada es con el paciente sentado y habitualmente no necesita sedación, aunque a veces es conveniente administrar algún ansiolítico antes del procedimiento.

Después de que el equipo médico y enfermero se preparen con las medidas de higiene y asepsia oportunas, se procede a anestesiar la boca y faringe con anestésico tópico en pulverización. El siguiente paso, sería introducir la SNG de aspiración debidamente lubricada desde la boca hasta el estómago y comprobar su colocación (auscultación en el estómago de insuflación de aire). Antes de la introducción del by-pass, anudaremos la seda al extremo proximal del mismo. Con la SNG como guía, se podrá deslizar sin dificultad por ella el TDSM hasta el esófago, quedando el extremo proximal del by-pass por debajo de la base de la lengua.
A continuación, retiramos la SNG y para evitar la migración del tubo y facilitar su retirada en un futuro, se saca por la fosa nasal (con la ayuda de la sonda de Nelaton) la seda que se había anudado previamente, y se fija con un tira de esparadrapo o puntos de aproximación a la mejilla.
Por último, colocaremos una SNG para administrar la nutrición enteral. También sería recomendable administrar analgesia al paciente una vez que hayamos acabado.

Beneficios del by-pass salival

En varios de los estudios consultados vemos como los pacientes en los que se han empleado un tratamiento conservador junto a la colocación del by-pass salival no hay precisado un cierre quirúrgico de la fístula.
En las FFC, el constante flujo de saliva hacia los tejidos cervicales es el principal factor que mantiene la infección y retrasa el proceso de curación.
Con la combinación de estos métodos, por una parte se evitan las infecciones y la derivación de la saliva (al pasar por el tubo hacia el esófago distal y no por la fístula) junto con la aplicación de compresión en la comunicación de la fístula al exterior hace que se cierre más rápido que espontáneamente o, por lo menos, se

recuperen los tejidos para recibir otras medidas.
Cuando no se emplea el TDSM, entre un 20 y un 30% de las FFC tienen que acabar siendo intervenidas de cirugías mayores con colgajo.

5 Discusión-Conclusión

En general, los pacientes toleran bien el by-pass salival. Los mayores inconvenientes que pueden encontrar en su uso son el dolor ocasionado y su desplazamiento al exterior, por ejemplo, con los accesos de tos. En ese caso, y cuando es un ligero desplazamiento, es sencilla su recolocación con los dedos.
Se puede emplear el faringoesofagograma después de retirar el by-pass para asegurar el cierre la FFC antes de reintroducir la alimentación por vía oral. Es algo controvertido su uso de forma rutinaria y consiste en la toma radiografías en varias posiciones para obtener imágenes del esófago deglutiendo un medio de contraste (por lo general, sulfato de bario).

- La potencial complicación más habitual después de una larigectomía total o faringolaringectomía es la fístula faringocutánea. Esta alarga la estancia hospitalaria de forma significativa.
- La mayoría de las fístulas (sobre todo las de pequeño tamaño) se cierran con tratamiento conservador
- La introducción de un by-pass salival en esta patología con anestesia tópica y en la misma planta de hospitalización es relativamente sencilla y ha demostrado ser eficaz en el cierre de fístulas.

6 Bibliografía

1. Rodrigo, J. P., López, F., Llorente, J. L., Álvarez-Marcos, C., & Suárez, C. (2015). Resultados de la laringectomía total en carcinoma localmente avanzado de laringe en la era de la organopreservación. Acta Otorrinolaringológica Española, 66(3), 132-138.
2. Martín Villares C, Pomar P, Iglesias MC, San Román J, Fernández Pello M, Aldama P, et al. Indicadores bioquímicos predictivos de fístula faringocutánea postlaringuectomía: un estudio clínico. Acta Otorrinolaringol Esp.2006;56:140-4
3. Palomar-Asenjo, V., Capell, E. S., Gómez, S. T., Hernández, I. P., & Palomar-García, V. (2008). Fístula faringocutánea tras laringectomía total. Estudio de casos

y controles de los factores de riesgo implicados en su aparición. Acta Otorrinolaringológica Española, 59(10), 480-484.
4. Santana, M. E. D., & Sawada, N. O. (2008). Fístula faringocutánea posterior a la laringectomía total: revisión sistemática. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16(4), 772-778.
5. García, M. S., Fente, V. S., Tapia, J. R., & Pendás, J. L. (2006). El tubo de derivación salival de Montgomery: una solución sencilla para las fístulas faringocutáneas. Acta Otorrinolaringológica Española, 57(10), 467-470.
6. Montgomery WW, Montgomery SK. Manual for use of Montgomery laryngeal, tracheal, and esophageal prostheses: update 1990. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl 1990;150:2-28.
7. Lorken A, Krampert J, Kau RJ, Arnold W. Experiences with the Montgomery Salivary Bypass Tube (MSBT). Dysphagia 1997;12:79-83.
8. Montgomery WW. Salivary bypass tube. Ann Otol Rhinol Laryngol.1978;87:159-62.
9. Silva J, Delgado J, Frisancho O. Colocación Endoscópica del Tubo de Derivación Salival de Montgomery en Fistulas y Estenosis Esofágicas. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2007 Jul [citado 2020 Ene 15]; 27(3): 287-294. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292007000300010&lng=es.
10. Tapia, J. R., Pendás, J. L., & Nieto, C. S. (2004). Inserción del tubo de derivación salival de Montgomery con anestesia local en pacientes con fístula faringocutánea tras laringectomía total. Acta Otorrinolaringológica Española, 55(5), 244-246.
11. Virtaniemi JA, Kumpulainen EJ, Hirvikoski PP, Johansson RT, Kosma VM. The incidence and etiology of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistulae. Head Neck 2001;23:29-33.
12. Redaelli de Zinis LO, Ferrari L, Tomenzoli D, Premoli G. Postlaryngectomy pharyngocutaneous fistula: incidence, predisposing factors, and therapy. Head Neck 1999;21:131-8.

Capítulo 124

FLEBITIS DESARROLLADA POR LA PRESENCIA DE UN CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO.

YAIZA PEREZ GUTIERREZ

1 Introducción

La flebitis consiste en la inflamación de una vena debido a la alteración del endotelio durante o después de la infusión endovenosa. Se caracteriza por dolor, edema y aumento de temperatura local, eritema/enrojecimiento de la zona o el trayecto venoso, y cordón venoso palpable; en ocasiones puede estar acompañado de secreción purulenta y/o fiebre, pudiendo llegar a producir una trombosis venosa en los casos más graves.

Aquella que está relacionada con la presencia de un catéter venoso periférico (CVP), supone una complicación muy habitual entre los pacientes portadores de este dispositivo, siendo un importante indicador de calidad de la actuación enfermera.

Existen numerosos factores de riesgo capaces de desarrollar la aparición de la flebitis, siendo destacables aquellos que están relacionados con el paciente, el catéter, la medicación y con la actuación enfermera.

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo de la flebitis relacionados con el catéter venoso periférico así como las principales medidas de prevención.

3 Metodología

Se ha llevada a cabo una búsqueda de artículos científicos en castellano o con traducción disponible en las siguientes bases de datos: Medline, Cinhal y Cuiden, así como en alguna página web, siendo seleccionados varios artículos.

4 Resultados

Se detallan y analizan una serie de factores de riesgo, estableciendo 3 grandes grupos: los inherentes al paciente, los propios del catéter y los relacionados con la medicación; añadiéndose después los factores relacionados con la actuación enfermera como uno de los posibles factores clave.

Los factores de riesgo relacionados con el propio paciente abarcan la edad, sexo y enfermedades asociadas. Pese a afirmar la literatura que la edad avanzada es un factor de riesgo en la aparición de la flebitis, son varios los estudios hallados que no encuentran asociación entre este factor y la evolución de la misma.
En cuanto a la relación sexo-flebitis, algunos autores afirmaron que ser mujer es un condicionante que aumenta el riesgo de desarrollar flebitis: 20.5% de flebitis en sexo femenino frente al 13.4% del masculino.
La presencia de ciertas enfermedades asociadas supone un condicionante en la aparición de flebitis. Procesos infecciosos, la disminución de componentes sanguíneos o la diabetes mellitus, pueden provocar cambios en el sistema circulatorio o el sistema inmunológico que favorezcan el desarrollo de la misma.

La flebitis mecánica está relaciona con los factores propios del catéter, ya que a mayor calibre más riesgo de flebitis. Esto es debido a la fricción del catéter contra la íntima de la vena y a la obstrucción del flujo de sangre debido a su gran calibre en comparación con el diámetro de la vena; por lo que catéteres de calibre 20G, 18G y superiores, son más propensos a producir una flebitis mecánica.
En relación al lugar anatómico de punción, varios estudios concluyen que la flexura es el lugar más propenso para desarrollar una flebitis.
Con respecto al tiempo de permanencia del catéter, se observó que, entre el tercer y quinto día tras la inserción de un catéter venoso periférico, es cuando existen mayores posibilidades de desarrollarse una flebitis.

Respecto a los factores de riesgo propios de la medicación, son cuatro los aspectos

que deben tenerse en cuenta: pH, osmolaridad, frecuencia de administración y modo de administración.
Los fármacos más frecuentes que producen flebitis son los antibióticos, principalmente el levofloxacino, azitromicina y cefotaxima. Por otro lado, la amiodarona, los citostáticos y el cloruro potásico, son otros de los medicamentos que con frecuencia pueden causarla.
Referente a la frecuencia de administración diaria, cabe pensar que pensar que administrar más de 3 fármacos diarios, aumenta el riesgo de flebitis, ya que se hará un uso más frecuente de la vía. En lo referente al modo de administración, no puede establecerse si la infusión en bolus, continua o intermitente supone un factor de riesgo ya que se tratan de estudios aislados.
Por último, se incluyen los factores de riesgo propios de la actuación enfermera ya que reconocen aspectos como: el diámetro del catéter, el lugar anatómico de inserción, la técnica de venopunción, los tipos de infusiones administradas y una correcta higiene de manos.

5 Discusión-Conclusión

Existen tres grandes grupos de factores de riesgo relacionados con el CVP y el desarrollo de flebitis. Los factores propios del paciente edad, sexo y patologías asociadas deben seguir estudiándose. Aunque se hayan encontrado indicios de que la edad avanzada y el sexo femenino constituyen factores de riesgo, es preciso seguir investigando sobre este tema, dado que en los estudios analizados los datos difieren de las líneas generales.

En relación a los factores de riesgo propios del catéter calibre y localización, existen unos indicios según los cuales, calibres más grandes y emplazamientos de mucha movilidad aumentan el riesgo de flebitis.
Los factores de riesgo dependientes de la actuación enfermera: higiene de manos, correcta fijación y habilidad técnica entre otros, suponen el grupo de factores sobre el que más posibilidades de acción existen. Cuanto mayor sea la implicación y el nivel de conocimientos de la enfermera sobre los aspectos mencionados anteriormente, menor será el riesgo de desarrollar una flebitis.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de TecnologíasSanitarias de Andalucía (AETSA). Guía de Práctica Clínica sobre Ter-

apia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. 2014
- Arias-Fernández L, Suérez-Mier B, Martínez-Ortega MC, Lana A. Incidencia y factores de riesgo de flebitis asociadas a catéteres venosos periféricos. Enferm Clin. 2016.
- Malach T, Jerassy Z, Rudensky B, Schlesinger Y, Broide E, Olsha O, et al. Prospective surveillance of phlebitis associated with peripheral intravenous catheters. Am J Infect Control. 2006; 34(5): 308-312.
- De Souza Urbanetto J, Peixoto CG, May TA. Incidência de flebites durante o uso e após a retirada de cateter intravenoso periférico. Rev Lat Am. 2016; 24: 2746.
- Flebitis Zero [sede Web]* Asturias: flebitiszero; 2016 [acceso el 4 de mayo de 2017].
Módulo de formación: elección del catéter. Disponible en: http://flebitiszero.com/app/formacion/formacionPdf.html

Capítulo 125

MANEJO DE CITOSTÁTICOS.

PILAR HERRERO MENENDEZ

1 Introducción

En el manejo de citostáticos es necesario conocer protocolos para mantener la seguridad del personal, paciente y medio ambiente.
Actualmente con el descubrimiento de nuevos fármacos citostáticos han aumentado las normas y recomendaciones para evitar riesgos en su preparación, manipulación, administración, y almacenamiento de estos fármacos, es decir, la prevención será el principal punto para crear protocolos basados en el trabajo seguro. El personal debe concienciarse del riesgo de estos medicamentos y de la necesidad con precaución, tranquilidad y con esquemas definidos.

2 Objetivos

Describir los riesgos de la manipulación en la preparación de citostáticos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los citostáticos se preparan en recintos preparados y con acceso limitado solo al personal autorizado en cabina de flujo laminar vertical clase II, que proporcionan seguridad al personal y precisan de unas normas que expliquen las características del área de trabajo y de cómo circular por ella, recomendaciones para la limpieza y desinfección de cabina, protección del manipulador, técnicas de preparación para saber actuar ante derrames o exposición a citostáticos. Todas estas normas harán que el personal tenga seguridad frente al trabajo diario.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad del manejo de citostáticos debe tener en cuenta al trabajador, al paciente y al medio ambiente:

- El personal: se deben revisar los protocolos cada tres años y cada vez que se produzcan cambios que se consideren oportunos e impartir talleres de reciclaje.
- El paciente: el personal debe conocer el uso correcto y adecuado ante extravasaciones y sus antídotos, forma y vía correcta de administrar al paciente.
- Medio ambiente: manejo correcto de las excretas del paciente a tratamiento con citostáticos, eliminación de residuos del material en contenedores concretos para citostáticos al igual que los restos de fármacos para no alterar el medio ambiente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 126

SEGURIDAD EN EL USO DEL CEMENTO ÓSEO EN QUIRÓFANO.

MARÍA VICTORIA DEL RÍO SANCHEZ

AITOR MENDEZ ALVAREZ

1 Introducción

El cemento óseo, es una resina acrílica que tiene la capacidad de transferir cargas, de actuar como material de relleno y procurar una buena unión mecánica capaz de fijar los diferentes componentes de la prótesis con las partes óseas de nuestro organismo. La intervención donde se usan más cantidades, con más frecuencia y existe más riesgos de exposición son las prótesis de cadera y de rodilla, que han aumentado considerablemente, tanto su colocación como su recambio, gracias a una mayor esperanza de vida, junto con la aparición de nuevas técnicas quirúrgicas, así como una población con una media de edad relativamente más alta.

El uso de los cementos óseos es muy habitual dentro del quirófano de traumatología, por lo que los profesionales que trabajan en el, se ven expuestos a los vapores tóxicos que desprende, siendo el más cuantioso de estos el metacrilato de metilo. Es importante conocer los efectos secundarios que puede producir y las medidas de protección que se pueden adoptar para prevenirlos.
El uso de cemento quirúrgico, también supone riesgos para el paciente. El ”síndrome de implantación del cemento óseo”, es una causa importante de morbimortalidad cuando son sometidos a la colocación de prótesis cementadas. Cabe destacar la importancia de la monitorización y vigilancia del paciente para poder

actuar de forma temprana ante los primeros signos y síntomas. También existe riesgo de infección, por lo que es importante el papel de enfermería para asegurar la esterilidad durante todo el proceso.

Preparación:
Se distinguen cuatro fases en la preparación del cemento óseo, con una duración que varía para cada preparado comercial:
1) Fase de mezclado: 2-3 min. Inicio de la polimerización, cemento líquido (baja viscosidad) y fácilmente removible.
Se acorta al mezclar más rápido.
Se disminuye con el aumento de temperatura.
2) Fase de reposo: propagación de las cadenas de polimerización, cemento menos líquido y menos removible.
3) Fase de trabajo: fácil manipulación, viscosidad mayor y generación de calor.
4) Fase de endurecimiento: 8-10 min. Formación de cadenas finalizada, no manipulable, cemento endurecido y muy caliente.
Se disminuye con el aumento de temperatura.
Aumento de humedad disminuye este tiempo.
El cemento se calienta durante la polimerización, es decir, se trata de una reacción exotérmica.

Coposición
La mayoría de cementos óseos que existen en el mercado tienen una proporción de polvo-líquido de 2:1

Composicón del líquido
Metacrilato de metilo monómero (96-98%)
Metacrilato de Butilo
Dimettil-p-toluidina: agente acelerador de la reacción necesario para que la mezcla se produzca en un tiempo adecuado.(aprox 1,5-2,5%)
Hidroquinona: Contribuye a impedir la polimerización prematura. Estabiliza la mezcla. (aprox. 0,0075%)

Composición del polvo
Polimetil metacrilato: polímero (88-90%)
Peróxido de benzoilo: agente catalizador altera o retarda la velocidad de reacción (1- 2%)
Sulfato de bario: componente que permite la radio-opacidad del cemento (0-10%)

Óxido de circonio
Algunos cementos óseos incorporan antibiótico. Los antibióticos que se adicionan deben cumplir una serie de requisitos:
- Sensibles a los gérmenes más frecuentes
- Termoestables, ya que el proceso de polimerización del cemento es una reacción exotérmica
- Hidrosolubles
- Producir reacción inflamatoria/alérgica mínima
- Alcanzar mínimamente la circulación sistémica.

Viscosidad
Una de las propiedades del cemento que va a condicionar sus distintas aplicaciones es la viscosidad. Según la misma podemos distinguir diferentes tipos de cemento (adicionados o no a antibióticos):
• Alta viscosidad: presentan una rápida manipulación utilizándose en aplicación manual. Indicados en cementación de superficies anchas como la cavidad acetabular de la artroplastia de cadera y rodilla y del plato tibial en artroplastia de rodilla.
• Viscosidad media
• Baja viscosidad: desarrollados más específicamente para su aplicación con jeringa/pistola, de fácil aplicación debido a su prolongado efecto viscoso. La aplicación con jeringa es útil en cavidades profundas como el canal femoral de la artroplastia de cadera y la parte distal en artroplastia de rodilla. Se utilizan también en fijación de prótesis de articulaciones pequeñas como codo u hombro
La progresión de la viscosidad depende de:
- Composición del cemento.
- El ratio polvo/líquido.
- La humedad relativa.
- La temperatura : El proceso de polimerización es termodependiente. De forma aproximada, cada 1ºC que la temperatura ambiente se incremente, se reduce medio minuto la fase de trabajo y manipulado
Es determinada por la velocidad a la que se disuelve el monómero.

El Cemento de mezclado manual representa un grado de porosidad alto 16,8% y tamaño de poro (1,33 ± 0,34 mm), frente a un 5.1% en mezclado a vacío, tamaño de poro (0,31 ±0,58 mm); estos poros actúan como elevadores de la tensión y son los puntos donde se inician las grietas, aumentando la probabilidad de la rotura por fatiga temprana.

Evolución de las técnicas de cementación:
En los últimos 40 años se han producido muchas mejoras, tanto en cuanto a los materiales como a los métodos utilizados para la fijación de los componentes.
El uso de técnicas de cementación de tercera generación tiene como fin fundamentalmente reducir la porosidad del cemento y permitir la máxima interdigitación con el hueso trabecular

Toxicidad y efectos secundarios para los profesionales:
La preparación del cemento consiste en mezclar los dos componentes antes mencionados. Dicha mezcla es realizada por el enfermero instrumentista bajo técnica estéril. En este proceso también se generan vapores potencialmente tóxicos y nocivos que pueden ser inhalados directamente por el instrumentista y demás personal presente en el quirófano. Principalmente se desprenden dos, ambos presentes en el componente líquido: el metacrilato de metilo (98%) y la dimetil-p-toluidina (1.5%). El primero, el metacrilato de metilo, es el más cuantioso y el más volátil. Existen dos sustancias más potencialmente tóxicas pero en concentraciones muy bajas: la hidroquinona (en el líquido) y el peróxido de benzoilo (en el polvo).
Los principales efectos secundarios que pueden sufrir los profesionales debido a estos tóxicos generados en la polimerización son: Irritación del sistema respiratorio (tos, bronquitis,…); Irritación ocular. También pueden presentar una reacción adversa con las lentes de contacto; Dermatitis de contacto (eczema de contacto); Náuseas, mareos; Cefalea; Efecto narcótico (anestésico); Trastornos gastrointestinales y alteraciones de las enzimas hepáticas y posible daño hepático; No están descritos efectos cancerígenos, teratogénicos, mutagénicos ni de toxicidad reproductiva.

- Metacrilato de metilo: Es considerado con un nivel R 11-37/38-43 por el Real Decreto 363/1995. Lo que indica que es un producto fácilmente inflamable, irritante de las vías respiratorias, mucosas y piel, así como posibilidad de sensibilización cutánea.
El metacrilato de metilo es considerado uno de los 9 principales riesgos hospitalarios químicos.
- Hidroquinona: Su concentración en el componente líquido es aproximadamente del 0,0075%.
- Peróxido de benzoilo: Por inhalación puede producir tos y dolor de garganta, y, caso de contacto, enrojecimiento de la piel y ojos.
Esta sustancia ataca algunas formas de plástico, caucho o algunos recubrimientos,

por lo que podría afectar a los guantes quirúrgicos en caso de que entraran en contacto directo con el componente en polvo.

Medidas preventivas:
El quirófano debe tener ventilación apropiada, mínimo 15 renovaciones/hora y el componente líquido y sus vapores no deben quedar expuestos a llamas abiertas. El monómero también es un potente solvente lipídico y no debe entrar en contacto directo con el cuerpo.
- Medidas preventivas de tipo general:
1. Utilizar preferentemente sistemas de preparación cerrados.
2. Disponer de protocolos de trabajo seguros, que minimicen la evaporación del metacrilato. Por ejemplo, durante la preparación en abierto colocar en el recipiente primero el polvo y a continuación el líquido.
3. Colocar un sistema de extracción localizada lo más cerca posible de la zona de preparación.
4. Llevar a cabo un control periódico de la ventilación del quirófano.
5. Control ambiental
6. Realizar una gestión adecuada de los residuos, colocándolos en bolsas cerradas para evitar la evaporación del metacrilato residual.
7. Recogida de residuos

- Equipos de protección individual (EPIS):
1. Gafas protectoras de montura integral que ofrezcan protección frente a salpicaduras, polvo y aerosoles.
2. Guantes adecuados. Al manipular el monómero o el cemento preparado se deben llevar puestos guantes que ofrezcan la protección necesaria contra la penetración del monómero metacrilato de metilo en la piel. LA buena protección que ofrecen los guantes de PVP (polietileno de tres capas, copolimero de etileno y alcohol vinílico, polietileno) y los guantes Viton® de butilo ha quedado probada durante un largo periodo de tiempo. Por razones de seguridad, se recomienda llevar dos pares de guantes sobrepuestos, por ejemplo, un guante quirúrgico de polietileno sobre un par interno de guantes quirúrgicos de látex estándar.
El uso de guantes de látex o poliestirenobutadieno sin cubrición adicional es inadecuado.
3. Mascarilla respiratoria con filtro adecuado para disolventes orgánicos y materia particulada.
4. El personal que lleve lentes de contacto no debe estar cerca ni implicado en la preparación del cemento óseo. Dado que las lentes de contacto blandas son per-

meables a los líquidos y gases, no deben utilizarse nunca en el quirófano donde se esté empleando metacrilato de metilo.

- Medidas a tomar en caso de liberación accidental
1. Absorber la sustancia derramada con material absorbente y eliminarlo siguiendo las instrucciones existentes sobre gestión de residuos del hospital.
2. Lavar el lugar del derrame con agua y detergente.
3. En caso de contacto con la piel y ojos lavar con agua abundante.

Síndrome de implantación del cemento óseo:
El Síndrome de Implantación de Cemento Óseo (SICO) es una complicación potencialmente mortal de la cirugía ortopédica. Su origen parecería ser de origen embólico y está asociado al proceso del cementado.
El diagnóstico del SICO se realiza por las alteraciones hemodinámicas que se presentan durante la fase de implantación del cemento, que pueden variar desde hipotensión transitoria, arritmias, infarto agudo de miocardio, accidentes cerebrovasculares, embolismo pulmonar y parada cardiorrespiratoria.
La incidencia de SICO en procedimientos ortopédicos relevantes es de aproximadamente 20%, y la incidencia de una reacción grave que produce colapso cardiovascular dentro de este grupo es de 0.5-1.7.
Conocer los factores de riesgo de esta complicación ayuda a anticiparse, optimizar el monitoreo del paciente y actuar en forma temprana ante los primeros signos y síntomas.
Los factores de riesgo del paciente son: ASA III-IV; Edad avanzada; Sexo masculino; Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); Osteoporosis; Apnea de sueño; Angina de pecho; Insuficiencia cardíaca congestiva; Medicación: diuréticos, warfarina, beta-bloqueantes, IECA
En los pacientes con alto riesgo de desarrollo del SICO hay que considerar un monitoreo invasivo de presión arterial así como la colocación de una vía central.

Existe mayor posibilidad de sobrevivir si la situación es inmediatamente reconocida y la terapia de apoyo es iniciada rápidamente.
Para facilitar el temprano reconocimiento se debe conocer la clasificación de severidad del SICO:
Grado 1: Hipoxia moderada, saturación de oxigeno (SpO2, < 94%) o hipotensión (caída de la Presión arterial sistólica (PAS) >20 %).
Grado 2: Hipoxia severa (SpO2, < 88%) o hipotensión (caída PAS >40 %) o la pérdida inesperada de conocimiento.
Grado 3: Colapso cardiovascular que requiere RCP.

Es recomendable un mezclado en vacío parcial. También se recomienda amasar el cemento para eliminar los elementos vasodilatadores volátiles.

El uso del cemento de baja viscosidad puede reducir la incidencia del SICO.
Los efectos secundarios relativos al sistema cardiovascular parecen estar relacionados con el monómero líquido más que con el polímero componente en polvo del producto final. Parece que a mayor cantidad de monómero en la superficie del producto final disponible para ser absorbido por el sistema circulatorio, mayor es el riesgo de hipotensión y otras reacciones cardiovasculares.

Otros aspectos importantes para la seguridad del paciente:
Los cementos óseos no deben almacenarse a más de 25ºC según los fabricantes.
En caso de coloración amarillenta del polímero en polvo del cemento, no deberá usarse.
Hay que seguir siempre las indicaciones del fabricante en cuanto a la preparación del cemento.
Se debe garantizar la esterilidad durante todo el proceso de cementación. La enfermera circulante debe abrir los envoltorios no estériles de ambos componentes, polvo y líquido y proporcionar el producto estéril a la enfermera instrumentista. La enfermera instrumentista debe abrir la bolsa primaria y la ampolla en condiciones estériles, evitando abrir la ampolla sobre el dispositivo de mezcla para evitar la contaminación del cemento con partículas de vidrio.
Según las indicaciones de los fabricantes, no se debe re-esterilizar los cementos independientemente del método utilizado para su esterilización.

2 Objetivos

- Identificar los principales compuestos tóxicos y los posibles efectos secundarios para los profesionales y conocer las medidas preventivas.
- Conocer los riesgos que supone el uso del cemento para los pacientes así como las precauciones a tener en cuenta

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

1. Rubén Pérez Mañares. "Estudio del patrón de penetración del cemento óseo en la artroplastia de rodilla sobre modelo sintético". Madrid. 2010.
2. Isabel Caro Aragonés. Cementos óseos con antibiótico. Panorama Actual de Medicamento (2016); 40(394): 634-638.
3. Manuel Alejandro Mejía Rodríguez. "Prototipo automatizado para mezcla a vacío de Polimetilmetacrilato (PMMA); cemento quirúrgico para prótesis articulares".
4. Duque Morán, J.F.; Navarro Navarro, R.; Navarro García, R.; Ruiz Caballero, J.A. Biomecánica de la prótesis total de cadera cementada y no cementada. Canarias Médica y Quirúrgica. 2011. Volumen 9, (25) :32-48
5. INSHT: Iinstituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [Internet]. NTP 811, 2008. Cementos óseos: prevención de la exposición a sus componentes durante su preparación. Disponible en : http://www.insht.es/
6. Cementos Heraeus. Ficha técnica.
7. Aranda Belloso, Daniel. Blanco Guerra, Carlos. Caldés Casas, Alberto. Gallego Piñol, Eva. Gómez Pérez, Francisco Javier. Martín Lancharro, Pablo. Méndez Liz, Mª José. Mendoza Rodríguez, Ángeles. Orriols Ramos, Rosa María. Pascual Del Río, Jorge. Quirce Gancedo, Santiago. Rosell Farrás, María Gracia. Sada Muruzábal, Álvaro. Torrado Rey, Susana. "Agentes químicos en el ámbito sanitario". Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. 2010
8. ATOTW 351 – Síndrome de Implantación de Cemento Óseo (18 de Abril 2017)
9. Dra. Nourghia S. Peredo Guzmán. Síndrome de implantación del cemento óseo. Revista médica. 2016 [2019]; 23(1): 33-37
10. Mikhail Morozova y Bruno Klein. Síndrome de implantación del cemento. Rev Argent Anestesiol [Internet]. 2016 [2019]; 74(2):64-68
Disponible en: http://www.elsevier.es
11. Antibiotic Simplex®P stryker. Ficha técnica.
12. PALACOS® R+G. Heraeus. Ficha técnica

Capítulo 127

MONITORIZACIÓN PICCO EN EL PACIENTE CRÍTICO.

TAMARA GIL BLANCO

SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS

CLARA CASAS PATIÑO

1 Introducción

Diversos han sido los intentos de monitorizar la hemodinámica del paciente crítico en UCI, mediante técnicas como la termodilución o análisis de onda de pulso.
De los sistemas más recientes encontramos el PICCO (Pulse Induced Contour Cardiac Output), que obtiene datos de manera continua (onda de pulso) y puntual (termodilución) proporcionándoles valores de precarga, función órgano (corazón y pulmón), flujo y oxigenación.
Éste realiza sus mediciones a través de una arteria alojada en lechos centrales y un catéter venoso central (yugular o subclavia preferiblemente).

En PICCO, al igual que en otros sistemas, podemos visualizar los datos de manera absoluta introduciendo previamente los siguientes datos: altura, peso y sexo.
Por lo tanto, la gran variedad de datos obtenidos la hacen un sistema de medición potente, permitiéndonos medir los datos de edema agudo de pulmón a pie de cama, y sin necesidad de radiografía, eliminando al mismo tiempo errores de interpretación y técnica de realización. También mide el PVPI (índice de permeabilidad vascular pulmonar) que refleja si la causa del aumento del ELW es debido

a exceso de volumen (aumento de presión hidrostática) o aumento de permeabilidad de los vasos pulmonares (Shock séptico, SRIS, Neumonía grave, etc.) con el consiguiente paso de agua a espacio extravascular.

Otro dato de gran importancia obtenido por este sistema es una de las líneas de avance de la hemodinámica actual, y es conocer si el paciente es precarga dependiente o no, es decir si necesita que aumentemos su volumen y hasta cuanto podemos administrar para optimizar el gasto cardiaco (curva de Frank-Starling), evitando los excesos de volumen tan perjudicial para pacientes críticos. Para decidir si el paciente es precarga dependiente o no tendremos que dilucidar a partir de VPP (Variación de Presión de Pulso) y VVS (variación de volumen sistólico) teniendo en cuenta que estos parámetros son sólo interpretables en situación de ritmo sinusal y conectado y adaptado a ventilación mecánica controlada.

2 Objetivos

Conocer una de las herramientas fundamentales de la unidad de cuidados intensivos para el manejo y resucitación del paciente crítico, los diversos procedimientos, monitores y tecnología aportan datos para poder saber qué ocurre, cómo sucede y posible causa de descompensaciones en pacientes críticos (shock séptico, lesión o daño pulmonar, shock cardiogénico, inestabilidad hemodinámica, etc.).

3 Metodología

Por un lado se necesita un catéter venoso central (CVC) donde se acopla la cápsula PICCO dotada de termómetro para detectar temperatura de inyección y por otro de una arteria: femoral, braquial, axilar o radial pero con ubicación final en arteria central (aorta) y dotada con un termodetector en su punta para comprobar cuando llega el suero frío inyectado en vía venosa central y realizar los cálculos. Las arterias serán de longitud más larga según su lugar de punción para conseguir llegar a arteria aorta (la radial tiene una longitud de 50 cm y la femoral de 7 cm).

Utiliza dos sistemas de obtención de datos:
- Termodilución: Gracias a la ecuación de Stewart-Hamilton, se obtienen una serie de datos (entre los que se haya el Gasto Cardiaco) de manera puntual (CO/CI) asentando las bases para el cálculo de manera continua del análisis de la onda de pulso.

La ecuación de Stewart-Hamilton tiene en cuenta varios parámetros para realizar su cálculo final.
Previa a la realización de la prueba debemos introducir en el módulo dos cifras: en primer lugar el volumen del indicador o, lo que es lo mismo, de suero frío a infundir para la TD y en segundo lugar la PVC (presión venosa central). Una vez introducidos estos dos valores, pulsaremos en la pantalla táctil el botón Start, seguidamente aparecerá la orden ”inyecte 15 ml” es entonces cuando inyectamos el indicador por el catéter venoso central, dotado con un termómetro que detecta la inyección del líquido y su temperatura; a continuación, aparecerá una curva en el monitor y cuando termine de realizar los cálculos, aparecerá los datos obtenidos de esa TD. El volumen a infundir es programable, pero se aconseja 15 ml de suero fisiológico a temperatura menor de 8ºC, la inyección debe ser lo más rápida posible.
- Análisis de contorno de onda de pulso: Mediante una compleja fórmula junto a los datos de calibración derivados de la termodilución, se consigue de manera continua una serie de datos por el análisis de la onda de pulso de la arteria, por lo que requiere que la arteria mande una señal correcta consiguiendolo con estado óptimo de la misma: permeable, sin coágulos, sin burbujas de aire en el sistema, sin acodamientos, en ritmo sinusal y sin dispositivos tales como el balón de contrapulsación intraaórtico. Si no existiera una buena señal arterial los datos derivados del análisis no serían válidos.

4 Resultados

Obtenemos gracias a estas medidas dos tipos de datos: continuos, los obtenidos por análisis de onda de pulso y puntuales, obtenidos por TD:

1- Por Termodilución(TD):
CO (CI): Gasto cardiaco y su valor indexado.
GEDV (GEDI): Volumen global de las 4 cámaras al final de diástole.
EVLW (ELWI): Agua pulmonar extravascular y nos da una cuantificación de cantidad de edema pulmonar existente al segundo y a pie de cama.
GEF: Fracción de eyección global. Puede ser usada para detectar insuficiencia miocárdica.
PVPI: Índice de permeabilidad pulmonar. Este parámetro nos mide si el edema es provocado por aumento de presión hidrostática intravascular, es decir, exceso de volumen o por aumento de la permeabilidad de la membrana.

ITBV (ITBI): Volumen de sangre intratorácica (cardiaco y pulmonar), es el mejor valor de precarga.

2- Por Análisis Continuo de Contorno de Onda de Pulso:
PCCO (PCCI): Gasto cardiaco continuo.
SVR (SVRI): Resistencia Vascular Sistémica. Útil para conocer requerimientos de aminas o si las hubiera de optar por otras opciones como hemofiltración.
VVS: Variación del volumen latido y VPP %: Variación de la presión del pulso, ambas útiles para conocer si nuestro paciente es precarga dependiente o no.
VS (VSI): Volumen Latido.
DPmx: Índice de contractibilidad del ventrículo izquierdo.
PRESIÓN ARTERIAL sistólica, diastólica y media.
Ritmo cardiaco.

3- Oxigenación
ScVO2: saturación venosa central de O2.
DO2 (DO2I): Transporte de oxígeno.
VO2 (VO2I): Consumo de oxígeno.

Por consiguiente y de diversa manera obtenemos datos de:
Flujo, precarga, poscarga, contractibilidad, función órgano y oxigenación.

5 Discusión-Conclusión

El sistema PICCO aporta multitud de datos que tras su análisis e interpretación llegan a ser fundamentales en la toma de decisiones.
Pero también tiene algunas limitaciones pudiendo determinar valores no reales ante la presencia de diversas situaciones.

- Limitaciones de la TD:
Neumonectomía o lobectomía recientes, TEP y circulación extracorpórea (no incluida TCDE).

GEDV:
- Valores falsamente elevados en aneurismas de aorta.
- Shunt izquierda-derecha.
- Sobre-estimado en insuficiencia valvular severa.

EVLW:
- Alteración severa de la perfusión (macro-embolismo).

- Shunt izquierda-derecha.

- Limitación de la onda de pulso:
SVV / PPV: Sólo válidos en VMC y ausencia de arritmias cardíacas.
Todos los parámetros de onda de pulso: Sin validez en pacientes con BCPIA (la dilución transpulmonar no se afecta).
Los pacientes deben estar sedados e inmóviles, porque de lo contrario, cualquier movimiento afectaría a la interpretación de la onda de pulso por parte del PICCO y sus consecuentes errores de cálculos. De la misma manera debe ser una arteria con buena señal, sin acodamientos, ni coágulos para evitar falsas estimaciones que nos lleven a error.

El sistema PICCO presenta varias ventajas como la baja invasividad y la posibilidad de mantener los catéteres un largo periodo de tiempo ya que pueden permanecer hasta 10 días, siempre que no existan signos de infección.
Gracias a este sistema de monitorización hemodinámica se consigue, según estudios, una disminución de días de ventilación mecánica y menos días de estancia en UCI, con el consiguiente menor gasto sanitario derivado.

6 Bibliografía

1. Revisión bibliográfica de la base de datos de cuiden, enfispo, cuidatge, Pubmed.
2. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008 Nanda de VV.AA.. Elsevier España, S.A. 2007
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 4ªedición. McCloskey Dochterman J , M.Bulecheck G. 2008
3. Manual of Cardiovascular Medicine. 2ªed. Philadelphia: 5. Griffin BP, Topol EJ, Mcrae A, Hook edit: M.Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
4. Monitorización hemodinámica avanzada menos invasiva.

Capítulo 128

CARACTERÍSTICAS DE EL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

LAURA GARCIA FERNANDEZ

ANDREA CASADO TRAPIELLA

ANA ISABEL GONZÁLEZ ÁLVAREZ

LAURA TRABADA MARTÍN

1 Introducción

El dolor se caracteriza por ser una experiencia emocional y sensorial desagradable para la persona que lo padece, estando normalmente asociada a una lesión. En el paciente oncológico el dolor es un proceso variable y continuo, siendo los cuidados paliativos y el control del dolor una intervención fundamental para enfermería.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de dolor que sufren los pacientes oncológicos.
- Determinar el papel fundamental de enfermería en el control del dolor.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos (Scielo,Google académico , etc.), además de diversas guías y protocolos sobre el dolor y cuidados (SEOM, OMS, SECPAL etc.).

PALABRAS CLAVE: DOLOR, PACIENTE ONCOLOGICO, ENFERMERíA.

4 Resultados

El dolor es el síntoma principal en el 40% de los pacientes oncológicos y en el 75% en enfermedad terminal. En algunos casos el dolor puede originarse por la presión que ejerce el propio tumor, a causa del tratamiento de la enfermedad, o resultado de la suma de estos anteriores a dolores previos.

Tipos de dolor:

- Dolor somático: se origina en la piel, mucosa, músculos.
- Neuropático: se produce por una lesión en el sistema nervioso central.
- Incidental: aquel dolor que aparece con el movimiento .
- Impredecible: sin causa aparente.

El personal de enfermería tiene ante estos pacientes dos labores fundamentales: ayudar a las personas a afrontar los problemas y ayudar a obtener el mayor grado de confort, poniendo en marcha un plan de cuidados individualizado e intentando en la medida de lo posible cumplir los deseos del paciente y ayudando a disminuir tanto en el paciente como en la familia el gran impacto emocional ocasionado por la cercanía de la muerte.

5 Discusión-Conclusión

El dolor oncológico se puede controlar en el 95% de los casos siguiendo la escala de analgesia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo la morfina el fármaco de elección en los niveles superiores.

Pacientes y profesionales deben de estar unidos para logran un buen plan analgésico, individualizado y con una buena comunicación.

6 Bibliografía

- Bayés R. Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer (el impacto psicológico del cáncer). En: González Barón M, ed., 1996.
- Belcher, A; Ph.D; R.N. Enfermería y Cáncer. Mosby/ Doyma; 1995.
- Catalá E et al. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico: visión integral. 2º edición. Ed Saned SL, 1994.
- Bustillo W, Mendinueta C, Austillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Ed. Universidad de Navarra, Pamplona, 1995.
- Díaz-Rubio, E; García-Conde, J. Oncología Clínica Básica. Ed. Arán; 2000.
- Foley KM. Síndromes dolorosos en pacientes con cáncer. Clin Med N A 1987; 2: 265-289.

Capítulo 129

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: PREVENCIÓN BACTERIEMIA EN RELACIÓN CON CATÉTER VENOSO CENTRAL.

CAROLINA RUBIO GONZÁLEZ

MARCOS GONZÁLEZ LÓPEZ

ANA BELLA VAQUERO ABOLI

1 Introducción

En la actualidad una de las principales vías de elección de tratamiento en pacientes hospitalizados es la terapia intravenosa, para ello se precisa un catéter de acceso venoso. En ocasiones el paciente puede precisar un dispositivo como un catéter venoso central ya que así se pueden cubrir las necesidades que requiere el paciente, como por ejemplo tener un mayor control hemodinámico, poder aportar nutrientes adecuados para una mayor estabilidad, cuando son pacientes de edad muy avanzada en la que es dificultoso tener acceso y mantener un dispositivo periférico.

Aunque las técnicas han evolucionado notablemente a lo largo de la historia las infecciones siguen ocupando un lugar importante en la mortalidad en el mundo. El descubrimiento de los antibióticos supuso un hito destacable, además de los importantes avances quirúrgicos que sucedieron a lo largo del S. XX, pero a pesar

de esto las infecciones siguen siendo un grave problema, dentro de estas infecciones cabe destacar la Infección Nosocomial (del latín nosocomium) que según la OMS son las infecciones que el paciente adquiere durante su ingreso, y que la persona no tenía evidencia ninguna de manifestarse la infección o encontrarse en período de incubación a su llegada.

Las infecciones nosocomiales constituyen un grave problema de salud para poder ir venciendo este tipo de infecciones se realizan diversos estudios como el realizado aquí en España el estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales (EPINE), realizado en 2018 situando a las bacteriemias en cuarto lugar.
Se debe implantar una mayor educación, preparar al personal para poder aplicar los protocolos para así evitar los factores de riesgo y poder aportar una mayor seguridad ante la infección adquirida al paciente. Dentro de las infecciones adquiridas cabe destacar la bacteriemia relacionada con el catéter central.

El catéter venoso central es un dispositivo por el que la parte más distal del catéter se coloca dentro del tercio proximal de la vena cava superior, vena cava inferior o bien la aurícula derecha. Existen distintos puntos de inserción como son la vena subclavia, la yugular o bien la femoral, la finalidad que tienen este tipo de dispositivos son el poder realizar una monitorización hemodinámica, o administrar medicación, fluidoterapia o bien nutrición parenteral. Si bien este tipo de dispositivos aportan muchos beneficios al paciente hay que mencionar que pueden ocasionar algunas complicaciones que pueden ser de carácter mecánico o infeccioso.

Las infecciones son causadas por los agentes que se introducen en el torrente sanguíneo por diferentes vías: por vía extraluminal puede darse a la hora de practicar la inserción del catéter (los propios microorganismos de la piel son los que producen la invasión), también puede darse contaminación intraluminal ya que se produce la contaminación de las conexiones por ello la manipulación de un catéter central debe realizarse con las medidas adecuadas para evitar la contaminación.

2 Objetivos

Objetivos generales:
- Recordar los conocimientos aprendidos sobre la bacteriemia en relación con el catéter venoso central.

Objetivos específicos:

- Describir los factores de riesgo de padecer bacteriemia por catéter venoso central.
- Reforzar la importancia de realizar una técnica y cuidados adecuados sobre el catéter para así evitar la invasión de microorganismos patógenos.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática con el que se ha planteado como objetivo principal el recordar los conocimientos aprendidos sobre la prevención de la bacteriemia en relación con el catéter venoso central, por ello se han consultado diferentes bases de datos científicas como son: Pubmed, Dialnet, Scielo. También se han utilizado otro tipo de recursos como los buscadores Google books, Google académico y la biblioteca Cochrane.

Las palabras clave empleadas son: Catéter venoso central, infección nosocomial, bacteriemia Zero.
Los criterios de inclusión utilizados son la selección de artículos elaborados en castellano con texto completo y con una antigüedad máxima de 16 años.

Se han excluido aquellos artículos que para su lectura son de pago, que no tienen acceso al texto completo y aquellos que tras la lectura del resumen o del texto no presentaban relación con el tema seleccionado a realizar en este capítulo. Además, para obtener bibliografía complementaria también se han utilizado estudios y guías de práctica clínica.

4 Resultados

En su mayoría las infecciones nosocomiales se encuentran relacionadas con procedimientos invasivos, en las que existen una serie de microorganismos que suelen ser los responsables de dichas infecciones como: el Staphylococcus aureus siendo la bacteria causante de la neumonía asociada a la ventilación mecánica invasiva y en los procedimientos quirúrgicos, el Escherichia coli para las infecciones urinarias por sondaje vesical, y los estafilococos grupo coagulasa negativa en el caso de la bacteriemia.

La bacteriemia ocurre cuando existe la presencia de bacterias en sangre, se procede a realizar hemocultivos para confirmar el proceso. La bacteriemia asociada al catéter venoso central se define cuando un paciente que es portador de

un catéter venoso central y desarrolla un cuadro clínico de infección (fiebre, escalofríos, etc) pero no posee otro foco aparente para padecer estos signos y síntomas. Además, deben de darse una serie de criterios como que la punta del catéter y de sangre periférica sean positivos al mismo patógeno, o que el hemocultivo extraído por el catéter central sea el mismo microorganismo que el hemocultivo de sangre periférica.

Dada la importancia que tiene evitar este tipo de infección surge el Proyecto denominado Bacteriemia Zero en relación con el catéter venoso central en las unidades de cuidados intensivos puesto en marcha por la SEMYCIUC junto con la Agencia de Calidad y Consumo (MSC) y con la Alianza Mundial para la seguridad del Paciente de la OMS, basándose en el objetivo principal de disminuir la tasa media estatal de bacteriemia en relación con el catéter a menos de 4 episodios por 1000 días de CVC, para obtener un mejor control promover y reforzar la seguridad, describiendo una serie de medidas que han demostrado obtener buenos resultados.

Los factores de riesgo que pueden influir a la hora de poder padecer bacteriemia a consecuencia del catéter venoso central son: La infección que pueda tener el paciente en otra zona, cateterización endovenosa de más de 72h, así como la inexperiencia del personal que inserta el catéter, el uso de las llaves de tres pasos y los catéteres que poseen varias luces ya que se ha demostrado que con un mayor número de llaves o luces existe un mayor riesgo de poder padecer una infección del catéter, la zona de la femoral y de la yugular interna son zonas donde existe un mayor riesgo de infección siendo la mejor zona de elección la subclavia y también existen sustancias en las que hay que prestar un mayor cuidado como por ejemplo la administración de la nutrición parenteral que tiene mayor riesgo de contaminación.

Para evitar estos factores de riesgo se deben de realizar una serie medidas tanto a la hora de la inserción del catéter como en el cuidado diario:

- Siempre se realizará un lavado de manos adecuado (al realizar la técnica de punción como a la hora de manipular el catéter).
- Se debe asegurar que la técnica que se va a realizar sea en un espacio adecuado para evitar la contaminación, además de la zona de punción idónea siendo como se ha mencionado anteriormente la de preferencia la subclavia.
- Se deben de adoptar una serie de intervenciones para así evitar la contaminación, de suma importancia es el lavado de manos, se realizará la técnica estéril con medidas barrera como guantes, bata, mascarilla y gorro, evaluar el tipo de catéter

a insertar según las necesidades del paciente.
- Se debe realizar una limpieza adecuada de la zona primero se limpiará con agua y jabón de clorhexidina, después de secar se procede a desinfectar la zona con clorhexidina siendo el antiséptico de elección.
- El apósito se debe dejar visible el punto de inserción por lo que en esa zona será transparente.

5 Discusión-Conclusión

El hecho de que una persona requiera un catéter venoso central supone realizar una serie de medidas para así poder evitar una infección que pueda dar lugar a una bacteriemia. Ya de por sí el ser portador de este catéter supone un riesgo, por ello surge el proyecto Bacteriemia Zero de suma importancia para poder disminuir la incidencia de bacteriemia en nuestro país, cabe mencionar que en su inicio se basó para las unidades de cuidados intensivos, pero se ha extendido su uso al resto de unidades.

En ella se describen las intervenciones a realizar para evitar la infección, comenzando por la más sencilla de todas que es el lavado adecuado de manos. Un equipo adiestrado y multidisciplinar que posea los conocimientos adecuados para mantener el catéter venoso central en condiciones óptimas sería lo idóneo.

6 Bibliografía

1.- Carballo M. Elección de un catéter de acceso periférico.Técnicas y Procedimientos de Enfermería. 1st ed. BARCELONA: Ediciones Rol; 2004.
2.- Gómez Palomar, C., Miquel Pérez, T . Catéter Venoso Central de Inserción Periférica (PICC) con múltiples luces: una buena opción para monitorización de presión y tratamiento. Enfermería en Cardiología. 2009;47-48(1):99-103.
3.- Olaechea PM., Insausti J., Blanco A., Luque P. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. Med. Intensiva. 2010;34(4):256-267.
4.- Rodríguez Fernández, Z., Fernández López, O., Ochoa Maren, G., Romero García, L. Algunas consideraciones sobre las infecciones postoperatorias. Revista Cubana de Cirugía. 2017;56(2).
5.- 2. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINEEPPS 2008-2018.
6.- Palomar N., Rodríguez P., Nieto M., Sancho S. Prevención de la infección nosocomial en pacientes críticos. Med Intensiva. 2010; 34(8): 523-533.

7.- Pujol M., Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enf infecciosas y microbiología clínica. 2013; 31(2):108-113.
8.- Vergara T., Véliz E., Fica A. Los días de exposición a nutrición parenteral aumentan el riesgo de bacteriemia asociada a catéter venoso central. Rev Chil Infectología. 2017; 33(6): 603-8.
9.- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Seguridad del paciente.Proyecto Bacteriemia Zero. Madrid. 2015.
10.- Urrea Ayala M., Rozas Quesada L., La bacteriemia asociada a catéter venoso central: implementación de un nuevo protocolo de consenso. An Pediat. Barcelona. 2009; 71(1):20-24.
11.- Lorente L. Prevención de la bacteriemia relacionada con el catéter intravascular. Med Intensiva. 2010; 34(9):577-580.

Capítulo 130

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES PORTADORES DE SNG

BEATRIZ FERNÁNDEZ GARCÍA

SILVIA VEGA VEGA

PATRICIA FERNANDEZ GONZALEZ

CRISTINA DEL ROCIO REYES SUAREZ

MARTA DÍAZ LÓPEZ

1 Introducción

Cuando un paciente tiene comprometida la vía digestiva alta y no puede lograr una ingesta oral adecuada de alimentos y nutrientes, se le realiza un sondaje nasogástrico, colocando una SNG que va desde una fosa nasal hasta el estómago, garantizando la nutrición completa con suplementos nutricionales; también sirve para la administración de fármacos.

Las SNG son unos tubos flexibles de silicona o poliuretano, finas y elásticas, de diferentes calibres, midiéndose en French y siendo la más usada de 8-12 Fr. Se ha hecho una búsqueda bibliográfica en la bases de datos más importantes, escogiendo aquellos artículos que más se ajustaban a los objetivos de esta revisión. Con todo ello se pretendía conseguir como resultado un mayor conocimiento en el manejo de la SNG.

2 Objetivos

- Dar una correcta educación sanitaria a los pacientes y familiares/cuidadores en el momento del alta domiciliaria; enseñarles los cuidados que esta SNG requieren, para minimizar complicaciones y obtener una buena conservación y manejo de la SNG.

- Conocer la técnica de colocación y mantener en perfectas condiciones una SNG, con la finalidad de mejorar la ingesta nutricional de cada paciente y mantener su estado nutricional saludable.

3 Metodología

Estudio descriptivo transversal basado en una búsqueda bibliográfica, en los buscadores GUIA SALUD, MEDLINE, CUIDEN, DIALNET, CIBERINDEX, en artículos publicados en español, usando las palabras clave a través de DeCS: nutrición enteral, intubación gastrointestinal, atención de enfermería. La búsqueda se ha ampliado a los últimos 10 años, ante la falta de evidencia.

4 Resultados

La mayoría de pacientes con tumores de cabeza-cuello precisan los primeros días de postoperatorio de un soporte nutricional artificial, siendo necesaria la colocación de una SNG para la administración de nutrición y medicación. La NE disminuye el efecto catabólico ante una lesión, mejorando la cicatrización y disminuyendo las complicaciones. Por otro lado, es fácil de administrar, y conlleva menos riesgo de aspiración de alimentos.

Todo ello, con unos buenos cuidados de enfermería, para una administración correcta de alimento y medicamentos por SNG, evitando así complicaciones, tanto las de la propia SNG como gastrointestinales, metabólicas e infecciosas. Se trata de conseguir que el paciente/cuidador/familia conozca la técnica correcta de alimentación por SNG y su correcto mantenimiento y funcionamiento.

Tras una búsqueda bibliográfica se constata que los artículos encontrados son bastante coherentes y precisos, siguiendo todos ellos las mismas pautas de actuación. Sin embargo no se encontró mucha evidencia científica, siendo muy pocos los artículos encontrados y poniendo de manifiesto que en los últimos años no se han hecho revisiones.

Con este estudio se pretende poner de manifiesto la escasa información y evidencia científica disponible, así como la falta de protocolos actualizados sobre el cuidado y mantenimiento de la SNG.

5 Discusión-Conclusión

La NE puede realizarla en propio paciente tras su alta a domicilio, suponiendo una mejora importante en el estado psicosocial del paciente y mayor sensación de bienestar.

Se trata de conseguir que el paciente sea capaz de realizar él mismo los cuidados de su SNG, disminuyendo los riesgos y complicaciones de una mala limpieza o conservación de la SNG y evitando problemas mayores (ulceras por decúbito en nariz, obstrucción de la SNG, extracción accidental de la SNG, boca seca, mal aliento, etc.). Para ello se necesita una buena educación sanitaria, recibida por el personal de enfermería antes del alta domiciliaria, haciéndole entender qué es la NE, cómo se administra y los cuidados que precisa. Todo esto se consigue aumentando la calidad de los cuidados prestados por el personal de enfermería para beneficio del paciente.

6 Bibliografía

- https://Aprendesalud.com/Técnicasdeenfermeria/Guiasyprotocolos/sondajenasogástrico.
- Monteagudo Soto, Elena. “Cuidados de la SNG”. Atención Sanitaria, 5 de marzo de 2017.
- https://es.slideshare.net/benntorres.3/sondaje-nasogástrico.
- http://es.slideshare.net/PatriciaCornejo5/Medidas-de-control-y-seguridad-ante-la-colocación-de-SNG.
- Smith SF, Duell DJ, Martin BC, González L, Aebersold M. eds. Nutritional management and enteral intubation. Clinical Nursing Skills: Basic to Advanced Skills, 9th Ed. New York, NY: Pearson; 2016: chap 16.
- GARCIA, Olga Capitán, et al. 11. “SNG: Nutrición Enteral y administración de medicamentos”. XI Reunión de Medicina Interna y otros temas, 2015, p. 101.
- Mundín, E.O. y De la Vega, F.A. (2009), “Soporte con Nutrición Enteral en tumores de cabeza y cuello”. Medicina Clínica, 132 (2), 59-61.).
- Sebastián Pérez, Silvia. “Protocolo en NE”. Unidad San Juan de Dios de Tudela, 2014.

Capítulo 131

DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO TARDÍO

PATRICIA LOPEZ ALONSO

1 Introducción

Este tipo de demencia es la enfermedad neurodegenerativa más frecuente. Consiste esencialmente en la muerte de determinadas neuronas de la corteza cerebral. Se presenta clínicamente como una demencia progresiva con afectación predominante de la memoria episódica, en este caso en personas mayores de 65 años. El gen más común es un gen de riesgo llamado apolipoproteína (APOE). Estos enfermos suelen presentar desorientación en tiempo y espacio, un lenguaje lento o poco preciso, dificultad de expresión y atrofia cortical entre otros. Al final de la misma la mayoría de los pacientes desarrollan rigidez, mutismo e incontinencia.

2 Objetivos

- Ofrecer un conocimiento básico acerca de la enfermedad de Alzheimer en personas mayores de 65 años.

3 Metodología

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

Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La presentación clínica más común es el déficit de memoria episódica, que se acompaña de la afectación progresiva de otros dominios cognitivos. Los cambios de personalidad, los cambios de estado de ánimo, problemas de atención y orientación, bajo nivel de energía o la incapacidad de resolver operaciones aritméticas sencillas. Estos son algunos de los síntomas que puede presentar dicha enfermedad entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Aunque es la demencia más frecuente, su etiología aún se desconoce. Esta enfermedad no tiene cura a día de hoy.

6 Bibliografía

- knowalzheimer.com
- mayoclinic.org
- Google Académico
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://scielo.org/es/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 132

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN PROCESO HOSPITALARIO AGUDO.

LILIANA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

MARÍA DEL MAR CONDE GARCÍA

TANIA GARCIA SARIEGO

PATRICIA GARCIA GONZÁLEZ

1 Introducción

El término esquizofrenia tiene su origen a partir de dos palabras como son sized (escindir) y phrenos (espíritu). Se produce por la alteración entre las conexiones cerebrales, lo que provoca un desequilibrio de las sustancias intercelulares en donde se comunican las neuronas entre sí. Es una enfermedad con múltiples factores que desencadenan su patogénesis. Es un trastorno psicótico de aparición precoz que se inicia de forma aguda o insidiosa, es altamente grave que se caracteriza principalmente por una distorsión del pensamiento, disociación cognoscitivo-afectiva-conativa.

Es una enfermedad con tendencia a volverse crónica. Los síntomas se desarrollan en varias áreas como son la ideación, la percepción, procesos de pensamiento en las que aparecen asociaciones laxas, descentralización, atención, juicio y motivación. Suelen tener episodios frecuentes de delirios en las que perciben creencias

erróneas, y las alucinaciones donde ven cosas que no existen o escuchan voces entre otras. A parte no todos los pacientes padecen o presentan todos los síntomas mencionados. Dentro de la clasificación de los síntomas de la esquizofrenia se pueden dividir en negativos y positivos.

En el siglo XIX hubo un aumento significativo de ingresos de pacientes en los centros psiquiátricos, conocidos coloquialmente como manicomio. Se sucedían las construcciones de nuevos manicomios ya que se ocupaban por completo según se iban terminando.

La esquizofrenia como la psiquiatría evolucionó a lo largo de la historia en paralelo. Los pioneros que expresaron los síntomas y signos clínicamente aceptados hasta hoy en día es decir padres de este síndrome fueron: "Emil Kraepelin, Benedict A Morel, Eugen Breuler y Karl Luwig Kahtbaum". Estos autores entre otros más actuales fueron definiendo los criterios diagnósticos de este trastorno.

El principal definidor del concepto de esquizofrenia se le conoce a Emil Kraepelin (1856-1926), aunque es derivado por Eugen Bleuler. Kraepelin pasó gran parte de su vida intentando demostrar y estudiar enfermedades psiquiátricas independientes pero con unas características de base determinadas. Observó una serie de trastornos que se caracterizaban por una ausencia afectiva y que se acompañaban de delirios, la aparición era a edades prematuras y se cronifican con los años dándose un deterioro cognitivo de la persona.

Lo nombró en un principio demencia praecox la cual definió con una serie de síntomas como alteraciones de la emoción, pensamiento y atención, con presencia de alucinaciones, negativismo y conductas estereotipadas. Dentro de las demencias praecox se caracterizaban anteriormente como demencia paranoide, catatónica y hebefrénica, llegando a realizar subtipos. Sin embargo no todos los síntomas descritos coincidían con el trastorno, como por ejemplo no siempre sucedía un deterioro progresivo, ni un comienzo precoz.

Bleuler como alumno siguió los pasos de su profesor y antecesor estudiando el trastorno aunque desde otro punto de vista que considera más oportuna para el. El estado del enfermo era específico de la enfermedad. Consideraba que había un denominador común que definía como "la división o fragmentación del proceso de pensamiento". Planteó que la esquizofrenia se trataba no era una sola patología sino que era un conjunto de esquizofrenia, que dividió para clasificarlo en fundamentales o primarios los que abarcaban autismo, ambivalencia, trastornos de la afectividad y de la asociación, todos ellos tenían alteraciones funcionales del

cerebro.

Los secundarios o accesorios son derivados de un proceso patológico, los cuales caracterizan la enfermedad, no son sólo características de este grupo de patologías sino que aparecen también en diversos trastornos mentales. Según Bleuler no se conseguía una curación clínica total aunque si consideraba que se podía llegar a una curación social. Ambos autores no llegan a definir totalmente la esquizofrenia aunque sus hallazgos se consideraron fundamentales para su descripción.

Colodrón (1990) confirmó que la esquizofrenia seguía siendo considerada clínica lo que implicaba que se necesitaba una explicación clara y precisa. La Organización Mundial de la Salud elabora la CIE que es la clasificación Internacional de Enfermedades, por otro lado la Asociación Americana de Psiquiatría es la encargada es la encargada de elaborar el DMS (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales) ambos dos muestran clasificaciones y definan la esquizofrenia de modo relevante y esclarecedor. Durante los años se han presentado diversas teorías las cuales han aportado al concepto de la esquizofrenia como a su clínica, intentando descartar las causas desencadenantes y los tratamientos utilizados.

Karl Jasper es uno de los autores más destacados a mencionar. El orienta el abordaje de esta patología desde otra perspectiva, la fenomenología, en la cual basa su estudio en la observación, ver los cambios psíquicos y fisiológicos que tenían los enfermos, así plantear una teoría empírica a través del comportamiento de los paciente, su forma de actuar y percibir el estado en que se encuentran en sus diferentes etapas. Los propios enfermos describen la situación que están viviendo y lo que están sintiendo. Este estudio sirvió para introducir dentro de sus hallazgos el proceso, que consiste en algo que interrumpe y modifica la conducta que es de naturaleza psíquica o física, el mal es un elemento perturbador. Por otro lado el desarrollo consiste en un elemento potencial o preexistente, que tiende a aumentar o intensificarse.

Henri Ey dedicado a la psiquiatría y filosofía formuló otra teoría sobre la esquizofrenia, la cual señala un nuevo concepto y punto de vista. Considera que la forma de vida está vinculada a una forma de organización, está influido por el modelo organicismo filosófico. Dentro de su estudio existen cuatro principios fundamentales: Las funciones del SNC (Sistema Nervioso Central) están jerarquizadas y organizadas, sobretodo la conciencia la cual está muy elaborada. Por lo que significa que el desarrollo de la especie se produce a la par que el desar-

rollo del individuo. La alteración de alguna de las funciones dan como resultado a síntomas negativos en el individuo, la liberación de los síntomas positivos a su vez.

Los cuadros clínicos dependen de la velocidad con la que aparecen estos síntomas. Considera tres maneras que pueden suceder la evolución: La parafrenia, el delirio sistematizado y la esquizofrenia. Para él la esquizofrenia no es sólo una patología, la considera un conjunto de trastornos, que es una sintomatología parecida, lo que se refiere a un conjunto síntomas no a un diagnóstico de una patología. Los cuales presentan unos signos parecidos. Es más difícil buscar un origen y un tratamiento ya que se tendría que buscar una causa individual de cada caso. No se podría tratar de forma estándar porque no todos los casos responden de la misma forma.

En la actualidad se abordan diferentes hipótesis o modelos que buscan una explicación a las causas de la aparición de la esquizofrenia, entre ellos nos encontramos:
- Factores biológicos.
- Modelo del estrés-diátesis.
- Factores genéticos.
- Factores psicosociales.
-Teorías relacionadas con la familia.
- Trastornos del neurodesarrollo.

2 Objetivos

- Corroborar la existencia de Interacciones farmacológicas en pacientes ingresados, para mejorar su estancia durante su proceso agudo.
- Determinar las posibles complicaciones derivadas de los tratamientos y efectos secundarios.

3 Metodología

El estudio consiste en una revisión bibliográfica. Se realiza en el intervalo de tiempo de Enero a Agosto de 2019 en diferentes bases de datos como son Pubmed, Elsevier, Medline y Scielo. Utilizando los términos MeSH. Las palabras claves o DECS que se buscan son: Esquizofrenia, agudización de la enfermedad, hospitalización e Interacciones. Dentro de los documentos y artículos buscados se

seleccionan entre 14 a 20 artículos. Como criterio de inclusión se siguieron: pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Los criterios de exclusión son personas diagnosticadas de otras enfermedades mentales al estudio que se realiza.

4 Resultados

Los síntomas que se dan o se encuentran en la esquizofrenia son diversos y múltiples por ello no es fácil delimitar márgenes claros. Cada individuo describe unos síntomas diferentes. Carl's Schneider divide los síntomas en tres grupos como son de lo saltigrado, del pensamiento invertido y de lo embolismático. Otra opción de clasificación es en síntomas positivos y síntomas negativos. 7-18

También existen otras opciones de clasificación de los síntomas cómo se puede ver:

- Trastorno sensopercepción: Son creencias que tiene el individuo de que está sucediendo lo que el percibe en su alrededor cuando en realidad no es así. Entre ellos se encuentran el trastorno auditivo que es el más habitual, consiste en escuchar voces que pueden percibir desde el interior del cuerpo, o desde cualquier otro espacio que le rodea, las voces ponen en perspectiva en cómo se relaciona con el medio exterior. Las alucinaciones visuales son menos comunes. Las alucinaciones olfativas y gustativas son poco frecuentes o difíciles de diferenciar. Las alucinaciones táctiles suelen ser nula su aparición. Las alucinaciones pseudopercepciones cenestésicas esta alteración específica la alteración que tiene el propio individuo del yo corporal. Las alucinaciones motrices o musculares se refieren a sensaciones que padece cada individuo en las que se pueden encontrar pesadez muscular o sensación de que alguien o algo le está tocando.
- Trastorno del pensamiento: Se utiliza como un indicador de la enfermedad. Tiene un discurso sin sustancia, sin una idea central que comunique información, es inconexos, no tiene una estructura lógica. Tanto el pensamiento como el contenido es desorganizado y empobrecido. El pensamiento que desarrolla es agolpado, aparecen ideas imprecisas. El pensamiento le es impuesto, a algunas ocasiones el pensamiento desaparece o aparece súbitamente. Todo ello le acompaña alteraciones y cambios de actitud de la persona. También se pueden dar bloqueos.
- Trastorno del lenguaje: Sufre alteraciones en la forma de pensar lo que implica que afecta a las formas. Lo que se traduce en falta de espontaneidad, extravagancia. Repite una palabra de forma continuada en una conversación, con discursos incomprensibles. Por lo general el lenguaje se vincula con la comunicación.

- La delusión o delirio: Al debutar la patología la persona sufre una vivencia en la cual su vida da un giro, todo cambia para ella. Tiende a sufrir gran desasosiego, se siente cambiada, divinizada o hasta poseída. La idea delirante aumenta la angustia aunque con el tiempo se llega a tranquilizar. Los delirios son externos a la vida de la persona, sufre brotes sin ningún motivo aparente ni relación, la interpreta y le da sentido dentro de su alteración de la realidad, puede ser mística, de grandeza o de persecución entre otras opciones.
- Trastorno de afectividad: Tiene una afectividad aplanada. Los pacientes no entienden el concepto ni lo sienten ya que está alterado. Tiene una actitud fría, disminuye la intensidad de expresión, pobreza en la gesticulación, sin armonía de las reacciones afectivas, distante, extravagancias sin irradiación afectiva y artificiosa. Para el los afectos es una situación confusa que no entiende cómo gestionar ya que no sabe relacionarse consigo mismo ni con los que le rodea. Todo ello lleva a que se produzcan dificultades para las actividades sociales y relacionarse. Todo ello da como resultado el aislamiento con el entorno que provoca a su vez rechazo de la sociedad.
- Trastornos cognitivos motores: Su manifestación aparece como estereotipia, negativismo, estupor o automatismo. Se puede llegar a dar hasta un estado catatónico cuando esté rasgo es el predominante. La estereotipia se caracteriza por la aparición de movimientos que se repiten frecuentemente sin ningún sentido de forma automática. El negativismo se trata de una forma de actuar contraria a lo que se espera, actúa de manera automática a una orden y las ejecuta aunque no esté de acuerdo. El estupor se puede mover entre parámetros sencillos como pérdida de espontaneidad y llegar hasta la inmovilización.
- Despersonalización: Se encuentran apáticos y vacíos. Tiene dificultad para recordar, experimentar placer, estar concentrado o experimentar afecto, durante épocas presenta un funcionamiento borderline. Reciben una pérdida del yo.

La esquizofrenia es una patología con alta incidencia en la sociedad a nivel mundial se estima que um 1% de la población, hay un registro de 21 millones de personas que la sufren y están diagnosticadas. De las cuales en España se estima alrededor de un 0,8 casos por 10.000 habitantes al año que se diagnostican. Siendo más frecuentes en hombres que en mujeres aunque no existe una gran diferencia, 3 % para los hombres frente a un 2,86 % para las mujeres. Su inicio también se observa que es primero en los hombres. 1, 4,5,11.

Según la OMS las personas que padecen esta patología tiene una probabilidad de 2 a 2,5 veces de morir más joven que la media de la población normal tanto por los tratamientos administrados y sus efectos secundarios. Esto es consecuencia a

las enfermedades o patologías asociadas como pueden ser metabólicas, cardíacas o infecciosas. Es una de las patologías que producen más números de incapacidad crónica en los pacientes que se le diagnostica. Por repercusión también es de las enfermedades con mayor costo económico que supone dentro de la sanidad. 4,5 En diferentes estudios se a observado que las Interacciones farmacológicas desde un 7% a un 43% de los efectos adversos medicamentosos que ocurren dentro de los hospitales. 13

La esquizofrenia no se diagnostica a través de un test en un laboratorio. Igualmente existen pruebas específicas para descartar que sea otra enfermedad, es decir orientar el diagnóstico como son: Pruebas neuropsicológicas (estos pacientes se observa que tienen menos capacidad y rendimiento en las que se necesita capacidad de atención y memoria), neuroimagen (se ha detectado que en el 50% de los pacientes presentan alteraciones cerebrales en su estructura) dentro de este tipo de pruebas encontramos la resonancia magnética, la tomografía axial computerizada emisión de positrones y resonancia magnética funcional. 13

Para poder diagnosticar la esquizofrenia tiene que ser mediante el estudio de los síntomas individuales de cada persona. Lo que incluye episodios de aparición de síntomas positivos (como son la paranoia, las ilusiones o los delirios), los síntomas negativos, los síntomas afectivos y los síntomas cognitivos. Aún así es difícil a veces diferenciar el diagnóstico con otro tipo de otros tipos de trastornos psicóticos como puede ser el bipolar por su similitud. 15

Normalmente tiende a realizar su primera aparición entre la segunda y la tercera década, lo que por otra parte no impide que existan casos de pacientes que debutan con la enfermedad o tienen su primer brote psicótico en edad adulta o por contrario en la niñez.13,15

Tratamiento.
La aparición por primera vez de los psicofármacos ansiolíticos fue en los años 50. Estaban enfocados para actuar sobre los síntomas positivos como son las alucinaciones, delirios, etc. Con este descubrimiento disminuyeron la aparición de brotes psicóticos y su intensidad. Con el tiempo se les conoció como neuroléptico consecuencia de los efectos extrapiramidales y también por la capacidad de sedación. En esta época también es descubierta la Clorpromacina por Charpentier que se utilizó por sus efectos como anestésico en un principio, aunque luego se comprobó que era adecuado para tratar la psicosis. 6,9.

A raíz de este descubrimiento han aparecido muchos fármacos que se tienden a

agrupar en dos categorías principalmente: los ansiolíticos clásicos que también se conocen como de primera generación y los atípicos o también conocidos como de segunda generación. 6 Las investigaciones realizadas sobre la forma de actuar los fármacos en el tratamiento de la esquizofrenia no han averiguado ni han proporcionado claridad en la pathogenesis de la enfermedad. 9

En el momento que se empezó a tratar la enfermedad la hipótesis que se barajaba era la dopaminérgica por lo que el tratamiento que se administraba a los pacientes eran ansiolíticos de primera generación como era el caso de la Clorpromazina, el haloperidol y la perfenazina. El problema que surgió con este tipo de fármacos fue que llegaban a producir efectos neurológicos como por ejemplo rigidez, discinesia, temblor y distonía. 10-13

En la década de 1980 se dieron cuenta de la resistencia al tratamiento que se estaba utilizando. Kane con miembros de su equipo realizaron un estudio sobre la clozapina a dosis óptimas, en el destaco 3 dimensiones: Histórica (que tenga historia de no tener respuesta al tratamiento por lo menos en una ocasión siguiendo la pauta prescrita), severidad (el paciente tiene que presentar un nivel de severidad mínimo) y confirmación (el nivel de mejora no se detecta o es escaso). 10-13

La segunda generación de fármacos ansiolíticos utilizados para tratar la esquizofrenia como la olanzapina o la clozapina reduce los efectos adversos. Quizás por su afinidad para el tipo de receptores serotonérgicos tipo 5HT2A. Aunque estos tratamientos tienen también sus inconvenientes como son la posibilidad de desarrollar el síndrome dislipémico: hipertiroidismo, obesidad y diabetes tipo 2. 13, 15

Los fármacos son esenciales en la mayoría de los actos médicos, se utilizan como la principal herramienta de tratamiento ante un abordaje terapéutico. La instauración del tratamiento de una forma precoz y conseguir que se mantenga la adherencia a el son factores fundamentales para intentar conseguir un buen pronóstico de los pacientes que tienen esquizofrenia. Una de las consecuencias que se encuentras es cuando se pauta más de una medicación a la vez ya que pueden aparecer Interacciones entre fármacos. Lo que puede dar como resultado un fracaso terapéutico. Aunque por norma general no se suelen dar dichas Interacciones. Su severidad y efectos varían en función de una serie de rasgos de cada persona como puede ser la edad, constitución física. 13, 15

Los estudios observaron que un 30% de los pacientes no mostraron mejoría tras

los tratamientos que incidían en los receptores dopaminérgicos D2. Lo que llevó a concluir que este tipo de tratamiento sólo es efectivo para los síntomas positivos. A parte los efectos secundarios que aparecían con la medicación eran numerosos: disfunción sexual, sedación, ganancia de peso a parte de otras enfermedades como la diabetes tipo 2 o coronarias. Lo que contribuía a que los pacientes abandonaran el tratamiento. 13-16

La intervención antes de que se inicie la fase psicótica por primera vez va dirigida a intentar instaurar un tratamiento de forma precoz, y con ello conseguir minimizar la posibilidad que haya una transición psicótica. Tras la aparición de la crisis aguda (que está formado por tres fases o periodos como son agudo, estabilización y estable) el objetivo principal es disminuir la intensidad de los síntomas positivos. Se sabe que el inicio del tratamiento en el mínimo tiempo tanto el psicosocial y el farmacológico mejora la respuesta del paciente a corto plazo como a largo plazo.

Aunque el tratamiento utilizado como las terapias psico-sociales sean las más adecuadas y óptimas para los pacientes aunque los beneficios conseguidos no son los deseados. Entre los avances que se han obtenido durante estos años es el hecho de controlar los síntomas positivos en la edad juvenil o adolescencia para que no interfiera en su vida diaria y desarrollo. Incluso también se ha avanzado en el tratamiento para disminuir o suavizar los signos negativos, abordando terapias rehabilitadoras para aumentar las funciones ejecutivas y neuropsicológicas. 10

En esta etapa a los pacientes que les es favorable el tratamiento farmacológico ayuda a reducir la existencia de recaídas, lo que implica directamente en la calidad de vida del paciente ya que produce menos deterioro. Disminuye el riesgo hasta un 30% por año que se sigue el tratamiento sin que aparezcan síntomas. 15 Hay que tener en cuenta que el tratamiento pautado para cada paciente tendría que ser individual, enfocándose en sus características, teniendo que ver al paciente de forma holística. Es baja la esperanza de que el paciente se recupere ya que normalmente la actuación es de forma precaria. Se necesitan objetivos personalizados a cada individuo, que sean verificables y vinculantes.

Existen factores externos que influyen en las recaídas de los síntomas y la no adherencia al tratamiento, estos factores son las drogas. Se estima que la falta de adherencia entre los pacientes con esquizofrenia está entre el 50 y el 90%. Los personas que padecen esquizofrenia en muchas ocasiones son consumidoras de cannabis, opiáceos y cocaína. Este hecho hace que empeore el pronóstico de la persona que padece esquizofrenia y por otro lado aumenta la posibilidad de que

aparezcan por primera vez episodios en personas que no tienen la patología pero son genéticamente vulnerables. 17

En la actualidad se está investigando la opción de intervención sobre circuitos glutamatérgicos, se barajan hipótesis sobre una hipofunción glutamatérgica cortico límbica causante de la esquizofrenia. Se ha visto que tratamientos coadyuvantes agonistas del receptor NMDA muestran alguna eficacia aunque aún no se comercializan. 18-19

A lo largo de la historia de la esquizofrenia se han observado que los tratamientos utilizados no son lo suficientemente efectivos para todos los pacientes. En un principio se intentó mitigar los síntomas positivos de la enfermedad, como por ejemplo los delirios, mediante los fármacos llamados de primera generación. Estos fármacos tienen diversos efectos secundarios a parte que no tenían ningún efecto sobre los síntomas positivos. Lo que implicaba que los pacientes abandonaran el tratamiento en su mayoría ya que los signos negativos limitaban la vida de los pacientes. 1-5

Cuando un paciente se diagnostica de la enfermedad en su mayoría es después de pasar por si primer episodio de psicosis por lo que al debutar la enfermedad es más difícil abordar todas las secuelas que provoca. Ya que tienden a aislarse de la sociedad y tener un estado emocional aplanado, dificultad de relaciones tanto en su entorno más cercano como para interactuar con nuevas relaciones, por lo que tienen un fracaso en el espacio laboral y escolar. Está dentro de las enfermedades más discapacitantes. Lo idóneo sería ser capaz de detectar esta enfermedad antes de su debut para mitigar la sintomatología que produce y con ello. 15-17

Con los fármacos de segunda generación o atípicos se ha conseguido reducir los efectos secundarios que provocaba la medicación anterior, como eran los efectos extrapiramidales, la sedación, la obesidad y las alteraciones somáticas. Con ello también se pode utilizar tratamiento adyuvante para los signos negativos con lo que la calidad de vida de los pacientes es mejor. 6-8

Se sigue la línea de investigación para intentar curar esta enfermedad que durante los años va aumentando, a nivel cerebral y de las conexiones de axones y receptores neuronales para dilucidar dónde se encuentra el fallo de conexión y con qué receptores se sería capaz de mitigar todos estos efectos. Aún queda mucho para conseguir entender del todo el porqué se produce y encontrar una solución. En estos momentos lo que se intenta es encontrar el tratamiento idóneo para cada paciente y intentar conseguir que los pacientes no abandonen el

tratamiento para que no se repitan los episodios psicóticos ya que se así cada vez se cronifica más la enfermedad. 15-18

5 Discusión-Conclusión

No se encuentra documentación o artículos que se vinculen con el tema principal de este trabajo directamente, es decir que trate directamente con las Interacciones farmacológicas en ingresos hospitalarios en episodios agudos. Si que se encontró artículos e información sobre el tratamiento de la esquizofrenia y sus Interacciones en tratamientos crónicos.

Las interacciones farmacológicas que existen se suelen dar entre los diferentes fármacos pautados a los pacientes, no son severas e incluso a veces ni se detectan. Afecta en mayor medida a pacientes crónicos que se le van asociando patologías somáticas con los años por el estilo de vida que llevan, anteriormente estas enfermedades también venían dadas a consecuencia de los efectos secundarios que tenían los tratamientos farmacológicos para controlar los síntomas positivos. En el tratamiento específico que se utiliza para abordar los síntomas positivos de la esquizofrenia se observa efectos secundarios en los que son receptores dopaminérgicos D2, potenciando los síntomas negativos y teniendo efectos secundarios que dificultan la vida diaria del paciente.

Se están siguiendo nuevos caminos de investigación para intentar mitigar y controlar la enfermedad a través de intentar buscar la razón de porqué se desencadena y actuar sobre esa parte del cerebro. Existen muchas teorías de los neurotransmisores que no realizan su función correctamente estando cada vez más de acuerdo los investigadores que el déficit te glutamato puede incidir en la enfermedad. Aunque aún son muchas las incógnitas que se tienen que seguir valorando hoy en día la esquizofrenia se puede decir que es una enfermedad que tiene aún mucho que estudiar para que los pacientes no sufran recaídas o tengan un tratamiento con el que puedan tener una calidad de vida.

Así se conseguirá la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como a las terapias pico-sociales. Para ello también hay que tener en cuenta que no puede haber una pauta estándar a seguir a la hora de abordar el paciente sino que hay que estudiarlo de manera individual cada caso, ya que no a todos los pacientes les afecta de la misma forma el tratamiento farmacológico y el nivel los síntomas tanto positivos como negativos es el mismo.

6 Bibliografía

- Sotolongo Y, Oscar JR, Valdés MA, Campos M, Turró CM. Esquizofrenia, historia, impacto socioeconomico y atención primaria de salud. Rev Cub Med Mil. 2004; 33 (2):
- Psiquiatría. Sobre la historia de la Esquizofrenia. (14 de Abril de 2018; 24 de Junio de 2019).
Aznar JA, Balanza P, Castillo MD, Martín JC, Martínez J, Moreno J, et all. Guía práctica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. Servicio murciano de Salud Mental. 2009; 71 pág.
- WHO: Organización mundial de la salud (20 Junio de 2019).
- Río M. Creación artística y enfermedad mental. 2006. ISBN: 978-84-669-2884-7.
- Novella E, Huertas R. El síndrome de kraepelin-Bleulec-schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. Clinc y Salud. 2010; 21 (3): 205-219.
- Caneres A, Valdebenito M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Rev Chil Neuro-Psiqui. 2005; 43 (2): 97-108.
- Álvarez JM, Colina F. Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. FRENIA. 2011; 11(1): 7-26.
- Quintero J, Barbudo E, López MI, López JI. La evolución del concepto de esquizofrenia resistente al tratamiento. Actas Esp Psiquiatr. 2011; 39(4): 236-250.
- Honda R, Crow TJ, Passing ham D, Mackay CE. Regional deficit un brain volume in schizophrenia a meta- analysis of voxel-based morphine try estudies.American Journal of Psychiatric. 2005; 12 :2233-2244,
- Giménez C. Base molecular de la esquizofrenia. 2012; 1: 425-445.
- Ojeda N, Sánchez P, Peña J, Elizagarate E, Yoller AB, Gutiérrez M, et all. Un modelo explicativo de la calidad de vida en la esquizofrenia: el papel de la velocidad de procedimiento y los síntomas negativos. Actas Esp Psiquiat. 2012; 40 (1): 10-8.
- Bernardo M, Córdoba R, Torales J. ¿Qué sabemos de la esquizofrenia? Apal. 2016; 1:27.
- Pérez C, Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. Rev Enfm Salud Ment. 2015; 1: 16-22.
- Uribe Cala controversia por la cultura en el DSM-IV. Rev col Psiq 2000; 29(4): 345-366.
- Graff A, Aspiquian R, Fresón A, García M. Perspectiva neurológica de la esquizofrenia. Salud Mental. 2001; 24(6): 36-42.
- Fridman GA, Filinger EJ. Atención farmacéutica en pacientes ambulatorios con trastornos psiquiátricos. Lat Am J Pharm. 2003; 22(4): 351-354.

- Perez A, Gil S, Pina L, García J. Psicofarmacología de la psiclsis: Elección del fármaco, adherencia al tratamiento y nuevos horizontes. Clinc y salud. 2010; 21((3): 271-283.

Capítulo 133

PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN DE LOS TUBOS DE ANALÍTICAS CON ANTICOAGULANTES.

LUCÍA FERNÁNDEZ RON

TAMARA IGLESIAS CAMUÑA

1 Introducción

Extraer la sangre de forma correcta y el correcto orden de llenado de tubos es determinante a la hora de obtener resultados fiables en las determinaciones analíticas.

El orden de llenado de los tubos en las extracciones sanguíneas es importante pues previene la contaminación de las muestras con anticoagulantes.

2 Objetivos

Revisar criterios de orden de llenado de tubos tras la extracción de sangre venosa mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

Revisión bibliográfica que integra el análisis de 8 artículos, mediante lenguaje controlado, a través de la consulta de varias bases de datos google académico,

cuiden, cochrane y scielo. Se hace uso de los límites del año (periodo del 2000 al 2020) se incluyeron artículos en ingles y castellano. También se realizo búsqueda bibliográfica en manuales de marcas de tubos de analíticas así como guías de práctica clínica.

4 Resultados

Aunque se obtienen diversos resultados según las fuentes consultadas las principales marcas de tubos de extracciones analíticas Vacuette, y BD Vacutainer así como las recomendaciones H3-H5 de la NNCCLS recomiendan que la extracción de los tubos se ha de realizar siguiendo el siguiente orden:
1º Botellas de hemocultivo.
2º Tubos de coagulación.
3º Tubos de suero.
4º Tubos de heparina.
5º Tubo con EDTA.
6º Tubos de glucosa.
7º Otros tubos.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante seleccionar los tubos adecuados a cada determinación sanguínea, así como su correcto orden de llenado pues prácticas incorrectas nos conducen a error en los resultados analíticos.

6 Bibliografía

1.San Miguel Hernández, A; De La Fuente Alonso, P; Garrote Adrados, J.A; Lobo Valentín, Rosa; Lurueña, M.L; Eiros Bouza, J.M. Minimización de errores preanalíticos y su repercusión en el control del laboratorio clínico. Volume 11, Issue 1, January-March 2018; 51-58.
2.Lillo Crespo, M; Casabona Martínez,I. Extracción de muestras de sangre. Manual Práctico de Enfermería Comunitaria. Cap. 46,2014; 288-292.
3. Vacuette. Sistema de extracción de sangre.
4.Clinical and Laboratory Standard Instutute. Procedure for collection of diasnoctic blood specimens by venipuncture. CLSI H3-A6 document; approved standard-

sixth edition. Clinical and Laboratory standards Institute, Wayne, Pennsylvania (2007).
5.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
6.https://www.scielo.org/es/.
7. https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 134

EL DIAGNÓSTICO DE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKISON

NATALIA MÉNDEZ DÍAZ-VILLABELLA

SUSANA SUAREZ PEREZ

Mª COVADONGA BLANCO RIOPEDRE

GRACIELA CAMPUZANO RODRÍGUEZ

GEMA LÓPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkison (EP) fue descrita por primera vez por el doctor James Parkinson en 1817 mediante su monografía "Un ensayo sobre la parálisis agitante"(An essay on the shaking palsy) . Para él se trataba de una enfermedad caracterizada por "movimientos involuntarios de carácter tembloroso, con disminución de la fuerza muscular que afectan a partes que están en reposo y que incluso provocan una tendencia a la inclinación del cuerpo hacia delante y a una forma de caminar a pasos cortos y rápidos. Los sentidos y el intelecto permanecen inalterados". Aunque esta descripción de la enfermedad era bastante completa, no nombraba dos síntomas característicos de la enfermedad: la rigidez y los trastornos cognoscitivos que años más tarde describirían Charcot y Vulpain en 1861 mediante su obra "De la paralysie agitante".

La incidencia y la prevalencia de las enfermedades neurológicas ha aumentado de manera importante en las últimas décadas relacionado principalmente con el

aumento de la esperanza de vida y los avances diagnósticos y terapéuticos así como con una mejor información y educación sanitaria por parte de la población y de los profesionales sanitarios. La EP constituye un problema de salud pública, siendo en la actualidad el segundo trastorno neurodegenerativo más prevalente después del Alzheimer llegando a alcanzar el 1,5% en mayores de 65 años. Sin embargo, no es una enfermedad exclusiva de personas de edad avanzada ya que el 30 por ciento de los diagnosticados es menor de 65 años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente, hay unas 6.3 millones con esta enfermedad en el mundo y la OMS prevé que para el 2030 llegarán a ser más de 12 millones.

En la actualidad a pesar de todos los avances diagnósticos y terapéuticos, se desconoce la etiología de la enfermedad. Se trata de una enfermedad crónica, que tiene un curso lento y progresivo, con una serie de fases y cuya sintomatología es diversa y compleja. En la actualidad no existe un tratamiento curativo y aunque existen factores de riesgo, desconoce la causa última. La etiología de la EP se considera multifactorial actuando a la vez factores como el envejecimiento (la prevalencia aumenta exponencialmetne a partir de la sexta década), la vulnerabilidad genética (se estima que entre 15% y 25% de los pacientes cuentas con algún familiar que la ha desarrollado) y las exposiciones ambientales (como exposición a pesticidas, herbicidas entre otros).

La enfermedad de Parkinson presenta alteraciones tanto motoras como no motoras. Esta enfermedad se caracteriza principalmente por las alteraciones motoras, sin embargo, en los últimos años, son las alteraciones no motoras las que han ganado relevancia debido a alta prevalencia asociada al aumento de esperanza de vida y son las que con frecuencia causan un mayor impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Los principales síntomas motores son: temblor en reposo, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural. Otros síntomas que podemos encontrar son: hipomimia-hipofonía, disartria y sialorrea así como dificultades respiratorias. Por otro lado, entre los síntomas no motores nos podemos encontrar con alteraciones psiquiátricas (alucinaciones, demencia, trastornos afectivos), alteraciones del sueño (somnolencia diurna, sueños vívidos, insomnio, síndrome de piernas inquietas), alteraciones digestivas y sensoriales entre otros.

Dado que la EP no tiene cura, los tratamientos de los que disponemos en la actualidad, van dirigidos a tener un efecto fundamentalmente síntomático. Estos tratamientos varían en función del tiempo de la evolución, de la sintomatología y discapacidad del paciente y de la fase en que se encuentre la enfermedad. El

tratamiento de esta enfermedad tiene fundamentalmente dos líneas de actuación: farmacológica y no farmacológica, aunque también en algunos casos se considera el tratamiento quirúrgico.

- El tratamiento farmacológico se centra en restablecer el contenido de dopamina en el cerebro para mejorar los síntomas. La elección del fármaco depende de varios factores (edad, gravedad de la EP, síntomatología asociada). Frecuentemente se emplea una combinación de varios fármacos para potenciar el efecto del tratamiento entre los que se encuentran: precursores de la dopamina (Levodopa), Inhibidores de la MAO-B/COMT, Agonistas de la dopamina, Anticolinérgicos y Amantadina.
- El tratamiento no farmacólogico va dirigido a conseguir una mayor autonomía del paciente y mejorar la calidad de vida, mediante fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional y psicología.

En la mayoría de los casos, lleva tiempo diagnosticar la enfermedad, ya que no existe una prueba específica para ello. El diagnóstico requerirá una rigurosa anamnesis acompañada de una exploración neurológica y una serie de pruebas de imagen para confirmarlo como TAC cerebral, resonancia magnética o doppler entre otras, que también ayudaran a descartar otras causas como tumores o lesiones vasculares.

2 Objetivos

- Exponer y describir un caso clínico para llegar al diagnóstico de enfermedad de Parkinson.
- Evidenciar que a través una correcta y exhaustiva anamnesis asociado a las pruebas diagnósticas adecuadas podemos llegar a un diagnóstico certero de la enfermedad de Parkinson.

3 Caso clínico

Descripción del caso
Varón de 85 años que tras ser atendido en urgencias en un intervalo de 48h por dos episodios de caídas una de ellas con sospecha de síncope versus AIT y la segunda con sospecha de Parkinson incipiente es derivado con carácter preferente al Sº de neurología para la realización de un estudio completo y un diagnostico concluyente.

Antecedentes
- Antecedentes personales
Alergias: Intolerancia a las estatinas (miositis y aumento de CK).
No hábitos tóxicos.
Intervenciones previas: Cataratas. RTU próstata y hernia inguinal.
HTA. Dislipemia. No diabetes.
No patología cardiorrespiratoria previa. No ulcus péptico.
Ansiedad depresión reactiva a enfermedad de su mujer (Alzheimer).
Medicación previa: Fluoxetina 20mg, Pantecta 40mg, Crestor 10mg. Traxilium 50mg. Lexatin 1.5 s/p.

Historia actual
Acude a la consulta de neurología con la hija, que refiere que siempre fue una persona ágil. En los últimos meses (un año aproximadamente), observan lentitud generalizada, con arrastre de ambos pies y varias caídas por este motivo. No hay incontinencias (si urgencia miccional). Tampoco disfagia. Si estreñimiento, aunque no anosmia. Ánimo bajo. Precisa ayuda farmacológica para dormir.

Exploración física
Buen nivel de conciencia. Hipomimia facial. Lenguaje preservado. Habla hipofónica. MEYERSON inagotable. No temblor. Leve adiadococinesia en alternantes. Vías sin déficit. Marcha a paso corto, con arrastre.

Exámenes complementarios
- RNM Craneal: Ventriculomegalia triventricular simétrica, con afectación de sustnacia blanca periventricular compatible con leucoaraiosis. Infartos lacunares subcorticales en ambos centro semiovales. Diagnóstico: Atrofia córitco-subcorticla con enfermedad de vaso pequeño.
- DOPPLER TSA/DTC: Tronco supraaortico sin alteraciones.

Impresión diagnóstica:
Parkinsonismo Acinético-Rígido, no Tremórico.

Tratamiento
En la primera visita, con la impresión diagnóstica de Parkinsonismo Acinético-Rígido y la espera de estudios complementarios solicitados, se indicó iniciar SINEMET PLUS, comenzando con ½ comprimido tres veces al día.
Posteriormente en una segunda visita, el paciente refierió buena tolerabilidad y discreta mejoría (aún a dosis de ½ comprimido tres veces al día). En la exploración se constató mejor expresividad facial y lenguaje e incipiente mejoría en

la marcha.

En vista de los resultados, en ese contexto se programó subir SINEMET PLUS a 1-1-1 y en diez días subir a 1 ½ tres veces al día. Esta respuesta a Levodopa, junto a los hallazgos de la neuroimagen, presupuso que el parkinsonismo del paciente era de índole mixta (degenerativo y vascular). Por otra parte se indicó mantener ADIRO 100 así como el control de los factores de riesgo vascular.

4 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Parkinson es un gran condicionante para la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Debemos ser capaces de reconocer los síntomas en las fases tempranas de la enfermedad para poder realizar un diagnóstico precoz. De esta manera retrasaremos los efectos secundarios de la enfermedad, mejorando la calidad de vida de los pacientes que la sufre y reduciremos el gasto sanitario que conlleva.

El diagnóstico del Parkinson en sus etapas inicial es difícil, debido a su presentación con síntomas inespecíficos, que frecuentemente son comunes a los de otras patologías, según la Sociedad Española de Neurología (SEN) en España el diagnóstico del Parkinson se retrasa entre uno y tres años. Por ello se hace necesario que los profesionales sanitarios dispongan de una amplia formación sobre esta enfermedad garantizando así una atención temprana e integral tanto al paciente como a sus familiares y personas cuidadoras.

Dado que la EP precisa un amplio y complejo abordaje multidisciplinar es fundamental la colaboración entre todos los profesionales implicados en la atención de estos pacientes. La información y la educación tanto al paciente como a las personas de su entorno favorecen el afrontamiento de la enfermedad así como su manejo.

5 Bibliografía

- https://www.historiadelamedicina.org/parkinson.htm
http://terapiaparkinson.com/
http://www.segg.es
- http://www.parkinsonmadrid.org
https://www.neurologia.com/articulo/2017440
- https://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/

- http://terapiaparkinson.com/como-se-diagnostica-la-enfermedad-de-parkinson/
- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300372
- https://www.esparkinson.es/wp-content/uploads/2019/07/FEP.CGCOF_.SEN_.SEMERGEN.-Guia-parkinson-profesionales.pdf

Capítulo 135

ANTICOAGULANTES ORALES DURANTE LA GESTACIÓN

LUZ GÓMEZ ALMANSA

INMACULADA GONZÁLEZ MARCOS

1 Introducción

Durante el embarazo normal se presentan importantes cambios fisiológicos, entre ellos se encuentran los que se suscitan en el sistema de coagulación y que representan un problema terapéutico cuando la madre tiene alguna cardiopatía o enfermedad en la que es necesario el uso de anticoagulantes orales, para prevenir complicaciones tromboembólicas. Es necesario valorar el riesgo de daño del feto con el beneficio de la madre en el control de su enfermedad.

2 Objetivos

Conocer la importancia del cuidado de la mujer embarazada, así como conocer los aspectos básicos del tratamiento anticoagulante durante el embarazo.

3 Metodología

Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el uso de anticoagulantes en embarazadas. Se consultaron las diferentes bases de datos (Google, Cochrane, Pubmed). Se limitó la búsqueda al intervalo 2000-2017. Se utilizaron

los descriptores en español “embarazo”, “anticoagulantes”, “Sintrom”, “cuidados de enfermería”. Los criterios establecidos fueron:
1. Estudios que analicen el uso de anticoagulantes durante el embarazo;
2. Estudios español posteriores al año 2000;
3. Con acceso al texto completo.

De un total de 6 publicaciones, fueron seleccionadas 3.

4 Resultados

Las actividades de los sanitarios están dirigidas a orientar a la mujer durante el transcurso del embarazo acerca de los cuidados higiénico-dietéticos que debe seguir, signos de alarma de sobredosis de anticoagulación y a enfatizar lo relevante que resulta la asistencia a las consultas. En cada consulta se realiza la valoración de las condiciones clínicas de la enferma para prevenir complicaciones agregadas.

En caso de que la paciente sea portadora de una prótesis valvular mecánica, no se suspende el tratamiento anticoagulante debido al riesgo de trombosis de la misma, pero en caso de que esté en terapia anticoagulante por otra razón, se deberá sustituir el tratamiento del Sintrom a partir de la 6º-7º semana por HBPM, ya que son las semanas de mayor riesgo para el feto, y a partir de la 13º-14º semana se podría volver al tto oral.

Al iniciarse el trabajo de parto, la HBPM se mantiene en dosis profiláctica (40 mg cada 24 h) y se reanuda 24 horas después del parto a la misma dosis (40 mg cada 12 h). La acenocumarina se reinicia 48 a 72 horas después del parto y la HBPM se suspende cuando el tiempo de protrombina se encuentra en el nivel terapéutico (22.5-30.5).

5 Discusión-Conclusión

Por el momento no existe un tratamiento ACO que esté libre de riesgos cuando se prescribe en mujeres embarazadas. Aunque los derivados cumarínicos proporcionan protección adecuada contra los fenómenos tromboembólicos, su uso resulta en un aumento en la mortalidad y morbilidad fetal. La heparina puede ser un método alternativo de anticoagulación, puesto que tiene un alto peso molecular y no cruza la barrera placentaria, su uso durante el primer trimestre evita la embriopatía fetal, pero expone a la madre a un mayor riesgo de trombosis.

6 Bibliografía

- Serna Galarza M. La mujer embarazada con afección cardiovascular que requiere tratamiento de anticoagulantes. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [Internet]. 2014 [citado el 20 de agosto de 2017]; 22 (1): 33-36. Disponible en: http: //www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en141g.pdf
- Nápoles Méndez D, Couto Núñez D. Enfermedad tromboembólica venosa en el embarazo y puerperio. Parte 2: Prevención y tratamiento. Medisan [Internet] 2011 [citado el 20 de agosto 2017] vol.15 no.11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100010
- Górgora Rodríguez J. , Sánchez Gila M. Enfermedad tromboembólica en el embarazo y puerperio. Profilaxis. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada [Internet] 2012. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2012/clase2012_etv_embarazo_y_puerperio_profilaxis..pdf

Capítulo 136

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

LARA GARCIA SANCHEZ

1 Introducción

La valoración al paciente pediátrico es una herramienta sistemática e integral esencial para la detección de los problemas y la realización de los diagnósticos enfermeros. En muchos casos, para poder llevar a cabo la valoración enfermera se necesita la ayuda de la familia.

Se trata de un instrumento dinámico, realizado varias veces para verificar la evolución del paciente. El objetivo de la valoración es elaborar un plan de cuidados integral, individualizado y adaptado al paciente.

2 Objetivos

- Identificar los problemas y complicaciones potenciales de los pacientes pediátricos.
- Desarrollar unos cuidados enfermeros adaptados a las necesidades del paciente.

3 Caso clínico

DATOS PERSONALES

Nombre: K.G.C
Fecha de nacimiento: 2-4-2012
Edad: 6
Sexo: V

Enfermedad actual.
Niño de 6 años de edad que acude a Urgencias debido a lesiones exudativas en abdomen de una semana en tratamiento con Fungisdin tópico.
Lesión cutánea tras rascado de 4-5 días en aumento con edema e inflamación y supuración tras presión.
Remitido desde su centro, fiebre de 2-3 días (máximo 38ºC).
El diagnóstico médico es celulitis en zona abdominal.

Antecedentes personales
- Dermatitis atópica.
- No asma.
- Vacunas adecuadas.
- No alergias conocidas.

Exploración física.
Temperatura: 39,1ºC
FC: 130 sat O2: 98%
Peso: 23 Kg
Buen estado general, febril, buena hidratación oral.
Auscultación cardiopulmonar: no soplo, taquicárdico, buena ventilación.
Abdomen: blando, depresible, no megalias, zona abdominal izquierda con emplastamiento y enrojecimiento, doloroso, con herida.

Pruebas diagnósticas anteriores (desde el día de su ingreso)
• Analítica (Hemograma, Bioquímica).
• Hemocultivo.
• Exudado de herida (resultado negativo).

Tarde del 3 de mayo de 2018.
Paciente de 6 años de edad que ingresa el día 25 de abril en nuestra Unidad, Pediatría, para tratamiento antibiótico intravenoso.
Fue sometido a cirugía, el día 2 de mayo para drenaje quirúrgico, ya que la herida se encontraba cerrada e indurada, el tipo de drenaje elegido fue Penrose.
El día 3 de mayo, el paciente se encontraba afebril, normoconstante, presenta tumefacción de 4 x 3,5 cm, indurado y algo dolorosa. Por el drenaje no ha salido

líquido purulento.

• Pruebas diagnósticas.
No se le ha realizado ninguna prueba en este día.

Análisis y síntesis de los datos de la valoración.
(patrones alterados).

Paciente varón de 6 años de edad que lleva 9 días ingresado en la planta de Pediatría por celulitis en abdomen, presenta los siguientes patrones alterados:

• Patrón Percepción/ mantenimiento de la salud.
Por estar con tratamiento farmacológico.

• Patrón Nutricional/ metabólico.
Por presentar drenaje en al abdomen.
Por presentar vía venosa periférica.

• Patrón Cognitivo/ preceptivo.
Por manifestar dolor en la zona abdominal.

Identificación de problemas.

• Diagnósticos.
- Dolor agudo (00132) r/c celulitis m/p quejas del paciente.
- Riesgo de infección (00004) r/c presencia de vías invasivas (drenaje Pen-rose) y vía venosa periférica.
• Problemas interdependientes.
- Dermatitis atópica.
• Complicaciones potenciales
- Flebitis s/a vía venosa periférica.
- Obstrucción del sistema de drenaje s/a acumulación de líquido purulento.
- Hemorragia s/a drenaje Pen-rose.

Planificación.
Diagnósticos.
• Dolor agudo r/c celulitis m/p quejas del paciente.
• NOC. 1605 control del dolor.
Criterio de resultado: El paciente referirá alivio del dolor después de la administración de analgesia intravenosa.
• NIC.

Intervenciones
Manejo del dolor (1400)
Actividades:
- Realizar una valoración exhaustiva que incluya localización, características, aparición, frecuencia, calidad, intensidad, severidad, y factores desencadenantes. (para ello se utiliza un instrumento para su valoración).
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas, tiempo que durará, etc.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas o no) que faciliten el alivio del dolor.
- Proporcionar un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
Administración de analgésicos (2210).
Actividades:
- Comprobar historial de alergias a medicamentos.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, frecuencia y dosis.
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

• Evaluación.
El paciente manifiesta un alivio del dolor.
• Riesgo de infección r/c presencia de vías invasivas (drenaje Pen-rose) y vía venosa periférica.
• NOC
Criterio de resultado:
El paciente no presentará signos ni síntomas de infección durante su estancia hospitalaria.
Control del Riesgo (1902).
• NIC
Intervenciones.
Cuidado del sitio de incisión (3440).
Actividades:
- Inspeccionar el sitio de incisión en busca de signos de infección.
- Tomar nota de las características de cualquier drenaje.
- Aplicar antiséptico según prescripción.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en la zona de la herida.
Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (2440)
Actividades:
- Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter.
- Cambiar los sistemas, apósitos y tapones según protocolo del centro.
- Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.

Evaluación:El paciente no ha presentado signos ni síntomas de infección.

Complicaciones potenciales:
- Flebitis s/a vía venosa periférica
Objetivo: La enfermera mantendrá una buena asepsia de la vía. La zona de punción mostrará una buena temperatura, coloración y características.

Actividades
-Vigilar la zona de punción
-Mantener la vía permeable
-Comprobar que el catéter está bien colocado.
Evaluación: No hay signos ni síntomas de flebitis.

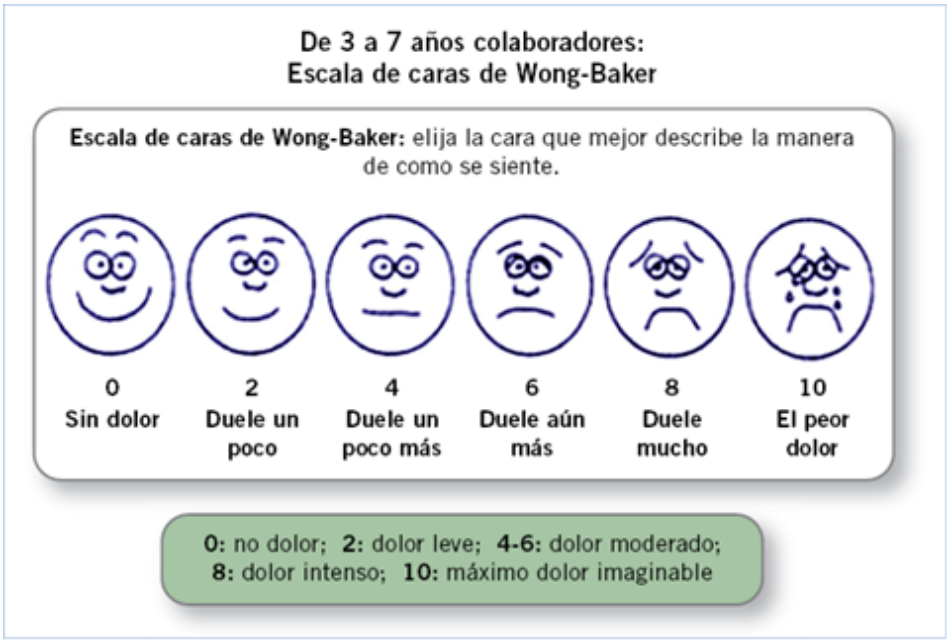
- Obstrucción del sistema de drenaje s/a acumulación de líquido purulento.
Objetivo: La enfermera vigilará que el drenaje sea productivo y avise en caso de lo contrario, cuando pueda haber dudas de una posible obstrucción.
Actividades:
- Vigilar el drenaje.
- Palpar la zona, para comprobar si se encuentra indurada.
- Comprobar que se encuentra bien colocado el drenaje.
Evaluación: No hay ningún signo de una posible obstrucción.

- Hemorragia s/a drenaje Pen-rose.
Objetivo: La enfermera vigilará que el paciente no presente ninguna hemorragia por el drenaje.
Actividades:
- Vigilar signos y síntomas de hemorragia (baja de TA, dolor, mareo, debilidad…)
- Curar la zona de la herida sin hacer ninguna presión.
- Proteger la zona del drenaje, para evitar que el paciente pueda arrancarse el drenaje.
Evaluación: No hay signos ni síntomas de hemorragia.

Informe de alta hospitalaria:
Paciente de 6 años de edad que ingresa en la unidad de Pediatría para administración de tratamiento antibiótico intravenoso al presentar celulitis en zona abdominal.
Tras la finalización de la medicación prescrita, la retirada del drenaje y la retirada de vía periférica, se procede a dar de alta al paciente.
El paciente es dado de alta hospitalaria el día 6-5-2018.

Cuando es dado de alta, se les enseña a los padres los signos y síntomas que deben vigilar:

- Fiebre, signo de infección.
- Picor en la zona abdominal.
- Enrojecimiento de la zona.
- Calor en el sitio de la herida.
- Dolor.
- Vómitos, signo de infección.



4 Discusión-Conclusión

Se produjo una mejora en el estado del paciente, tanto de la lesión como el dolor que padecía.
La aplicación del PAE permitió una línea de trabajo sistemática y ordenada y también se garantizó la continuidad de cuidados a pesar del cambio del personal y del alta del paciente.
La realización y empleo de este tipo de instrumento permite garantizar un cuidado integral e individualizado del paciente, es una herramienta que lleva su

tiempo en realizarla pero que resulta muy útil para dar cuidados de calidad y de continuidad.

5 Bibliografía

- Mundo enfermero [Internet]. NOC-NIC-NANDA (Consultado el 04/02/2019).
- Agustina Pérez Zarza, Francisco Javier Rubio Gil. Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal. Revista Sociedad Española Enfermería Nefrológica vol.11 no.2 abr./jun. 2008
- Diagnósticos de Enfermería de la NANDA (2009-2011)

Capítulo 137

PROYECTO FLEBITIS ZERO

LORETO GIL DIEZ

ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

LAURA SÁNCHEZ LASTRA

REMEDIOS LASO AREA

1 Introducción

Estudios revisados apoyan la noción de que cuando un equipo sanitario responsable del cuidado del catéter proporciona cuidados estandarizados, el índice de infección se reduce notablemente.
Es necesario garantizar un acceso venoso seguro, eficaz y mínimamente agresivo para el paciente.
Se utilizan más de 20 millones de catéteres periféricos instaurados.
El 66,6% de los pacientes ingresados con catéter periférico (EPINE 2012).
Flebitis 12,9% de los eventos adversos detectados (EAPAS 2008).

2 Objetivos

- Elaborar un plan de manejo y cuidados del catéter para prevenir complicaciones.
- Disminuir los episodios de flebitis.
- Promover y reforzar la cultura de seguridad en las unidades de hospitalización.

3 Metodología

Revisión bibliográfica del diseño de un proyecto de seguridad de pacientes en territorio nacional de buenas prácticas en relación al catéter venoso periférico a través de bases de datos como Medline, Pubmed, Cuiden, Google Académico.
A través de esa búsqueda bibliográfica se han encontrado 80 resultados de los cuales se han empleado 21 referencias bibliográficas entre los períodos de 2010 a 2018.
Palabras clave: catéter, cuidados, flebitis, endovenoso, periférico.

4 Resultados

- Cateterismo venoso periférico: inserción de una cánula corta de plástico sobre la aguja, en el interior de una vena para la administración endovenosa de fluidos y/o medicamentos con fines diagnósticos.

- Flebitis: inflamación de la capa interna de la vena cuyo origen puede ser mecánico, químico o infeccioso.

Es necesario para la buena práctica tener en cuenta diferentes aspectos:

Elección adecuada del tipo de catéter:
- Emplear el catéter de menor calibre para la mayor vena posible.
- Usar zona de la extremidad superior en lugar de la inferior.
- Características del paciente (mastectomía, fístula…).
- Valorar tratamiento endovenoso.

Higiene de manos:
- Es la mayor medida y más sencilla y más eficaz para disminuir la infección.
- Uso de guantes NO excluye lavado de manos.

Antisepsia cutánea:
- Realizarla con clorhexidina con alcohol mayor 0,5%.
- Mantener técnica aséptica en inserción y cuidado.
- Fijar catéter con tiras adhesivas estériles que no cubran el punto de inserción.

Mantenimiento aséptico de catéteres:
- Clorhexidina en punto de inserción.
- Apósito estéril transparente semipermeable.
- Cambio de apósito cuando no este íntegro o cada 7 días.

Retirada de catéteres innecesarios:
- Revisar los que no sean necesarios.
- Quitar catéter si signos de flebitis.

5 Discusión-Conclusión

Son varios los aspectos de nuestra práctica diaria que difieren de las recomendaciones de las guías y estudios tanto nacionales como internacionales pese a o cual nuestras tasas de flebitis se mantienen dentro de lo reverenciado en estudios consultados.
La participación en el proyecto de implantación del conjunto de buenas prácticas basadas e la evidencia "Flebitis Zero" nos brinda la oportunidad de realizar mejoras tanto en recursos materiales como en los procesos de mejora que contribuirán a la disminución de la tasa de flebitis repercutiendo no sólo en el bienestar de los pacientes sino en la eficiencia de los recursos dedicados a cuidados.

6 Bibliografía

- www.flebitiszero.com2020.
- María José Poncelas, Rebeca Quintián, Natalia. Fernández Gómez. Flebitis Pero el inicio de un camino posible". SEECIR Digital (Internet) (revista de enfermería en cirugía Noviembre 2015) vol.4, pág. 35-37.

Capítulo 138

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS HISTEROSCOPIAS DIAGNÓSTICAS Y QUIRÚRGICAS.

LARA DÍAZ GONZÁLEZ

PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La técnica histeroscópica constituye hoy en día un método de diagnóstico y terapéutico utilizado en ginecología para el estudio de la cavidad uterina.
Su origen se remonta a principios de siglo XIX y ha ido evolucionando a lo largo de los años hasta tal y como lo conocemos en la actualidad.
Su uso permite diagnosticar y tratar patologías uterinas como: sangrado, pólipos etc. Para ello existen dos tipos de histeroscopias: diagnóstica y quirúrgica que definiremos a lo largo de este trabajo. Es una técnica muy utilizada en la actualidad ya que sus complicaciones son mínimas.

Para la realización de esta técnica, es necesario una serie de materiales como: histeroscopio, luz fría, sistema de vídeo-cámara, asas, tijeras, sistema de irrigación etc. Los cirujanos serán los encargados de llevar a cabo esta técnica, con ayuda de una enfermera instrumentista cuyo trabajo será de especial importancia para realizar múltiples funciones en el quirófano, como, preparación del material a

usar, preparación del campo quirúrgico, lavado genital o soporte a la enfermera circulante.
El avance tecnológico ha permitido la mejora de los materiales y métodos utilizados en este proceso, convirtiéndolo hoy en día en una técnica mínimamente invasiva, rápida y bien tolerada por el paciente.

Definición histeroscopia.
La histeroscopia es un procedimiento que permite visualizar y estudiar el interior de la cavidad uterina y endo-cervical. Esta técnica permite diagnosticar y/o tratar algunas patologías uterinas. Está indicada en pacientes que presentan anomalías como sangrado anormal, esterilidad o infertilidad. Y también cuando el paciente padece formaciones benignas o malignas como miomas, pólipos o incluso cáncer de endometrio.

Existen dos tipos:
La histeroscopia diagnóstica que tiene como finalidad la exploración del interior del útero.
La histeroscopia quirúrgica se realiza después de la anterior y tienen como objetivo resolver la mayor parte de las anomalías diagnosticadas como pólipos, miomas o submucosas.

Historia





- Origen a principios del siglo XIX
- 1806→ Bozzini es considerado el padre de la endoscopia
- 1869→ Pantaleoni utilizo el primer endoscopio
- 1869→ Se realizo la primera histeroscopia diagnostica
- 1879→ Nitze diseña el primer instrumento óptico útil
- 1895→ Bumm empleo el cistoscopio en la cavidad uterina
- 1898→ Duplay y Clado publican un tratado de histeroscopia
- 1907→ Nace la histeroscopia moderna
- 1914→ Heineber desarrollo el primer histeroscopio con dos canes de irrigación (entrada-Salida). Permitía limpiar la cavidad

Manual de histeroscopia diagnóstica y quirúrgica. Editado por Miguel Ángel Huertas Fernández,José María Rojo Riol pag-17-19

2 Objetivos

- Definir en que consisten las histeroscopias.
- Valorar las diferencias entre las histeroscopias quirúrgicas y diagnósticas.
- Exponer los cuidados de enfermería necesarios durante y después de realizarse una histeroscopia.

3 Metodología

Se llevo a cabo un estudio de revisión bibliográfica sistemático de la biografía existente sobre el tema elegido.
La información se obtuvo a través de artículos científicos y estudios publicados en las distintas bases de datos. El objeto de estudio fue la producción científica nacional e internacional relacionada con el tema. El idioma elegido fue el castellano.

4 Resultados

Historia de la histeroscopia.
La técnica endoscópica constituye hoy un método diagnóstico y terapéutico indispensable en muchas especialidades. Dentro de la ginecológica uno de sus principales usos es el estudio de la cavidad uterina mediante la histeroscopia.
El origen de la histeroscopia se sitúa a principios del siglo XIX.

Indicaciones.
La histeroscopia diagnóstica estaría indicada en los siguientes casos:
Hemorragia uterina anormal.
Alteración del ciclo menstrual.
Esterilidad e infertilidad.
Sospecha de malformaciones uterinas.
Localización de cuerpos extraños (DIU, restos de aborto, placenta…)
Diagnóstico de carcinoma endometrio y endo-cérvix.
Diagnóstico diferencial de lesiones intra-cavitarias benignas.
Diagnóstico y seguimiento de la enfermedad trofoblástica gestacional.
Indicación y control de la cirugía histeroscópica.
La histeroscopia quirúrgica estaría indicada en los siguientes casos:
Biopsias dirigidas.
Exéresis de pequeños y grandes pólipos
Extracción de DIU.
Exéresis adherencias simples.
Canalización de ostia tubárica.
Esterilización tubárica.
Miometrías
Resección endometrial.

Contraindicaciones
La realización de cualquier tipo de histeroscopia, estaría contraindicada en los siguientes casos:
Fase aguda de infección pélvica.
Gestación.
Sangrado uterino muy excesivo que conduzca a diagnósticos incompletos.
Cáncer cervical.
Perforación uterina reciente.

Complicaciones

Aunque la histeroscopia es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva, como toda técnica quirúrgica puede tener una serie de complicaciones, algunas de las más importantes son:
Reacciones vasovagales (disminución de la TA, aumento del dolor).
Perforación uterina.
Embolia por CO2 (si hay insuflación).
Sangrado
Diseminación de células cancerosas.

Instrumental necesario:
-Fuente de luz fría
La histeroscopia es una prueba que se realiza siempre bajo visión endoscópica por vídeo, por lo que las características de la fuente de luz influyen en gran medida en la cavidad de la imagen.

La unión de la fuente de luz al histeroscopio se realiza mediante cables flexibles de fibra óptica de 5 mm y unos 180 cm de longitud.
-Sistema vídeo-óptico.Se compone de una serie de elementos:Monitor de televisión específico, Videocámara endoscópica, Unidad de vídeo.

-Histeroscopio: Es el elemento con el que se entra en la cavidad. Pueden ser: Flexibles en su extremo que permiten dirigir la punta hacia el lugar que interese. ó rígidos.
Consta además de los siguientes elementos:
Óptica: Se encuentran disponibles con diferentes direcciones visuales: 0º, 12º y 30º. El más habitual es el de 30º.
Electrodo conectado al elemento de trabajo.
Vaina interna para irrigación
Vaina externa para extracción de líquidos.
Estas vainas permiten la irrigación y aspiración continuas con una renovación rápida de líquido endouterino lo que asegura un lavado permanente y una visión clara de la cavidad.

-Material accesorio: Asas de disección, pinzas, tijeras.

-Generación de frecuencia bipolar:Esta energía se utiliza para llevar acabo corte o coagulación. Para ello se usa el GYRUS.

-Distención abdominal:Una correcta distensión es clave para una adecuada técnica histeroscópica. Las formas más comunes son:

-Gases: Para la histeroscopia diagnóstica. Con CO2 ya que es un gas inerte, seguro e incoloro que nos ofrece una visión clara. Para ello se necesita un insuflador.
-Líquidos: Válido para histeroscopia diagnóstica y quirúrgica.
- Electrolíticos (Salino/Fisiológico) se usa en los casos en los que no se aplica electricidad o en caso de usarse sea energía bipolar.

Cuidados preoperatorios.
El preoperatorio comprende el tiempo que transcurre desde que se propone realizar el procedimiento quirúrgico hasta el momento en el que se traslada el paciente al quirófano.
El primer contacto del personal de enfermería de quirófano tendrá lugar justo antes de la entrada al mismo. Durante este tiempo realizaremos el check-list, mediante el cual se valoran e identifican los siguientes apartados:
I. Presentación personal enfermería: Nos presentamos al paciente, explicándole quiénes somos y que vamos a estar presentes durante la intervención.
II. Identificación del paciente: Nombre y apellidos junto a su pulsera identificativa.
III. Antecedentes personales: Intervenciones quirúrgicas previas, enfermedades crónicas o de transmisión, alergias conocidas y tratamiento habitual.
IV. Proceso actual: Confirmaremos si sabe el tipo de intervención quirúrgica que se le va a realizar, y a su vez si tiene firmados los consentimientos tanto de la intervención como de anestesia.
V. Pautas previas: Nos cercioraremos de que el pacientes está en ayunas, que ha recibido la profilaxis antibiótica (si procede), y tratamiento necesario en caso de ser un paciente anticoagulado.
VI. Comprobar que no lleva objetos metálicos, uñas pintadas y se ha retirado la dentadura postiza (si procede).
VII. El paciente será visto por el personal de anestesia, que será quien dé la orden de llevarlo a la sala de quirófano.

Cuidados en el intraoperatorio.
Posición quirúrgica y anestésica.
Anestesia
Siempre que un paciente accede al quirófano se realiza una monitorización completa del mismo y se llevan cabo las siguientes actuaciones:
-Colocación de electrodos.
-Capnografía, Pulsiosimetría en el mismo brazo en el que se canaliza la vía venosa.
-Manguito de presión no invasiva, en el brazo contrario.

-Vía venosa periférica en el miembro superior, catéter nº 18 + llave de tres vías y equipo con S.Fisiológico o Ringer (Según antestesia).
-Mascarilla laríngea nº 3 ó 4.
-Ambos brazos se colocan abiertos en los reposabrazos con sabanilla protectora.
-Donut para la cabeza.
-Manta de calor.
-Posición del paciente:Antes de la inducción de la anestesia posición decúbito supino.
Durante la intervención se pone a la paciente en posición de litotomía ginecológica con las rodillas a la altura de las crestas ilíacas. Los brazos pueden estar extendidos sobre los braceros.

Funciones de enfermería:
Circulante
Los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas experimentan sentimientos de temor o ansiedad provocados por el propio proceso así como por la preocupación familiar y social. Todo esto ha de tenerse en cuenta en la recepción del paciente y en todo proceso quirúrgico. La enfermera circulante controla y coordina todas las actividades dentro del quirófano y proporciona los cuidados requeridos por cada paciente.
Una enfermera circulante efectiva se asegura de que el equipo estéril dispone de los artículos necesarios para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico de una forma eficaz.
Debe conocer todos los suministros, instrumentos y equipamientos, ser capaz de obtenerlos rápidamente y de prevenir peligros potenciales. Para ello deberá conocer todos los pasos de la intervención.
Antes de la entrada del paciente a quirófano:
-Comprobación del parte quirúrgico.
-Revisión de la limpieza de quirófano.
-Comprobación del funcionamiento de aparatos.
-Revisión, reposición del carro de anestesia y preparación de la medicación necesaria para la intervención.
En esta intervención será necesario:
-Suero fisiológico 500 ml con equipo y llave con alargadera.
-1 ampolla de Atropina.
-1 ampolla de Efedrina.
-1 ampolla de Fentanest o Midazolam (según anestesia).
-1 ampolla de Propofol.
-Cánula de Guedel.

-Comprobación del respirador + check.
-Comprobar laringoscopios, palas y luz.
-Comprobar la mascarilla laríngea con su globo, y se lubrica.
Se prepara en la zona del respirador, los electrodos, una jeringa de 20cc (Para el globo de la mascarilla que lleva 35 o 40 cc de globo), esparadrapo para fijarla y esparadrapo para tapar los párpados.
Cuando todo esté listo y anestesia nos de paso avisamos al celador para pasar al paciente a la sala de quirófano.
Antes de la intervención quirúrgica:
-Preservará la intimidad del paciente colocándole una sabanilla antes de retirar completamente la ropa de cama.
-Ayudará a pasar la paciente a la mesa quirúrgica y ponerla cómoda.
-Monitorización, canalizará vía venosa periférica y ayudará al anestesiólogo a realizar la anestesia requerida.
-Atará las batas del equipo quirúrgico.
-Colocación de la posición quirúrgica necesaria para la intervención.
-Colocación de la placa de bisturí (si procede).
-Lavado vaginal: Se prepara torunda con suero fisiológico y betadine jabonoso y se lavará primero la zona de los muslos, el periné y la vulva, se desecha la torunda y con una nueva se lava la vagina hasta la cúpula dando varias vueltas.Después se coge una nueva torunda con betadine aséptico (solo) y se lava bien la cúpula vaginal, se desecha la torunda y por último se limpian en orden el periné, la vulva, los muslos y por último el púbis.
-Ajustar lámparas.
-Conexión del aparataje necesario.
Durante la intervención:
-Proporcionará el material requerido a la enfermera instrumentista.
-Vigilar el campo operatorio y previsión y reposición del material a medida que se va utilizando.
-Proporcionar al anestesiólogo la ayuda necesaria durante la intervención.
-Es la responsable del mantenimiento de las normas de asepsia del quirófano:
-Evitar que alguien se acerque más de 20cm del campo estéril.
-Asegurarse de que todo aquel que esté en el quirófano lo haga de manera adecuada (pijama verde, gorro, mascarilla y calzas).
-Controlar la circulación y ruidos, mantener limpieza y orden.
-Preparación de documentación necesaria (Registro de la intervención en el Selene, registro de formularios, hoja de estupefacientes y hoja de anatomía patológica).

-No abandonar el quirófano sin ser sustituido por otro enfermero.
-Asegurar el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención.
-Planificar los cuidados postoperatorios necesarios.
Al finalizar la intervención:
-Colaboración con el anestesiólogo en el despertar hasta que el enfermo esté en condiciones de salir de quirófano.
-Retirada de cables usados durante la intervención.
-Avisar al celador y ayudar en el traslado del paciente a la cama.
-Verificar estado del paciente, recoger la historia y enviarla con él.
-Retirar todo el material de anestesia utilizado, y dejar las palas del laringoscopio y la mascarilla externa al personal auxiliar de enfermería para su limpieza.
-Revisión y registro de estupefacientes.
-Reposición del quirófano.
-Avisar al personal de limpieza.

Instrumentista
Antes de la intervención:
La enfermera instrumentista por su parte, al igual que la coordinadora deberá conocer la intervención a realizar, la técnica quirúrgica y material necesario.
En este tipo de intervenciones por lo general el equipo estéril constará del cirujano principal y un ayudante, por lo que la enfermera instrumentista no formará parte del equipo estéril (a menos que fuese necesario). Aún así llevará a cabo las labores típicas de la enfermera instrumentista previas a la intervención que son las siguientes:

Durante la intervención:
-Apertura de todo el material estéril en la mesa de instrumental, equipos, cajas, guantes, material suelto, verificando los testigos químicos y la integridad de los paquetes.
-Contaje del número de piezas de instrumental que se coloca en la mesa (al inicio de la intervención).
-Ayudar a colocar el campo quirúrgico y a preparar el instrumental en caso de que el equipo quirúrgico lo requiera.
-Proporcionar al cirujano y al ayudante todo lo necesario durante la intervención, controlando el campo y los tiempos operatorios, incluso adelantándose a las necesidades.
-Vigilar la esterilidad del campo y del material.
-Mantiene la organización y evita las situaciones que puedan crear tensión.

-Vuelve a contar el instrumental al final de la intervención y debe coincidir.
-Colocación de compresa vaginal al finalizar la intervención.

Después de la intervención:
-Retirar la mesa de instrumental y todo el material desechable que pueda haber (objetos punzantes al contenedor amarillo, objetos no punzantes a la basura).
-Recogida y registro de muestras.
-Comunicar cualquier incidencia.
-Retirar campo de la paciente y cubrir con una sabanilla.
-Ayudará a la enfermera circulante en sus tareas post-intervención.

Desarrollo de la cirugía.
A) Histeroscopia diagnóstica:
Como se ha descrito al inicio de este trabajo se define como la técnica exploratoria endoscópica que estudia el interior de la cavidad uterina y el canal endo-cervical.
Anestesia: General + mascarilla laríngea.
Lavado ginecológico.
Posición ginecológica
Material necesario:
Equipo desechable de RTU.
Funda de cámara.
Tres batas desechables y guantes.
Un paquete de compresas.
Un paquete de gasas.
Poliamida
Goma de gas para Histeroscopia.
Mango de lámpara
Instrumental:
Caja de legrado.
Bandeja de Histeroscopia diagnóstica.
Endomat
Parámetros 75 y 45.
Colocación personal:
Cirujano sentado (silla protegida con bata estéril) y ayudante de pie a su derecha.
La mesa de instrumental a la derecha del ayudante y por detrás del Histeroscopio.
La torre de laparoscopia se coloca a la izquierda del cirujano, por detrás de la pierna derecha del paciente.
Descripción:

Consiste en la visualización directa de la cavidad uterina gracias a su distensión con gas y la utilización de una óptica de 30º acoplada a una fuente de luz y a la cámara.
De esta forma se puede identificar si existe algún tipo de patología en el caso de que existieran pólipos se procedería a la histeroscopia quirúrgica.

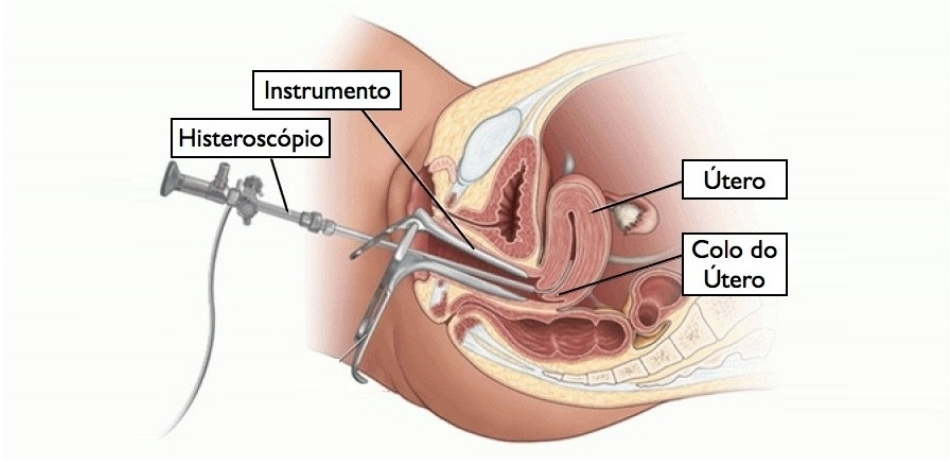
B) Histeroscopía quirúrgica:

Anestesia: General + mascarilla laríngea.
Lavado ginecológico.
Posición ginecológica.
Material necesario:
Equipo desechable RTU.
Goma de aspiración específica de histeroscopio.
Sistema de irrigación específico de histeroscopio.
Cable de GYRUS.
Asa de resección de GYRUS.
Bolsa de suero salino de 3000ml.
Funda de cámara.
Dos batas desechables.
Un paquete de compresas y otro de gasas.
Poliamida.
Frasco para biopsia.
Mangos de Lámpara.
Instrumental:
Caja de legrado
Bandeja histeroscopia quirúrgica.
Endomat
Parámetros 300-100-2-3.
Colocación:
Cirujano sentado y el ayudante a su derecha. La mesa de instrumental debe de colocarse a la derecha del ayudante y por detrás del histeroscopio. La torre de laparoscopia se coloca a la izquierda del cirujano, por detrás de la pierna derecha del paciente.
Descripción:
Al igual que la histeroscopia diagnóstica, al inicio consiste en la visualización directa de la cavidad uterina gracias a su distensión con gas y la utilización de una óptica de 30º acoplada a una fuente de luz y a la cámara y al a distensión con suero salino. De esta forma se puede identificar la situación de los pólipos

endometriales u otras patologías, y así poder resecarlos con la ayuda del asa de Gyrus.

Postoperatorio inmediato.

-Aseo y limpieza de la zona a intervenir
-Revisión de sangrado y pérdidas, para ello se le colocará una compresa vaginal al acabar la intervención.
-Recogeremos el material de anatomía patológica si lo hubiese.
-Cerraremos los registros de enfermería y ayudaremos al anestesista en el despertar del paciente.
-Colaboraremos en el traslado a la cama del paciente (Asegurando siempre buena ventilación, vías venosas e intimidad del paciente).
-Si es necesario acompañaremos al paciente al lugar post-operatorio de elección.



5 Discusión-Conclusión

La histeroscopia ha abierto un nuevo panorama en el campo diagnóstico y terapéutico para la evaluación del canal cervical y la cavidad uterina, superando técnicas anteriores como es el caso del legrado.

Los últimos avances tecnológicos en cuanto a la mejora de los materiales y métodos, la convierten en una técnica de fácil realización por parte de los cirujanos, lo que supone que sea una técnica mínimamente invasiva, que requiere poco

tiempo para su realización. Tiene como beneficios que supone una gran ayuda diagnóstica y quirúrgica, disminuye el tiempo operatorio y es mínimamente invasiva para la paciente y bien tolerada., por lo tanto su recuperación será mejor y más rápida

6 Bibliografía

1. Minguez Milio JA. Histeroscopia diagnóstica y quirúrgica.{Internet} Navarra: Clínica Universidad de Navarra. 2015. {Consultado el 2 Marzo 2018: citado el 22 Marzo 2018} Disponible en: https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnostica/histeroscopia
2. Asociación Española de Ginecología y Obstetricia. AEGO. Aparato genital Femenino {Internet}. Madrid; 2018. {Consultado el 2 Marzo 2018: citado el 22 Marzo 2018} Disponible en: https://www.aego.es/otra-informacion/anatomia-del-genital-femenino
3. Domínguez Domínguez LG. Histeroscopia {Diapositivas} Universidad de Veracruz; Marzo 2018. 45 Diapositivas. Disponible en: https://www.slideshare.net/LauraDominguez3/histeroscopia
4. Huertas Fernández MA, Rojo Riol JM. Manual de histeroscopia diagnóstica y quirúrgica. Barcelona: Editorial Glosa, 2008.

Capítulo 139

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ENFERMERO EN EL TEST DE EQUILIBRIO PERITONEAL .

CRISTINA PELAYO RUEDA

ROBERTO DORREGO GONZALEZ

1 Introducción

La insuficiencia renal crónica se produce por una pérdida irreversible de la función renal. Los enfermos que la padecen pueden optar entre un tratamiento conservador o sustitutivo (diálisis) además del trasplante, en caso de ser aptos para él.
La diálisis peritoneal es un método de depuración sanguínea extrarrenal de solutos y toxinas. Está basada en el hecho fisiológico de que el peritoneo es una membrana vascularizada semipermeable, que mediante mecanismos de transporte osmótico y difusivo, permite pasar agua y distintos solutos desde los capilares sanguíneos peritoneales al líquido dializado.

Las sustancias que atraviesan la membrana peritoneal son las de pequeño peso molecular: urea, potasio, cloro, fosfatos, bicarbonato, calcio, magnesio, creatinina, ácido úrico…
Las sustancias de peso molecular elevado no consiguen atravesar el peritoneo. Utilizando estos principios fisiológicos, en diálisis peritoneal, se introduce un líquido dializante de composición similar al líquido extracelular en la cavidad peritoneal, dejándolo un tiempo determinado.

Siguiendo el gradiente osmótico, se producirá la difusión y ósmosis de tóxicos y electrolitos desde la sangre al líquido introducido. Para comprobar el grado de ultrafiltración (transferencia de disolvente y una fracción de su contenido en solutos) de la membrana peritoneal se realiza el test de equilibrio peritoneal (T.E.P.)

El T.E.P. se trata de una prueba diagnóstica ideada por Twardowski. Se basa en la relación de las concentraciones de un soluto entre dializador y el plasma sanguíneo durante un intercambio de 4 horas, es decir 240 minutos de permanencia, así como en la capacidad de ultrafiltración permitiendo diferenciar a los pacientes según las características de su peritoneo.

Para realizarlo se tomarán diversas muestras del líquido de drenaje y muestras sanguíneas, en diferentes tiempos ya establecidos, con el fin de realizar una curva de saturación del dializado. Para la realización de esta prueba se requiere precisión en la medición del volumen y del tiempo, y efectuar una recogida aséptica de las muestras.

2 Objetivos

- Realizar un protocolo enfermero del test de equilibrio peritonial.
- Conocer mejor la diálisis peritonial y su funcionamiento.

3 Caso clínico

Protocolo
4.1. Objetivos
El test de equilibrio peritoneal tiene los siguientes objetivos (Evidencia B):
- Establecer las características basales del peritoneo y planificar el tratamiento dialítico.
- Evaluar y monitorizar el funcionamiento de la membrana peritoneal en el tiempo.

4.2. Personal necesario: Enfermera y auxiliar de enfermería.

4.3. Material: Calentador de bolsas, palo de goteo, peso o báscula. Bolsas de DP de glucosa 2.3%. Bolsas de DP de glucosa de la concentración correspondiente al día húmedo del paciente. 2 Pinzas (tipo mosquitos) para las líneas de transferencias, si se precisa.5 Sistema de cierre de prolongador (tapón). Campos es-

tériles, guantes estériles y desechables, desinfectante de manos, gasas estériles, mascarillas, solución alcohólica desinfectante, jeringas y agujas, tubos para muestras de líquido dializante y para muestras sanguíneas. Equipo para extracción sérica: aguja o butterfly, portatubo y adaptador, compresor, algodón seco e impregnado en alcohol, adhesivo hipoalérgico, guantes desechables. Tensiómetro. Glucómetro. Gráficas para anotar los resultados del T.E.P. Etiquetas identificativas o rotulador, hoja de petición a laboratorio y bolígrafo.

4.4. Condiciones previas independientes al tipo de T.E.P. a realizar:
El intercambio en la noche previa a la realización del T.E.P. debe durar entre 8 y 10 horas, tener concentración del 2.3% de glucosa y un volumen de 2000 ml. Este intercambio se drenará en el hospital. Realizar el T.E.P. con una solución de glucosa al 2.3%, un volumen de 2000ml. Las bolsas de infusión deben tener una temperatura de 37ºC.

4.5. Conocimientos previos que debe conocer la enfermera
En qué consiste el proceso difusivo y conectivo por el que se produce la depuración de la sangre y la eliminación del líquido del paciente. Las medidas de asepsia necesarias para realizar un intercambio de DP. Conocer las muestras de sangre y líquido de DP necesarias para la determinación del T.E.P.

4.6 La enfermera debe estar capacitada para:
Recoger de forma correcta las muestras de líquido de drenado y de plasma. Recabar de forma correcta los datos necesarios para la realización de la prueba. Obtener unos resultados fiables del T.E.P. tras el procedimiento de todos los das en el programa informático correspondiente. Garantizar la seguridad del paciente durante el procedimiento.

4.6. Procedimiento
Se realiza el método del TEP simplificado, siendo esta la técnica más utilizada en nuestro país. La técnica se realiza en una habitación específica para diálisis peritoneal. Se realiza de forma protocolizada una primera vez, cuando el peritoneo se encuentra estable en los 3 primeros meses tras la instauración del catéter y posteriormente, de manera anual (recomendación de calidad de la Sociedad Española de Nefrología) o en cualquier momento ante sospecha de cambios significativos en la membrana peritoneal. Esta prueba consiste en: Verificar la identidad del paciente. Asegurar su privacidad. Se procederá al drenaje completo del intercambio nocturno con el paciente en vertical, sentado o de pie (pero siempre en la misma posición). Se medirá el volumen drenado y el tiempo del drenaje con la mayor exactitud posible y se recogerá una muestra del dializado nocturno (muestra pre-

via) de manera aséptica: pulverizando antes y después con solución alcohólica desinfectante el lugar de punción de la bolsa.

A continuación, con el paciente en decúbito supino, se procederá a la infusión de la solución de diálisis (glucosa 2.3 %, 2000ml) a 37ºC. El tiempo de infusión será de 10 minutos (aproximadamente) durante los cuales el paciente alternará la posición de ambos decúbitos laterales y supino para que el líquido se infunda por toda la cavidad abdominal. Finalizada la infusión, se procederá al drenaje de 200 ml. del líquido infundido (Tiempo 0): se mezclará bien el efluente invirtiendo varias veces la bolsa de drenaje, y se tomará una muestra de 10 ml, reinfundiendo al paciente los 190 ml restantes.

La toma de la muestra se llevará a cabo de una manera aséptica, pulverizando antes y después con solución alcohólica desinfectante el lugar de punción en la bolsa de drenaje. Se transferirá la muestra a un tubo y etiquetará indicando T.E.P. 1, nombre completo del paciente, fecha y hora. A los 120 minutos del tiempo 0 se recoge una nueva muestra de líquido (Tiempo 2) de 10 ml, procediendo de igual manera y asepsia que la anterior y reinfundiendo también los 190 ml restantes.

La muestra será etiquetada indicando T.E.P. 2, nombre completo del paciente, fecha y hora. Así mismo, en este momento se tomará una muestra de sangre (siendo también etiquetada) para determinación bioquímica. En este momento, el paciente puede ser desconectado para su mayor comodidad. A los 240 minutos del tiempo 0 (tiempo 4), con el paciente sentado o de pie (pero siempre en la misma posición), se efectuará el drenaje completo del intercambio registrando el tiempo de duración y volumen drenado. Se mezclará el efluente invirtiendo la bolsa varias veces y se tomará una muestra de 10 ml del dializado de manera aséptica. Se transferirá la muestra a un tubo y etiquetará como T.E.P. 3 e identificará convenientemente. En caso de que al paciente, por su tratamiento, le corresponda otro recambio se la infundirá la bolsa correspondiente.

Las muestras, dializado y sangre, correctamente identificadas serán enviadas al laboratorio para la determinación de glucosa, urea y creatinina. Se cumplirá estrictamente con todas las medidas de asepsia que requiere un intercambio. Registro y archivo de la técnica e incidencias en la Historia de Enfermería. Tras la recepción de los resultados y su posterior análisis mediante el programa informático oportuno.

4.8. Complicaciones

Dolor. Es relativamente frecuente al inicio de la diálisis. Se debe a la irritación peritoneal que produce el líquido al entrar, que disminuye si el líquido está a la temperatura corporal.
Obstrucción o mal funcionamiento del catéter, que puede ocurrir a distintos niveles:
- Obstrucción de la línea de entrada, por acodamiento, coágulos o diferencia de gradiente
- Obstrucción de la línea de salida producida por: o Coágulo de sangre o fibrina. Para evitarlo, se añadirá desde el principio heparina al líquido de diálisis. o Estreñimiento. Los fecalomas pueden desplazar los catéteres intraperitoneales, llegando a obstruirlos. o Mala posición del catéter. Será preciso que el cirujano lo recoloque o lo cambie.

Sangrado del punto de inserción. Si es leve se aplicará presión suave o sustancias que favorezcan la formación del coágulo.

Hemoperitoneo. Suele producirse tras la colocación del catéter, aunque también puede romperse vasos al iniciar la diálisis. Si es un sangrado importante, requerirá cirugía urgente. Si es leve, se podrá favorecer el cese de la hemorragia infundiendo el líquido de diálisis frío.

Infección: el catéter peritoneal es un cuerpo extraño que facilita la aparición de infecciones y sirve como reservorio para las bacterias. Puede aparecer infección tanto en el orificio de salida como en el túnel o en el peritoneo (peritonitis). Signos de infección son el enrojecimiento de la zona, inflamación, secreción o exudado y fiebre y como síntoma, dolor. Para prevenirlo, realizaremos las manipulaciones del catéter de forma aséptica.

Peritonitis: se manifiesta con la aparición de fiebre, hipersensibilidad abdominal de rebote, dolor abdominal, nauseas y turbidez del liquido drenado. Se diagnostica en laboratorio, para lo cual debemos enviar una muestra de líquido para cultivo.
Perforación intestinal: suele ser secundaria a la inserción quirúrgica del catéter. Se sospecha por la aparición de dolor, líquido drenado de color marrón, con restos de contenido intestinal y aparición tras la infusión de diarrea acuosa.

Fugas alrededor del catéter: pueden ser debidas a un volumen de entrada excesivo. Se disminuirá la cantidad de líquido a infundir, y si a pesar de ello continúa perdiéndose líquido por el orificio, se revisará la situación del tubo.

Extravasación del líquido de diálisis en la pared abdominal: se produce por una mala colocación del catéter, por lo que se retirará o recolocará.

4 Discusión-Conclusión

Pacientes con diferente tamaño (superficie) corporal, necesitan diferentes volúmenes de infusión. Puede haber cambios en el tratamiento de diálisis a lo largo del tiempo, según las características evolutivas del paciente. Hay posibilidad de aumentar el volumen de diálisis, para recibir más y mejor diálisis o combinar más intercambios con mayores volúmenes. De esta forma, se personaliza y adecúa la diálisis a cada paciente.

En definitiva, los pacientes que se dializan adecuadamente se sienten mejor y pueden vivir más, por tanto, el conocimiento del comportamiento del peritoneo es un valioso instrumento para poder proporcionales calidad de vida.

Recomendaciones / Observaciones
Para esta prueba, es necesario que el paciente esté en ayunas, además se podrá aprovechar la extracción sanguínea en el tiempo 2 para otros niveles séricos necesarios para el control y revisión médica del paciente. Tras la extracción, se le ofrecerá desayunar. En los pacientes no diabéticos, el nivel de glucosa no debería ser >160 mg/dl durante el T.E.P.

En los pacientes diabéticos, el nivel plasmático de glucosa podría ser elevado, disminuyendo el gradiente entre la glucosa del líquido de diálisis y la sangre, y por tanto la ultrafiltración. En estos pacientes, el T.E.P. debe realizarse con un control adecuado de la glucemia.
Los niveles altos de glucosa en la muestra pueden interferir en la determinación de creatinina y dar niveles falsamente elevados (alrededor de 0,5 mg/dl por cada 1.000 mg/dl de glucosa presentes en la muestra). Se debería calcular el factor de corrección exacto para un laboratorio determinado.

Se deberá tener en cuenta: Con las continuas diálisis, como el peritoneo es una membrana viva puede "desgastarse" y perder eficacia, por lo que cada cierto tiempo conviene dejarlo recuperar. En tal caso, el paciente pasará, durante un tiempo, a hemodiálisis. Por otro lado el T.E.P. proporciona también información sobre la ultrafiltración peritoneal ya que las alteraciones peritoneales suelen pre-

sentarse con una disminución de la ultrafiltración.

5 Bibliografía

- Protocolo de TEP (Jorge Sanchéz Payán. Enfermero de nefrología , unidad DPCA del hospital Virgen Macarena de Sevilla)
- Diálisis peritoneal. Segundo curso andaluz de diálisis peritoneal para enfermería.
- Procedimientos y protocolos con competencias específicas para enfermería nefrológica. Editores: R. Crespo Montero, R. Casas Cuestas. Sociedad Española de enfermería nefrológica. 2013.
- SEFEN (Sociedad Española de Enfermería Nefrológica)
- http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion9/capitulo143/capitulo143.htm
- http://www.revistaseden.org/files/3065_pruebas%20funcionales.pdf
- http://www.revistaseden.org/file/TEMA%2012.%20Pruebas%20funcionales, %20tipos
%20de%20peritoneos,% 20ktv%20y%20 pet,bis.pdf
- http://www.nefrologia.hc.edu.uy/images/stories/pdfs/EMC/guias%20dp% 202008.pdf
- http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/protocolo_manejo_dialisis_peritoneal.pdf

Capítulo 140

ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL SÍNDROME DE BRUGADA: UNA ARRITMIA DEL SIGLO XX

CARLA DÍAZ GONZÁLEZ

PAULA BEGEGA SUÁREZ

JENIFER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

ROCÍO BAIZÁN FERNÁNDEZ

PATRICIA FIDALGO ARDURA

1 Introducción

El corazón es el motor de nuestro cuerpo, un órgano complejo y único que en condiciones normales, nunca deja de latir, y lo hace aproximadamente 100.000 veces al día. Su principal función es proporcionar el oxígeno necesario a nuestro organismo a través de la sangre. A partir de diez segundos, si el corazón deja de suministrar oxígeno al cerebro, la persona pierde el conocimiento o sufre un síncope; es justo en este momento cuando se inicia la muerte súbita cardiaca (MSC), los criterios para considerar que se ha producido una MSC, son cualquiera de estos tres:

- Afectación cardiaca congénita o adquirida potencialmente fatal conocida en vida.

- Autopsia que determine una irregularidad cardiaca o vascular como posible causa del suceso.
- Causa extracardiaca evidente pero no identificada a raíz de un examen post mortem, por tanto la causa más probable de muerte será un suceso arrítmico.

Las enfermedades cardiovasculares causan 17 millones de muertes al año en todo el mundo, donde un 25% corresponde a la muerte súbita (MS). En España se producen 30.000 casos al año. El 80 % de las MS se producen en mayores de 35 años, siendo la causa subyacente más frecuente la cardiopatía isquémica. La etiología cardíaca de la MS en jóvenes previamente sanos suele ser: miocardiopatías y canalopatías.

Las canalopatías engloban a un grupo de enfermedades causadas por alteraciones de los canales iónicos transmembrana que se ven involucradas en la generación y mantenimiento del potencial de acción celular del corazón, desencadenando, entre otros: Síndrome de QT largo, Síndrome de QT corto y el Síndrome de Brugada (SB).
El SB, es una canalopatía cardiaca heredada, caracterizada por una elevación del segmento ST de tipo cóncavo en las derivaciones precordiales derechas, V1 y V2 (pertenecientes al segundo, tercer o cuarto espacio intercostal). Esto da lugar a un punto J elevado, similar a una R', que hace posible confundirlo con un bloqueo de rama derecha. Esta R' aparece con mayor frecuencia por la repolarización temprana del epicardio del ventrículo derecho, y no por un retraso en la conducción del impulso eléctrico en la rama derecha del haz de His como sucede en el bloqueo de rama derecha.

Es importante destacar que puede producirse de una manera espontánea, o como resultado de pruebas farmacológicas, con antiarrítmicos bloqueadores de los canales de sodio (fármacos como flecainida o procainamida). De hecho es característico que se presente en reposo, durante el sueño, o en estados febriles. Estos pacientes no se mueren haciendo ejercicio como los de QT largo o la taquicardia catecolaminérgica.

Su prevalencia se encuentra alrededor de 5/10.000 habitantes, siendo entre 8-10 veces más común en varones que en mujeres y más frecuente en adultos jovenes que en lactantes y niños, causante del 4-12% de las MS.
Se considera un síndrome de gran variabilidad geográfica, es descrito como un síndrome endémico en regiones del sudeste asiático, especialmente en Tailandia, Japón y Filipinas.

La herencia del SB, se produce a través de un patrón de transmisión autosómico dominante de penetrancia incompleta, es decir, heredarlo no significa desarrollar la enfermedad, aunque se estima que en un 30% de los pacientes se produce una mutación espontánea que causa la enfermedad. Se ha descrito la existencia de múltiples mutaciones causantes de una pérdida de la función de la corriente de los canales de sodio o calcio, o mutaciones que producen un aumento de las corrientes en los canales de potasio.

El espectro clínico de pacientes que padecen el SB varía de asintomático a MSC. Se puede experimentar un inicio tardío de los síntomas, aun después de haber presentado un electrocardiograma normal durante años. Los pacientes sintomáticos suelen sufrir síncope, FV, MS secundaria a taquicardia ventricular polimórfica (generalmente nocturna), respiración agónica nocturna y/o palpitaciones. A pesar de esto, es posible considerar el síncope como la única y primera señal de la enfermedad. Los síntomas suelen aparecer entre los 30-40 años.

Cabe destacar que, el predominio en hombres sea, probablemente, debido a la influencia de las hormonas y a la distribución de los canales iónicos en el corazón. Se han descrito tres patrones de repolarización:
- Patrón de ECG tipo I: posee una elevación del segmento ST 2mm de tipo cóncavo, seguido de una onda T negativa sin separación isoeléctrica.
- Patrón de ECG tipo II: se produce una elevación del segmento ST, donde la elevación del punto J 2mm causa un segmento ST elevado que desciende de manera gradual (manteniéndose > 1mm por encima de la línea base) esté seguido de una onda T positiva o bifásica. Este tipo se conoce como ensillada hacia atrás o síndrome Pseudo-Brugada.
- Patrón de ECG tipo III: conocido como ensanchado o sillín, en este, se produce una elevación del segmento ST de < 1mm.

Test de provocación farmacológico
Consiste en la administración de fármacos bloqueadores de sodio (flecainida intravenosa (IV) en infusión rápida a dosis de 2 mg/Kg peso, con dosis máxima de 150 mg) a modo de herramienta diagnostica lo cual nos sirve para identificar la existencia del síndrome, si se produce el cambio electrocardiográfico a patrón de Brugada tipo I. Es necesario monitorizar electrocardiográficamente y hemodinámicamente de forma continua, realizando un ECG cada 1 o 3 minutos hasta que este termine.

Tratamiento en pacientes sintomáticos:
- Terapia de dispositivo

Existen una serie de recomendaciones para la implantación del DAI, que son:
A. Clase I, recomendable en pacientes sintomáticos con un ECG de tipo 1, TV, FV o MS abortada.
B. Clase IIa, puede ser de utilidad en pacientes sintomáticos con ECG tipo 1, cuyo síncope probablemente sea causado por TV o FV.
C. Clase IIb, opcional en pacientes asintomáticos a los que se les haya realizado un EEF y se les haya provocado AV.
D. Clase III, no están indicados en pacientes asintomáticos.

- Tratamiento farmacológico con quinidina
La quinidina es un fármaco antiarrítmico que se considera de recomendación IIa en pacientes con SB calificados para ser portadores de un DAI, pero con una serie de factores que lo obstaculizan, o pacientes con DAI pero que presentan tormentas eléctricas recurrentes y recomendación IIb en pacientes asintomáticos. Es considerado el único fármaco que aporta beneficios en la prevención de episodios recurrentes de FV.

- Terapia de ablación
La terapia de ablación es muy poco eficaz, se utiliza únicamente en casos desesperados, en pacientes que no son controlables con DAI o en casos en los que este contraindicado. Actualmente se considera de indicación IIb, se puede considerar en pacientes diagnosticados de SB con historia de tormentas arritmicas o descargas frecuentes del DAI.

2 Objetivos

- Realizar un plan de cuidados de enfermería sobre un caso clínico concreto utilizando como referencia un paciente hospitalizado en el hospital Universitario de León (CAULE), desde su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC) hasta el alta domiciliaria, siendo este diagnosticado en el proceso de SB.
- Aportar una visión actualizada de la patología descrita que nos sirva de referencia y fuente de información para la ampliación de conocimientos.

3 Metodología

Este trabajo se centra en la realización de un plan de cuidados enfermero en un paciente con SB ingresado en la UCIC del Hospital de León, utilizando como ref-

erencia el modelo conceptual de Virginia Henderson fundamentado en la teoría de las necesidades.

La búsqueda bibliográfica está centrada en torno a diferentes bases de datos, como: Web of Science, Science direct, Pubmed, Scielo, Google Académico. También se ha utilizado el buscador de la página web de la Revista Española de Cardiología.
Las palabras clave utilizadas han sido: "síndrome de Brugada", "arritmias", "muerte súbita", "genética", "Brugada syndrome", "sudden death", "genetic".

Para la selección de los artículos referenciados a lo largo del trabajo, se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión:
1. Artículos relacionados con el tema, pertenecientes a un periodo de publicación anterior a los últimos 5 años (2012-2017).
2. Artículos publicados en español e inglés.
3. Artículos de acceso completo de forma gratuita o "full text".
4. Artículos obtenidos a partir de la búsqueda de palabras clave.

A la hora de la selección de los artículos se han considerado de mayor interés aquellos redactados por los principales contribuyentes al conocimiento de la enfermedad: los hermanos Brugada.

Estos criterios se han respetado para la totalidad de la bibliografía, salvo en el caso del artículo escrito por Benito et al (3), publicado el 1 de noviembre de 2009. Este artículo ha sido considerado prioritario y de gran interés para la estructura y posterior redacción del trabajo debido a la clara y detallada exposición de la información referente a la patología a estudio. La lectura de la bibliografía de los artículos seleccionados condujo asimismo a otros artículos que fueron empleados para el desarrollo del trabajo.
Presentación del caso clínico:
Anamnesis: Paciente varón de 40 años de edad, que sufre episodio de muerte súbita mientras dormía precedido de un ronquido profundo y rigidez, no movimientos convulsivos ni relajación de esfínteres. Fue asistido de manera inmediata por parte de su mujer que tras intentar despertarle inicia maniobra de reanimación cardiopulmonar (RCP). Posteriormente, recobra el conocimiento presentando amnesia retrograda.

Ingreso en Urgencias:
- Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas (NAMC).
- Antecedentes médicos: nada destacable, sin factor de riesgo cardiovascular.

- Medicación habitual: no precisa. No presencia de hábitos tóxicos, ni factores de riesgo para enfermedad coronaria.

A su llegada el paciente se encuentra asintomático. Pocos minutos después presenta pérdida de conocimiento tras FV. Se procede a desfibrilación a 200J y RCP avanzada con administración de adrenalina. Se lleva a cabo intubación endotraqueal conectada a ventilación mecánica (VM). Tras recuperar ritmo y actividad hemodinámica se traslada a la UCIC sedo- analgesiado y conectado a VM.

Exploración física al ingreso en UCIC:
- Constantes: TA: 90/40 mmHg. FC: 80 lpm. Afebril. Saturación O2: 97%
- A nivel cardiaco: el corazón es rítmico y sin soplos.
- A nivel respiratorio: se encuentra sedo-analgesiado conectado a ventilación mecánica con buena ventilación bilateral.
- A nivel abdominal: abdomen blando, depresible y con ruidos.

Pruebas complementarias:
- TAC craneal: sin alteraciones.
- ECG: tras la desfibrilación paciente en ritmo sinusal con FC: 82 lpm. La prueba señala la aparición de un desnivel subepicárdico en la cara lateral alta con una elevación de 2 mm del segmento ST en la V2.
- ANALÍTICA: glucosa 101, urea 37, creatinina 0.77, Cl 102, Na 139, K
- 3.4, CK 162, CK-MB 20, GOT 19, Troponina 0.01. Hemograma y coagulación normales.

Evolución y diagnóstico:
El paciente se encuentra hemodinámicamente estable con ritmo sinusal sin aparición de arritmias malignas. Una vez ingresado en la UCIC, se procede a la estabilización hemodinámica, retirada de la sedo-analgesia de manera efectiva y se desconecta la VM. Siguiendo el protocolo de seriación de enzimas de la UCIC, se obtiene el pico máximo de CK 260, CK-MB 24 y Troponina 2.20. En el ECG se observa una evolución hacia una isquemia subepicárdica en la cara lateral alta con T negativas y manteniendo la elevación del complejo ST en V2.
Posteriormente, se requiere la realización de un estudio hemodinámico para descartar síndrome coronario agudo (SCA) causa frecuente de MS en varones > 35 años: ventrículo izquierdo (VI) y derecho (VD) presentan función contráctil globalmente conservada. Se aprecia dominancia izquierda.
- VI: hipocinesia leve apical, no insuficiencia mitral.
- VD: imagen en “pilas de moneda” tanto en pared septal como anterior, no insuficiencia tricúspidea.

- Coronaria derecha, hipodesarrollada.

Se solicita estudio de pruebas invasivas para valorar el diagnóstico y tratamiento del paciente. Se lleva a cabo la prueba farmacológica con flecainida para descartar el SB, una vez estudiada la prueba, el paciente es positivo para este síndrome.

Tratamiento:
El paciente es propuesto para la implantación de un DAI con analgesia local, procedimiento que transcurre sin complicaciones. 48 horas después de la intervención el paciente es dado de alta. Deberá acudir en un período de 10-12 días a su Centro de Salud para la posterior retirada de puntos, no realizar curas ni levantar apósito de larga duración. Se recomienda la aplicación de hielo local en la zona para disminuir la inflamación y el dolor.

4 Resultados

Valoración
Se realizará una valoración integral según las 14 necesidades de Virginia Henderson, teniendo en cuenta la historia clínica de nuestro paciente en el momento del ingreso en la unidad, determinando la dependencia del mismo en cada nivel:
- NECESIDAD 1: Respirar normalmente DEPENDIENTE. El paciente es portador de tubo orotraqueal (TOT), perfusión continua de sedo-analgesia y VM. Constantes al ingreso en la UCIC: TA: 90/40 mmHg. FC: 80 lpm. Afebril. Saturación O2: 97%. FiO2: 40%.
- NECESIDAD 2: Comer y beber DEPENDIENTE. El paciente es portador de sonda nasogástrica (SNG) para vaciamiento gástrico conectada a bolsa evacuadora, mientras permanece sedo- analgesiado.
- NECESIDAD 3: Eliminación DEPENDIENTE FECAL: el paciente se encuentra inmóvil a causa de la sedo-analgesia, por lo tanto, debemos tener un control de las deposiciones. Cuando el paciente comienza a levantarse las deposiciones son regulares de aspecto y tamaño normal.

URINARIO: al ingreso en la UCIC se procede a la colocación de una sonda vesical para drenaje y control urinario.
- NECESIDAD 4: Moverse DEPENDIENTE El paciente se encuentra encamado e inmóvil permanecerá así mientras esté bajo los efectos de la sedo-analgesia, necesita ayuda total. Posición de semifowler. Se procede a realizar la valoración según la escala de Norton para valorar el riesgo de ulceras por presión (UPP).

Valores obtenidos: estado físico general, regular (2 puntos); estado mental, estuporoso o comatoso (1 punto); actividad, inmóvil (1 punto); movilidad, encamado (1 punto); incontinencia, urinaria o fecal (2 puntos) = 7 puntos, paciente de alto riesgo.

- NECESIDAD 5: Reposo/ sueño DEPENDIENTE El paciente se encuentra bajo los efectos farmacológicos de la sedo- analgesia con el fin de mantenerlo confortable y adaptado a la VM.
- NECESIDAD 6: Vestirse DEPENDIENTE El paciente no precisa de pijama o camisón debido a la necesidad de monitorización continua y a las palas de desfibrilación, pero se colocarán sábanas para proteger su intimidad y evitar el desequilibrio térmico.
- NECESIDAD 7: Temperatura NO DEPENDIENTE. Temperatura dentro de los límites normales, Tª: 36.3ºC. Buena coloración. Debemos mirar cada turno la temperatura para evitar el riesgo de desequilibrio térmico.

- NECESIDAD 8: Higiene/ piel DEPENDIENTE. Precisa de ayuda total para la realización de la higiene corporal y bucal, además son necesarios cambios posturales y una buena hidratación para la protección de la piel y mucosas.
- NECESIDAD 9: Evitar peligros/ seguridad DEPENDIENTE. Riesgo de infección del catéter arterial, catéter venoso, sonda vesical y
SNG. Alteración del nivel de conciencia debido a los agentes farmacológicos.
- NECESIDAD 10: Comunicación DEPENDIENTE. Incapacidad para la comunicación verbal a causa de las barreras de las medidas farmacológicas y físicas (TOT). La intervención enfermera comienza en el destete.
- NECESIDAD 11: Creencias/ valores NO VALORABLE
- NECESIDAD 12: Trabajar/ realizarse NO VALORABLE
- NECESIDAD 13: Recrearse NO VALORABLE
- NECESIDAD 14: Aprender NO VALORABLE

Diagnósticos (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones (NIC)
A partir de la valoración realizada anteriormente, aplicaremos las taxonomías NANDA, NIC y NOC para la elaboración de un plan de cuidados enfermero en la unidad. Los resultados obtenidos fueron las siguientes:

1. NECESIDAD 1: Respirar normalmente
NANDA:
[00032]Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro neurológico m/p disminución de la capacidad vital.
[00033] Deterioro de la ventilación espontánea r/c alteración del metabolismo.

[00039] Riesgo de aspiración r/c intubación endotraqueal.
NOC:
[0403] Estado respiratorio: ventilación
[0402] Estado respiratorio: intercambio gaseoso
[0410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.
NIC:
[00032] Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro neurológico m/p disminución de la capacidad vital.
[0403] Estado respiratorio: ventilación
[3350] Monitorización respiratoria:
- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados (SaO2, SvO2, SpO2).
- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.
- Colocar al paciente en decúbito lateral para evitar la aspiración.
[00033] Deterioro de la ventilación espontánea r/c alteración del metabolismo.
[0402] Estado respiratorio: intercambio gaseoso
[3180] Manejo de las vías aéreas artificiales:
- Comprobar la presión del globo inmediatamente antes de manipular el tubo.
- Realizar aspiración endotraqueal, si es necesario.
- Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.
- Elevar el cabecero de la cama a 30° o más.
[4190] Punción intravenosa (i.v.)
- Utilizar una técnica aséptica estricta.
- Elegir el tipo adecuado de aguja en función del propósito y la duración prevista de uso.
- Limpiar la zona con una solución adecuada.
- Aplicar un apósito transparente pequeño en el sitio de inserción i.v.
- Mantener precauciones universales.
[00039] Riesgo de aspiración r/c intubación endotraqueal.
[0410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.
[3200] Precauciones para evitar la aspiración:
- Mantener la cabecera de la cama elevada 30- 45 minutos después de la alimentación.
- Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
[3160] Aspiración de las vías aéreas:
- Proporcionar sedación, según corresponda.

- Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante el ventilador antes y después de cada aspiración.

2. NECESIDAD 2: Comer y beber
NANDA:
[00103] Deterioro de la deglución r/c obstrucción mecánica m/p incapacidad para la deglución.
[00028] Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c agentes farmacológicos
NOC:
[1010] Estado de deglución
[0601] Equilibrio hídrico
NIC:
[1056] Alimentación enteral por sonda
- Confirmar la colocación de la sonda, mediante rayos X antes de administrar alimentos o medicación.
- Elevar el cabecero de la cama 30 a 45º durante la alimentación.
- Observar si hay signos de edema o deshidratación.
[4130] Monitorización de líquidos
- Monitorización de entradas y salidas.
- Monitorizar los niveles de electrolitos en suero y orina.
- Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.
- Observar el color, cantidad y gravedad especifica de la orina.

3. NECESIDAD 3: Eliminación
NANDA:
[00011] Estreñimiento r/c agentes farmacológicos m/p incapacidad para defecar.
[00016] Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro del nivel de conciencia m/p incontinencia urinaria.
NOC:
[0501] Eliminación intestinal
[0503] Eliminación urinaria
NIC:
[0450] Manejo del estreñimiento/ impactación fecal:
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento o impactación fecal.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.
- Administrar el enema o la irrigación (pautado por el medico)
0580] Sondaje vesical:
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Utilizar la sonda del calibre más pequeño posible.

- Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama por debajo del nivel de la vejiga urinaria. Uso de drenaje cerrado.
[1876] Cuidados del catéter urinario:
- Observar las características del líquido drenado.
- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.
- Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario.

4. NECESIDAD 4: Moverse
NANDA:
[00085] Deterioro de la movilidad física r/c agentes farmacológicos.
NOC:
[0208] Movilidad
NIC:
[0840] Cambios de posición:
- Colocar sobre un colchón terapéutico adecuado.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Colocar en posición terapéutica adecuada.
- Proporcionar apoyo adecuado para el cuello.
[0740] Cuidados del paciente encamado:
- Colocar al paciente con una alineación corporal.
- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Subir las barandillas, según corresponda.
- Vigilar el estado de la piel.

5.NECESIDAD 5: Reposo/ sueño
NANDA:
[00198] Trastorno del patrón del sueño r/c factores externos (agentes farmacológicos, sedación) m/p cambios en el patrón del sueño
NOC: [0004] Sueño
NIC:
[6482] Manejo ambiental: confort
- Ajustar la iluminación y la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Determinar las fuentes de la incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda o factores ambientales irritantes.
[5380] Potenciación de la seguridad
- Ambiente no amenazador.

- Mostrar calma.
- Evitar producir situaciones emocionales intensas.

6. NECESIDAD 6: Vestirse
NANDA:
[00109] Déficit del autocuidado: vestido r/c alteración de la función cognitiva m/p incapacidad para la movilidad física.
NOC: [0302] Autocuidados: vestir
NIC:
[6482] Manejo ambiental: confort
- Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (aplicar cremas dérmicas, limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal).
- Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes.

8. NECESIDAD 8: Higiene / piel
NANDA:
[00247] Riesgo de deterioro de la mucosa oral r/c factores mecánicos (intubación endotraqueal)
[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos (inmovilidad física)
NOC:
[1100] Salud oral
[0204] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas
NIC:
[1730] Restablecimiento de la salud bucal:
- Monitorizar el estado de la boca del paciente (p. ej., labios, lengua, mucosas), y las características de las anomalías (p. ej., tamaño, color y lesiones).
- Administrar colutorios al paciente (p. ej., solución anestésica, antifúngica o antibacteriana).
- Aplicar lubricante para humedecer los labios.
[3590] Vigilancia de la piel:
- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción, excesiva sequedad o humedad en la piel.

- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, cambios posturales).
[3500] Manejo de presiones:
- Vestir al paciente con prendas no ajustadas.
- Facilitar pequeños cambios de la carga corporal.
- Aplicar protectores de talones, si es necesario.
- Girar al paciente inmovilizado cada 2 horas.

9. NECESIDAD 9: Evitar peligros/ seguridad
NANDA:
[00004] Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos como sondaje vesical o canalización de catéter arterial.
NOC:
[1908] Detección del riesgo
[1902] Control del riesgo
NIC:
[6610] Identificación del riesgos:
- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Identificar las estrategias de afrontamiento típicas.
- Aplicar las actividades de reducción del riesgo.
[6540] Control de las infecciones:
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.
- Limitar el número de visitas, según corresponda.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Usar guantes estériles, según corresponda.
- Poner en práctica precauciones universales.

10. NECESIDAD 10: Comunicación
NANDA:
[00051] Deterioro de la comunicación verbal r/c barreras físicas (intubación) m/p incapacidad para hablar
NOC:
[0902] Comunicación
NIC:
[4976] Mejorar la comunicación: déficit del habla:
- Modificar el entorno para minimizar el exceso de ruido y disminuir el estrés emocional (limitar los visitantes y un ruido excesivo de los aparatos)

- Instruir al paciente para disminución.
- Proporcionar un refuerzo positivo,
- Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente (situarse frente a él al hablar, escuchar con atención…)
[6480] Manejo ambiental:
- Crear un ambiente y seguro para el paciente.
- Disminuir estímulos ambientales.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.

5 Discusión-Conclusión

El SB es una anomalía eléctrica primaria a nivel cardiaco, con una elevada carga genética y tendencia a producir AV, responsable de inducir en estos pacientes: síncope y/o muerte súbita. Se trata de una grave complicación para la evolución y pronóstico del paciente. Este pronóstico podría cambiar siempre que el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad se den lo más rápido posible. Estos factores, sumados a la importancia de una buena educación para la salud a nivel poblacional, suponen un factor imprescindible para lograr la adecuada calidad de vida del paciente.

En el caso que nos ocupa, el paciente contaba con un factor muy importante: la amplia formación en soporte vital básico (SVB) de su mujer, siendo esta personal sanitario, su rápida intervención ayudó a ganar tiempo a los servicios de soporte vital avanzado (SVA) para favorecer una mayor supervivencia. Tras una valoración exhaustiva del paciente, se ha llevado a cabo el proceso de cuidados de enfermería al ingreso en la UCIC, esto ha permitido visualizar la evolución del paciente desde el inicio, como vemos en el apartado de resultados, hasta el alta médica del paciente. Después del ingreso en la UCIC y tras una evolución favorable del estado de salud del paciente, se comenzaron a retirar los dispositivos vitales de los que había dependido hasta ese momento:
- Se retira la sedo-analgesia de manera progresiva, comienza el denominado "destete". Este representa un punto clave hacia la extubación y retirada de la ventilación mecánica. Cuando el paciente comienza a despertar es imprescindible ofrecer información, apoyo y tranquilidad.
- Se prosigue el destete, sin incidencias, obteniéndose una respuesta ventilatoria adecuada. A continuación, se procede a la retirada del tubo orotraqueal, seguido de mascarilla ventilatoria, gafas nasales y retirada total del soporte de oxígeno.
- Alrededor de las 2-3 horas posteriores a la estabilidad respiratoria se procede a

la prueba de tolerancia oral con resultado positivo y se procede a la retirada de la SNG.
- Se inicia la movilización progresiva del paciente, tolerando de forma adecuada y sin incidencias el proceso cama-sillón.
- La introducción de una alimentación normal y la movilización cama-sillón favorece la recuperación del patrón intestinal normal.

A pesar de haber estado encamado durante los tres primeros días del ingreso, la integridad cutánea se ha conservado. No han sido observados signos de infección en el catéter arterial, venoso, sondaje vesical, ni SNG. El paciente verbaliza temor por la nueva situación, ofreciéndole información precisa acerca de su estado de salud de forma clara y sencilla, solicitando también apoyo por parte de la familia.

Uno de los momentos claves en este caso clínico es la realización de la prueba farmacológica con flecainida que confirme las sospechas sobre el síndrome de Brugada y de esta manera, se valorará el tratamiento más apropiado para el paciente. Una vez realizada la prueba, se confirma que es positiva para el SB, por lo tanto, la opción terapéutica será la implantación de un DAI, que fue llevada a cabo en la unidad EEF con anestesia local y sin complicaciones. El cierre de la herida quirúrgica se hizo por planos con sutura reabsorbible, utilizando grapas a nivel superficial. La herida quirúrgica no precisará cuidados post-operatorios gracias a un apósito de larga duración que no debe levantarse hasta 7 días después de la intervención, donde serán retiradas las grapas.

Tras la implantación del DAI se entregará al paciente y familia un manual con la información necesaria sobre los cuidados necesarios para el portador de un DAI. A los 7 días de su ingreso en UCIC tras una evolución normal en el estado de salud el paciente es dado de alta a la planta de cardiología, en esta proseguirá su recuperación y control ya desde un punto de vista menos crítico. Después de 48 horas en la unidad de Cardiología, sin incidencias, el paciente es dado de alta a su domicilio.

Los dispositivos DAI ofrecen la posibilidad de establecer un seguimiento, remoto o domiciliario, diario de la actividad de los mismos. Este seguimiento será realizado de manera rutinaria por el personal de enfermería de la Unidad de EEF.

En último orden de cosas, cabe destacar la importancia que representa que los familiares accedan a someterse a estudio para descartar la posibilidad de que exista la enfermedad en otros miembros. De la misma manera, se subraya la importancia que poseen los exámenes de salud de los trabajadores para la realización de

estudios electrocardiográficos, que puedan detectar alteraciones cardiacas relacionadas con la muerte súbita como el SB.

Podemos concluir apuntando que el SB es un síndrome de baja incidencia en la población comparada con otras arritmias tipo la fibrilación auricular, pero conlleva una alta mortalidad en gente joven. Dadas sus graves consecuencias, parece significativo concienciar a la población e informar de forma clara y sencilla sobre su diagnóstico por medio de la realización de estudios electrocardiográficos y genéticos para la detección temprana de la enfermedad.

Una vez diagnosticado, dado que cambia de manera significativa la vida de los afectados por el síndrome, los profesionales de enfermería desempeñan un papel importante a la hora de proporcionar al paciente y a la familia el apoyo y las herramientas necesarias para afrontar con mayor seguridad y disminuir la ansiedad en su día a día. Resulta fundamental evitar una serie de fármacos que pueden ser perjudiciales y controlar episodios de fiebre que se puedan presentar de forma agresiva, factor crítico desencadenante de las arritmias.

Asimismo, cabe señalar que la elaboración de un correcto plan de cuidados ayudará a organizar los objetivos e intervenciones que debemos llevar a cabo en base a los diagnósticos reales y potenciales. Destacar que la coordinación de todo el equipo multidisciplinar favorecerá la aplicación de unos cuidados integrales, eficientes y de calidad.

En cuanto a la continuidad de los cuidados, señalar que el personal de enfermería juega un papel fundamental, debido a que son los encargados del triaje en el seguimiento domiciliario diario advirtiendo de cualquier incidencia sobre los dispositivos DAI registrada a través de los programas informáticos.

Para finalizar, hacer hincapié en la necesidad de educar a la población en SVB, instaurando programas de educación para la salud ya desde las edades más tempranas y promoviendo la implantación de los desfibriladores semiautomáticos (DESA) en lugares públicos como centros comerciales, instituciones públicas, museos, etc. Hagamos de nuestro mundo, en la medida de sus posibilidades, un lugar cardio-protegido.

6 Bibliografía

1. Fundación Brugada [Internet]. Barcelona: Fundación Brugada; 2014 [consultado 10 de febrero de 2018]. Disponible en: http://brugada.org/muerte-subita-y-

sindrome-brugada/muerte-subita/
2. Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, Borggrefe M, Camm J. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de pacientes con arritmias ventriculares y prevención de la muerte súbita cardiaca. Revista Española Cardiología [Internet]. 2016 [consultado 10 de febrero de 2018]; 69(176): 1-77. Disponible en: http://www.revespcardiol.org/en/linkresolver/guia-esc-2015-sobre-el/90447870/
3. Benito B, Brugada J, Brugada R, Brugada P. Síndrome de Brugada. Revista Española Cardiología [Internet]. 2009 [consultado 14 de febrero de 2018]; 62(11): 1297-315. Disponible en: http://www.revespcardiol.org/es/sindrome-brugada/articulo/13142828/
4. Antzelevitch C, Patocskai B. Brugada Syndrome. Clinical, Genetic, Molecular, Cellular and Ionic Aspects. Curr Probl Cardiol [Internet]. 2016 [consultado el 14 de febrero de 2018]; 41(1): 5-57. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4737702/pdf/nihms704898.pdf
5. Cerezo B. Síndrome de Brugada. Rev enferm, CyL [Internet]. 2014 [consultado el 14 de febrero de 2018]; 6(2): 45-57. Disponible en: file:///C:/Users/usuario/Downloads/134-398-1-PB%20(2).pdf
6. Saldaña A. La chuleta de Osler [Internet Blog]. [actualizado 1 de mayo de 2018; consultado 7 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.pinterest.cl/pin/8162843055059959/
7. My-ekg.com [Internet]. España: MyEKG; 2013 [actualizado 27 de febrero de 2018; consultado 14 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.my-ekg.com/enfermedades/sindrome-brugada.html
8. Priori SG, Wilde AA, Horie M, Cho Y, Behr ER, Berul C. Executive summary: HRS/EHRA/APHRS expert consensus statement on the diagnosis and management of patients with inherited primary arrhythmia syndromes. EP Europace [Internet]. 2013 [consultado el 16 de febrero de 2018]; 15(10): 1389-1406. Disponible en: https://doi.org/10.1093/europace/eut272
9. Postema PG. About Brugada syndrome and its prevalence. EP Europace [Internet]. 2012 [consultado el 16 de febrero de 2018]; 14(7): 925-928. Disponible en: https://doi.org/10.1093/europace/eus042
10. Veerakul G, Nademanee K. Brugada Syndrome – Two decades of progress. Circ J [Internet]. 2012 [consultado el 17 de febrero de 2018]; 76(12): 2713- 2722. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/circj/76/12/76_CJ-12-1352/_pdf/-char/en
11. Brugada R, Campuzano O, Sarquella-Brugada G, Brugada J, Brugada P. Bru-

gada Syndrome. Methodist Debakey Cardiovasc J [Internet]. 2014 [consultado el 17 de febrero de 2018]; 10(1): 25-28. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4051330/pdf/MDCVJ-10-025.pdf
12. Antzelevitch C, Patocskai B. Novel Therapeutic Strategies for the Management of Ventricular Arrhythmias Associated with the Brugada Syndrome. Expert Opin Orphan Drugs. 2015 [consultado el 15 de febrero de 2018]; 3(6): 633-651. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4993532/pdf/nihms774947.pdf
13. Casado-Arroyo R, Berne P, Rao JY, Rodriguez-Mañero M, Levinstein M, Conte G. Long-Term Trends in Newly Diagnosed Brugada Syndrome: Implications for Risk Stratification. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2016 [consultado el 22 de febrero de 2018]; 68(6): 614-623. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0735109716335458/1-s2.0-S0735109716335458-main.pdf?_tid=497048bc-d34d-4926-9998- 6b45fc0852ad&acdnat=1520291535_-9b98fe08e8db0cf61db0884665d6e684
14. Curcio A, Santarpia G, Indolfi C. The Brugada Syndrome - From Gene to Therapy. Circ J [Internet]. 2017 [consultado el 22 de febrero de 2018]; 81(3): 290-297. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/circj/81/3/81_CJ-16-0971/_pdf/-char/en
15. Herdman TH. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. NANDA International. Madrid: Elsevier; 2010.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificacion de resultados de enfermeria (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
17. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman JC. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
18. SEMICYUC. Protocolo de prevención de las neumonías relacionadas con ventilación mecánica en las UCI españolas. Neumonía Zero. España. 2011 [consultado el 1 de mayo de 2018];26. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/protocolo_nzero.pdf
19. Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. Proyecto multicéntrico estrategia multifactorial 'Flebitis Zero'. 2015; Disponible en: http://flebitiszero.com/site/wp-content/uploads/2015/06/FlebitisZero-v2.pdf
20. Arribas F, Peinado R. Vivir con un DAI. Soc Española Cardiol [Internet]. 2014 [consultado el 1 de mayo de 2018]; 60. Disponible en: http://www.secardiologia.es/

Capítulo 141

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ALERGIA AL LÁTEX EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

CRISTINA PELAYO RUEDA

ROBERTO DORREGO GONZALEZ

1 Introducción

Se realiza una descripción del protocolo de actuación de alergia al látex en el área quirúrgica. Se expone la importancia de conocer y aplicar adecuadamente dicho protocolo, así como el material y personal necesarios, el protocolo en sí, complicaciones y recomendaciones

El látex es un producto natural que se obtiene de la savia lechosa del árbol tropical Hevea brasiliensis, comúnmente recibe el nombre de caucho natural, está formado por goma natural (25-45%), proteínas, lípidos, agua y sustancias inorgánicas; contiene más de 240 polipéptidos muchos de los cuales junto con los aditivos químicos utilizados en su elaboración son alergénicos.
La alergia al látex es una enfermedad en la que los pacientes sensibilizados pueden presentar dos tipos de reacciones:
- Alergia inmediata. Aparece entre unos minutos a una hora tras el contacto con el látex. Se manifiesta por:urticaria (picor, ronchas), angioedema (hinchazón) en la zona de contacto o generalizada, rinitis o Conjuntivitis, asma y choque anafiláctico (esta es la forma más grave de la enfermedad)

- Alergia retardada. Se caracteriza por síntomas únicamente en la piel (eccema) que suelen aparecer 24 horas después del contacto con látex. Se denomina dermatitis de contacto.

En sí, es como cualquier otra alergia, causada por proteínas, si no fuese por el sustancial incremento de incidencia que ha experimentado en los últimos 25 años. Existen varias explicaciones del aumento de la sensibilización al látex; un mejor conocimiento y diagnóstico de esta entidad clínica, la utilización masiva de productos de látex para la profilaxis de las enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis) y el descenso en la calidad final de los productos sanitarios de látex para bajar el precio y aumentar la rapidez de su producción.

La mayor parte de los cuadros de alergia al látex se desarrollan en grupos de población bien definidos cuyo único nexo en común es la mayor exposición al látex, lo que parece un factor muy importante en el desarrollo de este tipo de alergia. Se puede decir que los principales grupos de riesgo son los siguientes:
- Historia previa de contacto con látex por múltiples intervenciones quirúrgicas previas.
- Espina bífida, malformación genitourinaria
- Historia de anafilaxia perioperatoria no filiada
- Exposición profesional (personal sanitario, peluquería, manipuladores de alimentos, amas de casa)
- Pacientes con historia de reacciones frente ciertas frutas (plátano, kiwi, aguacate) y frutos secos (castaña).
- Pacientes con sobreexposición al látex (portadores sondas vesicales, etc.)

Además, la alergia al látex es la segunda causa de anafilaxia más frecuente en el área quirúrgica-anestésica.

Por tanto, dada la prevalencia e importancia de las relaciones anafilácticas presentadas en pacientes con alergia al látex con necesidad de cirugía e ingreso hospitalario, se nos plantea, ante la asistencia a este tipo de pacientes, un problema logístico de actuación que exige un procedimiento generalizado en el ambiente hospitalario pre-intra y post-operatorio, que evite la exposición al látex y el riesgo que ello conlleva.

2 Objetivos

- Establecer un procedimiento de actuación para pacientes alérgicos al látex que acudan al Hospital para intervención quirúrgica programada.
- Formación del personal sanitario para la adecuación del mismo al conocimiento del protocolo y actuación en los casos que se presenten pacientes alérgicos al látex.
- Informar sobre la alergia al látex al paciente y familiares.
- Conocer los síntomas de alarma que nos pueden indicar una reacción anafiláctica, para poder actuar con rapidez.

3 Caso clínico

PERSONAL NECESARIO:
- Personal de limpieza.
- Enfermeras y técnicos auxiliares de cuidados de enfermería.
- Facultativos: cirujanos, anestesistas etc.

PROTOCOLO
En primer lugar, antes de comenzar a hablar de la preparación del paciente y el quirófano en alergia al látex se considera importante un pequeño inciso sobre la identificación de dichos pacientes.
Para la identificación del paciente alérgico al látex que acuda al hospital para actuaciones quirúrgicas será imprescindible aportar informe clínico de un Servicio de Alergología, que el paciente presentará en la consulta de pre-anestesia. Si el paciente procede de otra área sanitaria, la Unidad de pre-anestesia, comunicará telefónicamente o realizará interconsulta con el Servicio de Alergología para establecer los requisitos de cuidados que procedan en cada persona. El centro peticionario hará constar en la petición la condición de "paciente alérgico al látex". En caso de haber sido realizado en el Servicio de nuestro centro, desde el Servicio de Admisión se comunicará telefónicamente el ingreso y se enviarán los datos del paciente y copia del informe

MATERIAL NECESARIO:
El carro contenedor es un mueble de material lavable y desinfectable y dispondrá de ruedas que permiten su fácil traslado hasta el quirófano preparado sin látex.
En la encimera se encuentra la guía de atención sanitaria en la alergia al látex con las medidas específicas de actuación, así como la hoja de reposición del material

sin látex, el listado actualizado del material y medicamentos exentos de látex disponibles y la hoja de registro.

Intervención quirúrgica programada:
Se utilizara el quirófano de la especialidad correspondiente a la patología que se vaya a intervenir. Este quirófano permanecerá cerrado y sin actividad quirúrgica toda la noche.
Al finalizar la jornada del día anterior se sacarán del quirófano:
- Taburetes con asientos no metálicos.
- Aros de ruedas de los cubos para residuos.
- Mesas y aparatos de ruedas que no sean necesarias.
- Mascarillas de O2 negras.
- Fonendoscopio de látex.
- Guantes de látex.
- Esparadrapos: sólo se dejarán los que son de papel hipoalergénico.

A continuación se realizarán las siguientes actuaciones:
Preparación de quirófano:
- Limpiar el quirófano.
- Colocar 3 sábanas, cubriendo la mesa quirúrgica.
- Forrar los apoya-brazos y todos los soportes de la mesa, con paños y asegurados con vendas.
- Meter el carro exento de látex.
- Mantener las puertas cerradas, poniendo en ellas los carteles indicativos de paciente alérgico al látex .

Recepción del paciente:
Se recibirá al paciente en el antequirófano correspondiente, dónde la enfermera, después de preentarse, confirmará las siguientes cuestiones:
- Nombre y apellidos del paciente.
- Tipo de intervención.
- Aseado correctamente y depilada la zona a intervenir.
- No presenta joyas, sin ropa interior y sin dentadura postiza u otros dispositivos.
- Canalización de una vía venosa periférica.
- Comprobar antibióticos y alergias.
- Asegurarse que la historia clínica está completa.

Intervención quirúrgica urgente:
Si puede ser, se utilizará el quirófano que más tiempo este sin actividad quirúrgica.

Si es un turno de mañana y están todos los quirófanos funcionando, se utilizará el quirófano destinado a las urgencias, aplicando los pasos anteriormente mencionados.

Al finalizar la intervención:
El paciente irá a la CMA, si no necesita pasar la noche en la unidad de reanimación. En la CMA se le aplicará el protocolo de paciente alérgico al látex. La CMA tiene también carro exento de látex.
Si el paciente, por su patología, necesita pasar la noche en la unidad de reanimación, será trasladado a la unidad de cuidados intensivos dónde también existe un carro sin látex y se le aplicará el protocolo.
Se avisará desde quirófano, el día anterior, a la unidad correspondiente para que preparen el ingreso de un paciente "alérgico al látex".
- Además de cumplimentar toda la documentación habitual del paciente, se rellenará "la hoja de registro en los casos de alergia al látex", la cual se enviará a la consulta de alergia.
- Todo el material que se haya utilizado del carro exento de látex. Se repondrá. Si faltase algún material que no se pudiese reponer, se dejará anotado en la hoja de reposición de material

COMPLICACIONES
La gravedad de la reacción inmediata depende del grado de sensibilidad de la persona, de la cantidad de alérgeno de látex que ingrese en su cuerpo y de la exposición repetida a la sustancia. Las personas que padecen de esta alergia tienen síntomas como urticaria o ronchas, picazón o enrojecimiento, inflamación, estornudos, secreción nasal, tos, sibilancias, disnea, opresión en el pecho, náuseas, mareos o sensación de mareo. Cualquier combinación de estos síntomas puede ser un signo de anafilaxia, una reacción potencialmente mortal que requiere atención médica inmediata.
Podemos clasificarlas según su gravedad en:
A. Leves: Solamente afectación cutánea o del tejido celular subcutáneo.
- Urticaria generalizada o eritema.
- Angioedema.
- Edema periorbitario o labial.

B. Moderadas: Manifestaciones clínicas que sugieren afectación cardiovascular, respiratoria o digestiva.
- Mareo, sudoración.
- Disnea, estridor, opresión cervical, sibilancias, opresión torácica.

- Náuseas, vómitos, dolor abdominal.

C. Graves: Hipoxia, hipotensión o compromiso neurológico.
- Cianosis o saturación O2 menor o igual 90 mmHg en adultos.
- Hipotensión: TA sistólica menor 90 mmHg en adultos.
- Confusión, colapso, pérdida de conocimiento o incontinencia de esfínteres.

4 Discusión-Conclusión

La aplicación de un protocolo estandarizado de ”alergia al latex” hace que se produzcan menos errores con las múltiple consecuencia en el paciente que se va ha intervenir ya sea de una cirugía programado o de urgencia.
El conocimientos del protocolo es esencial para todos los trabajadores de la unidad de quirófano.

5 Bibliografía

1. Protocolo de alergia al látex del hospital rio Carrión de Palencia
2. Manejo hospitalario y en quirófano del paciente. Alérgico al látex. Servicio de alergología. Complejo hospitalario universitario
3. Actuación ante el paciente alérgico al látex, intervenciones quirúrgicas programadas. Complejo hospital clínico san Carlos.
4. Protocolo de adecuación hospitalaria al paciente alérgico al látex. Andreu JM, Pallardó MA, Herranz A, Rodríguez JM, De Andrés JA, Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor del Consorcio Hospital, General Universitario de Valencia.
5. Manual de procedimientos de enfermería para pacientes alérgicos al látex en el quirófano de cirugía mayor ambulatoria.
6. Protocolo alergia al látex. Mundoquirúrgico.com
7. Protocolo de adecuación del material anestésico-quirúrgico para pacientes alérgicos al látex. B. de la Hoz Caballer, J. Gómez Barra*, M. Sánchez-Cano, E. Losada Cosmes
8. Procedimiento para el cuidado de pacientes alérgicos al látex en quirófano. Isabel Martínez Latorre, Gonzalo Carrillo de Albornoz, Francisco Hernández

Capítulo 142

IMPLANTES AUDITIVOS: OTRA ESPERANZA EN HIPOACUSIAS

MARTA DÍAZ LÓPEZ

CRISTINA DEL ROCIO REYES SUAREZ

SILVIA VEGA VEGA

PATRICIA FERNANDEZ GONZALEZ

BEATRIZ FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La hipoacusia supone un problema de salud pública importante con sustanciales costes económicos y consecuencias sociales: en niños, puede conllevar un retraso en la adquisición del lenguaje y limitar el progreso educativo, mientras que en adultos puede conllevar dificultades en la vida laboral y social del paciente, llegando incluso al aislamiento de éste. De ahí la importancia de buscar soluciones adecuadas a los distintos tipos de hipoacusia para reducir todos estos efectos colaterales y conseguir la mejor calidad de vida posible para estos pacientes. Una de estas soluciones son los implantes auditivos.

Los implantes auditivos son una de las soluciones quirúrgicas más efectivas para personas con hipoacusia, en las que, por su patología, los audífonos no suponen una respuesta válida. Dependiendo del tipo de pérdida auditiva se utilizarán dos tipos de implantes: cocleary osteointegrado (BAHA).

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento de ambos tipos de implantes.
- Establecer los cuidados necesarios para su correcto mantenimiento.
- Describir los beneficios referidos por los pacientes portadores.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica existente, consultando tanto libros como artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Implante Osteointegrado (IOI):
Se utiliza sobre todo en hipoacusias transmisivas y mixtas. Es un dispositivo electrónico de alta tecnología, que utiliza la conducción ósea para mejorar la audición. Usa la capacidad natural del hueso temporal para transmitir el sonido mediante la vibración ósea.Consta de las siguientes partes:
- Procesador Parte externa): Recoge el sonido y lo convierte en vibraciones sonoras.
- Implante de titanio que se ubica en el hueso mastoides mediante "osteointegración" en el proceso qco, y hace que las vibraciones sonoras lleguen directamente al oído interno sin pasar por el oído externo y medio.
- Una 3ª pieza, un pilar, que lo único que hace es comunicar el procesador con el implante de titanio.

El procesador se coloca más o menos a las cuatro semanas de la cirugía
La principal ventaja del IOI es que una vez colocado el procesador, la audición es correcta desde el primer momento. Como inconveniente, podemos decir que no se puede implantar en niños menores de 4-5 años ya que se requiere un grosor mínimo del hueso temporal de unos 4 mm para asegurar la correcta osteointegración y eso no se consigue en niños muy pequeños. Para estos casos existe la softband o cintilla, que es una diadema con el procesador integrado que les permite mejorar la audición hasta que puedan ser intervenidos.

Implante coclear:

Se define como un transductor que transforma las señales acústicas en señales eléctricas que estimulan el nervio auditivo. Se utiliza básicamente en hipoacusia de percepción ó neurosensorial.
Partes:
Externas
- Micrófono: Recoge todos los sonidos.
- Procesador que selecciona y codifica los sonidos más útiles para la comprensión del lenguaje.
- Transmisor: envía los sonidos codificados al receptor.

Internas
-Receptor/Estimulador: Se implanta en el hueso mastoides detrás del pabellón auricular. Envía las señales eléctricas a los electrodos
- Electrodos que se introducen en el interior de la cóclea y estimula las células nerviosas que aún funcionan. Estos estímulos pasarán a través del nervio auditivo al cerebro que los reconocerá como sonidos.

Una de las principales ventajas es que se pueden implantar en niños muy pequeños. El principal inconveniente es que no se consigue una audición normal. Es una audición metálica, artificial y se requiere un período de aprendizaje y rehabilitación para aprender a usar adecuadamente el dispositivo por lo que los resultados van a ser muy variables de unas personas a otras. En general y de acuerdo con la bibliografía consultada, se puede hablar de los siguientes porcentajes:
- 50% desenvuelve un trabajo normal.
- 80% consiguen la comprensión de las frases habladas.
- 80% conversación telefónica.
- 52% disfruta de la música.

Cuidados domiciliarios para el correcto mantenimiento de los dispositivos una vez implantados
Reposo domiciliario en los primeros días.
Evitar hacer esfuerzos físicos.
Si fiebre superior a 38ºC, mareos o dolor muy intenso acudir a urgencias

En IOI
- No se lavará la cabeza hasta el día que acuda a revisión.
- No dormir sobre el lado operado.
- Vigilar la adecuada colocación de la tapa del implante.

En IC:

- Puede lavarse la cabeza.
- Puede dormir sobre el lado intervenido.
- Evitar maniobras de Vasalva.

5 Discusión-Conclusión

A modo de resumen y como conclusión podemos decir que los implantes auditivos:
- Favorecen la integración social y en niños, la escolar.
- Pueden lograr un normal desarrollo del lenguaje.
- Permiten un correcto aprendizaje.
- Permiten mantener conversaciones en lugares concurridos.
- Proporciona sensación de seguridad al poder oír alarmas, gritos..
- Mejora la calidad de vida de los pacientes

6 Bibliografía

- Cabeza E. Juan I. Nuevas soluciones para la hipoacusia. Dispositivos auditivos implantables.AMF.2009;5:307-312.
- M.Manrique, A.Valdivieso, D.Ruba, C.Gimeno-Vilar, L.Montes-Jovellar, R. Manrique. Review of audiometric Criteria in Treatment of Neurosensorial Deafness with Hearings Aids and Implantable Hearings Devices. 2008. Aceptada para publicación Acta Otorrinolaringológica Española.

Capítulo 143

AGENTES ESTRESORES EN LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL.: PAPEL DE ENFERMERÍA.

MARTA TÉLLEZ GONZÁLEZ

BEATRIZ FERNANDEZ MARIÑAS

CRISTINA CUE BERNARDO

IRENE MERA PRIETO

1 Introducción

La hospitalización infantil es un evento gran importancia en la vida de cualquier niño. El desarrollo de las ciencias médicas, junto con las sociales, han demostrado que la hospitalización en el niño produce unos determinados cambios emocionales que pueden condicionar su calidad de vida.

Existen diversos estudios en los que se demuestra que un 30% de los niños hospitalizados presentan síntomas de ansiedad o depresión durante la estancia hospitalaria, se ha observado también que estos síntomas son reversibles siempre y cuando exista un apoyo adecuado tanto por parte de la familia como del personal de salud.

El niño hospitalizado se verá expuesto a situaciones amenazantes que generaran en él estrés y ansiedad; como consecuencia de esto puede aparecer determinada

sintomatología y problemas comportamentales en personas que aún no han completado su desarrollo, por lo que será imprescindible una intervención psicológica. En esta intervención desempeñara un importante papel enfermería, que al ser el personal más cercano tanto al niño como a su familia ha de lograr que estos se sientan participes del proceso de recuperación.

En la actualidad cada vez se otorga un mayor peso e importancia a la influencia de los factores psicológicos en la atención y recuperación en la enfermedad infantil, en contraposición con años atrás cuando solo se tenía en cuenta el proceso de enfermedad propiamente dicho. Aunque la experiencia negativa o estresante ante la hospitalización recae sobre todos los niños, no lo hace de la misma manera en todos ellos; depende en gran medida del estado de desarrollo del menor. Por tanto, para la planificación de cuidados del paciente pediátrico ha de tenerse en cuenta las necesidades y características individuales de cada paciente.

Por otro lado, la hospitalización infantil no solo es estresante para el niño, sino también para su familia ya que el bienestar de cada uno de los miembros de una familia es esencial para el mantenimiento de la salud familiar en su conjunto. Además, la percepción de ansiedad o estrés en los padres podría estar vinculada a la aparición de estas sensaciones en los hijos y, de la misma forma, el malestar del niño podría provocar estrés en el núcleo familiar.

En definitiva, podemos afirmar que una intervención psicológica es fundamental. La enfermera, y en general todo el personal sanitario, deberían de trabar tanto en la atención del niño hospitalizado, su familia y en la mejora del entorno hospitalario procurando que el grado de estrés o la duración de la exposición al mismo sea lo menor posible y, al mismo tiempo, proporcionándoles habilidades tanto a niños como padres para afrontar esta situación, procurando un entorno adecuado para ello.

2 Objetivos

- Averiguar los agentes causantes de estrés más comunes en la hospitalización pediátrica.
- Entender las consecuencias que la hospitalización acarrea en el niño.
- Estudiar los cuidados emocionales que han de llevarse a cabo en la hospitalización infantil.

- Analizar las distintas técnicas que pueden utilizarse para disminuir el grado de estrés en el paciente pediátrico
- Reflexionar sobre el papel que ha de desempeñar enfermería en lo que se refiere a los cuidados emocionales.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica tomando como fuente las siguientes bases de datos; PubMed, Medline, Teseo, Bucea, Enfispo, Scielo y Google Académico. Se han seleccionado los artículos publicados en los últimos 10 años tanto en inglés como en castellano. Las palabras clave utilizadas en esta búsqueda han sido hospitalized child, emotional adjustmen, emotional bonds, emotional stress, hospital care, pedagogía, hospitalización, cuidado de enfermería, emociones, pediatría, ludoterapia.

Los operadores boleanos utilizados han sido "AND" y "OR"
De los artículos obtenidos se han seleccionado 18; aquellos que trataban el tema a estudio y cuya descarga era gratuita, para ello se ha leído el resumen de cada uno de ellos; debido a esto los artículos carentes de resumen han sido excluidos. De los artículos seleccionados algunos de ellos trataban lo correspondiente al trabajo con poca profundidad por lo que se acudió a la bibliografía de los mismos en busca de los textos de los que originalmente se había obtenido el apartado/os que resultaba útil a la hora de realizar este trabajo.

4 Resultados

AGENTES ESTRESORES EN LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL
Los efectos de la hospitalización en el niño dependen de diversos factores, resultado de gran dificultad atribuir una mayor o menor importancia a alguno de ellos.

Haciendo una recopilación de lo citado por distintos autores, los factores influyentes en la hospitalización infantil podrían dividirse en 6 grupos:
- Factores personales: Entendemos por factores personales aquellos que dependen estrictamente del niño; etapa del desarrollo en la que se encuentra, su desarrollo cognitivo, capacidades intelectuales, desarrollo socio-emocional, experiencias previas con el personal sanitario y el hospital.

La edad y desarrollo cognitivo del niño es uno de los factores más importantes a tener en cuenta, ya que en función de este afrontara de una u otra forma los distintos estresores, considerándose la etapa entre los 4 meses y los 6 años de edad aquella de mayor riesgo. En esta etapa uno de los estresores más relevantes es la separación del ambiente familiar y, especialmente, de la madre.

- Factores relacionados con la enfermedad: con ello nos referimos a naturaleza y características de la misma, gravedad de pronóstico, tiempo de evolución, grado de discapacidad que la enfermedad conlleve, etc.
Respecto a la duración de la estancia hospitalaria, se ha demostrado que una estancia media de más de una semana de duración, o repetidas readmisiones, se asocian con un aumento de las alteraciones conductuales.

- Factores relacionados con la familia: en este apartado cabe destacar las técnicas de afrontamiento del estrés con las que cuenta la familia, la interacción entre sus miembros, el tipo de familia, el número de integrantes y las redes sociales de apoyo con las que la familia cuenta.
El niño hospitalizado puede experimentar un trato diferente por parte de sus familiares, lo cual puede conducir al niño a percibirse a sí mismo como la fuente de las alteraciones emocionales padecidas por su familia, dando lugar a sentimientos de culpa, autoreproche y ansiedad. El estrés parenteral es uno de los factores que más dificultan la adaptación del niño a la hospitalización.

- Factores relacionados con las redes sociales: refiriéndonos al número de redes con las que cuenta la familia, relación, interacción y apoyo. El apoyo social se muestra como uno de los factores moderadores de las alteraciones emocionales que se observan en el niño durante la hospitalización (Garmezy y Rutter, 1983).

- Factores relacionados con el equipo de salud: dentro de los factores relacionados con el equipo de salud resultan fundamentales a la hora de la intervención psicológica una adecuada comunicación tanto con el niño como con la familia, el establecer una relación de confianza, el aportar apoyo y soporte emocional, el trabajo en equipo, la entrega de información adecuada y la preparación del niño ante los distintos procedimientos.
En este apartado cabe destacar que los continuos cambios del personal hospitalario y el ambiente extraño en el que estos niños se encuentran inmersos imposibilitan o dificultan que se construya una conducta sustitutiva de apego en el niño..

- Ambiente hospitalario: ambiente físico (temperatura, iluminación, infraestruc-

tura...), comodidad, horario de visitas, número de pacientes por habitación, sistemas de entretenimiento y recreación.
Los factores ambientales identificados por los niños como los que mayormente les afectan durante la hospitalización, en orden decreciente según la frecuencia de las respuestas son: separación de los padres, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y separación de los amigos

PAPEL DE ENFERMERÍA
El personal sanitario, entre ellos las enfermeras, han de ser conscientes de que la estimulación que recibe un niño durante la hospitalización es tremendamente pobre, pudiendo afectar a su desarrollo si las estancias hospitalarias se prolongan en el tiempo. Es innegable que resulta imprescindible el conocimiento de los distintos estadios por los que pasa el desarrollo humano a lo largo del ciclo vital con el fin de facilitar una adecuada relación con el paciente, ya que se trata de un indicador de sus percepciones y vivencias.

Es fundamental que las condiciones de vida del niño en el hospital sean los más similares posibles a las del hogar. Las áreas pediátricas han de cubrir las necesidades para restablecer la salud del niño, tanto en el área física como emocional, cultural, social y educativa. Estas áreas deberían estar dotadas de salas de juego, bibliotecas, salas de televisión, etc.
Aspectos a trabajar en la primera infancia (0-3 años)
- Angustia de separación; es importante que el niño disponga de varias figuras de apego para poder compensar las ausencias temporales de las mismas. Puede ayudar a dar seguridad al niño el que se e dote de algún objeto con el que este familiarizado, por ejemplo, su juguete favorito.

- Sentimiento de autonomía y dependencia; se ha de facilitar que el niño realce alguna de las actividades cotidianas por su cuenta; como por ejemplo comer o caminar.
Sentimiento de confianza hacia las personas; sería preferible que los cuidadores fueran siempre los mismos. El niño ha de recibir la información adecuada y en un lenguaje que sea capaz de comprender acerca de las técnicas o procedimientos a los que será sometido.

- Habilidades sociales y cognitivas; se ha de procurar que establezca relaciones sociales con los demás niños ingresados y con sus cuidadores
Aspectos a trabajar en la infancia preescolar (3-6 años)

- Fomentar la iniciativa del niño; siempre que sea posible se permitirá que el niño haga elecciones y tome decisiones como, por ejemplo, el brazo en el que prefiere que se le ponga la inyección.

- El niño hospitalizado ha de disponer de figuras de apego evitando la sobreprotección por parte de los padres ya que esta contribuirá a la aparición de angustia por separación y conductas regresivas.

- Se ha de trabajar en los sentimientos de culpabilidad en relación con su enfermedad y, procurar que, en todo momento, sus necesidades de contacto y apoyo estén cubiertas. Para ello es recomendable que estén acompañados el mayor tiempo posible.

Aspectos a trabajar en la infancia escolar (7-11 años)

- Se deben de tomar medidas para que le niño logre una adecuada relación con sus iguales ya que una ausencia de aceptación por el colectivo de su misma edad implica rechazo, burlas, depresión, soledad.

- En esta franja de edad el niño, al ser hospitalizado, pierde el control sobre las habilidades de autocuidado adquiridas quedando a merced de otras personas, se ha de favorecer que el niño se sienta activo e independiente.

- El niño presenta una dificultad para establecer una imagen positiva de sí mismo; este fenómeno se ve favorecido por la ausencia de actividades académicas. Es importante desarrollar actividades de aprendizaje que le permitan continuar con las actividades educativas mientras dure el ingreso, se trata de evitar o disminuir el retraso escolar del niño, aliviar su ansiedad, combatir su aburrimiento y favorecer su reincorporación escolar.

Aspectos a trabajar en la adolescencia (12-18 años)

- El adolescente el miedo a la perdida de integridad física relacionado con las implicaciones y pronóstico de la enfermedad es uno de los miedos más recurrentes, por lo que se le deberá permitir la expresión de sus miedos e inseguridades

- Resulta importante prestarle la oportunidad de tomar decisiones con respecto a su tratamiento, ya que en caso contrario podría generarse en él un miedo a la pérdida de control; se le ha de incluir en las actividades relacionadas con su propio cuidado.

- Los efectos derivados de la enfermedad e incluso la propia hospitalización pueden interrumpir el proceso de relación con los iguales, la formación de vín-

culos de pareja y el logro de una imagen relista y positiva de sí mismo.

- En enfermedades fatales, degenerativas o en posibles episodios amenazantes para la vida el adolescente puede sufrir un intenso miedo a la muerte.

Las necesidades del adolescente son muy específicas no pudiéndosele incluir ni en el grupo de los adultos ni en el de los niños.

ACTIVIDADES RECREATIVAS Y LÚDICAS

El juego se trata una actividad altamente expresiva e inherente a los niños. Posee básicamente tres funciones; recreativas o lúdicas, terapéuticas y educativas. El juego le permite al niño explorar y comprender el mundo, desarrolla su imaginación, mejora la comunicación y le permite expresar sus preocupaciones y emociones libremente. Potencia el desarrollo cognitivo del niño ya que, por medio del juego, practica las habilidades necesarias para desenvolverse en su medio y para afrontar situaciones de estrés. Por esta razón, el juego, resulta imprescindible en la aplicación de cuidados emocionales aplicados durante la hospitalización infantil.

- Relato de cuentos: En los cuentos se usa el lenguaje del niño para trabajar campos de su razonamiento y al mismo tiempo, enfrentarse a los temores presentes en el proceso de hospitalización.

Existen diversas técnicas en lo que se refiere al relato de cuentos, la más sencilla consiste en pedirle al niño que nos cuente un cuento, técnica conocida como el "cuento mutuo". Esta técnica ayuda a corregir los temores del niño debidos al abandono y la separación. En ocasiones los niños precisan ayuda para comenzar el relato, en el caso de que se trate de niños muy retraídos podría pedírseles que dibujen o escriban sobre un suceso concreto.

- El dibujo: Un dibujo nos brinda conocimiento de los aspectos evolutivos, madurativos, de desarrollo, intelectuales, cognitivos, emocionales y afectivos.

El dibujo puede ser espontaneo o dirigido. Para el dibujo espontaneo se le da el niño el material preciso y se le pide que dibuje "algo". En el dibujo dirigido, la orientación es más específica, pidiéndole al niño que dibuje una cosa concreta como, por ejemplo, una casa.

- El juego: El juego permite que los pacientes cambien de un ser pasivo que sufre a un agente activo en su propio cuidado.

El que se le proporcione un número elevado de juguetes con frecuencia puede causar confusión y frustración en el niño. En el caso de los niños que están hos-

pitalizados durante periodos prolongados resultan beneficiosos los cambios, por lo que sería recomendable que en lugar de proporcionar al niño una confusa acumulación de juguetes estos sean remplazados periódicamente según disminuya el interés por los que ya tiene.
Los juguetes ideales, en el caso del niño hospitalizado, deben tener un tamaño mediano, colores vivos, ser duraderos y con una función, es decir, han de estimular su mente sin sobrecargarla. Sería recomendable que pudieran utilizarse con una sola mano, debido a la inmovilización parcial que producen los goteros y que no requieran de la participación de muchos jugadores, su peso no ha de ser excesivo ni su tamaño demasiado grande. Preferiblemente, deberían de estar fabricados con plástico por razones de higiene.

- Musicoterapia: se define como el uso de la música con objetivos terapéuticos, contribuyendo al mantenimiento e incremento de la salud física y mental. La musicoterapia en el ámbito hospitalario ayuda a reducir la tensión, brinda una sensación confortable en el niño y facilita la expresión de sentimientos. En la actualidad, la musicoterapia está siendo empleada con rigurosidad científica y metodológica ayudando a la liberación de agentes químicos que regulan los estados de ánimo depresivos o los comportamientos agresivos. La música se puede emplear de diferentes maneras; activa, cuando el niño canta o manipula algún instrumento, receptiva, cuando escucha la música y receptivo- activa interdisciplinar como apoyo de otras actividades como, por ejemplo, el dibujo.

- La risa: Persigue varios fines; recrear y distraer al niño durante los procedimientos y técnicas médicas y, por otro lado, mostrar empatía al paciente. Un ejemplo de esto seria, cuando el profesional de enfermería bromea con el niño sobre asuntos como su equipo de futbol favorito.
La risoterapia es una técnica que complementa las terapias tradicionales. Tiene innumerables beneficios, entre los cuales podríamos destacar su efecto analgésico a causa de la segregación de endorfinas, la mejoría de la oxigenación ya que permite el ingreso del doble de aire a los pulmones, la estimulación muscular al involucrar más de 400 músculos que sólo se pueden ejercitar con la risa; puede contribuir, entre otros, a disminuir el insomnio, prevenir infartos y aumentar la sensación de bienestar.

5 Discusión-Conclusión

La valoración de la esfera psicológica en los servicios de pediatría ha de ser una prioridad, ya que como se ha revisado en este trabajo las alteraciones psicológicas

se presenta con frecuencia y de no ser debidamente atajadas podrían generar problemas de mayor calibre a posteriori.

Se debería prestar especial atención a los factores de riesgo mencionados ya que la literatura coincide en la influencia de los mismos en la aparición de trastornos conductuales.
Se ha de trabajar en alternativas para el abordaje de este problema enfocadas desde la prevención, procurando que la hospitalización suponga una oportunidad para obtener técnicas de afrontamiento frente al estrés y enriquecer las experiencias del niño.

6 Bibliografía

1. Palomo del Blanco MP. El niño hospitalizado: características, evaluación y tratamiento. Madrid: Piramide, S.A; 1995
2. Lizasoáin Rumeu, O. Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: El derecho a la educación. Logros y perspectivas. ESE. Estudios sobre educación. 2005; (9): I89-20I
3. González Gil F, Jenaro C. Impacto de la hospitalización en la calidad de vida infantil. Educación y diversidad: anuario internacional de investigación sobre discapacidad e interculturidad [en línea]. 2007 [fecha de acceso 7 de marzo de 29017]; (1) 237-256. URL disponible en http://hdl.handle.net/10366/123292
4. Hernández Pérez E, Rabadán Rubio JA. La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada. Rev Perspectiva Educacional [en línea] 2013 [fecha de acceso 10 de abril de 2017]; 51(1): 167-181. URL disponible en http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4174389
5. Astudillo Araya Ángela, Martínez Martínez Andrea, Muñoz Badillo Claudia, Pacheco Lema Michelle, Sepúlveda Garay Ángela. Acompañamiento familiar en la hospitalización del usuario pediátrico de 6 a 12 años. Cienc. enferm. [en línea]. 2012 Abr [fecha de acceso 2 de abril de 2017]; 18(1): 67-75. URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100007&Ing=es
6. Rodríguez J, Zurriaga L. Estrés, enfermedad y hospitalización. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 1997 (Monografía 17)
7. Serradas Fonseca, M. La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. Revista de Pedagogía 2003 [fecha de acceso

25 de enero 2017]; 24 (71), 447-468. URL disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922003000300005&lng=es&tlng=es.
8. Karen Alfaro Rojas A, Paola Atria Machuca R. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. ISSN 0718-0918 [en línea] 2009 Abril [fecha de acceso 11 de enero 2017]; 6 (1). URL disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/4.html
9. Peña Meilán M.C, Ropero Mengíbar C. El niño y el juego. Revista Rol de Enfermería. 1993;1(174): 46-50.
10. Serrada M. Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. Educere.2007; 11 (39): 639-646
11. Wong D, Collins J, Whaley L. Enfermería pediátrica [de] Whaley & Wong. cuarta ed. Madrid, Barcelona: Madrid; Barcelona [etc.]: Harcourt Brace de España, reimp; 1998
12. Noreña A, Cibanal L. The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. Rev. Latino-Am Enfermagem [en línea] 2011 [fecha de acceso 3 de Marzo 2017]; 19(6): 1429-1436. URL disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600021
13. Hernández E, Rabadán JA. "Érase una vez…un cuento curativo" atención educativa en población infantil hospitalizada a través de la literatura. Educatio Siglo XXI.2014; 32:129-150
14. Serradas M. (2007). Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. Educere [en línea] 2007 [fecha de acceso 2 de abril de 2017]; 11(39): 639-646. URL disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102007000400008&lng=es&tlng=es
15. Serradas M. La música como medio de expresión del niño hospitalizado. Scielo. 2006 marzo; X (32).
16. Ortiz A. Ansiedad y miedos en niños ante la Hospitalización. Investigación, Intervención, Programas y Técnicas. Pensando en psicología. 2006; 3 (3): 84-100
17. Christian R, Ramos J, Susanibar C. Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de salud. Rev. Soc. Per. Med. Inter. 2004; 17(2) 2004: 57-64
18. Rodriguez Velázquez Miriam E, Dearmas A, Sauto S, Techera S, Perillo P, Suarez A et al. Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica: Primera experiencia nacional. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2005 Mayo [fecha de acceso 20 de abril 2017]; 76(1): 27-37. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492005000100006&lng=es

Capítulo 144

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON PATOLOGÍA DIGESTIVA.

ROBERTO DORREGO GONZALEZ

CRISTINA PELAYO RUEDA

1 Introducción

En este trabajo se trata de desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con su correspondiente valoración al paciente. Se eligió a una paciente de la Unidad de digestivo del Hospital Universitario Rio Carrion de Palencia. En esta unidad se realiza una atención continuada a pacientes con cualquier alteración del aparato digestivo en su totalidad, así como de las familias de los mismos. Con este trabajo se pretende conseguir una atención integral para mayor beneficio de paciente y familia.

2 Objetivos

-Desarrollar un PAE que favorezca la recuperación de un paciente en situación comprometida.

3 Caso clínico

Mujer de 49 años de edad que ingresa en la Unidad de Digestivo debido una complicación de la cirrosis hepática crónica de origen enólico que padece. En adicción

a esto, presenta ascitis, encefalopatía hepática y hemorragias intestinales.
Divorciada y con 2 hijos, de los cuales solo uno de ellos la visita en el hospital. Vive sola en el núcleo urbano. Actualmente no trabaja.
Antes del ingreso, tenía una vida social activa. Presenta hábitos tóxicos no saludables, destacando la excesiva ingesta de alcohol y una dieta rica en grasas.

Al ingreso se muestra desorientada, con dolor abdominal y ascitis, por lo que abdomen se muestra excesivamente distendido. La paciente es conocedora de su enfermedad. No presenta alergias medicamentosas conocidas, sin embargo muestra una intolerancia a la lactosa y al anisakis.
Al día siguiente a su ingreso su estado mental mejora significativamente, mostrándose totalmente lúcida y colaboradora en sus cuidados. Durante los siguientes días, su estado mental es óptimo, sin embargo su patología empeora día a día. Durante su estancia sufrió una extravasación de la medicación intravenosa en el brazo derecho, quedando éste dolorido, edematizado y con hematoma en toda su extensión.

Su tratamiento el día de la valoración era:
Hidroxil B1 B6 B12 (VO); Vitamina K (IV); Albúmina (IV); Distraneurine (VO); Duphalac (VO); Durogesic (parche transdérmico); Aldactone (VO); Seguril (VO); si precisa Primperan (IV); si dolor Paracetamol (IV).
Además, durante su estancia en el hospital, se le realizaron dos paracentesis (una con contenido hemático) con propósito diagnóstico y evacuador, y diversas transfusiones de concentrado de hematíes.

DOMINIO 1: Promoción de la salud:

La paciente antes de su ingreso presentaba hábitos tóxicos (alcohol) y ya percibía su estado de salud, refiriendo: "fui yo la que avisé al médico de que me encontraba mal". Presenta cirrosis hepática crónica, siendo ella consciente de su enfermedad en todo momento. Tras su ingreso, la paciente expresa: "mi vida ha cambiado, ya que he dejado de beber y me siento capaz de continuar con este régimen de vida; además, tengo ganas de poder peinarme y arreglarme por mi misma".

DOMINIO 2: Nutrición:
No hay alteración en este dominio.

DOMINIO 3: Eliminación:
Eliminación urinaria normal.

La eliminación gastrointestinal está alterada, presentando estreñimiento. La paciente dice: "sólo voy al baño cuando me ponen enemas, si no me es imposible".

DOMINIO 4: Actividad-reposo:
La paciente refiere: "duermo bien y tengo un descanso reparador".
Sin embargo, sufre un deterioro en la deambulación con un equilibrio inestable, diciéndonos: "no me puedo mover de la cama, tengo dolor y desde que he engordado me cuesta mucho moverme"
La paciente tiene déficits en su autocuidado, ya que es incapaz de ir al baño sola, vestirse, asearse, etc.

DOMINIO 5: Percepción-concepción
No hay alteración en este dominio.

DOMINIO 6: Autopercepción:
No hay alteración en este dominio.

DOMINIO 7: Rol-relaciones:
Durante su estancia en el hospital, apenas tiene visitas, solo su hijo menor y en pocas ocasiones. La paciente expresa: "mis hijos no vienen casi a verme debido a mi adicción".

DOMINIO 8: SEXUALIDAD
No hay alteración en este dominio.

DOMINIO 9: Afrontamiento-Tolerancia al estrés
No hay alteración en este dominio.

DOMINIO 10: Principios vitales
La paciente dice: "Estoy dispuesta a cumplir lo pactado con el médico (nuevo régimen de vida)"

DOMINIO 11: Seguridad-protección
Se canaliza una vía venosa periférica en brazo izquierdo. Presenta una úlcera por presión en el sacro.
Durante su estancia en el hospital, la paciente refiere dolor en el brazo derecho, causado por un edema, el cual se amoratá después.

DOMINIO 12: Confort:
No hay alteración en este dominio.

DOMINIO 13: Crecimiento-desarrollo:

No hay alteración en este dominio.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
1. Dolor agudo secundario a edema y hematoma en brazo derecho.
2. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con edema y hematoma en brazo derecho manifestado por el brazo se presenta hinchado y amoratado.
3. Potencial de infección secundario a catéter venoso periférico en brazo izquierdo.
4. Deterioro de la ambulación relacionado con su enfermedad manifestado por la paciente dice: "no me puedo mover de la cama, tengo dolor y desde que he engordado me cuesta mucho moverme".
5. Estreñimiento secundario a estancia en el hospital.
6. Déficit de autocuidados: baño e higiene relacionado con su enfermedad manifestado por la incapacidad del paciente para ir al baño.
7. Déficit de autocuidados: vestirse relacionado con su enfermedad manifestado por que la paciente dice: "no puedo vestirme sola ni cambiarme, tengo que pedir ayuda constantemente".
8. Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con estilo de vida no saludable y hábitos tóxicos (alcohol) manifestado por la paciente expresa: "antes de ingresar no cuidaba mi salud y consumía mucho alcohol".
9. Procesos familiares disfuncionales relacionado con alcoholismo manifestado por la paciente dice: "mis hijos no vienen casi a verme debido a mi adicción".
10. Disposición para mejorar el autocuidado: la paciente expresa ganas de mejorar su imagen, diciendo: "tengo ganas de poder peinarme y arreglarme".

4 Discusión-Conclusión

A pesar de conseguirse algunos de los objetivos propuestos con éxito, no se pudo realizar la evaluación por exitus.
La elaboración de un PAE es un proceso complejo en el cual el eje central es el paciente, alrededor del cual se establecen todas nuestras estrategias de acción. Requiere de una implicación constante del profesional enfermero, ganarse la confianza del paciente en el profesional y en la eficacia del trabajo a realizar en su recuperación.
Todo esto no siempre conlleva la consecución de todos y cada uno de los objetivos y es también primordial saber gestionar conjuntamente la frustración por esta situación.Es importante consensuar con él tanto los objetivos como las actividades a desarrollar, que éstos se encuentren bien definidos y sean realis-

tas,tratando durante todo el proceso de cuidado de empatizar con éste, sin llegar a la simpatización pues esto casi con toda seguridad influirá de forma negativa en la consecución de los objetivos planteados, como es lógico el paciente tien la última palabra en este complicado pero gratificante proceso de cuidado.

5 Bibliografía

- Nanda Internacional: Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona (España). Elsevier España S.L.; 2010
- Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª edición. Barcelona (España): Elservier España S.L.; 2009.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª edición. Barcelona (España): Elservier España S.L.; 2009.

Capítulo 145

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.

TERESA MARÍA IGLESIAS OLIVEROS

1 Introducción

La cateterización venosa periférica consiste en la inserción de un catéter de corta longitud en una vena superficial con fines diagnósticos y/o terapéuticos (1). El catéter se inserta en la luz del vaso, lo cual permite el acceso inmediato al torrente sanguíneo, siendo el medio más rápido para transportar soluciones y fármacos por el cuerpo. Algunos medicamentos, así como las transfusiones de sangre, sólo pueden administrarse por esta vía, por lo que, en la clínica actual, es imprescindible el uso de este recurso terapéutico (2).

La inyección intravenosa fue descubierta en el siglo XVII. Las primeras inyecciones realizadas con fines experimentales por esta vía y sin fin terapéutico, se deben a Christopher Wren que logró introducir vino y cerveza en la vena de un perro. Sería en 1662 Johann Daniel Major quien llevó a cabo con éxito la primera inyección de droga intravenosa en el cuerpo humano. Es en la última parte del siglo XIX y durante el siglo XX es cuando se desarrolla la terapia intravenosa basada ya, en los amplios conocimientos de asepsia y microbiología.

Actualmente por parte del personal sanitario el uso de catéteres intravenosos es una de las técnicas que se usan más frecuentemente en el ámbito hospitalario, se considera la más rápida y por ello la de elección en caso de urgencia. La mayoría

de los pacientes hospitalizados son portadores de catéteres intravasculares. Su uso permite acceso venoso fácil para la administración de medicamentos. Principalmente se utiliza en las siguientes situaciones:
- Restituir el equilibrio ácido base.
- Administración de fármacos y fluidos al torrente circulatorio.
- Mantenimiento de la hidratación en pacientes con intolerancia oral.
- Transfusión de productos sanguíneos, eritrocitos y plasma.
- Mantener un acceso venoso con fines terapéuticos / emergencia.
- Obtención de muestras de sangre.
- Realización de estudios diagnósticos.
- Cuando no es posible administrar la medicación o los líquidos por vía oral.
- Cuando la administración de sustancias imprescindibles para la vida no se puede realizar por otro medio. (3)

La selección de la vía venosa y el método a emplear para el tratamiento dependen principalmente del objetivo terapéutico, de su duración y del tipo de fármaco, pero también del diagnóstico del paciente, su edad, su estado de salud y las características de las venas, así como de la lateralidad (diestro o zurdo). Teniendo en cuenta la localización anatómica del catéter utilizado, se distinguen: catéter venoso periférico (CVP), midline o línea media y catéter venoso central (4). A la hora de decidir el grosor del catéter se elegirá siempre el de menor grosor que producirá menor daño en la capa íntima venosa. Este grosor del catéter varía de 24 a 14 G(Gauges) (5). Una cánula pequeña permite una circulación de sangre óptima a su alrededor, propiciando la hemodilución de los fluidos y fármacos administrados. Un catéter grueso puede reducir el flujo de sangre a través de la vena, retardando la dilución del fluido que se administra (2).

El enfermero es el responsable de una colocación correcta del sistema, así como de los cuidados a realizar y de la detección de las posibles complicaciones. Las más frecuentes son la flebitis, la obstrucción del catéter y la extravasación del fármaco.
- La flebitis: se evitará eligiendo venas de calibre adecuado y evitando zonas de fricción.
- Oclusión/obstrucción: Se evitará irrigando el catéter de forma adecuada y rutinaria.
- Extravasación: se evitará con un flujo de goteo adecuado al calibre de la vena. (5)

Otras complicaciones también frecuentes son:
- Trombosis: es la formación de una capa de fibrina en la superficie interna y externa del catéter, debido a que cuando se inserta un catéter se produce un pe-

queño daño a nivel vascular, y de forma fisiológica se activa la cascada de la coagulación.
- La tromboflebitis es la inflamación de la vena producida por un coágulo, como consecuencia de una trombosis.
- Infección: se evitará desinfectando la piel en el momento de inserción de forma correcta. No descuidar lavado de manos y uso de guantes.
- Hematomas: Son el resultado de hemorragias incontroladas en la zona de punción. La mejor forma de tratar el hematoma es aplicar presión directa con un apósito estéril y elevar la extremidad afectada; también se puede aplicar hielo inmediatamente después de su aparición (3).
- Salida del catéter. Se evitará fijando firmemente el catéter, sobre todo en pacientes poco colaboradores, con agitación o niños pequeños (6).
La alta frecuencia de uso de este tipo de dispositivos, obliga a extremar las precauciones para la prevención de complicaciones, que reducen la durabilidad de la vía canalizada, la eficacia del tratamiento y que afectan de forma negativa al paciente (2).

2 Objetivos

Objetivo principal
- Conocer e identificar las necesidades en los cuidados de la canalización venosa periférica.

Objetivos secundarios
- Disminuir las complicaciones para realizar una técnica segura determinando los puntos clave.
- A partir de las evidencias encontradas llevar a cabo la técnica generando un listado de seguridad.

3 Metodología

Este trabajo se ha elaborado mediante una revisión bibliográfica de carácter sistemático. Se ha realizado una búsqueda de literatura científica, actual y relevante sobre el tema a tratar. También se ha recopilado información de diferentes portales de sanidad de las distintas comunidades autónomas. Para elaborarlo se realizó la pregunta clínica (PIR): ¿qué cuidados debe tener un catéter venoso periférico en adultos hospitalizados evitando complicaciones y aumentando la seguridad del paciente?

PREGUNTA PIR:
¿Qué cuidados tiene que tener un catéter venoso periférico en adultos hospitalizados evitando complicaciones y aumentando la seguridad del paciente?
Paciente/población
Adultos hospitalizados que precisan vía venosa periférica
Intervención
Cuidados relacionados con enfermería de la vía venosa periférica
Resultados
Aumentar la seguridad y evitar complicaciones del paciente.
Esta revisión bibliográfica se centró la literatura relacionada con la importancia de los cuidados de enfermería para mejorar la seguridad del paciente en la canalización venosa periférica.La búsqueda se realizó entre los meses de enero de 2019 y octubre de 2019. Como estrategia de búsqueda se seleccionaron Descriptores de Ciencias de la Salud(DECs) y Medical Subjects Headings(MeSH) combinados con el operador booleano AND.
Como palabras claves se utilizaron: cateterismo periférico, complicaciones, lista de verificación cuidados enfermera.

4 Resultados

Previo y durante a la canalización venosa periférica
- Información al paciente
Se debe comprobar identidad del paciente, preguntar sobre posibles alergias e informar de la técnica a realizar. Preservar su intimidad en la medida de lo posible y colocar al paciente en la posición más adecuada y cómoda, tanto para el propio paciente como para el profesional que va a realizar la técnica (altura adecuada, material al alcance de la mano, etc.). También se debe comunicar al paciente en que consiste el procedimiento y su finalidad.

- Educación del personal sanitario .
Educar a todo el personal implicado sobre las indicaciones, mantenimiento y control de catéteres intravasculares con medidas de control para evitar infecciones y complicaciones. (2,3,5,7,8)
- Asepsia del personal y uso de guantes (2,3,5,7,9).
Lavado higiénico de manos con agua y jabón antiséptico, al menos durante 20 s. Secar con toalla de papel desechable y cerrar el grifo usando la misma toalla, evitando el contacto de las manos con el grifo. Cuando no es posible acceder a lavado de manos higiénico, se puede sustituir por la aplicación de solución

hidroalcohólica. Colocarse los guantes no estériles. El uso de guantes no sustituye al lavado de manos.

- Selección del catéter.

Se deberá elegir el catéter de menor calibre posible. En cualquier caso, el calibre del catéter debería ser inferior al de la vena elegida, para permitir el paso de sangre en el vaso y la hemodilución de los preparados que se infunden. Los más utilizados en adultos son el 18 G y el 20 G. Hay que tener en cuenta las características de la solución a perfundir (1,2,3,5,7,9).

- Selección del punto de inserción.

En adultos hay que intentar priorizar las extremidades superiores a las inferiores, desde zona distal a la proximal(1,3,7,8,9,10). Intentaremos evitar en la manera de lo posible las venas en flexura de codo, zonas de déficit sensitivo, articulaciones móviles, edemas y cualquier otra complicación.

Durante la canalización venosa periférica

- Técnica de ejecución y antiséptico:

Lavar la piel de la zona de punción con agua y jabón, y secar (los antisépticos no son efectivos en presencia de materia orgánica) Colocar el compresor entre 10 y 15 cm por encima del punto elegido para punción. Utilizar los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena. Aplicar la solución antiséptica elegida en la zona, realizando círculos de dentro a fuera). Dejar secar el tiempo indicado según el tipo de antiséptico). Usar preferentemente clorhexidina acuosa al 2%, y en su defecto povidona yodada o alcohol al 70%.

No volver a palpar el punto de punción tras la desinfección. Si fuera necesario volver a palpar, se usarán guantes estériles. Se debe coger el catéter con la mano dominante utilizando la otra para fijar la piel y evitar que la vena se desplace. Debe insertarse el catéter con un ángulo entre 15º y 30º, una vez atravesada la piel, el ángulo se disminuye introduciendo el catéter hasta que haya reflujo sanguíneo. Activar el sistema de seguridad y desechar la aguja en el contenedor de punzantes. Retirar el compresor y conectar al catéter la válvula de seguridad o llave de tres pasos (ya purgada) (1,2,3,8,11,13).

- Fijación del catéter y registro :

La recomendación en casi la totalidad de los documentos son los apósitos transparentes semipermeables, evitando el uso de pomadas con antibióticos o cremas debido a la promoción de infecciones por hongos y resistencias antimicrobianas. Fijar el catéter con tira adhesiva (esparadrapo), de manera que no caiga sobre el punto de inserción (según protocolo complejo hospitalario universitario de Albacete). Sería recomendable registrar la fecha y hora de inserción, local-

ización y tipo de catéter, cambio de apósitos(2,5,8,9,11,13,18) ,cambio de sistemas y cualquier otra incidencia observada por el personal sanitario o por el paciente.

Mantenimiento del catéter

La importancia que tiene la seguridad en el paciente en cuanto a su calidad asistencial, nos lleva a realizar una revisión diaria del punto de inserción del catéter y seguir las siguientes pautas de mantenimiento (2,3,5,9,14):

-Advertir al paciente que debe comunicar cualquier cambio o molestia.

-Limpiar el catéter con irrigación adecuada después de cada uso.

-Revisar el punto de inserción cada 24 horas, se debe palpar el punto de inserción para ver si hay hipersensibilidad o endurecimiento en la zona.

-El apósito completo se cambiará cada 72 horas, desinfectando el punto de inserción. Se deberá cambiar el apósito ante cualquier cambio de aspecto del mismo, mojado y/o sucio (1,2,3,5,7,9).

-Cambiar los sistemas de infusión cada 72 horas y, en caso de NTP, diariamente.

-Retira el catéter venoso en cuanto no sea necesario.(1,2,9,12) Las evidencias científicas respecto al cambio del catéter son contradictorias,algunas recomiendan cambiar los catéteres cortos cada 72-96 horas para reducir el riesgo de infección y flebitis, y otras cuando sea clínicamente mejor pero no de forma sistémica.(2,7,9)

-Si el catéter fue canalizado en una situación de emergencia sin seguir el protocolo se retirará como máximo en 24 horas.

-Los puntos de conexión de la válvula o llave tres pasos mantenerlos siempre tapados.

-Minimizar el riesgo de contaminación en caso de usar una válvula bidireccional limpiando el acceso con antiséptico adecuado antes de su uso.

-En caso de obstrucción, no empujar el coágulo al torrente sanguíneo. Aspirar suavemente con una jeringa con suero salino, y en caso de continuar la obstrucción cambiar el catéter.

Problemas potenciales del procedimiento

-Que la enfermera no sea capaz de visualizar y/o palpar la vena.

-Falta de cooperación del paciente debido a la edad, agitación, desorientación o nerviosismo ante la punción.

- Hematoma, punción arterial, lesión nerviosa.

- Espasmo venoso.

- Rotura del catéter por la reintroducción del fiador en el catéter: embolismo por cuerpo extraño.

- Posición anómala del catéter.

- Alergias: látex, povidona yodada, esparadrapo, etc.

5 Discusión-Conclusión

Para la seguridad del paciente dentro de la técnica de canalización venosa periférica hay que destacar unos puntos esenciales:

- Es imprescindible la identificación y verificación del paciente previo a la canalización, una buena higiene de manos y uso de guantes. Se debe de elegir de manera correcta el punto de inserción así como el catéter, no olvidando las posibles alergias del paciente.
- La desinfección y el mantenimiento de la asepsia es imprescindible en la técnica de inserción durante la canalización venosa periférica.

Es importante una adecuada fijación tras la canalización venosa periférica, insistiendo en el lavado de manos. Se debe registrar todo lo realizado.

6 Bibliografía

1. Del Egido MA, Lázaro C, Nuñez RA, Pérez M, Pescador A, Pita L, et al. Catéter venoso periférico - Complejo Hospitalario. [Internet]. Albacete; 2008 [actualizado en noviembre de 2012; consultado 30 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/18d5fdc48e
9904a28a8a648f5dd8063a.pdf

2. Carrero MC. Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa [Internet]. Enfermería DAd, editor. Madrid: DAES S.L; 2008 [consultado 6 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://www.asociaciondeenfermeriaeti.com/pdfs/manual_completo.pdf

3. Loro N, Martínez E, Sancho MJ, Sancho MT, Peiro A. Enfermería: canalizaciones periféricas, atención, cuidados, mantenimiento y complicaciones. Enferm glob [Internet]. 2005 Nov [consultado 5 de diciembre de 2019]; (7). Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/481/465

4. Carballo M. Elección de un catéter de acceso periférico [Internet]. Barcelona. [Consultado 6 diciembre 2019]. Disponible en: http://www.vygon.es/wp-content/uploads/sites/4/2015/08/eleccion-de-un-cateter-deacceso-vascular-periferico.pdf

5. Pinto M, Guerrero MN. Influencia de la intervención enfermera para evitar complicaciones en los accesos venosos periféricos. Doc.Enf [Internet]. 2014 [consultado 6 diciembre 2019] XVII (55):13-18. Disponible en: http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es/images/zoom/QUOWJH/viewsize/DocEnf_0055.pdf

6. Mayorca AM. Conocimientos, actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad, en la canalización de vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería [Internet].2009 [consultado 30 diciembre 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/530/1/Mayorca_ya.pdf
7. Armes S, Austin A, Cleator N, DÒnofrio L, Giff C, Gomes S, et al. Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones. [Internet]. 2ª ed. Toronto, Ontario: RNAO; 2005 Apr [revisado 2008, consultado 6 diciembre 2019]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/CuidadoAccesoVascul
8. Arroyo G, Jiménez J, Hernández G, Sánchez JM, Hernández LE, Campos EM, et al. Recomendaciones específicas para enfermería sobre el proceso de terapia endovenosa. Rev mex enferm cardiol [Internet]. 2005 [consultado 30 diciembre 2019]; 13 (1-2): 53-60. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005/en051_2k.pdf
9. Pérez C. Protocolo de Cuidados del Catéter intravenoso periférico. [Internet]. 2ª ed. Aragón: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2009 Sept [revisado septiembre 2013; consultado 6 diciembre 2019]. Disponible en: http://www.iacs.aragon.es/econocimiento/documentos/ueea/efectividad-calidadcuidados/protocolos/Cuidados-cateter.pdf
10. Villamor EM, Gómez S, Fernández F, Villamor IM. Mantener la seguridad del paciente con catéter venoso periférico. Rev Paraninfo Digital [Internet] 2014 [consultado 6 diciembre 2019]. VIII (20).Disponible en: http://www.index-f.com/para/n20/pdf/443.pdf
11. De Fresno R. Manejo de catéteres venosos periféricos [Internet]. 4ª ed. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2014 Apr [consultado 6 diciembre 2019]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&
blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dmanejo_de_cat%C3%A9teres_venosos_-peif%C3%A9ricos.pdf&blob headervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMarar
blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862946346&ssbinary=true
12. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. (GPC) sobre Terapia Intravenosa – GuiaSalud. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014. [Consultado 6 diciembre 2015].Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_541_Terapia_intravenosa_AETSA_compl.pdf
13. Basante A, González A, Meijome XM, Prieto AM. Portal de Salud de

la Junta de Castilla y León [Internet].Bierzo; 2013 [consultado 6 diciembre 2019]. Disponible en: http://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano2013
14. Bellido JC, Carrascosa MI, Mateos MJ, Moral J. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Procedimiento.- Mantenimiento de un acceso venoso periférico (Código TIV. 05). Evidentia [Internet]. 2006 [consultado el 30 de diciembre de 2019]; 3(9). Disponible en: http://www.indexf.com/evidentia/n9/225articulo.php

Capítulo 146

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EXPERTA EN TABACO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

CRISTINA DEL ROCIO REYES SUAREZ

BEATRIZ FERNÁNDEZ GARCÍA

MARTA DÍAZ LÓPEZ

PATRICIA FERNANDEZ GONZALEZ

SILVIA VEGA VEGA

1 Introducción

El tabaquismo se considera la primera causa evitable de muerte en nuestra sociedad y una de las principales causas de enfermedades que conducen a hospitalización. La Organización Mundial de la Salud recomienda que los servicios sanitarios europeos actúen sobre grupos específicos de fumadores, como son los pacientes ingresados. Enfermería juega un papel fundamental, tanto en la identificación de los fumadores, como en el consejo sistemático de abandono o en el apoyo para dejar de fumar. La intervención de la enfermera experta en tabaco en fundamental y supone una referencia y apoyo, tanto para los pacientes como para los propios profesionales.

2 Objetivos

-Evaluar la efectividad de la intervención de la enfermera experta en tabaquismo en el abandono del hábito tabáquico de los pacientes ingresados en nuestro hospital.

3 Metodología

- Estudio prospectivo observacional transversal.
- Población diana:pacientes ingresados en las unidades de Neumología, Cirugía Torácica y Otorrinolaringología (ORL) que tienen hábito tabáquico en el año 2018.
- Recogida de datos: Las variables a estudio fueron:edad, sexo, servicio, diagnóstico, paquetes/año, escala analógica-visual (test de motivación), test Fagerstöm abreviado, intentos de abandono, tratamiento farmacológico y revisión telefónica al mes de la intervención.
- Intervención enfermera:revisión diaria de los pacientes ingresados en esas unidades que tienen recogido en la valoración al ingreso como hábito tóxico el tabaco. Intervención motivacional presencial y personalizada a pie de cama en las primeras 48 horas del ingreso. Apoyo documental de autoayuda. Seguimiento telefónico al mes de la primera intervención con una encuesta abierta.
- Análisis de datos con el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

4 Resultados

Desde el 1 de febrero al 31 de diciembre de 2018 se realizaron 189 intervenciones en hospitalizados, de los cuales 109 eran varones con una media de edad de +/- 55,8 años y 80 mujeres con una media de edad de +/- 51,5 años. 122 eran pacientes de Neumología, 30 de Cirugía Torácica, 30 de Otorrinolaringología y 7 de otros servicios.

Para el estudio se analizaron las variables de los pacientes en los que se realizó intervención enfermera durante el segundo semestre del año (de 1 julio a 31 diciembre). En ese periodo de tiempo, se recogieron datos de 87 pacientes, de los cuales 47 eran varones con una media de edad de + /- 55,6 y 40 mujeres con una media de edad de +/- 53,9. El consumo medio en paquetes/año fue de +/- 39,2 en mujeres y +/- 46,1 en varones. De los pacientes hospitalizados 57 eran de Neumología, 9 de Cirugía Torácica, 18 de ORL y 3 de otros servicios.

Los diagnósticos al ingreso más frecuentes fueron:12,6% EPOC, 10.3% Ca. de pulmón, 8% neumonía, 6.9% infección respiratoria, 4.6% disnea, 2.3% asma, 19.5% patologías de ORL y 35,6% otros. La media del test de Fagerström abreviado fue de 3.34 (intervalo 0-6) y la de la escala analógica visual de 7.58 (intervalo de 0 a 10).

Intentos de abandono: 44 pacientes (51%) no había realizado ningún intento de abandono previo y 43 pacientes (49%) si intentó alguna vez dejar de fumar. El 75,6% no quiso tratamiento farmacológico al ingreso, un 24.7% tuvo tratamiento con TSN (terapia sustitución nicotina) y 1 paciente tomaba Vareniclina.

En la llamada mensual 12 pacientes no fueron revisados por diferentes motivos (éxitus, no localizados, etc). De los 75 restantes:no fuman 46 (61.3%) de los cuales 25 son mujeres y 21 varones. Continúan fumando 29 (38,6%) de los cuales 16 son varones y 13 mujeres. De los 22 que tenían tratamiento, 12 han dejado de fumar. 24 pacientes han dejado de fumar exclusivamente con la intervención enfermera.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que el período pilotado es corto, el hecho de que el 62.7% de los pacientes hayan dejado de fumar al mes es un dato relevante. Ante los datos, observamos que la intervención enfermera es muy eficaz en el abandono ya que el 53.2% dejaron de fumar sólo con esta intervención. El porcentaje de pacientes que dejaron de fumar al mes de la intervención fue ligeramente superior en mujeres que en varones.

La intervención de la enfermera experta en tabaco durante la hospitalización es clave para la motivación del paciente para el abandono del hábito tabáquico, como enlace con los otros centros de deshabituación en Atención Primaria, suponiendo una mejora importante en la salud, en la calidad de vida y ahorro sanitario.

6 Bibliografía

- Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial. Dr. Carlos A. Jiménez Ruiz. Publicado por Nicorette. Año 2017.
- Actualización del tratamiento del tabaquismo. Monografías en Neumología. Dr. Sánchez Agudo. Publicado por Novartis. Año 2017.
- Manual del tabaquismo. Dr. Solano Peña. Publicado por Respira. Año 2016.

- Guías para profesionales. Intervención en Tabaquismo. Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Capítulo 147

REVISIÓN SOBRE LA INTOXICACIÓN CON LITIO.

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ GUERRA

1 Introducción

El litio fue descubierto hace más de 190 años y se utilizó para el tratamiento de múltiples enfermedades como la gota, la hipertensión y la insuficiencia cardíaca, sin mucho éxito. Redescubierto en 1949, se lo utiliza hoy con frecuencia para el tratamiento y la profilaxis de la enfermedad bipolar, sobre todo en la fase hipomaníaca. También se utiliza como adyuvante en el tratamiento de la depresión. El litio es un psicofármaco disponible en cápsulas de carbonato de litio para administración oral (dosis máxima recomendada: 1800 mg/d).

Tiene una biodisponibilidad cercana al 100% y eliminación predominante por vía urinaria (95%). Su mecanismo de acción se desconoce, aunque se sabe que inhibe la liberación de la dopamina y noradrenalina (de ahí su acción antimaníaca) y aumenta la acción de la serotonina. De forma fisiológica se halla en concentraciones de 10-40 µg/l. Se trata de un fármaco con un rango muy estrecho, ya que la concentración terapéutica basal recomendada para control profiláctico es de 0.6-1.2 mEq/L y de 1,0-1,5 mEq/L para el tratamiento de las fases agudas de manía. Valores superiores a 1.6 mEq /L se consideran tóxicos. Los efectos adversos son comunes y ocurren en un 80% de los pacientes, incluso con concentraciones plasmáticas normales. Si bien son leves y casi siempre transitorios, resultan molestos para muchos pacientes.

Puede producirse un aumento de peso que puede llegar a más de 10 kg. Los síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos o diarrea, son frecuentes y ocur-

ren en un 30% de los casos. Otro efecto adverso es un temblor fino, que puede responder al tratamiento con propanolol. La poliuria leve ocurre al inicio del tratamiento y luego tiende a desaparecer. También pueden producirse exacerbaciones de acné o psoriasis. La mayoría de los efectos adversos son bien tolerados y no resulta necesario reducir la dosis. Se debe tener especial cuidado con las mujeres que se encuentran en etapa de lactancia, ya que el fármaco se elimina por la leche materna y puede provocar hipotonía en el lactante.

La toxicidad leve se caracteriza por temblor fino, náuseas, diarrea, poliuria, sed, aumento de peso y cierta lasitud. El tratamiento se basa en reducir la dosis o alternar con otro estabilizador del humor. Los grados moderados de toxicidad son más fáciles de diagnosticar, ya que incluyen confusión, disartria, nistagmo, ataxia, mioclonías y cambios electrocardiográficos, como aplanamiento o inversión de la onda T. En estos casos se debe suspender el tratamiento. La intoxicación grave se caracteriza por alteración de la conciencia, hiperreflexia osteotendinosa, convulsiones, síncope, insuficiencia renal, coma y muerte. El tratamiento requiere internación en la unidad de terapia intensiva.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Revisar la evidencia disponible sobre las manifestaciones clínicas de la intoxicación por Litio.

Objetivos secundarios:
- Conocer la farmacología, tolerabilidad y seguridad del fármaco.
- Describir el proceso de administración y cuidados del uso del fármaco.

3 Metodología

Con el fin de localizar la información científica sobre el tema de estudio se realizó una búsqueda bibliográfica informatizada. Las bases de datos utilizadas fueron Cochrane Library Plus, encargada de difundir revisiones sistemáticas, Pubmed, que permite el acceso a artículos de investigación biomédica y el portal de producción científica hispana Dialnet.

La búsqueda se llevó a cabo durante el mes de agosto de 2018. Como criterios de inclusión fueron seleccionados revisiones sistemáticas (RS) de habla inglesa o española. Los descriptores empleados realizando distintas combinaciones entre el-

los y utilizando el operador boleano AND fueron: “lithium”, “litio”, “Lithium Carbonate”, “carbonato de litio”, “Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions”, “Efectos Colaterales y Reacciones Adversas Relacionados con Medicamentos” y “toxicity”, “toxicidad”.

4 Resultados

El litio es un ion metálico del grupo IA de la tabla periódica al igual que el sodio y el potasio. Pertenece al grupo de metales alcalinos; es el más liviano de ellos. Es abundante en algunas aguas minerales de manantiales alcalinos. Como metal, no se halla libre en la naturaleza, sino como compuesto de sales. Se desconoce su función fisiológica en el organismo, pero se encuentra en concentración de 10 a 40 microgramos/litro. Es en 1949 cuando se descubren sus propiedades antimaníacas y se generaliza su utilización por psiquiatría. Debido a su bajo índice terapéutico (0,8 a 1,2 mEq/L), con relativa facilidad pueden producirse situaciones de sobredosificación o intoxicación terapéutica.

La frecuencia de intoxicaciones voluntarias también ha aumentado a lo largo de los años con la creciente disponibilidad del fármaco. La única vía de utilización del litio es la oral. Su absorción se realiza de forma completa (no se ve afectada por los alimentos), en la mucosa digestiva como iones libres, completandose al cabo de 8 horas. Su biodisponibilidad es del 100%. El pico de concentración plasmática se alcanza entre 1 a 4 horas, atribuyéndosele la aparición de ciertos efectos secundarios (náuseas, irritación gastrointestinal, tenesmo rectal, temblor). Los preparados de liberación lenta permiten retardar la absorción y disminuir la intensidad de estos efectos secundarios. El litio se difunde en forma relativamente lenta a través de las membranas celulares. No se une a las proteínas plasmáticas.

El pasaje de la barrera hematoencefálica es lento y por difusión pasiva. La vida media inicial es de 6 a 12 horas; de ahí en adelante, a medida que el compartimento tisular libera el fármaco en él almacenado, la vida media se puede prolongar a 24 horas en el adulto y 36 en el anciano, aproximadamente. El equilibrio en la distribución se alcanza entre 5 y 7 días, luego de instaurado el tratamiento en forma continuada. La distribución a nivel de los diferentes tejidos es desigual; así, la concentración alcanzada en el LCR es del 50% de la plasmática, atraviesa libremente la placenta. La eliminación se realiza en dos fases: una inicial, cuya duración oscila entre 6 y 12 horas (30-60%) y una lenta de 10-14 días. El litio pasa a la leche materna entre un 30 y 100%. La eliminación de litio en el sudor es mayor que la de sodio.

Por lo tanto, en condiciones de intensa sudoración, la concentración sanguínea de litio tiende a declinar. A diferencia de la mayoría de los psicofármacos, el litio no presenta metabolitos activos. La eliminación es renal en el 95% de los casos; el 5% restante se elimina por la saliva, heces y sudoración. Cuando se interrumpe un tratamiento, el litio se elimina de forma rápida, los niveles plasmáticos caen en las primeras 12-24 horas, manteniéndose este ritmo de eliminación por 5-6 días. Un aumento en la carga de sodio incrementa la eliminación de litio. Por esto ante niveles tóxicos de litio, las primeras medidas terapéuticas consisten en administrar sal común o soluciones salinas por vía parenteral. En síntesis, la farmacocinética del litio es variable, pero es estable en un mismo individuo.

Se deben siempre tener en cuenta las modificaciones por cambios hidroeléctricos y las posibles interacciones con los otros fármacos. Los factores más importantes que predisponen a la intoxicación son: infecciones, deshidratación, insuficiencia renal, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) y diuréticos. Se pueden distinguir tres formas de intoxicación:
- Sobredosis terapéutica (la más frecuente).
- Intoxicación voluntaria aguda en sujetos previamente tratados.
- Intoxicación voluntaria aguda en ausencia de tratamiento previo. La intoxicación por litio puede afectar a cualquier órgano, pero principalmente al Sistema Nervioso Central y renal. En las formas severas aparece insuficiencia renal, convulsiones, coma, shock y muerte.

MECANISMO DE ACCIÓN: Aún no se tiene totalmente claro cuál sería el mecanismo de acción del litio; sin embargo, por ser un catión monovalente compite con otros cationes monovalentes y bivalentes en distintos sitios incluyendo la membrana celular, donde cruza a través de los canales de sodio, y en altas concentraciones bloquea los canales de potasio. Además, actúa a nivel de sitios de unión celular que son sensibles a cambios de concentración de cationes. Los mecanismos de acción del litio pueden agruparse de la siguiente manera:

A. Efectos sobre el ritmo circadiano: Los distintos ritmos circadianos (ciclo sueño-vigilia, temperatura corporal, secreción de cortisol, etc.) se encuentran alterados en los trastornos afectivos. Por ejemplo, en la manía siguen un patrón anárquico. El litio lentifica el ciclo sueño- vigilia en sujetos sanos, por lo que se cree que la acción sobre estos ritmos podría ser, en parte, responsable de su eficacia clínica.

B. Efectos sobre la neurotransmisión:
- Sistema Colinérgico: según algunos autores, existe un incremento en la concen-

tración, en la síntesis y en el turn-over de la acetilcolina en el cerebro.
- Sistema Catecolaminérgico: disminuye la concentración, almacenamiento y liberación de dopamina y noradrenalina en el SNC.
- Sistema Serotoninérgico: inicialmente se produce un incremento de la captación del triptófano en las sinapsis. Luego, aumenta la síntesis de serotonina. Algunos autores sugieren que existe una relación entre el efecto antiagresivo del litio y los niveles incrementados de serotonina, evidenciada por un aumento de los niveles de 5-HIAA (Acido 5-hidroxi-indolacético) en LCR.

C. Efectos neuroendocrinos: El litio disminuye los niveles de testosterona. Este efecto se ha relacionado con su acción antiagresiva. Actúa, además, a nivel de las hormonas tiroideas, disminuyendo los niveles séricos, y de la glándula pineal, produciendo una hiperplasia parenquimatosa con aumento de los niveles de melatonina.

D. Efectos postsinápticos: También inhibe la adenilciclasa noradrenalina sensible. Ello disminuye la síntesis de AMP cíclico (segundo mensajero), alterando así la cadena de neurotransmisión. Así mismo, inhibe la enzima inositol-monofosfato-fosfatasa que hidroliza los fosfatidil-inositoles y disminuye la formación de inositol libre, necesario para la continuación del ciclo. Esta acción del litio ha sido postulada como uno de los probables mecanismos de acción subyacentes a su efecto clínico (hipótesis de la depleción de inositol).

DOSIS TÓXICA: Los niveles terapéuticos del litio están comprendidos entre 0,8 y 1,25 mEq/L; debido a este estrecho margen terapéutico los casos de toxicidad son frecuentes. Rango terapéutico: dosis mínima 450 mg/día o dosis máxima 1.800 mg/día. Los pacientes anormalmente sensibles al litio pueden exhibir signos de toxicidad con niveles séricos de 1 a 1,5 mEq/L. Deben evitarse niveles mayores a 2 mEq/L. En pacientes ancianos o con algún grado de patología renal que altere la excreción de la droga deben emplearse dosis menores que las habituales. En estos pacientes la vida media del litio está aumentada por lo que la litemia deberá solicitarse luego de cinco vidas medias, es decir, a los 7 o más días.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Las manifestaciones clínicas de la intoxicación por litio varían mucho según los niveles séricos del fármaco, las enfermedades de base del paciente, la ingesta simultánea de otros agentes, el estado de hidratación y la cronicidad de la sobredosis. Los principales efectos clínicos corresponden al SNC, los riñones y el corazón. Intoxicación aguda. Por ingesta deliberada o acci-

dental de una dosis elevada. Estos casos pueden tener poca repercusión clínica inicial a pesar de litemias relativamente altas ya que el litio tarda alrededor de 24 horas en alcanzar niveles estables en tejido cerebral.

En casos de intoxicación aguda la sintomatología va a depender de la magnitud de la misma; así, en los casos leves aparece letargia, fatiga, alteraciones de la memoria y temblor fino. En los casos moderados confusión, agitación, delirium, hiperreflexia, hipertensión arterial, bradicardia, coma, nistagmus, ataxia, fasciculaciones musculares, síndromes extrapiramidales, coreoatetosis y temblores bruscos. En las intoxicaciones graves aparece bradicardia, hipotensión, convulsiones, coma, hipertermia y muerte. Se han documentado alteraciones de la memoria y déficit neurológicos a largo plazo después de la intoxicación por litio. Debido al paso lento del litio del interior al exterior de la neurona, la sintomatología neurológica puede coincidir o incluso empeorar en el tiempo con un descenso de los niveles de litio plasmáticos.

En cuanto a las manifestaciones cardiovasculares, los cambios en el ECG son similares a los que se presentan en las hipokalemias. Intoxicación crónica. Se debe, casi siempre, a la acumulación del litio en pacientes que lo toman de forma crónica. Es la intoxicación más frecuente y grave (debido a que los niveles intracelulares del fármaco son ya de por sí elevados). Cursa con manifestaciones clínicas con litemia relativamente baja. Los factores desencadenantes pueden ser alguno de los siguientes: Incremento de la dosis habitual de litio (ajuste no adecuado). Disminución del sodio (Na+) y contracción del volumen intravascular, por adopción de medidas dietéticas (dietas hiposódicas) y otras pérdidas de sodio asociadas a fiebre, diarreas o deshidratación que alteran el metabolismo de este ion o el equilibrio hidroelectrolítico (el descenso del filtrado glomerular secundario a una depleción de volumen genera aumento de la reabsorción de litio a nivel del túbulo renal).

La interacción con fármacos que modifican la litemia, incrementan la captación intracelular de litio o directamente incrementan la toxicidad. Los pacientes en tratamiento crónico tienen una disminución gradual del índice de filtración glomerular y un defecto de la capacidad de concentración del riñón resistente a la vasopresina. Estas alteraciones producen deshidratación y agravan la intoxicación. Se puede observar hipotensión, arritmias y alteraciones electrocardiográficas consistentes en aplanamiento de la onda T, prolongación del QT y ondas U. También se producen náuseas, vómitos y diarrea. Otros efectos secundarios son visión borrosa, nistagmus, sequedad de boca,hipertermia o hipotermia y debili-

dad muscular. Los pacientes en tratamiento crónico y sobredosis tienen mayor riesgo de complicaciones.

El litio es un ion altamente tóxico y, se han informado ya diversos casos de intoxicación en pacientes tratados con litio. La mayoría de las veces los síntomas son moderados, pero pueden ser identificados por el profesional sanitario. En casi todos los pacientes, la intoxicación se desarrolla de manera gradual con un predominio de los síntomas mentales y neurológicos. La interacción con otras drogas también puede llevar a una alteración en los niveles de litio con la consecuente manifestación clínica. Se ha podido apreciar aumento en los niveles séricos de litio con el uso de algunos diuréticos. Las tiazidas disminuyen la aclaración de litio a nivel renal aumentando sus niveles. Otros estudios llevados a cabo en voluntarios sanos parecen sugerir que los diuréticos ahorradores de potasio, pueden elevar los niveles de litio en suero.

También se ha informado sobre la intoxicación por litio en un paciente en quien se utilizó amiloride para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. Incluso, algunos diuréticos naturistas se han visto relacionados con un aumento en los niveles de litio de algunos pacientes que han tomado el producto con la intención de bajar de peso. Aun cuando los pacientes pueden mejorar tan solo con la retirada del litio y/o del diurético, se presenta a continuación un nuevo problema, ya que, los pacientes se muestran reticentes de volver a confiar nuevamente en un producto con el que se han sentido cerca de la muerte.

Otra medicación que se ha relacionado con un aumento de los niveles de litio en suero son los antinflamatorios como la indometacina, el piroxicam, diclofenato y fenilbutazone, probablemente porque la inhibición de la síntesis de prostaglandinas disminuye la aclaración renal de litio. Pero, por otro lado, no se ha visto esta alteración con el uso de la aspirina. Además del aumento de los niveles de litio en sangre debido a las interacciones medicamentosas, también se pueden esperar reacciones adversas o complicaciones del cuadro médico al combinarlo con otras medicaciones de reciente aparición utilizadas en psiquiatría. Ya comienzan a informarse efectos adversos por la posible combinación de litio y ziprazidona y litio con olanzapina.

DIAGNÓSTICO: En muchas ocasiones, el diagnóstico clínico de la intoxicación por litio no es tan claro como parece, debido a la gran variedad de síntomas que se pueden presentar, sin embargo, la sintomatología neurológica es a menudo la que predomina. Debe hacerse en base a la presencia de clínica compatible y a

los niveles de litio en sangre. Se considerará intoxicado todo paciente con clínica neurológica y litemia mayor de 1,2 mEq/L o con litemia mayor de 1,6 mEq/L independientemente de la clínica. Un aumento en los niveles séricos de litio se corresponde casi siempre con la manifestación clínica de intoxicación, debido a esto, se propuso en 1978 una clasificación de intoxicación por litio basada en los niveles séricos de la droga.

Los investigadores la subdividieron con los siguientes cortes: 1,5 a 2,5 mmol/L intoxicación moderada. 2,5 a 3,5 mmol/L intoxicación severa. más de 3,5 mmol/L amenaza contra la vida. Pero no se puede establecer una relación muy clara entre los puntos de corte y la severidad de los síntomas debido a que la literatura médica cita diversos casos de intoxicación con niveles normales de litio en suero y casos de niveles tóxicos sin manifestaciones clínicas. Por lo que no se puede establecer el diagnóstico de intoxicación por litio solamente basados en los niveles séricos. Esto nos lleva a pensar que uno de los puntos más importantes en la intoxicación con sales de litio es su rápida detección. Para ello los profesionales han de estar convenientemente formados. Y esto tanto para la detección temprana de la intoxicación como para la formación de los propios pacientes para reconocer los signos y síntomas iniciales, así como a sus familiares.

Para esto último se dan las siguientes recomendaciones:
1. Realizar los controles de Litemia que el médico indique.
2. Realizar también los siguientes estudios una vez al año: electrocardiograma, pruebas de función renal y de función tiroidea.
3. Tomar las comidas normalmente sazonadas (nunca sosas o sin sal).
4. Beber líquidos con normalidad, ni más ni menos de los necesarios.
5. Estar atento a molestias o síntomas que incomoden o preocupen mientras esté a tratamiento con Litio (fiebre, diarrea, temblor, mareos, sed excesiva, etc..), y consultar con el médico, pues pueden ser signos de intoxicación.
6. Si está a tratamiento con litio se han de planificar los embarazos, comentándolo con el psiquiatra
7. Es fundamental saber que: a) Si se necesita tomar algún medicamento contra el dolor se debe elegir Ácido Acetilsalicílico o Paracetamol (los demás medicamentos alteran el litio). b) Se debe tener cuidado con los Diuréticos, Antiácidos y Antibióticos. Si tiene que tomarlos consulte antes con su psiquiatra o médico de cabecera. 8. Siempre que se consulte con cualquier médico, que no sea su psiquiatra, comentar que está tomando Litio para que este lo tenga en cuenta.
9. Nunca dejar de tomar el litio por su cuenta.

CONTRAINDICACIONES: Está contraindicado en estos casos:
- Embarazo.
- Función renal fluctuante.
-Deterioro renal grave.
Se debe usar con precaución en pacientes con enfermedad cardíaca, deshidratación, depleción de sodio, demencia, mujeres durante la lactancia y en ancianos.

TRATAMIENTO: La estrategia para disminuir la exposición a concentraciones elevadas es el aumento de la depuración renal. El tratamiento más recomendado es la hemodiálisis, aunque algunos autores recomiendan la terapia de reemplazo de la función renal continua para pacientes con inestabilidad hemodinámica. La elección del tratamiento depende principalmente de la disponibilidad local y la condición clínica del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las sales de litio se utilizan para el tratamiento y la prevención de la depresión y la enfermedad bipolar desde hace unos 60 años. El litio tiene una ventana terapéutica estrecha y los efectos adversos muchas veces limitan la dosis. Por otra parte, la toxicidad no siempre se relaciona de forma lineal con la concentración plasmática del fármaco. Una intoxicación aguda en un paciente que nunca tomó litio por lo general tiene un buen pronóstico. Por el contrario, la toxicidad crónica es más peligrosa, ya que implica una concentración tisular mayor y una vida media más prolongada.

La intoxicación con litio puede provocar alteraciones cognitivas o neurológicas persistentes y, muy rara vez, la muerte. La manifestación clínica predominante en la intoxicación por litio es la afectación neurológica, que puede acompañarse de alteraciones electrocardiográficas (superponibles a las de la hipopotasemia), y gastrointestinales. Los casos graves pueden presentar complicaciones cardiovasculares mortales. Por todo lo anteriormente expuesto es fundamental la temprana detección de signos y síntomas de intoxicación con Litio, tanto por parte de los profesionales como por parte de los propios pacientes y familiares. Y esto se consigue mediante la adecuada instrucción y capacitación de todos ellos.

6 Bibliografía

- Dunne F. Manifestaciones Clínicas de la Intoxicación con Litio. British Journal of Hospital Medicine 71(4):206-210, Abr 2010.
- Murcia salud. https://www.murciasalud.es/toxiconet.php?iddoc=194236&idsec=4095
- Domínguez Ortega L., Medina Ortiz1 O., Cabrera García-Armenter S. Intoxicación con litio. An. Med. Interna. 2006; 23 (9)
- Olagorta García S, Esteban Ciriano ME, Vicente de Vera Floristán JM, Juan Belloc S, Bueno Lozano M. Intoxicación por carbonato de litio. Medicina general y de familia. 2013;2(1).
- Chinchilla Moreno A, Correas Lauffer J, Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Vega Piñero M. Breviario de Urgencias Psiquiátricas. Barcelona: Elsevier Masson; 2011.
- SA Burguess S.,Heddes J., KE Hawton K., Taylor M., Townsend M., Jamison K., Goodwin G.Litio para el tratamiento de mantenimiento de los trastornos del estado de ánimo. Cochrane Common Mental Disorders Group. https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003013/full/es?highlightAbstract=liti&highlightAbstract=litio

Capítulo 148

INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA EN PACIENTE CON MULTI PATOLOGÍA.

MARÍA PÉREZ RODRÍGUEZ

ADRIANA SUÁREZ MESA

1 Introducción

La insuficiencia cardíaca, se produce cuando el músculo del corazón no bombea sangre tan bien como debería hacerlo. Determinadas afecciones, como las arterias estrechadas en el corazón o la presión arterial alta, dejan progresivamente el corazón demasiado débil o rígido como para llenarse y bombear de forma eficaz.

No es posible revertir todas las afecciones que provocan la insuficiencia cardíaca, pero los tratamientos pueden mejorar los signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca y ayudarte a vivir más tiempo. Los cambios en el estilo de vida (como hacer ejercicio, reducir el sodio en la dieta, controlar el estrés y adelgazar) pueden mejorar la calidad de vida. Una manera de evitar la insuficiencia cardíaca es prevenir y controlar las afecciones que la originan, como la enfermedad de las arterias coronarias, la presión arterial alta, la diabetes o la obesidad.

Síntomas
La insuficiencia cardíaca puede ser constante (crónica) o puede comenzar de manera repentina (aguda).
Algunos de los signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca pueden ser los siguientes:

- Falta de aire (disnea) cuando haces esfuerzos o te acuestas.
- Fatiga y debilidad.
- Hinchazón (edema) en las piernas, los tobillos y los pies.
- Latidos del corazón rápidos o irregulares.
- Menor capacidad para hacer ejercicio.
- Tos o sibilancia constantes con flema blanca o rosa manchada de sangre.
- Mayor necesidad de orinar por la noche.
- Hinchazón del abdomen (ascitis).
- Aumento de peso muy rápido por retención de líquido.
- Falta de apetito y náuseas.
- Dificultad para concentrarse o menor estado de alerta.
- Falta de aire repentina y grave, y tos con moco rosa espumoso.
- Dolor en el pecho si la insuficiencia cardíaca es producto de un ataque cardíaco.

Causas.
La insuficiencia cardíaca suele manifestarse después de que otras afecciones hayan dañado o debilitado el corazón. Sin embargo, no es necesario que el corazón esté debilitado para provocar una insuficiencia cardíaca. Esto también puede ocurrir si el corazón se vuelve demasiado rígido. En el caso de la insuficiencia cardíaca, las cavidades de bombeo principales del corazón (los ventrículos) se pueden volver rígidas y no llenarse de manera adecuada entre los latidos. En algunos casos de insuficiencia cardíaca, el músculo cardíaco puede dañarse y debilitarse, y los ventrículos se estiran (dilatan) a tal punto que el corazón no puede bombear sangre a todo el cuerpo de manera eficaz.

Con el tiempo, el corazón ya no puede mantener las exigencias normales que tiene de bombear sangre al resto del cuerpo. Una fracción de eyección es una medida importante de cuán bien el corazón bombea sangre, y se utiliza para ayudar a clasificar la insuficiencia cardíaca y para guiar el tratamiento. En un corazón saludable, la fracción de eyección es del 50 por ciento o mayor, lo que significa que más de la mitad de la sangre que llena el ventrículo se bombea hacia afuera con cada latido.

Sin embargo, la insuficiencia cardíaca puede producirse incluso con una fracción de eyección normal. Esto ocurre si el músculo cardíaco se vuelve rígido por afecciones como la presión arterial alta.
La insuficiencia cardíaca puede afectar el lado izquierdo (ventrículo izquierdo), el lado derecho (ventrículo derecho) o ambos lados del corazón. En general, la insuficiencia cardíaca comienza en el lado izquierdo, específicamente, en el ven-

trículo izquierdo (la cavidad de bombeo principal del corazón).

Otros problemas del corazón que pueden causar insuficiencia cardíaca son:
- Cardiopatía congénita.
- Ataque cardíaco (cuando la enfermedad de la arteria coronaria resulta en un bloqueo repentino de una arteria del corazón).
- Válvulas cardíacas permeables o estrechas.
- Infección que debilita el miocardio.
- Algunos tipos de ritmos cardíacos anormales (arritmias).

Otras enfermedades que pueden causar o contribuir a la insuficiencia cardíaca son:
- Amiloidosis.
- Enfisema.
- Hipertiroidismo.
- Sarcoidosis.
- Anemia grave.
- Demasiado hierro en el cuerpo.
- Hipotiroidismo.

Tipo de insuficiencia cardíaca
- Insuficiencia cardíaca izquierda: Puede acumularse líquido en los pulmones, lo que hará que tengas falta de aire.
- Insuficiencia cardíaca derecha: Puede acumularse líquido en el abdomen, en las piernas y en los pies, lo que causará hinchazón.
- Insuficiencia cardíaca sistólica: El ventrículo izquierdo no puede contraerse vigorosamente, lo que indica un problema de bombeo.
- Insuficiencia cardíaca diastólica (también llamada «insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada»): El ventrículo izquierdo no puede relajarse ni llenarse por completo, lo que indica un problema de llenado.
Cualquiera de las siguientes afecciones puede dañar o debilitar el corazón y provocar insuficiencia cardíaca. Algunos pueden estar presentes sin que lo sepas:
- Enfermedad de las arterias coronarias y ataque cardíaco. La enfermedad de las arterias coronarias es la forma más frecuente de enfermedad cardíaca y la causa más frecuente de insuficiencia cardíaca. La enfermedad se debe a una acumulación de depósitos de grasas (placas) en las arterias, lo que reduce el flujo sanguíneo y puede provocar un ataque cardíaco.
- Presión arterial alta (hipertensión). Si la presión arterial es alta, el corazón tiene que esforzarse más de lo que debería para hacer circular la sangre por el cuerpo.

Con el tiempo, este esfuerzo adicional puede hacer que el músculo cardíaco se vuelva demasiado rígido o demasiado débil para bombear sangre de manera eficaz.

- Válvulas cardíacas defectuosas. Las válvulas del corazón mantienen la sangre fluyendo en la dirección adecuada a través del corazón. Una válvula dañada (debido a un defecto cardíaco, a una enfermedad de las arterias coronarias o a una infección cardíaca) obliga al corazón a esforzarse más, lo que puede debilitarlo con el tiempo.
- Daño al músculo cardíaco (miocardiopatía). El daño al músculo cardíaco (miocardiopatía) puede tener muchas causas, como diversas enfermedades, infecciones, abuso de alcohol y el efecto tóxico de drogas, tales como cocaína, o algunos medicamentos que se utilizan en quimioterapia. Los factores genéticos también podrían influir.
- Miocarditis. La miocarditis es la inflamación del músculo cardíaco. Su causa más frecuente es un virus, y puede provocar insuficiencia cardíaca izquierda.
- Defectos cardíacos de nacimiento (defectos cardíacos congénitos). Si el corazón y sus cavidades o sus válvulas no se han formado correctamente, las partes sanas del corazón tienen que esforzarse más para bombear sangre a través del corazón, lo que, a su vez, puede provocar una insuficiencia cardíaca.
- Ritmos cardíacos anormales (arritmias cardíacas). Los ritmos cardíacos anormales pueden hacer que el corazón lata demasiado rápido, lo que le crea un esfuerzo adicional. Un latido del corazón lento también puede provocar insuficiencia cardíaca.
- Otras enfermedades. Las enfermedades crónicas —como diabetes, VIH, hipertiroidismo, hipotiroidismo o una acumulación de hierro (hemocromatosis) o de proteína (amiloidosis)— también pueden contribuir con la insuficiencia cardíaca.

Las causas de la insuficiencia cardíaca aguda comprenden virus que atacan al músculo cardíaco, infecciones graves, reacciones alérgicas, coágulos sanguíneos en los pulmones, el uso de ciertos medicamentos o cualquier enfermedad que afecte todo el cuerpo.

2 Objetivos

Relatar a través de un caso clínico real, que es la Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) en un paciente con varias patologías, además de explicar como resolverla.

3 Caso clínico

Paciente varón de 63 años que acude por disminución de diuresis y fatiga. Refiere que desde hace 3 días empezó a presentar deseos de orinar pero con imposibilidad para orinar (sin clara reducción de volumen total de orina), presentando también aumento progresivo del volumen en miembros inferiores, edema facial y distensión abdominal. A pesar de que anda muy poco por limitación motora de origen neurológico, ha presentado disnea en reposo, con ortopnea y distonía paroxística nocturna (refiere despertarse con mucha tos seca nocturna). No dolor torácico. Niega fiebre o clínica infecciosa en días previos.

Consciente, orientado en tiempo y espacio. Taquipneico en reposo, normocoloreado y bien perfundido. Taquicárdico, tercer tono presente sin soplos. Pulmones bien ventilados. Crepitantes bibasales.
Abdomen: Distendido, tenso. Sin dolor a la palpación ni se aprecian signos de irritación peritoneal.
Extremidades inferiores: Simétricas, sin signos flebíticos. Edemas +2 hasta tercio distal del muslo.
ECG: Taquicardia sinusal a 115 L/min, PR normal, BRHH y HBAI ya conocidos, sin alteraciones en la repolarización respecto a previos.
Rx de tórax: ICT aumentado, no pinzamiento, leve aumento trama vascular.

Vive con su mujer. Trabajó en la aldea, jubilado. Anda muy poco por limitación motora.
No hábitos tóxicos Madre fallecida a los 40 años de una arritmia que no sabe especificar.
Factores de riesgo cardiovascular: HTA. Dislipemia. DM tipo 2 a tratamiento con ADOs e insulina, 23 años de diagnóstico, con afectación de órgano diana (Retinopatía diabética tratada con láser y nefropatía diabética con IRA secundaria). Obeso. No hábitos tóxicos.

Sin antecedentes cardiológicos conocidos, aunque se han solicitado estudios por parte de otras especialidades:
Holter 11/2017: Ritmo sinusal de base con variación normal de la frecuencia cardiaca. No evidencia de arritmias.
ETT 11/2017: Hipertrofia moderada del VI con función conservada. Dilatación leve de la AI (aurícula izquierda).
Otros antecedentes:
- Hematoma capsulotalámico izquierdo de etiología hipertensiva con secuelas de

inestabilidad de la marcha leve en septiembre/16.
- Ingreso en neurología en noviembre/17 con diagnóstico de Ictus isquémico en territorio de ACM derecha de etiología lacunar. Estenosis asintomática de aproximadamente el 50% P2 derecha sin repercusión hemodinámica, con secuela ligera inestabilidad en la marcha, que consigue sin apoyos con alteración del habla y paresia MSD.
- Diagnosticado de Guillian-Barre en el año 94, precisan ciclos de Igs durante 1 año, posteriormente esteroides (cuando mejoró fue con esteroides) y ciclosporina, retirándose año 2000 con buena evolución, casi asintomático, realizando tareas de campo sin menoscabo funcional. Estuvo en tratamiento con Igs en 2019 y posteriormente con corticoides hasta el 27/11/19.
- Lumbalgias.
- Insuficiencia venosa crónica.
- Sindrome depresivo.

Coronariografía:
- TCI sin lesiones.
- DA: Vaso largo de buen calibre y desarrollo. Placa no significativa (20%) en DAm. Resto de vaso con irregularidades no significativas.
- CF: Vaso de buen calibre y desarrollo. Sin lesiones angiográficas significativas.
- CD: Dominante. Sin lesiones angiográficas significativas.
Conclusión: Arterias coronarias con irregularidades no significativas.
Procedimiento realizado por acceso radial derecho. Sin complicaciones.

Ecocardio Transtorácico:
- VI de tamaño normal con hipertrofia leve. FEVI conservada sin alteraciones segmentarias de la contractilidad. Patrón de relajación prolongada con presiones de llenado no elevadas.
- VD de tamaño y función normales.
- Aurícula izquierda levemente dilatada.
- Válvula aórtica trivalva normofuncionante.
- Insuficiencia mitral leve.
- VCI no dilatada.
- No derrame pericárdico.

Interconsulta de Urología:
Retiramos LVC que se deberá reinstaurar si hematuria franca.
Forzar ingesta de líquidos si es posible.
Si en 24- 48 horas mantiene orina clara, retirar SV.

Indicamos Tamsulosina 0.4mg/24hs.

Interconsulta de Neurología:
Paciente conocido por CIDP por el que solicitan consulta debido a oliguria en el contexto de ICC. LA exploración física no muestra cambios con respecto a la última registrada y el paciente no refiere empeoramiento de su estado NRL. Aunque la CIDP puede presentar sintomatología disatonómica no es lo más habitual y se da con cuadros más graves por lo que no impresiona de que el cuadro de oligoanuria tenga que ver con su enfermedad de base. Dada estabilidad por el momento no me parece candidato a Ig o nueva tanda de corticoides.

Interconsulta de Nefrología:
Se objetiva deterioro progresivo de la función renal (de 1,4 mg/dl basal a 2,8 mg/dl) a pesar de de diuresis conservada con TA en rango de normalidad. Al ingreso recibió dosis elevada de Seguril (por sobrecarga hidrosalina en contexto de ICC) objetivándose poliuria de más de 6 litros. Posteriormente recibiendo desde hace más de 48 horas furosemida 1/2 comprimido de 40 mg con buenas diuresis. Se ha realizado durante el ingreso coronariografía con contraste yodado. Proteinuria en torno a 1,5-2 g/24 horas (similar a revisiones en consultas externas) con microhematuria persistente (ya presentaba previamente al ingreso hematuria positiva) y actualmente con hematuria macroscópica ya valorada por urología.

4 Discusión-Conclusión

Factores de riesgo.
Un único factor de riesgo puede ser suficiente para causar una insuficiencia cardíaca; sin embargo, una combinación de factores también aumenta el riesgo.
Los factores de riesgo son los siguientes:
- Presión arterial alta. El corazón se esfuerza más de lo que debería si la presión arterial es alta.
- Enfermedad de las arterias coronarias. Las arterias estrechadas pueden limitar el suministro de sangre rica en oxígeno al corazón, lo que genera que el músculo cardíaco se debilite.
- Ataque cardíaco. Un ataque cardíaco es una forma de enfermedad coronaria que se produce de repente. El daño al músculo cardíaco por un ataque cardíaco puede significar que el corazón ya no pueda bombear de la forma correcta.
- Diabetes. Tener diabetes aumenta el riesgo de tener presión arterial alta y enfermedad de las arterias coronarias.

- Algunos medicamentos para la diabetes. Se ha descubierto que los medicamentos para la diabetes rosiglitazona (Avandia) y pioglitazona (Actos) aumentan el riesgo de insuficiencia cardíaca en algunas personas. No obstante, no suspendas estos medicamentos por tu cuenta. Si los estás tomando, habla con el médico acerca de si necesitas hacer algún cambio.
- Determinados medicamentos. Algunos medicamentos pueden provocar insuficiencia cardíaca o problemas cardíacos. Los medicamentos que pueden aumentar el riesgo de tener problemas cardíacos son los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE); ciertos anestésicos; algunos medicamentos contra la arritmia; ciertos medicamentos que se utilizan para tratar la presión arterial alta, el cáncer, las afecciones sanguíneas, los trastornos neurológicos y psiquiátricos, las afecciones pulmonares y urológicas, las afecciones inflamatorias y las infecciones; y otros medicamentos recetados y de venta libre.
No suspendas ningún medicamento por tu cuenta. Si tienes preguntas sobre los medicamentos que estás tomando, consulta con el médico si recomienda algún cambio.
- Apnea del sueño. La incapacidad para respirar de manera adecuada mientras duermes por la noche genera bajos niveles de oxígeno en sangre y un mayor riesgo de tener ritmos cardíacos anormales. Ambos problemas pueden debilitar el corazón.
- Defectos cardíacos congénitos. Algunas personas que manifiestan insuficiencia cardíaca han nacido con defectos cardíacos estructurales.
- Valvulopatía. Las personas con valvulopatía corren mayor riesgo de padecer insuficiencia cardíaca.
- Virus. Una infección viral puede haber dañado el músculo cardíaco.
- Consumo de alcohol. Beber demasiado alcohol puede debilitar el músculo cardíaco y provocar insuficiencia cardíaca.
- Consumo de tabaco. El uso de tabaco puede aumentar el riesgo de padecer insuficiencia cardíaca.
- Obesidad. Las personas obesas corren mayor riesgo de padecer insuficiencia cardíaca.
- Latidos del corazón irregulares. Estos ritmos anormales, en especial si son muy frecuentes y rápidos, pueden debilitar el músculo cardíaco y provocar insuficiencia cardíaca.

Complicaciones.
Si un paciente tiene insuficiencia cardíaca, su pronóstico depende de la causa y de la gravedad, de su salud general y de otros factores, como su edad. Las com-

plicaciones pueden ser las siguientes:
- Daño o insuficiencia renal. La insuficiencia cardíaca puede reducir el flujo sanguíneo a los riñones, lo que con el tiempo puede provocar una insuficiencia renal si no se la trata. El daño renal a causa de la insuficiencia cardíaca puede requerir diálisis como tratamiento.
- Problemas en las válvulas cardíacas. Las válvulas del corazón, que mantienen el flujo de sangre en la dirección adecuada en este órgano, pueden no funcionar en forma adecuada si el corazón está dilatado o si la presión en el corazón es muy alta debido a la insuficiencia cardíaca.
- Problemas del ritmo cardíaco. Los problemas en el ritmo cardíaco (arritmias) pueden ser una posible complicación de la insuficiencia cardíaca.
- Daño hepático. La insuficiencia cardíaca puede provocar una acumulación de líquido que ejerce demasiada presión sobre el hígado. Esta acumulación de líquido puede generar cicatrices, lo que dificulta más que el hígado funcione de manera adecuada.

Los síntomas y la función cardíaca de algunas personas mejorarán con el tratamiento adecuado. Sin embargo, la insuficiencia cardíaca puede poner en riesgo la vida. Las personas con insuficiencia cardíaca pueden tener síntomas graves, y algunas podrán requerir un trasplante de corazón o ayuda con un dispositivo de asistencia ventricular.

Prevención.
La clave para evitar la insuficiencia cardíaca es reducir los factores de riesgo. Puedes controlar o eliminar muchos de los factores de riesgo de las enfermedades cardíacas —como la presión arterial alta y la enfermedad de las arterias coronarias— implementando cambios en el estilo de vida junto con la ayuda de cualquier medicación necesaria.
Los cambios en el estilo de vida que puedes hacer para evitar la insuficiencia cardíaca incluyen los siguientes:
- No fumar.
- Controlar ciertas afecciones, como la presión arterial alta y la diabetes.
- Mantenerse físicamente activo.
- Consumir alimentos saludables.
- Mantener un peso saludable.
- Reducir y controlar el estrés.

5 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-failure/symptoms-causes/syc-20373142.
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000158.htm

Capítulo 149

GESTACIÓN HETEROTÓPICA; A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

LUCIA PIQUERO CASADO

ROCÍO GONZÁLEZ CASTRO

MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ

ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El embarazo heterotópico es la coexistencia de un embarazo intrauterino y un embarazo ectópico; que se produzca de forma espontánea, es un suceso excepcional. La incidencia actual es de 1:2.600 – 1:1.800 y en tratamientos con reproducción asistida el riesgo es 400 veces mayor. Parecen ser factores predisponentes: la enfermedad pélvica inflamatoria, el embarazo múltiple dicigoto, la superfetación, la superfecundación y la hiperestimulación ovárica.

El producto extrauterino casi siempre se pierde y el intrauterino llega a tener diversas complicaciones, aunque puede llegar a término. La tasa de mortalidad materna varía del 1 al 6%. A continuación se presenta el caso de un embarazo heterotópico espontáneo, constituido por una gestación tubárica izquierda y una gestación intrauterina. La gestación intraútero progresó hacia un aborto retenido. Tras la correcta derivación de la matrona y el tratamiento hospitalario oportuno, la paciente evolucionó favorablemente.

2 Objetivos

- Describir un caso clínico de una paciente con embarazo heterotópico.
- Reflejar la importancia de la matrona en la correcta valoración y derivación de la gestante.
- Reseñar la relevancia de la matrona como profesional encargado de la salud integral de la mujer.

3 Caso clínico

Material y métodos:

Revisión y análisis de historia clínica.
Revisión de bases de datos bibliográficas: Cochrane, Medline y Scielo Términos de búsqueda "heterotopic pregnancy" y "ectopicpregnancy".
1ª Consulta de matrona (25/09/13)
Paciente de 32 años, test embarazo +.
AP: Cirugía renal al nacer. Fumadora.
AGO: G2P1A0V1. P. eutócico en 2010.
FUR: 27/07/13. Gestación espontánea.
Ciclo menstrual: 5/irregular.
Menarquia: 9 años.
Refiere: Dolor abdominal y sensación de escozor al orinar.

La matrona:
- Realiza educación sanitaria y explica sintomatología normal/anormal del I trimestre de gestación.
- Deriva al obstetra para tratamiento de infección urinaria.

1ª consulta de obstetricia (25/09/13).
Ecografía vaginal: embrión con latido +, saco gestacional y vesícula vitelina.
Tratamiento para la infección.
Control gestacional estándar.
2ª Consulta de matrona urgente (2/10/14)

Una semana después la paciente vuelve a ponerse en contacto con la matrona por persistencia del dolor abdominal esta vez más intenso.
Se la deriva a Urgencias Obstétricas:
Ecografía (semana 9 de amenorrea): Aborto retenido intrauterino de +- 6 semanas e imagen compatible con gestación tubárica izda.

Se diagnostica Gestación heterotópica, decidiendo su ingreso hospitalario.
Ingreso hospitalario (2/10/13)
Analítica: Normal. Coombs indirecto negativo. BHCG 31.710 mU/ml.

3/10/2013 - Intervención:
Se realiza legrado y aspiración uterina.
Postoperatorio: Normal.
4/10/2013 - Se pauta una dosis de Metotrexato intramuscular (50 mg/m2), como tratamiento del embarazo ectópico.
Se realiza BHCG 6.092 mU/ml y tras resultado se decide alta hospitalaria y se da nueva cita para control de BHCG y proponer alta definitiva.
11/10/2013 – Revisión en 7 días:
Se realiza control de BHCG siendo el resultado: 277,2 mU/ml, ante la disminución de la hormona se da alta definitiva.

4 Discusión-Conclusión

La matrona es el primer profesional con el que se encuentran las gestantes. Su función en la educación sanitaria, en la atención integral de la salud de la mujer y en la correcta derivación, es de vital relevancia.

5 Bibliografía

- Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de obstetricia (SEGO). Gráficas Marte-Grupo ENE, Madrid, 2007.
- García Mirás R., Gallego J, et all. Embarazo heterotópico. Presentación de un caso. Hospital D.G. Eusebio Hernández. Revista cubana de Obstetricia y ginecología, 2001; 27(1):34-8
- Kaplan F., Espinoza O, et all. Embarazo heterotópico: una patología emergente. Revista Chilena de obstetricia y ginecología, 2002; 67(5): 402-404.
- Luna G. Embarazo heterotópico espontáneo en pacientes con antecedente de embarazo gemelar familiar: 2 casos. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Pachuca. México, 2012.

Capítulo 150

PANCREATITIS AGUDA

LORENA VALLEDOR CASTAÑO

NAGORE SOLADANA GÓMEZ

LAURA MALLADA LLANO

DIANA GONZÁLEZ ARANGO

1 Introducción

El páncreas es una glándula grande ubicada detrás del estómago y cerca de la primera parte del intestino delgado, que segrega jugos digestivos en el mismo a través de los conductos pancreáticos. El páncreas también libera las hormonas insulina y glucagón en la sangre.

La pancreatitis es una inflamación del páncreas. Puede ser aguda o crónica.

La pancreatitis aguda es una enfermedad relativamente frecuente. En España se estima que la incidencia es de aproximadamente 35-40 casos por cada 100.000 habitantes al año. Las causas principales de la pancreatitis aguda son variadas. Las dos más frecuentes son los cálculos en la vesícula biliar (colelitiasis) y el consumo excesivo de alcohol. En aproximadamente un 15-25% de los pacientes, no se descubre la causa (pancreatitis idiopática)

2 Objetivos

Revisión de un caso de pancreatitis aguda

3 Caso clínico

Varón de 52 años que acude al servicio de urgencias por presentar dolor en el hipocondrio izquierdo de 2 días de evolución. El dolor se acentua tras las comidas. Las últimas 24 horas también ha presentado vómitos, sudoración y fiebre termometrada hasta 38,5ºC.

Anamnesis: No fumador, bebedor de 4 vasos de vino al dia.

Exploración física: COC. Bien hidratado y perfundido. Auscultación normal. Abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en epigastrio.

Pruebas complementarias:
- Elevación de las encimas pancreáticas y pruebas de función hepática.
• Amilasa: 1704 U/L (20-100)
• Lipasa: 11530 U/L (13-60)
• Aspartato aminotransferrasa 169 U/L (0-40)
• Alanina glutamiltransferrasa 159 U/L (0-41)
• Gammaglutamiltransferrasa 7323 U/L (0-60)
• Bilirrubina total 1.5mg/dl (0.1-1.2)
• Bilirrubina directa 1.3mg/dl (0-0.5)
- Rx de tórax y abdomen y ECG normales.
- ECO abdominal: colelitiasis y barro biliar.

Se decide el ingreso del paciente en la unidad de digestivo con el diagnóstico de pancreatitis aguda.

4 Discusión-Conclusión

En España la incidencia de pancreatitis aguda va de 100 a 400 nuevos casos al año por cada 100.000 habitantes.
La pancreatitis aguda está aumentando progresivamente en las últimas décadas, probablemente por el aumento de la obesidad, que condiciona mayor incidencia de colelitiasis (cálculos biliares), la cual es una de sus principales causas.

Puede sufrir una pancreatitis aguda cualquier persona previamente sana, pero la regla es que ésta se produzca en personas que padecen alguna de las causas predisponentes. Tener piedras en la vesícula biliar o poseer una bilis formadora de piedras es un factor de riesgo. Dos de cada tres pacientes con pancreatitis

producida por piedras son mujeres. La mayor frecuencia se da en edades comprendidas entre los 50 y 70 años.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000287.htm
- https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pancreatitis-aguda
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pancreatitis/diagnosis-treatment/drc-20360233
- https://www.saludigestivo.es/pruebas-diagnosticas/colangiopancreatografia-retrograda-endoscopica-cpre/#indicaciones

Capítulo 151

ACTUALIZACIÓN DEL MANEJO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL, EN LOS DIFERENTES TIPOS DE AISLAMIENTOS

RAQUEL COSTALES TUERO

BEGOÑA PANIAGUA GARCIA

ANA COSTALES TUERO

1 Introducción

Los profesionales sanitarios que trabajan en emergencias intra y extrahospitalarias se encuentran sometidos a una serie de riesgos que hace preciso determinar de una manera clara la utilización de los equipos de protección individual (EPIs).

El estar protegidos frente a posibles enfermedades/infecciones ya viene recogido en la Constitución española en su artículo 40.2, donde insta a los poderes públicos a fomentar una política que garantice la formación y readaptación de profesionales; velar por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizar el descanso necesario mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados. Posteriormente la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, se establece más detalladamente las obligaciones de proteger al trabajador.

2 Objetivos

Actualizar conocimientos sobre equipos de protección individual y su correcta utilización en los diferentes tipos de aislamientos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica actualizada (posterior al 2010) sobre el empleo y uso de Equipos de Protección Individual (EPIs) en diferentes situaciones de emergencia, y se actualiza la normativa relacionada con los EPIS. Se han consultado diferentes bases de datos científicas como Cochrane, Pubmed o Cuiden.

4 Resultados

Definiríamos vigilancia epidemiológica como la recogida, análisis e interpretación de datos sobre enfermedades infecciosas. Dentro del territorio español está regulado a través del Real Decreto 2210/1995, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Constituida para la declaración obligatoria de enfermedades, situaciones epidémicas, brotes; para la vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA entre otros.

Las medidas de aislamiento tienen como objetivo prevenir la propagación de enfermedades transmisibles, existiendo dos niveles de protección:

1.Medidas estándar: son las que se realizan independientemente de los diagnósticos de los pacientes y son iguales para todos como:
A.la ropa de trabajo, los uniformes, las protecciones oculares y el calzado de seguridad. Sería el nivel más bajo de medidas estándar. Aquí cabe reseñar que se debe dotar a los profesionales sanitarios que trabajan de manera extrahospitalaria de ropa con estándares de calidad y con señalización de alta visibilidad.

Los guantes protegen ante posibles pinchazos y hacen de barrera en contacto con fluidos corporales, con lo que deben ser impermeables, no estar hechos de tejidos porosos ni estar deformados, los más utilizados por el personal sanitario son los de latex y nitrilo. Las batas deben ser desechables.

Las mascarillas están indicadas para la protección respiratoria del trabajador frente a partículas y aerosoles líquidos, como: polvo, agentes biológicos, citostáti-

cos y otros fármacos peligrosos, aunque no protegen frente a gases ni vapores químicos. Existen varios tipos de mascarilla, aunque las mas utilizadas por el personal sanitario son:
-Mascarilla quirúrgica que protege a los demás ya que están diseñadas para filtrar las partículas emitidas por el usuario durante la respiración, impidiendo que lleguen al exterior. También protege al usuario de salpicaduras de fluidos biológicos.
-Mascarilla de alta eficacia FPP que protege al usuario ya que están diseñadas para filtrar las partículas y aerosoles líquidos presentes en el medio ambiente, impidiendo que sean inhaladas por el usuario. En función de su diseño puede ser: cónica, horizontal (pico-pato) y vertical. Según la eficacia de filtración la mascarilla es de clase 1, 2 o 3. Las mascarillas pueden tener válvula de exhalación, la cual facilita la respiración y evita la condensación; se recomiendan para largos periodos de uso. Como no filtran el aire exhalado por el usuario, las mascarillas con válvulas no se deben colocar a pacientes.

B. Higiene de manos: es la principal medida para evitar la propagación de agentes infecciosos causantes de este tipo de enfermedades. El lavado de manos debe ser con agua y jabón y debe durar entorno a unos 20-30 segundos. La OMS propone 5 momentos en los cuales el personal sanitario debe realizar lavado de manos: antes del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después de la exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente. En la actualidad también existen multitud de productos de base alcohólica que nos permiten lavarnos las manos cuando no tengamos cerca agua y jabón. Este tipo de lavado de manos es más rápido ya que solo sería necesario de 15-20 segundos.

C. Otro punto importante es que todos los profesionales sanitarios tuvieran claro cómo ha de colocarse/quitarse un equipo de protección individual. A nivel general las calzas son lo primero que se pone y que se quita y los guantes se quitarían a la vez que la bata enrollándolo todo junto. La secuencia de colocación sería: calzas, bata, mascarilla, protección ocular, gorro y guantes. La secuencia de retirada sería: calzas, guantes+bata, gorro, protección ocular y mascarilla.

2. Medidas según el tipo de transmisión: se adoptaran junto a las medidas generales y depende de la enfermedad infecciosa y su contagiosidad.
A. Aislamiento de Contacto: se utiliza cuando existe la sospecha de una enfermedad transmisible por contacto directo con el paciente o con elementos de su ambiente. También para las enfermedades entéricas y para las infecciones

cutáneas. Tales como el clostridium difficile, E. coli, shigella, VHA, VHE, rotavirus, difteria, herpes simple, impetigo, sarna, gangrena, fiebres hemorrágicas (ébola, lassa).

Las precauciones a seguir son habitación individual si es posible o si no, compartida con paciente de la misma patología. Lavado de manos antes y después de tocar al paciente, uso de guantes antes de entrar en la habitación y de bata si vamos a entrar en contacto directo con el paciente o con materiales contaminados. Intentar evitar el traslado lo más posible y los materiales clínicos de uso exclusivo del paciente sin sacar de la habitación.

B. Aislamiento aéreo: se realiza con las partículas que son menores a 5 micras y quedan suspendidas en el aire por largo periodo de tiempo. Son por ejemplo el sarampión, varicela o tuberculosis pulmonar activa. Cabe reseñar aquí que el herpes Zoster necesita aislamiento de contacto y aéreo. Dentro de las precauciones se precisaría de habitación individual con presión negativa y puerta cerrada y ventanas abiertas, lavado de manos antes y después de tocar al paciente, bata y guantes si existe contacto con secreciones, mascarilla con flitro de alta eficiencia, todo el material se desechará al salir de la habitación; el transporte de paciente limitado con mascarilla quirúrgica.

C. Aislamiento por gotas: partículas superiores a 5 micras que se generan al estornudar o toser y que recorren una una distancia de hasta 4 metros, o las generadas al hablar y recorren una distancia hasta de 1 metro. Son algunos ejemplos meningococo, haemophilus influenzae, difteria, parotiditis, tosferina, escarlatina, parvovirus, micoplasma, gripe, rubeola, peste bobina entre otras. Las precauciones a seguir son habitación individual si es posible o si no, compartida con otro paciente de similar patología, lavado de manos antes y después de tocar al paciente, guantes y bata si hay contacto directo con el paciente. Mascarilla si estaremos a menos de un metro del paciente, se debe desechar todo al salir de la habitación, y el transporte del paciente limitado con mascarilla.

D. Aislamiento inverso o protector: sirve para proteger al paciente de las infecciones, se utiliza en inmunodeprimidos, grandes quemados o pacientes oncológicos. Son todos aquellos pacientes con neutropenia grave (menos a 500 neutrofilos). Las precauciones a seguir son habitación individual con presión positiva y puerta y ventanas cerradas, lavado de manos antes y despues de tocar al paciente, guantes, bata, mascarilla, gorro y calzas para entrar en la habitación y trasporte del paciente limitado y con mascarilla.

E. Aislamiento estricto: es un tipo de aislamiento especial que se utiliza para agentes infecciosos extremadamente virulentos como pueden ser el ébola, la peste. en este tipo de pacientes los fluidos corporales deben ser eliminados por incineración. El paciente debe estar aislado en un pabellón de aislamiento a ser posible, en habitación individual con flujo de aire negativo, visitas restringidas, el equipo de protección individual debe ser completo. Actualmente las enfermedades que requieren cuarentena, según la OMS, son tres el colera, la peste y la fiebre amarilla.

Dados los avances a nivel de laboratorio y de investigación cabe hacer una mención a lo llamado como bioterrorismo, este se define como el uso de microorganismos patógenos como arma contra la población civil. Estas armas biológicas tienen como características una mortalidad y morbilidad altas, gran potencial de transmisión de persona a persona falta de vacuna universal eficaz, estabilidad a nivel ambiental y disponibilidad del microorganismo y facilidad para producirlo. Los microorganismos susceptibles de ser usados son:

-Categoria A: riesgo para la seguridad nacional por fácil diseminación, alta letalidad como el carbunco (antrax), botulismo, peste, viruela, fiebre hemorrágica, lassa, crimea-congo y la turalemia.

-Categoria B: menor riesgo para la seguridad nacional por menor letalidad son la shigella, e.coli, salmonella, psitacosis, fiebre Q, brucelosis.

-Categoria C: riesgo de infecciones nuevas son el coronavirus, nipah, o el hantavirus.

5 Discusión-Conclusión

Se ha intentado actualizar a través de la revisión bibliográfica el uso de los equipos de protección individual, desde las medidas más generales a la tipología según el agente infeccioso al que se verán sometidos los profesionales sanitarios. Se ha recordado también la legislación vigente en el estado español. Con esta publicación lo que se pretende es que al personal sanitario le quede más claro la necesidad obligatoria de utilizar los EPI y su adecuada utilización.

6 Bibliografía

-Guias y protocolos del insst (instituto nacional de seguridad y salud en el trabajo) del Ministerio de trabajo, migraciones y seguridad social.

-Guía Técnica 374/2001, de 6 de abril sobre la protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo. BOE nº 104 01- 05- 2001
-Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiologica
-LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269 10/11/1995.
-Protocolo de Vigilancia e brotes de infecciones relacionados con la asistencia sanitaria

Capítulo 152

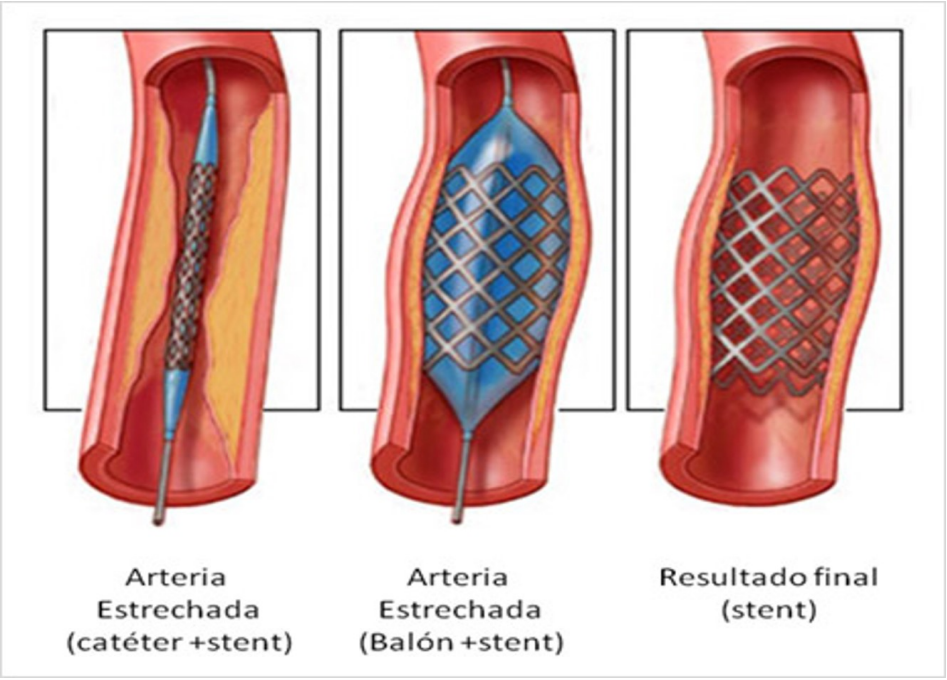
MODO DE ACTUACIÓN TRAS CATETERISMO CARDÍACO.

ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN

IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ

1 Introducción

El cateterismo cardíaco es una prueba invasiva que permite visualizar la anatomía coronaria cuantificando la función ventricular y valorando lesiones valvulares. Puede ser diagnóstico y/o terapéutico. Los cuidados enfermeros son muy importantes debido a las complicaciones que se pueden producir (arritmias, hemorragias, insuficiencia cardíaca…)



2 Objetivos

Dotar a los profesionales de una guía unificada de criterios de actuación tras la realización de un cateterismo cardíaco.

3 Metodología

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

4 Resultados

Valoración del dolor (localización, intensidad).
Descripción del dolor mediante escala EVA (0-10).
Vigilar sistema cardiocirculatorio (prever reacciones vasovagales, arritmias).

Monitorización del paciente: electrocardiograma, tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, saturación de oxígeno.
Electrocardiograma al llegar a la unidad, analítica y electrocardiograma a las 6 horas post intervención según protocolo.
Vigilar color y temperatura de la piel.
Valoración riesgo desequilibrio hidroelectrolítico restaurando ingesta: Iniciar tolerancia de líquidos e introducción progresiva de dieta prescrita.
Ingesta abundante de líquidos para facilitar la eliminación del contraste.

Si ACTP "primaria" probar tolerancia a las 5h, si "programada" forzar ingesta de líquidos e iniciar dieta unas 2h después.
Control hemostático de la zona de punción radial: Vigilancia de signos y síntomas de sangrado (apósitos) e isquemia arterial cada 15 minutos la primera hora y después cada 2 horas.
Elevación del brazo puncionado no pudiendo medirse la tensión arterial en este miembro.
Retirada vendaje compresivo a las 2-3 horas de finalizar cateterismo o angioplastia (ACTP) colocando apósito en estrella que se retirará a las 12h .
Entre 6 – 8 h si perfusión continua de Tirofibán o Reopro.
Control de la zona de punción femoral si porta introductor arterial: Verificar existencia pulsos distales (pedio y post tibial) .
Retirar apósito tras 12h postintervención.
Vigilar signos de sangrado y/o isquemia arterial.
Reposo absoluto hasta la retirada introductor arterial (4/6h post procedimiento).
No reiniciar Heparina Na ni HBPM hasta dos horas tras retirada del introductor.

5 Discusión-Conclusión

El cateterismo cardíaco cada vez está más presente y son más variadas las patologías que aborda precisando cuidados unificados y de calidad por parte de la los profesionales, especialmente de enfermería.

6 Bibliografía

- Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL),
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.

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

Capítulo 153

PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA RELACIONADA CON LA VENTILACIÓN MECÁNICA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ

PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ RIESGO

VANESA LLANOS GARCIA

LORENA BOBES FERNÁNDEZ

1 Introducción

La ventilación mecánica (VM) es un recurso terapéutico de soporte vital que consiste en sustituir de manera temporal la función respiratoria del paciente cuando ésta es inexistente o ineficaz, con el objetivo de favorecer el intercambio gaseoso y disminuir el trabajo respiratorio del paciente en estado crítico. También puede emplearse para asegurar la vía respiratoria de un paciente para prevenir la aspiración y favorecer la limpieza de los pulmones cuando aumentan las secreciones (1,2).
El objetivo de la VM es mantener al paciente con su función respiratoria conservada al máximo, y durante el tiempo necesario para tratar la causa que le ha

originado el fracaso respiratorio (2). Entre las indicaciones para la colocación de la vía aérea artificial se encuentran:
Indicaciones absolutas (3)
- Hipoxia: Oxigenación inadecuada (presión parcial de oxígeno [PO2] <55 mmHg), sin respuesta a la administración de oxígeno.
- Hipoventilación: presión parcial de dióxido de carbono en aumento (PCO2 >50 mmHg.
- Obstrucción de la vía aérea: refractaria a la maniobra orofaríngea «de gancho» o de Heimlich.
- Traumatismo cervical penetrante: Una lesión traqueal directa obliga a una vía aérea artificial.
- Las lesiones cervicales laterales que originan un hematoma en aumento requieren una vía aérea artificial para evitar la afectación de la vía aérea.
- Trastorno del sistema nervioso central que acompaña a una puntuación en la escala de coma de Glasgow ≤8.

Indicaciones relativas (3):
Trastornos del sistema nervioso central:
• Estado epiléptico/trastorno convulsivo.
• Intoxicación etílica o por drogas grave; paciente combativo.
• Traumatismo craneoencefálico grave.

Lesión de la pared torácica:
• Tórax agitado.
• Fracturas costales múltiples sin un control adecuado del dolor.
• Neumotórax abierto.

Higiene pulmonar inadecuada:
• Ayudar a la aspiración de la vía aérea y aclarar las secreciones.
• Tener en cuenta intervenciones diagnósticas (p. ej., lavado broncoalveolar broncoscópico).

Shock.
Traumatismo:
• Quemaduras con lesión por inhalación documentadas.
• Maxilofacial.

Entre las complicaciones asociadas a la VM se encuentran:
- Problemas en la vía aérea (desconexión, extubación, mal posición del tubo endotraqueal, fuga, lesiones en el ala de la nariz, obstrucción del tubo endotraqueal por

acodadura o secreciones, intubación bronquial selectiva, broncoespasmo, estridor post-extubación).
- Complicaciones pulmonares (lesión inducida por la VM, con volutrauma, barotrauma y biotrauma), alteraciones hemodinámicas.
- Infecciones (traqueobronquitis, neumonía, otitis, sinusitis).
- Las secuelas crónicas: la estenosis subglótica, la lesión pulmonar crónica y las alteraciones psicológicas (4).

La complicación más frecuente de la ventilación mecánica invasiva, y una de las infecciones nosocomiales mas frecuentes en las unidades de cuidados intensivos es la neumonía, así lo ponen de manifiesto los estudios realizados por el Center Disease Control and Prevention (CDC) en EE. UU y el estudio EPINE (Estudio de la Prevalencia de la Infección Nosocomial en España), y ENVIN-UCI (Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva). Según el CDC, la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) es una complicación que se desarrolla entre el 20-25% de los pacientes sometidos a VM, presentándose la mayor incidencia durante los primeros días de VM y aumentando el riesgo de desarrollarla en un 1% adicional por cada día que el paciente está sometido a ventilación mecánica. Actualmente, ocupa el segundo lugar dentro de las infecciones nosocomiales en las UCIs españolas.

Existen una serie de factores de riesgo que favorecen su aparición, y que es necesario conocer para llevar a cabo las intervenciones necesarias para su prevención. Estos factores pueden clasificarse según su procedencia en (5):
- Factores de riesgo intrínsecos: Aquellos relacionados con las características propias de cada paciente, inherentes al proceso fisiopatológico y que pueden tener consecuencias negativas, tanto en el proceso de recuperación como de enfermedad. Entre ellos están la obesidad, alcoholismo, diabetes, étc.
- Factores de riesgo extrínsecos: Aquellos relacionados con la VM y con los cuidados del paciente. Dependen exclusivamente de la actividad asistencial de los profesionales de la salud teniendo en cuenta las características propias de cada paciente.

De los factores de riesgo citados anteriormente, la intubación es el factor de riesgo más importante.

La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc) define la NAVM como “aquella que se produce en pacientes con intubación endotraqueal (o traqueotomía) que no estaba presente, ni en periodo de

incubación, en el momento de la intubación. Se incluyen también las neumonías diagnosticadas en las 72 horas posteriores a la extubación o retirada de la traqueotomía" (6).

Dependiendo del momento en que se desarrolla la neumonía, la neumonía asociada ventilación mecánica puede ser:
- Temprana o precoz: Aparece dentro de las primeras 96 horas de estar en paciente conectado a VM. Suelen estar producidas por patógenos que colonizan la faringe como el Streptococus Pneumoniae, Haemphilus influenzae y Staphylococus aureus.
- Tardía: Aparece a partir del quinto día de estancia del paciente sometido a VM. Entre los microorganismos causantes se encuentran el Streptococcus aureus resistente a la meticilina (SAMR), la Pseudomona aeruginosa o Klebsiella pneumoniae (7).

Dependiendo de la procedencia de la flora causante se puede clasificar en NAVM endógena o exógena:
- Endógena: El microorganismo procede de la orofaringe del paciente, resultando alterada por una situación de inmunodeficiencia.
- Exógena: El microorganismo patógeno no ha colonizado la orofaringe, sino que llega a la vía aérea inferior directamente por el tubo orotraqueal (TOT) como consecuencia de una técnica de intubación o aspiración de secreciones respiratorias sin la asepsia adecuada, o por el uso de material exógeno contaminado (8,9).

2 Objetivos

Objetivo general
- Identificar los cuidados enfermeros que serán necesarios para prevenir la neumonía en los pacientes sometidos a ventilación mecánica, revisando previamente en qué consiste la ventilación mecánica, cuáles son sus principales indicaciones y sus posibles complicaciones.

Objetivos específicos
• Obtener información sobre la neumonía asociada a ventilación mecánica y valorar la importancia de unos cuidados de enfermería de calidad como herramienta de prevención.
• Conocer la evidencia disponible para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica para recopilar información sobre el impacto de los cuidados de enfermería en la prevención de la NAVM en los pacientes críticos ingresados en la UCI.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica electrónica en las bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Google académico, Scielo, Medline, Elsevier y Cuiden. También se revisaron páginas webs oficiales como la de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), o la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Además se consultaron documentos de Sociedades científicas, como el Protocolo de prevención de la NAVM en las UCI españolas (Proyecto Neumonía Zero), el Módulo de formación Neumonía Zero y estudios ENVIN-HELICS.
Las palabras claves utilizadas fueron: cuidados de enfermería, prevención, neumonía nosocomial, Neumonía Zero y ventilación mecánica.

Se incluyeron aquellos estudios publicados en los últimos 10 años, artículos en español en los que se relacionaba la neumonía con la ventilación mecánica, su aparición en la UCIs y aquellos sobre los cuidados de enfermería como herramienta de prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica.

4 Resultados

El protocolo Neumonía Zero (NZ) es una propuesta de intervención basada en la aplicación de un paquete de medidas de obligado cumplimiento y altamente recomendables que debe llevar a cabo el personal de enfermería como medidas de prevención de la NAVM, con la intención de reducir esta complicación infecciosa a nivel nacional (10).
Este protocolo se puso en práctica en el año 2011 con siete medidas preventivas obligatorias y tres recomendables (5).
Las principales intervenciones de enfermería y medidas de prevención aplicables con la finalidad de prevenir la aparición de infecciones intrahospitalarias son las siguientes (10):

1-Medidas básicas de obligado cumplimiento:

1.1 Medidas con alto nivel de evidencia y recomendación.

1.1.1-Formación y entrenamiento adecuado de manipulación de la vía aérea: Aspiración de secreciones bronquiales.

Los pacientes sometidos a ventilación mecánica no pueden expulsar las secreciones, requieren su aspiración a trasvés del tubo endotraqueal para mantener permeable la vía aérea.

Existen dos tipos de aspiración de secreciones bronquiales:

-Sistema de aspiración abierto, en el cual se utiliza una sonda de un solo uso, y es necesario desconectar al paciente del respirador.

-Sistema de aspiración cerrado, en el que se utilizan sondas de aspiración continua y no es necesario desconectar el circuito respiratorio, permitiendo así la oxigenación continua durante la aspiración (11).

La aspiración de secreciones será realizada por el personal de enfermería se realizará de modo continuo, no intermitente. Para ello, deberá usar guantes estériles, mascarilla, gafas, utilización de sondas desechables y una manipulación aséptica de las sondas de aspiración.

Se debe evitar la instilación rutinaria de suero fisiológico a través del tubo endotraquel antes de la aspiración de secreciones bronquiales. Se usará suero fisiológico en el caso de secreciones muy densas o de sospecha de obstrucción del tubo.

Deberá usar una sonda cuyo diámetro sea la mitad de la luz interna del tubo endotraqueal y deberá aspirar al retirar la sonda. El tiempo máximo de permanencia en el tubo endotraqueal es de 15 segundos y se realizarán 3 aspiraciones como máximo.

1.1.2-Higiene estricta de manos con soluciones alcohólicas antes y después de manipular la vía aérea.

El lavado de manos es el método más importante para prevenir las infecciones en el medio hospitalario. Las bacterias propias del ambiente hospitalario se transmiten fundamentalmente a partir de la colonización en las manos del personal sanitario.

El lavado de manos realizado de manera adecuada consigue reducir la incidencia de la NAVM hasta en un 50%. Se realiza con agua y jabón antiséptico si las manos están manchadas o con gel hidroalcohólico si aparentemente están limpias. Debe realizarse siempre:

• Antes y después del contacto con cualquier parte del sistema de terapia respiratoria.

• Después del contacto de secreciones u objetos contaminados con estas aunque se hayan usado guantes.
• Antes y después de la aspiración de secreciones.
• Antes del contacto con otros pacientes (4).
El uso de guantes no exime de la higiene de manos (10).

1.1.3-Higiene bucal con clorhexidina al 0,12%- 0,2%.
Los microorganismo que forman parte de la mucosa oral se pueden desplazar hacia los bronquios y alojarse en el parénquima pulmonar favoreciendo la aparición de una neumonía. La limpieza bucal y el enjuague con clorhexidina en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos es importante para disminuir la colonización de microorganismos y así prevenir la NAVM (8).
El Protocolo NZ establece que la higiene bucal debe realizarse cada 6-8 horas. Antes de realizar la higiene bucal, se debe comprobar la presión del neumotaponamiento, la cabecera debe estar elevada y el lavado debe ser exhaustivo (encías, lengua, paladar, etc.) irrigando la cavidad bucal mediante una jeringa con clorhexidina al 0,12-0,2% y aspirando posteriormente (5).

1.1.4-Evitar los cambios programados de tubuladuras, humificadores y tubos traqueales.
Se recomienda no realizar cambios periódicos en los circuitos del respirador, no cambiar las tubuladuras excepto que estén sucias, o por mal funcionamiento, ya que una manipulación excesiva aumenta el riesgo de padecer una NAVM (35). Lo mismo ocurre con los humidificadores del circuito del respirador, los cuales no deben cambiarse rutinariamente antes de 48 horas (11).

1.2 Medidas con moderado nivel de evidencia y fuerte recomendación.

1.2.1-Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento.
El balón de neumotaponamiento tiene como función sellar la vía aérea, de manera que se impida la fuga de aire al exterior y aislar la vía aérea de secreciones prodedentes de la vía aérea superior. Esto se consigue manteniendo una presión adecuada en el balón que no dañe la mucosa traqueal. En un estudio realizado por Rello et al en 2010, se demostró que una presión del balón de neumotaponamiento por debajo de 20 cm H2O aumenta el riesgo de desarrolar neumonía.
Acutalmente se recomienda que la presión del neumotaponamiento se mantenga entre 20-30cm H2O, una presión menor aumenta el riesgo de NAVM y una presión mayor, puede producir lesiones en la mucosa traqueal (5,8). Esta presión

debe ser revisada por los profesionales de enfermería.

1.2.2-Elevación de la cabecera del paciente.
La elevación de la cabecera del paciente en torno a unos 30-45º disminuye la NAVM, ya que disminuye probabilidad de broncoaspiración, tanto de secreciones como de contenido gástrico. Por eso, siempre que no esté contraindicado se debe colocar al paciente en esta posición (8).

1.3 Medidas con bajo nivel de evidencia y fuerte recomendación.

1.3.1-Favorecer el proceso de extubación precoz de forma segura.
El riesgo de desarrollar neumonía asociada a ventilación mecánica, es proporcional a la duración de la VM, por lo que se recomienda una valoración diaria de la posibilidad de extubación (5,7).
El Protocolo NZ establece unas medidas para disminuir el tiempo de intubación y de soporte ventilatorio:
- Valoración diaria de la retirada de la sedación en pacientes estables.
- Valoración diaria de la posibilidad de extubación.
- Uso de protocolos de desconexión de la VM.
- Uso de VMNI cuando esté indicado.

Los profesionales de enfermería debe evitar las extubaciones accidentales o autoextubaciones precoces por parte del paciente, así como valorar junto con el personal médico la función respiratoria del paciente para garantizar una extubación eficaz y evitar la reintubación, ya que esta se relaciona con el aumento de desarrollar NAVM (11).

2 -Medidas específicas con alto nivel de evidencia y recomendación
2.1-Aspiración de secreciones subglóticas.
Las secreciones subglóticas son aquellas que se acumulan en el espacio subglótico por encima del balón de neumotaponamiento, y pueden pasar al pulmón si la presión de dicho balón no es la adecuada para sellar bien la tráquea. Estas secreciones se aspiran a través del tubo endotraqueal , por medio de un orificio que queda por encima del neumotaponamiento . La intubación orotraqueal con dispositivos de aspiración subglótica se realiza en pacientes se prevee una duración de ventilación superior a las 48 horas. Los enfermeros son los encargados de comprobar la permeabilidad de esta vía subglótica, y aspirar las secreciones cada 6 horas, siempre comprobando previamente la presión del balón de neumotaponamiento.

2.2-Descontaminación selectiva del tubo digestivo (completa u orofaríngea).
Consiste en administrar un tratamiento antibiótico corto durante 3 o 4 días desde el ingreso para prevenir las NAVM precoces, como la aplicación de una pasta antibiótica sin absorción digestiva en la orofaringe, y a través de una sonda nasogástrica en la cavidad gástrica, con el objetivo de prevenir la colonización de estas zonas y prevenir NAVM tardías.

2.3-Antibióticos sistemáticos (dos días) durante la intubación en pacientes con disminución de la consciencia.
Se recomienda la administración de cefuroxima o amoxicilina clavulánico en las primeras 48 horas tras la intubación.

5 Discusión-Conclusión

La NAVM es la infección intrahospitalaria más común en las unidades de cuidados intensivos con un elevado riesgo de morbilidad y mortalidad. Es por esto que son necesarias medidas de prevención y control para así disminuir la incidencia, la estancia hospitalaria, y los costes.

La aplicación del Proyecto Neumonía Zero y sobre todo de las siete medidas preventivas altamente recomendables y de probada eficacia, ha conseguido reducir la incidencia de NAVM, por lo que podemos destacar la importancia de los cuidados de enfermería para su prevención.

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel importante en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica, y para ello además de disponer de un protocolo, deben recibir la formación adecuada; para aplicar las medidas de forma eficaz y eficiente.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez Muñoz F. Ventilación mecánica. Acta Med Per. 2011; 28(2): 87-104
2. Ramos Gómez LA, Benito Vales S. Fundamentos de la ventilación mecánica. 1º ed. Barcelona: Marge Médica Books; 2012
3. Ryan M, Thomas MD. Vía aérea. En: Wolfgawg Stehr MD. Manual Mont Reid de Cirugía. 6º ed. Madrid: Elsevier; 2010. 819-827
4. Silva Carmo AF, Pedrosa Korinfsky J, Coelho Xavie C, Coelho Mendes RN, Oliveira Nunes GF, Moreira da Silva R. Enfermería en asistencia ventilatoria:

análisis de la aspiración endotraqueal en la unidad de cuidados intensivos. Journal of Nursing. 2013; 7(12): 6800-6807
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Semicyuc, Seeiuc. Prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. Módulo de formación. 2010
6. Luna Galveño S, Millán Vázquez FJ, Mendo Moreno CP, Camarero Martín MR. Evaluación de la eficacia del protocolo de neumonía asociada a la ventilación mecánica. Paraninfo digital. Monográficos de investigación en salud. 2013; 1(19). Disponible en: http://www.index-f.com/para/n19/061d.php
7. Díaz E, Lorente L, Valles J, Rello J. Neumonía asociada a la ventilación mecánica. Med Intensiva. 2010; 34(5): 318-324. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2010.03.004
8. Achury Saldaña DM, Betancourt Manrique Y, Coral DL, Salazar J. Intervenciones de enfermería para prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica en el adulto en estado crítico. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2012; 14(1): 57-75. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145225516005
9. Raurell Torredá M. Impacto de los cuidados de enfermería en la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva. Enferm Intensiva. 2011; 22(1): 31-38 Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2010.09.003
10. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Semicyuc, Seeiuc. Protocolo de prevención de las neumonías relacionadas con ventilación mecánica en las UCI españolas. Neumonía Zero. 2011. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/protocolo_nzero.pdf
11. Camacho Ponce AF, García López F, García López F, García Rodenas MJ, Garijo Ortega MA, Martínez Quesada F, et al. Medidas para la prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica. Sescam – Uci Polivalentes. 2012
12. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en servicios de Medicina Intensiva (ENVIN-HELICS). Informe 2017. Madrid: SEMICYUC; 2017 [citado 30 de enero 2020]. Disponible en: http://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Informe%20ENVIN-UCI%202017.pdf

Capítulo 154

ICTERICIA NEONATAL, ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

LAURA GARCIA PRADO

BEATRIZ GARCIA PRADO

1 Introducción

La ictericia es la coloración amarillenta de piel y mucosas que aparece como consecuencia de un aumento de la concentración sérica de bilirrubina.

La ictericia es un hallazgo frecuente en los primeros días de vida y afecta aproximadamente al 60% de los recién nacidos a término y el 80% de los prematuros.

En la mayoría de los recién nacidos, la ictericia es un hecho fisiológico que se debe a una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto y es un cuadro benigno y autolimitado.

La aparición de ictericia fisiológica se debe a las especiales características del metabolismo de la bilirrubina en los primeros días de vida: la bilirrubina es el producto final del catabolismo de las proteínas que contienen el complejo hemo. Se origina fundamentalmente a partir de la degradación de la hemoglobina eritrocitaria, el resto procede de la eritropoyesis ineficaz de hematíes inmaduros y de otras hemoproteínas.

El metabolismo de la bilirrubina es el mismo a cualquier edad, pero en el neonato la producción es mayor debido a que tiene una mayor masa globular y además la vida media de sus hematíes es más corta.

La ictericia patológica se desarrolla sólo en el 6-8% de los recién nacidos a término y entre el 10-20% de los recién nacidos de bajo peso. Es de interés la vigilancia de la ictericia debido a la neurotoxicidad de la bilirrubina. Se sabe que el riesgo aumenta con concentraciones de bilirrubina superiores a 20mg/dl.

2 Objetivos

Descripción del Proceso de Atención de Enfermería orientado al recién nacido, para el correcto diagnóstico de sus problemas que la valoración mostrará cómo están relacionados con su patología y el tratamiento médico recibido, planificación de los cuidados y ejecución de los mismos, definición de las intervenciones a realizar y evaluación de los resultados.

3 Caso clínico

Nombre: MCG

Sexo: Hembra

Edad: 5 días

Edad gestacional: 40 semanas, parto a término instrumentado con ayuda al expulsivo con ventosa tipo Kiwi y con mínimo cefalohematoma

Talla: 51cm

Peso: 3700gr

PC: 34cm

Motivo del ingreso y diagnóstico médico: ictericia neonatal

Recién nacido de 5 días de edad que es llevado al servicio de urgencias por sus padres porque han observado que se ha intensificado su coloración amarillenta.

Refieren que al alta se les advirtió de que el recién nacido presentaba hiperbilirrubinemia dentro de los parámetros fisiológicos y les recomendaron que le vigilaran y observaran la piel y que le expusiesen a la luz solar. Acudir al hospital en caso de observarse que la coloración amarillenta no va disminuyendo.

Actuación de enfermería en el servicio de urgencias:

- Para proceder a su exploración física se desnuda por completo, incluyendo pañal.
- Se observa ictericia que supera las rodillas ampliamente, llegando a las plantas de los pies.
- Tono muscular y reactividad normal.
- Afebril, sin petequias ni exantemas, bien hidratado y prefundido.
- Se toman medidas antropométricas, objetivándose la correcta ganancia ponderal.
- Se observa el cefalohematoma en fase de resolución. No se sospecha de acúmulo de sangre en otros lugares.
- Se procede a la limpieza de la zona urogenital y se coloca una bolsa adhesiva para la recogida de una muestra de orina.
- Extracción de sangre venosa, obteniéndose una cifra de 23mg/dl de bilirrubina, por lo que el médico ordena el ingreso en unidad de hospitalización y el siguiente tratamiento médico: Fototerapia simple.
- Reevaluación de factores de riesgo (enfermedad hemolítica, asfixia, sepsis, acidosis, hipoalbuminemia, hipoglucemia, deshidratación, hipercapnia) con analítica de sangre venosa cada 24h.
- Asegurar la ingesta oral adecuada.
- Control de bilirrubina transcutánea cada 12 horas y discontinuar la fototerapia cuando la bilirrubina baje por debajo de 14mg/dl.

Formulación de problemas:
- Diagnóstico: Termorregulación ineficaz debido a la exposición a fototerapia. Resultado: termorregulación del recién nacido. Intervenciones: Cuidados propios del recién nacido, regulación de la temperatura, monitorización de signos vitales y manejo ambiental.
- Diagnóstico: riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con extremos de edad y factores mecánicos. Resultado: integridad tisular (piel y mucosas). Intervenciones: manejo de presiones, prevención de úlceras por presión, cuidados de la piel y vigilancia de la piel.
- Diagnóstico: riesgo de infección relacionado con los peligros ambientales y los procedimientos invasivos. Resultado: severidad de la infección en el recién nacido. Intervenciones: Identificación de riesgos, protección contra infecciones, cuidados del recién nacido y manejo ambiental.
- Diagnóstico: Lactancia materna ineficaz relacionado con la hospitalización del recién nacido y la ansiedad materna. Resultado: mantenimiento de la lactancia materna. Intervenciones: fomentar el acercamiento, manejo de la nutrición, manejo del peso, cuidados canguro.

- Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el recién nacido relacionado con la ansiedad asociada al ingreso hospitalario. Resultado: superación de problemas y facilitación de los lazos afectivos padre-hijo.
Intervenciones: cuidados del desarrollo, apoyo a la familia, cuidados de enfermería al ingreso y planificación del alta.

Información a los padres:
- Ubicaremos a los padres en la unidad y les informaremos sobre el tratamiento y en qué consiste.
- Les haremos saber que deben evitar coger al niño en brazos porque es fundamental que esté expuesto el mayor tiempo posible a la fototerapia.
- Podrá continuar con la lactancia materna. Se facilitará a la madre medios para realizar la extracción de leche materna, que le administrará al niño mediante biberón, bajo la fototerapia.
- Si en alguna toma no pueden acudir, el personal de enfermería se ocupará de alimentar al niño con la leche materna que estará conservando adecuadamente a tal uso o en su defecto, con la leche de fórmula prescrita por el facultativo.

4 Discusión-Conclusión

La neurotoxicidad de la bilirrubina sigue siendo una amenaza en la práctica asistencial neonatal, aunque muy infrecuente, ya que el 65% de los neonatos se muestran clínicamente ictéricos en los primeros días de vida.

La ictericia clínica progresa en dirección cefalocaudal proporcionalmente al aumento de la bilirrubinemia, por lo que cabe esperar niveles altos en los neonatos con ictericias en piernas y pies y probablemente bajos en los que tienen tinte ictérico sólo en la cara.

Algunas condiciones patológicas como la sangre extravasada (en este caso el cefalohematoma) pueden aumentar la bilirrubinemia.

Los cuidados del niño expuesto a fototerapia van encamindos a lograr la mayor efectividad de la técnica y a evitar que aparezcan complicaciones. Los cuidados que favorecen el efecto de la luz sobre la piel sobre la piel son: colocar al niño desnudo con un pañal que le cubra lo menos posible y cambios posturales frecuentes. Evitar el uso de cremas. La distancia al foco debe ser 40 – 75 cm. Protección y cuidados oculares para evitar lesiones en la retina. Además, es muy importante ofrecer unos cuidados dietéticos e hídricos para compensar las pérdi-

das insensibles de agua, mediante el control del peso y el estado de hidratación. Facilitación del mantenimiento de la lactancia materna.

5 Bibliografía

- Cohen RS, Ronald JW, Stevenson DK. Understanding Neonatal Jaundice: A Perspective on Causation. PediatrNeonatol. 2010; 51(3):143–48.
- Castaño-Pico MJ, Sánchez-Maciá M. Hiperbilirrubinemia neonatal: revisión de la situación actual. RECIEN Revista Electrónica Científica de Enfermería. 2011;2:4-5
- Gallegos-Dávila JA, Rodríguez-Balderrama I, Rodríguez-Bonito R, et al. Prevalencia y factores de riesgo para hiperbilirrubinemia indirecta neonatal en un hospital universitario. Medicina Universitaria.
- Abdulla FR, Breneman C, Adams B, et al. Standards for genital protection in phototherapy units. J Am Acad Dermatol. 2010;62(2):223-6.
- Jiménez-Peña B, Miguel-Gómez MA, Acosta-García JM, et al. Detección no invasiva de hiperbilirrubinemia: evaluación clínica y bilirrubina transcutánea con bilirrubina sérica. Rev Sanid Milit Mex. 2010.

Capítulo 155

ENDOMETRIOSIS E INFERTILIDAD

ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL

ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La endometriosis Es una patología ginecológica crónica. Se caracteriza por el crecimiento de tejido propio del endometrio (capa interna del útero), fuera de la cavidad uterina, que induce a una reacción inflamatoria.

Afecta aproximadamente al 10 % de las mujeres en edad fértil, cantidad que va en aumento con el tiempo. Incidencia máxima de la enfermedad entre los 30 y 45 años.

Aunque existen tres teorías, la que mejor explica la causa de la mayoría de los casos de endometriosis es: "La teoría de la implantación", postulada por Sampson. Explica la endometriosis como consecuencia de la implantación y crecimiento en el peritoneo y en el ovario, de fragmentos de tejido endometrial, que migran de forma retrógrada durante la menstruación a través de las trompas de Falopio (se observa la menstruación retrógrada en el 90% de las mujeres).

El diagnóstico de esta enfermedad es fundamental para un tratamiento correcto. Se diagnostica endometriosis gracias a sus principales síntomas (presentes en el 70 % de las mujeres que la padecen): dismenorrea severa y dolor pélvico crónico. Asociados a dispareunia intensa, infertilidad, sangrado anormal, síntomas intestinales, etc.

Se debe tratar a largo plazo, debido a que la endometriosis es una enfermedad crónica. El tratamiento médico se basa en: antiinflamatorios (Ibuprofeno, Parac-

etamol) y terapia hormonal (provocando amenorrea, lo cual disminuye el dolor de la enfermedad, ya que la endometriosis es estrógeno dependiente, y en periodos de supresión de la ovulación los estrógenos están disminuidos como en el climaterio y el embarazo). Para mejorar la fertilidad, el mejor anticonceptivo es el análogo de la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH). El tratamiento quirúrgico de elección es la laparoscopia, dependiente del grado y localización de la endometriosis.

Para relacionar la endometriosis con la infertilidad, se debe saber que ésta es un problema bastante actual en nuestra población, afectando a una de cada seis parejas. Tiene gran repercusión tanto emocional como económica. Emocional, debido a que la pérdida de un embarazo deseado genera un gran sufrimiento, esta infertilidad puede ser provocada por la edad avanzada de la gestante, problema común en la actualidad, o por varias causas más, como puede ser la endometriosis. Llevará a la pareja a someterse a estudios para la realización de fecundación in vitro, provocando un gran gasto económico.

2 Objetivos

- Conocer las causas de la influencia de la endometriosis sobre la probabilidad de embarazo en una mujer.
- Exponer las diferentes soluciones para esta enfermedad ginecológica.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica, principalmente en el buscador específico de ciencias de la salud “Scielo”, aunque también en fuentes primarias como la “Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología”, y en la ”Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia”.

Introduciendo como palabras clave “endometriosis AND infertility”. Como resultado, se han obtenido 25 artículos, de los cuales se ha seleccionado el que lleva por título: “Manejo de la endometriosis e infertilidad”. Dicha selección se ha realizado teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

4 Resultados

La prevalencia de endometriosis en mujeres sometidas a laparoscopia por infertilidad oscila entre 9 y 50%. Una de las consecuencias más enigmáticas de esta enfermedad es la infertilidad. Ambas se relacionan por algunos mecanismos biológicos como la alteración de la anatomía pélvica de la mujer, esto compromete la salida del óvulo o su captura y transporte por la trompa de Falopio; el aumento de la cantidad de líquido peritoneal, como también el aumento de linfocitos y anticuerpos Ig G e Ig A en el endometrio; también por defectos en la fase lútea, por picos prematuros de la hormona luteinizante (LH), por disminución de la calidad de los ovocitos en estas mujeres, etc.

No hay evidencia de que el tratamiento médico de la endometriosis en estadio mínimo o leve mejore la fertilidad, pero sí es efectivo para el dolor que conlleva la enfermedad. Hay algunos medicamentos como los inhibidores de la aromatasa, los moduladores selectivos de los receptores de estrógeno (SERMs), los antagonistas de progesterona o moduladores selectivos de los receptores de progesterona (SPERMs), que se utilizan en el tratamiento médico, pero requieren mayor evaluación para ser utilizados con más frecuencia.

Mientras que el tratamiento quirúrgico, avanza hacia la recuperación de la función reproductiva mediante la eliminación de los implantes y la reconstitución de la anatomía pélvica alterada por el crecimiento de tejido endometrial en exceso. En el caso de endometriosis mínima y leve, mejoraría la fertilidad si se hace una ablación de las lesiones endometriósicas y se liberan adherencias, comparada con la técnica de laparoscopia aislada.

Entre el 17% y el 44% de mujeres con endometriosis, tienen un endometrioma ovárico, se dice que el tratamiento laparoscópico por extirpación de la pared del quiste parece ser el mejor tratamiento quirúrgico para el endometrioma, porque si, por otro lado, éste es punzado y aspirado tiene una tasa alta de recidivas. Por ello, la quistectomía laparoscópica, se debe hacer de manera cuidadosa para evitar dañar el tejido ovárico sano y mantener la posibilidad de quedarse embarazada.

5 Discusión-Conclusión

El manejo quirúrgico laparoscópico de la endometriosis, en comparación con el abordaje a cielo abierto, permite una estancia hospitalaria corta con recuperación rápida e incisiones más pequeñas.

Se concluye que, para aumentar la posibilidad de embarazo en mujeres sometidas a una laparoscopía, se les debe recomendar que realicen inseminación intrauterina. Pero si además la endometriosis es de estadio severo o la mujer tiene una edad avanzada, se aconseja comenzar tratamiento médico con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) entre 3 y 6 meses antes de la fecundación in vitro.

6 Bibliografía

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Endometriosis. Prog Obstet Ginecol
[Internet]. 2014 [citado 15 Ene 2020]; 57 (9): 436-44. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-endometriosis-actualizado-febrero-del-2013--S0304501314001733
- Karame A. Dolor pélvico crónico e infertilidad como factores diagnósticos de endometriosis. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2008 [citado 15 Ene 2020]; 68 (1): 47-52. Disponible en : http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000100009&lang=pt
- Negrón J. Manejo del dolor pélvico crónico en pacientes con endometriosis. Rev. Peru. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2016 [citado 18 Ene 2020]; 62 (1): 69-76. Disponible en :http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100007&lang=pt
- Rechkemmer A. Manejo de la endometriosis e infertilidad. Rev. Peru. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2012 [citado 18 Ene 2020]; 58 (2): 101-105. Disponible en: http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/81/74

Capítulo 156

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL EN EL PACIENTE INTUBADO COMO PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

LAURA FERNANDEZ PEREZ

JUAN OTERO PANIZO

1 Introducción

La infección asociada a la atención en salud es aquella que aparece durante el ingreso hospitalario, que se manifiesta transcurridas 72 h o más del ingreso del paciente en el hospital, y que en el momento de ingreso no estaba presente ni en período de incubación (1).
Afecta a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria, y pueden aparecer también después de que reciba el alta. Son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, y ninguna institución ni país puede afirmar que ha resuelto el problema. Si hablamos de cifras, a nivel mundial se calcula que cada año afecta a cientos de millones de pacientes (2). En las unidades de cuidados intensivos (UCI) estas infecciones son unas veces motivo de ingreso y otras, consecuencia de la estancia. Constituyen uno de los

problemas más importantes que pueden darse en los servicios que atienden pacientes críticos ya que producen una mayor mortalidad y unos costes sanitarios más elevados (3).
Etiológicamente, son consecuencia directa de la atención a pacientes hospitalizados, están relacionadas con múltiples factores de riesgo y su origen es multifactorial pues dependen de tres elementos; huésped, ambiente y patógeno o agente infeccioso (4), de la combinación de estos tres elementos y de la forma en cómo interactúen se conforman y comportan las infecciones nosocomiales (5,6).

El mayor índice de contagio se produce en servicios como la UCI, dónde los pacientes son colonizados en forma gradual por patógenos potenciales, ocurriendo de forma inevitable la infección y la colonización cruzada, su elevada prevalencia se puede resumir en 4 factores desencadenantes:
- Susceptibilidad del paciente: alteración en uno o varios órganos, enfermedad crónica y compromiso del sistema inmunitario tras aplicación masiva de fármacos.
- Barreras defensivas alteradas: utilización de numerosas técnicas (catéteres, sondas, ventilación mecánica…) hacen que se alteren las barreras naturales como son las piel y mucosas.
- Transmisión cruzada por microorganismos.
- Ecosistema perfecto: los microorganismos han generado resistencias que los han hecho desarrollar en cada UCI una flora propia e independiente. Caracterizada por su elevada resistencia a los antibióticos (1,5).

En cuanto a las cifras, según los últimos datos aportados por el estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España, en el 2017 la prevalencia de pacientes con infección asociada a la atención en salud, fue de 6,70% lo que supone un total de 4132. Si tenemos en cuenta la unidad asistencial, es la UCI la que mayores cifras de prevalencia obtiene no obstante, trata con pacientes en estados más críticos y es el lugar dónde se realizan las técnicas más invasivas (5).

En este sentido, con respecto a las infecciones relacionadas con dispositivos, es importante destacar los resultados aportados del estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva. Los últimos datos de los que tenemos acceso son los referidos al 2017, en el cual obtuvo su récord de participación realizándose una observación a 205 unidades y 24.616 pacientes. Los resultados de este estudio muestran que la incidencia de pacientes ingresados en UCI que han adquirido alguna infección durante su ingreso ha sido del 9,04%

siendo de 5,30% la referida al uso de dispositivos. Con respecto a las infecciones, la neumonía asociada a ventilación mecánica sigue teniendo tasas muy elevadas y discretamente inferiores a años previos pese a los programas preventivos. Etiológicamente se confirma el dominio de los bacilos gram negativos (59%) como microorganismos invasores (7).

El uso de ventilación mecánica invasiva en las unidades de cuidados intensivos aumenta las cifras de neumonía, convirtiéndose en la principal infección nosocomial en estos servicios. En su prevención, la medida que ha demostrado gran efectividad es la realización de una correcta higiene oral, pese a ello, no existe estandarización en su uso. Debido a la falta de consenso con respecto a la higiene oral así como a la heterogeneidad en cuando al uso de antisépticos, medidas mecánicas para la eliminación de la placa dental y la controversia sobre su efectividad en la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, surgió la necesidad de la realización de la presente revisión bibliográfica cuyo objetivo principal es describir y analizar la evidencia científica actual sobre la importancia de la higiene oral, como cuidado de enfermería del paciente intubado, en prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica.

2 Objetivos

Objetivo Principal:
- Describir y analizar la evidencia científica actual sobre la importancia de la higiene oral como cuidado de enfermería del paciente intubado en prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica.

Objetivos Secundarios:
- Analizar la función antiséptica de la clorhexidina en la higiene oral como prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes portadores de tubo endotraqueal.
- Describir las posibles alternativas a la clorhexidina como antiséptico para higiene oral.
- Describir la efectividad de la adhesión de un paquete de medidas preventivas a la higiene oral.

3 Metodología

Tipo de estudio.

Revisión sistemática cualitativa de la literatura, siguiendo las directrices de la declaración PRISMA (Urrutia & Bonfill, 2010).
La presente revisión se ha iniciado tras la formulación de una pregunta de investigación desarrollada en concordancia a la estrategia PICO.

Criterios de elegibilidad.
Se preestablecieron los límites de selección de los estudios, explícitos, reproducibles y determinados por los objetivos de la revisión.
Criterios de Inclusión (determinados a partir de la pregunta PICO):
- Artículos indexados en las bases de datos (BD) seleccionadas.
- Artículos publicados en los últimos 5 años
- Artículos cuyo idioma original fuese alguno de los siguientes: español o inglés.
- Pacientes adultos conectados a ventilación mecánica a través de tubo endotraqueal.
Criterios de exclusión:
- Estudios realizados en pacientes no intubados o portadores de traqueotomía.
- Pacientes no adultos.
- Artículos publicados en otros idiomas diferentes al español o inglés.
- Revisiones sistemáticas, metaanálisis, comunicaciones en congresos y/o artículos de opinión.
Fuentes de información.

La revisión de la literatura se llevó a cabo entre el 15 de febrero y el 30 de marzo de 2018, en cuatro bases de datos electrónicas diferentes: PUBMED, CUIDEN, WEB OF SCIENCE, CINAHL, de los estudios potencialmente relevantes publicados en los últimos cinco años durante un periodo comprendido entre enero de 2013 y diciembre de 2017.
Búsqueda de información.
Se emplearon los descriptores Medical Subject HEadings (MeSH): “oral hygiene”, “mouth care”, “ventilator associated pneumonía”, “chlorhexidine” y “nursing care”, combinando los mismos con los booleanos AND, OR y NOT e incluyendo otros Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) como: “higiene oral”, “cuidado bucal”, “neumonía asociada a ventilación mecánica”, “clorhexidina” y “cuidados de enfermería”.
Selección de los estudios.

Una vez realizado el proceso de identificación se procedió a la selección de los estudios en diferentes fases. En la primera, se realizó un cribado en el cual se

eliminaron los artículos duplicados y se procedió a la lectura preliminar de título y resumen, rechazando aquellos que no cumplían con los criterios de elegibilidad y con lo establecido por el acrónimo PICO.
En la segunda fase y una vez obtenidos los resúmenes y/o textos completos de los artículos, se procedió a realizar la lectura crítica, siguiendo las recomendaciones de la guía CASPe (8) analizando su elegibilidad en relación con los criterios de inclusión/exclusión previamente establecidos, de esta forma se obtuvo el número definitivo de artículos objeto de análisis.

Proceso de extracción y listado de datos.
Para la extracción y listado de los principales resultado de los estudios, se realizó una tabla ad hoc en formato Microsoft Word®, constituida por los siguientes apartados:
- Identificación del estudio (nombre del primer autor).
- Lugar de la elaboración del estudios (país).
- Revista en la que aparece publicado.
- Factor de impacto de la revista (según la Journal Citation Reports (9)).
- Tipo de estudio utilizado.
- Tamaño de la muestra.
- Intervenciones.
- Controles.
- Conclusiones.

Además, se añadió la puntuación conseguidos por las dos herramientas utilizadas para evaluar la calidad de los estudios; la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (10) , para medir el nivel de evidencia, y la escala de Jadad o sistema de puntuación de calidad de Oxford (11) , para evaluar de manera independiente la calidad metodológica de un ensayo clínico. Posteriormente para el análisis de los resultados y realización de gráficos se utilizó el programa informático Microsoft Excel®.

Riesgo de sesgo en los estudios.
Se realizó una valoración de la validez interna de todos los estudios incluidos en la revisión a través del análisis de los sesgos de selección (limitaciones en la secuencia de aleatorización), de realización (limitaciones en el enmascaramiento de investigadores, personal implicado en el estudio o participantes) y de desgaste (limitación en el seguimiento de los participantes y el análisis de los datos perdidos durante el seguimiento), utilizándose para ello, la guía de lectura crítica para ensayos controlados CASPe(8), de la que se utilizaron las plantillas de lectura

crítica para ensayos controlados, la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)(10) para medir nivel de evidencia con el listado de verificación de lectura crítica para ensayos controlados y la Escala Jadad(11), para comprobar la calidad metodológica de los ensayos clínicos.
Finalmente, para evitar el sesgo entre estudios, se sometió a control la heterogeneidad de los estudios.

4 Resultados

Selección de estudios.
Tras el proceso de búsqueda descrito en el apartado de metodología se obtuvieron un total de 601 publicaciones de las cuales se eliminaron en una primera selección 387 por duplicidad.
Después de una primera lectura de los 214 artículos restantes se procedió a realizar un cribado en función del título y a continuación del título y resumen, teniendo presente los criterios de inclusión/exclusión y el acrónimo PICO. Se excluyeron en esta última fase 90 por título y 95 por título y resumen. Finalmente se obtuvieron un total de 29 artículos con una calidad metodológica alta para ser objeto de análisis en la presente revisión cualitativa.

Características principales de los estudios.
Se realizó un resumen de las principales características de los 29 artículos utilizados como objeto de revisión en el presente trabajo.
En esta revisión se han incluido un total de 19.987 participantes, con un tamaño muestral en los estudios que varió de 16 a 5539 individuos.

Procedencia de los estudios.
En cuanto a la procedencia de los estudios, 15 se desarrollaron en el continente asiático, 8 en América (6 de ellos en EEUU y los 2 restantes en América Latina), 5 en Europa y 1 en Oceanía.

Tipo de diseño.
El grueso en cuanto al tipo de diseño recae sobre los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) con un 58,6%, seguido por los estudios de Cohortes (20,8%), los cuasi-experimentales (10,34%) y finalmente los estudios pre-post-intervención (10,34%)
.

Revistas y factor de impacto.
La totalidad de los estudios provino de 24 revistas de investigación diferentes

cuyo factor de impacto fue consultado en el Journal Citation Reports, dónde se consultaron los resultados publicados en 2017. Se puede observar tras visualizar los datos a este respecto que es CHEST journal la revista que ostenta el factor de impacto más elevado (87,132). El 55,2% de los estudios revisados pertenecen a revistas cuyo factor de impacto está por encima de 2 y el 20,7% de 5.

Área temática de las diferentes revistas.
Con respecto a las temáticas de las diferentes revistas el 37,9% pertenece al área de medicina, el 27,6% a enfermería, el 13,8% a biociencia y el 20,7% restante al área de epidemiología y control de infecciones.

Años de publicación de los estudios.
En cuanto al año de publicación y como se puede observar, es el 2017 el que más estudios abarca con un 28% del total.

Incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica tras higiene oral.
El 51,7% de los estudios demostró disminución estadísticamente significativa de las tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica tras la higiene oral con algún tipo de antiséptico o paquete de medidas.
Un 34,5% demostró que existían diferencias entre el grupo de intervención y el de control sin embargo, estas diferencias no fueron significativas.
El 13,8% restante no demostró cambios en la mejora de la mucosa oral o reducción bacteriana pese a que estudiaron la disminución en las tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica, sus resultados no son explícitos.

Higiene oral con clorhexidina y otras soluciones.
En 59% de los estudios utilizaron como antiséptico oral, clorhexidina en diferentes concentraciones, el 41% de los estudios restantes, utilizaron otro tipo de antisépticos (Glutamina 5%, extracto de Echinacea, Bicarbonato sódico, Peróxido de hidrógeno, Metronidazol, Persica 10%, Matrica 10%, NaCl 0,9%, Listerine®, Povidona iodada y agua ozonizada).
El 31% de los estudios demostraron que la unión de paquetes de medidas a la administración de clorhexidina en diferentes concentraciones, produce mejores resultados en la disminución de la neumonía asociada a ventilación mecánica con respecto a otro tipo de antisépticos empleados.

Del total de estudios que compararon el efecto de la clorhexidina con otros tipos de antisépticos en la higiene oral del paciente con intubación endotraqueal, el 64,7% concluye que es el antiséptico de elección mostrando mejores resultados

en cuando a la disminución de la neumonía asociada a ventilación mecánica.
De todos los estudios que utilizaron clorhexidina como antiséptico oral, el 41,2% lo hizo con una concentración del producto de 0,12%, mientras que el 29,3% restante utilizó una concentración de 0,2%.
El 71,42% de los estudios que utilizaron como antiséptico clorhexidina en la concentración de 0,12%, mostraron disminución de la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica de forma significativa.
Pese a que el 59% de los estudios incluidos en la revisión, han comprobado la efectividad de la clorhexidina como antiséptico oral en diferentes concentraciones, no se ha encontrado en esta revisión, artículos que hiciesen comparación de efectividad entre diferentes concentraciones de esta misma solución.

Utilización del cepillado dental como método mecánico de eliminación de placa.
En 4 de los estudios seleccionados, se aplicó además de clorhexidina como antiséptico, cepillado dental como método mecánico de eliminación de placa dental, obteniendo en todos ellos reducción de los días de ventilación mecánica y mejora en la reducción de las tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica, aunque no en todos de forma significativa.

Calidad metodológica y nivel de evidencia de los estudios.
Dado que más de la mitad de los estudios son de tipo ensayo clínico, se consideró oportuno realizar una evaluación específica de estos. Con respecto a nivel de calidad de los ECA y según los datos observados tras la escala de Jadad, se observa que el 58,8% obtiene una puntuación de 3 o más, existiendo incluso 2 estudios que consiguen la máxima puntuación y que por lo cual se consideran rigurosos.

Para valorar la evidencia de todos los estudios incluidos en la revisión según el área temática o escenario clínico y el tipo de estudio que involucra al problema clínico en cuestión, hemos utilizado la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), cuyos resultados demuestran que el nivel de evidencia de los estudios seleccionados es moderado-alto. El 41,4% de los estudios obtuvo una puntuación de 1+, el 27,6% obtuvo 2++, el 17,2% obtuvo 2+; y por último, el 13,8% obtuvo 1++, siendo esta última la máxima puntuación posible.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro país, los resultados del estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales , muestran una prevalencia de infección nosocomial de 6,70% lo que

supone un total de 4.132 pacientes afectados (5). En la unidad de cuidados intensivos las cifras aumentan de forma exponencial con respecto a otras áreas asistenciales (4). En este sentido, los datos volcados por el estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva, en el 2017 dónde participaron 205 unidades y 24.616 pacientes, muestran una incidencia de 9,04% lo que supone más de dos mil pacientes críticos afectados por algún tipo de infección nosocomial, de estas últimas cifras, 5,30% están asociadas a dispositivos, siendo la neumonía asociada a ventilación mecánica, la que ostenta la máxima aportación con unas tasas de 6,34episodios/1000 días de ventilación mecánica (7).

Una de las medidas preventivas más efectivas contra este tipo de neumonía apoyada por protocolos como el español "Neumonía Zero", llevado a cabo por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y unidades Coronarias (SEMICYUC), es la realización de una correcta higiene oral(12). Ya el estudio realizado por Bansal M, et al., en 2013(13), concluía que la higiene oral podría reducir el riego de infección respiratoria e invitaba a la realización de más estudios que reforzasen esta teoría, más recientemente, otros como Blum DFC, et al.,en 2017, (14), afirmaron ese mismo hecho añadiendo que el cuidado oral y la atención bucodental no solo mejoraban el aspecto respiratorio del paciente crítico, si no que le aportaban un beneficio a nivel general. Estos datos concuerdan con los obtenidos en nuestra revisión pues en el 86.2% existió una disminución de la neumonía asociada a ventilación mecánica tras la higiene oral siendo en un 51,7% estadísticamente significativa.

Otro aspecto estudiado en los artículos revisados, es el referido a los posibles beneficios del cepillado dental en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. Existe bastante literatura para demostrar el papel de la limpieza mecánica de la placa dental y su asociación con la reducción de este tipo de neumonía pero sus resultados son limitados, una revisión sistemática(14) y un metaanálisis (15) sometieron a estudio a pacientes en la UCI a una higiene oral con y sin cepillado dental, no observándose diferencias estadísticamente significativas con respecto a la mortalidad y descenso de la neumonía asociada a ventilación mecánica, sin embargo sí muestran reducción en los días de ventilación mecánica y sugieren realizar estudios con muestras más numerosas para poder obtener significación en el resto de aspectos. Sobre los datos obtenidos en nuestra revisión, sólo 4 de los artículos hicieron referencia a ello, mostrando reducción de los días de conexión a ventilación artificial y una tendencia a la reducir la neumonía.

Con respecto al antiséptico nuestros datos concuerdan con las conclusiones de los estudios de Moeintaghavi A, et al., 2012 (16) y posteriormente por Shi Z, et al., 2013 (17). La clorhexidina es el antiséptico más efectivo ya que fue utilizada en más de la mitad de los estudios y mostró mejores resultados que el resto de sustancias con un porcentaje de 64,7. La mayoría de los estudios recomiendan la chorhexidina para desinfectar la cavidad oral (18,19) siendo su capacidad de permanecer activa químicamente en los tejidos mucho tiempo después de su administración, una de las posibles explicaciones de su efectividad (20). Es importante destacar en este punto, la efectividad que mostraron algunos antisépticos como Matrica® y Persica® (21) así como el agua ozonizada (22), que tras los resultados obtenidos en la presente revisión, dónde se observa una mejora de la mucosa oral, aspiran a ser posibles alternativas a la clorhexidina.

Con respecto a las concentraciones utilizadas en nuestros estudios, se evidencia una mayor efectividad de la clorhexidina en la concentración 0,12%, sin embargo, existe escasa literatura al respecto, Zhang TT, et al.,(23), en 2014 elaboró un metaanálisis dónde comparó el efecto de dos concentraciones de clorhexidina; 2% y 0,12%, concluyendo que la clorhexidina 0,12% tiene el mejor efecto en la prevención de la neumonía asociada a ventilación artificial de acuerdo con el metanaálisis, el análisis de costos, las reacciones adversas y el análisis de resistencia a los medicamentos. Este resultado estaría en concordancia con el obtenido por nuestro estudio, sin embargo es importante destacar que solo hace comparación entre dos tipos de concentraciones.

En relación a la higiene oral como prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica, destaca la disminución de la incidencia observada en los estudios que incorporan, a la aplicación de clorhexidina, otro tipo de estrategias. Esta correlación entre diferentes estrategias ya fue definida en 2004 por el Institute for Healthcare Improvement, que recomendaba que todas las unidades de cuidados intensivos implementases un paquete de medidas de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica como parte de su campaña "5 Million lives" (24), años más tarde, trabajos como el realizado por Resar R, et al., en 2005 (25), demostraron reducción de este tipo de neumonía tras la implementación de un paquete de medidas preventivas. En España, el protocolo "Neumonía Zero" llevado a cabo por la SEMICYUC (12), describe una serie de medidas preventivas, entre las que existe un amplio grupo que son realizadas en exclusividad por el personal de enfermería (higiene oral con clorhexidina 0,12%, control de la presión del neumotaponamiento, control de altura del cabecero…).

Estas aplicaciones, han demostrado resultados positivos, por lo que el equipo sanitario encargado del cuidado del paciente crítico y más concretamente la enfermera, deberá tener conocimiento pleno y actualizado del protocolo instaurado en su unidad ya que la incidencia de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, dependerá en gran medida de la calidad de los cuidados administrados.

Finalmente, respecto a la calidad en conjunto de todos los estudios incluidos en la revisión, podemos afirmar, tras la lectura crítica realizada con la ayuda de las plantillas CASPe (8) y el listado de verificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (10), que esta es aceptable, siéndolo por tanto también la validez interna. En este sentido y debido a que más de la mitad de los estudios son de tipo ensayo clínico, es importante hacer referencia a los resultados obtenidos en la escala JADAD (11), dónde pese a existir estudios con puntuación por debajo de 3 y siendo considerados de baja calidad metodológica, más de la mitad se encuentran por encima de esa cifras, existiendo incluso dos estudios con la máxima puntuación y siendo por tanto considerados como rigurosos. El hecho de existir ensayos clínicos de menor calidad puede estar debido a la dificultad en el control o manipulación de las variables ante las que generalmente se enfrenta la investigación enfermera.

6 Bibliografía

1. Zaragoza R, Ramirez P, López-Pueyo MS. Infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos. Enferm Infecc Microbiol Clin 2014; 32(5):320-327.
2. Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. Lancet 2011; 377(9761):228-241.
3. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated in the acute care setting. AM J Infect Control 2008; 36(9):655.
4. Mythri H, Kashinath K. Nosocomial infections in patients admitted in intensive care unit of a tertiary health center, India. Ann Med Health Sci Res 2014; 4(5). 738-741.
5.Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMP-SPM). Estudio EPINE. Evolución 1990-2017
6.Mónica L, Fernández M. Las infecciones nosocomiales como un nuevo evento de responsabilidad objetiva en el sistema colombiano. Reflexión sobre su fundamento a partir de la experiencia francesa. Rev. Chil. Derecho 2016:43(3).

7. Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva. ENVIN HELICS. Informe 2017. Sociedad española de medicina intensiva crítica y unidades coronarias (SEMICYUC) Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas y sepsis.
8.- Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. (Cuaderno III, pp. 3-8). Alicante: CASPe; 2010.
9.Cummins P, Serruys PW. The Journal Citation Reports® Impact Factor: annual results 2016. EuroIntervenion 2016;12(4):415-416.
10.Scottish Intercolleguiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50: A guideline developer´s handbook. Edinburgo: SIGN; [Internet];2015 [acceso 20 de marzo de 2018]. Disponible en : http://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2015.pdf
11.Jadad AR, Moore RA, Carrokk D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Control Clin Trials 1996,17(1):1-12.
12. - Álvarez LF, Sánchez GM, Lorente L, Gordo F, Añón JM, Álvarez J, et al. Guidelines for the prevention of ventilator-associated penumonía and their implmentation. The Spanish "Zero-VAP" bundle. Med Intensiva 2014; 38(4):226-236.
13. Bansal M, Khatri M, Taneja V. Potential role of periodontal infection in respiratory diseases - a review. J Med Life 2013;6(3):244–248
14. Blum DFC, Munaretto J, Baeder FM, Gómez J, Castro CPP, Bona AD. Influence of dentistry professionals and oral health assistance protocols on intensive care unit nursing staff. A survey study. Rev Bras Ter Intensiva 2017; 29(3):391-393.
15. - Gu WJ, Gong YZ, Pan L, Ni YX, Liu JC. Impact of oral care with versus without toothbrushing on the prevention of ventilator-associated pneumonia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Crit Care. 2012; 16:R 190. doi: 10.1186/cc11675.
16.Moeintaghavi A, Arab H, Khajekaramodini H, Hosseini R, Danesteh H, Niknami H. In vitro antimicrobial comparison of chlorhexidine, persica mouth wash and miswak extract. J Contemp Dent Pract 2012; 13(2):147-152.
17. Shi Z, xie H, Wang P, Zhang Q, Wu Y, Chen E, et al. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. Cochrane Database Syst Rev 2013;8:CD008367.
18. Grap MJ, Munro CL, Hamilton VA, Elswick RK, Jr, Sessler CN, Ward KR. Early, single chlorhexidine application reduces ventilator-associated pneumonia in trauma patients. Heart Lung 2011;40(5):e115–22.
19. Segers, P., Speekenbrink, R.G., Ubbink, D.T., van Ogtrop, M.L., and de Mol, B.A. Prevention of nosocomial infection in cardiac surgery by decontamination

of the nasopharynx and oropharynx with chlorhexidine gluconate: a randomized controlled trial. JAMA. 2006; 296: 2460–2466
20. Carrilho MR, Carvalho RM, Sousa EN, et al: Substantivity of chlorhexidine to human dentin. Dent Mater 2010; 26:779–785
21. Darvishi H, Haidari MA, Morad A, Gorji H. Comparison of the antibacterial effects of matrica & Persica TM and chlorhexidine gluconate mouthwashes in mechanically ventilated ICU patients: a double bling randomized clinical trial. Rev Chilena Intectol. [Internet]; 2013 [acceso 20 de febrero de 2018]; 330(4):361-373.
22. Hanifi N, Masoumi M, Jamshidi MR, Faghihzadeh S. The Effect of Ozonated Water and Chlorhexidine Gluconate on Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: A Double-Blind, Randomized, Clinical Trial. Iran Red Crescent Med J. 2017;19(10).
23. Zhang TT, Tang SS, Fu LS. The effectiveness of different concentrations of chlorhexidine for prevention of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis. J Clin Nurs 2014;23(11-12):1461-1475.
24. How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; [Internet] 2012 [acceso 20 de marzo de 2018]. (Disponible en: www.ihi.org).
25. Resar, R., Pronovost, P., Haraden, C., Simmonds, T., Rainey, T., and Nolan, T. Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2005; 31: 243–248

Capítulo 157

LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO.

ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ

ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL

1 Introducción

El sueño es un estado fisiológico diferente al de la vigilia indispensable en la vida que se puede considerar un fenómeno básico en el SNC en cada ciclo de 24 horas. Desde el punto de vista fisiológico este estado se divide en dos partes diferentes: sueño NO MOR y sueño MOR (movimientos oculares rápidos) que tienden a interrelacionarse. El primero de ellos se caracteriza por pérdida del ritmo alfa, sensación de adormecimiento y presencia de actividad theta con movimientos lentos de los ojos mientras que el sueño MOR (sueño paradójico) presenta una mayor lentitud en el EEG, aparición de complejos K y husos de sueño. Desde el punto de vista emocional, el sueño tiene valor como defensa del mundo exterior, como liberación y descarga de tensiones.

Un adecuado sueño nocturno es una de las condiciones esenciales para el estado de alerta diurno que permitirá una mejor interacción con el medio. En el caso de los niños, el sueño es una de las funciones más importantes en su vida, ya que es una de las actividades en la que más horas invierte desde que nace. Durante los primeros quince años de vida se producen una mayor cantidad de cambios en la estructura del sueño y en las funciones fisiológicas asociadas a él que en el resto de la vida.

Los trastornos del sueño son una patología muy frecuente tanto aislada como asociada a otros trastornos y son aquéllos que afectan a la capacidad para dormirse

y/o para mantenerse dormido, y provocan que se duerma demasiado o se produzcan conductas anormales asociadas al sueño. Son comunes en niños y pueden ser temporales, intermitentes o crónicos. Según una clasificación internacional los trastornos del sueño se clasifican en cuatro categorías importantes: disomnias, parasomnias, trastornos del sueño secundario a otros trastornos y otros trastornos del sueño.

2 Objetivos

Conocer los distintos tipos de trastornos del sueño y su importancia en la actualidad.

3 Metodología

Para realizar este trabajo sobre los trastornos del sueño se ha realizado una búsqueda de artículos escritos en lengua española en Pubmed utilizando los términos "insomnio", "trastornos del sueño", "cuidados de enfermería", "disomnias" y "sueño". Para completar más información, se recurrió a la Scientific Electronic Library Online (Scielo) utilizando los mismos términos de búsqueda y añadiendo más como "fases del sueño", "enfermería y el sueño" y "terapias del sueño". Toda la información obtenida se comprueba con ampliación bibliográfica recomendada e información docente.

4 Resultados

Los trastornos del sueño son un motivo de consulta frecuente, tanto en medicina general como en psiquiatría. Más del 50% de los pacientes de atención primaria se quejan de insomnio si se les pregunta por el sueño, pero sólo el 30% lo mencionan a su médico de cabecera por iniciativa propia, y sólo el 5% acuden al médico con el objeto principal de recibir tratamiento para este problema.

Clasificación de los trastornos del sueño:

A. Disomnias: pueden ser trastornos intrínsecos o extrínsecos (ocasionados por causas externas). Las dos más frecuentes son el insomnio y el hiperinsomnio.
El insomnio: es un síntoma que no constituye un diagnóstico específico y se define como la dificultad para conciliar el sueño o alteraciones en el patrón de sueño

que llevan a la percepción de que éste es insuficiente en su duración, profundidad o propiedades reparadoras.
La etiología es múltiple, siendo las causas más frecuentes: apnea del sueño, alteraciones fisiológicas, uso de ciertos medicamentos como los hipnóticos, alteraciones psicopatológicas (depresión o esquizofrenia), alteraciones de la personalidad (obsesivo – compulsiva) estrés o comportamientos anómalos. Dependiendo del momento de presentación se distinguen tres tipos: de conciliación, de despertar prematuro y con alteración en la continuidad del sueño (múltiples despertares).
El insomnio se puede clasificar en primario cuando es el problema principal y aislado del paciente o secundario cuando es una consecuencia médica, psiquiátrica o abuso de sustancias que lo puedan ocasionar. Otra clasificación es insomnio agudo (cuando hay una clara causa que lo precita y se resuelve cuando dicha causa desaparece, suele durar menos de tres meses y es más frecuente en mujeres y ancianos) o crónico, aquel que persiste por más de tres meses.

- Insomnio crónico primario (intrínseco): El diagnóstico suele ser por múltiples causas: insomnio primario psicofisiológico, insomnio idiopático (inicio en la infancia y caracterizado por signos neurológicos blancos como dificultad en la atención y concentración), insomnio primario sin hallazgos objetivos (los pacientes no presentan anormalidad en las evaluaciones psicológicas), insomnio asociado con alteraciones respiratorias, movimiento periódico de las piernas (MPP) y el síndrome de piernas inquietas.

- Insomnio crónico secundario (extrínseco): Estos factores pueden producir por sí mismos el trastorno del sueño y su supresión puede resolver el problema. Las principales causas son: higiene del sueño inadecuada (sueño diurno, actividad intensa previa, ambiente inadecuado), consumo de sustancias estimulantes del SNC y fármacos, trastornos de los ritmos circadianos, secundario a enfermedades psiquiátricas (como depresión endógena) o médicas (artritis), entre otras.
Insomnio relacionado con alteraciones de los ritmos circadianos: el insomnio puede ser un síntoma principal de este tipo de trastornos, que se pueden clasificar en:
- Síndrome con fase retrasada para dormir cuyo tratamiento principal es la cronoterapia, que consiste en inducir al paciente para que se vaya a dormir tres horas más tarde cada día.
- Síndrome de fase adelantada para dormir, el tratamiento es la luminoterapia, que consiste en exponer al paciente a luz brillante en las horas vespertinas y recomendarle el uso de lentes oscuros en la mañana.

- Síndrome de cambio rápido de zona horaria o rotación transitoria.
- Síndrome de rotación crónica.
- Trastornos del ciclo sueño vigilia diferente a las 24 horas (síndrome hipernictemeral).

Tratamiento del insomnio: Debe basarse en su origen, su severidad y su duración. Se puede mejor el sueño con medidas psicológicas y farmacológicas, los mejores resultados se obtienen con una combinación de estos tratamientos. El tratamiento no farmacológico presenta las ventajas de ser más económico, menos efectos secundarios, el paciente es protagonista activo de su mejoría y a largo plazo tiene menos riesgo de recaídas. Como inconvenientes destaca que es difícil de poner en práctica, utilizado por pocos terapeutas y es más efectivo a corto plazo la administración de fármacos. En el caso del tratamiento farmacológico destaca la utilización de antidepresivos tricíclicos sedantes, con la mayor dosis a la hora de acostarse que resultan efectivos para el insomnio asociado a depresión. Algunos ejemplos son: Imipramina o Zolpidem.

El hipersomnio se define como una somnolencia excesiva que se presenta en momentos inadecuados e indeseables incluso en actividades que se exige un estado de alerta y que no mejora con el aumento del sueño nocturno. Este se puede acompañar de comportamientos automáticos como periodos de desatención y alteraciones cognoscitivas y motoras.

La narcolepsia es un trastorno específico caracterizado por hipersomnio, cataplexia y alucinaciones del sueño, básicamente se altera la regulación del sueño MOR. El sueño nocturno es fragmentado con frecuentes despertares y aumento en los movimientos corporales. Se clasifica en idiopática (la más común) y sintomática (secundaria a trauma craneano, tumores cerebrales, infecciones y EPOC).

Hipersomnio idiopático del sistema nervioso central: Se caracteriza por somnolencia diurna recurrente sin los síntomas adicionales de la narcolepsia. La edad de aparición entre los 15 y 30 años de edad. El sueño nocturno es prolongado y sin alteraciones, pero hay dificultad para levantarse en la mañana con confusión mental, desorientación temporal, y en ocasiones agresividad verbal y física. Los pacientes presentan largos periodos de somnolencia durante el día lo que hace que tomen siestas prolongadas y no reparadoras. Como su etiología se desconoce, el tratamiento es difícil y únicamente sintomático.

B. Parasomnias: trastornos de la conducta durante el sueño, asociados con episodios breves o parciales de despertar, sin que se produzca una interrupción importante del sueño ni una alteración del nivel de vigilia diurno. Estos fenómenos pueden ser normales o anormales.
- Las más frecuentes son los brincos hípnicos que consisten en movimientos mioclónicos ocurridos al principio del sueño.
- La somniloquia es frecuente en todas las edades; es más común en las mujeres y se presenta durante el sueño NMOR.
- El sonambulismo es más frecuente en niños que en adultos y ocurre durante el primer tercio del sueño. Los episodios que pueden duran entre 15 a 30 minutos, se caracterizan por movimientos sin propósito, con ojos abiertos pero mirada perdida y anemia del episodio o recuerdo fragmentado. Puede realizar actividades motoras que terminan de manera espontánea.

- Los terrores nocturnos aparecen durante el sueño NMOR. Son más frecuentes en los niños y se caracterizan por inicio súbito, gritos, agitación y expresión facial de pánico.
- El trastorno del comportamiento del sueño MOR se caracteriza por la pérdida de la atonía y por la aparición de actividad motora relacionada con el contenido onírico; ocurre con mayor frecuencia en hombres mayores de 60 años con enfermedad neurológica.
Recomendaciones generales para los pacientes con trastornos del sueño:
- En el caso de que el paciente tenga dificultades relacionadas con el sueño es necesario valorar sus hábitos de sueños, porque éstos pueden ser la causa del problema.
- Los fármacos, en caso de que sean necesarios, se deben utilizar durante periodos cortos de tiempo y suspender de manera progresiva cuando se hayan conseguido los beneficios.

- Algunos trastornos del sueño como el sonambulismo y los terrores nocturnos se prestan al diagnóstico diferencial con otras enfermedades neurológicas, especialmente crisis epilépticas. Una adecuada valoración y el buen uso de pruebas diagnósticas resuelven las dudas en la mayoría de los casos.
- La polisomnografía es el método de elección para estudiar a los pacientes con trastornos del sueño y orientar el diagnóstico.
- Ante cualquier duda sobre la posibilidad de un trastorno de sueño, se debe consultar con un especialista.

- Todos los insomnios de causa psicofisiológica y psiquiátrica requieren un abor-

daje higiénico y psicológico global y no se solucionan con hipnóticos.
- La psicoterapia cognitivo-conductual tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente, para evitar aquellas situaciones que dificultan un buen descanso, aprender mecanismos de defensa ante el estrés, mejor control y expresión de emociones. mejorar las relaciones interpersonales y motivar al paciente para realizar actividades de relajación. Se considera que este tipo de tratamiento es efectivo si la latencia de inicio del sueño disminuye 30 minutos.

- En todos los casos de insomnio son muy útiles las "medidas de higiene del sueño":
1. Horario regulares; despertarse y acostarse todos los días a la misma hora.
2. Limitar el tiempo diario en cama al tiempo necesario de sueño.
3. Suprimir la ingesta de sustancias con efecto activador o estimulador del SNC.
4. Evitar largas siestas durante el día.
5. Evitar actividades excitantes en las horas previas al acostarse.
6. Tomar baños de agua a temperatura corporal por su efecto relajante.
7. Comer a horas regulares y evitar comidas copiosas cerca de la hora de acostarse.
8. Practicar ejercicios de relajación antes de acostarse.
9. Condiciones ambientales adecuadas para dormir.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos del sueño son un motivo de consultas frecuentes, ya que se asocian con el despertar nocturno, situación que generalmente provoca gran perturbación familiar. Por lo tanto el diagnóstico precoz de los trastornos del sueño, en cualquier edad pero sobre todo en la edad infantil, es una intervención oportuna para evitar posibles dificultades de desarrollo y crecimiento y conseguir un beneficio para las personas y su entorno, lo que supondrá una mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

- Germán Orlando Alfonso Pérez, Emilio Alejandro Gordillo Ordoñez. Variables asociadas con la calidad del sueño en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Madrid y Fuanza (Cundinamarca) en el primer semestre de 2009.
- Ajuriaguerra J, Marcelli D. Psicopatología de las conductas de adormecimiento y sueño. Manual de Psicopatología del niño. Madrid: Masson S.A., 1992:75-87.

- Gillin C, Ancoli-Israel S. Impacto de la edad sobre el sueño y los trastornos del sueño. Trastornos del sueño 1994; 2:35-46.
- Dra. Orietta Portuondo Alacán, Dra. Carmen Guadalupe Fernández Rivero y Dr. Pastor Cabrera Amigo. Trastornos del sueño en adolescentes. Rev Cubana Pediatr.
- Smith Mt, Perlis Ml, Park A, Smith Ms, Pennington J, Giles De, Buysse Dj. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. Am J Psychiatry 2002; 159: 5-11.
- Guyton A, Hall J. Fisiología del sueño. Tratado de Fisiología Médica.11a Ed. Madrid: Elsevier. 2006; Cap 59: 831-836.
- Jimmy Schiemann, Ignacio Salgado. Trastornos del sueño.
- F. Sarrais, P. de Castro Manglano. El insomnio. An. Sist. Sanit.
- Camara Conde N, Carretero Román J, García Pozo A, Menéndez Rubiera M, Sánchez Alfonso J, Sekade Gutiérrez N. Intervención de la enfermera especialista en salud mental para la prevención de trastornos de sueño por hábitos incorrectos del lactante.
- Dras. Gladys Convertini, Sara Krupitzky, María Rosa Tripodi, Lic. Liliana Carusso. Trastorno del sueño en niños sanos. Arch.argent.pediatr.

Capítulo 158

ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DE SONDA.

ANDREA SOLAR SUAREZ

DANIEL FERNANDEZ DOMINGUEZ

1 Introducción

Se denomina gastronomía o gastronomía endoscopica percutanea (más conocida por sus siglas en inglés: PEG) a una intervención quirúrgica que consiste en la apertura de un orificio en la pared anterior del abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago.

Es un método seguro que se considera de elección en situaciones de nutrición enteral prolongada, ya que previene las complicaciones más habituales de la sonda nasogástrica (obstrucción, recambios frecuentes, imposibilidad de colocación por estenosis esofágica…).

Es de fácil manejo, lo que permite su uso en pacientes ambulatorios por parte de cuidadores no cualificados.

La sonda PEG Es un tubo de plástico, habitualmente de poliuretano, que se inserta a través del estómago. Una vez que la sonda se encuentra dentro del estómago, pude utilizarse para proporcionar alimento a pacientes con capacidad digestiva conservada, que presentan dificultad para masticar o deglutir los alimentos.

Este tipo de sonda pertenece a la denominada nutrición enteral. Se suele indicar en las siguientes situaciones:

- Cuando el sistema digestivo es funcionante.
- Existencia de trastornos neurológicos o físicos de deglución.
- Tumores de cabeza, cuello o de esófago.
- Cirugía digestiva alta.
- Obstrucción del tracto digestivo superior.
- Metodo de apoyo nutricional.
- Nutrición enteral de más de 8 semanas de duración.

Ante estas indicaciones, debemos de tener claro que ante problemas de estomago (como el vaciado gastrico anormal), reflujo, obesidad y déficit del reflejo de vómito (por riesgo de broncoaspiración), esta técnica esta contraindicada. A parte de las anteriormente mencionadas, que son las mas comunes, existen otras contraindicaciones no menos importantes pero no tan estrictas como las anteriores. Estas son:

- Varices gástricas o hipertensión portal.

- Interposición del colon entre la pared abdominal y la cámara gástrica.

- Cirugía gástrica previa.

- Ascitis.

- Carcinomatosis peritoneal.

- Inmunosupresión.

- Diálisis peritoneal.

- Infección cutánea grave a nivel de epigastrio.

Como resultado de distintos estudios, se ha demostrado una serie de ventajas con respecto a la nutrición por sonda nasogatrica, como la comodidad y estética; el menor riesgo de extracción accidental o de broncoaspiración.

Aunque también existen complicaciones derivadas de esta técnica:

• Peritonitits

• Hemorragia gastrointestinal

• Neumonia por aspiración

• Infección del estoma o del trato

• Salida accidental de la sonda

• Oclusión de la luz de la sonda

A raiz de las posibles complicaciones, tenemos que definir una serie de pautas a seguir al alimentar a los pacientes portadores de la sonda. Este tipo de nutrición puede administrarse por bomba de perfusión conectada a la sonda a determinados mililitros/hora, o bien por gravedad con una jeringa cargada con la alimentación que corresponda.

Antes la pauta de alimentación continua a través de una bomba, las pautas a seguir serán:

1. Purgar la sonda de alimentación y la bomba.

2. Cerrar la pinza del tubo de extensión.

3. Conectar el tubo de extensión al puerto de alimentación.

4. Verificar la ubicación del tubo.

5. Conectar la sonda de alimentación principal al puerto de alimentación del tubo de extensión.

6. Abrir la pinza del tubo de extensión.

7. Comenzar la alimentación a la velocidad de flujo que indique la pauta medica.

8. Tras completar la alimentación, cerrar la pinza del tubo de extensión.

9. Irrigar con agua el tubo de extensión para limpiarlo.

10. Por último, comprobar que no haya fugas en el sistema o en la zona de inserción.

La administración de medicamentos a través de la sonda, mezclarlos o triturarlos con la NE, ocasiona:
– Alteraciones en la estabilidad de la mezcla.
– Alteraciones en las propiedades farmacocinéticas del medicamento.
– Posible obstrucción de la sonda.

La mezcla de fármacos en la NE puede provocar:
– Disminución del pH, viscosidad y consistencia de la fórmula de NE.

– Alteración de la biodisponibilidad o efecto del fármaco.

Es recomendable administrar la medicación en bolos independientes de la nutrición.

En caso de no poder administrar la medicación independientemente de la nutrición, se recomienda utilizar formas líquidas. Si el principio activo que se desea administrar no está comercializado en forma líquida, deberá valorar las siguientes alternativas:

– Utilización de formas pediátricas: jarabes, gotas…

– Sustitución del principio activo por otro de acción terapéutica similar y comercializado en forma líquida.

Algunas formas de presentación no deben ser trituradas ni extraídas de las cápsulas, porque alterarían sus propiedades farmacocinéticas:

– Preparados con cubierta entérica

– Preparaciones con liberación retardada

– Comprimidos sublinguales

Si la medicación puede triturarse, deberá seguir este procedimiento:

– Triturar la tableta hasta obtener un polvo fino o sacar el contenido de la cápsula.

– Reconstituir la preparación con agua (10-15 ml). Si el preparado es muy concentrado, deberá utilizar 60 ml de agua y agitar.

El personal sanitario encargado de los cuidados de este tipo de sonda, ha de tener unos conocimientos básicos al respecto. A continuación detallaremos los cuidados que precisan este tipo de sondas y sus estomas.

Comprobaremos que alrededor del estoma no existe irritación, inflamación, ulceración, tejido de granulación y/o dolor.
Durante los primeros 15 días, deberemos lavar el estoma con agua tibia y jabón y posteriormente secarlo asi como el área circundante. Se recomienda aplicar posteriormente una solución antiséptica y una gasa estéril.

A partir de la tercera semana, es suficiente con lavar el estoma con agua tibia y

jabón.

Cuando limpiemos el estoma, debemos hacerlo con movimientos suaves y circulares sin presionar la zona y desde la sonda hacia el exterior. Si la sonda está fijada, el soporte externo puede levantarse o girarse ligeramente para poder limpiarse mejor, pero nunca de forma brusca y sólo cuando se observe suciedad debajo del soporte.

En caso de riesgo de extracción, se puede colocar una venda pequeña sobre el soporte externo, pero nunca por debajo de dicho soporte.

Diariamente deberemos limpiar con agua tibia y jabón la parte externa de la sonda, el soporte externo y el conector de la sonda. Posteriormente, se deberá aclarar bien con agua. Y girar levemente la sonda para evitar que ésta se adhiera a la piel

Antes de cada toma, deberemos comprobar que la sonda está bien colocada (observar las marcas de la sonda). Después de cada toma se pasarán 50cc de agua para evitar obstrucciones de la sonda.

Estos cuidados son básicos y deben ser conocidos por el personal de enfermería. De aqui, realizaremos el plan de cuidados pertinente para el paciente teniendo claros estos cuidados, tanto tras cada toma, como los diarios de higiene.

2 Objetivos

• Mejorar del estado del paciente, asegurando un óptimo estado nutricional y un aumento de su calidad de vida.
• Reconocer, prevenir y tratar las complicaciones.
• Facilitar la actividad a los profesionales con menos experiencia en este tipo de nutrición.
• Conocer de la estructura sanitaria de seguimiento
• Homogeneizar la práctica, con el fin de garantizar resultados asistenciales eficientes y eficaces.

3 Metodología

Se consulta las bases de datos de publicaciones de distintos estudios, además de procesos de atención de enfermería y sus cuidados. Revisión bibliográfica de

articulos científicos sobre el cuidado de sondas PEG en el paciente hospitalizado. Los descriptores utilizados han sido: PEG, nutricion enteral, gastronomía.

4 Bibliografía

1. SENPE's standardization group, Pedrón Giner C, Martínez-Costa C, Navas-López VM, Gómez-López L, Redecillas-Ferrero S, Moreno-Villares JM, et al.Consensus on paediatric enteral nutrition access: a document approved by SENPE/SEGHNP/ANECIPN/SECP. Nutr Hosp. 2011;26(1):1-15.
2. Gómez López L, Pinillos S. Guía pediátrica de administración de fármacos por sonda nasogástrica. Madrid: Elsevier España; 2008.
3. Nutrición enteral y parenteral. Alberto Villazón. 1993.
4. Nutrición enteral en el paciente hospotalizado. J.C. Montejo. 1996.
5. C. Wanden-Berghe, J. Muñoz, C. Cantó, M.a D. Domenech, M.a D. Reyes, C. Pérez Moya y J. Sanz Valero. Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG). Diez años de experiencia. Hosp. vol.25 no.6 Madrid nov./dic. 2010.

Capítulo 159

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

NOELIA CRESPO MÉNDEZ

MÓNICA MÉNDEZ IBIAS

1 Introducción

La patología oncológica es una multiplicación descontrolada, acelerada y no ordenada de células malignas. Es un hecho que ocurre cada vez con más frecuencia en seres humanos, debido principalmente al incremento de la esperanza de vida, duplicada en los últimos años. La mayoría de las personas afectadas son mayores de 65 años.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los tumores más frecuentes son: pulmón, hepático, gástrico, colorrectal, de mama y de esófago. En mujeres, se trata de la segunda causa de muerte, siendo el cáncer más frecuente el cáncer de mama y el más letal el cáncer de cuello de útero.

Para tratarla, se recurre normalmente a la quimioterapia, un tratamiento agresivo consistente en eliminar tanto células sanas como neoplásicas. Puede utilizarse sola o combinada con radioterapia. También se puede emplear la cirugía, con carácter conservador.

Uno de los síntomas principales de dicha patología es el dolor, disminuyendo la calidad de vida si no se trata. Se debe hacer una evaluación integral, que recoja las características del dolor y una evaluación continuada del mismo. Además, se debe utilizar la escalera analgésica de la OMS.

2 Objetivos

- Averiguar los efectos secundarios más frecuentes de la quimioterapia.
- Definir los principales factores de riesgo para el desarrollo de patología oncológica.

3 Metodología

Se ha consultado la Base de Datos Scielo y el buscador Google Académico.

4 Resultados

- Los principales efectos secundarios de la quimioterapia son mucositis, xerostomía, infecciones, hemorragia y úlceras. Se puede presentar también náuseas y vómitos, cansancio, diarrea o estreñimiento.
- Algunos factores de riesgo son la obesidad, sedentarismo y alimentación rica en grasas, además del componente hereditario.
- Los factores de riesgo del cáncer ginecológico podrían ser el hábito tabáquico, promiscuidad sexual y nuliparidad, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que la patología oncológica es cada vez más frecuente en la población, resulta imprescindible una alimentación sana, disminuir el consumo de alcohol, evitar el sobrepeso y la obesidad y la realización de ejercicio físico frecuente para prevenir la aparición de patología oncológica.

No obstante, cuando dicha patología está muy avanzada, se hacen imprescindibles los cuidados paliativos, necesarios en un 60% de dichos pacientes.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008001100007
- http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/viewFile/1978/1378
- https://www.redalyc.org/pdf/1952/195214306007.pdf
- https://www.scielosp.org/article/spm/1998.v40n4/330-338/es/

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000200002
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600007
- https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902004000100001

Capítulo 160

SARCOMA DE KAPOSI ¿QUÉ ES?

NOELIA CRESPO MÉNDEZ

MÓNICA MÉNDEZ IBIAS

1 Introducción

El VIH es un gran problema de salud pública en el mundo. Uno de sus marcadores de progresión es el sarcoma de Kaposi o angiosarcoma de Kaposi, que implica una incompetencia del sistema inmune. Se trata de una neoplasia maligna que tiene su origen en el endotelio vascular y que puede ser asintomática, o sangrar y producir dolor.

Produce dificultad respiratoria y esputo con sangre por las lesiones pulmonares que produce, entre otras cosas. Fue descrito por primera vez en 1872. Existen cuatro variantes del mismo: clásico, endémico en países mediterráneos a los 60 años; endémico o africano, entre los 30-45 años; epidémico o asociado a VIH (el más frecuente) y iatrogénico, que puede suceder tras tratamiento inmunosupresor o después de un trasplante de órganos.

En el 15% de los casos, el Sarcoma de Kaposi puede ser la primera manifestación de SIDA.

2 Objetivos

- Averiguar los principales síntomas del sarcoma de Kaposi.
- Describir el tratamiento de dicha neoplasia.
- Averiguar su incidencia.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Dicha neoplasia puede afectar la piel, mucosas y vísceras. Se manifiesta como máculas o nódulos en las extremidades inferiores, que pueden formar placas.
- Una de las opciones posibles para el tratamiento es la extirpación quirúrgica. Otras opciones son la radioterapia y quimioterapia.
- Su incidencia es variable según el país, siendo más habitual en los países del continente africano. A nivel mundial representa el 2-8%.

5 Discusión-Conclusión

Ya que un gran porcentaje de la población mundial desconoce ser portadora del VIH, y se trata de una patología que no cuenta con una cura actualmente, el principal tratamiento consistiría en la prevención, evitando la aparición de VIH y facilitando una adecuada educación sanitaria.

6 Bibliografía

- https://pdfs.semanticscholar.org/54c6/3454c56877b20e80aabe909d91dabf3289cb.pdf
- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001731007701321
- https://pdfs.semanticscholar.org/3e2c/4c1853bed2a6dfcb67da71c307988324fb87.pdf
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992003000400002&script=sci_arttext&tlng=pt
- http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v20n4/original1.pdf
https://www.redalyc.org/pdf/3756/375634866003.pdf
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992003000400001&script=sci_arttext&tlng=pt

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-05582018000100022&script=sci_arttext&tlng=pt

Capítulo 161

¿QUE ES LA TECNICA MOLNDAL?

NOELIA CRESPO MÉNDEZ

MÓNICA MÉNDEZ IBIAS

1 Introducción

Las heridas son lesiones en la piel que producen una pérdida de la solución de continuidad de los tejidos, y vinculadas estrechamente con la práctica enfermera. La técnica Molndal consiste en la colocación de un hidrocoloide con un film de poliuretano en una herida quirúrgica, tras su cierre por primera intención, siendo una cura en ambiente húmedo, cuya finalidad principal es evitar complicaciones en la cicatrización. Fue descrita por primera vez en Suecia en 2002 por Agnetha Folestad, que la aplicaba a los pacientes que habían sido sometidos a cirugías torácicas o traumatológicas. Si la herida no presenta signos de infección, puede mantenerse esta técnica durante 7 días, aunque con revisión diaria de su estado.

2 Objetivos

- Definir los beneficios de dicha técnica.
- Averiguar los riesgos posibles de su utilización.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Entre los beneficios de la técnica Molndal podrían incluirse un mayor confort del paciente, optimización de los recursos sanitarios (mejor coste-efectividad y disminución de la carga de trabajo del personal de Enfermería) y un menor número de complicaciones en el proceso de cicatrización.
- No está claro si el uso de dicha técnica podría producir flictenas, infecciones o hematomas.

5 Discusión-Conclusión

Dicha técnica implica un menor número de curas y por tanto, en menos costes y un aumento de la comodidad del paciente, pudiendo utilizarla en cirugías limpias-contaminadas y contaminadas. No obstante, se debería seguir investigando al respecto.

6 Bibliografía

- https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4860730
- https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5873777
- https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/19391

Capítulo 162

OBESIDAD INFANTIL: TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.

NOELIA CRESPO MÉNDEZ

MÓNICA MÉNDEZ IBIAS

1 Introducción

La obesidad, se considera una epidemia del siglo XXI, siendo un problema de salud pública a nivel mundial y un factor de riesgo cardiovascular importante. En la infancia y adolescencia, se trata de la enfermedad nutricional más prevalente y se relaciona con problemas de salud: hipertensión arterial, aumento de colesterol y triglicéridos, diabetes mellitus, etc. Además, los niños que presentan problemas de obesidad en la infancia, tienen un riesgo más elevado de padecer obesidad al alcanzar la edad adulta. Alrededor del 10% de los escolares presentan sobrepeso a nivel mundial, lo que hace necesario buscar los factores que influyen en la aparición de la obesidad infantil. Con respecto a la actividad física realizada por los escolares, se ha visto disminuida, debido al uso de transporte motorizado y difusión del uso de la tecnología. Esto ha aumentado el sedentarismo, lo que podría provocar sobrepeso también al alcanzar la edad adulta.

2 Objetivos

- Definir los problemas derivados de la obesidad infantil.
- Encontrar posibles soluciones que reduzcan este problema.

3 Metodología

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

4 Resultados

La obesidad infantil puede desencadenar efectos adversos, como el pie plano que provoca un desequilibrio muscular. Además, también puede provocar ciertas enfermedades crónicas. Desde el colegio, se deberían realizar acciones para la promoción de hábitos saludables y prevención de la obesidad, debido a todas las horas que los niños permanecen allí, incluso para comer. Además, debemos considerar las condiciones multifactoriales que influyen en la obesidad infantil (factores genéticos, ambientales…) que dan lugar al consumo de ciertos nutrientes y no de otros, causando un desequilibrio energético.

5 Discusión-Conclusión

En la infancia, todavía es posible cambiar ciertas conductas relacionadas con la alimentación y la actividad. En la edad adulta, el sedentarismo y la obesidad son más difíciles de cambiar. Es imprescindible tratarla cuanto antes, enseñando adecuados estilos de vida que prevalezcan en la edad adulta. No obstante, se hace prioritario su prevención, ya que su prevalencia está aumentando de manera alarmante en los países desarrollados.

6 Bibliografía

- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300893212006409
https://www.researchgate.net/profile/Cristina_Azcona/publication/277222193_Obesidad_infantil/links/55d311c908ae0b8f3ef92117/Obesidad-infantil.pdf
- https://revistas.unav.edu/index.php/revista-de-medicina/article/view/6767
https://www.researchgate.net/profile/Claudia_Marhuenda3/publication/237227706_Perspectivas_actuales_del_tratamiento_de_la_obesidad_infantil/links/00b7d529f703d33afd000000.pdf

- https://www.aepap.org/sites/default/files/tratamiento_obesidad.pdf

Capítulo 163

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

JORDANIA YELUL RAMOS

ADRIANA TOMA

SILVIA ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La tensión arterial (TA) es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias al ser impulsada por el corazón. La medición de la TA la expresamos con dos valores, la alta es la presión sistólica, la presión de la sangre cuando es bombeada por el corazón y la baja la presión diastólica, la presión de la sangre entre un latido y otro del corazón.

Definimos como hipertensión arterial la presión arterial sistólica mayor de 140 milímetros de mercurio o una presión arterial diastólica mayor de 90 milímetros de mercurio. Para diagnosticar un paciente que padece hipertensión arterial hay que realizar varias mediciones de TA en diferentes horas del día, durante un periodo de 2-3 semanas y después clasificar y establecer el tratamiento adecuado según que tipo de hipertensión es.

La presión arterial se clasifica en:
1. Normal < 120/80 mm Hg.
2. Prehipertensión 120-139/80-89 mm Hg.
3. Hipertensión:
- Grado I: 140-159/90-99 mm Hg.

- Grado II: 160-179/100-109 mm Hg.
- Grado III: 180/120 mm Hg.

La hipertensión arterial implica un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y disminución de la función de diferentes órganos en la cual las cifras de la presión arterial están muy por encima de los valores normales. La hipertensión está asociada con patologías como diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca (IC) crónica, accidente vascular encefálico (AVE), accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal crónica. La hipertensión es considerada uno de los factores de riesgo para AVE, infarto de miocardio, IC y aneurisma arterial, y es una de las principales causas de insuficiencia renal crónica y diálisis.

La presión elevada se puede controlar y evitar y aparte de un tratamiento farmacológico es imprescindible tomar medidas para cambiar a un estilo de vida más saludable. Eso implica una dieta saludable rica en vitaminas, nutrientes y baja en grasas y sal, actividad física, control del peso corporal y renunciar a los hábitos tóxicos como el alcohol y el tabaco.

Los factores de riesgo más predisponentes de la hipertensión arterial son:

1. LA EDAD.
Uno de los factores que contribuye a la HTA es el envejecimiento de las personas. El aumento de las cifras de la TA es muy frecuente en las personas mayores dado que la edad provoca el endurecimiento de las paredes arteriales, aumentamos de peso y solemos tener una vida sedentaria y esto influye y afecta la presión sanguínea.

2. SOBREPESO.
El índice de masa corporal (IMC), se utiliza para determinar el grado de obesidad. En un paciente normopeso el valor del IMC esta entre 18,5 y 24,9. Las personas con un IMC mayor tienen más predisposición de padecer HTA que los pacientes con un IMC dentro de los valores normales.

3. NUTRICION.
Una dieta adecuada, que aporte los nutrientes necesarios para el buen funcionamiento de nuestro organismo, sobre todo rica en potasio y pobre en grasas y sal es imprescindible para nuestra salud. Se recomienda el consumo de menos de 5 g de sal al día. La dieta del paciente hipertenso debe estar compuesta por fibra dietética y antioxidantes, vegetales y frutas frescas ya que muchas contienen

muy poco sodio y son ricas en potasio.
4. SEXO.
Entre las personas jóvenes es mayor el número de pacientes varones que sufren HTA, pero a partir de los 55 años el número de las mujeres que sufren HTA aumenta, superando el número de pacientes varones.
5. SEDENTARISMO.
Las personas con un estilo de vida sedentario tienen más probabilidades de padecer hipertensión arterial.
Es recomendable la realización de ejercicio físico de moderada intensidad, como andar, nadar, montar en bicicleta, de una forma regulada durante 30-60 minutos al día.
6. ANTECEDENTES FAMILIARES.
Los antecedentes familiares de HTA aumentan las probabilidades de ser diagnosticado de HTA.

2 Objetivos

Definir la hipertensión arterial y destacar los principales factores de riesgo relacionados con la hipertensión arterial.

3 Metodología

Se realiza un estudio bibliográfico, en diversas bases de datos como Mayoclinic, Pubmed, Google académico, utilizando solo articulos en español, relacionados con la hipertensión arterial, empleando descriptores como hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, tratamiento, factores de riesgo.

4 Bibliografía

- Christen, A., Miranda, A., Graf, C., Armentano, R., y, Ramírez, A. (2015). Velocidad de la onda de pulso: relevancia de la edad en normotensión, hipertensión esencial e hipertensión limítrofe. Revista Argentina de Cardiología, 5(15), 1- 7.
- Sellén, C., Sellén, E., Pacheco, L., y Sellén, S. (2009). Evaluación y diagnóstico de la Hipertensión Arterial.
- Revista Cubana De Investigaciones Biomédicas, 28(1), 52- 60

- Sánchez, R. A., Ayala, M., Baglivo, H., Velázquez, C., Burlando, G., Kohlmann, O., ... & Alcocer, L. (2010). Guías latinoamericanas de hipertensión arterial. Revista chilena de cardiología, 29(1), 117-144.
- Pérez, J. H., & Unanua, A. P. (2002). Hipertensión arterial. Everest.
- Banegas, J. B. (2005). Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. Hipertensión, 22(9), 353-362.
- Robles, B. H. (2001). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. Archivos de cardiología de México, 71(S1), 208-210.
- Sellén Crombet, J. (2008). Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. Ciudad de La Habana: Editorial Universitaria, 2008.
- Payeras, A. C. (2005). Evolución del control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003. Hipertensión, 22(1), 5-14.
- Miguel Soca, P. E., & Sarmiento Teruel, Y. (2009). Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. Acimed, 20(3), 92-100.

Capítulo 164

MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTQUIRÚRGICA

LUCÍA FERNÁNDEZ RON

TAMARA IGLESIAS CAMUÑA

1 Introducción

La clave de los cuidados en las unidades de reanimación postanestesia se basa en la monitorización, observación, valoración y actuación inmediata, siempre con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente para prevenir incidencias y complicaciones.

2 Objetivos

- Monitorización del paciente y adecuada valoración del dolor.
- Emplear el proceso de cuidados establecido.

3 Caso clínico

Paciente que ingresa en unidad de reanimación postquirúrgica. La intervención a realizar es: Hemicolectomia derecha, con cirugía programada y anestesia general. No presenta alergias médicas conocidas.

Viene con:

- Vía venosa periférica en miembro superior derecho calibre nº18, pasando suero Ringer Lactato 500cc.
- Vía venosa central en yugular derecha con dos luces, proximal obturada, distal con suero fisiólogico 500cc para mantener vía.
- Drenaje Blake con vacío.
- Catéter arterial en miembro superior derecho.
- Sonda nasogástrica a bolsa.
- Sonda vesical con control horario.
- Cateter epidural con perfusión de 10cc de Ropivacaina al 0.75%+ 1cc de fentanilo 0.15mg/3 ml +39 ml de suero fisiológico.

Monitorización:

- Saturación de oxígeno, con gafas de oxígeno a 3 litros por minuto.
- ECG
- Tensión arterial invasiva por cateter arterial.

Valoración al ingreso y al alta:

Estado de conciencia:
- 0 Dormido no respornde a estímulos.
- 1 Dormido responde a estímulos
- 2 Despierto.

Oxigenación y ventilación:

-2 respira espontaneamente
-1 Disnea , respira limitadamente.
-0 Apnea.

Ingresa en la URPA dormido respondiendo a estímulos. Respira limitadamente requiriendo gafas de oxígeno para mantener saturaciones de oxígeno por encima del 90%. Saturación de oxígeno al 95% con gafas de oxígeno a 3 l por min. Afebril, hemodinámicamente estable, con diuresis en rango mayores a 40 cc/h. Drenaje Blake con vacío con 20 cc de contenido serohemático. Apósitos de herida quirúrgica limpios.
Se realiza RX de control de colocación de catéter venoso central en arteria yugular. Se realiza hemograma de control para controlar el sangrado. Dolor controlado con catéter epidural y con analgesia IV pautada, Paracetamol 1 g IV y Metamizol 2g IV alternados cada 8 horas.

4 Discusión-Conclusión

El estado del enfermo debe ser continuamente evaluado en la URPA, debiendo ser observado, monitorizado y valorado con métodos adecuados. Se debe prestar especial atención a la monitorización de la oxigenación, la ventilación, la circulación y adecuada valoración del dolor para prevenir incidencias y complicaciones.

5 Bibliografía

- Protocolo URPA HSA.

Capítulo 165

TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS

LUCÍA FERNÁNDEZ RON

TAMARA IGLESIAS CAMUÑA

1 Introducción

La transfusión de hemoderivados es un procedimiento habitual en el medio hospitalario a nivel mundial, que se utiliza para tratar a un amplio abanico de pacientes.

Una transfusión segura para el paciente recoge aspectos legales, éticos y clínicos; entendiendo la seguridad transfusional como un conjunto de medidas encaminadas hacia un menor riesgo.

2 Objetivos

Dotar al personal sanitario de conocimientos y habilidades en todos los eslabones de la cadena transfusional, de modo que garantice la máxima seguridad tanto para el propio personal como para el paciente

3 Metodología

Revisión bibliográfica que integra el análisis de 10 artículos, mediante lenguaje controlado, a través de la consulta de varias bases de datos: Science Direct Journals , Medline/ PubMeb, Directory of Open Access Journals, SciElo Brazil, Cuiden y Cochrane Library Plus. Se hace uso de los límites del año (periodo del 2011 al 2020) y se incluyeron árticulos en castellano, inglés y portugués.

4 Resultados

En parte de los artículos analizados se evidencia un nivel insuficiente de conocimientos por parte del personal sanitario relacionado con la transfusión segura.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental dotar al personal sanitario implicado en la cadena transfusional de un alto nivel de conocimientos, a través de formación y actualización de estos, aumentando de este modo la seguridad tanto del paciente como del propio personal implicado en la transfusión.

6 Bibliografía

1. Flores-Torrecillas R, M. Carballo –Monreal M.R, Álvarez –Villaseñor A.S, Valdez-Márquez M.L, González- Ojeda A, Fuentes- Orozco C. Manejo y administración de hemoderivados por personal de enfermería en un hospital de segundo nivel. Enfermería Universitaria 2014;11 (3): 94-100. Disponible en http: //www.elsevier.es.
2. Martínez Martínez A, Rivero Jiménez R.A, Fernández Delgado N. Efectos adversos de la cadena transfusional en el Instituto de Hematología e Inmunología. Revista Cubana de Hematol, Inmunol y Hemoter.2015; 31 (3):288-300.
3. Zamudio Godínez L, Marmolejo García M, Arias Mujica M. Aplicación del cuidado enfermero en medicina transfusional. REv Mex Med Tran, Vol.4 , Núm.2,pp48-52.Mayo-Agosto,2011.Disponible en http://www.medigraphic.com/medicinatransfusional/
4. Mattia D, Andrade S.R. Cuidados de enfermagem na transfusão de sangue: un instrumento para monitorização do paciente.Texto Contexto Enferm, 2016; 25(2): e2600015.Disponible en: http: //dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002600015
5. Ambriz Fernández R. Simposio « Seguridad transfusional en el siglo XXI». Introducción y planteamiento del problema. Gaceta Médica de México, 2013; 149:73-80.
6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
7. https://www.scielo.org/es/.
8. https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 166

CUIDADOS Y COMPLICACIONES DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

ELIA ESTRADA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La canalización de una vía venosa periférica consiste en la colocación de una cánula en el interior de una vena periférica para mantener un acceso venoso abierto. Los vasos más adecuados para su colocación son: el plexo venoso dorsal y venas metacarpianas dorsales de la mano, vena cefálica, vena basílica y vena mediana del brazo.

Esta indicado su uso para reposición de líquidos, administración de fármacos, extracción de muestras sanguíneas para su análisis, realizar transfusiones de sangre y para la realización de estudios diagnósticos.

Uno de los puntos más importantes es la prevención de las complicaciones, por lo que es importante elegir el catéter adecuado según la utilidad que se le vaya a dar para así evitar una de las complicaciones mas importantes: la flebitis. Ésta corresponde a una inflamación de la vena debido a una alteración del endotelio.

Además de la flebitis, también nos podemos encontrar con otras complicaciones como la extravasación, tromboflebitis, hematomas, coagulación del catéter o embolia gaseosa.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados necesarios que requiere el manejo de la vía venosa periférica con el fin de evitar complicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo realicé una búsqueda bibliográfica sobre los catéteres venosos periféricos en lo relacionado a su cuidado y complicaciones en las bases de datos de Scielo, Google academico, Pubmed y Dialne así como protocolos de hospitales.

4 Resultados

Una de las complicaciones que aparece con el uso de los catéteres venosos periféricos es la flebitis. Para poder prevenirla es muy importante realizar un buen cuidado del catéter así como reconocer sus signos y síntomas que son: dolor, eritema, sensibilidad, calor, hinchazón, induración, purulencia o cordón venoso palpable. Para ello es muy útil realizar diariamente la escala Maddox como valoración.

La mejor manera de prevenir cualquier complicación es realizar una buena higiene de manos antes de la colocación de los guantes al realizar cualquier manipulación.

En cuanto a los cuidados de la vía venosa y su mantenimiento se encuentran:
- Vigilar la zona de punción cada 24 horas, por lo que es importante y recomendable el uso de apósitos transparentes que nos permitan ver el punto de punción con visión directa sin tener que manipularlo.
- Cambiar el apósito cuando este despegado, mojado o sucio. En caso de que el paciente tenga sudoración y se despegue con facilidad el apósito transparente se debería de cambiar éste por uno de gasa.
- En caso de presencia de restos he maticos en la zona de punción se debe cambiar el apósito, limpiar los restos hemáticos con SSF y aplicar clorhexidina alcohólica en la zona.
- Cambio de apósito a los 7 días, cambio de alargaderas, sistemas y conectores entre 96-168 horas excepto que se administren emulsiones grasas o hemoderivados que se hará el cambio cada 24 horas.

- Evaluar la permeabilidad del catéter cada vez que se acceda al mismo y lavar con SFF tras la administración de la medicación.
- Realizar una limpieza con solución antiséptica de los conectores antes de acceder a ellos.

5 Discusión-Conclusión

La canalización de un catéter venoso periférico es una técnica que enfermería acomete muy a menudo, sencilla y poco cruenta que no está exenta de riesgos y complicaciones pero con un adecuado mantenimiento y siguiendo las pautas se reducen significativamente las complicaciones. Por ello es importante que cada centro de trabajo cuente con un protocolo actualizado y las herramientas necesarias para su realización y así conseguir unos cuidados de calidad.

6 Bibliografía

- Protocolo de Hospital General Universitario Gregorio Marañón para el cuidado de catéteres venosos periféricos, 2014.
- Carrero MC. Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2002.
- Bellido Vallejo J.C., Carrascosa García M.I, Mateos Salido M.J, Del Moral Jimenez J. Procedimiento.- Mantenimiento de un acceso venoso periférico. Evidentia; 2006
- Urruchi-Campo MA. Ablanedo-Mingot M. Protocolo catéter intravenoso periférico. Inserción y cuidados. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2016.

Capítulo 167

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

NEREA ROZA BARJOLLO

1 Introducción

Una úlcera por presión se define como cualquier lesión en la piel y tejidos subyacentes provocada por la restricción del flujo sanguíneo, causada por la presión prolongada, fricción, cizallamiento o una combinación de las mismas entre dos planos duros, una perteneciente al paciente y otro externo a él. Generalmente se localizan sobre protuberancias óseas y las áreas de más riesgo son: región sacra, talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.

Las enfermeras, como referentes en salud de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, deben ser las responsables de supervisar y/o aplicar todas las medidas necesarias para la prevención de las UPP, desde la adecuación del entorno, hasta el adecuado aporte calórico, así como el cuidado de la piel y la correcta higiene.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados que deben realizar las enfermeras para prevenir la aparición de ulceras por presión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una úlcera por presión se define como cualquier lesión en la piel y tejidos subyacentes provocada por la restricción del flujo sanguíneo, causada por la presión prolongada, fricción, cizallamiento o una combinación de las mismas entre dos planos duros, una perteneciente al paciente y otro externo a él(1). Generalmente se localizan sobre protuberancias óseas y las áreas de más riesgo son: región sacra, talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.

La formación de UPP se ve influenciada por los siguientes factores de riesgo primarios:
- Presión: Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento de los tejidos entre dos planos, uno que pertenece al paciente y el otro es externo puede ser la silla, cama, sondas, etc. La Presión capilar oscila entre 16 mmHg, si esta aumenta > 32 mmHg ocluirá el flujo sanguíneo en los tejidos blandos provocando Hipoxia, si no se cambia de posición puede provocar necrosis de los tejidos blandos.
- Fricción: Es la fuerza tensil que actúa paralelamente a la piel produciéndose rozaduras por los movimientos o arrastres.

- Cizallamiento: En él se combinan los efectos de presión y fricción. Ejemplos: fuerza externa de pinzamiento vascular. Posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.
- Humedad: El control ineficaz de la humedad provoca la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel después de los cuidados del baño o higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, provocando disminución de resistencia, se vuelve más vulnerable la piel a la erosión y ulceración. Para la prevención de UPP será necesaria una correcta valoración del paciente y

de su entorno, que se realizará al ingreso en un hospital y siempre que se produzcan cambios en la piel o el estado de salud del paciente. Dicha valoración deberá incluir:

- Capacidad de satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas.
- Examen físico prestando especial atención a los factores de riesgo de presentar UPP (edad avanza o hemipléjicos parapléjicos) y tratamiento farmacológico (inmunopresores), pacientes de unidades de cuidados intensivos, con apoyo de inotrópicos en dosis altas, pacientes con neuropatías Guilliam Barre, Esclerosis, Miastenias graves, Politraumatizados, cirugías abdominales.
- Evaluación nutricional por especialista que determine el riesgo de desnutrición o desnutrición establecida.
- Aspectos psico-sociales, identificando a la persona cuidadora principal y posibles apoyos sociales.

- Evaluación de riesgos de presentar UPP con la utilización del índice o escala de Norton de riesgo de úlceras por presión. Es un instrumento objetivo para valorar y tomar decisiones de forma muy sencilla. Mide el riesgo que tiene un paciente de padecer UPP. Fue creada por Doreen Norton (enfermera, inglesa) en el año 1962, valora cinco apartados con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores son sumados para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20.

Como personal de Enfermería el objetivo principal es evitar el desarrollo de una UPP a través de la planificación de cuidados a todo paciente con riesgo de desarrollarla. Para la valoración del riesgo es necesario saber que:
- Toda persona debe ser considerada en "riesgo" hasta ser valorada adecuadamente.
- Cuando se produzca cambios en el estado general del paciente será necesario nueva valoración.
- Serán personas de riesgo todas aquellas que presenten isquemia de cualquier origen: intervención quirúrgica prolongada > 10 a 12 horas, perdida de la sensibilidad y movilidad, hipotensión prolongada, pruebas diagnósticas o terapéuticas con indicación de reposo de 24 horas…

Para la prevención de UPP será necesario examinar las prominencias óseas diariamente a la hora del baño, así como documentar cualquier cambio que se presente en la piel. Asimismo, se deberá incluir tanto la prevención como el cuidado en la Plan de Cuidados de Enfermería, mediante el uso de los Diagnósticos de enfermería adecuados.

La prevención de UPP incluye los cambios posturales, el cuidado de la piel y la correcta nutrición. En cuanto a los cambios posturales, es necesario:
- Realizar cambios de posición alternando las áreas más expuestas a la presión (se recomienda cada 2 horas).
- Establecer la frecuencia de los cambios posturales inspeccionando la piel de forma frecuente (durante el baño, en cada cambio de posición, cambio de ropa de cama, en la eliminación).
- Evitar ejercer presión directa sobre las prominencias óseas.
- Aseo general (baño) cada 24 horas y parcial cuando se precise.
- Mantener el alineamiento corporal, distribución del peso y el equilibrio.
- No sobrepasar los 30° en posición Fowler.
- Óptima utilización de dispositivos mecánicos.

En cuanto al cuidado de la piel se deben tener en cuenta ciertas características, en especial a la limpieza y al uso de productos adecuados para la piel:
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- Lavar la piel del paciente si se encuentra expuesta a la presencia de fluidos corporales o a otro tipo de contaminación.
- Utilizar jabones neutros evitando la abrasión de la piel.
- Colocar pañal absorbente y cambiarlo las veces necesarias.
- Utilizar los sistemas de drenaje de forma adecuada.
- Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
- Utilizar tópicos para la protección de la piel en la área genital y perianal.
- No utilizar sobre la piel alcoholes para realizar masajes (colonias aromáticas).
- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
Asimismo, se debe fomentar una correcta nutrición, con el objetivo de fortalecer el sistema inmunológico del paciente, mediante una ingesta calórica e hídrica adecuadas.

Por último, es fundamental mantener un adecuado entorno para evitar que los factores externos puedan provocar una UPP en el paciente:
- Colocar a los pacientes en colchones de aire de presión alternante.
- Mantener la cama limpia, seca, sin arrugas y libre de humedad.
- Utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie de contacto entre las prominencias óseas y las superficies de contacto.
- Evitar ejercer presión sobre las prominencias óseas.

- Utilizar opósitos protectores hidrocálidos para reducir las lesiones por fricción.
- Realizar los cambios de posición con los recursos de enfermería necesarios para evitar dañar más la piel por cizallamiento.

Todas las actividades deberán realizarse a diario, valorando periódicamente su eficacia. Asimismo, como parte de un cuidados holístico e integral, se debe ofrecer apoyo emocional, facilitar la adquisición de habilidades cognitivas y psicomotoras, fomentar el autocuidado del paciente y la participación en su cuidado, etc.

5 Discusión-Conclusión

El abordaje de las UPP debe centrarse en la prevención de aparición de las mismas, utilizando los recursos necesarios, como son los medios físicos, el cuidado de la piel, la nutrición adecuada y una correcta valoración del paciente, que debe quedar registrada mediante los diagnósticos de enfermería pertinentes.

6 Bibliografía

- Benbow M. Guidelines for the prevention and treatment of pressure ulcers. Nurs Stand R Coll Nurs G B 1987. 6 de septiembre de 2006;20(52):42-4.
- Tayyib N, Coyer F. Effectiveness of Pressure Ulcer Prevention Strategies for Adult Patients in Intensive Care Units: A Systematic Review. Worldviews Evid Based Nurs. diciembre de 2016;13(6):432-44.
- Posthauer ME, Banks M, Dorner B, Schols JMGA. The role of nutrition for pressure ulcer management: national pressure ulcer advisory panel, European pressure ulcer advisory panel, and pan pacific pressure injury alliance white paper. Adv Skin Wound Care. abril de 2015;28(4):175-88; quiz 189-90.
- Saleh MYN, Papanikolaou P, Nassar OS, Shahin A, Anthony D. Nurses' knowledge and practice of pressure ulcer prevention and treatment: An observational study. J Tissue Viability. noviembre de 2019;28(4):210-7.
- Evidence-based guidelines for pressure ulcer management at the end of life. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 31 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26107544.

Capítulo 168

REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA DE LOS OPIOIDES Y OPIÁCEOS EN EL TRAUMATISMO CRANEONCEFÁLICO GRAVE

LUIS CAMBRONERO LÓPEZ

CARIDAD VALERA MARTINEZ

LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ

1 Introducción

El traumatismo craneoncefálico grave es definido como la lesión directa de las estructuras (craneales, encefálicas o meníngeas) ocasionadas por un agente mecánico externo y que puede llegar a provocar un deterioro funcional del contenido craneal.1 Actualmente constituye la primera causa de muerte entre los individuos menores de 40 años , con un porcentaje muy elevado de morbimortalidad cercano al 60% , en los últimos 10 años se ha logrado sin embargo reducir la mortalidad entorno a un 20% sin que se vea incrementado el porcentaje de morbilidad de manera significativa lo que nos hace corroborar los grandes avances en el cuidado de este paciente crítico.

El diseño de protocolos , una mejor monitorización y la aplicación de escalas exclusivas han brindado la oportunidad a los profesionales de diseñar tratamientos más individualizados al paciente . Uno de los protocolos más importantes en el

manejo del paciente con TCEG es el de la sedación, en este trabajo reflexivo intentaremos dar una perspectiva del uso que se hace de ellos , para ser concretos nos centraremos en el uso de opioides y opiáceos como agentes sedantes.

La sedación es un pilar fundamental en el manejo de los TCEG especialmente en el control de la PIC , pues en un 70% de los casos , este tipo de pacientes presentaran episodios de hipertensión intracraneal. El manejo de la sedación y analgesia es clave , ya que un paciente con dolor o ansiedad verá aumentadas sus cifras de presión intracraneal con los consiguientes problemas que nos puede acarrear en la evolución del proceso.. Debemos garantizar unas cifras inferiores a 20mmhg de PIC manteniendo así una buena perfusión cerebral que no dañe los tejidos. La hipertensión intracraneal refractaria es la causa de mayor mortalidad en este tipo de paciente.

Contrariamente un exceso en los niveles de sedación provocaría una hipotensión y depresión respiratoria , sucesos tan o más graves que los citados anteriormente.

Por lo tanto , queda claro que garantizar una correcta sedación de nuestro paciente evitará episodios de isquemia , aumentos de la PIC ante movilizaciones , un buen manejo de la intubación y disminuirá el consumo de oxígeno favoreciendo así la reparación del tejido cerebral.

- Agente Sedante:

Un agente sedante viene definido como cualquier fármaco cuyos efectos provocan una hipnosis , estado de relajación, causando pérdida de conocimiento gracias a la depresión del sistema nervioso central.

La búsqueda del agente sedante ideal nos lleva hacia un fármaco de acción corta , rápidamente reversible , con un gran margen terapeútico y estudiado ampliamente., con una reducción del gasto de oxígeno y antiepiléptico.

- Opioide/opiáceos:

En este trabajo reflexivo vamos a centrarnos especialmente en un tipo de fármaco, los opiáceos , ampliamente utilizados en los servicios de cuidados intensivos. Estos vienen definidos como cualquier sustancia derivada del opio (morfina y codeína) , mientras que los opioides son compuestos químicos obtenidos en laboratorio de manera sintética con efectos y acciones semejantes a la morfina o derivados del opio (fentanilo, metadona).

- Farmacocinética:

Estos fármacos son sustancias que deben atravesar la barrera hematoencefálica para alcanzar su lugar de acción en el SNC , biotransformados por el hígado y excretados por medio de los riñones. En la siguiente tabla podemos comparar las distintas características farmacocinéticas de los distintos fármacos utilizados en las unidades de cuidados críticos.

2 Objetivos

- Comprobar la repercusión hemodinámica de los diferentes fármacos disponibles en el manejo de la sedación en pacientes con traumatismo craneoencefálico.
- Comparación de la vida media, poder analgésico y repercusión hemodinámica de estos.

3 Metodología

El marco teórico en el que se basa nuestro trabajo la repercusión hemodinámica en pacientes críticos que han sufrido un TCE grave se basa en una revisión bibliográfica exhaustiva, s bases de datos bibliográficos relevantes como: Pubmed, Google Académico y Scielo. El idioma utilizado en la búsqueda ha sido el castellano. Los criterios de exclusión han sido aquellas que no tuvieran relevancia clínica Las palabras claves empleadas en la búsqueda bibliográfica son las siguientes: Crítico, neurología, traumatismo, presión intracraneal, , UCI, cuidados, enfermería , sedantes , fármacos , hemodinámica, y monitorización.

4 Resultados

Si atendemos al poder analgésico de cada fármaco podremos observar que el fentanilo tiene un 80% más potencia que por ejemplo la morfina, hemos de tener precaución ya que estas sustancias pueden acumularse en el tejido adiposo alargando su vida media exceptuando el remifentanilo, un fármaco de origen sintético utilizado ampliamente en la unidad intensiva de cirugía cardíaca donde actualmente trabajo. El remifentanilo o comercialmente llamado ´´Ultiva´´ posee una acción rápida , un rápido aclaramiento y una escasa acumulación en los tejidos , siendo muy fácil su reversión lo que lo convierte en un perfecto sedante. Con la aparición de este nuevo fármaco se introdujo un nuevo termino llamado

context sensitive half-time que viene definido como el tiempo requerido para reducir la concentración de un fármaco en un 50% en el compartimiento central.

- Repercusión hemodinámica:

Los fármacos opiáceos han sido siempre considerados fármacos que ayudaban a la estabilidad hemodinámica de los pacientes , hemos de recabar información en los distintos artículos científicos y ensayos para verificar dicha información. En el caso de la morfina las dosis usadas comúnmente para aliviar el dolor han reportado resultados en los que no variaban las cifras de presión arterial ni el ritmo cardíaco más haya de la relajación que puedan provocar en el paciente , no obstante ,se ha comprobado que en cifras de uso terapéutico continuado provocan dilatación venosa y disminución de las resistencias vasculares periféricas pudiendo provocar una hipotensión postural ,por lo que habría que vigilar su uso en pacientes con TCEG.

El fentanilo a dosis altas nos confiere una gran estabilidad hemodinámica en este tipo de pacientes , sin embargo se ha comprobado que su asociación con las benzodiacepinas puede provocar una depresión vascular importante , viéndose comprometido el gasto cardiaco y aumentando las cifras de la presión venosa central.

Hemos podido comprobar que existe una gran controversia en cuanto el efecto de los opioides sobre las cifras de PIC en pacientes con TCEG , atendiendo a los estudios realizados podemos concluir que el uso de fentanilo puede incrementar la PIC pero con disminución de la PAM por lo que podríamos otorgar este efecto al aumento del volumen cerebrovascular que provocaría la hipotensión sistémica. En otro estudio realizado se demostró que el fentanilo solo aumentaba la PIC en aquellos pacientes en los que el fármaco provocaba hipotensión , no viéndose este efecto en pacientes mantenidos con una perfusión de noradrenalina por lo que podríamos concluir que el aumento de las cifras de PIC viene dado más por la autorregulación secundaria a la hipotensión creada tras su infusión.

En otro estudio realizado en Bogotá en el año 2011 se observó que los pacientes sedados con dosis bajas continuas de 0.03 mcg/kg/min de remifentanilo presentaban un aumento menor al 20% en sus cifras de PA y frecuencia cardiaca en la extubación con respecto a otros opioides. Posee un efecto beneficioso en el manejo de los pacientes con necesidades de una mayor estabilidad hemodinámica.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que hemos podido obtener mediante este trabajo reflexivo es que los opioides son un pilar fundamental en el manejo del paciente con TCEG. Garantizar una buena perfusión cerebral es vital para nuestros pacientes por lo que una correcta sedación y analgesia evitará subidas de la PIC que puedan comprometer dicho equilibrio , todo esto unido a un control estricto de la PAM, el uso de fármacos coadyuvantes , medidas posturales y sueroterapia, nos ayudará a contrarrestar la hipotensión generalizada que pueden provocar en ocasiones estos fármacos, otorgándonos así un gran margen terapeútico en sus tratamientos. No obstante son necesarios estudios con otro tipo de diseño donde podamos conseguir una igualdad total entre grupos comparados debido a la complejidad de realizar ensayos clínicos y así analizar el efecto hemodinámico que tienen estos fármacos sobre los pacientes. La introducción de fármacos novedosos como lo son el remifentanilo puede modificar prácticas de arraigo en nuestras unidades de cuidados intensivos logrando un esfuerzo terapeútico mejor.

6 Bibliografía

1.López E, Bermejo S, Fernández M. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Med.intensiva (Madr). 2009; 33(1)
2. Murillo F, Catalán A, Muñoz M A. Traumatismo craneoencefálico. En Torres L, coordinador.1ª ed.Madrid: Aran; 2002. P. 1595-1693.
3. Guía de práctica clínica: Manejo del traumatismo craneoencefálico en el adulto en el primer nivel de atención. Cenetec (México). Consejo de salubridad general Actualización. 2010.
4. Clanchet Nadal M. Efecto de la morfina y del fentanilo sobre la presión intracraneal y la hemodinámica cerebral en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave [tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de cirugía, Universidad autónoma de Barcelona; 1998.
5.LLacer M, Cuellar E, Segura A, Carmona J, Rodriguez S. Remifentanilo en neurocirugía. Influencia en la extubación precoz e implicaciones en la estancia postoperatoria inmediata. Rev.Soc.Esp.Dolor (Madrid). 2005; 12(3)
6.Gomez Silva O. Efecto hemodinámico del uso de remifentanilo en infusión a bajas dosis hasta la extubación [tesis doctoral]. Bogotá: Facultad de medicina, Universidad colegio mayor nuestra señora del rosario; 2011

Capítulo 169

PACIENTES SOMETIDOS A HIPEC (QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA)

MARIA LEONOR TORREALBA ROBLES

CRISTINA TORREALBA ROBLES

ESTEFANIA MARTINEZ LOPEZ

CRISTINA ALONSO BELOSO

ADRIANA RODRÍGUEZ PAREDES

1 Introducción

La Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica (HIPEC), es la administración de fármacos con efecto antitumoral (quimioterapicos) en la cavidad peritoneal, potenciando su efecto mediante el calor (hipertermia de 41-42ºC). Constituye el tratamiento básico, junto con la citorreducción quirúrgica, de la carcinomatosis peritoneal.

La Carcinomatosis Peritoneal se define como la diseminación tumoral que afecta de forma localizada o masiva, a la serosa del peritoneo y a los órganos de la cavidad abdominal. El origen puede estar en:
- El propio peritoneo (Pseudomixoma, Mesotelioma).
- Tumores digestivos (Colorrectal, Gástrico).

- Tumores ginecológicos (Ovario).

La citorreducción quirúrgica consiste en una cirugía radical, muy agresiva y basada en procedimientos de peritonectomías y varias resecciones viscerales, con lo que se pretende eliminar toda la carga tumoral visible por el ojo del cirujano. Se trata de procedimientos largos, laboriosos y técnicamente exigentes que sólo pueden llevarse a cabo en centros con equipos quirúrgicos entrenados y experimentados.

2 Objetivos

- Prevenir posibles complicaciones inmediatas y tardías.
- Conseguir un buen control del dolor y buena cicatrización de la herida quirúrgica y una recuperación los más rápida posible.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos y páginas web tanto del ámbito de la enfermería como del de la medicina. Una vez seleccionada la información que más se ajustó a la temática a desarrollar, se realiza un cribado de los datos y contenidos más destacados, mediante un análisis crítico y reflexivo.

Se eligen diferentes bases de datos que fueron: Cochrane Library (revisiones sistemáticas), Cuiden, Cuidatge, Cinhal y Pubmed (bases de datos bibliográficas) y se ejecuta la búsqueda. Se restringe la búsqueda, mediante la utilización de operadores booleanos (AND y NOT).

4 Resultados

Este tratamiento está especialmente dirigido a pacientes con enfermedad en el peritoneo que antes se consideraba diseminada y por tanto inextirpable. Hasta el desarrollo de esta técnica, estos pacientes se sometían a tratamientos convencionales de quimioterapia sin posibilidades de curación, sólo de prolongación de la supervivencia.

Actualmente, con este procedimiento combinado, en los pacientes en los que la enfermedad tumoral es extirpable se elimina quirúrgicamente, al tiempo que se

les aplica quimioterapia intraperitoneal, de forma que las posibilidades de curación son más altas.

5 Discusión-Conclusión

Los índices de supervivencia con este tratamiento son elevados, con una buena calidad de vida para el paciente. Esta terapia actualmente se realiza en pocos centros hospitalarios españoles.

6 Bibliografía

- Escuela de Medicina del Trabajo. Instituto Carlos III.
- Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a HIPEC. Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- Manipulación de agentes citostáticos en el quirófano. Hospital la Santa Creu i Sant Pau.

Capítulo 170

CASO CLÍNICO SOBRE BRONQUIOLITIS

LORENA FERNÁNDEZ AGUILERA

LIDIA MARTINEZ DIAZ

EVELYN FERNÁNDEZ SUÁREZ

MONICA QUIROS MARTINEZ

MARIA DE LA SIERRA ZURRON AREVALO

1 Introducción

– La bronquiolitis es la infección respiratoria aguda de vías respiratorias inferiores más frecuente en niños menores de un año.
– Habitualmente está causada por virus y se caracteriza por inflamación aguda, edema y necrosis de las células epiteliales de los bronquios más pequeños, junto con hipersecreción de moco.
– El virus respiratorio sincitial (VRS) es el virus detectado con más frecuencia, seguido de rinovirus, bocavirus, adenovirus, metapneumovirus y, con menos frecuencia, parainfluenza y virus de la gripe.
– El mecanismo de transmisión son las partículas en el aire espirado y la autoinoculación al tocar superficies contaminadas.
– Las infecciones por VRS afectan al 75% de los lactantes en su primer año de vida, con un pico de máxima incidencia entre los dos y tres meses de edad.

– Existe protección en el período precoz del postparto, por el paso de anticuerpos maternos y en la lactancia materna.
– Existen factores de riesgo que favorecen la gravedad de la bronquiolitis, como son la prematuridad, la enfermedad de menbrana hialina, las cardiopatías congénitas y la malnutrición grave.
– Su circulación es típicamente estacional con un pico de máxima incidencia entre los meses de noviembre y febrero.

2 Objetivos

Conocer el manejo de la bronquiolitis en el ámbito hospitalario.

3 Caso clínico

Niña de 5 meses que acude a urgencias hospitalarias por tos esporádica y moco de tres días de evolución.
Hace unas horas inicia vómitos glerosos, recazo parcial del alimento (tomando menos de la mitad de lo habitual) y dificultad respiratoria.

1. Antecedentes personales:
– No hermanos
– Padres sanos
– No ambiente epidémico familiar
– Vacunas al día, incluyendo una dosis de bexero.

2. Exploración y pruebas complementarias:
– Bien hidratada, nutrida y perfundida
– Contenta y activa
– Leve tiraje subcostal; FR: 40 rpm, SatO2: 99%, T^{a}: 38,2^{o}C
– Se recoge exudado faríngeo para virus.

3. Diagnóstico y tratamiento.

Ingresa en el servicio de pediatría con diagnóstico de bronquiolitis de inicio para observación y aplicación de medidas de soporte:
– Lavados nasales preferentemente antes de las tomas
– Tomas fraccionadas y frecuentes
– Elevar cabecera de cuna
– O2 si SatO2 menores de 94%

– Paracetamool 0,7 ml c/ 4 horas , si precisa.

4. Evolución:

Las 48 primeras horas de ingreso, la niña permanece estable. Mantiene SatO2 por encima de 95% sin precisar O2 suplementario. Persiste tiraje subcostal y picos febriles en torno a 38ºC que ceden con el paracetamol pautado.

En cuanto a las ingestas, hace tomas fraccionadas en cantidad aceptable (en torno a 90 cc).

Al tercer día de ingreso la evolución del cuadro comienza a ser tórpida.

El trabajo respiratorio es leve- moderado.La SatO2 es de 93-94% Se objetiva tiraje subcostal leve y bamboleo abdominal. La tos que, en un principio era esporádica, se convierte en frecuente, con lo que ha aumentado la irritabilidad de la niña.

Los picos febriles se sitúan en torno a 38.6ºC.
Hay una disminución importante de las tomas (30-60 ml), cuando lo habitual son ingestas de 200 ml/ toma.
A todo ello se une una pérdida de peso de – 190 g respecto al ingreso.
Como consecuencia, se canaliza vía venosa, se efectúa extracción sanguínea, se recoge muestra para análisis de orina y se administra sueroterapia a necesidades basales.
Se colocan gafas nasales a 1.5 lpm para conseguir SatO2 en rango aceptable.
La analítica resulta compatible con una viriasis, por lo que no se añade antibiótico al tratamiento.
Al quinto día de ingreso, continúa con picos de febrícula
Necesita O2 suplementario a 1lpm para mantener SatO2 aceptables. El trabajo respiratorio asciende hasta el nivel intercostal.
Además aparece inyección conjuntival en ojo derecho con moco.
Se recogen exudado conjuntival, y un nuevo exudado faríngeo.
El resultado del primer exudado (recogido en urgencias) revela VRS+.
Se mantiene sueroteraipa a necesidades basales, antitérmico, O2 suplementario, lavados nasales y se añade al tratamiento gentamicina colirio.
El sexto día de ingreso, ante la no mejoría del cuadro, se realiza Rx de tórax, en la que aparecen edema bronquial y condensación incipiente en base derecha.
El resultado del exudado conjuntival es + para Haemophilus influenzae.

Al noveno día de ingreso, la ferícula ha cedido. Se ha podido retirar la la

oxígenoterapia, manteniendo, por sí misma, SatO2 por encima de 95%.
La pérdida ponderal es de -300 g con respecto al ingreso pero las ingestas empiezan a ser aceptables (más de la mitad de lo habitual), por lo que la sueroterapia pasa a ser únicamente para mantenimiento de vía venosa.

Al undécimo día se le da el alta con SatO2 del 98%, mínimo tiraje subcostal, buen estado general y desaparición de la febrícula.
Las ingestas se acercan basatante a lo habitual en la niña.
Se recibe el resultado del segundo exudado faríngeo que resulta + para virus gripe A.

4 Discusión-Conclusión

1. Los síntomas de la bronquiolitis desaparecen en menos de una semana, aunque la tos puede persistir hasta 3-4 semanas.
2. En el ámbito hospitalario la función de enefermería es de suma importancia requiriéndose:
- Monitorización minuciosa.
- Registro de la situación general.
- Registro del trabajo respiratorio.
- Registro de constantes: Tª, FR, FC y SatO2.
- Estado de nutrición e hidratación: registro de tomas, diuresis y deposiciones.
- Instruir e informar a los padres acerca de la importancia de los lavados nasales.

5 Bibliografía

– Crespo M. Bronquiolitis del lactante. En Cruz M. Tratado de Pediatría
– Página oficial de la Asociación Española de Pediatría.
– Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda, Fundació Sant Joan de Déu
– Guía Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Calidad y Política Social.

Capítulo 171

RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO.

TAMARA IGLESIAS CAMUÑA

LUCÍA FERNÁNDEZ RON

1 Introducción

El paciente que será objeto de una intervención quirúrgica , tiene en su llegada al bloque quirúrgico que ser recepcionado por una enfermera y una auxiliar para la comprobación in situ , verbal y administrativamente de las correctas correctas peticiones y pruebas según protocolo antes de la entrada al quirófano para la realización del la intervención.

2 Objetivos

- Como entender el bloque quirurjico.

3 Caso clínico

Paciente que será intervenido de una colecistectomia por laparoscopia.
El paciente es recepcionado en la URPA.
La enfermera comprueba verbal y administrativamente :
Identificación del paciente .
El procedimiento al que será sometido.
El sitio quirúrgico.

Consentimientos firmados .(Colecistectomia por laparoscopia y anestesia general).
Reserva de hemoderivados y acceso venoso.
Medicación previa , antibióticos correspondientes para dicha cirugía (augmentine 2gr).
Analítica completa y los resultados , radiografía de torax y EKG.
Ausencia de objetos metálicos y prótesis.
Historia clínica del paciente y el estado físico antes de entrar al quirófano.
Ayunas desde las 00:00 del día anterior a la intervención.
Después de todas estas comprobaciones , para este tipo de cirugía (colecistectomia por laparoscopia) es necesario la colocación de medias compresivas y gorro quirúrgico.

4 Discusión-Conclusión

La importancia de dicha unidad se basa en el buen funcionamiento y trabajo del equipo multidisciplinar.
Una correcta revisión del paciente en todos los ámbitos y registrarlos debidamente acortará tiempos ,abaratará y mantendrá la seguridad dentro del bloque quirúrgico.

La unidad de recepción (URPA) tiene como objetivos.
Comprobación de pruebas complementarias (analítica , placa de tórax y EKG)
Verificacion de la correcta administración de medicación previa a la operación .
Administración de antibióticos
Identificación del paciente (historia clínica y pulsera identificativa)
Ausencia de objetos metálicos y prótesis.
Rasurado de la zona a intervenir así como su lateralidad .
Comprobación de CTES.
Finalmente se comprueban los consentimientos tanto de la cirugía como de anestesia.
Así pues es también importante la comprobación de la reserva de sangre si la intervención lo requiriese y del acceso venoso .
Colocación de medias compresivas ...

5 Bibliografía

- Protocolo de la unidad de recepción (URPA) del HUSA .

- HUCA .

Capítulo 172

CUIDADOS DE UNA VÍA CENTRAL SIGUIENDO PROTOCOLO:BACTERIEMIA ZERO:DIFERENCIAS ENTRE ADULTOS Y NIÑOS

DIANA DÍAZ SUÁREZ

MÒNICA DÍAZ SUÁREZ

ESTEFANIA SALMERON SUAREZ

JOSE LUIS SALMERON SUAREZ

1 Introducción

Bacteriemia: presencia de bacterias en el torrente sanguíneo, normalmente medio estéril, la detección de las mismas indica infección (Larry, Bush, Charles, 2018). La bacteriemia por catéter es un problema frecuente y grave en nuestros hospitales, tanto por el coste que genera, como en términos de morbilidad. Cada vez más frecuentemente también en catéteres de inserción periférica.
El proyecto de Bacteriemia Zero comenzó por el año 2009 mediante un proyecto de colaboración de La Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este proyecto liderado por la Sociedad de Medicina Intensiva

Critica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) es financiado por la Agencia de Calidad. Se utiliza el modelo del Dr. Peter Pronovost de la Universidad Johns Hopkins. Se pretende reducir la media estatal a menos de 4 episodios por 1000 días de CVC. Se pretende crear una red de UCI que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada y promover una cultura de seguridad. En cada CCAA se va a crear un equipo coordinador formado por 4 miembros: médico, enfermera, preventivista y un responsable de la Conserjería Sanidad de la CCAA. En cada UCI que participe se formará también un grupo para la seguridad del paciente que constará de un líder del proyecto, un médico, una enfermera. (Bacteriemia Zero, 1ªedición, 2009. Basado proyecto "keystone ICU" (Pronovost el al.,2006).

Los puntos clave del proyecto BZ son:
- Lavado de manos de forma estricta.
- Utilización de clorhexidina alcohólica al 2%.
- Uso de medidas de barrera durante la inserción, cura o retirada.
- Lugar de inserción:
Adultos: subclavia.
Niños: yugular interna, femoral o CVCAP.
Neonatos: femoral o yugular.
- Retirada de los catéteres.

- Manejo higiénico de los catéteres.
Las diferencias que encontramos a la hora de aplicar este protocolo entre adultos y pediatría son:
Errores en las medidas de asepsia.
Tiempo de permanencia del catéter:
Tipo de catéteres.
Lugar de inserción.
Administración de NPT.
Edad.

INSERCIÓN DE UNA VÍA CENTRAL O PICC
Dependiendo de las características del paciente adulto o niño será un proceso bajo sedo-analgesia, por ello necesitaremos más personal.
En pediatría:
- Dos operadores:
- Dos médicos
- Médico y enfermera
- Enfermera o EIR, MIR.

- Un asistente que se encargará del material:TCAE: CARRO BACTERIEMIA ZERO.
- Enfermera encargada de preparar y administrar sedación necesaria durante el procedimiento. Normalmente encargada de la supervisión de la técnica mediante check-list :

- De procedimientos quirúrgicos de riesgo en el caso de un paciente externo a la unidad.

Lista de verificación de inserción de vías.
- Médico/MIR: Vigilancia niños, proceso bajo sedación ,conlleva riesgos.
En adultos suele coger la vía el médico con la TCAE o si es un PICC dos enfermeras.

Preparación del paciente:
El paciente debe estar a dieta absoluta durante 4-6 horas. Si no es posible colocar SNG y proceder al vaciado gástrico.
Antes de proceder debemos escoger el tamaño del catéter que vamos a utilizar, en niños depende del tamaño y lugar de inserción.
En caso de canalización femoral, ya no se coloca S. Vesical se valora la necesidad de la misma.

Procedimiento:
Debemos tenerlo todo preparado cerca del paciente: esponjas, jabón, gorros, mascarillas, guantes estériles y no estériles, mesa auxiliar, batas estériles, sábanas y paños estériles, compresor estéril (en caso de canalización de VCAP), clorhexidina alcohólica al 2% (povidona yodada si hipersensibilidad),2 contenedores estériles, gasas estériles, suero heparinizado (en pediatría), catéter central, jeringas, sistema adhesivo de fijación, apósito estéril, solución a infundir, con equipo y llave de 3 vías, contenedor biológico. En niños medicación necesaria para sedación, según orden médica, correctamente identificada y etiquetada.
- Si las circunstancias y la edad lo permiten explicar el procedimiento al paciente y familia.
- Monitorizarlo.
- Colocarlo en posición adecuada dependiendo de la zona punción.
- Antes de la asepsia de la zona, lavado con agua y jabón de clorhexidina de la zona donde vamos a hacer la punción.
- odo el personal que vaya a estar cerca del campo se pondrá gorro, mascarilla y guantes limpios no estériles. Los operadores que vayan a realizar la punción

deberán lavarse las manos con agua y jabón antiséptico durante mínimo 15 segundos y posteriormente lavado quirúrgico con solución alcohólica 90seg.
- Se cubrirá la mesa auxiliar con paños estériles para preparar el campo estéril en ella.
- sí mismo se procederá a cubrir el paciente y la cama en su totalidad con paños y sábanas estériles.

La inserción de la vía se realizará mediante la técnica de Seldinger en adultos y pediatría. Mientras en neonatos se puede realizar los primeros días de vida a través de la vía umbilical, y de forma percutánea, mediante la técnica de Seldinger o por vía periférica, mediante la técnica de Jonathan Shaw (catéter epicutáneo).
Realizado esto, procederemos a la fijación de la vía mediante el apósito de fijación. (En la actualidad no se suelen coser las vías centrales cada punto es un posible foco de infección). Hay varios dispositivos:
- STAT-LOCK: con puntas salientes donde enganchan las aletas de la vía.
- GRIP-LOCK: de velcro con zona recortada donde encajan las aletas de la vía.

Se colocará un apósito de gasa y se realizara una RX de control.

Los cuidados de los catéteres irán encaminados a conservarlos de forma correcta, evitando un inadecuado mantenimiento y manipulación.

Consideraciones imporantes:
- Lavado de manos y uso de guantes.
- Vigilar diariamente el punto de inserción.
- Contraindicado uso de pomadas en la zona de punción o alrededores.
- Mantener limpia la zona cercana.
- El primer cambio de apósito se realiza a las 24h, el siguiente a las 48h si es de gasa. Si el apósito es transparente y semipermeable c/ 5-7días. Dependiendo de la edad del paciente puede ser necesario cambiar el apósito por turno porque estén despegados. En algunas UCIS usan apósitos de gel de clorhexidina que se cambian c/7días.
- El cambio de equipos se realizará c/96 h y siempre que las conexiones estén sucias, o deterioradas.
- En caso de emulsiones lipídicas cambiar c/12-24h evitar contaminaciones.
- Siempre el menor nº de llaves de tres pasos y retirarlas cuando no sean necesarias. Poner siempre tapones o válvulas luer-lock.
- Valorar diariamente la necesidad del catéter.
- Catéter con el mínimo número de luces posibles.
- Cambio de catéter con guía aceptable. No en pacientes con bacteriemia.

2 Objetivos

- Disminuir las tasas de bacteriemia asociada al catéter.
- Tener presente la etiología y los factores de riesgo asociados a la BRCVC.
- Conocer las intervenciones necesarias para prevenir la BRCVC.

3 Metodología

Se realizó una comparación de la literatura existente sobre bacteriemia relacionada con el catéter.
Se realizó la búsqueda de estudios publicados en las siguientes bases de datos bibliográficas: Indez, COCHRANE, Pubmed, Scielo, WeB OS SCIENCE. También se utilizó el buscado de Google Académico. Se han utilizado los estudios sin límite de fecha, también analizando la bibliografía de aquellos artículos que más interés suscitaron entre nosotros y de otras revisiones que se consideraran de interés.

4 Resultados

Resulta evidente que no se puede dejar de lado la motorización, seguimiento y actualización de estos programas. Así se presenta la Estrategia de Seguridad del Paciente SNS (2015-2020) que incorpora objetivos y recomendaciones a través de la mejor evidencia científica disponibles, nos deja ver la necesidad de crear un nuevo sistema de evaluación para medir las nuevas estrategias. En lineas internacionales se centran más en poner en funcionamiento practicas seguras y el cambio cultural de los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

La BRCVC es un verdadero problema en el paciente en las UCIS pediátricas, neonatales o de adultos, que debemos intentar prevenir.
El personal de enfermería es el encargado del cuidado de los catéteres, por lo que debemos usarlos de manera responsable.
Para realizar todo esto correctamente tenemos, a nuestra disposición, una serie de proyectos o protocolos basados en la evidencia científica que debemos conocer para tratar de evitarla o reducirla al máximo.
Es imprescindible realizar un correcto cuidado con el fin de prevenir bacteriemias asociadas al catéter.

6 Bibliografía

- Naomi P. O'Grady, M.D et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011. CDC; 2011.
- Espiau M, Pujol M, et al. Incidencia de bacteriemia asociada a catéter venoso central en una unidad de cuidados intensivos. An Pediatr. 2016; 75(3):188–93.
- Barczykowska E. The Use of Central Venous Lines in the Treatment of Chronically Ill Children. Adv Clin Exp Med. 2014; 23(6):1001–9.
- Villaescusa JU, Iglesias M, Jaraba S, Vicente JCDC, Ramil C, Lasaosa FJC, et al. Estrategia médica en bacteriemia zero. Rev Esp Pediatr. 2012; 68(2):114–7.
- Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta, GA:Centers for Disease Control and Prevention; 2011:45.

Capítulo 173

TIPOS DE ACCESOS VENOSOS CANALIZADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

AIDA VALLINA RIESTRA

YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ

1 Introducción

Es importante conocer las diversas técnicas de acceso periférico canalizado por el personal de enfermería.
Existen dos tipos: central de acceso periférico o periféricos.
- Periféricos: abocath o palomillas. Duran entre 72-96 horas. Llegado a ese tiempo sería recomendable retirarlo por el protocolo de bacteriemia cero. También dependera de las opciones de poder canalizar otra via o la situación del paciente.
- Centrales de acceso periférico: através de un acceso periférico se canalizara una via y se hara progresar a través de ella con ayuda de una guia hasta vena cava o si no es necesario se podría dejar en clavícula (linea média). Para saber la ubicación en la que ha quedado será necesario hacer una placa de control.

Para realizar este procedimiento será necesario contar con el consentimiento del facultativo a su cargo.
Estos catéteres pueden durar entre 7-15 días y los de larga instancia pueden durar hasta 12 meses.

2 Objetivos

- Estudiar la importancia de los accesos venosos a la hora de poner tratamiento intravenoso por parte del personal de enfermería.
- Elegir el mejor tipo de acceso periférico en cada paciente valorando el tiempo de estancia en el hospital o en su casa con tratamiento intravenoso, así como el estado de acceso venoso del paciente.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

1. periférica I. Inserción de catéter central colocado por vía periférica: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2020 [cited 6 February 2020]. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000461.htm
2. EVIDENTIA [Internet]. Index-f.com. 2020 [cited 6 February 2020]. Available from: http://www.index-f.com/evidentia/n9/225articulo.php
3. Cárcoba Rubio N, Ceña Santorcuato S. Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica seldinger modificada en la urgencia hospitalaria [Internet]. Scielo.isciii.es. 2020 [cited 6 February 2020]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300015
4. Phlebitis Definition, Treatment at Home, Management & Prevention [Internet]. MedicineNet. 2020 [cited 6 February 2020]. Available from: https://www.medicinenet.com/phlebitis_and_thrombophlebitis/article.htm

Capítulo 174

ENVEJECIMIENTO OCULAR

MARTA NAVARRO CILLERO

MARTA GUILLÉN FERNÁNDEZ

MARÍA ÁNGELES PÉREZ GUERRA

MIRIAM MIRAMON PLANILLO

1 Introducción

La visión supone el más preciado de los sentidos porque nos permite disfrutar de la vida, al envejecer los ojos experimentan diversas modificaciones produciendo un deterioro visual que compromete el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD).

Según un estudio realizado por el instituto nacional de estadística el 37% de la población será mayor de 64 años en 2052.

2 Objetivos

- Conocer los cambios anatómicos y funcionales relacionados con el proceso del envejecimiento ocular.
- Describir la repercusión funcional y psicológica en los ancianos relacionada con la pérdida de visión.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo a partir de una búsqueda bibliográfica, mediante una revisión sistemática en la base de datos de Pubmed y en la literatura gris, de esta hemos utilizado la biblioteca virtual en salud Scielo España y el Google Scholar.

Palabras clave: Disminución Visual, Envejecimiento, Autonomía.

4 Resultados

Cambios anatómicos:
- Tendencia al enoftalmos.
- Tendencia a la ptosis palpebral.
- Arco senil o gerontoxon.
- Disminución pigmentación del iris.
- Opacificación del cristalino.
- Opacificación humor vitreo.
- Miosis senil.
- Cornea más espesa y menos sensible.
- Esclerótica más amarilla.

Cambios funcionales:
- Disminución del poder de acomodación o presbicia.
- Disminución agudeza visual.
- Disminución campo visual.
- Disminución de la esteropsis o visión binocular.
- Alteración percepción del contraste.
- Disminución de la discriminación de colores: dificultad para diferenciar el azul y el verde y los colores pálidos.
- Mayor tendencia al deslumbramiento.
- Dificultad para adaptarse a la luz intensa.
- Menor adaptación a la oscuridad.
- Disminución de la secreción lagrimal, ojo seco.

Repercusiones relacionadas con la pérdida de visión:
1. Dificultad para la deambulación .
2. Aumento del riesgo de caídas y de fracturas
3. Aumento del riesgo de accidentes de tráfico.

4. Mayor tendencia al aislamiento social y depresión.
5. Disminución de la competencia en autocuidado.

Relación: agudeza visual y funcionalidad:
- 0,5 AV Problemas para conducir.
- 0,4 AV Problemas para leer el periódico.
- 0,3 AV Baja visión.
- 0,2 AV Problemas para ver la tele.
- 0,1 AV Dificultades en las ABVD.

Recomendaciones para mejorar el bienestar y la seguridad:
- Gafas: usar la corrección adecuada de lejos y de cerca. Informar de los tipos de gafas: monofocales, bifocales o progresivas. Cristales antirreflejantes.
- Hogar: mobiliario no muy abundante, retirar los muebles bajos por riesgo de tropiezo, evitar alfombras, puertas opacas con manivelas de diferente color, marcar los umbrales de las puertas y los bordes de los escalones. Iluminación adecuada. Informar del servicio de Teleasistencia y de ayuda a domicilio: limpieza, comidas…
- Conducir: horas diurnas, evitando las horas punta, retrovisor con reducción de deslumbramiento, sistemas de ayuda para aparcar…
- Cataratas: informar sobre operación ¿Se defiende bien para realizar las AVD?
- Ojo seco: enseñar como deben aplicarse las lágrimas artificiales.
- Informar de las ayudas para leer, escribir, ver la televisión, teléfono, instrumentos parlantes, pastilleros de colores…

5 Discusión-Conclusión

La pérdida visual no repercute de igual forma entre los ancianos, por lo que enfermería tiene una labor importante en la evaluación de la función visual y el estilo de vida del anciano.

Esta información nos guía para orientar a los pacientes geriátricos en sus nuevas condiciones visuales, mejorando su calidad de vida y su autonomía

6 Bibliografía

- Kanski Jack J - Oftalmologia Clinica 7 Ed. Elsevier. 2012. Barcelona
- Mark H. Beers ,Thomas V. Jones. Manual Merck de información médica: edad y salud, Edición en español MMV.Oceano.2004

Capítulo 175

PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

AITOR GARCÍA CASASOLA

NEREA ROZA BARJOLLO

MARIA PILAR MIGUEL GALÁN

LIDIA GUTIÉRREZ CASAR

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son un problema de salud pública directamente relacionado con la asistencia sanitaria, con una prevalencia y coste relevantes.

Según indican Catalán González M et al. (1), se producen aproximadamente 4,1 millones de infecciones nosocomiales al año en Europa, suponiendo además estas 16 millones de días de hospitalización extra, 37.000 muertes al año y un total de 7 billones de euros de coste extra.

En servicios hospitalarios donde los pacientes son especialmente vulnerables como son las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), una infección nosocomial

puede complicar notablemente el proceso clínico del paciente, y por tanto su pronóstico.

Tal y como explican López MJ et al (2), las infecciones del tracto urinario (ITU) suponen también un porcentaje importante de infecciones nosocomiales dentro de las UCI, representando un 20-50% del total a nivel mundial, siendo más prevalentes en países en vías de desarrollo.

Debido a la relevancia que las ITU tienen como problema prevalente a nivel mundial, los diferentes países han puesto en marcha protocolos para intentar reducir su impacto tanto económico como sobre la salud de los pacientes.

2 Objetivos

Conocer las medidas puestas en marcha para combatir a las infecciones del tracto urinario (ITU) relacionadas con la asistencia sanitaria.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica entre octubre y diciembre de 2019 en fuentes de datos secundarias como PubMed, SciELO y Cochrane, y en fuentes primarias como las revistas científicas Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) y la American Association of Critical-Care Nurses (AACN).

Se utilizaron los tesauros MeSH “epidemiology”, “nursing” y “prevention”, y el principal booleano utilizado fue “AND”.

Los criterios de exclusión para la obtención de los artículos revisados fueron de idioma (admitiendo únicamente español e inglés) y cronológicos (no aceptando artículos anteriores a 2010).

4 Resultados

Debido a la notable prevalencia de las ITU nosocomiales, y a la falta de protocolos internacionales para abordar el problema, los diferentes países han estado desarrollando medidas de prevención propias y probando su eficacia a lo largo de los últimos años.

En 2013 se elaboró en el Hospital de Pennsylvania (EEUU), según se describe en el artículo de Vacca M et al. (3), un protocolo para reducir la tasa de ITU en la UCI neurológica de tal hospital, donde había casos todos los meses. Se desarrolló para ello una lista de comprobación o "check-list" con los siguientes aspectos indicativos de un correcto manejo del catéter urinario:
1. Mantenimiento de sistema de drenaje cerrado.
2. Bolsa del drenaje sin contactar con el suelo.
3. Bolsa del drenaje no excesivamente llena.
4. Tubo de drenaje no acodado/retorcido.

Esta lista de comprobación, junto con la necesidad de mantenimiento del catéter eran revisadas por un especialista en medicina preventiva y otro en educación clínica enfermera semanalmente, y se mandaba un resumen de cada ronda a todo el equipo sanitario vía e-mail.

Este proyecto supuso un éxito ya que se consiguió mantener la unidad sin ninguna ITU durante 10 meses, lo cual supuso un ahorro estimado de 55.000 dólares americanos.

Un año más tarde, en 2014, se llevó a cabo un proyecto parecido en la UCI del Hospital de Mato Grosso do Sul (Brasil), según describen Miranda AL et al. (4).

Los profesionales sanitarios de la unidad desarrollaron un protocolo basado en la aplicación de 4 medidas básicas en el cuidado del catéter urinario:
1. Técnica estéril de inserción del catéter urinario.
2. Valoración diaria de la necesidad de mantener el catéter urinario.
3. Retirada de catéteres innecesarios.
4. Mantenimiento de catéteres urinarios únicamente si está justificado según guías de práctica clínica.

Además, se implementó la revisión por parte de profesionales del Servicio de Control de Infecciones Hospitalario (HICS) de los siguientes ítems:
1. Fijación correcta del catéter urinario.
2. Identificación correcta del dispositivo (marca, fecha de inserción, calibre).
3. Mantenimiento de la bolsa colectora por debajo de la vejiga del paciente.
4. Volumen de la bolsa colectora por debajo de 2/3 de su capacidad.
5. Flujo urinario limpio.
6. Correcto dispositivo para toma de muestras del catéter.
7. Justificación diaria por parte de enfermería para el mantenimiento del catéter.

Se produjo un descenso en la incidencia de las ITU nosocomiales en la unidad, y se dedujo que el manejo del catéter urinario supone el factor de riesgo más importante, ya que no se observaron diferencias en los resultados en cuanto a género ni edad.

En años posteriores continuaron las investigaciones relacionadas con la prevención de las ITU nosocomiales en pacientes especialmente vulnerables, como el estudio de 2015 en pacientes con quemaduras graves de Ün S et al. (5), y los diferentes ensayos con tratamientos como los intentos con cobre en 2014, desarrollado por Rivero P et al.(6) y con baños de clorhexidina descritos por Noto MJ et al.(7) en 2015.

En España el impacto que suponen las ITU nosocomiales es destacable, ya que según el Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) 2018-2019 (8) las infecciones urinarias son la primera causa de infección nosocomial, suponiendo el 22,09% de las infecciones nosocomiales en España, por delante de las infecciones respiratorias (21,39%), quirúrgicas (20,09%), relacionadas con catéter (17,39%) y otras infecciones (19,04%).

Como medida preventiva más relevante en nuestro país, Catalán González M et al.(1) elaboran en 2017 el proyecto "ITU Zero: Prevención de la infección urinaria relacionada con sonda uretral en pacientes críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos", incluido en los Proyectos Zero pertenecientes al anterior Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Ahora es denominado Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), y avalado por instituciones científicas relevantes como son la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).

El proyecto ITU Zero cuenta con un diagnóstico epidemiológico en el que se extraen nuevas conclusiones sobre las ITU en las UCI de España:
- Ocurren en el 2,6% de los pacientes que permanecen ingresados en UCI durante más de 2 días.
- En España se producen un media de 3,5 ITU por cada 1.000 días de ingreso, siendo uno de los países con las cifras más altas de Europa.
- El 98,4% de los episodios de ITU son asociados al manejo del catéter urinario.
- Hasta el 70% de las ITU se consideran evitables siempre que se implementen correctamente las prácticas de prevención de infecciones.

La etiopatogenia extraluminal se considera más prevalente (66%) que la intraluminal (33%), y los principales agentes etiológicos identificados son, en orden de frecuencia:
1. Escherichia Coli.
2. Enterobacteriaceae.
3. Pseudomonas.
4. Cándida.
5. Enterococcus.

En la edición de ITU Zero de 2018-2020 se describen 10 acciones de mantenimiento básicas y 5 puntos clave, así como un algoritmo para la prevención de ITU en las UCI de España.

Cuidados para el mantenimiento del sondaje uretral según ITU Zero:
1. Revisar la indicación del sondaje diariamente.
2. Higiene de manos antes y después de manipular.
3. Higiene diaria del meato (agua y jabón).
4. Mantener el sistema colector por debajo del nivel de la vejiga, evitando que toque el suelo.
5. Mantener el flujo de orina libre de obstrucciones y acodamientos.
6. Mantener siempre el sistema cerrado y evitar desconexiones.
7. No realizar lavados vesicales de forma rutinaria.
8. Fijar la sonda al muslo del paciente y cambiar a diario la zona de fijación.
9. Vaciar la bolsa colectora regularmente en un recipiente individual para cada paciente, evitando el contacto entre el recipiente y la llave del sistema colector.
10. No cambiar de forma rutinaria la sonda ni el sistema colector.

Puntos clave para prevenir la ITU asociada al sondaje uretral (ITU-SU):
1. Utilizar sondaje uretral sólo cuando esté indicado.
2. Utilizar técnica aséptica durante la inserción.
3. Mantener siempre cerrado el sistema.
4. Mantener el flujo de orina sin obstáculos en el circuito, colocando la bolsa siempre por debajo de la vejiga.
5. Retirar la sonda cuando no sea necesaria, valorando diariamente su indicación.

5 Discusión-Conclusión

• Las infecciones nosocomiales son un problema de salud relevante por su alta prevalencia, sus costes sanitarios y la capacidad de prevenirlas debido a su aso-

ciación con la asistencia sanitaria.
• Las infecciones urinarias son el principal tipo de infección nosocomial en España según los últimos estudios epidemiológicos.
• Las infecciones urinarias en unidades de cuidados intensivos han sido un tema de preocupación a nivel mundial en los últimos años.
• Las principales acciones preventivas recogidas en la bibliografía son protocolos locales que no siempre resultan efectivos.
• En España destaca el proyecto ITU Zero como medida de prevención de las infecciones urinarias en las unidades de cuidados intensivos.
• No existe un consenso internacional sobre prevención de infecciones urinarias nosocomiales.

6 Bibliografía

1. Catalán González M, García Díaz R, Nuvials Casals X. ITU Zero: Prevención de la infección urinaria relacionada con sonda uretral en pacientes críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos. En: Jornada del Programa de Seguridad en los Pacientes Críticos. Proyectos Zero. Madrid; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España; 2017.
2. López MJ, Cortés JA. Colonización e infección de la vía urinaria en el paciente críticamente enfermo. Med Intensiva. 1 de marzo de 2012;36(2):143-51.
3. Vacca M, Angelos D. Elimination of Catheter-Associated Urinary Tract Infections in an Adult Neurological Intensive Care Unit. Critical Care Nurse. 1 de diciembre de 2013;33(6):78-80.
4. Miranda AL, Oliveira ALL de, Nacer DT, Aguiar CAM, Miranda AL, Oliveira ALL de, et al. Results after implementation of a protocol on the incidence of urinary tract infection in an intensive care unit. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016;24.
5. Ün S, Yilmaz Y, Yildirim M, Akdeniz F, Türk H, Koca O. Investigation of prevalance and risk factors for hospital-acquired urinary tract infections in patients with severe burn injury. Ulus Trauma Acil Cerrahi Derg. Enero de 2015;21(1):57-62.
6. Rivero P, Brenner P, Nercelles P. Impact of copper in the reduction of hospital-acquired infections, mortality and antimicrobial costs in the Adult Intensive Care Unit. Revista chilena de infectología. junio de 2014;31(3):274-9.
7. Noto MJ, Domenico HJ, Byrne DW, Talbot T, Rice TW, Bernard GR, et al. Chlorhexidine bathing and health care-associated infections: a randomized clinical trial. JAMA. 27 de enero de 2015;313(4):369-78.

8. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE-EPPS nº 29: Prevalencia de infecciones (relacionadas con la asistencia sanitaria y comunitarias) y uso de antimicrobianos en hospitales de agudos; 2018.

Capítulo 176

ABORDAJE Y CUIDADOS DE PACIENTE CON CÓDIGO ICTUS.

LAURA DEL COZ SANTOS

VERONICA FERNANDEZ ALVAREZ

MARÍA EMILIA PIÑEIRO GUTIÉRREZ

MARIA CARIDAD PINILLA DAPENA

TANIA SUAREZ GONZALEZ

1 Introducción

En nuestra sociedad , aumento de la edad poblacional , a los hábitos de vida , al estrés , ansiedad, y al mal control de enfermedades como HTA, DM y DL, los casos de ACV , o accidentes cerebro vasculares van en aumento. Por ello se hace fundamental tanto la prevención, llevada a cabo por los profesionales de atención primaria, como también la rápida detección y actuación por los servicios de urgencias en el momento que se está desarrollando.

Hay que destacar también la labor de otros profesionales, que van a contribuir en la recuperación de este tipo de pacientes, como son fisioterapeutas, logopedas, trabajadores sociales. No nos podemos olvidar, que todos los profesionales no solo trabajan con el paciente, realizan también labores de apoyo y educación a sus familiares, sobretodo con el cuidador principal.

2 Objetivos

- Prevención y educación a la población desde atención primaria-
- Actuación urgente precoz si se está desarrollando el ACV.
- Realizar una fibrinolisis precoz si es candidato al tratamiento-
- Evitar que aparezcan otros problemas, de tipo respiratorio, UPP, desnutrición, etc.
- Lograr que vaya consiguiendo mayor grado de independencia para las actividades de la vida diaria, con ayuda de fisioterapia, logopedas, terapeutas ocupacionales.
- Enseñar al cuidador principal para una correcta atención.
- Ser apoyo a la familia en la nueva situación.

3 Caso clínico

Mujer de 62 años de edad, la familia comenta que, desde hace media hora, refieren encontrarla rara, habla mal, dice cosas incoherentes, se le ha desviado la boca y tiene hormigueo en MSI y MII, además está muy nerviosa tanto ella como la familia.

Antecedentes personales:
1. Independiente para las actividades de la vida diaria.
2. Alergia a AAS (ácido acetilsalicílico), penicilina, y codeína.
3. No hábitos tóxicos.
4. DM tipo II, asma.
5. No antecedentes de ACV.
6. No ingresos previos.

Exploración:
- Constantes vitales: FC: 82 lpm TA: 131/80 Tª 36 Sat O2: 96% glucemia: 194 mg/dl.
- Consciente y orientada en espacio y tiempo, nerviosa.
- Pupilas isocóricas y normorreactivas.
- EKG: rítmico y sin alteraciones.
- Presenta disartria, pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo y desviación de la comisura labial al lado derecho.
- Abdomen blando y depresible.
- Patrón respiratorio normal, no tiraje intercostal ni disnea.

La paciente es trasladada a un centro hospitalario, allí es valorada por el servicio de neurología, y es candidata a fibrinolisis, y pasa estar controlada en la unidad de ICTUS. A los dos días pasa la planta de neurología, dada la buena evolución, aunque sigue sin recuperar la fuerza en hemicuerpo izquierdo y sigue con disartria.

Se comienza sesiones de por fisioterapeuta, todos los días, e incrementando el tiempo de duración gradualmente.
Se adiestra al cuidador principal, para poder desarrollar las actividades de ayuda en el aseo, alimentación y la detección precoz de signos por si volviera a repetir.
Una en vez en domicilio comienza sesiones con un logopeda, especializado en estos casos, para ayudar a una mejor comunicación.

4 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión, que hay relación entre la rápida actuación y tratamiento precoz, y la buena evolución de la paciente, recuperando un alto grado de autonomía.La actuación en la recuperación, tanto de personal de enfermería llevando a cabo unos cuidados llevaron a conseguir una buena evolución en el proceso agudo.
La rehabilitación con fisioterapeutas para aumentar en movilidad, fuerza e independencia. Y el trabajo de un logopeda hizo que lograse volver a comunicarse con relativa fluidez. Y el adiestramiento al cuidador principal, conllevo a que se le pudieran dar un correcto nivel de cuidados en su domicilio.

5 Bibliografía

- Protocolo de consenso para la atención al ICTUS en fase aguda en la comunidad de Madrid-SUMMA 112- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y emergencias, Agrupación Madrid. Foro de Ictus de Madrid-asociación Madrileña de neurología 2006.
- Gomez-Angelats E, Bragulat E, Obach V, Gomez-Choco M, Sánchez M. Resultados alcanzados con la puesta em marcha del circuito “código ictus” en un gran hospital: papel de urgencias y análisis de la curva de aprendizaje. Emergencias 2009.
- Autonomía para las actividades de la vida diaria- Barthel. Servicio andaluz de salud. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales.

- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Balance de la actividad de ONT en 2014. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2015.

Capítulo 177

AJUSTES ANESTÉSICOS NECESARIOS EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA, PEDIÁTRICA Y OBSTÉTRICA

BEATRIZ FIDALGO ARDURA

SUSANA ÁLVAREZ LÓPEZ

MARÍA FERNÁNDEZ IGLESIAS

IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ

SOFIA ÁLVAREZ DÍAZ

1 Introducción

La anestesia general es definida por la Real Academia Española como "la pérdida temporal de las sensaciones de tacto, dolor y conocimiento producida por un medicamento que afecta a todo el organismo". Esto se consigue combinando fármacos intravenosos y fármacos inhalados (halogenados).

Los fármacos usados en la anestesia producen diferentes resultados dependiendo del tipo de paciente y de sus características individuales (edad, peso, altura, enfermedades subyacentes, fisiología, toma de fármacos, etc.), por lo que se debe estudiar cada caso particularmente consiguiendo así un mejor resultado. Además, con el paso del tiempo y el avance en la investigación se han ido introduciendo fármacos cada vez más seguros permitiendo mejores técnicas quirúrgicas, la posibilidad de intervención en pacientes cada vez más mayores y pluripatológicos,

una mayor seguridad en las cirugías urgentes y una mejor adaptación a los diferentes tipos de pacientes. Sobre los 3 más comunes hablaremos en este trabajo.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes y principales ajustes anestésicos según el paciente, en este caso ancianos, embarazadas y niños, mejorando así el manejo intra y postoperatorio del paciente.

3 Metodología

En este trabajo se lleva a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, Scielo, Google Académico, Web of Science, Scopus y Cuiden). La búsqueda se ha llevado a cabo durante los meses de enero y febrero de 2020.

4 Resultados

Es importante conocer las características individuales de cada persona aunque entre mismos grupos de pacientes existan unas características comunes que hay que tener en cuenta anestésicamente. En este trabajo nos centraremos en ancianos, niños y embarazadas y en los ajustes más comunes de algunos de los fármacos usados en sus respectivas anestesias.

1. En lo referente a la anestesia geriátrica los cambios sistémicos que se producen en los ancianos conllevan una disminución de la capacidad de adaptación y respuesta frente a las técnicas anestésico-quirúrgicas. Debido a estos cambios y a las frecuentes alteraciones patológicas son considerados pacientes con un riesgo de morbimortalidad mayor.
Además se estima que cada anciano ingiere de 2 a 6 fármacos de media por prescripción médica que, sumada al empeoramiento de la función renal y hepática, facilita la interacción entre fármacos.

Algunos de los ajustes necesario en el anciano serían:
- De los barbitúricos, propofol y etomidato habría que disminuir leve o moderadamente la dosis inicial y la velocidad de infusión; preveer el aumento de la duración de acción y mayor incidencia de rigidez y depresión respiratoria.
- La benzodiacepinas habría que disminuirlas inicialmente y anticiparse al aumento en la duración de acción (excepto midazolam).

- Con los beta-antagonistas se aumentaría la dosis para conseguir la respuesta cardiovascular deseada.
- Los relajantes musculares no despolarizantes hay que aumentarlos inicialmente y anticiparse al aumento en duración de acción (excepto mivacurio y atracurio)
- De succinilcolina habría que reducir ligeramente la dosis inicial.
- Con la atropina y adrenalina habría que aumentar la dosis para conseguir un mismo efecto.
- De anestésicos inhalados disminuyen las necesidades.

2. La anestesia pedriática engloba el paciente neonato, el lactante y el niño. Estos tres tipos de sujetos presentan características fisiológicas y farmacológicas específicas, que determinan un manejo anestésico diferente del adulto.
Su vulnerabilidad se deriva de las dificultades técnicas de proporcionar cuidados adecuados a estos pacientes de dimensiones reducidas, de la inmadurez de sus sistemas orgánicos, de su alta tasa metabólica y de la dificultad de calcular las dosis adecuadas de fármacos.

El recién nacido y el lactante son más sensible que el niño a los fármacos anestésicos. Este último requiere una mayor dosificación que el paciente adulto, principalmente por presentar un mayor volumen de distribución.

- El sevoflurano es el agente anestésico inhalatorio de elección en ellos por todas sus ventajas y pocos inconvenientes. Su concentración alveolar aumenta rápidamente en estos pacientes debido a una mayor frecuencia respiratoria, un mayor gasto cardiaco y una menor cantidad de masa muscular y grasa.
- En la inducción intravenosa, los fármacos de elección son el tiopental y propofol y, generalmente, las dosis necesarias por kilogramo de peso son mayores que en el adulto.
- El fentanilo es el mórfico más comúnmente utilizado en anestesia pediátrica. El aumento del tono vagal es el responsable de la aparición de bradicardia, fácilmente corregible con atropina.
- La posología recomendada de succilcolina por vía intravenosa para el lactante y el niño pequeño es superior a la del adulto, aunque se usa muy poco.

3. La anestesia de la paciente obstétrica presenta un desafío ya que nos enfrentamos a dos pacientes de forma simultánea, con una fisiología diferente a la habitual, cada uno con estrecha relación con el otro y con la posibilidad de presentar patologías que los puedan comprometer gravemente.

La medicación preoperatoria debe estar dirigida a evitar la ansiedad y el dolor,

pues el aumento de las catecolaminas maternas disminuye el flujo sanguíneo uterino.

- Los vasopresores exógenos, las catecolaminas endógenas y las contracciones uterinas reducen el flujo sanguíneo uterino, lo cual puede provocar aumento de la resistencia vascular del útero. La efedrina actúa es uno de los mejores fármacos para el tratamiento de la hipotensión materna sin provocar vasoconstricción uterina.
- Los relajantes musculares no despolarizantes no cruzan la barrera placentaria por su alto peso molecular por lo que no paralizan los músculos uterinos.
- En cuanto a los opiáceos, sus efectos adversos vienen dados por el uso de dosis muy altas capaces de producir depresión cardiorrespiratoria materna lo que da como resultado una asfixia fetal intrauterina, no habiéndose demostrado ningún efecto teratogénico con el uso de los mismos. De fentanilo se deben usar las mínimas dosis y con la menor frecuencia posible para disminuir la acumulación de la droga en el feto. Se debe contar siempre con naloxona para tratar una eventual depresión respiratoria materna o neonatal.
- Por su parte, la lidocaína presenta taquifilaxia después de varias dosis epidurales administradas, intenso bloqueo motor y se ha reportado deterioro en el score neuroconductual neonatal. Deben de utilizarse dosis menores a las empleadas en pacientes no obstétricas.
- El propofol, tiopental, etomidato, metohexital y los anestésicos inhalatorios halogenados no son teratógenos.
- El óxido nitroso inhibe la síntesis de ADN y produce vasoconstricción y aumento del tono adrenérgico.

En resumen, siempre que sea posible, en embarazadas debe realizarse una anestesia locorregional, evitando la hipotensión. Debe evitarse el uso de benzodiacepinas durante el primer trimestre y de AINES a partir de la semana 32, ya que presenta el riesgo de cierre del conducto arterioso.

5 Discusión-Conclusión

Si bien es cierto que las técnicas anestésicas han avanzado y cada vez es más seguro y fácil inducir y mantener una anestesia, no queda exenta de riesgos y complicaciones intra y postoperatorias ya que es una de las situaciones más vulnerables para el paciente. Por ello y en definitiva, es preciso establecer la indicación quirúrgica y los fármacos anestésicos más idóneos de una forma individualizada,

teniendo en cuenta sus características físico-anatómicas, sus antecedentes familiares y personales y la situación clínica del mismo. Si logramos adecuar estas características y lograr una correcta anestesia mejorará el procedimiento quirúrgico intraoperatorio y a su vez influirá en una mejor y pronta recuperación.

6 Bibliografía

1. Soler E, Faus MT, Burguera R, Fernandez JA, Mula P. Anestesiología. FARMACIA HOSPITALARIA. [Internet] 2016 [consultado el 13 dic 2018]; 2: p. 777-803. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP02.pdf
2. Guevara-Ortigoza P. Manejo anestésico del paciente geriátrico. Rev Mexicana de Anestesiología [Internet]. 2007 [consultado el 20 dic 2018]; 30: p. 237-239. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2007/cmas071am.pdf
3. Reguera Espelet AM. Estado actual del manejo perioperatorio del paciente geriátrico. Conferencia presentada en el I Congreso Virtual Mexicano de Anestesiología. Madrid: AnesNet; 2001. p(1-19)
4. Whizar-Lugo VM, Santos-Moreno F. Anestesia General vs. Anestesia Regional en el Anciano. Anestesia en México [Internet] 2004 [consultado el 20 dic 2018]; 16(1): p. 40-52. Disponible en: https://bit.ly/2WF66YZ
5. Kelly L, Cooper M. Anestesia pediátrica: Desafíos con la inducción. ATOTW [internet] 2017 [consultado el 14 enero 2019]; 367: p.1-6. Disponible en: https://bit.ly/2LxYG8s
6. García Górriz M, Munar Bauzà F. Peculiaridades del Paciente Pediátrico [internet]. Barcelona; Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron. [consultado el 14 enero 2019]. Disponible en: http://www.scartd.org/arxius/pedia1_2012.pdf
7. Anderson BJ. Pharmacology of paediatric total intravenous anaesthesia. Rev Colombiana de Anestesiología [internet] 2013 [consultado el 14 enero 2019]; p. 1-10. Disponible en: https://bit.ly/2YlEMzf
8. Cerda S. Analgesia en obstetricia [internet]. Chile, Universidad de Chile. [Consultado el 1 feb 2019]. Dispobible en: https://bit.ly/2JClwaz
9. Marrón-Peña M. Historia de la anestesia gineco-obstétrica en México. Rev Mexicana de Anestesiología. [internet] 2013 [consultado el 14 enero 2019]; 36(3): 212-218. Disponible en: https://bit.ly/2ViEmYh
10. Fernando Gomezese O, Estupinan Ribero B. Analgesia obstétrica: situación actual y alternativas. Rev colomb anestesiol. [internet]. 2017 [consultado el 14 enero 2019]; 45(2):132–135. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v45n2/es_v45n2a10.pdf

Capítulo 178

EL LAVADO DE MANOS REDUCE LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES EN LA ASISTENCIA SANITARIA

MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ

IRENE MARÍA VILLAVERDE FONSECA

DIANA TUÑÓN PASTOR

ISABEL BERTAULT BENEDICTO

1 Introducción

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son una importante causa de morbimortalidad que afectan la calidad de vida de los pacientes, prolongan la estancia media hospitalaria, incrementan los costes sanitarios y producen un aumento de las resistencias a antimicrobianos debido al uso de antibióticos necesarios para su tratamiento.

De entre las medidas que tenemos para luchar contra las IRAS, la higiene de manos es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la principal medida para combatirlas y reducirlas, ya que la mayor parte de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria se produce por contacto y transmisión horizontal.

En los últimos tiempos se puede evidenciar que el lavado de manos es la medida universal más sencilla, la falta del cumplimiento de la práctica entre los profe-

sionales de la salud, entre ellos la enfermera, sigue constituyendo un problema a escala mundial, por la presencia de altas tasas de infecciones intrahospitálaria que se registran a nivel nacional, de tal forma se constituye de vital importancia fomentar en los trabajadores de la salud en especial las enfermeras la mejora de la higiene de las manos en la atención sanitaria y así contribuir a la disminución de las infecciones intrahospitalarias.

2 Objetivos

Informar a las enfermeras y el personal sanitario de que deben realizar la correcta actividad del lavado de manos para disminuir las infecciones hospitalarias.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se utilizaron cuatro artículos en castellano desde el 2013 hasta la actualidad. Bases de datos consultadas Pubmed, el buscador deGoogle académico, Dialnet Scielo, ultilizando los descriptores en castellano: infección hospitalaria, higiene de manos, prevenciones universales, enfermería.

4 Resultados

Tras 10 años del programa de la OMS «Una atención limpia es una atención más segura», podemos destacar algunas de las 10 razones por las que se debe participar en esta campaña del lavado de manos.

La higiene de las manos es un indicador de calidad que destaca la seguridad de los sistemas de salud.

El incorporar los momentos específicos para la acción de la higiene de las manos en el flujo de trabajo del personal sanitario facilita hacer lo correcto a cada minuto, a cada hora, cada día.

La prevención de las infecciones es una parte fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud. La higiene de las manos es la base de todas las intervenciones, ya sea al insertar un dispositivo médico invasivo, manipular una herida quirúrgica, o al realizar una inyección.

De entre todos los momentos evaluados ,el observado con mayor adherencia al lavado de manos ha sido “después del contacto con el paciente” y esto lo hemos observado tanto de forma general como en las diferentes unidades hospitalarias. Se cree que esto puede ser la mayor tendencia a lavarse la s manos para “protegerse” del contacto con el paciente y al miedo percibido por el personal sanitario de autocontagio al explorar a un paciente.

Las causas generales de incumplimiento del lavado de manos son el olvido, la negligencia o la falta de disponibilidad de dispensadores de soluciones hidroalcoholicas

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos como medida universal sencilla que es, si se realiza en todas aquellas actividades que vamos a llevar acabo en el paciente nos llevaría a reducir la transmisión de infecciones y conseguiríamos una sanidad de calidad, con menos estancias hospitalarias.

Aunque se han puesto cada vez mas dispensadores de solución hidroalcoholica y con ello se reducen infecciones, creo que sería necesario realizar más talleres informativos y prácticos de lavado de manos enfocado en la asistencia sanitaria tanto para enfermería como el resto de personal sanitario, ya que no se realiza en la práctica diaria todo lo bien que se debería y así se tendría más conciencia de la importancia de ello.

6 Bibliografía

- CCM Salud. (2013). Higiene de las manos: Soluciones hidroalcohólicas. [online] Available at: https://salud.ccm.net/faq/19213-higiene-de-las-manos-soluciones-hidroalcoholicas
[Accessed 2 Feb. 2020].
- Enfermería21. (2019). Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario - Ridec. [online] Disponible en: https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27120/importancia-de-la-higiene-de-manos-en-el-ambito-sanitario/
[Accessed 2 Feb. 2020].
- Organización Mundial de la Salud. (2018). SALVE VIDAS: límpiese las manos. [online] Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/es/
[Accessed 2 Feb. 2020].

- D Rodríguez-Villar, JA Del-Moral-Luque… Adherencia a la higiene de manos con soluciones hidroalcohólicas en estudiantes de medicina. Estudio descriptivo transversal- Revista Española de …, 2019 - ncbi.nlm.nih.gov

Capítulo 179

HIGIENE DE MANOS: UN SALVAVIDAS SENCILLO Y EFECTIVO

BEGOÑA PANIAGUA GARCIA

ANA COSTALES TUERO

RAQUEL COSTALES TUERO

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales, también llamadas intrahospitalarias o relacionadas con la asistencia sanitaria, son aquellas que adquieren los pacientes durante su ingreso en un hospital u otro centro sanitario, y que no tenían ni estaban incubando en el momento de su ingreso. Los microorganismos responsables de éstas pueden propagarse a través de las manos o por contacto con superficies cercanas a los pacientes. Por tanto, se trata de infecciones involuntarias de la atención sanitaria y que ocasionan una alta morbimortalidad y una elevada carga económica adicional al sistema sanitario.

Se ha demostrado que la higiene de manos es el método más sencillo y efectivo para reducir las infecciones nosocomiales y garantizar a los pacientes unos cuidados de calidad.

Según los datos del último informe EPINE (2018), que estudia la prevalencia de las infecciones nosocomiales en España, las localizaciones más frecuentes han sido, en este orden, las infecciones quirúrgicas, respiratorias y urinarias, y los microorganismos patógenos más prevalentes la Escherichia coli, el Staphylococcus aureus y la Pseudonoma aeruginosa.

Históricamente, las primeras evidencias de que la higiene de manos reduce las infecciones nosocomiales aparecen a mediados del siglo XIX a partir de estudios realizados por los elevados índices de fiebre puerperal de la mano del doctor Ignaz Philipp Semmelweis. Y en el campo de la enfermería, fue Florence Nightingale la impulsora de la higiene de manos.

Dada la importancia de esta medida preventiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido el día 5 de mayo, desde el año 2009, como el "Día Mundial para la Higiene de Manos" con la finalidad de informar y concienciar a la población y conseguir que se adhieran a esta iniciativa los establecimientos sanitarios de todos los países.

2 Objetivos

- Conocer las recomendaciones acerca de la higiene de manos y los procedimientos para su correcta realización.
- Fomentar la práctica de la higiene de manos entre los profesionales sanitarios llegando a estandarizar la metodología de trabajo, y mejorar así la seguridad de los pacientes.

3 Metodología

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

Palabras clave: higiene de manos, infección nosocomial, Estrategia Multimodal de la OMS.

4 Resultados

Podemos encontrar dos tipos de flora bacteriana en las manos de las personas:
1. Flora residente: constituida por los microorganismos presentes habitualmente en la piel de la mayoría de las personas.

2.Flora transitoria: aquellos microorganismos que contaminan la piel accidentalmente, que no son los habituales y suelen ser los responsables de las infecciones nosocomiales. En ella encontramos principalmente: Staphylococcus aureus resistente a meticilina, Acinetobacter baumannii, Norovirus, Clostridium difficile, Proteus mirabilis, Klebsiella, cándidas, entre otras.

Existen varios tipos de higiene de manos, su elección se hará en función del procedimiento a realizar y del tipo de flora que se pretenda eliminar. (En todos ellos habría que retirar previamente cualquier joya o elemento de las manos que pudiera servir de reservorio a microorganismos):

1. Lavado higiénico de manos: con agua y jabón neutro (frotación durante 15-30 segundos de palmas, dorso de manos, espacios interdigitales, zona del pulgar y punta de dedos) y secado con toalla de papel desechable, cerrando el grifo con ella si no se dispone de sistema accionado por pie o codo. El objetivo es eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos. Se llevará a cabo en las siguientes situaciones:
• Indicaciones generales: antes de iniciar la jornada laboral y al finalizarla, antes y después de comer, después de ir al cuarto de baño, después de estornudar, sonarse y siempre que estén visiblemente sucias.
• Antes del contacto directo con los pacientes.
• Después del contacto con fluidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta y apósitos de herida.
• Después del contacto directo con la piel intacta del paciente (ej. toma de constantes vitales).
• Antes de ponerse y quitarse los guantes.
• Después del contacto con objetos próximos a los pacientes.
• Durante los cuidados, al pasar de una zona contaminada a una limpia.
• En los casos que se sospecha o hay confirmación de exposición al Bacillus anthracis y Clostridium difficile.

2. Antisepsia de manos.
2.1. Lavado de manos con jabón antiséptico a base de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%. El procedimiento es igual al anterior pero el tiempo de frotación se eleva a 30-60 segundos. El objetivo, será además la eliminación de parte de la flora residente. Indicaciones:
• Siempre que las manos estén sucias o contaminadas con materia orgánica, sangre u otros fluidos corporales.
• Antes de ponerse guantes estériles para insertar un catéter central intravas-

cular, un catéter vesical u otro dispositivo que no requiera un procedimiento quirúrgico.
• Tras exposición a sangre o fluidos potencialmente contaminados.
• Antes y después de atender a pacientes colonizados/infectados por patógenos multirresistentes y antes de atender a pacientes inmundeprimidos.
• Preparación de medicación y nutrición parenteral en campana de flujo laminar.

2.2. Antisepsia de manos con solución hidroalcohólica: en este caso es imprescindible que las manos estén secas y visiblemente limpias, y se llevará a cabo en las mismas circunstancias que en el caso anterior. Debemos depositar unos 2,5-3 ml de la solución hidroalcohólica en la palma de la mano y frotarla durante un mínimo de 30 segundos hasta que las manos vuelvan a estar completamente secas. Después del uso repetido de esta técnica (5-10 veces) se recomienda el lavado de manos con agua y jabón.

3. Antisepsia quirúrgica: se puede realizar indistintamente con jabón antiséptico o con solución de base alcohólica antes de colocar los guantes estériles de cada intervención quirúrgica, con el objetivo de remover mecánicamente la suciedad, la flora transitoria y residente, además de prevenir la contaminación del sitio quirúrgico.
3.1. Lavado quirúrgico con jabón antiséptico o cepillo-esponja estéril a base de clorhexidina al 4% o de povidona yodada en solución jabonosa al 7,5%. Duración del procedimiento entre 2-6 minutos:
• Humedecer las manos y antebrazos.
• Enjabonar manos y antebrazos desde los dedos hasta los codos, sin volver a las zonas ya limpias.
• Prestar especial atención a la desinfección de uñas, borde periungueal, dedos y pliegues interdigitales. Eliminar la suciedad existente debajo de las uñas, utilizando el cepillo de uñas debajo del agua corriente.
• Aclarar desde la punta de los dedos hasta llegar a los codos.
• Secar por contacto, sin frotar, con una compresa o toalla desechable comenzando por los dedos y siguiendo hasta los codos.
• Mantener en todo momento las manos por encima de los codos y separadas del atuendo quirúrgico.
• Antes de ponerse los guantes estériles, las manos y antebrazos deben estar completamente secos.

3.2. Antisepsia quirúrgica con solución hidroalcohólica (previamente deben lavarse las manos y antebrazos con jabón normal y secarlas completamente). Du-

ración del procedimiento 1,5-3 minutos:
• Aplicar la cantidad de solución alcohólica, tantas veces como sea necesario hasta completar el tiempo de frotación recomendado por el fabricante
• Fricción de los antebrazos en sentido codo-mano
• Fricción de las muñecas
• Fricción de manos según técnica de desinfección de manos con solución alcohólica
• No secar con toallas. Mantener las manos por encima de los codos hasta la total evaporación de la solución hidroalcohólica
• Se debe esperar a que las manos y antebrazos estén completamente secos antes de ponerse los guantes estériles

Se recomienda que el primer lavado del día se realice con agua y jabón antiséptico, pudiendo optar por la solución hidroalcohólica o el jabón antiséptico en los lavados posteriores. La OMS es el organismo que marca las directrices para mejorar la higiene de manos en la atención sanitaria, y con ese objetivo lanza la Estrategia Multimodal que consta de tres elementos fundamentales:
A. Los componentes:
• Garantizar las infraestructuras necesarias para que los profesionales realicen la higiene de manos (agua, jabón, toallas, soluciones…)
• Formación a todos los profesionales sanitarios sobre la importancia de la higiene de manos
• Evaluación y seguimiento de los puntos anteriores
• Recordatorios en el lugar de trabajo de la higiene de manos
• Sensibilización con la seguridad del paciente

B. El modelo de los 5 momentos en los que debe realizarse la higiene de manos:
1. Antes del contacto con el paciente
2. Antes de realizar una tarea aséptica
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
4. Después del contacto con el paciente
5. Después del contacto con el entorno del paciente

Existen diferencias sustanciales en las necesidades de higiene entre el nivel hospitalario y el de Primaria, por lo que se aplicaría de una manera más flexible en este último realizándose según el tipo de paciente, de intervención y de patología. Lo habitual es la fricción con preparados de base alcohólica, salvo que exista suciedad visible y esté indicado el lavado con agua y jabón.
Si adaptamos los 5 momentos de la higiene de manos a la Atención Primaria:

1. Antes del contacto con pacientes vulnerables a las infecciones
2. Antes de realizar una técnica limpia o aséptica
3. Después de estar en contacto (o en riesgo de haberlo estado) con sangre y fluidos corporales
4. Después de tocar la piel intacta del paciente durante la exploración clínica
5. Al salir del despacho tras finalizar la consulta, o al salir de la habitación del enfermo en la atención domiciliaria

C. El método por etapas: ayuda a desarrollar y planificar las mejoras en cuanto a la higiene de manos. Serían:
1. Preparación del centro: obtención de recursos, identificación de los responsables, elaboración del plan de acción
2. Evaluación inicial: información sobre la situación actual
3. Aplicación: introducción de las actividades de mejora
4. Evaluación de seguimiento: del efecto de la aplicación
5. Ciclo continuo de planificación y revisión: desarrollo de un plan a largo plazo

Otras recomendaciones que aporta la OMS en su estrategia multimodal:
A. Cuidado de la piel:
- Aclarar bien y secar totalmente. Cubrir siempre heridas y lesiones en la piel
- Incluir formación sobre el cuidado de las manos reduciendo las dermatitis de contacto por irritantes u otras lesiones cutáneas
- Proporcionar otros productos a aquellos profesionales que tengan alergia o sufran reacciones adversas a los productos utilizados habitualmente en la higiene de manos, y lociones o cremas para reducir las dermatitis de contacto asociadas a la antisepsia o el lavado de manos
B. Uso de guantes:
- No sustituye al lavado de manos. Utilizarlos en las situaciones indicadas, no de forma indiscriminada.
- Siempre que se prevea el contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos como mucosas o piel no intacta.
- Quitarse los guantes después de atender a cada paciente y no reutilizarlos para otro paciente
- Cambiarlos al pasar de una zona corporal contaminada a otra zona corporal limpia en el mismo paciente.
- Si fuese necesario reutilizar los guantes habría que reprocesarlos con métodos que garanticen su integridad y descontaminación microbiológica

5 Discusión-Conclusión

- Las manos son el principal transmisor de los microorganismos en el ámbito sanitario, por lo que el lavado de manos se trata de una técnica sencilla que constituye la principal medida para prevenir su transmisión interrumpiendo la cadena epidemiológica y, por tanto, reduce la morbilidad y la mortalidad de las infecciones nosocomiales.

- Analizando la situación actual, se han detectado dificultades para el cumplimiento de la higiene de manos entre el personal sanitario: déficit de conocimientos, falta de concienciación, falta de accesibilidad a los productos o irritación producida por éstos, sobrecarga asistencial y falta de cultura de seguridad, lo que constituye un problema mundial de salud pública.

- Conseguir incrementar la adherencia a esta técnica debe ser una de las metas de los profesionales sanitarios para ofrecer un servicio más seguro, efectivo y de calidad.

6 Bibliografía

- Directrices de la OMS sobre la Higiene de Manos en la atención de la salud (2009). Disponible en www.who.int
- Safety, W. P. (2010). Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos (No. WHO/IER/PSP/2009/02). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Sánchez-Payá, J., Fuster-Pérez, M., García-González, C., Gracia-Rodríguez, R. M., García-Shimizu, P., San Juan-Quíles, A., Casas- Fischer, R. & González-Torga, A. (2007, Diciembre). Evaluación de un programa de actualización de las recomendaciones sobre la higiene de manos. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 30, No. 3, pp. 343-352).
- Gonzalez Mateos, M.J. (2011). Buenas prácticas en seguridad del paciente. Plan Autonómico de higiene de manos en el Principado de Asturias. Disponible en www.astursalud.es
i Morató, A. V., & Creus, M. S. (2011). Seguridad e infecciones nosocomiales: lavado de manos. Calidad asistencial [Revista en Internet], 81-6.
- Oliveros, M. D. C. R., Jiménez, M. A. H., García, R. D. P., Ríos, A. R. C., Osnaya, A. H., & Rubalcava, A. V. (2012). Higiene de manos o lavado de manos en los hospitales: ¿Qué diría Semmelweis de los avances de los últimos 150 años?.

Capítulo 180

CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL ATRAPADO EN LAS TROMPAS DE FALOPIO.

SAMUEL BERROUET DOMINGUEZ

DANIEL FERNÁNDEZ PÉREZ

ALFONSO PUENTE ALONSO

DIEGO GARCÍA BLANCO

ADRIAN DE LA TORRE

1 Introducción

En la actualidad la elección de un tratamiento renal sustitutivo es posible gracias a las distintas técnicas en el campo de la Nefrología. Existen distintas posibilidades cuando los riñones fallan y es necesario buscar una alternativa para la depuración renal, éstas engloban el trasplante renal, la diálisis peritoneal o la hemodiálisis. El hecho de comenzar con una modalidad no excluye la posibilidad de ser usuario de cualquiera de las otras, es más, nuestros pacientes cambian de modalidad según distintos factores y circunstancias, como pueden ser clínicos, sociales o psicológicos, entre otros. En este caso, nos centraremos en la diálisis peritoneal, que a continuación se describe.

La DP es una técnica renal sustitutiva cuya membrana de diálisis es el peritoneo, órgano con capacidad de permitir una difusión de agua y solutos entre la sangre

y el líquido de diálisis infundido al peritoneo mediante un catéter y tras un periodo de permanencia de este líquido en la cavidad peritoneal. Pese a sus ya casi cuarenta años de historia y la mejora tanto de la técnica como de la supervivencia, sigue siendo la menos utilizada en nuestro país.
La elección del tratamiento de cada paciente es el resultado del consenso médico-paciente. La diálisis peritoneal es poco conocida y/o mal reconocida por los profesionales, puede que por las siguientes causas: el plan formativo de la especialidad, la falta de recursos (materiales y humanos), la proliferación de unidades de HD o debido a la carga asistencial de los profesionales.

Si el problema es el poco conocimiento por parte de los pacientes, esto puede deberse a que la información prediálisis no sea la adecuada o sea menor frente a la opción de la HD, o que debido a la sobrecarga de trabajo, la información en las consultas de ERCA no sea adecuada y/o la información que procede de la administración sea insuficiente, por el propio desconocimiento de la misma.

1. Procedimientos para la realización de la Diálisis Peritoneal:
- Catéteres para diálisis peritoneal: El catéter es aquel elemento que hace capaz la comunicación entre la cavidad peritoneal y el exterior y debe permitir el flujo de forma bidireccional sin ningún tipo de molestia. Es un tubo de silicona o poliuretano, flexible o semirrígido de longitud variable, con una porción externa e interna, con un trayecto subcutáneo y otro intraperitoneal, éste último puede ser curvo o recto. Para la implantación del catéter se conoce el método quirúrgico y el percutáneo a ciegas (con trocar o guía metálica). Desde la implantación del catéter, la bibliografía consultada aconseja esperar un mes para iniciar la técnica de DP.
Existen varios tipos de catéteres: El catéter de Tenckhoff es el catéter más clásico y más usado, con 1 o 2 Cuffs, ya que dio la posibilidad de tratar a los pacientes con IRC con DP. Pero su uso continuado demostró que tenía algunos inconvenientes como: que al ser recto intentaba buscar su posición original y hacía que la porción intraperitoneal de éste se desplazara de su lugar de ubicación, dando problemas de circulación. El resto de catéteres son variantes de este, con modificaciones en la porción intraperitoneal, intraparietal o externa.

- Tenckhoff con final en espiral o rabo de cerdo: mantiene separada la capa parietal de la visceral del peritoneo con lo que se consigue que el flujo en la punta del catéter estuviese más protegido y así aumentar la cantidad de agujeros libres de entrada y salida del líquido.
- El catéter de Toronto o T.W.H.: tiene dos discos de silicona perpendiculares en el

tramo final del catéter, para separar el epiplón y el intestino lejos de los agujeros del catéter.
- Catéter de Lifecath: presenta una angulación preformada de 90º en su posición subcutánea, que termina en dos discos separados por unas columnas.
- Catéter Autoposicionante: tiene la misma forma que un catéter de Tenckhoff pero en su extremo distal tiene un aumento del diámetro de unos 2 cm que favorece que el catéter esté siempre en la parte inferior de la cavidad peritoneal, evitando el mal funcionamiento por desplazamiento del catéter.
- El catéter de Missouri: presenta la misma fijación interna que el catéter de Toronto y además para que no migre tiene una curvatura natural de 45º, facilitando la dirección de la porción intraperitoneal del catéter hacia la pelvis y de la porción externa al salir en dirección descendente.
- Catéter en asa de cubo o Cruz: está diseñado con dos curvaturas en ángulo recto y entre ellas los cuff, la porción intraperitoneal del catéter va paralela al peritoneo parietal y en la porción externa del catéter tiene una salida caudal.
- Catéter de Moncrief-Popovich: tiene la particularidad que el cuff externo es más largo de lo habitual, y en su colocación diseñaron una técnica por enterramiento del catéter y no se aflora a piel hasta pasado unas 4-5 semanas para permitir el crecimiento tisular del cuff externo en un medio estéril.

2. Complicaciones:
Dentro de las complicaciones precoces podemos destacar la aparición, aunque no de manera frecuente, de perforación, laceración de una víscera o rotura de un vaso sanguíneo como consecuencia de la propia intervención. Durante la cicatrización del catéter podría aparecer la fuga de líquido desde la cavidad peritoneal hacia el exterior a través de un túnel subcutáneo enlenteciendo el crecimiento del tejido fibroso y favoreciendo el crecimiento bacteriano, o también podríamos encontrarnos con la extrusión del Cuff más superficial.

Como complicaciones tardías, destacamos las no infecciosas y las infecciosas cuyos ejemplos describimos a continuación:
No infecciosas:
- Mecánicas: fuga de líquido, formación de hernias, obstrucciones intestinales, dolor de espalda.
- Balance de líquidos: deshidratación/sobrehidratación.
- Metabólicas: obesidad, hipertrigliceridemia o desnutrición proteica.

Infecciosas:
- Orificio de salida: Complicación muy frecuente relacionada con gran formación

de costra o supuración junto a los signos de infección. El tratamiento inicial será local.
- Túnel subcutáneo: Se caracteriza por la inflamación de la piel que cubre el recorrido del catéter.
- Peritonitis: Es la complicación más grave de la DP, siendo la primera causa de abandono de la técnica y hospitalización del paciente. Las más frecuentes son de origen bacteriana Gram +.
Precisa un diagnóstico rápido para comenzar el tratamiento antibiótico con la aparición de los primeros síntomas.

3. Ventajas:
Esta técnica permite preservar durante más tiempo la función renal residual y conservar el árbol vascular y un mejor control hemodinámico. En cuanto a la vida diaria, muestra ventajas tan importantes para los pacientes como que permite llevar una dieta menos restrictiva y una mayor autonomía, así como una mejor conciliación socio-laboral.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Describir un Caso Clínico relacionado con Diálisis Peritoneal.

Objetivo secundario:
- Enmarcarlo dentro del marco teórico de la Diálisis Peritoneal.

3 Caso clínico

Se trata de una mujer de 49 años hipertensa, diabética tipo I, con esclerosis múltiple y en diálisis peritoneal por estadio 5D de enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética. Usuaria de DP previo trasplante el 07/08/2007. Se confirma un fallo del injerto tras una biopsia el 19/08/16, se cree que por incumplimiento del tratamiento. Como consecuencia comienza en HD de urgencia por necesidad analítica durante 2 meses. La paciente manifiesta su interés por estar en DP y su mala tolerancia a las sesiones de hemodiálisis. No parece buena candidata, se sospecha ser incumplidora, agudeza visual muy escasa (cercana a la ceguera completa) y tiene una diuresis residual de 750cc.

El 18/01/2018 se coloca catéter peritoneal tipo Swan-Neck. Durante 1 mes y medio

realiza entrenamiento para inicio de CAPD en domicilio, como cuidador principal su pareja. Pauta de 2.27%-2.27%- Extraneal, volúmenes de 1500cc. La paciente al inicio en DP está en oligo-anuria (diuresis inferior a 300cc/24 horas), en las primeras revisiones se realiza ajuste de cronoterapia, dejando las permanencias con glucosa en 5 horas y la Icodextrina en 14 horas, las pautas son alternas debido a los turnos de su pareja que es el que se ocupa de realizar la terapia.
Debido a que la paciente evoluciona hacia la anuria, sus cifras analíticas empeoran, se decide paso a APD, siendo el encargado su pareja. Se inicia con un tratamiento estándar de 5 ciclos de 75 minutos de permanencia con glucosa al 2.27% y volumen de 1400cc más día húmedo de 1400cc de Icodextrina. La paciente está en cifras analíticas correctas Kt/v de 1,9 y sin edemas, calidad de vida referida por la paciente y cuidador como buena. Por eso se decide la retirada de catéter tunelizado para HD (subclavia izquierda).

El día 06/06/2018 acude a consulta y refiere que "drena mal". La paciente siempre tuvo hábitos intestinales irregulares con tendencia al estreñimiento. Se le realiza una radiografía y le pauta un enema que resultó efectivo. Para descartar una posible infección, utilizamos el modelo multicompetente MUL+DO (6) (basado en la asociación entre las tiras reactivas Multistik® Multistix ®10SG Siemens y el dolor), dándonos un valor de 0, ya que la paciente no presentaba dolor ni el cuadro reactivo de la esterasa leucocitaria sufrió variación de color. Al día siguiente, acude de nuevo por drenar e infundir con dificultad. Se procede a realizar un lavado manual que no es efectivo. Por lo que se toma la decisión de realizar una maniobra alfa, intentando movilizar el catéter mediante el paso de dos guías rígidas coaxiales.

Tras ella, se comprueba el funcionamiento del catéter y no es permeable. Se decide sellar el catéter con 5000 UI de Uroquinasa. Al cabo de dos horas, se comprueba de nuevo, solo se consigue aspirar con una jeringa la Uroquinasa pero al conectar la doble bolsa sigue sin drenar. Se le administra Vancomicina 1 gr en 250 cc endovenoso como profilaxis. Esa noche no se realiza diálisis. El 08/06/2018 se toma la decisión de colocar un CVC temporal femoral para iniciar hemodiálisis periódica por alteración de la analítica y anuria.

El día 11/06/2018 se realiza la revisión del catéter peritoneal por laparoscopia por el servicio de Cirugía General confirmando que el catéter está situado en la pelvis, bloqueado por ambas trompas de Falopio dejando solo funcionante los dos orificios proximales, encontrándose fibrina en su interior. Durante la intervención, se procede a la liberación de las adherencias de las trompas y extracción de la

fibrina. Se comprueba por la enfermera de diálisis peritoneal la permeabilidad del catéter. Ese mismo día retorna a planta hemodinámicamente estable.
Al día siguiente, se realiza una sesión de hemodiálisis durante 3 horas con Evodial sin heparina, siendo necesario sustituir el CVC temporal por disfunción del previo.

El 13/06/2018, se comprueba que el catéter peritoneal funciona correctamente. Como consecuencia de los malos accesos venosos, se toma la decisión de comenzar la diálisis peritoneal. Se inicia una pauta estándar con volúmenes bajos (por riesgo de fugas) de 500cc, permanencias de 75 minutos y tiempo de tratamiento global: 9:30 horas (7 ciclos nocturnos, glucosa al 2.27%) mas día húmedo de 500cc de Icodextrina. Se consigue un buen manejo de las cifras analíticas pero escasa ultrafiltración, esto sumado a la anuria de la paciente, provoca un mal manejo del balance hídrico.

Se realiza una pauta creciente en volúmenes y decreciente en números de ciclos hasta alcanzar ciclos nocturnos de 900 cc (5 ciclos al 2.27%) y día húmedo de 700 cc de Icodextrina el 18/06/2018. El 21/06/2018 acude a la consulta para revisar el tratamiento. Refiere aumento de peso y múltiples alarmas durante los intercambios. Se le recomienda volver al día siguiente si se repite esa noche porque la paciente refiere que la causa era postural. Tras drenar poco durante la noche, regresa a la consulta. Presenta edemas (sobretodo parpebrales) y se le realiza un lavado manual confirmando el buen funcionamiento del catéter peritoneal. Se cambia la pauta de la cicladora: Standard 1000cc en 6 ciclos con bajos volúmenes de una mezcla de glucosa 2,27% e icodextrina y día seco. Se plantea la posibilidad de que esto ocurra por una escasa ultrafiltración o por una fuga a tejidos subcutáneos.
En una semana baja 2,5 kg de peso, pero sigue edematosa. Se mantiene la última pauta prescrita.

Vuelve a consulta para revisión el 05/07/2018. No presenta edemas y tiene menos distensión abdominal. Se le aumentan los volúmenes de los intercambios: Standard 1400 c/c en 6 ciclos con mezcla de glucosa 2,27% de icodextrina y día seco. En las siguientes revisiones se continúa con la misma pauta ya que presenta unos valores de infusión y drenaje correctos, un líquido drenado transparente y el orificio con buen aspecto.

4 Discusión-Conclusión

La diálisis peritoneal es cada vez más utilizada como alternativa a la hemodiálisis en pacientes con Insuficiencia renal crónica, sobre todo por la mayor comodidad e independencia del paciente. Sin embargo, no está exenta de complicaciones, algunas de ellas atribuibles a la técnica quirúrgica, como pueden ser las eventraciones, fugas de líquido o infecciones.

Para resumir de forma breve los hallazgos de este caso clínico en relación a las complicaciones derivadas del desplazamiento de los catéteres peritoneales, podemos destacar que las complicaciones más frecuentes de la instalación de catéteres blandos para diálisis peritoneal constituyen la disfunción del mismo, generalmente debido a migración y, a largo plazo, las infecciones peritoneales.

Según algunos estudios, la disfunción del catéter de DP depende más de la experiencia del equipo quirúrgico que de la inserción en su propia posición intraabdominal, además de factores asociados a la propia patología y/o fisiología de la paciente como en el presente caso cuyo principal desencadenante se debe a diversas causas multifactoriales.

5 Bibliografía

1. Teruel José Luis, Burguera Vion Víctor, Gomis Couto Antonio, Rivera Gorrín Maite, Fernández-Lucas Milagros, Rodríguez Mendiola Nuria et al. Elección de tratamiento conservador en la enfermedad renal crónica. Nefrología (Madr.). 2015
2. Moreiras Plaza, Mercedes. De dónde venimos y adónde vamos en diálisis peritoneal: identificando barreras y estrategias de futuro. Nefrología 2014.
3. Martín espejo J.L. Catéteres peritoneales. Tipos de catéteres. Protocolo de implantación de catéteres peritoneales del grupo de D.P de Andalucía. Unidad de Enseñanza de Diálisis. Consulta de Prediálisis. Servicio de Nefrología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla. SEDEN.
4. García Cruz M, Vera Rivera M, Corral Morina JM, Mallafré Sala JM, Alcaraz A. Colocación del catéter de diálisis peritoneal por laparoscopia: descripción y resultados de una técnica propia de dos puertos. Nefro 2010.
5. Casas Cuestas R. Complicaciones más frecuentes de diálisis peritoneal. SEDEN.
6. Núñez Moral M, Martínez-Camblor P, Méndez González A, Rodríguez Suárez C, Sánchez Álvarez J. MUL+DO: índice multicomponente para el diagnóstico rápido de peritonitis en pacientes de diálisis peritoneal. 2019.

7. Salvador Lengua M, Folch Morro M, Mallol Domínguez A, Bort Castelló J, Renau Ortells E, Cerrillo García V et al. Estudio comparativo entre catéteres peritoneales autoposicionantes y catéteres Tenckhoff en referencia a su desplazamiento intraperitoneal. 2012.

Capítulo 181

CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

YAIZA PEREZ GUTIERREZ

1 Introducción

La contención mecánica se define como una limitación intencionada que se aplica para evitar que se produzcan situaciones de peligro tanto para el paciente como para su entorno. En su aplicación, se anula la libertad de movimiento del paciente y puede ser tanto de una parte del cuerpo como de su totalidad. Se tiene que tener en cuenta, que la contención mecánica no solo se usa en casos de agitación psicomotriz, sino que existen situaciones en las que es necesaria para evitar la retirada accidental de sondajes, para mantener los accesos venosos, conservar la oxigenoterapia, etc.

A día de hoy, no existe a nivel nacional, ninguna ley ni norma específica que regule las condiciones de aplicación de la contención mecánica. Esta técnica queda regulada por leyes, normas y artículos vigentes a nivel general.

2 Objetivos

- Valorar el desarrollo de las pautas de actuación que se realizan ante situaciones que precisen contención mecánica.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda de artículos científicos y revisiones sistemáticas, para ello se consultaron las bases de datos PubMed, Medline y Cinahl, obteniendo varios artículos.

4 Resultados

Como cualquier procedimiento, el paciente tiene que cumplir unos criterios para poder realizar la técnica con éxito y sin complicaciones. Está indicada cuando hay una agitación psicomotriz y el paciente puede producirse lesiones a el mismo o producirlas a terceros, siendo aplicable también cuando puede haber una interferencia entre el estado del paciente y su tratamiento, es decir, que se pueda quitar una vía, un sondaje nasogástrico, etc. Sin embargo, esta técnica también tiene contraindicaciones ya que puede que no haya orden explícita del facultativo o que se pueda evitar la contención mediante un abordaje alternativo.

No existe ningún tipo de legislación específica sobre la contención mecánica en España. Está regulada por leyes, normas y artículos vigentes a nivel general. Hay que tener en cuenta que cada comunidad autónoma puede tener una ley vigente a la que se puede acudir en caso de ser necesario para valorar una contención mecánica.

Ante la colocación de la contención mecánica hay que valorar si el paciente está en plenas facultades para aceptar conscientemente la técnica. Si es así, será él mismo quien firme el documento. Sin embargo, existen dos casos en los que el consentimiento se aceptaría por representación, y estos serían en los que el paciente no sea capaz de tomar decisiones y cuando esté incapacitado legalmente.

No hay un Consentimiento informado general, sino que cada tipo de contención (parcial, total, etc.) debe tener su consentimiento específico. De esta manera, se le presentará al paciente el que esté relacionado con el tipo de contención que tenga prescrita por el facultativo.

Los ancianos son más vulnerables a la hora de aplicarles la contención mecánica. A ellos, la mayoría de las veces se les aplican para evitar caídas de la cama o de la silla y, por lo tanto, a medida que va disminuyendo el nivel de conciencia o la función motora, va aumentado el número de contenciones para mantener su seguridad.

La prevalencia de contención mecánica en ancianos es bastante más elevada con referencia a la de otros países:
- España: 84.9%
- Irlanda del norte, Canadá y Taiwán: 62-68%
- Alemania: 26.2%
- Países Bajos: aprox. 50%

La educación para el personal sanitario, en relación a las medidas de contención, ha sido un factor muy importante en el que varios artículos han centrado su atención. Hay intención, tanto a nivel nacional como internacional de reducir al máximo la contención mecánica y para ello se necesita educación, ya que se han encontrado aspectos negativos en un estudio realizado al personal de enfermería en el que los resultados muestran que hay diferencia ante la predisposición de aplicar una medida de contención dependiendo del diagnóstico del paciente; solo el 37.5% del personal de enfermería acude a otros métodos antes de iniciar la contención mecánica y el 36.6% aplica directamente la técnica de inmovilización.

5 Discusión-Conclusión

La contención mecánica es un procedimiento que conlleva muchos riesgos asociados, no solo físicos o psicológicos, sino que también se incluye el ámbito legal ya que una enfermera se puede ver comprometida si el procedimiento no ha sido realizado adecuadamente.

Es necesario la buena cumplimentación y revisión de los protocolos vigentes ya que éstos son un buen método de aprendizaje para el personal sanitario. Con ello se conseguiría aumentar el nivel educativo de los sanitarios y a su vez se garantizaría la seguridad del paciente en la contención y la mejora de la calidad asistencial.

6 Bibliografía

- Guía de Actuación de Enfermería: Manual de procedimientos generales. 2003. Disponible en: http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4315-2003.pdf.
- Estévez-Guerra G,J., Fariña-López E, Núñez-González E, Gandoy-Crego M, CalvoFrancés F, Capezuti EA. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multicenter cross-sectional study. BMC Geriatr 2017;17(1):29

- Rubio Domínguez J. [Patient mechanical restraint. Current situation and help for healthcare professionals]. Rev Calid Asist 2017;32(3):172-177.
- Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. MadridEspaña: CMB 2016.
- Guía de Actuación de Enfermería: Manual de procedimientos generales. 2003. Disponible en: http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4315-2003.pdf.

Capítulo 182

PROTOCOLO DE DECANULACIÓN.

OSCAR ALVAREZ CARREÑO

1 Introducción

La decanulación de un paciente traqueotomizado es una técnica sencilla, en la cual pueden surgir complicaciones importantes que nos pueden llevar a la reinserción de una cánula sino se lleva un control directo de la evolución del paciente. Para poder llevar a cabo este paso el paciente de UVI con una traqueotomía debe tener resueltas las complicaciones fisiológicas que le llevaron a esta situación, también se debe comprobar la deglución y fonación del paciente.

2 Objetivos

Objetivo general:
• Realizar un protocolo de decanulación, adaptado a la unidad de cuidados intensivos del hospital de Cabueñes.

Objetivos específicos:
• Establecer los criterios para proceder a la decanulacion del paciente.
• Describir el proceso de decanulación y los cuidados de enfermería que requiere.
• Tratar el proceso de deglución y fonación en un paciente traqueotomizado.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica tanto en fuentes primarias como secundarias.

Como fuentes primarias se ha utilizado la Revista de la Sociedad de Otorrinolaringología de Castilla y León, Cantabria y La Rioja, así como protocolos de la Fundación Jiménez Díaz. Por otra parte, como fuentes secundarias, la estrategia de búsqueda se ha centrado en las siguientes bases de datos: Cuiden, PubMed, Scielo y Lilacs.

Para realizar la búsqueda se han utilizado descriptores en ciencias de la salud (DeCS): Traqueotomía (tracheostomy), decanulación (decannulation), epidemiologia (epidemiology), Cuidados intensivos (critical care) complicaciones (complications). Estos han sido combinados por medio de los operadores boleanos "and" y "or", se han utilizado limitadores como la fecha de publicación (2011-2016) además de limitadores de idioma (español-inglés).

Se han seleccionado artículos publicados en los últimos 5 años, escritos en español o inglés. Se incluyó algún trabajo más antiguo por su relevancia para los objetivos planteados.

4 Resultados

La decanulación es un paso importante dentro de la recuperación de los pacientes críticamente enfermos ya que recupera la función respiratoria por vía aérea superior de forma espontánea, disminuyendo riesgos de infección por la presencia de una vía aérea artificial, mejora la calidad de vida del paciente y por otro lado disminuye los costes hospitalarios. La predicción del éxito de la decanulación en el paciente traqueotomizado es dificultosa debido al alto número de variables implicadas y a la heterogeneidad de estos pacientes.

El proceso de la decanulación se inicia cuando ya no se precisa ventilación mecánica ni medidas de protección de la vía aérea. La decisión de decanular al paciente comienza cuando este ya no cumple ningún criterio para mantener la traqueotomía, es decir, no posee obstrucción en la vía aérea, no precisa de ventilación mecánica y tiene un buen manejo de las secreciones.
El propio proceso es susceptible de una serie de ventajas para el paciente como: el aumento del confort de este, el aumento de la capacidad para comunicarse, un mejor cuidado oral y de la vía aérea.

Por otro lado, la decanulación puede fracasar, por lo que es importante tener en cuenta los factores de riesgo del proceso como la edad (ambos extremos en la

edad suponen un riesgo en el proceso), una producción excesiva de secreciones, padecer algún tipo de neuropatía, que el paciente tenga algún tipo de déficit nutricional y que tenga algún tipo de patología pulmonar (destacando la atelectasia).

Criterios para la decanulación:
Para proceder con la decanulación, el paciente debe de cumplir una serie de criterios o requisitos para tener una mayor probabilidad de una decanulación exitosa. Estos criterios son:
1. El problema original por el cual se realizó la traqueotomía se haya resuelto.
2. El paciente no debe precisar ventilación mecánica durante entre 24 y 48 horas. Debe tener una estabilidad ventilatoria y un adecuado intercambio gaseoso.
3. La vía aérea superior debe estar en buen estado, libre de obstrucciones o erosiones y ser permeable, la cual se puede valorar mediante una fibroscopia previa a la decanulación si es preciso.
4. El paciente debe estar hemodinámicamente estable.
5. El paciente debe tener la capacidad de evitar aspiraciones, lo cual se puede valorar realizando un test de deglución. Esta prueba consiste en deglutir 50 ml de agua con el neumotaponamiento desinflado y el resultado de la prueba debe de ser normal; es decir, realizar 5 o menos degluciones en menos de 10 segundos.
6. El paciente debe de ser capaz de manejar sus propias secreciones respiratorias (lo que podemos entender como una necesidad de aspiraciones menor de 2 veces cada 8 horas), conservar su capacidad tusígena, fuerza de los músculos respiratorios y una buena oxigenación; es decir, una saturación por encima de 90-92%.
7. El paciente debe de tener un nivel íntegro de conciencia (consciente, en alerta e interactivo) para el procedimiento. (13) (18) (14)
8. Se precisa ausencia de infección activa para la decanulación.
9. La prueba de oclusión debe ser negativa, para descartar que la vía aérea esté obstruida. Este test consiste en desinflar el balón de la cánula y tapar la cánula durante al menos 5 minutos, con un tapón. Si el paciente presenta cambios en su frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria o tensión arterial que sugieran una estenosis traqueal, se debe realizar una broncoscopia para valorar. Si en cambio, tolera los 5 minutos, se ampliará el intervalo hasta llegar a las 24 horas de oclusión.

Además, aprovecharemos la realización de esta prueba para valorar la fonación del paciente. No se recomienda iniciar el proceso de decanulación si no se cumplen los requisitos anteriores. Además, está contraindicada la decanulación del paciente crítico si existen signos de dificultad respiratoria, imposibilidad del

uso u obstrucción de la vía aérea superior, signos de infección en el estoma, traqueítis o ansiedad.
En el caso de que las condiciones sean las apropiadas y se cumplan los requisitos previos, se procederá al proceso de la decanulación. Ante todo, debe reafirmarse que el proceso de decanulación debe individualizarse con cada paciente de la unidad de cuidados intensivos.

Existen dos formas de realizar la decanulación; una manera directa mediante el test de oclusión, con su posterior decanulación si existe una buena tolerancia, o de manera indirecta, mediante el cambio progresivo a cánulas de menor calibre hasta llegar a un mínimo de 6mm de diámetro, y si existe una buena tolerancia comenzar con el test de oclusión.
Cuando la traqueotomía es reciente, es decir, aún no está madura debido a que se realizó de urgencia por una oclusión aguda de la vía aérea, una reacción alérgica, un angioedema, etc. se recomienda realizar una decanulación directa y nunca indirecta. Esto es debido a la inmadurez del estoma, ya que existe riesgo de crear una falsa vía o un cierre tisular durante el cambio de cánula. Aunque para retirar de una manera segura la cánula debería esperarse hasta que la fístula traqueocutánea estuviese madura, epitelizada y estable.

El procedimiento de decanulación depende del hospital dónde se realice. Habitualmente el proceso se realiza mediante la tolerancia del test de oclusión y su posterior retirada de la cánula, y se reserva el procedimiento de cambio progresivo de cánula para las decanulaciones complicadas o las cuales no progresan en el test de oclusión. Aunque no hay evidencia científica de cuándo está indicado utilizar cada método de decanulación.

Durante el proceso de decanulación, se debe mantener siempre una cánula limpia en el hueco del paciente y una pinza laríngea de 3 patas tipo Trousseau-Laborde por si es necesario recanular de urgencia (por lo menos durante las primeras 48 horas post decanulación). Si es necesario recanular y no se dispone de una cánula, puede colocarse en el estoma un tubo endotraqueal fino o realizar un intubación orotraqueal.

Si existe un fallo en la decanulación, que por lo general puede ocurrir en las primeras 12 – 36 horas (incluso hasta las 96 horas) tras la decanulación, esto puede deberse a que la causa que llevó a la realización de la traqueostomía aún

no se ha resuelto, a una fatiga muscular asociada a dificultad respiratoria o a "el síndrome de la decanulación difícil" o "pánico en la decanulación" donde los pacientes sufren una dependencia psicológica a la Traqueostomía y a respirar a través de ella de manera crónica, por lo que el paciente siente dificultad e incluso miedo a respirar a través de su nariz.

Tras el procedimiento de decanulación, se aproximan los bordes del estoma, se cura de forma aséptica y se coloca apósito oclusivo en el estoma. El tamaño del estoma tras la extracción canular, se reduce un 50% en las primeras 12 horas. El cierre por segunda intención del estoma suele tardar entre unas horas y 8-10 días. Se recomienda que si en 2 semanas no se ha producido el cierre se debe realizar una consulta al especialista en otorrinolaringología.

Protocolo de decanulación:
Materiales:
• Pulsioxímetro.
• Fuente de oxígeno.
• Tapón de decanulación.
• Guantes estériles.
• Guantes limpios.
• Jeringa de 10 ml.
• Gasas estériles.
• Monodosis de suero salino al 0.9%
• Antiséptico.
• Kit de traqueostomía. (por si fracaso en la decanulación).

Preparación previa al procedimiento:
Para el proceso de decanulación se debe monitorizar al paciente durante y después del proceso la ventilación, la saturación de oxígeno, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y la disnea por si aparece dificultad respiratoria o es necesario volver a colocar la cánula
En el proceso, se recomienda que el paciente esté en ayunas durante 4 horas antes para evitar una posible broncoaspiración en el proceso.

Procedimiento de decanulación:
-Realización de Higiene de manos.
Explicación del procedimiento que vamos a realizar al paciente.
-Comprobar que tenemos monitorizado al paciente de forma adecuada y continua: saturación de O2, tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca.

-Colocamos al paciente en posición de semifowler (30º) y aspiramos la orofaríngе y a través de la cánula por si existiesen secreciones.
-Desinflamos el balón de neumotaponamiento traqueal con una jeringa de 10 ml. Nunca debe ocluirse una cánula que tenga el balón insuflado, ya que provocaría una obstrucción completa de la vía aérea.
-Iniciamos el test de oclusión colocando el tapón de decanulación observando al paciente para detectar signos de ausencia de respiración nasal o de dificultad respiratoria.

Existen protocolos que describen una oclusión total desde el inicio y hasta que el paciente tolere y otros que describen una oclusión mediante intervalos comenzando con 5 minutos de manera inicial y después aumentar el tiempo de oclusión en intervalos de 30 a 60 minutos hasta completar de 8 a 12 horas durante el día. Después realizan el mismo procedimiento durante la noche hasta lograr una oclusión durante 24 horas.
• Si el test de oclusión es negativo y el paciente tolera el taponamiento durante al menos 24 horas (aunque algún protocolo recomienda esperar hasta las 48 horas) y tiene una tos eficaz, se procederá a retirar la cánula con guantes estériles limpiando posteriormente el estoma y realizando una cura oclusiva con gasas estériles.
• Si el test de oclusión es positivo y el paciente no tolera la oclusión durante al menos 24 horas, se debe retirar el tapón oclusivo, aspirar a través de la cánula, conectar la traqueotomía a una fuente de oxígeno y avisar al médico.
En estos casos se puede reintentar la decanulación, pero de una manera más indirecta, reduciendo el calibre de la cánula de traqueostomía de manera progresiva (hasta un diámetro de 6mm) y repetir las maniobras hasta lograr la decanulación.

Cuidados de enfermería
Cuidados enfermeros en pacientes traqueostomizados.

Los cuidados generales de un paciente traqueotomizado tendrán como objetivo proteger el orificio, para lo cual es necesario: evitar las infecciones respiratorias realizando de forma aséptica cualquier manipulación de la cánula; mantener la piel y la cánula limpias; evitar la formación de tapones mucosos proporcionando un ambiente húmedo; y realizar un cuidado bucal adecuado.

Una vez realizada la traqueostomía, el paciente será estrechamente vigilado a través de una monitorización continua. Se valorará el nivel de consciencia, los valores hemodinámicos y los parámetros del respirador. Deberá estar con el

cabecero colocado en un ángulo de 30-45º y se evitará su movilización en las primeras 4-6 horas tras la realización de la cirugía . El personal de enfermería deberá reconocer los signos y síntomas de las posibles complicaciones tras la traqueostomía con el fin de facilitar su posterior resolución en el caso de que alguna de ellas tenga lugar. En el box del paciente se deberá disponer de todo el material necesario en caso de emergencia.

Tras cirugía, el cambio de cánula completo se realizará a los 3 días de su colocación bajo supervisión de un facultativo, si es posible un otorrinolaringólogo. Posteriormente se realizará cada 7 días o en caso de que se precise, y será llevado a cabo por el personal de enfermería con el apoyo de un auxiliar de enfermería. El cambio de la cánula interna y de la camisa se realizará cada 24 horas y siempre que sea necesario para asegurar la correcta permeabilidad de la vía aérea.

Tanto el cambio de cánula completo como el cambio diario de la cánula interna deberán ser realizados con la mayor asepsia posible. Todo personal implicado en el procedimiento portará un gorro y una mascarilla desechables. El manipulador de la cánula deberá realizar un correcto lavado de manos y se colocará guantes estériles. Dispondremos de todo el material necesario para la técnica a realizar, teniendo en cuenta las posibles complicaciones y los instrumentos necesarios en caso de que estas ocurran (bolsa reservorio conectado a una toma de aire, pinza dilatadoras y una cánula de un número inferior al usado por el paciente). Es aconsejable realizar el cambio completo de cánula con un médico presente en la zona de camas, sobre todo si la traqueostomía ha sido realizada recientemente, ya que existe riego de sangrado y/o cierre del estoma.

Tras la disposición del material prepararemos al paciente primeramente informándole de la técnica a realizar (en caso de que este consciente) y lo colocaremos en posición fowler o semi- fowler evitando colocarnos enfrente de él exponiéndonos a las salpicaduras de secreciones que pueda expulsar. Nos aseguraremos de la correcta monitorización de la saturación de oxígeno y demás parámetros que reflejan el estado del paciente. En caso de que el paciente sea dependiente de ventilación mecánica es recomendable preoxigenar con Oxígeno 100%.

Antes del cambio completo de cánula se comprobará el correcto funcionamiento del neumotaponamiento de la nueva cánula, siendo también necesaria su comprobación por turno y en caso de cualquier manipulación de cánula o movimiento del paciente que implique un riesgo de desplazamiento de la traqueostomía. Previa extracción de la cánula se aspirarán secreciones tanto bucales como faríngeas (considerar el uso de gafas o caretas protectoras en caso de que estas sean abun-

dantes), las cuales pueden complicar la colocación de la nueva cánula. En caso de que fuese necesario, también limpiaríamos las posibles mucosidades que pudiese haber alrededor del estoma con el fin de facilitar la posterior colocación.

La cura del estoma se realizará con suero fisiológico seguido de un desinfectante, clorhexidina al 2%, aprovechando para valorar signos de infección y su aspecto para su posterior anotación, de manera que podamos realizar un buen seguimiento de la evolución del estoma. Una vez terminada la técnica nos aseguraremos de que la cánula este bien fijada con la cinta de tal manera que esta no se puede salir accidentalmente y protegeremos la piel alrededor de la placa de cánula con gasas estériles para evitar que esta se lesione. Se comprobará la correcta saturación del paciente y demás parámetros respiratorios a tener en cuenta. Deberá anotarse el procedimiento realizado, así como las complicaciones que hayan tenido lugar y su resolución.

En caso de que el paciente este consciente es importante brindarle apoyo psicológico debido a la pérdida transitoria de la voz a la que se tiene que someter, lo que percibirá como un impedimento para comunicarse. Estas pautas de cuidado están recogidas en el protocolo Cuidados de Enfermería en UCI al Paciente Traqueotomizado empleado en el Hospital de Cabueñes.

Cuidados tras la decanulación.

Una vez se ha decanulado al paciente, lo cual se recomienda hacer a primera hora de la mañana para poder llevar un mejor seguimiento del paciente a lo largo del día, se debe vigilar el cierre del estoma. Generalmente, durante las primeras 12 horas tras la extracción de la cánula el estoma se reducirá un 50% y tras 3-4 días puede haberse cerrado completamente aunque es posible que este proceso se alargue hasta 2 semanas dependiendo de las características individuales de cada paciente y del periodo de tiempo que haya durado la traqueostomía. Si pasadas estas 2 semanas no se ha producido su completo cierre se realizara una interconsulta con otorrinolaringología. En esta fase los cuidados enfermeros están muy enfocados al aspecto psicológico del paciente por el gran cambio que supone su condición.

5 Discusión-Conclusión

La decanulación de la traqueotomía es un proceso que requiere la evaluación de múltiples variables. Se debe contar con un protocolo preciso, adecuado al ámbito

de cada institución, su recurso humano, al material y las características de sus pacientes. Teniendo en cuenta la evidencia disponible, para llevar a cabo la decanulación es necesario que el paciente tenga resuelto las complicaciones que le llevaron a ese estado, este liberado de VM, tolere la oclusión de la cánula de traqueotomía y puede manejar sus secreciones. La decisión de retirar la cánula de traqueotomía debe tomarse en conjunto entre todo el equipo tratante.

6 Bibliografía

1. E. esteller-moré, j. ibàñez-nolla, e. matiñó-soler, j. bonfill-rodríguez j.m. ademà-alcover, m. nolla-salas. estudio de los factores que ayudan a la decisión del paso de intubación a traqueotomía en pacientes críticos. Acta Otorrinolaringo.
2. Terragni PP, Antonelli M, Fumagalli R, et al. Early vs. late tracheotomy for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adult ICU patients. s.l. : J AmMedAssoc (PubMed) 303:1483“1489. , 2010. (PMID:Â 20407057) .
3. Rohen J.W., Yokochi C., y Lütjen-Drecoll. Netter F.H. Atlas de Anatomía Humana. 2ª edición. Barcelona. : Masson S.A., 1999.
4. S. B. Heili Frades a, G. Peces Barba Romero a, M. Villar b, S. Pelicano b, M. J. Checa Venegas b, R. Gutiérrez Fonseca c, O. Sánchez Villa d Ventilación mecánica y traqueotomía. Protocolo de destete de ventilación mecánica y decanulación de la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios de la Fundación Jimenez Díaz. s.l. : Elsevier, 2011. Vol.14 Num. 03.
5. Freeman B, Kennedy C, Robertson TE, et al. Tracheostomy protocol: experience with development and potential utility. . (PubMed) : Crit Care Med , 2008. 36:1742“ 1748. .
6. A. Fernández-Carmonaa, L. Peñas-Maldonadob, E. Yuste-Osoriob y A. Díaz-Redondoc . Exploración y abordaje de disfagia secundaria a vía aérea artificial. Barcelona ago.-set. 2012. : SCIELO. . Med. Intensiva vol.36 no.6 .
7. O. Salcedo, F. Frutos-Vivar. Traqueostomía en pacientes ventilados: ¿para qué la hacemos?. Madrid mar. : Med. Intensiva v.32 n.2 , 2008. . SCIELO. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000200006.
8. Hernández G, Ortiz R, Pedrosa A, Cuenca R, Vaquero C, González P et al. La indicación de traqueotomía condiciona las variables predictoras del tiempo hasta la decanulación en pacientes críticos. . Barcelona : Med. Intensiva , nov. 2012. vol.36 no.8 .
9. al., Bobillo-De Lamo F et. Cuidados del paciente traqueotomizado. . Castilla Leon Cantab. La Rioja. : Rev. Soc. Otorrinolaringol. , 2013. . 4 (Supl. 4): S1-18.

10. Álvarez., Ángeles Prado. http://www.auladelafarmacia.com/resources/files/2012//26/134329131419647-58%20.
Actualizaciones.pdf. ispensación de productos sanitarios para pacientes traqueostomizados. Cánulas y accesorios (I) . [En línea]
11. MSc. Alberto García Gómez, DraC. Luisa Gutiérrez Gutiérrez, MSc. Niuris Goenaga Martínez, MSc. Iván Hernández Hernández, MSc. Juan Luis Coca Machado. Pacientes en ventilación mecánica con traqueostomía. Ciudad de la Habana : Rev Cub Med Mil vol.43 no.4 , 2014.
12. Ramón Readi S1, Francisco Gómez A1, Jaime Osorio M1. Traqueostomía quirúrgica clásica en la Unidad de Cuidados Intensivos. Santiago abr. : Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello , 2015. . vol.75 no.1.
13. Saavedra Mendoza AGM, Akaki Caballero M. Puntos esenciales en el protocolo de decanulación traqueal. s.l. : An Orl Mex, 2014. 59:254-261..
14. Carretero Rodriguez I, Pardal Refoyo JL. Investigación bibliográfica sobre la decanulación en pacientes traqueotomizados. . Castilla Leon Cantab. La Rioja. : Rev. Soc. Otorrinolaringol. , 2015. . Jul. 6 (20): 160-170 .
15. JM., Añon. ¿Podemos predecir la duración del proceso de decanulación? . Barcelona nov. : Med. Intensiva vol.36 no.8 , 2012.
16. Scrigna M, Plotnikow G, Feld V, Villalba D, Quiroga C, Leiva V et al. Decanulación después de la estadía en UCI. Análisis de 181 pacientes traqueotomizados. s.l. : Rev. Amer. Med. Respiratoria. Vol.13 no.2 CABA., Jun. 2013.
17. Alvo A, Olavarría C. Decanulación y evaluación de la deglución del paciente traqueotomizado en cuidados intensivos. España : Acta Otorrinolaringol, 2014. 65(2): 114-119.
18. NC., Kirchner. Normas para el seguimiento de decanulación de cánulas de traqueostomía. . Hospital El Cruce. : Ministerio de salud de Buenos Aires. Presidencia de la Nación., Sept. 2012. .
19. Marañon., Hospital General Universitario Gregorio. Cuidados al paciente traqueostomizado. s.l. : Protocolo, 2014.
20. MA., Gálvez González. Procedimiento de traqueostomía percutánea: control y seguimiento de enfermería. . s.l. : Enfermería intensiva (Revista digital), 2009.
21. Frank U, Czepluch C, Sticher H , Mätzener F, Schlaegel W, Mäder M. Modified tracheostomy management: a protocol for the application of stoma buttons in difficult decannulations]. s.l. : Rehabilitation (Stuttg)., 2013. 52:20–6..
22. BA., McGrath. Comprehensive Tracheostomy Care. The National Tracheostomy Safety Project Manual. s.l. : John Wiley & Sons Ltd, 2014.
23. O'Connor HH, White AC. Tracheostomy decannulation. . s.l. : Respir Care , 2010;. 55:1076-1081.

24. Artículo de la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición. . s.l. : brainline.org (2015) weta all rights Reserved.
25. España, Gobierno de. Guia de nutrición para personas con disfagia. España : BOE, 2012. nº600077.
26. MG, Erika, MM, Liliana y SA, Valentina. Conocimientos del manejo del paciente con disfagia dentro de la unidad de cuidados intensivos. Medellín: universidad ces. fac. Medicina, 2009.
27. Gómez, Erika Morillo, Moreno, Liliana Martínez y Alzate, Valentina Sierra. Conocimiento del manejo del paciente con disfagia dentro de la unidad de cuidados intensivos en adultos. Medellin : Facultad de medicina, universidad CES, 2009.

Capítulo 183

FLEBITIS

LUCÍA CAO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La canalización venosa es una actividad hospitalaria que la convierte en un acto casi mimetizado en el día a día de todo proceso de hospitalización. De esta práctica deriva una de las infecciones nosocomiales más conocidas, la flebitis.

Los catéteres intravenosos periféricos, son cánulas que se introducen en las venas para infundir líquidos, ya sean nutrientes, sangre o derivados, medicamentos o también para extraer muestras de sangre. Estos dispositivos son los más utilizados en la actividad diaria de un área de atención sanitaria como es la hospitalaria. Estos catéteres suelen ser insertados por los profesionales de Enfermería los cuales juegan un papel muy importante es su conservación y mantenimiento, el cual debe garantizar su correcto funcionamiento.

Dado que hoy en día la canalización se realiza de forma protocolaria desde el Servicio de Urgencias Hospitalarias, hace que su estudio se convierta en foco de investigación para reducir los efectos adversos que genera ésta y a su vez se pueda reducir la prolongación de las estancias hospitalarias o las complicaciones que deriva, por ejemplo la sepsis.

2 Objetivos

Identificar los factores de riesgo de la flebitis relacionados con el cateter venoso periférico descritos en la literatura y las principales medidad de prevención.

3 Metodología

Con el objetivo de conseguir una información de calidad basada en la evidencia científica se ha llevado a cabo una búsqueda en las siguientes fuentes reconocidas:

- Revisiones bibliográficas en bases de datos acreditadas como dialnet y pubmed, entre otras.
- Consulta en distintas Guías de Práctica Clínica a nivel nacional dirigidas a profesionales sanitarios en los diferentes niveles de atención sanitaria; urgencias extra e intrahospitalarias; unidades de hospitalizacción; etc.
- Búsqueda de distintos protocolos estandarizados en el correcto manejo, cuidados y mantenimiento de dichos dispositivos de acceso venoso.
- Revisiones de cuidados de enfermería de diferentes hospitales para pacientes.
- Participación en mi lugar de trabajo en un estudio sobre inicidencia de flebitis.

4 Resultados

Los factores de riesgo relacionados con el propio paciente abarcan la edad, sexo y enfermedades asociadas. Pese a que la eviencia científica apoya la edad avanzada como un factor de riesgo, son varios los estudios encontrados donde no se puede establecer una correlación siginificativa entre ambos.

En cuanto al sexo, encontamos en varios estudios que ser mujer es un condicionante que aumenta el riesgo de desarrollar flebitis. Esto podría explicarse en términos endocrinos, ya que las hormonas características de las mujeres, convierten a estas, en sujetos más predispuestos a desarrollar una flebitis.

La presencia de enfermedades asociadas es un tema que no está contemplado en todos los estudios analizados. Asi como algunos autores encuentran relación significativa entre el desarrollo de flebitis y enfermedades como la diabetes mellitus o hábitos como el tabaquismo, número de plaquetas o pérdida de peso involuntaria, otros, no encuentran diferencias significatvas entre estos grupos de riesgo. en el otro extremo está aquellos factores relacionados con el propio catéter, flebitis mecánica. En este caso se encuentra evidencia de que los catéteres de mayor grosor (20G o 18G) son facilitadores de entrada de microorganismos y asi favorecen la infección y la flebitis.

5 Discusión-Conclusión

Son varios los factres que afectan al desarrollo de la flebitis. Este es un problema a nivel hospitalario de relativa frecuencia ya que es raro el paciente que no es portador de uno, o varios, en su ingreso.

Algunos de estos factores son difíciles de modificar, como la edad, el sexo, el fármaco administrado. Pero muchos otros si están en nuestra mano, formando parte de nuestro trabajo diario. Una correcta praxis en el manejo de los mismos va a reducir la incidencia de la flebitis. Es importante ser rigurosos en el cuidado y manejo de los mismos, con las medidas de asepsia que se requieran, como por ejemplo el uso de clorhexidina.

6 Bibliografía

- Rojas-Sánchez LZ, Parra DI, Camargo Figuera FA. Incidencia en factores asociados com o desenvolvimiento de flebite: resutados do estudio piloto de uma coorte. Rev Enf Ref. 2015; (4):6.
- Arias-Frnandez L, Suárez-Mier B, Mártinez-Ortega MC, Lana A. Incidencia y factores de riesgo asociadas a catéteres venosos periféricos. Enferm Clin. 2016.
- Ferrete-Morales C, Vázquez-Pérez M, Sánchez-Berna M, Gilabert-Cerro I, Corzo-Delgado J, Pineda-Vergara J, et al. Incidencia de flebitis secundaria por ceteter venoso de acceso periférico e impacto de un protocolo de manejo. Enferm Clin. 2010; 20(1): 3-9.

Capítulo 184

IMPORTANCIA DE LA BUENA IMPLANTACIÓN Y CUIDADO POSTERIOR DEL CATÉTER EN DIÁLISIS PERITONEAL

CARIDAD VALERA MARTINEZ

LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ

LUIS CAMBRONERO LÓPEZ

1 Introducción

Palabras clave: diálisis peritoneal, catéter peritoneal, insuficiencia renal, peritoneo

La diálisis peritoneal (DP) es un tratamiento domiciliario para pacientes con insuficiencia renal crónica, puede realizarse tanto de forma manual como automatizada con el fin de eliminar liquido y productos de desecho tales como urea y potasio, entre otros. Esta técnica es enseñada por los profesionales de enfermería dentro del ámbito hospitalario y se realiza a través de una membrana llamada peritoneo, que se encuentra en la cavidad abdominal conectado con el exterior a través de un catéter (1).

Dentro de la diálisis peritoneal nos encontramos con dos modalidades: la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), la cual es una técnica en la que el paciente se realiza los cambios de liquido de diálisis de forma manual, y la diálisis

peritoneal automatizada (DPA), en la que el paciente se conecta a una maquina durante la noche y se realiza los intercambios de forma automática (1-2).

El catéter peritoneal es fundamental para el éxito y la supervivencia de la técnica (2).

Los distintos avances en el diseño y en el propio catéter de DP han sido muy importantes para mejorar los resultados en los pacientes. Para la implantación de estos catéteres cada centro debe de disponer de un equipo de especialistas dedicados a ello, pudiendo estar formado por nefrólogos, cirujanos o ambos (3).

2 Objetivos

- Conocer la forma de implantación del catéter para su correcto funcionamiento
- Aprender la importancia del cuidado del catéter en la diálisis peritoneal para la eficacia de la técnica

3 Metodología

Para este trabajo se ha efectuado una búsqueda bibliográfica de artículos en inglés y castellano sobre el tema elegido.
Dicha búsqueda se realizó en las bases de datos: SCIELO, DIALNET, Google Scholar, LILACS, SCOPUS, CUIDEN, PSICODOC, ELSEVIER, PUBMED,.

Así mismo utilizamos el operador booleano "AND", realizando distintas combinaciones de palabras clave con el término "diálisis peritoneal" (ej.: diálisis peritoneal AND catéter peritoneal).

4 Resultados

La diálisis ha de plantearse cuando los riñones no eliminan adecuadamente el sodio y el agua que produce el organismo, también es necesario realizarla en pacientes para la eliminación del exceso de toxinas en la sangre, ya que estos no las pueden procesar por su mal funcionamiento (4).

El riñón tiene tres funciones básicas: excretora, regulación del medio interno y endocrina. Si estas funciones no se realizan y no se tratan a tiempo pueden llegar a causar la muerte del paciente. Uno de los tratamientos que se le indica al paciente cuando sus riñones no son capaces de funcionar con total normalidad

es la diálisis peritoneal, existiendo otras técnicas de tratamiento sustitutivo renal como la hemodiálisis o el trasplante (4).

Algunas características generales que presentan los catéteres utilizados en esta diálisis peritoneal son:
- Tubo de plástico flexible de diámetro externo 5mm e interno 2,6mm (5, 6).
- Preferiblemente silicona (5, 6).
- Comunica la cavidad peritoneal y el exterior (7).
- Consta de un segmento intraperitoneal, un segmento tunelizado, un orificio de salida, un segmento extrabdominal y un prolongador (7).
- Facilita el flujo bidireccional del líquido de diálisis por diferencias de presión y sin molestias ni dificultad (7).
- Debe estar en un lugar accesible para la cura diaria (3).
- Los catéteres para fijarlos a la pared abdominal están provistos de unas estructuras llamadas cuff (4, 5).

A continuación nombraremos algunos de los catéteres más utilizados habitualmente:

- Catéter Tenckhoff recto: es un catéter blando de silicona, uno de los más utilizados para DP. Puede tener uno o dos cuffs, perforaciones en el segmento intraperitoneal para permitir un drenaje efectivo y una banda radiopaca para verlo en las radiografías (5, 8).

- Catéter cuello de cisne: es el segundo más usado, también es de silicona. Forma un ángulo de 80-180º. La forma de cuello de cisne hace que mantenga la memoria elástica (5).

- Catéter Missouri: generalmente también es de cuello de cisne, tiene una anilla y una bolita justo por debajo del cuff interno. También puede tener la disposición en cola de cerdo para disminuir el dolor durante la infusión (5).

- Catéter Autoposicionante: cilindro de tungsteno de 12 gramos que previene el desplazamiento al flotar el catéter. La gravitación hará que se mantenga en el saco de Douglas (7).

Se presentarán las ventajas y desventajas de la colocación del catéter.

Ventajas
- Fácil de colocar (9)
- Uso sencillo para manipular (9)

- Comodidad al viajar, caminar y descansar (9)
- Facilidad para aprender su utilización (9)
- Mejora el estado de salud de aquellos pacientes con dificultad renal (3, 9)
- Independencia del paciente (3, 9)

Desventajas
- Requiere mantener una atención constante (9)
- Mantener siempre un estado aséptico para la utilización (9)
- Apoyo familiar (3)
- Obesidad (3)

Antes de la implantación del catéter los profesionales deben tener los datos clínicos requeridos para la anestesia, así como E.C.G, radiografía de tórax, analítica, entre otros. Una vez visto por el anestesista, donde da el visto bueno para intervenir, se firma un consentimiento informado para la colocación del catéter (7).

Una vez el paciente esté ingresado realizamos un protocolo de preparación:

- Se recomienda que el paciente se duche la mañana que tendrá lugar la colocación del catéter (7).
- Extracción de un frotis nasal para screenig de estafilococo aureus y poder prevenir cualquier complicación (7).
- Enema de limpieza (7).
- Profilaxis antibiótica para evitar los riesgos durante la cirugía (7).
- Asegurar que el paciente haya vaciado toda la vejiga antes de pasar a quirófano (7, 8).
- Se debe rasurar la zona operatoria para prevenir cortes o heridas, seguidamente se realiza una limpieza de toda la pared abdominal con algún antiséptico potente que se emplee en el recinto clínico(7, 8).

Se debe tener en cuenta que la colocación del catéter se realizará en el quirófano, preferiblemente bajo anestesia local con apoyo de sedación anestésica, ya que con la general hay muchos efectos secundarios postoperatorios (8).
Se prefiere el lado izquierdo del abdomen para dejar el derecho a las apendicitis. Se evalúa la zona donde se colocará el catéter, para ello sobre el abdomen del paciente se mide el catéter, se localiza donde quedará la punta y el respectivo sitio de salida (8).

Se realiza una incisión a nivel del abdomen, suele ser un corte de alrededor 2 a 3 cm de forma transversa, siendo necesaria una hemostasia total. Una vez que

hemos atravesado todas las capas y hemos llegado a la cavidad peritoneal llevamos el extremo distal del catéter hacia el saco de Douglas (8).

Deben considerarse las distintas estructuras que nos iremos encontrando en los diferentes planos conforme vayamos penetrando en el abdomen, para no dañarlas (8).

Después recolocamos el cuff a la altura del peritoneo, cosiendo en bolsa de tabaco para hermetizar el compartimento peritoneal, evitando así fugas y pérdida de líquido. Después vamos a exteriorizar el catéter con una contraincisión sacándolo por debajo de la piel hacia el lugar que se haya determinado (8).

Durante toda la intervención se realizan varias comprobaciones de estanquidad y de funcionamiento que no debe provocar ni dolor ni molestias y en su caso corregir si hubiera algún defecto (8).

Los profesionales de enfermeria van a ser muy importantes en el postoperatorio del paciente y durante su estancia en el aprendizaje de la tecnica (7).

Se colocará el prolongador del catéter que nos va a hacer más fácil la técnica (7).

Se va a comprobar el funcionamiento y permeabilidad del catéter haciendo pequeñas infusiones y extracciones de líquido de solución de diálisis, sobre todo para evitar riesgos de fuga (7).

En cuanto al cuidado del orificio de salida del catéter

- Iniciamos con una buena prevención de infecciones, por lo que hay que detectar y tratar a los enfermos portadores de estafilococos aureus (9).
- Las curas las realizamos mediante una técnica aséptica, mascarilla, lavado y secado de manos y material estéril (9).
- Prevenir traumatismos, como tirones del catéter (9).
- Hay que prevenir los cuidados agresivos: no se retiraran costras, escaras, ni se rascará el orificio (9).
- Mantendremos el orificio siempre seco y limpio (8, 9).
- La localización del orificio de salida del catéter también es importante debemos evitar que se encuentre en pliegues, en la línea del cinturón, en cicatrices y evitar la ropa ajustada. El lugar ideal de salida debe estar por lo menos a 2 cm de la cintura (8, 9).
- Las curas deben ser frecuentes, valorando el orificio en cada una de ellas (8).

- Curar con suero hipertónico (8).
- Prevenir las ulceras por decúbito, cambiando el catéter de posición (8).
- Utilizar cinta adhesiva o cualquier otro material para mantener el catéter inmovilizado y que de esta manera sea sencillo retirarlo y colocarlo las veces que sea necesario (9).
- El apósito tiene que ser transpirable, absorbente y estéril (9).
- Reconocer signos de infección y de eritema (9).

Éstas son algunas de las situaciones que podrían aparecer en las primeras semanas de colación del catéter, es importante que sise observa alguna de ellas se acuda al nefrólogo para evitar posibles complicaciones (10, 11, 12).

Peritonitis

Es la complicación más frecuente de la DP. La mayoría de estas peritonitis son debidas a la flora residente en la piel (13).

Debemos educar al paciente para que reconozca los síntomas de esta: dolor abdominal, drenaje de líquido de diálisis turbio e hipotensión, son algunos de los más significativos (13).

El período de incubación suele ser de 24-48 horas desde el momento de contaminación. Una vez puesto el tratamiento antibiótico adecuado los síntomas van cediendo muy rápido. Primero se pone un antibiótico de amplio espectro mientras se manda el líquido de diálisis drenado a analizar y una vez tengamos los resultados se pone otro más adecuado a la causa que provocó la peritonitis. La resolución de la peritonitis a través del líquido de diálisis suele ser positiva, por lo que no haría falta recurrir a la vía intravenosa (13).

Se puede dar la posibilidad de que existan peritonitis recurrentes porque no hacen efecto los antibióticos y se tenga que retirar el catéter peritoneal. En esta situación se pondría otro catéter nuevo a los 10-15 días y mientras se trasladaría el paciente a hemodiálisis (14).

Cuando tiene lugar una peritonitis el peritoneo sufre y puede verse disminuida su capacidad de ultrafiltración a causa de la inflamación, por lo que esta técnica puede verse comprometida, precisando el paciente aumento de la concentración de los líquidos de diálisis para una correcta ultrafiltración (14).

Una vez tratada la peritonitis es muy importante reevaluar la técnica del enfermo antes de que se vaya a casa y encontrar posibles errores que esté cometiendo y hayan ayudado a producirse esta situacion (14).

Obstrucción del catéter por coágulos de fibrina
Esto sucede porque después de ser colocado el catéter no se han realizado los lavados adecuadamente y aparece fibrina tapando la luz del catéter. Gracias a la transparencia de las bolsas de diálisis pueden apreciarse los filamentos de fibrina. Esto será tratado ejerciendo presión mediante una jeringa y si esto no es efectivo se utilizará un fibrinolítico (11, 12).

Fuga de líquido
Esto suele ocurrir al poco tiempo de haber puesto el catéter debido a que la intervención quirúrgica está muy reciente y todavía no ha cicatrizado la herida, por lo que al infundir el líquido de diálisis aparecen fugas. Existen ciertos pacientes que son más propensos a sufrir esta complicación como los obesos, ancianos, inmunodeprimidos, etc., ya que por su situación de base les cuesta más cicatrizar. En estos casos se suspende la diálisis peritoneal alrededor de 3-4 semanas para dejar a la herida madurar (10, 11)

Dolor
Es otra complicación que podría presentarse durante el proceso de cicatrización. En estos casos lo primero que se piensa es que puede tener lugar una peritonitis pero si después de ver el líquido de diálisis esto queda descartado, puede ser por la reciente colocación del catéter y aparece dolor durante la entrada de líquido de diálisis o por la distensión mantenida de la cavidad peritoneal durante el periodo de permanencia. Si no conseguimos manejar este dolor o persiste de forma intensa durante un considerado periodo de tiempo se sugiere cambiar la posición del catéter o, incluso, colocar un nuevo catéter (11).

Obesidad y desnutrición proteica
El peso del paciente se ve comprometido por el aumento de glucosa al que el paciente está obligado por la diálisis. La desnutrición proteica también amenaza al paciente por la pérdida de proteínas y aminoácidos a través de la diálisis peritoneal.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia el cuidado del catéter para la realización de la diálisis e impedir infecciones a largo plazo y para que el catéter cumpla con sus funciones sin ninguna dificultad.
El personal seleccionado para la educación del paciente en esta materia deben ser enfermeros expertos en diálisis peritoneal, capaces de disminuir el miedo y

la ansiedad que aparece en esta nueva situación y mostrarles el material que necesitan para la técnica y la cura.

Se le instruirá al paciente sobre los cuidados que tiene que hacer acerca de su catéter peritoneal recién implantado y de cómo serán las curas de orificio de salida del catéter.

Se le explicará cómo será su seguimiento hasta el inicio de la técnica.

6 Bibliografía

- National Kidney Foundation. Diálisis peritoneal: lo que se necesita saber. [Internet]. [Actualizado en 2007Feb 2; citado 2019 Mayo 9]. Disponible en https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/peritonealdialysis_span.pdf
- López, E. Diferentes tipos de diálisis peritoneal: ventajas e inconvenientes. [Internet]. [Revisado s.f.; citado 2019 Mayo 9]. Disponible en http://www.revistaseden.org/files/TEMA%208.Diferentes%20tipos%20de%20DP.Ventajas%20e%20incovenientes.pdf
- Diálisis Peritoneal. [Internet]. España: Universidad de país vasco, Departamento de Cirugía, Radiología y Medicina; [citado 2019 Mayo 9]. Disponible en: http://www.oc.lm.ehu.es/Fundamentos/fundamentos/TecnicasCM/Dialisis%20Peritoneal.PDF
- Doñate, T. Guías de diálisis peritoneal y la práctica diaria. Nefrología.2005;25(2)
- Sánchez-Cisneros, N. Utilidad del catéter Tenckhoff en el posoperatorio de cirugía cardíaca pediátrica. Revista de enfermería Inst Mex Seguro Soc. 2008; 16(2): 105-108

Capítulo 185

MUCOSITIS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: DESCRIPCIÓN, PREVENCIÓN Y CUIDADOS.

ROSALIA FERNANDEZ BOBELA

MARIA DEL MAR PULGAR ALVAREZ

MARÍA CONSUELO GARCÍA GONZÁLEZ

AMALIA MARTINEZ ESPINOSA

ANA ROSA BARAGAÑO GARRIDO

1 Introducción

La mucositis es una reacción inflamatoria de la mucosa gastrointestinal (pudiendo verse afectada desde la boca o cavidad oral al recto), ya que al tratarse esta de un tejido de rápida proliferación celular va a verse afectada por los agentes citotóxicos o la radiación que actúan sobre las células en fase de multiplicación. La aparición y la frecuencia va a depender del agente citotóxico utilizado. Esta patología va a adquirir una mayor importancia a nivel orofaríngeo, debido a que va a cursar con dolor intenso y/o úlceras que van a afectar la calidad de vida del paciente.

La aparición de mucositis a este nivel va a dificultar la alimentación debido al dolor por las úlceras y llagas, la deglución produciendo disfagia y el habla o

fonación. Todo esto va a repercutir en el estado físico y anímico del paciente que puede llegar a necesitar el uso de suplementos dietéticos o bien nutrición enteral o parenteral. La mucositis se asocia además a un aumento de las infecciones locales y sistémicas, lo que unido al estado inmunodeprimido de este tipo de pacientes, puede ocasionar el retraso del tratamiento primario y el ingreso hospitalario del paciente, originando además un incremento en el coste sanitario.

Se conocen una serie de factores de riesgo que debemos conocer con el fin de actuar a tiempo y frenar la instauración o el grado de mucositis, tales como cavidad bucal en mal estado (caries, infecciones a este nivel) ya que puede empeorar durante el tratamiento originando infecciones importantes, prótesis defectuosas o la utilización de determinados agentes quimioterápicos (citarabina, metotrexato, fluorouracilo).

Existen una serie de precauciones o cuidados sencillos que el paciente puede realizar con el fin de minimizar la aparición de esta patología tales como la higiene bucal, examen bucal previo antes de iniciar el tratamiento quimioterápico, hidratación de la zona labial, abandono del hábito tabáquico, no utilizar colutorios con alcohol,dieta blanda, etc.

Así mismo es necesario conocer el grado de afectación del paciente para lo que podemos utilizar la escala de la OMS:
- Grado 0: Sin síntomas
- Grado I: Eritema, no dolor, voz normal
- Grado II: Eritema, dolor ligero, pequeñas úlceras, puede tomar sólidos
- Grado III: Úlceras extensas, edema en encías, dolor, dificultad al hablar, puede tomar líquidos.
- Grado IV: Úlceras muy extensas, infecciones, dolor intenso, incapacidad de deglutir, no puede nutrirse de forma adecuada va a necesitar soporte enteral o parenteral.

Esta escala nos va a ser de utilidad para conocer el estado en el que se encuentra el paciente y determinar los cuidados o tratamientos que necesita.

2 Objetivos

- Conocer y determinar como afecta la mucositis a la calidad de vida del paciente.
- Determinar medidas para prevenir la aparición de esta patología.
- Proporcionar cuidados de calidad al paciente.

- Mejorar el estado del paciente intentando evitar la aparición de complicaciones.
- Proporcionar al paciente herramientas para realizar cuidados sencillos que puedan aliviarle ante esta situación.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realizo una revisión bibliográfica, seleccionando una serie de artículos tras una búsqueda en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden y Google Académico así como en la biblioteca electrónica Scielo y en paginas web de oncología. Se utilizo como palabras clave en la búsqueda mucositis, quimioterapia, profilaxis e higiene bucal.

4 Resultados

Existen una gran variedad de tratamientos para prevenir y tratar la mucositis: fórmulas magistrales, fármacos comercializados, terapias no farmacológicas, así como una serie de cuidados o acciones de carácter preventivo.

En la revisión realizada se pone de manifiesto la importancia de una correcta higiene bucal asi como de una revisión odontologica previa al inicio del tratamiento (lo que permite que la cavidad bucal este en condiciones más favorables y no se produzcan infecciones a este nivel por piezas dentales o por protesis en mal estado). Ambas acciones van a disminuir la aparición de infecciones, ya que son muy frecuentes las infecciones por el virus herpes simple y por cándida albicans.

Para realizar una correcta higiene bucal la enfermera debe informar al paciente de los hábitos que son más adecuados, estos consistiran en un cepillado de los dientes diario despues de cada comida, con un cepillo de dientes suave. Es importante que los colutorios si se utilizan no posean alcohol, la pasta de dientes debe ser lo menos irritante posible evitando las que lleven blanqueadores, mentolados u otros agregados. Hay que tener precaución con el uso del hilo dental ya que estos pacientes pueden tener las plaquetas bajas pudiendo aparecer sangrado.

Hay que destacar también los cuidados que necesitan las protesis dentales que deben ser limpiadas diariamente, retirarlas por la noche y siempre que sea posible y no colocarlas si existen heridas o llagas. Existen además una serie de recomendaciones útiles para mantener la cavidad bucal en buen estado: Debe evitarse

el consumo de tabaco ya que daña la mucosa y retrasa la curación, asi como el consumo de alcohol que produce irritación.

Se recomienda una dieta rica en frutas y vegetales evitando los alimentos ácidos o muy especiados que pueden provocar irritación. También se recomienda disminuir el consumo de azucares por aumentar el riesgo de caries, que sería un efecto indeseado.
Comer varias veces al día en trozos pequeños, una dieta blanda y más bien templada disminuye el dolor.

Es conveniente revisarse la boca diariamente para localizar cuanto antes la existencia de cualquier herida o irritación. Puede ser útil masticar trocitos de hielo para aliviar la sensación de quemazón.
Es importante una buena hidratación de los labios con vaselina o con cremas de cacao para evitar llagas a este nivel asi como beber liquidos suficientes para evitar la sequedad y deshidratación, tambien pueden ser útiles los productos hidratantes o protectores con acido hialurónico.
Pueden utilizarse enjuagues con bicarbonato sódico aunque su eficacia no esta del todo probada en diferentes ensayos.

Estas recomendaciones van a ser de gran utilidad en el grado 0 y I de la mucositis. A partir del grado II va a ser necesario complementarlas con el uso de otro tipo de tratamientos tópicos y sistémicos bajo prescripción médica como es el caso del fluconazol, nistatina o fórmulas magistrales que van a combinar antibioticos, anestesicos, hidorcortisona, nistatina y bicarbonato por via tópica a modo de colutorio así como tambien análgesicos (debe elegirse el más adecuado que calme el dolor del paciente recurriendo con frecuencia a opioides sobre todo en los grados más altos de mucositis)
Los pacientes a tratamiento con quimioterapia suelen recibir además tratamiento con factores de crecimiento como el filgrastim que mejoran la neutropenia, lo que ayuda a resolver mejor la mucositis. En muchos casos el tratamiento antineoplasico se acompaña del uso de aciclovir para prevenir las infecciones.

Las fórmulas magistrales a modo de colutorio también son útiles en el grado I para evitar que la situación se agrave y conduzca al enfermo a un estado de desnutrición por dificultarse o hacerse imposible su alimentación.

5 Discusión-Conclusión

- Al realizar la revisión bibliografica se encontraron numerosos tratamientos farmacologicos para aliviar la mucositis que no se recogen en el estudio por centrarnos en cuidados que el paciente puede realizar asesorado por la enfermera, como es el caso de inmunoglobulinas,sucralfato, gabapentina, palifermin que están sujetas a prescripción médica.

-Los artículos y páginas revisadas ponen de manifiesto la importancia de una correcta higiene bucal para disminuir la gravedad de la mucositis y su incidencia.

- Se debe actuar de forma multidisciplinar incluyendo además de la enfermera al odontologo ya que queda manifestada la importancia de un exámen bucal y una revision previa al tratamiento con citotóxicos.

- El papel de enfermería es fundamental para educar al paciente sobre la higiene dental así como aquellos hábitos que debe evitar incluyendo también a los familiares, instruyendolos sobre medidas que pueden mejorar la calidad de vida del paciente sobre todo en el campo de la alimentación.

- Es importante que el paciente mantenga un buen estado nutricional ya que favorece la recuperación y disminuye la aparición de la patologia y su gravedad.

- Existe controversia en el uso de enjuagues con clorhexidina, no estando su uso recomendado en pacientes tratados de cáncer de cuello y cara, pareciendo conducir todos ellos a que su uso está desaconsejado en pacientes que presenten una buena higiene oral.

6 Bibliografía

- Alonso Castell P, Basté Dencás MA, Creus Viles M, Del Pino Gaya B, Gómez Blasco C, Goméz Gener A, et al. Prevención y tratamiento de la mucositis en el paciente onco-hematológico. Farm Hosp [Internet]. 2001 ;25(3):139-49. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/Web_FH_01_25_139.pdf.
- Peña Molinero C, Manso Melgosa A, González Casado R, Santillán García A, Febrero Ortiz de Quintana A, Ortega Barriuso R. Cuidados de enfermería en la mucositis del paciente oncológico: revisión de evidencias. Ene [Internet]. 2007;11(2):1-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2017000200007.

- https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7129848
.
- https://es.oncolink.org/apoyar/efectos-secundarios/gastrointestinal-side-effects/mucositis/mucositis-llagas-en-la-boca-y-hoja-de-consejos-para-el-cuidado-bucal
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000047.htm
.
- https://www.cancer.net/es/asimilación-con-cáncer/efectos-físicos-emocionales-y-sociales-del-cáncer/manejo-de-los-efectos-secundarios-físicos/llagas-en-la-boca-o-mucositis
diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/103009?mode=full
- https://www.redalyc.org/pdf/1590/159017434009.pdf
- https://www.researchgate.net/profile/Begona_Garcia-Chias/publication/313250964_Cuidados_orales_en_el_paciente_oncologico/links/589480e045851563f82b9ff2/Cuidados-orales-en-el-paciente-oncologico.pdf
- https://www.researchgate.net/profile/Begona_Garcia-Chias/publication/313250964_Cuidados_orales_en_el_paciente_oncologico/links/589480e045851563f82b9ff2
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14723014
- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9783593
- https://docplayer.es/60326612-Prevencion-de-la-mucositis-oral-secundaria-a-tratamientos-oncologicos-en-adultos-con-cancer-revision-sistematica.html
- htpt://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000500006

Capítulo 186

ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO HOSPITALARIO

MARIA LUZ ALONSO GARCIA

1 Introducción

Desde la reunión del comité mixto formado por la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, se comenzaron a tener en cuenta no sólo los factores de riesgo físicos, químicos y biológicos del medio ambiente, sino que también los factores psicosociales inherentes al entorno laboral como un factor de riesgo y las posibles consecuencias para el bienestar físico y mental de los trabajadores sanitarios.

Según la OMS, el estrés laboral es: " un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades". El estrés puede llegar a provocar enfermedades y sufrimiento en las personas, al mismo tiempo podría repercutir en la productividad del trabajador. Por lo que es uno de los riesgo psicosociales más importantes de la sociedad actual.

2 Objetivos

- Conocer e identificar el nivel de estrés en el personal sanitario hospitalario.
- Identificar estresores en el entorno laboral.

3 Metodología

Se realizo una revisión bibliográfica. Se marcaron los objetivos y después se realizo una búsqueda y cribado adecuados a los criterios de inclusión y exclusión que correspondan a los objetivos.Utilizando basas de datos como : Medline, Embase, Scirus, Wok, Psicoinfo, OSH update, IBECS Y LILACS. Se tuvieron en cuenta documentos, artículos y guías clínicas publicadas a partir del 2012.

4 Resultados

De los resultados obtenidos en los diversos artículos, observamos que el grado de estrés en el personal sanitario corresponde a un nivel moderado- elevado. Variando el nivel de estrés según condiciones de trabajo, unidad de trabajo y el apoyo de compañeros y supervisores.

Muchos artículos señalan una relación directa entre el estrés y la depresión. Comprobamos que influye notablemente en el grado de estrés las variables fisiológicas, emocionales y mentales de cada trabajador, el apoyo familiar, el nivel de formación y experiencia. Y en la época del año que se estuviera; es decir, no era el mismo nivel de estrés en periodo vacacional o de alguna epidemia.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de autores coinciden en que los niveles de estrés a los que están sometidos los sanitarios a nivel hospitalario son elevados en general. Llegando a repercutir en un porcentaje importante en su salud.

Hay que matizar que el gremio que más sufre el estrés es el colectivo de enfermería, seguido de médicos, auxiliares y celadores. Variando en la unidad de trabajo, la relación con compañeros, experiencia laboral, números de trabajadores, época del año y la sensibilidad personal de cada persona. Se necesita una buena aptitud y predisposición por parte de todos los trabajadores y la administración para ir disminuyendo el nivel de estrés.

6 Bibliografía

1. Román-Hernandez. S.Estres y burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención. Rev. Cubana Sal Pub 2003

2. Dorevitch, Samuel/ Forst, Linda Hazard of emergency physicians The American Jounal of Emergency Medicine, 18(3), p.300-311 mayo 2000.
3. Shaher H, Ali A.Comparing Jordanian nurses jod stressors in sstreeful and non-stressfulclinical aras. Contemporarary nurse (2011) 37
4. Foro de las Américas en Investigación sobre factores psicosociales . Chile 22-28octubre2008
5. Entornos laborables saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización,Prácticas y literatura de apoyo.2010.
6. Niveles de evidencia del Scottish Intercollegiate Guidelines Network(SIGN)

Capítulo 187

CUIDADOS DEL DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS

LAURA SUÁREZ ARBESÚ

VERÓNICA GRACIELA MORAN ECHEVERRIA

MARTA SANCHEZ UGARTE

ALICIA PAREDES ANTONIO

1 Introducción

El dolor torácico es una de las causas más frecuentes de atención a pacientes en los servicios de urgencias. La mayoría de estos pacientes son hospitalizados debido al desconocimiento de la causa del dolor. Esta actitud agresiva y defensiva de los médicos de urgencias se debe a que, en realidad, en el 10-30% de los casos el dolor torácico está causado por un síndrome coronario agudo.

El electrograma y la concentración de la fracción MB de la creatincinasa sérica basales ofrecen una sensibilidad de aproximadamente el 50% en el diagnóstico del infarto agudo de miocardio. Por esta razón, es obligatoria la realización de estas pruebas iniciales en los pacientes de riesgo moderado y alto.

Las unidades de dolor torácico fueron introducidas hace dos décadas en los servicios de urgencias para mejorar la calidad de la atención médica, reducir el número de altas hospitalarias inapropiadas, reducir el número de ingresos innecesarios y reducir los costes médicos, es decir, para conseguir una mejor relación coste-efectividad. Este objetivo se alcanza, principalmente, con la utilización de proto-

colos diagnósticos sistematizados, realizados por personal cualificado y formado en los servicios de urgencias, y no en la unidad de cuidados coronarios.

2 Objetivos

- Identificar el dolor de dónde procede.
- Saber realizar los cuidados necesarios para prevenir el dolor torácico

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados en la actuación del dolor torácico y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: dolor torácico, cuidados, pacientes, urgencias, molestias.

4 Resultados

El dolor torácico lo definimos como cualquier sensación o molestia en la región del tórax, entre el diafragma y la base del cuello y de instauración rápida. Es una de las causas más frecuentes de consulta a un Servicio de Urgencias, representando entre un 5-20%. Existen múltiples causas de dolor torácico, muchas de las cuales no requieren ingreso hospitalario. El problema más importante a la hora de evaluar un dolor torácico estriba en diferenciar patología potencialmente mortal de molestias torácicas que no comprometen la vida del enfermo. El reto fundamental del Servicio de Urgencias es, por una parte, evitar ingresos innecesarios que sobrecargan económicamente al sistema sanitario, y por otra, no dar de alta a pacientes con patologías potencialmente peligrosas.

En urgencias nos podemos encontrar con dos situaciones:
• Dolor torácico con alteraciones hemodinámicas, acompañadas de signos y síntomas de shock, hipotensión, hipertensión severa, disnea, sincope, arritmias o disminución del nivel de conciencia que nos indican gravedad.
• Dolor torácico sin alteraciones hemodinámicas, que pueden presentarnos a un paciente angustiado por el dolor pero sin alteraciones en sus cifras de tensión arterial, sin arritmias, ni cuadros vegetativos asociados (sudoración, vómitos, náuseas, palidez cutánea).

Valorando la existencia o no de alteraciones hemodinámicas, nos podemos guiar para intentar diferenciar la causa que puede llegar a poner en peligro la vida del paciente, distinguiendo entre:
• Origen cardíaco: isquemia miocárdica (cardiopatía isquémica, angina de pecho, enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio), síndrome post-infarto, valvulopatías, miocardiopatía hipertrófica, pericarditis aguda, miocarditis, arritmias (taquiarritmias, bradiarritmias).
• Origen gastrointestinal: reflujo gastroesofágico, espasmo esofágico difuso, esofagitis, hernia hiatal, úlcera péptica, neumoperitoneo, patología biliar, colecistitis, pancreatitis.
• Origen vascular: tromboembolismo pulmonar (TEP), disección de aorta, hipertensión pulmonar, hipertensión arterial (HTA) sistémica grave, Anemia grave, arterioesclerosis.
• Origen musculoesquelético: costocondritis, herniación discal, cervical y torácica, artropatías de hombro, dolor de la pared torácica, espasmo muscular y fibrositis.
• Origen pleural y pulmonar: neumonía, neumotórax, pleuritis, derrame pleural, mediastinitis, tumores/metástasis, infarto pulmonar.
• Otros: estados de ansiedad, herpes zóster, neuralgias, síndrome plexo braquial, etc..

En la evaluación inicial del dolor torácico la anamnesis es fundamental. Así pues, la clínica, la exploración física y algunas exploraciones complementarias básicas, como electrocardiograma (ECG), ocupan un papel relevante. En un número reducido de pacientes será necesaria la realización de técnicas complementarias más sofisticadas. A continuación, se resumen los aspectos fundamentales de cada uno de ellas. Es fundamental la realización de una Historia Clínica cuidadosa, recogiendo los siguientes datos:

- Antecedentes personales:
• Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, hipercolesterolemia, tabaquismo, sedentarismo, edad, sexo, obesidad, edad de la menopausia.
• Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica.
• Antecedentes de infección: a favor de neumonía o pericarditis.
• Antecedente de inmovilización: sospechar tromboembolismo de pulmón (TEP).

- Características del dolor:
• Comienzo: brusco, progresivo.

• Localización: retroesternal, precordial, costal.
• Irradiación: cuello, mandíbula, brazos, etc.
• Duración: segundos, minutos, horas o días.
• Causas desencadenantes: ejercicio, frío, ingesta.
• Circunstancias que alivian el dolor: reposo, nitroglicerina sublingual, antiácidos, analgésicos, etc.
• Síntomas asociados: disnea, sudoración, náuseas, vómitos, parestesias, síncope, hipotensión e hipertensión, signos de bajo gasto.

- Es obligado realizar una adecuada exploración física en los minutos siguientes a la llegada del paciente:
• Estado general.
• Valorar signos vitales: tensión arterial tomada en ambos brazos, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
• Exploración de arterias carótidas y medición de la presión venosa yugular: podría indicar la existencia de insuficiencia cardíaca.

Los cuidados de Enfermería en el servicio de urgencias en pacientes que presentan dolor torácico con alteraciones hemodinámicas son los siguientes:
• Monitorización continua con desfibrilador preparado.
• Realización de electrocardiograma (ECG).
• Medición, registro y control de las constantes vitales.
• Administrar oxigenoterapia.
• Obtención de vía venosa periférica para la administración de fluidos y medicación pautada.
• Realización de analíticas o pruebas complementarias.
• Vigilar nivel de conciencia y estado general del paciente.
• Preparar traslado o evacuación del paciente hacia las unidades de hemodinámica o UCI.
• Acompañar al paciente durante su traslado con la medicación y material necesario en caso de empeoramiento de la situación.

En el dolor torácico sin alteraciones hemodinámicas, el proceso de atención y de los cuidados de Enfermería serán los siguientes:
• Medición, registro y control de constantes vitales.
• Se administrará oxigenoterapia en caso de que fuera necesario.
• Realización de pruebas complementarias y canalización de vía venosa periférica para administración de tratamiento pautado.

• El tratamiento farmacológico consiste en tres grandes grupos: antiinflamatorios no esteroideos (AINE), analgésicos opioides, coadyuvantes (anticonvulsivantes, antidepresivos, etc.).
• También se pueden administrar otros fármacos dependiendo de la causa que origine el dolor, como vasodilatadores, antibióticos, antitérmicos, antiácidos, diuréticos, antiagregantes, anticoagulantes, fibrinolíticos, inhibidores de la bomba de protones, etc.
• Realización de electrocardiograma (ECG).
• Tranquilizar al paciente en caso de que presente ansiedad o angustia.
• Informar y preparar al paciente para las pruebas diagnósticas que se le van a realizar (analítica, ECG, gasometría, RX de tórax, ecocardiograma, etc.).
• Vigilar el estado general del paciente, empeoramiento o mejora de la sintomatología durante su estancia en urgencias.

5 Discusión-Conclusión

El dolor torácico para el manejo de pacientes que se presentan en el servicio de urgencias con dolor torácico permite que el diagnóstico de SCA se pueda realizar fuera de las unidades de cuidados coronarios de forma rápida y precisa, es decir, optimizando el estudio y tratamiento de este tipo de pacientes.

Por otra parte, los pacientes con dolor torácico por causas no cardíacas son estudiados de forma menos compleja y costosa y pueden ser dados de alta sin correr riesgos. La consecuencia última de la utilización apropiada de las unidades de dolor torácico ha sido una significativa reducción de errores diagnósticos, una disminución de los ingresos hospitalarios, limitando la ocupación de las camas de las unidades de cuidados coronarios a pacientes de alto riesgo y una utilización más apropiada de las pruebas diagnósticas.

Las unidades de dolor torácico proporcionan cuidados médicos de calidad con una buena relación coste-efectividad, es decir, constituyen una práctica médica moderna que aúna alta calidad y cuidados eficientes con costes reducidos.

6 Bibliografía

1. Martínez-Sellés M. Diagnóstico y manejo precoz del paciente con dolor torácico. Rev Esp Cardiol. 2005;5(Supl C):15-8

2. Segura de la Cal T, Carbonell San Román SA, Zamorano Gómez JL. Protocolo diagnóstico del dolor torácico agudo en Urgencias. Medicine. 2013;11:2263-6.
3. Muñoz González J, Visedo Campillo L, Guerrero Sanz JE, Andueza Lillo JA. Protocolo de actuación en el dolor torácico. Medicine. 2007;9:5763-6.
4. Pascual-Figal DA. Dolor torácico: un reto diagnóstico y pronóstico. Med Clin (Barc). 2006;126:15-6.
5. Julià Serra C. Manual de cardiología para enfermeras. Rev Esp Cardiol. 2007;60:220

Capítulo 188

CUIDADOS AL PACIENTE OSTOMIZADO.

ALICIA PAREDES ANTONIO

MARTA SANCHEZ UGARTE

VERÓNICA GRACIELA MORAN ECHEVERRIA

LAURA SUÁREZ ARBESÚ

1 Introducción

La ostomía es una intervención quirúrgica en la que se practica un orificio en el abdomen para sacar fuera el tubo digestivo o urinario, a través del cual expulsamos las heces o la orina. Por ello, hay que colocar una bolsa para su recogida.

Se produce en aquellas personas que tienen alterada la función digestiva o urinaria debido a un cáncer, una enfermedad inflamatoria intestinal o un traumatismo, entre otras.
Se habla de colostomía cuando se realiza la abertura para que el intestino grueso asome y así eliminar las heces y los gases. Se realiza una ileostomía para sacar al exterior parte del intestino delgado y la urostomía se practica para dar que pueda salir la orina a través de un trayecto diferente al recorrido normal.

Las personas que sufren una ostomía pueden llevar una vida prácticamente normal. Pueden hacer deporte, ir a la playa, bañarse en la piscina y tener relaciones

sexuales. Pero deben poner especial atención en el cuidado de su bolsa, así como en su higiene diaria.

Es importante mantener la piel que rodea el estoma limpia y seca. Hay que lavar estas zonas suavemente con agua y jabón. En caso de que se noten pinchazos o ardor, puede ser porque haya fugas y que la piel se esté irritando al entrar en contacto con las heces o la orina.
En España existen más de 100.000 personas ostomizadas

2 Objetivos

- Saber realizar las técnicas necesarias para la colocación de la bolsa de ostomía.
- Proporcionar el apoyo necesario al paciente ostomizado y familiares.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados del paciente ostomizado, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, paciente, ostomía, higiene .

4 Resultados

Una ostomía es una operación quirúrgica, donde se realiza una abertura en la pared abdominal, para dar salida a una víscera al exterior.
Hay tres tipos de ostomías:
1. Ileostomía: cuando es el íleon el que se desvía hacia el exterior.
2. Colostomía: cuando es el colon el que se desvía al exterior.
3. Urostomía: cuando son los uréteres, uno o ambos, los que se desvían al exterior.
Existen complicaciones en las ostomias son factores de riesgo como :
1. Hemorragia.
2. Edema.
3. Dehiscencia: separación mucocutánea a nivel de las suturas entre el estoma y la piel periostomal.
4. Infecciones periostomales.

5. Perforación y fistulación: es una complicación secundaria a problemas de la cirugía al realizar las suturas entero-aponeurótica, entero-parietal o entero-cutánea.
6. Evisceración: es que el intestino se sale hacia afuera de manera brusca.

Un buen cuidado de la piel de alrededor del estoma es la mejor garantía de bienestar, de seguridad y calidad de vida. Para mantener la piel en un estado saludable es fundamental realizar una higiene correcta. Sólo debe utilizar agua y jabón y a continuación se debe secar con una toalla a toquecitos evitando frotar bruscamente. Una vez que la piel esté bien limpia y seca, aplicar la bolsa.

La ducha puede realizarse con bolsa o sin bolsa (en los dispositivos de 2 piezas no ducharse con el disco y sin bolsa pues se filtraría el agua). Es conveniente probar ambas posibilidades y hacerlo de la manera que resulte más cómodo.
-No utilizar desinfectantes para la limpieza del estoma.
-No secar la piel con secador.
-Si existiera vello alrededor del estoma, cortar con tijeras, no usar maquinilla.
-Es fundamental ajustar perfectamente el adhesivo al estoma sin dejar nada de piel al aire.

Recordar siempre que si deja piel al descubierto, esta se irritará por el contacto con las heces. Durante los primeros meses el estoma se irá reduciendo de tamaño por el proceso de cicatrización, por lo que conviene ir reduciendo paralelamente el diámetro del adhesivo

Para la colocación de la bolsa se debe medir el diámetro exacto del estoma a continuación se debe recortar el adhesivo al diámetro del estoma para que quede lo más ajustado posible hay que retirar el papel protector que protege el adhesivo, seguidamente adherirlo cuidadosamente sobre la piel es mejor si se hace empezando de abajo a arriba , mantener la mano encima del adhesivo durante unos segundos ya que con el calor de la mano el adhesivo se pega mejor, los cambios de la bolsa de 1 pieza se realizan al menos 1 vez al día y para retirar el adhesivo de la piel hay que hacerlo lentamente, despegando de arriba hacia abajo y sujetando la piel con la otra mano.

Es aconsejable que la ducha pueda realizarse con bolsa o sin bolsa, no usar desinfectantes para la limpieza del estoma y no secar la piel con secador, si existiera

vello alrededor del estoma, cortarlo con tijeras y no con maquinilla, es fundamental ajustar perfectamente el adhesivo sin dejar nada de piel al aire, ya que si está en contacto con las heces se puede infectar.

Se pueden utilizar polvos sobre irritaciones para disminuir la humedad y facilitar que pegue el disco. Se echa sobre la zona irritada y se esparce alrededor del estoma con una gasa/toalla seca para retirar los restos. El uso de pasta Se aplica para rellenar pliegues, en casos de desnivel entre piel y estoma, y para favorecer el sellado entre disco y piel, alrededor del estoma. Existen filtros antiolor que están presentes en las bolsas que facilitan la salida de los gases y los inodorizan. Si se va a duchar con la bolsa y luego no se la va a cambiar, necesitará ponerse una pegatina (vienen junto con las bolsas y discos) sobre el filtro para que éste no se moje y deje de funcionar.

Hay que vigilar el estoma para detectar posibles complicaciones que, aunque infrecuentes, pueden aparecer.
Si el estoma esta de un color azulado (necrosis: señal de que el estoma tiene un aporte insuficiente de oxígeno)
• Si entre el estoma y la piel hay un "hueco" (dehiscencia de suturas: se han soltado los puntos de unión entre estoma y piel)
• Si hay un sangrado abundante (hemorragia: pérdida de sangre debida a la lesión de un vaso, por una úlcera en la mucosa del estoma o en la sutura del intestino a la pared).

• Si hay una infección alrededor de la ostomía (abscesos-infección periestomal: cuadro típico inflamatorio con calor, enrojecimiento y supuración alrededor del estoma).

5 Discusión-Conclusión

Le animaremos a que conozca a gente que esté en su misma situación, ya que ellos son los que mejor le pueden comprender. Cuando a un paciente le hacen la cirugía para ponerle un estoma, se siente deprimido ya que él ve algo raro en su cuerpo que no tenía antes. Esto le puede ocasionar problemas de rechazo sobre todo con sus amigos y pareja. Por ello, tenemos que animarle y apoyarle psicológicamente para que le resulte más fácil aceptar la situación.

6 Bibliografía

1. www.mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/guias-y-manuales-para-pacientes-enfermeria/cuidados-para-pacientes-ost
2. http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo111/capitulo111.htm
3. http://es.wikipedia.org/wiki/Ostom%C3%ADa
4. Editorial. Actividad antimicrobiana, niveles séricos y eficacia clínica de los antibióticos. Rev. Esp Microbiol Clin 1987; 2: 5-9.
5. Black P. Stoma care. 3. Drugs and diet. Nurs Mirror. 1985; 161: 26-28.
6. Flórez J, Armijo ja, Mediavilla A. Farmacología humana.(3ª ed) Editorial Masson, Barcelona, 1998.

Capítulo 189

PROGRAMA DE AYUDA PARA PADRES DE NIÑOS PREMATUROS

LUCIA MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

El nacimiento de un niño prematuro representa una verdadera crisis para la familia" (Caplan 1983). Caplan define la crisis como una perturbación de una situación estable que se caracteriza porque sobreviene de forma repentina o inesperada, provocada por un acontecimiento estresante o precipitante que afecta a una persona o grupo que hasta el momento tenia un nivel de funcionamiento adecuado. Al tener un carácter repentino e inesperado llevan a la persona a una situación de máximo disconfort.

El nacimiento de un hijo supone para los padres una incertidumbre sobre la capacidad para ser padres, las reacciones normales o anormales, el aprendizaje o el desarrollo normal. No podemos olvidar que la sociedad prepara a los padres para tener hijos sanos, casi nunca se plantea que ese recién nacido pueda ser prematuro.

Entendemos por nacimiento prematuro o pretérmino el que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación. Los niños nacidos prematuramente son clasificados según la edad gestacional (EG) y el peso al nacer (PN) con el fin de distinguir situaciones clínicas con pronóstico y evolución diferente, tanto en la mortalidad como en la morbilidad. Clásicamente se ha venido utilizando el peso al nacimiento dado que, aunque la edad gestacional es un parámetro más adecuado para valorar la madurez del feto o del recién nacido, resultaba difícil establecerla

con precisión. En los últimos años van apareciendo publicaciones que priorizan la edad gestacional.

Según esta variable podemos hablar de recién nacido (RN) prematuro o pretérmino, cuando ha nacido entre las 33 y 37 semanas de gestación, de muy prematuro si ha nacido con 32 semanas o menos y de extrema prematuridad por debajo de 29 semanas. Si tomamos como referencia el peso al nacer, hablaremos de RN de peso normal cuando esta entre 2500 y 3999 gr., RN de bajo peso entre 1500 y 2499 gr., RN de muy bajo peso entre 1000 y 1499 gr. y RN de extremo bajo peso en caso de pesar menos de 1000 gr.

De forma práctica se pueden agrupar a los RN prematuros considerando ambas variables del siguiente modo:
- Prematuridad: PN entre 1500 y 2499 gr. y EG > de 33 semanas.
- Gran prematuridad: PN entre 1000 y 1499 gr. y EG >29 semanas.
- Prematuridad extrema: PN menor de 1000 gr. y EG <29semanas.

En nuestra sociedad el número de nacimientos prematuros está en aumento en los últimos años, esto va parejo del avance en los cuidados del recién nacido, cada vez más técnicos y precisos; pero los padres de estos niños no reciben atención específica mientras sus hijos están ingresados en la UCIN.

En numerosos estudios realizados se observa que los padres de los niños sufren frustración, temor, rabia, daño emocional, estrés y depresión ; sin embargo no se dispone en las UCIN del personal especializado para servir de enlace entre la unidad y los padres y ofrecerles el apoyo emocional adecuado.

Se necesita trabajar el manejo de las emociones en los padres de forma precoz para evitar que estas alteraciones se consoliden como un problema clínico en el futuro. Es interesante hacerlo desde una perspectiva grupal, por los factores terapéuticos que implica el trabajar en grupo.

2 Objetivos

- Evaluar la eficacia de un programa de ayuda, en los niveles de ansiedad y depresión, en padres de niños prematuros.
- Demostrar una disminución de los niveles de ansiedad en los padres al finalizar el programa mediante unas mejores puntuaciones en la escala de ansiedad STAI.
- Identificar cambios en niveles de depresión de los padres tras la aplicación del programa mediante la escala de depresión de Beck.

- Conocer el grado de satisfacción con el programa de apoyo implementado.

3 Metodología

Se trata de un estudio cuantitativo, utilizando un diseño experimental, con mediciones pre y post intervención. Para llevar a cabo la investigación se dispone de un grupo de casos y otro de controles.

Instrumentos de valoración:
- Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI).
- Escala de depresión de Beck.
- Cuestionario de satisfacción.

Variables:
Variable independiente: Programa de apoyo.
Variables dependientes:
- Niveles de ansiedad, evaluable mediante inventario de ansiedad rasgo/ ansiedad estado (STAI).
- Nivel de depresión, evaluable mediante escala de depresión de Beck.

Variables sociodemográficas:
-Estado civil.
- Edad.
- Sexo.
- Lugar de nacimiento.
- Nivel de estudios.

Etapas del desarrollo.
1ª etapa: captación de los padres: esta fase durará 2 semanas, en la UCIN se les ofrecerá a los padres la posibilidad de participar en el programa, se les explicará en qué consiste y se tomará nota de un número de teléfono de contacto para citarles un día, realizar los cuestionarios pre-intervención y aclarar las posibles dudas.

2ª etapa: entrevista individual: esta fase dura 1 semana, se cita les cita previamente por teléfono, se administras los inventarios de ansiedad y depresión, y se resuelven las posibles dudas.

3ª etapa: a cada pareja se les asigna un número y se realiza un sorteo para distribuir de forma aleatoria los grupos casos y controles.

4ª etapa: programa de ayuda: al grupo casos se le aplica el programa de ayuda, son ocho sesiones de 1 hora de duración, con una periocidad de 2 días a la semana (lunes y jueves); la duración del programa son 4 semanas. En la última sesión se aplicaran de nuevo los inventarios de ansiedad y depresión y el cuestionario de satisfacción.
Al grupo controles se les citará la última semana también para aplicarles de nuevo los inventarios de ansiedad y depresión.

5 etapa: análisis de los datos obtenidos: esta última fase durará 2 semanas, en las cuales se analizaran los datos recogidos y se elaborará un informe.

Se trabajaran a partir de los diagnósticos de enfermería de la Nanda (00146) ansiedad y el (00120) baja autoestima situacional, con los objetivos NOC (1405) control de la ansiedad, (1302) superación de problemas y (1301) resolución de la aflicción. En cada sesión se trabaja con una intervención de enfermería NIC.

El programa consta de 8 sesiones, con una periocidad de 2 sesiones a la semana, de aproximadamente 60 minutos de duración, se llevara a cabo los lunes y los jueves. La idea del programa es hacerlo participativo y trabajar con un guión, pero siempre desde las preocupaciones y las inquietudes de los participantes. El grupo es cerrado, de manera que si por algún motivo alguien debe abandonar el grupo una vez haya comenzado no se admitirá incorporaciones nuevas. El grupo lo dirigirá una enfermera especialista en salud mental, con colaboración de 1º de EIR.
1ª sesión: presentación del grupo. ¿Qué es la ansiedad?
2ª sesión: rechazo de ideas irracionales.
3ª sesión: control del pensamiento inquietante y técnicas de distracción.
4ª sesión: desarrollo de técnicas de afrontamiento.
5ª sesión: respiración relajante.
6ª sesión: introducción a la relajación.
7ª sesión: relajación muscular progresiva.
8ª sesión: cierre.

4 Bibliografía

- Jiménez Parrilla F, Loscertales Abril M, Martínez Loscertales A et al. Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar. Vox Paedriatrica. 2003; 11 (2):27-33.

- Behrman, Kliegman, Jenson. Nelson, tratado de pediatría. 16ª edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000. http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142569375126&language=es&pageid=1142403620150 pagename=Hospital12Octubre%2FCM_Actualidad_FA%2FH12O_actualidad
- Ruiz A, Ceriani Cernadas J, Cravedi V, Rodríguez D. Stress and depression in mothers of premature infants. Evaluation of and intervention program. Arch Argent Pediatr. 2005; 103 (1):36-45.
- Parra Falcón F, Moncada Z, Oviedo Soto S, Volcanes M. Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la unidad de alto riesgo neonatal. Index enfermería. 2009; 18 (1): 13-17.
- González Serrano F. Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y la familia. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente.2010; 49:133-152.

Capítulo 190

PREVENCIÓN DE PERITONITIS EN PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL

LUCIA MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

La diálisis se utiliza en medicina como un método de depuración extrarrenal en las situaciones de uremia aguda o crónica. En la práctica clínica existen dos tipos de diálisis según la membrana semipermeable utilizada. La diálisis peritoneal utiliza el peritoneo (membrana natural); mientras que la diálisis con riñón artificial o hemodiálisis, emplea dializadores fabricados con membranas artificiales.

El peritoneo es la membrana que envuelve la mayor parte de los órganos del abdomen; se estructura en dos capas: la capa exterior llamada peritoneo parietal, que esta adherida a la pared abdominal y la capa interior, peritoneo visceral, envuelve los órganos situados dentro de la cavidad abdominal.

Está compuesto por una capa de mesotelio que descansa sobre una capa delgada de tejido conectivo. Los capilares, constituido por un endotelio con su membrana basal, es la estructura más determinante en el proceso dialítico condicionando el tamaño de los solutos que lo atraviesan. Las uniones intercelulares dejan poros de distinto tamaño por los que pasan agua, pequeñas moléculas y macromoléculas.

En la diálisis peritoneal existen varias modalidades:
- La diálisis continua ambulatoria (DPCA), es el esquema más simple ya que el paciente practica tres cambios diurnos y un cambio nocturno más prolongado con un empleo de volúmenes ajustados.

- La diálisis peritoneal con cicladora (DPCC), consiste en ciclos cortos, o relativamente cortos durante la noche y un ciclo o más durante el día, igualmente con volúmenes ajustados.

Existe además un tipo de diálisis llamado tidal u oleada en el que tras la permanencia de un volumen constante, llamado de reserva, que permanece a lo largo del tiempo del tratamiento, se intercambian en régimen rápido unos volúmenes (volumen tidal) que representan un 25-50% del volumen de reserva con una duración de tratamiento de 8-10 horas. Básicamente se emplea en caso de necesidad de aumentar los aclaramientos de solutos.

El mejor conocimiento de la fisiopatología de peritoneo ha permitido el desarrollo de diferentes modalidades de diálisis peritoneal (DP). Con una valoración adecuada de los volúmenes de perfusión, de los tiempos de permanencia y de las características de las soluciones, se consiguen mayores aclaramientos de solutos. Además, el desarrollo de sistemas automáticos permite en cierto modo una diálisis a la medida que optimiza el uso de la técnica.

Para realizar el proceso dialítico necesitamos un acceso, que en el caso de la hemodiálisis seria un catéter o fístula arteriovenosa y en el caso de la peritoneal seria un catéter abdominal.

El catéter abdominal es un tubo flexible, con una línea radiopaca en toda su longitud, con múltiples orificios en el extremo distal.

El catéter utilizado es el de Tenckoff en espiral con dos cuffs, en el cual la porción intraabdominal termina de forma espiral al objeto de disminuir la oposición de epiplón y separar las capas de peritoneo parietal y visceral. Los catéteres de doble cuff son preferibles con respecto a los de uno solo debido a la mayor supervivencia y un periodo mayor desde su implantación hasta el primer episodio de peritonitis. El extremo interno del catéter se implantara entre el peritoneo parietal y visceral, cerca del Saco de Douglas, el cuff interno queda colocado en el interior del músculo recto del abdomen y el cuff superficial a unos 2 cm de la superficie cutánea.

Este tipo de catéteres conllevan una serie de cuidados que realizara el paciente en su casa, para ello se le enseñará convenientemente en las distintas sesiones que impartirán los profesionales sanitarios.

Los cuidados diarios del catéter van dirigidos a:
- Mantener limpia su superficie y conector.

- Evitar torsiones que puedan dañarlo.
- Fijarlo en la posición adecuada después de cada intercambio para evitar que este tirante y pueda dañar el orificio.

Los cuidados de orificio de salida:
- Lavado de manos.
- Poner mascarilla.
- Lavar el orificio con suero salino y secarlo muy bien con gasas estériles.
- No eliminar las costras a la fuerza.

Existen complicaciones del acceso peritoneal algunas de las más importantes del orificio de salida y el túnel del catéter, son las relacionadas con procesos infecciosos como son las peritonitis.

La etiología de estas infecciones suelen ser por bacterias Gram negativas como el Estafilococos aureus y epidermidis o por hongos como son las cándidas.

El estafilococo aureus se encuentra ampliamente distribuido por todo el mundo, estimándose que una de cada tres personas se halla colonizada, que no infectada.

En la actualidad este microorganismo se encuentra como el principal causante de las infecciones nosocomiales. Esta situación se ve favorecida por el hecho de que esta especie habita tanto en las mucosas como en la piel de los seres humanos, lo que permite que a través de las heridas quirúrgicas pueda penetrar en el torrente sanguíneo del paciente por medio del contacto directo o indirecto con el personal sanitario, un objeto contaminado o incluso con otro paciente.

El pronóstico de la infección del orificio-túnel se relaciona de forma directa con el germen causante. Solo se consigue la curación en el 50% de las infecciones originadas por S.Aureus o P Aeruginosa frente al 90% de las causadas por estafilococos Epidermidis.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados del catéter y técnicas básicas para la realización de la Diálisis Peritoneal en el domicilio.
- Reciclar los conocimientos adquiridos en el entrenamiento al inicio de la Diálisis Peritoneal.
- Disminuir la incidencia de peritonitis e infecciones del orificio en pacientes en Diálisis Peritoneal.

- Promocionar hábitos saludables en pacientes en Diálisis Peritoneal.

3 Metodología

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

4 Resultados

Sesión 1: lavado de manos
Siempre que vayamos a realizar cualquier manipulación del catéter peritoneal debemos tener claro los pasos que vamos a seguir y el objetivo a cumplir ya que así garantizaremos una buena técnica y evitaremos riesgos innecesarios, el principal de ellos son las infecciones.

Para ello el paciente tiene que sentirse seguro de la manipulación que va a hacer. A ello van destinados los entrenamientos de enfermería que se realizan antes de que el paciente sea totalmente autosuficiente y pueda realizar el tratamiento en su domicilio.
Requisitos básicos son:
- Organizar un lugar para realizar los intercambios.
- Lavarse las manos.
- Conocer los cuidados del catéter y limpiar y secar bien su salida.
- Conectar su catéter a una bolsa de DP de manera estéril para evitar infecciones.

Técnicas de lavado de manos:
El lavado de manos es la técnica más importante para evitar la propagación de infecciones.

El lavado de manos consiste en la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas durante un tiempo aproximado de tres minutos, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica y flora habitual y transitoria y así evitar la transmisión de estos microorganismos.

Una vez hayamos preparado el material necesario para realizar un intercambio: la mascarilla, tapones para el catéter, bolsa de diálisis, desinfectante, pinzas (si son necesarias) y una pesa; debemos colocarnos la mascarilla y extraer el prolongador del catéter.

En este momento realizaremos el lavado de manos1:
Paso 1. Abriremos el grifo y humedeceremos las manos con agua tibia corriente.
Paso 2. Aplicaremos jabón líquido.
Paso 3. Distribuiremos el jabón frotando durante al menos 15 segundos siguiendo el siguiente esquema:
- Palma con palma.
- Palma con dorso.
- Palma con palma con los dedos entrelazados.
- Dedos sobre palmas opuestas.
- Frotando el pulgar rodeando con las palmas.
- Frotando los dedos hacia delante y atrás sobre las palmas haciendo especial énfasis en pliegues de los dedos.
- Cepillado de uñas.
Paso 4 .Aclarado con abundante agua corriente.
Paso 5. Secado con toalla de papel.
Paso 6. Si el grifo no fuera de palanca o pedal, cerrarlo con un trozo de toalla de papel.

Para garantizar una correcta higiene de las manos es recomendable mantener las uñas cortas y limpias, no usar anillos, relojes ni pulseras así como utilizar cremas hidratantes y protectoras una vez finalizada la técnica.

Técnica de higuiene de manos con preparaciones aloholicas
Es importante recordar que una vez realicemos el intercambio no tendremos la posibilidad de volver a realizar un lavado de manos, de esta manera, cuando necesitemos desconectar el prolongador de la bolsa de diálisis peritoneal utilizaremos un desinfectante, en nuestro caso una solución hidroalcohólica.

Estas soluciones tienen una gran rapidez de acción y no requieren de lavado previo de manos salvo si existen restos de materia orgánica. La técnica para su utilización es la misma que la del lavado de manos excepto que debemos frotar hasta la total evaporación del producto.

Sesión 2 (cura del catéter):

El éxito de cualquier técnica de diálisis a largo plazo, se basa en disponer de un acceso permanente y seguro. En el caso de la diálisis peritoneal, el catéter que nos sirve como acceso al peritoneo es un cuerpo extraño y, con frecuencia, fuente de infecciones, tanto cutáneas como del peritoneo, de ahí la importancia de extremar las medidas de asepsia en sus cuidados.

El orificio de salida es la porción de la piel y tejido epitelizado que rodea adosándose al segmento externo del catéter peritoneal, tras salir del túnel cutáneo.

En cuanto a su elección, el orificio de salida (OS) debe de estar alejado de cicatrices, orificios de colostomía, urostomías y gastrostomías, ni estar en zonas de pliegues cutáneos o zonas de presión en actividades cotidianas o lúdicas ni en zonas de presión de ropa. En los pacientes sexualmente activos, lo más lateralizado posible. Debe estar situado en los cuadrantes inferiores de la pared abdominal, si es posible en el cuadrante izquierdo para dejar libre la fosa ilíaca derecha por un posible trasplante. Además, debe de estar visible para el paciente, pues así, en cualquier posición que esté, realizará mucho mejor sus cuidados y evitaremos infecciones. Por último, el OS se colocará a ser posible en dirección caudal, es decir, hacia abajo con el túnel lo más alto posible para evitar el acúmulo de detritus celulares (sudor, polvo, jabón, etc.) y a la vez facilitará su eliminación.

Cuidados del orificio de salida:
- El OS se considera cicatrizado cuando han transcurrido de 6 a 8 semanas desde su implantación y totalmente cicatrizado pasados de 6 meses a un año.
- Al OS hay que prestarle especial atención, se debe mantener limpio y seco y con un apósito sujetando bien el catéter para evitar tirones que lo desplacen e impidan su cicatrización.
- En los entrenamientos de la técnica de diálisis peritoneal que el paciente realiza en el Hospital se tiene en cuenta la cura y los cuidados del orificio de salida.
- El entrenador enseñará al paciente y familiar o cuidador los pasos a seguir para realizar una correcta cura del OS (en los entrenamientos se realizarán curas periódicas, primero por parte del entrenador y después por parte del propio familiar o cuidador).

Cura del orificio de salida:
- Colocar y tener a mano todo el material necesario para la cura (mascarillas, gasas estériles, SSF, betadine o Prontosan, apósitos).
- Es necesario el uso de mascarilla por parte del paciente y de su cuidador.
- Lavado y secado exhaustivo de manos.
- Abrir el paquete de gasas con técnica aséptica.

- Doblar la gasa por la mitad y colocar debajo del catéter.
- Aplicar el SSF y realizar la limpieza con toques desde la inserción del catéter en círculos hacia afuera. Es importante explicarles que no hay que arrancar las costras, ya que se retrasa el período de cicatrización y favorecen las infecciones.
- Secar bien la zona con gasas. Esto es de suma importancia para evitar el crecimiento bacteriano.
- Aplicar povidona yodada (Betadine) o solución de polihexanida (Prontosán).
- Finalmente cubrir la zona con una gasa formando un apósito de manera que inmovilice el catéter para evitar tirones. Es importante explicarles que en cada cura deben cambiar la posición del catéter.

En cuanto a los autocuidados, se les explicará que es importante que mantengan unas medidas de higiene como:
- Ducha diaria y cambio de ropa interior.
- Cura del orificio tras la ducha o cada segundo día si no es de ducha diaria.
- Mantener el orificio bien sujeto y procurar cambiarle la posición para evitar escaras por decúbito.
- Observar el orificio. Si estuviese enrojecido, supuración, dolor, llamar al Hospital.

Los objetivos que se pretenden conseguir son:
- Prevenir infecciones, examinando el OS.
- Evolución del OS.
- Educación inicial del paciente y cuidador, donde se les enseña a evaluar el OS, síntomas y signos de infección y cuando debe contactar con la unidad de DP.

Clasificación de los orificios de salida según su estado:
La valoración del estado del OS es fundamental para su diagnóstico, sus cuidados y su tratamiento.

Clasificación:
- OS perfecto: más de 3-6 meses: piel madura, color natural, epitelio maduro en el seno, seno seco, aparición de costra cada 7 días o más, no dolor, no induración, no eritema, no secreción ni granulación.
- OS buen estado: más de 6 semanas: piel natural, granulación plana en el seno, secreción serosa o blanca en el seno, costra intermitente (cada 3-7 días en la gasa), no dolor, no induración o hinchazón, no granulación franca, no exudado o secreción externa, no secreción abundante en el seno.
- OS equívoco: piel rosa intenso o roja, epitelio macerado o falta de epitelio hasta un 50% del seno, granulación algo protuberante externa o en el seno, secreción ex-

terna seca o serosa escasa, secreción interna serosa o espesa o serosanguinolenta, costra diaria o adherida (difícil de quitar), no dolor, no induración o hinchazón, no granulación exuberante, no exudación o secreción externa abundante.
- OS infección aguda: duración de los signos de infección menos de 4 semanas, dolor o hipersensibilidad, induración o hinchazón del orificio, piel roja, falta de epitelio interno, granulación exuberante externa o interna, secreción externa además del seno, costra o costra con sangre diaria.
- OS infección crónica: duración de la infección más de 4 semanas, sensible al dolor o no, piel de igual color que en la infección aguda pero de menor intensidad, granulación externa o interna, secreción externa o interna.
- Infección manguito: induración del manguito, piel normal, epitelio macerado crónica o intermitentemente, granulación intensa en el fondo del seno, secreción crónica o intermitente, costra de sangre en el seno u orificio.

Infecciones del orificio de salida:
El diagnóstico se llevará a cabo a través de la clínica enrojecimiento, exudado, dolor y signos inflamatorios.
Y el tratamiento consistirá en tomar muestra de exudado y aplicar tratamiento tópico (mupirazina, gentamicina) o sistémico (según antibiograma).

Sesión 3: cuidados generales
Los cuidados generales del catéter peritoneal recomendados para mantenerlo en buen estado y evitar en lo máximo posible las infecciones que pudieran derivarse de una manipulación inadecuada.
Es importante que siga estos consejos prácticos mantener el catéter en buen estado:
- Evite usar ropa ajustada y cinturones alrededor del orificio de salida.
- Lávese las manos con agua y jabón como recomienda el protocolo de lavado de manos y séquelas con una toalla de papel desechable, tanto antes de manipular el catéter como antes y después de realizar el intercambio.
- Evite acodaduras o dobleces del catéter al fijarlo a la piel o guardarlo cuando no se utiliza; si son mantenidas pueden dañar el catéter.
- Cuando vaya a realizar los intercambios, manipule el catéter con sumo cuidado, evitando los tirones accidentales.
- Dúchese diariamente y use ropa limpia.
- Realice una limpieza adecuada en el domicilio y extreme las precauciones cuando conviva con animales.
- No se recomienda la utilización de cremas, lociones o colonias alrededor del orificio de salida del catéter.

- Evite el estreñimiento: es importante evitar el estreñimiento después de la introducción del catéter y durante la vida del mismo, no mover el vientre con regularidad puede llevar a problemas con la función del catéter o desplazarlo.
- Procure una dieta rica en fibra si se produce el supuesto anterior.
- Para la practica de deportes en el agua, recuerde lo siguiente:
A. El lugar de salida del catéter debe estar completamente cicatrizado antes de nadar.
B. Inmediatamente después de nadar, colóquese ropa seca y realice el procedimiento de cuidado del orificio de salida del catéter (mantenerlo siempre seco).
C. Nunca nade en un lago, estanque, río o piscina sin cloro.
D. No utilice jacuzzis.
(Todos estos lugares contienen gérmenes que pueden causar infecciones).
- No se recomienda la utilización de alfombras en el lugar donde se van a realizar los intercambios de bolsa o cura del orificio, ya que pueden acumular gérmenes patógenos.
- Limpie los muebles y mobiliario auxiliar con lejía cuando se va a realizar el intercambio (palo de gotero, mesa, silla, etc.).
- Colocar el material que vamos a necesitar durante el intercambio cerca de nosotros para evitar tocar zonas que no están limpias y puedan contaminar el catéter.

5 Discusión-Conclusión

El reentrenamiento a pacientes en dialisis peritoneal,(tanto pacientes como cuidadores), disminuirá la incidencia de infecciones por E.Aureus porque con el tiempo los pacientes tienden a realizar los cuidados de una forma más rápida y sin pararse tanto en los detalles como en el momento en el que se los entrenan, bien por olvidos o por sentirse confiados en lo que hacen.

Un reentrenamiento cada cierto tiempo nos aseguraría un buen manejo y cuidado tanto del catéter como del orificio de salida a largo plazo. Por otra parte, cabe destacar que los costes invertidos en los reentrenamientos serian menores a los derivados del tratamiento de las infecciones.

6 Bibliografía

- Arrieta J, Bajo M A, Caravaca F, Coronel F, Garcia-Perez H, Gonzalez-Parra E, et.al. El acceso peritoneal. En: Coronel F. Guias de practica clinica en Diálisis

Peritoneal. Sociedad Española de Nefrologia: 2006; 24 supl. (4); 82-94.
- Que Ya, Moreilan P.Staphylococcus aureus(including staphylococcal toxic shock).In: Mandell Gl, Bennett Je, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases.7 th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2009: chap 195.
- www.ultracare-dialysis. com
- www.carloshaya.net
- Cuidado del catéter para el tratamiento de Diálisis Peritoneal en el hogar (internet). Fresenius Medical Care Holding,Inc.Disponible en: http://www.ultracaredialysis.com/esES/Treatment/PeritonealDialysis/CaringForYourCatheter.aspx
- National Kidney Foundation.Diálisis Peritoneal: lo que necesita saber.2006 . Disponible en: http://www.kidney.org/atoz/pdf/peritonealDialysis_SPAN.pdf
- Diálisis Peritoneal Manual,cuidados del catéter(sede web). Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades Renales.Disponible en:http://www.alcercantabria.com/dialisis-peritoneal-manual-cuidados-del-catéter
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 191

CUIDADOS AL PACIENTE ILEOSTOMIZADO CON DERMATITIS IRRITATIVA

MARÍA EMILIA PIÑEIRO GUTIÉRREZ

MARIA CARIDAD PINILLA DAPENA

TANIA SUAREZ GONZALEZ

VERONICA FERNANDEZ ALVAREZ

LAURA DEL COZ SANTOS

1 Introducción

Una ileostomía consiste en exteriorizar el íleon a la pared abdominal mediante su sutura a la piel. Las indicaciones son entre otras: cáncer de colon y recto, enfermedades inflamatorias intestinales, perforaciones o traumatismos.

Las características del efluyente de este tipo de estoma, hacen que sea necesarios unos cuidados específicos de la piel periestomal y el uso adecuado de dispositivos de recolección para evitar fugas y provocar alteraciones en la piel.

2 Objetivos

-Identificar las complicaciones del estoma tanto precoces como tardías.

-Detectar alteraciones cutáneas que pueden ir desde dermatitis leve a necrosis y ulceración.
-Utilizar un dispositivo colector adecuado para la recogida de las heces.

3 Caso clínico

Varón de 76 años intervenido hace 7 días de urgencia de un adenocarcinoma rectal, portador de una ileostomía temporal. Debido a la mala ubicación del estoma, se producen fugas frecuentes de heces líquidas muy irritantes, a través del dispositivo lo que ha sido causa de la aparición de una dermatitis irritativa con aparición de una úlcera en la zona inferior de la piel periestomal, dificultándose la adhesión de todos los dispositivos usados. Procederemos a realizar la cura de la siguiente manera:
-Tras la retirada del dispositivo anterior con la aplicación de un spray para eliminar los restos del adhesivo, procederemos a realizar la limpieza de la piel periestomal con agua y jabón neutro secando suavemente la zona.
-Aplicamos spray barrera cutánea para crear una película protectora periestomal.
-Tras medir el tamaño del estoma elegimos el dispositivo conveniente, en este caso usaremos un dispositivo de tres piezas: placa convexa más bolsa abierta y cinturón . Sellamos previamente con pasta la placa convexa para mejorar la adhesión a la piel o bien usamos semiaros de refuerzo.
- En la zona de la úlcera realizamos cura húmeda, utilizamos apósitos para control del exudado y cubrimos con apósito transparente procurando que quede lo más aislado del dispositivo.
- Por último, ponemos cinturón para asegurarnos óptima fijación del disco convexo a la piel.
- Al resto de la piel dañada que no está en contacto con el dispositivo, aplicamos crema barrera, la cual usaremos de 2 a 3 veces al día hasta apreciar mejoría.

4 Discusión-Conclusión

La detección y prevención de complicaciones postoperatorias tanto precoces como tardías , son una labor fundamental de los cuidados de enfermería, así como también, el uso adecuado de dispositivos de ostomía adecuándolos a las necesidades y características del estoma del paciente, mejorando su recuperación y calidad de vida.

5 Bibliografía

- Medline-PubMed, EMBASE y Cochrane Library
-Edición electrónica :www.revistafocus.es
-Herdman HT, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vasallo B, editores.Nanda internacional: Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier;2009-2011

Capítulo 192

EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

ROCÍO BAIZÁN FERNÁNDEZ

PATRICIA FIDALGO ARDURA

CARLA DÍAZ GONZÁLEZ

PAULA BEGEGA SUÁREZ

JENIFER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El concepto de cáncer o neoplasia abarca un conjunto de enfermedades con etiología, historia natural, pronóstico y tratamiento específicos que tienen en común un crecimiento celular del organismo indiscriminado, autónomo, y con capacidad de metástasis.

El cáncer se puede producir por la proliferación anormal de cualquiera de los diferentes tipos de células del cuerpo. Actualmente, existen más de 200 tipos de cáncer, con una incidencia que alcanzan cifras alarmantes, ocupando los primeros lugares entre las causas de morbimortalidad en muchos países y por los enormes estragos sobre la calidad de vida del paciente y su familia. En España la incidencia aproximada de cáncer es de unos 320 hombres y de unas 290 mujeres por cada 100.000 habitantes ; con una previsión de aumento de frecuencia del 30-40% a lo largo de los próximos años, pero con una mejoría de los índices de mortalidad,

principalmente por un diagnóstico precoz y un mejor tratamiento oncológico y de sostén.

En la patología de un cáncer es importante distinguir entre tumores benignos y malignos. Un tumor benigno, permanece confinado en su localización original, sin invadir el tejido sano adyacente ni propagarse a lugares distantes del cuerpo. Sin embargo, un tumor maligno es capaz de invadir el tejido normal adyacente y de propagarse por el cuerpo mediante los sistemas circulatorio o linfático.

Se dispone de tres tratamientos contra el cáncer: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Los dos primeros, cuando las células tumorales se encuentran puntualmente localizadas; por el contrario, cuando se sospecha que éstas se han diseminado, se recurre a la quimioterapia con el fin de destruir las células cancerosas sistémicas. La quimioterapia se clasifica, de acuerdo con sus finalidades, en:
- Curativa: pretende conseguir el control total del tumor.
- Coadyuvante: a continuación de la cirugía curativa, con el objetivo de esterilizar células residuales locales o en circulación, reduciendo la incidencia de metástasis a distancia.
- Previa: indicada para obtener la reducción parcial del tumor (complementación terapéutica a la cirugía o radioterapia).
- Paliativa: sin finalidad curativa; su objetivo es mejorar la calidad de supervivencia del paciente.

Como el tratamiento quimioterápico busca atacar y destruir las células cancerosas, que se reproducen muy rápidamente, desafortunadamente las células normales que se multiplican con rapidez son igualmente susceptibles a estos efectos. Para el tratamiento se utilizan un grupo de medicamentos llamados citostáticos, fármacos capaces de inhibir el crecimiento desordenado de las células tumorales, alterando la división celular y destruyendo las células que se multiplican más rápidamente. Por estos motivos, este tipo de fármacos se usan en el tratamiento farmacológico (quimioterapia) de enfermedades neoplásicas como terapia única o asociada a otras medidas: cirugía, radioterapia, hormonoterapia o inmunoterapia. Los citostáticos se clasifican de forma cuidadosa en esquemas según su mecanismo de acción, la mayoría interactúan en gran medida con el ADN o sus precursores en inhiben la síntesis de nuevo material genético o causan daños irreparables sobre este.

Muchos citostáticos son teratogénicos y no se deben administrar durante la gestación, sobre todo en el primer trimestre. También están contraindicados durante la lactancia. Hay que administrarlos con cuidado para evitar la toxicidad

excesiva para el paciente o la exposición del profesional sanitario durante su manipulación.

La complicación más frecuente en la administración intravenosa de estos fármacos es la extravasación que puede producir dolor intenso y necrosis del tejido subyacente. Si se produce, primero se debe detener de inmediato la infusión y no retirar la vía de administración, e intentar la aspiración del fármaco (3-5ml), después se eleva el miembro afectado y se aplican compresas calientes para acelerar y diluir la infusión o aplica compresas frías hasta que la inflamación remite; en casos graves, se puede aplicar una crema de hidrocortisona por vía tópica en la zona de inflamación.

La falta de selectividad de los citostáticos sobre las células tumorales provoca que se afecten también las células normales, lo cual puede estar asociado a eventos adversos desagradables y potencialmente letales. Las reacciones secundarias más frecuentes son:
- Alteraciones del sistema digestivo: diarrea o constipación, dificultad para la alimentación, anorexia, náuseas y vómitos.
- Alteraciones de la médula ósea: anemia,inmunodepresión y hemorragia. La neutropenia conduce a la infección, la sepsis y a la muerte si no se detecta y trata a tiempo.
- Alteraciones en cabello, piel y uñas: la alopecia o caída del cabello es el efecto secundario más visible debido al cambio de imagen corporal y que más afecta psicológicamente a los enfermos. Sin embargo, esto depende de la cantidad e intensidad de la dosis y no ocurre en todos los casos. El cabello vuelve a crecer en un período entre 4-6 semanas.
- Otros efectos secundarios: cardiotoxicidad y hepatotoxicidad.

Los efectos secundarios de la quimioterapia en la mayoría de las ocasiones son tolerables, pueden aparecer desde unas horas hasta varias semanas tras la administración del ciclo. La mayoría de los síntomas desaparecen tras finalizar la quimioterapia y generalmente sin dejar secuelas.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Realizar una revisión sobre los efectos adversos/síntomas en los pacientes oncológicos, causados por los citostáticos empleados con mayor frecuencia en el tratamiento contra el cáncer.

Objetivos específicos:
- Proporcionar una visión general sobre el cáncer.
- Intentar mejorar el conocimiento de la población sobre los tipos de quimioterapia.
- Identificar la relación entre la formación y la educación sanitaria respecto a una buena actuación en caso de extravasación.
- Describir los citostáticos utilizados en el tratamiento del cáncer, clasificándolos según su mecanismo de acción.
- Analizar los efectos adversos/síntomas más frecuentes en el tratamiento quimioterápico.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica en base a los distintos artículos, revistas, trabajos de investigación y otros documentos, que tratan sobre el tema "Efectos secundarios frecuentes en la quimioterapia", con el fin de extraer las ideas principales. La búsqueda de la información se acota desde el año 2001 hasta el 2017. Principalmente, he buscado en lugares como google académico, scielo, pubmed, dialnet cuiden y medes. Asimismo, también he consultado libros y páginas web.

Las palabras clave usadas previamente en la búsqueda a través de estos buscadores han sido las siguientes:
"cáncer", "citostáticos", "efectos adversos", "quimioterapia + anemia", "quimioterapia +leucopenia", "náuseas y vómitos", "quimioterapia", "neurotoxicidad". En ciertos casos, también se han usado alguno de esos términos en inglés.

4 Resultados

En un estudio que tuvo lugar entre abril de 2009 y marzo de 2010, en la clínica ambulatoria de Mastología en el Hospital das Clínicas Ribeirão Preto Escuela, fueron incluidas 22 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, recibiendo su último ciclo de quimioterapia y entre las edades de 31 y 70, con una edad media de 50 años, para la evaluación de los síntomas durante el tratamiento.

Cabe a destacar, que las náuseas y vómitos son los síntomas con mayor incidencia durante el tratamiento quimioterápico, con un 77.3% y 50%, respectivamente,

seguido de las erupciones cutáneas y la mucositis, ambas con un 41%. En menor medida se encuentra la sequedad de boca y fatiga (31.8%) y alopecia (22.7%).

Además, informaron de una pérdida de apetito debido a náuseas y vómitos; 27,2% y 13,6%, respectivamente. Ondansetron y dexametasona fueron los antieméticos más utilizados para el 100% de los participantes, seguidos de ranitidina, 81.8%. En un estudio llevado a cabo por el Servicio de Oncología Médica del Hospital de Cruces (Barakaldo), determina que la incidencia estimada en pacientes que reciben quimioterapia oscila entre un 40%, elevándose a un 75% en caso de trasplante de medula ósea. Con respecto a las náuseas y vómitos, la incidencia se sitúa entre un 70-80%.

En un estudio llevado a cabo en el INOR entre febrero y agosto de 2007, se analizaron 42 pacientes con neutropenia febril ocasionada por el tratamiento citotóxico. Con las siguientes características:
-El 66.7 % tienen una edad superior a los 50 años, el sexo masculino con un 64.3% predominó sobre el femenino; 35,7% y el 52.4% manifestó la presencia de una enfermedad crónica sobreañadida.11
El 29% de la muestra presentaron una neutropenia severa, cuyos síntomas fueron: anemia (67%),síntomas respiratorios (38%) y mucositis (36%).

Según un artículo del departamento de pediatría del Hospital Universitario de Santander, los efectos secundarios que más se presentan en pacientes con tratamiento citotóxico son: anemia, neutropenia, trombocitopenia y mucositis.

En el estudio de Tchekmedyan que data de 1995, se analizaron los síntomas nutricionales en 644 pacientes oncológicos, cuyos resultados fueron los siguientes: un 61% de los pacientes con cáncer presenta una disminución del apetito, además refleja que el 54% padece anorexia, y que se produce una pérdida de peso en el 74%. Para finalizar, el 49% presenta malnutrición.

El estudio NUPAC sobre evaluación del estado nutricional en pacientes con cáncer localmente avanzado, realizado en nuestro país, estudió 781 pacientes, durante los años 2001-2002. Los resultados obtenidos fueron : el 42,25% de los pacientes tienen anorexia, que el 52% presenta malnutrición severa o riesgo de padecerla. El 83,6% de los pacientes con cáncer avanzado requiere algún tipo de intervención nutricional.

5 Discusión-Conclusión

Los dos primeros estudios, anteriormente mencionados, están de acuerdo en que las náuseas y vómitos, es el efecto tóxico más frecuente. Sin embargo, el segundo estudio establece una incidencia mayor de vómitos, 70-80%, respecto al primero; 50%. La mucositis aparece en los dos estudios como el segundo efecto con mayor incidencia, con un pocentaje similar, en torno al 40%. El segundo artículo no menciona las erupciones cutáneas, mientras que en el primero lo considera con la misma incidencia que la mucositis. Las náuseas y vómitos constituyen uno de los fenómenos que más deterioran la calidad de vida del paciente oncológico. Pudiendo condicionar la modificación del tratamiento o el rechazo del mismo por el paciente. Es importante utilizar antieméticos adecuadamente para reducir la incidencia de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia, cuya eficacia ha sido demostrada.

El estudio llevado a cabo en el INOR y el del Hospital Universitario de Santander coinciden en que la neutropenia es el efecto más común tras la quimioterapia, seguido de la anemia y la mucositis. Es reseñable que la mucositis está presente en todos los estudios anteriormente mencionados. Los dos ultimos estudios, mencionados en los resultados,están de acuerdo que la anorexia y la malnutrición, son los dos síntomas más frecuentes que padecen los pacientes oncológicos, aunque con pequeñas discrepancias en el porcentaje de frecuencia, el estudio de Tchekmedyan sitúa a la anorexia con un 54%, y a la malnutrición con un 49%; mientras que el de NUPAC, la anorexia representa un 42.25% y la malnutrición un 52%. La diferencia no es muy notable respecto a la malnutrición, pero respecto a la anorexia, supone un 11.75% de diferencia el de Tchekmedyan sobre el de NUPAC.

Cabe a resaltar, que en el estudio NUPAC no se analiza la disminución de la ingesta, uno de los síntomas con una frecuencia bastante elevada según el estudio de Tchekmedyan, con un 61%. Al contrario, el NUPAC sí menciona que el 83.6% requiere una intervención nutricional y el de Tchekmedyan no. La desnutrición está relacionada con el cáncer demostrado en los dos artículos anteriores, así podemos diferenciar cuatro mecanismos por lo que que puede aparecer en los pacientes oncológicos:

- Escaso aporte de energía y nutrientes.
- Alteraciones de la digestión y/o absorción de nutrientes.
- Aumento de las necesidades.
- Alteraciones en el metabolismo de los nutrientes.

El tratamiento oncológico, induce la aparición de desnutrición, sobre todo en aquellos casos en que se administran varios tratamientos para la curación del cáncer (cirugía, radioterapia y quimioterapia). La desnutrición en el paciente neoplásico produce una disminución de masa muscular que conlleva una pérdida de fuerza que tiene importantes consecuencias sobre el estado funcional del individuo, pues aumenta la dependencia y disminuye su calidad de vida.

La desnutrición se asocia, además, a una menor respuesta a la radioterapia y a la quimioterapia, o a una peor tolerancia a éstas. También altera los mecanismos de cicatrización y aumenta el riesgo de complicaciones quirúrgicas, como la infección. En último término, no deben olvidarse los efectos de la desnutrición sobre la mortalidad, asociándose la pérdida de peso severa a una menor supervivencia.
Como conclusión, en la bibliografía revisada observamos que:
-Las náuseas y vómitos con un 60-70%, representa el mayor efecto adverso para las personas oncológicas, en tratamiento quimioterápico. -El tratamiento quimioterápico induce la desnutrición, siendo la anorexia con un 46%, y la malnutrición con un 50%, los síntomas nutricionales más frecuentes.
-Con un 39% se sitúa la mucositis como el síntoma más prevalente en los estudios analizados, en las personas que padecen cáncer y reciben tratamiento.
-La anemia con un 67% es el síntoma hematológico con mayor relevancia en pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico.

6 Bibliografía

- Jenny Karina Villasmil Camacho, Eduardo Escudero. “Evaluación ecocardiográfica de la función ventricular derecha para la detección temprana de la cardiotoxicidad inducida por antraciclinas”. v.12 n.2 2017. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622017000200003&lang=pt
– Juana Benedí, M. Ángeles Gómez Del Río. “Fármacos Antineoplásicos (I)”. Espacio de Salud. v.20 n.2 2006. Disponible en: file:///C:/Users/x/Downloads/13084621_S300_es.pdf
- P. P. García-Luna, J. Parejo Campos y J. L. Pereira Cunill. “Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico”. V.21 n.3 2006. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000600003
-Sonia Porcar Serrador, Cristina Bravo Lázaro. “Seguimiento farmacológico en pacientes con cáncer tratados con antineoplásicos orales: seguridad y adherencia”. Facultad de Farmacia. 2016 [págs. 3-4] Disponible en: http://147.96.70.122/

Web/TFG/TFG/Memoria/SONIA%20PORCAR%20SERRADOR.pdf
- Miguel Angel Allevato."Efectos adversos cutáneos de la terapia antineoplásica". Act Terap Dermatol 2008 [pág. 78] Disponible en: http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_02_02.pdf
- MSc. Librada de la C. Martell Martorell, Dr. Alberto Arencibia Núñez. "Aspectos a tener en cuenta en la atención integral de enfermería durante la quimioterapia en pediatría". Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia v.30 n.2 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200004
- Lic. Ilys Rodríguez Morales,1 Dra. Yolanda C. Valdés2 y Dra. Samira Proveyer Derich3. "Citostáticos: medicamentos riesgosos". V.43 n.2-3 2004. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000200009
-Organización Mundial de la Salud. "Citotóxicos (antineoplásicos)". Centro de prensa. Formulario Modelo de la OMS. 2004 [págs. 186-196] Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5422s/s5422s.pdf
– De Thais Oliveira Gozzo, Sara Gomes de Souza, Aline María Bonini Moysés, Marislei Sanches Panobianco, Ana María de Almeida. "Incidencia y gestión de náuseas y vómitos en tratamiento quimioterapico en mujeres con cáncer de mama" v.35 n.3 2014. Disponible en: http://www.microsofttranslator.com/BV.aspx?ref=AddIn&lp=en_es&a=http%3A%2
%2Fwww.scielo.br%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%
3DS198314472014000300117%26lng%3Den%26nrm%3Diso%26tlng%3Den&skpa=on
-J. Ferreiro, J.L. García, R. Barceló, I. Rubio. "Quimioterapia: efectos secundarios". Servicio de Oncología Médica. 2003 [págs. 69-74] Disponible en: file:///C:/Users/x/Downloads/S0304485803744321_S300_es%20(1).pdf
-Leonardo Lami Casaus, María Antonieta Arbesú Michelena, Sofía Alsina Sarmient, Rosario Brito Iglesia. "Aparición de episodios de neutropenia febril tras la quimioterapia citostática en el paciente oncológico". V.43 n.4 2009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152009000400008&lang=pt
– Silvia Cristina Martínez Rueda, Ernesto Rueda Arenas. "Eventos adversos y complicaciones del tratamiento antineoplásico administrados durante la infancia". V.27 n.3 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192014000300009

Capítulo 193

BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL CON MULTICATÉTERES PLÁSTICOS POSTOPERATORIA EN CÁNCER DE MAMA.

MARIA ANDUEZA IRIARTE

CELESTE CENOZ IMAZ

SARA MAALI CENTENO

1 Introducción

La braquiterapia (o radioterapia interna) es un tipo de radioterapia que tiene carácter intervencionista. Utiliza una fuente de radiación que usualmente está sellada en un pequeño contenedor llamado implante, los cuales pueden llamarse píldoras, semillas, cintas, alambres, agujas, cápsulas, globos o tubos con radiación. (1) La palabra braquiterapia (BT) significa tratamiento a corta distancia.

Consiste en acercar la fuente radioactiva hasta el tumor, a través de aplicadores (agujas, tubos de plástico, fletcher, cilindro, colpostatos) (2) de diferentes características en el interior de cavidades con un tumor (braquiterapia endocavitaria) o dentro del área del mismo (BT intersticial) quienes serán las responsables de efectuar el tratamiento. Debido a ello se consigue administrar una dosis muy alta en el área del tumor con dosis muy bajas en los órganos sanos vecinos (permite mayor dosis de radiación en un área más pequeña que lo que pudiera ser posi-

ble con la radiación externa (3)), lo que hace que la BT sea el tratamiento más conformado o adaptado a la forma del tumor.

Cuando está indicada, los beneficios están claramente demostrados en controlar la enfermedad, en la mayoría de las veces en aumentar la supervivencia y permite en muchos tipos de tumores evitar la cirugía. En función del tipo de tumor y su extensión al diagnóstico, se puede administrar después de la radioterapia externa, como tratamiento exclusivo después de la cirugía o como único tratamiento del cáncer. (4)

El procedimiento de la colocación del aplicador es diferente en función del tipo que sea, el tipo de fuente y el área a tratar. Normalmente se lleva a cabo en un quirófano y suele ser necesario algún tipo de anestesia (anestesia local, una sedación, una peridural o intrarraquídea, o bien una anestesia general). (5)
La braquiterapia (BT) de mama puede utilizarse como una de las formas de irradiación parcial de la mama (PBI) o como sobreimpresión del lecho quirúrgico tras la radioterapia externa como parte del tratamiento conservador de la mama.
- Irradiación parcial acelerada (PBI)
La irradiación parcial acelerada consiste en un curso corto de radiación abarcando el lecho tumoral con márgenes durante la cirugía o después de ella. Las técnicas para administrarla son variadas: radioterapia externa (RTE) conformada 3D, BT intersticial y radioterapia intraoperatoria (IORT).

La BT intersticial es la técnica más experimentada, con tasas de recaída local que rondan el 2-5% con imágenes de baja tasa de dosis (LDR) y el 3.4% con imágenes de alta tasa de dosis (HDR). Debido a que los focos tumorales alejados del lecho quirúrgico parecen tener un bajo riesgo de causar tumores clínicos, la APBI es una opción razonable y eficaz para el tratamiento exclusivo de pacientes seleccionadas de bajo riesgo. Esta técnica de BT radical en el cáncer de mama permite reducir la duración del tratamiento de 3-6semanas a 5 días.

La APBI consiste en el tratamiento del lecho tumorectomía mediante la aproximación de la fuente radiactiva al volumen de tratamiento. Para ello, se colocan aplicadores específicos en forma de agujas o tubos plásticos que abarquen el lecho tumoral con márgenes, permitiendo el tratamiento parcial con unos niveles de dosis recomendados por el Grupo Español de Braquiterapia, dentro de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR), así como la Sociedad Americana (ASTRO) y la europea (ESTRO).

Indicaciones de la irradiación parcial de mama

ASTRO2009 GEC-ESTRO2009 ABS2014
Edad >=60años >50años >50años
Mutación BRCA1/2 No presente
Tamaño <=2cm <3cm <3cm
Estadio T T1 pT1-2
Márgenes Neg., al menos 2mm Neg.>=2mm Negativos
Grado Cualquiera Cualquiera
Invasión LV No No se permite No se permite
RE Positivos Cualquiera Cualquiera
Multicentricidad Sólo unicéntrico Sólo unicéntrico
Multifocalidad Clínicamente unifocal, <=2cm Unifocal
Histología CDI y otros subtipos CDI mucinoso, Todos los infil
Favorables tubular, coloide trantes
CDIS puro No se permite No se permite Sí
CDIS extenso No se permite No se permite No incluído asociado
CLI No se permite
CLI asociado Permitido pN0 pN0 pN0 estadio N
Cirugía ganglionar BCG o LA BCG o LA
Tratamiento No se permite No se permite neoadyuvante

- Sobredosificación (boost)

Asociada la radioterapia externa: en las pacientes en la que sea necesaria una sobredosificación o boost sobre el lecho de la tumorectomía, la BT intersticial permite optimizar recursos, una mejor adaptación al volumen de tratamiento, un efecto boost sobre boost debido al gradiente de dosis inherente al tratamiento braquiterápico y una mayor precisión espacial, con una clara mejora de la calidad del tratamiento, disminuyendo imprecisiones de colocación. Las indicaciones serían en pacientes intervenidas con cirugía conservadora que van a recibir tratamiento radioterápico externo sobre volumen mamario, con algún factor asociado con mayor posibilidad de recaída local (según instituciones): márgenes próximos, pacientes con márgenes afectos que rechacen reintervención, pacientes jóvenes (< 50años) y tumores triple negativo, entre otros. (6)

Criterios seguidos en nuestro centro (Complejo Hospitalario de Navarra)

- Tratamiento exclusivo después de la cirugía

Tumores <2cm
N0 receptores (+) y márgenes (-)
Recidivas locales después de RT previa, después de segunda cirugía conservadora

- Tratamiento de boost después de cirugía y radioterapia exteran (RTE)

Selección de pacientes:
Riesgo de recidiva local:
- Edad </= 40 años
- Borde próximo
- Extenso componente intraductal
- ILV (presencia de invasión linfovascular)
- Alto grado: G3
- Localmente avanzados con QT neoadyuvante y cirugía conservadora
Localización: tumores profundos (<28mm bajo la epidermis)
Borde afecto: intentar reintervenir
Criterios De Contraindicación De Bt De Mama
Contraindicaciones SEOR
Tumores multicéntricos
Tumores LA:
- Si hay afectación de piel o pared torácica
- Tumores inflamatorios
- Enfermedad metastásica

Enfermedad de Paget: tanto si es exclusiva como si va asociada a nódulo
Imposibilidad de localización del lecho quirúrgico
Mamas muy pequeñas
Mamas muy voluminosas
En recurrencias, si el tumor es >40mm
Cuando los resultados cosméticos no vayan a ser adecuados

Contraindicaciones seguidas en el CHN (Complejo Hospitalario de Navarra)
Carcinoma de mama multicéntrico
Enfermedad de Paget: sola o asociada a nódulo mamario
Imposibilidad técnica: no se localiza el lecho o no hay volumen mamario para el implante.
Localmente avanzado (próximo a piel, pared torácica o ca.inflamatorios).

En el caso de las mamas pequeñas la realización de BT no debe suponer un inconveniente para la preservación del resto de volumen de la mama que no va a ser irradiado. En las mamas voluminosas puede haber una dificultad técnica debida a la longitud de las agujas utilizadas (20mm). El volumen diseñado según la anatomía y posición de la mama no debe ser modificado, en la medida de lo posible. (7)

2 Objetivos

- Explicar el procedimiento de Braquiterapia intersticial en el Cáncer de mama y los cuidados de Enfermería que precisan los pacientes durante y tras la retirada del implante.

3 Metodología

Decisión del tratamiento
La decisión final y legal del tratamiento del cáncer de mama se debe efectuar siempre, en un Comité de Tumores con todos los especialistas implicados. Corresponde a los servicios de Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Cirugía, Oncología Radioterápica y Oncología Médica.
- Decisión en el Comité de Tumores de Mama del tratamiento completo.
- Primera visita en la consulta del Servicio de Oncología Radioterápica:

Consulta Médica/Enfermería
Consulta médica
• Se explica procedimiento y posibles efectos secundarios
• CI
• Exploración de la mama
• Pruebas complementarias: ecografía, TAC pre-planning
• Consulta de anestesia: preoperatorios
• Ingreso

Consulta enfermería
• Consulta de acogida. Se revisa AP alergias, medicación.
• Cambios de antiagregantes/anticoagulantes.
• Revisión de consulta de ASA, analítica.
• Confirmar CI.
• Reservar cama en C2 (Hospitalización Oncología)
• Revisión radiodermitis (sobre todo si ha recibido RTE previa)
• Primera visita médica: explicar procedimiento y consentimiento informado.
• Consulta de acogida de enfermería: hoja de seguimiento de braquiterapia, abrir ficha para archivar CI y ecografía. Se entrega hoja de recomendaciones mama confort.
• Visitas sucesivas: antes y después de la BT para revisar la piel (sobre todo si ha recibido radioterapia externa previa)

Procedimiento: Braquiterapia intersticial con multicatéteres plásticos posoperatoria HDR con TEMPLATE en cáncer de mama

La cirugía conservadora de mama puede realizarse con la extirpación del tumor con márgenes de seguridad y dejando cavidad quirúrgica abierta o cerrada.

Nosotros nos referiremos al procedimiento con cavidad quirúrgica cerrada. En estos casos es esencial la colocación de clips de localización en la cavidad para delimitar el lecho quirúrgico. Suele dejarse entre 4 y 6: superior, inferior, interno, externo, profundo y anterior. Sobre todo en estos casos se realiza una TC pre-implante para su diseño, con los templates sobre la zona a tratar. Se tiene en cuenta las imágenes de la mamografía y la ecografía pre-operatorias; ecografía pre-implante para localizar el lecho quirúrgico y el seroma. La cicatriz quirúrgica suele ser muy orientadora de la geometría del implante. (8)

Explicaremos el procedimiento en relación a las imágenes adjuntas:

- Imágenes 1 y 2: Diseño y planificación del tratamiento pre-implante. Discusión entre Radioterapeuta y Radiofísico del plan de tratamiento. Deciden el plan de tratamiento más adecuado en cada caso. Una vez localizado e identificado el lecho de tumorectomía, se señala en piel los límites de la cavidad y damos entre 2 y 3 cm de margen para colocar la primera línea del template elegido.
- Imágenes 3 y 4: Con la paciente sedad y anestesiada localmente (Se inyecta la anestesia local subcutánea para insensibilizar la zona de punción del vector) y de forma general, se procede a la inserción de las agujas rígidas con fiador utilizando los puntos de entrada y salida marcados en la piel, de forma que las agujas queden paralelas y equidistantes.
- Imágenes 5 y 6: El número de plano y agujas ya se estableció en el diseño previo y queda reflejado por el marcaje en piel. Una vez insertadas todas las agujas, se cambian por los vectores plásticos de una en una: se retira la aguja dejando el fiador en su posción y se inserta el tubo plástico.
- Imagen 7: El extremo final del tubo plástico se fija con un botón de anclaje numerado. Se coloca los botones distales en cada tubo para ajustarse a piel, sin apretar en exceso para evitar decúbito en la pie y facilitar la retirada del implante posterior. Deben estar enumerados por el orden establecido (p.ej. nº1, plano inferior y más cerca a axila). Se procede a la identificación de cada uno, ya sea con botones enumerados, como en el caso del equipo de "Mama Confort" u otro medio (p.ej. esparadrapo). Es fundamental la correcta enumeración para aplicar el tratamiento adecuadamente con la dosimetría realizada.
- Imágenes 8 y 9: Se necesita el alicate que corta el tubo interno guía, un cortador del tubo plástico con la distancia exacta para que el tubo se termoselle, con el botón del extremo externo ya colocado.(9) Es decir, se corta el sobrante del tubo

(con el corta tubos, para que el corte sea limpio y no se deforme el plástico), y posteriormente se sella para su inmovilización.

- Imagen 10: una vez insertados todos los tubos, se introducen unos fiadores radiopacos, Se colocan la "dummies" para realizar la TC de simulación para facilitar la reconstrucción por parte de radiofísica de cada uno del trayecto de los vectores.(10). Se verificará la localización de los fiduciales dentro del volumen de tratamientos y el paralelismo entre las agujas, así como la entrada total de las fiduciales necesaria para la reconstrucción. En este punto cabe la posibilidad de implantar nuevas aguajs o modificar las implantadas para mejorar la cobertura. Este TC se transfiere al planificador para preparar la dosimetría real. Se ve la tolerancia a órganos de riesgo (OARs): piel, parrilla costal, corazón (si es mama izquierda) y pulmón ipsilateral. (11)
- Imágenes 11 y 12: Una vez aprobado el plan, se aplica la fracción de tratamiento. Se retiran los fiadores plásticos (colocados para que no se doblen los tubos del implante de mama). Se colocan las pinzas numeradas dentro de cada botón y se procede a la colocación de los transfer 4F por órden numérico conectados a su vez al a la fuente de Iridio. Con el fin de proporcionar la protección adecuada al personal sanitario, la sesión del tratamiento se administra den una zona de acceso restringido con videovigilancia. Se explica al paciente que durante la sesión de tratamiento se queda solo en la sala (búnquer) pero que es vigilado y escuchado por los profesionales sanitarios. Escuchará un "click" o "zumbido" cada vez que la fuente radioactiva entre y salga a través de los transfers hasta el implante y que se puede parar el tratamiento si es preciso.
- Imagen 13: Desimplante. Se procede a la desinserción de los tubos plásticos cortando el botón de sellado y tirando de los mismo.
- Imágenes 14 y 15: Posteriormente se ejerce una compresión manual para minimizar el riesgo de posible sangrado o hematoma. Enfermería realiza la cura protegiendo la zona. El lugar en donde estaba el catéter o el aplicador puede quedar sensible por algunos meses.No hay radiación en el cuerpo después de que se retira el implante. No hay peligro para la gente que está cerca, ni para niños pequeños o mujeres embarazadas.

La paciente puede acudir de forma ambulatoria a las sesiones de tratamiento en caso de ser varias fracciones las que va a recibir a lo largo de la semana (se selecciona el tipo de paciente, se valora si va a tener buen cuidado del implante). Generalmente es un procedimiento que se realiza de manera ingresada. Cuando reciben dos fracciones en el mismo día, entre una y otra deben transcurrir al menos seis horas. Se prescribe para domicilio una pauta de anbioterapia y analgesia.


TEMPLATE
BOTON DE ANCLAJE ENUMERADO
CORTATUBOS
PISTOLA SELLADORA
DUMMIES
TRANSFERS
FUENTE RADIOACTIVA: IRIDIO
DESIMPLANTE

4 Resultados

El proceso quirúrgico lleva implícito posibles complicaciones, por un lado, y propios efectos secundarios derivados de la radiación por otro. A continuación describiremos ambos con sus cuidados de enfermería y a su vez posibles diagnósticos que podrían plantearse en cada etapa, dado que no es un caso clínico si no la exposición de un procedimiento.

En general podría decirse que la toxicidad del tratamiento de BT en la mama es leve, algunas pacientes pueden presentar molestias o dolores en la zona con buena respuesta a los analgésicos. Además habría que tener en cuenta, cuando se trata de BT boost tras RTE, la radiodermitis previa.
Efectos Secundarios Como Proceso Quirúrgico (Colocación Del Implante)
- Neumotórax
- Hematoma
- Infección
- Fractura de costillas (12). En raras ocasiones, las pacientes sufren una fractura de la costilla años después del tratamiento. Ocurre en <1% de las pacientes tratadas con métodos modernos, y la fractura se recupera por sí sola poco a poco. (13)
- Plexopatía braquial ipsilateral: entumecimiento, hormigueo, dolor, debilidad en hombro, brazo y mano.

Efectos Secundarios De La Radiación
- Enrojecimiento, irritación, sequedad, picor
- Dolor en la mama
- Daño del tejido graso (fibroso)
- Debilitamiento
- Acumulación de líquido (seroma)
- Cansancio (sensación de agotamiento, física, mental y emocionalmente)
- Sensibilidad aumentada en la mama tratada

Efectos Secundarios Externos A Largo Plazo
- Cambios en la pigmentación
- Fibrosis
- Insensibilidad

Efectos Secundarios Internos A Largo Plazo
- Complicaciones cardíacas: endurecimiento de las arterias, daño valvular, palpitaciones
- Daño en los pulmones: dificultad respiratoria, neumonitis por radiación

- Plexopatía

Como mencionábamos anteriormente, describiremos por etapas sus cuidados y posibles diagnósticos relacionados.

Fase preoperatoria
La mayoría de los pacientes, ante un diagnóstico de cáncer presentan desconcierto, inquietud, ansiedad, nerviosismo ante lo desconocido, sentimientos de culpa. Muchos se preguntan " qué pasará, qué hay que hacer, puedo seguir trabajando, me voy a curar?, por qué a mí?" Se plantean expectativas, cambios de roles familiares.. La mayoría de estos pacientes son mujeres, pero no hay que olvidarse que también los hombres pueden padecer cáncer de mama, si bien es cierto que el porcentaje es ínfimo en comparación.
Planteamos los siguientes diagnósticos, aunque dependiendo de la persona y situación personal pueden ser otros:
- Desesperanza (00124)
- Ansiedad (00146)
- Estrés por sobrecarga (00177)
- Conflicto de decisiones (00083)
- Riesgo del cansancio del rol cuidador (00062)
- Afrontamiento defensivo (00071)
- Temor (00148)
- Interrupción de los procesos familiares (00251)
- Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independientes (00244)
- Control emocional inestable (000251)
- Deterioro de la comunicación verbal (00051)

En esta fase, si la paciente proviene de Radioterapia externa, cabría añadir:
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)
- Deterioro de la integridad cutánea (00046)

Cuidados intraoperatorios
- Respetar la intimidad del paciente y buscar su confort
- Al recibir anestesia general, cuidados derivados de la misma: tapar los ojos para evitar sequedad o úlceras, vigilar secreciones bucales (aspirar en caso de que sea necesario), vigilar temperatura corporal
- Respecto al implante: importante el posicionamiento de la EESS ipsilateral al implante para evitar en la medida de lo posible, una plexopatía braquial. Vigilar sangrado.

Posibles diagnósticos:
Refiriéndonos al posicionamiento
- Riesgo de deterioro de la movilidad
- Riesgo de lesión postural perioperatoria (00087)
- Riesgo de traumatismo (00038)
- Riesgo de Sd. de desuso (00040)

Cura del implante
- Riesgo de infección de la herida quirúrgica (00266) NUEVO
Vigilar zonas de riesgo de UPP o decúbito
- Riesgo de úlcera por presión (00249)
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)
- Deterioro de la integridad cutánea (00046)

Ojos tapados
- Riesgo de lesión corneal (00245)
- Riesgo de sequedad ocular (00219)

Hipotermia quirófano
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005)
- Riesgo de lesión térmica (00220)
- Riesgo de hipertermia perioperatoria (00254)

Cuidados propios de cirugía
- Riesgo de sequedad bucal (00261) NUEVO
- Riesgo de sequedad ocular (00219)
- Riesgo de sangrado (00206)
- Riesgo de contaminación (00180)
- Riesgo de termorregulación ineficaz (00274) NUEVO

Cuidados tras colocación del implante
- Vigilar que la posición de los botones de los hilos de mama confort no favorezcan úlceras por decúbito.
- Vigilar puntos sangrantes.
- Colocar fiadores para evitar que los tubos puedan doblarse.
- Realizar cura en los puntos de entrada y salida de los catéteres y proceder a la colocación gasas de manera oclusiva junto con una malla de sujeción.

Posibles diagnósticos relacionados con la ”cirugía” en sí:
- Deterioro de la ventilación espontánea (00033)

- Patrón respiratorio ineficaz (00032)
- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz (00228)
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (00034)

Posibles diagnósticos relacionados con el implante
- Riesgo de infección de la herida quirúrgica (00266) NUEVO
- Riesgo de úlcera por presión (00249)
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)

Cuidados a tener en cuenta tanto si está ingresada en planta como si va con el implante a su domicilio.
- Cuidado a la hora de la higiene que no se moje el implante, mantenerlo seco.
- No utilizar ni crema ni ungüentos donde el implante
- No manipular el implante.
- Intentar no hacer movimientos bruscos con dicha extremidad.
- No dormir de decúbito lateral hacia el implante para evitar que se doble o mueva el mismo.
- Puede tener escozor en los puntos de inserción, dolor en zona implantada y enrojecimiento en la zona tratada

Posibles diagnósticos relacionados con el implante:
- Disposición para mejorar el autocuidado (00182)
- Déficit de autocuidado, vestido/acicalamiento (00109)
- Trastorno patrón del sueño (00198)
- Deprivación del sueño (00096)
- Deterioro de la movilidad en la cama (00091)
- Deterioro del a actividad física (00085)
- Descuido personal (00193)
- Infección de la herida (00266)
- Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246)
- Riesgo de sangrado (00206)
- Disconfort (00214)
- Dolor agudo (00132)

Cuidados tras la retirada del implante
- Realizar cura diaria con betadine de los puntos tras higiene de esa misma zona
- Ante cualquier dolor brusco de la mama tratada, fiebre, calor, enrojecimiento súbito, inflamación, picor o secreción purulenta a través de los puntos o presencia de herida, ponerse en contacto con el servicio de Braquiterapia con la consulta de enfermería.

- No ponerse esparadrapos o tiritas en la zona irradiada.
- No exponer la zona irradiada al sol, no sólo durante el tratamiento, incluso meses después (incluso el año). Consultarlo con el oncólogo radioterapeuta. Utilizar siempre cremas con alta protección solar, esa zona siempre estará más sensible a los rayos del sol
- No utilizar colonia ni productos que contengan alcohol o irritantes en la mama afecta
- Utilizar prendas preferiblemente prendas de fibras naturales, tales como el algodón que es un material considerado poco agresivo para la piel y no ajustadas, de esta forma se podrá evitar más fácil la aparición de picores u otros síntomas.
- La realización de tatuajes en la zona irradiada está contraindicada siempre. (14)
- Respecto a la higiene, mantener la piel limpia y seca. Evitar restregarse la piel. Lavarse con agua fría o templada (no caliente).
- Utilizar jabones preferiblemente neutros, evitar irritantes para la piel
- A la hora del secado, realizarlo con pequeños toques, evitar el roce excesivo.
- Hidratar diariamente, incluso dos o más veces si se precisa, la zona irradiada.
- Es normal que durante la radiación se esté más cansada de lo habitual
- Intentar mantener dieta equilibrada, vida más relajada y descanso nocturno adecuado.

Posibles diagnósticos relacionados con la retirada del implante:
- Dolor agudo (00132)
- Dolor crónico (00133)
- SD. Dolor crónico (00255)
- Trastorno de la identidad personal (00121)
- Riesgo de baja autoestima situacional (00153)
- Trastorno de la imagen corporal (00118)

Posibles diagnósticos al alta:
- Riesgo de deterioro parental (00057): planteándolo desde el riesgo de cansancio del rol cuidador
- Riesgo de Sd. postraumático (00145). Entendiendo el proceso como situación traumática
- Disposición para mejorar el confort (00183)
- Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)
- Afrontamiento familiar comprometido (00074)
- Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075)
- Estrés por sobrecarga (00177)
- Riesgo de deterioro de la resiliencia (00211)

- Deterioro de la resiliencia (00210)/
- Disposición para mejorar la resiliencia

5 Discusión-Conclusión

En el tratamiento quirúrgico conservador del cáncer de mama, la radioterapia adyuvante en la mama reduce el riesgo de recurrencia local en forma de in situ o infiltrante con nivel de evidencia IA en todos los grupos de edad, en 2/3 partes y, por ende, aumenta la supervivencia.

Con el desarrollo de programas de detección precoz en cáncer de mama, los tumores se detectan en fases más iniciales, con bajas tasas de recurrencia y en consecuencia permite el aumento de los índices de supervivencia libre de enfermedad y curación. (15) El tratamiento radioterápico tras cirugía conservadora reduce la tasa de recaída local y aumenta la supervivencia global, Más del 85% de las recurrencias aparecen en el lecho tumoral primario de manera que puede plantearse un tratamiento más individualizado en pacientes seleccionadas obviando la irradiación de todo el volumen mamario.

El boost o sobreimpresión adicional, reduce aún más el riesgo hasta un 50%. Se indica en especial en paciente con factores de riesgo, como la edad (<50años), tumores G3, presencia de invasión vascular y márgenes afectados, sin aumento en la supervivencia. La BT mamaria tiene como ventaja poder tratar volúmenes menores a dosis más altas, con menor dosis en piel, permitir dosificar mejor en localizaciones profundas, a >28mm de piel, mejorar la conformidad de la dosimetría en 3D, etc. (16)

Según la SEOR, las conclusiones son:
- El boost con braquiterapia demuestra mayor control local que el realizado con fotones y electrones
- En tumores profundos mejora la distribución de dosis al CTV
- Obtiene distribuciones de dosis más homogéneas
- Disminuye la dosis de radiación en órganos circundantes
- El sistema “Confort” permite el tratamiento ambulatorio con un mayor bienestar para las pacientes
- La toxicidad del tratamiento es mínima
- Muy buen resultado cosmético sin comprometer la eficacia

En el programa de la ESTRO (European SocieTy for Radiotherapy&Oncology)

para el reconocimiento de la Oncología Radioterápica en España celebrada en Mayo de 2018 en Toolkit se exponía que "La Oncología Radioterápica cura el cáncer de forma segura".

La visión de la ESTRO para el 2020 es que la mayoría de los supervivientes de cáncer tengan una mínima toxicidad tras haber recibido RT con intención curativa, sola o combinada con otros tratamientos (Valentini et al 2012). El mensaje clave general para el programa de acción de la UE de ESTRO es: " En la actualidad la ORT (Oncología Radioterápica) cura el cáncer de forma segura".

6 Bibliografía

- (1) (2) (3) (12)Asociacion Americana contra el cáncer. [Internet] [Consultado 20 Dic 2019]. Disponible en : http:cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/radioterapia.html
- (4) (5) Sociedad Española Oncología Radioterapica.[Internet] [Consultado 20 Dic 2019]. Disponible en: http:seor.es/wp.content/upoloads/la_braquiterapia1.pdf
- (6) (8) (9) (10) (16) © Autores © SEOR Braquiterapia de mama. En: Àngels Rovirosa, Pilar Samper, Elena Villafranca, coordinación/ EdikaMed, S.L. Braquiterapia 3D guiada por la imagen. ISBN: 978-84-7877-885-0.Josep Tarradellas, 52 - 08029 Barcelona www.edikamed.com
pag80-82,95-114 del capitulo2
- (7) (15) Autores: Dres. María Albert Antequera, Milagros López Muñoz, Ana Mª Soler Tortosa y Miguel Soler Tortosa. Servicio de Oncología Radioterápica Hospital Universitario de la Ribera. Alcira-Valencia. Capitulo Braquiterapia De Alta Tasa (Hdr) Como "Boost" En El Tratamientos Del Cáncer De Mama Post-Cirugía. Tratamiento de Boost. Braquiterapia.pdf. pag 1-24 Tema 1.1
- (11) TiborMajorbCsabaPolgarcMichaelLotteraJose-LuisGuinotcCristinaGutierrez-MiguelezdRazvanGalalaeeErikVan LimbergenfBenjaminGuixgPeterNiehoffhKristinaLössliJean-MichelHannoun-Levij.ESTRO-ACROP guideline: Interstitial multi-catheter breast brachytherapy as Accelerated Partial Breast Irradiation alone or as boost – GEC-ESTRO Breast Cancer Working Group practical recommendations. Radiotherapy and Oncology. Volume 128, Issue 3, September 2018, Pages 411-420 [revised Article history:Received 15 March 2018Received in revised form 6 April 2018Accepted 6 April 2018Available online 21 April 2018].Available from: http://www..sciencedirect.com/science/article/pii/S016781401830197X
- (13) [Internet][Consultado 20 Dic 2019] Disponible en: http: inforadiology.org

- (14)Clinica Universidad de Navarra. [Internet][Consultado 20 Dic 2019] Disponible en: http:cun.es

Capítulo 194

LAVADO DE MANOS. UN BASICO PARA EVITAR LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

LUCÍA CAO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las infecciones relaciones con la asistencia sanitaria afectan cada año a millones de pacientes en los hospitales de todo el mundo. La aparición de las misma son consecuencia de una inadecuada atención por parte del personal sanitario, pudiendo intervenir también aunque en menor medida los pacientes y sus familiares.

Las infecciones intrahospitalarias son una de las principales complicaciones que puede sufrir un paciente. La mayoría de ellas se transmite entre pacientes y paciente mediante las manos del personal sanitario, o a través de objetos contaminados, hecho que recibe el término de infección cruzada. Es por ello que la principal forma de prevención de las infecciones intrahospitalarias es una correcta higiene de manos por parte del personal sanitario.

Aquí radica la importancia de la presente revision bibliográfica.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Establecer el procedimiento a seguir para prestar una atención sanitaria adecuada a los pacientes hospitalizados, minimizando el riesgo de trasmisiones

cruzadas, disminuyendo las infecciones nosocomiales basadonos en criterios evidencia científica.

Objetivos específicos:
- Establecer los criterios de actuación para personal y acompañantes en todo lo que al correcto lavado de manos se refiere.
- Establecer el protocolo de actuación clara y visual que se pueda tener a distposición de toda persona que esté en el recinto hospitalario.
- Establecer las pautas en el manejo de los distintos tipos de antisépticos, productos de base alcóholica y lavado tradicional conagua y jabón, de modo que se permita optimizar la atención.

3 Metodología

Con el objetivo de conseguir una información de calidad basada en la evidencia científica se ha llevado a cabo una búsqueda en las siguientes fuentes reconocidas:
- Revisiones bibliográficas en bases de datos acreditadas como dialnet y pubmed, entre otras.
- Consulta en distintas Guías de Práctica Clínica a nivel nacional dirigidas a profesionales sanitarios.
- Búsqueda de distintos protocolos estandarizados sobre la correcta higiene de manos con los diferentes productos a disposición de personal y usuarios.
- Revisiones de cuidados de enfermería de diferentes hospitales.

4 Resultados

La primera referencia que se tiene sobre la higiene de manos como concepto, surge en el siglo XIX, cuando un farmacéutico francés en 1822, demostró que las soluciones con cloro y sodio eliminaban todos los olores relacionados con los cadáveres.

Una de los primeros médicos en demostrar la importancia de mantener unas manos limpias fue Musaiba Maimum, que en el año 1199, declaró: “Nunca olvide lavar sus manos después de tocar a una persona enferma”.

La transmisión de infecciones por contacto son reconocidas desde 1820 en Viena, gracias a Ignaz Semmelweis, el cual observó que los médicos que iban del salón de autopsia a la sala de obstetricia presentaban un olor desagradable en sus manos,

que no desaparecía con el lavado de manos con agua y jabón. Ignaz, declaró que la fiebre puerperal se debía a restos de los cadáveres trasmitidos desde la sala de autopsia a la sala de obstetricia, a través de las manos tanto de médicos como de estudiantes. Por ello, Ignaz, reivindicó que tanto los médicos como los estudiantes se lavaran las manos con una solución de cloruros entre paciente y paciente. Tras este hecho, la mortalidad maternal descendió drásticamente, y se mantuvo baja durante años.

Las primeras recomendaciones sobre el lavado de manos dirigidas a los profesionales sanitarios, surgen en el año 1961, a través del Servicio de Salud Pública de EEUU, donde se indica que el personal debía lavar sus manos con agua y jabón durante 1-2 minutos, antes y después de estar en contacto con el paciente.

En la transmisión de las infecciones nosocomiales intervienen tres eslabones fundamentales. Por un lado se encuentra la fuente de infección, que es el lugar donde permanece, crece y se multiplica el agende infeccioso (que puede ser cualquier forma biológica tanto virus como bacteria, capaz de producir una infección), pudiendo ser tanto el paciente, el personal sanitario como los objetos inanimados contaminados. El huésped susceptible, que en este caso es una persona que reúne las condiciones necesarias para ser infectado por un agente infeccioso. Y el mecanismo de transmisión que es la vía por la que el microorganismo pasa de la fuente de infección, al huésped.

Los factores de riesgo son cualquier rasgo o característica de una persona que incremente la probabilidad de padecer una patología o lesión. Entre las probabilidades que pueden aumentar la aparición de una infección nosocomial encontramos:
- Debilidad en el sistema inmunitario.
- Edades extremas de los pacientes.
- Padecimiento de ciertas enfermedades como diabetes, VIH, etc.
- Tratamiento con terapias inmunosupresoras.
- Utilización desmesurada de antibióticos que genera la resistencia a los mismos.
- Realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos.
- Presencia de dispositivos invasivos. (Sondas, vías venosas, tubo endotraqueal…).
- Estancia prolongada.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales han sido un problema de salud presente en los hospitales de todo el mundo desde su existencia. Aunque desde sus inicios se han puesto en marcha numerosas iniciativas para erradicar esta complicación, en la actualidad nos encontramos que la trasmisión de estas infecciones es un problema no resuelto y que requiere de un mayor número de intervenciones para poder erradicarlo.

Diversos estudios demuestran que una de las principales formas de transmisión, es a través de las manos, ya que estas son capaces de hospedar numerosos microrganismo y transferirlos de una superficie a otra, tanto por contacto directo como indirecto. Es por ello que la principal medida para la prevención de las infecciones nosocomiales es una correcta higiene de manos, tanto por parte del personal sanitario como de los pacientes y sus familiares.

Por tanto, es necesario poner en marcha proyectos que conciencie sobre la importancia del lavado de manos y las técnicas adecuadas de cómo realizarlo para reducir al máximo la incidencia de estas infecciones. Este es uno de los pilares fundamentales para disminuir la incidencia de infecciones de este tipo en nuestro ámbito hospitalario.

Existen numerosos programas destinados a mejorar la higiene de manos del personal sanitario, pero los pacientes y las personas que viene a visitarlas no cuentan con las herramientas y conocimientos necesarios sobre este tema, siendo ellos un pilar fundamental. Por lo que es importante sensibilizar tanto a profesionales como a usuarios sobre la importancia de una adecuada higiene de manos y el método correcto de ejecución.

En vista de los documentos analizados podemos concluir resaltando la importancia de llevar a cabo una buena praxis que mejore nuestro día a día en los cuidados a los pacientes hospitalizados disminuyendo así daños mayores que son evitables.

6 Bibliografía

- Medicina preventiva, Hospital Universitario Nuestra señor de la Candelaria. (2017). Microorganismos más frecuentes.
- García, M. (2000). Staphylococcus aureus: Microbiología y aspectos moleculares de la resistencia a meticilina. Revista chilena de infectología, 17, 145-152.

- Medicina preventiva, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. (2017). Recomendaciones estándares.
- Medicina preventiva, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. (2017). Protocolos de actuación según el tipo de infección.
- Rodríguez, L. M. B., Leiva, A. C., & Gallardo, J. A. (2015). Implementación de la guía de aplicación de la estrategia multimodal de la organización mundial de la salud para la mejora de la higiene de manos. Ciencia y Cuidado, 10(1), 28-35.

Capítulo 195

INSERCIÓN DE CATETER PICC POR ENFERMERÍA Y SU VERIFICACIÓN CON IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN

IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ

TANIA GONZÁLEZ ORTIZ

1 Introducción

La mayoría de los pacientes hospitalizados reciben algún tipo de terapia intravenosa. La primera opción para canalizar un acceso intravenoso es la vía periférica, pero por ciertas características de los tratamientos, intentando disminuir el número de punciones o incluso por las mismas complicaciones derivadas de este tipo de vías (flebitis, extravasación…) se decidió implantar catéteres centrales de inserción periférica con la ventaja añadida de poder ser insertado por profesionales de enfermería siguiendo las recomendaciones del proyecto Bacteriemia Zero.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento de canalización del P.I.C.C. por el profesional de enfermería y su posterior verificación con la radiografía de tórax como mejor prueba confirmatoria.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura científica disponible sobre protocolos y guías de actuación en la canalización y mantenimiento del P.I.C.C.

4 Resultados

El PICC es un tubo largo, flexible y delgado (4-5 Fch.) que se coloca a través de las venas basílica/cefálica, por encima de la flexura evitando la fosa ante-cubital, que acaba canalizando la vena cava. Puede ser de poliuretano o de silicona, durando este último más tiempo.

Se utiliza para administrar sustancias hiperosmolares y grandes volúmenes (fármacos irritantes, drogas vasoactivas, antibióticos durante tiempo prolongado, quimioterapia, radioterapia, nutrición parenteral…)permitiéndonos también medir la Presión Venosa Central.

- Lavado de manos
- El brazo del paciente se colocará formando un ángulo de 90º respecto al tórax para facilitar la trayectoria del catéter y con la cabecera de la cama en un ángulo de 30º
- Medir la distancia desde el punto de inserción hasta la zona infraclavicular y de ahí al tercer espacio intercostal paraesternal derecho.
- Limpieza del brazo localizando la zona de punción, evitando la flexura. Las venas elegidas serán la cefálica, braquial o basílica.
- Colocar el compresor
- Colocación de guantes estériles
- Poner el campo estéril sobre el paciente, dejando que sólo se vea la vena que va a canalizarse .
- Aplicar antiséptico (clorhexidina acuosa al 2%) con movimientos circulares y dejar secar 2.´
- Comprobar la integridad del catéter y del fiador metálico
- Medir el catéter
- Puncionar la vena
- Quitar el compresor
- Introducir el catéter con el fiador suavemente a través del cateter periférico
- Hacemos una pequeña incisión en la piel con el bisturí
- Avanzaremos la vaina y el dilatador como una unidad por la guía, sin perder ésta de vista, con ayuda de un ligero movimiento rotacional

-Extraemos el dilatador y la guía dejando colocada la vaina
-Colocaremos un dedo sobre el orificio del introductor para minimizar la pérdida de sangre y evitar embolismos.
-Retirar la vaina Peel-away introductora cuando el catéter haya avanzado al menos 2/3 de su longitud estabilizando la posición del éste.
-Retraer entonces el fiador del catéter con suavidad para evitar el efecto Venturi y sujetando el catéter para garantizar su estabilidad.
-Aspirar ambas luces con una jeringa de 10 cc comprobando que refluye sangre y, lavar con 10 cc de suero fisiológico.
- Se pueden sellar con 3cc de Fibrilin ambas luces
- Colocar tapones estériles.
-Fijación de catéter: Lavar la zona y desinfectar con clorhexidina acuosa al 2%, colocar el sistema de fijación (Statlock®),utilizar la toallita de del Kit de fijación para impregnar la zona donde se va a colocar el Statlock® con una película hidrocoloide, y proporcionar mayor adherencia. Posteriormente apósito transparente que se cambiará en 7 días si no se mancha mucho antes.
- No administrar nada hasta verificar la correcta inserción mediante una radiografía de tórax.

5 Discusión-Conclusión

Tras todo lo revisado parece que el catéter venoso central de inserción periférica es una buena alternativa a la vía central de acceso central que además permite a los profesionales de enfermería continuar creciendo en nuestra profesión evitando complicaciones de una vía periférica.

6 Bibliografía

- Protocolos y guías de actuación del servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias.
- Medlineplus.gov.
- www.cff.org.

Capítulo 196

TERAPIAS ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA EPIDURAL PARA EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO.

BORJA RUIZ TAMAYO

ANDREA NATAL FUERTES

SARA CONTRERAS RAMOS

1 Introducción

En los últimos años, La Organización Mundial de la Salud ha publicado sus nuevas recomendaciones para la atención al parto normal con el objetivo de ”reducir las intervenciones médicas innecesarias” y ofrecer a las madres una mayor capacidad de decisión sobre el proceso. Esto, ha llevado a la creación de un movimiento que está a favor del uso de métodos alternativos a la epidural para el manejo del dolor durante el parto.

2 Objetivos

- Identificar las alternativas existentes a la analgesia epidural durante el parto y brindar información acerca de ellas
- Identificar las ventajas de la analgesia no farmacológica para la parturienta.
- Describir el papel de la matrona en el manejo del dolor durante el parto.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica desde Febrero de 2019 a Abril de 2019, en las bases de datos PubMed, Biomed Central, LiLaCs.

4 Resultados

El análisis de los resultados afirman que existen 2 tipos de alternativas analgésicas: las farmacológicas y las no farmacológicas. La fase de parto en la que nos encontremos determinará la conveniencia de una u otra alternativa. El personal sanitario deberá de ofrecer, teniendo en cuenta los medios que disponga, estas alternativas, sabiendo que cada una actúa en un fase del parto distinta aliviando el dolor.

Los efectos adversos producido por las técnicas se deberían de valorar a la hora de la selección de estas. Una mujer debe de estar completamente informada sobre las alternativas existentes y estar informada sobre las ventajas y las desventajas de estas, sabiendo que la técnica que mayor eficacia proporcionará en el alivio del dolor del parto es la analgesia neuroaxial .

5 Discusión-Conclusión

En estos últimos años, el papel activo de la mujer en el parto está cobrando el protagonismo que perdió en el momento de la hospitalización de los partos. La matrona será quien le enseñe métodos de relajación y se encargará de propiciar un ambiente donde la mujer se encuentre cómoda, reduciendo el estrés y ansiedad de esta. Está demostrado que el apoyo por personas allegadas a la mujer influyen más positivamente que el apoyo de la matrona.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.
- http://revista.sedolor.es/pdf/2000_10_04.pdf.
- https://psicologiaymente.com/neurociencias/medula-espinal.
- Smith, V. Dolor de parto. 2ª edicion.España: OB STARE; 2017.

Capítulo 197

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA EN EL "HOSPITAL RIO CARRION"

BORJA RUIZ TAMAYO

ANDREA NATAL FUERTES

SARA CONTRERAS RAMOS

1 Introducción

El cateterismo cardíaco es un procedimiento usado para diagnosticar y tratar enfermedades cardiovasculares. Durante un cateterismo cardíaco, se inserta un tubo largo delgado llamado «catéter» en una arteria o vena de la ingle, el cuello o el brazo y se pasa a través de los vasos sanguíneos hasta el corazón.

Es una de las pruebas más características que se realizan en el ámbito de cardiología, por lo que se seleccionó hacer un PAE de esta prueba.

Se escogió a esta paciente ya que era una mujer joven y colaboradora.

Tras priorizar los problemas de colaboración (PC) y los diagnósticos de enfermería
(DE), se selecciona uno para desarrollar un plan de cuidados, marcando unos objetivos(NOC) y unas intervenciones (NIC) a llevar a cabo para conseguirlos.

D.E.:[00198]Trastorno del patrón del sueño r/c hospitalización manifestado por la paciente dice:"Desde que he llegado a la planta no consigo dormir más de 3 horas ya que hay pacientes en otras habitaciones que chillan mucho por la noche, extraño mi casa y siento que la habitación está un poco sucia"

4.1 PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.
NOC: [0004]: SUEÑO.
- [401] Horas de sueño. Pasará de un nivel 3, moderadamente comprometido a un nivel 5, no comprometido en 72 horas.
- [403] Patrón del sueño. Pasar de un nivel 2, gravemente comprometido a un nivel 4 levemente comprometido en 48 horas.

NOC: [2009] ESTADO DE COMODIDAD: ENTORNO
- [200915] Entorno tranquilo. El entorno de la paciente pasará de un nivel 2 a un nivel 5, no comprometido en 4 horas.
- [200916] Control del ruido. El ruido del entorno pasará de un nivel 2 a un nivel 4, en 24 horas.

NOC: [3007] SATISFACCIÓN DEL PACIENTE/USUARIO: ENTORNO FÍSICO.
- [300701] Limpieza de la habitación. El paciente pasará de un nivel 1, no del todo satisfecho a un nivel 4, muy satisfecho en 72 horas.
- [300704] Control de la iluminación de la habitación. El paciente pasará de un nivel 2 a un nivel 4, en 72 horas.

NOC [0008]: FATIGA: EFECTOS NOCIVOS
● [803] Disminución de la energía. La paciente pasará de un 1 grave a un 4 leve en 36 horas.
● [804] Interferencia con las actividades de la vida diaria. La paciente pasará de un nivel 2 sustancial a un nivel 4 leve en 48 horas

NIC [1850]: MEJORAR EL SUEÑO
- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño.
- Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño

NIC [1800] AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

- Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse
- Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.

NIC [6482] MANEJO AMBIENTAL: CONFORT
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
- Proporcionar una habitación individual si la preferencia y necesidad del paciente (y de la familia) son el silencio y el descanso, si es posible.
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.

2 Objetivos

- Obtener información acerca del plan de cuidados de la planta de cardiología.
- Individualizar el plan de cuidados en un cateterismo.

3 Caso clínico

Mujer de 55 años nacida el 17/06/1963 y residente en Palencia.
Los antecedentes personales que presenta son hipotiroidismo secundario a tiroiditis de Hashimoto y oligoartritis seronegativa. Siendo alérgica a la salazopirina e intolerante al clavulánico.
En el momento del ingreso no toma medicación habitual.
No presenta ningún hábito tóxico.
El sujeto ingresa en urgencias el 11/10/18 consciente orientada y colaboradora (COC) por dolor torácico sin diagnóstico claro. Por lo que se decide su traslado a la unidad de cardiología para seguimiento cardiológico.
Presenta al ingreso unas constantes normales:

TA= 119/64
FC= 78
SatO2= 96%
ToC= 36,6o

Y se establece una dieta metabólica (baja en grasas, sal y azúcar).
Presenta un catéter periférico (20G) en el brazo izquierdo desde el día de ingreso.

En la escala de Norton tiene una puntuación de 20 considerándose riesgo mínimo de padecer UPP.

Tras el ingreso en la unidad se le realizan diferentes pruebas diagnósticas que no son concluyentes sobre la patología, decidiendo finalmente la realización de un cateterismo en el Hospital Clínico de Valladolid.
El cateterismo, diagnóstico, el realizado finalmente en Valladolid el 17/10/2018 por el brazo derecho. Esta prueba se realiza sin incidencias, regresando la paciente en
UVI móvil hasta nuestro hospital. Durante el trayecto se intenta realizar la primera extracción de aire de la pulsera de compresión (se pone en la zona de punción para evitar el sangrado arterial tras la cirugía), siendo inefectiva pues el sujeto responde con un sangrado intenso, por lo que se vuelve a comprimir para su descompresión posterior.

Al día siguiente del cateterismo y tras revisar la prueba, la cardióloga determina que la paciente presenta una pericarditis (inflamación de la membrana que recubre el corazón: pericardio).

Se realizó una entrevista a la paciente en la que se muestra consciente, orientada y colaboradora (COC) en la que se evalua tanto la comunicación verbal y no verbal, como la exploracion fisica detectando así, los posibles diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración a destacar en la elaboración del PAE (Proceso de Atención Enfermero).

Dominio 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD
Al preguntarle sobre su enfermedad, la paciente comenta que empezó una tarde con un fuerte dolor punzante en el pecho y que acudió a Urgencias. Ahí le comunicaron que podría tener afectado el corazón por lo que deciden su ingreso en la unidad de cardiología (9a planta).

Le realizaron diferentes pruebas diagnósticas como la ergometría, y tras no obtener un claro resultado, se la plantea realizar un cateterismo en el Hospital Clínico de Valladolid a lo que ella, acepta.

Tras ver el resultado de aquel, la cardióloga le comunica que padece una pericarditis, explicando la patología y sus limitaciones. Asintió que conoce bien todo lo respectivo a dicha enfermedad.

Tras la intervención, y el resultado, la paciente se muestra mucho más tranquila al comunicarle, la cardióloga, que la intervención fue un éxito y que el proceso

del postcateterismo fue todo normal ("En cuanto me quitaron la pulsera me sentí que me habían quitado un peso de encima.").

Nos comenta que no ha sido fumadora ni bebedora.

Nos dice que en su vida diaria es una persona muy activa: ("Tengo 2 hijos de 10 y
12 años y que me tienen ocupada el 70% del día. El resto de las horas las dedico al gimnasio, a estar con las amigas…").

Dominio 1. Promoción de la salud: alterado.

Dominio 2. NUTRICIÓN.
Respecto a la ingesta, la paciente nos comenta que en su casa su dieta es variada y equilibrada, presentando un buen apetito. ("En casa siempre comemos lo mas sano posible, sin grasas y sin fritos.")
Los días previos al cateterismo, ingresada en la planta, la paciente refiere: "Odio la comida del hospital, solo hay fritos y no me gusta" y apenas come.

El dia del cateterismo se le pautó dieta absoluta para el desayuno. Tras llegar del mismo, el médico pautó iniciar tolerancia con líquido en la comida, lo cual toleró bien, por lo que se fue probando tolerancia pregresiva en diferentes fases hasta llegar a una dieta metabólica optativa.

Dominio 2. Nutrición: alterado.

Dominio 3. ELIMINACIÓN.
Tras la intervención era portadora de sonda vesical, la cual se retiró al día siguiente por orden médica. La paciente es totalmente continente y realizó micción espontánea a las tres horas del cateterismo por lo que se le retiraron los sueros y se le salinizó la vía.

Refiere que nunca ha tenido problemas de estreñimiento, pero que lleva 3 días sin realizar deposición: "Llevo sin ir al baño desde que llegué y eso en muy raro en mí"

Dominio 3. Eliminación: alterado.

Dominio 4. ACTIVIDAD – REPOSO
Expresa tener dificultad para conciliar el sueño ("Desde que he llegado a la planta no consigo dormir más de 3 horas ya que hay pacientes en otras habitaciones que chillan mucho por la noche").

La paciente es completamente independiente para realizar las ABVD.

Dominio 4. Actividad –reposo: alterado.

Dominio 5. PERCEPCIÓN – COGNICIÓN.

El paciente está consciente, orientado y colaborador (COC). Nos habla mucho de su vida sana y de su familia. Además de comentarnos el poco miedo que tiene a la intervención.

Dominio 5. Percepción- cognición: No alterado.

Dominio 6. AUTOPERCEPCIÓN

Presenta una conducta extrovertida y participa en su autocuidado. Se echa crema y está maquillada durante su estancia en la planta.

Dominio 6. Autopercepción: No alterado.

Dominio 7. ROL – RELACIONES.

La paciente vive con su marido e hijos en el domicilio.
Durante la hospitalización se encuentra acompañada en todo momento, recibiendo numerosos regalos.
Nos comentan las enfermeras que sus hijos la visitan por la tarde y que es su madre la que está 24h con ella.

Dominio 7. Rol- relaciones: No alterado.

Dominio 8. Sexualidad
Dominio no valorado.

Dominio 9. AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS
La paciente se muestra tranquila hasta el día previo de la intervención, donde nos comenta: ("Tengo miedo, no sé por qué no hay otra forma de hacerlo"). El médico tuvo que explicarle todo el procedimiento.

Dominio 9. Afrontamiento y tolerancia al estrés: alterado.

Dominio 10. PRINCIPIOS VITALES.
No valorado.
Dominio 11.SEGURIDAD/PROTECCIÓN.

Cuando se hace una valoración de la integridad cutánea se ve que es óptima, ya que está hidratada, turgente, limpia y de color rosado.
No presenta lesiones graves en la piel, salvo el hematoma en el brazo izquierdo producido por el catéter vascular periférico.
No es necesario ningún dispositivo de seguridad ya que la paciente es autónoma y válida, y no presenta ningún episodio de caídas, desmayos o convulsiones.

Dominio 11. Seguridad y protección: No alterado.

Dominio 12. CONFORT.
El sujeto presenta un buen estado de confort ya que no presenta ningún dolor desde que ingresó en el hospital (puntuación 0: escala EVA), aunque si tiene pautado por orden médica, medicación para el manejo del dolor (AINES), si fuese preciso.
No presenta ninguna sintomatología digestiva.

Dominio 12. Confort: No alterado.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN.

1. P.C.: Potencial de infección secundario a herida quirúrgica.
2. D.E.: Estreñimiento r/c proceso hospitalario m/p la paciente comenta: “Llevo sin ir al baño desde que llegue y eso en muy raro en mí”.
3. D.E: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c comida del hospital m/p el paciente dice: “Odio la comida del hospital, solo hay fritos y no me gusta”.
4. D.E: Temor r/c cateterismo m/p la paciente dice: “Tengo miedo, no sé por qué no hay otra forma de hacerlo”.
5. D.E.: Trastorno del patrón del sueño r/c hospitalización manifestado por la paciente dice:“Desde que he llegado a la planta no consigo dormir más de 3 horas ya que hay pacientes en otras habitaciones que chillan mucho por la noche”.
6. D.E: Déficit de actividades recreativas r/c hospitalización m/p la paciente refiere que “antes del proceso realizaba actividad física diaria y desde que me han ingresado no puedo”.
7. P.C:Potencial de infección secundario a vía venosa periférica (VVP).

4 Discusión-Conclusión

De los 8 objetivos propuestos se han conseguido cumplir 5. Los objetivos cumplidos son horas de sueño, patrón del sueño, limpieza de la habitación e interferencia

con las actividades de la vida diaria.
En el objetivo del entorno tranquilo se ha conseguido mejorar el nivel pero no llegar al nivel deseado. Esto se debe al movimiento del otro paciente de la habitación y que las condiciones dadas en la planta no eran las mejores.

En el control del ruido no se ha conseguido el nivel deseado debido a que han sido unas noches muy movidas en la planta con algún ingreso. Además de que en ciertas horas donde el paciente podría aprovechar para dormir un poco ha habido obras.

El objetivo de disminución de la energía no ha sido conseguido debido a que la paciente comenta que "a pesar de que está durmiendo las horas necesarias no se consigue que el sueño sea lo suficientemente reparador. Además me despierto alguna vez por la noche comenta que se despertaba alguna vez por la noche y que eso podría haber influido.

5 Bibliografía

1. NNNconsult. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017[Internet]. NANDA International; 2016[acceso 23 de Octubre de 2018] Disponible en: http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/nanda.
2. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
3. Programadegestiónasistencial: Gacela (para la historia clínica).

Capítulo 198

VENDAJES MULTICAPA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS VENOSAS: ¿CUÁL ELEGIR?

LAURA FEITO PRIETO

IRENE MARTÍNEZ ARDINES

1 Introducción

Las úlceras venosas son un tipo de lesión cutánea en la que se ven afectadas epidermis y dermis y son secundarias a grados avanzados de insuficiencia venosa1. Generalmente se encuentran situadas en zonas distales de las extremidades inferiores, ya que es en esta región anatómica donde, por efecto de la gravedad entre otras variables, las venas presentan mayor dificultad para gestionar el retorno de la sangre hacia el corazón de manera efectiva1. Se estima que entre el 75% y el 80% de las úlceras en las extremidades inferiores son secundarias a insuficiencia venosa2. La prevalencia en la población general varía entre el 0.5% y el 0.8%, afectando principalmente a mujeres de entre 50-80 años3.

En términos económicos, el coste estimado del tratamiento de las úlceras venosas se calcula en nuestro país en unos 350 millones de euros2. Se trata de lesiones con un tiempo de curación prolongado que puede variar entre semanas y meses y con una tasa de recurrencia muy elevada ya que más de la mitad de los pacientes tendrán recidivas de las lesiones4. Además, las úlceras venosas afectan de manera sustancial la calidad de vida del paciente pues frecuentemente se asocian a dolor, dificultad para realizar actividades diarias (trabajo, ocio, etc.) y aislamiento

social1. Se trata por lo tanto de un problema muy frecuente, que empeora de manera significativa la calidad vida del paciente y que genera un elevado gasto sanitario.

En la actualidad el tratamiento de estas lesiones se basa en los cuidados locales del lecho de la herida y en el uso de terapias de compresión que ayudan a restablecer la circulación venosa3.
Numerosos estudios señalan los vendajes compresivos como el tratamiento estrella para acelerar la cicatrización de este tipo de úlceras1, 2, 3, 4.

Los vendajes compresivos se clasifican en función a su extensibilidad en:
Vendajes inelásticos (short-stretch): poca extensibilidad, bajas presiones en reposo.
Vendajes elásticos (long-stretch): gran elasticidad, mantienen presiones en reposo y actividad.

La presión ideal que se debería conseguir con el vendaje compresivo se establece en unos 40 mmHg en la zona del tobillo5. Se ha demostrado que el vendaje multicapa, que consiste en la combinación de ambos tipos de vendas (elásticas y inelásticas), es la opción terapéutica que consigue de manera más efectiva la presión óptima de tratamiento y tiempos menores de curación1,2,3,4,5,6.

A pesar de la evidencia disponible sobre los beneficios del uso de los vendajes multicapa, los estudios indican que solo un 9,5% de los pacientes con úlceras venosas fueron tratados con esta terapia4. Este dato puede deberse a la falta de disponibilidad del material para realizar los vendajes adecuadamente (en algunas comunidades autónomas no se encuentran financiados por el sistema de salud) y a la falta de conocimientos y escaso manejo de estos productos por parte de los profesionales sanitarios2, 4.

Dada la alta prevalencia e impacto en la calidad de vida del paciente, el elevado coste económico de las úlceras venosas y la abundante evidencia que respalda el uso de los vendajes multicapa como el tratamiento más efectivo para estas lesiones, se planteó realizar una revisión bibliográfica sobre el tema.

2 Objetivos

Objetivo principal
- Actualizar los conocimientos sobre la terapia compresiva multicapa en el tratamiento de las úlceras venosas.

Objetivo secundario
- Conocer cuál sería el vendaje multicapa idóneo según la bibliografía existente.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica las siguientes bases de datos y motores de búsqueda:
- PubMed
- Biblioteca Cochrane
- Google Académico
También se consultaron documentos científicos de consenso del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónica (GNEAUPP).

Para la búsqueda se emplearon términos MeSH, el booleano AND y limitadores de fecha (últimos 5 años) e idioma (español e inglés). Términos MeSH empleados: Compression bandages, Varicose ulcer y Wound healing

4 Resultados

Los vendajes multicapa son un tipo de vendaje compresivo en el que se combina el uso de vendas de inelásticas con vendas elásticas. Ambos vendajes actúan de manera complementaria: el componente inelástico, más rígido, proporciona presiones elevadas durante la deambulación y bajas en reposo y el componente elástico mantiene una presión constante al adaptarse a los cambios en la forma de la extremidad. Con esta combinación de vendas se consigue mantener de manera precisa la presión ideal requerida para favorecer el retorno venoso (40 mmHg)4, 5.

En el mercado existen presentaciones de 2, 3 y 4 capas, siendo los vendajes de 2 y 4 capas los más extendidos en uso y anlálisis2, 4. Los vendajes de 2 capas incluyen un vendaje de baja elasticidad que se colocaría en primer lugar y otro vendaje elástico que se pondría por encima del primero.
Los vendajes de 4 capas constan, por orden de colocación, de:
1. Una venda acolchada de algodón
2. Una venda de crepé de baja compresión
3. Un vendaje elástico de baja compresión
4. Un vendaje flexible cohesivo

En los estudios consultados se utilizaron una serie de variables para evaluar la eficacia y calidad de los vendajes:
- Tiempo de curación
- Presión obtenida
- Tolerancia por parte del paciente
- Facilidad de uso

Tiempo de curación:
En la mayoría de estudios consultados no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de curación entre los vendajes de 2 capas y los de 4 capas1,6,7. Sin embargo, en el estudio de Moscicka et al si se comprobó que el vendaje de 4 capas tenía tiempos de curación ligeramente inferiores al de 2 capas3. A pesar de estas diferencias, en ningún estudio se estableció que fuera menos efectivo el vendaje de 2 capas frente al de 4.1, 6

Presión:
No existen diferencias significativas entre las presiones obtenidas con ambos tipos de vendaje, son capaces de mantener una presión constante de entre 30-50 mmHg en el tobillo. Tanto el vendaje de 2 capas como el de 4 capas son capaces de mantener estas presiones durante 7 días1,6,7.

Tolerancia del paciente
Los estudios consultados señalan al vendaje de 2 capas como el mejor tolerado por parte de los pacientes1. El vendaje de 4 capas generaba mayor sensación de presión sobre todo en bipedestación, lo cual inducía las quejas de los pacientes2, 7. Además los resultados muestran que el cambio de vendaje era menos doloroso en el vendaje de 2 capas6. Un estudio trasversal demostró mejoría de los síntomas psicológicos y calidad de vida de los pacientes tratados con el vendaje de 2 capas frente a los tratados con vendaje de 4 capas.7

Facilidad de uso
El sistema de vendaje de 2 componentes se consideró mas fácil de aplicar que el de 4 capas en un 62% de los casos. Además, el vendaje de 4 capas fue evaluado como “dificil” de colocar el 4,3% de las veces que se utilizó.6
La efectividad y seguridad de la terapia compresiva depende de una correcta aplicación de los vendajes3.

5 Discusión-Conclusión

Parece ampliamente demostrada la superioridad de los vendajes multicapa frente a los vendajes sencillos en el tratamiento de las úlceras de etiología venosa. En la mayoría de estudios consultados no se observan diferencias significativas en el tiempo de cicatrización aplicando ambas terapias, aunque existe un estudio que sugiere que el vendaje de 4 capas obtiene mejores resultados en este ítem.

Las presiones en el tobillo obtenidas por ambos tipos de vendaje, así como la durabilidad de los mismos son similares. Respecto a la tolerancia por parte del paciente, los vendajes compuestos por 2 capas fueron mucho mejor aceptados en todos los casos. A nivel de el uso por parte de los profesionales sanitarios, el vendaje de 2 capas se ha evaluado como "muy fácil" de colocar un 15% más de las ocasiones en las que se utilizó vendaje de 4 capas. Como alternativa en la consulta, si no se dispone de este tipo de productos ya preparados, se podría realizar un vendaje multicapa utilizando venda de algodón, venda de crepé y, por último, venda cohesiva. El inconveniente de no usar los kits preparados es que se desconoce cual es la presión aplicada con exactitud.4.

Por las ventajas que ofrece, el vendaje multicapa de 2 capas podría ser el tratamiento de elección en las úlceras venosas ya que los resultados en tiempos de cicatrización son similares al de 4 capas pero es mucho mejor tolerado por los pacientes. Además resulta más económico y más fácil de colocar. Se debería proporcionar a los profesionales sanitarios los materiales necesarios para utilizar el vendaje multicapa y una formación adecuada, ya que la efectividad del vendaje depende en gran medida de la técnica de colocación.

6 Bibliografía

1. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2012; 14 (11)
2. Folguera Álvarez C, Garrido Elustondo S, Verdú Soriano J, García García D, Sánchez Hernández M, Torres de Castro OG, et al. ECAMulticapa: Effectiveness of doublelayered compression therapy for healing venous ulcers in primary care: a Study Protocol. BMC Nursing. 2016; 15 (1):58.
3. Mościcka P, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J, Jawień A. The role of compression therapy in the treatment of venous leg ulcers. Adv Clin Exp Med. 2019;28(6):847–852.

4. Gómez Fernández P. Revisión del tratamiento de las úlceras venosas: terapia compresiva. RqR. 2015 Feb; 3(1):43-54
5. Clark M. Vendajes compresivos: principios y definiciones. En: Clane S. Comprendiendo la terapia compresiva. Vol 1. Londres: MEP; 2003. p. 5–7.
6. Lazareth I, Moffatt C, Dissemond J, lesne Padieu AS, Truchetet F, Beissert S, et al. Eficacia de dos sistemas de compresión en el tratamiento de úlceras venosas de pierna – Resultados de un ensayo clínico aleatorizado europeo. JWC. 2012;21 (11): 553-566.
7. Junger M, Ladwig A, Bohbot S, Haase H. Comparison of interface pressures or three compresion bandaging systems used to healthy volunteers. JWC. 2009; 18 (11): 475-481.

Capítulo 199

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE POSTOPERATORIO

ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ

ANA GÓMEZ RODRÍGUEZ

ANA BLANCO PELAEZ

NIEVES OLGA RAMOS FERNANDEZ

VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

La actividad quirúrgica se relaciona con gran parte de las actuaciones sanitarias derivadas de los servicios de salud. El proceso quirúrgico y la cirugía en particular expone a la persona a una situación de vulnerabilidad física y psicológica. En ésta situación los cuidados de enfermería cobran una especial importancia.

Todo lo anterior implica que el trabajo enfermero debe centrarse en la adaptación y respuesta que cada persona hace frente al proceso quirúrgico, y requiere de una actuación individualizada y una planificación de los cuidados en base a las distintas etapas del proceso quirúrgico. Enfermería debe proporcionar una atención óptima a estos pacientes para satisfacer sus necesidades mediante la prestación de unos cuidados especializados y de calidad durante todo el proceso quirúrgico. El proceso quirúrgico es aquel proceso en el que el paciente va a ser sometido quirúrgicamente, y comprende tres etapas bien diferenciadas:

1. Preoperatorio: comienza cuando el paciente acepta ser intervenido y termina con su entrada en el quirófano.
2. Intraoperatorio: comprende el acto quirúrgico, va desde su ingreso en el área quirúrgica hasta el fin de la intervención.
3. Postoperatorio: se inicia con la salida del paciente de quirófano y su entrada en la sala de recuperación y finaliza con el alta del paciente y su completa recuperación o parcial del mismo.

El periodo postoperatorio es la última etapa de proceso quirúrgico, caracterizada por ser uno de los momentos más críticos debido a la inestabilidad hemodinámica consecuencia del acto quirúrgico. Se centra en la recuperación de las funciones vitales y en prevenir complicaciones. Se divide en a su vez en tres etapas :
1. Postoperatorio inmediato
2. Postoperatorio mediato
3. Postoperatorio tardío

2 Objetivos

Describir la etapa postoperatoria en el paciente quirúrgico y los cuidados de enfermería en la misma, así como destacar la importancia del papel del profesional de enfermería en estos cuidados.

3 Metodología

La metodología utilizada para la realización de este capítulo se ha sustentado en una revisión bibliográfica de la literatura preexistente, mediante rastreo, recolección e interpretación de los documentos para construir un cuerpo de conclusiones sobre los cuidados de enfermería en la etapa postoperatorio del paciente quirúrgico.
Para éste fin se asistió de descriptores, operadores boleanos, criterios de inclusión y de exclusión y técnicas de exploración que permitieron acceder a documentos en repositorios académicos como Medline, Cuiden, Pubmed, SciELO y Dialnet.

Entre los criterios de selección de los documentos se contemplaron: el idioma, la fecha de publicación de los documentos (2000-2020) y la gratuidad y los términos de exploración utilizados fueron: paciente quirúrgico, postoperatorio, intervención quirúrgica y proceso quirúrgico. También se han revisado revistas científicas, protocolos y guías clínicas. Mediante este método hemos podido explorar,

mapear y filtrar los documentos necesarios para el desarrollo de ésta revisión bibliográfica.

4 Resultados

La etapa postoperatoria corresponde a la última etapa del proceso quirúrgico, se inicia una vez concluida la intervención quirúrgica, para ser trasladado a la sala de recuperación post-anestésica y finaliza con la recuperación del paciente de la intervención quirúrgica. Durante esta etapa la atención de la enfermera juega un papel fundamental y se centra en la valoración integral del paciente y vigilancia continua con el fin de recuperar las funciones vitales afectadas, detectar complicaciones potenciales y tratarlas proporcionando así una asistencia de alta calidad. Durante este periodo los cuidados de enfermería variarán en función de la etapa del postoperatorio en la que nos encontremos. Las fases del periodo postoperatorio son:
1. Postoperatorio Inmediato: es el periodo en que se proporciona los cuidados al paciente en la sala de recuperación post-anestésica hasta su recuperación de los efectos producidos por la anestésica. La sala de recuperación anestésica debe estar situada en el área quirúrgica o con acceso directo a la misma, y debe contar con equipos y profesionales adecuados para el manejo de estos pacientes. El número de enfermeras será de una cada tres o cada dos pacientes. Esta etapa del postoperatorio suele tener una duración de 2-4 horas. Es un periodo de importantes alteraciones fisiológicas consecuencia de la intervención y de la anestesia. En ésta etapa los cuidados de enfermería son de vital importancia por ello en esta etapa se requiere de profesiones dotados de conocimientos y habilidades para atender las necesidades de estos pacientes.

Los cuidados en esta etapa del postoperatorio incluyen el traslado del paciente y su recepción en la sala de Reanimación post anestésica: deberá ir acompañado del anestesista y la enfermera circulante y será recibido por la enfermera del servicio la cual recibirá información relacionada con el proceso quirúrgico:
• Identificación del paciente.
• Antecedentes del paciente.
• Tipo de intervención y complicaciones.
• Tipo de anestesia y duración de la misma.
• Medicación administrada en el quirófano.
• Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la intervención.
• Localización de catéteres, drenajes y apósitos.

- Actuaciones de enfermería:
• Examinar la permeabilidad de la vía aérea, aspiración de secreciones, administración de oxígeno nasal o por mascarilla según indicación anestesista
• Monitorización y toma de las constantes vitales cada 15 minutos la primera hora y posteriormente cada 30 minutos.
• Colocar en decúbito lateral ya que favorece la ventilación pulmonar, salvo contraindicación.
• Mantener el ayuno.
• Control de ingestas y pérdida de líquidos.
• Vigilar la administración de líquidos parenterales, sangre y hemoderivados y fármacos, así como su registro y aparición de efectos adversos.
• Vigilar diuresis horaria.
• Vigilar efectos adversos de anestesia general y raquídea.
• Vigilancia y control tempranos de hemorragia y shock.
• Control de apósitos, drenajes y vendajes
• Valorar la presencia del dolor y control del mismo.
• Valorar el estado de conciencia, orientación temporo espacial, estado de alerta y agitación (escala Glasgow) nivel de sedación (Escala Ramsay), reversión de raquianestesia (escala Bromage)
• Valorar la movilidad del paciente: tono, fuerza.
• Control de la seguridad del paciente y su confortabilidad: alergias, permeabilidad de sondas, drenajes y vías, náuseas y vómitos, posición, barandillas laterales.
• Registro de todas las actividades de enfermería durante la recuperación anestésica.

Alta del paciente de la sala de recuperación post anestésica: Una vez conseguida la estabilidad y recuperación del paciente se procederá al alta por el anestesista responsable, para ello se requieren una serie de requisitos:
• Función respiratoria adecuada.
• Estabilidad de los signos vitales.
• Consciente, despierto y alerta.
• Control del dolor
• Control de la diuresis
• Control del vómito.
• Ausencia de síntomas que indiquen complicaciones.
• Recuperación de la sensibilidad y movilidad de la zona anestesiada.
• Se tramita el alta del paciente y el traslado del mismo a la unidad de hospitalización.

2. Postoperatorio Mediato: es la segunda fase del postoperatorio, y abarca desde la recepción del paciente en la unidad de hospitalización hasta que el paciente es dado de alta, es decir comprende el tiempo que permanece en la unidad de hospitalización. En ésta etapa los cuidados de enfermería irán encaminados a la completa recuperación física y psíquica del paciente del proceso quirúrgico para que logre el máximo grado de independencia y la readaptación a su medio
Los cuidados de enfermería en esta etapa son: a. Traslado del paciente a la unidad de hospitalización: la enfermera de la sala de recuperación post anestésica comunicará a la enfermera de la unidad de hospitalización el traslado del paciente, además acompañará al paciente durante su traslado y relatará su expediente clínico: tipo de intervención, anestesia, alergias evolución, etc. b. Recepción del paciente en la unidad de hospitalización: a su llegada al servicio la enfermera realizará una valoración inicial:
- Verificar identidad del paciente
- Acomodar en la habitación y proporcionar información sobre funcionamiento del servicio al paciente y familiares.
- Vigilar signos y síntomas de hemorragia
- Valoración respiratoria
- Valoración cardiocirculatoria
- Valoración de la herida y otros dispositivos
- Mantener la temperatura corporal
- Revisar historia clínica

Actuaciones de enfermería:
• Control de constantes vitales cada 6/12 horas según protocolo de la unidad.
• Control de la función respiratoria: asegurar permeabilidad de la vía aérea, oxigenoterapia y aspiración de secreciones si fuese necesario; ejercicios respiratorios y drenaje postural.
• Control de la función cardiocirculatoria: mantener temperatura adecuada, cambios posturales y deambulación precoz siempre que no exista contraindicación para prevenir posibles complicaciones.
• Control eliminación urinaria: comprobar que el paciente ha realizado micción espontanea, así como la presencia de globo vesical por si fuese precioso sondaje vesical. Valorar las características de la orina.
• Control eliminación intestinal: prevenir posibles complicaciones como el estreñimiento mediante deambulación precoz, líquidos y dieta rica en fibra siempre que las condiciones del paciente lo permitan.
• Fomentar deambulación precoz y progresiva.

• Control nutricional: iniciar tolerancia con líquidos y a continuación se introducirá progresivamente dieta líquida, blanda, hasta finalizar con dieta basal. Valorar también la presencia de náuseas y vómitos que pueden repercutir en el estado nutricional del paciente.
• Control del dolor: valorar intensidad y localización, administrar tratamiento analgésico pautado y valorar la efectividad.
• Control de la herida quirúrgica: se debe realizar valoración (localización, tamaño, exudado, dolor, olor signos de infección), tratamiento (cura diaria con las oportunas medidas de asepsia y antisepsia) y seguimiento.

3. Postoperatorio Tardío: es la tercera etapa del postoperatoria y es el periodo que comprende desde el alta hospitalaria del paciente a su domicilio al alta definitiva del proceso.
En esta etapa las actuaciones de enfermería se basan en: a. Realizar el informe del alta de enfermería. b. Realizará el informe de cuidados de enfermería: c. Educación al paciente y familia para la colaboración en los cuidados:
- Cuidados de la herida quirúrgica.
- Detección de posibles complicaciones.
- Cuidados específicos relacionados con su proceso quirúrgico.
- Tratamiento farmacológico.
- Dieta.

5 Discusión-Conclusión

Una intervención quirúrgica supone una acción mecánica sobre una estructura anatómica del cuerpo con fines médicos, bien sean diagnósticos, terapéuticos o de pronóstico, esta situación expone a las personas que se someten a ella a una situación de vulnerabilidad física y psicológica. A demás una misma intervención puede ser vivida y experimentada de diferentes maneras por cada paciente según las características del mismo, repercutiendo negativa o positivamente en la evolución y recuperación del paciente quirúrgico.

En esta circunstancia los cuidados de enfermería cobran una especial importancia y obligan a prestar una atención excelente para garantizar la seguridad y prevenir posibles complicaciones. El paso de un paciente por un proceso quirúrgico requiere de una serie de cuidados especializados lo que conlleva la formación, desarrollo y actualización de conocimientos para prestar una atención de calidad y facilitar la recuperación postoperatoria. Una atención integral, individualizada

y homogénea por parte del personal de enfermería se convierte en uno de los pilares fundamentales.

6 Bibliografía

1. López Medina I.M., Sánchez Criado V.: Paciente postquirúrgico. Plan de cuidados. REV. Rol Enf. 2001.24(3): 219-224.
2. Pereira Becerra F, Cruz Hervás J, Gracía Fernández FP, Bellido Vallejo JC, et al. Plan de cuidados del Paciente Quirúrgico. V Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber. ANTEDE. Disponible en CD de comunicaciones y ponencias: Datos\107. pdf. ISBN: 84-609-18378.
3. Jiménez Villegas MC. La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del apciente quirúrgico. Rev Mex Enf Cardiol. (Internet) 2001.7 (1-4): 28-35. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-1999/en991g.pdf
4. Muñoz E, Pérez G. Atención de enfermería en el paciente quirúrgico. Rev Enferm. 2013; 197-208.
5. Bárbara MC. Plan de cuidados para pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente. Rev enferm docente (Internet). 2006; 84:28-31. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzadesalud/huvvsites/default7files/revistas/ED-84-09.pdf
6. Basozabal Zamakona B, Durán Díaz de Real A. Manual de Enfermería Quirúrgica. Hospital de Galdakao. Vizcaya: hospital de gobierno Vasco. España; 2003. Depósito Legal: SA-1268-2003.
7. Alves de Oliveira Serra MA, Ferreira da Silva FilhoD F, de Oliveira de Albuquerque A, Andrade dos Santos CA, Freire de Carvalho Junior J, de Araujo Silva R. Cuidados de enfermería en el post-operatorio inmediato: estudio transversal. Rev OBJN (Internet). 2015; 14(2): 161-7. Disponible en: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/5082/4777.
8. Benavides Caro CA, Prieto Alvarado E, Torres Giancarlo M, Gaitán Duarte H, García C, Gómez LM. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: Controles postquirúrgicos. Rev Colomb Anestesiol (Internet)2015; 43(1):20-31. Disponible en: http://www.revcolanest.com.co/es/mmanual-practica-clinica-basado-evidencia/articulo/S0120334714001440/
9. Esteve N, ribera H, Mora C, romero O, Garrido P, Verd M. Atención del dolor agudo postoperatorio: evaluación de resultados en salas de hospitalización quirúrgicas. Rev. READER. 2011; 58(6):353-361. Disponible en: http://www.sciencedirect/article/pii/S0034935611700846?via?%3Dihub.

Capítulo 200

CONOCIMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA BRAQUIERAPIA PROSTÁTICA.

PAOLA MORÁN CABAL

1 Introducción

La incidencia de cáncer de próstata, entendido como un crecimiento descontrolado de células tumorales, según la Sociedad Española de Oncología Médica, es de un 21.7%, cuya prevalencia se sitúa en torno a un 31.4% y su índice de mortalidad en un 8.6%, siendo la tercera causa de muerte en varones tras el cáncer de pulmón y colorrectal. El número de diagnósticos de carcinoma prostático se incrementó de forma llamativa a partir de los años 90 con a la introducción del test Antígeno Prostático específico (PSA). Actualmente con en el objetivo de hacer un diagnóstico precoz de este tipo de cáncer, se recomienda la realización de una analítica anual a los hombres de 50 a 70 años con perfiles de PSA.

Respecto a su tratamiento cabe destacar que hasta 1988 en España la única técnica disponible era la prostactectomía radical, intervención quirúrgica que provoca en la mayoría de los pacientes incontinencia urinaria y disfunción eréctil. Posteriormente apareció la braquiterapia como técnica utilizada en los estadios iniciales de procesos malignos y de baja agresividad tumoral.

En España las únicas referencias encontradas sobre la aplicación de la braquiterapia hacen alusión al Hospital General de Asturias donde en 1981 se realizó el primer implante instersticial de Au-198 utilizando la vía abdominal con exposición directa de la próstata. En 1998 se realizó en el mismo centro el primer

implante transperineal ecodirigido de alta tasa de dosis de radiación (HDR) y en 1999 el mismo procedimiento con baja dosis (LDR) con semillas de Yodo 1254.

La braquiterapia intersticial consiste en aplicar directamente sobre el tumor radiaciones ionizantes emitidas por fuentes radiactivas en forma de semillas de Yodo 125, Au 198 o Pd 103 que se colocan directamente sobre el tejido prostático. Las semillas se implantan a través de agujas que atraviesan el periné hasta la próstata por lo que el método de carga es inmediato, exponiendo al personal presente en el acto quirúrgico a la radiación emitida por el isótopo. La técnica se apoya con la imagen proporcionada por ecografía transrectal. Se realiza un control dosimétrico de la radiación depositada en los tejidos evitando radiar en exceso otras estructuras adyacentes o tejidos sanos como pueden ser la vejiga, el recto, o intestino.

Para poder llevar a cabo este tipo de tratamiento es necesario un procedimiento muy exhaustivo, según la Sociedad Americana de Braquiterapia (SAB)9 este tipo de intervención requiere un proceso de planificación que consiste en:
1. Preplanning en el que unos días antes y a través de un equipo multidisciplinar formado por enfermeras, oncólogos y físicos se calcula el número de semillas deI 125, dosis de radiación y puntos concretos de colocación dentro de la próstata.
2. Preoperatorio dónde se recogerán los datos clínicos del paciente, se realizará una exploración física y una ecografía transrectal para determinar el volumen prostático y poder solicitar así el número de semillas necesarias y actividad de las mismas de forma individualizada, según las características anatómicas de cada paciente.
3. Ingreso programado en el que los pacientes una vez realizado el preplanning y el preoperatorio acuden a la unidad de hospitalización para su ingreso y donde son recibidos por el personal de enfermería que realiza la valoración e informa del proceso.
4. Preparación quirúrgica, los pacientes 24h antes de la intervención deberán estar en ayunas y haberse administrado un enema de limpieza para poder ser intervenidos.
5. En el acto quirúrgico el paciente será intervenido con anestesia raquídea. Tras el sondaje vesical se colocará en posición de litotomía para introducir los radioisótopos.
6. Tras la llegada del paciente a la unidad de hospitalización, se establecerá un plan de cuidados y antes del alta domiciliaria se darán las recomendaciones relacionadas con los cuidados específicos.

Una de las ventajas de la braquiterapia respecto a otro tipo de intervenciones como la prostatectomía radial es la reducción de la estancia hospitalaria ya que el paciente recibirá el alta al día siguiente, volviendo aproximadamente a las cuatro semanas posteriores de la intervención para realizar un TAC (Tomografía Axial Computerizada) de seguimiento.

Como parte importante del equipo multidisciplinar cabe destacar la atención de enfermería, que según el Colegio Americano de Radiología (ACR) será el responsable de valorar y evaluar al paciente para llevar a cabo "una intervención profesional adecuada para los problemas que se plantean o se pueden plantear al paciente y su familia en relación con el proceso de la enfermedad, su tratamiento y periodo de seguimiento. Ese papel incluye las funciones de enseñanza, asesoramiento y apoyo para ayudar al paciente y a su familia a afrontar el diagnóstico y tratamiento del cáncer".

Para poder prestar unos cuidados adecuados y adaptados a las necesidades de este tipo de pacientes el personal de enfermería debe tener conocimientos específicos sobre la técnica de la braquiterapia prostática y los efectos que tiene sobre la calidad de vida del paciente. Así mismo debe ofrecer una correcta información sobre el proceso y llevar a cabo un plan de cuidados previo a la intervención abarcando desde la acogida e información en la primera consulta, cuidados periimplante durante la técnica en el quirófano, atención durante la hospitalización hasta las recomendaciones pertinentes al alta.

2 Objetivos

- Identificar los cuidados de enfermería que precisan los pacientes con cáncer de próstata sometidos a braquiterapia de baja dosis.
- Analizar las cuidados que deben llevarse a cabo antes, durante y después de la intervención teniendo en cuenta las medidas de radioprotección.
- Describir las recomendaciones de enfermería al alta del paciente.

3 Metodología

Bases de datos consultadas: Cuiden, Scielo, Dialnet y Cochrane. Así como la página de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) y bases de datos que contienen guías clínicas: Fisterra y Guía Salud.

Las palabras clave utilizadas como descriptores han sido: "Cancer de Próstata",

"Braquiterapia" "Braquiterapia Prostática", "Enfermería Radioterápica", "Cuidados", "Brachytheraphy and care", Brachytheraphy and nursing", "Braquiterapia and enfermería". Se han excluido los artículos que hacían referencia únicamente al tratamiento médico.

4 Resultados

- Cuidados antes de la braquiterapia:

Tras la llegada del paciente a la unidad de hospitalización, se llevará a cabo el proceso de acogida y cuidados del centro. Durante este proceso el personal de enfermería debe informar al paciente de todo el procedimiento, valorando su necesidad de información para mejorar su colaboración en el tratamiento, aspecto de gran relevancia ya que este proceso desencadena desasosiego, inquietud y ansiedad.

Un aspecto importante en este punto es la comunicación con este tipo de pacientes ya que tras el diagnóstico del cáncer se desencadenan una serie de problemas psicosociales a la persona enferma, a sus familias y al equipo asistencial. Por lo que para poder afrontarlos y manejarlos así como para poder establecer un buen plan de cuidados es imprescindible establecer vías de comunicación que lo favorezcan. Gracias a estas vías de comunicación el personal de enfermería podrá apoyar emocionalmente al paciente y a la familia durante el proceso.

Además, se comprobará que el preoperatorio esté completo, incluyendo la valoración anestésica, y se preparará al paciente para la intervención, destacando las siguientes actividades: rasurado de la zona perianal, dieta astringente en la cena, dieta absoluta a partir de las 24h y por último administrar un enema de limpieza a las 20/21h y otro a las 7h del día de la intervención. Según el protocolo del centro se administrará también un antibiótico 1hora antes de la intervención como el ciprofloxacino excepto en casos de alergia.

- Cuidados durante la intervención:

Destaca la monitorización del paciente y la importancia de dejar a éste en posición de litotomía para la intervención, aspecto de gran relevancia para una adecuada colocación de las semillas. Se realizará la técnica de sondaje vesical para vaciar la vejiga y administrar el contraste yodado diluido con suero fisiológico ó agua estéril para obtener una imagen opaca de la vejiga tras el pinzamiento de la sonda.

Posteriormente se coloca la sonda rectal sobre un soporte especial denominado stepper para obtener un seguimiento ecográfico de la próstata y se procede a insertar las semillas a través de agujas que atraviesan el periné colocadas me-

diante una rejilla de coordenadas. Durante este proceso el enfermero/a asiste instrumentando de forma estéril al facultativo con las medidas de radioprotección pertinentes: delantal plomado, protector del tiroides y control dosimétrico de muñeca o anillo.

Una vez finalizado el implante se registra en el evolutivo de enfermería del quirófano todas las actividades realizadas durante el proceso y posibles complicaciones para unificar cuidados en la unidad de hospitalización.

- Cuidados después de la braquiterapia:

Tras la realización del implante, los pacientes pueden presentar alteraciones urinarias, rectales y de la función sexual, por lo que el personal de enfermería debe establecer una serie de cuidados específicos. Tras la intervención y posterior llegada del paciente a la unidad de hospitalización se aplicará hielo en la zona del periné para evitar la inflamación y aparición de hematomas durante al menos 6 horas 12. Se mantendrá la sonda vesical hasta el día siguiente del implante vigilando la aparición de sangre en sonda o bolsa de diuresis. Control de constantes en relación con los signos de hemorragia vesical como son la hipotensión, palidez cutánea sudoración, enfriamiento e incremento de la frecuencia cardiaca.

Por otra parte, se observará el contenido de la diuresis para comprobar que la orina del paciente no contenga semillas de I 125, en el caso de que así fuera se filtrará la orina y se recogerá la semilla con unas pinzas depositándola en un recipiente con blindaje adecuado y avisando al servicio de radioterapia. A la retirada de la sonda vesical se informará al paciente que puede presentar molestias como escozor, dificultad para orinar, sangre en orina, o incluso la presencia de coágulos que en ocasiones pueden provocar retención urinaria y requerir un nuevo sondaje.

- Recomendaciones de enfermería al alta:

El personal de enfermería recomienda la ingesta abundante de líquidos y evitar en la medida de lo posible el café y alcohol para no favorecer la irritación de la vejiga. Otro aspecto importe es informar a los pacientes que pueden seguir manteniendo relaciones sexuales con preservativo durante un periodo de al menos 2 semanas para reducir los riesgos de pérdidas de las semillas. Sin embargo también hay que destacar que en las eyaculaciones y durante 6 meses aproximadamente es posible la existencia de molestias. En cuanto a los hábitos de vida estos pacientes deben evitar montar en bicicleta caballo o moto durante un año.

Además, el paciente recibe una serie de pautas en cuanto a las medidas de radioprotección. La radiación emitida por los isótopos disminuye su actividad con el tiempo , en el caso del I 125 pierde hasta un 50% de actividad cada dos meses, por este motivo se recomienda durante los dos primeros meses no acercarse a niños

ni embarazadas o si lo hacen utilizar prendas de radioprotección. Otro aspecto a tener en cuenta y que la enfermera debe aclarar a este tipo de pacientes es que el material radiactivo no se encuentra libre en sangre, orina o cualquier fluido corporal ya que se encuentran en pequeñas fuentes encapsuladas herméticamente.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a los cuidados de enfermería se refiere, son varios estudios que afirman la necesidad de establecer una serie de cuidados durante todo el proceso, desde el ingreso en la unidad de hospitalización, cuidados previos al implante, pre y postimplantación hasta las recomendaciones al alta. Se trata de unificar las intervenciones de enfermería con la evidencia encontrada en la literatura analizada, de esta forma se intenta disminuir la variabilidad de la práctica clínica y unificar criterios de actuación garantizando así la máxima seguridad en el cuidado de estos pacientes.

El incremento de la incidencia de cáncer en los países desarrollados ha obligado a disponer de personal altamente capacitado y cualificado capaz de establecer un buen plan de cuidados teniendo en cuenta las medidas de radioprotección e instalaciones disponibles. El personal de enfermería para poder desarrollar su labor deberá contar con una formación especial denominada operador en instalaciones radiactivas. El papel de enfermería en el cuidado de estos pacientes es de vital importancia, sin embargo constituye una auténtica desconocida, incluso dentro de la misma profesión.

6 Bibliografía

1. Cifras del cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. 2014.
2. Pinto J, Vallejos C. El antígeno prostático específico (PSA), Biología y utilidad en el despistaje del cáncer de próstata. Julio 2012.
3. Cartera de Servicios. Portal de Salud de Castilla y León. 2009.
4. D. Ignacio Petschen Verdaguer. Historia de la braquiterapia. Discurso Sesión Inaugural RAMCV. 2011
5. Soler Catalán P. Análisis Dosimétrico de la Braquiterapia de Alta Tasa en pacientes con cáncer de próstata con afectación de vesículas seminales. Tesis doctoral. Universidad de Valencia. Facultad de Medicina. 2015

6. Prada P, Gónzalez H. Aspectos generales de la braquiterapia en el cáncer urológico. Guía de Braquiterapia. Hospital Universitario Asturias, Oviedo.
7. Tejero Sánchez, A; Gil Martinez, P; Garcia Ruiz, R; Trivez Boned, M; Gil Fabra J; Mendez Villamón A, Borque Fernando, A; Mallen Mateo E, Rioja Zuazu J; Villada Castaño S, Gil Sanz MJ. Braquiterapia. Implante de semillas de I 125 en el cáncer de próstata localizado. LXXX Congreso Nacional de Urología. 10-13 Junio 2015.
8. Prada P, González H. Braquiterapia con semillas LDR. Cálculo Dinámico. Cáncer de Próstata. Guía de Braquiterapia. H.U de Asturias, Oviedo.
9. Tormo A, Pérez J, Polo A.BT con LDR. Dosimetría postimplante por fusión TAC-RNM. Cáncer de Próstata. Hospital Universitario La Fe Valencia y Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
10. Perez-Calatayud J, Corredoira Silva E, Crispín Contreras V, Eudaldo Puell T, de Frutos Barajas J, Pino Sorroche F. Protección Radiológica en Braquiterapia. Informe de Braquiterapia de la SEFM. 2015.

Capítulo 201

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE OSTOMIZADO.

TAMARA RUIZ GARCÍA

MÓNICA VIELLA FERNÁNDEZ

ALBERTO RUEDA RUIZ

ANA BELEN CALVO DIAZ

MARIO JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El paciente ostomizado es aquel al que mediante una intervención quirúrgica se le ha realizado un estoma, es decir, una abertura desde el tracto intestinal o urinario al exterior del cuerpo, bien sea de forma temporal o permanente.

Dentro de las ostomias digestivas tenemos dos grupos:
- Ostomia de nutrición: vía abierta para proporcionar alimentación cuando existe una alteración del normal funcionamiento del tubo digestivo. Estas son, según el nivel en el que se realizan: esofasgostomia, faringostomia, gastrostomia y yeyunostomia.
- Ostomia de eliminación: exteriorización de cualquier parte del intestino para crear una vía artificial para la excreción de productos de desecho. Según su localización tenemos las siguientes: ileostomia, cuando se realiza en la última parte del intestino delgado , o colostomia, cuando se realiza en el intestino grueso. Dentro

de estas últimas tenemos varios tipos: cecostomia, colostomia ascedente, colostomia transversa, colostomia descedente y colostomia sigmoidea.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados propios del tipo de ostomia que muestra el paciente.
- Enseñar al paciente, y al cuidador, a realizar un buen autocuidado de su ostomia.
- Enseñar los diferentes dispositivos que existen y utilizar el más adecuado para cada caso individual.
- Conocer las posibles complicaciones que pueden suceder.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados que se deben llevar a cabo en el paciente ostomizado, y que por tanto, les enseñaremos a realizar, son:
 vigilar el color del estoma y el tamaño
 mantener la piel periestomal seca e integra
 realizar un cuidado e higiene diaria del estoma de la siguiente manera: despegar el adhesivo de arriba hacia abajo, retirar los restos de heces con papel de celulosa, limpiar el estoma y la piel con esponja jabonosa (usando jabón neutro y agua tibia), aclarar y secar con toquecitos evitando frotar.
 evitar aceites o cremas, que dificultan la adhesión
 recortar el vello alrededor del estoma en lugar de rasurar
 pueden ducharse o bañarse sin bolsa
 evitar el sobrepeso
 evitar esfuerzos abdominales y el estreñimiento

 colocar el dispositivo dejando 1 o 2 mm entre el estoma y el diámetro de éste. si es de una pieza colocarlo de abajo hacia arriba, y si es de dos, colocar primero la placa adhesiva y luego adaptar la bolsa.

Las complicaciones que se pueden dar en el estoma son:
 irritación cutánea
 necrosis; sucede en las primeras 24 h postquirúrgicas
 retracción, por tracción, al cicatrizar queda umbilicado
 infección periestomal
 estenosis, debido a procesos infecciosos o inflamatorios
 hernia de la pared abdominal
 edema
 fístula periestomal, entre intestino y piel

Los dispositivos de ostomia son bolsas impermeables e inodoras que se emplean para recoger las heces a través del estoma. El dispositivo esta formado por dos elementos; placa y bolsa. De esta manera se dividen en:
- dispositivos de una pieza: la placa va unida a la bolsa, se cambia de 2 a 3 veces al día
- dispositivos de dos piezas: placa y bolsa van separadas. La placa puede permanecer más tiempo sobre la piel asegurando el cuidado de ésta, ya que está formada por un material hidrocoloide que la protege. Se cambia de 2 a 3 veces por semana.

A su vez, las bolsas pueden ser de dos tipos:
- abiertas: con un sistema de cierre en la parte inferior que permite vaciar el contenido sin necesidad de cambiar la bolsa. Útil para heces líquidas.
- cerradas: la bolsa no se puede vaciar y se debe cambiar la bolsa por completo, útil para heces sólidas.

Para elegir el dispositivo mas adecuado se debe de tener en cuenta el tamaño y la forma del estoma, la consistencia de las heces, las veces que necesita cambiarse, el lugar de colocación de la bolsa y la habilidad y destreza del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales de enfermería debemos enseñar tanto al paciente como a su cuidador principal, si lo hubiera, los cuidados generales que se deben llevar a cabo en el estoma. Debe saber como realizar una correcta higiene, que materiales

son los mas adecuados para ello y fomentar que vuelvan lo antes posible a su vida habitual.

Debemos enseñarles las posibles complicaciones que pueden suceder, a detectarlas y recordarles la importancia de comunicarlo al medico o profesional de enfermería.

Los pacientes también deben conocer cuales son los diferentes dispositivos existentes para las ostomias y cuales son los mas adecuados para ellos. Para todo esto es importante una buena educación sanitaria de manera que se fomente su autocoidado.

6 Bibliografía

- Ortiz H, Martin Rague J, Foulkes B. Indicaciones y cuidados de los estomas: Jims; 1995.
- Gago Fornells M, García González F. Cuidados de la piel perilesional. ; 2006.
- Gladys EC, Herrera AM, Londoño ME. Guía de enfermería para el cuidado de la persona adulta con estoma.: ACOFAN; 2005. Disponible en http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0026.php
- Gómez Ayala AE. El paciente ostomizado. Farmacia profesional 2006;20(8).

Capítulo 202

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES COMO FLEBITIS EN LOS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS

VERONICA FERNANDEZ ALVAREZ

LAURA DEL COZ SANTOS

MARIA CARIDAD PINILLA DAPENA

TANIA SUAREZ GONZALEZ

MARÍA EMILIA PIÑEIRO GUTIÉRREZ

1 Introducción

Los catéteres venosos periféricos son disoositivos que se insertan en un acceso vascular venoso.Este procedimiento es el mas frecuente por enfermería para un fin diagnóstico o terapeútico; aunque destaca para administración de medicación, nutrición parenteral y/o hemoderivados. Pueden ser usados de forma temporal(días) o prolongados(semanas o meses).

Esta técnica no está exenta de riesgos potencialmente derivados de inserción y mantenimiento del catéter venoso, pudiendo generar flebitis.La flebitis es la inflamación de la capa íntima (endotelio) de la vena, debida por la alteración del endotelio con signos y síntomas tales como: eritema, induración, calor, cordón venoso palpable.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Analizar el nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre el manejo correcto de las técnicas de inserción, mantenimiento, prevención y tratamiento de la flebitis.

Objetivos secundarios:
- Revisar bibliografía desde el punto de vista del catetér periférico venoso y así, mejorar la calidad asistencial.
- Definir un protocolo de prevención de flebitis y definir las posibles complicaciones.
- Realizar los cuidados necesarios para mantener la permeabilidad de las vías venosas y la asespia para la disminución de las posibles complicaciones.
- Programar medidas de control y vigilancia del estado del paciente.
- Detectar los factores de riesgo.

3 Metodología

Se realiza la búsqueda sistemática usando palabras clave como: flebitis, tratamiento preventivo, enfermería, catéter venoso periférico, flebitis; de datos obtenidos en MEDLINE, PUbMED, GOOGLE ACADÉMICA y SCIENCE. Recopilando datos también de Guías de Práctica Clínica.Además se han tenido en cuenta información reciente de Flebitis Zero.

4 Resultados

Para el personal de Enfermería es importante desde el punto de vista de la flebitis, la prevención y posibles complicaciones:
-Identificación de flebitis: dolor leve a moderado en el lugar de la punción, eritema en el lugar de la punción, edema, entre induración y cordón venoso palpable, fiebre.
-Informar al paciente que comunique cualquier anomalía en la zona de punción .
-Prevenir la flebitis y las complicaciones mediante:
Seleccionar el catéter: menor calibre para mayor vena.
Reemplazar el catéter venoso en adultos aproximadamente cada 72-96h para la prevención de la flebitis. En niños puede ser hasta fin de tratamiento.
- Cambio de equipos cada 72h.

Características del paciente:mastectomía, diestro, fístula-arteriovenosa.
Higiene de manos
Técnica aséptica para la inserción y cuidados.
-Registrar de forma estandarizada la insercion,la fecha y cambio de apósitos.
-Mantenimiento del catéter:
Técnica aséptica para la inserción y cuidados de éste.
Uso de apósitos transparentes
Vigilar punto de inserción
Cambio de los apósitos y equipos suero cada 72h
-Mantener catéteres permeables con SF 0,9% para el sellado.
-Cuando ya hay flebitis, retirar catéter y aplicar medidas tipo: agua de Burow.

5 Discusión-Conclusión

-Estandarizar los cuidados de los catéteres venosos mediante un protocolo de prevención.
-El personal de Enfermería tiene un papel importante ; siendo éste un problema frecuente.
-La valoración diaria de los signos y síntomas al igual el punto de inserción .
-Proporcionar protocolos de actuación.
-Mantener registros de catéteres venosos periféricos; al igual que cumplimentar escala de Madox.
-Es necesario cursos formativos que refieran los conceptos básicos al respecto y su mantenimiento; para favorecer la disminución de las posibles complicaciones.

6 Bibliografía

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

Al igual que en distintas Guías de práctica clínica en los últimos 5 años.

Capítulo 203

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTE GERIÁTRICO.

DIANA GONZÁLEZ ARANGO

LAURA MALLADA LLANO

NAGORE SOLADANA GÓMEZ

LORENA VALLEDOR CASTAÑO

1 Introducción

La infección del tracto urinario (ITU) es la presencia de bacterias en la orina, que normalmente es estéril. La ITU puede ser sintomática o asintomática. La ITU sintomática es la presencia de síntomas clínicos atribuidos al tracto genitourinario en asociación con bacteriuria significativa. La ITU asintomática o bacteriuria asintomática viene definida por la presencia de bacterias en el urocultivo en un paciente sin sintomatología urinaria.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son una de las infecciones adquiridas en la comunidad más comunes en los ancianos. Los organismos más frecuentemente asociados son las Enterobacteriaceae. En la mayoría de los estudios, Escherichia coli es el microorganismo más comúnmente aislado en las mujeres, lo que podría explicarse por razones anatómicas y podría deberse a un origen fecal de las infecciones o bien a partir de la colonización del tracto vaginal. En hombres E. coli y Proteus mirabilis se aíslan con similar frecuencia.

2 Objetivos

- Observar un caso de infección del tracto urinario en un paciente geriátrico.

3 Caso clínico

- Mujer de 87 años residencialized que llega al servicio de Urgencias por fiebre y decaimiento general desde hace 3 días.
- Anamnesis: no alergias medicamentosas conocidas. Demencia incipiente. EPOC. Hipertensión arterial.
- Dislipemia. incontinente urinaria nocturna, continente fecal. Camina con ayuda de una persona y bastón.
- Tratamiento domiciliario: atorvastatina 10, enalapril 5, symbicort turbuhaler y ventolin si precisa.
- Exploración física: consciente, desorientada en tiempo y espacio. Tendente al sueño. Bien hidratada. Auscultación normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso. No se palpa globo vesical. No edemas. TA: 136/67, FC:78x´. Tª: 38.1ºC.
- Pruebas complementarias: se realiza análisis sistemático de orina y sedimento dando valores que muestran hematuria y leucocituria (más de 10 glóbulos blancos/mm3 en orina) y se recoge urocultivo siendo positivo (más de 100 000 UFC/mL a germen único, en este caso, E.Coli)
- Dada la edad de la paciente y sintomatología, se decide ingreso en unidad de Geriatría.

4 Discusión-Conclusión

Las enfermedades infecciosas constituyen una de las principales causas de mortalidad en las residencias y uno de los principales motivos de hospitalización. Concretamente, las infecciones urinarias son sumamente frecuentes en ancianos institucionalizados.

Los factores de riesgo que favorecen estos procesos infecciosos incluyen: trastornos neurológicos que producen incontinencia o retención urinaria, uso de fármacos con efecto anticolinérgico, comorbilidad, retención urinaria o residuo producido por hipertrofia benigna de próstata y sequedad vaginal.

5 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-infeccion-urinaria-el-anciano-13139887
- http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n3/art05.pdf
- www.segg.es
› download › descargas › guiaInfeccionesUrinarias
- https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc143u.pdf

Capítulo 204

LA IMPORTANCIA DE LOS OJOS.

AIDA SÁNCHEZ MÉNDEZ

1 Introducción

¿Qué son los ojos?
Son un órgano complejo que detecta la luz y envía señales a lo largo del nervio óptico hasta el cerebro. Son una de las partes más expresivas del cuerpo humano y, además, son los órganos responsables de uno de los sentidos más desarrollados en la especie humana: la vista.

Partes del ojo:
- Conjuntiva: es una membrana delgada que cubre la superficie interna del párpado y la esclerótica.
- Esclerótica: capa externa fibrosa de color blanquecino que recubre el globo ocular. Su función es la de proteger las estructuras sensitivas del ojo.
- Córnea: es una cúpula transparente que descansa sobre la pupila, el iris y la cámara anterior. Ayuda a enfocar el ojo a medida que la luz se abre paso; es decir, permite la refracción de luz y ayuda a que los ojos se enfoquen en los objetos visibles . Además, protege la superficie anterior del ojo frente a traumatismos.
- Coroides: situada entre la retina y la esclerótica. Se trata de una membrana conjuntiva muy rica en vasos, que reviste el globo ocular por dentro. Su función principal es proporcionar nutrientes y oxígeno a las capas externas de la retina. La parte posterior está perforada por el nervio óptico.
- Iris: situado detrás de la córnea, es una membrana coloreada y circular que posee una apertura central: la pupila. Actúa como un diafragma del ojo que controla la cantidad de luz que penetra en el órgano.

- Pupila: es una abertura del iris que regula la cantidad de luz que entra en el ojo. Cada vez que la luz brille con intensidad, las pupilas se harán más pequeñas (miosis); y cuando la luz se atenúe, se dilatarán (midriasis).
- Retina: es la capa más interna del globo ocular. Su misión es transformar la luz que recibe en un impulso nervioso que viaja hasta el cerebro a través del nervio óptico, y se convierte en las imágenes que percibimos.
- Nervio óptico: es el responsable de transportar los estímulos visuales que recibe la retina hacia la zona del cerebro que procesa la información visual. Ésta se sitúa en el lóbulo occipital.
- Papila o disco óptico: corresponde al punto de entrada del nervio óptico en la retina y también al punto por el cual entran en el ojo las arterias retinianas y salen las venas retinianas. Esta estructura forma el punto ciego del ojo, puesto que carece de células sensibles a la luz.
- Mácula: zona en la parte posterior de la retina, en la cual hay una mayor densidad de vasos sanguíneos y foto-receptores (conos), lo que hace que sea la zona de la retina especializada en la visión fina de los detalles. Responsable de la visión central, que permite entre otras cosas distinguir la cara de las personas y leer.
- Fóvea: depresión poco profunda de la retina situada en el polo posterior del ojo en el centro de la mácula. Es el área de la retina que proporciona la visión de más alta resolución y precisión.
- Cristalino: componente del ojo con forma de lente biconvexa que está situado tras el iris y delante del humor vítreo. Su propósito principal consiste en permitir enfocar objetos situados a diferentes distancias. Este objetivo se consigue mediante un aumento de su curvatura y de su espesor, proceso que se denomina acomodación.
- Humor acuoso: líquido transparente y fluido que ocupa el espacio existente entre el cristalino y la córnea. Sirve para nutrir y oxigenar las estructuras del globo ocular que no tienen aporte sanguíneo: la córnea y el cristalino, además de ayudar a mantener la presión intraocular.
- Humor vítreo: es la estructura transparente que conforma el relleno del globo ocular. Está situado entre la cara posterior del cristalino y el interior de la retina y su textura densa y gelatinosa es la que confiere al ojo su consistencia característica.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de los ojos para el ser humano ya que, nada menos que el 90% de las percepciones sensoriales que recibe nuestro cerebro son de ori-

gen visual, es decir, 9 de cada 10 sensaciones que tenemos procede de la vista. Permiten percibir el entorno, distinguir colores y además son lo que le da presentación a nuestro rostro; nos permite desarrollar distintas actividades porque, por medio de la vista podemos ver lo que realizamos y para que exista una buena visión, es necesario que Todas las estructuras estén sanas.

3 Caso clínico

Varón de 25 años de edad que acude al Servicio de Oftalmología remitido por su médico de atención primaria por molestias en el ojo derecho desde hace 18 horas. Refiere mucho lagrimeo, fotofobia, molestias al parpadear, sensación de cuerpo extraño y ojo rojo. No refiere disminución de la agudeza visual.
Trabaja en un taller mecánico.
No antecedentes personales de interés.
No intervenciones quirúrgicas previas.
No tratamientos médicos.
No alergias medicamentosas conocidas. Tras la administración de fluoresceína colirio y dilatación pupilar se exploran ambos ojos:
Ojo derecho: hiperemia conjuntival ++. No vitritis. Cristalino transparente. Papila y mácula normales. Parénquima sin alteraciones. Tensión ocular: 14 mm/Hg. Cámara anterior: normal. Iris: midriasis farmacológica.
Ojo izquierdo: normal.

Tras la administración de fluoresceína colirio y dilatación pupilar con ciclopéjico colirio se exploran ambos ojos:

Ojo derecho:
. Hiperemia conjuntival ++.
. No vitritis.
. Cristalino transparente.
. Papila y mácula normales.
. Parénquima sin alteraciones.
Tensión ocular: 14 mm/Hg.
Cámara anterior: normal.
Iris: midriasis farmacológica.

Ojo izquierdo: normal.

Tras dicha exploración se llega al diagnóstico de: erosión corneal sin infiltración perilesional en ojo derecho y se pauta tratamiento farmacológico:
- Ciclopéjico colirio: 1 gota cada horas durante 3 días.
- Eritromicina pomada: 1 aplicación cada 6 horas durante 8 días.
- Oclusión ocular durante 4 días.
- Reposo laboral mientras dure la oclusión ocular.

4 Discusión-Conclusión

Las erosiones corneales son lesiones superficiales con perdida de células en el epitelio corneal. Si:
- tiene los ojos muy secos
- ha tenido una abrasión corneal u otra lesión ocular
- ha tenido una enfermedad corneal
- usa lentes de contacto que no fueron ajustados adecuadamente
- usa lentes de contacto que no han sido bien cuidadas tiene mayor riesgo de sufrirla.

Una de las complicaciones más frecuentes son las infecciones, que penetran a través del tejido erosionado y esta condición, puede traer como consecuencia, la aparición de una úlcera corneal que puede llegar a provocar la pérdida de visión de ese ojo, por eso es tan importante la valoración y diagnóstico precoz por parte de profesionales para comenzar cuanto antes el tratamiento.

5 Bibliografía

- www.brillpharma.com
- www.cienciatoday.com
- www.ecured.cu
- www.medlineplus.gov
- www.oftalmoseo.com
- www.aao.org
- www.msdmanuals.com
- www.bibing.us.es

Capítulo 205

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.

JUAN MANUEL ARECHAGA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La insuficiencia renal aguda es la pérdida rápida de la capacidad renal para eliminar los residuos y ayudar con el equilibrio de líquidos y electrolitos en el cuerpo. Puede ser provocada por diversas causas como: necrosis tubular aguda (NTA, daño a las células tubulares de los riñones), enfermedad renal autoinmunitaria, coágulo de sangre por el colesterol (émbolo por colesterol), disminución del flujo sanguíneo debido a presión arterial muy baja, lo cual puede resultar de quemaduras, deshidratación, hemorragia, lesión, shock séptico, enfermedad grave o cirugía, pielonefritis aguda, septicemia, complicaciones del embarazo, obstrucción de las vías urinarias, drogas o medicamentos.

Entre los principales síntomas destacaremos: heces sanguinolentas, halitosis, sabor metálico en boca, tendencia al sangrado, cambios bruscos en el estado de ánimo, disminución del apetito y/o de la sensibilidad periférica, fatiga, temblores, hipertensión, disnea u oliguria.

Se presenta el caso de un paciente diagnosticado de IRA.

2 Objetivos

Realizar un plan de cuidados que garantice la seguridad del paciente y que proporcione unos cuidados de calidad.

3 Caso clínico

Se aborda el caso clínico de un paciente de 74 años, que ingresa en el Servicio de Nefrología del Hospital Rey Juan Carlos por presentar tos de 10 días de evolución, niveles de creatinina en sangre de 14 mg/dl y oligoanuria sin globo vesical. Tras varias semanas hospitalizado es diagnosticado de insuficiencia renal aguda (IRA) rápidamente progresiva, causada por una Glomerulonefritis que requiere inicio de varias sesiones de Plasmaféresis (PF) alternadas con Hemodiálisis (HD). Es dado de alta requiriendo tratamiento sustitutivo de la función renal con HD de forma definitiva.

Como antecedentes personales cabe destacar:
• Posible EPOC
• Resección transuretral de próstata por hiperplasia benigna en 2002
• Herniorrafia por hidrocele hace años

Exploración física:
Consciente y orientado en las tres esferas. TA: 130/80; FC: 84; Tª: 36,3ºC. No edemas. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No signos de globo vesical.

4 Discusión-Conclusión

Tras realizar una valoración de enfermería según las necesidades de Virginia Henderson se encuentran los siguientes diagnósticos enfermeros:

1. Temor relacionado con desconocimiento de la evolución y desenlace de su enfermedad, manifestado por dificultad para conciliar y mantener el sueño y por expresiones verbales del propio paciente.
Actividades encaminadas a abordar el problema:
• Valorar el nivel de temor que presenta el paciente y los conocimientos que tiene acerca de su enfermedad.
• Explicar al paciente con palabras que entienda todo lo referente a su enfermedad y al tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Aclararle que no se trata de un

proceso neoplásico.
• Atender al paciente siempre que lo requiera y facilitarle la información necesaria.
• Mostrar una actitud tranquila y abierta para facilitar la expresión de sus sentimientos y emociones.
2. Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con prurito y manifestado por expresiones verbales del paciente de picor intenso en todo el organismo y necesidad imperiosa de rascarse.
Actividades encaminadas a abordar el problema
• Enseñar al paciente algunas medidas para suavizar y refrescar la piel:
- Friegas y masajes con crema hidratante.
- Duchas con agua fría.
• Comentarle que mantenga las uñas cortas y limpias para evitar la lesión y posible infección de la piel.
3. Alto riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con complejidad del mismo en cuanto a dieta y tratamiento médico, y a la dificultad de los cuidados necesarios para mantener en condiciones idóneas el acceso vascular para HD.
Actividades encaminadas a abordar el problema:
• Dieta:
- Proporcionar información escrita de forma clara y sencilla para seguir una dieta baja en K+ y una ingesta adecuada de líquidos.
• Tratamiento médico:
- Explicar al paciente muy detenidamente el tratamiento de forma que pueda seguir sin dificultades la pauta descendente de ciclofosfamida y corticoides.
- Comentar con el paciente la posibilidad de acudir a su centro de salud si tiene algún problema o requiere más información.
• Acceso Vascular:
- Proporcionarle información acerca de los cuidados del catéter de Hemodiálisis mientras se le realiza un nuevo acceso vascular definitivo.
4. Déficit de actividades recreativas relacionado con hospitalización, tratamiento frecuente con HD y PF y aislamiento respiratorio y manifestado por expresiones verbales de aburrimiento.
Actividades encaminadas a abordar el problema:
• Analizar los gustos y preferencias del paciente. Identificar los recursos que tenemos y planificar los actividades:
- Proporcionarle una radio mientras esté en la Unidad haciendo HD.

- Probar con revistas, pasatiempos… o comentar con su familia que le traigan el periódico que acostumbra a leer.
• Ser flexibles en los horarios de visita de la Unidad mientras esté haciendo HD y, en los ratos libres, colocarle una mascarilla y facilitar que pasee por la unidad.

Durante el ingreso hospitalario no presenta signos de infección del catéter vascular de HD a pesar de haber precisado varios recambios durante la HD ni flevitis en la vía periférica. Se ha mantenido en aislamiento respiratorio por infección nasal y urinaria por MARSA, cuya evolución ha sido favorable negativizándose los cultivos realizados previos al alta.

Durante el ingreso se ha dado al paciente toda la información referente a su enfermedad consiguiendo disminuir su temor. Le cuesta conciliar el sueño pero cuando lo consigue lo mantiene durante toda la noche. Ha sentido alivio al conocer que su enfermedad no se tratara de un proceso neoplásico y acepta con resignación el que tenga que vivir "a expensas de una máquina" (según nos comenta él mismo).

Se siente agradecido por las explicaciones que le ha dado enfermería para interpretar la información proporcionada por el médico, que le ha sido simplificada. También agradece la paciencia y el trato durante las sesiones de hemodiálisis. Comenta que ya no le preocupa tanto si seguirá correctamente la dieta. Asegura que sabrá hacerlo si respeta los aspectos básicos que le hemos enseñado e irá aprendiendo poco a poco.

5 Bibliografía

-Andreu Periz L, Force Sanmartín E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. 2ª Ed. Barcelona: Masson; 2001.
-Molitoris BA. Acute kidney injury. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman-Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: cap 120.
-Oh MS, Briefel G. Evaluation of renal function, water, electrolytes, and acid-base balance. In: McPherson RA, Pincus MR, eds. Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods. 23rd ed. St Louis, MO: Elsevier; 2017: cap 14.
-Sharfuddin AA, Weisbord SD, Palevsky PM, Molitoris BA. Acute kidney injury. In: Skorecki K, Chertow GM, Marsden PA, Taal MW, Yu ASL, eds. Brenner and Rector's The Kidney. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016: cap 31.

Capítulo 206

ROL ENFERMERO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SOMETIDO A UNA AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR.

ALEJANDRA GARCIA IZQUIERDO

OLAYA TRIVIN TUERO

ALBA GARCÍA RUIZ

LUCIA FERNANDEZ MENENDEZ

ILUMINADA PRIETO SANTOVEÑA

1 Introducción

Definimos el término amputación como la separación o corte de un miembro o una parte del cuerpo de un ser vivo, generalmente por medio de una operación quirúrgica. La amputación de extremidades inferiores (EEII) está indicada en dos ocasiones diferenciadas, la enfermedad obstructiva arterial periférica y la sobreinfección de la úlcera del pie diabético.

Al frente de esta situación nos encontramos al paciente con un alto nivel de sufrimiento físico y psíquico. Aunque en la mayoría de los casos, este sufrimiento se traslada en mayor o menor medida a la familia, y es por esto que la amputación debe tomarse como la última alternativa a la cual enfrentarse.

2 Objetivos

- Describir los cuidados de enfermería en el preoperatorio y postoperatorio al paciente que se va a someter a una amputación de EEII.
- Describir el rol enfermero durante la estancia del paciente en la planta de cirugía vascular, que tiene como finalidad reducir el estrés, el dolor y la ansiedad a la que está sometido.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como PUBMED, SCIELO, CHROCRANE sobre el tema de estudio. Además, nos hemos basado en nuestra experiencia como enfermeras en la planta de cirugía vascular del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

También se han consultado diferentes protocolos de actuación de enfermería. Son situaciones a las que nos tenemos que enfrentar frecuentemente y por lo tanto necesitamos estar preparadas y formadas para llevar a cabo la mejor calidad asistencial posible al paciente que lo sufre.

4 Resultados

Cuando finalmente se decide la amputación, debemos tener presentes una serie de cuidados preoperatorios de enfermería básicos a llevar a cabo. Principalmente, el dolor. Para paliar el dolor, es fundamental seguir una buena pauta analgésica, así como realizar cambios posturales si fuese necesario.

Pero tan importante es el dolor físico como el psíquico, por eso la preparación psicológica tanto del paciente como de la familia debería iniciarse incluso antes del ingreso hospitalario y debería considerarse una prioridad por parte del equipo de enfermería. Todos deberíamos asegurarnos de que el paciente comprende el proceso quirúrgico al que se va a someter, así como los cuidados y objetivos postquirúrgicos que tendrá que seguir y conseguir. Está comprobado que cuando el paciente y su ámbito familiar entienden todo el proceso, se sienten más capacitados de afrontar la cirugía.

En el postoperatorio, una vez en planta de hospitalización de nuevo, los cuidados

irán encaminados a conservar el estado hemodinámico, el soporte emocional y el control del dolor. Resulta necesario en este caso distinguir adecuadamente cada posible tipo de dolor que puede padecer el paciente amputado:
1. Dolor en el miembro residual o del muñón, que se refiere a la sensación dolorosa que se origina en el segmento no amputado y que puede ser ocasionado por el propio dolor de la cirugía, dolor similar al dolor regional complejo, neuroma, infecciones, complicaciones vasculares, dolor muscular, etc ; y que se ubica directamente en el muñón y permanece durante y después de la cicatrización.
2. Sensación de miembro fantasma, que es la percepción no dolorosa del segmento amputado y corresponde a sensaciones percibidas, en especial hormigueo, en la extremidad que ha sido amputada.
3. Dolor de miembro fantasma, que corresponde a una sensación dolorosa, como calambres o punzadas en la extremidad amputada y que no corresponde a la cicatriz ni al muñón, el cual puede aparecer inmediatamente tras la amputación o varios años después.

Además es importante realizar las curas del muñón cuando corresponda, realizar un vendaje adecuado al objetivo de cada paciente, pensando si el paciente es candidato o no a la colocación de una prótesis, incluso enseñar al paciente a vendarse el mismo el muñón siempre que esto sea posible o en su defecto a su ámbito familiar. Y evidentemente, resolver todas las dudas manteniendo una escucha activa.

5 Discusión-Conclusión

La amputación de una de las EEII supone un cambio enorme en la persona, tanto física como psíquicamente. Esto conlleva una serie de cuidados de enfermería muy específicos. El papel que juega el personal de enfermería en estas intervenciones no solo se centra en lo meramente técnico, sino que el apoyo o soporte emocional que se le ofrece al paciente tiene mucho más peso, teniendo además como principal objetivo la disminución de la ansiedad relacionada con el proceso quirúrgico.

Como conclusión final, cabe destacar que es importante ver la amputación como la única alternativa al cese del dolor y no como un fracaso y por tanto es fundamental el abordaje del tema por un equipo profesional multidisciplinar con cierto grado de experiencia en estos casos.

6 Bibliografía

- Martínez Delgado, MM. Caso clínico: pie diabético complicado. Rev. esp. sanid. penit. [online]. 2018, vol.20, n.3, pp.121-124. ISSN 2013-6463.
- Barbosa Marques, Antonio Dean et al. Asociación entre hospitalización por diabetes mellitus y amputación de pie diabéticos. Enferm. glob., 2018, vol.17, no.51, p.238-266. ISSN 1695-6141
- Mas Esquerdo, J., Maruenda Fernández, R. and Robles Sánchez, J.I. Tratamiento neuropsicológico de ”dolor de miembro fantasma”: a propósito de un caso. Sanid. Mil., Set 2013, vol.69, no.3, p.195-202. ISSN 1887-8571.
- Martínez-Santos, Alba-Elena; Tizon Bouza, Eva y Pesado Cartelle, José Ángel. Conocimiento enfermero sobre prevención, diagnóstico y cuidados de las úlceras de extremidad inferior en un área sanitaria.Gerokomos [online]. 2019, vol.30, n.1, pp.34-41. ISSN 1134-928X.
- Marques Frota, N. et al. Sistematización de la asistencia de enfermería: enfoque en un paciente portador de úlcera venosa: Estudio de caso. Enferm. glob., Oct 2012, vol.11, no.28, p.23-30. ISSN 1695-6141
- Luis, D. A. de et al. Relación de factores clínico-bioquímicos con el estadio clínico y tipo de cirugía en una muestra de pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores. An. Med. Interna (Madrid), Ene 2006, vol.23, no.1, p.19-25. ISSN 0212-7199
- Maximino Díaz Hernández, José Enrique Hernández Rodrígez, Juan Alfonso Suárez Canino, Isabel García Lázaro, Rafael Díaz Pérez, Fernando Giráldez Macía. Planificación del cuidado de paciente con amputación de miembro inferior desde la perspectiva del modelo de Virginia Henderson. Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 12, Nº. 1, 2009, págs. 58-62
- Castillo, Lucía (1); Monje, Elisabet (2); Espinoza, Bernardo (3). Revisión Sistemática: Cuidados de Enfermería en Personas Portadoras de Dolor Fantasma de Miembro Amputado Systematically Review: Nursing Care in People with Phantom Pain of Amputated Limb. Revista El Dolor 65 22-28; 2016

Capítulo 207

MANEJO DEL DOLOR EN EL NEONATO. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

ZAIRA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El dolor "es una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial, o que se describe en términos de ese daño". El dolor está presente en la persona durante toda la vida, desde el nacimiento. Supone una carga física, emocional y socioeconómica para la persona y para sus familias y cuidadores.

A diario los neonatos ingresados en la unidad de neonatología son sometidos a muchos procedimientos que pueden provocar dolor, por lo que es muy importante la valoración y manejo del dolor. El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la valoración del dolor en el neonato y el manejo de éste con la utilización de los diferentes métodos existentes para su tratamiento.

2 Objetivos

- Conocer la actuación de enfermería en el manejo del dolor en el neonato.

3 Metodología

Se ha procedido a realizar una revisión bibliográfica. Para ello, se han consultado fuentes como revistas y libros especializados en ciencias de la salud, páginas web relacionadas con el tema y también se ha recurrido a las principales bases de datos como Cinahl, Pubmed, etc. Así como también se han consultado diferentes guías clínicas de actuación.

4 Resultados

El recién nacido ingresado en la unidad de neonatología es sometido a numerosos procedimientos, además de muchas patologías que también pueden provocar dolor. Entre los objetivos y responsabilidades de la atención de enfermería es evitar el dolor mediante los métodos de los que disponemos, tanto farmacológicos como no farmacológicos.

- Los métodos farmacológicos debemos de pensar en que la enfermería trabaja dentro de un equipo multidisciplinar para poder ajustar el tipo de fármaco a utilizar, la dosis, la vía de administración y la programación éstos, todo ello basándose en cada persona y su respuesta. Existen diferentes fármacos para su uso cuando hay dolor en el neonato.
- Los métodos no farmacológicos incluyen intervenciones de tipo ambiental, conductual e incluso nutricional, éstas van dirigidas a aumentar la comodidad y estabilidad del recién nacido en la unidad.

Dentro de los métodos no farmacológicos podemos encontrar, manejo ambiental (evitar el ruido, disminuir la luminosidad, respetar el ritmo circadiano, etc.), medidas de distracción (música, masaje, etc.), posición adecuada del neonato, minimizar el número de técnicas y procedimientos, succión no nutritiva, lactancia materna, uso de sacarosa y por último el método canguro.

5 Discusión-Conclusión

En general, un buen manejo del dolor es siempre necesario para que el paciente éste confortable y en este aspecto el profesional de enfermería juega un papel fundamental dentro del equipo multidisciplinar por el contacto directo y observación continua del paciente.

Existen números métodos para el tratamiento del dolor en el neonato pero no siempre el personal está instruido en la valoración del dolor y posterior

tratamiento.

6 Bibliografía

- Lafuente EP, Casquete AG, Illescas MLM. Valoración y manejo del dolor en neonatos. Enfermería Integral. 2011. 95, 47-50.
- Registered Nurses´Association of Ontario. Valoración y manejo del dolor (3ª edición). 2013.
- Rebollo González, M. Tratamiento no farmacológico del dolor en el neonato. Doc Enferm. 2011; 41: 7-11
- Ministerio de Sanidad y política social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. 2010

Capítulo 208

IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN TEMPRANA EN EL ICTUS

SILVANA ALVAREZ TRABANCO

MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO

SILVIA VEGA LAVANDERA

ROCÍO GONZÁLEZ CASTRO

LAURA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El ictus esta causado por un trastorno de la circulacion cerebral alterando el normal funcionamiento del cerebro. Los sintomas se presentan de forma brusca pudiendo ser reversible si se restablece la circulación antes de que se dañe el tejido cerebral.

El más frecuente es el ictus isquemico originado por la presencia de un trombo en la luz del vaso sanguineo que impide el paso de la sangre; frente a la hemorragea cerebral la cual se produce por rotura del vaso y extravasacion de la sangre hacia el tejido cerebral.

Dependiendo de ese daño cerebral por extensión y localización precisara un programa de rehabilitacion adecuado para normalizar y/o mejorar las capacidades

funcionales afectadas. La rehabilitación ha de ser lo antes posible en los primeros dias tras el ictus.

2 Objetivos

La rehabilitación tiene como objetivos minimizar las complicaciones del ictus, así como normalizar en lo posible las funciones del organismo y recuperar las capacidades perdidas o bien compensarlas sustituyéndolas por otras para conseguir la máxima autosuficiencia en las actividades basicas e instrumentales.

3 Metodología

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

4 Resultados

- El tratamiento comenzara a pie de cama al principio cuando no se permita la movilizacion y luego acudiran al servicio de rehabilitación.
- La duración del tratamiento es variable dependiendo de la importancia de las secuelas , la colaboracion y el animo del paciente y el apoyo familiar.

5 Discusión-Conclusión

En cada fase de la Rehabilitación es importante implicar a las familia y/o cuidador pues serán de gran apoyo físico y psicológico para el paciente. Se dara información y las pautas a seguir sobre el manejo para el cuidado y seguimiento del paciente.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 209

ÚLCERAS POR PRESIÓN: IMPORTANCIA DE SU PREVENCIÓN.

CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

MARTA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

ALICIA MARTÍNEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones o trastornos de la integridad de la piel que pueden afectar a la epidermis, dermis, tejido celular subcutáneo y tejidos más profundos. Constituyen un importante problema sociosanitario que reduce considerablemente la calidad de vida de los pacientes, empeora el pronóstico, prolonga la estancia hospitalaria y ocasiona importantes costes al sistema de salud ya que supone un gato de material y de los cuidados por parte del personal de enfermería.

A este tipo de lesiones se les considera un problema multicausal que aparece principalmente en pacientes inmovilizados durante mucho tiempo y que conduce a una falta de oxígeno y nutrientes en un área de la piel como consecuencia de un insuficiente aporte de sangre a los tejidos.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la prevención de las úlceras por presión.
- Describir las recomendaciones generales y los cuidados específicos para evitar el desarrollar de las úlceras por presión.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas fuentes de datos tanto primarias como secundarias durante diciembre de 2019 y enero de 2020. Primero, se ha realizado una búsqueda libre y desordenada en Google para comprobar el estado actual del tema, la disponibilidad de bibliografía y establecer unos objetivos. Posteriormente, se ha realizado una búsqueda más específica utilizando una serie de palabras clave como "úlceras por presión", "prevención" y "cuidados". Para la selección de los documentos se han utilizado tres criterios de inclusión:

- Antigüedad máxima de los documentos de 5 años (excepto aquellos documentos de interés)
- Idioma español, inglés o portugués.
- Documentos de carácter interdisciplinar.

4 Resultados

La mayoría de las úlceras por presión se pueden evitar con la aplicación de un adecuado protocolo de prevención. La prevención no se debe realizar solo a nivel hospitalario, sino que es importante e imprescindible implantar medidas de prevención en el propio domicilio del paciente. Actualmente, las úlceras por presión constituyen un importante problema de salud y su prevención es una prioridad que depende sobre todo de la calidad y continuidad de los cuidados por parte de los cuidadores y de los profesionales de enfermería. A continuación, se describen una serie de recomendaciones y cuidados específicos importantes para la prevención de estas lesiones:

1. Valoración del riesgo: se han elaborado diferentes escalas que permiten detectar de forma precoz el riesgo de padecer úlceras por presión. Actualmente, una de las escalas más utilizadas es la de Doreen Norton que observa cinco aspectos de la situación del paciente como movilidad, actividad, incontinencia, estado mental y estado físico. En el ámbito hospitalario se deben realizar valoraciones continuas y en el ámbito domiciliario es conveniente ofrecer educación para la salud e información a los cuidadores y la posibilidad de incluir al paciente en un programa de atención domiciliaria.
2. Dispositivos o materiales específicos: en aquellos pacientes con una disminución de la movilidad con riesgo alto-moderado de desarrollar úlceras por presión es necesario utilizar una serie de materiales específicos para la correcta acomodación del paciente. Para ello, se pueden utilizar una serie de dispositivos de prevención como: a. Camas especiales que permitan elevar o descender la cama

por ambos lados. b. Superficies dinámicas como los colchones de aire alternante que permiten ir cambiando la presión y las zonas de apoyo. c. Arco de cama para evitar la presión de la ropa. d. Almohadas, cojines o toallas enrolladas que eviten el contacto directo de las prominencias óseas entre sí. e. Taloneras y/o coderas especialmente diseñados para la protección de la zona.
3. Cambios posturales: es necesario establecer un protocolo de cambios posturales adecuado para cada paciente que determine la posición y su frecuencia. De forma general, se deben realizar cambios posturales cada 2-3 horas por el día, cada 4 horas por la noche y cada hora en posición de sedestación (realizando pequeños cambios, si es necesario, cada 15-30 minutos). Salvo que haya contradicciones, se utilizaran las posiciones de decúbito supino, decúbito dorsal, decúbito prono y decúbito lateral.
4. Movilización del paciente: es importante que las personas encargadas de realizar la movilización no arrastren al paciente sobre la cama o la silla, sino que levanten su cuerpo separándolo de la superficie de apoyo para evitar la fricción y un mayor riesgo de úlceras por presión.
5. Cuidados generales de la piel: a. Valoración: continua y frecuente de su estado para detectar las posibles lesiones en estadios precoces. Además, es necesario observar otros aspectos como el color, la temperatura, la vascularización y la humedad. b. Higiene: se debe evitar el efecto de maceración producido por la humedad, por ello, es importante realizar el aseo diario (y en aquellas situaciones que se precise) utilizando jabones neutros y agua tibia con el objetivo de mantener la piel limpia. c. Secado: es importante realizar un secado a fondo, sobre todo en los pliegues cutáneos y que no se frote en las zonas de riesgo. d. Hidratación: se deben utilizar cremas hidratantes en las zonas que no haya lesiones (no utilizar colonias ni alcohol). Las zonas cutáneas secas se deben proteger con cremas protectoras o ácidos grasos hiperoxigenados para evitar erosiones o grietas. e. Ropa de la cama limpia y sin arrugas.
6. Soporte nutricional: es importante que el paciente tenga una nutrición adecuada para evitar la aparición de las úlceras por presión. Se debe establecer una dieta y un aporte de líquidos adecuada para cada paciente y si su dieta habitual no cubre sus necesidad, es necesario recurrir a suplementos nutricionales formulados especialmente para pacientes con heridas crónicas.
7. Cuidados de enfermería en pacientes con dispositivos: a. Sonda nasogástrica: es necesario realizar cambios diarios del sistema de sujeción, movilizar ligeramente la rotación de la sonda, lavar la zona interna y externa de la fosa nasal y fijar la sonda cuando esté limpia y seca. b. Sonda vesical: es necesario realizar una limpieza diaria con un secado exhaustivo de los genitales externos y alternar

la sujeción de la sonda con esparadrapo en una pierna u otra. c. Intubación o traqueostomía: limpieza diaria de la cavidad bucal y de la zona externa donde se fija el tubo o cánula y cambiar diariamente la fijación del tubo. d. Catéteres: en aquellos pacientes con catéteres de larga duración es necesario realizar un cambio de apósito cada 48 horas, limpieza y desinfección diaria de la zona de inserción y proteger la zona de apoyo de las conexiones del sistema.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son un gran problema de salud para las personas con una disminución de la movilidad que deterioran la calidad de vida de los pacientes y también de sus familiares, además son una de las primeras causas de reingreso hospitalario. Por todo ello, es muy importante realizar una adecuada prevención para evitar la aparición de las úlceras por presión.

6 Bibliografía

- Juan Carlos Restrepo Medrano, Juan Guillermo Rojas, Manuel Alejandro Granada Gómez. Uso de ácidos grasos en la prevención de úlceras por presión y de extremidad inferior. Av enferm [Internet]. 2015; 33(1):133-141. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a15.pdf
- A.Tzuc-Guardia, E. Vega-Moralesc, L. Collí-Novelo. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. Enfermería Universitaria [Internet]. 2015; 12(4):204-211. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n4/1665-7063-eu-12-04-00204.pdf
- Claribeth Guarín-Corredor, Paola Quiroga-Santamaría, Nancy Stella Landínez-Parra. Proceso de Cicatrización de heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas. Rev. Fac. Med [Internet]. 2013; 61(4): 441-448. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v61n4/v61n4a14.pdf
- Óscar Soto Fernández, Sara Barrios Casas. Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de ulceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria. Ciencia y enfermerías XVIII [Internet]. 2012; (3): 61-72. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n3/art_07.pdf
- Madrid.org [Internet] Madrid, Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. 2006. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Con t e nt- Disposition&blobheadervalue1=filename%3D%C3%9Alceras+por+presi%C3%I MungoBlobs&blobwhere=1271566210733&ssbinary=true

- Enfermería 21 [Internet] A Coruña, Ana María López Martínez. Disponible en: https://www.enfermeria21.com/apuntes
-buscador/?categorias=false&wpfb_s=ulceras+por+presion
- Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; 2009. Disponible en: http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf

Capítulo 210

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS FIBRINOLISIS EN ICTUS ISQUEMICO

SILVANA ALVAREZ TRABANCO

SILVIA VEGA LAVANDERA

MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO

ASTRID SUAREZ MARTINEZ

SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA

1 Introducción

El ictus es la tercera causa de muerte de la poblacion general y es altamente incapacitante. Está considerado una urgencia medica que depende del tiempo de inicio del tratamiento para conseguir una correcta recuperacion y evitar al maximo las secuelas.

Como tratamiento de primera linea se ha establecido la fibrinolisis en los casos de ictus isquemico.
Para administrar este fármaco, control y seguimiento de los pacientes que se les administra debe realizarse en las 'Unidades de Ictus'. En los usuarios que reciben un tratamiento fibrionolitico la vigilancia enfermera ha de ser especialmente exhaustiva.

2 Objetivos

- Conocer las actividades y cuidados de enfermeria que requiere un paciente que ha sufrido un ictus y ha recibido un tratamiento fibrinolitico.
- Estudiar los riesgos y complicaciones mas frecuentes en usuarios receptores de tratamiento fibrinolitico.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel de la Enfermera en la unidad de ictus es la de proporcionar a los pacientes que han sufrido un ictus unos cuidados de calidad y una vigilancia exhaustiva de su situación clínica en las primeras 48 horas tras el ictus.

5 Discusión-Conclusión

Lo que se pretende con la Fibrinolisis es salvaguardar el tejido cerebral comprometido por la isquemia. La fibrinolisis Intravesona es un tratamiento muy eficaz en los casos en que la Isquemia se ha producido por un trombo.

La eficacia depende de su margen terapeutico y no influye en los resultados la edad o la gravedad del ictus.

6 Bibliografía

- Ugarte Castro E. El Codigo Ictus . Importancia de la rapida y correcta asistencia y cuidados en los paciente con Ictus. Universidad de la Rioja 2014
- Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y Leon . Urgencias Neurologicas . Actuacion en el Ictus . Sacyl 2012.

Capítulo 211

ENDOCARDITIS INFECCIOSA

M TERESA GAMUNDI OTERO

1 Introducción

La endocarditis es una inflamación del endocardio (revestimiento interno de las válvulas y cavidades cardiacas), se produce por una infección generalmente causada por bacterias que crecen produciendo unas estructuras muy características llamadas vegetaciones. Puede aparecer en pacientes sanos previamente, lo más frecuente es que aparezcan en pacientes con válvulas cardíacas protésicas, valvulopatías, endocarditis previa, cardiopatías congénitas, etc. También es muy frecuente en adictos a drogas por vía parenteral.

Son muchos los microorganismos que pueden causar esta patología, pero los más frecuentes son las bacterias estreptococos y estaphilococos. Según la agresividad de la bacteria causante, la endocarditis puede ser:
- Aguda: evoluciona en días o semanas producida por patógenos muy agresivos.
- Subaguda: puede evolucionar en semanas o meses y los agentes causales son, por tanto, gérmenes de escasa virulencia.

La endocarditis es una enfermedad grave que puede, incluso, resultar mortal y que tarda en evolucionar semanas o meses en el caso de la endocarditis subaguda. La forma de entrada del germen al torrente sanguíneo puede ocurrir en cualquier procedimiento que afecte a la integridad de la piel y mucosas, es fundamental un diagnóstico y tratamiento precoz, así como una profilaxis adecuada en los pacientes de riesgo.

2 Objetivos

- Observar los principales motivos de una endocarditis infecciosa.
- Conocer los síntomas de una endocarditis infecciosa en un caso real.

3 Caso clínico

Paciente de 64 años, economista prejubilado, casado y con 2 hijas. Vive con su mujer, no deterioro cognitivo, exfumador desde 2016, valvulopatia aortica bicúspide y dilatación aneurisma aorta ascendente. Intervenido con prótesis valvular mecánica y sustitución de aorta ascendente hace 4 años, revisiones periódicas en cardiología y anticoagulado desde intervención con Sintrom, ECG con BAV 1º y bloqueo de rama derecha.

Consulta a finales de agosto con motivo de cuadro catarral de varios días de evolución con afectación de vías altas, con mucosidad clara abundante, mal sabor de boca y molestias que localiza a nivel de paladar duro y nasal. Niega tos, expectoración, autoescucha de sibilancias, dolor torácico, disnea o fiebre, sí refiere astenia discreta, importante hiporexia y perdida de peso de unos 8 kg. Niega sudoración, tomó mucolíticos sin mejoria y demuestra cifras tensionales bajas, por lo que se redujo tratamiento hipotensor hasta retirar.

En septiembre vuelve a realizar una consulta por lesiones púrpuricas en MMII, con fiebre y sensación distérmica, se extrajeron hemocultivos ya sin fiebre, persisitendo las molestias respiratorias en vías altas previas con secreción clara. Se descarta patologia y recomienda corticoides tópicos, también presentó posteriormente edemas maleolares con evolución favorable de las lesiones purpúricas, sin dolor abdominal, ni articular, ni a otros niveles.

A la semana siguiente acude de nuevo por cuadro de afección general, febrícula, afectación de vias respiratorias altas y con deterioro de la función renal, proteinuria y hematuria, por lo que se decide ingreso para estudios complementarios.

Durante el ingreso se realiza una biopsia renal y una ecografia tranesofágica en la que se identifica abceso perianular aórtico fistulizado a raiz aórtico. El resultado de los hemocultivos es positivo en Propinobacterium acnes multisensible, se define el caso con una cirugía cardiaca para el seguimiento de la endocarditis aórtica.

Finalmente, el paciente es intervenido en octubre de forma emergente bajo CEC e

hipotermia. Relizándose retirada del tubo valvulado previo completo hasta hemiarco, reconstrucción del anillo aórtico con pericardio, remplazo de válvula aórtica, raíz de aorta ascedente por tubo valvulado mecanico.

Hallazgos: endocarditis activa en zona de inserción de tubo con gran destrozo de anillo aórtico. La evolución transcurre en UCI y planta de forma normal, paciente que precisa de 6 semanas de tratamiento antibiótico, en muy buena situación clínica tras la intervención, paseando con diuresis negativas y mejoría de función renal.

4 Discusión-Conclusión

La endocarditis infecciosa es una infección de especial gravedad por las complicaciones que puede llegar a causar, así como por su dificil diagnóstico. El tratamiento es endovenoso prolongado y en la mayor parte de los casos suele ser quirúrgico. Es fundamental, por tanto, la profilaxis en los pacientes de riesgo.

Las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología en su versión de 2009 y las guías de la Sociedad Americana de Cardiología y de la Asociación Americana del Corazón, en su revisión 200, proponen que la profilaxis antimicrobiana solo deberá de considerarse para los siguientes grupos de pacientes:
- Portadores de válvula protésica o material protésico utilizado para la reparación de una válvula cardiaca.
- Antecedentes de endocarditis previa.
- Pacientes con las siguientes cardiopatías previas:
1. Cardiopatía congénita sin cirugía de reparación o con defectos residuales, cortocircuitos o conductos paliativos.
2. Cardiopatía congénita tratada con material protésico por al menos seis meses después de la cirugía.
3. Persistencia de defecto residual en el lugar de la zona de implantación de material protésico.

5 Bibliografía

- https://www.msdmanuals.com/
- https://www.revespcardiol.org/
- https://www.elsevier.es/

Capítulo 212

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

PATRICIA PÉREZ GARCÍA

ELIZABETH CASTRILLÓN CHAMADOIRA

CRISTINA MÉNDEZ-TRELLES FERNÁNDEZ

ELENA CORTINA LOPEZ-BERGES

1 Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos son uno de los lugares más complejos y desconocidos para los pacientes y su familia. La evolución de los cuidados brindados en dichas unidades, gracias al desarrollo de nuevos cuidados y avances tecnológicos, ha conseguido mejorar de manera espectacular la calidad de vida de los pacientes, además de un gran crecimiento en la supervivencia de dichos pacientes. El gran problema que se vislumbra es que estos avances científico-técnicos no han tenido en cuenta en gran medida a la unidad familiar (paciente y familia), pues se han centrado solamente en la enfermedad y su curación.

Las peculiares características de las UCI, con una organización y carácter arquitectónico distintos completamente al resto de las Unidades de Hospitalización, hacen que se conviertan en ambientes hostiles para la unidad familiar, así como para el propio equipo de enfermería.

La UCI es un lugar hermoso ya que da vida, pero también es un lugar hostil, con luz excesiva y ruido permanente provocado por respiradores, alarmas de monitorización y frecuentes conversaciones de profesionales sanitarios (muchas veces inadecuadas), que causan molestias, son distorsionadas por la medicación y provocan una mayor confusión. Los pacientes además tienen dolor, miedo, dificultad para dormir, desorientación y se encuentran separados de su familia por una política de visitas restrictiva. (1)

El alivio y soporte emocional a la unidad familiar debe ser considerado una parte fundamental de nuestro trabajo como enfermeras, debemos siempre priorizar el alivio del sufrimiento y brindar unos cuidados siempre personalizados, teniendo en cuenta siempre las necesidades de cada paciente, pues eso nos llevará a conseguir mejorar los aspectos de la organización del trabajo desarrollado en la UCI, consiguiendo un entorno más confortable y humano, lo que nos llevará a la satisfacción tanto para nosotras mismas, como para el paciente y su familia.

2 Objetivos

- Objetivo principal:
- Identificar las ventajas de brindar unos Cuidados de Enfermería humanizados en las Unidades de Cuidados Intensivos, tanto para el paciente y su familia, como para el equipo de enfermería.

- Objetivos específicos:
- Describir los distintos métodos existentes para la humanización de los cuidados en UCI.
- Analizar las ventajas de unos cuidados más humanizados al paciente y familia en UCI.

3 Metodología

1. Diseño y estrategia de búsqueda
Se han utilizado fuentes primarias y secundarias. Artículos de investigación científica, así como Guías Clínicas.
La búsqueda se realizó en las bases de datos DialNet, Lilacs, así como la web del Proyecto HUCI.
De entre todos los trabajos obtenidos en la búsqueda bibliográfica, se descartan de forma independiente los estudios que se encontraban fuera de los criterios de

inclusión, es decir, que no incluyeran específicamente datos relevantes respecto a la humanización de los cuidados de enfermería en UCI o no estuvieran contrastados científicamente.
Se trata de un análisis descriptivo mediante revisión bibliográfica y búsqueda y análisis de documentación en bases de datos, páginas webs de organismos estatales oficiales y literatura publicada. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica basada en el tema de la "Humanización de los cuidados de enfermería en UCI" durante los meses de octubre y noviembre de 2017.
La búsqueda se llevó a cabo utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subjets Headings (MeSH) : "enfermería", "paciente", "familia", "Unidades de Cuidados Intensivos", "humanización", "cuidados".
Las bases de datos utilizadas fueron CUIDEN, PubMed, LILACS, el repositorio Dialnet, y el buscador web Google Académico. Además se han realizado búsquedas en páginas web de organismos oficiales como:
- http://humanizandoloscuidadosintensivos.com
2. Criterios de inclusión y exclusión
Los requisitos que se han tenido en cuenta a la hora de incluir artículos para el desarrollo de este Trabajo Fin de Máster han sido los siguientes:
- Artículos que contenían información suficientemente importante y contrastada para el enfoque y correcto desarrollo del tema de estudio.
- Artículos actuales, contrastados científicamente, en castellano e inglés.
- Revisiones bibliográficas, estudios originales, artículos de investigación sistemática, guías clínicas y páginas web oficiales sobre el tema a tratar.
3. Extracción de datos
Tras realizar una lectura crítica y minuciosa de los artículos escogidos, se desarrolló una revisión del tema objeto de estudio para poder desarrollar los objetivos propuestos. Se escogieron un total de 7 bibliografías, incluyendo tanto artículos de revistas como guías clínicas relacionadas con el contenido que se desarrolla en este Trabajo Fin de Máster.

4 Resultados

Como se ha resaltado con anterioridad, las Unidades de Cuidados Intensivos son las Unidades de Hospitalización más complejas en cuanto a medios técnicos y a los cuidados e inestabilidad de los pacientes que se encuentran ingresados en estos lugares. Es por ello que el impacto emocional es mayor, tanto para la unidad familiar, como para el equipo de enfermería.

En primer lugar, el mayor problema es que el paciente es separado de su entorno más cercano, de sus seres queridos, viéndose sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas y con el consiguiente sentimiento de que su muerte puede estar cerca. Para los familiares el sentimiento e impacto emocional es similar, porque intuyen que el desenlace de la enfermedad de su familiar ingresado puede ser trágico.

El paciente tiene miedo a una muerte que se siente muy cercana, al desconocimiento de la enfermedad y de todo lo que ocurre a su alrededor y a un futuro que cambie completamente su vida convirtiéndole en un inválido o en una carga familiar. Otra preocupación fundamental de los pacientes es el bienestar de su familia, de su esposo o de su esposa y la forma en que éstos están viviendo la situación actual. (2) A continuación se desarrollan las medidas que se podrían tener en cuenta para la Humanización de los cuidados en las UCI.

La experiencia de algunas unidades, sobre todo pediátricas y neonatales, donde la familia se considera fundamental en el cuidado integral del paciente, ha propiciado la necesidad de considerar otros modelos. En la actualidad la flexibilización de horarios o la instauración de "puertas abiertas" en la UCI es posible y beneficioso para pacientes, familiares y profesionales. Existe evidencia suficiente como para argumentar y promover un cambio en esta política. (3)

Dar a la familia la oportunidad de participar activamente en los cuidados del paciente, puede contribuir positivamente a la recuperación del paciente, siendo el efecto positivo tanto para el propio paciente, como para la familia que vive también en primera persona la evolución de la enfermedad. Además, los cuidadores sentirán la cercanía del equipo de enfermería, lo que es beneficioso para ambas partes, pues reduce el estrés y presión al que se ven sometidos los profesionales sanitarios que trabajan en UCI. Esto supondría una mejora en la imagen de la UCI y la consiguiente cercanía y humanización de la organización. No se debe olvidar nunca que el paciente y la familia son una Unidad, un único ente: La Unidad Familiar.

La comunicación con el paciente ingresado en UCI es, en la mayoría de las ocasiones, bastante compleja, ya no por la difícil situación a la que se enfrenta, pues está enfrentándose a la muerte, sino porque existen barreras técnicas que impiden una fluida comunicación, como pueden ser respiradores, monitores, sistemas de alarma, etc. Estos elementos condicionan la comunicación entre la enfermera y el paciente, llegando a sentirse frustradas ambas partes por la dificultad para el entendimiento.

Al ofrecer el cuidado en las Unidades de Cuidado Intensivo, la escucha, la mirada y el tacto son los sentidos que más información aportan a la enfermera, pues a través de ellos es posible visibilizar con mucha claridad todos los sentimientos del paciente y familiar mucho antes de que lo diga de forma verbal o en forma contraria que ellos ven y siente del personal de enfermería. (4)

Trabajar en UCI, al igual que en el resto de unidades de hospitalización, aunque aquí más aun, requiere de habilidades de comunicación por parte de la enfermera, puesto que una información incorrecta lleva al deterioro de la relación de confianza con el paciente y su familia, lo que supone un punto negativo en la relación de ayuda establecida. En general, no se recibe una formación adecuada en el ámbito de la comunicación con el paciente y familia en situaciones difíciles, por lo que la enfermera debe enfrentarse a momentos de gran dificultad y contenido emocional. Es por ello, que deben desarrollarse habilidades de comunicación, como pueden ser la empatía o la asertividad, y conocer la metodología especifica en situaciones de crisis.

El lenguaje debe ser sencillo, adaptado al paciente y su familia, que permita el acercamiento necesario entre la enfermera y la unidad familiar, para conseguir así el establecimiento de la necesaria relación de ayuda. Por ello, la interacción con la familia debe incluir un cálido contacto personal que humanice el ambiente frío, protocolizado, aséptico y muy tecnificado de la UCI; de modo que se establezca una comunicación afectiva que permita dar respuesta a las necesidades y expectativas del familiar. De igual forma cuando se escuche al familiar hay que demostrar interés, no responder deprisa ya que eso puede generar poca importancia a lo que se quiere expresar.

Dejar que el familiar termine de hablar, eso es importante para que la persona se sienta escuchada y atendida, por tanto un comportamiento cálido y amistoso, manifestado mediante una expresión facial, una sonrisa y un repetido contacto visual, demuestra predisposición al diálogo y los deseos de ayudar, igualmente el tono de voz bajo y templado, con una vocalización adecuada y el empleo del silencio, facilitan el compartir los pensamientos y las emociones del familiar. (4)
Walter F. Baile y Robert Buckman identificaron las siguientes fases para dar malas noticias (5):
1. Preparar el entorno adecuadamente, en un lugar tranquilo, comprobando anteriormente toda la historia clínica del paciente. Hay que transmitir calma en todo momento al paciente y /o su familia.
2. ¿Qué sabe el paciente y/o familia?

3. ¿Qué y cuánto quieren saber?, pues hay pacientes que prefieren no ser informados y se debe respetar esta decisión.
4. Facilitar la información, mediante un lenguaje sencillo y adaptado.
5. Apoyo al paciente y/o familia.
6. Plan de cuidados, facilitando todos los recursos disponibles para el paciente y/o su familia.

Muchos de los pacientes que fallecen en una UCI lo hacen sin poder comunicar sus necesidades y deseos al final de la vida, o dar mensajes a sus seres queridos. Todo ello hace imprescindible que se mejores los intentos de comunicación con el paciente con dificultades o limitaciones para expresarse promoviendo el uso de sistemas aumentativos de comunicación (que complementan el lenguaje oral cuando éste no es suficiente para una comunicación efectiva) y de sistemas alternativos de comunicación (que sustituyen al lenguaje oral cuando éste no es comprensible o está ausente). (3)

La enfermera debe saber dividir la información a transmitir, en cuidados generales (como son los relacionados con el aparataje) y los médicos, que serían los relacionados con el diagnostico, situación y pronostico vital del paciente.
Por último, comunicarse con el paciente intubado es una fuente de estrés para ambas partes, paciente, familia y enfermera, lo que requiere de un esfuerzo personal mayor de lo habitual por parte de la enfermera. Para ello, se debe trabajar en diseñar nuevos sistemas de comunicación no verbales que permitan la comunicación con los pacientes en esta situación.

El entorno físico de las UCI debe permitir que el proceso asistencial se realice en un ambiente saludable, que ayude a la mejora del estado físico y psicológico de pacientes, profesionales y familiares. Existen guías publicadas (Evidence Based Design) que buscan reducir el estrés y promover el confort centrados en las mejoras arquitectónicas y estructurales de las UCI adecuadas a los usuarios y a los flujos de trabajo por proceso. Contemplan condiciones ambientales de luz, temperatura, acústica, materiales y acabados, mobiliario, y decoración. Estas modificaciones pueden influir positivamente en los sentimientos y en las emociones favoreciendo espacios humanos adaptados a la funcionalidad de las unidades. Otros espacios como las salas de espera deben rediseñarse de manera que se conviertan en "salas de estar" y ofrezcan un mayor confort y funcionalidad a las familias. (6)

Disminuir la iluminación nocturna, bajar el sonido de las alarmas de los monitores o el concienciar a los profesionales sobre la disminución del ruido durante la noche, son algunas de las simples medidas que se pueden adoptar para favorecer

el bienestar y confort de la unidad familiar durante su estancia en la UCI.

Otro aspecto a tener en cuenta, es el preservar la intimidad y privacidad del paciente, muchas veces este punto se olvida, pues a la hora del aseo o de la toma de constantes vitales, no se tiene en cuenta el pudor del paciente que está expuesto a las miradas de personas "desconocidas" para él, pues no es su ambiente personal. Además, generalmente, los pacientes se encuentran desnudos, lo que hace aún más incómoda la situación. Por ello, debe favorecerse la instauración de un ambiente cálido, amigable, que favorezca la relación de ayuda entre el paciente, la enfermera y su familia, que es el fin de nuestra profesión. Simplemente con el hecho de tapar a los pacientes, vestirlos, y no exponerlos de manera directa a miradas ajenas, se puede conseguir un adecuado desarrollo de la relación de ayuda.

También se puede mejorar el bienestar mediante la instauración de música ambiental, televisión (por ejemplo, las noticias, para que tengan un contacto con el exterior) o dotar a las UCI de salas para la higiene de los familiares, donde puedan asearse, calentar su comida o descansar.

Los profesionales que trabajan en la UCI se ven sometidos a un impacto emocional mayor si cabe que el que puede suponerse en el resto de Unidades de Hospitalización. Por un lado, se enfrentan a situaciones límite, pues los pacientes se encuentran en situaciones críticas, en delicadas condiciones de salud. Cuando consiguen resultados satisfactorios, es decir, la recuperación del paciente, sienten un gran alivio y satisfacción profesional; pero cuando no consiguen salvar la vida del paciente, el profesional se siente frustrado, pues el fin de esta profesión es salvar la vida del paciente. Este desgaste emocional prolongado lleva al denominado "Síndrome de Burnout", que lleva al agotamiento físico y emocional del paciente, lo que fomenta a un estrés crónico, falta de motivación en el trabajo y, por consiguiente, a una falta de humanización de los cuidados a paciente y su familia.

No es posible una humanización de la salud si no es en el contexto de las relaciones interpersonales. En este proceso, el desgaste emocional puede actuar como freno ya que el agotamiento emocional, generará en el profesional la sensación de insuficientes recursos afectivos y físicos para ello; la despersonalización, facilitará el establecimiento de relaciones frías, distantes y deshumanizadas, tanto con pacientes como con familiares y compañeros de trabajo, lo que se puede expresar además en forma de incapacidad para mostrar empatía ante situaciones conflictivas, dolorosas, etc., de un paciente o una familia; finalmente, la baja re-

alización personal, en la que existe una tendencia a tener un concepto negativo sobre sí mismo, sobre todo a nivel profesional, pero también a nivel personal, generará un bajo sentido de autoeficacia e implicación laboral. En esta situación, no solo se pone en riesgo la salud emocional del trabajador, sino que, se establece un círculo vicioso por el que, según recientes estudios longitudinales, se puede ven afectadas las relaciones interpersonales en el equipo de trabajo y la propia seguridad del paciente. (7)

Una adecuada formación y apoyo psicológico al profesional sanitario cuando lo precise, es fundamental para conseguir la motivación necesaria para evitar el "Síndrome de Burnout", así se recuperaría la humanización necesaria en la UCI, mediante una interacción centrada en la persona, en la atención a la unidad familiar y, también, un adecuado ambiente de trabajo entre el equipo sanitario.

El Síndrome Post-cuidados Intensivos (PICS) afecta a un número importante de pacientes después de la enfermedad crítica, entre el 30 y el 50%. Se caracteriza por síntomas físicos (el dolor persistente, la debilidad adquirida en la UCI, la malnutrición, las úlceras por presión, alteraciones del sueño, necesidad de uso de dispositivos), neuropsicológicos (déficits cognitivos, como alteraciones de la memoria, atención, velocidad del proceso mental) o emocionales (ansiedad depresión o estrés post-traumático) y pueden afectar también a sus familias, pudiendo ocasionar problemas sociales. (3)

Estos problemas consecuencia de la estancia en la UCI, pueden atajarse si durante el ingreso en dicha Unidad de Hospitalización se tienen en cuenta todas las necesidades fundamentales del paciente y la familia, personalizando los cuidados de enfermería a cada situación del paciente. El trabajo y comunicación adecuada entre el equipo multidisciplinar conformado por fisioterapeutas, médicos intensivistas, psicólogos, etc., facilitan una atención continuada centrada en el paciente, necesaria para dar soporte a sus necesidades durante la estancia en la UCI, lo que reducirá el impacto que supone el ingreso en dicha Unidad Hospitalaria.

No se debe obviar el impacto que supone el ingreso del paciente en la Uci para los familiares, por lo que, como se ha mencionado en los distintos puntos de esta revisión bibliográfica, se debe tener en cuenta sus necesidades, facilitar la implicación en los cuidados y favorecer la instauración de la relación de ayuda entre la enfermera y la unidad familiar. Siempre se debe dar apoyo emocional a los familiares, pues son parte fundamental para conseguir la buena evolución en el crítico proceso de la enfermedad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La UCI es una Unidad de Hospitalización que difiere del resto de Unidades del Hospital existentes, debido a su complejidad técnica y al gran impacto emocional que supone tanto para el paciente en estado crítico, como para la familia el ingreso en estos lugares. Además, los profesionales sanitarios que trabajan de manera continuada en estas condiciones, se ven implicados en situaciones de gran contenido emocional, bien sea por la situación del paciente o por no saber cómo manejar ciertas situaciones, como el dar malas noticias.

La UCI es un lugar hermoso, donde se regala vida pero, a la vez, es un lugar desagradable pues tanto los profesionales como la unidad familiar se enfrentan a situaciones terribles, en un ambiente, en la mayoría de las ocasiones, deshumanizado, debido a las condiciones ambientales existentes. Debe favorecerse el cambio en estas circunstancias, para conseguir una humanización de los cuidados de enfermería en la UCI. Cambiar el diseño y organización de la UCI, flexibilizando los horarios de visita, implicando a las familias en los cuidados o dando un toque cálido mediante la incorporación de música o luz natural, son algunas medidas que se deberían tener en cuenta para desarrollar la humanización.

La mejora de los cuidados a la familia y a los profesionales no es menos importante, pues son una parte imprescindible para la evolución positiva de los pacientes. Se debe dotar a la UCI de nuevos protocolos de enfermería que tengan en cuenta los aspectos emocionales, no sólo los técnicos, para que, en un futuro cercano, la atención en UCI tanto para la unidad familiar, como para los profesionales sanitarios que trabajan en ella, sea más confortable y humana.

6 Bibliografía

1. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Medicina Intensiva. 2014;38(6): 371-375.
2. Blanca JJ, Blanco AM, Luque M, Ramírez MA. Experiencias, Percepciones y Necesidades en la UCI: Revisión Sistemática de Estudios Cualitativos. Enfermería Global. 2008;7(1).
3. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017 [acceso 5v de noviembre de 2017] Disponible en: http: //humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/
4. Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes

críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Rev Cuid. 2016; 7(2): 1297-1309. http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330
5. Rodríguez JA, Moreno A. Comunicación de malas noticias, una técnica que se puede aprender. Hygía. 2013; 20(84):41-45.
6. Heras G, Martin MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2017 Mar [cited 2017 Oct 25]; 29(1): 9-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000100009&lng=en
http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170003.
7. Gálvez M, Gómez JM, Martín MC, Ferrero M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. Med. segur. trab. [Internet]. 2017 Jun [citado 2017 Nov 26]; 63(247): 103-119. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200103&lng=es

Capítulo 213

MARIHUANA RELACIONADA CON EL DEBUT EN LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS

ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

MARÍA RODRÍGUEZ LECHA

1 Introducción

La marihuana es una de las drogas ilegales más ampliamente usadas en todo el mundo. Su consumo en población adolescente está en aumento. Bien es sabido que puede haber una asociación real entre la marihuana y el debut de trastornos psicóticos. La aparición de psicopatología en estos casos puede depender de factores ambientales, genética, cambios hormonales y patología psicótica previa.

El consumo de marihuana es común entre los jóvenes, existiendo numerosos riesgos a raíz de este consumo. Un riesgo mencionado es la posibilidad de que su consumo se relaciona con la presencia de ideas delirantes y alucinaciones auditivas y visuales.

2 Objetivos

- Demostrar la relación entre los trastornos psicóticos y su debut en adolescentes con el consumo de sustancias tóxicas como la marihuana.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Utilizando como palabras clave para la búsqueda, "trastorno psicótico", "debut", "adolescencia", "esquizofrenia" y "marihuana".

4 Resultados

Existe una asociación entre los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, con el consumo de marihuana en adolescentes, ya conocido. El uso de marihuana puede actuar como inductor de cuadros psicóticos en personas susceptibles. La comorbilidad del uso de sustancias y enfermedades mentales, como la esquizofrenia, suele acompañarse de importantes complicaciones como puede ser el incremento de las tasas de violencia, suicidio, abandono del tratamiento, exacerbación de los síntomas psicóticos, mayor uso de los servicios de emergencia, mayores tasas de recaídas y hospitalización psiquiátrica.

5 Discusión-Conclusión

Tras examinar varios artículos, se concluye que en individuos susceptibles, consumir sustancias como la marihuana pueden provocar una aparición temprana del primer episodio psicótico. Los datos epidemiológicos actuales nos advierten sobre un consumo cada vez más extendido y precoz de esta sustancia por lo que hay que tenerlo muy en cuenta ya que constituye el único factor de riesgo controlable.

6 Bibliografía

- Arias F. Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia, Adicciones, 2007.
- Tziraki S. Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis, Revista de Neurología, 2012.

- DSMV. Manual de clasificación de enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría 2014

Capítulo 214

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA DE OROFARINGE PORTADOR DE GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA

LORETO GIL DIEZ

PAULA GUTIERREZ RODRIGUEZ

REMEDIOS LASO AREA

ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Atención del paciente con carcinoma epidermoide de base de lengua derecha intraoral con severa disfasia lo que le impide una ingesta adecuada y con un empeoramiento del estado general.

2 Objetivos

- Colocar Gastronomía percutánea.
- Asegurar buena nutrición.
- Asegurar buena hidratación.

3 Caso clínico

Paciente de 51 años, masculino con antecedentes de alcoholismo, consumidor de cocaína, fumador. Intervenido por recidiva de carcinoma epidermoide de base de lengua derecha intraoral y reconstrucción con colgajo de boca de Bichat.

Ingresando al cabo de 6 meses por dolor lingual y disfagia severa que le impide tener una ingesta adecuada y con empeoramiento del estado general.

Se procede a realizarle al ingreso una serie de pruebas como una Tomografía computerizada TC-cérvico-torácica con contraste donde se observa una zona en el surco glosofaríngeo derecho con sospecha de recidiva locorregioanal.

Punción aspiración con aguja fina en donde los hallazgos junto con los antecedentes del paciente, se plantea como primera opción diagnóstica metástasis de carcinoma de células escamosas a nivel ganglionar.

Por lo tanto ante esta las pruebas y el mal estado físico del paciente se decide colocarle Gastrostomía percutánea bajo control radiológico.

4 Discusión-Conclusión

Tras la colocación de la Gastrostomía percutánea y tras días de ingresos, la familia y el paciente deciden alta a domicilio y seguimiento por cuidados paliativos domiciliarios.

Se logra que recupere algo de peso, aproximado. 1,5 Kg., tolerando las 5 tomas diarias de Isosource fibra de 250ml. (debido a su hábito intestinal con tendencia al estreñimiento) aunque la última toma no la completa con plenitud y una buena hidratación.

5 Bibliografía

- Medline.
- Pubmed.

Capítulo 215

EL SECRETO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

MARÍA RODRÍGUEZ LECHA

ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El secreto profesional es un tema siempre de actualidad que afecta prácticamente a todo trabajador sanitario, que de forma directa o indirecta, tiene conocimiento de datos cuya revelación podría perjudicar al paciente o a sus familiares.
A la hora de definir el secreto profesional pueden surgir dudas, por ello, antes de profundizar en el tema, se aclara este concepto de forma breve y sencilla. El secreto profesional es la obligación de no revelar aquello que se ha conocido en el ejercicio de la profesión.

2 Objetivos

- Delimitar el Secreto Profesional de Enfermería y poner de manifiesto su importancia.
- Analizar casos reales de incumplimiento del secreto profesional y sus consecuencias.
- Proponer casuística concreta que ayude al profesional sanitario en la toma de decisiones relacionados con la guarda del secreto profesional.

3 Metodología

El desarrollo del presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica con la intención de sintetizar resultados y conclusiones de varias publicaciones del tema que se presenta.
Este trabajo se ha llevado acabo realizando una búsqueda bibliográfica consultando diferentes fuentes impresas y de soporte digital, en las bases de datos de: Dialnet,
PubMeb, Elsevier; biblioteca electrónica de Scielo y Google académico entre otros.
Se han consultado también páginas oficiales como el Boletín Oficial del Estado (BOE) y El Tribunal Constitucional de España.

4 Resultados

Se puede afirmar que, en la práctica diaria, hay situaciones en las que no se ha cumplido con la obligación del sigilo profesional. Uno de los motivos más habituales por los que se viola el derecho a la intimidad es desvelar la información a una tercera persona no involucrada en el cuidado del paciente.
Esta tercera persona suele ser cercana, en muchos casos de la propia familia, en la que depositamos nuestra confianza, no siendo conscientes de las repercusiones que esto puede originar.

5 Discusión-Conclusión

El secreto profesional es un deber inseparable en toda relación entre el profesional sanitario y el paciente.
Existe un marco de referencia deontológico y ético que nos guía a la buena práctica, así como un marco legal que reafirma este derecho del paciente y castiga su incumplimiento.
En algunas ocasiones hemos podido observar que el incumplimiento de la obligatoriedad de guardar secreto ha constituido un delito tipificado y duramente castigado por la ley.
Los profesionales sanitarios, posiblemente por falta de información y de formación, en ocasiones no saben cómo actuar de forma correcta ante un dilema ético.
Por ello, es primordial concienciarse de la importancia del secreto profesional en el sector sanitario, y que quienes pertenezcan a éste conozcan los apoyos a los que pueden recurrir en caso de verse inmerso en estos dilemas, con el fin de no incurrir en un delito de este tipo.

6 Bibliografía

- Antón Almenara P. Enfermería ética y legislación. Barcelona: Ediciones Científicas y
Técnicas; 1994.
- Fernández Lamelas MA, Álvarez Rodríguez T, Ramiro Fernández JM, Martínez de Santiago
S. El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería. Cuad Bioét [Internet].2008 [citado 17 Dic 2014];19(65):59-66. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3005156.
-Lescaille Taquechel M. El secreto profesional y su relación con enfermería. Rev. Cubana
Enferm [Internet]2007 [citado 19 En 2015];23(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000200005&lng=es.
- Molina Mula J. El derecho a la confidencialidad y los cuidados de enfermería [Resumen].
Metas de Enfermería [Internet].2007 [citado 29 Dic 2014];10(7):50-54. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2343102.
- Iraburu M, Chamorro J, De Pedro MT. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. Anales del
Sistema Sanitario de Navarra [Internet].2008 [citado 15 Dic 2014]; 29 (3): 357-366. Disponible en: http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2549/1929.
- Fullbrook S. Legal principles of confidentiality and other public interests. Part 1[Abstract].
Br J Nurs [Internet].2007[citado 23 Dic 2014];16(14):874–875. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17851349.
- Ozturk H, Bahçecik N, Ozçelik KS. The development of the patient privacy scale in nursing
[Abstract]. Nurs Ethics [Internet].2014[citado 20 Ene 2015];21(7):812–28. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24482263.

Capítulo 216

IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN EN EL TRATAMIENTO TRAS EL ICTUS

MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ

JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO

SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ

1 Introducción

El ictus o accidente cerebrovascular (ACV) es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que suministran la sangre al cerebro. Cuando hablamos de secuelas motoras que puedan ser derivadas del ictus, nos referimos a dificultades para caminar, mareos, pérdida de equilibrio y coordinación.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la rehabilitación lo antes posible con el fin de retomar una vida lo más normal posible después de sufrir un ictus.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Todas las secuelas motoras citadas anteriormente, pueden ser tratadas y mejoradas gracias a la rehabilitación, que tiene como principal objetivo: disminuir el impacto de las secuelas que el paciente pueda tener. Además de eso, alivia el dolor, elimina la rigidez y evita enfermedades desarrolladas por ésta, como la depresión. Con esta terapia, se tratan las discapacidades que hayan derivado de la enfermedad, siendo el objetivo principal tratarla para conseguir la máxima capacidad posible en cada caso, con el fin de facilitar la independencia y reintegración en el entorno familiar, laboral y social.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que la terapia se inicie lo más rápido posible durante el ingreso hospitalario. En casi todos los casos, se demuestra el beneficio que aporta al paciente llevar a cabo una correcta rehabilitaación después de haber sufrido un ictus y que lleven al mínimo las secuelas tras este proceso y puedan volver a la vida normal lo antes posible.

6 Bibliografía

- http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 217

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA

MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ

JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO

SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ

1 Introducción

El cuidado humanizado en el área de enfermería, se refiere al cuidado que depende del compromiso moral de proteger y cuidar, realzando la dignidad humana del paciente. Es vital que el personal sanitario sea consciente de la importancia de llevar a cabo gestos como, referirnos al paciente por su nombre o utilizar un lenguaje llano y simple con ellos, para hacerlos sentir mejor.

2 Objetivos

- Conocer un adecuado plan de cuidados para el paciente.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos digitales (Scielo, Medline y Pubmed). Se encontraron 115 casos en internet, de los cuales se han estudiado 3, referentes a páginas en español. Además, para realizar estas búsquedas se han utilizado como descriptores las palabras clave. Con dichas

palabras clave, se han encontrado cuatro estudios en España, en los que se detallan cuáles son las técnicas de las que disponemos para darle un trato humano y amable al paciente y a sus acompañantes en un momento tan delicado como es la hospitalización.

4 Resultados

Para lograrlo, debemos elaborar un plan de cuidados en función de las necesidades de cada paciente, así como detectar todas aquellas necesidades que puedan tener los mismos, desde un punto de vista del profesional y del propio paciente.

Algunas de las acciones que potencian esta humanización, son por ejemplo, presentarse al paciente y sus familiares, utilizar un lenguaje simple que el paciente entienda perfectamente, dirigirse al paciente por su nombre, respectar sus creencias, valores y deseos, realizar una toma de decisiones compartida, respetar su intimidad y la confidencialidad de los datos, así como informar tanto al paciente como a sus acompañantes durante su estancia.

5 Discusión-Conclusión

En momentos tan delicados como lo son durante la hospitalización, es muy importante hacerle saber al paciente y a sus familiares que estamos allí para cuidarle, respetarle, tratarle y hacer que se sienta cómodo y seguro mientras dure esta situación.

6 Bibliografía

- http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf

Capítulo 218

ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TABAQUISMO

MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ

JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO

SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ

1 Introducción

El tabaquismo es una enfermedad adictiva, crónica y recurrente, que en la mayoría de los casos se inicia antes de los 18 años, alargándose en el tiempo debido al grado de dependencia que la nicotina produce en el individuo. Se trata de la principal causa de mortalidad prematura y totalmente evitable en los países desarrollados.

2 Objetivos

- Determinar aquellas enfermedades en las que pueden derivar el consumo de esta sustancia.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Algunas de las enfermedades que puede acarrear esta sustancia son: IAM, ACV, cáncer de boca y periodontitis, cáncer de garganta, pulmón , mama, muerte fetal o parto prematuro en el caso de fumadoras embarazadas, enfermedades respiratorias, TBC, diabetes tipo II, demencia, disminución de la fertilidad y fragilidad ósea entre muchas otras.

Es realmente importante educar desde niños en todos los posibles efectos adversos, así como de todas las enfermedades en las que el consumo del tabaco puede desencadenar, para que así, puedan evitarse y las personas tengan una mejor calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

El tabaco es una de las adicciones que más muertes provoca. Por ello es necesario recalcar desde edades tempranas, la importancia de no caer en esta droga letal para evitar muchísimas complicaciones de salud en el futuro.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- http://www.pmdocs.com/

Capítulo 219

DIABETES INFANTIL. CONCEPTOS Y TRATAMIENTO.

PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ

LORENA BOBES FERNÁNDEZ

VANESA LLANOS GARCIA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ RIESGO

1 Introducción

La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la edad pediátrica.
El tratamiento se sustenta en tres pilares fundamentales: insulinoterapia, ejercicio y nutrición que, junto con la educación diabetológica, lograrán un control óptimo y la prevención de complicaciones a corto y largo plazo.

El pediatra de atención primaria es fundamental en la detección precoz de la enfermedad y en el apoyo médico y psicológico al paciente y sus familiares. A su vez, debe estar preparado para afrontar situaciones comunes en el niño con diabetes, como las hipoglucemias o las enfermedades agudas intercurrentes.

2 Objetivos

- Describir las principales características de la diabetes infantil y las recomendaciones a los padres sobre cómo actuar.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura científica, se ha realizado una búsqueda retrospectiva en las siguientes bases de datos: Pubmed, Google académico, Scielo , ScienceDirect, Medwave, web de la AEP; utilizando como palabras clave: diabetes, alimentación, pediatría. La búsqueda se restringió a los idiomas español e inglés.

- Con el objetivo de identificar la evidencia científica más reciente se ha seleccionado artículos científicos desde el año 2016 hasta 2019.

4 Resultados

Se entiende por diabetes mellitus un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia crónica, resultado de defectos en la secreción y/o acción de la insulina.
La DM tipo 1a (DM 1), en la que existe un déficit total en la secreción de insulina debido a un mecanismo autoinmune contra las células beta del páncreas.

La DM 1 es una de las enfermedades crónicas con mayor incidencia en la edad pediátrica. Supone el 5-10% de todos los tipos de diabetes a nivel mundial. Sigue siendo el tipo más frecuente en la infancia, a pesar del aumento de la DM 2 paralelo al aumento del sobrepeso y la obesidad infantil.

- Presentación y fases de la DM1:
- Diabetes preclínica:
Hace referencia a los meses o años que preceden a la presentación clínica. Se pueden detectar anticuerpos contra las células beta del páncreas en suero. La progresiva destrucción de las células beta da lugar a un déficit casi absoluto en la secreción de insulina. En esta fase se pueden detectar alteraciones de la glucemia sin cumplir criterios de DM.
Criterios diagnósticos de las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado

Diabetes mellitus. Alteración de la glucemia en ayunas. Alteración de la tolerancia a hidratos de carbono
Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl . 100-125 mg/dl. –
Glucemia a las dos horas de una sobrecarga oral de glucosa ≥ 200 mg/dl. – 140-199 mg/dl
HbA1c ≥ 6,5%. 5,7-6,4%. 5,7-6,4%

Ayunas: ausencia de ingesta calórica de al menos ocho horas.
Para cumplir este criterio se requiere la realización de una SOG según los criterios de la OMS.
El diagnóstico de DM requiere la detección de alguno de estos criterios en dos días diferentes o una glucemia. ≥ 200mg/dl en cualquier momento del día en un paciente sintomático.

- Presentación clínica:
La forma de debut puede variar desde una presentación no urgente, hasta la deshidratación severa y el shock. La clínica cardinal consiste en la aparición progresiva de poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso, y en el caso de que se desarrolle una cetoacidosis, el paciente sufre dolor abdominal, vómitos, deshidratación, polipnea y puede evolucionar hasta el shock y el coma. Sin embargo, a veces el debut adopta formas atípicas que debemos estar preparados para identificar.

Una tira reactiva de orina es un método sencillo, sensible y no invasivo para excluir una diabetes de presentación menos típica. En caso de presentar glucosuria (resultado siempre patológico) y cetonuria (que en presencia de glucosuria, traduce déficit de insulina), una glucemia capilar superior a 200 mg/dl confirma el diagnóstico.

Formas de presentación no urgente de diabetes:
• Vómitos.
• Enuresis en un niño que ya tenía control de esfínteres.
• Candidiasis vaginal, sobre todo en chicas prepúberes.
• Pérdida de peso o fallo de medro.
• Irritabilidad o empeoramiento del rendimiento escolar.
• Infecciones cutáneas recurrentes.
• Situaciones que pueden resultar en un diagnóstico tardío de cetoacidosis diabética (CAD).
• Niños muy pequeños, porque la CAD se puede desarrollar rápidamente y es un diagnóstico que no se suele considerar a esa edad.

• La polipnea en CAD se puede confundir con asma o neumonía.
• El dolor abdominal, típico de la cetosis, puede confundirse con un abdomen agudo.
• La poliuria y enuresis se pueden interpretar como parte de una infección urinaria.
• Los vómitos podrían considerarse en relación con una gastroenteritis o sepsis.

- Fase de "luna de miel" o remisión parcial
En aproximadamente un 80% de los niños y adolescentes se produce una reducción transitoria de las necesidades de insulina al iniciar la insulinoterapia, con niveles de glucemia más estables. Esta fase se debe a la reserva pancreática de células beta en mayor o menor cuantía. La definición actual considera aquella fase en la que el paciente necesita menos de 0,5 UI de insulina por kg de peso al día y la hemoglobina glucosilada (HbA1c) es < 7%

Esta fase de remisión parcial se presenta a los días o semanas del inicio de la insulinoterapia y puede durar semanas o meses (media de 10-12 meses y hasta dos años) y es más rara en niños muy pequeños o si el debut fue como CAD. En esta etapa es fundamental:
- Informar del carácter transitorio de esta fase, que nunca evolucionará con la remisión total.
- Estar atento a la disminución de las necesidades de insulina e incluso la omisión en algún horario.
- Fase crónica: Es un proceso gradual desde la fase anterior que culmina con el agotamiento funcional de las células beta y la de- pendencia de la terapia con insulina.
- Educación diabetológica: Se trata de la clave para conseguir un buen control metabólico. La educación diabetológica es fundamental para asegurar buenos resultados. Tanto porque es necesario transmitir una serie de conocimientos para el adecuado autocontrol, como porque es necesario un apoyo y una motivación constantes.
Algunos principios básicos de la educación diabetológica en la infancia y la adolescencia son:
- Todos los familiares y encargados de cuidar del niño deben ser incluidos en el proceso educativo y tener acceso libre al mismo.
- Debe de estar estructurada en un programa que se adapte a las necesidades y peculiaridades del paciente y su entorno. El currículo del programa variará considerablemente según se trate de un lactante, un niño o un adolescente. Igualmente, deberá adaptarse en la medida de lo posible a las peculiaridades culturales del

paciente y su entorno.
- Los profesionales encargados de impartir la educación diabetológica deben poseer entrenamiento en habilidades educativas y pedagógicas, para garantizar tanto la transmisión de conocimientos como el trabajo de actitudes.
- Debe de ser un proceso continuado y repetido a lo largo del tiempo para resultar efectivo.
- Tratamiento: El tratamiento de la diabetes se sustenta en tres grandes pilares: la administración de insulina, la dieta y el ejercicio físico. Se les debe dar el mismo peso dentro del manejo de la DM 1, y así lo debe entender el paciente y sus familiares.
- Insulinas: En los últimos diez años hemos asistido a la aparición de nuevas insulinas mediante la modificación de la molécula. Estas presentan un perfil farmacocinético más favorable, tanto para la calidad de vida del paciente como para realizar una terapia intensiva con menos complicaciones, fundamentalmente la hipoglucemia.

El tratamiento con insulina subcutánea persigue imitar la secreción fisiológica de insulina por el páncreas mediante una insulina continua por la noche y entre comidas (basal) y otra en respuesta a las comidas (picos). Esta estrategia se conoce como basal/bolus.
- Insulinas tradicionales: La insulina basal ideal sería aquella sin pico de acción, con vida media larga y absorción predecible. Para este fin se utiliza la insulina neutral protamine Hagedorn (NPH), pero no cumple estas premisas: posee un pico importante de acción a las 2-3 horas (causante de hipoglucemias), su vida media corta hace que se tengan que administrar tres dosis y su absorción es muy variable.

Asimismo, la insulina ideal para utilizar en bolo sería aquella con un inicio muy rápido de acción y un pico y una vida media cortos. Para este fin se usa la insulina regular, pero tampoco se ajusta a este perfil: tiene un inicio lento de acción (30-45 minutos), un pico tardío (a los 90-12 minutos) y una vida media demasiado larga (5-6 horas).
- Análogos de acción lenta: Actualmente disponemos de dos: insulina glargina y detemir. Se caracterizan por su difusión lenta al torrente sanguíneo, por lo que presentan poco pico, su vida media está entre 20 y 24 horas y presentan una absorción menos variable.
- Análogos de acción rápida: Disponemos de tres análogos de acción rápida: insulina lispro, aspart y glulisina. Las caracteriza un inicio de acción muy rápido (10-15 minutos), lo que permite comer 5-10 minutos tras su administración, o administrarla al terminar de comer (niños pequeños con forma de comer capri-

chosa). Tienen una vida media corta (2-3 horas), por lo que no hay tanto riesgo de hipoglucemias postprandiales tardías.

- Nuevas tecnologías en el control y tratamiento:

• Sistemas de monitorización continua de glucosa en tiempo real.

Estos sistemas miden la glucosa en el espacio intersticial mediante un sensor subcutáneo, no en sangre.

• Sistemas de infusión continua de insulina.

Las bombas de insulina van liberando análogo de insulina rápida en forma de una perfusión continua durante las 24 horas del día (infusión basal) y bolos para cada ingesta de carbohidratos y como dosis suplementarias para corrección de hiperglucemias. Constan de una cánula que se inserta en el tejido subcutáneo y que hay que cambiar cada dos o tres días.

- Nutrición: No existen evidencias científicas sólidas respecto a pacientes pediátricos. Uno de los puntos clave en el consejo dietético será adaptarse a las necesidades de cada paciente y animar a adoptar hábitos saludables más que imponerlos. Llevar un horario regular de comidas y adquirir hábitos como comer sentado con la familia, educar sobre dietas saludables y monitorizar la ingesta se asocian a un mejor control glucémico.

-Principios generales:

• La dieta debe aportar la energía y los nutrientes necesarios para asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados

• Con el fin de tener un horario de monitorización de la glucosa, evitar excesos y crear hábitos, se organiza la dieta en tres comidas principales, una a media mañana y una merienda.

• La pauta de insulina debe adaptarse a la forma de comer de la familia

• tener en cuenta las peculiaridades culturales y el entorno social

• En general, las recomendaciones para la población general son válidas para la DM 1 infantil.

- Composición de la dieta y necesidades energéticas: El aporte calórico es similar al de un niño no diabético de la misma edad. Se suele calcular en función de la edad mediante la fórmula: 1000 + (100 x edad en años) kcal/día. Las calorías se reparten entre los diferentes nutrientes de la siguiente forma:

• Hidratos de carbono: 50 – 55%

• Proteínas: 10 – 15%

• Grasas: 30-35%, de las cuales:

• < 10%: grasas saturadas y ácidos grasos trans.

• < 10%: grasas poliinsaturadas.

• > 10%: grasas monoinsaturadas, como el aceite de oliva.

• Fibra: 15 – 30 g/día.

Es recomendable consumir productos frescos y cereales integrales, aumentar el consumo de frutas y verduras y consumir sacarosa de forma moderada. No se deben prohibir alimentos, pero algunos (como helados o bebidas azucaradas) se consumirán de forma excepcional y al final de comidas que contengan proteínas o grasas, para enlentecer su absorción.

- Ejercicio: La práctica de ejercicio físico regular ha demostrado beneficio en el control del peso y el desarrollo de complicaciones vasculares, así como en la sensación de bienestar, pero poco efecto en el control metabólico. Para que aporte el máximo beneficio, el ejercicio ha de ser aeróbico, de intensidad moderada, practicarse de forma regular y preferiblemente en grupo y al aire libre.
- Control glucémico: autocontrol

Para la monitorización del control glucémico, disponemos de tres herramientas principales: la glucemia capilar diaria, la HbA1c y la determinación de cuerpos cetónicos en sangre y orina. Esta estrategia permite conocer el grado de control del paciente para establecer objetivos terapéuticos realistas y prevenir las complicaciones agudas y crónicas.

- HbA1c: Ofrece una media de la glucemia en los tres meses previos, se ve influenciada por los valores altos y bajos, y el 50% del valor corresponde a las últimas cuatro semanas. De este modo, un valor bajo de HbA1c podría corresponder a hipoglucemias de repetición, por lo que la HbA1c óptima sería aquella cercana a la normalidad. Para todos los grupos de edad se establece un valor <7,5%.
- Glucemia capilar diaria: Aunque los objetivos de glucemia deben ser individualizados según la edad, la fase de la enfermedad, la actividad física, etc., una recomendación sería mantener glucemias preprandiales entre 80 y 140 mg/dl y postprandiales entre 100 y 180 mg/dl.
- Determinación de cuerpos cetónicos:

Se recomienda su realización durante enfermedades intercurrentes con fiebre y/o vómitos, en caso de hiperglucemia > 250 mg/dl mantenida a pesar de tratamiento insulínico, ante poliuria persistente con glucemia elevada y dolor abdominal, ante polipnea, etc.

Hipoglucemia: La hipoglucemia se produce cuando hay un disbalance entre la dosis de insulina, la ingesta de hidratos de carbono y el ejercicio realizado.

No existe un consenso para la definición numérica de hipoglucemia en pacientes con DM 1, pero actualmente se usa el límite de 70 mg/dl propuesto por la Asociación Americana de Diabetes (ADA).

Los síntomas que suelen acompañar a la hipoglucemia son de dos tipos: autonómicos (temblor, palidez, sudor frío, palpitaciones) y neuroglucopénicos

(visión borrosa, dificultad para concentrarse, confusión, pérdida de conciencia, convulsiones). En niños, sobre todo pequeños, es más frecuente que aparezcan alteraciones conductuales como llanto, irritabilidad, etc., y síntomas inespecíficos como hambre, cefalea, astenia o náuseas.

Algunas recomendaciones para la prevención de la hipoglucemia incluyen:
- Mantener la glucemia por encima de 70 mg/dl con un buen control glucémico.
- Educar a paciente, familiares y cuidadores en los factores de riesgo y situaciones asociadas a hipoglucemia, así como en su reconocimiento y manejo.
- Tener siempre a mano un sistema de medición de glucosa y alimentos con hidratos de carbono de absorción rápida y fácil deglución.
- A ser posible, los niños y adolescentes con DM 1 deben llevar algún tipo de identificación de la misma.
- El glucagón debe estar disponible para familiares y cuidadores, quienes deben saber usarlo.
- Enfermedades agudas intercurrentes:
- Enfermedades que tienden a producir hiperglucemia:
La mayoría de procesos infecciosos agudos, sobre todo febriles, producen una respuesta al estrés con liberación de hormonas contrarreguladoras. Esto produce aumento de la neoglucogénesis y tendencia a la hiperglucemia.
- Enfermedades que tienden a producir hipoglucemia:
Durante las infecciones digestivas, como la gastroenteritis aguda, pueden existir vómitos y diarrea, la absorción intestinal está disminuida y el vaciamiento gástrico enlentecido, unido a la anorexia propia de la enfermedad puede dar lugar a hipoglucemia y cuerpos cetónicos positivos por ayuno.
- Recomendaciones de cuándo consultar o remitir a un servicio de urgencias:
- Existen signos claros de deshidratación o el niño está confuso con dolor abdominal, hiperventilación…
- Vómitos incoercibles pasadas dos horas.
- Imposibilidad de mantener la glucemia por encima de 70 mg/dl.
- Cetonemia/cetonuria elevada a pesar del tratamiento corrector con insulina.
- Tendencia a elevación de la glucemia a pesar del tratamiento corrector con insulina.
- Niño pequeño, menor de 2-3 años.
- Los padres están agotados o hay problemas de comunicación por dificultades con el lenguaje.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años, el manejo de la DM1 en la infancia y adolescencia ha cambiado considerablemente. Algunos de los factores implicados en este cambio podrían ser:

- La irrupción de las nuevas insulinas en la batería terapéutica, así como las nuevas tecnologías en el control y tratamiento como: sistemas de monitorización continua de glucosa en tiempo real y sistemas de infusión continua de insulina, variedades que permiten una administración más fisiológica de la insulina exógena y aportan mayor libertad de ingesta; y la realización de ejercicio acompañado de una dieta saludable, mejorando la calidad de vida de los pacientes.
- Existe mayor concienciación de que un control apropiado durante la infancia es tan necesario, o aún más, de lo que lo es en la etapa adulta. El Diabetes Control and Complications Trial aportó evidencias sólidas de que la intensificación del tratamiento insulínico reduce las complicaciones microvasculares y de que dicha intensificación requiere un control adecuado de la diabetes.
- Ha habido un aumento en la incidencia de esta patología en la edad pediátrica, particularmente en menores de 5 años.

Por todo lo anterior, resulta de especial interés revisar la evidencia disponible acerca de la DM1 en la infancia y adolescencia, y las recomendaciones actuales de las principales sociedades científicas, más allá de las referentes al tratamiento insulínico.

6 Bibliografía

• Villalba Castaño et al. Diabetes Mellitus tipo I. Form Act Pediatr Aten Prim. 2011;4(3):163-72.

• Barrio Castellanos R. Actualización de la diabetes tipo 1 en la edad pediátrica. AEPap (Ed). Curso de actualización pediátrica 2016. Madrid. Lúa Ediciones 3.0. 2016. p 369-77.

• García García E. Actualización en diabetes tipo 1. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 445-451.

Capítulo 220

DISFAGIA EN EL PACIENTE CON ICTUS

MARÍA RODRÍGUEZ LECHA

ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Entre las manifestaciones clínicas más importantes del ICTUS se haya la disfagia, que está definida como una "alteración de la deglución, caracterizada por la dificultad de mover el bolo alimenticio de manera segura desde la boca al estómago sin que aparezca la aspiración", por lo que debemos considerarlo como un problema importante debido a sus consecuencias potenciales y reales que desde la enfermería hay que abordar con diversos recursos que tenemos a nuestro alcance.

2 Objetivos

- Definir una de las manifestaciones clínicas del ICTUS , la disfagia.
- Analizar la importancia del papel de enfermería en el paciente con disfagia derivada de ICTUS.

3 Metodología

El trabajo realizado es una revisión bibliográfica para la cual se ha utilizado las siguientes bases de datos:

- Dialnet, Scielo, Google académico.

La búsqueda se ha realizado con palabras clave como:
- Ictus; Disfagia en el anciano; Problemas de deglución; Manejo de la disfagia.

4 Resultados

Los diferentes estudios afirman que las consecuencias de la disfagia en pacientes con ICTUS son significativas. Sus resultados son riesgo de deshidratación y desnutrición, aspiraciones y neumonías que comprometen la salud del anciano. Por ello, los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en el control de la disfagia de estos pacientes, algo que puede evitar muchos de estos problemas derivados.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que los enfermeros detecten la disfagia como problema potencial antes de que ocurran algunas de las complicaciones antes mencionadas. Debemos tomar un papel activo en el control de esta manifestación, con un plan de cuidados adecuado a cada uno y sus respectivas intervenciones derivadas.

6 Bibliografía

- Velasco, M., Arreola, V., Clavé, P., & Puiggrós, C. (2007). Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutrición Clínica en Medicina. 1(3), 174-202.
- Peña, R., López, M., Guzmán, M., Jara, M., Salgado, C., Sepúlveda, C., & Zapata, P. (2015). Factores asociados a la disfagia orofaríngea postictus. Rev Neurol.61 (8),295-300.
- Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria.2009 disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_com
pl.pdf . [acceso 22 de Enero de 2018].

Capítulo 221

CUIDADOS DE ENFERMERIA POST MORTEM

SARA MÉNDEZ GARCÍA

EVA GONZALEZ LOPEZ

MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN

LUCÍA LÓPEZ SAMA

ROSANA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

Entendemos la muerte como el cese total y definitivo de las funciones vitales del organismo del ser humano.

2 Objetivos

- Preparar el cuerpo para su traslado a mortuorios.
- Ayudar a la familia en el duelo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una vez el paciente haya fallecido la enfermera debe realizar una serie de actividades:
- Avisar al médico responsable.
- Realizar electrocardiograma para verificar el estado.
- Retirar tubos, catéteres y drenajes que porte el fallecido.
- Taponar o colocar gasas o apósitos si fuera necesario.
- Acompañar y ayudar en el duelo a los familiares.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados post mortem son aquellos que se realizan al paciente después de fallecer.
Estos procedimientos consisten en la retirada de dispositivos, el acompañamiento a los familiares y por último el registro total en la historia clínica.

6 Bibliografía

- Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Cordoba; 2001.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto NIPE: Normalización de las intervenciones para la practica de enfermería. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;2002.
- Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. 10ª ed. Madrid: Elsevier España; 2015.

Capítulo 222

MANEJO DE LA VÍA AÉREA. DETECCIÓN DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL

LUCIA FERNANDEZ MENENDEZ

ILUMINADA PRIETO SANTOVEÑA

MARIA DE LA PAZ DELGADO ALVAREZ

ALEJANDRA GARCIA IZQUIERDO

OLAYA TRIVIN TUERO

1 Introducción

Un buen control de la vía aérea es uno de los elementos fundamentales en el cuidado de los pacientes. Tanto los especialistas como el personal, que este potencialmente involucrado en situaciones que requieran un control de la vía aérea, deben conocer las guías y protocolos de actuación y estar entrenados para poder superar cualquier contratiempo o complicación que pudiera surgir, ya sea, en el manejo de la vía aérea (VA) como en el mantenimiento del soporte.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de un control correcto de la vía aérea, así como de algunos de los avances y algoritmos nuevos que pueden ayudar a los profesion-

ales a enfrentarse a determinadas situaciones.

3 Metodología

Para llevar a cabo este análisis, se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura sobre la vía aérea, en las bases de datos Cuiden, SciELO y Google académico, sin aplicar ningún criterio de inclusión ni exclusión, en los meses de diciembre de 2019 y enero de 2020. Se hicieron búsquedas dirigidas utilizando las palabras claves; vía aérea, vía aérea difícil, SEDAR, ASA, conforme los descriptores de la DeCs.

4 Resultados

Para un correcto manejo de la VA es realizar una valoración de la VA de un paciente, para ello se deben observar los rasgos anatómicos; forma y tamaño de la boca, nariz, mandíbula y cuello, si existen alteraciones anatómicas o masas que puedan dificultar el flujo de aire.

Existen otros problemas, que no están relacionados directamente con la VA, pero pueden suponer un riesgo a la hora de su manejo; la obesidad, por ejemplo, en muchos casos supone un riesgo añadido a la hora de realizar una intubación orotraqueal (IOT) o simplemente la ventilación del paciente ya que esta situación conlleva cambios, no sólo anatómicos si no también cambios fisiológicos, que pueden llegar a producir complicaciones potencialmente mortales.

Es de vital importancia la detección de una posible vía aérea difícil (VAD), puesto que va a condicionar la técnica más adecuada para el control de la VA. La American Society of Anesthesiologist (ASA) define la VAD como 'la existencia de factores clínicos que complican la ventilación administrada por una mascarilla fácil (MF) o la intubación realizada por una persona experimentada'. Dentro de esta definición se incluyen: ventilación difícil con mascarilla facial (VDMF), laringoscopia difícil (LD), intubación difícil (ID), cuando se precisa más de 10 minutos, se requiere de 2-3 intentos o el uso material accesorio como laringoscopio de Macintosh; y ventilación e intubación imposible (No Ventilable/ No Intubable).

Esta valoración debe ser realizada por un médico anestesiólogo, en la consulta preoperatoria, donde se recabará información acerca de las condiciones que presenta el paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, así como

para elegir la técnica anestésica más adecuada, teniendo en cuenta el tipo de intervención y las circunstancias del paciente.
Independientemente de la valoración en el preoperatorio de la VA hay algunos casos de intubación difícil no son detectados.
En la práctica habitual, para la valoración de la VA e identificar una VAD, se utilizan una serie de herramientas, test y clasificaciones, que por separado son pobres predictores de intubación difícil, pero que, utilizados conjuntamente, mejora significativamente la predicción de VAD.
• Clasificación de Mallampati- Samsoon-Young o simplemente clasificación de Mallampati. Valora la visualización de las estructuras laríngeas: úvula, pilares amigdalinos y paladar blando. Hay 4 clases, que van desde la clase I donde se visualizan todas las estructuras a clase IV donde solo se visualiza el paladar duro. A partir del grado III se empieza a considerar intubación difícil.
• Clasificación de Cormack-Lehane. Valora, según las estructuras que se visualicen con laringoscopia directa, el grado de dificultad para realizar una intubación endotraqueal. Hay 4 grados, desde el grado I, observación, en su totalidad, del anillo glótico hasta grado IV, no se puede observar ni la glotis. A partir de grado III se considera intubación difícil.
• Distancia interdental. Mide la apertura de la boca. Se valoran 3 grados, grado I ≥5cm a grado III ≤ 3cm, intubación difícil.
• Distancia Tiromentoniana o de Patil-Aldreti. Mide la distancia, con la cabeza en hiperextensión, desde el mentón hasta el cartílago tiroides. Desde grado I ≥ 6,5cm a grado III ≤ 6 cm, intubación difícil.
• Distancia esternomentoniana (DEM). Mide la distancia, igual que la anterior con la cabeza en hiperextensión, desde el mentón al borde superior del manubrio del esternón. clase I ≥ 13 cm a clase IV ≤ 12 cm, intubación difícil.
• Movilidad cervical. Se coloca el dedo índice en la prominencia del occipital inferior del paciente y el otro índice en el mentón, se le pide al paciente que hiperextienda el cuello. Se traza una línea que una los dos índices y se valora el grado de movilidad; desde grado I ≥ 35º hasta grado IV movilidad nula. Intubación difícil desde grado III.
• Test de mordida. Se le pide al paciente que muerda su labio superior con su dentadura inferior. Hay 3 clases, desde clase I los incisivos inferiores muerden y ocultan toda la mucosa del labio superior, hasta clase III los incisivos inferiores no pueden morder el labio superior.
Según las recomendaciones de la European Society Anesthesia determina que los test más importantes que se deben realizar a todos los pacientes son:
- Clasificación de Mallampati- Samsoon-Young.

- Distancia interincisivo.
- Movilidad cervical.
- Distancia Tiromentoniana.
- Test de mordida.

Además de lo comentado anteriormente, existen otros factores que pueden predecir una VAD. Se considera VAD si tiene más de uno de los siguientes factores:
- Movilidad de la cabeza y cuello— el paciente no puede tocar con la punta del mentón el pecho o no puede hiperextenderlo.
- Longitud y diámetro del cuello— cuello corto y ≥ 54 cm.
- Distancia Tiromentoniana o de Patil- Aldreti— ≤ 6,5 cm.
- Distancia esternomentoniana— ≤ 12 cm.
- Longitud de los incisivos superiores— relativamente largos
- Relación, en la mordida, de los incisivos superiores con la mandíbula inferior— retrognatia.
- Test de mordida— clase III los incisivos inferiores no pueden morder el labio superior.
- Distancia interincisivo— grado III ≤3 cm.
- Clasificación de Mallampati— clase III y IV
- Forma del paladar— muy arqueado o estrecho.

En 1991, la ASA, estableció el primer algoritmo para abordar la VAD. Una de las últimas revisiones es del 2013, donde hace hincapié en la necesidad de establecer un plan de abordaje de vía aérea. Propone una nueva clasificación básica y avanzada con valoración de factores del paciente y otros factores como experiencia, presión de tiempo, localización y/o factores humanos. No determina un 'gold standar' relacionado con el dispositivo que debe utilizarse cuando se presenta una VAD, ya que no hay estudios que demuestren que dispositivos son mejores. Las novedades que caben destacar en esta revisión son:
• Introduce el término 'dispositivo supraglótico' (DSG), en lugar de mascarilla laríngea (ML), ya que actualmente existen muchos dispositivos en el mercado.
• Incluye, por primera vez, la dificultad que se puede presentar al colocar un DSG y la dificultad en la laringoscopia.
• La mascarilla Fastrach® aparece en este algoritmo como una alternativa más en la situación de dificultad en la ventilación, además de como un método de intubación. Puede facilitar la ventilación, ergo, convertir una situación de emergencia en una situación controlada.
• Los videolaringoscopios los incluye como dispositivos de primera elección ante la sospecha de VAD. Los menciona de manera genérica, sin especificar ni valorar cual se debe usar, ya que todavía no hay ningún trabajo que lo refleje.

• Importancia de la extubación, que debe realizarse bajo condiciones clínicas favorables, y siempre habiendo preparado nuevamente, lo necesario para volver a intubar.
• Siempre tiene que quedar reflejado en la historia clínica, que dispositivos se han utilizado y cuáles han sido los problemas encontrados. Además, se deberá informar al paciente, familia y/o representante legal, tanto de las dificultades presentadas como las consecuencias que acarrea.
Este algoritmo trabajo con 3 supuestos o escenarios: a) VAD prevista— paciente despierto.
Se mantiene al paciente despierto durante la intubación, puesto que al estar consciente va a mantener la permeabilidad de la VA y será más fácil la intubación, si no fuera posible, porque el paciente no colabora, se preservará la ventilación espontanea. El uso de sedantes es la mejor opción. Para seguridad de paciente se recomienda el uso de un único fármaco en la sedación, por presentar efectos más predecibles respecto del uso de varios fármacos. b) Dificultad de intubación con una adecuada ventilación con mascarilla facial— VAD NO URGENTE.
En este caso hay varias opciones, usar un DSG, estiletes, videolaringoescopio… si es fallida la intubación, no se debe repetir varias veces el mismo acceso, las rutas a seguir son, despertar al paciente, realizar un acceso invasivo de la VA o valorar otras alternativas.
Se debe tener preparado como material auxiliar de intubación y oxigenación:
- Palas de laringoscopio de varios tamaños.
- Estilete y guía de intubación.
- Tubos endotraqueales de varios de tamaños y tipos.
- Intercambiadores de tubos endotraqueales.
- Videolaringoescopio.
- Broncoscopio flexible.
- Sistema de cricotiroidotomía (tubo-fiador-bisturí)
- Analizador de CO2.

Si se puede ventilar con mascarilla facial, se oxigenará y se valorará la mejor técnica que garantice el mantenimiento de la oxigenación del paciente. c) Dificultad de intubación con una mala ventilación con mascarilla fácil— NO VENTILABLE/NO INTUBABLE— VAD URGENTE.
Se considera que un paciente es NO INTUBABLE, cuando después de realizar 3 intentos de intubación, con las mejores condiciones posibles, no se consigue intubar al paciente. Y paciente NO VENTILABLE / NO OXIGENABLE, cuando no hay signos que demuestren que hay oxigenación, capnografia, pulsioximetria o movimientos torácicos.

Llamar a un compañero y la utilización de un DSG son las primeras medidas a tomar. Si no se consigue ventilar se realizará un acceso invasivo urgente de la VA, una cricotiroidotomía

5 Discusión-Conclusión

Tras la búsqueda de bibliografía realizada y la revisión de todos los artículos consultados, se llega la conclusión de que gracias a los avances tecnológicos y a las evidencias científicas, se han producido grandes progresos en materia de VAD y ventilación mecánica, consiguiendo una reducción de la morbi-mortalidad relacionada con un mal manejo, una mala previsión o una falta de formación, tanto teórica como práctica, por parte de los facultativos y de todo el personal involucrado en el manejo de la vía aérea de un paciente.

6 Bibliografía

1. F.J. García-Miguela, R. Peyrób, M.F. Mirón Rodríguez. Valoración anestésica preoperatoria y preparación del paciente quirúrgico. Revista Española de Anestesiología y reanimación. 2013 [acceso el 20 de diciembre de 2019]; vol 60 (Supl 1); 11-26. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-valoracion-anestesica-preoperatoria-preparacion-del-S0034935613700069
2. Y. Galván-Talamantes, I. Espinoza de los Monteros-Estrada. Manejo de vía aérea difícil. Revista Mexicana de Anestesiología. Abril-Junio 2013 [acceso el 20 de diciembre de 2019]; Vol. 36 (Supl. 1); 312-315. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131bw.pdf.
3. A. Guarnizo Ruiz, M. Vásquez-Caicedo Muñoz, S.R. Arias Pérez, M.L. M.L. Mariscal Flores. Algoritmo de Vía Aérea Difícil de la American Society Of Anesthesiologist 2013. Mayo de 2013; [acceso el 23 de diciembre de 2019]; Disponible en: http://anestesiar.org/2013/algoritmo-via-aerea-dificil-de-la-american-society-of-anesthesiologist-2013/
4. M.A. Gómez-Ríosa, L. Gaitinic, I. Matterd, M. Somric, Guías y algoritmos para el manejo de la vía aérea difícil. Revista española de anestesiología y reanimación. Elsevier. Enero de 2018; [Acceso de 3 de enero de 2020]; Vol. 65 (1); Pág, 41-48. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-guias-algoritmos-el-manejo-via-S0034935617301998.

5. M.C. Peréz Panizo. Protocolo de intubación traqueal (adulto). Sesiones bibliográficas residentes. Servicio de medicina interna del Hospital de León. 28 de octubre de 2013 [acceso el 15 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://es.slideshare.net/natho/dra-panizosesbibloct13
6. B. Cobo García. Valoración preoperatoria de la Vía aérea difícil. ¿Hay algo nuevo? Anestesiar [Revista de internet]. Septiembre de 2014 [acceso el 28 de diciembre de 2019]; disponible en: http://anestesiar.org/2015/valoracion-preoperatoria-de-la-via-aerea-dificil-hay-algo-nuevo/
7. M. Mariscal Flores, E. Martínez Hurtado, R. Cuesta, M.J. Jiménez. ¿Existe un Gold Estándar en el manejo de la Vía Aérea Difícil? Revisión 2015. Anestesiar [revista en internet]. Noviembre de 2013 [acceso el 3 de enero de 2020]. Disponible en: http://anestesiar.org/2015/existe-un-gold-standard-en-el-manejo-de-la-via-aerea-dificil-revision-2015/
8. V. Gutiérrez Cabezas, J. Albaladejo Magdalena, D. Soto Mesa. Guía de Emergencias Anestésicas. Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón). Mayo 2016 [acceso el 20 de diciembre de 2019].
9. E. Martínez Hurtado. Nuevas Mascarillas Laríngeas, la 3ª generación. Anestesiar. 13 octubre 2014 [acceso el 10 de enero de 2020]. Disponible en: http://anestesiar.org/2014/nuevas-mascarillas-laringeas-la-3a-generacion/
10. Medline Plus [Base de datos en internet]. Intubación endotraqueal. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Actualizada 5 de septiembre de 2017 [acceso de 10 de enero de 2020]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003449.htm.
11. B. Cobo Garcia. Manejo quirúrgico emergente de la vía aérea: guía para la Cricotirotomía percutánea. Anestesiar [revista en internet]. Madrid. Diciembre de 2014 [acceso el 10 de enero de 2020]. Disponible en: http://anestesiar.org/2014/manejo-quirurgico-emergente-de-la-via-aerea-guia-para-la-cricotirotomia-percutanea/
12. P. Tardáguila Sancho, P. Martínez Fariñas, I. Moreno Casanova, M. Sánchez Merchante, E. Hurtado Martínez. Cricotirotomía, traqueotomía percutánea y quirúrgica en el manejo de la Vía aérea. Revisión 2015. Anestesiar [revista en internet]. Mayo de 2016 [acceso el 16 de enero de 2020]. Disponible en: http://anestesiar.org/2016/cricotirotomi%C2%ADa-traqueotomi%C2%ADa-percutanea-quirurgica-manejo-la-vi%C2%ADa-aerea-revision-2015/
13. G. Jiménez Moral. F. Ayuso Baptista, F.J. Fonseca del Pozo, M. Bertomeu Cornejo, R. Artacho Ruiz, E.I.Garcia Criado. Manejo de una vía aérea difícil en el medio prehospitalario. Junio de 2008 [acceso el 15 de enero de 2020]. Vol.34 (6); Pág. 272-283. Disponible en: http://www.elsevier.es/en-revista-semergen-

medicina-familia-40-articulo-manejo-una-via-aerea-dificil-13123337
14. Semicyuc.org. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc) [Sede Web]. Madrid: Semicyuc.org; 2013 [acceso 15 de enero de 2020]. Disponible en: http://www.semicyuc.org/.

Capítulo 223

EL PACIENTE CRITICO EN LA UCI: SABER COMUNICARSE CON ÉL Y SU FAMILIA.

ANA BELEN CALVO DIAZ

MÓNICA VIELLA FERNÁNDEZ

ALBERTO RUEDA RUIZ

TAMARA RUIZ GARCÍA

MARIO JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una compleja unidad específica situada en aquellos hospitales con la posibilidad de tecnología avanzada. Los pacientes que ingresan en esta unidad son aquellos que sufren una o varias patologías avanzadas que ponen en riesgo su vida. Este tipo de pacientes requieren de una monitorización constante de sus signos vitales.

2 Objetivos

- Conocer cómo es la comunicación entre paciente, familia y profesional sanitario.

- Averiguar las necesidades de los familiares y conocer de forma incipiente una revisión de los protocolos o folletos informativos que se entregan en el momento del ingreso del paciente.

3 Metodología

Este estudio se basa en una revisión de la literatura mediante Pubmed y Google académico como bases de datos científicas. Para la estrategia de búsqueda se aplicaron varios filtros y criterios de inclusión y exclusión. Finalmente se obtuvieron 31 publicaciones científicas de las bases de datos anteriormente mencionadas, seleccionadas para ser analizadas en este estudio.

4 Resultados

La comunicación proactiva es una herramienta clave junto con la entrega de información escrita estandarizada para las familias, como por ejemplo un folleto informativo donde se les informe de los horarios de visitas, horarios de información médica y normas de acceso a la unidad.

Se ha podido comprobar que con la colaboración por parte de la familia en los cuidados del paciente se pueden obtener resultados muy positivos. También se consiguen resultados favorables para los pacientes cuando existe una comunicación mutua donde el paciente, con la ayuda de la familia, puede llegar a tomar decisiones que influyan positivamente en su recuperación.

Satisfacer las necesidades de información de las familias es una meta importante para todo el personal de cuidados intensivos. La entrega de información veraz, comprensible y eficaz plantea desafíos específicos en el entorno estresante que muchas veces se vive en una UCI.

5 Discusión-Conclusión

- Las habilidades de comunicación son básicas para ejercer correctamente cualquier actividad sanitaria. La escucha activa es uno de los recursos mejor utilizados para mejorar esas habilidades.
- La enfermería de cuidados intensivos, destaca en comunicarse de manera eficaz con el paciente, familia, proporcionando información sobre el cuidado y evolución diaria del paciente, características de la unidad y horarios de visita.

- Las familias necesitan cuidadosas explicaciones, tiempo para procesar la información y apoyo profesional coherente para afrontarlos retos y así tener capacidad para tomar decisiones.
- Las enfermeras de cuidados intensivos desempeñan un papel fundamental en la comunicación entre el médico y la familia, ya que son estas las que están presentes las 24 h realizando el seguimiento del paciente.
- Las familias valoran la habilidad de las enfermeras entre la que destacan la comunicación eficaz, considerada como una de las habilidades más importantes del personal sanitario de una UCI.

6 Bibliografía

- Unidad de Cuidados Intensivos:estándares y recomendaciones Madrid.Ministerio de Sanidad y Política Social 2011.
- Gómez-Carretero P. ,Monsalve V, Soriano J, De Andres J. El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos: La repercusión en el familiar del paciente.Boletín de Psicología 2006;87:61-87.
- Gallar M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente .Ed. Paraninfo España .Madrid: 1988.
- Carbelo Baquero B. El tacto: una forma de comunicación con el paciente. Enf. clínica 2000; 10(1):29-33.
- Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico .1ª Ed. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y unidades coronarias (SEMICYUC)2005.
- Alspach Grif J. Cuidados Intensivos de Enfermería en el adulto 5ªEd. Mc Graw Hill-Interamericana .México 2000.

Capítulo 224

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON MUERTE ENCEFÁLICA CANDIDATO A DONANTE DE ÓRGANOS.

SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA

VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

GEORGINA AYALGA ARGÜELLES BOUSOÑO

LETICIA CUELI ARENAS

LAURA CUETO GARCÍA

1 Introducción

La definición de trasplante según la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) es sustituir un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente. Actualmente constituye una técnica médica muy desarrollada que logra magníficos resultados para los receptores. Es necesaria la existencia de donantes, por lo que es importante la solidaridad sobre donación en nuestra sociedad.
España es el país con mayor tasa de donación de todo el mundo. Las donaciones se realizan siempre de forma altruista y todo el proceso es cubierto por el Sistema Nacional de Salud. El modelo español de funcionamiento de los trasplantes es considerado mundialmente un ejemplo a imitar y por eso se está implantando en gran parte del mundo.

Para que funcione correctamente este modelo existe la Organización Nacional de Trasplantes que es la responsable de regular las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y quien establece los requisitos de calidad y seguridad, según el Real Decreto 1723/2012, del 28 de diciembre puesto en vigor el 28/01/2013.

1.1 Tipos de trasplantes y tejidos

• Autotrasplante o trasplante autólogo: es aquel en el que el donante y receptor son la misma persona, es decir, que se utiliza tejido de un lado del cuerpo para colocarlo en otro, o que se guarda para utilizarlo en el momento en que se necesite.
• Isotrasplante o trasplante singénico: es el que se realiza entre gemelos idénticos o univitelinos, cuando el donador y el receptor son genéticamente idénticos y se pueden realizar con todos los órganos y tejidos trasplantables.
• Xenotrasplante, heterotrasplante o trasplante xenogénico: se realiza entre personas genéticamente diferentes, de ambos sexos, de cualquier raza o en los que se utilizan órganos artificiales.
• Alotrasplante u homotrasplante: se da cuando el donador pertenece al mismo sexo y/o raza, pero que genéticamente son diferentes.

1.2 Tipos de donantes y criterios de exclusión

Donante vivo: cuando la persona decide donar voluntariamente un órgano cuando estos se tienen en pares (riñón), o bien donar una parte o segmento de un órgano único (hígado) o tejidos como medula osea o sangre. Y que la obtención de estos sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante.
Donante cadáver: La muerte puede ser por:
• Donante por muerte encefálica: debido al cese irreversible de las funciones del tronco y hemisferios cerebrales. Esto conlleva a la perdida de la capacidad respiratoria y cardiocirculatoria que deben mantenerse de forma artificial
• Donante en asistolia: el donante fallece por una parada cardiorrespiratoria irreversible durante más de 5 minutos. La clasificación de Maastricht modificada-Madrid 2011 muestra los subtipos de donante en asistolia
Los criterios de exclusión son: desconocimiento de la causa de la muerte, lesión directa en los órganos candidatos a trasplante, sepsis, neoplasias (exceptuando tumores cerebrales primarios, carcinomas de útero localizados o carcinomas de cuello de útero), enfermedades infecciosas transmisibles como tuberculosis activa, VIH positivo haya desarrollado o no la enfermedad, enfermedad por priones

y la edad avanzada que se deberá valorar el caso.

1.3 Muerte encefálica

La muerte encefálica se define como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del troncoencéfalo. Esta situación clínica aparece cuando la presión intracraneal se eleva por encima de la presión arterial sistólica del paciente, lo que da lugar a la parada circulatoria cerebral.

Para poder establecer un diagnóstico clínico de ME, hay que demostrar la ausencia irreversible de ciertos reflejos del tronco del encéfalo y de la corteza cerebral mediante una serie de pruebas. La confirmación legal de la ME está tutelada por el Real Decreto 2070/1999 de 30 de Diciembre por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejido El diagnóstico clínico de ME se basa en cuatro pilares fundamentales; el coma arreactivo, la ausencia de reflejos troncoencefálicos, el test de apnea y el test de atropina

• Coma arreactivo e irreversible de causa conocida
• Ausencia de función del tronco encefálico

Después de comprobar los criterios clínicos mencionados, se debe realizar :

• Test de atropina: se observa la frecuencia cardiaca antes y después de la administración de atropina, al inyectar 0,04 mg/Kg de atropina por vía intravenosa en bolo , no se observará una elevación de la frecuencia cardiaca superior a un 10% de la basal
• Test de apnea: primero se realiza una hiperoxigenación y se modifican los parámetros del respirador para conseguir una normoventilación. Se debe extraer una gasometría arterial para documentar la PCO2 y desconectar al paciente del respirador, se introduce una cánula hasta la tráquea con oxígeno a 6 l/min para conseguir una oxigenación adecuada y evitar hipoxia que pueda causar asistolia. Se observará detenidamente el tórax y el abdomen comprobando que no haya ningún tipo de movimiento respiratorio. Cada minuto de desconexión, la PCO2 se eleva 2-3 mmHg. El objetivo es demostrar que el paciente no respira cuando el centro respiratorio está máximamente estimulado por hipercapnia y acidosis. Al finalizar el test de apnea se practica una gasometría arterial para constatar que la PCO2 es > 60 mmHg

Además existen unas pruebas diagnósticas instrumentales que complementan y sirven para acortar el periodo de observación, también se utilizan como apoyo diagnóstico si no se puede realizar correctamente el diagnóstico clínico de ME. La

más utilizada es el electroencefalograma (EEG) en la cual se realiza un trazado electroencefalógrafo de treinta minutos que permite registrar cualquier actividad eléctrica cerebral y en su ausencia se concluye que hay un "silencio eléctrico cerebral" o EEG plano. Con esto se puede concluir que no hay actividad eléctrica cerebral, lo cual está íntimamente relacionado con la muerte encefálica. La principal limitación del EEG es que se interfiere por los fármacos depresores del SNC, por lo que en pacientes que reciben este tipo de tratamiento o están en coma barbitúrico no es útil.

El periodo de observación tiene como finalidad confirmar la irreversibilidad del proceso, la duración de este periodo es variable y debe valorarse individualmente, la normativa Española considera que debe pasar un intervalo de 6 horas entre dos exploraciones clínicas. Cuando la causa es una encefalopatía anóxico-isquémica se prolongará el intervalo a 24 horas, en el caso de que se sospechen o existan intoxicaciones por fármacos o sustancias depresoras del sistema nervioso central, el periodo de observación debe prolongarse, a criterio médico, según la vida media de los fármacos o sustancias presentes. El tiempo de observación puede acortarse si se realizan pruebas instrumentales que demuestren ausencia de circulación cerebral.

2 Objetivos

Objetivos generales
- Elaborar un protocolo unificado y actualizado en el mantenimiento de posibles donantes en ME basado en la evidencia científica.

Objetivos específicos
- Realización de una revisión bibliográfica de la literatura existente actualmente sobre los cuidados al paciente en ME donante de órganos para que el personal de enfermería sepa reconocer las alteraciones fisiopatológicas y cambios que se producen en estos pacientes.
- Determinar que tipo de cuidados y que tratamientos se aplican al paciente en muerte encefálica en función de los parámetros clínicos alterados.

3 Metodología

3. MATERIAL Y METODOS

Para la realización de este trabajo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Cuiden, Dialnet, Cinahl, Medline, ProQuest. Para la búsqueda se emplearon como palabras clave en castellano: "muerte encefálica", "donante de órganos" y "cuidados de enfermería". En ingles se utilizaron las palabras claves: "brain death", "organ donor", "nursing care" y "tissue donor" La búsqueda bibliográfica se ha centrado en las fuentes más relevantes publicadas en los últimos años, relacionadas con el tema de este estudio. Principalmente se ha realizado en castellano, debido a que existe gran cantidad de información y estudios realizados sobre este tema en nuestro país, aunque también se han consultado fuentes en inglés y portugués.
Se realizó una selección de artículos en función del título, resumen y estructura y se realizó una lectura a texto completo de aquellos que cumplieron los criterios de inclusión.

4 Resultados

El donante de órganos en situación de ME precisa de unos cuidados especiales durante su ingreso en UCI mientras se completa el diagnóstico de muerte cerebral. A partir del diagnóstico clínico de ME se plantea un cambio en la orientación del tratamiento, dirigido al soporte y la protección de los órganos a trasplantar.

En la muerte encefálica se producen una serie de cambios que llevarían directamente a la parada cardiorrespiratoria y durante este proceso se producirán cambios fisiopatológicos importantes en los sistemas cardiovascular y respiratorio, así como cambios en el equilibrio metabólico y hormonal. El mantenimiento del donante deberá ir encaminado a corregir estas alteraciones con el fin de preservar la viabilidad de los órganos hasta el momento de la extracción.
- Monitorización
Se monitorizara electrocardiograma, presión arterial invasiva, saturación O2, frecuencia cardiaca, presión venosa central, diuresis horaria y temperatura horaria
- Hemodinámica
El objetivo fundamental es conseguir una adecuada perfusión de los órganos que van a ser extraídos y trasplantados, ya que es el factor más importante en la preservación de los mismos.
Antes de producirse el enclavamiento se producen crisis hipertensivas que son difíciles de manejar debido a la escasa respuesta a los fármacos. Cuando se produce la ME se destruye el centro vasomotor y al perder sus funciones, las alteraciones más frecuentes que se produce son la hipotensión arterial y las arrit-

mias. La primera acción es la administración de líquidos que se puede hacer a base de soluciones cristaloides o coloides. Se vigilara la PVC y cuando alcance los 10-12 cm de agua, si continua la tensión arterial con valores inferiores a 100 mmHg se administrara inicialmente Dopamina. Si la situación se mantiene a pesar de la expansión de volumen y perfusión de dosis elevadas de Dopamina se valorará iniciar tratamiento con Noradrenalina. Se podrán administrar concentrados de hematíes para reponer las perdidas hemáticas parar mantener un nivel de hematocritos > 30%.

Las arritmias son también frecuentes durante la fase de destrucción del centro vasomotor siendo la más habitual la bradicardia sinusal, el tratamiento inicial será la perfusión de Dopamina o Dobutamina.

En el caso de la taquiarritmias se debe realizar un tratamiento en función de la causa y si es necesario administrar Amiodarona.

- Manejo respiratorio

La ME implica la destrucción del centro respiratorio, por lo que es necesaria la ventilación mecánica invasiva.

En cuanto se sospecha el diagnóstico de ME se suspenderá la hiperventilación, a partir de entonces se ajustarán los parámetros de la ventilación mecánica para mantener una adecuada oxigenación tisular y equilibrio acido-base. Los volúmenes corrientes serán entre 8-10 ml/kg con valores de FiO2 adecuados para mantener una saturación arterial de oxigeno superior al 95%. Se programara una PEEP de 5 para evitar atelectasias.

Se realizaran frecuentes aspiraciones endobronquiales de las secreciones pulmonares y también controles frecuentes de gasometría arterial y saturación arterial de oxígeno para detectar precozmente episodios de hipoxia

- Temperatura

Con la ME desaparece la función del centro termorregulador del hipotálamo y se produce una hipotermia progresiva. La pérdida progresiva de calor corporal produce un deterioro hemodinámico por vasoconstricción e inestabilidad cardíaca. Además, puede ser causa de aparición de arritmias, alteraciones en la función renal, de la coagulación y alteraciones en la perfusión tisular. Por esta razón, la monitorización de la temperatura corporal central debe ser otro de los puntos fundamentales en el mantenimiento del donante de órganos. Para mejorar la temperatura corporal, lo normal es el uso de mantas eléctricas y el calentamiento de los líquidos intravenosos. Además algunos respiradores tienen la posibilidad de aumentar la temperatura de los gases respiratorios.

- Mantenimiento de la función renal

Se procederá al control horario de la diuresis del paciente. Se debe mantener

una diuresis superior a 1 ml/Kg/h en los adultos y de 2 ml/kg/h en niños. Si el donante se mantiene oligúrico, hay que valorar la necesidad de aporte hídrico (en función de la PVC), drogas vasoactivas o diuréticos. Se utiliza habitualmente la furosemida. Sin embargo, la mayoría de los donantes de órganos presentan alteraciones en la concentración de orina con diuresis muy elevadas como consecuencia del déficit de hormona antidiurética (ADH) que la hipófisis ha dejado de producir. En estos casos, se precisa una atención rápida para evitar la hipovolemia y alteraciones hidroelectrolíticas severas.

- Mantenimiento endocrino

Las principales alteraciones endocrinas son:

- La hipernatremia es la anomalía más frecuente en la mayoría de donantes, es producida por una situación de diabetes insípida neurogenica debido a una falta de secreción de la hormona antidiurética (ADH) que produce poliurias intensas con pérdidas de electrolitos. El tratamiento será reposición con fluidoterapia y si no se consigue se iniciara el tratamiento con vasopresina
- La hiperglucemia es otra alteración frecuente debido a múltiples causas entre las que destacan la administración de sueros glucosados, hipotermia, tratamientos con corticoides y una menor secreción de insulina por el páncreas. El tratamiento de elección será insulina normal en perfusión con bomba ajustando la dosis a un algoritmo previamente acordado.
-Desequilibrio ácido-base: causada por la acidosis metabólica producida por el metabolismo anaerobio en la hipoperfusión periférica y la alcalosis respiratoria consecuencia de la hiperventilación mecánica asistida.
- La hipopotasemia es producida por los tratamientos diuréticos administrados en la fase previa al diagnóstico de ME, como tratamiento, el aporte de soluciones glucosadas con Cloruro Potásico suele ser suficiente.
- Alteraciones Hematológicas

En los pacientes politraumatizados y con traumatismo craneoencefálico grave pueden presentar diversas alteraciones de la coagulación pudiendo llegar a la coagulación intravascular diseminada (CID).

Se deben realizar controles de hemostasia cada 4 horas y recibir tratamiento sustitutito de los factores deficitarios: hematíes, plasma fresco o plaquetas. También se debe vigilar cualquier tipo de hemorragia. Prevención de la infección: Es de vital importancia tener en cuenta que el donante de órganos se halla en posibilidad de contraer sepsis, para evitarlo, se deben controlar los posibles focos de infección: la ventilación mecánica, inserción de catéteres y sondas, traumatismos y úlceras por presión. Si se administran antibióticos en caso de infección evidente se evitará que sean nefrotóxicos. Es imprescindible en el manejo del donante, ex-

tremar las medidas de asepsia en el uso de catéteres, sondas y en la aspiración de secreciones.

- Córneas

Se produce daño al no poder ocluir los párpados, provoca sequedad conjuntival y úlceras. Se debe tener cuidado al realizar el diagnóstico de ME, concretamente el reflejo corneal, ya que se podría dañar la córnea.

- Cuidados generales

Se harán los mismos cuidados que el resto de pacientes ingresados en la UCI. Se realizara la higiene corporal, bucal y ocular, así como los cuidados específicos para la piel, a este nivel se realizarán medidas preventivas tales como hidratación, protección de puntos de apoyo y empleo de colchones específicos para el control y manejo de la presión y cambios posturales si precisa, se debe tener en cuenta que el cabecero de la cama deberá estar elevado 30º para evitar las broncoaspiraciones y la aparición de neumonía asociada a la ventilación.

5. Resultados

Expuesto todo lo anterior, se presenta un protocolo de cuidados de enfermería. "PROTOCOLOS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON MUERTE ENCEFALICA CANDIDATO A DONANTE DE ORGANOS"

- Monitorización

• Registro de las siguientes constantes vitales de forma continua o al menos horaria:
• Electrocardiograma
• Frecuencia cardiaca
• Presión arterial sistólica y tensión arterial media
• Presión venosa central
• Diuresis
• Gasometría arterial
• Pulsioximetría
• Temperatura
• Presión de capilaridad pulmonar (PCP) si posee catéter de Swan-Ganz

Los valores idóneos serían los siguientes:

• FC ≤ 100 lxm. (60-100)
• TAS invasiva ≥ 100 mmHg
• TAM invasiva 70 - 90 mmHg
• PVC entre 10-12mmHg
• PCP 8-14 mmHg

• Diuresis 50-100 ml/h.
• Temperatura ≥ 35ºC
• Hematocrito ≥ 30% si dona solo un órgano y ≥ 35% en donante multiorgánico • Hemoglobina 10 g/L
• Gasometría arterial :
◦ PCO2 35-45 mmHg
◦ PO2 > 100 mmHg
◦ PH 7'35-7'45
- Hemodinámica
Vigilar el ECG y presión arterial debido a que las principales alteraciones son la hipotensión arterial y arritmias.
• Hipotensión arterial:
• Intentar mantener la TAS ≥ 90-100mmHg
• Control de Presión venosa central y parámetros hemodinámicos
• Control estricto del balance hídrico
• Comprobar signos clínicos de deshidratación: signo del pliegue cutáneo, sequedad y coloración de piel y mucosas
Ante la hipotensión primero procederemos a la reposición de líquidos, si persiste iniciaremos el tratamiento inotrópico con fármacos vasoactivos según prescripción médica.
• Noradrenalina: (vial de 1mg/ ml), se diluye en suero glucosado al 5%. Administración intravenosa. Perfusión continúa.
• Adrenalina: (vial de 1 mg/ ml), en dilución de suero fisiológico. Administración subcutánea, intramuscular o intravenosa en bolo.
• Dobutamina: (vial de 250 mg/ 5ml), en dilución de suero fisiológico. Administración intravenosa. Perfusión continúa.
• Dopamina: (vial de 200 mg/ 5ml), en dilución de suero fisiológico. Administración intravenosa. Perfusión continúa.
- Arritmias:
◦ El manejo de las arritmias dependerá de la etiología.
◦ Causas: hipovolemia o hipotermia
◦ Tratar la causa para intentar revertirla
◦ Si se administra tratamiento farmacológico el de elección será Amiodarona para las taquicardias y en las bradicardias Adrenalina y Dopamina.
- Manejo respiratorio.
• Mantener el control habitual de la ventilación mecánica, controlando los parámetros establecidos según prescripción médica y registrarlo

• Controles frecuentes de gasometría y saturación arterial de oxígeno para detectar posibles casos precoces de hipoxia.
• Asegurar la permeabilidad de la vía aérea evitando la obstrucción de esta.
• Inmovilización del tubo endotraqueal.
• Vigilar la presión del neumotaponamiento
• Colocación del filtro humidificador, se cambiará cada 24 horas o cada vez que se requiera.
• Aspirar secreciones bronquiales de forma aséptica, mediante el uso de sistema de aspiración cerrado, para evitar broncoaspiraciones, atelectasias e infecciones. Valorar aspecto, coloración y cantidad de las secreciones. Se aspirará como mínimo cada 6h y siempre que sea necesario
• Cabecero de la cama a 30º para prevención de broncoaspiraciones.

- Temperatura

El objetivo será mantener la temperatura corporal entre 35 - 37ºC, para ello:
• Control permanente de la temperatura, monitorización.
• Mantener una temperatura ambiente de 22-24ºC.
• Utilizar mantas térmicas.
• Administrar sueros y sangre calientes según prescripción medica, a 37-40ºC.
• Evitar la humedad en la cama
• Gas inspirado caliente.

- Mantenimiento función renal

• Objetivo de diuresis de 1 a 2 ml/kg/h.
• Reposición de diuresis con líquidos IV.
• Control de cambios en el ECG.
• Monitorización a través de análisis los niveles de sodio, potasio, calcio, cloro, fosforo y magnesio en sangre. En la orina se monitorizaran el sodio y el potasio.

- Mantenimiento endocrino

Las principales alteraciones a este nivel serán la Diabetes insípida y la hiperglucemia
• Diabetes Insípida
• Control estricto de diuresis (cifras de alarma < 50 cc/h o >200 cc/h).
• Reposición de diuresis con líquidos intravenosos.
• Administración de Desmopresina según prescripción médica.
• Hiperglucemia
◦ Mantener la glucemia en torno los 150mg/dl administrando insulina rápida según prescripción médica y protocolo de la unidad.

- Cuidados en la prevención de infecciones

Vigilancia y control de los posibles focos de infección.

• Broncoaspiración.
• Ventilación mecánica prolongada.
• Traumatismos.
• Presencia de catéteres: venosos, arteriales, intracraneales, etc.
• Riesgo de ulceras por presión
- Cuidados a realizar:
• Lavado de manos.
• Realizar higiene diaria del paciente.
• Cuidado y control de catéteres venosos centrales y arteriales (manipulación aséptica y retirar aquellos que no se utilicen).
• Cuidado y control de sondas y drenajes.
• Curación de heridas.
• Aspiración de secreciones con técnica estéril.
• Colocación de sonda nasogástrica para vaciamiento gástrico.
• Toma de cultivos si se sospecha de infección.
- Cuidados de las córneas
• Aplicar colirios, lubricantes o suero fisiológico para mantener la hidratación
• Realizar una oclusión correcta de las corneas
• Esta protección ocular se ha de realizar cada 8 horas
- Cuidados generales de enfermería
• Higiene general:
◦ Aseo general c/24h
◦ Higiene bucal c/8h
◦ Cuidados e hidratación de la piel
• Colocación de sonda nasogástrica.
• Colocación de sonda vesical.
• Aspiraciones frecuentes de la vía aérea para prevenir tapones mucosos y atelectasias.
• Medidas preventivas: hidratación, protección de puntos de apoyo y empleo de colchones específicos para control y manejo de presión.
• No dejar tubo orotraqueal cerca de la carina para evitar dañar áreas susceptibles de anastomosis en el receptor.
• Cuidados oculares.
• Preservar la dignidad del paciente, teniendo cuidado de cubrir y respetar al máximo la intimidad de éste.
- Atención de la familia
• Atender a la familia en la medida de lo posible para facilitar el proceso de duelo.

• Facilitar la información adecuada respecto a la muerte cerebral y las medidas que se han llevado a cabo.
• Animar a que expresen dudas y sentimientos.
• Escuchar activamente sin emitir juicios de valor.
• Usar un lenguaje claro, sencillo y directo.
• No descuidar el aspecto físico del paciente, para ellos sigue siendo su familiar.
• Facilitar la visita de la familia al donante, evitar crear barreras y favorecer su intimidad.
• Informar sobre los reflejos que puede presentar el paciente durante la visita familiar
• Respetar religión, cultura y creencias.
• Mantener hasta el final la dignidad del paciente.
• Si la familia decidiera no donar, se respetará su decisión y se continuará con el apoyo emocional.

5 Discusión-Conclusión

• El diagnóstico de ME está legislado por toda la controversia que generaba el diagnostico en sí, por lo tanto, los facultativos y personal sanitario que estén implicados puede dirigirse a la ley para conocer exactamente los pasos y requisitos que debe cumplir el paciente con muerte encefálica y candidato a donante de órganos.
• El conocimiento de las alteraciones fisiopatológicas y como se desencadenan en el paciente en ME, es clave para poder realizar una actuación de enfermería e interdisciplinaria de calidad.
• La viabilidad de los órganos candidatos a trasplantar se encuentra en un margen terapéutico muy estrecho, y depende de los profesionales sanitarios y de su conocimiento que los órganos se preserven en el mejor estado posible para dar lugar a un trasplante exitoso.
• Las diferencias encontradas en la bibliografía son mínimas, entre ellas discrepancias entre valores de monitorización y alguna variación en las dosis farmacológicas a administrar
• Es muy importante la renovación de conocimientos en todos los ámbitos sanitarios, en especial en los que a cuidados intensivos se refiere.
• Enfermería tiene un papel importante de esta cadena, podríamos decir que es la primera en detectar los posibles donantes y activar el proceso así que debemos aportar nuestro granito de arena en este proceso.

• Gracias a los esfuerzos de los profesionales y a esas familias que han cedido los órganos de sus allegados altruistamente, hoy en día millones de personas han podido rehacer su vida.

6 Bibliografía

1. Costa Carlane Rodrigues, Costa Luana Pereira da, Aguiar Nicoly. El papel de la enfermería y el paciente con muerte cerebral en la UTI. Rev. Bioét. [Internet]. 2016; 24(2): 368-373. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422016000200368&lng=en.
http://dx.doi.org/10.1590/1983-
80 42 2016242137.
2. Quesada-Ballesteros, Ana. Caso clínico: cuidados de enfermería en un potencial donante de órganos. Mantenimiento en UCI. Universidad de Jaén [Internet]. 2016. Disponible en: http://hdl.handle.net/10953.1/2917
3. Aniorte Hernández N. Donación de órganos. Manejo y mantenimiento del donante [Internet]. Aniorte-nic.net. 2016 Disponible en: http://www.aniorte-nic.net/trabaj_donac_organ.ht
4. Escudero D. Diagnóstico de muerte encefálica. Medicina Intensiva [Internet]. 2009; 33(4):185-195. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000400006
5. ONT: Organización Nacional de Trasplantes [Internet]. Madrid: ONT; 2009 [actualizado 2009 Dic 26]. Trasplantes y donación. Disponible en: http://www.ont.es/informacion/Paginas/Trasplante.aspx
6. De Freitas Véras ML. Valoración de Donantes Potenciales en Asistolia Tipo III de Maastricht en Hospital Universitario de Albacete [Internet]. Albacete: Organización Nacional de Trasplante, Master Alianza; 2013 Disponible en: http://masteralianza.ont.es/download/tesinas_master_2013/Maria%20Lourdes%20de%20Freitas %20Veras.pdf
7. Escudero D, Otero J, Quindós B, Viña L. Transcranial Doppler ultrasound in the diagnosis of brain death. Is it useful or does it delay the diagnosis? Med Intensiva. 2015 May; 39(4):244-50. doi: 10.1016/j.medin.2014.11.005. Epub 2015 Jan 9. English, Spanish. PubMed PMID: 25583044.
8. Querevalú-Murillo W, Orozco-Guzmán R, Díaz-Tostado S. Mantenimiento del donante cadavérico en la Unidad de Terapia Intensiva. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y terapia intensiva. Abr.-Jun. 2013 pp 107-114. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2013/ti132g.pdf

9. Guillermo Bugedo, Bravo Sebastián, Romero Carlos, Ricardo Castro. Manejo del donante potencial de órganos. Rev. Med. Chile [Internet]. 2014 diciembre; 142 (12): 1584-1593. Disponible a partir de: http://www.scielo.cl/scielo .php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001200012&lng=en
10. Godoy DA, Alvarez E, Campi V, Soler C, Masotti L, Di Napoli M. [Diagnosis and therapy of polyuric states in patients with acute cerebral injury]. Rev Med Chil.2013 May;141(5):616-25. doi: 10.4067/S0034-98872013000500010. Review. Spanish. PubMed PMID: 24089277
11. España Romero MA, Gallego Carbajo I, López Sánchez E, Rodríguez Espina J. Papel de enfermería en los cuidados del potencial donante de órganos en muerte encefálica. [Internet]. 2016 [Consulta el 19 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-donante-organos-muerte-encefalica/
12. Parrilla P, Ramirez P, Rios A. Manual sobre donación y trasplante de órganos. 15th ed. Matesanz R, editor. Murcia: Aran ediciones; 2008.
13. Corral E MJSIMA. www.medintensiva.org.
[Online].; 2011 [Available from: http://www.medintensiva.org/es/donantes-corazon-parado-tipo-iii/articulo/S0210569110002639/.
14. Escalante JL, Escudero D. Introducción. Muerte encefálica en UCI. Med Intensiva. 2000.
15. Escalante JL, Escudero D. Muerte encefálica. Criterios diagnósticos. En: Ruza F et al, editores. Tratado de cuidados intensivos. Madrid: Norma-Capitel; 2002..
16.Paniagua-Soto J, Piñero Benítez M. Muerte encefálica: ¿cuál es el valor diagnóstico de los potenciales evocados multimodales? Med Intensiva. 2000.
17. Calleja S, Tembl JI, Segura T, en representación de la Sociedad Española de Neurosonología (SONES). Recomendaciones sobre el uso del Dopplertranscraneal para determinar la existencia de paro circulatorio cerebral como apoyo diagnóstico de la muerte encefálica. Neurología. 2009.
18. Congreso Nacional de enfermería de trasplantes.José Luis Vicente Sánchez.Coordinador Médico de Trasplantes. Jefe de Sección de Reanimación. Hospital Universitario La Fe. Valencia. 2003.
19. Organización Nacional de Trasplantes. Actividad de donación y trasplante 2012. España: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2013.
20.Rico J, Miranda B, Cañón JF, Cuende N, Naya T, Garrido G, et al. Presentación de la Organización Nacional de Trasplantes. Nefrología 2003;.
21, Solís M. Enfermería en Trasplantes. Serie Cuidados Avanzados. 1ª ed. Madrid: Ediciones DAE; 2005.
22. Deulofeu R, Blanca MJ, Twose J, Matesanz R. Actitud y conocimiento sobre la

donación y el trasplante de órganos de médicos de atención primaria, emergencias y urgencias en España. Med Clin [Revista on-line] 2009.
23. Garrido G, Matesanz R. Epidemiología de la donación y el trasplante en España. Organización Nacional de Trasplantes. Madrid. Enfermería microbiología clínica 2007.
24. Moreno JA. Muerte cerebral: hacia un diagnóstico más fácil y preciso. Med Clin 2004.
25.Castro MS, Villagómez AJ, Torrez J, Hernández C, Hernández S. Muerte cerebral. Especialidades Médico-Quirúrgicas 2008.
26.Seller G, Hinojosa R. Mantenimiento del donante de órganos. Med Intensiva 2009.
27.Martínez M, Zabalza M. Cuidados de enfermería en el tratamiento del donante potencial de órganos en muerte encefálica. Enfer Intensiva 2001;.
28.Hernández JE, Díaz M, Sánchez J. Guía de intervención rápida de Enfermería en cuidados intensivos. 1ª ed. Madrid: Difusión en avances de enfermería; 2007.

Capítulo 225

ÚLCERAS POR PRESIÓN PROLONGADA, PAPEL DE ENFERMERÍA.

MARÍA JESUS LOPEZ BUSTELO

LUCÍA SÁNCHEZ GONZÁLEZ

MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las ulceras por presión prolongada (UPP) también son conocidas comúnmente como escaras. Son, lesiones de la piel, generalmente de origen isquémico, producidas por la presión prolongada, la fricción y/o cizallamiento sobre 2 planos duros, uno de estos planos siempre es el paciente mientras que el otro es externo a él, siendo determinante para la aparición de la misma la relación entre presión-tiempo, esto causará una isquemia que a su vez provocará una degeneración de las diferentes capas de la piel como son la dermis, epidermis y tejido subcutáneo, pudiendo llegar a afectar tanto a músculo como al propio hueso.

2 Objetivos

- Conocer los factores de riesgo implicados en la aparición de una UPP.
- Diferenciar los diferentes grados de UPP.
- Conocer las diferentes escalas de valoración de UPP.
- Conocer las medidas para prevenir la aparición de una UPP

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica tanto de artículos científicos como en diferentes bases de datos como Elsevier, Cuiden, Pubmeb y Fisterra, utilizando como descriptores las palabras “ulcera”, “prevención”, “enfermería” y “escalas”.

4 Resultados

Para el desarrollo de una UPP existen unos factores de riesgo que según sean propios o no los diferenciamos en intrínsecos (propios del paciente) y extrínsecos:
1: Factores intrínsecos, son los propios del paciente, podemos diferenciar:
- Edad
- Estado nutricional
- Estado general del paciente
- Inmovilidad
- Nivel de hidratación de la piel.
- Patologías asociadas como tensión arterial baja, diabetes, anemia, alteraciones tanto circulatorias como respiratorias, insuficiencia vasomotora, insuficiencia cardiaca

2: Factores extrínsecos, son aquellos que actúan desde el exterior y que por tanto pueden ser evitables como son:
- Presión prolongada
- Fricción
- Cizallamiento
- Humedad continua
- Superficies de apoyo
- Técnicas manuales sobre la piel
- Dispositivos como puede ser una sonda vesical o una sonda nasogástrica
- Diferentes fijaciones como férulas.

Una vez que ya son conocidos los diferentes factores de riesgo que pueden provocar la aparición de una UPP, debemos de conocer los diferentes estadios de las mismas siendo estos 4:
- Estadio I: es el más leve de todos, en se observa la piel íntegra con un eritema cutáneo que no palidece al ser presionado. En pieles oscuras se observa edema, hinchazón, decoloración, calor local.
- Estadio II: en este estadio hay una pérdida parcial del grosor de la piel, tanto la epidermis como la dermis se pueden ver afectadas. Presenta un aspecto de abrasión, ampolla.

- Estadio III: en este estadio hay una pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis de tejido subcutáneo que puede llegar a extenderse hacia abajo llegando a la fascia subyacente.
- Estadio IV: es el más grave de todos, en este hay una pérdida total del grosor de la piel con destrucción, necrosis del tejido o lesión del músculo, el hueso o de las estructuras de sostén, como pueden ser tendones, cápsulas articulare, etc.

Escalas de valoración de riesgo de UPP:

Las escalas de valoración son una herramienta que nos ayudan a identificar a los pacientes más vulnerables a la hora de sufrir UPP. Un uso sistemático de las mismas aumentará la calidad de los cuidados proporcionados al paciente.

Las escalas más usadas son:

- BRADEN: Utiliza las variables:

Percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones.

- NORTON: valora:

Estado físico, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia.

- WATERLOW: valora:

Relación talla/peso, aspecto de la piel, continencia, movilidad, sexo/edad, apetito y factores especiales.

Otras escalas menos usadas son: Mclaren, Exon, Smith, Arnell, Nova 5 , Gosnell y Emina.

Una vez que conocemos y tenemos a nuestro alcance las escalas de valoración debemos de hacer uso continuo de ellas, gracias a ellas se pueden prevenir muchas de las UPP que se producen a diario.

A la hora de realizar una buena prevención debemos de realizar especial hincapié en 3 aspectos fundamentales:

1- Piel: nuestro objetivo es mantener la piel intacta, íntegra.

A diario realizar un examen exhaustivo de toda la piel del paciente incidiendo en las zonas de máximo riesgo a padecer UPP como son el sacro/coxis, talones, trocánteres, maléolos, glúteos, isquion, rodillas, piernas, dorso y dedos de los pies, orejas…

La piel se debe de mantener limpia y seca en la medida de lo posible, nunca se debe de secar haciendo fricción, se debe de realizar un aseo cada 24 horas o cuando se precise con agua tibia y jabón lo menos irritante posible y que mantenga el pH de la piel. Una vez que el aseo haya finalizado se aplicará crema hidratante de fácil absorción o ácidos grasos hiperoxigenados procurando su total absorción mediante un suave masaje, no se debe aplicar ni colonias ni alcoholes por su alto poder de resecar la piel.

Hacer una buena protección local de las zonas de mayor riesgo como talones, caderas y sacro, utilizaremos apósitos que se amolden a las diferentes partes del cuerpo, como son las taloneras, apósitos hidrocoloides, productos de barrera o espumas de poliuretano.
Evitar la formación de arrugas en la cama
2- Exceso de humedad: nuestro objetivo es evitar la maceración o infección de la piel que se pudiese producir por el contacto con heces y orina, sudoración excesiva, exudado de heridas y drenajes.
Para prevenir el deterioro de la piel en el caso de pacientes incontinentes debemos de intentar una reeducación de esfínteres siempre que sea posible y que el paciente colabore.
En las zonas que estén continuamente expuestas a humedad provocada tanto por heces como por orina aplicaremos crema barrera.
Si el paciente usa absorbentes, estos, deben de ser transpirables.
Retirar drenajes y sondas lo antes posible una vez finalizado su uso. Vigilar la posible pérdida de fluidos por los mismos.
3- Movilización: nuestro objetivo es aliviar la presión sobre las zonas de máximo riesgo.
Debemos de realizar cambios posturales frecuentes, cada 2/3 horas, siempre que no estén contraindicados, se harán de manera programada e individualizada.
Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
Evitar siempre el contacto de prominencias óseas entre sí, para ello usaremos almohadas.
No se debe de apoyar al paciente sobre sus lesiones.
Colocar dispositivos que mitiguen la presión como son los colchones de aire, cojines, almohadas.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar la aparición de una UPP es importante conocer los factores relacionados, así podremos evitar en la medida de lo posible la aparición de la misma (UPP), ya que en los factores extrínsecos es donde si podemos actuar, por tanto evitaremos siempre que sea posible los mismos.
Hacer uso de las herramientas que hoy en día tenemos como son las escalas de valoración, un uso continuado de ellas servirá para evitar la aparición de una UPP.

Prevención, siempre hacer prevención haciendo especial hincapié en una buena

higiene con agua y jabón, aclarando piel la piel, no secar haciendo fricción, hidratando. Mantener la ropa de la cama siempre limpia y sin arrugas. Realizar cambios posturales cada 2/3 horas. Un buen adiestramiento tanto de profesionales como de cuidadores evitará la aparición de la úlcera.

6 Bibliografía

- Rodríguez M. et al. Cuidados de Enfermería al paciente con UPP. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz Hospital Universitario Puerta del Mar; 2004.
- García Fernández, FP, Pancorbo Hidalgo PL; Laguna Parras MJ: Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgos de desarrollarlos.
- Estudio sobre úlceras por presión en un centro socio-sanitario, Alfons CordomíGotanegra.http://www.dragonet.es/users/d1346/nafres.htm, 06 de enero de 2004
- García-Fernández, FP; Soldevilla- Ágreda, JJ; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú Soriano, J; López-Casanova, P; Rodríguez-Palma, M. Prevención de las úlceras por presión. Serie Documentos técnicos GNEAUPP no I. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. Logroño. 2014. http://gneaupp.info/documento-prevencion-de-las-ulceras-por-presion/
- San Sebastián JA, Lyder CH, Posnnet J, Chapman N. Epidemiología, impacto y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). Atención integral de las heridas crónicas. 1ª edición: Madrid; SPA. 2004
- Rodríguez M, Almozara R, García F, Malla R, Rivera J. Guía de prevención y tratamiento. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004. Disponible en : http://www.saludmultimedia.net/
- Blanco Suárez, Jose Luis. Definición y clasificación de las úlceras por presión. 2003. Disponible en : Http://hdl.handle.net/2445/26068
- Bases de datos: Elsevier, Cuiden, Pubmeb y Fisterra

Capítulo 226

HÁBITO INTESTINAL. ACTUACIONES DE ENFERMERÍA.

ADRIANA FERNÁNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

Los trastornos en el ritmo intestinal tienen una elevada prevalencia en la sociedad actúal y se pueden presentar de modo distinto y con una intensidad variable en personas de diferentes edades. Su etiología es variada, pero los hábitos dietéticos, factores ambientales, estados de ansiedad, estilo de vida, etc. son factores que influyen en su aparición y evolución.

Las manifestaciones más frecuentes de los cambios en el ritmo intestinal son la diarrea y el estreñimiento. El estudio de la clínica permite normalmente hacer un diagnóstico e instaurar el tratamiento adecuado. Habitualmente cuando una persona contrae una enfermedad, y requiere ingreso hospitalario, sufre cambios bruscos tanto en sus hábitos, como en su dieta, como en su actividad. Lo cual puede causar cambios en su hábito intestinal, motivo muy habitual de preocupación tanto de los pacientes como de los profesionales médicos.

Las horas de la defecación y la cantidad de heces expulsadas son aspectos tan individuales como la frecuencia de la defecación. Algunas personas defecan normalmente una vez al día. Otras defecan de 3 a 4 veces por semana. Los patrones que suelen seguir los individuos dependen enormemente de la educación temprana y de la conveniencia .La mayoría de las personas desarrollan hábitos de defecación después del desayuno, cuando los reflejos gastrocólico y duodenocólico producen los movimientos de masa en el intestino grueso. La cantidad de heces depende

de la cantidad de alimento ingerido, en particular de la cantidad de masa y de líquido que haya en la dieta.

2 Objetivos

- Conocer y describir las principales patologías que afectan al aparato digestivo y la defecación.
- Conocer y desarrollar los factores que influyen en la defecación.
- Definir y desarrollar las actividades y cuidados de enfermería relacionados con la defecación.
- Promoción de hábitos saludables para una correcta defecación, y un hábito intestinal normal.

3 Metodología

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

4 Resultados

Principales patologías que afectan a la defecación:
Diarrea:
Alteración del ritmo intestinal que se acompaña de deposiciones semilíquidas. Procesos inflamatorios como la enteritis, la colitis, el cólera, la fiebre tifoidea, la disentería bacilar o amebiana, o las parasitaciones por gusanos pueden producir cuadros diarreicos de larga evolución. La diarrea no es una enfermedad en sí, sino un síntoma de un trastorno cuya gravedad depende de la causa que lo origine. Podemos distinguir dos tipos de diarrea, aguda y crónica.

Estreñimiento:
Evacuación intestinal infrecuente o difícil, caracterizada por la emisión de heces secas y duras. Se considera estreñimiento cuando la frecuencia es inferior a tres deposiciones a la semana, asociada a veces con calambres abdominales y flatulencia, que siguen a la expulsión defectuosa de heces, generalmente de consistencia

dura y en forma de bolitas, que pueden estar muy por debajo del peso normal (que es de, aproximadamente, 250 gramos diarios). Así mismo, pueden presentarse otros síntomas tales como dolor de cabeza, irritabilidad y falta de apetito. Hay que tener muy presente que el estreñimiento es un síntoma, no una enfermedad.

Flatulencia:
Presencia de cantidades excesivas de gas en el estómago o en el intestino. La mayor parte del gas presente en el estómago está constituido por nitrógeno y oxígeno atmosféricos, que han sido ingeridos por el individuo. El nitrógeno no se puede absorber y queda libre en el intestino. Dentro del intestino se forman otros gases adicionales, sobre todo dióxido de carbono, metano e hidrógeno. El dióxido de carbono se produce por fermentación y se absorbe en gran parte. Los otros gases se producen por la digestión incompleta de alimentos ricos en almidón o en celulosa. Estos gases son expelidos al exterior desde el recto en forma de flato. El olor desagradable del flato es producido por varios compuestos azufrados, sobre todo por tioles (que son alcoholes en los que el átomo de oxígeno ha sido reemplazado por un átomo de azufre). La presencia de grandes cantidades de gas en el estómago o en el intestino pueden originar distensión abdominal (se hincha el abdomen) y dolor.

Impactación o incrustación fecal:
Es el endurecimiento de las heces a nivel colónico o rectal, dificultando su eliminación con la consiguiente aparición de dolor, diarrea y otros síntomas. En estas situaciones habrá que proceder a la extracción manual de las heces que se han endurecido para permitir el normal funcionamiento intestinal. Las causas de la impactación fecal incluyen el estreñimiento crónico, la inactividad, algunos fármacos y enfermedades anales.

Fecalomas:
Se pueden definir como una masa o colección de heces endurecidas parecidas al cemento, en los pliegues del recto. Los fecalomas resultan de la retención prolongada y la acumulación de material fecal. Ocasionalmente y dependiendo de su tamaño pueden quedar impactados en el sigmoides, en este caso se denomina fecaloma suspendido.
Las causas de los fecalomas son, generalmente, malos hábitos de defecación y estreñimiento. Ciertas medicaciones también contribuyen a la formación de fecalomas, así como el bario que se utiliza para determinadas pruebas radiológicas. En los ancianos, es una combinación de factores lo que contribuye a la formación

de fecalomas: ingesta pobre de líquidos, masa insuficiente en la dieta, falta de actividad y tono muscular debilitado, así como la incontinencia al producir una dilatación permanente del esfínter interno.

Hemorroides:
Son dilataciones de las venas de los plexos venosos de la mucosa del recto o del ano. Si las afectadas son las del plexo superior se llaman hemorroides internas, se sitúan por arriba del conducto anal y se encuentran cubiertas por mucosa. Se clasifican en cuatro grados:
1º Grado: La hemorroide se localiza en el tejido submucoso sobre la línea dentada. Puede defecar sangre roja viva.
2º Grado: Sobresalen al defecar pero se reintroducen espontáneamente, con el cese del esfuerzo.
3º Grado: Salen al defecar y el paciente debe reintroducirlas manualmente.
4º Grado: Las hemorroides son irreductibles y están siempre prolapsadas.

Incontinencia fecal:
Se refiere a la pérdida de la capacidad voluntaria para controlar las descargas fecales y gaseosas a través del esfínter anal. La incontinencia puede ocurrir en momentos específicos, como después de las comidas o irregularmente. La incontinencia fecal se asocia con funcionamiento deteriorado del esfínter, traumas de la médula espinal, o tumores.
Factores que influyen en la defecación:
- Dieta: El tipo de dieta es uno de los factores que más influyen en la eliminación fecal. Una ingesta regular permite mantener el peristaltismo del colon, si bien este es provocado por una contracción de las paredes del intestino y es el que inicia el reflejo de la defecación. La fibra (residuo no digerible por el organismo) y los alimentos que forman volumen (y por lo tanto absorben líquidos) son los elementos que incrementan la masa fecal.
- Actividad física: En la defecación influyen múltiples factores. Uno de ellos es el tono de los músculos que intervienen, como son los abdominales, pélvicos y diafragma. La actividad física estimula el peristaltismo, así como la falta de tono producida por inmovilizaciones, falta de ejercicio o trastornos neurológicos lo deprimen.
- Medicación: Existen medicamentos que contribuyen a la defecación. Los laxantes y catárticos reblandecen las heces y contribuyen al peristaltismo. Existen medicamentos que tienen efectos secundarios que alteran la eliminación acelerando o ralentizando la evacuación intestinal.
- Hábitos personales: Las personas deberían de conocer cuál es el momento más

adecuado para la evacuación intestinal, por lo general es más fácil que sea después de las comidas. Un ritmo de vida ajetreado puede alterar esta regularidad.
- Cirugía y anestesia: Los anestésicos que se utilizan para cirugía pueden producir una desaparición temporal del peristaltismo. En cirugía intestinal se para el peristaltismo durante unas horas. Si el paciente está inactivo o no puede comer es más difícil recuperar la actividad intestinal normal.
- Posición durante la defecación: La posición normal es la flexión. En los pacientes encamados la defecación es más dificultosa, si es posible es conveniente levantar la cabecera para favorecer la tarea.
- Embarazo: Se produce estreñimiento porque el feto altera el paso de las heces.
- Dolor: Hay situaciones en las que la defecación puede ser dolorosa y esto hace que se cambien los hábitos hacia el estreñimiento para evitar el dolor.
- Pruebas diagnósticas: En las pruebas en que es necesario visualizar las estructuras del aparato digestivo es necesario que este esté vacío, para ello no se permite al paciente comer, ni beber las horas previas a la prueba, así como la administración de enemas y medicaciones de limpieza.
- Ingesta de líquidos: la ingesta de líquidos es un factor determinante en las características de las heces, ya que estos disuelven el contenido intestinal facilitando su paso.
- Edad: Durante la vida aparecen cambios que afectan a la eliminación, lo normal es que con la edad disminuyan las deposiciones. Las personas mayores tienen un tránsito intestinal más lento, la capacidad de absorción de la mucosa intestinal varía y pueden perder el tono muscular por lo que no son capaces de controlar la eliminación.
- Infección: Hay algunos tipos de infecciones que pueden causar alteraciones en la eliminación. - Factores psicológicos: El estrés puede provocar la alteración de las funciones corporales, incluida la defecación provocando diarreas. Las depresiones en cambio producen estreñimiento.

Promoción de una defecación normal:
Determinadas acciones pueden estimular el reflejo de la defecación, afectar a las características de las heces o incrementar el peristaltismo, para ayudar a los pacientes a evacuar el contenido intestinal de forma normal y sin molestias. Las acciones enfermeras se centrarían principalmente en proporcionar intimidad para que el paciente se sienta cómodo a la hora de defecar. También es importante que, después de la defecación, si es posible es conveniente permitir a los pacientes que ellos mismos lleven a cabo su higiene. Los pacientes que tienen posibilidad de levantarse realizan la defecación en el retrete, la posición correcta sería de cuclillas. Hay algunos retretes que son muy bajos, por lo que las personas que tienen difi-

cultad para moverse deben de ser ayudadas a sentarse.

Los pacientes que deben permanecer en cama han de utilizar la cuña para defecar. Existen dos tipos de cuña:
- Cuña normal: Es de metal o plástico. Tiene un extremo superior liso curvado, y un extremo inferior de borde agudo y su profundidad es de unos 5 cm.
- Cuña de fractura: Diseñada para pacientes que no son capaces de tener los glúteos elevados, tiene un extremo superior poco profundo, de aproximadamente 1'3 cm.

El extremo superior de la cuña se adapta bajo las nalgas hacia el sacro, con el extremo inferior bajo la región del muslo. La cuña debe estar lo suficientemente alta para que las heces caigan en su interior. Si el paciente puede levantar las caderas la cuña se coloca pidiéndole que doble las piernas y eleve la cadera mientras se desliza la cuña debajo colocándola en la posición mencionada.
Si el paciente no puede moverse se le colocara de lado dando la espalda a la enfermera. A continuación se coloca la cuña sobre los glúteos en la posición adecuada. Después, sujetando la cadera inferior con una mano y la cuña con la otra se gira al paciente para que quede boca arriba. Después de que la cuña esté colocada se eleva la cama y se coloca una almohada en la espalda para que el paciente esté cómodo. Si el paciente es capaz, se deja el papel y una toalla y esponja para que realice su higiene y se le deja para que tenga intimidad.
Si el paciente no se puede valer por sí mismo se le deja a mano el timbre para que avise cuando acabe. Cuando esto ocurra la enfermera con los guantes colocados retira la cuña y con la mano envuelta en papel limpia los restos siempre de la parte menos contaminada a la más contaminada. Si es necesario se lavara la zona perineal con agua y jabón.

Heces: composición normal y anormal:
Las heces son los remanentes de la digestión que son regularmente excretados del cuerpo por el ano.
Como término medio, cada individuo excreta de 80 a 200 gr. de heces al día; esta cantidad puede variar de 28 a 380 gr. dependiendo de la dieta (dieta pobre o rica en residuos).
Composición:
Las heces se componen de agua en un 75% y de material sólido en el 25% restante. Parte del agua es moco que lubrifica el canal alimentario y permite el pasaje de las heces por el cuerpo. Entre los sólidos, un tercio se compone de bacterias, otra tercera parte de gas y proteínas no digeridas, y el resto de celulosa y materiales

no digeridos.
EL color de las heces se debe a los pigmentos biliares (producto de degradación de las células rojas de la sangre) llamados estercolina y bilirrubina. Los pigmentos biliares ayudan a esterilizar las heces y a desodorizarlas.
EL olor fecal se debe a la acción de las bacterias intestinales, que producen una variedad de compuestos nitrogenados y grasa, lo cual produce el típico olor a huevos podridos.

Efectos de la dieta:
La dieta afecta el color y el olor de las heces. Cuantas más proteínas se ingieren, más oscuras son las heces, aunque los vegetales, la coliflor y las coles de Bruselas, que contienen gran cantidad de sulfuro, también producen un fuerte olor.

Diagnóstico de enfermedad:
Muchas enfermedades producen cambios en las heces. Una infección intestinal puede producir una diarrea maloliente. Un color pálido, indica que algo va mal en la producción de excreción de bilis, apuntando un problema hepático o biliar. Si las heces contienen grasa o almidón no digerido, se puede sospechar una enfermedad celíaca o problema similar. Unas heces oscuras casi negras, sugieren que se excretan productos de degradación humana, lo que indica que ha habido un sangrado en alguna parte del tubo digestivo (úlcera péptica).

Examen físico:
Antes de realizar el examen físico se le harán al paciente preguntas como:
- Qué tipo de dieta lleva.
- Si tiene antecedentes de dolor abdominal.
- Si utiliza laxantes.
- Cuál es su historia de cirugía.
- Si presenta algún orificio artificial (como por ejemplo una ostomía).
- Su historia de medicaciones (las medicaciones que suele tomar), etc.

En el examen físico se valora la situación de la función gastrointestinal.

Examen de la boca:
Al examinar la boca se valora el estado de los dientes y las encías (se valora, por ejemplo, si existe algún tipo de inflamación: estomatitis, gingivitis…).

Examen del abdomen:
Para el examen físico del abdomen debemos seguir los siguientes pasos: se pedirá al paciente que orine antes del examen, el cliente debe estar colocado en decúbito

supino con los brazos a lo largo del cuerpo, se pondrán unas almohadas bajo las rodillas y la cadera del paciente. Después observaremos lo siguiente:
- Integridad cutánea: Temperatura superficial, enemas, lesiones.
- Contorno abdominal: Línea de perfil que va desde el margen costal hasta el hueso púbico. Hay tres tipos de contorno: liso (en el plano horizontal, de la zona costal a la púbica), redondo (es convexo al plano horizontal), escafoides (es cóncavo al plano horizontal, indica una musculatura abdominal relajada o flácida).
- Simetría: Los contornos asimétricos o distensión asimétrica son el resultado de una hernia, tumor, quiste u obstrucción abdominal. Para comprobar la presencia de hernias el paciente deberá elevar la cabeza y los hombros desde la almohada sin apoyarse con los brazos.
- Movimiento abdominal: Al respirar se produce movimiento abdominal. En personas flacas el peristaltismo visible es normal pero en otros es anormal en muchos casos resultado de una obstrucción intestinal. Mirando de una parte a otra del abdomen se puede detectar ondas peristálticas.
- Ruidos intestinales: Para esto se utiliza la auscultación, con lo que se pueden clasificar los ruidos intestinales en normales, demasiado intensos, ausentes, hiperactivos o hipoactivos. En presencia de distensión abdominal se puede percibir un aumento del tono o un sonido tintineante. La ausencia de ruidos o los ruidos hipoactivos aparecen en el íleo paralítico tras cirugía abdominal. Los hiperactivos aparecen en la obstrucción y en las enfermedades inflamatorias del intestino delgado.

Mediante la percusión se detecta la presencia de lesiones, líquido o gas en el interior del abdomen.

Examen del recto y ano:
Para este examen el paciente debe estar en decúbito lateral izquierdo o posición de Sims con la pierna de encima muy flexionada, las mujeres también pueden estar en decúbito supino con las caderas hacia fuera o posición de litotomía. El recto se examina mediante palpación. Con esto se valora si hay lesiones cutáneas como: úlceras, excoriaciones, hemorroides, tumores…

Actuaciones de enfermería:
Administración de medicamentos:

Catárticos y laxantes:
Estos son medicamentos que actúan a corto plazo en el vaciado intestinal. Se utilizan también para pacientes que deben someterse a pruebas gastrointestinales o que deben someterse a cirugía abdominal. Los catárticos pueden tener efecto

laxante o purgante. Mientras que los otros sólo tienen efecto laxante. El efecto laxante es más suave y produce movimientos intestinales normales. El efecto purgante produce movimientos frecuentes del intestino, heces semilíquidas y algunas veces, calambres abdominales.

Supositorios:
Son una clase de catárticos que actúan: reblandeciendo heces, liberando gases y estimulando la mucosa rectal. Los supositorios se insertan unos 30 minutos antes de la hora de defecación normal del paciente, que suele ser después de las comidas. La colocación debe de realizarse con guantes y lubricando el supositorio para evitar fricción. Se pide al paciente que respire por la boca para relajar el esfínter anal y se introduce el supositorio unos 7-10 cm. en adultos. A continuación se deben apretar los glúteos para evitar expulsarlo.

Antidiarreicos:
En algunos casos de diarrea se pueden utilizar fármacos. Estos medicamentos actúan como agentes protectores recubriendo las paredes intestinales. Otros, absorben los gases y sustancias toxicas del intestino o calman los tejidos inflamados. En ocasiones es necesario administrar sedantes y antiespasmódicos.

Aplicación enemas:
El enema consiste en la inserción de una cánula a través del ano y la introducción de algún líquido con fines diagnósticos y terapéuticos. Para efectuar la técnica, se emplea un sistema constituido por un depósito graduado (irrigador) y un tubo flexible que se conecta a la cánula rectal, o bien un sistema desechable que puede llenarse con la solución prescrita o contener una preparación comercial.
Se distinguen diferentes tipos de enemas, según sean las preparaciones que se administran o los efectos pretendidos.
- Enemas de limpieza: Es el más utilizado para facilitar la evacuación de las heces. Se administra por vía rectal agua pura templada o con algún producto que provoque irritación local y favorezca el peristaltismo intestinal (jabón, cloruro de sodio) o que facilite la evacuación (glicerina); También se emplean productos comerciales, especialmente preparados para tal fin.
La cantidad de solución a administrar varía en función de las indicaciones, desde 500ml (como tratamiento de estreñimiento) hasta 1500ml (cuando se pretende preparar el recto para un estudio diagnóstico).
- Enemas de retención: Se administra por vía rectal la cantidad pequeña de solución (de 120-180 ml) y se solicita al enfermo que retenga el líquido durante un tiempo prolongado (mínimo de 30 min). El objetivo depende del producto admin-

istrado en cada caso.
- Enema oleoso: Sirve para lubricar y proteger la mucosa intestinal si está irritada, a la par que ablanda las heces, facilitando su expulsión. Se emplea fundamentalmente para el estreñimiento crónico, en especial cuando existen fecalomas. Suele administrarse por la noche y se complementa con un enema de limpieza al día siguiente.
- Enema medicamentoso: Corresponde a la administración de medicamentos por vía rectal. Puede tratarse de la administración de medicamentos de acción general cuando no es posible, fácil o conveniente el uso de la vía oral, ya que, como la mucosa rectal dispone de una importante irrigación y gran poder de absorción, se asegura el paso del producto administrado a la circulación sanguínea.
También puede procederse a la administración de medicamentos con acción local: enema sedante, para disminuir la excitabilidad de los movimientos intestinales; enema estimulante, para potenciar el peristaltismo intestinal; enema laxante, para favorecer la evacuación intestinal; enema antiséptico, como preparación para cirugía de la zona; enema carminativo, para inhibir la formación de gases o favorecer su expulsión.
- Enema opaco: Consiste en la introducción por vía rectal de una sustancia baritada, opaca a los rayos X, para realizar estudios radiológicos de los segmentos finales del intestino grueso.
- Enema ciego: No se trata de un enema propiamente dicho, sino que consiste en la introducción de una cánula por vía rectal para facilitar la expulsión de gases.

Técnica del enema:
1. Explicar la técnica al paciente, solicitando su colaboración.
2. Proteger la cama.
3. Situar al paciente en posición adecuada.
4. Lavarse las manos y ponerse guantes.
5. Preparar el sistema.
6. Comprobar que la solución a administrar esté a temperatura templada y llenar el irrigador con la cantidad prescrita.
7. Lubricar el extremo de la cánula rectal.
8. Purgar el sistema de aire y pinzar.
9. Elevar el sistema unos 50 cm. por encima del nivel del paciente y colocarlo en el soporte.
10. Introducir suavemente la cánula por el recto aproximadamente unos 15 cm.
11. Administrar la solución, regulando la entrada de líquido mediante la pinza del sistema o modificando la altura del recipiente.

12. Cuando se advierta que la solución está a punto de terminarse, cerrar la espita o pinzar y retirar la cánula, evitando el paso del aire.
13. Solicitar al paciente que intente retener el líquido unos 10 min.
14. Después de la evacuación, proceder al aseo del paciente.
15. Registrar la técnica y los resultados.

Consideraciones de enfermería:
El enema sólo debe practicarse bajo prescripción médica, nunca de forma rutinaria. Considerar que la técnica no es totalmente inocua y tiene sus contraindicaciones (oclusión intestinal, peritonitis, desgarro perineal y suturas intestinales recientes).
Si no existen lesiones de la región anorrectal, no es preciso que el enema se realice en condiciones de esterilidad, basta con emplear material limpio. Debe respetarse la intimidad del paciente.

Obtención de muestras de heces:
Material necesario:
Recipiente de boca ancha tipo orinal o cuña. Limpio no estéril. No debe contener restos (jabones, detergentes, desinfectantes)
Recipiente estéril de boca ancha y cierre hermético.
Espátula, cucharilla o depresor.

Preparación paciente y recogida muestra:
Basta con una muestra del tamaño de una nuez si las heces son formadas, si fueran líquidas con recoger 15-20 ml es suficiente. El paciente deberá defecar en una silleta o cuña limpia. Las heces no deben mezclarse con orina ni con agua. Al manipular la cuña la enfermera llevara guantes no estériles y desechables. Se toma una porción del recipiente donde hayan sido emitidas y se transfieren al recipiente estéril utilizando el depresor. No debe utilizarse para la recogida papel higiénico. Al introducir la muestra en el recipiente estéril es importante no contaminar el exterior del mismo (para evitar transmisión de enfermedades por ruta fecal-oral).
La recogida de la muestra puede realizarla el propio paciente siempre que se le den las instrucciones de cómo hacerlo correctamente. Cuando son muestras para identificar parásitos, recoger varias muestras durante algunos días para aumentar la posibilidad de su detección y visualización.

Existen otros dos métodos de recogida de muestras para el examen de heces:
Técnica de la cinta de celofán: Consiste en presionar la cinta contra la región perineal para captar oxiuros.

Método de escobillón rectal: Se introduce un escobillón de punta algodonosa estéril en el canal anal unos 2,5 cm. Se mueve el escobillón de un lado a otro y se deja 30 seg. Para que pueda absorber microorganismos.

Observaciones:
Para conseguir muestra de heces de un bebe o niño pequeño que no esté entrenado para ir al baño, se toman de las heces que haya expulsado recientemente. Es importante informar al laboratorio si el paciente está tomando antibióticos ya que estos pueden alterar la flora intestinal normal. Los antiácidos cambian en ocasiones el pH de las heces y alteran por lo tanto la proliferación de bacterias. Cuando se desea analizar el contenido en grasas debido a una malabsorción hay que remitir al laboratorio todas las heces emitidas durante 1-3 días. Para ciertas pruebas se necesitan muestras de heces frescas, debe llevarse inmediatamente al laboratorio. Una muestra de heces no se debe dejar a temperatura ambiente. En algunos casos está indicada la refrigeración. Para los estudios parasitológicos se deben enviar 3 muestras tomadas en diferentes días.

5 Discusión-Conclusión

Recomendaciones dietéticas en los cambios de ritmo intestinal.

DIETA FRENTE AL ESTREÑIMIENTO:
Alimentos aconsejados.
- Leche y lácteos: leche entera, semi o desnatada (depende de las necesidades individuales) pero en especial se recomienda consumir con mayor frecuencia yogures y otros derivados lácteos poco grasos.
- Carnes, pescado, huevo y derivados: todos, con la frecuencia que marcan las recomendaciones de alimentación equilibrada.
- Cereales y patatas: patata (fécula), pastas alimenticias y en cuanto a otros cereales, preferir los integrales (pan, cereales y galletas integrales, muesli) a los refinados y limitar el arroz (astringente) a una o dos veces por semana, o mejor aún, combinarlo con legumbres y verduras (arroz con guisantes, paella de verduras, etc.).
- Legumbres: lentejas, garbanzos, alubias, habas, guisantes… Se recomienda combinar sólo con patata o arroz y verduras.
- Verduras y hortalizas: todas salvo las flatulentas, preferiblemente una ración diaria en crudo (ensalada).
- Frutas: prácticamente todas; frescas, secas y cocidas, con piel y bien lavadas, salvo las indicadas en “alimentos limitados”.

- Bebidas: agua, caldos, infusiones y zumos naturales, normales o integrales (con pulpa y por tanto fibra, a diferencia de los normales) que no lleven limón, licuados de frutas…
- Grasas: aceite de oliva y semillas (girasol, maíz, soja), mantequilla, margarinas vegetales, mejor en crudo y frutos secos.

Alimentos permitidos (consumo moderado y ocasional).
- Leche y lácteos: batidos lácteos, postres tipo natillas, flan, arroz con leche.
- Carnes semigrasas: hígado, jamón, fiambres magros y más ocasionalmente otros embutidos más grasos.
- Cereales: pan blanco, cereales de desayuno convencionales, en función del resto de alimentos que componen la dieta de la persona.
- Bebidas: zumos comerciales, café descafeinado, malta, achicoria.
- Otros productos: azúcar, miel, mermeladas, bollería integral, bollería y repostería sencillas (las que en composición más se parecen al pan), helados, mayonesa.

Alimentos limitados (consumir de forma esporádica o en pequeñas cantidades).
- Leche y lácteos: leche condensada, crema de chocolate, nata.
- Carnes grasas: productos charcutería, pescados en conserva, salazón o ahumados.
- Cereales: pan recién horneado y pasta poco cocida, galletas rellenas o bañadas.
- Legumbres: chorizo, morcilla, tocino (se cocinan con grasa animal).
- Verduras: alcachofa, coliflor, brócoli, pimiento, rábanos, cebolla, puerros, ajos, zanahoria…
- Frutas: frutas en almíbar y confitadas, astringentes como el membrillo, pomelo, plátano, limón…
- Bebidas: té, zumo de limón, pomelo, manzana y bebidas alcohólicas.
- Grasas: nata, manteca, tocino y sebos.
- Otros: chocolate, golosinas, dulces…
- Edulcorantes: sorbitol, sacarina, ciclamato…

Es necesario tratar de crear unos hábitos higiénicos en los cuales se incluya una dieta equilibrada, rica en fibra vegetal, ingesta suficiente de líquidos y práctica de ejercicio físico. Como práctica saludable hay que acostumbrarse a aumentar el número de tomas e incluir dos colaciones ricas en fibra. Beneficia un vaso de agua al levantarse.

Dieta frente a la diarrea:
Alimentos aconsejados.

- Leche y lácteos: a poder ser omitirlos todos.
- Carnes, pescado, huevo y derivados: pollo hervido sin piel, pescado blanco cocinado con poca grasa, tortillas con poco aceite o huevo pasado por agua, fiambre de pollo o pavo.
- Cereales y patatas: pasta para sopa, sémola, tapioca, arroz y patatas hervidas, pan tostado.
- Legumbres: ninguna por su contenido en fibra.
- Verduras y hortalizas: sólo la zanahoria cocida por su carácter astringente.
- Frutas: sólo la manzana, plátano maduro, compotas sin azúcar y manzana al horno sin piel ni azúcar.
- Bebidas: suero oral, caldos desgrasados no concentrados, infusiones suaves y zumos naturales colados diluidos no ácidos ni azucarados, bebidas isotónicas.
- Grasas: limitadas todas (aumentan la velocidad de paso de las heces a través del intestino).

Alimentos permitidos (consumo moderado y ocasional).
- Leches y lácteos: conforme mejoran los síntomas, probar con yogur natural o bio.
- Derivados cárnicos: jamón york magro.
- Cereales: galletas secas.

Alimentos limitados (consumir de forma esporádica o en pequeñas cantidades).
- Leche y lácteos: en fase aguda, todos. Antes de pasar a una alimentación normal se tantea la tolerancia a los lácteos inicialmente con yogur, queso fresco, bechamel y finalmente leche (los descremados se toleran mejor).
- Carnes semigrasas y grasas: productos de charcutería, embutidos grasos, foi grás, patés y vísceras. - - - Pescado azul, huevo frito y huevo duro.
- Cereales: los integrales o semi.
- Bebidas: todas salvo las indicadas en “alimentos aconsejados”.

Rehidratación y una dieta progresiva son los únicos tratamientos para la diarrea aguda. Junto con la administración de sales de rehidratación oral y en la alimentación se debería restringir la utilización de medicamentos.

Recomendaciones dietéticas:
Estreñimiento:
1. Llevar a cabo una alimentación variada y equilibrada para que no se produzca ningún déficit.
2. Reducir la cantidad y frecuencia de consumo de azúcar.
3. Evitar entre comidas bebidas azucaradas y ácidas.

4. Se puede incluir tras las comidas alimentos que reducen la acidez de saliva (cacahuetes, queso).
5. Tomar goma de mascar sin azúcar tras las comidas si no se dispone de cepillo de dientes.
6. Comer de forma ordenada, en ambiente tranquilo y sin interferencias.
7. Masticar bien y comer y beber despacio.
8. Aumentar el número de tomas al día.
9. Incluir alimentos ricos en fibra.
10. Beber abundante cantidad de líquidos.

Diarrea:
1. Fraccionar la ingesta en comidas frecuentes y poco copiosas.
2. Suprimir alimentos que irriten la mucosa intestinal.
3. Tomar infusiones suaves.
4. Evitar temperaturas extremas ya que aumentan la motilidad intestinal.
5. Evitar alimentos ricos en fibra.
6. Incrementar los alimentos que contengan pectina.
7. Sustituir la leche por leche especial sin lactosa.
8. Probar la tolerancia al yogur.
9. Limitar los aceites, mantequilla, margarina, manteca de cerdo y sebos.
10. Reponer líquidos para evitar la deshidratación.

6 Bibliografía

- Rosas MR. Cambios en el ritmo intestinal. Etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. Vol. 29. Núm. 4.
Páginas 7-81 (Julio 2010). Elsevier.
- Fernández X. Fisiopatología anorectal [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.
- Zolezzi A. Las enfermedades funcionales gastrointestinales y Roma III. Rev gastroenterol Perú 2007;27:177-84.
- Villalobos JY, De Andrade YP, Carreiro M. Evaluación del Hábito Intestinal en una Población de Personal Hospitalario. Gen vol.66 no.4 Caracas dic. 2012.

Capítulo 227

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

NIEVES OLGA RAMOS FERNANDEZ

ANA BLANCO PELAEZ

VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ

ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ

NATIVIDAD RODRIGUEZ MARQUES

1 Introducción

Actualmente las enfermedades mentales son cada vez mas comunes en nuestra sociedad, aunque muchos desconozcan de que manera se manifiestan. Según datos revelados por la Organización Mundial de la Salud (OMS),1 de cada 10 personas, tiene alguna enfermedad mental, cifra que tiende a incrementarse en Europa.
La Esquizofrenia es un trastorno mental grave caracterizado por la existencia de perdida de contacto con la realidad (psicosis), alucinaciones (por lo general consistentes en oír voces), falsas creencias firmemente sostenidas (delirios), alteraciones del pensamiento y de la conducta, reducción en la expresión emocional, disminución de la motivación, deterioro de la función mental (cognición) y problemas para desenvolverse en la vida diaria, incluyendo deterioro en el trabajo, las relaciones sociales y el cuidado de uno mismo.

El tratamiento consiste en el empleo de fármacos antipsicoticos, programas de entrenamiento y actividades de apoyo comunitario,psicoterapia y educación familiar. El 1% de la población mundial sufre esquizofrenia y se calcula que en España padecen la patología unas 600.000 personas.Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida está entre el 0,7 y el 1,5%.La edad media de comienzo de la enfermedad es de 24 años para los hombres y de 27 para las mujeres.

El perfil sociodemográfico de un paciente con esquizofrenia en España es el de un varón, con una edad media de 37,6 años, soltero, con bajo nivel de estudios, que vive en el entorno familiar, inactivo debido a su enfermedad y con un seguimiento de su consulta psiquiátrica patología únicamente

2 Objetivos

-Elaborar un plan de cuidados de enfermería a los paciente con diagnóstico de esquizofrenia aplicando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y siguiendo la taxonomía NANDA, NIC y NOC.
- Ofertar una guía general de cuidados de enfermería para mejor la calidad de vida a los pacientes de esquizofrenia.
- Optimizar el trabajo de enfermería, a través del a elaboración de planes de cuidados estandarizados.
- Mejorar la calidad en los cuidados de enfermería a pacientes con trastornos de esquizofrenia.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura sobre la importancia de aplicar un proceso de atención de enfermería adecuado a las necesidades del paciente usando la NANDA,NIC,NOC aplicado en este caso a los pacientes con trastorno esquizofrénico.

En la búsqueda bibliográfica se han utilizado las siguientes bases de datos: PubMed, SCielo, Medline y Google académico. Para la elaboración de planes de cuidados de enfermería, usaremos las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification).

Para ver qué aspectos están alterados, se deberá realizar una valoración de

enfermería individualizada,y posteriormente redactar una serie de planes de cuidados.En la valoración, utilizaremos los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon: Percepción/manejo de la salud, Nutricional/metabólico,Eliminación, Actividad/ejercicio, Sueño/descanso,Cognitivo/perceptivo, Autopercepción/autoconcepto, Rol/relaciones, Sexualidad/reproducción, Adaptación/tolerancia al estrés, y Valores/creencias.
Formulando posteriormente los Diagnósticos de enfermería mas frecuentes, NOC y NIC.

4 Resultados

NANDA 00102 Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c deterioro cognitivo perceptual m/p incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.
NOC 300: Cuidados personales:baño.
Cuidados personales: higiene.
NIC: 4360 Modificación de la conducta:
-Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
-Animar al paciente a que examine su propia conducta
- Desarrollar un programa de cambio de conducta.
-Determinar la motivación al cambio del paciente.
NANDA 00052 Deterioro de la interacción social r/c percepción extraña de la realidad que le produce miedo y ansiedad m/p interacción disfuncional de los amigos y familiares
NOC 1403:Control del pensamiento distorsionado.
NIC 4362: Modificación de la conducta: Habilidades sociales.
NIC:5100: Potenciación de la socialización.
- Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de deficit de habilidad social.
- Ayudar al paciente a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas.
- Proporcionar seguridad (elogios o recompensas) al paciente sobre la realización de la habilidad social objetivo.
- Fomentar las relaciones con personas que tienen intereses y objetivos comunes.
- Fomentar la planificación de pequeños grupos para actividades especiales.
NANDA 00079 Incumplimiento del tratamiento r/c duración del tratamiento y falta de conciencia de la propia enfermedad m/p evidente exacerbación de los síntomas.
NOC.1609 Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión:

1300 Aceptación estado de salud.
1813 Conocimiento: Regimen terapeutico.
1601 Conducta de cumplimiento.
NIC 2380: Manejo de la medicación:
- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Enseñar al paciente/familia el método de administración de los fármacos.
- Enseñar al paciente cuando debe conseguir atención medica si procede.
NIC 4360: Modificación de la conducta:
- Determinar la motivación al cambio del paciente.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
- Identificar la conducta objetivo en términos concretos
- Reforzar las decisiones constructivas respecto a necesidades sanitarias.
-Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación.
NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
- Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación de cada medicamento.
- Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Instruir acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.
NIC 5602: Enseñanza: Proceso de enfermedad.
- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad especifico.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- Describir el fundamento de las recomendaciones de control/terapia/tratamiento.
- Instruir al paciente sobre cuales son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador, si procede.
NANDA00130 Trastorno de los procesos de pensamiento r/c Interpretación incorrecta de los estímulos internos o externos m/p Interpretación inexacta del entorno, disonancia cognitiva y pensamiento inadecuado no basado en la realidad.
NOC 1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado
NIC 6450 Manejo de las ideas ilusorias:
- Dar al paciente la oportunidad de discutir sus ilusiones con el cuidador.
- Evitar discutir sobre creencias falsas; establecer dudas concretas.
- Evitar reforzar ideas ilusorias.
- Animar al paciente para que cuente sus ilusiones al cuidador, antes de actuar sobre ellas.

- Establecer actividades recreativas y de diversión que requieran atención o habilidad.
- Comprobar la capacidad de cuidado de si mismo.
- Vigilar el estado psíquico del paciente.
- Facilitar descanso y nutrición adecuados.
- Mantener un ambiente seguro proporcionando un nivel adecuado de vigilancia/supervision para controlar al paciente.
- Mantener una rutina diaria y coherente tanto del paciente como de sus cuidadores.
- Educar a la familia y seres queridos sobre la manera de tratar con el paciente que experimenta ilusiones, así como de la enfermedad base.

NIC 5270 Apoyo emocional:
- Ayudar al enfermo en el reconocimiento de sentimientos como ansiedad, ira o tristeza escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de mas ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

NANDA 00122 Trastorno de la percepción sensorial (auditivas) r/c desequilibrios bioquímicos por distorsiones sensorial (alucinaciones) y alteración de la recepción sensorial m/p agitación, distorsiones auditivas y alucinaciones.
NOC1403 Control del pensamiento distorsionado.
NIC 6450 Manejo de las ideas ilusorias
NIC 4820 Orientación de la realidad:
- Disponer de un enfoque consistente de la situación (firmeza amable, amistad activa y pasiva, hechos concretos y nada de exigencias) al interactuar con el paciente y que refleje sus necesidades de capacidades particulares.
- Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempos, si es necesario.
- Proporcionar un ambiente físico consecuente y una rutina diaria.
- Eliminar estímulos que creen percepciones equivocadas en un paciente particular .
- Establecer un ambiente de baja estimulacion .
- Involucrar al paciente en actividades concretas (AVD) que se centren en algo exterior a si mismo y que sea concreto y orientado en la realidad.

NANDA128 Confusión aguda r/c delirio m/p fluctuaciones en la actividad psicomotora, creciente agitación, alucinaciones y percepciones erróneas.
NOC1403 Control del pensamiento distorsionado
NIC 6510 Manejo de las alucinaciones:
- Establecer una relación de confianza con el paciente.

- Mantener un ambiente de seguridad.
- Proporcionar un nivel de vigilancia adecuado para controlar al paciente.
- Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones.
- Prestar atención a las alucinaciones para ver si su contenido es violento o dañino por el paciente.
- Animar al paciente a que compruebe las alucinaciones con otras personas de confianza(prueba de realidad).
- Administrar medicamentos antipsicoticos y ansioliticos prescritos.
- Proporcionar seguridad y comodidad al paciente y a los demás cuando el paciente no sea capaz de controlar su propia conducta.

El desarrollo de planes de cuidados para enfermería aumenta el nivel científico de la practica enfermera.La enfermera observa a cada paciente de manera individual y es capaz de detectar lo mas relevante en cada situación a la luz del conocimiento científico.En este capitulo se pretende proporcionar a la enfermera asistencial un recurso para aplicar un plan de cuidados para el manejo del paciente con esquizofrenia y poder aplicar cuidados específicos.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de la esquizofrenia engloba la fármacoterapia, la psicoterapia y las intervenciones sociales. Hoy en día, el personal de enfermería tiene el objetivo no solo de estabilizar al enfermo, sino de ayudarle a mejorar su calidad de vida, a su inclusión social, defendiendo siempre autonomía y capacidad para llevar una vida normal.Un plan de cuidados de enfermería ha de estar bien elaborado y trabajado de manera interdisciplinar con otros profesionales, ha de ser individualizado para cada paciente y en un contexto familiar.

La enfermería juega un papel crucial en el desarrollo del curso del paciente. Las intervenciones que realiza la enfermera ayudan a alcanzar una recuperación de la funcionalidad y a evitar un mal pronóstico de la enfermedad. Dichas intervenciones también deben dirigirse tambien a la familia del paciente, ya que la implicación de éstos en el proceso terapéutico fomenta la rehabilitación del enfermo.

6 Bibliografía

- Ortiz de Zarate San Agustín, Amaia. Trastornos psicóticos. Barcelona: Elsevier, 2011.
- Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
- San Emeterio M, y Otros. Guía de práctica clínica para la atención del paciente esquizofrénico. Barcelona; 2013.
- Herramienta para la consulta de diagnósticos NANDA, formación y creación de planes de cuidados con NANDA, NOC y NIC . Disponible en: Actualización en Enfermería. NANDA, NOC, NIC, Metodología Enfermera. FUNCIDEN.
- Heather T, Kamitsuru S. (editores) Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificación (2015-2017). NANDA Internacional. Barcelona: Elsevier España; 2015.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., Swanson, E. (2009) Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4a edición. Elsevier. Barcelona.

Capítulo 228

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON SONDA VESICAL PERMANENTE

SHEILA FERNÁNDEZ CÁRCABA

CRISTINA MARTINEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Desde sus orígenes, el principal objetivo de los cuidados es asegurar la supervivencia y perpetuar la especie humana. De la evolución de los mismos en nuestra sociedad, surge el concepto de la enfermería como disciplina profesional.

Para ello, ha sido necesaria la creación de una serie de Teorías y Modelos conceptuales que dan forma a la práctica científica, definiendo y justificando las actividades de investigación y docencia llevadas a cabo por los profesionales de enfermería.

Como consecuencia de todo ello, surge lo que hoy conocemos como Plan de Atención de Enfermería (PAE). Gracias al método científico elegido, podremos llevar a cabo un PAE que unifique, racionalice y justifique la correcta toma de decisiones, facilitando así la calidad asistencial y laboral.

El PAE consta de las siguientes etapas:
- Valoración.
- Diagnóstico.
- Planificación.

- Ejecución.
- Evaluación.

En este Plan de Cuidados, llevaremos acabo la descripción, análisis y desarrollo de un paciente pluripatológico y portador de sonda vesical permanente, que precisa ser hospitalizado de manera recurrente por Infección de Tracto Urinario (ITUs) de repetición.

Una sonda vesical es un catéter delgado y flexible (de silicona o látex) que se introduce, siempre con técnica estéril, a través de la uretra hasta la vejiga permitiendo así la evacuación de la misma, y siendo fijado con un globo. La correcta colocación de la sonda, así como su mantenimiento e higiene serán de máxima importancia para evitar complicaciones como son las Infecciones de Tracto Urinario.

Gracias a la labor conjunta del personal de enfermería y el equipo médico de Medicina Interna e Infecciosas del Hospital Universitario Central de Asturias, será posible una mejora de la calidad asistencial basada en el cumplimiento de los objetivos establecidos, y orientados a una correcta promoción de la salud y su consecuente mejora de la calidad de vida del paciente.

La correcta recogida de datos y valoración del paciente, nos permite establecer unos objetivos claros y determinados a alcanzar, facilitando la elaboración de un Plan de Cuidados personalizado y la comunicación entre los profesionales.

2 Objetivos

- Establecer como prioridad conseguir el completo estado de salud, así como la promoción de la salud y el aprendizaje, por parte del paciente y cuidadores, del correcto manejo de una sonda vesical.

*Las diferentes intervenciones realizadas a lo largo del proceso podrán variar según la evolución y el resultados de las mismas, permitiéndonos así conseguir dichos objetivos.

3 Caso clínico

Varón de 67 años, institucionalizado en un Centro Privado.

Portador de Sonda Vesical Permanente por vejiga neurógena, con múltiples patologías y reingresos en los últimos años.

Presenta una lesión medular con Paraplejia completa L4 tras a un accidente tráfico sufrido en 2009 a consecuencia de una Hipoglucemia.

Diabetes Mellitus tipo 1 con mal control metabólico, a seguimiento por Servicio de Endocrino.
Deterioro Cognitivo leve, con trastorno de conducta asociado.
Hipoacusia.

Totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria.
Acude a Servicio de Urgencias por Síndrome febril de 24 horas de duración que no cede con Paracetamol oral de 1gr.

Consciente, orientado y colaborador. Normohidratado, normoperfundido y normocoloreado. Eupneico en reposo, con febrícula y tensiones justas.Niega dolor, nauseas, disnea u otra clínica.

Ante los antecedentes del paciente y sus múltiples ITUs de repetición por SARM (Staphylococcus aureus resistente a la meticilina) se realizada recogida de Hemocultivos, Urinocultivo y Sistemático y Sedimento de Orina, con ingreso hospitalario a cargo del Servicio de Medicina Interna, para tratamiento empírico hasta resultado de los mismos.
En este caso, para la realización de la valoración, será imprescindible no solo la entrevista con el paciente, sino la observación y la exploración física del mismo. Tras la recogida de datos procederemos a su análisis, estableciendo los principales problemas reales o potenciales, que que nos permitan la identificación de los correspondientes diagnósticos de enfermería con sus intervenciones y objetivos.

Debido al grado de dependencia de este paciente, el principal objetivo será la cobertura de sus necesidades básicas, así como la aplicación de los tratamientos adecuados para alcanzar el estado de salud.

La ejecución de los cuidados dependerá de los resultados obtenidos durante las fases anteriores, así como de la evolución y el alcance de dichos objetivos.

Tras una breve revisión bibliográfica que nos permitiese contextualizar la importancia de los cuidados de Enfermería, hemos procedido a la elaboración de un Plan de Cuidados adaptado a las necesidades básicas del paciente y a su estado de salud.

Entre los principales diagnósticos identificados con sus correspondientes intervenciones (NIC) y sus objetivos (NOC), encontramos:

1. Déficit de autocuidado: Uso del inodoro r/c Deterioro de la movilidad
Objetivos (NOC):
- El paciente es capaz de cuidarse la sonda vesical e identificar cualquier alteración en el funcionamiento y manejo de la misma.
Intervenciones (NIC):
- Ayuda con el autocuidado de la sonda.
- Modificar vestimenta que facilite su manejo.
- Proporcionar prendas protectoras si es necesario.
- Controlar periódicamente el hábito intestinal
- Disponer intimidad durante la eliminación.
- Limpieza de zona dérmica genital a intervalos regulares.

2. Déficit de autocuidado: Baño r/c Deterioro de la movilidad
Objetivos (NOC):
- Alcanzar la capacidad máxima para realizar la mayoría de las tareas básicas de cuidado personal.
Intervenciones (NIC)
- Baño
- Cuidados del cabello y del cuero cabelludo.
- Ayuda en el cuidado perianal.
- Cuidados de las uñas.
- Mantenimiento de la salud bucodental.

3. Riesgo de infección r/c Procedimientos invasivos (SONDA VESICAL)
Objetivos (NOC):
- Control severidad de la infección, sensación de dolor, piuria.
Intervenciones (NIC)
- Aplicación de cuidados de mantenimiento del catéter urinario.
- Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la cadera, evitando así el reflujo de la orina hacia la vejiga.
- Evitar que la bolsa colectora roce el suelo.
- Evitar el acodamiento del catéter.
- Cambiar o vaciar bolsa colectora cuando precise (cada 4 o 5 días).
- Mantener una correcta higiene de la zona genital.
- Cambiar catéter urinario cuando corresponda o cuando lo precise (Obstrucción, indicación médica…)

- Evaluación de Piuria.

4 Discusión-Conclusión

La elaboración de un Plan de Cuidados, basado en el Método Científico, por parte de los profesionales de enfermería, racionaliza, sistematiza y dignifica nuestra profesión. La correcta aplicación del mismo, no solo tiene repercusiones sobre el paciente y su estado de salud, sino también sobre los trabajadores, la calidad asistencial y la correcta gestión y uso de los recursos.

Igualmente, además de las correctas intervenciones y el alcance de los objetivos establecidos, también tendrán gran relevancia nuestro papel en la promoción de la salud y la educación a pacientes, familiares y cuidadores, evitando así las posibles complicaciones.

5 Bibliografía

- M.ª Ángeles Matesanz Santiago. Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. Elsevier. 2009. Vol.7. Núm.2. Pág 183-356.
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Elsevier. 2005-2006.
- M.ª Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Ferrín, M.ª Victoria Navarro Gómez. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª edición. Elsevier Masson. 2005. Pág 3-16.

Capítulo 229

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÓNICO.

ANA GÓMEZ RODRÍGUEZ

ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ

NATIVIDAD RODRIGUEZ MARQUES

VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ

ANA BLANCO PELAEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las "Enfermedades Crónicas" son enfermedades de larga duración y generalmente de lenta progresión. No existe un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.
Según la OMS en el año 2008, las enfermedades crónicas representaron con diferencia la causa más importante de defunción en el mundo, pues acapararon un 63% del número total de muertes anuales

Los cuatro tipos principales de enfermedades crónicas son:
- Las enfermedades cardiovasculares.
- El cáncer.
- Las enfermedades respiratorias crónicas.

- La diabetes.

Según el "DOCUMENTO DE CONSENSO ATENCIÓN AL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS", el concepto de enfermo crónico se ha ido modificando. Hasta hace bien poco se entendía como afecto de una única enfermedad; actualmente una representación más real es la del paciente con varias patologías crónicas, incapacidad, autonomía personal disminuida y fragilidad clínica.

Según se va avanzando en la investigación de cuidados al paciente crónico, la enfermedad de base va perdiendo importancia y va siendo más relevante la comorbilidad clínica y la limitación de las funciones básicas en la vida diaria del paciente. Para ello se generaron diferentes escalas de medida de manera que podemos analizar con más precisión la situación personal de cada paciente.

Las enfermedades crónicas comparten 3 características comunes: edad, comorbilidad y polimedicación. Aunque también podemos señalar que es de aparición lenta y silente, en la mayoría de los casos, asociadas a factores de riesgo prevenibles, que si son modificados a tiempo ayudan a no desarrollar este tipo de enfermedades.

De todos modos, ante las enfermedades crónicas debemos plantearnos una estrategia global de atención:

- Coordinación eficaz, tanto entre niveles y flujos asistenciales como entre la red social y sanitaria.
- Evaluación individualizada del nivel de complejidad/ riesgo. Una actuación más centrada en intervenciones preventivas y rehabilitadoras.
- Tratamiento farmacológico integral con una valoración de la adecuación, la adherencia y conciliación terapéutica en los diferentes entornos asistenciales.
- Implicación activa del paciente y su entorno familiar en la adherencia al tratamiento y aplicación de cuidados con programas educativos y apoyo al autocuidado.

En la profesión enfermera, no se dio importancia al registro de las actividades hasta principios de los años 80, es entonces cuando comienza a aparecer un creciente interés por la documentación clínica y registros de enfermería. A partir de este momento, es cuando el profesional de enfermería pasa a trabajar con un ámbito de autonomía propio, no como hasta entonces que se trataba de personal subordinado a otras profesiones. Surge en estos momentos la necesidad de reflejar todas aquellas actividades de enfermería en documentos escritos, en los que se reflejará la autonomía y la aportación concreta de los profesionales.

2 Objetivos

Objetivo general:
Revisar el método de valoración enfermera en el paciente crónico.

Objetivos específicos:
- Comprobar las distintas formas que existen de valoración enfermera.
- Enfocar la valoración enfermera al paciente crónico.
- Revisar cuales son las patologías que mayor cronicidad generan en la actualidad.
- Revisar cómo la enfermería participa en el autocuidado de pacientes crónicos.
- Revisar las escalas de valoración integral más utilizadas en la actualidad.
- Revisar qué recursos existen frente al cuidado de pacientes crónicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas
La búsqueda se ha realizado en base a los descriptores y palabras clave: "valoración", "enfermería", "crónico", "paciente", "terminal".

4 Resultados

Tras consultar y comparar la bibliografía encontrada, pasamos a discutir las diferentes variables que hemos encontrado.

Para empezar, señalar que una adecuada valoración integral nos permite conocer todas las esferas del paciente (clínica, funcional, mental y social) para elaborar así una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida. Evitando siempre que sea posible la dependencia, y con ello reducir el número de ingresos hospitalarios por reagudizaciones de su patología / pluripatología y / o de institucionalizaciones.

Para hablar de la Valoración Enfermera en el paciente crónico debemos señalar que esta se encuentra dentro del Proceso de Atención Enfermero, formando parte

de la primera de sus cinco fases (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) y siendo un proceso continuo, cambiando los aspectos valorados según cambia el estado del paciente.

La valoración enfermera es la recogida de datos de forma sistemática, organizada y deliberada, mediante la observación, la entrevista clínica y la exploración física. La organización de esos datos puede realizarse mediante las 14 Necesidades Humanas de Virginia Henderson o los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon entre otros, pero podemos afirmar que estos son los más utilizados. Y por último el registro de esos datos .

Virginia Henderson describe las Necesidades Humanas como las siguientes:
1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Según M. Gordon, los patrones Funcionales, implican todas las esferas del ser humano. Estos patrones son los siguientes:
Patrón 1: Percepción-manejo de salud.
Patrón 2: Nutricional-metabólico.
Patrón 3: Eliminación.
Patrón 4: Actividad-ejercicio.
Patrón 5: Sueño-descanso.
Patrón 6: Cognitivo-perceptivo.

Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto.
Patrón 8: Rol-relaciones.
Patrón 9: Sexualidad y reproducción.
Patrón 10: Adaptación- tolerancia al estrés.
Patrón 11: Valores y creencias.

Estos patrones y/o necesidades, a la hora de realizar una valoración adecuada, se obtienen a través de la entrevista que se le hace al individuo junto con la observación y la exploración física como hemos nombrado anteriormente, buscando determinar el perfil funcional del individuo y al mismo tiempo identificar aquellos patrones que presentan una anomalía.

Durante la fase de valoración, conforme se recopilan los datos, deben verificarse con el paciente, y si es necesario con otras fuentes como familiares, cuidadores, etc. Como resultado de esta valoración se plantean los Diagnósticos de Enfermería para el Plan de Cuidados.

Existen diferentes escalas de medida a la hora de realizar valoraciones de enfermería correctas, y ver la evolución de los pacientes que atendemos. Aplicarlas es importante ya que es una forma de medida de mejoría o dependencia, ya que se trata de enfermos crónicos que requieren una continuidad de cuidados, tanto a nivel domiciliario como hospitalario. Estas escalas aportan objetividad y facilitan la comunicación entre los profesionales.

Las escalas de valoración funcional más utilizadas son:
Escala de la Cruz Roja (de valoración física y mental): estas se publicaron en 1972, fueron diseñadas para evaluar a ancianos residentes en su domicilio desde el hospital y localizar aquellos que precisaban asistencia geriátrica domiciliaria. Con el tiempo su uso se ha generalizado en la valoración de pacientes geriátricos, residencias geriátricas y otro tipo de centros.
Escala de Barthel: es la escala funcional más utilizada en España en los servicios de geriatría y rehabilitación. También es empleada para valorar la necesidad de cuidados personales, ayudas a domicilio y eficacia de los tratamientos. Mide la capacidad para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): alimentación, baño, vestido, aseo personal, control de esfínteres, uso de WC, desplazamiento, deambulación, subir escaleras). Como resultado obtenemos el grado de dependencia, clasificado como total, grave, moderado, leve, independiente.
Índice de Katz: es otra escala que valora 6 ítems (baño, vestido, uso de WC, movilidad, continencia y alimentación). Dando como resultado el grado de dependencia

en 8 posibles niveles:
A. Independiente en todas sus funciones.
B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC y otra cualquiera.
F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
G. Dependiente en todas las funciones.
H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.
Escala de Lawton y Brody: evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems, permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de ellos. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador.
Esta escala es uno de los instrumentos de medición de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria más utilizados internacionalmente. Los 8 ítems que mide son: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos.
Escala de medida de Independencia Funcional: es una herramienta aceptada a nivel mundial como medida de discapacidad, muy utilizada en concreto para evaluación del estado funcional de pacientes afectados por patologías neurológicas.

Las escalas de valoración cognitiva más utilizadas son:
Test de Pfeiffer: es una herramienta de screening para la detección de trastorno cognitivo en pacientes en los que se sospecha que éste pueda existir.
Miniexamen cognoscitivo de Lobo (MEC): es la versión adaptada y validada en España de MMSE, se trata de un test confirmatorio respecto al test de Pfeiffer, realizando cribado de demencias y útil para el seguimiento de demencias. Evalúa así, el grado de su situación mental y cognoscitiva.
Escala de incapacidad mental de Cruz Roja: es útil por su comparación en el tiempo, permitiendo de una forma rápida valorar el estado mental previo y el actual mediante los datos que proporciona el cuidador del anciano.
Escala de depresión geriátrica de Yesavage: valora el estado de depresión del individuo y es útil en la valoración del estado de salud mental.
Cuestionario de Barber: mide situaciones de dependencia y fragilidad.

Cuestionario de Zarit: detecta la sobrecarga del cuidador.
Índice de Karnofsky: es una herramienta de valoración funcional, que permite clasificar a los pacientes según su deterioro y capacidades para realizar las tareas cotidianas.
Escala Analógica Visual de Medición del Dolor (EVA): consiste en una línea de cm. con dos extremos de intensidad donde el paciente señala el nivel de dolor que tiene. Comenzó utilizándose como una valoración del estado de ánimo en psicología, siendo hoy en día la más utilizada para mediciones de intensidad del dolor.
Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): es un listado de 10 escalas numéricas que evalúan el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un período de tiempo determinado.

En la actualidad, los enfermos crónicos van en aumento, debido sobre todo al incremento de la esperanza de vida. Al darse este hecho, el aumento de enfermedades crónicas, así como su prevalencia, cobra realmente importancia la continuidad de cuidados tanto a nivel domiciliario como hospitalario, a nivel social y sanitario. Es necesario el abordaje integral de la cronicidad, en un contexto creciente de recursos, siendo imprescindible la aportación conjunta de todos los agentes implicados: profesionales, instituciones sanitarias y sociosanitarias, pacientes y familiares de estos.
Se describen tres tipos de continuidad asistencial:
1) de información, es decir, la percepción del usuario de que los proveedores disponen y utilizan la información de episodios anteriores para dar una atención apropiada a sus necesidades actuales.
2) de relación, que es la percepción del paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores.
3) de gestión o provisión de los diferentes tipos de atención sanitaria, de manera que se complementen entre sí y no se dupliquen.

Desde el Sistema Nacional de Salud, en 2012, se elaboró una línea estratégica para abordar la cronicidad, a través de un Comité Institucional en el que estaban representadas las 17 Comunidades Autónomas, el Instituto de Salud Carlos III, el Ministerio de Economía y Competitividad y distintos departamentos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y Melilla), DG de Salud Pública, Calidad e Innovación, DG de Cartera Básica de Servicios y Farmacia, DG de Ordenación Profesional, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

También se formó un Comité Técnico, integrado por representantes de 16 sociedades científicas de enfermería, medicina y pediatría de Atención Primaria, medicina interna y geriatría, farmacia, fisioterapia, psicología, trabajo social y salud pública y por representantes de 4 asociaciones de personas afectadas por problemas de salud de larga duración.

Estos Comités estudiaron la demografía y los factores de riesgo para enfermedades crónicas, así como comprobaron los planes estratégicos en el abordaje a la cronicidad de las diferentes Comunidades Autónomas, destacando por su especificidad y grado de desarrollo, la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (2012-2016), el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad de Cataluña y el Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana.

La red informática y la historia electrónica ayudan a la atención a estos pacientes, ya que facilitan el trabajo de los sanitarios dando acceso la información que necesitan para cumplimentar los datos del paciente y ayudando a verificar datos a la hora de hacer la valoración integral de éste.

Frente al cuidado de los enfermos crónicos, existen diferentes programas a nivel nacional, que se llevan a cabo para que el paciente aprenda el autocuidado necesario para hacer frente a su enfermedad. Son los profesionales que le atienden los que le enseñan a hacer frente a la enfermedad, existiendo también métodos complementarios como las "Escuelas de Pacientes" en las que los profesionales forman a pacientes y cuidadores; y los "Pacientes Expertos", que forman a otros pacientes, todo esto desde Atención Primaria generalmente.

Debemos mencionar también la existencia de hospitales especializados en diversas patologías crónicas en toda la red del Sistema Nacional de Salud, para la atención de estos enfermos, al igual que unidades de convalecencia o rehabilitación, hospitalización domiciliaria y cuidados paliativos, entre otros.

La familia es un apoyo fundamental en el cuidado del paciente crónico y sobre todo en aquellos que reciben cuidados domiciliarios. En muchos casos, el cuidador principal es un familiar que asume el cuidado del paciente, por lo que debe darse una formación individual y de manera flexible.

Existen también asociaciones de pacientes que conforman un apoyo esencial en los aspectos social y emocional.

5 Discusión-Conclusión

Desde el Sistema Nacional de Salud debe garantizarse una continuidad de cuidados en todos los niveles (sanitario, social, familiar), ya que se trata de enfermos de larga evolución que necesitan cuidados desde el diagnóstico hasta el final de la enfermedad o de la vida, tratándose de enfermedades en ocasiones invalidantes y de enfermos pluripatológicos, generando esta necesidad a nivel personal y/o familiar, puesto que en ocasiones también debemos apoyar al cuidador o familiar que se encarga del paciente en su situación más dependiente.

Tras esta revisión se observa que la valoración de enfermería al paciente crónico es similar a la valoración a pacientes con patologías agudas, haciendo hincapié en la ayuda de la historia digital para el cotejo de la información recaudada y el registro de cambios respecto a sus consultas anteriores.

Vemos que los recursos que tenemos en España son muy diversos, desde la atención hospitalaria a enfermos en la situación más aguda de la enfermedad, como el servicio domiciliario de los equipos de atención primaria.

Para finalizar destacamos que la enfermedad crónica está en auge, y ante esta situación debemos poner empeño en los cuidados de los enfermos con estas patologías, ya que el aumento y complejidad de estos llevarán probablemente gran parte de nuestra vida profesional.

6 Bibliografía

1. J. Vega Barea, E. Corrales Moreno. Valoración integral según los patrones funcionales. 2016 (p. 2-5)
2. M.A. Fernández Molina, J. Gómez Robles, E. Gabaldón Bravo, M. Domingo Pozo, M. Torres Figueiras, C. Terrés Ruiz. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. 2003: (p. 137-144)
3. https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/glossary/4393/medline
4. http://www.scielosp.org/?lng=es
5. http://www.thinkepi.net/google-scholar-%C2%BFuna-herramienta-para-la-evaluacion-de-la-ciencia
6. http://cursosfnn.com/
7. Rando Caño, P. Moreno Martín. Estandarización y normalización como base de la calidad de los cuidados: Sistemas de Información. 2016: (p.25-28)

8. J.C. Bellido Vallejo, J.F. Lendínez Cobo. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 2010: (p. 21-22).
9. J. Reyes Luna, P. Jara Concha, J.M. Merino Escobar. Adherencia de las enfermeras/as a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. 2007: (p. 45-57).
10. F. García Alcaraz, V. Delicado Useros, A. Alfaro Espín, J. López-Torres Hidalgo. Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. 2015: (195-196)
11. https://www.msdsalud.es/recursos-de-salud/guias-para-pacientes/paciente-cronico.html
12. C. Ferrer Arnedo, D. Orozco Beltrán, P. Román Sánchez. Estrategia para el abordaje de la conicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012: (p. 47-50).

Capítulo 230

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.

SILVIA VEGA LAVANDERA

SILVANA ALVAREZ TRABANCO

MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO

1 Introducción

La trasmisión de microorganismos en el ámbito hospitalario español es uno de los riesgos laborales que dan lugar a las infecciones intrahospitalarias o también llamadas nosocomiales.
Estas infecciones hacen que los pacientes que ingresan en un hospital tengan un mayor riesgo de mortalidad.

2 Objetivos

Definir qué son las infecciones intrahospitalarias, las causas que las provocan y exponer las medidas para evitarlas.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: infección nosocomial, infección hospitalaria, riesgos laborales y biológicos, salud laboral.

4 Resultados

Según la OMS (organización mundial de la salud) las infecciones nosocomiales son aquellas que contrae un paciente durante su ingreso en el hospital o en centros sanitarios, puesto que ni la padecía a su llegada ni se encontraba en periodo de incubación. suelen observarse entre las 48/72 horas después del ingreso del paciente.
Dependiendo del origen del microorganismo podemos hablar de tres tipos de infecciones nosocomiales:
1. La exógena, el microorganismo es externo al paciente con lo que pudo llegar al mismo a través del personal sanitario, otros pacientes u objetos.
2. La endógena, son microorganismos oportunistas de la flota del propio paciente.
3. De adquisición exógena seguida de una infección endógena, un microorganismo adquirido en el ingreso hospitalario, que produce la infección ante la bajada de defensas del enfermo.
Según la OMS las medidas a tomar son:
1. Medidas básicas de prevención como lavado de manos.
2. Formar al personal sanitario.
3. Realizar estudios en los que se involucren pacientes y familiares para saber cuándo se producen dichas infecciones y cómo controlarlas.
4. Adecuar las estancias a las condiciones necesarias, además de invertir en aquellos recursos que identifiquen de forma rápida la infección para evitar su propagación.
Las infecciones hospitalarias aumentan la estancia de los pacientes en los centros hospitalarios, así como incrementan el coste sanitario y elevan la mortalidad.

5 Discusión-Conclusión

- Medidas adecuadas de higiene.
- Uso de elementos barrera básicos como guantes, mascarillas y batas.

Todas estas medidas serán una buena forma de evitar infecciones nosocomiales o intrahospitalarias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 231

ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ANTE LAS MANIFESTACIONES PSICOEMOCIONALES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CAUMATOLOGIA

LAURA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

CECILIA GONZALEZ FERNANDEZ

CARLA IGLESIAS SANCHEZ

SILVANA ALVAREZ TRABANCO

MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO

1 Introducción

El sistema tegumentario está formado por la piel y los anexos o faneras, la piel es el órgano de mayor extensión en el cuerpo y consiste en una envoltura resistente y flexible cuyo epitelio de revestimiento se continua con los demás sistemas respiratorio, digestivo y genitourinario a nivel de sus orificios externos. Así mismo las principales funciones que se desempeñan son: protección, la piel evita la entrada de gérmenes patógenos al ser semipermeable a el agua y a drogas de uso

externo, regulación térmica que ayuda a controlar la temperatura corporal, excreción la realiza mediante el sudor, síntesis en la piel se sintetiza la vitamina D y la melanina, discriminación sensorial, debido que la piel posee los receptores para el tacto, la presión, el calor, el frio y el dolor, mantiene una información a el individuo sobre el medio ambiente que lo rodea y las faneras como estructuras contribuyen también a las funciones de la piel ya mencionadas (1).

De tal manera, el tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia del paciente a fin de incluir la recuperación óptima de las funciones del individuo como un todo. Las posibilidades reales de sobrevivencia física de una víctima de quemaduras subrayan la preocupación del potencial de morbilidad psicológica del sobreviviente a una quemadura por ello, el equipo multidisciplinario de profesionales de enfermería y especialista de quemados debe llevar a cabo aun en circunstancias de emergencia, planes presuntivos basados en la vida futura de este paciente (2).

Las decisiones del tratamiento están influenciadas por la preocupación en preservar movilidad, aspecto corporal y bienestar psicológico al paciente, a su vez los temas psicológicos y sociales constituyen partes integrales del tratamiento de las quemaduras desde el momento de la lesión hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente, entendiendo que el tipo de lesiones que sufren los pacientes quemados hace que la recuperación requiera de un personal profesional debidamente entrenado cuya intervención en crisis debe ofrecerle a los pacientes oportunidades de expresar sus emociones desde el primer día por lo que es necesario contar con los servicios de profesionales capacitados y humanizados capacitados para esa labor (2).

2 Objetivos

Objetivo general:
- Aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) a un paciente que presenta quemaduras de 2 grado en un 27% de su cuerpo, se realizan diagnósticos llevando a cabo las recomendaciones indicadas por el médico para lograr una recuperación rápida y eficaz.

Objetivos específicos:
- Identificar al usuario para su valoración.
- Diagnosticar la sintomatología del paciente para aplicar atención de enfermería.

- Crear un plan de atención, jerarquizando las necesidades del paciente para satisfacerlas.
- Ejecutar las atenciones de enfermería propuestas, garantizando la recuperación del paciente.
- Evaluar por medio de diagnósticos realizados, si se lograron los resultados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Información Básica
Sexo: Femenino
Edad: 35 años
Estado civil: Unión Libre
Nivel educativo: Técnico
Ocupación actual: administración de empresas.
Estrato socioeconómico: Medio
Antecedentes:
• Patológicos:
Apendicetomía
Descripción del caso
Motivo de consulta
Me queme con agua
Queja principal
La paciente refiere que se le derramo una olla con agua caliente y se quemó el abdomen y piernas, la cual dice tener ampollas y sentir mucho dolor y ardor.
Ampliación de la queja
Femenina de 35 años de edad, con presencia de quemaduras de 2do grado en un 27% de su cuerpo distribuido en tronco anterior y extremidad inferior derecha, se visualiza piel roja con flictenas, ingresa por sintomatología, de dolor y ardor.
Signos vitales

• Temperatura: 37 ℃
• Pulso: 78latidos/min
• F.R.: 20respiraciones/min
• P.A.: 100/60 mmHg.
• SaO2: 90%

DOMINIOS DE LA SALUD

Dominio promoción de la salud

Entrevista

La paciente refiere tener una salud en general muy buena: se alimenta bien, realiza actividad física, no se enferma constantemente; y en el último año no ha presentado ninguna complicación excepto la patología de base. Cuando él se enferma acude al médico siempre. Su alimentación es vía oral y es dependiente para realizar sus actividades cotidianas, ella se siente capaz de mantener su hogar limpio y organizado.

Examen físico

El paciente presenta 60 kg de peso corporal, una talla de 1.63 m con un tipo de peso normal. Al inspeccionar la paciente se observa que es de constitución delgada con una edad aparente acorde a la edad cronológica, conformación morfológica simétrica con una estatura baja, postura corporal funcional, presencia de movimientos corporales voluntarios y ausencia de tics, temblores o convulsiones; uso de un lenguaje acorde a su nivel sociocultural, una adecuada presentación personal y demuestra alto grado de cooperación al examen físico.

Valoración de la vivienda.

La paciente refiere que las basuras las manipulan en bolsas, no hay presencia de ciertos artrópodos y roedores, sin presencia de animales domésticos. Los alimentos los almacenan y conservan en neveras, con buena protección ante artrópodos; la vivienda cuenta con un entorno ordenado y no hay presencia mayor de suciedad dentro de ésta.

Dominio de la nutrición

Examen Físico.

Examen de Cabeza, Cuello y Cara.

La paciente presenta un cráneo simétrico, mesocefalico. Presenta buena implantación del cabello, de color negro, corto, liso, fino, abundante, con ausencia de pediculosis, higiene adecuada y sin presencia de seborrea. A la palpación del cráneo no hay presencia de hundimientos, masas o zonas de dolor.

Al inspeccionar la cara se observa una piel blanca, palidez generalizada, húmeda y ausente de alteraciones dérmicas; cejas delgadas, ojos simétricos sin ninguna alteración visual, nariz mediana chata con mucosa nasal pálida, húmeda; labios

delgados, simétricos, con palidez y húmedos; se observa a la paciente con facies tranquilas, con expresión de emociones como cansancio. Se palpa una piel turgente, sin presencia de masas o depresiones y ausencia de zonas de dolor en senos paranasales.
A la inspección del cuello se observa cuello simétrico, sin presencia de espasmos musculares, una piel blanca de contextura lisa y suave realiza movimientos flexores, extensores y rotadores sin ninguna limitación. Se palpa una temperatura conservada; en el triángulo submentoniano, submandibular, subclavicular ausencia de masa, sin zonas de dolor en las cadenas ganglionares; tráquea palpable. Con presencia del pulso carotideo.
Examen físico orofaringeo
A la inspección se observa una mucosa oral integra, de color rosado pálido y seca, sin lesión, conductos de Stenon y Wharton permeables; encías de color rosado sin presencia de gingivitis ni gingivorragia; la lengua es simétrica y seca de tamaño acorde a la cavidad bucal; las amígdalas son de tamaño normal, color rosado integras y no sobrepasan los arcos palatoglosos; los dientes son íntegros, sin obturaciones ni presencia de caries sin ausencia de piezas dentales. Los arcos palatoglosos se pueden observar junto con la úvula, íntegros y rosados, con ausencia de alitosis.

Examen físico de abdomen
Se puede observar abdomen simétrico, con presencia de alteraciones dérmicas, la piel presenta enrojecimiento, humedad, dolor al tacto y flictenas. A la auscultación se encuentran ruidos intestinales peristálticos normales, de 5 a 7 por minuto. A la palpación superficial hay presencia de dolor, depresible sin rigidez, con una temperatura corporal de 37 ℃.
Dominio de actividad/reposo
Reposo y Sueño
Al realizarle la entrevista a la paciente refiere que duerme aproximadamente 9 horas diarias, acostumbra a ir a dormir entre las 9:00 pm, sin tener temor de quedarse dormido, sin dificultad alguna para conciliar el sueño ni requerir alguna técnica o ayuda para dormir. Presenta algunos sueños y pocas pesadillas, aunque no se despierta durante la noche. Tiene sueño liviano, refiere descansar realmente al dormir, no se ha despertado ninguna vez por la noche y si lo hace es a orinar.
Actividad y ejercicio
Examen físico
Se observa la cabeza y cuello simétricos en posición erguida, hombros, MMSS, tronco, caderas, MMII simétricos, movilidad activa y pasiva normal, con una fuerza muscular en grado 5: movimiento de fuerza normal, arco completo de

movilidad contra gravedad y resistencia, es un musculo normal, tiene un rango de movimientos normales.
Respuestas cardiovasculares y respiratorias.
Examen físico
A la inspección se puede observar de una respiración superficial de tipo toracoabdominal por vía nasal con una frecuencia de 20 rpm con ritmo regular. Se inspecciona la nariz en la parte externa y se observa de forma chata y tabique recto con un tamaño proporcional a la cara, fosas nasales permeables, sin alteraciones o dolor existente, con ausencia de masas y crepitaciones.

Rinoscopia
Al inspeccionar la parte interna de la nariz se observa un vestíbulo nasal de color rosado con vibrisas, sin excoriaciones, una mucosa nasal integra, húmeda, cornetes y meatos normales, sin presencia de secreciones y senos paranasales sin presencia de dolor.
Examen físico de tórax
Se observa piel de color blanca textura normal, húmeda, de forma elíptica con una simetría conservada, diámetros y espacios intercostales sin alteraciones y columna vertebral sin desviaciones. Se palpa un frémito vocal presente en los dos hemitórax y se ausculta ruidos respiratorios adecuados como murmullo vesicular, bronco vesicular y traqueal y estertores gruesos en bases de pulmones, resonancia vocal sin presencia de pectoriloquia ni broncofonía. Al realizar la percusión se perciben pulmones resonantes.
Examen físico cardiaco
Se valora una piel blanca, de textura lisa y suave, con una temperatura conservada sin presencia de sudoración, con un tiempo de llenado capilar de 3 segundos, se observa el PMI.
La paciente tiene una FC de 78 ppm con un ritmo regular y una PA en posición semi flower de 100/60mmHg, acostado de 100/60mmHg, de pie 100/60. A la palpación de la zona pericárdica se palpa el PMI.
Se auscultan los ruidos cardiacos en las diferentes áreas pericárdicas se encuentra que S1 > S2 en los focos mitral y tricúspide correspondientes al cierre de las válvulas auriculoventriculares, que S2 >S1 en los focos aórtico y pulmonar, correspondientes al cierre de las válvulas sigmoideas. No se encuentran ruidos sobre agregados, sin desviación del ápex del corazón. Al percutir la región precordial se encuentra matidez en la zona central del corazón, y submatidez en la zona periférica de éste.

Tratamiento instaurado

Naproxeno 500mg cada 12 horas
Paracetamol 500mg cada 8 horas
Acciones de enfermería
• Administrar medicamentos para el alivio del dolor (paracetamol o ibuprofeno suelen ser adecuados), además de implementar cuidados tendientes a disminuir el estrés.
• Limpiar la herida con cloruro de sodio 0.9%.
• Siempre que sea posible dejar las flictenas intactas para reducir el riesgo de infección.
• Cubrir la herida con un apósito de gasa, aplicar un apósito secundario absorbente como sujeción del apósito primario y asegurarlo bien con un ligero vendaje.
• Revisar el vendaje después de 24 horas para asegurar de que siga en perfectas condiciones y que no hay excesivo exudado, revisar que no haya signos de infección.
• Posteriormente, realizar la revisión y el cambio de apósito cada 3-5 días, dependiendo el tipo de apósito, la cantidad de exudado y la evolución de la quemadura.
• Valorar continuamente la aparición de dolor, mal olor, aumento en la cantidad de exudado.
• Las extremidades afectadas deben mantenerse en reposo (3).
PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)
NANDA: Riesgo de infección M/P alteración de la integridad cutánea
NOC: severidad de la infección
NIC:
- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
- Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.
- Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.
- Mantener técnicas de aislamiento, apropiadas.
- Limitar el número de las visitas, según corresponda.
- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
- Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.

- Usar guantes estériles, según corresponda.
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, apropiado.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías iv.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada. (4)

NANDA: Dolor agudo R/C lesiones por agentes físicos: quemaduras
NOC: control del dolor
NIC:
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad y factores desencadenantes.
- Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
- Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de desarrollo que permita el seguimiento de los cambios del dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (diagrama de flujo, llevar un diario).
- Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.
- Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos (4).

NANDA: Deterioro de la integridad cutánea R/C alteración de la integridad cutánea
NOC: curación de las quemaduras
NIC:
- Administrar toxoide tetánico, según corresponda.
- Aplicar agentes tópicos a la herida, según corresponda.
- Asegurar la ingesta adecuada de nutrientes y líquidos.

- Ayudar al paciente a aceptar los cambios físicos y adaptarse a su estilo de vida (p. ej., relaciones sexuales, familiares, laborales y sociales).
- Ayudar al paciente a determinar el grado real de cambios físicos y funcionales.
- Colocar en una postura correcta para preservar la funcionalidad de extremidades y articulaciones para evitar la retracción.
- Colocar un apósito oclusivo sin comprimir.
- Controlar el nivel de consciencia en pacientes con quemaduras graves.
- Determinar el área de entrada y salida de quemaduras eléctricas para evaluar qué órganos pueden estar afectados.
- Elevar la temperatura en el paciente con quemaduras por frío.
- Enfriar la herida con agua templada (20° C) o solución salina en el momento de la lesión, si es posible.
- Evaluar la boca y las fosas nasales del paciente para identificar cualquier posible lesión por inhalación.
- Evaluar la herida, examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal, exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección.
- Informar al paciente del procedimiento que se va a seguir para vendar la herida.
- Lavar las heridas químicas continuamente durante 30 minutos o más para garantizar la eliminación de todo el producto cáustico.
- Mantener permeables las vías aéreas para asegurar la ventilación.
- Obtener un electrocardiograma (ECG) en todas las quemaduras eléctricas.
- Ofrecer al paciente opciones de reparación estética.
- Preparar un campo estéril y mantener una asepsia máxima durante todo el proceso.
- Proporcionar aceptación y soporte emocional durante los cuidados.
- Proporcionar cuidados cutáneos en los sitios de donante e injerto.
- Proporcionar medidas de confort antes de cambiar los vendajes (4).

NANDA: Trastorno de la imagen corporal R/C rechazo a reconocer el cambio de su cuerpo
NOC: mejora de la imagen corporal
NIC:
- Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo.
- Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.

- Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea parálisis disfuncional en adolescentes y otros grupos de alto riesgo.
- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda.
- Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.
- Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal del paciente.
- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda.
- Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual.
- Ayudar al paciente a comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía.
- Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica.
- Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.
- Observar si hay afirmaciones que identifiquen las percepciones de imagen corporal que tengan que ver con la forma y el peso corporal.
- Utilizar dibujos de sí mismo como mecanismo de evaluación de las percepciones de la imagen corporal de un niño.
- Instruir a los niños acerca de las funciones de las diversas partes corporales, según corresponda.
- Determinar las percepciones del paciente y la de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.
- Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los progenitores en respuesta a los cambios de aspecto de sus hijos.
- Determinar la respuesta del niño a las reacciones de sus padres, según corresponda.
- Enseñar a los padres la relevancia de sus respuestas a los cambios corporales del niño y la futura adaptación, según corresponda.
- Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.
- Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas.
- Identificar los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración mediante ropa, pelucas o cosméticos, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.

- Ayudar al paciente hospitalizado a aplicarse cosméticos antes de recibir visitas, según corresponda.
- Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.
- Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.
- Utilizar ejercicios de auto revelación con grupos de adolescentes u otros grupos de personas muy preocupadas acerca de los atributos físicos normales (4).

5 Discusión-Conclusión

Todo paciente con una lesión por quemadura debe ser tratado desde una perspectiva individualizada, especialmente si ésta afecta a zonas especiales. En primer lugar, identificar el mecanismo lesionado y llevar a cabo un correcto tratamiento agudo de la lesión, facilitará el abordaje posterior, y evitará retrasos en la evolución de los pacientes, así como pérdidas de función durante y tras el ingreso hospitalario. Así, pese a que el objetivo primario en el tratamiento del paciente gran quemado es la supervivencia, no debemos dejar de pensar en el resultado funcional y estético que pretendemos conseguir con la estrategia empleada, mediante la recopilación de datos, jerarquizando las necesidades del paciente caumatizado (3).

Cabe destacar que las lesiones físicas en los tejidos ocasionados por quemaduras pueden ser altamente devastadoras para un individuo no solo físicas, sino psicoemocionales debido a que se afecta neurológicamente por el intenso dolor ocasionado por la gravedad de la quemadura en los tejidos, la angustia y sufrimiento de estar hospitalizado, aislado, y separado del entorno socio familiar y la incertidumbre de la recuperación y la apariencia física futura que pueda quedar como secuelas de las mismas lesiones (5).

De tal modo debe entenderse que el impacto psicoemocional, al sufrir una quemadura es muy grande. Además la magnitud del cuadro sintomático depende de diversos factores relacionados con la gravedad de la quemadura; las circunstancias que rodearon el accidente y el estado emocional del paciente, enfocado en los efectos físicos y psicológicos del pos y traumatismos; por lo que es importante destacar que el profesional de enfermería amolden su actitud, establezcan una relación de ayuda con el usuario caumatizado, basado en una actitud proactiva en la satisfacción de las necesidades psicológicas a través de una atención basada en el respeto y calidad humana y la comunicación terapéutica antes las

manifestaciones psicoemocionales que presenta ese tipo de usuario cuando se encuentran hospitalizados en la unidad de Caumatologia (2-5).

En vista de la importancia que tiene que el profesional de enfermería establezca una actitud de apoyo y ayuda ante las manifestaciones psicoemocionales que manifiestan los usuarios que han sufrido quemaduras, motivo lo cual llevo a realizar esta investigación a fin de dar respuesta al siguiente interrogante, Cuál es la actitud del profesional de enfermería ante las manifestaciones psicoemocionales del usuario hospitalizado en la unidad de Caumatologia (2).

6 Bibliografía

1. Bustamante Olea Francisco Javier. Sistema Tegumentario. UTEHA: México; 1993
2. Allport, W.Attitudes. En M. Fishbein (Comp). Reading in attitude theory and measurement. Nueva York.: John Wiley; 1967.
3. Pérez M., Lara J., Ibanez J., Cagigal L., León CM. Guía de Actuación ante el paciente quemado [internet]. 2006 [consultado 04 febrero 2020]. Disponible en: http://www.carloshaya.net/denfermeria/media/gpq.pdf
4. NNNCONSULT [internet]. Buscador de los diagnósticos desarrollados por Nanda International (NANDA), los resultados de la Nursing Outcomes Classification (NOC), las intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC). ELSEVIER. [consultado el 04 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.nnnconsult.com/
5. Báez, A. Algunas consideraciones psicológicas sobre la muerte, y el morir revista rol de enfermería. Caracas: Aquichan; 2009

Capítulo 232

HALLAZGO CASUAL ANEURISMA AORTA ABDOMINAL

ANA BENGOECHEA FERNÀNDEZ- CASTAÑO

PAULA PELLO PRAVIA

1 Introducción

La aorta es la principal arteria del cuerpo humano. En los adultos, mide aproximadamente 3 cm de diámetro en su origen, 2.5 en la porción descendente del tórax y entre 1.8 y 2cm en el abdomen. Se considera dilatación patológica si el diámetro del vaso es 1.5 veces mayor del descrito o esperado.

La etiología del aneurisma se debe a múltiples factores: habito tabáquico, hipertensión mal controlada, aterosclerosis, infección micótica, traumatismo, tuberculosis.

Afecta al 2%-4% de la población y aumenta con la edad relacionado con la enfermedad aterosclerótica. Su incidencia aumenta con la edad y es más frecuente en varones. Los factores de riesgo están relacionados con sexo masculino, enfermedad vascular periférica e HTA. Son más frecuentes aneurismas en la aorta abdominal (80%) frente al aneurisma en la aorta torácica (20%).

Los aneurismas, por lo general, son asintomáticos y suelen diagnosticarse tras un hallazgo casual en pruebas complementarias

2 Objetivos

- Recordar Factores de riesgo y etiológicos del AAA.
- Recordar la importancia del screening ecográfico en la patología aórtica a valorar en grupos de riesgo.

3 Caso clínico

Varón de 69 años, derivado del 112 al servicio de urgencias por bajo nivel de conciencia, Tª 41ºC y molestias al orinar en días previos a la valoración, tras diagnostico de sepsis urinaria con empeoramiento analítico tras dos dosis de antibiótico intravenoso y 24 horas de observación, se decide ingreso hospitalario para ampliar estudios diagnósticos.

Paciente consciente y orientado, TA: 110/52, FC: 108lpm, Sat O2: 98%. Peso: 72kg, Talla 172cm (IMC: 24,3) AP: HTA, DL, EPOC, Disfunción moderada Ventriculo Izquierdo, NRAMC.

Rx. Torax: sin hallazgos patológicos.

Se decide realizar Ecografia Abdominal para decartar litiasis, en la que se aprecia volumen prostático de 105cc aprox (5.2x6.42x6.06cm), se decide realizar TC Angio Aorta antes la visualización ecográfica de aneurisma Aorta Abdominal infrarenal de diametro aproximado 6cm y trombo con imagen capas de cebolla y sospecha de sangrado intratrombo.
TC Aorta: AAA (a unos 3 cm de la salida de las arterias renales) que presenta un diametro de 6.4 x 6.6 (diametro anteroposterior y transversal respectivamente) con una luz de diámetro máximo de 3 x 3.2ccm (diámetro anteroposterior y trasversal respectivamente) y que llega hasta la bifurcación de arterias iliacas (longitud aproximada 10cm) Ramas viscerales permeables. No sangrado activo ni signos de rotura. No fístula aortocava. Ambos riñones de tamaño y morfología normal sin dilatación de la via excretora ni litiasis, correcta eliminación de contraste. Presencia de varios dvertículos en colon izquierdo, derecho y ciego. Apéndice de características normales. Esqueleto incluido exploración sin hallazgos patológicos significativos.

Analitica: leucocitos 27.32,neutrófilos 91.4 creatinina 1.68, PCR 216.3, procalcitonina 88.92. Hemocultivos positivos a E. colli (Sensible en antibiograma a Ampicilina, Amoxiclavulanico, Ceftaxima,Gentamicina, Tobramicina, Amikacina, Cotrimoxazol,Ciprofloxacino).Valorado por el servicio de Cirugía vascular se decide

seguimiento y reparación quirúrgica en cuanto se resuelva la sepsis y hemocultivos sean negativos, mediante endoprótesis aórtica bifurcada (EVAR) dado el riesgo anestésico del paciente (ASA IV).

4 Discusión-Conclusión

La principal complicación del AAA es la rotura, con un desenlace fatal en la mayoría de los casos. Dado que es una patología asintomática con unos factores etiológicos conocidos (alcoholismo, HTA, cardiopatía isquémica, aterosclerosis, dislipemia, tabaquismo, EPOC arteriopatía periférica) que aumenta la incidencia en varones mayores de 65 años, diversos estudios nos dicen que se debería realizar cribado poblacional dado la prevalencia (4-8%) y está considerado coste-efectivo. la ecografía abdominal tiene una sensibilidad diagnóstica del 95% y una especificidad del 100%.

5 Bibliografía

1. J.L. Elbaugh, N.D. García, J.S. Matsumuda. Screening and surveillance for abdominal aortic aneurysms: who needs it and when. Sem Vasc Surg, 14 (2001), pp. 193-199. Google Scholar
2. Fabra Noguera A, Pablos Herrero E. Los aneurismas de aorta abdominal nos los encontramos. Butlletí (castellano). 2013;31:1-6. Disponible en: http://pub.bsalut.net/butlleti_cast/vol31/iss2/4.
Google Scholar
3. P. Cosford, G.Leng, J. Thomas. Cribado para el aneurisma abdominal aórtico. Cochrane Database is Systematic Reviews (3) (2011), 10.1002/14651858.CD002945. Art.No.: CD002945

Capítulo 233

CASO CLÍNICO

NAZARET FERNANDEZ PAJA

1 Introducción

Los profesionales de enfermería cuentan como herramienta de trabajo con el proceso enfermero y los lenguajes estandarizados, lo que ha posibilitado en éstos un aumento considerable en la publicación de casos clínicos en revistas científicas. Cuidados basados en el uso de las taxonomías enfermeras, quedando recogidas todas las fases del proceso enfermero, con la ayuda de la taxonomías antes mencionadas. Los tres lenguajes estandarizados más usados son la North American Nursing Diagnosis Association: NANDA, la clasificación de resultados de enfermería: NOC y la clasificación de intervenciones de enfermería: NIC.

2 Objetivos

- Recoger sistemáticamente la información necesaria para la toma de decisiones.
- Garantizar la calidad de los cuidados.
- Redactar y fijar una estructura coherente y unificada en la publicación de un caso clínico basado en el uso de las taxonomías.
- Elaborar un informe de casos clínicos.
- Describir el proceso enfermero mediante el uso de las taxonomias como lenguajes estandarizados.
- Permitir a los profesionales de enfermería una mejor descripción del proceso enfermero.

3 Caso clínico

Paciente de 35 años que llega a Urgencias con dolor torácico, disnea aguda, presentando sudoración, mareos, acompañado de dolor y enrojecimiento de la pierna derecha. TA: 150/85, FC: 120lpm y FR: 33rpm, afebril. Antecedentes: toma de anticonceptivos orales, obesidad. No alergias conocidas.

Valoración enfermera del caso según patrones funcionales de Virginia Henderson:
1. Respiración: Presenta dificultad respiratoria al realizar esfuerzos leves o en posición de ortostatismo que se agudizan por dolor torácico.
2. Alimentación / Hidratación: Presenta Obesidad grado II en relación a malos hábitos alimentarios y sedentarismo.
3. Eliminación: Sin alteraciones
4. Movilidad / Postura: Presenta limitación moderada de movilidad en relación a su proceso clínico actual. Refiere ser independiente para AVD.
5. Dormir / Descansar: Sin alteraciones
6. Vestirse / Desvestirse: ligeramente dependiente en relación a su proceso clínico.
7. Temperatura corporal: Sin alteraciones
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Necesidad de ayuda/supervisión en el autocuidado en su proceso clínico actual.
9. Evitar peligros: Determinar el grado de dolor referido por el paciente, así como la duración de cada episodio de dolor. Determinar las consecuencias que tiene para el paciente el dolor que sufre (absentismo laboral, alteración de la eliminación intestinal, alteración en la concentración mental, alteración de la higiene personal, trastornos de la movilidad, afectación del sueño, etc.).
10. Comunicación / Relaciones sociales: Sin alteraciones.
11. Valores / Creencias: Sin alteraciones.
12. Autorrealización: Sin alteraciones.
13. Entretenimiento: Sin alteraciones
14. Aprendizaje: Conoce estrategias para mejorar la nutrición y prevenir el sedentarismo.

Plan de cuidados
Diagnóstico NANDA:
00233 - Sobrepeso r/c Gasto energético inferior al consumo energético manifestado por estado de Obesidad grado II.

00200 - Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca r/c falta de conocimientos sobre los factores de riesgo modificables (sobrepeso y obesidad).

Resultados NOC:
0405 - Perfusión tisular: cardíaca.
0407 - Perfusión tisular: periférica.
0403 - Estado respiratorio: ventilación.
2102 - Nivel del dolor.

Intervenciones NIC:
2210 - Administración de analgésicos.
Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo.

4050 - Precauciones cardíacas.
Determinar la disponibilidad del paciente a aprender a modificar su estilo de vida.

4110 - Precauciones en el embolismo.
Evitar lesiones en la luz de los vasos evitando la presión local, trauma, infección o sepsia.
Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de extremidades).

5820 - Disminución de la ansiedad.
Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

4 Discusión-Conclusión

Tras la realizacion de diferentes pruebas (analisis de sangre con D-dímero incluidos, ecocardiograma, eco doppler y finalmente un angio-TAC torácico) se ha llegado a la conclusión que la paciente padece el síndrome antifosfolípido, lo que asociado con la toma de anticonceptivos le produjo una TVP en la pierna derecha y posteriormente una embolia pulmonar. Acabó ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos, se le administro heparina, oxigenoterapia y se le realizo una tromboendarterectomía pulmonar. Tras postoperatorio sin complicaciones fue dada de alta con adiro y se le solicitó seguimiento por Servicio de Hematologīa. Suspendido anticonceptivos orales hasta nueva orden médica.

5 Bibliografía

1. https://www.archbronconeumol.org/es-tromboendarterectomia-pulmonar-106-pacientes-con-articulo-S030028961400461X
2. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Ediciones Elsevier, 2009.
3. Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 4a ed. Madrid: Mosby, 2009.
4. McCloskey JC, Bulecheck GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 4a ed. Madrid: Harcourt, 2005.
5. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 5ª Ed. Interamericana McGraw-Hill; 1998.

Capítulo 234

LESIÓN EN EL TENDÓN ROTULIANO

AIDA SÁNCHEZ MÉNDEZ

1 Introducción

El tendón es un elemento esencial del sistema motriz del cuerpo, pues constituye la unidad musculo-tendinosa (cada uno de los músculos se inserta en los huesos mediante tendones) que, en general, actúa como intermediario entre las fibras musculares y la superficie ósea. Su principal función es generar movimientos dada su capacidad para contraerse y relajarse de forma coordinada. La mayoría de las lesiones del tendón son el resultado del desgaste y deterioro gradual debido al uso excesivo o al envejecimiento.

Cualquiera puede tener una lesión tendinosa, pero las personas que hacen los mismos movimientos de manera repetida en sus trabajos, deportes o actividades diarias tienen más probabilidades de dañarlo.

El tendón rotuliano, también llamado tendón patelar, es la continuación del tendón del cuádriceps femoral. Se inserta en el polo inferior de la rótula hasta su inserción distal en la tuberosidad tibial.

Dichos tendones (rotuliano y cuádriceps) junto con la rótula son lo que denominamos mecanismo extensor de la rodilla (cuando se contrae el músculo cuádriceps).

La aparición de los síntomas de lesión en el tendón rotuliano es insidiosa. Es poco frecuente que describan un antecedente traumático, suelen ser lesiones crónicas y dependiendo de la duración de los síntomas, las podemos clasificar en:
- Estadio 1 - El dolor sólo aparece después de la actividad normal, sin pérdida funcional.

- Estadio 2 - Dolor durante y después de la actividad, aunque se puede llevar a cabo la actividad normal de manera satisfactoria.
- Estadio 3 - Dolor prolongado durante y después de la actividad normal, cada vez con mayor dificultad en el desempeño a un nivel satisfactorio.
- Estadio 4 – Rotura completa del tendón que requieren reparación quirúrgica

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia del tendón rotuliano o patelar ya que es uno de los más potentes del cuerpo humano. Su función principal es la extensión de la rodilla pero es fundamental para mantenernos de pie, erguidos, saltar, correr o nadar.

3 Caso clínico

Varón de 35 años de edad que acude al servicio de Traumatología por dolor en rodilla derecha. Refiere que tras un ”mal paso”, se le dobló la rodilla derecha hacia atrás y desde entonces nota dolor e inestabilidad. En la exploración física se observa:
- Dolor a la palpación en polo inferior de la rótula.
- Signo de cepillo: positivo.
- Cajones y bostezos: negativos.
- Maniobras meniscales: negativas.
- No edema.
- Movilidad conservada.

4 Discusión-Conclusión

Como se dijo anteriormente, el tendón rotuliano o patelar es raro que se lesione debido a un suceso traumático; suele lesionarse por sobreuso, por microtraumatismos repetitivos que originan un deterioro y microdesgarros del colágeno del tendón. Por lo tanto, cabe pensar que la lesión que comenzó como un ”mal paso” fuese resultado de una lesión crónica (tendinosis).

5 Bibliografía

- www.portalsato.es

- www.anatomiacaderarodilla.blogspot.com
- www.tucuerpohumano.com
- www.cirugiadeldeporte.es

Capítulo 235

ACTUACIÓN ANTE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA.

CECILIA GONZALEZ SECADES

COVADONGA CANDUELA GARCÍA

ANA ISABEL VÁZQUEZ SILVA

MARIA DEL MAR ESPIÑEIRA DIAZ

M LUZ PENAS CABADO

1 Introducción

La ansiedad es una parte fundamental del ser humano. Todas las personas en mayor o menor medida, experimentan un cierto grado de ansiedad ya que es una respuesta adaptativa a un estímulo estresante.
La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) define ansiedad como: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de presión causado por anticipación de un peligro.
Se estima que el 22% de la población sufre episodios de ansiedad, existiendo una prevalencia del doble en las mujeres que en los hombres. Además, los trastornos de ansiedad también muestran una prevalencia elevada en ancianos y en niños, siendo también asociado a síndromes depresivos. Se observa un mayor uno de fár-

macos como relajantes, tranquilizadores, ansiolíticos… en mujeres que en hombres.

Efecto de la cirugía en los pacientes.

La cirugía constituye un importante estímulo de estrés. En el periodo preoperatorio suele aparecer un estado de ansiedad que desencadena en el organismo una respuesta que se englobaría dentro de la reacción general al estrés con descarga de catecolamidas, hiperactividad simpática, hipermetabolismo, cambios neuroendocrinos, alteraciones hidroelectrolíticas y modificaciones inmunológicas.

En este momento de gran exposición a estímulos estresantes, los pacientes deben recurrir a sus recursos emocionales para hace frente a la realidad de la enfermedad y cirugía e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. Sin embargo, este proceso de adaptación resulta no siempre exitoso, ya que el paciente ignora a qué se enfrentará exactamente en la mayoría de las ocasiones.

Cuando hablamos de la situación quirúrgica del paciente hacemos referencia a un concepto amplio que incluye tanto factores externos al propio individuo (el hospital, el quirófano, etc.) como factores internos (percepción de la amenaza, factores de la personalidad, etc.) que son, en definitiva, los responsables de las manifestaciones de ansiedad.

Por tanto, parecen existir una serie de factores claros que podrían favorecer la ansiedad preoperatoria como son: el sexo (más en mujeres), la edad, la experiencia previa, etc., pero no está clara la relación con el nivel sociocultural de los pacientes y el tipo de cirugía en la ansiedad.

En un artículo de la Rev. Esp. Anestesiología Reanimación se demuestra una relación entre el grado de ansiedad en el preoperatorio inmediato y los valores de potasio en plasma. Como ocurre en los pacientes politraumáticos y en los neuroquirúrgicos, la situación de estrés produciría una elevación de los valores de aldosterona y de adrenalina en sangren, entre otras hormonas, responsables directa o indirectamente de la disminución del potasio sérico al actuar sobre el túbulo renal produciendo una pérdida de éste por la orina por intercambio con el ion sodio. Por su parte, la adrenalina actuaría aumentando el potasio intracelular por estímulo adrenérgico de la bomba Na-K celular a través de los receptores betaadrenérgicos, disminuyendo el potasio plasmático.

El descenso del potasio junto con el aumento de las catecolaminas en sangre pueden tener una repercusión clínica en forma de arritmias cardíacas e hipotensión durante y una vez finalizada la inducción anestésica, al potenciarse los efectos depresores de la contractilidad cardíaca de algunos fármacos utilizados durante la misma (hipnóticos, relajantes musculares y gases anestésicos), además de

ser favorecidos por las alteraciones hemodinámicas secundarias a laringoscopia, la intubación orotraqueal y la ventilación mecánica, que producen también liberación de catecolaminas.
Fisiológicamente la ansiedad expresa a través del sistema nervioso autónomo, aumentando la frecuencia cardíaca, respiratoria, elevando la tensión arterial, sudoración, aumento de lactato en sangre, temblores, hormigueo en brazos y piernas, necesidad de orinar con más frecuencia, alteraciones digestivas, dificultad para respirar, etc.
Un claro ejemplo de cómo el ambiente hospitalario es un factor estresante es el "síndrome de la bata blanca". Se caracteriza por la obtención de mediciones en la consulta superiores al promedio de la presión arterial durante el día. Este término se utiliza para clasifica a los individuos que presentan una diferencia acentuada mayor de 20 mm Hg de la presión sistólica o más de 10 mm Hg en la diastólica en la presión de consulta comparada con la medición ambulatoria de la tensión arterial.
Por otro lado, los síntomas psicofisiológicos que normalmente acompañan a la ansiedad durante los momentos de la operación quirúrgica en ocasiones pueden persistir hasta mucho tiempo después de la intervención. Estos síntomas incluyen taquicardias, arritmias, elevación de la tensión arterial, disnea, etcétera. La ansiedad preoperatoria está asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad de infecciones, aumento de la estancia hospitalaria y mayores niveles de dolor postoperatorio.
Encontramos un artículo, "Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares", el cual define los factores psicológicos como uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar el síndrome coronario agudo.

2 Objetivos

- Describir el efecto de la cirugía sobre el nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio.
- Investigar la somatización clínica de la ansiedad y su posible repercusión en la cirugía.
- Estudiar la efectividad de la terapia no farmacológica para disminuir valores elevados de ansiedad en preoperatorio.
- Investigar el papel de la enfermería en el manejo de la ansiedad y el medio.
- Analizar los beneficios y perjuicios del uso de fármacos de forma protocolizada para disminuir la ansiedad en pacientes que van a ser sometidos a una operación.

3 Metodología

Para la realización del proceso de recogida de datos ha sido imprescindible la información obtenida en diversas observaciones físicas. También fue necesaria la utilización de diversas fuentes de datos bibliográficos. La revisión de la evidencia científica se ha realizado fundamentalmente en las siguientes bases de datos: Elsevier, Scielo y Dialnet. Como palabras claves para la búsqueda, hemos utilizado: ansiedad, preoperatorio, rol de enfermería, procedimientos quirúrgicos. También se han revisado otros documentos como manuales, libros especializados, protocolos y guías clínicas.

4 Resultados

Abordaje de la ansiedad desde enfermería.
La atención que recibe el paciente ha de ser integral, multidisciplinar y de soporte de sus necesidades individuales. Para asegurar unos cuidados de calidad, la enfermería/auxiliar de enfermería debe utilizar un modelo de intervención con cuidados holísticos prestando atención a todos los aspectos del individuo. La actuación psicosocial incluye actuaciones realizadas por medio de acciones de asesoramiento y apoyo.
Proporcionar apoyo emocionales e información es fundamental para permitir potenciar le expresión de los sentimientos y la angustia previa a la intervención quirúrgica ya que esto puede representar un problema para el paciente.
La intranquilidad afecta a las funciones del organismo, por lo que es preciso escuchar a la persona, empatizar con ella e identificar las fuentes de preocupación para proporcionar información adecuada que le ayude a aliviar su angustia.
El apoyo emocional y asesoramiento incluye acciones dirigidas a proporcionar información y a la enseñanza de técnicas y formas de autocuidado. Por otro lado, esta información fomenta la comunicación y la sensación de seguridad del paciente.
Flórido y Galváo, en su investigación, identificaron en el periodo preoperatorio el diagnostico de enfermería “ansiedad” en el 86,6 % de los casos, provocada por una intervención quirúrgica que afecta tanto al paciente como a la familia.
Algunas revisiones han demostrado que la educación preoperatoria por parte de enfermería tiene una amplia variedad de resultados beneficiosos en el paciente quirúrgico. Es conocida por tanto la importancia de la información preoperatoria como variable significativa en la reducción de la ansiedad en el paciente quirúrgico.

Además de esta visita prequirúrgica creemos que es necesario que el personal de enfermería y de auxiliar de enfermería tenga competencias en el ámbito de la relajación ya que se ha demostrado en numerosos estudios que la relajación es una de las técnicas que más disminuye la ansiedad en el paciente.

Alrededor del 76% de las personas que van a ser sometidas a una operación experimentan niveles elevados de ansiedad en los momentos previos a la intervención. Se puede distinguir dos tipos de ansiedad. Una de ellas es la ansiedad rasgo, la cual se puede definir como la predisposición del paciente a sentirse ansioso en diferentes situaciones. El otro tipo es la ansiedad estado. Ésta se describe como la respuesta ansiosa ante un estímulo estresante. Mientras que todas las personas pueden experimentar ansiedad estado en algún momento de su vida, no todas las personas manifiestan ansiedad rasgo ya que es una característica inherente en la persona.

Teniendo en cuenta esto, consideramos que es muy importante conocer la ansiedad rasgo de los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica ya que puede ser un buen predictor de la ansiedad estado que experimentarán ante los estímulos estresantes del ambiente hospitalario, de la falta de intimidad, el miedo a la anestesia…Así mismo, pensamos que la arquitectura y la decoración hospitalaria influyen en el proceso de recuperación postquirúrgico y pueden reducir el nivel de ansiedad prequirúrgico. Se ha demostrado que aquellos pacientes que se encontraban con vistas a un paisaje necesitan menos analgésicos y menos días para ser dados de alta. Los colores son estímulos que pueden producir excitación o sosiego. Los hospitales deberían valerse de estos datos para crear ambientes acordes al tipo de paciente, así como tener en cuenta las entradas lumínicas, ya que la luz es necesaria para mantener los relojes biológicos, y estos son un centro fundamental de bienestar que controlan importantes sistemas hormonales y nerviosos.

Una mayor flexibilidad de horarios, mayor información en forma de visitas por parte del personal médico, así como actividades que se salgan de la norma, han demostrado ser beneficiosos para reducir la ansiedad prequirúrgica.

Otro tema que genera mucha ansiedad en los pacientes hospitalizados y en los que van a ser sometidos a una cirugía es la pérdida de intimidad. La pérdida de intimidad del paciente es un agente desestabilizador que puede desencadenar cuadros de ansiedad, regresión y otras expresiones somáticas desestabilizadoras.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de reducir la ansiedad reside en que un mal manejo de ésta provoca un incremento del dolor postoperatorio, mayor necesidad de analgésicos y prolongación en los días de estancia hospitalaria que repercuten directamente en los costos de la atención. También encontramos que se evitan los trastornos del comportamiento que se observan en algunos pacientes, sobretodo en edades extremas (niños y ancianos) y que se manifiesta en forma de desorientación, agresividad, aislamiento…

El conocimiento y uso de medidas no farmacológicas es un buen tratamiento para disminuir la ansiedad preoperatoria en determinados pacientes. La cirugía es percibida como un importante agente estresor desencadenando un aumento de los niveles de ansiedad preoperatorio.

Existen diferentes tipos de manifestaciones de la ansiedad, siendo la más común la física. Pueden aparecer también síntomas de tipo psicológico o conductual variando según la persona y el momento de la intervención.

La bibliografía que hemos consultado, considera un buen método de actuación la utilización de terapias no farmacológicas para disminuir la ansiedad en el preoperatorio siendo de elección en muchos casos debido a la ausencia de efectos adversos derivados de su práctica.

Enfermería y auxiliares de enfermería deben reorientar y dirigir sus actividades al control y disminución de la ansiedad prequirúrgica en pacientes que van a ser sometidos a una operación.

6 Bibliografía

- OMS. Documentos básicos. 43 a Edición. Ginebra; 2001.
- Carapia-Sadurni A, Mejía-Terrazas GE, Nacif-Gobera L, Hernandez-Ordoñez N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. Revista Mexicana de Anestesiología. 2011 Oct-Dec; 34 (4): 260-263.
- Nanda Internacional: diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2009-2011. Elsevier. España, Barcelona; 2010.
- Carrasco-Galán I, Espinar-Fellmann, I. Trastornos de ansiedad y género. Mente y Cerebro. 2008; 31:12-21.
- Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). Ministerio de sanidad y consumo. Madrid; 2006.

- Illan I, Hurtado A, Marin JL. Protoloco de relajación. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2004.
- Lopez, J. Instrumentos complementarios de los cuidados enfermeros: toma de posición Enfermería clínica 2003; 13(4):227-236.
- Johnson M, Mass ML, Swanson E. Clasificación de intervenciones de enfermería (NOC). 4 edición. Madrid: Elsevier;2009.

Capítulo 236

ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: UN PROBLEMA A NIVEL MUNDIAL QUE REPERCUTE EN EL COLECTIVO ENFERMERO.

CARLA DEL LLANO GONZALEZ

SILVIA NÚÑEZ GONZÁLEZ

ROCIO FERNÁNDEZ CASTAÑO

MARIA FERNÁNDEZ FERNANDEZ

LETICIA GONZÁLEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La administración de medicamentos es una responsabilidad fundamental del personal de enfermería, lo cual supone un problema para nuestro colectivo teniendo en cuenta que en general, los datos recogidos muestran que, de la totalidad de los errores notificados, entre el 34% y el 38% se produce durante el proceso de administración. Por otra parte, los errores en esta fase comportan un riesgo de lesión más elevado que los derivados de las otras fases del proceso farmacoterapéutico, ya que habitualmente en esta fase hay menos filtros que los eviten.

Esto no sólo ocurre en España, sino que ocurre en todos los países, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Por ejemplo, en Estados Unidos los errores

de medicación producen lesiones en aproximadamente 1,5 millones de pacientes cada año y aproximadamente el 25% de estos casos se estimó que se podrían haber evitado, de ahí que muchos de los países desarrollados decidan invertir en recursos para reducir este porcentaje de fallos, ya que supone un peligro para el paciente, además de un retraso en la efectividad del tratamiento y un mayor gasto sanitario incluyendo posibles complicaciones.

2 Objetivos

Objetivo general:
• Detallar el proceso más adecuado a la hora de administrar la medicación de forma correcta por parte del personal de enfermería e identificar las principales causas que desencadenan errores con la medicación en base a estudios recientes.
Objetivos específicos:
• Determinar qué factores influyen negativamente en el momento de dispensar medicación por parte de enfermería.
• Analizar los posibles recursos para disminuir los errores durante la administración de medicación.

3 Metodología

Este trabajo es una revisión narrativa. Para la recopilación de información se acudió a Pubmed y Dialnet.
Los criterios de inclusión han sido textos en inglés y español publicados desde el año 2007 incluido. No se han utilizado criterios de exclusión.

Para la búsqueda de artículos en Pubmed, se utilizan las siguientes palabras clave en inglés: medication errors, nurse, frequency, prevention, risks. Se obtienen 41 resultados de los cuales se seleccionan 4 para trabajar con ellos, ya que explican y estudian el por qué se producen fallos en la administración de medicamentos por parte del personal de enfermería y que medidas ayudarían a solucionar dicho problema.

Se acude a Dialnet en busca de información complementaria, utilizando los términos en castellano: fallos medicación enfermería. Se obtienen 8 resultados, seleccionando tan sólo un artículo de interés por las razones mencionadas anteriormente. Por último, se recurre a bibliografía no disponible en la red, facilitado por la Universidad de Valencia, en castellano. En total se utilizan 5 artículos y

un libro para la elaboración de este trabajo, 4 artículos están en inglés y uno en castellano.

4 Resultados

Pautas para administrar la medicación de forma segura:
Se puede definir como error de administración a cualquier discrepancia entre la intención del prescriptor y el tratamiento que realmente se administra o toma el paciente. Otra definición podría ser "cualquier error en la prescripción, dispensación o administración de medicación, independientemente de si tales errores llevan a consecuencias adversas o no".
Existen 5 medidas a llevar a cabo por el personal de enfermería para evitar dichos errores, llamados comúnmente "los 5 correctos", y que deben seguirse estrictamente paso por paso cada vez que una medicación sea administrada:
1. Comprobar que la medicación se da al paciente correcto:
- Nombre del paciente
- Habitación.
- Código de barras de la pulsera,
- Paciente no alérgico al medicamento y sin contraindicaciones.
2. Se administra el medicamento correcto:
- Nombre genérico correcto.
- Presentación correcta según vía de administración,
- Medicamento no caducado, perfectamente conservado y etiquetado.
3. Se da una dosis correcta:
- La orden médica se corresponde con la cantidad de fármaco a administrar.
- Se administra con la concentración y el diluyente correcto.
- Se efectúa una doble comprobación con fármacos pediátricos y/o de alto riesgo.
4. La técnica de administración es correcta:
- La vía de administración es correcta.
- La medicación que se administra por vía por sonda nasogástrica debe poder ser triturada.
- Si se administra por vía intravenosa, ésta debe ser permeable y no existir extravasación.
- No hay incompatibilidad con otros fármacos que se administren simultáneamente.
- No existe interacción entre los medicamentos administrados por vía oral con los alimentos.

5. El momento de la administración es correcto:
- Seguir la planificación horaria de la medicación, teniendo en cuenta que existe un margen de más o menos 1 hora.
- El momento del día de la administración es el adecuado para el medicamento que se administra.

Además de todo lo anterior, el personal de enfermería también debe:
• Disponer de un documento de referencia para consultar cualquier duda sobre la forma de preparación.
• Establecer medidas para el almacenamiento de medicamentos termolábiles y fotosensibles.
• Tener acceso adecuado a la información del paciente, tan cerca del punto de cuidados como sea posible, como la historia clínica, alergias conocidas, pronóstico y plan de tratamiento.
• Administrar el fármaco personalmente. El profesional no debería delegar la administración de fármacos, ni siquiera los de uso oral. Si lo hace debe ser consciente que la responsabilidad derivada de la administración es suya.
• Devolver a farmacia los medicamentos que no se hayan administrado.
• Mantener el botiquín de planta ordenado, identificado, con caducidades correctas y existencias adecuadas.
• Registrar la medicación administrada.
• Monitorizar la respuesta del paciente a la medicación: el profesional debe saber cuáles son los resultados de los medicamentos habituales con que se trabaja y ser capaz de avisar al facultativo responsable ante cualquier cambio relevante en la condición del paciente.

- Errores en la administración de medicación:

Cuando se piensa en los errores de medicación, se asocia principalmente con la atención intrahospitalaria, sin embargo, muchos de estos fallos se producen también en atención primaria. Según un estudio suizo centrado en la atención primaria, la mayoría de los errores relacionados con los fármacos se producían por administrar una dosis medicamentosa incorrecta, lo que incumbe en algunos casos a enfermería, mientras que la prescripción de una medicación errónea fue el segundo fallo más común. También se produjeron tres casos referentes a pacientes pediátricos y todos ellos relacionados con una dosificación medicamentosa inadecuada. Sin embargo, al tratarse de atención primaria la mayor parte de los errores se produjeron por parte del personal médico (21,5% de los fallos), seguido del personal de enfermería (13,6%), mencionar también que un tanto porciento elevado de los casos, se produjeron por el fallo de más de un grupo profesional. Los principales errores fueron: dosis más elevada de lo recomendado al

dar una medicación, seguido de medicación errónea. A su vez, el sistema nervioso central fue el más afectado por estos errores, seguido del cardiovascular y otros. Otro dato para tener en cuenta en este estudio es que los incidentes de medicamentos son más comunes en medicina general, mientras que rara vez ocurren en pediatría, ya que los pacientes pediátricos no suelen estar a tratamiento con más de un fármaco simultáneamente. Las razones de los incidentes con la medicación son diversas, pero a menudo parecen estar relacionados con problemas de comunicación, además los pacientes mayores y con multimorbilidad (presencia de ≥ 2 enfermedades) tienen un riesgo particularmente alto de incidentes con la medicación. Otro grupo de riesgo significativo para afrontar un incidente de mayor relevancia fue la enfermedad psiquiátrica, principalmente por el número de fármacos ingeridos, pero también influido por la edad y morbilidad de dichos pacientes.

El mayor porcentaje de fallos relacionados directamente con enfermería durante la administración de medicación, se producen en el ámbito intrahospitalario. Un estudio nigeriano centrado en la atención intrahospitalaria enfermera, explica que estos errores se consideran como las causas más prevenibles en el daño del paciente, tales acontecimientos producidos por errores con la medicación son evitables y desgraciadamente, conducen a una hospitalización prolongada, a aumentos significativos en el costo de la atención sanitaria y a veces ocasionan la muerte del paciente. Los procesos de prescripción y administración de fármacos se encuentran asociados con el mayor número de errores de medicación registrados, independientemente de si éstos causan un daño al paciente o no. Centrándonos en los errores de la administración de fármacos, los fallos más frecuentes por parte del colectivo enfermero fueron: equivocación del fármaco administrado, administración de dosis erróneas, vía de administración errónea, registro incorrecto del fármaco administrado y olvido de la administración de fármacos pautados. Este estudio también analiza las causas de la aparición de dichos fallos, y explica que se deben al exceso de trabajo y cansancio por parte del personal de enfermería. Otro dato importante, es que tan sólo dos tercios del personal informa de estas incidencias ocurridas con la medicación, un tercio restante no lo considera necesario.
A este respecto, también se ha pronunciado la American Society of Health-System Pharmacist, que ha descrito como causas más frecuentes de errores en la administración las siguientes :
• Confusión en la vía de administración que aparece en el envase del medicamento.
• Nombres parecidos, fonética similar, etc.

• Funcionamiento defectuoso del aparato de administración.
• Instrucciones ilegibles o de interpretación difícil y trascripción o verificación de la prescripción incorrectas.
• Cálculo erróneo de la dosis.
• Personal responsable de administrar la medicación poco entrenado.
• Utilización de abreviaturas en la prescripción.
• Errores en el etiquetado.
• Sobrecarga de trabajo y lapsus en el trabajo diario.
• Medicamentos no disponibles.
• Exceso de confianza del personal sanitario.

Según un estudio australiano, las interrupciones al personal de enfermería durante el reparto de medicación provocan un aumento considerable de los errores. En este estudio, se produjeron interrupciones en el 53,1% de las administraciones y las proporciones de fallos aumentaron indudablemente con las interrupciones. Cada interrupción se asoció con un incremento del 12,1% en la media de cometer errores, este efecto de las interrupciones se mantuvo, independientemente de otros factores, como el hospital, la situación de empleo de la plantilla enfermera o los años de experiencia del personal. Además, si se daban 5 interrupciones durante la administración de medicación a un mismo paciente, era casi seguro que se cometería un fallo, por lo que la probabilidad de error pasó de 39% con 0 interrupciones al 61% con 5 interrupciones. Los fallos más frecuentes en este estudio fueron la no comprobación de la identificación del paciente y la mala administración de la medicación, de la cual sólo el 4,1% fueron calificados como fallos de mayor gravedad, entre los que se encuentra la tasa de administración intravenosa.

Medidas para combatir los errores en la administración de medicación:

La principal medida a tomar para no cometer errores en la administración de medicación es seguir estrictamente la regla de "los cinco correctos" mencionada anteriormente, además de ello, se pueden añadir algunas medidas extras como:
• En la unidad asistencial, el profesional que prepara la medicación debe ser el mismo que lo administra.
• Para medicamentos administrados por vía oral, verificar que el paciente tiene capacidad para deglución y no hay interacción entre medicamentos y alimentos.
• Comprobar en la vía intravenosa, que no hay incompatibilidad fisicoquímica con otros fármacos que se administran simultáneamente y asegurar el buen funcionamiento de los dispositivos electrónicos (bombas, PCA, infusores, etc.).
• El paciente debe conocer cómo debe tomar la medicación, su interacción con

otros medicamentos y/o alimentos y cómo conservarlo de forma correcta en su domicilio.
Otras medidas, teniendo en cuenta el problema que la distracción supone para el personal de enfermería, es intentar disminuir cualquier estímulo que cree una distracción mediante estrategias sencillas, por ejemplo:
• Proporcionar acceso fácil a los recursos básicos de información (uso de pizarras, carteles, etc.), para reducir las interrupciones por parte de familiares y/o pacientes.
• El uso de chalecos en los cuales puedan leerse mensajes como: ”No me interrumpas, estoy repartiendo medicación” o similares.
Otro método que cada vez se está implantando cada vez más en hospitales, es el uso de un circuito cerrado implementado con sistemas de prescripción electrónica (CPOE) con tecnología de identificación automatizada, como la identificación por radiofrecuencia (RFID) o códigos de barras, esto se utiliza para verificar la administración mediante la identificación cruzada del paciente, la información sobre la prescripción y los medicamentos dispensados usando un punto de atención manual. Por lo tanto, según un estudio reciente coreano y basándonos en esta información, existen ciertas medidas para reducir los fallos de medicación:
• Permitir a las enfermeras el tiempo suficiente para concentrarse plenamente en los medicamentos administrados es necesario para mejorar la exactitud de la administración de medicamentos y reducir el número errores.
• Un sistema de administración de medicamentos mediante circuito cerrado en tiempo real contribuye a mejorar la seguridad del paciente y prevenir posibles errores.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de las medidas existentes para la correcta administración de medicación, sigue habiendo un porcentaje alto de fallos por parte del colectivo enfermero. Además, según los estudios, existen diferentes opiniones acerca de cuál es el error que más se produce durante la administración, pero, aunque en diferente orden de frecuencia, todos mencionan aproximadamente los mismos tipos de errores.

Se ha comprobado mediante estudios científicos, que la experiencia del personal de enfermería no influye positivamente en la prevención de dichos fallos, de hecho, los enfermeros a tiempo parcial y las menos experimentados tenían tasas más bajas de errores. Los enfermeros que han trabajado por más de 5 años en

el hospital pueden ser los más experimentados con respecto a la práctica de enfermería, pero su tasa de fallos fue mayor que la de otros grupos, pero también son los que presentan una mayor tasa de administración de medicamentos durante su turno, por lo tanto, se deduce que los enfermeros experimentados suelen tener más responsabilidad y obligaciones durante su turno, así como más oportunidades para atender a los pacientes gravemente enfermos, además puede haber una mayor probabilidad de que sean interrumpidos durante el trabajo o que estén involucrados en las administraciones de medicamentos más complejas o urgentes.

Se cree que otro problema con el personal enfermero experimentado es que en muchos casos no realiza un proceso de identificación formal del paciente antes de administrar la medicación, ya que es el fallo que más se repite relacionado con la administración de medicamentos, según determinados estudios. Por lo tanto, en teoría se cree que es debido a que los enfermeros experimentados pueden creer que son capaces de identificar fácilmente a los pacientes y, por lo tanto, no es necesario un proceso de identificación formal.

Otro problema importante es que, en España, existe poca implicación por parte del personal con el grado de implantación del sistema de identificación del paciente (IP) a través de pulsera. A pesar de que el grado de implantación de este sistema es casi del 100%, el 40,7% de los profesionales no le ve utilidad para evitar errores de medicación, además un 62,8% de los pacientes afirman no haber recibido información cuando se la colocaron. Pero tal vez el dato más importante sea que, durante el trabajo asistencial, sólo el 20-30% de los trabajadores comprueban la pulsera antes de administrar medicación, extracciones sanguíneas o intervenciones quirúrgicas; además una observación frecuente de los profesionales es que molesta para la realización de ciertas técnicas.

También existe una relación entre el turno de trabajo y la tasa de fallos al administrar medicación, según un estudio, éstos son más frecuentes en el turno de la mañana que en de la tarde o la noche. Con respecto a la medida sencilla del uso de chalecos mencionada anteriormente, se han publicado informes recientes de hospitales en Estados Unidos que han introducido tales chalecos, pero, hasta ahora, no ha habido evidencia robusta publicada de su efectividad en la literatura científica.

Referente al sistema de administración de medicación utilizando el circuito cerrado, según un estudio, se previno un porcentaje muy alto de errores en la administración de medicación, muchos de los fallos que se han evitado podrían

haber causado problemas graves, teniendo en cuenta que algunos eran agentes antineoplásicos, opioides y suplementos de potasio que habrían sido dados en exceso al paciente. Sin embargo, los sistemas de administración de medicamentos de sistema cerrado han sido adoptados por sólo 16,1% de los hospitales coreanos y el 31,3% de los hospitales de los Estados Unidos, debido a dificultades con su aplicación y los altos costes de implementación y de mantenimiento.

6 Bibliografía

1. Brage Serrano R, Trapero Gimeno I. Medicamentos II. Enfermería en la administración de Fármacos. Máster en farmacoterapia para Enfermería. Valencia: Alfa Delta Digital S.L. 2017. p.25-29.
2. Hwang Y, Yoon D, Ahn EK, Hwang H, Park RW. Provider risk factors for medication administration error alerts: analyses of a large-scale closed-loop medication administration system using RFID and barcode. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2016 Dec;25(12):1387-1396.
3. Ogunleye OO, et al. Medication errors among health professionals in Nigeria: A national survey. Int J Risk Saf Med. 2016 Aug 22;28(2):77-91.
4. Markus Gnädinger, et al. Medication incidents in primary care medicine: a prospective study in the Swiss Sentinel Surveillance Network (Sentinella). BMJ Open. 2017 jul 26;7(7).
5. Westbrook JI, Woods A, Rob MI, Dunsmuir WT, Day RO. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. Arch Intern Med. 2010 Apr 26;170(8):683-90.
6. Estepa del Árbol M, Moyano Espadero MA, Pérez Blancas C y Crespo Montero R. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. Enferm Nefrol vol.19 no.1 Madrid ene./mar. 2016.

Capítulo 237

ENFERMERÍA MULTIFACTORIAL EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

GLORIA BALLESTEROS TEROL

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares siguen ocupando la primera causa de muerte en los países desarrollados siendo la cardiopatía isquémica la que ocupa el primer lugar entre ellas. Provocando un gran impacto en la vida del paciente y generando grandes costos para el sistema de salud.

Los profesionales de enfermería son la figura más comprometida durante el proceso de recuperación del paciente coronario, desde la atención hospitalaria y su continuidad de cuidados en Atención Primaria.

2 Objetivos

- Describir y visibilizar la importancia que tiene la actuación de enfermería en un programa de rehabilitación cardíaca.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre estudios clínicos y artículos con diagnóstico de IAM y otras enfermedades coronarias a través de las siguientes

bases de datos: PubMed, SciELO, Google Académico y Medline.Utilizando los descriptores: rehabilitación cardíaca, enfermería y calidad de vida.

4 Resultados

Los programas de rehabilitación cardiaca engloban una serie de actividades realizadas por un equipo multidisciplinar y que habitualmente consta de:
- Una entrevista individual ,familiar y grupal.
- Una evaluación psicológica y asesoramiento sobre la situación actual.
- Toma de conciencia de los factores de riesgo y modificación de hábitos de conducta.

La participación de enfermería en cada una de las fases del programa debe contar con unas habilidades en el uso de materiales y técnicas de educación para la salud. El programa consta de 3 fases:
1. FASE I : comprende el periodo de estancia hospitalaria desde el ingreso en la unidad coronaria-planta cardiologia hasta el alta domiciliaria (10-15) días. En esta fase la enfermería tiene como objetivo educar sobre la enfermedad para que el paciente identifique los signos y síntomas de alarma y factores de riesgo a evitar, facilitándole la información verbalmente y por escrito. Y desarrollar un plan de cuidados individualizado en función de los problemas detectados.
- Movilización precoz : ejercicios sencillos de movilización de extremidades y levantar de la cama a partir del segundo dia. Dar paseos de forma progresiva por la habitación y pasillo.
- Fisioterapia respiratoria : enseñanza de respiración diafragmática y uso del espirómetro incentivado y técnicas de expulsión de secreciones.

2. FASE II: comienza en el momento del alta hospitalaria y tiene una duración aproximada de 2-6 meses.Es el periodo más extenso en cuanto al desarrollo de las intervenciones educativas que pueden ser a nivel individual,grupal y familiar y que pueden llevarse a cabo por el personal de enfermería tanto en hospital como en atención primaria.
Existen dos tipos de programas que se pueden realizar en función del riesgo cardiológico y la evolución del paciente.Para ello hay que realizar una prueba de esfuerzo antes para determinar la intensidad del ejercicio que se va a recomendar.

Programas Supervisados: están indicados en pacientes de moderado-alto riesgo y se realizan en centros hospitalarios, donde los profesionales están entrenados

para detectar y actuar correctamente ante cualquier complicación que surja durante el ejercicio, serán de 3 sesiones semanales durante 3-6 meses.
La Enfermera se encargará de hacer una valoración de las constantes , de los signos y síntomas de intolerancia al esfuerzo , para ello deberá de controlar perfectamente las incidencias reflejadas en las telemetrías que lleva el paciente durante el ejercicio y tener cerca el carro de paradas con el desfibrilador. Y es absolutamente necesario que esté entrenada en técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP). Debe elaborar un plan de cuidados individualizado,donde se incluye enseñar al paciente la toma de frecuencia cardiaca y el esfuerzo percibido mediante la Escala de Borg.
También la enfermera realizará charlas educativas periódicas dirigidas al paciente y a su familia, sobre conocimiento de la enfermedad, FRCV, actividad física, actividad sexual, aspectos psicológicos, alimentación, medicación y reincorporación al trabajo.

Programas no supervisados: están indicados en pacientes con bajo riesgo cardiológico.
- Se pueden realizar en Atención Primaria y domicilio con supervisión de la enfermera de AP.
- Su duración es de 1-2 meses con 3 sesiones semanales.
- Según la evaluación realizada mediante la historia de enfermería, se planifican las intervenciones para el control de FRCV.

El profesional de enfermería en la consulta de primaria debe explicar detalladamente la sintomatología de dolor, disnea, etc. y los beneficios que le va a aportar el ejercicio, la importancia del calentamiento y la vuelta a la calma.

Se le realizará un control de TA y FC y se le enseñará a tomarse el pulso. Si no va a realizar un programa de ejercicio supervisado en el centro se le recomendará que se compre un pulsómetro.

Revisará el tratamiento que toma el paciente haciendo hincapié en los betabloqueantes por su importancia en el manejo de la FC.

Recomendaciones en el entrenamiento físico: llevar ropa cómoda ,no hacer ejercicio hasta dos horas después de las comidas. A los diabéticos recomendarles que lleven algún alimento que contenga un carbohidrato de acción rápida (fruta, galletas, barritas cereales…) Evitar hacer ejercicio en horas de mucho calor o mucho frío.

Si hacen ejercicio no supervisado es conveniente que vayan acompañados o con un teléfono móvil. Explicarles muy bien los signos de alarma, dando cita para revisión y registro de las incidencias que el paciente haya detectado.

3. FASE III: esta fase dura el resto de la vida del paciente,supone la reintegración de la persona en la sociedad y actividad laboral, durante esta fase no es necesario la supervisión de un cardiólogo pero si la consulta programada con el personal de enfermería para asegurar un control de los FRCV.

Se recomienda que continúe realizando la tabla de ejercicios recomendados en fase II evitando trabajos anaeróbicos y al menos 5 días a la semana de caminata por superficie planas durante 30 minutos,indicando los síntomas que debe reconocer para suspender el ejercicio.

5 Discusión-Conclusión

La atención enfermera en los programas de rehabilitación cardiaca es clave pues sus funciones en la atención al paciente cardiaco son necesarias desde el ingreso en la unidad hospitalaria, durante su estancia y extrahospitalaria manteniendo un seguimiento de forma ambulatoria o bien en consultas o en los centros de Atención Primaria.

El proceso de atención de enfermería en todas las fases del programa brinda unos cuidados individualizados, mejorando la calidad de vida y la capacidad funcional del paciente, así como la independencia de la persona para reintegrarse a la vida en las mejores condiciones y sin complicaciones.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC). (2020). Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC) . [internet] Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/manual-de-enfermeria-en-prevencion-y-rehabilitacion-cardiaca
[Consultado el 9 de febrero de 2020].
2. Enfermeriaencardiologia.com. (2020). [internet] Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap_06.pdf
[Consultado el 9 de febrero de 2020].
3. Enfermeriaencardiologia.com. (2020). [internet] Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap_03.pdf

[Consultado el 9 de febrero de 2020].
4. Saldarriaga Clara I., Garcés José J., Agudelo Adriana, Guarín Luisa F, Mejía Juliana. Impacto clínico de un programa de falla cardiaca. Rev. Colomb. Cardiol [Internet]. Julio de 2016 [consultado el 09 de febrero del 2020]; 23 (4): 260-264. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332016000400004&lng=en.
http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2015.06.012.
5. Rodríguez, J., Florez, D., Rodríguez, R., Badillo, X., Gómez, J., Pérez, K., Cajero, O. y Aguilar, J. (2020). Consenso mundial sobre las guías de intervención para rehabilitación cardiaca . [internet] Revcardiologia.sld.cu. Disponible en: http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/864
[Consultado el 9 de febrero de 2020]
6. Enfermeriaencardiologia.com. (2020). [intenet] Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/proyecto-recabasic.pdf
[Consultado el 9 de febrero de 2020]
7. Mayoclinic.org. (2020). Información - Mayo Clinic . [intenet] Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/cardiac-rehabilitation/about/pac-20385192?p=1
[Consultado el 9 de febrero de 2020]
8. Medigraphic.com. (2020). [internet] Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2017/en171d.pdf
[Consultado el 9 de febrero de 2020]

Capítulo 238

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO O DELIRIUM EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.

ANA GARCÍA MIRANDA

1 Introducción

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) o Delirium en un síndrome orgánico , generalmente plurietiológico, que puede llegar a afectar hasta al 50% de los pacientes mayores de 65 años en algún momento durante su ingreso hospitalario. Es un trastorno neuropsiquiátrico grave desde el punto de vista tanto social como económico, ya que causa un aumento de la morbilidad y la mortalidad, una estancia hospitalaria más prolongada y un mayor riesgo de deterioro cognitivo a largo plazo.

Según el DSM V de 2013 las características del SCA son:
- Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).
- La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales, y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- Una alteración cognitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).

- Las alteraciones de los criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Se pueden distinguir tres tipos de presentación clínica del SCA:
- Hiperactivo: se da en un 15%-25% de los casos. Caracterizado por hiperactividad, agitación, agresividad, confusión, alucinaciones e ideas delirantes.
- Hipoactivo: es el más difícil de identificar y ocurre con más frecuencia en ancianos. Supone un 20%-25% del total de casos de SCA. Se caracteriza por hipoactividad, enlentecimiento psicomotor, letargia, actitud apática, lenguaje lento, bradipsiquia, inexpresividad facial, inhibición.
- Mixto: es el más frecuente, 35%-50% de los casos. Se caracteriza por alternar la hiper y la hipactividad.

2 Objetivos

- Reducir la incidencia del SCA en los pacientes hospitalizados como parte activa de un equipo multidisciplinario.
- Reconocer los factores precipitantes, las actuaciones que pueden tanto prevenir su aparición como mejorar el pronóstico en un delirium ya instaurado, y los signos y síntomas que pueden favorecer un diagnóstico correcto y temprano.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes guías de actuación de diversos hospitales, como el Hospital Universitario Central de Asturias, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. También se ha procedido a la búsqueda de documentos en bases de datos de artículos científicos como Scielo, Medline, Dialnet y Google Académico utilizando su buscador de palabras clave.

4 Resultados

Se debe conocer la etiología del SCA para reconocer a los pacientes más vulnerables de desarrollarlo.
Etiología del Delirium:
- Enfermedades médicas: ya sean enfermedades cerebrales primarias (vasculares, traumáticas, neoplasias, infecciones, enfermedades desmielinizantes, crisis epilépticas, hidrocefalias, encefalopatías, cefaleas vasculares o parasomnias) o enfermedades sistémicas (alteraciones metabólicas, trastornos del equilibrio ácido base, enfermedades infecciosas, endocrinas, hematológicas, pulmonares, cardiovasculares, digestivas o renales, patologías asociadas a agentes ambientales como quemaduras, electrocución o golpes de calor, y periodos postoperatorios, haciendo mención especial a la cirugía de cadera).
- Intoxicaciones.
- Abstinencia: tanto de sustancias como alcohol o drogas como de fármacos prescritos (sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, barbitúricos).
- Fármacos: entre los múltiples fármacos susceptibles de provocar el desarrollo de un SCA se debe prestar especial atención a los anticolinérgicos.
- Miscelánea: impactación fecal, retención aguda de orina, cambios en el medio, cirugía, traumas sencillos y fracturas.
- Etiología desconocida: en ocasiones no puede identificarse una causa específica, lo que ocurre en un 5%-20% de los casos.

Ya que los pacientes más susceptibles de padecer un caso de Delirium son los pacientes ancianos, se debe hacer especial hincapié en los factores predisponentes en este grupo poblacional:
- Edad avanzada: más frecuente a partir de los 80 años.
- Enfermedad cerebral orgánica previa: deterioro cognitivo, enfermedad vascular, enfermedad de Parkinson.
- Antecedentes de un episodio previo de SCA.
- Factores psicosociales: estrés, depresión, escaso estimulo o apoyo familiar o social, institucionalización.
- Factores relacionados con la hospitalización: entorno desconocido, inmovilización, privación de sueño, dolor, pruebas diagnósticas, sondaje nasogástrico y vesical, deprivación sensorial.
- Miscelánea: enfermedades graves, deshidratación o malnutrición. dependencia de alcohol o fármacos, déficits sensoriales.

Existen escalas de valoración para la detección del SCA, conociéndolas y utilizán-

dolas se puede favorecer el diagnóstico precoz para poder actuar antes de que el SCA esté totalmente instaurado, lo que dificultaría su tratamiento y empeoraría su pronóstico.
- CAM (Clinical Assessment Method) y CAM-ICU (para pacientes ingresados en la UCI.
- NEECHAM confusion scale.
- CRS (Confusion Rating Scale).
- DSI (Delirium Symptom Interview).

Actuaciones para la prevención del SCA
Medidas ambientales:
- Iluminación adecuada de la habitación: persianas abiertas durante el día y entorno oscuro o con tenue luz indirecta durante la noche.
- Espacio sencillo, ordenado, sin objetos innecesarios.
- Valorar uso de habitación individual, evitar cambios innecesarios de habitación, no juntar pacientes con delirium.
- Evitar ruidos innecesarios y estímulos sensoriales extremos.

Estrategias reorientadoras:
- Informar al paciente del motivo de su ingreso, proporcionar información sobre su estancia y ubicación.
- Proporcionar referencias temporales: recordar la fecha, usar relojes, calendarios, facilitar el acceso a televisión y radio, mantener rutinas lo más estables posibles.
- Fomentar el uso de objetos personales del paciente, como bata o zapatillas.
- Mantener una regularidad en los cuidadores.
- Corregir rápidamente si el paciente malinterpreta el entorno, pero evitar contradecir al paciente si el delirium está establecido.

Estrategias de comunicación:
- Presentarse e identificarse. Dirigirse al paciente por su nombre.
- Escucha activa.
- Utilizar un lenguaje sencillo y comprensible por el paciente.
- Explicar las técnicas que se van a realizar y fomentar su cooperación en las mismas.
- No comportarse en la habitación como si el paciente no estuviera.

Mantenimiento del ciclo sueño-vigilia:
- Fomentar la actividad diurna para favorecer el descanso nocturno.
- Ofrecer bebidas calientes antes de acostarse.

- Reducir al máximo las intervenciones nocturnas que puedan alterar el sueño, revisar horarios y pautas de medicaciones.

Movilización:
- Evitar restricciones físicas salvo que seas imprescindibles para la seguridad del paciente o del personal.
- Fomentar la deambulación precoz o, en su defecto, las movilizaciones físicas varias veces al día.
- Proporcionar herramientas que aumenten la autonomía del paciente: alargaderas de oxígeno, palos de gotero con ruedas.
- Evitar sondas y catéteres no imprescindibles.
- Estimular el autocuidado.

Implicación familiar:
- Informar a la familia sobre el proceso e implicarles en la supervisión del paciente.
- Implicar a la familia para promover la seguridad y la orientación.
- Fomentar el acompañamiento continuado del paciente.

Corrección de alteraciones sensoriales:
- Facilitar el uso de gafas, audífonos y prótesis dentales.

Nivel del dolor:
- Mantener un adecuado nivel de analgesia, usar preferentemente pautas continuadas en vez de a demanda.

Ingesta:
- Controlar y fomentar la ingesta hídrica, valorar la necesidad de fluidoterapia si aparecen signos de deshidratación.

5 Discusión-Conclusión

El SCA es una patología frecuente, grave e infradiagnosticada, cuyo origen en ocasiones viene facilitado por el propio proceso de cuidado, por lo que el conocimiento de esta patología por parte del personal de enfermería es imprescindible.
El SCA tiene un gran impacto tanto a nivel social como a nivel económico. Diversos estudios muestran que puede ser prevenible hasta en un 40% de los casos, por lo que es necesario fomentar prácticas de prevención entre el personal de enfermería para optimizar los cuidados de los pacientes vulnerables.

6 Bibliografía

- Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Cuidados de enfermería en la prevención del síndrome confusional agudo en el paciente anciano hospitalizado, Comunidad de Madrid, Marzo 2012.
- Hospital Universitario Central de Asturias, Síndrome Confusional Agudo "Guía práctica de diagnóstico y tratamiento", Principado de Asturias, 2012.
- Gómez Peñalver, J., García-Camba, E., Revisión del diagnóstico y actualización en el manejo del delirium, España, Editorial Siglantana, 2017.
- Antón Jiménez, M., Giner Santeodoro, A., Villalba Lancho, E., Tratado de Geriatría para residentes, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2006.
- Tiare, O., Esperanza, O., Patricio, G., Delirium: actualización en manejo no farmacológico, revista chilena de neuro-psiquiatría, 2014.
- Gómez, L.O., Díaz, L., Cortés, F., Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos, Revista electrónica trimestral de enfermería, Enfermería global, Enero 2016, Nº 41.

Capítulo 239

CASO CLÍNICO. APENDICITIS AGUDA

LAURA MALLADA LLANO

DIANA GONZÁLEZ ARANGO

LORENA VALLEDOR CASTAÑO

NAGORE SOLADANA GÓMEZ

1 Introducción

La apendicitis aguda constituye la causa mas común de abdomen agudo quirúrgico. La apendicitis consiste en un proceso inflamatorio del apéndice vermiforme.

El apéndice vermiforme es un asa intestinal ciega que mide entre 3 y 20 cm de longitud y menos de 6 mm de diámetro transverso. Se origina en la pared posteromedial del ciego, entre dos y tres cm inferior a la válvula ileocecal. La perforación apendicular es uno de los estadíos finales de dicho proceso inflamatorio y el objetivo de la intervención terapéutica en los pacientes es evitarla.

La apendicitis perforada es mas habitual en lactantes y ancianos, debido a su diagnostico tardío, ya que puede pasar desapercibida. Se produce por la obstrucción de la luz del apéndice que condiciona un aumento de la proliferación bacteriana y un compromiso de la irrigación vascular que puede provocar necrosis y perforación. Las causas de la obstrucción pueden ser debidas a material fecal, parásitos, cuerpos extraños o tumores, entre otros.

2 Objetivos

- Estudiar y revisar un caso clínico de apendicitis aguda.

3 Caso clínico

Paciente de 16 años que acude al servicio de urgencias con clínica de dolor abdominal de 24 horas de evolución de comienzo difuso y que posteriormente se localizo en la fosa iliaca derecha. Nauseosa, no vómitos. Refiere un episodio diarreico en el día de hoy. No fiebre termometrada en domicilio.
Exploración física: Consciente, orientada y colaboradora. Buen estado general.
TA: 105/60; FC:91; FR:13; Saturación de oxígeno:100%; Tª36,8ºC.
Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, Blumberg positivo, Rovsing negativo, signo de psoas negativo.
Pruebas complementarias:
Bioquímica: Glucosa 105 mg/dl, Urea 38mg/dl, creatinina 0,87mg/dl, Ión sodio 140mmol/L, proteína C reactiva 1,2mg/dl
Hemograma: hemoglobina 12,9g/dl, leucocitos 20X10^3/µL, neutrófilos(%sangre) 88,3%
Orina: pH 5.0, Densidad 1,025, sangre - , leucocitos +++, nitritos+
Eco abdomino – pélvica: Se explora la fosa iliaca derecha identificándose el apéndice. Está engrosado unos 7mm en su punta con pérdida de diferenciación de sus capas y signo McBurney ecográfico positivo.

4 Discusión-Conclusión

La apendicitis aguda continúa siendo una de las patologías mas frecuentes que requiere atención de urgencias y de tratamiento quirúrgico, con tasas de morbilidad y mortalidad asociadas que pueden ser significativas si no se hace un diagnóstico y un tratamiento adecuado. Se presenta en todas las edades, siendo más frecuente en el segundo y tercer decenio de vida. En ancianos es rara y se caracteriza por ser más complicada. No hay diferencia entre ambos sexos, salvo el periodo comprendido entre la pubertad y los 25 años, dónde aparece con más frecuencia en varones.

Respecto al procedimiento quirúrgico ha surgido durante dos décadas sobre cuál es el procedimiento más adecuado, si la técnica laparoscópica o la apendicectomía abierta. En adultos la técnica laparoscópica ha mostrado disminución de la

aparición de infecciones de la herida quirúrgica, dolor postoperatorio y estancia hospitalaria, teniendo en su contra un aumento de la incidencia de aparición de abcesos intraabdominales.

5 Bibliografía

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

Capítulo 240

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE QUE REQUIERE POSICIÓN DÉCUBITO PRONO

ANDREA FERNANDEZ BORREGO

EVA MARIA FERNÁNDEZ SERRANO

LLARA FERRERAS LOSILLA

MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El décubito prono es una maniobra realizada en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para mejorar la ventilación en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. Consiste en colocar al paciente tendido sobre la cama boca abajo, con la cabeza de lado. Esto provoca una mejora en la oxigenación, puesto que libera presiones en la zona posterior de los pulmones, permitiendo una mejor distribución del volumen de aire, y por tanto del intercambio gaseoso en los alveolos. Se trata de una medida terapéutica adicional que ha demostrado su eficacia mejorando el pronóstico de los pacientes.

2 Objetivos

- Describir el modo de actuación del personal sanitario a la hora de realizar un cambio postural de un paciente a décubito prono en una situación clínica com-

plicada.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha realizado una búsqueda biliográfica sobre el protocolo a seguir por parte del personal sanitario en diferentes revistas científicas y bases de datos.
Las palabras clave utilizadas fueron decúbito prono, pronación y distrés respiratorio.

4 Resultados

Además del material habitual necesario en una UCI, se necesitan como recursos humanos mínimos la presencia de 2 celadores, 1 auxiliar de enfermería, 2 enfermeras y un médico. Las funciones de enfermería se basan en preparar al paciente antes del giro, asegurar y vigilar los drenajes, vías y sondas durante el movimiento.

Los pacientes candidatos a utilizar esta medida, se encuentran en una situación clínica complicada y en la mayoría de ocasiones necesitan soporte ventilatorio, nutricional y demás medidas a tener en cuenta al realizar el cambio de posición. Antes de comenzar con el cambio postural en caso de que el paciente este recibiendo un aporte de nutrición por vía enteral, se debe suspender con al menos una hora de antelación y colocar la sonda nasogástrica a una bolsa de descarga.

Aunque esta maniobra suele realizarse en las unidades de cuidados intensivos, hay que asegurarse de mantener cercano material de urgencia necesario, como puede ser medicación, aspirador de secreciones, balón autoinflable y una fuente de oxígeno.

En caso de que el paciente este conectado a un ventilador comprobar la medición del neumotaponamiento del tubo endotraqueal, valorar la necesidad de aspirar secreciones anteriormente y realizar una higiene de boca, aplicando las medidas del protocolo de Neumonía Zero. Comprobar la correcta sujeción del tubo endotraqueal y que las tubuladuras tengan una longuitud suficiente.

Revisar el funcionamiento de los accesos vasculares y valorar la necesidad de colocar alargaderas para aumentar la longuitud de los equipos de infusión, cambiar las bombas de infusión y demás dispositivos al lado opuesto en el que se

encuentran.

Retirar los electrodos de monitorización y dejar el pulsioximetro para valorar al paciente en el momento del giro, colocándoselo en la mano del lado hacia donde se vaya a girar. Pinzar la sonda vesical, vaciar la bolsa de diuresis y colocarla sobre la cama, entre las piernas del paciente.

Cuando todos los dispositivos están comprobados y colocados, se comienza con la movilización. El primer paso es poner la cama en posición totalmente horizontal. Con el paciente colocado en decúbito supino, se colocan los brazos del paciente junto al cuerpo y las palmas de las manos mirando hacia arriba, pero bajo los glúteos, para evitar la luxación del hombro.

El personal se coloca a ambos lados de la cama, la persona que dirija el procedimiento debe colocarse en el cabecero, sujetando el tubo endotraqueal y la sonda nasogástrica en caso de ser portador de ello.
En primer lugar se mueve al paciente hacia un borde de la cama, el contrario hacia el lado al que se va a girar. Después se coloca al paciente en decúbito lateral, levantando el lado del paciente que se encuentra más al borde de la cama. En ese momento se colocan 3 almohadas , la primera a la altura de la escápula, otra a la altura de la pelvis y otra en la de la tibia. Se coloca un empapador en la zona de la cabeza y un rodete, en forma de U con la apertura hacia el lado donde quedara la cara. Terminaremos la movilización dejando caer y acompañando al paciente hasta apoyarse en decúbito prono completo.

Comprobar la correcta alineación corporal, dejando centrado al paciente y recolocar almohadas si fuese necesario. Las extremidad superior que queda al lado contrario de la cara, debe quedar por encima de la cabeza, con codo y hombro a 90 ° y la otra extremidad extendida a lo largo del cuerpo. Vigilar que la cabeza se apoye sobre el rodete y cambiarla de lado junto con los brazos cada dos horas. Las extremidades inferiores deben quedar con las tibias apoyadas sobre la almohada y las rodillas y tobillos ligeramente flexionados.
Tras finalizar la maniobra debemos monitorizar al paciente en la espalda, revisar los dispositivos como el tubo endotraqueal, abrir y recolocar la sonda vesical y reanudar la nutrición enteral. La movilización del paciente suele movilizar gran cantidad de secreciones hacia la boca, por lo que es importante valorar si es necesario la aspiración de secreciones. Colocaremos la cama levemente en posición antitrendelemburg, ya que es imposible colocar el cabecero elevado en esta posición.

Realizar los cuidados generales de un paciente en esta situación clínica, haciendo hincapié en los cambios posturales, prevenir las úlceras por presión en los nuevos puntos de apoyo como orejas, nariz y mentón y los de los dispositivos utilizados, aplicando ácidos grasos hiperoxigenados.

5 Discusión-Conclusión

En la mayoría de las ocasiones estos pacientes se encuentran en una situación clínica complicada, por tanto conocer el procedimiento y la forma de actuación es muy importante para evitar desconexiones o complicaciones debidas al procedimiento a realizar.

6 Bibliografía

1. M. Martín de la Torre Martína, T. González Priegoa, T. LópezCaballeroa, S. López Reuscha. Técnica de colocación a «decúbito prono»: estudio hemodinámico, respiratorio y complicaciones. Enfermería intensiva. Vol. 11. Num 3, páginas 127-135 (Julio 2000) .
2. Bonet Procuras R, Moliné Pallarés A. Protocolo de colocación del paciente con síndrome de distrés respiratorio agudo en decúbito prono. NURE Inv. [Revista en Internet] 2009 May-Jun. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protprono40.pdf
3. Hernández-López GD y cols. Posición prono y síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. Rev Hosp Jua Mex 2012; 79(4): 263-270 .
4. Freixes Marimon M, Garrido Huguet E, Roca Biosca A. El decúbito prono como estrategia terapéutica para la mejora del síndrome de distrés respiratorio agudo. Metas Enferm feb 2017; 20(1): 57-63.

Capítulo 241

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN DIFÍCIL CON FIBROSCOPIO EN PACIENTE DESPIERTO

ANA GARCÍA MIRANDA

1 Introducción

La intubación con fibroscopio flexible en paciente despierto es la técnica de elección actual en los casos en los que la intubación con laringoscopio convencional es imposible, peligrosa o inadecuada. Permite una intubación atraumática bajo visión directa lo que disminuye las complicaciones potenciales provocadas por una intubación a ciegas. El hecho de que el paciente esté despierto permite la respiración espontánea, lo que disminuye el riesgo de hipoxia.

2 Objetivos

- Conocer el protocolo de actuación para el manejo de la vía aérea difícil.
- Conocer el material necesario para la intubación con fibroscopio y su preparación.
- Prevenir las complicaciones potenciales.
- Preparar al paciente para la realización de la técnica.

3 Metodología

La valoración pre-anestésica por parte de un anestesiólogo permite la detección de una vía aérea difícil, mediante la historia clínica, el estudio de los antecedentes anestésicos, el reconocimiento de los signos clínicos y anatómicos indicativos de una vía aérea difícil, la identificación de patologías asociadas la vía aérea difícil y la realización de exámenes complementarios.

Preparación del paciente:
- Monitorización: pulsioximetría, TA, EKG.
- Comprobar que disponemos de un catéter venoso periférico funcional.
- Explicar la técnica a realizar para disminuir la ansiedad, proporcionar apoyo emocional.
- Aplicar anestesia tópica de lidocaína en spray e indicar al paciente que trague.
- Sedación del paciente según las órdenes del anestesista.

Preparación del material:
- Comprobación del respirador.
- Carro de vía aérea difícil.
- Comprobación del fibroscopio flexible, fuente de luz, óptica, cable y monitor de tv.
- Comprobación del sistema de aspiración.
- Mesa auxiliar para el material necesario durante la intubación.
- Disponer de tubos endotraqueales de diferentes calibres.
- Suero fisiológico caliente para la punta del fibroscopio.
- Lubricante para el fibroscopio y el tubo endotraqueal.

Durante la intubación proporcionaremos apoyo al anestesista y al paciente.

Tras la intubación se procederá a la correcta desinfección del fibroscopio siguiendo las instrucciones del fabricante. Se recogerá todo el material utilizado y se repondrá el carro de vía aérea difícil.

4 Bibliografía

- De la Quintana Gordón, F. B., López López, E., Compendio de anestesiología para enfermería, Ed. Eslevier, julio 2017.
- Llobell F. Manejo de la vía aérea y fibroscopía, Curso de Cuidado Críticos, España, 2008

Capítulo 242

EL ACOSO LABORAL ENTRE COMPAÑEROS

ROCIO FERNANDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Podemos definir mobbing como la violencia psicológica injustificada con actos negativos y hostiles dentro del entorno de trabajo como resultado de un hostigador o varios hostigadores, con el ánimo de producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el profesional afectado. El asedio se produce de forma sistemática y recurrente, durante un tiempo prolongado, que puede ir desde semanas, meses e incluso años, pudiendo llegar a accidentes accidentales e incluso a agresiones físicas en los casos más serios (Ruíz E, 2018).

Si bien es cierto que el mobbing es una realidad, cada día más analizada y reconocida, continúa siendo difícil de identificar al no presentar las mismas características o quedar camuflado como algo que entra dentro de la normalidad, con detalles que a simple vista son difíciles de captar, bien por la sutileza con la que se realiza o por los intereses que se encuentran detrás del acoso (Cultura del trabajo, 2017).

El acoso laboral puede producirse de tres maneras diferentes, según la posición jerárquica del acosador:
- Acoso vertical ascendente se produce cuando un empleado de superior nivel jerárquico es acosado por uno o varios de sus subordinados.
- Acoso vertical descendente, ocurre cuando el profesional de inferior nivel recibe el hostigamiento por uno o varios trabajadores que ocupan posiciones superiores.

- Acoso horizontal, este tipo de acoso se caracteriza porque suele producirse entre los propios compañeros (García J; 2016).La repercusión sobre el profesional acosado puede incluso superar al vertical, cuando son los propios compañeros los que aíslan o producen el "vacío" al trabajador. Los motivos pueden ser múltiples y variados, normalmente tendente a marginarlo para que abandone la empresa o no sea obstáculo en los intereses profesionales del resto.

2 Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es estudiar los factores fundamentales por los que se presenta el mobbing en los centros sanitarios, así como las principales estrategias de afrontamiento ante el acoso laboral por parte de los propios compañeros.

3 Metodología

Para realizar el trabajo se ha realizado un estudio de distintos artículos obtenidos en distintas bases de datos como: Pubmed, Dialnet, Elservier, Scielo… y en buscadores como Google Académico. Así como en distintas revistas especializadas.

Como datos de inclusión se han utilizado: textos completos, avalados científicamente, en idioma español e Inglés, traducidos al español, escritos en los últimos 10 años. De un amplio número de textos hemos excluido la gran mayoría por carecer de suficiente rigor científico y por su escaso interés con el tema.

Como palabras claves de búsqueda se han utilizado: Mobbing, acoso, laboral, compañeros, sanidad.

4 Resultados

Los principales factores que predisponen al mobbing laboral son: La diferencia de la víctima y los acosadores, el reconocimiento y la capacidad de afrontamiento de las dificultades en el ámbito sanitario y que el hostigador envidia.

Cuando el acosado es débil (sentimentalmente) y no corresponde al perfil de su superior o de sus compañeros de trabajo. En ambos casos los ataques llevan implícito una intención clara de provocar al acosado una derrota y la renuncia a su trabajo, en cuyo supuesto la empresa lo tendrá que dejar partir sin mediar ningún

despido porque la víctima en un momento dado no aguantará más (Prevención Integral, 2018).

La principal estrategia que el hostigado ha de utilizar es la respuesta activa al mobbing tomando conciencia de lo que está sucediendo y siguiendo unas pautas personales de afrontamiento (Escabies J, 2015) tales:
- Identificación del problema con la información y formación adecuada.
- Registro y documentación necesarias de las que se está siendo objeto.
- Hacer públicas a compañeros, jefes, amigos, familiares…. las agresiones que se reciban en la intimidad y en secreto.
- Evitar reacciones violentas ante los ataques.
- Controlar y canalizar la ira y el resentimiento, ya que la ira es la aliada del acosador: evitar explosiones de ira.
- Hacer frente al mobbing: el afrontamiento hace recular al hostigador, que es cobarde en el fondo.
- Dar respuesta a las calumnias y críticas destructivas sin pasividad ni agresividad.
- Proteger los datos, documentos y archivos del propio trabajo y guardar todo bajo llave, desconfiando de las capacidades manipulativas de los hostigadores.
- Evitar el aislamiento social: salir hacia afuera y afrontar socialmente la situación del acoso.

5 Discusión-Conclusión

Los estilos de vida y los cambios sociales que se están produciendo, donde se prioriza los resultados, el individualismo y las satisfacciones personales, están cobrando auge como una nueva forma de esclavitud, de eliminación pura y dura del adversario, donde predomina el dominio total del fuerte sobre el débil sin importar que se esté generando un importante sufrimiento humano, con amplias pérdidas económicas y un aumento significativo del malestar social.

Las características propias del entorno sanitario, donde los profesionales conviven más intensamente que en otras profesiones debido a la necesidad del trabajo en equipo, la competitividad y la búsqueda de méritos, hacen que el mobbing o acoso laboral se haya instaurado insidiosamente cobrando cada día más víctimas(Quesada A, 2017) transgrediendo los derechos fundamentales establecidos en nuestra Carta Magna.

Podemos finalizar este trabajo afirmando la necesidad de las adecuadas medidas preventivas que permitan identificar el problema y adoptar las medidas ade-

cuadas que permitan eliminar el mobbing y los altos costes que representa tanto a nivel del profesional afectado como de la propia institución (Mansilla F, 2018).

6 Bibliografía

1. Ruíz, E. Blog de Ruiz Prieto Asesores. Cómo detectar el acoso laboral o mobbing. Weblog [En línea] Disponible en: https://www.ruizprietoasesores.es/laboral/como-detectar-el-acoso-laboral/ [Consultado el 29 de diciembre de 2019].
2. García, J. El acoso en el lugar de trabajo puede adoptar distintas formas y expresiones. [En línea]. Disponible en: https://psicologiaymente.com/organizaciones/tipos-de-mobbing-acoso-laboral [Consultado el 29 de diciembre de 2019].
3. Cultura del trabajo. Tipos de Mobbing y causas. [En línea]. Disponible en: http://www.trabajo.com.mx/tipos_de_mobbing_y_causas.htm [Consultado el 29 de diciembre de 2019].
4. Quesada, A. Mobbing: ¿lo sufre también el sector sanitario ?. [En línea]. Disponible en: https://gacetadental.com/2009/02/mobbing-lo-sufre-tambin-el-sector-sanitario-31725/ [Consultado el 30 de diciembre de 2019].
5. Mansilla, F. Las consecuencias del acoso laboral. [En línea]. Disponible en: https://www.psicologia-online.com/las-consecuencias-del-acoso-laboral-716.html [Consultado el 30 de diciembre de 2019].
6. Prevención integral. Acoso laboral en sanidad, un problema latente por desconocimiento y miedo. [En línea]. Disponible en: https://www.prevencionintegral.com/actualidad/noticias/2017/07/25/acoso-laboral-en-sanidad-problema-latente-por

Capítulo 243

ADAPTACIÓN DEL PROFESIONAL ANTE LA ADVERSIDAD. SÍNDROME DE BURNOUT.

ROCIO FERNANDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

La principal función del entorno sanitario y de los profesionales de la salud es la promoción del autocuidado del paciente y, en consecuencia, que dedique la mayor parte del tiempo cuidando de los pacientes. Es un hecho que los profesionales sanitarios son testigos directos del sufrimiento humano (Pacheco L, Berumen V, López MV, Molina O , 2015) y que hacen frente a un entorno laboral adverso y estresante. Los factores que fomentan este entorno laboral adverso, además del hecho de tratar con personas enfermas que están sufriendo, incluyen la escasez de personal sanitario con experiencia, una plantilla envejecida, la contratación habitual de personal eventual, el acoso y la violencia, la falta de autonomía profesional, cambios organizativos impuestos, cuestiones relacionadas con la salud y seguridad laborales y la reestructuración constante(Begoña E, 2006).

Las condiciones laborales estresantes que debe afrontar el personal sanitario en su trabajo diario, unidas a las situaciones estresantes hacen necesario la necesidad de fomentar el autocuidado del propio profesional. Una de las maneras de promover dicho autocuidado lo constituiría el desarrollo de la resiliencia. Todos estos factores adversos contribuyen a la formación de un ambiente laboral que puede ser considerado como hostil, abusivo y poco gratificante. El clima laboral adverso mantenido en el tiempo genera consecuencias graves relacionadas

con el estrés como el Síndrome de Burnout, algunos profesionales abandonan el sistema sanitario a causa de estos factores asociados con la adversidad en el trabajo(Ribeiro M, Méndez A ,. et al.2017). Por el contrario, a pesar de las dificultades muchos profesionales eligen permanecer en su puesto de trabajo prestando asistencia sanitaria, se sienten satisfechos con su trabajo y sobreviven e incluso se desarrollan a pesar de un clima adverso en el entorno laboral.

2 Objetivos

- Analizar el término resiliencia.
- Analizar las medidas y estrategias para el desarrollo y la mejora de la resiliencia tanto en pacientes, como en el personal de enfermería.

3 Metodología

Para realizar el trabajo aquí a presentar se ha realizado un estudio pormenorizado de distintos artículos encontrados en buscadores como Google Académico y en distintas bases de datos como: Pubmed , Scielo, Elservie, etc. Como datos de inclusión se utiliza: textos completos avalados científicamente, en idioma español y traducidos al español, realizados en los últimos 10 años. De un gran número de artículos encontrados se excluyen la gran mayoría por su escaso rigor científico y su escasa similitud con el tema a tratar. Como descriptores se utilizan las palabras: resiliencia, adaptación, positiva, profesional, sanidad.

4 Resultados

Se entiende por resiliencia como la adaptación positiva a la adversidad y que implica la capacidad para resistir el estrés, tolerar la presión ante situaciones adversas y reaccionar desplegando estrategias para superar las experiencias negativas o traumáticas. La Real Academia de la Lengua Española la define como ”capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas”.

La definición de resiliencia está ligada a dos aspectos: a la adversidad y a la adaptación positiva. Para que la resiliencia sea demostrada, tanto la adversidad como la adaptación positiva deben ser evidentes. Por un lado, la adversidad normalmente incluye las circunstancias vitales negativas que están directamente asociadas con las dificultades de adaptación. Teniendo en cuenta el contexto, la

resiliencia se puede distinguir en: dificultades cotidianas habituales, como el estrés laboral (Herdman T H, Kamitsuru S, 2015) o adversidad media, hasta una resiliencia contra el estrés severo ocasional o adversidad severa, tal como lo es la pérdida de un ser querido.

Podemos resumir en 10 las estrategias (González, K) formadoras de la resiliencia:
1. Hacer conexiones, las relaciones satisfactorias con compañeros, así como con amigos y familiares ayudan a fortalecer la capacidad de recuperación a través de la escucha activa y la ayuda, cuando se atraviesan momentos difíciles. El apoyo a otros también es un apoyo.
2. Evitar ver las crisis como problemas insuperables, no es posible cambiar aquellos eventos estresantes, pero si se puede cambiar la forma de interpretación y de respuesta.
3. Aceptar que el cambio es parte de la vida, las situaciones adversas, pueden evitar conseguir las metas deseadas, algunas situaciones se pueden modificar cuando se acepta que la finalidad no se puede cambiar.
4. Avanzar hacia los objetivos, desarrollar pequeños objetivos realistas regularmente, que permita alcanzar los objetivos, en vez de centrarse en tareas que parezcan inalcanzables.
5. Toma de acciones decisivas, actuar ante situaciones adversas en vez de separarse de los problemas, ya que no van a desaparecer.
6. Buscar el autodescubrimiento, el crecimiento resultado de la lucha contra las adversidades pueden producir en las personas mayor sentimiento de fortaleza, de la autoestima y con mayor apreciación de la vida.
7. Mantener una visión positiva sobre sí mismo, la confianza en la capacidad para resolver problemas ayuda a desarrollar la resiliencia.
8. Mantener la perspectiva, mantener la perspectiva a largo plazo aunque el contexto sea muy estresante.
9. Mantener la perspectiva esperanzadora, intentando visualizar lo que se desea, en vez de preocuparse por lo que se teme, el optimismo permite esperar que los acontecimientos sean positivos.
10. Cuidarse, prestando atención a las propias necesidades y sentimientos, participando en actividades en las que se disfrute y se relaje. Cuidarse prepara el cuerpo y la mente para hacer frente a las situaciones que requieren resistencia.

5 Discusión-Conclusión

De los distintos estudios analizados podemos afirmar que la resiliencia ha demostrado ser relevante a la hora de amortiguar y minimizar las consecuencias negativas del estrés laboral al que está expuesto el personal en el entorno de la salud fomentando y comprendiendo mejor a los pacientes (Juárez L, Rodríguez B, Conde D), ayudándoles a superar una situación estresante, como lo es su propio proceso de enfermedad.

La relevancia e implicación del profesional en el proceso de atención al paciente, así como la propia salud del personal indica la conveniencia de entrenar y desarrollar la resiliencia en aquellos profesionales que muestren bajos niveles de la misma. Por lo tanto, el desarrollo y mejora de la resiliencia podría ayudar al entorno sanitario a afrontar el estrés al que está expuesto continuamente en su trabajo. El entrenamiento de la misma facilitaría al personal amortiguar las consecuencias negativas del estrés laboral y a desarrollar unas estrategias de afrontamiento más eficaces y adaptativas a la hora de hacer frente a esas situaciones estresantes.

Podemos concluir que la resiliencia es una herramienta de utilidad para los profesionales de la salud facilitando la promoción de la salud de la población (APA, 2019) ayudándonos a desplegar un enfoque positivo de la salud y a promover las propias potencialidades de la persona ante adversidades o situaciones difíciles, mediante un proceso de adaptación exitoso y mediante una transformación personal que permita a la persona salir airosa de la situación a pesar de las características negativas que conlleva.

6 Bibliografía

1. Begoña E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. Rev. De Psicópata y Psi col Clínica. 2006; 11 (3): 125-1 46.
2. Ribeiro M, Méndez A, Luvisaro M, Olivera CH, Olivera F y Terra L. Promover la resiliencia como Evidencia. [Internet] 2012; 9(37). Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n37/e v7695.php
3. Termes C. La resiliencia en profesionales de Enfermería: estudio fenomenológico hermenéutico. Paraninfo Digital. 2013; VII (19). Disponible en http://www.i índex - f.com/para /n19/pdf/091d.pdf
4. Cortés J, La Resiliencia: Una mirada desde la enfermería. Cien Enferm. 2010; 16 (3): 27 -32.

5. Pacheco L, Berumen V, López MV, Molina O. Resiliencia en el profesional de enfermería que cuida a personas en proceso de morir. ENE. Revista de Enfermería. 2013; 7(3). Disponible en http://ene -enfe rmeria.org /ojs /inde x.p hp/E NE/artic le/viewFile/280/pd f_12
6. Ospina DE, Jaramillo DE, Uribe TM. La resiliencia en la promoción de salud de las mujeres. Invest y Educ Enferm. 2005; 23 (1): 78 - 89.
7. Herdman T H, Kamitsuru S. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2015 - 2017. Elsevier: Barcelona; 2015
8. Juárez L, Rodríguez B, Conde D. Cuidados basados en narrativas. Redefiniendo la jerarquía de la evidencia. Index de Enfermería 22(1 -2):55 -59.
9. Apa. El camino a la resiliencia. [En línea]. Disponible en: https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience [accedido
el 7 de diciembre de 2019].
10. González, K. 10 estrategias para aumentar la resiliencia. [En línea]. Disponible en: https://es.vida-estilo.yahoo.com/10-estrategias-para-aumentar-la-resiliencia-160348893.html [Consultado
el 7 de diciembre de 2019].

Capítulo 244

EL TRATO DIGNO AL PACIENTE.

ROCIO FERNANDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Es Indudable la vulnerabilidad que padece un paciente durante el proceso de enfermedad, produciéndose una alteración global en el ser humano, el hecho de estar hospitalizado o de tener que asistir a un centro sanitario es un contratiempo que se intensifica cuando surge la falta de comprensión, ya sea por ignorancia o por la falta de información de forma correcta, si a ello unimos un trato incorrecto, se pone de manifiesto aún más el sentimiento de dependencia, de carencia, de impotencia, e incluso, de despersonalización(Enfermería 21,2014).

Habitualmente los usuarios en el Sistema Sanitario Nacional dejan de sentirse personas para convertirse en un número, el de su historia clínica o el de su habitación, o en el nombre el de su patología (Regina V, 2014). Los protocolos interminables, las salas abarrotadas, la falta de empatía, o los procesos tecnológicos que hace que el profesional esté más pendiente de las historias clínicas que de escuchar al paciente, hacen sentir al usuario encontrarse en lugares desagradables.

Las tareas administrativas, la presión asistencial generada por el trabajo contrarreloj, las discordias entre el personal, la extenuación o la desmotivación producen la falta de trato digno (Rodríguez P, 2014), adecuado al ser humano en el proceso asistencial; la pericia para tratar al paciente han pasado a un segundo plano, la relación del hombre con la técnica ha llevado a la pérdida de la identidad, la independencia y la integridad del ser con respecto a los pacientes (Ávila J, 2017).

2 Objetivos

Objetivo General:
- Definir Trato Digno en el ámbito sanitario.

Objetivos Específicos:
- Estudiar las sensaciones que el paciente tiene sobre trato digno.
- Analizar las características que pueden ayudar mejorar la relación con el paciente.

3 Metodología

El trabajo se ha realizado mediante el estudio de distintos artículos encontrados tras realiza una búsqueda en distintas bases de datos como: Dialnet, Scielo, Pubmed, Elsevier y buscadores como Google Scholar.

Como criterios de inclusión hemos escogido: estudios avalados científicamente, textos completos. Publicaciones en idioma Inglés y Español. Se excluyen gran parte de los textos por su carente interés con el estudio, se estudian exhaustivamente 18 por su similitud con el estudio a presentar.

Las palabras empleadas para su búsqueda fueron: Trato digno, paciente, calidad, entorno sanitario.

4 Resultados

Trato digno con el paciente es aquel coherente con los valores que la persona percibe como únicos e inalienables, dando un significado coherente con lo que permite dar un significado a la existencia humana, (Bermejo J, 2018). Trato digno en el ámbito sanitario es el cuidado del enfermo en el sentido más estricto de la palabra, promoviendo y protegiendo la salud, curando las enfermedades, garantizando un ambiente sano y armonioso tanto físicamente, emocionalmente(Delafuente M,2018), socialmente y espiritualmente.

La sensibilización con el paciente según los códigos deontológicos de los profesionales de la salud ha de realizarse intentando llegar a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1947), elaborando un abordaje integral de la persona, ponderando

las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual; reforzando la asistencia, haciéndola digna y acorde a los valores inalienables al ser humano y a la dignidad de la persona.

De los distintos artículos y encuestas de calidades estudiadas se puede apreciar que el paciente asocia principalmente trato digno con 10 conceptos:
1. Humanidad: concepto moral que hace referencia a tratar al usuario como nos gustaría que nos trataran, un simple saludo unido a una sonrisa, la cordialidad, la escucha activa por parte del auxiliar de enfermería o el personal sanitario en general, producen en el paciente una importante disminución de ansiedad e incertidumbre(Bermejo J, 2018)
2.Equidad de Trato: La eliminación de cualquier discriminación, ya sea de género, cultural, edad, socioeconómico, que en el entorno de la salud es un derecho fundamental.
3. Empatía: La competencia del profesional de situarse en el lugar del paciente, comprendiendo sus emociones y sentimientos, sin mostrar enojo o irritabilidad ante las reacciones del usuario.
4. Consideración como ser global: la apreciación de la persona enferma como un ser humano, considerando su situación familiar, social, no como una enfermedad o su patología.
5. Trato personal: recordando que el paciente tiene un nombre propio que le identifica, no es un número, ni una patología.
6. Atención adecuada: Con la atención necesaria que el paciente requiera, mediante las prestaciones necesarias y sin listas de esperas penosa, acordes a las necesidades.
7. Ánimo para cuidar: Atendiendo los requerimientos de aseo, ante dolores, ayuda con la mayor celeridad posible.
8. Capacidad de respuesta: Que el personal sanitario sepa dar respuestas informativas al usuario ante cualquier requerimiento, ya sea este tan simple como explicar donde se encuentran los baños, como más complejos.
9. Respeto a la privacidad: Ofreciendo al enfermo y familia la suficiente intimidad que aseguren sus necesidades.
10. Acceso a la Información: Que será clara, concisa sin tecnicismos y acorde al nivel de comprensión de la persona que esté recibiendo la información.

De los distintos artículos estudiados afirmaremos que los principales puntos que pueden mejorar la calidad relacional con el paciente son: la formación y entrenamiento del personal en habilidades sociales, dejando un poco de lado los procedimientos y centrándose más en la persona (Villanueva A, Nebot C, Galán G,

Gómez G, Cervera M, Joaquín J, Pérez J y Tomás ,2006).

El adiestramiento en la escucha activa no es una habilidad fácil de manejar para todo el mundo, permitiendo a aquel que la domine ofrecer una atención completa, no limitándose únicamente a oír sinó a entender sentimientos e ideas que la persona está expresando con palabras. La validación emocional demostrando que se ha escuchado y comprendido, entendiendo los sentimientos y decisiones generan en el enfermo un efecto positivo al sentirse reconocido.

La empatía es otra de las habilidades que el entorno sanitario necesita mejorar, (Estela M, 2019) situarse en el lugar del otro no es sinónimo a estar de acuerdo, sinó a entender la posición o punto de vista de los demás, respetando sus decisiones.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado de los estudios de calidad y encuestas de satisfacción del usuario podemos determinar que el paciente opina que la cultura sanitaria padece de amplias carencias de humanización, siendo necesario un cambio significativo entre instituciones, personal ,tanto sanitario como de servicios…,(Hernández M, 2019) pacientes y familiares que finalice en el bienestar del ser humano enfermo.

La limitación que sufre el paciente en su naturaleza, volviéndole frágil, con deficiencia de orden físico y que altera su naturaleza, su vida familiar, social, afectando a su capacidad psicológica y que dificulta su adaptación a la nueva situación durante el proceso de enfermedad, que le hace ser más indefenso, implica al personal sanitario y no sanitario (Regina V, 2014). En la obligación de cuidar y atender con todas aquellas medidas dignas al ser humano.

La repercusión emocional que el concepto de trato digno, tiene en el paciente, exige del profesional el adiestramiento y conocimiento de habilidades que le permita hacer frente, no solamente a los aspectos racionales y objetivos de la enfermedad, sino a los subjetivos vividos por el paciente y sus familiares (Ávila, J 2017).

Finalizaremos afirmando que un paciente satisfecho con la atención recibida, genera importantes beneficios, tanto para el usuario como para la institución. Un paciente complacido continua las indicaciones, los tratamientos, disminuyendo las estancias hospitalarias generando mejores resultados y optimizando recursos.

6 Bibliografía

1. Enfermería 21. Articulo Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional. Formación Actualidad y desarrollo Profesional.. [En línea] 2014 ; 17 (80.549 mil) : . Disponible en: https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80549/humanizar-la-asistencia-en-los-grandes-hospitales-un-reto-para-el-profesional-sanitario/ [Acceso 8 Octubre 2019].

2. Ávila, J. La deshumanización en medicina Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia [En línea] 2017; 10 (0121-0793) : . Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932017000200216&lng=en&nrm=iso&tlng=es [Consultado el 9 de octubre de 2019].

3. Rodríguez P, 2014. Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo. Weblog [En línea] Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf [Consultado el 10 de octubre de 2019].

4. Regina, V. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Índex Enferm. [En línea] 2014; 23 (ISSN 1132-1296) : . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009 [Consultado el 10 de octubre de 2019].

5. Fluriache, P. Plan Dignifica Una oportunidad para la humanización de la asistencia en un Área Integrada. Salud: revista de ciencias y humanidades. [En línea] 2018; 2 (ISSN-e 2444-5304) : 34-36. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7046448 [Consultado el 10 de octubre de 2019].

6. De la fuente M, Rojas M, Gómez M, Lara P, Morán E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina intensiva. [En línea] 2018; 42 (ISSN-e 1578-6749): 99-109. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6347378 [Consultado el 10 de octubre de 2019].

7. Bermejo, J. Derecho a la humanización. [En línea]. Disponible en: https://www.josecarlosbermejo.es/wp-content/uploads/2018/04/derecho_a_la_humanizacion.pdf. [Accedido el 10 de octubre de 2019].

8. Estela M. De: Argentina. Para: Concepto de Salud OMS. Disponible en: https://concepto.de/oms/.
Consultado: 10 de octubre de 2019.
9. Artículo 43. Cap. III: De los principios rectores de la política social y económica, Tít. I De los derechos y deberes fundamentales La Constitución española. [En línea]. Disponible en: http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=43&tipo=2 [Consultado
el 10 de octubre de 2019].
10. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [En línea]. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con [Consultado
el 10 de octubre de 2019].
11. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [En línea]. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con
última publicación 06/12/2018 [Consultado el 10 de octubre de 2019].
12. Villanueva A, Nebot C, Galán G, Gómez G, Cervera M, Joaquín J, Pérez J y Tomas L. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a cabo la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. Medisan 2006; 21 (DOI: S1134-282X (06) 70781-3): 199-206.
13. Regina, V. Cuidado humano: la preocupación del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Índex de Enfermería. [En línea] dic. 2014; 23 (ISSN 1132-1296) : . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009 [Consultado
el 10 de octubre de 2019].
14. Hernández, M. Conclusiones de las XII Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud. [En línea]. Disponible en: http://www.humanizar.es/fileadmin/dam_media/imagenes/presenciales/CONCLUSIONES.pdf [Consultado
el 10 de octubre de 2019].

Capítulo 245

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE. EL DERECHO A TOMAR DECISIONES SOBRE SU SALUD

ROCIO FERNANDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

El concepto de empoderamiento nace en la década de los 70 unido al proceso de fortalecimiento de los derechos y capacidades de las personas y comunidades vulnerables, haciéndoles ganar relevancia y confianza, de tal manera que todos los seres humanos tengan acceso a los recursos (Iapo, 2017) y a tomar todas las decisiones que afecten a sus vidas.

En el sector de la salud el concepto de paciente empoderado hace referencia a la aceptación del rol activo por parte del paciente respecto a las gestiones sobre su propia salud, pasando a tomar un lugar activo en vez del tradicional que le relegaba a un lugar pasivo, donde el paciente se limitaba a ser cuidado mientras los profesionales sanitarios tomaban las decisiones.

El empoderamiento del paciente tiene que ver con un cambio en la mentalidad y en costumbres arraigadas en el sistema sanitario, respetando como un derecho inalienable las opiniones, el derecho a escoger, a tomar decisiones, (Senescencia,2016) a ser informado adecuadamente y a que su opinión sea una parte imprescindible en el proceso de atención y de toma decisiones.

2 Objetivos

- Analizar las características fundamentales que el sistema sanitario a de ofrecer al paciente empoderado.
- Estudiar aquellas susceptibles de ser mejoradas.

3 Metodología

Para la realización del trabajo se ha realizado un estudio pormenorizado de distintos artículos encontrados en buscadores como Google Académico, así como en distintas bases de datos como: Dialnet, Pubmed y Elservier. Como datos de inclusión se utilizan: textos completos avalados científicamente, escritos en los últimos 10 años, búsqueda en español e Inglés; se obtiene un amplio número de artículos del que se excluyen la mayor parte por falta de rigor científico. Se estudian en profundidad 13 de estos artículos. Como descriptores de búsqueda se utilizan las palabras: empoderamiento, paciente, ámbito, sanitario.

4 Resultados

Podemos resumir en cuatro las características principales que el sistema sanitario a de ofrecer al paciente para que éste pueda hacerse responsable de sus propias decisiones, en definitiva para poder empoderarse, la accesibilidad, la equidad y la universalidad.

Entendiendo por accesibilidad el derecho al uso adecuado y a tiempo de los servicios sanitarios que garantice los mejores resultados para la salud del paciente. Para que un sistema sanitario sea considerado de alto valor a de ofrecer a la población diferentes vías de acceso, ofreciendo garantías de atención, sin más criterios que el de la propia necesidad en salud (Junta de Andalucia,2017).

Equidad, significa que los usuarios del sistema sanitario puedan desarrollar su potencial máximo de salud, independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales, equidad implica que los recursos sean asignados según la necesidad de cada persona (Mscbs, 2019).

Universalidad, es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios, sin pasar penurias económicas, mediante un sistema sólido, eficiente y con un buen funcionamiento capaz de hacer frente a las necesidades de salud de la sociedad (OMS, 2012).

Cohesión, que permitan el establecimiento de acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias que permitan garantizar las anteriores características, como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración general y de las Comunidades Autónomas, sin que deban existir diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas (BOE , 2003).

Han de añadirse a las características anteriores determinados elementos que son susceptibles de mejorarse a la hora de garantizar el fortalecimiento del paciente:
- El sistema sanitario que se precie ha de ser sostenible, solvente, solidario e innovador, apostando por la innovación, cuidando escrupulosamente la investigación y desarrollando nuevas tecnologías (Wordpress, 2016).
- El uso eficiente y efectivo de todos los recursos sanitarios disponibles, ya sean públicos o privados, gestionándolos de una manera sinérgica de tal forma que se puedan aprovechar eficazmente los recursos sanitarios.
- Concienciación de los ciudadanos en la gestión de su salud, el usuario ha de ser consciente de que lo que se usa se paga, y es un gasto pagado solidariamente por todos. Por ello es importante tener presente que nuestras decisiones sanitarias producen un gasto (Redacción Médica, 2019).
- Reforma y adecuación de las estructuras de SNS a la realidad demográfica, incrementando los centros de corta y larga estancia para gestionar la cronicidad y el proceso de envejecimiento, liberando de saturaciones a los centros de agudos y de corta estancia (Torrente, 2019).
- Habilidades sociales del profesional, siendo un referente en educación sanitaria para el paciente, desde un punto de vista informativo y consejero en prevención. No olvidando que gran parte de las patologías que afectan al usuario tienen un componente psíquicosomático que si se es capaz de identificar es más fácil de resolver (Medicointeractivo, 2019).

5 Discusión-Conclusión

Los cambios profundos que se están produciendo en la sociedad dan paso al protagonismo del ciudadano, pasando a ser su salud el centro y la finalidad del sistema sanitario, con unos derechos bien definidos que dan al paciente el valor, no solo de colaborar en la gestión de su propia salud, sino de exigir una serie de características (Cerezo, 2016), como accesos adecuados, tecnologías suficientes, limitaciones en las demoras de pruebas, etc., que redunden en su propia salud.

Desde el entorno del profesional de la salud se ha de aceptar , amoldar y favorecer que las cosas cambien, manteniendo un espíritu creativo y emprendedor ,está de-

mostrado que un paciente informado, interactúa mejor con el profesional, aceptando tratamiento y continuándolos (Chana, P, 2012), con resultados positivos para su salud y con menos repercusión económica para el sistema.

Podemos concluir el trabajo afirmando que el Sistema Nacional de Salud precia de una reforma que ha de ser consensuada por todas las partes que la conforman (March J ,2015), si se quiere que el paciente empoderado tenga los derechos que por ley le corresponden, derechos de accesibilidad, de equidad y de cohesión en igualdad en cualquier Comunidad Autónoma.

6 Bibliografía

1. Lapo. Empoderamiento del paciente. 2017.En línea]. Disponible en: https://www.iapo.org.uk/sites/default/files/files/Policy%20Briefing%208%20ESP.pdf [Consultado el 14 de diciembre de 2019].
2. Senescencia. Corresponsabilización y participación de las personas en la gestión de su propia salud. [En línea]. Disponible en: http://www.ub.edu/senesciencia/noticia/empoderamiento-del-paciente/ [Consultado el 14 de diciembre de 2019].

Capítulo 246

LA INTIMIDAD CORPORAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.

MARIA DEL MAR PULGAR ALVAREZ

MARÍA CONSUELO GARCÍA GONZÁLEZ

AMALIA MARTINEZ ESPINOSA

ANA ROSA BARAGAÑO GARRIDO

ROSALIA FERNANDEZ BOBELA

1 Introducción

La protección de la intimidad es un derecho fundamental garantizado por la Constitución Española en su articulo 18 " se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen". Debe ser entendida en sentido amplio pues comprende tanto el ámbito íntimo como el ámbito privado.

La intimidad es un concepto único para cada individuo, subjetivo e influenciado enormemente por la educación, edad, sexo, etnia y religión.

La intimidad corporal o física hace referencia a la limitación en relación al acceso al cuerpo de las personas por parte de otras. Incluye tanto el acceso físico como el visual. Para cumplir la protección de la intimidad corporal es necesario que el acceso al cuerpo se elabore con el consentimiento de las personas y previniendo situaciones que impliquen excesivo pudor.

En nuestra sociedad, el sentido de pudor es ambigua y está sujeta a la estimación subjetiva de cada individuo. Los sentimientos de pudor son inherentes a cada persona no dependiendo únicamente al tipo de atención ejercida y al grado de exposición corporal efectuada, sino también a sus vivencias subjetivas previas. El entorno cultural y el género (ser hombre o mujer) tienen un efecto importante en la vivencia de la propia intimidad.

En el medio hospitalario es imposible una intimidad física completa. En él los pacientes y los profesionales aceptan mutuamente el contacto, la desnudez, la observación como aspectos inevitables de la exploración, el tratamiento, la cirugía y/o la hospitalización.

2 Objetivos

- Exponer la importancia del respeto a la intimidad de las personas en especial de las personas mas desvalidas (menores, ancianos, enfermos mentales).
- Describir situaciones que perjudican la intimidad del paciente durante la estancia hospitalaria.
- Exponer recomendaciones generales para fomentar el respeto a la intimidad.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos, guías y leyes relacionados con la intimidad y el pudor en el paciente hospitalizado. Los datos se han obtenido a partir de bases de datos (Scielo, Dialnet) y páginas web.
Se han utilizado como palabras clave: Intimidad, paciente, cuerpo, derechos fundamentales.

4 Resultados

A veces resulta difícil y se olvida proteger la intimidad en la práctica hospitalaria. Frecuentemente surgen situaciones que vulneran la intimidad del paciente, por eso es importante la implicación de los profesionales para minimizar estas condiciones, siendo necesarias habilidades y recursos para proteger dicha intimidad, haciendo que sea uno de los elementos que mayor complacencia ocasiona a los pacientes.

Los pacientes tienen derecho a saber quien les va ha atender y cual es su cometido durante la atención sanitaria. Por eso la importancia no solo de llevar la tarjeta que los identifique sino también presentarse al paciente y explicarle el procedimiento que se va llevar a cabo, produciendo así menos ansiedad en la persona atendida.

La estructura física, como la posibilidad de habitaciones individuales, los equipos de que se dispone como biombos, puertas, cortinas condiciona de forma importante el resultado para el cuidado de la intimidad.

La rutina de nuestro trabajo hace que muchas veces no nos demos cuenta de conductas que vulneran la intimidad del paciente:
- Despojar completamente al paciente de la ropa durante el aseo, curas y exploraciones. Se asocia la desnudez a sentimientos como desprotección, desamparo, vergüenza y sensación de estar expuesto, a veces desnudamos innecesariamente.
- La eliminación resulta un acto traumatizante y vergonzoso, sobre todo al tener que realizarlo en la cama con personas alrededor o contemplar la posibilidad de ser interrumpido.
- Dejar las puertas abiertas o no llamar siempre que sea necesario acceder en la habitación.
- La presencia de demasiadas personas (personal sanitario, alumnos) en la habitación crea incomodidad al paciente. El paciente tiene derecho a limitar la presencia de personas que no sean responsables directamente de la atención sanitaria.
- Los camisones abiertos sin posibilidad de cerrar o abrochar producen muchas quejas por parte de los pacientes ya que se sienten vulnerables ante la presencia de otras personas, personal sanitario, visitas.
- No se puede sacar fotos ni vídeos que permitan su identificación como destinatarios de atenciones sanitarias debiendo obtenerse para tales actuaciones, una vez explicados claramente los motivos de su realización y el ámbito de difusión, la previa y expresa autorización del afectado o de la persona que corresponda.

Entre las recomendaciones generales para fomentar el respeto a la intimidad tenemos:
- Sensibilización de los profesionales y organizaciones, así como familias y usuarios de la atención sanitaria, sobre la importancia de la intimidad, entre ellas la corporal.
- Respetar siempre los derechos fundamentales de otras personas y sin que se quebranten las normas penales y teniendo en cuenta la cultura de cada uno.

- Promocionar la autonomía personal en relación a la gestión de la intimidad.

5 Discusión-Conclusión

Ante la deshumanización actual por la tendencia a reducir al ser humano a un conjunto de datos y por la disminución de la importancia al pudor y de la intimidad corporal, es necesario garantizar el derecho a la intimidad con el uso adecuado de barreras, junto con la empatía y la no mecanización de conductas que vulneran la intimidad del paciente.

Se deben fomentar unas relaciones basadas en el respeto a todas las personas implicadas: a las personas usuarias (a su diferencia, a su intimidad, a su autonomía), a las familias, a los/as profesionales y se debe promover el respeto a la intimidad y lograr un trato personalizado.

6 Bibliografía

- Varios autores/as (2016). Respetando la intimidad: protección y trato cálido. Recomendaciones para la buena praxis en servicios sociales. Serie Ética y Servicios Sociales, nº 2. Oviedo: Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias.
- Varios autores/as (2010) Guía de intimidad, confidencialidad y protección de datos de carácter personal. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.
- Quinon, Marie. (2009) El pudor y los cuidados hospitalarios. Revista Nosocomio. Nº 58 Pag 26-27.
- Ley 3/2005, 8 julio, de información sanitaria y autonomía del paciente.
- Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Comunidad Castilla y León.
- Http://www.fuden.es/FICHEROS_administrador/original/orig_intimidad_46.pdf

Capítulo 247

UTILIZACIÓN DE LA BIOIMPEDANCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS.

PATRICIA ESTEBAN HERNANDEZ

SANDRA FERNANDEZ GONZALEZ

1 Introducción

La composición corporal se relaciona con la morbilidad y mortalidad del ser humano. El conocimiento de la composición corporal y la distribución de los fluidos en los enfermos en diálisis es muy importante para determinar el tiempo y tipo de tratamiento tanto dialítico como farmacológico.

El análisis de la composición corporal mediante un método no invasivo de bioimpedancia data de 1969 por Hoffer, se lleva utilizando en diferentes campos ganando cada vez más auge en las unidades de hemodialisis.

El fundamento de la bioimpedancia se define como la oposición de los tejidos corporales al paso de corriente eléctrica alterna y tiene dos componentes:
- Resistencia: Oposición primaria al paso de la corriente .
- Reactancia: Es la capacidad de un condensador de almacenar durante un periodo breve de tiempo una corriente eléctrica.

Así se puede obtener de un modo objetivo, la composición corporal: tejido adiposo, tejido magro y sobrehidratación. Datos en los que se basa la bioimpedancia

y son importantes para la valoracion de los pacientes en hemodialisis.

2 Objetivos

Determinar a través de revision bibliográfica si la utilización de la bioimpedancia en las unidades de diálisis es un sistema fiable para valorar el estado nutricional y de hidratación en los pacientes; como complemento a los criterios diagnósticos tradicionales como la albúmina, prealbúmina, colesterol total o n-PCR o antropométricas como el I.M.C o medición del pliegue tricipital y revisar si existen otras posibles utilidades de esta tecnica para el tratamiento de los pacientes en hemodialisis.

3 Metodología

Las bases de datos para la elaboración de este estudio se ha realizado mediante una revisión sistemática de artículos en diversas bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus y Scielo. Se emplearon los siguientes términos de búsqueda: bioimpedancia, hemodiálisis, estado nutricional

4 Resultados

Tras la valoración global de las revisiones bibliográficas realizadas de diversos estudios hechos desde 2008 hasta 2019 encontramos que la depleción proteicocalóricas un factor de riesgo importante en los pacientes en hemodiálisis, ya que se pueden encontrar en un estado pro-inflamatorio por un mayor catabolismo atribuido a la insuficiencia ranal y a la alta prevalencia de la resistencia insulínica.

También suelen presentar una ingesta/absorción insuficiente de nutrientes por anorexia y restricciones dietéticas y por el propio tratamiento dialítico que produce perdida de iones y balance energético negativo.

Por ello para determinar esta situación tradicionalmente se ha venido utilizando parámetros bioquímicos clásicos como la albúmina ,prealbúmina, colesterol total, nPCR, transferrrina sérica, paramétros antropométricos como peso corporal, IMC, espesor de pliegues cutáneos y circunferencia de brazo.

Pero en la actualidad tras los resultados extraidos de los diversos estudios realizados sobre la técnica de la bioimpedancia en la que el método consiste en la

colocacion de unos electrodos en manos y pies tras colocar al paciente en posición horizontal unos 10 minutos para distribuir de forma homogenea los fluidos corporales con piernas y brazos separados unos 30 a 45 º del cuerpo, se ha llegado a la conclusión que es un buen marcador nutricional, siempre que se haga tras una monitorización en el tiempo de los pacientes, ya que estima la proporción de musculo, liquido y grasa corporal.

También se ha podido demostrar que existe una buena correlación lineal entre la masa magra,el agua intracelular, agua extracelular y el peso interdialisis, y una correlacion inversa con la edad, masa grasa y la PCR; porlo que efectivamente la Bioimpedancia tiene una buena correlación con los parametros de nutrición y es un buen marcador de supervivencia en pacientes en diálisis, siendo mas fiable que otros métodos utilizados hasta el momento como el IMC, ya que este no diferencia entre masa magra, masa grasa y peso interdialisis .

5 Discusión-Conclusión

Existen muchos métodos para valorar el estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis, por el momento no se dispone de un parámetro de medida único y si requiere la monitorización del conjunto de múltiples parámetros.

La Bioimpedancia es un método que permite medir tras mediciones seriadas en los pacientes de diálisis, cambios tanto en el estado nutricional, de hidratación como inflamatorio por lo que puede utilizarse como método de referencia (ya que esta técnica presenta una alta reproductibilidad y especificidad)para evaluar y optimiza la terapia y realizar un adecuado asesoramiento nutricional.

La Bioimpedancia detecta pacientes con hipertensión arterial que no depende del volumen, por lo que en estos casos es fundamental no forzar el aumento de perdida de volumen para disminuir la presión arterial, puesto que afectaría a la función renal residual.

Por las características de la mayoría de enfermos renales crónicos en hemodiálisis tienen un tejido graso elevado y magro disminuido por lo que se deberá fomentar hábitos de vida saludables para disminuir el riesgo cardiovascular que es la primera causa de mortalidad en este tipo de pacientes, y la Bioimpedancia ayuda mucho en dicho control por lo que es una herramienta muy útil, practica y de fácil manejo que aporta información importante en el campo de los enfermos renales en hemodiálisis.

6 Bibliografía

1. Piccoli A, Nescolarde LD,Rosell J. Análisis convencional y vectorial de la bioimpedancia en práctica clínica. Nefrologia 2002; 22(3)
2. Cigarran S, Barril G, Vernis C. Evaluación del estado nutricional de los pacientes renales y ajuste del peso seco en CAPD y HD: papel de la Bioimpedancia .J.Biomed 2004; 1:16-23.
3. Martín R.Guía española de hipertensión 2005.SEH-LELHA.Hipertensión 2005;22 Supl 2:3-8
4. Maduell f.Hemodiafiltration. Hemodial but.2005: 47-55
5. Fresenius Medical Care.Body Composition monitor(acceso 28 julio 2011)Disponibles en: http//www.bcm-fresenius.com/index.html.
6. Morales R, Roman AC. Composicion corporal: intervalos de lo normal en el estudio mediante bioimpedancia eléctrica de la población de referencia.Medisan 2004; 8(4)22-34

Capítulo 248

AUTOESTIMA Y SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITALARIO.

ANTONIO VICO PALOMA

1 Introducción

A través de las diferentes épocas, pensadores han planteado diversas teorías y definiciones sobre el trabajo y la forma como debe organizarse el mismo, para el logro de los objetivos ya sean individuales e institucionales. El trabajo ocupa gran parte del tiempo del ser humano, por lo que influye en gran medida en la autoestima de los mismos, ya que puede generar sentimientos y satisfacción al acomodarse a sus deseos, aspiraciones, expectativas y necesidades, o por el contrario, ser fuente de insatisfacción debido al poco bienestar que tenga el trabajador con motivo de la labor que desempeña (1-4).

La autoestima es considerada como una estrategia para el desarrollo de las aptitudes del personal y que las instituciones de salud buscan reforzar al establecer programas que no solo ayuden a prevenir la perdida en la capacidad de autoestima, sino que a su vez, esta pueda influir en su satisfacción laboral. Por todo ello, es necesario analizar diferentes contextos de las enfermeras, señalando la importancia de la autoestima y su poder en la actividad laboral, factor muy importante en el campo de la enfermería para fomentar el avance de la profesión y del recurso humano en las instituciones de salud y es así, como se busca mejorar los resultados en el cuidado y atención de los pacientes y/o clientes (1-4).

Se ha relacionado la satisfacción laboral con el desempeño laboral y en los servicios de salud además, con la calidad del cuidado que se brinda. La satisfacción laboral según Locke responde a un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de las personas y es "un factor importante que condiciona la actitud del individuo respecto a su trabajo, hay factores ligados a la interacción con los superiores, así como aspectos organizativos y funcionales que pueden ser fuentes generadoras de insatisfacción en el personal de enfermería del sector hospitalario" (1-4,7-9).

De acuerdo a Spector la satisfacción Laboral es una percepción producto de una valoración afectiva de las personas dentro de una organización frente a su trabajo y a las consecuencias que se derivan de este. La satisfacción ha sido estudiada por muchas disciplinas y se ha identificado como un indicador clave del desempeño, ahorrador de costos y de calidad del cuidado del paciente (6).

En las instituciones prestadoras de servicios de salud la preocupación frecuente es la calidad en la atención y la satisfacción de los clientes externos, igual debe ser la preocupación por la satisfacción del cliente interno, que es pieza fundamental en la calidad de la atención. La satisfacción del trabajador en el desempeño de sus funciones es considerada por diferentes teóricos e investigadores en ciencias sociales como un factor determinante de la calidad de la atención (1-4).

En la literatura especializada se encuentran incontables estudios que abordan este aspecto de la calidad de vida laboral de enfermeras y enfermeros en sus diferentes contextos, que han identificado los factores que influyen en la percepción que tienen enfermeras (os) sobre su nivel de satisfacción o no con la actividad que realizan: las escasas posibilidades de capacitación o superación profesional, los turnos rotativos, la escasez recursos humanos, la realización de funciones que no se corresponden con el nivel alcanzado, los bajos salarios, inadecuadas relaciones interpersonales con los jefes y pares, entre otras (1-8).

Razones por las cuales se decidió abordar los factores que afectan la autoestima y la satisfacción laboral de enfermeras(os) a partir de una búsqueda bibliográfica acerca del estado actual de la temática. De ahí, la necesidad de que otros interesados en el tema reconozcan la necesidad de estudiar a los recursos humanos en su medio o entorno de trabajo ya que, como diría Paravic y Larraguivel "cualquier variación en el conjunto integrado por el hombre, la organización y el medio ambiente, afectará forzosamente a los demás" (1-4,6,9,11).

2 Objetivos

Objetivo principal
- Conocer la influencia de la autoestima en la satisfacción laboral del personal de enfermería asistencial que labora en unidades hospitalarias.

Objetivos secundarios
- Detallar el concepto de autoestima.
- Describir el concepto de satisfacción laboral.
- Identificar la asociación de la autoestima con la satisfacción laboral.
- Reconocer los antecedentes científicos de la temática.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio de tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos; cuiden, Scielo, Medline, Proquest, Pubmed, Elsevier y Google Académico. Para la realización de la búsqueda se utilizó las siguientes palabras claves: autoconcepto, autopercepción, realización personal y profesional y amor propio. Se encontraron artículos en inglés y español y se han utilizado los artículos de los 10 últimos años.

4 Resultados

Autoestima
Según Coopersmith en 1967 la autoestima es la evaluación que tiene el individuo con respecto a si mismo, es decir es un juicio personal de dignidad que se expresa en las actitudes. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación, además permite ver la medida en que las personas se consideran a sí mismos capacitados, exitosos e importantes. Es decir, la autoestima es un juicio personal de acuerdo a la valía, expresada en actitudes o comportamientos que la persona tiene hacia sí mismo (2).

Arthur y Huges en el año 1991, afirman que muy poco se sabe del autoestima de las enfermeras y a lo que ellas sienten al desempeñarse como profesionales, igualmente dicen que la forma en la que las enfermeras piensan y sienten sobre ellas mismas es primordial en la forma en la que perciben su máximo potencial en su vida profesional y personal (3).

Stanley en el año 1969, considera a la autoestima como la parte evaluativa y valorativa de nosotros mismos, constituida por el conjunto de creencias y actitudes de una persona sobre sí mismo; en 1981, Coopersmith corrobora sus definiciones afirmando que la autoestima es como la evaluación que una persona realiza y mantiene comúnmente sobre sí mismo, se expresa a través de sus actitudes de aprobación y desaprobación, indicando el grado en que cada persona se considere capaz, significativa, competente y exitosa (3, 5-9).

La teoría de Maslow en el año 1943, es una de las principales teorías en el campo de la motivación, la gestión empresarial y el desarrollo y comportamiento organizacional, considera que para alcanzar un autoestima el sujeto debe cumplir con una serie de necesidades que se encuentran estructuradas en forma de una pirámide ubicando en la parte superior las necesidades de menor prioridad. Se dice que satisfaciendo dichas necesidades el individuo estará en armonía ya que Maslow considera estas necesidades esenciales. (4).

El desarrollo profesional contribuye a generar expresiones positivas o negativas del quehacer y autoestima del individuo. Ya que la autoestima motiva, genera la fuerza para alcanzar triunfos, metas, logros, y así como se va a experimentar la satisfacción.

En la actualidad la constante innovación para ser competentes, impulsa a las instituciones a mantenerse competitivas en el sector que se encuentren, esto ha llevado a que el trabajador sea visto como parte fundamental del proceso y desarrollo corporativo. Es así, que las instituciones conscientes de la importancia del trabajador para el cumplimiento de los objetivos propuestos, están fomentando el bienestar, formación, crecimiento profesional y el reconocimiento profesional (1-8).

Así, las instituciones deben prestar cada vez más atención no solo a títulos profesionales o técnicos, sino además a los aspectos psicológicos de sus empleados, teniendo en cuenta la salud mental, psicológica y bienestar del recurso humano y para ello han dispuesto área de recurso humano para darle la atención que se requiera al personal, departamento que dedica atención a la satisfacción del empleado y busca la productividad y mejores resultados en el desempeño laboral de sus empleados, es así como se beneficia la empresa.

La alta autoestima en los individuos permite superar problemas y dificultades, innovar, crear, afianzar la personalidad, tener independencia, facilidad en las relaciones interpersonales, comunicación asertiva, facilidad de dirigirse a los demás,

además permite una visión positiva de sí mismo y una visión realista de sus capacidades, responsabilidades, compromisos y retos. Por el contrario, las personas con baja autoestima no son conscientes de sus conductas, presentan dificultades al desconfiar de sus capacidades y potenciales, produciendo sentimientos de inferioridad evidenciado al relacionarse con los demás, sienten mucho miedo al rechazo y la necesidad de aprobación es dada por la dependencia afectiva que posee y no es capaz de auto valorarse positivamente (1-9).

De este modo, la autovaloración permite el desarrollo de la identidad profesional, al permitir que las personas dirijan sus intereses de acuerdo a sus posibilidades, adaptarse así a su trabajo y desarrollarse adecuadamente en el ejercicio laboral.

Para enfermería de acuerdo a los componentes de la autoestima, enfermería se resalta en las siguientes características:
- Conocimiento: el personal de enfermería hoy es más competente, preparado y sobresale en el ambiente asistencial y administrativo.
- Identidad: su rol social es básico, no tiene identidad propia a diferencia de otras disciplinas, sin embargo tiene un campo de acción propio, definida en la que las enfermeras son capaces de desempeñarse (1-9).
- Autoimagen: tradicionalmente la enfermera forma parte del paternalismo médico y algunas veces teme a destacar.
- Autoconcepto: decidir ser enfermeros/as constituye una opción no siempre por cumplir con las expectativas de vida sino como una opción de trabajo. Esto conlleva a falta de aporte a la profesión, frustración en el desempeño de labores y a mantener un trabajo rutinario.
- Autovaloración: se da presenta de dos formas, una es cuando percibe la importancia que tiene la labor de enfermería en la atención del paciente, sin embargo falta que proyecte socialmente su valor y por otro lado, puede considerar que no ha sido reconocida su labor en el medio por el bajo o medio reconocimiento económico.
- Autoevaluación: el nivel de satisfacción laboral en estudios es encontrado como levemente satisfecho. Insatisfacción por la remuneración o el poco ascenso laboral.
- Autonomía: falta poder real o percibido por enfermería, un ejemplo de ello es cuando las enfermeras se sienten con poco poder para tomar decisiones para el cuidado del paciente.
- Actitud profesional: actualmente las enfermeras más jóvenes tienen mayor grado de actitud profesional, esto puede estar relacionado con el empeño que se la está dando en la educación de pregrado que ha orientado de manera más

eficaz su quehacer (1-9).

Satisfacción laboral.
Conjunto de sentimientos favorables y desfavorables mediante el cual los trabajadores perciben su empleo y está dado por la medición de los factores intrínsecos y extrínsecos. Lo importante es reconocer que la satisfacción es un sentimiento de relativo placer o dolor, lo que es distinto a los pensamientos objetivos y de las intenciones del comportamiento, aunque son estos tres factores en conjunto los que ayudan a la dirección de la institución a comprender la reacción de los trabajadores ante su trabajo (2-3,8-11).

La satisfacción laboral ha sido estimada como un factor indirecto en la adherencia, pues no es probable conseguir que una persona realice un trabajo con calidad y eficacia si no se encuentra satisfecha durante su realización y con los resultados del mismo. Es así como se convierte la satisfacción laboral en pilar para conocer acerca de la relación entre satisfacción y productividad, debido a que a mayor satisfacción mayor producción, menos ausentismo laboral y menor rotación del personal del área de trabajo.

Peiro en 1995, se refiere a la satisfacción laboral como una respuesta de actitud y afectividad ante el entorno y las condiciones de su trabajo. Influida por características relacionadas con la personalidad del individuo, aspectos propios del lugar de trabajo, habilidades y capacidades, beneficios, tareas. Permitiendo que el trabajador satisfecho presente un comportamiento diferente ante las tareas que se le asignan o correspondan (3).

Sin embargo, es Herzberg, a través de su teoría en el año 1959 quien establece que la satisfacción está dada por factores, clasificados como motivadores o factores de higiene, los primeros son determinantes de máxima satisfacción y están relacionados con el trabajo en sí: reconocimiento, responsabilidad, ascenso) y los de higiene que se relacionan con las condiciones como se realiza la labor: relaciones interpersonales, salario, estabilidad, seguridad, capacidad de direccionamiento). Es así que para realizar muy bien las actividades, se deben estimular los factores motivadores.

En el artículo sobre comportamiento humano se enfatiza en que el comportamiento es una interacción y una resultante de factores claves: Las motivaciones, expectativas, los deseos conscientes e inconscientes de la estructura biopsíquica de la persona lo largo de su compleja evolución biológica y psicológica y las de-

mandas e influencias que recibe del entorno geográfico, económico, tecnológico, social y cultural (2-9).

La teoría de las necesidades según Maslow en 1954 y luego por Furnham en el 2001, la jerarquía de necesidad del individuo está clasificada así: biológicas o fisiológicas, de seguridad, sociales, de estimación y relación personal, en la que las tres primeras necesidades deben ser satisfechas para luego satisfacer las dos siguientes quienes ayudan a la satisfacción y llevar al máximo el potencial de su trabajo (4).

De la misma manera, los autores Wright y Bonett, durante el año 2007 expresan su opinión sobre la satisfacción laboral, haciendo relevancia que, dentro de las ciencias de la organización, "la satisfacción laboral es probablemente la más común y más antigua forma de operacionalización de la felicidad en el lugar de trabajo"(7).

También encontramos a Sikula, quien, durante el año1992 en Morillo, manifiesta que la satisfacción en el trabajo "es una resultante afectiva del trabajador a la vista de los papeles de trabajo que este detenta, resultante final de la interacción dinámica de dos conjuntos de coordenadas llamadas necesidades humanas e incitaciones del empleado"(8).

Durante el año 1995, Blum y Nayles mencionan que la satisfacción en el trabajo "es el resultado de varias actitudes que tiene un empleado hacia su trabajo, los factores conexos y la vida en general"(9).

Teorías de satisfacción laboral.

En aspectos de la administración en salud, se hace relevancia a la teoría científica de Taylor la cual fue la primera teoría que empezó a mostrar interés acerca de los efectos, cambios y condiciones del trabajador, se tenían en cuenta factores como iluminación, ventilación y el salario que recibía el trabajador, es por ello que Taylor y sus seguidores implementaron los planes de incentivos salariales y de premios por ejecución de su tarea (4).

Como se manifestó anteriormente, fue Taylor en 1912, el primero en formular una teoría sobre el comportamiento de trabajadores, definiendo el salario como el centro de atención para la productividad de los trabajadores. A mayor adiestramiento mayor rendimiento y esto a su vez mayor productividad y para el trabajador un mayor salario.

Así mismo Elton mayo es una representación de la teoría de las relaciones humanas, el cual fija su atención hacia el trabajador, es decir resalta la importancia del reconocimiento social, las relaciones interpersonales en el sitio de trabajo y la satisfacción del mismo. Este planteamiento contribuyo a una concienciación más humanista donde aspectos de la empresa son menos importantes que las interrelaciones entre sus miembros ya que estas generan mayor efectividad eficiencia y eficacia, produciendo cambios en su actitud y conducta (2-4).

Fue por esta razón que Mayo en 1945 desarrolla la teoría sobre las relaciones humanas, quien enfatiza en mejorar las condiciones laborales con la productividad. Donde el trabajador es más productivo de acuerdo a la identidad que tenga con el trabajo que realiza, y que lo lleve a estar satisfecho.

Es Maslow en 1950, quien con su teoría de necesidades y aunque su teoría no se centra en el ámbito laboral, sirve para explicar la motivación hacia el trabajo. Donde se explica que cuando una necesidad está satisfecha, se deja de ser un elemento motivacional y la persona busca satisfacer la siguiente necesidad; donde las necesidades básicas: fisiológicas, de seguridad y protección y superiores: pertenencia social, autorrealización y estima.

De la misma forma encontramos la teoría de John Dewey quien manifiesta que solo a través de la formación de Valores Satisfactorios se encuentran satisfacciones fortuitas, razón por la cual la satisfacción se convierte en un valor en el momento que descubrimos las relaciones de que depende para existir, por lo tanto decir que una cosa es satisfactoria es definirla en el contexto de sus relaciones y de su interacción, declarar que algo es satisfactorio equivale a decir que llena determinadas condiciones; se juzga que la cosa verdaderamente ”sirve” y se incluye aquí una predicción, contemplándose un tiempo futuro en que la cosa continuará sirviendo (2-4).

También hallamos la teoría de campo de Kurt Lewin denominada Teoría del campo, la cual afirma que las variaciones individuales del comportamiento humano con relación a la norma son condicionadas por la tensión entre las percepciones que el individuo tiene de sí mismo y del ambientepsicológico en el que se sitúa, el espacio vital.La teoría del campo de Lewin afirma que es imposible conocer el conocimiento humano fuera de su entorno, de su ambiente(2-4).
Satisfacción laboral de las enfermeras.

La enfermería es una profesión del conocimiento que la practican “profesionales bien formados que desean libertad para exponer sus opiniones respecto al trabajo.

Quieren que sus líderes y representantes tengan voz en los hospitales o clínicas en los que ejercen, y exigen respeto" (5).

La poca remuneración recibida por el profesional de enfermería los ha llevado a doblar sus jornadas laborales y/o tener dos o más trabajos, lo que representa cansancio extremo, desmotivación, desinterés, que podría reflejarse en su desempeño laboral, y el cumplimiento o no de normas institucionales, entre las que se cuenta la adherencia a protocolos o guías.

En el medio aún hay instituciones que consideran poco relevante la contratación de personal profesional de enfermería, pues es más económico contar con personal auxiliar, a quienes se les ha delegado funciones que son propias del profesional, considerando que la Enfermera debe solucionar problemas administrativos, organizar el servicio y la atención directa del paciente, está cada vez más lejos de sus múltiples funciones; le son asignados un número de pacientes, que no va acorde con los estándares nacionales de calidad (2-9).

El interés por el estudio de la Satisfacción Laboralinició durante la década de los años 30, con el trabajo pionero de Robert Hoppock denominado Job satisfacción, donde delimita el campo de estudio de esta área; dando a conocer los factores que pueden influir en la satisfacción laboral, y asocia esta con el desempeño; destacando como factores influyentes; fatiga, monotonía, condiciones de trabajo y supervisión, entre otros. Dando pie de esta manera los estudios sistemáticos sobre este elemento (8).

Fue para el año 1959 que Herzberg, sugiere que la real satisfacción del hombre con su trabajo provenía del hecho de enriquecer su puesto para que de esta manera pueda desarrollar una mayor responsabilidad y experimente a su vez un crecimiento mental y psicológico. Esto sentó las bases para que a fines de los años 60 e inicio de los 70 se hiciera popular el método de mejoras en el trabajo que consistía en enriquecer el trabajo en sí y de esta manera lograr mejorar la moral y el desempeño de los trabajadores teniendo en cuenta dicho método como motivación laboral (8).

En el personal de enfermería varios factores, interfieren en la ejecución del cuidado, es por eso que los programas de acreditación para las instituciones de salud suponen garantizar una excelencia en la satisfacción profesional con el fin de que se vea reflejado en la calidad de los cuidados; esto ha motivado el interés por estudios en que se asocian alta tasa de ausentismo y síndrome del quemado o burnout entre el profesional de enfermería relacionado con la insatisfacción

laboral, siendo generalmente hospitales o clínicas el entorno predominante(2-9).

5 Discusión-Conclusión

La literatura expone niveles bajos de autoestima en el personal de enfermería, aunque destaca que el hecho de ser enfermera no es el condicionante único para una baja autoestima, en cambio se establecen como factores condicionantes: el sometimiento de género, subordinación médica, la falta de autonomía laboral y de vocación. En este sentido la decisión de ser enfermera hoy en día, muchas veces no cumple con las expectativas de vida, y sólo constituye una opción por no tener una mejor, lo que determina una existencia problemática, ya que la enfermera no vive de acuerdo con su misión interna, no se realiza y como resultado de ello, vive frustrada, realiza un trabajo rutinario y monótono, producto de una deformación afectiva que ocasiona inseguridad en sus propias determinaciones y cuyos resultados deterioran su comportamiento en detrimento de su autoconcepto, lo que se puede manifestar en temor a la autoridad, poca creatividad e iniciativa, poco liderazgo, resistencia al cambio y desarrollo de actitudes de opresión y agresión (3-11).

Además la insuficiente valoración económica y social de la profesión, condiciones que en nada propiciaron la autonomía, la identidad, la creatividad, el autoconcepto y la autovaloración. El que enfermería no posea una adecuada identidad y autoestima profesional, afectará el ejercicio autónomo de la profesión y el liderazgo en la gestión del cuidado (3-11).
En cuanto al nivel de satisfacción laboral predomina el nivel medio donde se destaca la presencia de factores positivos o satisfactorios como lo son la percepción de una buena preparación profesional, satisfacción con el puesto de trabajo, la percepción de superación a la tensión laboral, las relaciones interpersonales asertivas tanto con sus superiores como con sus pares, factores que influyen de manera positiva en su percepción de plenitud laboral, al igual que Aguirre et al , quienes documentaron que los enfermeros se encuentran más satisfechos desde el punto de vista laboral con una buena interacción con los pares de trabajo, oportunidades de mejoramiento, así como con el reconocimiento del trabajo realizado, la responsabilidad y los beneficios del lugar de trabajo (3-11).

Así mismo se determinan como factores negativos o insatisfactorios a la presión laboral excesiva, la falta de promoción laboral (mejoría de las condiciones laborales y/o reconocimiento laboral), la falta de autonomía e independencia, retribución económica y por último la monotonía laboral, Estos mismos hallazgos

fueron encontrados por Aguirre quien concluye que los enfermeros menos satisfechos lo están a causa de la poca promociones de ascenso y de remuneración, , la sobrecarga laboral que genera la escasez de recursos humanos y la rotación de turnos, además en la mayoría de las investigaciones se concluye que las promociones son escasas o las políticas de promoción no son adecuadas, y las remuneraciones son consideradas inferiores a las que merecen por su labor (3-11).

Se observó que las enfermeras con nivel educativo de martes son las que tienen el nivel más alto de autoestima, observándose solamente que cuando hay un mayor nivel de educación mayor es el nivel de autoestima sin embargo no se evidencio relación entre el grado de autoestima y la escolaridad. Resultados similares reporto Resines, en su estudio que evidencio que existe una relación directa entre el grado de autoestima y el nivel de educación alcanzado por el personal de enfermería, explica que la autoestima es un sentimiento de aprecio y aceptación hacia la misma persona, que la impulsa a actuar en pro de sus sueños, objetivos, metas e ideales, y de su preparación profesional (3).

La satisfacción laboral ha sido estimada como un factor causal en la calidad de la atención, pues no es probable conseguir que una persona realice un trabajo con calidad y eficacia si no se encuentra satisfecha durante su realización y con los resultados del mismo. El conocimiento de la satisfacción del profesional de enfermería puede constituir una herramienta muy importante para identificar problemas u oportunidades de mejora que repercutan en la calidad de los servicios prestados (3-11).

6 Bibliografía

1. Aguirre D. Satisfacción laboral de los recursos humanos de enfermería: factores que la afectan. RevHabanCiencMéd [Internet]. 2009 [consultado 05 de Enero de 2020];8(4):1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400021&lng=es.
2. Astudillo P, Alarcón A, Lema M. Protectores de estrés laboral: percepción del personal de enfermería y médicos, Temuco. CiencEnferm [Internet]. 2009 [consultado 05 de Enero de 2020]; 15(3):111-123. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000300012&script=sci_arttext&tlng=es
3. Ruzafa M, Madrigal M, Velandrino A, López L. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. GacSanit vol.22 no.5 Barcelona sep./oct. 2008; [consultado 05 de enero 2020];.Disponible en:http://scielo.isciii.

es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112008000500007&nrm=iso&lng=en&tlng=en
4. Maslow A. Motivation and personality. New York: Harper and Row Ed; 1970
5. Cifuentes J, Manrique F. Satisfacción laboral en enfermería en una institución de salud de cuarto nivel de atención. Colombia. AvEnferm [Internet]. [consultado 05 de Enero de 2020];32(2):217-227. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?
script=sci_arttext&pid=S0121-45002014000200005&lng=en.
6. Fundichely M, Zaldívar I. Autoestima en el personal de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 1999 [consultado 05 de Enero de 2020];15(3):184-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300009&lng=es.
7. González L, Guevara E, Morales G, Segura P, Luengo C. Relación de la satisfacción laboral con estilos de liderazgo en enfermeros de hospitales públicos, Santiago, Chile. CiencEnferm [Internet]. 2013 [consultado 05 de Enero de 2020];19(1):11-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100002&lng=es.
8. Hernández M, Hernández A, Nava M, Pérez M, et al. Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. México. EnfermUniv[Internet]. 2012 [consultado 05 de Enero de 2020];9(1):7-15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100002&lng=es.
9. Herrera G, Manrique F. Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería. Colombia. Universidad de La Sabana. Aquichan [Internet]. 2008 [consultado 05 de Enero de 2020];12(5):1-6. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74180210.pdf
10. Parada M, Moreno R, Mejías Z, et al. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA). RevFacNac Salud Pública [Internet]. 2005. [consultado 05 de Enero de 2020];23(1):33-45. Disponibleen: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.
php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2005000100004&lng=pt&nrm
11. Rosero Á, Ramírez Y. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en las unidades de cuidado crítico en tres instituciones prestadoras de servicios de salud privados de la ciudad de Bogotá 2007.Av. enferm., Volumen 32, Número 2, p. 217-227, 2014. [consultado 05 de enero 2020]. Disponible en: http://enfermerialaboral.galeon.com/satis_enfer.htm

Capítulo 249

EFECTO Y EFICACIA DE LA TERAPIA CON OXÍGENO HIPERBÁRICO EN PACIENTES CON ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO.

LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA

LAURA FERNÁNDEZ CANO

FRANCISCO SOUSA GÓMEZ

1 Introducción

La terapia con oxígeno hiperbárico es una modalidad terapéutica que consiste en la administración de oxígeno al 100% a una presión superior a la atmosférica. Para llevar a cabo esta terapia los pacientes se encuentran situados en el interior de una cámara hiperbárica (monoplaza o multiplaza) (1).

The European Committee for Hyperbaric Medicine y la European Tissue Repair Society realizaron una serie de recomendaciones sobre el uso de la terapia con oxígeno hiperbárico en el año 2006, cabe destacar las siguientes:

- Los pacientes, antes de iniciar el tratamiento con oxígeno hiperbárico, deben someterse a una valoración médica para identificar qué factores pueden retrasar la cicatrización (niveles de glucosa, hábito tabáquico, presión arterial).
- La concentración de oxígeno debe ser medida en la herida, pero también en la piel íntegra.

- La posibilidad de revascularización debe ser valorada y considerada como una alternativa.
- La infección y la isquemia son dos de las condiciones que se pueden considerar para el uso de oxígeno hiperbárico (2).

Esta modalidad terapéutica puede ser considerada una opción en el tratamiento de las úlceras de pie diabético por los efectos fisiológicos que produce sobre el organismo.

El pie diabético se define como un estado de infección, ulceración o destrucción de las estructuras profundas del pie, asociado a anormalidades neurológicas y diversos grados de enfermedad vascular periférica, en los miembros inferiores de pacientes con diabetes mellitus. Las úlceras de pie diabético son una de las complicaciones más frecuentes, y son debidas a una serie de trastornos característicos que alteran la estructura del pie (deformidades), sus mecanismos de defensa (pérdida de sensibilidad y defectos inmunitarios) y su perfusión (isquemia debido a estenosis y obstrucciones de las arterias que irrigan al pie). La etiología de las úlceras de pie diabético es multifactorial, pero la neuropatía periférica es la responsable de la mayoría de los casos ocupando un 50%, un 20% la arteriopatía y un 30% se debe a la combinación de ambas (3).

2 Objetivos

Describir el efecto y la eficacia de la terapia con oxígeno hiperbárico en las úlceras de pie diabético.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los efectos de la terapia con oxígeno hiperbárico en las úlceras de pie diabético y su eficacia. Las principales fuentes de información han sido las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden y Scielo.

Se han utilizado los siguientes descriptores de salud:
- DECS: pie diabético.
- MESH: hyperbaric oxygen therapy, diabetic foot.

Una vez encontrados los descriptores de salud adecuados, se inició la revisión de la literatura existente, combinando los descriptores y empleando únicamente el

operador booleano “AND”.

4 Resultados

Diversos estudios avalan la eficacia del oxígeno hiperbárico en el tratamiento de úlceras de pie diabético. Cinco ensayos clínicos demuestran que el número de úlceras que cicatrizan por completo es mayor cuando se utiliza el tratamiento estándar asociado a la terapia con oxígeno hiperbárico. Estos ensayos incluían un total de 205 individuos con úlcera de pie diabético, 106 individuos fueron tratado con HBOT mientras que 99 solo recibieron tratamiento estándar. Los datos estadísticos muestran una mejoría significativa en los pacientes que recibían oxígeno hiperbárico. (P = 0.01) (Riesgo relativo (RR) 2.35, 95% intervalo de confianza (CI) 1.19 to 4.62; I2 = 4%) (4) (5) (6) (7).

La exposición a oxígeno en condiciones hiperbáricas aumenta el contenido arterial de oxígeno y su difusión hacia los tejidos, provoca un aumento en la producción de especies reactivas de oxígeno y nitrógeno. Estas especies inducen la activación de factores de transcripción inducibles por hipoxia que aumentan la producción del factor de crecimiento endotelial vascular provocando la proliferación de células endoteliales y la formación de nuevos vasos sanguíneos. El oxígeno hiperbárico también aumenta la producción de factores de crecimiento básico de fibroblastos y TGF-β27 y la expresión del receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas, se produce también un aumento de la síntesis de colágeno (8).

En cuanto al sistema inmune, la terapia con oxígeno hiperbárico es capaz de potenciar la función fagocítica y bactericida de macrófagos y la quimiotaxis hacia la herida. De esta manera aumenta la eficiencia del proceso de limpieza de restos celulares y la defensa contra microorganismos que pudieran enlentecer la cicatrización (1).

5 Discusión-Conclusión

Estas terapias implican un coste de los productos considerablemente mayor que las terapias estándar, pero estos están justificados si dan como resultado una menor morbilidad, la curación de la úlcera, una reducción del número de amputaciones y una mejora no solo en el estado funcional del paciente sino también en su calidad de vida.

Esta terapia tiene múltiples indicaciones entre ellas el tratamiento de las úlceras de pie diabético. Esta modalidad terapéutica asociada al tratamiento estándar de una úlcera reduce la incidencia de amputaciones mayores en miembros inferiores y favorece la curación.

6 Bibliografía

1. Berner J, Vidal P, Will P, Castillo P. Uso de oxígeno hiperbárico para el manejo de heridas: bases físicas, biológicas y evidencia disponible. Rev Med Chile. 2014;142:1575-83.
2.Niinikoski J, Bakker D, Cronjé F, Lind F, Mathieu D, Schmutz J et al. ECHM-ETRS joint conference on oxygen and tissue repair, Ravenna, Italy, October 27-28, 2006: recommendations by the international jury. Int J Low Extrem Wounds. 2007 Sep;6(3):139-42.
3. Apelqvist J, Bakker K, Van Houtum WH, Nabuurs-Franssen MH, Schaper NC. International consensus and practical guidelines on the management and the prevention of the diabetic foot. International Working Group on the Diabetic Foot. Diabetes Metab Res Rev. 2000;16(1):84-92.
4. Abidia A, Laden G, Kuhan G, Johnson BF, Wilkinson AR, Renwick PM, Masson EA,McCollum PT. The role of hyperbaric oxygen therapy in ischaemic diabetic lower extremity ulcers: a double-blind randomised-controlled trial. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2003 Jun;25(6):513-8.
5. Kessler L, Bilbault P, Ortéga F, Grasso C, Passemard R, Stephan D, Pinget M,Schneider F. Hyperbaric oxygenation accelerates the healing rate of nonischemic chronic diabetic foot ulcers: a prospective randomized study. Diabetes Care. 2003 Aug;26(8):2378-82.
6. Khandelwal S, Chaudhary P, Poddar DD, Saxena N, Singh RA, Biswal UC.Comparative Study of Different Treatment Options of Grade III and IV Diabetic Foot Ulcers to Reduce the Incidence of Amputations. Clin Pract. 2013 Feb 21;3(1):e9. doi: 10.4081/cp.2013.e9.
7. Löndahl M, Katzman P, Nilsson A, Hammarlund C. Hyperbaric oxygen therapy facilitates healing of chronic foot ulcers in patients with diabetes. Diabetes Care. 2010;33(5):998-1003. doi: 10.2337/dc09-1754.
8. Falanga V. Wound healing and its impairment in the diabetic foot. Lancet. 2005;366(9498):1736-43.

Capítulo 250

HIPERBILIRRUBINEMIA EN RECIÉN NACIDO

SUSANA FERNANDEZ

LUCIA FEITO CANO

MARIA CAUNEDO JIMENEZ

1 Introducción

La ictericia es la coloración amarilla de la piel y los ojos debido al aumento de la concentración sérica de bilirrubina, hiperbilirrubinemia. La concentración sérica de bilirrubina para causar ictericia variará según el tipo de piel y la región corporal. Con concentraciones en aumento la ictericia avanzará en dirección céfalocaudal. Más de la mitad de los recién nacidos presentan ictericia visible la primera semana de vida.

La hiperbilirrubinemia será inofensiva o perjudicial según la casa que la provoque y el grado de aumento. la principal consecuencia de ésta es la neurotoxicidad, siendo la encefalopatía ictérica la forma más grave. Una encefalopatía aguda puede provocar trastornos neurológicos (incluye parálisis cerebral, déficit sensoriomotor, etc. La cognición no suele verse afectada).

2 Objetivos

Presentamos un caso clínico de un recién nacido para exponer la fisiopatología de la hiperbilirrubinemia.

3 Caso clínico

Recién nacido (RN) a término (3110 g), de 3 ddv trasladado de hospital comarcal para valoración de exanguinotransfusión. Peso actual: 3080 g. Apgar: 9/10. 40 semanas de gestación. Parto vaginal e instrumental.

Exploración y pruebas complementarias.

Activo y reactivo. Mucosas hidratadas, piel seca. Bien perfundido. Tinte ictérico hasta los tobillos. Eupneico. No soplos. Buena entrada de aire bilateral. Abdomen blando y depresible, no doloroso.

Se realiza analítica: Hb 16,6 gr/dl. BrbTotal 28,3 mg/dl. Brb directa 0,8 mg/dl.

Estudios inmunohematología: antiB, coombs negativo, 0+.

Eco abdominal y aparato urinario normal.

Tras los resultados de las pruebas, nos planteamos una ictericia fisiológica. La hemólisis supuesta por el antiB no justifica tanta elevación de la bilirrubina, por lo que posiblemente se esté juntando la hemólisis con un cuadro séptico.

Desde el ingreso se coloca fototerapia con doble lámpara y colchón de fototerapia. Se solicita interconsulta al servicio de hematología para posible exanguinotransfusión. Por el momento se recomienda actitud expectante y administración de seroalbúmina.

Se decide dieta absoluta.

Tras cuatro horas de fototerapia doble más colchón, se repite analítica, objetivizándose un descenso del valor de Brb total por debajo de 20 mg/dl y una elevada cifra IL6 (> 10000) por lo que se añaden antibióticos al tratamiento (ampicilina + gentamicina).

4 Discusión-Conclusión

El paciente permanece estable, reactividad normal. No presenta crisis clínicas.

Mejoría de valores en analítica lo que finalmente descarta exanguinotransfusión (según protocolo establecido en el hospital) y tras mantenimiento con fototerapia doble finalizan por normalizarse las cifras de Brb total en el transcurso de los

días, así como el cuadro séptico con el tratamiento antibiótico; siendo finalmente posible el alta del RN a su domicilio con posterior seguimiento por su pediatra.

5 Bibliografía

- Alan Lantzy, MD, West Penn Hospital, Pittsburgh.
- M. Moro, M.Vento- De guardia en neonatología, 2016, 3ª edición carmen Crespo
- Cuidados de enfermería en neonatología. Ed. Síntesis.

Capítulo 251

ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTE GERIÁTRICO.

LORENA VALLEDOR CASTAÑO

NAGORE SOLADANA GÓMEZ

LAURA MALLADA LLANO

DIANA GONZÁLEZ ARANGO

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP), también llamada úlcera de decúbito, es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo de una zona sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte (cama o silla), que provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a esa zona, por el aplastamiento de los vasos sanguíneos que se produce.

En la mayoría de los casos, las úlceras de decúbito se manifiestan en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo, como son los talones, los tobillos, las caderas y el coxis. Las personas que corren más riesgo de padecer úlceras de decúbito son las que tienen una enfermedad que limita su capacidad de cambiar de posición o las que pasan la mayor parte del tiempo en una cama o una silla.

Las úlceras de decúbito pueden aparecer rápidamente. La mayoría de las úlceras se curan con tratamiento, pero algunas nunca se terminan de curar por completo.

2 Objetivos

- Conocer la clasificación de las diferentes UPP según la escala de Braden.
- Saber los pasos a llevar a cabo para realizar la cura de una UPP.

3 Caso clínico

Mujer de 82 años que acude al servicio de urgencias por presentar hemianopsia homónima izquierda no conocida previamente.

Enfermedades previas:
- Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, no diabetes mellitus ni dislipemia.
- Bocio multinodular no tóxico.
- Enfermedad de Parkinson.

La paciente está institucionalizada, con dependencia para todas las actividades de la vida diaria, con vida cama sillón desde hace cinco años.

- Exploración física: alerta y orientada, aunque no está atenta y con discurso inconexo en alguna ocasión. Hemianopsia izquierda facial centrado. Moviliza las cuatro extremidades aunque se objetiva temblor de reposo, con caída no piramidal de miembro superior izquierdo. Extinción sensitiva braquio-crural izquierda.

La cuidadora de la residencia que la acompaña nos informa de que la paciente presenta una úlcera en el sacro. Al explorarla se confirma la existencia de una ulcera grado tres con placa necrótica y esfacelos en el lecho de la herida.

Pruebas complementarias:
- Tomografía axial computerizada (TAC) craneal: infarto lacunar en cabeza del núcleo caudrado izquierdo. Lesión hipodensa corticosubcortical occipital derecha de aspecto isquémico crónico.
- Electrocardiograma: se aprecian rachas de FA.
- Analítica sanguínea anodina.

La paciente ingresa en planta de neurología con los diagnósticos de:
1. Ictus isquémico occipital derecho subagudo.
2. Fibrilación auricular.
3. Úlcera por presión grado tres en sacro.

Es necesario realizar una valoración inicial completa de la persona con una úlcera por presión. Una de las escalas mas aceptadas para estimar el riesgo de desarrollar UPP es la Escala Braden.
Se debe valorar la úlcera por presión inicialmente y vuelva a valorarla al menos semanalmente. Existe una clasificación por grados de las UPP en relación al aspecto y profundidad de las lesiones:
- Grado I. Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta. En pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local.
- Grado II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas, puede tener aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Grado III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.
- Grado IV. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén como el tendón o la cápsula articular.

Además de clasificarlas en grados, se debe documentar las características físicas, incluyendo: localización, categoría/estadio, tamaño, tipo de tejido en el lecho de la úlcera, cantidad y características del exudado, estado de piel perilesional, cavitaciones y signos de infección tales como mal olor, enrojecimiento o rubor.

Tras realizar las intervenciones previamente descritos, pasaremos a la cura periódica de la úlcera siguiendo estos pasos:
1. Limpieza: la mayoría de las úlceras por presión se limpian con agua potable (es decir, el agua apta para el consumo) o suero salino fisiológico. Considere el uso de soluciones de limpieza con agentes tensioactivos y/o antimicrobianos para limpiar las úlceras por presión con restos, infección confirmada, sospecha de infección o sospecha de niveles altos de colonización por bacterias. Un ejemplo es Polihexanida y betaína (PHMB) {Prontosan}. Limpie la piel circundante.
2. Desbridamiento. Desbride el tejido desvitalizado en el lecho de la herida o el borde de las úlceras por presión cuando sea apropiado según el estado general de la persona y esté en consonancia con los objetivos generales de la atención. Seleccione el método(s) de desbridamiento más adecuado para la persona, el lecho de la herida, y el entorno clínico. Los métodos más comunes utilizados para el desbridamiento de las úlceras por presión son: quirúrgico/ cortante, conservador cortante, autolítico, enzimático, larval y mecánico (incluyendo ultrasonidos e hidroquirúrgico).
3. Tratamiento o prevención de la infección: considere el uso de antisépticos tópi-

cos no tóxicos, en concentración adecuada para los tejidos, durante un periodo de tiempo limitado para controlar la carga bacteriana. Los antisépticos usados comúnmente en las heridas incluyen: compuestos de yodo (povidona yodada y cadexómero de yodo de liberación lenta), compuestos de plata (incluyendo sulfadiazina de plata), polihexanida y betaína (PHMB), clorhexidina, hipoclorito de sodio y ácido acético. Considere el uso de antisépticos tópicos para las úlceras por presión que no avanzan hacia cicatrización y están críticamente colonizadas y/o infectadas localmente. En general, no se recomiendan antibióticos tópicos para el tratamiento de las úlceras por presión.
4. Selección del apósito adecuado.
Se debe seleccionar un apósito para las heridas en base a la:
• Capacidad para mantener el lecho de la herida húmedo.
• Necesidad de abordar la carga bacteriana.
• Naturaleza y el volumen de exudado de la herida.
• Estado del tejido en el lecho de la úlcera.
• Estado de la piel periulceral.
• Tamaño de la úlcera, la profundidad y la ubicación.
• Presencia de tuneles y / o cavitaciones.
• Objetivos personales del individuo con la úlcera.
- Proteja la piel periulceral (películas barrera, pasta de oxido de zinc..).

La paciente estuvo hospitalizada un total de 17 dias, durante los cuales se realizaron cambios posturales mientras permanecía en la cama y se levantó al sillón todos los días mañana y tarde. También se aplicaron ácidos grasos hiperoxigenados en todas las zonas de presión. Se realizaron curas diarias con desbridamiento manual y enzimático (empleando iruxol mono®) los 11 primeros días, tras los cuales se consiguió un lecho ulceral limpio y con tejido de granulación. Los restantes 6 días se realizaron curas con apositó hidrocoloide convencional hasta lograr la total cicatrización de la úlcera. En el informe de alta se adjuntan recomendaciones higiénicas, nutricionales y posturales para la prevenir la aparición de nuevas úlceras por presión.

4 Discusión-Conclusión

Varios estudios recientes demuestran que hay una mayor prevalencia de UPP en el ámbito hospitalario, que se presenta con mayor frecuencia entre 71 y 90 años, que es más frecuente en mujeres que en varones, que la zona más afectada es el

sacro y que la utilización de superficies especiales para el manejo de la presión es mayor en los centros sociosanitarios.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio puede afirmarse que las UPP constituyen, hoy día, un importante problema de salud, que su prevención aún no es considerada como una prioridad y también que a pesar de que afecta primordialmente a las personas mayores, también hay que tener en cuenta su impacto en pacientes más jóvenes.

La presión mantenida sobre determinadas zonas del cuerpo es el factor más importante en la aparición de UPP. Para minimizar el efecto de la presión hay que intentar mejorar la movilidad del paciente y realizar cambios posturales cada 2-3 horas cuando se encuentra encamado y, en el caso de que el paciente pueda moverse por sí solo, es conveniente que realice cambios de postura cada 15 minutos. Se debe evitar que el paciente se apoye directamente sobre sus lesiones, el contacto directo de las prominencias óseas entre sí y el arrastre a la hora de efectuar las movilizaciones para reducir la fricción. Pueden resultar útiles las superficies especiales de apoyo, en especial, las que permiten manejar y distribuir la presión, como colchonetas-cojines estáticos de aire, de fibras y espumas especiales, alternantes de aire y camas fluidificadas, entre otras.

Es imprescindible una adecuada nutrición para favorecer la cicatrización de las UPP e incluso para evitar su aparición. Habitualmente, los pacientes que desarrollan UPP reúnen una serie de condiciones, que dificultan una correcta nutrición, como pacientes de edad avanzada con problemas de inapetencia, carencia de dientes, o bien pacientes con problemas neurológicos o bajos grados de conciencia. Por ello, si la dieta habitual del paciente no cubre sus necesidades, hay que recurrir a suplementos nutricionales formulados especialmente para pacientes con heridas crónicas.

5 Bibliografía

1. Https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bed-sores/symptoms-causes/syc-20355893
2. Https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416
3. Https://gneaupp.info/prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion-guia-de-consulta-rapida-epuap-npuap-ppia/
4. Https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/ulceras-

presion
5. Https://www.ulceras.net/monografico/115/103/ulceras-por-presion-tratamiento.html

Capítulo 252

EXTRACCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE PARA CULTIVO, HEMOCULTIVOS.

EVA MARIA FERNÁNDEZ SERRANO

LLARA FERRERAS LOSILLA

MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ANDREA FERNANDEZ BORREGO

1 Introducción

Dentro del ámbito hospitalario, resulta necesario aislar los agentes infecciosos que provocan enfermedades de diversa consideración. Muchos de estos agentes se encuentran en la sangre, por lo que resulta necesario su cultivo para poder aislar y tratar el germen en cuestión que provoca la enfermedad.

Material:
- Jeringas 20 cc.
- Agujas estériles de punción intravenosa (o palomilla en caso necesario).
- Compresor.
- Gasas estériles.
- Mascarilla.
- Antiséptico: Clorhexidina alcohólica al 2% (usar povidona yodada o alcohol de 70º si hay alergia o clorhexidina acuosa en punción a niños menores de 2 meses, según procedimiento de antisépticos del centro).

- Paño estéril.
- Frascos de hemocultivo: Paciente adulto: un frasco para aerobios y otro para anaerobios, en cada extracción. Paciente pediátrico: un único frasco específico.
- Guantes estériles.
-Guantes no estériles.

Procedimiento:

- Preparación del material.
- Identificación ante el paciente con nombre y categoría profesional (se deben llevar visibles en todo momento las tarjetas de identificación personal).
- Identificación inequívoca del paciente, utilizar la pulsera identificativa si es necesario.
- Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar.
- Mantener la privacidad durante todo el procedimiento.
- Identificar los frascos en los cuales van a recogerse las muestras biológicas. Incluyendo los siguientes datos:

Etiqueta identificativa del paciente (en ausencia de esta, nombre y apellidos rotulados). Siempre colocada en posición horizontal.

Etiqueta identificativa de la muestra: que lleva el número de muestra. Esta etiqueta también deberá situarse en el volante que acompaña la muestra.

Cuando se trate de varias muestras seriadas, se anotará el número de orden de la muestra (1º, 2º,…). Las etiquetas identificativas no deberán ocultar ningún código de barras del frasco, ni la ventana lateral del líquido, ni la base del mismo.

- Retirar los tapones externos de los frascos y desinfectar el tapón de goma con clorhexidina alcohólica al 2%, dejar secar 30 segundos.
- Preparación de campo estéril.
- Colocar el compresor.
- Elegir la zona de venopunción. Asegurarse de la viabilidad para la obtención de la muestra, no ejecutando el procedimiento si no se tiene completa seguridad sobre ello.

No extraer la muestra de ninguna vía ya canalizada, salvo para descartar bacteriemia asociada a catéter *Higiene de manos y colocación de guantes no estériles.

- Desinfectar la zona con gasas estériles impregnadas en clorhexidina alcohólica al 2%, dejar secar al menos 30 segundos. En niños menores de 2 meses, utilizar clorhexidina acuosa para evitar quemaduras sobre la piel. En caso de alergia a clorhexidina consultar el procedimiento de uso de antisépticos del centro.
- Retirada de guantes e higiene de manos.
- Colocarse la mascarilla.

- Colocarse los guantes estériles.
- Realizar la venopunción, extrayendo 20 cc de sangre en adultos y entre 1 y 5 en niños. En el caso de niños en edad pediátrica se realizará una única extracción de 1-5cc, que se introducirá en un solo frasco aerobio, especial para hemocultivos pediátricos (amarillo). No se recomienda la extracción seriada de hemocultivos en niños excepto en casos especiales. Introducir 10cc. de sangre en el frasco anaerobio evitando cualquier entrada de aire y repetir con el frasco aerobio.
- Homogeneizar el contenido de los frascos moviéndose ligeramente para que la sangre se mezcle con el medio de cultivo.
- Validar la tarea de extracción.
- Enviar la muestra al laboratorio. Si por circunstancias horarias no se pudiera recepcionar las muestras por el personal del laboratorio, se indicará en el volante que deben ser conservadas a temperatura ambiente en el propio Laboratorio de Microbiología, hasta su procesamiento. Nunca se deben conservar las muestras en nevera ni en estufa.
- Registros Validación de la Actividad de Extracción de Muestra.
- Constantes vitales

Observaciones:
- Mantener la esterilidad durante la extracción.
- No utilizar algodón.
- No extraer la muestra de ninguna vía ya canalizada, salvo para descartar bacteriemia asociada a catéter, en cuyo caso deberá hacerse coincidir con la extracción de un hemocultivo periférico. En éste caso se enviará también a cultivar el catéter, una vez retirado.
- Cuando no existan venas accesibles pueden extraerse muestras de sangre arterial.
- Utilizar una nueva aguja en caso de fallo en la venopunción.
- La extracción con palomilla será solo en casos excepcionales e introduciremos en primer lugar la muestra aerobia, para evitar la entrada del aire que ocupa la tubuladura en el frasco anaerobio, que siempre deberemos asegurar que vaya sin aire.
- Los frascos no precisan ser tapados tras la obtención de la muestra.
- No tapar los frascos con algodón, vendas o esparadrapo.
- Las muestras deben tomarse en dispositivos estériles y herméticos.
- Cada frasco de hemocultivo debe ir identificado con la pegatina de identificación del paciente y con la pegatina de identificación de la muestra, teniendo en cuenta que es importante seguir las instrucciones correctas de etiquetado, para permitir

el adecuado procesamiento posterior de la muestra en el Laboratorio de Microbiología, que se verá interrumpido o retrasado si el etiquetado no es correcto.
- Las etiquetas adhesivas para la identificación de los frascos se evitará situarlas ocultando el código de barras del frasco, la ventana lateral del líquido o la base de la botella.
- Cada frasco debe ir acompañado del volante de petición, en el que figurarán los mismos datos de identificación que en el frasco de hemocultivo (nº de muestra, datos de identificación del paciente).

En caso de que concurran circunstancias que puedan justificar la contaminación de la muestra (flebitis, extracción dificultosa, interferencias del paciente, etc.) se hará constar en las observaciones de la tarea de extracción. Se considera suficiente la extracción de dos hemocultivos por paciente, previos a la instauración del tratamiento antibiótico (en pacientes pediátricos un hemocultivo).
- La venopunción para cada extracción deberá realizarse siempre en localizaciones anatómicas distintas. En caso de imposibilidad en los adultos de obtener una muestra de 20 cc para completar el llenado de la muestra aerobia y anaerobia, se enviará el tubo aerobio con entre 8 y 10 cc de sangre, pero en ningún caso se introducirá la muestra en tubo pediátrico. El intervalo de tiempo entre las extracciones será entre 10 min. y 30 min. cuando sea posible; en los casos en que precise una instauración rápida del tratamiento antibiótico, la extracción puede hacerse de forma sucesiva.

En caso de endocarditis subaguda, las 3 extracciones se reparten en 24 horas y si los hemocultivos son negativos, se obtendrán otras tres muestras al día siguiente. En caso de bacteriemia mantenida, cualquier momento puede ser bueno. Cuando se trata de fiebre intermitente se obtiene una mayor rentabilidad si la muestra se extrae durante la hora anterior a la elevación térmica que suele coincidir con la aparición de escalofríos o tiritona, ya que este periodo coincide con el paso de bacterias desde el foco infeccioso a la sangre y existe una mayor concentración de microorganismos viables. Cuando la elevación térmica no se puede predecir, se comenzará a sacar los hemocultivos al inicio de la fiebre.

2 Objetivos

Obtener una muestra de sangre que permita aislar al agente infeccioso, disminuyendo al máximo los factores externos causantes de contaminación, en las condiciones adecuadas de seguridad para el paciente, el profesional y el entorno.

3 Metodología

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

4 Resultados

Siguiendo las indicaciones se obtiene una muestra de sangre idónea para aislar el agente infeccioso teniendo en cuenta que han sido minimizados los factores externos de contaminación y se han seguido las medidas adecuadas de seguridad tanto para el paciente como para el profesional encargado.

5 Discusión-Conclusión

Resulta imprescindible la detección del agente infeccioso que provoca una enfermedad.
Para poder actuar directamente sobre dicho agente, es básico que la muestra a estudio sea recogida y enviada en las mejores condiciones, siguiendo esta guía de actuación podemos garantizar que este procedimiento sea el correcto.

6 Bibliografía

- Protocolo de extracción de Muestras de Sangre para cultivo. Unidad de Calidad, Docencia e Investigación del Hospital Universitario San Agustín. Gerencia Área Sanitaria III. Avilés Asturias.
- García Sánchez J. E., Gómez-Lus Centelles Mª L. Hemocultivos. Procedimientos en Microbiología Clínica. S.E.I.M.C.1997: 4-7
- Gill VJ; Fedorko DR, WITEBSKY FG. El médico clínico y el laboratorio de Microbiología.

Capítulo 253

POSTOPERATORIO EN UCINEONATAL POR GASTROSQUISIS.

SUSANA FERNANDEZ

LUCIA FEITO CANO

MARIA CAUNEDO JIMENEZ

1 Introducción

La gastrosquisis es un defecto de cierre de la pared abdominal en el que se produce una herniación de vísceras abdominalesen el cordón umbilical, siendo más común a la derecha del ombligo. Puede ser debido al fallo de cierre lateral de la pared abdominal o a la existencia de un accidente vascular intrauterino.

El intestino está adelgazado, edematoso e inflamado por haber estado expuesto al líquido amniótico. no suele presentar otras anomalías asociadas. El tratamiento consiste en el cierre quirúrgico.

2 Objetivos

Presentar un caso clínico de un recién nacido (RN) con gastrosquisis para conocer la evolución y el manejo de dicha patología.

3 Caso clínico

RN pretérmino, gestación de 34 + 6 semanas, única y controlada. Nace por cesárea programada tras ser diagnosticado en ecografía de primer trimestre de gastrosquisis. Bajo riesgo de cromosopatías.

Nace llorando, FC > 100 y buen tono. Intubación electiva al minuto de vida. apgar 9/10. Se intriducen asas intestinales y se cubren con gasas húmedas calientes. Se traslada en incubadora de transporte a quirófano.

4 Discusión-Conclusión

El postoperatorio fue bueno, permitiendo retirada de VMI a las 72 horas de vida. presentó edemas en MMII que se resolvieron con posición antitrendelemburg.

Herida quirúrgica con buen aspecto.
Dieta absoluta con nutrición parenteral desde el ingreso.
Dolor controlado.

Tras manejo del RN con los cuidados habituales y sin presentar complicaciones, mantiene buena evolución y es posible el alta al domicilio a los 20 días de vida con seguimiento por parte de cirugía.

5 Bibliografía

- Carmen Crespo. Cuidados de enfermería en neonatología. M.Moro. M. Vento - De guardia en neonatología, 2016, 3ª edición. Base de datos MEDLINE PLUS.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 254

FLEBITIS POR CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO, PAPEL DE ENFERMERÍA.

MARÍA JESUS LOPEZ BUSTELO

LUCÍA SÁNCHEZ GONZÁLEZ

MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

En la actualidad, la administración de fluidos, fármacos, hemoderivados y soporte nutricional se realiza dentro del ámbito hospitalario a través de la vía intravenosa, por tanto la inserción y mantenimiento de un catéter intravenoso puede provocar múltiples complicaciones potenciales siendo la flebitis aguda postpunción el principal riesgo de la terapia intravenosa a corto plazo.

Podemos definir Flebitis como "Inflamación de la pared venosa por una alteración del endotelio la cual puede presentar diferentes síntomas y signos".

Una vez que la flebitis ha aparecido alargará el ingreso hospitalario entre 5 -10 días con todo lo que conlleva: aumento del coste económico, riesgo terapéutico pudiendo llegar a la septicemia o a la endocarditis, sin olvidarnos de que la flebitis implica tener lesionada la pared de la vena por lo que el paciente también está en riesgo de la formación de trombos los cuales pueden llegar a provocar una tromboflebitis, una trombosis venosa profunda en incluso un embolismo pulmonar.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes causas que producen Flebitis.
- Identificar los síntomas.
- Conocer el tratamiento mas adecuado.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica tanto de artículos científicos como en diferentes bases de datos como Elsevier, Cuiden, Pubmeb y Fisterra, utilizando como descriptores las palabras "vena", "flebitis", "enfermería" y "cateter".

4 Resultados

La flebitis puede ser producida por causas: mecánicas, químicas y bacterianas:
- Flebitis mecánica, que es la más habitual, sucede por 3 causas: la inserción de un catéter de mayor calibre en una vena pequeña, al lesionar la vena durante la inserción o por una mala fijación del apósito, este debe de debe evitar el movimiento del catéter.
- Flebitis química: provocada por el material que se infunde por la vía o catéter periférico, pueden ser líquidos irritantes, vesicantes… por lo que la inserción y la técnica aséptica es fundamental.
- Flebitis bacteriana: es la menos frecuente, pero no por ello menos grave. Esta provocada por la contaminación del sistema intravenoso tanto a la hora de insertarlo como a la hora de manipularlo. Puede estar provocado por una mala higiene de las manos del profesional o por una mala asepsia a la hora de realizar la técnica.

Síntomas de una flebitis:
- Eritema (enrojecimiento de la piel)
- Tumefacción en la vena (aumento del volumen en la zona de la vena, que son identificables a la palpación debido a que se sienten como cordones palpables bajo la piel)
- Dolor, sensibilidad y calor en la zona de la vena.
- Fiebre.

Tratamiento flebitis:

Una vez que la flebitis ya está ocasionada lo primero que se debe de hacer es adoptar medidas para evitar la progresión de la misma y así evitar complicaciones como puede ser una tromboflebitis, lo primero que se debe de hacer es una retirada rápida del catéter venoso periférico, una valoración exhaustiva de la zona donde estaba insertado el catéter y un registro en la historia del paciente.

Otras medidas a adoptar son: elevación de la extremidad afectada así como la aplicación de compresas húmedas templadas varias veces al día. El uso de fármacos de uso tópico como el diclofenaco, piroxican y otros antiinflamatorios no esteroideos también pueden aliviar los síntomas.

5 Discusión-Conclusión

Después de haber realizado una amplia revisión bibliográfica podemos afirmar que una flebitis es un problema común en la práctica clínica diaria. Se debe de hacer uso de medidas adecuadas para la prevención como identificar los factores de riesgo del paciente, a la hora de escoger una vena intentar que esta sea del mayor tamaño posible, intentar no canalizar el catéter en las flexuras ni en zonas de alta fricción y movilidad, a ser posible hacerlo siempre en extremidades superiores, usar catéteres del menor calibre disponible, a la hora de realizar la técnica de inserción hacerlo siempre con técnica aséptica procurando la máxima asepsia tanto de la piel como de las manos del profesional.

Utilizar siempre una buena fijación a la piel, evitar al máximo el posible movimiento del catéter, cambiar el catéter y el equipo de infusión periódicamente. Mientras dure el tratamiento se deben de usar alargaderas, evitaremos en la medida de lo posible perfusiones prolongadas y el uso de soluciones concentradas. Lavar cada vez que finalice la infusión del fármaco con suero salino al 0,9%. Como última cosa a destacar es la evaluación continua del sitio de inserción y del catéter anotando cada incidencia en el registro correspondiente. Lo más importante es la retirada del catéter tan pronto como sea posible.

Un correcto adiestramiento del personal de enfermería, en cuanto a técnicas asépticas de inserción, vigilancia de las vías y sobre todo la unificación de criterios profesionales en el manejo de estas resulta muy positivo para prevenir y tratar los problemas derivados de la flebitis.

Ante cualquier signo o síntoma (dolor, eritema, calor, hinchazón, induración…) debemos de retirar el catéter y canalizar uno nuevo, además debemos de tener

muy en cuenta la información recibida por parte del paciente, en ocasione hay síntomas que nosotros como profesionales no percibimos como es el caso del dolor.

6 Bibliografía

- Angeles ,T. Selección del catéter: elija el tamaño adecuado. Nursing 1997
- Córcoles Jiménez, P, Ruiz Gómez,T y cols. Flebitis postpunción. Estudio en un área de cirugía. Rol de enfermería 1996
- Potter, PA y Perry, AG. Fundamentos de enfermería, 5ª ed. Barcelona: Harcourt: 2001.
- Arrazola, M., Lerma, D. & Ramírez, A. (2002). Complicaciones más frecuente de la administración intravenosa de fármacos: flebitis y extravasación. Revista Enfermería clínica. 12.
- Yebenes JC, Capdevila JA, Infección relacionada con catéteres intravasculares. Med Clin 2003
- Carballo, M.(2004). Elección de un catéter de acceso periférico. Revista ROL de Enfermería.29.
- Estudio de vigilancia de infecciones nosocomiales en hospitales de Cataluña. VINCAT, disponible en http://www.10.gencat.net/catsalut/vincat/ca
- Phillips LD. Manual de terapia intravenosa. 2ª.ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001.
- Bases de datos: Elsevier, Cuiden, Pubmeb y Fisterra

Capítulo 255

MÉTODOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

ALEJANDRA MÉNDEZ FERNÁNDEZ

ROCÍO GARCÍA NOVAL

1 Introducción

Para estudiar la ventilación mecánica primero se debe hacer un breve repaso sobre la respiración y la importancia que tiene al ser una función vital para el organismo. El diagnóstico y tratamiento de muchas patologías respiratorias dependen del conocimiento sobre los principios fisiológicos básicos del aparato respiratorio, donde tiene lugar la respiración y cuya misión principal el proporcionar oxígeno a los tejidos y retirar el dióxido de carbono de la sangre. La respiración abarca cuatro funciones: 1) Ventilación pulmonar, 2) difusión de oxígeno y de dióxido de carbono entre los alvéolos y la sangre, 3) transporte de oxígeno y de dióxido de carbono hasta y desde los tejidos, y 4) regulación de la ventilación.

Este trabajo está centrado en la ventilación mecánica, por eso es importante diferenciar dos términos, ventilación de respiración. La ventilación es el proceso de intercambio gaseoso entre la atmósfera y la cavidad pulmonar, es decir, el flujo de entrada y salida de aire entre el exterior y el interior de los pulmones. La respiración es un proceso más complejo que engloba la ventilación y, además, el intercambio de gases a nivel interno, es decir, entre los alvéolos y el capilar sanguíneo, y el transporte de estos por el torrente sanguíneo. Para que pueda

haber respiración, proceso fisiológico imprescindible para la vida, es necesario que haya una correcta ventilación que garantice el intercambio y la renovación de gases entre el exterior y el interior del organismo, en las zonas de intercambio gaseoso de los pulmones donde el aire está próximo a la sangre pulmonar.

Algunas enfermedades respiratorias se deben a una ventilación inadecuada y que, en situaciones graves, puede provocar hasta la muerte. El proceso de ventilación se divide en dos fases: la inspiración, que se corresponde con la entrada de aire en el aparato respiratorio, y la espiración, que coincide con la expulsión de gases, principalmente CO2. En la mecánica de la ventilación pulmonar participan los músculos que causan la contracción y expansión de los pulmones, principalmente el diafragma y los músculos elevadores y depresores de la caja torácica, y las diferencias de presiones que originan el movimiento de entrada y salida del aire, como son la presión pleural, la presión alveolar y la distensibilidad de los pulmones (a través de la presión transpulmonar). También influyen otros factores, como son el surfactante y la tensión superficial, y el efecto de la caja torácica sobre la distensibilidad del tórax y de los pulmones.

Por otro lado, hay que considerar la importancia del sistema nervioso en la respiración ya que a través del centro respiratorio regula el proceso de ventilación alveolar en función de las demandas del cuerpo, en función de las presiones de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre arterial. Este centro respiratorio se encuentra en el bulbo raquídeo y en la protuberancia del tronco encefálico, con la intervención de los nervios vago y glosofaríngeo.

Todo lo mencionado hasta ahora se corresponde con el sistema involuntario del propio cuerpo para controlar la respiración, pero hay más factores que afectan o que influyen en la misma, incluso de forma voluntaria alterando la ventilación. Los receptores de irritación de las vías aéreas, que producen tos y estornudo, pueden producir obstrucción bronquial en pacientes con asma o enfisema. Hay circunstancias que pueden producir la depresión del centro respiratorio, como el edema cerebral a causa de una conmoción o la anestesia (sobredosis de anestésicos o de narcóticos).

El conocimiento de la anatomía y fisiología del aparato respiratorio, así como la necesidad de la respiración para vivir, justifica la necesidad de investigar, crear y mejorar tratamientos que reemplacen temporalmente la función ventilatoria del organismo cuando el sistema fisiológico propio falla, por afectación de la mecánica ventilatoria o del centro respiratorio nervioso. Este trabajo consta de referencias bibliográficas relacionadas con la ventilación artificial que datan

desde la mitología griega y la Biblia, hasta la actualidad. El primer intento de ventilación con presión positiva intermitente nos lleva hasta el año 1.543 a través de los estudios de Vesalio. También Paracelso estudió técnicas de resucitación a través de la inserción de un tubo por la boca e insuflar aire, entre los años 1.493 y 1.541. La primera respiración boca a boca está documentada en el año 1.744 por Tossach. Hasta la segunda mitad del siglo XIX todo fue experimentación y anécdotas, la creación del primer ventilador mecánico tuvo lugar en 1.864 por Alfred Jones, de presión negativa.

En 1.880 se diseñó el primer tubo endotraqueal por Macewen y el primer laparoscopio se inventó en 1.895 por el Dr. Chevalier, hecho de gran importancia ya que ambos instrumentos resultaron imprescindibles en la ventilación mecánica invasiva desde entonces hasta hoy. En 1.911 se creó el primer dispositivo de ventilación por presión positiva conocido como Pulmotor, posteriormente, en 1.929 el ingeniero estadounidense P. Dinker inventó el conocido Pulmón de acero, de presiones negativas intermitentes que posibilitaban la respiración al realizar cambios de presión entre el tórax y la boca del paciente.

El Pulmón de acero ha sido considerado el punto de partida de la ventilación mecánica, fue muy utilizado durante la epidemia de poliomielitis en Europa y Estados Unidos en los años cincuenta, también en los años ochenta para el tratamiento con ventilación mecánica en pacientes no intubados. Posteriormente han ido desarrollándose nuevos ventiladores de presión positiva ciclados, por volumen o por presión (los más populares). Esto hizo que su utilización aumentase principalmente en las unidades de cuidados intensivos, debido a que cada vez había más patologías que se beneficiaban de su uso, generalizándose en la década de los setenta.

El siguiente paso fue la creación de otros métodos de ventilación como la ventilación mecánica intermitente o la presión positiva al final de la espiración (PEEP). El avance de las investigaciones, las técnicas y los aparatos de ventilación mecánica ha estado directamente relacionado con el desarrollo de la tecnología y la informática en las últimas décadas.

En este trabajo se analiza los diferentes tipos de ventilación mecánica que se utilizan hoy en día en los hospitales y unidades de cuidados intensivos, la indicación de los tratamientos ventilatorios, las complicaciones derivadas de su uso, así como los cuidados de enfermería directamente relacionados con el procedimiento y que serán el eje central de nuestra labor como profesionales sanitarios.

2 Objetivos

- Valorar las causas fisiopatológicas que determinan el uso de la ventilación mecánica.
- Distinguir los métodos de ventilación mecánica y su aplicación.
- Describir las complicaciones asociadas a la ventilación mecánica.
- Explicar los cuidados de enfermería relacionados con el uso de ventilación mecánica.

3 Metodología

Este estudio consiste en una revisión bibliográfica que se orienta a identificar, describir y desarrollar los distintos métodos en la ventilación mecánica que nos encontramos tanto en urgencias como en los servicios de cuidados críticos, y la actuación de enfermería en los distintos casos con la realización de un plan de cuidados estandarizados. Para realizar la investigación y cumplir con los objetivos, se realizaron los siguientes pasos:
1. Revisión de la bibliografía relacionada con el tema para la realización del marco teórico; bases de datos nacionales e internacionales, revisión de libros, abstracts, artículos completos y guías de prácticas clínicas sobre la actuación de enfermería, tanto en inglés como en español.
2. Elaboración de la presentación de los resultados. La búsqueda bibliográfica se comenzó a revisar a mediados del mes de marzo del año 2018, con restricción de fecha desde el 2002 hasta el año actual. De todos los artículos encontrados realizamos una revisión escogiendo los más apropiados por la relación y aproximación al tema.

La primera búsqueda la realizamos en PubMed usando las palabras clave "mechanic ventilation" obtuvimos 17075 resultados, recortando más la búsqueda escogimos aquellos artículos que fueran solo revisiones quedándonos así con 1706 resultados. A estos artículos aplicamos también la palabra clave "types" limitándose la búsqueda a 41 artículos. Estableciendo el filtro de los años desde enero del 2002 hasta la fecha actual se obtuvieron 27 artículos, de los cuales solo tuvimos acceso al texto completo de manera gratuita a 13. Otras palabras clave utilizadas fueron "nursing care", "complications", "indications" todas ellas relacionadas con la ventilación mecánica.

El resto de la bibliografía utilizada se obtuvo de bases de datos como Google Academy, y libros de protocolos y diagnósticos de enfermería.

4 Resultados

Previa a la decisión de someter a un paciente a ventilación mecánica (VM), se debe contar con el personal entrenado para garantizar un soporte correcto, así como conocer los dispositivos de los que se dispone y el adecuado suministro de gases medicinales. Además, se debe tener en cuenta el estado basal del paciente y su pronóstico de vida.

A la hora de decidir su aplicación, se debe realizar una evaluación básica de la mecánica respiratoria, evaluando diferentes aspectos como la frecuencia respiratoria, el aumento del trabajo respiratorio, la medición de gases arteriales donde principalmente nos enfocamos en la PaO2 y PCO2 y también la pulsioximetria.
Las situaciones clínicas en las que se decide instaurar ventilación mecánica son muy amplias, entre ellas se encuentran:
- Apnea.
- Signos clínicos de incremento del trabajo respiratorio que viene determinado por el aumento del esfuerzo muscular requerido y el coste energético necesario para desplazar el aire, provocando una dificultad respiratoria y fatiga de los músculos respiratorios.
- Signos faciales de fallo respiratorio que son de gran utilidad para valorar el defecto, pero deben ir acompañados de más pruebas complementarias.
- Uso de la musculatura accesoria y espiratoria (músculos escalenos, intercostales y esternocleidomastoideos).
- Cambios en la frecuencia respiratoria. Es el signo más utilizado.
- Signos cardiovasculares de fallo respiratorio, asociado a taquicardia, hipertensión o hipotensión.
- Signos que preceden la insuficiencia respiratoria inminente mediante la realización de gasometría, radiografía de tórax, electrocardiograma, etc.
- Obstrucción de la vía aérea superior: es una de las emergencias médicas potencialmente letales. Puede producirse por: parálisis de cuerdas vocales, laringoespasmo, obstrucciones secundarias a traumatismos, quemaduras, infecciones, cuerpos extraños, tumores, etc.
- Imposibilidad de asegurar y proteger la vía aérea frente a la aspiración en pacientes con una puntuación inferior a 9 en la escala de coma de Glasgow. Además, si carece de reflejo tusígeno es un indicativo de incapacidad para asegurar la vía aérea.
- La gran cantidad de secreciones y la imposibilidad de los pacientes para expulsarlas.

Contraindicaciones de la vm:
La única contraindicación absoluta es el rechazo a la instauración de ventilación mecánica por parte del paciente o la figura que lo represente.

Objetivos de la vm:
Se pretende asegurar que el paciente satisfaga sus necesidades respiratorias, sin provocar daño a los pulmones, ni dificultar la función circulatoria, ni aumentar su malestar. Por lo que los principales objetivos son:
• Mejorar el intercambio gaseoso.
• Evitar complicaciones iatrogénicas.
• Disminuir el trabajo respiratorio.

Ventilación mecánica no invasiva:
La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es la asistencia ventilatoria que mantiene funciones fisiológicas como la fonación, la expectoración y la deglución y que evita las complicaciones ocasionadas por la intubación, las propias de la ventilación mecánica invasiva y las derivadas de tener al paciente sedado.
Sus objetivos generales son: mejorar la oxigenación arterial, aumentar la ventilación alveolar, disminuir el trabajo respiratorio, evitar la intubación orotraqueal, alargar la vida del paciente, mejorar la calidad de la misma, disminuir los días de hospitalización, mejorar las funciones fisiológicas y psicológicas del paciente o favorecer la relación coste/beneficio.

Indicaciones específicas de la vmni:
Trauma torácico, fallo respiratorio en obesos, inmunodeprimidos, agudización del asma, edema agudo de pulmón, edema de glotis, reagudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), apnea obstructiva del sueño, patología dorso torácica, patología neurodegenerativa o neuromuscular, procesos que cursen con agotamiento de la musculatura respiratoria, neumonía, bronquiolitis, malformaciones de la caja torácica, postoperatorio de cirugía torácica de riesgo, intoxicación por CO, síndrome de Guillain Barre, síndrome de distrés respiratorio (SDRA), lesión pulmonar, pérdida de la compliance pulmonar, acidosis respiratoria descompensada, paso previo a la desconexión del ventilador mecánico convencional, extubación postoperatoria precoz fallida, insuficiencia cardíaca congestiva crónica, etc.

Contraindicaciones específicas de la vmni:
Coma, convulsiones y estado de conciencia muy deteriorado; parada respiratoria; falta de cooperación del paciente; imposibilidad del uso de máscara por trauma, deformidad facial y otros elementos que impiden su ajuste; hipoxemia refractaria

a altas concentraciones de FiO2; inestabilidad respiratoria; inestabilidad hemodinámica importante o shock; inestabilidad electrocardiográfica; neumotórax; cardiopatía isquémica; hipertensión intracraneal; hemorragia digestiva alta (HDA); cirugía oral esofágica o gástrica reciente; obstrucción intestinal; riesgo de aspiración; exceso y mal manejo de secreciones de vías respiratorias; vómitos; PCR.

Ventajas de la vmni:
Evita la sedación y las complicaciones de la intubación endotraqueal, preserva los mecanismos de defensa, es más confortable para el paciente, disminuye el consumo metabólico de oxígeno, disminuye el trabajo respiratorio, mejora de la mecánica ventilatoria, aumenta volumen corriente y la capacidad residual funcional, evita la atrofia muscular, ayuda a que todo el parénquima pulmonar este operativo solucionando o previniendo las atelectasias, permite la alimentación del paciente y su relación con el medio, facilita el destete precoz, mejora la calidad del sueño, menor número de hospitalizaciones, mejora la supervivencia y la calidad de vida, proporciona autonomía y confort (puede toser, deglutir…), es más barata.

Ventilación mecánica invasiva:
La ventilación mecánica invasiva (VMI) consiste en colocación de una cánula o tubo en la tráquea del paciente a través del cual se le ventila con ayuda de un ventilador, suministrándole una mezcla de aire con diferentes proporciones de oxígeno.

1. Intubación:
En general la intubación se lleva a cabo con el paciente dormido bajo anestesia general. Si esto no es posible se suele usar algún spray para anestesiar la garganta, medicamentos con acción sedante y, en ocasiones, fármacos con efecto miorrelajante.
- Indicaciones: Parada cardiorrespiratoria, obstrucción aguda de la vía aérea, necesidad de ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria, incapacidad de eliminar de forma adecuada las secreciones bronquiales, necesidad de aislamiento de la vía aérea por pérdida de reflejos protectores con riesgo de broncoaspiración.

2. Traqueostomía:
Es una técnica invasiva que por su complejidad no se usa inicialmente en el paciente con insuficiencia respiratoria. Consiste en la apertura de un orificio artificial (estoma) en la cara anterior de la tráquea entre el 1º o 2º espacio intercatilaginoso y la colocación de una cánula.

- Indicaciones:
Obstrucción de la vía aérea e imposibilidad de IET, por un cuerpo extraño que pone en riesgo la vida del sujeto.
Para sustituir el tubo endotraqueal cuando se prevé que el paciente va a necesitar una vía aérea permeable durante un largo tiempo. Generalmente se realiza una traqueotomía a partir de la segunda semana de intubación.

Complicaciones del uso de la vmi:
La ventilación mecánica es una medida de soporte temporal muy utilizada en los hospitales produciendo grandes beneficios, aunque al mismo tiempo conlleva una serie de complicaciones que pueden llegar a poner en riesgo la vida del paciente, muchas de ellas relacionadas con su duración.
- Lesiones pulmonares inducidas por el ventilador: pueden estar producidas por un exceso de presión (barotrauma) o ser secundarias al estiramiento del parénquima pulmonar (volutrauma, atelectrauma y biotrauma).
- Problemas asociados con la intubación endotraqueal.
- Toxicidad por oxígeno. La hiperoxia alveolar aparece debido a la exposición elevada de FiO2 (> 0,6-0,7 durante más de 48h) lo que produce una alteración funcional que desencadena una respuesta inflamatoria debido a la formación de radicales libres, dando lugar a daño celular como fenómenos de necrosis y apoptosis.
- Atrapamiento aéreo. Es el vaciamiento inadecuado de los pulmones al final de la espiración. Se produce un aumento de la presión intratorácica, que desencadena una hipotensión arterial debido a una disminución del retorno venoso y del gasto cardiaco.
- Neumonía asociada al ventilador. Es la infección pulmonar que tiene lugar después de 48 horas de la intubación o el inicio de la ventilación mecánica.
- Complicaciones no pulmonares: Complicaciones cardiovasculares (arritmias e hipotensión), tromboembolia venosa, problemas neuromusculares (disfunción diafragmática, atrofia muscular, etc.), secuelas de la inmovilización (UPP), trastornos gastrointestinales (alteraciones de la motilidad y hemorragia digestiva), infecciones nosocomiales y problemas psicológicos (como la dependencia del ventilador).

Cuidados de enfermería:
Para conseguir una aplicación efectiva del modelo enfermero es necesario establecer dónde, cuándo y cómo realizar una recogida de datos del paciente que nos permita la aplicación sistemática del proceso de atención de enfermería. En el registro de valoración las enfermeras recogemos los datos del paciente que nos

van a permitir determinar si el paciente es o no independiente en la satisfacción de sus necesidades y cuál es su nivel de autonomía. De esta forma determinaremos los problemas y planificaremos los cuidados de la mejor manera posible.
El contar con un plan de cuidados estándar (NANDA) permite a la enfermera:
- Tener una guía para poder individualizar y planificar sus cuidados sin obviar ningún área de importancia.
- Evaluar los resultados (NOC).
- Mejorar la continuidad de cuidados a través de los informes, teniendo un lenguaje común.
- Realizar cuidados con criterios de efectividad basados en evidencia científica que le den peso a nuestras actuaciones.
- Realizar estudios de investigación.
- Mejorar la calidad en nuestra práctica profesional.

Intervenciones
1. Función respiratoria ineficaz
Actividades: monitorización de los signos vitales, intubación y estabilización de la vía aérea, ventilación mecánica, manejo de las vías aéreas artificiales, aspiración de las vías aéreas, manejo ácido-base, administración de medicación (intravenosa, enteral, inhalada…), manejo de la tecnología.
2. Desconexión de la ventilación mecánica
Durante la extubación, existe una transición de una situación controlada a una no controlada. Las complicaciones en la vía aérea son significativamente más asociadas con la extubación que con la intubación. Es crucial la monitorización y la vigilancia.
Actividades: monitorización de los signos vitales, destete de la ventilación mecánica, desintubación traqueal, manejo de la tecnología, vigilancia…
3. Complicaciones potenciales
Son todos aquellos problemas asociados a la ventilación mecánica invasiva: Neumonía, atelectasia, retención de secreciones, barotrauma, neumotórax, complicaciones renales como retención hídrica, complicaciones hemodinámicas como disminución de la tensión arterial, complicaciones gastrointestinales como aerofagia y complicaciones neurológicas como ansiedad.
Actividades: monitorización de signos vitales, administración de medicación enteral, inhalada, intravenosa, precauciones para evitar la aspiración, monitorización respiratoria, fisioterapia respiratoria, preparación quirúrgica, cuidados del drenaje torácico, manejo de líquidos, manejo del shock, manejo de la hipervolemia, manejo intestinal, manejo del estreñimiento/impactación, cuidados de la

sonda gastrointestinal, escucha activa, enseñanza (procedimiento/tratamiento), aceptación de estado de salud.

4. Relacionados con el dolor

Este aspecto es fundamental en el cuidado de un paciente. Nuestro deber es asegurarnos que el paciente pasa el mínimo dolor posible según su estado de salud y su situación actual. Para aliviar el dolor solemos usar farmacología, pero no debemos olvidar medidas no farmacológicas como mantener un buen entorno para disminuir su angustia.

Actividades: manejo ambiental (confort), manejo del dolor, administración de analgesia, control de síntomas.

5. Relacionados con la desadaptación

Es muy común en pacientes con ventilación mecánica, tanto invasiva como no invasiva, ya que suele dar al paciente bastante miedo y es, por lo general, incómodo y estresante. En estos casos, la escucha activa es fundamental para ayudar al paciente a afrontar su situación. Para ello, necesitamos establecer una relación de confianza con él. También es muy importante conservar los ciclos de sueño/vigilia, la enseñanza individual y el fomento de visitas de familiares o de terapia de ocio dentro de lo posible. Si fuera necesario, podríamos reducir la agitación del paciente mediante fármacos.

Actividades: Vigilancia, presencia, manejo del dolor, disminución de la ansiedad, facilitar las visitas, manejo ambiental, manejo de la sedación, mejorar el sueño, aumentar afrontamiento, aceptación de estado de salud, enseñanza individual, escucha activa, terapia de actividad.

6. Relacionados con infección de catéteres y drenajes

Los cuidados para este tipo de situación dependen mucho del dispositivo, ya que cada sonda, drenaje o catéter tiene unos cuidados específicos. A pesar de esto, como medidas generales es crucial mantener una buena higiene, vigilar el dispositivo para detectar signos de infección y cambio de apósitos o catéteres si precisa.

Actividades: mantenimiento de dispositivos de acceso venoso, cuidados del catéter central insertado periféricamente, cuidados del catéter arterial, cuidados del catéter urinario, cuidados del drenaje torácico.

7. Relacionados con el traslado del paciente con ventilación mecánica

Tanto a quirófano como a pruebas complementarias, a domicilio o a otros centros hospitalarios.

Actividades: monitorización de signos vitales, vigilancia, preparación quirúrgica, transporte, manejo de la tecnología, enseñanza individual, disminución del estrés por traslado, planificaciones al alta.

8. Relacionados con la autoextubación
En aquellos casos en los que el paciente se encuentre agitado o desorientado. Tendríamos que valorar la necesidad de sujeciones.
Actividades: oxigenoterapia, intubación y estabilización de la vía aérea, ventilación mecánica, manejo de la sedación, manejo de la tecnología.
9. Relacionado con la traqueostomía
Es muy importante la enseñanza individual sobre el procedimiento y lo que ello conlleva (cambio de cánula, cura de la estoma…), ya sea de forma temporal o permanente.
Actividades: preparación quirúrgica, manejo de las vías aéreas artificiales, manejo de la tecnología, manejo de la sedación, enseñanza (procedimiento/tratamiento)
10. Relacionado con la ansiedad
Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales, además de minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional. Es muy importante intentar mantener ciclos regulares de sueño/ vigilia.
Actividades: disminución de la ansiedad, presencia, facilitar visitas, potenciación de seguridad, asesoramiento, enseñanza individual, escucha activa, terapia de entretenimiento.
11. Relacionado con la autonomía del paciente
Los problemas de autonomía reflejan una falta total o parcial de la capacidad física o intelectual de la persona para llevar a cabo por sí misma las acciones apropiadas que satisfacen sus necesidades básicas. El objetivo por conseguir es suplir esa carencia. La enfermera o cualquier otra persona (familiar, persona significativa, …) que realiza por el paciente aquellas actividades encaminadas a satisfacer sus necesidades básicas ante esta falta de autonomía actúa como agente de autonomía asistida.

Diagnósticos/actividades enfermeros:
- Déficit de autocuidado r/c alimentación: Alimentación enteral por sonda y administración de nutrición parenteral.
- Déficit de autocuidado r/c baño e higiene: Ayuda con los autocuidados, baño, cuidado de los ojos, cuidados bucales, prevención de UPP.
- Déficit de autocuidado r/c uso del W.C: Manejo de la eliminación urinaria, manejo intestinal, manejo del estreñimiento/impactación, vigilancia de la piel.
- Déficit de autocuidado r/c vestido y acicalamiento: Ayuda para vestirse y aseo personal, cuidado del cabello.

- Deterioro de la habilidad para la traslación: Ayuda con los autocuidados r/c transferencias.
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal: Regulación de la temperatura.
- Riesgo de caídas: Manejo ambiental y seguridad, prevención de caídas y vigilancia.

5 Discusión-Conclusión

La ventilación mecánica es necesaria y muy útil en ciertas situaciones (por citar algunas, y como ya hemos expuesto anteriormente, en casos de apneas o fallos respiratorios); sin embargo, también tiene limitaciones (rechazo del tratamiento por parte del paciente o su representante) y complicaciones derivadas de su uso (por citar algunas: traumatismos de la vía aérea y neumonía asociada a ventilador). Es por tanto necesario valorar antes de iniciar el tratamiento con ventilación mecánica (especialmente la ventilación mecánica invasiva, VMI) todos estos factores y la relación riesgo-beneficio.

En cuanto a la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) cabe destacar la importancia que tiene la elección de la interfase, según las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas y en función de las necesidades del paciente. Por ejemplo, la mascarilla nasal es más cómoda para el paciente, pero hay riesgo de fugas de aire por la boca; la mascarilla facial total, que minimiza estas fugas, podría provocar claustrofobia al paciente. Por ello es necesario individualizar cada situación y pedir, en la medida de lo posible, la opinión del paciente y familiares.

Por último, en cuanto al uso de VMI o VMNI debemos tener en cuenta que la primera tendrá mayores complicaciones asociadas respecto a la segunda, por ser una técnica invasiva, pero en casos de coma o bajo estado de conciencia será necesaria; la traqueotomía tiene la desventaja de ser una técnica quirúrgica y de producir secuelas psicológicas, pero minimizará el espacio muerto. Por tanto, concluimos que dependiendo del caso será necesario un tipo u otro de tratamiento con ventilación mecánica, siempre intentando conseguir lo más adecuado y beneficioso para el paciente.

6 Bibliografía

1. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiología Médica. 12ª ed. Madrid: Elsevier; 2011.

2. Casabona I, Santos R, Lillo M. Historia y evolución de la ventilación mecánica. Manual de Ventilación Mecánica para Enfermería. Editorial Médica Panamericana; Soto. 2017. p. 3-17.
3. Gutiérrez Muñoz F. Ventilación mecánica. Acta médica peruana [Internet]. 2011 [citado 11 April 2018];28(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172859172011000200006&script=sciarttext&tlng=pt
4. Badenes R, Lozano A, Maruenda A, Belda F. Fallo ventilatorio. Indicaciones de ventilación mecánica. En: Soto F, ed. Manual de Ventilación Mecánica para Enfermería. Valencia: Panamericana; 2017. p. 29-39.
5. Principios de Ventilación Mecánica Invasiva y No Invasiva [Internet]. Es.slideshare.net. 2018 [citado 19 Abril 2018]. Disponible en: https://es.slideshare.net/Claudio-Humberto/principios-de-ventilacion-mecanica-invasiva-y-no-invasiva.
6. Álvarez. Ventilación mecánica no invasiva [Internet]. Es.slideshare.net. 2018 [citado 19 Abril 2018]. Disponible en: https://es.slideshare.net/lema2011/ventilacion-mecanica-no-invasiva-10563634.
7. [Internet]. Urgenciasclinico.com. 2018 [citado 19 Abril 2018]. Disponible en: https://www.urgenciasclinico.com/pdf/ponencias_curso_2011/vmni.pdf
8. Intubación orotraqueal [Internet]. Oc.lm.ehu.es. 2018 [citado 19 ABril 2018]. Disponible en: http://www.oc.lm.ehu.es/fundamentos/fundamentos/practicas-/reanimacion/intubacion/intubaci%c3%b3n_orotraqueal.htm.
9. Ventilación Mecánica: Intubación (indicaciones e inicio de la ventilación mecánica) [Internet]. Enfermeriarespira.es. 2018 [citado 19 Abril 2018]. Disponible en: http://www.enfermeriarespira.es/about/intubacion-indicaciones-e-inicio-de-la-ventilacion-mecanica
10. Ramos Gómez Luis A, Benito Valdés S. Fundamentos de la ventilación mecánica. Marge medica books 2012: 197-209.
11. Gordo-Vidal F, Clavo-Herranz E, et al. Toxicidad pulmonar por hiperoxia. Méd Intensiva. 2010; 34(2): 134-138.
12. Soto Figueroa R, Arancibia Hernández F. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2012; 27(1): 23-33.
13. Chastre J, Fagon JY. Ventilator associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Méd. 2002; 165: 867-903.
14. Abad E, Hernández M, Ortells MJ, Ríos MI, Ruíz JF. Complicaciones de la ventilación mecánica no invasiva. Enferm Global 2002 Nov; 1(1).
15. Morano Torrescusa, MJ; Fernández Vázquez, M; Contreras Pereira, I; Cumbrera Díaz, EM; Camero Evangelista, M; García Navarro, S. Plan de cuidados: Paciente en Ventilación Mecánica Invasiva y Destete. Biblioteca Lascasas, 2007;

3(2).
16. Abad Corpa, E.; Hernández González, M.; Ortells Rodríguez, M.J.; Ríos Risquez, M.I.; Ruíz García, J.F. Complicaciones de la ventilación mecánica no invasiva. Enfermería global, 2002; 1(1).

Capítulo 256

MANEJO DE LA HIPOTERMIA MODERADA ACTIVA EN RECIÉN NACIDO CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA.

SUSANA FERNANDEZ

LUCIA FEITO CANO

MARIA CAUNEDO JIMENEZ

1 Introducción

La EHI es conocida como la deficiencia en el aporte de oxígeno en el cerebro y/o la correcta perfusión sanguínea cerebral del neonato, producida antes, durante o después del momento del nacimiento. La EHI es una causa importante de daño neurológico agudo en el recién nacido a término o casi a término.

2 Objetivos

- Describir en qué consiste la hipotermia moderada activa en el neonato con EHI con los siguientes fines:
- Estabilizar los signos vitales.
- Vigilar el estado de vigilia: letargia, estupor, coma.
- Evitar factores agravantes del daño cerebral: hipoglucemia, hipocapnia, hipertermia, hipomagnesemia.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática sobre parte de la literatura científica existente: búsqueda en libres, así como la búsqueda en libros en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, usando como palabras clave hiptermia, hipoxia, encefalopatía isquémica y recién nacido.

4 Resultados

Cualquier recién nacido candidato a hipotermia deberá iniciar el enfriamiento lo antes posible, ya que mientras más precozmente se instaure mayores beneficios parece tener.

- Enfriamiento
- Canalización de vía venosa central.
- Monitorización de temperatura central rectal y axilar, con el objetivo de alcanzar una temperatura de 33,5 ºC (+/- 0,5) en unos 30-40 minutos. Registrar la temperatura cada 15 minutos mientras dura el enfriamiento. Mantener esta temperatura unas 72 horas.
- Monitarización EEG.
- Calentamiento
- Se realizará a las 72 horas con el objetivo de alcanzar la temperatura central de 36,5-37 ºC en 12 horas, registrando la misma cada 15 minutos.
- Si apareciese deterioro clínico, hipotensión o convulsiones, se volverá a enfriar al paciente durante 48h más.
- Una vez finalizado el recalentamiento, se monitorizará la temperatura 24h más para evitar la hipertermia.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que han sido sometidos a hipotermia moderada activa deberían entrar en un protocolo de seguimiento neurológico exhaustivo en el que se incluya una valoración objetiva de los siguientes puntos:

- Desarrollo psicomotor y somatométrico.
- Evaluación funcional auditiva y visual.
- Evaluación de la función cognitiva o desarrollo intelectual.
- Alteraciones en el rendimiento escolar y el aprendizaje.
- Aparición de posibles alteraciones del comportamiento y la personalidad.

- Valoración de secuelas neurológicas globales entre las que se incluye la epilepsia.

6 Bibliografía

- Manuel Moro y Máximo Vento. De guardia en neonatología. ED. Panamericana .3ªEdición.
- Protocolo de hipotermia moderada activa en la EHI perinatal del servicio de neonatología del HUCA. Dra. RP Arias Llorente.
- Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- Https://www.scielo.org/es/
- Https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 257

NEUMONÍA ASOCIADA A VEMTILACIÓN MECÁNICA. PROTOCOLO NEUMONÍA ZERO.

LLARA FERRERAS LOSILLA

MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ANDREA FERNANDEZ BORREGO

EVA MARIA FERNÁNDEZ SERRANO

1 Introducción

Definimos la neumonía como una inflamación pulmonar de etiología infecciosa. Esta patología supone la segunda complicación infecciosa más frecuente en plantas hospitalarias y la primera en unidades de medicina intensiva. Entendemos por neumonía nosocomial la que se desarrolla en un paciente que lleva más de 48h ingresado en un hospital y estaba ausente en el momento del ingreso. La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NVM) es un tipo de neumonía nosocomial que se produce en pacientes con intubación endotraqueal, incluyendo aquellas que se diagnostiquen en las 72h posteriores a la extubación o retirada de la traqueotomía. La NVM representa el 80% de las neumonías adquiridas en las Unidades de Cuidados Intensivos, aumenta la estancia hospitalaria en UCI de los pacientes entre 7,3 y 9,6 días e implica un alto grado de morbi-mortalidad asociado.

Con la intención de reducir la tasa de esta complicación surge el proyecto Neumonía Zero, una propuesta a nivel nacional que, partiendo de la estructura del

protocolo Bacteriemia Zero, incluye medidas de prevención de la NVM, siete de ellas de obligado cumplimiento y otras tres no obligatorias, pero sí recomendables. Este proyecto se implantó por primera vez en más 150 UCI en el mes de abril de 2001. Dada la importancia de esta patología y, especialmente, de su prevención vemos la importancia de realizar el presente estudio que pretende describir el protocolo Neumonía Zero anteriormente mencionado.

Se pueden distinguir distintas causas para el desarrollo de la NAVM, aunque parece ser que la causa más común y prácticamente casi la única es causa es la aspiración de secreciones procedentes de la orofaringe.

La vía aérea inferior es una zona habitualmente estéril en personas sanas, pero en los casos de pacientes sometidos a ventilación mecánica, ese aislamiento de la vía aérea inferior se puede romper. Aunque el tubo endotraqueal que se utiliza para estas intubaciones está diseñado para aislar la vía aérea mediante un sistema de neumotaponamiento, que evita las pérdidas aéreas y la entrada de material en los pulmones no es completamente estanco y por encima del mismo se van acumulando secreciones provenientes de la cavidad oral, que estarían contaminadas por los patógenos que colonizan la orofaringe. Si estas secreciones contaminadas que se acumulan alrededor del neumotaponamiento son escasas y se mantienen ahí la infección será menor, pero si la integridad del sistema se altera estas secreciones pueden pasar alrededor del neumotaponamiento y alcanzar la vía aérea inferior llegando al parénquima pulmonar provocando que la infección sea mayor.

Para evitar esta infección se diseñó, como hemos mencionado anteriormente, el protocolo Neumonia Zero, que incluye un paquete de 10 medidas que pasamos a describir. Cabe destacar que las siete primeras son las que se han establecido como de obligado cumplimiento y las últimas tres se han considerado cómo altamente recomendables pero no de obligado cumplimiento.

1. Formación y entrenamiento apropiado en la manipulación de la vía aérea (aspiración de secreciones bronquiales): persigue el objetivo de conseguir una adecuada manipulación de la vía área duran la aspiración de secreciones bronquiales. Estudios recientes demostraron una reducción en la incidencia de infecciones nosocomiales cuando se realizaron programas de formación del personal.
2. Higiene estricta de las manos con productos de base alcohólica antes de manipular la vía aérea: se establece que se debe realizar la higiene de manos con productos de base alcohólica y la utilización de guantes antes de la manipulación de la vía aérea y a la higiene de las manos con el mismo producto de base alcohólica después. Los estudios indican una disminución de las infecciones nosocomiales

e infección por Staphylococcus aureus resistentes a meticilina tras la puesta en práctica de un programa de lavado de manos.
3. Higiene bucal utilizando clorhexidina (0,12%- 0,2%): en el proyecto NZ se protocoliza la higiene bucal cada 8 horas utilizando soluciones de clorhexidina al 0,12-0,2%.
4. Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento por encima de 20 cm H2O: el objetivo será mantener una presión del neumotaponamiento entre 20-30 cm H2O. Una presión de neumotaponamiento inferior a 20 cm H2O se asocia con un mayor riesgo de NAVM, una presión neumotaponamiento por encima de 30 cm H2O puede provocar lesiones en la mucosa traqueal. Se debe realizar como mínimo cada 8 horas y es un practica de obligado cumplimiento, antes de proceder al lavado de la cavidad bucal con clorhexidina, manteniendo una presión por encima de 20 cm de agua.
5. Evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino a 0 grados, sobremanera en aquellos pacientes que reciben nutrición por vía enteral, ya que fisiológicamente la posición semi-sentada puede favorecer la ventilación espontánea y disminuir la posibilidad de aspiración en aquellos pacientes que reciben nutrición enteral.
6. Favorecer todos los procedimientos que permitan disminuir de forma segura la intubación y/o su duración: existen medidas que han demostrado reducir el tiempo de intubación y de soporte ventilatorio como son disponer de un protocolo de desconexión de ventilación mecánica, el favorecer el empleo de ventilación mecánica no invasiva cuando este indicado, disponer de protocolos de sedación que permitan minimizar la dosis y duración del tiempo de sedación. Se aconseja la valoración diaria de la retirada de la sedación, en pacientes estables y valoración diaria de la posibilidad de extubación.
7. Evitar los cambios programados de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales: se desaconseja el cambio rutinario de tubuladuras e intercambiadores de calor y humedad, salvo mal funcionamiento de las mismas. El cambio nunca debe ser inferior a 7 días en el caso de tubuladuras ni a 48 horas en el caso de humidificadores.
8. Aspiración continua de secreciones subglóticas: las evidencias de su efectividad son elevadas, en especial en las neumonías precoces. El tubo endotraqueal dispone de un orificio dorsal por encima del balón de neumotaponamiento que permite aspirar las secreciones traqueales que se acumulan en el espacio subglótico del paciente. Se debe realizar la aspiración de secreciones subglóticas de manera continua o intermitente mediante un sistema de aspiración que conduzca las secreciones a un reservorio.

9. Descontaminación selectiva del tubo digestivo (completa u orofaríngea): es la medida asociada con más evidencias en la prevención de NAVM y la única que ha demostrado impacto en la mortalidad. Su administración consiste en la aplicación de una pasta y una solución poliantibiótica.
10. Antibióticos sistémicos (dos días) durante la intubación en pacientes con disminución del nivel de consciencia: Esta medida únicamente previene las neumonías en pacientes con disminución de consciencia. Se recomienda la administración de cefuroxima o amoxicilina clavulánico en las primeras 48 horas después de la intubación.

2 Objetivos

- Conocer la fisiopatología de la neumonía asociada a ventilación mecánica.
- Estudiar y describir los procedimientos/protocolos existentes para el manejo y prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica.
- Estudiar y describir el protocolo de Neumonía Zero.

3 Metodología

Se trata de una revisión sistemática, donde se ha realizado una búsqueda de información y de artículos científicos sobre la fisiopatología de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, así como su manejo y prevención. Para ello, se han utilizado buscadores científicos como Pubmed, Google académico, Web of Science y Dialnet, además de diversas páginas web, entre ellas Semicyuc y la página del Ministerio de Sanidad. Como criterios de inclusión para todos ellos hemos utilizado artículos en inglés y en español, hombres y mujeres de cualquier rango de edad y artículos publicados desde el año 2000 en adelante (hasta el año 2018). Se han utilizado estudios realizados en humanos y no en animales y de cualquier tipo, ya sean casos y controles como cohortes y revisiones sistemáticas.

Para Pubmed se han utilizado las palabras clave “pneumonia”, “mechanical ventilation” AND “prevention”, se han obtenido 452 resultados que tras aplicar los criterios de inclusión finalmente se obtuvieron 81 resultados. En Google Académico se han utilizado las palabras clave “neumonía”, “ventilación mecánica”, “prevención” y “tratamiento”. Se han obtenido 335 resultados, que tras aplicar los criterios de inclusión se redujeron a 68. Las palabras clave utilizadas en Web of Science han sido “mechanical ventilation” AND “pneumonia”, que tras aplicar los criterios de inclusión anteriormente mencionados se han utilizado 32 resultados.

Por último, en Dialnet se utilizaron las palabras clave “ventilación mecánica”, “neumonía”, “fisiopatología” y “factores de riesgo”. Los resultados obtenidos finalmente en este buscador han sido 43.

4 Bibliografía

- Http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000500005
- Https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218302300
- Https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218302300
- Http://hws.vhebron.net/Neumonia-zero/descargas/Diapositivas_NZero.pdf
- Https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/12/protocolo_nzero.pdf

Capítulo 258

FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS

NATALIA CALLEJAS FIGUEROA

SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ

MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA

1 Introducción

Los fármacos antineoplásicos son aquellos que tienen la capacidad de interferir en el ciclo celular, ocasionando la destrucción de las células que ocasionan el cáncer.

El cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. En general, tiende a llevar a la muerte a la persona afectada, si no se trata adecuadamente. Se conocen más de 200 tipos diferentes de cáncer, los más comunes son los de piel, pulmón, mama y colorrectal.
Estos fármacos antineoplásicos o citostáticos son empleados en la quimioterapia, la cual se puede administrar de tres formas:
1. Quimioterapia exclusiva: ante una enfermedad diseminada, se intenta alcanzar la remisión, completa o parcial, curativa o paliativa.
2. Quimioterapia adyuvante: se usa después de un tratamiento locorregional. Su objetivo es eliminar la enfermedad residual micrometastásica.
3. Quimioterapia neoadyuvante o preoperatoria: se aplica como tratamiento sistémico primario, con o sin radioterapia, para facilitar una cirugía ulterior.

2 Objetivos

- Conocer cuales son los diferentes fármacos antineoplásicos.
- Dar a conocer los efectos que ofrecen beneficios en la terapia con fármacos antineoplásicos y cuales son por el contrario los efectos adversos más frecuentes.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, hemos llevado a cabo una investigación basada en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Hemos realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Utilizando como palabras clave: ”fármacos” ”antineoplasicos” ”cáncer” .

4 Resultados

2. Fármacos antimetabolitos:
Análogos del ácido fólico.

Metotrexato:
Muy similar al ácido dihidrofolico inhibe la dihidrofolico reductasa y otras encimas cuya actividad depende de la presencia de folatos e intervienen en la síntesis de purinas y pirimidinas. Es activo en varias neoplasias, pero a dosis bajas también lo es en patologías no cancerosas, como la psoriasis, la artritis reumatoide, algunas vasculitis agresivas y la enfermedad inflamatoria intestinal.
Por vía oral, la biodisponibilidad es baja, porque la absorción es variable y sufre metabolismo primer paso, alcanzándose concentraciones plasmáticas 10 veces menores que por vía intravenosa, por lo que esta es la vía de elección. El fármaco se le elimina en un 90% por la orina asique una insuficiencia renal prolonga la vida media y es un claro factor de toxicidad.
La toxicidad del metotrexato depende de la concentración y del tiempo de exposición. Los principales efectos tóxicos son la mielosupresion, la mucositis mucointestinal y la hepatitis. Otros efectos tóxicos dependen de la forma de administración: cirrosis neumonitis intersticial, osteoporosis, alopecia e inmunodepresión se han relacionado con la administración crónica de dosis bajas, mientras

que alteraciones renales, vómitos y dermatitis descamativa se han observado con dosis altas.

5-Fluorouracilo
Actúa lesionando las células por dos mecanismos: inhibición de la timidilato sintetasa, e incorporación al ARN. Para ello, el fluorouracilo se convierte inicialmente en el desoxirribonucleotido correspondiente (5-FdUMP). Provoca con ello la reducción del d-TMP de las células (nucleótido indispensable para la síntesis de ADN) e interfiere en el procesamiento y en la función específica del ARN
Se administra por vía intravenosa, en forma de infusión continua, y entre sus efectos adversos están las alteraciones gastrointestinales como náuseas y vómitos, y leucopenia, además de alopecia, conjuntivitis.
Se utiliza en adenocarcinoma del tubo digestivo (colon, páncreas y estomago), cáncer de mama y carcinomas de cabeza y cuello

Citarabina
Actúa penetrando en las células, donde se convierte en ara-CMP, ara-CDP y el producto final activo, ara-CTP, todo esto por la acción de tres enzimas. De esta forma inhibe de forma competitiva de la ADN-polimerasa alfa y de forma débil la actividad de la ADN-beta polimerasa responsable de los procesos de respiración.
Se administra por vía intravenosa en inyección rápida o en infusión continua y algunos efectos adversos son la granulocitopenia y la toxicidad gastrointestinal en forma de nauseas, vómitos y diarrea. También disfunción hepática reversible.
Se usa en leucemias (mieloblástica aguda y linfomas no hodgkinianos).

Análagos de las bases púricas
6-Mercaptopurina y 6-tioguanina
Son activados inicialmente en sus correspondientes ribonucleótidos mediante la acción de una enzima, de tal modo que interfieren en la síntesis los nucleótidos de adenina y guanina. Inhiben el primer escalón de la síntesis de purinas, interfieren en la función del ADN incorporándose como desoxirribonucleotido e inhiben la síntesis de glucoproteinas de la membrana celular y la síntesis de ARNm.
Se administran de forma oral, sus efectos adversos son pancitopenia y alteraciones gastrointestinales (nauseas, vómitos, anorexia, estomatitis y diarrea), y se usa en leucemias agudas linfoides.

3. Fármacos antimitóticos:
Alcaloides de la vinca (como vincristina o vinblastina):
Actúan penetrando en la célula y dentro interactúan de manera específica con la tubulina, de forma que esa no se puede polimerizar para formar los microtúbulos

que forman el huso mitótico. Así, detienen la mitosis en metafase, con dispersión y desorganización del material cromosómico).
Se administran de forma intravenosa. El principal efecto adverso es una neurotoxicidad periférica (disfunción de nervios sensoriales y motores, pares craneales y nervios vegetativos. Pérdida de reflejos en extremidades inferiores, parestesias, pérdida de fuerza muscular). Se usan en leucemias agudas, linfomas y algunos tumores sólidos (como cáncer de mama y pulmón)

4. Agentes alquilantes:
Son aquellos que provocan su acción citotóxica mediante la formación de enlaces covalentes entre sus grupos alquilo y diversas moléculas nucleofílicas pudiendo llevarse a cabo dos tipos de reacciones: Reacciones Sn1 (sustitución nucleofílica de primer orden) y Sn2 (Sustitución nucleofílica de segundo orden).
El agente alquilante más importante son las Mostazas nitrogenadas cuya actividad biológica se basa en la existencia del grupo bis-cloroetilamina, unido a un nitrógeno trivalente. Entre estas Mostazas nitrogenadas podemos encontrar la mecloretamina, compuesto muy inestable, de gran reactividad y poca especificidad por lo que es muy irritante, o el clorambucilo, que tiene ácido aminofenilbutírico, poseen actividad alquilante directa y son más selectivos que la mecloretamina. También se utiliza la ciclofosfamida.
La acción de los agentes alquilantes es relativamente cicloinespecífica, ya que pueden destruir células incluso en fase G0, pero los polinucleotidos son más susceptibles a la alquilación cuando se encuentran en situación de cambio o de desparejamiento durante el proceso de replicación; por lo tanto, la alquilación será más eficaz al final de la fase G1 y en la fase S. En todo caso, la toxicidad resultante se aprecia cuando las células entran en fase de síntesis (Fase S), impidiéndoles avanzar a través de la fase premitótica. Se administra por vía intravenosa en forma de inyección.
Sus principales usos clínicos son: Como quimioterapia paliativa para cánceres de mama y de pulmones y en forma de loción para tratar lesiones cutáneas de micosis fungoide (La micosis fungoide es la expresión más frecuente del linfoma cutáneo de células T y se presenta como una afectación de la piel en la que aparecen brotes de lesiones planas, en forma de placas delgadas, o pequeños tumores.)
Dentro de los efectos adversos, la toxicidad más importante y la que más limita las dosis de administración es la depresión de la hematopoyesis, pero las características de esta depende del tipo de agente alquilante utilizado. Producen también amenorrea en mujeres y oligospermia en varones. Cuando las administraciones son prolongadas muestran capacidad carcinógena siendo el más frecuente la leucemia aguda, pero pueden surgir otros como el de vejiga tras la exposi-

ción a ciclofosfamida. También pueden provocar fibrosis pulmonar. Las náuseas y vómitos son muy frecuentes aunque varían en intensidad y frecuencia según el paciente. Cabe mencionar que combinar varios alquilantes aumenta la probabilidad de cáncer, y que durante el primer trimestre del embarazo si se administran alquilantes hay un gran riesgo de teratogenia.

5. Antibióticos

Antraciclinas

Dentro de este grupo se encuentran la daunorrubicina y la idarrubicina que presentan actividad esencialmente antileucémica, mientras que la doxorrubicina y la epirrubicina son más activas contra tumores sólidos, en particular cáncer de mama.

Se intercalan entre los pares de bases adyacentes de ADN y se fijan con intensidad, modificando las propiedades del ADN, aunque se considera más crítica y letal su capacidad para inhibir la topoisomerasa II, lo que facilita la rotura irreversible tanto de cadenas sencillas como de cadenas dobles de ADN. En lo referente a su administración, la doxorubicina se administra en dosis de 60-75 mg/m^2 como bolo cada 3-4 semanas y la epirrubicina se administra en bolo de 90-120 mg/m^2 cada 3 semanas.

Los efectos adversos se presentan inicialmente como náuseas y vómitos, diarreas, signos de irritación local, sobre todo si hay extravasación, estomatitis y alopecia. También ejercen una gran toxicidad sobre el corazón, provocando arritmias, síndrome de pericarditis-miocarditis aguda con insuficiencia cardíaca reversible, insuficiencia cardíaca congestiva.

Hay distintos usos clínicos: La danorrubicina e idarrubicina se reservan para leucemias agudas;

La doxorrubicina contra el cáncer de mama, carcinoma de pulmón de células pequeñas, neuroblastoma, sarcomas de hueso y partes blandas, timoma y tumor de Wilms, siendo menos activa en cáncer de ovario y vegija; La epirrubicina se utiliza en el cáncer de mama y en el cáncer gástrico.

Bleomicinas

Produce roturas en las hebras del ADN, que se manifiestan por brechas, fragmentaciones y deleciones del material cromosómico, más que el daño de otras moléculas como el ARN o las proteínas. Se administran por vía parenteral; en inyección intravenosa presenta una t1/2 de 24 min y una t1/2 de 4h; en infusión continua la semivida es de 3-9h. En 24h se elimina por riñón el 45-70%.

El efecto adverso más frecuente es un cuadro agudo de pirexia leve, a veces con urticaria, artralgia y edema periorbitario. Es muy raro el broncoespasmo; oca-

sionalmente, aparece fiebre, hipotensión, disnea y confusión mental. Por ello, se recomienda inyectar una dosis de prueba de 1-2 mg antes de proceder a la pauta convencional.
Son particularmente útiles en la enfermedad de Hodgkin y el cáncer de testículo. Como paliativo, se usan en sarcoma de Kaposi y en tumores epidermoides de cabeza y cuello, esófago, pene, cérvix uterino y vulva. Es moderadamente útil en las efusiones pleurales y epicárdicas.

Dactinomicina
Es un antibiótico producido por una cepa de Streptomyces que pertenece a una familia de cromopéptidos formados por un grupo cromóforo común, la actinocina. Se fija selectivamente a las moléculas de ADN. La consecuencia funcional es la inhibición de la síntesis de ARN dirigida por ADN, porque falla la capacidad de prolongar adecuadamente la cadena de ARN y, de forma secundaria, la inhibición de la síntesis de proteínas. Además provoca la rotura de las cadenas de ADN, debido a la inhibición de la topoisomerasa II. Se administra por vía parenteral, en general intravenosa, y se administra una vez a la semana con una dosis lo suficientemente alta. Se metaboliza en escasa cantidad, siendo excretada por la bilis y la orina. Es altamente tóxica y produce anorexia, intensa emesis, irritación tisular, alopecia, estomatitis, ulceraciones y es fuertemente inmunopresora. Es útil en tumores pediátrico-juveniles y en algunas leucemias agudas mieloides.

6. Hormonas:
Determinadas neoplasias derivan de tejidos hormonosensibles y muestran una específica dependencia hormonal para su crecimiento y desarrollo, como es el caso de la mama, el endometrio y la próstata, a los que consideramos dependientes de las hormonas sexuales. Por analogía, neoplasias fuertemente inhibidas por glucocorticoides se consideran también "hormonosensibles".
Hormonas sexuales:
- Agonistas de la GnRH: por su capacidad de inhibir la esteroidogénesis y la secreción de hormonas sexuales, se emplea en el cáncer de mama de la mujer premenopaúsica y en el carcinoma de próstata.
- Antiestrógenos: se utilizan extensamente en el tratamiento del cáncer de mama.
- Inhibidores de la aromatasa: bloquean la transformación de andrógenos en estrógenos en los tejidos periféricos. Son útiles en el cáncer de mama dependiente de estrógenos de la fase menopaúsica.
- Antiandrógenos: son fundamentales en el carcinoma de próstata, en asociación con agonistas de la GnRH.
Glucocorticoides: modifican las acciones del tejido linfoide en muchas especies,

incluida la humana.

5 Discusión-Conclusión

La década pasada ha estado marcada por el descubrimiento de más y mejores agentes para luchar contra el cáncer.
Lamentablemente, ninguna de ellas está exenta de efectos adversos y, la piel, es uno de los blancos predilectos de estos efectos indeseables. El tratamiento de la toxicidad cutánea es, en la mayoría de los casos, paliativo, siendo la suspensión del tratamiento la medida más efectiva.

6 Bibliografía

- Flórez, J. Farmacología Humana. 6ª ed. Elsevier Masson,2013
- Cortijo-Cascajares,S. ; Jiménez-Cerezo, M.J. y Herreros de Tejada,A. '' Revisión de las reacciones de hipersensibilidad a antineoplásicos''. Farm Hosp. 2012;36(3):148—158
- Conde-Estevez,D. y Mateu-de Antonio, J. ''Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos''. Farm Hosp. 2012;36(1):34-42
- Benítez del Rosario M.A.; Asensio Fraile A. Terapéutica en
APS. Efectos secundarios de los fármacos antineoplásicos,
1998; 5 (7): 471 http://db.doyma.es
- Jiménez Torres , N.V. ;Pérez Ruixo, J.J. ;Medina Hernández,C.A. y Llopis García,M.C. ''Estado actual de la individualización posológica en quimioterapia antineoplásica''. FarmHosp. 1999;23(3):145-157
- Sánchez Gómez,E. y Arco Prados,Y. ''Revisión de las interacciones farmacológicas de los fármacos antineoplásicos orales dispensados en un servicio de farmacia''. Farm Hosp. 2014;38(4):338-363

Capítulo 259

HERIDAS QUIRÚRGICAS QUE SE INFECTAN.

SILVIA VEGA LAVANDERA

MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO

SILVANA ALVAREZ TRABANCO

1 Introducción

La herida quirúrgica es una incisión en la piel hecha con un bisturí en una cirugía y con unas medidas de asepsia. Estas heridas se cierran con suturas, grapas o con adhesivos quirúrgicos. La propia incisión en la piel puede llevar a una infección en la herida tras la operación. La mayoría de las infecciones se producen en los 30 primeros días tras la intervención quirúrgica.

2 Objetivos

Definir heridas quirúrgicas infectadas, las causas que provocan tales infecciones y las medidas a tomar para evitar su infección.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Toda cirugía que lleve a cabo una incisión en la piel puede provocar una infección de la herida tras la operación; la mayoría de las infecciones aparecen en los 30 días posteriores a la intervención.

Las heridas quirúrgicas pueden infectarse por microorganismos que bien se encuentran en la propia piel del paciente y se propagan a la herida quirúrgica, o que ya están dentro del cuerpo o provienen del órgano al que se le realiza la cirugía o bien microorganismos que estén en el ambiente como los instrumentos quirúrgicos o en las propias manos de aquellos que intervienen en la operación.

Las infecciones de la herida quirúrgica pueden ser superficiales (sólo afectan a la piel), profundas (la infección llega a músculoy tejido) o ya infecciones de órgano/espacio (la infección afecta al órgano y espacio al que se le realizó la cirugía).
Existe un mayor riesgo de infección si el paciente intervenido tiene problemas en su sistema inmunitario, tiene una diabetes mal controlada, fuma, toma corticoides o presenta sobrepeso. Además también puede influir que la cirugía se prolongue más de 2 horas.

Hay una serie de signos que nos indican que se ha producido una infección tales como emisión de pus o secreción por la herida, que presente mal olor, que esté caliente al tacto o enrojecida y/o que el paciente tenga síntomas de fiebre y de dolor en el área infectada.

El tratamiento con antibióticos será necesario en estos casos y en ocasiones un drenaje de la herida. A veces puede ser preciso una nueva cirugía para una limpieza de la herida más exhaustiva.

El proceso para que la herida esté libre de toda infección puede tardar días, semanas o incluso meses. En ocasiones la herida no puede cerrar por sí misma una vez superada la infección y puede ser necesario una cirugía para realizar un injerto de piel o músculo y así ayudar a su correcta cicatrización. Es importante una correcta limpieza y el uso de antisépticos en la herida quirúrgica, así como la colocación de un apósito que la proteja de agentes externos.

5 Discusión-Conclusión

Unas adecuadas medidas de higiene y asepsia desde el inicio de la cirugía donde se lleva a cabo la incisión, así como un correcto tratamiento de la herida quirúrgica y control de cualquier signo que indique la aparición de una posible infección es la mejor forma para evitar posibles infecciones.

6 Bibliografía

- www.medlineplus.es
- www.medscape.es
- www.dreamstime.es
- www.meditip.lat.es
- www.drdiazinfante.es

Capítulo 260

MANEJO DE CATÉTER TOTALMENTE IMPLANTADO DE LARGA DURACIÓN CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO EN PEDIATRÍA.

LUCIA FEITO CANO

SUSANA FERNANDEZ

MARIA CAUNEDO JIMENEZ

1 Introducción

El catéter totalmente implantado de larga duración con reservorio es un catéter central interno unido a una cámara. El catéter es radiopaco y puede estar hecho de silicona, poliuretano o poliamida.

Su implantación se realiza en quirófano a través de una pequeña incisión para introducir el reservorio por debajo de la piel a través de la vena yugular o subclavia. Podrá empezar a usarse una vez implantado.

2 Objetivos

- Definir los cuidados para el acceso y mantenimiento del catéter implantado de larga duración con reservorio subcutáneo evitando posibles complicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática sobre parte de la literatura científica existente: búsqueda en libros, así como la consulta en libros en las principales bases de datos: Medline, Scielo y Pubmed. Usando como palabras clave: catéter central, implantado, reservorio, punción.

4 Resultados

Este catéter se puede aprovechar con diferentes fines adaptanddo la actuación según su uso.

- Extracción sanguínea

Se puncionará el reservorio con técnica estéril, conectando la jeringa(siempre de 10 cc) y se aspirarán 3-5 ml para desechar. Realizar extracción y lavar con 20 cc de SSF.

- Administración de tratamiento

Se puncionará el reservorio con técnica estéril, conectando la jeringa (siempre de 10cc) y se aspirarán 3-5 cc para desechar. Lavar con 20 cc de SSF y posteriormente administrar tratamiento pautado en bolo o en perfusión continua. En este caso se utilizará filtro bacteriológico.

- Lavado y sellado del catéter y reservorio

Se llevará a cabo después de cada uso o cada 4 semanas si no se está utilizando. Se sellará con 2-3 cc de heparina sódica 1% (1cc en 9cc de SSF) o de fibrilin.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a este tipo de catéter se puede garantizar el acceso a un mayor flujo sanguíneo, así como una vía venosa segura en tratamientos de larga duración para la administración de fármacos irritantes, nutrición parenteral, hemoderivados evitando así numerosos y dolorosos pinchazos al paciente.

6 Bibliografía

- Manual de procedimientos del HUCA.
- S. Leiva, L. Yanina-Rev. de técnicas en neonatos.
- Manual de enfermería neonatal, cuidados y procedimientos. 2009. Patricia Fernández, Erika Caballero.

Capítulo 261

SONDA DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE, COLOCACIÓN Y CUIDADOS.

EVA MARIA FERNÁNDEZ SERRANO

LLARA FERRERAS LOSILLA

MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ANDREA FERNANDEZ BORREGO

1 Introducción

La sonda de Sengstaken-Blakemore es una sonda con tres luces, una luz para lavado gástrico y las otras dos están comunicadas con dos balones, uno gástrico y otro esofágico.

Está indicada en pacientes con diagnóstico de hemorragia por varices esofágicas en los que la ligadura mediante bandas o la esclerosis de las mismas no son factibles, no están disponibles o han fracasado. Es importante, un adecuado diagnóstico anatómico antes de la colocación de estas sondas. La sonda está contraindicada en los pacientes con cirugía esofágica reciente o estenosis esofágica.

2 Objetivos

- Minimizar la hemorragia por varices esofágicas en pacientes en los que otra técnica ha resultado fallida o no se encuentra a disposición en el momento preciso.

- Para ello conocer la técnica de colocación y los cuidados que precisa la sonda de Sengstaken-Blakemore minimiza los riesgos para el paciente y optimiza los resultados.

3 Metodología

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

4 Resultados

La correcta colocación de la sonda de Sengstaken-blakemore y el mantenimiento adecuado de sus cuidados, optimizan los resultados en los pacientes en los que su tratamiento esté indicado. Control de hemorragia por varices esofágicas si la ligadura mediante bandas o la esclerosis de las mismas no es posible o ha fracasado.

Materiales:
• Agua y jabón.
• Mesa auxiliar.
• Sonda de Sengstaken-Blakemore.
• Lubricante.
• Jeringa de 50 cc.
• Pinzas.
• Manómetro.
• Bata.
• Mascarilla.
• Guantes estériles y no estériles.
• Fonendo
• Paños, gasas y compresas.
• Esparadrapo.
• Batea
• Bolsa de aspiración y soporte.
• Cuerda y pesas para hacer tracción si es necesario.

Precauciones:
• Comprobar la identificación del paciente.
• Preservar la intimidad del paciente.
• Mantener las máximas medidas de asepsia tanto en la preparación del material como en la técnica.
• Debido a que pueden ocurrir complicaciones potencialmente letales con el uso de esta sonda, los pacientes deben ser monitorizados.
• En pacientes con alteración del estado de conciencia y con riesgo de broncoaspiración se recomienda el control de la vía aérea mediante intubación endotraqueal.
• Se recomienda previo a la colocación de la sonda, descompresión y vaciamiento del contenido del estómago mediante una sonda naso u oro gástrica y posteriormente retirarla.
• Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales.
• Antes de su colocación, deben ser comprobados tanto los dos balones como la sonda gástrica.

Información al paciente:
• Explicarle el procedimiento al paciente y/o a su familia.
• Solicitar su colaboración si es posible.

Técnica:
• Colocar al paciente sentado o en semifowler. Si hay impedimento, colocarlo en decúbito lateral.
• Lavado de manos
• Comprobar que los balones de la sonda no estén rotos, llenándolos con aire e introduciéndolos en agua si es necesario.
• Colocarse la bata, mascarilla y guantes.
• Lubricar bien la sonda.
• Introducir la sonda con los balones desinflados por una fosa nasal con presión firme hasta que la punta esté en la faringe posterior.
• Utilizar la fosa nasal que ofrezca mayor permeabilidad. Si no es posible ponerla por la nariz, introducirla por la boca.
• Si el paciente está consciente y colabora, animarlo a que trague o darle a beber un poco de agua e indicarle que la retenga en la boca hasta que se le indique que la trague.
• Se introduce la sonda por lo menos hasta la marca de 50 cm.
• Para confirmar que la sonda está en el estómago se aspira con una jeringa de 50 cc. el contenido gástrico o se inyectan 20cc. de aire auscultando con el Fonendo

el estómago del paciente. Si la sonda está bien colocada se ausculta un ruido de borboteo a medida que el aire sale por la sonda. Si no se ausculta nada hay que retirar la sonda e introducirla nuevamente.
• Una vez comprobado que la sonda está en el estómago, inflar lentamente el balón gástrico con 50 – 100 cc. de aire. Si el paciente se queja de dolor no seguir inflando, eso podría indicar que el balón se encuentra a nivel del esófago, en caso de ser así, desinflar e introducir la sonda 10cm. más, y repetir la inyección de aire.
•Se infla por completo el balón gástrico, (250-350cc) y se pinza.
• Se tira de la sonda hasta sentir resistencia, lo que indica que el balón gástrico está a nivel de la unión gastroesofágica.
• Se mantiene la tensión mediante la fijación de la sonda con un cuadro de esponja a su salida del orificio nasal, o ejerciendo una tensión suave por medio de una cuerda y un peso de 0,5 a 1 Kgr.
• Marcar la longitud de la sonda a la salida del orificio nasal con esparadrapo, mantener esa longitud.
• Radiografía de abdomen para verificar que el balón gástrico está en el estómago.
• Lavado gástrico. Si no hay datos de sangrado activo, el balón esofágico puede permanecer desinflado.
• Si el sangrado persiste, inflar el balón esofágico hasta una presión de 35 a 45 mmHg (50ml de aire). Comprobar la presión con un manómetro y pinzar.
• Verificar que el paciente no se queje de dolor retroesternal esto ocurre si la presión del balón es alta.
• Conectar la sonda a bolsa o aspiración según indicación.
• Retirar el material utilizado.
• Quitarse los guantes, bata y mascarilla.
• Acomodar al paciente.
• Lavarse las manos.

Anotaciones y registro:
• Anotar la fecha y hora, nº de sonda y presión de ambos balones.
• Si la tracción se ha hecho con peso, anotar la cantidad de peso que se le ha puesto.
• Si el enfermo ha necesitado sedación por prescripción médica, anotar el tipo y cantidad de sedación.
• Anotar si hubo alguna complicación antes, durante o después de la colocación de la sonda.

Cuidados post-procedimiento:
• Colocar al paciente en posición semisentada.

• Control estricto del paciente mientras tenga colocada la sonda.
• Control de los signos vitales.
• Vigilar estrechamente el mantenimiento de la tracción de la sonda, fugas de balón y desplazamiento.
• Realizar lavados gástricos con la frecuencia que sea necesaria.
• Comprobar periódicamente la presión de los balones y la situación del punto de marcado a la salida del orificio nasal.
• Aspirar secreciones si las hubiera.
• Mantener la presión 72 horas como máximo.
• Se debe desinflar el balón esofágico 30 minutos cada 12 horas para evitar la necrosis de la mucosa esofágica.
• Si hay control de la hemorragia, a las 24 horas se desinfla el balón esofágico y se suelta la tracción y si a las 36 – 48 horas no hay sangrado se desinfla el balón gástrico sin retirar la sonda.
• Si no hay sangrado en las siguientes 24 horas se retira la sonda.

Observaciones:
• Los balones se insuflan con aire, nunca se debe utilizar agua ni otra solución, ya que el peso deforma el balón y la tracción no se produce de manera uniforme en las varices que convergen en esta región.
• Tener en cuenta que en ocasiones se puede provocar nuevamente sangrado durante la maniobra de retirada de la sonda.
• Si accidentalmente el balón se desplaza de su lugar cuando está insuflado, se debe actuar rápidamente cortando la sonda para evitar problemas de asfixia u otra complicación.
• La orden de retirada de la sonda debe darla el médico.
• Las complicaciones que se pueden derivar de la colocación de la sonda de S.B. son:
- Dolor torácico
- Obstrucción de la vía aérea
- Dificultad para su inserción
- Difícil control del sangrado
- Neumonía por aspiración
- Rotura esofágica
- Mediastinitis
- Necrosis o erosión esofágica.

5 Discusión-Conclusión

Adiestrar al personal mediante protocolos actualizados, optimiza que dicha técnica que en ocasiones resulta de urgencia vital, se realice de la manera más eficaz y menos traumática y de igual manera se obtengan los mejores resultados posibles.

6 Bibliografía

1. Irwin y Rippe´s. Medicina Intensiva. Ed.Marban. Libros. S.L. Edición: 2006
2.Guía: tipos y cuidados de sondas. http://www.urgenciauc.com/duoc/EMS3100_Tipos_y_cuidados_de_sondas.pdf
3.Protocolos. http://www.prous.com/digest/protocolos/view_protocolo.asp?id_protocolo=18
4. Protocolo de colocación y cuidados de la sonda de Sengstaken-Blakemore. UCI del Hospital Infanta Cristina de Badajoz. Gerencia del Area de Salud de Badajoz. Junta de Extremadura.

Capítulo 262

ANALGESIA NO FARMACOLÓGICA EN NEONATOLOGÍA

LUCIA FEITO CANO

SUSANA FERNANDEZ

MARIA CAUNEDO JIMENEZ

1 Introducción

El dolor es definido como una experiencia emocional y sensorila desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial. La estandarización del dolor como constante vital integrada en el plan de cuidados de enfermería conciencia a todos los integrantes del proceso asistencial de la necesidad de actuaciones específicas y protocolizadas para paliarlo.

Se denomina analgesia no farmacológica a una serie de medidas profilácticas y complementarias que tienen como objeto la reducción del dolor y que no conllevan la administración de medicación.

2 Objetivos

-Determinar los mejores métodos para evaluar el dolor en neonatología.
-Estudiar las medidas más eficaces de analgesia no farmacológica que se pueden aplicar en neonatos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática sobre parte de la literatura científica existente: búsqueda en libros, así como la consulta en libros en las principales bases de datos: Scielo, Medline y Pubmed. Usando como palabras clave: dolor, analgesia, neonatos, farmacológica.

4 Resultados

La enfermera puede valorar el dolor tras observar diferentes cambios en el neonato a través de los siguientes métodos:
-Físicos: el dolor en el RN puede provocar un aumento del consumo de O2, de la FC, de la FR, de la TA, disminución de oxígeno en sangre, náuseas…
-Conductuales: observación del RN, de su expresión corporal, facial, aumenta el llanto, insomnio y agitación.
-Subjetivos: a través de escalas como EVA y PIPP(Premature infant pain profile).

Los RN ingresados experimentan numerosas manipulaciones y procedimientos dolorosos y estrasantes. Por eso la analgesia no farmacolócica deberá incluir los siguientes cuidados:
-Disminución de ruidos y luminosidad en la unidad.
-Respetar ciclos de vigilia/sueño.
-Reagrupar cuidados.
-Administrar sacarosa antes de cada técnica invasiva.
-Succión no nutritiva.
-Contención del RN y método canguro.
-Músicoterapia y voz suave en su manejo

5 Discusión-Conclusión

Los RN experimentan más dolor que los adultos. Debido a la dificultad a la hora de identificar el dolor que presentan los RN, es fundamental que los profesionales de neonatología estén entrenados en la valoración de éste.

Las medidas de analgesia no farmacológica son sencillas, prácticamente sin costes económicos y con mínimos efectos adversos. Por ello su utilización para disminuir el dolor debería ser una prioridad en los cuidados neonatales.

6 Bibliografía

- Diferentes artículos de las bases de datos Pubmed,Scielo y Medline y el buscador Google Scholar.
- M.Moro, M. Vento- De guardia en neonatología. Panamericana. 3ªEdición.
- Carmen Crespo- Cuidados de enfermería en neonatología. Editorial Síntesis

Capítulo 263

RUIDO EN LAS UNIDADES NEONATALES

LUCIA FEITO CANO

SUSANA FERNANDEZ

MARIA CAUNEDO JIMENEZ

1 Introducción

Los lactantes en la UCIN están expuestos a estrés. Aquí se engloban los ruidos de alta intensidad. Por regla general el ambiente en la UCIN es más fuerte que en la mayoría de los hogares y/u oficinas teniendo ruidos molestos de corta duración y a intervalos regulares. Estos ruidos pueden llegar a 120 dB, lo que sobrepasa con mucho los valores normales (60dB durante el día y 35 dB durante la noche) que recomienda la Academia Americana de Pediatría (AAP).

2 Objetivos

- Identificar medidas para disminuir el ruido en las UCIN y mentalizar al personal del cumplimiento de dichas medidas para contribuir al confort de los RN.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El ruido en la UCIN se produce tanto por los equipos médicos como por la conversación del personal que trabaja en la unidad. Esto tiene repercusión en la agudeza auditiva de los RN, especialmente de los prematuros, ya que el ruido daña las células ciliadas del oído interno y el nervio auditivo.

El ruido también afecta al personal de la UCIN, ya que un alto nivel de ruido se asocia con un aumento de errores y accidentes y un rendimiento del personal más bajo, disminuyendo la capacidad de concentración de los trabajadores. Para paliar el ruido producido en las técnicas diarias de la UCIN, los profesionales sanitarios deberíamos de cambiar varias conductas: llevar medidores de ruido, hablar con tonos más bajos, manipular los objetos con cuidado, no colocar objetos encima de las incubadoras, bajar el volumen del teléfono, etc. Otra opción podría ser colocar protección auditiva a los RN en los turnos más ruidosos.

5 Discusión-Conclusión

Es responsabilidad de la gestión hospitalaria y del propio equipo de salud adoptar las recomendaciones anteriormente indicadas para disminuir el ruido en la UCIN en beneficio de la salud neonatal y de los propios profesionales.

6 Bibliografía

- Cloherty y Stark. Manual de neonatología.
- Basso. Neurodesarrollo en neonatogía.

Capítulo 264

TRATAMIENTO DE CÁMARA HIPERBÁRICA EN EL PIE DIABÉTICO.

SILVIA NÚÑEZ GONZÁLEZ

CARLA DEL LLANO GONZALEZ

LETICIA GONZÁLEZ MENÉNDEZ

ROCIO FERNÁNDEZ CASTAÑO

MARIA FERNÁNDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El síndrome del pie diabético es una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática inducida por la hiperglucemia mantenida y en la que se produce ulceración del pie con o sin la existencia de isquemia.
Se considera que, al menos un 15% de diabéticos desarrollará una úlcera a lo largo de su vida y un 25% presentará alteraciones en los pies.

Una vez que la úlcera esté presente debe tratarse adecuadamente con los métodos disponibles.
Uno de los últimos medios disponibles es la terapia hiperbárica, una modalidad de terapia en la que el paciente se induce en una cámara donde se incrementa la presión y respira oxígeno a una presión superior a la atmosférica y eso facilitará el proceso de cicatrización.

El objetivo de este trabajo consiste en una revisión bibliográfica por distintas bases donde el resultado los resultados obtenidos del análisis de los artículos ponen de manifiesto los beneficios del uso de la cámara hiperbárica en el pie diabético.

La oxigenación hiperbárica (OHB) es un tipo de tratamiento, en el cual, se obtienen elevadas presiones parciales de oxígeno en el organismo, sobre la base de respirar oxigeno puro en el interior de una cámara hiperbárica, a una presión superior a la presión atmosférica normal.

Cuando se administra oxígeno puro en un medio Hiperbárico, ya sea en cámara hiperbárica monoplaza o multiplaza, se produce un aumento proporcional de la presión arterial de oxigeno, que puede sobrepasar los 2000 mm. De Hg, a una presión ambiental de 3 ATA (ATA = Atmosfera Absoluta.)

La hemoglobina alcanza pronto su estado de saturación (100 por ciento) y el oxigeno debido a la mayor presión se disuelve en el plasma en una cantidad 20 veces mayor que la normal, permitiendo transportar hasta de 5 ml mas de O2 cada 100ml. de plasma.

El transporte plasmático de O2 es independiente del contenido de O2 de la hemoglobina saturada, la nueva condición sanguínea se caracteriza por contener mayor cantidad de O2 y a una presión parcial de O2 muy superior a la alcanzada en condiciones normales, este modo permite al O2 difundir a distancias 5 veces mayores desde los capilares a los tejidos (de 64 micras a 260 micras), generando mayores presiones titulares de oxigeno, útil especialmente en zonas de hipoxia tisular (presiones de O2 bajo 30 mm Hg).

En general, en casi todas las enfermedades, se produce un fenómeno de hipoxia tisular general y/o local, por lo cual, el aporte adicional de oxigeno a expensas del volumen transportado por el plasma y la mayor presión, proporciona un efecto terapéutico muy beneficioso a diversas enfermedades.

La diabetes Mellitus es la enfermedad metabólica crónica más frecuentes, que se caracteriza por niveles de glucosa elevados en sangre ocasionados por la deficiencia total o parcial de insulina o por la resistencia celular a la misma, afectando a un 10-15% de la población general. Además, la prevalencia de dicha enfermedad está aumentando de forma muy significativa en los últimos años por el cambio de hábitos dietéticos, la inactividad física y la obesidad. Los índices en el año 2014 era de 422 millones, y según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima

causa de mortalidad en 2030.

La Diabetes Mellitus, además de producir hiperglucemia, produce alteraciones en el metabolismo de los lípidos y proteínas, causando a largo plazo importantes alteraciones neuropáticas, macrovasculares y microvasculares.
Podemos entender el síndrome de pie diabético como alteración clínica de base etiopatogénica neuropática inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.

Si usamos la definición de la OMS para el pie diabético diremos que "es una infección, ulceración y destrucción de los tejidos profundos de la extremidad, asociada a alteraciones neurológicas y diversos grados de enfermedad vascular periférica, resultado de la disminución neuropática sensitiva, motora y autonómica, la macro y microangiopatía, y la artropatía con la consecuente limitación en la movilidad articular, deformidades o pie de Charcot, con aparición de sitios de presión anormal asociados con factores extrínsecos y visuales, inmunitarios o traumáticos, que culminarán en la aparición de pie diabético complicado".

En cuanto al perfil de pacientes con pie diabético podemos decir, según estudios, que no existe relación ni variación en cuanto al sexo, aunque otros autores sostienen que es más prevalente en hombres. Respecto a la edad, es más probable desarrollar este tipo de afectación a partir de los 60 años. Según algunos estudios, la raza hace que los blancos tengan más predisposición a desarrollar úlceras. El haber padecido previamente úlceras en los pies aumenta el riesgo de volver a desarrollarlas. Todas estas características unidas a los factores predisponentes que se explican más abajo constituyen el perfil típico de paciente con riesgo de desarrollar úlceras en el pie.

El proceso de curación de las heridas en la diabetes está influido tanto por aspectos extrínsecos como intrínsecos. Entre los factores extrínsecos podemos encontrar el estrés mecánico que unido a la neuropatía periférica llevan a una isquemia resultando las complicaciones micro y macrovasculares. Por otro lado se atribuye un peso importante a los factores intrínsecos en el proceso de cicatrización del pie.

Entre ellos podemos encontrar la hiperglucemia que, según parece, afecta al proceso de curación. Otro aspecto intrínseco que afecta es la elevación en los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c), que indudablemente, están relacionados con la hiperglucemia. Se considera que es una de las causas más frecuentes para la

solicitud de asistencia sanitaria, sobre todo la presencia de úlceras. Si asociamos la infección a una isquemia obtenemos la causa más frecuente de amputación con el consiguiente aumento de ingreso hospitalario y disminución en la calidad de vida.

2 Objetivos

Objetivos generales
- Conocer las evidencias científicas más recientes para intervenciones de cuidados y prevención del pie diabético concretamente con la oxigenación hiperbárica.

Objetivos específicos
- Conocer en qué consiste el pie diabético.
- Conocer los instrumentos para identifica personas de riesgo.
- Conocer la epidemiología y los signos y síntomas del pie diabético.
- Conocer métodos de prevención del pie diabético.

3 Metodología

El objetivo de esta revisión bibliográfica es explorar la literatura y obtener las mejores evidencias posibles para conocer si la oxigenoterapia hiperbárica es un buen tratamiento para curar las úlceras en los pacientes diabéticos. Para ello se realiza una búsqueda bibliográfica que nos permite acceder a los artículos que aborden el tema de la oxigenoterapia hiperbárica.
Las bases de datos consultados para obtener revisiones sobre el tema son las siguientes:
- Biblioteca Cochrane Plus: es una de las principales fuentes de evidencia científica que existe en lengua española e inglesa. Las revisiones de la biblioteca Cochrane se basan en ensayos clínicos controlados y son altamente estructurados y sistematizados.
- Dialnet: es uno de los mayores portales bibliográficos del mundo, cuyo principal cometido es dar mayor visibilidad a la literatura científica hispana.
- Medline: es un servicio de información en línea provisto por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.
- Scopus: es una base de datos bibliográficos de resúmenes y citas de artículos de revistas científicas.

Como criterios de exclusión se han obviado las siguientes características:

- Idioma diferente al castellano.
- Artículos que no presentaran conclusiones o evidencia óptima.
- Artículos que no estuvieran completos.
- Artículos en los que no se especificase los efectos de la OHB.

Como criterios de inclusión se han introducido las siguientes características:
- Artículos centrados en los beneficios de la OHB.
- Artículos centrados en la Diabetes Mellitus.
- Artículos en castellano.
- Artículos centrados en el pie diabético.

4 Resultados

1º Fundamento
Todas las heridas tienen un centro hipóxico de tamaño variable.
El mecanismo por el cual las heridas se curan, es oxígeno dependiente.
En heridas que sanan normalmente el promedio de PO2 es mayor de 40 mmHg.
La hipoxia alrededor de la úlcera altera la respuesta local a la infección y alteran los procesos regenerativos de tejidos locales. Cuando el promedio de PO2 es menor de 40 mmHg, la curación de la herida está alterada.
El retraso de la cicatrización en el paciente portador de un pie diabético es producto de:
- La alteración del transporte de oxígeno debido a la glicolización de la membrana del glóbulo rojo y sus efectos reológicos con el aumento de dificultad para deformarse y llegar a algunos microcapilares.
- La hipoxia por la mayor afinidad de la hemoglobina glicosilada que hace que se disponga menos oxígeno en la zona lesionada.
- La disminución de la síntesis de colágeno dado que para la hidroxilación de prolina y lisina; y para el cross-linking de las fibras de colágeno en necesaria la presencia de oxígeno molecular.
- La alteración de los factores de crecimiento tisulares en la herida.
- La alteración del metabolismo lipídico.
- La disminución de insulina necesaria para estimular la síntesis proteica.
- La mayor tendencia de las plaquetas a agregarse con la consiguiente disminución del factor de crecimiento plaquetario.
En lo referente a una pobre respuesta a la infección: La baja presión parcial de oxígeno en la herida dificulta la lisis de las bacterias por parte de las PMN.

La menor disponibilidad de oxigeno tisular dificulta el mecanismo de fagocitosis en los PMN, originando una pobre respuesta a la infección. Estudios in vitro han demostrado que los neutrófilos de los diabéticos tienen una menor capacidad de fagocitosis. Por estos mecanismos los tejidos permanecen con un nivel energético muy bajo. Para poder captar más oxigeno de la sangre en el estado de hipoxia tisular las reacciones adaptativas del sistema de microcirculación llevan a una prolongación del contacto de la sangre con los tejidos.
En el paciente diabético, la alta viscosidad sanguínea, el aumento de agregación de las plaquetas, la alta osmolaridad, el aumento de las catecolaminas, la marcada tendencia a la hipercoagulación aumenta la probabilidad de injuria tisular y produce los siguientes efectos:
- Aumento de la trombosis y la necrosis con úlceras que no cierran.
- Incremento de las presiones microvasculares lleva a la esclerosis microvascular.
- Engrosamiento de la membrana basal.
- Incremento de la matriz extracelular como barrera de difusión.
- Incremento de la fragilidad capilar.
- Fallo microvascular con pérdida de la respuesta vasodilatadora.
- Pérdida del flujo de reserva
- Retardo de la respuesta hiperémica a la presión y alteración de la respuesta hiperémica a la injuria.

En estas condiciones con la hiperproducción de las catecolaminas, alta osmolaridad de la sangre, alta viscosidad de la sangre, aumentada agregación plaquetaria, tendencia a la hipercoagulación y alta permeabilidad de los capilares con la acidosis tisular, cierran el circulo vicioso de la injuria en los tejidos, y por este mecanismo ante un estrés local predominan la trombosis y la necrosis, mientras los pacientes no diabéticos solamente desarrollan una respuesta inflamatoria. Aún peor, cuando el paciente tiene neuropatía periférica, aparecen las úlceras que no cierran con una atención modelo. Esto fue demostrado por los investigadores de la Universidad de Pennsylvania en los EE.UU. en 2000.
Entre otros efectos secundarios vale mencionar que la hipoxia de páncreas promueve la descompensación de la diabetes, reduciendo la producción de insulina.

2º Beneficios
- Prevención de amputación
- Disminución de los requerimientos de insulina por aumento de la utilización periférica de glucosa.
- Promueve la cicatrización de la lesión.
- Previene necrosis o limita tejidos de mayor lesión.

- Aumenta efecto inmunoestimulador y permite la mejor penetración del antibiótico.

Prevención del pie diabético:
- Revisar los pies diariamente, asegurándose de no tener heridas, ampollas, enrojecimiento, hinchazón o problemas de uñas. Utilizar un espejo de aumento para revisar la planta de los pies.
- Lavarse los pies diariamente con jabón no irritante y agua tibia (32º-35º), secarlos bien sin frotar demasiado. El lavado debe ser corto, para no reblandecer en exceso la piel.
- Si la piel está reseca, en particular los talones, aplicar masaje con lanolina. Nunca se aplicará entre los dedos, por el riesgo de maceración de la piel de esta zona.
- Cortarse las uñas regularmente horizontalmente, después del baño limando los bordes, siguiendo el contorno. Si fueran gruesas, debe hacerlo un podólogo. Es mejor utilizar tijeras de punta roma, o mejor aún una lima. El uso del cortaúñas está desaconsejado.
- Elección adecuada del calzado. Debe utilizarse calzado suave, de puntera ancha y que no apriete. Tampoco debe ser holgado en exceso, para evitar rozaduras. El zapato será de piel. El tacón debe tener una altura no inferior a 2 cm ni superior a 5 cm.
- Revisar el calzado antes de ponérselo buscando arrugas, salientes o clavos.
- No andar nunca descalzo o con calzado abierto, ni siquiera en la playa. La sal y la arena irritan mucho los pies.
- Utilizar calcetines de algodón u otras fibras naturales para calentarlos. No utilizar botellas de agua, braseros, etc. No usar medias apretadas.
- La hiperqueratosis y los callos deben ser tratados por un podólogo. Está desaconsejado el autotratamiento, uso de remedios para callos e hiperqueratosis plantar, cortarse los callos con tijeritas y cuchillas, usar yodo u otros medicamentos irritantes en los pies y utilizar tiritas adhesivas en lesiones de los pies que impidan su visualización. Si puede utilizar almohadillas interdigitales para protección.
- De existir deformidades podálicas, debe consultar al ortopédico. Puede utilizar almohadillas interdigitales de protección.
- Evitar deportes que puedan dañar los pies (taekwondo, alpinismo, vóley playa, etc.)

5 Discusión-Conclusión

La terapia hiperbárica disminuye la hipoxia del tejido de la herida mejorando la perfusión, reduciendo edema, moderando la regulación negativa de las citoquinas inflamatorias, aumenta la promoción de la proliferación de fibroblastos, la producción de colágeno, y la angiogénesis, haciendo que sea un complemento útil en la práctica clínica sobre todo para heridas problemáticas como las úlceras crónica de un pie diabético.
Por tanto, la terapia hiperbárica es un buen tratamiento coadyuvante de la terapia convencional para la cura de las úlceras del pie diabético.

6 Bibliografía

1. González de la Torre Héctor, Mósquera Fernández Abian, Quintana Lorenzo Mª Luana, Perdomo Pérez Estrella, Quintana Montesdeoca Mª del Pino. Clasificaciones de lesiones en pie diabético: Un problema no resuelto. Gerokomos 2012.
2. Luiza Da Silva C, Moleta C, Severo E, da Rocha Gaspar MD, Antunes Cavalheiro M. Características de las lesiones del pie diabético y sus complicaciones. Rev. Rene. 2012.
3. Garza Hernández R, Melendez Mendez C.M, Fang Huerta M.A, Castañeda Hidalgo H, Aguilera Pérez A, Flores Barrios F. Plan de cuidados estandarizado en la atención de los pacientes con pie diabético 2012.
4. Viecceli Donoso Mg, Geralda Rosa E, Lima Borges E, Profile of patients with diabetic foot at a public health center. Journal of Nursing Rev. de Enfermagem July 2013.
5. Tsourdi E, Barthel A, Rietzsch H, Relchel A, Bornstein S.R, Current Aspects in the Pathophysiology and Treatment of Chronic Wounds in Diabetes Mellitus. Biomed Research International 2012.
6. De los Reyes Borrero PJ, Rivera González de Eiris AMª, Maraví Olivan R. Manejo del pie diabético. Rev. Científica Hygia de Enfermería 2012.

Capítulo 265

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

ROCÍO GARCÍA NOVAL

ALEJANDRA MÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Todo plan de cuidados deber ser individualizado mediante la recogida de datos en la valoración de enfermería y así poder decidir que diagnósticos son los que en cada paciente darán lugar a nuestros cuidados.

Las intervenciones enfermeras (NIC en sus siglas en inglés) y la clasificación de resultados de enfermería (NOC), son las más utilizadas por la enfermería española en su práctica diaria junto con los D.E diagnósticos (NANDA). Incluyen toda la gama de intervenciones y resultados de enfermería tanto desde la práctica general como de las especialidades.

2 Objetivos

- Valorar las necesidades individuales del paciente.
- Evaluar los riegos para la salud del paciente.
- Adaptar los cuidados de enfermería en función de los diagnósticos encontrados en la valoración.
- Garantizar la evolución favorable del paciente.
- Elaborar un plan de cuidados individualizado.
- Llevar a cabo las actividades necesarias para garantizar los ojetivos esperados.
- Mejorar la práctica clínica basada en la evidencia cientifica.

3 Caso clínico

El paciente de mi elección es un varón de 32 años, sin antecedentes personales ni familiares conocidos. Ingresa en planta el día 21/01/2020 a las 17.54h procedente de la UCI (previamente trasladado del H. de Jarrio el 19/01/20). El paciente no refiere alergias previas. Enfermedades transmisibles no conocidas. El motivo del ingreso es un politraumatismo tras accidente de tráfico con choque frontal. Llevaba cinturón. No recuerda nada de lo sucedido. No presenta cefalea, ni náuseas ni vómitos.

Exploración física: Hematoma periorbitario izq., taponamientos basales. Edema en labios con hematoma asociado (suturado: 4 puntos). Hematoma en hemitórax izq, que corresponde con cinturón de seguridad y lesión infraclavicular izquierda. MID (miembro inferior derecho) vendado y con férula por fractura de tibia(tercio medio), peroné derecho y fisura del polo inferior de la rótula derecha. Y dos fracturas costales derechas (noveno y décimo arco costal der.). Fuerza, tono y sensibilidad conservada y simétrica en el resto de extremidades.

Pruebas complementarias: TC craneal. Hallazgos compatibles con contusión parenquimatosa focal frontobasal izquierda. HSA (hematoma supraaracnoidal) frontal izquierdo y en cisura interhemisférica anterior. Fx de pared interna de órbita izquierda y Fx de tabique nasal y huesos propios.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión del PAE hemos podido constatar que los planes de cuidados establecidos de forma individualizada y personalizada han sido eficaces. Haciendo una evaluación final del proceso observamos que los resultados buscados a través de las intervenciones son satisfactorios no precisando realizar cambios en la organización del mismo.

El paciente evolucionó favorablemente en cuanto a los diagnósticos de enfermería descritos. El control diario, la observación y la dedicación del personal de enfermería es vital para el buen desarrollo de un plan de cuidados exitoso.

5 Bibliografía

- https://enfermeriaactual.com/

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000300007&script=sci_arttext&tlng=en
- https://www.revistaseden.org/files/rev27_1.pdf#page=30
- Historia Clínica Electrónica a través del programa Millenium(R) (Cerner)
- https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/ini_abm.php

Capítulo 266

VALORACIÓN DE FLEBITIS. ESCALA MADDOX.

MARÍA FIDALGO QUINTELA

JESICA CUERVO BLANCO

1 Introducción

La vía venosa es la administración de sustancias líquidas en una vena a través de un catéter o aguja que se inserta en ella y permite el acceso al torrente sanguíneo. Gran parte de los pacientes hospitalizados tienen accesos venosos periféricos para recibir tratamiento endovenoso.
Destacar la importancia de la elección adecuada del catéter y la zona de inserción:
-Seleccionar los catéteres en función del objetivo y del tiempo de uso previsto.
-El catéter debe ser el de menor calibre y con la longitud más corta necesario para asegurar el tratamiento prescrito.

En personas adultas usar de forma preferente zona de la extremidad superior. Evitar zonas de flexión de la articulación como mano,muñeca o flexura del brazo porque tienen más riesgo de extravasación. Tener presente las características del paciente, el nivel de agitación o el confort del paciente y evitar repetir intentos de punción en una misma zona. Para elegir de forma correcta el catéter venoso se tendrá en cuenta también el tipo de tratamiento pautado. Los catéteres cortos son adecuados para tratamientos de corta duración (hasta 6 días) y para administrar fluidos, hemoderivados, sangre y fármacos de baja osmolaridad. Cuando la duracion del tratamiento intravenoso se prevea superior a los 6 días utilizar un catéter de media longitud o un catéter central de inserción periférica.

En las Conclusiones obtenidas en la Conferencia de Consenso sobre infecciones por catéter. (Sociedad
Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias -SEIMC-SEMICYUC- Toledo 2002) flebitis quedaba defina como:"Induración o eritema con calor y dolor en el punto de entrada y/o en el trayecto del cateter".
En función de la etiología se distinguen 3 tipos de flebitis:
-Mecánica: relacionada con ubicación, técnica de inserción y calibre del catéter.
-Química: es el tipo de flebitis más frecuente. Es una respuesta irritativa e inflamatoria de la íntima de la vena a la administración de ciertas soluciones o medicaciones químicas. Las soluciones con más concentración y más ácidas son las más lesivas. El material del catéter, la velocidad de la infusión o el tiempo que lleva el catéter puesto son algunos factores que contribuyen al riesgo de este tipo de flebitis.
-Infecciosa: aparece una inflamación de la íntima de la vena asociada a una infección bacteriana. Es poco frecuente pero puede llegar a ser grave y llevar a complicaciones sistémicas (bacteriemia por catéter). Puede estar provocada por: lavado de manos inadecuado, duración de terapia, fijación del catéter inadecuada, excesiva manipulación del equipo de infusión, asepsia incorrecta.

2 Objetivos

- Aportar al personal sanitario conocimientos para prevenir la flebitis y cuando se presente actuar en función del grado de flebitis.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es muy importante observar de forma sistemática los cateteres venosos insertados en pacientes y asi poder detectar de forma temprana cualquier alteración. La escala de valoración visual de la flebitis ayuda en la práctica clínica a reconocer los diferentes grados de flebitis y seguir unas recomendaciones. Existen diferentes escalas para valorar de una forma visual la flebitis, siendo la más habitual la escala Maddox.

Escala maddox:
-Sin dolor, eritema, hinchazón ni cordón palpable.
0. NO signos de flebitis. Observe punto de inserción.
-Dolor sin eritema, hinchazón ni cordón palpable en el punto de inserción.
1. Posible signo de flebitis. Observe punto de inserción.
-Dolor con eritema y/o hinchazón sin cordón palpable.
2. Inicio de flebitis. Retire el catéter.
-Dolor,eritema,hinchazón,endurecimiento o cordón venoso palpable menor a 6 cm por encima del sitio de inserción.
3. Etapa media de flebitis. Retirar catéter y valorar tratamiento.
-Dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable mayor a 6 cm por encima del sitio de inserción.
4. Avanzado estado de flebitis. Retirar catéter y valorar tratamiento.
-Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión.
5. Tromboflebitis. Retirar cateter e iniciar tratamiento.

En caso de que el personal de enfermería detecte flebitis debe interrumpir la administración del fármaco de forma inmediata y retirar el catéter. Si hay que continuar con el tratamiento se canalizará de forma preferible una vía venosa en la extremidad contrario y se deberá cambiar el equipo de infusión.

5 Discusión-Conclusión

Queda constatada la importancia del conocimiento del personal de enfermería en el manejo y cuidados del catéter venoso y saber actuar en caso de flebitis.

6 Bibliografía

-Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Proyecto Piloto Multicéntrico. Estrategia Multifactorial "Flebitis Zero". 2015.
-Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias -SEIMC-SEMICYUC- Toledo 2002.

Capítulo 267

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA.

VANESA LLANOS GARCIA

LORENA BOBES FERNÁNDEZ

ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

España es uno de los países que goza de una mayor esperanza de vida en el mundo, siendo mayor en las mujeres (85 años) que en los hombres (79 años). El aumento de la esperanza de vida está provocando un acelerado ritmo de envejecimiento de la población. Según el informe publicado por el Instituto de mayores y Servicios Sociales(IMSERSO) "en España, las proyecciones de población apuntan a que, en las próximas décadas, la población de 65 años y más seguirá aumentando. En el año 2050 habrá algo más de 15 millones de mayores, casi el doble que en la actualidad y representarán más de un tercio del total de la población española ".

La OMS define caídas como" acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga". Las caídas se constituyen como de las causas de morbi-mortalidad más importante en las personas ancianas. Las consecuencias de las caídas pueden ser muy diversas, destacando las fracturas de cadera y el síndrome post- caída.

El concepto fractura de cadera es muy amplio, abarca las fracturas óseas que se producen en el extremo próxima del fémur. Podemos clasificar las fracturas de cadera en función del lugar anatómico dónde se produzca la fractura:
• Fractura capital: rotura de la propia cabeza femoral. No son frecuentes ya que la rotura se produce por un golpe de alto impacto, y se producen sobretodo en personas jóvenes.
• Fractura cervical: rotura del cuello del fémur en diferentes localizaciones (subcapital, transcervical y cervicotrocantérica). Son muy habituales en personas mayores y se producen por caídas de bajo impacto o por fractura de hueso osteoporótico seguido de caída.
• Fractura intertrocantérea o pertrocantérea: rotura del macizo femoral por la cresta intertrocantérea. Al igual que las anteriores, se producen con frecuencia en ancianos por causas similares.
• Fractura subtrocantérea: rotura situada entre los trocánteres y la diáfisis femoral. Se producen por traumatismos de alta energía, generalmente en jóvenes.
• Fractura trocantérea: en este caso, se produce una fractura aislada en alguno de los trocánteres. Ocasionada por impactos de alta energía en la población joven.
Es importante conocer el tipo de fractura ya que tanto el tratamiento como la rehabilitación y las complicaciones dependerán de ello, además de su localización se debería conocer el grado de desplazamiento, la dirección del trazo de fractura, su grado de estabilidad…

La articulación de la cadera es una diartrosis (articulación sinovial) de tipo enartrosis o esferoidea que tiene tres grados de libertad. Está formada por la cabeza del fémur y la cavidad cotiliodea o acetábulo del hueso pélvico. A su vez, se encuentra recubierta por una cápsula articular ,por tres ligamentos que fijan el cuello femoral al rodete acetabular y por más de 20 músculos que permiten a esta articulación los movimientos de flexo-extensión, abducción-aducción y rotaciones internas-externas.
Son dos las principales causas de fractura de cadera:
1. la osteoporosis: es un trastorno esquelético que se caracteriza por un adelgazamiento del hueso (pérdida de masa ósea) que se acompaña de la microarquitectura del tejido óseo que compromete su resistencia y provoca un aumento del riesgo de fracturas. Los huesos más afectados por esta enfermedad son la columna vertebral y la cadera. La osteoporosis es un problema de salud pública que provoca repercusiones sociales, sanitarias y económicas ;pero sobre todo provoca dolor, limitación funcional y disminución de la calidad de vida en las personas afectadas por la osteoporosis. Se trata de una enfermedad silente ya que no provoca síntomas, por lo que es importante conocer sus factores de riesgo: an-

tecedentes familiares, la aparición temprana de la menopausia, vida sedentaria, escaso consumo de alimentos ricos en calcio, tabaco, consumo de alcohol, mujeres nulíparas y determinados fármacos (anticonvulsionantes, los corticoides y las hormonas tiroideas).
2. las caídas: pueden estar causadas por factores intrínsecos (alteraciones fisiológicas debidas a la edad) o por factores extrínsecos (condiciones del entorno del anciano). Dentro de los factores extrínsecos ha de tenerse en cuenta dónde se encuentra su residencia, ya que se ha comprobado que los ancianos institucionalizados son mucho más propensos a sufrir caídas que los ancianos que viven en su propio domicilio o con familiares.
La fractura de cadera ocurre normalmente en personas ancianas, sobre todo en ancianos frágiles como consecuencia de una simple caída desde su propia altura. Son las mujeres las que más se ven afectadas por esta patología.

Se estima que un 10% de los pacientes ancianos intervenidos quirúrgicamente tras una fractura de cadera no recupera su nivel de movilidad anterior. Otro porcentaje importante de estos ancianos sometidos a una intervención quirúrgica para solucionar la fractura de cadera desarrollará úlceras por presión o tromboembolismo pulmonar. Todo esto contribuye a hacer a estos pacientes más dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, provocando en muchas ocasiones su institucionalización.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Describir las fracturas de cadera en el anciano destacando la importancia de Enfermería dentro del equipo multidisciplinar en los cuidados de este tipo de pacientes.

Objetivos específicos:
- Conocer las principales causas que provocan la fractura de cadera en el anciano.
- Identificar las fracturas de cadera, sus tipos y sus consecuencias.
- Destacar el importante papel que desempeña enfermería tanto en las unidades de hospitalización como durante la atención domiciliaria postoperatoria.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura en Google académico, PuMed, SciELO, Cochrane y Cuiden. Además se consultaron diversas páginas web (como la de la Organización Mundial de la Salud y la del Instituto de Mayores y Servicios Sociales y la de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología).
En esta revisión se han usado las siguientes palabras clave:"fractura de cadera", "anciano", "artroplastia de cadera" y "caídas en anciano". Se han usado los siguientes operadores boleados "AND" y "OR".
En cuanto a los limitadores marcados, se han usado los siguientes: limitador temporal(documentos publicados en los últimos 10 años); limitador idiomático(documentos en castellano o inglés) y la disponibilidad de obtener los textos completos de manera gratuita.
Quedan excluidas publicaciones en lenguaje diferente al castellano y/o inglés, artículos sin acceso al texto completo o con información incompleta, fecha de publicación anterior a 2009.
Quedan incluidos artículos catalogados como revisiones bibliográficas, estudios de investigación, obtención de texto completo publicados en los últimos 10 años(2009-2019).

4 Resultados

Una vez que la fractura de cadera ya se ha confirmado, enfermería actuará dentro del equipo multidisciplinar en el estudio preanestésico, en la recepción en la planta de hospitalización, en el tratamiento quirúrgico y en todo el proceso postquirúrgico tanto en el propio hospital como en centro de salud.

Valoración: enfermería ha de valorar la lesión y realizar una anamnesis que incluya los datos personales del paciente, el "cómo", "dónde", cuándo" y "por qué" de la posible fractura, información sobre las enfermedades que padece y de la medicación que toma; datos que pueden aportar el paciente, los testigos y/o la persona que lo acompañe. Han de registrarse también los datos recogidos en la exploración física (cardiovasculares, neurológicos, osteoarticulares y de los órganos de los sentidos) así como las condiciones físicas y cognitivas del paciente a su llegada. Si la fractura es con desplazamiento el paciente presentará dolor en la región inguinal de forma espontánea o al moverlo, acortamiento de la extremidad inferior afectada que se presenta en rotación externa e incapacidad para la marcha. Si la fractura es sin desplazar el paciente puede caminar con dificultad.

Además enfermería realizará la administración de la analgesia prescrita por un facultativo, controlará las constantes vitales (la saturación de oxígeno, la temperatura corporal, la tensión arterial, el pulso y la glucemia) Sería recomendable que se realizase una valoración del nivel cognitivo, del nivel de dependencia (Índice de Barthel), nutricional y del estado emocional (Cuestionario de Yesavage). Así mismo evaluará el riesgo de desarrollo de úlceras por presión (Escala de Norton) para determinar si es necesario usar protecciones en talones y sacro.
Diagnóstico: Se realizaran radiografías, una en proyección anteroposterior y otra axial. Sería posible la realización de un TAC, en casos de duda. Enfermería debe canalizar una vía en el brazo contrario de la fractura (para que a la hora de la cirugía la posición del paciente anciano no incomode), debe extraer sangre para las analíticas (preoperatorio), pruebas transfusionales o reserva de hemoderivados y administrar los fármacos analgésicos pautados. El control del dolor y de la ansiedad del paciente, su nivel de comodidad y el estado de la piel también son parte de la valoración por parte de enfermería de manera individualizada, sin olvidar a la familia del paciente. Mostrará empatía,resolverá dudas y entregará el Consentimiento Informado para la intervención y anestesia.

Planta de hospitalización: recepción y preparación preoperatoria: enfermería debe comprobar la identificación del paciente y asegurarse que el paciente está en ayunas desde la noche anterior. Se debe comprobar que el anciano se ha retirado las prótesis auditivas y/o bucales en el caso de que las usara. Enfermería realizará las siguientes actividades:
-Profilaxis antibiótica para disminuir el riesgo de infección de la herida quirúrgica y de otras posibles infecciones. Será administrado en una única dosis.
-Profilaxis tromboembólica. A los pacientes se les administrará heparina de bajo peso molecular subcutánea con una dosis según sus características. En aquellos ancianos con tratamiento antitrombótico se tendrá en cuenta la suspensión de dicha tratamiento, valorando posibles riesgos de tromboembolismo y hemorragia.
- Transfusión de hemoderivados y balance electrolítico.
Tratamiento quirúrgico: es necesario saber el tipo de fractura de cadera que presenta el paciente, ya que el tratamiento y la posterior evolución postoperatoria será diferente. Las fracturas de cadera más frecuentes en la población de ancianos son la fractura capital y la fractura intertrocantérea o pertrocantérea.

Cuidados postoperatorios de la fractura de cadera: para ayudar al paciente a la recuperación tanto física como psíquica después de la intervención quirúrgica y prevenir complicaciones. El postoperatorio se divide en:

- Inmediato: donde los cuidados se realizan en la Unidad de Reanimación Post-Anestésica (URPA) con un protocolo específico.
- A corto plazo: los cuidados son llevados a cabo en la unidad de hospitalización.
- A largo plazo: la atención sanitaria se lleva a cabo en el domicilio del paciente.

Tanto en el postoperatorio inmediato como en el postoperatorio a corto plazo enfermería deberá realizar las siguientes actividades:

- Confirmar la identidad.
- Acompañar al paciente Y procurar su intimidad.
- Prevenir complicaciones postoperatorias como el tromboembolismo, la neumonía, la arritmia, la insuficiencia cardiaca, las úlceras por presión y las infecciones urinarias, entre otras.
- Informar al paciente de los cuidados para disminuir su ansiedad.
- Realizar el control del nivel de conciencia ya que entre el 15% y el 30% de los pacientes ancianos recién operados desarrollan un síndrome confusional. Éste está causado, entre otros, por los efectos de los anestésicos, el dolor, las alteraciones en la oxigenación y los electrolitos.
- Revisar la función respiratoria.
- Controlar la función hemodinámica.
- Control del dolor.
- Valorar y registrar la permeabilidad y la fijación de los drenajes y los catéteres.
- Monitorizar las constantes vitales.
- Realizar los cuidados de la herida quirúrgica, comprobando que no hay signos de sangrado ni de infección. No se levantará el apósito durante las primeras 24-48 horas.
- Se ha de vigilar la coloración de la piel y las mucosas.
- Debido a la administración de la anestesia, el paciente puede encontrarse nauseoso y con vómitos. Controlar la eliminación intestinal por el riesgo de estreñimiento.
- Los días posteriores a la intervención quirúrgica, se debe comenzar con una movilización precoz.

En el postoperatorio tardio: enfermería debe educar al anciano y a sus familias dándole una serie de normas y recomendaciones para la mejora de los movimientos de la cadera que ha sido operada así como el incremento de la fuerza muscular para que el anciano recupere su independencia.

Complicaciones

La incidencia de aparición de complicaciones es muy alta en estos pacientes sometidos a cirugía tras fractura de cadera, destacando las siguientes:

- Infección: habitual muchas veces obliga a reintervenir (la profilaxis antibiótica ha disminuido las infecciones)
-Tromboembolismo: Para evitarlo se deberá administrar terapia anticoagulante y asegurarse de que lleva medias de compresión.
-Úlceras por decúbito o por presión (UPP): Habrá que aliviar la presión (cambios posturales), mantener un buen aporte hídrico y nutricional para favorecer la cicatrización, manejar el dolor y por último y no menos importante la educación para la salud para su prevención.
-Confusión mental.
-Estreñimiento:con una movilización precoz, una dieta rica en fibra y la ayuda de laxantes se podrá evitar.
-Muerte.

5 Discusión-Conclusión

-Las fracturas de cadera son una de las patologías que provocan más ingresos hospitalarios en ancianos, van en aumento debido al envejecimiento poblacional.
-Las causas principales de la fractura de cadera son la osteoporosis y las caídas. Los suplementos de calcio y vitamina D ayudan a prevenir la osteoporosis. El ejercicio físico, tratar el déficit visual, los riesgos de la vivienda, etc. podrían prevenir las caídas.
- La intervención quirúrgica temprana es el mejor tratamiento para la fractura de cadera, mejorando la recuperación física y psíquica del paciente.
-La labor de enfermería en los cuidados de los ancianos con fractura de cadera es de suma importancia para lograr la recuperación del anciano y evitar complicaciones.

6 Bibliografía

1. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. [Publicación en Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2012 (acceso 2 de febrero de 2020). Disponible en: http://apps.who.int/iris/
bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf?ua=1
2. Informe 2012. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. [Publicación en Internet]. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2014. (acceso 2 de febrero de 2020). Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/

documentacion/publicaciones/colecciones/informaci on_publicacion/ index.htm?id=1916
3. Nota descriptiva N.° 344. Caídas [Recurso en Internet] Organización Mundial de la Salud (OMS). 2012 (acceso 2 de febrero de 2020). Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/
4. Padilla Gutiérrez R. Clasificación de las fracturas de cadera. Ortho-tips [Publicación en Internet]. 2012; 8(3): 140-149. (acceso 3 de febrero de 2020). Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2012/
ot123d.pdf
5. Delgado Morales JC, García Estiven, Vázquez Castillo, Campbell Miñoso M. Osteoporosis, caídas y fractura de cadera. Tres eventos de repercusión en el anciano. 35 Revista Cubana de Reumatología [Revista en Internet] 2013; 15(1): 41-46 (acceso 2 de febrero de 2020). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4940441
6. Guía de la buena práctica clínica en Geriatría. Osteoporosis. [Publicación en Internet]. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2004 (acceso 2 de febrero de 2020). Disponible en: https://www.segg.es/
download.asp?file=media/descargas/guiaOsteoporosis.pdf
7. Portal de Salud. Fractura de cadera. [Recurso en Internet]. Instituto Gerontológico (s.f) (acceso 2 de abril de 2020). http:// www.igerontologico.com/salud/traumatologia-
salud/fractura- cadera-6500.htm

Capítulo 268

VALORACIÓN DEL DOLOR DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERÍA.

SILVIA ZAPICO GUTIERREZ

ALEJANDRA GARCÍA MÉNDEZ

1 Introducción

El dolor es una experiencia emocional, subjetiva, y compleja con repercusión física, psicológica, social y laboral. Afecta a la calidad de vida. Genera costes económicos relacionados con la cronicidad y discapacidad que produce.
Estas definiciones que pueden resultar útiles en el manejo:
- Dolor agudo: duración inferior a 6 meses, se relaciona temporalmente con una lesión y desaparece cuando se cura la lesión; es de aparición brusca, con origen conocido, fácil localización del dolor, suele acompañarse de reacción vegetativa (taquicardia, polipnea, sudoración, etc) y ansiedad.
- Dolor crónico: duración mayor de 6 meses o que perdura una vez curada la causa; su inicio puede ser brusco o insidioso, dolor difuso, difícil de localizar con exactitud, puede ser intermitente o persistente; suele acompañarse de síntomas depresivos (irritabilidad, insomnio, aislamiento social,etc.)
- Dolor postoperatorio: aparece como consecuencia del acto quirúrgico también hay que referirse al dolor en el perioperatorio entendido este como aquel dolor presente en un paciente quirúrgico a causa de enfermedad previa, del procedimiento quirúrgico, o de una combinación de ambas.

En la actualidad el dolor, tanto agudo como crónico, ha adquirido una gran relevancia a nivel sanitario y socioeconómico. Es el síntoma que, con mayor frecuencia, lleva a consultar al paciente a su médico de cabecera; aproximadamente dos

de cada tres pacientes lo hacen. A pesar de la disponibilidad de los tratamientos más avanzados, la realidad es que aproximadamente uno de cada cinco adultos europeos sufre dolor de larga duración, según se revela en el estudio Pain in Europe (Dolor en Europa).

La primera norma de la American Pain Society Quality of Care Comittee es reconocer y tratar el dolor lo más rápido posible. El dolor debe ser medido y documentado de forma regular y su intensidad se debe de tratar como un signo vital. Las escalas para la medición del dolor aumenta de forma significativa el grado de cumplimiento de la evolución del dolor y por tanto de su control.

Una adecuada evaluación manejo e interpretación disminuye las complicaciones, la morbilidad colateral e incrementa la calidad y satisfacción del paciente. El dolor agudo predispone la aparición del dolor crónico.

Repercusión en España:

Son escasas las encuestas de salud que incorporan el dolor de manera específica, tal y como ocurre en otros países como Canadá o Estados Unidos. Los datos epidemiológicos disponibles de la primera revisión epidemiológica de dolor crónico no oncológico y de prevalencia muestran que el dolor crónico afecta a 6,10 millones de adultos en España.Representa ser el principal impacto negativo en salud con independencia de la edad y el sexo.

Encuesta Europea de Salud en España 2009

• El 23,4% de la población española de 75 y más años ha sufrido dolor físico severo en el último mes.

• Los trastornos más frecuentes padecidos por la población de 16 y más años en los 12 meses anteriores a la encuesta y diagnosticados por un médico son los dolores lumbares (13,3%) y cervicales (14,2%), las migrañas y dolores de cabeza frecuentes (8,6%).

• El 10,5% de la población española de 16 años y más ha padecido dolor o molestia física en grado severo o extremo durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta. La proporción es mayor en los grupos de edad más avanzada y en las mujeres. Así, en el grupo de 75 años y más alcanza el 23,4% (16,0% en los hombres y 28,3% en las mujeres).

• En cuanto al ambiente laboral, las principales situaciones problemáticas que encuentran las personas en su trabajo son las posturas forzadas o manejo de cargas pesadas (40,9%) y la presión o sobrecarga en el trabajo (39%) Encuesta Nacional de Salud y Bienestar 2010

- El 4,4% y el 49,2% de la población española consume medicamentos de no prescripción médica para aliviar el dolor moderado y medio, respectivamente.
- El 53% de la población española afirma sentirse desprotegido a nivel terapéutico

(de tratamiento).
• El 24% de la población española considera que el dolor es una dificultad para desarrollar las actividades cotidianas del día a día, ya sea a nivel físico como emocional.
• El 41,8% de la población española afirma que el dolor ha sido la causa más frecuente de baja laboral.
• El 38,3% de la población española asegura ir al trabajo a pesar de sufrir dolor. Por otro lado, cuando el dolor no puede atribuirse a ninguna enfermedad o lesión específica, se considera que la causa exacta del mismo es desconocida. En ocasiones podemos identificar claramente el origen del dolor, hecho que nos permite actuar ante él y ponerle freno. Pero a menudo la causa física no está clara y por tanto luchar contra él es mucho más complejo. La valoración debe ir unida a una correcta anamnesis, y debe reevaluarse continuamente. Es importante identificar en qué zona o lugar siente dolor, con el objetivo que pueda comunicárselo a su profesional.

Consecuencias:
Las respuestas psicológicas, hemodinámicas, metabólicas y neuroendocrinas provocadas por un control inadecuado del dolor pueden provocar mayor morbilidad e incluso mortalidad.Puede provocar ansiedad, insomnio, desorientación, agitación,delirio y ser responsable de estados depresivos y de una mayor incidencia de dolor crónico. El estado hiperadrenérgico,consecuencia del dolor, puede producir isquemia miocárdica, disminución del peristaltismo, aumento del catabolismo proteico e inmunodepresión.El dolor no tratado puede ser responsable del aumento de complicaciones pulmonares y de infecciones quirúrgicas. El uso combinado de agentes analgésicos y sedantes disminuye la respuesta de estrés de los pacientes de cuidados intensivos.

Diferentes encuestas muestran que la presencia de dolor en los pacientes es una de las mayores preocupaciones en el ámbito de los Servicios de Medicina Intensiva (SMI),tanto entre el personal, como entre los familiares y entre los propios pacientes ingresados. El control del dolor es uno de los objetivos tradicionales de los cuidados médicos. A pesar del progresivo conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la producción del dolor y de la disponibilidad de fármacos efectivos, el dolor es todavía detectado y tratado inadecuadamente en la mayoría de los pacientes hospitalizados.

Entre el 50 y el 90% de los pacientes ingresados en el hospital refieren haber sufrido dolor durante su estancia hospitalaria. Este problema persiste en los SMI,

donde teóricamente el paciente está más controlado y los problemas que pueden producir los analgésicos potentes pueden ser fácilmente solucionados. Un estudio multicéntrico mostró que entre el 50 y el 65% de los pacientes ingresados en los SMI polivalentes sufrieron dolor,incluso un 15% refirió dolor intenso durante más del 50% de su estancia. Esta alta incidencia se ha corroborado en otros estudios, e incluso en pacientes postquirúrgicos,donde se ha observado que entre el 22 y el 67% de los pacientes refiere dolor intenso durante el primer día del postoperatorio

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión es poner al día los conocimientos actuales en este campo con objeto de facilitar la consecución de un diagnóstico preciso y entender las implicaciones del mismo sobre el tratamiento y el pronóstico de dichos pacientes.

- Identificar qué características personales y ambientales del cuidador favorecen o interfieren la adherencia al tratamiento y dar conocimiento sobre la valoración de los mismos.
- Conocer las respuestas fisiológicas del niño a estímulos dolorosos, manejar y aplicar el método y/o escala de valoración adecuada a en función a la edad.
- Instruir adecuadamente a los profesionales, dar a conocer las distintas escalas de valoración, adecuadas a la edad del paciente y la situación de cada uno de ellos, para utilizar la más adecuada a cada paciente. Debe manejarse estas escalas con soltura y seguridad.
- Mentalizar a todo el equipo multidisciplinar que debe reevaluarse el dolor continuamente (tanto en A.P., como en Urgencias, Servicios postquirúrgicos, sala de Triage e incluso en domicilio…).
- Concienciar al personal sanitario y no sanitario sobre la importancia de la valoración y manejo del dolor de los pacientes durante la hospitalización, a través de cursos formativos periódicos, sesiones clínicas y dentro del Plan de Acogida para el personal de nueva incorporación en las Unidades.
- Los tutores-profesores asociados a la Universidad incluirán las recomendaciones en sus sesiones formativas dirigidas a los estudiantes de Enfermería en cada Unidad. La formación sobre la valoración y manejo del dolor debe estar incluida en el plan de estudios de enfermería y en la formación continuada.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PudMed, Medline, Cuiden, Ibecs, Lilacs, Scielo y Enfispo. El límite temporal fue de 5 años. Se buscaron las palabras clave valoración del dolor, escalas de valoración, dolor pediátrico, riesgo de dolor, importancia de calmar el dolor, en título, abstract y como descriptores. Y se realizó un tipo de estudio descriptivo, revisando los protocolos de enfermería de los Servicios de Cuidados Intensivos y Urgencias Pediátricos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
Cronograma:
- Fase de documentación y planteamiento de objetivos: Enero 2017.
- Fase de recogida de información, fase de campo: Enero 2017.
- Fase de procesamiento de datos y análisis de resultados: Febrero – Marzo 2017.
- Conclusiones y edición del trabajo de investigación: Abril 2018

4 Resultados

El primer paso para el tratamiento del dolor es su detección. La analgesia y sedación deben evaluarse por separado, a pesar de su interdependencia. La principal barrera en la evaluación del dolor es la discrepancia entre lo que valora el personal que atiende al paciente y lo que valora el propio paciente. La mejor forma de evaluar el dolor es preguntar al paciente. El dolor es una sensación subjetiva y, por tanto, las sensaciones referidas por el paciente son la base para tomar decisiones. Existen diferentes factores que pueden modificar la percepción dolorosa del paciente, como la edad, su situación cognitiva y el estado emotivo, las experiencias dolorosas previas y su expectación del dolor. Sin embargo, el evaluador debe conocer que también existen otra serie de barreras para una correcta detección, unas son obvias como la incapacidad de comunicación (inconsciencia, déficit neurológicos, sedación profunda, presencia de tubo orotraqueal, etc.), otras pueden ser no tan notorias como las barreras culturales, religiosas, la propia comprensión del paciente de su sintomatología o la simple deprivación de sueño.
Las escalas ideales de evaluación del dolor deben ser simples, precisas, con mínima variabilidad interpersonal, deben cuantificar el dolor y discernir la respuesta al tratamiento. Estas escalas nos deben servir para comparar diferentes tratamientos. En el ámbito de los SMI podemos encontrar diferentes tipos de pacientes y por tanto las escalas de evaluación deben ser apropiadas para cada uno de ellos. Es necesario concienciar al paciente y a los profesionales implicados en su

cuidado, principalmente al personal de enfermería, de la importancia de la valoración y control del dolor. Se han publicado trabajos que ponen de manifiesto que hasta el 40% de las enfermeras que trabajan en los SMI reconocen no saber valorar el dolor.
La simple distribución, a pie de cama del paciente, de escalas para la medición de dolor aumenta de forma significativa el grado de cumplimiento de la evaluación del dolor y por tanto de su control. La existencia de una escala es más importante que el tipo de escala usada. La educación del personal médico y de enfermería en la evaluación del dolor y el uso de algoritmos para su tratamiento pueden reducir la incidencia de dolor moderado-grave de un 37 a un 13%. s escalas deben ser utilizadas, al menos, cada 4 horas, respetando el sueño, en todos los pacientes ingresados y más frecuentemente en los que refieren dolor, para así poder evaluar la respuesta al tratamiento.

Evaluación del dolor en el paciente consciente y comunicativo
- Se debe preguntar acerca tanto de las características del dolor (localización, irradiación, tipo de dolor, factores precipitantes o aliviantes), como de la intensidad y la respuesta al tratamiento instaurado.
- Para la correcta interpretación de las escalas, hay que valorar no sólo el valor inicial que refiere el paciente, sino los cambios que se producen al instaurar el tratamiento.
- Una vez, han sido identificados los signos y síntomas del dolor, el paso siguiente es medir el dolor, esto es, su grado de intensidad. A partir de instrumentos específicos como son las escalas de dolor, es posible evaluar el dolor al igual que medimos la fiebre con un termómetro. Aunque existen múltiples instrumentos de medición y evaluación del dolor el más utilizado es la escala del dolor EVA (Escala Visual Análoga).
- Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos. Recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en determinados casos, como pacientes que refieran un dolor severo de inicio, deberíamos pasar directamente al tercer escalón, sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.

Consideraciones a la hora de evaluar el dolor: o Explicar al paciente y a su familia la utilidad de evaluar de forma continuada los síntomas que presenta (facilita toma de decisiones terapéuticas y el control por parte del paciente). o Determinar

el estado cognitivo del paciente y su deseo/ capacidad para colaborar. o Explicar los puntos de anclaje adecuando el lenguaje al estilo cultural del paciente. o Dejar puntuar al paciente sin interferir ni juzgar. o Una vez haya puntuado el paciente, validar la puntuación con el paciente (saber si ha comprendido el instrumento y el significado de la puntuación).
EVA (Escala visual analógica)
El tratamiento analgésico del dolor oncológico dependerá sobre todo del tipo de dolor y de la intensidad. De manera que en los dolores con EVA ≥ 7 se debería de iniciar de entrada con el tercer escalón de la analgesia, obviando los dos escalones previos. La vía de administración recomendada es la vía oral, y en los pacientes con dificultades para la deglución se puede recurrir a las formas transdérmicas (TD), aunque en determinadas circunstancias la vía parenteral es la preferible.

Escala analógica visual- EVA Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma (que llevan escrito en las leyendas "No dolor" y "El peor dolor imaginable" en cada extremo). En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.
Sin dolor _____ Máximo dolor
Para la mayoría de las personas, el número 5, representa una interferencia significativa en la vida diaria de la persona con dolor. El paciente anota en la línea el grado de dolor que siente de acuerdo a su percepción individual, midiendo el dolor en centímetros desde el punto cero (Sin dolor). Es una escala muy sencilla de entender y que ayuda a identificar los cambios que se producen en la percepción subjetiva del dolor (mejora y empeoramiento).

La escala numérica (EN): escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor Máximo dolor
La escala categórica (EC): Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico
0 – 4 – 6 - 10: Nada – Poco – Bastante - Mucho

Escala visual analógica de intensidad: Consiste en una línea horizontal de 10cm, en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable.
Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Insoportable
Escala visual analógica de mejora: Consiste en la misma línea, en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total
No mejora 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mejora
Escala spmsq de pfeiffer (Short Portable Mental State Questionnaire) Es una prueba desarrollada por Pfeiffer en el año 1975, con 10 items que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Muy breve pero con una aceptable capacidad discriminatoria.
Interpretación. Se adjudica un punto por cada error. 9 Entre 0-2: se considera normal 9 Entre 3-4: deterioro cognitivo leve 9 Entre 5-7: deterioro cognitivo moderado 9 Más de 8 errores: deterioro cognitivo severo
Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo, y un error menos si tiene estudios superiores.
Escala de valoración funcional de karnofsky:
- Permite conocer la capacidad que tiene el paciente para las actividades de la vida cotidiana.
- Es un elemento predictor independiente de mortalidad, en enfermedades oncológicas y no oncológicas.
- Sirve para la toma de decisiones clínicas y para valorar impacto de tratamiento y progresión de la enfermedad.
- Karnofsky ≤50 indica alto riesgo de muerte en los 6 meses siguientes
Interpretación:
100.- Normal: sin quejas, sin indicios de enfermedad
90.- Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
80.- Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos síntomas de enfermedad.
70.- Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
60.- Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a si mismo
50.- Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
40.- Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día
30.- Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte
20.- Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo

10.- Moribundo
0.- Fallecido
Para evaluar el dolor en niños existen diferentes escalas en función de la edad. En caso de niños muy pequeños, el dolor se evalúa con escalas conductuales que valoran aspectos como el llanto, la consolabilidad, la actitud corporal, etc. En niños de más edad se utilizan otras escalas como escala de caras, porque su capacidad de respuesta es mayor. Las diferentes escalas permiten clasificar el dolor como leve, moderado y severo, y aplicar el tratamiento más adecuado en cada caso: o En niños pre-verbales, la valoración del dolor será indirecta, observando: existencia de llanto, expresión facial, respuestas autonómicas, actividad conductual y motora y la postura o movimientos (con ayuda de los padres). "Escala del llanto como instrumento español de medición del dolor en la edad preescolar":
Llanto no es algo que nació ayer, de hecho ya ha sido utilizado como sistema de referencia en más de 35.000 pacientes pediátricos en España, pero no ha sido hasta la fecha que el citado sistema ha superado el proceso de validación. La misma ha sido realizada por la Unidad de Dolor Infantil, Servicio de Anestesiología Infantil, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. La dificultad de valorar el dolor en niños sin un lenguaje suficiente puede llevarnos a un tratamiento farmacológico insuficiente y por tanto provocar un sufrimiento innecesario en el niño. De ahí la importancia de la evaluación y validación de los modelos de evaluación. Este tipo de sistemas, generalmente eran meras implantaciones de modelos desarrollados en los EE.UU., pero la aplicación de estos sistemas se enfrentan a una serie de barreras que pueden hacer que los mismos no dispongan de la calidad necesaria, han de ser usados con otro idioma, por tanto traducidos y sujetos a la calidad de las traducciones, a su vez hay que afrontar las diferencias culturales, logísticas y organizativas propias de cada país en su sistema hospitalario.
Y aunque este tipo de sistemas se diseñan para niños de corta edad (hasta los +- 3 años), que es cuando habitualmente el lenguaje inicia su desarrollo, en el caso de niños con TGD que tengan un problema severo de lenguaje, ya sea por ausencia, o baja calidad semántico pragmática del mismo, o cualquier tipo de afección de lenguaje, esta escala podría resultar de gran utilidad cuando un niño o niña de estas características haya de ser, por ejemplo, intervenido quirurgicamente. Y de esta forma poder hacer también una evaluación del dolor. o En pre-escolares (3 a 7 años), incluiremos en la valoración las expresiones verbales. En mayores de 8 años podemos utilizar distintas Escalas:
- Esquema Corporal del Cuestionario de Dolor Pediátrico (el niño coloreará la parte del cuerpo que le duele).

- Escala numérica del dolor (Lamber): puntuará desde 0 (ausencia) a 10 (el peor) Termómetro del dolor (Wicks-Nelson e Israel), colorea la zona de un termómetro que corresponde a su dolor.
- Escala de valoración de dolor de los vasos (Whaley y Wong) cuanto más intenso sea el dolor más lleno estará el vaso.
- Escala analógica visual de la ansiedad (Abusaad, H.), Se muestran en los extremos dos caras de dos estados, muy nervioso y muy tranquilo y el niño debe señalar cómo se encuentra.

Existen otras escalas similares en las que el niño debe elegir entre 7-9 caras la que crea que corresponda a su estado. La valoración del dolor pediátrico debe ser continua y es necesario registrarla en la gráfica de enfermería, junto al resto de constantes. Los padres forman un soporte para la valoración del dolor en el niño. En ocasiones, la información recogida de los familiares directos, que conocen la expresión del paciente, puede orientar hacia la presencia de dolor. Su capacidad para observar la presencia e intensidad del dolor ha sido evaluada en diferentes estudios. Pueden estimar la ausencia o presencia de dolor en un 73% de los pacientes, aunque son menos fiables para detectar el grado del dolor (53%). Con ayuda del equipo interdisciplinar estableceremos un plan de cuidados compatible con los objetivos, tanto del paciente como de su familia, en lo que concierne al alivio del dolor y teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Los resultados de la valoración.
- Las características basales del dolor.
- Los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor.
- La etiología.
- Las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas. La intervención para el manejo del dolor.
- Los principales planes de cuidados actuales y futuros. Abogaremos a favor del paciente para cambiar el plan de cuidados cuando el dolor no remita. Una vez identificada la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debatirá con los demás miembros del equipo interdisciplinar dicho plan. La enfermera respaldará sus recomendaciones basándose en la evidencia adecuada que fundamente la necesidad de ese cambio.

La valoración y revaloraciones periódicas del dolor las establecerá tanto médico como enfermera, de forma programada c/8-6h y/o en función del estado clínico del paciente, dejándolas reflejadas en la programación de las actividades diarias a realizar al paciente (Agrupación de cuidados: valoración del dolor c/8-6h). Se validará la intervención registrando intensidad del dolor (formulario de constantes) y

añadiendo nota con la revaloración de los parámetros (si es preciso): localización, alivio o no del dolor, efectos en el sueño y estado de ánimo, nivel de sedación, efectos adversos de la medicación (náuseas, estreñimiento…). Si no procede realizar la intervención (Ej. Paciente duerme), se anulará y anotará motivo. Se tendrá en cuenta las siguientes recomendaciones: La detección del dolor se realizará a través de autoinforme, preguntando al propio paciente o a la familia y/o cuidador, sobre la presencia de dolor, molestias o malestar. Se debe llevar a cabo una revaloración periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados.
Es importante incluir un apartado relacionado con la educación al paciente y familia: asegurarse que los pacientes entienden la importancia de la comunicación inmediata de la falta de alivio o los cambios producidos en el dolor, las nuevas fuentes o tipos de dolor y los efectos secundarios de los analgésicos. Proporcionar información al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo,prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios.

5 Discusión-Conclusión

La mejor analgesia es la ausencia de dolor, y se puede conseguir con la prevención y correcta valoración y posterior tratamiento si así lo requiere.
- El manejo del dolor debe tener un enfoque:
- Enfermera: Valoración del dolor y manejo, administrando el tratamiento prescrito y siguiendo las pautas del manejo no farmacológico del dolor establecidas en la Unidad. La formación del personal de enfermería en la evaluación del dolor y el uso de algoritmos para su tratamiento pueden reducir la incidencia de dolor moderado-grave de un 37% a un 13%
- Médico: Valoración del dolor y manejo, estableciendo la pauta analgésica en función del tipo de dolor, intensidad y plan de cuidados.
- Supervisora de la unidad: Velar por el cumplimiento de las recomendaciones establecidas en este protocolo.
- Auxiliar de enfermería y celador: Colaborar en el manejo no farmacológico del dolor. Movilización del paciente evitando posturas que puedan resultar dolorosas. Un buen entrenamiento y disciplina de los profesionales favorece un mejor manejo del dolor, detección precoz de la situación. Una correcta valoración del dolor es imprescindible para un eficaz tratamiento del mismo.
- Existen evidencias de que el control adecuado del dolor aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes y contribuye a disminuir la morbilidad postoper-

atoria e incluso la estancia hospitalaria . Sin embargo, y a pesar de que en las dos últimas décadas se han producido importantes avances en el conocimiento de la fisiopatología del dolor agudo, así como la introducción de nuevos fármacos y el desarrollo de nuevas técnicas y modos de administración, continua siendo un problema no resuelto. El dolor es uno de los síntomas más prevalentes en los hospitales, sobre todo en las áreas quirúrgicas. Este es un hecho incomprensible e inaceptable, sobre todo si tenemos en cuenta que el origen del dolor es conocido en casi todos los pacientes, su limitación en el tiempo y que responde casi al 100% a los tratamientos actuales . Las características e intensidad del dolor postoperatorio son previsibles, por lo que lo ideal es anticiparnos a este y evitar de esta manera sus inconvenientes y complicaciones. Es más fácil la prevención que el tratamiento del DPO, los anestesiólogos, cirujanos y enfermería deberían tener entre sus principales objetivos el tratamiento efectivo del DPO de manera intensiva, interdisciplinar, y multimodal.

- Es necesario dejar constancia y reflejar la valoración de dolor en la gráfica de enfermería, teniendo ya los formularios pertinentes ya sea en formato papel o historia informatizada. Esto ayudará no solo a conocer el estado actual sino a valorar la efectividad del tratamiento.
- A modo de conclusión presentamos los puntos clave que hay que tener en cuenta en la monitorización del dolor.
- La presencia de dolor es un problema muy frecuente en los pacientes críticos.
- La capacidad para detectar y controlar el dolor de los pacientes es un principio fundamental de todos los miembros de un SMI.
- El control del dolor es no sólo una obligación por cuestiones huma nitarias, sino una obligación médica para reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes críticos.
- El dolor referido por el propio paciente es la base para instaurar la terapéutica.
- Los pacientes deben ser instruidos sobre la importancia del control de su dolor e interrogados de forma frecuente y sistemática acerca de su presencia.
- La simple distribución de escalas de cuantificación del dolor mejora su detección y control.
- Las escalas EVA y EVN son las más útiles en el paciente consciente y deben ser utilizadas al menos cada 4 horas, respetando el sueño.
- La escala de Campbell es la recomendada para la evaluación del dolor de los pacientes que no pueden comunicarse y debe ser incluida en las constantes rutinarias del paciente intubado. Los parámetros fisiológicos y de comportamiento son indicadores indirectos y se deben combinar con las respuestas observadas tras la administración empírica de un analgésico.

- Puntuaciones de dolor superiores a 3 en la EVA y en la de Campbell no deben ser admitidas.
- La estancia de los enfermos sin dolor debe ser un objetivo de calidad asistencial de todos los SMI

6 Bibliografía

- Allvin R, Brasseur L, Cruz B, Dhal J, Lehmann K, Nicosia F, et al. European Minimum Standard for the mamagement of postoperative pain. EuroPain Task Forcé. Pegasus Healthcare Intl, UK.
- Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, et al. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. Crit Care Med.
- Erdek MA, Pronovost PJ. Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. Int J Qual Health Care.
- Reinoso-Barbero F, Lahoz Ramón AI, Durán Fuente MP, Campo García G, Castro Parga LE. Escala Llanto: instrumento español de medición del dolor agudo en la edad preescolar. Anales de Pediatría
- Ortells Abuyé N, Paguina Martos M, Morató Lorente I Emergencias 2014; 26(4): 292-295.
- Protocolos HUCA.
- Temario Máster Heridas Crónicas (Formación Alcalá).
- Https://www.revistaportalesmedicos.com/revistamedica/valoracion-dolor-npaciente-pediatrico/3/.

Capítulo 269

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: COLITIS ULCEROSA VS ENFERMEDAD DE CROHN .

IRENE MARIA ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal se refiere a dos entidades bien diferenciadas: colitis ulcerosa y Enfermedad de Crohn.

La incidencia de estas patologías ha aumentado a lo largo del tiempo tanto en adultos como en niños, habiendo grandes diferencias entre las distintas áreas geográficas y un mayor porcentaje de Enfermedad de Crohn.

Se define colitis ulcerosa como una inflamación difusa del colon con afectación única de mucosa y submucosa del colón ,normalmente afectado el recto y extendiéndose de manera continua y proximal.

La enfermedad de Crohn n en cambio se define como una inflamación crónica y transmural que puede afectar a todo el tracto digestivo pero que se localiza mas comúnmente en el colón ,región perianal e ileón terminal .

2 Objetivos

- Conocer la definicón de colitis ulcerosa y enfermedad de Chron.
- Conocer las diferencias entre las dos patologías.
- Conocer la distinta sintomatología de estas dos entidades clínicas.

- Conocer los distintos tratamientos para tratarlas.

3 Metodología

Se ejecutó una revisión sistemática de estudios científicos y revisiones sistemáticas.
Esta búsqueda se hizo, incluyendo artículos tanto en español como en inglés con palabras clave como colitis ulcerosa, enfermedad intestinal y Enfermedad de Chron, sin límite de fecha en Medline, Pubmed, SciELO, LILACS. También se llevo a cabo una búsqueda de revisiones publicadas en asociaciones profesionales como en diferentes sociedades tanto internacionales como españolas en Google Scholar.

Se añadió como límite que la lengua fuera en español o en inglés pero no se limitó por año de publicación .

4 Resultados

Aparte de la diferente localización de las dos enfermedades ,hay otras diferencias significativas:
- El dolor abdominal en la colitis es infrecuente siendo más frecuente en el Crohn.
- Las masas abdominales son raras en la colitis y más frecuentes en el Crohn.
- La distribución de la lesiones es continua en la colitis y discontinua en el Crohn.
- Las lesiones perianales son mucho más comunes en el Crohn que en la colitis ,pero la afectación del recto es más común en esta última .
- Las estenosis fibrosas y las fístulas espontáneas son comunes en el Crohn pero no el la colitis y las recidivas post cirugía ocurren un 70% en el Crohn en comparación con las colitis en la que la recidiva es rara .

En cuanto a la sintomatología hay también ciertas diferencias: En la colitis ulcerosa es frecuente la perdida de peso, la anorexia y la fiebre ,así como la diarrea muco sanguinolenta, y dolor abdominal En el Crohn es frecuente la diarrea ,el dolor abdominal más fuerte y recurrente, masas abdominales, enfermedad perinanal con fístulas ,retraso en el crecimiento y anemia.

Hay otra sintomatología extra digestiva presente en las dos maneras de enfermedad inflamatoria intestinal:
- Osteoarticulares como artralgias y artritis.
- Mucocutáneas como el pioderma gangrenoso y el eritema modoso.

- Oculares como la uveitis o la episcleritis.

Los principales tratamientos para estas dos entidades son los siguientes:
- Antiinflamatorios aminosalicitatos (5-ASA) como mesazalina,los cuales son el tratamiento de primera elección.
- Supresores del sistema inmunitario.
- Fármacos biológicos.
- Antibióticos.
- En casos más graves donde el tratamiento farmacológico no funciona ,se recurre a cirugía.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión la Enfermedad de Crohn suele seguir un patrón más agresivo que la Colitis ulcerosa, con una sintomatología más invalidante y una respuesta al tratamiento más difícil ,acabando en cirugía el 70% de los pacientes contra el 30% de la colitis ulcerosa debido a una mayor afectación del tracto digestivo.

Ninguna de estas dos entidades reduce la expectativa de vida del paciente pero si tiene un impacto significativo en su calidad de vida ,siendo las medidas nutricionales de gran importancia en la evolución de la enfermedad.

6 Bibliografía

-Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. N Eng J Med 2002;347: 417-429.2.
-Buller H, Chin S, Kirschner B, et al. Inflammatory bowel diseasein children and adolescents. Working Group Report of the FirstWorld Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology andNutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002; 35 (Supl): 151-158.3.
-Obrador A, Riera J. Definiciones. En Gassull MA, Obrador A,Chantar C (eds.). Enfermedad inflamatoria intestinal. Barcelo-na: JR Prous Ed.; 1994. p. 1-12.4.
-Ortigosa L. Enfermedad inflamatoria intestinal. En Velasco CA(ed.) Enfermedadesd digestivas en niños. Cali:Programa Edito-rial Universidad del Valle; 2003. p. 71-78.5.
-Tibble J, Teahon K, Thjodleifsson B, et al. A simple method forassessing intestinal inflammation in Crohn´s disease. Gut 2000;47: 506-513.
-Marteau P, Daniel F, Seksik P, Jian R. Inflammatory boweldisease: what is new? Endoscopy 2004; 36:130-136.

Capítulo 270

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PREOPERATORIO EN QUIRÓFANO

MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA

NATALIA CALLEJAS FIGUEROA

SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

Quirófano es un área especial en el que se desarrollan intervenciones quirúrgicas. Para el desarrollo de esta actividades existe un equipo multidisplicplinar que actúa en coordinación. Uno de los miembros más importantes es el personal de enfermería, ya que no solo actúa en el desarrollo de la operación si no que se encarga de disminuir el estrés y proporcionar apoyo al paciente desde el primer momento del preoperatorio, informarse sobre su estado y posibles complicaciones después de la intervención.

La enfermera realiza diferentes funciones dependiendo del periodo operatorio en el que se encuentre. Nosotros vamos a enfocar el trabajo en la parte del preoperatorio, ya que es la actividad en la que la enfermera tiene el primer contacto con el paciente.La enfermera puede desempeñar dos o tres roles, enfermera instrumentista: encargada de proporcionar el material a los cirujanos manteniendo asepsia y esterilidad correspondiente.

Y enfermera circulante: la intermediaria entre el campo estéril y no estéril. Y coordina todo el acto quirúrgico. Y puede haber un tercer rol que es la ayudante del anestesista.

El periodo preoperatorio se inicia al tomar la decisión de practicar la intervención quirúrgica y finaliza cuando la persona llega al quirófano. Durante este periodo la enfermera la prepara para el proceso quirúrgico. En esta línea, interviene en la ejecución de diversas actividades normalmente protocolizadas como la comprobación de si consta correctamente cumplimentado el Documento de Consentimiento Informado, documento médico-legal que demuestra que el individuo ha pasado previamente por un proceso de información sobre la intervención quirúrgica y sus riesgos.

2 Objetivos

- Conocer cuales son las funciones de una enfermeria en quirófano en fase preoperatoria.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico.

Se emplearon como descriptores: enfermera, quirofano, preoperatorio . Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Funciones de enfermería en la fase preoperatoria
El objetivo de la enfermería durante esta fase es preparar al paciente tanto física como psicológicamente para enfrentarse a esta etapa.
- Preparación física
Depende de la enfermera de la Unidad de Hospitalización.
Se encarga de:
- Valorar las constantes vitales
- Explicar medidas higienico-dieteticas
- Aplicar medidas específicas dependiendo de la intervención (Preparación intestinal, profilaxis antibiótica etc…)
- Revisar la valoración preoperatoria del médico
- Preparación psicológica

El paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica experimenta cierta angustia y miedo debido al temor a lo desconocido y al temor de su dependencia.
También surgen dudas y desconfianza sobre el personal sanitario y el desarrollo de la intervención.
Para solventar estos problemas psicológicos la enfermera debe realizar el dia antes una visita preoperatoria en la unidad de hospitalización.
En el caso en que no se realice esta visita se desarrollan las siguientes funciones en el antequirófano:
- Presentarse al paciente, esto les proporciona seguridad
- Asegurarse de que haya recibido la información adecuada y haya firmado el consentimiento informado.
- Incluir a la familia en el proceso ofreciéndoles información sobre la intervención y futuras visitas.
- Crear un clima de confianza con el paciente para establecer un vínculo entre ambos.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el acto quirúrgico compone un procedimiento frecuente y cotidiano en el ámbito hospitalario, someterse a una intervención quirúrgica en el marco del tratamiento de una enfermedad, es un hecho destacable que forma parte de un proceso de recuperación de la salud. La enfermera quirúrgica parte de esta situación especial experimentada por la persona y la prepara para que alcance las mejores condiciones físicas y psíquicas para afrontar el proceso quirúrgico. La aportación del equipo enfermero es fundamental, igual que la del resto del equipo quirúrgico, para afrontar el proceso con las máximas garantías.

Concretamente, los objetivos enfermeros en el área quirúrgica van encaminados a proporcionar apoyo emocional al paciente y la familia, potenciar su seguridad y prevenir la infección y las demás complicaciones potenciales que se deriven de la intervención quirúrgica.

6 Bibliografía

- Fuentes L, Pineda A, García I, Jiménez I, Cabeza de la Vaca MJ, Motero JJ. Circuito Quirúrgico Informatizado. Una herramienta para la mejora de la atención al paciente quirúrgico. Index Enferm 2007; 16(58): 14-18.

- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervencionesde Enfermería (NIC), 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- Pérez S, Pajares MJ. Posiciones quirúrgicas: cuidados de enfermería y prevención de complicaciones. Nure Investigación 2004 [consultado el 29-11 10];5.
- Martín MC, Caravantes MI, García JM, Gómez B. Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico en el hospital comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real).
- Nure Investigación 2007 [consultado el 29-11-10]; 30(7).
- Bellido JC, Coll del Rey E, Quero JC, Calero MJ. Actividad e intervención enfermera en el periodo intraoperatorio. Biblioteca Las Casa-Fundación Índex 2009 [consultado el 10-12-10]; 5(2).
- OMS. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundialpor la seguridad del paciente. La cirugía salva vidas. Suiza: OMS; 2008.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Sistema Nacional de Salud. Resumen Ejecutivo. [base de datos en línea]; Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social [consultado el 29-11-10].

Capítulo 271

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

OLAYA TRIVIN TUERO

ALBA GARCÍA RUIZ

LUCIA FERNANDEZ MENENDEZ

ILUMINADA PRIETO SANTOVEÑA

MARIA DE LA PAZ DELGADO ALVAREZ

1 Introducción

La Unidad Central de Esterilización es aquella unidad orgánica y funcional constituida en los hospitales y en aquellos centros especializados en los que se precisa de dicho servicio. En ella se llevan a cabo actividades como puede ser la recepción de instrumental o material quirúrgico, así como la selección, el lavado, la desinfección mecánica, la preparación, el empaquetado, la esterilización, el almacenamiento y la distribución de dicho material estéril.

Dentro de la central se distribuyen diferentes zonas, en función de las actividades que en esta se desarrollen, como son: áreas roja, verde, azul, y administrativa. Tanto su diseño arquitectónico, como la acústica, la iluminación y la climatización son puntos clave en cuanto al desarrollo de dicha infraestructura,

teniendo delimitados unos valores específicos a tener en cuenta. Su tamaño deberá ser proporcional a la capacidad resolutiva del centro asistencial.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones que desarrolla el personal de enfermería en la unidad central de esterilización. Describir las distintas zonas diferenciadas de dicha unidad para reducir la exposición a los riesgos laborales que se presentan en dichas actividades.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo se ha efectuado una búsqueda bibliográfica, en diversas bases de datos como son: PUBMED, SCIELO, CROCHRANE, en cuanto a la Unidad de Esterilización y el personal que en ella trabaja.

4 Resultados

En la central de esterilización se encuentran cuatro zonas diferenciadas en función de la tarea que en ella se desempeña como hemos mencionado con anterioridad. En el área roja se lleva a cabo tanto la recepción como el registro del instrumental quirúrgico que proviene del resto de servicios en los cuales se ha utilizado previamente, así como materiales de ámbito hospitalario y equipos biomédicos. En este área roja se realizara la limpieza (el lavado podrá ser de forma manual o mecánica), el secado y la desinfección de dicho instrumental.

En el área azul se desarrollaran funciones como son: recepcionar, seleccionar, revisar, embolsar, y realizar la preparación de todo el instrumental quirúrgico así como todo material biosanitario e incluso textiles necesarios de forma estéril; la carga de contenido de contenedores de técnicas quirúrgicas específicas; así como la comprobación de todos los controles de calidad como son el control químico, físico y biológico que debe contener cada empaquetado de instrumental o material garantizando con ello la seguridad del paciente.

En el área verde es el lugar en el que se realiza la descarga de los equipos de esterilización, para con posterioridad almacenarlo y conservarlo en unas condiciones idóneas hasta la distribución de dichas descargas a su correspondiente lugar.

Por último, el área administrativa en la que se encuentra la persona encargada de la supervisión de la central de esterilización, en una sala de jefatura, en la cual hay un apartado predispuesto para hacer reuniones tanto con el personal de enfermería propio de esterilización como con profesionales de otros servicios o unidades, así mismo como con representante de casas comerciales y jefaturas de diferentes departamentos.

5 Discusión-Conclusión

La Central de Esterilización debe garantizar que los procesos realizados por el personal de enfermería en esta unidad se lleven a cabo bajo los requisitos de eficiencia, calidad y seguridad tanto para el trabajador que las desempeña como para el paciente. Siempre asegurando la trazabilidad del material quirúrgico estéril, etiquetando y registrando los artículos. Se debe de coordinar la central de esterilización con el parte quirúrgico y todas aquellas unidades que necesiten de este servicio para un correcto funcionamiento.

6 Bibliografía

• Comisión INOZ. Guía de gestión para el proceso de esterilización. Osakidetza, 2004.
• Fereres J. Cap. V Estructura de una central de esterilización: organización y ubicación arquitectónica.
• Criado Álvarez JJ, Peláez Ros B y Fereres Castiel J. (Coord.). Esterilización en Centros Sanitarios. Fundación para la investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha, 2008, pp: 85-90.
• Palanca Sanchéz I (Dir.), Ortiz Valdepeñas J (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Publicado en Informes, Estudios e Investigación, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011

Capítulo 272

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

CHRISTIAN GARCIA ALVAREZ

GABRIEL FUEGO CAVEDA

SHEILA ARNIELLA PÉREZ

AIDA RAMOS CORDERO

1 Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es un término genérico que define un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal. Se puede definir como la presencia durante al menos tres meses de al menos una de las siguientes situaciones:
• Filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min./1,73 m.
• Lesión renal, definida por la presencia de anormalidades estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG.
La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) pertenece al grupo de enfermedades crónicas las cuales presentan unas altas tasas de morbimortalidad. Está considerada una patología sin expectativa de cura, de evolución rápida y progresiva, que compromete la calidad de vida de aquellos pacientes que la padecen.

La prevalencia de IRC (en cualquier estadio) en la población general española es relativamente elevada, aproximadamente cuatro millones de personas padecen esta enfermedad, en especial los individuos de edad avanzada, y es similar a la de

otros países del mismo entorno geográfico. Además de la edad, dos factores de riesgo modificables, la hipertensión y la obesidad, se asociaron con una mayor prevalencia de IRC.
El tratamiento idóneo es el trasplante renal, aunque para ello es necesario disponer de un órgano procedente de un donante cadáver o vivo. La diálisis, definida como un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre, puede ser diálisis peritoneal, en la que el peritoneo actúa como membrana semipermeable o Hemodiálisis (HD) que es definida por Lorenzo Sellarés como: "una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, así como de regular el equilibrio ácido-base y electrolítico. No suple las funciones endocrinas y metabólicas Renales".

Hacer frente a una enfermedad crónica, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida.
La Calidad de Vida (CV) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes".
La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiere a la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social. Es la valoración que cada persona realiza acerca de su vida y su entorno. Por ello, estudiar la CVRS constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica.

Los pacientes en tratamiento renal sustitutivo están sometidos a múltiples estresores físicos y psicosociales que requieren la activación de una serie de estrategias de afrontamiento, no sólo para sobrellevar las demandas y los cambios en el estilo de vida causados por la enfermedad, sino también para hacer frente a sus efectos psicológicos, tales como la incertidumbre, el miedo y la ausencia de control. El estrés mantenido en el tiempo junto con la inhibición emocional y el enojo produce baja respuesta inmune y aumento de la depresión. La calidad de vida es menor en los mayores de 65 años y portadores de catéter temporal.
Los pacientes que llevan menos tiempo en diálisis movilizan la búsqueda de apoyo social y también recurren más a la distracción procurando no pensar demasiado en su problema. Por el contrario, los que llevan más tiempo tienden al aislamiento social.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer cómo perciben su calidad de vida los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento ambulatorio de hemodiálisis en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Objetivos específicos:
- Identificar el grado de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad.
- Conocer el afrontamiento que realizan dichos pacientes ante su enfermedad.
- Valorar la influencia de su enfermedad en su vida cotidiana y entorno familiar y social.
- Analizar la repercusión de la terapia de hemodiálisis en su vida.

3 Metodología

Estrategia de búsqueda:
Se realizó una búsqueda bibliográfica entre Octubre 2017 y Abril 2018 en las siguientes bases de datos: CINAHL, MedLine/PubMed, Cuiden y Scielo. Se utilizaron las siguientes palabras combinadas con el operador booleano "Y" para concentrar la búsqueda: hemodiálisis, insuficiencia renal crónica, calidad de vida.
También se efectuó una búsqueda manual en cadena, proceso que consiste en usar la bibliografía de artículos relevantes para identificar nuevas palabras clave y artículos citados con frecuencia por otros autores.
Los criterios de inclusión fueron: artículos completos con resumen, escritos en idioma español y/o inglés y referentes a humanos adultos (> 18 años).

Marco teórico.
Se realizará un estudio exploratorio cualitativo con el objetivo de alcanzar un entendimiento en profundidad de las percepciones y experiencias de los pacientes, de ahondar en el entendimiento de su realidad, sus experiencias, su visión de la enfermedad y del modo en que esta afecta su relación con el entorno.
La investigación cualitativa intenta describir e interpretar fenómenos humanos que no son fácilmente cuantificables; los enfoques cualitativos están en su mayoría fundados en interpretaciones teóricas enraizadas en el interpretativismo, priorizando la interpretación y el significado de la experiencia humana, esto es, cómo el mundo es experimentado y entendido por las personas.

Población.

En los estudios cualitativos la selección de la muestra tiene un marcado efecto sobre la calidad del estudio. En este caso se usará un muestreo intencional no aleatorio basado en el juicio de los investigadores y teniendo en cuenta el propósito del estudio.
En línea con esto, la población de estudio serán los pacientes de la unidad central de hemodiálisis del HUCA. Esta unidad consta de 16 camas y ofrece tratamiento 6 días a la semana, de lunes a sábado con 3 turnos (mañana, tarde y noche).
Los criterios de exclusión serán:
• Pacientes que lleven menos de 1 año en tratamiento de hemodiálisis.
• Pacientes con déficits intelectuales graves o patologías psiquiátricas mayores.
• Pacientes que no hablen castellano y/o tengan problemas de comunicación oral.

Acceso.
Se solicitará permiso a la Gerencia del HUCA, al Comité de Ética y a la Supervisora de Enfermería de la Unidad. Una vez obtenidos estos permisos se presentará el proyecto a las enfermeras de la unidad aunque será uno de los investigadores el que personalmente se presente a los pacientes para pedir su colaboración.
Se abordará a los pacientes cuando acudan a la unidad para su tratamiento, uno de los investigadores les explicará el propósito del estudio y sus características de forma verbal. Si el paciente accede a participar se le entregará una hoja informativa y el consentimiento informado.

Método de recogida y registro de datos.
Se realizaran entrevistas cara a cara, semiestructuradas con la ayuda de una guía, este formato permitirá concentrarse en los temas deseados sin imponer una estructura fija.
Las entrevistas tendrán lugar en una de los de las salas de reuniones de la unidad, espacio diferenciado del área clínica y habilitado para tal efecto para transmitir al participante familiaridad, tranquilidad y confianza.
Al inicio de la entrevista el/la investigadora se presentará y explicará al participante brevemente el desarrollo de la misma, recogerá el consentimiento informado y aclarará cualquier duda que el participante pudiera tener. Así mismo se recordará al participante que la participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier momento.
Se iniciará la entrevista con la pregunta: ¿Qué piensa de su calidad de vida?, dejando que el participante se exprese libremente a la vez que utilizaremos la guía para dirigir la conversación hacia los temas que nos interesan y que responderán a nuestras preguntas de investigación

4 Resultados

Este estudio ayudará a obtener un conocimiento más profundo de cómo los pacientes con ERC y tratamiento de hemodiálisis perciben su calidad de vida, cuales son las dificultades y retos a los que se enfrentan, qué necesidades y/o carencias identifican y de qué mecanismos de afrontamiento disponen.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento generado facilitará la creación y posterior implementación de guías y programas de apoyo a los pacientes de esta unidad.

6 Bibliografía

- Costa Gabrielle MA, Pinheiro Gomes Nascimento MB, Medeiros SM, Costa Raphael RO, Cossi Marcelly S. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Enferm. Glob. 2016; 15(43): 59-73.
- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Documento Marco sobre la enfermedad renal crónica dentro de la estrategia del abordaje a la cronicidad en el SNS. 2015. XLVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología de Oviedo.
- Otero A, de Francisco A, Gayoso P, García F. Prevalencia de la insuficiencia renal crónica en España: Resultados del estudio EPIRCE. Revista nefrológica. 2010; 30: 78-86.
- Urzúa A, Caqueo-Urízar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Ter Psicol. 2012; 30(1): 61-71
- Contreras F., A. Esguerra G, Espinosa JC, Gómez V.: Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis. Acta Colombiana de Psicología 10(2):169-179, 2007
- Coyne IT. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling merging or clear boundaries? Journal of Advanced Nursing [Internet]. 1997 ; 26(3): 623-630.

Capítulo 273

LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS EN LA ATENCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

GLORIA MARIA RODRIGUEZ SUAREZ

1 Introducción

Medir y evaluar la calidad que perciben los usuarios es un objetivo clave que deben de tener en cuenta las instituciones de servicios con el fin de establecer un mejoramiento continuado.
Hay tres tipos de calidad a nivel hospitalario que deberían evaluarse:
- La calidad técnico científica (se evalúa a través de indicadores, procesos y protocolos).
- La calidad funcional o interactiva (evalúa el grado de satisfacción del usuario).
- La calidad corporativa que se mide transversalmente junto con las dos anteriores.

Los profesionales de enfermería constituyen un punto importante para evaluar la calidad asistencial, ya que están en contacto permanente con los usuarios desde que ingresan en el hospital hasta su egreso. El SERVQHOS-E, es un cuestionario en español que mide la calidad percibida de los cuidados de enfermería, el cual ha sido utilizado en Colombia.

En España, se realizó un estudio sobre la evolución de la calidad percibida por los usuarios con la atención hospitalaria en dos hospitales, en tres momentos y utilizaron el cuestionario SERVQHOS para la recolección de la información sobresalen aspectos como la apariencia del personal, la disposición y el trato, que

obtuvieron puntuaciones entre 3.5 y 4.5. Los aspectos menos calificados fueron el tiempo de espera y la puntualidad. En otro estudio realizado en cinco hospitales en España, se encontraron niveles de satisfacción sobre el 59.2% y un importante indicador de la satisfacción, que es el hecho de conocer el nombre de la enfermera y el médico.

2 Objetivos

- Analizar la evolución de la calidad percibida por los usuarios que precisan cuidados en enfermería entres hospitales públicos de Boyacá durante los años 2008 y 2011.

3 Metodología

La muestra fue recolectada en tres hospitales públicos durante dos mediciones, la primera para establecer una evaluación inicial de la calidad percibida, la cual llevó a que las instituciones realizaran acciones de mejora y la segunda para efectuar comparaciones determinando así la evolución en el tiempo de la calidad percibida y evaluar las acciones empleadas.

Se tomaron muestras a 163 usuarios por institución en servicios de hospitalización de medicina interna y quirúrgicas, evaluando la disponibilidad de camas, personal de enfermería disponible y población adulta atendida. Como instrumento se utilizó el SERVQHOS-E, se analizaron en especial aspectos en relación al trato, la confianza, la preparación del personal y cuidado individual.

La primera parte del cuestionario, describe los objetivos e importancia de la información solicitada al usuario; la segunda establece una escala tipo Likert, donde 1 representa mucho peor de lo que espera, y 5, mucho mejor de lo que esperaba. Se evaluaron también la Calidad Objetiva (tecnología de equipos apariencia del personal de enfermería, señalizaciones para orientarse). En cuanto a la Calidad Subjetiva (interés de las enfermeras, la información que proporcionan, el tiempo de espera para ser atendido, el interés por solucionar los problemas, la puntualidad, la rapidez con que consigue lo que necesita, la disposición para ayudar, la confianza que trasmiten, la amabilidad, la capacitación, el trato personalizado y la capacidad para comprender las necesidades de los pacientes).

4 Resultados

se aplicaron 1093 instrumentos en períodos diferentes, con dos mediciones por hospital, que permitieron obtener la puntuación media de los ítems de calidad objetiva y subjetiva que fue de 3.62, los cuales son predictores de la satisfacción.

5 Discusión-Conclusión

El estudio permitió identificar áreas de mejora en los hospitales, así como determinar la demora de la atención, como uno de los factores decisivos que afectan la calidad percibida y la satisfacción.

6 Bibliografía

- Barragán Becerra, Julián Andrés. Docente Enfermería Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Director Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería.

- Moreno M., Claudia María. Investigadora Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería. Docente Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Capítulo 274

LA IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN DURANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

DIANA TUÑÓN PASTOR

ISABEL BERTAULT BENEDICTO

IRENE MARÍA VILLAVERDE FONSECA

MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos son muy importantes en la atención sanitaria durante la fase de la vida terminal que avanza de manera progresiva, es incurable, y donde el tratamiento no provoca respuesta favorable. En esta fase se suelen ver síntomas intensos, cambiantes y cuyo pronóstico es inferior a 6 meses.

Lo que se intenta conseguir con estos cuidados es aliviar el dolor, controlar esos síntomas y dar apoyo psicológico, social, espiritual.

La enfermería es el personal sanitario mas próximo, por lo que es importante proporcionar un seguimiento, para conseguir la mejor calidad de vida, aconsejar y educar a la familia sobre los diferentes cuidados por ejemplo sobre la dieta, medicamentos e higiene, cambios posturales.

Uno de los aspectos más importantes es el estado nutricional de estos pacientes ya que puede afectar al pronóstico de la enfermedad y calidad de vida. La mayoría

de las veces tienen un riesgo de perder masa muscular y por lo tanto presentar estados de desnutrición.

2 Objetivos

Explicar la importancia de la nutrición en pacientes con cuidados paliativos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica, utilizando base datos como pubmet, dialnet, scielo y buscador: google académico. Utilizando descriptores tales como: nutrición, cuidados paliativos y nutrición, paciente paliativo, apoyo nutricional. Criterios de exclusión: paginas en inglés.

4 Resultados

La nutrición, es uno de los aspectos más importantes de los pacientes con cuidados paliativos. El aporte de una buena nutrición es esencial no solo para cubrir requerimientos fisiológicos sino también para una mejora social, cultural y psicológica.

Lo que se necesita en estas etapas es mantener un buen estado nutricional, evitando la malnutrición con aporte suficiente de proteínas, una buena hidratación, facilitar la deglución.

En estos pacientes con cuidados paliativos podemos encontrarnos con alteraciones del sistema inmune, del aparato digestivo, alteraciones de los procesos de cicatrización, disminución de la eficacia del tratamiento etc…tienen un peor pronostico si hay periodos de ayuno prolongado, ya que la grasa se moviliza para satisfacer los requerimientos del organismo, al contrario que las proteínas que no se utilizan y entran en estado de hipercatabolismo. Provoca perdidas de masa muscular con lo que conlleva una perdida de fuerza provocando estado de dependencia. A demás de esto el paciente puede presentar anorexia y astenia por lo que aumenta la inactividad por debilidad con lo cual debemos instaurar de manera precoz un soporte nutricional.

Para realizar una intervención nutricional se debe hacer una valoración apropiada para ese paciente dependiendo del estado de la enfermedad , tratamientos,

ámbitos.

Lo primero que realizaremos una anamnesis para conocer su estado . Se realizarán diferentes estudios bioquímicos, antropométricos. En el caso de que se necesite un mayor aporte de nutrientes se dará soporte nutricional para poder corregir esa falta de consumo de esos nutrientes o por trastornos metabólicos a causa de la enfermedad.

Se intenta dar al paciente y a la familia consejos dietéticos cuando es necesario para facilitar una dieta saludable. Entre ellos: Fraccionar la dieta un mínimo de 4 comidas: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Comidas poco grasas de origen animal, eligiendo de segundo plato pescado. Consumir legumbres 2 a 3 veces por semana, pueden triturarse para mejorar su deglución. Tomar 2 o 3 piezas de fruta al día. modificar texturas y consistencias, aumentar densidad energética, tomar alimentos templados, evitar alimentos flatulentos, muy condimentados, carnes rojas, comer en ambiente tranquilo y relajado y valorar el uso de suplementos nutricionales.

Es conveniente respetar los gustos del paciente sino tolera la leche, probar con el yogur, para que pueda disfrutar de las comidas. Beber 6 o 8 vasos de liquido al día. La depresión y la ansiedad pueden causar anorexia por lo que podemos encontrarnos con un paciente sin apetito.

5 Discusión-Conclusión

La nutrición durante los cuidados paliativos es un tema muy importante ya que intentamos que el paciente tenga una buena calidad de vida. El personal sanitario debe ayudar a encontrar problemas nutricionales, educar e intentar buscar alternativas para mejorar las necesidades de estos pacientes.

6 Bibliografía

- Tizón Bouza, E. Vázquez Torrado, R. Tizón Bouza, E. enfermería en cuidados paliativos: Hospitalización durante los últimos días de vida. Enfermería Global.Vol.3 Núm.2.
- Molina Villaverde R. El paciente oncológico del siglo XXI: maridaje terapéutico Nutrición-Oncología. Nutr. Hosp. [Internet]. 2016 [citado 2020 Feb 08]; 33(Suppl 1): 3-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000700002&lng=es.

- Jimenez García I.F. Vol II. 21.Revisión del manejo nutricional en pacientes con cáncer de pulmón. (4-23). Disponible en: https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5e00acdaef2b1NPvolumen21-4-23.pdf.

Capítulo 275

LA VÍA SUBCUTÁNEA Y SU UTILIZACIÓN EN EL PACIENTE PALIATIVO

IRENE MARÍA VILLAVERDE FONSECA

MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ

ISABEL BERTAULT BENEDICTO

DIANA TUÑÓN PASTOR

1 Introducción

Se define paciente terminal como aquel que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con presencia de sintomatología intensa, múltiple, multifactorial y cambiante y con un pronóstico de vida limitado (inferior a 6 meses). Todo ello genera un gran impacto emocional tanto en el propio enfermo como en su familia.

Aunque clásicamente hemos asociado el concepto de paciente terminal con el cáncer, es importante puntualizar que ésta no es la única enfermedad susceptible de recibir cuidados paliativos. Otras enfermedades como el SIDA, afectaciones de la motoneurona, insuficiencias cardíacas, hepáticas o renales también cumplen las características antes descritas.

La vía de elección por excelencia en el control de los síntomas de los pacientes paliativos es la oral. Sin embargo, algunas circunstancias obligan a buscar otras vías alternativas: intolerancia gástrica, imposibilidad de deglución, náuseas y vómitos incontrolables, necesidad de dosis más elevadas de opioides e intolerancia oral a los mismos, malabsorción, debilidad extrema, estados confusionales, agonía, bajo nivel de consciencia, obstrucción intestinal, etc. De hecho, se estima que entre un 60 y un 80% de estos pacientes precisan una alternativa a la vía oral en algún momento de la evolución de la enfermedad. Algunas de estas alternativas son la vía intravenosa, rectal, intramuscular, sublingual y transdérmica pero, todas ellas presentan inconvenientes añadidos.

Con respecto a la vía intravenosa, ésta precisa personal adiestrado para su manejo por lo que, no resulta útil si el paciente se encuentra en el domicilio. Además, en pacientes caquécticos puede ser complicado conseguir un acceso venoso así como su mantenimiento, a lo que se le añade el posible riesgo de infección, etc.
En el caso de las vías rectal y sublingual, existen pocos fármacos administrables eficazmente por ellas y existe una gran variabilidad en cuanto a su biodisponibilidad.
- La vía intramuscular resulta más dolorosa y, en situaciones de caquexia puede estar desaconsejada por no existir suficiente masa muscular para su utilización.
- La vía transdérmica presenta un retraso tanto en el inicio de su efecto (entre 12 y 24 horas en alcanzar una situación estable) como en la finalización del mismo, lo que implica un mal control del dolor en las primeras 72 horas. Sería más indicada, por tanto, para el control del dolor estable y no tanto del dolor agudo inicial.
- La vía subcutánea, sin embargo, presenta una serie de ventajas en comparación con el resto que la hacen idónea para su utilización en estos casos. Presenta pocas complicaciones y a la vez es cómoda, tanto para el paciente como para la familia ya que, el paciente puede permanecer en el domicilio y los familiares pueden ser adiestrados fácilmente en el manejo de la misma. El objetivo fundamental en los pacientes paliativos es calidad de vida.

El tejido subcutáneo o hipodermis constituye la tercera capa de la piel, por debajo de la epidermis y dermis respectivamente. Sus funciones son aislante térmico, reserva energética y almohadilla de protección frente a traumatismos externos. Sus receptores del dolor son escasos y presenta una elevada biodisponibilidad (90%). No supone una limitación en el acceso ya que, se extiende por toda la superficie corporal y está muy irrigada por lo que favorece la absorción de fármacos. Por vía subcutánea se pueden tratar un amplio abanico de síntomas: do-

lor, agitación, náuseas, vómitos, exceso de secreciones, convulsiones, disnea, tos, diarrea, hipertensión intracraneal, fiebre, sudoración… Además, otra de las posibilidades de la vía subcutánea es la hidratación, lo que se conoce con el nombre de hipodermoclisis, clisis o hidratación subcutánea.

Por tanto, se puede emplear para el tratamiento de la deshidratación moderada, pérdida de fluidos secundaria a diuréticos, vómitos, diarrea, hipertermia, dificultad de administración de nutrición enteral y parenteral, somnolencia, prevención de la sequedad de boca, estreñimiento, úlceras por presión, hipercalcemia maligna, delirio y el síndrome confusional producido por los opioides.

La vía subcutánea está indicada cuando existe disfagia severa u odinofagia, en el síndrome de obstrucción intestinal, cuando existe incapacidad para el control de síntomas por otras vías, sedación, coma, confusión o alteración del nivel de consciencia, agonía, náuseas, vómitos incoercibles y persistentes, existencia de fístulas esófago-traqueales o entero-cutáneas, megadosis orales o dudas sobre la adherencia al tratamiento oral, debilidad extrema…

Al igual que otras vías, también presenta algunas contraindicaciones, mala adaptación del paciente, claudicación familiar o situación social que no lo haga subsidiario de tratamiento domiciliario, anasarca, edema severo, alteraciones de la coagulación, trombocitopenia, hipoperfusión periférica, radiodermitis o zonas que están recibiendo radioterapia, zonas infiltradas por el tumor, zonas sometidas a cirugía radical si existe induración del tejido e infecciones de repetición en el punto de inserción.

La medicación se puede administrar bien en forma de bolos o bien en infusión continua y dentro de ésta última por gravedad, mediante infusores elastoméricos y a través de bombas.

Son muchos los medicamentos utilizados por esta vía: analgésicos, ansiolíticos, diuréticos, corticoides, antieméticos… Los más usados son: morfina, bromuro de hioscina o butilescopolamina, midazolam, metoclopramida y haloperidol.
Sin embargo, la mayoría de los medicamentos que se administran por vía subcutánea en la práctica clínica no tienen aprobada en su ficha técnica la administración por dicha vía.

Los medicamentos administrados por vía subcutánea deben reunir una serie de características: ser hidrosolubles, presentar baja viscosidad, no ser citotóxicos, no irritantes, con buena absorción por el tejido adiposo y conectivo. Las soluciones

neutras o isotónicas se absorben mejor por vía subcutánea.

2 Objetivos

- Revisar la evidencia científica disponible sobre la utilización de la vía subcutánea en el paciente paliativo.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible durante los meses de diciembre de 2019 y enero y febrero de 2020 en las siguientes bases de datos: Dialnet, Medes y Google Scholar. Como criterios de inclusión se establecieron artículos cuya antigüedad fuera igual o inferior a 10 años y, como criterios de exclusión se establecieron los artículos en inglés.

4 Resultados

En un estudio realizado en una Unidad de Cuidados Paliativos Oncológica durante un período de 3 meses se utilizó la vía subcutánea en 34 pacientes. En el 70% de los casos, el recambio de la vía subcutánea se realizó según protocolo, a los 7 días, sin que se notificasen complicaciones asociadas. Sólo en un 30% de los casos, se sustituyó la vía subcutánea antes de este tiempo por sangrado, dolor, enrojecimiento e induración (5,5% cada uno), formación de hematomas y salida accidental (4%).

En otro de los artículos revisados, a propósito de un caso, se describía el caso de una paciente de 57 años con diagnóstico de cáncer epidermoide de canal anal metastásico con intenso dolor irruptivo y vómitos de difícil manejo a la que se le administró una perfusión subcutánea continua durante un período de 43 días en la que se combinaron diversos fármacos: oxicodona, haloperidol, metoclopramida, escopolamina, midazolam, butilbromuro de escopolamina… Esta perfusión resultó eficaz para el control de la sintomatología, sin que se evidenciaran problemas de incompatibilidad en la combinación de fármacos y observándose únicamente una discreta reacción cutánea a partir de la semana de infusión que se solucionó rotando el punto de inserción de la palomilla.

En un estudio llevado a cabo por el Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario de Elche, se revisaron un total de 65 fármacos que fueron clasifica-

dos en tres grupos en función de su posibilidad de administración o no por vía subcutánea. En primer lugar, aquellos medicamentos más utilizados en cuidados paliativos y que pueden administrarse por vía subcutánea, bien en bolo o en infusión continua, solos o en combinación con otros fármacos.

El segundo grupo, son medicamentos que también pueden administrarse por vía subcutánea pero de los que no existe suficiente información sobre su compatibilidad con otros fármacos ni sobre su estabilidad una vez diluidos, por lo que se valorará su administración en bolo subcutáneo. Finalmente aquellos medicamentos cuya bibliografía revisada señala su imposibilidad de administrarse por vía subcutánea.

5 Discusión-Conclusión

La vía subcutánea resulta una opción cómoda y de fácil manejo por parte de los profesionales de enfermería siendo, además bien tolerada por los pacientes con escasas complicaciones y efectos secundarios.. En la administración subcutánea de opioides se logra la misma analgesia que la conseguida por vía intravenosa produciendo menor toxicidad. Las zonas de punción subcutánea pueden realizarse teóricamente en cualquier zona de la superficie corporal en la exista tejido subcutáneo aunque algunas se asocian a menores complicaciones (zonas infraclavicular y deltoidea). Están desaconsejados los cuadrantes abdominales superiores y los muslos por ser mas incómodos y dolorosos para los pacientes, así como de peor acceso y control para el personal de enfermería. Los cuadrantes abdominales inferiores son de elección en la hipodermoclisis. Se deben elegir zonas sin rojeces, inflamación, heridas, edemas y en las que no se esté recibiendo radioterapia.

La duración de la palomilla varía entre los distintos autores pero oscila entre 1 día y 3 semanas, aunque es recomendable la rotación semanal del punto de inserción.

Por todo ello y, para concluir, podemos afirmar que el empleo de la vía subcutánea es una alternativa muy útil en el manejo de síntomas del enfermo terminal que proporciona una mejora en su calidad de vida, situándose como la segunda vía de elección en estos casos seguidos de la vía oral.

Sin embargo, a pesar de ser una vía bastante conocida y aceptada en las Unidades de Cuidados Paliativos, no se han encontrado referencias bibliográficas sobre su utilización en Atención Primaria más allá del contexto del paciente terminal. Debido a su facilidad de uso, las escasas complicaciones asociadas, la posibilidad de

hacer partícipe al paciente y familia en su manejo y el amplio arsenal terapéutico que puede utilizarse por esta vía sería una técnica idónea para su utilización en patologías agudas o crónicas que se tratan en Atención Primaria.

6 Bibliografía

- Sociedad Española de Cuidados Paliativos [sede web]*. [acceso 7 de febrero de 2020] Guía de Cuidados Paliativos. Disponible en: http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf
- Gallardo Avilés R, Gamboa Antiñolo F. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. [monografía en internet]*. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2013. [acceso 6 de febrero de 2020]. Disponible en: http://www.secpal.com//Documentos/Blog/monografia_secpal_04.pdf
- Ruíz Márquez MP, Alonso Prado ME. Guía Clínica. Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos. Évora. 2010.
- Fernández Tejedor D, Pérez Álvarez AI. Estudio de la utilización de la vía subcutánea en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos. Rev. enferm. CyL. 2010; 2(1): 2-8.
- Matoses Chirivella C, Rodríguez Lucena FJ, Sanz Tamargo G, Murcia López AC, Morante Hernández M, Navarro Ruiz A. Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. Farm Hosp. 2015; 39(2):71-79.
- Núñez Olarte JM, Sánchez Sobrino M, Viloria Jiménez A, Suárez González JR, Prieto Vicente P, Romero Martínez J. Oxicodona en altas dosis por vía subcutánea: a propósito de un caso. MEDIPAL 2011; 18; 87-91.

Capítulo 276

CUIDADOS Y RECOMENDACIONES PARA EVITAR INFECCIONES EN LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES.

PATRICIA PÉREZ IGLESIAS

1 Introducción

Los catéteres venosos centrales son dispositivos que podemos encontrar habitualmente tanto en cuidados intensivos como en cualquier servicio de hospitalización en pacientes con una canalización periférica dificultosa. Como cualquier dispositivo tiene sus riesgos y sus complicaciones, una de ellas puede ser las infecciones o las bacteriemias.

Al tratarse de un dispositivo intravenoso la infección podría provocar una sepsis al difundirse rápidamente por el torrente sanguíneo. Como enfermeras debemos no solo conocer cuáles son los signos de infección en estos dispositivos y como resolver la situación; sino que debemos evitar que se produzcan evitando así complicaciones para el paciente y la necesidad de incurrir en nuevos tratamientos que suponen un gasto para el hospital.

2 Objetivos

Llevar a cabo una revisión bibliográfica en busca de pautas para el correcto cuidado y mantenimiento de catéteres venosos centrales, con el fin de evitar las infecciones asociadas a los mismos.

3 Metodología

En la búsqueda se trató de registrar variabilidad en los tipos de cuidados con el fin de comparar unos con otros, viendo cuales eran más eficaces, y creando así una recensión entre ellos con las técnicas y recomendaciones que mayor evidencia tuvieran respecto al descenso de infecciones de los catéteres. Sin embargo, la mayoría de los estudios coinciden en sus recomendaciones siendo algunos más específicos que otros.

Pese a ello, debido a la importancia que estas infecciones suponen, la revisión y mantenimiento de los estudios debe ser constantemente revisada y actualizada con el fin de seguir reduciendo su incidencia, ya que tal y como muestra uno de los artículos seleccionados: los protocolos actualizados y puestos en práctica por el personal de enfermería han conseguido reducir la incidencia de las complicaciones que estos dispositivos pueden provocar 4.

Este trabajo ha sido elaborado a partir de una revisión bibliográfica de carácter sistemático. Se ha realizado una búsqueda de literatura científica, actual y relevante sobre el tema a tratar y con el propósito de dar respuesta a los objetivos planteados en el proyecto. Para elaborarlo se procedió a la pregunta clínica: ¿Qué son los catéteres venosos centrales?, a partir de la secuencia tipo PIR que se muestra en la Tabla 1.

Pregunta PIR:
¿Qué son los catéteres venosos centrales?
Paciente/población Personal de enfermería
Intervención Conocer los diferentes dispositivos vasculares
Resultados Planes de actuación aséptica
Responsabilidad de las enfermeras
Diferencias entre los catéteres
(Tabla 1, elaboración propia)

Esta revisión se centró por lo tanto en reconocer el funcionamiento de los catéteres venosos centrales. Como estrategia de búsqueda se seleccionaron Descriptores de Ciencias de la Salud (DECs) y Medical Subjets Healings (MeSH) combinados con el operador booleano AND. La búsqueda de artículos se realizado en bases de datos como PubMed y CUIDEN. Así como en el portal de salud del principado de Asturias (Astursalud) y en la página del ministerio de sanidad en búsqueda del protocolo de prevención de bacteriemias. Así como revistas científicas como Rol de enfermería o la pagina oficial del la SEN (Sociedad Española

de Nefrología)
Lugares de búsqueda Palabras clave Filtros
PubMed - Catheter (AND) infection - Palabras del título
- Artículos de últimos 10 años
CUIDEN - Catéter (AND) venoso
- Catéter (AND) venoso (AND) infección - Palabras del título
AsturSalud - Catéter venoso central (No se necesitaron filtros)
Ministerio de Sanidad - Bacteriemia Zero

Los artículos seleccionados tratan diferentes aspectos de la cateterización central: desde cuidados para evitar infecciones, tipos de catéteres y métodos de inserción; así como que lugares según los estudios resultan más adecuados para evitar colonizaciones.

4 Resultados

Definimos como CVC al dispositivo IV que sitúa su extremo distal en la vena cava superior o inferior, justo antes de la entrada en la aurícula derecha. Estos catéteres pueden estar implantados durante largo tiempo y, teóricamente, van a presentar menor incidencia de complicaciones y de lesiones de la pared vascular 1.
Existen vario tipos de catéteres venosos centrales, utilizándose unos u otro según las necesidades del paciente y la finalidad e los mismos 1:
- Catéteres con reservorio o Porrt-a-cath: es el más comúnmente utilizado. Tiene forma circular y se inserta bajo la piel, habitualmente en la zona del pecho o en la zona superior del brazo. Para poder utilizarlo es necesario atravesar la piel con una aguja, que será retirada una vez finalice el tratamiento, quedando así aislado del exterior del cuerpo. Del reservorio sale un catéter que se inserta en una vena cercana al corazón.
Es el catéter mejor valorado, ya que es el que menos infecciones provoca y puede estar implantado durante años en el paciente, requiriendo mínimos cuidados de enfermería.8
- Catéteres Hickman: Se introduce en el tórax a través de una vena de gran calibre, para llegar a las zonas cercanas del corazón, y se dejan en el exterior varios accesos al catéter. Precisa cirugía para su colocación, y puede permanecer insertado hasta doce meses, aproximadamente. Requiere cuidados de enfermería semanales para garantizar su buen funcionamiento. Si la zona en la que se inserta está curada y en el lugar correcto, no es necesario el uso de apósitos. En el

caso de que no se vaya a utilizar durante un tiempo prolongado, el personal de enfermería realizará la heparinización del catéter, al menos una vez al mes, para evitar que se obstruya hasta su siguiente utilización. 8

- Catéteres PICC (Periphellaly inserted central catheter): Se introduce por una vena del brazo y llega a las proximidades del corazón. Su colocación es un procedimiento sencillo, que al contrario de lo que ocurría con el catéter Hickman, este no requiere cirugía. Puede permanecer insertado durante semanas o meses. Precisa cuidados de enfermería semanales para el adecuado mantenimiento. Los profesionales de enfermería limpiarán la zona de inserción y el área externa del catéter y cambiarán el apósito. Si el PICC está en reposo, hay que limpiar tanto la zona externa del catéter como la interna, y si es necesario, aplicar heparina para evitar la obstrucción del dispositivo. 8

A pesar de sus diferentes usos, tienen en común la necesidad de ser tratados con la máxima asepsia posible evitando así infecciones y diversos efectos adversos. Diversos estudios demuestran altas cifras de infecciones y bacteriemias relacionadas con estos catéteres (BRC) así como una mortalidad aproximada del 9-10% de los casos, siendo el impacto más importante en los pacientes con menor gravedad en su ingreso 2.

Un estudio de caso-control realzado en España en paciente críticos no demostró diferencias entre lo casos y los controles, además los supervivientes incrementan su estancia en el hospital una media de 19,6 días lo que supone un gasto de mas de 3000 euros por paciente al hospital 2. Por la seguridad del paciente y por el gasto que este problema supone en los hospitales, deben de tomar diferentes medidas que ayuden a reducir estas cifras. Los estudios muestran también que la implantación de ciertas directrices y hábitos a tener en cuenta en el manejo de los catéteres venosos centrales, reduce significativamente las BRC y por tanto así la estancia en los hospitales 2,4.

Un estudio de la universidad Johns Hopkins consiguió erradicar casi en su totalidad las BRC, en el constaban 5 recomendaciones básicas 2:

1. Implementación de una lista de objetivos diarios para mejorar la comunicación entre el personal sanitario de la unidades de cuidados intensivos (UCI) y estandarizar el manejo de los pacientes.
2. Elegir en cada unidad un médico y una enfermera como líderes encargados dela diseminación de la información y obtener los datos para u evaluación.
3. Instauración de los 5 procedimientos básicos en la manipulación que han demostrado reducir el impacto de las bacteriemias (lavado de manos, solución an-

tiséptica, técnica estéril, evitar el acceso femoral (recomendación 1.A)5 y retirar las luces y catéteres innecesarios).
4. Creación y uso de un carro de vía central que contenga todo el material necesario para el cateterismo de las mismas así como una hoja de verificación para asegurar la adherencia y cumplimiento de las prácticas de control de la infección.
5. Medición mensual de las tasas de BCR en cada unidad.
A continuación se expondrán y desarrollarán los cuidados más importantes a tener en cuenta en la manipulación de estos dispositivos.
- Higiene de manos: antes y después de palpar los lugares de inserción de los catéteres, así como antes y después de insertar, reemplazar, acceder, repara o proteger un catéter intravascular 2.
- Uso de clorhexidina para la desinfección de la piel: acuosa al 2% o alcohólica al 0.5%. En caso de sensibilidad se utilizará povidona iodada y dejar secar al meno 30 segundos 2,3.
- Uso de medidas barrera total durante la inserción de los CVC: técnica estéril 2.
- Preferencia de vena subclavia como lugar de inserción: Se ha demostrado que existe menor riesgo de bacteriemias en relación con los cateterismos en arteria femoral, aunque se deben tener en cuenta otra posibles complicaciones, así como la habilidad del profesional a la hora de insertar el catéter 2,5.
- Retirada de CVC innecesarios y heparinización de las luces que no se estén utilizando; la heparinización se realizará: después de cada uso, cuando no se esté utilizando el catéter cada 7 días de manera periódica 1,2. Esta técnica pude realizarse tanto con heparina sódica como con citrato al 4%, el cual asociado a un antimicrobiano a demostrado claras evidencias en la reducción de infecciones 9.
- Manejo higiénico de los catéteres reduciendo al mínimo posible las manipulaciones 2.
- Utilice solución salina para la limpieza del lumen antes y después de su utilización 3.
- Utilice un apósito de poliuretano semipermeable estéril y transparente para cubrir el orificio, que se deberá cambiar cada 7 días o antes si no está intacto y volver a realizar antisepsia cutánea con clorhexidina al 2% 3.
- Registre el estado del acceso venoso incluyendo proceso de inserción, valoración del estado del lugar de inserción y funcionalidad 3.

En resumen, para reducir y evitar infecciones y efectos adversos de los CVC debemos de tener en cuenta la compatibilidad entre fármacos, heparinización y/o retirada de los accesos ve que no sean necesario y cumplir rigurosamente con las recomendaciones asépticas 1.

Por tanto con todas las recomendaciones y cuidados anteriores y con la evidencia probada de que poniéndolos en práctica las bacteriemias y las infecciones asociadas a catéteres venoso centrales reducen su incidencia debería existir un mayor control en las unidades de cuidados intensivos y una formación constante de sus profesionales, para que cumplan con dichos requerimientos y estén al tanto de nuevas actualizaciones que mejoren la estancia de los pacientes las unidades, evitándoles un mayor daño y reduciendo su estancia así como el gasto que supone para los hospitales.

5 Discusión-Conclusión

- Definimos como CVC al dispositivo IV que sitúa su extremo distal en la vena cava superior o inferior, justo antes de la entrada en la aurícula derecha. Estos catéteres pueden estar implantados durante largo tiempo y, teóricamente, van a presentar menor incidencia de complicaciones y de lesiones de la pared vascular.
- Existen diferentes tipos de catéter de acceso vascular central, todos ellos tienen diferentes utilidades y podemos encontrarlos tanto en unidades de cuidados intensivos como en atención hospitalaria.
- Las enfermeras deben de conocer los protocolos de utilización, así como implementar medidas para evitar infecciones y actualizar sus conocimientos en los cuidados de estos accesos.
- Para reducir y evitar infecciones y efectos adversos de los CVC debemos de tener en cuenta la compatibilidad entre fármacos, heparinización y/o retirada de los accesos ve que no sean necesario y cumplir rigurosamente con las recomendaciones asépticas.

6 Bibliografía

1 AsturSalud [Internet]. SESPA; [citado 23 marzo 2018]. Catéteres venosos centrales, guía para enfermería. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Cat%C3%A9teres+venosos+centrales.pdf/7faf0e27-b9d8-0de4-724d-5ea9a970aab0?version=1.0

2 Palomar M. Protocolo prevención de las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales (BRC) en las UCI españolas. [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo de España; 2015 [citado 23 marzo 2018]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/protocolo_bacteriemia_zero.pdf

3 Blanco-Mavillard I, Pedro-Gómez J, Bennasar-Veny M. Decálogo de recomendaciones para disminuir bacteriemias relacionadas con catéteres venosos. Index Enferm [Internet]. 2017; 26(4):284 [citado 23 marzo 2018]. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/v26n4/2640.php
4 Ordoñez P, Polit V, Escofet R, Martínez G. Impacto del programa de prevención de infecciones del catéter venoso central en unidades de cuidados intensivos. Revista Rol enfermería [Internet]. 2018 [citado 23 marzo 2018]; 41:(3). Disponible en: http://www.e-rol.es/articulospub/articulospub_paso3.php?articulospubrevista=40(03)&itemrevista=
199-202#
5 Marik PE, Flemmer M, Harrison W. The risk of cathter-related bloodstream infection with femoral venous as comparated with subclavian and internal jugular venous catheter: a systematic review of literature an metanalysis. Crit Med Care [Internet]. 2012 [citado 24 marzo 2018]; 40(8):2479-85. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22809915
6 LI X, He M, Wang H. Application of a failure mode and efect analysis in managing catheter infection in intensitive care unit. Medicine Baltimore [Internet]. 2017 [citado 24 marzo 2018]; 96(51). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5758217/
7 Cayón J D, Castanedo V I, Álvarez AM, Pérez C S E, Dorda G S, Burgueño E C, et al. Guía para la inserción y mantenimiento de catéteres [Internet]. [citado 24 marzo 2018]. Disponible en: http://cantabria.es/documents/2162705/2163005/Gu%C3%ADa+de+cat%C3%A9teres+intravenosos_SCS.pdf
8 El catéter venoso central: PICC, Hickman y reservorio. La Vida en Rosa, LVR, https://revistalvr.es/el-cateter-venoso-central-picc-hickman-y-reservorio/ (2015, accessed 10 February 2020)
9 Nadal M, Sánchez E. En el sellado del catéter venoso central en hemodiálisis, ¿presenta el uso de citrato respecto al uso de heparina menos complicaciones de infección? Una revisión de la literatura. SEDEN [Internet]. 2017 [citado 24 marzo 2018]; 20:(2). Disponible en: http://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=442417009410009309642417 0

Capítulo 277

SONDAJE NASOGÁSTRICO

MERCEDES LANNY RODRÍGUEZ ALLEGUE

1 Introducción

El sondaje nasogástrico es una técnica consistente en la introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estómago (sonda nasogástrica) o a través de la boca (sonda orogástrica). Se utiliza con fines diagnósticos, toma de muestra de contenido gástrico para confirmar en caso de hemorragia digestiva alta, vaciamiento del contenido gástrico, lavado gástrico, administración de medicación, administración de alimentación enteral, prevención de broncoaspiración en pacientes con disminución de conciencia y controlar evolución de hemorragia digestiva alta.

Está contraindicada en hemorragia digestiva alta, en caso de fractura de base de cráneo, rotura de huesos de la cara y taponamiento nasal. También está contraindicada la inserción de la sonda por la nariz, en estos casos se utiliza la vía orogástrica.

Existen complicaciones generales como traumatismo o hemorragia nasal, faríngea o laríngea. Obstrucción o intubación latingotraqueal. Aspiración del contenido gástrico, yraumatismoo perforación esofágica y gástrica, complicaciones irritativas: rinitis, faringitis,esofagitis o gastritis.

Dividiremos el protocolo en tres partes:
- Inserción de la sonda.
Elección de la sonda .Tipos.
Técnica.
-Cuidados y consideraciones generales.

-Retirada de la sonda.

2 Objetivos

- Identificar el material necesario para la realización de la técnica de colocación de la sonda nasogástrica.
- Conocer la técnica correcta de colocación y retirada de la misma.

3 Metodología

Se ha realizado una busqueda bibliográfica y lectura de artículos públicos en páginas oficiales y revistas científicas sobre protocolos de actuación de práctica clínica.

4 Resultados

La indicación de la colocación de una sonda nasogástrica a un paciente depende de la prescripción médica. Se cambiará la posición de la sonda diariamente, con el fin de evitar decúbitos, con un movimiento rotatorio, se hará que la sonda gire, retirándola o introduciéndola 1cm, se cambiará diariamente el apósito de fijación variando igualmente la zona, se limpiarán los orificios nasales y luego se les aplicará un lubricante hidrosoluble, se llevará a cabo la higiene de la boca diariamente, manteniendo los labios hidratados y se realizará el control de aspiración cada 24h.

5 Discusión-Conclusión

Nuestro estudio muestra que el material a utilizar en el procedimiento del sondaje nasogástrico es:
- Sonda nasogástrica del tipo y calibre adecuado.
- Agua.
- Guantes no necesariamente estériles.
- Apósito de fijación.
- Un vaso de agua.
- Jeringa de 50 ml.
- Fonendoscopio.
- Batea.

- Toalla o sabanilla.
- Tapón para la sonda o una bolsa colectora adaptable a la luz de la sonda .di es necesario de conectara al sistema de aspiración.
- Válbula antirreflujo, si procede.
- Gasas o pañuelos de papel.
- Técnica de realización del sondaje nasogástrico.
- Comprobar la identificación del paciente.
- Procurar un ambiente tranquilo, asegurando la intimidad del paciente.
- Explicar el procedimiento a realizar al paciente.
- Colocación al paciente en posición fowler (con el cabecero de la cama o la camilla en posición de sentado o semisentado, si no es posible se colocara en posición decúbito lateral).
- Retirada de prótesis si la hubiera.
- Cubrir el pecho del paciente con una toalla y colocar una batea cerca por si se produce algún vómito.
- Decirle al paciente que se suene la nariz y examinaremos los orificios nasales para comprobar su permeabilidad.
-Higiene de manos y colocación de guantes.
- Determinar la cantidad de tubo que queremos introducir para llegar al estómago (se mide la distancia ayudándonos de la sonda que va desde la punta de la nariz del paciente hasta el lóbulo de la oreja y aquí al apéndice xifoide del esternón).
- Señalar la medida de la sonda.
- Lubrique el extremo distal de la sonda, introduciéndola por el orificio nasal elegido, dirigiéndola hacia abajo y hacia la oreja del mismo lado haciéndola progresar con movimientos rotatorios (nos ayudara que el paciente flexione el cuello y realice movimientos de deglución, si es que colabora).
- Si aparecen nauseas, deténganse y aplique movimientos de rotación, mientras se avanza en dirección al esófago hasta la señal previamente realizada.
- Si en algún momento el paciente presenta tos dificultad respiratoria o cianosis, es señal que hemos introducido la sonda en vía respiratoria por lo que se debe retirar la sonda hasta situarse nuevamente en faringe, tras unos minutos de descanso reiniciar el procedimiento.
- Nunca forzar la introducción de la sonda si se encuentra con una obstrucción.
- Una vez que la marca hecha llegue a la nariz posiblemente la sonda ya este en estómago.
- Comprobar que la sonda esta en estómago aspirando el contenido gástrico , insufle 20-50ml de aire con la jeringa comprobando el burbujeo de este en el estómago mediante el fonendoscopio colocado sobre el epigastrio.

- Fijar la sonda nasogástrica con apósito específico.
- Una vez fijada la sonda a la nariz puede ser necesario sujetar el extremo abierto de la sonda en el pómulo del paciente .
- Según la finalidad del sondaje, debe colocar el tapón, bolsa colectora o a aspiración .
- Recoger material utilizado.
- Retirar guantes y realizar higiene de manos.
- Registrar su colocación en el historial del paciente anotando las indicaciones del sondaje,incidencias, fecha, hora, tipo de sonda utilizada.

6 Bibliografía

- Feu Caballé F.recomendaciones para el tratamiento y el diagnóstico de la hemorragía digestiva aguda no varicosa. 2003;26(2):70-85.
- Feu Caballé F ,Terés Quiles J .Hemorragía gastrointestinal .En:Farreras V ,Rozman C. Medicina interna 15 ed.Madrid:Elsevier; 2004; 276-283.
- Evans M.colocación de una sonda nasogástrica o nasointestinal de pequeño calibre. En Perry A,Potter P.Enfermería clínica : Técnica y procedimientos 4ta ed Madrid: Harcourt Brace ;1999.722-779.

Capítulo 278

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMEROS INTRAOPERATORIOS DEL PACIENTE SOMETIDO A OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA.

VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

GEORGINA AYALGA ARGÜELLES BOUSOÑO

LETICIA CUELI ARENAS

LAURA CUETO GARCÍA

SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA

1 Introducción

La oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) es un sistema de asistencia mecánica circulatoria y respiratoria extracorpórea de corta duración. Está indicado en el shock cardiogénico e insuficiencia respiratoria con compromiso vital de cualquier causa, cuando las medidas terapéuticas médicas o quirúrgicas convencionales, incluyendo el empleo del balón intraaórtico de contrapulsación, han fracasado.

Debido al aumento de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población, este tipo de procedimientos ha aumentado notablemente, esto hace que nos planteemos la creación de un Plan de Cuidados de Enfermería adecuado a las necesidades de los pacientes sometidos a oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO).

Para crear este plan de cuidados nos hemos guiado por el modelo de Virginia Henderson y por la Taxonomía Internacional NANDA, NIC y NOC.

DIAGNÓSTICO:(000005) Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c sedación
NOC:(0800)Termorregulación
NIC:(3902) Regulación de la temperatura: perioperatoria
ACTIVIDADES
-Minimizar la exposición del paciente durante la preparación y el procedimiento quirúrgico, cuando sea posible.
-Ajustar la temperatura ambiente para minimizar el riesgo de hipotermia.
-Aplicar y regular el dispositivo de calentamiento activo.
DIAGNÓSTICO:(00039) Riesgo de aspiración r/c con intubación oral
NOC:(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas, (0403) Estado respiratorio: ventilación
NIC:(3200)Precauciones para evitar la aspiración, (3140) Manejo de la vía aérea, (3300) Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
ACTIVIDADES:
-Mantener una vía aérea.
-Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado.
-Mantener el equipo de aspiración disponible.
-Realizar la aspiración endotraqueal, según corresponda.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.
-Administrar los agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos que sean apropiados.
-Monitorizar los efectos de los cambios del ventilador sobre la oxigenación: gasometría arterial.

DIAGNÓSTICO:(00146) Ansiedad
NOC:(1211) Nivel de Ansiedad, (1402), Control de la ansiedad
NIC:(5820) Disminución de la ansiedad
ACTIVIDADES:
-Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.

-Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
-Permanecer con el paciente para promover seguridad y reducir el miedo.
-Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.
DIAGNÓSTICO:(00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos
NOC:(1924) Control del riesgo
NIC:(6545) Control de infecciones intraoperatorio
ACTIVIDADES:
-Limitar y controlar la circulación de personas en el quirófano.
-Verificar si se han administrado los antibióticos profilácticos adecuados.
-Verificar la integridad del embalaje estéril.
-Verificar los indicadores de esterilización.
DIAGNÓSTICO:(00087) Riesgo de lesión postural perioperatoria r/c alteraciones sensitivo-perceptivas debidas a la anestesia
NOC:(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas
NIC:(0842) Cambio de posición: intraoperatorio
ACTIVIDADES:
-Proteger las vías iv, los catéteres y los circuitos de respiración.
-Proteger los ojos, según corresponda.
-Colocar en la posición quirúrgica designada.
-Mantener la alineación corporal correcta del paciente.

Con la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería conseguiremos que profesional tras profesional los pacientes puedan recibir unos cuidados de calidad, sin que existan diferencias entre los distintos profesionales gracias a la estandarización de los mismos.

2 Objetivos

- Seleccionar y recopilar las intervenciones enfermeras (NIC) necesarias y pertinentes para los diagnósticos (NANDA) de un Proceso de Atención de Enfermería para un paciente sometido a este tipo de cirugía.
- Disminuir la variabilidad de las actuaciones de los profesionales unificando criterios en la práctica clínica y por tanto, mejorando la calidad asistencial.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

1. G.J. Magovern, K.A. Simpson. Extracorporeal membrane oxygenation for adult postcardiotomy support. Ann Thorac Surg, 68 (1999), pp. 655-661
2. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2018 - 2020. Madrid: Elsevier; 2018.
3. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier.
4. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier.

Capítulo 279

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PAE) DE PACIENTE CRÍTICO

MERCEDES URRA MONAUT

BLANCA FERNANDINO ZUBIETA

DAVID GARCÍA TOSTÓN

MIRIAM SALINAS VALENCIA

MARIA TERESA CARRASQUER PIRLA

1 Introducción

El trabajo que hemos desarrollado en las páginas siguientes consta de la presentación de un caso clínico. Para ello, adoptamos el modelo por Necesidades Básicas Humanas de Virginia Henderson, basado en que la enfermera debe de servir de ayuda al individuo tanto sano como enfermo para la realización de las actividades de la vida diaria, que contribuyan a mantener su estado de salud, recuperarla cuando se ha perdido o conseguir una muerte digna. Quedando definida la función propia de enfermería como " la función de la enfermera es ayudar al individuo tanto sano como enfermo en la realización de aquellas actividades que el realizaría, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario para hacerlo, y lo hace facilitando la autonomía del paciente".

Para conseguir los objetivos es necesaria una valoración de las 14 necesidades básicas y de los factores que pueden influirlas o modificarlas. A partir de estas hemos identificado las necesidades afectadas y siguiendo el proceso enfermero hemos podido diagnosticar, fijar unas intervenciones y observar el resultado obtenido. Para ello, usamos la Taxonomía enfermera (un lenguaje estandarizado, que es un acuerdo para una terminología para objetivos específicos, condiciones y acciones, que incluyen definiciones).

Realizamos diagnósticos enfermeros, que son el juicio clínico, sobre la respuesta de un individuo a problemas de salud, reales o potenciales o a procesos vitales, proporcionando la base para la elección de intervenciones enfermeras y para lo lograr los resultados, para ello usamos el NIC, NOC.

Hemos decidido escoger este caso basándonos en importancia de la neumonía comunitaria (NAC) que continúa siendo una enfermedad frecuente con importante mortalidad y morbilidad.se presentan sobre 3 millones de casos por año, 10% requiere hospitalización y de ellos el 5-10% lo hacen en unidades de cuidados intensivos. Un 25% de los hospitalizados fallece, en UCI este porcentaje sube a rangos entre 21- 47%. Se le considera la sexta causa de muerte y la primera entre las enfermedades infecciosas.

Neumonía es la inflamación aguda del parenquima pulmonar de diversas etiologías y de duración variable, caracterizada por una exudación inflamatoria localizada en las porciones distales del bronquiolo terminal incluyendo sacos alveolares y alvéolos.La infección es de origen endógeno prácticamente siempre, siendo las principales fuentes de infección la orofaringe y los senos paranasales. La magnitud de la infección depende de la frecuencia del contacto, del volumen aspirado, como también de la virulencia de la bacteria por un lado y por el otro lado de los mecanismos de defensa del huésped.

Encontramos a nuestro paciente en el Hospital virgen del camino de Pamplona, inaugurado en 1964 como residencia hospitalaria del Instituto Nacional de Previsión y por ello conocido como "la Residencia", es uno de los dos hospitales terciarios ubicados en Pamplona que cubre la asistencia sanitaria pública del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en la Comunidad Foral de Navarra. En la actualidad se está realizando la fusión con su vecino Hospital de Navarra configurando elComplejo Hospitalario de Navarra. Tiene 566 camas, de las cuales 358 son del edificio correspondiente al área general y 208 al del área materno-infantil.

Presunción diagnóstica:

Neumonía comunitaria grave bilateral con Ag13 Neumococo positivo en evolución.

Valoración de las necesidades según Virgina Henderson:
Se realiza la valoración el 2 de Marzo (día 39º de ingreso en la UCI)

1. Necesidad de oxigenación: frecuencia respiratoria de 24rpm (taquipnea), rítmica y algunas veces superficiales. No musculatura accesoria. mala capacidad para movilizar secreciones y presenta ruidos respiratorios, no cianosis. Tiene una traqueotomía taponada.
Saturación: 99% con oxígeno a 2 lpm. presenta buen llenado capilar, buena coloración de la piel y ausencia de ingurgitación yugular o edemas. Pulsos periféricos presentes.
Tensión arterial: 148/62 mmHg
Frecuencia cardiaca: 104 lpm

2. Necesidad de comer y beber: o le permitía comer y masticar con normalidad. Actualmente es portador de sonda nasogástrica con nutrición enteral.

Hace dos días que ha reanudado la nutrición oral paralela a la enteral , aunque no come demasiado y desde que ingresó ha perdido 14 kg (ahora pesa 63kg), por lo que presenta debilidad. No tiene nauseas o vómitos. Necesita ayuda para comer. presenta deshidratación leve.

3.-Necesidad de eliminar:
Eliminación fecal: última deposición hace 3 días, cantidad escasa.
Eliminación urinaria: Era continente en su domicilio, pero ahora tiene sondaje vesical. Patrón de eliminación adecuado,

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura:
Permanece encamado. Tiene dificultad para girarse en la cama debido a una disminución de la fuerza y a la atrofia muscular. Presenta disminución de los movimientos. Tiene rigidez articular en las extremidades inferiores. Cuando se le sienta en el sillón se cansa rápido (en unos 30 minutos). Presenta durezas y callosidades en pies.

5. Necesidad de dormir y descansar:
Duerme toda la noche con medicación pautada (Propofol y Lormetazepam 1mg). También dormita a ratos durante el día. Lleva un catéter venoso central (subclavia), un catéter arterial (radial dcha.), una sonda nasogástrica y una sonda vesical, sin olvidar los electrodos del monitor, lo cual repercute en el descanso

ya que según dice el paciente “tiene cables por todas partes y cada vez que se intenta mover se enreda”.

Durante el día se muestra apático y somnoliento.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse: tiene poca capacidad física para ayudar a vestirle. se interesa a la hora de vestirle, no le produce ansiedad ni estrés. No tiene aspecto desaliñado.
Tiene conocimientos de si mismo y del entorno en el que está.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal: temperatura corporal de 36,3 ºC (toma axilar), y refiere tener frío . No presenta sudoración.

8. Necesidad de estar limpio y aseado y proteger sus tegumentos:
Lavado diario con ayuda del personal de UCI,. Se aplica crema hidratante en la piel y AGHO14 en zonas de presión o fricción.
Boca bastante seca, con lengua saburral y labios secos. . Buena coloración, turgencia e integridad de la piel.

9. Necesidad de evitar los peligros:
Es un hombre predispuesto a las caídas, sobretodo debido a la disminución de la fuerza, debilidad o energía muscular. Presenta síntomas de cansancio, fatiga, falta de potencia…
No presenta alteraciones de la conciencia, pero si alteración sensorial, debido a la retinopatía diabética que tiene. también tiene predisposición a la inflamación o infección, debido dispositivos artificiales colocados durante su ingreso. Ha su ingreso presentaba una neumonía comunitaria (Ag Neumococo positivo) y se sobreinfecta durante su estancia hospitalaria con SARM15. Precisando medidas de aislamiento aéreas y de contacto.
La predisposición a la enfermedad también está presente, debido al tratamiento con anticoagulantes o hipotensores que toma.
Es consciente de su enfermedad, conoce los signos y síntomas y está muy motivado a la hora de participar en las actividades de formación o prevención propuestas.

10. Necesidad de comunicar:
El paciente está consciente y orientado, comprende bien todo lo que se le dice y no tiene pérdidas de memoria.
Tiene problemas de visión por la retinopatía diabética que tiene hace un tiempo, Se comunica bien, pero debido a la traqueotomía no se le oye mucho y no se le

puede entender de manera clara . No presenta afasia ni disartria.
Es muy expresivo, usa las manos mucho y sobretodo gesticula muy bien. Muestra actitud receptiva y se ve que confía en los demás.
En todo momento expresa sus necesidades o deseos, se relaciona bien con los demás. Mantiene relación con los familiares, que vienen 2 veces al día a visitarle . No parece estar triste ni tener miedo.

11. Necesidad de actuar según sus creencias y valores:
Parece ser una persona creyente, ya que en su mesilla tiene un pequeño cuadro de un santo.
Se le ve que tiene mucha confianza en el personal que le cuida y sobretodo en los médicos.

12. Necesidad de ocuparse para realizarse:
Es consciente de su valor y sus capacidades, pero no es capaz de tomar decisiones. (la familia se encarga de ello). No parece desanimado, triste, o angustiado, no está obsesionado por sus problemas. Es incapaz de realizar todo lo que desearía, como por ejemplo intenta levantarse sólo al sillón y no puede, quiere comer sólo y no puede

13. Necesidad de recrearse:
Parece que se aburre bastante es con incapaz de realizar las actividades recreativas preferidas. Pasa el tiempo escuchando la radio que le trajeron sus familiares, ya que es lo único que puede hacer.

14. Necesidad de aprender:
Se muestra receptivo, y con interés por aprender, atiende mucho a lo que se le dice, y intenta adquirir conocimientos a través de ellos.

2 Objetivos

- Conocer cómo se lleva a cabo un plan de cuidados de enfermería en pacientes críticos a través de un caso clínico.

3 Caso clínico

Presentación del caso:
Paciente de 55 años que ingresa en la UCI1 el 21 de Enero por evolución de Neumonía comunitaria grave.

Antecedentes personales:
Alergias intolerancia al Tramadol
Diagnosticado previamente de HTA2 con complicada (tratamiento con Irbesartán/hidrocortiacida 300/12,5mg)
Diabetes Mellitus tipo I desde 1971 con retinopatía diabética fotocoagulada en 1997, en tratamiento con Novomix.
Polineuropatía (tratamiento con Gabamentina 300mg c/8h) y nefropatía diabética.
EPOC3
TBC4 pulmonar en los años 80
Dislipemia (tratamiento Atorvastatina 20mg)
Bronquitis aguda.
No fumador, bebedor ocasional.

Historia médico actual:
Paciente de 55 años remitido de la UCI del hospital García Orcoyen de Estella donde ha permanecido ingresado del 10-1-2012 al 21-1-2012 tras ser derivado desde Urgencias de este hospital por insuficiencia respiratoria hipoxémica grace. Es dado de alta y trasladado a esta unidad por petición familiar con los diagnósticos de neumonía comunitaria grave con antigenuria positiva para neumococo, sepsis de origen respiratorio, SDRA (Síndrome de distress respiratorio agudo), insuficiencia renal crónica agudizada, SCASEST de alto riesgo y Diabetes Mellitus insulinodependiente.

A su ingreso en nuestra unidad se encuentra con aceptable estado general, sin trabajo respiratorio, manteniendo SaO2 97% con gafas nasales a 6 lpm y 15 rpm. Hemodinámicamente estable.

Tratamientos previos (Hospital Estella)
Omeprazol 40mg, Enoxaparina 80 mg, Levofloxacino 500 mg c/ 24h iv, Linezolid 600 mg c/12h iv, Furosemida ½ ampolla c/8h, Gabapentina 300 mg c/8h oral, Atorvastatina 20 mg noche diariamente, AAS 100 mg 1comp c/24h, Amlodipino 10 mg c/24h, Clopidogrel 75mg c/24h, Nitroglicerina parche 15 mg.

Exploración física al ingreso:
Tensión arterial: 165/60 mmHg
Pulso: 80 lpm
Frecuencia respiratoria: 14 rpm
SaO2: 96%
FiO2: 50%

Temperatura axilar: 36´8ºC
Peso: 77 Kg.
Talla 169 cm
IMC7: 27 (sobrepeso)

Buen estado general, consciente y orientado, Glasgow 15, buen color piel y mucosas. Cuello: ligera ingurgitación yugular.

Tórax:
- Auscultación cardiaca: rítmico, no se auscultan soplos.
- Auscultación pulmonar: crepitantes bibasales en todo heitórax derecho y basal izquierdo. Sibilantes espiratorios dispersos en campos anteriores.

Abdomen: globuloso y depresible, no doloroso a la palpación, peristaltismo normal.

Extremidades: se palpan pulsos periféricos simétricos. No edemas.

RX8 de tórax:
Al ingreso en UCI: infiltrados alveolo intersticiales difusos con claro broncograma aéreo en hemitórax derecho (sobre todo a nivel de lóbulo medio que borra silueta cardiaca) e inferior izquierdo. Hemidiafragamas bastante respetados.

TAC9:
Se observa atenuación en vidrio deslustrado en ambos lóbulos superiores, mayor en lado derecho, en el cual además existen zonas de condensación confluentes, que parece que tienen broncograma aéreo, así como engrosamiento de septos interlobulillares, y mínimo derrame pleural derecho. En ambas bases se observan tractos fibrosos, que pudieran corresponderse con atelectasias parciales, en el contexto de TBC previa, que en LII10 se acompaña de desviación de cisura. No se aprecian aparentes defectos de repleción en arterias pulmonares. Se observan adenopatías en ventana aorto-pulmonar.

ECG11:
RS12 a 81 pm, eje normal, PR 0´15, QRS estrecho, V2 y V3 sin descensos en ST.

NANDA: 00102 Déficit de autocuidado: alimentación manifestado por incapacidad en el manejo de los utensilios, abrir los recipientes y completar una comida relacionado con debilidad y cansancio y deterioro músculo esquelético.

Definición: deterioro de la habilidad para realizar o completar las necesidades de la alimentación.

NOC: 0303 autocuidado: alimentación (comer): capacidad para ingerir y preparar comida y líquidos independientemente con o sin mecanismos de ayuda.
- 030304: coge comida con utensilios A3.
- 030314: finaliza comidas A1.

NIC: 1803 ayuda con los autocuidados: alimentación: ayudar a una persona a comer.
- Identificar dieta prescrita: dieta diabética.
- Arreglar comida en la bandeja.
- Abrir los alimentos empaquetados.
- Colocar al paciente en una postura cómoda.
- Proteger con un babero.
- Proporcionar pajitas.
- Anotar la ingesta.

NANDA. 00108 Déficit autocuidado: baño/higiene manifestado por incapacidad de lavar total o parcialmente el cuerpo, secarse el cuerpo relacionado con debilidad y cansancio y deterioro músculo esquelético.
Definición: deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si mismo las actividades del baño/ higiene.
NOC: 0301 autocuidado baño: capacidad para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin mecanismos de ayuda.
- 030113: se lava la cara A3.
- 030114: se lava la parte superior del cuerpo A2.
- 030111: se seca el cuerpo A1.

NIC: 1801 ayuda con los autocuidados: baño /higiene: ayudar al paciente a realizar la higien.e personal
- Proporcionar ayuda que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados
- Proporcionar los objetos personales deseados.

NANDA 00110: Déficit autocuidado: uso WC manifestado por incapacidad de llegar al wc y orinal, realizar higiene adecuado tras la evacuación y sentarse o levantarse del wc u orinal relacionado con debilidad y cansancio y deterioro músculo esquelético, deterioro movilidad.
Definición: deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de uso del orinal o wc

NOC: 0310 autocuidado: uso inodoro: capacidad de utilizar el inodoro independientemente con o sin ayuda de mecanismos.
- 031005: se coloca el orinal A1.
- 03007 se limpia después de defecar A4.

NIC: 1804 ayuda con los autocuidados: aseo: ayudar a otra persona en la eliminación
- Facilitar la higiene del aseo después de terminar la eliminación.
- Proporcionar dispositivos de ayuda.
- Disponer de intimidad durante la eliminación.

NANDA 00109 Déficit de autocuidado: vestido manifestado por deterioro de la capacidad tanto para ponérsela y quitársela e incapacidad para ponerse la ropa dependiendo la zona del cuerpo, elegir la ropa relacionado con debilidad y cansancio y deterioro músculo esquelético.
Definición: deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si mismo las actividades de vestido y arreglo personal.
NOC: 0304 autocuidado: vestir: capacidad para vestirse independientemente con o sin mecanismos de ayuda.
- 030204: escoge la ropa A1.
- 030204 se pone la ropa en la parte superior del cuerpo A2.
- 030211: se quita la ropa A2.

NIC: 1802: ayuda con los autocuidados vestir y arreglo personal: ayudar al paciente con las ropas.
- Facilitar las ayudas de un barbero o esteticista.
- Disponer de las prendas del paciente en zonas accesibles.
- Proporcionar la ropa personal.
- Estar disponible para la ayuda en el vestir.
- Facilitar el peinado del cabello del paciente.

NANDA 00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física, factores mecánicos, excreciones o secreciones y alteración del estado metabólico.
Definición: riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.
NOC: 01101 integridad tisular: piel y membranas mucosas: indemnidad estructural y funcional fisiológica de la piel y las membranas mucosas.
- 110104: hidratación: A3.
- 110111: perfusión tisular A2.
- 110113: integridad piel A5.

NIC: 3584 cuidados de la piel: tratamiento tópico: aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la perdida de la solución de continuidad.
- Aplicar lubricantes para humedecer los labios y la mucosa.
- Abstenerse de aplicar calor local.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Utilizar dispositivos en la cama que protejan la piel del paciente.
- Aplicar protectores para los talones: Linovera, taloneras.
- Inspeccionar diariamente la piel en personas con riesgo de perdida de la mismo.

NIC: 3590 vigilancia de la piel: recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.
- Observar si hay enrojecimiento y perdida de integridad de la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Vigilar color de la piel.
- Observar temperatura corporal.
- Tomar nota de cambios en la piel y membranas mucosas.

NANDA 00002: Desequilibrio nutricional por defecto manifestado por peso corporal inferior en un 20% o más del peso ideal relacionado con capacidad para digerir alimentación.
Definición: ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer necesidades metabólicas.
NOC: 1008: estado nutricional: ingesta alimentaria y de líquidos: cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24h.
- 100801: ingesta de alimentación F2.
- 100802: ingesta de alimentación por sonda F4.
- 100803: ingesta de líquidos oral F2.

NOC: 1009: estado nutricional ingesta de nutrientes: ingestión de nutrientes para satisfacer las necesidades.
- 100901: ingestión calórica F3.
- 100902: ingestión proteica F3.
- 100904: ingestión hidratos de carbono F3.

NIC: 1100 manejo de la nutrición: ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.
- Determinar preferencias del paciente.

- Determinar el numero de calorías y tipo de nutriente necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Ofrecer tentempiés.
- Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumir.
- Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.
- Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

NANDA 00004 Riego infección relacionado con procedimiento invasivo, alteración de las defensas secundarias y enfermedades crónicas.
Definición: aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.
NOC: 1902 control riesgo: acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.
- 19026 se compromete con estrategias de control del riesgo M4.
- 190208 modifica estilo de vida para reducir riesgo M4.
- 190216 reconoce cambios en el estado de salud M4.
NIC: 6650: vigilancia: recopilación, interpretación, y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.
- Interpretar los resultados de las pruebas de diagnostico.
- Vigilar signos vitales.
- Comprobar el nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes.
- Controlar los cambios en el patrón de sueño.
- Valorar periódicamente el estado de la piel en los pacientes de alto riesgo.
- Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos..
- Comprobar el estado previo para detectar las mejorías y deterioros en la condición del paciente
- Establecer tratamiento adecuado.
NANDA 00085: Deterioro de la movilidad física manifestado por limitación de la habilidad para las habilidades groseras y limitación amplitud movimientos relacionado con deterioro músculo esquelético y disminución fuerza control y masa muscular.
Definición: limitación del movimiento independiente, intencionado del cuerpo o de una o mas extremidades.

NOC: 0208 movilidad: capacidad para moverse con resolución en el entorno, independientemente con o sin mecanismos de ayuda.
- 020803 movimiento muscular A3.
- 020804 movimiento articular A3.

- 020802 Mantenimiento posición corporal A2.

NIC: 0740: cuidados en pacientes encamados: fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.
- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.
- Girar al paciente movilizándolo al menos cada 2 horas.
- Vigilar el estado de la piel.
- Enseñar ejercicios de cama.
- Realizar ejercicios de margen de movimientos pasivos y/o activos.
- Ayudar con los AVD.

NADA 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas manifestado por sonidos respiratorios adventicios inefectividad de la tos, producción esputo, dificultad para vocalizar relacionado con retenciones de las secreciones, mucosidad excesiva, vía aérea artificial, EPOC.

Definición: incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

NOC: 0410: estado respiratorio: permeabilidad vías aéreas, permeabilidad vías aéreas: vías traqueo bronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire.
- 041012 capacidades para eliminar secreciones B2.
- 041007 ruidos respiratorios patológicos N2.

NIC: 3160 aspiración de las vías aéreas: extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o la traquea del paciente.
- Informar al paciente sobre la aspiración.
- Aspirar la nasofaringe con dispositivo de aspiración.
- Disponer precauciones universales .
- Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas antes de la succión y utilizar oxigeno suplementario.
- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Basar la duración de cada pase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer las secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.
- Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.
- Limpiar la zona de alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración.

- Suspender aspiración si el paciente presenta bradicardia, un aumento de ectopia ventricular u/o desaturación.
- Anotar tipo y cantidad de secreciones obtenidas.

NANDA 00051 Deterioro de la comunicación verbal manifestado por no poder hablar, relacionado con barreras fisiológicas (traqueotomía).
Definición: disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.
NOC: 0903comunicación: expresiva: expresión de mensajes verbales y/o no verbales con sentido.
- 090302 utilizar lenguaje hablado vocal A3.
- 090307 utiliza el lenguaje no verbal A5.

NIC: 4976 mejorar la comunicación: déficit del habla: ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con trastornos del habla.
- Escuchar con atención utilizar cartones con dibujos.
- Utilizar gestos con la mano.

NANDA 00039 Riesgo de aspiración relacionado con presencia de tubo de traqueotomía y alimentación por sonda.
Definición: riesgo de que penetre en el árbol traqueo bronquial las secreciones gastrointestinales, orofaringeas o sólidas o líquidos.

NOC: 1918 prevención de la aspiración: acciones personales para prevenir el paso de partículas liquidas o sólidas hacia los pulmones.
- 191802 evitar factores de riesgo M4.
- 191809 mantener higiene bucal M4.

NIC: 6680 Monitorización de los signos vitales: recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y tº corporal para determinar y prevenir complicaciones.
- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.
- Controlar periódicamente la oximetría del pulso.
- Observar si hay cianosis central o periférica.
- Identificar causas posibles de los cambios de los signos vitales.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos
- Utilizados para la recogida de los datos del paciente.

NIC: 3200 Precauciones para evitar la aspiración: prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

- Vigilancia del nivel de conciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
NIC: 3140 Manejo de las vías aéreas: asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula, si procede.
- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación, si procede.
- Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión.
- Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de las vías aéreas.

4 Discusión-Conclusión

Neumonía comunitaria
NOC: 0410: estado respiratorio: permeabilidad vías aéreas, permeabilidad vías aéreas: vías traqueo bronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire.
- 041012 capacidades para eliminar secreciones B2.
- 041007 ruidos respiratorios patológicos N2.

NIC: 3160 aspiración de las vías aéreas: extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o la traquea del paciente.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
-Informar al paciente sobre la aspiración.
-Aspirar la nasofaringe con dispositivo de aspiración.
- Disponer precauciones universales.
- Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas antes de la succión y utilizar oxigeno suplementario.
- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Basar la duración de cada pase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer las secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.
- Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.
- Limpiar la zona de alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración.

- Suspender aspiración si el paciente presenta bradicardia, un aumento de ectopia ventricular u/o desaturación.
- Anotar tipo y cantidad de secreciones obtenidas.

NIC: 3230 Fisioterapia respiratoria: ayudar al paciente a expulsar las secreciones de la vía aérea alta y facilitar la expectoración y/o aspiración de la vía aérea baja.
- Practicar percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos.
- Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural.
- Estimular la tos durante y después del drenado postural.
- Observar la tolerancia del paciente por medio de saturación de oxígeno, ritmo y frecuencia respiratoria, ritmo y frecuencia cardíacos y niveles de comodidad.

NIC: 3120 Intubación y estabilización de las vías aéreas: inserción o ayuda en la intubación y estabilización de una vía aérea artificial.
- Colaborar con el médico para seleccionar el tamaño y tipo correcto de tubo endotraqueal o de traqueotomía.
- Ayudar en la inserción del tubo endotraqueal reuniendo el equipo de intubación y el equipo de emergencia necesaria, colocar al paciente, administrar los medicamentos ordenados, y vigilar al paciente por si aparecieran complicaciones durante la inserción.
- Auscultar el tórax después de la intubación.
- Inflar el balón traqueotomía con una técnica de mínimo volumen oclusivo o de mínima fuga.
- Fijar el tubo de traqueotomía con un dispositivo de estabilización.
- Verificar la colocación del tubo con una radiografía de tórax, asegurando la canulación de la tráquea 2 a 4 cm por encima de la carina.

Infección por SARM
NOC: 0702 Estado inmune: resistencia natural y adquirida adecuadamente centrado contra antigenos internos y externos.
- 070215 recuento diferencial leucocitario A1.
- 070207 tº corporal A3.

NIC: 6540 Control de infecciones: minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.
- Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.
- Mantener técnicas de aislamiento: mascarilla, bata y guantes.
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos: con clorhexidina
- Poner en práctica precauciones universales.

- Llevar bata durante la manipulación de material infeccioso.
- Limpiar la piel del paciente con un jabón antibacteriano.
- Administrar terapia de antibióticos.

NIC: 6550 protección contra la infección: prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.
- Observar signos y síntomas de infección sistémico y localizado.
- Observar grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- Realizar técnicas de aislamiento.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo y las membranas mucosas.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión.
- Obtener muestra para realizar cultivos.
- Fomentar una ingesta de nutrientes suficientes.
- Facilitar el descanso.

5 Bibliografía

- Herdman T. H (2012) (Ed.). NANDA International Diagnoticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones. 2012-2014. Barcelona: Elselvier.
- Bulecheck G, Butcher H, McCloskey J. (2009). Clasificacion de intervenciones de enfermeria. (NIC). 5ª edicion. Madrid: Mosby.
- Butcher H, McCloskey J, et all. (2007). Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnosticos enfermeros resultados e intervenciones. 2ª edicion. Madrid: Elselvier.
- Keenan G, Aquilino M.L. (1998). Standardized Nomenclatures: Keys to continuity of care, nursing accountability and nursing effectiveness. Outcomes Management for nursing practices. 2 (2):81-6

Capítulo 280

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

LAURA COVADONGA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

Desde hace más de treinta años se utiliza la ventilación mecánica como soporte respiratorio en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. Este soporte se aplicaba a través de una vía aérea artificial, es decir, ventilación mecánica invasiva. El modo ventilatorio VMNI inicial con modo CPAP fue introducido desde 1912 por Buñuel. La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) comenzó a utilizarse en la década de los 70, reportando desde entonces importantes ventajas para el paciente. Está siendo adoptada como primera opción ante la necesidad de ventilación mecánica en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Las características especiales de esta terapia están relacionadas tanto con la inversión de las presiones ventilatorias, como con la selección de pacientes, interfaces y opciones terapéuticas.

Su utilización se basa en que el cierre progresivo de los alveolos, y el Shunt alveolocapilar que ocurren esencialmente al final de la espiración. Al aplicar una presión positiva mantenida al finalizar la espiración (PEEP) permite disminuir el colapso alveolar, facilitar la apertura parcialmente de los alveolos colapsados y mejorar el intercambio gaseoso relajando la musculatura respiratoria

La VMNI es una modalidad de soporte ventilatorio que permite incrementar la ventilación alveolar, manteniendo las vías respiratorias intactas. No precisa

intubación endotraqueal ni traqueotomía, por lo que se evita el riesgo de neumonía asociada a la ventilación mecánica y disminuyen también las necesidades de sedación del paciente. Es un soporte ventilatorio con presión positiva. Se debe aplicar de forma precoz y debe ser manejada por personal experimentado en las unidades donde el paciente pueda estar adecuadamente monitorizado.

Hay una serie de conceptos muy empleados en ventilación mecánica con presión positiva no invasiva que es necesario conocer para comprender el funcionamiento de esta técnica:

- Trigger: podríamos definirlo como un "sensor" que tiene el respirador por el cual es capaz de saber cuándo el paciente desea iniciar la inspiración, es decir, es capaz de detectar pequeños cambios en la presión o en el flujo, realizados por los esfuerzos inspiratorios del paciente que señalan el momento en el que el respirador debe enviarle la embolada de aire.
- Ciclado: determina el paso de la inspiración a la espiración, es decir, cuando el respirador debe cesar en la aplicación de la IPAP e iniciar la espiración, o la aplicación de la EPAP.
- IPAP: Es el nivel de presión positiva programada que se va a alcanzar durante la fase inspiratoria de la respiración. Esta presión es la que realmente va a proporcionar el soporte ventilatorio.
- EPAP: Es el nivel de presión positiva programada durante la fase espiratoria de la respiración. Es de gran utilidad en los sistemas de tubuladura única para evitar la reinhalación de CO2.
- Pendiente, rampa o "rise time": Es la pendiente de la curva de presión. Podríamos definirla como la rapidez con que se alcanza la presión de IPAP programada.
- CPAP: es la aplicación de presión positiva continua en la vía aérea, mientras el paciente respira espontáneamente a través de un circuito, en el cual la presión se mantiene en un valor superior a la atmosférica, durante todo el ciclo respiratorio.
- BIPAP®: Ventilación con 2 niveles de presión IPAP y EPAP.
- Presión de soporte: La diferencia de presión entre la IPAP y la EPAP se considera la presión de soporte administrada.

Paciente que respire espontáneamente y que presente un fallo respiratorio agudo identificado por criterios clínicos (disnea, taquipnea, uso de la musculatura accesoria) y fisiológicos (hipoxemia, hipercapnia, acidosis respiratoria):

• Insuficiencia respiratoria aguda.
• Disnea no controlada en reposo y frecuencia respiratoria elevada.
• Agudización de insuficiencia respiratoria crónica hipercapnica en enfer-

medades subsidiarias de soporte ventilatorio domiciliario.
• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
• Asma.
• Fibrosis quística.
• Enfermedad restrictiva extrapulmonar.
• Síndrome de obesidad-hipoventilación.

Contraindicaciones:
• Indicación directa de intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica invasiva.
• Inestabilidad hemodinámica, tensión arterial sistólica menor de 90mmHg con signos de hipoperfusión periférica.
• Isquemia miocárdica aguda no controlada o arritmias ventriculares potencialmente letales.
• Obnubilación profunda, estupor o coma no atribuible a narcosis por CO2.
• Imposibilidad de ajustar la mascarilla/lesiones, traumatismos o quemaduras faciales extensas/alteraciones anatómicas que impidan el sellado facial.
• Obstrucción fija de la vía aérea superior.
• Negativa o falta de colaboración del paciente.
• En cirugía reciente y tracto digestivo o respiratorio superior.
• En pacientes con secreciones respiratorias muy abundantes.

En cuanto al material necesario, cabe destacar:
- Mascarillas o interfases: la adecuada adaptación de la interfase a la anatomía del paciente es uno de los factores que determinan el éxito o fracaso de esta modalidad de ventilación.
- Las mascarillas buconasales: se apoyan desde el dorso de la nariz y mejillas hasta la barbilla por debajo del labio inferior. Disponen de válvula antiasfixia que permite al enfermo continuar respirando espontáneamente en caso de mal funcionamiento del respirador.
- Las mascarillas nasales: es un tipo mascarilla que sella la parte superior del triángulo nasogeniano, desde la raíz nasal hasta el labio superior, dejando libre la boca.
- Mascarilla facial completa: es un tipo de máscara semiesférica, se adapta a la forma de la cara, la cual queda enteramente incluida en su interior. proporciona unos puntos de apoyo diferentes a los de las mascarillas nasales o naso-bucales, lo que permitiría periodos de descanso y recuperación de lesiones cutáneas derivadas del uso de éstas.

- Helmet: este dispositivo es una especie de escafandra en la que la vía aérea del paciente está libre de elementos que se fijen a ella. Se adapta sobre la cabeza del paciente sin importar la estructura anatómica del mismo y en su parte inferior lleva un anillo para la fijación mediante dos arneses cruzados. Un tejido elástico sella el "helmet" alrededor del cuello del paciente y dispone de dos conexiones para el ventilador.
- Tubuladuras: las tubuladuras pueden tener uno o dos segmentos, según modelos. En los circuitos de dos segmentos el aire inspirad le llega al paciente por un segmento y el aire espirado sale por otro segmento distinto de tal forma que el aire inspirado y el espirado no se mezclan. Las tubuladuras de un solo segmento son las más utilizadas en los ventiladores específicos de VMNI. Su misión es la de permitir el flujo de aire desde el VM hasta la interfase.
- Humidificador: es necesario su uso, ya que el flujo continuo de aire reseca la vía aérea causando liberación de los mediadores de la inflamación con aumento de la disnea, trabajo respiratorio, flujo turbulento e intolerancia a la máscara.
- Filtros: los sistemas mecánicos o filtros bacterianos intercalados en el circuito constituyen una barrera física y química que reduce la incidencia de infecciones nosocomiales en pacientes con ventilación mecánica no invasiva.

2 Objetivos

Conocer los principales cuidados de enfermería en los pacientes con necesidad de ventilación mecánica no invasiva, para conseguir un buen funcionamiento de la misma y evitar las posibles complicaciones asociadas a su uso.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos cientificos publicados entre 2009 y 2019.

Las bases de datos consultadas fueron el Índice Bibliográfico en Español de Ciencias de la Salud IBECS y MEDLINE a través de los buscadores Pubmed, Cuiden y Elsevier. Así como en los protocolos de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central de Asturias (HUCA). Se utilizaron las palabras clave: Ventilación Mecánica No Invasiva, Enfermería, Cuidados, Interfaz, Unidad de cuidados intensivos, Insuficiencia respiratoria.

4 Resultados

Actuaciones de enfermería antes de iniciar la técnica de VMNI:
• Informar al paciente del procedimiento a realizar, tranquilizarlo y darle confianza.
• Preparar el material y realizar el chequeo del ventilador. Elegir el tipo de interfase más adecuado para el enfermo según la situación clínica de este y las ventajas e inconvenientes de cada una.
• El médico ajustará los parámetros ventilatorios según la situación del paciente.
• Colocar al paciente en posición semisentado (con la parte superior del cuerpo incorporado por encima de 45º), para facilitarle el trabajo respiratorio, disminuir el riesgo de aspiración y conseguir mayor volumen corriente.
• Proteger el arco de la nariz con un apósito hidrocoloidal o hidrocelulares, para evitar que las presiones de la interfase provoquen úlceras por decúbito.
• Hidratar las mucosas y colocar vaselina o pomadas hidratantes hidrosolubles en los labios, la nariz y la mucosa nasal, especialmente, si se utilizara la mascarilla facial, para mitigar la sequedad.
• Colocar la interfase entre dos personas que se colocarán una a cada lado del enfermo. Primero se coloca el arnés por la parte posterior de la cabeza y, con el respirador funcionando, se posiciona la mascarilla en su lugar correspondiente, según sea nasal o facial, y después se van ajustando las correas del arnés a la cabeza del paciente hasta que queda la mascarilla bien ajustada consiguiendo la mínima fuga posible.
• Aplicar suavemente la interfase sobre la cara hasta que el paciente se encuentre cómodo y sincronizado con el ventilador. En pacientes muy angustiados podemos dejar que el mismo se aplique la interfase, hasta que pierda el temor.
• Preguntar frecuentemente al enfermo por sus necesidades (posición de la interfase, presencia de dolor, incomodidad, fugas molestas, deseo de expectorar), o posibles complicaciones (aumento de disnea, distensión abdominal, nauseas, vómitos).

Actuaciones del personal de enfermería de durante la VMNI:
• Monitorizar las constantes vitales: presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de O2, electrocardiograma, etc.
• Controlar signos y síntomas de dificultad respiratoria (cianosis distal, disminución de nivel de conciencia, valores anormales de constantes vitales). Sobre todo hay que estar muy atentos en los momentos de conexión y desconexión del sistema de ventilación, ya sean voluntarios (alimentación, hidratación, eliminación de secreciones, etc.) o involuntarios.

• Valorar signos de distensión abdominal y avisar al médico en caso de que dicha distensión dificulte el trabajo respiratorio al elevar el diafragma y comprimir las bases pulmonares, para considerar la posibilidad de colocar sonda nasogástrica.
• Valorar la presencia de molestias pectorales y de intolerancia a la técnica, avisar al médico si se producen.
• Controlar y comunicar en caso necesario, los cambios del estado mental del enfermo (inquietud, confusión, agitación, etc.) que dificultan la consecución de la técnica.
• Anotar la hora y los cambios en los parámetros del ventilador, para valorar su influencia en la evolución del paciente.
• Aportar alimentación e hidratación. Desconectar temporalmente la mascarilla y proporcionar periódicamente el aporte de nutrientes y líquidos, siempre que la situación del enfermo lo permita. La interrupción de la ventilación debe ser lo más breve posible, volviendo a colocar el arnés y la mascarilla al término de la actividad. Agrupar los cuidados para evitar desconexiones innecesarias.
• Enseñar y facilitar la eliminación de secreciones. La hermeticidad de las mascarillas faciales, junto con elevados flujos de O2, favorecen el acúmulo de secreciones (atelectasias, neumonías, etc.) por lo que es necesario insistir en su movilización y expulsión mediante fisioterapia respiratoria, aspiración de secreciones o facilitando su eliminación activa por parte del enfermo.
• Evitar las úlceras por presión: vigilando las zonas de mayor fricción y presión por el arnés o por la mascarilla, cambiando, si se puede, las zonas de sujeción. Controlar el estado de los apósitos de protección y reemplazarlos en caso necesario.
• Hidratar las mucosas: desconectando temporalmente la mascarilla y apagando la alarma sonora de desconexión, aplicar vaselina o pomadas hidratantes hidrosolubles en labios y mucosa mediante torunda de gasas y facilitar el uso de enjuagues bucales, intentando que la desconexión, en caso de utilizar mascarilla facial, sea lo más breve posible. Lubricar los ojos con lágrimas artificiales para prevenir conjuntivitis, úlceras oculares o una incómoda sequedad ocular, debido a las fugas del flujo aéreo.
• Vigilar y controlar las alarmas que aparezcan en el ventilador y corregir su causa.

Actuaciones enfermeras después de la VMNI:
• Colocar al paciente en posición cómoda: eliminar secreciones si las hubiese, hidratar las mucosas y administrar oxigenoterapia según prescripción y estado respiratorio del enfermo (gafas nasales, mascarilla de Venturi, etc.).
• Recoger el material empleado y proceder a su limpieza y mantenimiento.

Complicaciones de la VMNI:
• Alteración de la mucosa de la vía aérea: aire excesivamente seco debido a una deficiente humidificación del mismo 8Se aconseja el uso de humidificación/calentamiento), infección vírica o bacteriana o irritación de la mucosa de origen no infeccioso.
• Agitación o intolerancia a la ventilación: defecto de programación de los parámetros de ventilación (éstos han de ajustarse periódicamente a las necesidades concretas del paciente), elección de la interfase inadecuada (excesivo tamaño, lo que favorece la reinhalación del aire espirado y la retención de anhídrido carbónico). Adaptación a la morfología del paciente deficiente, por tanto, ofrecerá un sellado inadecuado.
• Incompatibilidad del paciente con VMNI: aplicación de VMNI a pacientes que están dentro del grupo de contraindicaciones absolutas y relativas, la inadaptación del paciente al sistema (agobio o ansiedad debido a la asincrónica entre ventilador y paciente), posición del paciente inadecuada que dificulte la respiración abdominal, miedo o desconfianza del paciente, falta de colaboración del paciente, especialmente de aquellos que por su edad o estado no estén en condiciones de colaborar, tales como ancianos, alteraciones del estado mental, etc. También destacar la falta de autonomía.
• Distensión gástrica. La existencia de secreciones orales y nasales abundantes que obligan al paciente a tragar frecuentemente; con cada bolo y favorecido por la presión de aire existente en la orofaringe, se introduce una cantidad significativa de aire hacia el estómago.
• Úlceras y erosiones por presión: la elección de la mascarilla inadecuada, tanto por el efecto del borde acolchado sobre la piel, como por el efecto de las cintas de sujeción sobre la piel en la que se apoyan y sobre la que rozan; las tracciones y presiones sobre la tubuladura que se transmiten a la interfase y añaden roces y presiones en diferentes puntos de la cara del paciente; la protección deficiente de los puntos de presión de la mascarilla sobre la piel de la cara del paciente. En ocasiones no se previene adecuadamente y se espera a que aparezcan ulceras en estado incipiente para entonces proteger las zonas ya lesionadas. Una forma de prevenirlas o al menos de disminuir su incidencia es usando distintos modelos de interfases en el mismo paciente, con lo que cambiaremos los puntos de apoyo.
• Dolor. La propia enfermedad de base, tales como neumonía, traumatismos, cirugía y cualquier otro proceso que curse con dolor, el esfuerzo de los músculos accesorios de la respiración previos a la aplicación de la VMNI. Derivado de la aplicación de la VMNI al introducir aire a presión en la vía aérea: cefaleas por sinusitis, otitis, conjuntivitis, irritaciones de la mucosa como traqueítis, laringitis,

etc. por distensión abdominal.
• Conjuntivitis. Las fugas de aire de la mascarilla que inciden directamente sobre la conjuntiva, resecándola y lesionándola; el estasis de líquido lacrimal en los ojos derivado del aumento de presión del aire de las fosas nasales que restringe el vaciado del líquido del ojo por su conducto habitual. También por sobreinfección de la conjuntiva previamente irritada o acumulación de secreciones en la vía aérea en la enfermedad de base que cursa con aumento de la producción de secreciones. El efecto irritante de la propia VMNI sobre las mucosas sumado al efecto desecante del aire que hace que estas secreciones sean más espesas y difíciles de eliminar. También se produce alteración del nivel de conciencia. La hipoxia del sistema nervioso central derivada de una programación de la VMNI inadecuada, alteraciones en el correcto funcionamiento del ventilador como acodamientos, exceso de fugas de la interfase, perdida de la CPAP, etc.

5 Discusión-Conclusión

La Ventilación Mecánica No Invasiva puede ser un medio o un mecanismo para evitar de forma operativa la ventilación invasiva en el tratamiento de la Insuficiencia Respiratoria Aguda de distinta etiología.

Para los pacientes con fallo ventilatorio crónico, el soporte ventilatorio nocturno que aporta la VMNI supone una mejoría significativa en los síntomas y en los parámetros fisiológicos. Su éxito y la presencia o no de complicaciones depende en gran medida de las características de los pacientes y su proceso de base, tener accesibilidad al material adecuado, así como experiencia y buen adiestramiento del personal que maneje la técnica.

Es absolutamente necesario el entrenamiento del enfermero/a en el manejo de pacientes con VMNI, para lograr el éxito en el tratamiento. Los pacientes con este tipo de soporte ventilatorio requieren un alto nivel de cuidados "a pié de cama". Es fundamental la colaboración de los pacientes, por ello la enfermería debe incidir en actuaciones tendentes a disminuir el nivel de ansiedad del paciente y facilitar, en lo posible, su confort.

La utilización de un protocolo de actuación en la ventilación mecánica no invasiva se hace necesaria, pues no solo asegura una adecuada atención de los pacientes sino que evita posibles complicaciones. Por ello las actividades de enfermería deben realizarse siempre de forma sistemática con el uso de protocolos establecidos que deben de ser revisados y actualizados con frecuencia.

6 Bibliografía

1. Garcia-Maribona, J. Gonzalez, M., Blanco, J.M., Monroy, J.C. Cuidados de Enfermería en Ventilación No Invasiva. En: A. Medina; M. Pons; A. Esquinas. Ventilación No Invasiva en Pediatría. Ergon, 2004.
2. "Ventilacion No Invasiva": Gonzalez Perez, M., Garcia-Maribona Rodriguez-Maribona, J., Medina Villanueva, A. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediatricos y Neonatales [serial online: 1885-7124] 2006.
3. Abad Corpa, E., Hernández Gonzalez, M. Complicaciones de la Ventilación Mecánica No Invasiva. Enfermería Global, 2002.
4. Penalver Hernandez, F. Inicio de la Ventilacion Mecanica. Aspectos de Control de Enfermeria. En: Esquinas, A., Blasco, J., Hallestad, D. editores. Ventilacion Mecanica no Invasiva en Emergencias, Urgencias y Transporte Sanitario. Granada: Ediciones Alhulia SL, 2003.
5. Barrot Cortes, E., Sanchez Gomez, E. Manual SEPAR de procedimientos: Ventilación Mecánica No Invasiva. Barcelona: Ediciones Respira, 2008.
6. Fernández Guerra J, López-Campos Bodineau JL, PereaMilla López E, Pons Pellicer J, Rivera Irigoin R, Moreno Arrastio LF. Metaanálisis de la eficacia de la ventilación no invasiva en la exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Med Clin (Barc) 2003
7. Herrera M, Martín B. Aplicación de la ventilación mecánica no invasiva. Interacción cuidador-paciente. En: M. Herrera, coord. Iniciación a la ventilación mecánica no invasiva. IAVANTE. Consejería de Salud, 2008.

Capítulo 281

SONDAJE VESICAL EN PACIENTE INGRESADO.

YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ

AIDA VALLINA RIESTRA

1 Introducción

A la hora de realizar un sondaje vesical hay que hacer una lavado de los genitales y reparar el campo estéril. Lo haremos con la mayor asepsia posible para no favorecer la colonización de ningún agente patógeno.

Se elegirá previamente el número y material de la sonda a insertar. Se preparará en una jeringa 10 mililitros de agua destilada para inflar el globo de la sonda. Con ayuda de la auxiliar de enfermería se localizará la uretra y se procederá a insertar la sonda previamente lubricada. Con la peculiaridad que si es un varón se pondrá en pene en angulo de 90 grados hasta llegar a la próstata y después se bajara y se seguirá insertando hasta que salga orina, una vez que salga orina se inflara el globo con 10 mililitros de agua destilada. Es muy importante no ejercer mucha presión a la hora de insertar la sonda, ya que podría hacerse una falsa vía.

Para evitar el espasmo vesical pinzaremos la sonda a partir de 400 mililitros de orina después del sondaje.

2 Objetivos

- Elección del tipo de sonda vesical correcta (numeración, material y durabilidad)
.

- Técnica aséptica correcta.

3 Caso clínico

Trabajando en la planta de medicina interna nos ingresa un paciente derivado de urgencias por malestar general, vómitos y fiebre de 2 días de evolución. A su llegada a la planta se hace la valoración al ingreso y se toman constantes por protocolo. El paciente se queja de malestar en el abdomen zona inferior, a la palpación se nota la presencia de globo vesical.

Manifiesta que ya ha intentado orinar en el baño pero que le es imposible. Se avisa al médico de guardia y se procede a realizar un sondaje vesical. El paciente manifiesta que lleva unos días que le cuesta orinar y que cuando lo hace la orina sale muy lenta, con espasmos, hasta que se vacía la vejiga por completo. Dice llevar sin orinar desde hace algo más de ocho horas. Se le explica el procedimiento y se procede a elegir la sonda correcta y a preparar el campo estéril.

4 Discusión-Conclusión

El paciente fue valorado por el servicio de urología y diagnosticado de hiperplásia prostática benigna.
Gracias a un sondaje evacuador no ha tenido problemas añadidos a esta patología.

Fue operado a los dos días de una resección transuretral de la próstata y a los dos días siguientes se le dio el alta médica.

5 Bibliografía

1. Vesicales S. Sondas vesicales: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2020 [cited 10 February 2020]. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm
2. [Internet]. Index-f.com. 2020 [cited 10 February 2020]. Available from: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.pdf
3. Gómez Ayala A. Curso básico. Salud genitourinaria [Internet]. Elsevier.es. 2020 [cited 10 February 2020]. Available from: https://www.elsevier.es/pt-revista-farmacia-profesional-3-articulo-curso-basico-salud-genitourinaria-X0213932413952920

4. Vela Navarrete R, Soriano F, González Enguita C, Ponte L, López M, Martín Vivas C et al. Infecciones del aparato urinario motivadas por la sonda permanente. Historia natural, mecanismos infectivos y estrategias de prevención: Una revisión de conjunto basada en nuestra experiencia clínica e investigaciones [Internet]. Scielo.isciii.es. 2020 [cited 10 February 2020]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000900001

Capítulo 282

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA IMPLANTACIÓN DE BOMBAS DE INFUSIÓN CONTINUA

LAURA COVADONGA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La cirugía consiste en la implantación de un sistema automático de medicación continuada mediante una bomba que será colocada debajo de la piel del paciente en los casos en los que otras vías de administración ya no son efectivas o se precisan dosis elevadas que producen efectos indeseables en el paciente.

La administración intratecal precisa de dosis inferiores de medicación para obtener los efectos buscados ya que la dispensación de la misma se produce directamente al LCR que fluye por a médula espinal por lo que se lograrían los efectos deseados a menos dosis y por lo tanto con menos efectos indeseables.

Existen dos tipos de bombas:
- Programables (mediante telemetría externa)
- No programables (mediante uso de gas inerte)

Los dispositivos tienen una duración de entre 5 y 7 años emitiendo un sonido de alarma cuando la batería se esté agotando, dando un periodo de tiempo para el recambio quirúrgico del mismo (aproximadamente de 90 días).

En el caso de las programables también existe una alarma en caso de detectar fallos en la programación de la bomba o cuando el reservorio deba ser recargado nuevamente con medicación.

Constan de varias partes:
-Catéter (tubo delgado y flexible)
-Bomba (incluye un reservorio para almacenar la medicación, un puerto de llenado del reservorio y un puerto de acceso al catéter a través del cual se pueden administrar medicamentos u otras substancias estériles sin pasar por la bomba)
-Programador externo (en el caso de los modelos programables.
El catéter se implanta en el canal espinal y se tuneliza hasta la zona de inserción de la bomba a nivel abdominal.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer los principales cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico ingresado a cargo del servicio de Neurocirugía.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de los buscadores pubmed, cuiden y elsevier así como en los protocolos de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central de Asturias (HUCA). Se utilizaron las palabras clave: "Enfermería", "Cuidados", "Bomba de infusión continua", con los operadores boléanos AND y OR.

4 Resultados

Cuidados de enfermería pre-quirofano:
DÍA PREVIO IQ
• Absoluta desde las 23 horas
• No administrar HBPM la tarde previa a la cirugía.
• Canalización de vía venosa si el paciente tiene pautada premedicación y/o sueroterapia para iniciar en planta.

DÍA IQ:
• Preparación quirúrgica según protocolo
• Administración de premedicación y/o inicio de sueroterapia
• Verificación de salida a quirófano.
Cuidados de enfermería postoperatorios
• Control de constantes habituales y neurológicas
• Vigilancia de primera micción

• Inicio de sedestación según orden médica
• Inicio de tolerancia según orden médica, si no hay incidencias se reintroducirá su dieta habitual
• Cura de herida quirúrgica según protocolo, no levantar el apósito en las primeras 24 horas si no es preciso
• Vigilancia de posible exceso de voltaje del neuroestimulador (avisar médico de guardia)
• Vigilancia de apósitos:
- Si presenta ligero sangrado se marcará el apósito y se comunicará al turno siguiente de enfermería para vigilancia
- En caso de sangrado activo importante, se pondrá en conocimiento del médico y se cambiará el apósito por otro de tipo compresivo
- Si presenta edema importante en zona de inserción de la batería se comunicará al médico y se aplicará frío local por turno
• Retirada de puntos de sutura a los 10 días de la intervención

5 Discusión-Conclusión

La utilización de un protocolo de actuación en la implantación de bombas de infusión continua se hace necesaria, pues no solo asegura una adecuada atención de los pacientes sino que evita posibles complicaciones. Por ello las actividades de enfermería deben realizarse siempre de forma sistemática con el uso de protocolos establecidos que deben de ser revisados y actualizados con frecuencia.

6 Bibliografía

1. M.J. Rodríguez-López. Estado actual del tratamiento espinal del dolor crónico con morfina mediante bomba de infusión. Rev Soc Esp Dolor, 9 (2002), pp. 233-242
2. Prithivi RP. Taxonomía de los síndromes dolorosos. Clasificación de los síndromes dolorosos En: Tratamiento práctico del dolor. Edit.P. Desa: 7–10.
3. S.D. Waldman. Sistemas implantables de liberación de fármacos. Tratamiento práctico del dolor, 2 ed, pp. 457-484
4. C. Gonzaléz-Rendóni, G. Moreno-Monsiváis. Manejo de dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev Soc Esp Dolor, 6 (2007), pp. 422-427

Capítulo 283

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DRENAJE EXTERNO DE LIQUIDO CEFALORÁQUIDEO

LAURA COVADONGA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

El LCR es un fluido transparente que baña el encéfalo y las meninges circulando por el espacio subaracnoideo, ventrículos y canal medular. La cantidad de LCR habitual de un adulto son 150ml aproximadamente, siendo la producción y renovación diaria de 500ml /día.

La función del LCR es la de mantener en suspensión el tejido cerebral, actuando como colchón o amortiguador para evitar dañar el parénquima cerebral. A su vez para el mantenimiento del medio interno, siendo vehículo de nutrientes, hormonas quimiorreceptores, y de la protección inmunológica.

El drenado de LCR se puede llevar a cabo, por presión (cm H20) o por volumen (ml). El Drenaje Ventricular Externo es un catéter que se coloca en el asta frontal del ventrículo cerebral lateral normalmente del hemisferio no dominante.

Catéter ventricular
Funciones del DVE:
- Diagnósticas: control y monitorización presión intracraneal.
- Terapéuticas: administración medicación, drenaje líquido cefalorraquídeo (LCR).

El catéter ventricular irá conectado al equipo de drenaje. La conexión del catéter con el equipo ha de estar protegida con gasas estériles impregnadas en antiséptico junto con la siguiente llave de 2 pasos.

2 Objetivos

- Conocer los principales cuidados de enfermería en el manejo del drenaje externo de líquido cefalorraquídeo, para evitar posibles complicaciones.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de los buscadores Pubmed, Cuiden y Elsevier, así como en los protocolos de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central de Asturias (HUCA). Se utilizaron las palabras clave: enfermería, cuidados, líquido cefalorraquídeo y drenaje, con los operadores boléanos AND y OR.

4 Resultados

1. Drenaje por presión
La presión que precise el paciente siempre vendrá dada por una indicación médica. Para colocar el paciente y el equipo mantendremos al paciente en posición decúbito supino, con la cabecera a 30 º si se encuentra en la cama o en su defecto sentado de manera erguida, tomaremos el nivel 0 cm H2O que corresponde con el conducto auditivo externo (CAE) y mediante una regla a nivel extrapolaremos el nivel 0 cm H2O al palo de gotero donde colocaremos una regla medidora que trae el equipo de drenaje y nos facilitará su medición. A su vez, subiremos el nivel de presión del receptal del equipo tantos centímetros como se hayan indicado en la orden médica. Es decir, si el médico nos pauta que el drenaje tiene que estar a 15 cm H2O, nosotros colocaremos el drenaje a 15 cm de altura con respecto al CAE.
2. Drenaje por vlumen
Si el paciente tiene una indicación médica en la que el drenaje del LCR se debe de realizar por volumen vendrá determinado por ml/turno o por ml/día. Para conseguir drenar la cantidad pautada, iremos variando la altura del receptal y así modificando la altura del nivel de presión para conseguir un ritmo de drenaje constante a lo largo del turno. Una vez drenados los ml pautados cerraremos el

equipo de drenaje clampando la pinza que porta el equipo. Nunca ha de drenar a más de 20 ml/h, si esto se produjese el paciente podría sufrir hemorragia cerebral, herniación cerebral, síntomas vasovagales.
-Paciente con cama a 30º
- Pinzar equipo de drenaje cuando se realiza el aseo y al movilizarlo y nivelarlo de nuevo al finalizar.
- Nunca introducir suero para desobstruir, siempre aspirar preferiblemente con jeringa 5ml.
Avisar al médico en caso de:
- Pérdida de sutura que sujeta drenaje.
- Pérdida LCR alrededor del drenaje.
- Drenado a un ritmo de más de 20ml/h.
- No drena.
- Salida accidental del drenaje.
- Rotura del drenaje.
- Cambios significativos en el aspecto del LCR.
- Paciente con cambios en sus constantes neurológicas/cefalea.
- Fiebre.

Extracción de muestras:
La extracción de muestras de LCR para enviar al laboratorio y analizar se hará tras una orden médica. Habitualmente se hace una analítica bioquímica y recuento celular en la cual podremos ver los valores: pH, glucosa, proteínas, etc., que nos dan datos de una posible infección bacteriana. Y a su vez, extraeremos una muestra para llevar a cabo un cultivo de la muestra para valorar que tipo de germen puede estar presente en ese LCR.

La manipulación del sistema de drenaje siempre se realizará de manera aséptica y para la extracción de muestras utilizaremos la primera conexión con llave de 2 pasos.
Cura herida y catéter:
La cura de la herida quirúrgica y de la zona de inserción del catéter, por proximidad, se ha de realizar a la vez. Siempre se ha de hacer de forma aséptica. Para ello retiraremos el apósito que esté colocado sobre la herida y el catéter, limpiaremos bien la zona con suero fisiológico 0,9% y gasas estériles arrastrando bien el exudado de la zona, aplicaremos con gasas estériles antiséptico (povidona yodada, clorhexidina, etc.), dejamos secar y volveremos a taparlo con apósitos estériles. Es importante que el DVE esté bien sujeto a la piel mediante suturas, si no las tuviera o estuviesen rotas, se avisará al médico para que lo revise y las coloque

de nuevo. El DVE debe estar tapado en su totalidad con los apósitos, no debe quedar al aire para evitar infecciones nosocomiales.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de un protocolo de actuación en el manejo del drenaje de líquido cefalorraquídeo se hace necesaria, pues no sólo asegura una adecuada atención de los pacientes sino que evita posibles complicaciones. Por ello, las actividades de enfermería deben realizarse siempre de forma sistemática con el uso de protocolos establecidos que deben de ser revisados y actualizados con frecuencia.

6 Bibliografía

1. Herranz ME, Álvarez M. Manejo del Drenaje Ventricular. Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales;2011.
2. Gallego López JM, Carmona Simarro SV. Monitorización y vigilancia del paciente crítico. Enfermería integral. 1999. 49: 12-19.
3. Grille P, Costa G, Biestro A, Wajscopf S. Manejo del Drenaje Ventricular Externo en la Unidad de Cuidados Intensivos. Guía Práctica. Rev Med Urug. 2007; 23: 50-55.
4. Martín F, Cobo L. et alt, Guía práctica de cuidados intensivos, Departamento de Cuidados Intensivos. Hospital 12 de Octubre. Madrid; 1998. p. 349-363.
5. Enfermería y Neurociencias HUCA. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2ª versión. Enero 2017. pág 92-102.
6. Tiempos Enfermería y Salud. Revista oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud. Cuidados de Enfermería portadores de drenaje ventricular externo. 31 de octubre de 2017.

Capítulo 284

LOS ÚLTIMOS MOMENTOS

AIDA SÁNCHEZ MÉNDEZ

1 Introducción

La agonía, también llamada "situación de los últimos días" es el estado que precede a la muerte y que aparece en la fase final de muchas enfermedades. Su inicio suele ser insidioso, aunque reconocible. Entre los signos y síntomas se encuentran:
- Debilidad extrema que impide a la persona moverse, hablar y/o alimentarse.
- Deterioro evidente y progresivo del estado físico
- Disminución del nivel de conciencia y alteraciones cognitivas: crisis de angustia, agitación psicomotriz, irritabilidad
- Imposibilidad para la ingesta oral
- Dolor, fiebre, disnea, boca seca, inquietud, agitación, retención urinaria.

Habitualmente su duración es inferior a una semana, por término medio 2-3 días.

La sedación es la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia, en un paciente cuya muerte se ve próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente. Los síntomas que más frecuentemente motivan la necesidad de sedación son el delirium, la disnea, el dolor y el distress emocional.

2 Objetivos

Conseguir una muerte digna y con suficiente grado de confort físico, emocional y espiritual de la persona y exponer que una sedación terminal no es una eutanasia encubierta sino que es un procedimiento para aliviar el sufrimiento.

3 Caso clínico

Mujer de 38 años de edad que ingresa en la planta de hospitalización de Ginecología por vómitos incoercibles y dolor que no controla en el domicilio.

Diagnosticada hace 15 meses de carcinoma de ovario en estadío IV sin respuesta a ninguno de los tratamientos administrados (quimioterapia y radioterapia) y no subsidiaria de ningún otro tratamiento. Se encuentra en situación terminal.

Llega acompañada de su marido y de sus padres. Refiere náuseas y vómitos de manera contínua que le impiden cualquier tipo de ingesta, dolor sobre todo en zona abdominal que no cede en ningún momento a pesar de la toma de analgénicos de manera pautada (EVA 8), edemas en miembros inferiores y cansancio generalizado.

Tras hablar el personal médico tanto con la paciente como con su familia se decide sedación terminal (medida terapéutica que conlleva la anulación farmacológica de la conciencia y se plantea cuando el resto de los tratamientos se han mostrado ineficaces, por lo que normalmente es una respuesta al "fracaso terapéutico" de otras alternativas).

4 Discusión-Conclusión

Tras controlar el dolor y los vómitos por los que ingresó se informa tanto a la paciente como a su familia cual va a ser el procedimiento; se dejan unos minutos en la habitación en privado (siempre hay algo que decir en estos últimos momentos; una última despedida, un último deseo, un último beso).

Pasados estos momentos de intimidad familiar se comienza con el procedimiento: se canaliza una vía venosa periférica de pequeño calibre (22G) a ser posible en antebrazo (evitar zonas de articulación), se acomoda a la paciente en la cama y se comienza con la sedación administrando 5 mgr de midazolam en bolo que hacen que esté dormida a los pocos minutos. En ese momento conectamos perfusión de

sedación compuesta por 500 cc de suero salino 0.9% , + 40 mgr cloruro mórfico, + 30 mgr primperan, +12 mgr ondansetron, + 30 mgr midazolam a pasar en 24 horas.

Tras un episodio de desasosiego al inicio de la sedación y que se controló con 5 mgr de midazolam en bolo, se mantuvo en todo momento se encuentra dormida (nivel VI en escala de sedación de Ramsay). Fallece a las 10 horas del inicio de la infusión acompañada en todo momento por su familia.

La sedación terminal es una maniobra terapéutica necesaria y correcta desde el punto de vista ético, siempre que se realice dentro de una buena praxis médica y en el marco de unos cuidados paliativos de máxima calidad.

5 Bibliografía

- www.fisterra.com
- www.aecc.es
- www.secpal.com

Capítulo 285

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES DE LA NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO.

FRANCISCO SOUSA GÓMEZ

LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA

LAURA FERNÁNDEZ CANO

1 Introducción

La nutrición enteral (NE) es una técnica cada vez más utilizada en el soporte nutricional del paciente crítico. Esto es debido a que los pacientes con NE previamente han sido tratados con nutrición parenteral y a que cada vez hay más pruebas de la contribución positiva de la NE a la evolución de los pacientes.

Por otro lado, aunque la experiencia alcanzada en el empleo de la NE ha permitido disminuir el número de complicaciones asociadas, persisten todavía problemas que, no tanto por su gravedad sino por su frecuencia, pueden limitar su utilización en los pacientes críticos.

2 Objetivos

Actualizar los conocimientos sobre las complicaciones gastrointestinales de la nutrición enteral.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de los estudios recogidos en MEDLINE con los siguientes descriptores "nutrición" "enteral" "complicaciones". Tras una lectura se eligieron los cinco estudios que más se ajustaron a nuestro trabajo, excluyendo anteriores a 2008 o que no estaban en inglés o español.

4 Resultados

Las complicaciones asociadas a la NE se dividen en cuatro grupos: mecánicas, infecciosas, metabólicas y gastrointestinales. Cuando la NE se aplica mediante sonda nasogástrica las complicaciones gastrointestinales que pueden aparecer son: aumento del residuo gástrico, estreñimiento, diarrea, vómitos, regurgitación de la dieta y distensión abdominal.

- Aumento del residuo gástrico: Es la complicación más frecuente. Se define como la presencia de un volumen residual superior a 200 ml obtenido en cada valoración del contenido gástrico. Para su control pueden emplearse dos tipos de tratamientos, a veces de manera conjunta: fármacos procinéticos (metoclopramida, domperidona) y/o vías de acceso transpilóricas (sondas nasogastroyeyunales).
- Estreñimiento: Es una complicación más frecuente que la diarrea. Puede aparecer por alteraciones en la motilidad intestinal secundarias al proceso patológico, cambios inducidos por diferentes fármacos de empleo habitual o por un aporte de fibra dietética insuficiente.
- Diarrea: La NE aún no se cuenta como único factor desencadente de la diarrea y deben considerarse otros factores (infecciosos, fármacos…). Estudios dirigidos a investigar las causas de la diarrea indican que la dieta es considerada responsable en un porcentaje de casos no superior al 25%.
- Distensión abdominal: Refleja un desequilibrio entre el aporte de nutrientes y la capacidad funcional del sistema digestivo. Es una señal de alarma que indica una incapacidad del tubo digestivo para procesar los sustratos infundidos, aunque la dieta podrá volver a ser infundida.
- Vómitos: es consecuencia de la localización supradiafragmática de la sonda nasogástrica, extremo que puede ser constatado con la valoración cuidadosa de la radiografía de tórax. No obstante, en la mayoría de los casos tanto la regurgitación como el vómito son indicadores de alteración en el vaciamiento gástrico, asociándose además una disfunción del esfínter esofágico inferior que puede estar

motivada por diversas causas. La presencia de vómitos o regurgitación obliga a la suspensión transitoria de la NE con el fin de evitar la broncoaspiración.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de la NE en el paciente crítico se encuentra limitada por la elevada frecuencia de complicaciones gastrointestinales. El conocimiento de las mismas y el interés en este campo, junto con los datos procedentes de las investigaciones todavía necesarias, son los condicionantes de sus resultados.

6 Bibliografía

1. Montejo JC and the Nutritional and Metabolic Working Group of the Spanish Society of Intensive Care Medicine and Coronary Units.Enteral nutrition-related gastrointestinal complications in critically ill patients. A multicenter study. Crit Care Med, 27 (2009), pp. 1447-1453
2. Ordóñez J,García de Lorenzo A,López J,Rodríguez JA. Nutrición enteral y fibra en cuidados intensivos. Nutr Hosp, 9 (2010), pp. 355-363
3. Serón C,Avellanas M,Homs C,Larraz A,Laplaza J.Análisis descriptivo del soporte nutricional en una UCI polivalente. Complicaciones de la nutrición enteral. Nutr Hosp, 14 (2009), pp. 217-222.
4. Montejo JC and the Nutritional and Metabolic Working Group of the Spanish Society of Intensive Care Medicine and Coronary Units. Enteral nutrition-related gastrointestinal complications in critically ill patients. A multicenter study. Crit Care Med, 27 (2009), pp. 1447-1453
5. Ibáñez J,Peñafiel A,Raurich JM,Marse P,Jorda R,Mata F. Gastroesophageal reflux in intubated patients receiving enteral nutrition: effect of supine and semirecumbent positions. JPEN, 16 (2012), pp. 419-422.

Capítulo 286

NUTRICIÓN ENTERAL VS NUTRICIÓN PARENTERAL.

FRANCISCO SOUSA GÓMEZ

LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA

LAURA FERNÁNDEZ CANO

1 Introducción

Atender las alternativas terapéuticas de la nutrición en los pacientes debería ser una parte fundamental de la práctica médica. Es esencial que todos los facultativos comprendan a fondo el metabolismo de los nutrientes y el manejo nutricional, sobre todo en situaciones de cuidados críticos, en los cuales la desnutrición puede estar presente desde el principio o aparecer de forma brusca en los pacientes. En la siguiente revisión se realizan algunas consideraciones sobre las rutas de administración de los nutrientes en el paciente grave, haciendo hincapié en la nutrición mixta.

2 Objetivos

Conocer los usos de la nutrición enteral y parenteral, sus ventajas e inconvenientes, para elegir la mejor opción en los pacientes críticos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con los buscadores MEDLINE y Cochrane entre los años 1998-2018, usando trabajos en inglés y español con los términos nutrición enteral, nutrición parenteral y paciente crítico.

4 Resultados

Cualquier paciente puede desarrollar desnutrición en muy poco tiempo, especialmente pacientes críticos. La pérdida progresiva de masa muscular que ocurre con la desnutrición conduce a un estado de debilidad, restricción de la actividad y a todos los peligros de la postración en cama. La desnutrición puede avanzar con mucha rapidez en pacientes graves y la demanda de proteínas y energía puede llegar a ser enorme, de ahí que el personal que atiende a estos pacientes deba conocer estas necesidades metabólicas y las técnicas para proporcionar un soporte nutricional adecuado. Desafortunadamente en los pacientes en estado grave, las indicaciones para la nutrición enteral (NE) vs. la parenteral (NP) no parece tan clara como en el paciente hospitalizado estable.

La NE sigue siendo la modalidad o vía más fisiológica, y el hecho de que con tan solo 3 días de suspensión de ella se constate atrofia intestinal, es motivo suficiente para introducirla y mantenerla a toda costa. Sin embargo, es necesario tener cuidado al proporcionarla porque existe hasta el 15 % de pacientes que no tolera esta modalidad. Además, muchos casos suelen recibir solo entre el 33 % y el 61% de sus necesidades calóricas.
Kudsk y cols observaron pacientes que recibieron nutrición dentro de las primeras 24 horas posterior al trauma. El grupo que recibió nutrición enteral tuvo una incidencia mucho menor de morbilidad séptica, la cual fue altamente significativa en los pacientes más graves.

Herndon y cols evaluaron a pacientes con el 50 % de superficie quemada, a los cuales se les administró nutrición enteral y parenteral. Los que recibieron parenteral presentaron una tasa de supervivencia del 37 %, en comparación con una de 74 % en el grupo que únicamente recibió calorías enterales.
La NP puede alterar las defensas del huésped a la infección. Sin embargo, no cabe duda que también puede revertir el proceso de desnutrición.

En los pacientes que haya que considerar el uso de la NP, ya sea como vía única o suplementando la vía enteral no podemos olvidar que:

- El aporte se realiza directamente al torrente circulatorio, obviando el proceso digestivo y el filtro hepático, por ello los nutrientes administrados deben reunir características especiales.
- Se obvian los mecanismos de regulación de la ingestión y absorción de nutrientes. Generalmente se administra en personas con alteración del medio interno.
- Existe gran facilidad para la presencia de infecciones por contaminación de los preparados.

Con todo lo anterior, ha cobrado fuerza la NE con la comercialización de preparados, algunos de ellos dirigidos al tratamiento de la disfunción orgánica, lo que ha hecho que se optimice la utilización de la NP. La decisión de instaurar NP se debe realizar con cuidado. Es necesario insistir en que su uso apropiado se alcanza cuando la seguridad y la eficacia aportan al paciente un beneficio superior al riesgo, y tendrá indicación en todos aquellos en los que la vía digestiva no se pueda utilizar o como parte de la ruta mixta de alimentación.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la indicación de la NP es discutida, muchos pacientes han conseguido sobrevivir gracias a ella, y esto ha provocado un cambio en el enfoque terapéutico en los casos de insuficiencia del subsistema digestivo, al ser capaz de mantener con calidad de vida aceptable a pacientes con fracaso intestinal completo o irreversible.

6 Bibliografía

1. Heyland DK. Nutritional support in the critically ill patient. A critical review of the evidence. Crit Care Clin 1998;14:423-440.
2. Montejo JC. The Nutritional and Metabolic Working Group of the Spanish Society of Intensive Care Medicine and Coronary Units. Enteral nutrition related gastrointestinal complications in critically ill patients: A multicenter study. Crit Care Med 1999;27:1447-1453.
3. Kudsk KA, Cruce MA y cols. Enteral vs parenteral feeding: Effects on septic morbidity after blunt trauma and penetrating abdominal trauma. Ann Surg 1999;215:503-513.
4. Herdon DN, Barrow RE y cols. Increased mortality with intravenous supplemental feeding in severely burned patients. J Burn Care Rehab 1999;10:309-313.
5. Sánchez J, Lago E. Nutrición Parenteral En: Tratado de Nutrición artificial (Editor: Celaya S). Aula Medica. Madrid. 2002:189-208.

Capítulo 287

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO

LAURA COVADONGA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

El balón de contrapulsación intraaórtico es un sistema de apoyo circulatorio que consiste en un catéter flexible con balón que se inserta a través de la arteria femoral mediante un introductor y se deja en la luz de la aorta descendente debajo de la salida de subclavia izquierda y cuya función es el inflado en diástole, mejorando la perfusión coronaria y desinflando en sístole permitiendo el flujo sanguíneo distal.

2 Objetivos

- Conocer los principales cuidados de enfermería en pacientes que portan balón de contrapulsación intraaórtico para favorecer un buen funcionamiento y evitar las posibles complicaciones.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de los buscadores Pubmed, Cuiden y Elsevier. Se utilizaron las palabras clave “Balón de contrapulsación intraaòrtico”, “Enfermería”, “Cuidados”, con los operadores boléanos AND y OR.

4 Resultados

-Material necesario:
• Kitt de balón de contra pulsación.
• Consola de contrapulsación.
• Presurizador.
• Kitt de presiones.
• Suero salino 500cc.

-Preparación del paciente:
• Información al paciente del procedimiento y procurar tranquilizarle.
• Firma del consentimiento.
• Rasurado de ingles.

-Procedimiento:
El catéter del balón tiene dos luces:
• Blanca. Se emplea para la entrada y salida del gas helio utilizado para hinchar el balón.
• Roja. Se conecta al transductor de presiones, una vez ubicado el catéter en la aorta.

-Cuando el paciente llega a la unidad:
• Conectar el equipo de presiones cargado con un suero salino 500cc en el presurizador por la línea arterial (conexión roja) mantener el presurizador a 300 mg/Hg.
• Comprobar la curva del inflado del balón y que la arteria esté permeable.
• Calibrar el monitor para pres. arteriales (manteniendo el transductor a la altura de la línea media axilar).
• Vigilar pulso medio y temperatura en ambos pies.
• Toma de constantes.

-Valoración de enfermería después del procedimiento:
Vigilar cuadros confusionales: que obliga a descartar obstrucción de la carótida por mal posicionamiento del balón.
Vigilar hemorragias internas o externas : vigilando la ingle a nivel de la punción.

Vigilar isquemia de órganos vitales:
Obstrucción de las arterias renales: (por una ubicación baja del balón) observar y control horario de diuresis (oliguria, hematuria, elevación de urea y creatinina).

Isquemia de M.Inferiores: control horario de la temperatura, color, sensibilidad y calidad de pulsos de las extremidades inferiores (sobre todo la abordada).
Isquemia abdominal: vigilar especialmente la consistencia y ruidos, valorar la aparición de plejias y/o dolores sugestivos de patología abdominal.

Cuidados para evitar la rotura del balón:
 Evitar doblar las articulaciones de la rodilla y cadera.
 Vigilar si hay sangre en circuito del balón y/o alarma de perdida de gas lenta (avisar al médico).

Otros cuidados:
 Procurar que no esté parada la consola por un tiempo mayor a quince minutos, para evitar trombos.
 Mantener constantemente identificada la señal de disparo.
 Comprobar periódicamente la botella de helio (si se vacían se reponen en la UVI).
 Aplicar aceite hiperoxigenado en los pies.

Anotaciones:
 Zona de implantación del balón, así como la frecuencia del balón.
 La existencia de pulsos pedios, coloración de miembros inferiores,
 Anotar la temperatura de ambos pies.
 Valoración hemodinámica. (anotación de TA sistólica/diastolita y el aumento diastólico)
 La medicación se administrará según el aumento diástolico
 Anotar el aumento sistólico y diástolico una vez por turno.
 Vigilar si distensión abdominal y/ó dolor.
 Incidencias: (apósito seco, hematoma, diuresis y aspecto etc).

5 Discusión-Conclusión

La utilización de un protocolo de actuación en el manejo de pacientes con balón de contrapulsación intraaórtico se hace necesaria, pues no solo asegura una adecuada atención de los pacientes sino que agiliza el procedimiento. Por ello las actividades de enfermería deben realizarse siempre de forma sistemática con el uso de protocolos establecidos que deben de ser revisados y actualizados con frecuencia.

6 Bibliografía

1. Hernández ES, González CO, García G, Arriaga GJ. Balón intraaórtico de contrapulsación (BIAC). Efectos hemodinámicos e indicaciones. Med Sur. 2007; 14 (2): 64-70
2. Pérez GA, Baranda TFM. Manual de urgencias cardiovasculares. Balón intraaórtico de contrapulsación. 4 ed. México: McGgraw-Hill; 2012.
3. Gallego López JM, Carmona Simarro JV, Soliveres Ripoll J, Gans Llorens FJ. Balón de contrapulsación intra-aórtico (BCIA): Conceptos y cuidados de enfermería. Enferm Cardiol. 2003; 10(28):35-39.
4. Rodríguez Santos Y, Aute Cortés L, Alonso Gómez R, Bonet Solivellas M, Cerdá Bennasar C, Puig Angulo B, Quevedo Barbado MJ, Ramis Murillo M. Plan de cuidados para el paciente con balón de contrapulsación intraaórtico. Boletín informativo de la AEEC [Enferm Cardiol] 1997;4(9)
5. Manual de cuidados de enfermería para el paciente con balón de contrapulsación intraaortico . Unidad coronaria del Hospital 12 de octubre, Madrid 3-10-2002
6. Argibay PV, Gómez FM, Jiménez PR, Vélez SS, Serrano PC. Manual de Enfermería en Cardiología Intervencionista y Hemodinámica. Protocolos Unificados. Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 2007.

Capítulo 288

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

FRANCISCO SOUSA GÓMEZ

LAURA FERNÁNDEZ CANO

LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA

1 Introducción

En el paciente crítico, la malnutrición puede ser preexistente, aparecer al ingreso o desarrollarse de forma evolutiva. La prevalencia de malnutrición oscila entre el 30% y el 60% de los enfermos hospitalizados, siendo aún más elevada en el paciente grave. Para la valoración del estado nutricional en el paciente crítico se utilizan habitualmente parámetros empleados en otros pacientes, como son las variables antropométricas, marcadores bioquímicos y pruebas funcionales.

2 Objetivos

- Conocer cómo realizar una buena valoración nutricional de paciente crítico.

3 Metodología

Se examinaron artículos a través de libros, páginas web y bases de datos (Elsevier, PubMed, Scielo…) usando los descriptores “paciente grave”, “estado nutricional”

y “marcadores bioquímicos”. Tras una lectura detallada se seleccionaron los estudios que más se ajustaron a nuestra revisión, excluyendo los anteriores a 2008 o que no estaban en inglés o español.

4 Resultados

- Variables antropométricas: evalúan y detectan la malnutrición preexistente al ingreso del paciente crítico. No obstante, los cambios corporales y la evolución del estado de hidratación en estos pacientes invalidan a este grupo de variables como parámetros de seguimiento nutricional y de pronóstico en los pacientes críticos. Ejemplos:
- Peso, índice de masa corporal, otras variables (pliegue del tríceps…), valoración subjetiva global.
- Variables bioquímicas: se encuentran interferidas por los cambios que tienen lugar en los pacientes críticos, por lo que su interés en la interpretación del estado nutricional es limitado. Ejemplos:
- Índice de creatinina, excreción de urea, albúmina, transferrina, colesterol.
- Pruebas funcionales:
- Parámetros de función muscular: el análisis de la fuerza muscular (activa y pasiva) es más específico en la predicción de complicaciones que marcadores bioquímicos como albúmina o transferrina. No obstante, en el paciente crítico los test de función muscular pueden estar alterados por factores muy diversos como el uso de sedo-analgesia o la existencia de polineuropatías.
- Parámetros de función inmunológica: la disminución en el recuento total de linfocitos y la ausencia en la respuesta de inmunidad celular retardada se han relacionado con la malnutrición. En el paciente crítico, tanto los recuentos linfocitarios como los test de función inmunitaria pueden estar alterados por un gran número de situaciones clínicas o por la administración de medicamentos.
- Otros: Disponemos de índices pronósticos nutriciones, dirigidos a la predicción del riesgo quirúrgico, el desarrollo de complicaciones postoperatorias y la indicación del soporte nutricional en función de la valoración del estado nutricional al ingreso de los pacientes. El más utilizado es el Índice de Bristian, validado para pacientes quirúrgicos, pero no para pacientes críticos. Por otro lado, otros parámetros utilizados pueden ser el análisis de la activación con neutrones, la impedancia bioeléctrica y los isótopos de potasio. Son técnicas aún experimentales, de escasa utilidad en el paciente crítico en el momento actual.

5 Discusión-Conclusión

No hay estudios sobre la utilidad de los parámetros antropométricos o de los marcadores bioquímicos más frecuentes que nos den una valoración nutricional de los pacientes críticos correcta, por lo que no puede recomendarse su empleo rutinario en la práctica clínica. Para realizar una buena valoración, nos apoyaremos en las variables antropométricas, pruebas funcionales y otros estudios para completar nuestras valoraciones.

6 Bibliografía

1. Chan S, McCwen KC, Blackburn GL: Nutrion manegement in the ICU. Chest 1999, 115:145S-188.
2. Mattar JA, Nunes RB: Nutritional status in the critically ill. Crit Care Med1981, 9: 281.
3. Jeejeebhoy K: Nutritional assessment. Gastroenterol Clin North Am1998, 27:347-69.
4. Klein S, Kinney J, Jeejeebhoy K y cols.: Nutrition support in clinical practice: Review of published data and recommendations for future Research directions. Am J Clin Nutr1997, 66:683-706.
5. Detsky AS, Baker JP, O'Rourke y cols.: Predicting nutrition-associated complications for patients undergoing gastrointestinal surgery. JPEN 1987, 11:440-446.

Capítulo 289

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LOS CATÉTERES INTRAVASCULARES PERIFÉRICOS.

ANTONIO VICO PALOMA

1 Introducción

El cateterismo venoso periférico se constituye como el procedimiento invasivo más frecuente en los pacientes hospitalizados, en especial entre los de servicios de alta complejidad (1). Requiere de competencias y competencias tanto manuales técnicas como de conocimientos del sistema vascular por parte del personal encargado de su realización (1-2), que en la mayoría de los casos es el personal técnico y profesional de enfermería. La mayoría de estos son retirados debido a la aparición de complicaciones, finalización del tratamiento o falta de indicación médica (1-6).

En los EEUU se estima que 200 millones de catéteres son usados cada año (6); en España, aproximadamente el 70 % de los pacientes que ingresan a un hospital necesitan de un catéter venoso, siendo el 95% de ellos de acceso periférico (4,6). Diversas revisiones reportan el uso de catéteres venosos periféricos entre el 86.4% y el 80.6% 5 de los pacientes (1-6).

El uso de catéteres venosos periféricos puede provocar complicaciones como lo son la flebitis, obstrucción, filtración, diseminación microbiana y extracción accidental (4-6), lo que se traduce en un aumento de los costos de hospitalización y tratamiento, y molestias para el paciente.La flebitis es la ”inflamación de una vena, que puede ser acompañada de dolor, eritema, edema, endurecimiento y/o

un cordón palpable" (4-8). Se han descrito múltiples factores etiogenicos de la flebitis, como: técnica inadecuada de inserción; condición clínica del paciente; características de la vena; incompatibilidad entre medicamentos; tonicidad y pH del medicamento o solución; filtración inefectiva; calibre, tamaño, ancho y material del catéter; y tiempo prolongado de inserción (4-8).

La literatura expone los cuatro principales mecanismos etiogenicos de la flebitis: La flebitis mecánica, ocurre cuando el movimiento del catéter en la luz de la vena causa fricción y una subsecuente inflamación de la misma, ocurriendo también cuando el tamaño del catéter es más grande que la vena seleccionada;

La flebitis química, es causada por el tipo de medicamento o solución infundido a través del catéter, factores como pH y osmolaridad de las sustancias tienen un efecto significativo en la incidencia de flebitis; la flebitis microbiana, que ocurre por la entrada de microbios en el interior de la vena, comenzando como una respuesta inflamatoria por la inserción del catéter, con posterior colonización por bacterias en el local.

La flebitis bacteriana puede generar significativas complicaciones para el paciente debido a su potencial de desarrollo de sepsis sistémica; y por último la flebitis post-infusión, la que se manifiesta entre 48 a 96 horas después de la retirada del catéter. Su ocurrencia está relacionada especialmente, al material del dispositivo y al tiempo de permanencia del mismo (4-8).

Reconocer los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones asociadas al cateterismo venoso periférico, es la piedra angular para poder proveer cuidados de enfermería específicos en este problema, de calidad orientados a mitigar estos riesgos, además de producir conocimiento y evidencia científica para apoyar la toma de decisiones de las enfermeras orientadas a minimizar el riesgo de terapia intravenosa periférica (4-8).

2 Objetivos

Objetivo general:
- Describir los cuidados de enfermería de los catéteres intravasculares periféricos.

Objetivos específicos:
- Detallar la técnica de inserción de los catéteres periféricos.
- Reconocer los cuidados de los catéteres periféricos.
- Describir el procedimiento de retiro del catéter periférico.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio de tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos; cuiden, scielo, Medline, Proquest, Pubmed, Elsevier y Google Académico.

Para la realización de la búsqueda se utilizó las siguientes palabras claves: Canalización vena periférica, punción venosa periférica, manual de procedimientos, protocolo, procedimiento. Se encontraron artículos en inglés y español y se han utilizado los artículos de los 10 últimos años.

4 Resultados

La canalización venosa periférica consiste en la colocación de una cánula en el interior de una vena para mantener un acceso venoso abierto. Los vasos más adecuados para la venopunción son: el plexo venoso dorsal y venas metacarpianas dorsales de la mano, vena cefálica, vena basílica y vena mediana del brazo.

Entendemos por acceso venoso periférico, el abordaje a una vena superficial de localización extra-aponeurótica, generalmente en las extremidades superiores siendo más excepción al las extremidades inferiores en los adultos y que en neonatos además se localizan en la cabeza.

Entendemos por acceso venoso central, el abordaje de una vena profunda, localizadacentralmente en el organismo, aunque su inserción puede ser periférica, pero la localización de la punta del catéter acaba siendo central.

Son pacientes susceptibles de recibir terapia intravenosa aquellos que precisan pruebas diagnósticas que requieren el abordaje del sistema venoso y/o tratamientos que requieren además el aporte de medicación, fluidos o alimentación por vía intravenosa, así como aquellos que requieren tener preparado una puerta intermitente al sistema venoso o como precaución para posibles situaciones de riesgo (1-5).

Diagnósticos de enfermería (NANDA-I).
Según el momento de la Terapia Intravenosa (inicio, mantenimiento, finalización) los pacientes pueden presentar varios problemas / diagnósticos de enfermería:
• Riesgo de Infección. Los pacientes por el hecho de ser portador de un acceso venoso periférico y/o central están expuestos a padecer algún tipo de infección

relacionada con el catéter.
• Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Los pacientes con accesos venosos periféricos o centrales de inserción periférica están expuestos a que la piel se vea negativamente afectada como consecuencia del catéter, de la sujeción o dela medicación, pero no han desarrollado ninguna lesión.
• Deterioro de la integridad cutánea. Pacientes con accesos venos osperiféricos o centrales de inserción periférica que desarrollan alguna lesión(inflamación, erosión, úlcera…) de la epidermis, la dermis o ambas, como consecuencia del catéter, de la sujeción o de la medicación que reciben por víaintravenosa.
• Deterioro de la integridad tisular. Pacientes con accesos venosos periféricoso centrales de inserción periférica que desarrollan alguna lesión de la piel o de los tejidos subcutáneos como consecuencia del catéter, de la sujeción o de la medicación que reciben por vía intravenosa (5).

Indicaciones:
- Reposición de líquidos y electrolitos.
- Administración de medicamentos intravenosos.
- Transfusión de sangre y hemoderivados.
- Obtención de muestras de sangre.
- Mantenimiento de acceso venoso permeable para casos de emergencia.
- Realización de estudios diagnósticos.

Técnica de inserción de los catéteres periféricos

Objetivo:
Mantener un acceso venoso con fines terapéuticos, diagnósticos y en caso de emergencia (1-5).
Equipo:
- Batea.
- 1 Compresor.
- Paño estéril.
- Contenedor de material punzante.

Material:
- 1 Aguja intravenosa.
- Catéteres intravenosos periféricos de diferentes calibres.
- Alargaderas de 3 luces y llave de 3 pasos.
- 1 par de guantes estériles
- Tiras adhesivas estériles.
- Solución de desinfección alcohólica de las manos.

- Apósitos estériles.
- Gasas estériles.
- 1 Jeringa 5 ml.
- Suero salino fisiológico.
- Solución antiséptica.
- Esparadrapo antialérgico.
- Apósito fijador estéril.
- 1-2 Obturadores estériles.
- Registros de enfermería

Procedimiento:
- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en una posición cómoda según la zona de punción.
- Seleccionar la vena más adecuada según: el estado del paciente, características de la solución a infundir, calibre del catéter, asegurarse de que el punto elegido no va a dificultar las actividades de la vida diaria del paciente y elegir venas que se palpen con facilidad, blandas, llenas y no obstruidas , si es posible.
- Proceder a la desinfección alcohólica de las manos.
- Colocar el compresor 10-15 cm por encima de la zona de punción. El torniquete debe estar lo bastante apretado como para detener la circulación venosa pero no la arterial.
- Utilizar los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.
- Desinfectar la zona desde el centro hacia fuera y dejar secar.
- Colocarse los guantes.
- Retirar la funda del catéter y cogerlo con la mano dominante.
- Fijar la piel con la mano no dominante para evitar que la vena se desplace.
- Insertar el catéter.
- Seguir introduciendo el catéter hasta que se observe la sangre refluir. Cuando refluya la sangre avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se retira la guía o aguja. No debe notarse resistencia.
- Retirar el compresor.
- Comprobar la permeabilidad del catéter introduciendo suero fisiológico, unos 2-3c.c. observando que no haya obstrucción o extravasación del líquido introducido.

- Conectar el equipo de infusión o el obturador. En los equipos de bioseguridad el obturador asegura la permeabilidad del catéter.
- Colocar una gasa estéril debajo de la conexión catéter-equipo y obturador paraevitar lesiones en la piel.
- Fijar el catéter mediante apósito estéril.
- Fijar el equipo de infusión a la piel para evitar tracciones.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, calibre del catéter, nº de intentos de venopunción, incidencias y respuesta del paciente (1-5).

Observaciones:
- Las venas utilizadas generalmente para el tratamiento intravenoso son la basílica, cefálica y las interóseas.
- Evitar las venas de las zonas de flexión. No utilizar venas con flebitis, infiltrados, esclerosadas, duras, las venas del miembro que se le ha realizado una mastectomía o tiene una fístula arterio-venosa, las venas de los miembros inferiores o la extremidad afectada por un accidente cerebrovascular.
- En los niños las venas de elección son las de los pies y cuero cabelludo.
- Si el enfermo tiene gran cantidad de pelo, no rasurar, cortar el vello con unas tijeras.
- En cada intento de inserción utilizar un nuevo catéter (1-5).

Complicaciones

Salida accidental del catéter:
Medidas generales: aplicar una correcta fijación y en el caso de los pacientes pediátricos si su edad lo permite pedir la colaboración del niño.

Actuación: retirada y cambio de vía.
- Flebitis: medidas generales: realizar las manipulaciones de manera aséptica, seleccionar venas del calibre adecuado, utilizar catéteres de poliuretano que son biocompatibles, realizar una adecuada fijación que evite el desplazamiento del catéter, vigilar el punto de inserción para detectar, lo antes posible, algún signo de infección y administrar fármacos diluidos.

Actuación: retirar el catéter, aplicar compresas calientes y pomada heparinizada
- Extravasación: Medidas generales: vigilar el punto de inserción, administrar los fluidos con bombas de perfusión y comprobar la permeabilidad de la vía antes de la administración de fármacos (1-5).
Actuación: suspender la perfusión, aspirar, elevar el miembro, aplicar calor.

Obstrucción:
Medidas generales: asegurar un flujo continuo de los fluidos y heparinizar el catéter cuando la vía es de uso intermitente.
Actuación: retirar y reemplazar el catéter.

Cuidados de los catéteres periféricos

Definición:
Conjunto de actividades realizados por la enfermera al paciente portador de catéter periférico (1-5).

Objetivos:
- Mantener el catéter permeable.
- Prevenir infecciones.

Equipo:
- Batea o carro de curas.
- Paño estéril.
- Contenedor de material punzante.

Material:
- 1 par de Guantes estériles.
- Apósitos estériles.
- Gasas estériles.
- 1 Jeringa 5 ml.
- Solución antiséptica.
- Sistema de infusión.
- Apósito fijador estéril.
- 2 Obturadores estériles.
- Llave de 3 pasos.
- Registros de enfermería.
- Solución para mantenimiento de la permeabilidad de la vía. Suero fisiológico 0,9% monodosis.

Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en una posición cómoda según la zona de punción.
- Proceder a la desinfección alcohólica de las manos (1-5).

Cuidados de mantenimiento del catéter:
- Colocarse guantes no estériles para manipulaciones del sistema y estériles para cambiar el apósito.
- Colocar el paño estéril debajo de la extremidad.

Cambios de apósito:
- Cambiar el apósito de gasa cada día y si es transparente cada 3-4 días o cuando esté húmedo, manchado o despegado.
- Colocar una gasa estéril debajo de la conexión catéter-equipo / obturador para evitar lesiones en la piel.
- Cuidados punto de punción:
- Vigilar punto de punción cada vez que se utilice y de forma rutinaria cada 24 horas, observando que no haya signos de infección, y extravasación.
- Cambiar el catéter cada 72-96 horas en adultos y en pacientes pediátricos cuando aparezcan complicaciones.
- Cambiar el catéter ante signos de flebitis, extravasación u obstrucción.
- Los catéteres periféricos que no son colocados en condiciones de asepsia (situaciones de urgencia), deben ser reemplazados lo antes posible y siempre antes de 24 horas.
- Cambios sistemas de infusión y conexiones:
- Evitar al máximo las desconexiones del sistema.
- Cambiar el sistema cada 48-72 horas si es fluidoterapia y cada 24 horas si es nutrición parenteral total (1-5).

Cuando se cambie el catéter:
Desinfectar la conexión /obturadores con solución antiséptica antes de su utilización y después. Cambiar los obturadores por otros estériles cada vez que se retiren del catéter.

Mantenimiento de la permeabilidad del catéter periférico:
- Lavar el catéter cada 8 horas y tras su utilización con 5-10 ml de la solución1 de cloruro sódico 0,9% en ampollas monodosis para mantener la permeabilidad de

la vía periférica.
- Desechar el material punzante, en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente (1-5).

Observaciones:
- Los apósitos transparentes deben vigilarse continuamente por el riesgo de acumulación de humedad debajo de él.

Objetivos a conseguir por el paciente formulado como criterios de resultado de enfermería (NOC)
Integridad tisular: piel y membranas mucosas (Para los diagnósticos riesgo de infección, deterioro o riesgo de deterioro de la integridad cutánea).
• 110101 Temperatura de la piel.
• 110102 Sensibilidad.
• 110104 Hidratación.
• 110106 Transpiración.
• 110113 Piel intacta.
(0702) Estado inmune (Para el diagnostico riesgo de infección y riesgo de deterioro de la integridad cutánea).
• 070207 Temperatura corporal.
• 070208 Integridad cutánea.
(0703) Severidad de la infección (Para el diagnostico riesgo de infección y riesgo de deterioro de la integridad cutánea).
• 070308 Erupción.
• 070308 Dolor/Hipersensibilidad.
(1103) Curación de la herida: por segunda intención. (Para el diagnóstico deterioro de la integridad tisular):
• 110301 Granulación.
• 110307 Eritema cutáneo circundante.
• 110321 Disminución del tamaño de la herida (5).

Retirada del catéter periférico
Definición:

Conjunto de maniobras que realiza la enfermera para retirar un catéter periférico tras concluir el tratamiento o cuando exista extravasación, obstrucción o flebitis (1-5).

Objetivo:
Prevenir complicaciones en la extracción del catéter.
Equipo:
- Batea o carro de curas.
- Tijeras estériles.
- Contenedor de material punzante.

Material:
- Guantes no estériles.
- Apósitos estériles.
- Vaso estéril con tapadera.
- Hisopo estéril.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Registros de enfermería.

Procedimiento:
- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en una posición cómoda según la localización del catéter a retirar.
- Proceder a la desinfección alcohólica de las manos.
- Colocarse guantes no estériles
- Cerrar el equipo de infusión si lo hubiera.
- Retirar apósito.
- Observar la zona de punción por si hubiera signos de infección.
- Limpiar punto punción con solución antiséptica con movimientos circulares de dentro hacia fuera. Dejar secar el antiséptico.
- Retirar el catéter.
- Colocar el apósito estéril.

- Presionar 5 minutos y si el paciente presenta problemas de coagulación o está en tratamiento anticoagulante unos 10 minutos.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

Observaciones:
- Mandar la punta del catéter a microbiología si existen signos de infección: introducir la punta en el vaso estéril y cortar con las tijeras estériles. Tapar y etiquetar el frasco.
- Si existiera exudado purulento mandar un hisopo a microbiología(1-5).

5 Discusión-Conclusión

La literatura destaca como factores de buena práctica para el cateterismo venoso periférico: al personal capacitado con entrenamiento específico para inserción, mantenimiento y retiro de los catéteres, con el propósito de obtener éxito en el primer intento y minimizar los factores de riesgo asociados a las complicaciones; Venopunción idealmente con catéteres de calibre 20G, en la región del antebrazo; realizar seguimiento continuo de los accesos venosos en los que se infunden antimicrobianos, soluciones de diferentes osmolaridades, corticosteroides, medicamentos vesicantes y electrólitos; y por último, y no menos importante se exalta la importancia del registro adecuado de las complicaciones derivadas del cateterismo venoso periférico, de manera completa, clara y precisa, esta práctica ayudara al retiro precoz de catéteres no funcionales o sin indicación y disminuirán las consecuencias de los efectos adversos para el paciente (4-8).

Algunos autores exponen como factores protectores inherentes a los catéteres, a los catéteres de calibre 20G siendo el más utilizado en la actualidad, localización en el miembro superior izquierdo y región de antebrazo, éxito de punción en el primer intento, y permanencia del catéter por menos de 72 horas (4,7-8).

En contraste se determinó como factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones, los períodos de hospitalización entre 10 y 29 días, el cateterismo pro-

longado, el uso de antimicrobianos y soluciones, y administración de suero, aumentan los riesgos para el desarrollo de cualquier complicación ().

Se observan tasas de riesgo menores para flebitis, tracción e infiltración, en los pacientes en quienes se utilizó catéter plástico sobre aguja (tipo Abbocath), además, los autores recomiendan su uso en la infusión de soluciones y administración de suero, administración de corticosteroides y antimicrobianos (4-8).

6 Bibliografía

1. Ballesta F, Blanes F, Castells M, et al. Guía de Actuación de Enfermería. España, 2007. Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat. ISBN: 978-84-482-4833-8.
2. Bellido J, Carrascosa M, García F, et al. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Evidentia 2006; 3(9) [ISSN: 1697-638X]. http://www.index-f.com/evidentia/n9/guia-avp.pdf.
3. Urbanetto JS, Peixoto CG, May TA. Incidence of phlebitis associated with the use of peripheral IV catheter and following catheter removal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2746. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0604.2746.
4. González E, Argüelles A, Martínez B.Protocolo para la inserción, mantenimiento y retirada del catéter venoso periférico. España; 5at edición manual de procedimientos de enfermería; Hospital universitario central de Asturias. [Actualizado enero 2013]; [consultado 07de Enero de 2020]. Disponible en:http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Cateter%20venoso%20periferico.pdf.
5. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Manejo de catéteres venosos periféricos. España. procedimientos y protocolos de Enfermería. Comunidad de Madrid[Website]. [Actualizado 29 Abril 2014; [consultado 07de Enero de 2020]. Disponible en:http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dmanejo_de_cat%C3%A9teres_venosos_peif%C3%A9ricos.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862946346&ssbinary=true.
6. Derdried J, Mitzy R, Adami S, et al. Factores de riesgo para complicaciones en el catéter venoso periférico en adultos: análisis secundario de ensayo clínico aleatorizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.24 RibeirãoPreto2016Epub Nov 28, 2016.http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1457.2833.

7. SallerasL, Fuentes C. Cateterismo periférico guiado por ultrasonido.Enferm Clin. 2016 septiembre-octubre; 26 (5): 298-306. doi: 10.1016 / j.enfcli.2015.04.002. Epub 2015 4 de junio.
8. Urbanetto J, Grassmann C, May T. Incidencia de flebitis durante el uso y después de la retirada de catéter intravenoso periférico. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24:e2746 DOI: 10.1590/1518-8345.0604.2746.

Capítulo 290

OPINIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA UNIFORMIDAD E IDENTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL HUCA.

FRANCISCO SOUSA GÓMEZ

1 Introducción

El uniforme y la tarjeta de identificación sirven para transmitir la imagen e información que queremos dar al usuario y mostrar nuestra identidad y organización, representando simbólicamente nuestras competencias. Los uniformes, al ser la primera información que recibe el usuario, revelan quién es usted y que tarea realiza, asignando o excluyendo diferentes competencias o roles. Reflejan la cultura y los valores de la organización, así como la estética y profesionalidad de las instalaciones y de los empleados.1

Según la RAE, definimos uniforme como traje peculiar y distintivo que por establecimiento o concesión usan los militares y otros empleados o los individuos que pertenecen a un mismo cuerpo o colegio.
Antiguamente, el uniforme ya representaba simbólicamente los atributos de un grupo, y se convirtió así en objeto de presentación ante los demás. Era capaz de hacer visible el status del individuo y supone una asignación o exclusión a ciertas tareas.2 También era entendido como el conjunto de prendas de vestido y complemento usados por los trabajadores en su jornada de trabajo. Transmitía dos mensajes:
- A través del uniforme se atribuye status y poder.

- Realza la homogeneidad del grupo y lo distingue de otros. 3

Desde los principios de la Enfermería, las enfermeras ya poseían una serie de símbolos que daban identidad a su profesión:

- El vestido blanco era un delantal hasta la altura del tobillo, que transmitía limpieza y pureza.
- La capa les protegía por las noches en las guardias de 24 horas.
- La lámpara, cuyo origen reside en Florencia Nightingale, le servía para realizar rondas por las noches y observar a los pacientes más enfermos. La apodaban "La Dama de la Lámpara".
- La cofia es el símbolo más representativo de la enfermería. Demuestra el honor, distinción y responsabilidad de las enfermeras que la distingue de los demás profesionales de la salud. También, servía para que no les cayera el pelo a las enfermeras en el campo de trabajo. 4

Así pues, vemos que el uniforme es un elemento clave en nuestra profesión, ya que es nuestro distintivo y a su vez la primera imagen que el enfermo se lleva de nosotros, y puede inspirar confianza y seguridad o, al contrario, miedo y dudas. Representa simbólicamente límites, competencias, poderes e imagen social de los profesionales. Identifica a los integrantes del grupo y contribuye a que cada uno, dentro de su status, conozca su rol y realice sus tareas.5 Al ponernos el uniforme estamos representando nuestra identidad profesional para realizar una asistencia sanitaria profesional, fomentamos una autoimagen de fuerza y una identidad profesional que puede conducir a la confianza y mejor rendimiento en la práctica de la enfermería.6

Día a día vemos un uso incorrecto de uniformes y tarjetas de identificación en todos los hospitales. Médicos, enfermeras, auxiliares o celadores van vestidos con diferentes uniformes, modelos o incluso prendas de calle no correspondientes a la uniformidad establecida (vaqueros, tacones, pañuelos…). Esta situación dificulta la identificación de los profesionales por parte de los usuarios. Utilizar un vestuario profesional específico y una correcta tarjeta de identificación orienta al usuario para conocer las tareas que desempeña cada profesional y le ofrece un símbolo externo de profesionalidad.

Si existe un amplio consenso en relación a la enfermería es en su dificultad para hacerse claramente visible e identificable.7 Es indiscutible que la imagen es un valor que prima en la sociedad actual. Una imagen negativa de la enfermería puede tener numerosas consecuencias, como que la población no recurra a ella y no se beneficie de sus servicios o la toma de decisiones de los políticos.8

La esencia de las enfermeras no coincide con su imagen social pues continúa plagada de estereotipos, y el público sigue percibiendo una imagen dependiente y poco profesional de las enfermeras. Esa discordancia entre identidad e imagen, en parte se debe a que las propias enfermeras no se han preocupado suficientemente, de modo individual y colectivo, por comunicar eficazmente su verdadera identidad a la sociedad.9

La enfermería como profesión parece seguir funcionando como una infraestructura transparente, transparencia que se halla magnificada por la ausencia de signos visibles que identifiquen a los miembros de esta profesión, tal como si las enfermeras y enfermeros no necesitaran que se visualice socialmente su imagen.10

En consecuencia, se debe profundizar en las causas y consecuencias de la no coincidencia entre la verdadera identidad de las enfermeras y la imagen que la sociedad tiene de ellas, para luego intentar proyectar públicamente lo mejor de esa identidad y lograr así construir en la mente de los públicos una imagen positiva que mejore nuestras posiciones actuales.11

2 Objetivos

- Conocer si los pacientes distinguen las categorías de los profesionales sanitarios por su uniforme e identificación.
- Valorar la opinión de los pacientes en cuanto a la uniformidad e identificación de los profesionales sanitarios.
- Analizar las sugerencias de mejora de los pacientes para la uniformidad e identificación.

3 Metodología

Se realiza un estudio descriptivo, observacional de corte transversal. La población a estudio son los pacientes hospitalizados en unidades médicas y quirúrgicas del HUCA en el mes de marzo de 2016.

El muestreo será de tipo no probabilístico por conveniencia, seleccionando los individuos de fácil acceso. También será de tipo consecutivo al ser en el mismo período de tiempo.

Se seleccionan como unidades representativas de hospitalización del HUCA las unidades médicas de Ginecología y Urología y las unidades quirúrgicas de

Cirugía General y Traumatología, con una media de 40 pacientes hospitalizados por unidad. La muestra para este estudio, formada por pacientes adultos ingresados, con un nivel de confianza del 95% y de precisión y proporción del 5%, consta un tamaño muestral de 67 personas. Teniendo en cuenta la proporción esperada de pérdidas del 15%, la muestra total será de 79 pacientes.

Por tanto, la muestra estará formada por 18 pacientes de Ginecología, 23 pacientes de Traumatología, 22 pacientes de Cirugía General y 22 pacientes de Urología. Los pacientes de unidades médicas y quirúrgicas mayores de 18 años, que aparezcan en el registro hospitalario de ingresos, comprendan el castellano oral y escrito y que voluntariamente participen contestando el cuestionario.

Se excluye a los pacientes que no puedan realizar la encuesta por su estado de salud y/o ánimo, dificultades cognitivas, déficit visual y/o auditivo, pacientes aislados, pacientes demenciados o pacientes sin familiares que no les puedan ayudar a realizar la encuesta si no pueden realizarla ellos mismos.

También quedarán excluidas las plantas de Pediatría, áreas quirúrgicas, consultas y gabinetes. Se utilizará un cuestionario de elaboración propia, al no constar cuestionarios validados para realizar el proyecto. Para su confección, se ha utilizado la revisión bibliográfica como apoyo.

Por tanto, se elaboró un cuestionario formado por 19 preguntas divididas en tres categorías: variables sociodemográficas, opinión sobre la uniformidad e identificación y sugerencias de mejora. Previo al inicio del cuestionario, el paciente se le explicará el objetivo del estudio y se solicitará su colaboración voluntaria.

Se responderá marcando con una cruz en la casilla que el encuestado considere oportuna. Al final del cuestionario, el encuestado podrá escribir otras sugerencias que considere oportunas. El cuestionario consta de tres apartados: variables sociodemográficas, opinión sobre la uniformidad e identificación y sugerencias de mejora.
Las variables independientes son las variables sociodemográficas y constan de tres ítems:
- Edad (en años): variable cuantitativa continua.
- Sexo: variable cualitativa, nominal, dicotómica. Los encuestados elegirán con una cruz entre hombre o mujer.
- Nivel de estudios: variable cualitativa, ordinal, politómica. Los encuestados elegirán con una cruz entre sin estudios, primarios, secundarios o universitarios.

Las variables dependientes son la opinión sobre la uniformidad e identificación

y las sugerencias de mejora y constan de dos partes:
- Opinión sobre la uniformidad e identificación, con 9 ítems de la pregunta 4 a la 12: variable cualitativa, nominal y dicotómica de Sí o No.
- Sugerencias de mejora, con 7 ítems: variable cualitativa, nominal y politómica en las preguntas 13, 14, 15 y 17. Preguntas de respuesta múltiple donde los encuestados elegirán una, varias o ninguna respuesta según su opinión. También tendrán una opción en la que podrán especificar otra respuesta que no conste y consideren oportuna.

Por otro lado, la variable de las preguntas 16, 18 y 19 es cualitativa, nominal y dicotómica de Sí o No.

4 Resultados

Para la descripción de los resultados seguimos el orden establecido en los cuestionarios utilizados para la recogida de información.

Se entregaron 85 cuestionarios a pacientes ingresados en las unidades de hospitalización seleccionadas para el estudio en el Hospital Universitario Central de Asturias. La muestra final estuvo integrada por 79 pacientes. Quedaron fuera del estudio 2 cuestionarios por ser entregados en blanco y 4 pacientes manifestaron que no querían participar por encontrarse mal anímica y/o físicamente.

El número de encuestas realizadas fue de 79, realizándose 15 (18,9%) en Ginecología, 19 (24,0%) en Cirugía General, 22 (27,8%) en Urología y 23 (29,1%) en Traumatología.

La edad media de los pacientes fue de 58,8 años, con una desviación estándar de 15,340 y rango de edad entre un mínimo de 24 años y un máximo de 91 años. Se aprecia que hay un mayor porcentaje de encuestados mayores de 65 años, siendo una población a estudio envejecida.

La muestra total de 79 pacientes está formada por 37 (46,8%) hombres y 42 (53,2%) mujeres.

En cuanto al nivel de estudios de los encuestados, 32 (40,5%) pacientes tiene estudios primarios, seguido de 29 (36,7%) pacientes con estudios secundarios. Por otro lado, cabe destacar que hay 9 (11,4%) pacientes que tienen estudios universitarios y 9 (11,4%) que no poseen estudios. Vemos, por tanto, que 61 (77,2%) encuestados del total de la muestra tiene estudios primarios o secundarios

Analizando la opinión sobre la uniformidad e identificación, podemos destacar que los pacientes distinguen mejor a los profesionales por su tarjeta de identificación que por su uniforme.

Como dato para tener en cuenta vemos que la mitad de los pacientes no distingue a los profesionales por el uniforme.
En general, consideran adecuada la uniformidad de todos los profesionales sanitarios y también es destacable que 71 (89,9%) pacientes consideran que todos los profesionales deberían llevar ropa de hospital y no ropa de calle.
En cuanto a la profesionalidad que transmiten los profesionales con su uniformidad y apariencia, observamos que 38 (48,1%) pacientes consideran como mayor profesionalidad a los profesionales aseados, con el pelo corto y las uñas cortas.

En cuanto a la ausencia de profesionalidad, aunque haya un porcentaje mayor de encuestados que no contestan, vemos como 41 (51,9%) pacientes ven como menor profesionalidad los zuecos de colores y la ropa de calle.

Entre las distintas opciones que hemos propuesto para el color de los uniformes, 33 (41,8%) pacientes han preferido el color azul para los uniformes, seguido del verde para 14 (17,7%) pacientes. El actual color blanco sólo lo han preferido 12 (15,2%) pacientes.

Separando los uniformes por colores para las diferentes categorías profesionales, los pacientes han elegido el uniforme azul para los médicos, el uniforme verde para las enfermeras y el uniforme amarillo para las auxiliares.

Los pacientes han manifestado que prefieren un color diferenciador para toda la tarjeta de identificación de los profesionales con 53 (67,1%) votos-

Separando las tarjetas de identificación por colores, según la categoría profesional, los pacientes han elegido el color azul para la tarjeta del médico, el verde para las tarjetas de las enfermeras y el amarillo para las tarjetas de las auxiliares.

En las dos últimas preguntas queríamos averiguar si los pacientes consideraban que el nombre y la categoría profesional deberían ser más visibles. La respuesta ha sido unánime en general, ya que 68 (86,1%) pacientes han preferido que el nombre del profesional sea más visible y 63 (79,7%) pacientes han preferido que la categoría profesional sea más visible. Por último, en la última pregunta en la cual dejábamos un apartado para sugerencias, tenemos dos sugerencias que son las siguientes:
- Los médicos con tatuajes o piercings son igual de profesionales que los que no los portan, no hagamos discriminación.
- Más enfermeros hombres.
- Presentarnos con el nombre al ingreso y conocer al doctor que les tratará.

5 Discusión-Conclusión

Para la descripción de los resultados seguimos el orden establecido en los cuestionarios utilizados para la recogida de información. Se entregaron 85 cuestionarios a pacientes ingresados en las unidades de hospitalización seleccionadas para el estudio en el Hospital Universitario Central de Asturias. La muestra final estuvo integrada por 79 pacientes. Quedaron fuera del estudio 2 cuestionarios por ser entregados en blanco y 4 pacientes manifestaron que no querían participar por encontrarse mal anímica y/o físicamente.

El número de encuestas realizadas fue de 79, realizándose 15 (18,9%) en Ginecología, 19 (24,0%) en Cirugía General, 22 (27,8%) en Urología y 23 (29,1%) en Traumatología. La edad media de los pacientes fue de 58,8 años, con una desviación estándar de 15,340 y rango de edad entre un mínimo de 24 años y un máximo de 91 años. Se aprecia que hay un mayor porcentaje de encuestados mayores de 65 años, siendo una población a estudio envejecida. La muestra total de 79 pacientes está formada por 37 (46,8%) hombres y 42 (53,2%) mujeres.

En cuanto al nivel de estudios de los encuestados, 32 (40,5%) pacientes tiene estudios primarios, seguido de 29 (36,7%) pacientes con estudios secundarios. Por otro lado, cabe destacar que hay 9 (11,4%) pacientes que tienen estudios universitarios y 9 (11,4%) que no poseen estudios. Vemos, por tanto, que 61 (77,2%) encuestados del total de la muestra tiene estudios primarios o secundarios.

Analizando la opinión sobre la uniformidad e identificación, podemos destacar que los pacientes distinguen mejor a los profesionales por su tarjeta de identificación que por su uniforme. Como dato para tener en cuenta vemos que la mitad de los pacientes no distingue a los profesionales por el uniforme.

En general, consideran adecuada la uniformidad de todos los profesionales sanitarios y también es destacable que 71 (89,9%) pacientes consideran que todos los profesionales deberían llevar ropa de hospital y no ropa de calle.
En cuanto a la profesionalidad que transmiten los profesionales con su uniformidad y apariencia, observamos que 38 (48,1%) pacientes consideran como mayor profesionalidad a los profesionales aseados, con el pelo corto y las uñas cortas.

En cuanto a la ausencia de profesionalidad, aunque haya un porcentaje mayor de encuestados que no contestan, vemos como 41 (51,9%) pacientes ven como menor profesionalidad los zuecos de colores y la ropa de calle.
Entre las distintas opciones que hemos propuesto para el color de los uniformes,

33 (41,8%) pacientes han preferido el color azul para los uniformes, seguido del verde para 14 (17,7%) pacientes. El actual color blanco sólo lo han preferido 12 (15,2%) pacientes.

Separando los uniformes por colores para las diferentes categorías profesionales, los pacientes han elegido el uniforme azul para los médicos, el uniforme verde para las enfermeras y el uniforme amarillo para las auxiliares.
Los pacientes han manifestado que prefieren un color diferenciador para toda la tarjeta de identificación de los profesionales con 53 (67,1%) votos. Separando las tarjetas de identificación por colores, según la categoría profesional, los pacientes han elegido el color azul para la tarjeta del médico, el verde para las tarjetas de las enfermeras y el amarillo para las tarjetas de las auxiliares.

En las dos últimas preguntas queríamos averiguar si los pacientes consideraban que el nombre y la categoría profesional deberían ser más visibles. La respuesta ha sido unánime en general, ya que 68 (86,1%) pacientes han preferido que el nombre del profesional sea más visible y 63 (79,7%) pacientes han preferido que la categoría profesional sea más visible.
Por último, en la última pregunta en la cual dejábamos un apartado para sugerencias, tenemos dos sugerencias que son las siguientes:
- Los médicos con tatuajes o piercings son igual de profesionales que los que no los portan, no hagamos discriminación.
- Más enfermeros hombres.
- Presentarnos con el nombre al ingreso y conocer al doctor que les tratará.

Conclusiones:
- Los resultados demuestran que los pacientes distinguen mejor a los profesionales sanitarios por su tarjeta identificativa que por su uniforme, siendo los menores de 61 años y las mujeres, el grupo de pacientes que mejor los distingue.
- Los pacientes con estudios primarios y secundarios distinguen mejor a los profesionales por su uniforme y tarjeta de identificación. Deducimos que es el grupo que más atención presta a la categoría profesional.
- Respecto a la uniformidad, los pacientes consideran adecuada la uniformidad de los profesionales, aunque la mayoría de los pacientes (89,9%) cree que los profesionales deberían llevar ropa y calzado de hospital y no de calle.
- Estar aseados, con el pelo recogido y las uñas cortas transmiten la mayor profesionalidad, mientras que los zuecos de colores y la ropa de calle es lo que menos profesionalidad transmite.
- En relación al color de los uniformes, los pacientes han elegido el color azul para

los uniformes. Separando por categorías, azul para los médicos, el verde para las enfermeras y el amarillo para las auxiliares, en detrimento del actual color blanco.
- A juzgar por las sugerencias de los pacientes, las tarjetas de identificación deberían llevar un color diferenciador para cada categoría profesional que ocupara toda la tarjeta, con el nombre y la categoría profesional más visible.
- Nuestro estudio ha identificado que el 60,8% de los profesionales no se presentan con nombre y categoría profesional al ingreso, aun siendo una actividad obligatoria, regulada por ley y en el plan de acogida del HUCA.

6 Bibliografía

1. Cabeza Díaz P, Luengo Barrios R, Mora Obregón G, Vaquero Calleja B, Lavín Rivero MA, González Sobrado M. Análisis del cumplimiento de la norma de uniformes e identificación de Valdecilla Sur por parte del personal de Enfermería. Nuberos Científica, 2010; 1(1): 2-7.
2. Joseph N, Alex N. The uniform: a sociological perspective. American Journal of Sociology, 1972; 77(4): 719-3.
3. Rafaeli A, Pratt MG. Tailored meanings: on the meaning and impact of organizational dress. Academy of Management Review, 1993; 18(1): 32-5.
4. Rubio Pilarte J, Expósito González R, Solórzano Sánchez M. La Cofia, su historia [Internet] Octubre 2011 [citado 11 Nov 2015]; Disponible en: http://enfeps.blogspot.com.es/2011/10/la-cofia-su-historia.html
5. Muñoz-Ronda FJ, Moreno-López JM, Jiménez-Rodríguez D, Hernández-Garre JM. La imagen física de las enfermeras y su influencia en la dinámica de las instituciones sanitarias. Tempus Vitalis. 2008; 8(1): 5-16.
6. Desta EA, Gebrie MH, Dachew BA. Nurse uniform wearing practices and associated factors among nurses working in Northwest Ethiopia: a cross-sectional institution based study. Ethiopia: University of Gondar. 2015.
7. Kalisc h B, Begeny S, Neumann S. The image of the nurse on the Internet. Nurs Outlook 2007; 55: 182-8.
8. Calvo Calvo MA. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. Departamento de Enfermería Universidad de Sevilla. Sevilla. 2011.
9. Heierle Valero C. La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: la prensa escrita. Índex de Enfermería. 2009; 18(2): 95-8.
10. Calvo Calvo MA. Divulgación científica de la Historia de la Enfermería. Servicio de Nefrología Virgen del Rocío. Sevilla. 2004.

11. Wocial LD, Sego K, Rager C, Laubersheimer S, Everett LQ. Image is more than a uniform: the promise of assurance. Indiana University Health, Indianapolis; 2014.
12. Antón Nardíz MV. Las Enfermeras, entre el desafío y la rutina. Ediciones Díaz de Santos, Madrid; 1998.
13. Rubio Pilarte J, Expósito González R, Solórzano Sánchez M. La Cofia, su historia [internet] 2011 [citado 11 Nov 2015]; Disponible en: http://enfeps.blogspot.com.es/2011/10/la-cofia-su-historia.html
14. Dirección de Enfermería. Acogida al personal de nuevo ingreso en el HUCA [internet] Febrero 2011 [citado 27 Nov 2015]; Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/panfleto%20enfermeria.pdf
15. Rodríguez Josep A, Bosch Josep LC. Enfermeras hoy: cómo somos y cómo nos gustaría ser [internet] Febrero 2005 [citado 1 Dic 2015]; Disponible en: http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/ENFERMERAS%20HOY%20MAQUETAT.PDF
16. Thomas CM, Ehret A, Ellis B, Colon-Shoop S, Linton J, Metz S. Perception of nurse caring, skills and knowledge base don appearance. Pennsylvania: West Chester University; 2010.
17. Porr C, Dawe D, Lewis N, Meadus RJ, Snow N, Didham P. Patient perception of contemporary nurse attire: a pilot study. Canada: School of Nursing St. John´s; 2014.
18. Hatfield LA, Pearce M, Del Guidice M, Cassidy C, Samoyan J, Polomano RC. The profesional appareance of registered nurses: an integrative review of peer-refereed studies. Philadelphia: University of Pennsulvania; 2013.
19. Festini F, Occhipinti V, Biermann K, Neri S, Giannini C, Galici C, de Martino M, Caprilli S. Use of non-conventional nurses attire in a pediatric hospital: a quasi-experimental study. Italy: University of Florence; 2009.
20. Albert NM, Burke J, Bena JF, Morrison SM, Forney J, Krajewski S. Nurses uniform color and feelings/emotions in school-aged children receiving health care. Ohio: Cleveland Clinic; 2013.
21. Tizón Bouza E, Santiago López MC, Vázquez Campo M, Aboy García A. Imagen de los profesionales de enfermería en el centro de salud: percepción de los niños sobre nuestra ropa. A Coruña: Área sanitaria de Ferrol; 2012.
22. Brotons EG. Un hospital al que los niños van a jugar. Diario Información [internet] Septiembre 2010 [citado 7 Dic 2015]; Disponible en: http://www.diarioinformacion.com/vega-baja/2010/09/12/hospital-ninos-jugar/1043578.html
23. La Enfermería pediátrica del Hospital del Sureste estrena uniforme [internet]

Noviembre 2009 [actualizado 26 Nov 2009; citado 7 Dic 2015]; Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142572752892&language=es&pageid=1159444389315&pagename=PortalSalud%2FCM_Actualidad_FA%2FPTSA_pintarActualidad&vest=1159444389315
24. Amigo I, Fernández C, Herrera J. Seis actuaciones del profesional de enfermería para prevenir los falsos diagnósticos de hipertensión. Índex de Enfermería. 2005; 51: 55-8.

25. López MA, Piñol M, Merino E, Taurá G, Quispe LC, Manzanedo D, Hidalgo MA. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. Nursing (ed. ES). 2011; 29(8): 46-1.
26. Ley Orgánica 41/2002, de 14 de noviembre, de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002).
27. Fernández Fernández B, Alende Díaz M, Jaqueti Fdez Pello G, García Fernández MA, González Revuelta H. Programa de acogida a pacientes y acompañantes en el Hospital Universitario Central de Asturias [internet] Noviembre 2009 [citado 1 Dic 2015]; Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/documentos/pacientes/PLANDEACOGIDAv02pacientes.pdf
28. Gerencia de Atención Especializada Áreas III y IV. Guía de Acogida: Información para pacientes hospitalizados y acompañantes. Hospital Comarcal Sierrallana [internet] 2014 [citado 1 Dic 2015]; Disponible en: http://www.hospitalsierrallana.com/uploads/GUIA%20DE%20ACOGIDA%20SIERRALLANA%2025-04-2014.pdf
29. Servicio Madrileño de Salud. Guía de acogida: información para pacientes hospitalizados y acompañantes [internet] 2013 [citado 1 Dic 2015]; Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DguiaAcogida_nueva%5B1%5D.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalLaPrincesa&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271568104373&ssbinary=true
30. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Boletín Oficial del Estado, nº159, (4-04-2007).
31. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, nº298, (14-12-1999).

Capítulo 291

EPILEPSIA.ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA.

MERCEDES LANNY RODRÍGUEZ ALLEGUE

1 Introducción

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas, conocidas como consecuencias de la espectacularidad de sus manifestaciones. Es un trastorno provocado por un aumento excesivo y desordenado de la actividad eléctrica de las neuronas en algunas zonas del cerebro.

Para que se diagnostique a un paciente de epiléptico, este tiene que haber tenido dos o más crisis espontáneas, salvo que con una crisis aislada y otros estudios complementarios realizados indiquen alta probabilidad de recidiva de éstas. Todo individuo puede padecer una convulsión por distintas causas como hipertermia (sobre todo en niños), niveles altos de azúcar en sangre, exposición a drogas, lo que no significa que padezcan de epilepsia.

2 Objetivos

Conocer cómo actuar antes una crisis epiléptica, su clasificación y normas básicas cuando ingresa un paciente con este diagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El diagnóstico se basa en la clínica y especialmente el interrogatorio a la persona que lo haya presenciado, el electroencefalograma (ECG) es la prueba diagnóstica de elección si los cambios eléctricos son en zonas demasiado profundas no lo detecta, puede hacerse un EEG basal o de vigilia o tras privación del sueño(con este es más probable detectar focos epilépticos poco manifiestos , resonancia magnética para descartar tumores , sangrado o lesiones en estructuras cerebrales, radiografías de cráneo para descartar fracturas en traumatismos agudos , analíticas para descartar anomalías metabólicas, punción lumbar para obtener LCR y descartar otras patologías, angiografía para confirmar alteraciones vasculares visualizadas en la resonancia magnética.

Hay varias clasificaciones de la epilepsia según el desencadenante de la crisis: Crisis provocada (aparece inmediatamente después de producirse una agresión al cerebro como un traumatismo, un ictus, una anoxia.
- Crisis precipitada (consecuencia de la aparición de un factor inespecífico como abuso del alcohol, estrés o la deprivación del sueño.
- Crisis refleja (se produce como consecuencia de un estímulo sensorial o sensitivo.

Clasificación desde el punto de vista clínico:
Epilepsia en actividad (crisis en los últimos dos años)
Epilepsia en remisión: no ha habido crisis en los últimos dos años.
Clasificación según la causa de la epilepsia: Epilepsia sintomática (aparece por una causa conocida y el pronóstico suele ser malo.
Epilepsia idiopática (es aquella donde el paciente presenta una crisis y no puede demostrar la causa, se sospecha que son genéticas, pueden aparecer en la infancia y adolescencia, responden bien al tratamiento.

Clasificación según la descarga epiléptica.
- Crisis parciales o focales: crisis parciales simples, no se pierde la conciencia, conllevan movimientos involuntarios de extremidades o de hemicara, síntomas sensitivos como audición de sonidos, visión de luces, olores.

- Crisis parcial compleja: se pierde la conciencia y suele iniciarse con una crisis parcial simple denominada aura.
- Crisis parciales secundarias: crisis parcial o compleja donde la hiperecitabilidad del foco se extiende al resto de las neuronas produciendo una actividad tónico clónica bilateral.
- Crisis generalizadas: se asocian ambos hemisferios por lo que siempre hay perdida de conciencia: crisis tonicoclónicas, duele durar de dos a seis minutos normalmente presenta un episodio prodrómico, se puede producir relajación de esfínter este consta de dos fases la fase tónica (rigidez, contractura) y la fase clónica (contracción y relajación rítmica de las extremidades.
- Crisis de ausencia típica: hay desconexión con el medio, la cara queda inexpresiva, mirada perdida en parpados semicerrados.
- Crisis de ausencia atípica: similar a las anteriores, pero con principio y final mal definidos, puede haber ausencia parcial y deambular.
- Crisis mioclónicas: son contracciones bruscas e irregulares y rápidas que afectan la musculatura del cuello vara, tronco, extremidades y músculos respiratorios.

5 Discusión-Conclusión

Las normas básicas cuando se ingresa a un paciente con este diagnóstico(epilepsia), se procura tener una habitación próxima al control para una mejor vigilancia, dejar al lado de la cama un palo de gotero con un kit de convulsión en el que se incluye un suero ,jeringuilla y aguja, equipo de gotero, ampolla de Diazepam (Valium) o de Clonazepam (Rivotril), tubo de mayo y mascarilla de oxígeno, comprobaremos la permeabilidad periférica con la que viene de urgencia o en su defecto canalizaremos una nueva, tranquilizar a los familiares que suelen llegar ansiosos, permanecen en todo momento con el paciente observando que tipo de convulsión es, duración, existencia de algún desencadenante, relajación de esfínter o vómitos.

Si el paciente comienza con una crisis hay que mantener la cama plana o en su defecto colocarlo suavemente en el suelo, almohadillar debajo de la cabeza, brazos y piernas, retirar mobiliario de los alrededores, nunca inmovilizar al paciente ni intentar abrirle la boca si tiene la mandíbula contraída, no introducir los dedos en la boca, aflojar la ropa, colocar tubo de Guedel si el paciente continuara con rigidez mandibular para abrir vías aéreas y evitar mordeduras, si se puede administrar oxígeno a alta concentración (50%) ya que existe déficit a nivel sistémico y cerebral, colocarlo en decúbito lateral y si se precisa aspirar secreciones, admin-

istrar medicación prescrita.

Después de la crisis trasmitir tranquilidad e informarle de lo ocurrido hablarle suave y despacio, evitar ruidos, los estados nerviosos y la luz encima del paciente tomar constantes vitales y valoración de lesiones, realización de analíticas si precisa y vigilar nivel de conciencia y tiempo de duración del estado poscrítico.

6 Bibliografía

- Molina J A,Luquin MR, Jiménez-Jiménez FJ.Manual de diagnóstico y Terapéutica Neurológicos.Viguera,2007
Zarranz J (edit) Neurología. Elsevier España, tercera edición.
- Asociación Andaluza sobre la epilepsia. http://www.apiceepilepcia.org/tipos.htmDR.
- Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios .Mosby,2000.
- Swearingen PL, Dennis, G.Ross.Manual de enfermería Medico-Quirúrgica.

Capítulo 292

ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA PRÁCTICA ENFERMERA.

ANDREA TAMARGO PACHECO

FÁTIMA RUBIO PÉREZ

GLORIA FEITO FERNÁNDEZ

CLAUDIA MARTÍNEZ SUÁREZ

1 Introducción

La seguridad del paciente es un pilar esencial de la calidad asistencial, implica desarrollar estrategias con el objetivo de reducir el daño innecesario al paciente. Una asistencia sanitaria segura exige conseguir tres grandes objetivos: identificar qué procedimientos clínicos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente. El riesgo ligado a los cuidados supone un desafío para los sistemas de salud, ya que, compromete dimensiones sanitarias, económicas, jurídicas y sociales [1, 2].

Los errores de medicación (EM), según el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP), son "cualquier evento prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a un uso inapropiado de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor". Los errores de medicación representan más de 7.000 muertes anualmente y producen un 2% de morbilidad en los pacientes hospitalizados [3].

Los errores de medicación y sus consecuencias negativas son acontecimientos prevenibles que constituyen en la actualidad un grave problema de salud pública, con importantes repercusiones no sólo desde el punto de vista humano, asistencial y económico, sino también porque generan desconfianza de los pacientes hacia los profesionales e instituciones de salud. Pueden llegar a causar efectos dañinos como reacciones adversas, lesiones temporales o permanentes, incluso la muerte [4]. La gran mayoría de las publicaciones identifican que las causas que dan lugar a los errores de medicación se deben a interrupciones producidas durante la preparación y la administración de los fármacos [5].

La enfermería realiza una función importante en la garantía de la seguridad del paciente ya que se encarga de la preparación y administración de los fármacos. En condiciones normales, la administración de fármacos tiene como objetivo la prevención, el diagnostico, el tratamiento, el alivio o la cura de enfermedades. Para ello, la enfermera debe formarse para adquirir conocimientos específicos sobre los efectos terapéuticos, la farmacocinética, los posibles efectos adversos, las reacciones adversas, la toxicidad y las interacciones de los fármacos. De la misma manera, es necesario que la enfermera conozca los protocolos de la Institución sobre las guías de manejo y la administración de medicamentos [6].

Se estima que el porcentaje de los errores de administración de medicación representan cerca del 60% de los errores de medicación; principalmente estos errores corresponden a la administración de fármacos en horario/tiempo incorrecto y errores de dosificación. La Food And Drugs anunció que los fármacos de administración por vía endovenosa suponían la causa más frecuente de muerte por errores de administración de medicación siendo el error más común la sobredosis por fallo en la dosificación y la administración del medicamento a un paciente equivocado.

Enfermería tiene el deber de garantizar el cumplimiento de las cinco reglas de la administración de medicamentos: paciente, fármaco, dosis, horario y vía correcta [1, 2, 7]. Existen diferentes métodos para la detección de los errores por medicamentos:

- Notificación voluntaria: Se basa en notificar de forma voluntaria los errores de medicación que se producen en la práctica clínica habitual o por el propio paciente.
- Observación directa: consiste en la observación directa del personal de enfermería por personas no implicadas en esta tarea y detectar así los errores que se producen en el circuito de prescripción, validación, dispensación y adminis-

tración de medicamentos. Se anota la administración en una ficha de observación, posteriormente se compara con la prescripción del médico y se analiza también la validación del farmacéutico.
- Revisión de historias clínicas: Consiste en la detección de errores de medicación mediante la revisión de historias clínicas en las que se ha anotado el error.
- Registro de intervenciones farmacéuticas: Este método permite identificar errores que se producen durante el momento de prescripción y además de identificarlos permiten que no llegue al paciente.

Los errores de medicación están constantemente presentes en el ejercicio de los profesionales sanitarios que se dedican a la función asistencial, es por este motivo, que existe la necesidad de promover la notificación de los mismos. La incorrecta comprensión sobre el error, la privación de confidencialidad en algunos centros, el sentimiento de culpabilidad y miedo son las razones principales por los cuales los errores de medicación no suelen ser notificados [8].

A día de hoy, la identificación y la prevención de estos riesgos constituyen una prioridad para las autoridades y organizaciones sanitarias de numerosos países desarrollados, entre ellos España, y también para organismos internacionales, como la Unión Europea, el Consejo de Europa y la Organización Mundial de la Salud. Una vez detectados, se debe describir el error y sus consecuencias, así como asignar la categoría de gravedad, determinar el tipo de error, los medicamentos implicados, el proceso donde sucedió e identificar las causas y los factores contribuyentes [9].

El cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales es una herramienta proactiva de mejora de la seguridad que fue desarrollada por el Institute for Safe Medication Practices (ISMP) en EEUU. El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, delegación en España del ISMP, con el apoyo y financiación del Ministerio de Sanidad y la colaboración técnica de un grupo de expertos de varios hospitales españoles adaptó este cuestionario para su utilización en nuestro país en el año 2007 y realizó una segunda versión actualizada en 2018.

Esta herramienta ha mostrado ser de gran utilidad para que los hospitales evalúen la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, identifiquen oportunidades de mejora, planifiquen prácticas seguras y efectúen un seguimiento de sus progresos, y se recomienda cumplimentar periódicamente como parte de las actividades de mejora continua de la seguridad de los medicamentos en los hospitales.

Utilizando la primera versión de este cuestionario, el Ministerio de Sanidad realizó sendos estudios en 2007 y 2011 a nivel nacional, con la colaboración el ISMP-España, las CC.AA. y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, para conocer la situación de los hospitales españoles en materia de seguridad de medicamentos.
El primer estudio se realizó en el año 2007 y contó con la participación de 105 hospitales.

Los resultados de dicho estudio permitieron obtener una línea basal del grado de implantación de prácticas seguras de medicamentos en los hospitales españoles, y facilitar el establecimiento de recomendaciones específicas y el desarrollo de proyectos relacionados con la prevención de errores de medicación a nivel estatal, autonómico y local. En el año 2011 se llevó a cabo un segundo estudio, con el fin de conocer el efecto de las políticas y estrategias desplegadas en el área de la seguridad de los medicamentos.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar las causas que dan lugar a errores de medicación en las fases de preparación y administración de los fármacos por parte de los profesionales de enfermería.

Objetivo específicos:
- Describir los diferentes tipos de errores de medicación que se dan con mayor frecuencia en la actualidad.
- Conocer herramientas de evaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos.
- Valorar estrategias de mejora para disminuir los errores de medicación como consecuencia de la práctica enfermera.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica de la literatura más actual. Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos con el propósito de recopilar las mejores evidencias científicas sobre el tema a tratar.

Se han seleccionado artículos del buscador PubMed de la base de datos Medline, Cuiden, Scielo y de la página web de la delegación española del Institute for Safe

Medication Practices (ISMP). Se han utilizado como palabras clave: “error de medicación”, “enfermería”, “fármacos”, “factores”, “error”, “medicación”, “hospital”.

Como criterios de inclusión, se aceptaron aquellos artículos publicados entre los años 2015-2019 en las bases de datos científicas mencionadas anteriormente. La búsqueda se acotó a artículos publicados en idioma español o inglés. Las publicaciones tenían que referirse a errores de medicación producidos como consecuencia de la práctica enfermera en el ámbito hospitalario.

Por el contrario, los criterios de exclusión seleccionados se basan en publicaciones que no hiciesen referencia a errores de medicación cometidos por enfermería y que no se desarrollasen durante la hospitalización del paciente.

4 Resultados

A lo largo de los años, el consumo de medicamentos se ha ido incrementando significativamente en nuestra sociedad. Es frecuente que un paciente hospitalizado reciba más de 15 fármacos al día y que solo en nuestro país se dispensan cada año más de 661 millones de recetas a cargo del Sistema Nacional de Salud [10].

La administración de medicamentos es una de las tareas que le corresponde al profesional de enfermería, que asume ética y legalmente, las consecuencias de un error en dicha práctica [11]. En este trabajo se han revisado artículos que tratan sobre los errores de medicación de la enfermería en un ámbito hospitalario, ya que es el sistema de atención donde mayoritariamente se lleva a cabo el uso de medicamentos. Es importante aportar, que debido a la complejidad de los fármacos utilizados en la actualidad y a la agresividad de ciertos tratamientos, los errores de medicación cometidos en este entorno dan lugar a problemas de una gran relevancia para la salud [12].
Una de las dificultades que se han encontrado a la hora de llevar a cabo dicho trabajo es que los diferentes estudios consultados, usan métodos y objetivos muy diferentes, por lo que resulta complicado comparar los resultados entre ellos. Según los datos analizados, un 59,6% [13] y hasta un 83,4% [14] de las enfermeras han cometido algún error en su trayectoria profesional. En cuanto a las consecuencias de dichos errores sobre la salud de los pacientes, se demuestra que la mayoría de los errores son inocuos. Sin embargo, los resultados de los errores con mayor riesgo para la salud y que requieren tratamientos para mantener la vida de los pacientes oscilaron entre un 0,31% [15] y un 3,5% [16].

En cuanto a los principales errores cometidos, las etapas donde más se centran los estudios revisados son las de preparación y administración de los medicamentos. Varios artículos se basan en que el profesional de enfermería es el que más errores comete en el ámbito hospitalario, seguido de médicos y de farmacéuticos. Se han identificado diferentes tipos de errores en la administración de medicamentos por parte de la enfermería: dosis incorrecta, paciente incorrecto, hora de administración incorrecta, fármaco incorrecto y vía incorrecta [11]. Llevar a cabo el protocolo de los "5 correctos" puede prevenir significativamente los errores mejorando la seguridad y calidad de la atención prestada al paciente pero no garantiza que los errores no ocurran [17].

El error por omisión en la administración de los medicamentos es uno de los errores más frecuentes, se produce hasta en el 14,2% de las enfermeras. Los motivos más habituales son la falta de disponibilidad del fármaco y que la medicación no se ha transcrito a la hoja de aplicación terapéutica [18]. También podemos observar que en muchas ocasiones, la enfermera, administra el medicamento fuera del intervalo horario establecido. Esto puede deberse a una elevada sobrecarga de trabajo, falta de personal de enfermería o las interrupciones que se producen cuando la enfermera está administrando la medicación [18]. El similar etiquetado o envasado de ciertos fármacos, también puede dar lugar a cometer un error por parte de la enfermería y administrarse así, un fármaco erróneo [19].

La administración de un medicamento a un paciente equivocado por confusión con otro paciente constituye un tipo de incidente con consecuencias potencialmente graves, ya que los pacientes pueden recibir un medicamento inapropiado o contraindicado por su situación clínica o dejar de recibir un medicamento necesario para su patología. Este error se ha identificado hasta en un 26,2% de las enfermeras [20]. Un entorno de trabajo con interrupciones frecuentes de forma que la enfermera pueda olvidar algún paso en la verificación del paciente y/o de la medicación es un factor contribuyente a la producción del error.

Otro de los errores cometidos en la administración de medicación es la dosis incorrecta. Puede deberse a factores como una escritura poco legible o incompleta en la prescripción médica o a un error en la transcripción de la pauta médica, por el uso de abreviaturas o acrónimos [11].

En cuanto a estrategias de mejora para evitar que tengan lugar los errores anteriormente mencionados, se propone implantar sistemas de notificación de errores, informatizar las prescripciones, identificar al paciente en el momento de la administración de medicación utilizando pulseras identificativas, actualizar los

conocimientos en farmacología y de nuevos fármacos, dotar de personal suficiente a las unidades de enfermería para evitar sobrecargas de trabajo, usar zonas exentas de interrupciones durante la preparación de los medicamentos, aplicar los 5 correctos en la administración de medicación o registrar la administración de los fármacos en la historia clínica del paciente inmediatamente después de administrarlos [11, 17, 19].

5 Discusión-Conclusión

Los errores de medicación están muy presentes a lo largo de la trayectoria profesional de la enfermería. Tras la realización de esta revisión bibliográfica se entiende que es importante familiarizarse con el protocolo de los "5 correctos", ya que son los errores más frecuentes en el ámbito hospitalario.

Los factores más frecuentes son la sobrecarga de trabajo, interrupciones y distracciones durante la administración de la medicación, poco personal de enfermería o incluso, falta de formación en farmacología. Los errores de medicación son prevenibles, por lo que es necesario llevar a cabo una serie de estrategias para mejorar dicha situación y que aumente la calidad asistencial en nuestros hospitales.

6 Bibliografía

[1] Monteiro C, Avelar AFM, Gonçalves M. Interruptions of nurses activities and patient safety: an integrative review. Rev Latino--Am Enfermagem. 2015; 23 (1): 169--179
[2] Hughes R, Blegen M. Medication Administration Safety. En: Hughes R dir. Patient Safety and Quality: An Evidence--Based Handbook for Nurses. Rockville (USA): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. Chapter 37.
[3] Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
[4] Hospital universitario de Salamanca. Instituto para el uso seguro de los Medicamentos (ISMP), Delegación Española del Institute for safe medication practices [internet] Salamanca.
[5] NCCMERP. About Medication Errors [sede Web]. USA: NCCMERP; [acceso 3 enero de 2017]. Disponible en: http://www.nccmerp.org/about---medication---errors

[6] Tribunal Nacional Ético de Enfermería [internet]. Bogota D.C Colombia: Actualizaciones en Enfermería, una nueva Celebración; 2014 [actualizado 27 de enero del 2016; citado 3 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.ull.es/view/institucional/bbtk/Lista_referencias_Vancouver/es
[7] Anderson P. Medication errors: Don't let them happen to you. American Nurse Today. 2010; 5 (3)
[8] Lawton R, Carruthers S, Gardner P, Wright J, McEachan R. Identifying the Latent Failures Underpinning Medication Administration Errors: An Exploratory Study. HSR. 2012; 47 (4): 1437––1459
[9] Otero López MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. Rev Esp Salud Pública [internet]. 2003 [citado 20 de enero de 2016]; 77 (5). 527-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272003000500003&script=sci_arttext
[10] Otero López MJ. Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos en los hospitales. Rev. Esp. Salud Pública [internet]. 2004 [citado 3 de marzo de 2016]; 78 (3): 323-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n3/colaboracion2.pdf
[11] Carolina Aya A, Suárez Marcela A. Percepción de los factores relacionados con el error en la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización de una institución colombiana de cuarto nivel. Rev Col Enf [internet]. 2015 [citado 2 de febrero de 2016]; 9 (9): 21-30. Disponible en: http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/561
[12] Otero MJ, Martín R, Robles MD, Codina C. Errores de medicación. Farm Hosp [internet]. 1998 [citado 15 de febrero de 2016]; 713-747. Disponible en: http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero07.pdf
[13] Aboshaiqah Ahamad E. Nurses' Perception of Medication Administration Error. Am J Nurs [internet]. 2014 [citado 2 de febrero de 2016]; 2(4): 63-67. Disponible en: http://pubs.sciepub.com/ajnr/2/4/2/
[14] Ulas A, Silay K, Akinci S, Dede DS, Akinci MB, Sendur MA et al. Medication errors in chemotherapy preparation and administration: a survey conducted among oncology nurses in Turkey. Asian Pac J Cancer Prev. [Internet]. 2015 [citado 20 febrero de 2016]; 16 (5): 1699-705. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25773812
[15] Rivera Romero N, Moreno de Santacruz R, Escobar Espinosa SB. Prevalencia de errores en la utilización de medicamentos en pacientes de alto riesgo farmacológico y análisis de sus potenciales causas en una entidad hospitalaria. Enferm Glob [Internet]. 2003 [citado 25 de febrero de 2016]; 12 (4): 1-14. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/174401

[16] Nguyen, H, Nguyen, T, van den Heuvel E, Haaijer-Ruskamp F, Taxis K. Medication Errors in Vietnamese Hospitals: Prevalence, Potential Outcome and Associated Factors. PLoS One [Internet]. 2015 [citado 23 de febrero de 2016]; 10 (9): 1-12. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Medication+Errors+in+Vietnamese
+Hospitals%3A+Prevalence%2C+Potential+Outcome+and+Associated+Factors
[17] Tiago Beck S, Colomé da Silva CL, Marion Zeitoune R, Gollner Tomel R, Zancan do Reis J, Aparecida Martins D. Enferm. Glob [Internet] 2014 [disponible 22 de febrero]; 13 (35): 160-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412014000300010&script=sci_artt
ext
[18] Ehsani SR, Cheraghi MA, Nejati A, Salari A, Esmaeilpoor AH, Nejad EM. Medication errors of nurses in the emergency department. J Med Ethics Hist Med. [Internet]. 2013 [citado 23 de febrero de 2016]; 24 (6): 1-7. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24427488
[19] Aboshaiqah Ahamad E. Nurses' Perception of Medication Administration Error. Am J Nurs [internet]. 2014 [citado 2 de febrero de 2016]; 2(4): 63-67. Disponible en: http://pubs.sciepub.com/ajnr/2/4/2/
[20] Al-Shara M. Factors contributing to medication errors in Jordan: a nursing perspective. Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. 2011 [citado 25 febrero de 2016]; 16 (2): 158-61. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Factors+contributing+to+medication
+errors+in+Jordan%3A+a+nursing+perspective

Capítulo 293

BLOQUEO DIGITAL EN EL ABORDAJE DE LESIONES EN LAS FALANGES

ANA GARCÍA MIRANDA

1 Introducción

La anestesia troncular, locorregional o por bloqueo nervioso se caracteriza por el bloqueo de un nervio periférico para conseguir una anestesia del territorio inervado por él. Consiste en infiltrar un anestésico local en la proximidad de un tronco nervioso para insensibilizar su territorio distalmente.

Para practicar esta anestesia es importante el conocimiento de la anatomía nerviosa. El bloqueo digital consiste en el bloqueo de los nervios interdigitales mediante la inyección de un anestésico en ambas caras laterales de la base de la falange.

2 Objetivos

- Conocer la técnica anestésica de bloqueo digital.
- Conocer el material necesario para la realización de la técnica.
- Reconocer los posibles efectos adversos de los anestésicos locales.

3 Metodología

El bloqueo digital puede ser de gran utilidad tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias a la hora de realizar suturas, curas, limpieza de

heridas, reducción de fracturas, extracción de uñas o cuerpos extraños… así como en cirugía menor programada para intervenciones de corta duración.

Para la realización de esta técnica anestésica está contraindicado el uso de anestésicos con vasoconstrictor. Los anestésicos locales más empleados son mepivacaína al 1% y lidocaína al 1%.

Material necesario:
- Mesa auxiliar con paño estérl.
- Paño estéril preferentemente fenestrado.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Jeringa de 2 o 5 ml.
- Aguja subcutánea y aguja para cargar el anestésico.
- Anestésico local.
- Antiséptico tópico.

Técnica anestésica:
- Limpieza del dedo con antiséptico tópico.
- Introducir la aguja 2 cm por encima de la comisura interdigital hasta llegar al espacio intermetacarpiano.
- Aspirar para asegurarse de no estar en una vía vascular.
- Inyectar el anestésico procurando no introducir más de 1 ml para evitar provocar una elevación de la presión hística, lo que podría suponer un peligro de provocar lesiones isquémicas.
- Repetir el procedimiento en el otro lado de la falange para conseguir bloquear el dedo completo.
- Esperar a que el bloqueo esté instaurado.

Efectos adversos de los anestésicos locales: pueden producirse de forma local y sistémica.
- Locales: dolor, equimosis/hematoma, infección, lesión del tronco nervioso, lesión de la estructura subcutánea
- Sistémicos: suelen producirse por sobredosificación.
1. Afectación del sistema nervioso central. Clasificados de más leves a más graves: acúfenos, sabor metálico, parestesias, náuseas, vómitos, vértigo, inquietud, nistagmo, alucinaciones, fasciculaciones, temblor, convulsiones, apnea y coma.
2. Afectación del sistema cardiovascular: hipotensión (primer signo), arritmias, shock y parada cardíaca en asistolia.

- Efectos derivados de una reacción alérgica: picor, urticaria, eritema, náuseas, vómitos, dolor, diarrea, tos, disnea. Cuando es grave, todo esto se complica con edema de glotis, broncospasmo, hipotensión y shock.
- Efectos derivados de la reacción psicógena: suelen deberse al nerviosismo del paciente antes de la intervención y manifestarse una vez terminada la misma. Consisten en sensación de mareo al levantarse de la camilla, palidez, sudación, náuseas, bradicardia, hiperventilación y síncope.

4 Bibliografía

- Arribas J.M., Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia, Madrid, Jarpyo Editores, 2000.
- Hadzic A., Vloka J.D., Peripheral Nerve Blocks. Principles and practice, New York School of Regional Anesthesia, 2004.

Capítulo 294

IRRADIACIÓN PARCIAL ACELERADA EN EL CÁNCER DE MAMA

LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA

FRANCISCO SOUSA GÓMEZ

LAURA FERNÁNDEZ CANO

1 Introducción

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres occidentales. La OMS indica que la mortalidad por cáncer de mama esta en descenso, posiblemente debido a los avances en la detección precoz, las mejoras en el tratamiento, la disminución de su incidencia y las mejoras en la supervivencia especialmente en los países desarrollados.

Tras una tumorectomía la mayoría de las recidivas locales se localizan en el lecho quirúrgico o en su inmediata vecindad, esto justifica la introducción de la irradiación parcial acelerada de la mama como técnica de radiación alternativa para pacientes con cáncer de mama en estadio precoz.

El uso de la braquiterapia se ha ido generalizando con el paso de los años. Así, el número de centros en España que ofrecen braquiterapia se incrementó, entre 1997 y 2002, en un 21,4% y de los 1203 pacientes que existían como media, por centro de radioterapia, en este intervalo, 135 eran tratados con braquiterapia. El cáncer de mama ocupa el segundo lugar en los tumores tratados con braquiterapia (15.5%) tras los de origen ginecológico que suponen el 59,7% del total.

2 Objetivos

- Describir las diferentes técnicas utilizadas en la irradiación parcial acelerada en el cáncer de mama.

3 Metodología

Se utilizó como herramienta de trabajo una búsqueda bibliográfica estructurada de los últimos 7 años que permitiera ampliar los conocimientos sobre el tema a tratar. En primer lugar, fue necesaria la búsqueda en la base de datos Pubmed utilizando como MESH: brachytherapy (braquiterapia) y breast cancer (cáncer de mama). Además de realizar revisiones sistemáticas en las siguientes fuentes: Cochrane library con las palabras clave breast cancer (cáncer de mama), partial irradiation, Cuiden usando como descriptores cáncer de mama y braquiterapia, Elsevier con las palabras irradiación parcial acelerada, radioterapia en el cáncer de mama y Teseo con las palabras clave braquiterapia. Tras concluir el proceso de búsqueda, se refinaron los resultados eliminando aquellos documentos que no respondían al tema objeto de estudio o que estaban duplicados. Finalmente, se analizaron los artículos obtenidos.

4 Resultados

Existen diferentes técnicas de APBI que se pueden resumir en tres grandes grupos: la braquiterapia, la radioterapia intraoperatoria y las técnicas que aplican un haz externo de radiación.

La irradiación parcial acelerada de la mama se presenta como una técnica alternativa a la radioterapia externa total de la mama en un grupo seleccionado de mujeres con cáncer de mama en estadio precoz.

Esta técnica consiste en la administración de radioterapia utilizando un fraccionamiento acelerado de dosis adecuado para la esterilización de la enfermedad subclínica en el tejido mamario adyacente a la cavidad de la tumorectomía. Esta técnica disminuye el volumen que se irradia, permitiendo que las fracciones de tratamiento puedan ser mayores y el tiempo de tratamiento menor.

Existen diferentes técnicas de APBI:
- Braquiterapia intersticial multicatéter. Consiste en irradiar el lecho del tumor con 1-3 cm de margen para ello es necesario la colocación de unos catéteres di-

rectamente en la cavidad quirúrgica a través de los cuales se introduce la fuente radiactiva.
- Radioterapia intraoperatoria con electrones. La radioterapia intraoperatoria (RIO) es una técnica que permite la administración durante la intervención quirúrgica de una única dosis de radiación ionizante directamente sobre el tumor en la cavidad quirúrgica con el objetivo de mejorar el control local de la enfermedad y disminuir la toxicidad por menor irradiación de tejidos sanos.
- Radioterapia externa conformada en 3D. Es una técnica de radiación de haz externo desarrollada con el objetivo de proporcionar un método de radiación parcial adyuvante que evite la necesidad de un segundo procedimiento quirúrgico invasivo o anestesia (por lo que reduce el riesgo de infección y formación de seroma) y que mejore la homogeneidad de la dosis con respecto a la braquiterapia intracavitaria.
- Braquiterapia con balón intracavitario. La braquiterapia intracavitaria es una técnica de braquiterapia que consiste en la inserción de un dispositivo en la zona de la tumerectomía.

5 Discusión-Conclusión

La irradiación parcial acelerada de la mama permite en pacientes que cumplen los criterios definidos por el grupo de trabajo GEC-ESTRO recibir radioterapia tras el tratamiento quirúrgico conservador de manera más rápida, consiguiendo un mayor bienestar para las pacientes, reduciendo los tiempos de espera y reduciendo la posibilidad de irradiación de la mama no afectada.

6 Bibliografía

1.Martín Jiménez M, Vera García R. Las cifras del cáncer en España [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica(SEOM). 2017 [citado 20 Oct 2017]. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf
2.Cantero Muñoz P, Atienza Merino G. Radioterapia intraoperatoria en el tratamiento del cáncer de mama [Internet]. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2013 [citado 20 Oct 2017]. Disponible en: https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avaliat201214RioCaMama.pdf
6.Rodríguez-Spiteri Sagredo N, Martínez Regueiraa F, Olartecoechea Linajea B, Arredondo Chavesa J, Cambeiro Vázquez M, Pina Insaustia LJ et al. Irradiación

parcial acelerada con multicatéteres en la cirugía conservadora por cáncer de mama.Cir Esp 2013;91:490-5
7. Njeh C, Saunders MW, Langton Cm. Accelerated Partial Breast Irradiation (APBI): A review of available techniques. Radiat Oncol. 2010; 5: 90
10.Rodríguez N, Murillo MT, González E, Fuente C, Moreno F. Irradiación parcial acelerada en cáncer de mama: revisión de las diferentes técnicas. Rev Senol Patol Mamar. 2014;27(1):34-42
11. Akhtari M, Teh BS. Accelerated partial breast irradiation: advances and controversies. Chin J Cancer. 2016; 35: 31.
12. Fernández-Carrióna MJ, Miralles-Curto B, Pinar-Sedeño B, Rosas-Bermúdeza C, Rodríguez-Ibarria N, Sosa Quesada Y et al. Radioterapia intraoperatoria de la mama con Intrabeam®: experiencia inicial en nuestro centro. Rev Senol Patol Mamar 2016;29:163-9
13. Skowronek J, Wawrzyniak-Hojczyk M, Ambrochowicz K. Brachytherapy in accelerated partial breast irradiation (APBI) – review of treatment methods. J Contemp Brachytherapy. 2012 Sep; 4(3): 152–164.
14. Hickey BE, Lehman M, Francis DP, See AM. Partial breast irradiation for early breast cancer.Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 7.

Capítulo 295

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA BASADO EN UN CASO CLÍNICO

MONICA ALVAREZ SUAREZ

SONIA ALVAREZ SUAREZ

1 Introducción

Enfermería es transformada por Florence Nightingale en “una ciencia humanizada y es la que contiene el arte del cuidado”. Siendo el personal de enfermería el responsable de ofrecer con calidad los cuidado adecuados que precise cada unas de las personas con problemas de salud, mediante el apoyo espiritual, religioso, psíquico, social, así como otros. Sin obviar, como gestión de enfermería atender a las demandas de los familiares, cuidadores y del resto de la comunidad. Por tanto, la gestión del cuidado de enfermería es descrita como “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud“ (1 y 2).

Los cuidados asistenciales que ocupa enfermería deben estar enfocados a cada una de las necesidades que precise el paciente, así como promover las adecuadas actividades mediante el desempeño de técnicas dirigidas al paciente como a los familiares y cuidadores que lo requieran.

2 Objetivos

- Dar a conocer el rol de enfermería y definir las actividades acorde al problema de salud y necesidades no cubiertas por el paciente de forma completa o parcial según el caso clínico aportado.

3 Caso clínico

1. Valoración de la persona
Varón de 77 años de edad que esta ingresa en el servicio de Medicina Interna derivada del servicio de traumatología del Hospital Universitario Central de Asturias en Febrero del 2019 por fracturas costales y aplastamientos lumbares. Se pretenderá durante la estancia hospitalaria realizar fisioterapia respiratoria, reeducar la marcha acompañada y reeducar actividades que impliquen a las extremidades superiores.
Datos de interés:
- Antecedentes personales: hipertensión arterial (HTA), vértigo e historia de caídas.
- Antecedentes familiares: Madre de cardiopatía isquémica.
- No alergia medicamentosas conocidas (NAMC).
- No intolerancias alimentarias.
- No hábitos tóxicos.
Tratamiento habitual domiciliario:
- Elocom 0,1% 60 ml (1 c/24h) (1-0-0)
- Exforge HCT 10/160/25 MG (1 c/24h) (1-0-0)

2.Exploración física
TA: 135/57 mmHg
FC: 20 latidos por minuto (lpm)
Tº: 36,9ºC (axilar)
EVA*:3
SatO2: 98% sin soporte de O2.
Peso: 73 kg
AlturaA: 1,60 cm
IMC: 28,51
EVA: Escala visual analógica del dolor.

A. Respiración/circulatorio: eupnoico. Sin presencia de tos, ni expectoración. Tolera decúbito

B. Piel: presenta coloración rosada e hidratada. A pesar de manifestar dermatosis del cuero cabelludo en ocasiones y estar actualmente a tratamiento.
C. Musculo-esquelético: tolera deambulación con lumbostato de corto radio de movilidad y con ayuda parcial de personas. Mano dominante: derecha. Fuerza, resistencia y amplitud del movimiento disminuida.
D. Neurológico: consciente y orientado. Responde a órdenes verbales correctamente.Portador de lentes de contacto. Expresa dolor durante las transferencias.
E. Digestivo: mucosa oral rosada y sin alteraciones. Expresa y se objetiva control de esfínter anal.
F. Genito-urinario: posee control de esfínter urinario.

3. Valoración de necesidades
1. Respirar normalmente
- Habitualmente respira por la boca.
- Expresa en ocasiones dificultad respiratoria por dolor relacionado con fracturas costales.
- No fumador.
Actualmente acude a fisioterapia respiratoria
2. Comer y beber adecuadamente
- Manifiesta comer todo tipo de alimentos y de cualquier consistencia. Expresa no tener alergias, ni intolerancias a alimentos.
3. Eliminar por todas las vías corporales
- Posee control de esfínteres (anal y urinario).
- Refiere padecer estreñimiento en ocasiones (más de tres días sin realizar deposición), y precisar ocasionalmente tratamiento farmacológico laxante o alimentos ricos en fibra.
4. Moverse y mantener una adecuada postura
- Se muestra colaborador en todo momento.
- Anterior a la caída manifiesta haber sido autónomo para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (AVBD).
- Actualmente debido a su diagnostico esta en rehabilitación (RHB) para reeducar la marcha y actividades de las extremidades superiores (EESS).
- Tolera deambulación con lumbostato de corto radio de movilidad y con ayuda parcial de personas.
5. Dormir y descansar
- Refiere dormir en su domicilio 7- 8h diarias durante la noche.
- Actualmente durante la estancia hospitalaria refiere no tener dificultad para conciliar sueño.
- Suele levantarse durante la noche para ir al baño.

6. Vestirse y desvestirse
- Anteriormente a la caída no necesitaba ayuda para vestirse y desvestirse.
- Actualmente necesita ayuda parcial para llevar a cabo ciertas actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
- Afebril. Manteniendo la temperatura dentro de los valores normales durante todo el ingreso hospitalario.
8. Mantener la higiene e integridad de la piel
- Hábito para el aseo: 3 veces a la semana. Tras la ducha manifiesta hidratarse con loción corporal hidratante.
- Durante todo el ingreso manifiesta precisar la ayuda de alguna persona para suplir algunas de las actividades que no puede desempeñar por sí solo.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas
- Manifiesta estar al corriente de todas las vacunaciones y de cumplir con el tratamiento farmacológico que le ha pautado el médico.
- Además, afirma ser conocedor del riesgo de caída y precisar de calzado cómodo, antideslizante y cerrado para proporcionar mayor estabilidad.
10. Comunicarse
- No existen barreras idiomáticas y tampoco, dificultades para hablar, escuchar y/o ver.
- Solicita ayuda siempre que lo necesita.
11. Vivir de acuerdo con sus creencias y valores
- Manifiesta ser creyente y practicante: Católica.
- Expresa: “voy todos los Domingos a las 10:30h a misa””pero me conformo con ver la misa en la televisión mientras no me pueda ir por mi solo”.
12. Realizarse
- Jubilado. Manifestando como ocupaciones en la actualidad; cuidado de sí mismo y hogar.
- Vive solo, aunque sus hijos viven cerca y le ayudan siempre que lo necesita.
13. Participar en las actividades recreativas
- Anteriormente a la caída manifiesta “yo iba a caminar con unos amigos del pueblo y jugamos a juegos de mesa, veía series en la televisión, entre otros).

4.Otros datos de interés
Vive solo en un tercer piso, con ascensor.

5. Formulación de problemas
A. Diagnósticos de independencias:
- Riesgo de caídas r/c edad superior a 65 años e historia de caída previa.

- Deterioro de la ambulación r/c miedo a las caídas, dolor, deterioro musculoesquelético.
B. Diagnósticos de autonomía:
- Eliminar por todas las vías corporales; ayudar a colocar y retirar cuña de la cama [suplencia parcial]
- Higiene y protección de la piel; ayuda parcial de la higiene en cama [suplencia parcial]
- Moverse y mantener una buena postura; ayuda a la movilización en la cama [suplencia parcial]
- Vestirse y desvestirse; ayuda parcial para poner o quitar ropa [suplencia parcial]
- Evitar peligros; ayuda para la ambulación de una persona (una vez pautada de la sedestación) [suplencia parcial]
C. Problemas de colaboración:
- C.P: hemorragia, herida abierta, contusión pulmonar, enfisema s/a fracturas.
- C.P: hematoma, disnea, dolor s/a fracturas costales.

6. Análisis de los datos/ identificación del problema
Necesidades no satisfechas/manifestaciones de dependencia:
- Moverse y mantener una buena postura; realiza actividad física de baja intensidad y con limitación de movimiento.
- Vestirse y desvestirse; requiera de ayuda parcial para poner y quitar ciertas prendas de vestir.
- Higiene y protección de la piel; requiere ayuda parcial para la higiene de ciertas partes del cuerpo (ej., extremidades inferiores).

7. Talas de problemas y actividades
Problemas de colaboración
C.R.: Hematoma, disnea, dolor s/a fracturas costales

Objetivos:
Evitar y/o detectar precozmente la aparición de signos y síntomas de complicación

Actividades:
Hematoma:
- Control de color, temperatura y tamaño del hematoma.
- Aplicación del gel frío en zona afectada sin presión.
- Registro de constantes vitales y valoración (si precisa).

Disnea:

- Control, valoración y educación sanitaria del grado y tipo de actividad a realizar.
- Comunicación de signos y síntomas al doctor responsable.
- Administración de nebulizaciones según indicaciones medicas.

Dolor:
- Control y valoración del tipo de EVA expresado como verbalmente.
- Educación sanitaria en cuanto a actividad física, reposo y otros procesos que puedan influir en el incremento del dolor.

Indic de abreviaturas:
C.R.: complicación real. s/a: secundarias a …. r/c: relacionado con….

4 Discusión-Conclusión

En conclusión, es importante ofrecer la mayor calidad en los cuidados de enfermería y obtener la satisfacción de cada uno de los pacientes que engloben cada uno de los servicios prestados por el personal multidisciplinar de la institución. Sin obviar, la necesidad de preservar la intimidad, dignidad y respeto del paciente, así como de su entorno.

5 Bibliografía

1. Morfi Samper R. Gestión del cuidado de enfermería. Revista Cubana de enfermería (Rev Cubana Enfermer) [Revista de Internet]. 2010; 26(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000100001&script=sci_arttext&tlng=en

2. Santana de Freitas, Bauer de Camargo Silva AE, Minamisava R, et al., Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Revista Latino-Americana Enfermagem (Rev. Latino-Am. Enfermagem) [Revista de Internet]. 2014; 22(3): 454-60. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454

Capítulo 296

LINFEDEMA EN CÁNCER DE MAMA.

ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍN

REMEDIOS LASO AREA

1 Introducción

El linfedema secundario a la cirugía del cáncer de mama es la segunda causa de discapacidad en el mundo. Su tratamiento consiste en la aplicación de la fisioterapia descongestiva completa. El linfedema secundario a cáncer de mama es una de las complicaciones del tratamiento médico-quirúrgico.

Su incidencia oscila entre el 30 y 60% y se produce como consecuencia de un déficit del sistema linfático, debido a la extracción de los nódulos linfáticos axilares o por la radioterapia. Otros estudios indican una incidencia de más del 40% en los pacientes que recibieron cirugía combinada con radioterapia, frente a un 17% en los que no se sometieron a ellas.

Linfedema
Consiste en una insuficiencia del sistema linfático que es incapaz de absorber la carga linfática normal ocasionando una acumulación de proteínas en el intersticio. Dado que las proteínas son macromoleculares sólo pueden ser absorbidas por los vasos linfáticos y, al quedarse retenidas en el líquido intersticial, retienen moléculas de agua ocasionando un aumento de la presión intersticial.

Desde el punto de vista etiológico, el linfedema se divide en primario y secundario. El linfedema primario se debe a malformaciones, displasias o a alguna alteración congénita de la circulación linfática. El linfedema secundario se debe a una obstrucción mecánica o a una sobrecarga del sistema linfático. Como pueden

ser: obstrucción tumoral o neoplásica, parasitaria (filariasis), traumática (fibrosis, esclerosis), inflamatoria (linfangitis), iatrogénico, postquirúrgica (mastectomía), o postradioterapia.

La Sociedad Internacional de Linfología (SIL) o International Society of Lymphology (ISL) destaca diferentes estadios clínicos del linfedema:
• Estadio 0: no hay hinchazón evidente a pesar del transporte linfático deteriorado. Puede existir durante meses o años antes de que el edema se haga evidente.
• Estadio 1: representa el inicio precoz donde hay acúmulo de líquido rico en proteínas que disminuye o desaparece con la elevación del miembro afecto. Puede darse fóvea.
• Estadio 2: la elevación del miembro no reduce el linfedema y aún hay fóvea.
• Estadio 2 tardío: consistencia tisular duroelástica. No deja fóvea.
• Estadio 3: hay fibrosis pero no fóvea. Cambios tróficos en la piel como hiperpigmentación, engrosamiento, depósitos grasos, papilomatosis, y aumento de pliegues .
Según el volumen del miembro afecto con respecto al sano, el linfedema se puede clasificar en tres grados: leve (incremento <20%), moderado (incremento del 20-40%) o severo (incremento >40%)
Linfedema del cáncer de mama
El linfedema postmastectomía es un edema crónico producido por un exceso de proteínas en el líquido intersticial, un aumento de dicho líquido, reacciones inflamatorias crónicas y proliferación del tejido fibroso. Es el resultado de un fallo en el sistema linfático en el que el volumen de linfa excede la capacidad de drenaje de los linfáticos axilares.

Suele deberse a extirpación ganglionar, irradiación axilar o ambos . Aparece de forma lenta y progresiva o brusca. Es casi siempre indoloro, no hay cambios en el color de la piel y mayoritariamente unilateral . Con el tiempo, pueden aparecer lesiones hiperqueratósicas, fibrosis, erisipela, linfocele, tumores secundarios, piel de naranja, papilomatosis, linfangiectasias (ampollas de líquido), signo de Kaposi-Stemmer (imposible pinzar la piel del dorso del segundo dedo de la mano o pie) .

Puede afectar a cualquier parte del cuerpo. En las extremidades, suele afectar de forma global, incluyendo los dedos, factor clave para diferenciarlo de un lipedema, en el que esta manifestación es mínima. En cuanto a la consistencia, la fóvea a la presión digital típica de otros edemas no es un signo específico del linfedema y sólo se observa en fases iniciales en el que el edema es blando y

cede parcial y temporalmente después del reposo. Posteriormente, el linfedema va adquiriendo dureza sin dejar fóvea con tendencia a la fibrosis debido a las proteínas plasmáticas acumuladas en el tejido .

En el caso del linfedema secundario de miembro superior postmastectomía, la agresión sobre los vasos linfáticos a causa de la cirugía o radioterapia, produce edema. Debe considerarse la existencia de una periartritis escapulo-humeral. En un principio, el edema puede ser blando, depresivo y presentar el signo de Godet positivo. Aunque, también puede presentar tensión volviéndose poco depresible, blanco y frío. La evolución es variable, pero con el tiempo, la piel se fibrosa pero es indoloro. En el caso de que produzca dolor, puede deberse a la acumulación de líquido, un tumor, neuralgia causada por la radioterapia, a la fibrosis de las cápsulas articulares, ligamentos, sinoviales y elementos osteoarticulares

Tratamiento fisioterápico del linfedema
La Sociedad Internacional de Linfología recomienda la fisioterapia compleja descongestiva (FCD) para el tratamiento del linfedema. Ésta se divide en dos fases: una primera fase de ataque formada por el drenaje linfático manual, vendajes, ejercicios para la movilidad y una fase de mantenimiento para conservar y mejorar los resultados obtenidos, compuesta por cuidados cutáneos, ejercicios y un manguito de contención.

El drenaje linfático manual (DLM) es una técnica de masoterapia basada en la anatomía y fisiología linfática para mejorar dicha circulación. A través de un masaje de suave aplicación de presión cuyo objetivo es estimular la salida de la linfa y líquidos intersticiales del área afectada aumentando la actividad de los linfáticos sanos, desarrollando vías de derivación secundarias y estimulando la contracción de los linfangiones afectados. Si se aplica una presión excesiva se puede producir un espasmo de la musculatura lisa que rodea los linfáticos superficiales, dificultando el drenaje del edema.

Existen diferentes técnicas de DLM (Vodder, Foldi, Leduc…) que mantienen los aspectos básicos en común:
• Paciente en decúbito con los miembros inferiores ligeramente elevados excepto en el caso del linfedema de cabeza o cuello.
• Se comienza y termina con respiraciones diafragmáticas profundas. • Se empieza con los ganglios linfáticos no afectados del tronco para vaciar los vasos linfáticos principales y se avanza a zonas más distales.
• El drenaje se realiza de proximal a distal y se alternan maniobras de evacuación y reabsorción.

• Movimientos lentos con la yema de los dedos, indoloros, rítmicos y de presión suave.
• Cada sesión dura entre 40-60 minutos, diariamente o 3 veces por semana, durante tres semanas o más.

El DLM forma parte de la primera fase de tratamiento de la terapia física descongestiva (TFD) para el tratamiento del linfedema. Durante la fase de mantenimiento de la TFD se realiza drenaje linfático simple que se aplica por el mismo paciente o por sus cuidadores

No deben usarse cremas ni ningún otro material durante las maniobras de drenaje. La diferencia entre los efectos sobre el sistema venoso y linfático, es que una vez finalizada la técnica, el sistema venoso deja de moverse, mientras que el sistema linfático continúa activado. En todos los casos, el drenaje linfático se realiza de proximal a distal.

2 Objetivos

- Determinar la eficacia del drenaje linfático manual en el tratamiento del linfedema secundario de los miembros superiores. Esto produce un aumento de la capacidad de transporte del sistema linfático y venoso al estimular las corrientes linfáticas. Así como, disminuir el volumen del miembro, mejorar la movilidad articular y funcionalidad

3 Caso clínico

A continuación vamos a exponer el caso clínico de una paciente con linfedema grado 1 que acude a tratamiento. Se trata de una mujer, de 38 años intervenida por un carcinoma lobulillar infiltrante de 3 cm por 3,5 en cuadrante inferior interno de mama izquierda en el año 2012. Nuestra paciente acudía a rehabilitación por disminución en la función del hombro izquierdo por dolor y limitación de la movilidad.

En el transcurso de las sesiones se apreció un aumento de volumen en hemitórax izquierdo, de consistencia blanda sin fóvea y se la derivó para realizar un tratamiento específico para linfedema. La aparición del linfedema no suele ser un aumento de volumen brusco, los primeros síntomas pueden ser la sensación de pesadez en el brazo o endurecimiento de algunas zonas del mismo. Es bueno

conocer esta primera etapa para reconocerla y actuar pronto con un tratamiento precoz, y así evitar el avance del linfedema.

En la valoración que se hizo recogimos en la anamnesis datos relativos al proceso oncológico de la paciente que nos pudieran aportar información interesante.
• Proceso oncológico: cuadrantectomía inferior medial de la mama izquierda con extracción de ganglio centinela, que dio positivo en el análisis patológico, por lo que se procedió a la extracción de todo el paquete ganglionar axilar. El avance en las técnicas quirúrgicas en cáncer de mama, por ejemplo, la técnica del ganglio centinela, está consiguiendo reducir la incidencia y probabilidad del linfedema, ya que reduce el número de ganglios extirpados, haciéndolo sólo cuando es necesario.
Nuestra paciente recibió tratamiento de radioterapia y quimioterapia, así como una radioterapia intramamaria especial llamada braquiterapia. La radioterapia aumenta el riesgo de linfedema pues fibrosa los tejidos en los que se aplica, dañando los vasos linfáticos y dificultando el movimiento de líquido en el tejido.
• En la inspección apreciamos aumento de la marca del sujetador de mama izquierda en la parte superior así como un aumento de volumen en parilla costal izquierda que abarca la cara lateral y posterior de la misma alcanzando el borde externo escapular. La coloración es homogénea respecto al resto del cuerpo.
• Palpamos la zona afectada y nuestro tacto no deja fóvea. La paciente refiere disestesias en la piel de la axila, borde externo de escápula y cara posterior e interno del tercio proximal del brazo, describiéndolas como acorchamiento, adormecimiento y sensación de "grima". La región pertenece al dermatoma que inerva el nervio intercostobraquial interno proveniente de raíz T2 y al nervio braquial cutáneo interno (C8 y T1). Estas sensaciones están presentes desde la cirugía, llegando a causar incluso molestia con el roce de la ropa (alodinia). Las cicatrices son móviles y normotróficas, presentando también hiperalgesia al roce.
• Para valorar el alcance del linfedema realizamos medición del perímetro de ambos miembros superiores en varios puntos de brazo, antebrazo y mano. Esta valoración, llamada circometría, revela un tamaño similar en ambos miembros superiores. Consideraríamos entonces que nos encontramos en un linfedema 1 en mama y tórax y un linfedema grado 0 en miembro superior.

Atendiendo a la parte más física del edema, hablaríamos de linfedema si apreciamos un aumento de volumen de 2 cm o más en el perímetro de parte o todo el miembro. Pero si atendemos al modelo biopsicosocial de la salud, también habría que valorar otros aspectos más subjetivos como alteración de la sensibilidad, sensación de pesadez, diferente coloración, impacto en la vida social.

Antes de la aparición de un aumento notable del tamaño del brazo, la persona puede notar ya este tipo síntomas como pesadez que pueden ser una señal de alarma en un paciente bien informado. Es fundamental que un paciente tras una cirugía o tratamiento por cáncer de mama sea informado de los cuidados que debe llevar para evitar la aparición del linfedema y a reconocer cuándo aparece.

En relación a este apartado, se valora también el balance articular en el hombro de nuestra paciente, encontrando una limitación a la flexión activa de 110º y 100º en el movimiento de abducción. Las rotaciones también se encuentran limitadas.

4 Discusión-Conclusión

El tratamiento del linfedema incluye varios aspectos dirigidos a la reabsorción del aumento de líquido intersticial, la generación de nuevas vías linfáticas que puedan compensar el déficit existente y la enseñanza de un programa de cuidados que eviten la evolución del linfedema.

• La parte principal del tratamiento es la realización del drenaje linfático manual (en adelante DLM) donde el fisioterapeuta realiza maniobras dirigidas a la reabsorción local del edema y maniobras de derivación que activan regiones ganglionares que ayuden a la parte mermada del sistema linfático, como es la vía contralateral en miembro superior (transaxilar, transupraclavicular y supraclavicular, anterior y posterior) y la via inguinoaxilar del miembro inferior homolateral.
• En el caso de nuestra paciente no aplicamos medidas de contención tras el DLM pues no hay aumento de volumen como tal. Se le aplica los viernes una tira de kinesiotape en la zona costal para que actúe durante los dos días del fin de semana en los que no recibe tratamiento.
• Para influir en las sensaciones disestésicas de la paciente, en las maniobras de DLM utilizamos diversas posturas que modifican la tensión neural en neuroeje para dar un estímulo progresivo al nervio que ayude a recuperar la sensibilidad. Utilizamos la parte del DLM en el que la paciente está tumbada de lado, variando la posición de la columna desde flexoextensión neutra lumbar, dorsal, cervical y craneocervical (máxima relajación de neuroeje), aumentando la tensión en las siguientes sesiones hasta llegar a flexión de la columna.
Las maniobras de DLM sobre las zonas disitésicas actuarían como un estímulo agradable y repetido que podría llegar a modificar la información errónea que manda el nervio. También realizamos una maniobra de movilización específica del nervio intercostobraquial interno (neurodinamia) palpando la piel inervada

por el mismo mientras realizamos abducción del hombro y lateroflexión homolateral cervical. Esta maniobra ayudaría al deslizamiento del nervio sin tensión sobre el mismo.
• Se le informa de consejos a realizar o actividades a evitar con ese miembro para evitar aparición de linfedema. También se realiza la enseñanza de un protocolo de ejercicios que incluye respiración, círculos de hombros, serrato anterior y movilidad de hombro. Nos centramos en la región torácica y de hombro que es la más afectada.

En la valoración final, se aprecia una disminución de la marca en mama, indicativo de la mejoría del edema. No se ha llegado a producir modificación de las disistesias. Ya que el linfedema es una patología crónica, nuestra paciente es emplazada a realizar con continuidad el programa de ejercicios y los cuidados preventivos, así como a realizar periódicamente un tratamiento de drenaje linfático manual.

El uso del drenaje linfático manual proporciona una mejora considerable de los parámetros del brazo con linfedema. Aunque, su uso no reduzca al 100% dichos parámetros en el período establecido, no empeora los síntomas. La escasez de estudios relacionados con la efectividad del drenaje linfático en el linfedema secundario al cáncer de mama, deja una gran incógnita en la importancia de la aplicación de dicha técnica. A pesar de que, los resultados encontrados sean claramente satisfactorios.

5 Bibliografía

1. Elias S, Contreras A, Llanque C. Cáncer o carcinoma de mama. Paceña de medicina familiar. 2008; 5(7):14-23.
2. Instituto Nacional del Cáncer [sede Web]. EEUU; 2015 [actualizada 15 de febrero de 2015; acceso 11 de febrero de 2015]. Clasificación histopatológica del cáncer de mama. Disponible en: http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/HealthProfessional/page2
3. González-Merlo J, González-Bosquet e, González-Bosquet J. Embriología y anatomía del aparato genital femenino. Patología benigna de la mama. Cáncer de mama. En: González-Merlo J, González-Bosquet E, Vernet-Tomás MM, Sabadell-Mercadal MD, Carreras Collado R. Ginecología. 9ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2014. p. 20-21:582-584:600-602.
4. Instituto Nacional del Cáncer [sede Web]. EEUU; 2015 [actualizada 9 de enero de 2015; acceso 11 de febrero de 2015]. Cáncer de mama inflamatorio. Disponible

en: http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/Patient/page3
5. Instituto Nacional del Cáncer [sede Web]. EEUU; 2015 [actualizada 9 de enero de 2015; acceso 11 de febrero de 2015]. Estadios del cáncer de seno. Disponible en: http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/Patient/page2#figure_328_e
6. Saladin KS. El sistema tegumentario. Los sistemas linfáticos e inmunitarios. Aparato reproductor femenino. En: Castillo SE, Guerrero AH, editores. Anatomía y fisiología: La unidad entre forma y función. 6ª ed. México: McGraw-Hill Education; 2011. p. 196(Pt 2):809-821(Pt 4):1072-1074(Pt 5).
7. García-Porrero JA, Hurlé JM. Aparato reproductor femenino. Sistema inmunitario. Aparato circulatorio. En: García-Porrero JA, Hurlé JM. Anatomía humana. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2005. p. 539-541:547-557:640644:711-712.
8. Quiroz-Gutiérrez F. Anatomía Humana. 40a ed. Vol. 2, 3. México: Porrúa; 2006. p. 189-195:202:341.
9. Garrido R. Técnica manual para el drenaje linfático: teoría y práctica de las maniobras a realizar. 1ª ed. Barcelona, España: morales i torres; 2004. p. 30-40.
10. Giardini D, Respizzi S. Drenaje linfático manual y terapia elástico-compresiva. Colombia: AMOLCA; 2007. p. 7-30 (Pt 1).
11. Wittlinger H, Wittlinger D, Wittlinger A, Wittlinger M. Anatomía de los vasos linfáticos y ganglios linfáticos. El linfedema. En: Thierne-Verlag G, editor. Drenaje manual según el Método del Dr. Vodder. Alemania: médica panamericana; 2009. p. 9-11:13:15:31-35:44.
12. Warszawski GR. Anatomía linfática del miembro superior. Linfedema. Tratamiento kinésico. En: Mestre EO, editor. Drenaje linfático: rehabilitación del Edema, Flebología y Linfología. 1a ed. Rosario, Argentina: CORPUS; 2006. p. 2534:61-68:78.
13. Varela-Donoso E, Lanzas-Melendo G, Atín-Arratíbel ma, González-López-Arza MV. Capítulo I: generalidades de los linfedemas y de la circulación linfática: patogenia y fisiopatología. Rehabilitación. 2010; 44:2-7.

Capítulo 297

ENFERMEDADES PROFESIONALES EN ESPAÑA.

SONIA MONTERO ROMERO

1 Introducción

La definición de enfermedad profesional viene reflejada en el artículo 157 de la Ley General de la seguridad social y refleja que se considera enfermedad profesional a toda aquella contraída a consecuencia del trabajo y que esté provocada por la acción de los elementos/sustancias que se indiquen para cada enfermedad profesional.
Las enfermedades profesionales se pueden clasificar en:
- Producidas por agentes químicos.
- Enfermedades de la piel.
- Enfermedades por inhalación de sustancias.
- Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Enfermedades por agentes físicos.
- Enfermedades sistemáticas.

Existe un sistema de registro y notificación de las enfermedades profesionales desde 2006.

2 Objetivos

Conocer la incidencia y tendencia de las enfermedades profesionales de la población activa en España.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el periodo comprendido entre 1990-2014 en España se notificaron un total de 388.829 enfermedades profesionales siendo el mayor número de éstas por hombre, un 63% del total. La enfermedad profesional declarada con más incidencia fue la provocada por agentes físicos y la que menos, provocada por agentes químicos, sólo un 3.1%. Las enfermedades por agentes físicos, incluye fundamentalmente aquellas que afectan al aparato locomotor.

La edad media de presentación de la enfermedad profesional es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres y también se observa en hombres y mujeres un retraso en la aparición de la enfermedad en los últimos años. Con respecto a la ocupación los trabajadores que más sufren enfermedades profesionales son los "artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, construcción y minería, excepto operadores", seguidos de los trabajadores "no cualificados en servicios, y peones de la agricultura, pesca, construcción, industria manufacturera y transporte".

5 Discusión-Conclusión

En España se notificaron 388.829 casos de enfermedad profesional durante el período 1990-2014, de los cuales 213.827 (55%) pertenecían al sector industrial, 125.659 (32,3%) al sector servicios, 40.097 (10,3%) al sector de la construcción, 9.205 (2,4%) al sector agrario.

De los datos recogidos por el Ministerio se observa que en los últimos veinticinco años se multiplicado por cuatro el número de enfermedades profesionales y como consecuencia se ha incrementado el riesgo de enfermedad a consecuencia del trabajo. Asturias, Navarra, Aragón y la Rioja son las Comunidades Autónomas que más enfermedades profesionales declaran.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Instituto Nacional de Estadística. Relación de municipios y códigos por CCAA.
- Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- Https://www.scielo.org/es/.
- Https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 298

LA IMPORTANCIA DE UNA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA.

VERONICA GONZALEZ BLANCO

SARA ESTEBAN RODRIGUEZ

ANA BELEN GARCÍA VILLARROEL

ISABEL MARÍA ALONSO FERNÁNDEZ

ESTEFANIA FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

La misión de una central de Esterilización es proporcionar, tanto a unidades como servicios, el material en las condiciones óptimas de esterilidad así como su correcta protección para la práctica tanto de procesos diagnósticos como terapéuticos.

La central debe estar situada en un lugar de fácil acceso dentro del hospital y tendrá una comunicación directa con servicios , como el quirófano, uno de los que generan la mayor actividad en la central. Para ello, distinguimos 2 circuitos: uno sucio para la recepción de material sucio y lavado uno limpio para el material estéril

Así, distinguimos las siguientes zonas:
- Zona de recepción de material en conexión con la zona de lavado.

- Zona de lavado donde se sitúan las diferentes máquinas para lavado manual y mecánico.
- Área de revisión, empaquetado y preparación de instrumental comunicado con la zona estéril.
- Área de esterilizadores comunicada con la zona limpia y estéril.
- Área de esterilización de óxido de etileno y peróxido de hidrógeno.
-Zona de almacén estéril con unas condiciones específicas de temperatura y humedad donde se coloca y distribuye el material a los diferentes servicios y unidades de hospitalización.
- Área de descanso para el personal
- Despachos.
- Almacén, aseos y vestuarios.

2 Objetivos

- Evaluar los distintos materiales recibidos en la Central de Esterilización para así aplicar el procedimiento óptimo de esterilización.
- Cumplir unos requisitos de eficiencia, calidad y seguridad. Protección de la salud y seguridad del personal de la central.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una vez recibido el material en la central de Esterilización debe evaluarse para un posterior procesamiento, así valoraremos:
- Grado de descontaminación requerido
- Método de esterilización indicado
En función del origen del material realizaremos un tipo u otro de descontaminación; el material quirúrgico siempre será considerado como material crítico

con el que se llevará a cabo una descontaminación de alto nivel para posteriormente realizar una esterilización. La limpieza se llevará a cabo de diferentes maneras según las características de cada material, pudiendo diferenciar lavado manual, mecánico, limpieza por ultrasonidos o inmersión.
Los métodos de esterilización que podemos distinguir:
- Esterilización por vapor de agua: es un proceso mediante el cual se somete a los organismos a temperaturas elevadas comprendidas entre 121-134º, es realizado en autoclaves cuyos ciclos variarán en función del tiempo y la temperatura.
- Esterilización por gas de óxido de etileno: una práctica ya algo en desuso por la elevada toxicidad del óxido de etileno, se utiliza para material termosensible que no resisten temperaturas elevadas. Este agente necesita una formación adecuada para el personal para su adecuado manejo.
- Esterilización por peróxido de hidrógeno: consiste en la inyección de peróxido de hidrógeno, se utiliza en materiales termosensibles con el inconveniente de su elevado coste y no admite materiales con celulosa, algodón, líquidos, madera.
- Ácido perácetico: en la que se utiliza una solución de ácido perácetico al 2% y 35º, uno de sus inconvenientes es la incompatibilidad con el aluminio y es muy utilizado para material endoscópico.

5 Discusión-Conclusión

La Central de Esterilización es un servicio con gran responsabilidad dentro del hospital mediante la prevención de infecciones nosocomiales ya que la limpieza, desinfección y esterilización de los diferentes materiales sanitarios constituyen la barrera primaria y más eficaz para romper la cadena epidemiológica de infecciones en los hospitales.
Otra ventaja es que el servicio es más económico pues evita la existencia de reiterados materiales; la vida de los instrumentales se prolonga con una adecuada manipulación.
Otro punto clave es la formación del personal de la central de Esterilización derivado de la importancia del adecuado manejo de los materiales en sus diferentes procesos. Las centrales de Esterilización deben estar dotadas de personal capacitado y disponer de unas instalaciones adecuadas para el desarrollo de su actividad.

6 Bibliografía

- www.salududymedicinas.com

www.wikipedia.org
- Manual de enfermería de la Universidad de Rosario/2ª edición, Esterilización
- Recomendaciones para la esterilización de material sanitario. Consejería de Salud de la Generalidad de Cataluña, 2000
- Acreditación de centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña. Manual. Volumen 2. Estándares esenciales.
- Generalitat de Cataluña Departamento de Salud www.ramosmejia.org

Capítulo 299

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO CON DIARREA Y/O INCONTINENCIA FECAL.

MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN

SARA MÉNDEZ GARCÍA

EVA GONZALEZ LOPEZ

LUCÍA LÓPEZ SAMA

ROSANA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

Las alteraciones del ritmo intestinal y eliminación fecal más frecuentes en el paciente crítico son:

- Estreñimiento.
- Retención fecal o fecaloma.
- Diarrea.
- Incontinencia fecal (transitoria o no).

La diarrea puede ser un problema importante en el paciente crítico que puede entorpecer su recuperación. Los pacientes ingresados en las UCC son candidatos a presentar diarrea e incontinencia fecal transitoria, hecho que puede agravar otras patologías ya existentes. La prevalencia de la diarrea en las unidades de

cuidados intensivos en España se encuentra en un 7%, aunque ha sido descrita en la literatura entre un 15 y un 52%.

Según el mecanismo fisiopatológico, la diarrea se clasifica en osmótica, secretora, infecciosa, exudativa y de mala absorción. Se deben identificar las posibles causas de la diarrea y cuando sea posible, tratarla.

2 Objetivos

- Analizar la evidencia científica disponible sobre los cuidados de enfermería en el paciente crítico con diarrea.
- Analizar la evidencia científica disponible sobre los cuidados de enfermería en el paciente crítico con incontinencia fecal.

3 Metodología

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

Palabras clave: cuidados críticos, cuidados intensivos, paciente crítico, diarrea, enfermeria, cuidados.

4 Resultados

Las causas más frecuentes de la diarrea en cuidados críticos son:

• Antibióticos (destrucción de la flora intestinal).
• Exceso de líquidos. La absorción colónica es limitada, unos 4,5 l/día.
• Reducción de la reabsorción de agua por hipoalbuminemia o hipoperfusión, frecuentes en cuidados críticos.
• Sorbitol (Diarrea nosocomial por medicamentos).
• Infecciones (el Clostridium difficile es el microorganismo que causa la mayoría de las diarreas en pacientes hospitalizados, hasta 50%).
• Administración de nutrición enteral (NE).

• Factores psicológicos asociados con el estrés o la enfermedad crítica.

1. Cuidados e intervenciones en el tratamiento de la diarrea en el paciente crítico.

Según la American Association of Critical Care Nurses, existe evidencia disponible sobre la diarrea en cuidados críticos que respaldan las buenas prácticas en la evaluación, planificación, implementación y evaluación de la atención de enfermería al paciente crítico con diarrea. En 2007, ofrecen una serie de recomendaciones para la mejora de la atención de éstos pacientes:

1. Considerar que todos los pacientes están en riesgo de sufrir diarrea debido a las técnicas, el tratamiento y/o su enfermedad (la incidencia de diarrea en pacientes hospitalizados con NE está entre el 12 y el 25%, en CC esta se incrementa hasta el 50%, e incluso mayor en pacientes con ventilación mecánica).
2. Evaluar y documentar la historia del paciente.
3. Evaluar y documentar el examen físico del paciente (fiebre, deshidratación en piel y mucosas, estabilidad hemodinámica, oliguria). Tacto rectal.
4. Resultados de pruebas de laboratorio. Hemocultivos, coprocultivos, bioquímica sanguínea, etc. Útiles para determinar la causa de la diarrea y conocer el nivel de electrolitos.
5. Preparar al paciente para posibles pruebas de diagnóstico selectivo: colonoscopia, sigmoidoscopia, biopsia, etc.
6. Maximizar la prevención: lavado de manos, usar guantes, precauciones universales y aislamiento si es necesario.
7. Medir o estimar, con la mayor precisión posible, el volumen de heces producidos diariamente, y su peso para estimar el volumen de la pérdida de líquidos. Escalas o tablas como la Tabla de valoración del débito fecal de Guenter y Sweed son útiles para cuantificar la diarrea de manera objetiva. (Gráfico II).
8. Reposición del volumen de líquido (orales o intravenosos) similar al perdido en las heces (según el estado clínico)
9. Revisar el tratamiento del paciente en busca de fármacos que puedan provocar diarrea, y si es posible, suspenderlos.
10. Si se sospecha que la diarrea está asociada a la administración de antibióticos, suspender la administración de antibióticos empíricos. Administrar tratamiento antibiótico específico para el microorganismo causante cuando se pueda.
11. Antidiarreicos orales. Los fármacos antidiarreicos orales están indicados en el tratamiento de la diarrea aguda con cólicos severos y/o deshidratación, pero previamente se debe descartar cualquier infección intestinal.
12. Administrar tratamiento sintomático para aliviar los síntomas asociados a la

diarrea (vómitos, fiebre, dolor).
13. Revisar el tipo de NE, el ritmo de infusión y las interrupciones/paradas de la NE. Si la diarrea disminuye tras la interrupción temporal de la NE, considerar que la diarrea puede ser osmótica. En estos casos se debe: cambiar la fórmula de la NE (menor osmolaridad, sin lactosa, con más fibra), disminuir el ritmo de infusión, administrar la NE a temperatura ambiente. La administración continua está asociada a menos episodios de diarrea frente a la administración en bolos. La administración de fórmulas enriquecidas con fibra hidrosoluble parecen ser efectivas para prevenir la diarrea en pacientes con NE.
14. Revisar la posición de la sonda de alimentación. El intestino delgado tiene menor capacidad para manejar grandes volúmenes de líquido que el estómago. No administrar bolos de NE en pacientes con sonda postpilórica.
15. Registrar las constantes hemodinámicas y la respuesta a las intervenciones. Registro del balance hídrico y del volumen de las heces, frecuencia, y consistencia.
16. Informar de aquellos pacientes en los que aparecen o persisten síntomas como: inestabilidad hemodinámica y pérdida de peso a pesar de la hidratación, fiebre, sangre en heces, persistencia de síntomas más de cinco días tras su tratamiento.

2. Cuidados de enfermería de la piel en el paciente crítico con diarrea y/o incontinencia fecal.

La diarrea y la incontinencia fecal transitoria son problemas comunes entre los pacientes hospitalizados, especialmente en cuidados críticos, que pueden agravar patologías existentes, dificultar su tratamiento y empeorar el pronóstico de los pacientes. La incontinencia fecal es la incapacidad para controlar la salida del gas y las heces por el ano, se caracteriza por la evacuación involuntaria de las mismas debido a un cambio en los hábitos normales de eliminación. Determinados fármacos pueden favorecer la aparición de ésta, entre los que se encontrarían: antibióticos, litio, cloruro potásico, anti-H2 y digoxina y antigripales. La incontinencia fecal es un problema que se presenta con mayor probabilidad en pacientes con deposiciones líquidas o semilíquidas.

La piel de la persona incontinente se vuelve vulnerable debido a la humedad y/o a la irritación química que las heces provocan. Esto puede alterar la barrera protectora de la piel, haciéndola más frágil y aumentando la probabilidad de que se rompa. El manejo de la incontinencia fecal debe ser prioritario en el paciente crítico para reducir el riesgo de dermatitis perineal y la transmisión de infecciones. Además, está demostrado que es un factor de riesgo para el desarrollo de

úlceras por humedad.

La diarrea puede ocasionar alteraciones de la barrera protectora de la piel aumentando su fragilidad, maceración y excoriación, y es otro factor de riesgo para la aparición de úlceras por humedad. Las lesiones por incontinencia se caracterizan por la presencia de humedad, siendo ésta la responsable de la presencia de eritema, maceración y excoriación de la piel, lo que puede confundirse con una úlcera por presión (UPP). Es importante diferenciar las lesiones por incontinencia (humedad) de las UPP, pues sus tratamientos son diferentes.

El cuidado de los pacientes con diarrea e incontinencia fecal supone un aumento de las cargas de trabajo y los costes. La higiene del paciente, la movilización y el cuidado de la piel se repiten en cada episodio de evacuación fecal. La movilización representa un problema, especialmente en pacientes con inestabilidad hemodinámica. Además, el paciente crítico puede presentar lesiones ya existentes en zonas cercanas (úlceras por presión en la zona sacra y glúteos, heridas quirúrgicas, quemaduras) que sean difíciles de proteger en caso de diarrea y/o incontinencia fecal.

Las UPP y las úlceras por humedad aumentan la morbi-mortalidad de los pacientes, la duración de la estancia hospitalaria y, en consecuencia, los costes. Se ha demostrado que la presencia de un ambiente húmedo multiplica por cinco el riesgo de desarrollar UPP. Por lo tanto, una de las prioridades de los profesionales de enfermería en el paciente crítico con diarrea y/o incontinencia fecal es prevenir la excoriación de la piel perianal y la prevención de aparición de este tipo de úlceras.

2.1. Productos para el cuidado de la piel perineal.

El cuidado perineal es esencial para prevenir el daño de la piel de la zona y la reducción del riesgo de desarrollar UPP y úlceras por humedad, así como para prevenir la infección del tracto urinario. La dermatitis perineal secundaria a incontinencia provoca incomodidad y dolor al paciente. Se deben desarrollar protocolos para la prevención de la dermatitis y lesiones de la piel perineal en pacientes de alto riesgo (pacientes incontinentes, uso de pañal).

Entre las diferentes intervenciones se encuentra la utilización de protectores dérmicos.
Hay tres grandes grupos de productos utilizados para el cuidado de la piel perineal:

• Los limpiadores de la piel perineal. Normalmente contienen agua y un surfactante (por ejemplo, estearato de sodio).
• Los hidratantes de la piel perineal. Contienen humectantes (glicerina, lanolina, aceite mineral) que reemplazan los aceites en la piel y favorecen su efectividad como barrera de la humedad.
• Los protectores de humedad. Protegen la piel de la exposición a irritantes y a la humedad. Contienen óxido de zinc, petrolato o dimeticona.

2.2. Dispositivos cerrados de control fecal.

Existen sistemas cerrados de control fecal (por ejemplo Flexi-Seal®) para pacientes con incontinencia fecal con heces líquidas o semilíquidas. Estos sistemas constan de un catéter de silicona blando que se adapta al esfínter anal en el interior, preservando su función. El sistema se fija mediante un globo de baja presión. Las heces son recogidas por el catéter de silicona hacia una bolsa conectada en el extremo exterior del sistema. El uso de estos sistemas cerrados de control fecal ofrecen algunas ventajas como:

• Prevención de la infección (cruzada) asociada al contacto con las heces.
• Disminución de los problemas cutáneos de la zona glútea y perianal.
• Facilitación de la epitelización en heridas de la zona glútea y perianal.
• Disminución del número de movilizaciones, aseos y curas.
• Aumento del confort del paciente.

El uso de estos sistemas también conlleva ciertos problemas como la fuga de heces alrededor de la sonda, necesidad de recolocación, control de la presión del balón de sellado y las úlceras por presión en la zona anal y perianal.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería deben tratar de aliviar los problemas y riesgos asociados a la diarrea. La diarrea provoca incomodidad al paciente (dolor, distensión abdominal, nauseas). En casos severos puede conducir a desequilibrio electrolítico, deshidratación y malnutrición. Además, aumenta el riesgo de lesión en la piel, y el riesgo de contaminación fecal de heridas próximas o catéteres insertados en arteria y/o vena femoral.

6 Bibliografía

1. Izaguirre Guerricagoitia L, Truchuelo Aragón A. Prevalencia de diarrea en las unidades de pacientes en estado crítico de España: estudio multicéntrico. Enfermería Intensiva. 2011;22(2):65—73.
2. Ferrie S, East V. Managing diarrhoea in intensive care. Australian Critical Care 2007;20:7-13.
3. Sabol VK, Carlson KK. Diarrhea: applying research to bedside practice. AACN Advance Critical Care 2007;18:32-44.
4. Montejo JC, Jiménez J, Ordoñez J, Caparrós T, García C, Ortiz J, et al. Complicaciones gastrointestinales de la nutrición enteral en el paciente crítico. Medicina Intensiva 2001;25(4):152-160.
5. Wiesen P, Van Gossum A, Preiser JC. Diarrhoea in the critically ill. Current Opinion in Critical Care 2006;12(2):149-54.
6. Elliot D, Aitken L, Chaboyer W. ACCCN's Critical Care Nursing. (2nd. ed.). Mosby: Australia; 2012.
7. Montejo JC Enteral nutrition-related gastrointestinal complications in critically ill patients: a multicentre study. Critical Care Medicine. 1999;27:1447-53.
8. Whelan K, Schneider SM. Mechanisms, prevention and management of diarrhoea in enteral nutrition. Current Opinion in Gastroenterology 2011;27:152-9.
9. Bliss DZ, Johnson S, Savik K, Clabots CR, Gerding DN. Fecal incontinence in hospitalized patients who are acutely ill. Nursing Research 2000;49:101-8.
10. Gray M, Ratliff C, Donovan A. Perineal skin care for the incontinent patient. Advances in Skin and Wound Care 2002;15:170-5.

Capítulo 300

LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE VESICAL .

VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ

NATIVIDAD RODRIGUEZ MARQUES

NIEVES OLGA RAMOS FERNANDEZ

ANA GÓMEZ RODRÍGUEZ

ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La eliminación urinaria se define como la necesidad de eliminar los productos de desecho dañinos para el organismo, a través de la formación y excreción de la orina. Es una función vital del organismo ya que gracias a ella somos capaces de mantener la homeostasis de nuestro cuerpo y el correcto funcionamiento de los órganos. Algunos factores pueden alterar el correcto funcionamiento de la necesidad de eliminar, siendo en muchas ocasiones susceptible de sondaje vesical.

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato urinario, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga hasta el exterior

con fines diagnósticos y/o terapéuticos. El sondaje vesical es el factor predisponente más importante para la infección urinaria nosocomial, que perturba los mecanismos de defensa del huésped y proporciona el acceso de patógenos desde el meato uretral a la vejiga urinaria. Esta llegada de uropatógenos a la vejiga se ve favorecida por diversos factores como falta de higiene en la inserción de la sonda, mantenimiento inadecuado de la sonda o la apertura del circuito de la sonda-bolsa.

Estudios demuestran que entre un 10-30% de los sondajes conllevan riesgo de bacteriuria. La infección del tracto urinario (ITU) asociada a sonda vesical es una de las cuatro principales causas de infecciones nosocomiales y asociadas a los cuidados sanitarios. Se estima que el 80% de los casos de ITU nosocomiales están relacionadas con la presencia de sondaje vesical, asimismo ciertos factores como la duración de la cateterización, el uso innecesario, el sexo, técnica no estéril, los cuidados de la sonda y las desconexiones innecesarias, se asocia a un mayor riesgo de infección.

Como con todas las infecciones nosocomiales, la ITU asociada a SV representa una pérdida de calidad asistencial con detrimento en la seguridad del paciente que hace importante plantearse unas recomendaciones para prevenir las infecciones nosocomiales. La prevención y el control es fundamental en éste tipo de infección, en este sentido enfermería es una pieza clave al poder actuar sobre ciertos factores que inciden en el desarrollo de las ITU, y evitar así complicaciones y gasto de recursos y de tiempo innecesario.

2 Objetivos

El objetivo de éste estudio es reflejar los contenidos más relevantes relacionados con el sondaje vesical, e incidir en la importancia de una correcta técnica de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje, como pilar fundamental en la prevención de las infecciones urinarias nosocomiales, mejorando así la calidad de los cuidados de enfermería y la calidad de vida de los pacientes portadores de sondaje vesical.

3 Metodología

La metodología utilizada para la realización de ésta investigación se ha sustentado en una búsqueda y revisión bibliográfica de distintos protocolos, guías de

actuación o artículos científicos, mediante rastreo, recolección e interpretación de la bibliografía disponible para construir un cuerpo de conocimientos basados en la mejor evidencia.

Para éste fin se asistió de descriptores, operadores boleanos, criterios de inclusión y de exclusión y técnicas de exploración que permitieron acceder a documentos en repositorios académicos como Elsevier, Pubmed, SciELO y Dialnet.

Entre los criterios de selección de los documentos se contemplaron: el idioma, se excluyeron aquellos documentos que se encuentren en otro idioma que no sea castellano e inglés, la fecha de publicación de los documentos (2000-2020) y la gratuidad, y los términos de exploración utilizados fueron: sondaje vesical, cateterismo vesical, sondaje urinario, cuidados enfermeros, protocolo e infección urinaria. Mediante éste método hemos podido explorar, mapear y filtrar los documentos necesarios para el desarrollo de ésta revisión bibliográfica.

4 Resultados

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

Indicaciones:
• Evacuar la vejiga en caso de retención urinaria.
• Recoger muestra de orina estéril.
• Determinar la orina residual después de una micción espontánea.
• Permitir la cicatrización de las vías urinarias tras la cirugía y prevenir la tensión sobre la herida pélvica o abdominal.
• Realizar irrigaciones vesicales en caso de hematuria o administrar medicación.
• Control estricto de la diuresis.
• Previa determinadas intervenciones quirúrgicas.
• En personas con incontinencia urinaria que presentan lesiones de la piel que pueden contaminarse con la orina y que interesa mantener secas.

Contraindicaciones:
• Prostatitis aguda.
• Lesiones uretrales.

• Traumatismos uretrales o pélvicos.
• Incontinencia urinaria: el sondaje vesical no está indicado como primera opción.

Tipos de sondaje:
Según el tiempo de permanencia del sondaje se distingue entre:
1 .Sondaje permanente de larga duración, con una duración mayor de 30 días, en el que la sonda es mantenida en su lugar por un balón que se hincha con aire o agua al colocarla. Esta indicado en casos de pacientes crónicos con retención urinaria.
2. Sondaje permanente de corta duración, de iguales características que el anterior pero con una duración menor de 30 días, usándose en caso de patología agudas.
3. El sondaje intermitente, que se realiza cada cierto tiempo y es el principal tratamiento de la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción, y que producen incontinencia con mal vaciado de la vejiga. Consiste en la introducción de un catéter o sonda en la vejiga, a través de la uretra, para vaciarla de orina, siendo retirada inmediatamente después de alcanzar dicho vaciado. La frecuencia del sondaje dependerá del volumen de orina diario y de la capacidad de la vejiga y, además del profesional sanitario, la/el paciente o sus cuidadoras/es pueden ser adiestrados para realizarlo en domicilio.

Tipos de sondas:
A) Según su composición:
1. Látex: de uso muy frecuente, sin embargo las sondas de látex pueden provocar alergia en las personas alérgicas al látex. Se usan para el vaciado vesical permanente en sondajes con duración inferior a 15 días aproximadamente.
2. Silicona: Los catéteres de silicona son los que presentan mayor biocompatibilidad y a igualdad de calibre exterior, mayor calibre funcional, por lo que pueden ser más finas y tener por tanto mejor tolerancia. Están indicadas en sondajes de duración superior a 15 días o en pacientes alérgicos al látex.
3. Cloruro de polivinilo: también conocidas como sondas de Nelaton. Se usan en cateterismos intermitentes, para diagnostico o terapéuticos, instilaciones y para medir residuos.

B) Según el calibre:
Los calibres deben seleccionarse según el sexo, la edad y características del paciente, en el caso de adultos existen sondas desde el calibre 8 al 30. Los calibres que se utilizan con más frecuencia son:

Mujeres: CH 14 y 16
Varones: CH 16-18-20-22
También hay diferencia en el caso de la longitud de la sonda en el sondaje intermitente o autosondaje: hombre 40 cm y mujer 20 cm.

C) Según sus indicaciones:
1. Foley: son rectas de dos o tres vías para lavados. En ambos casos incluyen un balón de fijación. Las de dos vías para pacientes en general, vaciado vesical y sondajes permanentes sin sospecha de patología urinaria. Las de 3 vías se usan en hematuria.
2. Nelaton: son rectas, semirrígidas y de una sola vía, sin sistema de fijación. Para vaciar la vejiga o recogida de muestras.
3. Tiemann: son curvas con punta de oliva y puntiaguda, se usan en pacientes con patología prostática o sondaje dificultoso.
4. Couvelaire: con la punta biselada o en pico de flauta, se usan en hematuria o para circuito de lavado.
5. Mercier: Con la punta acodada y de oliva y orificios más anchos, se emplean tras resecciones protáticas.
6. Dufour: punta acodada en forma de pico y perforada en el codo. Se usan en lavados vesicales con coágulos.
7. Folysil: con la punta completamente abierta para introducir una guía de referencia, se usan en postoperatorio de prostacectomía radical.

Tipos de sistemas de drenaje: Las bolsas colectoras o sistemas de drenaje son unos dispositivos que almacenan la orina excretada a través de la sonda. Es de interés la elección del sistema más apropiado para cada persona y sus necesidades, puesto que de ésta manera se reduce el riesgo de contaminación e infección de las vías urinaria.
1.Sistemas de drenaje abiertos: en éstos sistemas se precisa desconectar sonda y bolsa de orina para realizar un cambio de bolsa o vaciado de la orina.
2. Sistema de drenaje cerrado: en éste sistema la sonda no se desconecta de la bolsa de recogida de orina, ya que dispone de una llave o grifo que permite vaciar la orina.

Técnica del cateterismo vesical:
La enfermera es la encargada de llevar a cabo la mayor parte de los sondajes vesicales, por tanto es fundamental que conozca perfectamente la técnica, con las diferentes variaciones entre hombre, mujeres y niños, así como su manten-

imiento y retirada con el fin de prevenir complicaciones e infecciones asociadas a una mala praxis.

A) Personal:
• Enfermera.
• Enfermera, auxiliar de Enfermería o cuidador en domicilio.

B) Material:
• Fuente de luz.
• Guantes de un solo uso.
• Guantes estériles.
• Esponja jabonosa.
• Empapador.
• Agua tibia.
• Jabón líquido.
• Gasas estériles.
• Povidona yodada acuosa al 4% o clorhexidina
• Pinza de Köcher.
• Cuña.
• Paño estéril de orificio o dos paños sin orificio.
• Lubricante urológico hidrosoluble estéril.
• Agua destilada, 10 ml o suero salino.
• Jeringa de 10 ml.
• Sonda vesical: Intermitente para un sondaje puntual. Permanente: Foley. La medida para adultos entre 14 y 18 Fr. escogiendo siempre la de menor calibre posible.
• Bolsa de diuresis.
• Soporte de la bolsa.

C)Técnica (1ª FASE):
Preparación del personal:
• Lavado de manos higiénico.
• Ponerse los guantes de un solo uso.
Preparación del paciente:
• Preservar su intimidad.
• Informarlo.
• Colocarlo en la posición correcta.
• Hombre: decúbito supino.
• Mujer: posición ginecológica.

• Comprobar si el paciente ha estado sondado anteriormente, si tiene antecedentes de patologías urológicas o siestá con tratamiento anticoagulante.
• Evaluar alergias al látex, yodo, etc.

Mujer:
• Colocar la cuña.
• Separar los labios mayores y verter agua tibia en la zona genital de la paciente.
• Limpiar el meato urinario con la esponja jabonosa.
• Limpiar los labios menores y después los labios mayores.
• Aclarar con un chorro de agua tibia.
• Secar suavemente con gasas de arriba abajo y de dentro afuera.
• Cada gasa se ha de utilizar una sola vez y siempre de arriba abajo y de dentro afuera
• Aplicar povidona yodada en solución acuosa al 4% o clorhexidina en el punto de inserción de la sonda.
• Retirar la cuña.

Hombre:
• Colocar la cuña.
• Verter agua tibia en la zona genital y perianal del paciente.
• Bajar el prepucio y enjabonar con una esponja jabonosa el glande.
• Aclarar con un chorro de agua tibia.
• Secar suavemente con gasas.
• Aplicar povidona yodada en solución acuosa al 4% o clorhexidina en el punto de inserción de la sonda.
• Retirar la cuña.

D) Técnica (2ª FASE)
Preparación del personal:
• Lavado de manos antiséptico.
• Ponerse los guantes estériles.

Mujer:
• Poner un paño estéril a la paciente.
• Comprobar el globo de la sonda.
• Conectar la sonda a la bolsa de diuresis.
• Lubricar la sonda con lubricante estéril hidrosoluble.
• Colocarse en el lado izquierdo de la cama, si la enfermera es diestra, o en el lado derecho si es zurda.

• Separar los labios e introducir, suavemente, la sonda en el meato urinario (evitar traumatismos) hasta que salga la orina.
• Si, por error, se va hacia la vagina, dejarla en vagina y repetir la operación con una sonda nueva, evitando así nuevos desplazamientos. Después retirar la sonda incorrecta.
• Llenar el globo de la sonda con la cantidad de agua destilada o suero fisiológico indicada en la válvula.
• Sujetar la sonda con esparadrapo a la cara interna del muslo de la paciente.
• Sujetar la bolsa al soporte.

Hombre:
• Realizar la misma técnica mencionada anteriormente, pero con las variaciones siguientes:
– Retirar el prepucio y poner el pene en posición vertical.
– Introducir la sonda suavemente.
– Se han introducido 7 u 8 cm, poner el pene en posición horizontal, hasta que salga la orina.
– Al final de la técnica el glande ha de ser recubierto por el prepucio.
– No forzar en caso de obstáculo, ya que se puede producir una doble vía.

Sondaje intermitente o evacuador: Habitualmente se emplea para obtener muestras de orina estéril, aliviar distensiones vesicales o retenciones de orina, medir el volumen residual postmiccional o administrar fármacos.Se deben utilizar sondas específicas que no dispongan de globo, la ejecución de la técnica es la misma que en el sondaje permanente, a excepción de las acciones relacionadas con el globo, y únicamente consta de una vía..

La orina se recoge en una bolsa de orina, se retira la sonda cuando ya no haya emisión de orina. En el caso de más de 500 ml de orina de una vez, pinzar durante 15 minutos, para evitar la descompresión brusca de la vejiga y posteriormente retirar la sonda.

Retirada del sondaje vesical: Es importante que la retirada se realice lo antes posible para disminuir el riesgo de contraer una infección urinaria. El procedimiento no requiere técnica estéril, es suficiente seguir unas medidas de asepsia.

A) Material:
• Guantes de un solo uso.
• Jeringa estéril con la capacidad del volumen del globo de la sonda.

• Empapador.
• Bolsa para recogida de residuos.

Preparación del personal:
• Lavado de manos higiénico.
• Ponerse los guantes de un solo uso.

Preparación del paciente:
• Informarle del procedimiento y de que notará escozor cuando se le extraiga la sonda.
• Explicarle la necesidad de controlar el volumen de las próximas micciones.
• Colocarle en la posición adecuada:
– Hombre: decúbito supino.
– Mujer: posición ginecológica.

B) Técnica:
• Colocar el empapador al paciente.
• Vaciar el contenido de la bolsa de diuresis.
• Retirar el esparadrapo de sujeción.
• Conectar la jeringa para deshinchar el globo y extraer el líquido lentamente.
• Retirar suavemente la sonda sin desconectar la bolsa colectora.
• Desechar la sonda y la bolsa colectora en la bolsa de residuos.
• Indicar al paciente lavado de genitales.
Es importante para detectar complicaciones, valorar y controlar que la primera micción espontanea se produzca con normalidad y en las primeras horas después de la retirada de la sonda.

Cambio de la sonda vesical y la bolsa recolectora:
En la bibliografía consultada, a veces, no hay coincidencia en la frecuencia de tiempo propuesta para el cambio de la sonda. Aunque se acepta ampliamente cambiar la sonda de silicona cada tres meses y la sonda normal Foley cada tres semanas. Estos plazos se acortan cuando hay que cambiar la sonda porque se ha obstruido o ha sucedido algún percance que recomiende su sustitución.

La bolsa colectora de los sistemas de drenaje cerrado no es necesario cambiarla a diario, se debe sustituir por otra cuando se aprecien sedimentos en la bolsa y en el tubo que va a ella, y los sistemas abiertos se cambian cada vez que se llene la bolsa. Los pacientes que deambulan usarán una bolsa de pierna que deberán

cambiar a diario. Debemos tener en cuenta que las continuas desconexiones del sistema de drenaje favorecen las infecciones.

Cuidados de enfermería al paciente con sondaje vesical:
El personal de enfermería que realice la técnica, deberá de contar con una formación adecuada y continuada sobre inserción y cuidados del catéter, deberá de responsabilizarse sobre el registro y continuidad de los cuidados, así como de tomar las precauciones adecuadas en medidas de asepsia y esterilidad del material necesarias para evitar riesgos de contaminación y prevenir las infecciones:
1. Adecuada higiene corporal, limpieza de la perineal con agua y jabón tras cada evacuación intestinal. No se recomienda el uso de antisépticos tópicos para el lavado del meato urinario.
2. Lavado de manos cada vez que se manipula el sistema de la sonda o bolsa.
3. Movimientos rotatorios de la sonda diarios para evitar adherencias y decúbitos, nunca de dentro a fuera.
4. Valorar el balón de la sonda, en el caso de las sondas de silicona, pues debido a su permeabilidad pueden perder líquido.
5. Vigilar el estado de fijación de la sonda.
6. Mantener el sistema colector siempre por debajo de la vejiga, en caso de ser necesario elevar por encima de ese nivel, se realizará primero pinzamiento de la sonda.
7. Evitar desconexiones innecesarias del catéter y el tubo de drenaje a no ser que sea absolutamente necesario.
8. Evitar el contacto de la bolsa de diuresis con el suelo con el fin de evitar contaminaciones.
9. Evitar tirones, esfuerzos o movimientos bruscos que puedan ocasionar traumatismos, lesiones o sangrados.
10. Mantener flujo de orina y evitar obstrucciones.
11. Evitar acodamientos o pinzamientos de la sonda vesical y el sistema colector.
12. Evitar los lavados vesicales, a no ser que sean necesarios por obstrucción. En éstos casos se colocará sonda de tres vías para irrigación.
13. Estimular una adecuada ingesta de líquidos, 2-3 litros/día.
14. En el caso de ser necesario realizar cultivo de orina, obtener la muestra de forma aséptica.
15. Tras intervención quirúrgica retirar catéter lo antes posible, en las primeras 24 horas a ser posible.
16. Realizar cambios de sonda en los periodos establecidos, salvo complicaciones.

17. Ante la aparición de espasmos vesicales, se valorará la administración de antiespasmódicos, ya que el paciente puede manifestar dolor relacionado con las contracciones involuntarias de la vejiga.
18. La bolsa de diuresis se vaciará antes de superar 2/3 de su capacidad total o cada 3-6 horas.
19. Para realizar el cambio de bolsa de diuresis pinzar primero la sonda, clocar la nueva y despinzar finalmente.
20. Se realizará educación sanitaria al paciente portador de sondaje vesical tras el alta hospitalaria. Se hará especial insistencia en la higiene, asepsia así como manejo básico de la sonda.

Como hemos explicado en apartados anteriores el riesgo de adquirir ITU asociada a sondaje vesical depende del cumplimiento exhaustivo de las medidas de prevención en la inserción del catéter y de los cuidados de mantenimiento. Antes del procedimiento nos aseguraremos primero que existe indicación médica de realizarlo y si es así, tener preparado todo el material necesario. La inserción de Sondaje vesical (SV) debe realizarse por personal capacitado y habituado a la técnica de inserción (nivel de evidencia/recomendación III B). También es importante valorar las circunstancias específicas del paciente como alergia al látex, longitud del catéter (varón, mujer, pacientes pediátricos).

5 Discusión-Conclusión

Aproximadamente entre el 30 y 40% de todas las infecciones nosocomiales tienen su origen en un foco urinario, generalmente debidas a un sondaje vesical. A los 10 días de llevar una sonda vesical, cerca del 50% de los pacientes pueden presentar bacteriurias, llegando al 100% de los pacientes si el período es de más de 28 días.

El sondaje vesical, es un procedimiento habitual, sobretodo en el ámbito hospitalario, cuya competencia pertenece a los profesionales de enfermería, pues es el encargado de su colocación, mantenimiento y retirada del mismo.
A pesar de la evolución que ha experimentado la técnica de sondaje a lo largo de éstos años, todavía surgen muchas complicaciones derivadas de éste procedimiento, destacando la infección urinaria como la complicación más frecuente.

Por ello el personal de enfermería debe de conocer y manejar a la perfección el material necesario para la cateterización vesical, seguir las normas de higiene y limpieza para mantener las condiciones de asepsia, conocer a la perfección las

indicaciones y mantener los conocimientos actualizados en cuanto a la técnica y los cuidados destinados a los pacientes portadores de sondaje vesical.

Es una técnica rutinaria, y las consecuencias derivadas de una mala praxis, podrían derivar en complicaciones e infecciones hospitalarias que repercuten directamente en la calidad asistencial y en la salud de los individuos. Si bien es verdad que todas éstas infecciones no pueden ser prevenidas, el personal enfermero tiene un papel muy importante en la reducción de las mismas, siendo fundamental la implicación de dichos profesionales.

6 Bibliografía

1. Tortora Gerald J., Derrickson Bryan. Principios de Anatomía y Fisiología Humana. 11º de. Madrid. Editorial Médica Panmericana S.A; 2007: 320-325L.
2. Thibodeau GA, Patton KT. Anatomía y Fisiología. 6º de. Harcourt; 2007.
3. Pigrau C. Infecciones del tracto urinario nosocomiales. Enferm. Infecc. Microbiolo.Clin. 2013;31(9):614-624.
4. Menéndez González L; González Sánchez G.M. Cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica de Atención Primaria. RqR Enfermería comunitaria (REVISTA SEAPA).
5. Rueda Pérez S; Pérez García FJ; Pallares Castillo MV. Protocolo Sondaje Vesical: Modificación de la Técnica para cambio de catéter en portadores de larga duración. Nure INV. 2013.
6. Sainz Sáenz P; Ibañez Sáenz A. Sondaje Vesical: Inserción y Cuidados. Revisión 3. Hospital San Pedro. 2010. Disponible en: Programa informático Selene del Hospital San Pedro de Logroño. La Rioja.

Capítulo 301

VENTILACIÓN MECÁNICA EN DECÚBITO PRONO Y SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: PAPEL DE ENFERMERÍA

LAURA FERNÁNDEZ CANO

FRANCISCO SOUSA GÓMEZ

LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA

1 Introducción

El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una patología habitual en las unidades de cuidados intensivos (UCI) que se asocia con elevadas cifras de mortalidad (30-60%), alto consumo de recursos sociosanitarios y consecuencias funcionales a largo plazo. Se define como una dificultad respiratoria grave de inicio agudo, caracterizada por hipoxemia severa (relación PaO2/FiO2 ≤ 200mmHg), ausencia de hipertensión de la aurícula izquierda (presión de capilar pulmonar inferior a 18 mmHg o sin signos clínicos de insuficiencia ventricular izquierda) e infiltrados bilaterales en la radiografía frontal de tórax.

El tratamiento del SDRA se basa fundamentalmente en medidas de soporte dirigidas a reducir la hipoxemia, como son la ventilación mecánica con volúmenes circulantes bajos y presión positiva al final de la espiración (PEEP), la administración de vasodilatadores inhalados, la presurización de la vía aérea y la mejora

en el transporte de oxígeno mediante la corrección de la inestabilidad hemodinámica.

Junto con ellas, la ventilación mecánica en posición de decúbito prono (DP) ha demostrado ser eficaz: el 60-80% de los pacientes con SDRA grave tratados con DP muestran un incremento significativo de las cifras de PaO2. Su uso permite aumentar el volumen final de espiración del pulmón y el reclutamiento alveolar, mejorando la oxigenación en pacientes con insuficiencia respiratoria severa.

2 Objetivos

Describir el manejo y cuidados de enfermería al paciente con síndrome de distrés respiratorio agudo tratado con ventilación mecánica en posición de decúbito prono.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el abordaje del SDRA mediante ventilación mecánica en decúbito prono y el papel de enfermería. En la estrategia de búsqueda se utilizaron las bases de datos: Pubmed, Scielo, biblioteca cochrane. Se usaron los siguientes descriptores:
- MeSH: prone position, ARDS, ICU, nursing care.
- DeCS: decúbito prono, SDRA, UCI.

Con el objetivo de aportar información científica actual y válida, se escogieron artículos publicados en los últimos 8 años (2012-2020), tanto en inglés como en español. Todos los documentos anteriores al año 2012 se excluyeron, con excepción por su interés en el presente trabajo de la revisión publicada en 2002 por Real López y Enrique Arias.

4 Resultados

1. Indicaciones/contraindicaciones:
- De acuerdo con las evidencias actuales se recomienda el uso de ventilación en posición prono en pacientes con relación PaO2/FiO2 menor a 150 mmHg, con PEEP mayor a 5 cmH2O y FiO2 de 0.60 o más.
- La eficacia de la técnica de DP es mayor cuando se inicia en fase temprana (primeras 24/36 horas desde el comienzo de la VM), pues previene la destrucción

alveolar y la fibrosis progresiva.
- Se considera que el paciente es respondedor a la terapia DP cuando se registra un incremento de la Pao2/Fio2≥20% o de la PaO2≥ 10mmHg. El porcentaje de pacientes no respondedores oscila entre el 17 y el 39%. En cuanto a la duración de la terapia en pacientes con respuesta a la misma, no existe un criterio estandarizado, si bien algunos estudios recomiendan mantenerla entre 16 y 20 horas al día.
- Esta técnica está contraindicada en fracturas vertebrales inestables o pélvicas, hipertensión intracraneal o intraocular, inestabilidad hemodinámica, heridas abiertas o quemaduras en la cara o en la superficie corporal anterior, estados de shock, politraumatizados, hemorragia aguda y embarazo a partir del 2º trimestre de gestación.

2. La ventilación mecánica en DP es una técnica segura, que produce una serie de beneficios a diferentes niveles:
- Ventilación pulmonar: en los pacientes con SDRA existe un mayor gradiente de presión entre la pleura anterior y posterior, provocando que la zona dorsal del pulmón se distienda y ventile menos. El DP redistribuye las presiones pleurales y homogeniza la distribución de los volúmenes pulmonares.
- Perfusión pulmonar: en DS, la gravedad y el gradiente de presión pleural dificultan la expansión alveolar y la ventilación a nivel posterior, parte más perfundida. En cambio, el DP redistribuye dichas fuerzas, permitiendo un reparto más homogéneo del flujo sanguíneo en el pulmón.
- Relación ventilación/perfusión (V/Q): la mejora de la perfusión a nivel anterior y de la ventilación a nivel posterior conlleva un aumento de la relación V/Q, con el consiguiente incremento de la oxigenación arterial.
- Secreciones: el DP favorece el drenaje de secreciones.
- En la VM, posibilita reducir los valores de FiO2 y PEEP, reduciendo el riesgo de lesiones producidas por ventilación mecánica.

Además, la terapia DP se asocia con menores cifras de mortalidad. En el estudio PROSEVA realizado en pacientes con SDRA grave, la aplicación de ventilación prolongada en DP disminuyó significativamente la mortalidad a los 28 días (16%) y a los 90 días (16%) en comparación con ventilación en posición supina. Aunque el DP ha demostrado tener un gran impacto en la supervivencia y la fisiología respiratoria, su aplicación clínica en pacientes con SDRA es todavía baja. El estudio APRONET determinó en 2017 que la prevalencia de DP en SDRA graves es del 32,9%.

3. Los efectos adversos descritos son poco frecuentes y potencialmente evitables:
- Edema facial, conjuntival o palpebral: habitual en DP prolongados. Para evitarlo, colocar al paciente en anti-Trendelemburg y girar lateralmente la cabeza cada 2 horas.
- Lesiones cutáneas de zonas declives: tórax anterior, labios, rodillas, frente. Para evitarlo, prevenir con apósitos hidrocoloides.
- Lesiones mucosas: úlceras corneales o linguales
- Extubación accidental
- Pérdida de accesos vasculares o drenajes

Papel de enfermería:

1. Técnica de pronación:

Para minimizar las complicaciones, es indispensable la preparación previa del paciente y el entorno. Antes de realizar el giro, se realizarán los cuidados generales al paciente: higiene bucal, ocular, aspirado de secreciones traqueales y fijación del TET, comprobación de accesos vasculares, drenajes y sondas, cura de heridas, sedoanalgesia, etc. Para reducir el riesgo de broncoaspiración, la nutrición enteral debe detenerse y conectarse a bolsa antes de iniciar la maniobra.

El giro se realizará preferiblemente hacia el lado del ventilador o hacia el contrario de la localización del acceso venoso. Durante la maniobra, el personal de enfermería responsable debe sujetar el TET, la SNG y los accesos vasculares, dirigiendo la maniobra desde el cabecero de la cama. El paciente se desplazará hacia el extremo de la cama contrario al sentido de giro, para a continuación colocarlo en decúbito lateral. En este punto, deben colocarse almohadas a nivel escapular, pélvico y de los tobillos. A la altura de la cabeza, se colocará un rodete en forma de C. Por último, el paciente se colocará en DP sobre las almohadas.

Una vez colocado en DP, la cama se colocará en anti-Trendelemburg, minimizando el riesgo de edema facial y de reflujo gastroesofágico. Se reanudarán la nutrición y la monitorización de constantes (electrodos en la espalda), y se comprobará el correcto funcionamiento de drenajes, sondas, catéteres y TET. La postura debe ser lo más fisiológica posible para prevenir tensiones elevadas. Un brazo se coloca por encima de la cabeza con la palma hacia abajo, mientras que el otro miembro se entenderá junto al cuerpo en rotación interna y ligera flexión del codo y el hombro. La cabeza se lateralizará hacia el brazo situado a lo largo del cuerpo para reducir la tensión sobre los plexos braquiales.

2. Cuidados de enfermería al paciente en DP:
- Asegurar la correcta alineación corporal.
- Realizar cambios posturales cada 2-4 horas. Se debe alternar la postura de los miembros superiores, en coordinación con la de la cabeza, que siempre debe mirar al brazo situado a lo largo del cuerpo.
- Vigilancia y prevención de UPP: orejas, pómulos, acromion, mamas, codos, genitales, rodillas y dedos del pie.
- Higiene ocular
- Control del estado respiratorio: pulsioximetría, control gasométrico pre y post giro, movimientos respiratorios. - Vigilancia del estado de accesos vasculares, tubo endotraqueal y tolerancia a la nutrición.

5 Discusión-Conclusión

La ventilación mecánica en posición de decúbito prono resulta una técnica eficaz en el abordaje del síndrome de distrés respiratorio agudo, pues favorece la oxigenación, la ventilación de áreas pulmonares colapsadas y la movilización de secreciones. Sus efectos adversos son poco frecuentes y potencialmente evitables mediante la vigilancia y la formación del personal sanitario.

La labor del personal de enfermería es fundamental en la efectividad de la oxigenación y en la prevención de complicaciones. Por tanto, es imprescindible su formación en la técnica de pronación, prestando especial importancia a la preparación previa del paciente y entorno, así como en los cuidados al paciente ventilado en DP, donde destacan los cambios posturales programados, la correcta alineación corporal y la monitorización respiratoria.

6 Bibliografía

1. Setten M, Plotnikow GA, Accoce M. Prone position in patients with acute respiratory distress syndrome. Rev Bras Ter Intensiva. 2016;28(4):452-462.
2. ARDS Definition Task Force, Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, Ferguson ND, Caldwell E, et al. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. JAMA. 2012;307(23): 2526-33.
3. Real López L, Enrique Arias C. Prone position in adult respiratory distress syndrome: nursing care. Enferm Intensiva. 2002;13(4):146-54.
4. Hudack ME. Prone positioning for patients with ARDS. Nurse Pract. 2013; 38(6):10-2.

5. Campello Vicente A, Vidal Baños A, Del Saz Caja MI, Tomás Robles A, Villaescusa Carrillo MC. La terapia decúbito prono desde la perspectiva de la enfermera de UCI: una revisión integrativa. Revista científica de enfermería. 2015; 10: 22-37.
6. Guérin C, Reignier J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, et al; PROSEVA Study Group. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 2013; 368(23): 2159-68.
7. Guérin C, Beuret P, Constantin JM, Bellani G, Garcia-Olivares P, Roca O, et al. A prospective international observational prevalence study on prone positioning of ARDS patients: the APRONET (ARDS Prone Position Network) study. Intensive Care Med. 2018; 44(1): 22-37.
8. Bloomfield R, Noble DW, Sudlow A. Prone position for acute respiratory failure in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(11): CD008095.

Capítulo 302

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE CATÉTER CON RESERVORIO

ANDREA FERNANDEZ BORREGO

EVA MARIA FERNÁNDEZ SERRANO

LLARA FERRERAS LOSILLA

MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El catéter venoso central consiste en una vía de acceso permanente al sistema venoso mediante un catéter cuyo extremo distal queda alojado en la unión entre la vena cava superior y la aurícula derecha del corazón. Actualmente se cuenta con varios tipos de catéteres centrales, uno de ellos es el catéter venoso de acceso subcutáneo implantado o catéter con reservorio.

Consiste en un dispositivo que se compone de un reservorio de titanio, cubierto por una membrana que permite repetidas punciones sin dañarse, conectado a un catéter que quedara dentro del torrente sanguíneo. Se implanta mediante técnica quirúrgica y queda cubierto totalmente por la piel del paciente. Normalmente se ubica en la pared anterior del tórax del paciente, sobre el plano muscular, proporcionando un acceso sencillo, seguro y permanente que no se ve a simple vista.

Este tipo de catéter está indicado en pacientes que requieren un tratamiento intravenoso prolongado. Principalmente se utilizan para pacientes oncológicos a tratamiento con citostáticos, aunque pueden utilizarse para la administración de hemoderivados, nutriciones parenterales y para la extracción de muestras sanguíneas. Reduce el dolor asociado a las punciones repetidas en pacientes de acceso venoso difícil, la incomodidad de portar un catéter externo y evita el riesgo de flebitis en vasos periféricos.

El uso de estos catéteres ha adquirido gran importancia, debido al mayor número de pacientes que requieren un tratamiento intravenoso prolongado, a la mayor disponibilidad de estos y al menor coste con el uso de estos dispositivos. La mayoría de las implantaciones de estos catéteres se realizan bajo anestesia local y no existen complicaciones durante el procedimiento. Los dispositivos tienen un fácil manejo y son cómodos para el paciente, mejorando su calidad de vida, permitiendo un tratamiento ambulatorio y disminuyendo los ingresos hospitalarios.

2 Objetivos

- Describir la forma de actuación del personal de enfermaría al utilizar un catéter venoso de acceso subcutáneo implantado o catéter con reservorio.

3 Metodología

Se realizo una búsqueda bibliográfica sobre los catéteres con reservorio en las principales bases de datos. Utilizando como palabras clave catéter con reservorio, catéter implantado y catéter venoso central de acceso subcutáneo.

4 Resultados

Protocolo de cuidados de enfermería.
El uso del dispositivo es apto tras la comprobación de que está bien implantado mediante técnicas de imagen, pero se aconseja esperar a la completa cicatrización de la herida quirúrgica para su uso.

Para la manipulación del catéter, debemos preparar el material necesario antes de comenzar, realizar una correcta higiene de manos y preparar un campo estéril, ya que la manipulación de estos catéteres debe realizarse mediante técnica estéril.

Asegurarse de la correcta identificación del paciente y explicarle el procedimiento que se le va a realizar. Tras la colocación de los guantes estériles, debemos limpiar la zona desde el centro a la periferia con solución antiséptica (clorhexidina alcohólica al 0.5%, clorhexidina acuosa al 2% o povidona yodada en caso de alergias). Palpar y localizar el reservorio, fijándolo con el primer y segundo dedo de la mano no dominante.

Existen agujas específicas para el uso del catéter con reservorio, que no dañan la membrana, únicamente se deben puncionar con agujas tipo Huber o Gripper. Coger la aguja específica para este catéter y pedirle al paciente que tome aire para que el reservorio se acerque y se fije a la superficie. Introducir la aguja perpendicular a la piel en la zona que queda entre ambos dedos. Se debe notar una ligera resistencia al atravesar la membrana y un roce metálico que indicara el suelo del reservorio. Las agujas específicas para estos catéteres cuentan con una alargadera y una pinza que deberá mantenerse cerrada durante la punción. Tras finalizar se debe conectar una jeringa de al menos diez mililitros a la alargadera, abrir la pinza y aspirar, comprobando así la permeabilidad del catéter. No se deben utilizar jeringas con un volumen menor a diez mililitros, ya que generan presiones demasiado altas para el reservorio.

Para la extracción de una muestra sanguínea, desechar al menos cinco mililitros de la sangre que se extrae tras la punción, cerrar la pinza y cambiar de jeringa, extrayendo ya el volumen necesario para la muestra. Cerrar de nuevo la pinza y lavar con al menos veinte mililitros de suero fisiológico previamente preparados. Tras el lavado, se debe administrar heparina sódica de baja concentración para evitar que se coagule la sangre y provoque una obstrucción del catéter. Retirar la aguja sujetando el reservorio entre los dedos índice y pulgar como para la inserción. Desinfectar la zona con gasa estéril impregnada en el antiséptico indicado, y colocar un apósito protector.

Para la administración de medicación sin extracción de muestra sanguínea, se deben desechar también los primeros mililitros de sangre para comprobar así la permeabilidad y evitar administrar la heparina que quedara en el catéter tras la última utilización. Lavar la vía con veinte mililitros de suero fisiológico y conectar la medicación a administrar. Debemos asegurarnos de lavar siempre la vía después de la infusión de cualquier sustancia a través del catéter, salvo en el caso de medicación citostática, que tendrá un protocolo de administración específico.

Cuando el reservorio no es utilizado el único cuidado que se debe mantener es la heparinización del catéter cada siete u ocho semanas, además de recomendar al

paciente que mantenga la zona limpia y seca y evite golpes en la zona. La administración de la heparina sódica debe realizarse siempre con técnica de presión positiva, introduciendo siempre los últimos mililitros mientras se cierra la pinza de clampado.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería es el encargado de la manipulación del catéter durante la duración del tratamiento, por ello es preciso conocer la técnica adecuada, los cuidados que requiere este catéter y las posibles complicaciones.

Tras la revisión de la bilbiografia publicada, la cantidad de heparina sódica a administrar varía en función del protocolo que se utilice en los diferentes centros sanitario y en función de las presentaciones de heparina sódica disponibles en cada uno de ellos. Se debe actuar según las recomendaciones del fabricante del catéter disponible en cada centro.

6 Bibliografía

1. Alvarez Jorge Antonio, Villalba Willian Omar, Encina Wilfrido Pastor, Vega Ricardo Blasdimir. Reservorio venoso subcutáneo. Rev. Cir. Parag. [Internet]. 2012 Dec [cited 2020 Feb 3] ; 36(2): 14-16. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202012000200003&lng=en.
2. González- Fisher RF, Montiel-Mendoza ZJ, Marín-Magallanes C. Cateteres con reservorio para uso prolongado. Lux médica; ene- abril del 2012 20: 21- 27.
3. Freiré E, De la Iglesia A, Rodríguez C, López MA, González M, Peleteiro R et al. Reservorios venosos centrales totalmente implantables, tipo Port-A-Cath, en pacientes oncológicos: Revisión de Complicaciones. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2008 Oct [citado 2020 Ene 29] ; 15(7): 451-462. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000700004&lng=es.
4. Urien Pérez MªZ, Rodríguez García B, Velayos Velayos A, Galán Martín N, García García MªB. Cuidados de enfermería dirigidos a pacientes portadores de reservorio venoso subcutáneo (Port -a- Cath®) en atención primaria. Revisión bibliográfica. Rev. enferm. CyL Vol 9 - Nº 1 (2017)
5. Protocolo de cuidados de enfermería en paciente portador de catéter con reservorio subcutáneo del Hospital Universitario San Agustín.

Capítulo 303

COMA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MERCEDES LANNY RODRÍGUEZ ALLEGUE

1 Introducción

Coma se define como la ausencia de respuesta comprendible y de expresión ante estímulos externos o necesidades internas.La exploración de un paciente en coma se basa en cinco parámetros específicos, valorando el nivel de conciencia donde debemos confirmar que el paciente este realmente en coma.

- Somnolensia: el paciente tiende a permanecer dormido y puede ser despertado con cualquier estímulo sensorial cognoscitivo llegando fácilmente al estado de alerta.
- Estupor: es la ausencia de respuesta de la cual el paciente puede ser sacado por medio de estímulos vigorosos y repetidos, retornando al estado inicial una vez que cesa el estímulo. La respuesta a las órdenes verbales es lenta e inadecuada y a veces falta en absoluto.
- Coma: audencia e respuesta de la cual el paciente es incapaz de percibir o responder a los estímulos externos o a las necesidades internas.

Patrón respiratorio: debemos observar al paciente en un minuto. Los más frecuentes son respiración de Cheyne -Stokes es donde las fases de hiperpnea alternan de manera regular con la apnea.

- Hiperventilación neurógena central: respiración rápida sostenida que oscila entre 40 a 70 respiraciones por minuto y es producida por lesiones bilaterales de la unión pontomescencefálica.
- Respiración apneútica: caracterizada por una inspiración seguida de una apnea de entre 2 y 3 segundos seguidos de una espiración profunda y un nuevo periodo corto de apnea.

- Respiración atáxica: patrón respiratorio completamente irregular tanto la respiración profunda como la superficiales ocurren al azar.

Se exploran las pupilas: tamaño y respuesta a la luz , observando tamaño, simetría pupilar y reactividad a la luz.
- Reflejos ocilomotores y ocilovestibulares: donde se ha de observar posición en reposo de los ojos, especialmente si la mirada esta conjuntada.
- Reflejos oculo-cefálicos (ojos de muñeca), se desencadenan con los ojos abiertos y mediante giro de la cabeza con rapidez de un lado hacia el otro.
- Reflejos oculo-vestubulares: se realiza con la cabeza elevada 30 grados en el paciente que tiene la membrana del tímpano intacta, inyectándose agua helada en el conducto auditivo.

Respuestas músculo esqueléticas ante estímulos nociceptivos (dolorosos). Los puntos de estímulos más usados son la presión dipraorbitaria, pinzamiento del área mamilar o alguna parte de los miembros y compresión del esternón. Los patrones de respuesta mas clásicos son:
- Reflejos musculoesqueléticos. La localización, el paciente se halla inmóvil sin responder a órdenes pero es capaz de localizar el estímulo doloroso contrayendo los músculos subyacentes al punto estimulado e incluso retirando el miembro.
- Decorticación :Se caracteriza por hiperextensión de los miembros inferiores con flexión de los superiores que se desencadena con los estímulos dolorosos .Indica afectación diencefálica.
- Descerebración : es un signo de alarma, el nivel de afectación alcanza el mesencéfalo, el estímulo doloroso provoca rigidez de los músculos del cuello y dorso con rotación interna de las extremidades superiores y extensión de las inferiores.
- Hipotonía: el paciente yace hipotónico y no hay respuesta ante estímulos dolorosos .

2 Objetivos

Identificar cómo debemos actuar antes un paciente en estado de coma en un medio hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una busqueda bibliográfica y lectura de articulos públicos ,revistas ciéntificas y google académico.

4 Resultados

El abordaje elemental ante un paciente en coma, la sistemática que se seguirá en un medio hospitalario será mantener constantes vitales (obtener una vía perférica venosa permeable y aérea), extracción sanguínea para hemograma, glucosa, urea, iones, gases arteriales y tóxicos, realizar electrocardiograma (ECG). En la historia clínica se obtendrán datos de los familiares o personas acompañantes, se debe hacer una exploración neurológica y general tratamiento general y específico.

Cuidados de enfermería: el paciente presenta déficit total de autocuidado. La priorización de cuidados va dirigida a mantener la respiración, ventilación y riego cerebral.

Necesidades fisiológicas: oxígeno, agua, alimentos, eliminación fecal y urinaria, termorregulación, descanso, reposo, sueño y alivio del dolor. Necesidades de seguridad y protección, defensa contra amenazas externas, mecánicas, químicas, térmicas y bacteriológicas como son higiene, alineación corporal, evitar ulceras por presión y prevención de caídas.

Oxigenenación: posición de seguridad, cama a 30 grados, vía áerea permeable , debe estar sin prótesis dental, aspiración de secreciones, administrar oxígeno según prescripción médica, cuidado y mantenimiento de tubos endotraqueales o respirador mecánico. Girar al paciente de lado a lado cada dos horas para optimizar la expansión alveolar, vigilar la ventilación mecánica :comprobando los parámetros que el médico haya ordenado, comprobar las alarmas y vigilar la adaptación entre la ventilación mecánica y el paciente.

Agua: el paciente en coma no toma ingesta oral por riesgo de broncoaspiración, solo a través de sonda nasogástrica.

Fluidoterapia: instauración de una vía manteniendo cambios de lugar de la vía.

Alimentación :alimentación normal enteral por sonda nasogástrica, parenteral, limpieza de cavidad bucal y aplicar vaselina en los labios.

Eliminación: cambio frecuente de pañales , observar integridad de la piel.
Eliminación urinaria:cuidado de sondaje vesical, balance estricto.
Control hemodinámico: control de constantes vitales, monitorización cardíaca y respiratoria.
Cuidados referidos a la intimidad del paciente, mantener su cuerpo cubierto conservando la intimidad.

5 Discusión-Conclusión

Recordar que se trata de un enfermo grave y lo primero que debe hacerse es mantenerlo vivo, luego diagnosticar si es posible la causa de su trastorno y tratarlo de manera adecuada.

6 Bibliografía

• Plum F.,Posner J.Estupor y coma.Editorial Manual Moderno,1982.
• Muñoz Gonzáles. A;Vázquez Chozas,JM. Actualización de Enfermería .Listado NOC.2007
• Feske,Steven,"Coma y estados confusionales",Clínicas Neurologícas de Norte América,1999:251-273.

Capítulo 304

PREPARACIÓN DE LA PIEL PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN QUIRÚRGICA.

MARIA DE LA PAZ DELGADO ALVAREZ

ALEJANDRA GARCIA IZQUIERDO

OLAYA TRIVIN TUERO

ALBA GARCÍA RUIZ

LUCIA FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

La infección del sitio quirúrgico (ISQ) está definida por los Centers for Disease Control como la infección ocurrida en la incisión quirúrgica, o cerca de ella, durante los primeros 30 días o hasta un año si se ha dejado un implante. Es uno de los orígenes más importantes de morbilidad y mortalidad entre los pacientes hospitalizados, debido no sólo a las particularidades del propio paciente sino también a las del centro hospitalario, al personal que forma el equipo quirúrgico y a la propia intervención.

Se ha demostrado que la mayoría de estas infecciones son endógenas, están derivadas de la contaminación de los microorganismos que habitan en la propia piel del paciente al realizar la incisión en la intervención quirúrgica.

Las infecciones acaecidas por microorganismos originarios de una fuente exógena son menos frecuentes. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) catalogan las infecciones quirúrgicas en infecciones incisionales y de órgano-espacio. A su vez, las incisionales se subdividen en 2 tipos:
- Superficial, implica a piel y tejido celular subcutáneo.
- Profunda a los tejidos blandos profundos de la incisión.

Las infecciones de órgano-espacio compromete a cualquier parte de la anatomía distinta de la incisión en la piel, la fascia o las capas musculares que se cortan o manipulan en el propio acto quirúrgico.

2 Objetivos

Investigar, valorar y disminuir los factores de riesgo coligados a la infección del sitio quirúrgico (ISQ) en adultos con cirugía programada y nuestra responsabilidad como enfermera/o en el proceso.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, en relación a la preparación de la piel para la prevención de la infección quirúrgica; como son: PUBMED, SCIELO, COCHRANE .
También forma parte de este estudio los años de experiencia como enfermera y supervisora del área quirúrgica.

4 Resultados

Del análisis de lo encontrado en la literatura y la experiencia profesional, haremos especial mención a los factores de riesgo ligados a la infección quirúrgica. Por un lado, los del propio paciente, flora microbiana de la piel, obesidad, diabetes, tabaquismo, tratamiento del paciente, malnutrición, , inmunodepresión, etc. Por otro, los derivados de la propia intervención: tiempos quirúrgicos, preparación prequirúrgica de la piel, profilaxis antimicrobiana, grado de contaminación de la cirugía, etc.

Las medidas de prevención de la infección quirúrgica se pueden definir como un grupo de ejercicios protocolizados que realiza el personal sanitario para reducir el riesgo de infección.

La mayoría de estas infecciones están producidas por la contaminación de la incisión por microorganismos de la propia piel del paciente durante la cirugía.

El 60% de las IHQ se pueden evitar, ya que el 80% de las bacterias se encuentran en las primeras 5 capas de la epidermis.
Cuando se realiza una incisión la integridad de la piel se altera y se incrementa el riesgo de infección.

Las medidas de prevención pueden ser (Según protocolo del Centro) : prequirúrgica (lavado de la piel, ducha, rasurado, profilaxis antibiótica, glucémica, etc.), quirúrgica y postquirúrgica (cuidado de la herida quirúrgica, cambio de vendajes s/p, etc.).

Vamos a hacer especial hincapié en las medidas de prevención quirúrgica: lavado de manos quirúrgico del personal sanitario interviniente en el acto quirúrgico, uso de cobertura quirúrgica de un solo uso, preparación antiséptica de la piel, etc., y dentro de estas haremos especial mención al antiséptico ideal para la piel.

Este antiséptico ideal deberá reunir las siguientes características:
1. Amplio espectro.
2. Actividad bactericida rápida.
3. Actividad residual en el tiempo.
4. Eficaz y efectivo en presencia de materia orgánica.
5. Tolerabilidad.
6. Cero o mínima absorción sistémica.
7.Estéril, y a ser posible, siguiendo las recomendaciones del Ministerio de sanidad, producto farmacéutico y no biocida.

5 Discusión-Conclusión

La influencia que tendría la elección de un buen antiséptico para la piel del paciente quirúrgico en distintos campos sería la siguiente: evitaría un impacto físico, mental y económico sobre el paciente y su familia; disminuiría de forma significativa las reintervenciones y cirugías de urgencia, y por lo tanto afectaría también a las listas de espera; rebajaría el crecimiento de resistencia a los antibióticos; reduciría el gasto sanitario producido por las infecciones quirúrgicas, pudiendo así emplear estos recursos en otros procedimientos sanitarios.

Por lo tanto, una aportación efectiva y eficaz de los profesionales sanitarios para

evitar las infecciones quirúrgicas sería fundamental y afectaría a distintos ámbitos de la Sanidad.

6 Bibliografía

- Https://www.bd.com/en-us/offerings/capabilities/infection-prevention/skin-preparation/chloraprep-patient-preoperative-skin-preparation-products/chloraprep-applicators
- Http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf
- Guía de utilización de antisépticos. J. M. Arévalo, J. L. Arribas, Mª J. Hernández, M. Lizán. Coordinador: R. Herruzo.
- Grupo de trabajo sobre Des-infectantes y Antisépticos (SEMPSPH).

Capítulo 305

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PREY POST IMPLATE DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE.

MERCEDES LANNY RODRÍGUEZ ALLEGUE

1 Introducción

Un marcapaso es un generador de pulso que transmite estímulos eléctricos hasta el corazón a través de un o unos catéteres electrodos conectados a una batería interna con el objetivo de asegurar la contradicción ventricular. Según el número de cavidades cardíacas en las que se coloca un electrodo, los marcapasos pueden ser:

- Unicamerales: un electrodo, en suricula derecha o en ventricilo derecho.
- Bicamerales:dos electrodos uno en aurícula derecha, otro en ventriculo derecho
- Tricamerales: tres electrodos ,uno en aurícula derecha , otro en ventriculo derechi y el tercero en ventrículo izquierdo

El implante se realizara en la sala de marcapasos con anestésia local. Debemos mantener la calidad de los cuidados antes y después de la implantación del marcapasos, conseguir que el paciente este tranquilo conociendo todo el proceso al que va ser sometido, prevenir complicaciones (infecciones,hemorragias, desplazamientos del electrodo, fallos en el funcionamiento del marcapasos)

2 Objetivos

-Conocer protocolo de cuidados de enfermería en el pre y post implante de marcapados cardiaco permanente.
- Informar al paciente en los autocuidados relacionados con el marcapasos y hacer que él y su familia se adapten a la nueva situación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además, se realiza búsqueda bibliográfica y lectura de artículos públicos en páginas oficiales y revistas científicas sobre protocolos de actuación de guía de práctica clínica.

4 Resultados

Preparación pre implante del marcapasos, se debe explicar al paciente todo el proceso antes y después del implante, aclarando sus dudas y transmitiéndole tranquilidad. Se procederá de la siguiente manera:
- Realizar Electrocardiograma (ECG).
- Se realizaran analíticas (hemograma, bioquímica y coagulación).
- Comprobar medicación: anticoagulación según orden médica (si clexane pautar como mínimo 12 horas antes del implante, en pacientes insulino dependientes sueros con insulina según orden médica)
- Preparación quirúrgica: baño o ducha
- Rasurado en la zona que se realizará en la sala previo al implante
- Retirada de prótesis dentales y esmalte de uñas si precisa
- Canalización de vía venosa periférica en MSD
- Dieta absoluta desde las 24 horas
- Procurar que el paciente orine antes de salir de la habitación para evitar interrupciones durante el acto quirúrgico
- Premedicación 30 minutos antes del implante según orden médica (cefaxolina 2gr, IV y Midazolam2mg ,IM)

- El paciente irá a la sala de marcapasos en cama , si lleva bomba de perfusión y precisa monitorización irá acompañado por una enfermera hasta la sala de marcapasos
- Llevara historia clínica completa
- Comprobar que retorne todo el material tras dejar al paciente en la sala de marcapasos (bomba perfusión, telémetro, botella oxigeno, etc)

Una vez realizado el implante, el médico que ha realizado el mismo informará a la familia que esperará en la sala de espera de las consultas de cardiología y les hará entrega de la documentación necesaria (tarjeta europea de portador de marcapasos, se le dará cita para dentro de 7 a 10 días para realizar la primera revisión y retirada de suturas.

En los cuidados post implante se debe hacer recepción del paciente en su habitación, se medirán contantes vitales a su llegada de la sala y luego por turnos las primeras 24 horas, se realizará un electrocardiograma (ECG) y una inspección del apósito quírurgico(hematoma,hemorragía),valorar poner peso unas horas sobre el apósito para teforzar la hemostasia, mantener vía venosa permeable, reposo en cama puede sentarse al borde de la cama, brazo del lado del implante inmovilizado 24 horas (suele ser el izquierdo) puede mover el codo pero no separar el brazo.

- Reanudar ingesta a las 6 horas
- Planificar para la mañana siguiente un Rx Torax de control.
- A las 24 horas se realizara el Rx torax de control, ECG, se mandara a deambular y se retirara el cabestrillo, realizar primera cura si no fue preciso antes, planificar curas cada 48 horas, retirar vía venosa, realizar informe de alta de enfermería, entregando informe de alta de enfermería para la realización de las curas retirada de puntos de suturas si los tiene por su DUE del centro de salud, entregar hoja con recomendaciones y verificar que el paciente las comprende.
- Registrar todo en el plan de cuidados.

5 Discusión-Conclusión

Mantener la calidad de los cuidados antes y después de la implantación del marcapasos, conseguir que el paciente esté tranquilo conociendo todo el proceso al que sera sometido, prevenir complicaciones (infección hemorragias, desplazamientos del electrodo o fallos en el funcionamiento).

Iniciar al paciente en los cuidados relacionados con el marcapasos y hacer que él y su familia se adapten a la nueva situación.

6 Bibliografía

- Braunwald,E:Tratado de Cardiología, 5ta ed,México,DF.,Interamericana,McGraw-Hill,1999
- Brunner,L.yD.Suddarth:Enfermería Médico-Quírurgica,Vol I,8va ed,México,DF.,Interamericana,McGraw Hill,1998.
- Canobbio,M.:Trastornos Cardiovasculares,Doyma,Madrid,1999.
- Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- Https://www.scielo.org/es/
- Https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 306

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN MUJERES MASTECTOMIZADAS.

CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ALICIA MARTÍNEZ FERNANDEZ

MARTA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad que consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Estas células pueden diseminarse, llegar a otras partes del cuerpo, adherirse a los tejidos y crecer produciendo metástasis.

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres a nivel mundial, representando el 16% de todos los cánceres femeninos (a excepción de los cánceres de piel no melanomas). En España, se ha producido un aumento de la incidencia del 30% desde el año 2012, situándose en segundo lugar por encima del cáncer de próstata.

Actualmente, aunque su mortalidad está disminuyendo gracias a los avances médicos, el cáncer de mama es una prioridad sanitaria. El objetivo de las actuaciones por parte de los profesionales de enfermería es proporcionar los cuidados necesarios, informar, acompañar y guiar a las mujeres mastectomizadas durante todo el proceso de la enfermedad.

2 Objetivos

- Conocer la importancia del papel de los profesionales de enfermería en el proceso de atención a las mujeres mastectomizadas.
- Describir las principales intervenciones de enfermería en la atención a las mujeres con una mastectomia.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas fuentes de datos tanto primarias como secundarias. Primero, se ha realizado una búsqueda libre en Google para comprobar el estado actual del tema, la disponibilidad de bibliografía y establecer los objetivos. Tras establecer los objetivos, se ha realizado una búsqueda más rigurosa utilizando una serie de palabras clave como ”cáncer de mama”, ”enfermería”, ”cuidados” y ”mastectomia”. Para la selección de los documentos se han establecido unos criterios de inclusión como: antigüedad máxima de los documentos de cinco años, idioma español o inglés y documentos de interés para la realización del trabajo.

4 Resultados

Los profesionales de enfermería adquieren un importante rol durante todo el proceso de la enfermedad, tanto en la prevención y el diagnóstico precoz como durante el tratamiento y el seguimiento posterior de las mujeres mastectomizadas. Es necesario un abordaje integral que contemple todos los aspectos afectados con esta enfermedad ya que las mujeres mastectomizadas requieren de unos cuidados específicos.

Las intervenciones de enfermería en esta etapa se basan principalmente en una labor educadora para concienciar a la población de la importancia de la prevención del cáncer de mama y de asistir a controles periódicos. El objetivo principal de la intervención de enfermería es aportar una información detallada de la enfermedad a la población, estimular la adopción de hábitos saludables y enseñar la técnica de autoexploración mamaria. Tras establecer una buena relación terapéutica, los profesionales de enfermería deben abordar el ámbito del “autocuidado” para favorecer que estas mujeres participen en la toma de decisiones, sean responsables con su propia salud y facilite el afrontamiento de la enfermedad.

En el momento del diagnóstico, las mujeres que se someten a una mastectomía adquieren sentimientos de miedo y preocupación. El principal objetivo de las intervenciones de enfermería es disminuir el temor e inseguridad que les origina el desconocimiento ofreciendo una información correcta del proceso al que se van a someter. Los profesionales sanitarios deben ofrecer una información detallada sobre la intervención quirúrgica, cuándo y dónde se va a realizar y los cuidados postoperatorios.

Los cuidados preoperatorios en la consulta de enfermería se basan principalmente en preparar a la mujer física y psicológicamente para la intervención quirúrgica. En el aspecto psicológico, los profesionales de enfermería deben aportar toda la información necesaria de forma oral y escrita para resolver sus dudas, realizar una valoración completa con el objetivo de detectar sus principales temores y preocupaciones y apoyar a estas mujeres en todo momento. Para la preparación física, los profesionales de enfermería deben ofrecer una serie de instrucciones y recomendaciones como la eliminación del vello de la zona con crema depilatoria o la adquisición de prendas adecuadas y adaptadas para el periodo de recuperación.

En el momento de ingreso en la unidad de hospitalización, el procesional de enfermería realiza el protocolo de acogida establecido. De forma general, consiste en realizar una breve entrevista con la valoración preintervención, comprobar los consentimientos informados y las pruebas preoperatorias, preparar la zona a intervenir, llevar a cabo las indicaciones médicas y elaborar un plan de cuidados individualizado.

Tras la intervención quirúrgica, las enfermeras son las encargadas de recibir a la mujer y a los acompañantes en la unidad hospitalaria. Las intervenciones de enfermería consisten en realizar de manera continua una valoración del estado general y afectivo de la paciente, un control y seguimiento de las alteraciones físicas y psicológicas que puedan surgir, monitorización de los signos vitales, cuidados específicos de la zona (cuidados del sitio de incisión y del drenaje), educación sanitaria y vigilar signos de dolor y otras complicaciones.

En el momento del alta hospitalaria, los profesionales de enfermería deben entregar material informativo que incluya recomendaciones e indicaciones sobre hábitos saludables para favorecer una óptima recuperación. Además, se debe informar tanto a la paciente como a la familia de las posibles complicaciones que pueden aparecer y cómo identificarlas. Es necesario programar controles posteriores en la consulta de enfermería para valorar física y psicológicamente a la

mujer, el primero de esos controles se debe realizar a las 72 horas postcirugía.

Recomendaciones de enfermería en el domicilio:
- Ropa: se recomienda utilizar sujetadores deportivos con tirantes anchos, sin aros u otro tipo de complementos. Se recomienda utilizar ropa holgada de algodón y evitar el uso de accesorios y bisutería en el brazo afectado.
- Cuidados de la herida: lavar con agua y jabón, secar con toques suaves, aplicar antisépticos y poner gasas. Cuando se retira la sutura, se recomienda hidratar la zona con crema o con aceites como la rosa mosqueta.
- Higiene de la zona: para la higiene de la zona se recomienda utilizar un jabón neutro, secar cuidadosamente, hidratar la piel y utilizar desodorantes sin base alcohólica.
- Estilo de vida saludable: se recomienda llevar a cabo una dieta equilibrada (evitar la grasa y disminuir el consumo de sal y cafeína) y realizar ejercicio físico. Tras la intervención quirúrgica, se recomienda realizar unos ejercicios específicos y progresivos de la zona pectoral, el cuello y los brazos.

Actualmente, las mamas se consideran un símbolo de belleza y sexualidad femenina por lo que su extirpación, para algunas mujeres, supone la pérdida de identidad como mujer lo que repercute en su autoestima. Debido al impacto psicológico que se provoca, las intervenciones de enfermería deben consistir en una atención integral que aborde más allá de técnicas y cuidados para el control y el alivio de los síntomas físicos. Estas intervenciones deben incluir un enfoque psicológico, apoyo emocional y soporte informativo y educacional con el objetivo de reducir los niveles de depresión y ansiedad. Las intervenciones de enfermería se basan en la orientación, el acompañamiento y las sesiones educativas para el manejo del estrés psicológico y la reducción de sus temores.

Otro aspecto importante que se ve alterado con esta enfermedad es la salud sexual, afectando a la calidad de vida de la mujer y su pareja. Los profesionales de enfermería deben establecer un plan de cuidados individualizado e informar a las mujeres y sus parejas sobre todas las consecuencias de la intervención quirúrgica y cómo abordarlas.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería tienen una labor muy importante en la atención a las mujeres con cáncer de mama, desde la prevención hasta el momento de

la rehabilitación. Es necesario elaborar un plan de cuidados por parte de enfermería que contemple todas las necesidades de estas mujeres y no se base solo en el aspecto técnico. Las enfermeras deben proporcionar información, apoyo emocional, cuidados personalizados y acompañar a estas mujeres durante todo el proceso de la enfermedad para favorecer el afrontamiento de su situación y mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

- Https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/50709/1/229441-903891-1-PB.pdf
- Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28792427
59.
- Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28453509
- Https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-X0716864006320808

Capítulo 307

LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SU REPERCUSIÓN EN EL TRABAJO.

NURIA ROSSELL GARCIA

1 Introducción

La Promoción de la Salud en el Trabajo aspira a aumentar la capacidad individual de los trabajadores a mantener su salud y calidad de vida traduciéndose en la incorporación de forma activa de actividades de promoción de la salud. .
Definir una Política de seguridad y salud en el trabajo, como principio fundamental de protección de la vida, integridad y salud de todos los trabajadores.

2 Objetivos

Hacer hincapié en la seguridad y salud de los trabajadores como objetivo permanente integrado en las actividades asistenciales propias, redundando en la calidad asistencial y seguridad del paciente.

3 Metodología

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

Marco teórico.
Se realizaron sesiones de 30 minutos en un hospital. Los trabajadores participantes cumplimentaron de forma anónima un cuestionario: edad, sexo, profesión, puesto, ¿practicas ejercicio de forma regular?, ¿qué opinión te merece la iniciativa?, ¿participarías, en caso de continuidad, en la actividad?, ¿los ejercicios mejorarían tu actividad laboral?

4 Resultados

Participaron 221 trabajadores cuya edad media fue de 51años; las profesiones más participativas fueron los Ax Adtvos (31,22%) seguidos de los TACE (21,27%). El 42,53% de ellos no realizaban ejercicio físico y un 95,93% participarían en caso de dar continuidad a la actividad. Un 96,83% consideran que los ejercicios supondrían una mejora en su actividad laboral

5 Discusión-Conclusión

Mejoría inmediata en el estado físico y psíquico, disminuyendo la ansiedad; repercutiendo directamente en una mejor atención en la aportación de cuidados.
Los beneficios se describen independientemente de edad, y género pero se reafirman que en los sujetos en los que más se notan los mismos son los que se inician en cualquier tipo de actividad física, los que están en baja forma, los de más edad y los que presentan patología psiquiátrica.

6 Bibliografía

- Http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud/
- Serra Grima J.R., Begur Calafat C .Prescripción de ejercicio físico para la salud Editorial Paidotribo, 2004.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (BOE nº 269 de 10 de noviembre.
- López Muñoz G. y otros (1994) Éxito en la gestión de la salud y de la seguridad. I.N.S.H. 1994.
- Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- Https://www.scielo.org/es/.
- Https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 308

ACALASIA ESOFÁGICA.

JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ

ALBA PASCUAL MARTINEZ

1 Introducción

Acalasia es una palabra que se genera a partir del griego «a» que alude a «sin» que es un prefijo de negación, el verbo «Khalasis» que significa «relajación» más el sufijo «ia» que hace referencia a «cualidad»La acalasia esofágica se define como un trastorno motor primario, de etiología no esclarecida, caracterizada por una incapacidad de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) en respuesta a la deglución, ausencia de peristaltismo primario, presencia de ondas terciarias y dilatación del cuerpo esofágico.

La acalasia es un trastorno infrecuente del esófago que puede presentarse a cualquier edad. Afecta por igual a hombres y mujeres. En la mayor parte de los casos no se encuentra relación familiar. Se produce por la incapacidad del esófago de contraerse y empujar el alimento hasta el estómago (ausencia de las contracciones peristálticas) y por la falta de relajación del esfínter esofágico inferior (engrosamiento muscular localizado en la unión del esófago y el estómago que funciona como una válvula y permite el paso de los alimentos al estómago y evita que el contenido del estómago ascienda al esófago), que impide el correcto paso de los alimentos al estómago. Se origina por alteraciones de las estructuras nerviosas del esófago y su causa exacta no se conoce.

El síntoma fundamental es la sensación de detención del alimento en la mitad del pecho. Puede presentarse bruscamente pero suele comenzar de forma intermitente, no todos los días y sólo con los sólidos. Posteriormente la dificultad

aparece también al tragar líquidos. Suele acentuarse con las emociones o bebidas frías y tiende a empeorar con el paso del tiempo. La regurgitación puede ser espontánea, cuando el paciente se tumba o durante la comida. Se puede confundir con el vómito pero, a diferencia de éste, el contenido es de alimentos que no han llegado al estómago y por tanto no tienen sabor ácido, amargo ni contenido biliar. Si el material regurgitado llega a la vía respiratoria puede ocasionar tos e incluso neumonías u otras complicaciones pulmonares.

Otro síntoma típico es el dolor torácico, generalmente como sensación opresiva en el centro del pecho que atraviesa hasta la espalda y a veces asciende por el "área de la corbata" hasta la mandíbula e incluso los oídos. Puede suceder durante la comida o fuera de ella, incluso durante el sueño. Por último, es frecuente la pérdida de peso en cantidad variable que suele estar en relación con la intensidad de los síntomas referidos.
El diagnóstico de la acalasia se realiza atendiendo a los síntomas y a los resultados de las pruebas diagnósticas. Estas pruebas se realizan en el esófago. Las más importantes son las siguientes:
- Exámenes endoscópicos.
- Radiografías.
- Manometrías.
- Endoscopia.

En determinadas circunstancias, los restos de comida, las inflamaciones o un estrechamiento visible del esófago inferior indican la presencia de acalasia. Para poder diagnosticarla es importante realizar una endoscopia para descartar otras posibles causas de las molestias como, por ejemplo, cáncer de esófago. En algunos casos el médico toma una muestra de tejido (biopsia) para buscar alteraciones y otras anomalías.

Radiografía.
Para que la radiografía sea útil en el diagnóstico de la acalasia, los afectados toman previamente un medio de contraste (bario) que permite distinguir el trazado del esófago en la misma. En estos casos, si se padece acalasia, en la radiografía puede verse un estrechamiento acabado en punta en el paso al estómago. Según la etapa de la enfermedad en la que se encuentre, la zona del esófago por encima de este estrechamiento está dilatada (en forma de copa de champán).

Manometría.
En caso de sospecha de acalasia, una manometría también puede ayudar a establecer el diagnóstico: con su ayuda puede medirse la presión en el esófago. La

acalasia puede detectarse gracias a la medición de la falta de relajación del músculo inferior del esófago (esfínter esofágico) al tragar. La medida de la presión puede concluirse a partir de los movimientos peristálticos. Se pueden distinguir tres tipos de acalasia según su motilidad:
- Con hipermotilidad: aumento de los movimientos peristálticos.
- Con hipomotilidad: disminución de los movimientos peristálticos.
- Con amotilidad: no existe ningún movimiento peristáltico.

Ante un paciente con disfagia se hace necesario precisar sus características demográficas, así como realizar un examen físico minucioso para establecer un diagnóstico etológico preciso. Es posible que la achalasia pase desapercibida o se diagnostique mal debido a que sus síntomas son similares a los de otros trastornos digestivos. La acalasia no tiene cura. Sin embargo, como objetivo principal nos platearemos controlar los síntomas mediante procedimientos mínimamente invasivos o con cirugía.

Con la introducción para su diagnóstico de la manometría de alta resolución se ha creado un novedoso sistema de clasificación que puede evaluar el pronóstico para el paciente y predecir la respuesta al tratamiento. La terapéutica descansa sobre la base de: tratamiento médico, procederes endoscópicos y tratamiento quirúrgico, siendo éste el estándar terapéutico, aunque continúa el debate sobre qué método es mejor, si la dilatación neumática, o la miotomía de Heller.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica para un diagnóstico y tratamiento más precoz.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se realiza sobre la base del cuadro clínico y los antecedentes, así como sobre los resultados de estudios imagenológicos y endoscópicos, dentro de los que encontramos la fluoroscopia y estudio contrastado de esófago-estómago-duodeno, la ultrasonografía endoscópica, la tomografía axial computarizada y la endoscopia superior, necesarias para distinguir la acalasia primaria de las formas secundarias, sobre todo para descartar posible etiología maligna. La manometría esofágica es otro de los métodos para su diagnóstico, al ser la misma el estándar de oro para el diagnóstico de la acalasia. Se han obtenido nuevos avances en la clasificación de la enfermedad con el uso de la manometría de alta resolución (HRM), con la cual se describen tres patrones manométricos bien diferenciados de la contractilidad del cuerpo esofágico (Clasificación de Chicago):

De acuerdo con la prueba de manometría, la acalasia tiene 3 tipos:
Acalasia tipo I: este tipo no muestra motilidad en el esófago y la presencia de una banda de alta presión cerca del nivel del esfínter esofágico inferior.
Acalasia Tipo II: Tipo II revela el esfínter esofágico inferior como contracciones siempre relajadas y simultáneas mientras una persona traga.
Acalasia tipo III: el 3er tipo de acalasia generalmente se denomina spams de alta presión en el esófago.
La acalasia tipo I (acalasia clásica), con mínima presurización; acalasia tipo II, con presión esofágica, localizada en toda su longitud o en el esófago distal; y la acalasia tipo III (acalasia espástica), compresión atribuible a contracciones espásticas. La HRM puede ser usada como predictor de la respuesta al tratamiento en cada tipo de acalasia. Los pacientes tipo II son mucho más propensos a responder a cualquier forma de tratamiento que los tipo I o III, el tipo II es un factor predictivo de respuesta positiva al tratamiento; mientras que el tipo III, un predictor de respuesta negativa.

La mayoría de los tratamientos de acalasia involucran el esfínter esofágico inferior. Se pueden utilizar varios tipos de tratamiento para reducir temporalmente los síntomas o dañar permanentemente el funcionamiento de las válvulas. Medicamentos. La primera línea de tratamiento a menudo consiste en medicamentos orales. Los nitratos o los bloqueadores de los canales de calcio pueden ayudar a relajar el esfínter para que los alimentos puedan pasar a través de él más fácilmente. Toxina botulínica. Los médicos también pueden usar Botox para relajar el esfínter.

Dilatación neumática con balón. Para el tratamiento de la acalasia más permanente, los médicos pueden dilatar el esfínter o modificarlo. La dilatación generalmente se realiza insertando un globo en el esófago e inflándose. Esto prolonga el esfínter y ayuda a que el esófago funcione mejor. Sin embargo, a veces la dilatación desgarra el esfínter. Si esto sucede, es posible que necesite una cirugía adicional para repararlo.

La esofagomiotomía es un tipo de cirugía utilizada para ayudar a las personas con acalasia. Los médicos utilizan una incisión grande o pequeña para acceder al esfínter y lo modifican cuidadosamente para permitir un mejor flujo hacia el estómago. La gran mayoría de los procedimientos de esofagomiotomía son exitosos. Sin embargo, algunos pacientes posteriormente tienen problemas con la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), en la cual el ácido estomacal regresa al esófago.

5 Discusión-Conclusión

La acalasia no cuenta con medidas de prevención y recomendaciones de precauciones que hayan sido descritas salvo las revisiones clínicas regulares que incluyan manometría, radiografía y endoscopia. Ante cualquier problema para tragar alimentos o, incluso, agua es necesario acudir al médico.

Aunque en muchas ocasiones podamos confundirla con síntomas de ansiedad, por ejemplo con el bolo histérico, siempre es mejor salir de dudas recibiendo un diagnóstico adecuado. Esto nos permitirá empezar un tratamiento que sea efectivo para nuestro caso y evitar problemas mayores debido a la aspiración de alimentos o líquidos .

6 Bibliografía

- Https://conceptodefinicion.de/acalasia/
- Http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- Https://www.onmeda.es/enfermedades/acalasia-diagnostico-3047-5.html
- Https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/achalasia/diagnosis-treatment/drc-20352851
- Https://dolor-drdelgadocidranes.com/acalasia/
- Https://manualsalud.com/acalasia/
- Https://mejorconsalud.com/acalasia-diagnostico-tratamientos/

Capítulo 309

ACTUACIÓN ANTE HEMORRAGIA EN HOSPITALIZACIÓN.

AROA DIAZ GARCIA

PAULA VELASCO MONTES

1 Introducción

Trabajando en la planta de digestivo, llama al timbre el paciente de la habitación 301. Al acudir el paciente de la cama 301A refiere haber avisado por escuchar un ruido fuerte en el baño, cree que su compañero no se encuentra bien.

Al abrir la puerta del baño encuentras a Ignacio (paciente 301B) tirado en el suelo, con el pantalón del pijama bajado y envuelto en una abundante cantidad de heces negruzcas y malolientes. Ignacio es un paciente de 45 años, exfumador y exbebedor importante desde hace más de 5 años, que está ingresado en planta para estudio digestivo por vómitos con posos de café.

En el momento actual está consciente pero desorientado en las 3 esferas, con frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, tensión arterial de 90-40 mmHg y frecuencia respiratoria de 12 respiraciones por m inuto. Pálido, sudoroso, piel fría y ligeramente cianótico. Porta una vía venosa periférica nº18 en el miembro superior izquierdo.

2 Objetivos

- Modificar un plan de cuidados estandarizado de un paciente ingresado por empeoramiento del estado de salud tras un episodio de caída junto con palidez, su-

doración, piel fría y cianosis.
- Realizar una revisión bibliográfica contrastando y verificando la información recabada, que permita mantener la integridad del paciente en situación de posible hemorragia digestiva.

3 Caso clínico

Se realiza la valoración de enfermería por dominios y clases para luego formular los diagnósticos pertinentes según aquellos que estén alterados. Esta valoración permite plasmar los problemas potenciales del paciente facilitando el análisis y resolución de los mismos.

Diagnósticos de enfermería: promoción de la salud. Clase 2; Gestión de la salud. Diagnóstico: Riesgo de tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con la ingesta excesiva de alcohol y tabaquismo (1).
- Objetivos: el paciente reforzará su autocontrol de impulsos hacia el alcoholismo y el tabaquismo en los próximos 30 días.
- Indicadores NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad; y 1405 Autocontrol de los impulsos (5).
- Intervenciones NIC: 4420 Entrenamiento control de impulsos.
Actividades a realizar:
- Ayudar al paciente a identificar los cursos de acción posibles y su coste/beneficio.
- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Ayudar al paciente a elegir el curso de acción más beneficioso.
- Enseñar al paciente a detenerse y pensar antes de comportarse impulsivamente.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción inmediata.
- Ayudar a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales qué puedan interferir en la consecución de los objetivos.

4370 Acuerdo con el paciente. Actividades:
- Ayudar al paciente a identificar las prácticas de salud que desea cambiar.
- Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos (2).

Nutrición. Clase 5; Hidratación. Diagnóstico: Déficit de volumen de líquidos manifestado por el cambio de estado mental, disminución de la presión arterial (PA)

y aumento de la frecuencia cardíaca (FC), relacionado con la pérdida importante de volumen de líquidos en vómitos y heces blandas. (1)
Objetivos: el paciente mantendrá un estado óptimo de hidratación en 24 horas.
Indicadores/Resultados: 0601 Equilibrio hídrico; y 0602 Hidratación. (5)
Intervenciones NIC: 4120 Manejo de líquidos. Actividades:
- Administrar fluidoterapia manteniendo el nivel de flujo intravenoso prescrito.
- Registro preciso de ingresos y de egresos.
- Vigilar el estado de hidratación (observando la hidratación de las mucosas, turgencia de la piel y sed).
- Vigilar la frecuencia del flujo IV y la zona de punción intravenosa (IV) durante la infusión (dado que el paciente porta una vía en el miembro superior izquierdo, el médico prescribirá medicamentos junto con sueros para la hidratación, ya que esto aumentará la TA y FC por aumento de volumen sanguíneo).
- Realizar el cuidado de la vía venosa según protocolo.
- Vigilar el estado de diuresis dentro de los límites normales.
- Vigilar la TA dentro de los límites normales.
- Vigilar la FC dentro de los límites normales.

6680 Monitorización de signos vitales. Actividades:
- Controlar periódicamente las constantes vitales (monitorización continua de su estado. En el caso de la sala de despertar del quirófano del Hospital San Francisco de Asís, se debe comprobar manualmente la TA por medio del manguito, lo que se realizará cada 2 minutos aproximadamente, dependiendo del estado del paciente).
- Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales (en el Hospital San Francisco de Asís, el anestesista se mantiene a pie de cama del paciente hasta que recupere los valores de las constantes vitales, acompañando y valorando junto con la enfermera para valorar la necesidad de administración de medicación). (3)

Eliminación e Intercambio. Clase 2: Función gastrointestinal. Diagnóstico: Motilidad gastrointestinal disfuncional manifestado por vaciado gástrico, relacionado con presencia de gran cantidad de heces blandas (dado que las características de negruzca y malolientes, se deben a una hemorragia digestiva que será diagnóstico médico).(1)
- Objetivos: el paciente realizará deposiciones con frecuencia y consistencia normales en los próximos 7 días.
- Indicadores/Resultados: 0501 Eliminación intestinal (5)

Intervenciones: manejo intestinal. Actividades:
- Controlar los movimientos intestinales, la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.
- Auscultar si hay sonidos intestinales.
- Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.
- Evaluar el perfil de medicación para determinar los efectos secundarios gastrointestinales (esto es importante ya que los medicamentos también pueden influir en el tracto intestinal, como las ulceras gástricas por no ingerir protectores gástricos, podría ser una causa de las causas de los vómitos en posos de café o las características negruzcas y malolientes de las heces). (4)

Clase 4: Función respiratoria. Diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases manifestado por cianosis, relacionado con desequilibrio en la ventilación- perfusión.(1)
Objetivos: el paciente presentará una mejora de la oxigenación sanguínea tras la administración de oxigenoterapia.
Indicadores/Resultados: 0403 Estado respiratorio: Ventilación (Bradipnea con 12 respiraciones por minuto).(5)
Intervenciones/actividades. 3350 Monitorización respiratoria:
- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Anotar el movimiento torácico mirando la simetría, la utilización de musculatura accesoria y las retracciones respiratorias ruidosas, como cacareo o ronquidos.
- Controlar el esquema respiratorio: Bradipnea.
- Auscultar ruidos respiratorios, anotando las aéreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de ruidos adventicios
- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.
- Determinar la necesidad de aspiración auscultando para comprobar si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.

Intervenciones/actividades. 3390 Ayuda a la ventilación:
- Mantener una vía aérea permeable.
- Mejorar la oxigenación tisular del paciente.
- Prevenir la hipoxia.
- Ayudar en los frecuentes cambios de posición si procede, colocando al paciente de forma tal que se minimicen los esfuerzos respiratorios.
- Iniciar y mantener suplemento de O2, según prescripción.

Intervenciones/actividades. 3320 Oxigenoterapia:
- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si precisa.
- Mantener permeabilidad de las vías aéreas.
- Preparar el equipo de O2 y administrar a través de un sistema calefactado si es necesario y siempre humidificado.
- Vigilar el flujo de O2, comprobando la eficacia de la oxigenoterapia.

Intervenciones/actividades. 2870 Cuidados postanestesia:
- Comprobar la oxigenación y administrar O2 si precisa.
- Controlar la calidad y número de respiraciones.
- Animar al paciente a que tosa y respire profundamente (6).

Percepción/Cognición. Clase 4; Cognición. Diagnóstico: confusión aguda manifestada por desorientación en las 3 esferas. Relacionado con shock por volumen de líquidos inadecuado.
Objetivos: el paciente mejorará el nivel de orientación tras la administración hidratación (de coloides, cristaloides o hematíes, según la prescripción médica).
Indicadores/Resultados:
- 0900 Cognición.
- 0901 Orientación cognitiva.
- 0912 Estado neurológico: consciencia.
- 0916 Nivel de confusión aguda (5).
Intervenciones:
- 4820 Orientación de la realidad.
- 6486 Manejo ambiental: Seguridad.
- 4720 Estimulación cognitiva.
- 6580 Sujeción física (cinturón silla, cinturón cama, arnés, peto o muñequeras) (6).

Seguridad/Protección. Clase 2: Lesión física. Diagnóstico: riesgo de shock manifestado por hipotensión (TA: 90/40)
Objetivos: el paciente recuperará sus valores normales de TA en aproximadamente 30 minutos (tiempo que tarda la medicación en actuar. En el caso del quirófano de Francisco de Asís, se le administrarán 2mg de Efedrina en bolo, junto con un aumento en la velocidad de purgación de los sueros intravenosos).
Indicadores/Resultados:
- 2303 Estado de recuperación posterior al procedimiento.
- 2301 Respuesta a la medicación.

Intervenciones/actividades. 2870 Cuidados postanestesia:
- Revisar las alergias del paciente, incluyendo la alergia al látex.
- Controlar la temperatura.
- Registrar y vigilar los signos vitales y comprobar el registro hospitalario del paciente para determinar los signos vitales guía, si se precisa.
- Vigilar la diuresis.
- Controlar el retorno de la función sensorial y motora.
- Vigilar el estado neurológico.
- Observar el nivel de conciencia.
- Ajustar la cama, según corresponda.

Clase 6; Termorregulación. Diagnóstico: hipotermia manifestada por frialdad de piel, cianosis en lechos ungueales, palidez y taquicardia (120 latidos por minuto). Relacionado con enfermedad (hemorragia digestiva manifestada en vómitos en posos de café) o consumo de alcohol (es un factor que puede manifestar la hipotermia, aunque el paciente este ingresado y refiera no haber ingerido alcohol desde hace 5 años). (1)
Objetivos: el paciente presentará mejora de la temperatura en 24 horas.
Indicadores/Resultados: 0800 Termorregulación (5)
Intervenciones/Actividades:
- 3800 Tratamiento de la hipotermia (5).
- Cubrir con manta caliente si procede.
- Administrar líquidos IV calentados (37 a 40°C) si procede.
- Monitorizar signos vitales si procede.
- Monitorizar T° (9).

3990 Regulación de la temperatura:
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
- Comprobar la temperatura como mínimo cada hora.
- Cubrir al paciente con mantas reflectoras (8).

6680 Monitorización de los signos vitales (7)
- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado general (8).

4 Discusión-Conclusión

El plan de cuidados integral, así como su modificación a pie de cama según las necesidades del paciente, permite una continuidad y mejora de los cuidados de forma individualizada y permanente, eficaz y más humana.
Aportan además cuidados rápidos y de calidad.

5 Bibliografía

1. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. ED Elsevier. Editado por T.Heather Herdman, PhD, RN. Barcelona.
2. Www.fuden.es/ficheros_administrador/protocolo/nure66_protocolo_prediabetico.pdf
3.Www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/Pancreatitis_Aguda.pdf
4. Http://www.buenastareas.com/ensayo/Pc-Dominio-3-Perioro-Post-Quirúrgico/6758017.html.
5. Taxonomía NOC (4º Edicion). pdf. Nebrija Universidad. Apuntes de la asignatura Historia de la Enfermería. Del 1º curso de enfermería. Laura Visiers 2011.
6.Www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_Formacion/Metodología%20enfermera/guia%20nn%20interact.pdf
7. Www.enfermeria.unal.edu.co/descargas/Habilidades/Dominios-Diagnosticos%20-%20NANDA%20-NIC-NOC.pdf
8. Www.ome.es/media/docs/Documento_final4_taller40.pdf
9. Http://revistas.um.es/eglobal/article/download/337/312

Capítulo 310

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN UNA PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

ALICIA DIAZ GONZALEZ

LETICIA CUELI ARENAS

PAULA CUELI ARENAS

JUAN ANTONIO LEAL MEDIAVILLA

1 Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es la causa más frecuente de ingreso hospitalario en personas mayores de 65 años en nuestro país. Se trata de la incapacidad del corazón para bombear sangre en los volúmenes suficientes para poder satisfacer las necesidades del organismo. Si consigue bombear dichos volúmenes, es mediante una elevación anormal de la presión de llenado de los ventrículos cardíacos.

2 Objetivos

- Seleccionar y recopilar las intervenciones enfermeras (NIC) necesarias y pertinentes para los diagnósticos (NANDA) de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de una paciente con una insuficiencia cardiaca.
- Mejorar la calidad asistencial.
- Garantizar la calidad y continuidad de los cuidados.

3 Metodología

Los contenidos de esta comunicación se han basado en una búsqueda bibliográfica sobre el tema y en la experiencia profesional de las autoras. La elaboración del plan de cuidados se ha llevado a cabo siguiendo el modelo de Virginia Henderson.

Dg de enfermería: (00092) Intolerancia a la actividad r/c presencia de problemas circulatorios.

- NOC: (0005) Tolerancia a la actividad.
- NIC: a. (0180) Manejo de la energía. b. (6680) Monitorización de los signos vitales.
- Actividades: a. Ayudar al paciente a programar periodos de descanso. b. Determinar las limitaciones físicas del paciente. o c. Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales. d. Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos. e. Comparar, si procede o controlar la presión sanguínea mientras el paciente esté acostado, sentado y de pie, si procede.

Dg de enfermería: (00026) Exceso de volumen de líquidos m/p edema r/c exceso de aportes de líquidos.

- NOC: (0601) Equilibrio hídrico.
- NIC: a. (3350) Monitorización respiratoria. b. (4130) Monitorización de líquidos.
- Actividades: a. Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran. b. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. c. Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico). d. Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis, cuando esté prescrito. e. Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado respiratorio.

Dg de enfermería: (00078) Manejo infectivo del régimen terapéutico m/p verbalizaciones de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento de los hábitos diarios r/c complejidad del régimen terapéutico.

- NOC: (1601) Conducta de cumplimiento
- NIC: a. (5602) Enseñanza: Proceso de enfermedad. b. (4410) Establecimiento de objetivos comunes.
- Actividades: a. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y / o controlar el proceso de enfermedad. b. Describir el proceso de la enfermedad. c. Describir las posibles complicaciones crónicas, si procede. d. Animar al paciente a establecer los objetivos de manera clara. e. Animar al paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades. f. Animar la aceptación de objetivos parciales con satisfacción.

Palabras clave:

Diagnóstico de enfermería, Insuficiencia cardíaca, Atención de enfermería.

4 Bibliografía

- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier.
- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier.
- Llorens P, Manito Lorite N, Manzano Espinosa L, Martín-Sánchez FJ, Comín Colet J, Formiga F, et al. Consenso para la mejora de la atención integral a los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. Emergencias. 2015;27:245–66.
- NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012 - 2014. Madrid: Elsevier; 2012.

Capítulo 311

ENDOMETRIOSIS Y FERTILIDAD.

IRENE MARIA ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La endometriosis se define como el crecimiento de tejido que recubre el útero llamado endometrio fuera de el mismo. Es una enfermedad bastante frecuente en la edad premenopaúsica, se calcula que el 10% de las mujeres sufren de endometriosis.

Afecta mas comúnmente a los ovarios, las trompas de falopio y el tejido que recubre la pelvis, pero en raras ocasiones. El tejido endometrial continua comportándose como lo haría en el útero, crece, se engrosa y sangra con cada ciclo menstrual pero no tiene forma de salir, produciendo diversos síntomas como dolor pélvico, infertilidad, tumoración anexial y adherencias .

2 Objetivos

- Conocer la definición de endometriosis.
- Conocer la sintomatología de la endometriosis.
- Conocer como afecta a la fertilidad de las mujeres.
- Conocer los posibles tratamientos para esta entidad.

3 Metodología

Se ejecutó una revisión sistemática de estudios científicos y revisiones sistemáticas. Esta búsqueda se hizo, incluyendo artículos tanto en español como en inglés

con palabras clave como endometriosis, fertilidad y dolor pélvico sin límite de fecha en Medline, Pubmed, Scielo, lilacs. También se llevo a cabo una búsqueda de revisiones publicadas en asociaciones profesionales como en diferentes sociedades tanto internacionales como españolas en Google Scholar. Se añadió como límite que la lengua fuera en español pero no se limitó por año de publicación .

4 Resultados

Las causas entre la endometriosis y la infertilidad no están claramente establecidas.

Sobre un 30-50% de las mujeres con endometriosis presentas esterilidad de las cuales un 20-25% requerirán reproducción asistida y de ellas yn 40% fecundación invitro.

Algunas de las causas probables son las siguientes:
- Anatomía pélvica alterada.
- Función peritoneal alterada.
- Inmunidad celular y humoral alterada .
- Anormalidades ovulatorias y endocrinas.
- Implantación comprometida.
- Calidad ovocitaria y embrionaria.

El tratamiento médico para la endometriosis no tiene efectividad en la infertilidad solo en la sintomatología como el dolor, en cambio el tratamiento quirúrgico si ha demostrado efectividad en la endometriosis moderada a grave pero no en la leve, mejorando en un 8,6 % llamadas posibilidad de embarazo .

5 Discusión-Conclusión

En conclusión en el manejo de la endometriosis se deben considerar muchos factores entre ellos edad ,severidad de la endometriosis, deseo reproductivo y posible efectividad del tratamiento.

La laparoscopia es el tratamiento de elección en endometriosis graves, aunque su recomendación y efectividad están todavía en entredicho llegando a estar supervalorada.

6 Bibliografía

-Mahmood TA, Templeton A. Prevalence and genesis of endometriosis. Hum Reprod. 1991;6:544-9.
-Ajossa S, Mais V, Guerriero S, , Paoletti AM, Palmas M, Mascia M, Melis GB. The prevalence of endometriosis in premenopausal women undergoing gynaecological surgery. Clin Exp Obstet Gynecol. 1994;21(2):195-7.
-Jefferson L, Cerna S, Rechkemmer A. Endometriosis en pacientes con infertilidad. Ginecol Obstet (Perú). 1999;45(2):91-6.
-Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D , Barbieri RL, Marshall LM, Hunter DJ. Incidence of laparoscopically confirmed endometriosis by demographic, antropometric, and lifestyle factors. Am J Epidemiol. 2004;160(8):784-96. -Hoshiai M. Laparoscopy evaluation of the onset and progression of endometriosis. Am J Obstet Gynecol. 1993;59:1015.
-Rechkemmer A. Diagnóstico de endometriosis. Reproducción Humana (Perú). 1999;2(2):22-3.

Capítulo 312

UNA CAUSA RARA DE DEMENCIA: ENFERMEDAD DE PICK

BELEN PEREZ FERNANDEZ

PAULA OTERO GONZALEZ

ANA ALONSO RODRIGUEZ

VERONICA FERNANDEZ GALAN

GRACIELA ALVAREZ CUERVO

1 Introducción

La demencia es un trastorno adquirido y progresivo, caracterizado por la presencia de múltiples déficit cognitivos, sin alteración del nivel de conciencia, que interfieren de forma significativa en la actividad laboral y social.

La enfermedad de pick debe su nombre al profesor de la universidad de Praga, el doctor Arnold Pick (1867-1926), quien en 1892 describió un caso de un paciente de 71 años con deterioro mental progresivo de 3 años de evolución, con trastornos de conducta e importante alteración del lenguaje. Tras su fallecimiento, encontró en la autopsia una atrofia cerebral de predominio en el lóbulo frontal y temporal anterior.

La demencia por la enfermedad de Pick apenas supone el 1% del total de las demencias, pertenece al grupo de las demencias frontotemporales.

Los pacientes afectados debutan entre los 40 y 60 años de edad aunque ocasionalmente se puede presentar en personas a partir de los 20 años. Presenta una edad de inicio promedio a los 54 años.

2 Objetivos

Describir los aspectos clínicos y fisiopatológicos de la demencia por Enfermedad de Pick.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scielo, Science Direct, Pubmed, Medline, Elsevier y Cuiden, tanto en inglés como en español, seleccionando artículos publicados en los últimos 20 años. Las palabras clave empleadas fueron demencia, enfermedad de Pick, demencia frontotemporal.

4 Resultados

La enfermedad de Pick se trata de una demencia progresiva de comienzo en la edad media de la vida, caracterizada por cambios precoces y lentamente progresivos del carácter y por alteraciones del comportamiento, que evolucionan hacia un deterioro de la inteligencia, de la memoria y del lenguaje. Acompañado de apatía, de euforia y en ocasiones de síntomas y signos extrapiramidales. El cuadro neuropatológico corresponde a una atrofia selectiva de los lóbulos frontales y temporales, pero sin la aparición de placas neuríticas ni degeneración neurofibrilar en magnitudes superiores a las del envejecimiento normal. Los casos de comienzo más precoz tienden a presentar una evolución peor. Las alteraciones del comportamiento habitualmente preceden al deterioro franco de la memoria.

En estos pacientes el diagnóstico se realiza por el cuadro clínico y para obtener un diagnóstico definitivo es necesaria la biopsia cerebral. Las características histopatológicas típicas de esta entidad son la degeneración gliótica, los cuerpos de Pick (cuerpos de inclusión argirófilos dentro del citoplasma neuronal), y las células de Pick (neuronas abalonadas cromatófilas).

No existe un tratamiento específico para la enfermedad. El tratamiento farmacológico es únicamente sintomático, ayudando a mejorar el estado anímico. Algunas veces, los pacientes toman los mismos fármacos empleados para tratar

otros tipos de demencia, sin tener clara evidencia científica de la efectividad de los mismos.

En cuanto al pronóstico, el trastorno empeora de manera permanente y rápida. Los pacientes se vuelven totalmente discapacitados durante el curso de la enfermedad. La enfermedad de Pick comúnmente causa la muerte en cuestión de 8 a 10 años, la principal causa de mortalidad es por infecciones, o por fallo de los distintos órganos vitales.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente la demencia supone una tragedia personal y una importante carga social, sanitaria y económica. Debido al envejecimiento de la población, es una patología en aumento y su atención representa un importante gasto sanitario. Además de un elevado coste emocional y económico para el paciente y la familia.

La enfermedad de Pick es una demencia degenerativa de tipo cortical, muy poco frecuente y de difícil diagnóstico, por lo que su prevalencia podría estar infraestimada. La edad de inicio está situada entre los 45 y 60 años, con incidencia similar en ambos sexos. El comienzo es insidioso, y evoluciona lenta pero progresivamente. La duración media de la enfermedad es de 8-10 años. Cuanto más precoz es el comienzo, más desfavorable es el pronóstico.

Aún no se ha determinado una base genética para la enfermedad. Sin embargo en algunos casos se ha visto que existe agregación familiar, pudiendo tener múltiples genes responsables y transmitirse de padres a hijos.

6 Bibliografía

- Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. En: Principios de Medicina Interna. Harrison. 16th ed. McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 2633-48.
- Peña Galbán Liuba Y., Rodríguez Acosta Juan Carlos, Casas Rodríguez Ludmila. Demencia en la enfermedad de Pick. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2001 Jun [citado 2020 Feb 10] ; 30(2): 129-132. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572001000200010&lng=es.
- Fernández-Matarrubia M , Matías-Guiu JA , Moreno-Ramos T , Matías-Guiu J . Behavioural variant frontotemporal dementia: clinical and therapeutic approaches. Neurologia. 2014 Oct;29(8):464-72. doi: 10.1016/j.nrl.2013.03.001. Epub 2013 May 4.

- Peterson R, Graff-Radford J. Alzheimer disease and other dementias. In: Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 95.

Capítulo 313

CASO CLÍNICO: NEUROLOGÍA, CASO DE ICTUS

AROA DIAZ GARCIA

MONTSERRAT GARCÍA DEL MORAL

RUBÉN DIAZ GARCÍA

1 Introducción

Lola Ruíz de 72 años, ingresa en la unidad de Neurología tras haber sufrido un ICTUS.
Antecedentes familiares:
- Padre fallecido de embolia Pulmonar.
- Madre fallecida tras accidente cerebrovascular.
Antecedentes personales:
- HTA (diagnosticada de hace 2 años)
- Neumonía en la infancia
- No tiene hábitos tóxicos
- Tratamiento medicamentoso domiciliario: Capoten 25mg
- Dieta sin sal.
Hace dos días presento bruscamente un cuadro de parálisis del lado izquierdo con desviación de la comisura bucal. Es traída al hospital por familia, quedando ingresada en servicio de neurología tras ser diagnosticada de ACV derecho.
Actualmente está estable, con buenas constantes, TA: 142/80, FC: 72lpm, T°:36°C, FR: 16rpm.

Valoración de enfermería:
1. Patrón Percepción de la salud:
En su higiene, es ayudada por el personal de enfermería, colaborando en su cuidado. En su domicilio realizaba lavado diario y ducha dos veces por semana de manera independiente. Expresa que está deseando ducharse pero que tiene miedo a caerse porque la parte izquierda no le responde. Presentando dificultad para lavarse todo el cuerpo o partes del mismo.
2. Patrón Nutricional Metabólico:
Presenta piel y mucosas rosadas.
Dieta basal sin sal. Ingesta de líquidos: 2-3 vasos de agua diarios, 2 vasos de leche y 1 vaso de zumo de naranja en el desayuno. Pesa 62kg.
Precisa ayuda en la ingesta; se le caen los alimentos al comer.
Presenta prótesis dental en buen estado.
3. Patrón eliminación:
Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normal.
Refiere deposición cada 1-2 días de consistencia y olor normal. Aunque presenta episodios de heces duras cada 3-4 días que se solucionan con una cucharada de aceite de oliva por la mañana y que coincide cuando disminuye su actividad. Orina 4-5 veces al día, una de ellas en la noche. Hasta hace 2 horas ha portado sonda vesical, encontrándose actualmente a la espera de primera micción.
4. Patrón Actividad Ejercicio:
Presenta debilidad, disminución de la sensibilidad en hemicuerpo izquierdo y disminución del campo visual izquierdo. Se le indica reposo.
Antes del ingreso era independiente en su arreglo personal. Ahora es vestida por el personal de enfermería ya que presenta dificultad para ponerse y quitarse la ropa.
5. Patrón Sueño Descanso:
Duerme entre 4-5 horas en la noche. Dice levantarse cansada, despertase antes de lo deseado, "costándole conciliar el sueño desde la muerte de su marido". Anteriormente no había tenido dificultad. No toma medicación, solo unas hierbas que le recomendaron.
6. Patrón Cognitivo Perceptivo:
Consciente, orientada y alerta.
7. Patrón Autopercepción Autoconcepto:
Manifiesta preocupación por la debilidad que presenta en hemicuerpo izquierdo, dado que es zurda.
8. Patrón Rol Relaciones:

Viuda desde hace 7 meses, con dos hijos casados independientes. Es visitada a diario por algún miembro de la familia.
9. Patrón Valores Creencias:
¿Profesa en algún tipo de religión o filosofía concreta? ¿Quiere información pastoral del centro?

2 Objetivos

- Realizar un plan de cuidados estandarizado de un paciente que ingresa a cargo del servicio de neurología tras un episodio de parálisis del lado izquierdo con desviación de la comisura bucal.
- Realizar una revisión bibliográfica contrastando y verificando la información recabada, que permita mantener la integridad del paciente en situación hemorragia o isquemia cerebral.

3 Caso clínico

Patrón Percepción y Manejo de la salud:
Diagnóstico: Riesgo de caídas relacionado con la alteración del equilibrio, falta de material antideslizante en la bañera o ducha y problemas en el miembro inferior izquierdo.
- Objetivos: la paciente lograra un mejor equilibrio durante su estancia en el hospital. Mejorará la coordinación de movimientos durante su estancia en el hospital. Y obtendrá un buen conocimiento por parte de enfermería sobre la prevención de caídas en un plazo máximo de 15 días.
- Intervención: prevención de caídas. Actividades: la enfermera ayudara a la paciente a la deambulación inestable, en el aseo a intervalos frecuentes y programados y facilitará una superficie antideslizante en la bañera o ducha. Y si fuera preciso, enseñará a la paciente formas de caer para minimizar los daños.
- Intervención: terapia de ejercicios para mejorar el equilibrio. Actividades: la enfermera le ayudara a ponerse de pie o sentarse, balanceando el cuerpo de un lado a otro para estimular los mecanismos del equilibrio. Proporcionará dispositivos de ayuda como bastón, barra de andar, almohadas o colchones de ejercicio para realizar los ejercicios.
- Intervención: ayuda con los autocuidados; aseo. Actividades: la enfermera ayudará al paciente en el aseo, con empleo de cuña u orinal a intervalos especificados.
- Intervención: terapia de ejercicios para la ambulación. Actividades: la enfermera consultara con el fisioterapeuta a cerca del plan de deambulación si es preciso, e

instruirá a cerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda.

Patrón Nutricional Metabólico:
Diagnóstico: riesgo de deterioro nutricional por defecto relacionado con la caída de los alimentos al comer.
- Objetivos: la paciente obtendrá los nutrientes necesarios con ayuda del personal sanitario durante su estancia en el hospital. Y logrará manejar los utensilios espaciales de comida durante su estancia en el hospital.
- Intervención/actividades: se le ayudará en la ingesta de alimentos, aportándole materiales especiales con asas grandes, utensilios de fácil manejo, pajitas para la bebida, etc. Se enseñará al paciente y a la familia a la ingesta del paciente con ayuda, intentando que aprenda a alimentarse por si misma. Se colocaran los alimentos en el lado que no tenga afectado, intentando ponerle los utensilios en el hemisferio derecho.

Patrón Eliminación:
Diagnóstico: Deterioro de la eliminación urinaria manifestado por incontinencia, relacionado con deterioro sensitivomotor.
- Objetivos: la paciente reconocerá la urgencia miccional durante su estancia en el hospital.
- Intervención: entrenamiento de la vejiga urinaria. Actividades: la enfermera enseñará a la paciente a controlar conscientemente la orina hasta la hora programada de ir al aseo. Evitando dejar al paciente en el aseo durante más de 5 minutos.
- Intervención: sondaje vesical intermitente. Actividades: la enfermera controlará periódicamente el color, olor y claridad de la orina. Enseñará al paciente y a la familia la técnica de colocación de la sonda y establecerá un programa de sondaje basado en las necesidades individuales.

Patrón Actividad Ejercicio:
Diagnóstico: deterioro de la movilidad física manifestado por limitación de la habilidad para las habilidades motoras groseras. Relacionado con deterioro cognitivo.
- Objetivos: la paciente mejorará la coordinación de los movimientos durante la estancia en el hospital.
- Intervención: terapia de ejercicios para el control muscular. Actividades: la enfermera ayudará a la paciente a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación proximal durante la actividad motora, a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad. Y a colaborar con el fisioterapeuta, terapeutas ocupacionales y de recreación en el desarrollo y ejecu-

ción de un programa de ejercicios, si procede.

Patrón Sueño Descanso:
Diagnóstico: disposición para mejorar el sueño manifestado por deseos de la paciente para mejorar el sueño, relacionado con sensación de cansancio tras el sueño.
- Objetivos: la paciente mejorará la calidad del sueño en un plazo máximo de 7 días.
- Intervención: terapia de relajación simple. Actividades: la enfermera fomentará el control cuando se realice la técnica de relajación, mostrando al paciente la técnica y proporcionando información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación.

Patrón Autopercepción Autoconcepto:
Diagnóstico: impotencia manifestada por expresiones de insatisfacción por la incapacidad para realizar las tareas o actividades previas. Relacionado con un entorno de cuidados de la salud.
- Objetivos: la paciente logrará una mayor autonomía en un plazo de 30 días.
- Intervenciones: establecimiento de objetivos comunes. Actividades: la enfermera debe animar a la paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades, identificando objetivamente las que puede alcanzar. Aclarando los papeles que debe tener el cuidador y cuáles son los roles que debe desempeñar por sí misma.

4 Discusión-Conclusión

El plan de cuidados integral, así como su modificación a pie de cama según las necesidades del paciente, permite una continuidad y mejora de los cuidados de forma individualizada y permanente, eficaz y más humana.
Aportando cuidados rápidos y de calidad.

5 Bibliografía

1. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier España; 2009.
2. McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007.
3. Gordon M. Manual de diagnósticos de Enfermería. 11ª ed. Madrid: Mosby-Doyma; 2007.

Capítulo 314

PANCREATITIS

JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ

ALBA PASCUAL MARTINEZ

1 Introducción

El término pancreatitis significa una inflamación de la glándula pancreática (páncreas). Puede ser repentina (aguda) o un suceso recurrente (crónico). De esta forma la pancreatitis se clasifica en:
- Pancreatitis aguda.
- Pancreatitis crónica.

El páncreas, el hígado y la vesícula biliar, se encuentran conectados entre sí con el duodeno por medio de un conducto llamado conducto colédoco, cuando este pequeño conector se obstruye por cálculos la secreción del jugo pancreático lleno de enzimas se dificulta, permitiéndose así la activación de estas enzimas antes de llegar al intestino, degradando al tejido pancreático. Los síntomas de la pancreatitis es: dolor abdominal persistente, trastornos gastrointestinales (náuseas y vómitos), taquicardia, taquipnea, diaforesis (sudoración excesiva), hipotensión, ictericia (coloración amarilla en piel y mucosas) por la elevada concentración de bilis, entre otros; la manera de diagnosticar esta patología es por medio de un estudio físico, y determinando a nivel de laboratorio amilasa y lipasa sanguínea.

Para visualizar el páncreas inflamado se utilizan la ecografía y el TAC. Con la primera se pondrán de manifiesto además alteraciones de la vesícula y la litiasis que haya podido generarla, mientras que con el TAC el diagnóstico de pancreatitis es más certero y puede diagnosticar complicaciones como los quistes, abscesos, necrosis, hemorragias, etcétera.

Otra prueba, la CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) consiste en una endoscopia a través de la boca hasta llegar al colédoco e inyectando contraste para dibujar los conductos de vesícula y páncreas. Permite desobstruir este conducto si existe una piedra o barro, e incluso realizar una biopsia si la obstrucción es por motivos tumorales. Es útil en casos de pancreatitis traumática y de litiasis grave, aunque existen casos de pancreatitis aguda en los que el páncreas presenta un aspecto normal en la exploración.

Para el diagnóstico de pancreatitis crónica se debe tener en cuenta el consumo continuado de alcohol, el dolor abdominal crónico o episódico, y la presencia de calcificaciones pancreáticas, además de otros signos como la pérdida de peso o una diarrea persistente. Las concentraciones séricas de amilasa son normales en estos casos. Se observa una mala digestión de las grasas y proteínas debido a la disminución de la secreción de enzimas pancreáticas.
La radiografía abdominal puede revelar calcificaciones pancreáticas, mientras que la ecografía es útil para comprobar la presencia de páncreas agrandado, o para identificar un pseudoquiste lleno de líquido. La CPRE es la prueba radiológica para diagnosticar los cambios precoces de los conductos pancreáticos.

Si el dolor dura pocos días y las pruebas que confirman su diagnóstico son positivas, se diagnosticaria de pancreatitis aguda.
La pancreatitis crónica es una enfermedad inflamatoria progresiva que termina produciendo un daño irreversible del páncreas; de su anatomia y de su función digestiva y hormonal que se van deteriorando paulatinamente.

La pancreatitis aguda suele comenzar con un dolor que: comienza lentamente o de repente en la parte superior del abdomen, a veces se extiende a la espalda puede ser leve o fuerte ,puede durar varios días. Otros síntomas pueden incluir: fiebre náuseas y vómito latido rápido del corazón.

La pancreatitis crónica: siente dolor en la parte superior del abdomen, aunque algunas no sienten dolor alguno. El dolor puede extenderse a la espalda (en cinturón) volverse constante y fuerte empeorar después de comer o al levantarse desaparecer a medida que empeora la afección. Puede que las personas con pancreatitis crónica no tengan síntomas hasta que aparecen las complicaciones. Otros síntomas pueden incluir: diarrea náuseas heces grasosas y malolientes vómito adelgazamiento. Como causas principales encontraremos consumo excesivo de bebidas alcohólicas, tabaquismo, piedras en la vesícula, post operatorio de cirugía abdominal, traumatismo abdominal, fibrosis quística, hipertrigliceridemia, páncreas dividido o disfunción del esfínter de Oddi, el uso de algunos medicamentos

como tetraciclina, ácido valproico, medicamentos contra el VIH, azatioprina, estrógenos, 6-mercaptopurina, elevados niveles de calcio en la sangre o cáncer en el páncreas. Además de esto, personas que tienen antecedentes familiares de pancreatitis también tienen mayor probabilidad de desarrollar esta enfermedad en algún momento de la vida.

Otras enfermedades más raras, especialmente las que afectan directamente al páncreas como el páncreas divisum, también pueden ser una posible causa de pancreatitis.

2 Objetivos

- Analizar como podemos conocer dicha patología, como podemos tratarla y prevenirla.

3 Metodología

Para la elaboración de este articulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre artículos y literatura científica relacionada con el tema expuesto. Consulta de paginas web especializadas en salud y bases de datos como Pudmed y Scielo.

4 Resultados

Conoceremos la pancreatitis a través de varios canales especializados en su prevención y tratamiento.
- Una pancreatitis relacionada con el alcohol se puede evitar si se elimina el consumo regular de grandes cantidades de alcohol.
- El riesgo de cálculos biliares, que son también causa muy frecuente de pancreatitis aguda, se puede suprimir mediante una alimentación equilibrada baja en grasas.
- El control del peso .
- Seguir indicaciones médicas sobre cualquier tratamiento (no medicarse).

Los puntos principales sobre los que se aplica el tratamiento son:
- Un estrecho control del paciente, al que se le realizarán controles habituales de sus constantes vitales y analíticas de carácter múltiple o seriado.
- El tratamiento del dolor con analgésicos.

- Mantener al paciente hidratado de forma constante y nutrición por vía intravenosa, evitando la ingesta de los alimentos por la boca.
- Tratamiento específico de las náuseas y los vómitos.
- Bloqueo de la secreción gástrica de ácido con fármacos.
- Administración de antibióticos para evitar infecciones que entorpezcan la evolución.
- En los casos de pancreatitis aguda que se produzca por piedras en la vía biliar, es preciso extraer los cálculos, lo que en muchas ocasiones se traduce en la extracción de la vesícula biliar (colecistectomía).
- La pancreatitis crónica puede requerir tratamientos adicionales:
- Tratamiento del dolor. La pancreatitis crónica puede causar dolor abdominal persistente. El médico puede recomendar medicamentos para controlar el dolor.
- Cirugía para bloquear los nervios que envían señales de dolor del páncreas al cerebro.
- Enzimas para mejorar la digestión. Los suplementos de enzimas pancreáticas pueden ayudar a tu cuerpo a desglosar y procesar los nutrientes de los alimentos que consumes.
- Cambios en la dieta (comidas bajas en grasa con alto contenido nutricional).
- Cambios en el estilo de vida y y eliminación de causas subyacentes (alcohol, obesidad, etc.).

5 Discusión-Conclusión

La PA es una encrucijada tanto científica como clínica. La biología celular de la célula acinar pancreática se está dilucidando gradualmente, y con ella los mecanismos reguladores de la secreción y activación de zimógeno. Se supone que la dilucidación de la fisiología molecular de la secreción y la activación enzimática posibilitará el desarrollo de estrategias farmacoterapéuticas para detener la célula acinar con el mismo éxito que se ha logrado con la inhibición de la bomba de protones.

Se desconoce el mecanismo por el cual el alcohol induce a la pancreatitis, de modo similar el mecanismo por el cual la litiasis biliar induce a una PA puede estar relacionado con la hipertensión del conducto, pero no necesariamente con un reflujo de bilis en conducto pancreático. Estas dos causas son las responsables del más del 80% de las causas conocidas de pancreatitis. Con lo cual este tipo de pacientes deberían evitar estos mecanismos de acción.

6 Bibliografía

- Https://conceptodefinicion.de/pancreatitis/
- Https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/pancreatitis/sintomas-causas
- Https://sintomas.kim/pancreatitis/
- Https://www.tuasaude.com/es/sintomas-de-pancreatitis/
- Https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/pancreatitis.html
- Https://www.monografias.com/trabajos10/pancr/pancr3.shtml
- Https://www.onmeda.es/enfermedades/pancreatitis-prevencion-1356-11.html

Capítulo 315

VALORACIÓN DEL RIESGO DE APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. ESCALA BRADEN.

JESICA CUERVO BLANCO

MARÍA FIDALGO QUINTELA

1 Introducción

L a úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

En la actualidad existen multitud de escalas para la valoración de riesgo de aparición de úlceras por presión (EVRUPP), las escalas validadas son las escala de Norton, de Waterlow, EMINA, Cubbin-Jackon y la de Braden, en esta ocasión vamos a hablar de esta última.

Esta escala fue desarrollada en EEUU por Barbara Braden y Nancy Bergstrom en el año 1985, en el contexto de un proyecto de investigación en centros sociosanitarios, como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton.

Barbara Braden y Nancy Bergstrom desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre UPP, lo que les permitió definir las bases de la escala.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de las UPP.
- Dar herramientas útiles a los profesionales para evitar la aparición de las UPP.

3 Metodología

Mediante búsqueda bibliográfica, usando palabras clave como úlceras por presión, escala de Braden, realizando un resumen de todas las informaciones encontradas en varias bases de datos.

4 Resultados

Esta escala se emplea cuando se desea objetivar o incluso predecir la probabilidad de desarrollo de UPP (úlceras por presión) en los pacientes, valorando su exposición a la humedad, actividad física, movilidad, roce (peligro de lesiones), nutrición y percepción sensorial, como se describe en el cuadro inferior.

Además de por su objetividad, el uso de esta escala de úlceras por presión se ha extendido en el ámbito profesional de los cuidados por su sencillez en el manejo.

Así, se valoran dichos parámetros, calculando la suma de los puntos obtenidos, de forma que, en función del total, catalogaremos el riesgo en función de la siguiente clasificación:
– Riesgo Bajo: 15 puntos o más
– Riesgo Moderado o Intermedio: 13 o 14 puntos
– Riesgo Alto o Elevado: menos de 12 puntos

5 Discusión-Conclusión

La utilidad de esta escala es una herramienta útil tanto para detectar los posibles riesgos de la aparición de las UPP como para mejorar la calidad de vida de los enfermos evitando la aparición de las mismas; por lo tanto debería de utilizarse con cualquier enfermo al ingresar en un centro hospitalario y revaluándose cada

cierto tiempo por posibles cambios que pudieran surgir durante la estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

- Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas.
- Tratado de geriatría.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 316

RETIRADA DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO.

SERGIO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Se conoce como acceso venoso periférico a un catéter delgado y flexible, que se introduce en una vena, generalmente en la parte inferior del brazo, con el fin de administrar líquidos o productos medicamentosos.
Según su uso existen diferentes tamaños de diámetro, a cada cual le corresponde un color para ser distinguido con facilidad (24G amarillo, 22G azul, 20G rosa, 18G verde, 16G marrón y 14G rojo).

Los accesos periféricos se retiran por diferentes motivos:
- Cuando no se utilizan.
- En caso de extravasación.
- Inflamación de la zona.
- Dolor, eritema o supuración en la zona.
- Obstrucción del catéter.

El proceso, tanto de inserción como de retirada del catéter, lo realiza una enfermera/o con la ayuda, si fuese necesaria de un técnico en cuidados de enfermería.

Es necesario contar con una serie de materiales para realizar la técnica, como son: Guantes, entremetida, esparadrapo, batea, apósito, antiséptico y contenedor de residuos adecuado.

- El primer paso para la realización de la técnica es informar adecuadamente al paciente, posteriormente nos colocamos los guantes y ponemos una entremetida bajo la zona donde se encuentra el catéter.

- Tras ello, procedemos a cerrar todos los sistemas de infusión conectados al catéter, y retiramos el apósito cuidadosamente.
- Es importante observar la zona de punción y desinfectarla con antiséptico.
- Retiramos cuidadosamente el catéter y presionamos sobre la zona de punción un mínimo de 3 a 5 minutos, o hasta que pare de sangrar. Después limpiamos la zona y colocamos un apósito seco, pegado con esparadrapo.

Conclusiones:
Todo catéter que no sea necesario, o que tenga riesgo de infección debe ser retirado lo antes posible.
En caso de infección valorar la recogida de una muestra de exudado de la zona.

2 Objetivos

Dar a conocer el funcionamiento de esta técnica para realizar la retirada del catéter de manera segura, tanto para el paciente, como para el profesional que lo realiza.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Manual de procedimientos generales de enfermería. Hospital universitario virgen del rocío. 2012.
- Protocolo para la inserción, mantenimiento y retirada del catéter venoso periférico. Hospital Universitario Central de Asturias. Enero de 2013.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 317

MANTENIMIENTO DEL CATÉTER EPIDURAL.

SERGIO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Un catéter epidural es un tubo flexible colocado en una cavidad virtual situada en el espacio epidural, para la administración de anestésicos o analgésicos.
Este se introduce en el espacio epidural a través de una aguja epidural, la cual se retira tras la punción. La longitud aproximada de catéter introducido es de unos 3 cm.
Principalmente existen dos tipos:
- De silicona, indicados para largos periodos de tiempo.
- De poliuretano u otro material plástico, para periodos de tiempo relativamente cortos.

Para el adecuado mantenimiento diario del catéter, utilizaremos una serie de materiales: Guantes, paño y gasas estériles, paquete de curas, jeringas, bioconector de seguridad, antiséptico, apósito, suero salino y filtro antibacteriano.

El primer paso siempre será informar al paciente de la técnica que vamos a realizar, posteriormente lavado de manos y colocación de guantes. Puesto que la técnica se ha de realizar con la mayor asepsia posible, conviene realizarla entre dos profesionales (enfermera/o y auxiliar).

Con los catéteres de silicona realizaremos un lavado diario de la parte distal con agua oxigenada. Con los de poliuretano se ha de limpiar la piel con suero salino,

y solo manipular el apósito en caso de que apreciemos riesgo de infección en la zona.

Los catéteres de silicona no precisan de fijación, ya que están insertados a través del tejido subcutáneo del paciente. Los de poliuretano se deben fijar con un apósito adhesivo en la zona de la punción. En ambos, la zona externa del catéter ha de ser fijada a la piel mediante un apósito oclusivo.

Conclusiones:
- El filtro antibacteriano del extremo distal ha de ser sustituido cada 10 días, o siempre que sea necesario.
- Es muy importante observar el punto de inserción del catéter, en busca de signos de infección o de posibles hemorragias.
- Un leve edema o induración de la zona de punción se considera normal.
- No se han de conectar llaves de tres pasos al catéter.
- Si sospechamos de desplazamiento del catéter, fijar éste con adhesivo e informar al personal facultativo.

2 Objetivos

Proporcionar los cuidados adecuados en el mantenimiento del catéter, para así evitar futuras complicaciones.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Cuidados del catéter epidural y paravertebral. Hospital Universitario Gregorio Marañón.2013
- Cuidados del catéter epidural. Hospital Universitario Central de Asturias. Enero 2011.

- Manual de procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Virgen del Rocío. 2012

Capítulo 318

CROMOENDOSCOPIA: TÉCNICA DE UTILIDAD CLÍNICA EN LESIONES DE COLON, RECTO, ESÓFAGO Y ESTÓMAGO.

MARÍA ESTHER FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

TANIA VIDAL GARCIA

SILVIA ÁLVAREZ MARTÍNEZ

MARTA ELENA PÉREZ VALLINA

JOSEFA GARCÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

La endoscopia avanzada diagnóstica es el procedimiento más eficiente para valorar y detectar las lesiones procedentes al cáncer gastrointestinal. Esta técnica presenta varias limitaciones, pues no realiza una valoración ajustada de la morfología o grado de invasión de la neoplasia. Junto con este procedimiento, la cromoendoscopia mejora las posibilidades diagnósticas.

La cromoendoscopia se define como el tratamiento que utiliza la tinción del tejido mediante colorantes o pigmentos, que se aplican a través de un catéter difusor, cápsula o directamente a través del canal de trabajo del endoscopio con el objetivo de caracterizar mejor las lesiones.

2 Objetivos

Analizar y desarrollar las diferentes técnicas de tinción así como las aplicaciones clínicas.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos como son: Medline, Cochrane, Pubmed, Scielo, Google Academy…

4 Resultados

La principal indicación de la cromoendoscopia es detectar y calificar las neoplasias precoces del tracto gastrointestinal. La clasificación de París clasifica estas lesiones en protruidas y planas.

En cuanto a las aplicaciones clínicas, esta técnica se utiliza en:
• Esófago de Barret (EB): el objetivo es identificar, tras los tratamientos ablativos, la displasia o los residuos de Barret.
• Neoplasia gástrica precoz: las tinciones en el estómago son de gran utilidad en pacientes con procesos indicativos de neoplasias.
• Neoplasias colorrectales: es indispensable la sospecha de una lesión mediante endoscopia avanzada diagnóstica. Se utiliza sobre todo para resección de lesiones planas.

En cuanto a las tinciones utilizadas para valorar y detectar las lesiones ya mencionadas, aparecen explicadas en el cuadro 1.

5 Discusión-Conclusión

La cromoendoscopia es una técnica que puede ser utilizada en cualquier área del tracto gastrointestinal. Su uso está más dirigido a la detección y clasificación de las lesiones planas.

Las tinciones más utilizadas en la actualidad son el índigo carmín, para lesiones principalmente de colon y a través del catéter por el canal de trabajo del endoscopio, y el ácido acético a través del mismo método para detectar las displasias o restos de Barret.

A pesar de todo lo mencionado anteriormente, la mayor parte de las técnicas se encuentra en estudio para su futuro desarrollo.

6 Bibliografía

1. Barreto-Zuñiga R. Técnicas de tinción y amplificación. En Córdoba-Villalobos J, De la Torre A, editores. Procedimientos endoscópicos en gastroenterología. 2ª ed. México: Editorial Panamericana, 2009: 201-215
2. Barreto-Zuñiga R. Utilidad de la cromoendoscopia: alcances actuales. En Sánchez Ávila JF, Torre Delgadillo A, Méndez López E, Uribe M, editores. Controversias actuales en gastroenterología y hepatología. México: Fundación Mexicana para la Salud, 2007: 288-297
3. Asge Technology status evaluation report chromoendoscopy. Gastrointest Endosc. 2007: 86(4): 639-649
4. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach and colon. Gastrointest Endos. 2003, 58; S3-22
5. Curvers WL, Kiesslich R, Bergman JJGHM. Novel imaging modalities in the detection of oesophageal neoplasia. Best Pract Rest Clin Gastroenterol. 2008; 22: 687-720
6. Pennerty MBm Sampliner RE, McGee DL, Hixon LJ, Garewal HS. Intestinal metaplasia of he stomach: identification by a selective mocosal staining technique. Gastrointest Endosc. 1992; 38: 696-8
7. Dinis-Ribeiro M, Da Costa-Pereira A, Lopes C, Lara Santos L, Grilherme M, Moreira Dias L, Et al. Masginication chromoendoscopy for the diagnosis of gastric intestinal metaplasia and displasia. Gastrointest Endosc. 2003; 57:498-504
8. Neale AV, Demers RY, Buden H, Scott RO. Physician accurancy in diagnosing colorectar polyps. Dis Colon Rectum. 1987; 30: 247-50

Capítulo 319

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL ABORDAJE DEL NIÑO CON CÁNCER

OLAYA DIAZ ARGALLERO

1 Introducción

Durante los últimos años se han registrado avances muy importantes en el tratamiento del cáncer en la infancia, la incidencia en nuestro país es similar al resto de los países europeos, siendo la leucemia el tumor más frecuente. El cáncer en menores de 14 años supone la segunda causa de mortalidad en la infancia en los países desarrollados tras los accidentes de tráfico. La supervivencia en estos últimos 5 años ha aumentado hasta el 80% según los últimos datos del RETI-SHOP. A pesar de la alta supervivencia que tienen los niños, muchos de ellos experimentan secuelas y problemas de salud asociados que requieren la atención sanitaria.

El cáncer infantil no tiene una prevención posible como en los adultos, por lo tanto una detención precoz de los síntomas y el tratamiento precoz en las unidades adaptadas para esta enfermedad donde el equipo multidisciplinar llevara a cabo una atención integral del niño y su familia.

2 Objetivos

El objetivo general:
- Describir el abordaje integral del niño con cáncer y su familia desde la perspectiva enfermera.

Los objetivos específicos:
- Conocer la epidemiología del cáncer en menores de 14 años tanto en España como en Europa.
- Describir los cuidados enfermeros dirigidos al niño con cáncer y su familia en los distintos niveles asistenciales.
- Identificar los recursos sociosanitarios disponibles para el niño con cáncer y su familia.

3 Metodología

En primer lugar se ha realizado una búsqueda general basada en la evidencia científica existente sobre el tema planteado. La búsqueda se ha realizado en Google y en Google Académico, utilizando un lenguaje libre. Se revisó la página web de la Organización Mundial de la Salud (OMS) así como en el Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP).

Una vez definidos los objetivos del trabajo, se realizó una nueva búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas (Lilacs, Cuiden, Pubmed), así mismo en repositorios (Dialnet), en recursos basados en evidencias científicas (Clinicalkey), en asociaciones tales como Asociación Española Contra El Cáncer (AECC), Asociación Española de Pediatría (AEP), Asociación de familias de niños con cáncer de Asturias "Galbán"; en la Federación Española de Padres con Niños con Cáncer, y por último en fundaciones (Fundación Neuroblastoma y Fundación Aladina). Además se buscó en revistas científicas (Enfermería Global, Revista de Atención Primaria Pediátrica, Pediatría Integral, Revista Española de Pediatría Clínica e Investigación, Red de revistas científicas de América Latina, España, El Caribe y Portugal (Redalyc).

4 Resultados

Existe escasa información sobre la atención ejercida por la enfermera al niño con cáncer en atención primaria, dado que el niño es derivado por el pediatra ante los síntomas sospechosos de la enfermedad, hacia la atención especializada donde realizan los procesos diagnósticos y tratamientos confirmando el diagnóstico y puesta en marcha de unos cuidados específicos de atención hacia el niño y su enfermedad, y también dirigidos a su familia con un equipo especialista y multidisciplinar.

A pesar de que sería ideal tener un equipo de AP encargado realizar los cuidados paliativos centrados de forma integral donde las necesidades son muy variadas, representando el domicilio como el lugar preferido en estas situaciones, por la intimidad que goza el paciente y su familia. A día de hoy, es una de la opciones que se tiende a ofrecer, no solo a nivel de final de vida por las decisiones son tomadas por las familias, sino porque se ha visto que en el hogar el niño se encuentra en su entorno, en su intimidad rodeado en un ambiente más familiar, contrario al hospital donde no es posible generar privacidad. Pero muchas veces no es posible esta atención y requiere ingreso por la gravedad de las complicaciones donde finalizan sus últimos días.

Para afrontar los tratamientos y procedimientos agresivos de la enfermedad, es conveniente realizar un adecuado cuidado de la nutrición. Esto permite al niño evitar la malnutrición asociada que incrementa las recaídas y disminuye la supervivencia, siempre realizando una valoración previa del estado de salud para establecer un soporte que le cubra las necesidades. El soporte de elección siempre que se pueda será la vía oral, pero si no se pudiese se conllevaría a la nutrición enteral, el niño estaría bien cubierto de los requerimientos nutricionales, y porque posee menos complicaciones que la nutrición parenteral (exposición a infecciones donde la venopunción), incluso existen programas de dicha nutrición en el domicilio, lo que se traduce por menos periodos de hospitalización y alta precoz.

Siendo de elección, no es frecuente por las connotaciones que acarrea. En primer lugar, por la oposición de los padres para realizar más procedimientos (la nasogástrica es la más utilizada aunque se está empezando a usar la gastrostomía), seguidamente por el daño psicológico, estético y malestar en el niño que puede ocasionar, así como las complicaciones (heridas, irritación de la piel) derivadas de la colocación de la sonda.

Los programas de terapias con animales son fuente de rehabilitación del niño por los beneficios ya citados anteriormente, requeriendo un adiestramiento del animal pero sobretodo un control veterinario. No obstante, en los hospitales de nuestro país no hay evidencia sobre si se llevan a cabo por los riesgos hacia los que está expuesto el niño debido a su deterioro inmunológico. Las terapias que complementan los cuidados paliativos, no solo ayudan a rehabilitarse, sino que pretende adaptar a la nueva situación que es cambiante según las necesidades especialmente la terapia ocupacional.

Tanto el documento de "Unidades asistenciales del cáncer en la infancia y adoles-

cencia" como el de "Estándares Europeos de atención a niños con cáncer" coinciden en la necesidad de informar, considerándola una obligación mostrándoles todos los recursos, alojamientos, terapias, incluso comentarles de los beneficios del estado, así como los avances científicos que hay en la actualidad a los que deben facilitar su acceso para hacerle frente a la enfermedad de su hijo. También se debe formar a los profesionales que trabajan en este ámbito en cuidados paliativos, en conocimientos sobre avances e investigaciones y habilidades sociales para establecer vínculos con la familia.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de la supervivencia en estos niños según Ortiz et al, se sitúa entre 5.000 – 7.000, la mayoría padece patologías que limitan o amenazan sus vidas. Según los últimos datos del RETI-SEHOP, aunque los casos diagnosticados en España son alrededor de 155,5 casos nuevos en menores por millón (0-14) tiene una gran repercusión en la salud pública (unidades asistenciales). Muchos de los avances hasta hoy permiten que más del 75% de los niños sobrevivan, así como la mejora de los procesos asistenciales. Mientras tanto la incidencia en Europa es muy similar a la española ya que los porcentajes por grupo tumoral se mantienen en las mismas cifras así como la supervivencia. Los expertos coinciden que la segunda causa de muerte infantil no pudiendo lograr una prevención posible pero sí que su supervivencia estará relacionada con la rapidez diagnostica y el tratamiento precoz.

No cabe duda que cuando a un niño se le diagnóstica de cáncer, la familia sufre un gran impacto que desequilibra toda la esfera familiar, las repercusiones de la enfermedad afectan al niño en sus dimensiones sociales, psicoemocionales, y físicas, mientras que la familia posee el sentido de la culpa ante el acontecimiento. La importancia del apoyo donde inciden varios de los autores, es imprescindible para que la familia tenga un respaldo durante las distintas fases de la enfermedad, implicándola en el cuidado consiguiendo una satisfacción por todo lo que se ha hecho. No se acaba ahí el apoyo debe persistir tras el duelo realizándoles un seguimiento en AP ofreciéndoles herramientas para que puedan volver a su vida cotidiana.

6 Bibliografía

1. Carsí Costas N. Cáncer infantil y familia. Francisco Luis Gil Moncayo. Counselling y psicoterapia en cáncer.1ª Edición. España: Elsevier; 2015. Pág. 141-154.
2. Fundación Neuroblastoma.org. Fundación Neuroblastoma [sede Web]. Madrid. Maite Lázaro Alonso. España. Fundación Neuroblastoma.org. 2016- [actualizada en 2016, acceso 1 de junio 2018] .Disponible en: https://www.fneuroblastoma.org/
.
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 Lyon, France: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2013.
4. Registo Español de Tumores Infantiles, RETI-SEHOP [sede Web].Universidad de valencia.: RETI-SEHOP, 1979. 5. Basset Salom L, Cañete Nieto A, Navajas Gutiérrez A; Sancho-Tello de Carranza R. Estándares europeos de atención a niños con cáncer. 2009.
6. Christina U. Capítulo 43 - Cuidados paliativos pediátricos. :14.
7. Cantarero JAP. Capítulo 12 - Atención pediátrica. :14.
8. Bermúdez P, González D, Ortiz R. El rol de la terapia ocupacional en cuidados paliativos en niños, niñas y adolescentes. Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional, 2016; 3 (1). Pág. 12-25.
9. Estándares europeos de atención al niño con cáncer. SIOPE.Varsovia.2009
10. Pozo Muñoz C, Bretones Nieto B, Martos Méndez MJ, Morillejo EA, Cid Carrique N. Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. Revista Latinoamericana de Psicología [Internet]. 2015; 47(2):93-101. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538633003.
11. Unidades asistenciales del cáncer en la infancia y adolescencia. SIOPE. Varsovia .2009

Capítulo 320

GENERALIDADES DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.

SILVIA ÁLVAREZ MARTÍNEZ

MARÍA ESTHER FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

TANIA VIDAL GARCIA

JOSEFA GARCÍA SÁNCHEZ

MARTA ELENA PÉREZ VALLINA

1 Introducción

La herida quirúrgica supone una de las consecuencias indeseables derivada de la mayoría de las intervenciones de cirugía, y es por tanto fuente de una de las complicaciones mas frecuentes asociadas a estas, la infección, así como otras consecuencias indeseadas como dehiscencias o incluso ser fuente de insatisfacciones estéticas en el paciente o necesitar segundas intervenciones con fin de resolver estos problemas.

Se trata, por estos motivos, de un importante campo de estudio en los ámbitos de Enfermería y Medicina, donde se busca adoptar el manejo más idóneo de la herida quirúrgica para minimizar estos potenciales problemas.

2 Objetivos

- Definir el concepto de herida quirúrgica y sus diferentes tipos.
- Analizar las complicaciones más frecuentes asociadas a las heridas de este tipo y los factores de riesgo relacionados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda bibliográfica empleando la base de datos de Google Académico, Scielo y PubMed, utilizando un limitador de tiempo que excluía publicaciones anteriores a 2012.

4 Resultados

Se define herida como la separación de la continuidad normal del tejido, causada bien por un traumatismo o bien por la incisión realizada durante una intervención quirúrgica, siendo este último tipo el que se define como herida quirúrgica.

Las heridas quirúrgicas pueden clasificarse en base a dos criterios:
1. Según el grado de contaminación:
- Herida limpia: se trata de heridas no traumáticas, para las que no existió ruptura de la técnica aséptica, sin inflamación, y que no han penetrado en tracto gastrointestinal, orofaríngeo, genitourinario, biliar o traqueobronquial. Se incluyen las heridas con drenajes cerrados. Un ejemplo son las cirugías de mama.
- Herida limpia-contaminada: es una herida no traumática, y sin presencia de inflamación, pero donde sí ha existido una ruptura de la técnica aséptica de menor grado, y donde se ha penetrado en tracto gastrointestinal, orofaríngeo, genitourinario, biliar o traqueobronquial, con vertido mínimo o con descolonización bacteriana previa.
- Herida contaminada: es una herida traumática, con presencia de inflamación y supuración, donde se ha dado una mayor transgresión de la técnica aséptica, y se ha penetrado en tracto gastrointestinal, orofaríngeo, genitourinario, biliar o traqueobronquial, con vertido importante, sin descolonización bacteriana previa. Incluye heridas crónicas abiertas que van a ser cerradas quirúrgicamente o injertadas. Ejemplos serían una colecistitis aguda. o una apendicectomía perforada.

- Herida sucia: heridas traumáticas, con perforación de más de 12 horas de evolución, y presencia de cuerpos extraños. Vana desarrollar infección en un número elevado de casos. Un ejemplo son las peritonitis o abscesos, pero no son un tipo de herida común en heridas quirúrgicas.

2. Según el tipo de cicatrización:
- Por primera intención: se realiza una aproximación quirúrgica de forma inmediata de los bordes de la herida, mediante suturas, grapas, o dispositivos adhesivos, así como la realizada mediante colgajo o injerto, y, si se trata de heridas profundas, mediante ajuste y cierre de planos anatómicos. Ejemplos serían las cirugías programadas de corazón u ortopédicas.
- Por segunda intención: la herida se deja abierta, permitiendo así el crecimiento de tejido de granulación y después la epitelización de los bordes. Es el cierre espontáneo de la herida.
- Por tercera intención: cuando la herida se mantiene abierta durante un tiempo para controlar la infección, y una vez se observa tejido de granulación, se procede a su cierre.

Existen una serie de complicaciones o consecuencias no deseadas relacionadas con la presencia de una herida quirúrgica tras una operación, entre las que cabe destacar:
1. Infección: Sin duda, la complicación de mayor importancia, y de la que se derivan otras complicaciones, incluyendo un aumento de la mortalidad perioperatoria y la prolongación de la estancia hospitalaria. Representan el 20% del total de infecciones nosocomiales. Se define como el cuadro clínico producido por la proliferación anormal de microorganismos secundarios a una contaminación del sitio, y su aparición va a depender de una serie de factores, entre los que se incluyen la cantidad de microorganismos presentes y su virulencia, así como otros factores predisponentes relacionados con el paciente (edad, comorbilidades, obesidad, etc.), y otros dependientes del proceso hospitalario y del acto quirúrgico (medidas de asepsia, duración de la intervención, profilaxis antibiótica, prótesis, hospitalización prolongada, etc.). Los microorganismos más frecuentemente responsables de las infecciones de este tipo son el Staphylococcus aureus, Streptococcus y Escherichia coli.

Existen tres tipos de infección del sitio quirúrgico:
- Infección superficial: Piel o tejido subcutáneo que rodea a la incisión.
- Infección profunda: Piel, tejido celular subcutáneo y fascia del músculo.
- Órgano-cavitaria: infección en otras estructuras manipuladas, distintas de la

incisión.

Evidentemente, la prevención es el abordaje más efectivo contra la infección de sitio quirúrgico, tratando de reducir los factores predisponentes. Las medidas de prevención pueden clasificarse de la siguiente forma:
- Prevención ante operatoria: lavado de manos, ducha preoperatoria, profilaxis antibiótica cuando sea requerida, rasuración adecuada de la piel cuando corresponda.
- Prevención intraoperatoria: lavado quirúrgico de manos del personal, uso de ropa estéril de quirófano, desinfección de la piel del paciente, irrigación de la herida con povidona yodada, atención al mantenimiento de la cadena de asepsia durante el procedimiento.
- Prevención postoperatoria: cura de la herida con técnicas asépticas, cambio de vendaje.

Cabe mencionar que no todos los pacientes son candidatos a la profilaxis antibiótica. Se recomienda aplicar en cirugías contaminadas o limpio-contaminadas, en pacientes cardiópatas por riesgo de endocarditis, y cuando vayan a utilizarse mallas, prótesis, etc. Se administrará por vía intravenosa durante la inducción anestésica y se repetirá en no más de 24 horas si se trata de cirugía mayor o hay hemorragia de más de 1500 centímetros cúbicos. En caso de que no se logre prevenir la infección de la herida y se confirme esta, deberá aplicarse un tratamiento para minimizar su duración y el alcance de sus consecuencias.

De acuerdo a las directrices de la European Wound Management Association (EWMA), el proceso a seguir en el tratamiento de herida quirúrgica infectada es:
- Reapertura, desbridamiento y drenaje. Eliminación del material de sutura y retirada de tejidos desvitalizados. Se recomienda el uso de suero fisiológico a presión con jeringa para ello. La herida se dejará abierta, con fin de permitir el drenaje y un cierre por segunda intención o, si se dan las condiciones, por tercera intención.
- Antibióticos. Se aplicará un tratamiento individualizado y empírico, adecuado para el tipo de infección que se haya diagnosticado.
- Antimicrobianos de uso tópico.
- Apósito asociado a cura por segunda intención.

2. Dehiscencia: es la separación postoperatoria no deseada de la incisión quirúrgica. Suponen un incremento en la estancia hospitalaria del paciente operado y de la recuperación del mismo. Se clasifican según el grado de afectación tisular. Así tenemos:

- Grado 1: tejido dérmico.
- Grado 2: tejido subdérmico
- Grado 3: tejido muscular.
- Grado 4: fascia profunda y/o víscera.

Son más frecuentes en cirugías abdominales, donde además puede llegar a degenerar en una evisceración, y más infrecuentes en intervenciones laparoscópicas. Las dehiscencias se relacionan con la presencia de ciertos factores predisponentes, que incrementan el riesgo de sufrir esta complicación: Obesidad, diabetes mellitus, malnutrición, tabaquismo, cirugías prolongadas, infección, edema, hematoma.

De manera general, el tratamiento se basará en:

- Eliminación de abscesos, hematomas y seromas.
- Tratamiento de la infección.
- Control del edema y exudado.
- Empleo de apósitos específicos.
- Terapia de presión negativa.

3. Otras consecuencias negativas derivadas de la presencia de herida quirúrgica. Hablamos sobre todo de problemas derivados de las dos anteriores complicaciones, y engloban la prolongación de la estancia hospitalaria y el retraso en la recuperación del paciente, la necesidad de reintervenir, dolor en el sitio de incisión, insatisfacciones estéticas, sepsis, etc. Todas estas repercuten en el bienestar del paciente, a nivel tanto físico como psicológico, además de provocar un aumento del gasto sanitario y de los recursos.

5 Discusión-Conclusión

La herida quirúrgica es un resultado inevitable de gran parte de las intervenciones de cirugía. Debido al gran volumen de operaciones que se realizan a nivel mundial, y a la importancia de las consecuencias negativas que pueden derivarse de ella, es importante tener siempre presente las acciones que como sanitarios podemos llevar a cabo para prevenir en la medida de lo posible que dichos resultados indeseados asociados a las heridas se lleguen a dar.

6 Bibliografía

1. López-De los Reyes R, Vives-Rodríguez, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Guía Práctica de la Herida Quirúrgica Aguda. [Guía Práctica nº6]. En: Cimadevila

MB, Calvo AI, Rumbo JM, Raña CD, Fernández-Segade J, editores. Colección de Guías Prácticas de Heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Programa Úlceras Fóra. Servizo Galego de Saúde (Sergas); 2016
2. Prezzavento Gustavo, Racca Liliana L., Bottai Hebe M.. Cicatrización: evaluación de dos tratamientos tópicos de uso habitual en la cicatriz postcirugía estética. Cir. plást. iberolatinoam. 2017 Sep [citado 2020 Feb 04] ; 43(3): 255-263.
3. Gómez-Romero, F, Fernández-Prada M, Navarro-Gracia J. Prevención de la infección de sitio quirúrgico: análisis y revisión narrativa de las guías de práctica clínica. Cirugía Española, 95. 2017
4. Asensio Á. Infección de la localización quirúrgica. Profilaxis antimicrobiana en cirugía. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Internet]. 2014 [cited 12 January 2020];32(1):48-53.
5. García-Montero Adrián, Viedma-Contreras Soledad, Martínez-Blanco Nuria, Gombau-Baldrich Yolanda, Guinot-Bachero Jordi. Abordaje multidisciplinar de una dehiscencia abdominal infectada: evaluación coste-consecuente de apósitos y medidas utilizadas. Gerokomos. 2018; 29(3): 148-152.

Capítulo 321

IMPORTANCIA DE REALIZAR UNA CORRECTA REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR BÁSICA POR EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.

MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ GREGORES

ANA MARÍA GONZÁLEZ PÉREZ

GEMMA ALVAREZ SANCHEZ

JOSE MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La reanimación cardiopulmonar básica es una técnica que se realiza cuando la vida de la persona está en peligro de muerte. Conocer como se realiza salva vidas a diario. En el ámbito laboral y máxime dentro de un centro sanitario es de importancia extrema. Es por ello que todos y cada uno de los trabajadores, sin importar el ámbito en el que desarrollen su función deberían conocer y saber llevar a cabo.

Hoy en día esta técnica se enseña a los niños en los colegios, y centros de formación. Consiste en una serie de actividades sencillas que pueden suponer que la persona que sufre la parada sobreviva a ella o no. Es por ese motivo que es de

vital importancia el conocimiento de la misma, saber cuándo se debe aplicar y cuando no está indicada, así como tener experiencia práctica en su realización.

Por lo general para el personal que trabaja en sanidad no es una formación obligatoria, por lo que no todo el mundo la conoce ni la sabe aplicar correctamente. La formación al respecto es voluntaria, pero cada vez más personas se suman a ella, dada la importancia que tiene, no obstante, debería ser una formación obligatoria junto con la higiene de manos para todo el personal que trabaja en un centro sanitario.

2 Objetivos

Destacar la importancia del conocimiento de la reanimación cardiopulmonar básica (RCPb) para el personal sanitario y no sanitario de en un centro hospitalario.

3 Metodología

Artículo elaborado a partir de una revisión bibliográfica de documentos científicos extraídos de las siguientes bases de datos científicas: Dialnet, Web of Science y Cuiden Plus.

Se realizó la búsqueda en inglés y castellano, obteniendo gran cantidad de documentos por lo que se elaboraron unos criterios de inclusión y exclusión para centrar la recogida de documentos en conocimientos sobre RCPb en el personal que trabaja en centros sanitarios, ya sea este sanitario o no sanitario.

Las palabras clave empleadas fueron: Reanimación cardiopulmonar básica; RCP; PCR; Cardiopulmonary resuscitation.

4 Resultados

El principal objetivo de la RCP básica es salvar vidas, aunque también implica evitar secuelas cuando no es inmediata y se realiza dentro de un marco temporal adecuado.

Que las personas conozcan su realización y la apliquen correctamente cuando está indicada supone una prevención en riesgos para la salud importante.

Cuando tras un accidente en el hogar, y aunque no sepas la causa, veas que una persona está inconsciente y no respira espontáneamente, debes iniciar rápidamente las maniobras de ”reanimación cardiopulmonar básica”:

1. Asegurar el lugar de los hechos retirando si es posible los peligros que pueda haber tanto para el accidentado como para quien realiza el salvamento.
2. Comprobar los signos vitales o consciencia de la víctima. Llamándole, sacudiéndole evitando causarle un daño mayor.
3. Si responde: deja a la víctima en la posición en que se encuentra y solicita ayuda en el teléfono indicado para ello del centro en el que se trabaja o a las personas que haya más cerca de donde suceden los hechos. Si no responde:

- Hay que pedir ayuda y colocar a la persona en la posición correcta para realizar la RCP, es decir, boca arriba con los brazos y piernas alineados en la línea del cuerpo. Sobre una superficie rígida y a poder ser con parte del torax descubierto.
- Abrir la vía aérea. Colocar una mano sobre la frente y con la otra sobre el mentón hacia arriba, para evitar que la lengua impida el paso del aire a los pulmones (maniobra frente-mentón).

4. Comprobar si la víctima respira normalmente manteniendo la vía aérea abierta (ver, oír, sentir). Si la víctima respira normalmente:

- Se debe colocar en Posición lateral de seguridad y comprobar de forma periódica que la persona se encuentra bien, respira y no ha entrado en PCR.
- Pedir ayuda a personas colindantes o llamar al número de emergencias del centro hospitalario en el que se encuentren trabajando.

Si la víctima no respira normalmente:

5. Si disponemos de un DESA (Desfibrilador semiautomático) Debemos hacer uso del mismo, colocando los electrodos tal y como el dibujo que portan esos equipos indica, uno sobre el torax (parte derecha superior, lado contrario al corazón) y otro en el lateral izquierdo (bajo las costillas.). Encenderlo y seguir las instrucciones que nos indica.
6. Pide ayuda, pide a alguien que lo haga e inicia 30 compresiones torácicas en el centro del pecho. Realiza 2 insuflaciones con la vía aérea abierta (frente-mentón) y la nariz tapada. Si el aire no pasa en la primera insuflación, asegúrate de estar haciendo bien la maniobra frente-mentón y realiza la segunda insuflación, entre o no entre aire.
7. Alterna compresiones - insuflaciones en una secuencia 30:2 (30 compresiones y 2 insuflaciones) a un ritmo de 100 compresiones por minuto.

No interrumpas hasta que la víctima inicie respiración espontánea, te agotes o llegue ayuda especializada.

5 Discusión-Conclusión

Los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básica por los profesionales que trabajan en un centro hospitalario deberían ser obligatorios por ley, dado que son centros de promoción de la salud y como tal debería ser una de las competencias de todos y cada uno de los trabajadores del mismo, ya sea personal sanitario o no.

Una vez nos encontramos con una posible víctima es tan importante como realizar la técnica correctamente, salvaguardar de posibles peligros inminentes la vida del resucitador tanto como la de la víctima, dado que si a nosotros nos sucede algo, la víctima también quedaría exenta de ayuda. Otra máxima a tener en cuenta es pedir ayuda, que nos socorran es importante dado que el tiempo de reanimación es crucial y se trata de una actividad dura y cansada en la que vamos que requerir ayuda.
Disponer de medios como un DESA dentro de un centro hospitalario son ventajas de las que disponemos, por eso es tan importante conocer su funcionamiento y aplicación.

6 Bibliografía

- Parrilla-Ruiz, F.M. Cárdenas-Ruiz, D. Cárdenas-Ruiz, A. Futuro de la metodología formativa en reanimación cardiopulmonar básica para población general. 2013.
- Suso, J.M. Reanimación cardiopulmonar básica en pediatría. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Pediatr Integral. 2014; 18(4): 252-260.
- Manrique-Martínez, J.I. Sebastián-Barberán, V. RCP básica en Pediatría de Atención Primaria. Pediatría Atención Primaria. 2016; 18: 93-98.
- Macías, C.C. Novedades y actualizaciones en RCP pediátrica. Revista Española de. 2016; 72(1): 35-40.
- Fernández, G.O. Reanimación Cardiopulmonar (RCP) en el lugar de trabajo. Revista de la Asociación Médica Argentina.2018; 131(1).
- Gómez-Candela, R. Guerra, G. Antonio, J. RCP BÁSICA, INSTRUMENTALIZADA Y DESFIBRILACIÓN SEMIAUTOMÁTICA. 2018.
- Pascual, S.N. Blanco-Blanco, Á. Puente, J.C.T. Autoeficacia en reanimación cardiopulmonar (RCP) básica y avanzada: diseño y validación de una escala. Educación Médica. 2019; 20(5): 272-279.

Capítulo 322

ABORDAJE DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS

NAZARET NAVAS CRESPO

ANA ROSA BLANCO SANCHEZ

TAMARA MARIA NAVAS CRESPO

1 Introducción

La fístula arteriovenosa (FAVI) consiste en la unión de una arteria y una vena mediante un procedimiento quirúrgico, creando así un circuito arteriovenoso. Su calidad y buen estado determinarán la eficacia y eficiencia de la hemodiálisis,así como la calidad de vida de los pacientes.

Las complicaciones derivadas del acceso vascular para hemodiálisis suponen hasta un 25% de las hospitalizaciones del paciente en tratamiento renal sustitutivo, con altos índices de morbilidad y elevados costes.

2 Objetivos

- Poder realizar el tratamiento sustitutivo renal en las mejores condiciones posibles y conseguir así una hemodiálisis adecuada.
- Determinar el procedimiento para la punción de FAVI.
- Prevenir infecciones.

- Evitar complicaciones agudas y tardías.
- Identificar las posibles complicaciones.

3 Metodología

Se han consultado fuentes de información como bases de datos como Cuiden y PubMed y protocolos del servicio de hemodiálisis del HUSA. Se han utilizado palabras clave como fístula arteriovenosa, punción, y diálisis.

4 Resultados

Antes de la punción de la FAVI es imprescindible inspeccionar la zona de punción, comprobando thrill y ausencia de signos de infección. Tras lo que se elegirá la técnica de punción. Existen 3 métodos diferentes:
- La técnica de zona específica en la que se realizan punciones en una pequeña área de la vena (2-3 cm).
- Técnica del ojal en la que las punciones se realizan siempre en el mismo punto.
- Técnica de punción escalonada en la que se utiliza toda la zona disponible alternando los puntos de punción.

En todas las técnicas se realiza la preparación antiséptica de la piel y se utilizan 2 agujas (arterial y venosa, con suficiente distancia entre ellas para evitar recirculación). Se insertará las agujas con el bisel hacia arriba, una vez canalizada se girará el bisel hacia abajo. Tras comprobar su correcta inserción y buen retorno sanguíneo se fijarán las agujas y se comenzará la diálisis.
Tras la finalización de la sesión de diálisis es fundamental la correcta retirada de las agujas con el fin de evitar desgarros así como una buena hemostasia mediante compresión de al menos 10 minutos para evitar la formación de hematomas.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible asegurar un abordaje repetido y seguro para el paciente, no sólo para influir en su supervivencia sino también para disminuir su ansiedad y disconfort. Por lo que en el ámbito de enfermería es muy importante conocer las diferentes técnicas de abordaje de FAVI y realizar una buena elección de la técnica a seguir.

Cabe destacar la importancia del registro tanto de las características de la punción (tipo de aguja, ángulo de inserción, profundidad) así como las complicaciones que puedan surgir a lo largo de la sesión de diálisis. Resulta de gran utilidad la creación de un mapa del acceso venoso, para asegurar el éxito de la punción.

6 Bibliografía

1. Shrestha BM. Massaging thrombosed PTFE hemodialysis access graft - recipe for disaster. J Vasc Acces 2007;8(2):120-2.
2. Kim DH, Goo DE, Yang SB, Moon C, Choi DL. Endovascular management of immediate procedure-related complications of failed hemodialysis access re-canalization. Korean J Radiol 2005;6 (3):185-95.

Capítulo 323

SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

GLORIA FEITO FERNÁNDEZ

FÁTIMA RUBIO PÉREZ

ANDREA TAMARGO PACHECO

CLAUDIA MARTÍNEZ SUÁREZ

1 Introducción

En la actualidad, el estrés es parte de nuestra vida cotidiana llegando hasta el grado de considerarse como "el malestar de nuestra civilización" pudiendo afectar a la salud y bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. En el contexto de la salud laboral, se produce el desarrollo de un nuevo proceso: el Síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout es el estadio final al que llega la persona tras haber estado expuesto a situaciones de estrés constante. Entre los profesionales que presentan mayor prevalencia de padecer este síndrome, se encuentran aquellos relacionados con la salud, como son el personal de enfermería. Estos profesionales mantienen un contacto directo con las personas, siendo testigos de su dolor y sufrimiento. Estar expuesto constantemente a estas situaciones produce en los

profesionales consecuencias a nivel físico y emocional, que acabarán afectando a su vida personal y profesional. Todo ello se agrava, si los profesionales realizan su actividad laboral en un servicio específico, como son las Unidades de Cuidados Intensivos, donde el grado de concentración es mayor.

Debido a lo anteriormente mencionado, en este estudio se llevará a cabo una descripción teórica del Síndrome de Burnout analizando las causas, síntomas y consecuencias que produce. Más concretamente, se analizará la prevalencia de dicho síndrome en las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Para poder comprender el concepto de Síndrome de Burnout, previamente es necesario analizar el concepto de un factor estrechamente relacionado con su aparición, el estrés laboral.

Desde hace años el estrés se considera causa de enfermedad profesional. Cuando el estrés surge en el lugar de trabajo, se considera de origen laboral laboral. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el estrés laboral se define como "la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación" . Cuando este estrés se manifiesta de forma crónica se denomina Síndrome de Burnout.
La psicóloga Christina Maslach en 1976 oficializó el término Burnout. Años después, en 1986 lo redefinió ya como un "síndrome que se desarrollaba en respuesta al estrés emocional crónico, caracterizado por una actitud fría y despersonalizada en la relación con otras personas y un cansancio físico y psicológico".

Maslach y Jackson en 1981, sentaron las bases para la realización de estudios en diferentes colectividades y sociedades ya que, idearon un instrumento de medida denominado Maslach Burnout Inventory (MBI). Estas autoras identificaron tres aspectos o dimensiones del Burnout: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

En el desarrollo del Síndrome de Burnout se pueden diferenciar cuatro etapas:
- Fase de entusiasmo: se experimenta excesivo entusiasmo y energía hacia el nuevo puesto de trabajo. Manifiesta actitud positiva. Es necesario establecer límites entre la vida laboral y personal.
- Fase de estancamiento: las expectativas laborales no se cumplen. El profesional siente que existe un desequilibrio entre su esfuerzo y la recompensa que obtiene a cambio. Además, en esta fase también se produce un desequilibrio entre las

demandas y los recursos (estrés). El profesional siente no ser capaz de realizar su trabajo de manera eficaz.

- Fase de frustración: la frustración, la desilusión y la desmoralización son los sentimientos que se manifiestan en esta fase. Aparecen actitudes irritables y negativas hacia el trabajo. En esta fase la salud ya se ve afectada. Pueden surgir problemas emocionales, conductuales y fisiológicos.
- Fase de apatía: en esta fase, se llevan a cabo una serie de cambios actitudinales y conductuales, lo que se conoce como afrontamiento defensivo. Estos cambios consisten en mantener una actitud fría y distante con los pacientes y en anteponer las necesidades del profesional sanitario a las del enfermo.
- Fase de quemado: en esta fase, se produce el colapso emocional y cognitivo, con importantes consecuencias para la salud. Puede desencadenar el abandono del trabajo por parte del profesional llevándole a una vida de frustración.

Los profesionales de la salud, más concretamente los profesionales de enfermería han sido identificados como uno de los grupos con mayor riesgo de padecer Síndrome de Burnout. Esto se debe a que la profesión de enfermería se encuentra expuesta constantemente a una gran cantidad de factores estresantes. Como son por ejemplo, la rotación de turnos, el tipo de contratos y la excesiva carga laboral.

Un estudio realizado por Nuñez et al. a 453 enfermeros de un hospital de Lugo, demostró que el Síndrome de Burnout es un problema presente entre estos profesionales. El 60,5 % de los participantes manifestaron un nivel elevado de cansancio emocional, el 30,9% un alto grado de despersonalización y el 29,6 % un bajo grado de realización profesional. La prevalencia del Burnout alcanzó un 9,4%. El perfil del profesional que, tendría más posibilidad de padecer Síndrome de Burnout, sería aquel con una experiencia laboral mayor de 5 años y cuya edad superase los 35 años. Existen diversas áreas como, los Servicios de Urgencias y Unidades de Cuidados Intensivos, donde la prevalencia del Síndrome de Burnout es mayor. Las tareas de enfermería requieren de mayor concentración, por lo que los niveles de estrés son superiores en los profesionales que trabajan en estos servicios.

Un estudio realizado por Sánchez et al. a 86 profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de Jaén, demostró que la prevalencia del Síndrome de burnout era del 50%. Además, puso de manifiesto como el 8,1% de los participantes manifestaban un cansancio emocional alto y el 25,6% una despersonalización alta. Ríos Risquez et al. llevaron a cabo un estudio a 97 profesionales de enfermería de un Hospital de Murcia, 55 pertenecientes

al Servicio de Urgencias y 42 al Servicio de Cuidados Intensivos. Los resultados pusieron de manifiesto, como los niveles de agotamiento emocional eran significativamente mayores en el Servicio de Cuidados Intensivos, afectando a un 54,8% de los profesionales frente a un 30,9% de los del Servicio de Urgencias.

Tras haber llevado a cabo un análisis de la literatura relevante, se puede afirmar que el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que trabaja en las Unidades de Cuidados Intensivos, es un problema presente en la actualidad. Por todo ello, la presente investigación pretende analizar la prevalencia de dicho síndrome entre los profesionales de enfermería de la UCI pertenecientes al Hospital Universitario Central de Asturias.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout y de sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Objetivos específicos:
- Identificar las variables sociodemográficas que se asocian con el Síndrome de burnout en los profesionales de enfermería.
- Conocer el grado de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal que padece el personal de enfermería.
- Analizar los niveles de salud y estrés percibido por los profesionales.

3 Metodología

Una vez se apruebe el estudio por el Comité Ético de Investigación Clínica del Principado de Asturias y se obtenga el permiso por la Dirección Gerencia del HUCA, se llevará a cabo un estudio observacional descriptivo y de corte transversal.

El estudio se desarrollará en el Hospital Universitario Central de Asturias. Se trata del Hospital de referencia del Principado de Asturias, ubicado en la ciudad de Oviedo, perteneciente al área sanitaria IV.

La medicina intensiva es una especialidad médica, dedicada al suministro de soporte vital a los sistemas orgánicos en pacientes críticamente enfermos, quienes generalmente también requieren supervisión y monitorización intensiva. La Unidad de Cuidados Intensivos del HUCA, atendió a un número elevado de pacientes durante el año 2017, alcanzando cifras de 2224 ingresos anuales. Esta unidad se encuentra dividida en diferentes áreas: UCI cardiaca (UCI 1 y 2) y UCI polivalente (UCI 3, 4, 5 y 6). En la UCI 1 y 2, el mayor número de pacientes ingresados, procede de la actividad quirúrgica derivada del Servicio de Cirugía Cardiaca. La UCI polivalente, abarca el resto de pacientes con patologías críticas (politraumatizados, neuroquirúrgicos, etc). La Unidad de Cuidados Intensivos se encuentra ubicada en el edificio Z, en N+1. La UCI en total cuenta con 52 box asistenciales + 2 box que se reservan para la realización de técnicas.

La población de nuestro estudio estará formada por 126 profesionales de enfermería, de ambos sexos, que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias.

Criterios de inclusión:
- Ser enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos del HUCA.
- Realizar labores de enfermería durante el periodo de tiempo del estudio.
- Aceptación de participación tras haber firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:
- No cumplir las condiciones anteriormente descritas.
- No completar el cuestionario en su totalidad.
- No ofrecer su consentimiento para participar en el estudio.

Los profesionales objeto de nuestro estudio, cuentan con un turno rotatorio de trabajo que, se denomina T5 ecológico desplegado. Dicho turno consiste en la realización de 2 mañanas, 2 tardes, 2 noches y 4 descansos. A excepción de 3 enfermeras y las 3 supervisoras que realizan mañanas fijas. Los turnos constan de 7 horas a excepción del turno de noche que son 10 horas. El turno de mañana comienza a las 8 am y termina a las 15 pm. El turno de tarde empieza a las 15 pm hasta las 22 pm. Y por último el turno de noche abarca desde las 22 pm hasta las 8 am. La distribución de los pacientes funciona de la siguiente forma: cada enfermera se ocupa del cuidado de dos pacientes y se cambia de pacientes y de área si fuese necesario en la primera mañana del ciclo rotatorio.

Instrumentos de medida:
- La información del estudio será recogida a través de un cuestionario que, se

rellenará de forma anónima y voluntaria tras haber firmado un consentimiento informado, donde se asegura la confidencialidad de sus respuestas.
- El documento de recogida de la información definitivo se dividirá en dos partes: un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia y la versión española del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

A continuación, se desarrollarán las variables sociodemográficas, laborables y relacionadas con la escala MBI que se utilizarán en el desarrollo de este proyecto de investigación:
- Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Hombre o mujer.
- Edad: variable cuantitativa discreta. Medida en años del sujeto en el momento del estudio.
- Estado civil: variable cualitativa nominal politómica. Situación civil del participante. Categorías: Soltero, casado, separado, viudo o con pareja.
- Número de hijos: variable cuantitativa discreta. Número de hijos del participante.
- Situación laboral: variable cualitativa nominal politómica. Categorías: Fija, eventual o interina.
- Años de antigüedad en el servicio: variable cuantitativa discreta. Número de años que lleva trabajando en la UCI el participante en el momento del estudio.
- Satisfacción laboral: variable cualitativa ordinal politómica. Categorías: Muy satisfecho, bastante satisfecho, medianamente satisfecho, poco satisfecho o nada satisfecho.

Variables relacionadas con la escala MBI (Maslach Burnout Inventory):
- Agotamiento emocional: variable cualitativa ordinal politómica. Nivel de agotamiento emocional que sufre el sujeto participante. Categorías: alto, medio o bajo.
- Despersonalización: variable cualitativa ordinal politómica. Nivel de despersonalización que sufre el sujeto participante. Categorías: alto, medio o bajo.
- Baja realización personal: variable cualitativa ordinal politómica. Baja realización personal que puede sufrir el sujeto participante. Categorías: alto, medio o bajo.

Antes de comenzar con el estudio, se solicitará permiso al Comité Ético de Investigación Clínica del Principado de Asturias así como a la Dirección Gerencia del HUCA para poder llevar a cabo la investigación entre el personal de enfermería de la UCI. Se solicitará la colaboración de la supervisora de la unidad para que mediante correo electrónico avise a los profesionales enfermeros del servicio del

propósito de la investigación y les anime a participar.

El primer encuentro, consistirá en una reunión explicativa donde se comentarán los objetivos de la presente investigación y se recalcará su importancia para intentar conseguir de esta forma, un número elevado de participantes. Además, se concretará fecha y hora exacta para llevar a cabo la cumplimentación de los cuestionarios.

Para las personas que no puedan asistir el día en que el resto de profesionales participe en el estudio, se les dejará la documentación necesaria (consentimiento informado, cuestionario sociodemográfico de elaboración propia y el cuestionario de Maslach Burnout Inventory) en un sobre en el despacho de la supervisora y así se podrá recoger en los días posteriores.

Para realizar el análisis estadístico se emplearán diferentes programas informáticos: Microsoft Office Excel y SPSS Statistics for Windows (versión 24.0). Se llevará a cabo la introducción de los datos obtenidos en hojas de cálculo de Microsoft Excel, para posteriormente exportarlas al SPSS generando una base de datos. Se realizará un estudio descriptivo de las variables recogidas. Se calcularán las frecuencias absolutas y relativas, las medias y las desviaciones típicas.

Se usará la prueba de Kolmogorov- Smirnoff para comprobar la normalidad de las variables.

Se utilizará la prueba T de Student para estudiar la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas y el análisis de varianza ANOVA en el caso de las politómicas. Dentro de las variables cuantitativas, se usará el coeficiente de correlación de Pearson para la correlación entre las mismas y respecto a las variables cualitativas, se utilizará la prueba de Chi-Cuadrado para el estudio de su asociación.

Se consideran valores estadísticamente significativos si $p<0,05$.

La investigación se realizará respetando los principios éticos fundamentales recogidos en la Declaración de Helsinki, según la cual se debe respetar y velar por los derechos del sujeto, así como se respetarán los requisitos de investigación en ciencias de la salud que aparecen en la legislación española.

Se cumplirá la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre) y el Real Decreto 1720/2007 de 21 de Diciembre, por

lo que se deberá respetar la confidencialidad de los sujetos sobre cualquier dato recogido. Si algún sujeto encuestado lo solicita se le ofrecerán los resultados.

4 Bibliografía

1. Http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008&lng=es.
2. Https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/3508/tesis_-9ef3ca.PDF?sequence=1
3. Https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7454/DiezLasoL.pdf?sequence=
4. Https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/999
5. Http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
6. Http://www.vivatacademia.net/index.php/vivat/article/view/192/188
7. Http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152001000100004&script=sci_arttext
8. Http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400013&lng=es
9. Http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_GCF.pdf
10. Https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5213004
11. Http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-estudio-comparativo-del-burnout-personal-S113023990872738X
12. Http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/NORMA%20FUNCIONAL%20UCI%201%20y%202(1).pdf
13. Http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf
14. Https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf
15. Https://www.boe.es/boe/dias/2008/01/19/pdfs/A04103-04136.pdf

Capítulo 324

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

MERCEDES LANNY RODRÍGUEZ ALLEGUE

1 Introducción

Úlceras por presión, se producen cuando cuando la piel se comprime, un largo périodo de tiempo, entre el hueso y una superficie dura(colchón,silla), aparecen frecuentemente en personas que tienen una movilidad reducida.
Se clasifican en cuatro grados:
- Grado I:Eritematosa no blanqueable
- Grado II:Escoriativa,úlcera de espesor parcial
- Grado III: Necrótica, perdida total del grosor de la piel
- Grado IV: Perdida total del grosor de los tejidos.

Es importante prevenirlas ya que producen dolor y molestias empeorando su calidad de vida, generan infecciones locales y generales, precisan de cuidados para sus curas. Suelen aparecer en zonas donde el hueso sobresale más y existe menos tejido bajo la piel. Si la superficie dura comprime la zona, dificulta una buena circulación de la sangre y la piel va deteriorándose.
- En decúbito dorsal: suele aparecer en cabeza, omóplatos, codos, sacro y talones.
- En la posición decúbito lateral duelen aparecer en oreja, acromion, costillas, trocánteres, cóndilosy maléolos.
- En posición decúbito prono: suele aparecer en mejilla, acromion, mamas en mujeres, genitales en hombres, rodillas y dedos de los pies.
- En posición sentado suelen aparecer en omóplatos, sacro, isquión (huesos del glúteo) y talón.

2 Objetivos

- Conocer como prevenir y evitar las úlceras por presión, analizar los factores que inciden en la aparición de las úlceras y determinar factores de riesgo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La mejor forma de tratar una úlcera por presiónes evitar que se produzca.El enrojecimiento de una zona de la piel es un signo de alarma.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir las úlceras por presión se debe facilitar la movilidad si la persona la concerva,ayudar a mantener una postura corporal correcta el espaldar de la silla debe dar apoyo a toda la espalda y cabeza,utilizar almohadas para impedir presión exesiva en algunas partes del cuerpo, facilitele reposapies, cambiar de posición periódicamente, producirles una adecuada alimentación rica en calorías, proteínas y vitaminas, asegurarnos que beba abundantes líquidos para estar suficientemente hidratada, vigilar las zonas que tienen mayor riesgo de que aparezcan mantener la piel limpia, seca e hidratada, con especial cuidado en las zonas de pliegues, favorecer la circulación de la sangre con masajes diarios después del lavado, evite que aparezcan arrugas en la ropa de cama y camisón, no arrastrar nunca al enfermo para evitar fricción que produce alto riesgo de lesión cutánea, tener cuidado con las sondas vesicales pasarlas por encima del muslo cuando la persona esté acostada.

Sobre los cambios posturales deben realizarse cada 2-3 horas si la persona está en la cama, si esta sentada cada 2 horas ir movilizando desde la postura inicial hasta la siguiente ejemplo:

1. Boca arriba.
2. Lateral derecho.
3. Boca arriba.
4. Lateral izquierdo.

Cuando vaya a dormir colóquele en la postura que más cómoda, si aparece una zona de enrojecimiento en la piel evitar colocarle en la pistura que ejerza presión sobre esa zona, se deben seguir realizando lis cambios posturales aunque se utilicen almohadas y colchones antiescaras.

6 Bibliografía

- Http://www.imsersomayores.csic.es
- Sancho M,Pezuela M,Fernandez M.Servicios Sociales para persobas mayores en España.Enero 2006.En: Sancho M(Coord) .Informe2006.Las personas mayores en España.Datos estadisticos estatales y por comunidades autónomas.Madrid:Ministerio de Asuntos Sociales e IMSERSO,2006.
- Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- Https://scielo.org/es/
- Https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 325

POLIRRADICULONEUROPATÍA.

MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO

SILVANA ALVAREZ TRABANCO

SILVIA VEGA LAVANDERA

LAURA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

CARLA IGLESIAS SANCHEZ

1 Introducción

La polirradiculoneuropatía, es una alteración del sistema inmunológico, consiste en la destrucción de la capa de mielina de los axiones, lo que produce una alteración en las sensaciones nerviosas. La capa de mielina consiste en una capa de proteínas y sustancias grasas que bordea los nervios, formando una vaina o aislante de grueso tamaño.

Su función es aparte de proteger la de transmitir los impulsos nerviosos a distancias relativamente largas gracias a su efecto aislante. Los axiones son las prolongaciones largas y delgadas de las neuronas, tienen forma de cono que se alarga hacia la periferia y pueden estar recubiertos o no de mielina y son las especializadas en conducir el impulso nervioso desde el cuerpo celular hasta otra célula. Las zonas distales suelen ser las más afectadas ya que la información al cerebro llega con más dificultad, afeitándose también la musculatura adyacente a estos nervios, pues pierden la capacidad de respuesta, pudiendo llegar a quedarse paralizados completamente.

En casos graves el sistema respiratorio puede verse comprometido precisando su traslado a UVI para administrar respiración asistida. La polirradiculoneuropatía, también conocida como Síndrome de Guillain-Barré, no se sabe cuál es la causa que lo desencadena, afecta por igual a hombres que a mujeres, a razas o etnias, siendo relativamente poco común, pero pudiendo llegar a comprometer la vida de la persona que la padece. Una vez pasada la fase aguda, la recuperación es muy lenta precisando de mucho trabajo de rehabilitación y en muchas ocasiones precisan también de apoyo psicológico.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología, relativamente poco frecuente y muy incapacitante donde el trabajo de enfermería es muy importante.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Enfermería Medicoquirúrgica ed. DAE.
- Manual de Enfermería Oceano/Centrum.
- Gerencia de Emergencias Sanitarias Castilla y León.
- Urgencias Neurológicas. SACYL 2012.

Capítulo 326

EL PARKINSON Y LOS TRASTORNOS NO MOTORES

MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO

SILVIA VEGA LAVANDERA

SILVANA ALVAREZ TRABANCO

CARLA IGLESIAS SANCHEZ

LAURA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Esta enfermedad se caracteriza entre otras cosas por la falta de producción de una sustancia química en el cerebro llamada dopamina, la cual es responsable de ayudar a los movimientos del cuerpo y de regular el estado de ánimo de una persona. Es crónica y progresiva.Afecta de diferente manera a cada persona ,al igual que la evolución, en algunos evoluciona muy lentamente y en otros más rápidamente. No es una enfermedad fatal. La esperanza de vida de un paciente con Párkinson es prácticamente igual que la de la media nacional.

A pesar de todos los avances de la neurología, hoy en día se desconoce la etiología o causa de la enfermedad, por lo que también se desconoce cómo prevenirla. Afecta tanto a hombres como a mujeres, y más del 70 % de las personas diagnosticadas de Párkinson supera los 65 años de edad. Sin embargo, no es una enfermedad exclusivamente de personas de edad avanzada ya que el 30 % de los diagnosticados es menor de 65 años.

Existe en todas las razas y todos los continentes, con ligeras variaciones. En España se calcula que puede haber cerca de 150.000 personas afectadas por Párkinson

Al principio de la enfermedad no es nada fácil de diagnosticar porque los síntomas son leves, poco específicos y pueden llevar a confusión. La primera fase del Pákinson no suele presentar todos los síntomas corrientes y típicos. Hay un proceso neurodegenerativo multisistemico que afecta al sistema nervioso central lo que provoca la aparición de síntomas motores y no motores.El Párkinson es fundamentalmente una enfermedad que se caracteriza por una alteración en las funciones motoras, reduciendo la capacidad de movimiento, pero también existen otros síntomas no motores que son otros cambios que afectan a la calidad de vida.

Existen unos síntomas premotores que suelen aparecer incluso 20 años antes de que se diagnostique la enfermedad y son:
- Problemas urinarios o de estreñimiento. Estos problemas se deben al funcionamiento incorrecto del sistema nervioso autónomo, que se encarga de regular la actividad del músculo liso.
- Problemas para dormir: sueño intranquilo, pesadillas y sueños emotivos . Somnolencia o inicio súbito del sueño durante el día.
- Trastorno de comportamiento relacionado con el sueño de movimiento ocular rápido (REM), en el que las personas realizan o actúan físicamente sus sueños, lo que podría resultar en que se lesionen a sí mismas o a cualquier persona que comparta su cama.
- Somnolencia diurna excesivas y sueño fragmentado.
- Pérdida del olfato o hiposmia: solo el 50% de los pacientes son conscientes de ello y cuando se les somete a pruebas olfatorias el 90% de todos los pacientes parquinsonianos, tienen este déficit.
- Depresión:es un problema común y puede aparecer en las primeras etapas de la enfermedad, aún antes de que se noten otros síntomas.

Síntomas motores
- Hipotensión ortostática: caída súbita de la presión arterial que se produce cuando una persona se pone de pie de una posición acostada o sentada.
- Puede causar inestabilidad, mareos y en casos extremos pérdida del equilibrio o desmayo.
- Dolor de los músculos y las articulaciones debido a la rigidez y a las posturas anormales a menudo asociadas con la enfermedad. Pueden ayudar ciertos ejerci-

cios.
- Falta de expresión facial Perdida de la mímica lo que se conoce como cara de poker o también aspecto de máscara .Se ve enojado, serio, deprimido, aun cuando no está de mal humor y es un signo muy común
- Letra Pequeña: cambio radical y repentino en la forma o el tamaño en que escribe. Algunas veces la forma en que escribimos cambia a medida que envejecemos, o también si nuestras manos o dedos se ponen rígidos o si perdemos la visión, sin embargo estos cambios suceden a lo largo de un periodo de tiempo largo y no repentinamente como ocurre en el caso del Párkinson.
- Cambios en el habla, estos problemas se suelen caracterizar por hablar en una voz muy bajita o en un tono monótono. Algunas pueden vacilar antes de hablar, arrastrar las palabras o hablar demasiado rápido.
- Trastornos oculares, sequedad de ojos, picor, visión doble, falta de enfoque visual, al igual que la falta de parpadeo, el síntoma más característico es la reducción de la visión del color.
- Problemas de la piel, la piel de la cara se puede volver grasienta, particularmente la frente y los lados de la nariz. El cuero cabelludo también puede volverse graso y producir caspa.
- Fatiga y pérdida de energía, puede estar asociada con depresión o los trastornos del sueño, pero también puede ser el resultado del estrés muscular o de hacer demasiada actividad .cuando la persona se siente bien. La fatiga también puede deberse a la acinesia, es decir, los problemas para iniciar o realizar un movimiento.Puede mejorarse con buenos hábitos de sueño, ejercicio moderado, buena actividad mental, etc.
- Disfunción sexual, generalmente falta de deseo sexual, impotencia o frigidez, unida a la depresión aunque también se puede dar justo lo contrario: excitación excesiva pero sin potencia sexual sobre todo en varones, normalmente debido a algunos medicamentos: a los agonistas dopaminergicos.
- Ludopatia y compras compulsivas sobre todo los que están con tratamiento de los agonistas dopaminergicos.
- Dificultad para tragar y masticar. Los músculos que se usan para tragar podrían funcionar con menor eficiencia en las etapas tardías de la enfermedad. Los alimentos y la saliva podrían acumularse en la boca y el fondo de la garganta, lo que podría ocasionar ahogo o babeo. Este déficit se da en fases avanzadas de la enfermedad.
- Cambios emocionales, se vuelven miedosos e inseguros mientras que otros se vuelven irritables o atípicamente pesimistas.
-Trastornos cognitivos, son la alteración de alguna de las funciones cognitivas,

que se encargan de que podamos percibir, pensar y actuar. Existen muchas funciones cognitivas. Entre las que están la percepción, la atención, el lenguaje o la memoria.

Trastornos cognitivos
- Enlentecimiento del procesamiento de la información.
- Déficit de atención. Problemas de concentración (leer un libro, ver una película, etc.).
- Déficit visual y espacial. Problemas a la hora de interpretar un mapa, reconocimiento de caras, orientarse en la ciudad, etc.).
- Alteraciones de la memoria. Falta de habilidad para generar trucos o estrategias para memorizar.

En estadios avanzados pueden presentar alucinaciones y delirios.
Existen las Alucinaciones menores son de paso, como si pasara un gato corriendo y las presenciales: sensación de que tienen a alguien detrás.
Alucinaciones mayores no son sensaciones si no que lo ven…culebras, gente, etc.

2 Objetivos

- Dar a conocer brevemente esta enfermedad y saber reconocer los síntomas no motores que son los menos conocidos, ya que no son tan evidentes como el temblor y en muchas ocasiones son los premonitores de la enfermedad.

3 Metodología

-Revisiones bibliográficas en diversas bases de datos (Pubmed, Cuiden, etc.).
- Artículos publicados en revistas científicas relacionadas con el tema a tratar.
- Lectura crítica y comprensiva.
- Estudio de casos.
- Reuniones de equipo.

4 Bibliografía

- Enfermería medicoquirúrgica ed. DAE.
- Manual de enfermería oceano/centrum.
- Gerencia de Emergencias sanitarias Castilla y León.
- Urgencias Neurológicas. SACYL 2012.

Capítulo 327

SÍNDROME DEL CUIDADOR

CARMEN MARIA VIÑA GUTIERREZ

1 Introducción

El síndrome del cuidador se da en personas que asumen el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Esta persona se caracteriza por presentar un agotamiento físico y psíquico producido por el estrés continuo, que no puntual, del cuidado diario del enfermo.

La persona que ”cuida” a otra puede desarrollar episodios de estrés de variable intensidad. Es un síndrome poco conocido, también llamado ”fatiga de compasión” que afecta cada vez a más trabajadores del mundo sanitario así como a familiares.

2 Objetivos

- Conocer los factores de riesgo que puedan afectar al cuidador antes de caer en el síndrome del cuidador y los síntomas y signos propios de éste.

3 Metodología

La metodología utilizada para la elaboración del presente capítulo ha sido una revisión bibliográfica utilizando la literatura científica existente. A través de búsqueda en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. A su vez, se han revisado diferentes publicaciones bibliográficas.

4 Resultados

Se identifica como cuidador principal a una mujer de edad media, familiar directo del enfermo, muy voluntariosa, que intenta compaginar sus responsabilidades diarias con el cuidado del enfermo, creyendo que será una situación llevadera, que no se prolongará demasiado en el tiempo y que a su vez espera recibir ayuda por parte de familiares o entorno cercano. Con el tiempo, este cuidador va asumiendo mayor carga física y psíquica, asumiendo la total responsabilidad de la vida del enfermo, supliendo sus funciones, sin ayuda cercana y, a su vez, se va desatendiendo a sí misma, cayendo en la depresión y el aislamiento, cambios de humor, pérdida de peso y apetito, etc. Mientras la calidad de vida del enfermo va mejorando o se mantiene estable, la calidad de vida del cuidador va empeorando o decayendo.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante para evitar el síndrome del cuidador sería dotar a este de información clara y concisa de la situación clínica del paciente, de manera que permita al cuidador poner en marcha estrategias de manejo adecuadas y darle unas recomendaciones a seguir, como son: no permitirse ser el único cuidador y hacer participar al resto de familia o entorno cercano, mantener hábitos de vida saludables, permitirse momentos de tiempo libre y ocio, evitar el aislamiento social manteniendo las relaciones personas previas y facilitar la autonomía del paciente en todo lo que sea posible.

6 Bibliografía

- Www.neurohb.com/blog-dano-cerebral/sindrome-del-cuidador-como-cuidar-al-que-cuida/.
- IMSERSO. ”el apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar:desarrollo del programa ”como mantener su bienestar”.
- Abellan García, A; Vilches Fuentes,J; Pujol Rodríguez, R. (2014) ”Un perfil de las personas mayores en España, 2014.Indicadores estadísticos básicos” Madrid, informes envejecimiento en red nº6 (fecha de publicación 14/2/2014).

Capítulo 328

PROBLEMAS DE LA MOVILIDAD TRAS SUFRIR UN ICTUS.

NOELIA MÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Una de las manifestaciones más conocidas del ictus es la pérdida de fuerza o la parálisis de una parte del cuerpo, pero también puede verse afectada la capacidad para moverse. En función de la parte del cerebro que se vea afectada, incluso manteniéndose la fuerza normal, puede producirse una falta de coordinación.
Es muy importante que, en los primeros días de haber sufrido un ictus, la persona afectada sea incluida en un programa de rehabilitación, para enseñarle los ejercicios más adecuados para su recuperación.
Desde el primer momento del ingreso, enfermería elaborará un plan de cuidados individualizado, y su objetivo será conseguir la máxima participación de la persona afectada en su cuidado, fomentando su autonomía y sin olvidarnos lo importante que es el apoyo familiar en su recuperación.
Una vez dada de alta, tendrá que seguir en cuenta todas las recomendaciones y ante cualquier problema acudir a su médico correspondiente.
Las principales complicaciones relacionadas con la inmovilidad son:
- Posturas anormales de las extremidades y rigideces articulares.
- Aparición de úlceras por presión (UPP) por apoyos prolongados.
- Problemas venosos.
- Dificultades respiratorias.

2 Objetivos

- Conseguir la máxima autonomía de la persona afectada.
- Evitar el reposo, iniciando en cuando sea posible la sedestación.
- En los casos que el reposo sea indicado prevenir la aparición de las UPP.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

1. Luque Moreno C, peña Salinas M, Rodríguez Pappalardo F, López Rodríguez L. Prevención de úlceras por presión y lesiones musculoesqueléticas: paciente con ictus. Gerokomos. 2012; 23 (1): 42-46.
2. Garate Etxenike L, Gónzalez de San Pedro M, González Gómez R, Viniegra Ros T, Alonso Vallejo MM, García Centeno V, Garitano Tellería B. Ictus y recuperación: la perspectiva del paciente. Metas de Enferm2009 mar; 12 (2): 20-25.
3. Observatorio del ictus. ¿Qué es el ictus?
4. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712009000139

Capítulo 329

BENEFICIOS DE INTEGRAR A LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO.

NAZARET FERNANDEZ PAJA

1 Introducción

Cuando en una familia ocurre algo (como la hospitalización) dentro de ésta se produce un desequilibrio que va a afectar a todos los miembros de una forma u otra y que dependiendo de los recursos que tengan van a ir superándolo o no.

Es importante conocer el significado de "paciente crítico". Se podría definir como "aquella persona que se encuentra en una situación clínica en la cual se ven alteradas una o varias funciones/sistemas vitales poniéndose así en potencial o real compromiso vital. No debemos de olvidar que el paciente es un ser bio-psico-social y que por tanto esta definición se queda corta ya que solo se centra en el paciente físico. Se podría ampliar esta visión centrándonos además en la resiliencia del paciente, la capacidad de predicción, la disponibilidad de recursos, la participación en la toma de decisiones, etc, que dependiendo de cómo estos se vean afectados, los pacientes tendrán un nivel de gravedad u otro.

No podemos olvidar que junto al paciente está la familia dentro del modelo actual de atención, encaminado siempre al cuidado con humanización (entendiendo al paciente y familia desde una perspectiva holística) y que por tanto esta se va a ver afectada en el proceso de hospitalización de un ser querido.

No cabe duda de que cuando una persona ingresa en un hospital, es apartado de su mundo y tiene que adaptarse a una nueva forma de vida de forma "obligada"

en la que se produce un aislamiento social, sobre todo en unidades como la de cuidados intensivos, que junto con la realización de técnicas médicas, las cirugías, los constantes cambios del personal sanitario, los ruidos, las molestias nocturnas, las rutinas rígidas, etc, producen un aumento en la depresión y en la ansiedad de los pacientes cuando éstos realmente no son capaces de adaptarse a esta nueva situación.

El ingreso en una unidad de cuidados intensivos produce un desajuste acompañado de estrés y ansiedad que afecta al paciente tanto en su proceso de enfermedad como desde el punto de vista psicológico pero también a los familiares que sienten una gravedad inminente y la presencia cercana de la muerte en su familiar.

Haciendo referencia al término anterior, se está llevando a cabo un proyecto llamado "Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos (HUCI)" en la Comunidad de Madrid, en la que tanto médicos, enfermeros, familiares y otros profesionales sanitarios están intentando trabajar para que se mejoren los cuidados y el abordaje familiar en las unidades de cuidados intensivos. Este proyecto incluye unidades de puertas abiertas (sin horario de visita), donde los horarios sean más flexibles, una mejora en la comunicación con los familiares, la incorporación de la familia en los cuidados, etc.

2 Objetivos

- Describir las evidencias que muestran los beneficios de integrar a la familia en la unidad de cuidados intensivos.
- Determinar las necesidades sentidas por los familiares en las UCIs.
- Dar soporte y guía en la valoración del núcleo familiar de los pacientes críticos.
- Fomentar implicación del personal de enfermería en el afrontamiento del estrés tanto del paciente como de la familia.
- Mejorar habilidades comunicativas en el entorno hospitalario.
- Incentivar la inclusión familiar en el cuidado del paciente crítico.

3 Metodología

Para la realización de esta Revisión Bibliográfica se han llevado acabo búsquedas en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Biblioteca Virtual en Salud, Cinhal, Scielo.

4 Resultados

El hecho de que una persona se encuentre ingresada en una UCI le va a suponer un gran estrés provocado por la separación de la familia, el lugar extraño, las técnicas realizadas, la falta de intimidad, el propio miedo a la muerte, los ruidos, etc. Por ello los enfermeros no podemos olvidarnos de que el estrés es un factor a evaluar. Por otro lado, la familia también va a sentir este estrés ya que tienen un familiar ingresado y que muchas veces temen por la vida de este. Además puede que se sientan frustrados cuando su familiar no puede hablar y expresar lo que siente.

Hoy en día la familia sigue sin estar integrada en las UCIs de nuestro país ya que siguen estando regidas por políticas de horarios de visitas. A pesar de todos los estudios encontrados donde se observa como el acompañamiento familiar así como un horario flexible de visitas supone un beneficio tanto para el paciente como para la familia, esto sigue sin suceder.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente en las UCIs se ha mejorado la tecnología hasta el punto de que nos hemos olvidado de lo humano, de la persona. El hecho de que las unidades sean cerradas, o que el personal sufra el fenómeno del burnout (quemados en el trabajo) hace que el paciente no sea atendido con la humanidad que se merece por el hecho de ser persona.

Un punto clave del que no se puede prescindir es el proyecto de investigación que se está llevando a cabo en algunos hospitales, llamado "Proyecto de Investigación HUCI" que incluye unidades de puertas abiertas (sin horario de visita), donde los horarios sean más flexibles, una mejora en la comunicación con los familiares, la incorporación de la familia en los cuidados, etc.

Esta nueva línea se está llevando a cabo gracias a los profesionales, familiares, y pacientes que están comprometidos y son muchos. Se buscan además profesionales centrados en la humanización, con herramientas para la gestión de las emociones y las inseguridades que el dolor ajeno producen, además de un trabajo en equipo fundamental.
Es importante seguir formando a la Enfermería como la responsable del cuidado tanto del paciente como de la familia. Impulsar la investigación y la captación de enfermeros innovadores que quieran seguir cambiando esto, con el fin de obtener

un mayor beneficio para los pacientes y familiares, que al fin y al cabo, son para quienes trabajamos.

Por último, no podemos continuar con esto si no nos ponemos en el lugar del otro y pensamos que las familias solo quieren formar parte del proceso de cuidados de sus familiares, así como acompañarles en su proceso de enfermedad o incluso en su proceso de muerte.

Las políticas no son más que normas, pero estas pueden cambiarse siempre y cuando, con una razón de evidencia científica, se demuestre que no hay ningún inconveniente para nuestros pacientes.

6 Bibliografía

1. Oliva Gómez E. Villa Guardiola VJ. Hacia un Concepto Interdisciplinario de la Familia en la Globalización. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169285712014000100002&lang=pt
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales; 2010. http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf
3. Katia Corrêa A. Urizzi F. Vivencias de familiares en terapia intensiva: el otro lado del ingreso. del ingreso. www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a12.pdf
4. De La Cueva Ariza L. La realidad de los cuidados a la familia del paciente crítico en España: la necesidad de actuar ya http://web.b.ebscohost.com

Capítulo 330

MALTRATO INFANTIL EN LA FAMILIA

SONIA MONTERO ROMERO

1 Introducción

Se considera maltrato cualquier acción u omisión intencionalmente dañina ejercida contra un menor. En España el maltrato infantil queda recogido en la Ley orgánica 1/1996 de 15 de enero de protección jurídica del menor. Cada comunidad autónoma ha desarrollado sus propias leyes de protección a la Infancia. En 2008 el Centro Reina Sofía publicó un informe de los años 2004/2007, en el que se ponía de manifiesto que cada año en España mueren 12 niños a manos de sus padres.

2 Objetivos

- Determinar los diferentes tipos de maltrato existentes.
- Analizar los factores de riesgo y las consecuencias que provoca el maltrato infantil.

3 Metodología

Este análisis de bases de datos y documentos que se encuentran publicados en el Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, que a su vez fueron realizados por el Centro Reina Sofía.

4 Resultados

Existen tres tipos de maltrato infantil: psicológico, físico y negligencia, que hace referencia a la omisión de los cuidados básicos. Tienen más riesgo de padecer maltrato aquellos niños con problemas de alteración de la conducta, problemas de salud o alguna discapacidad. Factores de riesgo: violencia entre los padres, desestructuración familiar, bajo nivel educativo, falta de apoyo social y condiciones de vida precarias. Efectos en la víctima: cognitivos, emocionales, conductuales y neurobiológicos.

5 Discusión-Conclusión

El principal agresor en el caso de maltrato físico, sexual y psicológico suele ser el padre, mientras que en el maltrato realizado por la madre es comúnmente derivado de conductas negligentes. El maltrato disminuye a medida que el menor cumple años. Ser víctima de maltrato infantil puede convertirse en un factor de riesgo para convertirse en agresor en un futuro.

6 Bibliografía

- Informe del Centro Reina Sofía.
- Ministerio de Sanidad,Política social e Igualdad.

Capítulo 331

IMPACTO EMOCIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

SONIA MONTERO ROMERO

1 Introducción

Se considera paciente oncológico, todo aquel que sufre un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células en cualquier parte del cuerpo. En la actualidad el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, en 2015 ocasionó 8.8 Millones de defunciones. Los principales factores que desencadenan el cáncer, son: Tabaco, alcohol, mala alimentación y el sedentarismo.

2 Objetivos

Identificar los principales síntomas emocionales del paciente durante un proceso oncológico.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión de la bibliografía sobre el tema, mediante la búsqueda de publicaciones recientes en diferentes bases de datos de carácter científico y guías sobre el paciente oncológico.

4 Resultados

Los síntomas más habituales durante el proceso son: miedo relacionado con la incógnita del futuro, ansiedad, aislamiento, dependencia, falta de apetito y de-

presión. Todas estas emociones comentadas son reacciones comunes a la hora de enfrentarse a una situación difícil, por lo que se recomienda que los pacientes expresen con libertad estos sentimientos con personas con las que se sientan cómodos. Es bueno recordar a los pacientes que tan importante es la curación como gozar de la mejor calidad posible durante el proceso.

5 Discusión-Conclusión

El enfermos oncológico es un paciente complicado que necesita una valoración global y atenderlo como un todo, no sólo teniendo en cuenta el clínica de la enfermedad. El impacto social que provoca en ellos, va a afectar notablemente al proceso de recuperación y la normalización de su vida.

6 Bibliografía

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

Capítulo 332

DISFAGIA. DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y PREVALENCIA EN ASTURIAS

CARLA IGLESIAS SANCHEZ

MARTA RUBIERA BUENO

LAURA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

MARIA ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO

1 Introducción

En primer lugar, definiremos el término ”deglución”. Así pues, la deglución es un proceso coordinado donde entre las estructuras del cuello,tórax y cabeza(sistema neurológico) y que comprende la formación del bolo alimenticio, así como el paso de éste, de la saliva y líquidos ingeridos desde la cavidad oral hacia el estómago. Con ello, el individuo se asegura una adecuada nutrición e hidratación.

En esta revisión, nos centraremos en la disfagia orofaringea, la cual,puede definirse como es una alteración de la deglución y que puede ser debido a múltiples causas que detallaremos a lo largo de este capítulo.

2 Objetivos

-Definir el término disfagia.

-Conocer la prevalencia de la disfagia y las causas que la originan.
-Identificar y diagnosticar de manera temprana a los individuos que pueden padecer disfagia
- Evitar las posibles complicaciones derivadas de padecer disfagia.
- Entrenar y dar a conocer entre los profesionales sanitarios sobre los métodos y actitud a llevar a cabo para su diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la disfagia, para la cual, se ha en buscadores científicos tales como pubmed, medline. Además se han revisado artículos y notas de distintos hospitales españoles y del ministerio de sanidad y asociaciones de enfermedades neurológicas y oncológicas.

4 Resultados

Como hemos relatado anteriormente se entiende por disfagia a un proceso por el cual la acción de deglutir está mermada. Proviene del griego ”dys” (dificultad”) y ”phagia” (comer).
La alteración de la deglución puede deberse a una enfermedad orgánica o por una alteración funcional, por tanto, puede aparecer a cualquier edad y afectar a la eficacia o/y seguridad de de deglución.

Clasificación

Existen distintas clasificaciones según atendamos a la zona anatómica afectada o según las causas que la provocan.
Así, desde el punto de vista anatómico puede clasificarse en :

• Disfagia orofaringea: si las estructuras afectadas son la cavidad oral, la faringe,laringe y/o esfínter esofágico superior.
• Disfagia esofágica: si existe una alteración en el esófago, el cardias y/o esfínter inferior esofágico.

Según la patología que desencadena la disfagia puede dividirse en:

• Disfagia neurógena: por afectación de los nervios que coordinan las estructuras que intervienen en la deglución.(ictus, parkinson,ELA...)

• Disfagia funcional: por enfermedades que causan la dificultad de paso del bolo alimenticio.(tumores laringeos, hernia de hiato tratamientos con radioterapia….)

De esta clasificación, las disfagias más frecuentes son las orofaringeas de causa neurológica.

Causas de la disfagia

1. Enfermedades neuromusculares: ictus, traumatismos craneales o neurocirugía, demencias como alzheimer, ELA, esclerosis múltiple, Parkinson, poliomielitis, parálisis cerebral…
2. Anatómicas o estructurales: cuerpos extraños, aumento del tamaño de la tiroides, quemaduras por cáusticos o inhalación de humo, amigdalitis, reflujo gastroesofagico, neoplasias de cuello-cabeza…
3. Disfunción cricofarīngea.
4. Patologías de la musculatura implicada en la deglución: poliomiositis, síndrome de Eaton-Lambert, distrofias musculares, miastenia gravis, esclerosis sistémica progresiva…

Por otro lado no hay que olvidar a la población pediatrica, en la cual, la disfagia está asociada a procesos neurológicos, por malformaciones orofaciales o por traumatismos craneoencefálico.

Prevalencia de la disfagia en asturias

Respecto a la prevalencia, según estudios recientes y registros hospitalarios del HUCA, es más frecuente en edades avanzadas con una prevalencia de 1 cada 4 personas mayores de 70 años. Dentro de este grupo del 30-40% están hospitalizados (15-20% en la unidad de críticos y 25-60% enfermos neurológicos). Otro grupo importante son los enfermos por neoplasias otorrinolaringológicas, los cuales presentan disfagia en torno a un 60% de los casos, y de éstos del 30 al 40% son ancianos.
Además hasta el 80% de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico o radioterapia por tumores otorrinológicos.

Diagnóstico de la disfagia

Existen diversos métodos tanto clínicos como métodos instrumentales para diagnosticar la presencia de disfagia y el grado de afectación que presenta el paciente. Los test deben de poder evaluar la seguridad y la eficacia de la deglución.

Metodos clínicos

Realizar exhaustiva historia clínica donde se recoja el estado cognitivo y enfermedades previas del paciente(historia de neumonías previas,picos febriles sin explicación aparente…),que repercutan o puedan contribuir o provocar la disfagia(disartria,parálisis faciales, estado neurológico y nivel de conciencia…). Se deberá analizar sus hábitos dietéticos y posiciones que adoptan durante la ingesta. Se realizará una exploración física donde miraremos la cavidad oral y su estado ponderal. Sería conveniente además una exploración clínica de la deglución por fases sin presencia de alimento y poder detectar así, lesiones o anomalías estructurales que dificulten la deglución. Este test se conoce como Clinical Bedside Assessment. CBA y consta de 28 ítems.

Existe un test altamente conocido llamado test del agua que, a pesar de su fama, no detecta el 40% de las aspiraciones silentes. Los pacientes sometidos a este test deben de presentar una sensibilidad faríngea aceptable y el reflejo de la tos conservado, por lo tanto, sólo se analiza la seguridad en la deglución. Consiste en administrar 10ml de agua en 4 tomas y finalmente terminar con un bolo de 50ml, mientras se observa si existe babeo, tos o cambios en la voz del sujeto y si la deglución es fraccionada. Cualquier signo de los antes mencionados aparece se considera positivo respecto a la existencia de disfagia.
Existe una versión alternativa que consiste en realizar los mismos pasos ,pero vigilando los cambios de saturación de oxígeno mediante el pulsioxímetro. Se consideraría positiva si hay una variación del 2% y si la variación es del 5% se suspendería la prueba por riesgo alto de broncoaspiración.

Otro test clínico que podemos realizar es el método volumen-viscosidad (MECV-V). Consiste en dar tres bolos de 5,10 y 20ml de volumen en ese orden de 3 viscosidades distintas, éstas son néctar,líquida y pudin y que se consiguen añadiendo distintas cantidades de espesante comercial al agua. Mientras dura la prueba se monitoriza con la pulsioximetria para comprobar su oxigenación y frecuencia cardíaca, a la vezse coloca al paciente sentado con la espalda y cabeza erguida. Se comienza con el volumen más bajo y la textura media (néctar) para ir aumentando la cantidad. Se vigilan posibles síntomas y alteraciones tanto en la seguridad (tos,cambios en la voz,variaciones del 3-5% en la saturación)como en la eficacia en la deglución.(sello labial ineficaz,deglución fraccionada,residuos en boca o faríngeo). Su sensibilidad diagnóstica es del 85% si lo realiza personal de enfermería entrenado.

Métodos instrumentales

Actualmente, si en cualquiera de los test clínicos resulta positivo, tenemos 2 técnicas instrumentales que nos ayudan a reconocer el trastorno funcional existente, ayudándonos así a enfocar el tratamiento dietético y/o rehabilitador más adecuado.

• Fibroendoscopia de la deglución. Con el cual se detectan posibles lesiones o alteraciones funcionales de la faringolaringe, mediante la introducción de un fibroscopio hasta el cavum. Puede ser con alimento con las mismas texturas y volúmenes que en el test MECV-V, ó sin alimento. Este estudio nos ayuda a observar el movimiento del bolo ingerido por la hipofaringe y el grado de eficacia de protección de la vía aérea.
• Videofluroscopia. Exploración, mediante técnica radiológica de la ingesta de distintos volúmenes y texturas de un contraste de bario. Es el método ideal para el estudio completo de la disfagia,dado que proporciona información de la cantidad de volumen aspirado y la causa que lo produce.

El método que emplearemos para el diagnóstico de la disfagia dependerá de la situación que presente el paciente en el momento de la valoración.

Complicaciones

La complicación más importante y que compromete en mayor medida,-llegando incluso a la muerte del paciente- es la neumonía broncoaspirativa, que aparece en el 50% de los individuos que sufren aspiraciones orofaringeas,y de los cuales el 50% muere.
Otra de las complicaciones que pueden aparecer es una desnutrición o cierto grado de alteración nutricional y/o deshidratación debido a factores intrínsecos al paciente, por la propia disfagia o porque no se han adaptado los alimentos a la textura adecuada al grado de tolerancia del pacient
Por todo ello, el personal sanitario junto con el paciente y su núcleo familiar o cuidador; organizarán unos cuidados adaptados al paciente, favoreciendo su bienestar personal y teniendo en cuenta su estado físico y mental y sus gustos.

5 Discusión-Conclusión

Dada la alta prevalencia en Asturias de la disfagia, resulta fundamental un rápido diagnóstico por parte de enfermeria/medicina para evitar complicaciones; entre ellas y de mayor riesgo para el paciente, la neumonía broncoaspirativa.

Se puede extraer de esta revisión bibliográfica las disfagias más frecuentes a nivel

estructural son las orofaringeas y de origen neurológico. Existen múltiples herramientas usadas para el cribado de la disfagia,y que utilizaremos según el estado del paciente, su edad y patología de base. Sin embargo, parece ser que el test de "Volumen-viscosidad" es el más sencillo,barato y que se puede aplicar para conocer cuál es la textura/viscosidad y volumen tolerado por el paciente.

Gracias a todo esto, se podrá adecuar la dieta que más le convenga al paciente, tanto el volumen administrado como su textura, dependiendo del grado de disfagia del mismo, evitando así una posible desnutrición o deshidratación, teniendo siempre en cuenta las preferencias de éste.

Con todas estas medidas, conseguiremos mejorar la calidad de vida de los enfermos, favoreciendo un correcto estado nutricional; además de disminuir el número de ingresos hospitalarios o tratamientos derivados de la disfagia (colocación de sondas nasograstricas o PEG, nutrición parenteral, sueroterapia, déficit vitamínico o proteínico,etc...)

6 Bibliografía

1.Clavé P.Arreola A, Velasco M. Quer M, Castellví J.Almirall J., et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofarīngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Cir Esp 2007; 82:64-77
2.Www.actasanitaria.com. 9 marzo 2017
3. Burgos R, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. Nutr Hosp.2012;27(6):2048-54.
4. Ashbaugh R, Ferrero I. Nutrición y disfagia. 977-990.
5.Gil A. Tratado de nutrición. Volumen V. Nadrid Editorial Médica Panamericana 2017.
6.M. Velasco, P. García-Peris. Nutrición Hospitalaria. Volumen II,num 2, 2009 Nutr Hosp Supl. 2009;(2):56-65
7.Juan José Sebastián Domingo. Disfagia. Problemas en la deglución. Volumen V, num 5 elservier art 2001;84-87
8. Guía de la alimentación saludable. Editado por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Madrid,2004.
9.Velasco C, García E, Rodríguez V, Frías L, Garriga R, Álvarez J, García-Peris P, León M. Comparision oficial tour nutritional screening Toks to detect nutritional risk in hospitalized patients: a multicentre study. European Journal of Clinical Nutrition 2011; 65(2), 269-74

10. Velasco M, Arreola V, Clavé P, Puiggros C. Abordaje clínico de la disfagia orofaringea: diagnóstico y tratamiento. Nutr Clin Med. 2007; 3: 190-218

Capítulo 333

NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS

LUCÍA LÓPEZ SAMA

ROSANA FERNANDEZ PEREZ

SARA MÉNDEZ GARCÍA

MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN

EVA GONZALEZ LOPEZ

1 Introducción

El beneficio de iniciar la nutrición enteral (NE) en el paciente crítico durante las 1ª 24-48h de estancia en UCI se ha ido demostrando a lo largo de diversos estudios. Siendo mejor la nutrición enteral que la Nutrición parenteral total (NPT) en cuanto a la morbilidad y en la reducción de estancia hospitalaria. ventilación mecánica y otros costes.

2 Objetivos

- Unificar criterios en el manejo de la NE en el servicio de críticos.
- Prevenir complicaciones relacionadas con el manejo de la NE.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistémica sobre la materia. Las bases de datos consultas fueron PUBMED, CUIDEN y el buscador de GOOGLE ACADÉMICO. Las palabras claves utilizadas: paciente crítico, nutrición y cuidados.

4 Resultados

La nutrición es la administración de nutrientes a través de una sonda especializada hasta el tracto digestivo. Iniciar la nutrición enteral de forma precoz Tiene una serie de ventajas, entre otras: es mas barata, su administración es fácil y segura, se mantiene la integridad de la mucosa intestinal. Y esta indicada en aquellos pacientes que o pueden comer por boca y mantienen un intestino funcionante.
Cuidados de enfermería en el manejo de la NE:
- La higiene de manos es el método mas eficaz para la prevención y control de las infecciones.
- El paciente debe estar sentado o semi-incorporad entre 30-45º durante la administración de la NE y media hora antes y 1h después de su administración
- Higiene de la boca con un enjuague bucal y mantener limpias las fosas nasales.
- Administración De agua por la sonda antes y después de la administración de NE y/o de medicación
- Cuidados de la formula de la NE en cuanto a almacenaje, manipulación …
- Cuidados en el manejo de la sonda, utilizando la máxima asepsia posible, fijación correcta, etc.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las complicaciones de la NE se podrían evitar con una actuación correcta. El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado y manejo de la sonda. Por ello, seria ideal que en todos los servicios de críticos existieran protocolos del manejo y cuidado de la nutrición enteral.

6 Bibliografía

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

Capítulo 334

EL SONDAJE VESICAL. PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS

MONTSERRAT CALZON MENENDEZ

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda desde el meato uretral hasta la vejiga urinaria. La colocación de una sonda vesical persigue varios fines diagnósticos y terapéuticos que son: Facilitar la salida al exterior de la orina en casos de retención.

Es una técnica de enfermería muy extendida en la actualidad. Es una intervención invasiva que no está exenta de riesgos para la salud, como las infecciones, al suponer una vía de entrada de microorganismos.

2 Objetivos

- Conocer las últimas recomendaciones sobre la técnica de sondaje vesical y los cuidados del catéter urinario.
- Analizar la importancia que tiene el correcto manejo de la sonda vesical por parte de enfermería tanto para el paciente como para el sistema de salud.
- Poner en práctica las recomendaciones del proyecto ITU-Zero sobre la técnica de sondaje vesical y los cuidados, para lograr:
- Disminuir la tasa de infecciones urinarias asociadas al sondaje vesical.
- Disminuir el consumo de antibióticos para el tratamiento de las ITUs asociadas al sondaje vesical.

3 Metodología

Para elaborar esta publicación se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía más actualizada sobre el sondaje vesical y los cuidados del catéter urinario, en diferente depositarios de salud (Pubmed, Dialnet), así como en las páginas oficiales del Ministerio de Sanidad de España y de la OMS. Se ha recopilado la información más relevante para la práctica enfermera.

4 Resultados

El manejo de la sonda vesical por parte del personal de enfermería es clave en la prevención de infecciones asociadas al catéter urinario. Los cinco puntos clave son:

• Utilizar sondaje vesical únicamente cuando esté indicado. (Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A)

• Utilizar técnica estéril durante la inserción. (Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación B)

• Mantener siempre cerrado el sistema. (Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A)

• Mantener el flujo de orina sin obstáculos, colocando la bolsa siempre por debajo de la vejiga. (Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación B

• Retirar la sonda cuando no sea necesaria, valorando diariamente su indicación. (Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A)

5 Discusión-Conclusión

Con el objetivo de garantizar la calidad de los cuidados, los profesionales de enfermería han de recibir formación específica sobre la inserción y el mantenimiento del catéter urinario de forma periódica.
Se han de revisar los protocolos cada 3 años.

Y se han de poner en práctica las recomendaciones basadas en la evidencia científica para reducir el número de infecciones urinarias atribuibles a esta técnica, reducir el número de días de estancia hospitalaria, reducir las complicaciones en la salud de los pacientes y el coste de la asistencia.

6 Bibliografía

- ITU-ZERO 2020 – (Estudio nacional de las infecciones del tracto urinario) Disponible en: http://hws.vhebron.net/itu-zero/index.asp#
Seguridad del paciente. Ministerio de Sanidad,
- Consumo y Bienestar Social. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/es/practicasseguras/
seguridad-pacientes-criticos/proyecto-ituzero/
- Semicyuc – Proyecto ITU-Zero. Disponible en: https://semicyuc.org/itu-zero/

Capítulo 335

LA VENTILACIÓN MECÁNICA CUIDADOS DE ENFEMERÍA

MONTSERRAT CALZON MENENDEZ

1 Introducción

La ventilación mecánica es una estrategia terapéutica que consiste en asistir mecánicamente la ventilación pulmonar espontánea cuando ésta es inexistente o ineficaz para la vida. Se llama ventilación pulmonar al intercambio de gases entre los pulmones y la atmósfera.

Es un método de soporte vital ampliamente utilizado en situaciones clínicas de deterioro de la función respiratoria, de origen intra o extrapulmonar.

La ventilación mecánica es un procedimiento terapéutico que sustituye temporalmente la función respiratoria del paciente. Esta intervención invasiva requiere una estrecha vigilancia y una serie de cuidados continuos por parte del personal de enfermería para la prevención de complicaciones derivadas de la misma, principalmente las infecciones.

2 Objetivos

- Valorar las causas fisiopatológicas que determinan el uso de la ventilación mecánica.
- Distinguir los métodos de ventilación mecánica y su aplicación.
- Describir las complicaciones asociadas a la ventilación mecánica.
- Explicar los cuidados de enfermería relacionados con el uso de ventilación mecánica.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales, además de la revisión de libros, abstracts, artículos completos y guías de prácticas clínicas sobre actuación de enfermería, en inglés y español. Palabras clave: “mechanic ventilation”, “types mechanic ventilation”, “nursing care”, “complications”, “indications” .

4 Resultados

Se puede indicar la ventilación mecánica en muchas situaciones clínicas, estando contraindicada únicamente si existe rechazo.
• La ventilación mecánica puede ser:
- No invasiva: mantiene funciones fisiológicas. Menos complicaciones. Puede ser de presión positiva o negativa.
- Invasiva: intubación o traqueostomía. Mayor riesgo de complicaciones. • Principales complicaciones de la ventilación mecánica:
- Neumonía asociada al ventilador (la más frecuente)
- Lesiones pulmonares, toxicidad por O2, atrapamiento aéreo, etc. • Cuidados de enfermería: han de ser individualizados y basados en la evidencia científica. Realizar la evaluación de los objetivos (NOC). Mejorar la continuidad de los cuidados. Realizar estudios de investigación.

5 Discusión-Conclusión

La ventilación mecánica es una técnica necesaria en situaciones en las que la persona necesita ayuda o soporte ventilatorio para garantizar sus funciones vitales. Existen limitaciones y complicaciones derivadas de su uso, por lo que es necesario valorar todos los factores y la relación riesgo-beneficio de la misma.

El personal de enfermería realiza la labor de vigilancia del soporte ventilatorio y de las funciones fisiológicas del paciente, así como del mantenimiento de los dispositivos. Es necesario elaborar planes de cuidados individualizados, que garanticen la asistencia de calidad y minimicen las complicaciones, reduzcan la estancia hospitalaria, así como el coste de la asistencia.

6 Bibliografía

- Ramos Gómez Luis A, Benito Valdés S. Fundamentos de la ventilación mecánica. Marge medica books 2012: 197-209. Casabona I, Santos R, Lillo M. Historia y evolución de la ventilación mecánica. Manual de Ventilación Mecánica para Enfermería. Editorial Médica Panamericana; Soto. 2017. p. 3-17.
- Badenes R, Lozano A, Maruenda A, Belda F. Fallo ventilatorio. Indicaciones de ventilación mecánica. En: Soto F, ed. Manual de Ventilación Mecánica para Enfermería. Valencia: Panamericana; 2017. p. 29-39. Principios de Ventilación Mecánica Invasiva y No Invasiva. Disponible en: https://es.slideshare.net/ClaudioHumberto/principios-de-ventilacion-mecanica-invasiva-yno-invasiva

Capítulo 336

AISLAMIENTO EN LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA.

MONTSERRAT CALZON MENENDEZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomios (del latín nosocomīum, «hospital») son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en el período de incubación ni en el momento del ingreso del paciente. Las infecciones que ocurren más de 48h después del ingreso suelen considerarse nosocomiales.
En el ámbito de la salud, una infección nosocomial o intrahospitalaria es la contraída por pacientes ingresados en un recinto de atención a la salud (no solo hospitales).
Las infecciones nosocomiales pueden ser adquiridas en diversas regiones del cuerpo, siendo que los tipos más comunes son:
1. Neumonía.
2. Infección urinaria.
3. Infección de la piel.
4. Infección de la sangre.

Las infecciones nosocomiales son un importante problema derivado de la actividad asistencial, estas suponen un riesgo para la salud de los pacientes, un incremento de la estancia hospitalaria y de los costes derivados de la asistencia.

La mayoría de estas infecciones son prevenibles y evitables mediante la instauración de protocolos o técnicas, como el lavado de manos. Los aislamientos son una medida para evitar su propagación.

2 Objetivos

- Identificar los protocolos de aislamiento y saber ponerlos en marcha en las unidades de enfermería.
- Conocer los Equipos de Protección Individual así como su correcta utilización.
- Informar al personal de la unidad, al paciente y a los familiares sobre el tipo de aislamiento y las medidas a tener en cuenta.
- Manipular correctamente los residuos resultantes del manejo del paciente en aislamiento.

3 Metodología

Para elaborar esta publicación se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía más actualizada sobre enfermedades nosocomiales y protocolos de aislamiento, en diferentes repositorios de salud (Pubmed, Dialnet), así como en las páginas de hospitales españoles.
Se ha recopilado la información más relevante para la práctica enfermera.

4 Resultados

• Se han de llevar a cabo las precauciones universales en todos los casos, independientemente del diagnóstico o la existencia de infección: lavado de manos, elementos barrera (guantes, mascarilla, batas), vacunación VHB, eliminación correcta de residuos punzantes y biológicos, esterilización y desinfección del material.
Señalización del aislamiento en zona visible y colocación accesible del material necesario para su cumplimiento.
• Aislamiento de contacto: además de las precauciones universales, es necesario el uso de guantes y bata.
• Aislamiento por gotitas: ubicar al paciente en habitación individual, el uso de mascarilla y lavado de manos. Traslados con mascarilla.
• Aislamiento aéreo: uso de habitación individual con presión negativa, mascarilla y lavado de manos. Traslados con mascarilla.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades infecciosas tienen una alta prevalencia en los hospitales de nuestro país, siendo la mayoría de ellas evitables.

Los protocolos de aislamiento reducen la transmisibilidad de estas y otras enfermedades infecciosas, mejorando con ello la calidad asistencial y evitando complicaciones derivadas de los procesos infecciosos.
Es necesario conocer y aplicar los aislamientos hospitalarios por parte del personal de enfermería, así como garantizar el cumplimiento por parte de los pacientes y familiares.

6 Bibliografía

- Precauciones y aislamientos en patología infecciosa.
Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa
- Aislamientos hospitalarios. Disponible en: http://www.madrid.org/
- Aislamiento de contacto y prevención de diseminación de infecciones graves en una unidad de cuidados intensivos. Descripción de un protocolo. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-aislamiento-contacto-prevencion-diseminacion-infecciones-13093156

Capítulo 337

BAÑO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

ANGEL GALINDO COBIAN

1 Introducción

Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y la comodidad del paciente. Incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas.

2 Objetivos

- Cubrir las necesidades de higiene y confort del paciente.

3 Metodología

Personal Necesario: Celador, técnico de cuidados de enfermería y enfermera

Material Material aterial
- Palangana con agua caliente.
- Esponjas desechables.
- Jabón liquido.
- Champú.
- Toalla de baño.
- Guantes
- Crema hidratante y/o hidrocoloide.
- Complementos de aseo personal.

- Ropa limpia para paciente y cama.
- Bolsa de recogida de ropa usada.
- Bolsa de recogida de material desechable.

Preparación:
- Asegurarse de que todo el material se encuentra a mano
- Higiene de manos, según los 5 momentos del lavado de manos de OMS
- Identificación del paciente
- Informar debidamente al paciente y familia del procedimiento a realizar

Procedimiento

- Fomentar la colaboración del paciente para fomentar la autonomía en sus cuidados
Preservar la intimidad y confidencialidad.
- La familia podrá colaborar si es deseo tanto del paciente como de la familia
- Preservar la intimidad y confidencialidad. Cerrar la puerta de la habitación y descubrir únicamente la zona del aseo
- Colocar al paciente en una posición adecuada.

Asegurar que la temperatura ambiente de la habitación es adecuada evitando las corrientes de aire.
- Desnudar al paciente. Procurar dejar expuesta sólo la parte del cuerpo que se vaya a lavar, volviéndola a tapar inmediatamente después, para preservar su intimidad.
- En todas las zonas excepto en los ojos y la cara se empleará jabón.
- Realizar el lavado siguiendo un orden desde las zonas más limpias a las menos limpias
- Retirar la prótesis limpiando ésta con antiséptico antes de volver a colocársela.
∆17
EPS
- Afeitado; en el caso de los varones. Cambiar el agua.
- Ojos
- Boca
- Fosas nasales, si es necesario, efectuar lavado con suero fisiológico, utilizando una jeringa.
- Orejas y cuello.
- Cabello, verificar que no haya contraindicaciones.
- Aclarar y secar cuidadosamente.
- Extremidades superiores y axilas, secar bien los dedos y pliegues interdigitales

- Tórax y abdomen, incidiendo con especial atención en zona submamaria en mujeres, área umbilical e inguinal y pliegues.
- Aclarar y secar cuidadosamente.
- Extremidades inferiores, con especial atención a los espacios interdigitales y prominencias óseas y siempre en sentido descendente.
- Aclarar y secar cuidadosamente.
- Cambiar el agua y la esponja.
- Genitales y periné: lavar desde el pubis hacia el periné, sin retroceder:

4 Resultados

Anotar en el registro correspondiente
- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia la higiene diaria del paciente, tanto para cubrir las necesidad de higiene y confort del paciente, como para identificar problemas potenciales, como rozaduras, abrasiones, ulceras, etc

6 Bibliografía

- Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Junio 2008. [Consultado el día 10 de Noviembre de 2011]. Disponible en: http://intranet/enfermeria/manual_procedimientos_enfermeria.html
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Estrategia para la seguridad del paciente. Sevilla. 2006. [Consultado el día 10 de Noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadp
aciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_-2006-2010.pdf
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

- BOE número 274 de 15/11/2002, páginas 40126 a 40132 (7 págs.). [Consultado el 31 de Enero de 2011] Disponible en: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2002-22188
- Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra 2007. [Consultado el día 10 de Noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.ccforpatientsafety.org/Common/pdfs/fpdf/ICPS/PatientSolutionsSpani
sh.pdf

Capítulo 338

CONTENCIÓN FÍSICA E INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

ANGEL GALINDO COBIAN

1 Introducción

Acciones encaminadas a disminuir el riesgo de caídas en pacientes mediante contención física y/o inmovilización.
Contención física y/o inmovilización: Uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno.

2 Objetivos

- Limitar el movimiento del paciente, para garantizar su seguridad, limitando aquellos movimientos que puedan suponer una situación de riesgo o de peligro para el enfermo y su entorno.

3 Metodología

• Personal necesario:
Enfermera.
- Técnico en Cuidados de Enfermería.
- Celador.

- Servicio de seguridad del hospital. Intervendrán en caso de riesgo de agresión y para garantizar la seguridad del paciente, de otros pacientes, y del personal del hospital

• Material Material aterial
- Guantes.
- Cinturón ancho abdominal (Semiinmovilizador).
- Chaleco (Semiinmovilizador).
- Cintas de muñecas.
- Cintas para hombros.
- Cinturón estrecho de piernas.
- Cintas para tobillo.
- Llave magnética.
- Botones magnéticos de fijación.

• Preparación del paciente y personal:
- Asegurar que el material este disponible y a mano
- Higiene de manos
- Colocación de guantes
- Identificación del paciente
- Explicar a la familia los riesgos y beneficios de la inmovilización física
- Informar al paciente y/o familia del procedimiento y de la razón por la que se han adoptado medidas de contención.
- Fomentar la colaboración del paciente y/o familia en la medida de sus posibilidades.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Tranquilizar al paciente.
- Entregar y explicar a la familia el consentimiento informado

• Procedimiento
Las restricciones sólo deben usarse cuando otras alternativas han demostrado su ineficacia.
- La decisión de inmovilizar al paciente debe tomarse tras su valoración por el equipo multidisciplinar, usando herramientas de valoración apropiadas y monitorizando su uso.
- Indicación medica de inmovilización.
- Tener en cuenta los factores que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte en pacientes inmovilizados:
- Inmovilización de pacientes fumadores.

- Inmovilización en posición supina, predispone al riesgo de bronco aspiración.
- Inmovilización en decúbito prono, predispone al riesgo de asfixia.
- Inmovilización de pacientes con deformidades.
- Inmovilización de pacientes que se encuentran solos.
- Colocarse guantes no estériles.
- Informar a las personas que se encuentran acompañando al/a la paciente que estén vinculadas por razones familiares o de hecho, acerca de la adopción de la medida.
- Las inmovilizaciones se realizarán con ayuda y usando las técnicas menos restrictivas posibles para evitar lesionar al paciente.
- Colocar al paciente en posición anatómica correcta.
- Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada (ángulo de la cabecera de la cama 35 a 45 grados), para evitar el riesgo de aspiración.
- Manejar al paciente con firmeza.
- Colocar las sujeciones bien almohadilladas y con presión moderada.
- Fijar las sujeciones al marco o somier de la cama (nunca a la barandilla) y fuera del alcance del paciente.
- Comprobar que el paciente tenga cierta libertad de movimientos, pero que en ningún caso puedan producirle lesiones.
- Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento.
- Valorar al paciente al menos dos veces por turno, aumentando vigilancia según situación clínica y evolución, teniendo en cuenta:
- Respiración, estado psicomotor y nivel de conciencia.
Comprobar el estado de la piel, el pulso, color, temperatura y sensibilidad del lugar de la sujeción.
- Actitud de la persona contenida y estado de ánimo.
- Postura inadecuada.
- Compresión de algún miembro.
- Rigidez muscular.
- Temperatura de manos y pies.
- La frecuencia de control de los signos vitales dependerá de la situación clínica del paciente, realizándose al menos cada 8 horas.
- Establecer Protocolo de prevención de
- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- La supresión se realizará tras la valoración del equipo multidisciplinar cuando la necesidad haya cesado.

- La retirada de la sujeción debe realizarse siempre de forma progresiva, a medida que aumente el autocontrol. Debiendo extremarse la vigilancia al paciente en las horas posteriores hasta que se normalice su conducta.

4 Resultados

La contención física es una medida en muchos casos extrema que garantiza la seguridad del paciente en condiciones en las que los movimientos pueden suponer un peligro para el propio paciente, otros pacientes o el personal de enfermería

5 Discusión-Conclusión

Se hace necesario un protocolo para contención física e inmovilización del paciente para así garantizar tanto su seguridad como la del personal encargado de realizar dicha técnica

6 Bibliografía

- Contención mecánica. Complex Hospitalari de Mallorca Gesma 2005 revisión 2007. de los pacientes. Alerta de seguridad en atención sanitaria. Centro de Investigación para la seguridad clínica de los pacientes. [Consultado el 19 de Noviembre de 2011].Disponible en: http://www.fadq.org/upload/files/Alerta 5Inmovilizacion01.pdf
- Dirección de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y
Procedimientos Generales de Enfermería. Córdoba. 2010. [Consultado el 19 de Noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.hrs2.sas.juntaandalucia.es/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Tres nuevos Indicadores de prevención y de Seguridad para el Paciente. Cruzada Nacional por la Calidad. Subsecretaria de Innovación y Calidad México 2006 Pág. 27-42.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Estrategia para la seguridad del paciente.
Sevilla. 2006. [Consultado el día 10 de Noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridad

paciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_-2006
-2010.pdf
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE número 274 de 15/11/2002, páginas 40126 a 40132 (7 págs.). [Consultado el 31 de Enero de 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2002-
22188
- Manual de Protocolos y Procedimientos. Dirección de Enfermería. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga 2004.
- McCloskey Dochterman, J. Bulechek,G, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
- Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra 2007. [Consultado el día 10 de Noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.ccforpatientsafety.org/Common/pdfs/fpdf/ICPS/PatientSolutionsSpan
sh.pdf
- Protocolo General de Caídas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid 2007.

Capítulo 339

IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LA ANEMIA EN LA HEMODIÁILISIS

NATALIA LÓPEZ PÉREZ

NAZARET SUÁREZ BOTO

1 Introducción

Ante una insuficiencia renal crónica, se intenta suplir esa deficiencia de los riñones del paciente mediante diálisis peritoneal o la hemodiálisis. Ambas técnicas, tienes sus beneficios y sus riesgos, debiendo elegirse una de las técnicas según mejor se adapte a las características y posibilidades del paciente. En el caso que nos ocupa, elegimos un paciente sometido a hemodiálisis. Los pacientes sometidos a esta técnica son cada vez más mayores y con patologías asociadas. Como enfermeras en una sala de hemodiálisis deberemos tener en cuenta varias consideraciones y saber valorarlas en nuestro día a día. Una de ellas es lo que nos refiere el paciente en cada sesión, el cómo se encuentra, además de obtener una serie de datos objetivos como es el nivel de la hemoglobina. Un descenso de ésta, puede producir cansancio, molestias para el paciente y agudizar patologías subyacentes.

2 Objetivos

- Identificar la etiología de las ”fatigas” de paciente en hemodiálisis.
- Saber cómo se tratan las anemias.
-Conocer si los pacientes cardiópatas tienen alguna consideración especial cuando está sometidos a técnicas invasivas.

3 Caso clínico

Paciente de 75 años con antecedentes de IAM que inicia terapia renal sustitutiva en la modalidad de hemodiálisis. Inicialmente, como acceso venoso se utiliza un catéter venoso central tunelizado. Al mes se le realiza una fístula arteriovenosa humeral izda. El paciente, al acudir a las sesiones de hemodiálisis, refiere tener ”fatiga” al acostarse.

Le preguntamos si esa molestia es similar al dolor que tuvo con el infarto y lo niega. Al hacer la cura de los puntos de la fístula observamos el apósito con gran manchado hemático y un gran hematoma. Se comenta con el nefrólogo responsable y extraemos muestra sanguínea para hemograma urgente, obteniendo una hemoglobina de 7.9 g/dl.

4 Discusión-Conclusión

Mejoría de la cifra de hemoglobina gracias a las transfusiones y el paciente no vuelve a referir esas molestias. En consecuencia, esa ” fatiga” eran molestias coronarias debido a una anemia severa. Ésta fue causada por las pérdidas hemáticas en la realización de la fístula y pequeños sangrados en las sesiones de hemodiálisis. Por tanto, observamos la importancia de mantener niveles estables de hemoglobina y >10 g/dl en pacientes sometidos a tratamientos de hemodiálisis y con más importancia, si cabe, en pacientes con problemas cardíacos previos.

5 Bibliografía

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

Capítulo 340

PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA SUBLINGUAL

ANGEL GALINDO COBIAN

1 Introducción

Guía para administración de fármacos por vía sublingual.

2 Objetivos

Preparar y administrar los distintos fármacos, en estado líquido o sólido por vía sublingual, con fines terapéuticos

3 Metodología

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

4 Resultados

Personal Personal
- Enfermera.

- Técnico en Cuidados de Enfermería.

Material
- Fármacos prescritos.
- Batea.
- Aguja y jeringa.
- Guantes no estériles
- Vasos.
- Servilleta o celulosa.

Ejecución Ejecución
Preparación del personal Preparación del personal
- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente Preparación del paciente
- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento
- Comprobar: el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- Etiquetar con el nombre del paciente y la cama el vasito de la dosis.
- Verificar que el vasito sólo contiene medicamentos por vía sublingual.
- Preparar el fármaco, sin tocar los comprimidos.
- Higiene de manos del paciente.
- Valorar el estado de conciencia del paciente.
- Entregarle la medicación al paciente comprobando que la coloca debajo de la lengua y prestándole ayuda, si precisa, utilizando guantes.
- Indicar al paciente que mantenga la medicación debajo de la lengua hasta que se disuelva. i
- Explicar al paciente que no mastique la medicación ni la toque con la lengua para evitar la deglución accidental.
- No dar líquidos al mismo tiempo que la medicación sublingual.

- Dejar al paciente en posición cómoda, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Retirar todo el material.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos
- Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos comunicándoselos al médico si los hubiera.

Consideraciones especiales
- Alguna medicación en forma de cápsula se puede administrar pinchándola previamente para su absorción.
- En pacientes no colaboradores, se extraerá el líquido de la cápsula con aguja y jeringa y se deposita, una vez retirada la aguja, debajo de la lengua.
- Comunicar eventos adversos

Registro
Anotar en el registro correspondiente
- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra.
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Conociendo la técnica apropiada podremos hacer uso de la vía sublingual, que tiene una gran importancia por ser una alternativa a la vía oral. La vía sublingual presenta diversas ventajas. Es una técnica no invasiva y que el paciente suele tolerar. Además, permite la incorporación directa del activo al torrente circulatorio, sin pasar por el hígado, con lo que evitamos el primer paso hepático. Y los efectos suelen notarse más rápido, en cuestión de unos minutos.

Así pues, las ventajas de la vía sublingual son, en resumen:
- Rapidez: Favorece la rapidez de acción
- Efectividad: Permite que se obtenga una mayor cantidad de principio activo, y por lo tanto, una mayor efectividad en el organismo
- Adherencia: Facilita la adherencia a los tratamientos por su comodidad.

5 Discusión-Conclusión

La vía sublingual es uno de los canales que tiene nuestro organismo para absorber los fármacos y complementos alimenticios. Y representa una buena alternativa a la tradicional toma por vía oral.

En la vía sublingual, el proceso de absorción consta de varias fases. En primer lugar, a través de unas mucosas situadas debajo de la lengua, las glándulas sublinguales, nuestro organismo recibe las sustancias activas. De allí, las mucosas, los activos pasan a la arteria sublingual. Y de la arteria sublingual, a la arteria carótida.

La carótida permite que los activos sigan un recorrido a través del cerebro, corazón, pulmones, de vuelta al corazón, y se repartan por todo el cuerpo. Tras una última parada en el hígado, donde hay un filtrado, los activos vuelven a nuestro organismo

6 Bibliografía

- Delgado Mingorance ME, García Trallero O, Goma Fernández G, Hernández, Rodríguez M, Maluenda Martínez M, Martínez Rebollar M et al. Procedimientos y Técnicas de Enfermería. Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC, García-Penche Sánchez R, editores. Barcelona: Rol; 2006.
- Dirección de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Córdoba. 2010.
- Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Junio 2008.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Estrategia para la seguridad del paciente. Sevilla. 2006.
- Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica. 7ª ed. Madrid. Interamericana. McGraw-Hill; 2005.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE número 274 de 15/11/2002, páginas 40126 a 40132 (7 págs.).
- McCloskey Dochterman, J. Bulechek, G, editors. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
- Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra 2007.

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE número 274 de 15/11/2002, páginas 40126 a 40132 (7 págs.).
- Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra 2007.

Capítulo 341

APLICACIÓN DE LA ESCALA HUNT-HESS PARA ENFERMERAS EN UNA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

MARGARITA MANSO MOLINA

1 Introducción

La hemorragia subaracnoidea se trata de una hemorragia intracraneal que se extiende hasta el espacio aracnoides o de un volcado de sangre en el espacio subaracnoideo donde sólo tiene que haber líquido cefalorraquídeo (LCR). Este tipo de hemorragias afectan aumente 6 y 10 personas de cada 100.000 al año.

Las hemorragias subaracnoidea se clasifican según su gravedad y para determinar la gravedad utilizamos la escala de Hunt y Hess.

2 Objetivos

Analizar los cinco puntos de la escala de Hunt y Hess

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed, Dialnet y en Google utilizando las palabras clave hemorragia, escala, Hunt y Hess y subaracnoidea.

4 Resultados

La escala de Hunt y Hess se utiliza para valorar la gravedad de las hemorragias subaracnoidea. Tiene 5 niveles diferentes de síntomas perceptibles asociados al riesgo de muerte siendo en el primer nivel un índice muy bajo y en el quinto nivel un riesgo muy elevado. Esta escala se basa en la condición clínica del paciente:

- Nivel o grado 1: paciente asintomático, dolor de cabeza leve y ligera rigidez de nuca.
- Nivel o grado 2: paciente con dolor de cabeza moderado o fuerte, rigidez en la nuca sin déficit neurológico fuera de la parálisis del nervio craneal.
- Nivel o grado 3: paciente somnoliento, confuso, obnubilado, con déficit neurologico focal leve.
- Nivel o grado 4: paciente con estupor, hemiparesia relativa y con rigidez de descerebracion temprana.
- Nivel o grado 5: paciente en coma profundo con signos de descerebracion.

5 Discusión-Conclusión

La escala de Hunt y Hess se basa en la condición clínica del paciente de acuerdo con 5 niveles de síntomas perceptibles asociados con el riesgo de la muerte; la mortalidad es mínima para el grado 1 y máxima para el grado 5.

6 Bibliografía

1. Hunt WE, Hess RM. ”Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms.” Journal of Neurosurgery 1968 Jan;28(1):14-20.
2. Hunt WE, Meagher JN, Hess RM. ”Intracranial aneurysms. A nine-year study”. Ohio State Medical Journal 1966 Nov;62(11):1168-71.

Capítulo 342

MEGACOLON TÓXICO EN CONTEXTO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

BIBIANA PARAJE FERNÁNDEZ

MANUEL NICOLÁS PRIETO FEMENÍA

1 Introducción

El megacolon tóxico es una patología muy grave, derivada de un disbalance entre la flora intestinal habitual y la patógena, que se genera por iatrogenia en la gran mayoría de los casos y que implica una elevada morbimortalidad para el paciente, a la vez que también significa un alto coste sanitario derivado de algo potencialmente evitable.

2 Objetivos

Reconocer la importancia de los efectos secundarios del uso de antibióticos y del diagnóstico precoz de sus complicaciones más graves.

3 Caso clínico

Mujer de 48 años de edad, sin antecedentes de interés que se va a someter a cirugía maxilofacial y toma clindamicina oral como profilaxis antibiótica como prevención de probables infecciones derivadas del acto quirúrgico. Después de

cumplir dicho tratamiento la paciente comienza con sintomatología de dolor abdominal difuso y de carácter cólico, distensión marcada, sensación nauseosa y vómitos alimenticios copiosos, a las pocas horas ya manifiesta fiebre, hipotensión arterial y quebrantamiento del estado general.

Acude a un S. de Urgencias Hospitalario donde se realiza valoración clínica y realización de estudios complementarios: destacan la existencia de anemia, marcada leucocitosis con desviación a la izquierda y presencia de formas inmaduras (cayados), hipopotasemia, hipoalbuminemia, proteína C reactiva y Procalcitonina muy elevadas.

En su exploración abdominal destaca un dolor importante a la palpación profunda sobre todo el hemiabdomen inferior con signos de irritación peritoneal sobre fosa iliaca izquierda. La peristálsis se encontraba conservada, aunque con ruidos escasos y de carácter metálico.

En Rx de abdomen (2 proyecciones) simple y en decúbito o bipedestación: se constata la presencia de importante dilatación por gas del marco cólico izquierdo y parte del transverso, así como también la presencia de niveles hidroaéreos sobre colon derecho e intestino delgado.

En Rx de Tórax (AP) se observa una dudosa imagen de neumoperitoneo, que se termina confirmando con la realización de un TAC abdómino-pélvico que demuestra perforación colónica a nivel sigmoideo.

Ante esta situación de alta sospecha de perforación de víscera hueca la paciente es trasladada urgente al quirófano, donde tras constatarse dicha perforación sobre tercio medial de sigma, se realiza una hemicolectomía izquierda y posterior colostomía de descarga sobre colon transverso.

El estudio anátomo-patológico de la pieza (colon izquierdo) demostró: colon muy distendido, con pared muy fina y frágil, que se perfora al mínimo contacto. Serosa de aspecto congestivo y cubierta de un exudado fibrinoso o fibrinopurulento. Histológicamente, se reconoce una inflamación de todas las capas del colon hasta la serosa, con una mucosa denudada y ulcerada, con úlceras profundas que atraviesan la muscularis propria. Hallazgos sugestivos de Megacolon Tóxico perforado.

Diagnósticos diferenciales: Colitis Pseudomembranosa, Síndrome de Ogilvie, diverticulitis.

Tratamiento: Ingreso en unidad de cuidados intensivos para monitorización clínica y de constantes vitales periódicas.

Retirada inmediata de fármacos potencialmente desencadenantes. Dieta Absoluta. Sueroterapia enérgica. Alimentación por vía parenteral de inicio pronto. Aspiración nasogástrica o intestinal (si precisa). Antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa (en lo posible dirigidos por cultivos previos – de heces y de muestras AP), soporte hemodinámico y aportación de componentes sanguíneos si precisa.

4 Discusión-Conclusión

El megacolon tóxico es una de las tantas potenciales complicaciones derivadas del uso indiscriminado de antibióticos (aunque en este caso estaba indicado), que tiene una alta tasa de morbi-mortalidad y que, incluso, puede agravarse si existen situaciones subyacentes en la población diana tales como: enfermedad inflamatoria intestinal (principalmente), inmunosuprimidos, enfermedades oncológicas entéricas, etc.

5 Bibliografía

- www.ghcontinuada.com
- Jalan KN, Circus W, Cord WI. An experience with ulcerative colitis: toxic dilatation in 55 cases. Gastroenterology 1969;57:68-82.
- Mourelle M, Casellas F, Guarner F, Salas A, Riveros V, Moncada S, et al. Induction of nitric oxide synthase in colonic smooth muscle from patients with toxic megacolon. Gastroenterology 1995;109:1497-502.
- Present DH, Wolfson D, Gelernt IM, Rubin PH, Bauer J, Chapman ML. Medical decompression of toxic megacolon by "rolling". A new technique of decompression with favorable long-term follow-up. J Clin Gastroenterol 1988;10:485-90.

Capítulo 343

MOBBING EN EL ENTORNO LABORAL

PATRICIA IGLESIAS CERRA

1 Introducción

En 1986, Heinz Leyman, define Mobbing como: un cuadro de acoso en el trabajo, que tiene como objeto destruir la estabilidad psicológica del ser humano a través de una comunicación hostil. Sistemática, desprovista de ética, caracterizada por el descrédito, desprestigio social, hostigamiento persistente contra la dignidad del empleado con objeto de perturbar la ejecución de las funciones aprovechando las disfunciones del sistema organizativo, durante por lo menos 6 meses. No intenta mejorar la productividad ni optimizar resultados, sino librarse de una o varias personas que molestan de alguna manera o no conforman el pensamiento del sistema.

El acoso laboral puede darse en cualquier momento, afecta por igual a mujeres y hombres y en cualquier nivel socioeconómico.

Según el psicólogo, Iñaki Piñuel, el personal de enfermería es uno de los colectivos que más casos de acoso laboral presentan. Las causas de este elevado numero de casos es debido a las características intrínsecas de esta profesión (estrés , urgencias frecuentes).

En observatorio permanente de UGT podemos observar que el numero de casos es mayor en Enfermería y Auxiliar de Enfermería , seguidos de Médico y el ámbito de la Atención Primaria los trabajadores que tienen mayor probabilidad de sufrir acoso es el personal Administrativo, seguido de Enfermería y personal facultativo.

2 Objetivos

Conocer que es el mobbing, así como las medidas para prevenirlo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante una búsqueda sistemática en diversas bases de datos y buscadores. Así como consultas en revistas científicas, libros y guías.

4 Resultados

Existen diferentes tipos de acoso laboral:
• Acoso laboral horizontal: se da entre compañeros de trabajo que pertenecen a un mismo nivel jerárquico.
• Acoso laboral vertical: se produce entre personas de diferente rango jerárquico. Puede ser ascendente (cuando una persona de nivel jerárquico inferior acosa a una persona de rango superior), descendente (cuando el acosador es la persona de mayor rango respecto al acosado que pertenece a un rango inferior)
• Acoso laboral mixto. Resulta de la combinación de horizontal y vertical.

Los efectos que causan el acoso laboral sobre las personas en el ámbito sanitario son las siguientes:
- Deterioro de los cuidados que se le proporcionan al paciente.
- Deterioro de las relaciones entre los compañeros de trabajo.
- Niveles más altos de estrés.
- Depresión y culpabilidad.
- Insomnio y pérdida de apetito.
- Niveles bajos de satisfacción laboral.
- Aumento del absentismo.
- Pérdida de productividad.

Para poder identificar el acoso laboral, debemos conocer determinados actos que pueden dar lugar a la existencia de este: hostigamiento, persecución o violencia psicológica , de forma intensa que se prolonga en el tiempo con la finalidad de la marginación de la persona.

Las causas del mobbing pueden ser debidas a celos profesionales , a personalidad narcisista del acosador. Las personas que pueden ser victimas de este acoso son

aquellas que se resisten a la manipulación de un compañero o jefe, aquel que se niega a realizar actividades ilegales, etc.

5 Discusión-Conclusión

Ante los crecientes casos de mobbing se podrían dar a conocer una serie de recomendaciones como son:
• Aumentar la información sobre los objetivos del trabajo.
• Ofrecer a cada empleado la posibilidad de elegir cómo puede realizar las tareas.
• Reducir el volumen de trabajos repetitivos y monótonos.
• Evitar especificaciones poco claras de funciones y tareas.
• Desarrollar el estilo democrático de dirección.

6 Bibliografía

- Fernández D, Manuel J, Padilla Segura I, Domínguez Fernández J, Bagur M, Luisa M, et al. Acoso laboral en trabajadores de atención a la salud de Ceuta. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2012;58(227):117-27.
- Fornés J, Martínez-Abascal MA, García de la Banda G. Análisis factorial del Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo en profesionales de Enfermería. International Journal of Clinical and Health Psychology 2018;8(1). Recuperado a partir de: http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=33780118
15.
- Mónica GC, Velázquez HC, Leopoldo MC. Asociación de mobbing y autopercepción de riesgo en salud mental en personal sanitario. Revista Waxapa. 2012;4(7):33–40.
- Rivero M, Adriana N, Mariscal J, Eduardo J. Estudio del acoso psicológico laboral descendente a mujeres y su incidencia en el ausentismo empresarial. Revista de Investigacion Psicologica. 2015;(14):19-42.
- Fontes KB, Santana RG, Pelloso SM, Carvalho MD de B, Fontes KB, Santana RG, et al. Factors associated with bullying at nurses' workplaces. Revista Latinoamericana de Enfermagem.2013;21(3):758-64.
- Mamani S, Polet L. Algunos conocimientos de enfermería y percepción de mobbing en internas S/OS de Enfermeria Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2016. [Tesis Doctoral en Internet]. Universidad Nacional de San Agustín [citado 18 de febrero de 2018]; Recuperado a partir de: http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1810

- Campo VR, Klijn TP, Campo VR, Klijn TP. Verbal abuse and mobbing in pre-hospital care services in Chile. Revi

Capítulo 344

TIPOS DE CATERIZACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS Y PAPEL DE LA ENFERMERÍA

IVÁN GRANDA RUIZ

ANDREA LLANO SUÁREZ

JORGE ÁLVAREZ CIENFUEGOS

1 Introducción

Existen diferentes tipos de cateterización en urgencias y emergencias.
Se dividen en:
-Cateterización venosa periférica.
-Cateterización central.
-Vía intraósea.
-Cateterización arterial.
-Catéter de Swan-Ganz.

La terapia intravenosa (TIV) consiste en la administración de sustancias líquidas directamente en una vena a través de una aguja o catéter, que se inserta en la luz del vaso, lo que permite el acceso inmediato al torrente sanguíneo para suministrar líquidos y medicamentos con fines diagnósticos o terapéuticos, más utilizadas desde mediados del siglo XX. Se trata de una técnica extendida en los hospitales españoles desde los años 50-60 del siglo pasado, que ha mejorado considerablemente en los últimos años. El acceso a la vía intravenosa (IV) representa

un gran avance en la historia de la humanidad y permite tanto la administración de sustancias con fines terapéuticos como la obtención de muestras y la medición de parámetros diagnósticos.

Los accesos han sido empleados desde hace varias décadas, aunque el conocimiento del sistema y la sangre es muy anterior. La utilización de estas vías de administración de los fármacos no depende tanto del conocimiento anatómico, sino sobre todo de la disponibilidad del material adecuado, tanto para la punción venosa como para la perfusión de los líquidos y los fármacos.

-En el siglo XVII se descubrió la inyección intravenosa como nuevo procedimiento para la administración de fármacos.
-Las primeras inyecciones de sustancias realizadas con fines experimentales y no terapéuticos, se debe a Christopher Wren.
-Ensayos continuados por Robert Boyle y Robert Hooke que inyectaron opio.
-En 1665 se transfunde sangre de un animal a otro.
-En 1667 Jean Baptiste Denis transfunde sangre de un cordero a un niño de 15 años y el paciente muere.
-En 1945 se canaliza la primera vía central.

Innovaciones tecnológicas como la implantación de catéteres con guía ecográfica o la utilización de catéteres subcutáneos, presentes desde hace algunos años, contribuyen a mejorar la calidad de vida del paciente y minimizar el riesgo de infección. Pero a pesar de las continuas innovaciones en este campo, las infecciones que se derivan de la TIV siguen siendo un problema frecuente, dada la magnitud del uso de las mismas y del tiempo de exposición a ellas. El problema más grave es la bacteriemia relacionada con catéteres endovasculares, que representa hasta el 20-30 % de todos los episodios de bacteriemia en el hospital y se asocia a una considerable morbilidad, prolongación de estancia hospitalaria y a un importante aumento del gasto sanitario.

En los últimos años, la capacidad de innovación del sector de Tecnología Sanitaria ha facilitado el desarrollo de dispositivos de seguridad y materiales que implican mejoras continuas en la práctica médica y en la seguridad del paciente y del profesional sanitario, minimizando y evitando los riesgos de exposición y contagio derivados del inadecuado uso de objetos rutinarios. En la actualidad se han instaurado algunos protocolos de prevención como es el caso de Flebitis 0 debido a que existen más de 20 millones de catéteres periféricos en España. Un 66,6% de los pacientes ingresado tienen un catéter periférico (EPINE 2012) de los cuales, se presenta flebitis en un 12,9% de los eventos adversos detectados (EAPAS

2008).

La retirada de catéteres innecesarios es imprescindible. Se debe retirar el catéter si el paciente presenta signos de flebitis (calor, sensibilidad, eritema y cordón venoso palpable), infección o mal funcionamiento. No es necesario el cambio rutinario de catéter como medida de prevención.
La actuación de enfermería debe consistir en:
- Identifique al paciente: nombre, edad, sexo, diagnóstico, alergias, antecedentes patológicos y procedimiento a realizar.
- Informe al paciente en qué consiste la técnica, ventajas e inconvenientes. Es importante establecer comunicación efectiva.
- Obtenga el consentimiento informado para la realización de este procedimiento invasivo del paciente. Cuando el paciente no sea competente para la toma de decisiones, se obtendrá el consentimiento del familiar o tutor.
- Reúna el material y equipo y colóquelo en una mesa limpia.
- Lávese las manos con agua y jabón o masaje de manos a base de alcohol.
- Prepare la solución a utilizar.
- Libere el aire al bajante.
- Asegúrese que en la actuación médica se utilicen las máximas precauciones de barrera estéril, incluyendo el uso de gorro, mascarilla, bata estéril, guantes, estériles y un paño quirúrgico de cuerpo entero para la inserción de CVC, categoría IB.

La educación al paciente y familiares será:
- Eduque al personal de salud sobre las medidas de control de infecciones adecuadas, para la prevención de infecciones relacionadas a catéteres.
- Evite el uso de la vena femoral para el acceso venoso central en pacientes adultos.
- Use un punto subclavio, en lugar de un punto yugular o femoral en los pacientes adultos, para minimizar el riesgo de infección al colocar un CVC no tunelizado.
- Evite la región subclavia en pacientes de hemodiálisis y en pacientes con enfermedad renal avanzada, para evitar la estenosis de la vena subclavia.
- En pacientes adultos, utilice inserción subclavia antes que yugular o femoral para reducir los riesgos de infecciones en CVC no tunelizados.
- Evite accesos subclavios en pacientes de hemodiálisis y en pacientes con enfermedad renal avanzada, para evitar estenosis de la vena subclavia.
- El operador y el asistente deben vestir equipo de protección personal (EPP) adecuados.

- Sustituya el apósito del sitio de inserción del catéter si se humedece, se afloja o está visiblemente sucio.
- No usar pomadas ni cremas antibióticas tópicas en los sitios de inserción, salvo para catéteres de diálisis, por su potencial para promover las infecciones fúngicas y la resistencia antimicrobiana.
- A diario, evaluar los sitios de inserción del catéter, ya sea visualmente al cambiar la fijación, o al palpar a través del apósito transparente.
- Si los pacientes tienen dolor en el lugar de inserción, fiebre sin foco evidente u otras manifestaciones que sugieren infección local o del torrente sanguíneo, la fijación debe ser removida para permitir el examen detallado del lugar de inserción.
- No sumergir el catéter o el lugar del catéter en agua. Se permite una ducha solo si se pueden tomar precauciones para reducir la probabilidad de introducir gérmenes en el catéter.
- Informe al paciente explicándole en qué consiste la técnica, ventajas e inconvenientes. Es importante establecer comunicación efectiva con el paciente y familiares.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes opciones de cateterización en emergencias y urgencias.
- Conocer las técnicas más y menos eficaces.
- Conocer los últimos estudios respecto a los catéteres de urgencias y emergencias en la actualidad.
- Conocer la importancia de la enfermería a la hora de seleccionar el catéter

3 Metodología

Revisión teórica de las diferentes técnicas de cateterización en emergencias y urgencias.
Bases de datos empleadas: “Pubmed” y “Google académico”.
Se limita la búsqueda a un espacio de tiempo de 10 años.
Palabras de inclusión: Cateterismo, urgencias, emergencias, técnica, actualidad, Swan-Ganz, vía venosa, vía umbilical, vía arterial, enfermería y vía intraósea.

4 Resultados

1. Cateterización venosa periférica
El cateterismo venoso periférico es uno de los procedimientos más realizados durante el proceso de atención, se sabe que a más del 50% de los pacientes, durante la hospitalización, se les coloca este dispositivo intravascular. Esta intervención que consiste en la inserción de un catéter a un vaso venoso periférico, interrumpe la protección natural de la piel y genera la comunicación del medio externo con el vaso sanguíneo, por ello se debe seguir el procedimiento correcto con el uso de los materiales adecuados para evitar los riesgos locales y sistémicos en el paciente.

Debido a los riesgos que se puede presentar en el paciente, se establece el uso de guantes estériles para la inserción. Además de ello, los guantes protegen a la enfermera(o) de exposiciones a agentes biológicos infecciosos que se podrían encontrar en la sangre y la piel. Esto se fundamenta en las precauciones estándares; teniendo como principio base la universalidad: "que todos los pacientes y sus fluidos corporales se le considerará como potencialmente infectantes".

La administración de líquidos, electrolitos y fármacos por vía intravenosa (i.v.) se considera la terapia más rápida, efectiva y de mejores efectos en pacientes que precisan atención, lo cual justifica que sea la forma de tratamiento frecuentemente elegida para la mayoría de los pacientes.
La elección de la cateterización periférica nos permite conseguir, de forma fácil y relativamente poco cruenta, accesos venosos para tratamientos cortos o de media duración con bajo riesgo de complicaciones graves.

De la responsabilidad de enfermería en la instauración del catéter, y los cuidados en la aplicación y seguimiento de la terapia endovenosa se deduce la importancia de una correcta valoración de las necesidades, ventajas e inconvenientes de cada uno de los dispositivos y sistemas a la hora de decidirnos por la elección de uno u otro tipo de catéter.

Los criterios de elección del catéter periférico estarán determinados básicamente por la edad del paciente, la calidad y calibre de los accesos venosos, el objetivo de uso, el tiempo de utilización previsible, agresividad de las soluciones a perfundir y las características propias del catéter.
Existen, básicamente, tres tipos de catéteres:
1. Catéter venoso periférico (corto y de longitud media).
2. Catéter central de canalización periférica (CCIP).

3. Catéter central (de corta y larga duración).

Dado que en la actividad asistencial enfermera la canalización de accesos venosos periféricos es una práctica habitual y recurrente, la experiencia nos demuestra que mediante la elección de un catéter vascular adecuado se pueden minimizar las complicaciones asociadas a la terapia endovenosa, reducir las cargas de trabajo y los costes económicos. De todo ello se concluye la importancia de una correcta valoración a la hora de decidirnos por la elección de uno u otro catéter.

2. Catéter Venoso de Acceso Periférico
Definimos el catéter venoso de acceso periférico como aquél cuya canalización se realiza a través de una vena periférica (dorsales metacarpianas, radial, cubital, basílica, cefálica, yugular externa, epicraneales –neonatos- o excepcionalmente de las EEII por inaccesibilidad de otros accesos venosos).

La implantación de la punta del catéter puede ser periférica o central (a nivel de la vena cava superior) en el caso del CCIP. Pueden ser de longitud corta, media o larga, y de calibre variable. En general, el calibre de los catéteres periféricos se mide en Gauges o "calibre"; su valor es inversamente proporcional al grosor de la aguja. Permiten, a través de una técnica sencilla y relativamente poco cruenta, un acceso venoso de forma rápida.
Materiales: Los primeros catéteres de plástico fabricados con PVC y polietileno se emplearon por primera vez en 1945; actualmente están en desuso para CVP por su rigidez, y elevada capacidad trombogénica y de adherencia bacteriana. En los años 60 se descubrió el teflón. En los 70, para hacerlos más duraderos, se comercializaron los primeros catéteres de silicona (hasta hace poco solamente utilizados para catéteres venosos centrales) mucho más resistentes, flexibles, con baja capacidad trombogénica y excelente bioestabilidad en el tiempo.

En los años 80 se introdujo el poliuretano para los periféricos consiguiendo catéteres mucho más flexibles, maleables y biocompatibles. El poliuretano se ha mejorado con un nuevo producto denominado poliuretano Vialón el cual, por sus características específicas, demuestra una reducción significativa de la incidencia de flebitis. En la actualidad contamos ya con los primeros catéteres venosos periféricos cortos de silicona, más fáciles de insertar, con baja capacidad trombogénica y baja adherencia bacteriana.

El criterio de utilización de un tipo u otro estará determinado básicamente por:
• Edad, si tenemos en cuenta a los pacientes pediátricos.
• Calidad y calibre de los accesos venosos.

• Objetivo del uso.
• Tiempo previsible de tratamiento.
• Agresividad de las sustancias a infundir
• Características del propio catéter (material, longitud, calibre…).
Se recomienda tener en cuenta resultados de estudios que demuestran que no influye demasiado el grosor del catéter en su mejor rendimiento, sino al contrario, en tanto que la longitud y el calibre del catéter guardan una directa relación con el riesgo de lesión vascular y aparición de flebitis mecánica. A mayor calibre del catéter, mayor riesgo de contacto con la íntima vascular y a mayor longitud, mayor tracto venoso expuesto al riesgo potencial de lesión.

Ventajas:
-La venopunción con este tipo de catéteres es una técnica habitual y poco cruenta.
-Normalmente las complicaciones se manifiestan a nivel local del punto y zona de punción.
-Palomitas: mínimo traumatismo por punción. Facilidad de canalización en caso de accesos de poco calibre.
-Catéter periférico corto: permite la administración de fluidoterapia, sangre y hemoderivados de forma rápida. De elección en caso de urgencia inmediata.
-Catéter periférico de longitud media: menor riesgo de flebitis mecánico-química con fluidos de baja capacidad irritativa por inserción en cefálica o basílica profunda.
-Catéte central de implantación periférica: abordaje sencillo y técnica relativamente cruenta. Suelen tener un tiempo prolongado de permanencia, especialmente los de material de silicona. Permiten el control hemodinámico (PVC). Implantación central lo que posibilita la infusión de elevados volúmenes de líquido y perfusiones hiperosmolares o irritantes. Pueden ser de dos luces.

Inconvenientes:
-Las complicaciones son frecuentes a partir de las 48-72h tras la colocación.
-Frecuentemente, la retirada de un catéter supone la colocación de otro nuevo.
-El riesgo de aparición de complicaciones aumenta proporcionalmente a la capacidad irritativa de la solución transfundida.
-No permiten el control hemodinámico.
-Palomita: presentan complicaciones frecuentes antes de las 72h tras su colocación. Las de aguja de acero producen altas tasas de flebitis mecánicas y extravasación. Posibilitan un caudal de perfusión bajo.
-Catéter periférico corto: no recomendables por la CDC en caso de tratamientos superiores a 7 días; tampoco para fluidoterapia de alta osmolaridad o de elevado

riesgo flebítico.
-Catéter periférico de longitud media: inserción más dificultosa. En caso de aparición de complicaciones en el punto de implantación se pierde el recorrido total de la vena canalizada. Los de aguja intra-catéter tienen el riesgo de producir sección del propio catéter durante la canalización.
-Catéter central de implantación perifñerica: requiere técnica estéril y la punción es un poco más dolorosa. La posibilidad de infección y/o tromboflebitis (especialmente en los de material de poliuretano) resulta más elevada y sus repercusiones más graves. Pueden provocar extrasístoles por estimulación del miocardio si el catéter se introduce demasiado, por lo que requiere control radiológico post instauración. La velocidad en la administración de fluidos, especialmente líquidos viscosos, sangre o hemoderivados, es más lenta debido a que el calibre es inferior al de los catéteres cortos. Posibilidad de ruptura del catéter por tener que introducirse a través de aguja de elevado calibre. Son más caros.

3. Cateterización central.
La canalización de una vía central es un procedimiento clave en el abordaje del enfermo crítico, por lo que, en un intento de minimizar el tiempo de actuación sobre estos pacientes, se ha iniciado su progresiva implantación en el servicio de urgencias. Técnica de canalización percutánea de vía venosa central, a través de un acceso periférico mediante un catéter de doble o triple luz de poliuretano radio opaco, utilizando la técnica de Seldinger modificada, que nos permite administrar:
- grandes volúmenes de líquidos, soluciones hipertónicas
- soluciones incompatibles a través de luces separadas o varias perfusiones simultáneamente
- monitorización hemodinámica
- extracción muestras sanguíneas
Es realizado por enfermería con una técnica estéril en todo momento. Las complicaciones más frecuentes son las extrasístoles, sangrado, embolia gaseosa y lesiones nerviosas. Relacionadas con el catéter: Infección, trombosis, obstrucción, desplazamiento accidental y rotura del catéter. Para disminuir las complicaciones, enfermería debe seguir las recomendaciones de SEMICYUC. En la actualidad, el uso de ultrasonido para la colocación de un acceso venoso central es un procedimiento eficaz con un bajo índice de complicaciones. La capacitación de dicho procedimiento es esencial para garantizar una óptima atención a los pacientes, si bien la curva de aprendizaje no termina, nuestra opinión es que el uso del ultrasonido para la instalación de un acceso venoso central yugular es un método sencillo, seguro y con alta tasa de efectividad.

4.Cateterización vía intraósea.
En situaciones donde la vía periférica se hace inaccesible o la demora en conseguir un acceso periférico supone pérdida de tiempo y recursos, toma más importancia el acceso intraóseo (IO), sobre todo en el ámbito de las urgencias.
- Indicaciones: Casos en los que no hay posibilidad de obtener acceso venoso por colapso circulatorio, bien sea de origen médico o traumático, la médula ósea no se colapsa, pudiendo administrar cualquier fármaco, sangre o líquido con dosis idénticas a las que utilizamos en la vía venosa.
Grandes quemados, pacientes en estado de shock que precisen RCP, casos que presentan edemas severos, politraumatizados graves e hipovolemia.
Posibilidad de obtener muestras de sangre para determinación de gases y valores bioquímicos. Hay que tener en cuenta que se trata de una medida de carácter temporal (por ello, el riesgo de sepsis es muy bajo) que va encaminada a la reanimación del paciente.

- Contraindicaciones: a. Absolutas: Fractura o traumatismo del hueso donde se va a realizar la punción, hueso en el que se ha intentado colocar una aguja intraósea previamente y huesos de las extremidades inferiores en los pacientes con traumatismo abdominal grave. b. Relativas: Osteoporosis, tumores óseos, infecciones, celulitis, osteomielitis, quemadura en el lugar de punción y no se debe intentar la canalización dos veces en la misma extremidad. c. Nonatos y menores de 6 años: tibia proximal, fémur distal y alternativos: tibia distal, cresta iliaca, trocánter mayor. d. A partir de 6 años y adultos: tibia distal, cresta ilíaca, esternón y alternativos: radio y cúbito distal.

En general, al tratarse de un acceso a la circulación sanguínea los cuidados que se proporcionan a aquellos pacientes que posean una vía intraósea serán similares a los que se aplicarían en el caso de un acceso venoso periférico Al tratarse de una vía de urgencia para la estabilización de paciente, su uso no está recomendado más de 24 horas como norma general, aunque algunos dispositivos (FAST1) pueden alargar su uso hasta las 72 horas. En cualquier caso, es necesario canalizar una vía alternativa al acceso intraóseo ya que el uso prolongado des mismo aumenta la posibilidad de complicaciones asociadas.

- Complicaciones más frecuentes: Mecánicas, infecciosas, embolismos (embolia grasa) y histológicas.
En resumen, es una técnica de acceso vascular de fácil aprendizaje, de uso sencillo y de colocación rápida en un tiempo inferior a un minuto con más del 90% de éxitos de inserción. La vía intraósea es una opción muy válida y a tener en

cuenta en el tratamiento del paciente en situaciones de urgencias y emergencias. En vista de que en muchas ocasiones el tiempo es un factor determinante en la urgencia es útil conocer técnicas simples y alternativas a la cateterización vascular como lo es la vía intraósea. En la actividad diaria, los servicios de emergencias principalmente extrahospitalarios, se encuentran en situaciones con dificultad de acceso a una vía periférica ya sea por condiciones adversas en relación al escenario o al paciente por lo que dichas situaciones han motivado el resurgir de esta técnica.

A nivel nacional, podemos constatar que el uso de la vía intraósea no está muy extendido en los servicios de emergencias, especialmente en España ya que la evidencia científica y los artículos referidos a esta vía son muy escasos dentro del ámbito nacional. La vía intraósea constituye una alternativa fiable, rápida y segura, que puede ser desarrollada por cualquier persona del ámbito sanitario que haya recibido un breve entrenamiento sobre ella. Sus escasas complicaciones, la hacen idónea en las situaciones de emergencia donde prima la estabilización del paciente y la canalización de un acceso venoso para infundir las soluciones y fármacos necesarios para revertir la situación.

5. Cateterización arterial.
La cateterización arterial es una técnica invasiva descrita desde principios de los años 50. En el año 1948, Radner describió el abordaje arterial radial con finalidad de estudio cardiovascular. En la actualidad es realizada por el personal de enfermería en la mayoría de unidades de cuidados críticos por lo que es importante conocer los tipos de catéteres, utilidad, técnica a emplear y cuidados necesarios.

Se procede al empleo de este tipo de catéteres cuando se requiere monitorización continua de la presión arterial, análisis seriado de gases arteriales sin necesidad de repetidas punciones y para procedimientos diagnósticos y terapéuticos como el cateterismo arterial o la hemofiltración.
Los catéteres arteriales que se utilizan en las arterias periféricas son de teflón y montados sobre la aguja. En las grandes arterias se utiliza la técnica Seldinger. La utilización de ultrasonidos para guiar la inserción del catéter está más limitada para el cateterismo arterial que para la canalización venosa central.

La elección de la arteria periférica a canalizar irá en el siguiente orden: arteria radial, femoral, pedía dorsal, axilar y, ocasionalmente, la braquial. En los niños esta descrita la canalización de la arterial temporal. La elección de la arteria radial y femoral suman el 90% de los casos. La angulación a aplicar en la canalización de la arterial radial será de 30º y en femoral de 45º. Está registrado el uso de Lido-

caína al 1% o EMLA (anestésico cutáneo) antes proceder a la canalización arterial, aunque en la práctica diaria no siempre se contempla esta opción, dependiendo así de la situación crítica o no.

Tamaño de catéter adecuado según etapa del ciclo vital: En los lactantes y preescolares el tamaño del catéter arterial debe ser 22G, en escolares 20-22G, y en adolescentes y adultos de 18-20G. Es necesario tener en cuenta antes de la canalización si existe infección o lesión cutánea quedando contraindicada y se valorará la presencia o riesgo de insuficiencia circulatoria, procesos hemorrágicos severos y/o tratamiento con anticoagulantes del paciente.

La complicación más frecuentemente relacionada con la cateterización arterial es la trombosis arterial.

5 Discusión-Conclusión

La cateterización venosa periférica es la más utilizada en la actualidad. Lo que hace necesario poseer un protocolo de catéter periférico actualizado. Una técnica aséptica correcta, catéter del menor calibre posible, elegir en primer lugar miembros superiores entre otras. La razón de su uso es debido a que es segura y rápida de obtener.

Si no podemos usar vías periféricas, es posible ir a vías venosas centrales tales como la vena yugular interna o la subclavia. La vena femoral es una alternativa a éstas, pero supone interrumpir maniobras de RCP y perder tiempo, y el tiempo es muy importante. Si no podemos coger una vía periférica en 90 segundos, iremos a una vía intraósea:
- vía intraósea: muchos estudios han demostrado que la vía intraósea es segura y efectiva para el paso de fluidos, administración de fármacos y extracción de sangre para análisis en laboratorio, tanto en adultos como en niños. Si no cogemos una vía periférica, debemos pensar en ella.

También a la hora de seleccionar el catéter, se debe tener en cuenta el poder irritativo. Dentro de estos tenemos:
-Los medicamentos de choque: Lidocaína, Nitroprusiato, Dopamina, Nitroglicerina, etc…
-Sueros hipertónicos.
-Hidrataciones que superen los 1.500 cc diarios.
-Tratamientos antibióticos con pautas inferiores a 6 horas o usados durante más

de 24 horas.
-Utilización de dos o más antibióticos seriados.
-Patologías que requieren medicación por PVC.

Estos fármacos requieren que ante una urgencia si se a canalizado un catéter periférico, en cuento sea posible, se canalice otro por su alto riesgo de deterioro. Se debe plantear seleccionar catéteres centrales en pacientes con tratamientos de alto poder irritativo y en el caso de que el tratamiento dure menos de 48 horas, coger el catéter periférico más fino posible.

En diferentes estudios, se observa que donde más complicaciones surgen son en los catéteres de calibre 18, seguidos de los de calibre 16.
El porcentaje de complicaciones en las venoclisis practicadas en el Servicio de Urgencias ha sido bastante elevado, 72,5%, superior al que inicialmente se esperaba. La venoclisis que no presentaron complicaciones en el grupo de Tratamientos de Alto Poder Irritativo, permanecen - canalizadas en número de días bastante elevado (6-10), lo que refuerza la conveniencia de utilizar catéteres centrales.

Llegamos a la conclusión de que la infección relacionada con el catéter se puede mejorar a través de medidas tales como la educación continua y la disponibilidad en las unidades de hospitalización de protocolos de atención estandarizados basados en la evidencia científica. Mejorando la estructura organizativa, el seguimiento diario y la documentación de las condiciones de acceso venoso, la identificación de los posibles cambios, la adopción de protocolos estandarizados para el personal de atención, la revisión periódica de las prácticas de atención, se consigue una mejor utilización de la evidencia científica actual.

Por lo tanto, teniendo en cuenta la producción científica actual de enfermería, es visible la necesidad de invertir en la producción y publicación de los conocimientos que se pueden extender, apoyar, fortalecer y promover la autorrealización y la autonomía profesional.

6 Bibliografía

1.Micaela Santiago Valverde. Relación entre conocimiento y práctica sobre cateterismo venoso periférico en los enfermeros de hospitalización de medicina general del H.N.H.U. Lima- Perú: Repositorio académico USMP. 2011. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2434/3/santiago_m.pdf

2.Montse Carballo. Elección de un catéter de acceso periférico. Hospital Vall d´ Hebron- Barcelona. Revista ROL de enfermería, 27 (2004): 23-32. Disponible en: http://www.vygon.es/wp-content/uploads/sites/4/2015/08/eleccion-de-un-cateter-de-acceso-vascular-periferico.pdf
3.Cárcoba Rubio, N., and S. Ceña Santorcuato. "Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica seldinger modificada en la urgencia hospitalaria."Enfermería Global" 20 (2010): 0-0. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000300015&script=sci_arttext&tlng=en
4.Enriquez Vidal, Alejandro, et al. "Instalación de catéter venoso central por ultrasonido. Experiencia de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Ángeles Pedregal." Acta médica Grupo Ángeles 15.2 (2017): 118-122. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2017/am172f.pdf
5.Fernández, María Rodríguez, et al. "Vía intraósea,¿qué sabemos de ella?." Enfermería Ciudad Real. 2016. Disponible en: https://www.enfermeriadeciudadreal.com/via-intraosea-que-sabemos-de-ella-579.htm
6. López-Ortega, Jesús. "El uso de la vía intraósea en las emergencias." (2014). Disponible en: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1308/1/TFG_Ca%C3%B1adaPereira,Lidia.pdf
7.Fernández, Ángela Dámaso, Begoña Sanz López, and Rafael Santiago García. "Evidencia y controversia del uso del catéter arterial en unidades de cuidados críticos". Conocimientos, investigación y prácticas en el campo de la salud. Vol 1(2016): 177. Disponible en: https://formacionasunivep.com/IIIcongresosalud/documents/Libro%20Conocimientos,%20investigacion%20y%20practica%20en%20el%20campo%20de%20la%20salud%20Volumen%20I.pdf#page=178
8.Ramírez Ortíz, Natalia Estefanía. "Colocación de cateteres umbilicales (arterial y venoso)". (2017). Disponible en: http://189.203.43.34:8180/bitstream/20.500.12103/1178/1/tesis2014_104.pdf
9.Machado García, Jorge Luis, et al. "Utilidad del monitoreo hemodinámico invasivo con catéter de Swan-Ganz en pacientes críticos." Archivo Médico de Camagüey". vol 15 (2011): 5. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/2111/211122212004.pdf
10.Machado García, Pérez Sarmientos, Basulto Barroso, González Rodríguez. Utilidad del monitoreo hemodinámico invasivo con catéter de SwanGanz en pacientes críticos. Rev Arch med Camaguey. Vol 15 (2011): 5. Disponible en: file:///C:/Users/ivang/Downloads/269-1332-1-PB.pdf
11. Carrillo López, A., M. Fiol Sala, and A. Rodríguez Salgado. "El papel del catéter de Swan-Ganz en la actualidad". Medicina intensiva 34.3 (2010): 203-214. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=

S0210569120100003000008&script=sci_arttext&tlng=en
12. Egido Fernández, Núñez Belmonte, Ruiz Sánchez, Sánchez Martínez. Protocolo de Canalización, Mantenimiento y Uso de la vía venosa periférica. Complejo Hospitalario Universitario Albacete. 2008: 12. Disponible en: http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/via_periferica.pdf
13. Grupo CTO. Conceptos De Urgencia y Emergencia. Valoración y Cuidados De Enfermería Ante Situaciones Críticas. Parada Cardiorrespiratoria. RCP En Adultos y En Pediatría. Cuidados Postresucitación. OPE Canarias. Madrid. 2018: 197-219. Disponible en: http://tienda.grupocto.es/pdf/EN_OPECan_CapM.pdf
14. Echevarría Vallejo, Durán Ortiz. Venoclisis en Urgencias. Protocolo de Selección de Catéteres. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico y Provincial. Barcelona. Vol 1. 1989: 50-58. Disponible en: file:///C:/Users/ivang/Downloads/Emergencias-1989_1_6_50-58-58.pdf
15. Anny Torres. Historia del Acceso Venoso. Academia Edu. Red social. 2008: 1-20. Disponible en: http://www.academia.edu/20275393/historia_del_acceso_venoso
16. Fernández De Palacio, Alfonsel Jaén, Fernández Fernández, Bouza Santiago, Mazón Cuadrado, Alfonsel Jaén, et al. XV Conferencia: "Innovación Tecnológica en Terapia Intravenosa". Fundación Tecnología y Salud. 2015. Disponible en: http://panelfenin.es/uploads/fundacion/publicaciones/RANM_XVConferencia_web_(002).pdf
17. Mengíbar Merino, López Ortega. Aportaciones de enfermería a la prevención de la infección y el manejo de catéteres venosos. Universidad de Jaén. 2014: 1-45. Disponible en: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1340/1/TFG_MengibarMerino%2CFrancisco.pdf
18. Sociedad española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. Flebitis Zero. Proyecto buenas prácticas en seguridad del paciente. 2017. Disponible en: http://flebitiszero.com/app/Descargas/DocumentacionProyecto/Flebitis%20Zero.pdf
19. Ministerio de Salud Pública. Protocolo De Atención De Enfermería Para La Prevención De Bacteriemias Asociadas A La Inserción, Mantenimiento Y Retiro De Catéter Periférico Y Venoso Central. Protocolos de Atención para Enfermería. Vol 1. 2016: 33-52. Disponible en: http://www.msp.gob.do/oai/Documentos/Publicaciones/ProtocolosAtencion/Protocolos%20de%20Atencion%20para%20Enfermeria.pdf

Capítulo 345

DISFAGIA TRAS SUFRIR UN ICTUS.

NOELIA MÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La disfagia tras sufrir ictus sólo se diagnostica en el 35% de casos, lo que aumenta el riesgo de mortalidad de los pacientes. La disfagia, que es una alteración asociada a la dificultad o molestia de deglutir y está asociada al paso de los alimentos por la vía respiratoria, es muy frecuente en personas que han sufrido un ictus, ya que afecta a más del 45% durante su ingreso hospitalario.
La disfagia es muy frecuente tras haber sufrido un ictus, por lo que es recomendable permanecer en dieta absoluta los primeros días , y a continuación ir reintroduciendo los alimentos de manera progresiva, previamente valorando su capacidad de tragar. El no diagnóstico de la disfagia y su falta de tratamiento puede ocasionar graves complicaciones nutricionales y respiratorias al paciente, alargando su hospitalización, empeorando la calidad de vida y aumentando la mortalidad a corto y largo plazo.

Debemos sospechar que hay un problema en la deglución ante las siguientes situaciones:
- Que carraspee frecuentemente y tenga dificultad para tragar su propia saliva.
- Que se atragante sobre todo con los líquidos.
- Que tenga tos y estornudos sobre todo después de las comidas.
- Que los movimientos de la lengua y la boca se encuentren disminuidos.
- Que tenga residuos de alimentos en la boca.
- Que tarde mucho tiempo en comer y para tragar cada cucharada necesite varias veces.
- Que tenga pérdida de peso.

- Que se presenta fatiga tras alimentarse.
- Que tenga picos febriles de origen desconocido e infecciones respiratorias frecuentemente.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica, para un adecuado conocimiento de la misma que permita realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado para prevenir la desnutrición, la deshidratación y la broncoaspiración.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

1. Martino R, Foley N, Bhogal S et al. (2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke. 36:2756-63
2. McCullough GH; Wertz RT; Rosenbek JC. (2001). Sensitivity and specificity of clinical/bedside examination signs for detecting aspiration in adults subsequent to stroke. J Commun Disord 2001;34:55-72
3. Pfeiffer RF. (2004). Disfagia neurógena.En: Weir J, Bradley WG, Daroff RB, Fenichel G, Jankovic J.(Ed), Neurología clínica: diagnóstico y tratamiento, 4 Ed (p 173).Madrid: Elsevier..

Capítulo 346

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, NIC Y NOC COMUNES EN EL ÁREA NEONATAL

SHEILA PEREZ RODRÍGUEZ

JENNYFER CORBEIRA PRESNO

DAVID RODRÍGUEZ ALONSO

LLARA LAVILLA SOLÍS

CRISTINA ORDIALES VEGA

1 Introducción

En este capítulo se mostrará una lista con los diagnósticos de enfermería asociados a las intervenciones y a los NOC que se usan en casi todos los niños ingresados en un área neonatal.

El área neonatal es una unidad en el hospital destinada a los bebés con una edad comprendida entre el nacimiento y los 28 días de vida en los recién nacido a término (>37 semanas de gestación) y hasta las 46 semanas de edad postmentrual a los recién nacidos prematuros (<37semanas de gestación).

La unidad de asistencia de neonatología comprende una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinaria, cumpliendo requisitos funcionales, de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender las

necesidades sanitarias asistenciales de los neonatos. Es muy importante y forma parte del trabajo diario establecer prácticas centradas en la familia, fomentar y facilitar la permanencia del padre y la madre junto a su hijo, ofrecer actividades de formación y apoyo específico a la familia fomentando la participación de los cuidados del neonato dentro de la unidad.

2 Objetivos

- Facilitar la elaboración de Planes de Cuidados en las Unidades de Pediatría y Neonatología.
- Fomentar el uso de un lenguaje consensuado y estandarizado.
- Motivar la creación de planes de cuidados adecuados a cada paciente y personalizados según valoración enfermera.

3 Metodología

Los planes de cuidados que se presentan a continuación son una ayuda y están desarrollados. A partir de la experiencia diaria en una unidad de neonatología.

00146 Ansiedad r/c amenaza en el cambio de salud del bebé, manifestado por expresiones de preocupación en los padres.
NOC: 1211 Nivel de ansiedad
Indicador: 121117 Ansiedad verbalizada (grave, sustancial, moderado, leve, ninguno)
NIC: 5820 Disminución de la ansiedad

00102 Déficit de autocuidado: alimentación
00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene
00110 Déficit de autocuidado: uso del WC
00109 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamientorelacionado con:
- Barreras ambientales
- Dolor
- Debilidad y cansancio…

(el déficit de autocuidado en niños pequeños se refiere a la imposibilidad de los padres de realizar el cambio de pañal, el baño…, ya sea por la presencia de aparataje extraño para ellos o por la imposibilidad de permanecer al lado del niño durante la hospitalización) manifestado por imposibilidad de los padres de permanecer junto a bebé todo el tiempo para realizar los cuidados

NOC: 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria
Indicadores: 030001 Come
030002 Se viste
030003 Uso del inodoro
030004 Se baña
(Gravemente comprometido,sustancialmente comprometido, moderadamente comprometido, levemente comprometido, no comprometido)
NIC: 1800 Ayuda al autocuidado
1803 Ayuda con el autocuidado: alimentación
1804 Ayuda con el autocuidado: aseo
1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene
1802 Ayuda con el autocuidado: vestir/arreglo personal
1610 Baño
1630 Vestir
1050 Alimentación
1052 Alimentación con biberón

00155 Riesgo de caídas r/c edad inferior a 2 años, falta de supervisión parental, falta de barandillas…
NOC: 1912 Caídas
Indicadores: 191204 Número de caídas de la cama (cuna) (>de 10,7-9, 4-6, 1-3, ninguna)
NIC: 6490 Prevención de caídas
5628 Enseñanza: seguridad infantil

00126 Conocimientos deficientes (especificar cuales) r/c falta de exposición, falta de memoria, mala interpretación de la información, limitación cognitiva…, manifestado por verbalización del problema y/o seguimiento inexacto de las instrucciones.
NOC: Elegir el que más se adapte a la falta de conocimientos que exista.
1805 Conocimiento: conducta sanitaria
Indicador: 180501 Descripción de prácticas nutricionales saludables (ninguno, escaso, moderado, sustancial,extensos)
1819 Conocimiento: cuidados del lactante
Indicadores: 181901 Descripción de las características del lactante normal
181905 Descripción de prácticas para la seguridad del lactante
181913 Descripción de cómo bañar al lactante
181915 Descripción de la colocación de los pañales (ninguno, escaso, moderado, sustancial, extensos)

1800 Conocimiento: lactancia materna
Indicadores: 180001 Descripción de los beneficios de la lactancia materna
180005 Descripción de la técnica adecuada para amamantar al bebé
180010 Descripción de los signos de aporte lácteo adecuados(ninguno, escaso, moderado, sustancial, extensos)
Indicadores: 182402 Descripción del proceso de la enfermedad
182405 Descripción de la medicación
182406 Descripción de la actividad prescrita (ninguno, escaso, moderado, sustancial, extensos)
1808 Conocimiento: medicación
Indicadores: 180804 Descripción de las acciones de la medicación
180810 Descripción de la administración correcta de la medicación (ninguno, escaso, moderado, sustancial, extensos)
1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad
Indicadores: 180302 Descripción del proceso de la enfermedad
180304 Descripción de los factores de riesgo
180309 Descripción de las complicaciones (ninguno, escaso, moderado, sustancial, extensos)
1801 Conocimiento: seguridad física infantil
Indicadores: 180101 Descripción de actividades apropiadas para el nivel de desarrollo del niño
180111 Descripción de métodos para prevenir accidentes caseros y de automóvil
180112 Descripción de métodos para prevenir caídas (ninguno, escaso, moderado, sustancial, extensos)
NIC: Elegir la que más se adapte a la falta de conocimientos que exista.
5568 Educación parental: lactante
5566 Educación paterna: crianza familiar de los niños
5605 Enseñanza: estimulación infantil
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
5640 Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses)
5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
5645 Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses)
5244 Asesoramiento en la lactancia

00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.
NOC: 0708 Severidad de la infección: recién nacido
Indicadores: 070809 Palidez
070828 Colonización del cultivo sanguíneo
070817 Letargia

(Grave, sustancial, moderado ,leve, ninguno)
NIC: 6540 Control de infecciones
6550 Protección contra las infecciones

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c extremos de edad.
NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
Indicadores: 110115 Lesiones cutáneas (grave sustancial, moderado, leve, ninguno)
110101 Temperatura de la piel
110104 Hidratación (gravemente comprometido, sustancialmente comprometido, moderadamente comprometido, levemente comprometido, no comprometido)
NIC: 3590 Vigilancia de la piel
3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico

00106 Lactancia materna eficaz r/c conocimientos básicos sobre lactancia materna, confianza de la madre en sí misma y/o edad gestacional del lactante > 34 semanas, manifestado por patrón ponderal del lactante adecuado para su edad y/o verbalización materna de satisfacción con el proceso de amamantamiento.
NOC: 1002 Mantenimiento de la lactancia materna
Indicadores: 100201 Crecimiento del lactante dentro del rango normal
100215 Expresión familiar de satisfacción con el proceso de lactancia materna (inadecuado, ligeramente adecuado, moderadamente adecuado, sustancialmente adecuado, sustancialmente adecuado, completamente adecuado)
NIC: 5244 Asesoramiento en la lactancia

00104 Lactancia materna ineficaz r/c anomalías del lactante, reflejo de succión leve del lactante y/o déficit de conocimientos, manifestado por resistencia a coger el pecho, insatisfacción con el proceso de lactancia.
NOC: 1800 Conocimiento: lactancia materna
Indicadores: 180001 Descripción de los beneficios de la lactancia materna
180005 Descripción de la técnica correcta para amamantar al bebé
180017 Descripción de preparación para el destete (ninguno, escaso, moderado, sustancial, extensos)
1003 Lactancia materna: destete
Indicadores: 100302 Reconocimiento de los signos de preparación del destete del lactante
100316 Expresión familiar de satisfacción con el proceso de destete (inadecuado, ligeramente adecuado, moderadamente adecuado, sustancialmente adecuado, completamente adecuado)
NIC: 6870 Supresión de la lactancia (si procede)

1052 Alimentación con biberón
5244 Asesoramiento en la lactancia

00105 Interrupción de la lactancia materna r/c enfermedad del niño, contraindicaciones para la lactancia materna, manifestado porque el niño no mama, separación madre-hijo y deseo de mantener la lactancia.
NOC: 1003 Lactancia materna: destete
Indicadores: 100302 Reconocimiento de los signos de preparación del destete del lactante
100304 Conocimiento de los beneficios del destete gradual (inadecuado, ligeramente adecuado, moderadamente adecuado, sustancialmente adecuado, completamente)
NIC: 5244 Asesoramiento en la lactancia
6870 Supresión de la lactancia (si procede)
5270 Apoyo emocional
1052 Alimentación con biberón

00148 Temor r/c falta de familiaridad con la experiencia ambiental, barrera idiomática, hospitalización…, manifestado por verbalización de los padres, conductas de evitación o de ataque.
NOC: 1210 Nivel de miedo
Indicadores: 121030 Conducta de evitación
121031 Temor verbalizado(grave, sustancial, moderado, leve, ninguno)
NIC: 5340 Presencia
4920 Escucha activa
7330 Intermediación cultural
5380 Potenciación de la seguridad

00058 Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el niño r/c niño enfermo, incapaz de iniciar efectivamente el contacto parental debido a una alteración en la organización de la conducta.
NOC: 1500 Lazos afectivos padres-hijo
Indicadores: 150006 Los padres tocan, acarician y dan palmaditas al niño
150017 Los padres alimentan al lactante (nunca demostrado, raramente demostrado, a veces demostrado, frecuentemente demostrado, siempre demostrado)
NIC: 6710 Fomentar el acercamiento
8300 Fomentar el rol parental
5568 Educación paterna: niño

7104 Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)

4 Resultados

Sin duda, la esencia de la aportación enfermera, la constituyen los diagnósticos de enfermería, la perspectiva, valoración y criterio propio, según la formación y experiencia de lo que está pasando y las respuestas de las mismas ante distintas situaciones de salud individual, familiar o de la comunidad. En muchos casos la aplicación de la metodología enfermera es la forma de hacer explícito el conocimiento que tienen las enfermeras profesionales expertas. Hablamos de la NANDA como establecimiento de la base de los cuidados de los que la enfermera es la última y única responsable.

La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) se formó en 1982, y ha aprobado hasta hoy un total de 244 diagnósticos de enfermería. Constituye un proceso dinámico de revisión de diagnósticos y de desarrollo de la taxonomía para identificar y clasificar los fenómenos enfermeros. La misión de la NANDA es avanzar en el desarrollo de las terminologías y clasificaciones enfermeras en todas las áreas de la práctica, alcanzando así un lenguaje estandarizado.

El diagnóstico enfermero se define como juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales/problemas de salud reales y potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para seleccionar las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos fijados por el enfermero.

La clasificación de resultados de enfermería es un lenguaje consensuado que, previa identificación, comprobación y aplicación de los términos y medidas comunes, permita una evaluación sistemática de los resultados de los cuidados enfermeros y su informatización.
La clasificación de resultados de enfermería es una lista de 540 resultados agrupados en 7 dominios.

La NIC abarca las intervenciones realizadas por todos los profesionales de enfermería. Tienen la peculiaridad de resultar clínicamente útiles, aunque algunas sean más generales que otras. El uso de las intervenciones de enfermería normaliza y define la base de conocimientos del plan y de la práctica enfermera.

5 Discusión-Conclusión

Para realizar un plan de cuidados de enfermería adecuado y elegir los diagnósticos más correctos a cada paciente y situación basándose en protocolos estandarizados existentes, se debe realizar una buena valoración para ajustar dichos protocolos a nuestra perspectiva y ojo clínico.

La valoración es la primera fase del plan de cuidados y una de las más importes, consiste en la recogida de datos para determinar el estado de salud del paciente con el fin de poder planificar individualmente los cuidados de enfermería. La valoración es una práctica diaria del enfermero y en neonatología incluye a la familia.

6 Bibliografía

- Ceballos R, Acal C. Actualizaciones en pediatría y puericultura. 4ª edición. Alcalá la Real. Formación Alcalá. 2006.
- Nandainternational (North American Nursing Diagnosis Association). Nanda Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación2015-2017. Elsevier 10ª ed. 2015.
- Pérez robles. F. Novedades en las nuevas ediciones de NOC y NIC.2014.
- Marlow D. Redding B. Enfermería pediátrica. Cuidados y evaluación del niño. El neonato.6ª edición. Buenos Aires. Panamericana. 1990.

Capítulo 347

ESTUDIO DE VIABILIDADD ECONÓMICA DE IMPLANTACIÓN DE PICC EN HOSPITAL COMARCAL

ANA REBOIRO HERNÁNDEZ

ITCIAR CAMPAL WALKER

1 Introducción

El Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) es un catéter venoso de acceso periférico, constituido de poliuretano de tercera generación o silicona que tiene unas expectativas de duración de entre 3 y 12 meses, siendo los PICC de poliuretano de alto flujo los de uso preferente.

Realizamos una búsqueda bibliográfica y hacemos un estudio con los datos de coste aportados por nuestro hospital de posibles precios de compra de catéter PICC según nuestras bases de datos.

2 Objetivos

- Implantar en nuestro hospital los catéteres PICC para disminuir las flebitis y disminuir el sufrimiento de los pacientes

3 Metodología

La decisión de utilizar los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) se toma tras una revisión bibliográfica y teniendo en cuenta las recomendaciones del proyecto Flebitis Zero.

4 Resultados

Encontramos elevados los costes de los equipos, pero consideramos que el beneficio para el paciente y para el hospital sería un factor importante a considerar.

5 Discusión-Conclusión

Solo encontramos un estudio que realmente valore el coste, sobre el que basamos la mayoría del estudio. Creemos que se reducirían los costes negociando con las distintas casas comerciales y usando personal de enfermería que ya tenga una base de ecografía que disminuiría el tiempo de formación.

6 Bibliografía

- Bayón Yusta JC, Gutiérrez Iglesias A, Galnares Cordero L, Moraza Dulanto I, Armenteros Yeguas V, Tómas López A, Mateos del Pino M. Análisis económico de los cateteres venosos centrales de inserción periférica (PICC) insertados por personal de enfermería en paciente oncológicos y hematológicos. Informes de evaluación de Tecnologías Sanitarias. Pais Vasco. 2016.
- Blazquez Navarro R, Férnandez Pérez RE, Lázaro Castañer C, López Gárcia T, López Guirao J, Roldán Nuñez V, Simarro Garrigós C, Ruiz García MJ, Rodríguez Carcelén MD, Torres Sanchez EM. Protocolo de canalización, mantenimiento y uso de la vía venosa central de acceso periférico (P.I.C.C.) Complejo Hospitalario Universitario Albacete. SESCAM. 2015.
- Cateter PICC. SESPA.
- FZero. Proyecto Seguridad Pacientes. Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene.
- Garete Echenique L, García Domínguez MV, Valdivia Chacón I, Del Rio Pisabarro C, Cidoncha Moreno María Angeles. Recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado del acceso vascular 2. Osakidetza.
- Catálogo Arrow Pressure Injectable PICC. Teleflex.

Capítulo 348

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LA EPISIOTOMÍA

NATALIA VÁZQUEZ PAVÓN

SANDRA CHICA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Tras el parto las mujeres pasan a encontrarse en un período de tiempo de duración variable, único en cada persona pero con características en común, el puerperio. El puerperio se trata del período de tiempo tras el parto en el que el cuerpo de la mujer pasar por diferentes cambios, tanto físicos, psicológicos y hormonales, hasta volver al estado pregestacional. Tanto su duración total como la duración de cada una de las fases es variable, sin embargo, se establecen tiempos para su clasificación.

El puerperio inmediato es aquel que transcurre las primeras 24 horas tras el parto, siendo un periodo en el que la mujer se encuentra en estrecha vigilancia. El siguiente período se denomina puerperio mediato y abarca desde las 24 horas hasta el décimo día tras el parto. Por último, el puerperio tardío, puede abarcar hasta los 6 meses post parto.
La calidad de vida de la mujer durante este periodo de tiempo está relacionada con múltiples variables. Una muy importante y que está tomando una especial relevancia desde hace varios años hasta la actualidad es la necesidad o no de haber realizado una episiotomía durante el parto.

La episiotomía es definida por la Real Academia de la Lengua Española como la "incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar

la salida del feto y evitar desgarros en el periné". Desde hace varios años se lleva evaluando la controversia de la realización de dicha práctica para evitar los desgarros en el periné y, por tanto, las potenciales posibles complicaciones que vengan derivados del mismo.

Desde diferentes organizaciones sobre la salud, tanto a nivel mundial como a nivel estatal, se viene recomendando la disminución de la práctica de las episiotomías por todos los profesionales de la salud que puedan realizarla en el ejercicio de sus funciones. En España el porcentaje de episiotomías realizadas varía entre distintos hospitales, incluso entre distintas comunidades autónomas. España presenta una tasa de episiotomías de las más elevadas de Europa.

2 Objetivos

- Definir qué es una episiotomía.
- Diferenciar entre episiotomía y desgarro.
- Clasificar los distintos tipos de desgarro.
- Identificar la mejor evidencia frente al postparto, episiotomía si/no.

3 Metodología

- Para la realización de este capítulo se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos de cuidados de enfermería elaborada por la fundación Index de Granada, Cuiden.
- Para la búsqueda en la base de datos Cuiden se empleó en tesauro "Episiotomía", seleccionando aquellos artículos escritos en castellano que incluyesen todos los resultados que se estimasen interesantes para la consecución objetivo general y los objetivos específicos buscados en este capítulo. Se desestimaron aquellos artículos que no fuesen publicados hasta 2 años anteriormente a la redacción del presente escrito (2018).
- Entre todos los artículos finalmente se seleccionaron 5.

4 Resultados

La técnica de realización de la episiotomía busca evitar posibles complicaciones tras el paso del bebé por el canal del parto. En especial, el momento de mayor complejidad y riesgo ante un posible desgarro es la fase denominada de expulsivo, al final de la etapa de coronar.

Los desgarros son roturas de la vulva por la porción más débil de la misma. Estos desgarros se clasifican en función de las estructuras comprometidas en el mismo, pudiendo ser de primer, segundo, tercer o cuarto grado. Puede no producirse ningún desgarro, habiendo o no realizado episiotomía. Los desgarros de primer grado son los menos graves de todos los desgarros que pueden producirse. En ellos únicamente se ve afectada la piel del perineo, entre la apertura vaginal y el ano.

Los desgarros de segundo grado son los siguientes en "gravedad", dado que en ellos las estructuras afectadas, además de la piel del perineo, incluyen parte del interior vaginal. El tiempo de cicatrización es mayor que en los anteriores. El siguiente tipo de desgarro, con un mayor número de estructuras afectadas que el anterior, es el de tercer grado. En estos desgarros, además de lo anterior, se encuentra afectado el esfínter anal.

Las repercusiones para la mujer que presenta este tipo de desgarro son más notorias que en los anteriores, incluyendo complicaciones como incontinencia fecal. Es frecuente que la curación se alargue en el tiempo y que requieran la consulta con otros profesionales. Por último, el desgarro de cuarto grado, es el más grave de todos. En él se ve afectada, además de las estructuras de los anteriores, la mucosa rectal. La reparación de este desgarro necesita intervenciones especializadas en ello. Se han encontrado diferencias entre las complicaciones postparto que experimentan las mujeres que han precisado que se les realizase una episiotomía ante las que no.

5 Discusión-Conclusión

La episiotomía es una técnica que se realiza con relativa frecuencia en la mayoría de los hospitales de España y de Europa, por lo que diversas organizaciones han realizado guías y recomendaciones con el objetivo de disminuir su realización. El objetivo es el de aumentar la calidad de vida de las mujeres en el postparto.

6 Bibliografía

- Membrilla Beltrán, Lucía; Reche Torrecillas, Dorotea María; Ureña Gálvez, Sofía Dolores. Repercusiones de la episiotomía en el desarrollo de dispareunia postparto. Rev Paraninfo Digital, 2017; 27.
- Avilés Sáez, Zaraida; López Martínez, Esther María; Driéguez Castaño, Celia;

Conesa Ferrer, María Belén. Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon. Enferm. glob. 2019. vol.18 no.53
- García García, Elena; Márquez Carrasco, Ángeles; Aragundez Marcos, Pilar. Eficacia del dispositivo EPI-NO como prevención del daño perineal del parto. ENE. 2018 vol 12 no 2.
- Cueto Torres, I. Cuidado humanizado durante el proceso del parto. Ética de los cuidados. 2018. 11
- Vargas Londoño, Vanesa Fernanda; Rodríguez Castiblanco, Jessyca Paola; Corredor Acosta, Marcia Tatiana; Vallejo Astudillo, Nasly Mildred. Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2018 vol. 20, núm. 1

Capítulo 349

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

GEMMA ALONSO ROSELL

MARÍA BEGOÑA VEGA MENENDEZ

1 Introducción

El concepto de higiene de las manos surge en el siglo XIX. En 1843, un médico americano, Oliver Wendell Holmes, llegó a la conclusión de que la fiebre puerperal se transmitía de una paciente a otra por medio de los médicos y enfermeras que los atendían; mas adelante, Ignaz PhilIip Semmelweis, obstetra, demostró como el lavado de manos antes y después de la atención de las pacientes reducía la morbimortalidad por fiebre puerperal. En 1985 el CDC, publicó pautas escritas sobre la práctica del lavado de manos en hospitales, en las cuales se incluye la utilización de jabón antimicrobiano. De 1975 a 1985: CDC y la Asociación de Profesionales de Control de Infección redactan las guías de lavado de manos hospitalario. Recomendaba el uso de soluciones antisépticas en determinadas situaciones y ante pacientes de riesgo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó en 2005, a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, el primer Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente "Una atención limpia es una atención más segura".

En 2006, en España el Sistema Nacional de Salud, que marcaba, entre sus prioridades estratégicas, el desarrollo de políticas dirigidas a la seguridad del paciente. La manera más importante para prevenir la propagación de una infección es lavarse bien las manos antes y después de tocar un paciente o su entorno, así

como antes de realizar una técnica limpia o aséptica y después del riesgo de exposición a líquidos corporales. Por supuesto siempre antes y después de asistir a una técnica quirúrgica y/o aséptica

2 Objetivos

- Proponemos dos objetivos claros. Por un lado promover los buenos hábitos teniendo en consecuencia la disminución de contaminación del paciente y el propio personal.
- Disminuyendo por tanto las infecciones, la necesidad de antibioticoterapía, aislamientos de contacto y estancia hospitalaria. Y en segundo lugar, que no menos importante, el objetivo es conocer la realización correcta de la técnica de lavado quirúrgico de manos, así como los tipos del mismo.

3 Metodología

Descripción de las técnica de lavado de manos quirúrgico y revisión bibliográfica.
Los pasos para el lavado apropiado de las manos incluyen:
- Quitarse cualquier joya.
- Mojarse abundantemente las manos con agua.
- Aplicar el jabón y frotar las manos con la espuma por lo menos 20 segundos.
- Debe de frotarse y hacer espuma en el dorso de la mano, entre los dedos y debajo de las uñas. Enjuagar bien de nuevo con abundante agua.
- Secar con una toalla limpia o dejar secar al aire libre. No está aconsejado el secado con aire caliente. Este proceso durará al menos 1 minuto.
- Por otro lado está la técnica de higiene de las manos con soluciones alcohólicas.

Los pasos para el lavado apropiado de las manos con solución alcohólica son:
(Hay que tener en cuenta que esta técnica con las manos ya limpias, nunca es una alternativa a la higiene de manos si estas están sucias)
1. Depositamos en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar.
2. Frotar las palmas de las manos la una con la otra.
3. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
4. Frotar las palmas de las manos con los dedos entrelazados.
5. Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.

6. Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
7. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
Realizar frotación hasta desaparecer el producto de la piel. Este proceso durará entre 20 y 30 segundos.
Por último el lavado de manos quirúrgico combina ambos tipos de lavado de manos. Se realiza un lavado de manos con agua y jabón con la diferencia que en este caso se extiende el lavado a los antebrazos hasta el codo. Con movimientos rotatorios se desciende la mano izquierda por el antebrazo derecho hasta debajo del codo y viceversa. Enjuagamos manos manteniéndolas levantadas sobre los codos. El secado de manos se realizará con papel estéril. Posteriormente se realiza la higiene de manos con solución alcohólica del mismo modo que el lavado con agua y jabón.

Otra opción es la realización de la técnica de lavado de manos quirúrgico mediante cepillos reesterilizables o desechables para aplicar la solución jabonosa. Actualmente en desuso gracias a la utilización de jabones antisépticos como es el caso del más utilizado con clohexidina al 4%.



4 Bibliografía

- Www. who.int, OMS (Organización Mundial de la Salud) Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria y Manual técnico de referencia para la higiene de las manos, dirigido a los profesionales.
- http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/guia-lavado-mano-clinico-y-quirurgico-final-abv.pdf
- CDC (2019) Guía para higiene de manos en centros sanitarios. Recomendaciones del cómite de normalización para los procedimientos de control de infecciones sanitarias y el equipo de trabajo hicpac/shea/apiac/idsa para higiene de manos.
- https://es.wikipedia.org/wiki/Higiene_de_manos
https://medlineplus.gov/spanish

Capítulo 350

MÉTODO CANGURO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

AIDA SÁNCHEZ MUÑIZ

1 Introducción

En 1979, los pediatras Edgar Rey y Héctor Martínez del Hospital de S. Juan de Dios de Bogotá iniciaron un programa de cuidados del prematuro mediante el "Método de la Madre Canguro", que consistía en colocar al recién nacido prematuro en contacto piel-a-piel con su madre.

Se han descrito numerosas ventajas del método canguro para prematuros sobre el método tradicional (incubadora): mayor supervivencia en países en vías de desarrollo, menor número de infecciones, facilitación de la lactancia materna, reducción de la estancia hospitalaria, reducción de los episodios de apnea y aumento de la autoconfianza de las madres en el cuidado de sus hijos. Incluso en los prematuros estables menores de 1.500kg y menores de 1 semana de vida se ha demostrado que el método canguro no ocasiona estrés por frío.

En nuestro Hospital, trabajamos intensamente en la promoción y facilitación de la lactancia materna en recién nacidos normales y en prematuros. Así, se inicio también el método canguro en prematuros. Con objeto de conocer el grado de seguridad, aceptación y tolerancia del método canguro por parte de los prematuros y de sus madres y su relación con la lactancia materna, decidimos llevar a cabo un estudio observacional de los pacientes tratados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

2 Objetivos

- Determinar el beneficio para padres y neonatos del método canguro en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Medline, los metabuscadores Tripdatabase y Google Académico. Para la búsqueda se han utilizado las siguientes palabras clave: método canguro, prematuros, cuidados intensivos y neonato. Se han utilizado operadores booleanos "and" y "or".

4 Resultados

El método canguro fomento el vínculo afectivo madre/padre-hijo/a.
Une a los padres como cuidadores activos aportándoles confianza pese a la fragilidad del bebé.
Menos ayudas externas, como control de temperatura alternativo a la incubadora y regularización del ritmo respiratorio con menor necesidad de oxígeno.
Estabilización del comportamiento del bebé
Mayor ganancia de peso.
Protección frente a estímulos externos.
Producción de menor cortisol salival.
Favorece la lactancia materna
Influencia positiva en el desarrollo neurológico y físico
No produce incremento del riesgo de infección.

5 Discusión-Conclusión

Existe un gran número de investigaciones que demuestran las ventajas y los beneficios del método madre canguro como complemento al tratamiento convencional con incubadoras y que este contacto desde el primer momento condiciona el resto de la vida, influyendo en características físicas, psíquicas y psicológicas.

El contacto piel con piel, siguiendo el método canguro, es una práctica que complementa a la incubadora. Una oportunidad única de los padres y el recién nacido

para mantenerse juntos durante el ingreso en el hospital e iniciar el vínculo y apego entre ellos

6 Bibliografía

- Charpack N, Figueroa N (Fundación canguro). Método madre canguro, guía de manejo. 19 May 2015 [Citado el 20 de enero del 2015]. Disponible en: http://fundacioncanguro.co/descargas/reglas-kmc-espanol.pdf.
- Luaces Iraola A. Implementación del método "madre canguro" como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso. MEDICIEGO [Revista en Internet] 18 (1). 2012 [Citado el 15 de marzo del 2015]; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_01_2012/pdf/T14.pdf.
- Lemmen D, Fristedt P, Lundqvist A. Kangaroo Care in a Neonatal Context: Parents' Experiences of Information and Communication of Nurse-Parents. Open Nurs [Revista en internet] 2013 [Citado el 5 de abril del 2015] 41–48. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3680980/.

Capítulo 351

CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSTQUIRÚRGICOS EN LA TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS EN NEONATOS

AIDA SÁNCHEZ MUÑIZ

1 Introducción

La transposición de grandes vasos es una de las cardiopatías congénitas cianosantes más frecuentes en la edad neonatal con una incidencia de 1 de cada 3.500 nacimientos. Consiste en una anomalía de los principales vasos sanguíneos del corazón: la arteria pulmonar sale del ventrículo izquierdo y la arteria aorta del ventrículo derecho, en contraposición de su disposición normal, alterándose así la circulación normal de la sangre de forma muy importante. El pronóstico es malo si no se realiza una reparación quirúrgica en los primeros días de vida, llegando a conseguir con ella la supervivencia del 90% de los casos.

2 Objetivos

- Determinar los mejores cuidados postoperatorios en la transposición de grandes vasos en neonatos para aumentar así la supervivencia de estos pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

El mantenimiento de una buena estabilidad hemodinámica con el mínimo coste metabólico junto con un buen control de temperatura de balance hídrico y electrolítico consigue el mantenimiento y control de las presiones pulmonares que conlleva a un aumento de la supervivencia en estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería postquirúrgicos y post-alta actúan no solo en el tratamiento médico, sino también en la dieta e higiene y en una correcta educación sanitaria a los padres de estos niños. Todo esto llevará a mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

6 Bibliografía

- Soonswang J, Adatia I, Newman C, Smallhorn JA, Williams W, Freedom R. Mortality in potential arterial switch candidates with transposition of the great arteries. J Am Coll Cardiol 1998; 32:753-757.
- American Academy of Pediatrics. Guidelines for pediatric cardiology diagnostic and treatment centers. Pediatrics 1991; 87:576-80.
- Magliola R, Laura JP, Capelli H. Situación actual de los niños con cardiopatía congénita en Argentina. Arch.argent.pediatr 2000; 98(2):130-133.
- Myung K. Park. Pediatric Cardiology for Practitioners. 3ª ed. St. Louis: Mosby, 1996: 176 [parte IV].
- Hellstrom-Westas L, Hanseus K, Jogi P, Lundstrom N, Svenning N. Long-distance transports of newborn infants with congenital heart disease.
Pediatr Cardiol 2001; 22:380-4.

Capítulo 352

REVISIÓN BIBLIOGRÁFIA SOBRE LA TÉCNICA MÖLNDAL

ELOY ASENJO SECADES

ANDREA GÓMEZ FERNÁNDEZ

VICTORIA DE ARGÜELLES PÉREZ

1 Introducción

Consiste en la aplicación de un apósito de hidrofibra de hidrocoloide fijado con un film de poliuretano que inicialmente se aplica en quirófano tras el cierre de la herida quirúrgica por primera intención. La gran capacidad de absorción y de retención de la hidrofibra permite no tener que levantar la cura hasta un máximo de 7 días desde la intervención, a menos que presente circunstancias adversas como: infección, sobresaturación de la hidrofibra o despegue del film de poliuretano.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento de la técnica Mölndal.
- Identificar el material necesario para realizar la técnica Mölndal.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Lilacs, Pubmed y Scielo, utilizando palabras clave y descriptores de la Salud: técnica Mölndal, apósito

Mölndal, apósito de hidrofibra y herida quirúrgica; así como sus homónimos en inglés.

4 Resultados

Se realizará la técnica una vez el paciente viene de quirófano con este tipo de cura, la siguiente se realizará a las 72 horas, salvo que:
-El apósito esté empapado y saturado, en cuyo caso se valorará si volver a poner esta cura (si se prevé que puede durar 72 horas) o una de apósito de gasa (si la cura se tiene que hacer con más frecuencia)
-Cuando se retiran los drenajes, aunque no hayan transcurrido las 72 horas, si se considera imprescindible.
Procurar separar la cura de la estereotomía de la de los drenajes.
Registrar la fecha de la cura y programar la fecha de la siguiente.

Material necesario:
-Guantes no estériles.
-Paño esteril.
-Guantes estériles.
-Gasas estériles.
-Clorhexidina.
-Apósitos aquacel.
-Esparadrapo trasparente.

Procedimiento:
-Lavado de manos.
-Poner guantes no estériles.
-Preparar campo con paño esteril y todo el material necesario para realizar la cura.
-Retirar el apósito.
-Quitar guantes no estériles.
-Lavado de manos.
-Poner guantes estériles.
-Limpiar la herida con solución salina y gasas estériles.
-Aplicar clorhexidina con gasas estériles en la herida.
-Poner apósito de aquacel doblado en 4 partes sobre la herida, al poner varios ha de tenerse en cuenta que al menos han de sobreponerse 1 cm.
-Poner esparadrapo trasparente ejerciendo una ligera presión.
-Recoger el material utilizado.

-Quitar los guantes estériles.
-Realizar lavado de manos.
-Registrar fecha y características de la herida.

5 Discusión-Conclusión

Hay evidencias de que la técnica Mölndal es una práctica clínica recomendable para la curación de heridas quirúrgicas agudas, como son la disminución del número de curas, una reducción de carga laboral para el personal de enfermería, así como una reducción de costes, y la pronta cicatrización de la herida.

6 Bibliografía

- Watret L, White R. Surgical Wound Management: the role of dressings. Nurs Stand. 2001; 15(44): 59-62.
- Folestad A. The management of wounds following orthopaedic surgery: the Mölndal Dressing. Orthopaedic Product News. March/
- April 2002. Cited for: Thomas E. Surgical Dressings and Wound Management. Cardiff (South Wales): Medetec Publications; 2010. p. 271-9.

Capítulo 353

ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO DE UN PACIENTE QUE HA SUFRIDO UN ICTUS.

CRISTINA MÉNDEZ-TRELLES FERNÁNDEZ

ELENA CORTINA LOPEZ-BERGES

PATRICIA PÉREZ GARCÍA

ELIZABETH CASTRILLÓN CHAMADOIRA

1 Introducción

La enfermedad cerebrovascular (ECV) comprende todas aquellas patologías encefálicas consecuencia de un trastorno vascular, siendo el ictus un trastorno repentino del flujo de sangre que irriga el cerebro, el cual perturba de manera permanente o transitoria la función de una parte cerebral.

Dicha enfermedad puede ser producida principalmente por dos causas, atendiendo a su mecanismo de producción: la isquemia cerebral y la hemorragia intracraneal. Los ictus isquémicos suponen el 80-85% de ellos, mientras que los segundos son menos frecuentes.

En España, la prevalencia de ictus es de un 7% en la población urbana mayor de 65 años y su incidencia se estima en unos 128 casos por cada 100.000 habitantes/año, multiplicándose por diez esta cifra en personas mayores de 75 años. Además, entre un 5-11% de éstos refiere haber padecido episodios de ictus previos.

Supone la primera causa de dependencia en el adulto y la segunda de demencia en la población general. Además, es, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la primera causa de muerte en las mujeres. Se trata, por tanto, de una enfermedad que además de ser padecida por un número importante de población conlleva una elevada carga social y económica que tanto el Estado como las propias familias de los enfermos tienen que costear.

Dado que España es uno de los países más envejecidos del mundo y según las previsiones lo seguirá siendo, su incidencia y prevalencia seguirá aumentando en los próximos años, hecho que provocará un incremento de la discapacidad, así como en el uso de recursos sanitarios y gastos en el cuidado.

La dependencia tras sufrir un accidente cerebrovascular es una realidad que afecta a numerosos enfermos puesto que más del 80% de éstos eran independientes en sus actividades de la vida diaria (AVD) antes del ictus y desafortunadamente, un 41,5% poseerá una dependencia moderada o incluso mayor tras éste. Dicha incapacidad funcional, supone una disminución en la calidad de vida del paciente, por lo que la familia tendrá que prestar los cuidados informales oportunos y la sociedad subvencionar la atención sanitaria necesaria a cada situación. Pero, lo cierto es que la familia es el apoyo más importante, conociéndose ésta como "el sistema invisible de atención sanitaria", ya que los sistemas formales (sanitarios y sociales) tienen una menor participación en el mantenimiento de estos cuidados.

Debido a esta situación, se debe tener presente el riesgo al que están expuestos los cuidadores informales de enfermos dependientes a padecer la llamada "sobrecarga del cuidador". Es decir, al desgaste tanto físico como psicológico que sufren y que puede traer como consecuencia el fracaso en el cuidado.

Por tanto, ante una enfermedad que supone tantas muertes, así como dependencia y costes sociales y sanitarios asociados, es necesario adoptar unas medidas de prevención, atención y seguimiento adecuadas a pacientes que han sufrido un ictus, donde enfermería juega un papel fundamental en la consecución de dichos objetivos.

La enfermera debe llevar a cabo un seguimiento del paciente que permita mediante las escalas de valoración pertinentes y la educación sanitaria adecuada, proporcionar tanto al propio enfermo como a su familia un apoyo continuado.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Describir el papel de la enfermera en el manejo de un paciente que ha sufrido un ictus.

Objetivos específicos:
- Determinar los diferentes tipos de ictus, factores de riesgo y síntomas de alarma.
- Identificar la educación sanitaria hacia pacientes y familia tras un ictus.
- Conocer la sobrecarga y perfil del cuidador informal en enfermos que han sufrido un accidente cerebrovascular.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas: Pubmed, Guía Salud, Dialnet y Scielo. Se han utilizado para ello los siguientes descriptores en Ciencias de la Salud (Descs): ictus, accidente cerebrovascular: stroke; enfermería: nursing; incidencia: incidence; prevención: prevention; sobrecarga del cuidador: caregiversburden, educación: education; dependencia: disability.

Estos términos se han combinado con el boleano "AND".

Se ha considerado de interés consultar la página web del Instituto Nacional de Estadística (INE) para recoger información epidemiológica sobre el ictus, así como el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

En cuanto a las bases de datos se ha tenido que descartar información de Cuiden, debido a su limitado número de artículos relacionados con el ictus según la perspectiva del trabajo.

Ha sido de gran utilidad consultar las bases de datos de Ciencias de la Salud; de las cuales destaca PubMed por ser una base de datos de referencia y de donde se han podido rescatar documentos tanto en lengua inglesa como castellana.

Se han recogido un total de 19 documentos útiles para la elaboración del documento, si bien es cierto, que muchos otros recogidos en una primera búsqueda, a posteriori fueron descartados por su déficit de información o poca relación con el enfoque del trabajo.

4 Resultados

El ictus es una enfermedad con un gran impacto económico y social, suponiendo la primera causa de muerte en mujeres y la segunda de dependencia global en nuestro país. El ictus puede ser isquémico o hemorrágico atendiendo a su etiología.

Existen factores de riesgo modificables y no modificables ante un episodio de ictus. Los factores de riesgo no modificables son: edad, sexo, raza y antecedentes familiares. Los factores modificables son fundamentalmente la obesidad, factores dietéticos, sedentarismo, tabaquismo, dislipemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus etc.

La prevención secundaria en pacientes que han sufrido un ictus es imprescindible. Es fundamental actuar ante los factores modificables para conseguir que el paciente adopte un estilo de vida saludable y no haya nuevas recurrencias.

Los síntomas de alarma que pueden desencadenar un ictus son: pérdida de fuerza repentina que afecta a cara, brazos y/o piernas, problemas bruscos de visión, dolor de cabeza intenso, dificultad repentina para caminar, mantener el equilibrio y mareos, dificultad para hablar, dificultad en la deglución y alteración de la sensibilidad.

Es necesario un seguimiento personalizado de cada paciente por parte del profesional. Las pautas de actuación dependerán de las diferentes secuelas y complicaciones que en éste surjan.

A su vez es una enfermedad que puede dar lugar a grandes situaciones de dependencia. La educación a la familia es clave para reducir la sobrecarga del llamado cuidador informal.

El perfil del cuidador es una mujer casada, familiar directo del dependiente, de unos 60 años, con bajo nivel educativo, sin actividad laboral remunerada y que convive con el enfermo.

5 Discusión-Conclusión

El ictus supone un número elevado de muertes, así como situaciones de dependencia. Ante esta situación, es relevante que tanto los profesionales sanitarios, los propios enfermos y las familias tengan conocimientos, a diferente escala, acerca

de la enfermedad, sus posibles causas, complicaciones etc.

Desde enfermería, debemos educar al paciente que ha sufrido un ictus para evitar nuevas recurrencias y conseguir que éste adquiera un estilo de vida más saludable que suponga una mejora para su enfermedad.

Fundamentalmente, se le deben explicar los factores de riesgo modificables a los que está expuesto y frente a los cuales puede actuar, siguiendo las pautas que le proporcione la enfermera. Conocer dichos factores de riesgo, así como los síntomas de alarma que pueden desencadenar un ictus, son dos pilares fundamentales sobre los cuales se debe incidir en esta educación dirigida tanto al paciente como a la familia del mismo.

Esta educación se puede llevar a cabo desde diferentes niveles asistenciales, aunque quizás por la mayor carga de trabajo al que están expuestas las enfermeras de Atención Especializada, unido al clima de confianza, el seguimiento y la cercanía que proporciona la enfermera de Atención Primaria; considero que es ésta última, la que soporta un mayor bagaje educacional.

Aunque el ictus es una enfermedad sobre la que se elaboran numerosos proyectos que pretenden la disminución de su incidencia, normalmente se llevan a cabo desde prevención primaria. Es cierto, que es más relevante incidir en esta perspectiva de la enfermedad puesto que supone el inicio de la misma; pero la educación sanitaria en prevención secundaria no debe pasar a un segundo plano. Supone un mejor control de aquellos pacientes que ya han sufrido un ictus y los cuales van a ser más susceptibles de volver a padecer un episodio generalmente de mayor gravedad.

El ictus puede ocasionar grandes secuelas físicas y/o psicológicas, lo que da lugar a una gran carga de trabajo para el familiar que las cuida; el cual normalmente dedica su jornada al cuidado. Por tanto, aparece la llamada "sobrecarga del cuidador" en dicho familiar. La profesional deberá reorientar al cuidador para que éste logre alcanzar un enfoque adecuado, así como asesoramiento acerca de las posibles cuestiones que le surjan en torno al cuidado.

Por tanto, y puesto que no supone una situación aislada, encuentro destacable incidir en la necesidad de llevar a cabo programas tanto personalizados como colectivos, para ayudar a los familiares de personas dependientes a que afronten el cuidado de manera más positiva y saludable.

6 Bibliografía

- María Dolores Jiménez Hernández, Pedro Pablo Alcázar Romero, Elisa Alés Otón, Francisco Aranda Aguilar, Miguel Ángel Arraez Sánchez, Enriqueta Carrillo Badillo et al. Plan Andaluz de Atención al Ictus [monografía en Internet] Andalucía: Junta de Andalucía.Consejería de Salud; 2011 Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_ictus/Plan_ICTUS_16_03_2011.pdf
- J. Mar, J.Álvarez- Sabín, J.Oliva, V.Becerra, M.A.Casado, M.Yébenes et al. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. Neurología [revista en Internet] 2013; 28(6): 332-339. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90209861&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=295&ty=8&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=295v28n06a90209861pdf001.pdf
- J.L. Clua-Espuny, J.L. Piñol-Moreso, A. Panisello-Tafalla, J. Lucas-Noll, V.F. Gil-Guillen, D. Orozco-Beltranet al. Estudio Ebrictus. Resultados funcionales, supervivencia y años potenciales de vida perdidos después del primer episodio de ictus. Atención Primaria [revista en Internet] 2012 septiembre 44(4):223-231. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3892317
- Francisco Villoria Medina, Juan Oliva Moreno, Susana Viñas Diz, Juan Carlos Martí Canales, Teresa Vázquez Pumariño, Luis García-Castrillo Riesgo et al. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 .Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf
- Dr. Airian, Dr. Dalal, Dr. Damasceno, Dr. Nagaraja, Dr. Ogunniyi, Dr. Oveisgharan et al.Estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia accidentes cerebrovasculares [monografía en Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2005 [actualizado el 9 de mayo de 2006].Disponible en: file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/7%20Estrategia%20paso%20a%20paso%20de%20la%
Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2011. Instituto Nacional de Estadística. Madrid; 2014.
- Marisa Redondo, Sole Sánchez, J.Ramón Quirós. Mortalidad 2011. Ranking de principales causas de muerte por edad, sexo y área. Oviedo: Inforsan. Sección de Información Sanitaria.
Servicio de Evaluación de la Salud y Programas Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad; 2013.
- Encarna Castellví, Joaquín Carneado Ruiz, Berta ClaramonteClausell, Raquel

Chamorro, Ismael Díaz Llopis, Sebastián Fernández Izquierdo et al. Guía de información al paciente con ictus [monografía en Internet]. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanidad; 2007. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.2142-2007.pdf
- Andrés García Pastor. Importancia del diagnóstico y tratamiento precoces en el ataque isquémico transitorio. Medicina Clínica [revista en Internet] 2009 [acceso el 3 de febrero de 2014]; 133(8):300-301. Disponible en: http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clnica-2/articulo/importancia-del-diagnostico-tratamiento-precoces-13140242?referer=buscador
- Dr. Héctor Andrés Morales González, Dr. Miguel Ángel Blanco Aspiazu2, Dr. Ernesto Jesús Morales Morales. Caracterización de factores de riesgo en sobrevivientes a un primer ictus isquémico en un Área de Salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet] 2009; 8(5)34-44. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500007&lang=es
- SòniaAbilleiraCastells, Pablo Alonso Coello, José Álvarez Sabín, Pedro Armario García, Enrique Arrieta Antón, Francesc Xavier Borrás Pérez et al. Guía de la Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus [monografía en Internet]. Barcelona: Agènciad'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña; 2009. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_442_Prevencion_Ictus.pdf
- Oscar Aguado Arroyo, Carmen Aleix Ferrer, José Álvarez Sabín, Ángel Cacho Calvo, Mª Isabel Egocheaga Cabello, Javier Gracia San Román et al. Consejos y cuidados tras un ictus. Información para pacientes y familiares [monografía en Internet] Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2009 [acceso 24 de enero de 2014]. Disponible en:http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_paciente.pdf
- Oscar Aguado Arroyo, Carmen Aleix Ferrer, José Álvarez Sabín, Ángel Cacho Calvo, Mª Isabel Egocheaga Cabello, Javier Gracia San Román et al. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria [monografía en Internet] Madrid. Disponible en::http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
- Mª Aurora Alonso Cortina, Mª Luz Asensio Carrasco, Ignacio Casado Menéndez, Martín Caicoya Gómez-Morán, María Begoña Calleja García, Sergio Calleja Puerta et al. PCAI. Guía de Recomendaciones Clínicas. Ictus. Actualización [monografía en Internet] Asturias: Dirección General de Innovación Sanitaria. Consejería de Sanidad; febrero 2013 [acceso el 18 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%

20y%20Sistemas/AS_Calidad/PCAIs/2011/ICTUS2013.pdf
- E. Marco, E. Duarte, J.-F. Santos, A. Aguirrezabal, A. Morales, R. Belmonte, J.M. Muniesa, M. Tejero y F. Escalada. Deterioro de la calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con discapacidad por ictus: una entidad a considerar. Calidad Asistencial [revista en Internet] 2010 [acceso 11 de febrero de 2014] 25(6):356–364. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20692196
- Laura Guerrero Caballero, Rafel Ramos Blanes, Ana Alcolado Aranda, Maria Josep López Dolcet, Juan Lucas Pons La Laguna, Miquel Quesada Sabaté. Programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria. Gaceta Sanitaria [revista en Internet] 2008 [acceso 4 de febrero de 2014]; 22(5): 457-60. Disponible en: http://gacetasanitaria.org/es/programa-intervencion-multidisciplinaria-cuidadores-pacientes/articulo/S021391110872421X/
- JózefA.Opara, KrystynaJaracz. Quality of life of post-stroke patients and their caregivers.Journal of Medicine and Life [revista en Internet] July-September 2010 [acceso 11 de febrero de 2014]; 3(3): 216-220. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20945810
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso). Avance Evaluación 2013. Sistema de Dependencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso); 2013.
- Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre. Boletín Oficial del Estado (BOE), nº 313, (31-12-2013)

Capítulo 354

CASO CLÍNICO: HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SOBREPESO EN PERSONA DE MEDIANA EDAD

GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO

1 Introducción

Destacaremos las definiciones que publica la OMS respecto a la hipertensión arterial y el sobrepeso-obesidad.

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo.

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Está por ello muy relacionada con la aparición de enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares (nos centraremos en la hipertensión arterial) y el cáncer.

2 Objetivos

- Concienciar a la población sobre ambas enfermedades, explicar su interrelación y los recursos disponibles a su alcanze para mejorar las cifras de peso y de presión sanguínea.

- Por parte de enfermería crearemos con el paciente metas realistas y fáciles de conseguir manejando la dieta y el ejercicio.
- Fomentar en la población el uso como primera opción de la atención primaria, pues en muchas ocasiones el paciente acude al servicio de urgencias sin haber sido valorado por su médico de atención primaria.

3 Caso clínico

Mujer de 56 años sin alergias mediacamentosas conocidas y con antecedentes personales de HTA, hipotiroidismo, depresión y sobrepeso que acude por sus propios medios al servicio de urgencias hospitalarias aquejada de intensa cefalea.

En triaje el personal de enfermería registró sus ctes. vitales: Cifras de TA 170/92mmHG y FC en torno a 75latidos por minuto. Saturación de oxígeno con aire ambiental 99%. Tª 36.1ºC.Al preguntarle el motivo por el cuál no acudió a su médico de cabecera nos comenta que le queda más a mano el hospital, por lo que se le explica brevemente el uso hospitalario (atención sanitaria especializada).

Tras ser vista por el médico de urgencias, canalizamos vía venosa periférica para extracción sanguínea y a posteriori administración de analgesia pautada, paracetamol 1gr. IV para aliviar la cefalea y 1comp. de captropril 25mg. vía oral para reducir las cifras de presión sanguínea.

Mientras se aplica el tratamiento endovenoso indagamos acerca de su estilo de vida, nos comenta que apenas sale de casa y no sigue dieta hiposódica (abusa de embutidos y café). Realizamos recomendaciones higiénico-dietéticas y derivamos a su enfermera de atención primaria para que le facilite una dieta hiposódica y una tabla básica de simples ejercicios para disminuir su peso corporal.

Al cabo de una hora la mujer presenta cifra de TA más normalizada 126/78mmHg. y cefalea remitida.

La mujer es dada de alta convencida en que debe visitar su centro de salud para seguir unas pautas especificas y llevar un seguimiento de sus cifras de peso y TA.

4 Discusión-Conclusión

Los estilos de vida saludables, tales como seguimiento de dieta adecuada, realización de ejercicio moderado una media de 3 días a la semana, ayudarán a esta

paciente a controlar sus enfermedades.

Dicho seguimiento resultará sencillo para ella si es aconsejada y apoyada todos los miembros del equipo básico de salud (médico y enfermera de referencia).

5 Bibliografía

- Definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Hª Clínica de la mujer que acudió al servicio de Urgencias, previo consentimiento informado aprobado por la paciente de forma verbal, sin ser facilitados sus datos personales.
- Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- Https://www.scielo.org/es/
- Https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 355

CESÁREA PROGRAMADA Y LIGADURA DE TROMPAS BILATERAL.

ANDREA LOPEZ ARBAS

VICTORIA CERNUDA LÓPEZ

1 Introducción

La cesárea consiste en un intervención quirúrgica mediante la cual se procede a extraer el feto por vía abdominal. Es más peligrosa y conlleva más riesgos que un parto natural, además el periodo de recuperación es más lento y doloroso.

Es la técnica de elección cuando el bebé o la madre corren algún riesgo, y pueden ser:
- Inesperadas: cuando se produce un peligro inesperado y urgente (rotura de bolsa antes de término, preclampsia.)
- Programada: cuando se decide realizar por algún riesgo que no es urgente (mal colocación del bebé, la mamá tiene placenta previa.).

No precisa anestesia general sino epidural. La ligadura de trompas es un proceso mediante el cual se cierran las trompas de Falopio de la mujer. Cualquier mujer que se someta a esta cirugía queda imposibilitada para tener hijos.

2 Objetivos

- Analizar su historia clínica, fijándonos en sus antecedentes patológicos, alergias, hábitos tóxicos, antecedentes anestésicos, antecedentes ginecológicos, partos o cesáreas anteriores, riesgos, etc.

- Buscar información adicional de artículos científicos sobre el tema de cesarea, ligadura de trompas, cuidados post- cesarea, prevalencia de cesarea, por qué realizar una cesarea, complicaciones, beneficios, etc.
- Buscar y elegir los diagnósticos NANDA correspondientes a la situación de la paciente con sus respectivas intervenciones enfermeras NIC y NOC.

3 Caso clínico

Mujer, 38 años, embarazada. Es ama de casa y reside en Jaraíz con su marido y 4 hijos. No tiene hábitos tóxicos y no practicaba deporte antes del embarazo. Acude al servicio de toco-ginecología del hospital embarazada de 37+2 semanas el día 3/10 a las 08:30. Se somete a la intervención de cesárea programada y ligadura de trompas bilateral.

-Antecedentes familiares:

No presenta.

- Antecedentes patológicos:

Diabetes gestacional y anemia ferropenica.

Operada de apendicitis a la edad de 13 años.

No RAMCs.

-Medicación habitual:

Hierro oral. (durante embarazo)

-Descripción de la intervención:

Incisión de pfannenstiel. Apertura de la pared por planos. Histerotomía del SUI, extracción del feto vivo (a las 11:13), niña en podálica (3120 gr y apgar 8/9), líquido claro, extracción manual de placenta íntegra. Histerorrafia en una capa. Cierre por planos. Hemostasia. Grapas en piel. Se administra cefazolina 2gr IV y 20ui de sytocinon. Se realiza también ligadura bilateral de trompas a petición de la paciente.

-Exploración física:

La paciente en todo momento se encuentra consciente, orientada y colaboradora. Vía aérea normal y permeable. Respira sin dificultad. Vías venosas visibles y permeables. Útero contraído y sangrado dentro de la normalidad. Preoperatorio normal.

Peso- 78kg

Talla- 166cm

TA- 96/62

FC- 69 Ipm

FR- 25 rpm

Tº- 37,2ºc
Saturación- 100%
Glucosa- 98mg/dl
Grupo sanguíneo- A+
Hemograma- HB: 11,4 HTO: 3%
Exploraciones complementarias: analítica sin hallazgos patológicos de interés.
-Diagnóstico médico principal:
Cesárea + ligadura de trompas bilateral
Evolución:
La paciente tiene una evolución favorable aunque alterna con algunos episodios de ansiedad por el cuidado del bebé. Se encuentra consciente y orientada. Constantes normales. Herida bien, sin supuración. Abdomen blando, timpanizado y depresible. Útero contraído. Sangrado normal. Diuresis espontánea óptima. Dolor controlado con analgesia. Ha iniciado lactancia materna, aunque con dificultad por la subida tardía de la leche debido a la práctrica de cesarea en vez de parto normal. Recién nacido precisa de suplementos (biberón). Evolución del bebé favorable.
Medicación durante ingreso:
Medicación siempre acompañada de cuidados post-cesárea: toma de constantes, analítica de control, control de sonda vesical y diuresis, control del sangrado y contracción del útero y control de glucemia si precisa.

• Patrón Percepción- Manejo de la salud:
La paciente percibe su estado de salud como una situación conocida, dada por sus cuatro cesáreas anteriores. Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios.
Este patrón no se ha visto alterado.

• Patrón Nutricional-Metabolico:
Antes del embarazo, en el que ha ganado 12 kg, tenía un peso normal con un IMC de 23,9 pesando 66 kg y midiendo 166 cm. Mantenía una dieta saludable la mayor parte del tiempo pero sin realizar ejercicio. Durante el embarazo ha mantenido la dieta saludable, haciendo 5 comidas al día y bebiendo mucho líquido. A pesar de haber sufrido diabetes gestacional, esta ha estado muy controlada y el patrón metabolico no se ha visto afectado notablemente.

• Patrón de eliminación:
Orina adecuadamente, aunque no muchas veces al día, ya que no ingiere muchos líquidos, lo que junto a la falta de ingesta de alimentos ha derivado también en

estreñimiento. Sudoración normal. Sin alteraciones relevantes.

• Patrón de actividad-Ejercicio:
Posee una puntuación de 100 en el Test de Autonomía para las actividades de la vida diaria de Barthel, siendo totalmente independiente. No realizaba ejercicio antes del embarazo ni durante éste. Su IMC indica un estado saludable y un gasto energético adecuado a su ingesta diaria antes del embarazo. Con el peso ganado en el embarazo, su IMC indica un nivel bajo de sobrepeso I, por lo que se le anima a realizar ejercicio al menos tres días a la semana.

• Patrón Sueño-Descanso:
Dormía aproximadamente 7-8 horas al día durante el embarazo. Ahora afirma que duerme apenas 4-5 horas con interrupciones pero que es algo a lo que está acostumbrada debido a que es madre de otros cuatro hijos pequeños.

• Patrón Cognitivo-Perceptual:
No hay deterioro cognitivo. Consciente y orientada.

• Patrón Autoperceoción-Autoconcepto:
La paciente no refiere ni demuestra depresión post-parto ni baja autoestima por su cambio físico. No hay alteraciones relevantes de este patrón.

• Patrón Rol-Relaciones:
Vive con su pareja y cuatro hijos, con los que aparenta tener buena relación. Es su quinto hijo. Parece recibir el apoyo de familiares y amigos que la han visitado estos días.

• Patrón Sexualidad-Reproducción:
Este patrón está afectado dado la ligadura de trompas de la mujer. Ha perdido su capacidad para reproducirse, por decisión propia de la misma y recomendación del ginecólogo dado sus cesáreas anteriores y el riesgo que podría suponer otra más.

• Patrón Tolerancia al estrés:
En su estancia hospitalaria se adapta a su nueva situación con algún episiodio de ansiedad cuando el bebe comienza a llorar por las noches.

• Patrón Creencias-Religión:
Sin alteraciones apreciables de este patrón.

Plan de cuidados:

• Patrón de Percepción – Manejo de la Salud
Diagnosticos NANDA:
Riesgo de infección (00004)
1102 Curación de la herida por primera intención.
110205 Secreción serosanguinolenta de la herida.
110211 Olor de la herida.
3660 Cuidados de las heridas:
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor
6750 Asistencia al parto por cesárea:
- Orientar a la paciente a la unidad.
- Revisar el historial prenatal.
- Explicar las razones de la cirugía.
- Comentar los sentimientos, preguntas y preocupaciones de la paciente sobre la cirugía.
- Obtener o confirmar el consentimiento informado.
- Obtener los análisis de sangre necesarios y documentar los resultados.
- Monitorizar los signos vitales.

• Patrón de Tolerancia al Estrés:
Diagnósticos NANDA:
Afrontamiento ineficaz. (00069)
0906 Toma de decisiones.
090601 Identifica información relevante.
090602 Identifica alternativas.
090603 Identifica las posibles consecuencias de las alternativas.
1302 Afrontamiento de problemas.
130205 Verbaliza aceptación de la situación.
130208 Se adapta a los cambios en desarrollo.
130210 Adopta conductas para reducir el estrés.
1850 Mejorar el sueño:
- Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al del sueño.
5230 Aumentar el afrontamiento:
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Animar la implicación familiar.
5270 Apoyo emocional:
- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
Ansiedad. (00146).

1211 Nivel de ansiedad.
121101 Desasosiego.
121105 Inquietud.
121108 Irritabilidad.
121114 Dificultades para resolver problemas.
1402 Autocontrol de la ansiedad.
140206 Utiliza estrategias de superación efectivas.
140207 Utiliza técnicas de relajación para disminuir la ansiedad.
140214 Refiere dormir de forma adecuada.
140217 Controla la respuesta de ansiedad.
5820 Disminución de la ansiedad:
- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Animar a la familia a permanecer con el paciente.
5230 Mejorar el afrontamiento:
- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.

• Patrón de eliminación:
Diagnósticos NANDA:
Estreñimiento. (00011)
1014 Apetito.
101405 Energía para comer.
101407 Ingesta de nutrientes.
101408 Ingesta de líquidos.
1212 Nivel de estrés.
121213 Inquietud.
121214 Trastornos del sueño.
121220 Irritabilidad.
121221 Depresión
121222 Ansiedad.
1100 Manejo de la nutrición:
- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Determinar las preferencias alimentarias del paciente.
- Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
4120 Manejo de líquidos:

- Realizar un registro preciso de entradas y salidas.
- Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática).

4 Discusión-Conclusión

La conclusión de este caso clínico ha sido favorable. Se ha conseguido el objetivo final: conseguir que la mujer diera a luz de su quinto hijo sin complicaciones. La mujer está completamente sana y la recién nacida también.

No ha habido problemas ni incidencias destacables y todo ha salido según lo planeado. Al quinto día del ingreso la mujer recibe el alta con su bebe, habiendo recibido las indicaciones oportunas y consejos para que todo continúe evolucionando favorablemente.

5 Bibliografía

1. Principal P, nacimiento P, cesárea P. Nacimiento por cesárea: 5 cosas que debes saber [Internet]. BabyCenter. 2018 [cited febrero 2020]. Available from: https://espanol.babycenter.com/a700484/nacimiento-por-ces%C3%A1rea-5-cosas-que-debes-saber#ixzz5F1dbJb4t.
2. Cómo es el parto por cesárea [Internet]. Natalben. 2018 [cited febrero 2020]. Available from: https://www.natalben.com/parto/parto-por-cesarea.
3. Recuperación cesárea y ligadura de trompas [Internet]. www.todopapas.com. 2018 [cited febrero 2020]. Available from: https://www.todopapas.com/embarazo/salud-embarazo/recuperacion-cesarea-y-ligadura-de-trompas-4652.
4. Cuidados después de una cesárea: Físico y Emocional [Internet]. Asociación Americana del Embarazo. 2018 [cited febrero 2020]. Available from: http://americanpregnancy.org/es/labor-and-birth/cesarean-aftercare/.
5. Cuidados de la cicatriz de la cesárea en el posparto [Internet]. SerPadres.es. 2018 [cited febrero 2020]. Available from: https://www.serpadres.es/embarazo/parto-posparto/articulo/cuidados-de-la-cicatriz-en-el-posparto.
6. España no escucha a la OMS y aumenta la tasa de cesáreas hasta el 25% [Internet]. Publico.es. 2018 [cited febrero 2020]. Available from: http://www.publico.es/espana/espana-no-escucha-oms-y.html.
7. NNNConsult [Internet]. Elsevier B.V. 2020 [cited febrero 2020]. Available from:.http://www.nnnconsult.com.ezproxy.unex.es/noc/1619/179.

Capítulo 356

EDUCACIÓN SOBRE LA DONACIÓN DE SANGRE

LUIS FEITO GARCIA

LUCIA ALVAREZ RODIL

1 Introducción

Debido a la importancia vital de la sangre en el día a día de las personas, no podemos menospreciar el valor de las donaciones.
Son miles las personas que de forma desinteresada, aportan este preciado recurso sanitario, pero no es suficiente. El aumento de la esperanza de vida, la mejora de los procesos quirúrgicos, nuevos tratamientos, la movilidad global de las personas y la cada vez mayor sensibilización con las donaciones de órganos, han hecho que se dispare el consumo diario de sangre. Esto hace imprescindible que se desarrolle un programa nacional de concienciación desde la etapa escolar, convirtiendo el proceso de donación de sangre en una tarea habitual, normalizada y que no sea vista como un esfuerzo, si no como un acto de contribución a un sistema que se retroalimenta y mejora la vida de las personas.

En los procesos de donación de sangre, se utilizan, entre otros, los siguientes materiales:
- Cuestionario médico.
- Tensiómetro.
- Bolsas de recogida.
- Balanza de agitación.
- Líquido anticoagulante.

- Guantes.
- Agujas.
- Jeringuillas.

Todos estos elementos, junto con otros, deberán ser expuestos en el proyecto formativo, de forma clara y amigable, con el fin de normalizar su uso y conocimiento entre los niños/as, evitando el miedo o rechazo a dichos elementos sanitarios.

El procedimiento de la extracción de sangre para donación deberá detallarse de forma muy visual, con el fin de que sea algo normal en el día a día de los niños, para lograr que, en el momento de convertirse en donantes, todo esté normalizado y forme parte de un proceso rutinario que ya conocen desde la infancia.

- Acude al Banco de Sangre, Clínica, o Unidad Móvil.
- Por tu seguridad, se te hará una breve evaluación médica y se comprobará si eres apto/a para donar.
- En el área de extracción, te recostarás en un sillón el procedimiento durará aproximadamente 10 min.
- Después de la donación es importante tomar abundante líquido y no realizar esfuerzos físicos.

2 Objetivos

- Introducir en los planes formativos un programa de concienciación desde una edad temprana.
- Desarrollar, progresivamente en distintos años, una consciencia, que más allá de la solidaridad, haga ver a los niños/as y adolescentes, la importancia de la donación para su propia salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados que se esperan conseguir con la aplicación de estos programas formativos escolares es un aumento en el número de donantes de entre un 40 y un 50%. Esto supondrá un importante avance en la estabilización del banco de sangre nacional, y será una garantía en los tratamientos y procesos sanitarios que requieran la utilización de sangre.

5 Discusión-Conclusión

Es evidente el valor de la sangre en el proceso sanitario, por lo tanto es igual de importante lograr aumentar el número de donaciones. Para ello debemos involucrar a toda la sociedad y la base de dicho compromiso social, parte de las aulas.
Si queremos que nuestro sistema sanitario siga evolucionando, si queremos garantizar la asistencia a todos los habitantes y si queremos que nuestros hijos vivan en un mundo sanitariamente mejor, debemos de esforzarnos en conseguir que la donación sea un hecho socialmente normalizado, al igual que lo es comprar el pan o encender el televisor.
Nuestra salud depende de ello.

6 Bibliografía

- Http://www.donarsangre.org/la-sangre/.
- Https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/analisis-de-hemoglobina/.
- Http://www.rtve.es/noticias/20190111/alerta-ante-situacion-preocupante-reservas-sangre-segun-federacion-donantes/1867220.shtml.
- Https://harodigital.com/salud/el-banco-de-sangre-acerca-la-importancia-de-la-donacion-los-escolares-de-primaria/.
- Https://es.wikipedia.org/wiki/Hepatitis

Capítulo 357

CONSUMO DE TABACO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL HUSA

MARIA CHECA GIL

1 Introducción

El consumo de tabaco es uno de los hábitos de conducta de nuestra sociedad que más ha aumentado desde los años treinta.

España es uno de los países de la Unión Europea que presenta una mayor prevalencia de consumo, tanto en hombres como en mujeres.

El tabaquismo se ha convertido en la primera causa de morbi-mortalidad evitable , en los países industrializados.

En el ámbito hospitalario, los profesionales sanitarios siguen consumiendo nicotina, pero ha disminuido notablemente.

2 Objetivos

El consumo de tabaco de los profesionales sanitarios influye en la percepción que la población tiene sobre el tabaquismo. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia y características del hábito tabáquico de los profesionales sanitarios del HUSA , así como las actitudes y la predisposición en la reducción del uso de tabaco.

3 Metodología

Estudio transversal mediante encuesta. Participaron 250 sujetos pertenecientes al personal sanitario del Hospital San Agustín (Atención Especializada). Se seleccionaron aleatoriamente mediante un diseño muestral de conglomerados.

4 Resultados

El 31,83% de los participantes se declara fumador (28% de los médicos y 36,2% del personal de enfermería). La media de cigarrillos consumidos diariamente en el centro de trabajo es de 4,15. El 51% de los fumadores estaría dispuesto a seguir un tratamiento o recibir ayuda para abandonar el hábito.

5 Discusión-Conclusión

Los datos son similares a los encontrados en otros trabajos que tienen los mismos grupos de referencia. En general, la población estudiada manifiesta una buena disposición a participar en programas para dejar de fumar.

La prevalencia en el ámbito sanitario es mayor que en el resto de población. El personal de enfermería presenta una tasa de tabaquismo mayor que los médicos.

6 Bibliografía

1.U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking 50 years of progress: A report of the surgeon general. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
2.Becerra N, García-Padilla P. Terapia de remplazo nicotínico asociada con reducción gradual del consumo de cigarrillos como estrategia de cesación de tabaco. Reporte de caso. Universitas Médica. 2018 [citado 21/09/2018]; 59 (1). Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231054404010
3.Beatriz Ordás Campos. Análisis de la evolución de la prevalencia de consumo de tabaco, conocimientos, creencias y actitudes en tabaquismo entre estudiantes universitarios de ciencias de la salud. [Tesis de terminación de Maestría] Universidad de León: Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. [citado 21/09/2018] Disponible en: https://buleria.unileon.es/handle/10612/8756

4.Delgado-Quiñones EG, Martín del Campo-Guzmán VM. Relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años. Revista Médica. 2015 [citado 18/06/2018]; 6(4):253-7. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md154g.pdf

Capítulo 358

PROTESIS TOTAL DE CADERA

ANDREA LOPEZ ARBAS

VICTORIA CERNUDA LÓPEZ

1 Introducción

La prótesis de cadera consiste en un dispositivo médico que se utiliza para sustituir parcial o totalmente la cadera. Este dispositivo se utiliza cuando la cadera del paciente está deteriorada. Las partes del cuerpo a las que sustituye la prótesis pueden ser la cavidad de la cadera (una parte del hueso de la pelvis llamada acetábulo), o el extremo superior del fémur (cabeza femoral).

La cirugía para la colocación de las prótesis se denomina artroplastia. Es una cirugía innovadora y que supone un gran avance para la medicina, aunque eso no descarta que son muy agresivas (se pierde una abundante cantidad de sangre) y pueden tener complicaciones (infección periprotésica).

2 Objetivos

- Analizar su historia clínica, fijándonos en sus antecedentes patológicos, alergias, hábitos tóxicos, antecedentes anestésicos, riesgos, etc.
- Buscar información adicional de artículos científicos sobre el tema de artroplastia de cadera, incidencia, complicaciones, beneficios, resolución del problema gracias a la cirugía, etc.
- Buscar y elegir los diagnósticos NANDA correspondientes al problema del paciente con sus respectivas intervenciones enfermeras NIC y NOC.

3 Caso clínico

Hombre, 83 años, ingresa a última hora de la tarde en la unidad de traumatología para una cirugía programada al día siguiente.

Antecedentes patológicos: HTA, DM2, DLP, CI: Angor de esfuerzo (Atermatosis difusa ACTP+ stemt CDm, Dp derecha y 1º posterolateral derecha), Cervicalia crónica mecánica, hipertension ocular.
Hábitos tóxicos: ex fumador desde hace unos 40 años. Alergias: No RAMS conocidas ni alimentarias.
Antecedentes anestésicos: Odontología con anestesia local, sin complicaciones.
Medicación habitual: Masdil retard 120MG 1-0-0
Adiro 100MG 30 comprimidos gastrointestinales efg Efferalgan 1G 40 comprimidos efervescentes Eucreas 50/1000MG 1-0-1
Uniket 20 MG ½-0-1/2 Micardis plus 80/12.5MG 1/24h Vytorin 10/20MG 0-0-1
Bimatoprot/timolol 0.3 MG/ML + 5 MG/ML colirio 3ML NTG a demanda
Auscultación cardiaca: Rítmico, no soplos.
Auscultación pulmonar: MVc/ Actualmente angor de esfuerzo estable. TA: 140/75 mmHg
FC: 85lat/min SatO2: 99%
Peso: 71.1 kg Talla: 161cm MML: II-III DTM: N
Movilidad del cuello: N Dientes: Prótesis inferior. Apertura bocal: N
Dificultad aparente para la ventilación: No Dificultad aparente para la intubación: No Vias venosas: visibles
Estado mental: VOyC. Aparentemente no deterior cognitivo. Anestesia regional: Abordable

Tratamiento en planta (post-cirugía)
- No RAMC.
- Constantes por turno.
- Hemograma al llegar a la planta.
- Probar tolerancia a las 6/8h postoperatorias.
- Dieta basal cuando tolere.
- Ringer lactato 1500ml alternando con suero glucosado 500ml c/24h i.v.
- Cefazolina 1g c/8h hasta completar 6 dosis i.v.
- Clexane 40 c/24h subcutáneo.
- Omeprazol 40mg iv c/24h y pasar oral cuando tolere.
- 1º Y 2º DÍA DESDE LA CIRUGÍA: Bomba de analgesia (500cc de sf iv a pasar en 24h con 3 ampollas Droal, 3 ampollas Adolonta, 3 ampollas Primperam).

- 3º, 4º DÍA DESDE LA CIRUGÍA: Nolotil 2g (en suero de 100ml) y Paracetamol 1g IV alternos c/4h.
- 5º DÍA DESDE LA CIRUGIA: Nolotil y Paracetamol v.o alternos c/4h.
- ½ Dolantina subcutánea si dolor.
- Masdil retard 120mg 1-0-0.
- Eucreas 50/1000mg 1-0-1.
- Uniket 20mg ½-1/2.
- Micardis plus 80/12.5 mg c/24h.
- Vytorin 10/20mg v.o 0-0-1.

Evolución
Al paciente se le hace una toma de constantes a su llegada a la planta y se le canaliza una vía venosa de un calibre del 18 en el brazo contrario a la intervención.

A la mañana siguiente, baja a quirófano a las 8:00h, después de haber pasado buena noche, en ayunas desde las 00:00, sin joyas ni elementos metálicos como dentadura postiza, únicamente con el camisón del hospital sin ropa interior. Se le pone una sonda vesical y un suero Ringer Lactato intravenoso. Además, se envía con el paciente a quirófano los consentimientos informados impresos, un electro, y una Cefazolina de 2 gramos IV.

Sube de quirófano a las 14:00 aproximadamente, después de haber pasado por reanimación. Se realiza una toma de constantes, glucemia, se comprueba el nivel de conciencia, si los apósitos están limpios o manchados, número de redones con o sin vacío y se controla la diuresis.

Se le administra la bomba de analgesia en cuanto llega, en un SF de 500cc con 3 ampollas de Droal, 3 ampollas de Adolonta y 3 ampollas de Primperam a pasar durante 24 horas con un regulador de flujo a 21, que se le retirará al pasar 2 o 3 días después de la intervención y el paciente comenzará con analgesia cada 4 horas alternando paracetamol y nolotil intravenoso, con el fin de que al alta del paciente pueda controlar el dolor con analgesia oral de paracetamol y nolotil.

También se le hace una analítica para comprobar si es necesaria la trasfusión de sangre, y en caso afirmativo, las compañeras de banco de sangre suben a planta a ponerle la correspondiente bolsa de sangre.

Durante los siguientes días al ingreso, se continúa administrándole analgésicos, antibiótico, heparina y demás medicación pautada. Se realizan las curas quirúrgicas y se controlan las constantes del paciente por turno así como su estado de

ánimo y otros parámetros.
Al segundo día desde la intervención quirúrgica se realiza la primera cura y la retirada del redón, después de la primera visita del traumatólogo al paciente.

El ingreso procede sin incidencias y el traumatólogo le da el alta al 5º día desde su ingreso.

Valoración
- Patrón Percepción-Manejo de la Salud:
El paciente es consciente de sus capacidades y lleva una vida acorde a ellas: cuida su alimentación, controla su peso y no lleva una vida sedentaria. Además, cuenta con la ayuda y el apoyo de su familia para controlarle la tensión, sus glucemias, la medicación, etc.
Con la operación realizada recientemente, el paciente necesitara ayuda para dar sus primeros pasos, sin forzar, con andador y ayuda de sus familiares al principio, pero cada día con un poco más de autonomía. También para realizar su higiene personal, acompañare al centro de salud correspondiente a las citas con el médico y la enfermera, ya que siempre es recomendable que las personas mayores no vayan solas para que alguien de la familia, además del paciente, tenga constancia de las indicaciones del facultativo.
El paciente cumple este patrón satisfactoriamente, entiende su situación y colabora para un buen manejo de su salud y bienestar.

- Patrón Nutricional-Metabólico:
El paciente debe llevar un exhaustivo control de su alimentación de acuerdo a sus necesidades metabólicas.
Dado que es hipertenso, debe llevar una dieta pobre en sodio, y controlar las ingestas de glucosa e hidratos de carbono por ser diabético, así como llevar un control de la medicación correspondiente para estas enfermedades.
Su dieta debe de estar bajo supervisión médica y a ser posible también bajo el control de sus familiares por su avanzada edad, a pesar de encontrarse totalmente orientado y en plenas facultades.

- Patrón de Eliminación:
No presenta alteraciones relevantes de este patrón.

Durante el ingreso, el paciente refiere efectuar sus necesidades de acuerdo a la normalidad
- Patrón de Actividad- Ejercicio:
El paciente lleva una vida tranquila pero no sedentaria.

Debido a la operación, su movilidad se verá reducida, pero el objetivo es que recupere la total autonomía cuanto antes.
Volverá a la normalidad siguiendo las indicaciones del traumatólogo: acompañándose en un primer momento de andador y ayuda de la familia, sin forzar, e ir poco a poco necesitando cada vez menos ayuda hasta ser autónomo totalmente, no sentarse en sillas bajas, donde la cadera sufre o tumbarse en la cama sobre el lado operado.
Es muy importante que el paciente colaborare, ya que es posible que si no sigue las indicaciones no pueda volver a andar.
El paciente colabora y a pesar de que es este momento este patrón se ve afectado, se espera que no tarde en recuperarse.

- Patrón Sueño-Descanso:
Este patrón se ve afectado en los primeros días tras la intervención quirúrgica debido al dolor. Para esto, administramos analgésicos pautados para que el problema desaparezca cuando antes y no afecte al descanso del paciente e indirectamente, en la vida cotidiana de este.

- Patrón Cognitivo-Perceptual:
No hay alteraciones relevantes de este patrón.

- Patrón Autopercepción-Autoconcepto:
Hasta el momento no se han visto alteraciones relevantes de este patrón, pero es posible que a su llegada al domicilio y percatarse de los cambios que ha supuesto para él la operación pueda producirse una bajada de autoestima. Este tema hay que controlarlo en las visitas a la consulta de enfermería, preguntándole al paciente y la familia por si ha notado cambios en su actitud y fijándonos en si ha variado o no su aspecto, su manera de comunicarse y sus ganas de afrontar la enfermedad.

- Patrón Rol-Relaciones:
No refiere alteraciones relevantes de este patrón.

- Patrón Sexualidad-Reproducción:
Este patrón no ha sufrido modificaciones relevantes con respecto a antes de la operación.

- Patrón de Adaptación-Tolerancia al estrés:
Este patrón no presenta alteraciones relevantes.

Plan de cuidados

- Patrón Percepción-Manejo de la Salud:
Diagnósticos NANDA:
Riesgo de caídas (00155).
1902 Control de Riesgo.
190214 Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo.
6490 Prevención de caídas:
- Controla la marcha, el cansancio y el equilibrio.
- Animar al paciente a utilizar andador.
- Colocar los objetos al alcance del paciente para que no tenga que hacer esfuerzos.
Riesgo de infección(0004)
2305 Recuperación quirúrgica, postoperatorio inmediato
230520 Drenado de los drenajes/tubos de la herida
230521 Sangrado
230522 Dolor
230523 Drenado en el apósito
230524 Tumefacción
6550 Protección contra las infecciones:
- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.
- Enseñar al la herida paciente y a la familia a evitar infecciones.
3660 Cuidados de las heridas:
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.

- Patrón Nutricional-Metabólico:
Diagnósticos NANDA:
Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179).
2300 Nivel del glucemia.
230001 Concentración sanguínea de glucemia.
1619 Autocontrol: Diabetes.
161908 Participa en el programa educativo prescrito.
5614 Enseñanza: dieta prescrita:
- Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.
2120 Manejo hiperglucemia.
2121 Manejo hipoglucemia.
- Patrón de Actividad-Ejercicio:
Diagnósticos NANDA:

Deterioro de la movilidad física (00085).
0202 Equilibrio.
02023 Mantiene equilibrio al caminar.
02026 Movimiento articular.
20617 Cadera (derecha).
200 Fomento del ejercicio:
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Controlar el cumplimiento del programa/actividad de ejercicios por parte del individuo.
Deterioro de la deambulación (00088).
0200 Ambular.
02003 Camina a paso lento.
0222 Marcha.
02221 Estabilidad en la marcha.
221 Terapia de ejercicios:
- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.
- Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.
- Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.
0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular:
- Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función.
- Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.

- Patrón Sueño-Descanso:
Diagnósticos NANDA:
Trastorno del patrón del sueño (00198).
0004 Sueño.
404 Calidad del sueño.
2009 Estado de comodidad: Entorno.
200903 Entorno favorable para el sueño.
2300 Administración de medicación:
- Prescribir o recomendar los medicamentos, según el caso, de acuerdo con la autoridad prescriptora.
6040 Terapia de relajación:
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.

4 Discusión-Conclusión

Partiendo de la base de que una cirugía de artroplastia de cadera es una operación muy complicada, por la anestesia, por la pérdida de sangre, por las infecciones, etc, podemos decir que en este caso clínico, el paciente ha superado con creces las expectativas. Sin ninguna complicación apreciable y con una buena recuperación. Debido a la avanzada edad del paciente, no podemos pretender que la recuperación y vuelta a la completa movilidad se realice de un día para otro, pero poco a poco va recuperándola y cada vez necesita menos ayuda.
Con esto, creo que el plan de cuidados ha sido acertado, ha cumplido con su objetivo de eliminar el dolor y recuperar la movilidad sin incidencias.

5 Bibliografía

1. MedlinePlus [Internet] ADAM. 2020. [cited febrero 2020] Available from: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002975.htm
2. Navarro M.J, Peiró S, Ruiz L, Payá A, Hervás M.T, López P. Calidad de vida tras artroplastia de cadera. 2001. 35 (5):263-269. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048712001731891
3. NNNConsult [Internet]. Elsevier B.V. 2020 [cited febrero 2020]. Available from:.http://www.nnnconsult.com.ezproxy.unex.es/noc/1619/179

Capítulo 359

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COLOSTOMIAS.

Mª DEL PILAR LOPEZ SOLIS

VERÓNICA SUÁREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Se entiende por ostomía una apertura, mediante una intervención quirúrgica, de una víscera hueca con el exterior. La nueva apertura que se crea, se denomina estoma y es lo que permite eliminar los productos de desecho.

La ostomía es una de las intervenciones digestivas más antiguas, se recogen indicios de esa técnica en el papiro de Ebers3.La primera referencia sobre lo que hoy en día entendemos por una ostomía se remonta a 350 a.c, además aparece en la Biblia, "Praxagoras de Kos clava con su mano izquierda en el vientre una daga provocando la apertura del intestino". Pero las primeras referencias históricas de la Edad Moderna de ostomías realizadas suceden a lo largo de 1700 por diferentes cirujanos europeos4.Las primeras realizadas con éxito fueron por cirujanos franceses3.Estos cirujanos intentan solucionar con ellas problemas de anos perforados y consiguen ir mejorando estas técnicas. A lo largo del siglo XIX consiguen nuevos avances y se establecen principios básicos para realizar ostomías. Por ejemplo,en 1879 se realizan las primeras ostomías asociadas a resecciones de colon en Alemania. Pero la "EraModerna de las ostomías" se considera que es el siglo XX, debido a descubrimientos importantes en cuanto a técnicas quirúrgicas.

Aunque una de las causas más comunes para realizar ostomías sea a modo de terapia para el cáncer colorrectal, existen otras casusas. Entre ellas están las en-

fermedades inflamatorias del intestino (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn), traumatismo, enfermedades congénitas o malformaciones, oclusión u obstrucción del intestino2.El cáncer de colon es una de las enfermedades tumorales que más ha aumentado en todo el mundo. En España es el tercer cáncer en frecuencia en hombres, detrás del cáncer de pulmón y de próstata y el segundo en mujeres solo por detrás del de mama. El tipo de cáncer de mayor incidencia en ambos sexos es el colorrectal. Según datos de la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica),en nuestro país hay una incidencia aproximada de 32.000 pacientes/año y de unos 14.000 fallecimientos. En el año 2014, se estimaba que había unas 10.000 personas ostomizadas en España, produciéndose 15.000 nuevos casos al año4.Cuando se habla de ostomía no hay que verlo con una perspectiva únicamente médico-quirúrgica, ya que en realidad es una agresión que sufre el cuerpo de una persona, paciente, y que le cambia la vida en diversos aspectos. Al verlo desde este punto de vista perdemos todas las implicaciones bio-psico-sociales que conlleva esta intervención para el paciente ostomizado.

El hecho de vivir con una ostomía conlleva para la persona una serie de modificaciones importantes en su vida. Estas suelen variar dependiendo del tipo de persona, pero en general estos procedimientos suelen tener condicionantes negativos,ya que generan cambios físicos que son visibles y significativos. Está demostrado que originan diferentes afectaciones biopsicosociales provocadas por una pérdida de autoestima y de seguridad en sí mismos. Esto ocasiona conflictos y desequilibrios internos que va a influir en las relaciones con el mundo externo. Suelen sufrir repercusiones psicológicas, principalmente cuadros depresivos y ansiosos. Esto está causado por las perdidas tanto reales como simbólicas que sienten, desde percibirla pérdida funcional de un órgano, unido a la pérdida del control de la actividad de eliminación

2 Objetivos

- Conocer los distintos dispositivos de colostomías y saber las aplicaciones de cada uno.
- Garantizar el conocimiento de los profesionales en una técnica correcta y evitar los riesgos que conlleva.
- Formación del profesional para preservar la intimidad del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Conocimiento y manejo de las ostomías por parte de los profesionales. El paciente se le han de proporcionar cuidados individualizados y a cada persona le llevará un periodo de aceptación distinto.

Los profesionales de enfermería pueden ayudar al paciente haciéndole entender tanto su diagnóstico y pronóstico, la adaptación a su nueva vida con un estoma, la aceptación de su nueva imagen corporal y la resolución de sus miedos y dudas en su día a día y en sus relaciones sexuales; así como, ofreciéndole técnicas y enseñanza para el cuidado e higiene del estoma.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera debe estar familiarizada con los sistemas y dispositivos, para poder ayudar a los pacientes ostomizados a escoger el que mejor se adapte a sus características.

Los pacientes que no reciben atención por profesionales formados precisan más ingresos hospitalarios y reintervenciones, son más dependientes, y se sienten ansiosos y deprimidos más habitualmente.

La realización de una ostomía es algo que afecta a la persona en todas sus dimensiones: física, psicológica y social. La falta de apoyo profesional, social y familiar puede llevar a los pacientes ostomizados a estados depresivos.

6 Bibliografía

1. Gómez del Río N. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. Rev ENE Enferm [Revista en Internet]. 2013.

2. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. 2014
3. Iglesias De la Iglesia, A. Técnica de Manejo y cuidado de los estomas digestivos y urinarios: colostomía, ileostomía y ureterostomía [Internet]. Elsevier; 2011
4. García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de Enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria[Internet]. 2017;5(4):35-48.
5. Gómezdel RioN, Mesa Castro N, Caraballo Castro C, Fariña RodríguezA, Huertas Clemente M, Gutiérrez Fernández Y.Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE, Revista de Enfermería[Internet]. 2013;7(3):3.
6. Pita Miño P, Seco Ramos P, Cupeiro García M, Castañeda Cuevas MC, López Leira A, Aramburu García MC. Caso clínico de dermatitis periestomal y dehiscencia en una colostomía. Enferm Dermatol [Internet]. 2015;9(24):54-58

Capítulo 360

CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAOPERATORIO EN POSICIÓN DE SENTADO

Mª DEL PILAR LOPEZ SOLIS

VERÓNICA SUÁREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Una de las principales funciones de la enfermera quirúrgica es velar por la seguridad y el confort del enfermo que es sometido a una intervención. Se debe asegurar una correcta función cardiorespiratoria (cateterización de vías periféricas, arterial y central, colocación de medias neumáticas durante la cirugía, elevación de miembros inferiores..), asi como evitar daño tisular con sus consiguientes lesiones por decúbito (protección de puntos sometidos a mayor apoyo, compresión de los nervios periféricos, correcta fijacion de dispositivos en el paciente durante la cirugía)

2 Objetivos

Nuestro principal objetivo es garantizar una óptima colocación en el paciente en posición sentado en intervenciones quirúrgicas de fosa posterior. A su vez es necesario conocer todos los riesgos que conlleva dicha colocación, por ello es necesario saber actuar ante la aparición de los mismos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La colaboración que se obtiene por parte del personal en la elaboración y en la participación de posición se traduce en resultados positivos para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La posición sentada exige un plan de cuidados enfermeros intraquirúrgicos elaborado ,flexible, dinámico y sistemático. Por ello es necesario protocolizar dicho plan, garantizando así la disminución de los efectos secundarios y reducir la iatrogenia.

6 Bibliografía

- Jaffe R. Samuels S. Anestesia con procedimientos en el quirófano. Marban (2006)
- Bartumeus.F. Nociones Básicas de Neurocirugía. Permanyer BCN (2001). 274-286
- Patient positioning on the operating table in neurosurgery: sitting or lying]. Anesteziol Reanimatol. 2013 Jul-Aug;(4):18-26. Russian. PubMed PMID:24341037

Capítulo 361

LAVADO DE MANOS.

CARMEN MARIA VIÑA GUTIERREZ

1 Introducción

Las infecciones relacionadas con los cuidados sanitarios representan un importante problema de salud pública y se consideran un indicador de calidad asistencial por su correspondiente coste y morbimortalidad atribuible.

Se conoce por infección nosocomial , también llamada infección hospitalaria o infección relacionada con la asistencia sanitaria , a aquella infección que el paciente adquiere en relación con las atenciones recibidas durante un tratamiento médico y que no estaba presente en el momento de iniciar el contacto con la atención sanitaria. La propagación de los microorganismos responsables de infección nosocomial puede ocurrir a través de las manos del personal sanitario, de otras personas que están en contacto con los pacientes o con las superficies situadas en sus cercanías .Para la prevención de infecciones nosocomiales, la medida más importante y más recomendada es el lavado de manos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recoge la importancia del cumplimiento de las directrices sobre el lavado de manos como medida preventiva.
Se debe garantizar un derecho básico de los pacientes como es una atención de calidad, para lo que hay que tener en cuenta que ”una atención limpia es siempre más segura”

2 Objetivos

- Dar a conocer los principales momentos del lavado de manos.

- Ser capaces de dar una correcta información para realizar un correcto lavado de manos.
- Fomentar la toma de conciencia respecto a la repercusión de las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática en diferentes fuentes de información utilizando la herramienta CASPe para la lectura crítica de los documentos obtenidos, la cual evalúa su validez, importancia y aplicabilidad. La técnica gráfica empleada para reducir el sesgo de publicación ha sido Funnel Plot.

Para no incurrir en el sesgo de selección se han empleado numerosas fuentes de información. En primer lugar se han consultado revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica, se ha continuado con fuentes secundarias como las bases de datos Medline Cuiden, Ibecs, Enfispo, Lilacs, Amed, Trip Database y Science Direct y en tercer lugar se ha realizado la búsqueda en las propias revistas tanto electrónicas como en formato papel.

La terminología empleada ha sido Prevención de Enfermedades Transmisibles, Higiene de las Manos, Infección Hospitalaria.

4 Resultados

La OMS recomienda el lavado de manos con agua y jabón en estos 5 momentos:
- Antes de tocar al paciente.
- Antes de realizar procedimientos asépticos.
- Después de la exposición a líquidos corporales.
- Después de tocar al paciente.
- Al salir del entorno del paciente.

Para hacer un correcto lavado de manos, debemos de :
- Retirar relojes, anillos, pulseras, etc y mojarse bien las manos.
- Frotarse bien las palmas de las manos y entrelazando los dedos.
- Frotar bien cada palma con el dorso de la palma contraria
- Frotar bien las puntas de los dedos entre sí.
- No olvidar los pulgares.

- Aclararse bien con agua y secarlas bien con papel desechable. Es muy importante cerrar el grifo con este papel desechable (si no se dispone de sistema accionado con el pie o codo) para evitar volver a contaminar las manos.

5 Discusión-Conclusión

Según estudios realizados por la OMS, un incorrecto o ineficiente lavado de manos, es la principal causa de las infecciones asociadas a la atención de la salud. Estas infecciones son todos aquellos procesos infecciosos generales o localizados que ocurren como consecuencia de la atención sanitaria que no estaban presentes ni incubándose en el momento de la hospitalización, incluyendo la atención ambulatoria y las infecciones detectadas tras el alta.

Se estima que el porcentaje de pacientes afectados por las infecciones asociadas a la atención sanitaria en los países desarrollados oscila entre el 5 y el 10%, siendo mayor el riesgo en pacientes de las unidades de terapias intensivas, pudiendo afectar desde un 9 a un 37% de estos.

Así, las infecciones asociadas a la atención sanitaria por una mala higiene de las manos:
-Ocasionan infecciones más graves
- Hospitalizaciones más prolongadas
- Discapacidades
- Alto costo imprevisto para el paciente y familia.
- Carga económica adicional para el sistema de salud.
- Elevan la mortalidad.

6 Bibliografía

- www.who.int/gpsc/5may/es/
- www.seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos
- www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/los-pasos-para-una-tecnica-correcta-de-lavado-de-manos-segun-la-oms
- Simón Melchor A, Simón Melchor L, Naranjo Soriano G, Gil Salvador R, Solano Castán J, Jiménez Sesma ML. Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario. RIdEC 2016; 9(1):27-34.

Capítulo 362

CIRUGÍA DE HISTERECTOMÍA VAGINAL.

ANDREA LOPEZ ARBAS

VICTORIA CERNUDA LÓPEZ

1 Introducción

La histerectomía es un prodedimiento quirúrico muy común. Suele estar indicada por ejemplo en pacientes con sangrado genital anormal por miomatosis uterina, endometriosis o prolapso uterino.La histerectomía vaginal ha sido una alternativa a la histerectomía abdominal, ya que produce menor dolor posoperatorio, ademas de una baja tasa de infección y una gran rapidez de recuperación.

La histerectomía vaginal puede recurrir a la asistencia laparoscópica si se se requiere exploración anexial y/o anexectomía. Factores de riesgo a tener en cuenta: Obesidad, tabaco, anemia, enfermedad cardiaca o pulmonar, DM, paciente ya intervenida o sepsis.

2 Objetivos

- Analizar su historia clínica, fijándonos en sus antecedentes patológicos, alergias, hábitos tóxicos, antecedentes anestésicos, riesgos, etc
- Buscar información adicional de artículos científicos sobre el tema de histerectomía vaginal, incidencia, complicaciones, beneficios, resolución del problema gracias a la cirugía, etc
- Buscar y elegir los diagnósticos NANDA correspondientes al problema del paciente con sus respectivas intervenciones enfermeras NIC y NOC

3 Caso clínico

Mujer, 45 años, acude a quirófano para una cirugía programada con motivo de realizarle una histerectomía vaginal. Ingresa en la 2º planta de tocoginecología la tarde anterior para recibir los cuidados necesarios antes de ser intervenida quirúrgicamente. Baja a quirófano a las 10:00h de la mañana para ser atendida por el personal de quirófano en el antequirófano. Entra en quirófano a las 10:15h para iniciar la operación.

Pruebas complementarias:
- Mamas: simetría sin tumoración palpable.
- Tv: genitales externos normales, CISTOCELE II grado. HISTEROCELE I grado, leve RECTOCELE.
- Eco vaginal: Utero en anteroposición de tamaño y morfología normal, endometrio de 6.8 MM. No patología ovárica a la vista.

Procedimiento: Se incluye en la lista de histerectomía vaginal. Se informa y firma el consentimiento.
Diagnóstico: Cistocele II grado. Histerocele I grado. Prolapso uterovaginal incompleto (N81.2)
Procedimientos previos: Resección en útero, abordaje orificio natural o artificial.
Tratamiento y recomendaciones: No precisa medicación.
Plan de seguimiento: Pendiente de operación Antecedentes anestésicos: Pólipo endometrial (sin complicaciones) No RAMS
Hábitos tóxicos: No
-Tabaco: No Alcohol: No
Antecedentes patológicos: HTA, hipertiroidismo, DLP
Medicación habitual: Tolasemida 2.5 MG 1-0-0 Eutirox 75 MG 1-0-0 Simvastatina 20MG 0-0-1
Exploración física:
- TA: 160/80
- FC: 69
- Saturación O2: 99
- Peso: 70kg

-Talla: 155cm Mll: II
DTM mayor 6cm Apertural bucal: Bien
Movilidad de cuello: Algo limitada Dientes: Normal Difucultad para ventilación: No Dificultad para intubación: No Corazón: RC rítmicos no soplos. Pulmones: MVC

Estado mental: En orden Anestesia regional: Posible Vías venosas: Bien Analitica: Sin alteraciones.

4 Discusión-Conclusión

La conclusión final de este caso clínico es buena.La paciente ha salido de quirófano estable, todo ha seguido su curso sin incidencias ni complicaciones.
Ha salido como se esperaba de dentro del quirófano, y esperamos que bajo las indicaciones médicas y enfermeras, tenga una rápida recuperación y vuelta a la vida normal, mejorando su calidad de vida.

5 Bibliografía

1. Vicente Solà D, Paolo Ricci A, Jack Pardo S, Enrique Guiloff F. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. Rev. chil. obstet. ginecol.2006; 71(5): 364-372. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000500012
2. Gonzalo Vesperinas A, Carlos Rondini S, Carlos Troncoso R, Boris Morán V, Marco Levancini A, César Avilés Z, Fernando Troncoso R. Histerectomía vaginal, abdominal y vaginal asistida por laparoscopia: un análisis prospectivo y aleatorio. Rev. chil. obstet. ginecol. 2005;7(2). Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262005000200002&script=sci_arttext
3. NNNConsult [Internet]. Elsevier B.V. 2020 [cited febrero 2020]. Available from:.http://www.nnnconsult.com.ezproxy.unex.es/noc/1619/179
4. Rodriguez Hidalgo N. La histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso: indicaciones, técnica y recomendaciones. Rev. chil. obstet. ginecol. 1995; 21 (1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600x1995000100003

Capítulo 363

COMO DESARROLLAR EL TRABAJO DE DUE Y DE TCAE ESTANDO EMBARAZADA

LILIANA SUÁREZ FERNÁNDEZ

BEGOÑA GARCÍA CASTRILLON

TANIA URQUIOLA CASTAÑEDA

1 Introducción

Las profesiones relacionadas con la sanidad cada vez son más escogidas entre los jóvenes, por la salida profesional que tienen. Las más numerosas son enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, probablemente relacionadas con el número de años de estudio.

En muchos casos, esas profesiones son elegidas por mujeres, que llegadas a una edad pueden optar a ser madres trabajadoras. Dependiendo del lugar donde se desempeñe ese trabajo, las futuras madres tienen un riesgo, y se les suele dar la baja laboral para no causar ningún daño ni al bebé ni a su madre, aunque existen generalidades, no en todos los casos la baja por riesgo de embarazo se da en las mismas semanas.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las técnicas adecuadas para desarrollar bien el trabajo y no poner en riesgo la salud del bebé ni de la trabajadora embarazada.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática en diversas bases de datos, tales como Dialnet, Pubmed y Google académico. Las palabras clave que hemos utilizado han sido: hospital, enfermeras, tcae, embarazo y riesgo. La búsqueda se realizó en los últimos diez años de artículos en castellano.

4 Resultados

En los estudios revisados, y en términos generales, se puede concluir que, durante el primer trimestre, el desarrollo laboral de las profesionales es el mismo. Salvo por el malestar que puedan tener las futuras madres (náuseas, mareos, disminución de la TA, cansancio excesivo, etcétera).

Durante el segundo trimestre, a medida que el bebé crece y se desarrolla, el trabajo de las profesionales sería el mismo siempre y cuando eviten coger pesos excesivos, así como evitar el contacto con personas que tengan alguna enfermedad contagiosa (por ejemplo tuberculosis), estén a tratamiento con quimioterápicos, etcétera.

Según la bibliografía influye mucho el lugar donde trabaje la enfermera o tcae, ya que hay unidades de hospitalización con mayor riesgo que otras. La empresa debería siempre tener en cuenta una unidad compatible con el estado de la trabajadora, y de no ser así, facilitarle la baja laboral en cuanto se pueda.

También se indica que el desarrollo laboral depende de la salud materna, ya que hay mujeres que llevan muy bien el embarazo hasta prácticamente el parto, y otras mujeres, sin embargo, lo llevan mal desde el primer trimestre.

5 Discusión-Conclusión

Las profesionales del sector sanitario que quieran ser madres, deberían de ser apoyadas por la empresa responsable (pública o privada) para favorecer tanto el periodo de embarazo, como el parto y postparto, y posteriormente la conciliación laboral.

Dependiendo de la salud de la trabajadora, habría que adaptar el puesto laboral de forma individualizada, minimizando los riesgos al máximo para mantener la

salud de la madre y la del bebé y que la trabajadora pueda seguir desarrollando su carrera profesional.

Como profesionales del sector, defendemos los derechos y deberes que tenemos como mujeres trabajadoras y madres.

6 Bibliografía

- Alonso, I. G., & Mederos, M. M. A. (2013). Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 39(2), 120-127.
- Castellón, N. M., Ruíz, P. S., & Ordóñez, E. F. (2017). Problemas de salud durante el embarazo derivados de los riesgos de la actividad laboral. Revista Enfermería del Trabajo, 7(4), 117-122.
- Figueroa Calderón, I., Saavedra Moredo, D., de la Torres Sieres, Y., & Sánchez Lueiro, M. (2012). Interrupciones de embarazo por causa genética. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 38(4), 452-457.
- Gallo-Padilla, D., Gallo-Padilla, C., Gallo-Vallejo, F. J., & Gallo-Vallejo, J. L. (2016). Lumbalgia durante el embarazo. Abordaje multidisciplinar. SEMERGEN-Medicina de Familia, 42(6), e59-e64.
- Lafaurie, M. M. (2011). Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. Revista Colombiana de Enfermería, 6, 15-28.
- Laffita Labañino, W., & Jiménez Reyes, W. (2011). Apendicitis aguda en el embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 37(2), 223-234.
- Navarro Chumbes, G. C., Sánchez-Arcilla Conejo, I., & Fernández Escribano, M. (2011). Declaración de embarazo del personal sanitario del hospital universitario Ramón y Cajal: Año 2009. Medicina y Seguridad del Trabajo, 57(223), 147-153.
- Rollero, M. B. (2018). Las profesiones de la salud y la petición de un aborto. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas, 42(3), 60-64.

Capítulo 364

NUTRICIÓN EN PACIENTE CRÍTICO.

NATALIA RUIZ RAMON

ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

LAURA SÁNCHEZ LASTRA

MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

LORETO GIL DIEZ

1 Introducción

Cómo influye la nutrición en un paciente crítico.

2 Objetivos

-Saber manejar la nutrición en un paciente crítico.
-Poder utilizar complementos para no perder la masa muscular.

3 Caso clínico

Paciente de 49 años sin alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 35 paquetes de cigarrillos al año y también de camnabis con antecedentes personales de fisura anal, tosoplasmoxis pasada y hernia discal cervical.Ingresa en la UCI con diagnostico de meningitis y encefalitis de origen vírico.

Durante su ingrso se solicita valoración a la unidad de nutrición por pérdida de masa corporal importante, comienza con nutrición hiperprotíca enteral por SNG a 500ml/24h el primer día, aumentado hasta 1300 ml/24h con buena tolerancia.

Tras mejoría progresiva es trasladado a planta, continua seguimiento por parte de nutricion con buenos parámetros antropométricos y una ingesta del 100%., añadiendo a a la dieta complementos proteicos para aumentar la masa muscular.

El paciente tras estar 30 días ingresado de los cuales estuvo 10 en la UVI, y los restantes a cargo de neurología en planta es supervisado por la unidad de nutrición, que lo mantiene al principio con nutrición enteral por SNG con buena tolerancia y buen control de analítica y posteriormente con dieta oral mas suplementos hiperproteícos aumentado significativamente los parámetros antropométricos.

4 Discusión-Conclusión

Es importante una valoración rápida del estado nutricional del paciente e individualizada, ya que estos pacientes tienen un bajo peso, para poder comenzar un buen soporte nutricional con el fin de evitar: infecciones, úlceras por presión, pérdida muscular.

5 Bibliografía

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

Capítulo 365

PACIENTE CON PICADURA DE GARRAPATA QUE SE DISAGNOSTICA DE ENFERMEDAD DE LYME

GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO

1 Introducción

La Enfermedad de Lyme es una infección bacteriana causada por espiroquetas del género Borrelia burgdoferi sensu lato, y transmitida por la picadura de garrapatas. Clínicamente cursa en fases:
• Enfermedad temprana localizada: eritema migrans o migratorio (EM).
• Enfermedad temprana diseminada: EM múltiple, parálisis de nervios craneales (especialmente del nervio facial), meningitis, carditis.
• Enfermedad tardía: artritis, encefalopatía o polineuropatía subaguda

Siendo las manifestaciones cutáneas precoces, en su forma de eritema crónico migratorio, patognomónicas desde el punto de vista diagnóstico.

Es la enfermedad transmitida por vectores más frecuente en el hemisferio Norte, y numerosos estudios epidemiológicos describen un incremento en la incidencia de esta enfermedad.

El riesgo de infectarse con Borrelia depende de la realización de actividades recreativas al aire libre, de la densidad de las poblaciones de garrapatas y del porcentaje de garrapatas infectadas con Borrelia.

El factor más importante en el mantenimiento de poblaciones significativas de garrapatas infectadas es la presencia de reservorios adecuados (usualmente, an-

imales de pequeño y medio tamaño) en un hábitat particular, con determinadas características de la vegetación, y en unas condiciones climáticas adecuadas. En diversas áreas de La Rioja, Navarra, Norte de Castilla y León, Asturias, Cantabria y País Vasco se dan estas condiciones y se consideran zonas endémicas.

2 Objetivos

Conseguir un diagnóstico lo más precoz posible en los casos de Enfermedad de Lyme tras picaduras de garrapatas que en muchas ocasiones pasan desapercibidas por las personas tras la realización de actividades al aire libre y así evitar complicaciones mayores tales como puede ser la muerte en algunos casos.

3 Caso clínico

Paciente varón de 20 años que acude al servicio de urgencias por cervicalgia de 20 días de evolución, no irradiada y sin alteraciones sensoriales o motoras en los miembros superiores, de predominio nocturno y con mala respuesta al tratamiento con ibuprofeno y diazepam. Diplopia intermitente, fiebre de dos días de duración al inicio del proceso, sin síntomas generales acompañantes. A los diez días del inicio de la clínica se realizan hemograma, velocidad de sedimentación globular y radiografía cervical, que son normales.

En la exploración física llama la atención la desviación de la comisura bucal con la sonrisa; el resto de la exploración neurológica resulta normal. No presenta exantemas en este momento, aunque el paciente si refiere, al ser preguntado, una picadura en un hombro dos meses antes, con eritema circular progresivo de unas dos semanas de duración tras excursión a la montaña en los Picos de Europa.

Ante la sospecha de enfermedad de Lyme, se realizan los correspondientes estudios serológicos con EIA (IgG, IgM) e inmunotransferencia de Western (IgG, IgM), ambos positivos lo que nos confirma la sospecha del diagnóstico de Enfermedad de Lyme.

Tras un diagnóstico certero se inicia tratamiento con doxiciclina oral durante 21 días remitiendo todos los síntomas que presentaba el paciente al acudir al servicio de urgencias hospitalarias de nuestro hospital.

4 Discusión-Conclusión

• Es importante la revisión de las zonas del cuerpo expuestas al ambiente tras la realización de actividades al aire libre, en zonas montañosas especialmente para comprobar si hay alguna garrapata o picadura de las mismas.
• Ante la aparición de picaduras con importante eritema local que dura más de 1 semana acudir a su médico para así poder realizar un diagnóstico precoz o aplicar una profiláxis adecuada y evitar que se desarrolle la enfermedad de Lyme.

5 Bibliografía

-Página web www.astursalud.es
, www.medline
- Hª Clínica del varón que acudió al servicio de Urgencias, previo consentimiento informado aprobado por el propio paciente de forma verbal.
- Guerrero A. Borreliosis de Lyme en España. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2001;19:244-6.

Capítulo 366

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PAREJAS QUE RECURREN A TRATAMIENTOS REPRODUCTIVOS

ALBA PASCUAL MARTINEZ

JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La esterilidad es un término que se suele equiparar al de infertilidad, aunque clínicamente son conceptos totalmente diferentes, ya que la esterilidad implica la falta de capacidad para lograr la concepción, mientras que al hablar de infertilidad nos referimos a la imposibilidad de lograr el nacimiento de un hijo vivo. Ambas entidades clínicas representan un problema que repercute con gran frecuencia en la población que se encuentra en edad reproductiva, ya que en la actualidad afecta aproximadamente al 15% de este grupo poblacional.

Cuando las parejas acuden a la consulta del especialista, el primer paso consiste en identificar el problema que ha generado esta situación. Una vez que se ha dado con él, es necesario realizar la intervención de la forma más precoz posible, ya que las posibilidades de poder revertir esa esterilidad se acortan en el tiempo, debido en muchas ocasiones a la edad elevada de los progenitores, fundamentalmente la materna.
Diversas fuentes consultadas establecen el rango entre el 15 y el 25%, pero no se pueden dejar al margen aquellas parejas que no acuden a consultar su problema o una vez establecido el diagnóstico, no desean un tratamiento al mismo. Si nos

hacemos eco de estas estadísticas, se puede poner de manifiesto que alrededor de 800.000 parejas en España consultan cada año al especialista por problemas relacionados con la esterilidad, cifras que van en aumento debido a los cambios de la sociedad actual. Las cifras se reparten a partes iguales entre ambos sexos, siendo esta un 40% de causa femenina y el otro 40% masculina. El 20% restante se engloban en causas mixtas o también denominadas ideopáticas.

Ante toda sospecha de esterilidad en una pareja es necesario estudiar si afecta únicamente a un integrante o a ambos miembros de la pareja. Dentro de las etiologías nos podemos encontrar con factores genéticos que pueden influir en el desarrollo de los gametos, psicológicos; hormonales; endocrinos, o que no se encuentre ninguna justificación a este problema, lo que se engloba dentro de las denominadas causas desconocidas.

Aproximadamente un 40% de todas las parejas que acuden a consulta pueden optar a tratamiento médico, en función de los diversos condicionantes se podrán aplicar tratamientos farmacológicos, hormonales, intervencionistas o simplemente pautas verbales. Alrededor del 10% no tienen ninguna opción de optar a ninguna clase de tratamiento, bien sea porque presenten algún tipo de anomalía/malformación genital o bien porque por decisión propia se produzca el rechazo a las opciones de tratamiento planteadas, el 50% restante serán sometidos a las diferentes técnicas de reproducción existentes a día de hoy. De estas, un porcentaje elevado consigue procrear tras un largo proceso, ya que deben pasar una serie de ciclos reproductivos, el resto requieren someterse a diferentes técnicas ante el fracaso del primer tratamiento.

Las mejoras en el proceso de reproducción asistida suponen el incremento de embarazos logrados hasta el 50% de las parejas. Factores como la depresión; la tensión generada durante el proceso que afecta a la pareja; ansiedad ante el momento que viven; culpa por la imposibilidad de procrear de forma natural y el aislamiento que va generando en la pareja frecuentemente se encuentran presentes a lo largo del proceso.

La intervención de la enfermera representa un método de apoyo considerado de gran utilidad a la hora de evaluar las emociones; priorizar en las decisiones que deben de tomar y conseguir un afrontamiento eficaz del problema. A menudo los pacientes que acuden a la consulta de enfermería carecen de los conocimientos adecuados sobre lo que implica el proceso de reproducción, así como las difer-

entes opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles en la actualidad. Mediante la intervención enfermera se pretende aumentar la información disponible que les permita optar a la mejor opción terapéutica.

2 Objetivos

Objetivar que la intervención enfermera en parejas que se encuentran en procesos reproductivos, disminuye los efectos psicológicos adversos que resultan de estos tratamientos.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática en base a la literatura científica existente a día de hoy. Se han consultado diversas bases de datos: Scielo; Pubmed; Medline así como revistas científicas como rol de enfermería, de las cuales se han seleccionado los artículos a través de los cuales se ha desarrollado este artículo.

4 Resultados

Dentro de los problemas obstétricos la infertilidad representa en la actualidad un problema en aumento, ya que aproximadamente el 10% de las parejas que se encuentran en edad reproductiva presentara algún tipo de contacto con el sistema en relación a dificultades o imposibilidad para procrear o llevar a término la gestación.

Una vez que se reconoce el problema y se produce ese primer contacto con el servicio es preciso una intervención precoz, ya que las posibilidades de éxito se reducen considerablemente a medida que pasa el tiempo.

Queda de manifiesto que la tasa de parejas que aceptan someterse a tratamientos de reproducción asistida está en torno al 50%, de los que 1/3 logrará conseguir un embarazo después de un determinado numero de ciclos.

La intervención enfermera mediante la implicación con las parejas a lo largo de todo el proceso fomentando el uso de mecanismos de intervención basados en la aplicación de técnicas conductuales, y manejo de habilidades en la resolución de dificultades que surjan a lo largo del proceso, sirven de refuerzo al tratamiento

médico y representa un papel fundamental en el grado de implicación de las parejas.

5 Discusión-Conclusión

Un vez analizada toda la bibliografía, he llegado a la conclusión de que una implicación optima de la enfermera, genera resultados beneficiosos en las parejas a la hora de definir las prioridades de actuación; disminuir o eliminar las inseguridades y conseguir un afrontamiento adecuado de la nueva situación.

6 Bibliografía

- Anita H. Clayton, Mental Health Concerns with Infertility. Primary Psychiatry. 2006. Disponible en: http://www.primarypsychiatry.com/aspx/articledetail.aspx?articleid=670
- Álvarez Nieto, Carmen. Laboratorio de reproducción asistida humana. Actualización Enferm Científ 2004 nov-dic 272-273:54-65.
- Álvarez Nieto, Carmen. Infertilidad. Magnitud de este problema. Rev ROL Enferm. 2006, may; 29(5):59-61.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2007
- Oliveira B. Oriá, Mónica; B. Ximenes, Lorena; F. Glick, Doris. El deseo de estar embarazada y la infertilidad. Enferm Integral. 2008, dic; (84):32-37.

Capítulo 367

ACTUACIÓN ANTE UNA EMERGENCIA.

NATALIA RUIZ RAMON

ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍN

ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

LORETO GIL DIEZ

LAURA SÁNCHEZ LASTRA

1 Introducción

Actuación ante una parada cardiorespiratoria.

2 Objetivos

- Saber reaccionar ante una emergencia.
- Poner en conocimeinto de la poblacion la técnica de RCP

3 Caso clínico

Señor de 60 años exfumador de 10 cigarrillos/día, hipertensión y dislipemia, fibrilación auricular crónica, cardiopatía isquémica crónica con enfermedad coronaria de tronco y 3 vasos con triple By-pass y angioplastia posterior con obstruc-

ciones decidiéndose finalmente tratamiento médico, que tras mareo pierde conciencia y cae en la via publica con perdida de la respiracion. Su mujer que se encuentra con él llama al 112, se activa la uvi movil, mientras le van dando instrucciones de como debe actuar.

Su mujer sigue las indicaciones, que le dan hasta llegada de la UVI movil. Una vez que llega se encuentra en fibrilación auricular por lo que incician RCP y desfibrilación a 200J, recuperando circulación espontánea y respiración espontánea, saliendo en fibrilación auricular lenta (su ritmo de base, según último informe de cardiología Fa a 53 lpm): A su llegada a urgencias refiere dolor toráxico, que le recuerda a otras anginas, sin irradiación, que se inició durante el traslado, sin náusea, ni mareos, ni vómitos, ni otra clínica acompañante. Además, refiere que hace unos días estuvo con cuadro catarla, sin fiebre.

4 Discusión-Conclusión

Ante una parada cardio respiratoria presenciada hay que iniciar con compresiones torácicas al momento y realizar llamada al servicio de urgencias, sabiendo mantener la calma y seguir las instrucciones que nos dan.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish
- https://www.elsevier.es
- https://www.salvanet.cl

Capítulo 368

INFECCIONES URINARIAS EN EL ADULTO MAYOR- ANCIANO

CLARA CASAS PATIÑO

TAMARA GIL BLANCO

SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS

1 Introducción

Las infecciones del tracto urinario son causadas por bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga. La infección se desarrolla con mayor frecuencia en la vejiga, pero puede propagarse hasta los riñones.

Hay ciertos factores que aumentan el riesgo de padecer ITU (infección del tracto urinario) como el ser mujer (debido a que su uretra es más corta y está más cerca del ano), la diabetes, la edad avanzada (debido a enfermedades que afectan a los cuidados personales), tener una sonda vesical, la incontinencia intestinal, tener cálculos renales, el embarazo.

En este trabajo, vamos a desarrollar las ITUS en el adulto mayor o anciano, ya que corresponde a las infecciones bacterianas más comunes en la población anciana, sumando la elevada comorbilidad que este grupo de población tiene.

Cambios anatómicos y fisiológicos asociados al envejecimiento.
- Cambios en las propiedades de la orina: aumento del PH, disminución de la urea y ácidos orgánicos.

- Colonización de orina por bacterias: aumento del residuo postmiccional (prolapso de vejiga en mujeres, patología prostática en varones), disminución del flujo de orina, adelgazamiento del epitelio de la vejiga, aumento del PH vaginal en mujeres (tras la menopausia) y disminución de anticuerpos periuretrales y vaginales.
- Aumento de renina y aldosterona: mayor retención de líquidos, cambios en la tensión arterial.
- Adelgazamiento de la capa íntima de los vasos sanguíneos: aumento de la coagulación sanguínea.

La edad y el sexo también son factores a tener en cuenta ya que conforme aumenta la edad, el organismo es más susceptible de contraer esta infección.

Varones: La actividad bactericida de las secreciones prostáticas están disminuidas y el aumento del tamaño de la próstata (HBP) puede provocar un estancamiento por el vaciamiento incompleto de la vejiga.

Mujeres: Debido a la menor longitud de la uretra y la proximidad con la zona perianal. Además, con el descenso del nivel de estrógenos tras la menopausia se produce una atrofia de la mucosa vaginal que se manifiesta clínicamente como sequedad vaginal, prurito, irritación… Las ITU recurrentes y la incontinencia urinaria empeoran también las condiciones postmenopáusicas.

Como consecuencia del déficit estrogénico puede aumentar el pH vaginal y reducirse la concentración de lactobacillus a favor de especies de E. coli y otras enterobacterias.

Factores predisponentes
1. ITU recurrentes en mujeres a. Postmenopausia
- Ausencia de estrógenos
- ITU en período pre-menopáusico
- Estado no secretor
- Aumento de factores de riesgo de ITU asociados a incontinencia, cistocele y aumento del residuo post-miccional b. Edad avanzada
- Sondaje
- Incontinencia urinaria
- Uso de antibióticos
- Incapacidad funcional (inmovilidad)
- Comorbilidad (IRC, DM, EPOC, demencia, edemas)
- Malnutrición

2. Ancianos
Disminución de la respuesta inmunológica: Inmunosenescencia
Alteración de las defensas naturales
- Disminución del grosor de la piel
- Aclorhidria gástrica.
- Diminución del aclarado mucociliar
- Atrofia de mucosa vaginal y uretral
- Hipertrofia prostática
- Disfunción esfinteriana

3. ITU complicada
Obstrucción.
- HBP
- Estenosis ureteral
- Tumores
- Litiasis
- Estenosis pielocalicial
- Divertículos
- Quistes renales

Cuerpos extraños:
- Sondaje urinario.
- Tubo de nefrostomía.
- Estenosis ureteral.
- Metabólicos (DM, fracaso renal, trasplante renal, riño esponjoso medular).
- Funcional (vejiga neurógena, reflujo vesicoureteral).
- Otros: instrumentación, conducto ileal.

En el anciano sin sondaje los factores que predisponen la aparición de infección urinaria son el vaciado incompleto de la vejiga (estasis urinario), la inmovilidad y las alteraciones neurológicas principalmente.

2 Objetivos

- Identificar los factores predisponentes de infección urinaria en la población anciana.
- Conocer el tratamiento y los cuidados de enfermería de las infecciones del tracto urinario en ancianos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la infección del tracto urinario en la población anciana. Para ello, se han utilizado artículos obtenidos en varias bases de datos como PubMed, Scielo, Dialnet y Google Académico que contienen información relevante del tema de estudio.

4 Resultados

Las ITUS en ocasiones pueden pasar desapercibidas y si no se lleva a cabo una valoración exhaustiva, son difíciles de detectar.
Pueden aparecer:
• Cambios en los hábitos de vida.
• Cistitis con o sin fiebre.
• Sensación de quemazón al orinar.
• Orinas turbias o hematuria.
• Disuria o polaquiuria.
• En casos graves: pielonefritis aguda con fiebre, escalofríos, dolores lumbares y emisión de pus. o Evolución y tratamiento:

La evolución dependerá de:
- Grado de la infección.
- Condiciones de salud del individuo. Si se complica con otras patologías, la evolución será más complicada.
- La detención temprana y la elección del tratamiento.

Para un tratamiento adecuado, se debe realizar un cultivo de orina e instaurar el antibiótico o antiséptico apropiado. Posteriormente proveer los cuidados pertinentes, indicar beber líquidos en gran cantidad y tomar adecuadamente el antibiótico.

El anciano con sondaje:
La infección urinaria asociada a sondaje es una de las causas más frecuentes de infección nosocomial (80%). La duración del sondaje es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de bacteriuria asociada al catéter.
Las enfermedades de base (diabetes), cuidado incorrecto de la sonda, desconexión del circuito cerrado, el sexo femenino y colonización uretral son otros factores de riesgo.

El catéter vesical produce una pérdida de barreras defensivas locales, debido a la distensión uretral, alteración del vaciado vesical y el material extraño que el catéter pueda precipitar (adherencia de microorganismos).
La mayoría de las bacteriurias asociadas a catéter son asintomáticas. Puede originar sintomatología sin síntomas urinarios, fiebre ni leucocitosis.

Puede sospecharse la presencia de infección si hay un cambio en la situación clínica o funcional del anciano no justificado por otras circunstancias: confusión, deshidratación, postración…

La profilaxis antimicrobiana sólo reduce la bacteriuria los primeros días; después provoca resistencias y efectos adversos.
- Ante un paciente asintomático, lo más usual, es no tratarla mientras el paciente siga cateterizado ya que desaparece tras su retirada.
- Si presenta cistitis, optaremos por la fosfomicina-trometamol.
- Si hay fiebre o datos de bacteriemia, iniciar antibioterapia vía parenteral, que dependerá de la flora bacteriana más común de cada paciente; y se modificará por otro espectro más limitado cuando se conozca el microorganismo causal.

5 Discusión-Conclusión

Una vez diagnosticada la ITU y en tratamiento antibiótico, no debemos olvidar los cuidados de enfermería:
- Aliviar el dolor relacionado con la infección: aplicando compresas húmedas sobre la región perineal.
- Higiene cuidadosa de la zona perineal después de orinar o defecar.
- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Controlar la temperatura cada día a la misma hora: cualquier aumento en la persona anciana puede indicar fiebre.
- Alimentación o Arándanos (previene la adhesión de microorganismos al tracto urinario) y abundantes frutas y verduras crudas (vitamina C). Entre las verduras, el ajo ha demostrado su efecto antibacteriano contra bacterias grampositivas y gramnegativas (incluida E. coli). La cebolla también posee efectos antibacterianos. El acidófilus aporta bacterias que tienen un efecto protector en los tejidos gastrointestinales y urinarios, refuerza la inmunidad y previene la colonización de bacterias patógenas (puede tomarse con el yogur).
- Eliminar los alimentos que irritan la vejiga, como cafeína, azúcar refinado, harina blanca, bebidas alcohólicas y nicotina.
- Administración de medicación: antibióticos y para controlar el dolor.

- Explicar al paciente y a su/sus cuidador/es la necesidad de completar el tratamiento prescrito, tomar exactamente las dosis indicadas y volver para realizarse un análisis.
- Recomendar al paciente que beba gran cantidad de agua. Aproximadamente 8 vasos diarios.
- Evitar el desodorante vaginal, baños de burbujas u otras sustancias irritantes como jabones fuertes o perfumados en la zona perineal y si utilizan diafragmas para evitar embarazo, es recomendable cambiar a otro método anticonceptivo.
- Después de defecar las mujeres se deben limpiar de adelante hacia atrás para no contaminar la entrada de la uretra con restos fecales.
- Miccionar al primer signo de necesidad y no demorar la micción y orinar como mínimo cada 3 horas.
- Explicar al paciente cuales son los síntomas de infección urinaria: disuria, orina mal oliente, poliuria, urgencia, escozor al orinar y buscar asistencia médica inmediata.
- Explicar al paciente la forma correcta de recoger la muestra de orina y asegurarse de que haya comprendido.
- Orinar antes y después de la relación sexual.
- No cruzar las piernas / No usar ropa apretada / Usar papel higiénico blanco.
- Evitar el té, café, bebidas bicarbonatadas, alcohol, que irritan la vejiga.
- Evitar la ropa interior de nylon y utilizar solo prendas de algodón para impedir que se forme un entorno húmedo y caliente.

Cuidados pacientes con sonda vesical
- Conocimiento de la técnica de colocación y retirada de la sonda.
- Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda.
- Lavar la sonda cuando sea precisa para mantenerla permeable.
- Indicar al enfermo que mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga.
- Evitar desconexiones de la sonda innecesarias.

6 Bibliografía

- Milán Calenti, JC. Trastornos del riñón, vías urinarias y próstata. Principios de Geriatría y Gerontología. 1º Ed. Madrid: McGraw-Hill; 2006. 571-572.
- Gómez Ayala, A. Infección urinaria en el anciano. Farmacia profesional. 2009; 23(4): 40-45.

- Garcia López, MV. Procesos renales y urológicos. En: Garcia López,MV. Rodriguez Ponce, C. Toronjo Gómez, AM. Enfermería del anciano. 2º Ed. España: DAE; 2009. 162-163.
- Mussó C.J, Macías J.F. El riñón del anciano: morfología y función. Principales nefropatías. En: Salgado A, Guillén F, Ruipérez I. Manual de Geriatría. 3º ed. Barcelona: Masson; 2003. p. 399-412.
- Martín E, Martín A, Tártalo D. Infecciones más prevalentes en el anciano. En: Abizanda P, Rodríguez L. Tratado de Medicina Geriátrica. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 583-91.
- Saz Peiró P, Saz Tejero S, Ortiz Lucas M. Medios sencillos y naturales de prevención y tratamientos en infecciones de vías urinarias bajas. Medicina Naturista. 2011; 5(2): 75-79.
- Gómez-Busto F. Infecciones urinarias en residencias de ancianos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007; 42(1): 39-50.

Capítulo 369

EDUCACIÓN PARA LA SALUD, EL LAVADO DE MANOS.

LUCIA ALVAREZ RODIL

LUIS FEITO GARCIA

1 Introducción

El lavado de manos tiene una gran importancia para la salud y sus consecuencias para la prevención en la transmisión de enfermedades . Con el lavado de manos, eliminamos, a través del arrastre, la flora existente en la piel de forma transitoria a través del arrastre. Para la vida cotidiana, bastará un lavado de manos higiénico, mediante la fricción mecánica de las manos.

Para ello seguiremos los siguientes pasos:
- Mojarse las manos previamente.
- Echarse jabón.
- Frotarse primero palma con palma, después frotarse los dorsos, también entre los dedos y las muñecas.
- Hacerlo aproximadamente durante diez minutos.
- Aclarar con agua abundante.
- Secar con toallas de papel.

Existen variantes del lavado de manos, en función de la actividad a realizar y del tipo de flora (transitoria o residente), que queramos eliminar.
- La Flora residente o colonizante , no se elimina fácilmente con la fricción mecánica de manos y la forman los microorganismos habituales y poco patógenos de la piel

- La flora transitoria o no colonizante , se elimina con la fricción mecánica o con la ayuda de jabón o agentes antisépticos y es la responsable de la mayoría de infecciones y transmisiones por contacto de estos microorganismos.
- Lavado especial o antiséptico: Se hace igual que el lavado higiénico, sólo debemos cambiar el tipo de jabón por un líquido antiséptico. Se utiliza para eliminar, aparte de suciedad y materia orgánica, flora transitoria y parte de flora residente.
- Lavado quirúrgico: Se realiza con jabón antiséptico, el lavado mecánico de manos y antebrazos y con un cepillo desechable se limpia debajo de las uñas, después del aclarado con abundante agua, se repite con jabón antiséptico la fricción de manos y antebrazos durante dos minutos y se vuelve a aclarar. Secar con una compresa o toalla desechable estéril, primero los dedos y bajando hasta los codos.

2 Objetivos

- Prevenir la transmisión de microorganismos.
- Evitar infecciones y la propagación de enfermedades.
- Evitar la propagación de gérmenes patógenos a zonas no contaminadas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Disminuye el número de microorganismos en la piel de las manos, con ello aminoramos el riesgo de transmisión de éstos a los demás y por tanto, el riesgo de infección incluso a uno mismo.

5 Discusión-Conclusión

Se deduce la importancia que tiene el lavado de manos como parte de la educación de la salud, ya que es parte importante en la prevención de enfermedades. Es conveniente introducir el hábito de lavarse las manos en la vida cotidiana.

6 Bibliografía

- Técnicas de enfermería 3 ed. L. Wieck, E.M. King, M. Mayer. Editorial Interamericana.
- Www.wikipedia.es wwwwmayoclinic.org.
- Www.fisterra.com.
- www.seguridaddelpaciente.es.

Capítulo 370

EL DOLOR DESCONOCIDO DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE

MARIA CHECA GIL

1 Introducción

En la esclerosis múltiple ,el dolor es un síntoma frecuente , aunque su prevalencia y su importancia varían de unos estudios a otros.

La esclerosis múltiple es una enfermedad autoinmune inflamatoria desmielinizante de causa desconocida y curso crónico causada por el daño a la mielina. En la EM, la pérdida de la mielina (desmielinización) se acompaña de una alteración en la capacidad de los nervios para conducir impulsos eléctricos desde y hacia el cerebro y esto produce los diversos síntomas de la EM.

En el momento actual está sin tratamiento curativo, aunque sí fármacos que pueden modificar el curso de la enfermedad, reduciendo el número de brotes y disminuyendo la progresión de la discapacidad. También se cuenta con una gran variedad de tratamientos para paliar muchos de los síntomas de la EM que afectan a la calidad de vida de los que la padecen. Su prevalencia que aumenta con la latitud y que afecta más a la raza blanca y al sexo femenino . La edad más frecuente de diagnóstico es entre los 20 y los 40 años, aunque el inicio puede ser anterior.

El dolor es frecuente en los pacientes con esta patología y, aunque no es tenido en cuenta en numerosas ocasiones, recientemente se le ha reconocido como un factor que puede afectar seriamente la calidad de vida en los sujetos con esta

enfermedad . La prevalencia del dolor varía ampliamente según las series publicadas y va desde el 29 al 86% , y a pesar de que cada vez se le da más importancia, los métodos empleados, las poblaciones estudiadas y las definiciones de dolor varían de forma importante de unos estudios a otros, así como los tratamientos utilizados.

Afecta en mayor medida a las mujeres en una proporción aproximada de dos de cada tres. No es una enfermedad contagiosa ni mortal.

2 Objetivos

- Analizar la prevalencia, tipos, mecanismos y tratamientos de la esclerosis multiple.
- Realizar revisión sistemática de las principales causas de dolor neuropático central, presentar evidencia de la efectividad y tolerabilidad de las opciones terapéuticas actuales y analizar las tendencias analgésicas futuras dolorosos que afectan a los pacientes con EM.

3 Metodología

Se realiza una revisión de la bibliografía sobre los aspectos anteriormente expuestos en los pacientes con EM.

Se realizó búsqueda de metaanálisis y revisiones sistemáticas en MEDLINE/PubMed, EMBASE, Ovid y Registro Cochrane de Ensayos Controlados (CENTRAL) usando diferentes estrategias de búsqueda. Los artículos relacionados con el DNC se clasificaron según su etiopatogenia en dolor post-ACV (CPSP), dolor por esclerosis múltiple (EM) y dolor post-lesión medular (LME), y fueron evaluados de forma sistémica.

4 Resultados

La prevalencia del dolor en esta enfermedad es superior a lo que se supuso inicialmente y existen series que lo sitúan hasta en un 86%. Afecta de modo importante a la calidad de vida, limitando tanto las actividades cotidianas como la vida laboral. Se asocia a edad avanzada, duración de la enfermedad, grado de discapacidad, fatiga y depresión. Existen diferentes tipos de dolor en los pacientes con EM y se han propuesto varias clasificaciones.

Entre ellos se encuentran las disestesias en las extremidades, el dolor regional complejo, el signo de L'hermitte, la neuralgia del trigémino, el dolor asociado a neuritis óptica, los espasmos tónicos dolorosos, la lumbalgia y la cefalea. Respecto a los tratamientos, se utilizan los mismos que para los pacientes que no sufren EM, ya que los estudios realizados en pacientes con esta enfermedad son muy escasos.

5 Discusión-Conclusión

El dolor afecta a un alto porcentaje de los pacientes con EM, su fisiopatología se desconoce y no existen tratamientos específicos, por lo que consideramos conveniente aumentar los estudios sobre el dolor en los pacientes con EM.

Se necesitan más estudios para comprender la fisiopatología del dolor neuropático central, mejorar la eficacia de los tratamientos y definir pacientes candidatos a cada uno según características clínicas, síntomas o signos predictivos.

6 Bibliografía

1. Poser CM, Brinar VV. The accuracy of prevalence rates of multiple sclerosis: a critical review. Neuroepidemiology 2007; 29: 150-5.
2. Svendsen KB, Jensen TS, Hansen HJ, Bach FW. Sensory function and quality of life in patients with multiple sclerosis and pain. Pain 2005; 114: 473-81.
3. Clifford DB, Trotter JL. Pain in multiple sclerosis. Arch Neurol 1984; 41: 1270-2.
4. Stenager E, Knudsen L, Jensen K. Acute and chronic pain syndromes in multiple sclerosis: a 5-year follow-up study. Ital J Neurol Sci 1995; 16: 629-32.
5. Archibald CJ, McGrath PJ, Ritvo PG, Fisk JD, Bhan V, Maxner CE, et al. Pain prevalence, severity and impact in a clinic sample of multiple sclerosis patients. Pain 1994; 58: 89-

Capítulo 371

MANEJO DEL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA POR OBSTRUCCIÓN AGUDA DE LA CÁNULA POR SECRECIONES.

MARIA FERNÁNDEZ FERNANDEZ

ROCIO FERNÁNDEZ CASTAÑO

CARLA DEL LLANO GONZALEZ

LETICIA GONZÁLEZ MENÉNDEZ

SILVIA NÚÑEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La traqueotomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la apertura quirúrgica de la pared anterior de la traquea. Cuando nos referimos al término traqueostomía seria la apertura seguida de la fijación de la traquea a la piel del cuello que tiene como objetivo mantener la apertura durante mayor tiempo.

Esta técnica data del año 1500 a.c y se fue convirtiendo en una cirugía exitosa para tratar principalmente la obstrucción respiratoria aguda y la asfixia.

Actualmente, las indicaciones mas prevalentes para la realización de una traqueostomía sería entre otras: Ventilación mecánica prolongada, cirugía cabeza y

cuello, traumatismo facial, retención de secreciones, obstrucción de la vía aérea superior, protección del árbol traqueobronquial en pacientes con riesgo de broncoaspiración, fracaso de extubación enfermedades del SNC o enfermedad neuromuscular.

Las traqueotomías pueden ser transitorias o permanentes. En determinados casos tras un tumor de laringe, es preciso la extirpación total de la misma por lo que se independiza la función deglutoría de la respiratoria, a partir de este momento la respiración es exclusivamente por el orificio del traqueostoma.

Las complicaciones que derivan del procedimiento se dividen en: inmediatas, mediatas y tardías:

-En el primer grupo (menos de 24 horas) se incluyen: fracaso en el procedimiento, embolismo aéreo, aspiración, hemorragia, neumotórax, lesión del cartílago cricoides, daño quirúrgico del esófago, nervio laríngeo o la cúpula pleural.

-Entre las mediatas (día 1-7) se encuentran: neumotórax, neumomediastino, hemorragia, infección del estoma, ulceración del estoma, disfagia, decanulación accidental, obstrucción de la cánula con secreciones, enfisema subcutáneo, aspiración y abscesos pulmonares, traqueítis, traqueobronquitis, atelectasia, desplazamiento de la cánula.

-Las tardías (mayor a 7 días) son: neumonía, aspiración, disfagia, decanulación accidental, granulomas traqueales, fístulas. traqueocutáneas o traqueoesofágicas, traqueomalacia y estenosis laringotraqueal.

La cánula de traqueostomía es un tubo con un diámetro menor al de la tráquea, que se introduce a través del traqueostoma y que sirve para evitar que este se cierre y permitir así la ventilación del paciente. En el mercado existen diferentes tipos de cánulas en función de los materiales con los que son fabricadas pudiendo encontrar fundalmentalmente cánulas de plata, de poliuretano (PVC) y de silicona. Los tamaños de las cánulas varían tanto en longitud como en diámetro. También pueden ser fenestradas (fonatorias) y no fenestradas. Pueden llevar o no balón de neumotaponamiento (que ayuda a aislar la vía aérea en pacientes con ventilación mecánica). El tipo de cánula se selecciona en función de las necesidades de cada persona.

2 Objetivos

-Manejo de la cánula de traqueostomía por obstrucción por un tapón mucoso por el personal de enfermería y del paciente.
-Disminuir la ansiedad del paciente al alta de la unidad de hospitalización mediante educación de la salud.
-Conocer las posibles complicaciones del procedimiento.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline, Lilacs, Cochrane, Cuiden y Web Of Science. Los términos empleados han sido: traqueotomía, complicaciones, cuidados y enfermería, combinándolos con el operador booleano AND y OR.

4 Resultados

La traqueostomia debe limpiarse diariamente y realizar el cambio de la endocánula tantas veces sea necesario para evitar acúmulo de secreciones en su interior. Una de las complicaciones que más ansiedad produce en el paciente en el domicilio es la obstrucción de la cánula.

Ante la sospecha de obstrucción por tapón de moco, se debe en primer lugar retirar la cánula interna y valorar su permeabilidad. A continuación, si se dispone de aspiración en el domicilio o en el centro hospitalario usarlo siguiendo las recomendaciones durante su uso; no más de 15 segundos a una presión entre 80-120 mmHg. Si no se consigue extraer el tapón, se puede instilar solución salina o mucolíticos en forma de bolos por el estoma para ayudar a disolver el tapón. Si aún persiste retirar toda la cánula. En estos casos es recomendable tener siempre cerca del paciente una cánula del número que use y otra de un número menor.

Para evitar la obstrucción es muy importante la hidratación bebiendo al menos un litro y medio o dos de agua al día . De esta forma las secreciones estarán fluidas y no se espesarán formando tapones de moco que le podrían originar problemas importantes para su respiración. También es recomendable el uso de tapones para humidificar y filtrar el aire .

5 Discusión-Conclusión

Los conocimientos para actuar ante una sospecha por obstrucción por tapón de moco tanto en el personal de enfermería como en el propio paciente disminuye la ansiedad para abordar esta situación. Es una de las complicaciones mas temidas por el paciente al alta a su domicilio portador de una traqueostomía, por lo que es muy importante realizar una buena educación para la salud del manejo de ella durante el ingreso en hospitalización, al alta a su domicilio y así mejorar su calidad de vida. Es importante que si el paciente es independiente que realice el mismo sus propios cuidados y sepa manejar estas situación entre otras.

6 Bibliografía

1-Hernández Carlos, Bergeret Juan Pedro, Hernández Marcela. Traqueostomía: principios y técnica quirúrgica. Cuad. Cir. 2007; 21: 92-98
2-Raimondia N, Vialb M.R, Callejad J, Quinteroe A, Cortés Albanf A, Celis E et al. Guías basadas en la evidencia para el uso de traqueostomía en el paciente crítico. Elsevier. MedIntensiva. 2017;41(2):94-115
3-Badillo Melgar A.G, Jimeno Galván M.R, Vázquez Gandullo E, García Hidalgo A. Manejo del paciente traqueostomizado, cánulas y aplicación de fármacos inhalados. Neumosur [Consultado Febrero 2020] Disponible en: https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/25-traqueostomizado-Neumologia-3_ed.pdf
4- Gálvez González M.A. Procedimiento de traqueostomía percutánea: Control y seguimiento de enfermería. Eselvier. Enferm Intensiva. 2009;20(2):69-75

Capítulo 372

LOS ERRORES MÁS HABITUALES DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN ESPAÑA.

IRENE VILLOTA MARTINEZ

LETICIA FERNANDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Los errores de medicación es un problema cuya incidencia va en aumento y con un sustancial impacto humano, asistencial y económico, en donde, las autoridades sanitarias están llevando a cabo medidas para intentar paliarlo.

Este problema es al menos igual de grave en entornos de Atención ambulatoria como en especializada, de ahí que requieren el mismo grado de rigor en la implementación de estrategias de reducción de riesgos.

Con este trabajo se pretente aclarar unos principales conceptos, así como destacar los principales factores de riesgo de los EM y resaltar la importancia de implantar una serie de estrategias para minimizar esta problemática.

2 Objetivos

Generales:
• Realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica, en diversas fuentes documentales, sobre los principales errores en medicación.

• Explicar la trascendencia de la prevención de los mismos.

Específicos:
• Describir los principales errores en medicación.
• Contrastar la efectividad de seguir un protocolo a la hora de trabajar con medicación versus no seguirlo.
• Identificar las principales estrategias de mejora de la seguridad ante el paciente.
• Mostar el impacto sanitario de los errores de medicación y la necesidad de establecer prácticas de seguridad efectivas.
• la repercusión de colaboración con otros profesionales sanitarios
• Detallar la importancia de la implantación de un programa de captación e información desde los diferentes niveles de atención.
• Describir la actitud a seguir ante un error de medicación.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la mejor evidencia científica sobre los principales errores en la administración de la medicación. Esta revisión se realizó en dos fases: Localización y Selección de estudios relevantes y Análisis de los estudios seleccionados.

La búsqueda se centró en localizar documentos relacionados con los errores en la administración de medicamentos, que método a seguir antes de la administración de los medicamentos, y la importancia de la educación sanitaria, así como identificar estrategias que nos ayuden a mejorar en la seguridad del paciente.
Para la localización de los documentos, se ha consultado diversas fuentes documentales siempre utilizando términos DeCs tales como, “errores de medicación”, “control de riesgo”.

Asimismo, se ha empleado el mismo booleano en todas ellas, “AND”.
Como criterio de exclusión para descartar ciertos artículos, simplemente ha sido la no relación con el objeto de estudio del trabajo, el haber sido ya encontrados en anteriores búsquedas, y en otros casos el tratarse de artículos ya obsoletos. Como fuentes documentales secundarias me he apoyado en Excelencia Clínica; Astursalud; base de datos como Google Academy.

4 Resultados

A través del análisis de los resultados de los estudios revisados, fue posible distinguir tres temas principales, como son: clasificación, prevención de los errores en medicación y sistema de notificación y aprendizaje de los EM.

Destaca la necesidad de disponer de una clasificación que sistematice la información necesaria para describir y analizar los errores de medicación. El grupo de trabajo Ruiz-Jarabo 2000, elaboró una clasificación de los errores de medicación, que pudiera ser utilizada para estandarizar la detección, análisis y registro de los errores, y que permitiera comparar o compartir la información procedente de distintos ámbitos y centros.
En cuanto a la prevención de los errores en medicación; encontramos una serie de fundamentos a la hora de hablar de prevención:
1. Analizar los errores de medicación como errores del sistema; nunca se deben considerar como errores humanos, pensando que la solución se limita a encontrar al individuo ”culpable” del error“. No se trata de buscar quién, sino de analizar dónde y cómo y qué circunstancias motivaron el error.
2. Crear una cultura de seguridad no punitiva que permita aprender de los errores, es decir, hay que evitar que los errores no se comuniquen por temor a las posibles sanciones.

Por último, entre las estrategias para la prevención de los errores en medicación encontramos:
1. Recomendaciones dirigidas a minimizar la confusión de las denominaciones: estos errores ocurren fundamentalmente por la similitud existente entre los nombres comerciales (p.ej. Aricept y Azilect, Sumial y Luminal), Los errores por esta causa pueden ocurrir en cualquier etapa del sistema de utilización de los medicamentos, en la administración, pasando por el almacenamiento, la transcripción o la dispensación. En cuanto al almacenamiento, se recomienda separación física de los medicamentos con aspecto o nombre parecidos, y la utilización de tamaños de letra mezclada (mayúscula y minúscula) al escribir. En cuanto a la dispensación o administración de un medicamento, se debe verificar que el nombre, la dosis y la forma farmacéutica son correctos. Comprobar que el medicamento se corresponde con la indicación para la que fue prescrita, extremar las precauciones ante medicamentos nuevos o no habituales y corroborar con el médico la prescripción siempre que exista cualquier duda sobre la misma.
2 Formación en el uso seguro de medicamentos

3 Uso de nuevas tecnologías que ayuden a mejorar los procesos previa validación, tal como la prescripción electrónica, que evita una prescripción manuscrita poco legible.
4 Prestar atención especial a los medicamentos de alto riesgo, identificando los mismos y conociendo su adecuado manejo; tales como insulina, opiáceos, heparina, ClK, ClNa, hipoglucemiantes orales, anticoagulantes orales.
5 Atención a las terapias duplicadas y a las interacciones medicamentosas.
6 Controlar las condiciones de trabajo, tales como luminosidad, sobrecarga.

Interesa notificar tanto los errores de medicación que realmente han ocurrido, como los errores potenciales que fueron detectados antes de llegar al paciente o que el notificador considera que es posible que sucedan, por existir causas que favorecen su producción, como por ejemplo nombres de medicamentos similares que puedan llevar a confusiones.

Los profesionales sanitarios que deseen notificar errores de medicación y compartir su experiencia para ayudar a evitarlos pueden notificar on-line a Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP). Se caracteriza por ser: no punitivo, voluntario, anónimo, confidencial, claro, análisis basado en experto, actualizado y sencillo.

5 Discusión-Conclusión

En primera instancia podemos destacar que el riesgo de la asistencia sanitaria en general, especialmente el motivado por los errores de medicación, es un grave problema con gran repercusión humana, asistencial y económica, que está siendo abordado de forma prioritaria por las autoridades sanitarias. Se sabe que hay un aumento progresivo de la incidencia de los errores en medicación en los sistemas sanitarios de los países desarrollados.

Diversos estudios publicados en la pasada década revelaron el elevado coste asistencial y económico de este problema. Además, los errores asistenciales tienen un coste personal muy importante, erosionan la confianza de los pacientes en el sistema y dañan a las instituciones y a los profesionales sanitarios que son, sin duda, su segunda víctima

En relación, a los principales factores de riesgo asociados destacan fundamentalmente la falta de informatización del sistema sanitario , la necesidad de promover la denominación de los medicamentos utilizando el nombre del principio activo

en lugar del nombre comercial, dado que permite la identificación inequívoca de los medicamentos y facilita la comunicación entre profesionales y pacientes, tanto nacional como internacionalmente. Así mismo, cabe destacar la importancia de realizar un análisis periódico de los nombres de los productos nuevos; así como de la capacitación y educación de los profesionales de atención sanitaria sobre medicamentos de aspecto o nombre parecidos y el importante riesgo de errores de medicación,

A todo esto hay que añadir la existencia de una cultura profesional sanitaria que tiende a ocultar en lugar de favorecer la comunicación abierta de los errores asistenciales y sus causas. Los estudios realizados en España indican que los efectos adversos motivados por los EM tienen una magnitud asistencial y económica similar a la registrada en Estados Unidos y otros países de nuestro entorno. Así, se ha observado que los EM motivan entre un 4,7% y un 5,3% de los ingresos hospitalarios, con un coste medio por estancia próximo a 3.000 euros. Por ello, sería necesario que todos los implicados en la cadena terapéutica del medicamento se concienciaran de la dimensión de este problema y se implantaran medidas dirigidas a la prevención de errores, tal y como se está haciendo en otros países.

Los gestores de riesgos están adoptando una actitud más activa en los hospitales. Se necesita la participación y el esfuerzo de todos los implicados para lograr evitarlos. El objetivo general de esta estrategia es mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios, tomando en consideración el principio "primum non nocere" (ante todo, no causar daño); y "Lo peor no es cometer un error, sino tratarlo de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia "(Santiago Ramón y Cajal)

6 Bibliografía

1. Gómez de Salazar ME, Domínguez-Gil Hurlé A, Moreneo Álvarez P.J, Seguridad de Medicamentos. Prevención de Errores de Medicación. ISMP-España. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Salamanca. 2002; 26 (4): 250-254
2. Beltrán Gárate, I. 10 Estrategias para prevenir errores de medicación. Universidad de Navarra.
3. Valledor Mendez M, Mérida Fernández Sara, Estrategia de seguridad del paciente 2015-2020. SESPA. 2015
4. Clasificación de los errores de Medicación. Grupo Ruiz-Jarabo 2000. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Mayo 2008

5. M.J Otero López, B. Castaño Rodríguez, M. Pérez Encinas, C. Codina Jané, M.J. Tamés Alonso y T Sanchez Muñoz .Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2000 ISMP-España. Servicio de Farmacia Hospital Universitario de Salamanca
6. M.J Otero López, Jané Codina. C, Tamés Alonso M, Pérez Encinas M .Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Resultados de la Beca Ruiz- Jarabo 2000. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Salamanca. 1Hospital Clínic de Barcelona. 2Instituto Oncológico de San Sebastián. 3Fundación Hospital Alcorcón Madrid.
7. M.J Otero. Curso de Formación Continuada en Farmacoterapia de la SEFH. 2007 Modulo IV (110-151) Aran ediciones S.L
8. Prevención y errores de medicación. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000500003.
9. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Disponible en www.ismp-espana.org

Capítulo 373

MIGRAÑA Y SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

LUCIA ALVAREZ RODIL

LUIS FEITO GARCIA

1 Introducción

La migraña es una cefalea primaria en la que existe una alteración neurovascular,que se manifiesta en forma de crisis o ataques recurrentes.

Se ha destacado el papel que juega el aumento de aferencias nociceptivas desde estructuras periféricas,como es el caso del Síndrome de Dolor Miofascial.

2 Objetivos

El objetivo del caso que se expone a continuación es comprobar la repercusión de la inactivación de puntos gatillo miofasciales (TrPs), medianteeltratamientofisioterápicoconpunciónsecaytécnicasconservadoras,en el manejo del dolor de una paciente con migraña.

3 Caso clínico

La paciente acudió al servicio de fisioterapia por dolor bilateral en la zona de cabeza y cuello.La elaboración de la anamnesis y la exploración

física reveló la presencia de TrPs activos tanto unilateral como bilateral mente en la musculatura cráneo cervical.Se hizo un seguimiento de la evolución durante los 4 meses de tratamiento,y se prolongó un mes tras el alta.Además, se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline,Ebsco,Pubmed,Elsevier, y ScienceDirect, utilizando las Palabras Clave“Migraine”,“Myofascialtriggerpoints”,“ReferredPain”y“Dryneedling”.

4 Discusión-Conclusión

Los resultados de este caso mostraron una mejoría progresiva en el dolor de la paciente desde la primera sesión,pudiendo confirmar la influencia del tratamiento fisioterápico,tanto conservador como invasivo,de los TrPs en la disminución de la sintomatología en pacientes con migraña.La mejoría se mantuvo en el seguimiento realizado un més después de finalizar el tratamiento.

• Varios autores han confirmado la importancia del número elevado de TrPs en pacientes con migraña,así como los beneficios de su tratamiento mediante infiltración. Sin embargo,no se han encontrado estudios que demuestren la eficacia del tratamiento conservador e invasivo con técnicas fisioterapeutas.
• Los resultados sugieren que el tratamiento fisioterápico de TrPs en pacientes con migraña puede ser beneficioso.Sin embargo se debe destacar que el caso expuesto es un caso aislado,siendo necesarios ensayos clínicos con una muestra mayor.

5 Bibliografía

1.García-Leiva JM, Hidalgo J, Rico-Villademoros F, Moreno M,CalandreEP. EffectivenessofRopivacaineTriggerPointsInactivationintheProphylacticManagementofPatient
70.
2.SimonsD.G.Revisióndelosenigmáticospuntosgatillomiofascialescomocausahabitualdedolory
32.
3.Sales Pinto LM, de Carvalho JJ, Cunha CO,Santos Silva RD, Fiamengui FilhoJF,RodriguesContiPC.Influenceofmyofascialpainonthepressurepainthresholdofmasticato
5.
4.Palacios-Ceña M, Ferracini GN, Florencio LL ,Ruíz M, Guerrero ÁL, Arendt-NielsenL,Fernández-de-Las-Peñas C. The Number of Active But Not Latent Trigger Points Associated with Widespread Pressure Pain Hypersensitivity in Women with Episodic Migraines. PainMed. 2017 Dec1;18(12):2485-2491.

Capítulo 374

CONTROL DE LA INGESTA HÍDRICA EN HEMODIÁLISIS.

CARMEN MARIA VIÑA GUTIERREZ

1 Introducción

La hemodialisis es una terapia de sustitución renal que tiene como finalidad suplir parcialmente la función de los riñones. La diálisis elimina los productos de desecho y líquidos de la sangre que los riñones no pueden eliminar. La diálisis también ayuda a mantener el equilibrio en el organismo corrigiendo los niveles de diversas sustancias tóxicas en la sangre. Sin diálisis, todos los pacientes con insuficiencia renal terminal morirían como consecuencia de la acumulación de toxinas en la sangre.

Los líquidos que no se eliminan con la diuresis, se acumulan en el cuerpo. La diálisis actúa para eliminar ese exceso de líquido de su sangre, de modo que es importante controlar la ingesta de líquidos. Si bien en una dieta de diálisis los líquidos generalmente están limitados, la cantidad exacta que debe ingerir cada día depende de su salud y del tipo de diálisis que recibe. Limitar los líquidos ayudará al paciente a sentirse mejor y a mantenerse más saludable. Una vez que reciba diálisis, probablemente orine muy poco o nada.

Todo líquido extra debe eliminarse a través de la diálisis y el consumo excesivo de líquido puede producir acumulación entre las sesiones de diálisis, lo cual provocará los siguientes síntomas:
- Dolores de cabeza y poca energía.
- Hinchazón en su rostro, manos y pies (edema).
- Dificultad para respirar del líquido en los pulmones.

- Daño al corazón por forzar al corazón con demasiado líquido.
- Hipertensión arterial que puede provocar accidente cerebrovascular.

2 Objetivos

- Ayudar al paciente a seguir una dieta adecuada a su tratamiento y adaptada a sus necesidades.
- Darle recursos para controlar la ingesta de líquidos entre sesiones de diálisis.
- Evitar, con la educación sanitaria, los efectos adversos de la sobrecarga hídrica.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de los últimos 5 años, consultado las siguientes bases de datos: Dialnet, PubMed, Medline, Cuiden y Scielo. También se han revisado otros documentos como manuales, libros especializados de nefrología. Los Descriptors en Ciencias de la Salud fueron: calidad de vida, hemodiálisis, nefrología, cuidados de enfermería.

4 Resultados

La dieta del enfermo renal debe ser variada, equilibrada, con la suficiente energía adecuada a sus necesidades, ordenada y complementada con algún suplemento si fuera preciso. Los pacientes en diálisis deben restringir los líquidos totales a 500 ml/día más la diuresis residual diaria si la hubiera, para evitar ganar mucho peso entre diálisis. El acúmulo excesivo de líquidos, además de complicaciones ya citadas, hace que las diálisis sean peor toleradas, con calambres e hipotensiones. Para calmar la sed y limitar los líquidos:
- Comer un pedazo de fruta fría o congelada
- Congele su bebida favorita en una botella y beba sorbos a medida que se descongela.
- Chupe un pedazo de caramelo duro sin azúcar o mastique goma de mascar sin azúcar.
- Beba de tazas o vasos pequeños.
- Enjuáguese la boca con enjuague bucal.
- Evite las “trampas de líquidos”: identifique las situaciones en las que puede beber por aburrimiento o como hábito social.

- Espere 10 minutos para que pase el antojo de beber líquidos, llame a un amigo, lea una revista
- Manténgase fresco durante los días calurosos: evite sobrecalentarse con vestimenta apropiada, manténgase a la sombra y use un atomizador con un ventilador de mano.

A parte de controlar los líquidos, los pacientes en diálisis deben seguir otras pautas dietéticas : técnicas de cocinar determinados alimentos como las legumbres para la eliminación de potasio, tales como el remojo o la doble cocción. La fruta debe restringirse a dos piezas al día, a ser posible manzana o pera y evitando plátano, uvas y melón, así como los frutos secos por su alto contenido en potasio.

5 Discusión-Conclusión

La modificación de la dieta junto con la administración de medicamentos no sólo es recomendable, sino que es parte fundamental del tratamiento de los pacientes en diálisis. Con una dieta adecuada, limitada en líquidos, se eliminan muchas de las complicaciones que se pueden producir tanto fuera como dentro la sesión de diálisis. Además, es vital para la buena evolución de la enfermedad, así como para evitar la aparición de otras enfermedades como la obesidad, hipertensión y diabetes.

6 Bibliografía

- Lorenzo V, López Gómez JM. Principios físicos en Hemodiálisis. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds) Nefrología al Día. http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-principios-fisicos-hemodialisis-188
- Misra M. Hemodialysis and hemofiltration. In: Gilbert SJ, Weiner DE, eds. National Kidney Foundation's Primer on Kidney Disease. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 57.
- Hemodialysis. National Kidney Foundation. https://www.kidney.org/atoz/content/hemodialysis.
Accessed June 8, 2016.

Capítulo 375

HIPOTERMIA TERAPÉUTICA.

LARA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ

LETICIA MÉNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

Las paradas cardiorrespiratorias (PCR) son la causa principal de muerte en nuestro país, muchas veces no por el acto en sí, sino por las consecuencias derivadas de ésta. El soporte vital avanzado además de incluir las técnicas de reanimación más actualizadas según el European Resuscitation Council (ERC), también se encarga de los cuidados del paciente tras la recuperación de la circulación y respiración espontáneas, así como de evitar posibles problemas derivados de la anoxia, principalmente en el sistema nervioso central. Entre éstas prácticas se incluye la inducción de la hipotermia como terapia protectora de las funciones neurológicas. Durante los últimos años el incremento de su implantación en muchas unidades de Cuidados Intensivos es muy notable y con destacable evidencia satisfactoria.

La parada cardiorrespiratoria es un problema de primera magnitud en los países desarrollados entre ellos España. En nuestro país se calcula que se producen alrededor de 275.000 paradas cardiacas cada año. (1)
Otro aspecto a tener en cuenta es la supervivencia tras sufrir una parada cardiorrespiratoria, ésta depende en gran medida de la asistencia inicial, cuando hay una actuación inmediata se incrementa en gran medida la posibilidad de sobrevivir llegando incluso a ser el doble la tasa de supervivencia con reanimación inmediata a la tardía.

La supervivencia no solo supone seguir con vida tras una parada sino que importa también y mucho qué problemas pueda tener el paciente. Se calcula que sólo un 1.4 % de los pacientes supervivientes a una PCR quedan libres de alteraciones neurológicas y hasta más de un 60% pueden presentar secuelas graves o muy graves. (1,2).

La hipotermia terapéutica supone la reducción de la temperatura corporal de un paciente hasta un máximo de 32ºC, de manera que se disminuya la demanda de oxigeno protegiendo así los órganos vitales, disminución de la frecuencia cardiaca y aumento de la perfusión coronaria favoreciendo así el músculo miocardio. De esta manera se reduce el metabolismo, la frecuencia cardiaca, la presión. También es usado como antimicótico.
Esta técnica ya fue utilizada en la antigüedad remontándonos hasta la época hipocrática donde se usaba para analgesia y como antihemorrágico natural. Ya en el siglo XIX comienza a usarse de manera experimental en humanos. Aunque se puede llevar a cabo en distintos casos como por ejemplo en PCR, ictus isquémico, traumatismos craneoencefálicos y hemorragia subaracnoidea, la evidencia sobre la efectividad nos dice que es desigual según en quécaso, siendo los más favorable en pacientes reanimados tras parada cardiorrespiratoria. (3).
La sí o no implantación de la técnica en las unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales, depende en gran medida no sólo de la disponibilidad de material sino de la familiarización con el proceso, el desconocimiento por una gran parte del personal de los procedimientos de la técnica es la razón principal de que no esté siendo utilizada,(1) es por ello, por lo que se hace necesario e imprescindible instruir en la puesta en marcha de la hipotermia terapéutica en casos tan numerosos que están sucediendo todos los días, como son las paradas cardiorrespiratorias, englobándola siempre dentro de la cadena de supervivencia como un eslabón más para que el paciente se recupere de manera óptima.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de los cuidados post-resucitación como un eslabón más de la cadena de supervivencia, así como las etapas en el cuidado del paciente tras la recuperación de la PCR.
- Formar al personal de enfermería en la puesta en práctica de las técnicas de inducción de la hipotermia terapéutica, así como de las posibles complicaciones y efectos secundarios que pueda originarse de esta técnica.
- Elaboración de un protocolo de cuidados de enfermería en el desarrollo de la

técnica.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos CINAHL, SciELO, Dialnet, ProQuest, EBSCOhost, Medline/PubMed, Índice Médico Español, Cuiden, ENFISPO, IBECS, Cuidatge, Index de Enfermería, durante el período comprendido entre los años 2000 y 2013, buscando información actualizada y evidencias la aplicación del procedimiento de hipotermia terapéutica en los cuidados post-resucitación tras la PCR. La hipotermia terapéutica en pacientes que han sufrido parada cardiorrespiratoria y elaboración de un protocolo de cuidados de enfermería en el desarrollo de la técnica. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda son: hipotermia inducida, hipotermia terapéutica, síndrome post parada, protocolo, enfermería, cuidados post resucitación, encefalopatía anóxica, terapéutica hipotermia, posresuscitation treatment, nursing.

4 Resultados

1. Soporte Vital Avanzado. La hipotermia terapéutica como eslabón de la cadena de supervivencia.
La parada cardíaca (PC) es un problema de magnitud importante en los países desarrollados. En España se producen alrededor de 24.500 PC extrahospitalarias anuales. Su gravedad reside a parte de la baja supervivencia que conlleva, también los problemas neurológicos asociados, consecuencia de la hipoxia-isquemia que se produce. (3)

El soporte vital avanzado incluye los cuidados intensivos iníciales a pacientes coronarios y los cuidados postresucitación, conjunto de técnicas, maniobras, tratamientos, etc. que proporcionan los cuidados definitivos tras las PCR para asegurar las funciones vitales hasta que estén completamente recuperadas. La hipotermia terapéutica se incluye en ésta última siendo un tratamiento novedoso y efectivo para mejorar las condiciones y minimizar las consecuencias de la PCR. (4, 5,6).

Los cuidados postresucitación comienzan desde el primer momento en que paciente recupere el ritmo cardiaco. Lo primero que se ha de proteger es la vía aérea aislándola y asegurar la estabilidad hemodinámica. La segunda fase contempla el traslado a UCI de manera eficiente y la tercera y última trata de minimizar

en lo posible las secuelas derivadas del paro cardiaco. Estas secuelas se han de paliar por medio de un sistema multidisciplinar, protocolizado en el que los profesionales han de estar instruidos en la materia para minimizar cada uno desde su campo de actuación estas lesiones.

Dentro de las intervenciones terapéuticas más punteras que se utilizan para la protección neurológica se encuentra la Hipotermia terapéutica o hipotermia inducida. Esta técnica consiste en la disminución de la temperatura corporal por debajo de 35ºC hasta un máximo de 32ªC. Su uso está cada vez más implantado en pacientes con riesgo de deterioro neurológico tras sufrir una parada cardiorrespiratoria (PCR). (8, 9, 10,11) También se ha llevado a cabo en pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico (TCE) y en pacientes con enfermedad isquémica o hemorrágica, pero su efectividad no está constatada y muchos estudios la desaconsejan. (12) .

2. Efectos terapéuticos de la hipotermia terapéutica.
Efectos metabólicos: disminución del metabolismo tisular por enlentecimiento de las reacciones de las enzimas temperatura-dependientes. El consumo de oxígeno disminuye un 8% por cada grado de temperatura.

Efectos hemodinámicos: la hipotermia inducida produce disminución de la frecuencia cardiaca por enfriamiento directo del nodo sinusal, esto mejora la perfusión coronaria, que se produce fundamentalmente durante la diástole. También produce vasoconstricción refleja aumentando TA y TAM.

Efectos en el tejido encefálico: disminuye la hipertensión intracraneal y el edema cerebral en las lesiones cerebrales traumáticas y/o isquémicas también produce un efecto anticonvulsivante. Efectos antiinflamatorios: la hipotermia inducida reduce la respuesta inflamatoria que se produce, por ejemplo, después de la circulación extracorpórea.

3. Descripción de la técnica.

1. Inducción:
Con la inducción se persigue alcanzar una temperatura corporal de 32ªC aproximadamente en el menor tiempo posible sin comprometer la vida del paciente.
- Monitorización y registro de constantes vitales (FC, TA, PVC, FR, SO2, Tª Vesical o esofágica).
- Canalización de vía central y vía arterial.
- Analítica completa.

- Sondaje vesical y esofágico (con sensor de temperatura).
- Exploración física y neurológica (índice de Glasgow).
- Colchón anti escaras y protocolo de úlceras por presión.
- Infusión de líquidos a 4ºC (pauta inicial 1500cc en 30 minutos) de suero fisiológico o ringer lactato y colocación de bolsas de hielo en axilas, inglés alrededor de la cabeza y el cuello.

Así mismo se recomienda la monitorización de la temperatura central y de manera continua.

• Sensores Nasofaríngeos: son usados porque sus valores son el reflejo de la temperatura de la base del cerebro (hipotálamo) al estar colocados en su proximidad y cerca de áreas con un alto flujo sanguíneo.
• Sensores Esofágicos: es muy buen indicador de la temperatura del corazón y de la sangre ya que está muy cerca del arco aórtico.
• Sensores rectales: son frecuentemente utilizados en UCI, pero es un reflejo muy irregular de la temperatura rectal (la ampolla rectal ha de estar siempre vacía para que la medición sea correcta).
• Sensores vesicales: se utiliza con sondas Foley con sensor de temperatura. Es posiblemente el método más fiable y más extendido en la UCI.
• Sensores timpánicos: reflejan la temperatura cerebral al estar irrigada la membrana timpánica por una rama de la arteria carótida. Se emplean más en el quirófano de cirugía cardiaca que en la UCI.
• Sensores intravasculares: es un fiel reflejo de la temperatura central.

Durante la inducción se administran sedantes, analgésicos, relajantes musculares y reposiciones de la volemia. Las constantes han de vigilarse de manera horaria así como el estado de las pupilas. Se ha de realizar también control de la glucemia capilar cada 6 horas.

Complicaciones que pueden surgir durante la hipotermia terapéutica.
- Hipovolemia por poliuria: reposición de volumen.
- Hipopotasemia: debido al daño de los tejidos por paro cardíaco y al aplicar la hipotermia: reposición electrolítica.
- Temblores y vasoconstricción producidos al aplicar frio: relajantes musculares.
- Mioclonías: terapia anticonvulsiva.
- Taquicardia: valorar repercusión hemodinámica.
- HTA: vasoconstricción periférica por el frio. Hipotensores.
- Hiperglucemia por alteraciones del páncreas e hígado. Control de niveles de glucemia capilar.

- Poliuria por supresión ADH: reposición de volumen.

2. Mantenimiento:
Durante el mantenimiento se persigue someter al paciente a una temperatura corporal de 33ºC durante 12- 24horas. Cuidados de enfermería durante la hipotermia terapéutica

• El paciente ha de estar sedado y relajado, se precisa de vigilancia de movimientos espontáneos, mioclonias o temblores que indicaran relajación y/o sedación insuficiente.
• Se debe vigilar también la hipoventilación ya que produce vasoconstricción cerebral, es por ello por lo que durante la hipotermia inducida el paciente ha de tener los niveles de carbónico elevados para evitar una hipoperfusión cerebral y con ello el daño isquémico.
• Enfermería ha de tener especial atención también en la aparición de úlceras por presión (UPP), ya que el riesgo aumenta por la relajación muscular y por la mala perfusión capilar producida por la hipotermia.
• Se ha de vigilar las zonas de sangrado ya sea en el tubo endotraqueal, heridas quirúrgicas, etc.
• El paciente con hipotermia es especialmente susceptible a las infecciones, se requieren medidas de asepsia estricta.
• Y por supuesto el control de la temperatura constantemente recae también en enfermería, siendo la principal responsable de que los niveles térmicos estén siempre dentro de los límites marcados. (12)

3. Recalentamiento.
El recalentamiento ha de realizarse de manera lenta y progresiva de manera que aumente la temperatura 0.5-1ºC cada hora. Se aconseja hacerlo con mantas de aire caliente si el enfriamiento se ha realizado con métodos externos o mediante los mismos métodos endovasculares utilizados en el enfriamiento si por el contrario se han utilizado métodos internos. Hay que tener especial atención con las reacciones vasovagales potenciales por la vasodilatación que produce el calentamiento.

4. Construcción de un protocolo de hipotermia terapéutica tras PCR.
Para que la puesta en marcha de la técnica de la hipotermia terapéutica sea factible, el paciente ha de haber sido tratado previamente mediante técnicas de reanimación para recuperar la circulación y respiración espontáneas. Es por ello

por lo que a la hora de establecer un protocolo podemos dividirlo en 2 fases:
Fase 1: Debe de contemplar los criterios de inclusión y exclusión para que un paciente sea susceptible de recibir hipotermia terapéutica.

Los criterios de inclusión y exclusión para que un paciente pueda o no recibir HT difieren, aunque no demasiado, según la bibliografía, pero generalmente son aceptadas las siguientes:

Criterios de inclusión (14):
• Mayor de 18 años. Si mujer: no gestación.
• Después de paro cardiopulmonar (TV/FV sin pulso/desconocido).
• < 15 min. Desde colapso para intentar RCP.
• Tiempo de parada hasta volver a circulación espontánea < 50 min.
• Inicio de la hipotermia < 6 horas desde el inicio de la RCE tras el paro.
• Temperatura inicial > 30ºC.

Criterios de exclusión (14):
• Estado de "no reanimar", enfermedad terminal, mal estado basal.
• Coma sin relación con el paro (intoxicación, accidente cerebro vascular, electrolitos, etc.).
• Hemorragia activa grave.
• Presión Arterial Media < 60 mmHg durante más de 30 min precisando más de un vasopresor.
• Saturación de O2 < 85 % durante más de 15 min.
• Arritmia incontrolada.
• Historia de crioglobulinemia. Embarazo.
• Muerte cerebral.

Fase 2: debe de dar respuesta a cuando se ha de comenzar el procedimiento, qué temperatura hay que alcanzar y a qué ritmo, y dar una breve recomendación sobre cómo organizar y ejecutar la técnica. (14,15).

5 Discusión-Conclusión

Tras la bibliografía revisada, se concluye que:
• La hipotermia terapéutica es una técnica barata y relativamente fácil de abordar que ha demostrado resultados favorables en la recuperación del paciente tras parada cardio-respiratoria.

• La hipotermia terapéutica es una técnica muy poco usada en Europa y mucho menos en España.
• El desconocimiento de la puesta en práctica de esta técnica hace necesario la elaboración de protocolos, los cuales facilitaran la difusión de los beneficios y los métodos de empleo.
• La hipotermia terapéutica a pesar de ser una técnica recomendada entraña también una serie de complicaciones y riesgos que en muchos hospitales son la principal razón por la cual no se ha implantado en algunas unidades de cuidados intensivos.

El personal de enfermería está siempre en primera línea de actuación desde que se inician las maniobras de resucitación hasta que el paciente se recupera por completo del paro. Las actuaciones que realiza son muy diversas y están altamente relacionadas con las del resto de personal sanitario. Es responsabilidad del enfermero el buen funcionamiento de todos los dispositivos y el control del paciente atendiéndolo siempre de manera integral y favoreciendo siempre una recuperación rápida y eficaz.

6 Bibliografía

1. Pérez Vela JL. Hipotermia terapéutica tras parada cardiaca. Revista Electrónica de Medicina Intensiva. [Internet] Diciembre 2008 [Consultado en abril 2013]; 12(8). Disponible en: http://remi.uninet.edu/2008/12/REMIA094i.html.
2. Pérez Vela JL. Hipotermia terapéutica tras parada cardiaca. Revista Electrónica de Medicina Intensiva. [Internet] Mayo 2007. [Consultado en abril 2013];5(7). Disponible en: http://remi.uninet.edu/2007/05/REMIA071.htm
3. Miñamabres E, Holanda MS, Domínguez Artigas MJ, Rodríguez Borregán JC. Hipotermia terapéutica en pacientes neurocríticos. Med Int.. 2008 Junio-Julio[consultado en mayo 2013]; 5 (32).
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021056912008000500004&script=sci_arttext
4. Carrilero López C. Protocolo de hipotermia. [video]. Albacete: MEDIATECA; X Décimo congreso de Medicina y enfermería intensiva y Unidades coronarias. [Consultado en: abril 2013]. (1).
5. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Plan Nacional de RCP. La cadena de supervivencia [Monografía en Internet]. Enero 2011.
6. Plan Nacional de RCP. La cadena de supervivencia. Sociedad Española de

Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. [Internet] Enero 2011. [Citado en Marzo 2013]. Pág.: 1-2. Disponibleen:http://www.semicyuc.org/sites/default/files/la_cadena_de_superviven
cia_de_la_semicyuc.pdf.
7. Belliard G, Catez E, Charron C, Caille V, Aegerter P, Dubourg O, et al. Efficacy of therapeutic hypothermia after out-of-hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation. Resuscitation. 2007;75:252-9.
8. Castrejón S, Cortés M, Salto ML, Benítez LC, Rubio R, Juárez M, et al. Mejora del pronóstico tras parada cardiorrespiratoria de causa cardiaca mediante el empleo de hipotermia moderada: comparación con un grupo control. Revista Española Cardiología. 2009; 62:733-41.
9. Lázaro Paradinas L. Conocimiento enfermero sobre hipotermia inducida tras parada cardiorrespiratoria: revisión bibliográfica. Enfermería Intensiva (SEEIUC). Enero-Marzo 2012. 23 (1): 17-31.
10. Kim F, Carlbom D. Hipotermia terapéutica para el paro el cardiaco: sí, podemos. Revista Española Cardiológica. [Internet] 2009. 62 (7):726-728. [Citado Marzo 2013].
11. E. Muñoz Ibañez MC. Hipotermia inducida. En Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos pediátricos y Neonatales. [Monografía en Internet] Actualizado 13/04/2012.
12. ArantónAreosa L, Díaz Lamas A, Díaz Seoane B, Eguren Llera P, López Pérez N, Goas Iglesias U et al. Cuidados de Enfermería en la Hipotermia inducida tras Reanimación Cardiopulmonar. [Internet] A Coruña (España). Octubre 2007. [Citado Marzo 2013].
13. Irigoyen Aristorena MI, Yagüe Gastón A, Roldán Ramírez J. Trayectoriaclínica de hipotermia terapéutica posparada cardiaca. Enf Int. 2010; 21:58—67.
14. Montes García Y, Vicunaurtasun B, Villalgordoortin P, Marín Fernández B. Hipotermia: la modificación de la temperatura corporal como terapéutica clínica. Rev. ROL Enf. 2011; 34:258—68.
15. Clinical trials.GGovidentifiernct00283088. [Acceso10/09/2007].

Capítulo 376

PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON SÍNDROME AICARDI-GOUTIERES

LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ

LUIS CAMBRONERO LÓPEZ

CARIDAD VALERA MARTINEZ

1 Introducción

El síndrome Aicardi-Goutieres es una enfermedad rara. La incidencia de una enfermedad para ser determinada como rara debe ser menor de 5 cada 10000 personas en Europa. Tienen una mortalidad muy alta ya que son difíciles de diagnosticar. Son crónicas y, la gran mayoría, incapacitantes, por lo que son personas dependientes. Todo ello, nos lleva a esperanza de vida muy reducida, ya que suelen aparecer en la edad pediátrica, debido a que casi todas son de origen genético.

Los niños con enfermedades raras necesitan cuidados especiales ya que tienen necesidades especiales. Padecen un desarrollo inadecuado, por lo que son dependientes y, además de afectarles la enfermedad directamente por su clínica, les afecta indirectamente en el ámbito social y educacional, ya que también tienen problemas para aprender, estudiar y de conducta. Dentro de los cuidados especiales de estos niños, hay que tener en cuenta que muchos de ellos mueren a edades tempranas, por lo que esto nos lleva a los cuidados paliativos pediátricos.

Sin duda, la parte más importante de estos cuidados es el control de los síntomas, mediante fármacos y condiciones que los alivien, al igual que suspender todos los tratamientos que no sean necesarios y produzcan sufrimiento. Todo esto, conlleva a que sea necesario tener un plan de cuidados para los menores que mueren a causa de este síndrome.
Palabras clave: cuidados paliativos, enfermedad rara, Síndrome de Aicardi-Goutieres.

2 Objetivos

- Identificar cuáles son las necesidades de una paciente pediátrica con una enfermedad rara congénita en la etapa final de la vida.
- Realizar un plan de cuidados individualizado dirigido a conseguir que tengan una muerte digna y sin sufrimiento compuesto de diagnósticos, NOC, NIC y actividades de enfermería.

3 Caso clínico

El Síndrome de Aicardi-Goutieres es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, grave e irreversible. Es una enfermedad rara y es de origen genético.

- Síntomas: suelen padecerlos a los pocos meses de vida, y son encefalopatía progresiva, acompañada de microcefalia, disfunción piramidal-extrapiramidal, calcificaciones intracraneales, que afecta a los ganglios basales y la sustancia blanca, hipotonía y linfocitosis crónica. También eleva el interferón alfa en el líquido cefalorraquídeo y en la sangre. Los primeros síntomas suelen ser el rechazo de la alimentación, vómitos e irritabilidad. También puede producir convulsiones y espasmos infantiles y puede derivar en epilepsia. (6)
- Diagnóstico: una TC, que muestra las calcificaciones, una resonancia, donde se ve la atrofia cerebral, y un análisis del LCR, que va a indicar que tanto el interferón alfa como linfocitos están elevados. La confirmación diagnóstica la da el análisis de los genes. (7)

Durante toda su vida necesitan cuidados ya que son niños dependientes en todos los aspectos pero, sobre todo, lo necesitan cuando se encuentra en la etapa final, donde se aplican los cuidados paliativos.
Durante esta etapa final, los síntomas son astenia, anorexia, fiebre, dolor, deterioro del estado físico, alteración en la respiración (suele ser irregular y con estertores, ya que se acumulan secreciones) también disnea o fatiga, estreñimiento,

disminución de la diuresis, alteración de los esfínteres, nauseas, vómitos y síntomas neurológicos como crisis convulsivas, agitación o espasticidad, además de los propios de la enfermedad, ya que no tienen movilidad, no pueden comunicarse, sufren espasmos y no pueden alimentarse adecuadamente por vía oral, es necesario alimentarlos a través de sondas nasogástrica o PEG, lo que puede conllevar a malnutrición. (8)

4 Discusión-Conclusión

Los niños con enfermedades raras necesitan cuidados especiales, tanto por parte de los padres como de los profesionales de la salud, en los que la enfermería tiene un papel importante. Mediante el seguimiento y estudio de este caso, llego a la conclusión de que una parte, si cabe, todavía más importante, es la etapa final de las enfermedades raras en niños, ya que en muchas de ellas la esperanza de vida es muy corta y, además, es una muerte muy dolorosa.

Los padres de los niños son muy importantes durante todas las etapas de la enfermedad de sus hijos y, todavía más, en la fase final. La mayoría de estos pacientes no pueden comunicarse, ya que padecen un desarrollo inadecuado, por lo que nosotros, como profesionales, debemos escuchar en todo momento a los padres, ya que son los que mejor conocen lo que sucede a sus hijos en cada momento, y es muy importante respetar sus opiniones en cuanto a tratamientos, terapias, etc.

También es necesario el apoyo psicológico a la familia durante la enfermedad así como en la etapa de duelo. Las enfermeras deben hacerse presentes en la defensa de las garantías de sus pacientes y familias. Destaco la gran importancia de los cuidados paliativos en esta última etapa de la vida de los niños que padece este síndrome. Es fundamental un plan de cuidados individualizado y específico para cada uno de ellos, para que sea eficiente con el fin de cubrir todas las necesidades que tengan y, sobre todo, evitarles el mayor sufrimiento posible, es decir, una muerte digna.

5 Bibliografía

1. European Commission. Health and Consumer Protection Directorate-General. Useful Information on Rare Diseases from an EU perspective. Luxembourg: European Commission; 2004.

2. Posada M, Martín-Arribas C, Ramírez A, Villaverde A, Abaitua I. Enfermedades raras. Concepto, epidemiología y situación actual en España. Rev. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2008.
3. 9. Gaite L, García M, González D, Álvarez J. Necesidades de las enfermedades raras durante la edad pediátrica. Rev. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2008; 31(2): 165-175.
4. González D, García M. Enfermedades raras en pediatría. Rev. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2008; 31(2): 21-29.
5. Villegas J.A, Antuña M.J. Cuidados paliativos pediátricos. Bol. Pediatría. 2012; 52: 131-145.
6. Blanco M, Curros M, Álvarez A, Alonso A, Eirís J, Castro M. Síndrome de Aicardi-Goutières: aportación de dos nuevas observaciones. Rev. Anales de pediatría. 2005; 62(2): 70-166.
7. INSERM. ORPHANET [sede Web]. [Actualizada el 2 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.orpha.net/consor/cgibin/index.php?lng=ES
8. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
9. Alba A, Bellido J, Cárdenas V, Muñoz J, López A, Millán M, etc. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 1ª ed. Jaén: Ilustre Colegio de Enfermería de Jaén; 2010.
10. Herdman T. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2012-2014. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

Capítulo 377

PAPEL DEL HELICOBACTER PYLORI EN LA ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA.

SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS

CLARA CASAS PATIÑO

TAMARA GIL BLANCO

1 Introducción

La úlcera péptica es es el desarrollo de una alteración entre los mecanismos protectores (moco, protaglandinas, bicarbonato y flujo sanguíneo) y agresores (pepsina y ácido gástrico, fundamentalmente). Son diferentes los factores de riesgo que inducen a tal desequilibrio destacando, por encima del resto, un agente bacteriano, el Helicobacter Pylori. Sin embargo, existen otros factores como el consumo abusivo de AINES, ansiedad-estrés, el hábito tabáquico o el consumo de café y alcohol que también se han relacionado con su implicación en mayor o menor grado con la enfermedad ulcerosa péptica.

Anteriormente no se consideraba que las bacterias pudiesen ser agentes cancerígenos o que pudiesen llegar a originar úlceras pépticas, atribuyéndose éstas principalmente a factores exógenos como estrés-ansiedad. Sin embargo, esta bacteria lleva presente con nosotros durante más de 60.000 años, originando incalculables gastos sanitarios directos e indirectos, ya que se calcula que la enfermedad ulcerosa péptica, cuyo principal responsable es el Helicobacter Pylori, supone

anualmente en EEUU 6 mil millones de dólares, mientras que se lleva consigo alrededor de 700.000 personas por año en todo el mundo.

Actualmente no se discute la implicación directa existente entre el Helicobacter Pylori y la enfermedad ulcerosa péptica. Esta bacteria gramm negativa es la causante del más del 90% de las úlceras duodenales y más del 60% de las úlceras gástricas, donde también toman más importancia el consumo de AINES. Además, esta bacteria presenta relación directa con otras patologías como gastritis crónica, linfoma y cáncer gástrico, por lo que podemos destacar que se trata de uno de los agentes patógenos con más implicación socioeconómica actual.

2 Objetivos

- Conocer la prevalencia de la enfermedad ulcerosa péptica y la implicación del Helicobacter Pylori en propia úlcera.
- Destacar las posibles diferencias de incidencia de infección-reinfección entre diferentes zonas geográficas.
- Presentar la terapia actual más efectiva para la erradicación del Helycobacter Pylori.

3 Metodología

Se realizó una revisión narrativa bibliográfica. Para ello se llevó a cabo búsqueda de artículos científicos tanto en inglés como en castellano en fuentes bibliográficas consistentes como Pubmed, Scielo y Google Académico. Se utilizó, por tanto, investigaciones contrastadas fiables acerca de la temática objetivo.

4 Resultados

Fundamentalmente, la enfermedad ulcerosa péptica es la propia ulceración de un tramo del tubo digestivo expuesto a los agentes agresores, especialmente, ácido gástrico y pepsina. Aunque el esófago también se encuentra expuesto e implicado, las úlceras pépticas se diferencian por localización y sintomatología en úlcera gástrica y úlcera duodenal.

Ambas tienen en común que el agente principal de origen es el Helicobacter Pylori, pero su incidencia en las úlceras gástricas es inferior que en las duodenales. Sin embargo, el uso y consumo de antiinflamatorios no esterorideos se asocia a

una mayor implicación en las úlceras gástricas. Aunque presentan algunas características comunes como su mayor incidencia en el sexo masculino frente al femenino, presentan otras características diferenciadoras que las especifican. La úlcera gástrica se asocia más con un dolor casi inmediatamente después de la ingesta (30 minutos aproximadamente) que no cede con ella sino que aumenta y que se atribuye a edades avanzadas. Sin embargo, las úlceras duodenales se asocian más a un dolor epigástrico que cede tras la ingesta y que éste suele aparecer más tarde de la primera media hora, aproximadamente entre las 2-3 horas posterior a la toma.

No obstante, las principales vías diagnósticas utilizadas hospitalariamente para su identificación son las pruebas de imagen, una vez que por sintomatología se sospecha clínicamente de su presencia.

Por otro lado, para hacer frente de una forma eficaz sobre esta patología y las posibles complicaciones que puedan conllevar, es necesario tener mayor información acerca de su principal causante. En algunos estudios contrastados sostienen que la prevalencia del Helicobater Pylori se ve diferenciada entre ciertas áreas geográficas. Por ejemplo, en Rusia, Sudáfrica y otros países de África las tasas de infección por esta bacteria siguen siendo altas, mientras que en otros lugares geográficos como Japón o Corea las tasas de infección por este patógeno han disminuido significativamente en los últimos años.

Esto lleva a pensar en ciertos estudios contrastados que las tasas de infección por esta bacteria están directamente implicadas con las características sociosanitarias del medio, por lo que unas mejores condiciones de higiene y salud pública ayudarían a disminuir drásticamente las tasas de infección de uno de los patógenos más frecuentes en nuestra sociedad. Como agente bacteriano que es, el modo de tratarlo es, fundamentalmente, mediante terapia antimicrobiana. Aunque en la actualidad existen diferentes tratamientos para hacer frente a esta bacteria, supone una dificultad a tratar en la actualidad, y no por falta de eficacia de estos tratamientos.

Es conocido que actualmente vivimos en un mundo donde el abuso y consumo irresponsable de antibióticos está a la orden del día, por lo que hacer frente a una bacteria tan resistente como el Helicobacter Pylori con un aumento en las tasas de resistencia a ciertos antibióticos como la claritromicina supone una grave problemática. Por ello, ciertas investigaciones sostienen que ciertos países como China con altas tasas de resistencia a la claritromicina presentan índices de erradicación inferiores frente a otros países.

La terapia para hacer frente a este patógeno ha ido cambiando desde su descubrimiento en la implicación de la enfermedad ulcerosa péptica. Sin embargo, en la actualidad, la forma más común de tratar al paciente es mediante una cuádruple terapia mediante IBP, amoxicilina, claritromicina y metronidazol. Para aquellos pacientes que presentan alergia a la penicilina se recomienda una misma cuádruple terapia pero modificando la claritromicina por bismuto.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones actuales sostienen que las tasas de prevalencia de infección por el Helicobater Pylori están decreciendo en la mayoría de los países, debido en cierto modo al gran avance en cuanto a condiciones económicas, sociales e higiénicas se refiere. Sin embargo, hacer frente a este patógeno bacteriano actualmente supone cierta dificultad, no por la falta de tratamientos eficaces para erradicar esta bacteria, sino por el aumento desmesurado de resistencia a antibióticos fundamentales como la claritromicina. Es por ello que aún hoy día ciertas zonas como China o América Latina presentan tasas de infección más altas que el resto.

Esto nos lleva a pensar que se debe mejorar en ciertos aspectos para hacer frente a esta enfermedad y bacteria, como por ejemplo, un mejor uso y elección en la administración de antibióticos, lo que podría conllevar a su vez una menor prevalencia de la bacteria, una menor tasa de resistencia antibiótica y, por tanto, una menor incidencia de enfermedad ulcerosa péptica y de sus posibles complicaciones, como por ejemplo hemorragias digestivas o perforaciones.

Además, actualmente la infección por este patógeno no únicamente está siendo relacionada con patologías digestivas, sino que cada vez su implicación en otras patologías extradigestivas es más evidente (como en enfermedades autoinmunes), aunque estas investigaciones se encuentran mucho menos avanzadas.

6 Bibliografía

1. Hu Y., Zhu Y., Lu N.-H. Novel and effective therapeutic regimens for Helicobacter pylori in an era of increasing antibiotic resistance. Frontiers in Cellular and Infection Microbiology. 2017;7 doi: 10.3389/fcimb.2017.00168.
2. Testerman TL, Morris J. Beyond the stomach: An updated view of Helicobacter pylori pathogenesis, diagnosis, and treatment. World J Gastroenterol 2014; 20(36):

12781-12808.
3. Thung I., Aramin H., Vavinskaya V., et al. Review article: the global emergence of Helicobacter pylori antibiotic resistance. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2016;43(4):514–533. doi: 10.1111/apt.13497.
4. Hernández Conde Roberto, Noa Pedroso Guillermo, Domínguez Álvarez Carlos, Mora Díaz Isabel, Osorio Pagola Marcos, Pomares Pérez Yagén. Caracterización de pacientes con úlceras pépticas negativas a Helicobacter pylori. Medisur. 2013 ; 11(5): 494-507.
5. Vakil N, Megraud F. Eradication therapy for Helicobacter pylori . Gastroenterology 2007; 133: 985–1001.

Capítulo 378

HEMOCULTIVOS: ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. TÉCNICA.

MARÍA FERNÁNDEZ AGUIRRE

1 Introducción

La extracción de hemocultivos es una técnica muy frecuente en el ámbito hospitalario por parte del personal de enfermería. Están indicados en aquellas situaciones clínicas, previa terapia antibiótica, como sospecha de sepsis, endocarditis, neumonías, FOD, infecciones graves de piel, para detectar el microorgnismo responsable dichas infecciones. También se suelen indicar en el caso de ancianos y niños por presentar signos y síntomas de infección más difíciles de detectar que en el resto de la población. Es de gran importancia aplicar una técnica correcta para garantizar la calidad y la veracidad de los resultados obtenidos, lo cual puede verse afectado por una mala práctica clínica por parte de los profesionales que la realizan.

2 Objetivos

Revisar la técnica correcta para la extracción de hemocultivos, dado que con una adecuada obtención de sangre (tanto en la elección del momento de hacerlo como en la técnica utilizada) está demostrado que la probabilidad de obtener resultados veraces es más alta.

3 Metodología

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

4 Resultados

-El mejor momento para la extracción es tan pronto como se inicien los escalofríos y la fiebre (o bien si ya se sospecha una infección) y previamente a la instauración del tratamiento antibiótico.
-Explicaremos al paciente, en la medida de sus posibilidades, el procedimiento.
-Limpiaremos los tapones de los recipiente con antiséptico y los dejaremos secar para no introducirlo al inocular la sangre.
-Elegimos la vena a puncionar (de forma habitual las del antebrazo). No se ha demostrado que existan ventajas de hacer extracción de sangre arterial frente a sangre venosa. Lo que no haremos será obtener muestras de catéteres venosos periféricos.
-Lo habitual es obtener 2-3 muestras de sangre, siendro una muestra la sangre obtenida de una venopunción. Cada muestra ha de ser obtenida de punciones diferentes, no siendo necesario esperar un tiempo determinado entre ellas. Un mayor número de muestras no parece aportar mejores resultados, y si supone mayores costes y molestias al paciente, aunque puede ser útil en determinados casos como en las sospechas de endocarditis.
-Se hará un correcto lavado de manos y se utilizarán guantes y material estériles.
-Tras palpar la vena elegida, se procede a realizar la asepsia de la piel: en primer lugar limpieza con alcohol isopropílico o etílico (70º) durante 30 segundos. Posteriormente se aplicará bien povidona yodada al 10% (1 minuto), tintura de yodo al 1%-2% (30 segundos), o clorhexidina al 2%. Es importante dejar actuar los antisépticos los tiempos recomendados y cubrir una zona entre 2-4 cm de piel.
-Se puncionará la vena elegida, sin volver a palparla para no contaminar, y se debe evitar, al extraer la aguja, poner material no estéril justo en contacto con ella, como algodón, para evitar contaminaciones.
-Inocularemos la sangre en los recipientes. Primero llenaremos el frasco anaerobio y en segundo lugar el aerobio. No se ha demostrado que haya ninguna ventaja

en el cambio de aguja tras la punción para llenar los frasco, y si que aumenta el riesgo de pinchazo accidental. Mezclaremos la sangre con el medio de cultivo agitando suavemente. La cantidad de sangre recomendada para que una muestra sea adecuada es de 10-20 ml por extracción en adultos y entre 1-3 ml en niños (en estos casos sólo es necesario un frasco).

-Debemos identificar correctamente cada frasco y el envío al laboratorio para su procesado ha de ser lo más rápido posible, conservándose a temperatura ambiente o en estufas hasta 37ºC. No deberían estar más de 18 horas a la espera de procesado, y nunca se refrigeran.

5 Discusión-Conclusión

Un procedimiento correcto en la extracción de hemocultivos va a suponer una obtención de muestras de calidad, sin contaminaciones, que permita la identificación del patógeno causante de la infección de forma eficiente, de cara a instaurar el tratamiento adecuado. Esto es de suma importancia dado el aumento de las infecciones en el ámbito hospitalario y la morbilidad asociada a ellas. Por ello se hace necesario insistir en una actuación adecuada en estos procedimientos por parte del profesional de enfermería, responsable en gran medida de la obtención de resultados satisfactorios.

6 Bibliografía

-Planes i Reig AM. Indicaciones y Valoración Clínica del Hemocultivo. Protocolos de práctica asisitencial. Hospital Universitario Vall D´Hebrón, Barcelona. 2009.

- Protocolo de manejo de muestras: Hemocultivos. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. 2017.

-Toma y transporte de muestras para microbiología. Hospital de Donosti. 2011

-Loza E, Planes A, Rodríguez M. Procedimientos en Microbiología Clínica, Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica, Hemocultivos. 2003

-Loza E, Alomar P, Bernal A, Pérez JL, Picazo JJ,Sarazá ML. Procedimientos en Microbiología Clínica,Seguridad en el Laboratorio de Microbiología Clínica.2000.

Capítulo 379

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

ANDREA GÓMEZ FERNÁNDEZ

VICTORIA DE ARGÜELLES PÉREZ

ELOY ASENJO SECADES

1 Introducción

La atención a niños y adolescentes hospitalizados requiere que el equipo de enfermería reconozca sus necesidades, teniendo en cuenta las diferentes etapas de desarrollo.

Para realizar esta profesión, es esencial el uso de la tecnología y que ésta englobe la disciplina enfermera técnico-científica, utilizando herramientas, materiales y efectuando la sistematización del cuidado para favorecer el mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y brindar confort y bienestar.

Dentro de estas tecnologías, podemos utilizar varios métodos, como las escalas, los protocolos, organigramas funcionales, listas de verificación o cuestionarios, que nos ayudarán a plasmar la calidad de la atención.

Estudiar y observar las lesiones por presión es importante, ya que la prevención y el tratamiento son factores fundamentales para reducir la estancia hospitalaria y disminuir las infecciones, los costes y mejorar el pronóstico del paciente.

Los datos recopilados sobre la prevalencia de lesiones por presión en pacientes pediátricos hospitalizados con tasas de prevalencia de lesiones por presión

adquiridas en el hospital son del 1,5%. Las tasas son más altas en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos pediátricos (3.9%), mientras que las unidades pediátricas generales tuvieron una prevalencia más baja (0.6%). En Brasil, la prevalencia de lesiones por presión entre niños y adolescentes en un hospital de Paraná fue del 8,06%.

La prevención de lesiones por presión es una responsabilidad de enfermería, ya que un adecuado conocimiento sobre el manejo de las úlceras se traduce en una atención eficaz y eficiente. Es notable que estos instrumentos estén cada vez más presentes en la rutina de los profesionales de enfermería, convirtiéndose en herramientas indispensables para el cuidado de la medicina pediátrica.

En vista de lo anterior, consideramos que es fundamental promover la discusión acerca de los instrumentos utilizados en el cuidado de las lesiones por presión en pacientes pediátricos.

Teniendo en cuenta la importancia que los instrumentos que se centran en el cuidado de las lesiones por presión en esta población tienen para los profesionales de enfermería, se realizó una revisión integradora con el objetivo de identificar los instrumentos existentes en la literatura científica sobre el cuidado de las lesiones por presión en pacientes pediátricos.

2 Objetivos

- Identificar los instrumentos existentes en la literatura científica sobre el cuidado de las lesiones debidas a la presión en pacientes pediátricos.

3 Metodología

Esta es una revisión de la literatura en el campo de la pediatría sobre instrumentos para el cuidado de lesiones por presión. Se siguieron seis pasos para esta revisión: identificar el tema y seleccionar la pregunta de investigación para elaborar el estudio, establecer criterios para la inclusión y exclusión de estudios, muestreo o búsqueda en la literatura; definir la información que se extraerá de los estudios seleccionados, categorización de los estudios; evaluar los estudios incluidos en la revisión integradora; interpretar los resultados; y presentar una revisión.

Las búsquedas se llevaron a cabo de octubre a diciembre de 2016, guiadas por la siguiente pregunta: ¿qué instrumentos existen en la literatura científica para

el cuidado de las lesiones por presión en pacientes pediátricos? Se realiza una búsqueda bibliográfica utilizando las siguientes bases de datos: Biblioteca Nacional de Medicina e Institutos Nacionales de Salud (PubMed / Medline); Centro Latinoamericano y del Caribe de Información sobre Ciencias de la Salud (LILACS); SCOPUS e índice acumulativo de literatura de enfermería y salud aliada (CINAHL), basado en los descriptores de ciencias de la salud (DeCS): úlcera por presión, úlcera de decúbito, pediatría y protocolos, y sus equivalentes en inglés/ portugués en los encabezados de temas médicos (MALLA). Para este procedimiento, se realizan búsquedas combinando los tesauros en cada base de datos. Las búsquedas en las bases de datos SCOPUS, PubMed / Medline y CINAHL se realizaron inicialmente en relación con la pediatría, de acuerdo con los siguientes cruces: úlcera por presión AND pediatría AND protocolos; úlcera de decúbito AND pediatría AND protocolos; úlcera por presión AND pediatría; úlcera de decúbito AND pediatría; úlcera por presión AND protocolos. De los 32 resultados obtenidos, seleccionamos aquellos estudios que sean de los últimos 5 años, así como aquellos que estén realizados en humanos.

La muestra del estudio tiene que contar con la edad de 0-19 años, de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera a los niños de hasta nueve años de edad como niños, y aquellos en el límite cronológico entre 10 y 19 años como adolescentes.

Para el estudio, tendremos en cuenta los criterios de inclusión y exclusión:
- Criterios de inclusión: responder la pregunta que se propone en el estudio; constituir un artículo de investigación disponible en su totalidad en portugués, inglés o español sin límite temporal, publicado en revistas científicas y disponible electrónicamente.
- Criterios de exclusión: revisión de literatura, editoriales, revisiones, informes de casos, estudios de casos, reflexiones teóricas, disertaciones, tesis, monografías y resúmenes publicados en archivos de eventos. También se excluyeron los artículos repetidos, por lo que solo se mantuvo la primera versión identificada.

Se utilizó un instrumento preparado por los autores para recopilar los datos, en el que se organizó la información necesaria para responder a la pregunta de investigación, como títulos, autores, años, bases, objetivos, entornos, poblaciones e instrumentos utilizados. Además de los datos que caracterizan los estudios, buscamos extraer información sobre el tipo de instrumento (escala, protocolo, lista de verificación , cuestionario, sistema computarizado y forma), la población y el entorno de aplicación de los instrumentos. La selección del estudio siguió las

recomendaciones de los Elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA).

El análisis descriptivo se basó en los siguientes pasos: leer y comprender los artículos encontrados en su totalidad, categorizando los instrumentos en tres áreas de atención: evaluativa, preventiva y curativa; y debatiendo los artículos según las categorías.

La atención evaluativa en este estudio se estableció como la atención que evalúa el riesgo de desarrollar una lesión por presión a través de instrumentos predictivos y lesiones instaladas con respecto a sus características; la atención preventiva se definió como la implementación de medidas destinadas a prevenir la aparición de lesiones por presión; y la atención curativa se refiere al tratamiento de las lesiones por presión

4 Resultados

Tras la búsqueda metodológica de los 32 artículos de esta revisión, se identifican veinticinco instrumentos válidos para el cuidado de las lesiones por presión en pediatría. De estos, 13 se referían a la atención evaluativa, cinco a la atención evaluativa/preventiva, cuatro a la atención preventiva, uno a la atención curativa, uno a la atención preventiva/curativa y uno a la atención evaluativa/preventiva/curativa.

Los artículos dejan constancia de la gran validez y confiabilidad de siete instrumentos: Escala Braden, Escala Braden Q, Escala Braden Q + P , Escala Glamorgan , Escala Garvin, Úlcera de presión pediátrica y herramienta de evaluación y la Escala de piel Starkid. Los artículos no incluían información sobre el proceso de validación con respecto a otros instrumentos.

Entre los artículos seleccionados, la mayoría de ellos fueron publicados en 2013 (siete artículos), con una disminución en los años siguientes para 2014 y 2015, mientras que cuatro artículos fueron identificados en 2012. Tres artículos fueron publicados en los años siguientes: 2011, 2010, 2009. Los años con el menor número de publicaciones fueron: 2007, 2006, 2005, 2002, 1996, con solo un artículo identificado cada año.

El idioma principal de difusión fue el inglés (28 artículos), seguido de los publicados en portugués (tres artículos). El predominio del inglés demuestra que es el principal idioma de difusión establecido por varias revistas en el mundo. Sin

embargo, esta preponderancia no significa que los artículos seleccionados fueran realizados en países con el inglés como lengua materna. La mayoría de los artículos se desarrollaron en los Estados Unidos (16 artículos), Australia, Inglaterra, Brasil y Suiza (dos artículos cada uno), España, India, Nigeria, Jordania, Canadá, Alemania, (un artículo cada uno).

Entre las escalas relacionadas con la lesión por presión, la mayoría tenían un carácter evaluativo y también abordaba el aspecto preventivo, que incluía aquellos utilizados para evaluar el riesgo de desarrollo de lesiones y también aquellos para evaluar la evolución de las lesiones instaladas. El ambiente predominante fue el hospital, con énfasis en las unidades críticas.

Con respecto a los protocolos, se encontró un predominio de aquellos en el dominio preventivo, que difieren de las escalas en las que el dominio evaluativo era más prominente. De manera similar a las escalas, la mayoría de los protocolos se aplicaron en pediatría.

Se observó el predominio de los dominios evaluativo y preventivo entre los otros instrumentos. Cuatro de ellos estaban dirigidos a niños y adolescentes, y uno tenía enfermeras pediátricas como población objetivo. En cuanto al entorno de aplicación, se pueden destacar las unidades de hospitalización críticas y abiertas.

5 Discusión-Conclusión

En la búsqueda bibliográfica destinada al cuidado de las lesiones por presión en pediatría, hemos identificado escalas que sirven de manera significativa para evaluar el riesgo de desarrollar lesiones, así como escalas que permiten evaluar el riesgo de desarrollar lesiones instaladas, protocolos y otros instrumentos en los tres dominios de cuidado: evaluativo, preventivo y curativo.

El riesgo de lesión por presión se puede identificar aplicando las escalas. La publicación más antigua de esta revisión con la escala de Braden se remonta a 2003. Esta escala fue creada en 1987, y evalúa y explica los factores etiológicos que contribuyen a reducir la tolerancia del tejido a la compresión prolongada a través de seis subescalas: percepción sensorial; humedad actividad movilidad; nutrición; y fricción y cizallamiento. Tres de ellos miden los determinantes clínicos de la exposición a la presión intensa y prolongada: percepción sensorial, actividad y movilidad; y tres miden la tolerancia del tejido a la presión: humedad, nutrición, fricción y cizallamiento. Las primeras cinco subescalas se puntúan del uno al cu-

atro; el sexto se puntúa de uno a tres. El puntaje puede clasificarse considerando valores ≤ 9 como de muy alto riesgo; 10 a 12 como alto riesgo; 13 a 14 como riesgo moderado; 15 a 18 como bajo riesgo; y valores de 19 a 23 como sin riesgo para el desarrollo de lesión por presión .

La escala de Braden se adaptó para la población pediátrica y se tituló la escala Q de Braden. Fue creado en 1996, constituyéndose como una herramienta específica para la evaluación del riesgo de úlceras por presión pediátricas. La publicación más antigua que utiliza esta escala data del mismo año de su origen. Esta escala incluye las seis subescalas originales de la Escala de Braden, además de perfusión tisular y oxigenación como la séptima subescala, lo que refleja que las modificaciones de escala reflejan características de desarrollo únicas de pacientes pediátricos. Los pacientes solo reciben una puntuación por subescala, que se puntúa de 1 (menos favorable) a 4 (más favorable). La escala total de Braden Q varía de 7 (riesgo más alto) a 28 (riesgo más bajo), donde las puntuaciones inferiores o iguales a 16 identifican pacientes pediátricos con riesgo de desarrollar lesiones por presión.

La escala Q de Braden también se ha modificado y adaptado, constituyendo la escala Q + P de Braden, que está dirigida a pacientes pediátricos sometidos a cirugía cardíaca como parte de una iniciativa integral de prevención de lesiones por presión que guía la planificación de intervenciones de enfermería.

También se encontraron otras escalas en la revisión, entre ellas la Escala de Glamorgan, diseñada directamente para niños y adolescentes. Se compone de nueve elementos: movilidad, equipo de presión, anemia, pirexia, perfusión periférica, nutrición, albúmina sérica, peso e incontinencia. El ítem de movilidad consta de cuatro categorías que se pueden clasificar como 0 (movilidad normal para la edad), 10 (algo de movilidad, pero reducida para la edad), 15 (incapaz de cambiar de posición sin asistencia / no puede controlar el movimiento corporal) y 20 (niño no se puede mover sin gran dificultad). El equipo/objetos/superficie dura que presiona o frota sobre la piel puede clasificarse en 0 (no) o 15 (sí) puntos. Los elementos anemia significativa (Hb <9 g / dl), pirexia persistente (temperatura> 38 ° C durante más de 4 h), mala perfusión periférica (extremidades frías / recarga capilar>El percentil e Incontinencia (inapropiada para la edad) se clasifican como 0 o 1. Las puntuaciones de los ítems se resumen en puntuaciones que resultan entre cero y 42. Cuanto mayor sea la suma de la puntuación, mayor será el riesgo de lesión por presión.

La Escala de Glamorgan ha sido modificada (mGS), y aunque es más simple en

términos de usabilidad y eficiencia, se ha observado que esta herramienta es tan efectiva en la categorización de pacientes como la Escala de Glamorgan original, produciendo la misma categorización de riesgo en el evaluación de pacientes pediátricos.

Además de estas escalas, la Escala de Garvin se basa en cuatro factores de riesgo: movilidad, percepción sensorial, nutrición y humedad, en los que se utiliza una puntuación total para dividir a los niños en categorías con intervenciones cada vez más intensas a medida que aumenta el riesgo.

En vista de lo anterior, las enfermeras podrían determinar con mayor precisión las intervenciones para la prevención y el tratamiento de las lesiones por presión aplicando una escala de riesgo predictivo y realizando una evaluación clínica, y luego utilizando estos datos para llevar a cabo un plan de atención para las lesiones por presión.

Los planes de cuidados pueden seguir las pautas y protocolos existentes. Algunas publicaciones han adoptado las pautas para la estadificación de lesiones por presión desarrolladas por el Panel Consultivo Nacional sobre Úlceras por Presión (NPUAP) y el Panel Consultivo Europeo sobre Úlceras por Presión (EPUAP), que son recomendaciones basadas en evidencia para evaluar lesiones por presión para ser utilizadas por profesionales de la salud en todo el mundo, ayudando a elegir intervenciones relacionadas con lesiones por presión. Además, existen pautas de atención basadas en American Health Care Research and Quality (AHRQ), que tiene la misión de producir evidencia para hacer que la atención médica sea más segura, asequible, equitativa y de mayor calidad. También existe la directriz de mejora de la calidad., que se centra en reducir la tasa de lesiones por presión en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales.

Es importante señalar que la escala Braden Q durante el estudio fue el instrumento más utilizado para evaluar el riesgo de lesión por presión. Con respecto a los protocolos, podemos señalar la adopción de las pautas para la estadificación de las lesiones por presión desarrolladas por el NPUAP y el EPUAP.

Aunque la lesión por presión tiene baja prevalencia en esta población, es importante dar a conocer los resultados obtenidos que han contribuido a mostrar que el sujeto ha sido estudiado y que los instrumentos para la atención evaluativa se han utilizado más para proporcionar atención calificada y segura en pediatría.

En vista de lo anterior, las enfermeras tienen instrumentos disponibles para eval-

uar, prevenir y tratar las lesiones por presión, lo que ayudará a crear e implementar un plan de atención específico basado en evidencia científica.

El cuidado de la piel es una responsabilidad de la disciplina enfermera, sin embargo, estos profesionales deben trabajar junto con el equipo multiprofesional para evaluar, prescribir e implementar el cuidado preventivo y curativo de las lesiones por presión haciendo uso de las tecnologías en este proceso.

6 Bibliografía

- Schindler CA, Mikhailov TA, Kuhn EM, Christopher J, Conway P, Ridling D, et al. Protección de la piel frágil: intervenciones de enfermería para disminuir el desarrollo de úlceras por presión en cuidados intensivos pediátricos. Soy J Crit Care. 2011; 20 (1): 26-35. doi: http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2011754
- Anthony D, Willock J, Baharestani M. Una comparación de las escalas de evaluación de riesgos Braden Q, Garvin y Glamorgan en pediatría. J Viabilidad del tejido. 2010; 19 (3): 98-105. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jtv.2010.03.001
- Gauvreau K, Curley MAQ. Factores asociados con las úlceras por presión occipital en lactantes y niños hospitalizados. Soy J Crit Care. 2015; 24 (4): 342-8. doi: http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2015349
- Curley MA, Razmus IS, Roberts KE, Wypij D. Predicción del riesgo de úlceras por presión en pacientes pediátricos: la escala Q de Braden. Res. De enfermería [Internet]. 2003 enero-febrero [consultado el 18 de noviembre de 2016]; 52 (1): 22-33. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/10930913_Predicting_Pressure_Ulcer_Risk_in_Pediatric_Patients
- Quigley SM, Curley MA. Integridad de la piel en la población pediátrica: prevención y manejo de las úlceras por presión. J Spec Pediatr Nurs. 1996; 1 (1): 7-18. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6155.1996.tb00050.x
- Drake J, Redfern WS, Sherburne E, Nugent ML, Simpson P. Cuidado de la piel pediátrica: ¿qué saben realmente las enfermeras? J Spec Pediatr Nurs. 2012; 17 (4): 329-38. doi: http://dx.doi.org/
10.1111 / j.1744-6155.2012.00342.x

Capítulo 380

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y EL USO DE PSICOFÁRMACOS.

IRENE VILLOTA MARTINEZ

1 Introducción

El TDAH son las siglas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Es un trastorno psiquiátrico que pese a que durante mucho tiempo se ha considerado propio de la infancia, persiste en más del 50% de los casos durante la etapa adulta.

La alta prevalencia del Trastorno por déficit de atención (TDAH) y el abordaje del mismo no es ajeno a nuestra profesión donde trabajamos día a día con múltiples tipologías de pacientes. Es una problemática que afecta a un gran número de niños y adultos y con gran repercusión tanto en el ámbito familiar, social y sanitario.

La finalidad de este trabajo es intentar comprender el Trastorno de Déficit de Atención, la aplicación de la psicofarmacología en el mismo como elemento del tratamiento multidimensional que se debe manejar e identificar medidas que puedan contribuir a la desestigmación social que hay en torno a este trastorno. Y por último, aclarar que existen multitud de mitos en relación al tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y que carecen de veracidad; tales como:

1. El tratamiento del TDAH debe ser primero sin medicación, y si no mejora se puede usar medicación, porque los fármacos son peligrosos: El tratamiento

del Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad no debe ser nunca con medicación, pero ésta sí es un pilar fundamental del tratamiento.
2. Es mejor no dar medicación al niño y usar psicoterapia u otros abordajes no farmacológicos: hay que tener en cuenta que la psicoterapia psicoanalítica no funciona en el TDAH, tampoco la terapia de juego ni el entrenamiento cognitivo para mejorar la concentración, memoria o atención. Es muy importante, el apoyo escolar.
3. La medicación produce adicción, porque son drogas. Es muy importante clarificar este hecho. Aunque químicamente el metilfenidato es similar a la anfetamina, a dosis normales en TDAH y por vía oral no produce efecto euforizante; de hecho el uso del mismo reduce el riesgo de que el niño en el futuro abuse de drogas, porque disminuye su impulsividad. Igual pasa con la Atomoxetina que tampoco produce ningún efecto euforizante ni tiene riesgo de adicción.
4. La medicación produce una disminución del crecimiento: es un tema controvertido y con falta de evidencia científica. Lo que se debe hacer es monitorizar de cerca tanto el peso como la talla, y en aquellos niños con pérdida de peso o talla respectivamente, se puede suplementar con aportes energéticos y calóricos.

2 Objetivos

Objetivos generales:
- Realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica, en diversas fuentes documentales, sobre el trastorno por déficit de atención (TDAH).
- Explicar la trascendencia de la detección precoz así como del temprano y correcto manejo del mismo.
- Explicar el significado de la patología, así como su etología y repercusión en la vida del enfermo.

Objetivos específicos:
- Describir los principales mitos erróneos en cuanto al tratamiento farmacológico.
- Analizar las alternativas de terapéutica donde destaca la parapsicología.
- Analizar la situación actual del uso de psicofármacos en el TDAH.
- Contrastar la efectividad de las terapias alternativas frente a la psicofarmacología.
- Mostrar el impacto tanto a nivel sanitario, familiar y social del TDAH.
- La repercusión de colaboración con otros profesionales sanitarios y familiar.
- Detallar la importancia de la implantación de un programa de captación e información desde los diferentes niveles de atención.

- Contrastar la efectividad de las terapias alternativas frente a la psicofarmacología.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica centrada en localizar documentos relacionados con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), la situación actual, las distintas opciones de manejo, la importancia de la educación sanitaria, así como de la intervención de profesionales constituidos por un equipo multidisciplinar. Por otro lado, se buscó también los posibles factores que intervienen en el TDAH.

Recurrí a diversas fuentes de información, en primer lugar ejecuté una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos estandarizadas, utilizando Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) ”niños” ”hiperactividad” ”psicotrópicos” . Así mismo, utilicé una búsqueda libre por diversas páginas web del ámbito sanitario.

Como criterio de exclusión para descartar ciertos artículos, simplemente ha sido la no relación con el objeto de estudio del trabajo, el haber sido ya encontrados en anteriores búsquedas, y en otros casos el tratarse de artículos ya obsoletos.

Como fuentes documentales fuentes documentales secundarias me he apoyado en Astursalud; base de datos como Google Academy, cochrane, MedlinePlus.

4 Resultados

A través del análisis de los resultados de los estudios revisados, fue posible distinguir tres temas principales ”prevalencia, etiología, sintomatología y tratamiento”, considerados esenciales para la óptima comprensión de la problemática que tratamos.

En cuanto a la prevalencia, a medida que pasa el tiempo se han ido incrementando los porcentajes de personas que padecen este cuadro. En la etapa infantil se considera uno de los trastornos psiquiátricos infantiles más frecuentes, situándose por encima de otros, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Siendo más frecuente en niños que en niñas.

En el mundo: Se calcula que la prevalencia global del TDAH es de 5,29%.5 en niños en edad escolar y en un 3,45% en el adulto (muchos de los casos están sin

diagnosticar). En Europa: Se calcula que en la Unión Europea un 5% (3,3 millones) de los niños y adolescentes entre 6 y 17 años padece TDAH. En España es de 6,8%.

El TDAH habitualmente no se presenta sólo, sino concominante con otros trastornos psiquiátricos. Esto es así en el 70% de los casos de TDAH. De hecho, una persona con TDAH tiene de 6 a 7 veces más probabilidades de tener otro trastorno psiquiátrico o trastorno del aprendizaje. Entre las comorbilidades más frecuentes destacan: trastorno de conducta, trastorno de ansiedad, trastorno del ánimo, tics, trastorno del aprendizaje.

Sintomatología

El TDAH se caracteriza por ser sintomáticamente evolutivo (pudiendo manifestarse de forma diferente según la edad y se debe desarrollar en como mínimo dos ambientes, como por ejemplo, el domicilio y el colegio.

La característica esencial del TDAH es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, no siendo siempre los mismos, ni con igual intensidad. Se observa variaciones en función de si ocurre durante la infancia o por el contrario continúa durante la edad adulta. Durante la etapa adulta los síntomas de inquietud disminuyen mientras que aumentan los síntomas de intención. Destaca la inestabilidad del estado de ánimo, la irritabilidad, así como la falta de organización, entre otros.

Según el DSM-5 Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, publicado por la American Psychiatric Association en su última versión, que se publicó en Mayo de 2013, se diferencian tres tipos de presentaciones del TDAH:
• Falta de atención (más frecuente entre las niñas): no es capaz de prestar atención minuciosa a los detalles o comete errores por descuido en los trabajos escolares, le cuesta permanecer concentrado en tareas o juegos y parece no escuchar.
• Hiperactividad y/o impulsividad: está inquieto o da golpecitos con las manos o los pies, o se retuerce en el asiento, le cuesta permanecer sentado, está en constante movimiento.
• Presentación combinada déficit de atención combinado con hiperactividad/impulsividad
Se estima que más del 80% de los niños continuarán presentando problemas en la adolescencia, y entre el 30-65%, en la edad adulta.

Etiología:
Es algo incierto a día de hoy. Se trata de un trastorno complejo, heterogéneo

de carácter crónico y neurobiológico originado en la infancia .multicausal, que se origina en respuesta a la interacción de factores tanto genéticos como ambientales y psicosociales. En principio se sabe que su aparición está vinculada a un desequilibrio químico de la producción insuficiente de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina.

Los neurotransmisores son sustancias químicas cuyo objetivo es producir una correcta comunicación entre las neuronas. Para que esto se lleve a cabo, debe existir una cantidad adecuada de dopamina y noradrenalina. En el niño con TDAH la producción de estos dos neurotransmisores es irregular.

Este déficit de dopamina y noradrenalina genera problemas en los circuitos reguladores de varias zonas del cerebro: el córtex pre-frontal, el cuerpo calloso y los ganglios basales. Principalmente se ve afectado el lóbulo frontal y las áreas pre-frontales, afectando a las funciones ejecutivas, lo que provoca alteraciones en la atención, en el control de impulsos, la inhibición de respuestas y la toma de decisión (Soutullo y Diez, 2007).

- Factores genéticos: a los cuales pueden atribuirse el 76% de los casos. Hay una tendencia familiar, El hecho de tener antecedentes familiares de TDAH quintuplica las probabilidades de padecer el mismo. (1).
Así mismo se ha demostrado la relación entre la presencia de determinados genes con el TDAH, en concreto la presencia de 8 genes de los cuales 7 tienen una asociación estadísticamente significativa (marcadores en los cromosomas 4, 5, 6, 8, 11, 16 y 17) (1) b) Factores ambientales
Principalmente, durante el embarazo, el parto, y después del parto. Algunos ejemplos son:
• Bajo peso al nacer: multiplica por tres el riesgo de padecer TDAH.
• Que la madre fume durante el embarazo: multiplica el riesgo por tres.
• Que la madre beba alcohol: multiplica el riesgo por 2,8. a prematuridad.

- Factores psicosociales:
No se consideran factores determinantes, pero se sabe que existe una mayor prevalencia de este trastorno en los medios urbanos desfavorecidos. Los factores son varios: ambientes de pobreza, malnutrición y exclusión social, problemas familiares y violencia en el hogar contribuyen a su desarrollo y perpetuación. Del mismo modo, un medio escolar desorganizado o muy desestructurado provoca un deterioro de la conducta del niño y un mayor fracaso escolar. .

Diagnóstico:

El diagnóstico precoz es muy importante para empezar a establecer los mecanismos necesarios para hacer frente a la situación, y hay que tener en cuenta que no existe un único exactamente para llevar a cabo el diagnóstico.
Hay que tener muy claro y saber distinguir el TDAH al comportamiento propio de la edad en niños, que por su escaso desarrollo, son inquietos, distraídos; a niños que realmente tienen problemas para prestar atención, mantenerse concentrados y para finalizar sus tareas, a tal punto que esto interfiere con sus amistades, la vida familiar y las actividades de la escuela. Estas dificultades sí pueden ser indicadores de un trastorno de desarrollo conocido como trastorno por déficit de atención e hiperactividad, o TDAH.

Pese a que pueda existir sospecha clínica en niños de menos de 6 años el diagnóstico de TDAH requiere haber superado esta edad. Además, es frecuente que el TDAH se reconozca en los niños cuando comienza la educación primaria, coincidiendo con dificultades en el rendimiento escolar y la presentación de disfunciones sociales, tal como se indicaba anteriormente.

Según el DSM-5, para diagnosticar el TDAH en cualquiera de sus categorías debe cumplir los siguientes criterios:
• Algunos de los síntomas que causan alteraciones, estaban presentes antes de los 12 años de edad.
• Algunas alteraciones provocadas por los síntomas, se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo en casa y en la escuela).
• Debe haber pruebas claras de deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral, es decir de que los síntomas interfieren de forma significativa la vida de la persona.
• Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Las escalas de valoración son una buena herramienta de diagnóstico para los síntomas más generales Las más utilizadas en adultos son:
- Escala de autovaloración de adultos (EAVA): Es una escala de 18 ítems que se pueden utilizar como una primera herramienta de autoevaluación para identificar los adultos que pueden tener TDAH (Tabla III). Desarrollada por el New York University Medical Center, la Harvard Medical School y el Massachusetts General Hospital. Los síntomas se clasifican según su frecuencia: 0 = no; 1 = raramente; 2 = algunas veces; 3 = a menudo, y 4 = muy a menudo. Los pa-

cientes pueden completar la escala en aproximadamente cinco minutos. Nueve ítems evalúan la inatención y 9 ítems la hiperactividad/ impulsividad. Las puntuaciones finales se basan en la puntuación total, ya sea en los subgrupos inatento e hiperactivo/impulsivo (empleando la puntuación más alta de cualquiera), y se alcanza un diagnóstico probabilístico de que el paciente tenga TDAH. La escala de puntuación produce un resultado que describe el paciente de ser poco probable, probable o muy probable que tenga TDAH. La escala ha sido validada mediante el National Comorbidity Survey, así como cohorte bien caracterizada en una población de adultos con TDAH. La EAVA está disponible a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- Copeland Symptom Checklist El Copeland Symptom Checklist for Attention Deficit DisordersAdult Version está diseñado como ayuda para evaluar si un adulto tiene síntomas característicos del TDAH. La lista cubre ocho áreas, incluida la falta de atención/distracción, impulsividad, problemas de nivel de actividad, el incumplimiento, bajo rendimiento/desorganización/problemas de aprendizaje, dificultades emocionales, pobres relaciones entre iguales y la disminución de las relaciones familiares.
- Brown Attention Deficit Disorder Scale Es una escala de frecuencia con 40 puntos. Al igual que la escala de Wender-Reimherr y la de Conners esta escala explora el funcionamiento ejecutivo de los aspectos de la cognición que están asociados con el TDAH. Esta evaluación se ha estandarizado, validado y empleado clínicamente en forma de autoinforme.
- Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale Destinada a medir la gravedad de los síntomas de los adultos con TDAH. Mide los síntomas en siete categorías: dificultades de atención, hiperactividad/agitación, humor, labilidad afectiva, hiperreactividad emocional, desorganización e impulsividad. La escala de tipos de elementos individuales de 0 a 2 (0 = no, 1 = leve, 2 = claramente presente) y un resumen de cada una de las siete categorías en una escala de 0 a 4 (0 = no, 1 = leve, 2 = moderada, 3 = bastante, 4 = mucho). Puede ser especialmente útil para evaluar el estado de ánimo y labilidad del TDAH. Posee 30 ítems en una escala de frecuencia. Los síntomas se evalúan con una combinación de frecuencia y gravedad. Los pacientes responden a una escala de tipo Likert (0 = no, nunca, 1 = un poco, de vez en cuando, 2 = bastante, a menudo, y 3 = mucho, con mucha frecuencia).

Tratamiento:

Debe ser multimodal, incluyendo la participación de médicos, terapeutas, profesores y padres, donde cada uno debe desempeñar su papel. En el plan de acción ante un paciente con TDAH debe incluirse el tratamiento farmacológico com-

binado con otras intervenciones tanto psico-educativas como socio-familiares e intervención escolar. a) Farmacológico: Podemos destacar los fármacos psicoestimulantes, los no estimulantes, así como el grupo de los antidepresivos tricíclicos. El uso de medicamentos en pacientes con TDAH genera mucha controversia, sin embargo hay que destacar que su uso es seguro, así como la mínima aparición de efectos secundarios.

• Fármacos psicoestimulantes: se consideran los psicofármacos más seguros y eficaces disponibles para el uso en la población infantil. Su mecanismo de acción consiste en aumentar los niveles de dopamina en el cerebro. Dentro de los fármacos estimulantes, el Metilfenidato (MPH) es el tratamiento farmacológico de elección para el TDAH (Castells et al., 2004). El metilfenidato es un estimulante que mejora tanto la hiperactividad como la inatención en niños con TDAH. Aunque suele tolerarse bien, puede producir algunos efectos secundarios como diminución del apetito o del sueño (la última dosis no debe darse más tarde de las 4 o 5 de la tarde).

• Fármacos no estimulantes: Su mecanismo de acción consiste en aumentar los niveles de noradrenalina. La Atomoxetina es el medicamento no derivado anfetamínico de primera elección en pacientes con TDAH en España. Su efecto positivo dura todo el día (12-20h) y puede administrarse en una sola toma por la mañana. Entre los beneficios que presenta frente a los tratamientos psicoestimulantes es que no tiene potencial de abuso, puede mejorar la ansiedad y no empeora los tics, así como que su efecto se mantiene constante entre las tomas, lo cual no supone un descenso del principio al olvido de una toma como en el caso de los estimulantes.

Es importante destacar que la medicación es segura y que los efectos secundarios son pocos y no son graves. Dichos fármacos son prescritos de acuerdo con el criterio del médico y con la aprobación de los padres y de acuerdo a las circunstancias y características de cada caso. El "Estudio de Tratamiento Multimodal de niños/as con TDAH" publicado por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU, mostró que un tratamiento farmacológico adecuado y estandarizado reduce de una forma significativamente mayor la sintomatología que un tratamiento psicoterapéutico o la intervención psicosocial.

Sin embargo, la combinación de una terapia farmacológica y de intervención psicológica, obtuvo mejores resultados que aquellos niños que solo fueron tratados con farmacoterapia. Sus efectos positivos se relacionaron también con una mejoría significativa en la mejora de la autoestima, la conducta social y el rendimiento académico (Soutullo y Díez, 2007) 7. En los países en donde se apli-

can con mayor frecuencia tratamientos para el TDAH, las tasas de prescripción médicas sólo representan entre el 3 y el 7 % de los niños que se cree que padecen este trastorno, e incluso menos del 4% estimado de los adultos que sufren TDAH.

El tratamiento farmacológico debe llevarse a cabo bajo la supervisión de un profesional médico experto en el tratamiento del TDAH y sus comorbilidades más frecuentes. El Metilfenidato como indicamos anteriormente, suele tolerarse bien, pero al ser un fármaco estimulante, a veces puede producir algunos efectos secundarios comunes como disminución del apetito o del sueño, reversible reajustando la dosis. Así mismo, sería importante la supervisión farmacológica desde el colegio. Los profesores deberán observar si el niño presenta una mejoría o no en cuanto al rendimiento escolar, y sus relaciones sociales con el resto de compañeros; parámetros importantes a la hora de valorar la efectividad del tratamiento farmacológico y la necesidad de reajuste de dosis.

Tratamiento no farmacológico: incluye
- Terapia neuropsicológica o estimulación cognitiva.
- Terapia psicológica, emocional, relaciones sociales.
- Terapia psicopedagógica.
- Logopedia.
- Terapia Ocupacional.

Utilizado como tratamiento coadyuvante del farmacológico .No significa que haya que tratar al niño con todas estas terapias, sino que irá en función de las características del mismo. Una vez que el tratamiento farmacológico está funcionando y permite mejorar o normalizar los niveles atención, nerviosismo y/o impulsividad, hay que empezar a trabajar. Su finalidad consiste en mejorar la autonomía del niño, su déficit de atención, hiperactividad e impulsividad; modificando pensamientos y comportamientos.

Cuanto más tiempo haya tardado en tener el diagnóstico de TDAH, más tiempo habrá pasado sin tratamiento. Esto supone que la maduración de su sistema cerebral ha seguido un camino erróneo y hay que volverlo atrás para tomar el correcto. A esto es a lo que ayuda la estimulación cognitiva en el TDAH. Entrenamiento para los padres. Por medio del entrenamiento, los padres aprenden mejores maneras de responder a las dificultades de comportamiento que forman parte del TDAH. Apoyo en la escuela. Los maestros pueden ayudar a los niños con TDAH a que les vaya bien y disfruten más de la escuela. Cuando el TDAH no se trata, a los niños les resulta difícil salir adelante. Esto puede derivar en baja autoestima, depresión, comportamiento oposicionista, fracaso escolar, compor-

tamientos de riesgo o conflictos familiares.

5 Discusión-Conclusión

El Trastorno por Déficit de atención e hiperactividad se trata de uno de los trastornos más importantes dentro de la Psiquiatría Infanto-Juvenil, constituyendo cerca del 50% de su población clínica.

Actualmente pese a la gran prevalencia existen una serie de barreras y dificultades ante las que se encuentran las familias para la detección, diagnóstico y tratamiento del TDAH. Entre ellas destacan:
• Baja concienciación social sobre el trastorno.
• Falta de formación de agentes educativos y sanitarios.
• Desconocimiento de las vías a seguir en el proceso diagnóstico

Ante todo esto es necesario luchar contra la desinformación y la implantación de medidas que tiendan a paliar esta situación, facilitando en la medida de lo posible y entendiendo una realidad con un importante impacto a nivel clínico, funcional y de calidad de vida; afectando a las interacciones sociales, estudio y al rendimiento laboral.
Debe realizarse meticulosamente la historia clínica, evaluando la posible sintomatología desde la infancia, los signos y síntomas típicos, y las posibles comorbilidades; ya que no existe ninguna prueba biomédica que permita realizar un diagnóstico objetivo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Hay que tener muy claro que la detección temprana es de gran importancia para poder poner en marcha los mecanismos necesarios para hacer frente a las dificultades y de esta manera asegurar una mejor evolución, así como un mejor pronóstico de este trastorno y una menor repercusión o un mejor control en la etapa adulta.

En un estudio realizado en España con el objetivo de conocer el grado de conocimiento sobre el TDAH de la población general, solamente un 4% de los encuestados reconocían el término TDAH y un 33% consideraba que el TDAH se debía a un entorno familiar o escolar desorganizado. La falta de formación, información y atención sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tiene consecuencias negativas directas sobre los pacientes, sus familiares, amigos y otras personas de su entorno, que sufren el estigma, la insensibilidad y la falta de consideración hacia el trastorno.

En la actualidad, los adultos están infradiagnosticados al considerarse durante

mucho tiempo que el TDAH era propio de niños y adolescentes. Sus manifestaciones clínicas, aún en lo básico son similares a las de los niños, pero con presentaciones diferentes. Existen algunos programas como el proyecto PANDAH "situación del TDAH en España" que tiene como objetivo dar a conocer la situación actual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), qué actuaciones se llevan a cabo en nuestro país, y qué necesidades detectan el personal implicado en cuanto al manejo del niño, el adolescente y el adulto.

Actualmente encontramos muchos mitos con respecto a las causas y origen del trastorno que generan en las familias sentimientos de culpa, y en los niños problemas de "etiquetaje", por lo que hay que dejar bien claro la idea de que los padres NO son culpables de que su hijo tenga el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Es de especial relevancia clarificar que el TDAH es una condición crónica, inherente a la persona, que no tiene cura; pero que se puede alcanzar un control y reducción de la sintomatología muy funcional con terapias y tratamientos farmacológicos.

Así mismo, es importante destacar las consecuencias de no tratar el TDAH, las cuales pueden dividirse en distintos niveles:
1. A nivel académico: una de las principales preocupaciones de los padres con hijos con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, es su rendimiento escolar, y por ello principal motivo de consulta en niños en edad escolar y adolescencia. Los problemas de concentración y el elevado nivel de inquietud conlleva una disminución del rendimiento escolar. Para ellos, el estar centrados y atentos en las tareas conlleva un importante reto.

- Déficit de atención como predominio: ocurre más en niñas que en niños, pero así no quiere decir que no haya varones que lo presenten. Puede ser un problema importante que conlleve a un retraso en el diagnóstico por catalogar al niño como torpe, lento, sin plantearse que presenta un déficit de atención. b) Predomina la hiperactividad y la impulsividad: en este caso el diagnóstico no suele retrasarse, ya que es más fácil de detectar puesto que es más "llamativo". El perfil de estos pacientes son niños que desde pequeños son difíciles de controlar, y que en el centro escolar dificultan el desarrollo de la clase, ya que no paran de moverse, interrumpir…

2. A nivel familiar: el no tratar el trastorno por déficit de atención e hiperacitivdad (TDAH) también tiene gran repercusión a este nivel. Hay familias que catalogan a sus hijos de "vagos", que "les falta motivación" sin realmente saber que lo que presentan es una patología. Los síntomas van aumentando a lo largo del día es-

pecialmente con el cansancio acumulado, lo que puede ocasionar que las últimas horas del día a nivel familiar sean las más complejas, sobre todo cuando lo que predomina es la hiperactividad y la impulsividad.
3. A nivel social: lo que mayor problemática ocasiona es cuando predomina la hiperactividad y la impulsividad. Son niños que no quieren esperar su turno, hablan sin parar, "pueden dar un poco la lata"… lo que puede ocasionar que otros niños no quieran jugar con ellos.
4. A nivel laboral. En la edad adulta el presentar TDAH puede tener consecuencias a nivel laboral y familiar. El presentar un déficit de atención, puede conllevar problemas para planificarse en casa, en el trabajo, problemas con la puntualidad en las citas o reuniones, en fechas de entregas de proyectos e inseguridad en las relaciones con los jefes y compañeros. Así mismo, cuando lo que predomina es la hiperactividad y la impulsividad, significa un elevado nivel de ansiedad y estrés. Les lleva a presentar poca paciencia, a tener muchas discusiones con compañeros de trabajo y con la propia familia.

6 Bibliografía

1. Tdah y tu [Internet]. Available fromel.
2. Http://www.feaadah.org/es/.Federación
española de asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad.
3. Orjales Villar, I. "Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad". Esquema de Comunicación, S.A. Madrid, 2005. 4. J.L. Pedreira Massa.Contenidos emergentes psicosociales en la infancia y adolescencia: ¿Riesgo o patología?".2018.
5. José María Pelayo Terán, Pedro Trabajo Vega, Yolanda Zapico Merayo. Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Cuadernos de Psiquiatría comunitaria.2012; 11(2): 7-20.
6. Gómez de Salazar ME, Domínguez-Gil Hurlé A, Moreneo Álvarez P.J, Seguridad de Medicamentos. Prevención de Errores de Medicación. ISMP-España. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Salamanca. 2002; 26 (4): 250-254.
7. J. Galbe Sánchez-Ventura, R. Córdoba García, N. García Sánchez .Prevención del tabaquismo activo y pasivo en la infancia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11 (Supl 17):s359-s369.
8. Castells X, Blanco-Silvente L, Cunill R. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD007813. DOI: 10.1002/14651858.CD007813.pub3.
9. Fundacióncadah.org[Internet].España.2012. Available from https://www.fundacioncadah.org/web/categoria/tdah-que-es-el-tdah.html.

10. Http://salud.nih.gov/articulo/enfocarse-en-el-tdah/.
11. Https://medlineplus.gov/spanish/attentiondeficithyperactivitydisorder.html.
12. López P, Torrente F, Ciapponi A, Lischinsky A, Cetkovich-Bakmas M, Rojas J, Romano M, Manes FF. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 3. Art. No.: CD010840. DOI: 10.1002/14651858.CD010840.pub2
13. http://www.fundacionadana.org/definicion-tdah/.
14. Storebo O, Ramstad E, Krogh H, Nilausen T, Skoog M, Holmskov M, Rosendal S, Groth C, Magnusson FL, Moreira-Maia CR, Gillies D, Buch Rasmussen K, Gauci D, Zwi M, Kirubakaran R, Forsbøl B, Simonsen E, Gluud C. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 11. Art. No.: CD009885. DOI: 10.1002/14651858.CD009885.pub2
15. Lopez P, Torrente F, Ciapponi A, Lischinsky A, Cetkovich-Bakmas M, Rojas J, Romano M, Manes FF. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 3. Art. No.: CD010840. DOI: 10.1002/14651858.CD010840.pub2.
16. J.R. Valdizán, A.C. Izaguerri-Gracia. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos REV NEUROL 2009; 48 (Supl 2): S95-S99.

Capítulo 381

MALFORMACIÓN CONGÉNITA DEL MEATO URINARIO: HIPOSPADIAS

NOEMÍ DÍAZ PÉREZ

LUCÍA GARCÍA LLANO

NIEVES ÁLVAREZ PRIETO

CRISTINA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

LAURA MARÍA ALLER ALONSO

1 Introducción

El Hipospadias es una anomalía congénita en la que el meato urinario se ubica en la parte media del pene, pudiendo estar en el escroto o cualquier otra zona. Se trata de un cierre incompleto de las estructuras peneanas durante la embriogénesis. Puede ser ser de tres tipos dependiendo de la abertura de la uretra: Balánico (cerca de la cabeza del pene), Peneano (cuerpo del pene) y Penoescrotal (zona unión pene-escroto). Síntomas: micción dispersa, problemas en el desarrollo psicosexual, curvatura anómala, etc.

2 Objetivos

Analizar y sintetizar el contenido de la evidencia científica publicada referente al Hipospadias .

3 Metodología

Revisión sistemática. Se consultaron la base de datos Pubmed y Medline y distintas Guías de referencia. Descriptores: "Hipospadias", "Tatamiento quirúrgico", "Snodgrass" "Pediatría" y "Epidemiología". Criterios de inclusión de los artículos: 1) Publicados en los últimos cinco años; 2) Categoría de "Revisión bibliográfica"; 3) Idiomas: inglés y español. De las 1603 publicaciones encontradas, se seleccionaron 20.

4 Resultados

Es una patología de origen multifactorial. La predisposición genética, una insuficiente estimulación hormonal prenatal, factores materno-placentarios y/o influencias ambientales son algunas de las causas que la provocan. Afecta a 4 de cada 1000 nacimientos de media, siendo más prevalente en la raza blanca. La cifra en América es practicamente el doble que en Europa, pasando de 36 por cada 10.000, a 18 por cada 10.000. La edad óptima para la intervención quirúrgica, que es el tratamiento de elección, es entre los 6 y los 18 meses, aunque es más frecuente a los 2 años. Se utiliza la Técnica de Snodgrass que es muy versátil, con excelentes resultados estéticos y presenta pocas complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

El Hipospadias es una patología en la que el tratamiento de elección es quirúrgico, lo que hace que requiera atención sanitaria especializada y cuidados postquirúrgicos. Los afectados sufren dificultades estéticas y/o funcionales, que requieren de la intervención de un equipo multidisciplinar. Todo ello eleva los gastos sociosanitarios de esta patología, que es muy prevalente entre los pacientes pediátricos. Un diagnóstico precoz, que permita tratar el Hipospadias en edades tempranas, puede ayudar a reducir los costes y mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los niños y sus familias.

6 Bibliografía

1.García-Ibarra F., Martínez-Verduch M. Tratamiento del hipospadias. En: Asociación Española de Urología, editor. Hipospadias masculina. Estado actual del tratamiento. Tema monográfico del LIV Congreso Nacional de Urología. Madrid. ENE Ediciones; 1989. p.95.

2. Castellán M, Labbie A, Lince L, Gosalbez R. Versatilidad de la técnica de Snodgrass para la corrección de diferentes tipos de hipospadias. Arch Esp Urol 2000; 53(7):625-628.
3. Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
4. Https://www.scielo.org/es/
5. Https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 382

CUIDADOS DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN DIÁLISIS

CARMEN MARIA VIÑA GUTIERREZ

1 Introducción

El acceso vascular es un sistema que permite acceder al torrente sanguíneo del paciente para extraer un volumen de sangre suficiente y devolverlo una vez aplicado el tratamiento.

La fístula arteriovenosa (FAVI) es la comunicación mediante anastomosis entre una arteria y una vena. Su finalidad es conseguir un vaso que permita las punciones repetidas y la obtención de ese caudal sanguíneo para la diálisis con el menor número de complicaciones posibles para el paciente.

La vigilancia y el cuidado del acceso vascular son algunas de las principales funciones de la enfermería nefrológica, ya que su supervivencia dependerá en gran medida de una adecuada vigilancia, manipulación y educación sanitaria al paciente para un correcto autocuidado.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados de enfermería que precisa la FAVI antes, durante y después del tratamiento.
- Educar al paciente sobre el autocuidado general de la FAVI.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de literatura en castellano publicada entre 2015- 2019 utilizando las bases de datos: Dialnet, Scielo,Pubmed, Google Académico. Así como la consulta de diferentes libros relacionados con la nefrología. Las palabras claves fueron: hemodiálisis, acceso vascular, fistula arteriovenosa interna nativa.

4 Resultados

La FAVI precisa cuidados y vigilancia desde el momento de su creación. Favorece la maduración,previene complicaciones y prolonga la supervivencia del acceso vascular.
Por tanto, la educación sanitaria es fundamental para los pacientes portadores de FAVI. El paciente debe ser capaz de comprender la importancia y repercusión de cuidar su acceso vascular y ser capaz de identificar los signos y síntomas de posibles complicaciones. Debemos de:
-Enseñarle a realizar los ejercicios necesarios para el desarollo y maduración de la FAVI.
-Enseñarle a reconocer el thrill
-Mantener una buena higiene general y del brazo en particular
-Informarle que debe evitar coger pesos con ese brazo, así como no dormir sobre ese brazo, no utilizar ropa apretada, evitar cambios bruscos de temperatura.
-No permitir la toma de TA ni las extracciones sanguíneas, así como tampoco la infusión de sueroterapia.
-Enseñarle cómo hacer hemostasia en caso de hemorragia.
-Ante cualquier cambio de coloración, thrill, dolor, supuración, en el brazo de FAVI debe ser comunicado de forma rápida para poder actuar.

Los cuidados en diálisis son:
-Educar al paciente a lavar el brazo con agua y jabón antes del proceso.
-Observar la presencia de latido, thrill y soplo.
-Técnica de punción aséptica, usando anestesia local, guantes y aguja de calibre adecuado.
-Evitar la punción repetida sobre zonas costrosas, endurecidas, hematomas o con signos de infección.
-Mantener un flujo adecuado de sangre en función de la maduración de la FAVI.
-Evitar manipular la aguja durante la sesión.
-Retirar la aguja en el mismo ángulo de la punción.

-Realizar hemostasia durante 10-15 minutos.
-Los apósitos se retiran al día siguiente para evitar sangrados.

5 Discusión-Conclusión

La población con insuficiencia renal crónica es cada vez más numerosa en todo el mundo, por lo que el número de personas inscritas en algún programa de tratamiento renal sustitutivo también es mayor.

Uno de los elementos que más influye en el bienestar y calidad de vida del paciente es su acceso vascular. Un buen acceso vascular es sinónimo de calidad, tanto en la mejora del estado de salud del paciente como por la ausencia de complicaciones.

6 Bibliografía

- Manual de diálisis. Barcelona: Elsevier España; 2008.
- Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. Madrid: SEDEN-Janssen Cilag; 2001.
- Accesos vasculares para hemodiálisis: cuidados de enfermería. Angiología. 2005;57 Supl 2:159-68.
- Donato M, Rovira P, Ramos J. Influencia del flujo sanguíneo sobre la supervivencia de las fístulas arteriovenosas en hemodiálisis. SEDEN 2005-2007

Capítulo 383

REVISIÓN DEL CATETERISMO VESICAL, INDICACIONES, TÉCNICA Y CUIDADOS.

MARÍA FERNÁNDEZ AGUIRRE

1 Introducción

El sondaje vesical es un procedimiento invasivo muy frecuente, lo cual hace que haya que reflexionar sobre sus indicaciones, protocolos de colocación y cuidados. Todo ello enfocado a disminuir la incidencia de las infecciones urinarias a sociadas al cateterismo vesical, que suponen año tras año un elevado porcentaje entre las infecciones nosocomiales. Aumentando con ello las estancias hospitalarias, dificultando la mejoría de los pacientes y elevando costes.

2 Objetivos

- Revisar las indicaciones del sondaje vesical, los protocolos colocación, los cuidados y mantenimiento de la sonda, todo ello para ofrecer actuaciones estandarizadas encaminadas a la disminución de las infecciones urinarias y a procurar cuidados de calidad al paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Búsqueda y revisión bibliográfica de protocolos y guías de actuación de enfermería.

4 Resultados

El sondaje vesical debe limitarse a los casos estrictamente necesarios como son las retenciones agudas de orina, el control estricto de la diuresis en pacientes críticos, cirugías del tracto urinario, control de la evacuación de orina en cirugías de larga duración, presencia de heridas alrededor de la zona perineal.

En cuanto a la técnica de colocación ha de ser aséptica, con una higiene rigurosa con agua y jabón de la zona genital (no hay evidencias de mejores resultados si se utilizan soluciones antisépticas previo sondaje). Deberemos explicar siempre al paciente el procedimiento intentando su colaboración. El globo no ha de ser hinchado con suero fisiológico (podría ser complicado su deshinchado por formación de cristales).

En su lugar utilizaremos agua estéril. En el caso de los varones procurar recolocar el prepucio al final del sondaje para evitar edemas y/o parafimosis. Si se hace necesario fijar la sonda se hará al muslo o al abdomen (en caso de varones inmovilizados) pero revisando periódicamnte esas fijaciones para evitar úlceras. La higiene de la zona genital del paciente será diaria y siempre que lo precise. Se debe mantener la bolsa colectora de orina por debajo del nivel de la vejiga, utilizar sistemas colecores cerrados y evitar las desconexiones y manipulaciones innecesarias.
La bolsa ha de vaciarse cuando esté llena en sus 2/3 partes y evitar que esté en contacto con el suelo. Si hay que pinzar la sonda nunca se hará en el catéter sino en el tubo colector del sistema de recogida. Se realizará higiene escrupulosa de manos antes y después de manipular la bolsa y si precisa desconexiones se realizará con material estéril. Tampoco se harán lavados sistemáticos ni cambios de sonda a no ser que sea necesario por tiempo de colocación, obstrucciones que no se resuelven, rotura de la sonda…

En los casos de sondaje por retención aguda se dejará salir entre 300-400cc de

orina y se pinzará para evitar hemorragias ex-vacuo. En cada turno se vigilará la permeabilidad de la sonda y cualquier signo de alerta, así como se estimulará la ingesta de líquidos si la situación del paciente no lo contraindica.

La retirada precoz del sondaje es otra de las medidas a tener en cuenta, dado que cada día que el paciente continúa con la sonda aumenta en torno a un 8% el riesgo de infección urinaria. Ya no se aconseja pinzar la sonda antes de su retirarla, siendo el momento preferente para la retirada por la noche, por ser la primera micción de la mañana de bastante volumen y por estar asociado a una mejor recuperación de las pautas miccionales.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta técnica en la colocación del sondaje, solo cuando sea absolutamente necesario, un mantenimiento adecuado del sistema, unas pautas de higiene correctas y la retirada precoz del dispositivo hace que sea posible reducir las infecciones urinarias por sondaje, mejorando la calidad asistencial, reduciendo las estancias hospitalarias y facilitando la recuperación de los pacientes

6 Bibliografía

- Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. 2012.
- Instituto Joanna Briggs. Manejo del sondaje vesical permanente de corta duración para la prevención de infecciones del tracto urinario. Actualización 2007.
- Proyecto ITU Zero. Hospital Uiversitario de La Plana. Castellón. 2018.
- Proyecto Itu-Zero. Prevención de la infección urinaria relacionada con la sonda uretral en pacientes críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Semicyuc, Seeiuc. 2018-2020
- Abásolo Otegui I, Lekuona Zubeldia A, Mena Sagasti M, Rezola Aldaz B. Reisión del protocolo dek sondaje vesical ¿Y ahora qué?. Asociación española de enfermería en urología. 2015.

Capítulo 384

CONTACTO PIEL CON PIEL DEL PADRE EN RECIÉN NACIDO POR CESÁREA

YOLANDA MÉNDEZ PELÁEZ

1 Introducción

Desde la Antigüedad, los recién nacidos han permanecido junto a sus madres en estrecho contacto con el objetivo fundamental de mantener su temperatura y comenzar la alimentación.

Sin embargo, a lo largo del siglo XX en las sociedades industrializadas en las que la mayoría de los bebés nacía en hospitales, los cambios en el manejo del parto y el recién nacido impusieron una pauta de separación temprana con el objetivo, no demasiado claro, de vigilar la correcta adaptación a la vida extrauterina del neonato.

En los últimos años, la tendencia es «volver a los orígenes», es decir, retomar la práctica de mantener al recién nacido junto a su madre; sin embargo, las rutinas hospitalarias y la falta de entrenamiento de algunos profesionales de la salud pueden interrumpir de forma significativa la interacción madre-hijo, además de alterar las conductas innatas características en las primeras horas posteriores al nacimiento, como son localizar el pezón materno e iniciar la lactancia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que «lo ideal sería que el contacto temprano piel con piel comience inmediatamente tras el nacimiento, al colocar al recién nacido desnudo en posición de decúbito ventral sobre el torso

desnudo de la madre. Esta práctica, basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida, puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor. Además, es considerado un componente importante para el inicio satisfactorio de la lactancia.

En los casos de parto por cesárea «sin riesgo», se procede a la separación materna. Ante esta situación, se han demostrado que el padre es un buen sustituto para el cuidado del recién nacido cuando la madre no está disponible.

2 Objetivos

- Destacar el papel del padre en la realización del contacto piel con piel precoz en las dos primeras horas de vida en aquellos recién nacidos por cesárea en los que se produce la separación madre/hijo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El contacto piel con piel con el padre, cuando no es posible con la madre, presenta múltiples ventajas para el niño ya que facilita el establecimiento y mantenimiento de la temperatura corporal adecuada, disminuye el llanto y hace que los recién nacidos se calmen y duerman más rápido. Los padres se sienten muy satisfechos y orgullosos de la experiencia, además de reforzar el rol del padre en la crianza de su hijo.

5 Discusión-Conclusión

Los padres se sintieron satisfechos con la experiencia del contacto piel con piel con su recién nacido. Es un procedimiento beneficioso para ambos. Sería intere-

sante continuar una línea de investigación para valorar el apego de estos padres con los recién nacidos y su posterior adaptación al rol de padre, sobre todo en los principiantes.

El contacto piel con piel con el padre debería valorarse como segunda opción, fomentando en la medida de lo posible políticas que favorezcan el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido en el propio quirófano del hospital tras la realización de la cesárea.

6 Bibliografía

- Salas, Sara Silió. Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo. Matronas profesión, 2015, no 3, p. 84-88.
- Díaz, C. Rengel; Manzanares, M. Labajos. Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna y nuevos roles de paternidad. Enfermería Docente, 2011, vol. 94, no 1, p. 8-15.
- Martínez avilés, María Sol, et al. Contacto piel con piel entre padre y recién nacido y la construcción del rol paternal. 2014. Tesis de Licenciatura.

Capítulo 385

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON NUTRICIÓN ENTERAL EN FORMA DE BOLUS CON JERINGA.

PATRICIA TREJO PRADO

ELEAZAR BLANCO ALONSO

NOEMÍ BLANCO ALONSO

ALEJANDRA MIJARES VALDES

AINOA MARTINEZ TARRAZO

1 Introducción

La nutrición enteral consiste en la administración de los diferentes elementos nutritivos a través de sondas específicas por vía nasal o percutánea, con el fin de proporcionar un correcto soporte nutricional en aquellos pacientes en los que no es posible realizar una adecuada alimentación oral voluntaria, pero en los que el aparato digestivo tiene capacidad motora y funcional, por lo que es capaz de absorber correctamente los nutrientes.

Consiste básicamente en administrarle el preparado al paciente repartido en varias tomas al día por una jeringa específica.

Dichas sondas constan de un extremo que queda fuera del cuerpo del paciente y otro que se coloca en diferentes partes del sistema digestivo, como el estómago o el duodeno, según el caso del paciente y evitando así que el alimento pase por la etapa bucal y esofágica.

La administración de nutrición enteral en forma de bolus, será siempre a través de una sonda en la cavidad gástrica.

2 Objetivos

- El objetivo principal es que tanto el personal de enfermería, como el cuidados, familiar o el propio paciente en aquellos casos en los que sea él mismo quien realice el procedimiento, conozcan paso a paso el correcto procedimiento con el fin de evitar posibles complicaciones en el futuro por una mala técnica.

3 Metodología

Para la realización de éste capítulo, se ha llevado a cabo una minuciosa revisión sistemática y bibliográfica en diferentes bases de datos digitales como por ejemplo PudMed y MayoClinic, así como en diferentes enciclopedias médicas, haciendo uso de las siguientes palabras clave: bolus con jeringa, nutrición enteral y sonda.

4 Resultados

Para llevar a cabo éste procedimiento de una manera adecuada, los pasos a realizar serán los siguientes:

- Hacer un lavado de manos convencional y tener preparado el material a temperatura ambiente. Ponerse los guantes, comprobar que tipo de sonda es y que está bien colocada.
- Observar si el paciente presenta distensión abdominal y/o ruidos intestinales.
- Proteger al paciente con un paño, cargar el preparado en una jeringa, retirar el tapón de la sonda y conectar la jeringa a ésta.
- Presionar el émbolo de una manera lenta, a una velocidad nunca superior a 20 ml por minuto.
- Es importante que mientras recargamos la jeringa con el preparado, pincemos o coloquemos el tapón de la sonda para evitar que salga contenido gástrico.

- Por último, lavaremos el interior de la sonda con agua, con una cantidad de 50 o 100 ml, según indicación y pinzar o colocar el tapón de la sonda. Es importante prestar especial cuidado en la limpieza del tapón y del orificio de entrada de la sonda, para evitar que se quede sucia con restos del preparado.
- Retiramos el paño que cubría al paciente, lavamos la jeringa con agua y jabón, secamos y guardamos correctamente.
- Nos quitamos los guantes y realizamos lavado de manos convencional.

5 Discusión-Conclusión

Se estima que aproximadamente entre un 10 - 15% de ls pacientes que dependen de una nutrición enteral, presentan algún tipo de complicación. La mayoría de los problemas no suelen ser graves y suelen ser de fácil corrección.

Existen complicaciones mecánicas que suelen estar relacionadas con la colocación de la sonda de alimentación y con el tipo de permanencia de la sonda.

Las sondas nasoentéricas suelen provocar molestias nasofaríngeas y/o dificultad en la salivación y sequedad de las mucosas. También suelen aparecer erosiones en el ala de la nariz, normalmente por una fijación inadecuada de la sonda. Éstas erosiones pueden aparecer también a nivel laríngeo y esofágico.

Por otro lado, en ciertas ocasiones pueden darse complicaciones que son realmente graves, como por ejemplo la hemorragia digestiva alta y las complicaciones secundarias a malposicionamiento de la sonda.

La obstrucción de la sonda es algo muy común y suele darse por un mal lavado de ésta, así como por la administración a través de la sonda de diferentes medicaciones. Se puede intentar desobstruir mediante infusiones de bicarbonato sódico, entre otras. En caso de que no puede posible, habría que retirar la sonda e introducir una nueva.

Pueden aparecer también complicaciones metabólicas como por ejemplo la deshidratación hipertónica.
Por todos éstos motivos, es realmente importante que éste procedimiento se lleve a cabo correctamente y de una manera minuciosa, para intentar reducir al mínimo estas situaciones.

6 Bibliografía

- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775305718327.
- https://sonda-nutricion.es/como-administrarla/administracion-con-jeringa.
- https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2016/ti163f.pdf.

Capítulo 386

COMUNICACIÓN DE ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN HOSPITALARIA

SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ

NATALIA CALLEJAS FIGUEROA

MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA

1 Introducción

El propósito de la enfermería es prestar cuidados de calidad, respetando los derechos, valores, creencias y costumbres de todas las personas, fomentando siempre la seguridad.

Una de las funciones de nuestra profesión es la administración de fármacos. Por ello, en el transcurso de la carrera profesional, se hace fundamental la adquisición de habilidades y conocimientos farmacológicos, fisiológicos y técnicos, para realizar esta función con confianza y responsabilidad. Sin embargo, existen situaciones en que la calidad de dicha función se ve afectada de manera negativa, a causa de errores, incidentes y confusiones, producidos en el manejo de los recursos poniendo en peligro la seguridad y bienestar de los pacientes.

Debido a la complejidad y amplia gama de la industria farmacéutica, la administración y toma de un medicamento es la penúltima fase de un arduo proceso que se desarrolla en el hospital llamado Cadena Terapéutica. La complejidad de cada una de las fases, puede dar lugar a posibles errores de medicación (EM).

2 Objetivos

Los objetivos principales de esta revisión bibliográfica son:
-Determinar cuáles son los errores de enfermería más frecuentes en la administración de fármacos en las unidades hospitalarias.
-Conocer los factores que producen estos errores.
-Conocer los métodos de disminución de errores.
-Mejorar la seguridad del paciente analizando situaciones ocurridas y buscar posibles causas del error.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, hemos llevado a cabo una investigación basada en nuestra experiencia como profesionales en servicios como hospitalización, urgencias o atención primaria entro otros, además de una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente en libros y artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Hemos utilizado palabras clave como “error de medicación”, “registro erróneo”, “dosis inadecuada” o “prescripción errónea”.

4 Resultados

A raíz de los estudios sobre EM elaborados en los últimos años, se han desarrollado diferentes organismos implicados en el uso seguro de medicamentos, que se encargan de desarrollar estándares y estrategias para evitar los EM y fomentar la seguridad del paciente a nivel internacional y nacional. La encargada de la gestión y liderazgo sanitario a nivel mundial es la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En España, SiNASP es el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el Sistema Nacional de Salud.

El objetivo del SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.

El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora. Aunque la notificación es voluntaria, se anima encarecidamente a los profesionales a utilizar el sistema, colaborando así en el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente.

La información introducida en el SiNASP es totalmente confidencial y está protegida por los más avanzados sistemas de seguridad. El SiNASP está disponible para hospitales y para centros de Atención Primaria. Sólo los profesionales de los centros que están dados de alta en el sistema podrán notificar incidentes en el SiNASP.

Algunos errores contemplados en la taxonomía son:
-Error de prescripción.
-Dispensación de un medicamento deteriorado.
-Error de omisión, no dispensar o administrar una dosis prescrita.
-Dosis inadecuada, dispensar o administrar una dosis superior o inferior a la prescrita, o una dosis suspendida.
-Error de preparación, manipulación o formulación incorrecta de un medicamento.
-Administración de dosis no prescritas.
-Error de registro.

5 Discusión-Conclusión

Los EM comportan consecuencias negativas que afectan la salud de los pacientes, si bien, se sabe que algunos errores pueden provocar alteraciones leves, existen otros, unos de los más frecuentes, los de omisión, que en ciertos casos pueden conllevar a consecuencias fatales, según el fármaco que no se haya administrado.

Según el análisis de los artículos, los errores más frecuentes son los de dosis equivocada, la administración de una dosis menor, mayor o duplicada a una paciente, comportan el dato más frecuente revelado en los artículos. Por otro lado, los errores de omisión, desconocidos para muchos, ocupan el segundo lugar de los EM más frecuentes, dejando de administrar, o de ajustar una dosis de medicamento, según necesidad del paciente, por ejemplo, la insulina.

La sobrecarga laboral, y el poco tiempo disponible para realizar todas las tareas, debido a la situación laboral actual, son el principal factor que favorece el desarrollo de los EM. Las interrupciones a las que se ve sometido el personal de

enfermería durante la preparación y administración de los fármacos, debidas a otros profesionales, al teléfono, y familiares, son el segundo factor más importante que influye.
Una solución para esto, es proporcionar un entorno o buscar una zona donde no haya tantas interrupciones, como por ejemplo el pasillo de personal, al cual no tienen acceso los pacientes y familiares.

La implantación de programas de notificación de errores más eficaces, y la concienciación de la importancia de la notificación a los profesionales, son unos de los pilares fundamentales para la disminución y control de los errores. Debe garantizarse que exista una coherencia entre el volumen de trabajo y el personal asignado a cada fase del proceso, de manera que sea posible ajustarse al procedimiento de trabajo establecido. Otra estrategia importante para la prevención de errores es la renovación constante de los conocimientos farmacológicos del personal de enfermería.

6 Bibliografía

- Https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap214.pdf
- Https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-implementacion-de-estrategias-de-prevencion-S0716864016300852
- Http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100016
- Https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/25328/Martin_More_-2014.pdf?sequence=1

Capítulo 387

DECÚBITO PRONO EN NIÑAS-OS Y ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO

LAURA CASAS BAQUEDANO

ITZIAR ISO GAYARRE

CRISTINA ECHAPARE ZABALETA

ERIKA GOMEZ LARRAMBE

JOSÉ MANUEL MONFORTE ESPIAU

1 Introducción

El término síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) se acuña hacia 1967. Este síndrome ocasiona una elevada mortalidad y morbilidad en las-os pacientes críticas-os. En pediatría, su diagnóstico y tratamiento es considerado un desafío, ya que hay escasez de estudios. Entre el 0,7 y el 4,2% de los ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos pediátricos en países desarrollados son por el síndrome de distrés respiratorio agudo o por el de insuficiencia respiratoria aguda, corresponde a entre 1,5 y 80 casos por cada 100000 habitantes. Al incorporar el término, no se tuvo en cuenta, durante bastante tiempo, a la población pediátrica por lo que se establece la "Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference", para definir al SDRA pediátrico y sus características. El SDRA en pediatría puede afectar desde el periodo neonatal hasta la adolescencia.

Podemos diferenciar dos tipos de SDRA, el primario, consecuencia de una lesión pulmonar aguda que produce un daño de en la membrana alveolocapilar (bronquiolitis, neumonía…), y el secundario, que es producido por traumatismo, shock…

El SDRA se puede clasificar en varios estadios: agudo, fibroproliferativo o fibrótico. Todos ellos con una característica común, hipoxemia que va acompañada de dificultad respiratoria que progresa hasta llegar a un aumento del trabajo respiratorio. Además, para valorar la gravedad del SDRA, se utilizan una serie de fórmulas que nos determinan si es leve, moderado o severo. En el SDRA el tratamiento actual se basa en una ventilación mecánica de volumen corriente bajo y una presión positiva al final de la espiración (PEEP), sin embargo, en ocasiones esto no es suficiente. En pacientes cuya hipoxemia no mejora obliga a utilizar otras alternativas como lo es el tratamiento en posición decúbito prono.

2 Objetivos

Conocer las ventajas que produce la utilización del tratamiento en posición decúbito prono para la SDRA.

3 Metodología

Palabras clave: síndrome de distrés respiratorio agudo, posición prono, ventilación mecánica, beneficios, pediatría.
Fuentes bibliográficas en inglés y castellano.

Se ha realizado la búsqueda en las bases de datos bibliográficos Scielo y Google Académico, obteniendo múltiples resultados y eligiendo los 8 documentos más relevantes. También se ha incorporado un documento obtenido en la Intranet de nuestro centro de trabajo.

4 Resultados

El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) tiene una elevada tasa de mortalidad y morbilidad en las-os pacientes críticas-os, además conlleva un elevado consumo de recursos. En pacientes con dicha patología es importante el mantenimiento del soporte vital, así como reducir o evitar los efectos secundarios de terapias invasivas como lo es la ventilación mecánica o la sedación. Para ello

utilizaremos medidas de sostén general para optimizar la hemodinámica: uso de nutrición enteral, tratamiento de la enfermedad de base, asistencia respiratoria mecánica, recursos para prevenir complicaciones.

El tratamiento actual del SDRA se basa en la ventilación mecánica, por lo que en los casos en los que los pacientes no evolucionan de forma favorable se utilizan medidas adicionales como el decúbito prono (DP). La ventilación en DP es una técnica segura y eficaz. Existen numerosos estudios que demuestran de manera fehaciente que el DP tiene efectos beneficiosos para los pacientes con SDRA, mejora la oxigenación en aproximadamente dos tercios de los pacientes. A la hora de realizar la técnica de decúbito prono hay que tener en cuenta que en pacientes intubados se asocia con un movimiento del tubo endotraqueal (TET) en dirección cefálica por lo que previamente se recomienda introducirlo un poco más antes de voltear al paciente.

Un beneficio de las maniobras posturales es la eliminación de secreciones naso/orofaríngeas, evitando la colonización de microorganismos y las microaspiraciones, factores fundamentales para la aparición de neumonía nosocomial en pacientes con ventilación mecánica invasiva (VMI). Sin embargo, la indicación en pacientes con SDRA es como medida adicional, si sólo con la VMI no es suficiente para su mejoría. Durante el manejo de pacientes en DP y bajo asistencia de VMI ocurren fenómenos que explican la mejoría de dichos pacientes como la desviación de la ventilación, desviación del flujo sanguíneo y debilitamiento de la pared torácica. Además, otro beneficio de la posición DP es el reclutamiento alveolar de las zonas que en supino estaban colapsadas.

Las complicaciones o efectos adversos son poco frecuentes y la mayoría evitables con una buena vigilancia o técnica de pronación. Entre ellos nos encontramos la aparición de úlceras por presión, edema facial, lesiones mucosas, necesidad de aumento de la sedación, desplazamientos del tubo endotraqueal, catéteres o drenajes, obstrucción del TET, neumonía asociada a la ventilación y, por último, extubación accidental.

Contraindicaciones:
- Absolutas o Fractura de columna o lesión medular o Fractura de pelvis o Traumatismo craneoencefálico o Traqueotomía o Fístula broncopleural
- Relativas o Hipertensión craneal o Esternotomía o Laparatomía o Embarazo segundo trimestre o Antecedente de paro cardíaco.

Exposición del tema.
En el SDRA se recomienda ventilación mecánica con volúmenes circulantes bajos y presión positiva al final de la espiración (PEEP). En un paciente con una insuficiencia respiratoria grave, donde persiste hipoxemia tras aplicar el tratamiento adecuado, sin mejoría aparente, es necesario utilizar otras estrategias, como por ejemplo la posición decúbito prono, obteniendo innumerables beneficios que se explican a continuación:
1. Efectos en la ventilación:
El cambio de decúbito supino (DS) a DP disminuye la presión de la cavidad pleural y se produce una distribución de la ventilación de manera más uniforme. Este cambio de presión está relacionado con:
- Cambios del movimiento diafragmático que favorecen la ventilación de zonas colapsadas.
- Reducción de la presión que ejerce el corazón, ya que en DP se apoya sobre el esternón, ocupando un 4% de la capacidad pulmonar (en DS ocupa un 40%).

Los pacientes con SDRA presentan un aumento de tamaño cardíaco (edema de paredes cardíacas, dilatación del ventrículo derecho), por lo que este punto podría estar doblemente beneficiado en este tipo de patología. Se facilita la eliminación y movilización de secreciones, aireando unidades antes colapsadas ya que en DP las vías aéreas hacen un ángulo hacia abajo por lo que las secreciones se eliminan con mayor facilidad.

2. Efectos en la mecánica respiratoria:
- Efectos en la distensibilidad del sistema respiratorio: se produce un aumento de la complianza, por lo que aumenta la distensibilidad del sistema respiratorio.
- Efectos en la capacidad residual funcional: aumenta dicha capacidad (hasta un litro de diferencia entre DS y DP) debido a la movilización de secreciones y la movilidad diafragmática.
- Efectos en la complianza de la pared torácica: al voltear a DP la pared torácica presenta menos movimiento por lo que se produce una distribución más homogénea de la ventilación.
- Cambios en el reclutamiento alveolar: en DP se produce un aumento del reclutamiento, se reclutan áreas del pulmón que estaban perfundidas, pero no ventiladas.

3. Protección pulmonar
- El DP es una estrategia de protección del daño pulmonar.
- Se produce una disminución tanto de la PEEP como de la FiO2 por lo que dis-

minuye la toxicidad por el oxígeno.
Diversos estudios han recogido información y han demostrado que un 84% de los pacientes responden de manera favorable al DP.

Según éstos se recomienda mantener al paciente en DP durante 20 horas y en DS durante 4. Esto produce una notable mejoría en los resultados gasométricos que puede tardar en evidenciarse de 30 minutos a 2 horas, en los que se cuantifica una mejora de la oxigenación que permite reducir el aporte de oxígeno. Diversos autores coinciden en que la ausencia de esta respuesta inmediata no es indicativo de que dicho cambio postural haya fracasado, por lo que estaría indicado intentarlo de nuevo.

5 Discusión-Conclusión

En el/la niño-a o adolescente con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos para proporcionar una asistencia mecánica ventilatoria, que no evoluciona favorablemente con dicha terapia de mantenimiento de soporte vital, se utilizan otras técnicas tales como el decúbito prono (DP). Dicha maniobra postural con optimización de la presión positiva al final de la espiración reduce el riesgo de lesión pulmonar inducida por la ventilación invasiva, al disminuir el estrés y la distensión del parénquima pulmonar. Además de disminuir el porcentaje de oxígeno proporcionado, por lo que disminuye los riesgos de toxicidad de éste.

Existe una escasez de estudios de maniobras posturales relacionadas con el SDRA en pediatría. Sin embargo, tras estudios realizados en adultos y ya que la incidencia es elevada en pediatría, puede ocurrir desde el periodo neonatal hasta la adolescencia, los resultados se pueden extrapolar, ya que demuestran innumerables beneficios del DP. Se recomienda mantener cuanto más tiempo mejor el DP, ya que produce una mejora en la respuesta hemodinámica del niño. Si la respuesta no es inmediata, se recomienda intentarlo de nuevo ya que se trata de una técnica sencilla y eficaz.

6 Bibliografía

- Setten, M. Plotnikow, G. Accoce, M. (2016). Prone position in patients with acute respiratory distress syndrome. Rev Bras Ter Intensiva, 28(4), 452-462.

- Cervera, G. (2003). Efectos del decúbito prono en el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Med Intensiva 27(7), 481-7.
- Hernández, G. Mondragón, T. Torres, L. Magdalena, G. (2012). Posición prono, más que una estrategia en el manejo de pacientes con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. Rev Hosp Jua MEX, 79(4), 263-270.
- Elizondo, A. Arlegui, I. (2007) Protocolo de Decúbito Prono de la UCI Hospital de Navarra.
- Blanco, A. Moreno, R. (2006) Efectos del decúbito prono en el tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria aguda en pacientes pediátricos. Arch argent pediatr, 104(2), 138-149.
- Rivero, N. Araneda, P. Astorga, E. Améstica, Cruces, P. (2016) Síndrome de distrés respiratorio agudo en pediatría. Neumol Pediatr, 11 (4): 168-174.
- Real, L. Arias, C. (2002) Prone position in adult respiratory distress syndrome: nursing care. Enferm Intensiva 13 (4):146-154.
- Yu WL, Lu ZJ, Wang Y, Shi LP, et al; Collaborative Study Group of Pediatric Respiratory Failure: The epidemiology of acute respiratory distress syndrome in pediatric intensive care units in China. Intensive Care Med 2009; 35: 136-43.
- Naveda Romero Omar Eugenio, Andrea Fabiola Naveda Meléndez (2016). Factores de riesgo para el desarrollo de síndrome de distrés respiratorio agudo: un estudio de casos y controles.Pediatr. (Asunción) vol.43 no.3 Asunción Dec. 2016

Capítulo 388

EL CONSUMO MODERADO DE CHOCOLATE TERAPIA CARDIOSALUDABLE

ALBA PASCUAL MARTINEZ

JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El chocolate es un alimento de origen vegetal que proviene del cacao y el cual aporta importantes beneficios para el organismo debido a su alto contenido en vitaminas; agentes antioxidantes y minerales. Desde antiguamente las diferentes culturas han empleado el cacao para fines curativos. Actualmente se están desarrollando importantes estudios que aportan datos sobre las propiedades beneficiosas que el consumo de cacao aporta al organismo. Una parte fundamental de estos beneficios se debe a los flavonoides, compuestos presentes en gran cantidad en el grano del cacao, además de en alimentos de origen vegetal y plantas, que desempeñan un papel primordial a la hora de reparar daños en el organismo y protegerlo de enfermedades.

Existen multitud de estudios donde se demuestra que el consumo regular de flavonoides reduce el riesgo de enfermedades cardiacas y degenerativas. De unos años hacia hoy, se venía especulando con los diferentes beneficios que el consumo moderado de chocolate tenia para la salud, pero aún eran pocas las evidencias que demostrarán los beneficios del mismo.

Como referencia, destacar un estudio publicado por La British Medical Journal (BMJ), donde se especifica que el consumo de niveles adecuados de chocolates se asocian con la reducción de al menos un tercio del riesgo de desarrollar patología cardíaca. Los investigadores demuestran que los flavonoides presentes en el cacao representan una fuente de salud para el organismo, ya que proporcionan mayor elasticidad a los vasos sanguíneos, mejorando el flujo de sangre que pasa por ellos, lo que repercute en un descenso de la tensión arterial. También contribuye a mejorar los niveles de insulina en el organismo. Para que estos beneficios sena posibles, el chocolate debe consumirse con regularidad pero de forma controlada y debe tener un contenido aproximado de cacao del 70%.

2 Objetivos

Objetivar mediante revisión de la literatura, la eficacia del consumo de chocolate sobre el aparato cardiovascular.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica tomando como referencia las bases de datos Medline; Elsiever y Pubmed, utilizando como palabras clave “Flavonols”; “chocolate”; “terapia” y “cardiosaludable”. Se ha realizado la búsqueda centrándonos en el periodo de tiempo de los últimos 10 años

4 Resultados

Heiss C et al, demuestran en sus estudios que el consumo de alimentos que contengan flavonoides, reduce significativamente la tensión arterial en personas que presentan riesgo cardiovascular. En el mismo estudio hace relación también a los beneficios que presenta sobre las mujeres menopáusicas que presentan hipercolesterolemia asociada.

Mc Collough ML, realizó un estudio durante 8 años en el que demuestra la evidencia de que el consumo de flavonoides presentes en el cacao se vincula a una reducción del riesgo de desarrollar patologías vasculares, incluso ingiriendo cantidades mínimas. Numerosos estudios evidencian también sus propiedades para mejorar la diabetes: procesos degenerativos y terapéutico en algunas enfermedades mentales

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar revisión de la bibliografía existente sobre el tema, queda de manifiesto los numerosos beneficios que el consumo de cacao proporciona a nuestra salud, no únicamente sobre el sistema cardiovascular, sino influyendo en otros órganos y sistemas como el endocrino o el sistema nervioso.

6 Bibliografía

- Heiss C, Keen Cl ; Kelm M (2010).Flavanols and cardiovascular disease prevention. Eur Heart J31, 2583-2592. Pubmed.
- Mc Collough, ML, Peterson JJ, Patel R, Jacques PF, Shar R(2012).Flavanols intake and cardiovascular disease mortality in a prospective cohort of us adults. The American journal of clinical nutrition, 95(2).454-464.
- Wang-Polagruto JF, Villablanca AC, Polagruto JA, Lee L, Holt RR; Schrader HR(2007). El consume crónico de cacao rico en flavanol mejora la función endotelial y disminuye la molécula de adhesión celular vascular en mujeres postmenopáusicas hipercolesterolémicas. Journal of cardiovascular pharmacology, 47. s177-s186.
- CortiR, Flammer AJ, Hollenberg NK, Lüscher TF(2009).Cacao y salud cardiovascular. Cirulación.2,119:1433-1441.
- RiedK, Sullivan TR, Flaker P(2012).Effect of cocoa on blood pressure. Cohrane data base Syst. Rev 8, CD008893. Pubmed.

Capítulo 389

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO. UNIDAD DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA.

CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ

CATALINA ALVAREZ SANCHEZ

1 Introducción

Proceso de Atención de Enfermería (PAE) realizado para una paciente ingresada en la 5ª Planta (Cirugía y Traumatología) del Hospital Río Carrión, para intervención programada de resección pancreática, a la que se asocia esplenectomía preventiva.

Se ha realizado una valoración completa de la paciente, atendiendo a los dominios y criterios (NANDA), identificándose en total 3 diagnósticos de enfermería y 4 problemas de colaboración. Tras priorizarlos, se ha escogido el diagnóstico déficit de actividades recreativas, sobre el que se han planteado varios objetivos (NOC), con sus correspondientes intervenciones (NIC). Se ha realizado, asimismo, una evaluación de los objetivos.

2 Objetivos

- Dar a conocer lo que es un PAE y su utilización.

3 Caso clínico

Mujer de 54 años de edad, trabajadora y ama de casa, separada. Reside en su domicilio con sus 4 hijos y 2 sobrinas adoptadas. Sin alergias medicamentosas conocidas. Hepatitis B superada hace 6 años. HTA de reciente diagnóstico. Fumadora de 20 cigarrillos diarios. Consumidora de alcohol de forma esporádica. No portadora de tatuajes. Sin antecedentes transfusionales. Fue sometida a una intervención programada de quiste ovárico hace 4 años. Sin tratamientos farmacológicos habituales.

Diagnóstico:
La paciente fue remitida desde Atención Primaria por presentar hipertransaminasemia en analítica reciente, solicitada porque la paciente refiere mareos esporádicos de frecuencia creciente. Por lo demás asintomática (no presenta ictericia, ni dolor abdominal, ni pérdida de peso). Constantes vitales estables, salvo ligera hipertensión sistólica.

En la exploración se objetiva abdomen blando, no doloroso. No se palpan masas ni visceromegalias de ningún tipo. Electrocardiograma normal. El 17 de Diciembre del presente se realiza ecografía abdomino-pélvica, en la que se evidencia dilatación de la vía biliar intrahepática, así como de la vía biliar extrahepática. Se cita al paciente para la realización de TAC hepático, derivándose al Servicio de Radiodiagnóstico.

El día 28 de Febrero se realiza TAC abdomino-pélvico, donde se identifica lesión focal hepática, así como una masa difusa en cabeza de páncreas, con prolongaciones adscritas a la vía biliar extrahepática. Vesícula distendida, sin aparente engrosamiento. No se observan adenopatías intraperitoneales de aspecto patológico. La paciente ingresa en la Unidad de Cirugía, 5ª Planta del Río Carrión, el día 18 de abril, para intervención quirúrgica programada de duodenopancreatectomía cefálica, a la que se añade esplenectomía locorregional preventiva.

La operación se lleva a cabo con éxito, sin incidencias. El día 19 de abril se inicia tolerancia oral con dieta líquida, fundamentalmente infusiones, progresando inmediatamente después a una dieta semiblanda. Se pauta la retirada de la sueroterapia por buena tolerancia a la dieta. Se colocan en quirófano dos drenajes de Redón en epigastrio derecho e izquierdo; con contenido serohemático, vía central en vena yugular derecha y sondaje vesical tipo Foley, permeable y funcionante. La paciente refiere encontrarse cansada tras la intervención.

Valoración.
Dominio 1:
La paciente se muestra orientada y conoce la enfermedad que padece. Refiere que acudió a su centro de salud por mareos continuos, su médico solicitó una analítica y los resultados le inquietaron, por lo que se solicitaron más pruebas. La paciente comenta: "nunca antes he ido al médico y para una vez que voy, me han metido en un lío enorme", nos dice que en aquel momento se enfadó con su facultativo y se mostró inquieta y ansiosa ante la situación.
Dominio alterado.

Dominio 2:
Se le informa de que a raíz de la intervención serán necesarios una serie de cambios en su dieta, fundamentalmente la reducción de la ingesta de grasas, a lo cual la paciente se muestra participativa y colaboradora: "me tendréis que enseñar qué cosas puedo comer y cuáles no".
Dominio alterado.

Dominio 3:
La paciente es continente, refiere no tener ningún problema para ir al baño: "siempre he ido bien al baño, tanto en mi casa como aquí".
Dominio no alterado.

Dominio 4:
Es perfectamente capaz de realizar las ABVD por sí sola.
Los primeros momentos después de la intervención se mostraba cansada, no obstante, conforme iban pasando los días comenzó a caminar por la planta, incluso llevaba su bandeja de la comida y cena al carro: "porque así hago algo en el día y me doy un paseo".
Con respecto al descanso, nos comenta que antes de ingresar dormía 5 horas por cuestión laboral, pero que durante la estancia en el hospital apenas descansa, no consigue conciliar el sueño. Nos confiesa: "las noches aquí son horrorosas".
Dominio alterado.

Dominio 5:
La paciente se muestra orientada, consciente y colaboradora con el personal sanitario (médico y personal de Enfermería) y con sus familiares. Comprende perfectamente su patología y es consciente de que el proceso de recuperación va a ser largo.
Dominio no alterado.

Dominio 6:
Cuándo se le informó de la necesidad de ser intervenida nos dice que estaba nerviosa, preocupada y desalentada. Tras la intervención y en el transcurso de los días, la mejoría se hace evidente y se refleja en su estado de salud. Se le pregunta acerca de la cicatriz, si le supone algún problema o cree que se lo supondrá en un futuro, a lo que responde: "no me importa tener cicatrices si así me puedo curar".
Dominio no alterado.

Dominio 7:
La paciente nos dice que siempre ha tenido una buena relación con sus familiares y comenta que desde que le diagnosticaron el proceso ya la necesidad de operarle la relación con sus hijos y familia se ha reforzado. El apoyo que le ha prestado su familia ha sido fundamental, ya que día a día acompañaban a la paciente.
Dominio no alterado.

Dominio 8:
La valoración de este domino no se ha considerado relevante para la realización de este trabajo.

Dominio 9:
La patología coincidió con otros problemas personales, nos comenta que fueron momentos muy duros: "no sabía si llorar o qué hacer". No obstante, una vez que comenzaron las pruebas, el ingreso y posteriormente la intervención, nos asegura que se animó, que vio la luz al final del túnel, que había esperanza.
Dominio alterado.

Dominio 10:
La valoración de este domino no se ha considerado relevante para la realización de este trabajo.

Dominio 11:
La paciente es portadora de dos drenajes tipo Redón en epigastrio derecho e izquierdo, respectivamente. La piel alrededor de la zona del drenaje está enrojecida levemente. Se realizan las curas indicadas por el médico (diariamente, con suero fisiológico+povidona yodada).
Posteriormente se realiza la escala de riesgo de aparición de úlceras por presión, que arroja una puntuación de 20 (riesgo mínimo o inexistente) No es necesaria la colocación de barandillas en la cama, lo que permitirá a la paciente mayor libertad diariamente.
Dominio alterado.

Dominio 12:
La paciente comenta que presenta dolor en la zona de los drenajes y en la herida quirúrgica. Se le administra la analgesia pautada y nos dice que le alivia, pero no del todo.
Dominio alterado.

Dominio 13:
La valoración de este dominio no se ha considerado relevante para la realización de este trabajo.

Problemas identificados:
Una vez realizada una valoración completa de la paciente, según los dominios Nanda1 y validando posteriormente con las directrices de Teresa Luis Rodrigo4, se procedió a la identificación de problemas de colaboración (P.C.) y diagnósticos propios de la disciplina enfermera (D.E.), que en orden de prioridad son:
1. P.C.: Potencial de infección 2º a intervención quirúrgica.
2. P.C.: Potencial de infección 2º a vía central yugular.
3. P.C.: Potencial de infección 2º a sondaje vesical.
4. D.E.: [00163] Disposición para mejorar la nutrición relacionado con (r/c) intervención quirúrgica manifestado por (m/p) la paciente que dice: "me tendréis que enseñar qué cosas puedo comer y cuáles no".
6. D.E.: [00148] Temor r/c intervención quirúrgica y proceso actual m/p la paciente que dice: "no sabía si llorar o qué hacer".
5. D.E.: [00198] Trastorno del patrón de sueño r/c hospitalización m/p la paciente que dice: "no consigo dormir bien, aquí las noches son horrorosas".
6. D.E.: [00097] Déficit de actividades recreativas r/c hospitalización m/p la paciente que refiere: "estoy muy aburrida, necesito respirar aire fresco".
7. P.C.: Dolor 2º a intervención quirúrgica.

Problema seleccionado:
D.E.: [00097] Déficit de actividades recreativas r/c hospitalización m/p la paciente que refiere: "estoy muy aburrida, necesito respirar aire fresco".
NOC [1604] Participación en actividades de ocio
- [160402] Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio, la paciente pasará del nivel 2 (raramente demostrado) al nivel 4 (frecuentemente demostrado) en 5 días.

NOC [1503] Implicación social
- [150303] Interacción con miembros de la familia, la paciente pasará del nivel 3 (a veces demostrado) al nivel 5 (siempre demostrado) en 3 días.

NOC [1209] Motivación
- [120907] Mantiene una autoestima positiva, la paciente pasará del nivel 3 (a veces demostrado) al nivel 4 (frecuentemente demostrado) en 24 horas.

NIC [5100] Potenciación de la socialització
- Fomentar la implicación en las relaciones ya establecidas.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
NIC [5240] Asesoramiento
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

NIC [4480] Facilitar la autoresponsabilidad
- Considerar responsable al paciente de su propia conducta.
- Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.
- Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.
- Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
- Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.
NIC [5360] Terapia de entrenamiento
- Ayudar al paciente/familia a identificar los déficits de movilidad.
- Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.
- Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.
- Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.
- Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa.

4 Discusión-Conclusión

Tres de los cinco objetivos propuestos se cumplieron. La participación en las actividades de ocio y el sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio no se cumplieron, porque a pesar de que la paciente se implicaba con nuestras indicaciones y su actitud era optimista y animada, en el ambiente hospitalario las actividades de ocio que se pueden realizar son muy reducidas. Los familiares le llevaron un parchís y una videoconsola portátil para jugar, pero la paciente se acabó cansando y no sabía con qué otros juegos o actividades entretenerse.

5 Bibliografía

1. Nnn Consult. Nanda International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017[Internet] NANDA International;2017 [acceso 14 de mayo de 2018] Disponible en: http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/nanda
2. Moorhead Sue, Johnson Marion, Maas Meridean L., Swanson Elizabeth. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier; 2009.
3. Bulechek Gloria M., Butcher Howard K., Dochterman Joanne McCloskey. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier; 2009.
4. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

Capítulo 390

CARGAS DE TRABAJO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

NOELIA FERNANDEZ CONCHILLO

1 Introducción

La valoración de las cargas de trabajo de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) puede llegar a ser una herramienta útil para la mejor dotación/repartición de personal por turnos, lograr un menor coste económico junto a una mayor calidad y seguridad clínica y mejor así atención al paciente y su entorno, logrando, una mayor satisfacción por parte del personal de enfermería.

Visualizar la trayectoria de las herramientas de cálculo de carga de trabajo en cuidados intensivos, determinando cuál es la mejor herramienta en la actualidad. hay que diferenciar entre la carga asistencial y la carga de trabajo. La primera es un concepto que no ofrece una realidad pura del trabajo de enfermería, da una visión limitada y parcelada. Por otro lado, el concepto de carga de trabajo engloba aspectos físicos de la actividad, mentales y emocionales. Cuando se habla de cargas de trabajo se observa una connotación de calidad, ya que, además de ejecutar una intervención o cuidado de enfermería, se hace en base a una plena corrección científica; "el paciente tiene derecho a recibir los mejores cuidados conforme a la evidencia".

Los sistemas de medición de cargas de trabajo han respondido a estrategias gestoras puramente económicas en la asignación del personal y la dotación de plantillas, poniendo hincapié en la medida cuantitativa del trabajo enfermero.En

las Unidades de Cuidados de Intensivos, el uso de escalas que valoran dichas cargas de trabajo se lleva utilizando ampliamente desde la aparición en 1974 de la Therapeutic Intervention Scoring System (TISS). Siete años después fue modernizada. Esta escala, además de medir la carga de trabajo del paciente ponderaba la severidad/gravedad de los pacientes.

Esto era así, ya que el objetivo de esta escala era examinar y legitimar el gran número de enfermeras que trabajaban en la UCI en comparación al resto del hospital. De esta manera, la TISS podía calcular el grado de carga de trabajo que tenían las enfermeras, para estimar una referencia clara del trabajo extra que se realizaba y así, poder intentar evitar el llamado efecto "burnout" físico/psicológico del personal de enfermería. En referencia a este último término, Paolo Melani et all, ha demostrado que existe un menor grado de burnout entre grupos de enfermeras que de enfermeros. La TISS estaba compuesta por 76 ítems, la puntuación de cada ítem (ente 1 y 4) era atribuida por un grupo de expertos médicos, según su criterio lo valoraban. Para ello, tenían en cuenta la complejidad del tratamiento y la carga de trabajo según las experiencias de las enfermeras.

2 Objetivos

El objetivo general de este trabajo es encontrar el sistema de cargas de trabajo de enfermería más acorde con las características de la unidad y el personal teniendo en cuenta las tareas de enfermería centradas en el paciente y su entorno.

3 Metodología

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

Marco teórico.
Se hará una revisión bibliográfica teniendo en cuenta los mejores artículos originales y meta análisis más citados de los últimos 20 años sobre las cargas de trabajo relacionadas con los servicios de cuidados intensivos.

4 Bibliografía

- Aznar Marcén V. Enfermería un bien escaso. Rev. Adm. Sanit. 2010;08:165-8.
- Miranda DR, deRijk A, Schaufeli W. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System:
The TISS-28 items - Results from a multicenter study. Critical Care Medicine. 1996;24(1):64-73.
- Recomendaciones del consejo asesor sobre el buen gobierno de la sanidad pública vasca.
- Plan estratégico 2004-2008 Hospital Donostia. Revisión 2007-2009.
- Miranda DR, Moreno R, Iapichino G. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). Intensive Care Medicine. 1997;23(7):760-5.
- Miranda DR, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W, Lapichino G, Grp TW. Nursing activities score. Critical Care Medicine. 2003;31(2):374-82.
- Bernat Adell A, Abizanda Campos R, Cubedo Rey M, Quintana Bellmunt J, Sanahuja E, Sanchis Munoz J, et al. Nursing Activity Score (NAS). Our experience with a nursing load calculation system based on times. Enfermería intensiva / Sociedad Espanola de Enfermeria Intensiva y Unidades Coronarias. 2005;16(4):164-73

Capítulo 391

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO. UNIDAD DE UROLOGÍA.

CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ

CATALINA ALVAREZ SANCHEZ

1 Introducción

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma holística, individualizada, estructurada, estandarizada y lógica. El PAE consta de cinco puntos esenciales: Valoración, Diagnóstico, Resultado (NOC), Intervención (NIC) y Evaluación. En este documento se ha realizado un PAE de un paciente ingresado en la tercera planta del edificio general del complejo asistencial universitario Hospital Río Carrión dedicada a la unidad de Urología.
El paciente es un señor de 35 años que padece una infección del tracto urinario de repetición. Ha sido elegido porque necesita gran atención por parte de enfermería para el control del dolor y de la infección. Se le realiza una valoración siguiendo los dominios NANDA para elaborar el plan de cuidados. Finalmente, se eligen los diagnósticos adecuados y se priorizan. A continuación se desarrolla completamente el diagnóstico de deterioro del patrón urinario. Antes de que fuera dado de alta, se evaluaron los objetivos marcados para comprobar si se habían conseguido.

2 Objetivos

- Analizar cuales son los cuidados más eficaces para un paciente con patología urológica.
- Dar a conocer la estructura y utilización de un PAE.

3 Caso clínico

Historia clínica.
3.1. Datos personales. a) Edad: 35 años. b) Sexo: hombre. c) Ocupación: sector de hostelería. d) Estado civil: soltero. e) Residencia: palencia.

3.2. Antecedentes clínicos. - No alergias medicamentosas conocidas. - Bradicardia sinusal. - Dislipemia. - Cólicos renales de repetición.
3.3. Antecedentes quirúrgicos. - Lasertricia por litiasis urinaria derecha (Febrero 2016) - Ureterorrenoscopia más catéter doble JITU complicada posterior.

Paciente varón de 35 años que ingresa procedente de Urgencias a la 3ª planta del Complejo Asistencial Universitario de Palencia "Hospital Río Carrión" el día 21 de abril de 2016. A su llegada presenta febrícula de 37.5º Centígrados (Temperatura axilar), malestar general y disuria. Refiere haber finalizado la semana anterior el tratamiento antibiótico pautado por su médico de familia por infección urinaria.

4 Discusión-Conclusión

Tras realizar el plan de cuidados, se puede decir que en gran medida se llegaron a cumplir los objetivos propuestos y establecidos anteriormente ya que el paciente disminuyó las molestias al orinar y desapareció la sensación de quemazón. El mismo paciente aseguró al momento del alta que ya no precisaba la analgesia de rescate ya que el dolor que sentía era mucho más leve que al principio y podía soportarlo.

5 Bibliografía

- Nnnconsult [sede web], Amsterdam: Elsevier; 2012 [acceso 25 de Abril de 2016]. Disponible en: http://0-www.nnnconsult.com.almena.uva.es/
- Actualización en enfermería [internet]. España: Enfermería actual; [acceso 25 de Abril 2016] Disponible en: http://enfermeriaactual.com/metodologia-pae/

Capítulo 392

PROCESO DE ENFERMERÍA. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ

CATALINA ALVAREZ SANCHEZ

1 Introducción

Un proceso de enfermería (PAE) es un término que se aplica en un sistema de intervenciones propias de enfermería para el cuidado de la salud del individuo familia y comunidad. El PAE lo integran 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El diagnostico se evalúa mediante la utilización de las etiquetas NANDA, los criterios de resultados NOC y las intervenciones NIC.

2 Objetivos

- Identificar los cuidados de enfermería más eficaces adaptados a un paciente.
- Demostrar la eficacia de la individualidad de los cuidados.

3 Caso clínico

Hombre de 66 años de edad, que ingresa a la Unidad de Enfermería del complejo Hermanas Hospitalarias el 11 de octubre del 2017, procedente del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Se trata de un hombre soltero, con familiares cercanos de apoyo, con cuatro hermanos, padres fallecidos. Se encuentra en situación legal de pleno derecho.

En julio de 2017, se le realiza una intervención quirúrgica debido a un meningioma parietal en el lado izquierdo con hemiplejia del lado derecho secundario a infarto. Se le realiza una craneotomía parietal por osteomielitis en agosto de 2017. Convalecencia tras varias reintervenciones quirúrgicas por complicaciones infecciosas tras cirugía de meningioma.

El paciente toma los siguientes medicamentos farmacológicos: movicol, paracetamol, trazodona, protopic, tiapriza, omeprazol, clexane, tamsulosina y levetiracetam.

Valoración. 14 Necesidades de Virginia Henderson.
1. Respiración.
No presenta alteración en el patrón respiratorio, con una frecuencia normal. Sus constantes vitales son, una frecuencia cardiaca de 67 pulsaciones por minuto, una saturación de 93% y su tensión arterial es de 110 – 70. No presenta tos. No consume tabaco actualmente, pero sí que fue fumador durante 40 años aproximadamente. Está vacunado de la gripe y neumococo.

2. Alimentación e hidratación
Su peso es de 64,5 kg y su estatura es de 160 cm. Su índice de masa corporal es de 25,12 indicándonos que se encuentra en normopeso. Se le establece una dieta libre y variada. Suele realizar medias ingestas, porque no le gusta mucho la comida. Presenta mucosas hidratadas y en buen estado. Se registra el número de líquidos ingeridos asegurando un consumo de 1,5 l de agua diarios. No presenta alteración en la deglución, ni riesgo de atragantamiento con líquidos. Toma la medicación entera y conoce su medicación.
3. Eliminación a. Intestinal Presenta alteración intestinal, con presencia de hemorroides y tiende al estreñimiento. El paciente controla esfínteres. Control de deposición tanto diurno como nocturno. No necesita ayuda para ir al baño. Hernia discal b. Urinaria No presenta una alteración urinaria. El paciente controla esfínteres. No usa pañal. Ritmo de eliminación normal. c. Sudoración No presenta alteración en la sudoración.
4. Movilización
El paciente se muestra activo, precisa de ayuda en el momento para meterse a la cama o sentarse en la silla, pero por lo general puede desplazarse solo distancias moderadas con la ayuda de un bastón. A su ingreso viene en silla de ruedas, incapaz de andar.

5. Reposo-sueño
No presenta alteración del sueño, refiere dormir 9 horas diariamente. No requiere medicación para dormir. Pasa las noches tranquilo. Se le colocan las barandillas a los lados de la cama, para evitar caídas mientras duerme
6. Vestirse
El paciente precisa de ayuda parcial para vestirse, aunque dice defenderse bien con la mano izquierda.
7. Temperatura
Afebril. Su temperatura es de 36,2 ºC.
8. Higiene/Piel
El paciente presenta unos hábitos higiénicos adecuados. Muestra un estado alterado de la piel por la presencia de dermatitis. Realiza aseo diario con la ayuda de las auxiliares.
9. Seguridad y protección
El paciente presenta una alteración en el sentido del oído, ya que posee audífonos en ambos oídos. Presenta una alteración en la movilidad. El nivel de conciencia es adecuado. Presenta alteración en el estado de ánimo, ya que comenta que, aunque se encuentre animado, la enfermedad que padece le hace sentirse triste a ratos.
10. Comunicación
Presenta alteraciones en el habla (afasia) y se frustra cuando no le sale una palabra. No manifiesta alteración en la capacidad de comprensión verbal. Es importante darle tiempo para que se explique.
11. Relaciones sociales
Mantiene buenas relaciones con su familia, siempre está acompañado por su cuñado o por sus hermanas. Es soltero. Mantiene buenas relaciones sociales con las trabajadoras y con algún paciente.
12. Trabajo autorrealización
El paciente es pensionista.
13. Actividades lúdicas
Manifiesta tener aficiones, que le gusta pintar al óleo, le gusta escuchar la radio y pasear con su cuñado.
14. Aprendizaje
Realización de estudios primarios.

Diagnóstico desarrollado
NANDA: [00085] Deterioro de la movilidad física relacionado con hemiparesia, manifestado por dificultad para girarse en la cama.
NOC Relacionados
1. [0200]Ambular

[20004]Camina a paso moderado. Pasa del nivel 2 (sustancialmente comprometido) al nivel 3 (moderadamente comprometido) en dos semanas.
[20012] Camina distancias moderadas (>1 manzana y <5 manzanas) Pasa del nivel 3 (moderadamente comprometido) al nivel 4 (levemente comprometido) en tres semanas.

2. [0208]Movilidad
[20806]Ambulación. Pasa del nivel 3 (moderadamente comprometido) al nivel 4 (levemente comprometido) en una semana.
[20814] Se mueve con facilidad. Pasa del nivel 2 (sustancialmente comprometido) al nivel 3 (moderadamente comprometido) en dos semanas.

NIC Relacionados
[140] Fomentar la mecánica corporal
-Colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan para fomentar la mecánica corporal. El paciente acudirá tres días a la semana a fisioterapia.
[1800] Ayuda con el autocuidado: aivd
-Determinar las necesidades de ayuda del individuo con las actividades instrumentales de la vida diaria -Conseguir herramientas de ayuda en las actividades cotidianas.
[6490]Prevención de caídas
-Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.

4 Discusión-Conclusión

Evaluación de los NOC:
-[0200]Ambular: Se consigue una mejoría, el paciente llega a niveles planteados, como caminar distancias moderadas y a paso moderado, refiere estar más motivado por seguir avanzando y llegar a los objetivos.
-[0208]Movilidad. Se consigue que se mueva con más facilidad, con los ejercicios realizados en fisioterapia, dice que no encontrarse tan torpe como anteriormente.

5 Bibliografía

- Nnnconsult. NANDA Internacional Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017 [Internet]. NANDA International; c2016 [citado 25 mar 2018] Disponible en: http://www.nnnconsult.com/nanda

-Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9ªed. Barcelona: Elsevier;2013.

Capítulo 393

IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO CARDÍACO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

PATRICIA GORDEJUELA SENOSIAIN

LEYRE DIEZ DE ULZURRUN SENOSIAIN

MIRIAM BASTERRA ROYO

IRANZU ZUDAIRE FERNANDEZ

1 Introducción

La enfermedad coronaria es uno de los principales problemas de salud pública y una de las principales causas de incapacidad y muerte a nivel mundial. Es reconocida como una de las patologías en el grupo de las enfermedades cardiovasculares que genera importantes tasas de mortalidad en los países industrializados y en vías de desarrollo (1).

El cateterismo cardíaco (CC) es un procedimiento con fines diagnósticos y terapéuticos en el manejo de la enfermedad coronaria, el cual constituye la prueba de oro de la cardiología (1,2,3). Debido a su carácter invasivo puede generar una serie de efectos, en donde el impacto emocional está determinado por respuestas de ansiedad, temor y estrés (2). El ambiente hospitalario y las creencias culturales son dos factores que pueden influir directamente en dichos efectos, sobre todo

cuando no se recibe una adecuada educación sobre todos los cuidados relacionados.2 Varios estudios estiman que alrededor de 45% de la población que ingresa para cateterismo presenta ansiedad (1,2,4).

Es, por ello, fundamental el papel que desempeña el profesional de enfermería en la identificación de los niveles de ansiedad de los pacientes a través del uso de instrumentos validados, así como en el desarrollo de estrategias de educación que se centren en las necesidades psicológicas y fisiológicas, con el propósito de manejar y disminuir las complicaciones que se puedan presentar.

2 Objetivos

- Conocer las intervenciones de Enfermería para identificar la ansiedad en un paciente sometido a CC y las diferentes escalas para evaluarla.
- Describir, a través de un caso clínico, el manejo de Enfermería ante un caso de paciente con ansiedad en el contexto de un Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) y realización de CC.

3 Caso clínico

Juan, nombre no real, a fin de preservar su intimidad, es un paciente de 53 años, activo laboralmente y soltero. Acudió al servicio de urgencias por presentar un intenso dolor centrotorácico de carácter opresivo con irradiación a brazo izquierdo que se acentuaba con el ejercicio físico y disminuía con el reposo. Fue diagnosticado de un SCASEST e ingresó en la Unidad Coronaria del hospital para realizar en la mañana del día siguiente un CC.

Como antecedentes personales presenta: hipertensión arterial (HTA), dislipemia, evento isquémico con realización de angioplastia y colocación de un stent en coronaria derecha hace cinco años y Diabetes Mellitus tipo II. Se trata, además, de un paciente obeso, sedentario, fumador y con malos hábitos dietéticos.

Tras valoración del paciente en el servicio de Urgencias con administración de doble antiagregación, tratamiento anticoagulante, medicación Betabloqueante, canalización de vía periférica y administración de Nitroglicerina endovenosa (e/v); a su llegada a la Unidad Coronaria se realiza:
- Monitorización y vigilancia estrecha del paciente: electrocardiograma (ECG), frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial (TA), saturación de oxígeno (SpO2) y

control de glucemia. Este paciente presentaba cifras de TA elevadas así como taquicardia por su estado de nerviosismo.
- ECG de 12 derivaciones (previo realizado en Urgencias con derivaciones derechas y posteriores para conocer el área afectada). No presentó sintomatología nueva por lo que no se repitió ECG hasta la mañana siguiente pero se realizó monitorización continua de ECG como se ha dicho anteriormente.
- Analítica: seriación de enzimas cardíacas cada 6 horas hasta presentar pico (Troponina T sería suficiente ya que es la que mas especificidad presenta). El resto de la analítica: hemograma, ionograma, urea, creatinina, perfil lipídico, glucosa, ácido úrico y perfil de hemostasia (TTPA, INR, fibrinógeno) se realizó en el servicio de Urgencias. Al día siguiente y tras 8 horas de ayunas se obtuvo: glucemia, hemoglobina glicosilada y perfil lipídico.
- Radiografía de tórax.
- Ecocardiograma.
- Anamnesis completa incluyendo alergias alimentarias y medicamentosas (en este caso ninguna), características del dolor y otra sintomatología. En este caso nuestro paciente presentaba mucho nerviosismo y ansiedad ante la situación con cifras de tensión arterial (TA) elevada y náuseas.

Se realiza lo anteriormente citado en el primer contacto con el paciente y posteriormente se le indica mantenerse en reposo absoluto así como en dieta absoluta hasta realización de cateterismo cardíaco en la mañana del día siguiente por no tratarse de un paciente con inestabilidad hemodinámica, no presentar cambios electrocardiográficos o insuficiencia cardíaca.

El paciente se encontró estable hasta el día siguiente, no presentó gran elevación de enzimas cardíacas y no presentó nueva sintomatología, sin embargo, el problema más preocupante para él era el nerviosismo y ansiedad que sentía por su situación clínica y por la repetición del evento isquémico. Se lamentaba de no cuidar su salud y de no ser capaz de haber evitado este proceso.

Lo primero que debemos conseguir es entender el impacto que supone debutar con un SCASEST y las sensaciones que produce en el paciente. El paciente puede afrontar este momento como un desafío situacional, donde está en peligro su vida o la calidad de la misma. La ansiedad es una respuesta que se presenta normalmente frente a la percepción de una amenaza, como anteriormente se ha dicho, y tiene como propósito la protección del organismo (1).

1. Intervenciones de enfermería para identificar la ansiedad
En primer lugar se debe entender qué mecanismos y qué factores son los desen-

cadenantes en la aparición de a ansiedad en el contexto del CC. Algunos de ellos son:
- El significado cultural que el paciente tiene del cateterismo, puesto que se le va a intervenir del corazón, parte del cuerpo que para la población es la más importante para vivir (1).
- El ambiente hospitalario, ya que genera desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno personal, familiar, laboral, social y de los roles habituales, entre otros (1).
- El desconocimiento por parte del paciente acerca de la enfermedad, el procedimiento, los cuidados posteriores, el temor al reingreso y al dolo (1,3).
- La realización de intervenciones educativas deficientes y poco estructuradas por parte del personal de enfermería (1,4).

Una vez hemos entendido qué mecanismos desencadenan esta respuesta, se debe proceder a valorar la sintomatología para identificar el nivel de ansiedad que presenta nuestro paciente y, posteriormente, aplicar las intervenciones correspondientes.

Algunas de las escalas de valoración del nivel de ansiedad que encontramos son:
- La Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A).
- La Escala de Ansiedad del Cuestionario de Goldberg.
- El inventario de ansiedad de Beck.
- El Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo.

2. Manejo e intervenciones de enfermería

Los factores anteriormente citados son aspectos fundamentales que el profesional de enfermería debe conocer e integrar en el momento que inicia la valoración del paciente que va a ser sometido a procedimientos invasivos, como el CC, con el propósito de manejarlos oportunamente y minimizar la respuesta ansiosa utilizando como herramientas la comunicación y la educación.
- Comunicación: de todos es sabido que el papel de la enfermera conlleva una buena comunicación para poder brindar una adecuada intervención de cuidado (1). La comunicación es quizás el proceso más importante en la relación enfermera-paciente en cualquiera de las áreas de actuación profesional. Es importante informar de todo procedimiento, desde el más insignificante hasta el más importante, desde el momento del ingreso así como animar al paciente a verbalizar y a expresar sus emociones (1, 4). Mostrarse disponible en todo momento para cualquier pregunta o duda y dejárselo claro tanto al paciente como a su familia ha demostrado, también, una disminución generalizada de la aparición

de la respuesta ansiosa (4).
- Educación: la educación debe comenzar desde el primer contacto que tenemos con el paciente ya que con la información se pueden aclarar dudas, creencias erróneas y temor a lo desconocido (1).

Por otra parte, al verbalizar sus emociones y dudas respecto al procedimiento, se puede mejorar la comprensión y minimizar la ansiedad (4). La educación debe promover la escucha, comprendiendo la perspectiva del paciente sobre la situación estresante y proporcionar la información objetiva respecto al procedimiento, sus indicaciones, complicaciones y cuidados (3).

Es conocido en los estudios de investigación que la educación preoperatoria o previa a los procedimientos influye favorablemente en la disminución de la ansiedad del paciente (3).

4 Discusión-Conclusión

Existen herramientas de valoración del nivel de ansiedad del paciente aplicables al contexto de CC así como intervenciones enfocadas a minimizarla pero otro factor importante sería el involucrar a la familia en el proceso de preparación previa a la entrada a la sala de hemodinámica y posterior en la sala de recuperación, ya que el mayor apoyo emocional del paciente es su familia y por ende, su acompañamiento es favorable para que el paciente pueda afrontar el procedimiento con más tranquilidad y seguridad (3).

Es indiscutible la importancia del papel de enfermería a la hora de reducir la ansiedad en estos pacientes. La enfermería es una pieza clave en la identificación de los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a CC y en la implementación de intervenciones de enfermería fundamentadas en la comunicación y educación.

Se debe conocer y utilizar herramientas de valoración emocional que permiten identificar oportunamente los niveles de ansiedad. Para ello debe establecer una estrecha comunicación con el paciente en todo momento (3).

Es importante que se proporcione educación, prevención e información clara y concreta a los pacientes que son sometidos al procedimiento de CC, ya que al brindar educación para la salud respecto a la preparación y cuidado se evita la presencia de complicaciones.

5 Bibliografía

1. Achury DM, Achury LF, Estrada PA, Gutiérrez AS. Cuidado de enfermería al paciente con ansiedad que va a ser sometido a cateterismo cardíaco. Rev Mex Enf Cardiol. [Internet]. 2012 [Consultado Ene 2020]; 20(3):112-116. Disponible en: http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?IDREVISTA=45&IDARTICULO=41550&IDPUBLICACION=4341
2. Yagüe JM. Caso clínico: cateterismo cardíaco y enfermera referente: dos caras de una misma moneda. Rev Enf Cardiol. 2010; 49: 47-52.
3. Rocha RE, Lozano O, Romero GM. Nivel de conocimientos del paciente sobre el cateterismo cardíaco y presencia de ansiedad y depresión. Rev Enferm Inst Mex. 2017; 25(4): 257-64.
4. Córdoba DM, Fernández P, Salcedo R. Cuidados enfermeros en la reducción de niveles de ansiedad a pacientes sometidos a cateterismo cardíaco. 2017

Capítulo 394

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO. ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS.

SARA CONTRERAS RAMOS

1 Introducción

Proceso de Atención de Enfermería (PAE) realizado a un paciente ingresado en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Se ha realizado una valoración completa del paciente atendiendo al sistema diseñado por Marjory Gordon, identificándose diagnósticas de enfermería y problemas de colaboración. Posteriormente se han priorizado y planteado distintos objetivos e intervenciones.

2 Objetivos

- Individualizar los cuidados del paciente.
- Realizar una valoración de la evolución de su estado de salud.

3 Caso clínico

El paciente que he elegido para la realización de mi plan de cuidados es un varón, actualmente es soltero y no tiene hijos. Tampoco posee ninguna ocupación o profesión. Su ingreso en tuvo lugar en 2008 padeciendo un retraso mental moderado con deterioro del comportamiento importante que dificultaba su estancia en el domicilio familiar.

Con relación a la dinámica personal del sujeto, según informes previos al ingreso, hasta su adolescencia permanece en el domicilio familiar. Su madre es la principal cuidadora. A partir de entonces ingresa en diversos centros hasta terminar finalmente en el nuestro. La situación familiar es: relación del padre y los hermanos con el paciente nula y relación con la madre escasa, recibiendo alguna visita de ella eventualmente. El paciente está incapacitado judicialmente y la familia cuenta con unos recursos escasos.

Para la valoración del individuo se ha utilizado el sistema diseñado por Marjory Gordon. El primer movimiento que se ha realizado para la cumplimentación de esta ha sido la elaboración de una ficha antropométrica, gracias a la cual sabemos que el paciente pesa 51,8 kilogramos, mide 1,78 cm y por tanto su IMC es igual a 16,384. Utiliza un 44 de calzado. Cuenta con una amputación del dedo anular en mano izquierda. Es de raza blanca y complexión normal, con un cabello castaño y liso. Su nariz es normal y sus ojos verdes. Sus orejas pequeñas, sus cejas normales y se pueden observar pérdidas dentarias. Sus constantes vitales se ajustan dentro del rango normal, siendo estas una temperatura de 35 ºC, frecuencia cardiaca de 95 latidos por minuto, tensión arterial de 109/69 mmHg y saturación de oxígeno del 96%.

El paciente se encuentra vacunado correctamente según el calendario vacunal infantil. Se le administra el 3 de marzo de 2010 la última dosis de antitetánica y anualmente la antigripal. Respecto a la nutrición e hidratación, a pesar de que se encuentra bajo peso según su IMC, el apetito y estado nutricional del paciente son adecuados según los parámetros analíticos. Posee una dieta normal triturada debido al riesgo de atragantamiento que presenta, con doble ración en comida y cena. Alimentación asistida por ser totalmente dependiente para realizar la toma. La ingesta de líquidos precisa de espesante y es diaria, aproximadamente un vaso con cada comida. El estado bucodental es bueno pero le faltan algunas piezas dentarias y otras están rotas por las diversas caídas sufridas.

Se trata de un paciente con incontinencia doble que requiere la utilización de absorbente durante todo el día.
La función intestinal se muestra alterada con tendencia al estreñimiento precisando de laxantes. Se le controlan las deposiciones, estando pautada la administración de un enema si no realiza deposición en 3 días.
La eliminación cutánea es diaforética. A nivel dermatológico, se observa buena hidratación, aunque presenta cicatrices por diversas caídas o como resultado de enfrentamiento con otros compañeros. Posee un alto riesgo de desarrollar úlceras

por presión, por lo que recibe cuidados preventivos diarios.

El estado de las mucosas es adecuado. Se realiza un control podológico anual, no siendo registradas ningún tipo de incidencias en los mismos. El paciente no posee hábitos tóxicos como tabaco u/o alcohol ni ingiere bebidas con cafeína. Requiere de cuidados para mantener su salud ya que nunca ha tenido consciencia de su enfermedad.
Para el aseo, vestido y arreglo personal es totalmente dependiente, sin ningún tipo de colaboración por parte de este. El aseo y vestido diario es realizado a primera hora del día por el personal de atención directa. No obstante, acorde con la dinámica de trabajo en equipo y colaboración interprofesional que caracteriza a esta unidad, yo misma he participado en él en varias ocasiones.

Para el afeitado y el corte de pelo dispone de los servicios de barbería. El corte de uñas es realizado por el personal de atención directa una vez por semana y/o cuando precise. La movilidad actual del paciente es muy reducida, siendo incapaz de realizar cambios posturales, levantarse, sentarse, deambular o permanecer en bipedestación, precisando la ayuda de personas y dispositivos. Durante la noche, duerme con normalidad en la enfermería de la unidad. Suele dormir alrededor de 6 horas y cuando se despierta permanece tranquilo en su cama.Se levanta descansado y no se muestra somnoliento durante el día. No requiere ayuda farmacológica para conciliar el sueño. En cuanto a sexualidad, no presenta conductas reseñables No refiere dolor de ningún tipo pero si responde verbal y físicamente cuando se le realizan técnicas invasivas. No es consciente de su enfermedad, ni de por qué se encuentra ingresado en la unidad.

Referente a la autopercepción, cabe destacar que presenta un deterioro cognitivo que le impide tener percepción de sí mismo. Memoria alterada. Déficit atencional. Gran nivel de distractibilidad. Desorientación temporal. Comprensión deficiente de órdenes básicas. Mantiene intencionalidad de comunicarse verbalmente siendo el discurso incoherente, pobre y disgregado. A nivel neurológico no presenta problemas del tipo convulsiones, hemiplejias, etc. Presenta deterioro neurológico a nivel motor, no realizando bipedestación. El grado de institucionalización es pleno puesto que el paciente ha estado ingresado en centros del mismo tipo desde la adolescencia y es totalmente dependiente del régimen de vida del centro.

La farmacología pautada en el paciente consta de:
- Clozapina, que se administra por vía oral con una pauta de 1 comprimido a las 9 de la noche de todos los días (es un neuroléptico que se utiliza para tratar

trastornos mentales específicos cuando la utilización de otros medicamentos no funciona o causa reacciones adversas graves como es el caso de este paciente).
- Valproato sódico, que se administra en 3 dosis todos los días: 3 ml a las 9 de la mañana y 2ml a las 2 y 9 de la tarde (aunque pertenece al grupo de medicamentos antiepilépticos, en el caso de este paciente se administra con un objetivo eutimizante para regular su estado de ánimo).
- Lorazepam que se administra con una pauta de 3 comprimidos todos los días, 1 a las 9 de la mañana, otro a las 2 de la tarde y el último a las 9 de la noche (la administración de este fármaco tiene una finalidad ansiolítica).
- 10 ml de duphalac a las 9 de la mañana el cual contiene un laxante llamado lactulosa que actúa ablandando las heces

Además, está indicado el uso de un enema de hidrógeno fosfato de disodio cada 3 días si estreñimiento. Reacción ante la toma de medicación. Nunca ha reaccionado negativamente ante la medicación, tomándola todos los días sin ofrecer resistencia ante la realización de la toma.

Reacción ante las visitas
El paciente recibe visitas de su madre eventualmente en las que se observan conductas agresivas hacia ella.

Entrevista con el paciente
No ha sido posible realizar la entrevista debido al estado del paciente. Para comprobar las capacidades, déficits y problemas de salud del paciente se ha utilizado las escalas de Norton y Barthel modificado. De este modo, se obtiene una puntuación total de 8 en la escala Norton, lo cual nos revela un riesgo muy alto de deterioro de la integridad cutánea y presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión.
Así mismo, se consigue una puntuación total de 2 en la escala Barthel, lo cual manifiesta una dependencia total en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

En cuanto a las enfermedades somáticas importantes sufridas por el paciente no encontramos alergías conocidas. Tampoco limitaciones en la visión ni en la audición. Síndrome de Klinefelter desde el nacimiento *afección genética en hombres cuando tienen un cromosoma x extra* Adactilia traumática del dedo anular de la mano izquierda. Pitiriasis versicolor en abdomen ocasionalmente. Síndrome Neuroléptico Maligno en Julio/Agosto del 2017 con secuelas actuales tales como: hipertonía generalizada, rigidez articular, bajo peso y aumento de la ansiedad.

Respecto al diagnóstico psiquiátrico, declara un retraso mental moderado con deterioro del comportamiento importante al ingreso. Se mantiene estable psicopatológicamente hasta que se desencadena un Síndrome Neuroléptico Maligno tras el cual ha pasado a ser totalmente dependiente. En sus antecedentes familiares se encuentra un caso de esquizofrenia sufrido por el hermano del padre.

El plan de cuidados confeccionado se realiza a partir de 3 diagnósticos de enfermería y 7 problemas de colaboración:
Comenzaré con los diagnósticos de enfermería hallados en el paciente: El primero, riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con incapacidad motora. El objetivo que se plantea es el control del riesgo, mediante la aplicación de la guía de prevención de úlceras por presión que conlleva las siguientes intervenciones:
- Realizar cambios posturales.
- Mantener una correcta hidratación y nutrición del paciente.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Uso de colchón y cojín antiescaras.

El segundo, déficit de autocuidado relacionado con deterioro cognitivo y físico manifestado por incapacidad del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria. El objetivo en este caso es mantener cubiertas sus necesidades básicas. Las intervenciones a realizar consistirán en suplir en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. (Programas de Salud- atención directa)

El tercer diagnóstico de enfermería es: incontinencia doble relacionada con alteración de la función cognitiva. El objetivo propuesto es evitar la aparición de problemas secundarios a la incontinencia, llevando a cabo las siguientes intervenciones:
- Proporcionar absorbentes según precise.
- Cambiar pañal y limpiar la zona perianal con frecuencia.
- Utilizar ropa interior de protección.
- Proteger la piel del exceso de humedad de la orina, heces o sudor con la aplicación de pomadas con óxido de zinc hidrófobo-repele la humedad.

El plan de cuidados continúa con 7 problemas de colaboración:
El primero, déficit de actividades recreativas secundario a proceso somático. Los objetivos planteados son favorecer que participe en actividades programadas si su estado lo permite y prevenir la aparición de alteraciones de conducta detectando signos de alerta.

Las intervenciones a realizar son:
- Determinar cuándo y en qué actividades podrá participar el paciente.
- Controlar su comportamiento en la actividad.
- En condiciones de climatología favorable se podrá valorar salir al jardín.

El segundo, riesgo de violencia dirigida a otros secundaria a alteraciones del comportamiento. El objetivo marcado ha sido minimizar los daños de las conductas violentas.
Las intervenciones:
- Detectar cambios en la conducta que puedan preceder a episodios de violencia.
- Retirar objetos peligrosos.
- Abordar verbalmente al paciente para corregir conductas no deseadas o aplicar pauta de control emocional si precisa.
- Adaptar el entorno a sus necesidades, ubicándolo solo en la habitación y en el comedor.
- Administrar medicación de rescate si precisa.

En tercer lugar, riesgo de atragantamiento secundario a deterioro de la deglución. Los objetivos planteados han sido evitar atragantamientos y minimizar daños y consecuencias. Las intervenciones son:
- Adecuación de la dieta.
- Supervisión de las ingestas estimulando para que estas se hagan de manera adecuada.
- Mantener al paciente con una postura adecuada durante el periodo de la ingesta.

El siguiente, riesgo de estreñimiento funcional crónico, cuyo objetivo es el control del riesgo y las intervenciones son:
- Adecuación de la dieta.
- Administración de fármacos laxantes.
- Mantener una hidratación correcta del paciente administrando al menos un vaso de agua en cada comida.
- Realizar un control de deposiciones y si no realiza deposición en 3 días administración de un enema.

El quinto, deterioro de la movilidad física, en el que se plantea el objetivo de evitar el inmovilismo. Las intervenciones a realizar serán:
- Fomentar la mecánica corporal mediante el desarrollo de un plan de fisioterapia.
- Ayuda de dispositivos y personas para suplir necesidades de cuidado y realizar desplazamientos.
- Adaptar el entorno a sus necesidades.

En sexto lugar, riesgo de infección respiratoria y urinaria relacionado con enfermedad crónica Rabdomiolisis. El objetivo es el control del riesgo.
Las intervenciones son:
- Observación de la aparición de signos y síntomas y avisar al médico precozmente se realiza un sistemático de orina mensual por orden médica.

Por una parte para controlar el riesgo de infección urinaria se llevará a cabo la limpieza y secado de la zona perianal y el cambio de absorbente cuando precise. Por otra parte para controlar el riesgo de infección respiratoria se ventilará y acondicionará la habitación, fisioterapia respiratoria mediante clapping y cambios posturales.

Por último, deterioro de la comunicación verbal relacionado con retraso mental manifestado por lenguaje disgregado. El objetivo propuesto es mantener la capacidad de comunicación, siguiendo las siguientes intervenciones:
- Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.
- Reforzar o repetir la información.
- Utilizar palabras simples y frases cortas.
- Mantener un tono de voz adecuado.
- Reforzar la comunicación verbal con la no verbal.
- Permanecer frente al paciente para hablarle y escuchar con atención.
- Identificar conductas emocionales y físicas como forma de comunicación.

Para finalizar, se ha elaborado una evaluación integral determinando la calidad de los cuidados de enfermería recibidos por este paciente.Los objetivos planteados en este plan de cuidados han sido realistas y adecuados, por lo que se han logrado los resultados esperados. Respecto al estado de la piel, se ha logrado mantener hidratada y sin lesiones, siendo necesario continuar con estos cuidados para lograr la persistencia de su integridad.

4 Discusión-Conclusión

Realizar un Proceso de Atención Enfermero al paciente permite individualizar y personalizar los cuidados hacia las propias necesidades del paciente, así como optimizar el trabajo de los profesionales.

5 Bibliografía

- Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- Nnn Consult. Nanda International Nursing Diagnoses: Definitionsand Classifications 2015-2017[Internet] NANDA International; 2017 [acceso 12 de Octubre de 2018] Disponible en: http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/nanda

Capítulo 395

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA.

SARA CONTRERAS RAMOS

1 Introducción

Proceso de Atención de Enfermería realizado para una paciente ingresada en la Planta de Cirugía y Traumatología para intervención programada de resección pancreática, a la que se asocia esplenectomía preventiva.

Se ha realizado una valoración completa de la paciente, atendiendo a los dominios y criterios NANDA, identificándose en total 3 diagnósticos de enfermería y 4 problemas de colaboración. Tras priorizarlos, se ha escogido el diagnóstico déficit de actividades recreativas, sobre el que se han planteado varios objetivos (NOC), con sus correspondientes intervenciones (NIC).

Se ha realizado, asimismo, una evaluación de los objetivos para determinar el grado de cumplimiento de los mismos y la eficacia de las intervenciones planteadas. El resultado final expone que tres de los cinco objetivos propuestos se cumplieron. Se explican asimismo las posibles causas del no cumplimiento de los dos objetivos restantes.

2 Objetivos

- Individualizar los cuidados del paciente.
- Realizar una valoración de la evolución de su estado de salud.

3 Caso clínico

Historia del paciente
Antecedentes personales:
Mujer de 54 años de edad, trabajadora y ama de casa, separada. Reside en su domicilio con sus 4 hijos y 2 sobrinas adoptadas. Sin alergias medicamentosas conocidas. Hepatitis B superada hace 6 años. HTA de reciente diagnóstico. Fumadora de 20 cigarrillos diarios. Consumidora de alcohol de forma esporádica. No portadora de tatuajes. Sin antecedentes transfusionales. Fue sometida a una intervención programada de quiste ovárico hace 4 años. Sin tratamientos farmacológicos habituales.

Antecedentes familiares:
Hermana diagnosticada de cáncer de mama, recibió tratamiento, superando la enfermedad. Sobrina diagnosticada de cáncer de mama, en tratamiento. Sobrina VIH positivo (en tratamiento), en convivencia domiciliaria.

Diagnóstico
La paciente fue remitida desde Atención Primaria por presentar hipertransaminasemia en analítica reciente, solicitada porque la paciente refiere mareos esporádicos de frecuencia creciente. Por lo demás asintomática (no presenta ictericia, ni dolor abdominal, ni pérdida de peso). Constantes vitales estables, salvo ligera hipertensión sistólica. En la exploración se objetiva abdomen blando, no doloroso. No se palpan masas ni visceromegalias de ningún tipo. Electrocardiograma normal. Se realiza ecografía abdomino-pélvica, en la que se evidencia dilatación de la vía biliar intrahepática, así como de la vía biliar extrahepática. Se cita al paciente para la realización de TAC hepático, derivándose al Servicio de Radiodiagnóstico.

Se realiza TAC abdomino-pélvico, donde se identifica lesión focal hepática, así como una masa difusa en cabeza de páncreas, con prolongaciones adscritas a la vía biliar extrahepática. Vesícula distendida, sin aparente engrosamiento. No se observan adenopatías intraperitoneales de aspecto patológico.
Tratamiento farmacológico
- Prequirúrgico: Deltius (Colecalciferol) 25.000 UI (frasco de 2.5 ml): 2 frascos a la semana durante 8 semanas. Se suspende antes de terminar la pauta. Lorazepam 1 comprimido vía oral (V0) cada 24h. Enoxaparina 40 mg vía subcutánea (SC) cada 24h. Amoxicilina (2 gr) / Ácido clavulánico (200gr) vía intravenosa (IV) cada 8h.
- Postquirúrgico: Suero fisiológico 0’9% 1500cc IV + suero glucosado 5% 1000cc

cada 24h. Paracetamol 1gr IV cada 8 h., alternando con Dexketoprofeno 50mg IV. Media ampolla de Dolantina (petidina) IV, como analgesia de rescate. Pantoprazol 40mg IV cada 24h. Ondansetrón 4mg IV cada 8 horas. Enoxaparina 40mg cada 24h. Lorazepam si precisa o si agitamiento. Control de constantes y diuresis por turno.
Situación actual

La paciente ingresa en la Unidad de Cirugía para intervención quirúrgica programada de duodenopancreatectomía cefálica, a la que se añade esplenectomía locorregional preventiva. La operación se lleva a cabo con éxito, sin incidencias. Se inicia tolerancia oral con dieta líquida, fundamentalmente infusiones, progresando inmediatamente después a una dieta semiblanda. Se pauta la retirada de la sueroterapia por buena tolerancia a la dieta.Se colocan en quirófano dos drenajes de Redón en epigastrio derecho e izquierdo; con contenido serohemático, vía central en vena yugular derecha y sondaje vesical tipo Foley, permeable y funcionante.
La paciente refiere encontrarse cansada tras la intervención, quiere dormir y no lo consigue. Sus familiares le acompañan en todo momento. Están angustiados porque se le ve muy cansada. Los días posteriores la paciente ha descansado, tiene mejor cara y se encuentra más animada, aunque sigue con temor a que algo pueda salir mal en el futuro. Realiza deposición diaria y se retira sondaje vesical a los dos días de la intervención porque es autosuficiente para ir al baño. A los 10 días de la intervención, se retira la vía central.

Valoración:
En el momento de la valoración, la entrevista fue guiada por una serie de preguntas basadas en los dominios NANDA y para ello se contó con la colaboración de la paciente, con comunicación verbal, no verbal y exploración física. Al finalizar la entrevista, se pudieron detectar los posibles diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración que más adelante se detallan en el proceso de atención enfermero (PAE).

Dominio 1: Promoción de la salud
La paciente se muestra orientada y conoce la enfermedad que padece. Refiere que acudió a su centro de salud por mareos continuos, su médico solicitó una analítica y los resultados le inquietaron, por lo que se solicitaron más pruebas. La paciente comenta: “nunca antes he ido al médico y para una vez que voy, me han metido en un lío enorme”, nos dice que en aquel momento se enfadó con su facultativo y se mostró inquieta y ansiosa ante la situación.

La paciente refiere estar nerviosa, triste y muy angustiada, sin ganas de vivir ni de enfrentarse a la enfermedad: "veía muy difícil salir de ésta"; con el paso de los días, la paciente se muestra más optimista, cautelosa y animada. Recibe el apoyo de sus familiares y amigos, que según nos explicó en la entrevista: "esto nos ha unido más".

Los últimos días nos hace saber que su paciencia se está agotando: "me dicen por los pasillos que por qué sigo aquí", "necesito estar en mi casa y respirar aire fresco, estoy muy aburrida aunque mi familia venga a hacerme compañía".

Dominio1: Promoción de la salud, alterado.

Dominio 2: Nutrición.

La paciente refiere que su dieta siempre ha sido saludable, que intenta seguir las directrices de la dieta mediterránea. Realiza 5 comidas diarias, evitando en la medida de lo posible los excesos. Se le informa de que a raíz de la intervención serán necesarios una serie de cambios en su dieta, fundamentalmente la reducción de la ingesta de grasas, a lo cual la paciente se muestra participativa y colaboradora: "me tendréis que enseñar qué cosas puedo comer y cuáles no"

Dominio2: Nutrición, alterado.

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

La paciente es continente, refiere no tener ningún problema para ir al baño: "siempre he ido bien al baño, tanto en mi casa como aquí".

Sube de quirófano con sondaje vesical, el aspecto de la orina es normal, sin trazas y normocolúrica. A los dos días se ordena la retirada de la sonda por buena tolerancia a la dieta, a lo cual la paciente se muestra agradecida: "que bien me encuentro ahora, muchas gracias".

Dominio 3: Eliminación e intercambio, no alterado.

Dominio 4: Actividad y reposo.

En su vida cotidiana, no realiza ejercicio físico de ningún tipo, pero lleva una vida ajetreada entre su trabajo, que está lejos de su domicilio y su labor como ama de casa de una familia numerosa, nos comenta que: "en casa no me aburro, tengo a muchas personas a mi cargo, a ver lo que me encuentro cuando llegue".

Es perfectamente capaz de realizar las ABVD por sí sola.

Los primeros momentos después de la intervención se mostraba cansada, no obstante, conforme iban pasando los días comenzó a caminar por la planta, incluso llevaba su bandeja de la comida y cena al carro: "porque así hago algo en el día y me doy un paseo".

Con respecto al descanso, nos comenta que antes de ingresar dormía 5 horas por cuestión laboral, pero que durante la estancia en el hospital apenas descansa, no consigue conciliar el sueño. Nos confiesa: "las noches aquí son horrorosas"

Dominio 4: actividad y reposo, alterado.
Dominio 5: Percepción y cognición.
La paciente se muestra orientada, consciente y colaboradora con el personal sanitario (médico y personal de Enfermería) y con sus familiares. Comprende perfectamente su patología y es consciente de que el proceso de recuperación va a ser largo.
Dominio 5: Percepción y cognición, no alterado.
Dominio 6: Autopercepción.
Cuándo se le informó de la necesidad de ser intervenida nos dice que estaba nerviosa, preocupada y desalentada. Tras la intervención y en el transcurso de los días, la mejoría se hace evidente y se refleja en su estado de salud. Se le pregunta acerca de la cicatriz, si le supone algún problema o cree que se lo supondrá en un futuro, a lo que responde: "no me importa tener cicatrices si así me puedo curar".
Dominio 6: Autopercepción, no alterado.
Dominio 7: Rol/Relaciones.
La paciente nos dice que siempre ha tenido una buena relación con sus familiares y comenta que desde que le diagnosticaron el proceso ya la necesidad de operarle la relación con sus hijos y familia se ha reforzado. El apoyo que le ha prestado su familia ha sido fundamental, ya que día a día acompañaban a la paciente.
Dominio 7: Rol/Relaciones, no alterado.
Dominio 8: Sexualidad.
La valoración de este domino no se ha considerado relevante para la realización de este trabajo.
Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.
La paciente nos dice que cuándo se le diagnosticó la enfermedad le afectó mucho, no solo a ella, sino a todo su entorno. No creía poder afrontar todo lo que se le venía encima: "sabía que venía un lío tremendo y yo no estaba preparada". La patología coincidió con otros problemas personales, nos comenta que fueron momentos muy duros: "no sabía si llorar o qué hacer" No obstante, una vez que comenzaron las pruebas, el ingreso y posteriormente la intervención, nos asegura que se animó, que vio la luz al final del túnel, que había esperanza.
Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés, alterado.
Dominio 10: Principios vitales.
La valoración de este domino no se ha considerado relevante para la realización de este trabajo.
Dominio 11: Seguridad/Protección
Después de subir de quirófano, se realiza una exploración física, en la que se observa que la piel está seca e hidratada. La paciente es portadora de dos drenajes

tipo Redón en epigastrio derecho e izquierdo, respectivamente. La piel alrededor de la zona del drenaje está enrojecida levemente. Se realizan las curas indicadas por el médico (diariamente, con suero fisiológico+povidona yodada)
Posteriormente se realiza la escala de riesgo de aparición de úlceras por presión, que arroja una puntuación de 20 (riesgo mínimo o inexistente) No es necesaria la colocación de barandillas en la cama, lo que permitirá a la paciente mayor libertad diariamente.
Dominio 11: Seguridad/Protección, alterado.
Dominio 12: Confort
La paciente comenta que presenta dolor en la zona de los drenajes y en la herida quirúrgica. Se le administra la analgesia pautada y nos dice que le alivia, pero no del todo.
Con el paso de los días el dolor se controla satisfactoriamente, no obstante la paciente refiere que llevar los drenajes es una molestia: "a ver si me quitáis esto ya que me molesta" Nos dice también, mucho más animada, que los drenajes son como sus niños: "les llevo a todas partes"
Dominio 12: Confort, alterado.
Dominio 13: Crecimiento/Desarrollo
La valoración de este dominio no se ha considerado relevante para la realización de este trabajo.
Una vez realizada una valoración completa de la paciente, según los dominios Nanda1 y validando posteriormente con las directrices de Teresa Luis Rodrigo 4, se procedió a la identificación de problemas de colaboración (P.C.) y diagnósticos propios de la disciplina enfermera (D.E.), que en orden de prioridad son:
1. P.C.: Potencial de infección 2º a intervención quirúrgica.
2. P.C.: Potencial de infección 2º a vía central yugular.
3. P.C.: Potencial de infección 2º a sondaje vesical.
4. D.E.: [00163] Disposición para mejorar la nutrición relacionado con (r/c) intervención quirúrgica manifestado por (m/p) la paciente que dice: "me tendréis que enseñar qué cosas puedo comer y cuáles no".
6. D.E.: [00148] Temor r/c intervención quirúrgica y proceso actual m/p la paciente que dice: "no sabía si llorar o qué hacer".
5. D.E.: [00198] Trastorno del patrón de sueño r/c hospitalización m/p la paciente que dice: "no consigo dormir bien, aquí las noches son horrorosas".
6. D.E.: [00097] Déficit de actividades recreativas r/c hospitalización m/p la paciente que refiere: "estoy muy aburrida, necesito respirar aire fresco".
7. P.C.: Dolor 2º a intervención quirúrgica.

4 Discusión-Conclusión

Realizar un Proceso de Atención Enfermero al paciente permite individualizar y personalizar los cuidados hacia las propias necesidades del paciente, así como optimizar el trabajo de los profesionales.

5 Bibliografía

- Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- NnnConsult. Nanda International Nursing Diagnoses: Definitionsand Classifications 2015-2017[Internet] NANDA International; 2017 [acceso 12 de Octubre de 2018] Disponible en: http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/nanda

Capítulo 396

ERRORES EN EL MANEJO DE MEDICACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

LAURA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Los fallos en la seguridad del paciente son un grave problema de salud pública a nivel mundial. Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados son fundamentales para la atención en la salud. Buscar la calidad en la asistencia de los servicios hospitalarios ha enfocado la atención de los profesionales de la salud, en especial, en los aspectos referentes a la seguridad de los pacientes.

De ese modo, la administración de medicamentos es uno de los factores que merece especial atención, por tratarse de un procedimiento frecuente y que incluye diferentes etapas: prescripción, transcripción, distribución, preparación y administración. Los errores de medicación han contribuido a la elevación de las tasas de morbilidad, del tiempo de permanencia hospitalaria y de los costes del sistema de salud, por incluir cuestiones legales, además de afectar la calidad de la asistencia dirigida al paciente.

Es consenso en la literatura que los errores de medicación son frecuentes especialmente en las áreas de atención pediátrica donde la incidencia de errores es el doble o triple de la que ocurre en adultos, con mayor riesgo de mortalidad y morbilidad. Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos están más expuestos a errores que aquellos ingresados en plantas hospitalarias ya que

reciben más medicación. Conocer su frecuencia y definir formas de prevenirlos es una estrategia importante para reducir riesgos.

El crecimiento y las capacidades del niño se clasifican en etapas que describen las características de un intervalo de edad. Si bien los límites de edad son arbitrarios y no pueden aplicarse de forma a precisa a todos los niños,sirven para orientar al profesional, pues describen los rasgos típicos de la mayoría de los niños en las etapas en que aparecen cambios del desarrollo particulares y deben lograrse capacidades y habilidades peculiares.
Las etapas más destacadas y orientativas son:
1. Periodo de lactancia: desde el nacimiento hasta los dos años (neonato y lactante).
2. Infancia temprana o preescolares: desde los dos hasta los seis años.
3. Infancia tardia o escolares: desde los seis hasta los doce años.
4. Etapa adolescente: desde los doce a los dieciocho años.

Los niños conforman una población única, con diferencias fisiológicas y de desarrollo definidas con respecto a los adultos. Además, no son un grupo homogéneo, ya que estas mismas características son muy diferentes en distintos tramos de la edad pediátrica. El constante desarrollo del organismo impacta en la disposición de los fármacos. Estos eventos están relacionados con los cambios en la composición del cuerpo y la función de los órganos más importantes en el metabolismo y excreción. Durante la primera década de vida, estos cambios son dinámicos y pueden no ser lineales.

La administración de medicamentos exige el conocimiento del estado clínico del paciente, conocer el nombre genérico y comercial del medicamento, efectos primarios y secundarios, presentación y concentración, dosis terapéutica máxima y mínima, vida media del fármaco en la sangre, metabolismo y forma de eliminación, sinergismo y antagonismo con otros medicamentos, requerimientos para la conservación de las cualidades físicas y químicas, normas relativas a la prescripción, registro y manejo de fármacos de control.

Aunque la dosis y pauta posológica venga indicada por el pediatra, cabe la posibilidad de error, por lo que se debe siempre aclarar la dosificación prescrita. Por tanto, es necesario conocer el cáculo de la dosis para confirmar que no supera el rango de seguridad del fármaco, de especial trascendencia en la población pediátrica.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer los principales errores en el manejo y administración de medicamentos por parte de los profesionales de la salud en los pacientes pediátricos.

Objetivo secundario:
- Estudiar pautas de actuación para la prevención de errores cometidos en la administración de medicación en la población pediátrica.

3 Metodología

La revisión realizada es de tipo narrativa. Para elaborarla se consultaron las bases de datos PubMed, Medline, Cuiden, Scielo y Google Académico con una estrategia de búsqueda diseñada para obtener resultados relacionados con la metodología de elaboración de una revisión de la literatura. Se han seleccionado artículos que tuvieran en algún campo las palabras clave: errores, medicación, pediatría, prevención, administración, dosis, cálculo. Se emplearon los operadores boleanos "AND" y "OR".
Se seleccionaron 32 documentos que informaban sobre los objetivos enmarcados en esta revisión. Se revisó la información y se resumieron los elementos necesarios para el desarrollo del estudio.

4 Resultados

En primer lugar, es importante remarcar que el NCCMERP (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) establece que la utilización de tasas de errores de medicación para comparar distintas instituciones sanitarias no se considera una práctica metodológicamente correcta. Esta recomendación se debe a que existen diferencias en la cultura de la seguridad entre instituciones, variando mucho el número de errores notificados; existen diferencias en la definición de lo que se considera qué es un error de medicación, existe variabilidad en la población atendida por cada centro, lo que puede justificar diferencias en el número y la gravedad de los errores de medicación detectados, y, por último, existen diferentes métodos de notificación y detección de errores de medicación, aumentando la variabilidad en el número de errores reportados en los diferentes centros.

En un estudio realizado en un hospital de Uruguay en el 2011, se analizaron

136 historias clínicas con las correspondientes indicaciones médicas y transcripciones de enfermería. Los datos generales de la prescripción presentaron error en un 98% de las historias clínicas revisadas. Los errores más frecuentes fueron ausencia de hora (89%), de aclaración legible de la firma (82%) y del número de identificación del médico (50%). Los errores de prescripción médica más frecuentes fueron la ausencia de la vía de administración, la frecuenta y la dosis de medicación incorrecta. Respecto a la calidad de las prescripciones, un 23% no utilizó el nombre genérico del fármaco y un 14% utilizó abreviaturas. Con respecto a la transcripción de enfermería, los errores más frecuentas fueron la ausencia de aclaración de firma y de fecha. En cuando al manejo de la medicación, los errores más frecuentes fueron el intervalo de dosis, dosis incorrecta y vía inadecuada.

En otro estudio realizado a través de el sistema de farmacovigilancia de la Fundación clínica médico Sur en México donde se analizaron las historias clínicas de 56.368 pacientes se detectó un 8,9% de errores en las prescripción de fármacos principalmente en áreas de hospitalización en comparación con los servicios de Urgencias. Los errores principales en la administración del medicamento fueron la vía de administración, presentación farmacéutica diferente o el tiempo de administración. Otro aspecto analizado, fue la consecuencia del error donde la mayoría no representaban daño para el paciente y no requirió intervención, en segundo lugar se detectaron errores que no alcanzaron al paciente y en menor porcentaje, los que sí tuvieron repercusión sobre el paciente y derivaron en actuaciones como la monitorización de éste, intervención o prolongación del tiempo hospitalario. Ninguno llegó a causar daño permanente y no se presentaron éxitus a causa de estos errores.

Otro estudio realizado en el Hospital German Trias i Pujol de Barcelona obtuvo un error de 2,7 por cada 100 prescripciones y de 19,2 errores por cada 100 pacientes. En el 36,5% de los errores de medicación estuvieron implicados fármacos considerados de alto riesgo en pediatría y neonatología. El fármaco que más frecuentemente se relacionó con la aparición de errores fue el Paracetamol. La mayoría estuvieron relacionados con fármacos de administración por vía sistémica (intravenosa 48,3% y oral 41%). Más del 60% de los errores no alcanzaron al paciente y más del 95% no causaron ningún daño. La mayoría de errores notificados estuvieron relacionados con el proceso de prescripción (68,1%), al que le siguieron los procesos de administración (13%) y validación (6,2%), entre otros. El tipo de error más frecuente fue el de dosificación incorrecta (47,9%), tanto infradosificaciones (19,5%) como sobredosificaciones (19,2%).

En el Hospital Público Materno Infantil de Salta (Argentina), se llevó a cabo otro estudio en el 2016 donde los errores más frecuentes en pediatría fueron: dosis incorrecta (55%), omisión de dosis a administrar (15%), frecuencia de administración incorrecta (8%) y omisión de frecuencia de administración (8%). Se presentó el caso de de prescripción errónea de dosis por uso de la unidad incorrecta (microgramos en lugar de miligramos) para dopamina, adrenalina y noradrenalina. También se observó la modificación del horario para la administración de dosis unitarias en Neonatología generados por enfermería, entre los que se destaca la cafeína.

La delegación española del ISMP (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos) mantiene desde su creación en 1999 un programa nacional, adherido al programa internacional MERP (Programa de Notificación de Errores de Medicación), que recoge las comunicaciones y experiencias de los profesionales sanitarios y permite la evaluación conjunta de la información sobre EM (Error de Medicación). Su objetivo básico es centralizar y obtener información sobre los errores y sus causas, con el fin de establecer y transmitir recomendaciones prácticas dirigidas a evitar que los EM vuelvan a producirse.

Este programa de notificación de errores de medicación es similar al programa MERP y presenta tres características fundamentales: es voluntario, confidencial e independiente. Es decir, recoge las comunicaciones y experiencias sobre EM potenciales o reales que los profesionales sanitarios deseen notificar de forma voluntaria, garantiza en todo momento el tratamiento confidencial de la información y realiza un análisis independiente de la misma para poder determinar objetivamente las causas de los errores, sin ningún tipo de conflicto de intereses.

Todas las notificaciones recibidas, tanto de EM reales como potenciales, se analizan desde la perspectiva de sistema y se registran. Según sus características, se remiten a la Agencia Española del Medicamento, con quien mantiene un convenio de colaboración y apoyo, y al programa internacional MERP. Asimismo, en caso de EM relacionados con el nombre de los medicamentos, etiquetado o envasado se envía un informe a los laboratorios farmacéuticos afectados.

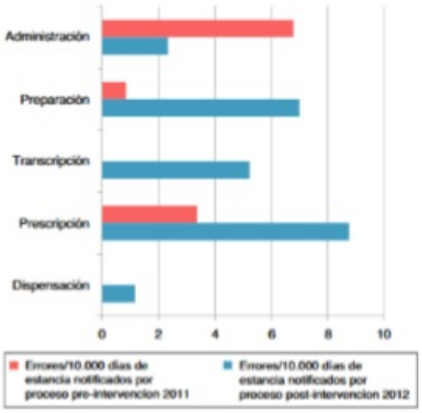
En España no existen muchos datos sobre la realidad de los errores de medicación, pero los resultados de los estudios realizados por el ISMP-España revelan que la repercusión, tanto económica como de tipo asistencial, es similar a la de Estados Unidos.
La ausencia de un sistema universal cuantitativo que permita medir la seguridad en el proceso de utilización de medicamentos es uno de los principales motivos

que dificulta su estudio de forma efectiva. Los métodos utilizados para medir la seguridad en el uso de medicamentos son la observación directa, la monitorización informatizada, las intervenciones de los profesionales sanitarios, la revisión de historias clínicas y la notificación voluntaria.

El tercer reto mundial de seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud, "Medicación sin daño", tiene como objetivo reducir los eventos adversos evitables por medicamentos en un 50% en 5 años. Para ello, recomienda implementar estrategias de mejora de la seguridad en tres áreas prioritarias: situaciones de alto riesgo, polimedicación inapropiada y transiciones asistenciales. Las situaciones de alto riesgo incluyen los medicamentos de alto riesgo, y, también aquellos grupos de pacientes, como son los pacientes de edad avanzada y la población pediátrica, que son más vulnerables a los errores de medicación.

Algunas de las iniciativas en cuanto a la prevención de errores en los centros sanitarios son:

- Disponer de un programa de prescripción electrónica con un sistema de soporte a la decisión clínica que contenga límites de dosis (en función de la edad y peso) y que proporcione alertas cuando se prescriban dosis potencialmente incorrectas.
- Asegurar que todos los dispositivos utilizados para preparar y administrar los medicamentos sean apropiados para utilizar en pacientes pediátricos.
- Adquirir jeringas orales/enterales de tamaños adecuados que no puedan acoplarse a los sistemas intravenosos y asegurarse de que estén disponibles en las unidades asistenciales.
- Estandarizar y limitar las presentaciones disponibles de los medicamentos de alto riesgo y las concentraciones de los medicamentos inyectables que se administran por infusión intravenosa.
- Utilizar bombas de infusión inteligentes que dispongan de una biblioteca de medicamentos específica para pediatría con los medicamentos utilizados y que tengan un sistema de comprobación de dosis que verifique la dosis por peso (por ejemplo: mg/kg) y la dosis total.
- Asegurar que los profesionales sanitarios que prescriben, dispensan, preparan y administran la medicación a los pacientes pediátricos tienen una formación específica y la capacitación necesaria a través de cursos de formación. - Utilizar sistemas para la notificación confidenciales, anónimos y no punitivos que permitan una comunicación rápida, y, gestión de errores e incidentes por medicamentos.
- Implantación de comités de seguridad multidisciplinares que controlen, vigilen, detecten, notifiquen y corrijan los errores.





5 Discusión-Conclusión

Existe una alta prevalencia de errores de medicación en la población pediátrica, la mayor parte se producen en el proceso de prescripción y en concreto, en la dosificación del fármaco según la bibliografía consultada en esta revisión. Los errores de medicación en cuanto a la preparación de la medicación, también son un preocupante error a prevenir. En ocasiones, la sobrecarga laboral y los espacios destinados a este fin no son los más adecuados en la mayoría de centros sanitarios para el personal de enfermería, colectivo sobre el que recae una gran parte de errores notificados.

Tener a disposición un lugar específico para la preparación de los fármacos donde no tengan acceso los familiares y disminuya el número de distracciones, se considera fundamental. Evitar también la comunicación sobre otros temas que no están relacionados con la actividad que se está llevando a cabo en ese momento con otros profesionales o atender llamadas en el teléfono se considera de igual importancia.
Es necesario exigir la implantación de programas informáticos de mayor calidad, donde el personal pueda ver de forma más clara si existe algún error en la medicación que está prescribiendo o preparando en ese momento. Centrándonos en la población pediátrica, debería de existir una relación entre el peso del paciente y la dosis de fármaco a administrar, para que no se cometan errores en este apartado (por ejemplo: un aviso en pantalla cuando se excede de la dosis recomendada). En general, podemos decir que los programas que se implantan en los centros sanitarios están enfocados en la población adulta, y, creemos, que algunos errores

que se cometen pueden disminuirse drásticamente si existieran programas más enfocados a los pacientes pediátricos.
También se hace necesario la implantación de programas de notificación más eficaces, ya que se disponen de muy pocos datos sobre la notificación de errores documentados en España, así como aumentar la formación y concienciación del personal.

6 Bibliografía

- Paim RSP, Correa CD, Borges SM, Da Silva V. Factores que influyen en los errores de medicación en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos: Revisión integradora. Enferm Comun (rev. digital) 2015. 11(2).
- Assunçao Costa L, Valli C, Pimentel Alvarenga A. Errores de despacho de medicamentos en un hospital público pediátrico. Rev Latino (Brasil) 2008. 16 (5).
- Roma Ferri MT. Crecimiento y desarrollo del niño. En: Alicante Club Universitario. Introducción a los cuidados de enfermería infantil: necesidades básicas. 1996. 1-15.
- Claudio Gonzalez QF. Farmacología del paciente pediátrico. Rev Med Clin Condes. 2016; 27 (5): 652-659.
- Cheston M, Berlin JR. Farmacocinética en niños. Manual MSD. 2013.
- Ministerio de Salud de Perú. Manual de guías de administración de medicamentos. Perú. 2011.
- Barroso Pérez, C. Medicamentos en pediatría. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. XXXI Congreso A.E.F.H, Zaragoza.
- Farreras Rozman. Medicina Interna. 18 ed. Elsevier; 2016.
- Florez Almonacid CI, Romero Bravo A. Administración de medicación por vía rectal. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. 2010. 1-4.
- García Laviana MJ, Méndez Cantera N. Administración medicación ótica. Manual de procedimientos de Enfermería. Servicio de salud del Principado de Asturias. 2013. Revisión 2014. 1-3.
- Cómo se regulan los medicamentos y productos sanitarios en España. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios 2º ed. 2014.
- National Coordinating for Medication Error Reporting and Prevention. Use of medication error rates to compare health care organization is of no value. 2002. Revisión 2008.
- Gutierrez S, Mogni A, Berón A, Iramain R. Errores de medicación en niños hospitalizados. Arch Pediatr Urug. 2011. 82 (3): 133-40.

- Villegas F, Figueroa-Montero D, Barbero-Becerra V, Juárez-Hernández E, Uribe M, Chávez Tapia,N et al. La importancia de la farmacovigilancia intrahospitalaria en la detección oportuna de los errores de medicación. Gac Med Mex. 2018. 154: 172-79.
- Bosch Peligero M. Proyecto de seguridad farmacoterapéutica, prevención de errores de medicación en pacientes pediátricos hospitalizados.Tesis doctoral.Universidad autónoma de Barcelona. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología y Medicina Preventiva.Barcelona.2016.
- Ocaña V, Sánchez Domenech G,Sánchez C. Errores en el proceso de medicación de pacientes internados en el hospital público materno infantil de Salta. Rev Argent Salud pública.2017.8 (31): 19-26.
- Guerrero Aznar MD, Jiménez Mesa E, Cotrina Luque J, Villalba Moreno A, Cumplido Corbacho M, Fernández Fernández L. Validación en pediatría de un método para notificación y seguimiento de errores de medicación. An Pediatr (Barc). 2014; 81(6):360-67.
- Otero MJ, Martín R, Robles MD, Codina C. Errores de medicación. Farm Hosp. 3º ed. SEFH. 2002. 713-47.
- Boletín de recomendaciones para la prevención de errores de medicación. Instituto para el uso seguro de los medicamentos. 2016. 46: 1-6.
- Piñeiro Pérez R. Errores de medicación en pediatría: en busca de una nueva vacuna. An Pediatr. 2014. 81 (6): 341-412.

Capítulo 397

MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR POR ENFERMERÍA

LIS MARTINEZLIS@HOTMAIL.COM

OLVIDO MORAN MARTINEZ

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ FLÓREZ

1 Introducción

Un drenaje ventricular externo es un catéter temporal que se coloca como ya hemos dicho en el ventrículo con salida al exterior y sirve para drenar líquido cefalorraquídeo o para controlar la presión intracraneal (PIC). Dicho de otro modo también se podría definir un drenaje ventricular externo como la colocación de un catéter en el ventrículo, mejor si se hace en el hemisferio no dominante.

El catéter lleva un transductor que permite el monitoreo continuo de la presión intracraneal (PIC), y también permite el drenaje de líquido cefalorraquideo y la posibilidad de poner tratamientos antibióticos mediante la vía intraventricular.

El drenaje es un sistema para monitorizar la PIC de bajo coste y eficaz, que utiliza sensores intraparenquimatosos, subdurales o epidurales.

El conocimiento de los valores de PIC en el paciente neurológico crítico es un dato valioso que permite detectar complicaciones neurológicas y ajustar el tratamiento. Permite también si es preciso drenar LCR para disminuir la PIC.

Es usado en el síndrome de hipertensión endocraneal aguda o subaguda que causa normalmente la hidrocefalia secundaria a traumatismos craneoencefáli-

cos, hemorragia subaracnoidea por rotura aneurismática, hematomas intraparenquimatosos espontáneos, hematomas subdurales, meningitis y procesos expansivos tumorales o infecciosos.

Componentes del sistema:
- Un catéter intraventricular largo y tunelizado más un sistema de recolección para el líquido cefalorraquídeo que debe ser un sistema cerrado, con un filtro antibacterias, sistema antirreflujo, hermético y una toma de aire.
- Los tapones en los laterales de las conexiones serán de goma.
- Tendrá una llave de tres vías para conexión del transductor de presión que permita medir la PIC y una prolongación lateral del circuito con un tapón para la infusión de tratamientos o la extracción de LCR, reduciéndose así al mínimo la presencia y manipulación de la llave de tres vías.
- Todo el circuito acaba en una bolsa colectora graduada y con una llave de paso.

2 Objetivos

Analizar la bibliografía sobre los cuidados de enfermería del drenaje ventricular en la hidrocefalia.

3 Metodología

Revisión sistemática de publicaciones científicas y protocolos de servicios sanitarios en internet y en bases de datos Pubmed, Medline, Schoolar , Scielo, Google académico entre los años 2009-2019.

Descriptores: drenaje ventricular, cuidados enfermería, hidrocefalia y protocolos.

En el proceso de selección se escogieron y revisaron 20 trabajos entre los cuales 5 corresponden a protocolos de hospitales públicos, 4 protocolos de hospitales privados, 3 guías de prácticas clínicas y 8 artículos de revistas científicas.

4 Resultados

La materia revisada coincide 100% en los siguientes puntos:
• Se debe hacer el punto cero en el canal auditivo externo con cabecero a 30 grados.

• Vigilar permeabilidad del drenaje y no drenar nunca más de 20 mililitros por hora (ml/h).
• Pinzar durante la movilización del paciente, el resto de tiempo debe permanecer abierto.
• Mínima manipulación y extrema asepsia.
• Registro del volumen aspecto y color del líquido drenado.
• Cura estéril diaria.
• Vaciado de la bolsa colectora al llegar a las ¾ partes o pasen más de 24 horas.
• Cualquier incidencia llamar al neurocirujano y registrarlo.

5 Discusión-Conclusión

La colocación del drenaje ventricular debe hacerse bajo técnicas de estricta asepsia y preferiblemente en quirofano. Su manejo y manipulación deben ser también bajo condiciones de esterilidad por parte del personal.

Las complicaciones más comunes del drenaje ventricular externo son: infección, hemorragia en el sitio de punción, obstrucción del catéter, desconexión o problemas en el equipo. Pero la complicación más habitual es la infección por tener el catéter tiempos prolongados mayores a siete días, pudiendo producir ventriculitis y precisando tratamientos con antibióticos prolongados.

Si la hidrocefalia no mejora el catéter debería ser sustituido por una derivación ventriculoperitoneal permanente.

Los cuidados de enfermería son de vital importancia para el mantenimiento del sistema por lo cual todo hospital tendría que realizar una guía práctica específica. El buen manejo y conocimiento por parte de todo el personal (y no solo de enfermería) de los cuidados del drenaje ventricular externo ayudará a prevenir complicaciones potenciales en el paciente neuroquirúrgico, entre otras por ejemplo la meningitis o el empeoramiento neurológico del paciente.

6 Bibliografía

1.Padilla Díaz C., Lopez Vázquez G. Hidrocefalia, derivación ventricular (Parte 1). Asociación Mexicana de infectologia y microbiología clínica. 2003;23(2):38-43.
2.Spaho N., Camputaro L. Guías de practica clínica para el manejo del drenaje ventricular externo.

3. Albornoz H. Infecciones postoperatorias en neurocirugía. In: Correa H, Rivero J, eds. Sepsis. Tratamiento intensivo de las infecciones graves. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR, 2003: 191-209.
4. Tecnicas de enfermeria Drenaje Ventricular Externo Cuidados de Enfermeria Revista ROL de enfermería, ISSN 0210-5020, Vol. 26, Nº 4,
5.García Vázquez, E.Gómez, J, .Infecciones del sistema nervioso central.Protocolos cuidados drenaje ventricular externo Ed.Madrid 2014, Pág. 13-39.
6.Manual enfermería grupo editorial oceano .isbn.84-494-1621-3. cuidados de enfermería al paciente portador de drenaje externo de líquido cefalorraquídeo.
7.Hospital universitario vall d' hebron, barcelona. manejo de los drenajes ventriculares.
8.Hospital de aragón protocolo z2-329-12 .manejo del drenaje ventricular herranz aguirre m esther hospital virgen del camino.
9. Grille Pedro, Costa Gonzalo, Biestro Alberto, Wajskopf Saúl. Manejo del drenaje ventricular externo en la unidad de cuidados intensivos. Guía práctica. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2009 Mar [citado 2020 Feb 13] ; 23(1): 50-55.
10.Mayhall CG, Archer NH, Lamb VA, Spadora AC, Baggett JW, Ward JD, et al. Ventriculostomy-related infections. A prospective epidemiological study. N Engl J Med 1984; 310: 553-9.
11.Protocolo enfermeria y neurociencias hospital universitario central Asturias edición 2017.
12. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas. SEMICYUC. Estudio nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva. Informe 2015. ENVIN-HELICS.
13. Lucía López-Amor, Lucía Viña,Lorena Martín, Clementina, Calleja Raquel Rodríguez-García, Iván Astola,Grupo de Investigación en Microbiología Traslacional del Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Complicaciones infecciosas relacionadas con el drenaje ventricular externo. Incidencia y factores de riesgo.

Capítulo 398

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA PLANTA DE UROLOGÍA.

SARA CONTRERAS RAMOS

1 Introducción

Este Proceso de Atención Enfermero (PAE) trata sobre la estancia hospitalaria de un paciente de la especialidad de urología, realizando un seguimiento desde su ingreso hasta el alta.

En este se hace una breve historia del paciente con sus antecedentes y tratamientos anteriores, se realiza la valoración según los dominios NANDA tanto al ingreso hospitalario como tras la intervención quirúrgica. Se identifican los diagnósticos enfermeros en función de las necesidades alteradas, planteándose unos objetivos, acciones y sus correspondientes cuidados en relación a esta patología. Se ha escogido un diagnóstico en concreto para posteriormente realizar su evaluación y valorar su evolución. Para la consecución de este trabajo se ha contado con el consentimiento del paciente, la familia y la supervisora responsable de la unidad.

2 Objetivos

- Individualizar los cuidados del paciente.
- Realizar una valoración de la evolución de su estado de salud.

3 Caso clínico

Se trata de un varón de 75 años que ingresa de forma programada para una resección transuretral vesical (RTU vesical).

- Antecedentes:

Médicos: HTA, asma, no alergias medicamente conocidas (namc).
Quirúrgicos: hernia inguinal, rtu próstata, amigdalectomía.

- Al ingreso:

En este momento se realiza la escala Norton, obteniéndose una puntuación mayor de 14, lo que indica que tiene bajo riesgo de padecer úlceras por presión, además por ser mayor de 75 años se le realiza la escala de Gijón, con la que se comprueba que tiene una situación social buena.

- Diagnóstico médico: tumor vesical
- Clínica: asintomático, se encuentra la patología en una revisión rutinaria debido a las previas alteraciones prostáticas.
- Tratamiento:

Intervención quirúrgica: Resección transuretral vesical (RTU vesical)
Tras la intervención quirúrgica se le administrará mitomicina (técnica que realiza enfermería), se trata de un citostático el cual se introduce en la vejiga y se clampa con el fin de que el contenido no salga, el paciente deberá aguantar dos horas tumbado en la cama aproximadamente y dándose la vuelta de derecha a izquierda cada quince minutos para que el citostático llegue a todo el tejido de la vejiga.
Tendrá el tratamiento común a la post-cirugía: clexane 20 cada 24 horas, suero glucosalino cada 8 horas, paracetamol intravenoso cada 8 horas, pantoprazol vía oral cada 24 horas.
Tratamiento domiciliario: duodart, alprazolam, enalapril 20- hidroclortiazida 50, simbicort (inhalador), hercanidipino.

- Evolución: Se espera una recuperación temprana del paciente sin complicaciones, tras la cual pueda volver a sus actividades de la vida diaria.

Valoración del paciente (Según los Dominios NANDA)
Dominio 1: promoción de salud.
El paciente comenta que se realiza a sí mismo los cuidados de la sonda vesical, que lleva teniendo bastante tiempo, y se muestra receptivo e interesado para mejorarlos y reforzarlos. Para ello, se le explica y proporciona un plan de cuidados a seguir en su domicilio para conservar un buen mantenimiento de la sonda vesical.
Inmovilización como problema de colaboración, pues debido a la intervención quirúrgica no puede moverse de la cama.

[00162] Disposición para mejorar la gestión de la propia salud.

Dominio2: nutrición.
El paciente seleccionado es un varón de 75 años con un peso de 85kg y 173 cm de altura (su IMC es de 28,4 lo que indica sobrepeso) que ingresa por un tumor en la vejiga, para realizarle una RTU vesical.
Come y bebe por sí solo, es autónomo, no padece disfagia a líquidos ni sólidos y lleva una prótesis dental en ambas arcadas. Refiere que come de todo excepto lentejas porque no le gustan por lo que se le proporciona una dieta acorde a esto y a las recomendaciones médicas por la intervención quirúrgica.
[00233] Sobrepeso.

Dominio 3: infección e intercambio.
A su ingreso, el día 24 de abril de 2018, el paciente acude a la planta acompañado por su hija, él se muestra orientado, consciente y colaborador. Es portador de una sonda vesical debido a una patología prostática anterior, presenta orina hematúrica y refiere que no tiene ningún problema de incontinencia, nos comenta que habitualmente utiliza un tapón que lo retira cuando siente necesidad de orinar.
Se le recomienda que es mejor que en los primeros días no utilice el tapón ya que puede dar lugar a infecciones, si no que conecte directamente la sonda a la bolsa cerrada.
El paciente comenta que sufre asma lo que le lleva ocasionalmente a presentar series de disnea, aunque no necesita oxígeno adicional.
[00004]Riesgo de infección.

Dominio4: actividad/ reposo.
Con respecto al reposo y sueño explica que toma habitualmente medicación para dormir (alprazolam), sin embargo la noche previa y posterior de la intervención no ha dormido aun tomando el tratamiento debido a nervios la primera, y a molestias y dolor la segunda, ya que sube de quirófano con una sonda de calibre 22 de tres luces para poder realizarle lavados vesicales. A pesar de esto el paciente se encuentra animado y motivado durante toda su estancia en el hospital, comenta que se siente cómodo en su estancia.
[00198] Trastorno del patrón del sueño.

Dominio 5: percepción/ cognición.
Al igual que se ha comentado antes, el paciente en todo momento muestra interés por sus cuidados de salud, tanto para mejorar los que ya sabía cómo por aprender

nuevos. En todo momento el paciente se ha encontrado orientado, consciente y colaborador durante su estancia en el hospital.
[00161] Disposición para mejorar los conocimientos

Dominio 6: autopercepción.
El paciente es portador de una sonda vesical desde Diciembre, se le implantó por una patología anterior relacionado con la próstata.
[00118] Trastorno de la imagen corporal.

Dominio 7: rol/ relaciones.
En su estancia en el hospital se encuentra continuamente acompañado por sus dos hijos que le apoyan y se preocupan por él, se observa al paciente animado y tranquilo, refiere que no se encuentra nervioso por la operación ya que "tiene experiencias previas". No presenta una clínica sintomática, se descubre su patología en una revisión periódica de la próstata. Su hija sin embargo cuenta lo cansada que esta, ya que su padre ha estado ingresado muchas veces, y le es difícil compatibilizar el trabajo y demás cosas con el cuidado de su padre. Cuenta que una de sus aficiones es la caza y pasear con sus perros. Pese a vivir solo, tiene constantes visitas de sus familiares y amigos.
[00061]Cansancio del rol cuidados.

Dominio 8: sexualidad.
El paciente es viudo, tiene dos hijos y en ningún momento refiere ningún trastorno a cerca de este dominio.
No se encuentran problemas.

Dominio 9: afrontamiento/ tolerancia al estrés.
Al realizarle la entrevista en el ingreso al paciente, dice que no tiene miedo ni está nervioso por la intervención, pero tras ésta, se le realiza una nueva entrevista y refiere que no ha podido dormir la noche anterior por los nervios de la operación.
[00148] Temor.

Dominio 5: principios vitales.
El paciente no refiere en ningún momento nada a cerca de sus creencias y no rechaza las transfusiones sanguíneas en caso de que fueran necesarias.
No se encuentran problemas en este patrón.

Dominio 11: seguridad/ protección.
El paciente presenta una vía periférica en el brazo izquierdo, así como una sonda vesical permanente, pero que en su estancia hospitalaria se cambia un par de

veces, para poder hacerle lavados vesicales por protocolo. Finalmente se va con ella puesta debido a una patología prostática que ya presentaba a su ingreso.
[00250] Riesgo de lesión del tracto urinario.
[00004] Riesgo de infección.
[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Dominio 12: confort.
El paciente nos comenta que la sonda que tiene le genera bastantes molestias y dolor en el glande y la zona del pene en general.
Inmediatamente después de realizar el recambio y cuando el paciente puede levantarse y asearse él mismo por primera vez tras la intervención, refiere que se encuentra mucho mejor y que ya no siente molestias. Tras orinar con normalidad y comprobar que no hay alteraciones, el paciente recibe el alta con sonda vesical en aparentemente buen estado de ánimo y de salud, se va casa.
Dolor como problema de colaboración.

Dominio 13: crecimiento/ desarrollo.
El paciente según sus características se encuentra dentro del rango normal.
No se encuentran problemas en este patrón.

A continuación se formulan los diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración por orden de prioridad, estos primeros han sido validados con María Teresa Luis Rodrigo.
1. [00198] Trastorno del patrón del sueño r/c nerviosismo por IQ y molestias por sonda m/p el paciente refiere "habitualmente tomo medicación para dormir pero estas dos noches aun tomándola no he conseguido dormir nada".
-Dominio 4
-Clase 12
2. [00250] Riesgo de lesión del tracto urinario relacionado con sondaje vesical permanente.
-Dominio 11
-Clase 37
3. Dolor secundario a intervención quirúrgica: RTU vesical.
4. [00004] Riesgo de infección relacionado con presencia de una SV permanente.
-Dominio 11
-Clase 36
5. [00148] Temor relacionado con intervención quirúrgica, manifestado por el paciente que refiere que no puede dormir la noche anterior debido a que estaba nervioso.

-Dominio 9
-Clase 31
6. [00061] Cansancio del rol del cuidador, expresado por la hija que refiere estar cansada de estar en el hospital ya que trabaja lejos y no lo puede compaginar con el trabajo.
-Dominio 7
-Clase 24: Roles de cuidador
7. [00118] Trastorno de la imagen corporal r/c patología m/p uso de sonda vesical permanente.
-Dominio 6
-Clase 23: Imagen corporal.
8. [00004] Riesgo de infección relacionado con canalización de vía periférica.
-Dominio 11
-Clase 36
9. [00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado con la presencia de SV.
-Dominio 11
-Clase 37
10. [00233] Sobrepeso r/c ingesta superior a sus necesidades m/p peso superior al que le corresponde según el IMC.
-Dominio 2
-Clase 3
11. [00161] Disposición para mejorar los conocimientos relacionado con el uso de la sonda vesical, manifestado por el paciente que refiere interés por seguir aprendiendo métodos para su mantenimiento y cuidado.
-Dominio 5
-Clase 19
12. [00162] Disposición para mejorar la gestión de la propia salud r/c uso de sonda permanente m/p el paciente que expresa deseo de mejorar los cuidados de su sonda vesical.
-Dominio 1
-Clase 2
13. Inmovilización secundario a recuperación postoperatoria.

Plan de cuidados (NOC) y ejecución (NIC)
Se ha seleccionado para realizar el plan de cuidados (NOC) y ejecución el diagnóstico:

[00198] Trastorno del patrón del sueño r/c nerviosismo por IQ y molestias por sonda m/p el paciente refiere “habitualmente tomo medicación para dormir pero estas dos noches aun tomándola no he conseguido dormir nada”.
- Dominio 4 actividad/reposo.
- Clase 1 sueño reposo.
NOC [0004] Sueño.
[401] Horas de sueño. El paciente pasará del nivel 2(sustancialmente comprometido), al nivel 4(levemente comprometido) en 3 días.

NIC [1850] Mejorar el sueño.
Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

NOC [0004] Sueño.
[417] Dependencia de las ayudas para dormir. El paciente pasará de nivel 2(sustancial) al nivel 4(leve) en 3 días.

NIC [1850] Mejorar el sueño.
Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.

NIC [6040] Terapia de relajación.
Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede.

NOC [803] Disminución de la energía.
[701] Agotamiento. El paciente pasará desde el nivel 3(moderado) al nivel 4(leve) en 2 días.

NIC [5820] Disminución de la ansiedad.
Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

4 Discusión-Conclusión

Realizar un Proceso de Atención Enfermero al paciente permite individualizar y personalizar los cuidados hacia las propias necesidades del paciente, así como optimizar el trabajo de los profesionales.

5 Bibliografía

- Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- NnnConsult. Nanda International Nursing Diagnoses: Definitionsand Classifications 2015-2017[Internet] NANDA International; 2017 [acceso 12 de Octubre de 2018] Disponible en: http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/nanda

Capítulo 399

DISFAGIA OROFARÍNGEA EN EL ANCIANO

LUCIA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

La disfagia es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos a pesar de su elevada prevalencia y su enorme impacto en la capacidad funcional, la salud, y la calidad de vida de los ancianos que la padecen. En la mayoría de ancianos es un síntoma crónico a partir de su aparición en el contexto e historia natural de una enfermedad neurológica, neurodegenerativa o asociada a la fragilidad y al envejecimiento

2 Objetivos

Disminuir morbilidad, mortalidad y elevados costes sanitarios ocasionados por las complicaciones de la disfagia orofaríngea.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de artículos de Cochrane, Dialnet, Google académico, Medline, Sciel. Palabras claves: disfagia, geriatría, broncoaspiración y malnutrición/desnutrición.

4 Resultados

- Con una disminución de la eficacia de la deglución el paciente va a presentar malnutrición y/o deshidratación.
- Las complicaciones respiratorias suponen la principal causa de mortalidad en los pacientes con disfagia orofaríngea.
- La identificación de la disfagia permite introducir medidas terapéuticas fundamentadas en la adaptación de los fluidos y los sólidos de la alimentación de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La identificación de la disfagia como un síndrome geriátrico importante, ocasionará muchos cambios en la provisión de servicios asistenciales y sociales a los ancianos en un futuro cercano. La educación de los profesionales sanitarios sobre el diagnóstico y tratamiento y sus complicaciones, el desarrollo de exploraciones complementarias específicas para cada entorno clínico, y la mejora de las estrategias nutricionales y terapéuticas para evitar las aspiraciones y la malnutrición, éstas son las piedras angulares para permitir la máxima recuperación para los ancianos con disfagia.

6 Bibliografía

- Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- Https://www.scielo.org/es/
- Https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 400

HEMATOMA POST EXTRACCIÓN SANGUÍNEA

LUCIA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

Un hematoma es una acumulación de sangre, causado por una hemorragia interna (rotura de vasos capilares, sin que la sangre llegue a la superficie corporal). Los hematomas aparecen generalmente como respuesta corporal resultante de un golpe, una extracción de sangre o una contusión o magulladura, también es conocido popularmente como cardenal, moratón, moretón o moradura. Un hematoma adquiere en la zona afectada un color azulado o violáceo al cabo de unos diez minutos, y desaparece de forma natural con el paso de las horas/días.

La técnica de extracción de sangre consiste en atravesar la piel por medio de una aguja intravenosa y alcanzar la pared de la vena para poder introducirnos en ella y extraer la muestra de sangre.

2 Objetivos

- Conseguir el menor números de hematomas posible.
- Concienciar a los pacientes de la importancia de hacer una buena presión tras extracción.
- Eliminar la típica frase que todos escuchamos alguna vez decir a los pacientes: “este hematoma me lo hizo la enfermera que me pinchó la última vez”.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica con los siguientes descriptores:hematoma post extracción, canalización vía periférica, cuidados, etc., en bases de datos como Scielo y en el buscador Google Académico.

4 Resultados

En muchas ocasiones el paciente solicita esparadrapo para poder sujetar la gasa que evita el sangrado. Si dispone del material, se puede utilizar, pero hay que recalcar la importancia de la presión de al menos 5 minutos en el punto exacto de la extracción ya que observamos que cuando se coloca el esparadrapo la gran mayoría dejan de ejercer la presión.

Existen casos en donde los hematomas pueden formarse aunque el paciente presione firmemente la zona de la extracción. En esas circunstancias se dan factores diversos, tales como venas frágiles, extracciones dificultosas por venas inaccesibles o muy finas pueden favorecer la formación de un hematoma.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería deben explicar al paciente de manera clara cuáles son las indicaciones a seguir para prevenir la aparición de hematomas tras una extracción sanguínea.

Ejercer presión de 5-10 minutos sobre el punto de extracción hasta que cese de salir la sangre y más de 10 minutos en pacientes con tratamiento con anticoagulantes, para evitar que la sangre fluya por el tejido subcutáneo y los tejidos circundantes, y se produzca un hematoma. Ejercer la presión con el brazo en hiperextensión. No cargar peso con ese brazo en las 2 primeras horas posteriores.

6 Bibliografía

- Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- Https://scielo.org/es/
- Https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 401

MANEJO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

JESSICA DIAZ ALVAREZ

MARÍA ASUNCIÓN MARTÍNEZ SÁNCHEZ

IGNACIO CRESPO MADIEDO

JACKELYN PEVIDA DÍAZ

MAGDALENA FIGUEIRAS LESTON

1 Introducción

La esclerosis múltiple es la enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central más frecuente. El perfil típico de esta enfermedad, es una mujer de raza blanca en edad fértil. La etiología sigue siendo desconocida hoy en día. La hipótesis más aceptada, considera que esta enfermedad tiene un origen autoinmune y que es fruto de la conjunción de una predisposición genética con uno o varios factores ambientales. Entre estos factores están diversos virus, la falta de vitamina D Y la baja exposición a la luz solar.

La interacción de los factores genéticos con los ambientales provoca una respuesta inmunitaria anormal que desencadena un ataque a la vaina de mielina de las neuronas del sistema nervioso central. Los intentos del organismo por reparar la situación descrita anteriormente provocan la formación de cicatrices en la vaina de mielina en forma de placas duras (Estas placas dan el nombre a

la enfermedad). Por último, la, la afectación de la vaina de mielina provoca una dificultad para transmitir el impulso nervioso que se manifiesta en forma de síntomas muy variables tanto sensitivos como motores.

La presentación de esta enfermedad puede ser muy diversa, apareciendo de forma repentina o insidiosa, con síntomas acentuados o insignificantes. El rasgo común es que habitualmente la enfermedad tiene un curso crónico con remisiones y recaídas durante años. Algunos estudios clínicos han relacionado el consumo de tabaco con una peor evolución de la enfermedad. También existen evidencias de que el estrés mantenido puede desencadenar brote de la enfermedad. En cambio, durante el embarazo se ha observado una disminución significativa de los brotes. La clínica en esta enfermedad es muy variable y depende del lugar del sistema nervioso central en el que se encuentren las lesiones. Abarcan síntomas sensitivos, motores (primera y segunda motoneurona) y cognitivos.

Dentro de los síntomas sensitivos encontramos anestesias, hipoestesias, disestesias y parestesias. y son los síntomas iniciales más frecuentes, pueden afectar a cualquier parte del cuerpo (un brazo, las piernas, la mitad del cuerpo) o la cara también es habitual la aparición de una neuralgia delo trigémino con espasmo hemifacial.
El síntoma de Lhermitte es una alteración sensitiva caracterizada por una sensación similar a un choque eléctrico por lo general inducida por flexión u otros movimientos del cuello, que se irradia hacia la región dorsal y las piernas. Por lo general cede por sí sólo, aunque puede persistir años,

La neuritis óptica es un signo precoz de esta enfermedad, es una inflación del nervio óptico que se acompaña de dolor retro cular con los movimientos de los ojos. Existe una disminución del campo visual y pérdida de la agudeza de carácter unilateral. A veces el paciente lo define como una sensación de nubosidad o penumbra. Puede causar la pérdida de visión en el centro del campo visual (escotoma), otras veces puede conllevar alteraciones en la percepción de los colores, del reflejo fotomotor o presencia de nistagmo. En cuanto a las alteraciones motoras suelen iniciarse como debilidad en las extremidades inferiores que luego se extiende a las superiores. Esta afectación es muy común (hasta un 90% de los pacientes experimentan fatiga), pero constituye un síntoma tardío.

El enfermo refiere pérdida de potencia o de la destreza, fatiga o trastornos de la marcha. La fatiga se puede exacerbar por el incremento de la temperatura, los trastornos del sueño o el esfuerzo excesivo.
La hiperreflexia es otra alteración motora y el sigo de Babinski. En algunos ca-

sos se produce el efecto contrario, con disminución o pérdida de algunos reflejos tendinosos. La espasticidad o incremento del tono muscular también es muy común. Se presenta en forma de rigidez, sacudidas, espasmos, o calambres musculares en piernas y brazos. Este aumento del tono muscular dificulta enormemente las actividades diarias, al limitar la marcha y otros movimientos, así como al disminuir la fuera, la velocidad del movimiento y la destreza. En estos casos, las medidas para combatirla pueden causar más daño que beneficio.

La afectación del cerebelo también es un síntoma tardío que se manifiesta en forma de temblor, vértigo, incoordinación motora y ataxia. Las alteraciones del tronco cerebral comprenden lo que se denomina la triada de charcotque se caracteriza por la presencia de temblor intencional ataxia, nistagmo o diplopía y lenguaje escandido (pausa entre palabras). Las alteraciones urinarias son muy habituales también y se manifiestan como incontinencia de urgencia, así como también es frecuente el estreñimiento. La afectación de la esfera sexual debida tanto a la propia enfermedad como a la medicación recibida pueden provocar impotencia, dificultades en la eyaculación, disminución de la lívido anorgasmia y disminución de la lubricación vaginal.

Las manifestaciones cognitivas e intelectuales que presenta esta enfermedad están relacionadas con el enlentecimiento en la velocidad de transmisión de la información. Por ello los enfermos pueden presentar amnesia, disminución de la atención, dificultad para la solución de problemas e incluso demencias en las fases avanzadas. También son frecuentes los trastornos emocionales siendo muy habitual lo depresión o la euforia y la labilidad emotiva. las alteraciones psiquiátricas se manifiestan fundamentalmente por la presencia de síntomas depresivos, aunque en ocasiones puede aparecer también demencia en las fases avanzadas con una mayor tendencia a padecer crisis epilépticas. La mayoría de los pacientes afectados por esclerosis múltiple presenta una discapacidad progresiva. Sin embargo, la muerte como consecuencia directa de esta enfermedad es muy poco frecuente.

El tratamiento va encaminado a disminuir el número de brotes utilizando interferones anticuerpos monoclonales y algún fármaco antitumoral. Cuando aparecen los brotes se utiliza corticoesteroides, y también analgésicos para el dolor, fisioterapia para la fatiga. sin embargo, es preciso decir que realmente no existen fármacos que estimulen la mielinización y reparación de los nervios.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica, para un adecuado conocimiento de la misma que permita realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- Https://www.scielo.org/es/.
- Https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 402

USO DE TÉCNICAS PARA REDUCIR EL TRAUMA Y EL DOLOR PERINEAL EN EL EXPULSIVO.

CARMEN ORTEGA BELIO

1 Introducción

Los traumatismos perineales se producen durante el parto debido a los desgarros que puede originar el paso del feto por el canal del parto o a la realización de episiotomías. A pesar de que no se recomienda la práctica rutinaria en el parto normal y que, actualmente, se ha reducido su uso, la tasa de episiotomía en España (42% en partos eutócicos durante el año 2009) (1) se sigue situando por encima de la indicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es de un máximo del 20-30%. Los traumatismos perineales ocasionan problemas2 a corto plazo como pérdida hemática, problemas de sutura y dolor. A largo plazo pueden ocasionar problemas como dolor perineal persistente, disfunciones sexuales (disminución de la libido y dispareunia), incontinencia de orina e incontinencia de gases y fecal que está directamente relacionada con los desgarros graves.

Factores asociados con el trauma perineal (3). Se han sugerido numerosos factores como determinantes potenciales del trauma perineal. Algunos parecen estar presente antes del embarazo y puede ser intrínsecos a la mujer embarazada. No se sabe cuál es el papel que los factores demográficos y nutricionales en los años antes y durante el embarazo juegan en la aparición del trauma perineal.

La nuliparidad, fetos macrosómicos, una segunda etapa prolongada y la malposición aumentan el riesgo de trauma perineal. La etnicidad es un factor que puede

afectar al trauma y se ha encontrado asociación entre la etnia asiática y traumatismo perineal severo. El uso restrictivo de episiotomía se asocia con menos trauma perineal, al igual que el uso de la extracción de vacío para instrumentales (ventosas) en lugar de fórceps. El masaje perineal digital prenatal de aproximadamente 32 semanas de gestación reduce la incidencia de trauma perineal que requiere suturar.

La posición vertical materna en la segunda etapa del parto para las mujeres sin anestesia epidural da como resultado una considerable disminución en el uso de la episiotomía, que sólo está parcialmente compensado aumento de desgarros de segundo grado. La inactividad física antes del embarazo puede representar un factor de riesgo independiente en desgarros de tercer y cuarto grado. Dar a luz en una alternativa.

Los estudios retrospectivos sobre partos en el agua informan de menos incidencia de episiotomías, de una disminución del trauma perineal, pero no muestran ninguna diferencia significativa respecto los desgarros de tercer y cuarto grado. Por último, el traumatismo perineal no parece estar influido por el uso de pujos dirigidos activos o pujos espontáneos.

2 Objetivos

- Establecer la eficacia y los beneficios del uso de diferentes técnicas para disminuir el traumatismo perineal en la última fase del parto.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Web Of Knowledge, Cochrane y Medline usando los descriptores perineal trauma, warm compresses, massage y hands off.

4 Resultados

Técnicas perineales y otras intervenciones durante la segunda etapa del parto para la reducción del trauma perineal. El conocimiento de la morbilidad tras el trauma perineal ha dirigido a la búsqueda de diferentes intervenciones que se utilizarán durante la segunda etapa para reducir la incidencia de trauma perineal.

Estas intervenciones incluyen el uso de masaje perineal, compresas calientes y técnicas de manejo perineal

1. Técnicas de manejo perineal
Se practican una amplia variedad de técnicas de manejo perineal, entre ellas la técnica de flexión de la cabeza fetal y la maniobra de Ritgen. Cada técnica pretende reducir el trauma perineal reduciendo el diámetro de presentación de la cabeza fetal a través de la apertura vaginal de la mujer. La técnica de flexión implica el mantenimiento de la flexión de la cabeza fetal, ejerciendo presión sobre el occipucio que asoma en dirección descendente hacia el periné, evitando la extensión hasta la coronación. A la vez se debe proteger colocando una mano contra el periné para apoyar esta estructura.

En la maniobra de Ritgen (4) se realiza presión sobre el mentón fetal a través del periné con una mano en el rafe perineal, palma de la mano mirando al ano de la mujer, y con la otra mano en la cabeza del feto se permite lentamente que la cabeza se extienda. La maniobra de Ritgen se llama ”modificada” cuando se realiza durante una contracción, en lugar de entre las contracciones, como se recomendó originalmente. Las técnicas de manejo perineal ralentizan el nacimiento de la cabeza, permitiendo al periné tiempo para estirarse lentamente, reduciendo así el trauma perineal. Esta es la razón por la matrona las usa junto con el control de la respiración de la madre, al desprendimiento de la cabeza fetal.

2. Termoterapia
Consiste en la aplicación de calor local sobre los tejidos por encima de los niveles fisiológicos de temperatura corporal. La termoterapia produce hiperemia, por vasodilatación, que aumenta la oxigenación de los tejidos y reduce la isquemia y, por tanto, el dolor. El calor disminuye la contractura, la resistencia muscular y facilita el estiramiento de la musculatura, en especial cuando se realizan esfuerzos de tracción. Además, aumenta la elasticidad de los tejidos (2).

Además, este aumento de flujo sanguíneo mejora la eliminación de residuos y sustancias algógenas segregadas localmente a causa del daño tisular, como las prostaglandinas, la noradrenalina o las histaminas, que son fácilmente arrastradas por el incremento del flujo sanguíneo. También produce una acción sedante, ya que influye en los impulsos nerviosos; puede inhibir o disminuir la sensación de dolor cuando la aplicación es prolongada y eleva el umbral de dolor por el calentamiento de otros tejidos, como la piel.

La termoterapia se aplica de forma superficial por conducción utilizando calor

húmedo o calor seco. En la práctica clínica las matronas utilizan ambas formas de aplicación de calor. La elección depende de las preferencias de las profesionales, la disponibilidad del método y de su experiencia sobre la técnica a aplicar. Según el último meta análisis de la Cochrane (3) se concluyó que hay pruebas suficientes para apoyar el uso de las compresas calientes para prevenir los desgarros perineales. El uso de termoterapia redujo de forma significativa el número de desgarros graves (de tercer y cuarto grado), aunque no redujo el número de episiotomías ni el número de perinés sin sutura posparto.

Según el estudio realizado por Carmen Terré-Rull et al. (2) la aplicación de termoterapia en el periné durante el periodo expulsivo de parto no modifica el número de lesiones perineales que precisan sutura posparto. Las dos aplicaciones de termoterapia, húmeda o seca, tienen la misma eficacia para modificar el número de lesiones perineales que precisan sutura posparto, no obstante, se observan mejores resultados con la termoterapia húmeda. Y por último se vio que la aplicación de termoterapia en el periné no dificulta la adaptación a la vida extrauterina del recién nacido medida mediante la puntuación del test de Apgar.

Contraindicaciones de la termoterapia
La termoterapia local está contraindicada en los siguientes casos:
- Pacientes con hemorragias activas.
- Heridas abiertas, ulceraciones de la piel.
- Tromboflebitis agudas.
- Neoplasias.

Puede aumentar el edema cuando está presente, aunque hay autores que discrepan ya que defienden que el edema se elimina por el aumento de permeabilidad capilar

3. Hands Off (3)
El uso de 'manos libres' en el perineo dio como resultado que menos mujeres tuvieran una episiotomía (evidencia de baja calidad), pero no existe ninguna diferencia en el número de mujeres sin desgarro (evidencia de calidad moderada). Respecto al dolor no existe evidencia suficiente.

4. Masaje Perineal (6)
El masaje perineal es una medida física que consiste es la estimulación táctil de la piel y los tejidos del perineo para aumentar la elasticidad del mismo durante el parto. Se ha demostrado que su realización a partir de la semana 32 de gestación educe significativamente el número de desgarros perineales y episiotomías prin-

cipalmente en mujeres primíparas. Disminuye también el dolor perineal post-parto.

5 Discusión-Conclusión

Los conocimientos transmitidos desde hace siglos apoyan la opinión de que el parto es doloroso para muchas mujeres. El dolor de parto tiene componentes que difieren totalmente del dolor en general; es un dolor agudo, severo y de intensidad variable, resultado de un proceso natural. Se limita en el tiempo y no es continuo, sino que se produce de forma intermitente. Cuando se inicia el parto, el dolor es una señal para que la mujer pueda prepararse para los acontecimientos que se van a producir. El dolor proporciona información sobre un hecho fisiológico que tiene, en la mayoría de los casos, un final positivo: el nacimiento de un niño.

Las gestantes refieren que el dolor aumenta de intensidad durante el periodo expulsivo del parto debido al descenso de la cabeza fetal y al estiramiento de los tejidos perineales. Esta percepción tan intensa de dolor durante el periodo expulsivo coincide con lo que ellas mismas denominan anillo de fuego, que ya se define en las obras de Aristóteles como una sensación de escozor, pinchazo de aguja o de desgarro del periné. A pesar de ello, el grado de satisfacción en un parto no se basa necesariamente en la ausencia de dolor, puesto que a algunas mujeres no les importa experimentarlo siempre que lo puedan llegar a controlar y que no las sobrepase. La eliminación completa del dolor no significa que la experiencia del parto sea más satisfactoria para la mujer, ya que el dolor de parto no se describe como una experiencia totalmente negativa.

Por tanto, es necesario individualizar el tratamiento efectivo y satisfactorio del dolor para cada gestante y buscar medidas alternativas a las farmacológicas para las mujeres que elijan parir sin anestesia. Entre los numerosos cuidados que se han descrito para aliviar el dolor perineal durante el periodo expulsivo del parto, destaca la termoterapia como el más efectivo. En lo que a disminución del trauma perineal respecta, la evidencia nos dice que el masaje perineal es la técnica que más a demostrado que disminuye el número de desgarros de tercer y cuarto grado, así como de episiotomías, en mujeres primíparas.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Observatorio de Salud de las mujeres. Evaluación de la estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud Español. Documento de trabajo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
2. Terré C, Beneit JV,Gol R. Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto: ensayo clínico aleatorizado. Matronas Profesión 2014; 15(4): 122-129
3. Vigdis Aasheim, Anne Britt Vika Nilsen, Liv Merete Reinar, and Mirjam Lukasse. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma.
Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun; 2017(6): CD006672.
Published online 2017 Jun 13. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3
4. Envid Lázaro B, Alosnso Formento E. Asistencia urgente al parto precipitado. Emergencias 2010; 22: 140-143
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
6. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.

Capítulo 403

EL LAVADO DE MANOS CONTRA LA APARICIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LAS UNIDADES NEONATALES.

RAQUEL MORELL MARCO

1 Introducción

Los recién nacidos presentan las tasas más elevadas de infecciones nosocomiales, y estas infecciones son una causa importante de morbimortalidad, especialmente en las áreas de cuidados intensivos neonatal.

Las infecciones nosocomiales se encuentran dentro del grupo de enfermedades y problemas de salud que deben ser vigilados y controlados mediante estrategias de prevención, siendo el lavado de manos una recomendación fuerte de alta evidencia para disminuir la incidencia de dichas infecciones, ya que los profesionales de la salud juegan un rol importante en la transmisión de patógenos entre pacientes.

2 Objetivos

- Concienciar al equipo enfermero en las unidades neonatales de la importancia del lavado de manos como norma básica para prevenir infecciones intrahospitalarias por microorganismos multirresistentes.
- Promover una conducta de prevención correcta de enfermería en las unidades neonatales, mediante cursos formativos por parte del hospital.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de artículos en las bases científicas de Scielo y Google Scholar. Los textos seleccionados hacían referencia a guías de práctica clínica y procedimientos de prevención contra las infecciones nosocomiales, en las que se cita como conducta fundamental el lavado de manos. Se acotaron las fechas de búsqueda a los últimos 10 años.

4 Resultados

Se seleccionaron finalmente 6 artículos o textos científicos de un total de 23.

Los estudios ponen de manifiesto la falta de conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención de infecciones intrahospitalarias, y que los procedimientos enfermeros no contienen todas las normas de asepsia pertinentes para el respectivo control, lo que pone en riesgo la salud de los recién nacidos.

5 Discusión-Conclusión

Queda evidenciado científicamente que el lavado de manos es una medida fundamental para prevenir y reducir las tasas de infecciones nosocomiales. Se insta al personal de enfermería a incorporar el hábito del lavado de manos para contribuir a salvar vidas de pacientes tan vulnerables como son los neonatos.

6 Bibliografía

- Álvarez CA. Guias de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Infectio.210;14(4):292-308
- Ubilla C. Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre procedimientos de prevención de las infecciones intrahospitalarias en neonatos ingresados en la UciN
- Kampf G. How effective are hand antiseptics for the postcontamination treatment of hands when used as recommended? Am J Infect Control. 2008;36(5):356-60.
- Guía para la prevención y el control de las infecciones en servicios de salud, dirigida a estudiantes de las carreras de ciencias de la salud. TomoI. OrgPanameric. Boliv2007

- Hidalgo O. Guia de precauciones basadas en la transmisión (aislamientos). Serv de Med Preventiva del Hospital Univ Son Espases; 2013.
- Sanchez V. Evaluación del grado de conocimiento y aplicación de las medidas preventivas frente a las infecciones nosocomiales por el servicio de Enfermería. Uva.

Capítulo 404

ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS EN UN PACIENTE PORTADOR DE VÍA CENTRAL, INTUBACIÓN OROTRAQUEAL, SONDA VESICAL, SONDA NASOGÁSTRICA Y CATÉTER ARTERIAL

ANA ROSA FLOREZ SIRGO

1 Introducción

Se trata de 1 paciente varón de 41 años que sufre 1 caída de metros de altura del andamio en el cual está trabajando. El paciente se traslada en UVI móvil al hospital de referencia.

2 Objetivos

- Controlar el dolor.
- Controlar el estado respiratorio.
- Proporcionar cuidados personales para controlar perfusión tisular periférica.
- Controlar de la movilidad.

3 Caso clínico

Varón de 41 años se sufre caída de metros del andamio en el que estaba trabajando,se deriva en uvi movil a su hospital de referencia y en el servicio de urgencias sus constantes al ingreso son:
-TA 82/44mmhg.
-FC144lpm.
-Glasgow 12.
-FR 48.
-Glucemia 100mg/dl
Sat 87%.

Se le realizan las siguientes pruebas: se extraen hemograma, bioquímica y coagulación, gasometría arterial(ph 7,07), TAC craneal, TAC de tórax (fracturas costales múltiples), TAC abdominal, RX de pelvis (pelvis inestable), RX de fémur derecha con fractura supracondilea y RX de tibia -perone der con resultado de fractura conminuta abierta.

En la valoración inicial del paciente se observa una herida inciso contusa en el muslo derecho y fractura abierta de tibia -peroné derecho.El paciente se traslada a la UVI para su estabilización antes de pasar a quirófano.
Se intuba al paciente,se canaliza vía central, vía arterial, sondaje vesical y nasogástrico.
En quirófano se implanta fijadores externos en pelvis, en tibia, calcaneo y fémur, se sutura herida de muslo derecho.
Posteriormente se valoran las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson:
- Necesidad de respirar
- Necesidad de hidratación y nutrición.
- Necesidad de eliminación.
- Necesidad de movilidad.
- Necesidad de dormir y descansar.
- Necesidad de vestirse /desvestirse.
- Necesidad de termorregulación.
- Necesidad de higiene corporal e integridad de la piel.
- Necesidad de evitar peligros.
- Necesidad de comunicación.
- Necesidad de valores y creencias.
- Necesidad de realización.
- Necesidad de ocio.

- Necesidad de aprender y descubrir.

Tras la valoración de estas necesidades nos encontramos con los siguientes problemas y diagnósticos de enfermería.
1. Déficit de auto cuidados,
A. Objetivo (NOC) cuidados personales y actividades de la vida diaria.
B. Intervenciones (actividades)
- Ayuda en el autocuidado.
- Cuidados del paciente encamado.

2. Deterioro de la integridad cutánea,fracturas, catéteres, etc.
A. Objetivos
- Perfusión tisular periférica.
- Integridad tisular piel y mucosas.
B. Intervenciones
- Cuidados de la piel y heridas
- Cuidados de catéteres.
- Prevención de ulceras de presión.

3. Deterioro de la movilidad física, relacionado con el dolor, disminución del nivel de consciencia
A. Objetivos
- Nivel de movilidad.
- Estado neurológico.
B. Intervenciones
-Prevención de caídas.
- Cambio de posición.
- Motorización neurológica.

4. Riesgo de infección
A. Objetivo
- Estado inmune
- Integridad tisular, piel y mucosas
B. Intervenciones
- Control de infección.
- Cuidado de heridas.
- Cuidado de sitio de incisión.
- Cuidado del catéter urinario.

5. Riesgo de aspiración

A. Objetivos
- Estado de deglución.
- Prevención de la aspiración.
B. Intervenciones
- Aspiración vía aérea.
- Manejo del vómito.
- Alimentación enteral.

6-Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C exposición del paciente desnudo.
A. Objetivo:
- Termorregulación.
- Hidratación.
B. Intervenciones
- Regulación de la temperatura.
- Monitorizar signos vitales.

7. Riesgo de deterioro de la mucosa oral R/C intubación orotraqueal
A. Objetivos
- Integridad tisular, piel y mucosas.
B. Intervención
- Aspiración vía aérea.
- Restablecer la salud bucal.

8. Riesgo de síndrome de desuso R/C inmovilización mecánica y alteración del nivel de conciencia
A. Objetivos
- Consecuencias de la inmovilidad fisiológica y psicognitiva.
B. Intervenciones
- Precauciones del embolismo.
- Manejo de energía.

Tras 15 días en la UCI, el paciente se traslada a planta con gafas nasales, vía venosa periférica y con las fijaciones externas. El paciente es dado de alta realizando su seguimiento en consultas externas de traumatolgía.

4 Discusión-Conclusión

Todos los diagnósticos de enfermería planteados durante su ingreso, se solucionaron al alta.

5 Bibliografía

- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006 Madrid, Elsevier 2007.

Capítulo 405

¿QUÉ SABEMOS SOBRE LAS ÚLCERAS?

ISABEL ARAUJO RUBIERA

ELENA ALVAREZ VARELA

ANA MARTINEZ DELGADO

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo de una zona sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte (cama o silla), que provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a esa zona, por el aplastamiento de los vasos sanguíneos. Este tipo de lesiones aparece principalmente en pacientes inmovilizados durante mucho tiempo y tiene una baja tendencia a la cicatrización espontánea.

Constituye un importante problema de salud pública, dadas las repercusiones que ocasiona en la calidad de vida de los pacientes, la prolongación de la estancia hospitalaria y el aumento del gasto de material y de los cuidados por parte del personal de enfermería. Por todo ello, es muy importante realizar una adecuada prevención para evitar la aparición de las UPP.

Factores de riesgo a desarrollar una UPP: inmovilidad, incontinencia, edad avanzada, falta de higiene corporal, desnutrición, estado mental.

Las UPP se clasifican en cuatro grados en relación al aspecto y profundidad de las lesiones:
- Grado I. Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta. En pacientes de piel oscura, observar edema, induración, decoloración, calor local.

- Grado II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas, puede tener aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Grado III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.
- Grado IV. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén como el tendón o la cápsula articular.

Zonas más susceptibles de desarrollar UPP:
• Decúbito supino: occipital , escápulas, codos, sacro, cóxis, talones, dedos de pies.
• Decúbito lateral: pabellón auricular, acromion, costillas, trocánter, crestas ilíacas, cóndilos (rodilla), tibias, maléolos tibiales, dedos/lateral del pie.
• Decúbito prono: frente, pómulos, pabellón auricular, pechos, crestas, ilíacas, pubis, genitales (en los hombres), rodillas, y dedos de los pies.
• Sedestación: occipital, escápulas, codos, sacro y tuberosidades isquiáticas. subglúteos, huecos poplíteos y talones

Dentro del tratamiento podemos destacar los cuidados generales; el alivio de la presión sobre los tejidos y prevención de nuevas lesiones. Los pacientes que presentan o presentaron una o varias lesiones son considerados pacientes de alto riesgo de desarrollar nuevas lesiones.

También destacar el soporte nutricional; la nutrición juega un papel relevante en la prevención y el abordaje de la cicatrización de las heridas.
Dentro de los cuidados locales:
• Limpieza.
• Desbridamiento(quirúrgico,cortante,enzimático, autolítico).
• Realización de cura (según necesidades).

Tipos de apósitos:
-Absorbentes. Se emplean en heridas muy sucias y exudativas.
- Alginato cálcico. Absorben el exudado, hidratándose y produciéndose un intercambio de iones calcio por iones sodio, pasando a ser soluble en solución salina para su posterior limpieza.
- Apósitos hidrocoloides. Impermeables al oxígeno y al agua, ejercen función bacteriostática (por su pH ácido), son hipoalérgicos, y tiene capacidad desbridadora.
- Apósitos de hidrogel: para ulceras muy exudativas.
- Apósitos de poliuretano. Es un apósito plano y transparente. Reduce el riesgo de infección ya que es impermeable a bacterias y agua, y, por otro lado, proporciona

un ambiente húmedo que favorece la cicatrización.
- Apósitos que absorben malos olores. Incorporan una capa de carbón activado.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Realizar una correcta prevención de las UPP en pacientes con factores de riesgo.

Objetivos específicos:
- Identificar los pacientes con factores de riesgo.
- Realizar una correcta limpieza de la piel con UPP.
- Hacer un uso adecuado de apósitos.
- Elegir el tratamiento correcto.
- Utilizar dispositivos de prevención (colchones, cojines antiescaras…).

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras la vigilancia diaria de la piel, aplicando diversas medidas preventivas, se observa la mejoría de la piel en los diversos puntos de presión, evitando que las pequeñas lesiones eritematosas acaben en úlcera.

5 Discusión-Conclusión

- Una buena prevención es fundamental para evitar UPP.
- Las UPP constituyen hoy en día un gran problema de salud, por las repercusiones que ocasiona en la calidad de vida.
- Repercute en un aumento del gasto de material de los cuidados por parte del personal de enfermería y prolongación de la estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

1. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
2. Rodríguez Palma M, López Casanova P. Superficies especiales para el manejo de la presión. Rev ROL Enf 2007; 30(9):603-610.
3. Sharon Baranoski. Úlceras por decúbito: una concienciación renovada. Nursing 2007;25:12-7.
4. Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión.
5. Tratamiento de las úlceras según la valoración previa. Protocolo de úlceras por presión. Hospital Universitario de Cabueñes;
6. San Román A, Girona M, Martínez I, Juárez M, Querol M.J. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Rev ROL. Enf 2004; 27(3):213-215
7. Plan de cuidados de enfermería en las úlceras por presión. SESPA.

Capítulo 406

FLEBITIS SECUNDARIA A INADECUADO MANTENIMIENTO DE ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS.

FRANCISCO JAVIER SERRANO PALLARÉS

SARA CARMONA PERUYERO

1 Introducción

La canalización de vías venosas periféricas es el procedimiento más utilizado entre los profesionales enfermeros y los riesgos de la cateterización vienen determinados por la técnica empleada, por la falta de seguimiento diario del punto de punción y por el reemplazo sistemático del catéter venoso periférico. La flebitis es el principal riesgo que puede sufrir el paciente tras la punción intravenosa.

2 Objetivos

El principal objetivo es conocer las medidas que se han de adoptar en la prevención de la flebitis, manteniendo correctamente un catéter venoso periférico. Como ejemplo, pueden ser, la técnica aséptica en la manipulación y la observación del punto de punción diariamente.

3 Caso clínico

Varón de 45 años que comienza con febrícula tras 10 días de hospitalización y recambio de vía periférica cada 24h por edema, eritematosis e hipertermia local

en antebrazo de MSD. Tras estudiar la posible etiología de dicha febrícula, se concluye que el foco de infección es una flebitis.

4 Discusión-Conclusión

El recambio periódico del catéter venoso antes de las 72h o antes de ser necesario, conlleva al aumento del riesgo de flebitis en el paciente, así como del coste sanitario, al incremento innecesario del trabajo enfermero y a limitar al profesional en la elección de la vena, ya que el recorrido venoso se consume cuantos más pinchazos se realicen.

5 Bibliografía

1. Evaluation of clinically indicated removal versus routine replacement of peripheral vascular catheters. McGuire R; Coronado A Br J Nurs; 2020 Jan; 29(2):S10-S16. PubMed ID: 31972115
2. Texto contexto - enferm. vol.28 Florianópolis 2019 Epub Apr 18, 2019 http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0018
3. Rev. Gaúcha Enferm. vol.38 no.4 Porto Alegre 2017 Epub June 07, 2018 http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.57489
4. Anales Sis San Navarra vol.35 no.3 Pamplona sep./dic. 2012.

Capítulo 407

ESTUDIO SOBRE EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

ANDREA COMA MARCO

PILAR PARDOS VAL

ABEL PISA MAYORAL

1 Introducción

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección aguda del parénquima pulmonar que se manifiesta por un conjunto de signos y síntomas característicos de una infección respiratoria baja. Se trata de una enfermedad con una incidencia estimada de unos 10 casos por 1.000 habitantes al año en la población general, siendo más frecuente en las edades extremas de la vida. Concretamente en España, la incidencia mostrada en los datos aportados presenta mucha variabilidad, con incidencias entre 1,62 y 8,8 casos por 1000 habitantes al año.

La enfermedad es más frecuente en varones, en mayores de 65 años y en presencia de diversos factores de riesgo, entre ellos el consumo de alcohol y tabaco, malnutrición, o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), además de tener en cuenta la estacionalidad (más frecuente en invierno) y los brotes epidémicos. En los diferentes países, el número ingresos por NAC tiene una amplia variabilidad, que podría asociarse a evidentes diferencias en la atención de los pacientes en

los servicios de atención primaria o especializada. En nuestro país, existe también gran variabilidad en la bibliografía en los datos sobre ingresos y mortalidad, siendo la mayoría de estudios en urgencias hospitalarias.

Los agentes infecciosos asociados a esta enfermedad tienen algunas variaciones en función de si el paciente está hospitalizado o mantiene un seguimiento ambulatorio. En cualquier caso, el más frecuente en todos los ámbitos es el Streptococcus pneumoniae, seguido de Mycoplasma pneumoniae. En pacientes ingresados en UCI, por otro lado, son más frecuentes, Staphylococcus aureus, Legionella spp. y neumococo resistente. La sintomatología de la NAC es inespecífica y su diagnóstico se basa en un conjunto de signos y síntomas relacionadas con una infección de vías respiratorias bajas y afectación del estado general, incluyendo fiebre alta, tos, expectoración, dolor torácico, disnea o taquipnea, y signos de ocupación del espacio alveolar.

La comprobación de la saturación de oxígeno, el hemograma y la bioquímica elemental incluyendo el examen de la función renal, función hepática y electrolitos son recomendables en estos pacientes, ya que aportan amplia información sobre su estado y contribuyen a su clasificación en diferentes escalas pronósticas. Concretamente, a pesar de que se recomienda el uso de estas escalas para valorar el pronóstico u otros aspectos como la mortalidad del paciente (PSI, CURB65 son las escalas de gravedad más robustas, validadas y recomendadas), estas no resultan de utilidad para valorar otros aspectos importantes durante el ingreso, como la necesidad de traslado a otras unidades (UCI), ni tampoco tienen en cuenta los mecanismos de respuesta inflamatoria.

En este caso, los marcadores de inflamación y su correlación con la gravedad de la infección están siendo objeto de gran interés, siendo la proteína-C reactiva (PCR), la procalcitonina (PCT) o la velocidad de sedimentación (VSG) lo más estudiados, constituyendo a la vez un complemento para la orientación del diagnóstico etiológico. Por otro lado, los posibles hallazgos en la radiografía de tórax en pacientes con manifestaciones clínicas compatibles con NAC es el patrón de oro para el diagnóstico. Debido a que las manifestaciones clínicas de la NAC son inespecíficas, la radiografía de tórax es la prueba radiológica básica para establecer su diagnóstico, localización, extensión, posibles complicaciones (derrame pleural o cavitación), existencia de enfermedades pulmonares asociadas, otros posibles diagnósticos alternativos y también para confirmar su evolución

Respecto al tratamiento inicial de la NAC, este es empírico en la mayoría de pacientes. Los resultados de estudios prospectivos aleatorizados que han

comparado el tratamiento antimicrobiano empírico con el tratamiento dirigido basado en los resultados de pruebas rápidas (antígenos urinarios para S. pneumoniae y L. pneumophila) no han demostrado diferencias significativas en la evolución de los pacientes. La decisión del tipo de tratamiento antibiótico depende de la gravedad de la NAC y de los factores de riesgo del paciente. El tratamiento recomendable se basa en la administración de quinolonas en monoterapia (levofloxacino o moxifloxacino), cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima o ceftriaxona), o amoxicilina/clavulánico con un macrólido.

Esto variará, entre otras cosas, en función de si el paciente seguirá un tratamiento ambulatorio o, por el contrario, precisa ser hospitalizado. En aquellos que puedan beneficiarse de una terapia antibiótica más agresiva, sería aconsejable según varios estudios, seguir una combinación de antibióticos en lugar de monoterapia. Es el caso de pacientes que cumplen criterios de ingreso en UCI y están hospitalizados en planta convencional. En este caso, los ensayos realizados no muestran diferencias significativas al comparar combinaciones de betalactámicos con un macrólido frente a quinolonas en monoterapia. (4)

2 Objetivos

Principal:
- Analizar cuál es el tratamiento de elección más eficaz en pacientes con NAC hospitalizados en la planta de neumología del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza.

Secundarios:
- Conocer cómo varía la fiebre al ingreso así como los días de estancia hospitalaria, en función del tipo de antibiótico pautado.
- Analizar las diferencias en los efectos adversos sufridos posteriormente en los distintos grupos en función del tratamiento recibido, así como la remisión temprana de la fiebre y la variación en la evolución de la PCR y VSG.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Marco teórico.
Diseño del estudio:
Se llevará a cabo un estudio observacional que hará una comparativa entre los diferentes tratamientos antibióticos administrados a diferentes pacientes con diagnóstico de NAC recientemente ingresados en el Servicio de Neumología del HUMS de Zaragoza.
Población y muestra:
De acuerdo con los objetivos y diseño del estudio, se seleccionará una muestra del Servicio de Neumología del HUMS (tanto pacientes de este servicio, como procedentes del servicio de urgencias del mismo hospital, o de otras áreas o centros una vez se haya procedido a su hospitalización), previamente informados, después de haber realizado la anamnesis, una exploración física, pruebas complementarias requeridas y un diagnóstico diferencial.
Por tanto, el equipo que se encargará de su realización estará conformado por profesionales (médicos y enfermeros) de ambos servicios.
Una vez hayan sido informados y se les haya ofrecido el consentimiento informado (Anexo I), y dicho estudio haya sido evaluado y aprobado por el CEICA, y conforme a las características del proceso de la patología, antecedentes y decisión del médico responsable, se recogerán todos los datos necesarios acerca del tratamiento de elección que esté siendo administrado o con el que sea necesario comenzar el tratamiento.
Aquellos que ya hayan comenzado con un tratamiento antibiótico en concreto, serán distribuidos en los grupos correspondientes, muestra que se irá ampliando a lo largo de varios meses.
Se comenzará a realizar la selección muestral en el mes de septiembre de 2020, prolongándose esta durante varios meses, y una vez que los pacientes firmen el consentimiento informado para poder participar en el estudio, se comenzará un seguimiento que se prolongará hasta enero del 2021.

Criterios de inclusión:
- Pacientes adultos hospitalizados en el Servicio de Neumología del HUMS de Zaragoza.
- Pacientes procedentes del Servicio de Urgencias del mismo hospital.
- De ambos sexos.
- Con diagnóstico de NAC.

Criterios de exclusión:
- Se excluirán aquellos pacientes ingresados en dicho servicio, cuyo ingreso e inicio de tratamiento se realizase 10 días antes del inicio del estudio.

Diseño de técnicas de recolección de información:
En primer lugar, se seleccionará a un número determinado de pacientes en base a los criterios de inclusión establecidos. Se les invitará a participar, informándoles de todas las pruebas necesarias cuyos datos se incluirán en el estudio, así como otros datos derivados de la propia hospitalización:
- Historial médico: datos sociodemográficos, antecedentes médicos, enfermedades concomitantes, alergias.
- Toma de constantes: saturación de oxígeno (SatO2), temperatura al ingreso y durante la estancia hospitalaria.
- Analítica sanguínea completa: de los datos obtenidos de las analíticas que sea necesario realizar durante el ingreso, se tendrán en cuenta distintos parámetros, como la velocidad de sedimentación glomerular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR). Además de las extracciones requeridas durante el seguimiento, a todos los pacientes se les realizará una medición al ingreso, al 7º día y al alta hospitalaria.
- Tratamiento de elección: antibiótico/s o combinación de los mismos, efectos adversos derivados del tratamiento.
- Días de estancia hospitalaria: se hará un registro de los días de hospitalización.
Una vez informados y firmado el consentimiento, serán incluidos en 3 grupos, distribuidos en función del tratamiento pautado: Amoxicilina/clavulánico, Cefotaxima o Levofloxacino, y se procederá a la toma de diferentes datos, tanto al inicio como durante todo el seguimiento.

Las variables del estudio son las siguientes:
- Variables principales:
Variable independiente: antibiótico de elección (amoxicilina/clavulánico, cefotaxima o levofloxacino).
Remisión temprana de la fiebre (sí/no).
Efectos adversos (EA) asociados al tratamiento.
Fiebre al ingreso.
PCR y VSG (medidas al ingreso, al 7º día y al alta)
- Variables secundarias (sociodemográficas y relacionadas con el proceso patológico):
Edad, sexo, enfermedades concomitantes, alergias medicamentosas.

Técnicas de análisis e interpretación de datos

Se llevará a cabo un análisis descriptivo de las principales variables recogidas. Para las variables cuantitativas se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana y moda), y medidas de dispersión (desviación estándar, varianza, rango intercuartílico, máximo, mínimo y 1er y 3er cuartil). Para las variables cualitativas calcularán tablas de contingencia, determinando frecuencias absolutas y relativas.

Para analizar las diferentes variables y en base a los objetivos planteados, se llevarán a cabo diferentes pruebas estadísticas:

1. Chi-cuadrado de Pearson para analizar la remisión temprana de la fiebre y efectos adversos relacionado con el antibiótico pautado; en los parámetros clínicos se realizará la prueba de normalidad a través de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. En casi todos los casos $p \leq 0,05$, por tanto, en estos casos se rechaza H0, se considera no normal. Se asume como muestras relacionadas, pero no permite realizar la prueba T Wilcoxon ya que son más de dos muestras.
2. Se compararán las variables de fiebre inicial con antibiótico pautado. Se realiza la prueba de normalidad a través de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. En caso de obtener variable no normal y no igualdad de varianzas, se procedería a realizar la prueba de Kruskal-Wallis.
3. Se compararán los días de estancia hospitalaria con el antibiótico pautado. Se realizará la prueba de normalidad a través de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. En caso de llegar al punto anterior, se realizaría de nuevo la prueba de Kruskal-Wallis.

Se realizaría la misma acción con el resto de variables que resultasen como "no normal": PCR el día del ingreso, al 7º día y al alta relacionado con el antibiótico pautado; VSG al ingreso, al 7º día y al alta relacionado con el antibiótico pautado.

El software utilizado será el SPSS, y para todos los análisis se considerará significativo un valor $p<0,05$.

Dificultades y limitaciones:

En primer lugar, una de las limitaciones que se plantean de la realización del estudio es la relacionada con el muestreo de los pacientes. Dado que se partirá de un momento concreto del mes de septiembre, se seleccionarán aquellos pacientes cuyo ingreso sea inferior a los 15 días previos. Aun así, es posible que esto afecte a la recogida de datos en estos pacientes, debido a que en este caso algunos serán tomados de manera retrospectiva (los recogidos al ingreso). Para solventarlo, se ha establecido un tiempo máximo de 15 días, para minimizar esta posible pérdida de datos.

4 Bibliografía

1. Méndez A., García M.J., Baquero F., del Castillo F. Neumonía adquirida en la comunidad. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Servicio de Pediatría General. Hospital Infantil La Paz, Madrid.
2. Irizar M.I., Arrondo M.A., Insausti M.J., Mujica J., Etxabarri P., Ganzarain G. Epidemiología de la neumonía adquirida en la comunidad. AP. 2013 Dic; 45 (10): 503-513.
3. Martín J.J., Padilla A., Acosta E. Neumonía adquirida en la comunidad. En: Gregorio J. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. Madrid: ERGON; 2005. p. 446-456.
4. Menéndez R., Torres A., Aspa J., Capelastegui A., Prat C, Rodríguez F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol. 2010 Oct; 46(10): 543-558.
5. Andrés A., Moreno-Pérez D., Alfayate S., Couceiro J.A., García M.L., Korta J. et al. Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. An Pediatr (Barc). 2012; 73(3): 162.e1—162.e18.
6. Torres A., Barberán J., Falguera M., Menéndez R., Molina J., Olaechea P. et al. Guía multidisciplinar para la valoración pronóstica, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Med Clin. 2013; 140(5): 223.e1-223.e19.

Capítulo 408

MÉTODO MADRE CANGURO.

MARÍA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

LUCIA MUÑIZ CHILLON

1 Introducción

El método madre canguro es la atención de los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel con piel con su madre (OMS). La historia nos remonta al año 1979, fecha en la que los pediatras Edgar Rey y Héctor Martínez, inspirados en la fisiología y comportamiento de los marsupiales y, ante la falta de medios, decicidieron emprender esta práctica en sustitución de las conocidas como incubadoras. Su iniciativa de búsqueda de alternativas se emprendió puesto que su hospital, el Hospital Materno Infantil de Bogotá, contaba con 30.000 partos al año, de los cuales, un 15% daban lugar a nacimientos de bebés prematuros o de bajo peso al nacer, por lo que se hacía inviable la asistencia a estos niños en incubadora, nunca habría suficientes.

Estudiaron a este tipo de mamíferos siendo observadores de que sus gestaciones finalizaban en la bolsa materna, el marsupio, la cual, aportaba calor, alimentación, descanso y protección para sus crías. Esto hacía referencia a todo objetivo que ellos intentaban lograr en los bebés prematuros que atendían en su país, Colombia.

Años más tarde, en 1989, la Doctora Charpak, pediatra de nacionalidad francesa, llevó a cabo una evaluación y sistematización de este método para, así, poder establecer las reglas que debían seguirse para llevarlo a cabo de una manera correcta, la cual, aumentaría la supervivencia de estos niños notablemente. Tanto fue así, que pronto se extendió a nivel mundial.

En 1994 se creó la Fundación Canguro, de la cual es directora la doctora anteriormente mencionada, en su incansable intención de dar a conocer al mundo los innumerables beneficios que cambiarían el destino de estos niños, antes condenados a una elevada tasa de mortalidad en situaciones de carencia de recursos necesarios.

En 1997, en nuestro país, España, el Hospital 12 de Octubre se alzó como pionero en emprender esta práctica en su unidad neonatal.

Hoy en día, los profesionales debemos seguir la guía práctica de la OMS, la cual, desglosa este método con el objetivo de que su práctica se lleve de un modo correcto para poder alcanzar los objetivos que de ella se derivan.

2 Objetivos

- Dar a conocer los fundamentos del Método Madre Canguro, sus beneficios, su aplicación en la práctica diaria y las situaciones que permiten llevar a cabo su uso en las unidades neonatales. Como profesionales de la salud, debemos conocer estos aspectos para poder transferir esta valiosa información a los padres de los niños, los cuales, serán un punto clave en el correcto desarrollo del método.

3 Metodología

La revisión bibliográfica que nos ocupa ha tenido lugar tras una búsqueda de las siguientes palabras clave: ”prematuro”, ”método madre canguro”, ”Colombia”, ”marsupiales”, ”tasa de supervivencia”.

Se han establecido como criterios de inclusión documentos científicos recientes (últimos 10 años) y de lengua castellana e inglesa.

Se ha revisado la bases de datos PubMed, así como revistas y asociaciones científicas del ámbito de la pediatría.

4 Resultados

El método madre canguro ha ido evolucionando con el paso de los años, desde su inicio en los hospitales colombianos, como ya se ha mencionado anteriormente, a nivel geográfico. En Europa, Francia ha sido el país pionero en su instauración,

quizás la Doctora Charpak, de dicha nacionalidad, ha concienciado y, como consecuencia, ayudado en la instauración en su país.

En el continente africano, Sudáfrica ha sido líder en la puesta en marcha del método canguro. En la India se impuso con fuerza, tanto que se declaró como la única técnica que logró disminuir la mortalidad y mejorar la nutrición de los niños de bajo peso al nacer.

Al margen de la historia y el avance geográfico, es importante destacar que existen numerosos estudios que avalan esta práctica con resultados muy significativos. Uno de los ECA (ensayo controlado aleatorizado) llevado a cabo en Ecuador, concluyó con un porcentaje más elevado de enfermedad grave entre los bebés del grupo control, respecto a los incluidos en el grupo que llevaban a cabo el método madre canguro (18% de enfermedad grave en los primeros, respecto a 5% en los segundos).

Concretamente en nuestro país, en el año 2012 se llevó a cabo un estudio transversal observacional descriptivo en las Unidades de Neonatología de los servicios públicos de salud que atendieron a más de 50 recién nacidos en dicho año 2012 con menos de 1500 gramos de peso al nacer.

Finalmente, se estudiaron 27 unidades con una tasa de respuesta del 81%. El resultado, respecto al método madre canguro y a su aplicación en dichas unidades, concluyó con que en un 82% de los casos se había llevado a cabo el método sin limitaciones, siendo del 31% este mismo resultado en el años 2006, con lo que los resultados parecían alentadores.

Llegados a este punto debemos exponer en qué situaciones es correcto y beneficioso emplear este método. En los países en desarrollo en los que el número de incubadoras sea escaso o inexistente, debe ser el medio de supervivencia para este tipo de neonatos. Respecto a los países desarrollados, como es el caso de España, este método debe llevarse a cabo en las Unidades de Neonatología, especializadas en el cuidado de estos niños. Concretamente, nuestro objetivo principal serán los prematuros, los niños con bajo peso al nacer y los niños con patologías.

De gran importancia es la enseñanza a los padres de estos niños del método para que muestren seguridad a la hora de llevarlo a cabo, se vean capacitados y, sobre todo, sean conocedores de la gran importancia que representa en el desarrollo de su hijo prematuro. En este punto cobran gran importancia aspectos como la lactancia materna y la posición del bebé.

Este último aspecto es uno de los puntos clave, tanto es así que de la posición del bebé puede depender la estabilidad respiratoria y hemodinámica durante el canguro. La posición debe ser vertical contra el pecho del portador; la cabeza estará hacia un lado con la vía aérea abierta; el oído cerca del corazón del portador para que el bebé pueda escucharlo, lo que fomentará su sensación se seguridad y, en consecuencia, fomentará su estabilidad; la parte superior de la faja que llevará el portador para una mejor sujeción deberá encontrarse a la altura de la oreja del bebé; las piernas y brazos del bebé deberán estar flexionados; el portador deberá llevar ropa amplia y la faja antes mencionada, cuya parte más ajustada coincidirá con el pecho del bebé; el abdomen del bebé estará a la altura del epigastrio de la madre o portador; la persona que porta estará semisentada, lo que fomentará su comodidad y descanso en este momento de tanta importancia; es posible la lactancia materna durante el canguro, es más, está descrito que las tasas de lactancia materna exitosa aumentarán si se fomenta este método puesto que se afianza el vínculo materno-filial; sólo está descrito que se interrumpa el método por necesidades de higiene, evaluación clínica o inestabilidad del paciente; el portador puede realizar otras actividades con su niño en canguro.

Es importante tener en cuenta que, de forma ideal, se establecerán dos horas de método canguro ininterrumpidas, estableciendo una como mínimo para que el estrés que supone para un bebé prematuro la manipulación, pueda contrarrestarse con este tiempo de tranquilidad y vínculo con su portador. El bebé saldrá con la cabeza cubierta, el pañal y, de forma opcional, se cubrirán sus pies, encontrándose el resto de su cuerpo desnudo.

Como se ha mencionado anteriormente, cobra gran importancia la lactancia materna en este punto, los profesionales sanitarios debemos educar a los padres del bebé en la correcta colocación para una efectiva succión y estimulación de la producción de leche, así como ofrecer diversas técnicas alternativas cuando la succión aún no es posible, ya sea por la edad gestacional del neonato o porque existan otros problemas.

En cuanto al papel de los padres en este método, éste es de gran importancia. Los profesionales deben prepararles para el rol de cuidadores, nunca hacerles olvidar que el requisito básico para llevar a cabo el canguro es la estabilidad previa de su hijo. En muchas ocasiones la realización de este método ayuda a mitigar el sentimiento de culpabilidad existente por el hecho de haber vivido un parto de forma prematura. Por ello, debemos ofrecerles el método canguro tan pronto como portador y bebé estén preparados. Así, los padres establecerán un vínculo

que les permitirá conocer mejor a su hijo, tanto es así que existe una relación con una menor tasa de maltrato infantil, existiendo un mayor número de casos en situaciones de largas hospitalizaciones con separación real de padres-hijo.

Es importante destacar que no es necesario que sean los padres quienes realicen el método canguro, aunque sí preferible por los múltiples beneficios anteriormente expuestos. La madre es un pilar básico debido a la relación positiva que se da con el éxito de la lactancia materna, pero en los casos en los que la madre no esté disponible, el padre será la persona más adecuada, y cobrará más importancia aún en los casos de embarazo múltiple, en los cuales, ambos padres deberán llevar a cabo el método.

Por otro lado, es importante que los profesionales conozcan cuando finalizar el método. El bebé decide cuando la posición ya no le resulta cómoda, lo cual, demostrará con signos de incomodidad e, incluso, falta de estabilidad clínica.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, el método madre canguro es un método que ofrece múltiples beneficios cuando se lleva a cabo en situaciones de estabilidad clínica. Fomenta el vínculo afectivo madre/padre-hijo; el bebé precisa menos asistencia externa si el canguro está siendo placentero para él, tanto es así que apreciaremos como su ritmo respiratorio se regulariza, y como su termoregulación es más eficaz; su comportamiento se estabiliza, sus movimientos son más ordenados, su gasto energético es menor, todo ello contribuyendo a una mejor ganancia de peso; el bebé se encuentra protegido frente a un medio que es hostil para él, lo cual, contribuye a una mejor estabilidad clínica.

Se ha demostrado una menor producción de cortisol salival en piel con piel, lo cual, se traduce en un menor estrés; no existe un incremento del riesgo de infección en esta posición; favorece la lactancia materna; tiene una influencia positiva en el desarrollo neurológico y físico; une a los padres como cuidadores activos del bebé aportándoles confianza en el cuidado pese a la fragilidad que con frecuencia refleja en ellos su hijo.

A estos grandes beneficios, debemos sumar los particulares que este método ofrece a la característica especial de la prematuridad. Se trata del ambiente más parecido al útero materno para el bebé; la posición le aporta al neonato prematuro estímulos tranquilizadores para él, lo cual, favorece la estimulación táctil, au-

ditiva, olfativa y visual; el método ofrece una protección cerebral para el bebé puesto que en su postura de canguro se ven amortiguadas las agresiones y estímulos externos, por ejemplo, se ha demostrado que existe una menor sensación de estrés respecto al dolor gracias al contacto piel con piel.

6 Bibliografía

- https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/metodo-madrepadre-canguro
- https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241590351/es/
- http://aprem-e.org/metodo-canguro/
- https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52816
- http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/168
- http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/301
- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862110002093

Capítulo 409

EDEMA AGUDO DE PULMON

GUILLERMO DIEZ GOMEZ

1 Introducción

El edema agudo de pulmón (EAP) es una urgencia médica, con alta mortalidad, que requiere una intervención inmediata y, habitualmente, ingreso hospitalario. Se caracteriza por disnea e hipoxia secundarias al acúmulo de líquido en el pulmón que altera el intercambio gaseoso y la distensibilidad pulmonar.

La causa más común del edema pulmonar es la insuficiencia cardíaca. La progresiva disminución de la actividad cardíaca provoca que la presión de las venas más cercanas al pulmón se eleve considerablemente y el líquido se infiltra en los espacios de aire o alvéolos de los pulmones.

2 Objetivos

Exponer un caso clínico real apoyando las decisiones diagnósticas y terapéuticas en protocolos de manejo actualizados.

3 Caso clínico

Mujer de 89 años , acude a urgencias por disnea, que ha ido en aumento en las últimas 24 horas, con oliguria, aumento de edema en MMII y tos con expectoración blanquecina, no dolor torácico ni palpitaciones, en cuanto a antecedentes personales, es alérgica a amoxicilina ,Hipertensiòn, no DM ni dislipemia , no hábitos tóxicos, ACXFA paroxística con estenosis Ao severa ,asma, pancreatitis origen biliar en 2012, colelitiasis, ITUs de repeticiÓn, aplastamientos vertebrales.

Acude acompañada por su hija, refiere cansancio y astenia, caída en domicilio hace 48 horas, en domicilio con RX que radiólogo informó como normal, afebril, no náuseas, ni vómitos, no otra sintomatología .

Exploración física; temperatura 36ºC TA 173/44mmgh, FC 78 COC , glasgow :15, normoperfundida.

AC: RsCsRs no oigo soplos. AP: crepitantes en todo el campo pulmonar. Abdomen blando depresible no palpo masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, EEII edemas con fóvea.

Resumen pruebas complementarias: Rx tórax PA: ict mayor del 75% con aumento de densidad en trama pulmonar.

Analitica destaca anemia normocromica ya conocida leucocitosis con neutrofilia y hiponatremia y proBNP elevado, Gasometría; Ph 7,39 Pco2; 47,9 Po2 62,2 Insuficiencia respiratoria global con PH normal.

ECG ritmo sinusal a 60xmin. Se realiza interconsulta a cardiología.

4 Discusión-Conclusión

Tras tratamiento en urgencias en 2h mejoría muy importante con abundante diuresis por lo que se decide box de urgencias para forzar diuresis y probable alta al día siguiente tras ajuste de medicación.

Al dia siguiente, buena respuesta al tratamiento por lo que se decide alta domiciliaria con acuerdo de la familia.

5 Bibliografía

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

Capítulo 410

PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

LETICIA MÉNDEZ LÓPEZ

LARA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son un grave problema de salud al que los profesionales sanitarios deben prestar mucha atención durante el trabajo diario. Este problema afecta, en primer lugar al paciente tanto física, psíquica como socialmente, ya que la aparición de UPP puede ocasionar alteraciones del bienestar por factores como el dolor, la pérdida de la independencia y autoestima, la depresión… En segundo lugar, también se ve afectada la familia, con un incremento de la carga laboral, económica y emocional, y en tercer y último lugar se verá implicado el sistema de salud, por el gasto en recursos humanos y materiales, así como la estancia en el hospital y el gasto que esto conlleva.

"Hasta el 11% de los adultos hospitalizados y hasta el 24% de los pacientes de centros de enfermería especializada desarrollarán una UPP". Estos datos nos hacen ver que tratar de forma óptima las UPP es vital, por ello es importante protocolizar las actividades enfermeras necesarias para prevenir y tratar este problema.

Antes de continuar con el trabajo conviene saber qué es exactamente una úlcera por presión y cuales son sus causas. Denominamos UPP a "toda lesión de

la piel producida al ejercer una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea causando una isquemia que provoca degeneración de dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso al músculo y hueso". Una inmovilidad prolongada sumada a permanecer largos periodos de tiempo en una misma postura, son los desencadenantes de la aparición de UPP en los pacientes. Este hecho provoca que las protuberancias óseas dañen el tejido superficial a cusa de una opresión capilar, de la humedad por incontinencia o sudoración o fuerzas de fricción desencadenas por la postura que la persona adopta en la cama, sillón,etc . Los lugares más frecuentes de aparición de las UPP son en la mitad inferior del cuerpo, principalmente en la cintura pélvica aunque también se consideran áreas susceptibles otras como el trocánter mayor del fémur, la tuberosidad isquiática, el sacro, la cresta ilíaca, el maléolo externo, el occipucio, el mentón, el codo, el omóplato y el calcáneo. Al igual que otros tipos de lesiones, las UPP también tiene grados de clasificación según el grado de afectación de los tejidos:

- Estadio I: La piel está intacta, con enrojecimiento, no palidece. Se visualiza en áreas localizadas por lo general en prominencias óseas. En pacientes de piel con pigmentación oscura es difícil detectar la palidez ya que su color puede diferir de la zona circundante. El área puede producir dolor.
- Estadio II: Existe la pérdida de espesor parcial de la dermis. Se presentan como una úlcera abierta poco profunda con el lecho de la herida enrojecido. También se puede presentar como una úlcera superficial brillante o seca sin hematomas (la presencia de hematoma indica lesión de tejido profundo)
- Estadio III: Pérdida total del espesor del tejido. Provoca una necrosis o lesión del tejido subcutáneo que se extiende hacia abajo, no por la fascia subyacente. Estas úlceras varían según la ubicación anatómica en la que se encuentren, en zonas con más tejido adiposo la UPP será más profunda que en zonas con menos tejido de este tipo.
- Estadio IV: Pérdida total del espesor de la piel y lesión de hueso, tendón o músculo. Puede presentar escaras, lesiones con cavernas y tunelizaciones de gran profundidad. En este estadio se hacen visibles y palpables las estructuras musculares y óseas.

En la mayor parte de los casos, se puede evitar o retrasar la aparición de las úlceras realizando cambios posturales y movilizaciones además de medidas de protección como ácidos grasos hiperoxigenados o apósitos. La alimentación también juega un papel importante. Esta debe ser rica y variada, teniendo en cuenta los gustos y preferencias así como las limitaciones que pueda tener el paciente a la hora de alimentarse.

Para poder restablecer la integridad cutánea necesitaremos un equipo de tratamiento multidisciplinario para lograr un resultado óptimo. El régimen terapéutico incluye el alivio de la presión, asistencia de las heridas, desbridamiento del tejido necrótico, tratamiento del dolor, buena alimentación y el uso de antibióticos tópicos o sistémicos, si existe infección. El tratamiento quirúrgico intensivo es necesario para tratar las UPP de gran tamaño resistente a la cicatrización, especialmente si las estructuras osteomusculares se encuentran expuestas.

2 Objetivos

- Saber identificar a las personas con riesgo de desarrollar UPP
- Identificar y exponer métodos de prevención de las UPP
- Identificar materiales y métodos de cuidados para la cura de UPP

3 Metodología

La metodología usada para realizar este trabajo es una revisión de la narrativa encontrada, en la que se ha precisado de la búsqueda de artículos, guías y protocolos. Todo este material ha sido obtenido de diferentes bases de datos como Cuiden, PubMed o Google Académico, en las cuales se han empledo las palabras clave ""tratamiento úlceras presión", "prevención úlceras presión", "úlceras presión", "pressure ulcers", "prevention", "pressure ulcers traitment".

También se ha consultado la página web del Grupo Nacional de Estudio y Asesoramiento de úlceras por Presión (GNEAUPP).

4 Resultados

Tras haber llevado a cabo una exhaustiva lectura de todo el material encontrado, se ha conseguido suficiente información para poder cumplir los objetivos propuestos en este trabajo.

Para poder valorar el riesgo de padecer UPP se han encontrado varias herramientas de cribado que permiten ayudar al personal sanitario, especialmente a enfermería, a identificar a este tipo de población de riesgo mediante la puntuación total obtenidas tras valorar diferentes parámetros implicados en la aparición de este tipo de lesiones.

Para evaluar la integridad cutánea podemos optar por la escala de BRADEN ya que tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal enfermero. Esta escala tiene 6 categorías que son:
- Percepción sensorial
- Exposición a la humedad
- Actividad
- Movilidad
- Nutrición
- Roce/ peligro de lesiones cutáneas

El resultado de la suma de las puntuaciones obtenidas en las distintas categorías puede oscilar entre 6 y 23 puntos. Según la puntuación se identifican 4 grupos de riesgo (< 12 = riesgo alto, 13 – 15 = riesgo medio, 16 – 18 = riesgo bajo, > 19 = sin riesgo).

También podemos usar la escala EMINA que ofrece buenos resultados y puede ser una alternativa ya que presenta un alto valor predictivo. Esta escala contempla cinco factores de riesgo:
- Estado mental
- Movilidad
- Incontinencia
- Nutrición
- Actividad

Cada uno de ellos se puntúa de 0 a 3.

Otra escala importante y muy difundida es la escala NORTON. Esta escala considera cinco parámetros:
- Estado mental
- Incontinencia
- Movilidad
- Actividad
- Estado físico

Es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo. Puntuaciones inferiores a 16 puntos indicar riesgo de sufrir UPP.

En cuanto al segundo objetivo, se ha observado que se pueden aplicar varias medidas para evitar la potencial aparición de úlceras. La que mayor relevancia adquiere en los diferentes artículos y protocolos encontrados es la movilidad. Se deben de hacer cambios posturales programados, rotando en cada uno de ellos

según la dirección que tienen las agujas del reloj para poder llevar un orden de rotación correcto. También se colocarán almohadas en diferentes puntos para aliviar así la presión y los roces entre las prominencias esos. Se tiene que mantener en todo momento la alineación corporal. Aunque se da especial importancia a la movilidad, también se tienen que tener en cuenta otros factores como una buena higiene, evitando largos periodos de humedad, una adecuada nutrición en la que el aporte el proteico cobre especial importancia en la regeneración de las lesiones tisulares y otras herramientas complementarias como colchones antiescaras, parches de protección.

Por último, en los casos en los que a pesar de llevar a cabo todas las medidas para evitar la aparición de UPP, estas de producen, hay multitud de tratamientos para favorecer su curación en función de las características que estas presenten. Antes se debe valorar la apariencia para llevar a cabo un correcto tratamiento adecuado a las necesidades de la lesión como la presencia de infección, de tejido necrótico, cantidad de exudado, etc. Para cualquiera de las situaciones existen infinidad de materiales que se pueden aplicar, por ejemplo: cremas desbridantes o antibióticas, apósitos alginatos (controlan el nivel de exudado), apósitos antimicrobianos (para control de infecciones), espumas o foam, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final al trabajo realizado se puede decir que las UPP son un problema de salud que afecta gravemente al paciente tanto física como psicológicamente, además de a sus familiares y al sistema de salud por el gran coste que conlleva tratar las UPP. Por eso es primordial la prevención de esta afección en los pacientes adultos que nos encontremos con riesgo de padecerlas. La numerosa información revisada de diferentes documentos técnicos y páginas web especializadas hace de nuestro trabajo una herramienta muy útil y eficaz a la hora de saber identificar personas con riesgo de desarrollar UPP. Como se ha podido comprobar también, una valoración completa y bien hecha es muy importante para identificar a las personas en riesgo de sufrir esta afección. En el campo de la prevención podemos concluir que las actividades que debemos realizar para evitar la aparición de UPP tendrán que ver con los aspectos de la movilidad, la higiene, la incontinencia, la nutrición, la protección de las zonas de riesgo y los cuidados generales del paciente. La unificación de criterios a la hora de actuar frente a las UPP, ya sea tanto en la prevención como en los cuidados, es la base para que se lleve a cabo una buena labor.

6 Bibliografía

1. Caple C; Pravikoff D; Úlceras de presión: descripción general; California; Cinahl Information Systems, 2012.
2. Dirección de Enfermería, Unidad de Docencia, Calidad e investigación de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba; Revisión conceptual, Protocolo de prevención y cuidados de úlceras por presión; Córdoba: Dirección de enfermería; 2003.
3. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados; Guía de prevención y cuidado de las úlceras por presión para personas cuidadoras; Junta de Andalucia; 2007.
4. Pancorbo-Hidalgo, PL; García-Fernandez, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Blasco García, C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2009.
5. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Tratamiento de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003
6. Rodríguez-Palma M, López-Casanova P, García-Molina P, Ibars-Moncasi P. Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº XII. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2011.
7. Canet Bolado, Carmen; Lamalfa Díaz, Engracia; Mata Morante, Mar; Olóriz Rivas, Rosario; Pérez Nieto, Carmen; Sarabia Lavín, Raquel; Sevilla Zabaleta, Sonsoles ; Soto Guatti, Soledad; Manual de prevención y tratamiento de las úlceras por presión; Valdecilla; Dirección de enfermería, Área de formación y calidad; 2003

Capítulo 411

ENFERMEDAD DE BUERGER(TROMBOANGEÍTIS OBLITERANTE)

SARA GONZÁLEZ DEL RIEGO

PAULA PELLO PRAVIA

ANA BENGOECHEA FERNÀNDEZ- CASTAÑO

1 Introducción

La enfermedad de Buerger, también conocida como tromboangeítis obliterante, es una afección poco frecuente causada por inflamación, estrechamiento y obstrucción debido a coágulos de pequeños vasos sanguíneos, principalmente en vasos de manos y pies.

Se desconoce la causa exacta, pero está estrechamente ligada al consumo de tabaco. También se cree que existe una hipersensibilidad genética al tabaco que favorece el desarrollo de la enfermedad, así como , la existencia de un mecanismo inmunopatógeno cuyo estímulo inicial sería el tabaco.

Afecta principalmente a hombres jóvenes menores de 45 años fumadores o que mascan tabaco y es más frecuente en poblaciones asiáticas y mediterránea.

Se manifiesta habitualmente en forma de claudicación por falta de riego sanguíneo y/o lesiones necrosantes digitales.La forma de presentación es variable y puede ser aguda o progresiva.

La gravedad de las lesiones se relaciona directamente con el grado de isquemia arterial.

2 Objetivos

Describir un caso clínico de tromboangeítis obliterante como diagnóstico diferencial en proceso isquémico crónico en paciente varón.

3 Caso clínico

Paciente varón de 67 años que acude al Servicio de Urgencias ante cuadro de dolor en la extremidad inferior izquierda. Desde hace aproximadamente 2 meses, lesión en región ungueal del primer dedo de dicha extremidad, con evolución tórpida pese a curas locales. Desde hace aproximadamente 1 mes inicio de dolor de reposo de carácter nocturno.

EXPLORACIÓN FÍSICA:
BEG. Consciente, orientado y colaborador. Normohidratado, normoperfundido y normocoloreado. Afebril. Eupneico en reposo. Auscultación cardíaca sin tonos patológicos, rítmico. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y anodino, sin evidencia de masas o megalias. Neurológicamente asintomático. Ausencia de pulsos distales, conservador pulso poplíteo y femoral. Mal relleno capilar y retorno venoso enlentecido. Movilidad y sensibilidad conservada. Presencia de lesión trófica en pulpejo de primer dedo y en ángulo interno ungueal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- ANALÍTICA URGENTE al INGRESO:
Hematimetría: Leucocitos 8.28 $x10^3$ / mm^3; Linfocitos: 21.1 %; Monocitos: 7.2 %; Segmentados: 65.8 %; Eosinófilos: 3.2 %; Basófilos: 2.7 %; Linfocitos: 1.75 x103 / mm; Monocitos: 0.60 x103 / mm; Segmentados: 5.45 x103 / mm; Eosinófilos: 0.26 x103 / mm; Basófilos: 0.22 x103 / mm; Hematíes: 5.00 x106 / mm; Hemoglobina: 18.5 g/dL; Hematocrito: 51.4 %; V.C.M: 102.8 fL; C.M.H: 36.9 pg; C.H.C.M: 36.0 g/dL; R.D.W: 13.6 %; Plaquetas: 292 $x10^3/mm^3$; V.P.M: 10.4 fL; Plaquetocrito: 0.30 %
Hemostasia: Ratio Tiempo de Protrombina:1.0 ; I.N.R: 0.98 ; Fibrinógeno.Deriv: 532.00 mg/dL; T.T.P.A: 31.20 segundos; Ratio T.T.P.A: 0.96 ; Control T.T.P.A: 32.40

segundos; Actividad de Protrombina:103.0 %; Tiempo de Protombina:11.4 segundos; Control Tiempo de Protrombina:11.6.
Bioquímica: Glucosa: 90 mg/dL; Urea: 38.0 mg/dL; Nitrógeno Ureic: 17.8 mg/dL; Creatinina: 0.88 mg/dL; Filtrado Glomerular Estimado:88.89 mL/min/1.7; F.G. Estimado (G2) Levemente Disminuído; Na: 142.0 mmol/L; K: *Muestra hemolizada; Cloro: 103.0 mmol/L

- ECG: Ritmo sinusal. No alteraciones electrocardiográficas.

- RX TÓRAX: No patología pleuro pulmonar aguda.

- Angio TC de MMII: Permeabilidad de todos los sectores arteriales con mínima afectación arteriosclerótica hasta ambos troncos tibioperoneos. MID con salida distal



4 Discusión-Conclusión

La tromboangeítis obliterante o enfermedad de Buerger constituye una entidad patológica a correlacionar con procesos isquémicos crónicos. Su fundamento se centra en pacientes varones jóvenes muy fumadores, los cuales carecen de opciones quirúrgicas de revascularización y su manejo se centra en un tratamiento conservador y la abstención absoluta de tabaco. Sin estas modificaciones, el desenlace del proceso es mayoritariamente irreversible y la amputación quirúrgica la única solución definitiva. Es importante diferenciar rápidamente a los pacientes con perfil de Buerger de cara a minimizar el avance de la enfermedad.

5 Bibliografía

www.orpha.net
www.enfermedades-raras.org
www.medlineplus.gov
www.elsevier.es
www.mayoclinic.org

Capítulo 412

PLAN DE CUIDADOS DEL NIÑO CON BRONQUIOLITIS.

AIDA GRANERO ALONSO

ANDREINA BARDINET OJEDA

1 Introducción

La bronquiolitis es una infección viral aguda de las vías respiratorias inferiores que afecta a niños menores de 24 meses, caracterizada por dificultad respiratoria, sibilancias y estertores crepitantes. El diagnóstico se sospecha por la anamnesis; la causa principal, el virus sincitial respiratorio que infecta del 69 al 98% de los lactantes en su primer año de vida. Se estima que en todo el mundo se producen 3,4 millones de ingresos hospitalarios y hasta casi 200.000 muertes, por complicaciones como apneas e insuficiencias respiratorias.

2 Objetivos

- El niño mantendrá libre de secreciones y permeables las vías aéreas en todo momento.
- El niño no presentará aspiración durante su estancia hospitalaria.
- Los familiares demostrarán habilidades en la realización de los ejercicios respiratorios y la comprensión de los cuidados del lactante.
- El niño y sus familiares se mantendrá relajado y con bajo nivel de ansiedad durante su estancia hospitalaria.

3 Caso clínico

Lactante de 11 meses que es llevado a urgencias por su padres, los cuales refieren que lleva dos días con tos y esta tarde ha comenzado con silbidos al toser. Tras exploración se detecta taquipnea, saturación al 94% y retracción xifoidea, por lo que debido a la hipoxemia es necesaria la realización de una radiografía de tórax, la cual muestra una hiperinsuflación pulmonar, depresión del diafragma y trama hiliar prominente.
Diagnosticando así una bronquiolitis e indicando el ingreso hospitalario.

4 Discusión-Conclusión

Es necesario una constante evaluación y efectividad de los resultados obtenidos, y a la hora de realizar la evaluación final determinar si se han logrado o no los objetivos previamente fijados.
En nuestro caso, después de la mejoría del paciente y de haber recibido el alta médica, se finalizan los cuidados analizando si se han conseguido los objetivos fijados al principio y durante el proceso de atención de enfermería mediante las escalas Likert asociadas a cada resultado según la NOC, obteniendo un resultado de 5 en todas los objetivos, y dando el alta de enfermería sin consecuencias negativas para el paciente.

5 Bibliografía

- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2018-2020. Barcelona: Elsevier, 2019.
- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud, 6e. Moorhead, Swanson, Johnson & Maas.
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 7e.Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner.

Capítulo 413

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE DIAGNOSTICAR LA FIBRILACIÓN AURICULAR?

SUSANA LUIS GARCÍA

MARIA RODRIGUEZ ALVAREZ

PATRICIA FERNANDEZ MARTINEZ

ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La fibrilación auricular (FA) es un ritmo auricular irregular y rápido. Es la arritmia más frecuente y puede provocar la formación de trombos que, según la Sociedad Española de Cardiología (SEC), parecen estar relacionados con un número elevado de los ictus de causa desconocida, especialmente con los ictus más graves y mortales.

Son múltiples las causas que pueden provocar la FA (hipertensión, enfermedades coronarias, trastornos tiroideos,...), manifestándose con síntomas inespecíficos como palpitaciones, debilidad, mareo, molestias, torácicas, etc. De ahí la importancia de tener presente esta entidad, para poder identificarla y diagnosticarla en el mayor número de casos posibles y de esta forma, prevenir el ictus y sus posibles secuelas.

2 Objetivos

- Mostrar un caso clínico en el que se sospecha una fibrilación auricular en un paciente que consulta por otro motivo.

3 Caso clínico

Paciente de 80 años que acude a urgencias derivado por su médico de Atención Primaria, tras haber encontrado de manera fortuita en consulta, durante revisión rutinaria de tensión arterial, FA rápida. El paciente no refiere dolor torácico ni palpitaciones en días previos. Refiere leve disnea que atribuía a su problema respiratorio (EPOC grado II), y cierto malestar general, con sensación de mareos inespecíficos en los 2-3dias anteriores, por lo que estaba saliendo muy poco de casa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica (hemograma, bioquímica, coagulación, enzimas cardiacos, GAB).
- EKG.
- Rx tórax.
- TAC pulmonar.

La exploración y las pruebas complementarias hacen sospechar una fibrilación auricular. El diagnóstico se confirma cuando tras la administración de digoxina (2 ampollas EV) y clexane 60mg (1 inyección subcutánea), el paciente entra en ritmo sinusal que se mantiene durante la observación en el Servicio de Urgencias.

4 Discusión-Conclusión

La fibrilación auricular es responsable de muchos de los casos de ictus. Su diagnóstico y tratamiento puede ayudar a prevenir estos eventos y evitar las importantes secuelas que ocasionan.

5 Bibliografía

- https://cardioalianza.org/las-enfermedades-cardiovasculares/fibrilacion-auricular/.
- http://www.medicosypacientes.com/
- https://www.msdmanuals.com/

Capítulo 414

LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA

SUSANA LUIS GARCÍA

MARIA RODRIGUEZ ALVAREZ

PATRICIA FERNANDEZ MARTINEZ

ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La Leucemia Linfoide Crónica (LLC) es la leucemia más frecuente en los países occidentales. Normalmente afecta a personas mayores de 60 años y progresa muy lentamente. Es un tipo de cáncer de la sangre que afecta a los glóbulos blancos denominados linfocitos B. Se produce un exceso de glóbulos blancos anómalos que son incapaces de combatir de forma adecuada las infecciones. Por ello, puede provocar síntomas como astenia, adenopatías inespecíficas, e infecciones repetidas.

2 Objetivos

- Mostrar un caso clínico en el que se da esta situación.

3 Caso clínico

Paciente de 80 años que acude al Servicio de Urgencias por disnea en aumento hasta hacerse de reposo desde hace 2-3 días. Además de la disnea, presenta escalofríos y malestar intenso. Dolores generalizados, tos abundante y seca.

Acudió a su médico de Atención Primaria quien pautó tratamiento antibiótico con Tavanic (lleva dos días con él) y Fluidasa, sin mejoría. Antecedentes personales: Ex-fumador moderado-severo desde 2004. HTA con buen control con biterapia. Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia con esteatosis hepática demostrada por Eco abdominal. Diabetes a tto con ADO. EPOC Grado II estable a tto con Spiriva y Anasma muy dependiente del tratamiento. Últimas espirometrías: VEMS 1600 (65%)CVF 2890 (84%)VEMS/CVF 55%. Sat 94%-97%).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Exploración física.
- EKG.
- Rx Tórax.
- Analítica .
- Hemocultivos.
- Gram de esputo.
- Antigenuria.
- Eco abdominal.

4 Discusión-Conclusión

Aunque es posible que la LLC no precise tratamiento durante algún tiempo, es importante hacer un diagnóstico temprano para realizar los controles oportunos y detectar de forma precoz la progresión de la enfermedad.

5 Bibliografía

- https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-cronica/acerca/que-es-leucemia-linfocitica-cronica.html
https://www.fcarreras.org/es/LLC.
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000532.htm.

Capítulo 415

INCONTINENCIA FECAL POSTPARTO

NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL

MARÍA MARGARITA CASTRO FERNÁNDEZ

ALICIA ALVAREZ FERNANDEZ

JORGE TABOADA ALAMEDA

ROCÍO GARCÍA ÁLVAREZ

1 Introducción

La incontinencia fecal (IF) o incontinencia intestinal es la pérdida involuntaria para controlar las evacuaciones intestinales, lo que produce una filtración de deposiciones inesperadas. Se considera este tipo de incontinencia desde una pérdida de heces de forma ocasional, la evacuación de gases o incapacidad total para controlar el esfínter anal (1,2).

Es necesario conocer y comprender la estructura y funciones del suelo pélvico de la mujer, porque si existe una disfunción en esta parte anatómica, dará lugar a consecuencias negativas en su calidad de vida: incontinencia fecal y/o urinaria, disfunción sexual, dolor en la zona pélvica y prolapso de órganos pélvicos (1).

Estas lesiones pueden ocasionar daños en los músculos del esfínter anal externo e interno, músculos del suelo pélvico, piel perineal y mucosa rectal (1,2). Debido a la carga social y emocional del trastorno relacionado con el control de la defecación en la mujer después del parto, es muy importante conocer las causas y factores

de riesgo asociados a la IF para instaurar medidas preventivas, como la actividad física, y un tratamiento adecuado bajo un enfoque multidisciplinar (3).

Durante el embarazo y el parto se producen cambios fisiológicos y hormonales que pueden desencadenar en un mal funcionamiento de apoyo esfinteriano del piso pélvico y con ello, un aumento de las probabilidades de desencadenar en una incontinencia:

- aumento del peso fetal y de la presión del útero sobre el músculo del suelo pélvico,
- disminución del colágeno y relaxina.
- problemas relacionados con trastornos en la defecación, principalmente después del parto, como el estreñimiento e IF (4,5).

A todos los cambios que se producen en la etapa gestacional y después del parto sumados a partos complicados y prolongados se pueden crear desgarros perineales durante el alumbramiento, los cuales, se clasifican según las capas anatómicas afectadas y producen laceraciones en las siguientes zonas:

- Grado 1: epitelio vaginal
- Grado 2: músculos perineales
- Grado 3: esfínter anal externo e interno
- Grado 4: epitelio anal

Los desgarros de tipo 3 y 4 son los más graves y son los que pueden producir la incontinencia fecal.

El esfínter anal es el músculo que al contraerse evita que las heces salgan del recto. Es el músculo esencial para desarrollar la continencia. Su lesión, en la mayoría de los casos está relacionado con la IF y principalmente en las mujeres durante el parto, sobre todo en los partos vaginales difíciles, partos instrumentales o realización de una episiotomía (una sutura inadecuada, aumenta enormemente la probabilidad de padecer una IF) (6).

Existen varios factores de riesgo:

- primer parto vaginal
- parto instrumental
- fase de expulsivo prolongada
-episiotomía perineal: una sutura inadecuada, aumenta enormemente la probabilidad de padecer este tipo de incontinencia
- macrosomía (feto mayor de 4 kg)
- edad materna avanzada (6).

Aunque su etiología se puede deber a varios factores anteriormente citados, el elemento más común es una lesión en el esfínter anal externo, que es el encargado

de la continencia fecal voluntaria. Si existe una lesión del nervio pudendo, el esfínter se lesionará (6,7).
Es recomendable el entrenamiento de los músculos pélvicos durante el embarazo y después del parto para prevenir y tratar la IF. Si fuera preciso, como tratamiento a medio o largo plazo indicado para lesiones a nivel obstétrico es la esfinteroplastia quirúrgica y terapias de estimulación eléctrica tibial o sacra, especialmente la neuromodulación sacra (8,9).
El diagnóstico precoz de la IF postparto es fundamental para restaurar la zona dañada. Este diagnóstico ha de realizarse durante la hospitalización tras el parto. Se debe tener en cuenta cualquier tipo de sintomatología en la primera consulta obstétrica tras el parto. Signos de alarma a tener en cuenta son la propia IF, urgencia para defecar o ensuciamiento, los cuales, sin son positivos, se recomienda iniciar el tratamiento de fisioterapia hospitalaria en el propio hospital, aunque después se continúe la rehabilitación a nivel ambulatorio.

2 Objetivos

• Describir aspectos generales relacionados con la incontinencia fecal.
• Definir aspectos relacionados con la incontinencia fecal provocada por el parto.
• Analizar las complicaciones y limitaciones provocadas por la IF.
• Describir los distintos tratamientos relacionados con entrenamiento muscular del piso pélvico para las IF.
• Detectar síntomas de forma precoz a nivel hospitalario de la IF.

3 Metodología

La investigación realizada sobre incontinencia fecal después del parto se basa en un estudio descriptivo narrativo. Para ello, se ha realizado una Revisión Sistemática, consultado distintas Bases de Datos relacionadas con Las Ciencias de la Salud: Pubmed, Medline Plus, Cocrane y Scielo.

Se han utilizado varios descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS y MeSH), combinados con operadores booleanos: incontinencia fecal “and” postparto.
Se han tomado como referentes las siguientes palabras clave: incontinencia fecal, incontinencia obstétrica, incontinencia postparto, lesiones esfinterianas, entrenamiento muscular del suelo pélvico, piso pélvico, protección perineal.

Durante la búsqueda de información se han encontrado 293 artículos, de los

cuales se han seleccionado 10 artículos al aplicar distintos filtros. Se ha acotado la búsqueda para artículos tanto en inglés como en español, incluyendo información actualizada de los últimos diez años. Por último, se han utilizado criterios exclusión, eliminando toda aquella documentación gris o poco actualizada.

4 Resultados

El desarrollo de la IF postparto es una patología más frecuente de lo que se pueda pensar. Aproximadamente una décima parte de las mujeres presentan esta incontinencia tras el parto originada por traumatismos en la zona perineal (1).

Seguramente el porcentaje de mujeres que padecen leve o moderada incontinencia fecal tras el parto es mayor por una falta de diagnóstico asociado a que es un tema tabú hablar de problemas perineales y en muchas ocasiones no son consultadas y por consiguiente no son tratadas (1).

Según muchos de los estudios revisados, un parto vaginal supone un traumatismo en el suelo pélvico y es considerado como un factor de riesgo grave para desencadenar en una IF, aunque también se ha encontrado en la literatura revisada que no es una condición necesaria para producir la IF si el traumatismo es leve o moderado (2).

Varios estudios demuestran que un parto primerizo, prolongado, complicado e instrumental pueden tener efectos muy negativos para la zona perineal aunque no son del todo concluyentes (8). No se dispone de información que demuestre la relación entre partos espontáneos, cortos y sin dificultades con respecto a este tipo de patología (8).
Durante un parto normal se produce un gran estiramiento de fascias y músculos del piso pélvico pero en el momento que se produce algún desgarro del periné, especialmente de grado 3 o 4 con afectación de nervios pudendos y esfínter anal, está totalmente demostrado que desencadena en una incontinencia fecal (6).

La episiotomía se realiza para favorecer la expulsión del feto, pero una episiotomía mal realizada y/o mal suturada, afectará a músculos y fibras esfinterianas relacionados directamente con el control de esfínteres y por lo tanto producirá una IF. Algunos estudios han demostrado que esta técnica no tiene ventajas con respecto a los partos vaginales con instrumentación. Si parece estar demostrado, que la episiotomía medial-lateral es más ventajosa que la episiotomía medial, produciendo un menor índice de lesiones del esfínter anal (6).

En varias revisiones sistemáticas, con respecto a la cesárea, se observó que disminuye la probabilidad de padecer IF. No se ha encontrado ningún estudio que indique lo contrario en la literatura revisada. Las mujeres embarazadas continentes que hacen un buen entrenamiento de los músculos del suelo pélvico tienen menor riesgo de padecer IF al final del embarazo o después del alumbramiento (1).

En mujeres de edad de edad avanzada el ejercicio leve o moderado disminuye la probabilidad de padecer incontinencia fecal. En cambio, las mujeres jóvenes que practican ejercicio intenso tienen mayor probabilidad de padecer esta patología que las mujeres que no realizan ejercicio (3).

La literatura disponible indica que la actividad física no ocasiona daños en el suelo pélvico y aporta beneficios para la salud de la mujer (3). Las mujeres con el esfínter anal previamente lesionado, durante un parto vaginal tiene alto riesgo de padecer incontinencia anal (8).

Un desgarro del esfínter anal de grado 3 o 4 está muy asociado a la IF postparto, sin embargo, con respecto a la asociación de otros factores de riesgo (parto instrumental, peso al nacer…) se encontró menos información en la bibliografía revisada. La existencia de varios factores de riesgo dificulta la interpretación de cómo solo un solo factor de riesgo está relacionado con el alumbramiento (10).

Con respecto a la edad el riesgo es menor cuando la mujer embarazada es menor de 30 años en comparación con mujeres que superan la treintena. Sin embargo, otros estudios indican que esta variable no influye en el padecimiento de IF tras el alumbramiento.

5 Discusión-Conclusión

El principal factor de riesgo para para desencadenar una IF postparto se basa en la estructura óptima del suelo pélvico de la mujer y de los cuidados realizados por parte de la gestante antes y después del embarazo. Pero para que esta prevención sea adecuada, no solo es responsabilidad de la mujer, si no que es importantísimo el papel que los profesionales sanitarios han de realizar durante su seguimiento ambulatorio y principalmente a nivel hospitalario, sobre todo en el momento del parto y concretamente durante la fase expulsiva.

Dirigirse a toda mujer embarazada durante su gestación con un programa estructurado para la prevención de incontinencias puede evitar la aparición de esta patología después del parto.

Es necesaria la cooperación de distintos especialistas para la atención de la mujer cuando está embarazada: obstetricia, matrona, enfermería entre otros. Sin olvidar un fisioterapeuta, médico rehabilitador o psicólogo si fuera preciso.

Sería recomendable incitar a la práctica de ejercicios de entrenamiento de suelo pélvico y otras medidas basadas en una adecuada dieta, evitar el estreñimiento y actividad física intensa que pueda afectar a la musculatura perineal. Todo ello debería de realizarse en atención primaria, pero en coordinación con profesionales del mundo hospitalario.
También es muy importante destacar otros factores como una adecuada preparación al parto, dilatación corta a ser posible, porque si el periodo expulsivo está bien controlado, se disminuirá el riesgo de un desgarro del periné y un parto con utilización de instrumentación.

Es muy importante conocer los riesgos de una episiotomía y solo practicarla en caso necesario. Si no queda otra opción que recurrir a ella, ha de realizarse de forma delicada y en la zona medial-lateral para evitar desgarros. Se sabe que un adecuado nivel de conocimientos sobre el diagnóstico precoz ayudará a instaurar un tratamiento adecuado lo más rápido posible. Es primordial detectar problemas esfinterianos en la mujer durante el embarazo, ya sean mujeres continentes o incontinentes, para que las consecuencias sean menores.

A nivel hospitalario, durante y después del alumbramiento, es una etapa crítica para el desarrollo de esta enfermedad. Se debe estar alerta ante cualquier síntoma que pueda indicar una lesión del esfínter anal o nervios pudendos. Tristemente la mujer suele ocultar síntomas de IF, bien por desconocimiento de la patología y normalizarlo en un primer momento como algo normal que puede pasar después del parto o bien por vergüenza.

Hablar de pérdida de control de esfínteres, en un principio, puede ser un tema tabú para las mujeres que la padecen, sin embargo, es muy importante detectar el problema, bien para brindarles apoyo psicológico como para empezar un tratamiento adecuado de forma inmediata. Toda gestante, debería saber que gran parte de los problemas del piso pélvico pueden tener solución. La IF se puede curar en la mayoría de los casos. Solo es necesario aplicar el tratamiento adecuado, bien sea a través de ejercicios, neuroestimulación o por medio de una intervención quirúrgica. Los tratamientos pueden mejorar la incontinencia fecal y la calidad de vida.

Es importantísimo una adecuada praxis durante el parto, especialmente en aque-

llos que son dificultosos, ya que hay que extremar las precauciones para no producir desgarros del periné, sobre todo a nivel 3 y 4.
Si bien es cierto que existen programas de detección de enfermedades o complicaciones que puedan surgir durante el embarazo, cabe destacar que la IF es otro de los riesgos que pueden aparecer tras dar a luz. Por ello, se debe informar bien a la mujer durante su gestación, con controles a nivel de atención primaria y exámenes físicos a nivel hospitalario cuando acuda a realizar las pruebas pautadas por protocolo.
Después del parto, el cuerpo de la mujer no vuelve completamente a su estado basal, y si el conjunto de músculos que afectan a la pelvis queda dañada, disminuirá la calidad de vida de la mujer: pérdida de orina, de heces, de gases, prolapsos genitales, dolor en las relaciones sexuales y/o dolores de espalda.

Concretamente en los hospitales españoles, existen programas para una adecuada evaluación y seguimiento de la mujer embarazada durante la gestación y los primeros días postparto. Sin embargo, existe escasa documentación de programas específicos en el seguimiento y control de dichas mujeres en lo que se refiere a la musculatura perineal. Si bien es cierto que se hace un seguimiento los primeros días tras el parto y la cura aparente de la episiotomía, se debería incluir una visita obligada al fisiosioterapeuta a toda mujer tras 6 meses de dar a luz, el cual ha de valorar la musculatura perineal y abdominal para implantar tratamiento si fuera necesario.

Tener en cuenta los distintos factores de riesgo de la IF postparto, su prevención, educación sanitaria, posibles tratamientos, son temas en los que se debe hacer mas hincapié para tener una atención sanitaria de calidad a través de programas de salud basados en la promoción de la salud.

6 Bibliografía

1. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Morkved S, Hay- Smith EJC. Entrenamiento muscular del piso pélvico para la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal en mujeres prenatales y postnatales: 2017; Doi: 101002/14651858/14651858.CD007471.
2. Lawson S, Sacks A. Fisioterapia del suelo pélvico y promoción de la salud de la mujer. 2018;63(4): 410-417. Doi: 10111/jmwh.12736.
3. Nygaard IE, Shaw JM. Actividad física y suelo pélvico. 2016; 214(2): 164-171. Doi: 10.1016/j.ajog.2015.08.067.

4. Martinez-Galiano JM, Delgado-Rodriguez M, Rodriguez- Almagro J, Hernández- Martinez A. Síntomas de incomodidad y problemas asociados con el modo de parto durante el puerperio. 2019; 16(22): Doi: 10.3390/ijerph 16224564.
5. Shin GH, Toto EL, Schey R. Embarazo y cambios intestinales posparto: estreñimiento e incontinencia fecal. 2015; 110 (4): 521-9. Doi: 10.1038/ajg.2015.76.
6. Temtanakitpaisan T, Bunyacejchevin S, Koyama M. Obstetricia: lesión del esfínter anal y técnica de reparación. 2015; 41(3): 329-33. Doi: 10.1111/jog.12630.
7. Rodriguez R, Alós R, Carceller MS, Solana A, Frangi A, ruiz MD, Lozoya R. Incontinencia posparto. 2015; 93(6): 359-67. Doi: 10.1016/j.ciresp.2014.10.002
8. Rortveit G, Hannestad YS. Asociación entre el modo de parto y la disfunción del suelo pélvico. 2014; 134(19): 1848-52. Doi: 10.4045/tidsskr.13.0860.
9. BoyleR, Hay-Smith EJ, Cody JD, Morkved s. Entrenamiento muscular del piso pélvico para la prevención y el tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal en mujeres prenatales y postnatales. 2014; 33(3): 269-76. Doi: 10.1002/nau.22402.
10. Bols EM, Hendriks EJ, Berghmans BC, Baeten CG, Nijhuis JG, de Bie RA. 2010; 89(3): 302-14. Doi: 103109/00016340903576004.

Capítulo 416

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PREMATURO CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA

GEMMA ALONSO ROSELL

MARÍA BEGOÑA VEGA MENENDEZ

1 Introducción

La función pulmonar del recién nacido depende de la madurez del sistema nervioso central, del control respiratorio y de la permeabilidad de las vías aéreas. El líquido que ocupa los pulmones hasta el momento de nacer ha de eliminarse en el momento del nacimiento, para mantener la capacidad residual funcional y para que se efectúe un intercambio adecuado de oxígeno y CO2 entre los alveolos y la sangre.

Test de Silverman-Andersen valora la insuficienta respiratoria del neonato con cinco parámetros. Cada parámetro se valora de 0 a 2 puntos, por lo que la insuficiencia respiratoria máxima será de 10 puntos y de 0 cuando no exista dificultad. De 1 a 2 puntos situación normal o leve dificultad respiratoria; de 3 a 5 puntos dificultad respiratoria moderada; y mayor de 5 puntos dificultad respiratoria grave. También se valora en dicho test el quejido espiratorio, la respiración nasal, la retracción costal, retracción esternal y la concordancia toraco-abdominal.

La enfermedad de membrana hialina es una causa del síndrome de dificultad respiratoria más frecuente en el recién nacido pretérmino.

La enfermedad de la membrana hialina(EMH) o síndrome de dificultad respiratoria de tipo I se debe a una inmadurez pulmonar que no permite intercambio gaseoso eficaz por déficit en la producción de surfactante (sustancia tensoactiva) en la menbrana alveolar y afecta predominantemente a los bebés prematuros.
Las causas más comunes son las siguientes:
En niños prematuros la incidencia es mucho mayor cuanto menor es la edad gestacional del mismo (menor de 28 semanas); cesárea precipitada; diabetes gestacional de la madre; y gestaciones múltiples.

2 Objetivos

- Nuestro objetivo es valorar la dificultad respiratoria progresiva que aparece en las seis primeras horas de vida.
- Valoraremos en todos los casos la hipoxemia, el aspecto de enfermedad grave, la taquicardia y la cianosis generalizada, la postración con escasa o nula reacción a estímulos así como la oliguria. Es caracerística de la radiografía de tórax que muestre una imagen de broncograma aéreo, con un patrón que va desde una imagen de vidrio esmerilado a pulmón blanco.

3 Metodología

Se realiza el plan decuidados mediante las intervenciones de enfermería a un prematuro de 31 semanas que ingresó a la unidad de cuidados intensivos neonatales por presentar enfermedad de membrana hialina.

La oxigenoterapia fue una de las principales intervenciones de enfermería que se aplicaron con la técnica de presión positiva continua en la vía aérea nasal.

4 Resultados

El recién nacido pretérmino se encuentra en una incubadora con técnica de nido recibiendo oxigenoterapia en fase II – presión positiva continua en la vía aérea nasal (CPAP FiO2 al 30%) por presentar Test de Silverman – Anderson de cinco puntos. Se aplica la valoración según dominios de NANDA hallándose los siguientes diagnósticos significativos. Por lo cual se aplicaron las intervenciones de enfermería según la taxonomía II de los diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería.

Patrón respiratorio ineficaz (00032) r/c con inmadurez pulmonar m/p disnea, aleteo nasal, alteración en la profundidad respiratoria. NOC 0403 estado respiratorio (ventilación), indicadores 040311 retracción torácica, 040316 dificultad respiratoria.

Deterioro del intercambio gaseoso (00030) r/c cambios en la membrana alveolo capilar m/p acrocianosis, disnea, aleteo nasal y desequilibrio ventilación-perfusión . NOC 0402 estado espiratorio (intercambio gaseoso), indicadores 040203 disnea en reposo, 040206 cianosis y 040211 saturación de oxígeno.

Patrón de alimentación ineficaz del lactante (00107) r/c prematuridad m/p incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración. NOC 1010 estado de devolución, indicadores 101012 atragantamiento, tos o nauseas, 101014 reflujo gástrico.

Dolor agudo r/c agentes lesivos (físico y químico) (00132) m/p conducta expresiva (llanto,inquietud), conducta defensiva y aumento de las pulsaciones. NOC 1605 control del dolor, 2101 dolor efectos nocivos, 2102 nivel del dolor. Conocimientos deficientes r/c desconocimiento de la enfermedad de su bebé (00126) m/p verbalización de la madre.

5 Discusión-Conclusión

Se logró mejorar el patrón respiratorio e intercambio gaseoso por medio de la oxigenoterapia con el método de CPAP nasal y la monitorización de funciones vitales. Como resultado se obtuvo la disminución del FiO2 de 30% a 25% mejorando su patrón respiratorio.

El aspecto de la buena comunicación entre enfermera y la madre del paciente es fundamental para poder tranquilizar su estado tenso y aumentar su nivel de conocimiento, encontrando así un apoyo emocional dentro del ambiente hospitalario. El RNPT con enfermedad de membrana hialina significa un desafío para el cuidado integral de enfermería neonatal en la unidad de cuidados intensivos neonatales

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 417

PIE PLANO ADULTO GRADO III

PAULA PELLO PRAVIA

SARA GONZÁLEZ DEL RIEGO

PAULA VELASCO MONTES

ANA BENGOECHEA FERNÀNDEZ- CASTAÑO

1 Introducción

Hablamos de pie plano cuando el arco normal de la parte interna del pie está aplanado, es decir una falta de arco longitudinal o de bóveda plantar.

Se trata de una patología bastante frecuente y afecta a aproximadamente un 20 por ciento de la población española.

El Pie Plano Adquirido del Adulto, es una lesión grave, tratándose de un aplanamiento progresivo del arco del pie que previamente era normal. Los pies planos ocurren debido a que los tejidos que sostienen las articulaciones en el pie se debilitan.

El 1º y principal síntoma es el dolor en el tendón tibial posterior. A medida que dicho tendón no funciona correctamente, aparecen las deformidades en el pie y el tobillo, el aplanamiento progresivo del arco del pie, hace que el dolor en la parte medial del pie se hace mas intenso. El talón se va desviando hacia fuera y el primer dedo deja de apoyar.

Un pie plano de adulto en estadio III las deformidades son irreductibles, el pie es rígido, existe un retropie fijo en valgo, deformidad del antepie en supinación

para mantener el pie plantígrado y pie plano rígido con artrosis (artrosis subastragalina).

El tratamiento está indicado cuando hay dolor y/o la deformidad es progresiva con el paciente clínicamente afectado.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Eliminar o aliviar en todo lo posible el dolor.

Objetivos secundarios:
- Realizar la corrección quirúrgica del retropié.
- Corregir deformidad en pie plano valgo.
- Intentar en la medida de lo posible restaurar la anatomía y longitud del arco plantar, aunque muchas veces con la cirugía el arco plantar no llega a recuperarse.

3 Caso clínico

Paciente femenina de 41 años sin antecedentes de interés que acude a la consulta de traumatología, por dolor subastragalina y retromaleolar bilateral, asi como chopart.

A la exploración se aprecia dolor y deformidad en el mediopié sin afectación de la piel, y con estado vasculonervioso conservado.

Tras estudio clínico y radiográfico, se opta como única opción a la solución la intervención quirúrgica (cotton-evans- artrodesis subastragalina y corrección).

Programado ingreso para intervención quirúrgica; al ingreso: afebril, constantes en rango, sin alergias medicamentosas,se realiza protocolo de acogida en planta, valoración prequirúrgica,consentimientos firmados,reservada sangre.

Se realiza intervención quirúrgica bajo anestesia raquídea, utilización de isquemia y escopia.
Intervención quirúrgica:
- Abordaje externo inframaleolar, visualización subastragalina y cal-cuboidea, resección de cartílagos y exposición del hueso subcondral.
- Corrección y fijación subastragalina con tornillo darco 7mm.

- Corrección 1er radio con cuña y alargamiento biofam y estabilización con grapa clawII.
- Evans calc-cuboideo con biofam y grapa ClawII.
- En todos los focos se rellena con aloinjerto chips de esponjosa y glassbone putty.
- Exostectomia cabeza 1er mtt y retensado capsular.
- Se comprueba bajo radioscopia la correcta colocación del material y la estabilidad de la reducción.
- Cierre por planos.
- Férula posterior.
- Se realizan radiografías postoperatorias.

El paciente fue dado de alta hospitalaria a los 4 días de la intervención, con las siguientes recomendaciones:
*No apoyar.
*Pie elevado, movilización de los dedos continuamente vigilando color y temperatura,
*clexane 40/ 24h.
*Paracetamol(1g/8h), enantyum (1/8h si precisa), omeprazol (1 /24h).
Posterior revisión en consulta externa de Traumatología a los 3 días del alta para su revisión, valoración y cura de la herida quirúrgica.

Tras el periodo de inmovilización adecuada se le retira el yeso, presentando buena estabilidad y movilidad limitada.

Es importante realizar una buena rehabilitación para recuperar cuanto antes la funcionalidad del pie
Tras rehabilitación el paciente en proceso de recuperación de la totalidad de la movilidad, y empieza a caminar sin problemas.

4 Discusión-Conclusión

El pie plano en el adulto es una deformidad compleja y frecuente del pie, asociado a una distensión de ligamentos, tendones y nervios que cuando el paciente tiene mucho dolor es muy agradecida, mejorando su calidad de vida.

El comienzo del TTº debe ser conservador, empezando por el uso de calzado adecuado, plantillas a medida que ayuden a la estabilidad y eviten a la deformidad del pie. Si el TTº conservador fracasa entonces es cuando hay que valorar el TTº quirúrgico.

Las técnicas más frecuentes son la osteotomía calcánea, combinada con la osteotomía de Cotton (osteotomía primer radio con cuña), la osteotomía de Evans(osteotomía cuello del calcáneo insertando una cuña para una correcta alineación) e incluso la doble o triple artrodesis (fusión de articulación calcáneo-cuboidea, Astrágalo-calcánea y Astrágalo-escafoidea) empleando tornillos y/o grapas.

En los Grados III , en el que ya existe artrosis en varias articulaciones del pie, la única solución es la fijación (a traves de placas y tornillos) de las articulaciones a la vez que se corrige la deformidad.

Las artrodesis, conllevan una pérdida de movilidad en el pie, pero son muy eficaces para pies artrósicos con una gran mejoría del dolor.

La elección del tratamiento depende del grado de deformidad y es individual para cada paciente.

5 Bibliografía

1. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-anatomia-funcional-biomecanica-del-tobillo-13055077.
2. https://www.revesppod.com/Documentos/ArticulosNew/08_TA_podologia_vol29_n1.
3. https://sogacot.org/Documentos/Pie_plano_adulto.pdf.
4. Miller, SD, Van Holsbeeck, M, Boruta, PM, et al. Ultrasound in the diagnosis of posterior tibial tendon pathology. Foot Ankle Int. 1996; 17: 555– 558.
5. Ahmad, J., Pedowitz, D.: Management of the Rigid Arthritic Flat Foot in Adults: Triple Arthrodesis. Foot and Ankle Clinics of North America 17 (2): 309-322, 2012.
6. Fernández de Retana P, Alvarez F, Viladot R. Subtalar arthroereisis in pediatric flatfoot reconstruction. Foot Ankle Clin. 2010 Jun;15(2):323-35. doi: 10.1016/j.fcl.2010.01.001.
7. https://www.portalsato.es/documentos/revista/Revista15-2/5_revision.pdf.

Capítulo 418

TRASLADO INTRAHOSPITALARIO: VENTILACIÓN MECÁNICA PORTÁTIL

OSCAR ALVAREZ CARREÑO

1 Introducción

El ventilador mecánico portátil es un dispositivo de pequeño tamaño, con un peso entre 2 y 3 kg, una conexión a una fuente de oxígeno y con distintos controles en su plano frontal. Entre ellos estaría la frecuencia respiratoria (FR), volumen tidal (VT) y al menos una o dos posibilidades de fracción inspiratoria de oxigeno (FiO2). Posibilidad de disponer de PEEP, y aconsejable que posea un sistema de alarmas de baja presión o desconexión, de alta presión o insuflación excesiva y de agotamiento de batería.

2 Objetivos

- Conocer la correcta manipulación y datos básicos empleados en el respirador portátil.
- Describir los tipos de modalidad más empleados.
- Garantizar la oxigenación durante el traslado.
- Aportar una correcta formación al personal sanitario para la seguridad del paciente.
- Detectar cualquier problema durante el traslado.

3 Metodología

Revisión bibliográfica mediante la búsqueda en bases de datos científicas: Cochrane, Medline, Dialnet utilizando operadores boleanos. Palabras clave: ventilación mecánica, traslado paciente.

4 Resultados

¿Cómo se maneja el ventilador portátil?
1. Seleccionar la FiO2. Al 50 o 100% (AIR MIX o No AIR MIX, respectivamente).

2. Seleccionar el modo de ventilación.
Los modos de ventilación, son las diferentes formas de aplicar la ventilación a un paciente, según sus necesidades:
- IPPV: Es una modalidad que suple totalmente la función respiratoria del paciente. Se generan inspiraciones con presión positiva a intervalos fijos de tiempo de forma automática. La frecuencia respiratoria y el volumen tidal son fijos, programados en el ventilador.
- SIMV: Esta modalidad permite al paciente realizar ventilaciones espontaneas intercaladas entre los ciclos controlados del ventilador. Si el paciente no realiza las respiraciones prefijadas será el ventilador quien se las aporte.
En Medicina de Urgencias, durante las fases iniciales de atención a pacientes graves, se recomienda un modo de ventilación controlada (IPPV)

3. Seleccionar la frecuencia ventilatoria y el volumen corriente (VT). En adultos, casi siempre se selecciona una frecuencia ventilatoria entre 10 y 14 respiraciones por minuto y un VT de 5 a 10 ml de aire por cada Kg de peso; los niños requieren frecuencias respiratorias superiores.

4. Seleccionar la relación I:E y la PEEP. Habitualmente se selecciona una relación I:E de 1:2; los pacientes con asma o EPOC se adaptan mejor a una relación I:E de 1:3. Debe seleccionarse el menor de PEEP posible, con el objetivo de reducir los efectos negativos de la ventilación mecánica.

5. Seleccionar el límite de presión en vias aéreas. Las presiones superiores a 40 cmH2O, se asocian a riesgos significativos de barotrauma (enfisema subcutáneo y neumotórax). Por ello, suele recomendarse establecer dicho límite de presión.

Para preparar el traslado se debe tener en cuenta la planificación del traslado, la

preparación del paciente y los componentes y material usados para el traslado.

Planificación del traslado:
- Estabilización del paciente.
- Valoración de riesgos en el traslado.
- Monitorización: EKG continua, TA, SatO2, Frecuencia…
- Preparación del transporte.
- Vigilancia del paciente.

Preparación del paciente:
- Revisar aparataje.
- Revisar carga de balas y baterías.
- Asegurar y comprobar vía aérea.
- Adecuar sedoanalgesia.
- Preparar material de SVA.

Componentes y material para el traslado:
- Bolsa-autoinflable (Ambú).
- Balas de O2.
- Tubuladuras de transporte.
- Válvulas unidireccionales.
- Filtros bacterianos.
- Fármacos básicos de resucitación (adrenalina,atropina, efedrina, antiarrítmicos…).

Garantizar la seguridad:
- Evitar desconexiones.
- Prevenir malfuncionamiento de aparatos.
- Prevenir traumatismos.
- Mantener estable hemodinámicamente.
- Controlar dolor.
- Evitar esperas innecesarias.

5 Discusión-Conclusión

La ventilación mecánica portátil asegura la correcta oxigenación de los pacientes ante el posible traslado intra y extrahospitalario, pruebas diagnósticas, etc.

Formar al personal en cuanto a utilización, permitirá traslados con mayor seguridad, teniendo efectos beneficiosos para el paciente y permitiendo la detección de posibles eventualidades por parte del personal sanitario.
- Se programará el ventilador mecánico portátil en función de las características del paciente.
- Se revisarán las alarmas, bala de oxígeno, correcta colocación del tubo endotraqueal y sedación.
- Se llevará durante el traslado medicación para posibles eventualidades y sistema de balón tipo Ambú.

6 Bibliografía

- www.fundamentosventilacionmecanica.com
- www.enfermeriarespiratoria.es
- www.draeger.com

Capítulo 419

CITRATO VS HEPARINA. SELLADO DEL CATÉTER VENOSO EN HEMODIÁLISIS

CARMEN MARIA VIÑA GUTIERREZ

1 Introducción

En las unidades de hemodiálisis, la heparina es el fármaco anticoagulante de elección en el sellado de los catéteres venosos centrales para asegurar su permeabilidad, evitando la disfunción del catéter por la formación de trombos. Pero este uso, no por ser habitual, no está exento de riesgos, como pueden ser las hemorragias. Además, existen estudios que afirman que el uso de heparina da lugar a la formación de biopelículas microbianas intraluminal por estafilococos. El evento más importante y la segunda causa de mortalidad después de la enfermedad cardiovascular en el paciente en hemodiálisis es la infección asociada al catéter, bien por bacteriema, bien por la colonización del catéter. En este sentido, se está presentando el citrato como un uso alternativo a la heparina como nuevo sellante del catéter venoso central, dado que tiene tanto propiedades anticoagulantes locales como antimicrobianas, por lo que podría ser más eficiente en la prevención la reducción de la infección asociada al catéter.

2 Objetivos

Identificar qué anticoagulante de catéteres venosos centrales empleados en hemodiálisis presenta menos complicaciones de bacteriemia asociada al catéter y de colonización del catéter, la heparina o el citrato.

3 Metodología

La metodología a seguir fue mediante una revisión bibliográfica a través de bases de datos que se corresponden al área de ciencias de la salud, como PubMed, IME,CUIDEN, ScieLo y diferentes libros de nefrología.

4 Resultados

Los resultados presentaron bastante irregularidad en cuanto a las concentraciones del citrato y en cuanto a la incidencia de infección. Aún así, los estudios que usan citrato como prevención en la bacteriemia u infección en comparación con la heparina demuestran que el citrato presenta menor frecuencia de bacteriemia e infección.

La evidencia sobre la bacteriemia asociada a catéter, tanto en relación con la concentración como en la combinación del anticoagulante del sellado, indica que el citrato al 4% podría reducir la incidencia de la bacteriemia, aunque el citrato asociado a antimicrobianos al 30% es más efectivo en la prevención respecto a la heparina o el citrato 4%.

5 Discusión-Conclusión

Citrato sódico exclusivo y heparina sódica no presentan grandes diferencias en cuanto a las complicaciones de infección asociado al catéter. Pero sí parece que el citrato a bajas concentraciones (4%) y más a moderadas concentraciones (30%) tiene más beneficios en cuanto a la reducción de bacteriemias. Este beneficio mejora cuando lo asociamos a antibióticos, si bien esto debe ser tratado con precaución por la comorbilidad el paciente, reinfección y resistencias a los antibióticos.

6 Bibliografía

- Díaz RS. Sellado de catéteres con gelafundina versus heparina sódica. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2010.2010;242-245.
- LÓPEZ*CMMMFRJI,Fortuño**Monitorización sistemática del catéter permanente: una herramienta útil en el estudio de la tasa de infección y disfunción en dos tipos de catéteres tunelizados para hemodiálisis. *Servicio Nefrol** Servi-

cio Radiol Interv Corporació Sanitària Parc Taulí Sabadell Barcelona Rev Soc Esp Enferm Nefrol.2006; (9):165/171.

Capítulo 420

MONITORIZACIÓN INVASIVA DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

ANA GARCÍA MIRANDA

1 Introducción

La monitorización invasiva de la presión arterial es una medición de la presión arterial altamente precisa continua y exhaustiva de la presión arterial mediante un catéter intraarterial conectado a un transductor de presión. es el segundo procedimiento más realizado en Unidades Quirúrgicas y en las Unidades de Cuidados Intensivos.

La arteria más utilizada para monitorizar la presión arterial es la arteria radial ya que posee circulación colateral a través del arco palmar con la arteria cubital, es de fácil acceso y tiene menos complicaciones.
La arteria axilar y la arteria femoral pueden ser consideradas en casos de situaciones cardiovasculares de intensa vasoconstricción.

Indicaciones quirúrgicas:
- Cirugía de corazón, especialmente con circulación extracorpórea.
- Cirugía vascular mayor.
- Cirugía abdominal o torácica con compresión de grandes vasos. Ventilación de un solo pulmón.
- Trauma mayor.
- Cirugía intracraneana
- Sangrado masivo.
- Hipotermia o hipotensión deliberadas.

- Incapacidad para medir la presión sanguínea indirecta: obesidad, quemaduras en extremidades.

Indicaciones medicas.
- Resucitación cerebro cardiopulmonar.
- Enfermedad cardíaca o pulmonar severas.
- Alteraciones metabólicas severas.
- Choque.
- Uso de agentes vasoactivos y cardiotónicos.
- Pacientes en estado crítico y aquellos en quienes sea necesario tomar gasiometría arterial frecuente.

Contraindicaciones.
- Paciente anticoagulado.
- Infección local del sitio de canulación.
- Enfermedad vascular periférica y/o mal riesgo colateral. (Diabetes, arterioesclerosis, vasculitis, Sindrome de Raynaud).
- Cateterismo reciente de la arteria o de una proximal a ésta.
- Cirugía previa en el sitio de la punción.
- Cirugía vascular previa proximal al sitio de canulación.
- Quemadura superficial o profunda de la zona.
- Fístula Arteriovenosa.

Material necesario.
- Bata, gorro, mascarilla y guantes estériles.
- Gasas, compresas y paños estériles.
- Mesa auxiliar.
- Antiséptico tópico como Clorhexidina 2% o Povidona Yodada 10%.
- Set de cateterización arterial.
- Jeringa 2 cc con aguja insulina para anestésico local sin adrenalina en caso de realizar la técnica en un paciente despierto.
- Apósitos para fijación del catéter arterial.
- Suero Fisiológico 500 ml, heparinizado o no según protocolo del hospital.
- Presurizador, palo de gotero, transductor de presión arterial, cable de conexión al monitor.

Realización de la técnica (papel de enfermería)
- Informar al paciente del procedimiento a realizar, si está consciente.
- Proporcionarle un ambiente adecuado y colocarlo cómodamente.
- Preparar todo el material necesario.

- Prepararemos el sistema transductor, conectándolo al suero fisiológico previamente heparinizado si así lo indica el protocolo, inflar el presurizador hasta 300mmHg, purgar el sistema, evitando burbujas de aire.
- Colocar la válvula al nivel de la aurícula derecha del paciente en posición horizontal o del eje flebostático (4ºespacio intercostal de la línea media axilar) con el paciente elevado a 20º, 30º, 45º ó 90º y fijarla con cinta adhesiva a la piel y/o cinta de algodón. (Foto 3).
- Rasurar la zona de punción si fuese necesario.
- Conectar el sistema transductor al catéter y el cable de conexión al monitor. Lavar el sistema. Verificar que la onda de presión arterial aparece en el monitor.
- Calibrar el sistema realizando el cero en el monitor, abriendo el transductor a la atmósfera.

Cuidados de enfermería:
- Lavarse las manos antes de cualquier manipulación y utilizar guantes.
- Vigilar diariamente el punto de inserción del catéter, sin retirar el apósito. Así como las conexiones a rosca.
- Observar coloración de los dedos, temperatura, presencia de hemorragias.
- Utilizar preferentemente apósitos semitransparentes estériles. Si el punto de inserción presenta hemorragia, rezuma o el enfermo suda excesivamente utilizar un apósito de gasa.
- Efectuar una higiene de manos antes y después de cada cambio de apósito y cura del punto de inserción.
- Utilizar guantes estériles para el cambio de apósito, evitando en todo lo posible, el contacto con el punto de inserción.
- Cambiar el apósito transparente una vez cada 7 días y el de gasa cada 3 días y siempre que esté visiblemente sucio, húmedo o despegado.
- Reducir al mínimo la manipulación de conexiones, así como la entrada al sistema de monitorización de presiones y equipo transductor.
- Cambiar el sistema de presión arterial y llave de tres pasos cada 72 horas.
- No utilizar antibióticos ni antisépticos tópicos en pomada para proteger el punto de inserción.

Identificar los signos de infección e isquemia.
Fijar las alarmas de acuerdo con el tipo de paciente.
Registrar los datos y valores.
Lavar periódicamente el sistema y siempre después de una extracción.
Comprobar la curva del monitor periódicamente.
Vigilar que el presurizador mantenga la presión correcta, inflándolo si fuese necesario y que haya suficiente suero heparinizado.

Evitar la administración de medicación o suero hipertónicos por esta vía, pues lesionan las arterias.

Complicaciones
- Hematomas o hemorragias a nivel de la punción.
- Trombosis de la arteria.
- Infección.
- Embolia gaseosa cerebral.
- Lesión de nervios contiguos.
- Isquemia distal.
- Fístula Arteriovenosa.
- Falsas lecturas.

2 Objetivos

Conocer la técnica de medición invasiva de la presión arterial, sus indicaciones y contraindicaciones, las posibles complicaciones y los cuidados de enfermería asociados a esta técnica.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Esteban A., Martin C., Manual de cuidados intensivos para enfermería. 3ª Ed, Springer-Verlag Ibérica, Madrid, 2000.
- Álvarez C, Barrena P, Lospitao S, Luengo MJ, Moya AI, et al. Manual de Normas y Procedimientos Procedimientos de monitorización hemodinámica, Hospital de Fuenlabrada: Unidad de Cuidados Intensivos, 2004.
- M. Mateu Campo A, Ferrándiz Sellés G, Gruartmoner de Vera J, Mesquida Febrer C, Sabatier Cloarec Y, Poveda Hernández, Técnicas disponibles de monitorización hemodinámica. Ventajas y limitaciones. Medicina Intensiva, Medline.

Capítulo 421

NEUMONIA ATÍPICA EN NIÑA DE 3 AÑOS

PATRICIA FERNANDEZ MARTINEZ

ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

SUSANA LUIS GARCÍA

MARIA RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

La neumonía atípica es una infección de pulmón, una forma menos grave de neumonía, causada por Mycoplasma Pneumoniae , que produce síntomas parecidos al resfriado, además de febrícula y tos seca.
También puede haber:
- Dolores musculares.
- Dolores articulares.
- Un sarpullido rojo e irregular.
- Vómitos o diarrea.

2 Objetivos

- Hacer diagnóstico diferencial con Neumonía típica, Bronquitis y dar tratamiento adecuado.

3 Caso clínico

Paciente de tres años que acude con sus padres al servicio de urgencias hospitalario, con cuadro de tos y mucosidad desde hace más de 2 semanas. Hace 4 días acudió a su Pediatra que le pauto Azitromicina (por fiebre y vómitos glerosos frecuentes).

Hoy episodio de vómitos sin tolerar líquidos.
* Exploración física : buen estado general, bien nutrida, hidratada, buena coloración ; no signos externos de dificultad respiratoria.
* ACP : buena ventilación bilateral con roncus de predominio en base derecha.
* Pequeñas adenopatias laterocervicales.
* Palpación abdominal normal sin organomegalias.
*Orinofaringe sin exudados.
Se solicitan Analítica y Rx de Tórax.

Resultados :
- Bioquímica, Glucosa, Creatinina e iones normales.
PCR : 11,5 mg/ dl
Hemograma : 13000 leucocitos (37 N, 28 L, 26 C),
Hb :13,6 g/dl ; Plaquetas 496000
- Gasometria venosa : Ph 7,31 / Bicarbonato 23,8 mmol /l.
- Rx Tórax : no se aprecian condensaciones.
Por esto se diagnostica como : NEUMONIA ATIPICA
En urgencias se administran 250 ml de Suero Fisiológico vía EV.
No ingreso por lo que para domicilio : Continuará con tratamiento con Azitromicina 3,5 ml al día hasta completar 5 días, dieta ligera sin forzar, ofreciendo líquidos con frecuencia.
Control evolutivo por su Pediatra.

4 Discusión-Conclusión

La Neumonía Atípica es un tipo de neumonía ocasionada por patógenos diferentes a los habituales y generalmente infradiagnosticada en nuestro medio. EL Mycoplasma Pneumoniae es el responsable del 20% de los casos y perjudica mayormente a menores de 40 años.

5 Bibliografía

- www.brennerchildrens.org.
- www.familiaysalud.es.
- medlineplus.gov.

Capítulo 422

MANEJO DE LAS CIRCULARES DE CORDÓN UMBILICAL EN EL EXPULSIVO

LAURA CASTRILLÓN CHAMADOIRA

1 Introducción

La presencia de circulares de cordón umbilical se da en aproximadamente el 15-35 % de los nacimientos. Son conocidas como cordones nucales. Los descriptores de ciencias de la salud definen el "cordón nucal" como una complicación del embarazo en la que el cordón umbilical se enrolla alrededor del cuello fetal una o más vueltas. En algunas ocasiones estas vueltas del cordón alrededor del cuello no afectan al proceso del parto, pero hay veces que pueden comprometer el flujo sanguíneo al feto, afectar al transporte de oxígeno, a los movimientos del feto incluso a su desarrollo y presentar complicaciones durante el parto 1.

El cordón umbilical tiene un diámetro de 1 a 2.5 cm y una longitud promedio de 55 cm, con límites que oscilan entre los 30 a 100 cm3. Es más frecuente la incidencia de circular de cordón en aquellos cordones largos, en casos de hiperactividad fetal, en localizaciones posteriores de la placenta y en fetos de sexo masculino.

Se ha demostrado que la presencia de circulares de cordón se incrementa al aumentar las semanas de gestación. La mayoría de las circulares son transitorias y no suelen persistir más de 4 semanas. Las circulares únicas son mucho más frecuentes que las múltiples, teniendo estas últimas un 3% de aparición1. Las circulares pueden presentarse de 2 formas: sueltas o apretadas. Son más frecuentes

las formas sueltas que las apretadas, en un 21% y un 6,6%, respectivamente, del total de nacimientos 2.

Actualmente existe mucha controversia entre los profesionales que atienden los partos respecto a su manejo en el expulsivo. La mayor parte de los profesionales opta por un manejo activo de la situación, mientras que un porcentaje menor de profesionales prefieren no intervenir. Todas estas actuaciones parece que en ocasiones se ven relacionadas con efectos perinatales adversos 1,2.

Por todo lo anterior expuesto surge la necesidad de realizar una revisión bibliográfica para recopilar la evidencia científica existente en relación con el manejo de las circulares de cordón en el expulsivo.

2 Objetivos

- Ver si existen más resultados adversos en fetos con presencia de cordones nucales .
- Presentar las maniobras recomendadas para manejar las circulares de cordón en la fase de expulsivo del parto.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos en las siguientes bases: Cuiden, Pubmed, UpToDate, google académico. Fueron consultados también guías y protocolos nacionales e internacionales de organizaciones científicas y profesionales.

Se utilizaron las siguientes palabras clave: «circular de cordón», «cordón umbilical» y «pinzamiento cordón» en español, y «nuchal cord», «management», «birth», «Somersault maniouver», «umbilical cord clamping» en inglés.

4 Resultados

Los estudios encontrados hacer referencia a la normalidad de la presencia de las circulares de cordón umbilical durante la vida intrauterina y que rara vez se asocian con morbimortalidad perinatal 1,2,3,4. En algunas series pequeñas de casos las circulares apretadas han sido asociadas con efectos adversos como asfixia fetal o fallecimiento pero su causalidad no ha sido probada4. No se encontraron

restricciones del crecimiento intrauterino asociadas a la presencia de dichas circulares 1,2.

La presencia de circulares de cordón es un evento aleatorio con mayor riesgo de aparición en fetos con excesivo movimiento y un cordón umbilical largo (mayor de 70 cm)1,4.

Las circulares de cordón durante la gestación aparecen y desaparecen por lo que su diagnóstico no tiene eficacia y no altera su manejo en el parto 1.,2. El Insituto Americano de Ultrasonido no considera los intentos de visualizar un cordón nucal como parte del estudio ecográfico y considera el diagnóstico casual de cordones nucales como un hallazgo normal. Además este tipo de cribado es perjudicial ya que causa ansiedad materna y conduce a citas de segumiento ecográfico, evaluación fetal anteparto e intervención4.

Durante el parto, el cordón umbilical puede comprimirse con las contracciones disminuyendo el flujo de sangre hacia el feto. Aun así no se observó mayor estancia de estos recién nacidos en unidades neonatales. Se encontraron puntuaciones más bajas en el test de apgar al minuto1,2. El apgar a los 5 minutos de vida no estaba disminuido en los fetos con cordón nucal 1,2. En relación con las circulares apretadas se puede observar la presencia de deceleraciones variables incluso tardías en la monitorización cardiofetal1,2,3.

En caso de que el registro cardiotocográfico mostrase variables persistentes o deceleraciones tardías durante el parto, lo cual podría indicar la presencia de circulares apretadas o múltiples, se recomienda realizar monitorización continua1,2. Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto al peso y la talla al nacimiento1,2,4.

En cuanto al manejo de las circulares del cordón en el expulsivo, los diferentes artículos encontrados nos hablan de dos escenarios, uno en el que la circular encontrada es floja y aconsejan deslizarla por delante de la cabeza del feto desligando las vueltas, liberando así el cordón1,2,4,5,6 o rechazar el cordón nucal por detrás de la presentación5. El otro escenario sería un hallazgo de circular de cordón apretada en el que no es posible deslizarla por delante de la cabeza. Aconsejan pinzar en dos puntos y seccionar el cordón antes de la salida de los hombros procurando que el niño salga lo más rápido posible1,2,4,5,6.

Además en uno de los manuales encontrados recomiendan la búsqueda activa del cordón nucal cuando se produce la salida de la cabeza5.

En una publicación de 1842 se aconseja aflojar la circular deslizándola sobre los hombros o la cabeza fetal y sino es posible esto último, no cortar el cordón umbilical y dejar que el bebe nazca ya que la circular no impediría su nacimiento7.

Otros estudios sugieren que no se pinze el cordón de manera temprana ante una circular apretada porque ese corte precoz produce una deprivación de sangre oxigenada, lo que podría ser peligroso en caso de retraso del nacimiento como sería el caso de una distocia de hombros 8.
Intentar reducir la circular de cordón cuando está suelta tampoco es una acción exenta de riesgos, ya que la manipulación podría dar lugar a una constricción de los vasos sanguíneos, reduciendo el flujo de sangre hacia el feto9 . Asimismo, la tracción ejercida, cuyo efecto no puede predecirse, podría rasgar el cordón, con las consecuencias de un sangrado posterior 10.

Otros autores opinan que, aunque la práctica de cortar no se debe rechazar por completo, dejar la circular de cordón intacta, o al menos evitar pinzar hasta que el hombro anterior salga, protegería al feto durante una distocia de hombros11.

Otra solución que se propone es realizar la maniobra de Somersault que sería útil en caso de circulares apretadas o cordones cortos, manteniendo el cordón intacto. Esta maniobra se describió por primera vez en 1991 por Schorn y Blanco e implica lo siguiente1,2,10,12:
- La salida lenta de los hombros sin manipulación del cordón.
- Flexión de la cabeza del recién nacido hacia el muslo de la madre, mientras los hombros se desprenden.
- La cabeza se mantiene cercana al periné, dejando que el cuerpo realice una «voltereta» con los pies dirigidos hacia los pies de la madre. Una vez fuera, la circular se retira.

Aunque esta maniobra es difícil de visualizar, es simple de realizar, muy efectiva y casi siempre sorprende a quien la usa por primera vez1,2,12.

5 Discusión-Conclusión

Los cordones umbilicales alrededor del cuello son un evento aleatorio y un hallazgo normal. Muchos se resuelven espontáneamente. Puede formarse a cualquier edad gestacional pero son más frecuentes al término y en fetos con mucho movimiento y con cordones largos.

Puede haber circulares únicas o múltiples, siendo las primeras mucho más frecuentes. Dentro de éstas, las hay flojas o apretadas.

No se recomienda el cribado en busca de cordones nucales debido a la baja eficacia del diagnóstico y que no altera el manejo del parto. Ademas causa ansiedad materna y más intervenciones.

En relación con los efectos adversos perinatales hay series pequeñas de casos que hablan de mayor indice de asfixia fetal pero sin poder demostrar causalidad. La mayoría coinciden en que no se asocia con mayor morbimortalidad perinatal. Habría que tener más precaución en el caso de presencia de circulares apretadas que suelen mostrar deceleraciones variables o tardías en los registros cardiotocográficos. Se recomienda entonces monitorización continua.

En cuanto al manejo de las circulares de cordón no hay criterios uniformes. Debido a la gravedad que supondría cortar de forma precoz el cordón y luego encontrarnos con un retardo de la expulsión fetal por ejemplo debido a una distocia de hombros, parece más prudente emplear un manejo menos activo en la resolución de las circulares prietas de cordón. Una alternativa muy interesante sería la maniobra de Somersault.

Una de las lineas de investigación futura podría ser un estudio comparativo entre ambos manejos (pasivo y activo) de las circulares de cordón.

6 Bibliografía

1. Gilart Cantizano P, Cutilla Muñoz AM, Rodriguez Villa S. Evolución en la actuación de las circulares de cordón durante el expulsivo a lo largo de la historia de la obstetricia. Paranifo Digital. N 25. 2016. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n25/072.php.
2. Ramos-Rincón A, Cruz-Utrilla A. Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. Matronas prof. 2015;16(3): 103-107.
3. Romero Salinas G, Viveros Alcaraz M, Gil Yoguez J, Torres Cosme M,Bobadilla Lugo RA, Gutiérrez Cárdenas ME, et al. La frecuencia cardiaca en fetos con circular de cordón. Clin Invest Ginecol Obstet.2013; 40(5): 207-12.
4. Leonhard Schaffer, MD, Roland Zimmermann, MD. Nuchal cord. UpToDate. http://utpodate.com
(Accesed on May 2017).
5. Vazquez Lara JM, Rodriguez Diaz L, Palomo Gomez R, Romeu Martinez M,

Jimenez Garcia MA, Perez Martin S, et al. Manual Básico de Obstetricia y Ginecología. 2ª ed. Madrid: Insitituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2017.
6. OMS,FNUAP, UNICEF, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto (traduccion al español por la OPS), 2002.
7. Meigs C. The Philadelphia practice of midwifery, 2ª ed. Filadelfia: James Kay Jun. & Brothers, 1842.
8. Iffy L, Varadi V, Papp E. Untoward neonatal sequelae deriving from cutting of the umbilical cord before delivery. Med Law. 2001; 20: 627-34.
9. Coad J, Dunstall D. Anatomy and physiology for midwives, 3ª ed. Londres: Churchill Livingstone,2011.
10. Schorn MN, Blanco JD. Management of the nuchal cord. J Nurse. Midwifery. 1991; 36: 131-2.
11. Flamm BL. Tight nuchal cord and shoulder dystocia: a potentially catastrophic combination. Obstet Gynecol. 1999; 94(5 Pt2): 853.
12. Reynolds L. Practice tips. Somersault maneuver for a tight umbilical cord. Can Fam Phys. 1999; 45: 613.

Capítulo 423

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: CAUSAS DEL SÍNDROME DE MIEMBRO FANTASMA.

AIDA GRANERO ALONSO

ANDREINA BARDINET OJEDA

1 Introducción

Una amputación puede dejar secuelas dolorosas y no dolorosas, con lo cual debemos establecer una diferencia clara entre: sensación de miembro fantasma, dolor de miembro fantasma y dolor residual de la extremidad.
El síndrome de miembro fantasma es una ilusión de una presencia persistente de una extremidad que ha sido amputada, en la actualidad, abarca todas las sensaciones positivas y negativas que los pacientes amputados de un miembro sienten en su extremidad pérdida . También puede definirse como toda sensación no dolorosa procedente de una parte pérdida del cuerpo tras una desaferenciación o amputación. Es común en el período postoperatorio, 1/3 de los pacientes lo experimentan en las primeras 24 horas, ¾ de los pacientes en los 4 días siguientes y el 90% durante los 6 meses tras la intervención quirúrgica .
El dolor de miembro fantasma es una sensación dolorosa o desagradable en una parte del cuerpo perdida o desaferentada. Según los distintos descriptores es de tipo neuropático, que se puede localizar en toda la extremidad o simplemente en una región de la extremidad perdida. Se produce normalmente dentro de los primeros 6 meses después de la pérdida de una extremidad, pero en un 85% de las personas prevalece varios años después de la amputación quirúrgica . Puede

acompañarse de muchas sensaciones como presión, fragilidad, frío, hormigueo y dolor de característica punzante, quemante, etc…
La sensación de miembro fantasma perjudica la calidad de vida del paciente, y tras el golpe psicológico que supone la amputación, un dolor y una sensación de existencia de algo que en realidad no está, agrava bastante la situación personal del paciente y reduce su calidad de vida, además del dolor residual de la cirugía.

2 Objetivos

- Cuantificar las diferencias entre los pacientes amputados de miembros inferiores con enfermedad vascular previa y los pacientes amputados de miembros inferiores debido a accidentes traumáticos en Asturias durante un año.
- Definir los factores de riesgo asociados a la sensación y dolor de miembro fantasma en pacientes amputados de miembros inferiores.

3 Metodología

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

Marco teórico.
Hipótesis nula: La incidencia y la intensidad del síndrome del miembro fantasma es similar en pacientes amputados de miembros inferiores con enfermedad vascular previa que en pacientes amputados por accidente traumático.
Se trata de un estudio observacional analítico, de cohortes prospectivo, en el que se eligen dos grupos de pacientes amputados, uno perteneciente al servicio de trauma y otro perteneciente al servicio de cirugía vascular, y se realiza un seguimiento desde la intervención (día 1) hasta su consulta al año por su cirujano (día 365) para estudiar si aparece el síndrome de miembro fantasma en el paciente, y si es así intentar explicar los factores que han podido originarlo.
Se elegirán los pacientes amputados de miembros inferiores del servicio de traumatología que se hayan intervenido a partir de 1.Julio.2014 y los pacientes amputados de miembros inferiores del servicio de cirugía vascular que se hayan

intervenido a partir del 1.Julio. 2014, todo ello hasta llegar a obtener una muestra representativa, que son 62 pacientes, y realizaríamos seguimiento durante un año.

4 Bibliografía

1. Casale R, Alaa I, Mallick M, Ring H. Phantom Limb related phenomena and their rehabilitation after lower limb amputation. Eur J Phys Rehabil Med. 2009; 45:559-66.
2. Hsu E, Cohen SP. Postamputation pain: epidemiology, mechanisms, and treatment. Journal of Pain Research 2013:6 121–136
3. Ehde DM, Czerniecki JM, Smith DG, et al. Chronic phantom sensations, phantom pain, residual limb pain, and other regional pain after lower limb amputation. Arch Phys Med Rehabil. 2000; 81(8):1039–1044.
4. Álamo F, Rodríguez de la Torre R, Caba F, Hachero A, Echevarría M, García A, Rodríguez R. Estudio prospectivo de la prevalencia y factores de riesgo en mimebro fantasma doloroso en el postoperatorio inmediato de pacientes sometidos a amputación por isquemia arterial crónica. Rev Esp Anestesiol. Reanim. 2002; 49:295-301.

Capítulo 424

LA HIPOTERMIA PERIOPERATORIA. RIESGOS Y PREVENCIÓN.

ANA GARCÍA MIRANDA

1 Introducción

La hipotermia no intencionada es una complicación grave que puede presentarse durante la anestesia, tanto general como locorregional, en las intervenciones de más de una hora de duración. Es frecuente si no se toman las medidas adecuadas para su prevención y tratamiento. Hay estudios que refieren una incidencia superior al 50%.

La hipotermia perioperatoria aumenta la incidencia de efectos adversos para el paciente: mayor sangrado, deterioro de la calidad de recuperación postoperatoria, mayores tiempos de permanencia en unidad de recuperación. También puede provocar una mayor incidencia de complicaciones a largo plazo: infección de las heridas quirúrgicas, hospitalización prolongada, isquemia miocárdica, arritmias cardíacas.retrasa el despertar del paciente, produce temblores y disconfort en el paciente y aumenta la mortalidad del paciente politraumatizado.

La hipotermia se puede clasificar en leve (34 a 36 ºC), moderada (30 a 34 ºC) y grave (< 30 ºC). La hipotermia no intencional ocurre con frecuencia durante el período intraoperatorio, por la inhibición directa de la termorregulación por los agentes anestésicos, por disminución del metabolismo o por la pérdida de calor debido a un ambiente frío en la sala de cirugía.

Los mecanismos fisiológicos que favorecen la hipotermia perioperatoria son: la termorregulación inefectiva y la vasodilatación, la redistribución del calor desde

el compartimento central al compartimento periférico, la exposición del paciente sin cubrir a la baja temperatura de quirófano y la administración de líquidos fríos por vía intravenosa o de irrigación. El mecanismo fundamental de pérdida de calor es la irradiación. La cinética de la pérdida de calor sigue tres fases (inicial, linear y plateau), siendo la pérdida más rápida en la primera hora desde la inducción anestésica.

La mayoría de los anestésicos poseen acción vasodilatadora y todos alteran el control central de la temperatura. En la anestesia general, la hipotermia no produce vasoconstricción protectora, hasta que la temperatura central desciende de 2 a 4 ºC de los valores normales, y la regulación de la temperatura se da por respuestas autonómicas. Los relajantes musculares disminuyen el tono muscular e inhiben el mecanismo del escalofrío, por lo que contribuyen a la hipotermia.

La inducción anestésica reduce un 20% la producción metabólica de calor y las respuestas fisiológicas termorreguladoras normalmente desencadenadas por la hipotermia. En los primeros 40 minutos se puede producir hipotermia moderada, con una caída de 1 a 3 ºC en la temperatura central. La redistribución interna del calor es responsable del 81% de la disminución de la temperatura central en la primera hora después de la inducción anestésica, y del 43% en las horas siguientes. El gradiente se puede alterar por la temperatura ambiente, la cantidad de tejido adiposo y el uso concomitante de anestésicos.

Factores de riesgo.
Dependientes del paciente:
- ASA > 1.
- Temperatura preoperatoria < 36 grados.
- Extremos de la vida. Niños y personas mayores de 60 años.
- IMC bajo.
- Antecedentes cardiovasculares.
- Diabetes con neuropatía periférica.
- TAS < 140 mmHg.
- Sexo femenino.
- Pacientes quemador o politraumatizados.

Dependientes del procedimiento:
- Anestesia combinada.
- Procedimientos de larga duración.
- Nivel alto de bloqueo espinal.
- Cirugía mayor con exposición de cavidades.

- Superficie cutánea expuesta.
- Administración de líquidos fríos intravenosos o de irrigación.
- Sangrado importante.

Ambientales:
- Baja temperatura del quirófano.

Prevención de la hipotermia perioperatoria.
La estrategia de prevención de la hipotermia perioperatoria se basa en 4 pilares:
1. Monitorización: según la SEDAR (Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor) se recomienda monitorizar la temperatura a todo paciente que vaya a someterse a una anestesia general con una duración de más de 30 minutos o a una cirugía de más de 1 hora.
2. Uso de mantas de aire convectivo:
- Se deben utilizar en toda cirugía con una duración de más de 30 minutos o en cualquier paciente con factores de riesgo independientemente de la duración de la cirugía.
- La manta debe colocarse y conectarse cuanto antes una vez el paciente está en la mesa de quirófano.
- El tipo de manta debe ajustarse al lugar de la cirugía y la duración de la misma según el algoritmo del protocolo.
- La manta bajo paciente es la más efectiva a la hora de mantener la normotermia y se debe utilizar siempre que se pueda en cirugías de >2 horas de duración. Sin embargo, son las más complicadas de utilizar y hay que seguir una serie de recomendaciones a la hora de su colocación.
- En ningún caso se utilizará el motor de aire caliente sin la manta correspondiente.
3. Calentamiento de fluidos intravenosos y de irrigación:
- Se deben utilizar en cirugías en las que se vayan a administrar >500 ml de fluidoterapia intravenosa.
- En cirugías en las que se prevea necesidad de gran cantidad de fluidos se utilizará un sistema de alto flujo conectado a una vía de calibre 16G-14G.
- Se utilizará calentadores de líquido de irrigación en las cirugías en las que se utiliza una cantidad significativa de líquidos de irrigación y/o de larga duración: cirugía endourológica, histeroscopias y artroscopia de hombro.
4. Precalentamiento:
- Se deben realizar siempre en pacientes cuya temperatura preoperatoria sea <36ºC.

- Se deben realizar individualizando en situaciones donde se acumulen múltiples factores de riesgo para la hipotermia tanto del paciente como del procedimiento.

2 Objetivos

Conocer la importancia y posibles consecuencias de la hipotermia perioperatoria, los factores de riesgo y los mecanismos que tenemos a nuestra disposición para evitarla.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Calvo Vecino JM, Casans Francés R, Ripollés Melchor J, Marín Zaldívar C, Gómez Ríos MA, Pérez Ferrer A, et al. Guía de práctica clínica de hipotermia perioperatoria no intencionada. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2018.
- Castillo Monzón CG, Candia Arana CA, Marroquín Valz HA, Aguilar Rodríguez F, Benavides Mejía JJ, Alvarez Gómez JA. Temperature management during the perioperative period and frequency of inadvertent hypothermia in a general hospital. Colomb J Anesthesiol. 2013.
- Gutiérrez S, Baptista W. Hipotermia postoperatoria inadvertida en el Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela. Anestesia Analgesia Reanimación. 2006.

Capítulo 425

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE ENFERMERÍA

MARĪA ROSARIO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Infección Nosocomial Hospitalaria, es aquella que se adquiere dentro del contexto sanitario y que no existía previamente , ni se incluía dentro del periodo de incubación , así como también, aquellas que se adquieren pasadas las 48 horas tras el ingreso hospitalario.

2 Objetivos

- Disminuir los riesgos de contraer infecciones nosocomiales a través de la aplicación de medidas adecuadas de: Prevención / Protección/ Aislamiento/ .
- Seguimiento por parte del personal de enfermería al cuidado del paciente , de los protocolos de prevención en relación al tipo de infección.
- Evitar aumentar el riesgo vital o gravedad del estado clínico del paciente, así como reducir su stress , favoreciendo un mejor ajuste emocional a su situación.
- Disminuir el tiempo de hospitalización a través del empleo adecuado de las distintas técnicas de enfermería.

3 Metodología

- Uso de guías , protocolos , precauciones estandarizadas y otras más específicas , para el manejo de los distintos tipos de aislamiento e infección.
-Programas de control de la infección . Vigilancia Epidemiológica , Tasas e Indicadores de infección nosocomial.
-Uso de recursos y medios asistenciales más adecuados para el cumplimiento de dichos programas.
-Búsqueda de información en fuentes competentes en materia de Salud: O.M.S /C.P.C/O.P.S/ y el uso de motores de búsqueda afines para definir el tipo de cuidados más adecuados para su aplicación práctica.
-Conocimiento del Proyecto "Bacteriemia Zero", para el uso práctico de los profesionales sanitarios.
-El empleo sistemático del protocolo de " Lavado de manos" ha resultado uno de los métodos más eficaces en la práctica diaria del personal sanitario en contacto con los pacientes.

4 Resultados

-La aplicación de medidas adecuadas: Prevención, Protección, Aislamiento, disminuyen de forma clara el riesgo de contraer infecciones nosocomiales.
-El personal sanitario y su nivel de implicación, incide directamente en la efectividad del resultado.
-Los programas específicos, los Sistemas de Prevención y la Vigilancia Epidemiológica de los Centros Sanitarios, han de ser un pilar prioritario para minimizar el riesgo de adquirir una infección nosocomial .
-El control sanitario ha de abarcar la planificación de los recursos, la gestión de los costes y la Calidad Asistencial para disminuir el número de infecciones nosocomiales.

5 Discusión-Conclusión

-Se estima que aproximadamente el 5% de los paciente hospitalizados, tienen riesgo de contraer una infección nosocomial durante su estancia : - Neumonías
- Bacteriemias
- riesgos relacionados con la práctica quirúrgica.
-A través de las técnicas invasivas practicadas al paciente, se incrementa dicho riesgo : canalización de catéteres periféricos, centrales, sondajes, drenajes, heri-

das quirúrgicas , soporte vital de ventilación mecánica , aspiraciones, uso de terapia antibiótica , provocan una alteración en la resupuesta inmune del paciente.
-Por otra parte, su estado psico-fisiológico: inmunosupresión, alteraciones gastrointestinales, renales, endocrinas (diabetes), neurológicas , favorecen también la colonización de los microorganismos patógenos.
-Hoy en día la infección nosocomial que causa mayor prevalencia en España es la infección respiratoria,seguida de la infección urinaria.

6 Bibliografía

- SGMPSPH: Sociedad Española de Medicina Preventiva , Salud Pública e Higiene Estudio EPINE , evolución °9990.2015.
- ENVIN HELICS/NNIS/
- Boyle.J.Girard. R etal.Directrices de la OMS sobre higiene de manos en la Atención Sanitario. Ginebra , Suiza 2206
- Ducel G, Fabry, Nocolle. Prevención de las Infecciones Nosocomiales . Guía Práctica. Lyon /aGinebra. 2ª Edición 2002 .

Capítulo 426

MANEJO DEL CUIDADO POSTQUIRÚRGICO EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA POR LAPAROSCOPIA

MARĪA ROSARIO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La Obesidad Mórbida o Extrema (a partir de un I.M.C = o >40), o de Clase III , es una enfermedad metabólica crónica con una de las mayores prevalencias en los Paises Desarrollados, constituyendo su avance , uno de los problemas de Salud Pública más importantes del mundo suponiendo un gran riesgo para la salud, por su asociación a un gran número de co-morbilidades.

La Cirugía Bariátrica , es altamente eficaz como opción, cuando fallan el resto de medidas: dieta , ejercicio y tratamiento farmacológico. Consiste en procedimientos ”malabsortivos” (Bypass o derivación gástrica), junto a ” restrictivos”: (reducción del tamaño del estómago).

La técnica endoscópica (Laparoscopía), consiste en incisiones pequeñas a través de la pared abdominal , cuyos principales beneficios son : una recuperación más rápida tras la intervención, una mayor capacidad de sanación, la disminución del dolor y del riesgo de infección.

2 Objetivos

- Analizar la patología asociada a la Obesidad Mórbida del paciente.

- Determinar medidas para mejorar la calidad de vida del paciente.
- Evaluar la co-morbilidad y obtener una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo a través de una dieta saludable.
- Instruir al paciente postoperado en el control adecuado de sus ingestas, calorias, y horarios, adaptando los protocolos a su modo de vida .
-Dar cuidados específicos e individualizados , atendiendo a las características de cada paciente.

3 Metodología

- Uso de protocolos dietéticos a través de una " Dieta Evolutiva" por Fases, que se realiza en la práctica diaria en los hospitales tras la cirugía.
- Registro de ingestas diarias y por turnos en Hojas específicas en la planta de Cirugía Bariátrica.
- Comunicaciones periódicas con el Servicio de Nutrición para evaluar y corregir los efectos adversos que puedan surgir.
- Extracciones sanguíneas periódicas para detectar deficiencias de vitaminas, minerales, iones y exposición de los déficits más frecuentes.
- Educación Nutricional y Valoración del Cumplimiento Nutricional por parte del paciente.
- Toma de medias y parámetros Antropométricos, pre y postquirúrgicos.
- Toma de constantes vitales y Saturación de O2 , protocolarizadas por turno.

4 Resultados

El protocolo desarollado por los Servicios de Nutrición, aconsejan : una dieta progresiva , ya que se adapta bien a las necesidades del paciente, es fácilmente aceptada y comprendida y facilita su cumplimiento.

A través de las distintas fases de la dieta , se revisa el estado clinico del paciente, así como sus posibles complicaciones esperables (vómitos, no tolerancia), para facilitar adaptaciones personalizadas. El paciente, a través de las distintas fases, toma conciencia de su propia evolución, sensaciones, progresos.

5 Discusión-Conclusión

El control de calorias, tipo de alimentos, rutinas, actividad del paciente , tendrá un reflejo importante no solo en relación a la pérdida de peso , sino en el man-

tenimiento en el tiempo y su adaptación hacia hábitos saludables que reduzcan la co-morbilidad asociada.

El Síndrome Métabólico , consecuencia de la Obesidad Mórbida incluye patologías como H.T.A, alteraciones cardiacas, diabetes, alteracion de la movilidad , trastornos psicológicos , laborales, sociales, emocionales , muerte precoz, que requieren de un abordaje interdisciplinar , adaptado a cada paciente.

El diagnóstico precoz y los programas de Educación para la Salud de la población infantil y adolescente , tienen como fin prevenir de forma rápida y eficaz los riesgos derivados de un mal control, disminuyendo los daños y costes derivados.

6 Bibliografía

- Dieta Evolutiva en la Unidad de Cirugía Bariátrica del H.U.C.A (Hospital Universitario Central de Asturias.)
Alvarez. J. Moreneo. Recomendaciones en Obesidad , Barcelon , Novartis 2001
- Infobase mundial de la OMS
- Programa de la OMS sobre Nutrición.
- Norma Técnica de Evaluación Nutricional del niño de 6 a 18 años. Mineal.
- Arribes del Aro. D. Aguilella. Diago.

Capítulo 427

TALLER PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN SALUD MENTAL

MARIA TERESA GUTIÉRREZ ALVAREZ

CARIDAD DIEZ ALONSO

CARLOS PÉREZ FERNÁNDEZ

PATRICIA NORIEGA GARCÍA

GUADALUPE VERA GORDILLO

1 Introducción

La adherencia terapéutica puede definirse como una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.
La mala adherencia es un problema en todos los campos de la salud; se acepta que un tercio de los pacientes cumple totalmente, un tercio cumple parcialmente y un tercio no cumple en absoluto.
En salud mental es aún más dramático: algunos estudios hablan de más de un 70% de incumplimiento; de la misma forma, del incumplimiento derivan graves consecuencias, ya que es uno de los mayores factores de riesgo de recaída y duración de los ingresos, de violencia y comportamientos peligrosos, de mayor presencia de síntomas negativos en la esquizofrenia y de aumento de los costes asistenciales. Por otra parte, también puede proporcionar una información falsa al profesional,

quien podría pensar que un determinado tratamiento farmacológico no ha sido eficaz, cuando en realidad el paciente no se lo ha estado tomando.
Enfermería como parte del equipo multidisciplinar representa un papel importante en la adherencia, tanto en la toma de medicación como en el abordaje integral.
Durante varios años, en las unidades de psiquiatría, hemos trabajado con un modelo de planes de cuidados sobre adherencia centrado en el concepto de enfermedad.
Decidimos adaptar el plan de cuidados dado que, en la práctica, hemos advertido la dificultad de trabajar sobre conciencia de enfermedad en una unidad de nuestras características.

Para ello:

1. Dejamos de centrarnos en el concepto de enfermedad con el fin de orientar el trabajo hacia síntomas o problemas de salud percibidos

2. Cambiamos el enfoque de la educación sanitaria para hacer más presente cómo el tratamiento afecta a la vida del paciente y no sólo a su salud. Por otro lado, incidimos en proveer al paciente de instrucciones concretas y estrategias de resolución de problemas relacionados con el tratamiento (recordatorios, refuerzos…).
3. Adaptamos los registros de evaluación incorporando la perspectiva descrita en el punto anterior, ya que aprender sobre las vidas de los pacientes puede ayudar a la enfermera a ofrecer información sobre la salud más útil y relevante.17 Además, los nuevos registros son heteroaplicados, para una recogida de información más eficaz que nos permita adaptar las preguntasa cada paciente y aclarar posibles dudas. También tratamos de establecer un orden lógico:

- qué le pasa al paciente,
- qué conductas lleva a cabo,
- si sigue o no el tratamiento, y por qué,
- qué conocimientos tiene sobre el tratamiento.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
• Personas con creencias erróneas sobre los efectos de la medicación.
• Consumidores de tóxicos.
• Personas en las que hayan aparecido efectos secundarios de la medicación.
• Personas con un déficit de conocimientos sobre la enfermedad o sobre las medidas terapéuticas recomendadas.
• Personas con falta de confianza en las medidas terapéuticas.

• Personas con historia de incumplimiento terapéutico.
• Personas que no cuentan con apoyo socio-familiar en la adherencia.
• Personas que realizan tratamiento por primera vez.
• Personas en tratamiento con litio.

2 Objetivos

El paciente:
• Explicará beneficios de llevar a cabo el tratamiento de la forma prescrita.
• Explicará cuál es su problema de salud, en qué consiste, qué consecuencias tiene o cómo le afecta.
• Comentará conductas beneficiosas y/o perjudiciales que deberá llevar a cabo y/o abandonar en su régimen terapéutico personal.
• Verticalizará alternativas conductuales ante la situación que le hizo realizar un seguimiento terapéutico irregular.
• Realizará un taller práctico en el que reconocerá su medicación, la forma, momento y dosis de administración usando métodos de apoyo adaptados al paciente.
• Verticalizará la función principal de cada fármaco.
• Explicará efectos secundarios de la medicación (si tuviera) y qué medidas debería adoptar en caso de aparecer.
• Explicará efectos secundarios, si fueran susceptibles de aparecer, por los cuales debería pedir ayuda al personal sanitario.

3 Metodología

• Exposición verbal de los contenidos de las distintas sesiones.
• Escucha activa de los problemas e inquietudes que pueda plantear el paciente para llevar a cabo las medidas terapéuticas pautadas y ayuda en la búsqueda de alternativas o soluciones.
• Detección de pautas de comportamiento y medidas terapéuticas personales.
• Talleres prácticos sobre el tratamiento farmacológico.
• Evaluación mediante un sencillo registro y un taller práctico.
• Uso del refuerzo positivo, actitud empática y escucha activa como herramientas principales de la interacción paciente-profesional de enfermería.
• Uso de material adaptado a las características del paciente (cognitivas, de alfabetización…).

4 Resultados

Disminución del número de intervenciones en crisis en los pacientes participantes del programa, así como el número de ingresos.
Disminución de ingresos en unidades hospitalarias psiquiátricas.

5 Discusión-Conclusión

La identificación precoz de síntomas y factores de riesgo permiten elaborar y aplicar estrategias de prevención.
Para prevenir el riesgo de recaídas todos los pacientes deberían participar en un programa formativo, y acudir a las revisiones para mantener medicaciones y dosis ajustadas a las necesidades actuales del paciente.
Realizar seguimiento periódico de los cambios vitales del paciente.
Ayudar al paciente y su entorno a conocer y mejorar la adherencia al tratamiento.

6 Bibliografía

1. Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Rev Psicol Salud 1995; 7(1):35-61.
2. Fleischacker WW, Meise U, Gunther V, Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. Acta Psychiatr Scand 1994; 89 Supl 382:11-15.
3. Chen A. Noncompliance in comunitary psychiatry: a review of clinical interventions. Hosp Com Psychiatry 1991; 42:282-287.
4. Weiden PJ, Dixon L, Frances A et al. Neuroleptic noncompliance in schizophrenia. En: Tammingan C, Schultz C, editores. Advances in neuropsychiatry and psychopharmacology, Vol 1 Schizophrenia Research. New York: Raven; 1991. p.285-296.
5. Lluch Canu MT, Biel Tres A. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de enfermería. Presencia 2006 ene-jun; 2(3). Disponible en: http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php.
[Consultado el 9 de Enero de 2010].
6. Kissling W. Ideal and reality of neuroleptic relapse prevention. British Journal of Psychiatry 1992; 161 Supl 18:133-9.
7. Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1994; 89 Supl 382:16-24.

8. Jerez M, Laguna J, Lorite C. Influencia del manejo del régimen terapéutico en la hospitalización. Disponible en: http://www.anesm.net.
[Consultado el 29 de diciembre de 2019].

Capítulo 428

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA DE COLON: MARCAJE DEL ESTOMA

MARĪA ROSARIO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Un estoma, es una apertura en la pared abdominal para la salida de una parte del colon (colostomía) o de una porción del íleon (ileostomía), que se practica quirúrgicamente. Puede ser temporal o reversible y permanente o irreversible y lo que se observa es la mucosa del Intestino de aspecto sonrosado o enrojecido.

Dicha apertura, facilita la eliminación de las heces de una forma fisiológica, impidiendo su paso hacia zonas en las que existen lesiones: diverticulitis, carcinomatosis de colon o recto, heridas traumáticas, perforaciones u ostrucciones y bloqueos parciales o totales.

2 Objetivos

- Analizar y estudiar la preparación del paciente previa a la cirugía.
- Determinar el lugar más idóneo para la ubicación del estoma.
- Recoger información del paciente relacionada con sus rutinas, actividades y su capacidad para el autocuidado.
- Disminuir sus miedos , previos a la intervención, proporcionándole una información real, clara y sencilla, individual y adaptada.

3 Metodología

Revisión de protocolos en Unidades de Hospitalización de Cirugía Colo-rectal, así como manuales, documentaciones y acceso a revistas especializadas.

- Método del Marcaje del Estoma: utilización de: placa rígida/disco marcador/ bolsa colectora (abierta-cerrada, de una pieza o dos)/apósito transparente/rotulador de tinta indeleble.
- El la estomaterapeuta o, en su defecto el profesional de enfermería, estudiará el lugar de elección según el tipo de técnica quirúrgica.
- Se creará un triángulo, atravesando el músculo recto del abdomen, dibujando tres vértices que coincidirán con la Cresta Iliaca-Ombligo- Sínfisis del Púbis, obteniéndose las bisectrices de dichos ángulos, que se encontrarían en un punto común que, correspondería al lugar de elección del estoma.

4 Resultados

Un correcto marcaje es fundamental a la hora de facilitar la técnica quirúrgica ya que se adaptará al tipo de cirugía programada. Repercute directamente en el posterior manejo y adaptación de los dispositivos y bolsas colectoras. Facilita de forma positiva el aprendizaje por parte del paciente en relación al autocuidado en su domicilio.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que el personal de enfermería y/o estomaterapeuta, tenga un conocimiento amplio de la técnica. Se incluirá, además, un análisis de los diversos aspectos relacionados con el paciente: peso/ volumen/ estilo de vida/ estado de la piel y abdomen / pliegues cutáneos abdominales / tipo de ropa/ posturas que adopta / ocupación laboral / zonas a evitar y limitaciones. Todo ello, se tendrá en cuenta para obtener un marcaje adaptado a la persona.

6 Bibliografía

- Julio Brito. R. Impacto de la ostomíoa en el paciente y su entorno. Febrero 2004.
Cots L. Villalba. Guía de cuidados de enfermería a la persona portadora de un estoma. Biblioeca Lascasas 201.
Mauales Hollister/ Convest/ Coloplast/

- Protocolo estandarizado de la Unidad de Cirugía Colo-rectal del H.U.C.A (Hospital Universitario Central de Asturias).

Capítulo 429

CUIDADOS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL LESIONADO MEDULAR

CARIDAD DIEZ ALONSO

PATRICIA NORIEGA GARCÍA

GUADALUPE VERA GORDILLO

CARLOS PÉREZ FERNÁNDEZ

MARIA TERESA GUTIÉRREZ ALVAREZ

1 Introducción

La lesión medular es todo proceso patológico (conmoción, contusión, laceración, compresión o sección), de cualquier etiología, que afecta a la médula espinal y puede originar alteraciones de la función neurológica por debajo de la lesión: motoras, sensitivas y autonómicas. La complejidad del déficit neurológico, y por tanto del cuadro clínico resultante, depende del nivel y la completitud de la lesión, la extensión transversal o longitudinal del tejido lesionado y la afectación de la sustancia blanca o gris.

La lesión medular espinal ha sido considerada como una de las discapacidades más trágicas que le pueden suceder a una persona. No es extraño, pues el lesionado medular puede sufrir pérdida de movilidad, sensibilidad, disfunción vesical,

intestinal y sexual… sin olvidar las alteraciones sociales, psíquicas, económicas y laborales derivadas de la lesión.

En este capítulo se abordará la lesión medular, desde el punto de vista enfermero, fundamentalmente como trastorno crónico, es decir, cuando la lesión medular se ha convertido ya en un daño irreparable.

Esto no significa que la atención de urgencia, es decir, la actuación en el momento en que se produce o existe riesgo de lesión medular, carezca de importancia, sino todo lo contrario; ya que una adecuada intervención en este momento independientemente de la causa que lo produzca, puede liberar a la víctima del daño irreversible que dicha lesión conlleva.

La intervención enfermera, una vez realizada la atención de urgencia, consistirá en abordar la lesión de la médula espinal, ya diagnosticada y establecida, para mejorar funciones corporales básicas además de prevenir complicaciones y secuelas que podrían agravar el daño.

2 Objetivos

- Establecer los cuidados e intervenciones de enfermería en los pacientes con lesión medular.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros así como una consulta en artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando aquellos artículos científicos procedentes de publicaciones sistemáticas revisadas.

4 Resultados

El tratamiento de la lesión de la columna cervical obliga a inmovilizar y reducir las luxaciones estableciendo la posición normal y estabilización de la columna. Para ello se utilizan tracciones esqueléticas con algún tipo de fijación en el cráneo. Estas pueden ser, tracción blanda, compás de tracción o halo craneal. La atención

de enfermería se centrará en prestar cuidados y vigilancia para evitar complicaciones y favorecer la alineación correcta de la columna. Entre estos cuidados destaca principalmente:
-Evitar úlceras por presión
-Estimular la circulación evitando siempre los desplazamientos de cuello
-Revisar signos de infección como el dolor, el enrojecimiento, aumento de la temperatura y secreción alrededor de los dispositivos colocados.
-Posicionamiento en cama, higiene postural.
-Cambios posturales vigilando siempre la protección del cuello.

Si la tracción no es suficiente para reducir la luxación raquídea, o si hay inestabilidad importante de la columna cervical y deterioro neurológico se opera para descomprimir la médula y reducir la fractura o luxación. En este caso los cuidados de enfermería dependen del tipo de intervención quirúrgica y prescripción facultativa por lo que nos centraremos en los cuidados e intervenciones de enfermería a partir de la etapa del postoperatorio o fase crónica.
Los cuidados de enfermería irán encaminados a tratar las complicaciones: mala tolerancia por parte del paciente, dependencia psicológica del collarín y aparición de úlceras por presión. Se debe de informar al paciente portador y a su familia de la función, colocación y condiciones de utilización de la órtesis cervical para obtener los objetivos planteados. Para evitar la aparición de úlceras cutáneas, la órtesis ha de estar bien ajustada, evitar fuerzas de cizallamiento, lavar las zonas de contacto, masaje… Para todas las manipulaciones del paciente se le mantendrá en supino, cabeza y cuello alineados y presa en cráneo.

Las complicaciones respiratorias en el lesionado medular se deben fundamentalmente al estancamiento de secreciones y presencia de traqueostomía. Por tanto, uno de los principales cuidados en este aspecto consiste en valorar signos que indican insuficiencia respiratoria. Estos son básicamente tos ineficaz, presencia de sonidos respiratorios anormales, incapacidad para eliminar secreciones, fiebre y dificultad respiratoria.
Las intervenciones de enfermería en este aspecto son elevar el cabecero de la cama 30 o 40 grados, mantener el ambiente humidificado, realizar cambios posturales con frecuencia, colaborar en ejercicios de fisioterapia respiratoria, procurar adecuada ingesta de líquidos para fluidificar secreciones, estimular al paciente para que tosa regularmente y aspirar secreciones cuando sea necesario. Esta técnica solo debe ser realizada por un diplomado en enfermería, pues en su ejecución se puede estimular el nervio vago, lo que provocaría bradicardia (disminución de

la frecuencia cardíaca) e incluso parada cardíaca.

Las personas con lesiones medulares están inmovilizadas y han perdido la sensibilidad, por lo que el riesgo de úlceras por presión siempre está presente. La presión continuada sobre una región corporal provoca una alteración de la circulación sanguínea periférica y esta isquemia es la causa de una lesión cutánea. En primer lugar, aparece como enrojecimiento de la piel y si no se detecta a tiempo se convertirá irremediablemente en una escara difícil de tratar. Los sitios más propensos a la aparición de úlceras por presión son los que coinciden con prominencias óseas: talones, trocánter mayor y sacro.

La medida más importante sin lugar a dudas, y que no puede ser sustituida por ninguna otra, es el cambio de posición del lesionado como mínimo cada dos horas. Existen también numerosos dispositivos para prevenir las úlceras por presión, como son colchones antiescaras, cojines, almohadillas de flotación, elevadores para los pies, protecciones para extremidades superiores, etcétera. Todos estos dispositivos sirven de ayuda para prevenir úlceras por presión, pero en ningún caso deberían suprimir los imprescindibles cambios posturales que son los que realmente eliminan la presión de la piel.
En una silla estos cambios deben ser realizados cada quince minutos, porque al estar el tronco flexionado más de cuarenta grados, la presión sobre la piel es mucho mayor que en decúbito. Si no es posible realizar los cambios con esta frecuencia el enfermo no debería permanecer sentado en una silla o sillón, a pesar de las consecuencias negativas que conlleva una posición en decúbito.
Cada vez que se cambia de posición al enfermo es necesario revisar con gran cuidado la piel, buscando puntos de presión, enrojecimiento o agrietamiento. Hay que evitar la fricción y el roce de la piel durante la movilización en la medida de lo posible. Durante el baño del enfermo debe utilizarse un jabón neutro, enjuagar la piel, secarla con palmadas suaves con la toalla, evitando friccionarla al bañar y secar al enfermo. La superficie cutánea debe estar seca y libre de las humedades producidas por orina, heces, transpiración y secreciones de heridas. Debe reducirse al mínimo la exposición de la piel a la humedad, y cambiar la ropa de cama y de vestir siempre que sea preciso. Aplicar una crema hidratante en las zonas secas, manos, codos, piernas, tobillos y talones. Puede realizarse un masaje en la espalda de la persona cuando se le cambie de posición, pero nunca se masajearán puntos de presión, zonas enrojecidas ni prominencias óseas

Hay que mantener siempre las sábanas limpias, secas y sin arrugas. Deben utilizarse almohadas para evitar el roce de las prominencias óseas entre sí (rodillas).

Los talones tienen que ser protegidos con vendajes de algodón, o bien mantenerse alejados de la cama utilizando almohadas o cojines desde la mitad de la pierna a los tobillos.
La postura recomendada es la posición lateral en 30º. No debe elevarse el cabecero de la cama más de 30-40 grados, para evitar las fuerzas de cizallamiento, que son las que actúan cuando la persona está en posición semi-sentado.
Siempre debe notificarse cualquier signo de dehiscencia de la piel o úlcera por presión para tratarla lo antes posible.
Una úlcera por presión es siempre el resultado de una mala calidad asistencial y el mejor tratamiento es siempre la prevención.
Cuando la úlcera por presión ya ha aparecido debemos realizar un cuidado minucioso y exhaustivo de la zona para prevenir complicaciones.

En esta fase de shock medular, desaparece totalmente la sensación de deseo de orinar y la vejiga se va llenando de orina progresivamente, por lo que es necesario sondar al paciente, introduciendo un catéter hasta la vejiga para vaciarla. Para realizar este procedimiento es necesario un método aséptico y estéril que será realizado por profesionales de enfermería.
El sondaje vesical permanente es el que se utiliza en esta primera fase.
Se deben tener en cuenta ciertos cuidados para el mantenimiento de una sonda permanente, ya que son fundamentales para evitar una infección de vías urinarias. Se debe dejar en todo momento que la orina fluya libremente, por lo que los tubos no deben presentar recodos. La persona no debe estar tumbada sobre el tubo. La bolsa de orina debe mantenerse siempre más baja que la vejiga, para evitar que la orina refluya. Puede sujetarse en un lateral de la cama, en el respaldo de la silla, pero nunca en las barandillas de la cama. No debe permitirse que la bolsa colectora toque el suelo en ningún momento. En los varones se puede asegurar la sonda a la cara interna del muslo o al abdomen. Esto evita que la sonda se mueva excesivamente y reduce el roce en la zona de inserción.

Si se observan fugas hay que informarlo inmediatamente. Es necesario proporcionar cuidados diarios en la zona del perineo y después de las defecaciones. En cualquier movilización del paciente en la que sea necesario desplazar la bolsa, esta debe ser pinzada para evitar que la orina refluya.
Se debe informar de inmediato sobre cualquier tipo de molestias como dolor, quemazón, irritación, así como de color, transparencia, olor y presencia de partículas en la orina.
Es importante fomentar la ingesta de líquidos en cualquier paciente sondado a no ser que se indique lo contrario.

Cuando el paciente mejora y es capaz de colaborar con el equipo médico en su tratamiento, y controlar la ingesta de líquidos, se inicia el vaciamiento con sondajes vesicales intermitentes, que van a permitir vaciar la vejiga en períodos fijos de tiempo. Para evitar el riesgo de infección estos sondajes se realizan por personal sanitario durante la estancia en el hospital, pero en etapas posteriores, será al propio paciente quien con el entrenamiento adecuado vacíe su propia vejiga mediante autosondajes.

El sondaje vesical intermitente tiene como objetivo asegurar que en el interior de la vejiga no haya nunca más de 400 ml de orina para no dañar las fibras musculares. Durante esta etapa hay que restringir los líquidos a 2 vasos de agua (400 ml) cada 6 horas, realizándose los sondajes cada 6 horas para vaciar la vejiga. Estos sondajes se irán espaciando a medida que la orina residual (cantidad de orina que permanece entre los sondajes) vaya disminuyendo. Los cuidados en esta etapa consisten en restringir la cantidad de líquidos y administrarlos estrictamente de la manera indicada.

Durante el entrenamiento vesical, existen numerosos dispositivos para evitar las fugas extemporáneas y mantener al paciente seco. Entre ellos están empapadores, pañales, absorbentes y colectores de orina. Es imprescindible conocer el uso de estos últimos por su gran utilización y porque un uso incorrecto provoca salidas de orina y úlceras cutáneas debido a la falta de sensibilidad de estas personas. El colector de orina consiste en una funda de goma suave que se desliza sobre el pene y que se conecta a través de una sonda a una bolsa que puede sujetarse a la pierna. El colector debe cambiarse diariamente y hay que lavar y secar el pene antes de colocar uno nuevo. Es necesario antes de colocarlo rasurar al paciente para que la superficie del pene esté libre de vello y la cinta adhesiva no se despegue.

Durante el proceso hay que controlar siempre la aparición de rojeces y zonas cutáneas abiertas antes de colocarlo, lo cual se informará a la enfermera. Para aplicar el colector urinario se sujeta el pene firmemente a la vez que se desenrolla la funda a lo largo de este. Deben dejarse siempre 2,5 cm. entre el pene y el final del colector. Este se asegurará, una vez desenrollado, con la cinta adhesiva que indica el fabricante, y debe ponerse en espiral. Si el colector de orina no queda bien sujeto habrá pérdidas de orina que lesionarán la piel del paciente, ello suele ocurrir cuando se utiliza un colector de mayor tamaño para el paciente, fallo en la colocación de la cinta adhesiva, acodamiento o torsión del macarrón que conecta el colector con la bolsa. La bolsa de orina es el recipiente donde esta queda remansada, por lo que deberá vaciarse siempre que esté llena para evitar el reflujo.

Existen nuevas tecnologías dentro de las posibilidades rehabilitadoras para lograr la continencia urinaria como esfínter artificial, marcapasos vesicales, prótesis uretrales, etc. cuyos cuidados difieren en función del fabricante.

La reeducación intestinal es el programa de entrenamiento que debe realizar el lesionado medular y en el que deben cumplirse una serie de indicaciones:
- El tiempo que se dedique a la defecación no debe ser superior a una hora y debe realizarse en un momento socialmente adecuado.
- La consistencia de las heces tiene que ser suficiente para no provocar escapes ni fricción en el intestino.
- No deben transcurrir más de 48 horas entre cada deposición.
- Las deposiciones deben realizarse siempre a la misma hora para acostumbrar al intestino a trabajar a una hora fija.

Hay que tener en cuenta que este programa de evacuación comenzará una vez haya pasado la fase de shock, pues en esta no es posible la sedestación y habrá que recurrir a laxantes, evacuación digital o enemas. Los laxantes pueden presentarse en forma oral o en supositorios y tienen la función de ablandar las heces así como estimular el reflejo evacuatorio. Estos se administrarán según prescripción médica.
El paciente deberá tener una dieta rica en fibras, con abundantes verduras, frutas, cereales, legumbres y cantidad suficiente de líquidos. Si a pesar de una dieta rica en fibra y laxantes no se consigue un ritmo adecuado de defecación habrá que recurrir a los enemas, que serán indicados también por el facultativo.
Durante el programa de educación intestinal, hay que vigilar la consistencia de las heces procurando que estas no sean tan duras como para provocar impactaciones fecales. En caso de que esto ocurra habría que realizar un tacto rectal.

Otro aspecto fundamental durante el programa de evacuación es que, una vez estabilizado el paciente y cuando se permite la sedestación, hay que aprovechar el reflejo gastrocólico, intentando evacuar después de una comida. Este reflejo produce un movimiento intestinal eficaz con alimentos ricos en fibra. Para aumentar la intensidad del reflejo puede darse una bebida caliente o zumos templados de limón, ciruela o manzana. Si además es necesario un supositorio hay que tener en cuenta que actúan entre 15 y 30 minutos después de su administración.

Para favorecer la evacuación, la persona puede inclinar el tronco hacia delante y realizar un masaje intestinal con movimientos circulares de derecha a izquierda. En caso de realizar la deposición en la cama el lado más adecuado es el izquierdo, ya que el intestino finaliza en ese lado y la presión de la cama hace que sea más

eficaz.
Por último cabe señalar que existen procedimientos para estimular el reflejo de la defecación, como la estimulación digital, que consiste en introducir el dedo índice lubricado en el ano y realizar movimientos circulares durante unos minutos. Debe recordarse siempre que la pared intestinal es muy delicada, y tanto este procedimiento como la administración de supositorios o el tacto rectal, deben realizarse con sumo cuidado para evitar complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Administar los cuidados de enfermería en los pacientes con lesión medular, tanto en la fase aguda como en la fase crónica, desde el punto de vista de un plan de cuidados de enfermería nos garantiza un índice de éxito en el manejo de la patología y evitar las posibles complicaciones que pueden surgir en los procesos vitales básicos, así como fomenta el mejorar la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

• CIVERA OLIVAS, A. Rehabilitación vesical del lesionado medular. ROL de Enfermería 1990. 145: 25 – 30.
• ESCLARIN DE RUIZ, A. y DE PINTO BENITO, A. La Lesión Medular: Vejiga e intestino. Coloplast Productos Médicos S.A. Madrid 2002. Páginas 29-65.
• ESCLARÍN DE RUIZ, A., GARCÍA LEONI, M.E. y LETURIA ARREZOLA, A. Manejo de la infección del tracto urinario. Hospitalización y domicilio. Rehabilitación 1998. 32: 405 – 410.
• ESPINOSA RAMÍREZ DE ANTÓN, R. Trauma espino medular: Manejo pre- hospitalario. Rehabilitación 1998. 32: 373 – 376.
• FERREIRO VELASCO, M.E. y cols. Inmovilización de la columna cervical: Utilización del halo craneal. Médula Espinal 1996. 2 (3) 152 – 160.
• GARCÉS RUIZ, C y CIVERA OLIVAS, A. Lesión en la médula espinal. Actuaciones de enfermería. ROL de Enfermería 1997. 230: 21 – 30.
• GUTTMAN L. Lesiones Medulares. Barcelona: JIMS; 1981.
• HOSPITAL ASEPEYO COSLADA. Enfermería y lesionado medular 1ª edición. Servicios Corporativos Asepeyo 2002. Páginas 101-123.
• JUAN GARCÍA, F.J., y cols. Tracción craneal en patología traumática del raquis cervical. Médula Espinal 1996. 2 (1) 17 – 25.
• LÓPEZ PERALTA, L. y cols. Atención de enfermería en las complicaciones críticas del lesionado medular. Enfermería Científica 1997. 188-189: 46-48.

• PÉREZ DE LA PLAZA, E. y FERNANDEZ ESPINOSA, A.M. Auxiliar de Enfermería Práctica. 3ª edición. Mc-Graw Hill / Interamericana de España S.A. 2000. Páginas 124-138.
• SHEILA A. SORRENTINO, BERNIE GOREK. Fundamentos de Enfermería Práctica. 2ª edición. Ediciones Harcourt S.A. 2002. Páginas 230-235; 256-253
• SUZANNHE C. SMELTER, BRENDA G. BARE. Enfermería Médico-quirúrgica. 6ª edición. Nueva Editorial Interamericana 1994. Páginas 1838-1845.
• TOMMASI ROSSO, M y cols. Comparación de dos sistemas de cambio postural para la cirugía de la columna vertebral. Médula Espinal 1997. 3(2) 110 – 115.

Capítulo 430

PLAN DE CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE REPARACIÓN DE HIPOSPADIAS

MARTA MORÁN MERCHANTE

1 Introducción

Debido a que las hipospadias son la malformación congénita del pene más frecuente nos parece necesario revisar las actuaciones de enfermería en las plantas de hospitalización tras la reparación quirúrgica. Al manejo del paciente pediátrico se le suma la complejidad de los cuidados ante este tipo de situaciones.

2 Objetivos

- Describir el plan de cuidados realizado a un paciente pediátrico intervenido de reparación de hipospadias.
- Identificar precozmente signos y síntomas de posibles complicaciones derivadas de la cirugía.
- Individualizar las intervenciones adaptadas a la paciente unificando las actividades y criterios enfermeros.

3 Caso clínico

Paciente varón de 17 meses que ingresa en planta de preescolares tras intervención quirúrgica (IQ) de reparación de hipospadias con la técnica Snodgrass. Llega

a planta con sondaje vesical a doble pañal, vendaje compresivo del pene con mepitel® en la zona de herida quirúrgica y contención mecánica de las extremidades inferiores para proteger la cirugía. Porta vía venosa periférica para analgesia y antibioterapia. Llega a la unidad acompañado de sus padres.

Valoración por dominios/ diagnósticos y problemas detectados.
Dominio 3. Eliminación:
- Riesgo de estreñimiento (00015) r/c actividad física insuficiente, cambios en el entorno y dolor.
- Deterioro de la eliminación urinaria (00016) r/c intervención quirúrgica y el sondaje vesical m/p disuria.

Dominio 4. Actividad/ reposo:
- Déficit de actividades recreativas (00097).

Dominio 11. Seguridad/protección.
- Riesgo de infección (00004) r/c con procedimientos invasivos (catéter venoso periférico, IQ y sondaje vesical).

Dominio 12. Confort.
- Dolor agudo (00132) r/c agentes lesivos físicos (IQ) m/p llanto e irritabilidad.

Planificación y ejecución del los cuidados.
NIC: terapia de entrenamiento
Actividades:
- Elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.
- Comprobar la respuesta emocional, física a la actividad recreacional.

NIC: manejo del estreñimiento.
Actividades:
- Vigilar aparición de signos o síntomas de estreñimiento.
- Fomentar la ingesta de líquidos.
- Control de deposiciones.
- Proporcionar dieta rica en fibra.

NIC: Cuidados perineales.
Actividades:
- Higiene habitual del periné.

NIC: cuidados del catéter urinario.

Actividades:
- Mantener permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- Colocar el paciente y el sistema de drenaje, en la posición debida para favorecer el drenaje urinario.

NIC: manejo ambiental: confort.
Actividades:
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.
- Ajustar la iluminación.
- Controlar y evitar ruidos indeseables o excesivos.

NIC: cuidados del sitio de incisión.
Actividades:
- Cura de herida quirúrgica.

Evaluación de los resultados. Seguimiento
Realizaremos la evaluación de nuestro plan a través de los NOC vinculados a nuestros diagnósticos de enfermería.
NOC: participación en actividades de ocio.
- Indicador: expresión de satisfacción con actividades de ocio.

NOC: eliminación intestinal.
- Indicador: facilidad de eliminación de las heces.

NOC: severidad de la infección.
- Indicador: dolor.
- Indicador: piuria.
- Indicador: fiebre.

NOC: curación de la herida por primera intención.
- Indicador: eritema cutáneo circundante.
- Indicador: aumento de la temperatura cutánea.

NOC: nivel del dolor.
- Indicador: dolor referido.

4 Discusión-Conclusión

El manejo de un plan de cuidados estandarizado en el postoperatorio de hipospadias orienta la actividad enfermera ante estos pacientes, permitiendo así la pre-

vención y detección precoz de complicaciones postoperatorias, proporcionando cuidados de calidad basados en la evidencia.

5 Bibliografía

1. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Ed. España: Elsevier; 2015.
2. Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.L.; Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª Ed. España: Elsevier; 2018.
3. Butcher, H.; Bulechek, G.; Dochterman, J.M.; Wagner, C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ªEd. España: Elsevier; 2018.
4. Ruiz Hierro, C. Puesta al día en el manejo del hipospadias. Bol pediatr. 2019; 59: 11-14.

Capítulo 431

ANEURISMA DE ARTERÍA CARÓTIDA INTERNA-OFTÁLMICA Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

MONICA ALVAREZ SUAREZ

SONIA ALVAREZ SUAREZ

1 Introducción

La primera rama de la arteria carótida interna y encargada de irrigar las zonas del ojo y órbita es la denominada "arteria oftálmica". Esta arteria en ocasiones sufre una o varias lesiones a nivel intracraneal con origen en la pared media o anteromedial de la arteria carótida interna denominado "aneurisma".

Como su propio nombre indica, esta próxima a estructuras oculares que implican un alto riesgo de peligro de hemorragia y/o compresión de nervios ópticos adyacentes, de ahí la importancia de determinar el estado neurológico y detectar anormalidades visuales (ej., deterioro de la visión monocular homocular homolateral a la lesión aneurismática, trastornos campimétricos uni o bilaterales y palidez papilar revelada en el fondo de ojo y hemorragias subhialiodeas) mediante la evaluación de la agudeza visual, fondo de ojo y campo visual, con el fin de favorecer un diagnostico temprano.

Según afirman los autores Correa Vivanco EJ, et al,. los aneurismas que mayor amenaza suponen a la vía óptica son los ubicados en la "arteria carótida interna, comunicante posterior y la arteria oftálmica o los intravarvenosos (Menghini VV, Born, & Sincks, 1997)" (1)(2)(3)(9)(12).

De igual modo, se deben contemplar los aneurismas saculares puesto que según citan los autores Correa Vivanco EJ et al.„ "no sólo provocan Hemorragia Sub-Aracnoidea (HSA) sino también síntomas y signos por compresión directa del nervio óptico (ej; cuadrantanopsia inferior y nasal o hemianopsia bitemporal), en especifico el nervio óptico por dilataciones de la carótida supraclinoidea o de la arteria oftálmica, como de los nervios oculomotores, por dilataciones de la arteria carotidea intracavernosa" (2)(3).

Por otro lado, según el Estudio Cooperativo de Aneurismas de 1990, los aneurismas se clasifican según el tamaño: "pequeñas a las lesiones menores de 12 mm, grandes los aneurismas entre 13 y 25 mm y gigantes los aneurismas mayores de 25 mm". Sin embargo, hay evidencias que catalogan a los aneurismas pequeños cuando disponen de un diámetro inferior a 10mm, los grandes entre 10-25 mm y los gigantes superior a 25mm. (1) (5).

Dicho lo anterior, será importante realizar pruebas complementarias de neuroimagen para diagnosticar o descartar estos aneurismas o eventos secundarios, así como para estudios de prequirúrgicos o intraoperatorios, como: la Resonancia Magnetica (RMN) es la prueba de elección ante la falla tras una angiografía (visualiza aneurismas entre 2 y 3 mm) que no da resultados y hay sospecha de un posible diagnóstico de lesión habitualmente de tamaño superior a 3 mm y/o de tipo vascular compresiva del campo oftálmico (particularmente alrededor del quiasma óptico).

Sin embargo, en cuanto al TAC es la técnica de elección ante el fracaso de una RMN sin resultados y la sospecha de hemorragias subaracnoideas secundarios a ruptura de aneurismas, y en ciertas ocasiones se puede emplear el uso de angio-TAC-3D.

Sin obviar, el estudio vascular mediante la extracción de muestra de sangre (analítica sanguínea completa), valoración de los índices tobillo-brazo, eco-doppler de troncos supraaórticos (TSA), prueba de oclusión (por medio de un balón) de la arteria oftálmica y carótida interna para valorar colateralidad. (2)(4)(5)(9)(11).

Como tratamiento quirúrgico está indicado en la mayor parte de las ocasiones (más del 50% de los eventos) mediante la microcirugía por embolización simple o asistida con stent o por el empleo de disección y clipaje (ej., aneurismas grandes) que pueden acarrear dificultades derivadas de la manipulación, complejidad, proximidad de estructuras vasculares y nerviosas, rehabilitación y pronós-

tico del paciente. Sin embargo, según nos afirmar los autores Vega-Basulto SD, et al., "El método microquirúrgico permitió tratar aneurismas de la región de la arteria oftálmica únicos, múltiples, bilaterales, grandes y gigantes con buena recuperación de los déficit neurológicos y de los trastornos visuales." (1) (5)(8)(11).

Según las características aportadas por el estudio de los autores Vega-Basulto SD, et al, se han obtenido los siguientes resultados: (Véase tabla 1).

Por otro lado, se han obtenido los siguientes sacos de aneurismas según la localización: (Véase tabla 2)
Según varias evidencias consultadas se ha determinado que hasta en un 40% de los aneurismas de la arteria carótida (con o sin sintomatología aparente) de tamaño gigante y con déficits neurológicos mantienen relación secundaria con posibles accidentes isquémicos transitorios (AIT) de tipo retiniano, hemisférico cortical, subcortical o lacunar y atípico según la sintomatología, debido al flujo turbulento y por tanto, el riesgo de émbolos en el sistema circulatorio.

Entendiendo por accidente isquémico transitorio a "una disfunción neurológica focal de causa vascular con un perfil temporal definido y con características etiopatogénicas similares al infarto cerebral" en un transcurso de tiempo inferior a 24 horas. (3)(11)(12).

Como ya hemos mencionado anteriormente, debido a la alta complejidad de localización, para la exploración y tratamiento quirúrgico de los aneurismas de la arteria carótida interna, se ha determinado la embolización endovascular como técnica de elección. Sin embargo, esta medida terapéutica es desacertada emplearla en aneurismas con diámetro inferior a 2 mm, por la escasa evidencia científica existente en cuanto a las ventajas y desventajas que le conciernen y será por tanto, apropiada realizar un tratamiento conservador para evitar embolias secundarias a la técnica o rotura de algunos de los vasos. (5) (9) (10) (11).

Tabla 1. Características generales de los pacientes con aneurismas (1)

CARACTERISTICAS CLINICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON ANEURISMAS			
EDAD MEDIA	52 AÑOS		
EDAD >60 AÑOS	8 PERSONAS	16%	
SEXO MUJER	40 PERSONAS	80%	
SEXO HOMBRE	10 PERSONAS	20%	
TIPOS	HEMORRAGIA	25 PERSONAS	50%
ANEURISMAS	HEMORRAGIA/COMPRESION	13 PERSONAS	26%
SINTOMATICOS	COMPRESIÓN ÓPTICA VÍA ÓPTICA	12 PERSONAS	24%
TOTAL		40 PERSONAS	80%

Tabla 2. Localización de los sacos aneurismas de la oftálmica unilateral (1)

LOCALIZACION DE LOS SACOS ANEURISMAS DE LA OFTÁLMICA UNILATERAL	
UNICOS	20 SACOS
ASOCIADOS A OTRAS LOCALIZACIONES	24 SACOS
TOTAL DE ANEURISMAS DE LA OFTÁLMICA UNILATERAL	44 SACOS

2 Objetivos

- Conocer la incidencia de casos de aneurisma de arteria interna oftálmica y su repercusión clínica en la actualidad.
- Analizar la relación del aneurisma de arteria interna oftálmica con el accidente isquémico transitorio.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diversas evidencias científicas encontradas en buscadores científicos tales como; Scielo, Google académico, Pubmed, así como otros. Las palabras clave empleadas para la búsqueda, han sido: “Aneurisma oftálmica”, “Aneurisma oftálmica” AND “AIT”, “Aneurisma oftálmica” AND ”ACV”, “Aneurisma oftálmica” AND “ictus”. Como criterios de exclusión, no se han tenido en cuenta los artículos de pago y como criterios de

inclusión; evidencias en inglés y castellano.

4 Resultados

Los aneurismas en la región oftálmica son poco frecuentes y especiales por sus características peculiares con una incidencia del 0,5 al 11%. Sin embargo, en cuanto a la edad media de las personas que padecen estos episodios, hay desacuerdos en diferentes evidencias científicas.

No obstante la franja de edades rondan entre los 50 y 65 años, siendo a su vez la mujer la que más número de aneurismas y en tamaño suelen manifestar (mayor incidencia de aneurismas grandes). Este hecho es justificado por los autores Vega-Basulto SD, et al., por "el incremento de la expectativa de vida, el envejecimiento poblacional y un menor estado de salud de la población". (1)(6).

Asimismo, la incidencia de aneurismas gigantes comprende entre un 2 y 5%. A pesar de ello, se pueden diagnosticar de forma errónea los deterioros de la visión con o sin hemorragia subaracnoidea a personas mayores, por causas tipo: "edad avanzada", "presbicia", "glaucoma", "catarata senil", "ambliopatías" u "otros trastornos retinianos".

Por tanto, debemos concienciarnos en examinar dichos eventos de forma eficaz y prudente, para no obtener un diagnostico erróneo. (1) (7)

5 Discusión-Conclusión

En lo que se refiere a la práctica clínica, los autores Vega-Basulto SD, et al., expresan que "Nagasawara et al., compararon los métodos endovasculares y microquirúrgicos de tratamiento de los aneurismas de la región de la oftalmica y sugieren los métodos endovasculares en las siguientes condiciones técnicas: el segmento C3 se extiende dentro del proceso clinoideo, cuello aneurismático calcificado o ateromatoso y fuertes adhrencias del domo al anillo dural. Como estas condiciones sólo se pueden reconocer durante la cirugía, los grupos combinados de tratamiento microquirúrgico y endovascular parecen ser la mejor opción terapéutica en la actualidad". (1) (7).
Por tanto, es preciso que el personal multidisciplinar se implique ante un diagnostico definido, ajustado a las características del paciente y lesión, estudiando el origen en profundidad y sus posibles deterioros de agudeza asociados, con la

finalidad de evitar complicaciones muy serias para el paciente que puedan comprometer su salud o su vida.

En la actualidad, se opta como medio de tratamiento la embolización en cualquier tipo de tamaño de aneurisma de arteria interna oftálmica (excepto en los inferiores a 2 mm) por disponer de menores complicaciones (sobre todo en aneurismas grandes), así como pronta y adecuada recuperación, aumento de la efectividad clínica y rentabilidad. Por tanto, es imprescindible realizar la prevención secundaria analizando los eventos de AIT por suponer un predictor clínico de ACV, cardiopatías isquémicas y otros problemas vasculares. (10) (12).

Es preciso que el equipo multidisciplinar disponga de conocimientos actualizados para paliar todo problema de salud, valorando cada uno de los signos y síntomas en el paciente y analizar las alternativas de tratamiento oportunas acordes al diagnostico, reduciendo las complicaciones potenciales y favoreciendo la seguridad y la satisfacción del paciente.

6 Bibliografía

1. Vega-Basulto SD, Gutiérrez-Muñoz FG, Mosquera-Betancorurt G, Rivero-Truit F, et al. Aneurisma de la región de la arteria oftálmica. Neurocirugía (Neurocirugía) [Revista de Internet]. 2006; 17: 303-16. Disponible en http://scielo.isciii.es/pdf/neuro/v17n4/1.pdf.
2. Correa Vivanco EJ, Luzuriaga Luzuriaga JA, Garces Granoble KP. Amaurosis fugaz por aneurisma de arteria carótida oftálmico. A propósito de un caso. Ciencia Digital (Ciencia Digital) [Revista de Internet]. 2019;3(2):668-75. Disponible en: http://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/CienciaDigital/article/view/474/1087.
3. Magallón-Barajas E, Abdo-Toro M, Flores-Robles C. Manejo neuroquirúrgico de aneurismas paraclinoideos. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (Rev Med Inst Mex Seguro Soc) [Revista de Internet]. 2016;54(2): 132-9. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims162d.pdf.
4. González-Darder JM, González-López P, Botella-Maciá L. Tratamiento microquirúrgico de los aneurismas de los bifurcación interna. Neurocirugía (Neurocirugía) [Revista de Internet]. 2010; 21:205-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/neuro/v21n3/original1.pdf.
5. Zenteno M, Santos Franco JA, Lee A, et al. Perspectiva endovascular en el manejo de los aneurismas intracraneales. Parte 2: indicaciones y estrategia terapéutica. Gaceta Médica de México (Gac Med Mex) [Revista de Inter-

net]. 2012;148:180-91. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n2/GMM_148_2012_2_180-191.pdf.
6. Maldonado-Fernández N, Martínez Gámez FJ, Mata Campos JE, et al. Exclusion de un aneurisma de la arteria carótida interna mediante un stent recubierto. Actualidad Médica (Actual Med) [Revista de Internet]. 2014; 99(793): 7-40. Disponible en: https://www.actualidadmedica.es/suplementos/2014/sup-793-2/cli01.html.
7. Menéndez M, García C, Antón C, et al. Aneurisma gigante carótido-oftálmico. Archivos de medicina (Arch Med) [Revista de Internet]. 2005; 1(4): 1-4. Disponible en: http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/aneurisma-gigante-cartidooftlmico.pdf.
8. Vega-Basulto SD, Gutiérrez-Muñoz FG, Mosquera-Betancourt G, et al. Aneurismas de la región de la arteria oftálmica. Neurocirugía (Neurocirugía) [Revista de Internet]. 2006; 17(4):303-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732006000400001.
9. Mascarenhas L, Ribeiro M, Guimaraes S, Rocha J, et al. Unexpected angiographic and visual findings after clipping of a carotid-ophthalmic aneurysm. Neurocirugía (Neurocirugía) [Revista de Internet]. 2010; 21:46-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-14732010000100006&script=sci_arttext&tlng=pt.
10. Rojas D G, Rodríguez V R, Durand C W, Vallejos T R, et al. Tratamiento endovascular con coil penumbra de un aneurisma grande del segmento oftálmico derecho. Peru and Neurosurgery on Project hope (Peru J Neurosurg) [Revista de Internet]. 2019; 14(1):21-4.
11. Aneurismas de arteria carótida interna extracraneal. Una patologia infrecuente de los tronco supraarorticos. [Página de Internet]. Tarragona: Elsevier; 2011. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-linkresolver-aneurisma-arteria-carotida-interna-extracraneal--S0213485311001046.
12. Gállego J, Herrea M, Navarro MC. Manifestaciones oftálmicas de la enfermedad cerebrovascular. Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Anales Sis San Navarra) [Revista de Internet]. 2008; 31(3): 111-26.

Capítulo 432

ENFERMERA EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA NEONATAL

YOLANDA MÉNDEZ PELÁEZ

1 Introducción

Se entiende por ventilación mecánica no invasiva (VMNI) aquella que permite la asistencia ventilatoria sin necesidad de invadir la vía aérea.

El uso de la ventilación mecánica no invasiva en las diferentes unidades de pediatría se ha ido incrementado en los últimos años, esto es debido a su facilidad de uso, es una técnica sencilla puede usarse en unidades de cuidados intensivos y en unidades de hospitalización, ya que hay una gran variedad de modos ventilatorios que no requieren la sedación, anestesia o intubación, de los pacientes. Su llegada ha condicionado un cambio radical en el manejo y control de las enfermedades respiratorias.

Su menor agresividad, su comodidad, su bajo coste y el menor número de complicaciones hace que cada vez sea más la terapia de elección en pacientes con graves problemas respiratorios. Su uso eficaz evita técnicas invasivas como la intubación que pueden alargar la estancia y los costes, y empeorar el pronóstico.

2 Objetivos

- Conocer las últimas evidencias científicas sobre los cuidados de enfermería recomendados en pacientes neonatales con ventilación mecánica no invasiva.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane, de la OMS y se utilizó el buscador Google Académico.

4 Resultados

Podemos definir los cuidados de enfermería en pacientes neonatales portadores de CPAP:
-Cuidados relacionados con el aparataje y la monitorización del neonato:
• Chequeo del ventilador.
• Monitorización básica basada en tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura y saturación de oxigeno.
- Preparación del material adecuado y cuidados de la interfase:
• Seleccionar el tamaño, el peso y el perímetro cefálico del neonato para una adecuada elección del tipo interfaz y del gorro.
• Cambios de interfase cada 4-6 horas.
• Evaluación de la piel para mantenerla íntegra, limpia y seca.
- Recepción del paciente y cuidados postural del neonato y evitar efectos adversos:
• Cambios posturales periódicos para aliviar la presión de la piel y evitar aparición de úlceras por presión (UPP).
• La posición de supino es la más recomendada por su fácil acceso y manipulación.
• La posición de prono es ideal cuando el paciente presenta inestabilidad respiratoria ya que disminuye las apneas y desaturaciones, mejoran la oxigenación y la perfusión pulmonar.
- Registro de toda la información en la hoja de evaluación de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

El éxito de la VMNI radica en su correcto manejo terapéutico y en la aplicación de cuidados enfermeros de calidad que permitan el desarrollo de la técnica por profesionales capacitados y actualizados en la terapia ventilatoria. Esto minimiza posibles errores y garantiza la total seguridad del menor.

La investigación y revisión bibliográfica son fundamentales porque revelan la importancia de la prevención como medida de actuación para evitar lesiones

cutáneas y aplicar de forma integral unos cuidados centrados en el desarrollo, mediante el uso de herramientas como las que determinan el riesgo de UPP y escalas validadas para el dolor.

6 Bibliografía

- RODRÍGUEZ, A. Ventilación mecánica no invasiva. MEDICRIT, 2004, vol. 1, no 5, p. 186-93.
- OREJÓNA, R. Uña, et al. Ventilación mecánica no invasiva. Rev. esp. anestesiol. reanim, 2005, vol. 2, p. 88-100.
- PARGA, Daniela, et al. Ventilación mecánica no invasiva en el manejo del estado asmático en pediatría. Archivos de Pediatría del Uruguay, 2017, vol. 88, no 5, p. 284-287.

Capítulo 433

SOBREINFECCIÓN DE LESIÓN INCISA EN MID POR COLONIZACIÓN DE ST. PYOGENES.

SARA CARMONA PERUYERO

FRANCISCO JAVIER SERRANO PALLARÉS

1 Introducción

Las lesiones incisas o traumáticas son una de las consultas más habituales tanto en atención primaria como en servicios de urgencias. Se trata de lesiones originadas por un agente externo, el cual produce una discontinuidad en los tejidos.

2 Objetivos

- Detectar de manera precoz los signos de infección en este tipo de lesiones, con el fin de iniciar el tratamiento pertinente lo antes posible, y evitar así, las posibles complicaciones que generen riesgo en el paciente.

3 Caso clínico

Varón de 36 años que refiere corte en MID hace 1 mes con cristales del suelo. Inicialmente se colocan puntos de sutura en su CAP. Tras 48 horas, aparición de signos de inflamación local con impotencia funcional, por lo que se decide cultivo de exudado de la lesión, donde se aísla E. Cloacae, iniciándose por tanto, antibioterapia V. O.

Al finalizar la pauta oral, reaparece sintomatología inflamatoria local acompañada de MEG, dolor en parte infralesional e hipertermia sistémica de 39 ° C. Es necesario retirar la sutura de la lesión e iniciar cura por segunda intención con apósito de hidrofibra de hidrocoloide. Dada la sintomatología y atendiendo al nuevo antibiograma (aislamiento de St. Pyogenes) se decide comenzar antibioterapia endovenosa, con resultados satisfactorios tras 7 días.

4 Discusión-Conclusión

La infección por St. Pyogenes es una patología poco frecuente que afecta a individuos jóvenes previamente sanos. Con el fin de disminuir los riesgos de complicaciones severas, se debe prestar especial atención a los signos y síntomas, e intentar realizar un diagnóstico precoz, para poder así, iniciar el tto correspondiente lo antes posible.

Conocer las características y el origen de este tipo de lesiones es de vital importancia para el correcto tratamiento inicial, evitando así, las complicaciones a corto-medio plazo. La cicatrización de las heridas se lleva a cabo tras un proceso biológico, en caso de verse afectado dicho proceso, la lesión no llegará a curarse de forma correcta. Es en este momento, cuando los microorganismos presentes en tejidos externos tienen acceso a tejidos profundos, produciendo así una colonización y sobreinfección.

5 Bibliografía

1. Gerokomos vol.24 no.3 Barcelona sep. 2013.
2. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HIGIENE. Estudio De Prevalenca De Las Infecciones Nosocomiales En España: Epine 2017.
3. T.L. Lamagni, J. Darenberg, B. Luca-Harari, T. Siljander, A. Efstratiou, B. Henriques-Normark, et al.
Epidemiology of severe Streptococcus pyogenes disease in Europe. J Clin Microbiol., 46 (2008), pp. 2359-2367.
4. ANDERSON DJ, SEXTON DJ. Antimicrobial Prophylaxis For Prevention Of Surgical Site Infection In Adults. Harris A, Baron El, Ed Uptodate. Waltham, Ma. Uptodate Inc.

Capítulo 434

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN RELACIÓN A DESHICENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA

PATRICIA TREJO PRADO

1 Introducción

Varón de 50 años con antecedentes personales de diabetes mellitus, se le ha intervenido de una revascularización coronaria tras presentar episodio de SCASEST con mala evolución debido, a la cirugía se le ha producido una dehiscencia esternal y osteomielitis que precisa de ser reintervenido para poner un VAC (terapia de presión de negativa).

2 Objetivos

- Presentar un caso de terapia de presión negativa en relación a deshicencia de herida quirúrgica

3 Caso clínico

Es intervenido inicialmente para la revascularización coronaria, cuya evolución se entorpece por presentar cuadro de insuficiencia respiratoria relacionado con un fallo cardíaco izquierdo, necesitando gafas nasales de de bajo flujo, con hipoventilación marcada. También se asocia a un mal control glucémico se cree que es debido a la infección que padece el paciente. En la herida quirúrgica de

la esternotomía el exudado es purulento, lo que se cree que esta relacionado con fiebres altas.

Se interviene para poner un VAC con aspiración para desbridar quirúrgicamente los planos afectados por esfacelos, lo que produce cifras mas bajas de temperatura gracias a desbridamiento y antibioterapia. Viene intubado bajo sedo-analgesia hasta estabilización.

Control glucémico que precisa a parte de la perfusión de insulina de base de bolos endovenosos.

Su diagnóstico principal es una Mediastinitis en el contexto de una dehiscencia esternal y ostomielitis.

Tras objetivar la deshicencia se decide hacer numerosas análisis y pruebas complementarias:
- Cultivo de HQ: proteaus mirabilis, enterococcus faecalis.
- TAC: demuestra separación de fragmentos de la esternotomía y hematoma que llega hasta tejido celular subcutáneo.
- Analítica: BoQ(hemoglobina 8,5, PCR 5,1mg/dl, glucemia de 300mg/dl), cuerpos cetónicos presentes en orina, hemograma(leucocitos 11800 de esos neutrófilos 8800).
- Radiografía ded toráx en el que se observa un leve derrame pleural.

En vista de la grave infección y sangrado debido a la deshicencia de la herida quirúrgica en la zona del esternón se decide comenzar con la terapia de VAC (Terapia de Presión Negativa)

Y tener reservado varios concentrados de hematíes en el caso de que las analíticas fueran reduciendo notablemente la hemoglobina.

Comenzar con antibióticos endovenosos de amplio espectro para cubrir al paciente hasta el resultado de los cultivos.

4 Discusión-Conclusión

- La reintervención, asociada a la sensibilidad recogida a los antibióticos pautados (linezolid y tazocel) lleva a la mejora del paciente. La terapia con el VAC le ha ido mejorando poco a poco con el paso de los días. También se ha realizado numeroso controles de la anemia con analíticas diarias ya que ha precisado de numerosas

transfusiones de hematíes. El objetivo según vaya reduciendo la infección es ir bajando paulatinamente la sedación.

- Terapia con el VAC: es una técnica estéril en la que cada cinco días se debe modificar el tamaño de apósito y volver a coger cultivos de la úlcera o en este caso herida quirúrgica.

5 Bibliografía

- https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/terapia-de-sistema-de-vacio-vac-enfermeria.
- https://www.nisainforma.es/terapia-vac.
- https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/resultados-y-valores-de-un-hemograma-12159.
- https://www.analisisdesangre.online/hemograma.

Capítulo 435

TERAPIA V.A.C. INDICACIONES, COLOCACIÓN Y CONSEJOS A LOS PACIENTES

MARÍA FERNÁNDEZ AGUIRRE

1 Introducción

El sistema de terapia de presión negativa es una alternativa de amplio uso en diversas especilidades y que se ha ido ampliando a medida que su uso se ha ido extendiendo. El sistema VAC (vacuum assisted therapy) ayuda a promover la curación de heridas de variada índole mediante la aplicación de presión negativa. De esta manera se utilizan niveles controlados de presión y succión que favorecen el desbridamiento y la vascularización de las heridas.

El aumento de la presencia de heridas complejas en pacientes, derivado de la edad cada vez más elevada de nuestros usuarios, así como la asociación de patologías diversas como diabetes, obesidad, cirugías, tratamientos con radioterapia… hace que sea necesario plantearse el uso de métodos como este, que disminuyan los tiempos de curación, sean sencillos de manejar y cómodos para los pacientes. Estos sistemas favorecen un entorno húmedo para la herida, aumentan el flujo sanguíneo, disminuyen el edema y la carga bacteriana, mantiene la temperatura, es decir, muchos factores que hacen que una herida esté en condiciones favorables para su curación.

2 Objetivos

Revisar las indicaciones, ventajas, desventajas y cuidados a la hora de instaurar y mantener las terapias de presión negativa en heridas de diverso origen.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de estudios que avalen el uso de estas terapias y protocolos de actuación ante ellos.

4 Resultados

El sistema de presión negativa es un sistema de curación no invasivo, activo que usa la presión negativa de forma controlada para favorecer la cicatrización de heridas crónicas y agudas. En ocasiones no se puede lograr la curación por diversos motivos, pero si se consigue disminuir en gran medida las complicaciones derivadas de las heridas. Entre las ventajas que podemos citar con respecto a la cura tradicional están: menor cambio de apósito (el VAC puede durar días mientras que hay curas húmedas que precisan cambios de hasta 3 veces al día). Se producen menos molestias en los cambios de apósito y es más difícil que se arrastre tejido de granulación, al contrario de la cura húmeda que a veces se elimina sin querer tejido sano. La terapia de vacío es bastante adaptable y fácil de mantener y aunque puede ser algo laboriosa, no es difícil de manejar.

Podemos citar como desventaja que el paciente debe llevar la bomba portátil (aunque tampoco suele ser de gran tamaño). El tema de los costes es relativo, ya que si bien el material es costoso, los pocos cambios que suele precisar y la mejoría de las heridas suelen hacerlo rentable. Con respecto al uso en heridas crónicas, como pie diabético, UPP…pueden verse muy mejoradas si están bien vascularizadas, de ahí que a veces sea necesario realizar pruebas vasculares si hay sospecha de alguna lesión. En úlceras por estasis venosas, donde hay exudado y edema la terapia no está indicada. Como contraindicaciones al uso de terapia de presión negativa encontramos heridas infectadas de manera continua (precisan antes tratamiento), heridas con tejido muy desvitalizado que precisan desbridamiento previo, lesiones malignas, alergia a algún componente, lesiones con isquemia y pieles muy frágiles, como destacables.
El sistema de terapia de vacío consta de una esponja de poliuretano porosa que se conecta a una bomba de vacío y se fija con un apósito adhesivo. En general

se usan presiones entre 75-175 mmHg. A la hora de realizar la cura o cambio de apósito, se procede en primer lugar a limpiarla herida, luego se recorta la esponja y se coloca, fijándola con un adhesivo y se hace un pequeño orificio para colocar el tubo que conecta con la bomba de vacío. Hay diversidad de opiniones acerca de cada cuánto cambiar el sistema, unos hablan de cada 48h y otros hablan de 2 cambios semanales (si la herida no precisa antes). Es importante no desactivar la presión durante más de dos horas al día.

A efectos prácticos es importante informar a los portadores de este sistema que el apósito es impermeable, por lo que se pueden duchar sin problema pero no sumergir ni remojar, que es importante no darle golpes, que se recomienda cargar la batería por la noche porque su duración es limitada y que el dispositivo debe permanecer por debajo del nivel de la herida y en vertical para favorecer el drenaje. Como signos de alarma para los pacientes cabe destacar la aparición brusca de dolor o mala tolerancia a la succión, olor o cambios en éste, sangre en los tubos o el sistema de recogida, irritación de la piel circundante o alarmas que no se consiguen eliminar.

5 Discusión-Conclusión

La terapia de presión negativa en el tratamiento de heridas de diverso origen, parece ser una manera rápida, cómoda, segura y sencilla de afrontarlas. Las conclusiones de muchos estudios y la confirmación en el día a día del trabajo de los profesionales con respecto a los resultados que se han obtenido y se siguen obteniendo confirma que si bien es un sistema de un coste elevado se ve compensado por otra parte con la disminución de las estancias hospitalarias para el tratamiento de heridas y la menor necesidad de hacer curas (con el menor gasto de material que conlleva), así como el hecho que a veces facilita intervenciones posteriores dado la buena calidad del lecho que prepara para otros procedimientos (véase en el caso de los injertos).

6 Bibliografía

- Enfermería y la terapia V.A.C. Revista científica de la sociedada española de enfermería de urgencias y emergencias. Nº29, enero-febrero 2013.
- Instalación del sistema VAC. Slideshare. 2014.
- ¿Qué evidencia hay de la terapia por vacío VAC en úlceras y heridas tórpidas?. Biblioteca virtual murciasalud. 2018.

- Recomendaciones cuidados de terapia presión negativa. Hospital Universitario Central de Asturias.
- Buendía Pérez J, Vila Sobral A, Gómez Ruiz R, Qiu Shao SS, Marré Medina D, Romeo M, Rodríguez-Losada Marco G, Aubá Guedea C, Hontanilla Calatayud B. Tratamiento de heridas complejas con terapia de presión negativa. Experiencia en los últimos 6 años en la Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España. Dic. 2011.

Capítulo 436

ELECCIÓN DE APÓSITOS PARA CURACIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS

TAMARA BELLOSO CUESTA

ALBA GONZÁLEZ DÍAZ

1 Introducción

La piel es un órgano delgado, clasificado como una membrana, la membrana cutánea. La piel es imprescindible para nuestro organismo. Sus funciones son:

- Constituye una barrera a los agentes externos: la piel impide la entrada de microorganismos, evita el contacto directo de los objetos con otros tejidos u órganos internos y previene que los productos químicos accedan a los mismos. Sin la piel, nuestro organismo se encontraría desprotegido.

- Contiene los receptores de las sensaciones: la piel es el órgano de la sensibilidad. A través de ella percibimos los diferentes grados de temperatura, lo que constituye un aviso que permite proteger a nuestro cuerpo del calor o frío que podría dañarlo. El tacto permite percibir, no solamente el calor o el frío, sino también la presión que los objetos ejercen sobre el organismo y multitud de sensaciones más, tanto placenteras como dolorosas.

- Regula la temperatura corporal: a través de las glándulas sudoríparas y de los capilares de la piel, el organismo regula la temperatura corporal. A grandes rasgos funciona así: cuando hace frío los capilares se contraen, llega menos sangre a la piel y se produce una pérdida menor de calor. Cuando hace calor, los capilares

se dilatan y las glándulas sudoríparas producen más sudor que sale a la superficie de la piel. El sudor se evapora y arrastra con el calor por lo que el cuerpo se enfría.

- Está compuesta por dos capas principales: una exterior, más fina, llamada epidermis y otra interna, más gruesa, denominada dermis. La epidermis celular es una capa epitelial, derivada de la capa germinal epidérmica del embrión.

La dermis más profunda es una capa de tejido conjuntivo, relativamente denso y vascular que puede tener más de 4mm de espesor en algunas zonas del cuerpo.

Debajo de la dermis se encuentra una capa subcutánea, laxa, rica en grasa y en tejido areolar a la que a veces se denomina hipodermis o aponeurosis superficial. El contenido graso de la hipodermis varia según el estado de nutrición, pudiendo superar en los sujetos obesos los 10 cm de espesor en algunas zonas.

- La piel forma una cubierta celular ininterrumpida por toda la superficie externa del cuerpo y se especializa para formar ciertos apéndices o anejos cutáneos: pelo, uñas y glándulas.

Una herida crónica es aquella que requiere para su cicatrización de períodos muy prolongados de tiempo, ya que cicatriza por segunda intención, en un complejo proceso que elimina y reemplaza el tejido dañado. Se considera que una herida se cronifica cuando no ha culminado el proceso de cierre de la misma en un período de 6 semanas.

Las heridas crónicas están siempre colonizadas o contaminadas por gérmenes, por lo que un adecuado manejo de la carga bacteriana influirá en una mejor evolución de la cicatrización y evitará la infección local.

Las heridas crónicas se diferencian de las heridas agudas, quirúrgicas, traumáticas, porque estas últimas cicatrizan por primera intención, mediante la superposición de planos, en un período comprendido entre los 7 y los 14 días. Algunas heridas agudas pueden cronificarse, es el caso de complicaciones como la dehiscencia de suturas, heridas que fistulizan o bien heridas con evolución tórpida.

Un apósito es cualquiera de los diferentes productos sanitarios empleados para cubrir y proteger una herida. La finalidad del apósito es la reepitelización del tejido dañado y en consecuencia la cicatrización de la herida. Para conseguir se deben de cumplir estos factores que promueven la cicatrización de las heridas:
- Un medio húmedo que favorezca la migración celular.

- Un pH ácido que dificulte la colonización bacteriana.
- Tensión superficial en oxígeno baja, que favorezca la revascularización.
- Un medio semioclusivo que favorezca la síntesis de colágeno y disminuya la inflamación.

2 Objetivos

Objetivo principal
- Definir los diferentes conceptos como los diferentes apósitos utilizados en la actualidad, analizando los problemas que surgen en la cura de las heridas crónicas, tomando como tema elemental el tratamiento de una herida.

Objetivos secundarios
- Estudiar cómo los cuidados de las heridas constituyen un fenómeno evasivo que contiene unos conocimientos que pueden proporcionar una base sólida para que el personal de enfermería los utilice de modo específico y particular para mantener la salud, realizando unas técnicas adecuadas, para evitar cometer errores y que se realice un tratamiento de calidad de las heridas.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica dentro de las principales bases de datos (Cuiden, Medline y Pubmeb), consultado diversas páginas web sanitarias y revisadas diversas guías y manuales; usando para ello las palabras clave: heridas crónicas, tratamiento, curación y apósitos.

El núcleo fundamental del estudio, basado en una revisión teórica, fue la recopilación de textos y artículos científicos mediante un método de análisis –síntesis, sobre la definición de las heridas y su tratamiento, seleccionando aquellos que describen o están vinculados con su manejo, analizando más profundamente las complicaciones que surgen en su curación, priorizando la elección de apósitos como tema principal.

4 Resultados

La presión capilar normal oscila entre 16 mm Hg en el espacio venoso capilar y 32 mm Hg en el espacio arterial capilar. Si se ejercen presiones superiores a éstas en un área limitada y durante un tiempo prolongado, se origina un proceso de

isquemia que si se prolonga en el tiempo ocasionará muerte celular. La respuesta orgánica para compensar esta situación es una vasodilatación o hiperemia reactiva (aspecto enrojecido) que conduce a una acumulación de catabolitos tóxicos en el tejido y a la aparición de edema e infiltración celular. La progresiva hipoxia produciría una muerte irreversible de las células de la piel con formación de necrosis. En 1990 Kosiak demostró que los factores tiempo y presión son inversamente proporcionales, es decir, niveles relativamente bajos de presión mantenidos durante un tiempo prolongado, pueden ocasionar daño en los tejidos. Demostró que una presión externa de 70 mm Hg mantenida durante dos horas podía ocluir el flujo sanguíneo produciendo hipoxia. La presión continuada de las partes blandas causa isquemia de la membrana vascular y consecuentemente vasodilatación de la zona, eritema, extravasación de líquidos e infiltración celular. Si este proceso no cesa, se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, lo que origina necrosis y ulceración de la piel.

El proceso de cicatrización es un conjunto de fenómenos fisiológicos, mediante los cuales, el cuerpo reemplaza los tejidos destruidos por otros de nueva formación, así como su funcionalidad.

Existen dos grandes tipos de cicatrización:
- La cicatrización por primera intención: heridas en las que se aproximan los bordes mediante alguna técnica de sutura o fijación.
- La cicatrización por segunda intención: heridas profundas en las que la pérdida de tejido es demasiado grande para aproximar los bordes.

Independientemente del tipo de herida de que se trate y de la extensión que abarque la pérdida de tejido, la curación de las heridas discurre en fases que se solapan en el tiempo y no pueden ser separadas entre sí, pero es necesario hacerlo teóricamente para facilitar su explicación. Las heridas crónicas van a cicatrizar por segunda intención. El proceso de cicatrización puede prolongarse durante largos periodos de tiempo, desde semanas hasta meses, e incluso años, de acuerdo con las condiciones especiales en cada situación.

1. Fase exudativa o de limpieza.
En la que se produce la coagulación, inflamación y limpieza de la herida. La finalidad de esta fase es la de limpiar y luchar contra la infección, eliminando las células y tejidos desvitalizados.
2. Fase de granulación.
En la que se produce la reconstrucción vascular, que va a facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al nuevo tejido, y que irá rellenando el lecho de la herida

para reemplazar el tejido original destruido.
El tejido de granulación es un tejido muy frágil, por lo que debemos ser cuidadosos a la hora de realizar la cura, evitando agresiones innecesarias.
3. Fase de epitelización.
Una vez el lecho de la lesión se ha rellenado con tejido neoformado, éste se va revistiendo de nuevo tejido epitelial, desde los bordes de la herida hasta recubrirla totalmente.
4. Fase de maduración.
Este nuevo tejido tiene una menor fuerza tensil y no presenta glándulas sebáceas. Esta fase puede durar hasta un año o más, nuestro objetivo es proteger la zona cicatrizal, ya que es muy sensible a las agresiones físicas y químicas.

Valoración inicial del paciente
1. Valoración de Enfermería.
2. Historia y examen físico completos.
Prestando especial cuidado en recabar la información:
- Enfermedades que puedan interferir en el proceso de curación: neoplasias, alteraciones metabólicas, respiratorias, cardiovasculares, etc.
- Nivel de conciencia y capacidad funcional: se valora la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria y el desempeño de roles sociales. Podremos utilizar las escalas de Barthel, Katz para valorar las Actividades Básicas de la Vida - Diaria (comer, vestirse, etc.) y la escala de Lawton y Brody para valorar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (preparación de la comida, responsabilidad respecto a su medicación, etc.).
- Edad avanzada: se producen alteraciones fisiopatológicas (epidermis más delgada, sequedad, pérdida de elasticidad, pigmentación, etc.) disminuyendo la función protectora.
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas.
- Tratamientos farmacológicos: AINES, radio/quimioterapia, anticoagulantes, corticoides…
- Hábitos de higiene: frecuencia, productos usados, etc. La higiene corporal no garantiza una piel saludable, pero en general la favorece.
3. Valoración nutricional.
La desnutrición es un factor de riesgo para la formación de heridas, especialmente en UPP, y que, en cualquier caso, retrasa la cicatrización de cualquier tipo de herida. Podemos diagnosticar la desnutrición a través de medidas antropométricas y determinaciones analíticas, como albúmina sérica, contaje linfocitario y proteinas séricas. La obesidad puede dificultar la cicatrización de ciertas lesiones, siendo responsable de dehiscencias de suturas. En este caso, la cicatrización se

ve retrasada por una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes al lecho de la herida.

Esta valoración, efectuada de modo sistemático, nos permite establecer objetivos y actividades para evitar y controlar posibles estados carenciales, así como monitorizar la evolución del estado del paciente.

Valoración de la herida
Los parámetros a valorar inicialmente son:
- Antigüedad de la lesión.
- Localización.
- Estadio/Clasificación.
- Dimensiones.
- Cavitación/Tunelización.
- Tipo de tejido del lecho de la herida.
- Estado de la piel perilesional.
- Cantidad y tipo de exudado.
- Signos clínicos de infección. Dolor.
- Tipo de desbridamiento.
- Cuidados locales.
- Periodicidad de las curas.

Preparación del lecho de la herida
El término preparación del lecho de la herida fue desarrollado por Vincent Falanga y Gary Sibbald. "La preparación del lecho de la herida se define como una forma de tratamiento global de las heridas que acelera la cicatrización endógena o facilita la eficacia de otras medidas terapéuticas". Es un proceso que elimina las barreras locales que impiden la cicatrización y que debe adaptarse a las necesidades de la herida.Falanga propone utilizar el esquema TIME (acrónimo inglés): T Control del tejido no viable. I Control de la inflamación y la infección. M Control del exudado. E Estimulación de los bordes epiteliales.
Limpiar las lesiones inicialmente y en cada cura. Utilizar como norma suero salino fisiológico. Usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera, así como para su secado posterior. Según evidencias científicas, la presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad o bien la que realizamos a través de una jeringa de 35 ml, a una presión de 2 kg./cm2, (dado que no esta comercializada en el mercado español, se puede utilizar la de 20 cc). Las presiones de lavado de la úlcera efectivas y seguras oscilan entre 1 y 4 kg./cm2 . No limpiar la herida con antisépticos locales. Todos son productos químicos citotóxicos para el

nuevo tejido y, en algunos casos, su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo.

Tipos de desbridamientos
Desbridamiento cortante o quirúrgico
Está considerado como la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo.
Se debe realizar por planos y en diferentes sesiones.

Desbridamiento químico (enzimático)
El desbridamiento químico o enzimático es un método más a valorar cuando el paciente no tolere el desbridamiento quirúrgico.

Es el método más selectivo, que utiliza compuesto elaborados con enzimas proteolíticas que eliminan el tejido necrótico.

Desbridamiento autolítico
Desbridamiento autolítico se favorecerá mediante el uso de productos concebidos en el principio de cura húmeda. Se produce por la conjunción de tres factores, la hidratación del lecho de la úlcera, la fibrinolisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados.

Signos de infección
Las fases que atraviesan las bacterias presentes en la herida son:
- Contaminación.
- Colonización.
- Colonización crítica.
- Infección.

Síntomas de infección local
- Inflamación (eritema, edema, tumor, calor).
- Dolor.
- Olor.
- Exudado purulento.

Síntomas secundarios
- Retraso en la cicatrización.
- Cambio de color del tejido de granulación.
- Olor anómalo.
- Aumento del exudado.

Elección del producto
La evidencia científica demuestra la efectividad clínica de la técnica de la C.A.H. frente a la cura tradicional, así como su mayor eficacia (coste/beneficio).

La Cura Seca o Tradicional es un método que consiste en mantener la herida limpia y seca para prevenir infecciones.

La Cura en Ambiente Húmedo, es un concepto que recibió un valor definitivo a través de los estudios desarrollados por Winter (1962), que venían a demostrar que el medio húmedo en el que se mantiene la úlcera favorece la migración celular, necesaria para la reparación de los tejidos, conllevando una curación más rápida y no dañando las nuevas células al retirar el apósito. Se basa en mantener un ambiente justo de humedad y temperatura en la herida que proporcione unas condiciones óptimas para el proceso de cicatrización.

Un apósito ideal debe:
- Ser biocompatible.
- Proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas.
- Mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel circundante seca.
- Mantener la temperatura corporal.
- Eliminar y controlar exudados y tejido no viable mediante su absorción.
- Dejar la mínima cantidad de residuos en la herida.
- Adaptarse a localizaciones difíciles.
- Ser de fácil aplicación y retirada.
- Los apósitos de gasa no cumplen con la mayoría de los requisitos anteriores.

Para evitar que se formen abscesos o se cierre en falso la herida, será necesario rellenar parcialmente, entre la mitad y las tres cuartas partes, las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda.
Será preciso elegir el apósito que permita un óptimo manejo del exudado, sin permitir que deseque el lecho de la úlcera, ni lesione el tejido periulceral.

Apósitos basados en la cura húmeda
Alginatos
Composición Son polímeros de cadena larga procedentes de las algas. Absorben el exudado, hidratándose, intercambiando iones de calcio por iones sodio y transformándose en un gel traslúcido. Éste crea un medio húmedo que favorece la cicatrización, a la vez que pueden retener gérmenes en su estructura. Precisan del

exudado para actuar. Tienen propiedades de hemostasia. Se retiran fácilmente de la herida. Requieren de un apósito secundario de fijación.

Hidrogeles
Composición Son compuestos formados por sistemas cristalinos de polisacáridos y polímeros sintéticos, con un contenido de agua del 70 al 90%. Favorecen la granulación y el desbridamiento por hidratación, por lo que pueden asociarse con medicamentos hidrosolubles. En utilización conjunta con la colagenasa, potencia la acción de esta última. No son adherentes, por lo que presentan una retirada sencilla e indolora, precisando de un dispositivo secundario de sujeción. Indicaciones Útiles en úlceras infectadas, en necrosis secas y en heridas en fase de granulación.

Hidrocoloides
Son compuestos de carboximetilcelulosa sódica (CMC). Pueden asociarse otros hidrocoloides como pectina, gelatina. Generalmente se añaden otras sustancias hidroactivas de condición absorbente y otras que le capacitan para adherirse. La presentación en placa está cubierta por una capa de poliuretano que le da la oclusividad u semioclusividad. Aporta un medio húmedo a la lesión, que favorece el proceso de cicatrización, ayudando al desbridamiento autolítico, facilitando la migración de las célula epiteliales, y permitiendo la retirada del apósito de forma no traumática, sin dañar el tejido neoformado. Además, ejercen una moderada absorción y retención del exudado, controlando la cantidad del mismo entre el apósito y la herida, creando un gel y un medio ligeramente ácido que le da carácter bacteriostático.

Poliuretanos
Formados por una lámina de poliuretano transparente. Planos, transparentes, autoadhesivos y elásticos (que favorecen la movilidad y comodidad del paciente). Crean una película protectora que aísla la herida del medio externo, pero no tienen capacidad de absorber el exudado. Útiles en prevención, protección ante la fricción, UPP en estadio I y heridas superficiales.

Apósitos de plata
Composición. Son productos bioactivos que contienen Plata en diferentes porcentajes. Propiedades efecto antimicrobiano o bactericida. La plata actúa bloqueando el sistema de obtención de energía de las bacterias que se encuentra en la pared celular, sin producir daño alguno a las células humanas. Hay evidencias científicas de que la plata es efectiva frente a un amplio espectro de gérmenes, incluyendo los multirrresistentes, no produce efectos secundarios, no interfiere

con antibióticos sistémicos y produce escasas resistencias.

Cadexómero yodado
Composición. Cadexómero (microesferas de almidón modificado), polietilenglicol y yodo. PropiedadesAbsorbe el exceso de exudado y de esfacelos, reduce los microorganismos sobre la superficie de la herida, transformándose en un gel blando y húmedo. Se usan en heridas que presenten esfacelos, exudado moderado o abundante. No utilizar sobre tejido necrótico seco. No sobrepasar los bordes de la herida. Retirar cuando la pomada cambie de color.

Apósito de silicona
Composición. Lámina de silicona con una red elástica de poliamida. Se retira con un mínimo de traumatismo y dolor. Precisa de apósito secundario. Presentación Tul no adherente y en placa (para evitar cicatrices queloides y mejorar resultados estéticos de cicatrices). Heridas en fase de granulación, piel deteriorada o frágil, quemaduras, fijación de injertos y heridas de la extremidad inferior.

Apósitos de ácido hialurónico
Composición. Ácido hialurónico como componente principal. Propiedades bioactivo, participa en el proceso de cicatrización. Presentación En apósitos, crema, gel y spray. Indicaciones Irritaciones y heridas cutáneas. Para cubrir heridas, agudas y crónicas, proporcionando un medio hidratado. Contraindicado en heridas infectadas.

Apóstos con carga iónica
Composición. Es un producto bioactivo que contiene iones de zinc, calcio y manganeso. Propiedades Los iones son liberados al lecho de la herida, favoreciendo la cicatrización en cada una de las fases.

Apósitos de colágeno
Composición. Productos bioactivos que aportan colágeno al lecho de la herida. Propiedades Estimula el crecimiento del tejido de granulación. Aceleran el proceso de cicatrización y regeneración de la herida. Úlceras que se encuentran en la fase de granulación y sin signos de infección.

Apósitos de miel
Composición. Oligoelementos + miel. Propiedades Regula la colonización bacteriana, estimula el crecimiento del tejido de granulación y acelera el proceso de cicatrizaciòn. Heridas contaminadas e infectadas.

Apósitos y geles salinos

Composición Productos que contienen ClNa en distintos porcentajes. Proporcionan un ambiente húmedo adecuado para la herida. Se debe proteger la piel circundante con productos barrera.

Apósitos de carbón activado
Composición Carbón activado. Útiles para el olor, en infecciones mientras hace efecto el antibiótico. No se deben cortar, ya que el carbón activado no debe entrar en contacto con el lecho de la herida. Úlceras infectadas y neoplásicas.

Película barrera
Película barrera libre de alcohol. Forma una película transparente sobre la piel y mucosas sanas o dañadas, ejerciendo una función de protección frente a fluidos corporales y productos adhesivos. Solución oleosa o en emulsión compuesta de ácidos grasos hiperoxigenados. Aumentan la tonicidad cutánea, mejoran la microcirculación y evitan la deshidratación de la piel.

Productos basados en ingeniería de tejidos
Estructuras cutáneas generadas por ingeniería, compuestas por fibroblastos, queratinocitos alogénicos neonatales. Producen factores de crecimiento y estimulan la angiogénesis.

Inhibidores de las proteasas 14
Son productos que actúan reduciendo la producción de las metaloproteasas en el lecho de las heridas.
El exudado de las heridas crónicas contiene elevados niveles de enzimas, entre ellas, las proteasas. Éstas, se combinan entre sí para formar un sustrato con elevada capacidad para degradar determinadas proteínas y factores de crecimiento celular, con el consiguiente enlentecimiento del proceso de cicatrización, al interferir en la reparación de la matriz extracelular.

5 Discusión-Conclusión

Existen numerosos factores, tanto generales como locales, que van a afectar al proceso de cicatrización como pueden ser la edad, fármacos, malnutrición, patologías asociadas, situación sociofamiliar, tratamiento inadecuado de la herida, etc. Una herida se reemplaza el tejido faltante por tejido cicatrizal, a través de diversos procesos interdependientes, como son coagulación sanguínea, inflamación y degradación del tejido desvitalizado, reconstitución vascular, formación del tejido de granulación, epitelización y maduración, dando lugar a las fases

del proceso de cicatrización.

Los apósitos o coberturas permiten aislar, proteger y optimizar el proceso de cicatrización si la adecuada elección de éste es capaz de brindar un ambiente óptimo necesario que preserve los principios fisiológicos básicos de humedad, calor, oxigenación y circulación sanguínea. Sin embargo, las heridas o úlceras que podemos encontrarnos son de muy variadas características: húmedas, secas, infectadas, no infectadas, necróticas, sucias, limpias, etcétera. Por ello, lo ideal es la adaptación del tipo de apósito a las características de la úlcera o herida.

La gran variedad de productos que ofrece hoy día el mercado para el tratamiento de las úlceras y heridas crónicas, obliga a los profesionales a conocer sus principales características e indicaciones, pero conviene decir de antemano que el conocimiento clínico del profesional y su experiencia son fundamentales para elegir un determinado producto.

6 Bibliografía

- Thibodeau/Patton. Enfermería Mosby 2000. Anatomía y Fisiología. Edición en Español, Madrid: Mosby/Doyma Libros, S.A. 1995.
- Soldevilla J. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. Grupo Masson. 4a Edición. Madrid. 1998.
- Martínez F, Soldevilla J, Novillo LM, Segovia T,. Prevención de Úlceras por Presión. En Soldevilla JJ, Torras JE (Eds). Atención Integral de las Heridas Crónicas. 1a Ed Madrid: SPA 1.

Capítulo 437

HISTERECTOMÍA: CONCEPTO Y TIPOS DE HICTERECTOMÍA.

LUCIA CORDOBA MURGA

1 Introducción

La histerectomía es la segunda intervención más frecuente en mujeres en edad reproductora, siendo la incidencia en el rango de edad de 45-64 años de un 20,1% en Finlandia, un 19,4% en Alemania, un 13,4% en Portugal y un 11,9% en España. En Estados Unidos, es una de las intervenciones ginecológicas más frecuentes, con casi 600.000 pacientes al año sometidos a este procedimiento. Existen diferentes tipos de histerectomía, que incluye la histerectomía total, supracervical o parcial y la radical (1).

Esta intervención quirúrgica puede realizarse por vía abdominal, vaginal, laparoscópica o robótica. Las causas que llevan a la extirpación del útero incluyen tanto enfermedades benignas como malignas. Los miomas sintomáticos y el prolapso de órganos pélvicos son las afecciones más comunes donde se indica la histerectomía, siendo también frecuente en hemorragia anormal, endometriosis, dolor pélvico crónico y neoplasias premalignas (2).

2 Objetivos

- Conocer el concepto de histerectomía, los diferentes tipos de abordaje quirúrgico y el proceso de recuperación.

3 Metodología

Para la recogida de información se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed y Clinical Key. En selección de artículos se han tenido en cuenta una antigüedad menos de cinco años, en español e inglés, adecuación del resumen con el contenido del tema y utilizando los términos MeSh «hysterectomy».

Además, se han utilizado revistas de ámbito ginecológico y obstétrico, bases de datos epidemiológicos sobre el cáncer, y libros de ginecología y fisiología femenina

4 Resultados

ANATOMÍA DEL ÚTERO.
Los órganos genitales internos femeninos incluyen la vagina, el útero, las trompas uterinas y los ovarios.
Dentro del caso que nos ocupa nos centraremos en la anatomía del útero. El útero en un órgano muscular hueco con forma de pera situado en la pelvis media. Su cuerpo descansa sobre la vejiga urinaria y el cuello uterino entre la vejiga y el recto. En la mujer adulta se encuentra en anteversión, con el extremo hacia delante en relación con el eje de la vagina y flexionado anteriormente en relación con el cuello uterino. La posición del útero cambia dependiendo de la plenitud de la vejiga y del recto.

Podemos dividir el útero en dos porciones principales:
- El cuerpo: ocupa los dos tercios superiores y tiene dos porciones; el fondo situado por encima de los orificios de las trompas uterinas, y el istmo que se define como la parte del cuerpo del útero relativamente contraída inmediatamente por encima del cuello uterino. Se encuentra situado entre las capas del ligamento ancho y es libremente móvil. Tiene dos caras, la cara vesical y la intestinal. En la parte superolateral, los cuernos uterinos encajan con las trompas uterinas.
- El cuello: ocupa la porción inferior del útero, es una zona estrecha que se continúa con la parte superior de la vagina. Está dividido en dos porciones, la porción vaginal y la supravaginal. Esta última está separada de la vejiga por tejido conectivo laxo y del recto posteriormente por el fondo de saco rectouterino. El ligamento del ovario se fija al útero posteriormente en la unión uterotubárica. El ligamento redondo del útero se fija en la zona anterioinferior a esta unión.

- La pared del cuerpo uterino posee tres capas: el perimetrio (túnica serosa externa), miometrio (túnica muscular media, es una capa gruesa que se distiende mucho durante el embrazo, en esta capa se localizan las ramas principales de los vasos sanguíneos y los nervios del útero), y el endometrio (túnica mucosa interna, que se destruye y se renueva en cada ciclo menstrual).

Irrigación: La irrigación proviene de las arterias uterinas (rama de la división anterior de la iliaca interna). Las venas uterinas discurren en el ligamento ancho, drenando en el plexo venoso uterino a cada lado del útero y la vagina, y estas venas a su vez drenan en las venas ilíacas internas.
Inervación: Proviene principalmente del plexo uterovaginal que se extiende hasta las vísceras pelvianas desde el plexo hipogástrico inferior. Fibras simpáticas, parasimpáticas y aferentes viscerales pasan a través de este plexo.
El útero es el órgano del embarazo y el parto. Pero como veremos a continuación, también tiene cierto papel en la función sexual de la mujer.

HISTERECTOMÍA.

La histerectomía es la resección quirúrgica del útero (3). Se trata de una cirugía mayor, que se usa para tratar muchos problemas médicos de las mujeres. Entre ellos se encuentran los siguientes (4):
- Fibromas uterinos (motivo más común por el que se realiza una histerectomía)
- Endometriosis
- Problemas de apoyo pélvico (prolapso uterino)
- Sangrado uterino anormal
- Dolor pélvico crónico
- Neoplasias premalignas
- Neoplasias malignas (cáncer de ovario, de útero o cuello)
- En algunos casos se debe de extirpar el útero tras el parto por una hemorragia puerperal exagerada

En España, el cáncer de cuerpo uterino está en el tercer puesto entre los más frecuentemente diagnosticados en 2015 con una incidencia de 6.160 casos. Relacionados con este órgano también encontramos el cáncer de cérvix con 2.399 casos y el cáncer de ovario con 3.228 casos por cada 100.00 personas al año.

Las tasas de mortalidad en España en 2014 por tumores que afectan al útero es de: 586 casos con una edad media de 64.35 en cáncer de cuello uterino, 1.126 con una edad media de 75.51 en cáncer de cuerpo del útero, de 2.185 con una edad media de 71.91 años en cáncer de útero (5).

En términos generales, la gran mayoría de las histerectomías se realizan para aliviar los síntomas de dolor, sangrado, o ambas cosas. De acuerdo con las estimaciones actuales los fibromas uterinos, el prolapso uterino, y la endometriosis son las indicaciones más frecuentes, representando el 70% de las histerectomías. Aproximadamente el 10% de las histerectomías en Estados Unidos se llevan a cabo en canceres malignos (6).

Esta intervención quirúrgica puede realizarse por vía abdominal, vaginal, laparoscópica o robótica. La elección de un acceso u otro depende de la anatomía uterina y de la pelvis, de las indicaciones quirúrgicas, la presencia o ausencia de alteración de los anexos, riesgos quirúrgicos, costes, la hospitalización, duración de la recuperación, calidad de vida tras el post operatorio y en muchos casos con la formación y experiencia del cirujano (2).

La extracción del útero quiere decir que la paciente no tendrá la posibilidad de quedarse embarazada. Por lo que se pueden probar medicamentos u otros procedimientos que si permiten quedarse embarazada en el presente o en un futuro próximo antes de hacer una histerectomía.

TIPOS DE HISTERECTOMÍA.

Existen diferentes tipos de histerectomía:
- Histerectomía total: se extrae completamente el útero además del cuello uterino. Después de extraer el cuello uterino, el cirujano sutura la vagina en la parte superior convirtiéndose en un tubo cerrado.
- Histerectomía supracervical (también llamada subtotal o parcial). Se extrae la parte superior del útero, pero se deja en su sitio el cuello uterino. Este tipo de histerectomía solo se puede realizar por laparoscopia o abdominalmente.
- Histerectomía radical: Esta es una histerectomía total en la que también se extraen los ovarios y las trompas (salpingooforectomía bilateral). Se podría recomendar si se diagnostica cáncer o se sospecha de este (5).

RECUPERACIÓN.

La hospitalización varía por lo general de uno a cuatro días. La duración dependerá del tipo de histerectomía que se haya realizado y de la vía de acceso que hayan utilizado, siendo la vía abdominal la que más días de hospitalización precisa. La recuperación de la función intestinal normal y la fiebre post operatoria suelen marcar la duración (2).

Se instaría a la paciente a que empecerá a caminar lo más pronto posible para

prevenir la trombosis venosa en las extremidades inferiores. También recibirá tratamiento médico para evitar la formación de coágulos. Los primeros días tras la cirugía es posible que se sufra dolor que será aliviado mediante analgésicos.

También es normal la aparición de sangrados y secreciones vaginales después de la cirugía que pueden ser paliados con toallas sanitarias.

Es importante seguir las recomendaciones médicas. No realizar grandes esfuerzos, pero procurar moverse con frecuencia en la medida de lo posible. Es beneficioso comenzar a caminar distancias cortas y poco a poco ir aumentando la distancia. No levantar grandes pesos hasta que el médico le diga, pero puede hacerlo. Durante las primeras 6 semanas no debe introducir nada dentro de la vagina. Esto incluye lavados vaginales, tener relaciones sexuales y usar tampones (5).

5 Discusión-Conclusión

La histerectomía es una de las intervenciones más realizadas a mujeres en edad fértil. Las causas de esta intervención son múltiples, pero la más frecuente son los fibromas uterinos. Existen tres tipos de histerectomía, la histerectomía total, supracervical y radical dependiendo de las estructuras extirpadas. Este desenlace supone un gran impacto para la salud de la mujer tanto físico como psicológico.

6 Bibliografía

1. Sobral Portela E. y Soto González M. Problemas sexuales derivados de la histerectomía. Clin Invest Gin Obst. 2015; 42(1):25-32
2. Schorge, J. (2000). Ginecología de Williams. 2nd ed. México: Grupo A - AMGH, pp.1045-53
3. Drake, R., Vogl, W. and Mitchell, A. (2015). Gray Anatomía para estudiantes. 2nd ed. Barcelona: Elsevier, pp.455-57
4. American College of Obstetricians and Gynecologics. La histerectomía. Patient Educacion. [Online]. Washington, DC; 2015 [Acceso 19 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.acog.org/-/media/Patient-Education-Pamphlets---Spanish/sp008.pdf?dmc=1&ts=20171208T1922068527
5. Seom.org. Las cifras del cáncer en España 2017. [Acceso 19 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf

6. Whiteman MK, Hill SD, Jamieson DJ, et al: Control de los pacientes hospitalizados por histerectomía en Estados Unidos, 2000-2004. Am J Obstet Gynecol 2008; 198:34
7. Margot R, Torres O. Histerectomía Abdominal. Servicio de Obstetricia y ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Granada; 2011.

Capítulo 438

ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La administración segura de medicamentos es una de las intervenciones enfermeras más habituales en el ámbito hospitalario. Es fundamental estandarizar las normas de su correcta realización, así como el procedimiento para la administración de medicamentos, asegurando así la calidad asistencial y la seguridad del paciente de forma eficiente.

La administración de la medicación debe realizarse a pie de cama, con el carro de medicación en la habitación o en la puerta de la misma y preparando la misma en el momento de su administración, comprobando el cumplimiento de los 5 pasos correctos:

1. Paciente correcto.
2. Medicamento correcto.
3. Dosis correcta.
4. Vía correcta.
5. Horario correcto.

Tras la administración de la medicación, el proceso deberá quedar firmado en la historia clínica informatizada del paciente por el enfermero responsable de

la administración, asegurando así la correcta administración y favoreciendo la seguridad de los pacientes.

Para administrar de una forma segura la medicación a nuestros pacientes debemos estandarizar las normas de su correcta realización así como el procedimiento para la administración de medicamentos, asegurando así la calidad asistencial y la seguridad del paciente de forma eficiente.

2 Objetivos

- Promover la correcta administración de los medicamentos para obtener mayor eficiencia.
- Registrar la administración de toda la medicación entregada en la historia clínica del paciente, disminuyendo así la impresión en papel de los tratamientos y favoreciendo la seguridad del paciente, sin dar lugar a extravío de documentación.
- Disminuir los factores y eventos adversos asociados a los errores en la administración de medicación.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en lengua española e inglesa endiferentes bases de datos como son Scielo, Medline, Índice Médico Español, PubMed, Dialnet.

4 Resultados

La seguridad de realizar una correcta administración de medicación se ha aumentado a raíz de la utilización de unos carros unidosis en los que se lleva un ordenador en la parte superior en el que podemos observar la historia del paciente al que le vamos a administrar la medicación.

Dichos carros están compuestos por:
• Cajetines de unidosis por cada paciente en los cuales viene toda la medicación que el paciente tiene pautada.
• Ordenador con acceso a la historia del paciente en la cual se registra la administración de la medicación, firmando la misma en el momento de la administración.
• Cajón inferior con todo el material necesario para la preparación de la medicación intravenosa (sueros, agujas, jeringas, sistemas de suero,…)

Lo más importante en todo momento es la comprobación de la correcta administración de la medicación, siguiendo siempre la regla de los 5 pasos (paciente correcto, medicación correcta, dosis correcta, vía correcta y horario correcto).

5 Discusión-Conclusión

Los errores de medicación y sus consecuencias negativas y los eventos adversos por medicamentos, constituyen un grave problema de salud pública, cuya prevención precisa la realización de prácticas estandarizadas y la participación e implicación de todos los profesionales.

Una de las bases principales para asegurar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes es la realización correcta de la administración de la medicación.

Para administrar de una forma segura la medicación a nuestros pacientes, debemos estandarizar las normas de su correcta realización así como el procedimiento para la administración de medicamentos.

Para ello es necesario implantar estrategias de seguridad del paciente, que se consiguen con la implantación en la gran mayoría de hospitales con el sistema de carros unidosis que se encuentran el las unidades hospitalarias.

6 Bibliografía

- E. Terol, Y. Agra, M.M. Fernández-Maíllo, J. Casal, E. Sierra, B. Bandrés, M.J. García y P. del Peso Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007.Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España.
- Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Boletines nº 24. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. ISMP-España. Mayo2007.
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe, Febrero 2006.Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Perry Potter. Enfermería Clínica. Técnicas y procedimientos.4ªed. Barcelona: Harcourt Brace. Mosby, 1999.
- Kozier B y otrtos. Técnicas en enfermería clínica. 4ªed.Madrid: McGrawHill. Interamericana. VolII.1999.

Capítulo 439

CUIDADOS ENFERMEROS A UN RECIÉN NACIDO SANO EN LAS PRIMERAS 48 HORAS DE VIDA

MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días. Esta etapa es la más importante por los constantes cambios que se presentan en el organismo del pequeño.

Los recién nacidos sanos, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de cuidados y procedimientos más o menos rutinarios, y una valoración cuidadosa de su estado general y de la correcta instauración de la alimentación

2 Objetivos

Los objetivos se consiguen gracias a la colaboración conjunta de los diferentes profesionales que se dedican al cuidado del recién nacido: pediatras, profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería .

- Ofrecer unos cuidados estandarizados al recién nacido sano.
- Definir los objetivos de los cuidados.
- Establecer procedimientos justificados, definidos, unificados y evaluables.
- Implantar un control de calidad y de mejora continua.

3 Metodología

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

4 Resultados

Durante las primeras 48 horas de vida de un recién nacido se llevan a cabo diferentes cuidados, entre los que se encuentran:
Verificar la identificación de la madre y el hijo.
Comprobar información acerca del estado de salud de la madre, así como de la evolución del embarazo y parto
Comprobar información acerca del estado y adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. Tras ésta el recién nacido permanecerá con su madre salvo que la situación clínica de alguno de los dos no lo permita.
Los recién nacidos deben ser pesados, tallados y medido su perímetro craneal, teniendo en cuenta que tanto el caput sucedaneum como la presencia de un céfalohematoma puede alterar la medición de este último. Se debe valorar inicialmente la frecuencia respiratoria (40-60 resp/min), frecuencia cardíaca (120-160 lat/min) y temperatura (en torno a 37 ºC).

No es preciso en un recién nacido tomar la tensión arterial, determinar el hematocrito o la glucemia si no presenta alteraciones de las variables anteriores, no es macrosómico o hijo de madre diabética y tiene buen color y perfusión.
El recién nacido se colocará en una cuna de colchón firme, sin almohada y en decúbito supino o lateral. Nunca en prono, y salvo que haya una causa médica que lo justifique (malformaciones craneofaciales, reflujo gastroesofágico patológico, etc).

Asimismo debe permanecer en la habitación con su madre el periodo de tiempo adecuado a su estado de salud y la capacidad de sus padres de cuidarlo. Es conveniente asistirlos para que este tiempo sea todo el día. Esto facilitará una mejor instauración de la lactancia materna y el conocimiento y contacto madre-hijo, permitiendo a la madre que aprenda a responder a las diferentes demandas de su bebé

Cuidados diarios:

1. Valorar diariamente la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. Si estos datos son normales y el neonato está asintomático es dudosa la utilidad de añadir la temperatura a esta valoración rutinaria. Consignar también la emisión de deposiciones y orina.
2. No es estrictamente necesario pesar a los recién nacidos sanos diariamente, es suficiente con el peso al alta o al 3º-4º día de vida para valorar el descenso de peso fisiológico que se produce en este periodo (habitualmente un 4-7 %, no debiendo exceder del 10-12 %).
3. El baño debe ser diario(11), con agua templada, preferiblemente por la madre, asistida si es preciso por personal apropiado. El cordón umbilical se lava junto con el resto, secándolo bien posteriormente. Esto se repite cada vez que se cambie el pañal si se ha ensuciado. El cordón se caerá entre los 5 y 15 días de vida y es conveniente seguir limpiando de la misma forma la herida hasta que esté bien seca. No se debe bañar a los recién nacidos hasta que hayan alcanzado la estabilidad térmica. Durante la estancia en la maternidad, la región perineal y las nalgas pueden ser lavadas con una esponja fina y agua sola o con un jabón suave cuando se cambie el pañal.
4. Como vestido los neonatos sólo requieren generalmente una camiseta de algodón o un pijama sin botones y un pañal. Las ropas de cuna (sábanas, cobertores, mantas, almohadas, etc.) deben ser suaves y sin aprestos ni costuras.
5. La alimentación del recién nacido constituye una de las actividades que más ocupa durante este período. Si no hay contraindicación, la forma preferible es la alimentación al pecho. Las mujeres deberían tomar la decisión del tipo de lactancia durante la gestación. Cuando deseen realizar lactancia materna, deberán ser apoyadas y animadas desde el mismo momento del parto. Empezarán tan pronto como sea posible y se evitarán los suplementos agua, sueros orales o fórmulas lácteas) que no sean estrictamente necesarios. La actividad de rutina de enfermería puerperal debe incluir la evaluación e instrucción de la técnica de lactancia realizada por personas capacitadas específicamente al efecto. Los diversos procedimientos a desarrollar para conseguir una promoción eficaz de la lactancia materna están recogidos en recomendaciones hechas en el ámbito internacional por la OMS.

Las mujeres que opten por la lactancia artificial no deberán sentir ninguna culpabilización inducida por el personal y recibirán el mismo grado de apoyo que las madres que lacten.

Cuidados al alta:

1. Verificar peso y porcentaje de pérdida respecto al peso al nacimiento, así como que ha orinado y defecado.
2. Exploración y valoración del recién nacido, haciendo hincapié en signos tales como ictericia, letargia, irritabilidad, dificultad respiratoria, cianosis u otras alteraciones en el color de la piel, hipotonía, hipertonía, succión pobre,etc.
3. Es imprescindible que a todo recién nacido se le realice la prueba de detección precoz de metabolopatías (fenilcetonuria, hipotiroidismo, etc.). Está indicada una vez bien instaurada la alimentación oral, generalmente a partir de las 48-72 horas y antes de los 7 días de vida, por lo que si es dado de alta precoz deberá hacerse constar que no se ha realizado la prueba y ésta debe realizarse entre los 5 y 7 días de vida.
4. Cribado neonatal de la hipoacusia. Dos técnicas electrofisiológicas, las otoemisiones acústicas (OAE) y los potenciales evocados auditivos de tronco son utilizados rutinariamente como pruebas de cribado, ambas son portátiles, automatizadas y baratas, haciéndolas adecuadas para el cribado de la hipoacusia. Las otoemisiones acústicas exploran el órgano auditivo periférico (hasta la cóclea), se deben realizar a todos los recién nacidos, aunque sean sanos. Tienen riesgo de hipoacusia los que tienen antecedentes de sordera familiar, infección TORCH durante la gestación, drogas ototóxicas durante el embarazo, etc.

Es deseable que esta prueba diagnóstica se extienda como cribado universal a todos los recién nacidos a fin de favorecer el diagnóstico precoz de la hipoacusia y minimizar sus consecuencias con el abordaje temprano del déficit

5 Discusión-Conclusión

Una buena realización de los cuidados al recién nacido, así como a la madre del mismo, nos ayuda a detectar de forma precoz posibles complicaciones que puedan ir surgiendo a lo largo de la estancia en el hospital.

Es muy importante que, cuando el recién nacido y la mamá se vayan de alta, en caso de que la alimentación sea la lactancia materna, esté lo más instaurada posible, y que la madre no se quede con ninguna duda al respecto.

Esto se consigue apoyándola en todo momento que ella nos lo requiera y prestándole toda la ayuda posible, para que ella se sienta segura a la hora de dar el pecho.

6 Bibliografía

- Keefer C. Cuidados del recién nacido sano. JP. Cloherthy , AR. Stark (eds). Manual de Cuidados Neonatales. Masson S.A. Barcelona. 1999
- Sielski LA. Initial routine management of the newborn. UpToDate 15.3. 2007
- Doménech E, Rodríguez-Alarcón J, González N. Cuidados generales del recién nacido a término sano. En De Guardia en Neonatología: Protocolos Y Procedimientos de los Cuidados Neonatales. M. Moro y M. Vento (eds). 2ª edición ERGON. Madrid. 2008
- American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum and follow-up care. In Guidelines for Perinatal Care (4th ed)Washington, DC: ACOG, 1997.
- Doménech E, Moro M, Manrique M, Morera C, Bixquert V, Suárez L (CODEPEH). Propuesta para la detección e intervención precoz de la hipoacusia infantil. An Esp Pediatr. 1999
- Grupo de trabajo de la SEN y SeMePe. Guía de Salud Materno-Neonatal. Sociedad Española de Neonatología. 1999.

Capítulo 440

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTQUIRÚRGICA

MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La realización del proceso quirúrgico conlleva unos cuidados mínimos para dar seguridad al paciente. El colectivo de enfermería va a ser un elemento clave en proporcionar esta seguridad, ya que la principal función de este colectivo es el cuidado.

El proceso quirúrgico está constituido por la fase perioperatoria, la cual consta de:
- Fase preoperatoria: recepción del paciente en el área quirúrgica.
- Fase intraoperatoria: se lleva a cabo el acto quirúrgico.
- Fase postoperatoria: despertar y seguimiento de los cuidados del paciente.

Nuestro trabajo se desarrolla centrándose en ésta última fase, donde el paciente permanecerá en la Unidad de Recuperación Postanestésica. Esta unidad se encuentra ubicada dentro del área quirúrgica, próxima a los quirófanos, en la cual el tiempo de estancia de los pacientes puede oscilar desde los 30 minutos a las 5 ó 6 horas aproximadamente.

Enfermería, en las Unidades de Recuperación Postanestésica, proporciona unos cuidados y una estricta vigilancia de corta duración, con el objetivo de asegurarles una evolución postanestésica y postoperatoria rápida, con la finalidad de

prevenir la aparición de incidentes o complicaciones. La clave de estos cuidados, se basa en el reconocimiento y la actuación inmediata, junto con la observación y monitorización exactas, del tratamiento y del proceso que se deriva de este.

2 Objetivos

Objetivo principal

- Conseguir un buen registro que nos permita prevenir, detectar y comunicar los posibles cambios que presente el paciente durante su estancia en la unidad de recuperación postanestésica.

Objetivos secundarios

- Emplear el proceso de atención de enfermería estableciendo procedimientos adecuados, según cirugía y técnica anestésica utilizada.
- Conseguir mayor nivel de confort.
- Establecer una comunicación eficaz entre los diferentes profesionales.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en lengua española e inglesa en diferentes bases de datos como son Scielo, Medline, PubMed, Dialnet, Índice Médico Español, etc.

4 Resultados

Un buen registro del trabajo realizado en estas unidades debe incluir los siguientes parámetros:

- Identificación del paciente.
- Fecha y hora de recepción.
- Diagnóstico.
- Tipo de cirugía.
- Tipo de anestesia
- Registro de constantes vitales.
- Valorar la permeabilidad de las vías respiratorias y la necesidad de aspiración.
- Valorar el estado respiratorio general: profundidad, ritmo y características.
- Controlar la diuresis.
- Valorar la necesidad de sondar al paciente si la vejiga está distendida y si no orina en las 6-8 horas tras la cirugía.
- Controlar las deposiciones.

- Realizar una valoración neurológica cada 15 minutos, para comprobar las repuestas sensoriales, motoras y el nivel de consciencia.
- Control de glucemia capilar si fuera necesario.
- Observar la aparición de náuseas y vómitos y en caso de que así fuera realizar las pautas necesarias para la remisión de los mismos.
- Observar el estado de la piel en cuanto a temperatura y color.
- Valorar y controlar los apósitos quirúrgicos, drenajes, catéteres y vendajes, si los hay.
- Controlar las pérdidas de líquidos por cualquiera de las vías de salida (apósitos, drenajes, sondas, etc.).
- Valorar y paliar la presencia de dolor. (Uso de la escala de valoración EVA).
- Anotar la medicación pautada y/o administrada.
- Controlar los efectos de la medicación administrada.
- Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite la ventilación.
- Mantener informada a la familia.

5 Discusión-Conclusión

El paciente, en el postoperatorio inmediato, necesita de unos cuidados específicos que le debe de proporcionar el personal de enfermería de las Unidades de Recuperación Postanestésica debidamente formado y preparado para trabajar en estas unidades y saber reaccionar ante las posibles complicaciones que puedan surgir.

Con el fin de conseguir una máxima calidad del trabajo, es imprescindible la estandarización de los cuidados, ya que permitirá, por una lado, una mejor atención integral del paciente y, por otro lado, una claridad en la definición del registro y una óptima comunicación entre el equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

- Recomendaciones y estándares para el cuidado postanestésico inmediato y el funcionamiento de la unidad de recuperación anestésica .Rafael Villavicencio. Articulo de revisión 1996.
- Toledano Blanco R, Pérez Jiménez S. Actualizaciones de los cuidados de enfermería en la unidad de reanimación postanestésica. Biblioteca Lascasas, 2009 5(1). Disponible en: http://www.indexf. com/lascasas/documentos/lc0394.php

- Practice Guidelines for Postanesthetic Care.An Updated Report by the American Society of. Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care.
- Cuidados posanestésicos Dr. Mikel Batllori Gastón, Dr. Miguel Brunner y Suddarth, Enfermería Medicoquirúrgica. Suzanne C. Smeltzer y Brenda G. Bare. Vol 1 Capitulo 20. Decima Edición 2005.
- J. Canet, C. Gomar, A. Castro, A. Montero. Encuesta sobre las funciones de enfermería en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor en Cataluña. Análisis de la situación actual. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2006; 53: 337-345.
-Enfermería UA0812. [sede Web]. Valencia. [actualizado 12 de diciembre de 2009; acceso 14 de enero de 2010]; cuidados postoperatorios. Disponible en:http://enfermeriaua0811.wetpaint.com/page/CUIDADOS+POSTOPERATORIOS.

Capítulo 441

CAÍDA DE FÚTBOL

FLOR AIDA VALBUENA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La practica del deporte está ampliamente recomendada, aunque ha de remarcarse que algunos deportes, en los que hay mayor contacto físico, implican un mayor riesgo de sufrir una lesión musculo esquelética por un traumatismo accidental en el transcurso de la práctica deportiva.

Las lesiones más habituales en fútbol son las roturas musculares, esguince de tobillo, rotura de ligamento cruzado, tendinopatías y pubalgias. Aún así al haber contacto físico pueden darse diversas lesiones incluyendo las fracturas post traumáticas.

2 Objetivos

- Conocer el caso y valorar la situación para realizar el tratamiento más adecuado a la patología presentada.

3 Caso clínico

Mujer de 37 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias remitida desde mutualidad de futbol por caída accidental con traumatismo sobre clavícula derecha mientras jugaba a fútbol. Desde el momento de la caída refiere intenso dolor e impotencia funcional de MSD.

Antecedentes personales:

No antecedentes quirúrgicos de interés.
No antecedentes médicos de interés.
No presenta alergias medicamentosas conocidas.

Exploración física:
Se observa deformidad importante y tumefacción a nivel de región clavicular derecha.
Hematoma a dicho nivel.
Dolor espontáneo y a la palpación de la clavícula derecha, palpándose la zona de fractura.
Signo de tecla positivo.
Neurovascular distal en orden.

Pruebas complementarias:
Radiografía de clavícula derecha: fractura desplazada de tercio externo de clavícula.

Impresión diagnóstica:
Fractura de tercio externo de clavícula derecha.

Tratamiento y recomendaciones:
Inmovilización mediante vendaje en ocho por enfermería, con control radiológico posterior satisfactorio.
Mover frecuentemente los dedos de la mano derecha. Educación para portador de vendaje en 8 por enfermería de urgencias.
Hielo local cada 8 horas.
Ibuprofeno 600mg, un comprimido cada 8 horas.
Revisión en consultas externas de traumatología en 15 días.

La paciente realiza las revisiones indicadas por el traumatólogo deportivo de la mutualidad y tras 4 meses indica nueva radiografía:

Diagnóstico:
Pseudoartrosis de clavícula- hombro derecho.

Plan de cuidados:
Intervención quirúrgica el 18 de mayo (4 meses tras la fractura) practicando una reducción abierta y síntesis con placa y 5 tornillos.

Recomendaciones:
Nolotil cada 8 horas si dolor.

Curas locales de herida quirúrgica por su enfermera.
Brazo en cabestrillo.
Revisión en consulta de traumatólogo en 10 días.
Tras la revisión se decide la realización de 15 sesiones de fisioterapia, tras las cuáles causa alta médica.

4 Discusión-Conclusión

En la practica de un deporte como el fútbol pueden presentarse traumatismos, como una fractura de clavícula, por ejemplo. Cabe reseñar la importancia que tiene una reducción de la fractura con vendaje en 8 para paliar el dolor sufrido a causa de ésta y la gran importancia de las consultas de revisión posteriores dónde se comprueba que la paciente precisa de una intervención quirúrgica para la resolución de su lesión.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- https://medlineplus.gov/spanish
- https://scholar.google.es/scholar

Capítulo 442

PARTO DESARROLLADO DE FORMA AUTÓCICA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

FLOR AIDA VALBUENA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El embarazo es un estado fisiológico de la mujer en edad fértil. Se inicia con la fecundación e implantación del embrión en el útero y termina en el momento del parto. El parto es el momento en que el feto y la placenta salen al exterior desde el útero de la madre. El objetivo es un recién nacido y madre sanos.

El parto puede ser eutócico: aquel que transcurre de manera normal sin necesidad de intervención médica, es decir, natural y por vía vaginal y el parto distócico cuando alguna situación obliga al uso de instrumentos por parte del personal sanitario para poder obtener un RN sano y una madre sana.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene unas recomendaciones para conseguir este fin, interfiriendo lo menos posible en el parto y en las horas posteriores del recién nacido y madre.

En ocasiones durante el parto surgen circunstancias que hacen que no pueda desarrollarse de forma autócica y deba realizarse una cesárea. Los cuidados post cesáreas no tienen porque interferir en las recomendaciones de la OMS para las horas posteriores al nacimiento, estas recomendaciones mejoran la recuperación materna, el vínculo materno filial y la lactancia materna precoz.

Vemos como en este caso el mero hecho de haber nacido mediante cesárea genera el ingreso de RN en la Unidad de Neonatología, retrasando el piel con piel, la lactancia materna precoz, interfiriendo la lactancia con oferta de un chupete y de biberón de leche artificial, así como realizándole un baño con agua, jabón y colonia que no está recomendado en las primeras horas, y que además no se consultó con las madres en ningún momento.

2 Objetivos

- Conocer el caso y valorar la atención recibida para poder mejorar en los cuidados perinatales si así fuera necesario.

3 Caso clínico

Gestante de 28 años con grupo sanguíneo A, Rh (+).
Antecedentes familiares: Madre ACV hemorrágico en 2004, Abuelo paterno cardiopatía (fallecido de IAM a los 71 años). Hipercolesterolemia en familia paterna. Dos tíos maternos fallecidos de cáncer.
Antecedentes personales madre: Neumonía vírica con 14 años que preciso ingreso de 10 días, Endometriosis severa. Anexectomía derecha por laparotomía. FIV con aportación de ovocitos de su cónyuge de 34 años.
Antecedentes obstétricos: G1.C0.P0.A0

Acude a este centro hospitalario Para control de gestación, siendo el diagnóstico tras la exploración de urgencias: Preparto.
Juicio diagnóstico: Gestación de 41 semanas y 5 días, Ecográficamente feto macrosómico (la paciente quiere intentar parto vaginal)

Antecedentes personales del RN: Gestación por FIV (donación de ovocito de su pareja), serologías: rubeola inmune, toxoplasma inmune, LÚEs , VIH y VHB negativos. Cultivos SGB: negativos. El parto se inicia mediante inducción con oxitocina IV. Amniorrexis a las 11 horas, líquido amniótico claro, epidural a las 14:30 EL parto termina el día 23/03/2010 a las 22:35 horas mediante cesárea por fracaso de la inducción.
Se obtiene recién nacido hombre de 3920 grs. Extracción con ventosa. Apgar 9/10 y grupo sanguíneo O Rh (+). No precisa reanimación. Micción del RN intraparto, se administró vitamina K 1 mg IM y profilaxis ocular. Lactancia: materna . Por protocolo se ingresa en neonatología mientras la madre pasa a reanimación.

Motivo de ingreso en neonatología: RN varón que ingresa procedente de quirófano de partos para observación por cesárea.

Exploración física del RN:
Somatometría del recién nacido: Peso 3920 grs, longuitud 54 cm, perímetro cefálico 37 cm
Activo, reactivo. Buen aspecto y color. Tono y reflejos normales. Cráneo normoconfigurado. No signos de distrés respiratorio. Auscultación cardio pulmonar: no soplos, nbuena entrada aérea. Pulsos palpables simétricos normales. Abdomen blando, depresible, no se palpan masas ni megalias. Genitales masculinos con testes en bolsas. Medios oculares anteriores transparentes. Caderas estables. Resto de exploración aparentemente normal.
Evolución: Sin incidencias durante su estancia en la Unidad. Termorregulación normal, glucemias capilares normales. Recibe primera dosis de vacuna antiVHB. Se le realiza baño, toma de biberón de fórmula, se oferta chupete. Pasa a la unidad de maternidad tras 12 horas de observación con exploración al alta satisfactoria.
Diagnóstico: RN varón a término, RN de riesgo por cesárea.

4 Discusión-Conclusión

Madre y RN estuvieron separados durante 12 horas, cuando no habría sido necesario de tener un protocolo actualizado a las últimas recomendaciones de la OMS, lo que habría facilitado la lactancia materna y el apego madre-hijo.

5 Bibliografía

- https://es.cochrane.org/news/evidencia-cochrane-en-la-nueva-gu%C3%ADa-de-la-oms-de-atenci%C3%B3n-intraparto
- https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4226888

Capítulo 443

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO EN ESTADO CRÍTICO Y APOYO A SU FAMILIA.

SARA RODRIGUEZ PEREZ

CRISTINA GÓMEZ VILLABRILLE

LEILA SATOUR EL HAMMOUTI

RAQUEL GARCIA GUTIERREZ

1 Introducción

La neonatología es una disciplina de la medicina descrita por primera vez en 1960 por
Alexander Schaffer, que se encarga del cuidado del Recién Nacido (RN) desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida 1 .

Resulta de la unión de otras especialidades como la obstetricia, la pediatría y la fisiología (Avery
2001) y ha conseguido evolucionar en gran medida en los últimos años gracias a los avances tecnológicos y a la investigación científica que se ha llevado a cabo en esta área. Dicha evolución se hace visible con el aumento de la supervivencia de RN prematuros extremos o con otras patologías 2 .
El Instituto Nacional de Estadística (INE) recoge en la estadística de nacimientos, los que tienen lugar en España cada año y elaborandose gracias a los Registros

Civiles que se llevan a cabo después del parto. La tasa de natalidad en España ha ido disminuyendo en los últimos años, llegando a ser el último dato recogido de 9,10 (expresado en tanto por mil) en el 2013 3 .

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil neonatal, también ha disminuido en los últimos años, quizás por los grandes avances previamente nombrados en neonatología. El último dato recogido data del 2013 con un 1,88 (expresado en tanto por mil) (INE)

Según las estadísticas, la mayoría de los RN, en el momento de su nacimiento, no requieren ningún tipo de ayuda para adaptarse a la vida extrauterina. Durante las primeras 4-6 horas de vida sufren gran cantidad de cambios fisiológicos para adaptarse al medio y todo el personal sanitario, concretamente el personal de enfermería debe valorar y procurar que estos cambios tengan lugar con normalidad 4 .
Sin embargo, un pequeño porcentaje de RN, no es capaz de realizar este periodo de transición con normalidad y necesitan una serie de cuidados especializados (Rosario R) . Necesitan estos cuidados, RN que hayan perdido el bienestar fetal por diversas causas (partos difíciles, aguas meconiales, vuelta de cordón umbilical…), niños deprimidos por la anestesia administrada a la madre en el momento del parto, cardiópatas y otras patologías congénitas, prematuros.

Dependiendo de la gravedad, se valorará su ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) donde se les prestará una atención y unos cuidados continuados que serán vitales para su supervivencia (Rosario R 2015). Los RN que precisan cuidados intensivos después del nacimiento, se denominan recién nacidos de alto riesgo. A estos pacientes les caracteriza una inestabilidad fisiológica y/o hemodinámica como consecuencia de afecciones congénitas, alteraciones metabólicas, prematuridad, asfixia perinatal o problemas durante el embarazo 5.

Para una adecuada atención a los RN de alto riesgo, no solo se deben tener en cuenta las características del parto y las posibles complicaciones que hayan podido surgir, sino que también es fundamental conocer el estado de la madre durante el embarazo (Tamez R 2003). Además de tomar decisiones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas, los profesionales de enfermería deben tener en cuenta aspectos éticos a la hora de decidir, que se complican aún más cuando los pacientes son niños 6 . En Neonatología es frecuente enfrentarse a difíciles decisiones desde un punto de vista ético. Sin embargo, no existe ninguna normativa de actuación en estas situaciones, ni a nivel de Códigos Deontológicos ni a nivel de manifestación de principios por parte de la Sección de neonatología 7.

En neonatología, la labor de las enfermeras va más allá de la atención al RN, ya que dentro de los cuidados que se prestan a los niños, el personal de enfermería debe tener presente el binomio padres-niños/as, satisfaciendo también las necesidades de los progenitores e integrándoles en los cuidados de su hijo/a en la medida de lo posible 8.

Un nacimiento siempre supone un cambio importante para los progenitores, generándoles incertidumbre y ansiedad, sentimientos que se agravan aún más cuando su hijo es considerado RN de alto riesgo (Eunice D 2002).

Se ha elegido este tema para la realización de este Trabajo Fin de Grado (TFG) con el objetivo de destacar la importancia que tienen las enfermeras en el cuidado de este tipo de pacientes y en el apoyo a sus familiares dentro de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) (EuniceD 2002). Con ello se pretende resaltar el papel que el personal de enfermería desempeña y las intervenciones que llevan a cabo para conseguir el correcto desarrollo de los recién nacidos de alto riesgo.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer el papel de la enfermera en el cuidado al recién nacido en estado crítico y el abordaje a sus familiares.

Objetivos específicos:
- Definir el concepto de neonatología y de Recién Nacido de riesgo
- Describir las principales causas que llevan al recién nacido a ingresar en una unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN).
- Desarrollar los procedimientos y cuidados generales que la enfermera debe llevar a cabo en la UCIN desde el momento del ingreso hasta el alta en la unidad en función de las necesidades del paciente.
- Destacar la importancia de la enfermera en la relación terapéutica de ayuda a los padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN y cómo debe llevarse a cabo ésta.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica realizando una búsqueda rigurosa en diferentes fuentes de información.

Los términos empleados para la búsqueda han sido DeCS, MesH y lenguaje libre para buscar en las distintas fuentes de información. Todas las palabras utilizadas han sido comprobadas previamente en la página Web de Descriptores en Ciencias de la Salud (en el caso de los DeCS) y en la página web de PubMed (en el caso de los MesH). Los términos utilizados son:

- DeCS (Descriptores en ciencias de la salud): enfermería neonatal, enfermedad crítica,
ética, neonatología, cuidado intensivo neonatal, padres, enfermería, recién nacido.
- MesH (MedicalSubjectHeadings):criticalcarenursing, newborn, neonatal nursing, criticalillness, neonatology, intensivecareunits, neonatal.
- Términos libres: comunicación con los padres, sano.

Las fuentes de información empleadas han sido:
Fuentes primarias:
Libros: "Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal: asistencia del recién nacido de alto riesgo", "Neonatología: fisiopatología y manejo del recién nacido",
"Neonatología", "Neonatología práctica"
Revistas: "Enfermería integral", "Revista del Hospital materno infantil Ramón Sardá"
"Revista CES medicina" "Revista Enferm IMSS", "Revista CONAMED" "Anales de pediatría"
Fuentes de datos secundarias consultando principalmente: i. Bases de datos: PubMed, Lilacs, Cinahl, Cochrane y Cuiden ii. Portal bibliográfico: Dialnet iii. Meta-buscadores: Google académico y Google books

Otras fuentes utilizadas b. Asociación Española de pediatría (AEP) c. Página Web del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias d. Sociedad española de neonatología e. Instituto nacional de estadística

Durante la búsqueda, las palabras clave han sido combinadas con el booleano "and" para que todas ellas aparecieran en los documentos encontrados y con el booleano "not" en los casos en los que quería excluir alguna de ellas para así restringir y/o acotar la búsqueda.
Se ha intentado limitar la búsqueda lo máximo posible, utilizando los filtros de los que dispone cada buscador como fecha de publicación (últimos 5 años), idioma (inglés, español y portugués) y texto completo.
Para seleccionar el material empleado en este trabajo se han seguido unos criterios de inclusión y exclusión.

Como criterios de inclusión:

1. Se ha tenido en cuenta que las palabras clave con las que se ha buscado estuvieran incluidas en el título o en el resumen de la publicación.
2. Se han seleccionado documentos que estuvieran orientados a la enfermería.
Como criterios de exclusión:
1. Se han descartado todas aquellas publicaciones que por su título o resumen, se consideraran innecesarias para cumplir con los objetivos de esta revisión bibliográfica.
2. Documentos de más de 10 años desde su publicación.

Una vez seleccionados los artículos encontrados se ha llevado a cabo una lectura reflexiva para adquirir unos conocimientos básicos sobre el tema elegido, tratando de sacar las ideas principales de cada uno y organizarlas en función de la estructura que llevará este trabajo para desarrollar los objetivos planteados.

4 Resultados

Se considera recién nacido o neonato a todo bebé hasta los 27 días después de su nacimiento ya haya sido por parto o por cesárea.
Un recién nacido puede considerarse sano cuando es a término (en la semana 37 de gestación o después) y su historia, examen físico y su adaptación son adecuadas.
Los RN que precisan cuidados intensivos después del nacimiento, los denominamos recién nacidos de alto riesgo. A estos pacientes les caracteriza una inestabilidad fisiológica y/o hemodinámica como consecuencia de afecciones congénitas, alteraciones metabólicas, prematuridad, asfixia perinatal o problemas durante el embarazo.
Para conocer cuáles son las necesidades de los RN y saber qué atención debemos prestarles es necesario llevar a cabo una clasificación: a. Según su peso de nacimiento (PN). Se considera solamente el peso, independiente de la edad gestacional.
-RN macrosómico: > 4.000g
-RN de bajo peso al nacer (RN BPN): < 2.500g
-RN de muy bajo peso al nacer (RN MBPN): < 1.500g
-RN de peso extremadamente bajo o diminuto: < 1.000g
-RN micronato o neonato fetal: 500-750g b. Según edad gestacional (EG). Considera solamente la edad gestacional y es independiente del peso al nacer.
-RN Pretérmino: nacido antes de las 38 semanas de gestación.

-RN a término: nacido entre las 38-41 semanas de gestación.
-RN postérmino: nacido en la semana 42 o después.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prematurez está fijada en la semana 37 basándose en que los RN entre 37-38 semanas, serían de bajo riesgo, especialmente en países en desarrollo, donde estos grupos se comportan como RN maduros y por lo tanto en principio no necesitarían atención especial.

- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN)
Una UCIN es un servicio hospitalario especial integrado en la mayoría de hospitales dentro del servicio de neonatología. Acoge a RN en estado crítico y presenta unas características físicas y de funcionamiento distintas a las que tiene el resto del hospital y unos protocolos específicos para la atención de este tipo de pacientes.

- Causas que llevan al recién nacido a ingresar en una UCIN
Existe un porcentaje de RN que no es capaz de superar el proceso de parto de forma natural por lo que requieren ayuda especializada. Los primeros minutos de vida de un
RN son muy importantes debido los cambios que experimentan y a la adaptación fisiológica a la que se enfrentan, por lo que es vital proporcionar una atención adecuada, integral y rápida en las UCIN.
Los criterios de admisión en una UCIN pueden variar de un hospital a otro, pero en todos se siguen más o menos las mismas recomendaciones. Los aspectos que se tienen en cuenta a la hora del ingreso en la UCIN tienen que ver con la edad de gestación, con el peso al nacimiento, con los distintos problemas que puedan surgir durante el embarazo o con los problemas que surjan durante o tras el parto.
Las causas o patologías más frecuentes que llevan a un RN a ingresar a en una UCIN son:
- Recién nacidos <34 semanas de gestación.
- Recién nacidos con peso <1800g.
- Hemorragia materna en el tercer trimestre del embarazo.
- Anomalías congénitas que requieran corrección quirúrgica y observación.
- Infecciones.
- Incompatibilidad Rh.
- Retraso en el crecimiento
- Hipoglucemia.
- Convulsiones.
- Consumo de drogas por parte de la madre (cocaína, heroína, etc.)

- Problemas respiratorios que requieran oxigenoterapia y/o ventilación artificial.
- Arritmias cardiacas.
- Apgar <5 a los cinco minutos de vida.

Se considera fundamental el trabajo en equipo y la coordinación de todo el personal sanitario a la hora de realizar el ingreso de un RN en estado crítico en la UCIN, priorizando en todo momento las intervenciones y cuidados que deben llevarse a cabo para no poner en peligro la estabilidad del RN. No solo el personal, sino también los recursos materiales deben de estar disponibles y funcionar correctamente para evitar retrasar las intervenciones.

- Protocolo de ingreso en la UCIN

Cuando un RN precisa ingreso en la UCIN, el personal de la Unidad debe de tener las competencias necesarias para aplicar al RN los cuidados que necesite, siguiendo siempre el protocolo establecido en la unidad. Los aspectos que el personal de enfermería debe controlar son los siguientes:

1. Elección del sitio de atención
2. Monitorización de constantes vitales
3. Asistencia a las constantes vitales alteradas
4. Conseguir estabilidad hemodinámica
5. Identificación del paciente
6. Iniciar una valoración de sus necesidades y cuidados para poder establecer unos objetivos alcanzables durante el tiempo que esté en la unidad.

- Cuidados generales de enfermería aplicados a los pacientes ingresados en la UCIN.

Los cuidados de enfermería suponen una prioridad en la atención de los recién nacidos, teniendo como objetivo principal de la práctica asistencial la estandarización de los cuidados y la atención individualizada.

Los cuidados de enfermería cobran gran importancia, puesto que contribuyen a un desarrollo favorable de los recién nacidos, tanto a nivel físico como neurológico. Algunos de los cuidados más importantes son: el lavado e higiene de manos para la prevención de las infecciones nosocomiales, la higiene del RN, el control térmico, el vestido del RN, la alimentación y los cuidados centrados en el desarrollo. Estos últimos contribuyen a que todos los demás se realicen correctamente y tengan resultados positivos.

- Contacto piel con piel (Método canguro):

El contacto piel con piel o método canguro, consiste en colocar al RN en contacto

piel con piel con la madre, en posición vertical sobre la región torácica, entre las mamas.
Para que este método sea bien aceptado y tenga resultado positivos, se recomienda que tanto el personal médico como el personal de enfermería tengan toda la información sobres los beneficios de esta técnica. A pesar de las recomendaciones y los consejos que los profesionales puedan darle a las madres, está en ellas la decisión final de realizar o no este cuidado.
Dicho método posee grandes beneficios tanto para la madre como para el RN. En el RN, consigue mantener estable la temperatura corporal y una mejor oxigenación durante el procedimiento, les proporciona ciclos regulares de sueño profundo, consiguen un aumento de peso corporal más rápido, disminuye los periodos de agitación y llanto y hace que mantengan periodos de alerta más prolongados e interactivos.
Algunos de los beneficios para las madres es que consiguen aumentar la producción de leche materna, aumenta el periodo de amamantamiento, sirve para tranquilizarlas y equilibrarlas emocionalmente, les devuelve el sentido de control y la confianza en su capacidad para cuidar a su hijo y consigue quitarles el miedo y la inseguridad.
Para llevar a cabo este método es importante que los padres estén motivados e informados, y que los RN permanezcan estables. Hay circusntancias que impiden la realización del Método canguro como por ejemplo: niños con peso <1000g, con un catéter central no umbilical, con catéter umbilical arterial, con catéter umbilical venos, intubado o niños con CPAP con cánulas nasales.

- Relación de ayuda a los padres durante el proceso de hospitalización:
En un principio, todos los cuidados y avances en neonatología iban centrados a la atención de los recién nacidos, dejando de lado los aspectos psicosociales que afectan a la familia .
Actualmente se ha demostrado la necesidad de brindar apoyo y prestar ayuda a los padres de recién nacidos ingresados en la UCIN, puesto que es una situación que genera en ellos temor, angustia y ansiedad.
Los profesionales que trabajan en la UCIN tienen como labor guiar e informar a los padres para que establezcan una relación adecuada con sus hijos y así puedan superar con éxito una situación tan estresante como es la hospitalización. Los cuidados centrados en la familia permiten a los padres participar activamente en el cuidado de los RN hasta el momento del alta y en otros casos favorecen un mejor afrontamiento de la enfermedad o incluso de la pérdida de sus hijos.
Son muchos los factores que provocan alteraciones en los padres como factores auditivos y visuales, el aspecto y el comportamiento de su hijo/a, los tratamientos

médicos, la pérdida del rol parental o la separación padres-hijo que supone la hospitalización.

Por todo ello las enfermeras deben llevar a cabo distintas estrategias que tengan como fin disminuir el temor y la ansiedad generado en los padres ante esta situación, como por ejemplo ofrecer unas condiciones mínimas de confort el tiempo que estén en la unidad, tratando de responder a sus preocupaciones y ofreciéndoles información en todo momento a cerca del estado de salud de su hijo, de los tratamientos y de los equipamientos utilizados.
Otro aspecto importe que las enfermeras deben tener en cuenta, es la inclusión de los padres en los cuidados de sus hijos. Para ello, en varios hospitales españoles, se está llevando a cabo el programa "Puertas Abiertas", que permitirá a padres o tutores legales acceder a la Unidad y permanecer en ella las 24h del día, teniendo como objetivo propiciar el contacto de los padres con sus hijos RN y humanizar el servicio al máximo.

Algunas de las intervenciones de enfermería que se deben llevar a cabo durante la hospitalización para el establecimiento del vínculo padres-hijo son:

- Promover y mantener un sentimiento de acogida a los padres.
- Comunicarse con los padres y tranquilizarles haciéndoles saber que todo el equipo esta a su disposición y la de su hijo.
- Mostrarse disponible para responder a todas las preguntas que se les planteen incluso aunque las preguntas sean repetitivas.
- Animar a los progenitores para que toquen a su hijo, enseñándoles cual es la forma más correcta de hacerlo sin alterar el estado del neonato.
- Involucrar a los padres desde un primer momento en los cuidados básicos (cambio de pañales, higiene corporal, alimentación…)
- Enseñar a los padres a reconocer las distintas formas que tiene el RN de expresarse (identificar gestos, posiciones…)
- Facilitar las visitas con horarios flexibles, siendo importante que el personal de enfermería esté presente durante la visita para segurizar a los padres.
- Permitir la visita de abuelos y hermanos del RN de acuerdo con las normas de la UCIN para ayudar a la integración de la familia.
- Dejar que los padres lleven algún objeto personal para poner cerca del niño o incluso que le fotografíen.
- Ayudar a los padres para que tengan una visión realista de la situación y la evolución del RN.
- Facilitar la expresión de las creencias religiosas.

- Promover e informar sobre los beneficios de la lactancia materna, teniendo en cuenta que requiere educación y apoyo por parte de la enfermera para que resulte satisfactoria.
- Incentivar y promover el contacto piel con piel temprano prolongado y continuo entre la madre y el neonato siempre y cuando las condiciones de este lo permitan. El "método canguro" resulta fácil, eficaz y agradable tanto para los padres como para el niño y tiene grandes beneficios como favorecer el vínculo-madre-hijo, la producción de leche materna, el desarrollo neuromotor del RN, disminuir el nivel de ansiedad de los padres y humanizar el trabajo en las UCIN.

La participación activa de los padres, pero fundamentalmente de la madre, en las unidades de cuidados intensivos neonatales es beneficiosa para los RN, puesto que mejora su crecimiento, disminuye el riesgo de infecciones y favorece la producción de leche materna. Además promover está participación de las madres reduce la carga de trabajo del personal de enfermería.

* Duelo neonatal

Los avances tecnológicos y de conocimiento en neonatología han contribuido a una mayor supervivencia y una mayor calidad de vida de los neonatos. Sin embargo, en ocasiones tiene lugar un fracaso terapéutico, bien porque fallece el paciente o porque sobreviva pero con poca calidad de vida.

En cuanto a la toma de decisiones, como el RN no tiene capacidad para decidir, son los padres o tutores y los profesionales responsables los que deciden por él protegiendo en todo momento su bienestar y valorando su calidad de vida, teniendo en cuenta que este término es subjetivo y depende de la percepción que cada persona tiene de lo que es bueno o malo. A pesar de esto, siempre se deben respetar los derechos del RN y por supuesto los principios de bioética. Por ello es labor de los padres y del personal de la unidad el tratar de objetivar este concepto. Algunos criterios como el dolor, el sufrimiento excesivo e intratable, la inmovilidad total, la incapacidad para recuperar la consciencia o la ausencia de una mínima capacidad para establecer relaciones con el medio, se consideran estándares de mala calidad de vida.

La muerte del RN es un hecho impactante y traumático tanto para los familiares como para el personal de la unidad. En estos momentos, el equipo sanitario debe prestar una atención individualizada de la familia, orientándola en las distintas etapas de la pérdida y el duelo, teniendo en cuenta que no todas las familias van a reaccionar de la misma manera ante la pérdida perinatal.

Kozier indica que "el duelo es la respuesta total a la experiencia emocional relacionada con la pérdida. Se manifiesta en pensamientos, sentimientos y conductas

que se asocian con la pena o el sufrimiento abrumadores". En la elaboración del duelo de la madre por la muerte de su hijo, resulta necesario seguir unos protocolos de actuación que nos permitan hacer más efectivo nuestro desempeño ante esta situación, ofreciendo también en cualquier fase del duelo la participación en grupos de autoayuda o apoyo bien organizados y dirigidos para ayudar a estas madres a entender su situación y afrontarla de la mejor forma posible.
Para ayudar en el proceso de superación del duelo se debe dar pie a los padres a que expresen sus emociones y sus deseos de ver o tocar al recién nacido fallecido, siempre prestando atención y siendo cauteloso con las palabras que se dicen, evitando frases y palabras que produzcan más tristeza o resentimiento e incapacidad para expresar la pena.
Algunas de las intervenciones de enfermería que se deben llevar a cabo ante la perdida perinatal consisten en:
- Mostrar preocupación y ofrecer apoyo, no con la intención de eliminar el dolor sino de aliviarlo.
- Ofrecer apoyo espiritual si la familia lo desease.
- No permitir que experiencias propias o creencias interfieran en el proceso de ayuda a la familia.
- Estimular a los padres para que pongan nombre a su hijo si todavía no lo han hecho y referirse a él por su nombre.
- Preguntarles si quieren ver o tocar a su hijo.
- Preparar el cuerpo del RN, vestirlo y envolverlo en una manta antes de que lleguen los padres.
- Manipular al RN con cuidado y respeto.
- Proporcionar objetos de recuerdo si los padres los desean (fotos, pulsera de identificación, ficha con los datos del nacimiento…).
- Proporcionar una habitación o sala vacía donde los familiares puedan reunirse y estar en contacto con el hijo.
- Proveer de información sobre grupos de apoyo y bibliografía disponible para superar el proceso de pérdida.
Días después de la defunción, uno de los componentes del equipo de la unidad debería llamar a la familia para interesarse por como están integrando la pérdida de su hijo/a y volver a ofrecer apoyo y soporte.

5 Discusión-Conclusión

Durante todo el trabajo se ha ido destacando la importancia que tienen los profesionales de enfermería en el cuidado y el desarrollo de los recién nacidos de

riesgo durante su ingreso en la UCIN .
En numerosas ocasiones, le damos mucha más importancia a las técnicas realizadas como la canalización de una vía venosa periférica o la colocación de una sonda, pasando por alto cosas tan sencillas como el cuidado del entorno, contribuyendo a la reducción de ruidos o de iluminación, así como el apoyo y la comunicación con los padres, hechos que favorecen en gran medida el desarrollo favorable de los pacientes ingresados en la unidad.

En cuanto a los cuidados prestados a los RN en la UCIN, existe un consenso entre todos los documentos utilizados para la realización de este trabajo, sin grandes diferencias ni contradicciones entre ellos.
Son muchas las discusiones éticas que existen en torno a la toma de decisiones en neonatología, por lo que es importante que tengamos en cuenta qué tipo de pacientes estamos tratando y considerar que hijos y padres forman un binomio inseparable que será imprescindible para ayudarnos en la elección de este tipo de decisiones.

Una vez desarrollado el contenido de este trabajo, podríamos destacar las siguientes conclusiones:
- La neonatología es la práctica de la medicina aplicada al recién nacido que comprende su cuidado desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida y en los últimos años ha conseguido alcanzar su plena madurez convirtiéndose en una de las subespecialidades más amplias e importantes de la pediatría.
- Se consideran RN de riesgo a aquellos que presentan inestabilidad fisiológica y/o hemodinámica como consecuencia de afecciones congénitas, alteraciones metabólicas, prematuridad, asfixia perinatal o problemas durante el embarazo.
- Las causas que llevan al RN a ingresar en una UCIN tienen que ver con la edad de gestación, con el peso al nacimiento, con los distintos problemas que pueden surgir durante el embarazo o con los problemas que surjan durante o tras el parto. La base fundamental del trabajo dentro de una UCIN es el trabajo en equipo y la coordinación, debiendo estar el personal de enfermería preparado en todo momento incluso antes del ingreso del RN para poder llevar a cabo una atención rápida y eficaz en el momento que este tenga lugar.
- Los cuidados de enfermería suponen una prioridad en la atención de los recién nacidos. Estos cuidados incluyen desde el lavado de manos para la prevención de infecciones hasta la alimentación, la higiene, el control térmico y el vestido.
- Los cuidados centrados en el desarrollo tienen como objetivo favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del niño, centrándose en la reducción de estrés (alcanzando condiciones adecuadas de sonido, ruido e iluminación), en interven-

ciones de apoyo al RN (estimulación del RN) y reconociendo a la familia y al niño como una unidad.

- La participación activa de los padres en las UCIN es beneficiosa para los RN, puesto que mejora su crecimiento, favorece el apego materno-filial y además recude la carga de trabajo del personal de enfermería.
- La ayuda y el apoyo brindado a la familia por parte del personal de enfermería resulta imprescindible tanto para los padres como para los niños durante el proceso de hospitalización en la unidad y para superar los casos de duelo neonatal.

6 Bibliografía

1. Avery G, Fletcher MA, MacDonald MG. Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana S.A; 2001.
2. Larguía MA. Especialidad Neonatología. Fundamentación y definiciones. Revista del Hospital materno infantil Ramón Sardá. 2007; vol.26:146-147.
3. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. C2015 [2 febrero 2015]. Demografía y población.
Disponible en: www.ine.es
4. Rosario R, López VC, Mimón I, Pérez E. Protocolo de acogida ingreso recién nacido UCI neonatal.
Enfermería integral [Internet]. 2010 [25 enero 2015];89:2-5. Disponible en: www.enfervalencia.org/ei/89/ENF_INTEG_89.pdf
5. Tamez R, Silva MJ. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Asistencia del recién nacido de alto riesgo. 2ªed. Madrid: Ed. Médica Panamericana S.A.;2003.
6. Maya JM. Ética en la adaptación neonatal. Revista CES medicina [Internet]. 2001 [21 enero 2015];
15(1): 57-65. Disponible en: pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-459941
7. Jimenez R, Molina V. Bases éticas en Neonatología. Decisiones de tratamiento selectivo en recién nacidos. Normas básicas de actuación. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP:
Neonatología. Asociación española de pediatría. Protocolos actualizados en 2008.
8. Eunice D, Flores-Hernández S. Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. Revista Enferm IMSS [Internet]. 2002 [25 enero 2015];
10. (3): 125-129. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-
2002/eim023b.pdf

9. Nazer J, Ramírez R. Neonatología. 1ªed. Santiago de Chile: Ed. Universitaria S.A.;2003.
10. Cernadas C, Fustiñana, Jenik, Lupo, Mariani. Neonatología práctica. 4ªed. Buenos Aires: Ed.
Médica Panamericana S.A;2009.
11. Domenech E, González N, Rodríguez-Alarcón J. Cuidados generales del recién nacido sano.
Asociación española de pediatría. Protocolos actualizados en 2008. Disponible en
12. Ibarra A, Nievas B. Tratado Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales http://www.eccpn.aibarra.org.
Capítulo 2 ingreso del niño en unidades de cuidados críticos pediátricos y neonatales
13. Ibarra A, Nievas B. Tratado Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales http://www.eccpn.aibarra.org.
Capítulo 1 introducción a los cuidados de enfermería del paciente crítico pediátrico.
14. Cernadas C, Fustiñana, Jenik, Lupo, Mariani. Neonatología práctica. 4ªed. Buenos Aires: Ed.
Médica Panamericana S.A;2009. CAPITULO 13
15. Anaya-González L, Cuello-García C, Villareal-Treviño P, Vizcarra-Munguia V. Factores de riesgo asociados a infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos neonatales: perspectiva de
Seguridad del Paciente. Revista CONAMED, vol.16, núm 1, enero-marzo, 2011.
16. Ibarra A, Nievas B. Tratado Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales http://www.eccpn.aibarra.org.
Capítulo 6: aseo del niño en estado crítico: lavado de piel y mucosas.
17. Gomella, Cunningham, Eyal, Zenk. Neonatología. 5ªed. Ed. Médica Panamericana. Noviembre
2006.
18. Cloherty J, Eichenwald E, Stark A. Manual de cuidados neonatales. 4ªed. Ed. Masson. Barcelona
2005
19. Ibarra A, Nievas B. Tratado Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales http://www.eccpn.aibarra.org.
Capítulo 4: Las constantes vitales, monitorización básica
20. Del Rosal T, Sáenz de Pipaón M, Martínez M, Dorronsoro I, Quero J. Alimentación parenteral, líquidos y electrolinos. Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados en 2008.

21. Bustos G. Alimentación enteral del recién nacido pretérmino. Asociación Española de Pediatría.
Protocolos actualizados 2008.
22. López M, Melgar A, De la Cruz J, Perapoch J, Mosqueda R, Pallás C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. Anales de pediatría. Elsevier
España 2013.
23. Reducción de ruidos en la unidad de cuidados intensivos neonatales para lactantes prematuros o de muy bajo peso al nacer. Cochrane Database of SystematicReviews 2015.
24. Moreira E, Guinsburg r, de Araujo M, Yoshiko T. Ruido en la Unidad de Terapia Intensiva
Neonatal y en el interior de la incubadora.
25. Narbona E, Contreras F, García F, Miras MJ. Manejo del dolor en el recién nacido.
Servicio de neonatología. Unidad clínica de gestión hospital universitario san Cecilio. Granada. Protocolo AEP.
26. Cuesta MJ, Espinosa AB, Gómez S. Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia.
Enfermería integral nº98 junio 2012.
27. Barbosa MA, Pinto MC, Ribeiro K, Moura D. Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en unidad de cuidado intensivo neonatal. Rev. Latino-Am.
Enfermagem. Nov-dic 2011
28. Eunice D, Flores-Hernández S. Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. Revista enferm IMSS 2002; 10 (3):125-129.
29. Nieto R, Solana C, Oviedo A, Pozas L, León M, Velázquez G, Álvarez JC, Gómez M, Salvatierra S,
Arce G, Espindola L, Miranda D, Garrido M, Campos V. Participación de las madres en el cuidado de los recién nacidos internados en un servicio de neonatología que aplica el modelo de maternidad centrada en la familia. Rev. Hosp. Mat inf. Ramón Sardá 2011;30 (4).
30. Tejedor J.C, López de Heredia J, Herranz N, Nicolás P, García F, Pérez J y grupo de trabajo de ética de la sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en neonatología. Anales de pediatría. An pediatr (Barc). 2013;78(1):190.e1 –
190.e14 disponible en internet el 28 septiembre de 2012.

31. Oviedo S, Marquina MI. Ética de los cuidados. Significado de la muerte el hijo en periodo perinatal para la madre; una mirada enfermera hacia el cuidado. Etica de los cuidados 2013 ene- jun; 6 (11)

Capítulo 444

TIPOS DE SONDAS VESICALES

MAGALI COLMENERO GARCIA

ANA ROSA FLOREZ SIRGO

VANESA SÁNCHEZ ESCANDON

1 Introducción

Las sondas vesicales son productos sanitarios de un solo uso, e instrumentos con forma de tubo y de composición, calibre, longitud y consistencia variable.

Se introducen a través de la uretra, hasta la vejiga urinaria, para evacuar la orina contenida en su interior o bien instilar líquido a través de la misma, con fines diagnósticos o terapéuticos.
Hay 3 tipos principales de sondas:

Sonda permanente
Sonda condón
Autosondaje intermitente

2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos de sondas vesicales.Cual es la más adecuada dependiendo de la patología.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las sondas urinarias se utilizan para:
- Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Control de la cantidad de la diuresis.
- Recoger muestra de orina estéril, cuando no se puede obtener por los medios habituales.
- Determinar si persiste orina residual después de una micción espontánea.
- Permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.
- Realizar irrigaciones vesicales en caso de hematuria (lavados), o administrar medicación con finalidad de diagnóstico o tratamiento.
- Mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes en situaciones especiales, como es el caso del tratamiento de escaras, úlceras o dermatitis de contacto en la región genitourinaria o sacra de difícil manejo.

Las sondas pueden ser de muy diferentes materiales, y los más utilizados son el látex, el látex siliconado, la silicona pura, el polivinilo y los poliuretanos.
Látex. De uso muy frecuente, sin embargo las sondas de látex pueden provocar alergia en las personas alérgicas al látex. Para evitarlo existen sondas de látex recubierto por una capa de silicona.
Silicona: Los catéteres de silicona son los que presentan mayor biocompatibilidad y a igualdad de calibre exterior, mayor calibre funcional (luz interior), por lo que pueden ser más finas y tener por tanto mejor tolerancia.

- Tipos de sondas
Según el calibre:
Los calibres deben seleccionarse según el sexo, la edad y características del paciente:

Adultos. Existen sondas desde el calibre 8 al 30. Los calibres que se utilizan con más frecuencia son:
Mujeres: CH 14 y 16.
Varones CH 16-18-20-22.
Pediátricas: CH 06–10.

Según la longitud:
Masculinas: 40 cm.
Femeninas: 20 cm.
Pediátricas: 20 cm.

Según el tiempo de permanencia del sondaje:
Las sondas utilizadas para el vaciado por autosondaje intermitente son diferentes a las utilizadas en el sondaje permanente.

El sondaje intermitente es el principal tratamiento de la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción, y que producen incontinencia con mal vaciado de la vejiga. Consiste en la introducción de un catéter o sonda en la vejiga, a través de la uretra, para vaciarla de orina. La frecuencia del sondaje dependerá del volumen de orina diario y de la capacidad de la vejiga (3-4 sondajes diarios) y se realiza por el propio paciente o sus cuidadores (autosondaje).

Sondaje permanente, en el que la sonda es mantenida en su lugar por un balón que se hincha con aire o agua al colocarla. Está indicado en casos de intervención quirúrgica, para controlar la diuresis, o cuando es necesario mantener una vía de drenaje o de lavado continuo de la vejiga. Una sonda permanente debe cambiarse cada 15-20 días, aunque las sondas de silicona pueden mantenerse un periodo más largo hasta de 2-4 meses.

Las sondas vesicales se usan para drenar la vejiga. Por varios motivos:

Incontinencia urinaria (escape de orina o incapacidad de controlar cuándo orinar)
Retención urinaria (ser incapaz de vaciar la vejiga cuando se necesita)
Cirugía en la próstata o los genitales
Otras afecciones como esclerosis múltiple, lesión de la médula espinal o demencia.

CÓMO CUIDAR LA SONDA
Para cuidar una sonda permanente, limpie la zona por donde el catéter sale del cuerpo y el catéter mismo con agua y jabón todos los días. Asimismo, limpie muy

bien la zona después de todas las deposiciones para prevenir infecciones.

Si usted tiene una sonda suprapúbica, limpie la abertura en su abdomen y la sonda con jabón y agua todos los días. Posteriormente, cúbrala con gasa seca. Tome bastante líquido para ayudar a prevenir infecciones. Pregúntele a su proveedor cuánto debe beber. Lávese las manos antes y después de manipular el dispositivo de drenaje. NO permita que la válvula de salida toque nada. Si la salida se ensucia, límpiela con agua y jabón.

POSIBLES COMPLICACIONES
Las complicaciones del uso de una sonda incluyen:
- Alergia o sensibilidad al látex
- Cálculos vesicales
- Infecciones de la sangre (septicemia)
- Sangre en la orina (hematuria)
- Daño renal (por lo regular solo con el uso de sondas permanentes por mucho tiempo)
- Lesión uretral
- Infecciones de las vías urinarias o renales
- Cáncer vesical (solo después del uso prolongado de sondas permanentes)

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia que el personal sanitario conozca los distintos tipos de sondas vesicales para utilizar la adecuada en cada momento.Conocer la técnica correcta y no generar posible infección o daño en el paciente a tratar.

6 Bibliografía

- Davis JE, Silverman MA. Urologic procedures. In: Roberts JR, Custalow CB, Thomsen TW, eds. Roberts and Hedges' Clinical Procedures in Emergency Medicine and Acute Care. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:chap 55.
- Panicker JN, DasGupta R, Batla A. Neurourology. In: Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 47.
- Sabharwal S. Spinal cord injury (lumbosacral) In: Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD, eds. Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:chap 158.

- Tailly T, Denstedt JD. Fundamentals of urinary tract drainage. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA, eds. Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 6.

Capítulo 445

CIRUGÍA A PACIENTE ALÉRGICO AL LÁTEX. CONDICIONES A TENER EN CUENTA PARA LA PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO Y CIRUGÍA CON MÁXIMAS GARANTÍAS DE SEGURIDAD.

GEMMA ALONSO ROSELL

MARÍA BEGOÑA VEGA MENENDEZ

1 Introducción

El látex es la sabia lechosa del árbol del caucho (Hevea brasiliensis). Este producto se purifica, se solidifica con calor y sulfuro para convertirlo en lo que conocemos como caucho. Posteriormente durante el proceso de manufactura se le añaden aditivos químicos como antioxidantes, aceleradores y colorantes para obtener un producto final con unas determinadas características. Estos aditivos pueden ser los responsables de reacciones alérgicas de contacto pero habitualmente son las proteínas del látex las que producen la reacción, que cada vez es más habitual y con importantes problemas alérgicos en el paciente y personal sanitario. También en múltiples ocasiones provoca reacciones alérgicas el polvo que se utiliza para mantener la humedad en los productos con látex.

Hasta el momento multitud de productos utilizados en el ámbito sanitario contenían látex pero cada vez son más los productos que se fabrican en otros materiales como la silicona, el neopreno, el polivinilo u otros plásticos.
La alergia al látex puede provocar picazón de la piel y urticaria o incluso anafilaxia, una afección que puede poner en riesgo la vida y que puede causar hinchazón de la garganta y dificultad grave para respirar.
La alergia al látex puede ocurrir por contacto directo o inhalación.
El contacto directo es la causa más frecuente de alergia al látex que supone el contacto con productos que tengan látex, entre ellos, guantes de látex, preservativos y globos.
La reacción alérgica por inhalación se produce ya que los productos con látex, en especial, los guantes, liberan partículas de látex, que puedes inhalar cuando están en el aire. La cantidad de látex en el aire proveniente de los guantes difiere, en gran medida, según la marca de los guantes que se utilicen.

Para conseguir un quirófano sin látex necesitaremos limpiarlo en profundidad el día anterior tras retirar todo aquellos productos que aún contengan látex como son los guantes quirúrgicos, estetoscopio, manguitos de tensión, manguitos neumáticos para torniquetes, etc. Las piezas o instrumentos como microscopios con piezas con látex e insustituibles por unos sin látex se deben de forrar o recubrir con material aislante (ejemplo: tela, plástico transparente) que evite la dispersión de partículas de látex.
Tras 12 de descanso se volverá a realizar un limpieza profunda ya que se considera que durante esas horas se disminuyó al mínimo la posibilidad de partículas de látex en suspensión en el aire, evitando así el contacto con el agente causante de la reacción alérgica por inhalación.
Será de obligado cumplimiento el uso de zapatos libres de látex o en su defecto proteger con calzas.
Mascarilla sin látex (mascarillas quirúrgicas con cintas).
Gorro sin látex (gorro quirúrgico con cintas, sin gomas elásticas).
Todo el material e instrumental utilizado en la cirugía será libre de látex. Se avisará previamente a la unidad de esterilización para su preparación en lavadoras y autoclaves de forma aislada y sin estar en contacto con otro instrumental que pueda contener látex y se produzca una contaminación cruzada.

2 Objetivos

Conseguir disminuir la alergia al látex de los trabajadores y evitar en los pacientes especialmente sensibles las posibles reacciones alérgicas al ser intervenidos quirúrgicamente. Ofrecer una atención quirúrgica con máxima seguridad en pacientes alérgicos al látex.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/latex-allergy
- Manejo de los pacientes alérgicos al látex. Cinco principios. Cleveland Clinic Foundation.
- Cirugía menor para profesionales de enfermería, Edimsa.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 446

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA REALIZACIÓN DE LA AMNIOTOMÍA EN PARTOS DE INICIO ESPONTÁNEO

JUDIT GOMEZ ORTIZ

ELENA GARRIDO MALFAZ

ALBA PEÑA GONZÁLEZ

SARA ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

La rotura artificial de membranas, conocida como amniotomía, es uno de los procedimientos obstétricos más comunes a la hora de acelerar y acortar la duración del parto.

Desde una perspectiva histórica, existen registros documentados de la época romana donde describen la rotura artificial de membranas, junto con vaciar la vejiga y la administración de enemas que contenían aceite, agua y miel. Sin embargo, no fue descrito como procedimiento obstétrico hasta 1756, cuando el obstetra británico Thomas Denman introdujo la amniotomía como una intervención necesaria para que el parto fuera inducido o acelerado.

De este modo, la rotura artificial de membranas siempre ha estado ligada a la inducción del trabajo de parto. Sin embargo, en los años 70, fue ganando popularidad como intervención para reducir la duración del parto, incluso cuando la

inducción no era necesaria y el parto se desencadenaba espontáneamente. Esto es debido a un gran aumento repentino de los partos hospitalarios, donde no se disponía de tiempo y recursos para respetar el proceso natural.

La proporción de su uso y la falta de unos indicadores claros, ha sido evaluada a lo largo de la bibliografía durante los últimos años. Todo esto debido a una falta de consenso sobre su efectividad comprado con los riesgos del procedimiento.

De alguna forma, hoy en día su uso rutinario se mantiene en algunas unidades obstétricas a lo largo de Europa. Siendo una intervención no exenta de riesgos, nos preguntamos si su uso fuera de la necesidad de inducción, es necesario en la actualidad. Esta revisión bibliográfica pretende analizar las ventajas y riesgos de la realización de esta técnica en partos de inicio espontáneo, cuando no sea necesaria la inducción, para evaluar si su uso rutinario estaría de algún modo justificado.

2 Objetivos

- Responder si la rotura artificial de membranas es un motivo válido para interferir con el proceso natural cuando el parto progresa adecuadamente.
- Revisar las razones de su uso rutinario, sus riesgos y beneficios en partos de inicio espontáneo y también como indicación para progresiones anormales del parto.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de fuentes primarias relacionadas con el uso de la amniotomía en partos de inicio espontáneo. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos de CINAHL, Cochrane, Science Direct y el buscador Google académico.

Los términos clave elegidos fueron tanto en inglés, como en español: Amniotomía, amniotomy, Rotura Artificial de Membranas ”RAM”, Artificial Rupture of Membranes ”ARM”, complicaciones, efectos, risk, effects. Operadores como ‘AND’ y ‘OR’ se usaron para combinar las palaras clave y mejorar la calidad de los resultados. El filtro temporal limitó la búsqueda a los últimos diez años para seleccionar los resultados más recientes posibles.

Aunque excluyendo estudios realizados fuera de España habría aumentado la

calidad de la revisión, ya que los resultados son comparados con las guías de actuación nacionales, la literatura obtenida habría sido limitada para poder obtener conclusiones.

Seleccionamos 24 estudios que, tras analizarlos utilizando el marco de referencia Caldwell (2005) para evaluar la calidad de las fuentes, el tamaño de la muestra y la presencia de resultados concluyentes que facilitaran el análisis; terminamos incluyendo ocho, que contaban con la calidad necesaria.

4 Resultados

La mayoría de los estudios revisados coinciden en que la amniotomía reduce la duración del parto (Mikki et al., 2007; Abdullah et al., 2010; Saadia, 2014). Beneficios como una menor necesidad del uso de oxitocina y puntuaciones en el test de Apgar por encima de 7, son consistentes en la literatura (Ajadi et al., 2006). La relación entre el uso de la amniotomía y la finalización con cesárea también fue identificada como riesgo (Ghafarzadeh et al., 2015).

En esta revisión dividimos los resultados en tres secciones para facilitar su estudio: cifras de amniotomía e indicadores, reducción del tiempo del trabajo de parto y por último tipo de parto y resultados materno-fetales.

1. Cifras de amniotomía e indicadores.
De acuerdo con los resultados, las cifras de realización de amniotomía se han reducido en la última década más de un 35% en España, se cree que debido a la percepción de las matronas de un aumento de intervenciones relacionado con su uso (Andrees y Rankin, 2007). Esto se reafirma a gran escala en la evaluación realizada por Smyth et al. (2013) sobre las intervenciones más usadas en la práctica obstétrica por parte de las matronas en Reino Unido.
Esta relación de un aumento de intervenciones posteriores se mantiene teórica, mientras que la evidencia es incierta, ya que no se muestran riesgos sustanciales en la literatura publicada. En la revisión bibliográfica realizada por Cohain (2013) se sugiere que podría aumentar el riesgo de prolapso de cordón, aumento de la percepción del dolor materno y aumento del riesgo de infecciones neonatales. Sin embargo, no aparecen pruebas definitivas en otros estudios enfocados a esta relación, no identificándose conexión entre el uso de la amniotomía y el prolapso de cordón (Smyth et al. 2013).
Los resultados coinciden en que las indicaciones del uso de amniotomía no están

claras, sobre todo en los casos de mujeres primíparas. Sobre todo por la escasa documentación clínica en España de las indicaciones de esta intervención, lo cual, dificulta la recopilación y el análisis de los datos.

2. Reducción del tiempo del trabajo de parto.
Esta principal ventaja de la rotura artificial de membranas es apoyada por los estudios más conocidos realizados por Fraser en 1993, siendo estos el punto de referencia inicial para las guías de práctica clínica actuales. Esta gran revisión demostró una reducción del tiempo del trabajo de parto con el uso de la amniotomía. Tenemos que tener en cuenta que cuando fue publicado, la amniotomía era promovida e incluida en los protocolos de atención en todos los tipos de parto, independientemente del tipo de inicio y de la paridad.
Johnson continuó los estudios de Fraser en 1997 con resultados que confirmaban la reducción del tiempo del parto en un 26.4% de las primíparas, pero solo en un 9.4% de las multíparas.
Siento estos los estudios que constan de una muestra lo suficientemente amplia para poder ser representativa para la población general (n=10.000), sentimos que no sean más actuales para poder ser estudiado sin estar incluido como práctica rutinaria, reduciendo errores.

3. Tipo de parto y resultados materno-fetales.
La creencia de que la amniotomía podría incrementar el riesgo de cesárea, es una variable que no se ha estudiado en profundidad. Solo el estudio de Johnson et al. (1997) sugiere una relación, concluyendo que los resultados no son significativos para afirmarla pero si la necesidad de estudiarlo.
Ninguno de los estudios encontró relación con los resultados fetales, valorando el test de Apgar y el ingreso en unidades de vigilancia neonatales. Tampoco con el tipo de parto, salvo el anteriormente mencionado sin llegar a tener resultados significativos para asociarlos a toda la población.
Algunos autores encontraron una disminución de la incidencia de distocia de hombros y de desprendimiento de placenta en los grupos de control donde se practicó la amniotomía (Ghafarzadeh et al., 2015).

5 Discusión-Conclusión

Los artículos seleccionados para esta revisión no parecen alcanzar un consenso sobre si la amniotomía es beneficiosa o una intervención de riesgo. Están de acuerdo con que reduce la duración de los dos primeros estadios del parto, dilatación y expulsivo, pero algunos autores no lo recomiendan ya que los resultados

materno-fetales podrían estar en juego, así como el tipo de parto.

Parece existir muchas discrepancias sobre los beneficios del uso de la amniotomía. Aunque la mayoría está de acuerdo en que la rotura artificial de membranas reduce el tiempo de dilatación y el expulsivo, no están claros que sus efectos no se relacionen con la necesidad de intervenciones posteriores, interfiriendo con el progreso natural. La mayoría de la literatura publicada en las últimas décadas parece sostener que la amniotomía debe realizarse solo en casos de anormalidad, cuando el parto no progresa o si hay una necesidad clara de evaluar el color del líquido amniótico. Sin embargo, los autores no recomiendan su introducción como intervención rutinaria.

Parece de vital importancia, a la hora de evitar un uso rutinario de esta técnica, una identificación correcta de los procesos de dilatación que no ocurren dentro de la normalidad, y protocolarizar los tiempos de progresión en la dilatación.

Se identifica la necesidad de realizar más estudios, ya que aún existe discordancia entre su relación con un incremento de las tasas de cesárea. También se deberían explorar otras variables como estudios cualitativos sobre la percepción de las mujeres ante esta intervención, habiendo sido identificada una mayor sensibilidad al dolor.

En la actualidad, los profesionales de la salud están más inclinados hacia un manejo expectante y respetando el progreso natural del parto lo máximo posible. Sin embargo aún existe el uso rutinario de la amniotomía en algunos centros.

6 Bibliografía

- Abdullah, A., Saboohi, S., Hashami, U. (2010). Effects of amniotomy versus spontaneous rupture of membrane on progress of labour and foetal outcome in primigravidae. Journal of Liaquat University of Medical and Health Sciences, 9(1), pp.33-6.
- Ajadi, M. A., Kuti, O., Orji, E. O., Ogunniyi, S. O., Sule, S. S. (2006). The effect of amniotomy on the outcome of spontaneous labour in uncomplicated pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 26(7), pp.631-4.
- Andrees, M., Rankin, J. (2007). Amniotomy in spontaneous, uncomplicated labour at term. British Journal of Midwifery, 15(10), pp.612-6.
- Borges S (1991). The importance of artificial rupture of the membranes in early labour as part of active management of labour. Obstet Gynaecol Product News.

Autumn, pp.19-21.
- Busowski, J.D., Parsons, M. T. (1995). Amniotomy to induce labour. Clinical Obstetrics and Gynecology, 38(2), pp.246-58.
- Caldwell, K., Henshaw, L. and Taylor, G. (2005). Developing a framework for critiquing health research. Journal of Health, Social and Environmental Issues, 6 (1). pp.45-54.
- Chadwick J (1992). Use of amniotomy in spontaneous labour. Mod Midwife, 2(5), pp.14-6.
- Clements, C. (2001). Amniotomy in spontaneous, uncomplicated labour at term. British Journal of Midwifery, 9(10), pp.629-634.
- Cohain, J. (2013). The less studied effects of Amniotomy. J Matern Fetal Neonatal Med, 26(17), pp.1687-1690.
- Downe, S., McCormick, C., Lawrence Beech, B. (2001). Labour interventions associated with normal birth. British Journal of Midwifery, 9(10), pp.602–6.
- Dunn, P.M. (1992). Dr. Thomas Denman of London (1733-1815): rupture of the membranes and management of the cord. Archives of Disease in Childhood, 67(7), pp.882–884.
- Fraser, W.D., Marcoux, S., Moutquin, J.M., Christen, A. (1993). Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women. New England Journal of Medicine, 328, pp.1145-9.
- Fok, W. Y., Leung, T. Y., Tsui, M. H., Leung, T. N., Lau, T. K. (2005). Fetal hemodynamic changes after amniotomy. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 84, pp.166-9.
- Ghafarzadeh, M., Moeininasab, S. and Namdari, M. (2015). Effect of early amniotomy on dystocia risk and cesarean delivery in nulliparous women: a randomized clinical trial. Arch Gynecol Obstet, 292(2), pp.321-325.
- Goffinet, F., Fraser, W., Marcoux, S., Breart, G., Moutquin, J. and Daris, M. (1997). Early amniotomy increases the frequency of fetal heart rate abnormalities. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 104(5), pp.548-553.
- Johnson, N., Lilford, R., Guthrie, K., Thornton, J., Barker, M., Kelly, M. (1997). Randomised trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 104, pp.340-6.
- Mikki, N., Wick, L., Abu-Asab, N., Abu-Rmeileh, N. M. (2007). A trial of amniotomy in a Palestinian hospital. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 27(4), pp.368-73.
- Petersen, A., Poetter, U., Michelsen, C. and Gross, M. (2013). The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions.

Archives of Gynecology and Obstetrics, 288(2), pp.245-254.
- Saadia, Z. (2014). Rates and Indicators for Amniotomy During Labor - a Descriptive Cross Sectional Study Between Primigravidas and Gravida 2 and Above. Medical Archives, 68(2), p.110.
- Sadler, L., Davison, T. and McCowan, L. (2000). A randomised controlled trial and meta-analysis of active management of labour. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 107(7), pp.909-915.
- Shobeiri, F., Tehranian, N., and Nazari, M. (2007). Amniotomy in labor.International Journal of Gynecology & Obstetrics, 96(3), 197-198.
- Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;(6).
- Speert, H. (1980). Obstetrics and Gynecology in America: A History. Chicago, Ill.: American College of Obstetricians and Gynecologists.

Capítulo 447

FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

MARCOS GONZÁLEZ LÓPEZ

ANA BELLA VAQUERO ABOLI

CAROLINA RUBIO GONZÁLEZ

1 Introducción

Las caídas son un problema importante en pacientes geriátricos debido a su alta morbimortalidad afectando su calidad de vida futura.

Estas caídas pueden limitar la capacidad para las actividades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales haciendo que estos pacientes pierdan su autonomía volviéndose dependientes y en definitiva afectando a su calidad de vida.

Las caídas se forman parte de lo que se denominan Grandes Síndromes Geriátricos siendo su etiologia multifactorial y requieren un abordaje multidisciplinar que incluya medidas de prevención y rehabilitadoras.

La OMS la define como " la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad".

2 Objetivos

Generales:

- Informar sobre los factores de riesgo de sufrir caídas en pacientes institucionalizados

Específicos:
- Identificar los factores de riesgo que pueden favorecer las caídas.
- Describir las medidas e intervenciones por parte de los profesionales para minimizar los riesgos para los pacientes.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo se realizó una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos nacionales e internacionales en castellano, guías basadas en la evidencia y la en prevención que permita identificar los factores de riesgo para la prevención en pacientes institucionalizados, para ello se han consultado diferentes motores de búsqueda: Pubmed, Cuiden, Scielo, Dialnet, Fisterra.

Como palabras clave se han utilizado: caídas, factores de riesgo y paciente institucionalizado.

Como criterios de inclusión, se han seleccionado artículos en castellano con una antigüedad máxima de 20 años tanto Españoles como Extranjeros en castellano, excluyendo los artículos de pago.

4 Resultados

Cualquier paciente está en riesgo de padecer una caída durante su hospitalización, pero se dan unas características que pueden aumentar riesgo:

Factores intrínsecos
- Pacientes mayores de 65
- Enfermedades agudas y crónicas
- Uso de fármacos sedantes y tranquilizantes
- Síndromes generales(déficit sensorial, alteraciones de la marcha, incontinencia)
- Estado cognitivo (desorientación, memoria limitada y la incomprensión)
- Historial de caídas previas

Factores extrínsecos
- Camas sin barreras de seguridad
- Iluminación deficiente

- Timbres e iluminación deficientes
- Mobiliario
- Modos de limpieza inseguros y mal señalizados con el piso mojado

Otros factores asociados a un mayor riesgo de caídas son:
- Diagnóstico (ICC, neoplasia o ACV)
- Unidad de ingresado (rehabilitación y unidades geriátricas).
- Grupos poblacionales.

Recomendaciones para la prevención de caídas:
- Conocer qué pacientes tienen riesgo de caídas.
- Elaborar y evaluar programas de prevención.
- Concienciación de profesionales y familias.

5 Discusión-Conclusión

Los personas mayores de 65 años años con pérdida de capacidad física, cognitiva, con prescripción de fármacos antihipertensivos y sedantes centrales con historial de una primera caída son aquellos que presentan un mayor riesgo de caídas .

La caída es un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas, ya que dos terceras partes sufren una caída en los siguientes 6 meses.

6 Bibliografía

- Juárez PH, Durán M. Eventos centinela y la notificación por el personal de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc; 2009;17(1):39-44, 2. Villarreal CE.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. disponible en http: www.conamed.org
consulta 14 de noviembre de 2009
- Tapia VM, Salazar CM, Tapia CL, Olivares RC. Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2003;11(2):51-57
- Tobajas P., Hidalgo I., Sánchez I., Linares C., Sentmenat J., Carro M. Factores de riesgo asociados a caídas. Aten. Primaria 2001; 28: 107.

- López A, Formiga F, Ruiz D, Duaso E. Clínicas en Geriatría Hopitalaria. En: Formiga F, Mascaró J. Valoración Geriatrica en Hospital de Agudos. Barcelona: Elsevier, 2006, p. 11

Capítulo 448

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA

MARÍA DEL PILAR LÓPEZ PIZARRO

1 Introducción

El manejo del dolor de parto es un objetivo principal de la atención intraparto. Hay dos enfoques generales: farmacológico y no farmacológico.

Los enfoques farmacológicos están dirigidos a eliminar o disminuir la sensación física de dolor de parto, sin embargo, los enfoques no farmacológicos no hacen que el dolor desaparezca, su objetivo es ayudar a las mujeres a sobrellevar mejor el dolor del trabajo de parto y a mantener una sensación de control personal sobre el proceso del parto, reduciendo así su sufrimiento.

2 Objetivos

Conocer las distintos métodos no farmacológicos de alivio del dolor que se pueden utilizar durante el trabajo de parto para poder emplearlos sólos o en combinándolos con los métodos farmacológicos.

3 Metodología

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

4 Resultados

LIBERTAD DE MOVIMIENTO
Las dimensiones pélvicas varían con las diferencias en las posiciones maternas, así, estos cambios pueden ayudar a mejorar el dolor de parto . Además de estos movimientos de búsqueda de comodidad autoiniciados, los profesionales sanitarios también pueden sugerir posiciones específicas para acelerar el progreso del trabajo de parto o corregir un problema fetal o materno.

PELOTA DE PARTO
El uso de una pelota de parto durante la dilatación fomenta la relajación suelo pélvico, proporciona alivio del dolor al tiempo que permite a las mujeres libertad de movimiento y control personal de la intervención.

Cuando se usa en posición sentada, la pelota aplica una presión no dolorosa al perineo, que puede bloquear parte del mensaje nociceptivo a nivel de la médula espinal y, por lo tanto, reducir la sensación de dolor.

Las mujeres también se pueden arrodillar e inclinarse apoyando el tronco de sus cuerpos sobre la pelota, lo que proporciona un apoyo cómodo. Las pelotas de parto son fáciles de usar y se pueden usar junto con otras intervenciones para la comodidad del paciente.

MASAJE
Aunque el masaje puede mejorar el afrontamiento del dolor por parte de la paciente al disminuir la tensión percibida.
No se conocen efectos dañinos del uso del masaje terapéutico en el trabajo de parto, pero debe ser realizado por personas que hayan recibido instrucciones específicas.

Se desconoce la técnica de masaje óptima y se necesitan ensayos adicionales so-

bre la eficacia. Sin embargo, el masaje sigue siendo una opción simple, de bajo costo y segura para proporcionar alivio a las mujeres durante el parto.

APLICACIÓN DE CALOR LOCAL

El calor se aplica típicamente a la espalda, parte inferior del abdomen o el perineo de la mujer. Ningún estudio ha evaluado la temperatura óptima o la duración de la terapia de calor. Se debe tener cuidado para evitar quemaduras. Además de usarse para aliviar el dolor, el calor se usa para aliviar escalofríos o temblores, disminuir la rigidez de las articulaciones, reducir el espasmo muscular y aumentar la extensibilidad del tejido conectivo.

TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN CON RELAJACIÓN

El entrenamiento de relajación, se ha asociado con una reducción del dolor en la fase latente del parto, aumentando la sensación de control por parte de la mujer.

La incorporación de la relajación con la respiración rítmica ayuda a evitar la tensión y sus efectos que aumentan el dolor. La realización de manera adecuada incluye respiración rítmica durante las contracciones, al tiempo que libera tensión en las exhalaciones. Poder hacer esto sin hiperventilar, tanto a un ritmo lento, como a un ritmo moderadamente rápido, le permite a la mujer adaptar su patrón de respiración a la intensidad de las contracciones .

EMPLEO DE DUCHA/INMERSIÓN EN EL AGUA

El empleo de la ducha durante el trabajo de parto parece aumentar el afrontamiento y la relajación reduciendo las puntuaciones de dolor medido a través de la escala visual analógica (EVA). Las mujeres que la emplean refieren una mayor satisfacción , no existiendo generalmente efectos adversos.

A su vez, la inmersión en agua caliente lo suficientemente profunda como para cubrir el abdomen de la mujer se utiliza para aumentar la relajación y reducir el dolor del parto.

AUDIOANALGESIA

La audioanalgesia es el uso de estimulación auditiva, como música, ruido blanco o sonidos ambientales, para una distracción agradable o una guía rítmica, para disminuir la percepción del dolor. Antes del parto, la mujer selecciona música o sonidos ambientales que tienen un efecto positivo en ella, sus selecciones personalizan el evento de nacimiento y pueden darle un mayor sentido de control.

Algunas mujeres prefieren usar auriculares para escuchar música, ya que esto proporciona una distracción más convincente y la mujer tiene un control constante del volumen. No se conocen efectos adversos de la audioanalgesia siendo una opción sencilla y barata.

AROMATERAPIA

El uso de la aromaterapia durante el trabajo de parto está aumentando. La aromaterapia es un enfoque médico complementario utilizado por profesionales capacitados que implica la aplicación de aceites esenciales concentrados o esencias que se destilan de las plantas con el fin de beneficiarse de sus propiedades terapéuticas. Las plantas se pueden preparar de muchas maneras: para inhalarlas, masajearlas en la piel, tragarlas como tés o tinturas, o como pastillas.

Aunque los datos limitados sobre la eficacia de la aromaterapia entran en conflicto, muchos hospitales de todo el mundo lo ofrecen como un servicio para las mujeres que que se encuentran de parto.

INYECCIONES DE AGUA ESTÉRIL

Las inyecciones de agua en el denominado rombo de Michaelis consisten en cuatro inyecciones intracutáneas o subcutáneas de 0.05 a 0.1 ml de agua estéril para formar cuatro pequeñas ampollas o pápulas .

Los sitios de inyección se localizan con mayor frecuencia sobre las dos espinas ilíacas superiores posteriores y 3 cm por debajo y 1 cm medial a estos dos sitios. Alternativamente, algunos profesionales sanitarios le piden a la mujer que señale el área donde más le duele y colocan las cuatro inyecciones en esa área.

El inicio del alivio del dolor de espalda es de 1 a 2 minutos y dura de 1 a 2 horas. Los bloques de agua pueden repetirse según se desee advirtiendo a la paciente que va a notar una sensación de ardor intensa con cada pinchazo.

HIPNOSIS

La hipnosis, o hipnoterapia, parece provocar estados alterados de conciencia que impiden que las experiencias normalmente percibidas, como el dolor, lleguen a la mente consciente.

La hipnosis utilizada para el parto es casi siempre autohipnosis: el hipnoterapeuta le enseña a la mujer a inducir el estado hipnótico en sí misma durante el parto. A veces, a su pareja se le enseña a señalar el estado hipnótico.

Es de destacar que la hipnosis está contraindicada en personas con trastornos psicológicos graves o cualquier historial de psicosis.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las mujeres usan algunos métodos no farmacológicos para controlar el dolor de parto, con o sin métodos farmacológicos. Los métodos no farmacológicos para el manejo del dolor del parto no hacen que el dolor desaparezca, sin embargo, ayudan a las mujeres a sobrellevar mejor el dolor del trabajo de parto y a mantener una sensación de control personal sobre el proceso del parto, reduciendo así el sufrimiento.

El enfoque no farmacológico para el manejo del dolor incluye una amplia variedad de técnicas que intentan mejorar los componentes psicoemocionales y espirituales de la atención y, por lo tanto, reducir el sufrimiento. Sin embargo, muchos de los métodos no farmacológicos disponibles carecen de datos que demuestren la eficacia en la reducción del dolor.
Una mujer puede usar uno o una combinación de tratamientos, y la elección depende en gran medida de sus preferencias y la disponibilidad de las terapias.

Mediante la utilización de métodos no farmacológicos pueden surgir resultados importantes para las pacientes, como la sensación de dominio y la capacidad de manejar el dolor con técnicas de autoayuda y ayuda de la pareja en lugar del uso de medicamentos durante todo o gran parte del trabajo de parto , pudiendo generar este hecho satisfacción y seguridad para algunas mujeres.

6 Bibliografía

- Aaron B Caughey (2019). Enfoques no farmacológicos para el manejo de dolor de parto. En Uptodate tema 4455.
- Edmund F Funai, Errol R Norwitz (2020). Gestión del parto y parto normales. En Uptodate tema 4445.

Capítulo 449

FÁRMACOS HABITUALES, EN LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA.

CRISTINA GÓMEZ VILLABRILLE

LEILA SATOUR EL HAMMOUTI

RAQUEL GARCIA GUTIERREZ

SARA RODRIGUEZ PEREZ

1 Introducción

Los intentos de producir analgesia o inconsciencia durante las prácticas quirúrgicas se remontan desde los inicios de la historia, pero la consolidación de la anestesiología como especialidad médica y su aplicación con métodos científicos son muchos más recientes. La anestesia general supuso una gran revolución, puesto que hasta la mitad del siglo XIX, cuando se descubrieron el óxido nitroso o gas de la risa y el éter.

Antes de ellos, se utilizaban hierbas y otras plantas como sedantes, alcohol, hachís, derivados del opio u otras técnicas como golpes en la cabeza, isquemia con torniquete o la estrangulación, eran otras técnicas utilizadas. Desde mediados del siglo XIX, es cuando se sintetizan los primeros fármacos anestésicos, pero no es hasta hace seis décadas, cuando su utilización se extiende masivamente.

La utilización por primera vez de un anestésico fue en 1844, este fue el óxido nitroso, seguido del éter etílico en 1846 y el cloroformo en 1847. Los usos de estos

fármacos anestésicos marcaron los inicios de la anestesiología actual. La introducción de fármacos cada vez más seguros ha permitido el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas, la posibilidad de intervención a pacientes de mayor edad y dar una mayor seguridad a la cirugía urgente y al paciente con pluripatología que debe ser sometido a una intervención quirúrgica.

Se han puesto en marcha acciones para aumentar la seguridad del ejercicio de la anestesia. A través de la regulación mundial de esta especialidad por medio de entidades de control como la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA). La implantología de dispositivos más tecnológicos para un adecuado seguimiento del paciente durante la cirugía y el empleo de una apropiada anamnesis. El objetivo primordial que se busca con la anestesia, es la supresión del dolor mediante una pérdida total o parcial de la sensibilidad, acompañada o no de pérdida de consciencia en el transcurso de las intervenciones quirúrgicas.

2 Objetivos

1. Indicar los fármacos de uso habitual en la inducción de la anestesia general, en una intervención quirúrgica.
2. Describir los mecanismos de acción de los fármacos utilizados en la inducción de una anestesia general.
3. Exponer las principales complicaciones tras la administración de los fármacos anestésicos en la inducción de una anestesia general.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica, entre principios de Diciembre del año 2018 y finales de Marzo de 2019. Se ha buscado en distintas bases de datos (Dialnet, Cochrane Plus, PubPsych, Cuiden, Medes, SciELO, Lilacs, Pubmed), revistas científicas (Enfermería Clínica, Revista Sociedad Española del Dolor, Revista Nure Investigación), páginas web (Ministerio de Sanidad, Ministerio de Educación, Organización Mundial de la Salud), libros y google académico.

En la estrategia de búsqueda siempre que fue preciso se establecieron limitadores, principalmente temporales (año de publicación posterior a 2007) y de idioma (documentos en inglés, español y portugués). Para realizar la selección de los documentos que se incluyen en el trabajo, se han determinado criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:
- Artículos anteriores a 2007, salvo aquellos que aun siendo anteriores son relevantes para la revisión. Idioma: documentos en castellano, inglés y portugués.
- Fármacos de uso habitual en la inducción anestésica en una anestesia general.
- Mecanismos de acción de los fármacos anestésicos.
- Principales complicaciones de los fármacos anestésicos.

Criterios de exclusión:
- Artículos y documentos que no cumplieran los criterios de inclusión. Fármacos no habituales en la inducción anestésica.

Tras realizar la estrategia de búsqueda y establecer los límites oportunos, se ha leído el título de los documentos y si este guardaba interés con el estudio se leía el resumen. Tras esto si cumplían los criterios de exclusión e inclusión se seleccionaban, en base a su actualidad y relevancia.

4 Resultados

La anestesia es la ausencia ya sea total o parcial de la sensibilidad. Puede producirse por un traumatismo o de manera artificial o inducida. El término, por lo general, se utiliza para referirse a la acción médica que consiste en inhibir el dolor en un paciente mediante el suministro de una sustancia con propiedades anestésica. Podríamos decir que es una situación de coma farmacológico en el que el paciente es incapaz de despertar al provocar un estímulo sobre él.

Si además se necesita una relajación de los tejidos que van a ser manipulados, se procede al uso de relajantes musculares. En definitiva, definimos como anestesia general aquella que afecta a la conciencia, produce el surgimiento de una amnesia temporal y elimina los reflejos. La sustancia que se suministra cuenta con propiedades hipnóticas y puede aplicarse por vía intravenosa (Anestesia total intravenosa), inhalatoria (Anestesia total inhalada) o por ambas a la vez (balanceada o combinada). Actualmente se realiza combinación de ambas técnicas, en lo que se llama anestesia multimodal. Los componentes fundamentales que se deben garantizar durante una anestesia general son: hipnosis, amnesia, analgesia, relajación muscular y protección neurovegetativa.

La anestesia general presenta tres fases:
1. Inducción.
2. Mantenimiento.

3. Recuperación.

En la inducción debemos cumplir, los siguientes objetivos:
- Hipnosis: se consigue mediante el uso de anestésicos endovenosos o inhalatorios. Generalmente se realiza una inducción endovenosa y los inhalatorios para el mantenimiento de la hipnosis durante el procedimiento.
- Analgesia: insensibilidad al dolor. En los procesos quirúrgicos con anestesia se utilizan analgésicos de gran potencia como son los opiáceos mayores. No producen amnesia. El fentanilo es el mórfico más utilizado en la anestesia para cirugía, usándose remifentanilo y alfentanilo en procedimientos cortos. Al tratarse de opiáceos de gran potencia dan una gran estabilidad hemodinámica y al mismo tiempo su tiempo de acción tan corto los hacen muy manejables clínicamente. El único inconveniente es que, si se trata de cirugías dolorosas, hay que comenzar con otro mórfico de acción más larga (meperidina, cloruro mórfico) antes de retirar la perfusión, para evitar que se genere un periodo de ventana ausente de analgesia que provocaría intenso dolor en el paciente. Producen sedación y depresión respiratoria. Como consecuencia de la disminución de la ventilación alveolar, aumentan la PCO2, disminuyen el pH arterial y la PO2. El grado de depresión no sólo depende de la dosis sino también de la vía de administración y velocidad.
- Relajación muscular: pérdida de los reflejos, estos son tanto de carácter somático (movimientos de extremidades o cambios respiratorios), como vegetativo (modificaciones del ritmo cardíaco o de la salivación). El uso clínico de los relajantes musculares se plantea siempre que se requiere intubación endotraqueal. Se clasifican en dos grupos: despolarizantes o leptocurares y no despolarizantes o paquicurares.
- Amnesia completa del acto quirúrgico y pérdida de conciencia.

Un anestésico general potente, es capaz de conseguir todos estos efectos si se administra a una dosis suficiente. Para obtener todos estos efectos óptimos y con un solo anestésico, se requeriría una concentración tan elevada que conllevaría un riesgo excesivo de provocar depresión de centros bulbares esenciales, de la presión arterial o de la contractilidad y el ritmo cardíacos, que se hiciera irreversible.

Por ello, se aplican simultánea o secuencialmente aquellos fármacos que, de forma individual, alcanzan uno o varios de esos objetivos:
- Opioides, para conseguir analgesia.
- Relajantes musculares, para la pérdida de reflejos somáticos.

- Neurolépticos, para reducir la variabilidad vegetativa refleja y las aferencias sensoriales, etc.

Fármacos habituales en la inducción anestésica en una intervención quirúrgica . Se utilizan una gran cantidad de fármacos que se pueden clasificar en:
1. Hipnóticos. Sedantes intravenosos.
2. Relajantes neuromusculares.
3. Anestésicos inhalatorios.

1. Fármacos Endovenosos.
La vía de administración más común. Existen tres técnicas básicas de administración:
- Dosis única de anestésico (eficaz para efectuar la inducción de la anestesia y para procedimientos de corta duración).
- Redosificación mediante bolos adicionales administrados a dosis-efecto.
- Infusión continúa ajustando las dosis de mantenimiento.

Existen diversas indicaciones en las técnicas de anestesia inyectable:
- Consecución de una inducción anestésica rápida y segura, previa a un posterior mantenimiento con gases.
- Coadyuvante a técnicas de anestesia inhalatoria, como por ejemplo la profundización rápida del plano anestésico.
- Mantenimiento prolongado de estados de anestesia superficial en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos.
- Protocolo de anestesia totalmente endovenosa, mediante la administración de dosis repetidas de agentes inyectables cuando sean necesarios o mediante una perfusión endovenosa continua mediante bombas de infusión.

Hipnóticos: sedantes intravenosos. El principal efecto farmacológico es la sedación e hipnosis como consecuencia de la depresión del sistema nervioso central, dependiendo de la dosis. Principales hipnóticos-sedantes:
- Barbitúricos: Tiopental, metohexital. En la práctica clínica se utilizan los de acción ultracorta, metohexital y tiopental, siendo este último el más frecuentemente empleado. Posee una intensa acción depresora y anestésica a los 10-20 segundos de la inyección y de unos 20-30 minutos de duración. Inicialmente produce una brusca caída de presión arterial que se recupera pronto. Deben extremarse las precauciones de no inyectarlo intraarterialmente ni que se produzca una extravasación, ya que podría producir necrosis hística. No produce analgesia

salvo situaciones de profunda anestesia. Tampoco es buen relajante muscular.
- Derivados Imidazolicos: Etomidato. Ejerce una acción sedante e hipnótica rápida. Carece de acción analgésica. La concentración máxima se alcanza en el primer minuto tras la administración.
- Derivados de la Feniciclidina: Ketamina. Ejerce una acción anestésica corta y disociativa, con pérdida de la conciencia, inmovilidad, amnesia y analgesia. El despertar suele acompañarse de sensaciones psíquicas muy vivas, modificaciones del humor, experiencias disociativas de la propia imagen, sueños y estados ilusorios, que se previenen con benzodiazepinas. También potencia a los relajantes musculares no despolarizantes. Se emplea fundamentalmente en niños o en maniobras cortas que requieren intensa analgesia, previa administración de una benzodiazepina.
- Fenoles: Propofol. Posee acción sedante e hipnótica corta, antiemética y antipruriginosa. La duración del efecto es muy breve y la recuperación después de una dosis única o tras infusión continua es muy rápida, suave y con confusión postoperatoria mínima. Ocasiona hipotensión y bradicardia. La respiración es profundamente deprimida. Induce amnesia, pero de menor grado que las benzodiazepinas. El efecto secundario más frecuente es dolor en el sitio de inyección.
- Benzodiacepinas: Diacepam, Midazolam. Las de mayor interés en la práctica diaria son el diacepam, midazolam y su antagonista flumacenilo. Tienen propiedades: ansiolíticas, amnesia anterógrada, sedantes, anticonvulsivantes, relajantes musculares por mecanismos centrales. En anestesiología se utiliza como premedicación y coadyuvante para la inducción. Carecen de acción analgésica.

Es uno de los fármacos más usado en la sedación de niños por su posibilidad de administración por diferentes vías. Como uso clínico, diferenciamos los siguientes usos:
1. Como Ansiolítico (premedicación).
2. Como sedante-hipnótico (las de acción corta).
3. Relajante muscular y anticonvulsivante (Diazepam).
4. Concomitantemente si se usa Ketamina (Reduce alucinaciones).
5. Sedación fuera de quirófano (Rx, RNM, TAC, endoscopias; Etc.).

El flumazenilo es el antagonista competitivo de los receptores de los benzodiacepinas en el sistema nervioso central.

Los relajantes neuromusculares producen bloqueo de la transmisión neuromuscular. Puede llevarse a cabo por dos mecanismos:
- Por persistencia de la despolarización.

- Por antagonismo de ésta (bloqueo competitivo).
Existen dos grandes familias de no despolarizantes:
- Derivados esteroides (ausencia de liberación de histamina).
- Bencilisoquinolínicos (responsables de liberación de histamina, aún a dosis terapéuticas).
El único relajante neuromuscular despolarizante de uso clínico, es la Succinilcolina, posee unos efectos secundarios habituales: fasciculaciones (cuya intensidad depende de la dosis utilizada), elevación de la CPK y del potasio séricos, bradicardia…

Los fármacos anestésicos inhalatorios se administran por vía pulmonar, y atravesando la barrera alvéolo – capilar son llevados por vía sanguínea hasta el sistema nervioso central. Se emplean dos tipos de fármacos:
- Líquidos volátiles: Presentan el estado líquido a temperatura ambiente, pero son susceptibles de ser volatilizados. Estos se dividen en, no halogenados y halogenados: Compuestos fluorados éteres (Isofluorano, Enfluorano, Sevoflurano, Desfluorano e Hidrocarburos (Halotano) y los compuestos no fluorados (Éteres: Cloruro de Etilo e Hidrocarburos).
- Gases anestésicos: son productos anestésicos que se encuentran en estado de gas a temperatura ambiente ordinario. Se dividen en inorgánicos (Óxido Nitroso y Xenón) y orgánicos (etileno).
Los anestésicos inhalatorios más utilizados son: óxido nitroso, anestésicos halogenados (halotano, enflurano, isoflurano, sevoflurano y desflurano)
Dependiendo del tipo de intervención y del estado físico previo del paciente, las complicaciones relacionadas con la anestesia, han descendido notablemente durante los últimos 25 años, coincidiendo con la incorporación de medicamentos más potentes y seguros y sofisticados sistemas de control y monitorización.

Hipnóticos. sedantes intravenosos:
- Tiopental: disminución importante de la PIC (presión intracraneal), el índice metabólico y el flujo cerebral, lo que puede llegar a producir un electroencefalograma (EEG) plano. Disminución del gasto cardíaco, la presión arterial sistémica y las resistencias vasculares periféricas. Discreta depresión respiratoria.
- Etomidato. Los efectos adversos más frecuentes son dolor en el punto de inyección y tromboflebitis, náuseas, vómitos y movimientos mioclónicos o discinéticos.
- Ketamina. Contraindicado en cualquier patología que se acompañe de hipertensión craneal o en traumatismo craneoencefálico, por su depresión del sistema nervioso central.

- Propofol. En pacientes con compromiso tensional, A.S.A. III-VI, la inducción puede provocar colapso circulatorio. No se debe de administrar en alérgicos a la soja y al huevo.
- Benzodiacepinas. Reacciones de desorientación y disforia, es teratógeno en primer trimestre.
- Flumacenilo. Revierte el efecto sedante e hipnótico, pero no previene el riesgo de depresión respiratoria.

Las principales reacciones adversas:
- Óxido nitroso. La exposición prolongada puede causar depresión de la médula ósea (anemia megaloblástica) y déficits neurológicos (neuropatía periférica y anemia perniciosa).
- Halotano: Agente desencadenante de la hipertermia maligna. Contraindicado con el uso de epinefrina.
- Enflurano. Desencadenante de hipertermia maligna.
- Isoflurano. Puede producir fenómeno de robo coronario por vasodilatación de las arterias coronarias sanas.
- Desflurano. Es el de más rápida recuperación.
- Sevoflurano. Excelente para inducción inhalatoria.

La pérdida de conciencia y la falta de reactividad a estímulos intensos que caracterizan a la anestesia, suponen la modificación profunda del conjunto de procesos neurales que mantienen el estado de vigilia. Desde el punto de vista neuroquímico intervienen también numerosos sistemas de carácter excitador. Destaca entre ellos el sistema colinérgico de proyección cortical, cuyos núcleos se encuentran en la región telencefálica basal (núcleo tegmental ventral, núcleo medial del septo, núcleo basal y núcleo de la banda diagonal) y proyectan abundantemente a la corteza cerebral.

Pero otros muchos sistemas, tanto de proyección local como general, participan en estos procesos. Elemento esencial de todo este mecanismo es el aseguramiento de una fluida transmisión sináptica. Ello exige la permanente disponibilidad de los canales iónicos que aseguren la correcta conductancia de iones y el engranaje entre las señales que modifican esos canales y los procesos metabólicos intracelulares resultantes.

Parece que la perturbación de la transmisión sináptica es un elemento esencial en la acción del anestésico. Con frecuencia, la primera manifestación es un aumento en la polarización de la membrana neuronal o proceso de hiperpolarización, que hace reducir la capacidad de respuesta de la neurona y alterar la transmisión.

Dada la multiplicidad de moléculas con poder anestésico y la variedad de sus características físico-químicas, resulta difícil encontrar aquella propiedad que sea común a todos y explique en términos unitarios la acción anestésica.

Tradicionalmente, los anestésicos generales se han considerado agentes inespecíficos que alteran la función de la membrana neuronal, disolviéndose en el componente lipídico y modificando sus propiedades físicas (fluidez, volumen, tensión, permeabilidad, etc.). Las alteraciones originadas en la bicapa lipídica se traducirían en disfunción de proteínas cruciales para la transmisión sináptica (p. ej., canales iónicos). Esta teoría lipídica se basa en la observación de Meyer y Oberton de que la potencia anestésica se correlaciona estrechamente con la solubilidad de los agentes anestésicos en lípidos.

Sin embargo, las modificaciones en la bicapa lipídica originadas por dosis anestésicas de los distintos agentes son mínimas (similares a las causadas por un incremento de temperatura de 1 ℃) y no justifican los cambios funcionales necesarios para originar un estado de anestesia general. Asimismo, recientemente se ha demostrado que la potencia anestésica se correlaciona igualmente bien con la capacidad para fijarse e inhibir la función de diversas proteínas enzimáticas purificadas y, por lo tanto, carentes de ambiente lipídico circundante (como la enzima luciferasa de la luciérnaga).

Además, se ha podido demostrar que el efecto de los anestésicos generales es estereoselectivo, incluso en el caso de moléculas relativamente simples, como el isoflurano. Por todo ello, hoy en día se supone que los agentes anestésicos interactúan directamente con proteínas de membrana. La hipótesis más aceptada en la actualidad es que los elementos diana fundamentales en la acción de los anestésicos sobre la transmisión sináptica son los canales iónicos. Sin embargo, no está claro cuáles son los importantes. En general, los canales dependientes del voltaje no suelen verse afectados por concentraciones quirúrgicas de los anestésicos, con la excepción de los canales de calcio presinápticos relacionados con la liberación de neurotransmisores, los cuales pueden ser diana de algunos agentes. La mayoría de los datos experimentales sugieren un papel fundamental de los canales receptor-dependientes: el canal de calcio ligado al receptor NMDA del glutamato, el canal de cloro ligado al receptor GABAA y el canal de sodio vinculado al receptor colinérgico nicotínico. Algunos agentes, como la ketamina, actúan preferentemente sobre receptores excitadores (NMDA).

En cambio, benzodiazepinas, barbitúricos, propofol, anestésicos esteroideos (alfaxalona), alcoholes alifáticos y anestésicos inhalatorios (halotano, enflurano

e isoflurano) actúan potenciando de forma alostérica la acción inhibidora del GABA. Esta diversidad de canales, que, a su vez, existen en diversas isoformas, podría conferir a los anestésicos selectividad molecular y celular, afectándose con un agente determinado unos canales, pero no otros, y unas poblaciones neuronales, pero no otras, lo que justificaría los distintos perfiles farmacológicos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de este estudio bibliográfico, mi conclusión es la gran importancia en el ámbito quirúrgico-sanitario, de la anestesia, en todos los campos, ya sea una anestesia general (tema estudiado) o local. Así como su correcto manejo y estudio de todos los fármacos empleados y el estado general del paciente ante cualquier posible respuesta o efecto adverso que pueda desarrollar.

6 Bibliografía

1. Instrumentación Quirúrgica. Teoría, Tecnicas y procedimientos. Fuller 4ªEdición.
2. Atkinson LJ.técnicas de quirófano de Berry y Khon .8ª Edición.
3. Manual de enfermería Médico_Quirúrgica. P.L.Swearingen: &ª Edición .2008.
4. Chrysalis Frías M.2008-0804.Sección 01.Disponibe en: http://www.slideshare.net/jayabero/historia-de-laanestesia.
5. Enfermera de anestesia, la gran desconocida. Disponible en: http://infermeriabalear.com/index.php?optioncom_K2&view-item&id-838: enfermerade-anestesia-la-gran-desconocida.
6. Martin R. Banquert Enfermería y Anestesia, 4 Mar, 2009 in Enfermería. Disponible en:http://www.anestesiados.com/enfermería-y-anestesia/.
7. Pérez Barreiro MB.Funciones de la Enfermera de anestesia. Disponible en :http://www.anestesiamadrid.com/index.php/documentos?download-7: funcionesde-la-enfermería-deanestesia.
8. G. Ramos, I. Prats I Curso para Enfermería en Anestesiología y Reanimación. atención y Cuidados Integrales. Hospital Obispo Polanco, 2003.
9. Barash Paul G, Cullen Bruce F, Stoelting Robert K. Handbook of clinical anesthesia. Editorial Lippincott. Williams and Wilkins. 5th Edition.2006.
10. Dunn Peter F. Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital. Editorial Lippincott Willliams and Wilkins. Seventh edition.2006.
11. Miller R.D, Anestesia. Editorial Elsevier. Séptima edición 2010.

12. Morgan G. E. Jr, Mikhail M. S, Murray M. J. Anestesiología clínica. Editorial el Manual Moderno. 4ª Edición. 2007.
13. Cuartero Lobera J, Redondo Castán L.C. Manual práctico de analgesia y sedación. Anestesia y reanimación. Editorial Formación Alcalá. 2004.
14. Situaciones Clínicas en Anestesia y en Cuidados Críticos. Editorial Panamericana. 2013.
15. Mertens MJ. Performance of computer-controlled infusion of remifentanil during propofol-remifentanil anesthesia. Br J Anaesth 2003;90(2):132-141.
16. Sepúlveda P. ¿Cómo construir una TIVA en forma manual? La Anestesia Intravenosa Bases Teóricas y Experiencias Clínicas. Primera Edición. Editor: Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile, Enero 2004: 61-69.
17. Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno R, Metnitz B, Bauer P, et al. Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: multinational prospective study. BMJ. 2009;338:b814.
18. Errando CL, Blasco P. Errores relacionados con la administración de medicamentos en anestesiología, reanimación-cuidados críticos y urgencias. Factores para mejorar la seguridad y calidad. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2006;53:397-9.
19. Calvo Barbado DM, Cruz Barrios M, Freijoso Santiesteban E, Cires Pujol M, Delgado Martínez I, Pérez Peña J. Formulario Nacional de Medicamentos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
20. Naranjo AC, Busto UC. Reacciones adversas a medicamentos. En: Naranjo AC. Métodos de farmacología clínica. Toronto: El Servier Sci; 1992. p. 330-48.
21. Strom BL. Potential for conflict of interest in the evaluation of suspected adverse drug reactions: a counterpoint. JAMA. 2004;292(21):2643-6.
22. Organización Mundial de la Salud. Clasificación del WHO Colaborating Centre for International Drug Monitoring. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2003.
23. Anestesia en geriatría. Clín Anestesiol de Norteamerica 2000:18;1.
24. McLeskey CH. ed. Geriatric Anesthesiology. Baltimore: Williams & Wilkins 1997.
25. Romo SF. Anestesia general vs anestesia regional. En: Whizar LV, Jaramillo MJ editores. PAC Anestesia-2. Libro 8. Anestesia regional y dolor postoperatorio. Parte l. Editora Científi ca Médica Latinoamericana e Intersistemas SA de CV. México DF. 2001:12-16.

Capítulo 450

TIPOS DE NEBULIZACIÓN Y CUIDADOS ÓPTIMOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)

GEMA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARÍA DEL MAR GONZÁLEZ BASANTE

AIDA CALLEJA MUÑIZ

ANDREA GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) se trata de una modalidad de soporte ventilatorio que incrementa la ventilación alveolar, manteniendo las vías respiratorias intactas, sin precisar intubación endotraqueal ni traqueotomía, lo que conlleva que el paciente se encuentra en estado consciente y colaborador. Se trata de una técnica ventilatoria que ha incrementado su uso en los últimos años.

Consiste en la aplicación por mediación de un respirador, de un flujo de aire continuo, con presión positiva a través de la interface adaptada al paciente, en la que se modifican los niveles de presión y Fi02 en el respirador. Para la que precisaremos del siguiente material: interfaces o mascarillas, tubuladuras, arnés, humidificador y filtros, así como el material especifico para la nebulización de fármacos.

Todo paciente con enfermedad respiratoria, ya sea en su fase crónica o aguda, van a precisar con frecuencia la administración de fármacos en forma de aerosol, pudiendo administrarse mediante inhaladores de dosis medida presurizados(IDMp) y/o nebulizadores ya sean tipo jet, ultrasónicos o de malla vibratoria.

Los nebulizadores son dispositivos que transforman en aerosol, las soluciones o suspensiones de fármacos, en forma líquida, para su uso por vía inhalatoria a través de mascarilla o boquilla.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados básicos a proporcionar previa a la técnica de nebulizar.
- Reconocer las diversas formas de nebulización en VMNI.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cuiden y Google Académico de artículos primarios y revisiones, así como búsqueda en Google de protocolos de hospitales nacionales, y una búsqueda manual en libros publicados, empleando como palabras clave: VMNI, nursing care, nebulización y aerosolterapia. Se establecieron como criterios de inclusión todo articulo en castellano.

4 Resultados

Para realizar unos cuidados de enfermería correctos comenzaremos por informar al paciente del procedimiento que vamos a realizar y de los pasos que vamos a seguir para su colocación, y así disminuir la ansiedad y aumentar el éxito de adaptación a la ventilación.
Monitorizaremos los signos vitales (FR, Sat O2, FC,TA) y los registraremos en la gráfica de constantes. Se preparara todo el material necesario para iniciar una terapia de ventilación mecánica no invasiva: usaremos principalmente interfaces o mascarillas de tipo naso-bucal o facial total, colocaremos al paciente en posición fowler (a 45º) y le aplicaremos AGHO (ácidos grados hiperoxigenados) en todos los puntos de apoyo de la interface para evitar ulceras por presión, todo ello siempre con un correcto lavado de manos antes y después de cualquier manipulación.

Cuando tenemos un paciente con VMNI, en muchas ocasiones precisaremos administrarle fármacos por vía inhalatoria, para ello existen diversas formas de nebulización.

- La primera opción seria retirar la VMNI y administrar el aerosol, bien sea, empleando un inhalador de dosis media presurizado (IDMp), un inhalador de polvo seco (IPS) o un nebulizador. Para ello es necesario retirar interface al paciente; Administrar el fármaco según su método e indicación:

1. IDMp: agitar cartucho-inspirar-disparar dosis-inspiración lenta y profunda.
2. IPS: cargar dosis- espirar- sellar labios en boquilla-inspirar lento y profundo.
3. Nebulizador: preparar dosis fármaco (4-6 ml)- acoplar mascarilla al paciente-abrir flujo de gas a 6 lpm-inspirar lento y profundo durante 10-15 min.

Posteriormente se le colocara la interface de nuevo, comprobando la correcta adaptación.

- Otra alternativa es administrar el aerosol a través de la VMNI existiendo a su vez dos formas distintas de aplicarlo.

A. Si ubicamos el IDMp entre la mascarilla y el puerto exhalatorio, tenemos que disponer del espaciador o cámara unidireccional adaptable entre tubuladura y mascarilla, agitar previamente y conectar el IDMp al dispositivo, coordinando el disparo con la inspiración.

B. Situar el nebulizador entre la interface y el puerto exhalatorio, lo primero a realizar es introducir la medicación en la cubeta (aproximadamente 4 ml), insertar la cubeta de nebulización a la pieza T e intercalarla entre la mascarilla y la tubuladura, conectar la cubeta a una fuente de oxigeno o aire medicinal a un flujo aproximado a 6 lpm, y dejarlo nebulizar durante aproximadamente de 10 min, una vez finalizado, se retirara el sistema.

- Como última elección para nebulizar esta el nebulizador NIVO, que consiste en un dispositivo de nebulización de malla vibratoria portátil que se conecta directamente al codo de la propia interface, disminuyendo el espacio muerto y asegurando una mayor distribución del fármaco. Su uso es para un solo paciente y se aconseja desecharlo después de 7 días de uso. Para su correcto uso, retiraremos el tapón del codo de la interface e insertaremos la cubeta de nebulización que a su vez le conectamos el cable del generador aeroneb. Abrir el tapón de la cubeta y añadir el fármaco deseado, no se puede agregar diluyente, y la capacidad máxima que permite es de 3,6 ml; se le puede añadir mas medicación durante la ventilación sin necesidad de parar el equipo. Dispone de un controlador (pro-X) con un botón de inicio, que al presionar se ilumina un piloto que marca el tiempo de nebulización, teniendo como opción 15 minutos, 30 o de forma continua. Una vez que la nebulización haya terminado, el dispositivo y la luz del piloto se apaga

automáticamente.

5 Discusión-Conclusión

El éxito de la VMNI y la presencia o no de complicaciones depende en gran medida de la experiencia y buena formación del personal que maneja la técnica. La labor del personal de enfermería es vital para el cuidado integral y así favorecer el bienestar del paciente.

En cuanto a la aplicación de fármacos nebulizados no existen estudios recientes que indiquen que método de nebulización es el mas adecuado y seguro para el paciente. Lo que si se puede concluir es que debe de haber poco espacio muerto entre el dosificador del fármaco y la mascarilla facial, para asegurar que el paciente recibe mayor dosis de fármaco y también para no interferir ni dañar el resto de material (puerta de fuga, válvula espiratoria, tubuladuras).

Es muy importante que enfermería sepa manejar los diferentes tipos de nebulizaciones que existen para este tipo de pacientes, ya que en cada una de ellas la técnica varia y hay que saber aplicarla y explicarla correctamente al paciente, destacando la importancia de una correcta y continua formación por parte del personal sanitario.

6 Bibliografía

- Esquinas,A.. (2010). Cuidados de Enfermería en Ventilación Mecánica No Invasiva. España: Asociación y Escuela Internacional de Ventilación Mecánica No Invasiva.
- Asuero, S., Alonso,JM., Gómez,ML., Almela,A., Díaz,S. . (2009). FUNDAMENTOS DE VMNI EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. Noviembre 15, 2017, de Sociedad Española de Cuidados Respiratorios y Tecnologías Aplicadas Sitio web: https://www.researchgate.net/profile/Salvador_Diaz-Lobato/publication/235753698_Fundamentos_de_VMNI_en_la_insuficiencia_respiratoria_aguda/links/0fcfd51325aafc970e000000.pdf#page=150
- Cortés-Télles,A., García-Torrentera,R.. (2013). Aerosoles: Fármacos y los dispositivos para su administración. NCT-neumología y cirugía de tórax, 72, 164-174.
- Ortiz, R.; Blanco, J.; Gómez, M.L. (2011). Fármacos broncodilatadores y sistemas de humidificación en VMNI. Disponible en: Grupo de VMNI del HGURC. Manual de Ventilación Mecánica no Invasiva. Hospital General Universitario de Ciudad

Real. Cap. 5, pp. 23-26. Sitio web: https://www.semes.org/wp-content/uploads/2019/05/Manual-VMNI-del-HUGCR.pdf
- Rodríguez-Tello, J., Madrid-Clemente, E. M., Roldán-Chicano, M. T., & Meroño-Rivera, M. D. (2017). Protocolo de enfermería para la administración de medicación inhalatoria y nebulizaciones. ICUE. Investigación y CUidados de Enfermería, 1(3). Disponible en: http://revistaicue.es/revista/ojs/index.php/ICUE/article/view/43/pdf

Capítulo 451

1.001 SEDO-ANALGESIAS PARA PROCEDIMIENTOS A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN LA UCI PEDIÁTRICA

AIDA SÁNCHEZ MUÑIZ

1 Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos pediátricas (UCIP) son un servicio básico para realizar procedimientos con sedo-analgesia a pacientes oncohematológicos.

2 Objetivos

- Analizar los procedimientos con sedo-analgesia realizados en los pacientes oncohematológicos en una UCIP de un hospital terciario.
- Determinar las principales patologías, técnicas realizadas, medicación más frecuentemente utilizada y efectos adversos.

3 Metodología

Estudio retrospectivo de los procedimientos con sedo-analgesia realizados a pacientes oncohematológicos durante 7 años (31-enero-2009 a 31-enero-2016). Base de datos con variables: edad, sexo, peso, diagnóstico, procedimiento realizado, medicación (dosis/kg de peso), efectos adversos y necesidad de intervención. Análisis estadístico programa SPSS 18 ®.

4 Resultados

Se registraron 1001 sedo-analgesias para procedimientos en 156 pacientes (6,3 proc/paciente, rango 1-35) con 64% de varones en la muestra (p>0,001). La edad media del paciente en el momento del procedimiento fue 95,8 ± 53,8 meses (rango 1-220) y el peso 31,2±18 kg (rango 4-82,6). Un 85% se realizaron a pacientes hematológicos (71% leucemias). Los diagnósticos fueron: 35% leucemias, 10% linfomas, 11% neuroblastomas y 9% tumores SNC. Las técnicas realizadas fueron: 48% quimioterapia intratecal, 32% aspirado±biopsia medular, 8% vía central y 5% imagen. En el 18% de casos se realizó más de un procedimiento al paciente. 1/3 de procedimientos se realizaron con monoterapia y 2/3 con politrerapia.
Se reflejaron efectos secundarios en los informe en el 2,7% de sedaciones, siendo la desaturación el más frecuente (73%). Ningún paciente precisó intubación. No hubo diferencias significativas en efectos adversos entre los diferentes protocolos utilizados.

5 Discusión-Conclusión

Los procedimientos a pacientes oncohematológicos suponen una importante carga de trabajo en una UCIP polivalente. Las diferentes pautas de sedación en nuestra muestra no han mostrado efectos secundarios importantes aunque se precisa una mejor protocolización y registro de los procedimientos.

6 Bibliografía

- Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas (SEHOP). (S.f.). ¿Qué es el cáncer infantil? 2010. Acceso Marzo 2016. http://www.sehop.org/cancer_infantil
- Violant, V., Molina, M.C. y Pastor, C. (2011). Concepto de salud y enfermedad. El proceso de enfermar. En Violant, V., Molina, M.C. y Pastor, C. Pedagogía Hospitalaria. Bases para la atención integral (pp. 19-26). Barcelona: Laertes.
- Lizasoáin, O. (2003). La pedagogía hospitalaria en una sociedad en cambio. En Ochoa, B. y Lizasoáin, O. (Eds.). Intervención psicopedagógica en el desajuste del niño enfermo crónico hospitalizado. (pp. 19-33) Pamplona: EUNSA.
- Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica. Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP). Acceso Maro 2016. http://www.uv.es/rnti/pdfs/B1.05-Texto.pdf

Capítulo 452

REVISIÓN SISTEMÁTICA: ACTUALIZACIÓN EN INFECCIONES NOSOCOMIALES

NOEMÍ BLANCO ALONSO

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en el período de incubación ni en el momento del ingreso del paciente. Las infecciones que ocurren más de 48h después del ingreso suelen considerarse nosocomiales. Dichas infecciones son la causa más prevenible de eventos adversos graves en los pacientes hospitalizados. Ocasionan efectos negativos innumerable en sus vidas, deterioran la imagen de los equipos asistenciales, de los hospitales y del sistema sanitario en general, y causan un gran impacto en la economía de los países, poniendo a prueba la sostenibilidad de los programas de salud.

A continuación, exponemos los Criterios de Friedman para definir una bacteriemia relacionada con el sistema sanitario. Paciente con hemocultivos positivos obtenidos durante las primeras 48 horas del ingreso y cualquiera de los siguientes criterios:
• Hospitalización a domicilio con tratamiento endovenoso.
• Cuidados especializados de herida en un centro ambulatorio.
• Hemodiálisis ambulatoria.
• Tratamiento con quimioterapia en los 30 días previos a la bacteriemia.
• Ingreso en un hospital de agudos durante 2 o más días en los 90 días previos a la bacteriemia.

• Residencia en un centro geriátrico o de larga estancia.

Las infecciones nosocomiales ocasionan una elevada mortalidad, prolongan la estancia hospitalaria y aumentan los costes asistenciales.

2 Objetivos

Conocer cuáles son actualmente las principales infecciones prevenibles adquiridas durante la estancia hoopitalaria.

3 Metodología

Revisión sistemática de la bibliografía más relevante publicada en los últimos años seleccionada mediante la búsqueda utilizando las siguientes bases de datos: pubMed, Clinical Key, sCielo. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda han sido en inglés: hospital acquired infections, nosocomial infections, trends hospital infections.

4 Resultados

De entre las infecciones de adquisición hospitalaria en la actualidad, los estudios coinciden en señanar que por órden de indicencia destacan: las infecciones del tratco urinario, las neumonías, y las infecciones del catéter vascular.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituyen por tanto, la primera causa de infecciones nosocomiales . En más del 80% de los casos está relacionado con el uso de dispositivos urológicos, especialmente relacionado con el mal uso o manipulación de las sondas urinarias. El tratamiento empírico debe basarse en la epidemiología local, los criterios de gravedad y el riesgo de bacterias multirresistentes.

Los pacientes con bacteriuria asintomática generalmente pueden tratarse inicialmente con extracción del catéter o cambio de catéter, y no necesariamente necesitan terapia antimicrobiana. Los pacientes sintomáticos deben recibir terapia con antibióticos. La resistencia de los patógenos urinarios a los antibióticos comunes es actualmente un tema de preocupación.

Estas infecciones tienen una alta incidencia en las unidades de cuidados intensivos (UCI), y se están convirtiendo en uno de los problemas más importantes de

las mismas.

Cabe señalar que un estudio publicado en 2014 en el que se han analizado varios programas de control de infecciones como la Bacteriemia Zero y la Neumonía Zero, muestran una disminución significativa en las tasas de infección nosocomial en las Unidades de Cuidados Intensivos.

La neumonía nosocomial (NN) es otra de las infecciones más frecuentes que presentan los pacientes hospitalizados. Dentro de las neumonías nosocomiales, la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es la complicación infecciosa nosocomial más frecuente entre los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda.

Cabe destacar la experiencia de Pronovost et al., en la que se alcanzó una extraordinaria reducción sostenida en el tiempo del número de episodios de bacteriemia secundaria a infección de catéter vascular, en las unidades de cuidados intensivos, mediante la aplicación de un sencillo listado de verificación previo a la inserción del catéter vascular. Dicho listado incluía: a)la utilización de máximas medidas de barrera previa a la inserción del catéter; b)la higiene de manos; c)la asepsia de la piel con clorhexidina alcohólica; d)la retirada de catéteres no necesarios, y e)la no inserción de catéteres en el acceso femoral, salvo en situaciones de emergencia. Se ha considerado que esta experiencia ha salvado la vida de miles de pacientes y se ha traslado a diversos países europeos, en nuestro entorno en forma del proyecto «Bacteriemia Zero».

5 Discusión-Conclusión

Los problemas de las infecciones nosocomiales y el aumento de la resistencia a los antimicrobianos son en la actualidad muy relevantes y no deben ser menospreciados, de hecho, constituyen un reto para los sistemas sanitarios.

Los estudios coinciden en que los dispositivos intravasculares son una fuente muy común de infecciones nosocomiales, así como las relacionadas con el cuidado de la salud , y Staphylococcus aureus fue el patógeno más frecuente en este tipo de infecciones.

Otra de las infecciones nosocomiales más frecuentes hoy en día son las infecciones del tracto urinario, por lo que se considera de especial interés incidir en el adecuado manejo y manipulación de estos dispositivos por parte del personal sanitario.

Es importante tener en cuenta que las infecciones nosocomiales constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes hopitalizados y están asociadas con aumentos en la duración de la estancia hospitalaria y costes hospitalarios excesivos.

Por otra parte, los estudios también coinciden en que los programas llevados a cabo los últimos años con el fin de conseguir disminuir la incidencia de las infecciones nosocomiales están presentando resultados positivos, lo que resulta alentador.

6 Bibliografía

1. Nordqvist P, Roberg M, Magnusson M et al. Preventable hospital acquired infections are common. Lakartidningen. 2017. 114
2. Friedman ND, Kaye KS, Stout JE et al. Health care-associated bloodstream infections in adults: a reason to change the accepted definition of community-acquired infections. Ann Intern Med, 2002; 137 (10): 791-7
3. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med. 2006; 355 (26): 2725-32
4. Iacovelli V, Gaziev G, Topacio L y et al. Nosocomial Urinary Tract Infections: a Review. Urología. 2014; 81 (4): 222-7
5. Zaragoza R, Ramírez P, López-Pueyo MJ. Nosocomial infections intensive care units. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014; 32 (5): 320-7
6. Proyecto Bacteriemia Zero. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (acceso internet 10/02/2020)

Capítulo 453

ATRESIA ESOFÁGICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

AIDA SÁNCHEZ MUÑIZ

1 Introducción

La Atresia Esofágica (AE), con o sin Fístula Traqueoesofágica (FTE), es una malformación congénita frecuente que afecta aproximadamente 1 de cada 3 500 recién nacidos. Esta malformación consiste en la interrupción de la continuidad del esófago que puede tener o no comunicación con la tráquea. En más del 50% de los casos se asocia a otras malformaciones congénitas como Cardíacas (29%), Genitourinarias (14%), Ano-rectales (14%) y Gastrointestinales (13%)3,4. La AE y FTE forma parte de las asociaciones VACTERL y CHARGE y se encuentra asociada con frecuencia a otros síndromes genéticos como trisomía 21 y trisomía 182,4; sin embargo, la mayoría de los casos de AE y FTE son esporádicos.

Los avances en cuidados intensivos en neonatología y en cirugía han permitido disminuir la mortalidad en niños con esta enfermedad cuya sobrevida actual es cercana al 90% tanto en el extranjero como en nuestro país5-7.

Aun cuando la mortalidad ha mejorado, la mayoría de los pacientes con AE y FTE presentan morbilidad significativa. Las complicaciones más frecuentes que presentan los pacientes con AE/FTE luego de la reparación quirúrgica son de tipo respiratoria y digestiva, que condicionan un deterioro de la calidad de vida y alta tasa de hospitalización. Estos problemas suelen persistir aun después de realizada la cirugía correctora debido a múltiples factores: reflujo gastroesofágico,

aspiración de contenido gástrico, inestabilidad de la vía aérea o traqueomalacia, epitelio anormal de la traquea, motilidad esofágica anormal, estenosis esofágica o recurrencia de la FTE.

2 Objetivos

Exponer un caso clínico de atresia de esófago en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

3 Caso clínico

Neonato varón de 8 horas de vida que ingresa derivado de otro hospital por sospecha de atresia esofágica sin diagnóstico prenatal. Gestación de 37+1, con ecografías y serologías normales, padres sanos. Desde nacimiento presenta secreciones abundantes en orofaringe, intentando realizar sondaje nasogástrico pero la sonda hace un "stop" aproximadamente a los 10 cm, hace un bucle y sale por boca. La sonda pasa sin dificultad por ambas coanas.

Exploración Física: buen estado general, bien hidratado y perfundido. Sialorrea abundante. Pulsos periféricos presentes. Fontanela anterior normotensa. Auscultación cardiopulmonar: normal sin soplos. Abdomen: blando, no distendido. Ano que impresiona anterior. Peso: 3890kg. FC: 147mmHG. TA: 72/42. Tº 36,4ªC. Saturación Oxígeno: 100%. Analítica de sangre:

Bioquímica: glucosa 47mg/dl, urea 32mg/dl, creatinina 1mg/dl, calcio 8,6mg/dl, sodio 137mEq/l, potasio 4,7mEq/l, PCR 1,7mg/l. Hemograma: muestra coagulada. Rx tórax-abdomen: impresiona de SNG con stop a nivel de T2, aire en estómago e intestino. IQ programada. Tránsito intestinal postIQ.

Juicio clínico: atresia de esófago tipo III con fístula anterior.

4 Discusión-Conclusión

La atresia de esófago es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en el recién nacido. Es una malformación relativamente común, con una incidencia de 1 por cada 2500 a 4500 nacidos vivos. Tras la cirugía, el pronóstico es bueno, en gran medida, depende de la calidad del cuidado que reciben en la UCI, de

ahí a que su manejo se lleve a cabo por un equipo multidisciplinar formado por neonatología, enfermería, cirugía infantil, anestesia y radiología.

5 Bibliografía

- Kovesi T, Rubin S: Long- term Complications of Congenital Esophageal Atresia and/or Tracheoesophageal Fistula. Chest 2004; 126: 915-25.
- López PJ, Keys C, Pierro A, et al: Oesophageal atresia: improved outcome in high-risk groups? J Pediatr Surg 2006; 41 (2): 331-4.
- Ossandón F, Acuña R, Sirebrenik S, Krebs C, Bravo I: Atresia esofágica. Evaluación, manejo y seguimiento de 18 casos. Rev Chil Pediatr 1992; 63: 84-8.
- Little D, Rescorla F, Grosfeld J, West K, Scherer L, Engum S: Long-Term Analysis of Children Whith Esophageal Atresia and Tracheoesophageal Fistula. J Pediatr Surg 2003; 38: 852-6.

Capítulo 454

USO Y MANEJO DE CITOSTÁTICOS POR ENFERMERÍA.

MARTA TARDON LOPEZ

1 Introducción

Los citostáticos son un grupo de medicamentos ampliamente utilizado en el tratamiento del cáncer y, en menor medida, de otras enfermedades no oncológicas. Según sus mecanismos de acción, se dividen en varias categorías farmacológicas como son: agentes alquilantes, antimetabolitos, productos naturales, antibióticos citotóxicos, hormonas y antihormonas, modificadores de la respuesta biológica, así como agentes misceláneos. La mayoría de estos agentes, de forma general, interactúan en gran medida con el ADN o sus precursores e inhiben la síntesis del nuevo material genético o causan daños irreparables sobre este. Durante el tratamiento con estos fármacos, las células no tumorales pueden ser también dañadas por el modo de acción no selectivo de muchos de estos compuestos.

Los efectos adversos más comúnmente observados en pacientes tratados son la alopecia, diarreas, vómitos, irritación de las membranas y otros efectos más severos que pueden ocurrir sobre órganos como la médula ósea (leucopenia, trombocitopenia, anemia), hígado, riñones y pulmón. Además de los efectos adversos, los citostáticos han demostrado poseer otros efectos tóxicos (genotoxicidad) como son la carcinogenicidad, mutagenicidad y teratogenicidad, por lo que el personal que manipula estos compuestos puede enfrentar considerables riesgos para su salud, es lo que se denomina como exposición ocupacional.

El riesgo ocupacional por la exposición citotóxica está presente en todas las actividades que involucran el manejo de estos medicamentos. Los riesgos para el personal que labora en el área de manipulación de medicamentos antineoplásicos provienen de una combinación de su toxicidad inherente y de la extensión de la exposición.
La contaminación puede producirse por la inhalación de partículas del medicamento o por contacto directo con la piel y mucosas.

Durante la preparación y administración de estos agentes, las agujas y ampollas rotas pueden ser la causa de pinchazos o cortaduras que constituyen una vía potencial de exposición. Otra de las vías de contaminación la constituyen los derrames accidentales y la formación de aerosoles de la droga por la generación de sobrepresión o de vacío en el vial, estas partículas pueden ser captadas por la piel, los guantes, ropas, y las superficies de trabajo en general. Adicionalmente, algunos estudios han mostrado la permeabilidad de los guantes a algunos de estos medicamentos lo que puede constituir una vía de entrada de estos al organismo.

Otro de los puntos clave que plantea la preparación de las mezclas intravenosas de estos medicamentos es la eliminación de los desechos que se generan en esta actividad; estos medicamentos, por sus características carcinogénicas, son considerados como químicos peligrosos y los residuos como son: jeringuillas, agujas, ampollas, viales, equipos de infusión, gasas, etc. utilizados en la preparación y administración, citostáticos reconstituidos.
Las mezclas intravenosas no administradas y derrames, así como los medicamentos vencidos constituyen una fuente de contaminación no solo del personal sino también del medio ambiente si no son eliminados siguiendo un conjunto de normativas establecidas internacionalmente.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son los principales fármacos citostáticos.
- Describir las medidas de bioseguridad que se deben seguir al administrar estos fármacos.
- Conocer el manejo correcto de los residuos provocados por los citostático

3 Metodología

Para llevar a cabo la realización de este trabajo se ha realizado un revisión bibliográfica durante el mes de enero de 2020. Se han consultado fuentes de información primarias, secundarias y páginas web empleando tanto lenguaje libre como lenguaje controlado. La principal base de datos empleada ha sido "PubMed". Para elaborar las estrategias de búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave: Citostáticos, antineoplásicos, efectos tóxicos, riesgos ocupacionales.
Se ha utilizado el booleano "AND" para adaptar la búsqueda a los objetivos del trabajo. Finalmente, los documentos empleados para la realización del trabajo fueron aquellos que cumplían con los siguientes criterios.
- Criterios de inclusión: documentos escritos en inglés o castellano, antigüedad menor de 5 años y que fueran relevantes para la profesión enfermera.
- Criterios de exclusión: documentos de carácter divulgativo y publicaciones con escasa relevancia para la profesión enfermera.
De esta manera, a lo largo del trabajo se han empleado un total de 5 referencias bibliográficas.

4 Resultados

Los principales fármacos citostáticos y su carcinogenicidad de acuerdo con su mecanismo de acción son:
- Agentes alquilantes: o Busulfán: 1 o Carmustina: 2A o Clorambucilo: 1 o Clormetina: 2A o Clornafazina: 1 o Clorozoticin: 2A o Cisplatino: 2A o Ciclofosfamida: 1 o Dacarbacina: 2B o Ifosfamida: 3 o Lomustina: 2A o Melfalán: 1 o Semustina:1 o Streptozotocin: 2B o Tiotepa:1 o Tresulfán: 1
- Antibióticos o Azatidina: 1 o Bleomicina: 2B o Daunorrubicina: 2B o Bleomicina: 2A o Doxorrubicina: 2A o Mitomicina: 2B
- Antimetabolitos: o 5-Fluorouracilo: 3 o Mercaptopurina: 3 o Metotrexato: 3
- Generadores de radicales libres o Azatriopina: 1
- Inhibidores mitóticos o Vinblastina: 3 o Vincristina: 3
- Agentes misceláneos. o Procarbacina: 2A

*Agencia internacional de investigaciones en cáncer

1. Agentes carcinógenos para los seres humanos.
2 A. Probables carcinógenos para los seres humanos.
2 B. Posibles carcinógenos para los seres humanos.
3. No clasificados como carcinógenos para los seres humanos.

Todo personal que participa en cualquiera de las fases del manejo de los citostáticos (administración, eliminación de residuos, o transporte) corre riesgo de intoxicación. Por esta razón, son necesarias las medidas preventivas para la preparación y administración de medicamentos citostáticos.

Además, determinados grupos de personas no deben manejar este tipo de sustancias por sus características especiales que son:
- Mujeres embarazadas o en proyecto de estarlo.
- Mujeres en periodo de lactancia.
- Personal en que se sospeche daño genético.
- Trabajadores con historia alérgica a citostáticos o con asma.

Hay que tomar una serie de medidas para minimizar los riesgos por el manejo de estas sustancias como son:
- Formación e información a todo el personal implicado en la manipulación de citostáticos.
- Registro del personal expuesto.
- Vigilancia y control de la salud. Reconocimiento médico específico previo y periódico para todo el personal expuesto a los riesgos del proceso.
- Exclusión de trabajadores sensibles.
- Protocolos actualizados desde el punto de vista de la protección de salud laboral.
- Rotación del personal, de manera que no se acumulen los riesgos en las mismas personas.
- Medidas de protección del medio ambiente.
- Medidas de protección del trabajador.

La forma más frecuente e imperceptible de intoxicación y con la que hay que tener más cuidado es por inhalación mediante los aerosoles y las microgotas que se desprenden durante la preparación de las soluciones de citotóxicos.
Además, también hay que tomar una serie de medidas de seguridad a la hora de manejar las preparaciones de estas soluciones. La forma de hacerlo es distinta según su presentación.
Presentación del producto en vial.
• Desinfectar el tapón con alcohol 70º, dejándolo evaporar.
• Introducir la aguja, con el bisel hacía arriba, en ángulo de 45º respecto a la superficie del tapón.
• Cuando haya penetrado la mitad del bisel, se dispondrá la aguja perpendicular al tapón siempre con una presión negativa en el interior del vial para evitar la

formación de aerosoles.
• Presentación del producto en ampolla.
• Antes de abrir la ampolla, comprobar que no quede liquido en su parte superior y así evitar salpicaduras.
• Utilizar gasa estéril empapada en alcohol de 70º para cubrir el cuello de la ampolla y evitar posibles cortes y disminuir la formación de aerosoles.
• Abrir la ampolla en dirección contraria al operador.

También hay que tener una serie de actuaciones especiales en el caso de derrame o salpicadura mediante el Kit de derrame qie ésta compuesto por:

• Bata impermeable.
• Dos pares de guantes.
• Gafas desechables con protección lateral.
• Mascarilla FFP3 (FFP2 si es Metotrexate).
• Paños absorbentes.
• •Recogedor desechable y cepillo.
• Bolsas de residuos citostaticos (rotuladas).

Es necesario que el kit de derrame estará localizado en las proximidades de la zona de aplicación de medicamentos convenientemente señalizado yse repondrá inmediatamente cuando sea utilizado.

La actuación si se produce un derrame consistirá en:
• Evitar la dispersión del producto cubriéndolo con celulosa o un paño absorbente.
• Utilizar el Kit de derrames.
• Limpiar las zonas contaminadas con detergente aclarando al final abundantemente con agua.
• Los residuos recogidos tras el derrame se eliminarán en el contenedor de residuos biológicos de citostáticos (de color rojo Grupo III B)

Actuación ante salpicadura:
Quitar inmediatamente los guantes y/o prendas contaminadas y lavar la zona afectada con agua y jabón durante 10 minutos. Si el agente citostático salpica los ojos, lavaremos el ojo afectado con agua o suero fisiológico durante 15 minutos y consultaremos con el Servicio de Prevención.

Residuos.
Los restos de este medicamento y todo material que ha estado en contacto con ellos, se tratará como residuo Grupo III.B. Se recogerán en contenedores rígidos, impermeables, resistentes e imperforables y que garanticen su cierre hermético, evitando o minimizando la emisión de sustancias toxicas al ambiente.
Se rotularán con pictograma que indique citotóxico (en el supuesto de que no se posean los contenedores rojos), identificados de forma específica para estos productos.

5 Discusión-Conclusión

La preparación y administración de mezclas intravenosas de citostáticos, así como la eliminación de los desechos generados en estos procesos plantea como principal inconveniente los riesgos ocupacionales a los cuales podrían estar expuestos los trabajadores que laboran en esta importante actividad producto de las propiedades carcinogénicas, teratogénicas y mutagénicas exhibidas por estos compuestos.

Por lo tanto es de vital importancia que durante todas las etapas se siga el conjunto de normativas establecidas para el adecuado manejo de estos medicamentos. La creación de protocolos de actuación, así como del adiestramiento del personal ante situaciones adversas, minimiza los riesgos y favorece la buena praxis de los profesionales.

6 Bibliografía

1. Ambulodegui E. Manual de bioseguridad cestunt. 2015; 2(1-13). Disponible en: http://es.slideshare.net/edisambul/manual-de-bioseguridad-cestunt-byedwin-ambulodegui
2. Armas F. Bioseguridad y manejo de citostáticos. Farmacología clínica. 2014; 7-14. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/bioseguridad_rcb.pdf
3. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolos de vigilancia sanitaria específica. 2003. http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/Agentesc
itostaticos.pdf
4. Real Decreto 665/1997, del 12 de mayo, Reglamento sobre Agentes cancerígenos.

5. INSHT.NTP-740: Exposición laboral a citostáticos en el ámbito sanitario. Colección de Notas Técnicas de Prevención. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Capítulo 455

NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA, USOS Y CUIDADOS

MARTA TARDON LOPEZ

1 Introducción

La nutrición parenteral (NP) se ha convertido en un procedimiento de rutina. Sin embargo, los riesgos y dificultades que supone la cateterización de la vena cava, la sepsis asociada a catéter venoso central, así como el manejo de soluciones hiperosmolares, limitan una deseada y amplia aplicación, especialmente en el período postoperatorio y postraumático, pudiendo solventarse este problema, en parte, mediante la nutrición parenteral periférica (NPP).

La NPP, técnica más sencilla y con menos riesgos, pretende evitar el retraimiento a indicar terapéuticas encaminadas al mantenimiento de un correcto estado nutricional sin tener que llegar a recurrir a la indicación del soporte nutricional cuando ya la situación de desnutrición es grave. Sus posibilidades son inferiores a las de la nutrición parenteral por vía central (NPC), pero si analizamos la relación beneficio/riesgo, correctamente indicada, puede resultar satisfactoria.

La nutrición parenteral periférica (NPP) es la nutrición parenteral que se administra por las venas periféricas en lugar de las venas centrales yugular interna o subclavia.

La nutrición parenteral total (NPT) que se administra a través de un catéter tipo Drum cuya punta se encuentra en la vena cava o en aurícula derecha se considera NPT aunque este catéter se inserte a través de una vena de las extremidades superiores.

2 Objetivos

- Conocer las indicaciones de la nutrición parenteral periférica.
- Describir las ventajas e inconvenientes de este tipo de nutrición.
- Conocer los cuidados de enfermería que precisan el uso de la NPP.

3 Metodología

Para llevar a cabo el trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica entre enero y febrero de 2020. Se han realizado búsquedas bibliográficas en las principales bases de datos de ciencias de la salud como: DialNet, Pubmed o ClinicalKey.
Para realizar la estrategia de búsqueda se combinó el booleano "AND" con las siguientes palabas clave: "nutrición parenteral periférica", "cuidados", "enfermería" y "accesos venosos".
Los artículos que finalmente formaron parte del trabajo fueron aquellos que cumplían con los siguientes criterios:
- Criterios de inclusión: documentos escritos en español o inglés y antigüedad inferior a 5 años.
- Criterios de exclusión: documentos de carácter divulgativo y/o que no tuviesen relevancia para la profesión enfermera.

De esta forma se emplearon un total de 6 referencias bibliográficas para la realización de este trabajo.

4 Resultados

La Nutrición Parenteral Periférica (NPP) es una técnica que permite aportes nutritivos por vía intravenosa, con una concentración de nutrientes y minerales condicionada por la osmolaridad de la mezcla (entre 700 y 900 mOsm/L) que de este modo puede ser infundida por una vía periférica. Ello supone limitaciones en las cantidades de principios inmediatos y en los iones, pero puede ser una alternativa a la Nutrición Parenteral Total (NPT) por vía central e incluso un complemento a Nutrición Enteral (NE) o ingesta oral insuficiente.

Actualmente, la Nutrición Parenteral (NP) en general debe ser valorada y aplicada en las indicaciones justas y adecuadas, pero como los riesgos de una vía central siguen siendo los que eran, el empleo de NP por vía periférica es un arma importante en el arsenal nutricional, que ha ido aumentando no solo por afán de superar los riesgos sino también por otras razones, ya que no son solamente

las complicaciones ligadas al catéter las causantes del uso más amplio de la nutrición parenteral por vía periférica, si no la evidencia de que un alto porcentaje de pacientes, precisan de aportes calóricos más bajos de lo que se creía.

La Nutrición Parenteral Periférica ha sido cuestionada porque supone un aporte insuficiente, a lo que hay que añadir el deterioro potencial de la función inmunológica, hormonal y de equilibrio de la flora del intestino ante el ayuno digestivo prolongado. Ambos aspectos hacen que en opinión de muchos autores, no sea un método adecuado de soporte nutricional; sin embargo es de amplia utilización en los Hospitales, y casi siempre en el post-operatorio. Pero hace ya más de veinte años que se recomienda el uso de la misma, no sólo para este tipo de pacientes, sino también para aquellos cuya NE no sea completa o en los que ingieren insuficiente cantidad de proteínas y calorías oralmente, haciendo hincapié en la disminución de los riesgos metabólicos y del catéter.

La nutrición parenteral periférica es una terapia nutricional que facilita el poder cubrir las necesidades nutricionales de los pacientes hospitalizados, jugando un papel fundamental para mejorar la calidad de la atención, la prevención y el tratamiento de la malnutrición hospitalaria, en un periodo inferior a 10 días.

La utilización de Nutrición Parenteral Periférica plantea dos problemas: la dificultad de garantizar la administración de cantidades adecuadas de calorías para cubrir las necesidades de cada paciente y el riesgo de flebitis. Esto último es una fuente de incomodidades para el paciente y, además, fuerza la rotación de los accesos venosos, lo que a veces constituye un gran obstáculo cuando las venas periféricas son de difícil acceso.
Entre los factores etiológicos que provocan flebitis están:
• Tamaño del catéter
• Material del catéter
• Colonización bacteriana de los catéteres
• Infusión de drogas
• Duración de la infusión
• Partículas presentes en la infusión
• Lugar de colocación del catéter
• Trauma relacionado con la colocación del catéter
• Tamaño de la vena
El seguimiento y cuidados de la administración de la nutrición parenteral periférica forma parte del rol de los integrantes del equipo de soporte nutricional y de las enfermeras en los diferentes servicios de atención. La administración y los

procedimientos de verificación, deben incluir:

Antes de la administración
1. Confirmación de la identidad del paciente de acuerdo con la política de la Institución.
2. Comprobación de la etiqueta de nutrición parenteral contra la orden, incluyendo componentes de la formulación, la vía, la velocidad de infusión y la fecha de caducidad.
3. Inspección visual de la formulación para detectar defectos o cambios en la mezcla.
4. Verificación de las condiciones adecuadas del acceso vascular antes de iniciar la infusión de la nutrición parenteral.
5. Confirmación de la permeabilidad.
Durante la administración:
1. Verificación de la configuración de la bomba de infusión.
2. Observación de la integridad de la formulación durante la infusión.
3. Cumplimiento de la tasa de infusión ordenada, con el fin de evitar interrupciones durante la atención.
4. Cumplimiento de las directrices para la administración de medicamentos para los pacientes que reciben nutrición parenteral. 5. Implementación de las medidas de control de la infección por contaminación del catéter.
6. Verificación del tiempo de infusión.
7. Reducción al mínimo de manipulaciones.
Después de la administración:
1. Realizar la terminación de la terapia y registro en la historia clínica.
2. Realizar la educación del paciente, referente al plan nutricional a seguir.
3. Verificar la documentación relacionada con la administración de la nutrición parenteral de acuerdo con los requisitos legales y reglamentarios, del sistema de salud.
La NPP ha permitido a los profesionales de la salud dedicados al cuidado nutricional demostrar mejoras de la seguridad del paciente, disminución de los costos y aumentar la satisfacción del paciente.
Las limitaciones para el uso de NPP dependen en la frecuencia de tromboflebitis de las vías periféricas que impide que pueda administrarse durante periodos prolongados y de la situación clínica del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La Nutrición Parenteral Periférica, es una terapia nutricional que facilita el poder cubrir las necesidades nutricionales de los pacientes hospitalizados, jugando un papel fundamental para mejorar la calidad de la atención, la prevención y el tratamiento de la malnutrición hospitalaria, en un periodo inferior a 10 días.
De manera complementaria, forma parte integral del tratamiento médico, en los pacientes con indicaciones de uso, pero al ser una terapia compleja que tiene como objetivo maximizar el beneficio clínico y reducir al mínimo los riesgos potenciales para los eventos adversos debe ser manejado como una terapia de máxima alerta.
Con un manejo exquisito tanto de la técnica de canalización del acceso venos, el cambio de los sistemas, y de su mantenimiento por parte del personal de enfermería que es el encargado de controlar la aparición de cualquier situación que dificulte la correcta nutrición y el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1.- Ayers P, Adams J, Boullata J, Holcombe B, Kraft M, Marshall N, et al. Parenteral Nutrition Safety Consensus Recommendations. 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n3/02revision02.pdf
2.- Kochevar M, Guenter P, Holcombe B, Malone A, Mirtallo J. Statement on parenteral nutrition standardization. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2007. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17712154
3.- Planas M & Nutritional and Metabolic working group of the Spanish Society of Intensive Care and Coronary Units (SEMIUC): Artificial nutrition support in intensive care units in Spain. Intensive Care Med. 1995. Disponible en: http://pen.sagepub.com
by Peggi Guenter on March 12, 2009

4.- Anderson ADG, Palmer D and McFie J. Peripheral parenteral nutrition. BSJ. 2003. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n3/02revision02.pdf
5.- American Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Guidenes for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN. 2002. Disponible en: https://doi.org/10.1002/ncp.10096
6.- Culebras JM, Martín Peña G, Garcia de Lorenzo A, Zarazaga A, Rodriguez Montes JA. Practical aspects of peripheral parenteral nutrition. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2004; 7 (3): 303-7. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.

gov/pubmed/15075922

Capítulo 456

MATRIZ DE REGENERACIÓN DÉRMICA. SISTEMA DE MEMBRANA DE DOS CAPAS USADO COMO UNA MATRIZ DE REGENERACIÓN DÉRMICA

MARIA ANGELES GARCIA SUAREZ

1 Introducción

La matriz de regeneración dérmica es sistema de membrana de dos capas para la sustitución de la piel. La capa de sustitución dérmica está hecha de una matriz porosa de fibras de colágeno entrecruzadas de tendón bovino y un glicosaminoglicano (condrosin-6-sulfato) que se fabrica con una porosidad controlada y un índice definido de degradación. La capa que sustituye la epidermis está hecha de una capa delgada de polisiloxano (silicona) para controlar la perdida de humedad de la herida.

La matriz de regeneración dérmica está indicada para el tratamiento post-desbridamiento de lesiones de espesor total y espesor parcial cuando no hay suficiente autoinjerto al momento del desbridamiento o no es deseable debido a la condición fisiológica del paciente.

El uso de la matriz de regeneración dérmica está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida al colágeno bovino, condrotin o los materiales de silicona. Tampoco debe usarse sobre heridas infectadas.

El desbridamiento debe hacerse meticulosamente retirando todas las escaras de coagulación y tejidos del lecho de la herida. Dejar cualquier tejido inviable podría crear un medio para el crecimiento de bacterias.

2 Objetivos

- Conocer el sistema de membrana de dos capas usado como matriz de regeneración dérmica z sus indicaciones y su aplicación quirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Medlineplus, Scielo y PunMed y el buscador académico Google Scholar. Los descriptores usados fueron: dermis, neodermis, desbridamiento, autoinjerto, transplante, herida.

Como criterio de inclusión se utilizaron artículos en castellano para centrar la búsqueda y se excluyeron artículos en lengua extranjera seleccionando aquellos en los cuales encontramos la información necesaria para el desarrollo actual del capítulo.

4 Resultados

La matriz de regeneracion dermica facilita que el cuerpo forme una neodermis. La porción dermica de colágeno/glicosaminoglicano sirve como una matriz para la infiltración de fibroblastos, macrófagos, linfocitos y células endoteliales capilares, que forman la red neovascular. A medida que la curación que la curación progresa, la capa de colágeno GAG es reabsorbida y los fibroblastos depositan un nuevo colágeno para formar la neodermis. Tras la vascularizacion adecuada de la dermis y al disponer de autoinjerto donante, se retira la capa de silicona y se coloca sobre la neodermis una capa delgada de autoinjerto de epidermis, de malla o sin malla. Las células del injerto epidérmico crecen y forman una epidermis madura cerrando así la herida y constituyendo una dermis y epidermis funcionales.

La matriz debe aplicarse a un lecho de herida viable tras el desbridamiento quirúrgico. En casos graves la cirugía puede programarse tan pronto se estabilice al paciente generalmente, dentro de 1 a 3 días siguientes a la ocurrencia de la lesión. la cirugía puede realizarse en etapas según se considere apropiado. En procedimientos de cirugía reconstructiva, la cirugía se programa a discreción del cirujano.

Se recomienda la administración de antibióticos perioperatorios de acuerdo con la opinión clínica del médico.
El desbridamiento debe hacerse a nivel del tejido viable y debe lograrse hemostasia meticulosa antes de aplicar la matriz de regeneración dérmica. Las técnicas de desbridamiento para los lugares de aplicación pueden ser faciales, secuenciales o tangenciales. Es absolutamente criticó que el desbridamiento sea tal y que no queden tejidos desvitalizados. Al desbridar cicatrices o al liberar contracciones, debe tenerse cuidado de lograr una liberación total incluyendo las contracciones profundas. Debe lograrse una hemostasia completa. debe evitarse la cauterización de una zona extensa que pudiera disminuir la viabilidad del lecho de la herida. Es de fundamental importancia que la capa de la matriz de colágeno esté en contacto directo con la herida desbridada.

El autoinjerto epidérmico puede obtenerse de lugares contraindicados para injertos convencionales, por ejemplo, zonas pequeñas de las que sería imposible obtener una hoja grande intacta. Si es posible, debe compararse el color y el tipo de piel. El autoinjerto epidérmico debe tener un espesor apenas suficiente para causar un sangrado punteado en el lugar de obtención, aproximadamente 0.15 mm. El tejido dérmico no se necesita en el autoinjerto epidérmico y debe minimizarse. el autoinjerto epidérmico puede ser frágil y debe manipularse con cuidado. el autoinjerto epidérmico debe anclarse mediante suturas o grapas. El apósito sobre el autoinjerto epidérmico debe ser similar al utilizado en trasplantes convencionales injerto de malla.
El el cuidado postoperatorio debe incluir la detección de hematomas, infección en las heridas y sepsis del paciente.
Los posibles problemas postoperatorios pueden ser: colonización o infección de las heridas, sepsis del paciente, hematoma, acumulación de líquidos o inflamación.

5 Discusión-Conclusión

Se ha concluido que la matriz de regeneración dérmica fue bien tolerada en 4 ensayos clínicos prospectivos con la inclusión de 444 pacientes con quemaduras,

1200 lugares lesionados y en estudios de cirugía reconstructiva con la inclusión de 119 pacientes y 157 lugares de lesionados.

No hubo notificaciones de respuestas inmunológicas o histológicas con importancia clínica. Las reacciones adversas notificadas en las evaluaciones clínicas de quemaduras y cirugía reconstructiva incluyen infección, fallo de incorporación en el lecho de la herida, pérdida mecánica del producto, curación retardada.

En los ensayos clínicos, los índices de infección en los lugares lesionados por quemaduras tratados con la matriz de regeneración dérmica oscilan entre 14 y 55%.

En el ensayo clínico multicentrico se efectuaron 336 biopsias en serie de 131 pacientes participantes, en un plazo de 7 días a 2 años post-aplicación. se logro una dermis intacta con crecimiento nuevo de una dermis reticular y papilar aparentemente normal

6 Bibliografía

- www.intramed.net
- Https://heridasycicatricacion.es
- Https://fundaciónpielsana.es www.clevelandclinic.org
- Https://www.fda.gog
www.fundacionbenaim.org.ar
- Https://sciencidirect.com
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE, y Scielo

Capítulo 457

CONTROL DE CALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CARDIOLOGÍA, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

LEILA SATOUR EL HAMMOUTI

RAQUEL GARCIA GUTIERREZ

SARA RODRIGUEZ PEREZ

CRISTINA GÓMEZ VILLABRILLE

1 Introducción

El desarrollo socioeconómico ha supuesto un rápido adelanto de la tecnología así como del conocimiento científico, con el consiguiente aumento de la esperanza de vida. Esta evolución ha generado en la población unas expectativas cada vez más exigentes en materia de calidad asistencial.
Es imprescindible comenzar el abordaje de este tema definiendo qué entendemos por calidad; existen multitud de acepciones, todas varían en función del sujeto que juzgue el servicio (gerente, trabajador, paciente, etc...), una de las más sencillas, y completa, es la elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una

atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso".

Atendiendo a esta definición, podemos subdividir la calidad en 2 variantes:

1. Calidad técnica de la atención: entiende que la calidad ha de traducirse no solo en una práctica clínica asistencial de alto nivel sino que también guarda una estrecha relación con obtener el mejor resultado posible y todo ello con el menor coste (efectividad y eficiencia).
2. Aspectos no técnicos: fundamentados en las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos. Se basan en la percepción que el usuario tiene de la interacción con el profesional de salud y en atributos tales como el tiempo de espera, la privacidad, la accesibilidad de la atención, la obtención de una información pertinente.

Por tanto, para llegar a alcanzar la excelencia en materia de calidad es tan importante una buena competencia técnica con óptimos resultados como abarcar las necesidades provenientes del usuario.

La International Organization for Standarization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición nos ayuda a completar la elaborada por la OMS, ya que, añade la idea de que la calidad puede medirse, es decir, puede ser evaluada.

Por tanto, para llegar a alcanzar la excelencia en materia de calidad es tan importante una buena competencia técnica con óptimos resultados como abarcar las necesidades provenientes del usuario.

El concepto de calidad tiene su origen en el mundo industrial y empresarial, ligado a los procesos productivos, sin embargo, ha ido evolucionando hacia una visión integral que tiene como eje las necesidades, demandas, expectativas y satisfacción del usuario.

Por tanto, entendemos la evaluación de la calidad, como la comparación de una situación previamente determinada como deseable (calidad programada), con la realidad (calidad realizada), el análisis de los motivos de discrepancia (calidad percibida) y la sugerencia de los cambios necesarios para evitarla, comprobando posteriormente su eficacia:

- La calidad programada es la que se pretende obtener, con el fin de responder a las necesidades del cliente.
- La calidad realizada es la que es capaz de obtener tras la producción, y tiene que ver con el grado de cumplimiento de las características de calidad del servicio.

 En la calidad percibida, es la que recibe el usuario como satisfacción de sus expectativas.

La zona de excelencia en materia de calidad, es aquella en la que se unen los tres tipos descritos anteriormente.

En Europa, el modelo más extendido es el de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, del nombre original European Foundation for Quality Management (EFQM).

Esta fundación define el modelo EFQM de Calidad y Excelencia como una vía para la autoevaluación y la determinación de los procesos de mejora continua.

El medio más utilizado para la evaluación de la satisfacción del paciente son las encuestas, ya que tienen una realización sencilla, permiten abarcar gran número de pacientes y su interpretación es más rápida y menos laboriosa que otros medios.

En España el más utilizado es el SERVQHOS, una adaptación de la encuesta SERVQUAL (Service Quality) al ámbito hospitalario español, el cual será utilizado en este estudio.

El cuestionario SERVQHOS está diseñado a partir de la teoría de la discrepancia entre las expectativas y percepciones y se utiliza para determinar la calidad percibida en la atención hospitalaria. Según esta teoría, la satisfacción va ligada a las expectativas generadas en cada individuo, que crean un referente a partir del cual cada uno establece una comparación con el resultado final percibido. Es un cuestionario que previamente ha sido validado, es decir, está homologado. SERVQHOS está organizado en cuatro partes:

1. Describe los objetivos y la importancia de la información solicitada al usuario. Establece aspectos éticos como el permiso y el consentimiento para su aplicación: determina que la información será manejada de forma anónima y confidencial.

2. Recopila datos socio-demográficos de los usuarios, como sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y ocupación.

3. Consta de 19 ítems que se evalúan mediante una escala tipo Likert, en la cual se cuestiona al usuario tanto por aspectos tangibles como intangibles (objetivos y subjetivos) de la calidad de la atención y los criterios basados en las expectativas y percepciones para la evaluación, que puntúan de uno a cinco, siendo 1 “mucho peor de lo que esperaba” y 5 “mucho mejor de lo que esperaba”.

4. Añade una encuesta adicional que indaga sobre la satisfacción global del usuario y aspectos relacionados con la misma.

Finalmente, existe un espacio en blanco adicional en el cual el usuario puede escribir las sugerencias que tenga para la mejora de la calidad de la atención hospitalaria.

La principal idea de este tipo de cuestionario consiste en ayudar a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, detectando aquellas áreas que no funcionan correctamente a juicio de los usuarios del sistema sanitario.
Se realiza este estudio para conocer la opinión de los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de cardiología en el Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y ver en qué grado se han cumplido sus expectativas, utilizando la encuesta SERVQHOS.
Se considera importante ya que la calidad asistencial se ha convertido en un objetivo primordial en el ámbito sanitario, siendo necesario que las organizaciones sean flexibles y competitivas, satisfaciendo al mismo tiempo a los usuarios.
Por último, la importancia de este estudio radica en que puede ser comparado con el realizado en los años 2016 y 2017, pudiendo monitorizar la calidad percibida por los pacientes de hospitalización cardiológica en el Área de Gestión Clínica del corazón del HUCA y así mismo valorar los resultados obtenidos y ver cómo evoluciona la calidad asistencial de este servicio.

2 Objetivos

General:
- Evaluar el grado de satisfacción percibida por los usuarios de la planta de hospitalización cardiológica del Hospital Universitario Central de Asturias.

Específicos:
- Identificar los ítems mejor y peor valorados para facilitar la creación de estrategias que procuren mejorar la satisfacción del usuario.
- Comparar los resultados analizados en materia de calidad con el informe elaborado en años anteriores e identificar las áreas susceptibles de mejora.
- Posibilitar la realización de futuros estudios comparativos en el campo de la calidad asistencial del Área de Gestión Clínica del Corazón.

3 Metodología

1. Diseño
Se trata de un estudio descriptivo transversal.

2. Periodo de estudio
Las encuestas se han realizado en un tiempo comprendido entre el 19 de Febrero y el 19 de Marzo del 2018, al final de la hospitalización del usuario. Los cuestionarios

se realizaron de Lunes a Viernes, indiferentemente en el turno de mañana, tarde o ambos.
Las encuestas realizadas durante el primer día no han sido admitidas para el estudio, dado que se considera una prueba de pilotaje para la familiarización entre el entrevistador y el cuestionario, así como la detección de dificultades que pudieran surgir relacionadas con la recogida de datos.

3. Ámbito de aplicación y tamaño muestral
Todos aquellos pacientes hospitalizados por el Servicio de Cardiología del Área de Gestión Clínica del Corazón del HUCA, dentro del periodo de estudio.
La muestra total ha sido de 120 pacientes.

4. Criterios de exclusión
Han quedado excluidos del estudio, los siguientes:
• Personas que presentaban discapacidad mental.
• Pacientes que no tenían alta, es decir, clientes que continuarían ingresados en planta.
• Pacientes tuvieran destinado al alta un centro socio-sanitario.

5. Metodología de recogida de datos
Previo a la recogida de datos, se solicitó permiso al Comité de Ética de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias.
Para recabar datos, el entrevistador se personará en la habitación correctamente identificado y uniformado (bata o uniforme de 2 piezas). Se presentará y explicará el motivo de la encuesta, añadiendo que es anónima y voluntaria. Si el usuario accede a colaborar y da su consentimiento verbal, el cuestionario se realizará in situ, verbalmente, se empleará un lenguaje coloquial que el paciente pueda comprender fácilmente y se le rogará la máxima sinceridad. Se concluye con el agradecimiento por haber colaborado.

6. Herramientas para la recogida de datos
Para llevar a cabo la recogida de datos se usará como herramienta principal el cuestionario SERVQHOS, el cual es una adaptación de la encuesta SERVQUAL al ámbito hospitalario español. Este modelo ampliamente reconocido, ha sido desarrollado por la European Foundation for Quality Management (EFQM), y se trata de un instrumento sólido empleado para detectar la calidad percibida en empresas de servicios.
El cuestionario se divide en los siguientes bloques:
- Bloque I: Datos socio-demográficos (sexo, edad, nivel de estudios, ocupación…etc.)

- Bloque II: Puntuación que el usuario otorgue a aspectos objetivos y subjetivos de la calidad.
- Bloque III: Opiniones sobre la satisfacción global del usuario.
- Bloque IV: Sugerencias que el paciente tenga acerca de la calidad de la atención hospitalaria.

El cuestionario consta de 19 preguntas, las cuales se subdividen en diez preguntas que valoran la calidad subjetiva percibida por el usuario y otras nueve preguntas centradas en la calidad objetiva.

El usuario puntuará cada una de las 19 preguntas en una escala de Likert, que va desde 1 (mucho peor de lo que me esperaba) hasta 5 (mucho mejor de lo que me esperaba). Mediante los valores obtenidos se calculará la media aritmética de cada uno de los bloques de preguntas por separado y, a su vez, la media con estos dos. Así se obtendrá la puntuación SERVQHOS o satisfacción global, estimando la diferencia entre las expectativas y las percepciones. Para contrastar la puntuación obtenida, disponemos del segundo bloque que contiene nueve preguntas adicionales llamadas criterios de referencia.

Además, el usuario describirá sus características sociodemográficas para así contrastar los resultados de manera más específica. Dispondrá de un apartado de respuesta abierta para sugerencias y comentarios.

7. Variables a estudio

Referentes a la calidad de la asistencia sanitaria, se distinguen las siguientes variables:

Variables cualitativas ordinales puntuadas de 1 a 5 en un rango que abarca desde "mucho peor de lo que esperaba" hasta "mucho mejor de lo que esperaba".

- Tecnología biomédica
- Aspecto del personal
- Señalización intrahospitalaria
- Interés por cumplir promesas
- Comodidad de las habitaciones
- Información dada por el médico
- Tiempo de espera
- Señalización extrahospitalaria
- Interés por solucionar problemas
- Puntualidad de las consultas
- Rapidez de respuesta
- Disposición para la ayuda
- Amabilidad del personal
- Preparación del personal

 Trato personalizado
 Comprensión de las necesidades
 Información a familiares
 Interés del personal de enfermería

Otras variables específicas cualitativas ordinales son:

 Satisfacción global: cuatro opciones de respuesta – Muy satisfecho, Satisfecho, Poco satisfecho, Nada satisfecho.
 Predisposición a recomendar el hospital: tres opciones de respuesta – Sin dudarlo, Nunca, Tengo dudas.
 Opinión del tiempo de ingreso: tres opciones de respuesta – El tiempo necesario, Más de lo necesario, Menos de lo necesario.
 Tipo de ingreso: dos opciones de respuesta: Programado, Por vía de urgencias.

Variables dicotómicas con respuesta SI/NO:

 Realización de pruebas o intervenciones en el Hospital sin pedir permiso.
 Conocimiento del nombre del médico responsable del caso.
 Conocimiento del nombre de la enfermera de la unidad.
 Información suficiente sobre lo que le pasaba.

Variables Socio-demográficas:

 Edad: variable cuantitativa recogida en años.
 Sexo: variable cualitativa medida en escala nominal. Categorías: Hombre/Mujer.
 Estudios: variable cualitativa medida en escala nominal. Nivel de estudios del que disponga el paciente. Cuatro categorías: Sin estudios, Primarios, Bachiller, Universitarios.
 Ocupación: variable cualitativa medida en escala nominal. Situación laboral del paciente en el momento de realización del estudio. Seis categorías: Prejubilado, Jubilado, En paro, Trabajando, Amo/a de casa, Estudiante.

8. Análisis estadístico

- Para el estudio de estadística descriptiva, las variables se expresarán como sigue:
 Variables cualitativas: se expresarán en porcentajes (%).
 Variables cuantitativas: se empleará la media aritmética como medida de tendencia central, y la desviación típica.
- Se utilizó para estos análisis el paquete estadístico computacional IBM SPSS Statistics Versión 23, y el programa de Microssoft Excel.

Una vez obtenidos los resultados, se compararán con los de los dos estudios anteriores (años 2016 y 2017) para evaluar la evolución de la calidad asistencial.

4 Resultados

A continuación, se analizarán los datos obtenidos a partir de las encuestas realizadas, para facilitar su interpretación, se dividirá el cuestionario en 4 bloques:
BLOQUE I: Datos socio-demográficos
1. Las encuestas se llevaron a cabo con una muestra de 120 personas del servicio de hospitalización cardiológica.
2. En cuanto al género de la población encuestada, el 78,33% del total de los encuestados eran hombres (94 pacientes) y el 21,66% mujeres (26 pacientes), con una edad media de 60,13 años.
3. En referencia a los estudios, el 13% (16 pacientes) no tenían ningún tipo de estudios. La mayoría de los encuestados, el 53% (63 pacientes) poseían estudios primarios; además, el 33% (40 pacientes) poseían también el título de bachillerato y sólo el 1% (1 paciente) tenían estudios superiores (universitarios)
4. La ocupación que presentaban los encuestados se distribuye de la siguiente forma, la mayoría son pacientes jubilados con un 40% (48 pacientes) del total de la población estudiada, un 26,66% (32 pacientes) se encontraban en activo, sin embargo el 18,33% (22 pacientes) se encuentran en situación de desempleo, el 8,33% (10 pacientes) de los pacientes eran prejubilados. El 6,66% (8 pacientes) se definen como amo/a de casa, sin embargo, ninguno de los pacientes encuestados era estudiante.
5. Número de ingresos en el último año, para 88 pacientes (73,33 %) se trataba de su primer ingreso, para 24 pacientes (20 %) era el segundo en el último año y para 8 pacientes (6,66 %) era su cuarto ingreso. Ninguno de los encuestados refirió que fuese su tercer ingreso.

BLOQUE II: Escala Likert
En este bloque procederemos a analizar detalladamente cada uno de los 19 ítems que recoge la encuesta sobre los aspectos objetivos y subjetivos de la calidad:
1. Tecnología de equipos usados para diagnóstico y tratamiento:
El 66,7% (80 pacientes) respondieron “mucho mejor de lo que esperaba”; el 17,5 % (21 pacientes) “mejor de lo que esperaba”; el 15,8 % (19 pacientes) afirmó “como me lo esperaba”. La puntuación media ha sido de 4,51 con una desviación estándar (DE) es ±0,756. El rango de respuesta es 2, con mínimo de 3 y máximo de 5.
2. La apariencia (limpieza y uniformidad) del personal:
El 65,8% (79 pacientes) respondieron “mucho mejor de lo que esperaba”; el 15% (18 pacientes) “mejor de lo que esperaba”; el 19,2 % (23 pacientes) “como me lo esperaba”. La puntuación media ha sido de 4,47 con una desviación estándar (DE) es ±0,798. El rango de respuesta es 2, con mínimo de 3 y máximo de 5.

3. Indicaciones (señalizaciones) para orientarse en el hospital:
En cuanto a las indicaciones intrahospitalarias, el 21,7% (26 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 24,2 % (29 pacientes) "mejor de lo que esperaba"; el 41,7 % (50 pacientes) afirmó "como me lo esperaba"; el 7,5 % (9 pacientes) contestó "peor de lo que esperaba"; y el 5% (6 pacientes) "mucho peor de lo que esperaba". La puntuación media ha sido de 3,50, y la desviación estándar es ±1,069. El rango de respuesta es de 4, con un mínimo de 1 y máximo de 5.
4. El interés del personal por cumplir lo prometido:
El 76.7% (92 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 12,5% (15 pacientes) "mejor de lo que esperaba"; y el 10,8 % (13 pacientes) contestaron "como me lo esperaba". La puntuación media ha sido de 4,66. La desviación estándar es ±0,667. El rango es 2, mínimo de 3 y máximo de 5.
5. El estado de las habitaciones del hospital (apariencia y confortabilidad):
El 81,7% (98 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 5 % (6 pacientes) "mejor de lo que esperaba"; el 13,3% (16 pacientes) afirmó "como me lo esperaba". La puntuación media ha sido de 4,68. La desviación estándar es ±0,698. El rango es 2, mínimo de 3 y máximo de 5.
6. La información que los médicos proporcionan:
El 78,3 % (94 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 16,7% (20 pacientes) "mejor de lo que esperaba"; el 5% (6 pacientes) afirmó "como me lo esperaba". La puntuación media ha sido de 4,73. La desviación estándar es ±0,546. El rango es 2, mínimo de 3 y máximo de 5.
7. El tiempo de espera para ser atendido por un médico:
El 65% (78 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 21,7% (26 pacientes) "mejor de lo que esperaba"; el 13,3% (16 pacientes) afirmó "como me lo esperaba". La puntuación media ha sido de 4,52. La desviación estándar es ±0,586. El rango es 2, mínimo de 3 y máximo de 5.
8. Facilidad para llegar al hospital:
El 49,2% (59 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 16,7% (20 pacientes) "mejor de lo que esperaba"; el 20,8% (25 pacientes) afirmó "como me lo esperaba"; el 10% (12 pacientes) dijo "peor de lo que esperaba" y el 3,3% (4 pacientes) contestó "mucho peor de lo que me esperaba". La puntuación media ha sido de 3,98. La desviación estándar es ±1,188. El rango es 4, mínimo de 1 y máximo de 5.
9. Interés del personal por solucionar problemas:
El 87,5% (105 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 2,5% (5 pacientes) "mejor de lo que esperaba"; y el 10% (12 pacientes) afirmaron "como

lo esperaba". La puntuación media ha sido de 4,77. La desviación estándar es ±0,614. El rango es 2, mínimo de 3 y máximo de 5.

10. Puntualidad de las consultas médicas:

El 55% (66 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 13,3% (16 pacientes) "mejor de lo que esperaba"; el 25,8% (31 pacientes) afirmó "como me lo esperaba"; y el 5,8% (7 pacientes) dijo "peor de lo que esperaba". La puntuación media ha sido de 4,18. La desviación estándar es ±1,010. El rango es 3, mínimo de 2 y máximo 5.

Este ítem ha sido extrapolado a la puntualidad de las consultas médicas en la planta de hospitalización.

11. Rapidez con la que conseguía lo que necesitaba:

El 48,3% (58 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 20,8% (25 pacientes) "mejor de lo que esperaba"; el 22,5% (27 pacientes) afirmó "como me lo esperaba"; y el 8,3% (10 pacientes) expresaron "peor de lo que esperaba". La puntuación media ha sido de 4,09. La desviación estándar es ±1,021. El rango es 3, mínimo de 2 y máximo de 5.

12. Disposición del personal para ayudarle cuando lo necesitaba:

El 42,5% (51 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 25% (30 pacientes) afirmaron "mejor de lo que esperaba"; el 29,2% (35 pacientes) "como me lo esperaba". La puntuación media ha sido de 4,07. La desviación estándar es ±0,923. El rango es 3, mínimo de 2 y máximo de 5.

13. Confianza transmitida por el personal:

El 35,8% (43 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 15,8% (19 pacientes) afirmó "mejor de lo que esperaba"; el 46,7% (56 pacientes) contestaron "como me lo esperaba"; y sólo el 1,7% (2 pacientes) "peor de lo que esperaba". La puntuación media ha sido de 3,86. La desviación estándar es 0,938. El rango es 3, mínimo de 2 y máximo de 5.

14. La amabilidad del personal:

El 67,5% (81 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 27,5% (33 pacientes) afirmó "mejor de lo que esperaba"; el 4,2% (5 pacientes) contestaron "como me lo esperaba"; y sólo el ,8% (1 paciente) "peor de lo que esperaba". La puntuación media ha sido de 4,62. La desviación estándar es ±0,611. El rango es 3, mínimo de 2 y máximo de 5.

15. Preparación del personal para realizar su trabajo:

El 35% (42 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 30,8% (37 pacientes) afirmó "mejor de lo que esperaba"; el 31,7% (38 pacientes) contestaron "como me lo esperaba"; y el 2,5% (3 pacientes) "peor de lo que esperaba". La puntuación media ha sido de 3,98. La desviación estándar es 0,879. El rango

es 3, mínimo de 2 y máximo de 5.
16. Trato personalizado al paciente:
El 35,8% (43 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 55,8% (67 pacientes) afirmó "mejor de lo que esperaba"; y el 8,3% (10 pacientes) contestaron "como me lo esperaba". La puntuación media ha sido de 4,27. La desviación estándar es 0,608. El rango es 2, mínimo de 3 y máximo de 5.
17. Capacidad del personal para comprender necesidades del paciente:
El 60% (72 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 15% (18 pacientes) afirmó "mejor de lo que esperaba"; el 23,3% (28 pacientes) contestaron "como me lo esperaba"; y sólo el 1,7% (2 pacientes) "peor de lo que esperaba". La puntuación media ha sido de 4,33. La desviación estándar es 0,892. El rango es 3, mínimo de 2 y máximo de 5.
18. La información que los médicos han dado a los familiares:
El 36,7% (44 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 58,3% (70 pacientes) afirmó "mejor de lo que esperaba"; y el 5% (6 pacientes) contestaron "como me lo esperaba". La puntuación media ha sido de 4,32. La desviación estándar es 0,565. El rango es 2, mínimo de 3 y máximo de 5.
19. Interés del personal de enfermería por los pacientes:
Finalmente en este último ítem, el 55% (66 pacientes) respondieron "mucho mejor de lo que esperaba"; el 21,7% (26 pacientes) afirmó "mejor de lo que esperaba"; el 19,2% (23 pacientes) contestaron "como me lo esperaba"; y el 4,2% (5 pacientes) "peor de lo que esperaba". La puntuación media ha sido de 4,27. La desviación estándar es 0,916. El rango es 3, mínimo de 2 y máximo de 5.

 Satisfacción total:
Para calcular la satisfacción total de los pacientes, se calcula la media aritmética de la calidad subjetiva y de la calidad objetiva cuyo resultado, en este caso, es de 4,319 sobre 5 (8,63 sobre 10).

BLOQUE III: Satisfacción global
1. Con respecto a la satisfacción global de los cuidados recibidos el 52,5% (63 pacientes) refieren estar muy satisfechos, el 47,5% (57 pacientes) han respondido que están satisfechos con los cuidados durante su estancia. Nadie ha manifestado estar poco o nada satisfecho.
2. La gran mayoría de los pacientes, concretamente el 97,5 % (117 pacientes), recomendarían el hospital a otras personas; solo un 2,5 % (3 pacientes) tendrían dudas a la hora de recomendarlo. Nadie refiere que no lo recomendaría a otras personas.
3. La totalidad de los pacientes, es decir, el 100% (120 pacientes) confirma que no

se le ha realizado ninguna intervención sin autorización.
4. El 97,5% de los usuarios (117 pacientes) creen que han estado ingresados el tiempo necesario, frente a un 2,5% (3 pacientes) que opinan que su estancia ha sido menos de lo que consideran necesario.
5. En cuanto al nombre del médico encargado del caso, el 75,83% (91 pacientes), si conocían el nombre del médico encargado de su caso, por el contrario el 24,16 % (29 pacientes) lo desconocían.
A diferencia de la pregunta por el conocimiento del nombre de la enfermera habitual, el 80,83% (97 pacientes) respondieron que no lo conocían, frente al 19,16% (23 pacientes) que sí lo conocían.
6. Finalmente, a la pregunta sobre si han recibido suficiente información sobre su estado, el 100% de los encuestados (120 pacientes) han respondido que habían recibido la información sobre todo lo que estaba sucediendo.
7. Del total de los ingresos hospitalarios, el 91,66% (110 pacientes) fueron por vía de urgencias, y en cambio, el 8,33% (10 pacientes) programados.

BLOQUE IV: Sugerencias
En el apartado de sugerencias, el paciente podía aportar de manera voluntaria algún comentario de manera libre. Algunas de las sugerencias recogidas han sido las siguientes:
- "En el servicio de la UCI, la enfermera se presentaba con su nombre".
- "Algunos de los pijamas podrían estar en mejor estado"
- "Las habitaciones son un poco pequeñas para dos pacientes, y cuando hay visitas se reduce mucho más el espacio"
- "Todo el personal ha sido muy amable, he recibido un buen trato"

5 Discusión-Conclusión

El cuestionario SERVQHOS utilizado para la recogida de datos en este estudio, ha demostrado su validez para la valoración de la calidad percibida, valorando tanto las expectativas previas del paciente sobre un servicio ideal y las percepciones que ha tenido durante su estancia hospitalaria.
Gracias al alto porcentaje de participación, se han conseguido el 100% de las encuestas necesarias para el estudio.
Según los resultados socio-demográficos obtenidos en este estudio, la edad de los participantes es de 60,13 años ± una desviación estándar de 12,95. La mayoría son de género masculino, jubilados y que poseen estudios primarios. La mayoría de los encuestados ha sido la primera vez que han estado hospitalizados.

En el segundo bloque, donde se analizaron los 19 ítems sobre distintos aspectos de la calidad asistencial, la puntuación media obtenida fue 4,319 en una escala Likert que va desde el 1 "mucho peor de que esperaba" al 5 "mucho mejor de lo que esperaba". Este resultado resalta unos niveles de satisfacción altos, comparados con los obtenidos en los años anteriores (2016 y 2017) en la misma unidad, donde la puntuación media fue 4,25 y 4,16 respectivamente. Cabe destacar el incremento de aproximadamente 0,1 por año, lo que indica que ya existen cambios de mejora en el ámbito de calidad asistencial.

La mayoría de los aspectos de la calidad subjetiva han sido valorados según las expectativas o por encima de las mismas, es decir, obtuvieron puntuaciones medias iguales o superiores a 4, obteniendo una media de 4,29. Dos de los ítems que han obtenido una puntuación inferior han sido "la preparación del personal para realizar su trabajo", con una media de 3,98; y "la confianza seguridad que el personal transmite", con una media de 3,86. Los ítems mejor valorados, han sido "el interés del personal por solucionar problemas" (4,77) y "el interés por cumplir lo que se promete" (4,66).

Si lo comparamos con los resultados anteriores (2016 y 2017), las puntuaciones medias están aproximadas, 4,24 y 4,29, respectivamente, sin embargo difieren en algunos ítems, comparado con el año anterior (2017), donde el mejor valorado fue la amabilidad en el trato hacia los pacientes (4,4) y que el peor valorado de este apartado fue el interés de cumplir lo que se promete (4,14).

Con respecto a la calidad objetiva, la puntuación media obtenida fue de 4,346, estando todos los ítems dentro de las expectativas de los pacientes (puntuaciones medias entre 3 y 5 en la escala Likert).

El ítem mejor valorado fue la "información médica" (4,73), seguido del "estado de las habitaciones" (4,68). Los ítems peor valorados fueron las "indicaciones intrahospitalarias" (3,5) y las "indicaciones extrahospitalarias" (3,98).

El ítem sobre "el estado de las habitaciones" este año se encuentra entre los mejores valorados, a diferencia del año 2017, donde era uno de los peores valorados.

En cuanto a cuestiones realizadas del segundo bloque, los niveles de satisfacción fueron altos, donde la mayoría están muy satisfechos con los cuidados globales. Encontramos un ligero descenso en el porcentaje de "muy satisfechos" con un 52,5% y "satisfechos" 47,5%, en comparación con el año anterior (71,66%, 27,5% y 1% "poco satisfecho"). El aumento de pacientes satisfechos podría interpretarse como resultado de mejoras y cambios aplicados al ámbito de la calidad objetiva, donde este año supera la calidad subjetiva.

Un porcentaje similar al del año anterior, que nos indica una mejora continua

que va en concordancia con la satisfacción global.
El 100% de los pacientes, al igual que el año pasado han negado la realización de intervenciones sin autorización previa.
El ítem que valora la satisfacción con el tiempo de ingreso, la mayoría han contestado que han estado el tiempo necesario frente a un 2,5% que refieren que han estado menos tiempo de lo necesario. La mayoría de los ingresos fueron por vía urgente, frente a una minoría que fueron programados. El aumento de los ingresos programados y descenso en el urgente, en referencia al año 2017 (1,7% y 98,3%, respectivamente), puede deberse a una mejor planificación de la asistencia y/o mejora del funcionamiento del servicio de urgencias.
Y en cuanto a la identificación de los profesionales, únicamente el 75,83% (57,5% el año previo) recordaba el nombre del médico que había llevado su caso y el 19,16% el de la enfermera que el atendía habitualmente (23,33% anteriormente). La diferencia entre ambas categorías podría deberse a la turnicidad que experimenta el personal de enfermería frente a los médicos. Por ello, es más complejo recordar el nombre concreto del profesional, lo cual puede denotar falta de comunicación en las relaciones interpersonales profesional-paciente.

Existen dos ítems que valoran la idoneidad de las indicaciones para orientarse en el hospital y para llegar al hospital respectivamente, donde se otorga la máxima puntuación puesto que la dotación del equipo que los traslada resuelve cualquier dificultad que pudieran encontrar.

El estudio presenta algunas limitaciones, la principal ha sido el escaso periodo empleado para la recogida de datos, ya que previamente era necesario el permiso necesario para la elaboración de este estudio.
Además de esto, es este estudio se debe asumir el sesgo de información, al ser posible que exista algún tipo de error en la obtención y recogida de datos de interés para la investigación. Al ser el encuestador el que realiza las preguntas, el usuario puede dar puntuaciones más altas de lo que realmente opina para lograr una mayor aceptación social.
Durante el diseño del estudio se han intentado evitar los sesgos de selección pudiendo participar en el estudio todos aquellos que cumplieran los criterios de inclusión, además este estudio cumple con los criterios éticos al no atentar sobre el principio de privacidad de las personas. Los datos personales de cada participante han sido confidenciales.
Finalmente, para concluir, el grado de satisfacción de los pacientes de la Unidad de Hospitalización de Cardiología del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital Universitario Central de Asturias, sigue manteniendo unos niveles muy

buenos en temas de calidad, con ligeras variaciones respecto a los años anteriores que se ha realizado este estudio, pero en ningún caso por debajo de las expectativas.
Aun así se deben continuar realizando estudios que sigan comprobando la calidad de la asistencia de manera continua, ya que se ha observado un aumento de la calidad subjetiva y objetiva percibida por el paciente y la satisfacción global con respecto al año previo. La calidad objetiva supera en 0,054 a la calidad subjetiva, al contrario que los años anteriores.
Sería interesante poner en marcha medidas por parte de la unidad de gestión de calidad, aplicando mejoras y continuar evaluando su efectividad, teniendo en cuenta las sugerencias realizadas por los usuarios.

6 Bibliografía

1. Más A, Parra P, Bermejo RM, Hidalgo MD, Calle JE. Improving quality in healthcare: What makes a satisfied patient? [Base de Datos en Internet]. Revista Calidad Asistencial. Febrero 2016 [Acceso 1 Abril 2018]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26869298
2. The principles of quality assurance: report on a World Health Organization (WHO) meeting. Barcelona; 17-19 Mayo 1983. Copenhage: Regional Office for Europe WHO; 1985.
3. Rodríguez Cornejo, MJ. Conceptos generales de calidad. Universidad de Cádiz 2009. Disponible en: https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/mod_resource/content/1/TEMA_1.pdf
4. AsturSalud [Sede Web]. Principado de Asturias: Consejería de Sanidad; [acceso 27 Febrero 2018]. Calidad en la asistencia sanitaria [3 pantallas]. Disponible en: https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=c600cef606723210VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnextchannel=ac9cfb8f87a19210VgnVCM10000097030a0aRCRD#
5. Modelo EFQM de Excelencia y Calidad [Sede Web]. Madrid; 2017. [Acceso 5 Abril 2018]. Disponible en: http://www.efqm.es/
6. España. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Manual de calidad asistencial. SESCAM 2009.
7. Miyahira Arakaki JM. Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? Rev Méd Hered 2001; 12(3):75-7.
8. Guix Oliver,J. Calidad en salud pública. Gaceta Sanitaria [Revista en Internet]. 2005 Ago [Acceso 2 Marzo 2016]; 19 (4): págs.325-332. Disponible en: http://scielo.

isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000400010&script=sci_arttext
9. Palacios Gómez, JL. Revisión y crítica del papel de las expectativas en las escalas para medir la calidad percibida del servicio. Methaodos [Revista en Internet]. 2014.
10. Lorenzo S. Evidencias de aplicación del Modelo EFQM de Excelencia al sector sanitario en nuestro medio. Calidad asistencial 2000; 15:129-130.
11. Cabello E, Chirinos JL. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Med Haered 2012; 23(2):88-95.
12. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Rev Medicina Preventiva 1998; 4:12-18.
13. Borré Ortiz, YM; Lenis Victoria, C; González Ruiz, G. Utilidad del cuestionario SERVQHOS para medir calidad percibida de la atención de enfermería. Revista CES Salud Pública. 2014; Vol.5 (2: 127-136). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4974879.pdf
14. Fernández O. Monitorización permanente de la calidad percibida por los pacientes, ingresados en Cardiología, en el área de Gestión clínica del Corazón del Hospital Universitario Central de Asturias. Trabajo fin de Máster. Repositorio de la Universidad de Oviedo. 2016.
15. Arniella S. Monitorización permanente de la calidad percibida por los pacientes, ingresados en Cardiología, en el área de Gestión clínica del Corazón del Hospital Universitario Central de Asturias. Trabajo fin de Máster. Repositorio de la Universidad de Oviedo. 2017.
16. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitario. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:276-79.
17. González E, Ortega C. La calidad en el sistema de salud. Rev Méd científica 2010; 23(1):407.
18. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J, et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. Rev Calidad Asistencial 2003; 18(5):263-271.
19. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. J Retailing 1988; 64:12-40.
20. García Aparicio, J; Herrero Herrero, J; Corral Gudino, JR. Calidad percibida por los usuarios tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. Revista Calidad Asistencial.2010; 25 (2):Págs.97-105. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-

calidad-percibida-por-los-usuarios-13148453.

Capítulo 458

FÍSTULA ARTERIO-VENOSA: REVISION DE CUIDADOS EN TÉCNICAS DE PUNCIÓN Y FACTORES DE SUPERVIVENCIA

PATRICIA ESTEBAN HERNANDEZ

SANDRA FERNANDEZ GONZALEZ

1 Introducción

La prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) va en aumento y es un problema cada vez mayor en el mundo; en España se estima que es de un 15%, la cifra más elevada jamás conocida y similar a la existente en Estados Unidos. Es más prevalente en hombres de edad avanzada y con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

La hemodiálisis es el tratamiento de elección en el mundo. La hemodiálisis necesita un circuito sanguíneo extracorpóreo, un monitor especifico y que el paciente tenga un acceso vascular para poder depurar la sangre.

Existen tres tipos de acceso vascular:
- El catéter venoso central.
- El injerto ,habitualmente de politetrafluoroetileno expandido(PTFE).
- El injerto de fistula arteriovenosa (FAV).

El acceso vascular ideal para hemodiálisis debe reunir tres características:

- Permitir un abordaje seguro y continuado al sistema vascular.
- Proporcionar flujos suficientes que permitan realizar el tratamiento dialitico de forma ideal.
- Tener una baja incidencia de complicaciones.

Por ello la FAV es considerada la mejor opción. La FAV es la unión entre una arteria y una vena creada quirúrgicamente. Se realiza de preferencia en el brazo no dominante y la más frecuente son las radio cefálicas de Cimino-Brecia. A pesar de ser la de elección su duración es limitada y puede fallar durante la maduración de la misma (fallo primario) o trás las punciones puede ocurrir un fallo secundario y suele ocurrir por una estenosis en el acceso que puede terminar en trombosis o fracaso de la misma.

2 Objetivos

- Revisar el tipo de cuidados que se hacen para aumentar la supervivencia de las FAV en pacientes en hemodiálisis.
- Revisar qué tipo de factores pueden influir en ellas para que se produzcan dichos fallos tanto primarios como secundarios.

3 Metodología

El método empleado se ha realizado a través de una revisión bibliográfica con el objetivo de obtener la mayor información del tema a tratar. Las bases de datos utilizadas han sido: Scielo, Google académico y Pubmed.
La estrategia de búsqueda en las bases de datos: fístula arterio-venosa, cuidados,hemodialisis, técnica de punción.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica se ha visto que existen muchas variables que afectan a la duración de las FAV y al desarrollo de complicaciones, las más importantes son:
- Edad. Este factor hay que tenerlo muy presente dado que la mayoría de los pacientes que se inician en la hemodiálisis son mayores de 60 años. Esto trae asociado un mayor número de enfermedades vasculares, hipertensión, cardiopatías y diabetes.

- Genero. Parece que las mujeres tienen un diámetro vascular más pequeño y mayor tejido adiposo subcutáneo. Ambos factores hacen que las FAV en mujeres tengan mayor número de fallos primarios y secundarios.
- Diabetes y calcificación vascular. La diabetes junto con la hipertensión y la dislipemia hacen que se produzca una disfunción de la FAV que puede afectar a la pared de la misma y disminuir el flujo sanguíneo. Por otro lado la calcificación de los vasos es otro de los factores que viene asociado a niveles altos de la hormona paratiroidea, que hace que la FAV no pueda madurar como debiera y facilitara la estenosis y el fallo de la misma.
- Hipotension. Las hipotensiones repetidas intradiálisis y tensión arterial baja pre-/ postdiálisis pueden provocar un fallo de la FAV dado que produce una vasoconstricción brusca que produce una disminución de flujo sanguíneo y puede predecir una futura trombosis de FAV.
- Uso previo de catéter venoso central (CVC). En algunos estudios relata que el ser portador de un CVC previamente anterior a ser portador de FAV incrementa el riesgo de trombosis en la misma.

Técnica de punción: éste es un factor de gran relevancia para la supervivencia de la FAV. Esta técnica debe realizarse de forma aséptica y meticulosa, habiendo valorado previamente la vena arterializada del paciente evitando zonas enrojecidas, zonas con costra o piel alterada y zonas de aneurismas. Existen dos tipos de técnicas de punción: la escalonada o rotatoria y la técnica del ojal.

La técnica de ojal o buttonhole consiste en la punción repetida en un mismo punto de punción. Este método es controvertido porque hay diferentes estudios en los cuales los resultados son dispares, unos encontraron mayor tasa de infección en comparación con la técnica en escalera y otros no.

Otro resultado es que este método requiere más punciones al principio del uso pero luego evita punciones extras por lo que se puede utilizar a nivel de diálisis domiciliaria. Otro punto significativo es que esta técnica evita la creación de aneurismas por lo que la estética del brazo mejora y el tiempo de sangrado disminuye.

Por lo que la mayor controversia reside en el mayor riesgo de infección aunque en los estudios no especifican las medidas de asepsia utilizadas que eso es un punto fundamental a tener en cuenta y de gran relevancia en las unidades de diálisis.

A pesar de las ventajas del buttonhole, la técnica más utilizada actualmente sigue

siendo la escalonada, por el mayor riesgo de infección y principalmente porque requiere que la rotación de enfermería sea mínima.

Por ello la técnica en ojal es idónea para diálisis domiciliaria pero no la hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Según la revisión bibliográfica hemos visto que existen múltiples factores que influyen en la FAV y que en la actualidad disponemos de múltiples métodos para estudiar las FAV y mejorar su longevidad:

- Los tradicionales para inspeccionar el tracto venoso de forma observacional mediante la inspección física, la palpación del pulso y thrill del acceso y mediante la auscultación de la misma.
- Medir la recirculación sanguínea, que consiste en medir el porcentaje de sangre depurada que regresa al circuito extracorpóreo.
- La medición del flujo intraacceso mediante dilución por ultrasonidos, en la cual si existe una disminución mayor del 20% cuando el flujo es menor de 1000ml/min puede predecir una estenosis.
- La ultima técnica que se está utilizando en las unidades de hemodiálisis para realizar una punción menos cruenta y más fiable es la utilización del ECO Doppler en la punción de FAV nuevas o de difícil punción. Se ha demostrado que es una herramienta de trabajo muy útil para enfermería y para los pacientes, ya que ayuda a conocer mejor las FAV y facilita la punción y también aumenta la vida de las FAV.

Por ello se considera que la ECO Doppler portátil in situ en la sala de hemodiálisis es una herramienta valiosa para optimizar la técnica de punción.

Para finalizar desde el punto de vista de enfermería es muy importante incluir el cuidado de la FAV desde la intervención quirúrgica hasta la entrada del paciente en diálisis, educando al paciente en su autocuidado y detectando factores de riesgo modificables, utilizando todos los medios que tenemos a nuestro alcance y extremando las medidas de asepsia.

6 Bibliografía

1. Lorenzo V,López Gómez JM.Enfermedad renal Cronica(Grupo editorial).Nefrologia al Dia.(23 de marzo de 2016).

DOI:10.3265/Nefrologia.2010pub1.ed80.chapter2802.
2.Roca Tey R.El acceso vascular para hemodialisis:la asignatura pendiente .Nefrologia(Madrid).2010;30(3).280-7. DOI:10.3265/Nefrologia.pre2010.Apr10349.
3. Ramirez EB,Amador B.Las complicaciones de la hemodialisis y el papel de la enfermeria :Revision Rev Paraninfo digital .2014;VIII(20).Disponible en :http://www-f.com/para /n20/255.php.
4. Martín ,I J.,Minguela,J.I,Ocharan-Corcuera,J-;Chena.indicaciones para accesos para hemodialisis.Dialisis y Transplante;2008.29(4),173-176

Capítulo 459

ANALISIS DEL FEOCROMOCITOMA Y PARAGANGLIOMA

MONICA ALVAREZ SUAREZ

SONIA ALVAREZ SUAREZ

1 Introducción

El feocromocitoma (FEO) y paraganglioma (PGL) son descritas por los autores Petrina ME, et al., como "neoplasias de las células cromofines que se manifiestan en un 40-60% de los casos por síntomas de liberación episódica de catecolaminas", de rara aparición. "Son causa de Hipertensión arterial (HTA) estable y maligna (por la invasión local, la diseminación a ganglios regionales o la aparición de metástasis en sitios lejanos) en un 0,1-1% de los casos y debe descartarse en un estudio de la misma. Afectan más frecuentemente a varones y su incidencia aumenta con la edad", asimismo existen otros síntomas que se pueden manifestar o no, tales como: cefalea (dolor de cabeza), sudoración y palpitaciones. El FEO tiene su origen en la médula suprarrenal y el PGL en SNS Y SNP, que pueden manifestarse según "la ubicación, el perfil secretor y el potencial maligno del tumor". De donde, los paragangliomas se clasifican según su ubicación en Aortosimpáticos y Braquimétricos e Intravagales. Asimismo, se ha evidenciado que aproximadamente el 80-85% suelen ser de causa FEO y 15-20% de PGL, de entre el total hay varias controversias siendo del 10% o del 25% de los pacientes (habitualmente en niños con edades promedio de aparición de entre 12 y 19 años) con cualquiera de estas neoplasias dispone de antecedentes familiares de la enfermedades y suelen ser causados por mutaciones en genes. Que a su vez, pueden estar alterados

provocando la neoplasia endocrina múltiple 2 (men-2), enfermedad de von hippel-lindau (vhl), neurofibromatosis tipo 1 (nif 1) o paraganglioma familiar (mutación en succionato deshidrogenasa. (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)

Las sustancias producidas por el tumor son habitualmente "las catecolaminas (adrenalina (AD), noradrenalina (NAD) y dopamina" El sondeo de catecolaminas (ej., concentración de catecolaminas elevados en sangre y disminuida en orina) en tumores de pequeño tamaño y metabolitos (ej., concentración de metabolitos elevados en tumores de gran tamaño) en orina como en plasma, así como la realización de pruebas complementarias de imagen (TAC, RMN, ultrasonido, estudios anatomofuncionales, imagen funcional con metayodobenzilguanidina, estudios de imagen funcional pet para la localización de feocromocitoma, estudios de somatostatina y estudio con octreotida), son fundamentales para diagnóstico, localización del origen de exceso de catecolaminas. (1) (4)(6)

En cuanto al tratamiento de primera línea es quirúrgico mediante resección parcial o total (ej., adrenalectomía transperitoneal laparoscópica o adrenalectomía por cirugía abierta) en casos de feocromocitomas benignos, y en caso de ser de malignidad se debe complementar éste con quimioterapia y/o síntomas que controlen los tumores. Empleando como tratamiento farmacológico preoperatorio: Fenoxibenzamina, Bloqueo α1 selectivo, Fentolamina, Bloqueo beta-adrenérgico, los calcioantagonistas, sustitución de volumen plasmático, dos a tres litros de solución fisiológica a 0,9% un dia antes de la cirugía, y Hemotransfusion aproximadamente de un litro o más, se realiza antes, durante y después de la cirugía. Tras la cirugía es esencial la cuantificación de las metanefrinas libres en plasma y catecolaminas en orina, así como realizar controles cada seis meses durante dos años, y tras éstos, una visita anual. (1)(4)(7)

Las características esenciales de la HTA del feocromocitoma son: la hipercinética, hipovolémica (en algunos casos junto con reflejos autonómicos anormales produce hipotensión ortostática) y vasoconstrictora. Suele ser causada por un aumento de la concentración de catecolaminas que pueden variar en función de: (Véase ilustración 1) (1)

2 Objetivos

Conocer las características definitorias de feocromocitoma y paraganglioma, sus medios de diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diversas evidencias científicas encontradas en buscadores científicos tales como; Scielo, Google académico, Pubmed, así como otros. Las palabras clave empleadas para la búsqueda, han sido: "feocromocitoma" AND "paraganglioma". Como criterios de exclusión, no se han tenido en cuenta los artículos de pago y como criterios de inclusión; evidencias en inglés y castellano.

4 Resultados

Es frecuente su incidencia en jóvenes situándose en 2 a 8 casos por cada millón habitantes anualmente. Dentro del tipo de tumores paragangliomas el 10% son malignos y el Feocromocitoma maligno en un 10%. Siendo entre el 35 y el 40% tumores de causa mutante y por tanto, hereditarios. (4)(5)(6)(7)

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las evidencias científicas coinciden en los resultados aportados en este trabajo. Es así que es importante recalcar la importancia de estudiar a la población con dichas características con el fin de determinar un diagnóstico a tiempo y administrar el tratamiento adecuado al caso.

Como conclusión, el feocromocitoma como el paraganglioma son neoplasias que supone un alto conocimiento en el personal multidisciplinar en dichas patologías, conociendo las características, diferencias, relaciones, incidencias y prevalencias, tratamientos, entre otros. Es así que, es necesario aumentar el conocimiento en este tipo de patologías no habituales e intentar disminuir la mortalidad y calidad de vida del individuo, poniendo en práctica cada uno de los avances científicos y sanitarios al alcance.

6 Bibliografía

1. Petrina ME, Calderón DM, Menéndez El. Feocromocitoma y paraganglioma. Anales del Sistema sanitario de Navarra (An Sist Sanit Navar) [Revista de Internet]. 1998; 21(1):31-46. Disponible en: https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/7367/9124

2. Almeida Ferreira M, Vilaverde J. La genética de los feocromocitomas y paragangliomas. Revista portuguesa de Endocrinologia, diabetes e metabolismo. (Rev port endocrinol diabetes metabol) [Revista de Internet]. 2014; 9(1): 29-35. Disponible en:https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S164634391400011X
3. Oleaga A, Goñi F. Feocromocitoma: actualización diagnostica y terapéutica. Endocrinología y nutrición. (Rev Endocrinol Nutr) [Revista de internet]. 2008; 55(5): 202-16. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1575092208706697
4. Sánchez Turcios RA. Feocromocitoma: Diagnostico y tratamiento. Revista Mexicana de Cardiología (Rev Mex Cardiol) [Revista de internet]. 2010; 21(3): 124-37. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/77aa/011006cdb4dbf4a52a901303d64c95f7b5b3.pdf
5. López-Iñiguez A. Feocromocitoma y paraganglioma: un dolor de cabeza. Revista Médica MD (Rev Med MD) [Revista de internet]. 2010;2(2):62-8. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2010/md102d.pdf
6. Salgado Salgado G, Marin Muentes DP, Espinosa Peralta KE, Ramínez Arias JL. Paragangliomas: Métodos de imagen y correlación histológica. Anales de Radiología México (An Radiol Mex) [Revista de Internet]. 2009;4:307-17. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm094d.pdf
7. Perel C. Feocromocitoma. Insuficiencia cardiaca (Insuf card) [revista de internet]. 2014;9(3):120-33. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/3219/321932143004.pdf
8. Agullar-Olivos NE, García-Ortiz JR, Rojas-Reyba GA, et al. Relevancia de la medicina nuclear en el diagnostico y tratamiento del paraganglioma maligno. Cirugía y cirujanos (Cir Ciruj) [Revista de internet]. 2009;77(3):233-39. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/662/66211509012.pdf
9. Hevia Costa ME. Actualización del manejo diagnostico y terapéutico del paraganglioma. Revista Cubana de Endocrinología (Rev cuba endocrinol) [Revista de Internet]. 2014;25(2): 149-62. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubend/rce-2014/rce143c.pdf

Capítulo 460

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

M TERESA GAMUNDI OTERO

1 Introducción

Un Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) consiste en una dilatación de la aorta, que es el vaso sanguíneo más importante, y que sale del corazón y distribuye ramas para todos los órganos. Los aneurismas pueden originarse en cualquier vaso sanguíneo del cuerpo humano, siendo el sitio más frecuente la aorta abdominal por debajo de las arterias renales (vasos sanguíneos que irrigan los riñones). Un aneurisma puede alargarse hasta que, como un balón, se rompe (explota). Cuanto mayor es el aneurisma, más fácilmente se alarga. La rotura de un aneurisma puede tener consecuencias fatales. El objetivo de todas las cirugías de aneurismas es evitar la rotura.

2 Objetivos

Los aneurismas de la aorta rara vez presentan síntomas si no están complicados por lo que su diagnóstico suele ser casual, es decir, a raiz del estudio de otras enfermedades, La complicación más frecuente y grave de los AAA es la rotura de la pared de la aorta lo que conlleva una hemorragia masiva que en muchos casos es mortal. La perdida de conocimiento asociada a dolor lumbar o abdominal intenso son síntomas indicativos de esta complicación y el tratamiento de la misma debe ser considerada una emergencia y tratada por un Cirujano Vascular con amplia experiencia en esta patología. En general, a mayor tamaño del aneurisma existe mayor riesgo de rotura, el objetivo e este caso clinico es ayudar a un diagnostico y tratamiento precoz para evitar complicaciones .

3 Caso clínico

Hombre de 70 años, sin alergias conocidas, ex fumador desde hace 8 años, vecino de la Felguera, jubilado de la mina, HTA, no DM, no enfermedades cardiopulmonares, no intervenciones quirúrgicas , antecedentes de artitris reumatoide y hernia discal, en seguimiento por cirugia vascular por isquemia crónica, estenosis carotidea 50-70% en ACII (con control semestral), refiere dolor gemelar izquierdo de años de evoluciòn de +/- 500 mts, camina a diario 5km, hace menos de un mes caida en la calle segùn refiere por hormigueo en la pierna izquierda tras forzar el paso , que le hizo desestabilizarse , no dolor en reposo.

- En la exloración fisica: obstrucción ilio femoral izquierdo, pie bien compensado, sin lesiones MID, con pulsos +
ITB: MID=0.77 Y MII= 0.50

- Ecodopler de aorta: aorta elongada con diamtro maximo de 50mm (puede ser sobre estimada) por lo que se solicita angio TC, espirometria y ecocardio de cara a cirugia abierta.

- Angio TC: Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, de morfología fusiforme que se extiende hasta bifurcaciòn iliaca con unos diametros de unos 5.2 x5 cm AP y transverso. Crecimiento de unos 8mm con respecto al previo de 2013.

- Espirometria normal.

- EcoTT: VI tamaño y Fe normal , VD con tamaño y función normal. no alteraciones valvulares , Eco sin alteraciones
Se valora en sesiòn para cirugía abierta.

4 Discusión-Conclusión

Se realiza intervención quirurgica, sin incidencias, tras estancia en unidad de reanimación 48h , con estabilidad hemodinamica y sin complicaciones, pasa a planta para terminar su recuperación.

Las recomendaciones tras este tipo de intervenciòn, una vez de alta hospitalaria serian: La cirugía no cura el problema subyacente con sus vasos sanguíneos. Otros vasos sanguíneos pueden verse afectados en el futuro, por lo que es importante hacer cambios en el estilo de vida y en el tratamiento médico:
- Consuma una dieta saludable para el corazón.

- Hacer ejercicio de manera regular.
- No fumar.
- Cumplimiento estricto del tratamiento pautado.

5 Bibliografía

- https://www.quironsalud.es/hospital-barcelona/es/cartera-servicios/angiologia-cirugia-vascular/patologias-vasculares/aneurismas-aorta-abdominal
- https://www.revespcardiol.org/es-aneurisma-aorta-abdominal-enfermedad-vascular-articulo-13107121
- https://servei.org/pacientes/aneurisma-de-aorta-abdominal-aaa/

Capítulo 461

LACTANCIA MATERNA INADECUADA POR FALTA DE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

BIBIANA PARAJE FERNÁNDEZ

MANUEL NICOLÁS PRIETO FEMENÍA

1 Introducción

La leche materna es la mejor fuente de alimentación natural para los bebés por sus conocidas ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas. Es el mejor alimento y su composición es la ideal para el crecimiento y desarrollo durante los primeros meses de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda mantener la lactancia materna exclusiva durante un periodo mínimo de seis meses. La lactancia materna inadecuada puede ocasionar factores de riesgo para la madre y su hijo, y es por ello por lo que necesitamos sanitarios con formación adecuada.

2 Objetivos

El objetivo es demostrar la importancia de la formación en lactancia materna para los profesionales sanitarios que trabajen en servicios de maternidad, la falta de formación lleva a actuaciones erróneas que pueden producir un cese precoz de la lactancia y aparecer situaciones complejas que requieran atención especializada como la deshidratación del niño por una ingesta escasa de leche materna.

3 Caso clínico

Mujer de 30 años de edad que acude al servicio de urgencias con su hijo de 10 días de vida porque no gana peso, se encuentra somnoliento y duerme mucho. La gestación fue controlada con curso normal, parto eutócico a término, se realiza piel con piel en paritorio y se inicia lactancia materna en la primera hora de vida del RN. Alta con curso normal. Se identifican factores de riesgo de la madre (mamas ingurgitadas, grietas en pezón, pezones doloridos) para descartar dificultades en la lactancia materna, no presenta lesiones ni molestias en ambos pezones, se aprecian ambas mamas poco voluminosas. En el servicio de urgencias hospitalarias el niño presenta pérdida de peso, ictericia, fiebre y letargo, manifestaciones características de deshidratación. En el interrogatorio a la madre sobre la alimentación del niño nos comenta que no recibió ningún apoyo en la lactancia materna por parte del profesional sanitario durante su ingreso hospitalario. La evidencia actual indica que la causa más probable es el bajo volumen de leche ingerido, el niño no succiona adecuadamente o su madre no logra colocarlo bien al pecho para establecer una lactancia materna eficaz.

Se observa toma de lactancia materna y se corrige postura, consiguiendo un buen agarre y succión del niño, se apoya y se da información sobre la lactancia materna. El seguimiento del niño demuestra una instauración correcta de la lactancia, con ganancia de peso y controles normales en las consultas de pediatría.

4 Discusión-Conclusión

Todo personal sanitario que trabaje en los servicios de maternidad precisa una formación específica, con el fin de facilitar la crianza y una mejor atención de madre e hijo, de esta manera se consigue la instauración y mantenimiento a largo plazo de la lactancia materna, sin dificultad ni complicaciones mayores para ambos. En este caso presentamos una patología grave como la deshidratación del niño, que puede ocasionar alteraciones neurológicas, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal, accidentes cerebrovasculares e incluso la muerte.

5 Bibliografía

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

Capítulo 462

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO.

MARÍA DEL PILAR LÓPEZ PIZARRO

GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA

1 Introducción

El recién nacido es un ser con necesidades particulares. Conocerlas hará que podamos adaptar nuestros cuidados a ellas.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados del recién nacidos.
- Saber cuales son los cuidados al llegar a casa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Características físicas del recién nacido.

Vérnix caseoso:
• Protección
• Lubricante
• Barrera
• Termorregulación
• No retirar de la piel del RN

Lanugo
• Orejas, frente, hombros, etc.
• Protección
• Se cae (primeras semanas-meses)

Millium
• Mejilla, frente, barbilla.
• Desaparecen solos

Mancha mongólica o de baltz
• Coloración azulada.
• Desaparece a los meses o años

Genitales
• Niños: es normal que exista fimosis, no siendo recomendable hacer retracciones del prepucio.
• Suele desaparecer espontáneamente. Retraer ligeramente para la higiene.
• Niñas: pseudomenstruación y leche de brujas.

Cuidados en el nacimiento
• Contacto piel con piel precoz
• Contacto PIEL con PIEL del recién nacido con su madre inmediatamente tras el parto.
• Niño desnudo sobre abdomen de la madre desnuda.
• Beneficios
• Formación vínculo madre- bebé
• Inicio precoz de la LM
• Termorregulación
• Disminución del llanto
• Normalización de la respiración
• Secreción de oxitocina en la madre
Secado del RN para evitar perdida de calor
Pinzamiento tardío del cordón umbilical.

Inicio precoz de la lactancia materna.
Profilaxis oftálmica
Administración de vitamina K
Identificación madre/RN
Peso
Huellas y registro.

El recién nacido en casa, sus cuidados
Ombligo
• El cordón umbilical se suele desprender entre los 6-15 días.
• Cuidados: lavado, secado, alcohol de 70º o clorhexidina.
• Vigilar si tiene mal olor, calor o enrojecimiento.
• El baño
• Hay que sujetar al bebé de manera segura.
• Temperatura del agua entre 34ºC
• Se desaconseja el uso de bastoncillos para los oídos.
• Jabón neutro

Heces
• Meconio: Primeras deposiciones del recién nacido, durante las primeras 12-24 horas.
• Heces de transición: Entre el tercer y quinto día. Verdes, marrones, amarillentas.
• El número de deposiciones varía mucho de un niño a otro, así como de la alimentación.

Área del pañal
• Hay que sujetar al bebé de manera segura.
• Temperatura del agua entre 34ºC
• Se desaconseja el uso de bastoncillos para los oídos.
• Jabón neutro

Las uñas
• Debe extremarse el cuidado, ya que sus uñas son extremadamente quebradizas.
• No cortar hasta las 3 semanas.
• Aprovechar el momento en el que esté muy tranquilo
• Utilizar las tijeras adecuadas.

Los ojos
• Los ojos no precisan una higiene rutinaria.

• Si se aprecian secreciones oculares, se recomienda retirarlas utilizando una gasa para cada ojo, limpiando siempre desde el interior hacia el exterior.

5 Discusión-Conclusión

Conocer las características físicas y psíquicas del recién nacido son necesarias para adaptar sus cuidados a ellas.
Además, deberíamos basar la manera de realizarlas siguiendo la última evidencia científica.

6 Bibliografía

- Cattaneo A, Fallon M, Kewitz G, Mikiel-Kostyra K, Robertson A. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños : Normas recomendadas para la Unión Europea. European Commission (Directorate Public Health and Risks Assessment), Unit for Health Services Research and International Health-Who Collaborating Centre for Maternal and Child Health.; 2006. p. 1–33.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, Atención G de trabajo de la G de PC sobre atención al parto normal. G de PC sobre la, Agencia al parto normal. P de C para el SN de S del M de S y PS, De de E de TS del PV (OSTEBA). A de E de TS, 2009/01 G (Avalia-t). 2010. G de PC en el SON. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. 2010.
- Grupo PrevInfad, Grupo NIDCAP. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. [Internet]. Ministerio de sanidad y política social., editor. Madrid: Estilo Estugraf Impresores S.L.; 2010.

Capítulo 463

PCR: CLAVES PARA LA SUPERVIVENCIA

VERÓNICA DE LA FUENTE ELÍAS

LIDIA EXPÓSITO MARQUÉS

MARIA FEITO ALVAREZ

1 Introducción

La parada cardiorespiratoria (PCR) constituye un problema de salud notable en nuestra sociedad, donde el abordaje puede constituir un problema para quien la presencia por desconocimiento sobre las pautas de actuación, afectando así a la supervivencia de quien la padece. Por ello es necesario promover educación sanitaria y conocimientos necesarios para abordar las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP).

Según la ERC (Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar) podemos hablar de 15.000-25.000 casos anuales mortales por PCR en nuestro país y cerca de 400.000 casos en la Unión Europea, donde una actuación rápida y correcta en las maniobras de RCP puede salvar la vida del paciente y/o reducir a su vez las secuelas neurológicas derivadas de la PCR.

En líneas generales, ante la presencia de una PCR debe activarse la denominada cadena de supervivencia, donde el primer escalón de la misma será activar a los servicios de emergencia, realizando una llamada al 112 una vez se haya confirmado la inconsciencia del paciente y la ausencia de respiración mediante la apertura de la vía aérea (manobra frente-mentón).

A continuación se deben iniciar las maniobras de RCP mediante una secuencia de 30:2 en el paciente adulto (100-120 compresiones por minuto) o 15:2 en el paciente pediátrico (previa ventilaciones de rescate).
Si disponemos de un desfibrilador externo automatizado (DEA) se encenderá el mismo, se colocarán los parches y se procederá a seguir las instrucciones del mismo, promoviendo así una desfibrilación precoz en ritmos desfibrilables (FV/TVSP) para aumentar las posibilidades de supervivencia. Si detecta un ritmo no desfibrilable se debe continuar con maniobras de compresión-ventilación 30:2 durante 2 minutos hasta una nueva reevaluación con DEA. Continuar con las maniobras hasta la llegada de los equipos sanitarios.

En el año 2012 se planteó una campaña para concienciar a la población sobre la importancia de adquirir conocimientos ante una parada cardíaca. Esta iniciativa se llevó a cabo por la European Resucitation Council, el Consejo Español de RCP, la SEMICYUC (Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar) y el Grupo de Trabajo de Cuidados Cardiológicos y RCP, bajo el lema "Todos los ciudadanos del mundo pueden salvar una vida". Se dieron lugar diferentes acciones para promover el algoritmo de RCP básico tanto en población adulta como en los más pequeños, realizando talleres gratuitos en hospitales, lugares públicos, asociaciones de vecinos, asociaciones deportivas, colegios e institutos, etc.

La SEMICYUC promovió un proyecto denominado "Proyecto Centros Cardioprotegidos SEMICYUC", fomentando la implantación de más desfibriladores en lugares públicos. Se ha demostrado que la tasa de supervivencia tras una RCP realizada por personas sin conocimientos en las maniobras de RCP y sin DEA son de un 6%, mientras que con un DEA las posibilidades aumentaban al 20%, de ahí la importancia en formar a la ciudadanía y fomentar el aumento de los DEA en los lugares públicos.

2 Objetivos

- Dar a conocer una educación sanitaria a la población sobre RCP básica para minimizar el riesgo de muerte en los casos de PCR presenciada.
- Manifestar la importancia de coordinación entre los equipos extrahospitalarios y hospitalarios mediante un algoritmo de RCP avanzada.

3 Caso clínico

Varón de 71 años con pérdida de conocimiento mientras nadaba en una piscina municipal, sacado del agua por los socorristas, objetivándose epistaxis espontánea y pérdida de pulso. Se inician maniobras de RCP básica y recupera el pulso tras la primera descarga con el DEA. A la llegada del SAMU el paciente presenta pulso y respiración de Kussmaul, se procede a intubación con TET nº8, se conecta a ventilación mecánica y se traslada al servicio de urgencias del Hospital.

Antecedentes:
- NAMC, no hábitos tóxicos, no HTA, aunque en la Hª Clínica del centro de salud se registra crisis hipertensiva en 2016 con buenos controles tensionales posteriores, no DM, glucemia basal alterada en 2016, dislipemia con control higiénico-dietético. No enfermedades cardiopulmonares conocidas.
- Hiperplasia benigna de próstata. Acné rosácea (2016). Pitiriasis versicolor (2016).
- Valorado por oftalmología por conjuntivitis inespecífica en el OI, queratitis punteada en 2017.
- Conjuntivitis infecciosa del OI (2018), blefaritis, queratitis del OI (2018), queratitis en el OD (2019).

IABVD, vida activa.
- Medicación previa: no tratamientos crónicos habituales.

Urgencias:
A su llegada a urgencias pupilas medias isocóricas normorreactivas, sedoanalgesiado, frialdad periférica, relleno capilar discretamente enlentecido, normohidratado, ruidos cardiacos rítmicos, no presenta soplos audibles, discreta hipoventilación bibasal sin sobreañadidos. Abdomen y EEII normales. Estable hemodinámicamente. TA 150/70, FC 73 lx', saturación 98%, Tª 35.6. Se cursa analítica, se procede a sondaje vesical y nasogástrico, realización de EKG.

Datos de laboratorio:
- Hemograma: Hb 14.1 g/dl, plaquetas 200.000, leucocitos 10.150.
- Bioquímica: Urea 42, creatinina 1,05, troponina 0,04. Glucosa 172 mg/dl, Na 139 mEq/L, Ca iónico 4,28 mg/dl, cloro 108 mmol/l.
- Coagulación: TP 96%, INR 1,03, TTPAm 34,8 sg, ratio APTT 1,09.
- Gasometría: pH 7,32, pCO2 40,7, pO2 111, HCO3 21,3 EB -4,5, sat O2 98,2%, lactato 3,7 mmol/L
- Se activa código corazón por PCR con sospecha de SCACEST, se remite a la unidad de hemodinámica para coronariografía.

Unidad de hemodinámica:
- Una vez firmado el consentimiento informado se inicia el procedimiento.
- Se realiza punción percutánea de la arteria radial dcha. Se emplean los catéteres EBU 3.5 de coronaria izda y JR4 de coronaria dcha, sin complicaciones.
- Duración del procedimiento 30 minutos. Dosis de contraste 73 ml. Tiempo de escopia 3,3 minutos. Dosis de radiación 34,0 Gycm2. Sistema de cierre: compresión manual. Presión sistólica 117 mmHg, Presión Diástole/telediástole 67 mmHg, Presión media 88 mmHg.

- Coronariografía: Enfermedad de 3 vasos. Oclusión crónica de CD (obstrucción 60%) media (obstrucción 100%) y DA media (100%). Buenos lechos distales que se rellenan por circulación colateral
- Ventrículografía: Hipoquinesia anterior con disfrunción leve de VI por Vscan.

Se intenta pasar una guía a la DA, pero la lesión es crónica, se descarta oclusión aguda. Concluyen que dada la enfermedad coronaria que presenta, si la evolución clínica es favorable sería candidato a revascularización quirúrgica. Ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

Unidad de cuidados intensivos (UCI):
- Ingreso en UCI, estable hemodinámicamente, sin datos de insuficiencia cardíaca, extubación antes de las 48h sin complicaciones, cubierto con amoxicilina-clavulánico por intubación con bajo nivel de conciencia.
- ECG en ritmo sinusal, PR normal, QRS 140 ms por BDHHH, Onda Q en DIII y Avf, onda T negativa en V2-V4, sin cambios dinámicos relevantes durante el ingreso.
- Ecocardiograma: Ventrículo izdo no dilatado (VTD 90 ml). Acinesia con hiepre-fringencia a nivel inferior basal, medio e inferolateral. Hipocinesia anterior medio y apical, septo inferior y septo anterior medio, septo apical e inferior apical. Disfunción sistólica moderada (FEVI 40%). Disfunción diastólica tipo anomalía de la relajación con elevación de presiones de llenado (E/E ‘ 10). Aurícula izda de tamaño normal. Ventrículo derecho no dilatado, con contractilidad normal. Onda S 0,14 m/s. válvula aórtica trivalva, velos esclerosados, flujos normales. Válvula mitral con leve fibrosis en velos. Insuficiencia leve. No se detecta insuficiencia tricúspide significativa para el cálculo de PSAP. Pulmonar mal visualizada, raíz aórtica no dilatada y aorta torácica ascendente proximal no dilatada. Vena cava inferior no dilatada, con colapso inspiratorio normal. Sin derrame pericárdico.

Tratamiento:
- Bisoprolol 1,25 mg comp. (Si FC > 55 l.p.m.) c/12h.

- Omeprazol 20 mg caps c/24h

Pasa a planta consciente y colaborador, algo desorientado, con movilización autónoma sin incidencias. Dado que presenta fracción de eyección deprimida y enfermedad de tres vasos sin datos de ninguna lesión aguda, se presenta el caso en sesión médico-quirúrgica para revascularización miocárdica y posterior implante de DAI.

4 Discusión-Conclusión

Resulta relevante establecer un protocolo de actuación o algoritmo de RCP básica para estandarizar la actuación en caso de PCR en la población general, minimizando así el riesgo de muerte en pacientes que sufren parada cardiorespiratoria repentina.

En el caso clínico expuesto anteriormente la actuación fue inmediata y los cuidados recibidos por parte del personal de la piscina fue clave en la supervivencia del paciente, esto sumado a los cuidados avanzados que aportó el equipo de emergencias extrahospitalarias, así como los cuidados y tratamientos proporcionados por el hospital hicieron que el paciente se recuperara sin secuelas, manteniendo su calidad de vida.

El DEA cada vez adquiere mayor importancia en lugares públicos, incluyendo centros municipales, centros comerciales, supermecados, etc, incluso en la vía pública en algunas poblaciones. No requiere conocimientos previos y siguiendo las instrucciones básicas que auditivamente nos va mostrando puede salvar innumerables vidas en la población, siendo capaz de realizar descargas en ritmos desfibrilables. Debido al uso de esta herramienta sanitaria se calcula que la supervivencia ha aumentado a un 20% frente al 6% de supervivencia sin su ayuda, por tanto es conveniente tomar conciencia sobre las ventajas que aporta en nuestra sociedad. Podemos destacar, a su vez, la importancia de que la población presente conocimientos mínimos de primeros auxilios, mediante educación sanitaria, bien desde los centros de salud, medios de comunicación, educación escolar etc.

5 Bibliografía

- La formación a la población en RCP y el manejo de desfibriladores públicos aumenta en un 20% la supervivencia al infarto. SEMICYUC. 2019. [Disponible en:

https://semicyuc.org/2019/10/la-formacion-a-la-poblacion-en-rcp-y-el-manejo-de-desfibriladores-publicos-aumenta-un-20-la-supervivencia-al-infarto/]
- Guías de resucitación cardiopulmonar 2015 del Consejo Europeo de Resucitación: puntos clave. Fernandez I, Urkía C, Lopez JB, Escudier JM, Manrique I, Lucas N, et al. Rev. Esp. Cardiol. 2015; 69 (6): 588-594.
- Aspectos epidemiológicos, variabilidad y supervivencia en la atención a la parada cardíaca extrahospitalaria por servicios de emergencia en España. CERCP. 2012. [Disponible en: https://www.cercp.org/images/stories/recursos/2012/NOTICIAS/cercp/Proyecto_Registro_Parada_Cardiaca_EH_en_Espaa.pdf].

Capítulo 464

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

RAQUEL GARCIA GUTIERREZ

SARA RODRIGUEZ PEREZ

CRISTINA GÓMEZ VILLABRILLE

LEILA SATOUR EL HAMMOUTI

1 Introducción

Los cuidados paliativos ponen su mirada central en la persona, intentando proporcionar de forma interdisciplinaria a través de servicios de salud integrados en todos los niveles asistenciales, mejorando la calidad de vida de los pacientes atendiendo enfermedades limitantes, crónicas o incurables que lo demanden.

Los principales objetivos de los cuidados paliativos pueden resumirse en:
• Un buen manejo de los síntomas, para aliviar la situación de sufrimiento al paciente y/o a sus familiares.
• Establecer las metas de tratamiento de acuerdo a las preferencias del paciente.
• Mantener la comunicación entre el paciente, su familia y todo el equipo multidisciplinar involucrado en el tratamiento de su enfermedad.
• Proporcionar apoyo psicosocial y espiritual al paciente y a sus familiares.

Los cuidados paliativos son un planteamiento de los cuidados que responde a la persona en su totalidad, no solo a su enfermedad. El objetivo de los cuidados paliativos es evitar o tratar, lo más pronto posible, los síntomas y los efectos secundarios de una enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológicos, sociales y espirituales correspondientes.

En los cuidados paliativos, se considera al paciente y a la familia una unidad de atención y es la actividad central del equipo sanitario.

El papel del profesional sanitario de enfermería es fundamental. Ayudar en el confort, bienestar del paciente y en el de su entorno familiar ante una enfermedad terminal es uno de los principales objetivos de los profesionales sanitarios de enfermería que trabajan en cuidados paliativos.

2 Objetivos

Generales:
- Definir los principios básicos relacionados con los cuidados paliativos en el paciente terminal.

Específicos:
- Conocer la situación desde los inicios de los cuidados paliativos.
- Describir las necesidades y cuidados propios del paciente terminal.
- Conocer la importancia del equipo multidisciplinar y del trabajo en equipo dentro del ámbito de los cuidados paliativos.
- Incidir en la formación en cuidados paliativos de los profesionales del equipo multidisciplinar, en especial en el ámbito de enfermería, mediante los cuidados de enfermería.
- Comprender el papel de la familia y así poder ofrecer medidas de apoyo a la familia en los cuidados al final de la vida.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica sobre los cuidados paliativos y la actuación del profesional de enfermería se realizó de forma sistemática en diferentes bases de datos científicas: Scielo, Revista Elsevier.

Además se han consultado diferentes libros sobre los cuidados paliativos en enfermería y diferentes páginas web oficiales como SECPAL (Sociedad Española de

Cuidados Paliativos). Una parte importante de la búsqueda se centró en datos hallados en la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Ministerio de Sanidad y diversas Guías clínicas sobre cuidados paliativos. Por último se ha manejado el uso de guías protocolarías y estandarizadas en las diferentes Comunidades autónomas de España y Europa.

4 Resultados

1. FASES DE LA ENFERMEDAD TERMINAL
Hay cuatro fases diferenciadas que se encuentran en la enfermedad terminal:
1. Fase de inicio: No presenta alteración en su estado funcional, ni síntomas intensos; ni ningún tipo de alteración a nivel cognitivo.
2. Fase sintomática: Signos y síntomas generados por la alteración funcional en varios grados, sin afectación en la realización de las actividades de la vida diaria.
3. Fase en declive o avanzada: Presenta deterioro funcional que afecta la capacidad del paciente para la realización de las actividades de la vida diaria.
4. Fase final o agonía: Gran deterioro de la situación funcional y complicaciones a nivel cognitivo, gran sufrimiento y pronóstico de días.

La evolución entre fase se puede dar de forma paulatina o todo lo contrario de manera inmediata.

2.LOS CUIDADOS PALIATIVOS
El verbo paliar deriva del latín palliatus, palium que significa aliviar un mal o una enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ampliado la definición de cuidados paliativos poniendo más énfasis en la prevención: “El tratamiento paliativo es un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor así como otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”(OMS 2002).

Dichos cuidados paliativos no deben limitarse a la última etapa de la vida de un paciente, si no más a acompañar a la enfermedad y en función de las necesidades del paciente y su familia en cada etapa de la enfermedad.

La primera unidad de cuidados paliativos se inició en 1982 en Santander : Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Marqués de Valdecilla, promovida por Jaime Sainz Ortiz. A día de hoy, España es uno de los países con más recursos en cuanto a cuidados paliativos se refiere a nivel mundial.

3.BASES DE LA TERAPEÚTICA PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS CON CUIDADOS PALIATIVOS

– Atención integral: bio-psico-social y espiritual.
– Atención continuada del equipo multidisciplinar.
– Atención individualizada.
– La promoción de la automonía y la dignidad al enfermo tiene que regir en las decisiones terapéuticas y rehabilitadora.
– El paciente y la familia son una unidad.
– Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas.
– Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte.
– Importancia del ambiente, intentando con ello proporcionar una atmósfera de respeto, confort y soporte para el paciente.

4.PRINCIPIOS GENERALES PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS EN UN PACIENTE TERMINAL o Evaluar antes de tratar.

- Explicar las causas de dichos síntomas.
- La estrategia terapéutica siempre será mixta.
- El tratamiento individualizado. o Monitorización de síntomas y atención a los detalles de cada uno de ellos.
- Dar instrucciones claras, sencillas y completas del tratamiento. o Síntomas constantes en el tiempo, por lo tanto debemos realizar un tratamiento preventivo. o No limitar el tratamiento al uso farmacológico

5.CUIDADOS DE ENFERMERÍA FRENTE A DIVERSAS ALTERACIONES Y SÍNTOMAS.

5.1.ALTERACIONES DE LA CAVIDAD ORAL

MUCOSITIS

Se define como la inflamación de la mucosa del tracto gastrointestinal, causada por la alteración de la regeneración celular en el tubo digestivo. Las recomendaciones de enfermería más importantes a destacar serían: no colocar la dentadura postiza si produce molestias o colocarla solo para realizar la ingesta; cepillarse la

boca con cepillo de cerdas suaves; cambio de dieta según tolerancia del paciente; ingesta de alimentos a temperatura ambiente ya que los alimentos calientes pueden llegar a irritar la mucosa de la boca o la garganta; evitar alimentos ácidos y cítricos al igual que alimentos picantes o muy condimentadas; realizar enjuagues con agua tibia o con colutorios que no tengan alcohol y si fuese necesario administrar quince minutos antes de las comidas anestésicos locales como la lidocaína viscosa al 2%.

XEROSTOMÍAS

Se define como la disminución en la producción de saliva. Entre las recomendaciones principales a destacar en los cuidados de enfermería están: realizar enjuague bucal con manzanilla y limón (no recomendado si hay deshidratación); utilizar bálsamo labial; masticar fruta, especialmente piña, que contiene ananasa, enzima proteolítica que limpia la boca y cuyo azúcar no predispone a la aparición de caries; aumentar la ingesta de líquidos; mantener un ambiente húmedo; chupar trocitos de hielo, helado, evitando caramelos y chicles mentolados ya que resecan la mucosa oral.

5.2.SÍNTOMAS DIGESTIVOS

NÁUSEAS Y VÓMITOS

Se definen las náuseas como la sensación desagradable, subjetiva, que va acompañada de cambios del sistema nervioso autónomo. Se definen los vómitos como la expulsión potente del contenido gastrointestinal a través de la boca.

Entre las recomendaciones principales a destacar por el equipo de enfermería: evitar olores desagradables o fuertes; no debemos obligar a comer a los pacientes, se deben dar poca cantidad de comida y a demanda; si las náuseas aparecen por la mañana intentar comer alimentos secos antes de levantarse; si el paciente está encamado se colocará en posición Fowler durante la ingesta; no tomar líquidos con las comidas es preferible hacerlo una hora antes o después de las mismas; tomar los alimentos a temperatura ambiente; evitar alimentos grasos; si los vómitos son de origen central, utilizaremos los antagonistas de los receptores de la Dopamina: haloperidol y clorpromacina (en dosis nocturnas); si los vómitos son de origen periférico, utilizareos antagonistas de los receptores de la serotonina: metoclopramida y domperidona.

ESTREÑIMIENTO

Es un síntoma muy frecuente en el enfermo terminal. Se relaciona princi-

palmente con la utilización de opioides, además de ingesta escasa de líquidos, deshidratación, ausencia de actividad física y dolor.

Entre las recomendaciones más importantes destacan: beber líquidos abundantes a lo largo del día; si el paciente está encamado dar masajes abdominales una o dos veces al día realizándolos con las manos planas presionando con suavidad siguiendo el trayecto del colon desde la parte ascendente hasta el sigma; hacer ejercicio ligero diario; descartar un fecaloma y administrar laxante o enema en caso de necesidad.

DIARREA

Se define como el aumento en la frecuencia, más de tres veces al día y con disminución de la consistencia de las deposiciones. Entre las recomendaciones más importantes están: si es por impactación fecal se llevará a cabo la desimpactación con reposición hidroelectrolítica, es muy importante que el paciente no se deshidrate; se cambiará la dieta a una dieta astringente.

HIPO

El hipo es un reflejo respiratorio que provoca un espasmo diafragmático, asociado al cierre de las cuerdas vocales. En ocasiones es debido a irritación del nervio frénico. Se respirará unos pocos segundos en una bolsa de papel si no cede, se puede emplearse metoclopramida, domperidona, haloperidol o clorpromazina para aliviarlo.

DISFAGIA

Es la dificultad para tragar los alimentos o la sensación de que la comida no avanza a nivel del cuello o detrás del esternón.

Entre las recomendaciones más importantes destacan: disminuir los estímulos externos a la hora de la ingesta; incorporar al paciente en un ángulo de 90ª con la barbilla hacia fuera en un ángulo de 45º; colocar el alimento en el lado no afectado de la lengua; evitar alimentos sólidos; añadir espesantes a los líquidos con la textura apropiada para cada paciente tras realizar el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad(MECV-); no se recomienda la utilización de pajitas por el riesgo de aspiración; se recomienza utilizar una cucharilla de postre a la hora de realizar la ingesta y tener preparado el equipo de aspiración por si se produjera un atragantamiento.

ASCITIS

Se define como la efusión de líquidos dentro de la cavidad peritoneal. Entre

las recomendaciones más importantes destacan: dieta hiposódica y líquidos restringidos; en la ascitis leve se utiliza tratamiento diurético; en la ascitis severa: se realiza paracentesis para la evacuación de líquidos en la cavidad peritoneal.

5.3.SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

DISNEA

Suele ser inicialmente de grado leve o moderado e ir agravándose según progresa la enfermedad. Puede estar causada por el tumor o ser consecuencia del tratamiento.

Entre las recomendaciones más importantes a destacar: durante las crisis de disnea evitar que el enfermo se quede solo, ventilar la habitación de forma adecuada; colocar al paciente de manera que minimice los esfuerzos respiratorios: elevar el cabecero; utilizar oxigenoterápia; si la disnea persiste se deben utilizar fármacos como la morfina o el midazolam.

TOS

Es un reflejo destinado a expeler partículas o exceso de secreciones existentes a nivel traqueal o bronquial. La tos puede ser productiva o no productiva.

Entre las recomendaciones a destacar: la quimioterapia y la radioterapia pueden ser de utilidad en el tratamiento de la tos primaria producida por el cáncer de pulmón; si la tos tiene características purulentas, se debe administrar un antibiótico; enseñar técnicas de fisioterapia respiratoria; si el estado del paciente lo permite aumentar la ingesta hídrica diaria para favorecer la fluidificación de las secreciones; mejorar la humedad ambiental utilizando humidificadores; los fármacos más recomendables para aliviar este síntoma son los opioides para controlar la tos y la hioscina (buscapina) para disminuir las secreciones.

HEMOPTISIS

Puede aparecer asociado a otros síntomas, fundamentalmente respiratorios: tos, disnea, expectoración o dolor torácico. Entre las recomendaciones destacan: si la hemoptisis es leve solo requiere vigilancia; en hemoptitis avanzadas se mantendrá al paciente en reposo absoluto y preferentemente colocado sobre el lado sangrante para evitar la diseminación de la sangre al otro hemitórax; cuando el estado del paciente sea bueno se valorará el tratamiento con radioterapia paliativa, y si la hemoptisis es masiva y terminal se aconseja sedación mediante diazepam o mórficos.

5.4.SÍNTOMAS SISTÉMICOS

ANOREXIA

Se define como la falta de apetito, con sensación precoz de plenitud. Es el segundo síntoma más frecuente en el enfermo terminal tras la astenia.
Entre las recomendaciones destacan: evitar culpabilizar al enfermo por no comer, reducir la ansiedad y estimular a la familia para que las comidas se desarrollen en una atmósfera relajada, es recomendable realizar comidas pequeñas y frecuentes, la metoclopramida es un fármaco procinético que acelera el vaciamiento gástrico y el tránsito de la primera parte del intestino delgado, los corticoides también han demostrado capacidad para aumentar el apetito, los progestágenos pueden mejorar la anorexia e incrementar el peso del paciente.

CAQUEXIA

Es la alteración grave del estado de nutrición que ocurre durante una enfermedad crónica o un trastorno emocional que se traduce en una marcada pérdida de peso. Entre las recomendaciones más importantes destacan: administración de alimentos energéticos. Sin embargo, no se deben superar las 500 Kcal/día sobre la dieta habitual, ya que este tipo de suplementos no invierte el cuadro; la alimentación enteral y parenteral no está justificada en el cáncer avanzado ya que tiene asociadas complicaciones importantes e incluso puede estimular el crecimiento tumoral.

5.5.SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

SÍNDROME CONFUSIONAL

Es muy frecuente en el paciente terminal, aumentando su prevalencia conforme se aproxima la muerte. El objetivo de los cuidados es controlar la agitación y la ansiedad asociadas a este síntoma. El tratamiento de elección para controlarlo es el midazolam.

INSOMNIO

El insomnio disminuye el umbral del dolor. Puede estar provocado por el miedo a la muerte. Se procurarán medidas no farmacológicas como: un ambiente relajado, silencio en la estancia, cama confortable para un buen descanso del enfermo.En caso de que el tratamiento no farmacológico no fuese efectivo, se aplicaría benzodiacepinas para paliarlo.

DEPRESIÓN

Afecta a un gran número de pacientes terminales, debido a la sintomatología

acompañante y la cercanía de la muerte. El tratamiento de la depresión requiere en primer lugar la identificación de los factores causantes, y en segundo lugar el uso de técnicas psicológicas tales como psicoterapias de apoyo. También se pueden utilizar terapias cognitivo- conductuales. Y tratamiento farmacológico con antidepresivos.

ASTENIA
Constituye el síntoma más común entre los pacientes con cáncer en fase terminal. Es una sensación persistente de cansancio, relacionada con la enfermedad o el tratamiento, que afecta a la situación funcional del paciente Las recomendaciones más importantes son las siguientes: limitar la actividad, repartiéndolas a lo largo del día, dormir un mínimo de 8 horas al día, administrar corticoides en tratamientos cortos se fuese necesario ya que estos fármacos producen sensación de fuerza y bienestar disminuyendo la astenia, a la vez que aumentan el apetito.

6. ATENCIÓN A LA FAMILIA
Los profesionales sanitarios deben reconocer y abordar en la medida de lo posible para mejorar dicha situación. Se debe realizar una educación e integración en la terapia, para la familia afectada poder tener una tarea concreta en relación con el cuidado directo del enfermo es un elemento de disminución del impacto.

El equipo deberá invitar a la familia a una reunión informativa sobre la situación del enfermo para tratar de crear con ella un triángulo terapéutico paciente- familia cuidador-equipo médico, que puede actuar en el futuro como una unidad básica de la interacción sanitaria. Esto les da la oportunidad de participar y sentir a los familiares que tienen un cierto control sobre la atención médica. La familia debe aprender a manejar los miedos del enfermo y sus propios miedos y sentimientos.

Por ello el ejercicio de los cuidados paliativos está centrado, en la atención del paciente y de la familia con el objetivo de disminuir el nivel de sufrimiento de todas las personas implicadas en la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La historia de los cuidados es tan antigua como la propia Humanidad. Desde Florence Nightingale, que manifestaba que el profesional de enfermería siempre debe tratar al individuo en sus mejores condiciones para que así la naturaleza

pueda actuar sobre él.

Los profesionales de enfermería ejercen un papel fundamental en los cuidados paliativos. La calidad con la que se impartan dichos cuidados determinará la calidad de vida de los pacientes, a la vez que la aplicación de las técnicas impartidas por el personal de enfermería.

Por ello es imprescindible una mayor formación y educación a los profesionales sanitarios de enfermería en el ámbito de los cuidados paliativos en el paciente terminal, considerando los criterios de calidad de la atención tanto del paciente como de todo su entorno.

6 Bibliografía

- Sociedad Española de Cuidados Paliativos(SECPAL).Guía de Cuidados Paliativos.SECPAL. 2014.
- Consejería de Salud. Sedación paliativa y sedación terminal : Orientaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica : documentos de apoyo.Consejería de Salud, (2005). Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1102/5/SedacionPaliativ
a_TomaDecisiones_2005.pdf
- Ana Orbegozo A. y Wilson Astudillo A. La enfermería y la filosofía de los cuidados al final de la vida.2005.
- Mengual Francisco, Pérez Jordi, Sesé Gemmma, Pérez Miguel, Cardona Rosalia. Paciente terminal.Guía de Actuación Clínica en A.P.
- Dr. Juan de Dios Vial Dr. Flavio Nervi Dr. José Manuel López Dr. Mauricio Ocqueteau. Cuidados Paliativos en el enfermo terminal. ARS MEDICA.2005; No 11.
- Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Malta: OMS. Disponible en: https://www.who.int/cancer/palliative/es/

- Boceta Osuna J; Cia Ramos R; Cuadra Liro de la Carmen; Duarte Rodríguez M; Durán García M; García Fernández E; Marchena Rodríguez C; Medina Barranco J; Rodríguez Muñoz P. Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención Integral al Paciente y su Familia. Documento de apoyo al Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2003.
- M.Ignacia del Río, Dra. Alejandra Palma. Cuidados paliativos: Historia y desarrollo (Boletín web).
- Dr.Marcos gómez Sancho, Dr.Manuel Ojeda Martín.Cuidados paliativos: Control de síntomas. Servicio de Medicina Paliativa Hospital Maciel- ASSE;2014.

- Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L.Maas, Elizabeth Swanson.Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).Cuarta edición. Barcelona: Elsevier España; 2009.
- Míguez Burgos A, Muñoz Simarro D. Enfermería Global(versión online). Murcia: Scielo;2009.
- F. Muñoz Cobos, JM. Espinosa Almendro, J. Portillo Strempell, MA. Benítez del Rosario. Cuidados paliativos: Atención a la familia. Revista Elsevier; Vol.30.Núm9.Noviembre 2002, páginas 537-595. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuidados-paliativos-atencion-familia-13040178

Capítulo 465

APENDICITIS EN EDAD PEDIATRICA

GUILLERMO DIEZ GOMEZ

1 Introducción

El apéndice se encuentra situado cerca del punto donde se unen el intestino delgado y el colon y, en ocasiones, puede llegar a infectarse. La apendicitis viene causada por una inflamación del apéndice. El apéndice produce constantemente mucosidad que se mezcla con las heces. El problema que se plantea es que es el único órgano del tracto intestinal que no tiene salida, por lo que cualquier obstrucción en el drenaje de la mucosidad hace que ésta se acumule y, por tanto, se produzca una dilatación en el apéndice.el tratamiento es quirugico y hay un alto grado de exito y recuperación en los pacientes intervenidos. Lo importante es un buen diagnostico y la precocidad de este.

2 Objetivos

Revisión de un caso de apendicitis en niño de 11 años.

3 Caso clínico

Niño de 11 años que es valorado en el Servicio de Urgencias por hematuria macroscópica y dolor abdominal de 3 días de evolución, de inicio periumbilical e irradiado a hipogastrio. Asocia disuria y fiebre máxima de 38,5℃ en las últimas 24 horas. Ha presentado 3 vómitos desde el inicio del cuadro. No diarrea. Diuresis conservada.

Peso 39kg ,115 cm (estatura). Frecuencia cardiaca: 120 lpm. Frecuencia respiratoria: 25 rpm.

TA: 118/66 mmHg.

Buen estado general. Bien hidratado, nutrido y perfundido. Normocoloreado. Sin exantemas ni petequias. No signos de dificultad respiratoria. Ni edemas. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha e hipogastrio. No se palpan masas ni organomegalias. Blumberg negativo. Signo del Psoas positivo. Puño percusión derecha positiva. Exploración genital sin hallazgos. Neurológico normal. Orofaringe normal.

El paciente presenta los siguientes resultados en las pruebas complementarias que se le realizan:
• Hemograma: hemoglobina: 10,8 g/dl, leucocitos: 21.000/µl (neutrófilos: 15.800/µl, linfocitos: 2.360/µl), plaquetas: 305.000/µl.
• Bioquímica: PCR: 114 mg/L, urea: 26 mg/dl, creatinina: 0,61 mg/dl, LDH: 205 UI/L, GOT: 12 UI/L, GPT: 15 UI/L.
• Coagulación: normal.
• Test rápido de estreptococo: negativo.
• Tira reactiva de orina: hematíes abundantes, proteínas 1+, resto: negativo.
• Análisis microscópico del sedimento: leucocitos: negativo, nitritos: negativo, hematíes: 2+, pH: 5,5, proteínas: 1+, glucosa: negativo, cuerpos cetónicos: 1+, urobilinógeno: 0,2 mg/dl, bilirrubina: negativo, densidad: 1.020. No bacterias.

Se realiza ECO abdominal con diagnostico diferencial; apendicitis aguda.

Tras las pruebas (analítica ECO abdominal ect.) se decide intervención quirúrgica satisfactoria vía laparoscopica.

Paciente con ingreso de 3 días hospitalario. No requiere grandes cuidados ni tratamientos especificos. Reposo tto con antibiótico y seguimiento por su pediatra de cupo.

La mayor parte de las personas se recuperan de la intervención en un plazo corto de tiempo, siempre que el apéndice no se rompa durante la intervención. En este caso podría causar una peritonitis y tardar más tiempo.

4 Discusión-Conclusión

La apendicitis es la patología quirúrgica abdominal más frecuente y en la que más errores diagnósticos se cometen; no tratada oportunamente, puede conducir a graves complicaciones e incluso a la muerte, por lo que el reconocimiento de sus variadas formas clínicas sigue siendo un reto para la profesión médica.
La mayoría de las veces, la presentación de la apendicitis es tan típica que no da lugar a dudas diagnósticas; pero, en algunas ocasiones, pueden aparecer dificultades debido a la presencia de manifestaciones de otros aparatos, lo que se ha relacionado con las variadas posiciones en que el apéndice se puede encontrar. La superposición de hallazgos inusuales, como los relativos al tracto urinario, puede oscurecer el diagnóstico y retardar el tratamiento apropiado.
Es importante por tanto, un diagnostico diferencial

5 Bibliografía

1.Cordeiro M, Fernández C. Hematuria. Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. Hospital Infantil La Paz. 5ª edición; 2009.

2. Tauler Girona MC. Hematuria, proteinuria: glomerulonefritis y síndrome nefrótico. Pediatr Integral. 2009; XIII(6): 543-54.

3. Tundidor AM, Amado JA, Montes JL. Manifestaciones urinarias de la apendicitis aguda. Arch Esp Urol. 2005; 58(3): 207-12.

4. Tratado de Pediatría. Nelson. 18º edición.

5. Preece JM, Beverley DW. Acute urinary retention: an unusual presentation of acute appendicitis in a 3 year old boy. Arch Dis Child. 2001; 84: 269.

6. Mun E, Kundapur S. Ascending retrocecal appendicitis presenting with right upper abdominal pain: Utility of computed tomography. World J Gastroenterol. 2009; 15(28): 3576-9.

Capítulo 466

ENFERMERIA ANTE EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO

PATRICIA BARTOLOME HUERTA

ELENA BARRERO BRAVO

1 Introducción

Algunos estudios revelan que entre el 20 y el 40% de los pacientes ancianos (con mayor prevalencia en hombres) ingresados presentan un SCA en algún momento de su estancia hospitalaria. Es un fenómeno que cada vez se observa con mayor frecuencia. La incidencia y prevalencia de este trastorno varían según la edad, el paciente y el lugar de hospitalización. La incidencia aproximada del delírium está en torno al 10-15%, y su prevalencia llega a estar entre el 10-40% (Altimir S,2002, pag;46-61). La prevalencia del delírium en la población general mayor de 55 años está en torno al 1%.

Afecta al 10-52% durante el postoperatorio (el 28-61% tras cirugía ortopédica y dentro de ésta, el 50% tras cirugía de cadera). Se puede llegar a dar hasta en un 25% de las personas mayores de 70 años con cirugía abdominal mayor. En cirugía general, la prevalencia se sitúa entre el 5 y el 11%.

La mortalidad hospitalaria de pacientes con delírium varía del 11 al 41%, y que su mortalidad al año es de un 38%. Como el subtipo hiperactivo del SCA es el más frecuente y fácil de diagnosticar, un 32-66% de los síndromes confusionales agudos pasan desapercibidos por el médico siendo infradiagnosticado (Altimir S,2002, pag;46-61). El delirio en relación al nivel de alerta y la actividad psico-

motriz se clasifica en tres grandes grupos: Hiperactivo, hipoactivo y mixto. El más frecuente es el mixto (46%).

CAUSAS Y/O FACTORES DE RIESGO

Cualquier enfermo ingresado en UCI y sometido a las agresiones medio-ambientales (ruido, luz artificial, aislamiento familiar, pérdida de roles, inmovilización y alteraciones del ritmo sueño-vigilia) propias de estas instalaciones, o, a las habituales medidas terapéuticas, que se practican en estos servicios, puede sufrir un delirio. No obstante, existe una mayor vulnerabilidad en personas de edad avanzada, con déficits visuales o auditivos, enfermedades neuropsiquiátricas, consumidores de alcohol, estupefacientes, medicaciones psicoactivas, etc (American Psychiatric Association,2002, pag;10-16).

Independientemente de las características inherentes al enfermo, existen causas orgánicas bien definidas que se asocian a delirio y que se clasifican en:

1.- Causas o enfermedades endocrino metabólicas:
- Alteraciones de los niveles de glucemia en sangre
- Trastornos electrolíticos
- Hipercapnia
- Hipoxemia
- Alteraciones hídricas
- Encefalopatías hepáticas
- Insuficiencia renal aguda o crónica con hiperuricemia
- Trastornos del equilibrio ácido-base
- Enfermedades tiroideas
- Enfermedades adrenales
- Enfermedades hipofisarias
- Enfermedades de las parótidas

2.- Causas secundarias a déficit vitamínico:
- Déficit de vitamina B12
- Déficit de ácido fólico
- Déficit de niacina
- Déficit de tiamina

3.- Fármacos y medicamentos utilizados en UCI o prescritos con anterioridad al enfermo y que por exceso o defecto de su administración pueden causar el

cuadro; así como uso de drogas ilegales o intentos autolíticos que se manifiestan también con estos episodios confusionales:
- Anticolinérgicos.
- Los más notorios son los antidepresivos (IMAO, ISRS), las benzodiacepinas, los opiáceos, los antihistamínicos, los antiácidos, los antiepilépticos, los antiparkinsonianos, los salicilatos, los corticoides, los inmunosupresores tipo ciclosporina, tacrolimus o interferón, la quimioterapia intratecal, el paraldehído y los antiarrítmicos. Muchos estudios consideran que la toma de 3 o más fármacos es un factor de riesgo independiente (Bulbena A, 2003,pag; 21-28)
- Drogas ideales o de abuso
- Tóxicos

4.- Enfermedades vasculares:
Los pacientes que ingresan en UCI con motivo de una patología neurológica o tienen antecedentes cerebrovasculares, tienen más riesgo de sufrir un delirio durante su evolución.

5.- Causas infecciosas:
La sepsis, sobre todo la severa, aunque también puede producirlo otros cuadros infecciosos menos graves

6.- Causas postquirúrgicas:
El enfermo sometido a cirugía es especialmente susceptible a presentarlo, debido entre otras causas:
• Uso de fármacos anestésicos con propiedades anticolinérgicas.
• Hipoxia, hipotensión y microembolias sobre todo en la cirugía cardíaca, o, embolias grasas en la traumatológica.
• Trastornos electrolíticos.
• Estrés psicológico.
• Alteración del ritmo sueño-vigilia.
• Intoxicación acuosa (descrita en la cirugía urológica).

7.- Otras causas:
• Hipotermia, hipertermia, enfermedades por descompresión, embolia grasa o gaseosa, coagulación intravascular diseminada, encefalitis límbica (asociada sobre todo con el carcinoma de pulmón), enfermedad desmielinizante, cuadros comiciales, bajo gasto cardíaco, hidrocefalias, etc (Cruz-Jentoft AJ, 2005, pag;3-9).

Llegamos a la conclusión de que no existe una única alteración o disfunción neu-

roquímica o metabólica que explique el desarrollo del SCA, ya que puede ser la expresión de la disfunción de múltiples sistemas

2 Objetivos

- Proporcionar los conocimientos necesarios para identificar los factores de riesgo relacionados con el Síndrome Confusional Agudo (SCA) y a los pacientes con mayor riesgo de sufrirlo.
- Determinar los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de delirio entre los pacientes ingresados en la unidad de medicina interna
- Relacionar la presencia de factores de riesgo y la aparición del SCA durante el ingreso de los pacientes
- Recopilar los cuidados de Enfermería ante el paciente con SCA.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas en español e inglés, entre ellas citamos:
• Google Académico.
• Cuiden.
• Scielo
• Cindoc
• Pubmed
• TESEO

Con dicha búsqueda hemos localizado y recuperado textos relacionados directamente con los objetivos planteados de nuestra investigación y/o que contenían algún aspecto que aclaraba, ampliaba y concretaba contenidos de los diversos epígrafes del presente estudio.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos. Las palabras clave utilizadas para realizar la búsqueda han sido: prevención, delirium, hospitalizados, ancianos.

Los criterios de inclusión son revisiones sistemáticas, artículos originales y guías de actuación sobre pacientes ancianos hospitalizados traten sobre la prevención y cuidado del delirium.

4 Resultados

El tratamiento del delirio se apoya en tres pivotes: prevención, tratamiento de la enfermedad de base y manejo sintomático del delirio (González Tugues M,2003).

La prevención se basa en una correcta sedo-analgesia, evitando en la medida de lo posible derivados opiáceos y drogas anticolinérgicas. Es necesario mantener una adecuada hidratación y oxigenación y tratar de forma precoz las complicaciones médicas. Los cuidados de enfermería son de vital importancia para el enfermo predispuesto a sufrirlo. El ambiente debe ser tranquilo y con elementos que le sirvan de orientación y conexión con el medio (gafas, audífonos si los necesita, relojes, calendarios, fotografías, facilitar el contacto con familiares y allegados, etcétera).

El tratamiento de la enfermedad de base es fundamental para prevenir su aparición y una vez que se establece para controlarlo. Se debe descartar también la privación alcohólica, de drogas de consumo y de benzodiacepinas, fundamentalmente(Guillén-Llera F, 2005, pag;25-31).

El tratamiento de soporte consiste en intentar mejorar o controlar el delirio. Se deben corregir todas las alteraciones hidroelectrolíticas que puedan ser desencadenantes o perpetúan la situación y se potenciará la comunicación con el paciente y de éste con el medio. No se debe juntar en la misma sala a dos enfermos con delirio, pues el uno va a potenciar el cuadro confusional del otro (Guillén-Llera F, 2005, pag;25-31). Se recomienda corregir los problemas de visión y audición, reducir los ruidos y mantener la estancia al ser posible con luz natural. Se evitará la contención física, pues con ella sólo se logra aumentar la agresividad, es preferible el uso de cuidadores o familiares que acompañen, tranquilicen y reorienten al enfermo. Se tranquilizará a la familia y se informará sobre la reversibilidad de este proceso (Hernández Lahoz C,2011).

Cuando el paciente tiene riesgo de evolucionar hasta un delirio severo, se administrarán medidas farmacéuticas como son los neurolépticos, que serán revisados en capítulos posteriores. Las benzodiacepinas sólo se utilizarán en caso concretos, como por ejemplo, en el de delirio por deprivación alcohólica (Inouye SK,2009).

Sólo en caso de intoxicación por anticolinérgicos- tipo atropina y derivados- existe tratamiento específico a base de fisostigmina, 2 miligramos por vía intravenosa. El efecto de este antídoto es limitado en el tiempo, pero sirve para hacer el diagnóstico. No se aconseja utilizar el antídoto si el cuadro no es muy severo,

dado que la fisostigmina produce bradicardias y otras alteraciones que requieren monitorización y, su actividad terapéutica beneficiosa es muy breve en el tiempo. Por lo tanto, siempre suele ser preferible prestar medidas de apoyo y dejar que la clínica desaparezca sola (Lázaro-Del Nogal M,2012,pag;41-54).

Las revisiones encontradas muestran que el delirium es una enfermedad prevenible mediante el conocimiento de los factores de riesgo y la correcta aplicación de cuidados de enfermería. En esta revisión se exponen los factores predisponentes y precipitantes del delirium (Marta J.,2014,pag;67-81)

Es multifactorial, produciéndose una interacción y acumulación entre los factores predisponentes y desencadenantes.

Las principales causas de síndrome confusional agudo son:
1. Neurológicas: traumatismo cerebral, accidente vascular cerebral, epilepsia, hematoma subdural, absceso cerebral, tumor cerebral, hemorragia subaracnoidea, etc.
2. Alteraciones metabólicas: hipoxia, hiperglicemia, hipoglicemia, insuficiencia renal, alteraciones tiroideas, etc.
3. Enfermedades cardiorrespiratorias: insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, embolia pulmonar, etc.
4. Infecciones: infección urinaria, neumonía, colecistitis, etc.
5. Fármacos: efecto colateral de anticolinérgicos, hipnóticos, sedantes, tranquilizantes, antidepresivos, analgésicos, l-dopa, sobredosis o privación de alcohol o benzodiacepinas, antihipertensivos, antiarrítmicos.
6. Alteraciones ambientales: cambio de residencia (de casa, traslado a un hospital, etc.), cambio de cuidadores.
Cuidados de Enfermería
• Proporcionar un ambiente tranquilo y seguro evitando la sobreestimulación sensorial.
• Mantener iluminación tenue por la noche.
• Favorecer la orientación dándole frecuentes puntos de referencia y proporcionándole reloj, calendario y objetos familiares, permitiendo también la presencia de algún familiar próximo.
• Favorecer correctamente el reposo y sueño.
• Mantener un adecuado estado nutricional e hidratación.
• Proporcionar un entorno que favorezca la comunicación y expresión de sentimientos.
• Vigilar y evitar situaciones de riesgo (lesiones, violencia, agitación psicomotriz).

• Observar la posible aparición de signos y síntomas que denoten causas subyacentes del cuadro confusional.
• Ayudar total o parcialmente en las necesidades básicas del paciente, procurando no limitar la autonomía de éste.
• Control de constantes vitales y realizar balance hídrico.
• Observar la posible aparición de efectos secundarios del tratamiento administrado.
• Aplicación del protocolo de sujeción mecánica si fuera preciso.
• Proporcionar información y apoyo a la familia.

5 Discusión-Conclusión

El delirium es un trastorno habitual, aunque frecuentemente infradiagnosticado, principalmente el subtipo hipoactivo. Este síndrome supone una complicación grave que asocia un aumento de la mortalidad y un importante consumo de recursos, con elevada estancia media. Generalmente es de etiología multifactorial y compleja. El tratamiento adecuado incluye el abordaje simultáneo de los factores precipitantes y predisponentes. La aproximación no farmacológica debe usarse en todos los individuos mientras que los fármacos deben reservarse para los casos más graves (Méndez MF.,2015,pag;75-88).

El delirio corresponde a un complejo síndrome con manifestaciones pleomórficas determinadas por enfermedades médicas agudas, drogas, y enfermedades cerebrales crónicas subyacentes.

Los pacientes mayores que desarrollan un síndrome confusional agudo generalmente tienen una alteración funcional de base, y están en riesgo de sufrir un mayor deterioro en su independencia después de salir del hospital.

Las alteraciones conductuales propias del delirio pueden ser manejadas farmacológicamente lográndose un buen control a corto plazo, pero no sabemos si ello va a mejorar el pronóstico a largo plazo. Este va a depender primariamente de la presencia o ausencia de una patología cerebral de base.

6 Bibliografía

1. Altimir S, Prats M. Síndrome confusional en el anciano. Med Clin (Barc) 2002. Pág.: 46-61

2. American Psychiatric Association. DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, 2002. Pág.: 10-15.
3. American Psychiatric Association. Guía Clínica para el Tratamiento del Delirium, en "Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos", Ed. Arz. Médica, Barcelona 2003. Vol. 2. Pág.: 24-32.
4. Bulbena A, Corrons C, Amorós G, Martín-Santos R, Anguiano B. Escalas de delirium y orientación. Adaptación castellana del Delirium Rating Scale y de la Orientation Scale. Rev. Gerontología. Madrid. Vol. 1. Pág.: 21-28.
5. Crespo M.D., Martín M.J. Psicofarmacología del delirium. En: Lozano M, Ramos J. A. Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace. Masson. Barcelona. 2011. Pág.: 11-18
6. Cruz-Jentoft AJ, ed. Delirio y trastornos afines en geriatría. Barcelona: Glosa; 2005. Vol. 2. Pág.: 3-9
7. Formiga F., Marcos E., Sole A., Valencia E., Lora-Tamayo 5 y Puyol R. "Sindrome Confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica". Rev. Clín. Esp. Madrid. 2005. Pág.: 28-33
8. Francis J, Martin D, Kapok WN. Estudio prospectivo del delirio en ancianos hospitalizados. JAMA 2011.
9. González Tugues M… Delirium: adaptación de un instrumento de detección y evaluación del pronóstico vital asociado. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona 2003.
10. Guillén-Llera F. Delirium en pacientes ancianos hospitalizados. Med Clin (Barc) 2005. Vol. 3. 25-31
11. Hernández Lahoz C.: Síndrome Confusional Agudo. En: Codina Puiggros A. ed. ELA. Madrid 2011.
12. Inouye SK, Begardos ST, Charpentier PA. Una intervención multicomponentes para prevenir el delirio en pacientes ancianos hospitalizados. Angla Mes 2009.
13. Lázaro-Del Nogal M. Función mental y estado confusional agudo. In Ribera-Casado JM, Gil-Gregorio P, eds. Función mental y envejecimiento. Madrid: Edimsa; 2012. p. 41-54.
14. Lipowski ZJ. Delirio estado agudo. Nueva York: Oxford University Press; 2012.
15. Marta J., Marta E., Pelegrín C., Ramos C., Abordaje práctico del Delirium (Síndrome confusional). Masson, Barcelona 2014.67-81
16. Méndez MF., Gershfield DN.: Delirio. En: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Eds. Neurología Clínica. Diagnóstico y tratamiento. Cuarta Edición. Elseiver España. Madrid. 2015. 75-88

Capítulo 467

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN CUIDADOS PALIATIVOS

VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ

TERESA JOSEFA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La Medicina Paliativa piensa que los pacientes con enfermedades avanzadas sin posibilidades, enfermedades progresivas, el cáncer, SIDA, enfermedades neurológicas... pueden recibir cuidados paliativos en un hospital de la manera más confortante posible. Esto comprende la participación entre familia, profesionales sanitarios y paciente.

Los cuidados descritos a continuación se basan en cuidar y satisfacer todas las necesidades en esos duros momentos. Hay muchas cosas que los familiares pueden hacer para que el paciente se sienta lo más confortable posible. Aún así, el cuidado de un paciente paliativo no sólo se basa en necesidades físicas, sino también es importante la parte psicológica (sentimientos y emociones). Un antiguo dicho dice: "sólo algunas veces la enfermedad puede ser curada, pero sus síntomas pueden ser aliviados y siempre es posible dar confort al paciente".

2 Objetivos

El objetivo principal de los cuidados paliativos es aliviarle el dolor y otros síntomas, y mejorarle calidad de vida. Los cuidados paliativos son una parte fundamental del tratamiento de toda enfermedad grave o de alguna enfermedad que

ponga en riesgo su vida, esto conlleva la implicación de todo el equipo multidisciplinar además de la familia del paciente.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión de literatura publicada en varias bases de datos. Se han empleado palabras clave como "duelo", "paliativos", "prioridad", "profesional sanitario" en Scielo, Pubmed y Medline.

4 Resultados

1. DOLOR "Si el paciente dice que tiene dolor, es que hay dolor."
Entendiendo el dolor como experiencia física y emocional desagradable y subjetiva, por tanto es el paciente quien mejor la puede describir.
• Proporcionar a los familiares/cuidadores toda la información sobre tratamiento, nombre, dosis y horario.
• Es importante que apunte las dosis extras de fármacos y medidas físicas de confort necesarios para controlar el dolor.
• Líquidos deben ser medidos con precisión; lo mejor es con una jeringa de 10 centímetros cúbicos.
• Se debe agitar antes de usar.
• Algunos pueden ser administrados bajo la lengua o en el lado de la boca.
• Supositorios, deben de estar en el frigorífico.
• Antes de colocar el supositorio, el paciente debe vaciar el intestino, en caso de no poder se le ayudará con un enema puesto por personal auxiliar de enfermería.
• Lavarse las manos con agua y jabón y lubricar el dedo y el supositorio. Insertar el supositorio en el recto tan profundo como lo permita el dedo. Lavarse las manos con agua y jabón.

2. ESTADO DE ÁNIMO: Normalmente suelen aparecer distintas anomalías en el estado de ánimo como ansiedad, irritabilidad, tristeza y desesperanza…
En estos casos es importante:
• Aceptar las emociones sin rechazo.
• Promocionar la comunicación, permitir que se exprese.
• Generar un ambiente de amabilidad y tranquilidad.
• Organizar actividades confortables para el paciente.
• Evitar la soledad.

• Ajustar las visitas a sus prioridades de número y duración.

3. ALIMENTACIÓN: "Comer lo que quiera, cuando quiera y como quiera."
La alimentación, no es sólo una fuente de nutrientes, sino que tiene un importante significado personal, social y cultural, a la vez que es un símbolo de salud y placer. Siendo uno de los motivos más frecuentes de preocupación y sufrimiento en las familias y los pacientes con enfermedad crónica, avanzada, progresiva y en situación de final de la vida.

Para la familia y los profesionales sanitarios implicados en este tema la comida es uno de los medios más importantes para expresar cariño al paciente. A pesar de esto, la falta de apetito es un síntoma muy frecuente del avance de la enfermedad.

4. LIMPIEZA DE LA BOCA: Una persona enferma tiene facilidad para que su boca se seque y la sienta a seca, pastosa y sucia; sin los cuidados correctos pueden aparecer problemas que dificultan la alimentación y la hacen dolorosa. Pueden además dificultar la administración de medicamentos.
Es importante observar todos los días si la lengua está seca y sucia, si hay enrojecimiento o si hay manchas blancas (comunes en las infecciones por hongos).

5. MOVILIDAD: Las movilizaciones consisten en ejercicios que ayudan a restablecer las funciones físicas disminuidas y adoptar posturas en la persona, que por sí sola no podría realizar.

Paciente sentado:
• Buscar un sillón adecuado. La posición tiene que ser recta, ayudándose de cojines.
• Si el paciente se va resbalando poco a poco, no se le debe subir arrastrando, porque pueden aparecer úlceras o llagas.
• Dejar sus objetos personales a su alcance para aumentar su autonomía y comodidad.

Paciente encamado:
• No realizar movimientos bruscos.
• Posición más cómoda para el enfermo.
• Utilización de cama articulada, soportes y barandillas.
• Colchón anti-escaras, para prevenir úlceras. Evitar la postura del paciente que afecte a sus úlceras ya activas.

• Realizar cambios posturales.
• No arrastrar el cuerpo para subirlo, uso de sábana entremetida.
• Sistemas de protección local sobre prominencias óseas.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos están dirigidos a preservar la máxima calidad de vida posible a las pacientes y sus familiares cercanos. La introducción de acciones que transiten desde el control de síntomas y el fomento de bienestar emocional con tratamientos farmacológicos y apoyo psicosocial, hasta la conservación de la autonomía y la preparación del paciente para una muerte digna y apropiada. El equipo multidisciplinario es el encargado de brindar los cuidados paliativos a los pacientes terminales. Dentro de este equipo, el profesional de enfermería y auxiliares desempeñan un papel fundamental en esta área, ya que muchos objetivos se logran en gran medida con los cuidados integrales propios del quehacer del equipo multidisciplinario.

6 Bibliografía

1. Aguiar J, Hernández M, Gómez M. Definición de cáncer. En: Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: Edit ICEPSS; 1994, p.13-4.
2. Guía Latinoamericana Contra el Cáncer. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). Cuidad de La Habana. Cuba. 2003.
3. Mora I, Sánchez E. Estado actual de las pacientes con cáncer de mama en estadio I y II. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. 2004;30(1).
4. Anuario estadístico 2004. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). Ciudad de La Habana. Cuba.
5. Gómez Sancho M. La Medicina y la Sociedad. En: Gómez Sancho M. (Ed.). Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS; 2003, t. I, cap. 7, p. 137-70.
6. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez-Roca; 2001.

Capítulo 468

CPRE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

EMMA GARCÍA GONZÁLEZ

CARMEN LANTARÓN GONZÁLEZ

TAMARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

LORENA BALBUENA ORDÓÑEZ

LORENA PEREZ DEL RIO

1 Introducción

La prueba denominada colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una intervención mixta endoscópica y radiológica, utilizada para estudiar y, principalmente tratar, las enfermedades de los conductos biliares y del páncreas. El conducto que conduce la bilis al intestino, procedente de la vesícula biliar y del hígado (llamado colédoco), y el conducto principal que lleva las secreciones del páncreas (denominado conducto de Wirsung), se unen en un mismo lugar para verter en el duodeno (primera parte del intestino delgado) sus sustancias, que son necesarias para hacer la digestión. El lugar donde ambos conductos se unen se llama papila de Vater. La papila tiene un esfínter o músculo circular, que se abre y cierra cuando es preciso verter la bilis y la secreción pancreática al duodeno.

El objetivo es canular la papila y uno o los dos conductos (colédoco, Wirsung). Consiste en introducir en la papila un pequeño tubo plástico (catéter o cánula).

Para llegar hasta la papila se utiliza un endoscopio o sonda óptica flexible que se introduce por la boca. Habitualmente, se emplea un endoscopio especial para la CPRE llamado duodenoscopio. La canulación de la papila y del conducto deseado (colédoco y/o Wirsung) es uno de los puntos más cruciales en la CPRE. En ocasiones, esta maniobra es muy compleja y la CPRE se considera como una de las intervenciones más difíciles de la Endoscopia Digestiva. Una vez canulada la papila se inyecta a través del catéter un contraste radiológico. De esta forma se "dibujan" los conductos que pueden observarse con radiografías fijas o bien de forma dinámica (fluoroscopia). La CPRE se realiza habitualmente en una sala provista de rayos X. Para que el paciente esté tranquilo durante la CPRE, pueden utilizarse distintos tipos de sedación: anestesia general, sedación profunda o sedación consciente.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y DIAGNÓSTICOS EN LA CPRE

Antes de que se haya indicado una CPRE, se han podido realizar otro tipo de exploraciones (análisis, ecografía, ecoendoscopia, resonancia magnética, etc.) en las que se ha diagnosticado una enfermedad del colédoco o del páncreas. Generalmente, se trata de una obstrucción de uno de estos conductos, o bien ocurre que sus líquidos se vierten en el interior del abdomen (vientre) y no en el intestino. Esto último es lo que se denomina fístula biliar (del colédoco) o fístula pancreática (del Wirsung). La mayoría de las CPRE tienen un fin terapéutico:

- Indicado en la ictericia obstructiva, como por ejemplo en la coledocolitiasis y las estenosis, pudiendo definir la etiología y topografía de la obstrucción. Un estudio realizado por Pasanen y col. demostró que la CPRE permitió diferenciar entre causas obstructivas y no obstructivas en hasta un 90% de las veces.

- La coledocolitiasis es una de las causas más frecuentes de obstrucción biliar, la cual puede cursar con dolor abdominal, ictericia, pancreatitis y colangitis. La especificidad y la sensibilidad en la detección y eliminación de cálculos en el conducto biliar común supera el 95%.

- Indicada en el postoperatorio de la colecistectomía laparoscópica, cuando no ha sido posible la remoción completa de los cálculos de la vía biliar principal.

- La CPRE mantiene su indicación en la colangitis esclerosante primaria (CEP) donde permite el cepillado para citología, así como el manejo de las estenosis dominantes.

- También en la disfunción del esfínter de Oddi y el estudio de la vía biliar en

pacientes sometidos a trasplante hepático.

- La pancreatitis aguda es una patología común, potencialmente grave. Los cálculos biliares son la principal causa de esta enfermedad. CPRE está indicada para la eliminación de los cálculos en el ducto biliar en pacientes con pancreatitis severa o colangitis, aquellos que son pobres candidatos para colecistectomía o que se encuentran post-colecistectomía y con evidencia fuerte de obstrucción biliar persistente.

- Los traumatismos de abdomen pueden lesionar el conducto pancreático produciendo fístulas y estenosis, que pueden ser tratadas mediante la colocación de una prótesis (tubos plásticos o metálicos) en el conducto pancreático.

- En el cáncer de páncreas no resecable, la colocación de una prótesis biliar se considera el estándar para la paliación de la ictericia.

Una de las maniobras terapéuticas más frecuentes es seccionar (cortar) el músculo esfinteriano de la papila para agrandar su abertura al duodeno. Es lo que se denomina esfinterotomía o papilotomía, que puede hacerse en la vertiente del colédoco (esfinterotomía biliar), en la del páncreas (esfinterotomía pancreática), o en las dos. La esfinterotomía se realiza pasando una corriente eléctrica a través de un catéter especial denominado esfinterotomo para cortar la papila. El orificio papilar puede también agrandarse dilatándolo con un balón. Es lo que se denomina esfinteroplastia.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Debe entenderse que es un procedimiento complejo y que en alrededor del 10% existen complicaciones. A veces la CPRE es fallida porque no consigue canularse adecuadamente la papila o el conducto deseado.

Las complicaciones más frecuentes son:
*la pancreatitis aguda (por la manipulación de la papila)
* la hemorragia (por la esfinterotomía),
* la infección de la bilis (colangitis o colecistitis)
*Y a veces la perforación del intestino.

Muchas de estas pueden tratarse de forma conservadora (estando unos días con sueros, sin comer) o bien con algún tipo de endoscopia. No obstante, algunas complicaciones pueden ser lo suficientemente importantes como para requerir un tratamiento urgente, incluso una intervención.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento en que consiste, cuidados pre y post.
- Saber que hay que tener en cuenta a la hora de realizarlo.
- Conocer las posibles complicaciones identificarlas y actuar ante las mismas.

3 Caso clínico

Carlos es un paciente de 54 años que ingresa citado desde la consulta de trasplante hepático para realizar un CPRE para realizar un recambio de prótesis por una estenosis en la zona de anastomosis del trasplante.

- El paciente ingresa se realiza una valoración completa al ingreso referente a alergias, medicación previa en el domicilio.
- Presencia del consentimiento informado y firmado específico.
- Estudio de hemostasia (plaquetas) y coagulación (TP y TTPA)
- Vía venosa en MSD para iniciar sueroterapia.
- Profilaxis antibiótica si ictericia obstructiva o drenaje de las colecciones pancreáticas o inmunodeprimidos.
- Ayuno 8 horas previas.
- Control de constantes TA y FC cada 4 horas en las 8 horas siguientes y después control por turno.

A las seis horas iniciará Tras la realización de la prueba el paciente vuelve a la unidad queda en reposo 24 horas hasta tolerancia oral con dieta líquida y si no transcurre sin incidencias posteriormente transición en horas posteriores y dieta completa al día siguiente y se retirar sueroterapia. A veces, si la exploración fue complicada puede ser necesario dejar al paciente en absoluta.

Es importante vigilar posibles síntomas de complicaciones, dolor, vómitos, sudoración , hipotensión. Entonces se debe pautar analgesia pautada y antiemético, el cuál si persiste se debe avisar al médico, para descartarlas.

Al día posterior de la endoscopia: realizaremos un control analítico (hemograma y bioquímica con AST, ALT, GGT y amilasa).

Como ha transcurrido sin incidencias el paciente se irá de alta.

4 Discusión-Conclusión

La CPRE es una prueba diagnóstica y terapéutica realizada en sala de endoscopias por personal especializado que permite conocer la causa y la obstrucción de la vía biliar.

5 Bibliografía

- Protocolo y plan de cuidados del HUCA (Hospital universitario Central de Asturias)
- Fundación española de enfermedades digestivas.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 469

EL DUELO Y SUS FASES. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

CRISTINA DEVA CERVERO HEVIA

BEATRIZ PEREZ ISTILLARTY

1 Introducción

El duelo es el proceso de adaptación normal que le sigue a cualquier perdida de una persona, objeto o evento significativo, reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción en este caso nos centraremos en el fallecimiento de una persona querida o en la pérdida de salud. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la persona fallecida o del apego a la situación u objeto perdido.

Consta de diferentes etapas, las cuales pueden superponerse, alternarse en el tiempo o, incluso no aparecer. Después de cumplir 12 meses del fallecimiento la persona no logra superarlo se piensa en un duelo patológico.

2 Objetivos

- Identificar las etapas de duelo.
- Diferenciar los tipos de duelo.
- Presentar el papel de Enfermería en el duelo.

3 Metodología

Para la realización del presente capitulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente, se han consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, Pudmed, Medline, Dialnet y Cochrane.

4 Resultados

La doctora Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) "On death and dying", el duelo se manifiesta en cinco fases hasta la aceptación de la muerte, estas pueden no seguir el mismo orden o presentarse de forma simultánea.

- Negación: aparece como mecanismo de defensa, la persona se niega a creer que se esta produciendo la pérdida.
- Fase de enfado, indiferencia o ira: descontento por no poder controlar la situación, se buscan razones causales y culpabilidad.
- Fase de negociación: negociar consigo mismo o con el entorno, entendiendo los pros y contras de la pérdida. Se intenta buscar una solución a la pérdida a pesar de conocerse la imposibilidad de que suceda.
- Fase de Dolor Emocional (o depresión). Se experimenta tristeza por la pérdida. Pueden llegar a sucederse episodios depresivos que deberían ceder con el tiempo.
- Fase de Aceptación. Se asume que la pérdida es inevitable. Supone un cambio de visión de la situación sin la pérdida; siempre teniendo en cuenta que no es lo mismo aceptar que olvidar.

Es esencial que el personal de Enfermería sepa distinguir en qué etapa se encuentra cada paciente para así poder darle los cuidados pertinentes en cada una de ellas.

TIPOS DE DUELO
El duelo es un proceso de adaptación normal ante las pérdidas, se ha estimado que 12 meses sería el tiempo prudencial para resolverlo, existen formas patológicas que necesitan de atención especializa para resolverse.
Diferentes autores han dado diferentes tipologías de duelo, no se ha llegado a un consenso de una tipología aceptada por todos.

- Duelo bloqueado: ocurre una negación a la realidad de la pérdida, donde hay una evitación del trabajo de duelo, y un bloqueo emocional-cognitivo que se manifi-

esta a través de conductas, percepciones ilusorias, síntomas somáticos o mentales o relacionales.
- Duelo complicado: Síntomas o conductas de riesgo sostenidas en el tiempo y de intensidad riesgosas para la salud dentro de un contexto de pérdida.
- Duelo patológico: la persistencia o intensidad de los síntomas ha llevado a alguno o varios de los miembros de la familia a detener la vida laboral, social, académica, orgánica.

El papel de Enfermería frente al duelo:

1. Escuchar activamente, ayuda a comprender las necesidades de la persona afligida.
2. Transmitir confianza y empatía, recordarle la confidencialidad.
3. Expresar sentimientos y actitudes positivas.
4. No juzgar los pensamientos.
5. Respetar las respuestas emocionales.
6. Favorecer la expresión de sentimientos con preguntas.
7. Presentar a otra persona que haya pasado y superado una situación similar.
8. Prevenir riesgos físicos: suicidio, autolisis, lesión a otras personas.

5 Discusión-Conclusión

Enfermería participa activamente en este proceso, por eso consideramos de suma importancia profundizar en el conocimiento sobre el proceso de duelo para adquirir las habilidades y los conocimientos necesarios para ofrecer una atención de calidad tanto al paciente como a los familiares y amigos.

6 Bibliografía

1.Gómez-Sancho M. La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones, 2004. 3.
2.Diario Siglo XXI. Nov 2007. [noticias] [2/11/2007] Resumen publicado en la web. http://www.medicinageriatrica.com.
ar/viewnews.php 4.
3.Asociación PsiquiátricaAmericana (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado. DSM IV-TR. Barcelona: Masson, 2004. 5.

4.Payás A, Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional. Madrid, Paidós, 2010.
5.Navarro Serer, M. (2006). La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir. Información Psicológica, (88). ISSN 0214-347 X – D.L. V-841-1983. p. 17.

Capítulo 470

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA HOSPITALARIA.

ANGELES DIEZ FELGUEROSO

ANA MARIA ESCALANTE LORENZO

1 Introducción

El tabaquismo es una enfermedad adictiva,crónica y recurrente asociada a múltiples patologías y con una alta prevalencia que requiere un abordaje integral del paciente y una intervención psicosocial que permita al fumador afrontar el proceso con éxito.

2 Objetivos

Programar una deshabituación tabáquica en la que no sólo se encuentra el abandono tabáquico; sino que también se persigue desarrollar habilidades para que el fumador pueda afrontar situaciones que puedan facilitar recaídas , identificar síntomas del síndrome de abstinencia que permita a la persona fumadora adelantarse a la situación y continuar el proceso con éxito.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: Unidades de deshabituación tabáquica, habito,tabaco, adición.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Los pacientes que acuden a unidades de deshabituación tabáquica tiene más posibilidades de abandonar el hábito que aquellos que no reciban ningún tipo de intervención. La posibilidad de recaída se minimiza al adquirir habilidades para afrontar situaciones de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

El uso de un programa de deshabituación tabáquica permite al paciente fumador conocer su adición y generar nuevos patrones de conducta .Explorar motivos, apoyar la autoeficacia, desterrar miedos y mitos del tabaco, manejar las resistencias y fomentar los beneficios derivados del abandono son algunos de las intervenciones que se programan en estas unidades .
La atención psicosocial y la posibilidad de ofertar un tratamiento farmacológico individualiza la intervención fomentando las posibilidades de éxito.

6 Bibliografía

- C.A. Jiménez Ruiz, M. Barrueco Ferrero, S. Solano Reina, M. Torrecilla García, F. Domínguez Grandal, J.L. Díaz-Maroto Muñoz, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol, 39 (2003), pp. 35-41

- J.E. Andersson, D.E. Joremby, W.J. Scott, M.C. Fiore. Treating tobacco use and dependence. Chest, 121 (2008), pp. 932-941. El problema de fumar [Internet]. [citado 30 de marzo de 2014]. Recuperado a partir de: https://vpnuc.unican.es/medlineplus/spanish/tutorials/smokingthefactsspanish/,DanaInfo=www.nlm.nih.gov +hp0992s4.pdf
- La nicotina y el tabaco: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 30 de marzo de 2014]. Recuperado a partir de: https://vpnuc.unican.es/medlineplus/spanish/ency/article/,DanaInfo=www.nlm.nih.gov+0009 53.htm

Capítulo 471

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PUNCIÓN LUMBAR

MAITE VALENCIA LARRAONA

1 Introducción

La punción lumbar consiste en realizar una punción con una aguja entre la tercera, cuarta vértebra lumbar hasta llegar al espacio subaracnoideo con el objetivo de obtener líquido cefalorraquídeo (LCR) para fines diagnósticos o terapéuticos (administración de fármacos o anestésicos).

Es una técnica que se realiza en el hospital y es totalmente estéril.

La cefalea es una de las complicaciones que pueden aparecer tras la punción lumbar debido a disminución de la presión intracraneal de líquido cefalorraquídeo. Aparece en los 7 días posteriores, es bilateral y desaparece a los 14 días. Empeora con la bipedestación mejorando con el decúbito.

Otras complicaciones graves tras una punción son meningitis, hematoma subdural, abceso espinal y amígdala cerebelosa.

2 Objetivos

- Definir los cuidados de enfermería antes, durante y después del procedimiento.
- Prevenir complicaciones derivadas de punción lumbar.
- Colaborar en el procedimiento y aliviar la ansiedad en el paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

CUIDADOS DE ENFERMERÍA
ANTES:
- Comprobar: alergias del paciente, consentimiento cumplimentado y firmado.
- Tranquilizar al paciente.
- Preparar el material: antiséptico, anestésico local, jeringas de 5cc y 10cc, agujas intramuscular y subcutánea, gasas estériles, apósito estéril, guantes estériles y no estériles, mascarilla, campo estéril fenestrado, campo estéril sin fenestrar, aguja espinal (nº 20-22), contenedor de agujas punzantes y si es preciso, tubos para recogidas de muestras, etiquetas de identificación, fármacos y manómetro de presión de LCR.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Colocar al paciente en: decúbito lateral en el borde de la cama, cuello flexionado y pegado el mentón al pecho, a la vez que se flexiona las rodillas sobre el abdomen y las sujeta con los brazos (posición fetal) o
- sentado: al borde de la cama con los brazos apoyados y con piernas colgando con la espalda arqueada, flexionando la cabeza hacia el tórax) e informarle de la importancia de estar inmóvil durante la punción.

DURANTE:
- Respetar la privacidad del paciente.
- Vigilar si aparece dolor u otras complicaciones.
DESPUÉS:
- Tras finalizar la punción colocar e informar al paciente de permanecer en decúbito supino en posición horizontal durante el tiempo indicado por el médico.
- Toma periódica de constantes vitales.
- Vigilar nivel de conciencia.
- Ingesta hídrica del paciente para reposición de líquidos en el paciente.

- Vigilar zona de punción por si pérdida de LCR o sangrado.
- Vigilar posibles complicaciones: cefaleas, dolor lumbar, signos de focalidad neurológica: disminución de sensibilidad de extremidades, fiebre, inestabilidad.
- Si aparece dolor, administrar analgesia pautada.

5 Discusión-Conclusión

Unos óptimos cuidados de enfermería en la punción lumbar mejoran la tolerancia del paciente y disminuyen las posibles complicaciones complicaciones posteriores.

6 Bibliografía

1. Punción Lumbar. Medline Plus -Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina-
Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19078.htm.
2. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario "Reina Sofía". Junta de Andalucía.
3. J. F. Torres Zafra. Cefalea Post-Punción Lumbar. Acta Neurol Colomb 2008; 24 (112-117) https://www.acnweb.org/acta/2008_24_S4_112.pdf.
4. I. Martín Hernández. Consentimiento informado en la punción lumbar. Una propuesta para su ejecución. Humani Médic. 2013; 13 (3): 682-701 http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v13n3/hmc07313.pdf.
5. Procedimiento sobre colaboración y cuidados de enfermería en la punción lumbar. UG.C Medicina Interna. Servicio Andaluz de Salud.

Capítulo 472

TEST DE DISFAGIA MECV-V.

MAITE VALENCIA LARRAONA

1 Introducción

MECV-V es el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V), desarrollado por el Dr. clavé y colaboradores, y se utiliza para identificar la disfagia orofaríngea.
Se basa en la disminución del volumen del bolo y el aumento de la viscosidad que mejoran la seguridad de la deglución. Permite reconocer la disfagia, prevenir la broncoaspiración y ajustar la dieta en complicaciones.
Es un test sencillo y de fácil manejo, de uso hospitalario o ambulatorio.

2 Objetivos

- Definir y describir el test de disfagia MECV-V para evaluar las dos características principales de la deglución: seguridad y eficacia en un paciente en dieta absoluta antes de comenzar con dieta vía oral.

3 Metodología

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

4 Resultados

Procedimiento: Test De Disfagia Mecv-V
- Se realizan las diferentes texturas con agua y espesante: Néctar (similar a zumo de melocotón), Púding (similar a natillas) y Líquida (con agua)
-
Se administra al paciente diferentes volúmenes (5 cc-10 cc-20 cc) de cada textura:
1º Textura Nectar (similar a zumo de melocotón) con sus volúmenes 5cc-10cc-20cc
2º Textura Puding (similar a natillas) con sus volúmenes 5cc-10cc-20cc
3º Testula Líquida Con Agua con sus volúmenes 5cc- 10cc- 20cc

- Valorar los diferentes signos:
De seguridad (con cada volumen de cada textura): Tos- Cambios En La Voz Desaturación Oxígeno.
De eficacia (con cada volumen de cada textura): Sello Labial- Residuo Oral - Deglución Fraccionada.

Residuo Faríngeo
- Durante todo el procedimiento se realiza la monitorización de oxígeno.
- Interpretación de resultados:
- MECV-NEGATIVO: paciente sin alteración de la seguridad ni eficacia. No existe disfagia en el paciente.
- MECV-V POSITIVO: paciente con alteración de eficacia y no alteración de seguridad. Dar al paciente viscosidad más baja y volúmenes más altos.
- MECV-V POSITIVO: paciente con alteración de seguridad. Paciente presenta disfagia. Dar al paciente el mayor volumen y la viscosidad que pueda deglutir.

5 Discusión-Conclusión

El MECV-V es un método para detección de la disfagia, permite aplicar dietas de forma precoz en el paciente.
Su correcta aplicación en los pacientes disminuye posibles complicaciones en el inicio de dietas vía oral.

6 Bibliografía

1. Aula Fresenius Kabi. Curso Abordaje Integral de la Disfagia y tratamiento nutricional adaptado. Módulo 3. Evaluación y diagnóstico. Disponible en: http://auladedisfagiapractica.com/admin/publics/upload/contenido/pdf_1791324297685.pdf
2. A. Barbié Rubiera, L. M. Marcos Plasencia, L.Y. Aguilera Martínez. Disfagia en apciente con enfermedad cerebrovascular. Actualización. Rev Electr Cienc Médic en Cienfuegos. 2009; 7 (1) http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v7n1/v7n1a440.pdf
3. E. Hernández-Bello, L. Castellot-perales, C. Tomás-Aznar. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2019; 49 (C): 8-15 https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-avance-resumen-valoracion-disfagia-con-el-test-S2013524618300151
4. A. Guillén-Sóla, J.Martínez-Orfila et al. Cribaje de la disfagia en el ictus: utilidad de los signos clínicos y el método de exploración clínica de volumen viscosidad en comparación con la videofluoroscopia. Rehabilitación. 2011; Vol 45 (4): 292-300 https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-cribaje-disfagia-el-ictus-utilidad-S004871
201100123X
5. G. G. Mª Luisa, C.P. Isabel. Vigilancia y monitorización de TA y ECG en Unidad de Ictus. Metas de Enf. 2011; 14(1): 66-71

Capítulo 473

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

COVADONGA GARCÍA VEGA

1 Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es un importante problema de salud pública cuya prevalencia está aumentando en los últimos años, llegando a afectar en la actualidad a unos 4 millones de personas en España (aproximadamente el 10% de la población adulta). Además, dicha prevalencia se incrementa con la edad, de manera que en torno al 40% de las personas de más de 80 años presentan esta enfermedad.

Como la ERC aparece asociada con otras patologías crónicas (diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica), en ocasiones puede retrasarse su diagnóstico desencadenando una muerte temprana. Por ello, es importante realizar analíticas de sangre y de orina frecuentes, especialmente en personas de edad avanzada y con factores de riesgo como la presencia de las enfermedades mencionadas con anterioridad.

Para el diagnóstico de ERC debe existir, durante al menos tres meses, un filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73m2 o una lesión renal. Una vez se ha diagnosticado, es importante controlar los síntomas (tanto físicos como psicológicos) que van apareciendo, de manera que el impacto sobre la calidad de vida sea el mínimo posible.

Con esta revisión bibliográfica se pretende incidir en los síntomas más característicos de la ERC, centrándonos en sus manifestaciones externas.

2 Objetivos

- Conocer las manifestaciones clínicas de la enfermedad renal crónica.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica se realizó en noviembre de 2017 con el objetivo de adquirir conocimientos sobre los síntomas de la enfermedad renal crónica, en el contexto de la asignatura "Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos" del Grado en Enfermería. En concreto, se realizó una búsqueda bibliográfica en la web de la Revista Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.

Para ello, se utilizaron los términos "enfermedad renal crónica" y aparecieron 39 resultados. Tras leer el título de todos los artículos encontrados, se seleccionaron dos de ellos, que eran los únicos que abordaban la sintomatología de la ERC. Paralelamente, también se utilizaron otras fuentes de información como el buscador del Servicio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la web de la revista Nefrología y Scielo.

4 Resultados

Es importante conocer la sintomatología en las fases avanzadas de la ERC porque en este periodo la persona está más débil, tanto física como emocionalmente, y necesita una intervención más activa de las enfermeras para intentar que esa debilidad se reduzca lo máximo posible. Es decir, no sería posible un abordaje adecuado de la enfermedad sin conocer previamente cómo se siente el paciente.

Según un estudio de Gutierrez Sanchez et al. [1], los enfermos renales crónicos pueden presentar los siguientes síntomas, por orden de prevalencia: debilidad, dolor, dificultad para dormir, problemas en la boca, cambios en la piel, poca movilidad, poco apetito, estreñimiento, ansiedad, prurito, disnea y somnolencia. Los síntomas no se presentan aislados, sino en grupo, pero se estima que cuanto mayor sea el número de síntomas que presenta la persona, menor será su función renal.

5 Discusión-Conclusión

Además de alteraciones hidroeléctricas, cardiovasculares, gastrointestinales, neurológicas, osteomusculares y dermatológicas, existen síntomas como la depresión, los problemas de sueño y el prurito que afectan notablemente a la vida de los enfermos renales crónicos.

En concreto, la ansiedad y la depresión influyen mucho en su calidad de vida, por lo que deberían de tenerse en cuenta en el abordaje de la ERC, dotando desde enfermería de apoyo psicológico y recursos que les hagan adaptarse mejor a su proceso de enfermedad.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez Sánchez D, Leiva-Santos JP, Macías-López María José, Cuesta Vargas, AI. Perfil sintomático de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 4 y 5. Enferm Nefrol. 2017 Sep; 20 (3): 259-66. [citado 15 Nov 1017]. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/Articulos_3949_109riginal122009.pdf.
2. Gutiérrez-Sánchez D, Leiva-Santos JP, Sánchez-Hernández R, Gómez García R. Prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. Enferm Nefrol. 2015 Sep; 18(3): 228–36. [citado 15 Nov 1017]. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/Articulos_3543_112evisin151519.pdf.
3. Perales Montilla CM, Duschek S, Reyes del Paso GA. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. Nefrología. 2016; 36 (3):275-82. [citado 15 Nov 1017]. Disponible en: http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-calidad-vida-relacionada-con-salud-enfermedad-renal-cronica-relevancia-predictiva-S0211699516000424.
4. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS [Internet]. España: MSSSI; 2015 [citado 15 Nov 1017].

Capítulo 474

USO DE APLICACIONES MÓVILES PARA EL CONTROL DE LA OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

COVADONGA GARCÍA VEGA

1 Introducción

La obesidad y el sobrepeso consisten en "una acumulación anormal o excesiva de grasa". Se considera que una persona tiene sobrepeso si presenta un Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 25 y que tiene obesidad si es ≥ 30. La obesidad es una epidemia mundial y su prevalencia va en aumento. Por otra parte, la obesidad infantil es uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad.

Las enfermeras tienen un papel fundamental en la prevención y control de la obesidad. Para ello, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y en concreto las aplicaciones móviles, podrían suponer una herramienta potencial.

2 Objetivos

Conocer la utilidad de las aplicaciones móviles para la prevención y manejo de la obesidad en niños y adolescentes.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica se realizó entre junio y julio de 2019 con el objetivo de aumentar conocimientos acerca del uso de aplicaciones móviles de salud en niños. En concreto, se realizó una búsqueda bibliográfica no rigurosa en fuentes de información primarias y secundarias.

Para la búsqueda de documentos se utilizó tanto lenguaje libre como lenguaje controlado. Los principales tesauros que se utilizaron fueron "Obesidad", "Adolescente", "Niño" y "Aplicaciones Móviles".

Para la selección de documentos se utilizaron criterios de inclusión y de exclusión. Se aceptaron aquellos documentos que tuviesen menos de 10 años, que estuviesen en español o en inglés y que tuviesen un contenido pertinente para los objetivos establecidos. De esta manera, se excluyeron aquellos documentos de más de 10 años de antigüedad, que no estuviesen en español o en inglés y que no tuviese relación con el tema analizado.

4 Resultados

Las principales medidas recomendadas por la OMS para acabar con la obesidad son promover el consumo de alimentos saludables, realizar actividad física, atender los periodos pregestacional y prenatal y controlar el peso. En este sentido, las aplicaciones móviles de salud son muy útiles. Sin embargo, para que se puedan implementar se debe tener en cuenta su calidad y considerar los riesgos de su uso en los niños.

Las aplicaciones móviles destinadas a promover el consumo de alimentos saludables se centran en registrar la ingesta calórica, recibir recomendaciones dietéticas, registrar los alimentos ingeridos y la actividad física realizada, escanear códigos de barras para conocer el contenido nutricional de los alimentos, mantener un seguimiento del balance calórico mediante gráficas, recibir mensajes motivacionales, etc. Además, algunas apps como "Healthy jeart" ayudan a los adolescentes a aprender y mejorar hábitos de salud mediante juegos y recomendaciones.

Las apps que fomentan la actividad física utilizan estrategias basadas en técnicas de modificación de conducta. Por ejemplo, permiten fijar metas, establecer sistemas de logros y recompensas, recibir mensajes motivacionales y recomen-

daciones sobre salud o relacionarse con personas que presentan problemas similares.

5 Discusión-Conclusión

La obesidad infantil se puede controlar y prevenir desde mediante mediante el uso de aplicaciones móviles que ayudan a realizar cambios en el estilo de vida y registran datos de salud. Se estima que este campo va a experimentar un notable avance en los próximos años, pero tiene que tener un adecuado seguimiento y control para no caer en conductas adictivas con el teléfono móvil.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil [Internet]. Génova: Organización Mundial de la Salud; 2016 [acceso 27 julio 2019] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf;jsessionid=8A9704FC0CE25D93BE09D52B8BB1895C?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Génova: Organización Mundial de la Salud; 2017 [acceso 27 julio 2019]. Comisión para acabar con la obesidad infantil. Disponible en: https://www.who.int/end-childhood-obesity/es/
- Flaherty SJ, McCarthy M, Collins A, McAuliffe F. Can existing mobile apps support healthier food purchasing behaviour? Content analysis of nutrition content, behaviour change theory and user quality integration. Public Health Nutr [Internet]. 2017 [acceso 27 junlio 2019]; 21(2):288–98. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1017/s1368980017002889
- Bardus M, Van Beurden SB, Smith JR, Abraham C. A review and content analysis of engagement, functionality, aesthetics, information quality, and change techniques in the most popular commercial apps for weight management. Int J Behav Nutr Phys Act [Internet]. 2016 [acceso 27 junlio 2019]; 13(1). Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12966-016-0359-9
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Génova: Organización Mundial de la Salud; 2018 [acceso 20 mayo 2019] Obesidad y sobrepeso. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Capítulo 475

CANCER DE CUELLO DE ÚTERO

JUAN LUIS SÁNCHEZ SUÁREZ

1 Introducción

El cáncer de cuello de útero aparece por una proliferación o crecimiento descontrolado de las células del cuello uterino. El cuello del útero o cérvix es la parte inferior y mas estrecha del útero. Tiene una forma cónica, y conecta el útero con la vagina. La gran mayoría de este cáncer se asocia a infecciones persistentes con algunos tipos de virus.

La American Academy of Pediatrics recomienda administrar la vacuna a los 11 o 12 años en ambos sexos, también se recomienda la vacunación a varones menores de 21 años y a las mujeres mayores de 26, si no se vacunaron previamente.

Pruebas diagnosticas ante la presencia de un resultado positivo al cribado, el medico suele realizar:
Colposcopia: consiste en una prueba en la que se aplica una solución acida en el cuello uterino o cérvix y con un dispositivo óptico especial, se observa cuidadosamente el cérvix para evaluar si existe áreas anómalas.

Biopsia: si la colposcopia de hayan áreas anómalas en el cérvix, el medico toma muestras de pequeñas porciones de tejido cervical para que la examine un especialista. La única manera de asegurar que las células anómalas son realmente cancerosas, precancerosas, o bien tan solo reactivas a una situación concreta, es mediante una biopsia y observación microscópica.

2 Objetivos

- Presentar el cáncer de cuello de útero.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cambios precanceroros en el cuello uterino no acostumbran a dar síntomas cuando la mujer detecta signos inespecíficos como por ejemplo un aumento del flujo vaginal o sangrados anormales entre menstruaciones o después de tener relaciones sexuales, el cáncer ya se encuentra en una etapa invasiva y puede haberse diseminado o propagado a los tejidos de alrededor.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente se disponen de vacunas que protegen frente a la infecciones causadas por las cepas de VPH que más frecuentemente ocasionan cáncer de cuello de útero o cáncer cervical. Estas vacunas protegen frente a nuevas infecciones con VPH pero nos sirven para tratar las que ya existen. La FDA a probado tres vacunas que protegen frente al VPH y el uso de las tres están aprobadas entre los 9 y 26 años de edad. 2 vacunas están aprobadas para la prevención de las verrugas genitales en chicos y varones entre 9 y 26 años.

6 Bibliografía

- College of American Pathologists www.cancer.org.
- Cervical Cancer Overview. American Cancer Society.

Capítulo 476

BOCA SECA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MAITE VALENCIA LARRAONA

1 Introducción

La sequedad de boca es uno de los principales problemas que dificultan el tratamiento y condicionan la calidad de vida de los pacientes.

Su inatención puede derivar en síntomas dolorosos para el paciente. Unos correctos cuidados de enfermería son fundamentales para el bienestar del paciente.

Para proporcionar unos cuidados adecuados e individualizados a cada paciente se debe aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), comenzando con una valoración del paciente, diagnósticos tanto reales como potenciales, planificación de las actividades propuestas y su ejecución y una minuciosa evaluación de los cuidados.

2 Objetivos

- Proporcionar unos cuidados de enfermería adecuados en los pacientes que presentan sequedad bucal derivadas de su estado de salud.
- Unificar los cuidados de enfermería en el tratamiento de sequedad bucal.

3 Metodología

La metodología se ha basado en una revisión bibliográfica, artículos en español, que se encuentran en línea y la experiencia profesional como enfermera.

4 Resultados

Al aplicar el procedimiento se ha de tener en cuenta el estado de cada paciente:
- Si el paciente es autónomo, se le proporciona el material adecuado, cepillo de dientes, colutorio y se le transmite educación sanitaria.
- Si el paciente se encuentra consciente y con limitación de autonomía: se le debe colocar en posición sentado o fowler, retirar prótesis dental, cepillado de dientes (cepillo de dientes y crema dentífrica), limpiar lengua de dentro hacia fuera, enjuague de boca con colutorio (antiséptico oral) y agua, secar labios, hidratación de labios y colocación de prótesis bucar si la llevara.
- En paciente inconsciente: se deben aspirar secreciones de la boca si el paciente precisa, se gira cabeza hacia un lado y se abre la boca con un depresor. Se limpian encías, lengua y mucosa. Se utiliza un torunda con antiséptico. Se aplica vaselina en los labios.

Para mantener una buena salivación y humidificación de las mucosas se debe:
- Enjuagar boca con manzanilla y limón.
- Tomar piña enlatada o natural.
- Mantener labios hidratados (no vaselina ya que al ser hidrófoba puede producir mayor sequedad).
- Tomar fruta fría caramelos ácidos de limón o cubitos de hielo.

5 Discusión-Conclusión

En el paciente con boca seca se debe mantener boca humidificada y limpia, proporcionar confort al paciente y favorecer la comunicación con el paciente que puede estar impedida por una boca seca y pastosa.

Unos cuidados de enfermería adecuados en la cavidad bucal proporcionan bienestar en el paciente y previenen otras patologías.

6 Bibliografía

1.FJ. Silvestre Donat, L. Mralles Jordá, V. Martínez Mihi. Tratamiento de la boca seca: puesta al día. 2004; 9: 273-279
2. E. Chimenos Kustner. Boca seca y boca ardiente. Av. Odontoestomatl 2014; 30(3): 117-120
3. E. Jané Salas, A. Estrugo Devesa et al. Tratamiento de la boca seca. Nuevas tendencias. Av. Odontoestomatol. 2014; 30 (3): 135-138

4. E. Chimeneos Kustner. et al. Boca ardiente y saliva. Medicina y patología.

Capítulo 477

ÉTICA Y SECRETO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

PATRICIA MARTINO VALDES

1 Introducción

El secreto profesional es aquello que se mantiene oculto a los demás y surge del ejercicio de la profesión. Es uno de los pilares básicos sobre los que se asienta la relación entre el personal que trabaja en un hospital y los usuarios o pacientes de este, ya que, no solamente accedemos a sus datos personales, sino también de salud (Carlos M. Romeo Casabona, 1993).

Este aspecto se fundamenta en La Constitución Española en los art. 18 y 20 en los que dice que ‘‘se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen’’, ”La Ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos” y ‘‘estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título, en los preceptos de las leyes que lo desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia’’ (Constitución Española, 1978).

En la Ley 1/1982 de 5 de mayo de Protección civil al honor, a la intimidad y a la propia imagen vemos también en el art 7 como deja claro que ‘‘Tendrán la consideración de intromisiones ilegítimas en el ámbito de protección delimitado por el artículo segundo de esta ley: La revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela’’ (LEY ORGANICA de protección civil del derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen, 1982).

Cabe destacar por último la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de sanidad en la que establece que ‘‘todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

- Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
- A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público’’ (Ley General de sanidad , 1986).
- Asimismo, y de manera general, la redacción de la Ley de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y la existencia de los códigos deontológicos para médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc. garantiza que se cumpla ese derecho a la intimidad que nombrábamos en primer lugar (Carlos M. Romeo Casabona, 1993).

2 Objetivos

- Determinar en qué consiste el secreto profesional, así como analizar las diferentes medidas llevadas a cabo para la consecución del mismo.
- Garantizar el derecho a la intimidad de todos los pacientes, así como evitar que se utilice cualquier información de carácter personal fuera del ámbito hospitalario con el fin de vulnerar su privacidad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de leyes y artículos acerca del derecho a la intimidad y del secreto profesional. Para ello, se han utilizado las bases de datos de Pubmed y Scielo ,utilizando como descriptores secreto profesional, ética, y confidencialidad. Para la revisión se han utilizado artículos comprendidos entre el año 2000 y la actualidad y la revisión de leyes españolas desde el año 1987 hasta el 2018.

4 Resultados

Hay pocos estudios que se centran en el tema del secreto profesional. En el año 2001 se realiza un estudio cualitativo en el que participan médicos, enfermeros, trabajadores sociales, celadores y administrativos. Se plantea la cuestión de ‘situaciones en las que se aprecie falta de confidencialidad e intimidad en el Centro de

Salud. Se detectaron 33 situaciones en las que se comprometía la confidencialidad e intimidad y se englobaba en los siguientes casos:
- Verbalización de información ante usuarios: Comentarios telefónicos delante de otros usuarios, conversaciones en lugares en los que tienen acceso los pacientes y los profesionales, anamnesis en la sala de extracciones o en las salas de urgencias, preguntas al realizar gestiones en el área de recepción, etc.
- Pérdida de intimidad: Falta de biombos, traslados a la vista de todos los usuarios, entrar a la consulta sin llamar, etc.
- Fácil acceso de documentos a terceros: Pantallas de ordenadores visibles, exposición de listados de pacientes citados, informes visibles, etc.
- Pérdida de intimidad ante otros profesionales: Pasar a consulta sin llamar, presencia de otro profesional durante la exploración, etc.

Se plantea que todas las soluciones posibles son fáciles de llevar a cabo. En el 90% de los casos las soluciones dependen de los profesionales. Se declara que con un poco de voluntad y sensibilidad se podría corregir (Ramírez Ceballos A., 2001).

En el año 2002 se lleva a cabo un estudio para explorar los conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios en relación con la confidencialidad:
- El 92,1% de los encuestados sabe definir la intimidad y el 94,3% del conjunto sabe cómo vulnerarla.
- El 58,1% declara no conocer ninguna ley que regula el derecho a la intimidad del paciente.
- El 59% conoce las penas derivadas de un mal uso de la información clínica.
- El 65,6% de los profesionales no darían información relacionada con un compañero sobre un conocido.
- El 49,7% de los profesionales sanitarios manifiestan que en el caso de padecer una enfermedad cuyo diagnóstico no quisieran que fuese divulgado, optarían por ser tratados en otro centro sanitario.
- El 92,2% considera que la vía más frecuente de divulgación es el boca a boca en los pasillos. (Iraburu Elizondo M., 2006)

En el año 2003 se realiza una encuesta que estaba compuesta por dos partes, un cuestionario y 10 casos clínicos muy comunes en las consultas. Este estudio revelaba que en muchos casos se habla de información confidencial con otros compañeros de trabajo sin tener en cuenta el lugar en dónde se encuentran ni la gente que hay alrededor vulnerando así la intimidad del paciente de una forma inconsciente (MT, 2003).

En el año 2005 se realiza un estudio en 7 hospitales españoles en el que se realiza una encuesta a los profesionales obteniendo los siguientes resultados:
- El 30% de los profesionales encuestados no accedería al historial clínico, por su propio interés, para conocer el estado de salud de un amigo ingresado.
- El 38,3% ante la situación de un compañero solicitaría información al personal sanitario.
- El 34,5% contarían en casa, si debido al trabajo, se enteran de que un amigo tiene una enfermedad importante.
- El 54,9% del personal sanitario reconoció haber consultado historias clínicas por curiosidad.
- El 95,8% declara que en el caso de ingresar ellos mismos en su centro, la probabilidad de que sus compañeros se enteraran de su diagnóstico sería alta o muy alta. (Iraburu Elizondo M. H. A., 2007)
- El 84,1% opina que el comentario del pasillo es la vía de difusión más peligrosa.

5 Discusión-Conclusión

El secreto profesional viene fundamentado por la ética y es un deber que se recoge en los Códigos Deontológicos y en la legislación vigente. Es un derecho de todos los usuarios el que se vea preservado su derecho a la intimidad. Es un derecho que se vulnera mayoritariamente de manera inconsciente, ya que no todos los profesionales tienen claro dónde se empieza a vulnerar ese derecho.

En el ámbito sanitario es frecuente que se revisen expedientes clínicos para consultar el historiar de algún conocido, o porque algún compañero te pida información sobre cualquier conocido suyo. La forma más frecuente de que se vulnere ese derecho a la intimidad del paciente es mediante las conversaciones frecuentes que se crean entre los mismos compañeros de trabajo al comentar cómo está yendo su día a día.

Es de fácil garantía cumplir este secreto profesional sin apenas gasto de recursos materiales, únicamente se necesitaría una mayor voluntad por parte del personal para su cumplimiento.

6 Bibliografía

- Carlos M Romeo Casabona, M.C. (1993). La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica.

- Constitución Española. (1978).
- Ley General de Sanidad. (1986).
- Ley orgánica de protección civil del derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen. (1982).
- Iraburu Elizondo M., C. C. (2006). Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital con relación a la confidencialidad. An Sist Sanit Navar.
- Iraburu Elizondo M., H. A. (2007). Estudio multicéntrico de investigación sobre la confidencialidad.
- MT, H. H. (2003). El secreto médico: actitudes y toma de decisiones en la práctica clínica. Madrid.
- Ramírez Ceballos A., P. G. (2001). Confidencialidad e intimidad en nuestra práctica profesional. Medicina de familia, 145-148.

Capítulo 478

LA ERGONOMÍA COMO FACTOR PROTECTOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARA PROFESIONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

PATRICIA MARTINO VALDES

1 Introducción

En el año 1974 la OMS define ergonomía como "la ciencia que trata de obtener el máximo rendimiento, reduciendo los riesgos de error humano a un mínimo, al mismo tiempo que trata de disminuir la fatiga y eliminar en tanto sea posible, los peligros para el trabajador, estas funciones se realizan con la ayuda de los métodos científicos y teniendo en cuenta, al mismo tiempo, las posibilidades y limitaciones humanas debidas a la anatomía, fisiología y psicología." Los trastornos ocasionados por un déficit de conocimientos sobre ergonomía podrían ser causados por múltiples factores, entre los que cabe destacar el sedentarismo, las posturas incorrectas o el mobiliario inadecuado y podrían afectar tanto al personal con funciones clínicas como administrativas (Adup, 2003).

Es por esto que la ergonomía juega un papel fundamental en la prevención de estos procesos patológicos, para que ésta sea verdaderamente eficaz ha de tener en cuenta las necesidades individuales de cada trabajador, prestando especial atención a aquellos que pudiesen tener algún tipo de discapacidad.

Se recogen multitud de cuidados preventivos a tener en cuenta en función del órgano u órganos que se viesen afectados, entre los que cabe destacar:

- Visuales:
Descanso de la vista durante 10 minutos cada 2 horas, cuidados en la iluminación contando con un segundo punto de luz superior al generado por la pantalla, regular el brillo del monitor para mejorar su visibilidad o el uso de filtros, así como mantener una distancia apropiada con la pantalla que debe ser mínimo 45 centímetros y máximo 70.
- Musculo-esquelético:
Puede acarrear dolencias tipo dorsalgias, lumbalgias, dorsolumbalgías, ciatalgias o simples contracturas musculares.
Cabe resaltar el Síndrome del túnel carpiano que se define como la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca en su paso por el túnel del carpo y se produce principalmente por esfuerzos manuales intensos y movimientos repetitivos del miembro superior (Roel Valdés, Arizo Luque, & Ronda Pérez, 2006). Es aconsejable mantener la espalda recta, con los hombros relajados, codos doblados a 90 grados y muñecas rectas, para ello se recomienda el ajuste de silla y mesa a las características físicas del usuario, así como realizar estiramientos siempre que fuese necesario.
- Cervicales:
Las dolencias más comunes asociadas a esta zona son la cefalea, el dolor mandibular o la contracción cervical (Hermoso Iglesias, 2011). Lo aconsejable es colocar el monitor al mismo nivel que la cabeza del trabajador, evitando hacer esfuerzos y sobrecargando así la zona. De manera genérica y como apoyo a todos los cuidados anteriormente nombrados también es recomendable levantarse del puesto de trabajo y caminar al menos una vez por cada hora realizada (Guillén Fonseca, 2006).
- Psicológicas:
Desde el punto de vista psicológico o mental el uso de dispositivos informáticos individuales a derivado en una menor comunicación entre compañeros, lo que podría repercutir de manera negativa a nivel mental, disminuyendo la capacidad de interacción y pérdida de herramientas de interacción social.

2 Objetivos

- Identificar los trastornos derivados del uso del ordenador en el personal hospitalario, así como tratar de encontrar las medidas preventivas más eficaces para controlar y evitar esas posibles patologías.

3 Metodología

Se han revisado multitud de artículos científicos relacionados con la ergonomía en el ámbito laboral, para ello se ha utilizado la base de datos SCIELO, BioMed Central o PubMed. Como palabras clave han sido utilizadas ergonomía, fatiga, músculo-esquelético, salud y prevención. De igual modo se han visualizado un total de 22 artículos de los cuales finalmente he utilizado 10 por su rigor y base científica.

4 Resultados

Casi un 90% de la población española ha sufrido en los últimos años dolencias derivadas del uso del ordenador durante largas jornadas. No es de extrañar que este porcentaje sea tan elevado ya que de media permanecemos 7,2 horas diarias delante de un dispositivo informático (Taylor, 2012).

Estas dolencias afectarían tanto a nivel músculo-esquelético como ocular o psicológico, derivados de sus condiciones en el trabajo.
Estas patologías se ven incrementadas en el caso de los trabajadores vinculados al área de la salud en el ámbito hospitalario, debido a la gran dedicación de horas y al auge de las aplicaciones informáticas que comprenden un amplio abanico tanto para cuidados clínicos del paciente, como de la asistencia telemática a nivel administrativo , ya que desde hace varios años a esta época se han ampliado las tareas o actividades a realizar desde el ordenador , bien sean consultas online, citas o trámites (Portal riesgos laborales de los trabajadores de la enseñanza, 2015).

De igual modo la comunicación interna entre los distintos servicios o categorías profesionales actualmente ha derivado casi en el cien por cien de los casos a una comunicación exclusivamente online, permitiendo minimizar las acciones burocráticas y así optimizar al máximo el tiempo disponible, pero pasando a un segundo plano la realización de estos trámites de manera verbal, con el consiguiente aumento de horas frente a la pantalla durante la jornada laboral.

5 Discusión-Conclusión

No hay duda que debido al ritmo y las exigencias que se presentan en la jornada laboral diaria, así como el exceso de horas delante de la pantalla han sido factores desencadenantes de pluripatologías tanto físicas como psicológicas en el trabajador.

En base a esto, queda de manifiesto que es de vital importancia que el cuidado de estos sea bidireccional,es decir,tanto el propio trabajador debe ser responsable de su propia salud adecuando correctamente su puesto de trabajo a sus necesidades físicas, como por parte de la empresa que dotar del material necesario para su desarrollo sin que éste sufra trastorno alguno en el desempeño de sus funciones.

Para que estas medidas sean eficaces ha quedado demostrado que el sistema de trabajo ha de ajustarse a la normativa en vigor, comprendiendo pausas y descansos, adecuación de turnos y horarios, así como la adecuada carga a nivel físico y mental (Portal riesgos laborales de los trabajadores de la enseñanza, 2015).

De no ser así ha quedado demostrado el riego que ello conlleva para la salud del trabajador, ocasionando no solo perjuicio sobre éste sino también sobre la administración que emplea o la empresa privada, ya que estos procesos en multitud de ocasiones precisan tanto de atención médica como de baja laboral o ausentismo laboral.

6 Bibliografía

- (s.f.). Obtenido de http://Ergonomos.es
- (s.f.). Obtenido de ergonomos.es
- Adup, E. &. (2003). La importancia de la ergonomía para los profesionales de la salud. Ciencia y enfermería. (Vol. 9 (1)).
- Asociación española de ergonomía. (s.f.). Obtenido de http://ergonomos.es
- Asociación española de ergonomía. (s.f.). Recuperado el 19 de 11 de 2019, de http://ergonomia.es
- Guillén Fonseca, M. (2006). Ergonomía y la relación con los fatores de riesgo en salud ocupacional. Revista cubana de enfermería., 22 (4).
- Hermoso Iglesias, J. (2011). Medicina del trabajo. Revista de la asociación española de especialistas en medicina del trabajo .
- Mondelo, P., Torada, E., & Bombardo, P. (1994). Ergonomía I y II. Barcelona, España: Alfaomega.
- Portal riesgos laborales de los trabajadores de la enseñanza. (2015). Recuperado el 19 de 11 de 2019, de http://riesgoslaborales.saludlaboral.org
- Roel Valdés, J., Arizo Luque, V., & Ronda Pérez, E. (2006). Epidemiología del síndrome del tunel carpiano de origen laboral en la provincia de Alicante. Revista española Salud Pública , 395-409.
- Taylor, C. (2012). La ergonomía de un espacio de trabajo cambiante en España. PV magacine. Prevención de riesgos, seguridad y salud laboral. (43), 16-23.

Capítulo 479

VIOLENCIA LABORAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

PATRICIA MARTINO VALDES

1 Introducción

Importantes organizaciones como son la OMS, la OIT, la CIE y la ISP han redactado el "Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud" definiéndolo como: "Incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o asaltado en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo los desplazamientos al trabajo y viceversa, con la participación de amenaza explícita o implícita a su seguridad, el bienestar o la salud." (OMS, 2002).

La violencia puede expresarse de distintas formas, clasificándose como:
- Violencia física: violencia en la que emplea cualquier tipo de fuerza física con el único fin de producir un daño físico. (Zucal & Noel, 2010). Es el tipo de agresión más evidente porque puede detectarse de manera visual ya que conlleva el contacto físico como son retenciones involuntarias, golpes, empujones etc. Una de las violencias más relevantes ya que se ha convertido en un problema para la salud pública a nivel mundial es la violencia sexual. En la que se incluye todo las acciones que someten en contra de su voluntad a otra persona a actividades sexuales (A., J., Y., A.M, & G., 2012).
- Violencia psíquica: violencia en la que prevalece el uso del poder o las amenazas-frente a una agresión física, el objetivo es producir un daño psíquico o mental mediante insultos, amenazas, gritos (Muñoz, Esteban, & Hernandez, 2012). Al contrario de la violencia física es más difícil de detectar.

Más concretamente en el ámbito laboral la violencia se divide en tres categorías:

- Violencia externa: es la clase de violencia que se produce contra los trabajadores por personas ajenas a la organización.
- Violencia por clientes-pacientes: es la que sucede cuando los propios clientes o pacientes agreden a los trabajadores.
- Violencia interna: es la que ocurre entre los trabajadores de un mismo ámbito laboral, que estén en igual o diferente jerarquía (M.Y., L.G., C.M., & L.M., 2013).

Según información de los Centros para Prevención y Control de Enfermedades (CDC) en los últimos tiempos la violencia en el trabajo a nivel mundial ha aumentado de manera considerable llegando a triplicarlas en la última década. Esto favorece el aumento de las enfermedades y accidentes de trabajo.

Cabe destacar que en el sector de la salud la violencia puede traer unas consecuencias muy negativas en la atención al paciente, la información, los cuidados y las decisiones que los propios trabajadores tomen.Los motivos más frecuentes por los que se puede desencadenar cualquier tipo de violencia en el ámbito hospitalario pueden venir producidos por largos tiempos de espera, insatisfacción con el servicio, mala relación con el profesional, discrepancias en los diagnósticos, mal funcionamiento del sistema sanitario etc (M.Y., L.G., C.M., & L.M., 2013).

2 Objetivos

- Analizar los tipos de violencia más comunes en el ámbito hospitalario, dando a conocer las distintas formas en las que se puede presentar.
- Determinar cuáles son los principales factores por los que se produce dicha violencia haciendo un balance sobre las consecuencias que tiene para el desempeño profesional.
- Concienciar de la importancia y la repercusión que supone la violencia en el trabajo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión exhaustiva de artículos científicos a cerca de la violencia en el sector de la salud así como diversos estudios y sitios web sobre los mismos para ellos se han utilizado distintas bases de datos, entre ellas: PubMed y SCielo. Los descriptores que se han utilizado han sido: violencia laboral, personal sanitario, violencia ocupacional, violencia física, sexual y psicológica, violencia percibida, trabajadores de salud, atención primaria, etc.

4 Resultados

A nivel mundial la violencia en el lugar de trabajo ha incrementado en un 300% en los últimos años. El 4% de todos los trabajadores sufren violencia psicológica, el 2% acoso sexual y el 87% son intimidados. Existen grupos con mayor riesgo de sufrir algún tipo de violencia y en los Países Europeos encabezan la lista las personas que desempeñan su trabajo en el ámbito hospitalario, siendo en este caso más de la mitad de los trabajadores, y haciendo que repercuta de manera negativa en la atención y en la prestación de servicios sanitarios, deteriorando la calidad de esta. Entre las causas mas comunes están las listas y tiempos de espera, inconformidad con el diagnóstico y/o tratamiento, etc. (M.Y., L.G., C.M., & L.M., 2013).

En España, La Sección de Ámbito Sanitario de la Sociedad Catalana de Seguridad y Medicina del Trabajo junto con un grupo de investigación, ponen en marcha una página web para que un grupo restringido de representantes de centros sanitarios catalanes puedan participar, de manera voluntaria, en un estudio sobre la violencia en los centros sanitarios. En la página deben registrar los incidentes que se produzcan hacia su persona en su ámbito de trabajo. Entre 2005 y 2007 se recogen los siguientes datos:
- Se registran casi 900 incidentes violentos.
- El 75% de esos incidentes recaen sobre personal femenino.
- La mayoría de los agresores son hombres.
- El 73% de los agresores son pacientes, de los cuales 1/3 son reincidentes.
- El mayor número de agresiones se producen en el turno de mañana.
- El 30% de las agresiones suceden en urgencias.
- La mitad de las agresiones las sufren el personal de enfermería, un 30% el personal médico, un 13% los técnicos y administrativos y el resto otros sectores.
- En el 40% de los casos se ejercen violencia física.
- La mayoría del personal agredido considera que ese acto influirá negativamente en el ejercicio de su profesión (Leonor M Cantera, 2008).

5 Discusión-Conclusión

No toda la violencia viene determinada por el contacto o agresión física. Las profesiones en las que se establece un contacto directo con clientes o pacientes son las que mas riesgo tienen de sufrir cualquier tipo de agresiones.

En el caso del personal hospitalario, que basan su día a día en el contacto con

pacientes y/o familiares de personas enfermas, y que las hace ser mas vulnerables, hace que sea un sector laboral con un riesgo elevado de sufrir cualquier tipo de violencia.

Si nos basamos en el sexo de las personas agredidas, el mayor porcentaje de agresiones lo sufren las mujeres, y dependiendo de la actividad que desarrollen dentro del hospital, la mayor parte de las agresiones las sufre el personal de enfermería.

Cualquier tipo de violencia sobre un personal sanitario hace que se debilite la relación profesional y puede influir negativamente en el desempeño de su profesión en el futuro.

6 Bibliografía

- A., F., J., S., Y., P., A.M, A., & G., A. (2012). Reconocimiento de la violencia laboral en el sector de la salud. revista Cubana de Salud y Trabajo, 9.
- Leonor M Cantera, G. C. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. Papeles del Psicólogo.
- M.Y., I. A., L.G., S., C.M., M. E., & L.M., M. Á. (2013). Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas? Medicina y seguridad del trabajo., 235-258.
- Muñoz, I. G., Esteban, B. L., & Hernandez, J. A. (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la región de Murcia. Revista Española de Salud Pública., 279-291.
- OMS, C. O. (2002). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.

Capítulo 480

CUIDADOS DE LA PIEL DEL NEONATO EN EL HOSPITAL

IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO

1 Introducción

En una primera aproximación, parece claro que todo el mundo comprende lo que es un "neonato" o recién nacido. Sin embargo, desde un punto de vista meramente pediátrico, lo cierto es que no existe una definición única de cuándo podemos considerar que estamos ante un neonato, pues si bien la pediatría en general viene a entender que tal es el ser humano hasta que alcanza el primer mes de vida, existen opiniones que apuntan a que, en puridad, sólo cabría hablar de neonato hasta que se produce la caída del cordón umbilical (diez días de vida), mientras que otros autores ponen en límite en los catorce o en los veintiún días a contar desde el nacimiento. En cualquier caso, la etapa neonatal es especialmente vulnerable para el nacido, al suponer su adaptación a la vida extrauterina y requiere especiales cuidados.

2 Objetivos

- Analizar si existe alguna característica diferencial entre la piel de un recién nacido y la de una persona adulta.
- Conocer si la piel del neonato necesita algún cuidado especial durante las primeras horas de vida.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha procedido a la consulta y análisis de artículos científicos y publicaciones técnicas existentes al respecto, tomando en consideración, especialmente, los protocolos adoptados por varias instituciones hospitalarias en cuanto a la higiene de los neonatos. Para ello se ha realizado una búsqueda sistemática en las principales bases de datos de Pubmed, Scielo y Medline.

4 Resultados

A diferencia de la de un ser humano adulto, la dermis de un recién nacido es considerablemente más delgada, posee todavía ciertas fibras inmaduras y su estructura vascular y nerviosa no está todavía del todo desarrollada. Tiene un PH neutro y entre sus funciones principales se pueden nombrar la de servir de capa de protección o barrera frente a infecciones o agentes externos, servir como protección de los órganos internos, así como ser un elemento que participa en el control de la temperatura corporal. Es uno de los órganos que "conectan" al neonato con el entorno y a través del cual interactúa con sus cuidadores. La delicadeza de la piel de un recién nacido supone que su manipulación ha de ser especialmente cuidadosa, pues en caso contrario una abrasión producida accidentalmente puede abrir la puerta a la entrada de microorganismos que hay que evitar en esta etapa tan temprana del desarrollo, pues no se debe perder de vista que el sistema inmunológico del recién nacido todavía no es demasiado eficaz, de modo que agentes infecciosos que no supondrían una mayor amenaza en el caso de adultos pueden suponer, sin embargo, un serio problema para los neonatos, llegando a provocar septicemia.

Es necesario, pues, que el personal hospitalario que se encargue de los cuidados de los neonatos extremen las medidas higiénicas y sigan los protocolos establecidos al respecto, con mayor razón si se trata de un recién nacido a pretérmino cuyo estrato córneo es todavía mas fino, lo que permite que se puedan absorber fácilmente tanto productos tópicos y facilita una posible afectación microbiana. No resulta extraño que en los recién nacidos se encuentren ciertas manifestaciones cutáneas y fenómenos vasculares, fisiológicos o no, que son benignos y cuyo reconocimiento y distinción de otras posibles alteraciones más serias es importante. Algunas serían:

- Ictericia fisiológica: suele desaparecer por sí misma antes de los doce días de

vida y consiste en una tonalidad amarillenta de la piel motivada por un aumento temporal de la bilirrubina sérica.
- Lanugo: supone que la superficie corporal del nacido aparece cubierta de un vello oscuro y muy fino, pero que se caerá por sí solo durante las primeras semanas de vida.
- Descamación superficial de la piel: aparece en un elevado porcentaje de los recién nacidos y es mucho más frecuente en los neonatos a postérmino.
- Millium facial: supone un pequeño punteado blanco visible en el rostro del nacido que, en realidad, no son mas que minúsculos quistes de grasa mantenida en las glándulas y que desaparecerán dentro de las primeras semanas de vida.
- Acrocianosis: tonalidad violácea de la piel que se observa principalmente en las manos y en los pies y que tiene que ver con la inmadurez en el desarrollo del sistema de circulación
- Capilar. A diferencia de la cianosis central, la acrocianosis no tiene trascendencia alguna desde un punto de vista patológico.
- Eritemas, hematomas, abrasiones, etc., que pueden aparecer en aquellos casos en que fue necesario realizar maniobras y manipulaciones complejas para el parto y suelen desaparecer en cuestión de pocos días.
- Angiomas: manchas de coloración rojiza en la cabeza que desaparecerán de forma espontánea en los primeros meses.

Considerando la delicadeza de la piel de los recién nacidos, las pautas de higiene hospitalaria de los mismos habrán de ser especialmente cuidadosas. Los protocolos hospitalarios que se elaboren al respecto deberían tomar en consideración al menos las siguientes pautas: en primer lugar, debe indicarse que el baño por inmersión está completamente desaconsejado durante las primeras horas de vida, suponiendo una posibilidad de hipotermia que, por lo demás, no acarrea ninguna ventaja. Por ello, durante los dos o tres primeros días de vida la higiene habrá de realizarse con una esponja desechable ligeramente humedecida en agua, sin jabón o con una dosis mínima de este (no más de 1 ml), siempre neutro. Habrá que prevenir hacer frotamientos enérgicos que puedan quitar el vérnix caseoso (sustancia grasosa blanquecina que cubre la piel del neonato compuesta por un 80% de agua, un 80% de proteínas y un 10% de grasa cuya retirada hay que procurar evitar pues se admite que cumple una función protectora frente a bacterias u hongos y favorece la curación de lesiones en la piel así como la termoregulación corporal, siendo ésta una razón más por la que se desaconseja el baño por inmersión durante estos primeros días).

El personal encargado de la higiene del neonato habrá de cuidarse de cumplir

con el protocolo de higiene de manos y de utilizar guantes. La estancia donde se vaya a realizar el lavado habrá de estar ambientada a una temperatura de entre 21º a 25º, sin corrientes de aire. El agua que se utilice estará a una temperatura de entre 35º y 37º. Se secarán bien las zonas humedecidas, nuevamente sin frotar, mediante suaves toques. Existe una práctica bastante extendida de retrasar el baño hasta que el cordón umbilical se haya desprendido, pero en realidad no existe una razón científica comprobada que justifique retrasar tanto el momento del primer baño si se garantiza que la zona permanece bien seca tras la higiene, pues no deja de ser una herida fisiológica cuya colonización bacteriana se ha relacionado con aparición de infecciones neonatales, por lo que habrá que tratar con especial delicadeza y mantener seca la zona umbilical. Igual prevención habrá que tener en el caso de los varones circuncidados. Será preciso tomar en consideración, igualmente, que en el caso de los neonatos prematuros el lavado durante sus dos primeras semanas de vida habrá de realizarse únicamente con agua tibia, sin utilizar en absoluto jabones u otros agentes de limpieza. Por lo demás, una vez superados los primeros dos o tres días, ya se puede, por lo tanto, bañar al recién nacido. El personal hospitalario que vaya a hacerlo seguirá las pautas ya indicadas respecto de su propia higiene y temperatura del agua y del ambiente. El tiempo de baño ha de ser corto, de no más de cinco minutos, y con utilización de jabón neutro en muy pequeña cantidad. No resulta aconsejable bañar al neonato con una temperatura axilar de menos de 36,5º, por lo que habrá que tomarle la temperatura antes de la inmersión y posponer el baño si la cifra térmica es inferior a la indicada. En el lavado, se habrá de seguir una secuencia de partes limpias a sucias, comenzando por la cara y terminando el lavado en la zona perineal, tomando cuidado de hacer maniobras suaves y no frotar enérgicamente para evitar irritaciones de la piel. El secado del neonato se hará con cuidado, mediante suaves toques, sin frotar, se prestará especial atención a que el muñón umbilical quede bien seco y se vestirá inmediatamente al recién nacido en caso de que no se vaya a colocar piel con piel con la madre.

En los casos de secreción ocular, se utilizará suero fisiológico con gasas estériles y se limpiarán desde el lagrimal hacia afuera. Los conductos auditivos y nasales también se lavarán con suero fisiológico y gasa estéril. Se recomienda aplicar productos emolientes sin perfumes ni colorantes o conservantes después del baño, a fin de hidratar la piel. Si se detecta dermatitis seborreica en el cuero cabelludo del neonato, se recomienda utilizar algún aceite que facilite la caída de las escamas y que impida que el proceso vaya a más. La posibilidad de aparición de una dermatitis irritativa relacionada con el uso de pañales debe prevenirse cambiando los mismos con frecuencia, al menos con ocasión de cada toma y utilizando los

de tipo desechable. Antes de colocarlos la zona se limpiará debidamente, secando muy bien el perineo. Luego se aplicarán pomadas o cremas adherentes a base de agua, talco, glicerina y óxido de zinc que supongan una función de barrera al crear una película protectora en la zona. Es importante tener en cuenta, también, que la aplicación rutinaria de productos anti-sépticos tópicos está desaconsejada para recién nacidos por ser susceptibles de alterar el ecosistema microbiológico natural de la piel y por riesgo de toxicidad derivado de absorción percutánea, por lo que su uso debiera limitarse a situaciones muy justificadas, como lo sería una intervención quirúrgica, teniendo en cuenta que se han constatado casos de intoxicación por utilización de povidona yodada. Por su parte, la aplicación de alcohol sobre la piel de los recién nacidos ha de hacerse con cuidado, porque puede provocar quemaduras y alteraciones del Ph, entre otros efectos negativos. En la zona del cordón umbilical no deben utilizarse polvos de talco, por riesgo de desecación más rápida de lo debido o de aparición de granulomas.

5 Discusión-Conclusión

Se ha constatado que la piel de los neonatos, por sus características, precisa de unos especiales cuidados y pautas de higiene que, de no seguirse adecuadamente, conllevaría potenciales consecuencias adversas para la salud y bienestar del recién nacido.

Es importante que los profesionales conozcan estas características para ofrecer cuidados de calidad las primeras horas de vida de los neonatos ingresados en el hospital.

6 Bibliografía

- S. Salcedo Abizanda, C. Ribes Bautista, F.A. Moraga Llop. “Recién nacido: cuidado de la piel”. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/
recien_nacido.pdf
- Eva Vilarrasa, Lluís Puig. “La piel del recién nacido. Atención especial”. Farmacia Profesional. 2008;22:36-42.
- Garcia Bartels N, Mleczko A, Schink T, Proquitté H, Wauer RR, Blume-Peytavi U. “Influence of bathing or washing on skin barrier function in newborns during the first four weeks of life”. Skin Pharmacol Physiol. (2009) 22(5):248-57.

- Gerardo Bustos Lozano (Coordinador). “Guía de cuidados del recién nacido en la maternidad”. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf

Capítulo 481

MANEJO DE LA CONDUCTA VIOLENTA: INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

LAURA MORAIS REY

ANA ISABEL BLANCO ALONSO

1 Introducción

La presencia de síntomas neuroconductuales (agresividad, apatía, desinhibición, ansiedad, irritabilidad, conducta motora aberrante, conducta alimentaria o sexual alterada, alteraciones del sueño y síntomas psicóticos) constituyen la mayor fuente de problemas de manejo del paciente anciano.

Estos síntomas son los responsables, en gran parte, de la sobrecarga del cuidador, se asocian con un mayor declive cognitivo y funcional, así como con un mayor riesgo de institucionalización del paciente. La agitación psicomotriz se trata de un síndrome que se caracteriza por una alteración del comportamiento motor. Su manejo suele ser complicado, siendo necesario, en ocasiones, el empleo de contención mecánica como medida terapéutica. La agitación psicomotriz se define como un síndrome inespecífico, de muy variada etiología, que se caracteriza por una alteración del comportamiento motor. Esta consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañada de una activación vegetativa de mayor o menor intensidad (sudoración profusa, taquicardia, midriasis,

etc), ansiedad severa, pánico, conductas de agresividad u otros intensos estados emocionales, tales como irritabilidad, hostilidad, angustia y euforia.

Durante el cuadro de agitación psicomotriz el paciente presenta una hiperactividad motora, incomprensible para el observador, que conduce a la realización de conductas improductivas, repetitivas y sin un fin determinado. Entre estas conductas se encuentran la incapacidad de mantenerse quieto, sentado, calmarse, gesticulaciones exacerbadas (frotarse las manos, golpear el suelo con los pies, etc), tono de voz elevado, risas y llantos. Llevado al extremo se pueden dar agresiones verbales (insultos), amenazas verbales y/o físicas, y auto y/o heteroagresiones. Sin embargo, la agitación psicomotriz debe diferenciarse de la violencia y agresividad.

El concepto de agresividad puede ser definido como un patrón de conducta caracterizado por la hostilidad, manifestado por tendencias destructivas verbales o físicas, más o menos manifiestas, dirigidas contra otras personas u objetos. Se trata de un comportamiento fisiológico normal, un instinto natural y universal del ser humano. La manifestación conductual es desproporcionada.

La OMS define el concepto de violencia como "uso deliberado o planificado de la fuerza física o poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones". La violencia no es un instinto, no es sólo un comportamiento, es una estrategia para conseguir un beneficio o un objetivo haciendo daño a otros. La agitación psicomotriz es un síndrome que se encuentra englobado en los trastornos de la conducta, no es una enfermedad en sí misma. Es frecuente asumir que se trata de un cuadro de origen psiquiátrico olvidando descartar un proceso orgánico potencialmente vital. Sin embargo, la agitación psicomotriz puede ser manifestación de diversos trastornos, tanto psiquiátricos como orgánicos.

La contención mecánica, además de tratarse de una medida con grandes implicaciones éticas y legales, no es una medida carente de riesgos. Existe una prevalencia considerable en empleo de esta medida en las unidades de cuidados intensivos y unidades residenciales y de hospitalización geriátrica, principalmente en pacientes con agitación de etiología orgánica. A lo largo de la presente revisión bibliográfica desarrollaremos el manejo de la conducta violenta.

2 Objetivos

Objetivo general.
- Analizar las causas y principales signos de violencia inminente en el paciente con conducta agresiva.

Objetivos específicos.
- Describir los principales cuidados que deben llevarse a cabo en el paciente con conducta agresiva/violenta.
- Analizar las principales indicaciones y contraindicaciones de la inmovilización terapéutica.
- Enumerar los pasos que deben llevarse a cabo para una adecuada inmovilización terapéutica del paciente.
- Detallar los cuidados que deben llevarse a cabo durante la contención mecánica.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos científicas Scielo, Elsevier, Cuiden, Cochrane y PubMed, empleando como descriptores las palabras clave: conducta agresiva, contención mecánica, inmovilización terapéutica, cuidados, anciano. Se seleccionaron artículos publicados en los últimos 20 años tanto en castellano como en inglés. También se consultaron libros y revistas científicas disponibles sobre el tema en estudio.

Para la realización de la búsqueda se empleó el sistema PRISMA (Moher, Liberati, Altman, & The PRISMA Group, 2009):
- Resultados identificados a través de las bases de datos: 45.
- Resultados de exclusión de las duplicaciones: 9.
- Artículos seleccionados: 36.
- Artículos excluidos: 6.
- Textos completos disponibles: 30.
- Textos excluidos: 14.
- Estudios incluidos en la síntesis: 16.

4 Resultados

La conducta agresiva/violenta.

La agresividad representa una de las conductas con mayor capacidad disruptiva ambiental que presentan los pacientes en general, cuando se trata de ancianos los planteamientos terapeúticos revisten características especiales.

Causas de la conducta agresiva:
- Trastorno mental orgánico: deterioro cognitivo de tipo demencial, trastornos endocrinos y metabólicos, hipoglucemia, infecciones, etc.
- Patología psiquiátrica (trastornos psicóticos y esquizofrenia, trastornos del humor, trastornos de la personalidad, etc).
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Posibles desencadenantes ambientales y/o sociales.

Signos de violencia inminente. La violencia y las conductas agresivas son difíciles de predecir. Signos de violencia inminente:
- Actos recientes de violencia.
- Amenazas verbales o físicas.
- Elevada tensión muscular.
- Llevar armas u objetos que puedan ser utilizados como tales.
- Agitación psicomotriz progresiva.
- Intoxicación por alcohol u otras sustancias.
- Manifestaciones paranoides en pacientes psicóticos.
- Alucinaciones auditivas que inducen a la violencia.

Cuidados por parte del personal de enfermería en el paciente con conducta agresiva.
- Hacer saber al paciente que no se acepta la conducta violenta.
- Tranquilizar al paciente.
- Administrar medicación, si es necesario.
- Utilizar inmovilización terapéutica cuando se necesite, previamente debe realizarse un abordaje verbal/contención verbal: evitaremos un contacto visual fijo durante mucho tiempo pues se puede percibir como amenaza, pero tampoco rehusaremos este contacto visual; bordar al paciente de manera no amenazadora, utilizar tono de voz normal/bajo; discurso empático; nos reservaremos los juicios propios; evitaremos discutir, responder hostilmente o mostrarnos desafiantes o agresivos hacia sus argumentos. Ello podría producir riesgo de violencia; favorecer la expresión de sentimientos.
- Proporcionar un ambiente seguro. Tomar precauciones necesarias, retirando objetos peligrosos; determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros; reducir o limitar aquellos estímulos que puedan ser provo-

cadores de conductas agresivas o violentas; introduciremos una figura que represente autoridad o que le de confianza; sacaremos aquellas personas que pueden producir respuestas negativas; posibilitaremos en la medida de lo posible actividades que puedan hacer que disminuya la respuesta agresiva (pasear, una llamada telefónica, etc).
- Realización de respuestas desactivadoras como son técnicas de relajación.
- Identificar los factores desencadenantes y dinámica de la crisis.
- Ayudarle en la identificación de valores y habilidades personales que puedan ayudarle a resolver la crisis.
- Ayudarle a identificar actuaciones alternativas para resolver la crisis.
- Ayudarle a valorar las consecuencias de diversas actuaciones.
- Ayudarle a decidir sobre un curso de acción en particular.
- Hacerle reconocer el carácter transitorio de la crisis.

La inmovilización terapéutica.
La contención mecánica es la sujeción física de un paciente, como medida extrema para evitar daños al propio paciente, a otras personas y el entorno físico que lo rodea. Asimismo, esta actuación, tiene una serie de connotaciones éticas y legales muy importantes. El paciente no es capaz de controlar su comportamiento y es responsabilidad de los profesionales proporcionarle dicho control.

Dado el carácter extremo de la medida y que se trata de una intervención no carente de riesgos, hay que garantizar que su uso se realmente excepcional y que cuando la contención mecánica se realmente necesaria, su duración se lo más breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas para el paciente. La principal acción del personal de enfermería debe ser impedir las conductas que obligan a utilizar las sujeciones mecánicas, siendo estas el último recurso a aplicar.

Indicaciones y contraindicaciones de la inmovilización terapéutica.
Indicaciones:
- Conducta violenta de un paciente con peligro para sí mismo o para los demás.
- Agitación no controlable con medicamentos.
- Negativa a portar drenajes, sondas, etc.
- Situaciones que representen una amenaza para su integridad física, por su negativa a descansar, beber, dormir, etc.
- Contención temporal para recibir la medicación, realizar técnicas, insertar sondas, etc.

Contraindicaciones:
- Si existe la posibilidad de aplicar otros abordajes.
- Exista una orden expresa del facultativo.

Principios generales/metodología.
- Evitar la presencia de público: si lo hubiera, el paciente puede adoptar una actitud más heroica que si está sólo.
- Explicar al paciente por qué se le aplica la inmovilización terapéutica. Se le informará en tono firme de que está perdiendo el control, pero que le vamos a ayudar.
- Se preparará la cama, colocando la sujeción de cintura en la misma previamente, asegurando que la cama está frenada.
- Preparación del personal: nos despojaremos de los objetos peligrosos para su integridad física y para la nuestra (gafas, relojes, pulseras, pendientes, etc).
- Se designará un miembro del personal de cuidados encargado de dirigir la contención. La persona más cualificada para ello, normalmente, es la enfermera referente.
- El encargado de la contención mantendrá la comunicación verbal con el paciente, con el fin de evitar que puedan surgir comentarios críticos y provocativos hacia el paciente. Además será el que explique al paciente y su familia, en caso de que esté acompañado, el procedimiento, propósito y duración en términos comprensibles. También será el encargado el que seleccione los elementos del material de contención que se colocarán al paciente en cada caso.
- Se intervendrá cuando exista un número suficiente de personas (mínimo cuatro personas).
- Actitud del personal: se va a reducir al paciente con intención terapéutica, nunca como un castigo. Se mantendrá una actitud enérgica pero amable, evitando golpear al paciente o someterlo a posturas humillantes.
- Sujeción: cada miembro del equipo tiene asignada una extremidad. Se sujetarán en la zona más distal, evitando los huesos largos y tórax, por el riesgo de lesiones. Un miembro del equipo debe estar siempre visible, tranquilizando al paciente. Esto ayuda a aliviar el miedo del paciente, la indefensión y pérdida de control.
- El paciente debe ser sujetado con las piernas separadas y un brazo alejado del otro. El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con la correa especial (más ancha) diseñada para ese efecto. Cuidado que no esté floja, porque podría deslizarse por ella y ahorcarse, ni tampoco excesivamente fuerte, que le dificulte la respiración.
- La cabeza debe estar ligeramente incorporada para disminuir la sensación de vulnerabilidad del mismo y reducir el riesgo de aspiración.

- Sujeción completa o parcial indicada: sujeción completa, implica inmovilización del tronco y las cuatro extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las cuatro extremidades en diagonal. Miembro superior derecho (MSD) y Miembro inferior izquierdo (MII)- Miembro superior izquierdo (MSI) y Miembro inferior derecho (MID); sujeción parcial, implica la inmovilización del tronco y dos extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las dos extremidades en diagonal MSD y MII ó MSI y MID.
- Administrar líquidos por vía parenteral, cuando sean necesarios, si se mantiene la sujeción.
- Registrar la razón de la contención, la duración y la respuesta del paciente mientras esté sujeto.
- Comprobar periódicamente cada poco tiempo las sujeciones por la seguridad y la comodidad del paciente.

Cuidados durante la contención mecánica.
- Se procurará crear un ambiente confortable en la habitación. A ser posible un paciente con sujeción deberá estar en una habitación cercana al control.
- El facultativo valorará al paciente lo antes posible tras realizarse la contención y siempre antes de una hora y debe iniciar tratamiento mediante una intervención verbal.
- El aislamiento y/o contención del paciente no es una razón para el abandono, sino que más bien debe incrementarse la atención por parte del personal.
- Es necesario asear al paciente al menos una vez por turno. Se le proporcionarán las comidas necesarias como a cualquier otro paciente, dependiendo del estado de conciencia, retirando los cubiertos y a ser posible durante el tiempo que esté comiendo debería permanecer un miembro del personal con la intención de valorar el grado de control del paciente sobre su conducta.
- El personal de cuidados valorará aproximadamente cada 20 ó 30 minutos el estado del paciente, observando: estado general del paciente; actitud del paciente ante la sujeción; valoración de los miembros en sujeción, valorando la necesidad de rotación de la sujeción de los miembros; alteración del nivel de conciencia; alteración de la percepción; alteración del contenido y curso del pensamiento; comunicación.
- Se vigilarán los signos vitales como mínimo cada ocho horas (en cada turno).
- Se controlará la ingesta y eliminación en cada turno.
- Las indicaciones de restricción de movimiento son para un período máximo de ocho horas que pueden prorrogarse a un plazo que no debería ser superior a 48 horas y revisando siempre cada 8 horas.
- Supresión de la contención mecánica: tas la valoración conjunta del facultativo

y enfermería; se hará de forma progresiva a medida que aumente el autocontrol; la supresión se debe hacer con personal suficiente y se observará el estado del paciente y su comportamiento tras su retirada; se anotará la fecha y la hora de retirada y las incidencias de la misma.
- Complicaciones y lesiones potenciales: Lesiones en plexos nerviosos, riesgos de tromboembolismos (pautas de heparinas), lesiones al forzar la inmovilización: fracturas, luxaciones, broncoaspiraciones, lesiones isquémicas después de tiempos prolongados de sujeción, asfixia, muerte súbita.

5 Discusión-Conclusión

Entre los beneficios de la contención mecánica se encuentra el empleo de dicha medida por parte del personal de enfermería como indicación para evitar la interferencia en el tratamiento, evitar caídas, control de la agitación y evitar el riesgo de autolesión y lesión a terceros. Además, se citan otros beneficios como garantizar la seguridad del paciente, lo cual implica la cobertura de una de las necesidades de Virginia Henderson, la necesidad número nueve "evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas". En cuanto a las necesidades residenciales y de hospitalización geriátrica, evitar el riesgo de caídas, el vagabundeo y el control postural son algunas de las indicaciones que más se repiten. Además, se alude a otras indicaciones, tales como, el mantenimiento de procedimientos terapéuticos, control de la agitación y auto/heteroagresión.

No se han encontrado muchos protocolos que hagan referencia a las indicaciones del uso de contención mecánica con respecto a las unidades residenciales y de hospitalización geriátrica, por ello sería necesario la unificación de criterios con respecto a las indicaciones, teniendo en cuenta la relación beneficio-riesgo. Además, sería necesaria la formación de los profesionales de la salud con respecto a estas indicaciones, el procedimiento, las complicaciones que puedan derivarse del empleo de dicha medida y la importancia del seguimiento del paciente y el registro de la intervención.

6 Bibliografía

- Garrido Viñado, E; Lizano-Díez, I; Roset Arissó, PN; Villagran Moreno, JM; Mou de viu Bernard, C. El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España. Psiq. Bloc. (internet). 2015, 22(1). 12-16.

- Amo Fernández, S; Mariscal, OE; González Casado, R; Herrero Gutiérrez Al; Manso Melgosa, AB; Martínez Arriba S et al. Protocolo: Contención mecánica. Hospital Universitario de Burgos. 2014.
- Gallán Muñoz, I; Bernal Torres, J; Díaz Sánchez, C; De Concepción Salesa, A; Martínez Serrano J. Protocolo de atención a pacientes con agitación y/o heteroagresividad. Hospital Universitario Román Alberca. 2011.
- Fernández Rodríguez, A; Zabala Blanco, J. Restricción física: revisión y reflexión ética. Gerokomos (Internet). 2014; 25(2): 63-67.
- Bernal Pérez, F; Bustamante Pujadas, C; Hernández Alza, MC; Nieves Montero, J. Agitación en paciente adulto hospitalizado. Plan de cuidados estandarizado. Recien (Internet). 2013; 6: 1-18.
- Antón Jiménez M; Giner santeodoro, A; Villalba Lancho, E. Delirium o Síndrome confusional agudo. Tratado de geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Madrid. International Marketing&Comunication S.A. 2006. 189-198.
- Madoz Gúpide, C; Martínez Moreno, M; Otaño, M. El paciente agitado. Libro electrónico de temas de urgencia. Servicio de Psiquiatría del hospital de Navarra. Servicio Navarro de salud. 2008.
- Fernández Gallego, V; Murcia Pérez, E; Sinisterra Aquilino, J; Casal Angulo, C; Gómez Estarlich, MC. Manejo inicial del paciente agitado (internet). 2009; 21. 121-132.
- Agüera Ortiz, L; Cervilla Ballesteros, J; Martín Carrasco, M. Psiquiatría Geriátrica. 2ª Edición. Barcelona (España): Masson, Elsevier. Pag. 04-06 y 215. 2006.
- Bobes, J; Bousoño, M; González, M.P; López, J.L; Sáinz, P.A. Enfermería psiquiátrica. Madrid (España). Editorial Síntesis. Pag. 03-14 y 195-210.
- Agüera Ortiz, L; Azpiazu, P; Sánchez, M; Martin, M; Olivera, J. Guía Esencial de Psicogeriatría (Sociedad Española de Psicogeriatría). Madrid. Editorial médica Panamericana. Pag. 214-228. 2011.
- Fernández de Piñar y Garzón, E; Romero Molina, A; Plaza del Pino, M.D; García García, M. Seguridad del paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Dirección de enfermería del Hospital Universitario San Cecilio de Granada. 2007.
- Servicio Andaluz de Salud. Conserjería de Salud. Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico. Protocolo de contención mecánica. 2010.
- Rodríguez de Vera Selva, ML; Alarcón Tobarra, M; Ruíz García, J; Pérez Mascuñán MD; Casco Boragin, L. et al. Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo consensuado. Complejo Universitario Hospitalario de Albacete. 2012.

- Bellido Vallejo, JC; Ríos Ángeles, A; Fernández Salazar, S. Modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 2010. 17-33.

Capítulo 482

FISIOLOGÍA Y ENVEJECIMIENTO: APARATO DIGESTIVO

LAURA MORAIS REY

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

ANA ISABEL BLANCO ALONSO

1 Introducción

La función básica del aparato digestivo es la transferencia de nutrientes del medio externo al medio interno, con el objeto de que las células del organismo dispongan de moléculas que permitan su mantenimiento metabólico y restauración. Debido al proceso de envejecimiento son frecuentes los problemas relacionados con el aparato digestivo que pueden dar lugar a molestias o dificultades en el proceso fisiológico de nutrición y digestión o problemas graves que deben abordarse adecuadamente. La disfagia y el estreñimiento junto a la desnutrición son algunos de los problemas más frecuentes en las personas mayores.

Cambios en el aparato digestivo de las personas mayores:
La alimentación por vía oral puede presentar dificultades por alteraciones en la dentición y pérdida relativa de sensibilidad ante los sabores por parte de las papilas gustativas de la cavidad oral. El anciano puede rechazar alimentos por sus dificultades de masticación o deglución, e incluso porque determinados sabores y olores no estimulan su interés aunque sean nutricionalmente recomendables.

También pueden aparecer cambios en la motilidad del esófago, que condicionan problemas de deglución y crean dificultades especiales para alimentos de consis-

tencia líquida. El vaciamiento gástrico es más lento en el anciano. La secreción de ácido clorhídrico y pepsina es más escasa, y esto puede influir negativamente en la absorción y disponibilidad de factores como el folato, la vitamina B12, el calcio, el hierro y el cinc. Aunque hay un elevado número de trabajos que establecen que el hígado puede disminuir de tamaño, que el flujo portal también disminuye y que la vitalidad del hepatocito es más baja, ningún estudio ha podido demostrar alteraciones metabólicas, disminución de enzimas hepáticas y reducción de síntesis proteica.
La albúmina y el fibrinógeno, así como la síntesis de colesterol, permanecen estables. Y la captación y eliminación de fármacos son igualmente activas.

Hay cambios que afectan al intestino y que son muy dignos de tenerse en cuenta. El descenso de secreción clorhídrica a nivel gástrico puede condicionar un medio más alcalino en el intestino delgado y un crecimiento bacteriano anómalo con amplia colonización. Sin embargo, estos fenómenos no parecen crear ninguna alteración con respecto al funcionalismo intestinal: únicamente, algunos nutrientes del tipo de las vitaminas del grupo B pueden verse afectados.

Un capítulo importante lo constituye la intolerancia a la lactosa. Los bajos niveles de lactasa dependen del entorno geográfico, étnico y cultural más que de la edad, aunque resulta muy elevada la prevalencia en los ancianos. En países con alto consumo de lácteos, el fenómeno es menos frecuente; sin embargo, en poblaciones asiáticas, africanas del interior y americanas muestran intolerancia muy frecuente.

En cuanto a los micronutrientes, algunos deficitarios en la población que supera los 65 años, no se pueden adscribir estos fenómenos a procesos de malabsorción intestinal. Sugieren, más bien, carencias de aporte o falta de exposición a otros factores físicos, como es el caso de la vitamina D. Parece que los especialistas en geriatría están de acuerdo en que los cambios que puede imponer la edad en el funcionalismo del colon son mínimos. En cualquier caso, los problemas se reducen a un aumento del volumen fecal retenido y reducción de la fuerza de contracción de los esfínteres.

Ante cualquier afectación del tubo digestivo, una vez descartado un proceso patológico, la opción más adecuada es utilizar dietas ricas en fibra, líquidos abundantes, mantenimiento de ejercicio físico adecuado y evitar fármacos que puedan incidir en la fisiología normal gastrointestinal.

A modo de resumen y dentro de los cambios funcionales los más destacados son:

- Motilidad: en personas muy ancianas se han detectado reducciones en la amplitud de las contracciones esofágicas más por debilidad en la contracción del músculo liso que por pérdida de control nervioso sobre el mismo. Función del esfínter esofágico inferior disminuida. Pirosis postpandrial, hernia de hiato. Hay pocas modificaciones descritas en la motilidad gástrica e intestinal, existiendo una disminución del tono muscular intestinal. La incontinencia fecal aumenta con la edad debido a una disminución del tono del esfínter y a las heces semilíquidas.
- Secreción: la secreción de ácido gástrico desciende intensamente entre los 40 y 60 años de edad hasta 1/5 parte de sus valores iniciales, después se estabiliza. La pepsina desciende bruscamente entre los 50 y 60 años.
- Absorción: la función más importante del sistema gastrointestinal se mantiene para todos los nutrientes. Proteínas: posibles defectos en la absorción de aminoácidos. Hidratos de carbono: posible disminución en la velocidad de absorción. Grasas: no hay diferencias significativas.
- Función hepática: las enzimas hepáticas de los ancianos pueden ser menos inducibles que las de individuos más jóvenes. La consecuencia más importante respecto al deterioro de la función enzimática hepática es la propensión a contribuir a reacciones farmacológicas adversas en enfermos ancianos, debido a un metabolismo de fármacos enlentecido.
- Función vesicular biliar: los mecanismos de estabilización y absorción de colesterol se vuelven menos eficientes y aparece la litiasis biliar en un 10% de hombres y un 20% de mujeres entre los 55 y 65 años, llegando al 40% a los 80. Aumenta la frecuencia de colelitiasis.

2 Objetivos

Objetivo general.
- Describir los principales trastornos digestivos que suelen aparecer en las personas de edad avanzada.

Objetivos específicos.
- Determinar la etiología de los principales trastornos digestivos presentes en las personas mayores.
- Detallar las intervenciones que deben llevarse a cabo para conseguir un adecuado manejo de dichos problemas gastrointestinales.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica realizada entre los meses de julio y diciembre de 2019, para la cual se han utilizado un total de 20 referencias bibliográficas comprendidas entre los años 2000 y 2019, tanto en español como en inglés. Materiales utilizados. En la búsqueda de la información, se han utilizado diferentes documentos:
- Libros: se han empleado un total de 4 capítulos extraídos de 3 libros diferentes.
- Artículos: se han obtenido un total de 119 artículos científicos en las siguientes bases de datos y buscadores, de los cuales se han utilizado 18 tras realizar un cribaje siguiendo los criterios de inclusión y exclusión. Scielo: 5 artículos. Dialnet: 5 artículos. Google académico: 8 artículos.
- Páginas web oficiales: se han utilizado las páginas web de la OMS, de la cual se ha obtenido la información directamente, y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de la cual se han seleccionado 3 monografías.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda han sido: "trastornos gastrointestinales, "anciano", "edad avanzada", "trastornos digestivos", "elderly patients".

Criterios de búsqueda. Los criterios de búsqueda de información que se han considerado al realizar esta revisión bibliográfica son los siguientes:
Criterios de inclusión:
- Artículos científicos y disponibles en texto completo.
- Documentos en español e inglés.
- Referencias bibliográficas actualizadas (hasta 20 años de antigüedad).

Criterios de exclusión:
- Artículos no científicos y que no se encontraran en texto completo.
- Documentos en lenguas, como portugués, francés o alemán, por la limitación del idioma.
- Referencias bibliográficas con una antigüedad superior a los 20 años.

4 Resultados

Una vez realizada la revisión bibliográfica podemos concluir que los principales trastornos digestivos que pueden presentarse en las personas de edad avanzada son los siguientes:

1. Disfunción gustativa.

Las células quimiorreceptoras para la sensación gustativa están rodeadas por una red de fibras nerviosas y se organizan en papilas, distribuidas por la cavidad bucal, especialmente en el dorso lingual. Dentro de las causas más frecuentes de disfunción gustativa se pueden citar:

- Los procesos que condicionan una alteración de la saliva (en la vejez existe un descenso en la secreción salival y se inhiben las funciones estimulantes de los receptores del gusto, de lubricación, digestiva, bactericida, entre otras).
- La lesión directa de los receptores papilares se origina de alteraciones gustativas (se puede producir en pacientes de edad avanzada ante estados de malnutrición y determinados por factores socioeconómicos que limitan la variedad y calidad de los alimentos digeridos).

2. Malabsorción intestinal.

Se caracteriza por una absorción inadecuada de nutrientes desde el intestino hasta su incorporación al torrente circulatorio o la linfa. Se considera que hay malabsorción cuando existen determinadas alteraciones en el interior del intestino, en su pared o en el transporte linfático. Manifestaciones clínicas: diarrea, esteatorrea, pérdida notable de peso, anemia y desnutrición, derivadas del trastorno en la absorción de varios nutrientes, como grasas, proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales.

Básicamente la malabsorción es la consecuencia de la alteración de las siguientes funciones o, al menos, una de ellas:

- Digestión intraluminal: en las personas de edad avanzada se altera la absorción intestinal, sin llegar a la malabsorción con esteatorrea, lo cual parece estar relacionado con una isquemia del intestino delgado, ya que la esteatorrea es más frecuente en los ancianos que han padecido ictus cerebral o infarto de miocardio.
- Digestión terminal: la pared mucosa intestinal tiene un borde en cepillo donde se produce la hidrólisis de hidratos de carbono. La destrucción de este puede producir problemas de malabsorción. Con el envejecimiento disminuye el nivel de secreción enzimática necesaria para una función digestiva adecuada.
- Transporte transepitelial o fase absortiva: el envejecimiento trae consigo adelgazamiento y reducción de la superficie absortiva en el intestino delgado, con la consecuente disminución de la absorción de agua, hierro, vitamina D y calcio. A veces se puede observar intolerancia al gluten (enfermedad celiaca) o a la lactosa.
- Transporte linfático: los trastornos circulatorios propios del envejecimiento afectan en alguna medida la circulación linfática.

3. Malnutrición.
Se define como una inadecuada nutrición causada por un exceso y/o déficit en el adecuado aporte de nutrientes, y en el balance energético/calórico. En el anciano se puede caracterizar por:
- Desnutrición proteico-calórica.
- Desnutrición de micronutrientes.
- Hipernutrición energética: por exceso.

La desnutrición proteico-calórica presenta una alta prevalencia:
- 5% ancianos sanos en domicilio.
- 30% de los mayores de 80 años.
- 30-60% instituciones.
- Hospitales: hasta un 75% pierde peso durante su estancia.

Existen distintos factores de riesgo como factores fisiológicos (alteración del gusto y el olfato, alteraciones en la boca, alteración del apetito, etc), socioeconómicos/medioambientales (pobreza, soledad, falta de apoyo o ayuda), la presencia de deterioro funcional (inmovilización, disfagia, etc) y patologías asociadas. Las consecuencias pueden ser variadas y depender de la gravedad en función de la intensidad de la malnutrición: aumento de la morbi-mortalidad, pérdida de masa muscular y ósea, anemia, alteraciones electroquímicas, etc.

Prevenir la malnutrición en el mayor requiere la realización de una valoración integral y completa. Dicha valoración va dirigida a valorar el estado nutricional de la persona, los valores antropométricos (peso, talla, IMC), valores bioquímicos en sangre, así como también a valorar la necesidad de alimentarse, el estado de la boca, el tipo de dieta que toma, la capacidad para adquirir alimentos adecuados y prepararlos, etc. Una buena valoración permite detectar factores de riesgo que puedan desencadenar malnutrición.

Lo primero es realizar una adecuada valoración del estado nutricional y del estado general de la persona mayor. Esto propiciará la realización de un buen cribaje sistemático encaminado a:
- Cálculo de los requerimientos nutricionales: cuantitativo y cualitativo.
- Instauración de soporte nutricional adecuado.
- Seguimiento y evaluación.

4. Diverticulosis intestinal y colónica.
La diverticulosis intestinal y colónica es poco común antes de los 40 años y se

incrementa con la edad, desde 5% en la quinta década de la vida, hasta 50% en la novena. Cerca de 80% de quienes la padecen están asintomáticos; esta se diagnostica mediante una exploración de colon (radiográfica o endoscópica), al intentar conocer la causa de las molestias abdominales.

El síntoma principal es el dolor abdominal continuo o intermitente, por lo general poco intenso y localizado sobre todo en el fosa ilíaca izquierda. Suele aliviarse con la evacuación o expulsión de gases o ambos y empeorar después de la ingestión de alimentos. En ocasiones la enfermedad diverticular del colon evoluciona con dolor intenso que dura desde unas horas hasta varios días y clínicamente es difícil de diferenciar de la diverticulitis aguda. Los pacientes pueden presentar, además, variación en el ritmo de las deposiciones (estreñimiento o diarrea o ambos), distensión abdominal, tenesmo rectal y expulsión de moco con las heces.

La localización colónica de los divertículos es la más frecuente de todo el tubo digestivo, pues estos aparecen en la zona comprendida entre la tenia muscular longitudinal mesentérica y las dos tenias antimesentéricas, junto con los pequeños vasos arteriolares, lo cual explica la patogenia de la hemorragia diverticular, sin diverticulitis. Se estima que un 95% de los divertículos del colon se localizan en el sigmoide. Con el paso de los años, los divertículos aumentan en número y tamaño, pero es poco frecuente que se extiendan a otras zonas del colon. Existen dos formas de diverticulosis: las asociadas con colon espástico y engrosamiento de las capas musculares y las que no presentan espasticidad del colon ni engrosamiento muscular. En la exploración física es frecuente palpar el colon izquierdo como una masa alargada, de consistencia elástica y dolorosa (cuerda cólica).

5. Disfagia.
La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir los alimentos líquidos y/o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución. La afectación puede presentarse en la preparación oral del bolo o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta el estómago. Debe diferenciarse de la odinofagia, que es el dolor de dientes desencadenado por la ingesta de determinados alimentos, especialmente líquidos fríos o calientes.

Como consecuencia de la disfagia puede producirse penetración de material alimenticio en vías diferentes a la digestiva provocando, en ocasiones, episodios francos de aspiración traqueal o bronquial (por paso de agua o alimentos a la tráquea y bronquios) o aspiraciones silentes (penetración de saliva o comida por debajo de las cuerdas vocales no acompañada de tos ni de otros signos observ-

ables de dificultad deglutoria).

Síntomas:
- Molestias o dolor al tragar.
- Expulsión de los alimentos en la boca o rechazo con la lengua.
- Aumento del tiempo que dura la deglución con masticación prolongada.
- Babeo.
- Inadecuado cierre labial.
- Presencia de residuos de alimento en la boca o lengua.
- Regurgitación del alimento hasta la nariz.
- Sensación de atasco en la garganta y necesidad de tragar repetidas veces.
- Carraspeo continuo o frecuente.
- Tos durante o después de la ingesta.
- Atragantamiento con determinadas consistencias.
- Deglución fraccionada, necesidad de fragmentar el bolo y tragarlo en varios intentos.
- Voz "húmeda".
- Bronquitis o neumonías de repetición.

Los trastornos de la deglución se dividen anatómicamente en dos tipos: disfagia orofaríngea y disfagia esofágica. Los pacientes con disfagia orofaríngea refieren generalmente dificultad para iniciar la deglución o para manipular los alimentos en la boca y una mayor dificultad para el manejo de los líquidos. En la disfagia de origen esofágico aparece inicialmente una mayor dificultad para la ingesta de alimentos sólidos. Para llegar al diagnóstico oportuno de este síntoma y viendo las innumerables causas de disfagia se desprende que una completa anamnesis y un adecuado examen físico son paso fundamental para confirmar o descartar muchas posibles etiologías. Aproximadamente un 80% de las disfagias son diagnosticadas con un buen manejo del interrogatorio y una adecuada evaluación física.

En cuanto al abordaje y en lo referente al tratamiento se deben seguir medidas de cuidado específico, y evitar la automedicación:
- Evitar la ingesta de picantes, excitantes, alcohol y cualquier otro factor que pueda interferir en el proceso de deglución.
- Adaptar la textura de los alimentos y líquidos a las que la persona mejor degluta, utilizando para ello agentes espesantes, trituración y similares.
- Utilizar una sonda nasogástrica.
- Realizar una gastrostomía, una leve intervención quirúrgica que introduce una

sonda directa al estómago a través de la pared anterior del abdomen y por la que se realiza parte o toda la alimentación y bebida.

6. Estreñimiento.
El patrón intestinal depende de cada persona, lo que puede ser normal para alguien puede no serlo para otra persona. La frecuencia de defecación que se admite como adecuada desde 3 al día, no líquidas, a 3 a la semana. No debe suponer esfuerzo defecatorio ni cambios importantes en la consistencia de las heces ni un aumento o disminución llamativo de la frecuencia habitual.

El estreñimiento es un síntoma causado por numerosas enfermedades y otras circunstancias, caracterizado por su complejidad patogénica y fisiopatológica. Los ancianos son los más afectados por el estreñimiento, con una prevalencia del 23 y de 42% en hombres y mujeres de 60 años, respectivamente.

Epidemiología-impacto :
- Prevalencia: entorno al 40% de la población geriátrica.
- El 60% de los ancianos toma laxantes.
- Alto coste sanitario que origina.
- Asociación con múltiples enfermedades.
- Disminuye la calidad de vida en el anciano.

Factores de riesgo (Martínez G, 2003):
- Edad avanzada.
- Sexo femenino.
- Escasa actividad física.
- Bajos ingresos económicos.
- Bajo nivel educativo.
- Síntomas depresivos.

La evaluación diagnóstica en estos pacientes debe excluir, mediante las exploraciones pertinentes, las causas orgánicas locales (sobre todo el cáncer colorrectal) o las sistémicas, capaces de alterar el ritmo defecatorio; también es preciso revisar las condiciones higiénico-dietéticas, la ingestión de fármacos, así como también las condiciones familiares y sociosanitarias.

Una vez descartadas las posibles causas del estreñimiento, se analizarán las condiciones fisiopatológicas del transporte colónico y la evacuación rectal, los cuales pueden dividirse en dos grandes grupos, según técnicas de imagen:

- Por alteraciones en la progresión colónica del contenido fecal (estreñimiento de tránsito).
- Por trastornos en la evacuación rectal (estreñimiento distal o por obstrucción funcional del tracto de salida). En este último se incluye el estreñimiento de los ancianos, cuya manifestación clínica fundamental es el estreñimiento acompañado de impactación por fecalomas y la falsa incontinencia por rebosamiento.

En estos pacientes, el hábito defecatorio se caracteriza por deposiciones infrecuentes, heces de gran consistencia, impactación frecuente y escapes involuntarios por rebosamiento. Son múltiples las vías patogénicas que motivan esta situación:
- Dieta inadecuada (escasa cantidad de fibra y de agua).
- Estado psíquico (depresión, demencia, entre otros).
- Administración de gran número de fármacos (antiácidos, antidepresivos, antagonistas del calcio).
- Padecimiento frecuente de enfermedades digestivas y extradigestivas que pueden deteriorar el hábito defecatorio.
- Inmovilidad en muchos pacientes.
- Dificultad en el acceso a los lavados de algunas viviendas.
- Desatención por parte de familiares o instituciones.

La mayor complicación del estreñimiento en estos casos es la impactación fecal, casi siempre acompañada de incontinencia, lo cual puede ocasionar obstrucción intestinal. Es la imposibilidad de pasar una colección dura de heces. Presentan mayor riesgo:
- Anciano con deterioro cognitivo, institucionalizado y con polifarmacia.
- Estreñimiento.
- Molestias rectales.
- Anorexia, náuseas, vómitos.
- Dolor abdominal y de espalda.
- Incontinencia fecal: diarrea por rebosamiento.
- Síndrome miccional.
- Deterioro funcional y/o cognitivo.
- Fiebre y leucocitosis, etc .

El tratamiento de la impactación fecal se realiza mediante extracción digital, si es posible, o mediante reiterados enemas de limpieza con soluciones salinas; en algunos pacientes puede ser necesario administrar soluciones de polietilenglicol por vía oral o por sonda nasogástrica para el lavado del colon. Después de lograr

la desimpactación y la desaparición del fecaloma se debe indicar una dieta rica en residuos vegetales e incluso suplementada con fibra, ingestión abundante de líquidos y medidas higiénicas generales (ejercicio físico, defecación con horario fijo, entre otras). Puede ser necesaria la administración de laxantes (del tipo de la lactulosa), así como enemas de limpieza cada 5-6 semanas, sobre todo en ancianos con impactación fecal recurrente.

La prevención del estreñimiento se orienta a favorecer hábitos higiénico dietéticos adecuados. Suele abordarse desde el plano nutricional: favorecer el consumo de alimentos ricos en fibras (fruta y verdura), favorecer un consumo adecuado de líquidos; favorecer la realización de una actividad física diaria moderada y evitar la vida sedentaria. Esto unido a un adecuado hábito regular son medidas útiles en la prevención del estreñimiento, aunque se verá también que lo son en su abordaje.

Intervenciones:
- Tratamiento no farmacológico: educación de hábitos, hábitos regulares, favorecer el reflejo gastrocólico, asegurar la privacidad de defecación, facilitar el acceso al WC, ejercicio moderado. Dieta: rica en fibra y residuos, adecuar la ingesta de líquido.
- Tratamiento farmacológico: después de haber agotado las medidas no farmacológicas. Debe ser individualizado para cada caso y características. El uso de laxantes tiene los siguientes objetivos: conservar heces blandas; defecación confortable; prevenir esfuerzos al evacuar; lograr frecuencia de deposiciones.

El tratamiento en caso de impactación fecal requiere la extracción manual del fecaloma en muchos casos o el uso de tratamientos laxantes o enemas destinados a ablandarlo.

7. Incontinencia fecal.

La continencia fecal es el resultado de la existencia de una serie de barreras para controlar la evacuación de las heces. Dichas barreras reversibles y, al desaparecer, permiten la defecación. La continencia fecal incluye los siguientes mecanismos: llegada del contenido fecal al recto, distensión y acomodación rectal, respuesta del esfínter anal interno, sensación rectal y pélvica, además de la respuesta del músculo esquelético. Las heces se retienen habitualmente en el colon sigmoideo y se presentan en el recto solo de forma intermitente. La acomodación rectal a la distensión depende del sistema nervioso intrínseco y de su propia musculatura lisa (García Cabrera AM, Jiménez Rodríguez RM, Reyes Díaz ML et al, 2018).

El esfínter anal interno es el principal responsable de mantener la posición de reposo en el conducto anal; su hipotonía se ha relacionado con la aparición de incontinencia fecal en ciertos grupos de pacientes, como en diabéticos, después de efectuadas dilataciones anales, en la senectud y en algunos individuos que presentan incontinencia neurogénica o idiopática.

5 Discusión-Conclusión

De acuerdo con los diferentes estudios consultados podemos concluir que la disfagia y el estreñimiento junto a la desnutrición son algunos de los problemas más frecuentes en las personas mayores. Las afecciones digestivas son muy frecuentes en el adulto mayor, por lo cual su diagnóstico requiere de una evaluación exhaustiva que permita sentar las bases para una actuación terapéutica correcta. En función de ello, hay que individualizar al máximo las decisiones, y siempre tener en cuenta las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento que traen consigo la aparición de trastornos de la ingestión, digestión y absorción de los alimentos.

6 Bibliografía

- Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez I. Manual de Geriatría. 2ª Edición. Barcelona: Masson. 2002.
- Baztán Cortés JJ, González Montalvo JI, Solano Jaurrieta JJ, Hornillos Calvo M. Atención sanitaria en el anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. Med. Clinica. Barcelona. 2000; 115: 704-17.
- González Rodríguez AM, Palma López ME. Principales causas de morbilidad en el adulto mayor. Rev Haban Cienc Méd 2008; 7(2).
- Dibaise JK, Young RJ, Vanderhoof JA. Enteric microbial flora, bacterial overgrowth. Clin Gastroenterol Hepatol 2008; 4:11-20.
- De Visschere LMJ, De Baat C. The need for gerodontology in education and research. 2019; 126(12): 631-635.
- Aranceta Bartrina J. Nutrición y vejez. En. Serra Majem LL, Aranceta Bartrina J, editores. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2006. P. 316-26.
- Ramos Martínez, A., Asensio Vegas, A., Núñez Palomo, S., & Millán Santos, I. (2004). Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. Anales de medicina interna 21(6), 263-268.

- Serrano Ríos M. y Cols. Guía de alimentación para personas mayores. Madrid: Ergon, 2010.
- Sollazo Ana, Savio Italo. Guía de cuidados de salud para adultos mayores. Programa del adulto mayor de Asse. 2011.
- Martínez G. Casos especiales: estreñimiento en el niño, en el anciano y en la mujer embarazada. Mearin F, ed. Patologías digestivas en atención primaria. Módulo 1. Estreñimiento. Luzán S.A ediciones. Madrid, 2003, pp: 27-31.
- Raso SC. Constipation and treatment. Gastroenterol Clin N Am 2003; 32: 659-683.
- García Peris P, Velasco C, Velaso M, Clavé P. Disfagia en el anciano. Nutrición hospitalaria volumen 4, num 3. Madrid, 2011, pp: 35-43.
- Rofes L, Arreola V, Almirall J. et al. Diagnosis and management of oropharyngeal Dysphagia and its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. Gastrol Res Pract 2010; 2011:1-13.
- Maev IV, Ivashkina IIu, Kucheriavyĭ IuA, Oganesian TS. Diagnosis and treatment of the bacterial overgrowth syndrome in the small intestine. Eksp Klin Gastroenterol. 2011 ;(3):125-9. Rusia.
- Racero Tinoco I, Ruiz Blasco E, De los Santos Moreno A, Girón González JA, . Protocol diagnostic for diarrhoea in elderly patients and hospitalised patients. Programa de formación médica acreditada. Elsevier 2016. Volumen 12, pp: 398-405.
- García Cabrera AM, Jiménez Rodríguez RM, Reyes Díaz ML et al. Incontinencia fecal en el paciente anciano. Cirugía español. Elsevier 2018. Volumen 96, pp: 131-137.
- Milá Villarroel R, Formiga F, Duran Alert, P, Abellana Sangrá R. Prevalencia de la malnutrición en la población anciana: una revisión sistemática. Medicina Clínica. Elsevier 2012. Volumen 139, pp: 502-508.
- Álvarez Guerra M, Ulloa Arias B, Fernández Duarte J, Castellanos Carmenatte T, González de la Paz JE. Afecciones digestivas más frecuentes en el adulto mayor. Medisan 2010. Volumen 14, nº4.
- Salas Salvadó J, Boada i Sanjaume A, Trallero Casañas R, Saló i Solá M, Burgos Peláez R. Nutrición y Dietética Clínica. 2ª Edición. Elsevier Masson. Barcelona 2008, pp: 142-151.

Capítulo 483

LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS

CARMEN QUINTANA IGLESIAS

BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ

ROSA MARIA ALONSO MESA

1 Introducción

El lavado de manos es una práctica rutinaria realizada a diario en todos los hospitales de servicio nacional de salud por parte de los profesionales de la salud. Es un procedimiento simple y barato al que debemos de dar más importancia ya que es un pilar básico y fundamental para evitar cualquier contagio y transmisión.

2 Objetivos

- Describir en qué consiste el lavado de manos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en internet en distintas bases de datos como Dialnet, Pubmed, Medline, Google Académico y en las que aparecen textos y publicaciones referente a las técnicas de lavado de manos y la importancia de este. Las palabras que hemos seleccionado para las bases de datos fueron: higiene, lavado de manos, microorganismos, infección. Se han seleccionado artículos y textos completos relacionados con el tema y en idioma español.

4 Resultados

Consiste en frotar vigorosamente las manos con jabón, seguidamente aclaramos con agua abundante, con la finalidad de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente. Así se evita la transmisión de microorganismos de persona a persona. Se deben secar las manos una vez realizado el lavado de manos con papel de manos y después desecharlo a la papelera.

También se pueden usar soluciones alcohólicas para el lavado de manos, esto constituye una alternativa que se tiene en cuenta la actualidad en la higiene de las manos. El lavado de manos debe realizarse antes y después del contacto con cada paciente, después de quitarse los guantes y es recomendable: llevar las uñas cortas, retirar sortijas y joyas, revisar las manos buscando la existencia de algún tipo de lesión y usar lociones hidratantes.

Puesto que es recomendable en la práctica diaria y puede ayudar a aumentar la resistencia de la piel a gérmenes y, disminuir la infección cruzada, hay algunos antisépticos que se inactivan en presencia de algunos de estos productos. Una buena costumbre de lavado de manos evita muchas infecciones y transmisiones de enfermedades ya que se considera una de las medidas más eficaces en la prevención y control dentro del ámbito hospitalario y fuera.

5 Discusión-Conclusión

Es importante concienciar a la población y a los sanitarios de la importancia que tiene el lavado de manos porque evitaría daños en la salud y pérdidas tanto sociales, laborales y sanitarias. Es una forma de prevenir el contagio y aparición de enfermedades tanto en el ámbito sanitario como en la vida diaria.

Sobre todo disminuye el número de microorganismos en las manos, por tanto disminuye el riesgo de transmisión de microorganismos a los pacientes, el riesgo de transmisión cruzada entre pacientes, el riesgo de infección entre trabajadores sanitarios y el riesgo de transmisión de infección a uno mismo

6 Bibliografía

- Técnicas de Enfermería. 3ª Ed. L.Wieck, E.M.King, M.Mayer .Editorial Interamericana.
- Control de las Infecciones en Enfermería. Ediciones Doyma.

- Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica. 3ª Ed. Mandell/Douglas/Bennett. Editorial :Panamericana.
- Procedimientos de Enfermería . H.K.Hamilton/M.B.Rose. Interamericana.
- Control de la infección en pacientes quirúrgicos. Comité para el control de infecciones quirúrgicas del comité de cuidados pre y posoperatorios. American College of Surgeon. Fondo Educativo Interamericano.
- Técnicas en Enfermería Clínica. Vol 1. 4ª Ed. B.Kozier, G.Erb, K.Blais, J.Y. Johnson, J.S. Temple. Editorial McGraw-Hill-Interamericana.
- Instrumentación Quirúrgica. 3ª Ed. Joanna Ruth Fuller. Panamericana.
- Protocolo de lavado de manos. C. Pérez, B. Fernández, A. López, M.J. Fernández. Hospitales Puerta de Hierro, Guadarrama, Clínico y El Escorial, de Madrid.

Capítulo 484

VÍA SUBCUTÁNEA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

VERÓNICA FERNANDEZ NUÑEZ

1 Introducción

La vía subcutánea se usa habitualmente como alternativa a la vía oral. Para evitar un número considerable de inyecciones diarias se aconseja la colocación de un catéter subcutáneo, a través del cual se puede administrar la mayoría de la medicación necesaria para el control de síntomas en cuidados paliativos.

La vía subcutánea es una de las mejores vías usadas para el control de síntomas en la fase de cuidados paliativos cuando la vía oral no está disponible. La revisión de la literatura científica sobre el uso de medicamentos y vía subcutánea, permite un mejor control de síntomas del paciente que precisa cuidados paliativos.

2 Objetivos

- Conocer las mejores prácticas en el uso de la medicación que se administra por vía subcutánea en la fase de cuidados paliativos para prestar una mejor atención a los usuarios de este servicio.
- Describir la medicación necesaria y disponible por esta vía.
- Definir el papel del auxiliar de enfermería en la administración de medicamentos en los cuidados paliativos.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Porta-Sales J, Gomez-Batiste X, Tuca A, editores. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avan-zado y terminal. Madrid: Editorial Arán; 2004.
- NHS Greater Glasgow, Acute Services Division, Palliative Care Practice Development Team. Guidelines for the use of Subcutaneous Medications in Palliative Care. March 2007.

Capítulo 485

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS.

ADA PINTO SAMPEDRO

1 Introducción

Los cuidados paliativos en pacientes que están en sus últimos horas de vida requieren unas necesidades fisiológicas y psicológicas, que dependen de cada paciente ya que pueden manifestarse de manera diferente. El técnico en cuidados auxiliar de enfermería (TCAE) acompañará a los familiares y pacientes en todo momento, incluyendo el acompañamiento incluso cuando el paciente no esté.

2 Objetivos

- Describir el papel de TCAE en los cuidados paliativos.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos sobre los cuidados paliativos así como métodos para mejorar su calidad de vida, llevada a cabo en varias bases de datos como Scielo y Medline.

4 Resultados

El papel del TCAE en atención primaria es fundamentalmente detectar los primeros síntomas del paciente terminal como son: falta de apetito, dolor, estrés, ansiedad, miedo entre otras cosas.

Cuando se manifiesta el dolor, suele ser motivo de alarma de los familiares así como del paciente. En esta fase final, el sufrimiento es un obstáculo para abordar psicológicamente. Los profesionales sanitarios, muestran dificultad ante un duelo que puede resultar muy difícil de tratar por ambas partes.

El TCAE tiene que:
- Determinar el objetivo del cuidado paliativo para poder dar el mejor bienestar posible al paciente.
- Aliviar el dolor así como cualquier síntoma que pueda aparecer.
- Tener una buena y cuidada comunicación con el paciente y familiares.
- Crear un vínculo cercano que les haga sentirse más arropados y tranquilos, ya que en estos momento suelen pasar por etapas de confusión, miedo, rechazo, rabia entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Mejorar la vida del paciente, dándole el máximo apoyo tanto por parte sus familiares más allegados como del TCAE en estos momentos tan difíciles, ofreciéndole cuidados paliativos de calidad, ya que hacen que el sufrimiento sea lo más llevadero posible, dentro de la dureza de la situación. Aunque no es fácil, con apoyo del personal sanitario y familiares puede ser más llevadero y ameno.

6 Bibliografía

- www.cuidarypaliar.es
- www.medlineplus.es
- www.secpal.com

Capítulo 486

PAUTAS A SEGUIR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

ADA PINTO SAMPEDRO

1 Introducción

El correcto uso de administración de los medicamentos, necesita seguir las directrices marcadas por parte de los sanitarios, para dar un uso adecuado a los pacientes en cada toma. Debemos siempre tener en cuenta, ya que estas son la base fundamental de recuperación de nuestros pacientes.

2 Objetivos

- Determinar unas pautas y un buen manejo de los medicamentos por parte del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para realizar este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos científicos sobre la administración de medicamentos por parte del

equipo de TCAE en diferentes bases de datos como Scielo. Utilizando palabras clave como: medicación, enfermería, dosis.

4 Resultados

Una correcta administración de medicamentos, requiere siempre de una estricta y correcta comprobación de lo que vamos a dar. Hay que comprobar la dosis prescrita por su médico, para que esta corresponda al paciente. Es muy importante cerciorarnos que le damos al paciente su correcta medicación, así como a su hora correspondiente. Hay que controlar su toma por una posible reacción, una vez finalizada esta, lo anotaremos en la historia del paciente para llevar un correcto seguimiento de este.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE gracias a las pautas marcadas por el médico, llevará a cabo una correcta administración de los medicamentos y podrá así dar una mejor atención y recuperación a los pacientes.

Es por esto que el trabajo del TCAE, es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- www.elsevier.es
- www.google.es
- www.scielo.es

Capítulo 487

ESTRATEGIAS EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

VANESA FERNANDEZ NUÑEZ

1 Introducción

La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial. Uno de los pilares claves y prioritarios será el trabajar en la gestión de los riesgos para incrementar la seguridad del paciente, entendiendo esta como la reducción del riesgo innecesario asociado a la atención sanitaria.
Según la OMS los niños son población de riesgo debido a su estado de desarrollo curiosidad, aumento de independencia y edad menor de 3 años. Esto se agrava al estar en un entorno desconocido.

2 Objetivos

- Conocer la incidencia de eventos adversos debido a caídas intrahospitalarias en pacientes pediátricos.
- Elaborar recomendaciones a familiares, cuidadores y/o profesionales.
- Describir las caídas más frecuentes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se realiza una revisión de los eventos notificados en el observatorio de seguridad del paciente, relacionados con caídas en los años 2014 y 2015 obteniendo un incidencia del 8,33% y 11,76%.

Las caídas más frecuentes, se agrupan en :
- Caídas accidentales a padres-cuidadores.
- Pacientes ingresados con patologías de origen neurológico.
- Pacientes en fase de recuperación anestésica.
- Caídas propias en el desarrollo de la deambulación del niño o niña.

Para los familiares/cuidadores: se elabora y entrega un díptico con recomendaciones. Para el profesional:
- Realizar la valoración de riesgo de caídas.
- Entregar e informar al cuidador sobre el díptico.
- Notificar el incidente si llegara a producirse.
- Controlar las barreras de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Es importante formar a los profesionales de la salud en la intervención de la disminución de riesgos de caídas en pacientes pediátricos para evitar las posibles complicaciones que puedan derivar de estas.

6 Bibliografía

- Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía.Consejería de Salud: http://observatorioseguridaddelpaciente.es;
- Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caída en el sistema sanitario público de Andalucía.
- Comité operativo para la Seguridad del paciente. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2009.

Capítulo 488

IMPORTANCIA DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA EL DESARROLLO DE UN TRABAJO DE CALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO

PILAR GRANDA ALONSO

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

En estos últimos años se ha podido observar un incremento en los avances tecnológicos con especial impacto en el ámbito sanitario. Es por ello que el uso adecuado de las nuevas tecnologías y su correcta aplicación a los cuidados de enfermería podrían suponer un gran avance tanto para la profesión como para la mejora de los pacientes, la continuidad de sus cuidados y su calidad de vida. (1) Los pacientes, conscientes de la existencia de estos avances tecnológicos, cada vez son más demandantes de su uso puesto que saben que su utilización supone una mejora en la calidad de la atención recibida. Por este motivo se trata de un tema de actualidad que cada vez tiene mayor repercusión. (2)

Acorde con el estudio "Los Ciudadanos ante la e-Sanidad" realizado en 2012 por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI, el 86,6% de los participantes en la encuesta conocen la existencia de la teleasistencia como método de contacto a distancia entre el personal sanitario y los pacientes. (3) Estas nuevas tecnologías suponen un avance en varios ámbitos como son seguimiento de los pacientes en el domicilio, en el hospital y en Atención Primaria, telerehabilitación

y formación de los profesionales sanitarios y de los pacientes en su autocuidado. (4)
Aunque en España este campo de las nuevas tecnologías se encuentra aún en desarrollo, en algunos lugares de EEUU ya hay personal de enfermería que hace uso de sus teléfonos móviles como ayuda en la práctica clínica. Esta evolución en el desarrollo de la profesión enfermera podría suponer un avance y una mejora en la calidad asistencial. (4)

Inicio de las nuevas tecnologías aplicadas a la salud:
El término telemedicina se acuñó en la década de 1970 y significa "curar a distancia", introduciendo así el uso de las TICs y aumentando el acceso remoto a información médica. (5) La Organización Mundial de la Salud lo describe como: "distribución de servicios de salud en la que la distancia es un factor crítico, donde los profesionales de la salud usan información y tecnología de comunicaciones para el intercambio de información válida para el diagnóstico y evaluación, y para la educación continuada de proveedores de salud pública, todo ello en interés del desarrollo de la salud del individuo y su comunidad." (5) Las aportaciones de estos nuevos hallazgos responden y se adaptan a los cambios en las necesidades de salud y al contexto sociodemográfico. (5)

La utilización de la telemedicina se remonta a mediados del siglo XIX cuando los datos eran transmitidos por teléfono. La telemedicina como hoy la conocemos comenzó en los años 1960 a manos de los sectores militares y tecnología espacial. (5) En la actualidad, el crecimiento y alcance de la población general a estos servicios tecnológicos ha permitido uno de los mayores avances de la telemedicina, creando así nuevas posibilidades de atención en el ámbito de la salud. (5) A su vez Arthur M. House, uno de los pioneros de la telemedicina, la describió como: "la aplicación de las nuevas tecnologías de la información a la asistencia sanitaria a distancia. Con la telemedicina podemos estar donde el paciente nos necesita y sin movernos de nuestro hospital, aunque unos y otros estemos incluso a miles de kilómetros de distancia." (6)

Para concluir, podemos definirla como cualquier acto sanitario, sin contacto físico directo entre el profesional y el paciente, mediante el uso de la tecnología. Por tanto la telenfermería consistiría en realizar actos y controles enfermeros sin contacto físico directo con el paciente. (5,6)

Desarrollo de las tecnologías de información y comunicación (TICs): el desarrollo de las tecnologías aplicadas en el ámbito de la enfermería en los últimos años, se atribuye al envejecimiento de la población, un incremento de las enfer-

medades crónicas, la necesidad de disminuir los gastos de la asistencia sanitaria, un aumento de población inmigrante y el deseo de proporcionar una asistencia universal. Todo esto ha generado una presión asistencial que hace que la enfermería se haya visto obligada a subirse al carro de las nuevas tecnologías. (2)

Una de las grandes ventajas que se puede atribuir a la implementación de las TICs en la salud, tiene que ver con aquellos núcleos poblacionales más alejados y peor comunicados que tendrían la posibilidad de recibir una mayor atención y asistencia gracias al avance de las TICs, de forma que se reduce de manera considerable la desigualdad social y territorial. (2) Sin embargo, el uso de las tecnologías también tiene sus limitaciones y dificultades de implementación. Por ejemplo, quedaría excluido aquél sector de la población sin recursos tecnológicos. (2) Por otro lado, existe una parte de los usuarios que se encuentran insatisfechos con este creciente desarrollo de la teleasistencia debido a que perciben que existe más interés en disminuir costes que en procurar a los usuarios cuidados de calidad. (7)

El desarrollo de las TICs se ha incrementado de manera masiva durante los últimos años por lo que es necesaria una clasificación de las mismas respecto a modelos y ámbitos de aplicación. (7) Independientemente del modelo, el uso de esta tecnología compensa la distancia física presente en este tipo de relación enfermera-paciente. A su vez, esta relación puede ser de naturaleza reactiva si es el profesional sanitario es el que comienza con la "teleasistencia'' o proactiva si en cambio es el paciente el que la demanda. Si están implicadas ambas situaciones, proactiva y reactiva, se genera un modelo mixto. (7)

Larson-Dahn propuso un modelo de "Práctica de la TeleEnfermería'' en el que manifiesta la dificultad a la hora del uso de los telecuidados y a su vez refleja tres dominios: la relación existente entre la enfermera, paciente y el problema de salud; el proceso de cuidado mediante dispositivos telefónicos y los medios empleados para la prevención de la salud. Define también que los elementos básicos del proceso de cuidado telefónico son fundamentalmente la valoración, la comunicación, el empleo tanto de las competencias clínicas como de la experiencia, la toma de decisiones compartida, la división de recursos y la valoración de los resultados finales. (8)

Por otra parte, Hunter establece una serie de principios clave que se deben dar en una relación de cuidados telefónica proactiva:
- Asistencia continuada, las 24 horas del día, de un profesional sanitario de soporte.

- Seguimiento constante del paciente, como mínimo una vez a la semana.
- En las llamadas telefónicas se debe ofrecer posibles soluciones a los problemas planteados, empatía, educación para la salud, reconocimiento y recompensa de logros, estimulación y medidas anticipatorias para posibles sucesos futuros. (7)

En la actualidad, se están desarrollando distintas iniciativas para impulsar el crecimiento de las tecnologías de la información en los cuidados. Estas se están desarrollando desde distintas vertientes. En el año 2000 el Insalud desarrolló, a través del Gobierno de España, la Iniciativa Info XXI por la cual mediante una serie de programas y medidas se impulsa el desarrollo de la Sociedad de la Información en España y su acercamiento a la población a través de la creación de soportes informáticos que facilitan el acceso a la información. Mediante este proyecto se pretendía tener informado al ciudadano en prevención, promoción y tratamiento de enfermedades mediante la elaboración de guías de las enfermedades más prevalentes. (7)

Además, son muchos los avances que ya se utilizan en la práctica clínica diaria. Entre ellos se encuentran los siguientes:
- La monitorización, un medio para controlar a distancia a los pacientes y sus constantes vitales. Se utiliza tanto en ambiente hospitalario en unidades de cuidados intensivos y urgencias, como en ámbito domiciliario en pacientes con enfermedades crónicas, seguimiento de procesos postoperatorios y apoyo a programas de cuidados paliativos. (10)
- Otra gran herramienta de ayuda utilizada sobre todo en Atención Primaria es la Historia Clínica Informatizada (HCI). Esta permite el acceso a la información clínica del paciente a través de sus datos personales de forma que el personal sanitario puede realizar una continuidad en los cuidados. La HIC guarda todos los procedimientos, técnicas diagnósticas, juicios clínicos y resultados del paciente. Esto permite al personal de enfermería la continuidad de los cuidados desde cualquier ámbito, además de una información clínica más completa. (1)
- Los pacientes se benefician también directamente de los avances tecnológicos con la existencia de los sistemas de video interactivos, mediante los cuales pueden comunicarse con el personal sanitario y acordar una videoconsulta para resolver dudas o problemas que se les planteen. Los niños y los pacientes crónicos son la población más demandante de este servicio favoreciendo así el autocuidado y la participación de las familias en los mismos. (11)
- La telerehabilitación, uno de los avances menos conocidos por la población, permite el seguimiento de los pacientes en su domicilio a través de programas de ordenador conectados con el hospital. Los resultados son vistos tanto por médi-

cos como enfermeras para verificar el progreso y la correcta realización de los ejercicios propuestos. (4)
- Tampoco es conocido el uso de aplicaciones móviles relacionadas con la salud (Apps), conocidas como Mobile Health (mHealth). Según la OMS: "mHealth es la práctica de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles como teléfonos móviles, dispositivos de monitorización de pacientes, asistentes personales digitales y otros dispositivos inalámbricos." (12)

Antonio González, director ejecutivo de la editorial Wake App Health sobre aplicaciones relacionadas con la salud, propone una clasificación de las mismas en cuatro grupos:
- Apps teóricas: atlas de anatomía, farmacología, etc.
- Apps que contienen herramientas de ayuda para el profesional enfermero: calculadora médica, IMC, etc.
- Apps que conectadas a otro dispositivo pueden determinar constantes vitales.
- Apps de interacción entre la enfermera y el paciente. (4)

2 Objetivos

- Conocer las herramientas de nuevas tecnologías aplicadas a los cuidados de enfermería en el ámbito hospitalario y de atención primaria (AP) y sus resultados en salud.

3 Metodología

Revisión bibliográfica realizada mediante la búsqueda de artículos originales en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Scielo, Cinahl y Cuidatge de enero a diciembre de 2019. Para la estrategia de búsqueda en la base de datos Pubmed se utilizaron los términos de los tesauros Medical Subject Headings [MeSH] y DeCS: Tesauro MeSH (telenursing, quality of health care, quality of life, education, humans), Tesauro DeCS (nuevas tecnologías, relaciones profesionales, comunicación, práctica clínica y resultados en salud). Los operadores booleanos "AND" y "OR" fueron utilizados para precisar las búsquedas y recuperar todas las publicaciones en las bases de datos.

De acuerdo a los filtros fueron seleccionados artículos originales publicados en español o inglés y respecto a la tipología del trabajo se seleccionaron: ensayos clínicos con resultados objetivos, revisiones bibliográficas y estudios observacionales.

Se escogieron artículos con un rango de publicación de 5-10 años de antigüedad que contaran con resumen (abstract) y texto completo. Uno de los artículos fue encontrado a través de búsqueda inversa a partir de la bibliografía seleccionada en Pubmed.

A partir de la revisión del título y resumen (primera lectura) de los 159 artículos recuperados, fueron seleccionados 34 artículos, por guardar relación con el objetivo principal de este trabajo. Tras una segunda lectura en la que pudimos analizar los artículos completos, finalmente fueron seleccionados 15 artículos para incluir en esta revisión. Finalmente han sido seleccionados 15 artículos y todos ellos son de metodología cuantitativa. Según la clasificación de los diseños desde el paradigma cuantitativo, hay un estudio descriptivo longitudinal, una revisión bibliográfica y un estudio descriptivo observacional exploratorio. Los restantes 12 son estudios analíticos. Los doce artículos analíticos son experimentales, de los cuales 8 son ensayos clínicos aleatorizados y controlados y 4 experimentales puros con diseño pretest-postest.

4 Resultados

De acuerdo a los resultados de los artículos, estos han sido clasificados según las siguientes líneas temáticas:
- Artículos que plantean mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de servicios de telenursing y nuevas tecnologías.
- Artículos que permiten una mejora de la práctica clínica para los profesionales sanitarios.

TICs y calidad de vida de los pacientes:
- Sherrard et al. (14) realizaron un Ensayo clínico controlado y aleatorizado cuyo objetivo era determinar si los pacientes con Síndrome Coronario Agudo (ACS) recibían mejor cuidado terapéutico tras el alta utilizando un nuevo programa de respuesta de voz interactiva en comparación con los pacientes que recibían la atención habitual. El sistema de llamada automática o respuesta de voz interactiva (IVR) ya había sido utilizado en pacientes con Insuficiencia Cardiaca Congestiva demostrándose que se disminuían las tasas de reingreso. Los pacientes recibían llamadas telefónicas automáticas realizadas por el sistema IVR que contaban con una serie de preguntas preestablecidas. Esto permitía a los pacientes responder a las preguntas, recibir información sanitaria o solicitar servicios de atención. Este dispositivo funcionaba con un sistema de reconocimiento de voz y tras realizar la entrevista a los usuarios registraba las respuestas en una base

de datos clasificándolas según necesitasen una llamada de intervención realizada por una enfermera o no.

La muestra elegida para el estudio fue dividida en dos grupos, el grupo experimental que recibió la intervención IVR y el grupo control que recibió el cuidado habitual. Los pacientes incluidos en el grupo de la intervención IVR recibían una llamada al mes, tres, seis, nueve y doce meses tras el alta hospitalaria con una duración de cinco-ocho minutos. El sistema establecía al azar la hora de llamada en tres periodos y se realizaban un máximo de tres intentos en cuarenta y ocho horas. Cuando uno de los pacientes no era localizado, era la enfermera y no el programa IVR, la que hacía tres intentos de comunicarse con el paciente mediante una llamada de teléfono.

Cada día, una de las dos enfermeras entrenadas en utilizar el dispositivo IVR revisaba la base de datos de llamadas. Estos protocolos de llamada fueron desarrollados por un equipo multidisciplinar para guiar a las enfermeras en las respuestas estandarizadas. Para cada paciente, la base de datos contenía información personal, los cinco mejores tratamientos farmacológicos, la lista de preguntas y respuestas, intentos de llamadas hechas por el sistema, incluyendo la razón de no haber contestado y la documentación de enfermería. Los pacientes incluidos en el grupo control que obtuvieron la atención estándar tras el alta hospitalaria, recibieron una llamada a los doce meses por parte de la enfermera para determinar el cumplimiento terapéutico, el número de visitas no planificadas al médico y reingresos.

Como resultados, hubo diferencias estadísticamente significativas en el grupo IVR frente al grupo control en cuanto al cumplimiento terapéutico, la disminución de efectos adversos y la reducción de visitas no programadas al médico de Atención Primaria. Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las visitas a urgencias y la hospitalización entre los dos grupos. El 85% de los pacientes del grupo IVR afirmó que volvería a usar este sistema y el 90% de ellos confirmó que se trataba de una buena manera de realizar el seguimiento sobre el progreso de los pacientes. Como conclusión, este estudio demuestra que el sistema IVR puede ser una tecnología eficaz para mejorar la adhesión al tratamiento médico.

- Amoako et al. (15) elaboraron un Ensayo clínico controlado aleatorizado cuyo objetivo era evaluar una intervención telefónica para reducir la incertidumbre relacionada con el autocuidado en la diabetes. Este estudio se llevó a cabo con mujeres afroamericanas ya que existen diversas investigaciones que indican que

tienen un número desproporcionado de complicaciones relacionadas con la enfermedad que podrían estar atribuidas al autocuidado. Los principales componentes del autocuidado en esta enfermedad son la medicación y la insulina, la dieta, el ejercicio y la auto-monitorización de la glucosa en sangre. Estos requieren cambios de estilo de vida difíciles por lo que la diabetes es una de las enfermedades crónicas más exigentes a nivel psicológico y conductual.

Para llevar a cabo el estudio, se realizaron dos grupos: el grupo experimental, que recibió la intervención durante cuatro semanas y el grupo control, que recibió el cuidado habitual. La intervención fue diseñada para abordar las cuestiones y preocupaciones relacionadas con el autocuidado de la diabetes y se centró en cuatro aspectos: diagnóstico y pronóstico, tratamiento, síntomas y efectos secundarios. La intervención fue llevada a cabo por una enfermera afroamericana especialista en geriatría y con experiencia clínica en la gestión de la enfermedad. Durante cuatro semanas los participantes recibieron llamadas telefónicas una vez por semana en las que se les hacía una entrevista clínica semiestructurada que incluía preguntas abiertas. Estas llamadas constaban de diez minutos a una hora de duración, dependiendo de la voluntad de la mujer para expresar sus preocupaciones, identificar problemas y hablar sobre las intervenciones realizadas. Se animó a las mujeres a realizar llamadas telefónicas a la enfermera en caso de ser necesario. Las mujeres pertenecientes al grupo experimental recibieron información y recursos para aumentar el conocimiento de la diabetes y su autocuidado; así como estrategias de resolución de problemas destinadas a definir el problema, generar soluciones, elegir, planificar y llevar a cabo la solución seleccionada. Además, se envió por correo información de diversos temas de la enfermedad, extraída del plan de estudios de la Asociación Americana de Diabetes.

Los participantes del grupo control recibieron la atención habitual, que incluía las visitas a Atención Primaria y a distintos especialistas (podólogo, oftalmólogo), reuniones de grupos de apoyo y clases para el manejo de la diabetes. El ejercicio, el ajuste psicosocial, la dieta, el cuidado de los pies y el tratamiento farmacológico mejoraron en el grupo de la intervención. En cuanto a las glucemias hubo una mínima diferencia entre ambos grupos. Una de las mayores limitaciones de este estudio es que no se utilizó el valor de la hemoglobina glicosilada (prueba que se utiliza para saber si el control de la enfermedad ha sido bueno durante los últimos tres-cuatro meses) como medida de resultado para evaluar la efectividad de la intervención.

- Cook et al. (17) realizaron un Estudio experimental pretest-postest con el ob-

jetivo de evaluar la eficacia de un programa de asistencia telefónica basado en el apoyo psicológico para mejorar así la adherencia al tratamiento en pacientes portadores del virus VIH. Para personas con la enfermedad de VIH, mantener la adherencia a la terapia antirretroviral sigue siendo un reto para prevenir la resistencia viral y el fracaso del tratamiento. Acorde con varios estudios, solo un 50- 70% de las personas realizan una buena adherencia al tratamiento durante los primeros seis meses. Para llevar a cabo el estudio, profesionales de enfermería que trabajaban en un centro de atención telefónica enfermera proporcionaron asesoramiento telefónico a pacientes que estuvieran tomando una combinación de dosis fija de tratamiento farmacológico para el VIH (lopinavir/ritonavir) durante un periodo de seis meses.

Participaron en el estudio personas con VIH de todo Estados Unidos que fueron reclutados por su médico de referencia o por ellos mismos gracias a un folleto informativo que fue distribuido en los centros de atención de VIH. Durante el contacto inicial con el programa, 77 participantes (78,6%) fueron clasificados con riesgo alto de no adherencia al tratamiento mediante la utilización de un algoritmo de predicción que había sido desarrollado previamente. Los pacientes seleccionados como de bajo riesgo recibieron una llamada de seguimiento a los seis meses, mientras que los participantes de mayor riesgo recibieron cuatro llamadas durante el tiempo que duró la intervención. Se animó a los participantes a elegir las horas de llamadas más convenientes para ellos.

Diez enfermeras fueron formadas para llevar a cabo la intervención telefónica. Una de ellas tenía experiencia clínica previa con personas con la enfermedad mientras que el resto eran expertas en otros ámbitos clínicos pero poseían también cierto nivel de experiencia en el cuidado de estos pacientes y habían administrado tratamiento antirretroviral con anterioridad. Fueron capacitadas para desarrollar estrategias de entrevista motivacional para estimular a los participantes a llevar a cabo estrategias de resolución de problemas y mejorar la adherencia al tratamiento. Además, todas recibieron formación sobre el mecanismo de acción del lopinavir/ritonavir, sus características y beneficios así como los posibles efectos adversos.

Después de cada llamada telefónica, las enfermeras enviaron por correo electrónico a los participantes información para reforzar los temas tratados. A su vez, los profesionales sanitarios habituales de cada paciente recibieron información escrita sobre el progreso del paciente. Durante cada conversación, la enfermera preguntó a los participantes acerca de los motivos del incumplimiento terapéu-

tico, y los factores más registrados fueron: coste del tratamiento, logística (falta de transporte, incomodidad), olvidos a la hora de tomar la medicación, preocupación por los efectos adversos y creencias negativas sobre el tratamiento. Antes de la intervención, el 88,8% de los participantes cumplían con la adherencia al tratamiento. Al finalizar el estudio, el porcentaje de pacientes que cumplieron con la adherencia al tratamiento antirretroviral fue del 92,9%.

- Ramelet et al. (21) elaboraron un Ensayo clínico controlado y aleatorizado con 56 niños con enfermedad reumática inflamatoria, que comparará los efectos de unos cuidados estándar frente a consultas de teleenfermería. La teleenfermería en los cuidados de estos niños es un método nuevo que permite realizar, por parte de enfermeras especializadas, un cuidado individualizado en el que a través del servicio telefónico es posible facilitar información tanto a pacientes como a sus familias. Así como establecer una mejor relación terapéutica, identificar problemas, solucionarlos en colaboración con el paciente y planificar alternativas adecuadas.

El objetivo principal del estudio consistirá en registrar la satisfacción del usuario a través de la intervención. Como objetivos secundarios se plantean mejorar la calidad de vida, la adherencia al tratamiento, el coste y hacer un mayor uso del servicio de teleenfermería. Se busca asegurar la continuidad de los cuidados de estos niños por vía telefónica para proporcionar apoyo afectivo, información en cuidados de salud y ayudar en la toma de decisiones.

El grupo experimental se expondrá ante una consulta presencial con médico y enfermera y seguidamente recibirá una llamada telefónica al mes durante 12 meses. A su vez, se les proporcionará un número de teléfono para llamar si fuera necesario de forma que la enfermera especialista en telenursing respondería a todas sus dudas. El grupo control recibirá cuidados estándar según el grado de afectación de su enfermedad. También estos pacientes tendrán una consulta con médico y enfermera que se repetirá una vez cada tres meses. Se les facilitará el número de la clínica externa por si quisieran llamar pero no serían atendidos por enfermeras especialistas en telenursing como en el grupo experimental.

Las llamadas telefónicas serán registradas de forma que se realizará un checklist asegurando que los elementos de la intervención se faciliten correctamente. Se esperan obtener resultados estadísticamente significativos en cuanto a conocer las necesidades de los niños y las familias con esta enfermedad, que es lo más importante para poder ayudarlos en sus cuidados. Así como un alto grado de satisfacción con la intervención realizada.

- Reinius et al. (23) llevaron a cabo un Ensayo controlado aleatorizado de 1 año de seguimiento, cuyo objetivo fue estudiar los efectos de una intervención telefónica enfermera en cuidados de enfermería y autocuidados en pacientes identificados como frecuentadores del servicio de emergencias. También se estudió la satisfacción de los pacientes, la mortalidad en el grupo de estudio y las intervenciones específicas realizadas. La hipótesis propuesta fue que los pacientes que recibieran la intervención reducirían las visitas al servicio de urgencias en comparación con aquellos que no la recibieran.

Se decidió incluir a pacientes con 3 o más visitas al hospital Karolinska University Hospital durante los últimos 6 meses antes de realizar el estudio. La muestra fue de 163 pacientes de los cuales 106 (80%) fueron seleccionados para el grupo experimental y 57 (20%) para el grupo control. No hubo diferencias significativas respecto a la edad, sexo, tipo de enfermedad y frecuentación del servicio de urgencias entre los dos grupos. Las enfermeras tuvieron contacto con los pacientes cada 11 días vía telefónica, llevando control de unos 50-75 pacientes. 146 llamadas fueron analizadas y clasificadas en conversaciones motivacionales, referentes al autocuidado y educación para la salud mayoritariamente.

La intervención muestra resultados estadísticamente significativos, reduciéndose no solo el número de visitas a los servicios de emergencia sino también los días de estancia en los mismos cuando era necesario acudir en el grupo experimental frente al control. De igual manera se objetivó un aumento en la satisfacción de los pacientes gracias a la intervención. La mayor limitación que se dio fue la no-participación por lo que la muestra era pequeña, limitando así la representatividad de los resultados del estudio. También deberían tenerse en cuenta variables potencialmente confusoras como características socioeconómicas y accesibilidad a los servicios sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Esta revisión bibliográfica es de especial interés para los profesionales de enfermería ya que en algunas ocasiones no son conscientes de aquellos recursos disponibles que ofrecen buenos resultados de salud y satisfacción en los pacientes. El incremento de las TICs en los ámbitos de la atención asistencial y concretamente de la Atención Primaria mediante la utilización de la telenfermería se puede desarrollar desde dos puntos de vista. Puede plantearse como una estrategia con carácter proactivo a través del refuerzo del autocuidado del paciente y del seguimiento de grupos de riesgo; o con carácter reactivo mediante la oferta

de cuidados a distancia. (2)
Es por ello que cada vez las TICs cobran más importancia, ya que suponen una mayor cobertura asistencial. (2) En el Libro Blanco de la Comisión de las Unidades Europeas se recoge el plan estratégico para la Unión Europea 2008-2013 que plantea que el uso de las nuevas tecnologías revolucionará el sistema de salud tal y como lo conocemos. (13) La sanidad electrónica, la genómica y la biotecnología pueden mejorar la prevención y hacer la Atención Primaria más activa, mejorando la seguridad y la movilidad de los pacientes. Para llevar esto a cabo es necesario formar tanto a pacientes como a profesionales. (2)

Debido a que la apuesta por el desarrollo de las tecnologías emergentes aplicadas a la salud por parte de instituciones, profesionales y pacientes, parece clara, es necesario identificar aquellas aplicaciones o herramientas de mayor éxito en resultados en salud y satisfacción en los usuarios, así como sus limitaciones. En los tiempos de crisis actual, el desarrollo de las tecnologías puede suponer un ahorro en costes, pero los profesionales requieren del conocimiento de la efectividad y aplicabilidad de estos recursos, por ello consideramos suficientemente justificado el objeto de la presente revisión.

Como se ha mencionado anteriormente, lo que tienen en común la mayoría de los artículos seleccionados para esta revisión es que las nuevas tecnologías suponen un gran avance para los profesionales de enfermería a la hora de proporcionar cuidados y por tanto también para la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, debemos tener en cuenta que las tecnologías emergentes facilitan y complementan nuestro trabajo pero no tenemos que dejar que éstas sustituyan al personal enfermero. Siendo estas una herramienta motivadora puesto que ofrece resultados positivos y aprendizaje para el personal.

Desde nuestra experiencia y tras la realización de este trabajo, pensamos que el uso de nuevas tecnologías en el ámbito de la Enfermería es un campo en el que se debe seguir desarrollando e investigando en el futuro ya que como hemos comprobado con la mayoría de artículos incluidos en la revisión, estas son beneficiosas tanto para los que realizan el cuidado como para los que lo reciben. Es necesario potenciar en España la utilización de los recursos tecnológicos que se nos ofrecen a partir del conocimiento de los que ya se están utilizando en la actualidad. Es por ello, que se ve necesario la realización de trabajos de investigación que visibilicen los resultados de la aplicación de las TICs en salud.

6 Bibliografía

- 1. Galimany Masclans J, Lluch Canut T. Enfermería y nuevas tecnologías. Proyecto de investigación para evaluar la percepción del profesional de enfermería en relación a la utilidad de la historia clínica informatizada en la atención primaria de salud: objetivos. Nursing [Internet]. 2016;28 (2):1-3.
- 2. Girbau García MR, Galimany Masclans J, Salas Miravitlles K. Cuidados de enfermería y las tecnologías de la información y la comunicación. Nursing [Internet]. 2016;28 (1):1-4.
- 3. Hernando Martín I, Polo Sanz P, Vázquez Martínez R, García Otero A. Los Ciudadanos ante la e-Sanidad. ONTSI [Internet]. 2012
- 4. Ramírez C. Nuevas tecnologías en Sanidad: el mHealth y las Apps de salud. Los grandes aliados de la Enfermería. Tribuna Sanitaria [Internet]. 2016;(270):4-6.
- 5. Telemedicine Opportunities and developments in Member States [Internet]: World Health Organization; 2010.
- 6. Sánchez M. "Estamos donde el paciente nos necesita y sin movernos". El País [Internet]. 2000
- 7. Plan de Telemedicina Del Insalud [Internet] Madrid: Insalud; 2000.
- 8. Larson-Dahn M. Telephone nursing practice model framework for role expansion across the continuum of care. JONA. 2000; 30(11): 519-523.
- 9. Miguel Morales JM. Telecuidados: Una opción Efectiva y Accesible [Internet] Andalucía: Junta de Andalucía Conserjería de Salud; 2007.
- 10. Enferurg.com [Internet]. Santiago de Compostela: Enferurg; 2002.
- 11. Mendoza Quiroga A. El Rol de la Tecnología en el Cuidado de Enfermería. SM. 2006; (4): 1-11.
- 12. World Health Organization [WHO]. MHealth: New Horizons For Health Through Mobile Technologies [Internet]. Volume 3. 2011.
- 13. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. 2004
- 14. Sherrard H, Duchesne L, Wells G, Kearn S.A, Struthers C. Using interactive voice response to improve disease management and compliance with acute coronary syndrome best practice guidelines: A randomized controlled trial. Canadian Journal of Cardiovascular Nursing. 2015; 25(1), 10-15.
- 15. Amoako E, Skelly AH, Rossen EK. Outcomes of an Intervention to Reduce Uncertainty Among.
- 16. Cook PF, Emiliozzi S, El-Hajj D, Mccabe MM. Telephone Nurse Counseling for medication adherence in ulcerative colitis: A preliminary study. Patient Education and Counseling. 2010; 81:182-186.

- 17. Cook PF, McCabe MM, Emiliozzi S, Pointer L. Telephone Nurse Counseling Improves HIV Medication Adherence: An Effectiveness Study. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 2009; 20 (4): 316-325.
- 18. Fincher L, Ward C, Dawkins V, Magee V, Wilson P. Using Telehealth to Educate Parkinson's Disease Patients About Complicated Medication Regimens. Journal of Gerontological Nursing. 2009; 35 (2):16-24.
- 19. Mohd Tahir N, Al-Sadat N. Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices?: A randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2013; 50:16- 25.
- 20. Bosworth HB, Powers BJ, Olsen MK, McCant F, Grubber J, Smith V et al. Home Blood Pressure Management and Improved Blood Pressure Control: Results From a Randomized Controlled Trial. Arch Intern Med. 2011; 171(13):1173-1180.
- 21. Ramelet AS, Fonjallaz B, Rapin J, Gueniat C, Hofer M. Impact of a Telenursing service on satisfaction and health outcomes of children with inflammatory rheumatic diseases and their families: a crossover randomized trial study protocol. BMC Pediatrics. 2014; 14 (151):1-12.
- 22. Petitte TM, Narsavage GL, Chen YJ, Coole C, Forth T, Frick KD. Feasibility Study: Home Telemonitoring for Patients With Lung Cancer in a Mountainous Rural Area. Oncol Nurs Forum. 2014; 41 (2):153-161.
- 23. Reinius P, Johansson M, Fjellner A, Joachim W, Öhlén G, Edgren G. A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors. European Journal of Emergency Medicine. 2013; 20(5):1-8.
- 24. Celik S, Cosansu G, Erdogan S, Kahraman A, Isik S, Bayrak G et al. Using mobile phone text messages to improve insulin injection technique and glycaemic control in patients with diabetes mellitus: a multi-centre study in Turkey. Journal of Clinical Nursing. 2014; 24:1525- 1533.
- 25. Núñez Acosta E, Tabuenca Archilla B. Impacto de la Guía Diagnóstica Móvil: Sobre el aprendizaje del lenguaje enfermero normalizado. Rev ROL Enferm. 2016; 39(3):168-175.
- 26. Williams LM, Hubbard KE, Daye O, Barden C. Telenursing in the Intensive Care Unit: Transforming Nursing Practice. Critical Care Nurse. 2012; 32(6):62-69.
- 27. Stacey D, Skrutkowski M, Carley M, Kolari E, Shaw T y Ballantyne B. Training Oncology Nurses to Use Remote Symptom Support Protocols: A Retrospective Pre-/Post-Study. Oncology Nursing Forum. 2015; 42 (2):174-182.
- 28. Vialart Vidal MN. Telenfermería. Traspasando las fronteras. Rev Cubana Enferm. 2013; 29 (2):134-144.

- 29. Crego A. Un problema estadístico: tamaño de la muestra y potencia de la prueba [Internet]. Madrid; 2013
- 30. Gil L. Impacto de las redes sociales en el sector salud. Social media en investigación [Internet]. Madrid; 2015
- 32. Orellana Yañez A, Paravick Klijn T. Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. Ciencia y Enfermería XIII. 2007; 13(1): 17

Capítulo 489

HIGIENE DE LA BOCA EN PACIENTES ENCAMADOS

VANESA PRIETO PEREZ

1 Introducción

Uno de las tareas de los sanitarios es el lavado de la boca del paciente encamado proporcionándole al paciente las mejores medidas de higiene y tratando de evitar posibles infecciones. El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es el encargado de tal función y es por tanto, dada su relevancia, motivo de desarrollo de este capítulo.

2 Objetivos

- Establecer los pasos necesarios para el lavado bucal a pacientes conscientes e inconscientes, en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Paciente consciente:
Nos lavaremos las manos con agua y jabón y nos colocaremos los guantes de un solo uso. Se Preparará el material y se acercará junto al paciente. Si el paciente es autónomo, le informaremos del proceso y le facilitaremos el material necesario para que se realice él mismo la higiene.
- En pacientes conscientes, pero que precisan ayuda, obraremos como a continuación se indica:
- Si es posible, colocaremos al paciente en la cama sentado o semi-incorporado (posición de Fowler) y si no puede incorporarse, lo colocaremos en decúbito lateral a un lado de la cama.
- Colocarle una toalla alrededor del cuello.
- Si el paciente lo tolera, cepillarle dientes, lengua y encías: usar cepillo, pasta dentífrica, seda dental en caso necesario, batea y vaso desechable.
- Enjuagar con antiséptico diluido en agua.
- En caso de que tenga prótesis dental se le limpia con un cepillo o unos comprimidos especiales para las prótesis. Se la deja en un vaso con agua fría hasta que la vuelva a utilizar.
- Dejar colocado al paciente en una postura cómoda y adecuada.
- Recoger el material utilizado, quitarnos los guantes y lavarnos las manos.

Paciente inconsciente:
- Colocar al paciente en decúbito lateral o con la cabeza girada a un lado, quitando previamente la almohada.
- Colocar debajo de su cara una toalla o riñonera.
- Con las pinzas se sujetan las torundas (éstas se forman enrollando una gasa alrededor de un depresor) y a continuación se mojan en antiséptico (escurriendo bien la gasa en los bordes del vaso).
- Limpiar bien toda la cavidad oral: dientes, lengua y paladar.
- Cambiar la torunda después de limpiar cada zona diferente.
- Secarle bien los labios con una gasa y a continuación aplicarle vaselina para que no se resequen.
- Dejar colocado al paciente en una postura cómoda y adecuada.
- Recoger el material utilizado, quitarnos los guantes y lavarnos las manos.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes encamados necesitan a la hora de realizar el aseo una serie de cuidados específicos por parte del TCAE como es el aseo de la boca, proporcionándole un clima de confianza y confort en todo momento. El cuidado oral garantiza una buena salud oral ademas contribuye a la prevención de enfermedades ya mejorar la calidad de vida.

Se puede concluir que un buena higiene oral hace que el paciente prevenga infecciones y enfermedades bucales proporcionándole una mejor calidad de vida y una mejor calidad de vida sobre todo a la hora de comer. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Salud dental para todos. Cuidado de las prótesis dentales. [Citado el 27 de abril de 2005]. [Una página]. Disponible en: www.sdpt.net/dentaduraspostizas.htm
- Auxiliares Técnicas y Protocolos. Cuidado de la boca. [Citado: 16 de noviembre de 2004]. Disponible en: http/www.enfersalud.com
- Pérez, E.Y Fernández A. Auxiliar de enfermería .Técnicas básicas de enfermería. Higiene del medio hospitalario y limpieza del material. Mc. Graw Hill. 3ª Edición. Madrid 2001. Pág. 73-74.
- Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. 2001.

Capítulo 490

LA ALIMENTACIÓN AL PACIENTE ENCAMADO HOSPITALIZADO

VANESA PRIETO PEREZ

1 Introducción

La alimentación de los pacientes encamados es una tarea que se debe hacer con cuidado y tomándose el tiempo que cada paciente necesite. Debemos conocer las condiciones físicas y mentales de la persona, es por ellos que el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe estar bien formado, ofreciendo cuidados de calidad y por supuesto, mantener el correcto estado nutricional del paciente.

2 Objetivos

- Establecer las recomendaciones sobre la alimentación del paciente encamado en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando un paciente necesita ayuda para comer lo primero que debemos hacer es informarle que le vamos ayudar a darle la comida. Debemos comprobar su nivel de consciencia y que la dieta sea la prescripta. Nos lavaremos las manos y le pondremos un babero al paciente. Si no hay ninguna contraindicación lo pondremos en la posición de semisentado. Le daremos la comida en cantidades pequeñas. Deberemos de interrumpir la tarea si el paciente no la tolera, vomita o se atraganta. Ofrecerle líquidos si precisa. Al finalizar retiraremos la bandeja le limpiaremos la boca al paciente. Registraremos el procedimiento y dejaremos al paciente unos 20 minutos semisentado para ayudarlo a hacer la digestión.

Una dieta balanceada con hidratos de carbono, grasas, proteínas, minerales, vitaminas y agua es necesaria para mantener la vida, permitir el funcionamiento normal del organismo y favorecer el desarrollo. Asimismo, los productos lácteos, las frutas, vegetales, carnes y pan integral son alimentos que contienen elementos nutritivos esenciales, y el déficit en su consumo pudiese provocar anemia, debilidad, fragilidad ósea, infecciones, afecciones gingivales, caída de los dientes y depresión.

La buena nutrición ayuda a los pacientes a luchar contra su enfermedad. Por eso, los que están hospitalizados y en especial los que lo están en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), que no pueden alimentarse por vía oral deben tener una nutrición especializada y complementaria mediante sondas y vía intravenosa.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que la alimentación es indispensable para la recuperación del paciente y es por ello que el estado proteico debe ser mantenido con una alimentación sino oral, enteral o parenteral. Esto requiere formación y profesionalidad por parte de todo el equipo sanitario. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 491

AFRONTANDO EL DUELO.

ANA MARIA MENENDEZ MENENDEZ

1 Introducción

El duelo se puede definir como el proceso que se atraviesa emocionalmente hasta volver a la normalidad después de la muerte de un ser querido, ya que, constituye un cambio irreversible en la vida de la persona que lo afronta. También existe el mismo proceso cuando desaparece de nuestra vida una cosa muy valorada, un estatus, etc. Tiene una duración variable aproximadamente unos dos años y se considera finalizado cuando la persona ya no siente dolor al hablar del fallecido. Se producen reacciones físicas, psíquicas y conductuales complicadas:

- Entre las manifestaciones de duelo psicológicas están la tristeza, aturdimiento, depresión, ira, sentimientos de culpabilidad, añoranza, sensación de presencia del fallecido.
- Reacciones físicas destacar el agotamiento, opresión torácica, problemas de apetito o gástricos, insomnio.
- Por último como conductuales hablamos del aislamiento social, hiperactividad, llanto frecuente, realizar actividades o visitas que hacia el fallecido.

Como consecuencia de todo esto podemos decir que el duelo se puede clasificar en relación al tiempo de duración como duelo anticipado (cuando la reacciones se manifiestan antes de la pérdida), normal o funcional, retardado (el duelo se inicia tardíamente), crónico (la persona no recupera la normalidad en su vida durante años) y patológico (aquí no se supera la pérdida, aparecen los síntomas muy agravados y hay que pedir ayuda profesional incluso farmacológica durante largos periodos de tiempo).

2 Objetivos

- Estudiar el duelo en su dimensión global, así como su afrontamiento dentro de la atención sanitaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

El objetivo principal será el afrontamiento de la situación de la forma más adecuada, con atención sanitaria si fuese preciso y se tratase de un fallecimiento inminente sería lo ideal, identificar y comprender los sentimientos para poder aceptarlos, canalizarlos y adaptarse a la nueva realidad. Siempre se deben de buscar las herramientas necesarias para afrontar esta situación, ya que cada persona es diferente y, no todas tienen la misma capacidad de superación del duelo.

La pérdida de un ser querido o un familiar da como resultado el cambio en la vida cotidiana de las personas viéndose alteradas algunas costumbres habituales. En la etapa de la vejez frecuentemente encontraremos a personas mayores que son incapaces de resolver la pérdida y en consecuencia, pueden sufrir soledad, depresión, etc. quizás por la dependencia que tenían sobre la persona fallecida.

El apoyo emocional es de suma importancia a la familia o allegados en los primeros momentos, transmitir tranquilidad, dejar que exprese sus sentimientos, intimidad, proporcionar información de los pasos a seguir tras el fallecimiento, acompañar al difunto un rato si fuese su deseo y facilitar asistencia religiosa si lo precisa. Aquí cumple un papel fundamental el equipo de enfermería, sobretodo el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) que es el primer observador directo y se encuentra en contacto muy frecuentemente con las personas que viven esta situación durante todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Durante la vida pasamos por múltiples procesos de duelo de mayor o menor intensidad: pérdida de un trabajo, ruptura de pareja, desahucio, muerte de un ser querido, etc. concluyendo el duelo tiene que entenderse como un proceso lógico, sano y natural que nos lleva a la superación y aceptación. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del individuo o de la familia, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- La Atención al Duelo en Cuidados Paliativos. Análisis de los Servicios prestados en España. Medicina Paliativa, 2016
- Técnicas Básicas de Enfermería. McMillan Education, 2015
- Worden W. El tratamiento del duelo. Paidos Ibérica, 2013

Capítulo 492

ÚLCERAS POR PRESIÓN. PREVENCIÓN

MÓNICA FONT VILLÉN

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP), son una de las complicaciones más frecuentes que aparecen paralelas a la patología del paciente ingresado, siendo también uno de los problemas que con mas frecuencia se encuentran en la práctica diaria de la enfermería. Por lo tanto, se considera que la prevención es uno de los principales objetivos en aquellos pacientes considerados de riesgo.

La UPP se se define como aquella lesión de origen isquémico producida por el daño tisular debida a la acción combinada de factores extrínsecos como son: la presión, el cizallamiento y la fricción. Además de estos factores interviene otro factor fundamental como es la relación presión-tiempo. Como consecuencia de todos estos factores, se produce una disminución del riego sanguíneo y por consiguiente una disminución del aporte de oxígeno a determinadas zonas corporales, que acabará con una degeneración rápida de los tejidos, cuya gravedad va desde un ligero enrojecimiento en la piel hasta úlceras profundas que afectan al músculo y evolucionar a necrosis del tejido afectado.

Estructura de la piel.
Está constituida por dos capas principales: la epidermis, o capa mas externas, y la dermis que es la capa más interna de las dos. Existe una tercera capa que se denomina hipodermis que en muchas partes está transformada en tejido adiposo.
- Epidermis: tiene un grosor entre 0,07 y 0,12 mm, y puede llegar a alcanzar 1,4 mm en las plantas de los pies y 0,8 mm en las palmas de las manos.

- Dermis: su grosor no puede medirse exactamente, pues se continua con la hipodermis sin que haya una frontera definida. Mas o menos su grosor seria de unos 1-2mm. En esta capa se extiende la red de vasos sanguíneos que nutre la piel y las terminaciones nerviosas que permiten captar los estímulos exteriores.: calor, frío, tacto y dolor.
- Hipodermis: es la capa situada por debajo de la dermis, formada por tejido conjuntivo, con fibras colágenas y elásticas. Esta capa tiene un número variable de células adiposas y también es recorrida por grandss vasos sanguíneos y troncos nerviosos. Contiene muchas terminaciones nerviosas.

2 Objetivos

- Analizar la prevalencia de UPP en España.
- Describir los grados de las úlceras por presión y sus localizaciones más frecuentes.
- Definir el riesgo de desarrollar una UPP.
- Conocer las escalas para valorar las UPP.
- Determinar las intervenciones necesarias para prevenir las UPP.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen diversos estudios estadísticos referentes a la epidemiología de las UPP en España, los datos utilizados para este manual han sido tomados del "4º estudio nacional de prevalencia y tendencias de Upp en España en 2013".
- Se obtuvieron 509 cuestionarios válidos, un 66,7% son de hospitales, un 21,6% de atención primaria y un 16,7% de CSS (residencias de mayores, centros de larga estancia y de cuidados paliativos).

- Las cifras de prevalencia obtenidas son: en hospitales, en adultos 7,87%; en unidades pediátricas de hospitales 3,36%; en CSS 13,41% y en atención primaria 0,44% entre mayores de 65 años y 8,51% entre pacientes en programa de atención domiciliaria.
- La prevalencia es más alta en la unidad de cuidados intensivos, llegando al 18%.
- Son úlceras por presión nosocomiales un 65,6% del total y solo un 29,4% se han producido en los domicilios.
- El mayor porcentaje de las producidas en los domicilios es de categoría 2, con un tiempo de evolución de 30 días (mediana) y un área de 6cm (mediana).

Con este estudio las conclusiones sería que la prevalencia de UPP en España no ha disminuido en 2013 respecto a años anteriores, incluso se ha duplicado en los centros CSS. En hospitales, las UCIS son las unidades con mayor prevalencia. En los CSS hay una mayor prevalencia en los privados que en los públicos. Casi dos tercios de todas las UPP son de origen nosocomial, lo que indica una falta de prevención de estas lesiones. Por lo tanto, se considera que la prevención es uno de los principales objetivos en aquellos pacientes considerados de riesgo.

Clasificación de las úlceras por presión (UPP).
- Grado I. Alteración que se observa en la piel integrada, que se manifiesta con un eritema cutáneo o un enrojecimiento que al presionar no palidece; en pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados.
- Grado II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o a ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de ampolla o cráter superficial.
- Grado III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis. Puede extenderse hacia abajo y presentarse en forma de cráter.
- Grado IV. Pérdida total del grosor de la piel con extensa destrucción, necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso o estructura de sostén (tendón, cápsula articular..). En esta fase pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

En todos los casos que proceda deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

Localizaciones más frecuentes:
- Sacro.
- Talón.
- Maléolos externos.
- Glúteos.

- Trocánteres.
- Escápulas.
- Isquion.
- Región opcipital.
- Codos.
- Crestas iliacas.
- Orejas.
- Apófisis espinosas.
- Cara interna de las rodillas.
- Cara externa de las rodillas.
- Maléolos internos.
- Bordes laterales de los piel.

Localizaciones más frecuentes de las úlceras Yatrogénicas.
- Nariz; por exposición prolongada de la mascarilla de oxígeno.
- Labios, lengua y encías; por uso inadecuado de tubos endotraqueales.
- Meato urinario; por tiempo prolongado de sonda vesical.
- Alas de la nariz; por exposición prolongada de sonda nasogástrica.
- Mucosa gástrica y rectal; por sonda nasogástrica y rectal.
- Cintura pelviana y zonas blandas; por pliegues de las sábanas.
- Muñecas y codos; en personas con contención mecánica.

Riesgo de desarrollo de las UPP.
- Fisiopatológicos. Ocasionados por problemas de salud que repercuten en: lesiones cutáneas como edemas, sequedad de la piel; deficiencias nutricionales: delgadez, desnutrición, obesidad; trastornos inmunológicos. Cáncer, infección; alteración del estado de la conciencia: estupor, confusión, coma; deficiencias motoras: paresia, parálisis; deficiencias sensoriales: neuropatías, pérdida de la sensación dolorosa; alteración de la eliminación: incontinencia urinaria/fecal.
- Derivados del tratamiento. Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.
- Socioeconómicos: hábitos higiénicos inadecuados o insuficientes; bajo nivel económico, baja calidad alimenticia.

Se considera de riesgo todo paciente con:
- Parálisis cerebral o lesión medular, disminución del nivel del conciencia por cualquier causa.
- Deficiencia del estado nutricional o dieta insuficiente.

- Mayores de 85 años, debido a la mayor frecuencia, incontinencia, delgadez y disminución de la capacidad del sistema circulatorio.
- Pacientes encamados o en silla de ruedas, especialmente si dependen de otra persona para moverse.

Escalas de valoración.
Existen diversas escalas de valoración de riesgo de presentar una úlcera por presión. El uso de estas escalas no va a permitir identificar a los pacientes susceptibles de desarrollarlas y además nos va a permitir valorar aspectos tales como:
- Estado del paciente.
- Estado nutricional.
- Estado psicosocial.
- Entorno de cuidados.

Escala de Norton modificada.
Una de las escalas más utilizada es la de Norton, fácil de manejar y sencilla. Se trata de la valoración de cinco parámetros, y cada uno de ellos se valora en base a cuatro categorías, con una puntuación que va desde el 1 al 4, donde el valor 1 corresponde a un mayor deterioro y el valor 4 a un menor deterioro. Por tanto, cuanto menor es la puntuación obtenida al sumarlas todas más riesgo existe de desarrollar una UPP. Si puntuación oscila desde 5, máximo riesgo, hasta 20 mínimo riesgo.

Escala de Braden.
Junto con la escala de Norton es una de las más utilizadas para valorar el riesgo de padecer UPP. Además es considerada por muchos autores una de las más útiles de todas las escalas existentes, sobre todo en pacientes pediátricos críticos. Esta escala valora seis parámetros, y cada uno se valora en base a cuatro categorías. La puntuación va desde el 1 al 4, donde el valor 1 corresponde a mayor deterioro y el valor 4 a un menor deterioro. Así cuanto menor es la puntuación obtenida existe mas riesgo de desarrollar UPP. La puntuación oscila desde 6, alto riesgo, hasta 16-18 mínimo riesgo.

Por otro lado tenemos las escalas de Emina, Waterlow, o Arnell.
Como se ha podido ver, son varias las escalas que se pueden utilizar para valorar el riesgo de UPP, aunque algunas se adaptan mejor a determinado tipo de paciente, pero el objetivo final de todas ellas es el mismo. Y no es otro que valorar e identificar aquellos pacientes susceptibles de padecer UPP y poder desarrollar un plan de actuación y prevención ante este tipo de lesión. Está demostrado

científicamente que la aplicación de estas escalas disminuye significativamente el número de úlceras por presión en pacientes de riesgo.

Prevención de las UPP. Objetivos.
- Identificar al paciente de desarrollar UPP.
- Mantener la integridad de la piel.
- Mantener al paciente en optimas condiciones para su posterior recuperación.
- Proporcionar educación sanitaria al paciente y a la familia.

Intervenciones: cuidados en la piel.
- Revisión diaria del estado de la piel del paciente, teniendo especial cuidado en las prominencias óseas y en el deterioro del estado general de la piel.
- Dedicar especial atención a zonas donde existieron lesiones anteriores.
- Realizar higiene corporal diaria con agua tibia y jabón Ph neutro, aclarado de la piel con abundante agua y secado, sin fricción, insistiendo en los pliegues cutáneos y espaciales interdigitales.
- Aplicar crema hidratantes, excepto en pliegues cutáneos.
- Mantener la ropa de la capa y paciente limpia, seca y sin arrugas.
- Para reducir loas posibles lesiones por fricción puede utilizarse hidrocoloides, y espumas de poliuretano. Utilizar preferentemente apósitos no adhesivos.
- Control del exceso de humedad: determinar patrón de incontinencia y programar cambio de pañales; utilizar colectores de tamaño adecuado; secar sin friccionar.
- Manejo de la presión movilización: fomentar la movilidad y actividad del paciente; cambios posturales.

5 Discusión-Conclusión

Según los resultados se demuestra que proporcionando una educación sanitaria al paciente y a la familia, ademas de tener una constante revisión de la piel, manteniéndola en buen estado y realizando cambios posturales al paciente, sobre todo si se trata de un paciente ya identificado de riesgo se puede prevenir la aparición de úlceras por presión.

La disponibilidad de recursos de prevención hace posible que muchas de las úlceras por presión puedan ser prevenidas y en los casos de que no sea posible, minimizar las consecuencias.

6 Bibliografía

- Epidemiología de las úlceras por presión en España 2013. 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Pedro L. Pancorbo-Hidalgo, Jose P.Garcia Fernández, Joan-Enric torra i Bou, José Verdú Soriano, J.Javier Soldevilla-Agreda.
- Guía enfermera para atención a personas con HTA y DM.
- Norton revised risk scores. Nursing times 1987;83(41):6.
- Hospital universitario "Marqués de Valdecilla". Área de formación y Calidad. 2003.
- Guía práctica en la atención de las úlceras de la piel. J.Javier Soldevilla.
- Grupo Nacional para estudio y asesoramiento en UPP y heridas crónicas. Abril 2002

Capítulo 493

EXAMEN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

SANDRA RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) es una infección de transmisión sexual muy común a día de hoy. Normalmente suele ser inofensivo y desaparece solo, aunque algunas veces puede cursar con verrugas y hasta provocar cáncer. Existen más de 200 tipos de este virus y alrededor de 40 pueden afectar a tu zona genital (vulva, vagina, cuello uterino, recto, escroto, pene y ano) asimismo también a la zona de la boca y la garganta.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente acerca del cáncer de cérvix.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se transmite por contacto piel con piel cuando tienes relaciones sexuales con alguien que lo tiene. La mayoría de las veces no se presentan síntomas ni problemas de salud. La prueba del papanicolaou es conocida como la citología vaginal. El virus del papiloma humano no tiene cura, pero hay varios exámenes que se pueden realizar para evitar o tratar.

Se calcula que al menos el 80% de los hombres y mujeres sexualmente activos han estado expuestos alguna vez en su vida al Virus del Papiloma Humano. El pico de prevalencia de la infección por VPH ocurre en la primera década después del inicio de las relaciones sexuales. El VPH puede estar en estado latente y también se puede reactivar.

Existen dos pruebas de detección que pueden ayudar a prevenir en cáncer uterino o a encontrarlo en etapas iniciales. Una de ellas es la prueba del Papanicolaou (o citología vaginal). Dicha prueba se recomienda para todas las mujeres entre 21 y 65 años de edad. También existe la prueba del VPH que busca el virus (virus del papiloma humano). En caso de resultado normal-negativo se seguirá con el control que se recomienda generalmente que suele ser de 5 años. Si se dan unos resultados positivos se puede realizar una extirpación de células cervicales anormales. En caso de que los resultados indicasen positivos a un cáncer te deberán remitir a un especialista en el tratamiento de los tipos de cáncer del aparato genital femenino /masculino.

La citología cervical, que se ha usado de manera clásica para el cribado de cuello uterino, es un marcador de riesgo actual de alteración relevante del cérvix, es decir, las células se observan cuando ya están alteradas. El test de HPV se trata de un marcador predictivo del riesgo de que el cérvix tenga una alteración relevante, es decir, podemos ver el virus antes de que provoque la lesión. La mayoría de las infecciones por el Virus del Papiloma Humano de nueva adquisición van a revertir en negativas en un plazo de 6 a 12 meses. La limitación clínica de la detección del VPH va a estar limitado a: las muestras del cérvix en el contexto del cribado de cérvix y muestras anatomopatológicas.

También podemos contar con la prevención primaria del cáncer de cérvix que se basa principalmente en vacunas contra el VPH. Esta prevención primaria consiste en evitar contraer la infección por el Virus del Papiloma Humano, que es el agente causal del cáncer de cérvix. Para ello tenemos las vacunas contra este virus. Por otro lado, tenemos la prevención secundaria que consiste en diagnos-

ticar precozmente las lesiones cervicales precursoras de cáncer de cérvix, y actuar sobre ellas antes de que evolucione a lesiones cancerosas, y para ello tenemos el cribado del cáncer de cérvix uterino. Se aconseja el uso correcto y continuado del preservativo para reducir el riesgo de infección por el VPH, pero no lo elimina, no va a prevenir completamente la transmisión porque el virus se propaga mediante el contacto piel con piel y hay zonas que no están protegidas por el preservativo.

5 Discusión-Conclusión

Más del 90% de las infecciones por el Virus del Papiloma Humano van a ser transitorias y por tanto van a ser irrelevantes desde el punto de vista oncogénico. El cáncer de cérvix supone una entidad con una presentación no despreciable en nuestro entorno. Un adecuado conocimiento de la patología permitiría realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6 Bibliografía

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

Capítulo 494

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN, PACIENTE INGRESADO EN PLANTA

ADA PINTO SAMPEDRO

1 Introducción

El técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) como miembro fundamental en los cuidados del paciente, tiene como principal función, asegurarse de una correcta y adecuada preparación antes y después de que el paciente sea intervenido, siguiendo siempre pautas y directrices marcadas por la enfermera y el médico que lleva el caso.

2 Objetivos

- Describir las actividades a realizar por el TCAE antes y después de una intervención quirúrgica.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TCAE previo a la intervención, junto con la enfermera informará de los pasos a seguir:
- Información al paciente y sus familiares.
- Asegurarse de que todo este preparado: nutrición, oxigenación, historia del paciente.
- Educación sanitaria: movilizaciones, dudas que puedan surgir.
- Preparación del paciente intervenido: según el tipo de cirugía esta puede variar su rutina.

Una vez realizada la intervención, en su regreso a planta los cuidados del TCAE son de gran apoyo e importancia para el paciente. Los primeros días después de una intervención serán cruciales (dolores, hinchazón, malestar, entre otros) para una pronta recuperación del paciente. El TCAE le ayudará en todo para que pueda tener una pronta recuperación, que como objetivo principal es tener su propia autonomía y recuperar cuanto antes la readaptación a su vida diaria.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene que proporcionar unas buenas pautas y una correcta recuperación del paciente, para ayudarle física y psíquicamente tras la intervención y evitar así posibles complicaciones. El TCAE junto con el resto de personal sanitario, llevará a cabo las pautas marcadas, para una correcta y adecuada recuperación del paciente intervenido. Procurando darle el mejor bienestar posible durante su ingreso así como proporciona alivio y confort en su proceso, para aliviar su déficit de autocuidados.

Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- www.google.es
- www.medicina21.com
- www.docplayer.es
- www.elsevier.com

Capítulo 495

ACTUACIÓN Y CUIDADOS ANTE EL PACIENTE AFECTADO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

LAURA SUÁREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En 1968 Jean-Martin Charcot describió la enfermedad de esclerosis múltiple (EM) y definió los criterios diagnósticos: la tríada de nistagmo, temblor intencional y disartria (Domingo Pozo M, Blanes Compañ F, Izquierdo García N, 2013).

La esclerosis múltiple es un trastorno crónico desmielinizante caracterizado por varios episodios de déficits neurológicos, separados en el tiempo, atribuibles a lesiones de la sustancia blanca separadas en el espacio (Abbas A, Aster J, Fausto N, Kumar V, Mitchell R, 2010). Está caracterizada por inflamación, desmielinización, gliosis (tejido cicatricial) y pérdida neuronal; y su evolución puede incluir recurrencias-remisiones o puede ser progresiva (Douglas S, Stephen L, 2012).

Etiología.
Su etiología es desconocida pero tres factores tienen relación con ella: la predisposición genética, el desenvolvimiento de respuesta autoinmune anormal dirigida contra los componentes del sistema nervioso central (SNC) y factores ambientales (Corso NAA, Gondim APS, Rocha PC, Albuquerque MGF, 2015). La conclusión de que los factores genéticos desempeñan un papel importante se basa en los siguientes hechos: es entre 10 y 50 veces más frecuente en los parientes de afectados de la enfermedad que en la población general. La concordancia entre

gemelos monocigóticos es del 31% frente al 5% en gemelos dicigóticos; el riesgo no se ve incrementado en sujetos adoptados por familias con algún paciente de EM, y existe resistencia en ciertos grupos étnicos o asociación positiva con el origen escandinavo (Fernández O, Saiz A, 2012).

Incidencia y prevalencia.
La EM constituye un importante problema de salud pública, ya que es una enfermedad progresiva e incapacitante, de gran impacto laboral, familiar, social y económico, en relación con la incapacidad para trabajar y con el elevado coste del tratamiento. Esta enfermedad la padecen cerca de 2,5 millones de personas en el mundo (Corso NAA, Gondim APS, Rocha PC, Albuquerque MGF, 2015). La enfermedad puede comenzar a cualquier edad, pero es rara antes de los 10 años (2%) y después de los 60 (10%). En el 70% de los casos, la presentación es entre los 20 y 40 años y afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los varones, en una proporción de 2-3/1. En edades tardías (mayor de 45 años), la proporción se iguala (Fernández O, Saiz A, 2012).

En la distribución de la esclerosis múltiple se han observado repetidas veces gradientes geográficos y su máxima prevalencia conocida (250 casos por 100000 personas) se localizó en las islas Orkney, situadas al norte de Escocia. En otras zonas templadas (como el norte de Estados Unidos, de Europa, y el sur de Australia y Nueva Zelanda), la prevalencia de EM es de 0.1 a 0.2%. A diferencia de ello, en los trópicos (como Asia, África ecuatorial y el Cercano Oriente), la prevalencia suele ser de 10 a 20 veces menor. Una explicación planteada del efecto de las latitudes en la esclerosis múltiple es que la exposición a la luz solar posee un efecto protector (Douglas S, Stephen L, 2012). España es una zona de riesgo medio-alto, con una prevalencia de 50 casos por 100.000 habitantes (Domingo Pozo M, Blanes Compañ F, Izquierdo García N, 2013).

Cuadro Clínico.
El tipo y número de los síntomas varían enormemente de un individuo a otro dependiendo de la localización en el sistema nervioso central dónde ocurre el daño en la vaina de mielina. La característica clínica más llamativa de la EM es su gran variabilidad (Almeida LHRB, Rocha FC, Nascimento FCL, Campelo LM, 2015).
- Alteraciones de la sensibilidad. El síntoma más frecuente es la alteración de la sensibilidad (45%), en forma de sensaciones de pinchazos u hormigueo (parestesias) o acorchamiento de uno o más miembros o del tronco (alteración del haz espinotalámico) o sensación de banda constrictiva en el tronco o los miembros

(alteración cordonal posterior). En la exploración se aprecian diversas combinaciones de hipoestesia táctil, térmica y dolorosa y/o disminución de la sensibilidad profunda, posicional y vibratoria, y signo de Romberg.
- Alteraciones motoras. La alteración motora (40%) se caracteriza por pérdida de fuerza en uno o más miembros, en forma de paraparesia o torpeza de una mano y debilidad de la pierna ipsolateral, o bien se manifiesta tras el esfuerzo. La debilidad inducida por el ejercicio es una manifestación característica de la EM que corresponde al tipo de neurona motora superior y a menudo se acompaña de otros signos piramidales como espasticidad, hiperreflexia y signo de Babinski. Los síntomas de disfunción del tronco cerebral, tales como disartria, diplopía, disfagia o vértigo, son menos frecuentes (25%). En la exploración es típica la presencia de nistagmo, oftalmoplejía internuclear (al mirar a un lado el ojo que aduce no pasa de la línea media y el ojo que abduce muestra sacudidas nistagmoides), que, cuando ocurre en una persona joven y es bilateral, es muy sugestivo de EM.
- Alteraciones visuales. Las alteraciones visuales por afección del nervio o quiasma óptico son características, aunque más infrecuentes como síntoma inicial (20%). La tríada habitual de la neuritis óptica es la pérdida de agudeza visual, el dolor ocular ipsolateral y la alteración de la visión de los colores. Durante el episodio agudo, el examen de fondo de ojo suele ser normal (neuritis retrobulbar) o existe un edema de papila (papilitis); se aprecia un defecto pupilar aferente relativo o pupila de Marcus-Gunn (al iluminar el ojo sano se produce una contracción pupilar bilateral, y si se estimula inmediatamente después el ojo afectado, la pupila se dilata). Es frecuente que, al cabo de unas semanas, se aprecie una palidez de papila de predominio en la región temporal o difusa (atrofia óptica).
- Alteraciones cerebelosas. El cerebelo está afectado inicialmente con menor frecuencia (10%- 20%) y es causa de disartria con lenguaje escandido, incoordinación de los miembros o inestabilidad en la marcha. En la exploración se encuentra temblor intencional, dismetría, ataxia de los miembros o del tronco y ampliación de la base de sustentación en la marcha.

Síntomas en la evolución de la enfermedad. En el curso de la enfermedad las alteraciones más frecuentes son las motoras (90%) y las sensitivas (77%), en ambos casos de predominio en los miembros inferiores, y las cerebelosas (75%), seguidas en orden decreciente por las alteraciones de tronco cerebral, esfínteres, visuales y mentales.

Tipos de Esclerosis Múltiple. Se han descrito cuatro tipos de esclerosis múltiple:
- Esclerosis múltiple recurrente/remitente, que comprende 85% de los casos de EM.

Los pacientes presentan un curso caracterizado por la aparición de episodios o brotes de disfunción neurológica más o menos reversibles, que se repiten en el tiempo y que, a medida que se repiten, van dejando secuelas funcionales.

- Esclerosis múltiple progresiva secundaria, que siempre comienza en la misma forma que la esclerosis recurrente. Sin embargo, tras 10 años, un 50% de esos pacientes pasan a un curso de incremento progresivo de la discapacidad y deterioro continuo de las funciones no relacionado con los brotes.
- Esclerosis múltiple progresiva primaria, que explica alrededor de 15% de los casos. Las personas no experimentan ataque, sino un deterioro funcional constante desde el inicio de la enfermedad.
- Esclerosis múltiple progresiva/recurrente, que comprende alrededor de 5% de los casos de esclerosis múltiple. Tienen un deterioro progresivo en su evolución desde que comienza la enfermedad y además se sobreañaden ataques ocasionales (Douglas S, Stephen L y Fernández O, Saiz A, 2012).

Diagnóstico.

No se dispone de un método definitivo para diagnosticar esclerosis múltiple. Los criterios diagnósticos de EM clínicamente definida exigen documentar dos o más episodios de síntomas y dos o más signos que reflejen alteraciones en los fascículos de sustancia blanca anatómicamente no vecinos del sistema nervioso central. Los síntomas deben durar más de 24 horas y surgir como episodios separados por un mes o más. El diagnóstico de la EM se basa en la concurrencia de diseminación en el espacio y en el tiempo, y que los síntomas/signos no puedan ser explicados por otro proceso. Así, el diagnóstico sólo puede hacerse tras haber descartado todas las enfermedades que puedan acompañarse de una clínica similar.

La resonancia magnética (RM) ha revolucionado el diagnóstico y el tratamiento de la esclerosis múltiple. Permite detectar lesiones de características desmielinizantes en el 95% de las RM craneales de los pacientes. Hay un incremento en la permeabilidad vascular por interrupción de la barrera hematoencefálica, que se identifica por la fuga del gadolinio (Gd) intravenoso al interior del parénquima cerebral. Esta fuga aparece tempranamente en la evolución de una lesión por EM y es un marcador útil de inflamación.

La cuantificación de los potenciales provocados permite conocer la función en las vías aferentes (visual, auditiva y somatosensitiva) o eferentes (motoras). La técnica utiliza un promedio por computadora para medir los potenciales eléctricos del SNC provocados por la estimulación repetitiva de nervios periféricos escogidos o del encéfalo. En 80 a 90% de las personas con EM se identifican anor-

malidades en una o más de las modalidades de los potenciales provocados. Proporcionan una medida fiable de la desmielinización y permiten detectar lesiones no evidentes por exploración.

En cuanto al líquido cefalorraquídeo (LCR), en el 65% de los casos la celularidad es normal (hasta 5/ml). Cifras superiores a 50/ml van en contra del diagnóstico. Los datos más característicos son: un índice de IgG elevado (superior a 0,7) y la presencia de bandas oligoclonales de IgG en más del 90% de los casos. Esas bandas se detectan por medio de electroforesis en gel de agarosa.

Tratamiento y pronóstico.
En cuanto al tratamiento de la esclerosis múltiple, no existen fármacos curativos ni profilácticos. El tratamiento del que se dispone se divide en tres categorías: los fármacos dirigidos a tratar el brote agudo, los fármacos dirigidos a reducir la actividad de la enfermedad, y los fármacos dirigidos a tratar los síntomas.

Para tratar el brote agudo, el carácter inflamatorio de las lesiones ha llevado a que los fármacos más utilizados sean los glucocorticoides, en general la 6-metilprednisolona en dosis de 1 g/día intravenosa, durante 3 a 5 días, que han demostrado su utilidad para acortar la duración de los brotes y acelerar la recuperación. Sin embargo, no aportan ningún beneficio a largo plazo. Por otro lado, se ha demostrado la utilidad del recambio plasmático o plasmaféresis en pacientes con un episodio agudo grave de enfermedad desmielinizante inflamatoria del SNC que no hayan respondido al tratamiento con glucocorticoides.

Los fármacos dirigidos a modificar el curso de la enfermedad son: inmunomoduladores (interferón beta, acetato de glatirámero) e inmunodepresores (natalizumab, fingolimod, azatioprina y mitoxantrona). El tratamiento sintomático consiste en terapias dirigidas a aliviar los síntomas de la enfermedad que influyen de forma muy negativa en la calidad de vida de los pacientes.

En la terapia de la espasticidad se incluye el tratamiento rehabilitador y el farmacológico. El baclofén, agonista gabaérgico que ejerce un efecto inhibitorio sobre las interneuronas espinales, es el fármaco más utilizado. Como efectos adversos puede producir somnolencia, debilidad muscular, ataxia, temblor, confusión y síntomas gastrointestinales.

Para tratar el temblor y ataxia los tratamientos farmacológicos incluyen el clonazepam en dosis de 0,5 mg/día hasta un máximo de 3 mg/día, limitado por su efecto sedante y relajante muscular. Para tratar la fatiga, la amantadina es el fár-

maco más utilizado, pero con un beneficio limitado. La dosis habitual es de 100 a 300 mg/día (no se administra por la noche por causar insomnio). En la terapia de las alteraciones urinarias, cuando predominan los síntomas irritativos se utilizan anticolinérgicos como la oxibutinina o la tolterodina. Cuando predominan los síntomas obstructivos se utilizan fármacos alfabloqueantes como tamsulosina, fenoxibenzamina, doxazosina o prazosina.

En cuanto a las alteraciones sexuales, la alteración de la erección en el varón es la más frecuente. Los fármacos de elección, sildenafilo, tadalafilo y vardanafilo, son inhibidores de la enzima que cataboliza la GMP en el cuerpo cavernoso. La alteración más frecuente en la mujer es la anorgasmia. En ocasiones puede mejorarse con dosis bajas de estrógenos en crema, en aplicación vaginal, o de prostaglandina E1 en administración vaginal.

El dolor musculo-esquelético responde a los antiinflamatorios no esteroideos. El dolor crónico requiere tratamientos combinados que incluyan analgesia convencional y antidepresivos tricíclicos, y en algunos casos electroestimulación neurógena transcutánea. Para tratar los síntomas paroxísticos la carbamazepina es el fármaco de elección, en una dosis inicial de 100 mg que se va modificando en función de la respuesta.

Las alteraciones cognitivas no tienen tratamiento, pero un adecuado enfoque de la situación del paciente y su familia por un equipo profesional experto puede servir de ayuda. Por otra parte existe otro tipo de tratamiento, la neurorrehabilitación, que debe considerarse como una forma de tratamiento integral, con enfoque multidisciplinario, y que incluya desde la enfermería y fisioterapia hasta la intervención psicológica y social.

Papel del equipo de enfermería.
La persona que padece esclerosis múltiple requiere ser cuidada por un equipo multidisciplinar, de forma integral, incluyendo el cuidado psicológico, eligiendo la calidad de vida como un constructor que engloba la satisfacción y bienestar de las personas en su vida cotidiana. El cuidado integral al usuario debe dar prioridad a las acciones preventivas, de protección especial y de promoción de la salud para controlar la evolución de la enfermedad, además de ofrecer servicios asistenciales en todos los niveles de atención (Almeida LHRB, Rocha FC, Nascimento FCL, Campelo LM, 2015).

El profesional de enfermería debe actuar en este equipo, por experiencia en iden-

tificar y evaluar las necesidades del individuo, pudiendo intervenir en los aspectos biopsicosociales y espirituales de la persona con esclerosis múltiple, de modo que consiga el equilibrio y bienestar dentro de los límites impuestos por la enfermedad (Corso NAA, Gondim APS, Rocha PC, Albuquerque MGF, 2015).

Esta revisión tiene como objetivo describir el papel que tienen los profesionales de enfermería en el cuidado y atendimiento de pacientes con esclerosis múltiple, con el fin de mejorar su calidad de vida.

2 Objetivos

- Describir el papel que tiene la enfermería en la esclerosis múltiple.
- Encontrar evidencias de la mejora de la calidad de vida con los cuidados ofrecidos por los profesionales.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre esclerosis múltiple y enfermería en bases de datos, revistas y libros, con el fin de obtener la información necesaria para abordar los objetivos marcados. Ello ha permitido acercarse con mayor grado de profundidad a la problemática de la esclerosis múltiple y adquirir los conocimientos precisos para desarrollar una discusión científica sobre esta materia desde el ámbito de la enfermería. Se ha utilizado material bibliográfico recogido en libros referentes a patología general de medicina:
- Robbins y Cotran, Sistema Nervioso Central.
- Harrison, Principios de Medicina Interna.
- Farreras Rozman, Medicina Interna.

Mediante una síntesis y análisis de la información se ha logrado comprender qué es la esclerosis múltiple, su incidencia y fisiopatología, entre otros, recalcando el conocimiento de los cuidados a pacientes con esta enfermedad neurodegenerativa. El peso más importante de las referencias utilizadas en el trabajo fueron los documentos científicos disponibles en las siguientes bases de datos:
- LILACS: 6 artículos.
- Medline: 2 artículos.
- IBECS: 1 artículo.
- Dialnet: 2 artículos.

Las palabras claves utilizadas fueron: esclerosis múltiple, enfermería, cuidados, calidad de vida. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 15 años, tanto en castellano como en inglés.

4 Resultados

La aceptación y la adaptación a una enfermedad incapacitante como la esclerosis múltiple no es fácil, ya que el curso clínico de la enfermedad es variable e incierto y esto provoca inseguridad e incertidumbre. Así, el paciente puede estar conviviendo bien con la EM hasta que cambie su cuadro sintomático y exija un mayor ajuste a su nueva condición física y a las pérdidas económicas, familiares, profesionales, sociales y psicológicas. Por eso, es fundamental un programa educacional en el que médicos, asistentes sociales, fisioterapeutas y enfermeros puedan dar informaciones y orientaciones a los pacientes y sus familias. El tratamiento instituido debe ser siempre multidisciplinar, a través de medidas educacionales, de rehabilitación y farmacológicas (Almeida LHRB, Rocha FC, Nascimento FCL, Campelo LM, 2007).

Las intervenciones del profesional de enfermería van encaminadas a ayudar a los pacientes en la búsqueda de estrategias de afrontamiento para lograr una mayor adaptación de los cambios que sufrirán a lo largo de su vida integrándolos de forma adecuada y la aceptación que supone una enfermedad crónica, previniendo posibles complicaciones psicológicas (Castro Álvarez YM; Terrón Moyano R; Campos López MR , 2015).

El concepto "crónico" es entendido como pérdida de la capacidad previa de ser sano y sobre todo se une a sentimientos de tristeza e impotencia (Salinas Pérez V, Rogero Anaya P, Oña González AM, Vergara Carrasco ML, 2015). El profesional de enfermería puede utilizar la técnica de afrontamiento para prevenir la aparición de repercusiones psicológicas negativas que podría suponer una disminución de la calidad de vida mayor, en comparación con aquellas personas que afronten el diagnóstico de la enfermedad y sus limitaciones, aprendiendo a vivir con ellas. También se puede realizar un planteamiento de objetivos alcanzables de forma que el paciente pueda tener la sensación de control y anticipación a los cambios con la consiguiente disminución de incertidumbre.

El proceso enfermero hacia el portador de esclerosis múltiple no puede ser generalizado. A pesar de la variedad de las necesidades, dificultades y complicaciones comunes a todos, cada persona tiene sus particularidades, sus valores, creencias

y formas de afrontamiento. En ese sentido los planos de cuidados y los servicios ofrecidos a esas personas deben ser individualizados. La enfermera debe conocer en profundidad las características de la persona, de su familia y del entorno. De ese modo, se puede hacer un planeamiento específico para las necesidades de cada persona.

Los pacientes portadores de esclerosis múltiple, sujetos a graves secuelas neuromusculares, necesitan un mayor seguimiento por parte de los profesionales de enfermería, ya que son ellos los que pasan el mayor tiempo al lado del paciente, siendo responsables de la aceptación de la enfermedad, del autocuidado y de sus cuidadores, para así favorecer la independencia de los pacientes, que contribuye para una mejor calidad de vida y evita el aislamiento social. Para esto, es necesario que los profesionales que cuidan ese tipo de paciente estén siempre actualizados y capacitados en el área de enfermería neurológica, porque con un mayor conocimiento científico tienen las condiciones de prestar un cuidado que sea realmente efectivo.

La aplicación efectiva del proceso de enfermería a los pacientes de esclerosis múltiple permite diagnosticar las necesidades del paciente, planear y ejecutar las necesidades de enfermería adecuadas a cada diagnóstico, así como evaluar los resultados, mejorando la calidad de los cuidados de enfermería y favoreciendo un cuidado humanizado e individualizado. Los enfermeros tienen la oportunidad de evaluar y reevaluar sus intervenciones y decidir cuál es la mejor manera de desempeñarlas. El cuidado sistematizado mejora la calidad asistencial disminuyendo los factores que pueden acelerar la evolución de la enfermedad.

El diagnóstico y el tratamiento de las recaídas de EM pueden ser difíciles debido a la variabilidad de la enfermedad. Establecer relaciones a largo plazo con los pacientes permite a los sanitarios reconocer y determinar más fácilmente el curso apropiado de tratamiento para aquellos individuos que experimentan las recaídas. El conocimiento de un paciente individual, su historia y su calidad de vida y satisfacción después del tratamiento son elementos clave en la evaluación de las recaídas y respuesta al tratamiento, así como la selección de enfoques de tratamiento óptimo para futuras recaídas (Perrin Ross A, Halper J, Harris CJ, 2012).

En relación al ámbito comunitario, la consulta de enfermería sistematizada posibilita evaluar individualmente al paciente y ofrecer una asistencia integral. De esta forma, tanto los pacientes como las familias tienen un espacio para hablar y reflexionar sobre sus dudas, y tienen la oportunidad de revelar al profesional de

enfermería sus angustias e inseguridades, así como su vivencia con relación a la enfermedad, lo que da lugar al desarrollo de intervenciones educativas dirigidas a la adquisición de conocimientos y hábitos saludables. En la consulta de enfermería es posible llevar a cabo este tipo de intervenciones debido a la relación cercana que se forma entre el profesional y el paciente.

El enfermero necesita adquirir la capacidad de comprender al paciente con esclerosis múltiple ante la complejidad de su condición, y las intervenciones deben tener un carácter comprensivo y humanizado, respetando la realidad y los sentimientos del paciente y ayudándole a enfrentar sus dificultades cotidianas y seguir el tratamiento en una perspectiva positiva.

El tratamiento medicamentoso para la esclerosis múltiple es administrado por vía parenteral, y el paciente puede hacer la autoplicación domiciliaria con la orientación del enfermero en procesos educativos. En ese sentido, al adquirir conocimientos, el paciente busca el autocuidado, lo que le proporciona la conquista continua de la calidad de vida (Corso NAA, Gondim APS, Rocha PC, Albuquerque MGF, 2013).

5 Discusión-Conclusión

La calidad de vida mejora con la aplicación de los cuidados enfermeros en la esclerosis múltiple. Además, la esperanza de vida de los pacientes se ve aumentada (Castro Álvarez YM; Terrón Moyano R; Campos López MR, 2012).

El abordaje del paciente con EM debe ser interdisciplinar, y la relación entre el departamento de neuropsicología y enfermería es vital para intercambiar información sobre adherencia al tratamiento, o evolución psicológica del paciente (Domingo Pozo M, Blanes Compañ F, Izquierdo García N, 2013).

El papel de la enfermería es relevante tanto de cara al paciente como al de su familia. Los pacientes con esclerosis múltiple necesitan mucho apoyo familiar. Es una enfermedad que surge en momento de cambios: cuando se empieza la carrera universitaria, en la búsqueda de empleo, cuando uno se independiza. Por eso, es importante que la enfermería apoye al máximo tanto a nivel físico como psicológico a los pacientes y a la familia (Corso NAA, Gondim APS, Rocha PC, Albuquerque MGF, 2013).

Teniendo de base que la enfermería presta cuidados integrales e individualizados a los pacientes, no es necesario establecer unos resultados comunes a todos los

pacientes de esclerosis múltiple. Cada uno de ellos tiene necesidades distintas y experimenta la enfermedad de forma diferente (Perrin Ross A, Halper J, Harris CJ, 2012).

Es fundamental que las enfermeras ofrezcan rehabilitación en todas las etapas de la enfermedad ya que trae consigo efectos beneficiosos, así como es esencial que conozcan los síntomas porque van ayudar mucho a explicar a los pacientes en qué tratamientos pueden hacer más hincapié cuando surge un brote o cómo actuar en el día a día (Crawford A, Jewell S, Mara H, McCatty L, Pelfrey R, 2014).

En definitiva, el profesional de enfermería tiene un papel activo en esta enfermedad neurodegenerativa, puesto que gracias a sus cuidados la vida del paciente se verá afectada mejorando progresivamente. Promuevo además la continuidad en el ámbito comunitario para facilitar el seguimiento de la enfermedad y también en el ámbito de la investigación acerca de los cuidados enfermeros en la esclerosis múltiple.

6 Bibliografía

- Domingo Pozo M, Blanes Compañ F, Izquierdo García N. Plan de cuidados al paciente con Esclerosis Múltiple (EM) (GRD 013). Servicio de Neurología del Hospital General Universitario de Alicante. 2013.
- Abbas A, Aster J, Fausto N, Kumar V, Mitchell R. Sistema Nervioso Central. En: Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. 8ª ed. Elsevier; 2010. 1310-1312.
- Douglas S, Stephen L. Esclerosis múltiple y otras enfermedades desmielinizantes. En: Longo D, editor. Harrison Principios de Medicina Interna. 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012. 3395-3409.
- Corso NAA, Gondim APS, Rocha PC, Albuquerque MGF. Sistematización de la atención de Enfermería para el seguimiento ambulatorio de pacientes con esclerosis múltiple. Rev Esc Enferm USP. [Revista en Internet] 2013.
- Fernández O, Saiz A. Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central. En: Farreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. 17ª ed. Elsevier 2012; 1353-1360.
- Almeida LHRB, Rocha FC, Nascimento FCL, Campelo LM. Ensinando e aprendendo com portadores de Esclerose Multipla: relato de experiencia. Revista Brasileira de Enfermagem [revista en Internet] 2007
- Castro Álvarez YM; Terrón Moyano R; Campos López MR. Intervención de la Enfermera Especialista en Salud Mental en un programa de afrontamiento de la

Esclerosis Múltiple. Biblioteca Las Casas, [proyecto de investigación en Internet]
- Salinas Pérez V, Rogero Anaya P, Oña González AM, Vergara Carrasco ML. Descubriendo el significado de los fenómenos cronicidad, progresión y singularidad en el diagnóstico de la esclerosis múltiple. Index Enferm [revista en Internet] 2012.
- De figueiredo Carvalho ZM, Alencar mendes P, de Paula Cavalcante L, Soares Monteiro MG, Dantas Sampaio J, Amaral Viana MC. Conhecer para melhor cuidar. Cultura de los cuidados.
- Perrin Ross A, Halper J, Harris CJ. Assessing relapses and response to relapse treatment in patients with multiple sclerosis. A nursing perspective. International Journal of MS Care. 2012; 14: 148-159.
- Fernandes IR, Tilbery CP, Avelar MCQ. Validação das Condutas de Enfermagem na orientação de clientes com Esclerose Múltipla em uso de imunomoduladores. Rev Neurocienc 2011;19(1):68-76 .
- Crawford A, Jewell S, Mara H, McCatty L, Pelfrey R. Managing treatment fatigue in patients with multiple sclerosis on long-term therapy: the role of multiple sclerosis nurses. Patient preference and adherence. 2014:8. 1093 – 1099.
- Costa DC, Sá MJ, Calheiros JM. The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis. Arq. Neuro-Psiquiatr. [Revista en Internet] 2012.
- Esclerosis múltiple. Guía práctica para cuidadores. Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple (FELEM)
15 Vasconcelos Santos FL, Higino Corrêa NM, Pio Leal RM, De Souza Monteiro CF. La vivencia del cónyuge/compañero de portador de esclerosis Múltiple. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010. 18(2):229-34.
- Carrón J, Arza J. Esclerosis múltiple, calidad de vida y atención sociosanitaria. Revista Internacional de Organizaciones, nº 11. Diciembre 2013, 37–60.
- Águila Maturana AM, Martínez Piédrola RM. Tratamiento rehabilitador en la esclerosis múltiple. En: Máximo Bocanegra N, coordinadora. Neurorrehabilitación en la esclerosis múltiple. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces; 2007. 107 – 118.
- Taveira FM, Teixeira AL, Domingues RB. Complicações Respiratórias na Esclerose Múltipla. Revista Brasileira de Neurología, 47 (4): 16-24, 2011.
- Real González Y, López Hernández MN, Díaz Márquez R, Cabrera Gómez JA. Efectividad de un programa de rehabilitación respiratoria en pacientes con esclerosis múltiple. Revista Cubana de Salud Pública. [revista en Internet]. 2011.
- Martín Dorta W, Sicilia Sosvilla I. La afasia. Características comunicativas para la intervención enfermera. ENE. Revista de Enfermería. Dic 2012; 6 (3).

- Steenkamp E, Scrooby B, Van der Walt C.'Facilitating nurses' knowledge of the utilisation of reflexology in adults with chronic diseases to enable informed health education during comprehensive nursing care', [revista en Internet] 2012 Enfermería y Esclerosis Múltiple: Revisión bibliográfica Belén Borjabad Cuesta so.
- Lara S, Kirchner T. Estrés y afrontamiento en pacientes afectados de esclerosis múltiple. Estudio comparativo con población comunitaria. Anales de Psicología. Murcia. [revista en internet] 2012; (28). P. 358-365.
- Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez MM. La alimentación en el paciente con esclerosis múltiple. Revista cubana de medicina. [Revista en Internet] 2005. [Acceso 11 de abril de 2015]; 44(3-4).
- González Rodríguez Y, Luna Rodríguez-Gallo JA. Enfermería y bioética en pacientes con esclerosis múltiple, ingresados en el Hospital de Rehabilitación. 2004-2006. Rev Cubana de Enfermería [revista en Internet] 2007 .
- Companioni Domínguez IM, Jiménez Morales RM, Jiménez Nápoles N, Nápoles Prieto Y, Macías Delgado Y. Calidad de vida en la esclerosis múltiple: su relación con la depresión, fatiga y calidad del sueño. Gaceta Médica Espirituana [revista en Internet] 2013 [acceso el 11 de abril de 2015]; 15(3):260-271.
- Amor Martín M, Écija Ramírez MC, García Cuesta MA, Gil Uceda E, Guerrero García M, Linde Herrera AI. Plan de cuidados de enfermería en un paciente con Esclerosis Múltiple (EM). Paraninfo digital [revista en Internet] 2014 Enfermería y Esclerosis Múltiple: Revisión bibliográfica Belén Borjabad Cuesta .
- American Association of Neuroscience Nurses (AANN), Association of Rehabilitation Nurses (ARN), International Organization of Multiple Sclerosis Nurses (IOMSN). Nursing management of the patient with multiple sclerosis. Glenview (IL): American Association of Neuroscience Nurses (AANN); 2011.

Capítulo 496

PREVALENCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN Y BENEFICIOS DE LOS CAMBIOS POSTURALES: REVISIÓN SISTEMÁTICA.

MARIA ROSARIO MARTINEZ FERNANDEZ

ANDREA SANZ DE FRUTOS

MARÍA GRACIA ARGÜELLES BLANCO

RAQUEL GONZÁLEZ REVUELTA

MARÍA BELÉN RUBIO SOMOZA

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) constituyen la complicación más prevenible y tratable que se presenta en los pacientes encamados, por razones de parálisis u otras condiciones neurológicas que condicionen una movilidad reducida. Las UPP implican un proceso fisiopatológico cuyo resultado es la destrucción de la integridad cutánea y tisular del paciente encamado, la cual se desarrolla tanto en áreas hospitalarias (por ejemplo, en la unidad de cuidados intensivos) como en el ámbito domiciliario, y su aparición está ligada a la seguridad del paciente y a los cuidados

otorgados por los profesionales de enfermería, constituyendo así, un problema de gravedad intermedia que se agrava con el paso del tiempo, afectando tanto al paciente en sí mismo como el entorno cuidador y de todo el sistema de salud (1).

No sólo la implicación es individualizada y circundante, sino que abarca el espectro económico, constituyendo un aumento de los recursos para el sistema de salud tanto humanos como materiales. Se entiende por úlceras de presión a "toda lesión de la piel producida por una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea causando una isquemia que provoca degeneración de la dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso (2)".

La prevalencia de UPP en las unidades de críticos en España es de 13-16%, según los datos del Grupo Nacional para el Estudio de Prevalencia y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas de España (3,4). Las localizaciones más frecuentes son: sacro 36,9%, talón 28,35% y región occipital 13,04%, principalmente en pacientes que se ubican en posición decúbito supino, sin necesidad de ventilación mecánica (5,6,7); en los casos donde la amerita, las zonas son región nasal, pómulos y mentón (8,9).

Como bien se evidencia, la prevalencia de las úlceras por presión no es tan elevada, debido a que la mayoría de ellas se podrían prevenir con unas estrategias de educación y prevenciones protocolizadas (3,10). Este problema es común en muchas instituciones sanitarias de toda Europa (11) y puede comportar responsabilidades legales al ser en muchas situaciones un problema evitable. Para la optimización de los programas de prevención de las UPP, es necesario el fomento del uso de escalas de valoración del riesgo de desarrollar las UPP, identificando así, los pacientes en riesgo y establecer protocolos que definan de la situación.

Dentro de las escalas se encuentra el Índice de Norton; la cual evalúa el riesgo del desarrollo de las UPP, así como la escala de Braden (7,12), la utilización de estas escalas, varía de acuerdo al tipo de estudio y preferencia del investigador (13). Las escalas o índices deben ser prácticos de utilizar e incluir el mayor número de factores de riesgo, el equipo de enfermería debe determinar el uso de las escalas y decidir la de preferencia, la cual tendrá que ser usada de manera regular, al ingreso, o primer contacto con el paciente y después en los plazos que establezca el equipo.

El Índice de Norton incluye 5 aspectos en la valoración de riesgos de úlceras por presión, estos son estado general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia del paciente. Cada aspecto tiene un puntaje de uno a cuatro. El valor

total de 12 o menos indica muy alto riesgo de escaras o úlceras en formación. Un índice de 14 o menos indica riesgo evidente de úlceras en posible formación (13). La escala de Braden cumple el mismo objetivo, permite clarificar la predicción de las UPP. Los criterios que evalúa son 7: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones; a través de 4 opciones de respuestas puntuadas del 1 al 4. Los resultados son interpretados: de alto riesgo (< 12 puntos), riesgo medio (13-14); y de riesgo bajo (15-16, si es < de 75 años, y si es mayor, el puntaje va de 15-18) (14). Varios estudios han demostrado que la detección del riesgo inicial en la UCI con la escala de Braden es del 54% y hasta del 66.7% al séptimo día (15).

Con la identificación de los factores de riesgo, y evitarlos, de manera que propicie una reducción de la incidencia de las UPP en pacientes hospitalizados en la sala general. Las intervenciones de enfermería influyen de manera significativa en la conservación de la integridad de la superficie cutánea en las zonas de presión en los pacientes críticos, principalmente a través de las superficies dinámicas (11,16), los cambios posturales y la ayuda en la sedestación. Autores como Stegenseket al (7), describen que las diferencias entre las superficies estáticas y las dinámicas es que las primeras nunca alcanzan presiones por debajo de los 17-20 mm Hg, mientras que las dinámicas pueden alcanzar valores inferiores a éstos gracias a la alternado de vaciado y llenado de celdas de aire. Otorgando beneficios al paciente, debido a que mitiga las presiones en las zonas de contacto (sacro, talón, occipital). Éstas superficies son las ideales para los pacientes con riesgo medio y alto de UPP. Muchos autores han encontrado una relación significativa entre la severidad de las escalas de gravedad y el desarrollo de las UPP (10,12).

La valoración del riesgo de UPP permite identificar al paciente posible portador de esta patología y prevenir complicaciones de la misma, así como la identificación de la intervención del auxiliar de enfermería, evitar la propagación en extensión y profundidad de las UPP.

2 Objetivos

Objetivo principal.
- Identificar la prevalencia de úlceras de presión en salas de hospitalización.

Objetivos secundarios.
- Conocer los beneficios de las maniobras de cambios posturales implementados por el personal auxiliar de enfermería.

- Examinar los factores de riesgo que influyen en la aparición de las úlceras por presión.

3 Metodología

Revisión sistemática de la literatura, con enfoque cualitativo, bajo los lineamientos del Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones (17).

Los Criterios de inclusión son:
- Tipo de estudio: estudios experimentales y observacionales (descriptivos): de corte transversal y longitudinal.
- Tipo de intervención: intervenciones o estrategias de enfermería para el control y prevención de las UPP; pacientes ingresados en sala de hospitalización, maniobras de cambios posturales.
- Tipo de participantes: estudios en seres humanos in vivo con resultados informados, de ambos sexos, mayores o iguales a 18 años de edad
- Idioma: Inglés y español.
- Resumen y texto completo disponible.
- Antigüedad de los artículos de 5 años (2015-2020).

Los Criterios de exclusión son:
- Revisiones narrativas y sistemáticas.
- Estudios en animales.
- Estudios con pacientes con trastornos psiquiátricos y pacientes atendidos en su domicilio.

La búsqueda se ha realizado en dos bases de datos electrónicas: Pubmed y MEDLINE. En estas bases de datos se utilizaron los términos Medical SubjectHeadings (MeSH). Los principales descriptores adoptados en la estrategia de búsqueda de estudios primarios fueron: “pressureulcers”, “criticalpatients”, “prevention”; combinados utilizando el operador booleano AND, para lograr una búsqueda más amplia. La búsqueda se realizó en los meses de diciembre de 2019 y enero de 2020, última búsqueda el día 06 de enero de 2020. La estrategia de la búsqueda final ha sido: pressureulcers AND criticalpatients AND prevention. Para poder seleccionar los artículos, se han revisado por título, resumen y texto completo; de forma individual. Del total de 144artículos, se incluyeron sólo 8 artículos, debido a que eran los que cumplían con los criterios de búsqueda. Para responder a los objetivos propuestos, se extrajeron siguientes datos de los artículos incluidos como autor (es), año de publicación, tipo de diseño de estudio, características de

la muestra, tipo de intervención y resultados. El análisis de sesgos de los artículos seleccionados fueron a través del sistema GRADE (Gradingof, Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) (18), siendo el nivel de calidad de evidencia promedio bajo y muy bajo, esto debido a que la mayoría de las referencias seleccionadas para esta investigación son del tipo cualitativo o estudios observacionales.

4 Resultados

Han et al. (19) analizaron si la estadía prolongada en la hospitalización de los pacientes aumentaba el riesgo de úlceras por presión. Encontraron que la probabilidad bruta y razón de riesgo para la hospitalización aumentó en un lapso ≥24 horas en relación con los pacientes que se encontraban en el departamento de emergencia(<6 horas). La estancia en emergencia ≥12 y ≥24 horas se asociaron con un mayor riesgo de ulceras por presión, en relación con la estancia < 6 horas, respectivamente. El riesgo duró hasta una semana en relación con los pacientes que se encontraban en el departamento de emergencia (<6 horas).

Cheng et al. (20) realizaron un estudio con el objetivo de investigar los factores de riesgo del desarrollo de úlceras por presión (PU) postoperatorias después de la resección hepática con una larga duración quirúrgica. De los 128 pacientes incluidos en el estudio, 11 desarrollaron una PU en etapa 1. Los factores de riesgo asociados son el aumento del nivel de albúmina, la complicación de la diabetes mellitus, la duración de la cirugía y la pérdida de sangre intraoperatoria.

Hyun et al. (21) realizaron un estudio en el cual determinaron las variables predictoras específicas para el desarrollo de las UPP. El número de pacientes que desarrollaron una HAPU durante su estadía en la UCI fue de 735 (5.81% de la tasa de incidencia). La edad, el sexo, el peso, la diabetes, uso de vasopresores, uso de tubo endotraqueal, el episodio de ventilación, la puntuación de Braden y los días de ventilación se asociaron significativamente con la UPP. Los pacientes masculinos eran 1.5 veces más, los pacientes con diabetes eran 1.5 veces más y los pacientes en aislamiento tenían 3.1 veces más probabilidades de tener una UPP que los pacientes femeninos, pacientes sin diabetes y pacientes sin aislamiento, respectivamente.

Tarig et al. (22) encontraron una prevalencia de UPP 10.4% en 2018 versus 6.4% en 2013. En 2018, se evaluó la piel y se documentó el riesgo de UPP en el 99% de los pacientes dentro de las 24 horas posteriores al ingreso, lo que condujo a

la implementación rápida de un plan de atención preventiva. La mayoría de los pacientes que desarrollaron una UPP eran mujeres (62%) y tenían entre 20 y 29 años (25%) o entre 70 y 79 años (25%). Todos los pacientes con UPP se acostaron en tres capas de lino, la mayoría de su lado (88%) y el 75% fueron hospitalizados por más de 30 días.

Gunningberg et al. (23) evaluaron el efecto de una presión de sistema de mapeo de las úlceras por presión prevalencia e incidencia en un entorno hospitalario.No se mostraron diferencias significativas en la prevalencia e incidencia de úlceras por presión entre los grupos de intervención y control. La prevalencia de úlceras por presión en el grupo de intervención fue del 24.2% en el día 1 y del 28.2% en el día 14. En el grupo de control , los números correspondientes fueron del 18,2% y el 23,8%. Siete de 69 pacientes (10.1%) en el grupo de intervención y siete de los 81 pacientes (8.6%) en el control de grupo que no tenían úlceras por presión en la admisión desarrollado categoría de categoría 1 y 2 úlcera durante su estadía en el hospital. La tasa de incidencia entre la intervención y el control. los grupos fueron 1.13.

Tzuc et al. (24) realizaron un estudio en el cual determinaron que la prevalencia de UPP al ingreso fue de 6.4%, el 12.9% a las 24 h y el 35.5% a las 72 h. Siendo el factor de riesgo la prolongada estancia hospitalaria.

Santamaria et al. (25) evaluaron la efectividad de maniobras para prevenir la UPP, a través de un vendaje de espuma de silicona con las maniobras de cambios posturales. Identificando que no se desarrollaron UPP en ninguno de los pacientes de la cohorte de intervención en comparación con 14 pacientes en la cohorte de control que desarrollaron un total de 19 PU de talón.

Park y Park (26) realizaron una intervención para evaluar la efectividad de una maniobra de prevención de la UPP, por medio de una capa de espuma viscoelástica (VEFO) con un colchón hospitalario estándar. La incidencia del desarrollo de UPP fue significativamente menor en los sujetos asignados al grupo experimental en comparación con los del grupo control (3.6% -27.3% durante el período de recolección de datos de 2 semanas). La UPP máxima fue significativamente menor en el VEFO con el colchón hospitalario estándar que en el colchón hospitalario estándar.

5 Discusión-Conclusión

Los factores de riesgo más prevalentes en dichos estudios, los adultos mayores, sexo masculino, comorbilidades como la diabetes mellitus, incontinencia urinaria y fecal, ventilación mecánica, tratamiento con drogas vasoactivas y sedantes, sobrepeso, desnutrición, tipo de admisión y duración hospitalaria mayor de 3 días. Los factores asociados se explican en orden de frecuencia: los adultos mayores presentan con más prevalencia debido a la disminución de la movilidad, así como tolerancia tisular, la percepción de dolor o por el aumento de comorbilidades (entre ellas la diabetes mellitus); el sexo masculino porque frecuentemente se ven afectados por patologías cardiovasculares que a su vez, son los principales motivos de ingreso en la UCI.

En relación a la duración hospitalaria, algunos autores aseguran que la permanencia de más de 6 horas en una posición aumenta el riesgo de desarrollar UPP, principalmente en pacientes con VM (8); debido a que aumenta la presiones sobre los tejidos generando isquemia y por consiguiente la necrosis tisular; factor que a su vez, es agravado por la incontinencia fecal y urinaria que producen irritación en la zona sacra (que es una de las zonas frecuentemente afectada).

La utilización de la escala de Norton y de Braden para la valoración del riesgo de los pacientes hospitalizados, con impresiones de mejores valoraciones en la escala de Braden que la de Norton y mejor riesgo predictivo; por lo cual, debe utilizarse como parte del protocolo del personal de enfermería incluyendo los auxiliares de enfermería para la medida de control y prevención de las UPP en pacientes hospitalizados.

Las zonas frecuentemente afectadas con el desarrollo de UPP en los pacientes en decúbito supino son la región sacra y talón, mientras que el desarrollo es más rápido en pacientes con VM y con predominio en la región facial según afirma Peña Otero et al (8) y Rondinelli (9), con categoría I en su mayoría, la cual puede evolucionar a categoría II en caso de mayor estancia hospitalaria. Las intervenciones para el personal auxiliar de enfermería además del cambio postural, incluyen el apoyo en la aplicación de las escalas de valoración de riesgo de UPP (escala de Braden) desde el ingreso hasta el egreso hospitalario con un intervalo de 3 días; planificación de los cuidados de la piel, adicionando el uso de películas de poliuretano transparente con mejor evidencia que los apósitos de hidrocoloides (5), uso y recambio cada 3 días de apósitos de espuma de silicona con vendaje tubular en las zonas de presión; lo cual permite que se mantenga

hidratada la piel y mejora la circulación de la zona; así como, uso de capa de espuma viscoelástica (VEFO) más efectivo que colchón de hospital estándar. Lo cual es beneficioso debido a que reduce las presiones a menos de 17 mmHg; estas medidas más el componente nutricional, permiten una adecuada prevención y control de las UPP.

La prevalencia de úlceras de presión en salas de hospitalización estimada es de un 10%. Los beneficios de las maniobras de cambios posturales implementados por el personal auxiliar de enfermería son la prevención de las úlceras por presión, sin embargo otras maniobras como el apoyo en la aplicación de apósitos hidrosolubles, vendajes, permiten reducir la incidencia de úlceras por presión. Los factores de riesgo que influyen en la aparición de las úlceras por presión son el sexo masculino, presencia de comorbilidades como diabetes mellitus, estancia hospitalaria mayor de 3 días.

6 Bibliografía

- Blanco Zapata RM, López García E, Quesada Ramos C, García Rodríguez MR. Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en prevencion y tratamiento de las úlceras por presión en adultos. Guía para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en adultos. Estado Vasco: Osakidetza, Departamento de Salud; 2015.
- Alvia K. Evaluación del Riesgo. Prevención de las úlceras por presión. Guía de prevención de úlceras por decúbito en la Unidad de Cuidados Intensivos. Provincia de Marubí, Ecuador: Hospital General Napoleón Dávila Córdova, Unidad de Cuidados de Enfermería; 2015.
- Tayyib N, Coyer F, Lewis P. A two-arm cluster randomized control trial to determine the effectiveness of a pressure ulcer prevention bundle for critically ill patients. J Nurs Scholarsh. 2015; 47(3): 237-47.
- Bautista Montaña I, Bocanegra Vargas L. Prevalencia y factores asociados de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Cuidados Intensivos. Trabajo de Grado para optar por el título de enfermería. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
- Dutra R, Salomé G, Alves J, Pereira V, Miranda F, Vallim V, et al. Using transparent polyurethane film and hydrocolloid dressings to prevent pressure ulcers. J Wound Care. 2015; 24 (6): 273-5).
- Meyers T. Prevention of Heel Pressure Injuries and Plantar Flexion Contractures

With Use of a Heel Protector in High-Risk Neurotrauma, Medical, and Surgical Intensive Care Units: A Randomized Controlled Trial. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017; 44(5): 429-433.
- Stegensek Mejía E, Jiménez Mendoza A, Romero Gálvez L, Aparicio Aguilar A. Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel. Enfermería Universitaria. 2015; 12(4): 173-181.
- Peña Otero D, Vazquez Domínguez D, Hernanz Fernández L, Santano Magariño A, Jimenez González V, García Klepzing JV, et al. Preventing facial pressure ulcers in patients under non-invasive mechanical ventilation: a randomised control trial. Journal of wound care. 2017; 26(3): 128-136.
- Rondinelli J. Establishing for patients with medical device related hospital acquired pressure ulcers in intensive care: a multi-site study. Tesis para optar por el título de Doctor en Enfermería Filosófica. California: Universidad Pacifica Azusa; 2014.
- Chaboyer W, Bucknall T, Webster J, McInnes E, Gillespie B, Banks M, et al. The effect of a patient centred care bundle intervention on pressure ulcer incidence (INTACT): A cluster randomised trial. Int J Nurs Stud. 2016 Dec; 64(1): 63-71.
- Manzano F, Colmenero M, Pérez-Pérez A, Roldán D, Jiménez-Quintana MdM, Mañas M, et al. Comparison of two repositioning schedules for the prevention of pressure ulcers in patients on mechanical ventilation with alternating pressure air mattresses. Intensive Care Med. 2014; 40(11): 1679-87.
- Curley M, Hasbani N, Quigley S, Stellar J, Pasek T, Shelley S, et al. Predicting Pressure Injury Risk in Pediatric Patients: The Braden QD Scale. J pediatr. 2018; 192(e.2): 189-195.
- Romanos Calvo B, Casanova Cartié N. Norton scale modifed by INSALUD and its differences in clinical practice. Gerokomos. 2017; 28(4): 194-199.
- Secretaría de salud. Protocolo de prevención. Protocolo para la prevención y manejo de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Protocolo de prevención. México:, Subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud, Dirección general de calidad, Dirección de enfermería; 2012.
- Meneses Escalona Y, Dávila Hernández Y, Matos Rodríguez Y. Escala de Braden, útil en la prevención de la úlcera por presión. Gac Med Espirit. 2010; 12(1): 1-8.
- Schallom M, Dykeman B, Metheny N, Kirby J, Pierce J. Head-of-bed elevation and early outcomes of gastric reflux, aspiration and pressure ulcers: a feasibility study. Am J Crit Care. 2015; 24(1): 57-66.
- Centro Cochrane Iberoamericano. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011]. [Online].; 2012.
- Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V. Sistema GRADE: clasifi-

cación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. Cirugía Española. 2014; 92(2).
- Han D, Kang B, Kim J, Jo Y, Lee J, Hwang J, et al. Prolonged stay in the emergency department is an independent risk factor for hospital-acquired pressure ulcer. Int Wound J. 2019; 1(1): 1 5.
- Cheng H, Jiang A, Zhu B, Cai J, Song Y. The Risk Factors of Postoperative Pressure Ulcer After Liver Resection With Long Surgical Duration: A Retrospective Study. Wounds. 2019; 31(9): 242-245.
- Hyun S, Moffatt-Bruce S, Cooper C, Hixon B, Kaewprag P. Prediction Model for Hospital-Acquired Pressure Ulcer Development: Retrospective Cohort Study. JMIR Med Inform. 2019; 7(3): e13785.
- Tariq G, Hamed J, George B, Cruz S, Jose J. Pressure ulcer prevalence and prevention rates in Abu Dhabi: an update. J Wound Care. 2019; 28(Suppl 4): S4-S11.
Gunningberg L, Sedin IM, Andersson S, Pingel R. Pressure mapping to prevent pressure ulcers in a hospital setting: A pragmatic randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2017; 72(1): 53-59.
- Tzuc-Guardia A, Vega-Morales E, Collí-Novelo L. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. Enfermería Universitaria. 2015; 12(4): 204-211.
- Santamaría N, Gerdtz M, Liu W, Rakis S, Sage S, Ng A, et al. Clinical effectiveness of a silicone foam dressing for the prevention of heel pressure ulcers in critically ill patients: Border II Trial. Journal of Wound care. 2015; 24(8): 340-345.
- Park K, Park J. The Efficacy of a Viscoelastic Foam Overlay on Prevention of Pressure Injury in Acutely Ill Patients. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017; 44(5): 440 - 444.

Capítulo 497

HIGIENE DE MANOS: ANÁLISIS Y CONSECUENCIAS

REBECA PAJA MARTÍNEZ

1 Introducción

Un año más, la OMS nos ha recordado la importancia del lavado de manos para ”salvar vidas”, eliminar la suciedad y reducir microorganismos de la piel. El personal encargado de la atención directa al paciente, puede ser un factor en la cadena de transmisión de enfermedades infecciosas. La higiene, tiene un papel fundamental, ya que es el método más sencillo para evitar la transmisión de microorganismos de una persona a otra. Las enfermedades nosocomiales son uno de los principales problemas dentro del ámbito hospitalario tanto para el propio personal sanitario como para los pacientes que acuden a los servicios hospitalarios, una de las principales formas de lucha contra este tipo de contagio es el lavado de manos.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria son un problema importante en los entornos actuales de prestación de la atención. Pueden ser causados por agentes infecciosos endógenos o exógenos, siendo las manos de los profesionales de la salud la vía de transmisión más común; debiendo prestar especial atención, al técnico en cuidados auxiliares de enfermería por proveer una gran atención asistencial con el paciente.

Una de las principales causas por las que pacientes hospitalizados mueren, son las enfermedades transmisibles. La infección nosocomial en pacientes debido a manos contaminadas del personal es una de las formas de dispersión de los agentes infecciosos más común.

2 Objetivos

- Determinar el procedimiento que se debe de seguir en el lavado de manos.
- Evidenciar la adherencia de la higiene de manos del técnico en cuidados auxiliares de enfermería como una de las medidas preventivas para evitar la aparición de complicaciones

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática, para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos y protocolos a través de buscadores como Pubmed, Cochrane, Scielo, Google Académico, en páginas como Redalyc, Mediagraphic, Medline.

4 Resultados

En el trabajo del TCAE es importante la información y saber sonde se encuentran los riesgos, de contraer infecciones. De esta manera los hospitales deben de tener recursos para facilitar esta información y vigilancia. Demostrándose así, un número menor de infecciones. Hay unas medidas generales para la prevención y control. Normas de higiene. Son básicas en el trabajo del TCAE, principalmente el lavado de manos. A realizar entre paciente y paciente. E incluso entre distintas acciones que se llevan a cabo en un mismo paciente.

El lavado de manos con gel o solución hidroalcohólica es una prevención segura y efectiva que actúa de manera favorable para prevenir infecciones. Los dispensadores son imprescindibles para una correcta higiene. Se lavaran las manos con agua caliente, usar jabón líquido, frotarse palmas, dorso, muñecas, dedos y las uñas. Aclarar las manos con los dedos hacia abajo, secar con toalla desechable y con esta misma cerrar el grifo. Usar crema hidratante para evitar grietas. Con un adecuado y efectivo lavado de manos por parte del personal hospitalario (entre 40-60 segundos, frotando palma sobre palma haciendo hincapié en espacios interdigitales y pulgares y haciendo uso de toallas desechables) se disminuirían las transmisiones de infecciones nosocomiales.

Es muy importante en el trabajo diario del TCAE, la vigilancia de sistemas como vías, sondas, respiradores, etc. También la utilización de guantes desechables. Y la vacunación del personal, para evitar contagios. Estas medidas se han demostrado

de gran importancia, y de eficacia probada y van encaminadas a la disminución de los factores de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

La Organización Mundial de la Salud asegura que un gran numero de infecciones nosocomiales podría evitarse con el simple gesto de lavarse las manos. El lavado y secado de manos realizado de la manera correcta disminuirá las infecciones entre pacientes evitando muertes cada año, esto implicaría no solo salvar vidas sino evitar el importante gasto sanitario que acarrea.
En el trabajo diario del TCAE está el contacto directo con los pacientes. Llevar a cabo rigurosamente todas las normas básicas evitará en gran medida infecciones nosocomiales. Con el correcto aseo de manos se pueden prevenir diferentes infecciones. La educación en la higiene será básica para que no esparcir los agentes patógenos por el hospital e incluso llevarlos en nuestros objetos personales.

6 Bibliografía

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

Capítulo 498

HIGIENE OCULAR EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.

VANESA PRIETO PEREZ

1 Introducción

En los pacientes encamados dependientes, el trabajo del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) es esencial. Por ello, le debemos de realizar la higiene de los ojos correctamente. Hay que proporcionarle al paciente el aseo necesario para mantener los ojos limpios y húmedos, evitando la irritación, infecciones, edemas y demás complicaciones.

2 Objetivos

Conocer las pautas necesarias para llevar a cabo una buena higiene de los ojos.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos sobre la higiene de ojos publicados en revistas científicas indexadas en las bases de datos de Pubmed, Scielo y Meldine.

4 Resultados

Para realizar la higiene de los ojos al paciente encamado lo primero que debemos hacer es lavarnos las manos y ponernos los guantes. Después le explicaremos al

paciente el procedimiento que vamos a realizar. Elevaremos la cabecera del paciente si no está contraindicado hasta tenerlo en una posición de sentado. Luego montaremos una gasa con suero fisiológico y limpiaremos desde el lagrimal hacia afuera de cada ojo, utilizando una gasa distinta para cada ojo. Pondremos la cabeza ladeada hacia el ojo que estemos limpiando. Abrir los párpados y aplicarle el suero. Luego sacaremos los ojos y volveremos a colocar al paciente en una posición cómoda. Registraremos el trabajo y las observaciones en la historia clínica.

Realizar el cuidado de los ojos siempre que esté pautado y cada vez que el paciente lo precise por la aparición de secreciones, aplicación de tratamientos, sequedad del ojo, etc. Si el paciente está inconsciente, cerrar suavemente los párpados, tras la técnica. Si el paciente no tiene reflejo de parpadeo, o no puede cerrar los párpados del todo, colocar un apósito oclusivo para cerrar el ojo e impedir que la córnea se seque e irrite. Para mantener la humedad adecuada en el ojo, se pueden aplicar pomadas o colirios hidratantes, según indicación facultativa. Utilizar siempre material distinto para cada ojo, para evitar infecciones cruzadas. Ante la presencia de cuerpos extraños en el ojo, recomendar al paciente que no se frote. Realizar la higiene del ojo antes de aplicar cualquier tratamiento. En caso de prótesis de ojo retirar la misma y realizar el lavado de la órbita. Higienizar las prótesis: ojos artificiales, lentes de contacto, gafas, etc., según indicaciones del fabricante y colocarlas al paciente si fuera necesario. Enseñar al paciente y/o cuidador:

- A realizar la higiene de los ojos.
- A cuidar las prótesis: ojos artificiales, lentes de contacto, gafas, etc…
- A no compartir toallas, ni otros objetos personales en contacto con los ojos.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que unos buenos cuidados en los ojos del paciente son esenciales para la comodidad del paciente así como para evitar infecciones, eliminando la suciedad y preparando el ojo para la administración de medicación si fuese necesario.

6 Bibliografía

- Guillamas, C. y otros. Técnicas básicas de enfermería. Editex. Madrid. 2004. Pág. 63.

- Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Manual de procedimientos de Enfermería. Hospital Comarcal de La Axarquía. 2003. Disponible en http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/manual_proced.pdf
- Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. 2001.

Capítulo 499

INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN LA UNIDAD HOSPITALARIA. PREVENCIÓN.

MÓNICA FONT VILLÉN

1 Introducción

Se denomina infección nosocomial a la contraída por los pacientes hospitalizados. Están también incluidas las infecciones que no se habían manifestado al ingreso ni estaban en periodo de incubación, es decir, las que se adquieren durante su estancia en el hospital; también serian las que contraen los trabajadores del centro debido a su trabajo. Estas infecciones son la complicación más común en pacientes hospitalizados.

2 Objetivos

- Conocer los datos de EPINE y la prevalencia de las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Frecuencia y focos de infección nosocomial.
A partir de los datos del Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España (EPINE), que se realiza desde hace dos décadas, y del Point prevalece Study, efectuado en diversos países de Europa durante el años 2010, se estableció que alrededor del 7% de los pacientes hospitalizados presentan una infección relacionada con la asistencia durante el corte de prevalencia, estimándose que alrededor del 5% de los pacientes hospitalizados desarrollaban una infección nosocomial durante el ingreso. Si bien hace unos años la infección del tracto urinario era la infección nosocomial identificada con mayor frecuencia en los cortes de prevalencia, en la actualidad lo es la infección del tracto respiratorio, seguida de la infección de localización quirúrgica, según el estudio europeo y la urinaria en el estudio español.

Prevalencia de las diferentes infecciones nosocomiales.
- Infecciones del tracto respiratorio 26%.
- Infección quirúrgica 19%.
- Infección del tracto urinario 17%.
- Bacteriemia 14%.
- Otras 24 %.

En general estas infecciones están relacionadas con procedimientos invadidos. Todas tiene en común la disrupción de las defensas propias del huésped por un dispositivo o una incisión, permitiendo la invasión por parte del microorganismo que forma parte de la flora habitual del paciente. Sin embargo, también el papel del huésped es importante. Existen múltiples condiciones del huésped que predispone a la adquisición de las infecciones nosocomiales; por ejemplo, la inmunosupresión, los trastornos de la deglución, o las relacionadas con la colonización del Staphylococcus aureus, frecuente en pacientes con insuficiencia renal, cirrosis hepática o diabetes mellitus, que suponen un riesgo elevado de infección por dicho microorganismo durante el ingreso hospitalario. Las infecciones nosocomiales ocasionan una elevada mortalidad, prolongan la estancia hospitalaria y aumentos los costes asistenciales.

5 Discusión-Conclusión

Se observa que con un buen nivel de conocimiento por parte de los trabajadores se pueden prevenir la mayor parte de las infecciones nosocomiales hospitalarias.

Se utilizan normas de higiene para el personal sanitario obligatorias, como el lavado de manos. Normalmente bastaría con un lavado de manos higiénico, es decir, con agua y jabón. También utilizar el material con máxima asepsia, mando a esterilizar después de un solo uso y mantener medidas de aislamiento para aquellos pacientes que lo necesiten. También el uso de equipos de protección individual (EPI) sería altamente efectivo.

6 Bibliografía

- J. Vaqué, J.Roselló, J.LArribas. Prevalence of nosocomial infections in Spain. EPINE study 1990-1997.
- F.Gudiol, E.Limón, E.Fondevilla, J:M:Argimon, B.Almirante, M.Pujol. The development and successful implementation of the VINCat program. Enferm Infecciones Microbiol Clin,30 (2012),pp.3-6

Capítulo 500

CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE TERMINAL.

AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ

ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de cuidados paliativos nos estamos refiriendo a todas aquellas enfermedades que requieren de unos cuidados destinados a la paliación y no a la curación, denominadas enfermedades terminales. Se puede definir la enfermedad terminal como: todo diagnóstico confirmado de enfermedad avanzada, incurable y progresiva, con falta de respuesta al tratamiento específico, con presencia de síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes, produciendo gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo asistencial, y con un pronóstico de vida inferior a seis meses (Viguria y Rocafort, 1998).

Como se recoge en la definición anterior, cuando hacemos alusión al término "enfermedad terminal", estamos refiriéndonos a una enfermedad que genera cambios importantes en el paciente y en la familia. El paciente con enfermedad terminal tiene que hacer frente a una nueva situación, en la que se produce una

ruptura con todo lo anterior, cambios en las actividades diarias, abandono de la actividad laboral, añadiéndose a todo ello la sintomatología multifactorial y cambiante, con el progresivo deterioro físico. Esto supone, que el paciente necesite cada vez mayor ayuda tanto de familiares, y cuidadores, como de equipos sanitarios, o que incluso precise de varios ingresos, con gran variedad de tratamientos farmacológicos.

Todas estas características generan en el paciente con enfermedad terminal soledad, angustia, depresión y gran variedad de miedos, y para la familia supone una serie de cambios psicológicos, estructurales, económicos y sociales. El familiar tiene que asumir el rol de cuidador, lo cual conlleva un abandono de la vida personal, laboral y social con las consecuencias derivadas de ello. Viguria y Rocafort en 1998 explicaron que atendiendo a todas estas características desencadenantes de una enfermedad terminal, los cuidados paliativos intentan ayudar al paciente y a su familia, para minimizar al máximo todos estos problemas y así conseguir el mayor bienestar y confort.

Entendemos también por cuidados paliativos todos aquellos programas de tratamiento activo, destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida de los pacientes, cuya enfermedad no responde al tratamiento. Podemos completar esta definición con los siguientes aspectos, explicados por Colell Brunet, como son, afirmar la vida y contemplar la muerte como un proceso normal que requiere aspectos como (Colell, 2008):
- No adelantar ni retardar la muerte.
- Proporcionar alivio al dolor y a otros síntomas.
- Ofrecer apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible, hasta su muerte.
- Dar apoyo a la familia, para ayudarla a afrontar la enfermedad del paciente y en su elaboración del duelo.

Se puede afirmar que: la atención de los cuidados paliativos, va dirigida a proporcionar el máximo confort y bienestar posible, no solo al enfermo al final de su vida, sino también a su familia. En este contexto, la atención es integrada, es decir, se tiene en cuenta todas las dimensiones del ser humano: física, social, psicológica y espiritual. Para ello es necesario el trabajo multidisciplinar (Colell, 2008). Los objetivos del tratamiento en cuidados paliativos según la Organización Mundial de la Salud (OMS,1990), son, fundamentalmente, los mencionados a continuación:
- Alivio del dolor y otros síntomas.

- No acelerar ni retrasar la muerte..
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida y considerar la muerte como algo normal.
- Influir sobre el proceso de la enfermedad, mejorando la calidad de vida.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.
- Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2012).
- Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
- El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
- La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" el enfermo los objetivos terapéuticos.
- Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada más que hacer", nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.
- Importancia del "ambiente". Una "atmósfera" de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.

Los objetivos mencionados se sustentan en tres pilares fundamentales: "comunicación, control sintomático y apoyo familiar" (Viguria y Rocafort, 1998). Según lo referente a la comunicación es importante que sea lo más ajustada a la realidad, sin dar falsas esperanzas y tanto el equipo sanitario como la familia, deben de ponerse de acuerdo para informar en la misma línea y evitar así, distintos tipos de informaciones, que no se ajusten entre ellas. Una buena comunicación proporciona al paciente un ambiente de confianza y seguridad, que es necesario para lograr su tranquilidad.

Por otra parte, para un correcto control de la sintomatología, debemos atender a todos y cada uno de los síntomas que presente el paciente, proporcionado la ayuda necesaria para cada momento, y atendiendo a las demandas específicas generadas por el paciente. El tratamiento de la sintomatología debe realizarse de forma individual para cada persona, teniendo en cuenta todas las características personales, sociales, psicológicas, físicas, creencias y cultura, con el objetivo de alcanzar el mayor bienestar y confort. La familia, juega un papel muy importante en el cuidado de este tipo de pacientes en fase terminal.

Es el profesional sanitario quien delega parte de los cuidados en los familiares. En la sociedad actual, hay que tener en cuenta que debido a los ritmos y estilos de vida, la gran mayoría de los familiares disponen de un tiempo limitado para poder hacerse cargo de su familiar y de los cuidados que este precise. Por familiares, también entendemos los allegados más cercanos al paciente. Se han producido mejoras y avances en (Borlado, 2011):

- Formación de profesionales: aumentando sus competencias y habilidades en cuidados paliativos, técnicas de comunicación, empatía, escucha activa y la comunicación de malas noticias, entre otros.
- Educación de la sociedad.
- Aumento y mejora de los recursos tecnológicos y humanos utilizados.
- Mayor colaboración y participación del paciente y familia en el proceso de la enfermedad y en la toma de decisiones.
- Mejor acondicionamiento de las infraestructuras físicas.

2 Objetivos

- Analizar las funciones y actividades de todos los componentes del equipo de enfermería en los cuidados paliativos.

3 Metodología

Se consultaron diferentes tipos de fuentes bibliográficas, tanto primarias como secundarias. Realizado el proceso de documentación, se pasó a la lectura de dichas referencias bibliográficas, adquiriendo conocimientos para la determinación de los contenidos a tratar en el trabajo. Se analizaron, revisaron y evaluaron dichas referencias bibliográficas, desechando aquellas que no presentaban un contenido que se ajustara a los objetivos del trabajo o que no fueran fiables. Una vez seleccionada y organizada toda la documentación, se procedió a la elaboración del mismo, siguiendo para la citación la sexta edición de las Normas APA. Se utilizaron como descriptores las siguientes palabras clave: “cuidados”, “paliativo”, “terminal”, “enfermería”.

4 Resultados

Cuidados de enfermería al paciente terminal.

La enfermera de una unidad de Cuidados Paliativos, es la encargada de asegurar el mayor bienestar de sus pacientes en todos los ámbitos, físico, psíquico, emocional, espiritual y social, mediante la aplicación de todos los cuidados y tratamientos necesarios, siguiendo el proceso de atención de enfermería (PAE) y la atención física y psicológica a los familiares. El proceso de atención de enfermería (PAE) constará de 5 fases (Gómez, 1998):

- Valoración inicial: del paciente, la familia (reconocer cuidador principal), el entorno, los medios físicos y personales con los que se cuenta en cada ámbito y de los que dispone el propio servicio de Cuidados Paliativos.
- Detección de necesidades y problemas: generales y específicos. Hacer un diagnóstico de enfermería lo más completo posible, tanto del paciente como de la familia.
- Planificación de cuidados: elaborar un plan de acción, teniendo en cuenta las prioridades que el propio paciente haga de sus necesidades, será lo que nos marque las pautas a seguir para dicha elaboración.
- Ejecución: fijar diariamente cuáles son aquellos cuidados de mayor prioridad y aplicarlos.
- Evaluación de los cuidados: realizaremos una evaluación de cómo se están realizando los cuidados, cuáles son los resultados obtenidos y si ha existido mejoría en el estado del paciente, para así saber, si los cuidados que se están llevando a cabo, se están realizando de manera correcta y además, responden a las necesidades del paciente. Si no es así, se aplicarán las medidas correctoras necesarias. La evaluación de los cuidados debe de realizarse de manera continua, y conjuntamente con el resto del equipo encargado del cuidado del paciente.

Manejo de los síntomas del paciente terminal.

El manejo de los síntomas en el paciente terminal es una labor correspondiente al equipo de enfermería y medicina, los cuales pueden contar con el apoyo de la familia o incluso del propio paciente para dicho manejo. El control sintomático está regulado por unos principios generales de control de síntomas. Estos principios generales son según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2012) los siguientes: evaluar antes de tratar. Además de la causa, debemos evaluar la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma; explicar las causas de estos síntomas en términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar; la estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas. Además deben fijarse los plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan apare-

cer; monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas…); atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican.

Manejo de los síntomas respiratorios. Los síntomas respiratorios más frecuentes en los pacientes terminales son: la disnea, tos y la hemoptisis.

- Disnea: el manejo de una crisis de disnea por parte del profesional de enfermería se va a centrar en un primer momento en la administración de oxígeno para disminuir las necesidades del mismo, siempre asegurándonos que está siendo efectiva. Esta administración no puede ir aislada, por lo que posteriormente colocaremos al paciente en posición de SemiFowler o sentado. Por último, administraremos la medicación pautada para el tratamiento de dicha sintomatología como pueden ser corticoides, aerosolterapia. Por el contrario para el manejo de la disnea crónica la enfermera es la encargada de realizar educación para la salud, informando tanto al paciente como a la familia de cuáles son los signos y síntomas características de la disnea, cómo identificarlo, cómo prevenirlos y cómo tratarlos una vez instaurados (Núñez, J. M., Martínez, M.B., y Moreno, R., 2007).
- Tos: ante un paciente con tos, la enfermera/o es la encargada de evaluar qué tipo de tos presenta el paciente y su relación con las comidas, al igual que la eliminación de todos aquellos factores que estimulen la tos, como puede ser el tabaco.

Si la tos va acompañada de esputo (tos productiva), explicaremos al paciente las formas de eliminar dichas secreciones, si no puede eliminarlas por sí solo, podemos extraerlas mediante aspiración. En el caso de tratarse de una tos productiva, la tos no debe de suprimirse, ya que nos ayuda a la expulsión de las secreciones acumuladas. Administraremos el tratamiento prescrito para dicha sintomatología y recomendaremos la ingesta de abundante agua (Núñez, J. M., Martínez, M.B., y Moreno, R., 2007).

- Hemoptisis: ante un paciente con hemoptisis, la enfermera/o debe de valorar la intensidad del sangrado, diferenciando entre una hemoptisis leve que solo requiere de vigilancia a una hemoptisis masiva que requiere de otro tipo de cuidados. En caso de hemoptisis leve, debemos tranquilizar tanto al paciente como a la familia, ya que la sangre es muy alarmante, e informarles que el sangrado cesará y que únicamente requiere de vigilancia. Si por el contrario, el sangrado es abundante (hemoptisis masiva), debemos de controlar el volumen del sangrado, mantener al paciente en reposo en cama, acostado del lado sangrante si se conoce, y asegurarnos de la permeabilidad y mantenimiento del acceso venoso por si fuera

necesario utilizarlo por sangrado excesivo. Administraremos el tratamiento farmacológico previsto para la hemoptisis. (Portugés, A., Ferrari., M., Hernández, P., y Sacristán, A, 1998).

Manejo de síntomas digestivos. Los síntomas digestivos más frecuentes en los pacientes terminales son: ascitis, diarrea, disfagia, náuseas y vómitos, estreñimiento y anorexia.

- Ascitis: ante un paciente con ascitis, debemos colocarlo en la posición en la que éste se encuentre más cómodo. La posición más cómoda suele ser la de acostado por la distensión abdominal. Si la ascitis produjera dificultad respiratoria, elevaremos el cabecero de la cama.

Si por el contrario el paciente se encontrara mejor sentado, colocaremos las piernas en alto para evitar edemas en miembros inferiores (Valentín, V., Carretero, Y., e Ibáñez, M.J, 1998).

- Diarrea: ante un paciente con diarrea se debe de utilizar una dieta astringente y la ingesta de abundantes líquidos, siempre que el estado del paciente lo permita.Es muy importante el cuidado de la piel de la zona perianal para evitar maceraciones, para ello no se deben de utilizar productos irritantes durante la higiene, secar bien la zona y aplicar una vez limpia la zona pomadas protectoras (Albert Tuca, A., Schroder, M., y Novellas, A, 1998).
- Disfagia: en pacientes con disfagia, administraremos dieta blanda en pequeñas cantidades, dieta túrmix o liquida, según lo tolere el paciente acompañada de suplementos dietéticos. Colocación en posición de Fowler durante la comida. Estos pacientes requerirán un cuidado especial de la boca.
- Naúseas y vómitos: cuando un paciente presenta náuseas y vómitos, la enfermera/o debe colocarlo sentado o semisentado, si está encamado en posición de Fowler y si está inconsciente en decúbito lateral para evitar broncoaspiración. Las tomas serán en pequeñas cantidades y a demanda. La dieta será de fácil masticación. Es importante evitar los olores fuertes y realizar cuidados de la boca con frecuencia. Administración de tratamiento prescrito, principalmente antieméticos. (Bermejo, J. C., Díaz- Albo, E., y Sánchez, E, 2011).
- Estreñimiento: la enfermera/o ante esta sintomatología, debe de administrar una ingesta hídrica siempre que el estado del paciente lo permita. Será necesaria la valoración del hábito intestinal y el registro de diario del número de deposiciones. Administración del tratamiento farmacológico pautado, principalmente enemas y laxantes.
- Anorexia: el procedimiento a seguir ante un paciente con anorexia consiste en conocer cuáles son los gustos de este en relación con la comida, para así ofrecerle comida que le sea apetecible. Nunca debemos de obligarle a comer, sino que la

ingesta se realizará a demanda del paciente. Como tratamiento adicional son muy eficaces los complejos vitamínicos (Núñez Olarte, J.M., y López Inmedio, E, 2007).

Manejo de síntomas neuropsiquiátricos. Los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes en los pacientes terminales son: insomnio, ansiedad y depresión.

- Insomnio: los cuidados de enfermería tienen como objetivo principal detectar, tratar y eliminar todas aquellas causas y/ o factores que conllevan a la aparición de dicha sintomatología. Una vez instaurado el insomnio, debemos de recomendar al paciente que siga unos horarios regulares para dormir y para despertarse. Se deben de evitar las bebidas estimulantes como el alcohol o el café y las interrupciones del sueño en la medida de lo posible. Se administrará el tratamiento prescrito, generalmente hipnóticos y tranquilizantes.
- Ansiedad: es un estado en el que el individuo experimenta sentimientos de inquietud. Los síntomas más característicos son insomnio, sudor, náuseas, ataques de pánico, irritabilidad. El objetivo del manejo de esta sintomatología es ayudar al paciente en el afrontamiento proporcionándole apoyo psicológico. Con estos pacientes lo más importante es la empatía. El personal de enfermería debe mostrarse preocupado por aquello que produce inquietud en el paciente, y por tanto ansiedad.
- Depresión: la intervención de enfermería es similar a la llevada a cabo en la ansiedad. Añadimos en este caso, el objetivo de aumentar el nivel de autoestima y la eliminación de la hostilidad (Isac, D., y Nuñez, J.M., 1998).

Manejo de los síntomas de cutáneos. Dentro de los síntomas cutáneos, la labor más frecuente de enfermería es el cuidado de úlceras por presión de tercer y cuarto grado y el cuidado de tumores ulcerados.

- Cuidados de úlceras por presión de tercer y cuarto grado. En estas úlceras lo más importante son las curas diarias acompañadas de la administración de analgésicos, si existiera dolor. Las curas en un primer momento se van a realizar con agua y jabón o suero salino en su defecto. Una vez curada la herida, aplicaremos pomadas y apósitos en función del estado de la herida.

Cuidados al final de la vida.

Los cuidados al final de la vida, son imprescindibles para asegurar una muerte lo menos dolorosa posible. Son unos cuidados holísticos, que atienden a todas las dimensiones del paciente y también de la familia (física, psicología, emocional, social y espiritual).

Cuidados de la boca.

El cuidado de la boca es muy importante en los enfermos terminales, la boca

seca se vuelve sucia y con riesgo de infectarse provocando dolor. Alteran la alimentación oral con muchas consecuencias: malnutrición, anorexia, caquexia, a la vez que dificultan la comunicación, la vida social y disminución del apetito (Martín, Badallo, Castellanos, Escaja y Orbañanos, 2006). El cuidado de la boca es fundamental en el bienestar del paciente y ayuda a conservar durante más tiempo la vía oral (Bermejo, Díaz-Albo y Sánchez, 2011). Los cuidados realizados a la boca van a ir orientados al aumento del confort del paciente. Además de aumentar el confort estos cuidados nos van a permitir tener una boca limpia y húmeda. La boca limpia previene de las infecciones y malos olores y la boca húmeda evita una boca seca con las molestias que esto conlleva, por tanto Martín et al (2006) explicaron que el cuidado de la boca disminuye el riesgo de infecciones, dolor y mal olor. Si el estado del paciente lo permite, la limpieza se realizará dos veces al día con un cepillo suave y por el propio paciente, si por el contrario, éste no puede realizarlo por sí solo, por estado de la enfermedad avanzada con importante deterioro o en caso de pacientes inconscientes o sedados, la limpieza será realizada por el personal de enfermería y auxiliar de enfermería encargado del cuidado. La auxiliar administrará un antiséptico diluido en suero con la ayuda de la jeringa por toda la boca a la vez que la enfermera/o va aspirando con una sonda de aspiración el contenido, evitando así una broncoaspiración. También se limpiará la lengua.

Cuidados de la piel.
La aparición de problemas en la piel es algo también muy frecuente en los enfermos paliativos, desde la aparición de UPP, debido a la inmovilidad y el estado físico tan pobre, hasta las lesiones tumorales causadas por la propia enfermedad, la sensibilidad cutánea, la hipodermoclisis, las secreciones, la terapia radiológica, los dispositivos mecánicos. (Bermejo, Díaz-Albo y Sánchez, 2011). Los cuidados de enfermería irán orientados al mantenimiento de una correcta higiene, a mantener al paciente lo más limpio posible y a tratar los problemas que vayan apareciendo relacionados con la piel.

Cuidados del confort y descanso.
Casi todos los pacientes en situación avanzada de enfermedad tienen con mucha frecuencia alteración del patrón del sueño. Las causas son a veces físicas: dolor, ulceraciones, alteraciones intestinales, alteraciones neurológica. Pero la mayoría de las veces obedecen a causas emocionales: la angustia y el miedo que les provoca la enfermedad, la soledad de la noche, el silencio, el miedo a no volver a despertar (Bermejo, Díaz-Albo y Sánchez, 2011). Lo más importante es el acondicionamiento de un entorno lo más relajado posible, sin ruidos y el apoyo emo-

cional y la empatía. Conjuntamente podemos administrar tratamiento médico.

Cuidados de la alimentación e hidratación.
Suelen ser muy frecuentes los problemas relacionados con la alimentación en estos pacientes. Fundamentalmente, casi todos los enfermos en estadios avanzados de enfermedad sufren de anorexia intensa. Esto angustia mucho a sus familias, que asocian el apetito con encontrarse mejor, y cuando ven que el paciente deja de comer sienten mucha ansiedad del mismo modo que el paciente (Bermejo, Díaz-Albo y Sánchez, 2011). En cuidados paliativos es importante que los objetivos de la alimentación y la hidratación se orienten en el sentido del placer y del confort que le puedan proporcionar al paciente, y no tanto a un adecuado equilibrio nutricional (Núñez, Martínez, y López, 2007). La alimentación en cuidados paliativos debe de adaptarse a las características de cada uno de los pacientes. La alimentación debe de realizarse por vía oral, siempre que las características del paciente lo permitan, por ello, la boca ha de encontrarse en correctas condiciones, por lo que si el paciente presenta alguna afectación bucal, han de llevarse a cabo unos cuidados muy rigurosos, para asegurar la mayor salud bucal posible.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos, no están destinados únicamente a los pacientes con una patología neoplásica o cáncer, sino que también están enfocados a pacientes con patologías crónicas, progresivas e infecciosas y a pacientes con patologías neurológicas degenerativas (Arranz P, Barbero J, Barreto P y Bavés R, 2003). Se trata de cuidados que tienen en cuenta todas las dimensiones del ser humano: física, social, psicológica y espiritual. Están orientados principalmente al paciente, pero también a la familia, y se tienen que llevar a cabo mediante un equipo multidisciplinar que involucre a paciente y familia en el proceso de enfermedad y en la toma de decisiones (Borlado, 2011). No terminan con la muerte del paciente, continúan en el proceso de duelo con el acompañamiento a la familia (Collel, 2008). Son necesarias una mayor formación y capacitación de los profesionales sanitarios para aumentar sus competencias y habilidades en el tratamiento y abordaje de estos pacientes (Ferré-Grau, C., Rodero-Sánchez, V., Cid-Buera, D., Vives-Relats, C., y Aparicio-CasalsM.R, 2011). Es igualmente necesario el cambio de filosofía de los hospitales, dejando paso a una medicina "paliativa" y no únicamente "curativa" (Arranz, P., y Cancio, H, 2002).

6 Bibliografía

- Aguirán, P. (2007). Tratamiento no farmacológico del dolor. Sanmartín, J. Guías clínicas de Cuidados Paliativos. Madrid:Arán.
- Albert Tuca, A., Schroder, M., y Novellas, A. (1998). Cuidados Paliativos en oncología. Instituto Catalán de oncología, vol. 29, no 4,35-5.
- Arranz, P., Barbero, J.J., Barreto, P., y Bayés, R. (2003). Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Arranz, P., y Cancio, H. (2002). Counselling. Habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico, en F. Gil(ed), Manual de psico oncología, Madird: Nova Sodinia, 39-56.
- Artus. A., Veux, B., y Pérez, S. (2012). Comunicación de malas noticias. Medicina Familiar y Comunitaria.
- Astudillo, W., y Mendinueta, C. (2001). Cómo ayudar a la familia en la terminalidad. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados paliativos.
- Astudillo, W., y Mendinueta, C. (2002).La importancia del apoyo psicosocial en la terminalidad. San Sebastian. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Astudillo, W., y Mendinueta, C. (2005). ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? Ars Médica, Vol 11, Nº 11.
- Bermejo, J. C., Díaz- Albo, E., y Sánchez, E. (2011). Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos .Madrid: Cáritas Española editores.
- BondyaleOko, T. M. (2007) Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid. DAE Colell Brunet, R. (2008). Enfermería y cuidados paliativos. Lleida: Universidad de Lleida.
- De la Fuente, C., Gómez, Y., y Antón, M. (1998). La atención del enfermo hospitalizado. López Inmedio. E, (ed). Enfermería en Cuidados Paliativos, (pp383-387). Madrid: Panamericana.
- Ferré-Grau, C., Rodero-Sánchez, V., Cid-Buera, D., Vives-Relats, C., y Aparicio-CasalsM.R. (2011). Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. Tarragona: Publidisa
- Gómez Pérez, C. (1998). La enfermería en Cuidados Paliativos. López Inmedio. E, Alcocer A (ed), Enfermería en Cuidados Paliativos,(pp 31-34). Madrid. Panamericana.
- Gómez, M. (1998). Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad. Madrid: Arán.
- Isac, D., y Nuñez, J.M. (1998). Síntomas neuropsicológicos en el enfermo en fase terminal. Cuidados de enfermería. López Inmedio. E, (ed). Enfermería en Cuidados Paliativos, (pp169-175). Madrid. Panamericana.

- López Martínez, R., Rexach, L., y Pérez, N. (1998). Síntomas urológicos en el enfermo en fase terminal. Cuidados de enfermería. López Inmedio. E, (ed). Enfermería en Cuidados Paliativos, (pp 143-149). Madrid;Panamericana.
- López, M. C., Méndez, S y Ortega, L. (1998).Urgencias en Cuidados Paliativos. López Inmedio. E, (ed). Enfermería en Cuidados Paliativos, (pp 175-183). Madrid:
- Martin, F., Ballado, J.L., Castellanos, J., Escaja, A., y Orbañanos, L. (2006). Cuidados de enfermería en situaciones especiales. Valladolid: Organización Colegial de Enfermería.
- Muñoz, F., Espinosa, J.M., Portillo, J., y Benítez M.A (2002). Atención a la familia. Elsevier.
- Núñez Olarte, J.M., y López Inmedio, E., (ed). (2007) Guía Rápida de Manejo Avanzado de Síntomas en el Paciente Terminal. Madrid. Panamericana.
- Núñez, J. M., Martínez, M.B., y Moreno, R. (2007). Manejo de síntomas respiratorios. Madrid. Panamericana.
- Portugés, A., Ferrari., M., Hernández, P., y Sacristán, A. (1998).Síntomas respiratorios en el enfermo en fase terminal. Cuidados de enfermería. López Inmedio. E, (ed). Enfermería en Cuidados Paliativos, (pp 129-143). Madrid: Panamericana.
- Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., & Al. White Paper. (2012). Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. Monografías SECPAL, vol (0), 3-10.
- Rodríguez Borlado, F. (2011). La dama que devolvió la sonrisa a los moribundos. Sanmartín, J. Guías clínicas de Cuidados Paliativos. Madrid: Arán.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2002).
- Valentín, V., Carretero, Y., e Ibáñez, M.J. (1998). Síntomas digestivos en el enfermo en fase terminal. Cuidados de enfermería. López Inmedio. E, (ed). Enfermería en Cuidados Paliativos, (pp117-129). Madrid: Panamericana.
- Viguria ,J., y Rocafort J. (1998). Bases Fundamentales de los Cuidados Paliativos. López Inmedio. E, Alcocer, A (ed), Enfermería en Cuidados Paliativos,(pp 13-17). Madrid: Panamericana.

Capítulo 501

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO.

AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ

ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ

INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Un paciente crítico es aquel que presenta una enfermedad aguda o crónica reagudizada, va desde la limitación funcional de uno o más órganos hasta la muerte. Cuando aparece la respuesta inflamatoria en áreas diferentes al lugar lesionado afectando a tejido sano, se denomina sindroma de respuesta inflamatoria generalizada, este síndrome lleva a alteraciones que pueden provocar el choque del paciente (1).

La frecuencia de la malnutrición en pacientes críticos suele ser elevada afectando al 30-50% de los pacientes hospitalizados por causas quirúrgicas o médicas y aumentando con la prolongación de los días de hospitalización (2).

La nutrición de los pacientes críticos suele ser un problema que puede desencadenar en un aumento de la morbilidad y mortalidad, está asociado a una mayor

probabilidad de infecciones, retraso en la cicatrización, disminución de la funcionalidad muscular, aumento de la estancia hospitalaria y mayor coste en la atención sanitaria.

Los pacientes críticos suelen tener alteraciones manifestadas en desordenes clínicos que hacen que necesiten una atención médica y nutricional adecuada, teniendo el soporte nutricional un importante papel (1).

Algunas de las repercusiones que puede tener una mala nutrición son hipoalbuminemia, formación de edemas, cicatrización defectuosa de heridas, aumento de la incidencia de dehiscencia de suturas, retardo en la consolidación del callo de fractura, hipotonía intestinal, atrofia de vellosidades de la mucosa intestinal, malabsorción, alteración eritropoyética, atrofia muscular, ulceras por decúbito, inmunodeficiencia y aumento en la incidencia de infecciones (2). Este tipo de pacientes necesita la mayoría de las veces un soporte nutricional especializado del que se debe hacer cargo un equipo multidisciplinar (1).

Podemos encontrar diferentes parámetros para la valoración del estado nutricional. Estos sirven para valorar el estado nutricional previo al ingreso, su empleo en los pacientes críticos es complicado ya que los resultados se encuentran obstaculizados por los cambios de la enfermedad aguda y el tratamiento aplicado. Las variables antropométricas están afectadas por las alteraciones en la distribución hídrica, los marcadores bioquímicos están también interferidos a causa de los cambios metabólicos que varían los procesos de síntesis y degradación.

Los parámetros de función muscular también son complicados en la mayoría de pacientes críticos a casusa del tratamiento farmacológico que afecta a la función muscular (3).

Palabras clave: Valoración nutricional, desnutrición, pacientes críticos.

2 Objetivos

- Conocer el estado nutricional del paciente crítico
- Evaluar el riesgo de mortalidad y morbilidad de la malnutrición
- Identificar las causas y consecuencias de la desnutrición

3 Metodología

Se ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica de documentos científicos en diferentes bases de datos tanto nacionales como internacionales. Los artículos seleccionados han sido encontrados en la base de datos de Pubmed, Scielo y Google académico.

Los criterios de inclusión que hemos seguido es que los artículos estén redactados en español o inglés y a partir del año 2005 para poder tener una información más actualizada.

Los términos DeCS utilizados en las bases de datos nacionales fueron: valoración nutricional, desnutrición, pacientes críticos.

Los términos MeSH utilizados en las bases de datos internacionales fueron: nutritional assessment, critical patient.

De todos los estudios encontrados finalmente se seleccionaron cinco para la realización de la presente revisión bibliográfica puesto que eran los únicos que se ajustaban a los estándares prefijados (estudios publicados en los últimos 20 años, en castellano e inglés, disponibles a texto completo, directamente relacionados con la temática en estudio). Se descartaron todos aquellos estudios que no cumplían los requisitos citados.

4 Resultados

Los pacientes en estado crítico presentan alteraciones que aumentan las necesidades de energía y de proteínas. El aumento de las proteínas de fase aguda se acompaña de una disminución de la masa magra y aumenta el nitrógeno ureico en orina llevando a un balance negativo de nitrógeno. Respecto a los lípidos hay un aumento de la lipólisis con aumento de ácidos grasos libres circulantes, que son oxidados a cuerpos cetónicos y utilizados como fuente de energía en algunos tejidos o ser resintetizados a triglicéridos.

La hiperglicemia es constante en este tipo pacientes debido a un aumento en la producción de glucosa y a valores elevados de hormonas como la epinefrina que disminuye la liberación de insulina. La consecuencia de todas estas alteraciones es la desnutrición del paciente, la cual hace que aumente el riesgo de infecciones nosocomiales, se deteriore la función respiratoria y aumente la mortalidad (1).

En los pacientes críticos, la malnutrición puede estar antes del ingreso, aparecer al ingreso o desarrollarse de forma progresiva (4). Existe diferentes métodos para valorar el estado nutricional, eso puede ser utilizado para valorar el estado previo al ingreso del paciente, aunque su aplicación en los pacientes críticos es difícil debido a que la interpretación de los resultados se encuentra obstaculizada por los cambios originados por la enfermedad y por el tratamiento farmacológico. Esto afecta a las medidas antropométricas ya que están muy afectadas por las alteraciones de la distribución hídrica de los pacientes críticos (4).

Los valores bioquímicos (índice de creatinina, albúmina sérica, etc.) se encuentran modificados por los cambios metabólicos que alteran los procesos de síntesis y degradación. Las proteínas de vida media-corta (prealbúmina y proteína ligada al retinol) no son indicador del estado nutricional sin embargo si informan de la adecuada respuesta al aporte de nutrientes (4).

La albúmina es el indicador de elección en la evaluación de la integridad y funcionalidad del compartimento visceral, con una albúmina disminuida se puede diagnosticar de desnutrición, también es un predictor importante del riesgo en el paciente de complicaciones y con mayor riesgo de muerte. Las proteínas secretoras hepáticas, ayudan a evaluar el estado de la integridad y funcionalidad del compartimento visceral.

El colesterol también es un indicativo del nivel de desnutrición, bajos niveles se han relacionado con la desnutrición, estando relacionado con un aumento de morbimortalidad (2). Determinar la creatinina al ingreso es importante para un pronóstico inicial pero carece de valor en el seguimiento.

Los niveles disminuidos nos pueden llevar a un estado de desnutrición, aunque una creatinina elevada no excluye la desnutrición, puede estar alterada por motivos ajenos a la nutrición (2). La 3-Metil-histidina es un aminoácido derivado del metabolismo muscular proteico. Su valor aumenta en situaciones de hipercatabolismo y disminuye en ancianos y pacientes desnutridos.

En el paciente crítico es un valor de seguimiento nutricional (4). La somatomedina mide la intensidad de la respuesta metabólica de la agresión, es un buen valor para la valoración nutricional (3).

En los parámetros de la función inmunológica, la disminución del recuento de linfocitos (menos de 1.500), el índice de CD3/CD4 (menos de 50) y la ausencia de respuesta inmune celular retardada, se ha relacionado con desnutrición. En el pa-

ciente crítico los valores linfocitarios y el test de función inmunitaria pueden estar alterados por un gran número de situaciones clínicas o por la administración de fármacos (4).

Las variables antropométricas valoran y detectan la malnutrición preexistente al ingreso del paciente crítico. Sin embargo los cambios corporales y la evolución del estado de nutrición inutilizan estas variables como parámetro de seguimiento nutricional y de pronóstico en los pacientes.

El Índice de masa corporal establece la relación entre el peso y la talla, si se considera normal un IMC entre 18,5 y 24,9 kg/m2, índices inferiores a 20 kg/m2 significa malnutrición y está relacionado con un aumento de la mortalidad (5). Según la OMS la medición de la pantorrilla es un indicador fiable en los adultos hospitalizados, al ver una relación significativa con esta medida, el índice de masa corporal, la masa libre de grasa y la desnutrición (2).

Una pérdida involuntaria de peso mayor al 10% en seis meses son signos de malnutrición. Otra variable antropométrica es el pliegue del tríceps y el área muscular del brazo aunque tiene poca utilidad en pacientes críticos (3).

La valoración de la fuerza muscular de forma activa como la musculatura respiratoria y la capacidad de aprehensión y de forma pasiva como la respuesta de contracción y relajación muscular son también indicadores del estado nutricional. Pero en los pacientes críticos estos test suelen estar alterados por analgesia o polineuropatías (3).

La valoración subjetiva está basada en el análisis clínico, síntomas y aspecto físico, esta valoración llevada a cabo por expertos con experiencia es un buen método del estado nutricional y de la probabilidad de complicaciones (3).

El aporte excesivo de energía conlleva a hiperglucemia, disfunción hepática y aumento de la producción de CO2, aumentando la probabilidad de insuficiencia respiratoria o prolongando el retiro del ventilador, pero un déficit también puede llevar a retraso en la cicatrización de las heridas, alteración de la respuesta inmune y disfunción de loa músculos respiratorios, sin embargo las dietas hipocalóricas en estos pacientes han dado resultados positivos (1).

Es recomendable comenzar la alimentación con un pequeño volumen (500 ml) y aumentarse de forma gradual, esto evita complicaciones cardiovasculares, pulmonares y metabólicas (5).

El aporte de vitaminas presenta valores inferiores de vitamina A y D, al contrario que las vitaminas C y E cuyas ingestas superan las recomendaciones. Al comparar las ingestas medias de vitaminas con los requerimientos de pacientes con patologías severas con o sin sepsis se observa unos valores muy bajos para la mayoría de vitaminas (5).

La nutrición ha demostrado beneficios en la curación de heridas, menor respuesta catabólica al trauma, mejoría en la permeabilidad intestinal, menor incidencia bacteriana, disminución en las complicaciones y menor estancia hospitalaria (1).

Es necesario disponer de información para una valoración objetiva pero las condiciones del paciente, la patología de base y el tratamiento médico, limitan la posibilidad de obtener los datos adecuadamente (1). Por ello se debe realizar una evaluación del estado nutricional al ingreso del paciente o durante las primeras 48 horas, se debe conocer la evolución, pronóstico de la enfermedad y medidas de intervención necesarias para el adecuado manejo nutricional (2).

5 Discusión-Conclusión

La respuesta inmunitaria de un paciente y su estado nutricional son factores inseparables ya que un paciente desnutrido tiene más riesgo de sepsis por la depresión de su sistema inmune que acompaña la desnutrición, al igual que un paciente séptico está en riesgo de desnutrirse por los problemas metabólicos que desencadena la sepsis (2).

Es importante conocer los pacientes desnutridos o con riesgo a desnutrición para poder establecer un soporte nutricional (4). Las variables más utilizadas para valorar el estado nutricional del paciente critico son la circunferencia de la pierna, los niveles de albumina, la excreción de nitrógeno, el colesterol y el número total de linfocitos (2).

Es importante monitorizar de forma personalizada las necesidades nutricionales del paciente crítico, ya que las recomendaciones nutricionales no están definidas así mismo se debe aportar micronutrientes que se adapten más a las necesidades de cada paciente para preservar e incluso mejorar su estado nutricional y el equilibrio del sistema antioxidante, haciendo más eficiente el tratamiento farmacológico (5). La valoración debe repetirse periódicamente a lo largo de la estancia hospitalaria del paciente para poder comparar los resultados y detectar lo antes posible la desnutrición (4).

Lamentablemente no se ha identificado el método ideal y ningún indicador aislado tiene habilidad para determinar el estado nutricional del paciente. La recomendación es utilizar el método de valoración subjetiva, que requiere un grado de experiencia, complementado con el índice de masa corporal y la concentración de la albúmina (1). La ingesta recomendada para los pacientes críticos no están claramente identifica, no hay un requerimiento de vitaminas, minerales y nutrientes aunque se tiene en cuenta que esta aumentado en las situaciones graves (5).

6 Bibliografía

1. Agudelo Ochoa GM, Giraldo Giraldo NA. Soporte nutricional en el paciente crítico: una puesta al día. Perspectiva en Nutrición humana. 2008; 10(2).
2. León Pérez DO, Molina Ricardo Y, Gutiérrez Rojas AR, Larrondo Muguercia H. Evaluación del estado nutricional de pacientes críticos en sala de terapia intensiva del hospital "hermanos ameijeiras". Revista cubana de medicina intensiva y emergencias. 2014; 13(4).
3. Acosta Escribano J, Gómez-Tello V, Ruiz Santana S. Valoración del estado nutricional en el apciente grave. Nutrición hospitalaria. 2005; XX(2).
4. Montejo Gonzáles JC, Culebras-Fernández JM, Abelardo García dL. Recomendaciones para la valoración nutricional del paciente crítico. Revista de medicina de Chile. 2006; 134(8).
5. Abilés J, G L, Pérez de la Cruz A, Rodríguez M, Aguayo E, Cobo MA, et al. Valoración de la ingesta de nutrientes y energía en paciente crítico bajo terapia nutricional enteral. Nutrición hospitalaria. 2005; XX(2).

Capítulo 502

ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) Y SU PROBLEMÁTICA

SANDRA RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una lesión característica de la piel propia de personas que permanecen durante largo tiempo en cama. Principalmente se localizan en las elevaciones óseas y en sus inicios el paciente siente calor, enrojecimiento y dolor al tocar esa zona. Cuando hay una presión prolongada en una zona y a esto añadimos factores como el sudor, inmovilidad, fuerzas de presión, fricción y cizallamiento, se produce una disminución de la circulación sanguínea en esa zona (isquemia) que da lugar a la úlcera. Dependiendo de las capas de la piel afectadas, distinguimos cuatro grados para su clasificación:

- Grado I: afecta a la epidermis pero sin pérdida de sustancia. Aparece piel rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión en los 30 segundos siguientes de aliviar esta.
- Grado II: solo se ve afecta la piel pero aparecen vesículas o flictenas. La piel presenta pérdida de solución de continuidad. Afecta a la epidermis y dermis superficial.
- Grado III: aparece exudado y afecta a las capas dérmicas más profundas. Presenta pérdida del tejido que se extiende en profundidad a través de la piel, llegando incluso hasta la dermis profunda o hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico.
- Grado IV: pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión del músculo, hueso o estructuras de sostén. Presenta lesiones con cavernas o trayectos sinuosos.

2 Objetivos

- Determinar las medidas preventivas para evitar la aparición de las úlceras por presión en ancianos, analizando su desarrollo y evolución.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos sobre UPP publicados en revistas indexadas en bases de datos como Scielo y Cochrane.

4 Resultados

Para evitar la aparición de las úlceras por presión utilizamos las debidas medidas preventivas. Por eso de sebe ofrecer al auxiliar de enfermería los conocimientos básicos para que pueda realizar dichas medidas de prevención como pueden ser: cuidado de la piel, manejo del exceso de la humedad, manejo de presiones y protección local ante la presión.

Los principales cuidados en la prevención serían: cuidados de la piel haciendo un examen diario de la piel con la valoración de los puntos de apoyo y una correcta higiene e hidratación; un adecuado manejo del exceso de humedad controlando la incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas, etc.; otro cuidado sería el manejo de presiones con sus respectivas movilizaciones del paciente, cambios posturales, usando unas superficies especiales para el manejo de presiones; y por último una protección local ante la presión.

Las medidas preventivas más eficaces serían: aliviar la presión efectuando movilizaciones cada 2-3 horas. Activar la circulación y conservar la piel limpia y en estado saludable. Ropa de cama limpia, libre de arrugas y seca. La exploración, observar el estado de la piel cada día. Masajes que favorecen la circulación sanguínea. Utilizar medios para aligerar la presión (cojines, flotadores, colchón anti escaras…). Dietas ricas en proteínas y líquidos. Tratamiento acertado para la incontinencia.

Existen varias escalas para valorar el riesgo que tiene una persona para desarrollar úlceras por presión y así poder determinar un plan de cuidados preventivos. Dichas escalas son la Escala de Norton y escala de Norton Modificada, y la escala de Braden, estas entre otras muchas.

5 Discusión-Conclusión

La prevención no sólo reduce la incidencia y recurrencia de UPP, sino que también disminuye el dolor y las complicaciones que de ellas pueden derivarse, así como la duración de los tratamientos y el gasto sanitario.

Se ha de proporcionar al auxiliar de enfermería o cuidador los conocimientos mínimos para detectar una úlcera por presión en sus inicios, ya que si estas no se cuidan adecuadamente pueden llegar a producir problemas de salud muy graves en el anciano.

6 Bibliografía

- www.medlineplus.gov
- www.mayoclinic.org
- www.ulceras.net
- www.elsevier.es

Capítulo 503

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

CONCEPCIÓN SUÁREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Se considera paciente terminal a aquella persona enferma a la que le restan menos de seis meses de vida. En esta etapa el paciente ya no va a recibir tratamientos que curen su enfermedad, sino una serie de cuidados denominados paliativos y que van destinados a proporcionar bienestar y a procurar al enfermo una situación lo más cómoda posible en ausencia del dolor causado por la enfermedad.
Los cuidados paliativos se dan a los pacientes cuando la curación no es posible, al final de la enfermedad o al final de la vida. Se trata de aliviar los síntomas físicos, emocionales y psicológicos tanto en el ámbito hospitalario como en el domiciliario.

2 Objetivos

- Conocer cómo se debe llevar a cabo el manejo de estos pacientes por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y el tratamiento más adecuado para conseguir su bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática y bibliográfica en diferentes bases de datos entre las que destacamos Dialnet y Scielo y otras fuentes de información como Medline plus, Instituto Nacional del Cáncer y libros científicos de investigación y tratamiento en cuidados paliativos.

4 Resultados

En función de las necesidades físicas, personales, sociales y psicológicas que tenga la persona enferma, los especialistas en cuidados paliativos organizarán un protocolo personalizado de atenciones para evitar o tratar los síntomas y efectos secundarios de una enfermedad. La atención al paciente terminal será individualizada y se tendrá en cuenta:

- Su bienestar físico a través del tratamiento del dolor y el resto de cuidados físicos (nutrición, hidratación, disnea, náuseas, fatiga, incontinencia, problemas intestinales).
- Su bienestar psicológico atendiendo a la ansiedad y la depresión, que son los síntomas más frecuentes en esta etapa, además de otros como el delirio, la intranquilidad y la agitación.
- Su bienestar social involucrando a los familiares y también a los profesionales sanitarios.
- Su bienestar espiritual, que incluye la fe en la religión en la que crea y practique el paciente, así como la vivencia de recursos ante la incertidumbre, la esperanza y la búsqueda de sentido.

Estos pacientes a la hora de afrontar la muerte pasan por una serie de etapas descritas pos Kubbler Ross y que son la negación, la ira, la negociación o pacto, la depresión y por último la aceptación.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel clave en la aplicación de los cuidados paliativos a un enfermo terminal. Su plan de atención quedaría estructurado, por un lado, en cuidados independientes y propios de la profesión, y por otro, cuidados de colaboración con el equipo multidisciplinar.

El enfermo terminal debe recibir unos cuidados paliativos definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como ”el cuidado integral y activo cuya

enfermedad no responde a tratamientos curativos" a través del equipo multidisciplinar y encaminados a mejorar la calidad de vida del paciente así como dar apoyo a sus familiares.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional del Cancer
- www.cancer.gov/espanol
- www.medlineplus.gov/spanish

Capítulo 504

ESCALAS VALORACIÓN GERIÁTRICAS

SHURA ALCAIDE MARTINEZ

1 Introducción

El uso de las escalas clínicas, ayudan a detectar y realizar el seguimiento de problemas y ayudan a la comunicación entre los diferentes profesionales. Se valora la funcionalidad de la persona: capacidad para realizar las actividades diarias y mantener su independencia.
También el nivel de depresión/ansiedad, el grado de integración social y el nivel de demencia, entre otros.

2 Objetivos

- Detallar los diferentes tipos de escalas más utilizadas en el entorno sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos sobre las escalas clínicas publicados en revistas indexadas en bases de datos como Scielo y Cochrane.

4 Resultados

Utilizadas para ABVD (actividades básicas):
- Índice de actividades de la vida diaria (KATZ): baño, vestirse/desvestirse, retrete, continencia y alimentación.

- Índice de Barthel: baño, vestido, aseo retrete, transferencias, subir/bajar escalones, continencia y alimentación.
- Escala de incapacidad física de la Cruz Roja: AVD, ayuda instrumental para deambulación, nivel restricción movilidad y continencia.
- Escala Plutchik: alimentación, incontinencia, aseo, vestirse, caídas cama o sillón, deambulación, visión y confusión.

Utilizada para AIVD (actividades instrumentales):
- Índice de Lawton y Brody: uso teléfono, ir a comprar, cocinar, tareas del hogar, lavar ropa, usar transporte, control medicación y dinero.

Escalas mentales:
- Short Portable Mental Status de Pfeiffer: orientación temporo-espacial, memoria, información sobre sucesos, concentración y cálculo.
- Test del reloj: deterioro cognitivo y estados de confusión.
- Set-test: fluencia verbal, denominación por categoría y memoria semántica.
- Test de los siete minutos: orientación temporal, memoria, fluidez lenguaje y praxia constructiva.
- Escala de depresión de Yesavage: screening, grado y valorar respuesta terapéutica.
- Inventario de depresión de Hamilton: establecer grado y pronóstico.
- Escala de Zung: investigación geriátrica.
- Escala de Cornell de depresión en demencia: humor, alteraciones conducta, signos físicos, funciones cíclicas y alteración de ideas.
- Escala de depresión y ansiedad de Goldberg: cribaje trastornos psicopatológicos.
- Escala de la demencia de Blessed.
- Test del informador (TIM).
- Escala depresión y ansiedad de Philadelphia.
- Test ansiedad Cautela y Upper.
- Test ansiedad Hamilton.

Escalas conducta:
- Valoración conductas indesadas. COBRA.

Escalas comunicación:
- Escala comunicación de Holden.

Escalas marcha/equilibrio:
- Escala de Tinetti.
- Cuestionario de caídas (OMS/CIGSS 1989).

Escalas sociales:
- Escala OARS de recursos sociales para las ABVD, el Índice de Lawton y Brody para las AIVD, para el equilibrio y la marchar el Índice de Tinetti, para el riesgo de caídas J.H. Dowton y a nivel cognitivo el Test Mini-Mental y la Global Deterioration Scale (GDS).
- Calidad de vida relacionada con la salud. COOP-WONCA.
- Escala de recursos sociales para ancianos de Díaz Vega.

Escalas para cuidadores:
- Escala sobre carga del cuidador de Zarit.

Escalas salud:
- Valoración nutricional.
- Escala Arnell (úlceras).
- Cuestionario Postal del Woodside Health Center: para detectar personas de alto riesgo a nivel sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Es importante a la hora de trabajar contar con la información que nos dan las escalas para poder realizar mejor nuestro trabajo y el de los demás integrantes del equipo multidisciplinar. Los pictogramas junto con la información de las escalas nos permite trabajar aunque no conozcamos al usuario.

6 Bibliografía

- www.seg.es
(tratadogeriatria)
- infogerontología.com

Capítulo 505

HERIDAS ABIERTAS PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MARÍA ÁNGELES ALMARAZ RAMOS

1 Introducción

Las abrasiones o ”raspones” podrían ser clasificados como heridas abiertas, pero en realidad la solución de continuidad no abarca todas las capas de la piel; por ello, hay muy poco peligro de infección profunda, esto es, subcutánea. Si la herida se produjo en circunstancias de bastante limpieza, bastará la aplicación de un aposito estéril. Si la herida se produjo en circunstancias de bastante limpieza, bastará la aplicación de un apósito estéril. si se produjo en circunstancias no estériles, será preferible lavar la zona suavemente con jabón, agua y secarla con un lienzo limpio o gasa estéril antes de aplicar un apósito estéril.

2 Objetivos

- Conocer las actuaciones ante heridas abiertas.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El tratamiento de las heridas profundas es más complicado que el de las heridas superficiales o las lesiones por contusión. como comentamos, el paso inmediato más importante en el tratamiento de una herida profunda es cohibir la hemorragia. Para ello, se cuenta con tres métodos: uno; aplicación de un apósito a presión en la herida, lo que puede exigir sostener la presión con mano o dedos por varios minutos, dos; compresión de la arteria por arriba de la herida, tres; aplicación de un torniquete, y cuatro; sencillamente elevar la parte, por ejemplo mantener un brazo sangrante por sobre el nivel de la cabeza; cuando se trata de sangrado venoso, esta medida aislada a menudo contribuirá en mucho a detener el flujo de sangre.

La persona que suministra los primeros auxilios nunca intentará lavar heridas profundas, pues si lo hace, reactivará el sangrado o aumentará la contaminación por la falta de medio y material aséptico. Si se sabe que llevará tiempo obtener un apósito estéril, puede emplearse para cubrir la herida un pañuelo o un paño limpio recién planchado, desdoblándolo para que se aplique a la herida la superficie limpia y no descubierta. Cualquiera de los dos métodos es aceptable y posiblemente sea mejor tratar las grandes laceraciones abiertas aproximando en forma suave los bordes sin desplazar el coágulo, en la manera descrita con anterioridad, que dejarlas abiertas; sin embargo, si una herida grande y abierta continue un coágulo y no hay hemorragia, probablemente sea más seguro no trasportar el coágulo y simplemente aplicar un gran apósito estéril y envía el paciente al cirujano para tratamiento definitivo.

5 Discusión-Conclusión

No debe olvidarse la importancia que tiene sostener la parte lesionada. Si se mueven las laceraciones grandes posiblemente comiencen de nuevo a sangrar. si se mueve un punto de fractura se producirla en forma casi invariable lesión adicional de los tejidos blandos que rodean los cabos óseos dentados. La ferulización es de gran utilidad, no solo para las fracturas, sino también para las lesiones de tejido blando.

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/
- http://www.scielo.org.co/
- http://www.medynet.com/

Capítulo 506

HEMORRAGIAS.

MARÍA ÁNGELES ALMARAZ RAMOS

1 Introducción

La hemorragia es una de las consecuencias más graves de las heridas; tiene enorme importancia en el momento de la lesión, pero puede haber hemorragia secundaria horas después de la misma. Cuando la hemorragia es secundaria, suele ser causada por infección o desprendimiento de un coágulo por lesión secundaria. La hemorragia arterial es más grave que la venosa. La sangre arterial tiene color rojo vivo, y contrasta con el color más oscuro o azulado de la sangre venosa. Como comentaremos en detalle, la hemorragia masiva resulta en la aparición del choque, que obliga a la terapéutica inmediata para salvar la vida. en promedio, 8 por 100 del peso corporal es sangre. La pérdida de la mitad de dicha sangre es un momento dado suele ser mortal.

2 Objetivos

- Conocer las situaciones donde puede haber una hemorragia masiva y describir la compliación más frecuente de estas, la infección.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-las-hemorragias-15332
- http://www.medicina.ues.edu.sv/habilidadesydestrezas/documentospdf1
- http://www.medintensiva.org/es-documento-multidisciplinar-consenso-sobre-el-articulo
- http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v32n6/puesta.pdf

Capítulo 507

CONTUSIONES PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MARÍA ÁNGELES ALMARAZ RAMOS

1 Introducción

Las lesiones por contusión no se acompañan de desgarro superficial, por que no tienen las consecuencias graves y peligrosas de las heridas abiertas. No obstante, si la contusión es extensa, puede haber lesión por aplastamiento de órganos importantes, que puede incluso causar la muerte. Las lesiones por contusión del tórax posiblemente sean uno de las patologías mas mortíferas y suelen presentarse en accidentes automovilísticos. Los cabos dentados de las costillas rotas pueden punzar la pleura y además el pulmon subyacente, lo que tiene graves consecuencias.

2 Objetivos

- Establecer recomendaciones sobre las contusiones en el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una de las complicaciones o efecto nocivo frecuente y grave de las contusiones es la fractura, que pude situarse en cualquier hueso según el sitio de lesión. Pueden aparecer fracturas incluso con muy pocos signos de lesión en tejidos blandos. Puede haber lesión considerable del tejido adyacente por los cabos dentados, como los costales en el traumatismo torácico que puede ocasionar neumotórax. No siempre una fractura presenta los daños directos sino que a veces, los colaterales son más graves.
Los vasos sanguíneos pueden ser seccionados, de lo que resulta un volumen variable de sangre que se pierde, según el calibre del vaso y el tipo de terapéutica (si la hay) que se ponga en marcha inmediatamente después del accidente, por el riesgo de hemorragia incontrolada e incluso shock hipovolémico si las fracturas son graves con compromiso de vasos grandes.

5 Discusión-Conclusión

Las fracturas suelen exigir reducción, posteriormente se necesita control radiológico siempre y cuando el paciente tenga un adecuando control hemodinámico. Además, siempre necesitan más tiempo para cicatrización que la lesión de los tejidos blandos y óseos, con posibilidad de necesidad de rehabilitación y reposo relativo.

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-primeros-auxilios-y-ii-contusiones-X0213932409428917
- https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-heridas-contusiones-pequenos-traumatismos-13036530
- https://www.insst.es/documents/94886/327064/ntp_568.pdf/89044a0b-0309-4c1f-b59c-92bf4f361cbe
- https://scielo.conicyt.cl/pdf/amv/v46n1/art13.pdf

Capítulo 508

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA PROBLEMAS DE DISFAGIA.

PATRICIA CORRALES REY

MARIA DOLORES LORENZO GARCIA

HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL

1 Introducción

La disfagia es un término procedente del griego (dys) y (fagia) que significa dificultad para comer. Es el término técnico para describir el síntoma que padecen las personas con dificultad para deglutir alimentos, ya sean líquidos o sólidos (problemas para tragar).

2 Objetivos

- Determinar las actividades de cuidados del auxiliar de enfermería sobre la disfagia y cómo conseguir una mejor deglución alimenticia sin riesgo de sufrir broncoaspiración para el paciente.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos sobre el tema a tratar. Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos Cuiden, Medline, y PubMed. Se revisa también el protocolo de la unidad de observación del Hospital Universitario Central de Asturias.

4 Resultados

Los cuidados del auxiliar de enfermería durante el procedimiento de alimentación se basa en que el afectado pueda ingerir alimentos y líquidos de forma que asegure su nutrición e hidratación además de reducir el riesgo de atragantamiento y de problemas respiratorios tales como neumonía por aspiración o asfixia. El TCAE ayuda en su alimentación, modificando la textura de los alimentos triturados hasta obtener una papilla libre de grumos, sin huesos, ni espinas, ni pepitas. No se deben mezclar texturas, se debe ir ofreciendo poco a poco al paciente con disgafia, al igual que en pequeñas cantidades. Cerciorarse de que lo mastica y traga bien, no debe agacharse ni acostar al paciente recién comido, evitar que se distraiga mientras está comiendo y que no hable nunca durante la comida, para así evitar atragantamientos durante el acto de deglución.

5 Discusión-Conclusión

Siguiendo este plan de cuidados el paciente con disfagia conseguirá llevar una alimentación equilibrada y fácil de digerir para no agravar más su dolencia, y poco a poco conseguirá lograr la introducción de nuevas y diferentes texturas alimenticias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 509

EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE: HISTORIA CLÍNICA, DIETÉTICA Y NUTRICIONAL

ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ

AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ

MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Es evidente que la alimentación desempeña un papel determinante en la evolución de las enfermedades tanto si son tributarias de ser tratadas con dietas terapéuticas, como si la dieta no forma parte activa del tratamiento. Por otra parte, la alimentación está íntimamente relacionada con factores afectivos y socioeconómicos, lo que impide prescribirla como si de un fármaco se tratara.

En consecuencia, la dieta debe llevarse a cabo desde una base científica y con conocimiento exhaustivo del individuo o del grupo al que va dirigida. En este capítulo se pretende describir los pasos necesarios a la hora de confeccionar, prescribir y controlar el grado de adhesión por parte del paciente de una intervención dietética individual con fines terapéuticos o preventivos

2 Objetivos

- Describir el procedimiento que debe llevarse a cabo para la preparación, confección y seguimiento de una prescripción dietética.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de diferentes publicaciones y de las bases de datos Dialnet, Evidentia, Cuiden, Pubmed y Medline, utilizando como descriptores las palabras clave mencionadas a continuación y seleccionando los artículos publicados tanto en castellano como en inglés con el objetivo de establecer las fases del proceso a llevar a cabo para la realización de una dieta individualizada. Palabras clave: prescripción, dietética, planificación, dieta, nutricional.

4 Resultados

Proceso para la realización de la dieta individualizada.
La atención dietética podría definirse como "un consejo individualizado" que ayuda al individuo a alimentarse según sus necesidades nutricionales y las exigencias determinadas por su estado de salud". El proceso se inicia con la prescripción, por parte del especialista, una vez concluye el diagnóstico. Dicha prescripción será analizada por el dietista, una vez conocido el historial médico y después de haber establecido el balance nutricional, a partir del cual se valorará la factibilidad del tratamiento dietético que se ha de realizar.

La historia dietética y nutricional es el documento esencial a partir del cual puede valorarse la situación nutricional del individuo. Junto con el resto del historial del paciente podrá plantearse el consejo dietético pertinente. La historia dietética debe proporcionar información completa sobre los hábitos alimentarios del paciente, así como otros datos esenciales para contextuar la alimentación; entre estos datos es imprescindible conocer la situación socioeconómica y cultural del paciente, su situación laboral y sus creencias religiosas. Todo ello requiere un exhaustivo y minucioso interrogatorio. Los siguientes pasos deben seguirse para que el proceso de prescripción dietética llegue a su fin estableciéndose una pauta dietética individualizada: realización de una historia clínica; establecimiento de un balance nutricional; determinación de unos objetivos dietéticos; elaboración de unas pautas dietéticas; motivación del paciente; explicación y educación respecto a la dieta prescrita, y evaluación y seguimiento.

Realización de una historia clínica, dietética y nutricional.
El interrogatorio consiste en recoger la suficiente información sobre el paciente que nos permita conocerle y, en consecuencia, individualizar las recomendaciones pertinentes, prestándole la ayuda necesaria para conseguir llevar a cabo los consejos administrados.

En la historia del paciente debe recogerse información de interés acerca de los antecedentes clínicos del individuo para el establecimiento posterior de la dieta. Es imprescindible conocer el peso habitual del paciente y la pérdida o ganancia de peso reciente, así como el porcentaje de variación del peso respecto al habitual. Gran atención se prestará también a todos los posibles condicionantes nutricionales, incluyendo la aparición de anorexia, diarrea, vómitos o pérdidas de nutrientes, así como a la presencia o no de un estado hipermetabólico. Esto nos permitirá no solamente evaluar el estado actual en que se encuentra el individuo, sino también el riesgo de que se produzca un estado de malnutrición.

Con el interrogatorio alimentario el dietista debe llegar a conocer: la ingesta calórica habitual del pacientes, el aporte de nutrientes que recibe; la posible existencia de desequilibrios tanto cualitativos como cuantitativos en la dieta, el aporte de vitaminas y sales minerales; el aporte de agua y electrólitos; el tamaño habitual de las porciones de alimentos que consume, el horario o ritmo alimentario; el entorno social del enfermo a la hora de las comidas (¿come en el hogar?, ¿en la empresa? ¿acompañado o solo?); la intolerancia, agrado o desagrado de determinados alimentos o preparaciones culinarias) el valor que el paciente concede a la alimentación en su vida; el grado de motivación que tiene el paciente y el conocimiento de las consecuencias de no tratar su situación, y quién realiza la compra, quién cocina y para cuántos cocina.

Es necesario apoyar el interrogatorio alimentario mediante métodos que ayuden a ordenar la información del dietista u otro profesional y así facilitar las conclusiones. Los modelos más utilizados habitualmente en la práctica clínica son: el recordatorio de 24 h; la técnica de registro alimentario diario o semanal, y las encuestas de frecuencia de consumo semicuantitativas. Estas técnicas pueden utilizarse por separado o de manera simultánea, sin olvidar la recogida de información sobre las formas de cocción y los alimentos de consumo poco habitual. Para la mejor estimación de las raciones consumidas por el paciente pueden utilizarse tablas ya confeccionadas de medidas caseras, así como un álbum fotográfico donde el paciente identifique fácilmente las cantidades que consume de cada uno de los alimentos. Asimismo, es importante conocer y registrar las aversiones

o intolerancias alimentarias que presenta el enfermo. Del mismo modo, a la hora de plantear cualquier dieta, resulta imprescindible conocer los alimentos bien tolerados por el individuo, los que ingiere de forma habitual y los que no recuerda que puede utilizar sin problemas como alternativas a sus restricciones dietéticas.

Muchos otros aspectos del estilo de vida que hay que tener en cuenta completarán el interrogatorio alimentario (horario de trabajo, ejercicio físico que realiza el paciente, tiempo de que dispone el enfermo para la comida, etc). Determinar el nivel de estudios y el grado de alfabetización del paciente también será imprescindible a la hora de escoger un tipo u otro de consejo dietético. Por este motivo, el interrogatorio alimentario siempre deberá evaluar este aspecto. Los objetivos del interrogatorio, que pueden ser diferentes según la información que se quiera obtener, deben precisarse antes de iniciar la entrevista. El interrogatorio requiere tiempo y habilidad por parte del profesional y debe ser un trabajo minucioso en el que puede producirse un margen de error a pesar de estar realizado por un profesional experto. Es preciso que el lenguaje utilizado se adapte al nivel de comprensión del paciente. El profesional debe tener la habilidad para formular las preguntas abiertas o cerradas en función del desarrollo de la entrevista. El interrogatorio alimentario es un momento esencial de la intervención dietética en el que se pone de manifiesto la competencia profesional.

Planificación y confección de la dieta.
Partiendo de la historia clínica y del balance nutricional realizado, el profesional identifica el problema o problemas nutricionales del paciente. El establecimiento y la planificación de la dieta deben basarse en la prescripción médica, el diagnóstico dietético, el balance nutricional, los hábitos alimentarios del paciente y la predisposición o motivación del paciente para seguir el tratamiento dietético. El procedimiento para la confección de la dieta puede resumirse de la siguiente forma:
- Definición de las características nutricionales del régimen, determinando si la intervención dietética debe ser cualitativa o cuantitativa.
- Elaboración del cálculo del valor nutricional de la dieta confeccionada.
- Establecimiento de las raciones y de su reparto horario en el trascurso del día.
- Elaboración del documento para el paciente que debe incluir: recomendaciones generales, alimentos, bebidas y condimentos de libre utilización, alimentos desaconsejados, alimentos que hay que consumir con moderación y formas de cocción adecuadas. Según el tipo de intervención dietética y en función de individuo y su grado de comprensión, podrá incluirse también un listado de equivalencias

de raciones de alimentos y/o ejemplos de menús.

Explicación de la dieta.
El dietista u otro profesional experto debe explicar al paciente las características del régimen, las ventajas de la adhesión a la dieta y el porqué de las limitaciones y de la supresión de determinados alimentos o de la modificación de ciertos hábitos. También deben darse a conocer las medidas de las porciones o el volumen aproximado de los alimentos que deben ser consumidos, especialmente en el caso de las pautas cuantitativas. Cuando las pautas son cualitativas, este punto puede no ser de interés excepto en el caso de que en el interrogatorio se detecten porciones exageradas o demasiado pequeñas de algunos alimentos ingeridos. Además, pueden mostrarse a los pacientes ejemplos de menús, comentando cocciones, recetas y condimentos. De esta manera el paciente tendrá una idea mucho más clara de las implicaciones que conllevan las recomendaciones. Asimismo, y a partir de un menú tipo, es conveniente explicarle las equivalencias entre los diversos alimentos que componen cada grupo, para así facilitar la diversificación alimentaria. Es importante que la información que se proporcione sea administrada con tacto, en el momento adecuado, considerando el impacto que puede ocasionar al paciente. Debe utilizarse un lenguaje apropiado, valorando en todo momento la cantidad de información trasmitida y el grado de comprensión del paciente.

Adhesión a las pautas dietéticas y estrategias del tratamiento.
Una herramienta muy válida para conseguir la adhesión del paciente a la dieta es la transmisión de información para que conozca las consecuencias de no seguir el tratamiento. Sin embargo, creemos que, desde el punto de vista psicológico, es más importante y efectivo recolocar los beneficios que comporta seguir el tratamiento propuesto. Ayudar al paciente a identificar los problemas, así como los hábitos que le son perjudiciales, son pasos previos a la concreción de los objetivos y la búsqueda de soluciones de forma consensuada. De esta manera es más fácil conseguir que el paciente se sienta implicado en su tratamiento y lograr así una mayor adherencia. Pactar con el paciente los hábitos que deben modificarse es también una estrategia que da muy buen resultado en cuanto a la adhesión dietética. Otra herramienta igualmente válida es el registro alimentario por parte del paciente, que puede realizar periódicamente y que consiste en la anotación de la ingesta durante un periodo determinado de tiempo. Esta información es un material muy útil para evaluar el seguimiento del régimen y para que el paciente sea consciente de su adhesión.

Seguimiento y evaluación.
Una vez instaurada una pauta dietética, es indispensable que el paciente asista a la consulta de dietética con la finalidad de poder ir adaptando la dieta a las nuevas situaciones que puedan producirse y, a la vez, ir reforzando y potenciando su motivación. Es conveniente aprovechar las sesiones de seguimiento para conseguir una buena educación alimentaria, no sólo del paciente, sino también de su entorno. La frecuencia del seguimiento estará supeditada a cada situación, aunque se recomienda que, al principio de la prescripción, las visitas no sean muy espaciadas. La evaluación de la adhesión a la pauta dietética puede realizarse mediante el método de recordatorio de 24 horas y/o registro dietético. La evaluación del resultado debe comprobarse mediante la evolución analítica y el control ponderal u otros parámetros objetivos que evalúen el estado nutricional.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta el importante papel que desempeña la alimentación tanto en la prevención como en la evolución de determinadas enfermedades la intervención dietética individualizada debe proporcionarse en los momentos más oportunos, con lenguaje claro y contenidos concretos y específicos para cada paciente, siguiendo el algoritmo especificado.

La intervención dietética individualizada tiene más probabilidades de conducir a mejores hábitos si el paciente tiene algún motivo para querer cambiar, como es el caso de padecer una enfermedad, con el consiguiente deseo de superarla.

6 Bibliografía

- Barker M, Arensberg MB, Schiller MR. Leadership in dietetics: achieving a vision for the future. Chicago: American Dietetic Association; 1994.
- Cervera P, Clapés J, Rigolfas R. Alimentación y Dietoterapia: nutrición aplicada en la salud y la enfermedad. 4ª edición. Ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana;2004.
- Comité de Ministros (Consejo de Europa). Resolución ResAP (2003) sobre alimentación y atención nutricional en hospitales. Nutr Clin.2005;25:38-45.
- Curry K, Jaffe A. Nutrition counseling and communication skills. Filadelfia: WB Saunders; 1998.
- Gable J. Counseling skills for dietitians. 2ªEd. Oxford: Blackwell Science; 2007.

Capítulo 510

ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ

AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ

1 Introducción

La insuficiencia renal crónica se define como la disminución progresiva e irreversible del filtrado glomerular, también puede usarse para determinar la situación clínica que se desarrolla por consecuencia de un descenso significativo de la función renal en todos sus niveles, y que se manifiesta por alteraciones clínicas diversas. La mayoría de los pacientes suelen pasar asintomáticos hasta que la filtración glomerular desciende hasta un 25% de su función normal. Es entonces cuando aparece la sintomatología: cansancio, anemia, acidosis metabólica, alteraciones del metabolismo de fósforo y calcio.

Un adulto sano tiene aproximadamente dos millones de nefronas y una tasa de filtrado glomerular de 120 ml/min. Por debajo de 15 ml/min aparecen síntomas digestivos y en fases más avanzadas síntomas cardiovasculares y neurológicos. La IRC puede ser causada por trastornos patológicos en los que interviene directamente el riñón, pero también puede presentarse secundariamente a enfermedades sistémicas como diabetes, hipertensión, vasculitis, etc. Su evolución estará en función de la enfermedad de base.

2 Objetivos

- Establecer los cuidados que deben prestarse al paciente afectado por una insuficiencia renal crónica para mejorar su calidad de vida e impedir en la medida de lo posible que la enfermedad evolucione.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de diferentes publicaciones y de las bases de datos Dialnet, Evidentia, Cochrane Plus, Pubmed y Medline, utilizando como descriptores las palabras clave mencionadas anteriormente y seleccionando artículos publicados tanto en castellano como en inglés con el objetivo de establecer las recomendaciones necesarias para conseguir una adecuada atención del paciente con Insuficiencia Renal Crónica.
Palabras clave: IRC, insuficiencia renal crónica, cuidados.

4 Resultados

Alimentación y nutrición:
La importancia del tratamiento dietético es fundamental, tiene que cubrir las necesidades energéticas y nutritivas que el paciente requiere, además de prevenir y regular la toxicidad urémica y los trastornos metabólicos, evitando la progresión de la enfermedad. La incidencia de malnutrición en estos pacientes, junto con el aumento de patologías cardiacas, infecciones, hospitalización, etc. da más relevancia a la alimentación. Las recomendaciones dietéticas en la IRC:
- Dependiendo del estadio y del tratamiento renal sustitutivo, los requerimientos nutricionales pueden sufrir alguna variante.
- Una de las medidas dietéticas más importantes es reducir la retención de los productos de desecho procedentes del metabolismo del nitrógeno. Esto se con-

sigue reduciendo la ingesta de proteínas y aumentando la ingesta de calorías con hidratos de carbono
- Dependiendo de la función renal se limitará la ingesta de sal y el aporte hídrico, para prevenir la retención de líquidos y la sed. Informaremos bien al paciente acerca de la limitación de los alimentos que contienen potasio:
- El potasio puede causar graves problemas, por lo que los pacientes deben conocer los alimentos más ricos en este elemento, saber controlarlos, y conocer cómo pueden disminuir su concentración, tratándolos previamente.
- La sobrealimentación y la ingesta excesiva de agua son las situaciones más frecuentes en los pacientes renales, por lo que las personas encargadas de su educación dietética tienen que reformar e instruir en los peligros que implica un incumplimiento repetido.

Dado que no es tan fácil eliminar de la dieta todos estos alimentos, el personal Auxiliar de enfermería que trabaje con estos pacientes, indicará la mejor forma de preparación de los alimentos para que pierdan parte de su contenido: para ingerirlos crudos, ponerlos en remojo y cambiar el agua un par de veces. En los guisos cambiar la cocción sobre todo en verduras y legumbres. La persona que prepara la comida debe tener unas nociones claras sobre la composición de los alimentos y cómo prepararlos. Algunos pacientes suelen demandar con insistencia una "dieta modelo" para saber qué pueden comer. Al principio la siguen, pero pronto la abandonan, por lo que es más aconsejable dar las normas dietéticas generales que incluyen los alimentos permitidos y los desaconsejados. Aconsejar el uso de especias: ajo, limón, cebolla….para condimentar los guisos en sustitución de la sal.
- La limitación de las proteínas enlentecerá la progresión de la IRC pero debemos asegurarnos de que se mantiene un aporte calórico adecuado con el consumo adecuado de hidratos de carbono.
- Los frutos secos, mariscos, vísceras, chocolate, cítricos y frutas tropicales, deben eliminarse de la dieta o ingerirlos de forma moderada el día de la sesión de hemodiálisis.
En el caso de anemia, además de la frecuente administración de sulfato ferroso o hierro intravenoso, se debe aportar una dieta que cubra todos estos aspectos, así como las vitaminas cuyo déficit provoca anemia, como la vitamina B12 o el ácido fólico.

Integridad cutánea:
La piel del paciente suele ser seca, pálida y escamosa. Hay que recomendarle no bañarse en exceso, evitar los jabones duros, siendo preferible la ducha y con el

agua no muy caliente.
El control del fósforo y la disminución de urea mejorarán las molestias del prurito.
Control de la ingesta de agua si hay edema.
En ocasiones puede ser necesario la toma de antihistamínicos o fármacos antipruriginosos.
Dado que la uremia retrasa la cicatrización de las heridas, hay que indicar al paciente que vigile los rasguños de la piel. Es preferible que las uñas estén cortadas, impidiendo así una lesión y herida con riesgo de infección.
Mantendremos un cuidado de la piel adecuado con jabón neutro y aceites.
Debemos dar a conocer la posibilidad de aparición de hematomas por la alteración de la coagulación y la fragilidad capilar.
Proporcionar cuidados específicos en los tejidos edematosos y susceptibles de lesión o infecciones.

Higiene: el auxiliar de enfermería tiene que instruir al paciente para que lleve a cabo el hábito higiénico necesario. No debe arrancarse las costras, que serían puerta para la infección. Si lleva catéter, recomendar ducharse con precaución de forma rápida.
Si el paciente es portador de un catéter peritoneal, realizar duchas diarias, enseñando el correcto lavado de manos imprescindible siempre antes de la manipulación del catéter y de los elementos de la diálisis peritoneal.
En cuanto a la higiene bucal es frecuente la aparición de halitosis en los pacientes con insuficiencia renal. Puede combatirse con una higiene rigurosa de la boca, antes y después de cada comida, utilizando un cepillo muy suave para evitar las gingivorragias o sangrado de las encías, así como frecuentes enjuagues con colutorios.
También debe estimularse la salivación con sustancias ácidas como caramelos o trozos de limón.

Infecciones:
La disminución de la capacidad inmunitaria del paciente con IRC le hace mucho más susceptible de padecer infecciones, por lo que el personal auxiliar debe vigilar la temperatura corporal y la aparición de secreciones de cualquier tipo, así como su consistencia. Si aparecieran secreciones respiratorias, el personal auxiliar junto con la enfermera debe propiciar la salida de las secreciones con técnicas de fisioterapia respiratoria, con el fin de movilizarlas y conseguir su expulsión. Así, evitaremos un foco de infección de microorganismos oportunistas.

Se evitará el uso de sondaje vesical si es posible y se emplearán técnicas asépticas

en caso de necesidad, cuando se utilicen catéteres venosos, cambios de apósito o sondaje. Por último, informaremos al paciente de los signos típicos de la infección urinaria, respiratoria, otitis, etc para que sea capaz de reconocerlos y acudir rápidamente al médico.
Hay que vigilar también los accesos vasculares de los pacientes en hemodiálisis en busca de eritema o enrojecimiento, hinchazón o edema, o algún exudado atípico.
El enfermo renal no refiere por lo general dolor agudo, sino molestias generalizadas y crónicas. Las más comunes y dolorosas son los calambres musculares, la irritación ocular, hormigueos y cefaleas, todas ellas relacionadas con el déficit del control de los electrólitos.

Actividad física:
Pese a la necesidad inicial de reposo, se debe programar un aumento paulatino de actividades, en función de la tolerancia y capacidad del paciente. El objetivo es conseguir la máxima independencia del paciente, proporcionándole la ayuda necesaria en su autocuidado.
La actividad física es imprescindible para la correcta homeostasia del organismo, muchos enfermos renales pueden tener limitaciones debidas no sólo a su alteración renal, sino a otras patologías, por lo que la actividad física se aconseja siempre de forma individualizada.
Se tendrá en cuenta su situación clínica además de la edad, el tipo de tratamiento depurador, las preferencias, etc.
En principio, el caminar es una actividad recomendable a todos los pacientes y a partir de aquí puede hacerse cualquier tipo de ejercicio o deporte que no sea violento. Son preferibles los ejercicios aerobios, como la natación, la gimnasia y la bicicleta, que practicados de forma razonable no implican riesgo de lesión y favorecen un buen tono muscular. Sea cual fuere la fuente de actividad, hay que tener en cuenta que no debe ser agotadora, y la extremidad del acceso vascular o portadora del catéter se ha de proteger adecuadamente.
Es recomendable que los pacientes dejen transcurrir unas horas tras la hemodiálisis. El día que no se realiza el tratamiento es el adecuado para la práctica del ejercicio, ya que se encuentran menos fatigados que el día de la diálisis. La uremia y la anemia juegan un papel importante en la limitación de la movilidad y de su actividad física. Se debe prestar atención a un aumento brusco de la intolerancia a la actividad, que podría venir provocada por una hiperpotasemia, y el auxiliar que detecte esta alteración deberá avisar al personal de enfermería y al médico correspondiente.

Eliminación:
Hay que controlar la entrada y salida de líquidos. Al principio de la enfermedad hay una fase de diuresis en la que hay pérdida de volumen de líquidos; hay que controlar estas pérdidas y pesar diariamente al paciente. Luego viene la fase de oliguria o anuria, en la que habrá que controlar las ingestas de líquidos y limitarlas en función de su eliminación.
Para paliar el potencial de estreñimiento de estos pacientes, vigilaremos el número y calidad de las deposiciones, y administraremos productos ablandadores de las heces, en la dieta aportaremos alimentos ricos en fibra, y si el estado general lo permite, el ejercicio es definitivo para una correcta eliminación. En los casos en los que se ha probado con todo, terminaremos usando el enema si el médico lo prescribe.

Medicación:
Algunos antiácidos que contienen magnesio no se eliminan bien, por lo que deben sustituirse por otros que no lo contengan.Al estar alterada la función renal, la metabolización y excreción de los fármacos no es óptima en todos ellos, por lo que no deben tomarse medicamentos sin estar pautados por el médico y tienen que estar ajustados en la dosis. El personal sanitario tiene que hacerle ver al enfermo renal los riesgos de la automedicación.

Comodidad y bienestar: el paciente urémico en estado crítico puede sufrir confusión e incluso coma. Si se llega a esta situación en la que el paciente deja de controlar el medio que le rodea, habrá que tomar una serie de medidas ambientales que reduzcan el riesgo de autolesión. Intentaremos orientar al paciente, con la ayuda de su familia y de todos los dispositivos de apoyo con los que contemos. Todas estas medidas hacen de forma obligada cambiar al paciente en su estilo de vida anterior, así como a su familia. Van a sufrir alteraciones en la apariencia física y pueden incluso darse una serie de cambios en los roles familiares.
Algunos pacientes y familiares pueden necesitar la ayuda y apoyo de muy distintos profesionales, desde psicólogos, trabajadores sociales o asesoramiento sexual.

El afrontamiento de este nuevo estilo de vida tiene que ir orientado más que desde la búsqueda de la curación hacia la adaptación de esta nueva etapa de la vida del paciente, ya que estamos ante una enfermedad crónica y, por esto las medidas se dirigen a ir paliando las molestias derivadas de la enfermedad y del tratamiento, capacitando a la persona para acabar manejando de nuevo el sólo su vida. En determinados casos, y casi todos al inicio de la enfermedad niegan y rechazan la realidad de la situación, lo que les lleva a no tener una actitud muy

colaboradora en el tratamiento, al incumplimiento de la medicación, y a no llevar las recomendaciones dietéticas imprescindibles.
Con relativa frecuencia surgen periodos depresivos ante la merma de su calidad de vida, relacionando todos los nuevos acontecimientos con un acercamiento hacia la muerte.

Información al paciente:
Para tener una guía de los aspectos más importantes que el paciente crónico renal deberá controlar a lo largo de su enfermedad, sabremos que todo el equipo sanitario en contacto con los cuidados del paciente, tiene que proporcionarle conocimientos acerca de:
- La naturaleza del fracaso renal, posible evolución, y alternativas de tratamiento.
- Restricciones dietéticas.
- Necesidad de reposo y actividad.
- Características del tratamiento farmacológico prescrito: nombre, dosis, pauta de administración, vía de administración y forma, y efectos secundarios.
- Importancia de la continuidad de las revisiones médicas.
- Indicadores que señalen complicaciones potenciales de infección, hemorragias, o desequilibrio hidroelectrolítico.
- Signos y síntomas que precisen atención médica: pulso irregular, fiebre, ahogo, edema, cambios bruscos de diuresis y debilidad muscular inusual.
- Instrucciones a los pacientes que no se han introducido aún en la diálisis, pero lo pueden hacer en un periodo breve de tiempo, así como los cuidados básicos para los pacientes portadores de un acceso para la diálisis.
- Al paciente con enfermedad renal terminal o próximo a esta etapa, hay que proporcionarle información acerca de las diversas opciones de tratamiento y acerca de los grupos de ayuda que existen a su disposición. Antes del alta el paciente y los familiares deberán reunirse con el trabajador social y el personal sanitario encargado de dar la educación dietética.
- Coordinación del plan de alta al paciente con la unidad o el centro de diálisis. Si es posible, el paciente deberá visitar la unidad de diálisis antes del alta.

Recogida de muestras de orina:
El auxiliar de enfermería conocerá el método de recogida de orina. Los análisis se realizarán con muestras recién emitidas, primera micción del día, porque es la más concentrada y en ella hay mayor posibilidad de detectar alteraciones.
Muchas pruebas se realizan con muestras de orina recogidas durante 24 horas.
Para la recogida simple de orina es recomendable realizar higiene previa del paciente, de los genitales e introducir la orina en un recipiente limpio.

- La orina debe procesarse lo antes posible, de lo contrario se mantendrá refrigerada.
- En la recogida de orina de 24 horas se sigue el siguiente procedimiento:
Se le indica al paciente que vacíe la vejiga a una determinada hora y se desecha la primera micción.
A continuación se recogerá en un recipiente limpio la orina de todas las micciones posteriores, incluida la última muestra de las 24 horas después de iniciado el proceso. Algunas muestras deben guardarse en la nevera, y otras muestras necesitan de algún conservante.
Las muestras por cultivo de orina pueden obtenerse por la sonda vesical si la tuviera o por micción directa. Siempre que sea posible, ésta última será la práctica más utilizada, para evitar la contaminación de la orina al pasar por los genitales.
- El auxiliar debe adoptar una serie de medidas en la recolección de la muestra. Entre ellas destacan:
Lavado de los genitales externos con agua y jabón.
Desechar la primera parte de la micción, que arrastrará los gérmenes que colonizan la uretra distal.
Se recogerá la orina de la micción en un frasco estéril, evitando tocar su interior. El frasco se tapará de inmediato, y se llevará lo más rápidamente posible al laboratorio, ya que la muestra debe procesarse dentro de la primera hora y si no es posible, almacenarla en la nevera a 4ºC para evitar el crecimiento bacteriano.

Características de la orina:
Es importante la valoración y observación por parte del personal sanitario de las características de la orina, que van a ayudar a la determinación diagnóstica del paciente, entre ellas se encuentran:
- Cantidad de orina excretada (normal, oliguria, anuria, poliuria, nicturia, etc.).
- Color (amarillo pálido, amarillo oscuro, rojizo, pardo, etc).
- Aspecto (transparente, turbio)
- pH (alcalino, ácido)
- Densidad (orina normal, diluida, concentrada)
- Presencia de glucosa, hematíes, leucocitos, proteínas, cilindros, bacterias, cuerpos cetónicos.
También es relevante la identificación de otros aspectos como son:
- Las características del flujo de la orina: lento, continuo, en goteo, si comienza y se detiene, si su comienzo es lento y difícil, etc.
- Presencia de dolor en la micción, molestias o escozor (disuria).
- Ingesta de líquidos.

- Valorar si existe percepción de la necesidad de orinar, capacidad de controlar la micción y alivio después del vaciamiento vesical.
- Valorar el tono de los músculos abdominales, la distensión vesical (vejiga palpable por encima de la sínfisis del pubis).
- Existencia de enuresis o incontinencia.
- Signos de deshidratación: mucosas secas, lengua seca, globos oculares hundidos, signos de pliegue cutáneo.
- Presencia de edemas o distensión venosa.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo expuesto anteriormente el personal sanitario (enfermería y auxiliares) tiene que ofrecer e inculcar responsabilidades al enfermo renal. Con la búsqueda de un objetivo: participar de forma activa en su tratamiento, consiguiendo que colaboren en su cumplimiento y fomentar en ellos el aumento de su autoestima, y una mejor calidad de vida e integración social.

6 Bibliografía

- Lola Andreu Periz y Enriqueta Force. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Ed. Masson.
- Rosa Piriz Campos. Enfermería médico quirúrgica III. Ed. Paradigma. 2000. Pag. 1440-1446.
- Juan Miguel Arriaga, Javier Zurro, Mª Dolores Tejero, Carmen Bayón. Enfermería anatomo-fisiológica. Ed. Masson. 1994. Pag. 879-889.
- Carmen Martín Salinas, Teresa Motilla, Joaquina Díaz, Pilar Martínez. Nutrición y Dietética. Ed. Paradigma. 2000. Pag. 402-410.
- Evangelina Pérez, Ana Fernández. Auxiliares de enfermería. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 998. Pag. 340-347.

Capítulo 511

CUIDADOS POSTMORTEM.

MARIA VICTORIA GALLARDO FRA

1 Introducción

Las atenciones sanitarias tienen como objetivo sanar a la persona enferma, si eso es posible; es lo que se denomina medicina de intención curativa. Cuando no lo sea, diremos que el enfermo es incurable, aunque pueda convivir con la enfermedad durante meses o incluso años. En estos casos las atenciones se dirigirán a aliviarle el sufrimiento y darle la mejor calidad de vida posible; estas atenciones se engloban en la llamada medicina paliativa.

Sin embargo, llega un momento en que la vida se acaba, sean cuales sean las atenciones que le ofrezcamos; en tal caso diremos que la enfermedad se encuentra en la fase terminal. Una persona tiene una enfermedad terminal cuando está en la última fase del proceso y tiene próxima la muerte. Es difícil concretar de cuánto tiempo estamos hablando para considerar una enfermedad como terminal. Hay quien considera que están en esta fase aquellas personas a las cuales les queda menos de seis meses de vida, mientras que otros acortan este período hasta los quince días.

Cuando una persona está en las últimas horas de su vida se dice que está moribunda, para concretar una cifra digamos que unas seis horas. El periodo de transición gradual entre la vida y la muerte se denomina agonía, alrededor de la última hora de vida, en la que ésta se extingue. Finalmente, llega la muerte, con el cese total y definitivo de todas las funciones vitales del organismo. Una vez que el facultativo ha certificado la muerte, el personal de enfermería debe efectuar unas últimas actuaciones, los llamados cuidados postmortem; después el técnico

en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) deberá preparar la unidad del paciente para una nueva acogida.

2 Objetivos

- Describir los signos de muerte en un individuo.
- Determinar los tipos de duelo tanto normales como patológicos.
- Identificar las actividades a realizar, por parte de los TCAE en los cuidados postmortem.
- Definir el trasplante de órganos y sus características.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos sobre los cuidados postmortem por parte del TCAE publicados en revistas indexadas en bases de datos como Scielo y Cochrane.

4 Resultados

Signos de muerte.
La muerte supone el cese total y definitivo de las funciones vitales del organismo. La presencia de los signos de muerte, comprobada por el profesional mediante una exploración física sencilla o con la ayuda de instrumentos, confirma el diagnóstico de muerte real y permite que el personal médico firme la certificación de defunción.

Los signos iniciales.
Son los signos que se producen a consecuencia del cese de las funciones vitales. En el ámbito del hospital conviene que los conozcas para que te permitan avisar a tus compañeros del hecho sucedido y cuando ofrezcas atenciones de primeros auxilios, te indicarán si hay que cesar o continuar ofreciéndolas. Estos signos son los siguientes:
- La respiración. No se escuchan ruidos respiratorios, ni con el estetoscopio ni poniendo la oreja en el pecho. Existen otras exploraciones posibles, pero son de uso más anecdótico que común: un espejo o una placa metálica colocados delante de los orificios respiratorios que no se empañan, una llama que no se mueve.

- La circulación. Desaparece el pulso arterial y deja de oírse el latido cardíaco. No se encuentran ondas electrocardiográficas.
- La función nerviosa. La persona está en inmovilidad completa, insensible a los estímulos, incluso a los más intensos o al dolor. No se encuentran ondas electroencefalográficas. Nota: el electroencefalograma plano es el signo sencillo más fiable en el diagnóstico de la muerte y tiene valor legal.

Los signos tardíos.
Son los signos derivados de la aparición de cambios postmortem. Como auxiliar los podrás apreciar si encuentras muerta a una persona por la mañana, que no había dado señales de alarma dentro de su enfermedad durante la noche.
- Enfriamiento cadavérico. Es gradual, empezando a notarse hacia las dos horas en los pies, las manos y la cara.
- La rigidez cadavérica. El primer cambio del tono muscular, inmediatamente después de la muerte, es un estado de flacidez y relajamiento de todos los músculos del cuerpo. Unas dos horas más tarde comienza el proceso de contractura muscular que lleva a la rigidez.
- Las livideces cadavéricas. Son manchas cutáneas extensas de color rojo violáceo, producidas por el depósito de sangre en las zonas del cadáver que están a un nivel más bajo. Empiezan a aparecer en la primera hora después de la muerte.

Los cuidados postmortem.
Cuando una persona ha muerto, el último servicio que se le presta son los cuidados postmortem. Los cuidados postmortem son un conjunto de atenciones que se prestan a la persona fallecida antes de trasladarla al depósito de cadáveres o al velatorio. Los objetivos de estas atenciones son dos:
- Procurar que el rostro y el cuerpo queden en disposición normal y lo más estética posible.
- Tener el cadáver limpio y preparado para cuando se lo lleve el personal de la compañía funeraria.

Los cuidados postmortem los llevan a cabo los auxiliares de enfermería, a veces con la ayuda de los enfermeros o enfermeras. No obstante, hay centros en los que, una vez certificada la muerte, se avisa a la compañía funeraria y son estos profesionales quienes se encargan de los procedimientos.

Antes de iniciar los cuidados.
Antes de ocuparse del cadáver, es necesario atender a los familiares, aliviando su dolor y ayudando a reducir la angustia de la pérdida. Es imprescindible que los

tratéis con respeto y comprensión y que les ofrezcáis disponibilidad constante. Algunas de las cosas que debéis hacer son las siguientes:
- Manifestad calladamente que comprendéis los sentimientos de los familiares o acompañantes. Dejadles solos con el fallecido durante unos minutos.
- Intentad contestar todas sus preguntas informando de las cuestiones legales. Cuando sea necesario, derivadlos a los profesionales apropiados.
- Explicadles el procedimiento de los cuidados y sus objetivos.
- Aislad al máximo el entorno donde se realizan estos cuidados. Si la habitación es compartida, trasladad provisionalmente al otro enfermo o enferma fuera de la habitación o, como mínimo, colocad un biombo entre uno y otro.
- No manipuléis el cadáver delante de los familiares o de otros pacientes.

La ejecución de los cuidados: técnica de amortajamiento.
Cada institución tiene sus reglamentos y de ellos dependerá vuestra actuación concreta. Aquí estudiaremos la técnica más clásica.
Para llevar a cabo este procedimiento son necesarias, en general, dos personas, salvo cuando la persona muerta sea muy gruesa, que podrán ser necesarias tres personas para moverla sin riesgos.

El procedimiento es el siguiente:
- Reunid todo el material necesario antes de empezar, así evitaréis tener que salir y entrar repetidamente de la habitación. Es el siguiente: dos sábanas, o bien una mortaja y una sábana; un recipiente con agua; una toalla; vendas de 2,5 cm; algodón; esparadrapo ancho; un protector; pinzas de Kocher; suero fisiológico; peine o cepillo; jabón; guantes de un solo uso; bolígrafo; tres bolsas grandes; tijeras.
- Poneos los guantes y separad las posesiones personales del fallecido (la ropa, las joyas, etc.). Ponedlas en una bolsa de plástico bien identificada con el nombre, los apellidos, el número de habitación, la cama y, si es necesario, la fecha.
- Poned la cama horizontal y sacad las almohadas, salvo una que dejaréis bajo la cabeza, así evitaréis la palidez excesiva de la cara.
- Poned el cuerpo en decúbito supino y bien alineado, extendiéndole las extremidades inferiores.
- Retiradle todos los apósitos sucios, las vendas, los tubos, las palomillas o los catéteres. Limpiad todo el cuerpo, en particular los restos de sangre y los líquidos drenados, especialmente de la cara y de las manos. Limpiadle con cuidado la boca, los dientes y las encías.
- Comprobad que no sale sangre ni ningún otro líquido de las incisiones dejadas por las actuaciones sanitarias. Si es así, suturadlas o taponadlas, cubriéndolas después todas con apósitos limpios y pequeños.

- Taponad con algodón, utilizando las pinzas o con polvos secantes, todos los orificios naturales: la boca, las fosas nasales, los oídos, el recto y la vagina; así evitaréis que salga líquido por ellos.
- Colocadle la prótesis dental en la boca y cerradla poniendo la mano en copa bajo la barbilla y manteniendo una presión ligera durante unos momentos. Dejadle la cabeza en flexión anterior, para evitar que caiga la mandíbula. Si fuera necesario, colocadle una venda bajo la barbilla y anudadla fuertemente a la cabeza.
- Cerradle los ojos presionando los párpados suavemente con los dedos durante un momento. Si no quedan cerrados, poned una bola de algodón húmeda encima de cada párpado.
- Ponedle los brazos extendidos a los lados del tronco o cruzados sobre el tórax. No es preciso atarle entre sí las manos o los pies.
- Fijadle un identificador (una pulsera o un esparadrapo en los tobillos) que indicará su nombre, su edad, su número de habitación o de historia clínica, la fecha y la hora de la muerte, así como el nombre del médico responsable.
- Poned el cadáver sobre la sábana, poniendo previamente un protector de un solo uso bajo las nalgas, que facilitará que las sábanas y la zona genital se mantengan limpios.
- Introducid el cadáver en una bolsa adecuada, de plástico, que cierra con cremallera y que se utiliza para su transferencia al ataúd.

Nota: En pocos hospitales se utiliza aún mortaja, que es una sábana doblada de manera que envuelve todo el cuerpo, deja los pliegues a un lado y se fija con un esparadrapo a los codos, la cintura, las rodillas y los tobillos.

- Poned otra identificación al cadáver, ahora en el exterior, que se vea fácilmente.
- Pasad el cuerpo a una litera con ruedas y cubridlo con otra sábana. Cerrad las puertas de todas las habitaciones y trasladad de manera discreta el cadáver al depósito o a la sala de autopsias si es necesaria una autopsia clínica. Aseguraros de que el montacargas está a vuestra disposición antes de mover el cadáver por el pasillo.

Después de los cuidados. Aún son necesarias algunas actuaciones de atención a los familiares antes de preparar la habitación para un nuevo ingreso.

- Entregad a los familiares la bolsa con las propiedades del fallecido. Verificad previamente la identidad de éstos y su relación familiar. El formulario de entrega de posesiones suele firmarlo el pariente más próximo. Si no están, depositad los objetos en la caja de seguridad del hospital para evitar que se extravíen. Dejad anotada en la historia la lista de objetos recogidos, comparándola, si es necesario, con los que llevaba cuando ingresó y apuntad lo que habéis hecho con ellos.
- Retirad toda la ropa de la unidad del paciente y llevadla a la lavandería. Tirad

los productos de un solo uso, retirad el aspirador, el pie del suero, el respirador y demás accesorios. Limpiadlos o desinfectadlos.
- Limpiad o desinfectad la habitación siguiendo el protocolo del hospital, dejándola preparada para el próximo paciente.
- Lavaos las manos, para reducir la transmisión de microorganismos.
- Registrad en las hojas correspondientes de la historia clínica los datos de interés: hora en la que cesaron los signos vitales, el médico que certificó la muerte y la hora en que lo hizo, etc. Llevad la historia clínica al archivo.

Observaciones.
- No comentar los detalles de la muerte de un paciente con los otros pacientes o con los visitantes.
- Antes de manipular un cuerpo, asegurarse de que hay una certificación de defunción, porque, si hay que iniciar una actuación judicial, está prohibido manipular el cuerpo sin el consentimiento del juez.
- La actitud a lo largo de todo el procedimiento de los cuidados postmortem debe basarse en el principio de respeto a la persona en todo momento, incluso en la muerte, manteniendo siempre su dignidad. Así, por ejemplo, es necesario tratar el cuerpo sin brusquedades y evitando exponerlo.
- Si la persona que ha muerto sufría una enfermedad infecciosa, se deben conservar las precauciones necesarias.

El proceso del duelo.
El duelo es un sentimiento que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales. El duelo es una reacción normal y en la mayoría de los casos, el doliente es capaz de superar esta situación, sea con ayuda de sus familiares y amigos o por sí misma; en tales casos hablaremos de duelo normal. En algunos casos, en cambio, el duelo es patológico y causa un dolor profundo a la persona que necesitará para superarlo ayuda profesional. La tarea de los profesionales sanitarios es prevenir esta situación, detectarla cuanto antes y proporcionarle un tratamiento que ayude a la persona a superarla.

Fases del duelo.
- Fase de protesta o negación con manifestaciones de miedo y cólera.
- Fase de anhelo. Se caracteriza por la aparición de síntomas de inquietud, llanto, ira o tristeza.
- Fase de desesperación o desorganización. Produce estados de desconcierto.
- Fase de reorganización. Se intenta reconstruir el futuro sin el ser perdido.

La fase final de duelo se resuelve con el comienzo de una nueva vida desvinculada del fallecido.

Los familiares y amigos de la persona fallecida pueden manifestar:
- Sensación de aturdimiento e irrealidad.
- Hiperactividad y desasosiego (a las dos semanas del fallecimiento aproximadamente).
- Depresión (al mes de la pérdida).
- Llanto sin razón aparente o espontáneo.
- Sentimientos de tristeza, soledad, culpabilidad, ira, aislamiento y silencio.
- Incredulidad, confusión, alucinaciones visuales o auditivas.

Tipos de duelo.
- El duelo normal. El duelo comienza ya antes de la muerte, excepto que sea una muerte súbita, y acaba cuando al persona puede pensar en el fallecido sin tener una fuerte sensación de dolor. El duelo anticipado, la convicción de que se está cerca de perder a la persona querida, ofrece la posibilidad de compartir los sentimientos con otros afectados y de prepararse todos juntos para la pérdida.
- El duelo patológico. Calificaremos el duelo como patológico cuando su intensidad o su duración sean anormales, por ejemplo, cuando interfiera con las actividades de la persona. Algunos ejemplos de duelo patológico son el duelo crónico, la falta de duelo, el duelo exagerado y el duelo retardado.
- Duelo crónico: perdura mucho tiempo e incluso se mantiene durante el resto de la vida de la persona. Ésta es absorbida por sus recuerdos, y queda incapacitada para reinsertarse en el tejido social. El duelo crónico es más frecuente cuando había existido entre los dos una relación de dependencia fuerte. Por ejemplo, se recuerdan con intensidad exagerada los aniversarios o se preservan intocables los objetos personales de la persona perdida, manteniendo inconscientemente la idea de que pueda volver.
- Carencia de duelo. La persona no se siente afligida y mantiene una vida aparentemente normal, siendo, incluso, admirada su fortaleza. No tiene ninguna reacción emocional visible. Pero eso es en realidad una prolongación de la fase de adormecimiento inicial, porque mantiene conductas de evitación del recuerdo del difunto, sin hablar sobre él y eliminando los objetos que le pertenecían. También puede sufrir trastornos corporales, que dejan ver el duelo inconsciente.
- Duelo exagerado. La reacción emocional es tan intensa que puede manifestarse como una depresión grave, ataques de pánico, fobia o drogodependencia. Puede llegar a parecerse al trastorno por estrés postraumático.
- Duelo retardado. La reacción no aparece con la pérdida, sino con otra posterior,

siendo después una reacción desmesurada. Estas personas, después de la primera pérdida, suelen poner todo su interés en una actividad exagerada, que seguramente les ayuda a no pensar en lo que ha pasado. Nota: que el familiar tenga un duelo normal o patológico no depende del azar, sino de factores externos e internos, sobre los cuales los profesionales sanitarios podrán actuar.

Factores que afectan a la resolución del duelo.
- Los que facilitan la resolución; participar en las tareas de atención del enfermo; estar presente en el momento de la muerte; un cadáver con aspecto agradable; un buen apoyo social; la práctica de rituales de duelo; la posibilidad de expresar libremente los sentimientos y de hablar sobre las circunstancias de la muerte; las experiencias previas de duelo normal.
- Los que la dificultan: una muerte súbita o una víctima joven; un suicidio; una muerte en la que no se encuentra el cadáver; que sea la pareja, un descendiente o uno de los padres; el agotamiento familiar durante la fase terminal; muchas pérdidas en poco tiempo; relación de dependencia con el fallecido.

Donación y transplante de órganos y tejidos.
El trasplante de órganos consiste en la utilización terapéutica de los órganos humanos, es decir, se basa en sustituir un órgano enfermo, o su función, por otro sano procedente de un donante vivo o fallecido. La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) es un organismo que pertenece al Ministerio de Sanidad y Consumo y se encarga de desarrollar funciones relacionadas con la obtención y utilización clínica de órganos, tejidos y células. En España, la donación y trasplante de órganos está regulada por el Real Decreto 426/1980, de 22 de Febrero, que desarrolla la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre Extracción y Trasplante de Órganos. La donación es un gesto altruista. España es el país con índice de donación de órganos más elevado del mundo (34,6 donantes por millón de habitantes).

Tipos de donantes.
- Donante vivo. Se considera donante vivo a aquella persona que, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 9 del Real Decreto 426/1980, efectúa la donación en vida de aquellos órganos, o parte de los mismos, cuya extracción sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura.
Además debe superar una serie de exámenes y pruebas clínicas que acrediten su validez como donante.
- Donante fallecido. Se considera donante fallecido a aquella persona difunta de la

que se pretende extraer órganos, que, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 10 del mencionado Real Decreto, no hubiera dejado constancia expresa de su oposición.

Protocolo antes de un trasplante. Una vez identificado un paciente como posible muerte cerebral, se deben seguir los siguientes pasos:
- Confirmar la muerte cerebral. Para ello, el certificado de defunción debe ser suscrito por tres médicos, entre los que deben figurar un neurólogo o neurocirujano y el jefe del servicio de la unidad médica correspondiente o su sustituto. Ninguno de estos facultativos podrá formar parte del equipo que vaya a proceder a la obtención del órgano o a efectuar el trasplante.
- Pedir el permiso a la familia para la donación.
- Ponerse en contacto con la ONT.
- Realizar las pruebas médicas necesarias para confirmar la idoneidad de los órganos a trasplantar.
- Seguir las pautas médicas para mantener al donante en condiciones óptimas.
- Preparar la documentación y el material necesario para agilizar el procedimiento de extracción y traslado de los órganos.

Los TCAE en esta etapa deberán colaborar con el equipo de trasplantes en técnicas relacionadas con la higiene del paciente, el mantenimiento de la unidad, la toma de muestras biológicas, la administración de medicamentos autorizados (por ejemplo, enemas), la preparación y selección del material necesario para las técnicas prequirúrgicas y de esterilidad, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados postmortem deben estandarizarse y protocolizarse, ser comunes para todos los profesionales e incorporarlos en nuestra práctica diaria como otro cuidado más sobre el que tenemos responsabilidad. Es importante disponer de información de fácil acceso para el personal sanitario, comprender la importancia que tienen los cuidados postmortem tanto para el difunto como para la familia y para el personal sanitario y proporcionar los cuidados necesarios al difunto y apoyo para que la familia pueda ver el cuerpo en condiciones favorables, para reconocer la pérdida y realizar un duelo normal y no patológico.

6 Bibliografía

- Auxiliar de enfermería de Evangelina Perez. Editorial:s.a. Mcgraw-Hill / interamericana de españa isbn:9788448184100.año de edición:2013.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 512

CASO CLÍNICO DE UNA CIRUGÍA PRODUCIDA POR UNA HERNIA INGUINAL.

MARTHA CHAVEZ VILLAVICENCIO

KENIA MESA DELGADO

SARA DIAZ LARREA

LUCÍA SIABA GARCÍA

SANDRA ISORNA GONZALEZ

1 Introducción

Las hernias inguinales se producen cuando parte de la membrana que recubre la pared abdominal o el intestino sobresale por un orificio débil en el abdomen, generalmente por el conducto inguinal, que sostiene el cordón espermático en los hombres. Este tipo de hernia inguinal está justo en el pliegue de la ingle y puede ser derecha o izquierda y puede ser tanto en el hombre como en la mujer. Existen dos tipos de hernias inguinales:

- Directa: la que se produce en la zona final del músculo, al lado de la abertura del canal inguinal.
- Indirecta: la más frecuente en los varones.

2 Objetivos

- Analizar la etiología de la hernia inguinal y su tratamiento quirúrgico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Por lo general no hay causa clara para una hernia inguinal, algunas veces se presenta por cualquier actividad que eleve presión dentro del abdomen, podemos utilizar medidas de prevención como técnicas apropiadas para levantar peso, aliviar el estreñimiento con una dieta rica en fibra, bajar de peso etc.

El tratamiento médico oportuno puede prevenir mas protuberancias y molestias, lo que hay que evitar es que vuelva aparecer con los años de la reparación, para no ser sometido a una segunda intervención.

Es una operación muy común y un procedimiento muy exitoso, este tipo de cirugía se puede hacer por dos vías:

- Herniorrafia inguinal abierta o convencional, se hace una incisión más grande sobre el abdomen cerca de la ingle, es una de las afecciones que más frecuentemente sufre el paciente y puede que ocasione mucho dolor severo y otras complicaciones.
- Herniorrafia inguinal laparoscópica: se realizan múltiples incisiones abdominales más pequeñas, presentan menos dolor postoperatorio, más rápida recuperación y menos dolor crónico postoperatorio.

La mayoría de las personas que se hacen una cirugía abierta de reparación de hernia pueden volver a casa el mismo día, el tiempo de recuperación varía dependiendo del tamaño, la técnica usada, la edad y la salud del paciente. Los fumadores pueden tener una mayor probabilidad de tener hernia inguinal así como otros

problemas de salud. Casi todas las hernias inguinales se operan, podríamos decir que el riesgo de incarceración y estrangulación es muy bajo.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes intervenidos laparoscópicamente tuvieron una reinserción laboral más temprana que los de cirugía convencional y es tolerada muy bien por los pacientes ya que la malla no es necesaria fijarla a las estructuras anatómicas porque es autoadhesiva y por lo tanto no refiere dolor, tirantez, tensión o pinchazos típicos de la vía abierta. Es importante conocer los diferentes tratamientos de las hernias para orientar a los pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 513

TIPOS DE ENEMAS

ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO

1 Introducción

El colon es el encargado de dividir los compuestos nutritivos de los desechos que entran en el organismo. El problema es que, con el paso del tiempo, la barrera que cubre el colon se deteriora y se acumulan numerosos parásitos, materias tóxicas y mucosidad.
Un enema es un remedio natural para limpiar de manera efectiva tanto los intestinos como el colon de una persona a través de la introducción de una solución acuosa, ya sea en un estado tibio o frío a través del recto. Además de mantener un colon limpio de sustancias tóxicas para nuestra salud, un enema también sirve como remedio para los siguientes casos:
- Combate el estreñimiento extrayendo todo los restos intestinales a través de la estimulación del peristaltismo.
- Sirve para lubricar el recto y que las heces o restos se reblandezcan.
- Limpieza de colon y recto para la preparación al parto u otros procedimientos.
- Administración de medicinas y compuestos nutricionales.

2 Objetivos

- Analizar los tipos de enemas existentes en el mercado, sus beneficios y complicaciones.

3 Metodología

Para este estudio se efectúa una revisión sistemática mediante búsquedas en bases de datos de la evidencia ya publicada en: Pubmed, Medline, Lilacs; Cuident, Dialmet, Cochrane, Scopus y Google Scholar. Se seleccionaron publicaciones, ensayos clínicos, revisiones y revistas científicas y para obtener una visión más amplia, se amplían los criterios de búsqueda a estudios descriptivos, revisiones narrativas y ensayos relacionados con el tema objeto del estudio. También se consultan los datos del Ministerio de Sanidad español.

4 Resultados

Hay varios tipos de enema que podremos administrar:
1. Enema de limpieza o evacuante (son los más comunes):
Se administra con la finalidad de vaciar el recto y colon de heces. Actúan, en primer lugar, estimulando el peristaltismo a través de la irritación del colón y el recto y la distensión por volumen. Este enema es uno de los más utilizados en función de su composición existen varios tipos: agua jabonosa, enema salino, tipo casen, etc. Está contraindicado: abdomen agudo, apendicitis, peritonitis, traumatismo intestinal, obstrucción intestinal.
2. Enemas de retención:
En este tipo de enema, el paciente tiene que retener el líquido introducido por vía rectal por un período no inferior a treinta minutos. Generalmente estos enemas están compuestos por sustancias hipertónicas, con lo que se produce una distensión abdominal por irritación de la mucosa y la urgencia por defecar. Para evitar una distensión aún mayor se recomienda estimular el vaciamiento de la vejiga del paciente. Dentro de ellos tenemos:
2.1. Enema oleoso o emoliente: lubrica el recto y colon sigmoideo, reblandece las heces y protege la mucosa intestinal.
Composición: Aceite de oliva puro.
Cantidad: De 150 a 200ml,a una temperatura de 37 grados.
Está indicado en caso de estreñimiento crónico, hemorroides o si existe un fecaloma.
2.2. Enema medicamentoso: consiste en la introducción del tratamiento médico a través del recto.
Está indicado en todas aquellas situaciones en las que la vía oral no puede o no debe ser empleada y el medicamento no puede ser administrado por vía distinta a la oral y rectal. La mucosa rectal tiene un gran poder de absorción y los

medicamentos, al atravesarla, se incorporan a la sangre .La cantidad de solución medicamentosa será, como máximo, de 180 ml. El enema medicamentoso puede ser: estimulante, anestésico, laxante, antiséptico, sedante y antihelmíntico.
Siempre que se vaya a poner un enema de este tipo hay que poner antes un enema de limpieza para conseguir que el intestino esté libre de materias fecales y se absorban sin dificultad los fármacos a introducir.
2.3. Enema alimenticio: consiste en la introducción de sustancias nutritivas por vía rectal, las cuales serán absorbidas por la mucosa del recto. Está indicado cuando no se puede utilizar la vía oral y parenteral para introducir alimentos en el organismo. El alimento a introducir debe ser líquido y no exceder de 180ml. Es imprescindible administrar previamente un enema de limpieza.
2.4. Enema opaco o baritado: se emplea para poder realizar un estudio radiológico completo del intestino con finalidad diagnóstica, gracias a que el bario es un elemento opaco a los rayos X. Por tanto, al introducir el bario obtendremos en la radiografía una imagen clara del intestino facilitando el diagnostico de diversas patologías. Suele ir precedido de un enema de limpieza.
Además existen otros tipos de enemas, como son:
- Expulsión de gases (enema carminativo) destaca el enema denominado "lavativa de Harris" o "enema de flujo de vuelta" que irriga la parte inferior del colon y recto para aliviar la distensión abdominal producida por los gases.
- Para neutralizar o inactivar microorganismos; enema antiséptico.
- Para incorporar gran cantidad de líquido en el recto: enema gota a gota de Murphy o proctoclisis.

5 Discusión-Conclusión

La administración de una solución para el lavado por vía rectal, con el fin de conseguir un vaciamiento intestinal de heces, debe realizarse bajo la responsabilidad de del enfermero y con la colaboración del personal auxiliar. Los auxiliares de enfermería deben colaborar en:
- Preparar y disponer el instrumental, útiles y medicación que se vaya a utilizar.
- Que la habitación donde se vaya a realizar mantenga una temperatura agradable y preparar la cama del paciente si el enema se va a administrar en ella.
- Colocar al paciente en posición de Sims y colaborar con el enfermero en la aplicación del enema y en todos aquellos pasos en los que se le va indicando: ponerse guantes, realizar el sondaje rectal extrayendo el aire del tubo antes de introducirlo en el recto, lubricar la parte final de la sonda, conectar la sonda al circuito de irrigación, procurar que el líquido pase lentamente regulando su

entrada mediante una pinza, retirar la sonda una vez introducido el líquido (hay que esperar al menos 10-15 minutos a que el enema haga su efecto), colocar la cuña y retirarla una vez que haya evacuado.

Si el paciente se queja de dolor o de incapacidad para retener el enema se suspende la irrigación y se le dice que respire profundamente. Una vez hecho esto comenzamos a irrigar lentamente. Hay que lavarlo y cambiarle la ropa, así como la ropa de cama. Además, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe encargarse una vez terminado el enema, de la limpieza y desinfección de la cuña y el recipiente de irrigación así como la eliminación del material de desecho.

6 Bibliografía

- Páginas web: unCOMO es una web fundada en 2012 [actualizado enero 2017], disponible en : https://salud.uncomo.com/articulo/que-es-un-enema-y-para-que-sirve-45945.htm

Libros:

- Oto Cavero, I., Sanz Moncusí, M. y Montiel Pastor, M. Enfermería MedicoQuirúrgica. Necesidad de nutrición y eliminación. Masson. Barcelona. 2003. Pág. 210-211.
- Esteve, J. Y Mitjans, J. Enfermería Técnica Clínica. McGraw-Hill Interamericana.2002. Pag 487-490.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital de Basurto. Bilbao 2001.
- Botella M, Hernández OM, López ML, Rodríguez A. Administración de un enema de limpieza.
- Administración de medicación rectal. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002.
- Millet M. Extracción de fecalomas. Sondaje y enema rectales. En: Espinàs J et al. Guía de actuación en atención primaria. 2ª ed. Barcelona: semFYC; 2002. p. 1268-70.
- Perry A, Potter PA. Cómo administrar un enema. Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos básicos. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998. p. 317-324

Capítulo 514

CUIDADOS DEL PACIENTE CON NUTRICIÓN ENTERAL.

ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO

1 Introducción

La alimentación enteral se refiere a la ingesta de alimentos a través del tracto gastrointestinal (GI). El tracto gastrointestinal está compuesto por la boca, el esófago, el estómago y los intestinos. La alimentación enteral puede significar nutrición tomada por la boca o por un tubo que va directamente al estómago o al intestino delgado. En el entorno médico, el término alimentación enteral se usa con mayor frecuencia para referirse a la alimentación por sonda.

Una persona con alimentación enteral generalmente tiene una afección o lesión que impide comer una dieta regular por vía oral, pero su tracto gastrointestinal todavía puede funcionar. Ser alimentado a través de un tubo les permite recibir nutrición y mantener su tracto gastrointestinal funcionando. La alimentación enteral puede compensar toda su ingesta calórica o puede usarse como un suplemento.

2 Objetivos

- Conocer las complicaciones de la nutrición enteral.
- Describir los cuidados de enfermería para evitar estas complicaciones.

3 Metodología

Para este estudio se efectúa una revisión sistemática mediante búsquedas en bases de datos de la evidencia ya publicada en: Pubmed, Medline, Lilacs; Cuident, Dialmet, Cochrane, Scopus y Google Scholar. Se seleccionaron publicaciones, ensayos clínicos, revisiones y revistas científicas y para obtener una visión más amplia, se amplían los criterios de búsqueda a estudios descriptivos, revisiones narrativas y ensayos relacionados con el tema objeto del estudio.

4 Resultados

Las complicaciones de la nutrición enteral van a variar dependiendo de la vía que se utilice. Los problemas que pueden surgir en la alimentación por vía oral son principalmente las náuseas, vómitos y la deglución dificultosa. Las complicaciones de la nutrición por sonda son más importantes en cuanto que los problemas que pueden surgir son más graves. Estas complicaciones son:
- Broncoaspiración (neumonía e hipoxia) del contenido alimenticio. Es una de las más graves.
- La aparición de diarreas es muy frecuente por temperatura inadecuada del preparado, por un ritmo de perfusión rápido…
- Náuseas y vómitos.
- Estreñimiento, cuando los preparados son bajos en fibras (es importante instruir a la familia para que utilicen alimentos ricos en fibra). Con los preparados comerciales se minimiza esta complicación.
- Obstrucción de la sonda (es muy frecuente).
- Lesiones a nivel del tubo digestivo (úlceras, fístulas…)
- Complicaciones metabólicas.

La broncoaspiración suele producirse cuando el paciente se encuentra en decúbito supino, la motilidad gástrica está disminuida y la cantidad de alimento administrado es muy alta. Los cuidados de enfermería dirigidos a evitar esta complicación son:
- Colocamos al paciente en posición de Fowler o semiFowler (según características del paciente) no sólo durante el tiempo que dure la ingesta sino hasta una hora después de la misma.
- Comprobar si el paciente presenta náuseas, sensación de plenitud cuando le tenemos que dar la nutrición ya que es posible que la cantidad de alimento administrado sea muy alta. También se puede aspirar contenido gástrico antes de

la ingesta, si hay más de 100 ml habrá que cambiar el ritmo y cantidad.
- Las náuseas y los vómitos pueden surgir debido a una intolerancia a los alimentos. Las diarreas aparecen cuando existe un elevado contenido de lactosa en la preparación así como un alto valor calórico. La prevención de esta complicación se basa en investigar la causa y corregirla.
- Para prevenir el estreñimiento se deben preparar fórmulas de alimentación con un alto contenido en fibras.

La obstrucción de la sonda se puede prevenir:
- Colocando una sonda apropiada dependiendo del tipo de alimento que se quiera administrar (calibre más grueso cuando la viscosidad de la preparación sea mayor).
- Limpieza de la sonda con agua cada vez que el paciente empieza la ingestión y cuando termina. Con ello evitamos también la formación de costra y la reproducción de bacterias.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que enfermería actúe de manera adecuada en la nutrición enteral para disminuir las complicaciones que puede presentar el paciente. Ya que este tipo de alimentación, es a menudo encontrada en el trabajo del día a día de estos profesionales.

6 Bibliografía

- Cuidados del paciente con nutrición enteral. https://www.saludcastillayleon.es/
- Nutrición enteral: qué es, indicación, tipos y complicaciones. https://www.tuasaudee.com/
- Nutrición enteral: tipos, definición y usos con pacientes. https://psicologiaymente.com/
- Nutrición enteral - Sociedad Española de Oncología Médica.https://seom.org
- Alimentación nutrición enteral - canalSALUD. https://www.salud.mapfre.es/.

Capítulo 515

LA DIABETES GESTACIONAL

ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ

JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO

ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ

1 Introducción

La diabetes gestacional es la intolerancia a los hidratos de carbono que suele originarse a partir de la semana 20 del embarazo.A diferencia de la diabetes mellitus, aquí la carencia de insulina se produce por los efectos bloqueadores de otras hormonas; si la secreción de insulina no aumenta ante este hecho, es cuando aparece la llamada diabetes gestacional.

En España el porcentaje de mujeres que la padecen varía entre el 8 y el 12 %. En nuestro sistema sanitario se realiza el denominado test de O'Sullivan a todas las embarazadas entre las semanas 24 a 28. Dicha prueba consiste en la administración a la mujer de 50 gramos de glucosa por vía oral, y la medición de la glucemia plasmática una hora más tarde. Si el resultado es positivo (mayor o igual a 140), se realizará otro test confirmatorio; llevando a cabo una vigilancia más exhaustiva del desarrollo del embarazo para evitar que el feto sufra complicaciones.

2 Objetivos

- Determinar factores de riesgo en el desarrollo de la diabetes gestacional.
- Señalar las complicaciones obstétricas que producen.

3 Metodología

Para esta revisión teórica se han consultado distintos fuentes digitales como Dialnet y Google Académico, utilizándose los términos: diabetes gestacional, test O´Sullivan y riesgos diabetes gestacional, se ha seleccionado la información considerada de mayor interés.

4 Resultados

Los factores de riesgo son:
- Mujeres mayores de 30 años.
- Mujeres con obesidad central (I.M.C. > 30).
- Mujeres con diabetes en embarazos anteriores.
- Gestantes con familiares diabetes de primer grado.
- Gestantes que utilizan medicamentos corticoides.
-Embarazadas con malos hábitos alimenticios y/o inactividad física.

Las complicaciones son.
- Aumento del sufrimiento fetal.
- Problemas neonatales.
- Hipoglucemia neonatal.
- Pelo del feto elevado (macrosomía).

5 Discusión-Conclusión

La diabetes gestacional puede llegar a tener complicaciones de gran magnitud, por lo que es importante detectarla a tiempo, sobre todo en las mujeres con factores de riesgo para disminuir dichas complicaciones. Tras la aparición de esta será importante una buena educación sanitaria por parte de la matrona de atención primaria para controlar las glucemias durante el embarazo, a través de la dieta y del ejercicio físico.

6 Bibliografía

- C.G. García. Medicina Interna de México. Medigraphic.com. 2.008
- M.E. Almirón , S.C. Gamarra, M.S. González. Revista Postgr Vla Cátedr Med. 2.005

- J. Arizmendi, V. Carmona Pertuz, A. Colmeneras, D. Gomez Hoyos. Revista médica de la facultad de Medicina 2.012

Capítulo 516

PREVENCIÓN DE INFECCIONES URINARIAS EN MUJERES

MERCEDES BARREIRO RODRÍGUEZ

ROSANA RODRÍGUEZ PRENDES

JESSICA BARREIRO LUTMAN

1 Introducción

Una infección de las vías urinarias se puede producir en cualquier parte del aparato urinario: la uretra, la vejiga, los uréteres o los riñones. Siendo las más frecuentes las de vejiga y uretra. Las infecciones urinarias son más habituales en mujeres. Entre los factores de riesgo específicos se encuentran:

- La anatomía femenina, ya que las mujeres tienen la uretra más corta que los hombres, la distancia que deben atravesar las bacterias para alcanzar la vejiga es más corta.
- Ciertos anticonceptivos tales como el diafragma o los espermicidas.
- Las mujeres sexualmente activas son más proclives que las que no lo son.
- La menopausia produce cambios en las vías urinarias que hacen a la mujer más vulnerable a la infección.

2 Objetivos

- Describir las medidas a llevar a cabo para prevenir el riesgo de infecciones del tracto urinario.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores cistitis, infección urinaria, incidencia de infecciones urinarias en mujeres, prevenir infección de orina y síntomas de infección urinaria.

4 Resultados

Para reducir el riesgo de infecciones es necesario adoptar una serie de medidas tales como:

- Beber mucho líquido, en especial agua, ya que aumenta la frecuencia de micciones y facilita la expulsión de las bacterias.
- Limpiar desde delante hacia atrás después de orinar para evitar que las bacterias anales se propaguen hacia la vagina y la uretra.
- Evitar el uso de productos femeninos irritantes tales como desodorantes o duchas genitales excesivas que puedan producir irritación en la uretra.
- No utilizar preservativos sin lubricante o con espermicidas al mantener relaciones sexuales.

Las infecciones no siempre causan síntomas, pero algunos de ellos pueden ser, una orina con olor fuerte, de aspecto turbio, con un color anómalo, una sensación de ardor al orinar, dolor en la zona pélvica, necesidad imperiosa y constante de orinar y hacerlo frecuentemente en pequeñas cantidades.

5 Discusión-Conclusión

Seguir unas pautas adecuadas de prevención y recibir tratamiento de inmediato cuando aparece algún síntoma de infección, es imprescindible para evitar complicaciones tales como, infecciones recurrentes, daños renales o septicemia, una de las complicaciones que puede poner en riesgo la vida. Aunque una infección urinaria no tiene por qué ser nada grave, las posibles complicaciones, si no se actúa correctamente si pueden llegar a serlo. Por eso las personas que las contraigan, mujeres en su mayoría por todo lo antes descrito, deben tratarse a la mayor brevedad posible.

6 Bibliografía

- mayoclinic.org

- cuidateplus.com
- quironsalud.es
- infosalus.com.

Capítulo 517

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS.

JESSICA BARREIRO LUTMAN

MERCEDES BARREIRO RODRÍGUEZ

ROSANA RODRÍGUEZ PRENDES

1 Introducción

Las úlceras por presión, también conocidas como escaras, son áreas de piel lesionada generalmente por permanecer en una misma posición durante un tiempo prolongado. Se producen habitualmente en las zonas donde existen prominencias óseas, tales como caderas, tobillos, rodillas, codos, sacro, etc. Se clasifican en distintos estadíos según el grado de afectación:

- Estadío I: se manifiesta mediante un eritema cutáneo que no palidece a la presión. La piel se encuentra íntegra. En pieles oscuras puede presentar tonos azulados, rojizos o morados.
- Estadío II: pérdida parcial de la piel que afecta a la epidermis, la dermis o ambas. Presenta aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Estadío III: pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
- Estadío IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, el hueso o las estructuras de sostén tales como tendones, cápsula articular, etc.

2 Objetivos

Describir las medidas a llevar a cabo para reducir las úlceras por presión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Algunas pautas a seguir son:
- Promover en la medida de lo posible la movilidad.
- Realizar cambios posturales cuando no hay posibilidad de movimiento, para evitar que la persona permanezca sobre u mismo punto durante mucho tiempo.
- Utilizar los dispositivos que estén a nuestro alcance para disminuir la presión tales como colchones antiescaras, cojines, etc.
- Observar la posible aparición de cualquier signo y proteger la zona mediante vendajes, taloneras, coderas, etc.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de prominencias óseas.
- Proteger la piel frente a la humedad, secando minuciosamente tras el aseo sin aplicar fricción y en caso de incontinencia, mediante la utilización de productos absorbentes y productos barrera tales como películas cutáneas de barrera no irritantes y las pomadas de óxido de zinc.
- Controlar la dieta, ésta debe ser sana, equilibrada e individualizada para cada paciente, identificando posibles déficit nutricionales y corrigiendolos, al igual que evitando los excesos.
- La hidratación es muy importante, ya que una piel hidratada tiene menos posibilidades de romperse.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de los avances en la medicina las úlceras por presión siguen siendo un gran problema. Pueden aparecer en cuestión de horas y tardar en curarse meses. Por tanto es necesario seguir una serie de pautas para evitar que aparezcan y en caso de que ya hayan aparecido tratarlas de la manera más efectiva. Podemos concluir que siguiendo la serie de pautas descritas, disminuiremos la posibilidad de la aparición de úlceras por presión, evitando así cualquier dolor u otro tipo de complicaciones que el paciente privado de movilidad pueda sufrir.

6 Bibliografía

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

Capítulo 518

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES A TRAVÉS DE LA HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS

MARÍA JOSÉ RUIDIAZ ÁLVAREZ

LAURA SUÁREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La Infección Nosocomial (IN), también conocida como Infección Hospitalaria (IH) o Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria (IRAS), es o son las infecciones que una persona que está ingresada puede adquirir mientras permanece hospitalizada y mientras este con un tratamiento médico, y que antes de su ingreso no tenía . Una de las causas por las que un paciente puede contraer una de esas infecciones nosocomiales es a través de las manos, bien del personal sanitario, como también de otras personas que de alguna manera están en contacto con él o con su entorno. (Simón Melchor A, Simón Melchor L, Naranjo Soriano G, Gil Salvador R, Solano Castán J, Jiménez Sesma ML. , 2016).

Un farmacéutico francés en 1822 sugirió que el cloruro de sodio podría servir como antiséptico y desinfectante (Edelis Raimundo Padrón, Félix A. Companioni Landín, Sol A. Rosales Reyes, 2015). En 1847 el doctor húngaro Igmaz Philip Semmelweis descubrió que practicando la desinfección de las manos, se producía una gran reducción de la tasa de mortalidad por sepsis puerperal. En 1861 publicó

su estudio y presentó medidas para evitar en gran medida la fiebre puerperal. Algunos colegas no aceptaron esas medidas pues creían que era una manera de hacerles responsables de la muerte de las mujeres embarazadas. (Marcelo Miranda C. y Luz Navarrete T, 2008).

Florence Nightingale considerada como la creadora de la enfermería moderna, en (1859) publicó "Notas sobre Enfermería : Qué es y qué no es" En el que explicaba la necesidad de una buena higiene de manos.(Young, Pablo, Hortis De Smith, Verónica, Chambi, María C, & Finn, Bárbara C. (2011)). En 1867 el cirujano escocés Joseph Listero, basándose en los estudios realizados por Pasteur dedujo que los gérmenes eran los causantes de la inflamación e infección de las heridas, no pudiendo utilizar el método de calor de Pasteur en los tejidos vivos, utilizó el acido fénico o carbólico para el lavado de las manos así como para el lavado de la piel , de ropa y de los instrumentos usados con los pacientes. Von Bergman, medico alemán, manifestaba que aprender a lavarse las manos antes de comenzar a trabajar, era uno de los mayores logros del siglo XIX (Piedrola G, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R, 1988)

Con objeto de orientar el personal sanitario sobre las necesidad del lavado de las manos, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, Centers for Disease Control and Prevention), a partir de 1975, creó guías y normas acerca de la práctica de higiene de las manos,aconsejando las situaciones en las cuales es necesario practicarlas. En el año 2002 el término "lavado de manos" pasó a llamarse "higienización de las manos".

En España, según datos del informe EPINE 2012-2014 (Estudio de Prevalecía de las Infecciones Nosocomiales en España) "el 5,60% de los pacientes ingresados en los hospitales españoles contrajo una infección nosocomial durante su ingreso .Las principales localizaciones de las infecciones nosocomiales notificada en 2014 han sido las infecciones respiratorias (21,4%), quirúrgicas (20,9%), urinarias (20,1%), bacteriemias (15,3%) y otras localizaciones". Las enfermedades nosocomiales afectan a millones de personas en todo el mundo y son un grave problema a nivel hospitalario llegando incluso a serlo a nivel de país. Las normas de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria presentan la base científica para considerar q la buena praxis en la higiene de las manos es una buena táctica para la reducción de las enfermedades nosocomiales. El cumplimiento de las normas es muy importancia para conseguir un buen resultado en la seguridad del paciente.

2 Objetivos

Explicar medidas de prevención de las enfermedades nosocomiales a través de la higienización de las manos.

3 Metodología

Para el trabajo, se han consultado diversas plataformas y bases de datos sanitarios. Tales como OpenMind, Scielo, Google Académico , Dailnet, World Wide Science, etc Comprobado ensayos y artículos que hacen alusión al tema debatido, así como varios proyectos, guías, informes y estudios. La búsqueda se ha basado en términos relacionados con el tema, como lavado de manos, higiene, enfermedades nosocomiales, infecciones hospitalarias, entre otros. La búsqueda de datos fue finalizada comprobando las referencias bibliográficas de diferentes artículos escogidos para la preparación y elaboración del trabajo.

4 Resultados

El principal objetivo de la HM es evitar que las manos de los profesionales sanitarios actúen como mecanismo de transmisión de las infecciones entre pacientes o entre las superficies y los objetos del entorno y los pacientes. En la HM puede realizarse:

- Lavado de manos. Su objetivo es eliminar la suciedad y reducir la flora transitoria de la piel de las manos mediante agua y jabón.
- Fricción de manos: Tiene como objetivo reducir la flora transitoria de la piel de las manos mediante la antisepsia con un preparado de base alcohólica (PBA)

La OMS recomienda, que siempre que las manos no estén visiblemente sucias, la HM se realice mediante fricción con PBA, ya que su aplicación es más rápida, son más fáciles de usar, lesionan menos la piel y consiguen una reducción de la flora transitoria superior a la que se consigue mediante el lavado de las manos con agua y jabón. Existen indicaciones generales para realizar la higiene de las manos: al empezar y al finalizar la consulta, antes y después de comer, después de ir al cuarto de baño, después de estornudar, sonarse y siempre que estén sucias. Las indicaciones para realizar la higiene de las manos, durante el proceso asistencial, constituyen “los 5 momentos” que indica la OMS:

- Momento 1: antes del contacto con el paciente. Antes de tocar al paciente, al acercarse a él.

- Momento 2: antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Previo a cualquier procedimiento que entrañe contacto directo o indirecto con las membranas mucosas, la piel no intacta o un dispositivo médico invasivo.
- Momento 3: después del riesgo de exposición a fluidos corporales. Al producirse contacto con la sangre u otros fluidos corporales (aunque sea mínimo).
- Momento 4: después del contacto con el paciente. Al producirse el último contacto con la piel intacta, la ropa del paciente o una superficie de su entorno.
- Momento 5: después del contacto con el entorno del paciente. Después de tocar cualquier objeto o mueble al salir del entorno del paciente, sin haber tocado a éste.

El riesgo de infección no es igual en Atención Primaria que en el ámbito hospitalario. Los profesionales que trabajan en Atención Primaria, deberán adaptar los 5 momentos al tipo de contacto que tengan con el paciente y al entorno en el que realicen su trabajo. Se pueden citar como ejemplos de aplicación de los 5 momentos al ámbito de Atención Primaria:
- Momento 1. Antes de cualquier contacto con pacientes con patologías que puedan incrementar su vulnerabilidad a la infección: inmunodeprimidos, atención domiciliaria a pacientes crónicos o en cuidados paliativos; antes del contacto con el paciente en atención a urgencias dentro y fuera del centro de salud.
- Momento 2. Antes de realizar una técnica limpia o aséptica: curas, exploración oro-faríngea, higiene bucal, cuidado oro-dental, administración de medicación intramuscular o endovenosa, inserción de catéteres urinarios o catéteres vasculares periféricos, cirugía menor…
- Momento 3. Después de estar en contacto (o en riesgo de haberlo estado) con sangre y fluidos corporales: realizar una extracción de sangre, recoger una muestra de un fluido corporal, realizar una exploración ginecológica, insertar y retirar dispositivos médicos (sondas urinarias, tubos endotraqueales, sondas nasogástricas, dispositivos de pacientes ostomizados, retirar cuñas, realizar una cura, realizar algún cuidado en la cavidad bucal, limpiar material o instrumental sanitario…).
- Momento 4. Después de tocar la piel intacta del paciente durante la exploración clínica: explorarlo, tomarle los signos vitales… No sería necesario higienizarse las manos cuando sólo se realicen procedimientos administrativos, aunque se recomienda extremar la prudencia, en periodos en que el número de casos de una determinada infección aumente por encima de lo esperado (en época de epidemias de gripe, gastroenteritis…).
- Momento 5. Al salir del despacho tras finalizar la consulta, al salir de la habitación del enfermo en la atención domiciliaria.

La mayoría de los estudios realizados acerca del lavado de manos, demuestran que el porcentaje de cumplimiento es bajo. Los motivos principales para la no realización de esta práctica, son entre otros: la falta de motivación, ausencia o inadecuación de lavabos o dispositivos de alcohol gel próximos a las camas, falta de materiales como jabón y alcohol además de toallas de papel y papeleras, reacciones cutáneas ocasionadas por el uso de los productos recomendados, el gran número de tareas que sean realizadas ocasionando la falta de tiempo, irresponsabilidad y la ignorancia sobre la real importancia de las manos como medio de transmisión de microorganismos.

5 Discusión-Conclusión

Una conclusión clara y precisa, es que hay que elevar el grado de educación sanitaria para fomentar el lavado de manos. Es necesario por ello un nuevo enfoque de las intervenciones, primero orientándolas hacia la modificación de hábitos y actitudes y en segundo lugar que las medidas aplicadas actúen a distintos niveles, tanto de forma individual como institucional.

Son importantes los esfuerzos en formación, vigilancia y motivación. Para ello desde la propia institución, se debe potenciar la higiene de manos como una prioridad. Los Servicios de Medicina Preventiva deben trabajar continuamente con estrategias dirigidas a los profesionales sanitarios.

Los criterios mínimos para la aplicación de la estrategia multimodal de la OMS son:

- Fase 1: Preparación del centro – disponibilidad para la acción. La fase 1 tiene como objeto garantizar la preparación global de la institución para establecer un programa de mejora de la higiene de manos. Esto incluye la obtención de los recursos necesarios (tanto humanos como financieros), la adecuación de la infraestructura y la identificación de responsables clave para dirigir el programa de mejora de la higiene de manos, incluido un coordinador y su adjunto. Deberá realizarse la planificación adecuada a fin de preparar una estrategia clara para todo el programa.
- Fase 2: Evaluación inicial –obtención de información sobre la situación actual. El objeto de la Fase 2 es principalmente llevar a cabo la evaluación inicial de la práctica de la higiene de las manos así como de la percepción, los conocimientos y las infraestructuras disponibles con respecto a ella. Es importante evaluar la situación actual en el centro sanitario con el fin de adaptar y perfeccionar los planes de actuación para la aplicación de la estrategia. Las actividades que se

llevan a cabo en la fase 2 también son vitales porque proporcionarán información de referencia para cualquier comparación y evaluación del progreso a medida que se va aplicando la estrategia multimodal.

- Fase 3: Aplicación –introducción de las actividades de mejora. La fase 3 es clave para conseguir la mejora y consiste en aplicar todas las intervenciones planificadas en la fase 1 y utilizar los principales resultados obtenidos a partir de la fase 2 para motivar la mejora. Su importancia es vital para concienciar de lo que representan las IRAS y la importancia de la higiene de las manos, para mejorar los conocimientos, implantar los elementos del cambio del sistema y finalmente catalizar el cambio de hábitos de conducta.
- Fase 4: Evaluación de seguimiento – evaluación del efecto de la aplicación. La Fase 4 tiene objetivos muy importantes: hacer un seguimiento del progreso y confirmar que la aplicación de las iniciativas se traduce en mejoras en la higiene de las manos. Las encuestas llevadas a cabo para la evaluación inicial durante la fase 2 deben repetirse para obtener datos de seguimiento suficientes para comparar los periodos previos y posteriores a la aplicación. Sin embargo, es importante comprender que dado que esta evaluación se realizará poco tiempo después de la aplicación, únicamente proporcionará información sobre el efecto inmediato del programa. Es necesario recopilar datos del efecto a largo plazo para llevar a cabo otra evaluación partiendo de un seguimiento más prolongado e invertir en la supervisión continua de los indicadores clave. No obstante, la información sobre el efecto a corto plazo es crucial para ayudar a adoptar futuras decisiones y medidas (fase 5). También es importante reconocer que durante la fase 4, las actividades de mejora de la higiene de manos deberían continuar con arreglo al plan de actuación local.
- Fase 5: Ciclo continuo de planificación y revisión – desarrollo de un plan para los próximos 5 años. La fase 5 es crucial para revisar todo el ciclo de aplicación establecido durante las fases previas y desarrollar planes a largo plazo destinados a garantizar que la mejora se mantiene y progresa. Para cumplir a largo plazo el objetivo general de implantar la higiene de manos como parte integrante de la cultura del centro sanitario, es esencial desarrollar y aplicar planes de actuación y garantizar al mismo tiempo que hay un ciclo de revisión continua. Deberán diseñarse planes de aplicación teniendo en cuenta en todo momento el objetivo de conseguir la mejora sostenible de la higiene de manos.

6 Bibliografía

- Simón Melchor A, Simón Melchor L, Naranjo Soriano G, Gil Salvador R, Solano Castán J, Jiménez Sesma ML. Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario.
- Elola Vicente P. Higiene de las manos en el personal sanitario. Como aumentar y evaluar su complimiento. Todo hospital. 2005
- Parini S. Cumplir con las recomendaciones para la higiene de las manos. Nursing 2003, volumen 21, numero 7.
- Jiménez Sesma ML, Pardo Vicastillo V. El impacto actual del lavado de manos . Medicina Naturista. 2008
- Control de la infección. Lavado de manos: la primera forma para prevenir infecciones [editorial]. Nursing. 2002
- Prevención de las infecciones nosocomiales. OMS. 2º edición.
- Protocolo de Enfermería: higiene de manos en el medio sanitario. Medicina preventiva 2001 http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf

Capítulo 519

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE LA DEMENCIA.

SANDRA RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Se considera a la demencia como una pérdida completa o disminución de los componentes mentales, presentando un deterioro progresivo e irreversible. La demencia va acompañada de pérdida de memoria y otras alteraciones de las funciones corticales. Entre las más comunes se encuentra el Alzheimer.

Los principales síntomas son alteraciones de la memoria, la razón, otras habilidades de pensamiento y trastornos de conducta. Todos estos síntomas que van avanzando a lo largo del tiempo, producen una notable disminución de las capacidades mentales así como físicas provocando una dependencia en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente. El envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida están siendo los dos grandes inconvenientes que hacen que los casos de demencia se están multiplicando en España afectando alrededor del 5% de los mayores de 65 años.

Las demencias se clasifican en:
- Demencia degenerativas primarias: se producen por degeneración del cerebro, que puede ser debida a múltiples causas: factores genéticos, envejecimiento, factores ambientales…Destacan la enfermedad del Alzheimer y la demencia asociada a Parkinson.
- Demencias vasculares: se producen como consecuencia de accidentes vasculocerebrales. Las más comunes son las demencias isquémicas y las demencias hemorrágicas.

- Demencias sistémicas: se producen por alteraciones del organismo de distinta índole (infecciones, problemas endocrinos, carencia vitamínica, traumatismos…) Son frecuentes las asociadas a déficit de vitamina B12 y a trastornos tiroideos.

2 Objetivos

Analizar los principales factores de riesgo en la demencia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las personas mayores con deterioro cognitivo avanzado o demencia suelen tener problemas para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, que son las que engloban las capacidades de autocuidado mas elementales: alimentación, higiene, eliminación de heces y orina, vestido y conservación de la movilidad funcional.

La gente mayor que sufre algún tipo de demencia presenta unos riesgos de salud que conviene conocerlos y evitarlos en la medida de lo posible. Dichos riesgos pueden ser los que están relacionados con la alimentación y la hidratación como son: desnutrición o mala nutrición, deshidratación y problemas de deglución o disfagia. Otro riesgo importante en personas que padecen demencia es el riesgo de caídas.Por ello se deben evitar obstáculos, tener una buena iluminación, evitar alfombras,etc.

En general, para los pacientes con demencias, se aconseja no hacer cambios bruscos en su entorno, ya que es una población de riesgo para padecer delirium y esto lo podría precipitar. También es conveniente que se ejerciten física y mentalmente por medio de paseos, lecturas, que ayudan a detener el deterioro de estos pacientes.

Desde el punto de vista de los cuidados en enfermería hay que fijarse principalmente en dos aspectos:
- Mantener las actividades básicas de la vida diaria (o ABVD).
- Proporcionar los cuidados que permitan mantener, dentro de lo posible, el estado de salud de la persona mayor con demencia.

Según los estudios realizados sobre la demencia, aún no existe un tratamiento curativo para ello, pero si se conocen los posibles factores de riesgo que provocarían dicha demencia. Entre ellos existen componentes no modificables como son la edad avanzada y la genética o los antecedentes familiares. Por otro lado, se conocen componentes que si se pueden modificar o prevenir, en este caso hablaremos de la hipertensión, depresión, colesterol, diabetes, traumatismos craneoencefálicos (TCE) o accidentes cerebro vascular (ACV), tabaco, enfermedad cardiovascular y por último falta de estimulación física y cognitiva. Como medidas preventivas se establece llevar a cabo una dieta saludable, realización de ejercicio físico y cognitivo, promover una mayor socialización entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Según los resultados ofrecidos se debe hacer especial hincapié para obtener una reducción o disminución de los factores de riesgo empleando las medidas de prevención expuestas, y así poder conseguir una mayor calidad de vida en el grupo de personas de edad avanzada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 520

CUIDADOS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL

SANDRA RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La enfermedad terminal viene definida por la presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva. Presenta ausencia de posibilidades de respuesta a un tratamiento concreto. El pronóstico de vida es menos de 6 meses.

Los cuidados paliativos que se deben llevar a cabo con esta enfermedad consta de mejorar la calidad de vida de pacientes y familias, a través de la prevención y alivio del sufrimiento. Se basan en un cuidado activo e integral de las enfermedades. Los pacientes con enfermedades que requieren de unos cuidados paliativos, conlleva a veces a sufrir estados de delirium, provocado normalmente por el empeoramiento de pronóstico relacionado con factores multicausales asociados a la enfermedad terminal.

Los cuidados para pacientes terminales ayudan a las personas con enfermedades que no se pueden curar y que están a punto de morir. El objetivo es brindarles consuelo y paz en lugar de una cura. Estos cuidados brindan: apoyo para el paciente y su familia; alivio del dolor y los síntomas para el paciente; ayuda a los miembros de la familia y a los seres queridos que desean permanecer junto el paciente terminal.

2 Objetivos

Evaluar la evidencia científica existente con respecto al delirium sufrido por pacientes terminales, y analizar si existe la necesidad de nuevos planes y métodos terapéuticos del manejo del delirium en este tipo de pacientes terminales. El objetivo principal es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo del personal sanitario que forman parte de los equipos de cuidados paliativos profundiza en el cuidado fundamentalmente individualizado y se enfoca, sobre todo, a preservar la autonomía del paciente, desde las base éticas y clínicas, a intentar promover una experiencia de la enfermedad vivida de la mejor manera posible. Dicho personal debe captar y trasladar las necesidades del paciente y de sus familiares al resto del equipo para diseñar el plan terapéutico multidisciplinar.

Una vez analizados los resultados bibliográficos, encontramos que existen varias etiologías del delirium. La edad, sexo, enfermedad grave, antecedentes de delirium, depresión, pérdida de la visión o audición, dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (incluidas todas las enfermedades que cursen con demencia). Todas estas etiologías estudiadas y controladas por los profesionales que se dedican al trato con estos pacientes.

Las intervenciones y cuidados más eficaces serían: intentar que el paciente no tenga dolores en reposo; procurar que aumenten sus horas de sueño; observar y valorar la intensidad del dolor; administrar puntualmente los fármacos analgésicos; proporcionar confortabilidad al paciente. Dichos cuidados se pueden proporcionar en el hogar por su médico o en hospitales de larga estancia.

El resultado más significativo sería el mejorar la calidad de vida y el bienestar para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es importante mencionar que hay que tener a estos profesionales sanitarios actualizados en cuánto a conocimiento científico, mediante formación continua ya que de ello depende que tengamos éxito en el tratamiento, cuidado y resolución del problema del paciente terminal. La inclusión de la familia en los cuidados propios del paciente, será fundamental para el éxito del plan y manejo terapéutico del trastorno provocado por múltiples causas orgánicas como hemos mencionado anteriormente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 521

PRECAUCIONES POR TRANSMISIÓN POR GOTAS.

DILEY CASARIEGO GARCIA

MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ

1 Introducción

La transmisión por gotas supone el contacto de la conjuntiva o las mucosas de la raíz y boca de una persona susceptible con partículas de gran tamaño (mayores de 5 micras) que contienen microorganismos y han sido producidas por una persona con enfermedad clínica o portadores de agente infeccioso.

Las gotas se producen fundamentalmente a partir de la persona fuente cuando tose, estornuda , habla y durante el desarrollo de ciertos procedimientos como el aspirado y la broncoscopia.

2 Objetivos

Reducir el riesgo de transmisión por gotas de agentes infecciosos ante pacientes que se sabe o se sospecha están infectados con patógenos que pueden ser transmitidos por vía aérea.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se debe realizar aislamiento ante enfermedades como :
- Enfermedad invasiva por haemophilus influenza tipo B , incluyendo meningitis , neumonía epiglositis y sepsis.
- Enfermedad invasiva por neisseria meningitis , incluyendo meningitis, neumonía y sepsis.
- Otras infecciones respiratorias bacterianas: difteria, neumonía por microplasma, peste neumónica y faringitis estreptocócica , neumonía o escarlatina en niños y jóvenes.
- Adenovirus en niños y jóvenes.

5 Discusión-Conclusión

La transmisión por gotas requiere un contacto estrecho entre la fuente y el paciente receptor debido a que estas horas no permanecen suspendidas en el aire y normalmente solo viajan a distancia cortas a través del aire.

Tomando una serie de precauciones podemos reducir el riesgo de transmisión además de la aplicación de las precauciones estándar y las más comunes como:
- El uso de mascarilla de tipo quirúrgico.
- Las muestras para envío a laboratorio se colocarán en contenedores destinados a su fin.
- La ropa, sin airear se colocará en las bolsas correspondientes dentro de la habitación.
- Se evitará en los posible el traslado del paciente, cuando sea imprescindible se colocará una mascarilla de tipo quirúrgico al paciente.
- Puerta cerrada de la habitación.
- Lavado de manos obligatorio al entrar y salir de la habitación.
- Visitas restringidas .

6 Bibliografía

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

Capítulo 522

CUIDADOS DE LA PIEL DEL NIÑO Y FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ANA MILLAN GARCIA

1 Introducción

Los niños en estado crítico hospitalizados, se encuentran en riesgo de sufrir trastornos en la piel y de desarrollar úlceras por presión. Las úlceras por presión no solo se presentan en adultos, también en niños con hospitalización en cuidados intensivos. Hay que examinar la piel al menos una vez por turno, cambiarle el pañal con frecuencia y utilizar productos que no contengan alcohol. Haciéndoles también cambios posturales con frecuencia. Existe un estudio de investigación sobre UPP en pediatría. Este trabajo es el resultado de una investigación realizada en un nivel del sector salud del Distrito Federal. La aparición anatómica de las UPP en la población infantil en estado crítico occipital, la región sacra, los lóbulos de las orejas y la región calcánea. Los niños ventilados fueron atendidos en posición decúbito ventral, las UPP se presentaron en zona iliaca, rodillas, cresta pretibial, auricular de la oreja y en la comisura del labio superior. En 1989 se identificaron los factores de riesgo en el niño críticamente enfermo: edad, tiempo de incubación y tiempo de estancia. Se realizó estudio a niños postoperados de cirugía cardiotorácica, en donde se instituyó prevención de reposicionamiento de la cabeza cada 2 horas disminuyendo así las UPP en la región occipital.

2 Objetivos

Analizar la relación que existe entre los cuidados del personal de enfermería que se proporcionan al niño, así como identificar la relación existente entre riesgo y la aparición de las mismas.

3 Metodología

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

Marco teórico.
Se realizó un estudio en niños de 6 y 12 años en áreas de cuidado crítico de un hospital de tercer nivel del sector salud. Se utilizó la ”Escala de Braden” para valorar la aparición de UPP.

4 Resultados

Respecto a la población pediátrica la revisión sugiere que también están en riesgo de trastornos de la piel y por lo tanto de desarrollar prevención y tratamiento debiera ser una prioridad, sobre todo niños en estado crítico.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la calidad de los cuidados en enfermería, en relación a la presencia de UPP, se intentará la reducción de presión en la piel mediante el uso de cojines, almohadas etc.

6 Bibliografía

- Bernal A Nieto M.Úlceras por presión en niños evaluación de riesgo en la unidad pediátrica.Rometo HG .Factores de riesgo de úlceras por presión en niños de 6 a 12 años en cuidados intensivos.

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

Capítulo 523

LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL QUIRÚRGICO.

MÓNICA FONT VILLÉN

1 Introducción

El instrumental quirúrgico es el conjunto de herramientas utilizadas en los procedimientos quirúrgicos por el cirujano. Son elementos de elevado coste, sofisticados y muy delicados, por lo que su cuidado debe ser meticuloso y estandarizado. Por ello, deben ser sometidos a un proceso de limpieza, desinfección y esterilización. Una adecuada estrategia para realizar estos procedimientos permite elevar la calidad asistencial que ofrece el Servicio de Salud.

PRE-DESINFECCIÓN:
Inmediatamente después de su uso se deben sumergir los instrumentos quirúrgicos en una solución desinfectante o cualquier otro preparado líquido destinado para ello. Esto se realiza para eliminar los residuos antes de limpiarlos, desinfectarlos y esterilizarlos. Se hace siempre que los instrumentos sean reutilizables. Con esto logramos que los residuos no se sequen y hagan mas difícil la limpieza.

LIMPIEZA MANUAL:
La limpieza es el paso previo e imprescindible en todo proceso de infección y esterilización , de manera que si el instrumento no está perfectamente limpio, ni la desinfección ni la esterilización serán eficaces. La suciedad impide el contacto del agente esterilizante o desinfectante con la superficie instrumental, y los restos de materia orgánica depositados en el instrumental favorecen la corrosión

del mismo. La limpieza se realiza en una cubeta de tamaño adecuado con tapa hermética, se le añade agua corriente y un detergente enzimático. Utilizaremos también un cepillo de cerdas de nylon y un paño para después el secado. El proceso consiste en introducir el material a limpiar en la cubeta con el agua y el detergente, se deja actuar el tiempo indicado por el fabricante, se cepilla en caso de ser necesario para eliminar los restos orgánicos que pudieran quedar pegados, y por último se aclara con abundante agua y se seca.

DESINFECCIÓN POR ULTRASONIDOS:
Después de realizar la limpieza se sumergen las piezas en un baño de ultrasonidos con solución desinfectante y agua caliente a cuarenta grados de temperatura durante 15 minutos..

ACLARADO Y SECADO:
El instrumental debe aclararse dos veces con agua destilada. Luego se procede al correcto secado para evitar que se formen manchas en la superficie. Hay que evitar las gotas de agua, ya que estas pueden actuar como una barrera que protege a las bacterias.

PREPARACIÓN PARA LA ESTERILIZACIÓN:
La esterilización es el proceso en el cual se eliminan cualquier forma de vida, incluida las mas resistentes como son las esporas.
Se deben poner los instrumentos en bolsas adecuadas para este proceso, sin olvidar montar las que se desmontaron previamente en la limpieza.

ESTERILIZACIÓN:
Se realiza en autoclave de vapor en un ciclo estándar de esterilizado a una temperatura de ciento treinta y cuatro grados centígrados durante 3 minutos, a una presión de 3 atmósferas.. No se deben usar esterilizadores por calor en seco, ni retira el material del autoclave antes de que haya terminado el proceso de secado.

ALMACENAMIENTO ESTÉRIL:
Una vez esterilizados deben almacenarse limpios y secos empaquetados en bolsas estériles cerradas, no sin antes verificar que la banda de esterilizado ha cambiado de color, y verificar también que los instrumentos no se hayan oxidados durante la esterilización.

COMPROBAR LAS ESTERILIZACIÓN:
Debe realizarse periódicamente una prueba bacteriológica con un indicador de esporas para asegurar el correcto mantenimiento del esterilizar.

2 Objetivos

Informar al personal sanitario de cómo realizar una limpieza, desinfección y esterilización del material quirúrgico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Si se proporcionan los principios básicos que permitan a los centros sanitarios incorporar las adecuadas prácticas de limpieza, desinfección y esterilización del material quirúrgico se consigue una herramienta de calidad y seguridad asistencial.

5 Discusión-Conclusión

La estilización es la última etapa de una serie de operaciones previas que concurren todas a un resultado final. No hay una buena esterilización cuando la descontaminación e higiene son insuficientes. Es necesario el contacto del agente esterilizante con las bacterias para su destrucción. El material procesado debe tener su envoltura integra, encontrarse bien almacenado y con su fecha de vencimiento. El control de calidad debe realizarse a través de procesos físicos, químico y biológicos.

6 Bibliografía

- Criado Álvarez, JJ., Pelaez ros B., ”Esterilización en centros sanitarios”. FISCAM, 2006.
- Segura Barandalla, V.” Descontaminación de instrumental”. Guía práctica. ESMONPHARMA, 2006.

- Limpieza del bloque quirúrgico y otras área críticas. LL.Torrens García, J.Espuñes Vendrell, J.Merino González, Mª D.Navarro Solá, F. Obradors, E.Sanchez Espejo, A.Sureda Pareda. Diciembre 2003.
- Esterilización en centro sanitarios. Fundación de para Investigación sanitaria en Castilla-La Mancha.

Capítulo 524

ESTUDIO E INVESTIGACIÓN DEL ALZHEIMER REALIZADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

CORINA GARCÍA MERA

BEATRIZ BAQUERO CUEVAS

HEIDY JOSEFINA PULIDO GUILLÉN

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es una patología cerebral progresiva, en la que el cerebro degenera de forma gradual. La enfermedad de Alzheimer suele aparecer en personas mayores de 65–70 años y las personas que la sufren desarrollan cambios en la memoria, pensamiento, función social y conducta que empeoran con el paso del tiempo. Estos cambios tienen consecuencias crecientes sobre la vida cotidiana del paciente, reduciendo su independencia hasta que, finalmente, el paciente depende totalmente de los demás.

La enfermedad de Alzheimer también tiene un enorme impacto sobre el cuidador del paciente. Los cuidadores son, en su mayoría, familiares próximos que cuidan a los pacientes en su hogar – un rol exigente y agotador que supone una gran carga emocional y física.

La enfermedad de Alzheimer daña y mata las células cerebrales, produciendo un importante encogimiento cerebral y desequilibrios en los neurotransmisores. A

medida que las neuronas degeneran, en el cerebro se acumula un producto de desecho característico, conocido como ”placas” y ”ovillos” por su forma.

Todos los días se diagnostican miles de nuevos casos de enfermedad de Alzheimer en el mundo y si no encontramos una cura efectiva, en los próximos 30 o 40 años, el número de personas afectadas se podría triplicar.

El aumento de la esperanza de vida y la falta de tratamientos efectivos convierten el Alzheimer en una amenaza al alcance global que será insostenible a nivel económico, sanitario y social. Hace más de un siglo que la enfermedad fue descrita. Y durante todos estos años, los científicos no han parado de trabajar para descubrir el funcionamiento y las causas de la enfermedad, así como para encontrar fármacos que puedan detenerla.

2 Objetivos

Objetivos generales:
- Conseguir una mayor calidad de vida del enfermo, del cuidador y su familia.
- Intentar frenar o ralentizar el avance de la enfermedad mediante la prueba de diferentes fármacos.

Objetivos específicos:
- Rehabilitar, restituyendo déficits, actuando sobre las funciones afectadas, para así mantener, por ejemplo, la memoria , la orientación, o reincorporar al paciente a una vida familiar , social, activa y útil.
- Estimular las funciones que se conservan a través de las distintas actividades que se recomiendan, demorando la pérdida progresiva de funciones.
- Favorecer la ralentización del deterioro cognitivo y físico de los afectados de demencia a través de los servicios de estimulación, favoreciendo la preservación de las capacidades el máximo tiempo posible y potenciando su funcionalidad y autonomía.
- Contribuir a mejorar y amortiguar las alteraciones conductuales y anímicas que las demencias provocan, favoreciendo el sentimiento de utilidad, el refuerzo positivo y la promoción de actividades de ocio.
- Reducir el aislamiento social de la persona afectada con demencia.
- Mejorar la calidad de vida del afectado de Alzheimer u otra demencia.
- Informar, Asesorar y Educar al Familiar-Cuidador del afectado con demencia para facilitar la convivencia y el manejo de la enfermedad.

- Ayudar y Apoyar al Familiar-Cuidador en su tarea de cuidado, intentando disminuir su sobrecarga psicológica, física y social.
- Disminuir el aislamiento social del Familiar-Cuidador del afectado con demencia.
- Ofrecer momentos de respiro al cuidador principal y a su familia.
- Mejorar la calidad de vida de los familiares-cuidadores de afectados de Alzheimer y otras demencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Desde el 1998, la industria farmacéutica y la comunidad científica han probado cerca de un centenar de medicamentos para la demencia, pero solo cuatro han sido autorizados para uso. En estos cuatro casos, se trata de medicamentos que sirven para tratar algunos de sus síntomas, pero que en ningún caso logran frenar o detener la enfermedad.

No obstante, tal y como el informe destaca, en los últimos años la investigación en fármacos ha dado un vuelco gracias a los avances en el campo de los biomarcadores. En el caso del Alzheimer, hay diversos biomarcadores, como la acumulación de proteína amiloide en el cerebro u ovillos de TAU, que pueden originarse hasta 20 años antes de la manifestación de los síntomas clínicos, en la conocida como fase preclínica de la enfermedad de Alzheimer.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad la Enfermedad de Alzheimer, es la primera causa de incapacidad para las personas mayores. Entre otras cosas supone una dificultad relevante para la consecución de un envejecimiento satisfactorio. Esta cuestión cobra gran

interés, ante el aumento de la expectativa de vida, sobre todo en los países desarrollados y de una forma muy cruda en los países en vías de desarrollo, con una importante limitación de los recursos.

Lo anteriormente expuesto justifica, qué desde el primer caso de la enfermedad de Alzheimer en 1906 hasta día de hoy, se siga una lucha constante contra el tiempo, sobre todo en los últimos veinte años, por encontrar las causas que la producen, prevenirlas y en su defecto aplicar un tratamiento una vez realizado el diagnóstico. Aquí toma un protagonismo importante y decisivo el estadio en el que se diagnostique la enfermedad. El reto actual en la investigación de las demencias es encontrar manifestaciones preclínicas y factores de riesgo de la enfermedad. Al mismo tiempo se hace necesario buscar unos predictores válidos, que nos ayuden lo más precozmente, a determinar la evolución de la enfermedad y de ese modo aplicar y racionalizar lo antes posible los recursos disponibles.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/alzheimersdisease.html.
- https://www.lundbeck.com/pe/comunidad/pacientes/enfermedad-de-alzheimer
- https://blog.fpmaragall.org/historia-del-alzheimer
- http://dspace.umh.es/

Capítulo 525

ESTUDIO E INVESTIGACIÓN SOBRE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN REALIZADO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CORINA GARCÍA MERA

HEIDY JOSEFINA PULIDO GUILLÉN

BEATRIZ BAQUERO CUEVAS

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo de una zona sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte (cama o silla), que provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a esa zona, por el aplastamiento de los vasos sanguíneos que se produce.

Este tipo de lesiones aparece principalmente en pacientes inmovilizados durante mucho tiempo y tiene una baja tendencia a la cicatrización espontánea. Constituye un importante problema de salud pública, dadas las repercusiones que ocasiona en la calidad de vida de los pacientes, la prolongación de la estancia hospitalaria y el aumento del gasto de material y de los cuidados por parte del

personal de enfermería. Por todo ello, es muy importante realizar una adecuada prevención para evitar la aparición de las UPP.

Se sabe que la mayoría de las UPP podrían haber sido evitadas con la aplicación de un adecuado protocolo de prevención, por eso, cada vez más, el problema de las UPP está teniendo repercusiones legales, ya que el hecho de que un paciente ingrese por una patología determinada y deba prolongar su estancia en el hospital debido a la aparición de una lesión de este tipo lleva cada vez más a los familiares a denunciar la falta de cuidados adecuados para prevenir la UPP.

Es muy importante tener en cuenta que la prevención no sólo se debe realizar a nivel hospitalario, también resulta imprescindible implantar medidas de prevención en el propio domicilio del paciente, cuando sus condiciones así lo precisen.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica, para un diagnóstico y tratamiento más precoz.

3 Metodología

Para realizar este estudio hemos buscado información en diferentes puntos como bibliotecas municipales, Internet, artículos de prensa, aunque el más utilizado ha sido el Google. Hemos comparado distintos estudios de diferentes clínicas para contrarrestar información y con ello sacar unos resultados y una conclusión sobre este tema.

4 Resultados

También hay unos objetivos específicos: Mantener la piel intacta del paciente, evitar de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas, aliviar la presión sobre las áreas de riesgo.

Piel: Hay que examinar el estado de la piel, como mínimo una vez al día, para detectar rápidamente la aparición de la lesión. En su fase más temprana consiste en un eritema cutáneo que no palidece en piel intacta tras 30 minutos de

haber cesado la presión. Se debe actuar sobre ella de inmediato y evitar que progrese a estadios más avanzados prestando mayor atención a las prominencias óseas (sacro, talones, caderas) y a las zonas expuestas a humedad por incontinencia, transpiración o secreciones. Ha de mantenerse en todo momento la piel del paciente limpia y seca y se utilizarán jabones o sustancias limpiadoras que no agredan la piel, evitando la fricción cuando se realice su secado.

No es aconsejable usar sobre la piel alcoholes, como el de romero, ya que su utilización no sólo no beneficia el estado de la piel, sino que incluso la perjudica y en lugar de mantenerla en condiciones adecuadas de hidratación, produce el efecto contrario, es decir, la reseca debido a sus propiedades astringentes y produce vasoconstricción en la zona aplicada, lo que hace disminuir la microcirculación y, por tanto, ayuda a la aparición de la lesión.

Manejo de la presión: La presión mantenida sobre determinadas zonas del cuerpo es el factor más importante en la aparición de UPP, ya que genera un proceso isquémico en los tejidos implicados como consecuencia de una disminución del aporte de oxígeno y de nutrientes a esa zona.

Para minimizar el efecto de la presión hay que intentar mejorar la movilidad del paciente y realizar cambios posturales cada 2-3 horas cuando se encuentra encamado y, en el caso de que el paciente pueda moverse por sí solo, es conveniente que realice cambios de postura cada 15 min. Se debe evitar que el paciente se apoye directamente sobre sus lesiones, el contacto directo de las prominencias óseas entre sí y el arrastre a la hora de efectuar las movilizaciones para reducir la fricción.

Los resultados encontrados indican que hay una mayor prevalencia de UPP en el ámbito hospitalario, que se presenta con mayor frecuencia entre 71 y 90 años, que es más frecuente en mujeres que en varones, que la zona más afectada es el sacro y que la utilización de superficies especiales para el manejo de la presión es mayor en los centros sociosanitarios. A partir de los resultados obtenidos en este estudio puede afirmarse que las UPP constituyen, hoy día, un importante problema de salud, que su prevención aún no es considerada como una prioridad y también que a pesar de que afecta primordialmente a las personas mayores, también hay que tener en cuenta su impacto en pacientes más jóvenes. Se obtuvieron datos para el estudio de 74 de los pacientes, un 72,55% del total de la muestra. De éstos, un 54% eran hombres y un 46% mujeres. Un 84,4% tenían 65 años o más, siendo la media de 72,4 años. Un 10,8% procedían de centros geriátricos.

El motivo de consulta fue en un 36,5% disnea. El resto se divide uniformemente entre otros signos y síntomas. Más de la mitad -un 56,8%- tenía dos o más patologías asociadas a riesgo de padecer úlcera por presión. Un 27% eran diabéticos, un 27%

EPOC y un 43,2% insuficiencia cardiaca. No se recogió ningún paciente en proceso terminal, lesión medular, esclerosis múltiple o enfermedad de la piel.

Por lo que respecta al tratamiento habitual, un 39,2% tomaban anticoagulantes tipo acecumarol o antiagregantes tipo ácido acetilsalicílico o clopidogrel. Un 23,3% eran incontinentes vesicales o portadores de sonda vesical y un 13,7% no controlaban el esfínter anal.

Un 56,8%, como máximo, deambulaba ocasionalmente, de los cuales un 13,5% eran pacientes encamados y un 10,8% hacían vida en silla y cama.

A la llegada a urgencias, la mitad -un 51,4%- tenía la piel deshidratada y una tercera parte fina (35,1%). Nueve de los pacientes estudiados (un 12,2%) tenía una úlcera previa, 5 de las cuales (55,5%) localizada en los talones. El 43,23% era obeso o tenía sobrepeso y un 16,86% era delgado o caquéctico.

De estos 74 pacientes, 22 (29,7%) fueron dados de alta, 42 (56,7%) ingresaron, 7 (9,4%) se trasladaron a hospitales de tercer nivel y 3 (4,0%) continuaban en urgencias a las 48 horas de la llegada (se trataba de pacientes críticos no candidatos a ser trasladados a una unidad de cuidados intensivos).

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy, existe un mayor control de las UPP gracias a la amplia información que existe sobre ellas, a los planes de cuidados que se realizar para poder prevenirlas o combatirlas.

Enfermería tiene un papel decisivo en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Es fundamental fomentar el autocuidado para conseguir una mejoría en la calidad de vida del paciente así como la realización de una buena valoración para elegir el tratamiento más adecuado y conseguir la resolución de la misma en el menor tiempo posible, reduciendo costes directos e indirectos, tanto humanos como materiales.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html
- https://es.slideshare.net/
- http://www.hospitalalvear.gov.ar/
- https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion-tratamiento-13059416
- https://www.ulceras.net/

Capítulo 526

LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN.

MARÍA BELEN GALINDO MARTINEZ

1 Introducción

La fisioterapia es un pilar fundamental para garantizar el bienestar de la sociedad .Es un trabajo en equipo, coordinado, donde cada componente conoce bien cuales son sus funciones, las realiza de forma organizada para desarrollar, mejorar, mantener o restaurar la capacidad funcional física, psicológica, mental o social para que las personas puedan desempeñarse adecuadamente en su ambiente físico, familiar, social y laboral. Ayudar a cada individuo a alcanzar su máximo potencial e independencia.

2 Objetivos

Determinar la importancia de la presencia del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el servicio de Rehabilitación y sus funciones.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El papel del T.C.A.E. en el servicio de Rehabilitación es, principalmente, ayudar al fisioterapeuta a tratar con los pacientes. Su función abarca la realización de diferentes tareas esenciales para el progreso del tratamiento a realizar.

1- Función Asistencial.
- Mantener el secreto profesional.
- Acondicionar y preparar la sala de trabajo.
- Recibir a los pacientes.
- Ayudar al personal de salud a colocar al paciente en el lugar del tratamiento.
- Asear, vestir y desvestir a los pacientes, cuando lo requiera su tratamiento.
- Realizar el control de posturas estáticas del paciente, con supervisión del fisioterapeuta.
- Ayudar a aplicar los diferentes tratamientos con supervisión del fisioterapeuta.
- Mostrar empatía y afabilidad con el paciente, puesto que un buen trato al público es vital.
- Limpiar y ordenar el material para cualquier intervención no invasiva.
- Revisar el material utilizado y mantener la sala en orden una vez acabada la sesión.

2- Función Administrativa.
- Recepción de volantes y documentos para la asistencia de enfermos.
- Reserva de citas.
- Redacción de recetas.
- Trasladar para su cumplimiento por parte de los celadores las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia y objetos que le sean confiados por sus superiores.
- Realizar el archivo de historias, fichas e informes de uso interno de la unidad.

3- Función de Apoyo.
- Recoger y colocar el material de lencería en los distintos armarios.
- Retirar la ropa sucia.
- Recibir y colocar el pedido de farmacia.

- Limpieza y ordenación del material y aparataje así como vitrinas ,gimnasio y diferentes salas de la unidad.

4-Función de Relación.
- Participa en las reuniones de planteamientos de objetivos de la unidad.
- Colabora en la consecución de los objetivos planteados en la unidad.

5 Discusión-Conclusión

- La figura del T.C.A.E. fisioterapeuta está cobrando cada vez más fuerza dada la importancia de su labor y sus capacidades en las actividades a desarrollar en este servicio, son fundamentales para la fisioterapia.
- Ayudan de forma que, más que un complemento, se convierten en un pilar inamovible. Son vitales para que el fisioterapeuta pueda realizar su labor debidamente.
- Aparte de atender y explicar diferentes procedimientos por los que pasará el paciente y tendrán que ser participativos, asesorarán incluso a los familiares cuando llegan a la consulta, y lo más importante, se aseguran de que la sala de trabajo esté lista y acondicionada para poder ejercer sin inconvenientes.
- El T.C.A.E. es observadora en la evolución o cambio del enfermo, cualquier anomalía o mejora que se produjera en el paciente, debe ser registrado e informado al especialista.
- Las diferentes tareas que realiza el T.C.A.E. son esenciales para el progreso del tratamiento a realizar en esta unidad.

6 Bibliografía

- Funciones de un Auxiliar de Rehabilitación - Campus Training.
- Enfermería, por auxiliar de. «Funciones de un auxiliar de enfermería». El blog del Auxiliar de Enfermería (blog), 10 de enero de 2017. https://auxiliarenfermeria.es/funciones/.
- Evangelina Pérez, Ana Fernández. Auxiliares de enfermería. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana .1998.
- El blog del Auxiliar de Enfermería. «Dónde estudiar Auxiliar de Enfermería.
- Fisios por el Mundo - Fisioterapia Online. «Fisios por el Mundo - Portal de Fisioterapia Online.

Capítulo 527

PRECAUCIONES UNIVERSALES EN AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS.

MARIA DOLORES LORENZO GARCIA

HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL

PATRICIA CORRALES REY

1 Introducción

Las enfermedades infecciosas se originan por la entrada de diferentes organismos patógenos en nuestro organismo, los cuales han superado nuestra barrera de defensa.

La patología infecciosa es uno de los principales problemas en el mundo hospitalario. Las características propias y el modo de transmisión de los microorganismos hacen necesaria una normativa sobre los mecanismos de infección, así como un protocolo para evitar la propagación y la transmisión entre los profesionales sanitarios.
Todo esto se realiza con el objetivo de controlar y evitar la transmisión de agentes patógenos, para así disminuir las infecciones, y por lo tanto se deben de tomar precauciones universales.

Precauciones universales.
Según la OMS, el Concepto de Bioseguridad se define como un conjunto de normas y medidas para proteger la salud del personal frente a riesgos biológicos, químicos y físicos a los que se está expuesto en el desempeño de sus funciones. También se aplican a los pacientes y al medio ambiente.

Es obligación de todo el personal hospitalario conocer los procedimientos que se han de llevar a cabo para mejorar día a día los cuidados de enfermería.
A tener en cuenta:
- Los conceptos de infección y asepsia.
- Diferenciar entre aislamiento y cuarentena.
- Conocer las intervenciones que reducen el riesgo de infección.
- Ejecutar correctamente medidas asépticas, entre otras: el lavado de manos, la colocación y retirada de las mascarillas o batas, la colocación y retirada de los guantes desechables, la introducción de objetos en bolsas, y el tratamiento de los equipos aplicados a pacientes aislados.
Con todas estas precauciones se evita o disminuye la aparición o evolución del proceso infeccioso.
Actualmente se debe utilizar el término 'Precauciones Universales, combinación y desarrollo de las Precauciones Universales y las de Aislamiento de Sustancias Corporales', para aplicar en todo tipo de pacientes independientemente de su presunto estado de infección, y de 'Precauciones basadas en la transmisión, diseñadas para reducir el riesgo de transmisión por vía aérea, gotas y contacto'.

Las medidas que se contemplan a continuación están recogidas en páginas científicas para los profesionales sanitarios dedicados a las labores asistenciales en el que el riesgo de exposición a sangre y otros fluidos corporales humanos potencialmente contaminados por gérmenes patógenos sigue siendo el más frecuente y el mayor de los riesgos laborales evitables.
- Lavado de manos: es la medida más importante para el control de las infecciones exógenas se debe de realizar antes y después de atender a cada paciente aunque se hayan utilizado guantes. Es importante lavarse las manos después de quitárselos.
- Guantes: ponerlos limpios para tocar sangre, fluidos corporales, secreciones y material contaminado.
- Mascarillas: colocar para proteger la mucosas de ojos, nariz o boca durante los procedimientos y actividades del cuidado del paciente, lo cual puede generar salpicaduras o nebulizaciones de sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones. Existen dos tipos:
- Quirúrgica: en la que hay que ajustar la banda elástica por mitad de la cabeza, cubriendo nariz y barbilla.
- Protección: en la que hay que anudar las tiras, ajustando la banda elástica superior por detrás y en el centro de la cabeza, haciéndolas pasar por encima y detrás de la oreja; anudar la banda elástica inferior por detrás del cuello; y ajustar la banda flexible de la mascarilla al puente de la nariz.

- Batas: ponerse bata limpia para proteger la piel y prevenir el manchado de la ropa durante los procedimientos y actividades del cuidado del paciente, ya que puede generar salpicaduras o nebulizaciones de sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones. Cambiarse la bata manchada tan rápidamente como sea posible y lavarse las manos para evitar la transferencia de microorganismos a otros pacientes o al entorno.La bata debe colocarse de forma que cubra el cuerpo desde cuello a las rodillas y los brazos hasta las muñecas. Cerrar por detrás anudando alrededor de la parte posterior del cuello, la espalda y la cintura.
- Gafas y pantallas faciales: su uso es para la protección frente a aerosoles, salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales a las mucosas oral, nasal y conjuntiva. Debe cubrir cara y ojos.
- Calzas: protección frente a salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos.
- Aislamiento de los enfermos, este puede ser:

De contacto, que separa a los pacientes para que no transmitan enfermedades al resto de pacientes; o de aislamiento inverso, que separa a los pacientes por tener disminuidas las defensas y que no adquieran la enfermedad.

2 Objetivos

Definir el funcionamiento de esta técnica.

3 Metodología

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

4 Resultados

La finalidad del aislamiento de barrera es evitar la transmisión de las enfermedades infecciosas, y así se interviene en el segundo eslabón de la cadena epidemiológica.

Las precauciones de aislamiento hospitalario, buscan cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso; disminuir la incidencia de infección nosocomial;

prevenir; y controlar brotes.
Con la aplicación de protocolos de limpieza, desinfección y esterilización, y que el personal que atienda a estos pacientes no presente ningún proceso infeccioso, se adoptan medidas que minimizan los riesgos.

5 Discusión-Conclusión

La prevención del riesgo para los pacientes y el personal es una preocupación de todos los hospitales y por ello debe contar con el apoyo de la Administración. Es necesario preparar un plan de trabajo anual para evaluar y promover una buena atención de salud, aislamiento apropiado, esterilización y otras prácticas como la capacitación del personal y la vigilancia epidemiológica.
Los hospitales deben proporcionar suficientes recursos para apoyar este programa como la vacunación activa frente a las enfermedades infecciosas, con la elaboración de Normas y Procedimientos de Seguridad, especialmente aquellos procedimientos relacionados con la obtención, manipulación y procesado de muestras de origen humano; con las operaciones limpieza y descontaminación.
Con la gestión de residuos, de acuerdo a la normativa vigente, se deben proporcionar medios seguros para la recogida, almacenamiento y evacuación de residuos por los trabajadores, incluido el uso de recipientes específicos señalizados.
Las diferentes CCAA disponen de normativa específica para la gestión de los residuos biosanitarios, con la formación e información a los trabajadores, es importante que se incluya información sobre la forma de actuar de los trabajadores en caso de exposición accidental (cortes o pinchazos con material potencialmente contaminado, salpicadura a mucosas de fluidos biológicos).

6 Bibliografía

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

Capítulo 528

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN EL PACIENTE ENCAMADO.

ANA MILLAN GARCIA

1 Introducción

La higiene tiene como fin mantener la piel saludable para evitar diversas complicaciones, además de aportar otros beneficios al paciente. Nuestra función entre otras muchas será la de proporcionar al paciente, el mayor bienestar y comodidad, además de evitar la aparición de enfermedades, ya que ésta actúa como primera barrera del organismo. la higiene del paciente es vital para evitar la aparición de complicaciones como son las infecciones y las escaras. Su principal beneficio es mantener la piel en buen estado, para que esta pueda cumplir su función de protección.

2 Objetivos

Identificar los beneficios de la realización de la higiene, en el paciente encamado. Valorar la satisfacción del paciente,respecto a la higiene.Mostrar la relación entre la higiene y las lesiones de la piel (ulceras por presión, lesión por humedad,etc,.)

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se muestran distintos beneficios de la higiene el el paciente encamado. La higiene provoca sensacion de bienestar, mejorando la relacion paciente-tecnico.La higiene es clave en la prevención de úlceras por presión, incluida dentro de los cuidados de la piel.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios relacionados con la higiene de los pacientes son escasos, por lo que es necesaria la realización de investigación al respecto, pero también se han identificado varios beneficios sobre su realización.

6 Bibliografía

- Carrascal C Ramirez M,David J Higiene cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos.
- Florez Almonacid,Romero Bravo. la higiene y cuidados de la piel.Rodriguez O. la importancia del aseo personal y la higiene en un centro de atención centro sanitaria.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 529

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS ESPECIALES: UCI Y QUIRÓFANO.

MERCEDES ALVAREZ ANIA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

El personal de enfermería ha de tener presente que va a tratar en muchos casos con personas que sufren, y por tanto, su comportamiento ante ellos o sus familiares ha de ser siempre muy humano y delicado.

En las circunstancias de enfermedad y preocupación, las personas se hacen más susceptibles y detectan con facilidad los pequeños detalles. Una desatención por parte de algún miembro del equipo sanitario podría ser motivo de desánimo. Por tanto, una atención óptima por parte del personal de enfermería tanto a nivel físico como psicosocial es fundamental para mejorar la calidad de vida de estos enfermos.

Se estructura el trabajo en los siguientes apartados:
- Atención psicosocial al paciente en UCI.
- Atención psicosocial al paciente quirúrgico.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Determinar la labor del TCAE en la Atención Psicosocial al paciente con necesidades especiales en los servicios de UCI y quirófano.

Objetivos específicos:
- Conocer las necesidades de los pacientes ingresados en las unidades citadas anteriormente.
- Realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de determinar y concretar la labor del TCAE en cada uno de los casos propuestos.
- Analizar el papel del TCAE en el apoyo a los familiares de dichos enfermos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de diferentes publicaciones y de las bases de datos Dialnet, Evidentia, Cochrane Plus, Pubmed y Medline utilizando como descriptores las siguientes palabras clave: Psicosocial, UCI, quirúrgico, atención, cuidados, necesidades especiales. Se seleccionaron artículos publicados tanto en castellano como en inglés.

4 Resultados

1. ATENCIÓN PSICOSOCIAL AL PACIENTE EN UCI.
Las UCI son unidades especialmente tecnificadas cuyo principal objetivo es el mantenimiento de las funciones orgánicas del individuo, a través de sofisticadas técnicas y personal muy cualificado. La atención de enfermería ha de ser continua, y la vigilancia exhaustiva, prestando gran atención a las necesidades físicas, psíquicas y sociales del paciente.

El ambiente especial de estas unidades trae como consecuencia una alta carga de estrés y ansiedad motivados, entre otros, por una serie de factores tales como los propios de la enfermedad que se padece y la situación de hospitalización. En una UCI, entre los elementos estresantes más significativos encontramos:
- Situación de riesgo vital.
- Falta de control sobre el medio que rodea al paciente.
- Despersonalización.
- Aislamiento físico.
- Aislamiento emocional.

- Estresores del espacio físico: ruidos, pitidos continuos y alarmas de los monitores, luz artificial incidiendo las 24 horas, limitación de espacio, etc.
- Estresores del entorno emocional: unidad muy fría, actitud del personal, etc.
- Deprivación: por la disminución de estímulos, aislamiento, debido a su propia enfermedad.
- Sobreestimulación: ruidos, situaciones de urgencia en el mismo individuo y otros ingresados en la unidad.
- Disconfort: procedimientos y técnicas dolorosas, alteración de los ritmos de sueño y alimentación, sondas, catéteres, imposición de normas, alteración de la comunicación (intubación, disminución del nivel de conciencia).
- Pérdida de intimidad: desnudez, cuña, box abierto o acristalado, caras desconocidas, etc.
- Según estudios de Hacket (1978), entre un 2-10% de todos los pacientes que ingresan en UCI sufre delirio.
- Según Klech (1984), existe un riesgo del 20-30% de que ocurra algún desorden mental en individuos con estancia de 5-7 días en UCI. A mayor número de días, mayor riesgo.

El conjunto de alteraciones psicológicas que surgen como consecuencia del tratamiento en una UCI es el denominado "Síndrome de UCI", se manifiesta principalmente por:
- Sensación de miedo por la amenaza para la vida, por la falta de información y ausencia de respuestas a las preguntas que le atormentan.
- Desorientación temporo-espacial por la ausencia de ventanas y luz solar y por la actividad continua del personal durante las 24 horas.
- Alteración de la comunicación: en intubados o traqueostomizados.
- Agotamiento causado por luz artificial permanente, los ruidos constantes del aparataje, las quejas de otros enfermos, la toma de constantes periódica y frecuente, las conversaciones del personal de la unidad.
- Depresión y ansiedad que pueden manifestarse tanto psicológica (tristeza, apatía, desesperanza) como físicamente (sequedad de boca, estreñimiento, dolores inespecíficos, etc).

La situación de hospitalización en UCI altera el equilibrio psicológico del enfermo y agrava posibles trastornos preexistentes. La alteración del bienestar psicológico variará en función de la personalidad del individuo, de sus mecanismos de defensa habituales, del grado de vulnerabilidad frente al estrés, de su situación socio-familiar, de la duración de la hospitalización y del pronóstico de la enfermedad.

El paciente sufre lo que se llama "situación de indefensión", es decir, se siente indefenso, percibe la situación como incontrolable e impredecible. A partir de esta percepción desarrolla sus expectativas de que no podrá modificar el curso de los acontecimientos haga lo que haga. Como consecuencia de esta sensación de indefensión, puede sufrir un déficit cognitivo, falta de autoestima, alteraciones emocionales.

En función del significado que se le otorgue a la enfermedad, se instaurarán respuestas adaptativas o disadaptativas. Si interpreta la enfermedad como un enemigo a vencer, es posible que su actitud sea de aceptación de la enfermedad y la hospitalización, desempeñando el rol de enfermo, participando en el tratamiento y comunicándose con el personal y la familia.

Si interpreta la enfermedad como castigo, refugio o pérdida, las respuestas ya no serán adaptativas, es probable que abandone el rol de enfermo, negando la enfermedad y enfrentándose al personal sanitario o, por el contrario, que se identifique en exceso con el rol de enfermo, adoptando una actitud pasiva y ensimismada.

El individuo puede tener una sensación creciente de pérdida de independencia. Debemos explicarle que los periodos temporales de dependencia son convenientes para acelerar la reposición de las reservas de energía necesarias para la recuperación.

Sin embargo, todos los profesionales sanitarios que interaccionan con él han de coincidir en trasmitirle expectativas de independencia en un futuro próximo. Para ello, le advertiremos sobre su actitud de dependencia en aquellos aspectos que sea excesiva, buscando alternativas que le permitan aumentar su capacidad individual. Es importante reforzar positivamente todos los progresos, así como los esfuerzos y la voluntad que demuestre.
Siempre le animaremos a compartir sus emociones y sentimientos de ansiedad, angustia o depresión, de forma que le trasmitiremos apoyo y esperanzas realistas para que se produzca en él un cambio positivo.

Podemos trabajar distintos aspectos en relación con el bienestar psicológico del individuo enfermo. En primer lugar, la información es la base de la comprensión y aceptación de la enfermedad. Tanto él como su familia deben recibir explicaciones claras sobre el estado físico, los objetivos del tratamiento y las distintas técnicas y procedimientos a los que debe someterse. Si no se proporciona esta información, se corre el riesgo de interpretar el ingreso en UCI como una situación e "antesala de la muerte", debido a la concepción tradicional de estas unidades.

Por otra parte, hay que explicar el significado de las alarmas y ruidos de los distintos monitores, para evitar causarle pensamientos erróneos. La información ha de ser clara y sencilla, más aún en estas situaciones en las que el entendimiento tiende a bloquearse debido al dolor, la ansiedad, la debilidad, la desorientación. Se repetirá tantas veces como sea necesario, señalando bien el objetivo y cerciorándonos de que se ha comprendido correctamente.

La empatía es una herramienta básica en el proceso de aceptación de la enfermedad y la hospitalización.

El paciente que ingresa en una UCI encuentra un medio completamente desconocido, frío, despersonalizado y hostil. La pérdida de la independencia puede llevarle en muchos casos al aislamiento. Esto se convierte en un círculo vicioso alimentado por sentimientos de soledad, inutilidad, impotencia, indefensión y alteración de la imagen corporal.

Hablar con él y ayudarle a reconocer sus sentimientos de despersonalización y ansiedad puede ayudarle a reducir comportamientos irascibles y hostiles.

Cuando requiere estar intubado, la comunicación verbal se hace imposible, pero puede estar perfectamente orientado y consciente, por lo que si damos de lado comunicarnos con él por su dificultad, estamos predisponiéndole a padecer estrés. Si la comunicación verbal no es posible, podemos facilitarle papel y lápiz para permitirle expresarse.

Una vez que paciente y familia han recibido la información oportuna, pueden participar del plan de cuidados y hacer un seguimiento de la enfermedad con unos niveles de ansiedad muy reducidos. Esto se debe a que la implicación y participación aparta los sentimientos de impotencia, inutilidad, frustración e indefensión, además de preparar el terreno para una atención fuera de la UCI, bien en planta o en su domicilio.

El implicarse activamente en su plan de cuidados reporta grandes beneficios, ya que si se le permite planificar las actividades diarias en función de sus gustos o necesidades, aumentará su autoestima y por lo tanto, su bienestar, tanto psicológico como físico, ayudando a que la recuperación sea más rápida.

En caso de que el enfermo se encuentre inconsciente, sigue siendo igual de importante el apoyo de la familia y amigos, que deben hablarle e interaccionar con él a través del tacto; hay muchos estudios que demuestran los beneficios que reporta al individuo inconsciente el contacto con sus seres queridos, y a estos, a su

vez, les ayuda a reducir la sensación de impotencia.

Además de controlar el ámbito emocional, debemos controlar el sensorial, que a menudo trae desagradables consecuencias sobre la psique del enfermo.

El tacto es un sentido fundamental, ya que tranquiliza y transmite afectividad y positividad. El contacto físico no sólo debe ser el de los familiares, también el personal de UCI debe tocar al enfermo cuando hable con él; durante el aseo, el personal de enfermería, debe promover el confort, mediante masajes en la espalda, aplicación de cremas hidratantes, limpieza de la cara (ojos, boca, etc).

Cada vez que nos dirijamos al paciente o vayamos a realizar algún cuidado básico (higiene, arreglo de ropa de cama, etc), le llamaremos por su nombre y estimularemos la conversación, explicando en todo momento qué procedimiento vamos a realizar. Si no puede llevar puestos sus objetos personales, los dejaremos en la mesita cerca de la cama.

Estas medidas básicas y sencillas son de gran utilidad para conservar la integridad personal del individuo. Para favorecer la comodidad y el descanso, se procura consensuar con él las actividades a realizar, adaptándolas a los períodos de energía máxima y respetando las horas de sueño nocturno.

Para mantener al enfermo orientado temporalmente, pondremos un reloj y un calendario al alcance de su vista. Además, adaptaremos los ruidos y la luz de la unidad a los períodos de día/noche, bajando la intensidad de la iluminación por la noche, abriendo o cerrando cortinas, recordando si la comida es el almuerzo o la cena, etc. Las conversaciones serán mínimas por la noche, y durante el día se controlará el ruido ambiental evitando los gritos, ruidos de radio o televisión, etc.

Cuando llega el momento de trasladar al paciente a una planta de hospitalización, podemos encontrar distintas reacciones: paradójicamente, este lugar frío y estresante representa seguridad, vigilancia y protección, ya que está dotado de materiales y aparatos de alta tecnología, además de contar con personal en mayor número y más alta especialización.

Por este motivo es fundamental que enfermo y familia hayan seguido la evolución del proceso patológico y comprendan que su estado actual le permite trasladarse a una unidad donde seguirá su recuperación y adquirirá una mayor independencia y libertad en cuanto a movilidad, actividad y relaciones sociofamiliares.

2. ATENCIÓN PSICOSOCIAL AL PACIENTE QUIRÚRGICO.

La noticia de que una persona debe someterse a una intervención quirúrgica, produce en ésta un cúmulo de sentimientos y sensaciones relacionadas con estrés y ansiedad. Este estrés no sólo aparece en el paciente, sino también en la familia. Con frecuencia, la intervención quirúrgica se asocia a dolor, incomodidad, impotencia funcional, gravedad, alteración de la integridad física, incluso a la muerte. Por ello, es fundamental que desde el primer momento, ambos sean correctamente informados acerca de la necesidad de operar, el tipo de intervención, las repercusiones, el tiempo de recuperación, el proceso de rehabilitación, las habilidades para después de la operación, etc.

La información y educación sanitaria ayudará al individuo que se va a someter a cirugía y sus familiares a aceptar y afrontar la situación. El objetivo final es que el paciente conozca el procedimiento quirúrgico al que se va a someter, además de las pruebas previas y los cuidados pre y postoperatorios.

Una vez que recibe del médico la información oportuna acerca de su diagnóstico, el personal sanitario debe saber valorar si el enfermo desea hablar sobre su situación o prefiere intervenciones breves. Hay personas que demandan información muy exhaustiva y extensa, mientras que otras prefieren conocer sólo los puntos básicos.

Podemos valorar si ha tenido otras experiencias en quirófano y animarle a contarnos cómo las vivió, reforzando los comportamientos positivos de afrontamiento y recuperación y reconduciendo los negativos. Reconoceremos si sufre de estrés o ansiedad a través de sensaciones como sed, sequedad de boca, debilidad muscular, etc.

Es preciso que quede claro con cuánto tiempo de antelación ha de ingresar, en qué unidad lo hará, así como la ubicación del quirófano, la sala de reanimación post-anestésica u otras unidades especializadas donde será trasladado tras la intervención quirúrgica. A su vez, el día y hora de la intervención deben serle comunicados con la suficiente anterioridad, procurando no aplazarla en el último momento, ya que esto incrementaría su ansiedad.

Se resolverán dudas sobre la preparación previa (ayuno, tabaco, evacuación del intestino, toma de medicación habitual, etc) y sobre la necesidad de instaurar dispositivos, sondas, catéteres, drenajes, etc. A la familia se le proporcionará información sobre las salas de espera y horario de visita.

Será de gran utilidad instruir al paciente quirúrgico en los cuidados y ejercicios postoperatorios, que le ayudarán a una pronta recuperación. Explicaremos los ejercicios de respiración profunda y tos forzada, con el fin de eliminar acúmulos de secreciones respiratorias y prevenir la infección. Como profilaxis del riesgo de complicaciones tromboembólicas, se enseñarán ejercicios de pies y tobillos para estimular la circulación en las piernas.

Ya desde el momento de la realización de las primeras pruebas preoperatorias, es importante la presencia de familia o amigos que, aún estando sometidos a los mismos factores de estrés, le dan un gran apoyo sólo con su presencia.

El personal sanitario también tiene una función muy importante en la fase preoperatoria. Se trata de valorar el estado físico y emocional del individuo, lo cual nos servirá para la posterior preparación para la intervención. Un aspecto importante a tener en cuenta es el grado de conocimientos que tiene el paciente sobre la razón real de la intervención. Aquí, el personal sanitario puede enfrentarse a un dilema ético si se encuentra ante una persona que no conoce el verdadero diagnóstico clínico. Muchas veces es la familia la que, conscientemente, oculta al enfermo los motivos de la cirugía y el diagnóstico real.

Entonces debemos hablar con el médico que será siempre el encargado de revelar los datos clínicos que estime oportunos para evitar confusiones. Siempre será más fácil preparar a un paciente que está bien informado y sabe a qué se enfrenta.

El hecho de tener que someterse a una intervención quirúrgica siempre provocará ansiedad en mayor o menor grado, más aún si el periodo de recuperación se presume largo y costoso.

Los familiares se suelen preocupar por la alteración en la vida del enfermo, por el tiempo que tardará en retomar su actividad normal, por las posibles secuelas funcionales o físicas, etc. El personal sanitario valorará de qué estrategias de afrontamiento disponen individuo y familia para superar esta situación. Siempre debemos hacer sentir al enfermo quirúrgico que es normal experimentar miedo y preocupación; nunca le quitaremos importancia al hecho de tener que ser intervenido, ya que esto, además de suponer una ausencia total de empatía, nos restaría credibilidad e incrementaría su nivel de angustia al sentirse incomprendido. La actitud correcta es animarle a compartir sus miedos, escuchando activamente, preguntando y ofreciendo apoyo.

Una vez que están aclarados los aspectos médicos y técnicos, siempre será de

utilidad instruir en algunos ejercicios de relajación. Se pueden realizar visitas domiciliarias previas a la intervención, y utilizar folletos y vídeos. Es importante que la familia comparta esta información, pero si el interesado prefiere que se mantenga al margen, respetaremos su decisión.

Sería conveniente describir el ambiente que encontrará en el área quirúrgica y sus distintas dependencias, así como las sensaciones que puede experimentar antes, durante y tras la intervención. Si es posible, visitaremos la unidad quirúrgica antes de la operación para que se familiarice con ella.

El día de la intervención hemos de tener en cuenta salvaguardar su intimidad e integridad personal. Antes de entrar en quirófano se le permitirá llevar ropa interior y se le proporcionará una bata.

Cuando llega el momento de la intervención el personal de enfermería acompaña a la familia a una sala de espera apropiada. El individuo se pondrá nervioso, por lo que algún miembro del equipo sanitario debe permanecer junto a él ofreciéndole una mano hasta que se le administre la medicación preanestésica.

Una vez en la Unidad de Reanimación Postanestésica (URPA) el dolor y la incomodidad pueden hacer que se muestre inquieto conforme va pasando el efecto de la anestesia. Durante la estancia en la URPA los familiares permanecerán en la sala de espera. El personal de enfermería siempre debe preguntar al cirujano sobre la información que se puede ofrecer o no, para evitar malentendidos.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental la labor del personal de enfermería en la atención a estos enfermos para reducir su nivel de ansiedad ante la situación a la que se enfrentan, motivo por el cual se requiere personal altamente cualificado, en continuo proceso de formación y reciclaje con el objetivo de prestar una atención adecuada a este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

- Long, Phipps, Cassmeyer. Enfermería médico-quirúrgica I. Enfermería Mosby 2000. Harcourt Brace, 1997.
- Lucio Pérez, Mª Jesús. Ramírez García Raquel. Tomás Jiménez, José Luis. Biblioteca. Auxiliar de enfermería profesional. Las distintas especialidades II. Volu-

men 6. Interamericana. McGraw-Hill.

Capítulo 530

ANESTESIA EPIDURAL EN EL PARTO.

GRACIELA PÉREZ GARCÍA

1 Introducción

La anestesia epidural es un medicamento para adormecer que se administra por medio de una inyección en la espalda, este procedimiento causa una pérdida de la sensibilidad en la mitad inferior del cuerpo. La anestesia epidural, supone una opción para aliviar el dolor del parto, también tiene uso para reducir el dolor durante una cirugía de las extremidades inferiores.

La epidural es la técnica más usada, eficaz y segura para aliviar el dolor de parto y la función de este tipo de analgesia es disminuir y hacer más llevadero el dolor producido en cada contracción uterina durante el trabajo del parto, insensibilizando tanto la parte inferior del cuerpo, como las paredes vaginales.

Muchas mujeres desearían experimentar su parto sin la necesidad de medicamentos, pero una vez que el trabajo de parto comienza, es muy común y perfectamente comprensible que la mujer cambie de opinión y pida que se le proporcione algún tipo de alivio con las mínimas consecuencias negativas posibles para ella y su bebé.

Su instauración ha marcado un antes y un después en la forma de dar a luz de las mujeres.
La administración de la analgesia epidural es una decisión muy personal de la mujer ya que conlleva una serie de ventajas e inconvenientes.

VENTAJAS:
• La más importante es el alivio del dolor durante las contracciones y el expulsivo sin llegar a perder las facultades mentales.

• Evita la necesidad de aplicar otro anestésico en caso de necesitar el uso de fórceps, extracción con vacío o episiotomía.
• Se puede administrar más cantidad de analgesia durante el proceso del parto si este dura más o es más intenso.
• La disminución de la presión arterial provocado por la anestesia epidural resulta conveniente para aquellas embarazadas que presenten toxemia o elevación de la presión arterial.
• Resulta conveniente en el caso de que la embarazada presente alguna enfermedad pulmonar o cardiaca ya que se reduce el trabajo pulmonar durante el parto.
• También resulta beneficioso en mujeres diabéticas al reducirse en tono muscular de los miembros inferiores también se reduce la actividad muscular en las piernas, de este modo pueden balancear mejor sus necesidades de insulina y glucosa.
• Permite a la embarazada participar activamente en el caso de un parto por cesárea.

INCONVENIENTES:
• El parto pasaría de ser parto natural a parto medicalizado.
• Provoca disminución de la tensión arterial, especialmente al principio, por lo que hay que monitorizar desde antes de su administración tanto al bebe como a la madre, y tenerlos controlados durante todo el parto.
• Se pueden producir mareos y nauseas.
• Puede provocar dolor de cabeza en las horas posteriores al parto.
• Administrar la anestesia epidural puede hacerse molesta y causar picor al infiltrarse el líquido.
• Se hace más posible la necesidad de practicar una episiotomía.
• También se hace más probable que se deban de utilizar fórceps para ayudar a la expulsiva del bebe. Al no sentir las contracciones y tener reducido el tono muscular la embarazada no aplica la misma fuerza para el expulsivo.
• El parto puede llegar a ser más lento.
• Dificultad en la misión posterior al parto.
• La presión sanguínea desciende, y con ello se reduce el aporte sanguíneo a la placenta y el suministro de oxígeno al bebé.
• En raras ocasiones se puede producir también daño a las raíces nerviosas, con debilidad de los miembros inferiores de corta y larga duración.
• Puede producirse analgesia parcheada o lateralización, en la que la analgesia solo hace efecto o hace más efecto en unos de los lados.
• Que el catéter no este instaurado en el sitio correcto.
• No todas las anestesias epidurales llegan a ser eficaces.

2 Objetivos

Analizar los aspectos relacionados con la anestesia epidural en el parto.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo correctamente este trabajo, he realizado una búsqueda de los aspectos más relevantes, que me han servido de guía para realizar el trabajo final. Se ha llevado a cabo una búsqueda y revisión bibliográfica acerca de la "Analgesia epidural en el parto" en bases de datos como, MedlinePlus para la búsqueda y contrastación de referencias, donde las palabras clave más usadas han sido: analgesia epidural, epidural en el parto, anestesia epidural, bloqueo epidural. Se ha utilizado información y procedimientos específicos y concisos de la manera más respetuosa posible, siéndome útiles diversas revistas médicas nacionales como Revista Médica Electrónica Portales Médicos, también se han utilizado documentos publicados Pdf sobre el tema tratado por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

4 Resultados

La finalidad de la anestesia epidural es que en el momento del parto, la mujer se sienta segura al tomar una decisión tan importante y así estar lo más relajada, confiada y feliz posible para recibir a su bebé, por lo tanto, proporciona una serie de resultados. La importancia de la epidural radica en un parto mucho más liviano.

La madre permanece consciente y sin apenas molestias mientras colabora en el nacimiento de su bebé pudiendo acomodarse y reservar su fuerza mientras se sucede el parto. Sin esta analgesia, la embarazada tiene un parto mucho más estresante donde la experiencia personal depende en gran medida del propio umbral del dolor que particularmente posea cada mujer.

Es crucial, que la técnica de la anestesia epidural se lleve a cabo correctamente, ya que el obejtivo principal es mitigar el dolor para afrontarlo y controlarlo cuando llegue el momento. El médico anestesiólogo será quien realice la técnica analgésica, además de controlar sus efectos y tratar las complicaciones que pudiesen surgir, junto con el resto del personal sanitario, del que forma parte el TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería). Se administrara una vez establecido el trabajo de parto y en ausencia de sufrimiento fetal. En primer lugar el

anestesista encargado de su aplicación, administrara en la piel de la zona lumbar una solución esterilizante para dejar la piel limpia y posteriormente aplicara una anestesia local, que aliviara el dolor producido por la inyección de la epidural.

La embarazada se colocara, de tal manera, que su cabeza este cerca de sus rodillas, ya sea sentada o tumbada de lado, de este modo la espalda se encuentra hiperextendida, manteniéndola curva para dejar ver los espacios intervertebrales con más claridad. Lo más importante es que la mujer no se mueva durante la punción. Llegado el momento de la punción el anestesista colocará una aguja de calibre grueso en el espacio epidural, entre L2 y L3, que es una cavidad virtual situada entre las dos hojas en que se divide la duramadre, dentro de la columna vertebral. Es posible que se deje un catéter insertado en esta área por si se hace necesaria la administración de perfusión de anestesia durante el parto. Se administraran unas dosis adicionales dependiendo de la duración e intensidad del parto.

5 Discusión-Conclusión

La mujer siempre ha tenido el parto asociado con el dolor intenso y aunque este momento es un momento único y especial es razonable que tengan ese temor hacia el dolor que produce, por ello la analgesia epidural ha marcado un antes y un después.

La analgesia epidural es desde su instauración la técnica más segura, recomendada y usada por las mujeres durante el parto. La mujer es totalmente libre de elegir si desea que se le aplique, siendo un procedimiento totalmente voluntario. A la embarazada se le explicara el proceso y previa comprensión se le entregara un consentimiento informado el cual deberá de firmar para poder hacer uso de ella. Es un procedimiento que tiene inconvenientes, pero que resulta de gran ayuda para hacer más llevadero a la mujer embarazada ese momento que produce tanta ansiedad y estrés para ellas.

6 Bibliografía

- MedlinePlus https://medlineplus.gov/spanish/ency/.
- Revista Médica Electrónica Portales Médicos.
- https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/analgesia-epidural-en-el-parto/
- Revista Médica y de Enfermería.

- https://revistamedica.com/uso-procedimiento-anestesia-epidural-durante-trabajo-parto/.
- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: Analgesia epidural en el parto y otras medidas de apoyo.
- http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios.

Capítulo 531

DIABETES EN MUJER GESTANTE.

ALMUDENA DIEZ CASARES

LUCIA RODRÍGUEZ CHICO DE GUZMÁN

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad en la que los niveles de glucosa se encuentran por arriba de lo normal. En los pacientes con diabetes hay una deficiencia en la acción de la insulina, la hormona encargada de mantener la glucosa en niveles normales. Existen varios tipos de diabetes, la diabetes gestacional es el tipo que se diagnostica por primera vez durante el embarazo, generalmente durante el segundo trimestre.

Durante el embarazo, la placenta produce varias hormonas que se oponen al efecto de la insulina y producen un incremento en los niveles de glucosa. El efecto hormonal, aunado al incremento normal de peso durante el embarazo predisponen a la diabetes.

Cualquier mujer embarazada está en riesgo de desarrollar diabetes gestacional, sin embargo hay mujeres que tienen más riesgo:
- Mujeres con sobrepeso y obesidad al inicio del embarazo.
- Antecedente de diabetes gestacional en otro embarazo o haber dado a luz a un bebé mayor de 4 kg.
- Historia familiar de diabetes tipo 2 (principalmente en hermanos o padres).
- Las mujeres mayores de 25 años, aunque el riesgo es aun mayor después de los 35.

- Diagnóstico previo de prediabetes. el objetivo principal es diagnosticar la diabete lo antes posible en el embarazo y para ello se recomiendan diferentes estudios iniciales y se haran entre la semana 24 y 28 de embarazo (alrededor de los 6 meses), aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes.

El estudio consiste en una muestra de glucosa en sangre y si la sospecha es alta se hacen estudios más específicos, como la prueba de tolerancia a la glucosa en tres horas.

En esta prueba, se toma una muestra de sangre en ayuno, después, la mujer toma una cantidad específica de glucosa disuelta en agua y se continúa tomando muestras de sangre cada hora hasta completar 3 horas. Se diagnostica diabetes si los niveles de glucosa se encuentran por arriba de los siguientes valores:
- En ayunas 95mg/dl.
- 1h mas tarde 180mg/dl.
- 2h mas tarde 140mg/dl.

Aunque la mayoría de las veces no se presentan síntomas, a veces puede haber cansancio, mareo, visión borrosa e infecciones frecuentes durante el embarazo. Cualquiera de estos síntomas hacer sospechar diabetes gestacional y se debe estudiar lo más pronto posible.

2 Objetivos

Profundizar sobre la diabetes gestacional.

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión, se utilizó bibliografía reciente publicada en revistas mundialmente reconocidas como la ADA, FIGO y ACOG, enfocándose en el tema de diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus gestacional exclusivamente. Se tomó en cuenta el uso de bibliografía tanto en inglés como en español.

4 Resultados

El éxito del tratamiento de la mujer embarazada con diabetes se fundamenta en el control, desde el punto de vista metabólico, desde antes de la concepción y al

continuar con éste durante la evolución del embarazo y, respecto a las pacientes diabéticas gestacionales, en el diagnóstico temprano.

El tratamiento de la diabetes mellitus gestacional empieza con aspectos nutricionales, ejercicio y vigilancia de la glucosa capilar; el tratamiento farmacológico debe considerarse cuando la dieta y el ejercicio no logran las cifras meta en un periodo de dos semanas.

Siguiendo la dieta y el ejercicio adecuado para cada gestante y en el peor de los casos la puesta de insulina no deberia haber ningun tipo de problema en el embarazo.

Los análogos de insulina de acción rápida lispro y aspart son seguros de administrarse en el embarazo; la dosis total calculada se dividirá en dos tercios predesayuno y un tercio precena (30 minutos antes de los alimentos). La razón será NPH/rápida 2/1 predesayuno y 1/1 precena.

Durante la vigilancia posparto debe suspenderse la administración de insulina una a dos semanas después del término del embarazo en pacientes con diabetes mellitus gestacional.

En las pacientes diabéticas tipo 1 o 2 deberá reducirse la dosis inmediatamente después del término del embarazo y vigilar las concentraciones de glucosa para realizar el reajuste de la dosis. Deberá reclasificarse a todas las pacientes que cursaron con diabetes mellitus gestacional a partir de la semana 6 posparto o a las 12 semanas, aplicando los criterios diagnósticos para mujeres no embarazadas.

5 Discusión-Conclusión

En ocasiones la diabetes gestacional pasa desapercibida, sobre todo al princicio de la gestacion ya que muchos de los sintomas se confunden con sintomas del embarazo, como puede ser sudoracion o mareos, por eso es muy importante el diagnostico precoz de la enfermedad y asi poder evitar muchos problemas en el embarazo y muchos problemas al feto.

La diabetes gestacional es una complicación muy frecuente del embarazo. Cada año se incrementa esta complicación obstétrica, consecuencia del retraso a edades más adultas para la procreación y por el aumento de obesidad en las edades reproductivas. Al existir múltiples factores de riesgo de diabetes gestacional los profesionales que vigilan a las embarazadas deben agudizar sus

sospechas e indagar el diagnóstico de diabetes gestacional lo antes posible.

6 Bibliografía

1. Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Guía asistencial de diabetes mellitus y embarazo. 3ª ed. Madrid; 2005. http://www.sego.es/Content/pdf/guia_diabetes.pdf.
2. Vida Nueva, Detección y Manejo de la Diabetes Gestacional. http://www.worlddiabetesfoundation.org.

Capítulo 532

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) AL PACIENTE GERIÁTRICO CON DEMENCIA.

MARÍA DE LOS ÁNGELES ROMERO MORENO

1 Introducción

Las personas que padecen de demencia a causa de afecciones tales como la enfermedad de Alzheimer u otras demencias presentan un trastorno cerebral biológico progresivo que, paulatinamente, les ocasiona dificultades para recordar cosas, pensar con claridad, comunicarse con otras personas o cuidar de sí mismos. Además, la demencia puede generar cambios de humor e incluso afectar la personalidad y el comportamiento de la persona que padece de la enfermedad.

El envejecimiento, por sí solo, no es causa de demencia, aunque sí existe una correlación entre mayor edad y más enfermedad neurodegenerativa. Las personas mayores pueden alcanzar una edad muy avanzada sin presentar alteración cognitiva alguna, manteniendo una actividad mental significativa y de calidad. Es por ello que debemos ser prudentes al utilizar el término «demencia senil». Sin embargo, algunas personas mayores muestran manifestaciones aisladas, como amnesia y desorientación entre otras, síntomas que se asocian a lo que se ha denominado «deterioro cognitivo leve» y que presenta, al menos, dos lecturas. Algunos especialistas opinan que el deterioro cognitivo leve forma parte de manifestaciones pre-Alzheimer, frente a otros que consideran esas manifestaciones como un deterioro mental asociado al envejecimiento.

Las personas que padecen demencia caminan, aparentemente sin rumbo fijo, por diversas razones, como aburrimiento, efectos secundarios de medicamentos o en busca de algo o alguien. También es posible que estén tratando de satisfacer una necesidad física, como sed, hambre o ganas de ir al baño o de hacer ejercicio. A veces, resulta difícil descubrir los factores desencadenantes que motivan a las personas a deambular, pero dichos factores pueden ayudar a entender cómo lidiar con ese comportamiento.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Actualizar el conocimiento acerca de los cuidados auxiliares de enfermería del paciente con demencia desde un punto de vista integral.

Objetivos secundarios:
- Planificar y aplicar cuidados auxiliares de enfermería en el paciente con demencia.
- Aprender a utilizar las distintas escalas de valoración del paciente con demencia.

3 Metodología

Este artículo está realizado mediante una revisión bibliográfica basada en la consulta de diferentes fuentes documentales y referencias recogidas de búsquedas en las bases de datos de Google Académico, Medline y Scielo. Se utilizó una metodología de búsqueda sistemática sin restricción de fecha ni idioma y se completó ésta con la lectura y rastreo de la bibliografía referenciada en los documentos seleccionados.

4 Resultados

En primera instancia y como no podía ser de otra manera, el profesional sanitario deberá someter al paciente a una completa valoración que establezca el alcance de la enfermedad. A partir de esa base, se iniciará el proceso para, no siendo posible la curación, si poner en marcha protocolos de actuación que ralentice el desarrollo de la misma. Para ello se toman en consideración todos los elementos de la vida del paciente. El acondicionamiento del espacio físico donde se encuentra, la alimentación que requiere, la organización y control de la medicación que debe recibir, los cuidados higiénicos incluso.

A partir de que estos criterios estén establecidos se pueden poner en marcha las terapias y estrategias dirigidas a la consistencia cognitiva del paciente, de facilitación de su autonomía y de la conservación de la salud general del mismo. Ya en los últimos momentos, cuando el carácter terminal de la dolencia hace irreversible su situación, se espera de los profesionales sanitarios que están a su cargo sepan aplicar los cuidados específicos que limite el sufrimiento del enfermo.

Debido a la particular situación del paciente anciano con demencia es importante hacer especial énfasis en la prevención de algunos factores de riesgo como son:
• Promover la orientación del paciente (indicarle fecha, lugar y planta en la que se encuentra, etc.), facilitar, si es posible, la presencia de un cuidador en la habitación.
• Estimular la realización de las actividades básicas de la vida diaria y la movilización precoz.
• Minimizar los déficit sensoriales de los órganos de los sentidos (facilitar audífonos y gafas).
• Intentar garantizar un buen descanso nocturno con un entorno silencioso.
• Asegurar una adecuada ingesta hídrica. Existen escalas validadas sencillas y rápidas en su administración que pueden facilitar la detección del síndrome confusional agudo.

Algunas de las indicaciones anteriores pueden ser útiles también para la prevención del deterioro funcional como son:
• Promoción de la actividad física.
• Movilización precoz del paciente con sedestación y deambulación en cuanto sea posible.
• Promoción de la autonomía del paciente.
• Estimulación de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
• Realizar paseos de mantenimiento asistidos.
• Rehabilitación para mejorar la deambulación segura en pacientes con riesgo de caídas.
• Otros aspectos estructurales para acondicionar un entorno seguro dependen más de la estructura del hospital.

En cuanto a la alimentación diaria es recomendable mantener la vía oral el máximo tiempo posible y valorar los hábitos alimentarios e ingesta durante el ingreso. Es importante realizar una detección de la disfagia y prevenir los atragantamientos además de una intervención nutricional, en caso de necesidad.

Ante un empeoramiento cognoscitivo o funcional del paciente con demencia no

atribuible al proceso agudo, habría que descartar siempre de forma sistemática el origen del mismo debido a:
• Fármacos.
• Trastorno metabólico.
• Infección intercurrente.
• Patología cardiovascular.
• Mal control de comorbilidad.
• Trastorno de conducta o afectivo no valorado ni tratado correctamente.
• Retención aguda de orina.
• Impactación fecal.

En la historia del paciente debe quedar constancia desde el momento del ingreso la valoración del dolor y se propone como "quinta constante" en los registros diarios de enfermería. El paciente con demencia sufre con frecuencia dolor no detectado y por lo tanto, infratratado, al manifestarse a través de un trastorno de conducta o cambio en el comportamiento.

El dolor detectado deberá ser tratado adecuadamente (escala analgésica de OMS) y ser evaluado periódicamente, quedando registrado en la historia clínica del paciente.

No es el objetivo de estas recomendaciones el describir las situaciones de terminalidad en la demencia. Pero, ante una demencia en fase muy avanzada en la que se considera prioritario el tratamiento sintomático, se recomienda tratar la fiebre con analgésicos, antipiréticos y medidas físicas y considerar el uso paliativo de antibióticos tras valoración individualizada. En caso de que existan, se recomienda seguir las directrices anticipadas o, en su defecto, intentar conseguir disposiciones subrogadas sobre orden de no RCP, nutrición, etc.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de demencia, en sí mismo, no excluye la utilización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, aunque sí es imprescindible adecuar los mismos al estadio de la demencia y a la situación del enfermo.

Por las características especiales de estos pacientes y de sus necesidades a tantos niveles, la profesión del Auxiliar de Enfermería se antoja vital en su día a día. Quizá en los momentos primigenios de la dolencia los cuidados de quien sufre la enfermedad puedan ser acometidos por el núcleo familiar directo, pero

eventualmente, el hecho de hacer frente a la patología deberá enfocarse desde un sumatorio de fuerzas que involucren a personal sanitario cualificado. La capacidad de empatizar con las personas que necesitan de su asistencia, la atención a los detalles y los conocimientos sanitarios que atesora, hacen del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) el perfil idóneo para esta tarea.

Los beneficios de la preparación y entrenamiento del personal de enfermería, entre ellos los TCAE, y los servicios hospitalarios en general, para la asistencia distintiva a pacientes dementes, está más que demostrada, y en las instituciones que atienden a pacientes con demencia se recomienda la existencia de un programa de formación en demencias dirigido a todo el personal sanitario y trabajadores sociales que atienden a pacientes con demencia. El programa debe incluir los principales riesgos durante la hospitalización (síndrome confusional agudo/caídas/inmovilidad/sujeción mecánica/trastornos de conducta).

La adaptación y adecuación de la infraestructura asistencial en los hospitales para atender esta patología han pasado de ser un reto, a ser una necesidad en aras de racionalizar los recursos, prevenir complicaciones, retrasar la dependencia, aumentar la satisfacción de los pacientes y cuidadores y, en fin, optimizar la asistencia.

6 Bibliografía

- García García FJ, Rodríguez Solís J, Jiménez Díaz G, et al. Evaluación neuropsicológica en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002.
- Donoso A. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Santiago de Chile: Ed. Universitaria, 2001.
- Ayuso T et al. Abordaje de la demencia, guía de actuación en la coordinación de Atención Primaria. Pamplona: SNS, 2007.
- Confederación Andaluza de AFAs (ConFEAFA). Al lado. Itinerario de Atención Compartida Demencias/Alzheimer. 2010.
- Cáceres R, Mateos A. Realidades Psicosociales en las familias de personas con demencia. Fundación Case para la Dependencia. www.fundacioncaser.es.
- http://elfarmaceutico.es/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-con-enfermedad-de-alzheimer.
- http://atencionmayores.org/cuidados-enfermeria-personas-mayores-demencia.

Capítulo 533

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) COMO PARTE DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA.

MARÍA DE LOS ÁNGELES ROMERO MORENO

1 Introducción

Muchas enfermedades y dolencias son causadas por bacterias y microorganismos que generalmente están presentes en nuestro entorno, originando problemas cuando se perturba su equilibrio natural o cuando ingresan al cuerpo humano, produciendo la enfermedad.

En los hospitales se presentan muchas ocasiones para que los microorganismos invadan el cuerpo humano. Un método importante para evitarlo es mediante la esterilización de todos los instrumentos sanitarios, entendida como el conjunto de operaciones destinadas a eliminar todos los microorganismos contenidos en un objeto o sustancias, siendo ésta una de las tareas prioritarias para conseguir la seguridad y protección que demanda la atención de los pacientes, ya que la mayoría de las técnicas ejecutadas requieren de elementos estériles.

Todo ese proceso está unificado en la central de esterilización definida como la unidad que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles, equipamiento biomédico e instrumental a otras unidades y servicios sanitarios,

tanto hospitalarios como extrahospitalarios, con el fin de garantizar la seguridad biológica de estos productos para ser utilizados en el paciente.

2 Objetivos

Introducir brevemente una visión general sobre el concepto de esterilización y su estructura hospitalaria.
Describir las funciones básicas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de esterilización.

3 Metodología

La confección de este artículo se realiza mediante una revisión bibliográfica de diferentes bases de datos consultadas en buscadores académicos como Scielo, Dialnet o Google Académico, así como con la lectura de diferente literatura referenciada a los conceptos tratados empleando para todo ello una búsqueda sistemática sin restricción de fecha ni idioma.

4 Resultados

La estructura de la central de esterilización debe ser tal que asegure la compartimentación de ésta en áreas bien definidas, delimitadas y perfectamente separadas unas de otras.

Normalmente deben considerarse las siguientes áreas aunque depende siempre de los recursos y estructura de la instalación:
• Área de recepción de material sucio: Que comunica con el área de lavado.
• Área de descontaminación, lavado y secado del material: Incluye las lavadoras automáticas, pilas para el lavado manual, aire comprimido, estufas y hornos para el secado.
• Área de revisión, clasificación y empaquetamiento del material, comunicada con el área de esterilización: Comprende carros, bandejas, envolturas, material de empaquetado, termoselladora, etc.
• Área de esterilizadores: Deben estar ubicados en la zona mas alejada del área de lavado. La carga a esterilizar entra por una puerta y se descarga por la puerta que se abre desde el almacén estéril.

• Área de esterilizadores de óxido de etileno: Obliga a realizar una instalación aislada, por las características del gas, que es tóxico e inflamable, por lo que requiere alarma de aviso, ventilación independiente y detector de gas en el ambiente.
• Almacén de material estéril: Dotado de condiciones climáticas de temperatura y humedad, es un área restringida, que está comunicada con la zona de entrega del material estéril.
• Área de entrega del material estéril.
• Área de reuniones y despacho desde donde se visualiza la central.
• Almacén y zona de vestuario.

La central de esterilización se comunica normalmente con el resto de unidades y servicios a través de un circuito de limpio y un circuito de sucio.

A modo de ejemplo, y siempre dependiendo de los recursos e instalación como apuntamos anteriormente, podemos decir que la comunicación con la área quirúrgica es vertical y directa, mediando un montacargas de uso exclusivo para el material procesado (comunica la zona de material estéril de la Central con el pasillo limpio del área quirúrgica) y un montacargas de uso exclusivo por el material no procesado (comunica el pasillo sucio del área quirúrgica con la zona de descontaminación de la Unidad).

El acceso a la Unidad para el resto de servicios del Hospital estaría garantizado con una circulación correcta tanto para la entrega como para la recogida del material procesado.

El trabajo que se realiza dentro del servicio de esterilización es efectuado fundamentalmente por enfermeros y TCAE, siendo el grupo formado por los auxiliares de enfermería el más numeroso. Tanto los enfermeros como los auxiliares desempeñarán su trabajo en la parte sucia y en la parte limpia debiendo estar entrenados y capacitados para las tareas que les serán encomendadas, y con dedicación preferiblemente exclusiva en la central de esterilización

A los TCAE se le encomendarán las tareas indicadas a continuación y deberán comunicar inmediatamente al Diplomado o Graduado de enfermería del turno cualquier avería o incidencia detectada.

RECEPCION DEL MATERIAL.
El instrumental es transportado en las rutas en dos cajas diferenciadas, una de ”limpio” y otra de ”sucio”. El instrumental de ”sucio” es recibido en el área de ”sucio” de la Unidad Central de Esterilización. Aquí comienzan el proceso las

Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería:
• Registran la entrada del instrumental, identificando del recurso del que provienen.
• Extraen de las cajas de sucio.
• Clasifican según la naturaleza del instrumental.

LIMPIEZA POR ULTRASONIDOS.
Una vez ha sido clasificado el instrumental y existe número de piezas suficientes, se procede a realizar:
• Ciclo de lavado por ultrasonidos: en este proceso es utilizado un limpiador ultrasónico, que aplica ultrasonidos junto con una solución adecuada de detergente con el fin de limpiar el instrumental. Este proceso tiene como objetivo la limpieza del instrumental, con el fin de retirar restos hemáticos o similares que puedan traer consigo el material.
• Aclarado: tras el proceso de ultrasonido, el material es extraído del limpiador de ultrasonidos y dejado en una pila, donde las Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería realizan el aclarado, quitando todos aquellos restos de detergente.

PROCESO DE LAVADO.
Una vez el instrumental ha sido sometido al proceso de ultrasonidos y aclarado, el material es sometido a:
• Proceso de Lavado y Desinfección a alta temperatura, usando para ello una Lavadora Desinfectadora automática de Instrumental Quirúrgico de grandes dimensiones. Es el nexo de unión entre la zona de ”sucio” y la zona de ”limpio”. Esta lavadora cuenta con doble puerta, una con acceso desde la zona de ”sucio”, por donde es introducido el material tras los ultrasonidos y la otra para extraer el material ya en la zona de ”limpio”.
• En este proceso se coloca un testigo de control, que al finalizar el proceso garantizará que se ha realizado adecuadamente la limpieza y desinfección, en caso de no obtener el resultado adecuado, el proceso deberá volverse a realizar tras la revisión del equipamiento.

EMPAQUETADO.
Ya finalizado el ciclo de lavadora, y por la zona de ”limpio”, es extraído el instrumental de la lavadora y se procede a:
• Empaquetado individual del instrumental.
• Introducción del testigo químico en cada paquete.

PROCESO DE SELLADO.

Una vez que se encuentra todo el instrumental empaquetado se deja correctamente almacenado, hasta que hay piezas suficientes para realizar el ciclo de esterilización (600 piezas aproximadamente). Es en este momento cuando se realiza el sellado del instrumental empaquetado junto con su testigo. Utilizando la selladora, que imprime en el envase en número de lote, que garantiza la trazabilidad, la fecha de esterilización y su caducidad (un año).

ESTERILIZACIÓN.
Mientras es realizado el proceso de sellado, se pone en funcionamiento la Autoclave y realizado el Test de Aireación, previo al proceso de esterilización. Este test garantiza el adecuado funcionamiento y reparto del vapor por la autoclave. Una vez superado satisfactoriamente este test y estando el instrumental empaquetado y sellado junto con el testigo químico, se realiza:
• Se introduce las piezas en las bandejas con el instrumental (100 piezas/bandeja).
• Se introduce el control biológico.
• Se comienza el ciclo de esterilización.

ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DEL INSTRUMENTAL ESTERIL.
Una vez ha finalizado el proceso del Autoclave, el instrumental permanece 48 horas para el secado, tiempo que es utilizado para realizar la verificación del crecimiento de esporas.
• Obtenido resultado negativo de crecimiento de esporas, el instrumental es almacenado adecuadamente, por tipo de pieza y en orden de caducidad de su esterilización.
• Distribución. Semanalmente o quincenalmente (según el recurso) se envía una caja con el instrumental estéril definido para cada recurso. Junto con esta, se envía otra para que depositen el instrumental usado.

REGISTRO Y CONTRAL DE CALIDAD.
El proceso de limpieza, desinfección y esterilización está sometido a controles de calidad, que garantizan que cada uno de los procesos se ha realizado correctamente:
• Control de la Lavadora: se introduce un testigo físico en la lavadora junto con todo el instrumental, al finalizar el proceso dicho testigo deberá aparecer modificado su color, lo que significa que el proceso ha ido correctamente.
• Control Autoclave (previo a comenzar la esterilización): Antes de realizar el ciclo de esterilización del instrumental, se realiza el test de aireación en el Autoclave.
• Control Químico: cada pieza en el interior de su empaquetamiento lleva un

testigo que al finalizar el proceso modifica su apariencia, indicando que se ha realizado el proceso correctamente. Junto con el primer testigo, hay uno segundo en el propio envoltorio del empaquetado del instrumental.
• Control de Esporas: en cada ciclo de esterilización se introduce un testigo biológico, que tras 48 horas de incubación, se verifica si el proceso ha destruido las esporas.
• Control físico: tras el ciclo de esterilización, el autoclave imprime un resumen del proceso con las indicaciones referidas a presiones alcanzadas, temperaturas, tiempos, etc.
Todos los testigos son adjuntados a una ficha específica que se cumplimenta por cada ciclo de limpieza, desinfección y esterilización.

REGISTRO INFORMÁTICO.
Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería de la Unidad Central de Esterilización, registran toda la actividad y proceso de la central de esterilización. Entre otros registros destacan los siguientes:
Registros informáticos.
• Todos los procesos son incorporados a un registro informático.
Control instrumental:
• Entradas/salidas de instrumental.
• Total de piezas que han dado entrada en la central.
• Total de piezas esterilizadas.
• Piezas perdidas.
• Control de piezas y evolutivo por unidad asistencial.

Por ello y para la correcta realización de las tareas descritas es necesario que los TCAE estén formados y capacitados para:
• Aplicar las técnicas de limpieza, desinfección y esterilización hospitalaria programadas.
• Manejar y dosificar los productos necesarios para la limpieza y desinfección.
• Aplicar adecuadamente a cada situación, máquinas y materiales.
• Manejar técnicas, herramientas y procesos adecuados para el desarrollo de sus actividades.
• Conocer las precauciones a tomar en el desempeño de sus funciones según normativa de prevención de riesgos laborales.

5 Discusión-Conclusión

Queda patente que la limpieza, desinfección y posterior esterilización, son procesos primordiales para el correcto funcionamiento de áreas de trabajo donde es necesario tener bajo control la carga microbiana presente.

El lavado de los materiales y una posterior desinfección ejecutados correctamente garantizan un procedimiento que elimina el riesgo de agentes contaminantes.

Las mejoras se logran implementando normas estandarizadas, siendo además indispensable la adecuada preparación y formación del personal que realiza su labor dentro del área.

6 Bibliografía

- Rodríguez F, Carreira M, Castro I, Martínez-Falero S, Salceda FJ, Abraira L. Guía de procedimientos de esterilización no medio hospitalario. Xunta de Galicia. Conselleria de Sanidade e Servicios Socias. Dirección Xeral de Saude Pública. SERGAS; 2000.
- Criado-Álvarez JJ, Muro I. Errores en la Central de Esterilización: seguridad de los dispositivos sanitarios. Medicina Preventiva. Vol. XIII Nº 1, 2007.
- http://www.hma.gob.pe.
- https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/.

Capítulo 534

OBJETIVO Y FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS.

MARÍA DE LOS ÁNGELES ROMERO MORENO

1 Introducción

Los riñones son dos órganos en forma de judía, cada uno aproximadamente del tamaño de un puño. Están ubicados justo debajo de la caja torácica (costillas), uno a cada lado de la columna vertebral.

Los riñones eliminan los desperdicios de la sangre y el exceso de agua (en forma de orina) y ayudan a mantener el balance de sustancias químicas (como sodio, potasio y calcio) en el cuerpo. También elaboran hormonas que ayudan a controlar la presión arterial y estimulan a la médula ósea a producir glóbulos rojos.

Cuando se producen fallos en este órgano, el riñón deja de filtrar la sangre, por lo que las sustancias que anteriormente se encargaba de regular, como las de desecho o el exceso de agua, comienzan a retenerse en el organismo, haciendo que tóxicos como la urea y la creatinina se acumulen en la sangre.

La diabetes y la hipertensión arterial son las causas más comunes que derivan en enfermedad renal crónica. También se deben tener en cuenta los antecedentes familiares (poliquistosis o historia familiar de insuficiencia renal), así como vigilar a aquellas personas que hayan padecido, de manera reiterada, cálculos en el riñón.

El daño renal se produce lentamente durante muchos años. Muchas personas no tienen ningún síntoma hasta que la enfermedad renal está muy avanzada, razón por la cual, según los especialistas, se denomina "enfermedad silente". Los análisis de sangre y orina son la mejor manera de saber si existe enfermedad renal.

La etapa final de la enfermedad renal crónica se denomina enfermedad renal terminal (ERT). En esta etapa, los riñones ya no tienen la capacidad de eliminar suficientes desechos y el exceso de líquido del cuerpo. En ese momento, se hace imprescindible un tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Definir qué es la enfermedad renal. Recordar los conocimientos acerca de este proceso y de los cuidados que requiere el paciente que necesita diálisis.

Objetivos específicos:
- Mostrar las implicaciones biopsicosociales que suponen en el paciente su enfermedad.
- Determinar las diferentes funciones del TCAE con respecto al paciente renal y en la unidad de diálisis.

3 Metodología

Este artículo está basado en una revisión bibliográfica y para darle forma se ha realizado una búsqueda en la literatura científica en relación con los objetivos propuestos. Para ello se ha consultado bases de datos electrónicas en buscadores como Scielo y Google Académico.

En la revisión se incluyeron artículos sin restricción de fecha ni idioma que reflejasen conocimientos acerca de la enfermedad renal, el proceso de diálisis y el impacto psicológico del paciente ante esta enfermedad.

4 Resultados

Como ya comentamos, la enfermedad renal es asintomática en sus estadios iniciales, aunque a medida que esta va avanzando, van apareciendo algunos síntomas característicos, por ejemplo, en el aliento del enfermo predomina un car-

acterístico olor a orina y la piel se vuelve más seca, quebradiza, con tendencia a la descamación y de color terroso.

Los tratamientos no pueden curar la enfermedad renal, pero pueden retrasarla. Incluyen medicamentos para reducir la presión arterial, controlar el azúcar en la sangre y reducir el colesterol.

Cuando la enfermedad ya llega a fases más avanzadas, más concretamente, a la fase final, los riñones no pueden trabajar por sí solos, produciéndose, en este caso, el llamado fallo renal terminal. La persona que lo sufre tiene que recibir un tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón para poder sobrevivir.

El trasplante consiste en implantar en el cuerpo un nuevo riñón, proveniente de un donante, que sustituya al anterior que ya no cumple sus funciones. La persona trasplantada deberá seguir un tratamiento de por vida para evitar el rechazo del cuerpo al nuevo órgano.

Otra opción es el tratamiento de diálisis. Hay dos tipos de diálisis: la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.

DIÁLISIS PERITONEAL:
Utiliza la membrana peritoneal, una membrana natural situada en la cavidad abdominal, que desempeña la función de filtro, haciendo las veces de riñón artificial.

Se introduce líquido de diálisis mediante un catéter produciéndose a continuación la filtración de las sustancias tóxicas y de desecho del agua y sal que tiene la persona en su interior a través de esta membrana. Al cabo de un tiempo este líquido se extrae.

Para que este procedimiento sea efectivo, debe realizarse al menos 4 veces al día. Puede realizarlo el paciente en su propio domicilio. Así mismo también puede elegir realizar la diálisis en horario nocturno, mientras duerme, gracias a una máquina cicladora, para que no interfiera en su vida diaria.

El inconveniente de la diálisis peritoneal es el riesgo de complicaciones por el catéter, sin embargo, tiene la ventaja de que el paciente no sufre en su cuerpo tantos desequilibrios ni malestar como con la hemodiálisis.

HEMODIÁLISIS:
La sangre pasa a través de un tubo hasta un filtro especial formado por varios miles de fibras de celofán con orificios microscópicos, llamado dializador, conec-

tado a la máquina de hemodiálisis, y que está dividido en dos partes; por una parte, pasa la sangre y por la otra, un líquido extrae los residuos de esa sangre que regresará al cuerpo, ya limpia, a través de un tubo.

Para ello el médico debe crear un acceso (una fístula arteriovenosa) en el brazo del paciente donde se conectarán los tubos de salida y de entrada de la sangre. La máquina de hemodiálisis es la encargada de eliminar los desechos del dializador y de controlar que el flujo de sangre sea el adecuado. Cada sesión de hemodiálisis dura entre 3 y 4 horas y se realiza tres veces por semana.

El hecho de tener que someterse a un tratamiento de diálisis supone un gran impacto tanto a nivel físico como emocional para el paciente. Los cambios que se van a producir a partir de ese momento van a provocar en él una serie de alteraciones a nivel personal, familiar, social y, probablemente, laboral. Tendrá problemas a nivel físico derivados de la enfermedad (cansancio, insomnio, fatiga, mareos, problemas digestivos, pérdida de movilidad, etc.) que lo llevarán a una situación de baja autoestima y frustración emocional. Ante esta situación, la forma de afrontar esos cambios marcará la evolución de la enfermedad.

Es importante que en todo este proceso estén intensamente involucrados la familia y amigos cercanos, ya que serán ellos los que propiciarán una mejor y más temprana adaptación a la nueva situación por parte de la persona.

Por parte del equipo sanitario se debe estar apoyando y guiando a la persona constantemente teniendo en cuenta todos los aspectos biopsicosociales que le afectan, así como contribuir a su estabilidad emocional creando un ambiente familiar, de seguridad y confianza para él, ya que esta estabilidad va a jugar un papel muy importante en la evolución de su enfermedad.

Aunque la atención integral al paciente renal es labor del equipo sanitario multidisciplinar, es el equipo de enfermería, entre los que también se encuentra el TCAE, quien se ocupa de los cuidados básicos del enfermo a lo largo de todo el proceso de su enfermedad. Se detallan a continuación cuáles son sus objetivos y las tareas a cumplir:

1. Objetivo:
• Apoyo en todas las actividades de la Unidad de Hemodiálisis.
• Colaborar en la atención de Pacientes de la Unidad de Hemodiálisis.
• Cumplir tareas de enfermería y asistencial asignadas por el inmediato superior.

2. Tareas:

• Cumplir las tareas asignadas, normas y reglamentos del servicio.
• Revisa el área de intervención: Provisión de insumos para hemodiálisis: material de curación para el procedimiento, confort y otros aspectos según normas del servicio, e informa los hallazgos.
• Realiza la recepción del paciente.
• Control de peso al ingreso y egreso.
• Realiza el control de signos vitales cada hora del usuario, de acuerdo a normas de establecidos en el servicio y según necesidad.
• Asiste al procedimiento de conexión y desconexión de Fístula y Catéter, proveyendo el material necesario para cada uno de los procedimientos.
• Efectúa limpieza y desinfección concurrente de la máquina y paciente en caso de derrame de líquidos biológicos (sangre y efluentes).
• Colabora en la dinámica de la unidad y en el traslado del usuario una vez finalizado el procedimiento.
• Realizar el retiro, lavado y desinfección del material utilizado en cada procedimiento.
• Realizar bajo supervisión el preparado y empaquetado de todo el material, con fecha, hora, nombre y testigo para su respectiva esterilización.
• Realiza la recepción y entrega de material usado a la unidad de esterilización, procediendo al registro correspondiente, de acuerdo a normas de la unidad.
• Realiza la entrega y recepción de ropa, previo registro y firma de los responsables.
• Aplicar normas de bioseguridad en la ejecución de todas las tareas de su responsabilidad.
• Asiste a reuniones y otras actividades relacionadas con enfermería y la unidad.
• Colabora en la vigilancia y control del buen funcionamiento de equipos, material y comunicar al inmediato superior cualquier desperfecto.
• Asiste a actividades de educación permanente en la unidad.
• Apoyará en todas aquellas actividades o tareas para las que pueda ser requerida en la Unidad por la enfermera o el enfermo.
• También participará en la creación de un clima agradable para la persona dializada y tendrá un trato humano con ésta.

5 Discusión-Conclusión

La insuficiencia renal es una enfermedad progresiva en la mayoría de los casos. El impacto emocional y psicológico que sufre la persona al conocer que padece una

enfermedad renal crónica le genera sentimientos de rabia y frustración. Los cambios que sufrirá a lo largo de todo el proceso requerirán, por parte del paciente, que este sea capaz de adaptarse a los mismos.

Es de gran importancia el apoyo que se le dé para superar esta nueva etapa tanto a nivel familiar como del equipo sanitario multidisciplinar.

El auxiliar de enfermería, en colaboración estrecha con enfermería, servirá de apoyo en todos aquellos cuidados que el paciente requiera. Velará por su bienestar físico y psicológico de manera que le aporte seguridad en si mismo y fomente el autocuidado.

6 Bibliografía

- Costa G., Pinheiro M., Medeiros S., Costa R., Cossi M. (2016). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Enfermería global.
- Fernández I. Ma. (2013). Cuidados de la fístula Arteriovenosa durante la sesión de hemodiálisis. Revista de Enfermería.
- Ver enlace: https://www.senefro.org/modules/.
- Lozano T., Romero E. (2015). Calidad de vida del paciente en hemodiálisis. Biblioteca las casas.

Capítulo 535

CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO

NATIVIDAD RIESGO RIESGO

REBECA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El cáncer se trata de una enfermedad cada vez más frecuente en nuestra sociedad. A pesar de que en la actualidad existen tratamientos para intentar lograr su curación, por desgracia, éstos no siempre funcionan. Cuando esto sucede y se espera como resultado la muerte del paciente en un corto periodo de tiempo, se considera que se trata de un enfermo oncológico terminal.

2 Objetivos

Proporcionar al paciente y a sus familiares la mayor comodidad posible en la situación de últimos días.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores paciente oncológico, paciente terminal, cuidados paliativos y síntomas de pacientes terminales.

4 Resultados

Algunos de los síntomas que presentan los pacientes oncológicos en su fase terminal son:
- Pérdida de peso.
- Caquexia.
- Anorexia.
- Náuseas y vómitos.
- Diarrea.
- Disnea.
- Hipo.
- Estridor.
- Hemoptisis.
- Linfedema.
- Úlceras en la piel.
- Llagas y úlceras en la boca.
- Estreñimiento.
- Obstrucción intestinal.
- Dolor.
- Exceso de secreciones.
- Fiebre.
- Insomnio.
- Ansiedad.
- Depresión.

Los cuidados proporcionados por los profesionales sanitarios deben estar enfocados al alivio inmediato de dichos síntomas.

5 Discusión-Conclusión

Proporcionar unos cuidados paliativos de calidad contribuye a disminuir el sufrimiento del paciente terminal en sus peores momentos. Debemos prestar especial atención al apoyo psicológico al paciente y a sus familiares, para que dentro de la dureza de la situación, se encuentren lo más tranquilos y cómodos posible.

6 Bibliografía

- Medynet.com.

- Secpal.com.
- Scielo.es.
- Cancer.gov.
- Intramed.net.

Capítulo 536

CUIDADOS DEL PACIENTE CON ALZEHIMER.

ALMUDENA DIEZ CASARES

MARIA ROSA GARNICA HERNANDO

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es una demencia que afecta a un número cada vez mayor de personas. Estos pacientes precisan de una atención continua, prestada habitualmente por sus familiares.

El cuidador informal es la persona encargada de realizar el cuidado no profesional de los pacientes dependientes, lo que puede conllevar en ellos repercusiones físicas, sociales y psíquicas, susceptibles de intervención profesional.

El término “enfermedad de Alzheimer” fue acuñado por Emil Kraepelin, maestro de Louis Alzheimer, y se identifica como un tipo de demencia caracterizada por una afectación precoz de la memoria seguida por un deterioro cognitivo de otras funciones superiores de forma progresiva y cuya causa es todavía desconocida.

. Las manifestaciones que se valoran como criterio diagnóstico son: alteraciones cognitivas, funcionales, conductuales y signos neurológicos clásicos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar las necesidades más demandadas por familiares de pacientes de Alzheimer.

Objetivos secundarios:
- Estudiar los recursos sociosanitarios ofertados.
- Concretar las competencias enfermeras en el abordaje del paciente y su familia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Cuiden, Elsevier, Dialnet, SciELO y Google Academic, se seleccionaron aquellos trabajos que analizan las necesidades, recursos sociosanitarios y competencias de enfermería sobre la enfermedad de Alzehimer.

4 Resultados

Las necesidades más demandadas por los cuidadores son las de información, formación, ayuda física, atención al duelo y apoyo social. Los recursos sociosanitarios disponibles para facilitar la atención de estos son la atención a domicilio y diurna de no internamiento entre otros. Los cuidadores perciben que no se utilizan todos los recursos sociosanitarios disponibles. Los enfermeros aportan apoyo y cuidado, y destacan sobre todo las intervenciones de tipo psicoeducativo.

El escaso conocimiento de los cuidadores sobre los cuidados que deben realizar a los pacientes revierte negativamente en su salud y en la persona cuidada. Consideramos necesario detectar las áreas de información que precisan los cuidadores familiares para facilitar una atención más efectiva, ya que las vivencias son únicas para cada persona y por tanto las necesidades percibidas por los cuidadores pueden variar dependiendo de las diferentes circunstancias que rodean a la familia, la etapa del proceso demencial y el grado de dependencia del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Las necesidades de los cuidadores abarcan las dimensiones física, psíquica y social. Los recursos sociosanitarios a disposición de los cuidadores se encuentran in-

frautilizados y las intervenciones enfermeras más valoradas son las estrategias de educación sanitaria. Es preciso seguir investigando para ampliar los conocimientos que permitan ofrecer cuidados de calidad.

6 Bibliografía

1. Vicente López JM. Envejecimiento Activo. Libro Blanco. 1.ª ed.
Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y
Servicios Sociales (IMSERSO) 2011. http://www.imserso.es.
2. Organización Mundial de la Salud. 2015. http://www.who.int.
3. Ayudando a las personas con Alzheimer. 2008. http://www.alzheimers-support.com.

Capítulo 537

LA DERMATITIS DEL PAÑAL.

REBECA DÍAZ GONZÁLEZ

NATIVIDAD RIESGO RIESGO

1 Introducción

Se entiende por dermatitis del pañal por la enfermedad cutánea que causa irritación e inflamación en zonas de la piel que cubren o están en contacto con el pañal.

2 Objetivos

Prevenir y tratar las posibles lesiones que pueda ocasionar el uso del pañal sobre la piel.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para combatir las lesiones cutáneas que puedan presentarse por el uso continuado de pañales, algunas de las pautas más importantes a seguir son:
- Mantener una buena higiene de la zona, que debe permanecer seca y limpia.
- Los pañales utilizados deben ser absorbentes y de la mayor calidad posible.
- Efectuar cambios frecuentes.
- Si es posible mantener algún tiempo sin pañal.
- Se debe comprobar que no exista fricción.
- Evitar la maceración de la piel por humedad.
- La limpieza debe realizarse con agua tibia y jabones neutros.
- Evitar los productos perfumados.
- Se debe observar que no exista una sobre infección bacteriana o fúngica y aplicar el tratamiento adecuado si esto sucede.

5 Discusión-Conclusión

La dermatitis del pañal se trata de una enfermedad molesta y dolorosa, sin embargo, ya que no podemos prescindir del uso del pañal en estos casos, seguir las pautas descritas con anterioridad pueden aliviar los síntomas significativamente o en su totalidad.

6 Bibliografía

- Kidshealth.org.
- Cuidateplus.com.
- Mayoclinic.org.
- Medlineplus.gov.
- Aeped.es.

Capítulo 538

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DEL TCAE CON EL RESTO DE PROFESIONALES DEL ÁREA QUIRÚRGICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

LEONOR MARÍA ALONSO MADERA

ELISA LOMBARDERO AGUADERO

AINHOA SAIZ CANO

LAURA DÍAZ GARCÍA

SUSANA CORUJO DÍAZ

1 Introducción

El objetivo principal en la calidad asistencial es la seguridad del paciente lo que implica incluir una serie de estrategias que disminuyan y eviten los daños a los pacientes que estén relacionados con la asistencia sanitaria.

Para el desarrollo de una intervención quirúrgica segura es necesario una preparación correcta del área quirúrgica, protocolos de actuación de todo el personal, métodos de desinfección y esterilización correctos y determinadas medidas

de seguridad que deben tomarse, para que el espacio quirúrgico se convierta en un medio seguro para el enfermo.

En todo este proceso, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un papel muy importante. El TCAE, como miembro del equipo quirúrgico, trabaja en coordinación con el resto de profesionales, dando apoyo a su trabajo, y realiza actividades de limpieza, colocación y reposición de material en quirófano.. La situación del paciente que va a ser intervenido propicia la humanización de los cuidados, materializándose en una atención integral al enfermo con el fin de valorar sus necesidades y planificar-ejecutar los cuidados que precisará hasta que abandone el hospital con las máxima seguridad.

Un elemento fundamental en la asistencia sanitaria de calidad para los gobiernos y las instituciones sanitarias internacionales es la seguridad del paciente.

En la actualidad se ha producido un aumento en las intervenciones quirúrgicas, y a su vez un incremento de efectos adversos en los pacientes sometidos a ellas.

Se define como efecto adverso según el ENEAS en 2005 (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) a todo accidente inesperado, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente, que ha causado lesión y/o incapacidad y/o progresión de la estancia y/o defunción.

El efecto adverso quirúrgico sería un resultado desfavorable achacable a un procedimiento quirúrgico.

Distinguimos diferentes grados de efectos adversos:
- Incidente: suceso que hubiera podido provocar daño o complicación en otras circunstancias o aquel que pueda favorecer la aparición de un efecto adverso.
- Leve: aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.
- Moderado: aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.
- Grave: aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió nueva intervención quirúrgica.

Los efectos adversos más frecuentes producidos en el área quirúrgica son: las complicaciones intraoperatorias, las cirugías en el sitio equivocado, la retención de cuerpos extraños, los errores de transfusión, los efectos relacionados con la anestesia y lo errores en la medicación.

Las principales causas de aparición de efectos adversos son la mala comunicación entre los profesionales del equipo quirúrgico, la revisión inadecuada de la documentación del paciente, los frecuentes cambios en el aparataje tecnológico, la variabilidad en la aplicación de los procedimientos, el cansancio y el estrés, la presión del tiempo, las cirugías de emergencia y la escasez de personal

Los tipos de errores mas comunes según el momento asistencia (F. González-Hermoso. 2001):
- En el diagnóstico : equivocación o retraso, elección de examen complementario inadecuado, y la equivocación en la interpretación del resultado.
- En el tratamiento : la realización incorrecta de la técnica, el tratamiento postoperatorio defectuoso, el retraso en la toma de decisión terapéutica, la indicación quirúrgica inadecuada.
- En la prevención : no hacer profilaxis antibiótica, la mala preparación del colon, la vigilancia postoperatoria mal planificada.
- Las causas generales: La comunicación deficiente entre profesionales y la organización inadecuada de turnos o equipos.

Los efectos adversos relacionados con los procedimientos e intervención quirúrgica son (ENEAS 2005) las complicaciones anestésicas, las hemorragias y hematomas durante un procedimiento, la cirugía del sitio equivocado, La dehiscencia de suturas, un cuerpo extraño tras intervención quirúrgica, la hipocalcemia postoperatoria, una lesión de uréter, una fístula intestinal, la salida de líquido hemático tras punción lumbar, las quemaduras quirúrgicas, la modificación de la programación quirúrgica (retraso), la reintervención quirúrgica, un trauma obstétrico, la hematuria tras sondaje vesical y la suspensión de un procedimiento por insuficiente preparación del paciente.

Una gran parte de los efectos adversos podrían evitarse . (Aranaz, Aibar, Vitaller, y Ruiz, 2005). En España la incidencia de eventos adversos debidos a la cirugía es aproximadamente de un 10,5%, de los que el 36,5% serían evitables. (Aranaz-Andrésnet al., 2007).

Como medida para prevenirlos la OMS se centra en nueve aspectos fundamentales (The Joint Comission):
1. Medicamentos de nombre o aspecto parecidos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.

6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar errores de conexión de catéteres y tubos.
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

La seguridad del paciente se ha convertido en un problema de salud pública principal que preocupa a organizaciones internacionales y nacionales. Esto ha conducido al desarrollo de estrategias encaminadas a reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria.

Así la OMS lanzó en 2004 la Alianza por la Seguridad del Paciente, llamada Programa de Seguridad del Paciente, promoviendo acciones, herramientas y recomendaciones para mejorar la seguridad en todos los países del mundo, incluyendo los siguientes retos: una atención limpia es una atención más segura: su principal objetivo es promover la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, a través de la mejora de la higiene de manos.

La cirugía salva vidas: mediante la creación de la lista de verificación quirúrgica como herramienta para mejorar la seguridad en cirugía, en el año 2008. (World Health Organization 2015).

En el año 2006 el Consejo de Europa solicitaba a los países a desarrollar políticas, estrategias y programas para mejorar la seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias. En el año 2009 La Comisión de Europa lanzó las Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) en el año 2005 decidió en concordancia con las recomendaciones internacionales, desarrollar una estrategia de seguridad del paciente para el SNS en colaboración con las comunidades autónomas. Esta estrategia estaba orientada a mejorar la cultura y la gestión del riesgo sanitario, la formación de los profesionales, la implementación de prácticas seguras, la implicación de los pacientes y ciudadanos y la participación internacional. Pasados diez años de desarrollo de la estrategia, el MSSSI se plantea la actualización de la misma desde un periodo que abarca desde año 2015 a 2020, siendo una continuidad de la anterior y las líneas estratégicas que se proponen están basadas en las actuales recomendaciones internacionales y las necesidades manifestadas por las comunidades autónomas.

Las líneas estratégicas del plan nacional de seguridad del paciente están encaminadas a seguir los siguientes principios básicos: cultura de seguridad, factores humanos y organizativos, las prácticas clínicas seguras, la gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes, la participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad, la investigación en seguridad del paciente y la participación internacional.

El departamento de Seguridad del Paciente de la OMS creó el programa La Cirugía Segura Salva Vidas, cuyo objetivo fue disminuir los de efectos no deseados en la cirugía y el número de defunciones de origen quirúrgico en todo el planeta. Dicho programa pretende abordar cuestiones de seguridad en el que se ha comprobado que son problemas habituales, evitables y que comportan un riesgo importante para la salud del paciente. Estas cuestiones están relacionadas con las inadecuadas prácticas de seguridad anestésicas, las infecciones quirúrgicas y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico.

Como solución a este problema, la OMS lanza una Lista de Verificación (Checklist) cuyo objetivo es reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentas la comunicación y el trabajo en equipo. Se trata de una herramienta dirigida a los profesionales que componen el equipo quirúrgico para mejorar la seguridad en la cirugía y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias. La Lista de Verificación está dividida en tres fases, cada una correspondiente a un período de tiempo concreto durante la intervención:
- Antes de la inducción de la anestesia, con el enfermero y el anestesista, como mínimo.
- Antes de la incisión cutánea, con el enfermero, el anestesista y el cirujano.
- Antes de que el paciente salga del quirófano, con el enfermero, el anestesista y el cirujano.

Dichos pasos han de confirmarse verbalmente por el profesional encargado de la lista, con el fin de garantizar la realización de las actuaciones de cada uno. La función principal de dicha lista no es exclusivamente escrita, si no que para que sea exitosa es necesaria también la interacción verbal entre los miembros del equipo quirúrgico.

2 Objetivos

Analizar y describir los Efectos Adversos e identificar las causas que llevan a los TCAES y resto de profesionales sanitarios a cometer errores asistenciales en el

área quirúrgica y fomentar el trabajo en equipo dentro del área quirúrgica para conseguir una mejor asistencia sanitaria y la máxima seguridad para el paciente.

3 Metodología

Se han consultado las siguientes bases de datos y buscadores: Medline,Scielo, PubMed, Google Académico , Dialnet Índice Médico Español y las Guias de Seguridad del paciente (OMS, SNS y MSSSI).

Los descriptores utilizados han sido: área quirúrgica, seguridad del paciente, errores quirúrgicos, efectos adversos.

Como criterios de inclusión, se han utilizado: artículos, textos con información adecuada al tema referido y libros científicos exceptuando toda documentación a la que no se tuviera acceso al texto completo o la información en la que su contenido resultase obsoleto.

Como criterios de exclusión, se han determinado aquellos que no cumplían los criterios de inclusión, aquellos en los que los documentos aparecían duplicados y aquellos en los que el acceso a su información implicase suscribirse o efectuar un pago para acceder a ella.

4 Resultados

Los estudios consultados en este trabajo coinciden en la alta prevalencia de los errores asistenciales cometidos en el área quirúrgica y más de la mitad podrían ser evitables.

Según datos de la OMS un 25% de los pacientes quirúrgicos sufre complicaciones postoperatorias siendo el 50% de las mismas evitables. En España el estudio ENEAS determina que los tipos de EAs producidos en el Área Quirúrgica son los que se citan:
- Relacionados con los cuidados: 6,7% 2.
- Los relacionados con la medicación: 22,2% 3.
- Los relacionados con la infección nosocomial: 29,2%
- Los relacionados con un procedimiento: 37,3% 5.
- Los relacionadas con el diagnóstico: 2,9%

Los EAs más frecuentes en cirugía fueron los relacionados con la infección y con los procedimientos quirúrgicos.

Se recogen las recomendaciones de las guías de salud para fomentar el uso de intervenciones y estrategias con el objetivo de reducir las complicaciones en cirugía. Como respuesta a estos problemas se ha implantado a nivel nacional la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad de Paciente Quirúrgico del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en "Guía Salud".

5 Discusión-Conclusión

Existe una evidencia clínica de la presencia de efectos adversos o número de errores en la práctica asistencial hospitalaria en el área quirúrgica, en algunos casos se traducen en secuelas importantes o incluso en la muerte del paciente. Debe tenerse en cuenta, que el quirófano es un lugar de riesgo para el paciente y que los profesionales que componen el equipo quirúrgico tienen la obligación de realizar una cirugía segura mediante el conocimiento de los procedimientos clínicos dirigidos a garantizar la seguridad del paciente, y llevar a la práctica las recomendaciones derivadas de las guías de práctica clínica, y de esta forma prevenir errores que son evitables dentro del quirófano.

Todo el equipo quirúrgico de trabajo debe mantener una buena comunicación y coordinación para poder llevar a cabo el principal objetivo en la atención al paciente, su seguridad.

6 Bibliografía

- Aranaz, J.M., Aibar, C., Vitaller, J., Ruiz, P. (2006). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Depósito legal
- Aranaz-Andrés, J.M., Ruiz-López, P., Aibar-Remón, C., Requena-Puche, J., Agra-Varela, Y., Limón-Ramírez, R., Gea-Velázquez, M.T et al. (2007). Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en hospitales españoles. Cir Esp, 82(5), 268-77.
- Baker, R.G., Norton, P.G., Flintoft, V., Blais, R., Brown A, Cox J, et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. JAMC, 170, 1678-86.
- Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., Hebert, L., Localio, A.R., Lawthers, A.G

et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med, 324, 370-6.
- Conocimientos, investigación y prácticas en el campo de la salud. Volumen I 35 Council of Europe; 2006
- European Comission. Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Diario del Consejo de la Unión Europea 9 de junio de 2009 (2009/C 151/01).
- Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.p.1-170. González-Hermoso. (2001).
- Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. Cir Esp, 69, 591-603.
- Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: La cirugía segura salva vidas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015-2020).
- Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. The Joint Comission. (2007). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Soluciones para la seguridad del paciente, 1, 1-3
- McL Wilson, R., William, B., Runciman, R., Gibberd, W., Bernadette, T., Harrison, L., y Hamilton, J.D. (1995). The Quality in Australian Health Care Study Med J Aust, 163, 458-471.
- Vincent, C., Neale, G., Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ, 322, 517-9.

Capítulo 539

CUIDADOS HOSPITALARIOS AL PACIENTE TERMINAL.

LUCÍA SIABA GARCÍA

SARA DIAZ LARREA

SANDRA ISORNA GONZALEZ

MARTHA CHAVEZ VILLAVICENCIO

KENIA MESA DELGADO

1 Introducción

Durante la vida de las personas se suceden diferentes etapas, la niñez, adolescencia así como también la ancianidad. En esta última etapa es donde nos encontramos con mayor índice de enfermedades terminales, aunque no es la única etapa en la que pueden aparecer. Cuando hablamos de enfermedad terminal, nos referimos a una enfermedad que no tiene cura posible y que pasado un periodo de tiempo no demasiado extenso, esta finalizará con el fallecimiento del paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer los diferentes métodos o cuidados a realizar.

Objetivo secundario:

- Analizar la efectividad de los cuidados que son prestados a pacientes terminales hospitalizados.

3 Metodología

Se realiza un estudio de 40 casos de pacientes (tanto hombres como mujeres) en estado terminal en la planta de medicina interna, comprendidos entre 60 y 95 años. Cada paciente tiene unas características diferentes, así como también diferentes patologías (en muchos de los casos afectados por cáncer o enfermedades respiratorias). Palabras clave: enfermedad terminal, dolor, bienestar psicológico.

4 Resultados

Los resultados evidencian que el estado de conciencia varía y especialmente se pierde en los pacientes de mayor edad. Funcionalmente la mayoría de ellos han perdido gran autonomía exceptuando algunos pacientes que padecen cáncer. Mentalmente influye en gran medida la estimulación cognitiva y el afecto que aportan tanto los familiares como los profesionales que les atienden. En muchos casos el malestar físico y la no aceptación de la situación influye negativamente. Es una realidad que para una estancia hospitalaria de calidad y en mejores condiciones hay que tener en cuenta tanto el bienestar físico (que se trata con analgesia, hidratación) como el bienestar psicológico (apoyo emocional, habla con ellos, preguntarles como se encuentran) y el bienestar social (visitas o implicación del personal sanitario).

5 Discusión-Conclusión

Puesto que nos enfrentamos a una enfermedad que no tiene cura, lo que podemos conseguir con los cuidados al paciente terminal es una estancia hospitalaria mucho más agradable, humanizada y confortable. Tanto con los cuidados de enfermería (alimentación, aseo, apoyo psicológico) como con el mobiliario y el entorno hospitalario que rodea al paciente. Además puesto que se mejora el estado de ánimo del paciente podemos alargar en mayor o menor medida la vida del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 540

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA A UN PACIENTE ONCOLÓGICO.

ELISA LOMBARDERO AGUADERO

LEONOR MARÍA ALONSO MADERA

SUSANA CORUJO DÍAZ

AINHOA SAIZ CANO

LAURA DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

La edad es el factor de riesgo que más se asocia al desarrollo del cáncer en la población según distintas teorías que relacionan el envejecimiento y el cáncer, lo que hace aumentar la frecuencia del paciente oncogeriátrico con el sucesivo tratamiento anticanceroso y las consecuencias adherentes (Ries, 2000).

La población cada vez es más envejecida gracias a los adelantos tecnológicos y en la sanidad, a la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad infantil junto a la mejora de las condiciones en los hábitos de vida saludable. Por ello, la población de edad más avanzada se enfrenta a diferentes patologías y problemas propios del envejecimiento, destacando el cáncer.

Un anciano tiene más probabilidades de sufrir el deterioro de sus funciones motoras, entre otras, muy importantes para llevar a cabo el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, que requieren un control y manejo multidimensional, con una extensa valoración y tratamiento adecuado, donde el abordaje sanitario es clave para la prevención y planificación de cuidados (De Alba, 2001).

Se denomina anciano frágil o de alto riesgo, al estado que evidencia la perdida fisiológica y que reúne una serie de condiciones o criterios clínicos, asistenciales o sociales que le hacen especialmente vulnerable a la presencia de enfermedad complicaciones. Esto conlleva a una disminución de la adaptabilidad y a un aumento global de la mortalidad, vinculados con un incremento en la presencia de enfermedades y complicaciones ligadas al tratamiento anticanceroso (Cadena, 2012).

Los cuidados del paciente de edad avanzada con cáncer requieren una metodología asistencial más específica por las características del paciente, ya que suele cursar con debilidad generalizada, fragilidad nutricional, depresión, ansiedad, aislamiento y alteraciones del sueño. El dolor es un síntoma muy habitual en los pacientes geriátricos oncológicos, un 90% de ellos lo sufren en las fases finales de la patología. Todo esto, requiere un manejo multidimensional, con un alto porcentaje de valoración independiente y tratamiento adecuado (CabezónGutiérrez, 2015).

Según Orem:" El autocuidado es la práctica de las actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud, y el bienestar.". Además, Orem afirma que el personal de enfermería puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, educar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo (Orem, 2007). Según la Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento activo implica la promoción de la salud, a través de la reducción de factores de riesgo y el fomento en la participación en todos los aspectos de la sociedad, para garantizar la seguridad e incluir la protección de las necesidades y derechos como personas mayores (OMS, 2005).

Por ello, es necesario que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva ciclo vital orientado a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración (OMS, 2001).

Con ello se podrá prevenir el deterioro funcional, y aumentar la expectativa de

vida activa o libre de incapacidad. Y, cuando éste se ha producido, recuperar el nivel de función previo con el objetivo de que las personas puedan permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible (Saliba, 2001).

2 Objetivos

- Analizar las características del paciente anciano oncológico y la importancia de realizar una valoración integral con los diferentes métodos, para llevar a cabo un plan de cuidados personalizado.
- Garantizar la mayor autonomía y calidad de vida posible.

3 Metodología

Se ha realizado una lectura de datos académicos y bases de datos científicas en los buscadores Medline, SCielo, Lilacs, Google Académico y PubMed. Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía en el período comprendido entre el año 2000 y el 2014. Los descriptores utilizados han sido: "supervivencia", "cáncer", "Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería", "calidad de vida" y "anciano oncológico". Los criterios de exclusión han sido paciente oncogeriátrico en fase terminal y paciente oncológico menor de 65 años.

4 Resultados

Con el envejecimiento de la población como situación históricamente nueva, se plantean una serie de problemas en las personas ancianas y tal y como refleja la literatura, la relación del desarrollo del cáncer con la edad es una evidencia. Entre ellos destacan el cáncer de próstata, que se ha convertido en el cáncer más frecuente en varones ya que uno de cada 7 hombres mayores de 75 años desarrollará un cáncer de próstata. Por otro lado, el cáncer de colon alcanza el segundo tumor más frecuente en ancianos y causa 13.000 fallecimientos anuales en España. Una de cada 15 mujeres mayores de 75 años desarrollará un cáncer de mama. Y el cáncer de cuello de útero en mujeres mayores de 65 años, representan aproximadamente el 25% del total de los casos y alcanza el 40% de las muertes por cáncer de cerviz (Bixquert, 2006; Jemal, 2007; Kerlikowske, 1999; Walter, 2005).

Así pues, la supervivencia global es estadísticamente menor en el adulto mayor con cáncer, debido con mayor probabilidad de morir por causas relacionadas a la edad avanzada que por causas relacionadas con el cáncer (Balducci, 2006). En la

población anciana son más relevantes la prevención secundaria y la terciaria, al ir enfocadas a la prevención de incapacidades (De Alba, 2001). Por otro lado, el envejecimiento activo es la mejor receta para prevenir la dependencia (Lesende, 2007).

Los cuidados paliativos del técnico en cuidados auxiliares de enfermería se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende tanto la atención de los aspectos físicos, como emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal: siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y su familia, y los medios terapéuticos, el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación cuando estemos delante de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico y con una muerte previsible a corto plazo.

La valoración geriátrica integral es la mejor herramienta para revelar problemas funcionales en el anciano. El manejo estándar del cáncer puede aplicarse a cualquier paciente, con independencia de la edad, sin embargo, el plan de tratamiento y de intervenciones geriátricas tiene que valorarse de forma individual en función a las características de cada paciente. Por este motivo, se necesitan programas especiales de educación durante la formación sanitaria, así como programas de formación continua (Terret, 2004).

Para realizar un plan integral de cuidados en el anciano, es necesario un conocimiento amplio de las distintas esferas que conforman sus hábitos de vida. Sin embargo, en la actualidad no existe un consenso claro entre los oncólogos para evaluar el estado global de salud de un anciano, ni su estado funcional, pero cuentan con algunas escalas para utilizar en el adulto mayor con cáncer. El índice de Karnofsky (IK) o el índice del grupo Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). Gracias a estas escalas, se puede elaborar un plan de tratamiento y cuidados puesto que se consigue estimar el estado funcional del paciente, así como predecir la toxicidad al tratamiento y la supervivencia (Motzer, 2004).

Existen multitud de escalas de valoración geriátrica para medir el grado de dependencia o riesgo en las diferentes esferas de la vida, y poder realizar un plan de cuidados personalizado sin ser un método exclusivo. El Índice de Barthel o el Índice de Katz en la valoración de las actividades de la vida diaria (AVD). En España también se usa un índice global de incapacidad física desarrollado por la Cruz Roja como escala de incapacidad física o psíquica. Para la valoración del deterioro cognitivo el Mini-examen cognoscitivo, la escala de demencia de Blessed,

o el Test ADAS-COG para la evaluación de la enfermedad de Alzheimer. El Set-tes de Isaacs puede ser una opción en personas analfabetas. Para la marcha/equilibrio la escala de Tinetti y el Cuestionario de caídas. También encontramos escalas de depresión y ansiedad como la Escala moral de Philadelphia o el test depresión-ansiedad de Goldber o el test depresión Yesavage. Además, encontramos para la conducta, la valoración conducta indeseable COBRA, escalas de comunicación y sociales como la escala de recursos sociales para ancianos, Escala de recursos sociales. OARS (Abizanda, 2010).

Los cuidados del equipo de enfermería también se basan en predecir complicaciones y efectos secundarios del tratamiento del cáncer, estimar la supervivencia y la esperanza de vida, ayudar en la toma de decisiones sobre el tratamiento a ampliar, detectar problemas graves del anciano que no se encontrarían en una valoración ni exploración física rutinaria, identificar y tratar nuevos problemas que van surgiendo en el seguimiento del paciente, mejorar el estado mental y de bienestar y mejorar el control del dolor (Wieland y Hirth, 2003).
Además del dolor, que también se manifiesta en muchas ocasiones como un síntoma de las enfermedades osteoarticulares, los geriatras afrontan problemas como "alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas, hospitalizaciones prolongadas que derivan en inmovilidad, malnutrición, demencias, síndromes confusionales o delirium, trastornos del sueño, polifarmacia, incontinencia, estreñimiento y problemas dentro de la familia" (Casas, 2015).

El abordaje integral de los problemas de salud alcanza gracias a la ayuda de equipos móviles, una atención sanitaria de mayor calidad a las personas dependientes en el hogar, así como prestar apoyo y formación a los cuidados (Walter, 2001). El análisis de los factores de riesgo de caídas, y dentro de ellos la evaluación de la marcha, permite identificar a los ancianos más susceptibles de caer y poner en práctica las medidas preventivas adecuadas (Martínez y Romero, 2015).

El síndrome de inmovilidad se define como el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. El deterioro, consecuencia de la inmovilidad en adultos mayores, puede ser irreversible, provocando la pérdida permanente de la función motriz, si no se realiza una intervención terapéutica en forma oportuna. Los músculos mayormente afectados son los encargados de la postura erguida y el movimiento. Entre las causas de la inmovilidad se encuentran las reacciones secundarias de algunos fármacos, dolor, mala nutrición, depresión, falta de motivación, daño sensorial y temor a las caídas por enfermedad o torpeza motriz (Oghalai, 2000).

Entre los ámbitos de actuación de la medicina geriátrica, se hallan, tal como indica Sorando (2012), "las patologías crónicas o agudas, ya que abordamos a la persona mayor desde una perspectiva global, paliando en lo posible los síntomas y actuando para que el mayor realice todas las actividades que están todavía a su alcance".

Los resultados de la valoración integral son aspectos en los que "una adecuada intervención geriátrica, realizada por especialistas, puede añadir un beneficio notable a la calidad de vida del mayor y, en muchos casos, a la calidad de vida de sus cuidadores, que son también víctimas de muchas incertidumbres, tensiones y estrés" (Sorando, 2012).

5 Discusión-Conclusión

Un gran porcentaje de la población adulta mayor en las últimas décadas de la vida, demuestra un amplio margen en la mejora de la calidad de vida, pudiendo desempeñar diferentes roles de la actividad vital ligada a su edad o condiciones funcionales. Para ello, se deben determinar en materia de prevención y fomento del envejecimiento activo, aquellos déficits resultantes de la valoración en las distintas esferas del anciano en las que se demuestra fragilidad o riesgo. Así pues, ante la necesidad de elaborar un programa preventivo en pacientes susceptibles frente a circunstancias de riesgo, surge como herramienta principal y medio para mejorar la calidad de vida del paciente oncogeriátrico, la valoración geriátrica integral (Kumar, 2010).

Los resultados en materia de cuidados sanitarios en referencia a la fragilidad, ponen en evidencia el complicado manejo del cáncer, resultante del vasto impacto negativo relacionado al desarrollo y pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, junto con el equipo multidisciplinar identifican las necesidades y problemas resultantes de la situación del paciente, pudiendo observar cambios y predecir su evolución y mortalidad de manera independiente a la edad y estado de la enfermedad. Así como ayudar al anciano con cáncer a llevar a cabo acciones de autocuidado propias de la vida diaria para conservar la autonomía, la salud y la vida, reforzando el envejecimiento activo con la promoción de salud mediante acciones de motivación, cambio de comportamiento y educación en salud (Saliba, 2001).

6 Bibliografía

- Abizanda, P., Paterna, G., Martínez, E., y López, E. (2010). Evaluación de la comorbilidad en la población anciana. Utilidad y validez de los instrumentos de medida. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 45(2), 1928.
- Balducci, L. (2006). Management of cancer in the elderly. Oncology, 20(2), 135-143.
- Bixquert, M. (2006). Diagnóstico precoz Del cáncer colorrectal: ¿Programas de reducción de demora diagnóstica o, mejor, de cribado? Rev Esp Enferm Dig, 98(3), 15-21.
- Cabezón-Gutiérrez, L., Gómez, J., Pérez, J., Viloria, M.A., Álamo, C., y Gil, P. (2015). Actualización del dolor oncológico en el anciano. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 50(6), 289-297.
- Cadena, M.O., López, J.H., Insuasty, J.S., Santacruz, J.G., y Becerra, H. (2012). Importancia de la valoración geriátrica integral en el manejo de pacientes con cáncer. MED.US, 25(2), 121-128.
- Casas, A., Cadore, E.L., y Martínez, N. (2015). El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 50(2), 74-81.
- De Alba, C., Gorroñogoitia, A., Litago, C., Martín, I., y Luque, A. (2001). Actividades preventivas en los ancianos. Actualización 2001 PAPPS. Aten Primaria, 28(2),161-168.
- Lesende, I., Zurro, A., Prada, C., y Aguilera, L. (2007). Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. Rev Esp Geriatr Gerontol, 42(2), 4-6.
- OMS (2001). Health and ageing: a discussion paper. WHO. Departamento de Promoción de la salud, Prevención y Vigilancia de las Enfermedades no Contagiosas.
- Orem, D. (2007). Teoría del déficit de autocuidado. En: A. Marriner y M. Raile (6ª ed.) Modelos y teoría en enfermería (pp. 267-295). España: Elsevier.

Capítulo 541

CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE LA HIPOGLUCEMIA PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA.

LIDIA SUAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad que se caracteriza por un aumento de la concentración de la glucosa en la sangre debido a que el páncreas no produce, o el organismo no utiliza, la insulina de forma adecuada. Es una enfermedad muy común ya que estudios recientes confirman una prevalencia del 13,8%. Es decir de cada 100 personas 14, tienen diabetes.

2 Objetivos

- Saber reconocer los síntomas y poder prevenir las hipoglucemias.
- Proporcionar una educación sanitaria de calidad a los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado diversas guías clínicas entre los años 2016-2019 y artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La hipoglucemia es un descenso de los niveles de glucosa en sangre por debajo de 70 mg/dl. Los síntomas más frecuentes son frio, temblor, sudor, falta de coordinación, visión borrosa,... Esto puede deberse a un retraso en el horario de las comidas, haberse administrado más cantidad de insulina. Hacer mas ejercicio de lo habitual o esta enfermo.

¿Qué hacer? Se debe aplicar la regla del 15. Ingerir 15 g de glucosa. Esperar 15 minutos y hacer una nueva toma (si los valores siguen bajos , volver a tomar 15g de glucosa). Si se ha perdido el conocimiento nunca hay que dar nada por boca, sus familiares deben inyectarle glucagón y avisar inmediatamente a los servicios sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Conocer los niveles de glucosa en sangre es muy importante porque nos ayuda a llevar a cabo un autocontrol de su diabetes, lo que ayudara los profesionales sanitarios en el seguimiento del tratamiento. Es importante que los pacientes lleven siempre uno o dos sobre de azúcar , caramelos , fruta etc.. Para tratar una hipoglucemia en cualquier sitio. El mejor tratamiento de las hipoglucemias es una buena prevención. Son una situación excepcional pero si sucede hay que saber como actuar.

6 Bibliografía

- Diabetes: guía para personas afectadas y cuidadoras (2º Ed) Sevilla. España Ed. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Guía de atención de enfermería a personas con diabetes 2º edición . Servicio Andaluz de Salud.
- Guía para las personas con diabetes , familiares o cuidadores. Ascensia Diabetes Care. Hospital Universitario de Barcelona Clinic.

Capítulo 542

RIESGOS QUIRÚRGICOS A LA HORA DE ENTRAR A UNA CIRUGÍA.

HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL

PATRICIA CORRALES REY

MARIA DOLORES LORENZO GARCIA

1 Introducción

El riesgo quirúrgico es la posibilidad de que ocurran eventos adversos, como consecuencia del desarrollo de un procedimiento quirúrgico. Al plantear un procedimiento quirúrgico interviene en forma determinante la evaluación del riesgo al que se expone el paciente al ser intervenido.

La alud es una condición fisiológica y psicológica ideal que puede experimentar un individuo en su máxima expresión. Por otro lado, la enfermedad es la incapacidad para contrarrestar adecuadamente los estímulos fisiológicos que alteran la homeostasis corporal. Otros factores como las anomalías congénitas, las infecciones o los traumatismos, interfieren en el camino hasta alcanzar una salud y calidad de vida óptima.

Como ciencia y arte, la cirugía es la rama de la medicina que trata de la asistencia preparatoria del paciente, comprendiendo actividades de preparación preparatoria, juicio y manejo intraoperatorios y cuidados postoperatorio. Como disciplina, la cirugía combina el tratamiento médico con el tratamiento intervencionista. Las indicaciones frecuentes para las intervenciones quirúrgicas incluyen la cor-

rección de los defectos, la alteración de la forma, la restauración de la función, el diagnóstico y/o tratamiento de las enfermedades.

2 Objetivos

- Valorar la morbilidad y mortalidad en nuestro medio del riesgo quirúrgico.
- Conocer su frecuencia e importancia, así como sus factores de riesgo, con vistas a una cuidadosa preparación preparatoria, así como a una correcta valoración pronóstico postoperatoria y eventual tratamiento de sus complicaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Todo médico, y por todo ello todo especialista quirúrgico y todos los profesionales de la salud, debe investigar, pues se trata de un imperativo ético el tener interés por la mejora de la atención a sus pacientes, tratando de lograr disminuir el dolor, conseguir un más rápido restablecimiento, con menores riesgos y mejores resultados, menores secuelas, todo ello con un menor coste económico y en resumen, con más calidad.

5 Discusión-Conclusión

La protección del personal trabajador en el área quirúrgica es tan importante como la del propio paciente. Los riesgos laborales en esta área son complejos, variados y requieren de un abordaje minucioso (calzado, uniformes, gasas, radiaciones, incendios, malas posturas, alergias, etc). De entre todos ellos el biológico es el más preocupante por sus consecuencias. Se debe de concienciar al personal de que es una urgencia e iniciar el tratamiento post-accidente inmediatamente,

así como su notificación y constancia del mismo. Y que el mejor tratamiento es el cumplimiento de las medidas preventivas protocolizadas.

Sé estan utilizando, términos como autoridad, seguridad, trabajo en equipo, todo ello nos hace pensar que implantación de la prevención en riesgos laborales es cada vez más robusta y extendida en la área quirúrgica. Pero no sólo tiene lugar la actividad quirúrgica en los hospitales convencionales, también puede desarrollarse en medios hostiles como pueden ser los conflictos bélicos y catástrofes.

En ellos la sanidad militar tiene gran experiencia y nos brinda otra visión muy diferente de la que conocemos en el medio hospitalario habitual. Utiliza la técnica Denia cirugía de control de daños donde prima la filología sobre la anatomía, la vida frente al miembro. Dado el entorno y la gravedad donde se desarrollan los hechos.

En ella destacan principios como la rapidez de actuación en el lugar del conflicto o catástrofe, la seguridad a todos los niveles, la eficacia del trabajo y el aprovechamiento de los medios disponibles en ese momento. En cuanto a la seguridad del paciente en el quirófano podemos utilizar herramientas que no incrementen el gasto y optimizan la calidad de la asistencia sanitaria. El conocimiento y las nuevas tecnologías avanzan vertiginosamente y por ello es casi imposible no cometer errores humanos, a pesar de ser ”expertos ” en la técnica y la materia. Por eso debemos utilizar herramientas como el checlist dentro del trabajo en equipo, mejorando con ello la seguridad de los pacientes.

Los riesgos de la cirugía (es decir,la probabilidad de que la cirugía cause la muerte o un problema grave) depende del tipo de cirugía y de las características de la persona. Los tipos de cirugía que tienen mayor riesgo son:
- Cirugía cardiaca o pulmonar.
- Cirugía hepática.

Las cirugías abdominales que necesitan mucho tiempo para poder completarse contienen mayor riesgo de que se produzca una hemorragia importante:
- Extirpación de la glándula de la próstata.
- Intervenciones mayores en los huesos y las articulaciones (por ejemplo reemplazo de cadera).

Por lo general, cuando peor es el estado de salud de una persona, mayor es el riesgo de la cirugía. Algunos problemas de salud que aumentan el riesgo quirúrgico son:

- Antecedentes de cardiopatía coronaria (coronariopatía).
- Antecedentes de insuficiencia cardiaca.
- Antecedentes de ictus o accidente sistémico transitorio.
- Síntomas de dolor torácico causado por enfermedades de las arterias coronarias (angina).
- Desnutrición (frecuente en personas mayores internados en establecimientos sanitarios).
- Enfermedades graves del pulmón o hígado.
- Nefropatía crónica.
- Sistema inmunitario debilitado (por ejemplo debido al tratamiento con corticoesteroides a largo plazo).
- Diabetes que necesita tratamiento con insulina.
- Obesidad.

Los riesgos suelen ser más elevados en personas de edad avanzada, sin embargo depende más del estado de salud general que de la edad. Las enfermedades crónicas que aumentan el riesgo de la cirugía, así como otras alteraciones que pueden solucionarse con tratamiento (como la deshidratación, las infecciones, los desequilibrios en los fluidos corporales y electrólitos y en particular la insuficiencia cardiaca y la angina) deben controlarse lo mejor posible mediante tratamiento antes de una operación.

6 Bibliografía

- Metodología estadística en Ciencias de la Salud.
- Google Académico.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 543

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO.

YUREMA PEREZ GUTIERREZ

1 Introducción

Una úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejidos subyacentes causada por la combinación de factores intrínsecos y extrínsecos como la presión, la fricción y el cizallamiento.

El riesgo de padecer estas úlceras es más elevado cuando el paciente se encuentra con movilidad limitada o encamado, debido a ciertos factores, los cuáles pueden ser intrínsecos: cuando dependen directamente de una afectación que sufre el paciente como por ejemplo un déficit neurológico ó extrínsecos: cuando dependen del ambiente en el que el paciente se encuentre como por ejemplo la humedad.

A nivel hospitalario se estima que nueve de cada diez pacientes ingresados independientemente de su edad padezcan de úlceras por presión.

La prevención de las úlceras por presión es responsabilidad del personal de enfermería, tanto enfermeras como TCAE, llevándola a cabo en los lugares donde se trabaja, así como educando a los familiares y cuidadores a cómo realizar una correcta prevención de las lesiones en su domicilio.

Las principales medidas de prevención de las UPP se basan en el manejo de la presión en las superficies en las que el paciente se encuentre encamado, la realización de cambios posturales a intervalos regulares y el uso de complementos al-

imentarios para aumentar la cicatrización y disminuir la malnutrición producida la pérdida de tejido muscular y graso.

2 Objetivos

- Identificar las medidas para prevención de las úlceras por presión (UPP).

· Valorar la eficacia del uso de superficies de apoyo, los cambios posturales y la administración de complementos nutricionales en paciente encamados

3 Metodología

Se ha llevada a cabo una búsqueda de artículos científicos en castellano o con traducción disponible en Cochrane, Pubmed, Scielo, Google académico siendo seleccionados varios artículos.

4 Resultados

Las recomendaciones generales sobre la prevención de UPP están basadas en el uso de dispositivos que alternen la presión y dispositivos que disminuyan la presión en pacientes en riesgo de UPP, el uso de complementos alimentarios añadidos a la dieta diaria del paciente, la realización de cambios posturales en una frecuencia de 4 horas.

Sobre el uso de complementos nutricionales en la prevención de UPP, no existe una evidencia clara sobre que las intervenciones nutricionales reduzcan el desarrollo de úlceras por presión o que ayuden en su tratamiento, no es que no tengan ninguna función sobre las UPP, sino que el nivel de evidencia que existe es muy bajo y apoyan el desarrollo de nuevas investigaciones en este ámbito.

Respecto al uso de apósitos de manera profiláctica, los mejores son los apósitos hidrocoloides y los apósitos transparentes de poliuretano, aunque no existe evidencia de cuál es el más eficaz, ya que el apósito de poliuretano es más económico. Por último, sobre el uso de taloneras en pacientes en riesgo de UPP, se demuestra que son eficaces en la prevención, pero sin suficiente evidencia todavía para decidir cuál es el mejor material.

Sin embargo, el uso de colchones que disminuyen la presión son una buena medida de prevención para las personas en riesgo de UPP, por lo que deben formar

parte del plan integral de prevención de UPP del paciente en riesgo, siendo así mismo fundamentales los cambios posturales en los pacientes de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son un importante problema relacionado con la calidad de los cuidados de enfermería, por lo que se debería tener un conocimiento amplio y desarrollado para su prevención.

Es de vital importancia utilizar medidas para evitar la aparición de las UPP, como son los cambios posturales, la hidratación y los colchones anti-escaras.

6 Bibliografía

- Ferrer Sola M, Espaulella Panicot J, Altimires Roset J, Ylla-Català Borè E, Moreno Susi M. Prevención de las úlceras de talón en un hospital de media estancia. Estudio comparativo de vendaje clásico almohadillado respecto a las taloneras hidrocelulares de poliuretano. Revista española de geriatría.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y heridas crónicas [Internet]. España: López-Casanova, P; 2016.
– Versión rápida de la guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. 2012.
– Prevention of pressure ulcers among people with Sinaloa Cord injury: a systematic review. American academy of physical medicine and rehabilitation. 2015.
– Restrepo Medrano JC, Guillermo Rojas J, Granada Gómez MA. Uso de ácidos grasos en la prevención de úlceras por presión y de extremidad inferior. AV. Enfermería. 2014.
– Servicio andaluz de salud, Consejería de salud. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. 2007. España.
– Vélez Díaz Pallarés M, Lozano Montoya I, Correa Perez A, Abraha I, Cherubini A, Souza R.L, et al. No pharmacological interventions to prevent or treat pressure ulcers in older patients: Clinical practice recommendations. Elsevier, European Geriatric Medicine. 2016.

Capítulo 544

INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE ANCIANO. CUIDADOS DEL TCAE

BEATRIZ PAÑEDA IGLESIAS

1 Introducción

Las enfermedades del sistema cardiovascular es una de las principales causas de fallecimiento en la población española. Por lo que conocer las señales de advertencia es fundamental. Estas son algunas de las patologías más comunes en los ancianos: arritmias, infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica, alteraciones vasculares periféricas, trombosis…

Son muchas las afecciones que provocan la insuficiencia cardiaca y no es posible revertirlas todas, pero con el tratamiento adecuado se pueden mejorar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Dentro de ese tratamiento se incluye el cambio del estilo de vida.

2 Objetivos

Conocer un poco más el tratamiento que se le debe dar a los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca por parte de los TCAE.

3 Metodología

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

4 Resultados

La insuficiencia cardiaca es la situación que se dan cuando el corazón es incapaz de bombear sangre al ritmo que le demanda su organismo. La causa de esta patología es multifactorial, el factor de mayor riesgo es la hipertrofia del ventrículo izquierdo. Suele tener un comienzo brusco.

El reconocimiento de los síntomas suele ser complicado por la coexistencia de más patologías y por la propia edad.Pueden observarse latidos rápidos e irregulares, edema en piernas , tobillos y pies, disnea, debilidad, cansancio, aumento de la presión venosa , falta de apetito ,nauseas y dificultad para concentrarse, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Algunos de los cuidados que prestará el tcae serán:
– Intentar educar al paciente y a su familia sobre la importancia de llevar un estilo de vida saludable y adecuado a las circunstancias personales.
– Hacer incapie en la importancia de acudir a las revisiones y llevar un control del la tensión arterial y del peso.
– Disminuir significativamente la ingesta de sal y de líquidos.
– Llevar un control de líquidos y diuresis. Así como de la ingesta
– Ejercicio regular y moderado. Ofrecerle alternativas de actividades, rutas seguras y si fuera preciso, ofrecer la posibilidad de apoyos a la deambulación.
– Restringir al máximo el reposo en cama.
– En la cama, la posición adecuada es Fowler o Semi Fowler

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000158.htm
- https://cardioalianza.org/las-enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca/
-https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.html
- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862109000242
-http://www.insuficiencia-cardiaca.com/insuficiencia-cardiaca/autocuidado-insuficiencia-cardiaca/81-consejos-insuficiencia-cardiaca.html

Capítulo 545

DIFICULTAD RESPIRATORIA

EVA MARIA ALCOBA SUAREZ

1 Introducción

La dificultad respiratoria o disnea es una sensación subjetiva de falta de aire , provocando sensación de ahogo, que incomoda al paciente. Una exploración completa del paciente es necesaria para valorar posibles patologías que debutan con disnea.

La dificultad respiratoria tiene muchas causas diferentes, por ejemplo, una obstrucción de los conductos de la nariz, la boca o la garganta puede llevar a que se presente dificultad respiratoria. La cardiopatía puede causar disnea si el corazón es incapaz de bombear suficiente sangre para suministrar oxígeno al cuerpo. De hecho, si el cerebro, los músculos u otros órganos corporales no reciben suficiente oxígeno, se puede experimentar una sensación de disnea. Algunas veces, el estrés emocional, como la ansiedad, puede llevar a que se presente dificultad respiratoria.

Para conocer las características de la disnea, lo primero de todo será realizar una detallada historia clínica. Después un completo examen físico, en donde se evaluarán de manera minuciosa, los pulmones, el corazón y las vías respiratorias altas.
Los exámenes de diagnóstico que pueden realizarse son:
- Pruebas de sangre, entre ellas, gasometría arterial.
- Medición de la saturación de oxígeno en la sangre (oxímetría del pulso).
- ECG y ecocardiografía.
- Radiografía del tórax.

- Pruebas de la función pulmonar.
- Prueba de esfuerzo.
- Tomografía de tórax.

2 Objetivos

En este capitulo realizaremos la valoracion clínica y y realizaremos la organización de un plan de cuidados.

3 Caso clínico

Antecedentes sociales y profesionales:
- Natural de Dubai, vive en España desde hace años, actualmente vive con su mujer en Quirós.
- Trabaja de jardinero.
- Exfumador desde hace un año, (40 paquetes al año).
- Bebedor ocasional.
- Tiene animales (gallinas y palomas).

Enfermedades Previas:
- NAMC.
- Hiperuricemia asintomática.
- Infarto isquémico de territorio profundo de ACM izquierda de probable etiología microangiopática.
-Reserción de carcinoma en espalda.
- Lumbalgia secundaria a osteoartrosis.

Exploración Fisica:
- COC, buen estado general.
- Eupneico.
- AP: sibilancias dispersas en ambos campos pulmonares.
- CCVV: TA: 131/79. FC 90, SAT basal O2 88%, Tª 38ºC.
- Abdomen anodino.

Historia Actual:
- Acude a urgencias por disnea desde ayer, de mínimos esfuerzos, con mialgias y deterioro del estado general.
- Fiebre de hasta 38º C.
- Refiere tos con escasa expectoración y sibilancias pulmonares.

- No dolor torácico, no clínica a otros niveles.

Pruebas complementarias:
- Radiografía de tórax: no condensaciones ni derrames pleurales.
- Analítica y gasometría sin alteraciones significativas.
- Micro: Hemocultivos pendientes, PCR gripe A positivo y gripe B y VRS negativo.

4 Discusión-Conclusión

Ingresa para tratamiento y estabilización tras escasa mejoría con tratamiento broncodilatador en la planta, para un seguimiento más exhaustivo.

5 Bibliografía

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

Capítulo 546

ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

JULIA COSTALES LOPEZ

TANIA CARCELEN REBOLLAR

MARIA ARANZAZU SUAREZ LIBERATO

MARIA BLANCA MASEDA GASALLA

1 Introducción

Las úlceras por presion (UPP) se definen como una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, producida cuando se ejerce una presión prolongada o fricción entre dos planos duros y tiene, como consecuencia, una degeneración rápida de los tejidos.

Constituyen uno de los problemas asistenciales más importantes en la actualidad. La aparición de UPP en los pacientes ingresados en el ámbito hospitalario agrava su estado general de salud, aumenta el riesgo de infección, eleva la incidencia de mortalidad en pacientes de edad avanzada y provoca una alteración del bienestar debido al dolor y a la impotencia funcional, lo que conlleva una pérdida de autonomía.

Antiguamente se consideraban como un proceso banal e inevitable en las personas de edad avanzada, especialmente aquellas en situación terminal o de inmovilidad, para pasar a considerarse en la actualidad un accidente asistencial previsible.

2 Objetivos

- Determinar el riesgo de padecer una UPP de cada paciente.
- Identificar y describir correctamente el estadio en el que se encuentra la UPP.
- Conocer y aplicar correctamente los cuidados orientados hacia la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las UPP, adoptando las evidencias científicas actuales, con el fin de disminuir su incidencia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Factores de predisposición
Son factores que, bien por los rasgos de la salud del propio paciente o bien por circunstancias exteriores a él, predisponen o determinan la aparición de UPP. Se pueden clasificar en factores extrínsecos e intrínsecos.

-Factores extrínsecos :condiciones que actúan sobre el organismo del paciente desde el exterior y que pueden inducir la aparición de las UPP si se mantienen en el tiempo. Los más significativos son:
·Presión: fuerza de aplastamiento de los tejidos que se provoca cuando los cambios de posición no son frecuentes, como resultado del soporte del cuerpo sobre una superficie dura. Conlleva el aplastamiento tisular.
·Fricción: roce provocado entre la piel y la superficie de soporte. Puede producirse por rozamiento sobre arrugas de la cama, o partículas extrañas a ella, y por movilizaciones inadecuadas del paciente.
·Humedad: esta unida al calor propio del organismo da lugar a la maceración de los tejidos. Puede ser consecuencia del sudor, de la orina o de las heces en una paciente incontinente y del secado defectuoso al realizar el aseo.

-Factores Intrínsecos: no pueden ser evitados fácilmente y son características o propios del paciente. Algunos de ellos pueden ser:

·Fisiopatológicos: Como consecuencia de diferentes problemas de salud (Lesiones Cutáneas, trastorno en el Transporte de Oxigeno, deficiencias nutricionales, trastornos inmunológicos, alteración del estado de conciencia, deficiencias motoras o sensoriales, incontinencia urinaria e intestinal…)
·Derivados del Tratamiento: Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos(dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores etc, tratamientos o fármacos que tienen acción inmunopresora, sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos…)
·Del Entorno: Falta de educación sanitaria de los pacientes, ausencia de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial, falta o mala utilización del material de prevención, intervenciones quirúrgicas con duración superior a tres horas, inmovilizaciones postoperatorias, ingresos prolongados en UCI, etc.

Localizaciones más frecuentes
Según los últimos estudios , el 37% de los pacientes desarrollaron una UPP en el sacro, frente a un 28% en el talón. El 4,4% desarrollaron úlceras iatrogénicas (en las orejas debido a mascarillas, gafas nasales, etc.). Otras localizaciones frecuentes de las úlceras iatrogénicas son: zona genital, muslos o zonas de roce de la sonda vesical, nariz, boca, cara, orejas, donde puede incidir la sonda nasogástrica, mecanismos utilizados para la aspiración, gafas nasales o mascarillas de oxigenoterapia. Zonas sometidas a férulas, escayolas o vendajes. Pies, debido a la utilización de material ortopédico. Zonas de sujeción (manos, brazos, piernas, pies) en pacientes con sujeción mecánica.

Clasificación de UPP
Suele realizarse en función de la profundidad de afectación de los tejidos y se estructura tradicionalmente en cuatro estadios:
Estadio I: Alteración observable de la piel íntegra,que se manifiesta con eritema cutáneo que no palidece al presionar.
Estadio II: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, la dermis o ambas. Tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
Estadio III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
Estadio IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, el hueso o las estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

Escalas de valoración de UPP

- Norton: considera cinco parámetros; estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico y es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo.
- Braden: consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices.
- Emina: Contempla cinco factores de riesgo; estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad, puntuados de 0 a 3 cada uno de ellos. Al igual que la Escala de Braden tiene una buena definición operativa de términos, lo que hace que disminuya la variabilidad entre interobservadores. El punto de corte se define en cuatro, aunque otras investigaciones sugieren que, para hospitales de media estancia, el punto de corte debería ser de cinco.

Prevención

·Valorar el riesgo de UPP mediante una escala.

·Cuidados de la piel :mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir la lesión,para ello se deberá inspeccionar de manera sistemática la piel una vez al día por lo menos, limpiar la piel con agua tibia y jabones neutros para minimizar la irritación y sequedad.Evitar la exposición de la piel a la orina y materia fecal mediante el uso de pañales desechables que se cambiarán con frecuencia. Reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición. Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad.Ejercicios pasivos y activos que incluyen desplazamiento para disminuir la presión sobre prominencias óseas.

· Cargas mecánicas: La cabecera de la cama debe encontrarse en el grado más bajo de elevación posible compatible con los problemas médicos. El uso de ropa de cama para mover al paciente disminuye las fuerzas de fricción y rozamiento. Deben realizarse cambios posturales cada 2-3 horas evitando el contacto directo entre las prominencias óseas con almohadas o cualquier otra superficie blanda. Los pacientes sentados deben cambiar el lado que soporta el peso cada 15 minutos si lo pueden realizar por sí mismos. Si no fuera así, se debe hacer sistemáticamente cada hora.

·Superficies de apoyo: diseñadas especialmente para el manejo de la presión, eliminándola o disminuyéndola al máximo. Así, las colchonetas, cojines o colchones de aire alterante son un ejemplo de este tipo de superficie. No hay que olvidar que estos dispositivos nunca sustituyen a los cambios posturales. En pacientes con

bajo riesgo de desarrollar UPP se colocarán dispositivos tipo colchoneta que se sitúan encima del colchón de la cama. Suelen ser estáticos.En pacientes con riesgo moderado se utilizarán colchonetas dinámicas que también se colocan encima del colchón. En pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP deben usarse colchones de aire alternante.

La prevención juega un papel primordial en el problema de las UPP. Unas adecuadas medidas preventivas pueden eliminar casi por completo el riesgo de aparición de una UPP, de ahí la importancia de conocerlas y aplicarlas correctamente.

5 Discusión-Conclusión

Las causas que desencadenan la aparición de las UPP pueden ser, en la mayoría de los casos, detectadas con antelación; el identificar los factores de riesgo es fundamental para aplicar las medidas preventivas.

Para prevenir las UPP es imprescindible la colaboración de todo el equipo multidisciplinar. Y es importante que el personal de enfermería lleve a cabo protocolos de actuación unificados en la prevención de UPP y los aplique de forma precoz.

6 Bibliografía

-Aguirre Aranaz R, Arejolaleiba Aguirrezabal M, Barberena Iriarte I, Martínez Martínez L, Urreba Oliván M. Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en hospitalización. Bilbao: Servicio Vasco de Salud; 2005.
-Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño; 2003. Disponible en: http://www.gneaupp.org/webgneaupp/index.php
-Protocolo y pautas de actuación: Directrices para el tratamiento de las úlceras por presión. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)
-Abad R, Gutiérrez A, Ubis A. Gestión de cuidados de enfermería; manual de usuario OsaNAIA. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza, Subdirección de Enfermería; 2013.
-National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Prevención y tratamiento de úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Perth, Australia: Cambridge Media; 2014.

Capítulo 547

HORA MÁGICA: IMPORTANCIA DEL SUEÑO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

BEATRIZ REQUENA PARADA

DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO

MARIA DEL MAR BARRO RIVERA

1 Introducción

"Un sueño de calidad es un sueño continuo, sin despertares ni fragmentaciones a lo largo de la noche. El sueño es una actividad vital para el ser humano, es imprescindible, además de ser necesaria fisiológicamente debido a su función reguladora de los biorritmos, garantizándonos el equilibrio entre las demandas internas y el mundo exterior. Si llegamos a conseguir un sueño profundo, se produce la restauración física y si alcanzamos la fase REM obtenemos la restauración cognitiva.

Para obtener un buen descanso, de forma general podemos decir que necesitamos dormir entre 7 u 8 horas profundamente, sin interrupciones. Este es el planteamiento ideal, pero si ya es difícil conseguir tener un sueño reparador en nuestra vida diaria, mucho mas si le añadimos el hecho de tener que conseguir este descanso estando hospitalizado.

El hecho de tener que afrontar un ingreso hospitalario, por si solo, supone un aporte de estrés que complica alcanzar un buen descanso. Si a ello le sumamos

todos los factores externos que acompañan a la vida nocturna hospitalaria, poder conseguir un buen descanso es una tarea casi imposible.

El descanso nocturno es fundamental para la recuperación, por ello varias instituciones hospitalarias intentan fomentar el descanso de las personas hospitalizadas, trabajando por concienciar al personal sanitario de la importancia de cambiar ciertos hábitos y con ello conseguir un mejor descanso del paciente, sabiendo todas las ventajas y beneficios que ello conlleva.

Hay una iniciativa que promueve "la hora mágica" que es el tramo que va desde las 12 de la noche hasta las 6 de la mañana, intentando fomentar un sueño ininterrumpido durante estas horas. Ya que el resultado de los estudios realizados sobre este tema, nos dicen que los pacientes que duermen por la noche menos de 5 horas tienen una posibilidad de morir cuatro veces mayor, que los que duermen más de estas horas.

Por todo ello, es muy importante trabajar para lograr conseguir un buen descanso, aunque ello a veces resulte casi imposible debido a la labor asistencial necesaria y obligatoria dentro de los hospitales, así como todos los factores externos que acompañan a la estancia hospitalaria, tales como:
• El ruido existente en la planta de hospitalización.
• Demasiada luz en las habitaciones.
• Entradas y salidas de los profesionales sanitarios en las habitaciones.
• Temperatura inadecuada.
• Cama poco confortable.
• Tener que dormir en un lugar extraño y compartiendo habitación con desconocidos.

Como vemos son muchos los factores que facilitan la interrupción del sueño, por lo que es muy importante que todo el personal que trabaja en la planta, médicos, enfermeros, técnicos en cuidados de enfermería, celadores… hagan lo que esté en su mano para interrumpir el descanso sólo cuando sea estrictamente necesario.

2 Objetivos

Estudiar y conocer la importancia del sueño en nuestros pacientes. Sensibilizar y concienciar al personal sanitario sobre la importancia de adoptar medidas de higiene del sueño en los hospitales.

3 Metodología

Se consulta a través del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), la campaña "SueñOn", pionera en esta iniciativa, así como estudios realizados por otras universidades sobre esta materia. Se busca información de los hospitales que participan en esta campaña, contrastando los resultados obtenidos una vez se aplican las medidas aconsejadas para conseguir alcanzar un buen descanso. Utilizando Google como motor de búsqueda principal.

4 Resultados

A veces sencillas medidas que pueden contribuir de forma muy significativa a conseguir el objetivo de obtener un buen descanso, como pueden ser:
• No interrumpir el sueño del paciente a no ser que sea absolutamente necesario, siempre que sea factible.
• Procurar que las persianas queden bajadas durante la noche, para evitar así que entre luz de la calle.
• Se debe conseguir en la unidad o planta el mayor silencio posible, evitando los sonidos innecesarios de dispositivos electrónicos.
• Cuando sea indispensable entrar en la habitación, utilizar una luz tenue, para intentar no interrumpir el sueño del paciente.

El Instituto de Salud Carlos III promueve la campaña "SueñOn" cuyo objetivo es concienciar a los profesionales sanitarios para que respeten y cuiden el sueño de los pacientes. Cada vez son más las instituciones hospitalarias que se van sumando a esta iniciativa, concienciándonos así, de la importancia de conseguir un buen descanso para obtener una mejor y más pronta recuperación.

Algunos hospitales que se han sumado al proyecto "SueñOn", han adoptado medidas muy sencillas con unos resultados muy positivos, como son:
• Colocar un semáforo que controla el nivel de ruido en la unidad.
• Programar, siempre que se pueda, las tareas de enfermería.
• Dotar de una lámpara al paciente con cuidados continuados, para evitar encender la iluminación total de la habitación.
• Equipar al personal de enfermería con una pequeña linterna para moverse entre los pacientes, cuando tengan que atenderlos en el turno de noche.
• Cambiar las ruedas de los carros de enfermería y de lencería por otras menos ruidosas.

Estas son algunas de las medidas adoptadas. Las instituciones sanitarias trabajan en seguir mejorando y para ello entregan a los familiares y enfermos unos cuestionarios donde les piden que indiquen el nivel de satisfacción sobre los cambios realizados, para poder seguir mejorando. Todo ello con el objetivo de conseguir que poder descansar en un hospital deje de ser una utopía y se convierta en una realidad.

La OMS asegura que no dormir lo necesario ya es una epidemia mundial, y que cada vez es mayor el reconocimiento del sueño en la salud pública. Algunos de los resultados de alcanzar unos buenos hábitos de higiene del sueño son:
• Mejora la concentración y la productividad
• Reduce el riesgo de enfermedades coronarias
• Disminuye el estrés
• Refuerza el sistema inmunológico
• Ayuda a adelgazar
• Mejora la actividad física
• Mejora el metabolismo

Son muchas las causas que alteran el sueño del paciente ingresado… cambiar los horarios de acostarse y levantarse, siestas demasiado largas, poca actividad durante el día, las rutinas y cuidados de enfermería, además de todos los factores externos que condicionan el descanso, como son la luz excesiva, el ruido, compartir habitación, cama no muy cómoda…Y si a todo esto le sumamos el miedo, el dolor, la desconfianza, preocupación, todo ello genera un abanico de circunstancias que favorecen un descanso muy poco reparador.

Trabajando por concienciar al personal sanitario de adoptar las medidas que estén en su mano y también de lanzar un mensaje a la población en general a través de los profesionales de la salud, sobre la necesidad de hacer lo que esté en su mano llegado el momento, se pretende conseguir los resultados positivos que se desprenden de conseguir dormir bien.

Son muchos los beneficios que se obtienen como resultado de un buen descanso. Entre otros se sabe que durante el sueño se resetea el cerebro, limpiando los restos acumulados durante el día. También está demostrado que un buen descanso retrasa enfermedades como el Párkinson o alzheimer, facilita la cicatrización de las heridas y activa el sistema inmunológico.

Por todo lo expuesto, no cabe ninguna duda que un paciente ingresado que consiga descansar durante la noche, será un paciente que afrontará su recuperación

de forma mucho mas positiva y efectiva que otro paciente que no lo consiga.

5 Discusión-Conclusión

El descanso y el sueño es biológicamente necesario para la salud de la persona. Con ello se consigue recuperar la energía consumida durante las actividades de la vida diaria. Cuando uno enferma, las necesidades del descanso y el de un sueño reparador, se hacen necesarias para los seres humanos, lo que nos lleva a concluir desde nuestro punto de vista sanitario, que son actividades de cuidados básicas y primordiales para las personas a nuestro cargo dentro de los centros hospitalarios.

Un estudio previo al ingreso de los factores que pueden afectar al mismo, así como el conocimiento de los hábitos que tiene la persona para dormir y poder asemejarlos durante su estancia en el hospital en la medida de lo posible, sería una medida importante y sin embargo no se incide sobre esta cuestión. La atención de los profesionales se centra en si toma o no fármacos para dormir y en controlar el dolor del paciente para así favorecer el descanso, perdiendo importancia en el registro de información del sueño del paciente, datos como pueden ser los hábitos normales del paciente para conciliar el sueño.

La acometida en los cuidados básicos para el descanso del paciente es fundamental y para ello es esencial la formación de los profesionales sanitarios en este campo, siendo las instituciones las que debieran formar al personal, ya que además de las innumerables ventajas que se obtienen alcanzando un buen descanso para la salud, como he indicado en esta exposición, se consiguen otros resultados importantes como puede ser disminuir la estancia hospitalaria con el beneficio que ello conlleva para la sanidad pública.

6 Bibliografía

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

Capítulo 548

RESECCION PULMONAR

EVA MARIA ALCOBA SUAREZ

1 Introducción

Llamamos resección pulmonar a la cirugía para reparar o extirpar tejido pulmonar. Hay muchas cirugías comunes del pulmón como:
- Biopsia de un tumor desconocido.
- Lobectomía: para extirpar uno o más lóbulos de un pulmón.
- Trasplante de pulmón.
- Neumonectomía: para extirpar un pulmón.
- Pleurodesis: cirugía para prevenir la acumulación o retorno de líquido al tórax.
- Empiema: cirugía para eliminar una infección en la cavidad torácica.
- Cirugía para eliminar sangre en la cavidad torácica, en particular después de un traumatismo.
- Neurotorax: cirugía para extirpar tejido similar a un globo (vesículas pulmonares) que causan colapso del pulmón.
- Resección en cuña: para extirpar parte de un lóbulo en un pulmón.
- Una toracotomía: es una incisión quirúrgica que el cirujano hace para abrir la pared del tórax.

2 Objetivos

Resolución Quirurgica de la lesión pulmonar y cuidados en postoperatorio inmediato.

3 Caso clínico

Historia Actual:
- Paciente de 47 años derivada del servico de Oncología Radioterápica porque durante el seguimiento de su patología oncológica de base se observa nódulo pulmonar en LID que ha experimentado cambios radiológicos sugestivo de lesión metastásica.

No clínica respiratoria.
Pruebas complementarias:
- PET/TC realizada 13/08/2019.

Cambios postquirúrgicos de reserción de masa retroperitonal, sin signos de recidiva.
Ganglios retroperitoneales subcentimétricos sin captación.
Quiste anexial izquierdo inespecífico.
Gánglio pretraqueal superior hipermetabólico de 0.8 cm sugestivo de benignidad.
Resto sin alteraciones.
TC TORAX-ABDOMEN-PELVIS realizado 13/11/2019.
Nódulo pulmonar en base derecha de 17 mm que ha aumentado de tamaño.
No hay adenopatías.
No hay hallazgos de recidiva en región abdomino-pélvica.
El quiste anexial izquierdo que ha crecido.
No hay otros hallazgos.
Bioquímica dentro de los parámetros.

4 Discusión-Conclusión

El paciente ingresa para intervención programada de extirpación de masa pulmonar.

5 Bibliografía

Medlineplus.
Datos obtenidos de la práctica diaría.

Capítulo 549

AISLAMIENTO HOSPITALARIO

MARIA DE LA PAZ BLANCO SUÁREZ

1 Introducción

En el aislamiento de un paciente es necesario conocer el tipo de infección que tiene para adecuar una serie de medidas que evitan la propagación de dicha infección. Las medidas de precaución empezaron a llevarse a cabo en los años 70, cuando el centro de control de enfermedades publicó un manual sobre unas técnicas de aislamientos hospitalarios, en las que en función del tipo de enfermedades se tomaban unas medidas adecuadas a ellas. En dicho manual se recogían 7 medidas a adoptar.

2 Objetivos

Determinar las medidas generales que se deben llevar a cabo en los diferentes tipos de aislamientos que se llevan a cabo en los pacientes hospitalizados.

3 Caso clínico

Paciente procedente de UCI que tras 30 días en su servicio ingresa en nuestra unidad con un MRSA (Staphylococcus Aureus Resistente a la Meticilina).

Se procede a realizar un aislamiento de contacto:
- Colocación de contenedor para deshechos y contenedor de objetos punzantes dentro de la habitación.
- Kit de aislamiento (termómetro, pulsioxímetro, esfingomanómetro y fonendoscopio, glucómetro..)

- Colocación en zona exterior de la habitación guantes y batas.
- Colocación de cartel informativo en la puerta de entrada a la habitación.
- Bote de antiséptico dentro y fuera de la habitación

4 Discusión-Conclusión

Conociendo la infección se adoptan las medidas adecuadas, evitando así la propagación de éstas.

5 Bibliografía

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

Capítulo 550

LAS FUNCIONES DEL TCAE EN EL POSOPERATORIO

ANA MARIA MENENDEZ MENENDEZ

1 Introducción

El TCAE tiene una función muy importante en la atención al paciente posoperado ya que colabora activamente en la recuperación, física y psíquica del paciente tras la intervención quirúrgica. Es una pieza más del equipo en coordinación con enfermería y apoya su actividad, en contacto con el paciente ofreciendo una atención integral y valorando sus necesidades y cuidados hasta su alta hospitalaria.

2 Objetivos

El objetivo principal es la atención al paciente en todos los cuidados que precise en cada momento desde que sale del quirófano para su recuperación satisfactoria y evitar que surgan complicaciones a lo largo de todo el proceso mientras esté hospitalizado.

3 Metodología

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

Palabras clave: Cuidados, posoperatorio, funciones, quirófano

4 Resultados

Los cuidados posoperatorios comienzan al final de la intervención y continúan durante la recuperación hasta que el paciente se va del centro. Los cuidados se clasifican según la etapa del posoperatorio (pueden ser inmediato que es el periodo más crítico y mediato o continuado, donde se valora el autocuidado y la educación sanitaria) y también según la evolución de paciente (puede ser normal y patológica que cursa con complicaciones).

El posoperatorio inmediato ocurre hasta que el paciente se recupera del efecto de la anestesia y sus constantes vitales están estables y se encuentra en la sala de reanimación donde los cuidados tienen su material específico para cada cama, como toma de oxígeno, aspirador, monitores, etc.

El TCAE en coordinación con la enfermera realizará funciones como la de recibir pacientes y recoger su historia clínica completa, acomodar al enfermo en la posición indicada por el médico, comprobar la ventilación pulmonar, tomar las constantes cada 10 ó 15 minutos, comprobar la coloración, temperatura y humedad de la piel, aplicar la escala Glasgow valorando el estado de consciencia, revisar la permeabilidad de sondas, sistemas de suero y drenajes y anotar las cantidades, buscar signos de hemorragia en el área de la intervención, mantener arropado, cómodo y alineado al paciente, colocar barreras de seguridad y, por último transmitir tranquilidad tanto al paciente como a su familia.

En el posoperatorio mediato el paciente se traslada a la planta de hospitalización, por lo que, el TCAE debe tener preparada su habitación con todo lo necesario. Debe de ir acompañado con la historia clínica. Cuando el paciente llega a la unidad, el equipo de enfermería hace una primera valoración general de su estado.

En este periodo hay que realizar otra serie de cuidados como son tranquilizar al paciente reduciendo su ansiedad, avisar si hay dolor a la enfermera, realizar actividades que faciliten la tos y expectoración, valorar la micción, ayudar en la higiene y vestido, observar apósitos y vendajes, favorecer el descanso y sueño, fomentar el movimiento y deambulación sino está contraindicado, realizar el balance de líquidos y colocar barreras como método de prevención de lesiones. Debemos de estimular al paciente para que coma la dieta pautada. Si el paciente está

con nutrición enteral o parenteral tendremos que realizar los cuidados específicos en cada caso. Cuando sirvamos la bandeja de comida, comprobar que se ajusta a la dieta indicada por el médico que, normalmente, es progresiva: absoluta, líquida, semiblanda, blanda y basal.

El objetivo principal será el afrontamiento de la situación de la forma más adecuada, con atención sanitaria eficiente.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es un miembro muy importante en los cuidados postoperatorios, realizando las tareas y llevando a cabo un buen control para la recuperación del paciente, haciendo que se sienta acogido para facilitar su estancia en momentos tan duros y estresantes como es una operación quirúrgica y desempeñando su trabajo siempre coordinado, con importantes actuaciones que realiza antes, durante y después de una intervención quirúrgica en colaboración con el equipo de enfermería y bajo la supervisión de las enfermeras.

6 Bibliografía

- Técnicas Básicas de Enfermería. McMillan Education, 2015
- www.slideshare.com
: Cuidados del paciente postoperatorio.
- www.isipedia.com
: Higiene del medio hospitalario y limpieza del material el área quirúrgica y sus cuidados.
- https://www.auladae.com
: Técnicas del TCAE en quirófano

Capítulo 551

CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES TERMINALES O GRAVES.

LETICIA FERNÁNDEZ TORRES

MARIA JESUS CASTELAO LOPEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos podrían definirse como aquellas atenciones que realizamos sobre enfermos terminales o de máxima gravedad, consistentes en prevenir y/o minimizar el dolor tratando de lograr mejorar en esos últimos instantes su calidad de vida y la de sus familiares que también lo sufren en ese momento.

2 Objetivos

Conocer aquellos pacientes a los que se le proporciona cuidados paliativos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados paliativos se aplican a pacientes oncológicos, pacientes con enfermedades cardíacas crónicas, pulmonares, pacientes neurológicos, incluso pacientes que no presentando ninguna de estas afecciones ingresan con cuadros complejos necesitando así un cuidado especial.

El principal síntoma para los cuidados paliativos es el dolor que no remite con ningún tratamiento. El plan de cuidados paliativos se realiza de forma multidisciplinar pasando desde TCAE, enfermeros y doctores.

5 Discusión-Conclusión

Numerosos estudios realizados sobre la practica de estos cuidados paliativos han demostrado ser de una gran utilidad y alivio tanto en los pacientes como en sus familiares dado que conocen durante todo el procedimiento que pasos se van a realizar y ven de forma clara todo el proceso del que también son participes.

6 Bibliografía

1. Metzger J, Kaplan KO. Transforming Death in America. A State of the Nation Report. Washington, DC: Last Acts; 2001.
2. Saunders C. Preface. In: Davies E, Higginson IJ, (ed.) The solid facts: palliative care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
3. Sepúlveda C. Los cuidados paliativos: perspectiva de la Organización Mundial de la Salud. Dolentium Hominum 2005; 58(1): 16-19.
4. Dolyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, (ed.) Oxford Textbook of Palliative Medicine. New York: Oxford University Press; 2005: 1.
5. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative: a report of a OMS expert committee. Geneva: OMS; 1990.

Capítulo 552

CONSECUENCIAS DE LAS CAIDAS DE LOS PACIENTES EN LOS HOSPITALES.

ANA ISABEL ALVAREZ DEL SALVADOR

EVA RIDOCCI OLMO

ARACELI LASARTE IBÁÑEZ

BENEDICTA ALVAREZ IGLESIAS

ANA ISABEL CALVO SUÁREZ

1 Introducción

La organización mundial de la salud define la caída como: "La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Esta pérdida de equilibrio y dar con el cuerpo en tierra suele ser repentina e involuntaria."

Aproximadamente el 30% de las personas entre los 65 y 80 se cae cada año y, de éstos, el 2% precisará hospitalización y sólo la mitad sobrevivirá al año de la caída. Su prevención es uno de los indicadores de la calidad asistencial en el medio hospitalario, cuyo seguimiento es común en todos los programas de calidad de los distintos hospitales.

La caída de las personas hospitalizadas sigue siendo un gran problema, algunas de las causas son: la edad, las pérdidas o disminuciones de los sentidos de la vista y el oído, un estado de confusión o de desorientación, movilidad reducida; la

mala adaptación de la habitación, el baño e incluso la cama (por estar muy alta o con las barandillas bajadas o rotas); Los fármacos que se le administran son otra posible causa, e incluso la falta de personal o el calzado inadecuado.

Para prevenir las caídas es recomendable tener un adecuado programa de prevención además de saber identificar que pacientes pueden tener riesgo de caídas. También se debería aumentar la concienciación tanto de profesionales como de familiares.

El personal sanitario a menudo no ve las caídas de los pacientes, pero éstas requieren atención inmediata para disminuir el riesgo de lesión.

2 Objetivos

- Determinar y prevenir los riesgos de las caídas en los pacientes hospitalizados.
- Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas preventivas, además de identificar a los pacientes con riesgo de sufrirlas.
- Enseñar al paciente y al cuidador a prevenir dichas caídas.

3 Metodología

Este tipo de residuos llevan asociado un riesgo para el personal que los manipula, por lo que es obligatorio incluir el la etiqueta del envase toda la información que advierta de sus características y su peligrosidad.
Estos residuos se recogerán en recipientes termoplásticos de cierre hermético de color azul, y deben ir identificados correctamente como material contaminado.

4 Resultados

Las caídas en los pacientes pueden ocasionar diversas complicaciones como fracturas, hematomas, úlceras por presión por permanecer mucho tiempo en el suelo, además de pérdida de la autoestima del paciente y miedo a volver a caer.

Si se encuentra delante cuando el paciente empieza a caerse debe utilizar su cuerpo para interrumpir la caída, protéjase la espalda manteniendo los pies separados y las rodillas flexionadas y asegúrese de que la cabeza del paciente no golpee el suelo ni ninguna otra superficie.

En el hospital las medidas preventivas que se deberían tomar son:

- Comprobar que la barandilla de la cama está elevada y que el freno está puesto.
- Si el paciente puede levantarse solo al baño, mantener alguna iluminación nocturna.
- Asegurar que el timbre de llamada está a su alcance, así como los bastones, andadores y enseñarle a manejarlos.
- Sugerir el uso de calzado adecuado.
- Facilitar que el servicio esté accesible y con asideros.
- Retirar todo lo que pueda producir su caída como mobiliario, cables, etc.
- Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, por si tiene algún mareo.
- Evitar los suelos encerados y húmedos.
- Si fuese necesario utilizar medidas de sujeción.
- Sentar al enfermo en un sillón apropiado.

5 Discusión-Conclusión

Las caídas son un riesgo innegable que supone un problema de salud pública, con consecuencias económicas y biopsicosociales importantes. Todo personal en contacto directo con los pacientes debe ser partícipe en la prevención de caídas, así como actuar en casos de caídas ya producidas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 553

EL TCAE EN LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS

NAHIR ALCARAZ CASARREAL

1 Introducción

Los cuidados postoperatorios corresponden al periodo posterior a una intervención medica. En esta fase se produce la recuperación postanestésica del paciente, se mantienen sus funciones vitales y se previenen complicaciones postoperatorias. Todas las actividades de enfermería que tienen relación con el quirófano se llevan a cabo de manera coordinada entre las enfermeras y las TCAE.

2 Objetivos

El objetivo principal de los cuidados postoperatorios consiste en:
- Ayudar al paciente a la recuperación física y psíquica tras la intervención quirúrgica y evitar complicaciones.

3 Caso clínico

Pacientes postquirúrgicos a los que se le prestarán una serie de cuidados y una buena atención psicológica para ayudarlos en su recuperación, intentando evitar en todo momento que surjan complicaciones.
En este capítulo se desarrollarán estos cuidados de manera general, sin focalizar en los cuidados específicos según los antecedentes de cada paciente.

4 Discusión-Conclusión

La ansiedad es uno de los problemas más importantes del paciente quirúrgico, por ello es muy importante paliar lo máximo posible esta inquietud y apoyarle psicológicamente durante todo el proceso.

Los enfermeros y los TCAE se convierten en los profesionales de referencia para el paciente, intentando que sea lo más independiente posible hasta que su situación se normalice. Para ello, se ponen en práctica este tipo de cuidados para evitar que surjan complicaciones y que el paciente logre recuperarse en el menor tiempo y lo mejor posible.

5 Bibliografía

- Documento "Cuidados postoperatorios en la unidad de hospitalización" 21/12/2012 del Hospital general universitario Gregorio Marañón.
- Capítulo "Técnicas del TCAE en quirófano" de AulaDAE.
- Apartado "Cuidados posoperatorios" del tema "Terapéutica quirúrgica. Cuidados perioperatorios del libro sanitario "Técnicas básicas de enfermería" de la editorial Mc Graw Hill 2017.

Capítulo 554

EL LAVADO DE MANOS SANITARIO

JESSICA MARCHENA CAO

1 Introducción

Se entiende por higiene de manos el procedimiento cuyo objetivo es reducir el número de microorganismos que hay en la piel de las manos. Cuando el procedimiento se realiza con agua y jabón lo llamamos lavado de manos, cuando se realiza con un preparado de base alcohólica o con un jabón antiséptico lo denominamos desinfección de manos.

2 Objetivos

- El objetivo es evitar la propagación de las infecciones que se transmiten a través del contacto.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando las manos están sucias deben lavarse con agua y jabón para la eliminación de la suciedad. Cuando las manos están contaminadas pero no hay suciedad visible el procedimiento de elección es la desinfección ya que los antisépticos eliminan un mayor número de microorganismos.

Se realizara el lavado de manos siempre antes y después de estar en contacto con el paciente en cualquier punto del sistema sanitario, antes de realizar una técnica aséptica, después de que haya existido posibilidad de contacto con fluidos corporales o después del contacto con el entorno del paciente.

Para el lavado la duración de la frotación de las manos con agua y jabón debe ser de 15 segundos más el tiempo necesario para el enjuagado y posterior secado. La fricción de las manos con preparados de base alcohólica debe mantenerse hasta que las manos estén completamente secas, siendo necesario que la cantidad de preparado permita friccionar las manos como mínimo durante 15 segundos.

Diversas publicaciones demuestran que la higiene de las manos contribuye a la reducción de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Probablemente sea la medida de prevención más importante para evitar la transmisión de microorganismos del auxiliar al paciente y viceversa.

El lavado de manos es fundamental para prevenir infecciones nosocomiales (infecciones hospitalarias) en las instituciones sanitarias. Por lo que representa para la seguridad del paciente, daremos a conocer los procedimientos correctos de la higiene correcta de manos como herramienta para la prevención y control de infecciones, de este modo aseguraremos un control y disminución del contagio de enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

- El auxiliar de enfermería debe lavarse las manos después de tener cualquier contacto con el paciente atendido, independientemente de que se hayan utilizado guantes.

- Realizar la higiene de manos por fricción con solución alcohólica será mas efectivo, dejaremos el lavado con agua y jabón para cuando las manos estén visiblemente sucias.

- Hay que realizar la higiene de manos siempre antes y después del contacto con el paciente y antes y después del uso de guantes.

Salvar vidas esta en nuestras manos.

6 Bibliografía

- GRUPO OCEANO, (2006), MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE ENFERMERÍA, Barcelona (España), Monsa S.A. PRAYMA.

- Simón Melchor A, Simón Melchor L, Naranjo Soriano G, Gil Salvador R, Solano Castán J, Jiménez Sesma ML. Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario. RIdEC 2016; 9(1):27-34.

Capítulo 555

PREVENCIÓN EN EL MANEJO DE LOS RESIDUOS SANITARIOS

MONICA FERNANDEZ FERNANDEZ

ANA BELÉN ÁLVAREZ SUÁREZ

MARÍA JESÚS ALVAREZ SÁNCHEZ

MARIA JESUS GARCIA GONZÁLEZ

YANIRA LÓPEZ PARRONDO

1 Introducción

Los Residuos Sanitarios son todos los productos de desecho, materiales, o sustancias que se generan como consecuencia de una actividad sanitaria relacionada con la salud humana, la veterinaria o en laboratorios.

Son considerados Residuos Sanitarios a partir del momento en que se desechan, es entonces cuando deben ser clasificados para, posteriormente, ser eliminados según su tipología y mediante planes predefinidos de manera que eviten riesgos para la salud.

Los Residuos Sanitarios abarcan aquellos productos (sólidos, líquidos o gaseosos) incluidos los envases generados en los centros sanitarios como consecuencia de las actividades de atención a la salud humana.

2 Objetivos

- Clasificar los residuos sanitarios según distintos criterios.
- Detallar el proceso de gestión de los residuos sanitarios.
- Describir los riesgos sanitarios asociados a los residuos clínicos en el medio hospitalario.
- Reconocer la normativa legal asociada con los residuos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los Residuos Sanitarios, hoy en día, pueden clasificarse en cuatro grandes grupos según una serie de aspectos científicos y éticos, así como por su posible repercusión sobre la salud.

Grupo I: Son los residuos sanitarios asimilables a residuos urbanos, como pueden ser los residuos sólidos no específicos y que no suponen un riesgo para la salud. Estos residuos se recogen en bolsas homologadas de color gris o negro:
- Papel, cartón y material de oficina.
- Restos de comidas, envases de vidrio, plástico, etc, procedentes de cocinas, bares y comedores.
- Desechos de muebles, colchones, equipos médicos en desuso, etc.

Grupo II: Son los residuos sólidos clínicos que se generan como resultado de la actividad sanitaria como tal. Estos residuos se recogen en contenedores o bolsas de color verde:
- Materiales textiles con fluidos corporales no infecciosos.
- Ropa de pacientes con enfermedades no infecciosas.
- Material de curas como gasas, algodón, compresas, apósitos, yesos, vendas, etc.

- Sondas, catéteres, equipos de perfusión o de hemodiálisis, bolsas se ostomía , bolsas de diuresis…

Grupo III: Son los residuos sanitarios urbanos, que suponen un riesgo de infección o de contaminación para el personal sanitario, para el resto de la comunidad y el medio ambiente. Estos residuos se recogen en contenedores rígidos de color rojo, excepto el material cortante o punzante que se recogerá en contenedores rígidos de color amarillo:
- Residuos de cultivos microbiológicos, muestras y secreciones de pacientes infecciosos.
- Restos de tejidos, órganos, pruebas inmunológicas…
- Material procedente de quirófanos, paritorios, etc.
- Sangre y hemoderivados en forma líquida, vacunas…
- Material cortante o punzante contaminado.

Grupo IV: Son los residuos tipificados en normativas especiales, que presentan un grave peligro para la salud y el medio ambiente. Este tipo de residuos llevan asociado un riesgo para el personal que los manipula, por lo que es obligatorio incluir el la etiqueta del envase toda la información que advierta de sus características y su peligrosidad. Estos residuos se recogerán en recipientes termoplásticos de cierre hermético de color azul, y deben ir identificados correctamente como material contaminado:
- Residuos químicos, cistostáticos, radioactivos y medicamentos caducados.
- Restos anatómicos (cadáveres y restos humanos procedentes de autopsias, abortos, etc.).

5 Discusión-Conclusión

El gran problema que supone el control de los residuos generados en los centros sanitarios surge al planificar y llevar a cabo la segregación, recogida, tratamiento y eliminación de los mismos, con el fin de evitar los riesgos para la salud de las personas y del medio ambiente.

6 Bibliografía

- Javier Herrero Payo, Ana I. Sáez Freire (2010) El hombre y el medio ambiente. Ediciones Universal Salamanca. Pág. 151.

- Marín Vásquez, América; Rodriguez Noya, Ángel (2017) Comparación de normativa sobre instalaciones de vertidos de residuos en España y Chile. Editorial Interciencia. Pág. 542-547.

- Pedro I. Arcos González, Dámaso Bances Alvarez (2ª edición 1994). Editado por Eujoa Artes Gráficas. Pág. 23.

- Sergio García Vicente, Agustín Llopis González, María Morales Suárez-Varela (2015) Implantación de los sistemas de gestión medioambiental voluntarios en la red hospitalaria española: estado actual. Revista de Salud Ambiental.

- Vélez Winingtter, Verdy Boltaire (2018). Propuesta de Plan de Gestión Integral para los residuos sólidos. Edita Creative Commons S.A. Pág. 7-11.

Capítulo 556

ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

LAURA ÁLVAREZ REY

1 Introducción

Adaptarse a cualquier problema de salud, tanto físico como psicológico exige aceptar que la enfermedad, es una parte más de la vida.

Tras el diagnóstico es normal atravesar diferentes etapas: por una parte, se experimenta una sensación de alivio por haber identificado qué sucede, pero por otro lado, aparece el estrés, la incertidumbre o la sensación de miedo por lo que sucederá en el futuro, todos son mecanismos de defensa normales que aparecen para adaptarse a la "enfermedad ".

2 Objetivos

Exponer algunos aspectos importantes de la atención psicológica en el medio hospitalario.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La figura del psicólogo en el medio hospitalario es necesario por muchas razones, una de ellas puede ser, que siempre es necesario tener a alguien ajeno a uno mismo, que pueda explicar toda la información sabiendo, el afectado, que la persona que tiene en frente no se ve influenciado por la existencia de un nexo de unión (por ejemplo, lazo familiar) y así también poder expresar sentimientos y sensaciones con total libertad.

Los psicólogos del medio hospitalario deben estar formados y contratados para trabajar en distintas áreas como, por ejemplo, cirugía pediatría, trasplantes, embarazos de riesgo, enfermedades crónicas, terminales…

Antiguamente, los médicos únicamente indicaban atención psicológica a aquellos pacientes con problemas muy evidentes o cuando su conducta perjudicaba el tratamiento médico. Hoy en día, se está actuando de forma muy diferente y muy importante, basado en la prevención.

Los pacientes son evaluados para verificar si necesitan de algún tipo de intervención psicológica, sea preventiva o curativa. Cuando se hace así se está tratando los problemas de manera más temprana, reduciéndose de esta manera, el malestar de los pacientes y facilitando una recuperación más rápida.

De la misma manera, resulta fundamental, ya que un enfermo informado que asimila y "comprende" su estado va a tener una mejor adhesión a los tratamientos médicos.

Los psicólogos, siempre que sea posible, deben trabajar también con y para las familias, siempre que estas estén presentes, para así involucrarlos en el tratamiento, lo que facilitará el seguimiento de las orientaciones por parte del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El equipo de salud es esencial para el psicólogo.

Las enfermeras y/o auxiliares están casi todo el día en contacto con el paciente,

pudiendo dar seguimiento a algunas acciones que el psicólogo plantea. Sin embargo, siempre debe quedar claro que el médico es la persona que tiene la responsabilidad del diagnóstico, y que será el encargado de las principales comunicaciones con el paciente y su familia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 557

TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA.

MARIA ARGENTINA SUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Es el procedimiento de introducir líquidos en el recto y el colon a través del ano. Los enemas pueden llevarse a cabo por razones médicas o de higiene, con fines diagnósticos, o como parte de terapias alternativas o tradicionales.

2 Objetivos

- Preparar al paciente antes de la práctica.
- Tener los conocimientos adecuados para la realización de la técnica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para la administración de un enema hay que tener en cuenta una serie de consideraciones generales:
POSICIÓN DEL ENFERMO: colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas (Posición de Sims). Le podemos dejar una almohada debajo de la cabeza para que esté más cómodo.

TEMPERATURA DEL LÍQUIDO: cuando se introduzca el enema debe estar entre 37º y 40º C. de temperatura, nunca por encima de los 41º C., para evitar lesiones de la mucosa intestinal.

CANTIDAD Y COMPOSICIÓN DEL LÍQUIDO: según el tipo de enema de que se trate porque cada uno tiene una finalidad diferente.

PRESIÓN: viene determinada por la altura a la que se coloca el irrigador con relación al nivel en que está el recto. Cuanto más alto esté, mayor será la presión con que el líquido penetra en el intestino. Evitaremos siempre el exceso de presión; es conveniente que el líquido penetre lentamente, para lo cual, la altura no debe ser superior a los 35-45 cm.
FORMAS DE ADMINISTRACIÓN:
1) Mediante Pera de agua.
2) Mediante Irrigador.
3) Mediante preparados comerciales.

EQUIPO NECESARIO: Irrigador, Tubo de conexión, Cánula o sonda, Pinza de clamp, Cuña y Soporte.

TÉCNICA PARA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS:
1. Nos lavaremos las manos y nos colocaremos guantes de un solo uso.
2. Prepararemos la solución prescrita a la temperatura indicada (entre 37º y 40º C.).
3. Prepararemos el resto del material y lo trasladaremos al lado del paciente.
4. Preservaremos la intimidad del paciente y le informaremos de lo que vamos a hacer.
5. Colocaremos al paciente en Posición de Sims poniéndole un salvacamas debajo de sus nalgas y caderas para evitar ensuciar la cama.
6. El soporte del sistema de enema deberá estar colocado a una altura de 40 cm. aproximadamente por encima del ano.
7. Conectamos la sonda rectal al sistema de irrigación.

8. Purgar el sistema y pinzarlo.
9. Realizar la técnica del sondaje rectal.
10. Despinzar el sistema y administrar la solución.
11. Una vez se haya instilado la solución, hay que retirar la sonda.
12. El paciente deberá retener la irrigación durante 5-10 minutos (enemas de limpieza) o durante el tiempo prescrito (enemas de retención).
13. En caso necesario, facilitarle la cuña al paciente.
14. Observaremos el estado de las heces para informar a la Enfermera.
15. Si fuera necesario realizaremos el aseo de la zona anal del paciente.
16. Colocar al paciente en una posición cómoda y adecuada.
17. Finalmente recogeremos todo el material, nos quitaremos los guantes y nos lavaremos las manos.
18. NOTA: Los preparados comerciales, como el Micralax o el Enema Casen, se administran directamente lubrificando la cánula, simplemente comprimiendo el envase.

5 Bibliografía

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

Capítulo 558

LA HIGIENE EN EL PACIENTE ENCAMADO

TANIA CARCELEN REBOLLAR

JULIA COSTALES LOPEZ

MARIA ARANZAZU SUAREZ LIBERATO

1 Introducción

Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene, confort y seguridad, conservando el buen estado de hidratación de la piel. El mantenimiento de la higiene se refiere a los cuidados de enfermería para asegurar que los pacientes tienen una higiene correcta:
- Comprobar la temperatura ambiental (en torno a 24º) y que no haya corrientes.
- Procurar preservar la intimidad del enfermo, manteniéndolo desnudo el menor tiempo posible.
- Prepare ropa de cama limpia.
- Prepare ropa limpia para el enfermo, pañal y absorbentes si precisa.
- Prepare el material necesario y téngalo a mano: palangana con agua caliente, jabón neutro, toallas, gasas para higiene ocular, bastoncillos, crema hidratante, peine.
- Lávese las manos previamente y póngase los guantes.
- El aseo se realiza por partes, haciendo enjabonado, enjuague y secado antes de pasar a la zona siguiente.
- Retire la colcha y las mantas. Si la persona asistida lo desea, se le puede dejar la almohada para que esté más cómodo.

- Quítele el camisón o pijama, sin retirar del todo la sábana de arriba, que se puede sustituir por una toalla grande que dé calor y absorba la humedad.

Debemos tener en cuenta que a la hora de enjabonar, se debe aclarar lo más rápido posible para evitar que el jabón reseque la piel y produzca picores.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su hospitalización , y tratar de ofrecerle buenos hábitos de higiene para el futuro.

Objetivos secundarios:
- Mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe.
- Recoger datos que permitan visualizar el estado general del paciente.
- Tener hábitos de higiene diarios es esencial para evitar problemas, como llagas o escaras. Además de que es un derecho para ellos y merecen una buena calidad de vida paciente, así como el estado de su piel.
- Activar la circulación sanguínea.
- Establecer una relación con el paciente, alentándolo a ser tan independiente como le sea posible.
- Evitar las enfermedades de la piel más comunes, manteniendo una adecuada higiene de la piel del paciente.

3 Caso clínico

Mujer de 67 años que padece una demencia, con alto grado de confusión mental, ingresada por su negativa a alimentarse. Tiene un suero intravenoso colocado desde hace dos días que ingresó.

Se realizaría un aseo completo en la cama, pidiendo su colaboración y procurando que la paciente se implique en su cuidado, lo cual no será fácil debido a su confusión mental.

Este aseo incluye la limpieza de todo el cuerpo, corte de uñas, limpieza de la boca y del cabello, si se precisa. Después del lavado se revisará la zona de punción, por si fuera necesario el cambio de apósitos.

El camisón se le pondrá introduciendo primero el brazo con el catéter conectado al suero (primero se mete la botella de suero y el sistema por la manga del camisón; a continuación la mano y el brazo del paciente). Después, ya se introduce el otro brazo.

4 Discusión-Conclusión

La falta de higiene corporal puede generar alteraciones o complicaciones médicas a nivel psíquico y físico, como pueden ser erupciones, aislamiento social, úlceras por presión o infección.

El aseo general de un paciente encamado, es una técnica muy importante cuando aseamos a un paciente, aprendemos muchas cosas de él, es decir, no sólo valoraremos el estado e integridad de su piel, sino que al ser un momento de gran intimidad podemos ver sus sentimientos, cómo ve su proceso de enfermedad, escucharemos sus necesidades y crearemos un clima común en el que la confianza enfermero-paciente crecerá.

5 Bibliografía

- Ochoa Montoya, B., Gía Belmuda, Y. Técnica de aseo del paciente encamado. Universidad nacional de Loja. Área de la salud humana. Loja 2010.
- Arranz, A., Guillamas, C., Gutiérrez, E. El aseo de la persona enferma. Técnicas de Enfermería clínica. Ed. Editex, 1996: 46- 65.
- Mayes, ME. Higiene personal de los pacientes. Manual para la auxiliar de Enfermería. Ed. Interamericana, 1988:107- 126.

Capítulo 559

INCIDENCIA DE PROBLEMAS DE AUDICIÓN EN LOS MAYORES.

ELOINA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La pérdida de audición es una disminución pronta o gradual de la capacidad para oír. Es uno de los problemas de salud más comunes que afecta a los adultos mayores y ancianos. Aproximadamente una de cada tres personas de 65 a 74 años tiene algún nivel de pérdida de audición. Casi la mitad de las personas mayores de 75 años tienen dificultad para oír. Cuando se tienen problemas de audición, puede ser difícil entender y seguir los consejos del médico, responder a las advertencias y oír los timbres y las alarmas. También puede ser difícil disfrutar de las conversaciones con amigos y familia. Todo esto puede ser frustrante, vergonzoso e incluso peligroso.

La pérdida de audición ocurre por diferentes razones. Muchas personas pierden su audición lentamente a medida que envejecen. Esto se conoce como presbiacusia. Los médicos no saben por qué la presbiacusia afecta a unas personas más que a otras, pero parece ser hereditario. Otra razón para la pérdida de audición que ocurre con la edad puede ser el haber estado expuesto a ruidos fuertes durante años. Esto se conoce como pérdida de audición inducida por el ruido.

La pérdida de audición también puede ser el resultado de infecciones por virus o bacterias, enfermedades del corazón, un ataque al cerebro, lesiones en la cabeza, tumores y ciertos medicamentos.

Causas de la Sordera:

Las causas de pérdida de audición y sordera se pueden dividir en congénitas y adquiridas.
Las causas congénitas pueden ser hereditarias o no, o simplemente complicaciones durante el embarazo y el parto, que puede ser en el momento del parto, o poco después.
• Bajo peso al nacer.
• Falta de oxígeno en el momento del parto.
• Ictericia grave durante el período neonatal, que puede lesionar el nervio auditivo, del recién nacido.

Las causas adquiridas, pueden provocar la pérdida de audición a cualquier edad.
• Algunas enfermedades infecciosas como la meningitis, el sarampión y la parotiditis.
• La presencia de líquido en el oído (otitis media).
• La exposición al ruido excesivo.
• El envejecimiento, en concreto la degeneración de las células sensoriales.
• La obstrucción del conducto auditivo producida por cerumen o cuerpos extraños.

Factores de riesgo para la sordera:
-La edad: Las estructuras internas del oído se van deteriorando
-Exposición a ruidos fuertes: Realizar trabajos sin la protección adecuada, música a un volumen excesivo….
-Hereditario
-Algunas enfermedades, como la meningitis y el sarampión, producen fiebres altas que pueden dañar las células de la coclea.

El estudio de la audición se realiza mediante pruebas subjetivas y objetivas que aportan datos en relación a si existe o no una alteración auditiva, y en caso afirmativo, de qué tipo es, de qué grado y qué tratamiento requiere.
Pruebas subjetivas:

Acumetría: Utiliza diapasones para realizar las pruebas de la audición. Las más utilizadas:
- Prueba de Rinne
- Prueba de Weber

Audiometria : Utiliza medios electrónicos, el instrumento utilizado es el audiómetro, es un aparato necesario para el estudio de la audición. Más utilizadas:

• Audiometría tonal. Permite cuantificar el nivel de agudeza auditiva del paciente y localizar la lesión
• Logoaudiometría. Utiliza listas de palabras bisilábicas en lugar de tonos puros para evaluar la calidad de la audición residual

Pruebas objetivas:

No requieren la colaboración del paciente y pueden ser realizadas desde el nacimiento:
• Otoemisiones acústicas
• Impedanciometría
• Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral
• Potenciales Evocados Auditivos de Estado Estable

Deterioro auditivo en las personas mayores.
Cifras de la OMS estiman que 360 millones de personas en el mundo viven con hipoacusia que les genera algún tipo de discapacidad, siendo el 91% de estos casos en adultos y 56% en hombres. Esto representa el 5.3% de la población mundial . Sin embargo, se estima que hasta el 15% de la población adulta del mundo tiene hipoacusia en cualquier rango, lo que se eleva a un tercio de la población mayor de 65 años. El porcentaje de crecimiento en el número de personas de 65 años o más será de entre 18% a 50% en el período 2010-2020 en todas las regiones del mundo.

Por pérdida de audición discapacitante se entiende una pérdida de audición superior a 40 dB en el oído con mejor audición en los adultos y superior a 30 dB para los niños. El rango de frecuencia crítica de la conversación es audible entre las frecuencias 0.5 a 4KHz11, y se estima que después de los 60 años de edad, la audición disminuye en promedio 1 dB por año, con una mayor pérdida observada en hombres que en mujeres.

Hipoacusia es una de las categorías crónicas más comun en los adultos mayores, con valores que oscilan entre 25 y 40% en los mayores de 65 años, que se va aumentando con la edad. Esta discapacidad produce además déficit cognitivo, disminución en la calidad de vida, y bajo estado de ánimo en quienes lo sufren.
El 90% de las hipoacusias en mayores de 65 años es de tipo neurosensorial, producto de cambios asociados a la edad. Dentro de otros factores, tambien se encuentran, las enfermedades infecciosas de oído medio e interno; exposición a ruido.

La hipoacusia ocupa el tercer lugar entre las patologías que involucran años de vida con discapacidad. El tratamiento habitualmente utilizado es la colocación de audífonos.

La hipoacusia en adultos mayores se asocia relevantemente a dificultades en la comunicación, disminución de la actividad social, alteraciones emocionales, mayor riesgo de depresión, menor capacidad para su propio autocuidado, deterioro cognitivo y alteraciones en la memoria.

Varios tipos de Hipoacusia.
Podemos encontrar varios tipos de hipoacusia según donde se localice la lesión:

-La hipoacusia conductiva:
Se produce cuando algo impide que las ondas sonoras penetren en el oído interno a través del oído externo y medio.

Causas:
-Problemas como infecciones del oído medio (otitis media).
-Tímpanos perforados, traumatismos y malformaciones del oído medio y externo.
-Acúmulo de líquido o crecimiento anómalo del hueso, que puede llegar a una hipoacusia temporal o permanente.

Sintomas:
El habla tiende a sonar comprensible, pero cuando el volumen es lo suficientemente alto y no hay mucho ruido de fondo.

Soluciones : audífonos
-Aumentan la señal acústica

Hipoacusia neurosensorial:

Esta hipoacusia, puede ser causada por un problema en la cóclea, o en el nervio auditivo.
Las causas de la hipoacusia neurosensorial se pueden clasificar en dos categorías: congénita y adquirida.
Hipoacusia congénita: presente desde el nacimiento y puede ser heredada o estar causada por un desarrollo anormal en las etapas de gestación del feto.

Hipoacusia adquirida: después del nacimiento, puede estar causada por numerosos factores. Entre ellos:
-Traumatismos.

-Presbiacusia (pérdida de audición a medida que se envejece).
-Exposición crónica a ruidos fuertes.
- Meningitis.
-Un tumor en el nervio auditivo.

El tratamiento de la hipoacusia neurosensorial depende de su afectación y si se padece en uno o en ambos oídos
Los audífonos pueden ayudar a la mayoría de las personas que padecen hipoacusia neurosensorial de leve a moderada en un oído o ambos oídos. Estos, aumentan el sonido para que suenen más alto ,pero no por ello más claro. Si el oído interno presenta daños graves, el sonido puede sonar distorsionado.

Hipoacusia mixta.
Es una variación de hipoacusia conductiva e hipoacusia neurosensorial, lo que motiva, daños tanto en el oído externo o medio como en el oído interno. Para las personas con hipoacusia mixta, los sonidos pueden ser a la vez más bajos de volumen y además más difíciles de entender.

Las causas se darán dependiendo del grado de la hipoacusia conductiva y la hipoacusia neurosensorial. Los fallos de nacimiento, las enfermedades, infecciones, tumores o masas y lesiones en la cabeza pueden provocar hipoacusia, tanto conductiva como neurosensorial.
-Factores genéticos.
-Sobreexposición a ruido alto.
-Envejecimiento.

Dependiendo de los grados y la composición de la hipoacusia mixta, puede tratarse con medicación, cirugía, prótesis auditivas o un sistema auditivo implantable de conducción ósea.

Los audífonos tienen que equilibrar tanto los elementos conductivos como los neurosensoriales.

2 Objetivos

- Describir las causas que pueden llegar a desencadenar una hipoacusia, a cualquier edad, siendo mucho más característica este tipo de afección en pacientes con una edad avanzada, siendo la primera causa de sordera en pacientes de la tercera edad.

3 Metodología

Describir la incidencia de hipoacusia a partir de estudios de poblacion mediante una revisión bibliográfica sistemática, de carácter médico. Utilizando bases científicas Dialnet, Pumbed, Elsevier… Valorando diferentes estudios que miden el riesgo de padecer la enfermedad a cierta edad. Examinando sujetos mayores de 65 años y viendo su incidencia en ambos sexos.

En un porcentaje de población se realizó el estudio de una parte que demostraba más incidencia y hemos excluido a otros por su escasa relevancia, desechando dicho muestreo.

El estudio se hace a través de internet en varias plataformas de otorrino, libros y artículos de revistas médicas.
Palabras clave: envejecimiento, prebiacusia, hipoacusia, discapacidad auditiva, tercera edad.

4 Resultados

La Hipoacusia en pacientes con edades entre 65 y 79 años y del sexo masculino fue el más afectado con esta discapacidad. La Hipoacusia en el anciano se une con frecuencia a otras afecciones crónicas como las enfermedades cardiovasculares.

La Presbiacusia o Hipoacusia asociada a la edad fue la causa más frecuente de sordera. Las posibles causas de Hipoacusia en el anciano son variadas.

La Presbiacusia o Hipoacusia asociada a la edad fue la causa más frecuente de sordera; siguió en orden de frecuencia el Tapón de Cerumen que produjo una sordera de conducción, pero que se encontró también como causa de empeoramiento de la presbiacusia y produjo una hipoacusia mixta .

5 Discusión-Conclusión

La hipoacusia resultó ser una minusvalía frecuente en los pacientes masculinos de la tercera edad. La misma estuvo asociada a enfermedades crónicas no trasmisibles. Las perdidas auditivas neurosensoriales y mixtas, de moderada y severa intensidad, fueron las más frecuentemente encontradas en la audiometría tonal.

Se asocia la hipoacusia a varias enfermedades crónicas no trasmisibles con el grado de hipoacusia, principalmente las enfermedades vasculares las cuales

hicieron que los pacientes presentaran pérdidas moderadas y severas; esto se debe a los cambios que estas enfermedades, se producen a nivel de la microcirculación y el órgano de Corti variando la circulación y el aporte de oxígeno por afección de pequeños vasos, que como consecuencia, se producen la aparición de placas de ateromas y un aumento de la viscosidad de la sangre, por aumento de los lípidos en sangre y, por tanto, oclusión de los vasos cocleares.

La causa más común de hipoacusia en personas de 65 años es la presbiacusia, que es un diagnóstico de exclusión y no es más que la hipoacusia asociada a la edad, además del proceso intrínseco causado por el envejecimiento, generalmente es bilateral y simétrica y en 90% neurosensorial. Le sigue en orden de frecuencia el tapón de cerumen que puede encontrarse en 30% de los adultos mayores con pérdida auditiva, produce una sordera de conducción y en muchas ocasiones es causa de empeoramiento de la presbiacusia y produce en los pacientes una hipoacusia mixta, las otitis medias tanto agudas como crónicas, el trauma acústico, la ototoxicidad y los tumores.

6 Bibliografía

- Características clínico-epidemiológicas de pacientes ancianos con Hipoacusia atendidos en el Hospital Calixto García(2018) Carmen Toledo Valdés, Ana Rosa Pacheco Macías, Teresa Pérez García, Pedro Javier Contreras Álvarez, Luis Hernández Armstrong.
Rev haban cienc méd vol.17 no.3 La Habana mayo.-jun. 2018.
- https://escucharahoraysiempre.com/blog2/tipos-de-hipoacusia-y-niveles-de-perdida-auditiva/
- HIPOACUSIA: TRASCENDENCIA, INCIDENCIA Y PREVALENCIA
Dra.Constanza Díaz , Dr. Marcos Goycoolea, Dr. Felipe Cardemil. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.11.003.

Capítulo 560

CUIDADOS DEL TCAE EN EL PACIENTE CON DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA CONSUELO REY PÉREZ

ELISA CAMINO GALLEGO

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

El líquido cefalorraquídeo es una sustancia presente en el sistema nervioso que baña tanto el encéfalo como la médula espinal. Realiza diversas funciones como el mantenimiento de la presión intracraneal y estado de salud del órgano presente, siendo el vehículo de nutrientes (glucosa, proteínas, hormonas…).

Se trata de un líquido transparente de aspecto parecido al plasma sanguíneo del cual deriva.

El Drenaje Ventricular Externo (DVE) es un sistema cerrado externo que permite el drenaje de líquido cefalorraquídeo a través de un catéter que es colocado en el asta frontal del ventrículo lateral. Su colocación se realizará en el quirófano bajo anestesia.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento que debe llevarse a cabo para un correcto manejo y mantenimiento del drenaje y el catéter.
- Enumerar las precauciones que deben llevarse a cabo para evitar posibles complicaciones, obstrucciones e infecciones.

3 Metodología

Se llevo a cabo una revisión bibliográfica a través de la literatura científica y las bases de datos Cuiden, Medline y Dialnet. También se consultó el Google Académico, revistas sanitarias en la web y trípticos disponibles en el nuestro centro de trabajo (Hospital Universitario Central de Asturias).

Se utilizaron como descriptores las palabras clave: drenaje, ventricular, cuidados, tcae. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 20 años, en español y que estuvieran directamente relacionados con la temática en estudio.

4 Resultados

- El TCAE elevará la cabecera de la cama del paciente a 30º (salvo contraindicación médica).

• Se procederá a pinzar el drenaje para realizar el aseo del paciente o para las movilizaciones, avisando a la DUE para nivelarlo nada más finalizar.

• Nunca se introducirá suero para desobstruirla, se aspirará con una jeringa de 5ml

Se avisará en caso de:
• Perdida de líquido por la sutura del drenaje o alrededor del drenaje.
• No drena.
• Rotura del drenaje.
• Fiebre en el paciente.
• Cambios importantes en el aspecto del LCR.

CAMBIOS DE LA BOLSA COLECTORA:

Ella recogerá el LCR drenado. Se debe realizar el cambio de dicha bolsa una vez que contenga el 2/3 de su capacidad. Se desconecta por la conexión donde va

unida la bolsa con el equipo de drenaje y se conecta una nueva bolsa.

REGISTRO:
Se realizará por turno indicando la cantidad y el aspecto del LCR.

RETIRADA:
Para proceder a la retirada del drenaje la TCAE trabajara conjuntamente con la DUE para proporcionarle el material necesario.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de la presente revisión bibliográfica podemos concluir que los procedimientos descritos a lo largo de la presente investigación son fundamentales para conseguir un adecuado manejo del paciente portador de un drenaje ventricular externo así como para prevenir posibles complicaciones como puede ser una obstrucción o una infección, lo que dificultaría el proceso de recuperación del paciente, alargando al mismo tiempo el periodo de estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

- www.enferurg.com
(revista on-line).
- Toledano blanco R, Dominguez Núñez D. Cuidados de enfermería del manejo del drenaje ventricular. Revista digital de enfermería volumen 1, Nº2. 2009. Páginas 21-26.
- Trípticos informativos disponibles en el Hospital Universitario Central de Asturias.

Capítulo 561

MEDIDAS DE AISLAMIENTO. DESCRIPCIÓN Y TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS.

JESSICA SUÁREZ JIMÉNEZ

MARIA LUISA FERNANDEZ DEL CERRO

ZARA REGINA GONZÁLEZ LÓPEZ-FDEZ

ELSA ARGÜELLES IGLESIAS

MARÍA NOEMI RODRÍGUEZ ESPINA

1 Introducción

Entendemos como aislamiento la separación de un individuo que padece una enfermedad transmisible del resto de las personas, exceptuando a los trabajadores sanitarios. En el medio hospitalario tenemos diferentes tipos de aislamientos (de contacto, respiratorio, inverso etc…) y todos ellos tienen la misma finalidad: evitar la transmisión y/o propagación de los enfermos infecciosos.
Con el uso de los diferentes tipos de aislamientos conseguimos interrumpir la cadena de transmisión, disminuyendo el riesgo de infección para el paciente, sus familiares y para el propio personal sanitario. De esta manera conseguimos prevenir y controlar los brotes además de disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales (aquellas infecciones adquiridas por un paciente durante su estancia en un hospital o centro hospitalario).

Cada tipo de aislamiento tiene unas normas de actuación concretas. Éstas deben de ser seguidas minuciosamente por todo aquel que tenga contacto con el paciente aislado, ya sea el propio personal sanitario o los familiares y amigos de éste. El aislamiento se mantendrá hasta que la enfermedad desaparezca, es decir, hasta que haya una curación clínica y microbiológica total.

2 Objetivos

- Conocer mediante un estudio bibliográfico que son los aislamientos hospitalarios, qué tipos de aislamientos existen y cuáles son las características de cada tipo de aislamiento.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: Cuiden, Pubmed, Scielo, Medline y Dialnet. La búsqueda de la bibliografía se realiza usando descriptores como: "aislamiento hospitalario", "infección nosocomial", "aislamiento de contacto" y "aislamiento de gotas" entre otros. Además se consultan numerosos libros y revistas sobre el tema en distintas páginas en internet.

4 Resultados

A fin de establecer las medidas de aislamiento adecuadas es necesario conocer la epidemiología de la enfermedad infecciosa que afecta al paciente. El aislamiento no es igual en todos los casos, y es por eso que los materiales necesarios y las técnicas varían entre uno y otro dependiendo del objetivo que se desee lograr. Diferenciamos varios tipos de aislamientos hospitalarios, que son:

- Aislamiento de contacto: se utiliza para prevenir enfermedades infecciosas por contacto directo, ya sea con heridas cutáneas y/o secreciones. Es el indicado en casos de gangrena, herpes simple diseminado, heridas abiertas y piodermas. El paciente se encontrará en una habitación individual (o compartida si es con alguien contaminado con su mismo microorganismo). La habitación estará señalizada en su exterior con un cartel que indique qué tipo de aislamiento se está llevando a cabo. Las personas que vayan a estar en contacto con el paciente deberán ponerse bata, mascarilla y guantes. Estas encontrarán todo el material en el interior de la propia habitación; se lo quitarán antes de salir y lo depositarán en un contenedor acondicionado para ello.

- Aislamiento respiratorio o de gotas: se usa para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles por vía aérea. Existe presencia de gotas de origen respiratorio con un rango de difusión de hasta 1 metro. Este es el aislamiento que se utiliza en enfermedades como la varicela, sarampión, meningitis, rubeola y tuberculosis. El paciente estará en una habitación individual señalizada en su exterior con el tipo de aislamiento aplicado. Cualquier persona que se acerque a menos de 1 metro del paciente deberá llevar obligatoriamente mascarilla, guantes y realizar un buen lavado de manos al salir de la habitación.

- Aislamiento estricto o de aerosoles: se utiliza cuando hay presencia de aerosoles en el aire con un alto rango de difusión, quedando éstos en suspensión. Es el empleado en enfermedades como la difteria, viruela, neumonía, peste y rabia. El paciente se encontrará en una habitación individual con su correspondiente señalización de aislamiento. Es obligatorio el uso de mascarilla, guantes, bata y calzas. El material se encontrará dentro de la habitación y se desechará en un contenedor preparado para ello antes de salir de la habitación; a excepción de la mascarilla, que se colocará antes de entrar y se desechará después de salir de la habitación.

- Aislamiento protector o inverso: se trata de proteger de posibles infecciones a pacientes inmunodeprimidos como pueden ser los grandes quemados (más del 25%), los transplantados o los pacientes sometidos a tratamientos con quimioterapia. Estarán en habitaciones individuales con el tipo de aislamiento correspondiente. Debido a sus bajas defensas, tendrán restricción de visitas. Estas tendrán que ponerse guantes, mascarilla, bata, calzas y gorro antes de entrar. Al salir deberán depositar todo en los contenedores habilitados para ello.

- Aislamiento entérico: es el empleado para prevenir la transmisión por contacto directo o indirecto con heces infectadas. Se aplica en casos de gastroenteritis bacteriana o vírica, cólera, hepatitis A etc. El paciente estará en una habitación individual con lavabo y correctamente señalizada con el tipo de aislamiento llevado a cabo. La persona que esté en contacto directo con el paciente deberá llevar obligatoriamente guantes y bata que estarán dentro de la habitación. Al salir tirarán la ropa en los contenedores correspondientes y se lavarán las manos.

- Aislamiento parenteral: se utiliza para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles por sangre, fluídos corporales u objetos contaminados, como ocurre con enfermedades como la hepatitis B, hepatitis C, Sida o sífilis. Es aconsejable que el paciente esté en una habitación individual, pero puede compartirla con algún otro paciente que padezca su misma enfermedad. Es obligatorio

el lavado de manos antes de entrar y al salir de la habitación. Se deberá usar guantes siempre, teniendo un cuidado extremo al manipular objetos punzantes. Si hay posibilidad de estar expuesto a sangre, se deberá usar además de guantes, bata y mascarilla.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos visto anteriormente, el aislamiento hospitalario es una medida aplicada por el personal sanitario, utilizada para prevenir la transmisión y/o diseminación de los microorganismos causantes de las infecciones. La misión principal de los aislamientos es evitar las infecciones intrahospitalarias.

Al haber diversas formas de contagio, se han creado los diferentes tipos de aislamientos vistos anteriormente, que lo que buscan es la efectividad en cada caso. El conocer las normas de cada aislamiento y cumplirlas minuciosamente es esencial para que éstos sean efectivos y se llegue a eliminar la posibilidad de contagio a otras personas o al propio personal sanitario.

Es fundamental informar y concienciar a los pacientes y a los trabajadores sanitarios de la importancia que tiene conocer y cumplir estas normas para poder así disminuir al mínimo los contagios causados por desconocimiento y/o por una mala aplicación de las medidas de aislamiento.

6 Bibliografía

- Pérez Evangelina / Fernández Ana María (2016). Auxiliar de enfermería. Grupo Editorial MCGRAW HILL GENERAL.
- www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa.
-HTTPS://slideshare.net/mobile/roldansamuel/aislamiento-hospitalario8334213.
-HTTPS://revistamedica.com/aislamiento-de-contacto-precauciones-patologia-infecciosa/.
- HTTPS://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000446.htm.
-HTTPS://medwave.cl/link.cgi/medwave/Enfermeria/abr2003/.
-HTTPS://es.slideshare.net/mobile/Luis-Angel-97/tipos-de-aislamiento-hospitalario.
-HTTPS://enferurg.com/aislamiento/.

Capítulo 562

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO

ELISA CAMINO GALLEGO

MARÍA CONSUELO REY PÉREZ

AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La desnutrición en los países desarrollados es un problema de salud característico de los mayores. Se llama desnutrición a un desequilibrio negativo entre el aporte de uno o más nutrientes al organismo y las necesidades de esos nutrientes, que produce una alteración en la forma o el funcionamiento del cuerpo. Los ancianos son el grupo de población de mayor crecimiento en todo el mundo.

No significa necesariamente que su calidad de vida sea mejor. Así como ha aumentado el número de ancianos, aparentemente también ha aumentado entre ellos la incidencia de problemas relacionados con su nutrición, como la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad. Esto es preocupante, ya que la nutrición es un factor de riesgo para la aparición y/o mantenimiento de enfermedades crónicas y discapacitantes.

2 Objetivos

- Identificar la importancia de la nutrición en esta etapa de la vida.
- Descubrir las principales causas de desnutrición que se dan en el anciano y actuar sobre ellas en la consulta de atención primaria.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo, Dialnet usando como descriptores o palabras claves usadas en la búsqueda fueron cuidados de enfermería, nutrición en el anciano, enfermedades crónicas, nutrición y desnutrición. Se realizó un análisis de los documentos obtenidos, lo que permitió extraer información más relevante para la elaboración y desarrollo del trabajo.

4 Resultados

La nutrición en el anciano juega un papel primordial en esta etapa de la vida y existe una gran proporción de ello con problemas de desnutrición e incluso lo contrario (obesidad) que aumenta el riego de morbimortalidad y suponen un elevado gasto para la sanidad. Debemos de conocer las principales causas que pueden provocar este tipo de alteraciones

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DESNUTRICIÓN ESPECÍFICAS DEL ANCIANO:

- Pluripatología: es frecuente que las personas ancianas presenten varias enfermedades crónicas simultáneamente, que pueden influir en el estado nutricional: diabetes, insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, hipertensión arterial, osteoporosis, colelitiasis, demencia, depresión. Y enfermedades del aparato digestivo que pueden interferir con la digestión y la absorción de los nutrientes o que producen anorexia. También la gastrectomía, tratamiento frecuente para la úlcera péptica hace años puede provocar desnutrición. Cuanto mayor es el número de enfermedades que padece una persona mayor es su probabilidad de padecer alteraciones nutricionales tanto por la enfermedad en sí como por los tratamientos recibidos.

- Polifarmacia: los ancianos son el grupo de edad que más fármacos consumen, aproximadamente el 50% del total del gasto farmacéutico. Existen multitud de

fármacos que pueden influir tanto en la absorción, metabolismo y excreción de nutrientes, como en la sensación de apetito. Es preciso hacer una historia farmacológica completa que incluya todos los medicamentos recetados por el médico y los que el anciano toma por su cuenta (analgésicos, laxantes, ansiolíticos…). Cuantos más fármacos se consumen más posibilidades de presentar problemas nutricionales. (Resumen de listado de fármacos que interfieren en la nutrición)

- Dioxina: nauseas, falta de apetito, pérdida de peso, potencia la pérdida de magnesio.

- Diuréticos: aumentan la pérdida de agua, sodio, potasio y magnesio.

- Antiácidos: disminuye la absorción intestinal de hierro, vitamina B1, vitamina B12.

- Laxantes: reducen la absorción de agua y de los nutrientes en general.

- Hierro: altera el tránsito intestinal produciendo tanto estreñimiento como diarrea. Antidepresivos: los ISRS disminuyen el apetito, los Tricíclicos facilitan el estreñimiento. Colchicina: reduce la absorción de vitamina B12, lactosa y grasas. Colestiramina: reduce la absorción de las vitaminas A, D, E, K y del Acido Fólico. Anticonvulsivantes: déficit de Acido Fólico, altera la mineralización ósea. Cefalosporinas: alteran el metabolismo proteico y de las vitaminas D y K. Tetraciclinas: disminuyen la vitamina K y la absorción intestinal de calcio.

- Aislamiento social: con los cambios que se han producido en los modelos familiares en la segunda mitad del siglo XX cada vez son más los ancianos que viven solos. Puede ser por pérdida de motivación para comer o por desconocimiento para preparar adecuadamente los alimentos. Además el comer en compañía es esencial para mejorar el estado de ánimo.

- Problemas económicos: con frecuencia los ancianos tienen dificultades económicas que les impiden comprar la comida necesaria. Cuando esto ocurre, los primeros alimentos que se evitan son los más caros que suelen ser los que aportan la mayor cantidad de proteínas, como las carnes y los pescados.

- Incapacidad física: la incapacidad física puede ser a la vez causa y consecuencia de desnutrición en los ancianos. Una persona incapacitada (por ejemplo un anciano hemipléjico con pobre soporte social) puede desnutrirse por no poder comprar la comida, por no poder cocinarla, por no poder llevársela a la boca, o por no poder tragarla adecuadamente.

- Problemas en la boca, alteración del gusto y olfato: cualquier alteración en la estructura anatómica o en las funciones fisiológicas de la cavidad oral, que afecten a la masticación o a la deglución, puede hacer que el anciano no siga una dieta adecuada. Las enfermedades dentales (caries, pérdida de piezas, ausencia de prótesis dentales o mal ajuste), periodontales (periodontitis), gingivales (gingivitis), de la lengua o cavidad oral (micosis, úlceras, cáncer), de los labios (queilitis), de la musculatura oral (atrofia, enfermedades neurológicas que producen alteración de la deglución), de las glándulas salivares (boca seca), de la mandíbula y la articulación témpora-mandibular (dolor, limitación de la apertura de la boca), etc. pueden favorecer la aparición de desnutrición. Además se produce una pérdida de papilas gustativas linguales con disminución de la capacidad gustativa y una pérdida de la capacidad olfativa: apetece más lo dulce y lo salado.

- Tabaquismo: el tabaco puede producir desnutrición principalmente al disminuir el apetito, pero también al aumentar las necesidades de determinados nutrientes, como por ejemplo la vitamina C, se ha descrito como los fumadores tienen unas necesidades de esta vitamina hasta 60 veces mayores que los no fumadores.

- Alcoholismo: la prevalencia del consumo de alcohol entre los ancianos se sitúa alrededor del 45%. Los ancianos son más sensibles que los jóvenes al consumo de alcohol porque lo metabolizan de forma más lenta, por el mayor uso de medicaciones que pueden interactuar con el alcohol y por el mayor número de enfermedades crónicas que pueden interaccionar con él.

5 Discusión-Conclusión

La desnutrición no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, pero con el aumento de la edad se producen algunos cambios en la composición del organismo. La dieta de cada persona también cambia con la edad, como consecuencia de diversos factores (como el gusto, las preferencias, la disponibilidad, o las dietas terapéuticas). Con el paso de los años, se tienden a consumir menos calorías totales, sobre todo a expensas de las grasas.

Se debe estar alerta ante la posibilidad de una desnutrición en cualquier persona mayor, pero especialmente en aquellos con problemas de salud crónicos, frágiles o debilitados. La desnutrición es uno de los problemas de salud que más veces se pasa por alto y sin diagnosticar en el anciano.

El tratamiento fundamental de la desnutrición es el tratamiento de las causas

subyacentes encontradas, siempre que sea posible. Si se cura o mejora la enfermedad, se retira una medicina que quite el apetito, se educa sobre la dieta más adecuada o se buscan ayudas para que la persona pueda obtener suficiente comida, la nutrición mejorará.

6 Bibliografía

- Morillas, J., García-Talavera, N., Martín-Pozuelo, G., Reina, A. B., & Zafrilla, P. (2006). Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. Nutrición hospitalaria, 21(6), 650-656.
- Ramon, J. M., Subirà, C., & en Gerodontología, G. E. D. I. (2001). Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. Medicina clínica, 117(20), 766-770.
- Iraizoz, I. (1999). Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 22, pp. 51-69).
- Villarroel, R. M., Formiga, F., Alert, P. D., & Sangra, R. A. (2012). Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. Medicina Clínica, 139(11), 502-508.

Capítulo 563

EL AISLAMIENTO EN EL MEDIO HOSPITALARIO

MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ

GLORIA PELLO ALVAREZ

1 Introducción

El aislamiento es el proceso de separación de las personas que padecen una enfermedad infecciosa o transmisible durante el tiempo que pueda durar dicha transmisión.

Para que exista una infección se tiene que dar seis elementos que se conocen como "cadena de transmisión de la infección": agente, reservorio, puerta de salida, transmisión, puerta de entrada y huésped. La ruptura de esta cadena supondría detener la transmisión de la enfermedad.

2 Objetivos

- Conocer las medidas de aislamiento y las preocupaciones que hay que seguir para el control de las enfermedades transmisibles, concretando las técnicas que hasta ahora han sido más efectivas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El aislamiento consiste en separar la fuente de infección para evitar la propagación, para ello se interponen las técnicas de barrera.

La duración de un aislamiento depende del tiempo que el paciente tarde en curarse desde el punto de vista clínico y bacteriológico.

Existen varias medidas de aislamiento, entre ellas podemos señalar: estricto, respiratorio, entérico, cutáneo-mucoso, universal y protector.

El personal sanitario debe tener en cuenta durante el aislamiento ciertas precauciones como que se cumplan todos los protocolos de seguridad.

Medicina preventiva es la encargada de determinar qué tipo de protocolo debe ejecutar y aprobado por la comisión de infecciones del propio hospital.

Teniendo en cuenta todas las medidas posibles durante el proceso, se ha descubierto que la más efectiva es el lavado de manos, ya que se considera como principal fuente de transmisión.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas de aislamiento tienen una importancia fundamental, deben ser conocidas y practicadas por todo el personal sanitario realizándose estudios de campo y poniendo a prueba nuevos mecanismos, tanto en lo que respecta al uso de nuevos materiales y elementos, como en lo que respecta a la forma de actuar del personal sanitario.

6 Bibliografía

- Andrade Lobato R, Arrazola Martínez MP, Cantón Moreno R et al. Promoción de calidad, Guías de buenas prácticas: Prevención y control de la infección nosocomial. Conserjería de Sanidad, Comunidad de Madrid. 2007.

- Álvarez Tuñón Z, Fernández Muñiz P, Martínez Ortega MC et al. Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Hospital Valle del Nalón, Asturias, España; 2007-

- Fernández Espinosa A, Pérez de la Plaza E. (2008) Técnicas Básicas de Enfermería. McGraw- Hill Interamericana de España S.L.

Capítulo 564

ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL

MARÍA CONSUELO REY PÉREZ

AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA

ELISA CAMINO GALLEGO

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos aportan conocimientos especializados médicos y psicológicos.

Un enfermo terminal es aquel que:
-Tiene una o varias enfermedades de evolución progresiva.
-Un pronóstico de vida inferior a seis meses.
-Los tratamientos dejan de ser eficaces
-Hay una pérdida de la esperanza de mejoría o recuperación.

2 Objetivos

- Describir los cuidados que deben llevarse a cabo para proporcionar un adecuado apoyo tanto al paciente como a su entorno.
- Describir los cuidados necesarios que deben llevarse a cabo en este tipo de pacientes, adaptados a cada situación individual.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de la literatura existente. Se consultaron diversas bases de datos: PubMed, Cochrane, Dialnet, utilizando como descriptores las palabras clave: cuidados, enfermedad terminal, TCAE, atención, así como el Google Académico. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 20 años, en español, disponibles en texto completo y directamente relacionados con la temática en estudio.

También se consultaron libros y revistas sanitarias disponibles con el objetivo de ampliar y clarificar la información obtenida.

4 Resultados

Realización de la higiene diaria y control del estado de la piel.

Hidratación y alimentación.

En este tipo de pacientes no es un objetivo en sí mismo pues muchas veces la desnutrición está asociada a la progresión de la enfermedad .

- Control del dolor.

- Apoyo al paciente y familia.

INTERVENCIÓN:

- Higiene: se realizará el baño u aseo diario dependiendo de su estado, momento que aprovecharemos para observar y valorar el estado de la piel. Pondremos especial atención en el aseo bucal, pues es fuente de múltiples infecciones A gran parte de estos pacientes les supone un gran esfuerzo, debemos trabajar para conseguir que se transforme en un momento grato.

- Nutrición: estimularemos y controlaremos la ingesta de nutrientes diariamente. Es mejor ingestas pequeñas pero con mayor frecuencia y administrar líquidos para evitar deshidratación
- Eliminación: observaremos características de orina y heces. Utilización de sondaje vesical y enemas de evacuación si precisa.

- Control del dolor: cambios posturales frecuentes que alivien. Control de la analgesia.

- Apoyo al paciente y entorno: escucha activa.

AGONÍA:

Es la última fase, es el estado que precede a la muerte cuando la vida se extingue de forma gradual, no se da en todos los pacientes.

El deterioro físico es evidente y progresivo. Existe una disminución del nivel de consciencia hasta llegar al coma. Dificultad o incapacidad para la ingesta. Alteración de los esfínteres. Frecuentemente viene asociada con fiebre. Necesidad de compañía, agitación, angustia, miedo.

Es en esta fase cuando mas evidente se hace la realidad de la situación y demandan cuidados, es necesario aliviar y consolar, atender tanto al enfermo como a la familia.

5 Discusión-Conclusión

El enfermo terminal tiene derecho a conocer su diagnóstico aunque su pronóstico no sea favorable.

Para informarlo se han de tener en cuenta las particularidades de cada paciente, debe saber qué le pasa y conociendo la situación esté en libertad de tomar decisiones con conocimiento de causa. Necesita ver una relación entre lo que sabe de su enfermedad y el tratamiento, en caso de no ser así se podría producir desconfianza hacia el equipo que lo atiende.

Es importante no engañar ni dar falsas esperanzas pero sí mitigar sus miedos.

6 Bibliografía

- C. Celedón, E. Kubler-Ross, R. Zamorano, M. Pérez, A. Roa, Cuidados paliativos (Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos). 2007.
- Núñez Olarte, J.M., y López Inmedio, E., (ed). (2007) Guía Rápida de Manejo Avanzado de Síntomas en el Paciente Terminal. Madrid. Panamericana.
- Núñez, J. M., Martínez, M.B., y Moreno, R. (2007). Manejo de síntomas respiratorios. Madrid. Panamericana.
- Portugés, A., Ferrari., M., Hernández, P., y Sacristán, A. (1998).Síntomas respiratorios en el enfermo en fase terminal. Cuidados de enfermería. López Inmedio. E, (ed). Enfermería en Cuidados Paliativos, (pp 129-143). Madrid: Panamericana.

Capítulo 565

ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO

SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO

LETICIA RODRIGUEZ CORDERO

VICTORIA BLANCO FERNANDEZ

1 Introducción

Alimentar al paciente es una tarea que debe realizarse con paciencia y cuidado, además, es importante conocer las condiciones físicas y mentales de la persona.

La alimentación se define como el consumo de alimentos, con el fin de obtener los nutrientes que el cuerpo necesita para conservar su salud. Se trata de un proceso individual pues depende de las necesidades nutricionales, edad y estado de salud.

El paciente postrado en la cama es aquel que, por diferentes motivos está obligado a permanecer inmóvil en la cama, ya sea por causas de la edad, un accidente, o una enfermedad. Es necesario asistirlo en actividades de autocuidado y de la vida cotidiana como: el baño, higiene personal, vestido, alimentación cuidado del cuerpo y evacuación de esfínteres

2 Objetivos

- Identificar la importancia de la nutrición en el paciente encamado y las causas más frecuentes de alteración.

- Favorecer la educación del paciente y sus cuidadores de medidas de apoyo y instrucciones para una nutrición óptima cuando el paciente se encuentra encamado.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo, Dialnet usando como descriptores o palabras claves en la búsqueda: ”cuidados de enfermería”, ”nutrición en el anciano”, ”enfermedades crónicas”, ”nutrición”, ”paciente encamado” y ”desnutrición”. Se realizó un análisis de los documentos obtenidos, lo que permitió extraer información más relevante para la elaboración y desarrollo del trabajo.

4 Resultados

Nosotros, como profesionales de la salud, ante la situación de un paciente encamado, debemos de llevar a cabo una valoración integral del paciente haciendo hincapié en la nutrición. Debemos de tener en cuenta una serie de aspectos que serán fundamentales en el mantenimiento de la salud del anciano.

CONSEJOS PARA ALIMENTACIÓN EN LA CAMA:

- Lava tus manos con abundante agua y jabón e indica al paciente que también se las lave, ayúdale en caso de que sea necesario.

- Asegúrate de que la dieta que le vas a administrar corresponda a la prescrita. Si existen alergias o intolerancias a algún alimento, verifica su ausencia en las comidas.

- Coloca al paciente en posición recta (90 grados) ,así evitarás una bronco aspiración (comida en los pulmones).

- Colócale una servilleta debajo del mentón para evitar que se manche. Si es independiente para comer, pon la mesa con la bandeja a su alcance. Dedícale el tiempo necesario y evita las prisas.

- En caso de inmovilización que impida la incorporación del paciente, utiliza un pitillo para suministrarle los líquidos. Si el paciente se encuentra en estado de semiinconsciencia, se recomienda utilizar otra vía de administración de líquidos, pero si se hace por la boca, debe realizarse despacio y con mucha precaución. El

consumo de líquidos debe ser 1,5 a 2 litros al día como mínimo, salvo que existan contraindicaciones reseñadas por el médico.

- Administrar gelatinas o espesantes si es preciso para lograr la ingesta requerida de líquidos.

- Los alimentos sólidos deben administrarse en pequeñas cantidades y preferiblemente ser blandos. Ten siempre la precaución de verificar el estado de los dientes del paciente.

- Permítele al paciente decidir el orden en que tomará los alimentos, pues lo importante es que los coma.

- Es aconsejable mantener registro del tipo de dieta y la cantidad que ingirió el paciente.

- La alimentación es muy importante, ya que la carencia de nutrientes aumenta la posibilidad de formación de úlceras.

- La dieta deber ser variada, rica en proteínas, vitaminas y minerales que faciliten la regeneración de los tejidos. En ocasiones se precisa un aporte nutricional complementario.

- Al terminar la comida, ayuda de nuevo al paciente en el lavado de manos e higiene bucal y déjalo en la misma posición (sentado) por unos 30 minutos más.

5 Discusión-Conclusión

Una vez establecida la inmovilidad en la persona mayor es importante iniciar con la mayor rapidez posible los cuidados específicos de prevención de las complicaciones orgánicas, psicológicas y sociales, y la adaptación del entorno del anciano para minimizar las consecuencias de la inmovilidad. La nutrición es un aspecto básico en el estado general del paciente por lo que debemos de adaptarla a las circunstancia para prevenir complicaciones y secuelas que puedan perjudicar a su calidad de vida.

6 Bibliografía

- Berral de la Rosa, F. J., & Aguila Quirós, D. D. (2002). Valoración antropométrica/nutricional de enfermos adultos hospitalizados o encamados.

Archivos de medicina del deporte, 19(88), 129-135.

-Manzano, J. L. P., Peña, Y. R., Márquez, A. S., Rodríguez, A. Á., & Álvarez, J. C. (2014). Intervención educativa en cuidadores de adultos mayores encamados en el hogar. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 40(1).

-López-Checa, C. (2015). Prevención de úlceras por presión en pacientes adultos encamados: revisión narrativa.

-Rocamora, J. A. I. Recomendaciones nutricionales en patologías específicas: demencia vascular, enf. de alzheimer, enfermedades neurológicas degenerativas.

Capítulo 566

LACTANCIA MATERNA INEFICAZ

PATRICIA LOPEZ ALONSO

1 Introducción

La lactancia materna ineficaz se define como el estado en el que la madre, el lactante o la familia experimentan insatisfacción o dificultades con el proceso de lactancia (diagnóstico de enfermedad aceptado por la NANDA).

La característica principal es la insatisfacción con el proceso de lactancia. Otras características secundarias pueden ser:
- Un aporte de leche inadecuado, real o percibido.
- Falta de signos observables de liberación de oxitocina.
- Persistencia de grietas en el pezón más allá de la primera semana de vida del lactante.
- Rechazo de la madre a poner al lactante al pecho cuando es necesario.

Es posible evitar muertes neonatales mediante la lactancia materna desde el primer día de vida, pues la leche materna es el alimento óptimo para el lactante por su contenido nutricional necesario para su crecimiento y desarrollo.

2 Objetivos

Objetivo principal.
- Mostrar un plan de cuidados estandarizado en base a la lactancia materna que ayude a fomentar el buen desarrollo de la misma y, así, ofrecer unos cuidados de calidad.

Objetivos específicos:

- Para comprobar que la lactancia se instaura adecuadamente es necesario observar y valorar las tomas durante la estancia en el hospital.
- Generalmente, esta observación se realiza de forma no sistematizada, por lo que por el momento, se utilizan criterios subjetivos con una amplia variabilidad entre observadores, lo que dificulta el diagnóstico de los posibles problemas y, por tanto, su adecuado tratamiento. Por ello, convendría saber si utilizar una herramienta estandarizada para la observación de la toma puede ayudarnos a identificar mejor las dificultades en el amamantamiento.

3 Caso clínico

En este caso, tratamos el diagnóstico de enfermería de Lactancia materna ineficaz que presenta una paciente en el puerperio inmediato, debido a una mala técnica de lactancia materna relacionada con la presencia de conocimientos deficientes sobre ésta.

La presentación clínica más común es: la congestión severa en senos, llenura y dureza de los pechos, dolor o agrietamiento de los pezones y el rechazo a poner al lactante al pecho cuando es necesario.

Por parte del lactante se puede observar lo siguiente:
- La insatisfacción del lactante con el proceso de amamantamiento.
- La falta de continuidad en la succión del pecho.
- La falta de signos observables de liberación de toxinas.

4 Discusión-Conclusión

Existe una tendencia desfavorable en la duración de la lactancia materna para los lactantes hospitalizados. La promoción de la lactancia deber ser un trabajo interdisciplinario, modificar las normas favoreciendo el contacto del binomio y la puesta temprana del pecho materno.

5 Bibliografía

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

Capítulo 567

NUTRICIÓN PARENTERAL EN FÍSTULAS GRASTROINTESTINALES

VICTORIA BLANCO FERNANDEZ

SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO

LETICIA RODRIGUEZ CORDERO

1 Introducción

Una fístula es una comunicación anómala entre dos superficies con revestimiento epitelial o endotelial. Del 80 al 90% de las fístulas aparecen después de procedimientos quirúrgicos en la cavidad abdominal. La fisiopatología está determinada por la ubicación de la fístula en el tracto gastrointestinal, el lugar de drenaje de la fístula y el volumen de líquido drenado.

Las fístulas de alto gasto son aquellas donde hay pérdida de fluidos mayores de 500 ml/24 horas. Son generalmente fístulas enterocutáneas que involucran el tracto gastrointestinal proximal. Estas pérdidas producen desequilibrios hidroelectrolíticos, ácidos-básicos, pérdida de vitaminas, elementos traza y desnutrición. Es indispensable conocer de manera precisa la cantidad de líquido que se pierde por la fístula para anticiparse a los déficits metabólicos y corregir las pérdidas sostenidas.

Las fístulas de bajo gasto son aquellas que drenan menos de 200 ml y generalmente afectan al colon.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento terapéutico que debe llevarse a cabo para conseguir una adecuada resolución de la fístula gastrointesinal.

- Conocer las características del soporte nutricional que debe instaurarse en estos pacientes en función del tipo de fístula que presenten.

3 Metodología

Se realiza una revisión de la literatura científica de los últimos 15 años sobre nutrición parenteral en fístulas gastrointestinales, en español e inglés, en las bases de datos Cuiden, PubMed, Medline y Elsevier, ampliando con el buscador "Google académico", y usando como descriptores "nutrición parenteral", "fístula", "gastrointestinal" y "soporte nutricional".

4 Resultados

El manejo terapéutico para una adecuada resolución de la fístula gastrointestinal tiene como fin el cierre de la fístula y restablecimiento de la continuidad intestinal, manteniendo el estado nutricional. Se divide en tres etapas:

- Fase de diagnóstico y estabilización: es necesario administrar líquidos endovenosos para corregir los desequilibrios hidroelectrolíticos, se debe dejar el paciente en ayuno, colocar una sonda nasogástrica a drenaje (el consumo de alimentos por vía oral aumenta las pérdidas de líquidos y electrólitos), se administran antogonistas H2 y antibióticos en caso de absceso, y mantener los cuidados de la piel. Esto debe hacerse máximo 48 horas después de reconocer la fístula.

- Fase de investigación: con estudios adecuados se delinea la anatomía de la fístula.

- Fase de tratamiento definitivo: que se hace con base en la probabilidad de cierre de la fístula y en los estados patológicos subyacentes.

En los pacientes desnutridos se reduce la actividad de los fibroblastos, lo que resulta en retraso de la cicatrización de heridas, fallo de la contractura cicatrizal y formación de fístulas enterocutáneas. La hipoproteinemia produce dilatación

del vaciamiento gástrico e íleo prolongado, deshiscencia de las heridas y aumento del riesgo de infección.

El objetivo del soporte nutricional especial en el manejo de fístulas gastrointestinales es prevenir o tratar la malnutrición debida a la ingesta inadecuada de alimentos, a la sepsis y a su hipercatabolismo, y la pérdida de líquidos ricos en proteínas. La administración de octeotride más nutrición parenteral no incrementa la incidencia de los cierres espontáneos de las fístulas aunque puede disminuir el tiempo de cierre.

La instauración del apoyo nutricional por vía parenteral depende del origen de la fístula, de la longitud del intestino funcional, del gasto fistuloso, y de la tolerancia a la alimentación enteral. Cuando hay sospecha de fístula gástrica, duodenal, pancreática o de intestino delgado los autores recomiendan la no administración oral de alimentos porque se estimula la pérdida de líquidos y electrolitos y de proteínas promoviendo la malnutrición. Por tanto, el soporte parenteral está indicado y es frecuente la disminución del drenaje por fístula al iniciarse la nutrición parenteral.

El Gasto Energético Basal se calcula con la ecuación de Harris-Benedict y para calcular el Gasto Energético Total se multiplica el resultado por el factor de injuria (se recomienda para fístulas gastrointestinales de 1,3-1,5).

- Los pacientes con fístulas con secreción escasa (menos de 200ml) deben recibir entre 1 a 1,5 g/kg de peso de proteínas y cerca del 30% de calorías en forma de lípidos, y en lo posible recibir por lo menos una parte de sus necesidades calóricas por vía enteral.

- Los pacientes con fístulas de alto gasto deben recibir entre 1,5 a 2,5 gr/kg de peso día de proteínas, una relación entre calorías y nitrógeno de 100 a 150:1 Kcal/gr de nitrógeno y en lo posible el doble de las recomendaciones diarias de vitaminas, elementos traza, 5-10 veces las recomendaciones de vitamina C, complementos de zinc y 10 mg de vitamina K semanal.

Una vez se ha instituido el apoyo nutricional eficaz y se ha controlado la sepsis, se logra el cierre espontáneo en el 23 al 80% de los casos informados.

Si la fístula no ha cerrado dentro del primer mes luego de haber controlado la sepsis y con un adecuado apoyo nutricional debe programarse el cierre operatorio. Si no hay cierre espontáneo a menudo es de gran utilidad un periodo de

espera de 4-6 semanas para mejorar el estado nutricional del enfermo antes de operarlo.

5 Discusión-Conclusión

Tomando como referencia los resultados obtenidos podemos concluir que un adecuado manejo terapéutico es fundamental para la resolución de la fístula gastrointestinal, dentro del cual el soporte nutricional y en este caso la nutrición parenteral juega un papel fundamental tanto en la prevención como en el tratamiento de la malnutrición debida a la ingesta inadecuada de alimentos, a la sepsis y a su hipercatabolismo, y la pérdida de líquidos ricos en proteínas.

6 Bibliografía

- Nazco Casariego J, Gutiérrez Nicolás F. (2016). Nutrición parenteral (Tema 27). En: Días Romero C (coord.). Nutrición en estados fisiológicos y patológicos, Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Laguna, Materiales didácticos universitarios, Serie medicina/5, pp.527-539, La Laguna.

- Vázquez Polo A, López Briz E, Balerdi Pérez B, García Malpartida K, Argente Pla M. (2015). Nutrición parenteral (Capítulo 8). En: Merino Torres JF (coord.). Manual de nutrición artificial del Hospital La Fe, NovaBernia, pp. 65-85, Valencia.

- Chang W-K,Yeh M-K.(2011). Prediction of parenteral nutrition osmolarity by digital refractometry. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition,35 (3), 412-418.

Capítulo 568

ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TCAE AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

VICTORIA BLANCO FERNANDEZ

SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO

LETICIA RODRIGUEZ CORDERO

1 Introducción

La insuficiencia renal crónica se define como la disminución progresiva e irreversible del filtrado glomerular, también puede usarse para determinar la situación clínica que se desarrolla por consecuencia de un descenso significativo de la función renal en todos sus niveles, y que se manifiesta por alteraciones clínicas diversas.

La mayoría de los pacientes suelen pasar asintomáticos hasta que la filtración glomerular desciende hasta un 25% de su función normal. Es entonces cuando aparece la sintomatología: cansancio, anemia, acidosis metabólica, alteraciones del metabolismo de fósforo y calcio.

Un adulto sano tiene aproximadamente dos millones de nefronas y una tasa de filtrado glomerular de 120 ml/min. Por debajo de 15 ml/min aparecen síntomas digestivos y en fases más avanzadas síntomas cardiovasculares y neurológicos.

La IRC puede ser causada por trastornos patológicos en los que interviene directamente el riñón, pero también puede presentarse secundariamente a enfer-

medades sistémicas como diabetes, hipertensión, vasculitis, etc. Su evolución estará en función de la enfermedad de base.

2 Objetivos

- Determinar aquellos cuidados que deben prestarse al paciente afectado por una insuficiencia renal crónica para mejorar su calidad de vida e impedir en la medida de lo posible que la enfermedad evolucione desfavorablemente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de diferentes publicaciones y de las bases de datos Dialnet, Evidentia, Cochrane Plus, Pubmed y Medline, utilizando como descriptores las palabras clave mencionadas anteriormente y seleccionando artículos publicados tanto en castellano como en inglés con el objetivo de establecer las recomendaciones necesarias para conseguir una adecuada atención del paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

4 Resultados

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

La importancia del tratamiento dietético es fundamental, tiene que cubrir las necesidades energéticas y nutritivas que el paciente requiere, además de prevenir y regular la toxicidad urémica y los trastornos metabólicos, evitando la progresión de la enfermedad. La incidencia de malnutrición en estos pacientes, junto con el aumento de patologías cardiacas, infecciones, hospitalización, etc da más relevancia a la alimentación.

Las recomendaciones dietéticas en la IRC:

Dependiendo del estadio y del tratamiento renal sustitutivo, los requerimientos nutricionales pueden sufrir alguna variante.

Una de las medidas dietéticas más importantes es reducir la retención de los productos de desecho procedentes del metabolismo del nitrógeno. Esto se consigue reduciendo la ingesta de proteínas y aumentando la ingesta de calorías con hidratos de carbono.

Dependiendo de la función renal se limitará la ingesta de sal y el aporte hídrico, para prevenir la retención de líquidos y la sed. Informaremos bien al paciente acerca de la limitación de los alimentos que contienen potasio:

- El potasio puede causar graves problemas, por lo que los pacientes deben conocer los alimentos más ricos en este elemento, saber controlarlos, y conocer cómo pueden disminuir su concentración, tratándolos previamente.

- La sobrealimentación y la ingesta excesiva de agua son las situaciones más frecuentes en los pacientes renales, por lo que las personas encargadas de su educación dietética tienen que reformar e instruir en los peligros que implica un incumplimiento repetido.

Dado que no es tan fácil eliminar de la dieta todos estos alimentos, el personal Auxiliar de enfermería que trabaje con estos pacientes, indicará la mejor forma de preparación de los alimentos para que pierdan parte de su contenido: para ingerirlos crudos, ponerlos en remojo y cambiar el agua un par de veces. En los guisos cambiar la cocción sobre todo en verduras y legumbres. La persona que prepara la comida debe tener unas nociones claras sobre la composición de los alimentos y cómo prepararlos. Algunos pacientes suelen demandar con insistencia una "dieta modelo" para saber qué pueden comer. Al principio la siguen, pero pronto la abandonan, por lo que es más aconsejable dar las normas dietéticas generales que incluyen los alimentos permitidos y los desaconsejados.

Aconsejar el uso de especias: ajo, limón, cebolla….para condimentar los guisos en sustitución de la sal.

La limitación de las proteínas enlentecerá la progresión de la IRC pero debemos asegurarnos de que se mantiene un aporte calórico adecuado con el consumo adecuado de hidratos de carbono.

Los frutos secos, mariscos, vísceras, chocolate, cítricos y frutas tropicales, deben eliminarse de la dieta o ingerirlos de forma moderada el día de la sesión de hemodiálisis.

En el caso de anemia, además de la frecuente administración de sulfato ferroso o hierro intravenoso, se debe aportar una dieta que cubra todos estos aspectos, así como las vitaminas cuyo déficit provoca anemia, como la vitamina B12 o el ácido fólico.

INTEGRIDAD CUTÁNEA

La piel del paciente suele ser seca, pálida y escamosa. Hay que recomendarle no bañarse en exceso, evitar los jabones duros, siendo preferible la ducha y con el agua no muy caliente.

El control del fósforo y la disminución de urea mejorarán las molestias del prurito.

Control de la ingesta de agua si hay edema.

En ocasiones puede ser necesario la toma de antihistamínicos o fármacos antipruriginosos.

Dado que la uremia retrasa la cicatrización de las heridas, hay que indicar al paciente que vigile los rasguños de la piel. Es preferible que las uñas estén cortadas, impidiendo así una lesión y herida con riesgo de infección.

Mantendremos un cuidado de la piel adecuado con jabón neutro y aceites.

Debemos dar a conocer la posibilidad de aparición de hematomas por la alteración de la coagulación y la fragilidad capilar.

Proporcionar cuidados específicos en los tejidos edematosos y susceptibles de lesión o infecciones.

HIGIENE

El auxiliar de enfermería tiene que instruir al paciente para que lleve a cabo el hábito higiénico necesario. No debe arrancarse las costras, que serían puerta para la infección.

Si lleva catéter, recomendar ducharse con precaución de forma rápida.

Si el paciente es portador de un catéter peritoneal, realizar duchas diarias, enseñando el correcto lavado de manos imprescindible siempre antes de la manipulación del catéter y de los elementos de la diálisis peritoneal.

En cuanto a la higiene bucal es frecuente la aparición de halitosis en los pacientes con insuficiencia renal. Puede combatirse con una higiene rigurosa de la boca, antes y después de cada comida, utilizando un cepillo muy suave para evitar las gingivorragias o sangrado de las encías, así como frecuentes enjuagues con colutorios.

También debe estimularse la salivación con sustancias ácidas como caramelos o

trozos de limón.

INFECCIONES

La disminución de la capacidad inmunitaria del paciente con IRC le hace mucho más susceptible de padecer infecciones, por lo que el personal auxiliar debe vigilar la temperatura corporal y la aparición de secreciones de cualquier tipo, así como su consistencia.

Si aparecieran secreciones respiratorias, el personal auxiliar junto con la enfermera debe propiciar la salida de las secreciones con técnicas de fisioterapia respiratoria, con el fin de movilizarlas y conseguir su expulsión. Así, evitaremos un foco de infección de microorganismos oportunistas.

Se evitará el uso de sondaje vesical si es posible y se emplearán técnicas asépticas en caso de necesidad, cuando se utilicen catéteres venosos, cambios de apósito o sondaje.

Por último, informaremos al paciente de los signos típicos de la infección urinaria, respiratoria, otitis, etc para que sea capaz de reconocerlos y acudir rápidamente al médico.

Hay que vigilar también los accesos vasculares de los pacientes en hemodiálisis en busca de eritema o enrojecimiento, hinchazón o edema, o algún exudado atípico.

El enfermo renal no refiere por lo general dolor agudo, sino molestias generalizadas y crónicas. Las más comunes y dolorosas son los calambres musculares, la irritación ocular, hormigueos y cefaleas, todas ellas relacionadas con el déficit del control de los electrólitos.

ACTIVIDAD FÍSICA

Pese a la necesidad inicial de reposo, se debe programar un aumento paulatino de actividades, en función de la tolerancia y capacidad del paciente. El objetivo es conseguir la máxima independencia del paciente, proporcionándole la ayuda necesaria en su autocuidado.

La actividad física es imprescindible para la correcta homeostasia del organismo, muchos enfermos renales pueden tener limitaciones debidas no sólo a su alteración renal, sino a otras patologías, por lo que la actividad física se aconseja siempre de forma individualizada.

Se tendrá en cuenta su situación clínica además de la edad, el tipo de tratamiento depurador, las preferencias, etc.

En principio, el caminar es una actividad recomendable a todos los pacientes y a partir de aquí puede hacerse cualquier tipo de ejercicio o deporte que no sea violento. Son preferibles los ejercicios aerobios, como la natación, la gimnasia y la bicicleta, que practicados de forma razonable no implican riesgo de lesión y favorecen un buen tono muscular.

Sea cual fuere la fuente de actividad, hay que tener en cuenta que no debe ser agotadora, y la extremidad del acceso vascular o portadora del catéter se ha de proteger adecuadamente.

Es recomendable que los pacientes dejen transcurrir unas horas tras la hemodiálisis. El día que no se realiza el tratamiento es el adecuado para la práctica del ejercicio, ya que se encuentran menos fatigados que el día de la diálisis.

La uremia y la anemia juegan un papel importante en la limitación de la movilidad y de su actividad física. Se debe prestar atención a un aumento brusco de la intolerancia a la actividad, que podría venir provocada por una hiperpotasemia, y el auxiliar que detecte esta alteración deberá avisar al personal de enfermería y al médico correspondiente.

ELIMINACIÓN

Hay que controlar la entrada y salida de líquidos. Al principio de la enfermedad hay una fase de diuresis en la que hay pérdida de volumen de líquidos; hay que controlar estas pérdidas y pesar diariamente al paciente.

Luego viene la fase de oliguria o anuria, en la que habrá que controlar las ingestas de líquidos y limitarlas en función de su eliminación.

Para paliar el potencial de estreñimiento de estos pacientes, vigilaremos el número y calidad de las deposiciones, y administraremos productos ablandadores de las heces, en la dieta aportaremos alimentos ricos en fibra, y si el estado general lo permite, el ejercicio es definitivo para una correcta eliminación. En los casos en los que se ha probado con todo, terminaremos usando el enema si el médico lo prescribe.

MEDICACIÓN

Algunos antiácidos que contienen magnesio no se eliminan bien, por lo que

deben sustituirse por otros que no lo contengan.

Al estar alterada la función renal, la metabolización y excreción de los fármacos no es óptima en todos ellos, por lo que no deben tomarse medicamentos sin estar pautados por el médico y tienen que estar ajustados en la dosis. El personal sanitario tiene que hacerle ver al enfermo renal los riesgos de la automedicación.

COMODIDAD Y BIENESTAR

El paciente urémico en estado crítico puede sufrir confusión e incluso coma. Si se llega a esta situación en la que el paciente deja de controlar el medio que le rodea, habrá que tomar una serie de medidas ambientales que reduzcan el riesgo de autolesión. Intentaremos orientar al paciente, con la ayuda de su familia y de todos los dispositivos de apoyo con los que contemos.

Todas estas medidas hacen de forma obligada cambiar al paciente en su estilo de vida anterior, así como a su familia. Van a sufrir alteraciones en la apariencia física y pueden incluso darse una serie de cambios en los roles familiares.

Algunos pacientes y familiares pueden necesitar la ayuda y apoyo de muy distintos profesionales, desde psicólogos, trabajadores sociales o asesoramiento sexual.

El afrontamiento de este nuevo estilo de vida tiene que ir orientado más que desde la búsqueda de la curación hacia la adaptación de esta nueva etapa de la vida del paciente, ya que estamos ante una enfermedad crónica y, por esto las medidas se dirigen a ir paliando las molestias derivadas de la enfermedad y del tratamiento, capacitando a la persona para acabar manejando de nuevo el sólo su vida.

En determinados casos, y casi todos al inicio de la enfermedad niegan y rechazan la realidad de la situación, lo que les lleva a no tener una actitud muy colaboradora en el tratamiento, al incumplimiento de la medicación, y a no llevar las recomendaciones dietéticas imprescindibles.

Con relativa frecuencia surgen periodos depresivos ante la merma de su calidad de vida, relacionando todos los nuevos acontecimientos con un acercamiento hacia la muerte.

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Para tener una guía de los aspectos más importantes que el paciente crónico renal deberá controlar a lo largo de su enfermedad, sabremos que todo el equipo sanitario en contacto con los cuidados del paciente, tiene que proporcionarle

conocimientos acerca de:

- La naturaleza del fracaso renal, posible evolución, y alternativas de tratamiento.

- Restricciones dietéticas.

- Necesidad de reposo y actividad.

- Características del tratamiento farmacológico prescrito: nombre, dosis, pauta de administración, vía de administración y forma, y efectos secundarios.

- Importancia de la continuidad de las revisiones médicas.

- Indicadores que señalen complicaciones potenciales de infección, hemorragias, o desequilibrio hidroelectrolítico.

- Signos y síntomas que precisen atención médica: pulso irregular, fiebre, ahogo, edema, cambios bruscos de diuresis y debilidad muscular inusual.

- Instrucciones a los pacientes que no se han introducido aún en la diálisis, pero lo pueden hacer en un periodo breve de tiempo, así como los cuidados básicos para los pacientes portadores de un acceso para la diálisis.

- Al paciente con enfermedad renal terminal o próximo a esta etapa, hay que proporcionarle información acerca de las diversas opciones de tratamiento y acerca de los grupos de ayuda que existen a su disposición. Antes del alta el paciente y los familiares deberán reunirse con el trabajador social y el personal sanitario encargado de dar la educación dietética.

- Coordinación del plan de alta al paciente con la unidad o el centro de diálisis. Si es posible, el paciente deberá visitar la unidad de diálisis antes del alta.

RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA

El auxiliar de enfermería conocerá el método de recogida de orina. Los análisis se realizarán con muestras recién emitidas, primera micción del día, porque es la más concentrada y en ella hay mayor posibilidad de detectar alteraciones.

Muchas pruebas se realizan con muestras de orina recogidas durante 24 horas.

Para la recogida simple de orina es recomendable realizar higiene previa del paciente, de los genitales e introducir la orina en un recipiente limpio.

- La orina debe procesarse lo antes posible, de lo contrario se mantendrá refriger-

ada.

- En la recogida de orina de 24 horas se sigue el siguiente procedimiento: o Se le indica al paciente que vacíe la vejiga a una determinada hora y se desecha la primera micción. o A continuación se recogerá en un recipiente limpio la orina de todas las micciones posteriores, incluida la última muestra de las 24 horas después de iniciado el proceso. o Algunas muestras deben guardarse en la nevera, y otras muestras necesitan de algún conservante. o Las muestras por cultivo de orina pueden obtenerse por la sonda vesical si la tuviera o por micción directa. Siempre que sea posible, ésta última será la práctica más utilizada, para evitar la contaminación de la orina al pasar por los genitales.

- El auxiliar debe adoptar una serie de medidas en la recolección de la muestra. Entre ellas destacan: o Lavado de los genitales externos con agua y jabón. o Desechar la primera parte de la micción, que arrastrará los gérmenes que colonizan la uretra distal. o Se recogerá la orina de la micción en un frasco estéril, evitando tocar su interior. o El frasco se tapará de inmediato, y se llevará lo más rápidamente posible al laboratorio, ya que la muestra debe procesarse dentro de la primera hora y si no es posible, almacenarla en la nevera a 4ºC para evitar el crecimiento bacteriano.

CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA

Es importante la valoración y observación por parte del personal sanitario de las características de la orina, que van a ayudar a la determinación diagnóstica del paciente, entre ellas se encuentran:

- Cantidad de orina excretada (normal, oliguria, anuria, poliuria, nicturia…).

- Color (amarillo pálido, amarillo oscuro, rojizo, pardo, etc).

- Aspecto (transparente, turbio)

- pH (alcalino, ácido)

- Densidad (orina normal, diluida, concentrada)

- Presencia de glucosa, hematíes, leucocitos, proteínas, cilindros, bacterias, cuerpos cetónicos.

También es relevante la identificación de otros aspectos como son:

- Las características del flujo de la orina: lento, continuo, en goteo, si comienza y

se detiene, si su comienzo es lento y difícil, etc.

- Presencia de dolor en la micción, molestias o escozor (disuria).

- Ingesta de líquidos.

- Valorar si existe percepción de la necesidad de orinar, capacidad de controlar la micción y alivio después del vaciamiento vesical.

- Valorar el tono de los músculos abdominales, la distensión vesical (vejiga palpable por encima de la sínfisis del pubis).

- Existencia de enuresis o incontinencia.

- Signos de deshidratación: mucosas secas, lengua seca, globos oculares hundidos, signos de pliegue cutáneo.

- Presencia de edemas o distensión venosa.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo expuesto anteriormente el personal sanitario (enfermería y auxiliares) tiene que ofrecer e inculcar responsabilidades al enfermo renal. Con la búsqueda de un objetivo: participar de forma activa en su tratamiento, consiguiendo que colaboren en su cumplimiento y fomentar en ellos el aumento de su autoestima, y una mejor calidad de vida e integración social.

6 Bibliografía

- Lola Andreu Periz y Enriqueta Force. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Ed. Masson.
- Rosa Piriz Campos. Enfermería médico quirúrgica III. Ed. Paradigma. 2000. Pag. 1440-1446.
- Juan Miguel Arriaga, Javier Zurro, Mª Dolores Tejero, Carmen Bayón. Enfermería anatomo-fisiológica. Ed. Masson. 1994. Pag. 879-889.
- Carmen Martín Salinas, Teresa Motilla, Joaquina Díaz, Pilar Martínez. Nutrición y Dietética. Ed. Paradigma. 2000. Pag. 402-410.
- Evangelina Pérez, Ana Fernández. Auxiliares de enfermería. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 998. Pag. 340-347.

Capítulo 569

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

LUCIA GARCIA GARCIA

NOELIA GARCIA LOPEZ

EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO

MARIA TERESA AVILES SOTO

FLORENTINA MARÍA LLAMAZARES GONZALO

1 Introducción

La necesidad de velar por la higiene y seguridad en el trabajo viene regulada en el artículo 40.2 de la Constitución Española, siendo la Ley 31/1995, del 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales la encargada de desarrollar dicho artículo.

Los centros sanitarios son grandes organizaciones con diversos riesgos que pueden afectar tanto a los trabajadores sanitarios que desarrollan la actividad asistencial, como a otros trabajadores auxiliares de dicha actividad.

2 Objetivos

- Evaluar los riesgos inherentes del propio trabajo y determinar las medidas adecuadas a la naturaleza de dichos riesgos.
- Definir tanto los derechos del trabajador frente a los riesgos que originan el desempeño de sus tareas, como determinar sus obligaciones en materia de prevención.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como son Pumbed, Biblioteca Cochrane, Cuiden y también se consultó Google Academic.

4 Resultados

Sen entiende por riesgo laboral, la posibilidad de que un trabajador sufra un daño derivado de su trabajo, bien sea accidentes de trabajo, enfermedades profesionales u otras patologías relacionadas con el trabajo.

La Ley 31/1995, del 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales desarrolla en el artículo 40.2 de la Constitución Española, la necesidad de velar por la higiene y seguridad de los trabajadores.

Los trabajadores disponen de ciertos derechos:
- Derecho a información, consulta y participación en materia de prevención.
- Derecho a formación teórica y práctica, suficiente y adecuada en materia de prevención.
- Derecho a disponer de equipos de trabajo adecuados y medidas de protección individuales (EPIs), que serán proporcionados por el empresario.
- Derecho a disponer de medidas de emergencia en la empresa y paralización de la actividad en caso de riesgo grave o inminente.
- Derecho a la vigilancia del estado de su salud (implica una obligación para el empresario).

Los trabajadores a su vez tendrán unas obligaciones que cumplir:
- Obligación a velar por su propia seguridad y la de terceros a los que pueda afectar.
- Utilizar de forma adecuada los equipos de trabajo y la protección individual.

- Obligación de utilizar adecuadamente los dispositivos de seguridad y salud de los trabajadores.
- Obligación de informar de inmediato de un riesgo para la segurida y salud de los trabajadores.
- Obligación de cooperar con el empresario para garantizar condiciones de trabajo seguras.

Existe una estrategia fundamental para la prevención de riesgos, que consiste en adoptar unas precauciones universales:
- Normas de higiene personal.
- Inmunización activa, conocida comunmente como vacunación.
- Utilización de elementos de barrera o protección.
- Desinfección y esterilización correcta de superficies e instrumental.
- Precaución con los utensilios cortantes o punzantes.
- Manejo, tratamiento y eliminación adecuada de residuos.

La evaluación de riesgos laborales y la planificación de la actividad preventiva son los instrumentos principales de los centros de trabajo.
El empresario tiene la obligación de consultar a los trabajadores. En el caso de los centros hospitalarios que cuentan con un gran número de trabajadores se designan Delegados de Prevención, que junto con representantes de la Administración (en igual número) forman el Comité de Seguridad.

El Comité de Seguridad se trata de un órgano de consulta paritario y colegiado, que será el encargado de conocer la situación, documentación, daños y programaciones en materia de prevención.

En los centros hospitalarios existe un catálogo de riesgos principales que afectan a dichas organizaciones y a sus trabajadores:
- Riesgos biológicos: El principal riesgo es la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, debida a la exposición a agentes biológicos.
La principal forma de prevención frente a los riesgos biológicos es la vacunación del personal, junto con la adecuada selección y utilización de los equipos de protección individual (EPIs).
- Riesgos químicos: En los centros hospitalarios exinten una gran cantidad de sustancias químicas a las que los trabajadores están expuestos (desinfectantes, esterilizantes, medicamentos…). Su almacenamiento, manipulación y gestión conlleva múltiples riesgos. Resulta esencial el cumplimiento de las precauciones descritas por el fabricante en la etiqueta y ficha de seguridad de cada producto.

- Riesgos físicos: La exposición a radiaciones tanto ionizantes, como no ionizantes, vibraciones, ruidos, falta de ventilación, temperatura y humedad inadecuadas.

Existen unas condiciones ambientales que vienen reguladas en el marco legislativo en materia de prevención. Las principales son:
- Temperatura: 17-27º C: trabajos sentados, oficinas. 14-25º C: realización de trabajos ligeros.
- Humedad: 30-70% (50% si existe riesgo de electricidad estática).
- Ruido: Los niveles compatibles con la salud se establecen en 85 dB, pero la OMS recomienda para salas de hospital cifras menores a 35 dB.
- Iluminación: Los valores establecidos varian según las exigencias visuales (bajas: 100 lux.- altas:1000 lux.)
- Riesgos ergonómicos y psicosociales: el transporte, sujección, levantamiento, empuje, desplazamiento…de cargas entraña riesgo para los trabajadores, pudiendo conllevar fatiga física, lesiones musculares, de tendones, ligamentos o articulaciones.

Con el fin de evitar dichas lesiones se deben cumplir unas condiciones ideales de manipulación, realizando el procedimiento correctamente y no sobrepasando la carga máxima recomendada (variable según sexo y edad). Los riesgos ergonómicos son considerados la mayor causa de absentismo laboral.

Se consideran riesgos psicosociales: la tensión generada por el desbordamiento, la falta de claridad en las peticiones y saturaciones mentales o sobrecarga de varias tareas a la vez.

5 Discusión-Conclusión

La Ley 31/1995, del 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales es la encargada de velar por la salud y seguridad de los trabajadores.

Tanto los trabajadores de la Administración Pública, como sus dirigentes tienen unos derechos y unas obligaciones en materia de prevención.

La planificación y la actividad preventiva se realizará en función de los resultados obtenidos en la evaluación de los riesgos propios del trabajo.

Los trabajadores deben de ser conocedores de los riesgos mas frecuentes a los que están expuestos en su puesto de trabajo y de igual manera las medidas preventivas que deben adoptar para evitarlos o minimizarlos el máximo posible, velando

por su propia seguridad y salud y por la de otras personas que puedan afectar su actividad profesional.

El incumplimiento de las obligaciones en materia de prevención tendrá consideración de incumplimiento laboral.

6 Bibliografía

1. Flaspöler E, Reinert D, Brun E. Expert forecast on emerging physical risks related to occupational safety and health. EU-OSHA; 2005.
2. Brun E, Beeck RO, Van Herpe S, Isotalo L, Laamanen I, Blotière O, et al. Expert forecast on emerging biological risks related to occupational safety and health. EU-OSHA; 2007.
3. E, Milczarek M, Roskams N, Op De Beeck R, Pahkin K, Berthet M, et al. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. EU-OSHA; 2007.
4. Brun E, Op de Beeck R, Van Herpe S, Isotalo L, Laamanen I, Blotiere C, et al. Expert forecast on emerging chemical risks related to occupational safety and health.
5. Benavides,F., Ruiz-Frutos,C. y García, A. Trabajo y Salud. En F.G. Benavides, C. Ruiz-Frutos y A.M. García (Eds), Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson; 2000.
6. Veyne, P. El Imperio Romano. En Ph. Aries, y G. Duby, (Eds). Historia de la vida privada. V. I. Madrid: Taurus; 1990.
7. EWCS. Fourth European Working Conditions Survey. European Foundations for the improvement of living and working conditions: Dublin. 2007;
8. Bernabeu, J; Perdiguero,E. y Zaragoza,P. Desarrollo histórico de la salud laboral. En F.G.,Benavides, Ruiz-Frutos,C. y García, A.M. (Eds). Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona. Masson ; 2000.
9. Hobsbawm, E. La era del capital. 1848-1875. Crítica: Barcelona; 2011.
10. Pound, N.J.G. La vida cotidiana. Historia de la cultura material. Crítica: Barcelona; 1999.
11. González Maestre, D. Ergonomia y Psicosociologia. Madrid: Confemetal; 2003.
12. Llaneza Alvarez, F. J. Ergonomía y Psicosociologia Aplicada. Valladolid: Lex Nova; 2003.
13. OIT Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control. Ginebra: OIT;1986.

14. OIT. Enciclopedia de la Seguridad y la salud en el Trabajo. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales; 1998.
15. Benavides, F., Gimeno, D., Benach.J., Martinez, J. M., Jarque, S., & Berra, A. Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. Gac Sanit, 2002, 16,3, 222-229.
16. Selye, H. Tensión sin angustia. Madrid: Guadarrama; 1975.
17. Lazarus, R. & Folkman, S. Estrés y Procesos cognitivos. Barcelona: Martinez Roca; 1986
18. Hobfoll, S. E. Conservation of Ressources. A new attempt of conceptualizing stress. American Psychologist, 1989, 44, 3, 513-524.
19. Mc Ewen, B. The end of the stress as we know it. Washington: Joseph Henry Press; 2002.

Capítulo 570

LOS FOMITÉS EN EL MEDIO HOSPITALARIO Y LA PRAXIS DEL EQUIPO SANITARIO

MANUELA ALVAREZ CARCABA

1 Introducción

Los fomités son vectores pasivos inertes (uniformes, ropa de lencería, escamas de piel, pomos de puertas, cabellos, material de auscultación) contaminados con cualquier patógeno(virus, bacterias, hongos, parásitos) adquiriendo la capacidad de contaminar dichos patógenos de un sujeto a otro.

Este cruce de contaminantes se produce en el transcurso de la jornada en el medio hospitalario, con lo cual estas infecciones se denominan infecciones intrahospitalarias, las cuales se transmiten entre pacientes de la unidad de hospitalización.En los materiales no porosos es más fácil que se produzca la contaminación ya que los patógenos permanecen posados en la superficie.mientras que en los porosos gran parte de ellos quedan absorbidos por el material en que se depositan.Deben limpiarse y desinfectarse debidamente estos fomités entre uso y uso para garantizar la asepsia de las estancias hospitalarias y de nuestros pacientes.

El riesgo de infección por fomités pueden evitarse en casi su totalidad siguiendo los protocolos establecidos por el centro sanitario y sobre todo estandarizándolos a nivel de comunidad autóma.Evitar la contaminación como primera vía de prevención, con el correcto uso de guantes, lavado de manos, limpieza de superficies, información a la población con campañas de asepsia y el buen uso de las instalaciones.Emplear productos específicos de limpieza y desinfección adecuados y en

las dosis indicadas por el fabricante.De esta manera evitaremos la diseminación cruzada de patógenos intrahospitalarios depositados en los reservorios.

2 Objetivos

- Determinar las acciones a implementar y la praxis auxiliar y del equipo sanitario al completo para evitar la propagación de patógenos en el medio hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de distintos artículos científicos en distintas bases de datos (Scielo, Pubmed, Dialnet, Google Académico, Elsevier) con los operadores boléanos ”and” y como descriptores se han empleado las palabras clave: fomités, reservorio, lavado de manos higiénico, praxis de asepsia.Como criterios de inclusión se han buscado textos en español gratuitos y de fechas posteriores a 2009 y como criterios de exclusión, textos en inglés.

4 Resultados

Porcentajes altos de un nivel de asepsia corroborado en las distintas bases de datos, con tasas de casi el 90% de asepsia en unidades de hospitalización en hospitales según la OMS.

Protocolos estandarizados incidiendo en la calidad asistencial de los procesos sanitarios.

Establecidas las precauciones stándar, las específicas (islamientos) limpieza y desinfección de aparatología y superficies, cuidado ambiental y de temperaturas (propagación por incubación) la higiene de manos y la praxis correcta con el uso de guantes. Todas estas medidas forman un compendio que previene y evita la transmisión y propagación de las enfermedades infecciosas intrahospitalarias.

Como resultado de la implementación de los protocolos, se minimizan los tiempos de estancia hospitalaria, reduciendo con esto el coste sanitario y la incidencia de contaminación, teniendo en cuenta que muchas de estas infecciones se incuban tras el alta hospitalaria de los pacientes (nosocomial) pudiendo esto dar lugar a una propagación descontrolada que puede llegar a convertirse en un problema llamado pandemia si no se localiza a tiempo el reservorio de inicio.

5 Discusión-Conclusión

El análisis profundo de la praxis a realizar por los equipos sanitarios y la conjunción de métodos de prevención y promoción de la salud en el medio hospitalario a corto y largo plazo, es primordial en un ambiente que, por las condiciones que reúne, es susceptible de propagar patógenos por cualquier tipo de vía, siendo los fomités, quizá, la más extendida e incontrolable que pasa desapercibida entre pacientes y profesionales.

Por ese motivo la vigilancia de todos los procesos a lo largo de la estancia hospitalaria de los pacientes debe ser muy exhaustiva en cuanto a limpieza, desinfección, esterilización, aislamientos, uso de instalaciones, manipulación de aparatología, normas de actuación, control de infecciones, cultivos programados, recogida de muestras y ejecución y planificación de las intervenciones para una mayor cobertura aséptica de nuestra asistencia sanitaria.El equipo de limpieza también forma parte del equipo de intervención, ya que desde su gabinete de gestión se gestionan los protocolos de actuación a implementar antes y después del ingreso del paciente en la unidad.

6 Bibliografía

- Real Academia Nacional de Medicina.Diccionario de términos médicos.Madrid: Panamericana;2012.
- Guía de la OMS sobre higiene de manos en la Atención a la Salud [sede web].Suiza;2009.
- https://www.scielo.org/es.
- Boyce JM.Pittet D.Guideline for hand higiene in health- care settings;2009.
- https://www.medline plus.gov/spanish.

Capítulo 571

LOS CUIDADOS AUXILIARES EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE PALIATIVOS

MANUELA ALVAREZ CARCABA

1 Introducción

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

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

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

Los tratamientos de analgesia serán de inmediata instauración,eliminando aquellos tratamientos anteriores que no sean necesarios y efectivos terapeúticamente y que no son trascendentes llegado un momento de este proceso (antihipertensivos, nefrológicos, corticoides, antitrombóticos, viales...). Mantener un tratamiento ineficaz daría paso a un encarnizamiento terapeútico, empeorando si cabe el bienestar del paciente.

Los síntomas de la fase agónica son fallo renal,estertores,dolor,disfagia. El paciente debe sentirse acompañado, cuidado y comprendido,respetando sus expectativas y deseos. Si éste ya no pudiera expresarse, será su familia quien tome las decisiones necesarias en su evolución.

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

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

El equipo auxiliar y enfermero proporcionan alivio y calidad de vida,además de calidad en el proceso agónico. Se manifiesta que la técnica de sedación controla la disnea grave y la agitación hiperactiva.

Se implementan cuidados básicos de suma relevancia: higiene personal, higiene oral, frescor, cambios posturales, sensibilización del equipo con charlas pautadas alternativas con el conjunto familiar dando apoyo en todo momento, instauración de vías venosas, vía rectal y control de convulsiones con diazepam y del dolor con AINEs., vía tranasdérmica para parches opiáceos, vigilancia de las zonas de inserción de las VSC (eritema,inflamación), cambios del punto de inserción cada 5- 7 días.

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

5 Discusión-Conclusión

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

El equipo intervencionista debe estar formado para abordar todas las incidencias que se puedan presentar en el conjunto familia-paciente.

Los cuidados paliativos ni acortan ni alargan la vida. Estos cuidados se instauran para evitar el sufrimiento físico y moral del paciente que se ve sometido al final de su vida en una fase agónica indeterminada y la tarea de los sanitarios es proporcionarle bienestar y analgesia.

6 Bibliografía

- Bereavement.in: Doyle D,Hanks GW,Macdonald N,editors.Oxford text book of palliative medicine.2 nd ed.Oxford:Oxford University Press,1998.

- Bioética y cuidados paliativos en atención primaria.En: Benitez del Rosario MA,Salinas Martin A,editores.Aspectos de organización.Barcelona: Springer-Verlag Ibérica,2000.

- https://www.secpal.com
- Los tratamientos inútiles y el concepto de futilidad.Quadern CPAS 1995.

Capítulo 572

ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON PROBLEMAS CEREBROVASCULARES.

AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA

ELISA CAMINO GALLEGO

MARÍA CONSUELO REY PÉREZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen un importante problema de salud pública, especialmente en los países desarrollados, donde se han convertido en una de las primeras causas de mortalidad junto a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. El dato más preocupante es su tasa de mortalidad, superior al 20% anual (Sanz y Cols, 2009).

En España las enfermedades cerebrovasculares suponen la segunda causa de mortalidad en la población general y la primera en las mujeres, además de un gasto sociosanitario muy elevado, que se estima va a incrementarse en los próximos años como consecuencia del envejecimiento de la población y al número de casos que aumenta con la edad (Masjuan J et al y López F y col, 2011). La Organización Mundial de la Salud (OMS) va más allá en sus previsiones; según sus estimaciones y teniendo en cuenta que en el año 2050 la población mayor de 65 años representará el 46% del total, casi la mitad podrá sufrir un accidente cerebrovascular (Serrano F, 2008).

Pero sobre todo son la primera causa de discapacidad permanente en los/as adultos/as; sus consecuencias tienen una repercusión trascendental sobre la actividad diaria de las personas afectadas, con lesiones cerebrales que han producido secuelas funcionales y que además corren el riesgo de volver a producirse. Todos los estudios que se han interesado por el tema no dudan en considerar estas enfermedades como prioritarias en la Sanidad (López y Cols, 2007).

Los/as pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular presentan un fuerte riesgo de desnutrición a lo largo de su estancia hospitalaria. Diversos estudios ya han determinado la estrecha relación que mantienen las enfermedades que nos ocupan con la alimentación: "Un paciente con ictus puede sufrir un déficit calórico importante y cubre con dificultad sus requerimientos de proteínas" (Ballesteros y Palazuelo, 2007).

Así pues, el déficit alimenticio, generalmente debido a una ingesta mucho menor, provoca la aparición de nuevas complicaciones, tales como nauseas, vómitos, diarreas, infecciones, hemorragias digestivas, etc, lo que a su vez alarga aún más la estancia del paciente, incrementando considerablemente el gasto sanitario (Bretón y Cols, 2013).

La nutrición tiene que iniciarse lo antes posible, con una sonda nasogástrica en los casos más severos. Las primeras valoraciones nutricionales son fundamentales para detectar los niveles de glucemia y de presión arterial, factores determinantes en el deterioro neurológico y funcional (Burgos, Segurola y Bretón, 2014).

Para evitar la repetición de accidentes cerebrovasculares, se ha evidenciado la necesidad de seguir una dieta saludable basada en el patrón mediterráneo, capaz de reducir un 30% más que los fármacos (Aros y Estruch, 2013).

Por todo ello, resulta imprescindible que todo el personal sanitario, especialmente el personal que desempeña sus funciones en el servicio de restauración hospitalaria tenga una formación adecuada sobre este tema, más aún teniendo en cuenta que un error mínimo puede agravar el estado de salud de estos pacientes, ya frágiles de por sí.

2 Objetivos

- Revisar el conocimiento de todos los profesionales sobre la relación entre la nutrición y los accidentes cerebrovasculares.

- Determinar los requisitos dietéticos de las dietas para pacientes que hayan sufrido algún accidente cerebrovascular.
- Describir los principales alimentos con grandes beneficios en el tratamiento nutricional de estos pacientes.
- Recordar la necesaria participación de las administraciones sanitarias en la formación de sus empleados/as así como en la promoción e investigación de estas enfermedades tan devastadoras desde los centros hospitalarios.

3 Metodología

Se llevó a cabo una investigación exhaustiva de la bibliografía disponible sobre el tema presente. Las bases de datos consultados fueron de Ciencias de la Salud: Medline, a través del motor de búsqueda Cuiden y Bibliotecas electrónicas: SciELO. Se revisaron diversos artículos científicos en Google Académico, empleando como descriptores las palabras clave: "accidentes cerebrovasculares", "alimentación", "dietas", "nutrición", "cuidados", "enfermería", "restauración hospitalaria".

Además se consultaron numerosos libros y revistas sobre el tema disponibles de manera gratuita en diferentes páginas de Internet.

4 Resultados

Revisión bibliográfica:

La bibliografía sobre las enfermedades cerebrovasculares es muy exhaustiva, aunque su relevancia en el campo de la dietética y nutrición es casi inexistente respecto a aquellos que provienen de los distintos campos médicos o de enfermería.

Los trabajos más relevantes advierten sobre la prevención a través del seguimiento de buenos hábitos, entre los que se encuentran los alimentarios o sobre los factores de aumento/disminución del riesgo (Fioley y Cols, 2009).

Otros se centran exclusivamente en los problemas de disfagia y deglución, apelando a la obligada modificación de la textura de los platos, pero nunca se ofrecen aportaciones novedosas ni aplicaciones prácticas que serían de gran interés para el área de restauración hospitalaria.

Consideraciones dietéticas:

Las dietas que se proporcionarán a los/as pacientes que hayan sufrido un accidente cerebrovascular deberán cumplir los siguientes requisitos:
- Determinados productos como carne, pescado, verdura y fruta deberán ser siempre frescos.
- Se emplearán las técnicas culinarias más saludables (vapor, plancha, hervido) evitando las frituras y los platos precocinados, muy ricos en colesterol.
- El aporte calórico más importante se realizará por la mañana con el desayuno, permitiendo a los/as pacientes afrontar su rehabilitación con más energía. Por el contrario, la cena será más ligera.
- La medicación nunca se administrará con el estómago vacío, si no justo antes de las comidas, con el fin de evitar la aparición de úlceras gástricas.
- Las frutas y las verduras deberán ser consumidas de forma abundante por los/as pacientes ya que facilitan la digestión, estimulan el sistema inmune además de que son una buena fuente de fibra, vitaminas y minerales y ayudan a alcanzar la saciedad ingiriendo un menor número de calorías. Aquellas ricas en potasio tales como plátano, espinacas, patata, brócoli, tomate, calabacín ayudan a conseguir un mejor control de la presión arterial.
- Dado que se ha demostrado que la fibra reduce los niveles de lípidos en sangre y que el ácido fólico favorece la proliferación de células rojas, se promoverá la ingesta de productos integrales.
- El consumo de carne deberá ser moderado, entre los 70 y 100 gr de carne sin grasa, principalmente de pollo y pavo.
- Los ácidos grasos omega 3 tienen un efecto cardioprotector, reducen el daño de los vasos sanguíneos, motivo por el que los pescados azules ocuparán un lugar preponderante en la dieta.

Alimentos beneficiosos:

Aparte de los requisitos dietéticos anteriormente citados algunos alimentos serán parte íntegra de la dieta, añadiendo las vitaminas y minerales que amparen y refuercen las paredes cardiovasculares:

- La cebolla, anticoagulante natural, es también un antioxidante con propiedades antiinflamatorias, lo que reduce la presión de los vasos sanguíneos, y un reductor de los niveles de azúcar en sangre. Conviene destacar que la cebolla posee menos efectividad una vez cocida.
- El tomate: Impide posibles obstrucciones del sistema circulatorio, disminuyendo el colesterol oxidado, además es una excelente fuente de nutrientes. Al contrario

que en el caso anterior, el tomate si preserva sus propiedades en todas sus elaboraciones.
- La remolacha: protege los vasos y estimula el proceso antioxidante de las células gracias a su contenido en fibra.
- La granada: sus efectos antioxidantes evitan la aglutinación de los vasos y reducen la presión arterial.
- La sandía: al igual que el tomate, es rica en licopeno, una sustancia con efectos beneficiosos reconocidos en las enfermedades cerebrovasculares.
- La naranja: Su vitamina C, gran antioxidante, fortalece el sistema inmunológico.
- La cereza: por sus moléculas hidrosolubles favorece la presencia de los colorantes vegetales (azules, amarillos, rojos), vigorizando el sistema inmunológico.
- La fresa: la vitamina B3, hidrosoluble como todas las vitaminas del complejo B, cuenta con propiedades antioxidantes esenciales.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades cerebrovasculares están estrechamente relacionadas con la alimentación, especialmente debido al riesgo de desnutrición que manifiestas los/as pacientes, lo que conlleva a un empeoramiento general de su estado de salud. De ahí, que sea prioritario que estas personas estén correctamente nutridas, y por consiguiente logren disfrutar de una calidad de vida que les ha sido arrebatada.

La formación en dietética y nutrición en las enfermedades cardiovasculares es primordial para todos los profesionales sanitarios, especialmente para aquellas personas que trabajen en el servicio de restauración hospitalaria. Esto hace necesario la realización de de evaluaciones que comprueben la existencia de un buen conocimiento sobre el tema, contribuyendo en la prestación de una atención de calidad al paciente.

6 Bibliografía

- Aros F, Estruch R. Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. Rev. Esp. Card. 2013; 66(10): 771-774.
- Ballesteros Pomar RD, Palazuelo Amez L. ¿Y después del ictus que hacemos para nutrirle? Nutr. Hosp. 2017; 34(1): 45-56.
- Bretón I y Cols. Nutrición en el paciente con ictus. Nutr Hosp. 2013; 6(1): 39-48.
- Burgos Peláez R, Segurola Gurrutxaga H, Bretón Lesmes M. Nutr Hosp. 2014; 29(2): 57-66.

- Fioley NC y Cols. Which reported estimate of prevalence of malnutrition after stroke is valid? Stroke. 2009; 40(3):66-74.
- López Espuela F y Cols. Valoración nutricional y su relación con la situación funcional tras sufrir un ictus. Nutr. Hosp. 2017: 34(6): 1353-1360.
- Sanz Paria A y cols. Accidente cerebrovascular: la nutrición como factor patogénico y preventivo. Soporte nutricional post ACV. Nutr. Hosp. 2009; 2(2): 38-55.
- Masjuan J et al. Plan de asistencia sanitaria al ictus II. 2010. Neurología. Revista en internet. 2011: 26(7):295-298.
- López F, Jiménez MA, Blanco Ma, Gavilán T, Portilla JC, Pedrera JD. Depresión postictus. Revista científica de la sociedad española de enfermería neurológica. 2011: 34(2): 32-38.
- Serrano F. Atención al paciente con accidente cerebrovascular. 1ª Edición. Madrid. Formación Continuada Logoss. 2008.

Capítulo 573

LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA), UNA ALTERNATIVA RÁPIDA Y SEGURA PARA LA COLECISTECTOMIA LAPARASCOPICA.

LUCIA PEREZ ALONSO

1 Introducción

La colecistitis es una inflamación de la vesícula biliar,producida por cálculos o por taponamiento que produce la acumulación de bilis en las vías biliares, que producen dolor intenso (cólico) localizado en la parte superior derecha del abdomen, acompañado en algunas ocasiones de fiebre, nauseas y vómitos, que suelen aparecer después de las comidas y perdurar hasta 6 horas después, empeorando con las respiraciones y llegando incluso a producir pancreatitis, cuyo tratamiento seria la cirugía.

La colecistectomia laparoscopica se realiza cada vez con mas frecuencia en la cirugía mayor ambulatoria (CMA), es un servicio a cargo de anestesia, que realiza tratamientos quirúrgicos y terapéuticos, programando sus intervenciones consensuado con las distintas especialidades que operan en su servicio,siendo estos pacientes aptos para ser dados de alta el mismo día de la cirugía, después de pasar un tiempo de observación y control del dolor y cumplir los criterios de alta que varia según la intervención realizada y el tipo de anestesia utilizada.

2 Objetivos

- Evitar el ingreso hospitalario y las posibles infecciones .

- Reducir las cirugías tradicionales que resultan más traumáticas e invasivas y requieren una recuperación más larga.

- Minimizar las incisiones de la piel y el dolor.

- Propiciar que el paciente pueda ser operado en un corto espacio de tiempo.

3 Metodología

Se encontraron 23 artículos de revista y 5 tesis en la base de datos de Dialnet, siendo revisados 18 artículos y 3 tesis por su interés, así como visitas a varias paginas web.

4 Resultados

Tal y como muestran los resultados, el paciente es intervenido en un corto espacio de tiempo. Después de ser diagnosticado y propuesto para la cirugía se evita el ingreso hospitalario, ya que el enfermo puede ser dado de alta el mismo día de la cirugía, con lo que resulta menos traumático para él y para su familia, evitando así las posibles infecciones nosocomiales que dificultan la recuperación de los enfermos.

5 Discusión-Conclusión

Los avances en la cirugía laparoscopica hacen posible que un enfermo de colecistitis pueda ser intervenido de forma rápida y segura, así como dado de alta el mismo día de la cirugía, con unos cuidados que continúan en su domicilio y con control y seguimiento por parte de su especialista, también de forma ambulatoria. Con estas técnicas se reducen los tiempos de la lista de espera quirúrgica y de los gastos hospitalarios.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 574

ASPECTOS TÓXICOS DEL ÓXIDO DE ETILENO PARA TCAE

PALOMA BARRIO

1 Introducción

El empleo de diferentes substancias con una finalidad industrial o sanitaria, puede comportar riesgos de diversa naturaleza que interesa conocer adecuadamente. El óxido de etileno es un gas que, a temperatura y presión normales, tiene una densidad superior a la del aire y es soluble en agua. Por su estructura química pertenece al grupo de los epoxy compuestos.

2 Objetivos

- Dar a conocer al TCAE aspectos tóxicos del óxido de etileno.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las principales vías de entrada del óxido de etileno en el organismo son a través del contacto cutáneo y de la inhalación; una vez que ha penetrado se redistribuye por todos sus compartimientos.

Su vida media es corta eliminándose un 78% durante las primeras 48 horas, según diversos estudios experimentales.

Dependiendo de la intensidad de la exposición, la inhalación de óxido de etileno puede provocar las siguientes manifestaciones clínicas: irritación de las mucosas conjuntival, nasal y bucal, alteraciones respiratorias (disnea, cianosis, edema pulmonar), alteraciones gastrointestinales (nauseas, vómitos) y alteraciones neurológicas (cefaleas, somnolencia, debilidad muscular, convulsiones e descoordinación motora). La sintomatología suele debutar después de un periodo asintomático que puede durar entre una y varias horas.

Los accidentes laborales suelen ser la causa de estas intoxicaciones de carácter agudo. En 1986 se han publicado en España tres casos de intoxicación aguda de óxido de etileno en medio hospitalario, que cursaron con una total recuperación pocos días después. Cuando se inhalan durante varios minutos concentraciones que sobrepasan los 500-700 ppm, aparece la sintomatología de mayor gravedad.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente es una de las 25 substancias químicas más utilizadas mundialmente. Sin embargo, en los últimos años se ha cuestionado su uso, como resultado de diversas investigaciones, en las que, se le imputan unos posibles efectos mutagénicos, teratogénicos y cancerígenos.

6 Bibliografía

- https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/oxidodeetileno.pdf.
- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000600009.
- https://www.insst.es/documents/94886/327166/ntp_206.pdf/e2baae49-1587-46d1-8152-580ec56131d7.

- http://www.linde-gas.ec/en/images/HOJA%20DE%20SEGURIDAD%20OXIDO%20DE%20ETILENO_tcm339-98254.pdf.

Capítulo 575

EL PROBLEMA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ZAIDA LOPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

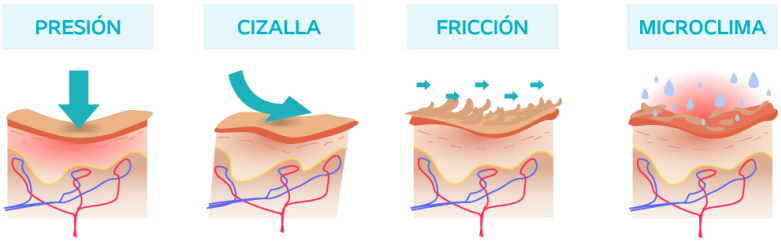
Llamadas también úlceras por decúbito o escaras, aunque en la actualidad, se utiliza el término presión en lugar de decúbito, ya que este último de refiere solo a enfermos encamados. El término presión es mucho más exacto y engloba más causas de aparición en las úlceras que las provocadas por decúbito.

Son lesiones en la piel en las que se ve afectada la dermis, la epidermis y las capas más profundas con pérdida de sustancia debido a una compresión entre una protuberancia ósea y una superficie dura.

Aparecen por una larga permanencia en cama, favorecidas por el sudor, falta de movilidad, trastornos nerviosos por compresión, trastornos circulatorios que suponen una presión continua y otras causas que veremos más adelante.

2 Objetivos

-Conocer los mecanismos que alteran la integridad de la piel.
-Clasificar las úlceras por presión por estadios.
-Conocer las escalas de valoración ante posibles riesgos de escaras.



3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemá6ca, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A. Los mecanismos que alteran la integridad de la piel son los siguientes:
- PRESIÓN: es la fuerza que actúa perpendicular sobre la piel como consecuencia de la gravedad, independientemente de la posición que el enfermo adopte en la cama, silla, silla de ruedas.
La piel puede soportar una gran presión, pero sólo durante periodos cortos y suficientemente espaciados de tiempo.
- FRICCIÓN: es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimientos o arrastres en pacientes encamados.
- CIZALLAMIENTO: esta combina los efectos de presión y fricción. (Por ejemplo en posición de Fowler, que produce deslizamiento del cuerpo, se puede provocar fricción en sacro y presión en la misma zona.)

B. Podemos encontrar diversos factores que influyen en la formación de las escaras, como son:
- EDAD: a más edad, se observa mayor tendencia a desarrollar ulceras, ya que generalmente el enfermo de edad avanzada tiene una piel más fina y menos elástica, así como una circulación deficiente.
- ESTADO NUTRICIONAL: sea tanto por exceso como por defecto, en pacientes obesos se ha observado un aumento en casos con tendencia a desarrollar úlceras.

Con un estado alterado por hipoproteinemias , diabetes, delgadez, deshidratación, insuficiencia renal o desnutrición general.
- DEFICIENCIAS SENSORIALES Y ALTERACIONES EN EL APARATO LOCOMOTOR: enfermos neurológicos, con hemiplejias, en estado de coma, lesiones medulares, con sensibilidad disminuida que impiden respuesta al dolor a la vez que a los movimientos.
- ENFERMOS CON PROCESOS CRÓNICOS PROLONGADOS: como es el caso de la arterioesclerosis senil con incontinencia urinaria y/o fecal.
- AFECTACIÓN MECÁNICA: enfermos con contracturas, con escayolas, férulas, aparatos de tracción u ortopédicos.
- ADMINISTRACIÓN DE CIERTOS FÁRMACOS: como los corticoides (produciendo un adelgazamiento tisular reduciendo su resistencia e inhibiendo los procesos de cicatrización) los cistostáticos (porque puede aparecer focos de necrosis tisular.)
- HUMEDAD EN LA PIEL: por incontinencia, sudoración hipertérmica, secreciones.
- MAL ESTADO DE LA PIEL: por deshidratación, edemas, lesiones dérmicas, alergias.
- DURACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: cuando las duraciones superiores a tres horas ya puede provocar la aparición de ulceras por presión.
- INMOVILIZACIÓN: la inmovilización postoperatoria, debido al miedo del paciente al dolor en pacientes sometidos a fracturas o luxaciones.
- FACTORES DEL ENTORNO: ausencia o defecto de los cambios posturales, cama húmeda o con arrugas, rozamiento de la piel, arrastres y contactos, defectos de la higiene favoreciendo la maceración y el mal uso del materia complementario (como puede ser tener en malas condiciones o desenchufado el colchón antiescaras).

C. Según la afectación de la piel, las úlceras por presión se clasifican en los siguientes estadios:
- ESTADIO I: alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión y que se manifiesta por un enrojecimiento de la piel que no se pone pálida al presionar. En pieles oscuras se pueden presentar tonos rojizos, morados o azules. Además, puede variar la temperatura en la zona y presentarse sensación de dolor y/o escozor.
- ESTADIO II: en este estadio ya se puede apreciar la pérdida de la continuidad de la piel que afecta a la epidermis, dermis o a ambas capas. Se trata de una úlcera superficial con aspecto de abrasión o ampolla. El color será rojo-rosado y no presentará esfacelos ni hematomas con los que podríamos saber si existe

lesión en los tejidos profundos.
- ESTADIO III: pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo afectar hasta la fascia subyacente sin atravesarla. Es profunda y puede haber socavamiento en el tejido adyacente. Puede quedar expuesta la grasa subcutánea pero no huesos o músculos.
- ESTADIO IV: pérdida total de grosos de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras que forman parte del sostén de estos cuando el hueso o el musculo ya son visibles y directamente palpable.

D. Contamos con dos escalas de valoración para medir el riesgo de padecer las úlceras por presión; una seria la Escala de Norton en el que se miden el estado general, el estado mental, la actividad, la movilidad y la incontinencia siendo el valor 1 muy malo y el valor 4 bueno; y la Escala de Braden en los que se valora la percepción sensorial, la humedad, la actividad, la movilidad, la nutrición y la fricción y el roce, siendo el valor 1 cuando el paciente se encuentra completamente inmovilizado y el valor 4 en el que se encuentra sin limitaciones.

E. Las medidas generales a realizar por el TCAE serán:
- Atender las necesidades del paciente derivadas de la enfermedad.
- Cambios posturales.
- Movilización activa y pasiva y realizar ejercicios.
- Protección de las prominencias óseas.
- Aplicar productos barrera en las zonas sensibles.
- Repartir el peso por igual, para evitar dolores musculares.
- Informar y enseñar a la familiar de todas las medidas de cuidados y autocuidados, para prevenir las consecuencias de la inmovilidad.

Para obtener unos buenos resultados sobre las ulceras por presión, se deberán llevar a cabo unos CUIDADOS GENERALES en los que se actuara aliviando la presión en la zona, con un soporte nutricional adecuado con un aporte extra de proteínas, minerales, vitaminas y agua, ajustando las superficies de apoyo y recolocando al paciente, cubriendo las heridas, con una valoración psico-social, aportando soporte emocional y con una educación adecuada. Y también se tendrán que aplicar unos CUIDADOS LOCALES en los que se preparará la herida y se aplicará el método TIME.
- T : Control del tejido no viable/Desbridamiento.
- I : Control de la inflamación y de la infección.
- M: Control de exudado.
- E : Estimulación de los bordes epiteliales.

Antes de comenzar el método TIME es necesario realizar una limpieza de la herida con las herramientas necesarias y aplicar una ligera presión para arrastrar las bacterias y restos sin llegar a lesionar tejido sano.

5 Discusión-Conclusión

Estudios realizados demuestran que para provocar la úlcera es más decisiva la continuidad que la importancia de la presión, bastaría para ello una suave y continua presión durante un par de horas para la aparición de la úlcera donde el flujo sanguíneo capilar disminuirá en los tejidos blandos provocando hipoxia y si no se alivia, una necrosis en los mismos.

Las úlceras por presión son lesiones bastante comunes en pacientes en las que según la afectación de la piel se clasifican en los estadios existentes. Por lo general, son evolutivas y cada vez con mayor dificultad de curación por lo que lo más importante es evitar que cada estado pase al siguiente.

6 Bibliografía

- Mª Teresa Soy Andrade. Guia Práctica para Auxiliares de Enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. McGraw-Hill Interamericana de España. Madrir 1994.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 576

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

CATALINA ALVAREZ SANCHEZ

ROBERTO PASTOR GONZÁLEZ

CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ

1 Introducción

La geriatría es aquella especialidad de medicina que estudia, trata, diagnostica y previene las patologías propias de la ancianidad. Por tanto, se define como ”paciente geriátrico” a aquel que se encuentra en el proceso de envejecimiento, que es frágil de una manera u otra, con cierta pluripatología que le limita en mayor o menor medida la hora de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Es importante saber que no es lo mismo el término “anciano” o “paciente anciano” y el término “paciente geriátrico”.

A lo largo de los últimos años, gracias a los avances en medicina e investigación, ya no solo se trata la enfermedad del paciente geriátrico, si no que se le trata desde un punto de vista holístico, siendo fundamental una correcta valoración geriátrica integral.

2 Objetivos

- Dar a conocer lo que es la valoración geriátrica integral y su utilidad.
- Analizar e informar a la población y profesionales sanitarios de las escalas más conocidas para llevar a cabo la VGI.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, se han consultado varias páginas webs y artículos encontrados en bases de datos (PubMed, Cochrane, SciELO). También revistas como Elsevier.

Se realizó una lectura comprensiva y crítica de los artículos más relacionados con el tema a tratar, seleccionando la información pertinente.

4 Resultados

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso diagnóstico que ayuda a descubrir problemas físicos, psíquicos, funcionales y sociales del paciente geriátrico, para así adecuar el tratamiento, buscar la máxima mejoría y optimizar recursos. La evaluación es importante a la hora de aplicar la VGI, así como realizar un seguimiento longitudinal del paciente.

El objetivo principal de la VGI es individualizar los cuidados de estos pacientes, para así que sean lo más efectivos posible y que puedan fomentar la independencia y el autocuidado. Este es un instrumento que se puede aplicar tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria.

Para valorar al paciente desde un punto de vista holístico se deben tener en cuenta todas sus esferas: funcional, mental, afectiva, y social. Es importante llevar a cabo exploración clínica adecuada y también ayudarnos de las escalas, que son instrumentos objetivos los cuales sirven para facilitar la comunicación entre profesionales acerca del paciente, así como detectar de forma más eficiente los problemas a abordar.
Dentro del área funcional las escalas más utilizadas son:
- El íncide de Katz, Barthel-
- Tinetti, para las caídas.

En el área mental se encuentra:
- Pfeiffer o LOBO para el deterioro cognitivo.
- GDS Reisberg para la demencia.

Siguiendo con al área afectiva, la protagonista, entre otras, es la escala de Yessavage, para la depresión.

Y para terminar con el área social, están:

- El Apgar familia o la escala Gijón,para valorar el entorno socio-familiar.
- Zarit, para la sobrecarga del cuidador.
- Barber, para el anciano frágil o de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy los profesionales sanitarios tenemos grandes herramientas para abarcar todas las esferas de los pacientes que vayamos a tratar. Es importante tener una formación continuada para conocer los medios de los que disponemos, así como los avances que continuamente se van haciendo en investigación para usarlos adecuadamente. El beneficio es en primer lugar para los pacientes tratados y su evolución, en segundo lugar, para los propios profesionales, ya que facilitan y hacen más efectiva la forma de trabajar.

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-valoracion-geriatrica-integral-S1405887116300062
- https://www.universidadviu.es/que-es-geriatria/
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100002

Capítulo 577

INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

ELSA ARGÜELLES IGLESIAS

ZARA REGINA GONZÁLEZ LÓPEZ-FDEZ

JESSICA SUÁREZ JIMÉNEZ

MARIA LUISA FERNANDEZ DEL CERRO

MARÍA NOEMI RODRÍGUEZ ESPINA

1 Introducción

La infección nosocomial (IN) u hospitalaria es una enfermedad infecciosa que el paciente adquiere durante su hospitalización y que anteriormente no tenía, ni en fase clínica ni en período de incubación. Suelen considerarse infecciones nosocomiales cuando ocurren a las 48 horas después del ingreso.

Las bacteriemias han aumentando en el transcurso de los últimos años, asi lo reflejan los estudios de prevalencia (EPINE).

Las IN son una causa importante de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados, provocando un elevado importe económico en diagnósticos y tratamientos.

2 Objetivos

Los objetivos son reducir la cifra de las IN hospitalarias y en la medida de lo posible evitaŕ éstas infecciones a través de:

- Vigilancia epidemiológica.
- Aplicación de medidas de prevención y control .
- Estudios de incidencias y de prevalencia.
- Estudiar los factores tanto intrínsecos como extrínsecos.
- Aplicar el sistema EPINE con periodicidad.

3 Metodología

En 1990 se creó el sistema de vigilancia de las IN, llamado EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España) basado en el desarrollo de un estudio anual de prevalencia que se desarrolla en casi todos los hospitales de nuestro país de forma voluntaria, incluye hospitales de agudos con un número superior de 50 camas. El estudio se renovó en 2012.

En España se realizan habitualmente estudios de incidencias en múltiples hospitales, los valores obtenidos en los diferentes centros varían dependiendo del tipo de pacientes y del servicio hospitalario.

Todos los métodos que se usan para el estudio de las IN coinciden en que las infecciones más frecuentes en los pacientes hospitalarios son:
• Quirúrgicas.
• Respiratorias.
• Urinarias.
• Bacteriemias.
Existen otro tipo de infecciones pero son menos frecuentes.

4 Resultados

Se estudian los principales agentes causantes de las IN para que en la medida de lo posible se pueda evitar su propagación, esos agentes a los que nos referimos son las bacterias, los virus y los hongos.

Los hospitales más grandes son más susceptibles de tener IN, esto es debido a que atienden pacientes más graves.
Los estudios de prevalencia consisten en analizar todos los pacientes ingresados para poder determinar el nivel de infección y los factores de riesgo que existen en el momento del análisis.

Con el estudio de prevalencia también se compara los resultados de todos los centros con un protocolo en común.
Algunos factores de riesgo de las IN suelen provenir de los propios profesionales, de los enfermos, de las visitas incluso de los fómites. Con el sistema EPINE se sabe cuales son las IN más frecuentes.

En los últimos EPINE de hace 15 años nos desvela que las bacteriemias y las infecciones respiratorias han aumentado su frecuencia, llegando éstas últimas a ocupar el segundo puesto de las IN. Las infecciones urinarias se repiten con más frecuencia pero producen menos mortalidad que otro tipo de infecciones, han disminuido y podemos decir que no son las más graves. Al contrario de las infecciones quirúrgicas q provocan graves problemas de mortalidad, suelen ser las de mayor incidencia y también depende del tipo de cirugía.

El resultado que se busca es eliminar las IN (algo que es imposible), o al menos reducir los casos, esto se puede llevar a cabo haciendo buen uso de los diferentes tipos de medidas preventivas.

5 Discusión-Conclusión

Los lugares donde hay mayor riesgo de IN son las ucis y las unidades de quemados, por tanto, si se adoptan las medidas de prevención adecuadas para cada paciente se puede reducir su tasa de incidencia y prevalencia hasta un 40%. Para ello, sería conveniente abordar la prevención de una manera global en la que todos los profesionales sanitarios sigan paso a paso las ya conocidas medidas preventivas, entre las que destacan una correcta higiene de lavado de manos antes y después de realizar cualquier tipo de cuidados al paciente.

6 Bibliografía

- Libro de Auxiliar de Enfermería, autoras: Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fdez Espinosa.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 578

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

MARIA CRUZ ALVAREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión es un grave problema con él que se encuentran en los hospitales ya que se sabe que un 51,6% se producen en el mismo hospital y el 95% se pueden evitar. Fue un problema de salud que paso desapercibido durante mucho tiempo pero trae consigo un empeoramiento del paciente evitando su recuperación.
Las úlceras son lesiones que se localizan en la piel, producidas casi siempre sobre una prominencia ósea que se esta presionando, el mayor riesgo lo tienen las personas que permanecen mucho tiempo en cama o sentados y que no se puedan mover.
Pueden afectar a la epidermis, dermis y a tejidos más profundos, puede ser dolorosa y citratrizar muy mal.

2 Objetivos

- Prevenir las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados.
- Identificar a los pacientes que corran más riesgo de padecerlas.
- Establecer los cuidados que sean necesarios para que no aparezcan.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hay que evitar las causas que producen las úlceras, para ello hay que tener en cuenta los factores extrínsecos y los factores intrínsecos.

- Los factores extrínsecos son los que provienen del exterior produciéndolas, estos factores pueden ser: la presión, la fricción, la humedad y el tiempo.
- Los factores intrínsecos son los más difíciles de evitar por ser producidos casi siempre por la enfermedad del paciente, ya sea porque no se pueda mover, por mala nutrición, falta de sensibilidad, sobrepeso, delgadez.

Las enfermeras deben de valorar el riesgo que corre el enfermo de sufrirlas, lo pueden hacer utilizando la escala de Norton y la escala de Braden.

- La escala de Norton tienen en cuenta cinco aspectos: estado físico general, incontinencia, movilidad, estado mental y actividad.
- La escala de Braden valora la percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición y riesgo de lesiones cutáneas.

Se deberán realizar cambios posturales cada 2- 3 horas durante las 24 horas del día, es conveniente utilizar en estos cambios cojines, almohadas para evitar la presión. Las horas que pasa un paciente en urgencias son suficientes para iniciar el proceso de evitar las úlceras por presión, sobre todo en los pacientes que corren un gran riesgo de padecerlas.

- Las enfermeras deben de iniciar el plan de cuidados para ello van a necesitar almohadas, acojines, colchones especiales, ropa de cama limpia y sin arrugas, etc.
- Los cambios posturales son una buena solución evita que el paciente pase demasiado horas sobre la misma parte del cuerpo, es importante que se vayan anotando en una hoja para saber la hora en que se hicieron y la posición en que estuvo.

- Para evitar la fricción a la hora de moverlo en la cama se pueden utilizar unas sábanas llamadas entremetida que nos ayudarán para no arrastrarlo, importante que la sábana bajera no tenga arrugas-
- Importante llevar una dieta rica en proteínas, vitaminas.
- El paciente debe de estar seco y bien hidratado, es bueno darle un masaje donde no tenga lesiones con una crema hidratante.

5 Discusión-Conclusión

Hay que vigilar el cuidado de la piel todos los días, debe de estar limpia, seca e hidratada.
Se debe de controlar la incontinencia para protegerlo del exceso de humedad utilizando absorbentes y colectores de orina. Se ha demostrado que llevando una dieta muy rica en proteínas hay un menor riesgo de desarrollar úlceras por presión.

6 Bibliografía

- Ulcera por presión Medine Plus en español.
- Ulcera por presión tratamiento.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 579

LOS CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA DISCAPACIDAD POR ENCEFALOMIELITIS MIALGICA O SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA.

BLANCA ROSA INFANTES BUENO

1 Introducción

El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) es un trastorno discapacitante complejo, se caracteriza por una fatiga extrema y puede llegar a afectar a varios sistemas del cuerpo, la fatiga se agrava cuando se hace ejercicio físico o mental síntoma conocido como malestar post-esfuerzo, otros síntomas producen problemas para dormir, pensar y concentrarse, mareos, dolor, problemas de visión… Estos síntomas no desaparecen ni disminuyen con el descanso, y el Técnico de Auxiliar en Enfermeria (TCAE) es una importante ayuda en algunos síntomas, como a la hora de asearse, o moverse entre otros.

El TCAE ayudará siempre que le sea posible en el aseo, a vestirse, en la alimentación, en cambios posturales, ayuda en su movilización, dar medicación, es decir, en todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en las que el paciente no se valga por si mismo o le suponga un gran esfuerzo.

Es una enfermedad, que como bien dice su nombre, es crónica, de larga duración, y en muchos casos la persona puede quedar postrada en la cama durante un periodo indeterminado de tiempo.

No se sabe a día de hoy que es lo que la provoca, aunque se barajan varias hipótesis, no existen pruebas diagnósticas de laboratorio para detectar este trastorno, por lo que se evalúan todos y cada uno de los síntomas que padece el paciente para ir descartando otras afecciones con síntomas similares.

Los investigadores se centran entre estas posibles causas (o la combinación de dos o más de ellas):
- Infección.
- Cambios en el sistema inmunitario.
- Estrés mental o físico.
- Producción de energía.
- Factores genéticos o ambientales.

2 Objetivos

-Conocer los cuidados propios del auxiliar de enfermería en la discapacidad por encefalomielitis mialgica o síndrome de fatiga crónica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se desconoce qué es lo que lo produce, solo se pueden tratar de paliar los síntomas. Con medicamentos: gran parte de los pacientes acaban padeciendo depresión, por lo que se receta antidepresivos, que en dosis bajas también ayudan contra el dolor y a conciliar el sueño.

Con terapia: puede incluir el entrenamiento cognitivo (hablar con un terapeuta) y los ejercicios graduales (con un fisioterapeuta).

A pesar de varias décadas de investigación no hay pruebas médicas que diagnostique el SFC, no obstante Investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford (Estados Unidos), han ideado una prueba que se encuentra en fase experimental y que detecta el SFC, basándose en cómo responden las células inmunitarias ante el estrés. Esta prueba podría incluso ayudar a reconocer probables fármacos para el tratamiento del SFC.

5 Discusión-Conclusión

Este trastorno puede afectar a niños y mayores, aunque la franja más probable de que aparezca se sitúa entre 40-60 años, siendo la mujer la de mayor predisposición a padecerla.

Puede llegar a ser tan incapacitante, que puede llegar a afectar en las ABVD tan sencillas como, por ejemplo, ducharse o salir a comprar, aquí es donde debe desempeñar su labor el TCAE.

6 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/chronic-fatigue-syndrome
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001244.htm
- https://www.cdc.gov/me-cfs/es/acerca-de/que-es-emsfc.html
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 580

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ORTOGERIATRÍA.

VERÓNICA VELASCO GARCÍA

ZINOVIA VIERU BULIGA

1 Introducción

Las caídas son eventos relativamente comunes entre los ancianos y un estudio reciente muestra que los ancianos con un nivel moderado de condición física caen con mayor frecuencia que aquellos con un mayor grado, a pesar de que estos últimos parecen sufrir lesiones más graves.

El síndrome confusional agudo, es un trastorno mental muy frecuente en el anciano hospitalizado por fractura de cadera a la que se añaden las posibles pluripatologías previas, se caracteriza por ser un cuadro agudo y reversible en el cual existen fluctuaciones a lo largo del día presentando intranquilidad, hipersensibilidad a factores externos y trastornos del ritmo sueño-vigilia.

Los factores de riesgo conocidos para el delirio en pacientes postoperatorios incluyen factores modificables como el uso de restricciones físicas, opioides, polifarmacia, anestesia general, sondas urinarias permanentes, infecciones activas y número de horas inmovilizados. Los posibles factores de riesgo no modificables incluyen la edad del paciente, el sexo , el historial de demencia.

2 Objetivos

- Minimizar el riesgo de delirio y maximizar la independencia del paciente.
- Conocer las formas predominantes de delirio.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cinahl, Medline, Science Direct, PubMed. Las palabras clave fueron: fractura de cadera, ancianos, demencia, delirio, complicaciones, resultados adversos.

4 Resultados

La fractura de cadera es la forma más común de lesión grave en adultos mayores y hasta un tercio muere en un año.

Definición de delirio.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el delirio como " un síndrome cerebral orgánico etiológicamente no específico caracterizado por alteraciones concurrentes de la conciencia y la atención , la percepción , el pensamiento , la memoria , el comportamiento psicomotor , la emoción , y el sueño . La duración es variable y el grado de gravedad varía de leve a muy grave ". La Asociación Americana de Psiquiatría presentó una definición similar en su quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM-V). Los criterios del DSM-V para el diagnóstico de delirio incluyen una alteración de la atención, una alteración de la cognición y un cambio agudo de la línea de base cognitiva que no se ha establecido previamente o no es causado directamente por otra afección médica.

A menudo se piensa que el delirio tiene dos formas predominantes: hiperactivo e hipoactivo. La forma hiperactiva generalmente se identifica fácilmente ya que el paciente a menudo está agitado, agresivo, se niega a cooperar con el personal sanitario, puede encontrar estimulación y puede extraer líneas intravenosas, catéteres o tubos de intubación. Además, los pacientes con la forma hiperactiva de delirio son propensos a experimentar alucinaciones visuales, con menos frecuencia alucinaciones auditivas. Estas alucinaciones y delirios pueden ser extremadamente angustiantes para los pacientes y sus familiares, especialmente si el paciente cree que el personal sanitario está tratando de hacerle daño. Incluso después de la resolución del delirio, algunos pacientes continúan creyendo que

el personal de enfermería o sus médicos estaban tratando de herirlos o envenenarlos y, en realidad, desarrollan un trastorno de estrés postraumático a partir de la experiencia .

En contraste con esta forma hiperactiva de delirio, la forma hipoactiva se caracteriza por una disminución en la actividad psicomotora. Los pacientes que experimentan esta forma de delirio a menudo son letárgicos y pueden parecer deprimidos. Muchas veces, se despiertan cuando llamas su nombre pero luego vuelven a dormir rápidamente. Estos pacientes también están confundidos, aunque la confusión puede no ser aparente a menos que se investigue la atención y el proceso de pensamiento del paciente. Desafortunadamente, esta forma de delirio comúnmente se pasa por alto.

En los pacientes de edad avanzada con una fractura de cadera, el delirio puede desarrollarse por la influencia de múltiples factores como anestesia, procedimiento quirúrgico, pérdida de sangre, unidad de cuidados intensivos, etc. Sin embargo, los factores de riesgo específicos siguen siendo controvertidos.

En la mayoría de los casos, Los pacientes con deterioro cognitivo previo necesitaron unos cuidados de prevención ante la posibilidad de padecer un síndrome confusional para evitar males mayores, como el acompañamiento nocturno, las barras laterales en cama , la reconducción a la realidad y contención farmacológica.

En general las principales limitaciones encontradas en las revisiones bibliográficas son que la mayoría son estudios retrospectivos y la observación de los síntomas clínicos del delirio fue evaluada sólo por el personal de enfermería y los médicos asistentes, mientras que no se aplicó ningún método de prueba objetivo. Por ejemplo en comparación con la trombosis venosa profunda, que se ha considerado como la complicación mortal más amenazante, el delirio postoperatorio recibe poca atención en la literatura ortopédica. Sin embargo, el hecho es que la morbilidad y la mortalidad asociadas con el delirio postoperatorio son mucho mayores que las asociadas con la trombosis venosa profunda. Se ha encontrado que los pacientes con delirio tuvieron un aumento significativo en la duración de la estadía hospitalaria en general y una mayor mortalidad a un año asociada con un mal resultado funcional, altos costos o ingresos en residencias de ancianos . El delirio prolongado también es un factor de riesgo para el desarrollo o empeoramiento de la demencia previa y es molesto para el paciente y sus familias.

Las directrices NICE (2011) recomiendan que para minimizar el riesgo de delirio

y maximizar la independencia del paciente, los profesionales de la salud deben buscar activamente el deterioro cognitivo cuando los pacientes presentan por primera vez fractura de cadera. NICE recomienda que todos los pacientes reciban un tratamiento multidisciplinario desde el ingreso, con un programa de fractura de cadera ortopédico para ayudar a recuperar la movilidad y la independencia.

5 Discusión-Conclusión

El delirio postoperatorio es un evento común en las fracturas de cadera geriátricas que pueden prevenirse. Los factores de riesgo son fundamentalmente el aumento de la edad y los antecedentes de demencia o delirio. El conocimiento previo del personal sanitario de tales riesgos y complicaciones junto con los esfuerzos de manejo multidisciplinario pueden permitir el desarrollo de planes integrados para la prevención del delirio postoperatorio y secuelas en fracturas de cadera geriátricas.

En general, se puede decir que un alto porcentaje de los pacientes que previamente tenían un deterioro cognitivo, presentaban un síndrome confusional agudo en las primeras horas del ingreso, se alargaba su estancia hospitalaria y al alta se había agravado su situación previa. Los pacientes que no presentaban este deterioro previo no sufrían ninguna alteración confusional durante la estancia excepto un porcentaje muy bajo que si llegaba a tenerlo en momentos muy puntuales y era fácil su reconducción.

En nuestra opinión los estudios no son concluyentes en cuanto a disponer de una herramienta que permita la prevención del síndrome confusional en pacientes de Ortogeriatría por lo que se hace necesario la realización de más trabajos y estudios ampliados para encontrar resultados más evidentes para la prevención y el tratamiento del delirio pre y postoperatorio en pacientes de edad avanzada con fractura de cadera.

6 Bibliografía

- Carpintero P, Caeiro JR, Carpintero R, Morales A, Silva S, Mesa M. Complicaciones de las fracturas de cadera: una revisión.
- Bruce AJ, Ritchie CW, Blizard R, Lai R, Raven P. La incidencia del delirio asociado con la cirugía ortopédica: una revisión metaanalítica. Int Psychogeriatr . 2007
- Krogseth M, Watne LO, Juliebo V, et al. El delirio es un factor de riesgo para

un mayor deterioro cognitivo en pacientes con fractura de cadera con deterioro cognitivo.
- Gleason LJ, Schmitt EM, Kosar CM, et al. Efecto del delirio y otras complicaciones importantes en los resultados después de la cirugía electiva en adultos mayores.
- Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, et al. Una intervención multicomponente para prevenir el delirio en pacientes mayores hospitalizados.
- NICE Delirium: prevención, diagnóstico y manejo.CG103. Londres: Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica; 2010.
- Cole, MG Delirium en pacientes de edad avanzada. Soy J Geriatr Psiquiatría . 2004
- Juliebø, V., Bjøro, K., Krogseth, M. y col. Factores de riesgo de delirio preoperatorio y postoperatorio en pacientes de edad avanzada con fractura de cadera. J Am GeriatrSoc . 2009
- Robertson, BD y Robertson, TJ Delirio postoperatorio después de una fractura de cadera. J Bone Jt Surg Am . 2006 .

Capítulo 581

PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA HIGIENE EN PACIENTES DEPENDIENTES.

ZINOVIA VIERU BULIGA

VERÓNICA VELASCO GARCÍA

1 Introducción

La higiene de los pacientes dependientes supone un reto dia a dia, la limpieza es un aspecto fundamental en los cuidados de enfermería. Para que el paciente no sienta que el cuidador invade su intimidad,es importante conocer sus necesidades,teniendo en cuenta los aspectos más importantes para su bienestar.

Apoyar a los pacientes para mantener sus necesidades de higiene mientras están en el hospital es un aspecto fundamental de la atención de enfermería, sin embargo, hay muy poca evidencia para apoyar la práctica (Coyer et al, 2011). La higiene personal incluye el cuidado de:

- Pelo
- Piel
- Uñas
- Boca, ojos, oídos y nariz
- Áreas perineales (Dougherty y Lister, 2015)
- Afeitado facial (Ette y Gretton, 2019).

La higiene y el cuidado de la piel deben considerarse como una sola entidad, ya que ambas tienen un impacto potencial en la salud de la piel y en la comodidad y el bienestar de los pacientes.

Factores que afectan negativamente la salud de la piel:
• Mala nutrición e hidratación
• Edad avanzada
• Incontinencia
• Intervenciones médicas, como radioterapia y quimioterapia.
• Afecciones cutáneas concurrentes o subyacentes
• Intervenciones quirúrgicas, heridas y drenajes
• Mala movilidad
Fuente: Dougherty y Lister (2015)

Como parte de los cuidados de higiene de rutina, algunos pacientes pueden requerir cuidados con catéteres uretrales, cuidados de boca y dentaduras postizas, cuidado de los pies y de los ojos. Estos procedimientos no están cubiertos en profundidad en este artículo.

2 Objetivos

- Determinar medidas y técnicas correctas para mantener la piel del paciente en unas condiciones óptimas, proporcionándole seguridad, bienestar y comodidad .

3 Metodología

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

Las palabras clave utilizadas fueron Pacientes, higiene, seguridad , aseo en cama , dependencia .

4 Resultados

Como bañar a un paciente encamado:
Bañarse en la cama no es tan efectivo como ducharse o bañarse y solo debe realizarse cuando no hay alternativa (Dougherty y Lister, 2015). Si se requiere un baño en cama, es importante ofrecer a los pacientes la oportunidad de participar en su propio cuidado, lo que ayuda a mantener su independencia, autoestima y dignidad.

Seleccionar el equipo apropiado
Los tazones de lavado de plástico se usaban habitualmente en los hospitales para bañarse en la cama, pero pueden contaminarse fácilmente con los microorganismos responsables de las infecciones adquiridas en la atención médica (Marchaim et al, 2012). Como tal, los tazones desechables de un solo uso ahora se usan comúnmente.

Todos los pacientes deben tener sus propios artículos de tocador o se les debe suministrar artículos de uso para un solo paciente hasta que puedan traer sus propios artículos de tocador al hospital.

El jabón puede alterar el pH de la piel, provocando sequedad y degradación de la piel, por lo que se sugiere utilizar cremas emolientes para la limpieza de la piel (Cowdell et al, 2014). Estos deben prescribirse para pacientes individuales, y se debe usar una cuchara o espátula para decantar el producto en un recipiente desechable para evitar la contaminación; Los emolientes en tubos o recipientes de bomba reducen este riesgo. Se deben recetar nuevos suministros después del tratamiento para una infección de la piel (Lawton, 2016).

Deben evitarse las toallas reutilizables ya que pueden albergar bacterias. Esto es particularmente importante en pacientes inmunocomprometidos o en estado crítico, o aquellos cuya integridad de la piel está comprometida, por ejemplo, pacientes con quemaduras (Dougherty y Lister, 2015).

Un desarrollo relativamente nuevo son los paños preenvasados para bañarse en la cama (comúnmente conocido como baño de bolsas), que no requieren agua. Una revisión sistemática que compara los baños de saco con los baños de cama tradicionales concluyó que 'lavar' sin agua puede ser una alternativa al baño de cama tradicional, aunque se requiere más investigación (Groven et al, 2017).
Uso de guantes

La Organización Mundial de la Salud (2009) afirmó que no se requieren guantes no estériles de forma rutinaria para lavar y vestir a los pacientes. Las enfermeras deben evaluar el riesgo de exposición de pacientes y fluidos corporales a pacientes individuales (Royal College of Nursing, 2018) y conocer las políticas locales para el uso de guantes.

Equipo necesario:
- Delantal desechable.
- Ropa de cama limpia y ropa para el vestido del paciente.
- Dos toallas de baño.
- Esponjas jabonosas.
- Artículos de tocador de los pacientes.
- Peine.
- Equipos para el cuidado oral y de prótesis.
- Cuencos de lavado.
- Guantes no estériles.
- Cuestiones a tener en cuenta.

La posición del paciente durante el baño está determinada por sus condiciones físicas y sus habilidades de movimiento. A menos que esté contraindicado (indeseable o prohibido), la cama está nivelada y el paciente participará en el cambio de movimiento y posición . El personal sanitario debe utilizar una buena mecánica corporal y a solicitar asistencia cuando sea necesario al mover y posicionar a un paciente.

Mientras se lavan áreas individuales, debe revisarse minuciosamente la piel para detectar daños. Cuando el paciente presenta vendajes, el especialista debe saber de antemano si se pueden quitar para limpiar la piel y si se deben volver a aplicar. El paciente que recibe un baño en la cama a menudo tendrá accesorios para tubos que deben manipularse para que continúen funcionando mientras se mueve y gira. Todos los tubos deben revisarse cuidadosamente antes e inmediatamente después de los cambios de posición.
Inmovilidad. La presión continua sobre cualquier parte del cuerpo deteriora la circulación hacia esa parte y puede causar colapso y eventuales ulceraciones.

La incontinencia . Si el paciente no puede controlar las funciones de la vejiga o el intestino, es probable que se produzca un deterioro de la piel debido a la presencia de humedad y bacterias en la piel.

La obesidad . Un paciente obeso puede tener muchos pliegues de la piel donde la

transpiración y las bacterias pueden contribuir a la degradación de la piel.

Cambios en la piel relacionados con la edad . La piel de una persona mayor es muy delgada e inelástica. El sudor y las glándulas sebáceas son menos activas. La piel delgada y seca es más susceptible a las áreas de presión y a la degradación de la piel.

Procedimiento.
Se deben seguir los siguientes pasos cuando se baña en la cama:
1. Colocar todo el material que necesitará al lado de la cama del paciente. Levantar la cama a una altura cómoda para evitar forzar la espalda.
2. Explicar al paciente que está a punto de darle un baño en la cama.
3. Procurar descubrir solo el área del cuerpo que está lavando. Esto evitará que la persona se enfríe demasiado. También proporciona privacidad.
4. Mientras el paciente está acostado boca arriba, comenzar a lavar la cara y avanzar hacia los pies. Luego, se inclinará al paciente hacia un lado y se le lavará la espalda.
5. Para lavar la piel de un paciente, primero se humedecerá la piel, luego se aplicará suavemente una pequeña cantidad de jabón. Consulte con el paciente para asegurarse de que la temperatura esté bien y que no esté frotando demasiado.
6. Es necesario enjuagar todo el jabón y secar bien el área.

Cuidados perineales
El cuidado perineal, como el baño de la piel, previene infecciones, olores e irritaciones en esa área. El cuidado perineal se realiza con el baño en la cama, la ducha o la bañera y se realiza con mayor frecuencia en pacientes afectados de incontinencia y diaforesis, por ejemplo. Se brinda atención perineal especial a pacientes con un catéter urinario permanente.

Afeitado
Los pacientes masculinos a menudo quieren un afeitado facial una vez al día o una vez cada dos días. Afeitar a los pacientes a menudo no es arriesgado, excepto cuando el paciente está tomando un anticoagulante que los podrían poner en riesgo de hemorragias.

Higiene oral
La higiene oral se realiza al menos dos veces al día y con mayor frecuencia según sea necesario. La higiene bucal consiste en cepillarse los dientes, usar hilo dental y enjuagarse la boca. Las dentaduras parciales y completas también se cepillan y enjuagan.

Una buena higiene oral es especialmente importante en pacientes dependientes ya que puede tener un impacto significativo en sus resultados de salud, especialmente en el bienestar psicosocial, la salud respiratoria y el estado nutricional.

Cuidado de los pies
Los pies se lavan con el baño y con mayor frecuencia según sea necesario. Los diabéticos y otros pacientes en riesgo de infecciones deben recibir un cuidado y monitorización especial de las uñas de los pies . Por ejemplo, los pies deben limpiarse y secarse por completo y examinarse diariamente para detectar signos de rotura de la piel, callos, sangrado, uñas rotas, astilladas o ausentes, así como lechos de uñas azules o pálidos.

Cuidado del cabello
El cabello del paciente se puede lavar con champú y acondicionador en la ducha, la bañera y en la cama con una bandeja especial para la cama o un champú seco. También se debe alentar a los pacientes a peinarse o cepillarse el cabello un par de veces al día.

Cuidado de uñas
El cuidado de las uñas del paciente es otra área importante de higiene y las uñas del cliente deben revisarse diariamente, para observar si hay irregularidades. Las uñas del paciente deben aparecer limpias, porque la suciedad puede causar infección, cortadas y lisas, ya que las uñas irregulares pueden causar lesiones al propio paciente o al personal que les atiende.

5 Discusión-Conclusión

En los pacientes encamados la piel está expuesta a muchos factores de riesgo, que pueden provocar lesiones graves si no se realiza un trabajo continuado de labores de limpieza e hidratación. El buen trabajo de cuidadores y personal sanitario, evitará la aparición de úlceras e infecciones aportando así bienestar y un buen desarrollo físico y psicológico del paciente.

El personal de enfermería que realiza el procedimiento debe tener en cuenta la edad del paciente, el estado neurológico, cual es el grado de dificultad que presenta el paciente para realizar su propio autocuidado y el grado de movilidad.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención de la salud. Primer desafío mundial para la seguridad del paciente La atención limpia es una atención más segura. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
- Johnson D, Lineweaver L, Maze LM. Las cuencas de baño de los pacientes como posibles fuentes de infección: un estudio de muestreo multicéntrico.
- S. Bissett y P. Preshaw, "Guía para proporcionar cuidado bucal a personas mayores", Nursing Older People .
- W. Huskinson y H. Lloyd, "Salud oral en pacientes hospitalizados: evaluación e higiene" , Estándar de enfermería , vol. 23.
- Vandijck, D., Labeau, S., Vogelaers, D. & Blot, S. (2010). Prevention of nosocomial infections in intensive care patients. Nursing in Critical Care
- Dougherty L, Lister S (2015) El Manual de Procedimientos Clínicos de Enfermería del Hospital Royal Marsden . Oxford: Wiley-Blackwell.
- Ersser SJ et al (2005) Una revisión crítica de la interrelación entre la vulnerabilidad de la piel y la incontinencia urinaria y la intervención de enfermería relacionada. Revista Internacional de Estudios de Enfermería
- Loveday H et al (2014a) Uso de guantes clínicos: acciones y percepciones de los trabajadores de la salud. Revista de infección hospitalaria .
- Coyer FM et al (2011) La provisión de higiene personal del paciente en la unidad de cuidados intensivos: un estudio exploratorio descriptivo de la práctica del baño en cama.

Capítulo 582

LOS CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SONDAJE VESICAL.

MARIA BLANCA MASEDA GASALLA

JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO

1 Introducción

Las funciones del auxiliar de enfermería/TCAE aparecen recogidas en una orden Ministerial de 1973 del 26 de abril. La técnica del sondaje vesical consiste en la colocación de un catéter a través de la uretra y hasta la vejiga para el drenaje de la orina. En esta TCAE interviene colaborando con el DUE, en la colocación. EL auxiliar de enfermería tiene una labor fundamental dentro de los cuidados ya que se encarga del aseo de la zona donde se va a realizar el sondaje.

Es muy importante realizar esta labor de una forma correcta ya que esta técnica del sondaje es muy común en los ingresos hospitalarios ya sea como indicación terapéutica y/o diagnóstica. Es uno de los factores principales de riesgo de infección urinaria, por ello el TCAE debe conocer correctamente cómo desempeñar sus funciones .

2 Objetivos

El auxiliar de enfermería debe conocer cuales son sus funciones en la preparación del paciente para conseguir un estado de bienestar, preservando su intimidad y

dando una sensación de seguridad y confianza al paciente, al tiempo que le debe de informar sobre la tarea que va a realizar evitando así desconfianzas siempre desde el respeto y teniendo en cuenta las características de cada persona.

Por ello debe conocer y aplicar de forma correcta los cuidados durante este proceso orientados a la prevención de posibles infecciones.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática de los datos existentes y la búsqueda se hizo consultando artículos científicos en las bases de datos como : Medline y Pubmed.

Los términos introducidos como criterios de búsqueda fueron :" cuidados en el aseo", " sondaje vesical", "auxiliar de enfermería."

4 Resultados

La inserción de un catéter o sonda a través de la uretra se hará siguiendo una orden médica y en unos determinados supuestos (para un control estricto de la diuresis, para evacuar la vejiga antes de una intervención, etc…)

EL auxiliar de enfermería/TCAE desarrolla su función del aseo tanto antes como después de que el paciente tenga colocado el catéter vesical. En la fase previa a la colocación, para poder realizar el aseo se necesita contar con el siguiente material:
.Guantes desechables.
.Cuña.
.Esponja jabonosa.
.Empapador.
.Toalla.
.Agua tibia.
.Gasas estériles.

Antes del inicio del procedimiento y al término del mismo se debe realizar un lavado higiénico de las manos. La técnica del aseo será diferente si el paciente es un hombre o una mujer y la colocación para el aseo también. Siempre tendremos en cuenta que hay que informar al paciente de que vamos a realizar el aseo, y le pediremos su colaboración siempre que sea posible, preservando su intimidad.

A. Técnica del aseo en la mujer: colocamos a la paciente en posición ginecológica, ponemos empapador y sobre el la cuña bajo las nalgas de la paciente, separamos los labios mayores y vertemos agua tibia en los genitales, limpiamos el meato urinario con esponja jabonosa y a continuación los labios menores, luego aclaramos a chorro con agua tibia y hacemos el secado suave a toques con gasas desechables y a una sola pasada de arriba a abajo y de dentro a afuera.

B. Técnica del aseo en el hombre: colocamos al paciente en decúbito supino, colocamos la cuña vertiendo agua tibia y enjabonamos la zona genital y perianal, retiramos el prepucio y enjabonamos el glande, aclarar a chorro y el secado con gasas, acordarse de volver el prepucio a su posición original.

Realizar el registro del cuidado realizado .
EL aseo por parte del auxiliar de enfermería al paciente portador de un sondaje vesical se hará en estos casos:durante el cuidado diario se realizará el lavado de la zona con agua y jabón, al menos una vez al día y siempre que sea necesario. Además debe de observar de forma periódica la permeabilidad de la sonda para evitar que se obstruya. Vigilar durante el aseo signos y síntomas de infección, observando también la frecuencia, la cantidad y el color de la orina. Realizar un balance hídrico correcto; Anotando y comunicando cualquier anomalía.

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener en cuenta que entre las causas más frecuentes de infección están: unas pobres medidas de higiene, una diuresis baja, las erosiones en el trayecto uretral y un flujo retrógrado de la orina. Entonces para prevenir complicaciones y posibles infecciones se debe hacer un correcto seguimiento y una base importante para conseguirlo es ajustarse a los planes de cuidados, formando el aseo del paciente parte del mismo.

6 Bibliografía

- https://www.revista-portalesmedicos.com
- https://auxiliarenfermeria.es/funciones
- https://proyectocuidar.com
- https://www.sergas.es

Capítulo 583

PACIENTE CON DISNEA QUE ACUDE URG DERIVADO DE AP

NOELIA SUÁREZ ÁLVAREZ

AINHOA MARIA PEREZ OVIN

1 Introducción

Varón de 49 años remitido desde AP por su medico de cabecera tras 3-4 días de evolución, ortopnea, DPN, tos y expectoración sin dolor torácico. No nausea ni vómitos. Edemas, disminución de la diuresis y aumento de perímetro abdominal. Precisó acudir a CS en las 72 horas para pauta de nebulizaciones sin mejoría. No hospitalizaciones recientes o contactos epidemiológicos. No vacunaciones recientes. Transgresiones diuréticos con regular adherencia a tratamientos previos.

2 Objetivos

- Hacer triaje al paciente para poder dar prioridad y establecer tratamiento.

3 Caso clínico

Antecedentes Personales:
Exfumador hace 9 meses de 40cig/día, fumador pasivo actual. Ex bebedor hasta 2012.
Dm tipo 2 insulino-dependiente.

OCFA-Sd restrictivo ySAOS(retirada CPAP nocturna por intolerancia)espirometría en 2018:FVC3840(75%)FEV2220(55%)FEV/FVC 58%. En el 2015 neumonía LID cardiaca, con insufiencia respiratoria global-VMNI.

Miocardiopatía dilatada etílico con disfunción biventricular (FEVI20%)varios ingresos por insuficiencia cardiaca. Seguía revisiones semestrales Unidad Cardiaca del HUCA.

Cateterismos 2012 sin alteraciones

ETT 2017dialtada(30cm2)VM normal, con cierre precoz. Insuficiencia moderada central con anillo dilatado. Ao trivalva sin alteraciones. VL dilatad, esferoidal con disfunción VI severa <20% y padrón restrictivo dilatadas con FVD deprimida (TAPSE 12,onda S de 9cm/sg)IT moderada. PAPS 36 mmHg. CI dilatad. No derrame pericárdico. Disfunción muy vera de VI y moderado de VD.

Descompensación MCP/2017: HFA Abril 2019 con insuficiencia respiratoria crónica tipo 2
Fractura tobillo derecho tto ortopédico 2008
Celulitis MII /2013por strectococo agalactiae, stafilococo aureus y Enterobacter cloacae.
Sepsis urinaria /2017 con traslado FHA.
P gangrenosa perforada /2016
Obesidad mórbida
IQX: Amigdalectomía, Fractura- luxación mano izq /2005.

4 Discusión-Conclusión

Varón de 49 años con IC crónica avanzada NYHAIII que ingres por descompensación de su MCP dilatada con disfunción sistólica bievntricular severa. Muy buena evolución clínica con DD/iv con tratamiento previo IECA, BB, Ivabradina y espirolactona.

Se considera un seguimiento muy estrecho en CS de FRCV, Peso y TA semanal con seguimiento en muestras consultas precisando una educación para cambios de vida: dieta y recuperara funcional(ejercicio) que se hará de forma progresiva.

Se considera un seguimiento multidisciplinar para optimizar tratamiento y evaluar replantear en situación ”estable” posibilidades terapéuticas avanzadas.

5 Bibliografía

- Caso Clínico HUSA.

Capítulo 584

VIH/ SIDA

ALBA BARREIRO FERNÁNDEZ

LUCIA BARREIRO FERNANDEZ

ISABEL FERNANDEZ SANTOS

1 Introducción

El sida también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Esta enfermedad la provoca el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La persona que contrae este virus no tiene porque tener la enfermedad.

El VIH se caracteriza por la destrucción del sistema inmunitario y una vez se destruye por completo la persona se pone en riesgo de contraer infecciones graves y ciertos tipos de cáncer.

Las principales maneras de contraer el VIH son por mantener relaciones sexuales sin ninguna protección y se contagia tanto por sexo anal como oral, por la inyección de agujas contaminadas de este virus, por transfusiones de sangre contaminada y de la madre al niño durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Las mujeres infectadas por este virus que deseen quedarse embarazadas tienen que tener en cuenta el riesgo que conlleva y tomar los medicamentos antirretrovirales.

Se calcula que en todo el mundo están afectados por el VIH 35 millones de personas y que solo un 37% de ellas está recibiendo un tratamiento antirretroviral.

Algunos de los síntomas que nos podemos encontrar son:

- Pérdida brusca de peso
- Fiebre y sudoración
- Diarrea crónica
- Fatiga persistente y aguda
- Tos seca
- Urticarias
- Úlceras y hongos bucales
- Herpes
- Inflamación de los ganglios

2 Objetivos

- Intervenir para la prevención del VIH, y sobre todo estar conscientes de que todo el mundo la puede tener aunque sea conocido, hay que mantener las pautas de prevención que son:
Utilizar preservativo
No compartir ningún tipo de aguja o jeringuilla

- Alertar a la población de esta situación y sobre todo a las nuevas generaciones.

3 Caso clínico

Sofia una mujer de 23 años se acaba de casar, ella ilusa de las posibles enfermedades que pueda tener su ahora marido, confía por completo de su salud y la de él. Al cabo de un año sofía empieza a tener muchas infecciones vaginales y todas de continuo. Asustada fue a su médico de cabecera y le explicó la situación, la médica por las explicaciones de Sofía pensaba que iba a ser cáncer, y para descartar le mandó hacer una biopsia y de paso le hizo una analítica de sangre para detectar cualquier otro tipo de enfermedad. La biopsia salió negativa, no se encontraba con ningún cáncer. Sin embargo en la analítica el VIH le dio positivo.

4 Discusión-Conclusión

Una vez que se contraiga la enfermedad del SIDA no hay vuelta atrás, es para toda la vida, por eso es muy importante utilizar las medidas de prevención.

Asimilar lo menor posible cada situación e intentar integrar a estas personas en nuestra sociedad lo mejor posible.

5 Bibliografía

- SIDA. MSD SALUD.Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001. www.msc.es/sida
- Enfermedades de Transmisión Sexual. Centro Nacional de Epidemiología. España, 2002 www.cne.isciii.es
- SIDA/VIH. ESPAÑA SALUD PÚBLICA. VOL. 88 Nº 6. Cristina Hernando Rovirola, Gaby Ortiz-Barreda, Juan Carlos Galán Montemayor.

Capítulo 585

SISTEMA RESPIRATORIO

ZAIDA LOPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El aparato respiratorio funciona como distribuidor del aire con objeto de que las células puedan abastecerse de oxígeno y sea extraído de las mismas del dióxido de carbono.

El oxígeno debe llegar a la más lejana de las células del organismo, el aire intercambia sus gases con los de la sangre, esta debe circular y por último la sangre y las células deben de hacer el intercambio.

Para que todo esto ocurra se requiere el funcionamiento de dos sistemas: el aparato respiratorio y el aparato circulatorio.

2 Objetivos

- Describir el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono con la atmósfera, y relacionar el intercambio de gases con el metabolismo de los tejidos del cuerpo.
- Listar las funciones de los pulmones.
- Describir las funciones y estructuras de las vías aéreas de conducción, la unidad alvéolo-capilar, y la pared torácica.
- Describir el inicio de la respiración en el sistema nervioso central, y la inervación de los músculos respiratorios.

3 Metodología

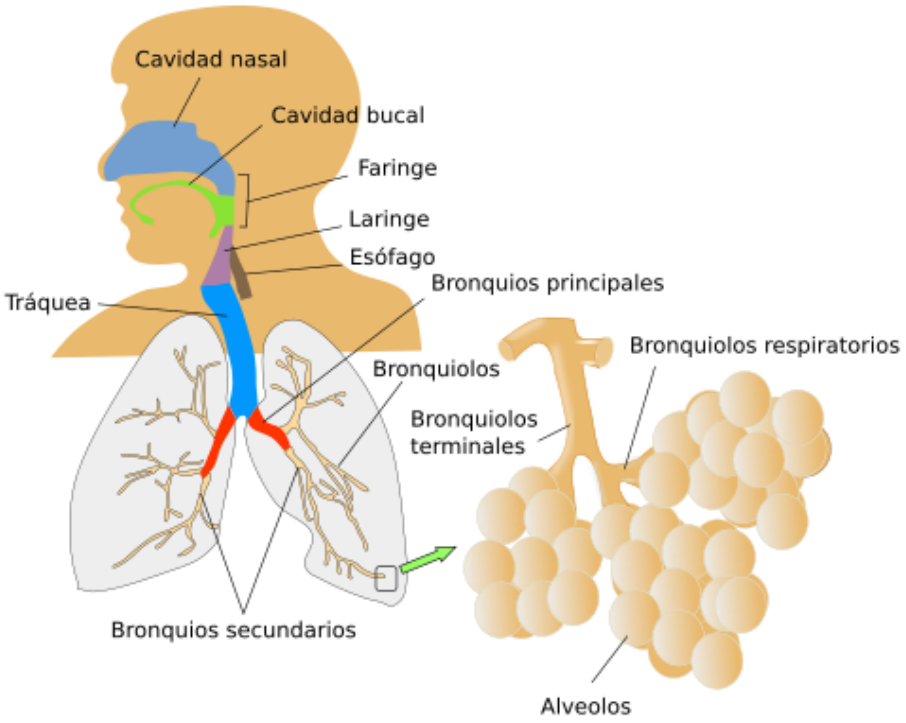
Todas las partes del sistema respiratorio (excepto los alvéolos) funcionan como distribuidores del aire. Sólo los alvéolos sirven como intercambiadores de gases. Los órganos del sistema respiratorio son:

- Boca/Nariz: es la vía que sirve de paso para el aire que entra y sale de los pulmones, filtra las impurezas que contiene, lo calienta y lo humedece. Así mismo, la nariz es el órgano del olfato, pues los receptores del mismo se encuentran en la mucosa nasal.
- Faringe: es una estructura tubular que se extiende desde la base del cráneo hasta el esófago, situada por delante de las vértebras cervicales. Actúa como vestíbulo para los aparatos respiratorio y digestivo, pues deben pasar por ella el aire y los alimentos antes de que lleguen a los lugares adecuados.
- Laringe: se encuentra en el extremo superior de la tráquea, justo por debajo de la faringe. En ella se encuentra unido al cartílago tiroides (la manzana de Adán) un cartílago llamado epiglotis, que va a hacer que los alimentos se deslicen hacia el esófago y no vayan hacia la tráquea, protegiendo a las vías respiratorias de la entrada de sustancias sólidas o líquidas durante la deglución.
- Tráquea: es una estructura tubular de unos 12cm de largo formados por anillos cartilaginosos en forma de "C" abiertos por su parte posterior que dan consistencia para prevenir que se colapsen las vías respiratorias.
- Pulmones: son dos órganos cónicos, situados en la cavidad torácica, que se extienden desde el diafragma hasta un poco más arriba de las clavículas. Están rodeados y protegidos por las clavículas y se dividen en dos partes; la parte superior llamada lóbulo superior y la parte inferior llamada lóbulo inferior. Recubriendo la superficie externa de los pulmones, se encuentra la pleura visceral y recubriendo la cara interna de la caja torácica se encuentra la pleura parietal. La tráquea da origen a los dos bronquios principales que se dividen en bronquios secundarios o lobares. Cada bronquio lobar se divide en bronquios terciarios o segmentarios que se dividen en bronquiolos. El bronquiolo continúa el proceso de ramificación y da origen al bronquiolo terminal de donde parten los bronquiolos respiratorios que es donde se encuentran los sacos alveolares.
- Bronquio: conducto tubular fibrocartilaginoso que conduce el aire desde la tráquea hasta los bronquiolos.
- Bronquiolo: conducto que conduce el aire desde los bronquios hasta los alvéolos.
- Alvéolo: tienen forma de pequeños sacos y están situados al final de las últimas ramificaciones de los bronquiolos y en ellos es donde se produce el intercambio de gases. Su pared es muy delgada por estar constituida por una capa unicelular.

- Músculos intercostales: son músculos situados en el espacio existente entre dos costillas consecutivas. Tienen un importante papel para movilizar el tórax durante la inspiración.
- Diafragma: músculo que separa la cavidad torácica de la cavidad abdominal. Cuando se contrae baja y aumenta el tamaño de la cavidad torácica provocando la inspiración. Cuando se relaja, sube disminuyendo el tamaño de la cavidad torácica y provocando la expiración.

El intercambio de dióxido de carbono por oxígeno tiene lugar en los pulmones, el aire fresco, que contiene oxígeno, es inspirado hacia los pulmones a través de las vías aéreas de conducción, y las fuerzas necesarias para hacer que el aire fluya son generadas por los músculos respiratorios, que actúan siguiendo órdenes iniciadas por el sistema nervioso central.

Un adulto en reposo y estado normal tiene una frecuencia de 12-15 respiraciones por minuto, se le denomina eupnea. Cuando la disminución de la frecuencia respiratoria sea menor de 10 respiraciones por minuto se llamará bradipnea. Si surge un aumento de la profundidad y de la frecuencia respiratoria recibe el nombre de polipnea. Un aumento de la amplitud y la profundidad de los movimientos respiratorios se llamará hiperpnea; en cambio una respiración ligera, superficial de frecuencia inferior a lo normal hipopnea. Los períodos sin respiración reciben el nombre de apnea y cuando hay una dificultad para la respiración se le denominará disnea.



4 Resultados

Algunas enfermedades respiratorias son causadas por virus y bacterias. Si no se previenen y tratan adecuadamente pueden ser mortales.

Las enfermedades respiratorias más comunes y conocidas son:
- Resfriado común: considerada entre las más comunes.
- Rinitis: se presenta como resfriados nasales constantes
- Rinosinusitis: se define como episodios sucesivos de infecciones bacterianas de los senos paranasales con duración menor a 30 días y separados por periodos al menos de 10 días durante los cuales el paciente no tiene síntomas.
- Faringitis: más del 90% de los casos de dolor de garganta y fiebre son debidos a infecciones virales. La mayoría de las personas desarrollan rinorrea y tos leve.
- Amigdalitis: se debe a un proceso infeccioso que afecta a la amígdala palatina.
- Traqueítis: inflamación aguda de la tráquea.
- Bronquitis: inflamación de la principal vía respiratoria de conducción dentro del

pulmón (el bronquio). Puede estar producida por infección viral o bacteriana.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): en la que la principal causa es el tabaquismo
- Enfisema: por la inhalación del humo del tabaco.
- Asma: obstrucción reversible de las vías aéreas menores que puede progresar a insuficiencia respiratoria si no se interviene inmediatamente.
- Tuberculosis pulmonar: enfermedad infecciosa causada por el bacilo de Koch.
- Neumonía: inflamación de pulmón, la causa más habitual las bacterias y virus.
- Silicosis: causada por inhalación prolongada de compuestos químicos.
- Cáncer de pulmón: la principal causa es la aspiración directa del humo del tabaco.
- Fibrosis quística: enfermedad de origen genético que afecta a los pulmones principalmente.

5 Discusión-Conclusión

Los órganos del sistema respiratorio son de suma importancia, cada uno de ellos tiene su función y el no cuidarlos tiene sus consecuencias. Es muy importante evitar exponernos a los factores que puedan llevar al contagio de alguna enfermedad grave, intentando dentro de lo posible tratarlas a tiempo.

Dentro de las enfermedades del aparato respiratorio destaca por su frecuencia y gravedad el cáncer de pulmón. A pesar de los avances actuales en los tratamientos médicos, sigue provocando la muerte de la persona afectada en muchas ocasiones por ellos las medidas preventivas son fundamentales en todos los casos, pero sobre todo en este.

6 Bibliografía

- Apuntes propios https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1501&sectionid=101807125
https://es.wikipedia.org/wiki/Aparato_respiratorio
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 586

BULIMIA

ALBA BARREIRO FERNÁNDEZ

ISABEL FERNANDEZ SANTOS

LUCIA BARREIRO FERNANDEZ

1 Introducción

La bulimia es un trastorno de alimentación. En el caso de la bulimia quien la padece come grandes cantidades de comida y una vez comido todo, intenta solucionarlo con el vómito inducido o ejercicio físico excesivo.

Por desgracia sufren en españa alrededor de 400.000 personas, enfermedades de algún trastorno alimenticio y entre ellas están la bulimia, anorexia y más enfermedades de trastorno alimenticio.

Algunos de los síntomas que podemos encontrar son:
- Preocupación por la forma de su cuerpo
- Vivir con miedo de aumentar de peso
- Perder el control durante los atracones
- Usar enemas después de comer cuando no son necesarios
- Forzar el vómito o hacer demasiado ejercicio.

2 Objetivos

- El objetivo es normalizar esta enfermedad ya que es una enfermedad mental y darles a entender a los enfermos que no están solos, que hay un montón de gente con bulimia y los que no la tienen ayudar a sobrellevar esta situación.

- Enseñar a la población las consecuencias que puede llevar todo con demasiado exceso.
- Estos pacientes necesitan sobre todo un apoyo psicológico.

3 Caso clínico

Paula es una chica de 25 años que en la universidad siempre se sentía más gorda que el resto, se le fue de las manos cuando empezó a trabajar como dependienta y a comer de todo, las críticas eran muy desagradables para ella. Empezó a saltarse las comidas y un dia cualquiera se daba un atracón de cantidades excesivas de comida, y después de esos atracones se sentía culpable de haberlo hecho y forzaba el vómito para expulsarlo todo.

Haciendo eso después de cada comida, se daba cuenta de que no engordaba asique lo fue haciendo mas amenudo.

4 Discusión-Conclusión

Esta enfermedad no está realmente conocida por la sociedad, lo que hay que hacer es difundir más mensajes de apoyo para estas personas. Hay que fomentar el apoyo psicológico.

5 Bibliografía

- Bulimia Nerviosa. Perspectivas clínicas actuales. Fairburn, C. y Wilson, T.
- Anorexia y bulimia, guía para padres educadores y terapeutas. Calvo, R. - (Ed. Planeta. Barcelona, 2002.)
- Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. Saldaña, C. - Psicothema, 13, 2001.

Capítulo 587

LA ERGONOMÍA EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO

MARIA JESUS GARCIA GONZÁLEZ

YANIRA LÓPEZ PARRONDO

MONICA FERNANDEZ FERNANDEZ

ANA BELÉN ÁLVAREZ SUÁREZ

MARÍA JESÚS ALVAREZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La Ergonomía podría entenderse como la ciencia que interrelaciona el hombre con su entorno y cuya finalidad es la reducción de la fatiga innecesariamente producida en el trabajo.
La necesidad de adaptar las herramientas al hombre ha existido siempre. Aún más, la evolución de la humanidad está caracterizada por la construcción de útiles. Las primeras medidas y observaciones sistemáticas de esta interrelación han sido hechas en época muy reciente por ingenieros, médicos, investigadores y organizadores del trabajo, y cada uno de estos grupos con una óptica diferente.

2 Objetivos

- Conocer en que consiste la ergonomía.
- Comprender en qué ámbitos laborales se puede aplicar.

3 Metodología

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

4 Resultados

La aplicación de la ergonomía en el ámbito laboral sanitario se centra fundamentalmente en la organización de los siguientes aspectos:

1. Herramientas y útiles de trabajo: tendríamos que disponer de grúas , transfers, etc., para la movilización de pacientes, además, de mesas de trabajo y camas que tengan la altura adecuada para llevar a cabo la tarea diaria sin tener que agacharnos y forzar la espalda. La empresa deberá invertir en la mejora ergonómica para la calidad de sus instalaciones y disminuir así el riesgo de lesiones en los trabajadores.

2. Diseño del puesto de trabajo: cuando las habitaciones, los baños o cualquier espacio del hospital son demasiado pequeños, el trabajador puede verse forzado a realizar posturas inadecuadas, es por esto, por lo que el diseño del puesto se hará en dependencia de las posturas que tenga que adoptar el trabajador, es decir, trata de configurar espacios para facilitar la ejecución de las tareas, incluyendo mobiliario, almacenamiento, la postura de trabajo. En general se trata de conseguir realizar el trabajo con posturas adecuadas y sin realizar esfuerzos innecesarios.

3. Condiciones ambientales: además de los tradicionales contaminantes químicos ambientales, en numerosos centros sanitarios se han detectado problemas relacionados con la calidad del aire interior.
- En ambientes cálidos y húmedos, la exposición al calor no solo constituye un problema para la salud para personas que trabajan en áreas como cocina, lavandería, esterilización, calderas; también se trata de un problema de disconfort que se acompaña de una disminución del rendimiento.
- El ruido también es un problema singular en muchos servicios hospitalarios por producir hipoacusia. Es un contaminante general que afecta a la calidad de vida en el trabajo. La ergonomía tradicional contribuye notablemente a reconocer las

fuentes de ruido y a desarrollar tecnologías que disminuyan los niveles de ruido presentes en el ambiente.
- Por otra parte, la iluminación también constituye un problema, ya que la calidad visual se asocia con un incremento del confort y la productividad, de aquí que podamos decir que existe una relación directa entre fatiga y mala iluminación.

4. Carga física y carga mental:
- Las llamadas cargas físicas del trabajo, se dividen en estáticas y dinámicas. En las primeras, el trabajador realiza movimientos repetitivos sin desplazamientos, generalmente de un mismo grupo muscular, mientras que en las dinámicas, se producen por el desplazamiento del cuerpo.
- Las cargas mentales serían todas aquellas tensiones inducidas en general, en las situaciones de trabajo, como puede ser la exigencia de las tareas, la organización, las circunstancias del trabajo, etc., cuando todo esto sobrepasa al trabajador es cuando surge la inestabilidad emocional (con un incremento de la irritabilidad y la ansiedad), alteraciones del sueño, etc.

Por todo lo anterior, la ergonomía estudia:
- Las características y el contenido del trabajo.
- Las condiciones ambientales (ruido, calor, etc.).
- Las condiciones de organización (ritmos de trabajo, pausas, turnos).
- El sexo, la edad, la condición física, el estilo de vida y la alimentación.

Vamos a conocer el significado de algunos términos que nos ayuden a entender mejor esta exposición:
- Antropometría: es la dimensión corporal y biomecánica: Es la aplicación de las fuerzas.
- Fisiología del trabajo: ejes el consumo de energía
- Conocimientos de psicología: son las tomas de decisiones, las actitudes, las aptitudes y la carga mental.

Todos estos términos tienen como objetivo adaptar el puesto de trabajo al trabajador que lo desempeñe:
- El trabajo se debe concebir de manera que tienda a evitar todo esfuerzo inútil o excesivo de los músculos, articulaciones, ligamentos y aparatos circulatorio y respiratorio.
- Los movimientos corporales deben seguir un ritmo natural.
- Las posturas adoptadas no deben provocar fatiga por tensión muscular estática prolongada, bien cuando trabajemos sentados o bien cuando trabajemos de pie.

- Los profesionales que trabajan en centros hospitalarios están sometidos a una serie de riesgos ergonómicos que no solo repercuten sobre ellos mismos, sino que lo hacen directamente en los ciudadanos.

A parte de todo esto es necesario considerar también los ambientes térmicos, es decir, la temperatura, la humedad del aire, la intensidad del trabajo físico realizado, así como la iluminación. Para asegurar una percepción visual óptima tendremos en cuenta: la distribución de la luz, el contraste de dicha luz y el color de la misma.

No nos podemos olvidar del ambiente sonoro y de las vibraciones y exposición a materias peligrosas que deben ser evitadas en su totalidad.

Podríamos decir que todo esto se correspondería con una ergonomía Ambiental. Pero la ergonomía que más nos interesaría a nosotros sería la ergonomía biomecánica, que sería la relacionada con:
- La manipulación manual de pacientes, arrastre de mobiliario, empuje de carros, etc.
- La amplia repetitividad de las tareas: cambios posturales, del pañal…
- Las posturas forzadas: durante la realización de curas o derivadas de mantenernos estáticos posturalmente en los quirófanos.

Estos dos tipos de ergonomía, la ambiental y la biomecánica, desencadenan una tercera rrgonomía que podemos llamar temporal, ya que en ella se marcan los ritmos de trabajo (carga física + carga mental), el excesivo número de pacientes asignados, la turnicidad y, sobre todo, los materiales insuficientes para realizar la tarea diaria.

Como objetivos, debemos de prevenir los riesgos ergonómicos siguiendo una serie de pautas:
- No manipular cargas pesadas sin ayuda de medios mecánicos o compañeros.
- Seguir las técnicas correctas de manipulación de cargas, utilizando principalmente los músculos de las piernas y manteniendo recta la espalda. Para manipular cargas tenemos que tener un concepto claro: “siempre es mejor empujar que tirar” .
- Evitar las posturas forzadas y mantenidas durante mucho tiempo.
- Evitar el trabajo repetitivo sin realizar una pausa.
- Sostener al enfermo o la carga acercándolo lo más que podamos a nuestro

cuerpo.
- Utilizar prendas de ropa holgada y cómoda que no nos moleste y calzado seguro con suela antideslizante y que sujete bien el pie.
- Practicar actividades como caminar, bicicleta, natación, etc.

5 Discusión-Conclusión

Debemos de tener en cuenta que en el ámbito hospitalario existen numerosas actividades en las que el trabajo físico que se realiza es importante y en las que un inadecuado diseño de ese trabajo puede provocar en el trabajador situaciones de disconfort, insatisfacción e incluso puede posibilitar la aparición de ciertas patologías.

6 Bibliografía

- J. Alberto Cruz G., Andrés Garnica G. (2010). Ergonomía aplicada 4ª edición. ECOE ediciones. Pág. 23.

- Jan Dul, Bernard Weerdmeester (2012). Ergonomía Práctica 3ª edición. Editorial Edgar Blucher Ltda. Pág. 83.

- J. Alberto Cruz G., Andrés Garnica G. (2001). Principios de Ergonomía. Editorial Génesis Ltda. Pág. 26.

- Dr. Manuel Gutiérrez Henríquez (2014). Ciencia y enfermería: Ergonomía e investigación en el sector de salud. Volumen 20 Nº 3.

- Pedro R. Mondelo, Enrique Gregori Torada, Óscar de Pedro González, Miguel Á. Gómez Fernández (2001). Ergonomía 4: EL Trabajo en oficinas. Ediciones UPC. Pág. 81.

- M.R.Jouvencel (1994). Ergonomía básica aplicada a la medicina del trabajo. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Pág. 63-66.
- Reason,J. (2008). La contibución humana, actos peligrosos y acciones ejemplares. Editoria Modus Laborandi. Pág 7.

- José J. Cañas, Yvonne Waerns (2001). Ergonomía Cognitíva: Aspectos psicológicos de la interacción de las personas con la tecnología de la información. Editorial Médica Paamericana,S.A. Pág. 167.

- Luis Carlos Paschoarelli, Marizilda dos Santos Meneces (2009). Desing e Ergonomía: Aspectos tecnológicos. Editorial UNESP. Pág.73.

- F. Javier Llaneza Álvarez (2009). Ergonomía y psicología aplicada 12ª edición. Editorial Lex Nova. Pág.108.

- Fermín Pérez Aguilera (2011). Manual de Ergonomía. Editorial CEP S.L. Pág. 75-90.

- Roque Ricardo Rivas (2007). Ergonomía en el diseño y la producción industrial. Edicion Nobuko. Pág. 54.

Capítulo 588

PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

BEATRIZ REQUENA PARADA

DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO

MARIA DEL MAR BARRO RIVERA

1 Introducción

Se denomina úlcera por presión (UPP), a la lesión de la piel provocada por permanecer en una misma posición, entre dos planos duros, demasiado tiempo. Esta presión provoca la hipoxia en los tejidos y si ésta no se alivia la consiguiente necrosis de los mismos, pudiendo llegar a planos profundos con destrucción de músculo, hueso, vasos sanguíneos, nervios.

La presión capilar normal oscila entre 16 y 33mm Hg, lo que significa que presiones por encima de 16mm Hg producen un colapso de la red capilar, provocando un proceso inflamatorio que se manifiesta por un eritema cutáneo. Este es reversible si al retirar la presión desaparece en 30 minutos. Si no desaparece la presión se origina la isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración.
La úlcera por presión es una complicación habitual en los pacientes hospitalizados y frecuentemente suele presentarse en enfermos graves y con estancias largas. La incidencia de las UPP oscila entre 20-56% y la aparición de éstas ocasiona dolor, depresión, pérdida de independencia, infección y aumento de la estancia con el consiguiente aumento en los costes hospitalarios. Se estima que pueden ser prevenibles en un 95% de las ocasiones.

Los mecanismos principales que provocan la aparición de estas lesiones son:
• Presión: Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas)
• Fricción: Es una fuerza que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimientos o arrastres. El contacto del paciente encamado o sentado, con las sábanas o superficies rugosas y sobre todo en las movilizaciones, al arrastrar al paciente. Lo conveniente sería hacer la movilización en el aire para evitar esa fricción.
• Cizallamiento: Es la combinación de las dos anteriores, presión y fricción.
• Humedad: La incontinencia es un factor de riesgo que favorece la aparición de úlceras por presión. Un paciente con incontinencia fecal tiene un riesgo 22 veces mayor de padecer una UPP que un paciente que no padezca esta incontinencia.
Éstos son los principales factores causantes de UPP. Además de éstos, se puede establecer dos grandes grupos de factores favorecedores para las UPP:
• Intrínsecos: son los que se relacionan con la situación física, psicosocial o médica del paciente.
• Extrínsecos: son los derivados del entorno y el ambiente en el que se encuentra la persona.

Según el Sistema de clasificación internacional de úlceras por presión, las UPP pueden dividirse en las siguientes categorías, en función al grado de afectación en el que se encuentran:
• Categoría I: Eritema no blanqueable de la piel intacta.
• Categoría II: Úlcera de espesor parcial.
• Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel.
• Categoría IV: Pérdida total del espesor de los tejidos, con hueso, tendón o músculo expuestos.

Además de estas categorías, las UPP pueden encontrarse en otras dos divisiones:
• No estadiable: Pérdida total del espesor de la piel o los tejidos - Profundidad desconocida. Pérdida del espesor total de piel y tejidos, donde la profundidad real de la úlcera no puede ser confirmada .
• Sospecha de lesión en tejidos profundos – profundidad desconocida. Área localizada de la piel, intacta o no intacta, de color púrpura, roja o marrón, no blanqueable o ampolla llena de sangre.

2 Objetivos

- Identificar pacientes con mayor riesgo de sufrir ulceración.
- Conocer las escalas de valoración de riesgo de UPP.
- Aplicar plan de cuidados y medidas preventivas.
- Prevenir la aparición de úlceas por presión.

3 Metodología

Se consultan distintas páginas web y bases de datos, así como diferentes protocolos de actuación en la prevención de UPP. Se realiza una lectura detallada sobre los distintos contenidos relacionados con el tema que nos ocupa, dando mayor relevancia a los trabajos publicados en los últimos 5 años. Utilizando como principal motor de búsqueda Google y usando descriptores como: "úlceras por presión", "prevención de upp", "escalas de valoración".

4 Resultados

El mejor tratamiento para las UPP es la prevención, por ello es muy importante identificar los pacientes con mayor riesgo a padecerlas. Este cometido lo lleva a cabo el equipo de enfermería realizando la correspondiente escala de valoración, con el fin de identificar los pacientes con mayor predisposición a sufrir ulceración, siendo éste el primer paso para poner en práctica los cuidados de prevención.

Las escalas de valoración de riesgo de UPP, están diseñadas para identificar los pacientes con mayor probabilidad de desarrollarlas. Es un instrumento objetivo para valorar y poder tomar decisiones, estando incluso por encima del propio juicio clínico, aunque no por ello se utilice de forma aislada, sino que debe complementarse con el seguimiento del equipo de enfermería, cabe destacar la importancia en este aspecto, del Técnico Auxiliar de Enfermería, ya que es la persona que más en contacto está con el paciente, aprovechando el momento del aseo para hacer una observación minuciosa sobre el estado de la piel y debiendo informar de cualquier alteración o sospecha de principio de ulceración que observe.

La valoración se realiza al ingreso y de forma periódica durante la estancia del paciente. La experiencia nos dice que es preferible aplicar medidas de prevención a un paciente que tenga un riesgo bajo a luego tener que curar una úlcera, ya que los costes y complicaciones son mayores.

Existen multitud de escalas para valorar UPP y aunque todas ellas utilizan unos parámetros similares para evaluar el riesgo, solamente algunas han sido aprobadas y sus valores de: sensibilidad, especificidad, buen valor predictivo, facilidad de uso y aplicación en distintos contextos asistenciales, están dentro de la aceptación de la comunidad científica. Los parámetros que se tienen en cuenta para realizar la valoración del riesgo de UPP, entre otros son: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, nutrición, roce y peligro de lesiones, sexo, edad, complexión física.

Las escalas de valoración de riesgo de UPP, más utilizadas son:

• Escala de Norton
• Escala de Braden
• Escala de Arnell
• Escala Nova 5
• Escala Emina
• Escala de Waterlow
• Knoll

Una vez identificados los factores de riesgo a padecer UPP, se realizará un adecuado plan de cuidados, siendo el propósito de éste, mejorar la calidad de la asistencia mediante una atención individualizada que aumente el grado de seguridad del paciente.

Las actividades preventivas deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

• Piel: mantener una piel intacta en el paciente, mediante una higiene básica, hidratación, aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo, valorar la conveniencia del uso de apósitos en zonas de riesgo.
• Humedad: evitar la maceración de la piel debido al contacto con la humedad ya sea por incontinencia urinaria/fecal, drenajes, sudor…
• Movilidad: mitigar la presión sobre las zonas de riesgo, estimulando al paciente que pueda realizar los cambios de forma autónoma, a que los realice al menos cada 6 horas. Para los paciente encamados realizar los cambios de posición cada 2 horas y cada 30 minutos si están sentados.
• Nutrición: asegurarse de un estado de nutrición e hidratación adecuados.
• Protección de las zonas de riesgo: proporcionando superficies diseñadas para el alivio de la presión, mediante camas, colchones, cojines de asiento.

Tan importante como la primera valoración del riesgo del paciente es la reval-

uación de este riesgo, que debe realizarse periódicamente y siempre que la situación del paciente presente algún cambio. La coordinación de los profesionales realizando un adecuado plan de cuidados y la continuidad de éstos, son dos elementos claves para lograr un óptimo resultado en el tratamiento de estas lesiones.

5 Discusión-Conclusión

Aplicando el correcto protocolo de prevención, se reduce notablemente la aparición de UPP. Diversos estudios demuestran que el 95% de las UPP pueden prevenirse y que un elevado porcentaje (45%), se produce en las primeras 24 horas del ingreso.

A nivel hospitalario, un estudio reciente muestra que las UPP las padecen nueve de cada cien pacientes ingresados. Teniendo en cuenta el número de afectados, se ha estimado que el coste del tratamiento de las úlceras por presión en España supera los 600 millones de euros cada año. Además, se ha cuantificado que el coste de prevención no sería mayor de 1,7 euros al día, cuando curarla cuesta, al menos, 46 euros al día.
Con todo lo expuesto, concluyo diciendo que por un lado, todos los agravantes que conlleva la aparición de UPP para la recuperación de la patología de base que presenta el enfermo al ingreso y por otro, el gasto económico que supone el tratamiento de las UPP, es primordial una buena praxis en la ejecución del plan de cuidados, para conseguir en la medida de lo posible, la aparición de esta afección.

6 Bibliografía

- Medical. net
- Geriatricarea.com
- https://amirsalud.instructure.com/
- https://www.ulceras.net/
- https://es.slideshare.net/
- http://scielo.isciii.es/
-https://gneaupp.info/

Capítulo 589

CATARATAS EN LA TERCERA EDAD

ELOINA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las primeras operaciones de cataratas de las que se tienen conocimiento, se remontan a más de 3.500 años, en el continente asiático.

La cirugía usada en el pasado era una técnica llamada reclinación, se trataría de una descolocación del cristalino que quedaría suelto dentro del ojo, pero que no molestaba para ver.

Hasta los setenta se colocaba una misma lente, pero gracias a los ultrasonidos que se utilizan para medir los ojos, avanzamos colocando a cada paciente su lente y mejorando la visión.

Las cataratas son un proceso normal del envejecimiento, todos tendremos cataratas en la vejez y la edad media serán 70 años, prevalencia del sexo femenino, y la cirugía de catarata como tratamiento

La catarata es la primera causa de incapacidad para ver de forma nítida. Hasta la edad de 45 años, el cristalino enfoca sobre un objeto ya sea que este cerca o lejos. Cuando vamos envejeciendo, las proteínas del cristalino comienzan a cambiar, y como consecuencia, se forma opaco, el ojo se puede ver borroso y la luz no pasa con la misma claridad, esto es lo que se llama, formación de una catarata.

Una catarata se desarrolla, lentamente y sin dolor. La visión del ojo afectado empeora. El cristalino se vuelve opaco a partir de los 60 años. Hacía los 75 años las cataratas ya afectan la visión.

Además de los problemas de visión, también pueden notar, sensibilidad a la luz blanca, visión borrosa o difusa. Con poca luz apenas se ve, la visión se pude volver doble. No se distinguen bien los colores y las gafas se cambian varias veces para adaptar las graduaciones. Las cataratas conlleva una pérdida de visión , normalmente en ambos ojos, aunque uno vea mejor que el otro.

Las personas que tienen cataratas, tienen la sensación de ver entre tinieblas. La visión borrosa, trae como resultado, dificultades para leer, conducir, cosas normales en el día a día.

Las diferentes clases de catarata ocular que aparecen, además de por la edad, pueden deberse a otros motivos:
-Metabólicas, tienen como base otras enfermedades, por ejemplo la diabetes.
-Congénitas, aparecen al nacer, o los primeros tres meses de vida, esto sucede por motivos genéticos, o bien por alguna enfermedad que hubiera padecido la madre durante el embarazo, por ejemplo, una toxoplasmosis, rubeola.
-Traumáticas, debidas una lesión en el ojo sin importar lo grave que sea esta.
-Tóxicas, por uso abusivo de algunos fármacos, ejemplo, corticoides.

En función de la zona donde se generan también podemos encontrar:
-Nucleares, asociadas a la edad, afecta más a la visión lejana que cercana, son las más frecuentes y se localizan en el centro del cristalino. Evolucionan lentamente.
-Corticales, frecuente en gente con diabetes, aparecen en la corteza del cristalino, son menos comunes.

A partir de los 40-45 años, comienza la presbicia, que es la afectación del cristalino, el ojo empieza a tener problemas para enfocar, esto hace que el cristalino empiece a calcificarse, y tenga problemas para estirarse y contraerse y cuando la calcificación es completa, aparece la catarata y la visión se vuelve borrosa.

Cuando se comienza con las cataratas y están en proceso de formación, unas simples gafas de sol nos pueden ayudar, para evitar el deslumbramiento. Personas que usan gafas normalmente, acuden al oftalmólogo a cambiar la graduación, creyendo que de lo que se trata es de un empeoramiento en su visión, y no del comienzo de una catarata.

Todas las personas, que padecen esta patología, deben someterse a una cirugía. Se trata de sustituir el cristalino opacificado por una lente artificial que se denomina lente intraocular y que pasa a realizar las funciones del cristalino. Se lleva a cabo la operación con incisiones de menos de 2 milímetros. Y es que los últi-

mos avances en oftalmología permiten a los especialistas realizar cirugías menos invasivas.

La cirugía de cataratas, debe llevarse a cabo cuando ya se considera, que hacer vida normal es complicado, e invalida en cierta manera al paciente. Esta cirugía se practica habitualmente, porque además se trata de una intervención rápida y con pronta recuperación.

Dentro de la cirugía, encontramos La facoemulsificación ,es un método de rotura de la lente para sacarla.
La facoemulsificación, es la técnica más empleada y se realiza mediante ultrasonidos. Esta consiste en hacer un pequeño corte en el ojo, para poder trabajar en su interior, se mete una sonda que por ultrasonidos rompe el cristalino y lo elimina, ahí es donde se Implanta la lente ocular, que sustituye al cristalino.

La cirugía es sencilla y no necesita preparación especial, solo dilatación con fármacos de la pupila alrededor de media hora antes con antibióticos y antiinflamatorios para prevenir.

La visión se va normalizando en cuanto que la pupila se vuelve de su tamaño normal, eso pasa, generalmente a las 24 horas. Al principio es normal ver de color rojo, como un resplandor alrededor de la pupila, eso sucede por el instrumental utilizado.

Para aprovechar todos su utilidad, las lentes, necesitan un periodo de acomodación, que puede variar de una persona a otra y durar entre unos días a unos meses.

La cirugía, está continuamente avanzando y se llegará a tener lentes ajustables que podrán ser corregidos en postoperatorio, para corregir otros defectos. Cada vez se disminuye el riesgo de infección, son más seguras las intervención.

En la mayoría de los casos se trata de una operación ambulatoria con anestesia tópica o loco-regional y tras la cual el paciente puede volver a casa sin necesidad de quedarse ingresado. El postoperatorio y la vuelta a la rutina por parte del paciente suele ser rápida y en torno a 48 horas después de la operación podrá llevar una vida normal. Eso sí, es muy importante que durante las dos primeras semanas no realice grandes esfuerzos y evite posibles traumatismos directos sobre el globo ocular.

2 Objetivos

- Valorar el aumento de las cataratas debido a la mayor calidad de vida, por ello el envejecimiento de la población, y prevalencia de la enfermedad.
- Describir la enfermedad, analizar la incidencia y contrastar el antes y el después de la exposición de la población al tratamiento de la enfermedad.

3 Metodología

Describir la incidencia de la catarata a partir de estudios poblacionales mediante una revisión bibliográfica sistemática y exhaustiva. El estudio se hace a través de internet en varias plataformas oftalmológicas, libros y artículos de revistas médicas.

Las palabras claves empleadas son: catarata, vejez, cristalino, cirugía, visión

4 Resultados

A medida que una catarata empeora y con ello la visión, el objetivo del oftalmólogo es detectar la catarata de una forma temprana y recomendar, bien el cambio de gafas, más iluminación, gafas de aumento y hasta gafas de sol con el fin de llegar a una mejor visión e intentar que la cirugía , que es el objetivo final, demorarla hasta que sea inevitable, para mejorar la visión. La catarata no es una cirugía de urgencia, por lo que se puede esperar.

Esta operación es muy positiva, ya que no es necesario pinchar anestesia, ni dar puntos de sutura. No se tapa el ojo después de la operación, y no es necesario el ingreso. La recuperación de la visión es rápida y se debe seguir un protocolo después de la intervención, sencillo de llevar a cabo. Por ello en la operación de cataratas, todo son ventajas.

Si se operan ambos ojos, es mejor operar uno, y a la semana siguiente o 15 días el otro.

Hay programas con controles de seguimiento de la cirugía a la semana y al mes y luego se establecen revisiones anuales.

5 Discusión-Conclusión

Después de valorar, que una catarata es una patología, que como resultado vemos que su incidencia está asociada con la vejez, y que la prevención en algunos casos, no es óptima y acaba en una cirugía, reconocer que la operación de cataratas es positiva, ya que se mejora la visión con poco riesgo para el paciente y con pocas complicaciones, lo que sorprende lo bien que se siente el paciente y lo fácilmente que reanudará sus actividades diarias, incluso al día siguiente de la operación de cataratas.

Algunas precauciones si que hay que tomar, el oftalmólogo prescribe, gotas de antibiótico y gotas antiinflamatorias.

Durante la primera semana debe aplicarse esas gotas varias veces al día.

La catarata tiene una alta incidencia, que afecta de una manera más pronunciada a la población femenina.

6 Bibliografía

- www.oftalmoseo.com.
- clinicabarraquer.com.
- fernandez-vega.com.
- www.mayoclinic.org.
- www.elsevier.es.
- sciencediret.com.
- Revisión sistemática de estudios poblacionales de prevalencia de catarata (2003) Acosta R., Hoffmeister L. Román R. Comas M. Castilla M.
- Caracterización de la cirugía de catarata en pacientes con retinopatía diabética(2018)Dra. Yamirka Rodríguez Alonso,Dra. Yudania Fouces Gutiérrez, Dra. Magdevis Ruiz Miranda, Dr. César A. Irarragorri Dorado, Dra. Taimí Cárdenas Díaz, Dra. Iraisi Hormigó Puertas.
- Catarata senil y primaria (2018) Dra. Mayda Armas López.

Capítulo 590

PREDOMINIO DE LAS CAIDAS EN LA VEJEZ

ELOINA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las caídas, es uno de los síndromes más frecuentes entre la población de edad avanzada, debido a las consecuencias que se derivan de esas caídas que les afecta tanto física como psicológicamente.

La prevención es uno de los mejores remedios para evitar la pérdida de calidad de vida de las personas de la tercera edad, ya sea en hospitales, residencias o en su propia casa, adaptando programas que ayuden a saber valorar y evaluar el riesgo de caídas

Las caídas en personas mayores, apenas se toman en cuenta y algunas pasan desapercibidas, ya que no conlleva riesgo para la salud, aunque sean repetitivas, lo que nos lleva a establecer, criterios de que estamos ante un anciano inestable, y solo se lleva a estadísticas aquellas caídas que han requerido una atención hospitalaria urgente.

Las personas mayores de 65 años que viven en su domicilio, suelen tener más riesgo de caída, y por media, este riesgo es de una vez al año como mínimo, incrementándose a medida que van cumpliendo años.

Las caídas son los accidentes más frecuentes en la persona mayor, y algunos de ellos pueden tener un mal pronóstico, ya que influye la edad, el tiempo que permanecen en el suelo, tener muchas patologías, tomar muchos medicamentos.

Ante una caída se debe hacer un estudio si existió o no algún otro factor que haya contribuido a la caída.

La prevención es uno de los pilares para evitar las caídas tomando precauciones tanto en el hogar como en el entorno. Las caídas pueden ser el conjunto de varios factores: físicos (falta de movilidad, visión), del entorno (tropezar con una alfombra), o situaciones peligrosas (ir abrir la puerta rápidamente, nada más suena el timbre).

Gran parte de las caídas suceden en casa, al levantarse de la cama, de una silla, en la ducha, en el cuarto de baño, subiendo y bajando escaleras, la persona en movimiento, pero algunas se suceden cuando esta quieta y de pie, por el desgaste de los huesos.

Cualquier movimiento puede ser un peligro y este peligro aumenta cuando estamos distraídos o hay algo que nos hace perder el equilibrio, se deben diseñar programas para la mejora de la movilidad, fuerza muscular y marcha.

A mayor edad la fragilidad del anciano se incrementa, sexo mujer es un factor mas enfermedades, discapacidades y deterioro cognitivo, entre otros motivos, y entre sus causas se han identificado factores genéticos, hormonales, inflamatorios, de estrés.

Una consecuencia de las caídas el síndrome de la post caída, una persona que cae una vez tiene miedo a que vuelva a suceder. Después de una rotura de cadera, personas que anteriormente andaban con libertad, a raíz de la caída no vuelven a caminar o si lo hacen ya no lo hacen con la ligereza con que lo hacían lo que provoca un miedo y a pesar del tratamiento y de la rehabilitación, les cuesta volver a sus quehaceres diarios, y llegan abandonar actividades, como salir con los amigos, dar paseos, por temor a una nueva caída, quitando les confianza en sí mismos y llegando a quedarse en casa por miedo a salir.

Puede que algunas caídas puedan ser tan graves, que pueden acabar en muerte, que bien por una mala caída, con golpe en la cabeza, o bien la muerte puede llegar más tarde debido a las complicaciones derivadas de la caída. Hay factores por los cuales tras una caída la evolución no es lo favorable que quisiéramos, esto sucede en personas con edad avanzada (más de 85 años), sexo femenino, permanecer en el suelo largo tiempo, y con ello, asociamos hipotermia, polifarmacia, pluripatología, deterioro cognitivo…

En cuanto a los conceptos ”caída” y ”temor a caer” se encuentren unidos, no

siempre se a enumerado como relacionado entre el miedo y la caída como causa de accidente esa caída.

Se deben enseñar unas pautas que orienten a la gente mayor a moverse sin que con ello, suframos ningún riesgo, indicándoles que cuando quiera moverse, los movimientos los haga suavemente y progresivamente, el levantarse de la cama , de un sillón.

Que cuando lleve tiempo sin moverse y quiera reiniciar la marcha lo haga lentamente y sin prisa.
Es bueno para ellos una actividad física diaria, simplemente caminar , es algo que estimula el equilibrio y es bueno para el cuerpo.

La alimentación también debe ser cuidada, y bien equilibrada, sin que sufra ninguna carencia. Si para caminar, o conseguir la estabilidad, necesita un medio de apoyo, recomendarle su uso, e indicarle el mejor dependiendo de sus circunstancias.

Las caídas son la principal causa de las lesiones físicas y deterioro funcional del anciano, ya que su recuperación, será lenta y no siempre altamente satisfactoria, pudiendo dejar secuelas. Reducir y eliminar los factores ambientales, que sean un riesgo para la caída y evaluarlos, haciendo una revisión del plan de prevención a llevar a cabo.

Las secuelas de una caída puede quedar en una anciano por largo tiempo, impidiéndole realizar una vida normal, desencadenado lesiones físicas y psíquicas , y es un reto para los profesionales sanitarios, reducir, en la medida de lo posible, este síndrome geriátrico, disminuyendo su incidencia

2 Objetivos

- Analizar los estudios que reflejen el riesgo de caídas en pacientes de la tercera edad en ambos sexos y determinar su prevalencia en las caídas.
- Valorar el buen resultado de actuación en la prevención de caídas de personas mayores en el hogar,en hospitales y residencias.

3 Metodología

Es un trabajo con investigación teórica tomando como base libros, artículos de revistas científicas como Dipósit Digital, Dialnet, Pubmed, y algunas direcciones de Internet buscando los mejores textos. Con el fin de identificar los factores de riesgos y analizar las mejores pautas para su seguimiento y evitar el riesgo de caídas mediante la prevención. Se han buscado estudios en los cuales se han incluido pacientes que padecian o eran potencialmente precusores de padecer la enfermedad, y excluidos el resto de la población.

Para realizar el trabajo, las palabras clave empleadas , han sido: caídas, riesgo, síndrome, tercera edad, prevención.

4 Resultados

Para hacer una valoración clínica del riesgo de caídas se debe detectar otros factores y reconocer otros síndromes geriátricos (incontinencia urinaria).

Existe una relación entre los trastornos de la marcha y el equilibrio, factores determinantes en las caídas. Así mismo el equilibrio y la marcha depende de otros órganos como el visual, oído (el equilibrio) y situación de nuestra posición. La exploración se debe realizar aunque no haya una afección neuromuscular y para ello nos basaremos en una serie de pruebas, las más usadas son Test de Romberg y Test de Tinetti.

Las alteraciones cognitivas, nos dan a entender que los ancianos con demencia no son conscientes del riesgo, ni del peligro, a ellos.

También debemos valorar la situación social del paciente: Si vive solo, tiene cuidador, situación de la vivienda. Las caídas son un problema de salud pública, la mayoría de los hospitales, la planta de traumatología, el 50% de las camas están ocupadas por ancianos, y más de la mitad con fracturas de caderas.

Como consecuencia de la inmovilidad se produce un incremento de las necesidades de cuidados y recursos sanitarios.
Las mujeres sufre más que los hombres, el síndrome de las caídas,. al igual que a mayor edad se cae más, y a medida que se cumplen años, más de 85 años, se reduce las caídas debido a la menor movilidad.

Las caídas se pueden prevenir mediante visitas al médico que les valore, la visión

y el oído, porque este tipo de deficiencia afecta al equilibrio y así evitar el riesgo de caídas. En su entorno más cercano el hogar, se analizan los factores para hacer más agradable favoreciendo la vida cotidiana, eliminando alfombras, teniendo una iluminación adecuada, interruptores cerca de la cama, barras de sujeción en el baño….

Las personas mayores deben consultar al médico si notan disminución en el sentido del equilibrio y coordinación, pero nunca dejar de tomar el tratamiento que estén tomando. Y debe hacer uso correcto de la toma de medicamentos, ya que un uso incorrecto o una automedicación, puede elevar el riesgo de caídas.

También, hay que animar a las personas de la tercera edad, a realizar todas las tareas que puedan desempeñar, las tareas domesticas, actividades cotidianas, mantener relaciones sociales con amigos y familiares, llamar por teléfono, son actividades que ayudan a tener un buen equilibrio emocional y estado de ánimo

5 Discusión-Conclusión

El estudio nos marca la trascendencia de las caídas ocurridas como algo accidental y no intencionado, ya que son la segunda causa de muerte a nivel mundial. Valorar la incidencia y realizar las medidas oportunas aplicables para que no sucedan. Las personas mayores generan un gran gasto a la sanidad, y debe ser tomado en cuenta , y considerarse una prioridad en la salud pública a nivel europeo.

La primera causa de coste hospitalario en Europa , son las fracturas de cadera, de rodilla, traumatismos craneoencefálicos, heridas abiertas, por ello se debe valorar y prevenir todo este tipo de lesiones. Una de las principales causa de una caída es levantarse y acostarse de la cama, de una silla, tropezar con objetos o resbalar por llevar un calzado no adecuado para caminar.

La mitad de las personas mayores que tuvieron una caída en un año, tienen miedo volver a caer, y por ello sus actividades diarias quedan mermadas debido a que vuelva a suceder.

Prevenir dichas caídas es la solución, para evitar el riesgo, y haremos todo lo que este en nuestras manos ,tanto en el hogar como en el entorno, utilizando las medidas necesarias con carácter preventivo para reducir los riesgos de caídas.

Debemos crear entornos más seguros para reducir las caídas, creando espacios

más estables y evitando todo aquello que podría ser la causa de una caída, hacer hogares seguros y no llenos de trampas que originan una caída.

La educación sanitaria es muy importante y se debe informar al anciano y a sus familiares (entorno) de las consecuencias de las caídas y como evitarlas .Esto se debe hacer de una manera prudente sin alarmar, porque a veces se consigue el efecto contrario, creando miedo u obsesión con el tema.

La reducción de lesiones podrían evitar muchas muertes, para ello las intervenciones eficaces consisten en una la concienciación de caída, seguido del cambio del lugar y además de la estimulación con el ejercicio y la marcha.

La propia persona mayor y sus familiares, además de los responsables sanitarios necesitan trabajar conjuntamente en este campo y llegar a poder reducir aún más la carga sanitaria y social que provocan las caídas.

6 Bibliografía

- Torres, Sanchez y David (2007)Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados.
- Gomez y Sobral (2008) Epidemiología de caídas de ancianos en España.
- Martín, Ribeiro, Almeida y Santos (2013) Caídas y temor a caer en los mayores de 75 años.
- Martinez y Alonso Renedo (2013) Deterioro cognitivo y riesgo de caída en el anciano.
- Canelles y Borrachina (2017) Valoración de las causas de las caídas en ancianos .
- Abizanda Soler "et al," (2014) Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Adolfo Posada. aul@bierta IAAP Principado de Asturias (2013). Grandes Sindromes Geriatricos.

Capítulo 591

GRUPO SANGUÍNEO.

MARIA FANJUL GARCIA

1 Introducción

Un grupo sanguíneo es una clasificación de la sangre de acuerdo con las características presentes en la superficie de los glóbulos rojos y en el suero de la sangre. Las dos clasificaciones más importantes para describir grupos sanguíneos en humanos son los antígenos y el factor Rh.

2 Objetivos

-Conocer nuestro grupo sanguíneo , a quien podemos donar , quien nos puede donar y nuestras alergias.

3 Metodología

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

4 Resultados

En 1900, el patólogo alemán Karl Landsteiner comenzó a mezclar sangre de diferentes personas, encontrando que algunas mezclas eran compatibles, mientras que otras no lo eran.

Descubrió que, en la superficie de los hematíes, existían dos tipos de proteínas marcadoras o antígenos que denominó A y B. Observó, además, que el plasma contiene también dos tipos de anticuerpos que reaccionan con las proteínas de los glóbulos rojos y que llamó anticuerpos Anti-A y Anti-B. De esta manera estableció cuatro tipos de grupos sanguíneos:

Grupo A. Aquel grupo de sangre cuyos glóbulos rojos tienen el antígeno A y en las que su plasma encontramos el anticuerpo Anti-B.

Grupo B. Sus glóbulos rojos tienen el antígeno B y su plasma los anticuerpos Anti-A.

Grupo AB. Los glóbulos rojos de este grupo tienen los dos tipos de antígenos: A y B; pero el plasma no tiene ningún anticuerpo.

Grupo 0. En este grupo sanguíneo los glóbulos rojos no tienen antígenos, pero el plasma tiene anticuerpos Anti-A y Anti-B. ocho tipos de sangre

Los distintos marcadores que se pueden encontrar en la sangre dan lugar a ocho posibles tipos de sangre:
- O negativo. Este tipo de sangre no tiene marcadores A ni B y tampoco presenta el factor Rh.
- O positivo. Este tipo de sangre no tiene marcadores A ni B pero sí que presenta el factor Rh. Se trata de uno de los dos tipos de sangre más frecuentes (junto al A positivo).
- A negativo. Este tipo de sangre solo tiene el marcador A.
- A positivo. Este tipo de sangre tiene el marcador A y el factor Rh, pero carece del marcador B. Junto con el O positivo, se trata de uno de los dos tipos de sangre más frecuentes.
- B negativo. Este tipo de sangre solo tiene el marcador B.
- B positivo. Este tipo de sangre tiene el marcador B y el factor Rh, pero carece del marcador A.
- AB negativo. Este tipo de sangre tiene los marcadores A y B, pero carece del factor Rh.
- AB positivo. Este tipo de sangre tiene los tres marcadores: A, B y factor Rh.

El factor Rh, por su parte, es una proteína que recubre los glóbulos rojos. Si la proteína del factor Rh está presente en las células, la persona es factor Rh positivo. En cambio, si la proteína está ausente, la persona es factor Rh negativo.

Los factores Rh se determinan genéticamente. Un bebé puede tener el grupo sanguíneo y el factor Rh de cualquiera de sus padres o una combinación de ambos. Los factores Rh siguen un patrón común de herencia genética. El gen Rh positivo es dominante (más fuerte) e incluso cuando se combina con un gen Rh negativo, el positivo prevalece.

La enfermedad del Rh es provocada por una madre Rh− que concibe un hijo Rh+. Los anticuerpos de la sangre materna destruyen los Rh+ del bebé. Si la madre piensa tener un segundo hijo debe aplicarse una vacuna que elimina los anti-Rh, llamada la gammaglobulina. Ésta debe aplicarse en las 72 horas posteriores al primer parto, ya que si se tiene un segundo bebé con Rh+ la madre producirá anti-Rh en exceso que destruirá la sangre del hijo, produciendo una enfermedad llamada eritroblastosis fetal (anemia severa), si es que el hijo nace, ya que la producción en exceso de los anti-Rh puede causar la muerte del hijo intrauterinamente.
- Si una persona tiene los genes + +, el factor Rh de la sangre será positivo.
- Si una persona tiene los genes + -, el factor Rh de la sangre también será positivo.
- Si una persona tiene los genes - -, el factor Rh de la sangre será negativo.
- Un bebé recibe un gen del padre y uno de la madre.
- Compatibiladad grupos sanguíneos

Partiendo de esta caracterización estableció la compatibilidad entre los distintos grupos según las reacciones que se producían, ya que los anticuerpos que posee cada grupo sanguíneo reacciona cuando se introducen en el torrente sanguíneo hematíes con antígenos "extraños": Anti-A contra antígenos A y Anti-B contra antígenos B.Reacciones contra antígenos eritrocitarios también pueden causar la enfermedad hemolítica del recién nacido, causada por el factor Rh+ del padre y del bebé y el Rh− de la madre (DHRN) cuya causa generalmente se asocia a diferencias antigénicas relacionadas al sistema Rh.
Tabla de compatibilidad entre grupos sanguíneos[3][4]
Sangre completa o solo glóbulos rojos
Donante
Receptor O- O+ A− A+ B− B+ AB− AB+
O- •
O+ • •

A− • •
A+ • • • •
B− • •
B+ • • • •
AB− • • • •
AB+ • • • • • • • •

Herencia del tipo AB0
Son controlados por un solo gen con tres alelos: 0 (sin, por no poseer los antígenos del grupo A ni del grupo B), A, y B.
El alelo A da tipos A, el B tipos B y el alelo 0 tipos 0, siendo A y B alelos dominantes sobre 0. Así, las personas que heredan dos alelos 00 tienen tipo 0; AA o A0 dan lugar a tipos A; y BB o B0 dan lugar a tipos B. Las personas AB tienen ambos genotipos debido a que la relación entre los alelos A y B es de codominancia. Por tanto, es imposible para un progenitor AB el tener un hijo con tipo 0, a excepción de que se de un fenómeno poco común conocido como el 'fenotipo Bombay' o diversas formas de mutación genética relativamente extrañas.

Los alelos A y B son dominantes sobre el alelo 0, lo que se llama codominancia.

Sistemas de grupos sanguíneos inmunológicos.
-Son, entre otros, los siguientes:
-Sistema ABO
-Sistema Rh (Rhesus)
-Sistema MNS
-Sistema Duffy
-Sistema Diego
-Sistema P
-Sistema Lutheran (Lu)
-Sistema Kell
-Sistema Lewis
-Sistema Kidd (Jk)
-Sistema Fisher
-Sistema I

¿Qué es un antigeno ?
Un antígeno suele ser una molécula ajena o tóxica para el organismo (por ejemplo, una proteína derivada de una bacteria) que, una vez dentro del cuerpo, atrae y se une con alta afinidad a un anticuerpo específico. Cada anticuerpo es capaz

de lidiar específicamente con un único antígeno gracias a la variabilidad que le otorga la región determinante de complementariedad del anticuerpo dentro de la fracción Fab de los mismos.

Para que un antígeno sea reconocido por un anticuerpo, estos interactúan por complementariedad espacial. La zona donde el antígeno se une al anticuerpo recibe el nombre de epítopo o determinante antigénico, mientras que el área correspondiente de la molécula del anticuerpo es el parátopo. (Una analogía habitual para describir estas interacciones es el acoplamiento de una cerradura [epítopo] con su llave [parátopo]).

Tipos de donaciones
A- SANGRE ENTERA
El tipo de donación más común es la de sangre entera, la cual colecta una unidad o aproximadamente una pinta de sangre al mismo tiempo. Este proceso de donación toma aproximadamente una hora desde el momento que llegas a tu cita hasta que sales del centro de donación. Sin embargo, la parte de la pura donación sólo toma como 10 minutos. Donaciones de sangre entera pueden llevarse acabo cada 56 días.

B- DONACIONES AUTOMATIZADAS
Donaciones automatizadas o de aféresis le permite a los donantes dar más de un componente de sangre especifico al mismo tiempo. El proceso separa los componentes durante la donación, donde el componente elegido se colecta y se guarda mientras que el resto de la sangre se te regresa. El proceso automatizado toma aproximadamente dos horas dependiendo en el componente que dones. Hay tres tipos de donación automatizada en Carter BloodCare: Plaquetas, Glóbulos Rojos Dobles y Plasma.

C- DONACIONES DE PLAQUETAS
Las plaquetas ayudan a coagular la sangre para prevenir hemorragia, y ayudan a pacientes que se someten a cirugías del corazón o que tienen trastornos de la sangre, leucemia y otros tipos de cáncer. Toma seis o más donaciones de sangre entera para hacer una unidad de plaquetas, pero una donación de plaquetas puede dar hasta 3 unidades. Las plaquetas se pueden donar hasta 24 veces al año.

D- DONACIONES DE GLÓBULOS ROJOS DOBLE
Más del 69% de todas las transfusiones de sangre requieren glóbulos rojos. La tecnología de la donación automatizada facilita con seguridad la donación de dos unidades en una sola donación. Las donaciones de glóbulos rojos dobles pueden

darse cada 112 días o cada 16 semanas.

E- DONACIONES DE PLASMA
El plasma es comúnmente usado para reemplazar los factores de coagulación en victimas de trauma y quemaduras. Las donaciones por aféresis de plasma te permiten donar tres veces más plasma que lo que se daría por donación de sangre entera. Se puede donar plasma cada cuatro semanas.

F- DONACIONES ESPECIALES
Las donaciones especiales caen en dos categorías: autóloga o directa.

G- AUTÓLOGA
Si vas a planear una cirugía no urgente u otro procedimiento médico que pueda requerir una transfusión de sangre, puedes elegir hacer donaciones de sangre autólogas. Las donaciones deben hacerse por lo menos 30 días antes del procedimiento y no más de cinco días de anticipo.

H- DIRECTA
Donaciones directas de sangre ocurren cuando un amigo o familiar dona sangre específicamente para un paciente. Esta unidad es reservada especialmente para el uso de ese paciente durante una cirugía o procedimiento médico programado. Las transfusiones de sangre entre grupos incompatibles pueden provocar una reacción inmunológica que puede desembocar en hemólisis, anemia, fallo renal, choque circulatorio y muerte. La sangre es un tejido líquido que recorre el organismo, a través de los vasos sanguíneos que transporta las células necesarias para llevar a cabo las funciones vitales (respirar, formar sustancias, defenderse de agresiones). La cantidad de sangre de una persona está en relación con su edad, peso, sexo y altura. Una persona adulta tiene entre 4,5 y 6 litros de sangre, es decir, un 7% de su peso corporal.

La sangre transporta los principios nutritivos desde el aparato digestivo hasta las células, donde se recogen también las sustancias de desecho para eliminarlas gracias a los riñones, el hígado y otros órganos de excreción. También es la encargada de regular el transporte de oxígeno y la eliminación del anhídrido carbónico. Tiene un papel importante en funciones como la coagulación, la inmunidad y el control de la temperatura corporal.

Cómo podemos conocer fácilmente cuál es nuestro grupo sanguíneo? Hay farmacias con test que pueden determinarlo. A su vez, recuerda que se puede conocer relativamente fácil gracias a que todos los servicios de transfusión o laboratorios

están capacitados para estas pruebas. con poner unas gotas de nuestra sangre y añadir el reactivo del antisuero, y ver si reacciona o no, es necesario para confirmar el grupo sanguíneo. Es una prueba muy sencilla y fácil.

Hay 36 sistemas sanguineos definidos que son ISBT number
Blood Group System
-001 ABO
-002 MNS
-003 P1PK
-004 RH
-005 LUTHERAN
-006 KELL
-007 LEWIS
-008 DUFFY
-009 KIDD
-010 DIEGO
-011 YT
-012 XG
-013 SCIANNA
-014 DO
-015 CO
-016 LW
-017 CH/RG
-018 H H
-019 XK
-020 GE
-021 CROM
-022 KN
-023 IN
-024 OK
-025 RAPH
-026 JMH
-027 I
-028 GLOBOSIDE
-029 GILL
-030 RHAG
-031 FORS
-032 JR
-033 LAN

-034 VEL
-035 CD59
-036 AGustine y existe el grupo A,B, AB y O con rh -+

5 Discusión-Conclusión

Hay 36 grupos y los elementales 4.

RO- O+ A– A+ B– B+ AB– AB+ dO- •
O+ • •
A– • •
A+ • • • •
B– • •
B+ • • • •
AB– • • • •
AB+ • • • • • • • •

6 Bibliografía

- Descifrados dos grupos sanguíneos más», en El País, 28 de febrero de 2012.
- «Interacción genética». Consultado el 7 de julio de 2012.
- «RBC compatibility table». American National Red Cross. diciembre de 2006. Archivado desde el original el 23 de agosto de 2011. Consultado el 15 de julio de 2008.
- Blood types and compatibility

Capítulo 592

CUIDADOS DE LOS PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

MAR DÍAZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Los riñones son los órganos principales del sistema urinario, filtran la sangre y producen orina como desecho que debe ser excretado.

Se denomina trasplante renal a la cirugía para colocar un riñón sano. El riñón trasplantado asume la función de los riñones enfermos y el paciente no necesitará más diálisis. El riñón donador puede ser: De donante fallecido o de donante vivo.

El médico recomienda el trasplante de riñón cuando el paciente tiene una enfermedad renal avanzada. Para que el trasplante sea exitoso es importante que el tejido del riñón nuevo sea similar al del riñón original. Esto es fundamental para que no surja el rechazo.

Antes de encontrar un riñón es importante realizar algunas pruebas, los resultados de dichas pruebas serán contrastados con pruebas similares llevadas a cabo en el riñón disponible o en el donante vivo.

Las pruebas son: Compatibilidad de grupo sanguíneo, compatibilidad del tejido y pruebas cruzadas linfocitarias.

2 Objetivos

Informar de los cuidados a llevar acabo por parte del personal Técnico Auxiliar de Enfermeria, durante la operación de transplante renal y durante el postopera-

torio. Poniendo especial atención en los días siguientes a la operación y sabiendo identificar las posibles complicaciones que pudieran surgir

3 Metodología

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

4 Resultados

Comenzaremos por la preparación del paciente en la unidad de trasplante. Se cursará la hoja de ingreso y se firmará por parte del paciente, el consentimiento informado.

El día del ingreso se realizará hemodiálisis, dejando al paciente medio kilo por encima de su peso seco, se le extraerá bioquímica, coagulación y hemograma. Se solicitarán pruebas cruzadas para posible transfusión, se tomarán constantes, electrocardiograma, RX de tórax, se pesará y se medirá. Se dejará al paciente como mínimo cuatro horas antes en ayunas, previo a la intervención, y se rasura la zona a operar, se administrará un enema de limpieza, se quitará el esmalte de uñas, si se presenta el caso, se retirarán posibles prótesis dentales, objetos metálicos… Se proporcionará enjuague bucal y se dará una ducha con jabón antiséptico. Se identificará al paciente mediante una pulsera en la muñeca, se recogerá el pelo en un gorro y se comenzará con el tratamiento inmunodepresor.

A los receptores se les aplicará anestesia general y el cirujano practicará una incisión abdominal inferior, se colocará el nuevo riñón, se conecta la vena y la arteria del nuevo riñón a sus correspondientes en la pelvis. La sangre comenzará a circular por el nuevo riñón y comenzará a fluir orina. A continuación se conectará a la vejiga el uréter. Los riñones propios se dejarán en el mismo lugar a no ser que se produzca alguna complicación. Se cierra la incisión.

El periodo postoperatorio es crítico, el paciente ha de ser estrechamente vigilado y permanecerá aislado de cinco a diez días por el alto riesgo a una infección, se

respetará la asepsia estrechamente. En días sucesivos se establecerá un plan de cuidados, vigilando estos puntos:
1. Correcta respiración.
2. Necesidad de alimentación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de higiene y aseo.
5. Necesidad de descanso y sueño.

Las complicaciones pueden surgir; conocerlas y obtener un tratamiento precoz conducirán a un óptimo resultado.

5 Discusión-Conclusión

La planificación de los cuidados del paciente hasta el alta tiene la finalidad de que éste se incorpore a su vida diaria en las mejores condiciones.

El periodo de recuperación es de unos seis meses, se realizarán revisiones médicas regulares. El personal de enfermería adiestrará al paciente para preparar su medicación puesto que algunos de estos medicamentos ha de tomarlos de por vida.

Se le facilitará un número de teléfono de la unidad de trasplantes para que pueda consultar cualquier duda. Se le explicarán los posibles síntomas de rechazo, la importancia de la dieta, de la ingesta hídrica y del bajo consumo de sal, así como aconsejarle a llevar una vida lo más sana posible, practicar algún tipo de deporte evitando el sedentarismo y no incurrir en el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

6 Bibliografía

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

Capítulo 593

PACIENTE INGRESADO EN PLANTA CON DEMENCIA SENIL

ANA MARIA GIL DELGADO

AURORA ORTEGA MIÑARRO

LUCIA GARCIA CABEZUELO

1 Introducción

El término demencia se refiere a un conjunto de síntomas que se caracterizan por un deterioro progresivo de las funciones cognitivas. Y senil hace referencia a la edad avanzada. Por ello, el término demencia senil se aplica a la demencia que se produce en las personas mayores. Sin embargo, su uso es más bien popular debido a que no existe el término médico

La demencia en las personas mayores se caracteriza por la pérdida progresiva e irreversible de la memoria, el pensamiento, el habla, el entendimiento que afectan a la capacidad de comunicarse y de realizar tareas cotidianas. Los cambios de personalidad y comportamientos también son habituales.

2 Objetivos

Entender al paciente para:
- Retrasar la progresión del deterioro cognitivo.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.

3 Metodología

Paciente de 75 años, con diagnóstico reciente desde hace 3 meses de demencia senil, en tratamiento con exelon parches de 9.5 mg, ingresada en planta por torpeza progresiva para la marcha, disfunción de esfínteres y desorientación de una semana de evolución. Esta ingresada en el servicio de neurocirugía para valoración del caso y tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES.
- Hipertensión arterial (HTA)
- Hipercolesterolemia

ANTECEDENTES FAMILIARES
- Dos hermanos con demencia tipo Alzheimer

EXPLORACIÓN FÍSICA
- Neurológica: PINR con MOE sin alteraciones. Facial centrado.
- Torpeza progresiva para la marcha.
- Disfunción de esfínteres.
- Desorientación temporoespacial y bradipsíquico.
- Resto de exploración por aparatos normal.

4 Resultados

- MEC de Lobo = 0 puntos,se corresponde con una demencia en estadio grave.
- Esacala de Lawton y Brody=0 punto
- Valoracion de Barthel=11 puntos

5 Discusión-Conclusión

Se quiere retrasar le más posible el deterioro cognitivo del paciente para que no sea inminente el ingreso en las instituciones para sus cuidados.

Además de que cuanto mejor sea la calidad de estos pacientes ,mejor será la vida del cuidador, que una figura tan importante.

El hecho de que las personas que padecen la demencia senil se enfrenten diariamente a la pérdida progresiva de la capacidad para llevar a cabo las actividades habituales de la vida cotidiana, tiene un efecto importante sobre la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. Si bien muchos pacientes con demencia

senil viven en geriátricos la mayoría son cuidados por sus familias en el seno de la comunidad. A medida que los pacientes se hacen menos independientes, recae una mayor responsabilidad sobre el cuidador, quien a su vez está expuesto a un alto riesgo de enfermedades físicas y psicológicas. Estos efectos adversos sobre los cuidadores pueden acelerar la internación de los pacientes en instituciones geriátricas.

A medida que los pacientes se hacen expuesto a un alto riesgo de enfermedades menos independientes, recae una mayor responsabilidad sobre el cuidador, quien a su vez está físicas y psicológicas. Estos efectos adversos sobre los cuidadores pueden acelerar la internación de los pacientes en instituciones geriátricas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 594

BARTHOLINITIS AGUDA CON INGRESO Y ROTURA DE ABCESO

FERMINA FERNANDEZ LUQUE

MARTA GONZALEZ RUBIO

1 Introducción

Se presenta el caso de una mujer de 29 años de edad que acude a urgencias con dolor y bulto en zona de genitales externos. Se diagnostica de Bartholinitis aguda derecha e ingresa en planta de ginecología para preoperatorio urgente con drenaje y marsupialización, pero de forma espontánea se produce la rotura del absceso y tras curas y estabilización, es dada de alta a las 48 horas.

2 Objetivos

Comprobar como la obstrucción de una vía puede producir la inflamación de una glándula (en este caso bartholina) que puede precisar una intervención quirúrgica o romperse por si misma pasado un tiempo. Pero en cualquier caso es necesario el estudio de microbiología y el cuidado de la herida, para una correcta recuperación.

3 Caso clínico

Mujer de 29 años de edad que acude a urgencias con dolor y bulto en zona de genitales externos. Se diagnostica de Bartholinitis aguda derecha e ingresa en planta de ginecología para preoperatorio urgente con drenaje y marsupialización.

Exploración ginecológica: en genitales externos tumoración dolorosa y fluctuante a nivel de labio mayor derecho de más de 5 cm

Estudios complementarios: se solicita preoperatorio urgente para drenaje y marsupialización.

Cultivo de material del absceso: Escherichia Coli.

4 Discusión-Conclusión

Bartolinitis: infección de la glándula de Bartholino, que provoca una obstrucción del conducto de la glándula, dando lugar a un absceso o acumulación de pus que resulta muy doloroso.

Marsupialización: drenaje de un quiste.

La obstrucción de una vía puede producir la inflamación de una glándula, que puede precisar una intervención quirúrgica o romperse por si misma pasado un tiempo. Pero en cualquier caso es necesario el estudio de microbiología y el cuidado de la herida, para una correcta recuperación.

5 Bibliografía

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

Capítulo 595

ULCERA POR PRESION

ANGELES MARIA MUÑIZ CORRALES

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones de la piel que afectan la dermis, epidermis y capas mas profundas, con perdida de sustancia, debido a una comprensión entre una protuberancia osea y una superficie dura. Aparece por una larga permanencia en cama. Favorecidas por el sudor, falta de movilidad, trastornos nerviosos por compresión , trastorno circulatorio que supone la presión continua, y otras causas.

2 Objetivos

- Identificar los signos y síntomas para prevenir las ulceras por presión.

- Cambios posturales y recomendaciones generales para el paciente y familiares. Enseñarles las técnicas y cuidados que deben emplear.

3 Metodología

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

4 Resultados

Evitar los estados de las ulceras que son las siguientes:

- Estadio de préulcera: Enrojecimiento de la piel.

- Estado 1: Epidermis y dermis lesionadas. La piel presenta zonas de enrojecimiento que no desaparecen al retirar la presión.

- Estado 2: La epidermis y dermis están destruidas afectándose la hipodérmis, aparecen ampollas y vesículas.

- Estado 3: La ulcera es más profunda afecta al tejido celular subcutánea, la ulcera esta bien definida generalmente con exudados. Cuando se elimina la capa negruzca adherida, puede ser susceptible a infección.

- Estado 4: La lesión penetra en músculo, hueso. La ulcera es necrótica con abundante exudado. Puede haber infecciones graves como osteomielitis y artritis séptica, pudiendo desencadenar sepsis generalizada y muerte del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Recomendaciones generales para la educación del paciente y familiares:

- Enseñarles las tecnicas y cuidados que deben de emplear con el paciente.

- Informarles.

- Higiene y cuidado de la piel.

- Mantener una dieta adecuada.

- Necesidad de hacer ejercicio físico.

- Movilización del paciente, si es necesario.

- Posiciones adecuadas de sedestación y encamado.

- Mantenimiento de la salud mental.

- Prevenir factores de riesgo y evitar hábitos tóxicos.

- Cuidados específicos de la herida o úlcera.

6 Bibliografía

- Libro de resúmenes del simposio satélite. Sofos 1998.

- Guía de cuidados enfermeros.UPP insalud 1996.

- Javier Soldevilla Agreda. GUÍA PRÁCTICA EN LA ATENCIÓN DE LAS ULCERAS DE PIEL. GARSI S.A 1994.

Capítulo 596

EL TCAE EN EL MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO DEL ANCIANO.

MARÍA PAULA GIORDANO DI FILIPPO

VANESA GARCÍA VALERO

ANA MEDIO PÉREZ

CRISTINA MARÍA LUIS RODRÍGUEZ

ROSA ANA BARTON DEL BARRIO

1 Introducción

En los ancianos, los cambios fisiológicos que sufren asociados a su edad dificultan los movimientos peristálticos que facilitan la defecación, su tránsito intestinal se vuelve más lento, los mecanismos de detección en el recto de presencia de heces y a su vez el reflejo de la defecación puede limitarse.

Según la OMS, 2012, el problema del estreñimiento consiste en la dificultad para eliminar los residuos intestinales de manera regular, considerando regular de dos a tres deposiciones diarias.

Las características generales que podemos observar en la población española que padece estreñimiento crónico serían:
- Se presenta en el doble de ocasiones en ancianos con más de 65 años y en el triple de ocasiones en ancianos mayores de 75 años.

- Ingieren con mayor frecuencia medicamentos para la hipertensión arterial, tratar trastornos de ansiedad, de depresión e insomnio.
- La primera comida del día suele ser pobre, insuficiente.
- Toma menos de un litro de agua diariamente.

Pierde el reflejo defecatorio debido a que no atiende a los primeros impulsos y deseos de defecar. Se deben valorar los antecedentes en cuanto al uso de medicamentos y el estado cognitivo del paciente. En el caso de los pacientes con movilidad reducida, conviene realizar ejercicios de rotación de la parte inferior del tronco.

La prevalencia del estreñimiento en los ancianos institucionalizados se acerca al 80 % lo que hace difícil el manejo de la situación y una gran parte de ellos sufrirán de incontinencia fecal. Gran parte de ellos tienen problemas de movilidad y esto conlleva que para ir al baño precisen de ayuda que en muchas ocasiones llega tarde, se necesita tiempo para su movilización y una vez en el baño ocurre que las ganas de defecar hayan desaparecido, que la defecación sea incompleta o que haya sufrido un escape de heces.

2 Objetivos

Fomentar el consumo de agua y una alimentación rica en fibra que ayudaria considerablemente a la mejora del problema. Una ingesta inferior de agua derivaria en un transito lento y una baja producción de deposiciones. Igualmente la fibra influiria positivamente en el tiempo de transito del intestino y al peso de la defecación.

3 Metodología

Se han consultado las siguientes bases de datos y buscadores: Medline, Scielo, PubMed, Google Académico y Dialnet Índice Médico Español.

Los descriptores utilizados han sido: estreñimiento en el anciano, causas de estreñimiento en el anciano, características del estreñimiento en el anciano, prevención del estreñimiento en el anciano, tipos de estreñimiento en el anciano, tratamiento y manejo del estreñimiento en el anciano.

Como criterios de inclusión, se han utilizado: textos con información adecuada al tema referido y libros científicos exceptuando toda documentación a la que

no se tuviera acceso al texto completo o la información en la que su contenido resultase obsoleto.

4 Resultados

Un buen manejo del estreñimiento es fundamental para que este problema afecte lo menos posible al anciano, debiendo centrarse cuando se trata de un estreñimiento crónico en adquirir un hábito intestinal regular utilizando pequeñas dosis de laxantes.

Este es el tratamiento que más se utiliza en los centros hospitalarios y es bien tolerado por el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados que obtenemos después de revisar diferentes estudios relacionados con el tema, son que el estreñimiento, es uno de los problemas que más sufren los ancianos y puede desencadenar en complicaciones y problemas físicos, por lo que es fundamental su prevención educando y enseñando al anciano la importancia de la hidratación y de un cambio en los hábitos alimenticios aumentando el consumo de fibra y a su vez mantener tanto un patrón horario, como postural y fomentar la práctica de ejercicio físico.

6 Bibliografía

- Bixquert M, Fillat O, López C, Sastre A, Serrano P (2002). Factores demográficos y dietéticos en el paciente con estreñimiento crónico.
- Bixquert, M. y Sastre, A. (2000). El tratamiento del estreñimiento crónico en las personas de edad avanzada.
- Estreñimiento crónico: un antiguo problema de salud que precisa de nuevas soluciones.
- Verdejo, C., Bixquert, M., López J. A., Mascaró, J., Rey, E., Vigara, M. (2014) Guía de buena práctica clínica en geriatría. Estreñimiento en el anciano. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

Capítulo 597

VIOLENCIA DE LOS USUARIOS HACIA EL PERSONAL SANITARIO.

ANA BELEN TRELLES RODRIGUEZ

ANDREA GARCÍA TORRE

JUANA MARÍA VILLAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los profesionales de la salud se ven sometidos en sucesivas ocasiones a un gran nivel de estrés y un riesgo alto de violencia en el trabajo. Eso afecta directamente al absentismo, bajas por enfermedad y repercute en la calidad asistencial.

2 Objetivos

- Establecer una posible medida para aminorar las agresiones.
- Conocer los tipos de agresiones hacia el personal sanitario.

3 Metodología

Investigación bibliográfica de diferentes artículos publicados en bases de datos como Sciielo, y Pubmed, que tratan sobre las agresiones a personal sanitario. De los resultados obtenidos se seleccionaron 7 artículos de diverso abordaje metodológico, que cumplían los criterios de inclusión: formato a texto completo, acceso libre y publicado en los últimos 10 años. Los criterios para excluir el resto de publicaciones fueron la duplicidad de información y el año de publicación.

4 Resultados

En España existen protocolos de prevención, registro y observación de las agresiones. La predecesor en urgencias y psiquiatría, y la mayoría de las veces hacia mujeres. La agresiones físicas se asocian a TCAE (Técnicos auxiliares de enfermería) o celadores, las agresiones verbales a facultativos y administrativos. Para prevenirlo seria conveniente aumentar la presencia y actuación del personal de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Para aminorar en gran medida las agresiones a personal sanitario es esencial la presencia continua de personal de seguridad en los hospitales, principalmente en la zona de urgencias, puesto que es donde mayor número de agresiones ocurren.

6 Bibliografía

- Mayorca Yancán Iván Arturo, Lucena García Silvia, Cortés Martínez María Elena, Lucerna Méndez María Ángeles. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas?. Med. segur. trab. [Internet]. 2013 Jun [citado 2020 Ene 26] ; 59(231): 235-258. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000200005&lng=es.
http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200005.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 598

CAMBIOS POSTURALES: BÁSICOS Y FUNDAMENTALES

ROBERTO PASTOR GONZÁLEZ

CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ

CATALINA ALVAREZ SANCHEZ

1 Introducción

Los cambios posturales son el mejor mecanismo para eliminar la presió, consiste en la movilización del paciente para evitar puntos fijos de presión. Se deben realizar cada 2 o 3 horas en el paciente encamado. Existen varias opciones, se alternará decúbito dorsal, lateral derecho o izquierdo y ventral (si es posible). Es importante respetar las posturas anatómicas. Se animará en lo posible al paciente para que colabore en dichos cambios, fomentando así el autocuidado del mismo.

2 Objetivos

Onjetivo principal:
- Proporcionar los conocimientos necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión.

Objetivo secundario:
- Aprender a ayudar al paciente a mantener una postura adecuada para favorecer su bienestar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para movilizar al usuario, debemos saber cuál es su estado para determinar si puede o no colaborar en la realización del cambio postural.
Para prevenir las complicaciones derivadas de la inmovilización los cambios deben realizarse cada 2-4 horas (en las personas que puedan estar sentados se hará cada hora), siguiendo las siguientes rotaciones:

Posición 1: Decúbito supino.
Se trata de la colocación del paciente boca arriba.
Para ello, situaremos un cojín debajo de la cabeza. Se recomienda poner otro cojín delgado debajo de las rodillas. Para que los pies no queden muy extendidos, se puede poner otro cojín al final de los mismos.

Posición 2: Fowler.
La cabecera de la cama debe estar a una posición con un ángulo de entre 45°- 60° de manera que la persona quede medio sentada. Debajo de las piernas podemos colocar una almohada para que las rodillas hagan un poco de flexión.

Posición 3: Decúbito lateral.
Situar a la persona de costado (izquierdo o derecho e ir alternando). Colocar una almohada debajo de la cabeza y otra detrás de la espalda para que el cuerpo quede apoyado y con una leve inclinación.
Podemos situar un cojín entre las piernas para evitar rozamiento y flexionar levemente la pierna superior.
Debemos colocar los pies en un ángulo recto para impedir la flexión plantar.

Prestar atención especial en la realización de las maniobras si el paciente es portador de sueros, sondas o algún otro dispositivo, dejándolos correctamente colocados una vez acomodado el paciente.

La realización frecuente de movilizaciones produce en el paciente efectos muy positivos en los ámbitos anatómico, fisiológico y psicológico. Entre estos efectos, podemos destacar los siguientes:

- Mejora la condición muscular del paciente, con lo cual se produce una mejor conservación de la masa muscular y se previenen atrofias, se lentifican los procesos de desmineralización ósea y se favorece la función cardiovascular y respiratoria.
- Evita que el organismo mantenga durante un espacio prolongado de tiempo malas posturas corporales que podrían dar lugar a deformidades y a presiones sobre ciertas prominencias óseas ocasionando la aparición de úlceras por presión.
- Favorece la independencia del paciente al mejorar la movilidad del paciente; esto le permitirá llevar a cabo por sí mismo actividades de la vida diaria como asearse, ir al baño, vestirse, etc
- El momento de realizar la movilización se aprovechará también para llevar a cabo otras actividades como realizar masajes, valorar el estado o integridad de la piel, revisar las zonas de presión, etc.
- Todas deben realizarse siempre de forma suave y rítmica, intentando que el paciente colabore.



5 Discusión-Conclusión

Es básico en el cuidado del paciente, tanto en el ambiente hospitalario como en el ambiente cotidiano, realizar correctamente estos cambios posturales, ya que si no

se conoce la forma correcta de realizarlos, esto dará lugar a otras complicaciones (upp, heridas por fricción) que luego serán mucho más difíciles de resolver para los profesionales, así como más dolorosas y perjudiciales para el paciente.

6 Bibliografía

- http://www.portalgeriatrico.net/notas_varios.htm
- http://ortopediainse.blogspot.com/2015/07/para-que-sirven-los-cambios-posturales.html
- https://es.validasinbarreras.com/blog/post/protocolo-de-cambios-posturales-y-movilizaciones-para-ancianos/

Capítulo 599

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PROGRAMADO POR COXARTROSIS DERECHA

FERMINA FERNANDEZ LUQUE

MARTA GONZALEZ RUBIO

1 Introducción

Mujer de 60 años que acude a su médico de cabecera por limitación dolorosa en la movilidad, es derivada al servicio de traumatología donde se diagnostica de coxartrosis derecha y cuyo tratamiento es quirúrgico, por lo que ingresa en la planta de traumatología para intervención y tratamientos adecuados hasta su total recuperación.

2 Objetivos

Mostrar como el correcto tratamiento quirúrgico en un diagnóstico de coxartrosis derecha, unidos a la adecuada actuación tanto del paciente como del resto de profesionales implicados, se resuelve sin complicaciones y de forma total.

3 Caso clínico

Mujer de 60 años que tras acudir a su médico de cabecera por dolor incapacitante para la movilidad y ser derivada al servicio de traumatología, tras placa de rx de

cadera y pelvis, es diagnosticada de coxartrosis derecha, por lo que ingresa para ser intervenida. Se le realiza el implante de prótesis y en el postoperatorio va progresando con: curas, movilidad, tratamiento farmacológico, rehabilitación… hasta el alta y su completa recuperación.

4 Discusión-Conclusión

La coxartrosis es una enfermedad degenerativa de las articulaciones de la cadera con pérdida de cartílago articular, formación de osteofitos y la deformación que produce dolor y pérdida de la movilidad. El tratamiento es la implantación de una prótesis a través de cirugía llamada artroplastia.

La recuperación total es posible si el paciente y los profesionales que lo traten a partir de ese momento, siguen las indicaciones protocolares del hospital tanto en la movilización, como en las curas, la evolución, rehabilitación…

5 Bibliografía

- http://doctorlopezcapape.com/cirugia-ortopedica/artrosis-de-cadera-coxartrosis
- Fisioterapia-online.com/articulos/artrosis-de-cadera-o-coxartrosis
- https://www.cun.es/diccionario-medico
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions
- http://traumaortopedics.com/paginas/cadera/rehab.html

Capítulo 600

SOBRE PACIENTES ONCOLOGICOS, METASTASIS Y ACTUACION DEL TCAE EN LOS DIVERSOS PROCEDIMIENTOS

NIEVES ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ

DOLORES MEGIDO BOZA

VIOLETA REY FERNANDEZ

NOELIA SANTIAGO BERDASCO

EVA BLANCO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El cáncer es el resultado de una transformación de las células normales de nuestro cuerpo en células tumorales. Aún llegando a ser tumores con malignidad, existen varios tipos. En muchos casos ciertos tumores son susceptibles a métodos que consiguen realmente eliminarlos consiguiendo así la cura definitiva. En otros casos, bien en el propio instante de encontrar la neoplasia o posteriormente en el tiempo aparecen las metástasis. Estas, son una disipación del tumor original a otras partes del cuerpo a través del sistema sanguíneo o linfático.

2 Objetivos

- Técnicas y tratamientos para intentar controlar la enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Partiendo de la base de que la mejor opción con intención curativa es la resección quirúrgica de cualquier metástasis, desafortunadamente son un porcentaje muy pequeño las personas que se benefician de dicho tratamiento.

En estos casos existen otras diferentes alternativas:
-Diferentes tipos de quimioterapia (inyectadas en vena o ingeridas por boca)
-Ablación
-Radioterapia
-Terapias dirigidas
-Quimioembolizacion o TACE: técnica que consiste en administrar localmente a través de un procedimiento llamado embolización la quimioterapia a la vez que se necrosa el tejido adyacente a la tumoración eliminando el riego sanguíneo que lo alimenta. Es en esta técnica donde mas actuación tiene el TCAE dado que precisa de un ingreso el día anterior y por tanto tendrá un trato directo de atención al paciente.
-Quimiosaturacion:Técnica pionera no instaurada en todos los hospitales. Existe un nuevo método que aisla temporalmente el hígado de la circulación sanguínea del cuerpo para poder administrar dosis elevadamente concentradas de un medicamento quimioterápico por vía arterial para saturar la totalidad del órgano. Este fármaco asi aplicado atacará no solo a los tumores visibles si no también a los microtumores aun no detectables.
Si después de todo lo expuesto no se fuera capaz de frenar o reducir las metástasis, aún quedan alternativas que pueden ser:

-A través de paneles genéticos y en función a como sea la inestabilidad de los microsatélites funcionan tipos de inmunoterapia de manera altamente eficaz.
-En otros casos mas complicados se pueden probar ensayos clínicos

5 Discusión-Conclusión

El hecho de tener o no metástasis tiene una importancia vital sobre todo al pronóstico de cualquier tumor, pero el que existan, bien desde el momento inicial o después de haber permanecido de manera latente y hacerse notar al paso del tiempo, no significa la inexistencia de un posible tratamiento de las mismas intentando que la esperanza y calidad de vida sea cada vez mayor.

6 Bibliografía

-Greco FA , Spigel DR, Yardley DA, Erlander MG MA XJ, Hainsworth JD Oncologist 2010; 15 (5)500-6
-División de Oncología, Laboratorio de Adhesión y Metástasis, Centro de Investigacion Medica Aplicada (CIMA) , Universidad de Navarra y Pamplona.
-SEOM (Sociedad Española de Oncología Medica)
-Fundación Científica AECC (Asociación Española contra el cáncer)

Capítulo 601

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

MARTA APARICIO ROLDÁN

1 Introducción

Es una enfermedad degenerativa de tipo neuromuscular. Se origina cuando las células del sistema nervioso disminuyen gradualmente su funcionamiento y mueren, con lo que se provoca una paralisis muscular progresiva de pronóstico mortal: en sus etapas avanzadas, los pacientes sufren una parálisis total que se acompaña de una exaltación de los reflejos tendinosos.

Lo peor de la enfermedad es que las funciones cerebrales no relacionadas con la actividad motora, como son la sensibilidad y lainteligencia no se ven alteradas. Lo que con lleva a que el paciente es consciente en todo momento de la situacion en la que esta.

Por otro lado, apenas resultan afectadas las motoneuronas que controlan los músculos extrínsecos del ojo por lo que los enfermos conservan los movimientos oculares hasta el final.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer que la enfermedad ELA afecta principalmente a adultos entre 40 y 70 años, aunque hay muchos casos descritos en pacientes más jóvenes. La proporción entre hombres y mujeres es aproximadamente 1/3 a favor de los varones. En España, se estima que cada año se diagnostican casi unos

900 casos nuevos de ELA (2 a 3 nuevos casos por día) y que el número total de personas que viven con ELA ronda las 4000.

3 Caso clínico

Varón de 50 años con antecedentes de hipotensión arterial consulta por debilidad de la mano izquierda y adelgazamiento progresivo de dos meses de evolución, no refirió otra sintomatología ni antecedente.

Su examen físico demostró que tenia debilidad muscular de ambas manos con hipotrofia de los músculos interóseos y los lumbricales de ambas manos, con predominio izquierdo; hiperreflexia tendinosa generalizada y fasciculaciones en brazo y antebrazo izquierdo, con signos Hoffmann y de Babinski bilaterales.

4 Discusión-Conclusión

Por ahora no existe ningún tratamiento probado contra la ELA. Sin embargo, el reciente descubrimiento de determinados factores de crecimiento neuronal y de agentes bloqueantes del glutamato parece prometedor en la interrupción del avance de la enfermedad, aunque no existe aún ningún fármaco que la cure.

Sí existen fármacos para combatir el conjunto de síntomas que acompañan a la enfermedad, como son los calambres, las alteraciones del sueño o los problemas de salivacion. Existen numerosas estrategias muy eficaces para cuando aparecen las alteraciones respiratorias o cuando surgen problemas relacionados con las secreciones .

Esto me lleva a la conclusión de que es de gran importancia la investigación, para poder encontrar curas para este tipo de enfermedades.

5 Bibliografía

- www.cuidateplus.com
www.medlineplus.go
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 602

PACIENTE PEDIÁTRICO REMITIDO POR A ATENCIÓN PRIMARIA PARA VALORACIÓN DE LA ESTÁTICA VERTEBRAL.

NOELIA SUÁREZ ÁLVAREZ

AINHOA MARIA PEREZ OVIN

1 Objetivos

Exponer cómo realizar una valoración temprana por posible desviación vertebral.

2 Metodología

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

3 Resultados

En revisión del calendario infantil se objetiva desequilibrio vertebral y remiten valoración

- Tratamientos previos:No
- Dolor vertebral: No
- Actividad deportiva : Balonmano
- Exploración Fisica:
- Talla:174,5 cm. Peso:61.3Kg
- Inspección de la piel: Normal
- Examen de tórax:
- Asimetrías: no
- Altura: hombros y escápulas simétricas
- Diferencias de talle(angulo iliocostal)no
- Anomalías asociadas: no
- Equilibrio transversal:
- Plomada: equilibrada
- Flechas laterales: dorsal izda 5mm
- Gibas dudosa dorsal izda 9mm
- Escoliometro 5º
- Equilibrio AP: Flechas sagitales: Cervical 50mm/dorsal 0mm/lumbar45mm
- Distancia del-suelo:0 cm
- Equilibrio de la pelvis: si
- Dismetría MMII: no
- Podoscopio: arco normal
- Examen neurológico: normal

Tras haber realizado revisiones durante un año en nuestro servicio, asintomático, sin progresión leve del desequilibrio de la estática.
- Talla: 182 cm Peso 70Kg
- Altura: hombros y escápulas simétricas.
- Diferencias de talle(ángulo iliocostal) leve
- Anomalías asociadas: no
- Plomada : equilibrada
- Flechas laterales: dorsal izda5mm
- Gibas dorso lumbar izda 5mm
- Escoliometro 5º
- Equilibrio AP: Flechas sagitales: cervical 50mm/ dorsal 0mm/ lumbar 45mm

4 Discusión-Conclusión

Recomendaciones:

- Actividad física habitual. Deportes recomendados :natación(preferiblemente estilo espalda) Baloncesto, Voleibol.
- Mantener adecuado peso corporal.
- Correcta colocación de la mochila.
- Dado que el paciente no ha presentado ningún cambio significativo en este periodo de tiempo, se le da de ALTA en el servicio de - Rehabilitación.

5 Bibliografía

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

Capítulo 603

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

MARÍA JOSÉ DÍAZ COUSO

JONATHAN ELENA VARELA

MARÍA ARANZAZU SECADES GARCÍA

1 Introducción

Las funciones del antiguo auxiliar de clínica están recogidas en una orden ministerial (OM) de 1973. Tienen competencia para prestar "servicios complementarios de la asistencia sanitaria" (aunque no define éstos) "… que no sean de la competencia del personal sanitario titulado" y "que no se opongan a lo establecido en el artículo 85 de dicha OM".

En 1.995 surge el ciclo formativo para la obtención del título en TCAE, en un intento de adaptar la profesión, en su texto recoge, a "nuevas situaciones laborales generadas como consecuencia de las innovaciones tecnológicas y organizativas introducidas en su área laboral ". Aumenta su formación y competencias, pero nuevamente, prolongando la ambigüedad de épocas anteriores, enumera entre sus capacidades la de "aplicar cuidados auxiliares de enfermería".

El Estatuto Marco, como no podía ser menos, dice que pueden desempeñar "todas aquellas actividades que vienen a facilitar las funciones del médico o la enfermera".

Tras años de desarrollo profesional y presencia en todos los niveles del sistema sanitario, sus funciones, que no su competencia, siguen siendo poco claras.

Este trabajo pretende enumerar las tareas que desempeñan en el ámbito quirúrgico, un entorno altamente complejo y especializado, y en el que manejan materiales e instrumental sumamente costoso. Sin duda, responsabilidad que descansa sobre sus espaldas está desproporcionada con respecto a la formación curricular en dicho campo.

2 Objetivos

Describir las tareas realizadas por los TCAE en el entorno quirúrgico

3 Metodología

Estudio observacional completado con revisión bibliográfica y encuestas semiestructuradas a los profesionales implicados en tres hospitales de la red pública y un hospital de iniciativa privada.

4 Resultados

La breve descripción que el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, hace de su perfil profesional incluye:

- Prepara los materiales.

- Aplicar cuidados de enfermería al paciente/cliente.

- Cuidar las condiciones sanitarias del entorno del paciente y del material/instrumental sanitario utilizado en este servicio.

- Colaborar en la prestación de cuidados psíquicos al paciente/cliente, realizando, a su nivel, la aplicación de técnicas de apoyo psicológico y de educación sanitaria.

Las tareas de instrumentación les están permitidas dentro de los equipos de salud bucodental, pero expresamente prohibidas “en la ejecución de intervenciones quirúrgicas” según el art 85.5. del Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliares de clínica de la Seguridad Social.

Durante nuestro estudio hemos podido comprobar que:

1. Preparan los materiales:

- Gestionan el material : realizan pedidos, los recepcionan, distribuyen, y colocan, controlando sus caducidades y el stock mínimo para evitar rupturas del mismo.

- Comprueban la esterilidad del material en cada manipulación (viraje de controles, integridad del empaquetado, caducidad de la esterilidad….).

- Reponen el material que se va a utilizar en el quirófano.

- Reponer los contenedores (material punzante, contenedores de restos biológicos, papeleras….) e. Reponen las salas, zona de lavado, zona intermedia, vestuarios.

2. Colaboran en la preparación de las salas:

- Limpieza y recogida del quirófano.

- Colocan los muebles y el aparataje comprobando o colaborando en la comprobación previa de su funcionamiento: aspiración, bisturí eléctrico, aparato de isquemia, lámparas, manta térmica…

3. Preparan al paciente:

- Recepción, identificación, traslado, vestido/desvestido, colocación, acompañamiento.

- Retirar pertenencias: prótesis y ortesis (gafas/lentillas, dentadura postiza, audífonos….), joyas, etc.

- Asistir necesidades básicas (diuresis, aseo, rasurado).

- Proteger prominencias óseas.

- Protegen los derechos e intimidad del paciente.

4. En el periodo intraoperatorio:

- Colaboración en técnicas: sondaje, colocación de placa de bisturí, pintar campo.

- Ayudan en el vestido del equipo quirúrgico.

- Colaboran en el montaje de mesas y campo manteniendo la esterilidad.

- Una vez montado el campo acercan el instrumental requerido en cada caso y facilitan la conexión y arranque del mismo.

- Facilitan material durante la intervención quirúrgica manteniendo la esterilidad del mismo y adelantándose a las necesidades para evitar dilaciones.

- Mantienen temperatura y esterilidad, evitando corrientes.

- Identifican y gestionan muestras, registrándolas y enviándolas para su análisis.

- Recogida de desechos y cambio de papeleras si se precisa.

5. Limpieza y recogida del quirófano:

- Apagar y recoger aparataje.

- Recoger instrumental ordenando y contando el material de los contenedores.

- Limpieza del instrumental y aparataje: comprobar filos y puntas, desmontar piezas, lubricar ; Desinfectar o esterilizar si se precisa. En hospitales grandes los dos servicios son independientes, pero en centros pequeños o cuando las necesidades del servicio lo requieren, realizan dichas funciones; Conoce los productos de limpieza y los materiales y maneja con cuidado los equipos para alargar su vida útil; Y sirven de enlace con el servicio de esterilización, laboratorios…

- Deben conocer y respetar los protocolos específicos (pacientes infecciosos, alérgicos…).

- Además, tienen la responsabilidad de notificar cualquier incidencia al equipo quirúrgico y colaboran y participan en la docencia.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE desempeña un papel importante en el equipo quirúrgico pero su programa formativo apenas incluye preparación en este campo. Teniendo en cuenta el elevado coste del material que manipula y las posibles repercusiones sobre el paciente, sólo podemos afirmar que es necesario el desarrollo curricular en áreas de servicios especiales.

6 Bibliografía

- En España, la Orden Ministerial de 26 de abril de 1.973 por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social.

- En España, Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas.

- En España, Estatuto Marco (ley 55/203 de 16 de diciembre)

- Calvo Villa, G. Técnicas del TCAE en el quirófano. En: Quirófano para TCAE. Cap.11; p 285-314

- Fuentes Pérez, M. Manual de acogida del TCAE en el quirófano de urgencias. Alicante; 2019. [actualizado 28 jun 2019; consultado 7 dic 2019]. Disponible en: http://donacion.organos.ua.es/unidad/manuales/Manual_acogida_TCAE_quirofano_urgencias.pdf

Capítulo 604

TRABAJO EN EQUIPO EN SANIDAD.

MONICA SUAREZ ALVAREZ

ALMA LLENIN MARTINEZ

MARÍA EUGENIA GARCÍA ALONSO

MARIA DEL PILAR ANTÓN BRAVO

HONORINA BERDAYES CANAL

1 Introducción

Equipo de trabajo es el conjunto de personas que se organizan de una forma determinada para lograr un objetivo común.

Grupo: los miembros trabajan de forma independiente
Equipo: miembros de trabajo interdependiente

A. Técnicas de trabajo en equipo:
-Grupo de discusión
-Método del caso
-Tormenta de ideas
-Técnica interrogativa o de preguntas

B. Roles en el equipo:
- Moderador
- Colaborador
- Creativo

- Relacionista
- Evaluador

C.Manejo del conflicto:
-Conflicto latente: oculto, escondido
-Conflicto: manifiesto, al descubierto, patente claro.

D. Clases de conflicto por las personas involucradas:
-Intrapersonales: del interior de la persona.
-Interpersonales: el mas comun, 2 personas enfrentadas entre si
-Intragrupales: el enfrentamiento es entre subgrupos
-Intergrupales: entre distintos grupos

D. Enfoques para el manejo del conflicto:
- Evitarlo o retirarse
- Competir u obligar
- Adaptación y conciliación
- Concesión
- Colaboración, confrontación o solución de problemas

La comunicación, es la base de todas las relaciones sociales. Según la R.A. es la manifestación de ideas, sentimientos y conocimientos que se lleva a cabo mediante un proceso de transmisión de información.
- Habilidades sociales
- Responder positivamente a la crítica hostil.
- Redefinición del trabajo.
- Capacitación en gestión del estrés.
- Ergonomía y diseño ambiental
- Perfeccionamiento de la gestión
- Detección precoz y prevención de problemas asociados al estrés laboral.

Elementos de comunicación humana:
-Emisor
-Receptor
-Mensaje: código, contenido y canal
-Retroalimentación

Fases del proceso comunicativo:
- Codificación
- Emisión

- Transmisión
- Recepción
- Decodificación

Comunicación no verbal:
-Cinexia: movimientos corporales
-Proxémica: distancia
-Paralingüística

Rumores, son creencias no verificadas que circulan en forma generalizada dentro de la organización o en el entorno. El 75% de la comunicación es del tipo no lingüística, es decir, comunicación no verbal.

2 Objetivos

- Enumerar habilidades sociales para saber sobrellevar un déficit de trabajo en equipo.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 605

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN SANIDAD

ALMA LLENIN MARTINEZ

MONICA SUAREZ ALVAREZ

MARÍA EUGENIA GARCÍA ALONSO

MARIA DEL PILAR ANTÓN BRAVO

HONORINA BERDAYES CANAL

1 Introducción

Es necesario establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola contra los riesgos derivados de la organización del trabajo que puedan afectar a la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo, tales como los físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales, de saneamiento y seguridad.

Definiciones

Condiciones de trabajo; cualquier característica de trabajo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad de salud de los trabajadores

Riesgo laboral; posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo.

Salud; Según la OMS es el estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no solo ausencia de enfermedad.

Enfermedad profesional; la contraída a consecuencia del trabajo.

Prevención; conjunto de medidas adoptadas de la empresa con el fin de evitar o al menos reducir los riesgos derivados del trabajo.

Condiciones ambientales:

- Temperatura; entre 17 y 27ºC trabajos sentados entre 14 y 25ºC trabajos ligeros.
- Humedad; entre 30 y 70% excepto en locales con riesgo de electricidad estática que es del 50%.

-Ruido; los niveles de ruido compatibles con la salud 85 dB. Un nivel de 90 dB o niveles de pico superior a 140 es considerado peligroso. En los hospitales son 25 dB recomendados por la OMS.

Elementos de protección de barrera:

- Guantes.
- Mascarilla.
- Proteccion ocular.
- Batas.

Carga mental; es el grado de procesamiento de información que realiza una persona para desarrollar su tarea, el grado de movilización mental de la persona para el desempeño de su trabajo. Fatiga es la disminución de la capacidad física y mental después de desarrollar un trabajo.

Estrés laboral; es el patrón de acciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamientos a ciertos aspectos.

Síndrome de Burnout o síndrome del quemado; es un síndrome de agotamiento emocional.

Acoso psicológico laboral (mobbing), atacar con violencia.

2 Objetivos

Fijar las prestaciones de atención de la salud de los trabajadores y las prestaciones económicas por incapacidad temporal a que haya lugar frente a las contingencias

de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.colmenaseguros.com
- https://www.prevencionparasanidad
- https://masteres.ugr.es
- https://conultorsalud.com

Capítulo 606

PACIENTES CON ASMA

NURIA ALVAREZ ALVAREZ

ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA

ELVIRA SEÑORANS DIZ

MARIA DEL ROSARIO PONTÓN

NURIA SOLIS DEVESA

1 Introducción

El asma es una enfermedad crónica de las vías respiratorias de los pulmones, que provoca la inflamación e hinchazón de las vías respiratorias. La gravedad de los síntomas, cambia de leves a graves de una persona a otra, y aunque no existe una cura, hay una serie de tratamientos que pueden tratar con éxito la enfermedad.

Las personas asmáticas tienen los bronquios más sensibles de lo normal y determinados desencadenantes pueden irritarlos, y causar sibilancia, tos, compresión pectoral o dificultad respiratoria.Los desencadenantes comunes del asma son: ácaros del polvo casero, pelo de animal, polen, humo del tabaco, aire frío e infecciones pulmonares. Una aparición grave de los síntomas se denomina ataque de asma y pueden ser mortales y requerir tratamiento hospitalario.

Hay más de cinco millones de asmáticos, incluyendo un millón de niños, en aproximadamente dos tercios de los niños el asma desaparece al crecer, pero la enfermedad puede volver en la edad adulta.

El tratamiento del asma tiene dos objetivos: el tratamiento de mantenimiento y el tratamiento de las crisis.

El primer objetivo del tratamiento del asma, es evitar la aparición de síntomas y mantener la función pulmonar lo más normal posible y para conseguirlo hay que evitar la inflamación de los bronquios de una forma continuada. Los medicamentos que se pueden utilizar son los glucocorticoides inhalados , los broncodilatadores de acción larga,los antagonistas de los receptores de los leucotrienos, o antileucotrienos.

A los medicamentos tomados con este objetivo también se les denomina medicamentos de control o mantenimiento porque actúan a largo plazo disminuyendo la inflamación de los tejidos que forman las vías respiratorias, previenen los síntomas y controlan la enfermedad. Se deben tomar a diario durante un tiempo prolongado.

El segundo objetivo del tratamiento del asma, es controlar rápidamente los síntomas producidos por la obstrucción de los bronquios, en especial al inicio de las crisis. En estos casos el medicamento debe actuar de forma inmediata para permitir que el aire pase por las vías respiratorias, evitando la obstrucción al flujo del aire, por lo que la vía inhalatoria es la más aconsejable. Se deben tomar en cuanto la persona empiece a notar los síntomas y siempre que lo necesite, se llaman medicamentos de alivio o de rescate.

2 Objetivos

Educar a la población asmática acerca de su patología.

3 Metodología

La educación en asma se puede realizar a través de diferentes métodos; los programas educativos basados exclusivamente en la información consiguen aumentar los conocimientos pero no mejoran los resultados en términos de salud, los que son verdaderamente eficaces son los que incorporan información, auto-control , revisiones periódicas y un plan de acción escrito con el fin de que el paciente sea capaz de manejar su asma.

La educación debe ser progresiva, secuencial, organizada y estructurada, con posibilidad de refuerzos periódicos, bien en la consulta programada o en otros

momentos porque cualquier ocasión puede ser aprovechada. Aunque no se ha demostrado cuál es más efectivo, se considera que lo más apropiado es que sea individual, personalizada, centrada en el paciente pero complementada con intervenciones grupales.

Ha de iniciarse en el momento del diagnóstico (1ª consulta), en la que se enseñarán los conocimientos básicos y se continuará en las sucesivas visitas completando progresivamente, la información, enseñanza y aprendizaje hasta conseguir un mayor compromiso. A partir de cierta edad, y siempre en la adolescencia, hay que integrar al niño como persona independiente y autónoma en el proceso de acuerdos y toma de decisiones, fomentando y reforzando sus capacidades para que se sienta verdaderamente responsable de su cuidado.

4 Bibliografía

- https://www.nhs.uk/translationspanish/Documents/Asthma_in_adults_Spanish_FINAL.pdf.
- https://www.efdeportes.com/efd195/rehabilitar-pacientes-aquejados-de-asma-bronquial.htm.
- https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-03/asma-concepto-fisiopatologia-diagnostico-y-clasificacion/

Capítulo 607

LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ

VIOLETA VAZQUEZ GARCIA

ISABEL LOPEZ FUERTES

MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ

1 Introducción

La Asociación Médica Americana (AMA), define las urgencias como toda aquella condición que, requiera una atención sanitaria de inmediato, bajo criterio del paciente, familiar o quien quiera que asuma la responsabilidad del individuo. Ahora bien, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una urgencia se define como la aparición fortuita en una actividad o un lugar, de un problema de gravedad variable que genera una necesidad de atención médica hacia un individuo, bien sea solicitado por el mismo o por un familiar. La OMS también considera que una urgencia no es necesariamente mortal, ayuda a garantizar y prevenir futuras complicaciones en el estado de salud del individuo; a diferencia de las emergencias que están definidas como una situación de peligro que requiere de una atención sanitaria inmediata, ya que compromete la vida de un individuo (Núñez, s.f.; Sanidad Castilla-La Mancha, s.f.).

El servicio de urgencias es vital dentro de un centro hospitalario, ayuda a descongestionar el servicio de emergencias, canalizando las necesidades de cada paciente para un mejor funcionamiento y una mejor atención. Por ello es necesario contar con un personal capacitado que integre cada una de las áreas demandadas, lo que va a generar mayor calidad de atención sanitaria. El personal que labora en urgencias debe estar al tanto de reconocer cuando un paciente amerita de una atención más rápida, ayudando a prevenir el alto riesgo que genera una mala decisión en pocos minutos (Barroeta y Boada, 2011; Ministerio de Sanidad y Política Social, s.f.).

El personal de salud es fundamental que trabaje en equipo, esto ayudará a aumentar los niveles de eficiencia y seguridad de la atención al paciente en el servicio de urgencias, las enfermeras juegan un papel importante y destacado. Se evidencia de forma satisfactoria cuando el personal trabaja en equipo y en armonía, se acortan los tiempos de actuación y la efectividad de la atención es completamente positiva, en comparación a cuando se trabaja individualista (Grover, Porter, y Morphet, 2017; Mollaoğlu y Çelik, 2016).

El trabajo en equipo dentro del personal de enfermería es imprescindible para el buen funcionamiento de un servicio, por ello se deben categorizar los roles por jerarquía, esto lo van a determinar varios factores que implican fundamentalmente el grado de estudios, la experiencia y la antigüedad de la enfermera; siempre que se determinen las funciones específicas de cada rol de acuerdo con su grado, el equipo va a funcionar efectivamente. Dentro de las enfermeras existen dos grandes campos el profesional y el auxiliar; la enfermera profesional de acuerdo a cada servicio se va a especializar en la atención al paciente con responsabilidades mayores en comparación al auxiliar que se especializa en la atención básica que se le brinda al paciente (Bautista et al., 2008; Moreno, San Martín, y Rodríguez, 2014).

Los auxiliares de enfermería cumplen un rol fundamental dentro del equipo de salud, poseen habilidades enfocadas en la atención directa y el confort del paciente, sus estudios se basan en la adaptación hacia las necesidades básicas de los pacientes, también se encargan de todo tipo de cuidado que se le brinda al individuo, este cuidado va a repercutir directamente en la evolución y recuperación del paciente. La labor del auxiliar de enfermería es dar cuidados directos al paciente, realizando actividades que favorezcan el higiene, confort y seguridad (Guerrero y Carrión, 2013; Torres, Dandicourt, y Cabrera, 2005).

2 Objetivos

- Realizar una recopilación para determinar si existen estudios que hagan referencia a la actuación del auxiliar de enfermería en el servicio de urgencias que se haya llevado a cabo en los últimos 10 años.

Partiendo del objetivo general se pretende con esta investigación, como objetivos específicos: analizar los diferentes estudios relacionados con las actuaciones del Auxiliar de Enfermería en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Tipos de diseño de estudio y marco temporal, se realizó una revisión de tipo bibliográfica descriptiva de análisis cualitativo de artículos de investigación publicados en los últimos 10 años, que abarcan temas sobre la actuación del Auxiliar de Enfermería en el servicio de urgencias.

Estrategia de búsqueda
Para seleccionar los artículos de investigación, se realizó una búsqueda en la base de datos Dialnet, Redalyc, InDICES CSIC, Pubmed. Utilizando los descriptores descritos por los términos que estuvieran incluidos en los títulos de los artículos de investigación.

Descriptores
- Auxiliar de enfermería.
- Servicio de urgencias.
- Su equivalente en inglés:
- Nursing Assistant.
- Emergency service.

La estrategia de búsqueda en las bases de datos se realizó por medio del uso de conectores boléanos “AND”, para formar la frase de búsqueda correspondiente: “Auxiliar de enfermería AND Servicio de urgencias” “Nursing Assistant AND Emergency service”.

Para la búsqueda inicial se utilizaron como filtros principales:
El año de publicación, donde se tomaron en cuenta los artículos publicados en los últimos 10 años (desde 2009 hasta 2019). La disponibilidad, se tomaron artículos que estuvieran completos, que no presentaran limitaciones. El idioma del artículo, solo se tomaron artículos publicados en español e inglés. El tipo de publicación,

se incluyeron investigaciones de tipo artículos de investigación, ensayo clínico, ensayos clínicos aleatorizados, estudios longitudinales, estudios de cohorte y estudios descriptivos. Y el sujeto de estudio, auxiliares de enfermería.

Se leyeron los títulos de los artículos buscados por la aplicación de los filtros; a continuación, se estableció como primera selección los títulos que aportaran información suficiente y coherente acorde al tema, y no se tomaron en cuanta los que cuyo título presentará un tema diferente al tratado.

Tras seleccionar los artículos por título, se procede a eliminar los artículos que estén duplicados en las diferentes bases de datos para continuar con la realización de una lectura del resumen de cada uno de los artículos y realizar la selección, para incluir en el trabajo por medio de la aplicación aquellos artículos con los criterios de selección establecidos (criterios de inclusión y criterios de exclusión).

Al seleccionar los artículos, se realizó un cuadro comparativo para un análisis cualitativo, donde destacan características tales como primer autor, año de publicación, país donde fue realizado el estudio, la metodología aplicada, los grupos, las medidas, tamaño de la población de estudio, y por último los resultados destacados y las conclusiones de cada artículo.

Criterios de selección. Los criterios de selección implementados se dividen en dos, criterios de inclusión y criterios de exclusión:

Criterios de inclusión: estudios que incluyan una muestra poblacional del personal de enfermería y auxiliares de enfermería. Estudios descriptivos de una muestra sobre personal de enfermería y auxiliares de enfermería en el servicio de urgencias.

4 Resultados

Se encontraron un total de 7.234 artículos en las cuatro bases de datos escogidas (Dialnet, Redalyc, InDICES CSIC, Pubmed) para la revisión bibliográfica, en su mayoría provenientes de Redalyc. Por medio de la lectura del título de los artículos (7.234 artículos) se constató que en su mayoría no brindaban la información suficiente sobre el tema o el enfoque de la investigación era diferente, la mayoría no abarcaban el tema en cuestión. 43 de los artículos fueron escogidos, de los cuales 8 estaban duplicados en las diferentes bases de datos.

Por medio de una revisión detallada, donde se realizó una lectura del resumen,

para corroborar que cumplían con los criterios de inclusión y los principales filtros, finalmente se escogió de los 35 artículos restantes, 5 artículos que hacían correspondencia a lo anterior mencionado.

El estudio realizado en Brasil (Moschen y da Graça, 2010), define cómo es el grupo de enfermería dentro de la unidad de emergencia, siendo este interdependiente entre los grupos de trabajo. Cada servicio posee su equipo de trabajo que se especializa en un área para garantizar una atención eficiente. El estudio reveló la importancia del trabajo del personal de enfermería y su gran cantidad de carga laboral que demanda esta profesión, detectó la gran sobrecarga de trabajo proveniente de la demanda y la productividad que ejerce el personal dentro del servicio de emergencias y urgencias. También arrojó la necesidad de ampliar la plantilla de trabajo, ya que, se ha demostrado que el funcionamiento nos es totalmente eficiente debido a este déficit de personal en las áreas.

Por otro lado, un estudio de campo descriptivo utilizó de muestra a ocho enfermeras que estaban en prácticas, cinco enfermeras tituladas y dos auxiliares de enfermería para analizar la viabilidad de implementar la sistematización del cuidado de enfermería en un servicio de urgencias (María y Grassi, 2012). Los resultados arrojaron que hubo dificultades al momento de implantar este sistema, ya que se mostró gran desinterés por la institución, por otro lado había falta de preparación teórica de parte del personal de enfermería que laboraba en dicha institución, entre otras cosas, lo que trae a la conclusión de que el personal de enfermería o el rol del enfermero pierde representación en el equipo de salud lo que lleva a subestimar al profesional, generando gran incertidumbre sobre el valor real del rol del enfermero dentro de las áreas.

Un estudio valoró la implantación de un proyecto de "triage" en urgencias por parte de enfermería en la atención primaria (Ayuso, Pérez, Simarro, y Escobar, 2013), donde se destacó que, no debe recaer sobre el área administrativa la responsabilidad de decidir a qué pacientes se atienden y a quiénes no, cuando es una atención inmediata. Sin embargo, el personal de enfermería y los auxiliares refieren que se necesita más personal para poder abarcar este nuevo espacio, dado el volumen de pacientes y actividades que deben ejercer dentro de este servicio, pero no descartan la importancia y la necesidad de que exista el "triage" dentro de la unidad de urgencias.

Dentro de los servicios de urgencias y emergencias es fundamental que existan estrategias para promover el trabajo en equipo, de esta manera la atención se garantiza rápida, eficaz y de calidad, por eso se realizó un estudio que evaluó una

serie de estrategias utilizadas por las enfermeras para el buen funcionamiento del equipo de trabajo (Santos, Lima, Pestana, Colomé, y Erdmann, 2016). Este estudio determinó que las enfermeras, en general, hacen una notable conexión entre las prácticas de los equipos de salud y median en las relaciones establecidas entre los profesionales de la salud para mejorar las prácticas de atención.

Un estudio realizado en Australia se dedicó a investigar la eficacia del auxiliar de enfermería en el servicio de emergencia ante el manejo de pacientes que acuden a los hospitales rurales con dolor en el pecho (Roche, Gardner, y Jack, 2017). Este estudio determinó que el servicio de enfermería profesional presentó eficacia comparable a la de los modelos estándar en la evaluación de los indicadores del servicio y los resultados informados por los pacientes, arrojando que el personal auxiliar es indispensable en el servicio para un funcionamiento de este más eficaz.

5 Discusión-Conclusión

De acuerdo con el objetivo planteado y mediante la revisión bibliográfica, se pudieron extraer las siguientes conclusiones puntuales relacionadas al análisis de la revisión sistemática:

En la actualidad existe un déficit de trabajos de investigación que aborden específicamente el tema de la actuación del Auxiliar de Enfermería en el servicio de urgencias, lo que genera gran inquietud a la hora de nuevas investigaciones que se tomen en serio para la descripción de las funciones del auxiliar de enfermería en servicios tan importantes e indispensables como lo es Urgencias.

Aunque son pocos los trabajos que hablen específicamente de la actuación del auxiliar de enfermería en general, este es un rol fundamental dentro del equipo de trabajo, ya que ayuda a agilizar y disminuir la carga. Por ende, la atención que se le brinda al paciente va a ser de más calidad y más eficiente. Los demás miembros del equipo de salud podrán estar enfocados en sus funciones. El auxiliar de enfermería debe ser tomado más en cuenta por el equipo de salud y darle la verdadera importancia a su roll.

En general no existen trabajos que definan exactamente el rol del auxiliar, y esto es muy importante resaltarlo, ya que, es necesario que las personas que tienen este puesto sepan exactamente cuáles son sus funciones para un mejor desempeño, lo que ayudará a disminuir los errores y a generar más confianza por parte del personal para la actuación eficaz.

Dentro de todas las investigaciones, es necesario hablar de la importancia de que exista el trabajo en equipo por parte del personal de enfermería, definiendo los rangos y funciones para un mejor funcionamiento.

Se recomienda enfocar futuras investigaciones al área del auxiliar de enfermería, así como, sus funciones y actuaciones, que ayude a expandir la búsqueda para encontrar cuál es la actuación del auxiliar de enfermería en el servicio de urgencias.

6 Bibliografía

1. Ayuso, M., Pérez, N., Simarro, M., y Escobar, F. (2013). Valoración de un proyecto de "triage" de urgencias por enfermería en atención primaria. Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa
2. Barroeta, J., y Boada, N. (2011). Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. Recuperado de: www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf
3. Bautista, E., Devesa, A., Guitart, M., Palma, M.A., Pérez, M., Martín, B., … Hinarejos, M.Á.P. (2008). Enfermería: ¿Trabaja en equipo? Recuperado de: diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21603/1/2008_2.pdf
4. Grover, E., Porter, J., y Morphet, J. (2017). An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. Australasian Emergency Nursing Journal, 20(2), 92-97.
5. Guerrero, I., y Carrión, M. (2013). Cuidados que aplica el personal auxiliar de enfermería. Recuperado de: repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8752/1/cuidados del auxiliar de enfermeria.pdf
6. María, M., Quadros, F., y Grassi, M. (2012). Systematization of nursing care in urgency and emergency services: feasibility of implementation. Revista Brasileira de Enfermagem, 65(2), 297-303.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social (n.d.). Unidad de urgencias hospitalaria Estándares y recomendaciones. Recuperado de: seup.org/pdf_public/pub/er_urgencias.pdf
8. Mollaoğlu, M., y Çelik, P. (2016). Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services. Journal of Clinical Nursing, 25(19-20), 2778-2785.
9.Moreno, T., San Martín, M., y Rodríguez, L. (2014). Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería. Recuperado de: academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18587/María Teresa Moreno Fernández.pdf

10. Moschen, R., y da Graça, M. (2010). Nursing in an emergency unit: interfaces and interdependences of the work body. Revista Latinoamericana de Enfermagem, 18(5), 960-967.
11. Núñez, D. (n.d.). Diferencia Entre Emergencia y Urgencia. Recuperado de: es.scribd.com/doc/38651033/Diferencia-Entre-Emergencia-y-Urgencia
12 Roche, T., Gardner, G., y Jack, L. (2017). The effectiveness of emergency nurse practitioner service in the management of patients presenting to rural hospitals with chest pain: a multisite prospective longitudinal nested cohort study. BMC Health Services Research, 17(1), 445.
13. Sanidad Castilla-La Mancha. (n.d.). Servicios de Urgencias Hospitalarias | Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Recuperado de: sescam.castillalamancha.es/ciudadanos/servicios-sanitarios/servicios-de-urgencias-hospitalarias
14. Santos, J., Lima, M., Pestana, A., Colomé, I., y Erdmann, A. (2016). Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. Revista Gaúcha de Enfermagem, 37(1), e50178.
15. Torres, M., Dandicourt, C., y Cabrera, A. (2005). Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Recuperado de: instituciones.sld.cu/polmachaco/files/2016/06/Funciones-de-enfermería-en-la-atención-primaria-de-salud.pdf

Capítulo 608

CUIDADOS DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE UROSTOMIZADO

MAR DÍAZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El cáncer de vejiga es una patología grave y va en aumento.Cuándo invade capas musculares la solución es la cistectomía radical,que es la extirpación de la vejiga y los tejidos u órganos que la rodean,en el hombre se extirpará la próstata y vesiculas seminales y en la mujer los órganos reproductivos internos.

Cuándo hay un problema que impide el normal funcionamiento del sistema urinario puede hacerse necesario la realización de una urostomía u ostomía urológica,que consiste en derivar la orina formada en el riñón,sin pasar por la vejiga,para facilitar su salida al exterior mediante un estoma y así preservar la funcionalidad del riñón.

2 Objetivos

Exponer en qué consiste una urostomía y cuales son los cuidados por parte de un Técnico en Cuidados de Enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una urostomía es una derivación urinaria en la cual la salida de la orina tiene lugar a través de un orificio en la pared abdominal.Existen dos tipos de derivaciones fundamentalmente y a partir de ellas se dan diferentes técnicas quirúrgicas según sea conveniente o proceda.

Los tipos de derivaciones son:
- Ureterostomía
- Nefrostomía

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

Cuándo hay un problema que impide el normal funcionamiento del sistema urinario puede hacerse necesario la realización de una urostomía u ostomía urológica,que consiste en derivar la orina formada en el riñón,sin pasar por la vejiga,para facilitar su salida al exterior mediante un estoma y así preservar la funcionalidad del riñón.

El paciente tras la intervención se hallará con un estoma en su piel,que deberá cuidar y nosotros debemos facilitarles unas pautas para su higiene y cuidados,le enseñaremos cómo limpiar su piel,los materiales que ha de usar y los diferentes tipos de dispositivos ”bolsas” y cómo funcionan.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE ha de saber los diferentes tipos de ostomías urológicas y su funcionamiento,para poder realizar con éxito sus funciones en la unidad de urología y promover el autocuidado del paciente tras su recuperación y alta hospitalaría.

Cuidados del TCAE:
-Antes de la intervención,se hará una entrevista con el paciente y su familia y se les informará sobre la intervención,se preparará el intrestino según protocolo,se procederá al marcaje del estoma en hemiabdomen derecho.
-Día de la interervención,preparación preoperatoria,rasurado de la zona,ducha con jabón antiséptico,remarcar el punto de marcaje si es preciso,pintar la piel con povidona.
-Posoperatorio inmediato,evitar complicaciones,intentar que el paciente se encuentre lo más confortable posible,mantener el estoma en óptimas condiciones,mantener la permeabilidad de los catéteres ureterales,iniciar al paciente en el autocuidado.
-Valoración del paciente,observar el estado del paciente y valorar el grado de aceptación,estimar el estado de la piel,posibles alergias o fugas de orina,también el aspecto, cantidad y color,hacer un control por turno de la permeabilidad de los catéteres y valorar el inicio del peristaltismo intestinal.
-Cuidados en el postoperatorio,se iniciará la educación deñl paciente en la higiene del estoma y piel periestomal,cómo se adapta el disco adhesivo y bolsa de urostomía y se mostrará como se procede al vaciado de la bolsa.Se le recomendará beber mucha agua y que debe evitar el sobrepeso.

6 Bibliografía

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

Capítulo 609

EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE DEL RECIEN NACIDO.

MARIA BLANCA MASEDA GASALLA

JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO

1 Introducción

Cuando hablamos del recién nacido, debemos de tener en cuenta que su cuidado requiere una especial atención, su piel está cubierta por una capa protectora y aislante de grasa que le protege frente a las infecciones ,esta capa se denomina vermix caseoso.

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano, ya que es el más extenso,por eso podemos decir que actúa de barrera frente a agentes externos.

2 Objetivos

- Identificar el papel del auxiliar de enfermería en la higiene del recién nacido.

3 Metodología

Se han revisado diversos artículos científicos que proceden de publicaciones académicas y se han tenido en cuenta para elaborar este capítulo sobre los cuida-

dos en la higiene del recién nacido,además se hace una búsqueda sistemática en bases de datos como Pubmed y Medline.

4 Resultados

Podemos destacar los siguientes:
-El auxiliar de enfermería/TCAE debe de conocer qué cuidados debe de proporcionar al recién nacido durante el proceso del aseo.
-Debe realizar según la evidencia disponible la mejor higiene al recién nacido.
-Proporcionará el máximo estado de bienestar y confort al recién nacido mientras este realizando su tarea.
-Evitará la destrucción de la capa protectora de la piel con una técnica adecuada.

Tenemos que distinguir dos momentos en el cuidado de la piel del recién nacido:
-Durante las primeras 48 horas de vida del recién nacido : aquí no estaría indicado realizar el llamado baño por inmersión porque facilitaríamos la destrucción de la capa protectora, por eso el aseo consistirá simplemente en la limpieza de los restos de sangre y meconio y esto se realizará siempre que sea necesario y no de manera rutinaria, sin jabón o si es necesario con una mínima cantidad siempre que sea neutro y luego se pasará a l secado a toques
-Tras las primeras 48 horas de vida ya se puede hacer el baño por inmersión ,y en esta fase hay que tener una especial atención a los siguientes aspectos:
.El momento del baño debe ser agradable y seguro para el recién nacido.
.Debemos de tener a nuestro alcance todo el material necesario para el aseo.
.Hay que evitar las corrientes de aire.
.Debemos mantener una temperatura ambiente entre 22-25 grados y una temperatura del agua entre 34-38 grados, usaremos un termómetro para tal indicación.
.Uso de jabones sin perfume y no agresivos.
.Las prendas deben de ser suaves,sin costuras y holgadas. el pañal deberá de cambiarse cada vez que esté mojado o tenga deposición.
.Hay que aprovechar el momento del baño para estimular la circulación con el uso de aceite no graso para el masaje.
.Se realizará una especial vigilancia en el cuidado del ombligo ,este debe de estar siempre limpio y seco haciendo hincapié en la prevención de la onfalitis.
.Las uñas se cortarán rectas , sin picos.
.En cuanto al orden de limpieza a seguir, se comenzará por la cara y se finalizará con la zona perianal.

. La técnica usada consistirá en coger al recién nacido con el brazo dominante sujentándole la cabeza y los hombros con nuestro brazo y cogiendo con nuestra mano por debajo de su axila, así con la mano que queda libre se realiza el aseo.
.Una vez finalizado el aseo se le envuelve en una toalla suave y se seca al recién nacido a toques , sin fricción y por último se hace la cura del ombligo.
.Una vez realizada la tarea se procede a registrar el aseo en la hoja de cuidados ,anotando cualquier anomalía y comunicándolo al superior inmediato.

5 Discusión-Conclusión

Una rutina de higiene adecuada preserva la integridad de la piel y aumenta el estado de bienestar y salud del recién nacido. Hay que hacer un uso adecuado de los conocimientos durante el proceso de la higiene, basándonos en los conocimientos científicos adquiridos y evitando procedimientos inadecuados durante la higiene.

6 Bibliografía

- https://www.auxiliar-enfermeria.com/cuidado-baño.
- https://www.enfermeriacantabria.com/protocolo-baño-HUMV21016
- https://www.aeped.es/guiacuidadosdelreciennacidoenlamaternidad
- https://enfamilia.aeped.es/aseo

Capítulo 610

PREOPERATORIO OPERACION DE TUBULACION GASTRIGA

NATALIA IGLESIAS HEREDIA

1 Introducción

Escribo este capitulo del libro ante la necesidad de informacion al paciente sobre el preoperatorio de reduccion de estomago mediante tubulacion gastrica ,tecnica menos invasiba que el baypas gastrico , y con una recuperacion mucho mas rapida y facil.

2 Objetivos

Los objetivos propios de este capítulo son enseñar al paciente en que va a consistir el preoperatorio de tubulización gástrica .

El objetivo principal es mentalizar al paciente de la importancia de ir preparando el cuerpo para una operación que va a cambiar radicalmente tus hábitos de consumo , y tu estado emocional, hasta hay la parte emocional pero la parte práctica la explicamos en la metodología.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los días antes de la operación el paciente debe de dejar de comer ,convirtiendo su dieta , en un proceso de limpieza intestinal , en el que sustituirá todas las comidas por unos batido hipocalóricos, además podrán tomar caldos desgrasados , café con leche desnatada , infusiones y agua .Todo esto le aportará las vitaminas proteínas hidratos y grasas necesarios para mantenerse saludable antes de la operacion , ademas de ir preparando y limpiando el estomago para su manipulación.

Durante este proceso el paciente lo pasa mal pues su estomago aun sigue siendo el mismo y la necesidad de masticar está ahí , pero hay que pensar que es una semana solamente previa al ingreso.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el paciente es consciente de todo el proceso previo así como el post-operatorio , puede ir a la operación con su plan de actuación y llevar la mente preparada para llevar a cabo su plan de actuación , esto puede evitar depresiones post-operatorias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 611

LA IMPORTANCIA DE LAS TERAPIAS DE HUMOR EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

JACQUELINE DEL ROCIO ZÚÑIGA CHIRIGUAYA

ANA BEATRIZ HIDALGO LLERENA

HÉCTOR AVILÉS ESPINOSA

EVELIN MARIA BALLADARES PASTOR

ALEJANDRA NUEVO DEL BUSTO

1 Introducción

Las terapias de humor constituyen un mecanismo muy útil para hacer frente a las situaciones difíciles como la enfermedad, sin embargo no debemos confundir la risa con el humor, este último va más allá, pues permite añadir optimismo, alegría, ternura y esperanza dentro de una situación dramática, permitiéndonos ver las cosas desde otro punto de vista. Hay momentos y situaciones que no son de risa, pero el buen humor es imprescindible para poder sobrevivir en esas situaciones tanto para los enfermos, como para las familias y los profesionales, es muy cierto que el sentido del humor enriquece nuestras vidas. En los últimos años, se está incorporando en los hospitales la figura del clown, uno de los puntos claves es la relación que el clown mantiene con el espectador, relación que se caracteriza por la naturalidad, la espontaneidad y la sinceridad. En definitiva, una relación

directa que permite descubrir al otro, a la persona que hay en el enfermo y a nosotros mismos.

2 Objetivos

- Reducir la ansiedad y el estrés en niños y familiares facilitando la expresión emocional.

- Promover cambios muy positivo en los estados de humor de los pacientes.

- Reducir la percepción del dolor.

3 Metodología

Se realizó un estudio descriptivo sobre una revisión bibliográfica del humor y la risa como terapia complementaria y su repercusión en la salud. Se realizó la búsqueda en Medline, Cuiden, Compludoc, Cuidatg, Teseo y Biblioteca Nacional.

4 Resultados

Se analiza una descripción de los beneficios físicos, psicológicos y sociales de la risa en el campo de la salud y en la enfermedad, tanto en los pacientes como en el propio equipo de salud.

Hoy en día el clown hospital tiene varias características. Las más importantes son:

-El clown conecta con lo humano, lo vulnerable, con todo lo que uno es, con su parte ridícula, frágil y en esos ambientes donde suceden tantas cosas.

-El clown es más visual que textual. Vive en el fracaso, pero nunca se instala en el.

-El clown aprovecha sus éxitos si hace algo que funcione el público ríe, tiene un as en la manga que puede utilizar en otro momento en el que algo no funcione para conseguir nuevamente una sonrisa.

-El clown no tapa nada sino que habilita a abrir todas las emociones, es un trabajo muy hermoso y complejo porque hay que ser un artista de muchos años de

formación para tener un bagaje y a la vez hay que tener un ego muy trabajado, humildad para tal vez hacer silencio, conectar con la mirada y retirarse.

También debemos valorar el humor como experiencia terapéutica, hay un proverbio muy antiguo que dice que para estar sano hay que reír treinta veces al día. Es importante mencionar al escritor y médico francés Rabelais fue reconocido como el primero en utilizar la terapia de la risa en todos sus pacientes y que reportó sus grandes beneficios. El valor terapéutico del humor y la risa son reconocidos en todas las latitudes y culturas.

Debemos destacar que las terapias del humor se utilizan más en la población Pediátrica, la Fundación Doctora Clown ha trabajado en terapias de la risa en pacientes hospitalizados en varias instituciones desde hace ya muchos años pero lamentablemente estas experiencias se han quedado en lo testimonial porque no existe ninguna evidencia científica que permita confirmar los efectos que este tipo de intervenciones tienen en los pacientes. Existen muchas indicaciones que las terapias del humor o de la risa tienen efecto muy beneficiosos en diversas patologías en las cuales incluimos: Cáncer, enfermedad de Alzheimer, enfermedades renales, enfermedades mentales y en cuidados paliativos de pacientes terminales.

5 Discusión-Conclusión

Sería importante que todos los profesionales de la salud utilizaran estas terapias ya que tienen múltiples beneficios a bajo costo y lo más importante es que carecen de efectos secundarios. Se debe tener en cuenta que el humor es individual porque cada personas es diferente.

6 Bibliografía

- scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1132-12962005000100008

- https://www.efisioterapia.net/artículos/importancia-humor-salud

- https://clownplanet.com/pautas-esenciales-del-clown-por-alex-navarro-y-caroline-dream/

Capítulo 612

LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS EN LOS HOSPITALES

MARIA CRUZ ALVAREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La higiene en los hospitales es uno de los aspectos más importantes en el control de las infecciones. Las infecciones nosocomiales producen en el mundo 1.400 muertos cada día y es un gran problema para los hospitales y mucas están causadas por las manos contaminadas del personal de la salud.
La higiene de manos es el factor individual por excelencia para controlar estas infecciones. Un buen lavado de manos consiste en frotarlas vigorosamente una vez enjabonadas, para luego acabar con un aclarado abundante de agua.

2 Objetivos

- Mostrar que el personal de los hospitales debe realizar un buen lavado de manos.
- Describir los pasos que se deben de dar para hacer el lavado de manos.
- Comprobar si el uso de guantes evita las infecciones.

3 Metodología

El trabajo está fundamentado en diversos estudios realizados por algunos hospitales. Se siguió la teoría de el Dr. Ignacio Felipe que se le puede considera el padre de la asepsia y del control de las infecciones. Con lo cual, se considera

fundamental el hacer bien el lavado de manos para evitar la diseminación de microorganismos.

La palabra clave es el lavado de manos, infecciones nosocomiales y paciente.

4 Resultados

La higiene de manos es una acción simple, pero sin embargo es una medida primordial para reducir la incidencia de las infecciones intrahospitalarias y la propagación de los microorganismos . Las enfermedades más comunes que son causadas por bacterias y por la falta de higiene son: gripe, las diarreas, resfriados, catarros, la hepatitis. Enfermedades que causan muchas muertes en el año.

Con la higiene de mano se elimina la suciedad, la materia orgánica, la flora transitoria que son las causa de las infecciones nosocomiales.

Para el lavado de manos hay que mojarlas con agua y echarles el jabón para extenderlo por la palma de las manos, frotando bien las palmas con movimientos rotatorios y entrelazando los dedos enjuagandolas bien con agua y secándolas con una toalla desechable. El frotado debe de durar al menos 15 segundos.

Este tipo de lavado, con agua y jabón, es una de las maneras más efectiva y económica para prevenir las enfermedades infecciosas. El lavado se debe de realizar antes de tocar al paciente y después de tener contacto con él.

Se recomienda que los trabajadores sanitarios deben de llevar guantes para reducir el riesgo de que adquieran infecciones de los pacientes o las lleven ellos mismos a otros pacientes. Además deben de cambiar los guantes con cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

Numerosos estudios han llegado a la conclusión de que los profesionales sanitarios no tienen la higiene que deberían tener. Aunque usen guantes sigue habiendo contaminación de las manos porque muchos trabajadores no se lavan antes de ponerlos y después de quitarlos.

6 Bibliografía

- Melissa Ramos lavado de manos, informe final.
- Tesis final tema ”lavado de manos-
- La importancia del lavado de manos por parte del personal de la salud

Capítulo 613

LOS CUIDADOS DEL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON QUEMADURAS

ELLEN CARLOS DO AMARAL

1 Introducción

Las quemaduras son lesiones físicas de la piel que pueden involucrar otros tejidos y donde no intervienen fuerzas mecánicas, sino que son generadas por agentes físicos y ocasionalmente químicos, con extensión y profundidad variable. Sus características principales son la desnaturalización proteica, la destrucción celular y la abolición de su metabolismo, lo que provoca la pérdida de continuidad en la piel.

La toma de decisiones en relación al abordaje clínico de una persona con quemaduras puede generar incertidumbre en los profesionales; por la complejidad que conlleva un diagnóstico acertado en extensión y profundidad de la lesión y por la elección del tratamiento adecuado. Además, las quemaduras suponen en sí mismas, un importante impacto físico y psíquico. Por esto, se hace necesario normalizar y protocolizar el cuidado de las personas que presentan quemaduras.

Se estima que por cada 100.000 habitantes, alrededor de 300 personas sufren cada año quemaduras que requieren atención sanitaria, lo que trasladándolo a nuestro entorno supone que unos 120.000 españoles sufren algún tipo de quemadura cada año. Tan sólo un 5% precisan cuidados hospitalarios, motivo que pone de manifiesto la efectividad de los cuidados que se prestan en atención primaria.

2 Objetivos

- Garantizar una atención adecuada
- Aliviar los síntomas
- Promover la cicatrización de las heridas
- Prevenir las complicaciones (infección, cicatrices)

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados al paciente con quemaduras, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, quemaduras.

4 Resultados

En pacientes quemados con inhalación de sustancias tóxicas (incendios) se debe tener en cuenta que el pulsioxímetro detecta la carboxihemoglobina (intoxicación por monóxido de carbono) como oxihemoglobina debido a que absorben longitudes de onda similares, dando como resultado una sobreestimación de los valores de saturación de oxígeno.

En quemaduras eléctricas:

En este tipo de quemaduras las necesidades de reposición de líquidos son superiores a otro tipo de quemaduras, ya que la mayor parte de las lesiones son internas.

En la valoración y primera intervención hay que tener en cuenta que pueden ir acompañadas de manifestaciones asociadas cardiacas (taquicardia, arritmias, fibrilación), osteomusculares (tetania, fracturas luxaciones, necrosis muscular y rabdomiolisis), renales (fallo renal secundario a mioglobinuria), etc.

En quemaduras causadas por fuego directo o por contacto las primeras tres horas tras producirse la quemadura, irrigar la quemadura con cloruro de sodio al 0,9% frío (15 grados) durante unos 20 - 30 minutos ya que reduce la severidad del daño tisular y el edema.

- No utilizar agua helada, debido a que la vasoconstricción intensa puede causar la progresión de la quemadura y también aumenta el riesgo de hipotermia.

- Detener la irrigación de forma inmediata, en caso de que la temperatura corporal del paciente sea igual o inferior a 35ºC.

En quemaduras químicas:

- Utilizar el equipo de protección adecuado.

- Si es posible, determinar la sustancia química causante, retirar la ropa cortándola para evitar el contacto con tejidos sanos.

- Si el químico implicado está en una forma seca cepillar la sustancia química de la piel, e irrigar copiosamente la quemadura con agua a baja presión por un periodo de tiempo de entre 30 a 60 minutos.

- Detener la irrigación de forma inmediata, en caso de que la temperatura corporal del paciente sea igual o inferior a 35ºC.

- No tratar de neutralizar las sustancias químicas. La reacción exotérmica que provocan genera calor y puede agravar la lesión inicial, además de retrasar la retirada del agente.

- En caso de que la quemadura haya sido producida por alquitrán, no intentar retirarlo. En primer lugar, debe ser enfriado para liberar el calor retenido y, después, debe ser retirado con ayuda de emulsionantes.

- Las quemaduras en los ojos requiere de una copiosa irrigación continua, preferiblemente a través de un bolsa/botella de suero intravenoso de cloruro sódico al 0,9% conectada a un sistema de infusión.

El procedimiento requiere dar la vuelta al párpado superior y tirar hacia abajo del fondo de saco, o el uso de un espéculo de ojo para que este permanezca abierto durante la irrigación.

En quemaduras eléctricas de alto voltaje se debe realizar un electrocardiograma para detectar arritmias.

Las quemaduras en genitales (pene y vulva), pueden requerir colocación de una sonda de foley para mantener la permeabilidad de la uretra.

En quemaduras mayores administrar profilaxis de la úlcera gástricas por estrés (úlcera de Curling), según prescripción médica. Mantener a la persona caliente, la hipotermia se desarrolla con facilidad, especialmente en los niños. Valorar la coexistencia de otras patologías como diabetes, cirrosis, cardiopatías y lesiones asociadas a la quemadura como traumatismos o lesiones internas.

Los cuidados en quemaduras epidérmicas superficiales. Hay que hacer una aplicación de un vendaje de protección o productos en crema (emolientes) para mejorar la comodidad. Revisar al cabo de 48 horas. Si la piel se rompe, el vendaje de protección o producto en crema debe ser cambiado por productos de curación en ambiente húmedo o por gasas de parafina de doble capa. Atención en quemaduras dérmicas.

Administrar medicamentos para el alivio del dolor (paracetamol o ibuprofeno suelen ser adecuados), además de implementar cuidados tendientes a disminuir el estrés . Limpiar la herida con cloruro de sodio al 0,9% o agua del grifo tibia.

Retirar con cuidado cualquier resto de tejido necrótico o desvitalizado mediante desbridamiento cortante. Está técnica debe realizarse mediante estricta técnica aséptica. (IA) Se debe tener en cuenta que existe un riesgo significativo de sangrado.

Considerar el uso de un hidrogel o un desbridante (enzimático o autolítico) si existe tejido necrótico o esfacelos que no pueden eliminarse mediante la limpieza y/o el desbridamiento cortante (IA). Siempre que sea posible dejar las ampollas intactas para reducir el riesgo de infección.

Considerar la posibilidad de aspirar en condiciones de esterilidad las ampollas grandes y aquellas que puedan romperse (muy tensas) o se encuentren en una zona incómoda, que impida la movilización o que dificulte el mantener una posición anatómica.

Cubrir la herida con un apósito no adherente como gasa de parafina o de silicona, película de poliuretano o apósito de hidrocoloide. Aplicar un apósito secundario absorbente no fibroso como sujeción del apósito primario, y asegurarlo bien con un ligero vendaje o gasa tubular. No aplicar antibióticos tópicos de forma profiláctica.

La profilaxis con antibióticos sistémicos o tópicos en quemaduras menores no está indicada. Los antimicrobianos deben ser utilizados sólo en quemaduras

menores cuando ya se ha presentado infección clínica. Es muy importante colocar la zona afectada siempre en una buena posición y con las férulas necesarias para prevenir las contracturas.

Revisar el vendaje después de 24 horas para asegurarse de que sigue en perfectas condiciones, y que no hay excesivo exudado. Vigilar que no haya signos de infección.

Con todos estos cuidados conseguimos reducir el dolor y la contaminación, prevenir la infección y una rápida curación con mínimas cicatrices, pérdida funcional y alteración estética.

5 Discusión-Conclusión

1. Debemos de realizar una primera valoración siguiendo el esquema ABCD (vía aérea, respiración, circulación y estado neurológico).

2. En caso de necesidad de reposición hídrica agresiva, coger dos vías venosas de grueso calibre.

3. Administrar el analgésico indicado, preferentemente por vía intravenosa.

4. Retirar todos los objetos y ropa próxima a la zona de quemadura, y aquella que esté impregnada del producto causante de la quemadura.

5. Realizar monitorización de constantes vitales de forma continua o al menos cada 15 minutos.

6. Si el edema está presente, elevar la zona afectada.

7. Si el químico implicado está en una forma seca cepillar la sustancia química de la piel.

8. Irrigar la quemadura con cloruro de sodio al 0,9% frío (15 grados) durante unos 20 - 30 minutos. Detenerla de forma inmediata si la temperatura corporal es igual o inferior a 35º C.

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

10. Valorar la colocación de sonda urinaria para mantener la permeabilidad uretral y/o controlar diuresis.

11. En quemaduras mayores administrar profilaxis de úlcera por estrés según prescripción médica.

La calidad en el desempeño de su profesión exige a los técnicos auxiliares de enfermería, una formación académica específica para la actuación eficaz en el momento de las quemaduras, tener un suficiente nivel de autoconocimiento y disponer de una serie de habilidades o destrezas personales para la actuación frente a las quemaduras.

6 Bibliografía

1. Pérez Boluda, MT, Lara Montenegro J, Ibáñez J, Cagigal L, León CM. Guía de Actuación ante el paciente quemado. Unidad de Enfermería de Quemados. Dirección de Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. 2006
2. Dominguez Roldán J.M., Gómez Cía T., Martín Bermúdez R. El paciente quemado grave. Capítulo 9. 8. En: Gil Cebrián, J. y cols. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos.[Revista en linea]. 1999.
3. Gómez Daza, B; Díaz de Florez, L; Luna Acevedo, AC. Cuidado en enfermería para la persona adulta quemada en etapa aguda. Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascasas.2005
4. Petersdorf RG. Hipotermia e hipertermia. En: Principios de Medicinal Interna, 13º ed. Madrid, Mc Graw-Hill - Interamericana de España, 1994; 2854-60. 16. Management of Burns and Scalds in Primary Care. Evidence Based. Best Practice Guideline;
5. New Zealand. 2007. 17. Lorente J., Esteban A. Cuidados intensivos del paciente Quemado, Barcelona; Springer. 1998. 18. Sancho M, Ayestaran J, Meléndez J, Gabilondo J. Tema 91.
6. Manejo y tratamiento en fase aguda de las quemaduras en áreas especiales. En Manual de Cirugía Plástica Reparadora y Estética. [En línea]. Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética. SECPRE

Capítulo 614

CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL PERMANENTE.

MARIA LUISA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La sonda vesical es un catéter o tubo de material flexible introducido por la uretra hasta la vejiga para recogida de orina. Con ella se consigue aliviar o eliminar la retención de orina de forma temporal o permanente.

Existen sondas vesicales de diferentes tamaños y materiales.

El paciente sometido a un sondaje vesical está expuesto a infecciones.

2 Objetivos

Describir los cuidados que deben realizarse en pacientes portadores de sonda vesical permanente.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía existente con respecto al tema a tratar. Se han consultado diversas bases de datos: Scielo, Pubmed y Medline y se han seleccionado artículos académicos de publicaciones revisadas.

4 Resultados

Los principales cuidados a llevar a cabo en el paciente portador de sonda vesical permanente son:
-Lavado diario de zona genital, con agua y jabón. En mujeres se debe realizar desde uretra hacia el ano, de delante hacia atrás.
-Mantener la bolsa colectora a nivel más bajo que la vejiga, evitando así el reflujo de orina que puede ser causante de infecciones.
-Ingesta abundante de líquidos. Así se aumenta el volumen de orina y se evita la formación de residuos que pueden obstruir la sonda.
-Realizar cambio de bolsa colectora regularmente y siempre antes de que se llene por completo.
-Evitar que la bolsa colectora arrastre o tire de la sonda.
-Evitar tirones de la sonda vesical, conviene fijar la sonda con esparadrapo al muslo.
-Evitar acodamientos de sonda vesical, que pueden provocar retenciones y obstrucciones.
-Evitar la ingesta de bebidas excitantes, tales como café o té, y que actúan como irritantes vesicales.
-Evitar el estreñimiento con el consumo de dieta rica en fibra.
-Importante el lavado de manos tanto antes como después de la manipulación de la sonda vesical.
-Si no lleva bolsa colectora y lleva tapón, conviene realizar el vaciado de vejiga cada 2 horas, siempre de manera aséptica y con precaución para evitar que se contamine.
-Vigilar si: fiebre, orina espesa, turbia o con mal olor, sangrado, fuga de orina, inflamación en uretra, orina escasa…
-Recambio de sonda vesical. Si se trata de una sonda de látex se cambiará como máximo a los 45 días. Si es de silicona se cambiará como máximo a los 90 días.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados del sondaje vesical permanente son de gran importancia para evitar infecciones y demás complicaciones.

El profesional sanitario debe de llevar a cabo unos cuidados bien estandarizados y seguirlos de manera exhaustiva. Además, debe de realizar una educación sanitaria del paciente para inculcarle un manejo adecuado de la sonda vesical.

El paciente portador de sonda vesical debe de seguir las recomendaciones para asegurar su bienestar y el correcto funcionamiento de la misma.

6 Bibliografía

-Dirección Regional de Salud del Cusco, Dirección de Epidemiología. Guía para la prevención de infecciones asociadas a catéter vesical. 2006.
-Salgado Alba A, Guillen Llera F, Ruipérez I. Manual de geriatría. 3ª ed. Barcelona:Masson;2002.
-Mazzo A., Bardivia C.B., Jorge B.M., Souza Júnior V.D., Fumincelli L., Mendes I.A.C. Cateterismo urinario permanente: práctica clínica. Enfermería Global.(2015)
-Dumont Ch., Wakeman J. Prevención de las infecciones del tracto urinario relacionado con las sondas vesicales:resultados de un estudio. Nursing (Barc).2011.

Capítulo 615

ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES ATIPICA CON AFECTACION MESENTERICA Y ESPERMATICA

LUCIA GARCIA CABEZUELO

AURORA ORTEGA MIÑARRO

ANA MARIA GIL DELGADO

1 Introducción

La arteritis de células gigantes o arteritis craneal o enfermedad de Horton, es una vasculítis predominante en el sexo femenino y en personas de raza blanca, mas probable a partir de los 50 años y de etiología desconocida.

2 Objetivos

- Localización de las arterias y zona del cuerpo a la que afecta la arteritis de células gigantes.

3 Caso clínico

Hombre, fumador, con diabetes a tratamiento con insulina, hipertensión arterial.

Acude a consulta por dolor en la zona inguino-escrotal.

Se le realiza ecografía, observando una imagen de 2cm mayor a nivel del conducto inguinal, que se extiende hasta el testículo.

4 Discusión-Conclusión

La ACG afecta por normal general a arterias medianas y grandes localizadas en cuello, cabeza y extremidades superiores. La afectación del tracto genitourinario es excepcional y afecta de manera incidental a mujeres intervenidas con las sospecha de afección tumoral. En hombres, entre los pocos casos encontrados, dos de ellos se presentan en forma de masa testicular.

5 Bibliografía

F.J. García Hernández, M.J. Castillo Palma, R. Garrido Rasco y J. Snchez Román. Vasculitis (II). Arteritis de grandes arterias. Medicine. 2009.

Capítulo 616

PACIENTE CON FIEBRE, EOSINOFILIA Y LESIONES CUTÁNEAS.

LUCIA GARCIA CABEZUELO

ANA MARIA GIL DELGADO

AURORA ORTEGA MIÑARRO

1 Introducción

La eosinofilia es la presencia de una cantidad anormalmente elevada de eosinófilos en sangre.

Los eosinófilos son un tipo de leucocito o glóbulo blanco encontrado en el torrente sanguíneo.

La eosinofilia aparece frente a una amenaza a modo de síntoma. En estos casos, los eosinófilos se ven alterados y reaccionan contra patologías como el cáncer.

2 Objetivos

- Identificar los signos y síntomas del Síndrome de DRESS.

3 Caso clínico

Mujer que acudió a urgencias por fiebre de hasta 39º, de diez días de duración. Que refiere que en los últimos dos días aparecieron lesiones cutáneas, edema facial y mialgias.

No presenta síntomas gripales, ni afectación digestiva, ni afectación urinaria, ni ningún otro síntoma.

Veinte días antes del comienzo de la fiebre inició tratamiento con un nuevo fármaco.

Destacan entre sus antecedentes médicos, alergia a la codeína, hipertensión arterial, artritis reumatóide a tratamiento, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

Se solicita analítica que realizan en urgencias; se extraen hemocultivos con resultado negativo; se realiza biopsia cutánea, con resultado alterado

4 Discusión-Conclusión

Las primeras descripciones de reacciones sistémicas a las sulfonamidas y a los anticonvulsivantes, datan de 1930 y fueron denominadas como fiebre medicamentosa. En 1988, lo definieron como Síndrome de Hipersensibilidad a los anticonvulsivantes. En 1996 propusieron el acrónimo DRESS y establecieron los criterios diagnósticos.

La etiopatogenia no es clara. Existe una respuesta inmune específica a fármacos que parece producir una estimulación de linfocitos T que a su vez reactivan el genoma viral de una infección por herpes pasada; todo esto junto con una predisposición genética.

5 Bibliografía

- Gutierrez Macías A. Lizarralde-Palacios E, Martínez-Odriozola P.
- Cacout P, Musette P, Descamps V. Am J Med. 2011

Capítulo 617

TIPOS DE SONDAS

JESSICA RODRÍGUEZ PÉREZ

NOELIA RODRÍGUEZ BARNA

NATALIA TAMARGO LÓPEZ

MARÍA BELÉN GONZÁLEZ HUERTA

MARÍA VICTORIA REIMÚNDEZ ORDÁS

1 Introducción

Una de las funciones principales del cuerpo humano es la secreción de sustancias. Esta consistiría en el proceso de segregación, elaboración y liberación al exterior de sustancias químicas de una célula.

El sondaje es el tema central de nuestro trabajo de investigación, consistiendo en la introducción aséptica de una sonda a través de una serie de orificios.

Las sondas son tubos muy finos que se introducen en una cavidad o conducto para a través de ellas extraer o introducir sustancias. Por lo tanto su función final es el drenaje en el cuerpo humano.

Se consideran por tanto dispositivos médicos y están prescritas por éstos. Las razones de dicha aplicación se deben a diversas circunstancias que los aquejan. Por tanto, existen variedad de sondas adaptables a diversos fines.

Las sondas vienen en muchos tamaños y materiales. Éstos pueden ser plástico, PVC, látex, silicona, caucho, etc. Otro aspecto a tener en cuenta es su rigidez,

ya que las hay rígidas, blandas o semirígidas. En cuanto a su forma se pueden distinguir las sondas rectas, curvas, de punta biselada, pico de flauta y acodada ,entre otras.

Es de vital importancia conocer la técnica de inserción y la retirada de los diferentes tipos de sondaje, así como los cuidados que el paciente necesita durante su mantenimiento siguiendo un delicado protocolo de actuación.

2 Objetivos

- Conocer el material de sondaje y asistir a la persona que lo instale.
- Establecer una buena comunicación entre el personal sanitario.
- Conocer y realizar la técnica correcta.
- Analizar la importancia del establecimiento de revisiones periódicas.
- Valorar el estado del paciente.
- Disminuir el dolor o incomodidad que pueda causar dicha inserción.
- Preservar un ambiente cómodo ,recuperación y apoyo al paciente.
- Seguir los protocolos de actuación en el mantenimiento y limpieza de los sistemas.
- Comunicación del proceso hacia el paciente.

3 Metodología

Balestrini (2000) señala que el marco metodológico " es el conjunto de procedimientos a seguir con la finalidad de lograr los objetivos de la información de forma válida y con una alta precisión". Es decir, sería la estructura sistemática para la recolección, ordenamiento y análisis de información, para así interpretar los resultados en función de lo que se está investigando.

Dado que el objetivo del estudio será analizar y distinguir los distintos tipos de sonda, se ha recurrido a un diseño no experimental, de tipo descriptivo. Esto se debe a que el objeto estudiado tiene un sustento teórico suficiente.
El trabajo se ha diseñado mediante un planteamiento metodológico de enfoque cualitativo ya que este utiliza la recolección y el análisis de datos para poder así contestar las posibles preguntas que puedan plantearse.

Este trabajo de investigación fue planificándose en el mes de Diciembre. Los instrumentos que he utilizado para poder llevarlo a cabo han sido distintas páginas y artículos científicos en internet y varios manuales.

Primeramente, realicé una búsqueda amplia para conseguir de este modo una información general acerca del tema y plantear como organizar el objeto de estudio. Para ello, he empleado diferentes fuentes de información como son manuales, libros y bases de datos de internet.

Mediante la búsqueda llevada a cabo se encuentran 30 artículos de los que aplicando criterios de exclusión - inclusión, escritos en español con una antigüedad menor a 5 años y con estudios referentes a distintos materiales de sondaje, técnicas de inserción y estadísticas de infecciones. Llevamos a cabo una selección de 4 artículos y protocolos.

4 Resultados

Vamos a hacer un protocolo sistemático de la asistencia al personal de enfermería preparando el campo y los materiales necesarios para el sondaje:

1. Informar al paciente de la técnica que se va a llevar a cabo.

2. Coger todo el material necesario para el sondaje.

3. Preparar al alcance los materiales.

4. Higienizar la zona a sondar.

5. Se dispensan los materiales al personal de enfermería para que proceda al sondaje.

Tenemos que tener en cuenta que, según las necesidades del paciente, la aplicación y el tipo de sonda es diferente. Por ello, a continuación, vamos a explicar qué tipos hay y cuáles son sus características principales.

Dentro de las sondas utilizadas en el aparato digestivo tenemos la sonda nasogástrica o de Levin se introduce desde la nariz o boca hasta el estómago. Son de goma o plástico y de una longitud de entre 76-125 cm. Las sondas nasoentéricas que se introducen desde la nariz hasta el intestino delgado siendo más finas y flexibles por lo que resultan menos irritantes y por último las esófago-gástrico compresoras.

A continuación establecemos las principales sondas del aparato digestivo:

- La sonda nasogástrica Levin para aspiración gástrica, alimentación, lavado gástrico y diagnostico de sangrado.

- La sonda de Sengstaken-Blakemore es un tipo de sonda nesofago-gástrica que se usa habitualmente para drenar la cavidad gástrica, introducir medicamentos y realizar la hemostasia de varices esófagicas sangrantes. Suele usarse en bebés recién nacidos.

- La sonda de Miller-Abbott es un tipo de sonda nasoentérica que se utiliza para descomprimir el intestino proximal en caso de oclusión, para el preoperatorio y para el diagnóstico de sangrado más allá del duodeno.

Brevemente nombraremos otras sondas como la sonda Kerr que se utiliza para derivar externamente la bilis infectada, disminuir la presión intracoledociana, evitar la fuga distal en caso de que haya habido una obstrucción distal y para la colaniografía. La sonda Fouché de uso exclusivo para lavados gástricos y la sonda de alimentación siendo esta una sonda más delgada por la que puedan pasar los alimentos ya que es la que mejor toleran los pacientes. Se usan en pacientes que no tienen alternativa de una alimentación oral.

En cuanto a las sondas uretrales o vesicales, se usan para vaciar la vejiga cuando esta no puede vaciarse de forma natural. Dentro de este tipo tenemos las permanentes y las intermitentes. Las primeras se encuentran en el cuerpo durante un periodo de tiempo mayor pudiéndose diferenciar la sonda permanente uretral que se inserta a través de la uretra a la vejiga y la sonda permamente suprapúbica que se inserta del estomago a la vejiga directamente. Un ejemplo de sonda permanente seria la sonda Foley. La sonda Foley se usa para retenciones urinarias, cuantificar la diuresis, drenar vejiga, entre otros.

Por otro lado, tenemos las sondas intermitentes que se quitan justo después de vaciar la vejiga. Un ejemplo de ello sería la sonda Nelaton. Su uso se aplica en drenaje gástrico, alimentación, drenar vejiga, eliminación de gases intestinales, etc. Otro tipo de sondas vesicales que podemos mencionar son las sondas Pezzer, Malecot y Tiemann.

Se pueden diferenciar también las sondas condón que pueden utilizarse en hombres con incontinencia. Se coloca un dispositivo parecido a un condón en el pene y va hacia una bolsa de drenaje que ha de cambiarse diariamente.

Son de especial mención, las sondas de tipo rectal que se introducen en el recto a través del ano. Se coloca cuando un paciente tiene una acumulación de gases en el intestino, para reducir la temperatura corporal etc.

Por último, podemos nombrar brevemente que en el aparato respiratorio también

existen distintas sondas como son las endotraqueales. Entre ellas se destacan las sondas de Rush, las de tipo Murphy y la sonda sin globo.

Para un correcto mantenimiento de todas las sondas, es necesario limpiar la zona donde se inserte todos los días con agua y jabón previniendo así futuras infecciones y complicaciones, las sondas son tubos que en los que se introducen o extraen componentes de las cavidades corporales a través de orificios naturales.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar hay distintos tipos y manejos de sonda , en los que para que el paciente mejore es necesario que la aplicación de la técnica sea la correcta. Para ello, es necesario una buena preparación técnica por parte de los sanitarios. La capacitación humana también es un punto muy importante a tener en cuenta ya que la calidad de la relación sanitario-paciente supone un gran apoyo al enfermo.

Es muy importante que tras la intervención, los técnicos sanitarios cuiden y observen a los enfermos para así evitar que se produzca algún tipo de complicación y que su recuperación sea lo más temprana posible.

6 Bibliografía

- Du Gas Tratado de enfermería práctica. México
- Jimenez Mayorga, Isabel; Soto Sánchez, María; Vergara Carrasco, Luisa; Cordero Morales, Jaime; Rubio Hidalgo, Leonor; Coll Carreño, Rosario et al Protocolo sondaje vesical. Biblioteca Lascascas, 2010; 6(1).
- Millán E. Hemorragia digestiva. En : Rubio L I, Marco P Ochoa FJ. Urgencias para el médico de atención primaria. Madrid: Arán Ediciones; 2001
- https://enfermeriapractica.com/procedimientos/sondaje-nasogastrico.
- https://laenfermeriareal.com/sondaje-digestivo-tipos-y-recomendaciones/.
- https://metabolicas.sjdhospitalbarcelona.org/noticia/sonda-nasogastrica-enfermedades-metabolicas.

Capítulo 618

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES .

ZAIDA LOPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La movilización de pacientes se refiere a todas aquellas tareas que requieren el uso de fuerza humana o mecánica para levantar, descender, sostener, empujar o arrastrar una persona o parte de su peso.

Las movilizaciones pueden ser de dos tipos:
- Movilizaciones activas: son aquellas que puede realizar el paciente por sí mismo, bajo la supervisión de un profesional sanitario. En ella se mueven tanto articulaciones como grupos musculares o zonas corporales.
- Pasivas: en este caso las movilizaciones son realizadas por el profesional en los distintos segmentos corporales. Se aplican en pacientes que no pueden realizar esfuerzo.

2 Objetivos

- Enseñar a los profesionales sanitarios la importancia de una adecuada técnica en la movilización del paciente con movilidad reducida.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la movilización de pacientes contaremos con dos elementos de ayuda:

Elementos de ayuda simples:
- Cinturón de contención: que se ajusta y se adapta y no se altera al contacto con fluidos.
- Transfer: usado para realizar las trasferencias de plano a plano (cama a camilla, de cama o camilla a mesa quirúrgica o de cama o camilla a mesa radiológica)
- Disco giratorio: plataforma que facilita las trasferencias en personas que están de pie. Es muy cómodo para hacer transferencias en la cama, en el coche, o en la silla de ruedas.
- Superficies deslizantes.
- Bipedestador manual: muy utilizado en terapias de rehabilitación y en ayuda de movilidad. Han de ser usados con ayuda de otra persona.

Elementos de ayuda mecanizados.
-Bipedestador mecánico: dispositivo que permite el levantamiento de una persona hasta llegar a la postura vertical, para la transferencia y movimiento por el suelo.
-Grúa: permiten, mediante el uso de un arnés, levantar al paciente de la cama, sentarlo en una silla, wc, etc o volverlo a acostar.

Antes de ejecutar estas labores, es importante considerar:
- Conocer el estado del paciente y verificar su grado de colaboración.
- Comprobar el peso y la talla del paciente.
- Verificar si se necesitan elementos de ayuda (simples o mecanizados)
- Explicar al paciente lo que se le va a realizar y solicitar su colaboración en la medida posible.
- Proteger conexiones: sondas, drenajes, catéteres…etc
- Comprobar el buen funcionamiento del freno de las ayudas mecánicas antes de mover al paciente.
- Cuando el paciente no colabora, el peso es excesivo y no se dispone de elementos de ayuda, se debe considerar realizar la maniobra entre dos o más personas.
- Procurar repartir la carga entre las personas encargadas a realizar la maniobra.

- Utilizar adecuadamente la mecánica corporal para evitar posturas incómodas.
- Utilizar toda la mano al ejecutar la movilización, nunca tomar al paciente de su propia ropa o utilizar la mano en pinza.
- Es recomendable que las personas encargadas de realizar la maniobra tengan una estatura similar.
- Utilizar calzado adecuado (evitar el uso de zuecos).
- Asegurarse que el recorrido está libre de obstáculos.
- Mantener el lugar de trabajo limpio y ordenado. Los desperdicios, derrames de líquidos y otros materiales como papeles, algodón o gasas pueden originar resbalones y caídas.
- Respetar las vías de circulación y señalización existentes. No obstaculizar las vías de evacuación, así como el acceso a extintores, bocas de incendio, salidas de emergencia, tableros eléctricos, pulsadores de alarma…etc

Los objetivos de las técnicas de manejo de pacientes son:
- Transferir: mover al paciente de una superficie a otra.
- Reposicionar: mover al paciente sobre una misma superficie.

Se pueden conseguir utilizando alguna o una combinación de las siguientes técnicas:
- Asistiendo manualmente al paciente
- Mediante asistencia manual, utilizando algún elemento de ayuda simple.
- Utilizando elementos de ayuda mecanizados.

Para una correcta movilización de pacientes se recomienda:
- Seleccionar la técnica adecuada para realizar la maniobra.
- El uso adecuado de la mecánica corporal
- El uso adecuado de elementos de ayuda (simples o mecanizados).
- Un mejoramiento de la organización del trabajo.

Los pacientes que se encuentran encamados exigen la intervención de más personas para ser movilizados, las cuales han de estar entrenados para que sus movimientos no afecten negativamente ni al paciente ni a sí mismos.
Los cambios frecuentes de postura en estos pacientes son necesarios para evitar la aparición de isquemia en los llamados puntos de presión, debido a la acción de la gravedad y al propio peso. También se evitará que la ropa que cubra la cama roce la piel y llege a producir lesiones, lo cual ocasiona la aparición de úlceras por decúbito.

Igualmente la movilización también proporciona comodidad al paciente, para ello

el profesional debe colaborar en que:
- Las sábanas estén limpias, secas y bien estiradas.
- Las zonas de mayor presión corporal estén protegidas.
- Las piernas estén estiradas y los pies formen un ángulo recto con el plano de la cama.

La realización de los cambios posturales se efectuará mejor con los siguientes materiales: almohadas, cojines, férulas, sábanas y medios de protección de protuberancias.



5 Discusión-Conclusión

Actualmente el cuidado y manejo de personas con dependencia se ha descuidado ante las técnicas adecuadas para movilización o traslado de los mismos generando cada día un riesgo musculo-esqueléticos tanto en el cuidador profesional, fisioterapeuta, enfermero, familiar responsable del paciente o enfermo.
Prevenir o controlar estas lesiones derivadas de un riesgo que proviene del trabajo repetitivo y la labor física intensa, resulta no ser de lo más simple. Por lo que se deben aplicar y fomentar las mejores prácticas y/o herramientas para tomar las medidas adecuadas para realizar esta actividad con eficiencia-eficacia, efectividad y sin daños físicos.

Es importante que la persona responsable del cuidado sepa y entienda la diferencia entre movilización, transferencia y el riesgo o esfuerzo que deriva de cada una.
Para esto, existe una disciplina científico-técnica llamada ERGONOMÍA que estudia la relación entre el entorno de trabajo, herramientas, y tareas que coinciden con las características fisiológicas, anatómicas, psicológicas y las capacidades de quienes realizan el trabajo.
Dentro del mundo de la prevención es una técnica preventiva que intentar adoptar las condiciones óptimas de la relación entre los tres elementos del sistema (humano-maquina-ambiente) Su objetivo es hacer el trabajo más eficaz y cómodo posible.

Los profesionales sanitarios que con mayor frecuencia sufren lesiones en la espalda baja por las movilizaciones y las transferencias, son los cuidadores o auxiliares de enfermería.

Las lesiones más frecuentes son trastornos músculo-esqueléticos en la zona de la espalda baja.
Es necesario enseñar a los profesionales sanitarios la importancia de que el paciente desarrolle su independencia a través del movimiento del propio cuerpo y de la comunicación no verbal.

Las intervenciones ergonómicas disminuyen por si solas la tensión física y el riesgo de dolor lumbar, disminución que puede ser mayor al utilizar además diferentes técnicas como el ejercicio físico, la regulación de la altura de las camas o la grabación de las tareas de manejo del paciente, con el objetivo de generar un mejor auto-control.

6 Bibliografía

-https://www.medlightmedical.com.mx/blogs/blog/tecnicas-de-movilizacion-de-pacientes
- https://pdfs.semanticscholar.org/1116/e906474be339af19a6fc87213293872bcc12.pdf

Capítulo 619

EL TCAE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

SANDRA MUÑOZ GARCÍA

MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS

1 Introducción

Consideramos cuidados paliativos, según las OMS ”el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la implacable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.

2 Objetivos

Dar a conocer el trabajo y cuidados que ofrece el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Cuidados Paliativos, y la importancia de su figura tanto para el paciente como para sus familiares

3 Metodología

Estudio bibliográfico, observación y trabajo en la Unidad de Cuidados Paliativos.

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cuidados paliativos son los cuidados físicos, emocionales, sociales y espirituales tanto a los enfermos terminales como a sus familias. El objetivo principal de todo el equipo será ofrecer bienestar, dignidad y la mayor autonomía posible.

Importante no perder de vista las siguientes pautas, síntomas y dolor, apoyo emocional y constante comunicación con paciente y familia.

Funciones por turnos:
En cada cambio de turno escucharemos atentamente a las y los compañeras y compañeros salientes para apuntar los cambios surgidos y observaremos las plantillas de pacientes.

Importante apuntar:
- Pacientes que levantan o no (el paciente paliativo se levantará y acostará a demanda)
- Pacientes pendientes de pruebas (aseo previo)
-Muestras biológicas pendientes
-Curas pendientes

Turno mañana:
-Higiene del paciente (aseo o baño), higiene bucal, pelo…
-Cuidado de la piel para evitar UPP.
-Observaremos atentamente el cuerpo del paciente por si precisara de alguna cura o encontráramos algún cambio para comentar a Enfermería.
- Asistiremos a Enfermería en las diversas curas (preparación campos estériles…)
-Levantar a sillón o cambios postural es cada 2 horas si no levanta.
-Colocar la habitación y cambio de ropa de cama, ventilar..
-Dar o ayudar con desayuno y comida a quien lo precise.
-Conversar con paciente para averiguar si tiene dolor o le preocupa algo.
-Conversar con familia para que nos expresen todas sus inquietudes y puedan desahogarse. Fueron de la presencia del paciente.
-Acostar a los pacientes a la cama a descansar detrás de la comida.
-Control de líquidos y diuresis.

-Firmar tareas y apuntar cambios en ficha de pacientes y hoja de cambio de turno.
-Mantener orden en la unidad de trabajo (carros, control de Enfermería, sucio, limpio..)

Turno tarde:
-Levantar a los pacientes que lo deseen.
-Cambios postural es encamados (cada 2 horas).
-Conversaremos con pacientes por si dolor.
-Colocaremos enemas a quien precise.
-Ayudaremos con las meriendas.
-En todo momento estaremos pendientes de las habitaciones y de los timbres por si fuera necesaria nuestra atención inmediata.
-Antes de la cena ofreceremos meter en la cama a aquellos pacientes que los hayamos visto más cansados a lo largo de la tarde.
-Se repartirán y ayudará con las cenas.
-Acostar a pacientes que aún estén levantados.
-Control de líquidos, diuresis y deposiciones.
-Firmar tareas y apuntar posibles cambios en las fichas de pacientes y ficha de turno.

Turno noche:
En el turno noche se priorizará el descanso de los pacientes de la planta. Se intentará realizar el ruido mínimo posible para facilitar el descanso.
Se ayudará a la enfermera con la distribución de medicación y se atenderá a los timbres.

Tareas principales:
-Cambios posturales a las 12:00 y a las 4:00 junto con cambio de pañal a quien lo precise.
-Organizaremos los carros de lencería
-Limpieza de cuña y botellas en el sucio.
-Limpieza de instrumental y colocación para llevar a esterilización.
-Control de líquidos y diuresis.

En cada turno estaremos pendientes de reposición de carros y almacén de limpio.

En todo momento se estará pendiente del dolor y del Estado emocional del paciente por si precisara de más analgesia, algún tranquilizante y de nuestro apoyo emocional.

Tendremos una constante comunicación con la familia para ofrecerles apoyo psicológico y guiarles durante el proceso de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos en trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Paliativos es de una constante presencia con el enfermo y familia. Podríamos decir que es la figura que más tiempo pasa junto con el paciente.

Es primordial estar con una actitud positiva y transmitir seguridad para ofrecer tranquilidad tanto al enfermo como a la familia.

6 Bibliografía

- Codem. es
- Who. int
- Caib.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 620

CONSECUENCIAS DEL TRABAJO NOCTURNO EN EL PERSONAL SANITARIO.

ANA BELEN TRELLES RODRIGUEZ

ANDREA GARCÍA TORRE

JUANA MARÍA VILLAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

La mayoría de los países desarrollados experimentan un envejecimiento progresivo y constante de la población que con lleva al aumento considerable del número de trabajadores en edades comprendidas entre los 50 y 65 años , y no es el sector sanitario una excepción. En el caso de la enfermería se suma la turnicidad (turno mañana, tarde, noche). En esta revisión se pretende exponer los riesgos del trabajo nocturno en la sanidad.

2 Objetivos

Describir el riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de Enfermería. Se realizó una revisión en diversas bases de datos, y de ahí se extrajo lo más relevante para la construcción de la información contenida. Se establece que los principales trastornos asociados a los trabajos de noche giran en torno a problemas gástricos, y del sistema cardiovascular. De igual manera hay importantes alteraciones asociadas a la pérdida del vínculo familiar y la interacción

social. Se concluye que el trabajo de noche no solo posee un impacto fisiológico, sino psicológico y social, lo que hace necesario la implementación de políticas en salud que mitiguen los factores de riesgo asociados.

Palabras clave: Trabajo Nocturno, Salud Laboral, Riesgo.

3 Metodología

Análisis y revisión bibliográfica de la narrativa publicada en diversas bases de datos como PubMed, Sciielo y Medline que estudian y hacen mención al trabajo en turno nocturno.

De los resultados obtenidos se seleccionaron 10 artículos de diverso abordaje metodológico, que cumplían los criterios de inclusión: formato a texto completo, acceso libre y publicado en los últimos 10 años. Los principales criterios para excluir las publicaciones restantes fueron la duplicidad de información y el año de publicación de estos.

4 Resultados

Cuando dormimos, con el sueño, conseguimos un estado en el que se producen muchos cambios en nuestro cuerpo de tipo fisiológicos, tanto en respiración, funcionamiento cardiaco, temperatura, tono muscular, función hormonal y tensión arterial. Los trastornos del sueño por alteración del ritmo circadiano incluyen insomnio y somnolencia excesiva diurna que con el tiempo hace aumentan las enfermedades crónicas (Diabetes, obesidad, hipertensión arterial) así como el peligro de padecer depresión, todo ello conlleva a un aumento e incluso abuso de medicamentos que consigan aliviar nuestro malestar, provocando también trastornos gastrointestinales, siendo la úlcera péptica hasta 3 veces más frecuentes en trabajadores a turnos.

Se aumenta la falta de satisfacción laboral, más absentismo y menor rendimiento en el trabajo.

Los mayores efectos negativos aumentan cuando a esto se le suma a parte del tiempo en que realicemos estos turnos, el aumento de edad del trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios realizados en los últimos años avalan que la interrupción de los ritmos circadianos en el personal sanitario producen efectos negativos en la salud del trabajador, provocando cambios neurobioquímicos y aumentando enfermedades crónicas y aislamiento social, y teniendo un efecto muy negativo tanto para la persona como para el paciente al que hay que atender.

6 Bibliografía

- Ramírez-Elizondo Noé, Paravic-Klijn Tatiana, Valenzuela-Suazo Sandra. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. Index Enferm [Internet]. 2013 Sep [citado 2020 Ene 28] ; 22(3): 152-155.

Capítulo 621

QUIRÓFANO: CONDICIONES FÍSICAS, DISEÑO, ASEPSIA Y VESTIMENTA.

JESSICA NUÑEZ BERMUDEZ

DAMIÁN PASCUAL ÁLVAREZ

BIANCA GONZÁLEZ PINTADO

CLAUDIA LEIRÓS DÍAZ

LAURA LEIROS GARCIA

1 Introducción

El quirófano es un área dentro de cualquier centro sanitario en el que se atienden intervenciones programada o de urgencia, donde los pacientes pueden quedar hospitalizados o ser una cirugía ambulatoria.
Cada centro organiza el quirófano por especialidades o tipos de cirugía, aunque todos ellos contaran con un material básico para cualquier intervención y una organización clave. Dicha área quirúrgica tiene que quedar distribuida de tal manera que haya poca distancia a los servicios anexos tales como la Unidad de Cuidados intensivos (UCI) y el servicio de urgencias.
En el área quirúrgica se pueden contraer las enfermedades nosocomiales, estás son infecciones hospitalarias que se adquieren en el propio hospital o más tarde en su domicilio. Por ello, se tiene que tener en cuenta una serie de conceptos mencionados y definidos a continuación:

LIMPIEZA: Eliminación de agentes infecciosos y sustancias orgánicas mediante fregado y lavado con agua, jabón o un detergente adecuado o mediante aspiración, de superficies en los cuáles éstos pueden encontrar condiciones óptimas para sobrevivir y multiplicarse.
DESINFECCIÓN: Eliminación o destrucción de microbios perjudiciales, pero que habitualmente no son esporas. Se realiza mediante la utilización de calor o sustancias químicas.
ESTERILIZACIÓN: Empleo de un procedimiento fisicoquímico que destruye toda la flora microbiana, incluidas las esporas bacterianas, altamente resistentes.
Otro término importante en el área quirúrgica es la asepsia conocida como la condición libre de microorganismos que producen enfermedades o infecciones.

2 Objetivos

Generales:
-Conocer las condiciones generales y los conceptos básicos para el personal sanitario referente al área quirúrgica

Específicos:
-Analizar la estructura, el diseño del área quirúrgica, así como también las condiciones físicas ideales.
-Determinar la vestimenta que tiene que llevar cada profesional sanitario.
-Detallar los distintos protocolos a seguir para evitar las enfermedades nosocomiales.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión de la literatura científica en la que emplee desde mediados de diciembre 2019 a finales de enero 2020 a través de:
Estructura y organización quirúrgica. Magdalena Jordán Valenzuela, María del Carmen Esquinas muñoz y Francisco Cordón Llera. Formación Continuada Logoss. 2010
Asepsia quirúrgica. Francisco Cordón Llera, Gustavo M. Contreras Martos y José María Garrido Miranda. Formación Continuada Logoss. 2010
Además, se consultaron diversas revistas sanitarias con la temática en cuestión con el objetivo de ampliar la información adquirida.
Los criterios de selección de estudios han sido los siguientes:
Criterios de exclusión:

Por vocabulario muy técnico
Por estar publicados en otro idioma
Por tener una temática distinta a la tratada
Criterios de inclusión:
Por vocabulario de fácil comprensión
Por idioma castellano
Por estar relacionados con la temática tratada

4 Resultados

DISEÑO DEL ÁREA QUIRÚRGICA
El quirófano debe de estar separado del tránsito de gente que permanece en el centro hospitalario.
El área quirúrgica está separada en zonas organizándose de menor a mayor asepsia, estas son: zonas de servicios, zona sucia, zona limpia y zona estéril.

Zona de servicios: dónde se encuentran los vestuarios clasificándose en femenino y masculino de los profesionales que trabajan en la unidad. Es aquí donde los profesionales dejan su vestimenta de la calle y ponen su uniforme de quirófano usando siempre un uniforme limpio, nunca usando el del día anterior, aunque parezca que no tiene manchas visibles.

Zona sucia: Se encuentran 3 estancias principales: El almacén de limpieza donde se guardan los productos de limpieza propios de la unidad, teniendo en cuenta las condiciones que aparecen en su etiquetado. El vertedero donde se introducen los desechos que no se clasifican para otro tipo de residuo peligroso o que se tenga que procesamiento especial, aquí se encontrarían por ejemplo los residuos sanitarios asimilables a urbanos o los residuos clínicos o biológicos y por última estancia el montacargas utilizándose como aparato para recibir y enviar el material quirúrgico.

Zona limpia: Comprende las salas de estar del personal, los despachos tanto para los facultativos como para el supervisor de enfermería, los almacenes del material para abordar el stock del material quirúrgico para que no falten durante la jornada laboral, la sala de preoperatorio donde se instala al paciente antes de la entrada al quirófano y la sala de recuperación en la que se conoce como Unidad de reanimación post-anestésica (URPA) posee intercomunicación con el quirófano, tiene un tamaño considerable proporcional al número de quirófanos ubicados en la unidad quirúrgica a la que pertenezca, teniendo en cuenta que dicha

sala se encuentra dentro del área quirúrgica. Forma parte del mobiliario, material y aparataje que tiene que tener una sala de reanimación: camas, tomas de aspiración y oxígeno, monitores de constantes vitales, baromanómetros (manguitos para la toma de la tensión arterial), pulsioxímetro, carro de paradas, desfribilador, respiradores y equipos de inhalación, electrocardiográfico, glucómetro, termómetros, fonendoscopio, bombas de infusión, material textil (sábanas, mantas, pijamas, batas, etc.)

Zona estéril: Engloba el propio quirófano, las características de esta dependencia se explicará en el apartado posterior, el antequirófano son salas consideradas estériles, ubicadas junto a los quirófanos donde se ponen los materiales comúnmente más usados en las intervenciones quirúrgicas y las salas de lavado quirúrgico disponen de amplios lavabos con grifería que se acciona con los pies o los codos, del mismo modo de acción que los lavabos se encuentran los dispensadores de jabón, también encontraremos dispensadores de cepillos para realizar el lavado exhaustivo de manos y antebrazos.

DISEÑO DEL PROPIO QUIRÓFANO
Se encuentra en un área restringida o estéril. Entre sus peculiaridades destaca, el suelo, techo y paredes revestidos con material no poroso, este tipo de material facilita una óptima limpieza y evita depositarse suciedad y microorganismos. Además, este material debe de ser ignifugo y antideslizante.
Los quirófanos deben de tener un tamaño mínimo aproximado de 36-40 m2 , presentar estas dimensiones es muy importante para evitar el contacto del personal estéril con el personal no estéril durante el desarrollo de la intervención
Las puertas deben de ser correderas o en su defecto de vaivén para no tener que tocar con las manos ni las manivelas ni el cierre. Una vez que el paciente este en la sala de operaciones, la puerta debe de evitarse o limitarse la apertura hasta la finalización de la intervención.
Por ello, algunas de las medidas de control para infecciones contempladas en el diseño son:
Paredes lisas fácilmente lavables
Armarios empotrados para facilitar su limpieza
No debe de haber ventanas al exterior
Puertas corredizas
Buen sistema de filtro de aire
Fuentes de iluminación fijas al techo mediante soporte único en contraposición a las que van montadas sobre rieles

El sistema de eliminación de los materiales contaminados debe ser estandarizado

CONDICIONES FÍSICAS DE LA SALA DE OPERACIONES

ILUMINACIÓN

La iluminación del quirófano es totalmente artificial puesto que no dispone de ventanas exteriores que permitan la iluminación natural. Son lámparas halógenas ya que ofrecen una luz menos fatigante, proporcionando más intensidad de luz y emitiendo menos energía calorífica.

TEMPERATURA

La temperatura ideal debe variar entre los 20-24oC. Una temperatura inferior sería demasiado fría tanto para el paciente como para el personal y una temperatura más alta podría ocasionar malestar por exceso de calor durante la intervención.

VENTILACIÓN

Los sistemas de ventilación filtran el polvo del aire. El aire es introducido en la sala de operaciones mediante presión positiva, esto facilita la salida de aire del quirófano y no que entre el aire, con lo que se consigue la entrada de microorganismos.

HUMEDAD

El porcentaje de humedad ambiental relativa en el quirófano debe oscilar entre 50-60%. Con esta humedad, se reduce el riesgo de explosiones de los gases anestésicos y también disminuye el crecimiento bacteriano y minimiza la electricidad estática.

ASEPSIA QUIRÚRGICA

La asepsia quirúrgica es la esterilización completa y la ausencia total de bacterias en un área. Esto es muy importante llevarlo a cabo en la sala de operaciones.
La técnica aséptica se emplea antes que los microorganismos perjudiciales hayan tenido oportunidad de aparecer y asentarse en un área. Lo hay que evitar es la invasión, transporte y crecimiento. El pilar fundamental de la asepsia es el lavado de manos el cual es un proceso dirigido a eliminar el mayor número posible de microorganismos de las manos y antebrazos mediante lavado mecánico y antisepsia química antes de participar en el procedimiento quirúrgico.

VESTIMENTA QUIRÚGICA

La vestimenta de la unidad quirúrgica es especial al resto de unidades hospitalarias, debido a que el uniforme quirúrgico tiene unas medidas de asepsia que

debemos mantener y nunca debe de salir de esta unidad para realizar otras tareas y volver a entrar a quirófano a seguir la jornada laboral con el mismo equipamiento.
Uniforme: La vestimenta es un pijama igual al resto de las unidades del hospital, unisex y generalmente de color verde o azul.
Mascarilla: Existen varios tipos de mascarillas: de tela que son reutilizables y las de papel son desechables. Debe de ir bien colocada cubriendo nariz, boca y mentón. Hay que cambiarla por otra cada vez que se humedezca por el uso, debido a que si se humedece pierde la barrera de aislamiento. Deben de cambiarse entre intervenciones.
Calzas: Son material desechable, todo el personal que accede a las áreas restringidas de la zona quirúrgica debe ponerse unos calzos, sobre el calzado que lleve puesto.
Gorro: Esta vestimenta debe de colocarse antes de la ropa de quirófano, evitando la contaminación de la casaca del uniforme. Hay que colocarlo de manera que tape todo el cabello, quedando bien ajustado y cómodo. Existen de tela y de papel.
Estas vestimentas anteriormente mencionadas son comunes a todos los profesionales que entren en el área quirúrgica. Además, existen estos que se mencionan a continuación que son ropas complementarias a la unidad:

Batas: estas son colocadas solo para el personal que forma el equipo estéril. Pueden ser de tela que son reutilizables o desechables de papel, estas últimas son las más comunes. Debe de cubrir completamente el uniforme y llegar al menos por debajo de las rodillas, los puños son elásticos para quedar ajustados. Ira cerrada por detrás y lisa entera por delante.
Pantallas y gafas protectoras: Se usas siempre que sea previsible producirse salpicaduras de sangre, fluidos corporales u otros materiales orgánicos. La diferencia que existe entre las pantallas y las gafas es que las primeras nos protegen toda la cara mientras que las gafas nos protegen la mucosa ocular.
Delantales: Existen distintos tipos según la función a desempeñar, los hay antilíquidos y los hay de plomo, utilizados para cuando vayan aplicar rayos x.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios y no sanitarios que puedan estar en las unidades quirúrgicas de cualquier centro sanitario deberían de tener los conocimientos mínimos sobre las precauciones que hay que tener en un área o en una sala de operaciones.

Teniendo un conocimiento de todo lo tratado en este capítulo, se llevaría y se evitarían muchas infecciones nosocomiales con una buena asepsia y buen desempeño de algo tan básico y esencial como es el lavado de manos.
Otro pilar fundamental del personal de un hospital que debería tener una buena formación para llevar a cabo la desinfección del área seria los profesionales de la limpieza, de los que muchas veces nos olvidamos y en estas secciones es clave explicarles estos términos relacionados con sus funciones.

6 Bibliografía

-Coord. Gutiérrez López, Enrique. Técnicas básicas de enfermería. Bloque temático IX: los cuidados quirúrgicos. -Editorial Editex. 2006
-Pozuelo Paje, Soledad. Enfermería en quirófano. Conceptos fundamentales. Ediciones Toray, S.A. Barcelona. 1998.
-M.A. Avilés Parras. A. Trujillo González. G. Cobo Pérez. Normas de asepsia en quirófano. Control de infecciones y principios de técnica estéril. Sepsis, esterilización y desinfección. Lavado quirúrgico de manos. Formación Continuada Logoss. 1ª edición, marzo 2009.

Capítulo 622

PRUEBAS Y PREOPERATORIO DE UNA CIRUGÍA OCULAR

BIANCA GONZÁLEZ PINTADO

JESSICA NUÑEZ BERMUDEZ

CLAUDIA LEIRÓS DÍAZ

LAURA LEIROS GARCIA

DAMIÁN PASCUAL ÁLVAREZ

1 Introducción

La planificación de una cirugía ocular cuenta con un protocolo que incluye múltiples pruebas que hay que realizar anteriormente ya que hay que manejar diferentes datos y para ello se utilizan diferentes técnicas exploratorias, diferentes tipos de colirios según la patología a tratar y distintos tipos de administración. No todas las cirugías requieren de los mismos técnicas exploratorias ya que cada una vale para distintas patologías; las hay especificas para retina, patología de Glaucoma y patología de Cornea.

Antes de recurrir a la cirugía ocular si la patología lo permite se intentara utilizar medicación vía tópica (colirios, geles o ungüentos que llevan una pauta de horario y tiempo de inicio y finalización), vía intraocular (mediante inyecciones intraoculares con la concentración del fármaco que se desea), vía periocular (inyecciones en las estructuras adyacente al globo ocular) y vía sistémica (mediante fármacos administrados vía oral o vía endovenosa).

2 Objetivos

Objetivo general:
- Describir el protocolo de actuación que debe llevarse a cabo para la realización de un correcto preoperatorio en cirugía oftalmológica.

Objetivos específicos:
- Enumerar los diferentes tipos de pruebas diagnósticas que deben llevarse a cabo con anterioridad a la realización de distintos tipos de cirugía oftalmológica.
- Realizar una breve descripción sobre cada una de las pruebas diagnósticas analizadas.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos científicas PubMed y Dialnet, utilizando como descriptores las palabras clave: planificación, datos, técnicas, cirugía, patología y exploración. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos seis años.

La búsqueda bibliográfica se realizó durante la primera semana de diciembre de 2019 y se extendió hasta el mes de enero de 2020. En primer lugar, se procedió a realizar la revisión sistemática en bases de datos nacionales "Dialnet" para, posteriormente, ampliar el campo de búsqueda usando para ello bases de datos internacionales tales como "Pubmed".
Los criterios de selección de estudios empleados fueron los siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:
- Artículos directamente relacionados con la temática en estudio.
- Disponibles en texto completo.
- Publicados con posterioridad al año 2014.
- Realizados en humanos.
- Idioma: español
- Tipo de artículos: revisiones bibliográficas y guías de práctica clínica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:
- No relacionados con el objetivo de nuestra investigación.
- Publicados con anterioridad al año 2014.
- Artículos a los que no se tuvo acceso de forma gratuita.

La lista de artículos científicos resultantes de la búsqueda bibliográfica fue evaluada y clasificada en una primera fase comprobando que cumplieran los requisitos de la búsqueda y se adecuarán a los criterios de inclusión previamente establecidos, analizando únicamente el título, el resumen y la introducción previa. En una segunda fase, se analizaron más minuciosamente los artículos científicos para, finalmente, reevaluar su definitiva aceptación/inclusión o exclusión.

Se obtuvieron un total de 59 artículos, de los cuales en una primera fase de lectura crítica se excluyeron 49 al no cumplir los criterios de inclusión ni los requisitos de la revisión bibliográfica que se preestablecieron.

Finalmente, 10 artículos fueron seleccionados para la realización de la presente investigación.

4 Resultados

El objetivo fundamental del preoperatorio es conseguir con la mayor exactitud posible los datos necesarios para la posterior cirugía que se solicita teniendo en cuenta utilizar técnicas mínimamente invasivas ya que por lo general son ojos delicados con patologías acentuadas. Además se valorará si la cirugía es necesaria o se puede solventar la patología con otro procedimiento menos traumático como puede ser un tratamiento temporal a base de colirios, inyecciones intravítreas o alguno de los ya citados anteriormente.
Otro fin que se persigue es que la cirugía dure lo menos posible y sea lo menos traumática y mediante las técnicas necesarias según el tipo de patología se conseguirá saber el lugar exacto en el cual se debe trabajar y valorar con qué tipo de materiales se trabajará como por ejemplo en las vitrectomías que se sustituirá el humor vítreo por gas o por aceite de silicona (según lo que se determine al obtener todas las pruebas solicitadas).

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
Los pasos a seguir para la realización de un correcto preoperatorio serían los siguientes:
- Tras la anamnesis, se le realizara al paciente una exploración física y posteriormente se le someterá a un tipo de exploración que es común para todo tipo de pacientes independientemente de su patología:
1. Graduación óptica
2. Toma de agudeza visual (AV)
3. Evaluación de la motilidad extrínseca e intrínseca de las pupilas

4. Se medirá la presión intraocular
5. Mediante la lámpara de hendidura se examinará el segmento anterior y el polo posterior

- Una vez realizada la exploración común y se hayan obtenido los datos necesarios se realizarán las exploraciones específicas para cada tipo de patología:
1. Retina: Campimetría o perimetría, retinografía, angiografía y tomografía de coherencia óptica.
2. Glaucoma: Campimetría o perimetría.
3. Córnea: Microscopía especular (contaje endotelial) y topografía corneal.
4. Patología del nervio óptico: Campimetría o perimetría, angiografía y tomografía de coherencia óptica.

Un breve resumen acerca de las técnicas citadas anteriormente sería el siguiente:
-Graduación óptica y agudeza visual (AV): Mediante optotipos que son láminas con figuras, letras o números colocados en filas que van variando su tamaño.
-Motilidad de las pupilas: Mediante la dilatación con diferentes colirios la pupila aumenta de tamaño y es más sensible a la luz. El facultativo utilizará diferentes utensilios para dicha exploración.
-Presión intraocular: Mediante tonómetros se medirá la presión que hay dentro del globo ocular. El resultado se expresará en milímetros de mercurio (MmHg).
-Exploración con lámpara de hendidura: Permitirá una visión de estructuras microscópicas con una visión directa de forma tridimensional. Es el método más importante de exploración en la especialidad.
-Campimetría o perimetría: Examen que mide las alteraciones del campo visual (porción del espacio que es capaz de captar el ojo inmóvil en un momento dado.
-Retinografía: Fotografía del fondo del ojo que según lo que se quiera observar se utilizaran colirios midriáticos o no.
-Tomografía de coherencia óptica (OCT): Mediante un tomógrafo y luz se obtienen imágenes de la retina y del nervio óptico. Permite detectar aumentos o atrofias de las diferentes capas de la retina.
-Angiografía: Exploración para estudiar los vasos sanguíneos en la cual tenemos que inyectar fluoresceína por vía intravenosa.
-Topografía corneal: Mediante luz se obtiene la imagen de la superficie de la córnea y se consigue el grosor de la córnea y la profundidad de la cámara anterior.
-Microscopía especular: Se obtiene una imagen del endotelio de la córnea mediante haces de luz. También permite contar el número de células de dicho endotelio.

5 Discusión-Conclusión

Con el avance de la tecnología, la creación de nuevos aparatos exploratorios y diferentes estudios del ojo se ha demostrado que las pruebas preoperatorias cada día son más completas y permiten conocer más datos interesantes del ojo que se desea intervenir evitando intentos y cirugías innecesarias que generan trauma y castigo en el globo ocular además de un importante gasto económico.

En la actualidad en esta rama se están estudiando diferentes avances como el uso de células madre del epitelio limpico para la regeneración de la cornea y el uso de las mismas para la regeneración del iris y la retina. Otro de los grandes avances en los que se está estudiando es la visión artificial mediante dispositivos extraoculares que generan descargas eléctricas en el cerebro. Cada día la medicina oftalmológica escala un nuevo escalón.

6 Bibliografía

- Molina P, Caridad E, León Veitía L. La fotografía de fondo de ojo como método de diagnóstico en el glaucoma. Medicentro Electrónica. Marzo de 2017; 21(1):3-10.
-Fernández Cuenca, S., Blánquez Sánchez, V., José Hurtado, F. Estudio comparativo de medidas de espesor corneal medinte paquimetría ultrasónica, topografía corneal y tomografía de coherencia óptica de polo anterior – Página 1-2. 2014.
- González Meijome, J.M., Martins Jorge, J.M. Tonometría no invasiva. Precisión, ventajas y limitaciones – Página 1. Gaceta Óptica. 2018.
- Colomé J, Martínez I, Martorell MC, Romero P. Evaluación objetiva de la aplicación de colirios en personas mayores de 65 años. Arch Soc Esp Oftalmol. [Internet] 2014; 89 (5).
- Maldonado López, M. J., & Pastor Jimeno, J. C. (2012). Guiones de Oftalmología. Madrid: McGraw-Hill.
- Kanski, J. J. Desprendimiento de retina. En J. J. Kanski, Oftalmología Clínica (págs. 356-396). Madrid: Elsevier.2015.

Capítulo 623

UNA BUENA HIGIENE DE MANOS; MUY IMPORTANTE EN NUESTROS HOSPITALES.

LILIAN GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.
El uso de soluciones alcohólicas para el lavado de manos constituye una alternativa a tener seriamente en cuenta en la higiene de las manos en la actualidad.

El objetivo del lavado de manos se resume en:
- Disminuir el número de microorganismos en las manos
- Disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos a los pacientes
Disminuir el riesgo de transmisión cruzada entre pacientes
- Disminuir el riesgo de infección entre trabajadores sanitarios
- Disminuir el riesgo de transmisión de infección a uno mismo

Debemos hacer el lavado de manos:
• Al inicio de la jornada.
• Después de tocar material sucio.
• Después de tocar fluidos corporales.
• Después de ir al baño.

• Después de toser o estornudar, ya que usamos nuestras manos como barrera, por lo que debemos eliminar por arrastre los microorganismos que quedan en ellas.
• Antes y después de atender a cada paciente. Aquí resultan inaceptables las excusas de que no hubo tiempo, u otras, para el lavado de manos correspondiente.

Tenemos varios tipos de lavado de manos, como:

LAVADO RUTINARIO

Su objetivo es eliminar la flora transitoria de las manos, la suciedad y materia orgánica, impidiendo la contaminación cruzada. Tiene una duración de 40 a 60 segundos.

TÉCNICA:

0. Mójese las manos con agua.
1. Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.
2. Frótese las palmas de las manos entre sí.
3. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
4. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
5. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
6. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
7. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
8. Enjuáguese las manos con agua.
9. Séquese con una toalla desechable.
10. Utilice la toalla para cerrar el grifo.

HIGIENE DE MANOS CON SOLUCIONES ALCOHOLICAS

Este lavado se realiza con alcoholes y con una duración de 20 a 30 segundos.

TÉCNICA:
1. Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar.

2. Frótese las palmas de las manos la una con la otra.
3. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa
4. Frótese las palmas de las manos con los dedos entrelazados.
5. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
6. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
7. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
8. Una vez secas, sus manos son seguras.

LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

Se trata del cepillado y la fricción en manos, brazos y antebrazos antes de la cirugía.
Su objetivo es eliminar la flora bacteriana transitoria y el máximo posible de la flora bacteriana residente de las manos, disminuir el riesgo que existe de contaminación en la herida quirúrgica, así como del instrumental y equipo.
Se utiliza lavado quirúrgico, jabonera automática, cepillos estériles, con un cepillo con una esponja de poliuretano y el jabón que brinde protección a largo plazo. También es necesario disponer de un limpiador de uñas.

TÉCNICA:
- Mantener libre de lesiones la piel de manos y antebrazos; uñas cortas sin esmalte y con espacios subungueales limpios. Quitarse el reloj y las joyas de las manos.
2.- Realizar la higiene de manos convencional.
3.- Tomar el cepillo estéril y verter en el mismo jabón o solución antiséptica.
4.- Hacer el lavado quirúrgico en tres tiempos, según las indicaciones específicas de los agentes destructores.
• Primer tiempo.
Se comienza el proceso con movimientos rotatorios, primero desde los espacios ungueales, continuando con los dedos y los espacios interdigitales de la cara interna y externa a partir del dedo pulgar, prosiguiendo con la palma el dorso, hasta la muñeca. Al finalizar esta actividad, se enjuaga el cepillo y se deja actuar el jabón, de acuerdo a las recomendaciones del fabricante, pasando luego a la otra extremidad y repitiendo los pasos correspondientes.
• Segundo tiempo.

El proceso debe de ser repetido pero esta vez hasta la parte superior del antebrazo en las dos extremidades, de igual forma enjuagando las dos extremidades al final para dejar actuar el jabón o la solución antiséptica.
• Tercer tiempo.
Volver a repetir los pasos pero esta vez hasta arriba del codo con movimientos rotatorios y procediendo con las dos extremidades, y enjuagando al final y dejando actuar el jabón.
5.- Enjuagar y dejar caer el cepillo en el lavabo, conservando las extremidades hacia arriba a la altura de los hombros y retirarlos del cuerpo hasta pasar a la sala de operaciones.
6.- Tomar una toalla estéril y secar las extremidades de los dedos dirigiéndose al tercio inferior del brazo. Esto para evitar que regresen los microorganismos removidos tras el arrastre mecánico del agua.

2 Objetivos

- Describir la técnica del lavado de manos y su importancia.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

-Protocolo de Lavado de manos y uso correcto de guantes en Atención Primaria de Asturias; Web Organización; -Técnicas Básicas De Enfermería. C Guillamas, E. Gutiérrez, A. Hernando, Mª J. Méndez, G. Sánchez-Cascado; Mundial de la Salud; Comité De Prevención Y Control De Infecciones Intrahospitalaria – INMP.

Capítulo 624

PROTECCIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

ANA BELÉN ÁLVAREZ SUÁREZ

MARÍA JESÚS ALVAREZ SÁNCHEZ

MARIA JESUS GARCIA GONZÁLEZ

YANIRA LÓPEZ PARRONDO

MONICA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La protección de datos personales es un derecho fundamental recogido en el art.18.4 de la Constitución Española y regulado por el Parlamento Europeo de protección de datos (RGPD), La Ley General de Protección de Datos y su Reglamento de Desarrollo.

Esta normativa afecta a las profesionales que intervienen en el sector sanitario, a las clínicas, hospitales, laboratorios, centros médicos y a las instituciones sanitarias.
En este caso en particular, la normativa de protección de datos se complementa con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre, la cual se encarga de regular los derechos y las obligaciones en materia de información y documentación clínica en la que se regula su historial.

El término confidencia significa, según la Real Academia de la Lengua Española , revelación secreta, noticia reservada y también confianza estrecha e íntima. De esta palabra deriva confidencialidad como “cualidad de confidencial”.

La intimidad es un valor ético y jurídico amparado por la ley que comprende aquella zona reservada de una persona, cuyo allanamiento solo puede justificarse por derechos superiores de otros o el bien común, como el caso de salud pública.

La confidencialidad podría definirse como, el derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados intimidad y cumplan con el deber de secreto.con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto.

2 Objetivos

-Evaluar el derecho a la protección y confidencialidad de datos del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados óptimos referentes a la protección y confidencialidad de datos en el ámbito sanitario son los siguientes:

- Los datos son tratados de manera lícita, leal y transparente en relación con el interesado.

- Limitación de su finalidad: se recogerán con fines determinados, explícitos , y no serán usados posteriormente para finalidades incompatibles con dichos fines. Si hemos consentido en la utilización de nuestros datos para fines de una concreta investigación científica (por ejemplo, cáncer de colon), se podrán utilizar

para otras investigaciones oncológicas. Esta segunda utilización no se considera incompatible.

- Minimización de datos: solo se van a utilizar los datos adecuados pertinentes, y limitados a lo necesario en relación con los fines para los que son tratados; es decir, que solo se recogerán, en general, los datos mínimos necesarios para prestar la mejor asistencia sanitaria. Aunque esta información puede ser amplia dada la variedad de factores que pueden afectar a la salud (comida, bebidas, antecedentes familiares, hábitos…).

- Exactitud: los datos recogidos en las bases de datos sanitarias serán exactos y, si fuera necesario serán actualizados. Se adoptarán todas las medidas razonables para que se supriman o rectifiquen sin dilación los datos personales inexactos con respecto a los fines para los que se tratan.

- Limitación del plazo de conservación: mantenidos de forma que se permita la identificación de los interesados, durante no mas tiempo del necesario para los fines del tratamiento de los datos personales.

- La historia clínica debe conservarse durante todo el tiempo que se va a prestar asistencia sanitaria; para facilitarla a los órganos judiciales, si así lo solicitan, para efectuar estudios epidemiológicos, docencia e investigación. En este último supuesto, podrían pseudonimizarse, es decir, separar los datos identificativos del paciente de los de salud, aunque puedan volver a asociarse si es necesario.

- Integridad y confidencialidad: serán tratados de tal manera que se garantice una seguridad adecuada de dichos datos, incluida la protección contra el tratamiento y acceso no autorizado o ilícito y contra su pérdida, destrucción o daño accidental, mediante la aplicación de medidas técnicas u organizativas apropiadas.

La nueva normativa ya no establece las medidas de seguridad por niveles, si no que prevé que se apliquen medidas en función del riesgo que pueda ocurrir en el tratamiento de los datos.
Por lo tanto, atendiendo a esto, en el caso del tratamiento de los datos en el ámbito sanitario, el riesgo es enorme, por lo que habrá que diseñar una metodología de medidas organizativas y de seguridad conforme a dicho riesgo:

- Evaluación del impacto: realizando un análisis del riesgo, cuyo objetivo es permitir a los responsables del tratamiento de datos, tomar medidas adecuadas para reducir dichos riesgos (minimizar la materialización y las consecuencias negati-

vas para los interesados).

- Registro de las actividades de tratamiento: los responsables y los encargados están obligados (siempre en los casos del tratamiento de datos de salud, genéticos o biométricos con independencia de emplear o no, a mas o menos de 250 personas), a mantener un registro de las actividades de tratamiento que realicen.

- Delegado de protección de datos: se deberá contar con un delegado de protección de datos, ya que así lo exige la nueva normativa comunitaria.
Los centros sanitarios legalmente obligados al mantenimiento de las historias clínicas de los pacientes, tendrán que tener nombrado un DPD (delegado de protección de datos), y comunicar dicho nombramiento a la AEPD (Agencia Española de Protección de Datos).

Garantizar los derechos ARCO: los pacientes podrán ejercitar libremente su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de su historia clínica.

- Velar por el cumplimiento de la normativa de la protección de datos en el tratamiento de datos de salud.

- Proteger los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de la sanidad, recogidos fundamentalmente en la normativa sectorial sanitaria (por ejemplo: el derecho a recibir información o no recibirla sobre su enfermedad, a que se informe o no a familiares o a terceros, a que se solicite su consentimiento para someterse a una operación…). Algunos de estos derechos son conocidos como derecho de autonomía del paciente.

- La NO-VULNERACIÓN de la "Historia Clínica" del paciente, es decir, toda su información personal (nombre, apellidos, DNI, dirección, teléfono, nº de tarjeta sanitaria, etc…) así como toda la información acerca de su estado de salud, tales como pruebas diagnósticas, cirugías, medicamentos, antecedentes familiares, etc.

- Garantizar que, exclusivamente que las personas que tengan acceso a los datos del paciente, sean profesionales sujetos a la obligación del secreto profesional o que estén bajo su responsabilidad.

- Establecer que el responsable del tratamiento de los datos que forman parte de la historia clínica es el médico o el centro sanitario, público o privado; éstos tienen la obligación de elaborarla, custodiarla e implantar las medidas de seguridad necesarias para que no se extravíe o sea accedida por terceros.

- Obligatoriedad de que en cada centro sanitario exista una “hoja de información al paciente”, en la que se solicita su autorización para el tratamiento de sus datos.

5 Discusión-Conclusión

Desde los tiempos mas antiguos se ha considerado que los profesionales de la salud tienen la obligación ética de mantener el secreto de todo aquello que conocen en el ejercicio de su profesión (Juramento Hipocrático). Con esta confianza el paciente se acerca a los profesionales sanitarios que han desarrollado códigos deontológicos dentro de sus profesiones, puesto que no protegemos datos personales, protegemos personas, y nuestros pacientes, como personas que son, siempre serán los titulares de su información personal, estén capacitados o no. De no estar capacitados habría que respetar sus voluntades previas, tanto si los hubiesen expresado anteriormente en el pasado ante los profesionales, como por conocimiento de los mismos por parte de sus representantes.

Para optimizar objetivos y resultados, los profesionales necesitan un formación continuada, adquirir conocimientos y herramientas teóricas acerca de la intimidad y confidencialidad dentro del marco ético, deontológico y jurídico, a fin de evitar la fuga de datos confidenciales, por causa de determinadas actitudes, prejuicios, y desconocimiento de las consecuencias, legales y las no legales que la vulneración del derecho a la intimidad/confidencialidad podría ocasionar, recogido como un derecho fundamental por parte de La Declaración de los Derechos Humanos.

Desde el punto de vista jurídico existe el Secreto Profesional, que nace de una promesa tácitamente formulada al conocer los profesionales de la salud una serie de informaciones confidenciales del paciente mediante el ejercicio de su profesión.

Se apoya en una serie de principios jurídicos que regulan el secreto de acuerdo con distintas normativas: internacionales, comunitarias, nacionales y autonómicas,

El incumplimiento del secreto se considera un delito duramente castigado con la ley, si bien no constituye una obligación absoluta, pudiendo revelarse información confidencial cuando existan razones fundadas para ello.

Con la entrada en vigor en nuestro país de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones

en Materia de Información y Documentación Clínica, se recuerda el derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos sanitarios, datos que afectan de lleno a la esfera mas personal e íntima de la persona.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, artículos 10 y 61 (B.O.E. nº 102 de 29 de abril de 1986)
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (B.O.E. nº 274 de 15 de noviembre de 2002.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 625

LA DERMATITIS ATÓPICA EN LOS NIÑOS

MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA

ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO

VERONICA VILLA CASTRESANA

SANDRA MORO ESPINEL

1 Introducción

La dermatitis atópica es un trastorno inflamatorio crónico de la piel que se manifiesta en forma de brotes de inflamación de la piel(eccema) de forma recurrente. Se caracteriza por placas de piel enrojecida, intenso picor y piel seca que cursa brotes y se intercala con períodos de tiempo sin síntomas.

Las áreas de aceptación varían con la edad de los niños, en lactantes suele ser más frecuente en las mejillas, cuello y zona de extensión de codos y rodillas. En niños mayores de dos años suelen ser más frecuentes en las zonas de flexión de estas regiones y en el tronco.

Es un trastorno cuyas manifestaciones suelen mejorar a lo largo de la infancia.

Existen muchos desencadenantes:
-Con el exceso de calor y sudoración empeoran.
-El estrés, sobre todo en adolescentes.

-Baja húmedad: los ambientes secos, calefacciones o aires acondicionados empeoran el estado de la piel.
-Irritantes: jabones con perfumes, colonias, tejidos sintéticos.

Sus síntomas más característicos son: piel seca o muy seca, con un picor muy intenso.

Debemos de saber cómo actuar durante el brote y qué debo de hacer entre brote y brote para evitarlo, no existen medicaciones curativas pero es vital cuidar la piel del niño para mejorar su vida. Debemos de recordar que la inmensa mayoría de los niños una vez que alcanza los 7-8 años desaparece la enfermedad.

Los más importante es la prevención para espaciar los brotes:
-Hidratar
-Evitar baños largos, mejor duchas
-Evitar el agua muy caliente, mejor templada
-Huir de perfumes y de jabones con intensos perfumes.

Si ya tenemos un brote:
-Si tenemos un picor intenso: antihistamínico oral ajustado a su edad y a su peso
-Si aparecen placas aplicaremos crema o emulsión con corticoide, una o dos veces al día durante un corto espacio de tiempo.

2 Objetivos

Exponer la manera para conseguir una:
-Prevención de la enfermedad
-Detección de la enfermedad
-Establecer el tratamiento adecuado
-Evitar los brotes de enfermedad

3 Caso clínico

Pablo es un niño de 5 años que comienza a tener eccemas en las zonas de flexura de los brazos, flexura de las piernas, detrás de las rodillas y en el tronco, refiere tener mucho picor. Sus padres deciden llevarlo al pediatra.

4 Discusión-Conclusión

Tras esta primera valoración por parte de su pediatra, se decide de todas formas realizar una interconsulta con el servicio de dermatología para que sean ellos quienes valoren al paciente y decidan si el tratamiento indicado por su pediatra es el adecuado para su caso.

De todas formas la dermatitis atópica es una enfermedad que comienza generalmente en los lactantes a los dos meses de vida , el 60% de los niños tendrá síntomas antes del año y solamente un 10% de ellos continuará con la enfermedad más allá de los 7 años, por lo que tiene un buen pronóstico a pesar de alterar la calidad de vida de los niños

5 Bibliografía

- Dra. Lucía Galán Bertrand. Pedriatra: www.luciamipediatra.com
Hospital Sant Joan de Deu - Barcelona
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 626

CARCINOMA DE MAMA. VALORACIÓN DE ADYUVANCIA

AINHOA MARIA PEREZ OVIN

NOELIA SUÁREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Mujer de 55 años que acude al servicio de salud a realizar una mamografía rutinaria del programa de prevención de cáncer. Fumadora de unos 10 cigarrillos al día. No otros hábitos tóxicos. Trabaja como administrativa. Ansiedad. No otras enfermedades crónicas. Como antecedentes familiares, padre con cáncer de pulmón, no antecedentes de cáncer de mama ni ovario conocidos.

Historia ginecológica: Menarquia a los 13 años, menopausia a los 48 años. Ningún embarazo. Niega toma de terapia hormonal sustitutiva.

Medicación previa: Heipram, Deprax y Orfidal si precisa. Sin alergias medicamentosas conocidas.

2 Objetivos

Realizar una valoración del tratamiento adyuvante en una paciente con cáncer de mama.

3 Caso clínico

Exploración Física: No adenopatías cervicales ni supraclaviculares palpables. Mama izquierda con cicatriz de Tumorectomia en buen estado.

Resumen y Pruebas Complementarias (Ecografía, Mamografía y biopsia con aguja gruesa (BAG)). Paciente derivada del programa de prevención de cáncer de mama por presentar un nódulo de morfología y margen irregular con unos diámetros máximos de 5x5 mm localizado en la región periareolar inferior de mama izquierda.

Se realiza BAG ecoguiada cuyo resultado es de carcinoma ductal infiltrante: No se observan lesiones nodulares en la mama contralateral. Huecos axilares libres.

Anatomía patológica de la BAG: carcinoma ductal infiltrante grado histológico I con receptores de estrógenos positivos (score 8/8), receptores de progesterona positivos (score 3/8), Ki 67 inferior al 10%, HER-2 negativo.

Resonancia magnética nuclear (RMN) de mamas: En la mama derecha no se aprecian captaciones patológicas. En la mama izquierda se observa un nódulo de 8 mm en la región areolar izquierda (intercuadrantes inferiores), dicho nódulo presenta una curva con captación precoz y leve lavado y se corresponde con el nódulo biopsiado maligno. En práctica contigüidad con el mismo, en región suprareolar se observan dos focos de captación subcentimétrico con captación progresiva benigna uno de los cuales se identifican en ecografía y sobre el que se realiza biopsia con resultado de negativo para malignidad. No se observan adenopatías.

4 Discusión-Conclusión

La paciente acude a la consulta tras finalizar la Radioterapia en enero de 2019. Como tratamiento y recomendaciones, se inicia tratamiento antihormonal adyuvante, en este caso con Letrozol, al ser una paciente postmenopáusica.

Siendo un carcinoma de mama en estadio I-A Luminal A se decide únicamente tratamiento antihormonal, en principio hasta completar 5 años.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 627

AUTOCUIDADOS DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN HEMODIÁLISIS.

JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO

MARIA ROSA GARNICA HERNANDO

1 Introducción

La Enfermedad Renal Crónica grado 5 en hemodiálisis (ERC 5 HD) es la fase final de múltiples enfermedades (Hipertensión arterial, diabetes, enfermedades hereditarias…) que afectan a los riñones. Como consecuencia, se produce una incapacidad de estos para limpiar la sangre de todas las sustancias tóxicas producidas por el metabolismo de nuestro organismo. Cuando los pacientes llegan a esta fase hay que someterlos al proceso de hemodiálisis (HD).

Para realizar una HD se necesita un acceso vascular para poder acceder al torrente circulatorio y extraer la sangre del paciente, pasarla por un filtro y devolverla de nuevo al organismo una vez depurada.

Existen tres tipos principales de accesos vasculares para el tratamiento de hemodiálisis: Fístula arteriovenosa autóloga (FAVa), Fistula arteriovenosa protésica y catéteres venosos.

Este acceso vascular debe de ser seguro, de fácil acceso y duradero, puesto que debemos puncionarlo en muchas ocasiones. Además debe proporcionar el flujo suficiente (300-400 ml/min) para garantizar una buena calidad de diálisis.

La FAV es el acceso vascular “preferido” puesto que cumple con todos estos requisitos

La primera FAV fue creada por Cimino y Brescia en 1966 y consistía en la unión (anastomosis), mediante una pequeña intervención, de la arteria radial con una vena próxima, de tal forma que la sangre arterial fluye hacia la vena consiguiendo una vena arterializada. Esta vena con el tiempo va creciendo de tamaño, se dilata, y nos permitirá realizar punciones en la misma para extraer la sangre y devolverla al paciente una vez depurada. Esta intervención quirúrgica sigue utilizándose en la actualidad, además de otras variantes de localización quirúrgicas.

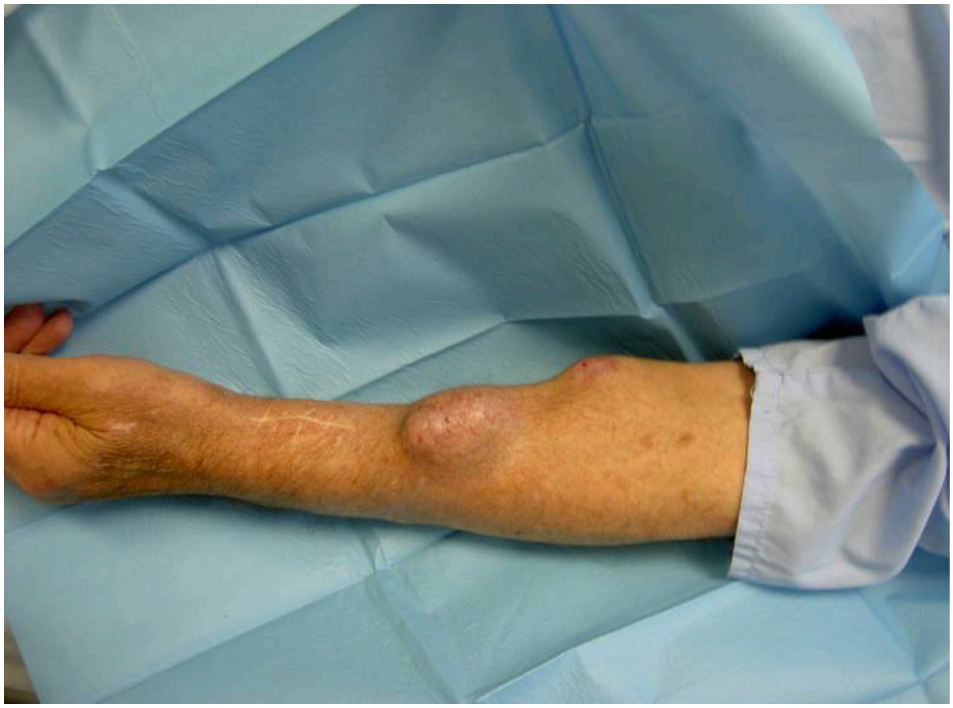
La fístula arteriovenosa (FAV) se considera el mejor acceso vascular en los pacientes con enfermedad renal. Es el acceso más seguro y de mayor duración, por lo que hay que cuidarlo para mantenerlo en buen estado.

Los cuidados que deben realizar los pacientes para evitar posibles complicaciones que pongan en peligro la supervivencia de la fístula son:
· Comprobar todos los días su funcionamiento: Palpar para comprobar el pulso y el Thrill (ruido que produce la sangre al pasar de la arteria a la vena).
· Explorar la piel, que debe estar integra
· Realizar una buena higiene corporal para prevenir riesgos de infecciones
· Evitar cualquier tipo de presión sobre la fístula como llevar ropa ajustada, bolsas, dormir sobre el brazo…
· No tomar la tensión arterial sobre el brazo de la FAV
· No realizar extracciones de sangre o poner inyecciones en dicho brazo.
· Evitar rascados en la zona de la fístula,
· No realizar actividades que puedan provocar heridas en la misma.
· Tener cuidado con las temperaturas extremas: el calor reduce la tensión arterial y el frío excesivo produce constricción de los vasos sanguíneos.

Si existe algún signo de hinchazón, edema, dolor, pulso alto o fiebre, debe de ponerse en contacto inmediatamente con el centro de hemodiálisis al que pertenezca.

2 Objetivos

- Detallar los autocuidados de una FAV en hemodiálisis.



3 Metodología

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

4 Resultados

Se trata de una revisión bibliográfica, por tanto no tiene resultados.

5 Discusión-Conclusión

FAV SANA = MAYOR CALIDAD DE VIDA.

El papel del personal de enfermería es importante en el cuidado y conservación de la fístula; sin embargo es el paciente y la familia quienes deben de estar más pendientes del cuidado de la misma.

Se debe concienciar al paciente de la importancia de los autocuidados de la FAV en su domicilio para conseguir una DIÁLISIS ÓPTIMA y por consiguiente, mayor supervivencia y mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

-González Álvarez MT, Martinez Cercos R. Manual de accesos vasculares para hemodiálisis. Barcelona: Marge books 2010.
-Ibeas J, Roca-Tey R, Vallespín J, Moreno T, Moñux G, Martí-Monrós A, et al., Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular (GEMAV). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. Nefrologia 2017, 37 (Suppl 1): 1-193
- García-Alfageme-Guerrero A. El acceso vascular para hemodiálisis. Perspectiva histórica. Dial Traspl 2008; 29 (4): 168-172.
- Miranda-Camarero MV. Cuidados de las fístulas arteriovenosas. Intervenciones y actividades del profesional de enfermería. Dial Traspl 2010; 31 (1): 12 – 16.
- Barba Vélez A, Ocharan-Corcuera J, Foraster A. Manejo de los accesos Vasculares para Hemodiálisis. Gac Med Bilbao 2011; 108: 63- 65.

Capítulo 628

LA ACTUACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA, CLAVE PARA LA PREVENCIÓN DE BROTES DE HEPATITIS C EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS.

JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO

MARIA ROSA GARNICA HERNANDO

1 Introducción

La hepatitis C es una inflamación del hígado causado por el virus C, que se propaga a través del contacto con la sangre de alguien que está infectado

Este contacto puede ser por pinchazos, transfusiones, relaciones sexuales sin protección.

Los pacientes de hemodiálisis (HD) constituyen un grupo de riesgo de infección por el virus de la hepatitis C (HVC) ya que el propio procedimiento de diálisis conlleva una alta probabilidad de trasmisión nosocomial, horizontal o por contacto si no se cumplen estrictamente las precauciones universales.



2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es revisar los procesos en los que interviene personal auxiliar de enfermería durante las sesiones de hemodiálisis y encontrar medidas de mejora para prevenir un brote de infección por Virus de Hepatitis C (VHC).

3 Metodología

Durante 5 semanas revisamos todo el proceso de hemodiálisis buscando prácticas no seguras en cuanto limpieza y desinfección.

4 Resultados

Los puntos críticos detectados fueron los siguientes:
- Fallo humano: Incorrecta higiene de manos entre tareas o pacientes; no utilización de guantes y/o no cambio de guantes entre pacientes.
- El material que comparten los pacientes en muchas ocasiones no es fácil de limpiar o desinfectar (aparatos de tensión arterial, fonendoscopios, etc).
- La superficies externas de camas, sillas y mobiliario susceptible de contaminación deben ser lo más sencillas posible para su limpieza y desinfección.
- Los monitores, aunque cada vez más mejorados para su limpieza, siguen teniendo zonas de difícil acceso que posibilitan el acumulo de bacterias y virus.

- La alta rotación del personal auxiliar y/o la contratación sin formación específica, por motivos de organización, puede ser uno de los puntos más críticos, ya que el trabajo de este personal es muy metódico y preciso.

5 Discusión-Conclusión

La trasmisión nosocomial, horizontal o por contacto , es la principal fuente de infección de la hepatitis C en de los pacientes en hemodiálisis, siendo el riesgo elevado si no se cumplen estrictamente las precauciones universales. En la práctica esto es muy difícil de garantizar, el error humano siempre puede ocurrir.

El trabajo del personal auxiliar de enfermería en HD es fundamental y clave para evitar la transmisión de infecciones nosocomiales como es la Hepatitis C. Para lograr este objetivo creemos que es fundamental:
• Implicar a todo el personal en la revisión de los protocolos de la Unidad.
• El personal auxiliar de las Unidades de HD debe tener una formación específica y especializada para poder implicarse en el proceso de prevención de transmisión de enfermedades.
• La realización de protocolos de verificación (checklist) es un buen método para el seguimiento de los procedimientos.

6 Bibliografía

-G. Barril, E. González Parra, R. Alcázar, D. Arenas, J. M.ª Campistol, C. Caramelo, M. Carrasco, V.Carreño, M. Espinosa, J. García Valdecasas, J. L. G. Guías sobre enfermedades víricas en hemodiálisis. Nefrología. Vol. 24 . Num S2. Abril 2004, páginas 0-66
-Arenas MA, Sánchez-Paya J, Barril G, García-Valdecasas J, Gorriz JL , Soriano A, Antolin A, Lacueva J, García S, Sirvent A, Espinosa M, Angoso M. A multicentric survey of the practice of hand hygiene in haemodialysis units: factors affecting compliance. Nephrol Dial Transplant 2005; 20: 1164–1171.
-Arenas MD, Sanchez Payá J, Muñoz C, Ejea JJ, Martin F, Gil MT, Sarró Transmisión nosocomial en hemodiálisis: ¿monitores, personal o ambos? Nefrología. Vol. 21. Núm. 5.Octubre 2001 páginas 0-517

Capítulo 629

CUIDADOS A BEBÉ CON SÍNDROME DE EDWARDS.

GEMA ROCES SIEBIERSKI

1 Introducción

El síndrome de Edwards, también conocido como trisomía 18, es una anomalía cromosómica caracterizada por la presencia de una copia adicional de material genético del cromosoma 18.

De forma habitual, los cromosomas se presentan por pares. Sin embargo, en algunos casos, puede producirse la presencia de tres cromosomas. Es cuando hablamos de ”trisomía” .

Por desgracia, la mayoría de estos niños mueren al año de haber nacido. Sólo algunos bebés con trisomía 18 y 13 sobreviven al año de vida y, de forma excepcional, algunos han llegado a la adolescencia, aunque no se pueden hacer predicciones precisas acerca de la expectativa de vida de estos niños. Ello dependerá de los órganos que han quedado afectados por la trisomía.

Hoy en día existen pruebas durante el embarazo para descartar estos síndromes, así que es poco frecuente que nazcan bebés con el síndrome de Edwars, pero si llega a nacer un bebé con este síndrome será necesario unos cuidados específicos ya que son multitud de síntomas y patologías las que puede padecer.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados específicos que se prestan a bebé con síndrome de Edwards.

3 Caso clínico

Bebé recién nacido que ingresa en la unidad de cuidados intensivos por padecer síndrome de Edwards no diagnosticado en el embarazo.

- Embarazo a termino
- Sexo : femenino
- Peso del Recién nacido es de 1,900kg
- Medidas: 43cm

4 Discusión-Conclusión

Dada la alta tasa de mortalidad posnatal, los cuidados se basarán en mantener en todo momento al bebé en un confort.

Si el bebé llega a la niñez se le tratara igual que cualquier niños con una discapacidad, valorando en todo momento las enfermedades secundarias de este síndrome.

A lo largo de su vida será ingresado por para paliar los múltiples síntomas del síndrome. Sus cuidados serán los que se vallan viendo en el momento del ingreso.

5 Bibliografía

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

Capítulo 630

ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE CON GLAUCOMA

LAURA GARCÍA RODRIGUEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente existen 285 millones de personas con algún tipo de discapacidad visual, de las cuales 39 millones son ciegas y 246 millones presentan baja visión.

El glaucoma representa la segunda causa más común de ceguera, constituyendo el 2% del total de casos de estas discapacidades visuales. Cabe resaltar también, que el 90% de los casos de discapacidad visual se concentran en los países menos desarrollados. En el caso de nuestro país, esta enfermedad afecta a cerca de un millón de personas, de los cuales la mitad lo desconocen..

La probabilidad de padecer glaucoma aumenta con la edad, llegando a afectar al 5% de los mayores de 60 años. También va ligado a la raza, afectando más a las personas de raza afroamericana y mayores de 40 años, por eso se consideran grupo de riesgo.

Se trata de una enfermedad que no tiene cura y en la cual no hay posibilidad de recuperar la visión perdida, por ello es tan importante la detección precoz, para así poder evitar la evolución de la enfermedad. El 90% de los casos de ceguera por glaucoma podría evitarse si se realizara un diagnóstico precoz y se actuara

de la forma más temprana posible. Existen diversas pruebas para diagnosticarlo como la tonometría, perimetría, OCT…

Aunque existen varios tipos de glaucoma, el más extendido por la población a nivel mundial es el de ángulo abierto, representando un 90% de todos los casos de esta enfermedad. En el caso de este tipo de glaucoma, el tratamiento podría darse mediante fármacos tópicos o intervención quirúrgica por láser.

Según la Asociación de Glaucoma para Afectados y Familiares (AGAF), en el 2020 se espera que más de 75 millones de personas en el mundo padezcan glaucoma.

2 Objetivos

Objetivo General
- Analizar las implicaciones de enfermería en los pacientes con glaucoma a través de la información recopilada sobre la patología.

Objetivos Específicos
- Conocer la importancia de la prevención en pacientes con riesgo de desarrollar esta patología para una detección precoz de la misma.
- Analizar el impacto en la detección precoz de pacientes con PIO.
- Identificar las actuaciones del equipo de enfermería ante el paciente con glaucoma.

3 Metodología

Se trata de una revisión sistemática en la que se analizan diferentes artículos y publicaciones sobre la patología del glaucoma.

Para la localización de estos documentos bibliográficos se han utilizado diversas fuentes documentales como son: Cuiden Plus, PubMed, Google Scholar y SciELO, así como páginas web de diferentes sociedades e institutos oftalmológicos.

Las palabras utilizadas para el acotamiento de la búsqueda han sido:
- DeCS: Glaucoma, Glaucoma de ángulo abierto, Enfermería, Cuidados de Enfermería, Presión intraocular.
- MeSH: Glaucoma, Glaucoma Open-Angle, Nursing, Nursing care, Intraocular Pressure.

También se han hecho combinaciones utilizando los operadores booleanos: AND, OR.

Los idiomas con los que se ha hecho la búsqueda han sido castellano e inglés.

Los artículos escogidos muestran información útil y detallada sobre el glaucoma. Los documentos debían tener un acceso gratuito al texto completo y que fueran de habla hispana o inglesa.

Todos aquellos documentos que no tratasen sobre la patología a estudiar han sido descartados, así como los que carecían de base científica.

Los artículos encontrados y seleccionados fueron los siguientes:
• Cuiden Plus: 3 artículos revisados, ninguno seleccionado.
• PubMed: 7 artículos revisados, 4 seleccionados.
• Google Scholar: 7 artículos revisados, 4 seleccionados.
• SciELO: 6 artículos revisados, 10 seleccionados

En total se revisaron 23 artículos, de los cuales solo 10 fueron seleccionados para la realización del presente trabajo.

4 Resultados

1. Definición de Glaucoma
El glaucoma es una neuropatía óptica que, sin aviso, provoca una pérdida de visión gradual. Es responsable del mayor número de casos de ceguera a nivel mundial. Se trata de una enfermedad influida principalmente por un aumento de la presión intraocular, que provoca un daño irreversible en los axones alojados en la retina.

2. Tipos de Glaucoma
Existen diferentes tipos de glaucoma:
• Glaucoma primario: simple de ángulo abierto y de ángulo cerrado (también conocido como glaucoma de ángulo estrecho)
• Glaucoma secundario
• Glaucoma congénito
• Glaucoma de tensión normal

2.1 Glaucoma primario

Entendemos como glaucoma primario aquel que no es causado por otra enfermedad.

2.1.1 Glaucoma simple de ángulo abierto

Es la forma más habitual de glaucoma. Se llama de ángulo abierto porque, aunque el ángulo que forman la córnea con el iris es el adecuado, los canales de drenaje del humor acuoso se cierran de forma progresiva, lo que provoca un aumento proporcional de la presión intraocular (PIO), como resultado de la cual el nervio óptico puede resultar dañado.

La evolución es lenta, pueden pasar años sin que el paciente lo note ya que no existen síntomas aparentes pero se va deteriorando progresivamente la visión 9. Lo sufre entre un 0.4-0.7% de la población mayor de 40 años y ente un 2-3% de la población mayor de 70 años.

2.1.2 Glaucoma de ángulo cerrado

En este tipo de glaucoma existe una disminución del ángulo iridocorneal, el cual está formado por la raíz del iris y la córnea. Esto puede llevar a un conjunto de síntomas agudos como son: aumento de la PIO, dolor intenso, disminución de agudeza visual, visión de halos alrededor de las luces, enrojecimiento del ojo (ojo rojo), dilatación de la pupila (midriasis), náuseas y vómitos. Esto ocurre frecuentemente cuando la pupila se dilata, lo cual provoca en las personas con un ángulo iridocorneal cerrado un bloqueo de la red trabecular por parte de la zona exterior del iris. Esta situación requiere un tratamiento urgente e inmediato.

2.2 Glaucoma secundario

Aquél que es consecuencia de la evolución de otras patologías, que pueden ser tanto oculares como sistémicas. Entre las primeras destaca la uveítis, alteraciones de la retina, alteraciones del cristalino, tumores intraoculares, etc.

También es posible que se pueda producir por algún traumatismo, como resultado de intervenciones quirúrgicas como el trasplante de córnea, o por el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos que se forman cuando el aporte de oxígeno a los diferentes tejidos del ojo es muy bajo12.

Algunos tipos de glaucoma secundario serían: glaucoma inflamatorio, glaucoma pigmentario, glaucoma por traumatismos oculares, glaucoma por alteraciones del cristalino, glaucoma por uso de esteroideos, glaucoma por tumores…

2.3 Glaucoma congénito

El glaucoma congénito se debe a un desarrollo inadecuado de las estructuras

que conforman el sistema de drenaje del humor acuoso y que, lo que causa un aumento importante de la presión intraocular. No es una enfermedad frecuente y se suele manifestar en cualquier momento de los primeros tres años de vida del niño, afectando en un gran porcentaje a los dos ojos, aunque no con el mismo grado de intensidad13.

Existen dos tipos
- Primario: Es el más frecuente y, si no recibe el tratamiento adecuado o el niño no responde al tratamiento, puede causar la pérdida total de visión del ojo afectado.
- Secundario: Son aquellos casos de glaucoma que se asocian a malformaciones oculares igualmente congénitas o hereditarias, como la aniridia, el síndrome de Axenfel o la anomalía de Peters. También se asocia a malformaciones de otros órganos, a traumatismos, cataratas congénitas o infecciones sufridas por la madre durante el embarazo, entre otras posibles causas14.

2.4. Glaucoma de tensión normal
En la mayoría de los casos se establece un diagnóstico de glaucoma cuando la presión intraocular se eleva por encima de los 21 mmHg. Sin embargo, hay casos en los que no sucede así, sino que la PIO se mantiene en niveles de normalidad.

Esta situación se da principalmente en personas, según van avanzando la edad, que pueden sufrir diferentes patologías capaces de dañar el nervio óptico sin que aumente la PIO.

Puede deberse a que la sangre llega con dificultad al ojo, como ocurre con la diabetes, la hipertensión arterial, la hipotensión, la insuficiencia cardiaca, etc., o porque, siendo la circulación sanguínea la adecuada, no llega suficiente oxígeno a los tejidos del ojo a consecuencia de que se padece una enfermedad que cursa con insuficiencia respiratoria.

También puede ocurrir que el daño del nervio óptico se produzca por causas neurológicas, como el padecimiento de fuertes migrañas.

3. Clínica
3.1 Glaucoma de ángulo abierto
En el caso del glaucoma de ángulo abierto, puede no ocasionar síntomas apreciables, salvo el incremento de la PIO.

En el caso de que la PIO sea superior a los 21 mmHg, en ausencia de deterioro de visión, puede ser indicativo de que se ha iniciado el desarrollo de la enfermedad.

Si es así, lo habitual es que se produzca una pérdida progresiva de la visión periférica y, aunque se mantenga inicialmente la agudeza visual, se puede llegar a producir la pérdida total de la vista.

3.2 Glaucoma de ángulo cerrado
En contra de lo que sucede en otros tipos de glaucoma, en el de ángulo cerrado los síntomas son claramente apreciables desde el primer momento y serán más intensos cuanto mayor sea la PIO:
• Dolor que se inicia en el ojo y que puede extenderse a la categoría de cefalea e incluso afectar a la nuca y al trigémino.
• Alteraciones de la vista, con visión borrosa y percepción de un halo en torno a las fuentes de luz.
• Enrojecimiento del ojo.
• Cambios en la coloración del iris.
• Endurecimiento de la córnea.
• Dilatación de la pupila.
• Náuseas y vómitos.

3.3 Glaucoma secundario
En el caso del glaucoma secundario, los síntomas dependerán de si se trata de un glaucoma de ángulo abierto o cerrado.

3.4 Glaucoma congénito
Así pues, en el glaucoma congénito primario los síntomas son muy característicos, ya que la córnea pierde su transparencia y el ojo adquiere un gran tamaño pareciendo desorbitado. A ello se lo conoce con el nombre de hidroftalmía o buftalmía, pudiendo adquirir la córnea una coloración violácea.

Si el glaucoma congénito es secundario, los síntomas que manifiesta el paciente son diferentes al primario, destacando un exceso de lagrimeo, la córnea se vuelve opaca o que cierra los ojos cuando se ve sometido a luz intensa (fotofobia).

3.5 Glaucoma de tensión normal
Ya por último, si hablamos de glaucoma normotenso las diferencias etiológicas en relación al resto de los glaucomas conlleva también que los síntomas sean diferentes, deteriorándose la visión central con la aparición de puntos ciegos o produciéndose hemorragias en el disco ocular.

Asimismo, en la exploración oftalmológica se pueden detectar alteraciones en diferentes estructuras en la anatomía del ojo, especialmente en el nervio óptico.

4.Factores de riesgo
Aunque cualquier persona puede desarrollar la enfermedad del glaucoma, existen aquellas que comprenden mayores factores de riesgo:
• Personas mayores de 60 años de edad
• Personas de ascendencia africana
• Factores hereditarios
• Hispanos de edad avanzada
• Personas cortas de vista (miopía)
• Personas con diabetes
• Personas que utilizan una gran cantidad de esteroides
• Personas con córnea central delgada

5. Diagnóstico
Para el diagnóstico de la enfermedad es necesario llevar a cabo una serie de pruebas que determinaran la presencia o ausencia de la patología. Estas pruebas son:

5.1 Tonometría
La tonometría es la técnica utilizada para medir la presión intraocular de forma indirecta a través de la determinación de la tensión de la membrana corneal con la ayuda de un tonómetro.

La presión intraocular elevada por sí sola no implica que el paciente padezca de glaucoma. En todo caso se podría hablar de hipertensión ocular (HTO) y, de hecho, existen casos en que aun presentando glaucoma no presentan PIO elevada. Por el contrario, existen casos en que el glaucoma está asociado, entre otros factores, a una PIO elevada, y este mismo parámetro se usa como un indicador indirecto del control de la patología y de la efectividad de los fármacos hipotensores, junto con otros parámetros como el estado del campo visual, el estado del fondo de ojo.

Así pues, se considera alterada una PIO por encima de 25 mmHg y sospechosa entre 21-25 mmHg.

5.2 Gonioscopía
Esta prueba ayuda a determinar si el ángulo donde el iris se encuentra con la córnea es abierto y amplio o estrecho y cerrado. El ángulo camerular no puede visualizarse directamente a través de la córnea intacta, dado que la luz emitida por las estructuras experimenta una refracción interna total. Para eliminar esa refracción necesitamos una goniolente, que pueden ser directa o indirecta (Gold-

man y Zeiss). Conforme el paciente envejece, la pupila se bloquea y el ángulo se estrecha.

5.3 Oftalmoscopia
La exploración del fondo de ojo u oftalmoscopia consiste en la visualización a través de la pupila y de los medios transparentes del globo ocular (córnea, humor acuoso, cristalino y humor vítreo) de la retina y del disco óptico. Para su realización se dispone de un oftalmoscopio directo.

5.4 Campimetría
El campo visual o campimetría es una prueba no invasiva de exploración funcional de la sensibilidad de su campo visual. Es fundamental en el glaucoma, dado que la pérdida progresiva de fibras nerviosas del nervio óptico tiene como consecuencia la pérdida de ciertas áreas del campo visual.

5.5 Paquimetría
Es el medio diagnóstico que se utiliza para medir el espesor corneal central, es decir, la distancia entre la superficie anterior o epitelio y la superficie posterior o endotelio.

6. Tratamiento
6.1 Tratamiento farmacológico
Las posibilidades de tratamiento son mayores cuanto más precozmente se realiza el diagnóstico, por ello es tan importante el diagnóstico temprano.

El objetivo del tratamiento es conservar la visión y el campo visual tal y como se encontraban en el momento del diagnóstico, ya que la regeneración de las fibras dañadas del nervio óptico es imposible.

La progresión de la afectación del nervio óptico se evita manteniendo la presión intraocular en cifras normales.

El tratamiento debe adaptarse a cada paciente y su base es el uso tópico de gotas oftálmicas de fármacos pertenecientes a los siguientes grupos terapéuticos:
- Bloqueadores beta.
- Agonistas adrenérgicos.
- Inhibidores de la anhidrasa carbónica.
- Prostaglandinas.
- Parasimpaticomiméticos.

Asociaciones de colirios:
- Interesa que tengan mecanismos de acción complementarios.
- Se pueden asociar hasta 3 fármacos.
- Existen asociaciones comercializadas.
- Mejoran el cumplimiento del paciente.

6.2 Cirugía
Se suele recurrir al tratamiento quirúrgico del glaucoma cuando la terapia médica es inapropiada, mal tolerada, poco eficaz o mal aplicada por un paciente en concreto, y el glaucoma sigue incontrolado con pruebas de que la lesión progresa o hay un riesgo muy alto de que empeore. El objetivo de la cirugía es favorecer la filtración y el drenaje del humor acuoso.

7. Cuidados al paciente con glaucoma
Para las personas con glaucoma o en riesgo de desarrollarla, un estilo de vida saludable que incluya ejercicio regular y una dieta nutritiva es especialmente importante. Así pues, el personal de enfermería debe ser capaz de realizar una correcta educación y promoción de la salud incluyendo algunos aspectos fundamentales tales como:
• Consumir una dieta variada y saludable: Los carotenoides, antioxidantes, vitaminas A y D, zinc y ácidos grasos omega-3 pueden contribuir a una mejor visión.
• Algunos estudios indican que el ejercicio puede reducir la presión ocular. Actividades aeróbicas como caminar, nadar…
• Mantener un peso saludable.
• Mantener la presión arterial a un nivel normal y tener control de otras condiciones médicas.
• No fumar.
• Evitar la exposición excesiva a la luz solar.
• Visitar regularmente a un oftalmólogo para exámenes oculares completos y si tiene glaucoma, acudir a las visitas de seguimiento según lo recomendado.
• Tomar los medicamentos recetados constantemente, especialmente si existe glaucoma, y exactamente como lo indique el oftalmólogo.
• Se recomienda acudir al oftalmólogo con regularidad para detectar un posible glaucoma.

5 Discusión-Conclusión

- Es una patología que avanza y crece a la par que aumentan las expectativas de vida en la población actual.

- El punto más importante es el de la detección precoz y el buen seguimiento del paciente ya diagnosticado de glaucoma, puesto que se trata de una enfermedad incurable, debemos incidir en el enlentecimiento del progreso para evitar seguir perdiendo campo visual.

- El personal sanitario que está en contacto con esta patología debe conocer las técnicas y protocolos para poder ejercerlos de la manera más adecuada.

- El abordaje de Enfermería es fundamental en el seguimiento del paciente con glaucoma. Se responsabilizan de que sus necesidades estén cubiertas a través de las intervenciones de enfermería.

- Se debe de continuar investigando sobre el glaucoma, para poder avanzar y encontrar nuevos métodos que aplicar al estado actual de la patología en la sociedad.

6 Bibliografía

1.OMS.Ceguera y discapacidad. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/.
2. A.G.G. Asociación Gallega Glaucoma. Disponible en: http://www.asoglaucoma.info/vivir.htm.
3. El Glaucoma lo que usted debe saber. National Eye Institute. Disponible en: https://nei.nih.gov/health/espanol/glaucoma_paciente
4. Portillo, C. Como vivir y entender el glaucoma - Página 2 de 36. Glaucoma Research Foundation. 2007.
5. Campañas de detección precoz del glaucoma | Asociación de Glaucoma para afectados y familiares. AGAF.
6. Anatomía del ojo .Glaucoma Research Foundation. Disponible en: http://www.glaucoma.org/es/anatomia-del-ojo.php
7. El glaucoma: un problema de salud mundial por su frecuencia. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_2_14/san15214.htm
8. Glaucoma: Diagnosis and management of chronic open angle glaucoma and ocular hypertension – Página 73. 2009. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence.

9. Jorge Marceillac. Glaucoma del adulto primario y secundario. UTC. Disponible en: https://es.slideshare.net/oftalmosanpedro/glaucoma-del-adulto-primario-y-secundario
10. Avi Afya. Glaucoma de ángulo abierto primario y secundario. UTC. Disponible en: https://es.slideshare.net/aviafya/glaucoma-de-ngulo-abierto-primario-y-secundario
11. Neeru G, Tin A, Nathan C, Tanuj D, Fabian L, Sola O, y colaboradores. Guías del Consejo Internacional de Oftalmología (ICO) para el glaucoma. International Council of Ophtahalmology. 2016. Pág. 15
12. Clínica Fernández Vega - Glaucoma de ángulo abierto. Disponible en: http://www.fernandez-vega.com/especialidades/glaucoma/glaucoma-angulo-cerrado
13. Shaaraway, T. Glaucoma 2nd. Ed. 2-vol set – Página 26. 2014.
14. Clínica Fernández Vega - Glaucoma de ángulo abierto. Disponible en: http://www.fernandez-vega.com/especialidades/glaucoma/glaucoma-congenito
15. Shaaraway, T. Glaucoma 2nd. Ed. 2-vol set – Página 28. 2014.
16. Glaucoma [Internet]. [citado 24 de abril de 2017]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/Tomo_IV/glaucoma.htm
17. Arriola Villalobos, P. Tesis doctoral: Eficacia y seguridad de la cirugía combinada de catarata e implante trabecular Glaukos en el tratamiento de glaucoma – Página 61-62. 2012.
18. Guía de actuación de enfermería ante un paciente con glaucoma - Página 1 de 4 [Internet]. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com. 2016.
19. Honan González A, Herrera Hernández N, Darias Rendón G. Tonometría neumática vs. tonometría aplanación, en sospechosos de glaucoma. Revista Médica Electrónica. diciembre de 2011;33(6):694-700.
20. Portillo, C. Como vivir y entender el glaucoma - Página 2 de 36. Glaucoma Research Foundation. 2007.
21. González Meijome, J.M., Martins Jorge, J.M. Tonometría no invasiva. Precisión, ventajas y limitaciones – Página 1. Gaceta Óptica. 2008.
22. Carratalá Ferre, S. Gonioscopia: examen diagnóstico para glaucoma - Página 19-20. Nº 462. 2011.
23. Molina P, Caridad E, León Veitía L. La fotografía de fondo de ojo como método de diagnóstico en el glaucoma. Medicentro Electrónica. Marzo de 2017; 21(1):3-10.
24. Técnica de exploración del fondo de ojo (AMF 2012). Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1016
26. Fernández Cuenca, S., Blánquez Sánchez, V., José Hurtado, F. Estudio comparativo de medidas de espesor corneal medinte paquimetría ultrasónica, topografía corneal y tomografía de coherencia óptica de polo anterior – Página 1-2. 2014.

27. Carretero, M. Tratamiento del glaucoma. Vol. 21, nº 9. Página 3.
28. El glaucoma – Página 44-69. Servicio de oftalmología. Policlínica Guipúzcua.
29. Tratamiento quirúrgico del glaucoma. Institut de la Màcula. Disponible en: http://www.institutmacula.com/tratamiento/tratamiento-quirurgico-del-glaucoma/
30. El glaucoma – Página 52-55. Servicio de oftalmología. Policlínica Guipúzcua.
31. Guía de actuación de enfermería ante un paciente con glaucoma - Página 3 de 4 [Internet]. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com. 2016.

Capítulo 631

PACIENTE CON TIROIDITIS SUBAGUDA DE DEQUERVAIN

NOELIA SUÁREZ ÁLVAREZ

AINHOA MARIA PEREZ OVIN

1 Introducción

Mujer de 34 años comienza con dolor en la cara anterior del cuello.

Antecedentes personales de Interés
- Diabetes mellitus tipo I de 23 años de evolución. Portadora de bomba de insulina
- Apendicectomizada

Comienza con clínica en cara anterior del cuello a mediados de julio/18 acompañado de odinofagia; refiere dolor en la zona ECMs. No cuadro catarral previo. Tuvo fiebre de 38.5º

En Mayo 2018 puesta dosis de la vacuna triple vírica. Se le inicio tto con ibuprofeno(600 mg por la mañana si dolor).

Acude a URG 9/8/2018 derivada de su médico de AP. Se nos comenta el caso. Con la aproximación diagnóstica de tiroiditis subaguda de De Quervain. Se inició , por nuestro consejo tto con Dacortin. Con clara mejoría clínica. Paralelamente , lógico aumento de necesidades de insulina.

Acude de forma esporádica por recidiva de la clínica dolorosa el 14/09/2018. Reiniciamos tratamiento con prednisona, en pauta rápida ascendente.

2 Objetivos

Exponer el manejo diagnóstico y terapéutico de un paciente con tiroiditis subaguda de Quervain.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente así como una revisión de los protocolos de actuación de diferentes centros sanitarios. Identificando el protocolo de actuación más aceptado y actualizado.

4 Resultados

Eco tiroidea: tiroides ligeramente asimétrico con aumento de tamaño del LTD. Se observa un área mal definida, hipoecoica, de 2,5cm en LTD y de 1.5 cm en el LTI, sin aumento evidente de vascularización. No se observan adenopatías de tamaño patológico.

P.A.AF DE LOBULO DERECHO DE TIROIDES, presencia de grupos de epitelio folicular y células sueltas similares sin atipias(en cantidad discreta a moderada)Presencia de coloide en cantidad discreta. Linfocitos dispersos por el fondo.

CITOLOGIA NEGATIVA PARA MALIGNIDAD. CATEGORIA DAIGNOSTICA II DE BETHESDA.

BQ: glc98
Pcr:0.31
F. tiroidea: TSH0.09, T4L1.29 T3L2.94
HbA1c: 8.1%
Hemograma: 6500leuco(formula normal), Hb 13.2, VCM 76.6, HCM25.4, 254000 plaquetas
VSG: 1ªh :11 mm.

Se descarta absceso. Parece que se trata simplemente de un proceso inflamatorio con evolución tórpida, se hace pauta de tto mas largo de lo habitual, con dosis decreciente de predsisona y vigilancia clínica.
TSH baja en probable relaciona con tto esteroideo.

Presenta empeoramiento de la HbA1c en relaciona con tto esteroideo, con pauta muy variable últimamente.

Microcitosis- hipocrómica por probable ferropenia. Se aconseja hierro.

Plan terapéutico
- Prednisona 4mg 3/4- 0-0 durante 10dias
Luego 1/2-0-0 durante 10 días
Luego 1/4-0-0 10 días y suspender
- Tardiferon: 1 com/24 h (antes de comer) durante 3 meses
- Revisión en 2 meses, sin analítica para ver evolución clínica.

5 Discusión-Conclusión

Un adecuado conocimiento de la patología permitiría realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6 Bibliografía

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

Capítulo 632

TCAE: PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS

SANDRA MUÑOZ GARCÍA

1 Introducción

Las úlceras por presión son áreas de la piel que están lesionadas, por estar en una misma posición durante mucho tiempo. Lo normal es que se formen donde los huesos están más cerca de la piel.

Los pacientes que estén en riesgo de tener una úlcera por presión, deben de tener un plan de cuidados personalizado.

2 Objetivos

Establecer un plan de cuidados para los pacientes con úlceras por presión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un 95% de las úlceras por presión se pueden evitar, por eso todos los pacientes de riesgo deben tener un plan de prevención.

En España más de 90.000 personas padecen al día algún tipo de úlcera.

Cómo cuidar las úlceras por presión:
- Se debe utilizar jabón neutro al realizar la higiene diaria del paciente. El agua debe estar tibia.
- Al aclarar y secar, hay que poner especialmente atención en todos los pliegues que hay en la piel, y entre los dedos.
- La piel tiene que estar hidratada en todo momento.
- En las zonas que mayor riesgo tengan, se deben realizar masajes con aceite hiperoxigenado.
- Cuando se hace la cama, ésta tiene que estar sin arrugas, seca y limpia.
- Si el paciente lo necesita, se utilizará un colchón antiescaras.
- Hay que vigilar sondas, vías, etc, evitando que produzcan presión constante.
- En las zonas de presión, se colocan apósitos preventivos.
- Se deben realizar cambios posturales cada 3 o 4 horas.
- Hay que estimular el movimiento del paciente.
- Dado que la incontinencia aumenta el riesgo de úlceras, hay que intentar que el paciente no esté húmedo.

Los sitios de presión, dependen de la posición en la que se encuentre el paciente:
- Decúbito supino: pelvis y talones.
- Decúbito prono: rodillas, primer dedo de los pies y zona ilíaca.
- Decúbito lateral: trocánter, talones y la zona del coxis.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son un grave problema sanitario, ya que pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner en peligro la vida del paciente.

6 Bibliografía

- Vidal M, perfil V. Úlceras por presión. Localizaciones más frecuentes de las UPP. Blogspot.com.es. 2011.
Patología dermatológica más frecuente en el anciano. Rev Esp. Geriatr. Gerontol. 2002;37.
- Elorriaga B, Royo D. Guías de cuidados de enfermería. Úlceras por presión. Madrid.1996.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 633

BEBÉ PREMATURO: LACTANCIA MATERNA Y EL MÉTODO MADRE CANGURO

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

ROSA PEREIRA PEREZ

GRACIELA CARBAJAL BARREIRO

GRACIELA COLODRON TESTA

KATIUSCA POMPA SABLON

1 Introducción

Durante el embarazo, el bebé crece dentro del útero de la madre, normalmente durante 38 a 40 semanas. Cuando un lactante nace prematuro puede requerir atención médica especial.

El nivel de atención extra necesaria a menudo depende de cuán temprano se produzca el nacimiento. Los lactantes prematuros (también denominados pretérmino) pesan mucho menos que los lactantes nacidos a término porque no han tenido todo el tiempo necesario para crecer dentro del útero.

Los lactantes nacidos muy prematuros son sumamente pequeños y frágiles. Pueden pesar menos de 1 Kg. Requieren atención intensiva especializada en una unidad neonatal de cuidados intensivos.

Los médicos y equipo de enfermería que trabajan en esta unidad tienen capacitación especializada para atender a los lactantes prematuros y sus problemas. Es posible que los problemas de salud de los bebés prematuros no se terminen cuando regresen a casa del hospital. Es posible que, a medida que crezcan, necesitan atención médica especial.

La leche de la propia madre es la alimentación preferida para el prematuro por su composición única, la mayor biodisponibilidad de sus componentes, sus propiedades inmunológicas y la presencia de enzimas, hormonas y factores de crecimiento. Además, le protege frente a la enterocolitis necrosante, lo que permite una estimulación con alimentación enteral precoz.

También parece demostrado que los prematuros alimentados con leche materna que están sometidos al método de madre canguro sufren menos infecciones nosocomiales. La hipótesis que lo explicaría es la siguiente: la madre segrega IgA específicas frente a los gérmenes de su piel y frente a los gérmenes del área neonatal que ella ha ido incorporando y que son los responsables de las infecciones nosocomiales.

Entre diversas razones existentes para amamantar al bebé prematuro destacan:
- La leche materna es el alimento normal y natural para cualquier bebé humano. El amamantar a cualquier bebé tiene muchas ventajas tanto para el como para la madre
- El amamantar es algo que solo la madre puede hacer y le permite tomar un papel más activo en el cuidado de su bebé. El suministro de esta parte vital de su cuidado puede ser una salida positiva para todos los sentimientos que una madre tiene cuando su bebé nace prematuramente.
- La leche materna de las madres que dan a luz prematuramente se adapta perfectamente a las necesidades especiales del bebe prematuro. Se cree que cuanto más prematuro sea el bebe más se beneficia de la leche materna.
- El calostro y la leche materna contienen glóbulos blancos, anticuerpos y otras propiedades inmunes valiosas que pueden ayudar a un bebé prematuro a resistir infecciones. Por tanto , la leche materna ayuda a promover la buena salud de una manera que las leches artificiales no pueden igualar.
- Con la leche materna no hay desperdicio de agua y la eliminación de estos residuos no suelen sobrecargar los riñones inmaduros.
- Para un bebé prematuro, la leche materna contiene unas sustancias llamadas enzimas que son especialmente importantes para evitar daños al sistema digestivo inmaduro del bebé.

- La leche materna también contiene agentes anti-inflamatorios que ayudan a proteger los frágiles tejidos del intestino del bebé prematuro de la inflamación y el dolor. Esto reduce las posibilidades de crecimiento bacteriano perjudicial.
- La leche de la madre de un bebé prematuro contiene más grasas (lípidos) que la de la madre de un bebé nacido a término. La razón es porque los bebés nacidos a término reciben esos lípidos a través de la placenta. Muchos investigadores creen que estas grasas pueden mejorar el desarrollo del ojo y el neurológico de los recién nacidos prematuros.

2 Objetivos

Los objetivos principales del MMC unidos a la lactancia materna
- Favorecer el vínculo afectivo madre-hijo
- Preparar a los padres para desarrollar la responsabilidad de cuidar al recién nacido en el hogar
- Favorecer el desarrollo neuromotor del recién nacido
- Facilita la lactancia materna
- Leche materna como alimento exclusivo

3 Metodología

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

4 Resultados

El Método madre canguro (MMC) es la atención prestada al recién nacido manteniéndolo en contacto piel con piel con su madre o padre, fomentando su salud y bienestar.

Lo definimos como método madre canguro por la necesidad del recién nacido de contacto materno, evocando su vida intrauterina y que le aporta leche con que alimentarse, aunque también puede ser realizado por el padre o la persona

que los sustituya como cuidador principal, a los que también les une un fuerte vínculo afectivo.

Mediante este método:
- Enseñamos a la madre la ropa adecuada que debe utilizar: amplia, de algodón lavada sin aditivos que permita introducir al recién nacido y le sirva de sujeción (camiseta elástica).
- La madre-padre o la persona que lo sustituya deben venir duchados, sin perfume.
- Colocamos al recién nacido desnudo, solo con el pañal y gorrito sobre el pecho de la madre, en posición vertical "de rana" y lo cubrimos con una mantita para protegerle del frío, si es necesario.
- Durante el procedimiento mantendremos al recién nacido monitorizado y bajo vigilancia de enfermería.
- Si necesita asistencia respiratoria, el traspaso incubadora-madre se realiza entre dos personas, una coloca al recién nacido y otra se encarga de las tubulaciones que se sujetan al hombro materno para evitar desplazamientos.
- La madre estará en posición cómoda, con ambientes relajado, luz tenue y temperatura ambiental adecuada.
- Ante cualquier alteración detectada en el recién nacido se suspende el proceso, tranquilizando a la madre sobre el estado del bebé.

Hay varios requisitos para poder llevar a cabo este método

1. De los padres:
Todas las madres pueden realizar el método, siendo conveniente que también lo realice el padre, lo cual es frecuente en casos de partos múltiples.

Voluntad: la madre-padre o persona que los sustituya desea realizar el MMC.

Disponibilidad: la madre-padre o persona que los sustituya deben permanecer realizando el método al menos 50 minutos seguidos, siendo recomendable extenderlo a 2 horas diarias como mínimo, disponibilidad que aumenta en caso de lactancia materna.

Buena salud: la madre debe estar repuesta del parto u otra enfermedad antes de iniciar el método.

Apoyo familiar: la madre necesita apoyo de otros miembros familiares para desempeñar sus necesidades domésticas el tiempo que permanezca junto al bebé.

2. De los recién nacidos:
En España el MMC para prematuros ingresados en la UCI neonatal, se utiliza como apoyo durante el periodo de recuperación, debiéndose realizar durante 50-60 minutos continuos para que los beneficios superen las dificultades soportadas por el recién nacido durante el traslado incubadora-madre y posterior estabilización.

El recién nacido pretérmino: menos de 37 semanas.

Recién nacido a término: que aun tolere la posición.

Recién nacido estable hemodinámicamente, aunque precise asistencia respiratoria u oxígeno.

La tolerancia alimenticia no es un impedimento ya que se puede realizar durante la fase de alimentación por sonda.

El contacto piel con piel se puede iniciar en el hospital, continuando en el hogar, lo que puede prolongarse de días a meses, tanto en recién nacido a término como prematuros, sobre todo si reciben lactancia materna.

Será el propio bebé quien indique la duración del método, rechazando la posición; comenzando a retorcerse, llorando o sacando los pies y las manos de la contención y se quejándose cada vez que se intenta recolocar.

La lactancia materna seguirá realizándose a ser posible, de forma exclusiva.

La madre o padre puede retomar el contacto piel a piel ocasionalmente (tras el baño, durante un día de frío, o cuando el bebe precise ser reconfortado), realizando así una retirada progresiva del método.

Sea a podido observar que, tras la implantación del método madre canguro en las unidades neonatales de los hospitales españoles, la estancia de los recién nacidos prematuros es más satisfactoria, por varios hechos:
- Reduce el estrés que sufre el bebé debido al ambiente de la UCI.
- Aumenta el vínculo afectivo entre el recién nacido y su madre-padre.
- Facilita la ingesta de mediante lactancia materna.
- Mediante la leche materna procuramos todo el alimento necesario para el recién nacido, ademas de mejorar su sistema inmunológico y prevenir infecciones.
- Reduce los tiempos de estancia hospitalaria del bebe

5 Discusión-Conclusión

Beneficios del método madre canguro:
- Asemeja el medio ambiente uterino volviendo el recién nacido a oír los latidos del corazón y sentir la respiración de su madre.
- Mejora la lactancia materna favoreciendo el acceso al pecho y estimulando la producción de leche.
- Estabiliza el ritmo cardiaco, respiratorio y disminuye la necesidad de oxígeno.
- Regula la glucemia.
- Tiene efecto analgésico durante procesos dolorosos.
- Mejora la estimulación inmunológica.
- Regula la temperatura corporal creando la madre una sincronía térmica con su bebé.
- La postura contenida sobre el pecho materno es muy eficaz para conservar el calor.
- Disminuye el llanto e irritabilidades del recién nacido.
- Mejora el crecimiento y ganancia de peso al favorecer la relajación con lo que las energías del recién nacido se centran en el crecimiento.
- Reduce el tiempo de hospitalización.
- Proporciona protección contra la sobreestimulación ambiental.
- Mejora los estados conductuales en el primer año de vida.
- Proporciona periodos más largos de descanso y de sueño.
- Ayuda a los padres a desempeñar un papel activo en la recuperación de su bebé, construyendo la confianza y competencia de los padres.

Como todo método no es perfecto, existen varias contraindicaciones para su desarrollo:
- Cuadros quirúrgicos que requieran drenajes.
- Asistencia respiratoria con alta frecuencia o tratamiento con Óxido Nítrico.

6 Bibliografía

- Método madre canguro guía para padres de la Junta de Andalucía
- Guía práctica sobre el Método madre canguro OMS 2005
- Buenas prácticas en atención perinatal. Consejería de salud, Sevilla 2008.
- Lactancia materna en prematuros. Gomez Papí 1997

Capítulo 634

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ENTORNO SANITARIO.

LILIAN GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Se entiende como riesgo laboral a los peligros existentes en una profesión y tarea profesional concreta, así como en el entorno o lugar de trabajo, susceptibles de originar accidentes o cualquier tipo de siniestros que puedan provocar algún daño o problema de salud tanto físico como psicológico. La mejor forma de evitar los riesgos laborales es a través de su prevención.

La Prevención de Riesgos Laborales consiste en un conjunto de medidas y actividades que se realizan en las empresas para detectar las situaciones de riesgos e implementar las medidas necesarias para eliminarlas o minimizar sus efectos. Se trata también de un conjunto de técnicas orientadas a reconocer, evaluar y controlar los riesgos ambientales que pueden ocasionar accidentes y/o enfermedades profesionales.

Estas medidas pueden ser de muchos tipos: información y concienciación de los trabajadores, dotación de Equipos de Protección Individual (EPI), mejora de las infraestructuras y entornos de trabajo o medidas para evitar el estrés o el acoso laboral.

La prevención laboral requiere también analizar y evaluar, mediante un conjunto de técnicas, las modificaciones mecánicas, físicas, químicas, biológicas, psíquicas,

sociales, etc. que se producen en el medio laboral, con el fin de determinar en qué grado, positivo o negativo, afectan a la salud del trabajador.

RIESGOS POSTURALES.
Las posiciones de trabajo que supongan una postura forzada que dé lugar a hiperextensión, hiperflexión o hiperrotación de las articulaciones llevan asociado un riesgo postural. Las patologías más comunes son el síndrome cervical, tendinitis, síndrome del túnel carpiano, lumbalgias.

Para prevenir los riesgos posturales podemos:
• Mantener la espalda recta y los pies separados, orientados siempre uno de ellos en la dirección del movimiento para aumento de la estabilidad corporal.
• Hacer el trabajo con los músculos de las piernas que deben estar flexionadas.
• Cargar cerca del cuerpo y superponer los centros de gravedad.
• Sujetar con firmeza el objeto y utilizar el cuerpo como contrapeso.
• Utilizar puntos de apoyo.
• Adaptar el lugar donde se realiza la actividad.

RIESGOS BIOLÓGICOS.
Los riesgos biológicos son aquellos que se producen por agentes vivos o por derivados de estos, dentro de los cuales se incluyen bacterias, hongos, parásitos.
Las enfermedades infecciosas más habituales suelen producirse por:
- Accidentes ocurridos en laboratorios.
- Contagio por otra persona por vía aérea.
- Transmisión por contacto directo con enfermos contagiosos o fómites.

Las enfermedades más frecuentes son la varicela, gripe, tuberculosis, salmonelosis, meningitis, candidiasis…

Para prevenir los riesgos biológicos debemos:
• Precauciones universales.
• Higiene personal (lavado de manos y cobertura de cortes y heridas).
• Uso de elementos de protección de barrera (guantes, bata, mascarilla, calzas…)
• Usar con seguridad los objetos punzantes.
• Señalización de las muestras.
• Aislamiento de enfermos con enfermedades infectocontagiosas.
• Eliminación de residuos según los protocolos de cada hospital.
• Desinfección y esterilización de objetos e instrumentos contaminados.
• Vacunación.

RIESGOS QUÍMICOS.
Los contaminantes se utilizan en la atención del paciente y en el mantenimiento de las condiciones de higiene y limpieza. Las más importantes son:
- Los citostáticos, que se utilizan para la quimioterapia.
- Los gases anestésicos, como el protóxido de nitrógeno y el halotano.
- El óxido de etileno, se utiliza para la esterilización del instrumental.
- El formaldehído, se utiliza en laboratorios, salas de autopsia y diálisis.

Para prevenir estos riesgos:
• Protección personal y aplicación de las medidas higiénicas para la manipulación y administración de citostáticos, que deben prepararse con campana de flujo laminar.
• Control de aparatos de anestesia y vigilancia de fugas.
• Aislamiento y aireación donde se instale el aparato de óxido de etileno.
• Uso de campano de flujo laminar y de recipientes herméticos cuando se use el formaldehído. Deben hacerse controles periódicos.

RIESGO PSICOLÓGICOS.
Como consecuencia del entorno y de las características del trabajo de los profesionales sanitarios, así como la personalidad de cada individuo, se pueden desencadenar las siguientes alteraciones psicológicas:
- Estrés
- Depresión
- Síndrome de burnout
- Otras (ansiedad, fatiga…)

¿Cómo la podemos prevenir?
Terapias individuales:
- Terapias conductuales: su objetivo es modificar un determinado patrón de conducta que se considera perjudicial para el paciente.
- Terapias cognitivas: su objetivo es actuar sobre la forma personal de concebir el mundo y a nosotros.
- Desconexión y relajación: su objetivo es permitir el descanso de la mente y los sentimientos.

Terapias grupales:
Su objetivo es disminuir la sensación de aislamiento e incomprensión, rebajar el estrés.

2 Objetivos

- Nuestro objetivo definir las pautas y criterios a seguir para que los trabajadores del entorno sanitario puedan contar con total seguridad y salud en el desempeño de sus actividades.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Higiene del miedo hospitalario y limpieza de material, Ana María Fernández Espinosa-Evangelina Pérez de la Plaza, Mc Graw Hill.
- Protocolo Riesgos Laborales Generalitat Valenciana 2004.

Capítulo 635

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON NUTRICION ENTERAL

MARÍA GENEROSA LILLO TEJÓN

MARCO CASADO CORONA

1 Introducción

La nutrición enteral es un método de alimentación por sonda para nutrir al paciente que, por alguna razón, no ingiere los nutrientes por forma oral.

Una vez que se decide optar por este tipo de nutrición se deberá elegir el acceso más adecuado(estómago ,duodeno o yeyuno)y la técnica más adecuada.

La nutrición enteral es útil en pacientes crítico por la imposibilidad de ingerir alimentos que puede llevar a anorexia o hiporexia, algunos también pueden presentar algún grado de hipermetabolismo,mala absorción intestinal y pérdidas de líquidos importantes nutricionalmente.

La vía intragástrica es casi siempre de elección y si no hay contraindicaciones y el vaciamiento gástrico es el adecuado ya que si no es el adecuado puede dar lugar a una broncoaspiración en pacientes con ventilación mecánica.
Una de las ventajas de esta vía es que los nutrientes interaccionan de manera fisiológica con las enzimas digestivas y permiten así una administración correcta y segura de las medicaciones que el paciente precise.

Es conveniente utilizar esta técnica en pacientes críticos ante que la vía parenteral, para preservar el funcionamiento gástrico e intestinal.

2 Objetivos

- Identificar los criterios para seleccionar a los pacientes que sean susceptibles a una sonda de nutrición enteral.
- Conocer distintos tipos de sondas,cómo se colocan y las principales complicaciones derivadas de ellas.

3 Metodología

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

4 Resultados

RESULTADOS:
Ante todo se precisa el consentimiento firmado del paciente en el cual explicaremos la técnica a utilizar para poder llevar a cabo la nutrición enteral (NE) y se resolverá todas las dudas que pueda plantear.

El paciente debe de estar en ayunas ocho horas para poder realizar la técnica,para ello se situará en posición decúbito lateral izquierdo y con una elevación de la cama 30-45 grados.
Se dispondrá de una vía venosa periférica para la administración de drogas, fluidos o hemoderivados si precisase.

Situaciones en las que NE debe considerarse de utilización de rutina:

- Malnutrición calórica proteica.

- Ingesta inferior al 50% de los requerimientos.

- Disfagia grave.

- Quemaduras de tercer grado.

- Resección masiva de intestino delgado.

- Fístulas enterocutáneas.

Situaciones en la que la NE podría emplearse habitualmente.

- Politraumatizados.

- Pacientes sometidos a radioterapia y quimioterapia con regímenes poco tóxico.

- Insuficiencia y hepática y renal graves.

- Enfermedad inflamatoria y pancreatitis aguda grave.

Situaciones donde la NE es valor limitado.

- Quimioterapia intensiva.

- Posoperatorio inmediato o periodo post estrés.

- Enteritis aguda e intestino corto grave.

Situaciones donde la NE no debe ser utilizada.

- Perforación gastroduodenal.

- Obtrución intestinal.

- Íleo intestinal,excepto el gástrico.

- Hemorragia digestiva aguda.

- Diarrea grave .

- Lesiones en el abdomen.

METODOS DE ADMINISTRACION

1. Administración continua:
Es la administración de la fórmula por goteo durante 24 horas,mediante una bomba de infusión.

2. Administración en bolus:

Administrar mediante un bolo,con jeringa o goteo por gravedad,un volumen inferior a 400 ml,contando en estos 400 ml el agua de lavado.

SONDAS UTILIZADAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN NE.

El material preferentemente poliuretano, muy flexibles con línea radiopaca,doble orificio de entrada.
El calibre óptimo para adultos es 8 y 12 Fr,el idal 10 Fr, con fiador incorporado. Sondas trans pilóricas tipo Bengmark.

1. Sonda naso-gástrica.

2. Sonda Oro-gástrica.

3. Sonda Transpilórica:
3.1. Sonda nasoyeyunal.

3.2. Sonda naso gastroyeyunal.

COLOCACIÓN DE LAS SONDAS
1- Paso espontáneo o ciegas. Aprovechar a pasar la sonda con los movimientos peristálticos para evitar que se acode y retome a la cámara gástrica

2- A través de fluoroscopia. si la sonda no pasa del yeyuno que puede colorar una con control fluoroscópio.Se utilizaran guías y catéteras angiográficos .

3- Naso-oroyeyunal endoscópica. Es una sonda de pequeño calibre,se utiliza un gastrocopio para visualizar la sonda y su correcta colocación.

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO:

Se comprobará la permeabilidad de la sonda ante de introducir alimentación ,y también lavado posterior tras la administración de la dieta. Debemos controlar el residuo gástrico,regurgitaciones y más de 300 ml de contenidos gástrico podría hacernos sospechar la migración de la sonda en este caso se debe de hacer un control radiológico.Por lo que es muy recomendable la administración continua con bomba de perfusión.La nutrición la pasaremos por el extremo gástrico convencional pero se mantendrá la permeabilidad de la luz yeyunal.

Las sondas transitorias no se deben mover nunca.

COMPLICACIONES DE LA NUTRICIÓN ENTERAL POR CAUSAS MECÁNICAS:

1. Taponamiento de la sonda.

2. Molestia nasofaríngea.

3. Erosión nasal.

4. Erosión de la mucosas gástrica.

5. Desplazamiento de las sonda.

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES:

1. Diarrea.

2. Constipación.

3. Náuseas y vómitos.

CAUSAS INFECCIOSAS:

1. Broncoaspiración.

2. Contaminación.

CAUSAS MECÁNICAS:

1. Deshidratación.

2. Hiper o hipoglicemia.

3. Desequilibrios electrolíticos.

4. Hipovitaminosis K.

5. Sobrehidratación.

5 Discusión-Conclusión

La nutrición enteral tiene efectos favorables en la evolución del paciente grave por mantener íntegra la barrera intestinal así como disminuir el riesgo de translocación bacteriana.
Potenciar la nutrición enteral es un objetivo primordial en la terapéutica del paciente crítico.
En muchas ocasiones el paciente crítico presenta alteraciones en el vaciamiento gástrico por su patología como por el uso de drogas(sedación,relajación) que la sonda nasogástrico inadecuada para nutrición. Entonces la vía de elección es las transpilórica,siendo la sonda nasoyeyunal y la yeyunostomía las más frecuentes utilizadas para la nutrición enteral.

Con lo que se demuestra que la colocación de las sondas nasoyeyunal bajo control fluoroscópico es una técnica de fácil aplicación,sin complicaciones importantes y de bajo coste, que permite el rescate precoz de la vía enteral para el mantenimiento óptimo del soporte nutricional en el paciente crítico independientemente de su patología.

Cada vez las fórmulas y calidad de las dietas han ido mejorando,en beneficio del paciente y con ello tenemos una disminución del uso de alimentación parenteral en los pacientes críticos.
Una correcta indicación,selección del paciente,acompañada con técnicas adecuadas de administración y vigilancia son la base fundamental para el uso correcto y seguro de la alimentación enteral.

6 Bibliografía

- Enfermeria integral nº 94 , ,junio 2011.

- Revista electrónica portales médicos.com.

- Servicio de Medicina Intensiva ,Hospital Virgen del Camino,Pamplona,Navarra.

- SARTD-CHGUV,Sesión de Formación Continuada ,Valencia.marzo 2012.

- Protocolo de nutrición enteral en pacientes críticos HUCA.

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

- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 636

LOS CAMBIOS POSTURALES EN LAS DISTINTAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.

JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA

VERÓNICA DURRUTI BERROS

MONICA ORRASCO ALFONSO

MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ

SILVIA DE LA CALLE VALLINA

1 Introducción

Los cambios posturales son necesarios cuando por procesos involuntarios,exógenos y patológicos el paciente no puede moverse por sí mismo, llegando esta situación al riesgo de producirse lesiones de tipo escara, que con estos cambios de posición se pueden minimizar.

Una escara por decúbito es una localización de tejido necrosado en una zona determinada de la piel secundaria a un tipo de presión continuada que impide el riego sanguíneo a los tejidos, generando una lesión de tipo ulcerosa difícil de curar.

Los pacientes con más riesgo de sufrir una úlcera por decúbito son aquellos que se encuentran ingresados durante largos períodos de convalecencia y precisan

estar encamados y con escasa o nula movilidad por su patología o también por la afluencia de demencias que muchos de ellos padecen. También son susceptibles de contraer una escara aquellos pacientes con obesidad mórbida por la presión que su propio peso ejerce sobre sí mismos,y aquellos pacientes incontinentes que continuamente son sometidos a cambios de pañal y lavados genitales, lo cual macera la herida que comienza a debutar.

De ahí la necesidad de implementar los cambios posturales a los pacientes inmovilizados o con problemas de movilidad considerable.

Estos cambios consisten en modificar la postura corporal de los pacientes encamados y son de varios tipos: DLD, DLI, DS, DP y algunos registros describen como cambio postural la posición de Fowler.

Todos estos cambios realizados convenientemente evitan la aparición de escaras por decúbito.

2 Objetivos

Determinar los cambios posturales realizados por el equipo sanitario formado por auxiliares y celadores en pacientes con escasa o nula movilidad.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica con buscador Google y Ópera en las bases de datos Elsevier,Dialnet y diversas páginas web descritas en la bibliografía.Se han utilizado los descriptores: úlcera necrosa,sepsis y úlceras,septicemia y calor local eritematoso con operador booleano AND.

Criterios de inclusión: Pacientes encamados y datos de 2003 en adelante.

Criterios de exclusión: Textos en inglés y demencias.

4 Resultados

Consultadas las bases de datos de abordaje de cuidados auxiliares de enfermería consistentes en educación de la población a nivel de atención primaria,aprendizaje a través de charlas y cursos a las familias en CP, cuidados de la piel para mantenerla seca e hidratada, ropa de cama holgada y sin arrugas,

camisones abiertos, pomadas barrera, ácidos grasos hiperoxigenados, cambios de pañales precisos, cambios posturales cada dos o tres horas,inspección de las zonas con mayor presión y de escaso tejido subcutáneo, férulas de apoyo, vigilancia de la piel por eritemas, heridas, edemas, hematomas, arcos de cama, cojines, almohadas, taloneras, apósitos de espuma.

La incidencia de escaras por decúbito constituye uno de los indicadores del nivel de cuidados instaurados en un hospital habiéndose registrado en 2013 una prevalencia del 0,44% en atención primaria entre mayores de 65 años y del 8,51% en atención domiciliaria y de un 7,87% en adultos en hospitales, de un 3,36% en unidades de pediatría y de un 13,41% en centros geriátricos. La prevalencia es aún mayor en UCI con un 18%.

El uso de apósitos preventivos reduce la tasa de úlceras por presión en un 71%.

5 Discusión-Conclusión

Tener en cuenta la etimología de la úlcera lleva a una mejor elección del tratamiento reparador a indicar por los facultativos y a un programa establecido individual para cada tipo de paciente y lesión.

La adecuada valoración global de la clínica del paciente permitirá identificar los riesgos y ventajas del tratamiento a establecer y los cuidados específicos para minimizar lesiones y optimizar el esfuerzo terapeútico del equipo mulitidisciplinar y de los familiares.

6 Bibliografía

- https://www.úlceras.net.
- https://www.portalgeriátrico.net/notas_varios.htm
- http://www.dialnet.unirioja.es
- Rodríguez Piñero M. Epidemiología,repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras .

Capítulo 637

EL PIE DIABÉTICO Y SUS CUIDADOS EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN UNIDAD DE VASCULAR.

VERÓNICA DURRUTI BERROS

MONICA ORRASCO ALFONSO

MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ

SILVIA DE LA CALLE VALLINA

JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA

1 Introducción

El pie diabético es una patología derivada de altos niveles de glucosa en sangre por disfunción pancreática,hipertensión y niveles altos de colesterol en sangre. Disminuye la sensibilidad distal y se instaura una deficiente circulacion sanguínea, que da paso a la formación de una ulcera de tipo vascular y que en la mayoría de los casos termina con la amputacion del miembro o miembros inferiores. Las personas diabéticas sufren modificaciones en la sensibilidad de sus pies,obviando el calor local producido por posibles infecciones, el dolor etc. Las heridas son la principal fuente de aparición de las ulceras: golpes traumáticos, rozaduras, cortes.
En las plantas hospitalarias es el auxilar de enfermería quien se encarga del cuidado y control de esta úlceras, siguiendo el protocolo de actuación instau-

rado en el centro tal como son revisión de pies diarios que no presenten heridas, edemas, ampollas, hinchazón o uñas encarnizadas.
Lavado de los pies con agua tibia y diariamente secándolos suavemente sin fricción.
Aplicaciones de crema para hidratarlos con cuidado de no dejar grandes cantidades acumuladas interdigitales.
Cortar las uñas con mucho cuidado de no provocar cortes abiertos en forma recta.
No realizar prácticas podológicas que pueden acarrear una complicación a largo plazo, avisar preferentemente al podólogo.
Evitar que el paciente lleve ropa apretada y nunca aplicar calor local.
Si el paciente deambula siempre darle calzado cómodo.
Mantener controles de glucemia pautados por el facultativo.

2 Objetivos

- Determinar los cuidados auxiliares en las plantas de cirugía vascular.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos lilacs, scielo y dialnet con buscador Ópera y descriptores: pie diabético, Úlcera vascular, abordaje enfermero control glucémico y curas vasculares.
Criterios de inclusión: textos en español y búsquedas de 2005 en adelante.
Criterios de exclusión: textos en inglés y pacientes menores de 40 años.

4 Resultados

El 9% de pacientes que padecen de úlceras vasculares desconocen que la tienen.
El riesgo de amputación aumenta 8 veces una vez que debuta la úlcera y es 15 veces mayor en pacientes diabéticos que en personas sanas.
La mortalidad a 5 años de pacientes amputados varia del 39 al 80%.
Se estima que aproximadamente el 3-45 de los diabéticos presenta en la actualidad alguna úlcera y que el 25% de los pacientes diabéticos desarrollará ulceras en los pies a lo largo de su vida.
Factores principales del debut de pie diabético son infección isquemia neuropatías derivadas de otras patologías de tipo neurológico y la clínica cursa con

amputaciones y gangrenas inhabilitando a la persona hasta que la hace dependiente total para las actividades básicas de la vida diaria.

Los pacientes ingresan en el programa de pie diabético de manera permanente estratégica y multidisciplinar.
Estos programas se instauran desde hace unos años en los centros hospitalarios y dan resultados de menor incidencia de amputaciones, disminuyen la necesidad de recursos humanos por disminución del abordaje en el tiempo de las curas, y recortes en el gasto sanitario además de altas hospitalarias más agilizadas y pacientes más independientes.
Con estos programas han sido tratados más de 5000 pacientes a lo largo de su implementación en los distintos hospitales de España y los daños tisulares remiten notoriamnete con las aplicaciones terapéuticas del programa protocolario.

5 Discusión-Conclusión

Estas úlceras son muy frecuentes en la población diabética y cada vez más recurrentes en aquellas personas mayores que viven solas y no tienen sensibilidad distal lo cual les genera infecciones insensibles que les imposibilita y cuando se abordan en muchas ocasiones son irreversibles.
El manejo del equipo sanitario en el cuidado de este tipo de lesiones pueden llegar a lograr el salvataje de la extremidad afectada y ayudar asi al paciente a recuperar su vida funcional.
Las cifras de diabetes en España van en aumento debido a los hábitos de vida poco saludables y que concluyen con este tipo de patologías de gran peso económico social psicológico y de incidencia cultural.

6 Bibliografía

-Reiber GE. The epidemiology of diabetic foot problems.Diabetet Med.1996.
-Most RS, Sinnock P.The epidemiology of lower extremity amputations in diabetic individuals.Diabetes Care 1983 -https://scielo.conicyt.cl
-Https://www.cun.es
pie-diabético

Capítulo 638

HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO

BEATRIZ GALÁN BORREGO

PAULA PRESUMIDO DÍAZ

1 Introducción

El aseo general de un paciente encamado, es una técnica muy importante que enfermería ha ido delegando con el paso del tiempo al auxiliar, por lo que hay que recalcar que no es competencia exclusiva del auxiliar de enfermería, sino que es de enfermería.

Bajo mi punto de vista, cuando aseamos a un paciente, aprendemos muchas cosas de él, es decir, no sólo valoraremos el estado e integridad de su piel, sino que al ser un momento de gran intimidad podemos ver sus sentimientos, cómo ve su proceso de enfermedad, escucharemos sus necesidades y crearemos un clima común en el que la confianza enfermero-paciente crecerá.

En muchos hospitales es una labor compartida entre el enfermero, el auxiliar y el celador. Para realizar un correcto aseo en cama, se necesitan, al menos, dos personas.

2 Objetivos

Proporcionar al paciente el cuidado necesario para satisfacer las necesidades de higiene y confort, conservando el buen estado de hidratación de la piel

3 Metodología

Búsqueda, selección y revisión crítica de artículos científicos y otros documentos originales relacionados con el tema fue realizada con base en higiene del paciente encamado. Los criterios considerados para la inclusión de la información en esta revisión fueron artículos originales publicados en las bases de datos Science Direct, Scielo, así como documentos no publicados. Documentos publicados en inglés y español. Fuentes que hicieran referencia a la higiene como cuidado básico de enfermería.

Después de la selección se realizó la lectura crítica de cada artículo o documento. La información de cada pieza se recopiló en una ficha que incluyó información relacionada con la descripción del problema, objetivos, metodología, resultados, conclusiones. Los resultados de la revisión se organizaron en categorías: aseo general en la cama, material y protocolos de enfermería.

4 Resultados

Aseo general en la cama.

Material:

• Palangana.

• Guantes.

• Esponjas jabonosas.

• Toallas.

• Agua.

• Ropa limpia de cama.

• Jarro con agua templada.

• Champú o jabón líquido.

• Tapones para los oídos o bolitas de algodón.

Pasos:

- Realizar lavado de manos.

- Informar al paciente del procedimiento a realizar.

- Mantener la temperatura adecuada y evitar las corrientes de aire en la habitación.

- Proteger al paciente de caídas.

- Colocarse los guantes.

- Preparar el agua a la temperatura adecuada.

- Colocar al paciente en decúbito supino (si no existe contraindicación).

- Desnudar al paciente y cubrirlo parcialmente con la sábana.

- El lavado del paciente se realizará siguiendo el orden indicado: ojos, cara, orejas, cuello, hombros, brazos, manos y axilas, tórax, abdomen, piernas y pies, espalda y nalgas, región genital.

- Lavar los ojos y la cara del paciente con agua templada sin jabón, y secar cuidadosamente.

- Lavar con agua y jabón el cuello, orejas y axilas. Enjuagar y secar.

- Acercar la palangana al borde de la cama y permitir si fuera posible que introduzca las manos y se las lave. Secar a continuación.

- Cambiar el agua, jabón y esponja.

- Lavar el tórax (en las mujeres incidir en la zona submamaria), continuar con el abdomen. Enjuagar y secar.

- Colocar al paciente en decúbito lateral.

- Lavar la parte posterior del cuello, hombros, espalda y nalgas. Enjuagar y secar.

- Lavar las extremidades inferiores prestando atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar.

- Cambiar el agua, jabón y esponja.

- Lavar los genitales y la zona anal. Enjuagar.

Protocolos de Enfermería:

- Secar bien la piel, poniendo atención en los pliegues cutáneos.

- Aplicar crema hidratante. Vestir al paciente con el pijama o camisón.

- Peinar al paciente y facilitar el uso de sus artículos de aseo personal.

- Observar el estado de las uñas, limpiándolas y cortándolas si fuera preciso.

- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada al cambio postural correspondiente.

- Recoger el material. Quitarse los guantes. Lavarse las manos.

- Anotar el procedimiento y posibles incidencias en la historia de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

La promoción de la comodidad del paciente a través de intervenciones de enfermería es un componente fundamental del cuidado que brindan los profesionales que se desempeñan en entornos críticos Teniendo en cuenta que uno de los objetivos principales de la realización de los procedimiento de higiene es el logro de resultados relacionados con comodidad y bienestar, es importante indicar que la comodidad del paciente es un objetivo terapéutico de la práctica de enfermería y una función primaria de enfermería.
Los pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Crítico tienen muchas necesidades de comodidad en las dimensiones física, sociocultural y ambiental. Éstas deben ser resueltas por los profesionales de enfermería como cuidadores primarios del paciente en el entorno hospitalario. Los procedimientos realizados para satisfacer las necesidades de higiene son cuidados básicos que promueve la comodidad, inmersa en la rutina diaria de los cuidados básicos de enfermería y que si se realiza de manera correcta transmiten contacto individual y presencia
Por lo tanto, los profesionales de enfermería deben asegurar que las necesidades esenciales de higiene de los pacientes se cumplan, no solo a expensas de la ejecución correcta de una técnica sino también a partir de intervenciones de enfermería sustentadas desde el conocimiento de enfermería, que están de acuerdo con las políticas institucionales y que promueven la dignidad y el respeto a todos los pacientes

6 Bibliografía

- https://enfermeriapractica.com/
- www.areasaludplasencia.es

- https://www.ayudafamiliar.es/

Capítulo 639

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

ISABEL LOPEZ FUERTES

MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ

DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ

MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA

VIOLETA VAZQUEZ GARCIA

1 Introducción

Los accidentes cerebrovasculares representan una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo (Feigin, Forouzanfar, Krishnamurthi, y Murray, 2014). En Estados Unidos aproximadamente 700.000 personas sufrieron un accidente cardiovascular (Goff et al., 2007), existiendo una mayor incidencia de estos accidentes del tipo isquémico en personas jóvenes de 18 a 30 años (Tibæk et al., 2016). Los accidentes cerebrovasculares influyen en gran medida en la salud psicológica y física, así como también en la vida social y laboral de las personas, sin embargo, pueden afectar de diversas maneras, lo cual dependerá de los niveles funcionales de las personas y de la gravedad de las deficiencias presentadas posteriormente al derrame cerebral (Jennum, Iversen, Ibsen, y Kjellberg, 2015; Kvigne y Kirkevold, 2003).

La recuperación de los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular depende del inicio temprano de la rehabilitación en las unidades hospitalaria y en la participación de los familiares en los cuidados posteriores del paciente (Kvigne y Kirkevold, 2003; Loft et al., 2017). La rehabilitación tiene como objetivo ayudar a restituir la capacidad funcional del paciente de manera que pueda vivir de forma significativa dentro de las limitaciones atribuidas por el accidente cerebrovascular y a su vez, pueda integrarse nuevamente en el ámbito social y laboral (Loft et al., 2017).
En las unidades de rehabilitación los auxiliares de enfermería representan el grupo de profesionales más grande dentro del equipo multidisciplinario y contribuyen en mejorar las deficiencias presentadas por los pacientes (Clarke, 2014; Loft et al., 2017). Además de esto, los auxiliares de enfermería se encuentran presentes de manera continua durante la rehabilitación, por lo tanto, tienen el potencial de desempeñar un papel clave en brindar el apoyo necesario para ayudar a los sobrevivientes a enfrentar las nuevas condiciones de vida (Loft et al., 2017). A pesar de esto, el papel y la contribución del auxiliar de enfermería en las unidades de rehabilitación de accidente cerebrovascular es poco conocido entre los propios auxiliares, miembros del equipo multidisciplinario y pacientes.

En la década de los noventa varios estudios intentaron determinar el papel y la contribución específica de la enfermería en la rehabilitación de pacientes hospitalizados por accidente cerebrovascular (Gibbon, 1993; Kirkevold 1990, 1992). Dichos autores afirmaron que pese a las investigaciones realizadas fue evidente el poco conocimiento del personal de enfermería sobre sus funciones en la unidad de rehabilitación. Kirkevold señaló la existencia de cuatro roles terapéuticos en la enfermería durante los cuidados del accidente cerebrovascular, lo cuales conciernen a funciones interpretativas, consoladoras, conservadoras e integradoras (Kirkevold, 1997).
Dentro de las funciones del auxiliar de enfermería enfatiza aquellos relacionados con fines prácticos como ayudar al paciente a levantarse de la cama, ir al baño, comer y realizar tareas que faciliten la estadía del paciente. Sin embargo, Thorn (2000) señaló la necesidad de realizar más estudios para determinar las funciones de la enfermería en la rehabilitación, destacando que generalmente dichas funciones son descritas como vagas y poco claras entre los auxiliares de enfermería y pacientes.

La revisión bibliográfica realizada por Clarke (2014), donde fueron tomados en cuenta estudios científicos desde 1997 al 2009, destaca que no se ha identificado las actividades específicas de la enfermería en la rehabilitación de pacientes con

derrames cerebrales, sin embargo, fueron identificados, tanto en las enfermeras como en los auxiliares de enfermería, actividades de monitoreo físico, asistencia personal para la continencia y cuidados de la piel. De igual forma, señala que esta atención física y monitoreo fueron actividades tomadas como prioritarias, existiendo una separación entre estos trabajos y la terapia. El personal de enfermería poseía la capacitación para realizar actividades de rehabilitación, pero no enfocaban su trabajo en llevar a cabo dichas actividades y en muchos de los casos los pacientes y los familiares no comprendían cuál era el papel del auxiliar de enfermería en la rehabilitación.

Los estudios realizados por McDuff (1998) y Seacrest (2002) argumentaron que los pacientes hospitalizados por accidente cerebrovascular describieron a los auxiliares de enfermería de forma positiva, pero pocos señalaron casos donde la participación de los auxiliares contribuyera activamente a su rehabilitación. Por otra parte, Kearney y Lever, (2010) y Seneviratne, Mather, y Then, (2009), destacaron que factores organizativos pueden limitar las funciones y contribuciones del personal enfermo en la rehabilitación del accidente cerebrovascular. Pryor (2009) señaló que los miembros del equipo interdisciplinario dentro de las unidades de rehabilitación de accidente cerebrovascular no aprecian o no toman en consideración el papel de las enfermeras y de los auxiliares de enfermería.

Los pacientes hospitalizados por accidente cerebrovascular requieren de profesionales en enfermería altamente capacitados para optimizar su proceso de rehabilitación. Los estudios expuestos anteriormente ponen en evidencia la necesidad de explorar la contribución del auxiliar de enfermería en este tipo de rehabilitación.

2 Objetivos

Determinar el papel y la contribución actual del auxiliar de enfermería en las unidades de rehabilitación de accidente cerebrovascular.

3 Metodología

Bases de datos
La búsqueda sistemática de los artículos de interés fue realizada en las bases de datos electrónicas PubMed, ScienceDirect y Cochrane, utilizando la combinación de los descriptores MeSH “Nursing Assistants”, “nursing”, “rehabilitation”

y “stroke”, según las siguientes estrategias de búsqueda: Nursing Assistants AND rehabilitation AND stroke; nursing AND rehabilitation AND stroke; Nursing Assistants AND nursing AND stroke.
En las bases de datos la búsqueda se limitó a artículos de investigación y estudios científicos empíricos cualitativos en inglés o español publicados desde 2009 hasta la actualidad y disponibles a texto completo.

Criterios de selección:
Fue realizada una preselección de los 241 artículos obtenidos mediante las limitaciones impuestas en las bases de datos. Esta preselección consistió en eliminar los duplicados encontrados y aquellos artículos cuyo título no aporta información relevante hacia la temática. Posteriormente, se procedió a la lectura de los 48 artículos preseleccionados, para evaluar la elegibilidad, en base a los criterios de selección.

- Criterios de inclusión: estudios de rehabilitación después de un accidente cerebrovascular que plasmarán el papel y/o la contribución del personal enfermero incluyendo al auxiliar de enfermería, estudios donde eran tratados pacientes mayores de 18 años.
- Criterios de exclusión: estudios donde era mencionado el papel del personal enfermo incluyendo al auxiliar de enfermería únicamente por las opiniones de los familiares, estudios con sobrevivientes de un accidente cerebrovascular con expectativa de vida menor a 3 meses.

4 Resultados

En dos artículos se describe el papel y contribución del personal enfermero, incluido el auxiliar en enfermería, en las unidades de rehabilitación para pacientes hospitalizados por sufrir un accidente cerebrovascular (Dreyer, Angel, Langhorn, Pedersen, y Aadal, 2016; Loft et al., 2017). Estos autores señalaron que entre las funciones del auxiliar se encontraba conocer al paciente por medio de charlas, lo cual contribuía en brindar una mejor atención. Esta atención se enfocaba en el cuidado físico del paciente, así como también en el apoyo durante actividades de rutina. Por otra parte, los autores destacaron que en la mayoría de los casos los auxiliares no conocían su papel, siendo necesaria una mayor capacitación. A diferencia de estos estudios, Loft et al. (2017) indicaron que los auxiliares de enfermería conocían su papel dentro del personal de enfermería. Entre las funciones que desempeñaron se encontró la asistencia en el cuidado del paciente y sus necesidades básicas como la higiene personal y alimentación. También ca-

pacitaron a los pacientes sobre cómo enfrentar y manejar el ACV. Esto último contribuyó a aumentar la tranquilidad de los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario.

Dos artículos señalaron que una de las funciones más importantes del auxiliar de enfermería dentro de su rol en la atención sanitaria viene dada por charlas o asesoramientos a los pacientes y familiares sobre el manejo de las consecuencias posteriores al ACV. Durante este servicio el auxiliar brinda conocimientos sobre cuidados durante las actividades de rutina, como lidiar los impedimentos físicos que pueden presentarse luego del ACV y qué realizar durante casos de emergencia (Clarke y Holt, 2014; Meng, Chen, Liu, y Zhou, 2019). Por otra parte, en estos estudios fue puesto en evidencia que se debe aumentar la capacitación de los auxiliares.

Portillo y Cowley (2010) señalaron que los auxiliares deben planificar actividades y tareas para los pacientes, de manera que puedan contribuir a su rehabilitación. Estas tareas incluyen formas de alimentación, ejercicios de memoria y en algunos casos caminatas. Resultados similares fueron expuestos por Loft et al. (2018) donde además indicaron que, el papel del auxiliar se enfoca en atender todas las actividades del paciente durante su estancia, como el baño, alimentación, horas de sueño y recreación. De igual forma contribuyen con el aseo de las habitaciones. Sin embargo, estos estudios permitieron evidenciar que varios auxiliares no cumplían dichas funciones por falta de tiempo o conocimiento sobre cómo aplicarlas.

A diferencia de los artículos mencionados, fue encontrado un estudio orientado a explorar las prácticas y contribuciones del personal de enfermería en relación con la incontinencia que sufren los sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares (Booth, Kumlien, Zang, Gustafsson, y Tolson, 2009). Los autores señalaron que las prácticas del auxiliar de enfermería fueron monitorizar a los pacientes, ayudar en el cuidado correcto de las sondas urinarias, promover el uso de ropa fácil de quitar para facilitar las evacuaciones, cuidados de higiene y aseo de las camas.

Por último, Aadal, Angel, Langhorn, Pedersen, y Dreyer (2017) indicaron que dentro de las funciones del auxiliar de enfermería se encuentra ayudar a involucrar a los familiares en los cuidados de rutina e higiene mediante enseñanzas, folletos y charlas. A su vez, los auxiliares deben instruir sobre las asociaciones que pueden ayudar al paciente y familiares luego de la rehabilitación

5 Discusión-Conclusión

Los estudios analizados dentro del ámbito hospitalario reflejaron que los auxiliares de enfermería participaron activamente, conociendo su papel dentro del equipo multidisciplinario. Estos hechos difieren de los señalados por Kirkevold (1992) y Gibbon (1993), donde el poco conocimiento del auxiliar de enfermería sobre su papel y contribución en las unidades de rehabilitación se hicieron evidentes. Esto puede representar mejoras en los planes educativos y un mayor reconocimiento del auxiliar dentro del personal de enfermería.

Dreyer et al. (2016) y Loft et al. (2017) señalaron que el papel del auxiliar se encontró relacionado con dos ámbitos, el papel en función de la atención continua de las necesidades del paciente y papel en el equipo interdisciplinario. Los auxiliares manifestaron conocimiento sobre cada ámbito, siendo central para ejercer sus funciones conocer a los pacientes, no solo desde las perspectivas médicas, sino también como persona, ya que esto ayuda a manejar de forma óptima los cuidados necesarios para brindarle una mejor calidad de vida. El papel principal del auxiliar en la rehabilitación de personas que sufrieron un accidente cerebrovascular está enfocado en la atención física. Interviniendo en procedimientos que ayuden a disminuir el dolor físico y emocional de los pacientes y familiares. También es de importancia el seguimiento de variables y signos vitales. Loft et al. (2017b) señala que el papel principal del auxiliar es proporcionar apoyo a los pacientes, ayudando a la autoaceptación del accidente cerebrovascular y al afrontamiento de su situación. En esta investigación, la metodología empleada dio a conocer que los pacientes durante su rehabilitación tuvieron pensamientos existenciales que ameritaron una mayor atención en el ámbito psicológico, siendo necesario para los auxiliares ejercer un mayor tiempo en proporcionar el apoyo necesario. Estos hechos afectaron el papel que debe representar el auxiliar, no conocer de forma clara su papel y contribución en las unidades de rehabilitación hospitalaria. Estos hallazgos manifiestan que es necesario capacitar y educar aún más a los auxiliares, de manera que puedan equilibrar sus funciones pese a los comportamientos de los pacientes.

Portillo et al. (2010) manifiesta que los auxiliares no conocían su papel dentro de las unidades de rehabilitación hospitalaria, lo cual era producto de la falta de tiempo, experiencia y comunicación ineficaz entre los pacientes y auxiliares. estos autores destacan que pueden ser implementadas ciertas estrategias que permitirían mejoras en estos aspectos. Estas estrategias son promover la educación del auxiliar hacia los pacientes y familiares sobre los accidentes cerebrovascu-

lares y sus consecuencias, cuidados y posibles programas de ayuda posterior a la rehabilitación. Esto permitiría que los pacientes se muestren motivados hacia las acciones del auxiliar y mejorar la comunicación. También fueron señalados un mayor empleo de prácticas de enfermería en el ámbito psicológico y mejorar la planificación en la etapa de alta. Ninguno de los estudios expuestos anteriormente señala estrategias de este tipo, por lo tanto, sería necesario evaluar la efectividad de dichas estrategias para mejorar el reconocimiento del papel y funciones del auxiliar

Dentro de las instituciones sanitarias, el papel del auxiliar es prioritario, ya que ellos están presentes de manera continua durante los cuidados de los pacientes. Clarke et al. (2014) señalan que mayormente en las instituciones sanitarias, las enfermeras y auxiliares no reciben los entrenamientos para la atención en la rehabilitación de accidentes cerebrovasculares. Estos entrenamientos son de importancia, ya que reúnen las prácticas actuales para el adecuado manejo. Por lo tanto, a pesar de que los participantes en este estudio entendían su papel y realizaban de forma plena sus funciones, estos hechos podrían repercutir posteriormente, lo que pudiera traer como consecuencia que los pacientes no perciban los efectos positivos de las funciones del auxiliar en su rehabilitación. Dichas afirmaciones son señaladas en estudios realizados por McDuff (1998) y Seacrest (2002).

Además de estos estudios, una investigación de importancia identificó el papel del auxiliar en cuanto a los episodios de incontinencia, los cuales son frecuentes en sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares. Booth et al. (2009) argumentan que los auxiliares manejaban de forma activa sus funciones con respecto a la incontinencia, adoptando un enfoque de rutina mediante la monitorización y cuidado de las sondas urinarias, sin embargo, los auxiliares ofrecían tales atenciones, pero no promovían la continencia, lo cual es fundamental, ya que como fue señalado anteriormente, el auxiliar debe educar a los sobrevivientes sobre cómo enfrentar las nuevas condiciones de vida (Loft et al., 2017). Debido a esto, se recomienda incluir en los planes educativos prácticas apropiadas que permitan promover la continencia urinaria y se recomienda, a su vez, realizar futuros estudios donde sea evaluados los efectos de dichas prácticas.

Por otra parte, Kvigne & Kirkevold (2003) argumentan que la recuperación de los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular depende, en parte, de la participación de los familiares en los cuidados posteriores del paciente. Los estudios de Aadal et al. (2017) respaldan dichas afirmaciones y ponen en manifiesto que los auxiliares experimentan su papel hacia los familiares como fundamentales,

ayudando a que éstos intervengan en los cuidados de los pacientes mediante la enseñanza sobre las técnicas de cuidado básicas y prioritarias. Por otra parte, hay que considerar que estas funciones en los auxiliares podrían generar limitaciones o conflictos a la hora de poner en práctica la atención centrada en el paciente individual. Sería de interés realizar ensayos clínicos que pongan a prueba dicha hipótesis.

Esta revisión sistemática proporciona evidencia de que actualmente los auxiliares de enfermería realizan de forma plena su papel dentro de las unidades de rehabilitación de accidente cerebrovascular. Se concluye que los auxiliares contribuyen a mejorar la calidad de vida mediante la atención física y cuidados de rutina que incluye satisfacer las necesidades de alimentación y oxígeno. También participan activamente en el cuidado de las sondas urinarias y actividades relacionadas con la incontinencia. Es importante destacar, que los auxiliares intervienen en la educación sanitaria hacia los pacientes y familiares. Dichas funciones y contribuciones ponen en manifiesto que el papel del auxiliar en este ámbito es fundamental para la atención adecuada de los pacientes. Por otra parte, los sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares necesitan enfermeras y auxiliares capacitadas de prácticas actuales, siendo de interés, el desarrollo de mejores programas de capacitación y planes educativos al personal de enfermería, enfocados en los desafíos actuales sobre la atención de estos pacientes y que permitan dar conocimientos sobre como equilibrar las funciones a desempeñar.

Por último, es necesario realizar futuros estudios que tomen en cuenta muestras más representativas de la población de auxiliares de enfermería.

6 Bibliografía

- Aadal, L., Angel, S., Langhorn, L., Pedersen, B. B., & Dreyer, P. (2017). Nursing roles and functions addressing relatives during in-hospital rehabilitation following stroke. Care needs and involvement. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32(2), 871–879.
- Booth, J., Kumlien, S., Zang, Y., Gustafsson, B., & Tolson, D. (2009). Rehabilitation nurses practices in relation to urinary incontinence following stroke: a cross-cultural comparison. Journal of Clinical Nursing, 18(7), 1049-58.
- Clarke, D. (2014). Nursing practice in stroke rehabilitation: Systematic review and meta-ethnography. Journal of Clinical Nursing, 23(9), 1201-1226.
- Clarke, D. & Holt, J. (2014). Understanding nursing practice in stroke units: a Q-methodological study. Disability and Rehabilitation, 37(20), 1870–1880.

- Dreyer, P., Angel, S., Langhorn, L., Pedersen, B. & Aadal, L. (2016). Nursing Roles and Functions in the Acute and Subacute Rehabilitation of Patients With Stroke. Journal of Neuroscience Nursing, 48(2), 108–115.
- Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Krishnamurthi, R. & Murray, C. (2014). Global and regional burden of stroke during 1990-2010: Findings from the global burden of disease study 2010. Lancet, 383 North American Edition (9913), 245-254.
- Gibbon, B. (1993) Implications for nurses and approaches to the management of stroke rehabilitation: a review of the literature. International Journal of Nursing Studies 30, 133–141.
- Goff, D., Brass, L., Braun, L., Croft, J., Flesch, J. & Fowkes, F. (2007). Essential features of a surveillance system to support the prevention and management of heart disease and stroke: A scientific statement from the American Heart Association Councils. Circulation, 115(1), 127Y155.
- Jennum, P., Iversen, H. K., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2015). Cost of stroke: A controlled national study evaluating societal effects on patients and their partners. BMC Health Services Research, 15(1).
- Kearney, P. & Lever S (2010) Rehabilitation nursing: invisible and underappreciated therapy. Editorial. International Journal of Therapy and Rehabilitation 17, 394–395.
- Kirkevold M. (1990). Caring for stroke patients: heavy or exciting? Image: Journal of Nursing Scholarship 22, 79–83.
- Kirkevold, M. (1992). Balance values and norms in the nursing care of stroke patients. Rehabilitation Nursing Research 1, 24–33.
- Kirkevold, M. (1997). The role of nursing and rehabilitation of acute stroke patients: towards a unified theoretical perspective. Advances in Nursing Science 19, 55–64.
- Kearney, P. & Lever S (2010) Rehabilitation nursing: invisible and underappreciated therapy. Editorial. International Journal of Therapy and Rehabilitation 17, 394–395.
- Kvigne, K. & Kirkevold, M. (2003). Living with bodily strangeness: Women's experiences of their changing and unpredictable body following a stroke. Qualitative Health Research, 13(9), 1291-1310.
- Loft, M. I., Esbensen, B. A., Kirk, K., Pedersen, L., Martinsen, B., Iversen, H. & Poulsen, I. (2018). Nursing staffs self-perceived outcome from a rehabilitation 24/7 educational programme – a mixed-methods study in stroke care. BMC Nursing, 17(1).
- Loft, M., Poulsen, I., Esbensen, B., Iversen, H., Mathiesen, L. & Martinsen, B. (2017) (b). Nurses' and nurse assistants' beliefs, attitudes and actions related to

role and function in an inpatient stroke rehabilitation unit-A qualitative study. Journal of Clinical Nursing, 26(23-24), 4905–4914.
- Loft, M. I., Martinsen, B., Esbensen, B. A., Mathiesen, L. L., Iversen, H. K., & Poulsen, I. (2017) (a). Call for human contact and support: an interview study exploring patients' experiences with inpatient stroke rehabilitation and their perception of nurses' and nurse assistants' roles and functions. Disability and Rehabilitation, 1–9.
- McDuff, CN (1998) Stroke patients' perceptions of hospital nursing care. Journal of Clinical Nursing 7, 442–450.
- Meng, X., Chen, X., Liu, Z., & Zhou, L. (2019). Nursing practice in stroke rehabilitation: Perspectives from multidisciplinary healthcare professionals. Nursing & Health Sciences.
- Portillo, M. C., & Cowley, S. (2010). Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care. Journal of Clinical Nursing, 20(11-12), 1731–43.
- Pryor, J. (2009) A Nursing perspective on the relationship between nursing and allied health in inpatient rehabilitation. Disability and Rehabilitation 30, 314–322.
- Seacres,t J. (2002) How stroke survivors and primary support persons experience nurses in rehabilitation. Rehabilitation Nursing 27, 176–181.
- Seneviratne, C., Mather, C. & Then, K. (2009) Understanding nursing on an acute stroke unit: perceptions of space, time and interprofessional practice. Journal of Advanced Nursing 65, 1872–1881.
- Thorn, S. (2000). Neurological rehabilitation nursing: A review of the research. Journal of Advanced Nursing, 31(5), 1029-38.
- Tibæk, M., Dehlendorff, C., Jørgensen, H. S., Forchhammer, H. B., Johnsen, S. P., & Kammersgaard, L. P. (2016). Increasing Incidence of Hospitalization for Stroke and Transient Ischemic Attack in Young Adults: A Registry-Based Study. Journal of the American Heart Association, 5(5)

Capítulo 640

HEPATITIS.

MARIA FANJUL GARCIA

1 Introducción

La hepatitis es una enfermedad inflamatoria que afecta al hígado. El hígado ubicado en la zona derecha del abdomen, es un órgano importante que procesa nutrientes, metaboliza medicamentos y ayuda a eliminar toxinas del organismo.
La hepatitis es una enfermedad de la que se conocen numerosas causas:
- Infecciones por virus, bacterias, parásitos, etc.
- Trastornos de tipo autoinmune.
- Lesiones debidas a la interrupción de la irrigación sanguínea normal del hígado.
- Daños cerebrales
- Presencia en el organismo de determinadas drogas, toxinas, medicamentos, etc.
- Presencia de trastornos de tipo hereditario como fibrosis quística o enfermedad de Wilson.
- Transfusiones de sangre

2 Objetivos

-Conocer los tipos de hepatitis, su tratamiento y su virulencia e incluso su periodo de adherencia.

3 Resultados

Todas las infecciones por virus de la hepatitis tienen un periodo de incubación largo:

- Virus A y E: entre 15 y 30 días.
- Virus B, C y D: puede llegar hasta 3 meses

Vías de transmisión

• Virus A (HAV) y E (HEV): fecal-oral. La forma de transmisión más frecuente es por el agua contaminada por lo que la higiene es fundamental para una prevención. Produce una enfermedad benigna y autolimitada, con un periodo de incubación de 2 a 6 semanas.

El HAV solo se reproduce en el hígado pero está presente además en bilis, heces y sangre al final del periodo de incubación. Su infecciosidad disminuye rápidamente una vez que la ictericia se hace evidente.
Durante la fase aguda, hasta 6 meses o incluso más, se detectan anticuerpos anti HAV de tipo IgM (IgM anti-VHA).
En la fase de convalecencia predominan anticuerpos anti-HAV de tipo IgG , que confieren protección.
Sus síntomas son diarrea, dolor de estómago, pérdida de apetito, náuseas, cansancio y fiebre.

Hepatitis A: causada por el virus de la hepatitis A (VHA). Se transmite por el contacto con deposiciones de otro enfermo, por falta de higiene en el hogar o bien el consumo de alimentos contaminados. Puede afectar a cualquier individuo y tener carácter epidémico en aquellos lugares que no cuenten con tratamiento adecuado de sus aguas servidas.

• Virus B (HBV), D (HDV). Por vía parenteral; por contacto sexual o por relaciones sexuales traumáticas con heridas.Se multiplica en el hígado pero puede estar presente fuera de él. Sus partículas víricas son:

- HBsAg o Antígeno de Superficie del HBV, que es una proteína de envoltura que se expresa en la superficie del virión. Es producto del gen S, que puede tener varios genotipos.

- HBcAg o Antígeno Central (CORE) del HBV. Se expresa en la superficie de la nucleocápside y es codificado por el gen C en su región central. No lo encontramos en suero porque carece de péptido señalizador para hacerse soluble.

- HBeAg o Antígeno E del HBV, que es una proteína soluble de la nucleocápside. Es también producto del gen C, pero esta vez es codificado desde su región pre-

central.El HBeAg puede encontrarse en suero porque tras su síntesis se asocia a un péptido señalizador que lo fija al retículo endoplásmico liso.
Tras la infección por el HBV el primer marcador que se encuentra en suero es el HBsAg, que se eleva antes de que la infección tenga expresión clínica (ictericia y otros síntomas) y disminuye y desaparece al cabo de 1 o 2 meses de la aparición de la ictericia, al tiempo que aumenta el anticuerpo contra el antígeno S (anti-HBs), que persiste indefinidamente y protege frente a la reinfección por el HBV.
Este período se denomina "ventana ciega" y para no incurrir en un falso negativo podemos ayudarnos con la detección en suero del anticuerpo contra el HBcAg (IgM-antiHBc), que se eleva tras 1 o 2 semanas desde la aparición.

Para determinar si la infección es aguda o crónica se debe determinar el tipo de Ig del anticuerpo:

- Aguda: tipo IgM (IgM anti-HBc).
- Crónica: tipo IgG (IgG anti-HBs)

Con un análisis de sangre se puede saber si una persona tiene el virus.
• Hepatitis B: es una enfermedad grave causada por un virus que se transmite por la sangre o por vía sexual . Puede causar una infección aguda o crónica y así persistir en la sangre, causando cirrosis (cicatrización) del hígado, cáncer del hígado, insuficiencia hepática y la muerte. existe una vacuna para su prevención. Virus C (HCV); Por vía parenteral, contaminación con sangre infectada. El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades sí recomienda el uso de condón entre parejas monógamas discordantes . Se cree que el sexo vaginal con penetración implica un nivel de riesgo menor de transmisión.

• Hepatitis C: causada por el virus hepatitis C (VHC) que se encuentra en la sangre de las personas que tienen la enfermedad. La infección del VHC también es transmitida mediante el contacto con la sangre de una persona infectada y también es causa de hepatitis crónica, cirrosis, cáncer de hígado, insuficiencia hepática y muerte.

• Hepatitis D: es un virus defectuoso que necesita el virus de hepatitis B para existir , se encuentra en la sangre de las personas infectadas con el virus.
No es un virus sino, un viroide (agente infeccioso que afecta a las plantas pero a diferencia de los virus, no poseen proteínas ni lípidos, están formados por una cadena de ARN circular que no codifica proteínas). Se transmite por vía parenteral.Si HBV es negativo, HDV será también negativo. Por el contrario, si HBV

resulta positivo, puede o no haber infección por HDV.
Su nucleocápside expresa el antígeno D (HDAg), que es difícil de encontrar en suero. El anticuerpo neutralizador del HDAg se eleva de 30 a 40 días tras la aparición de los síntomas.

Pueden darse dos tipos de infección junto al HBV:
- Coinfección: si tanto los marcadores del HBV como los anticuerpos anti-HDV son positivos y de fase aguda, es decir, anticuerpos de tipo IgM para cada uno de los virus. Es decir, se adquiere la infección por ambos virus al mismo tiempo. La coinfección evoluciona a cronicidad en un 5% de los casos.

- Sobreinfección: si los marcadores del HBV son positivos pero con anticuerpos de tipo IgG y los anticuerpos contra el HDV son positivos y de tipo IgM. Es decir, se adquiere la infección de HDV cuando ya se estaba infectado por al HBV. La sobreinfección evoluciona a cronicidad en un 80% de los casos.

• Hepatitis E: es un virus (VHE) que se transmite en forma muy similar al virus de hepatitis A. Se disemina a través de agua contaminada.
Es una infección producida por virus con RNA lineal y con trasmisión entérica (oral-fecal). Es una infección aguda que no cronifica. Se presenta en brotes epidémicos y es endémico en regiones de Asia, Oriente medio, norte de África y América Central. Actualmente existen evidencia de que es una zoonosis (se puede trasmitir de los animales a las personas). Su reservorio principal es el cerdo. Es una hepatitis mortal únicamente en mujeres embarazadas. Se transmiten al igual que los HAV por vía enteral. Se detectan anticuerpos tipo IgM e IgG anti-HEV pero disminuyen muy rápido tras la infección aguda. No disponemos en clínica de marcadores serológicos. Como los HAV, nunca cronifican.
Diagnóstico de examen.
Detección de IgM anti –VHE e IgG anti- VHE respectivamente mediante la reacción de polimerasa, invertasa transferasa.

Por exclusión de la hepatitis A, B, C y D agudas.
• Hepatitis F: de aparición reciente, puede ser el mismo conocido como G.
• Hepatitis G: es el virus más nuevo, se conoce poco. Se cree que se transmite a través de la sangre sobre todo en personas que usan drogas endovenosas, y se supone que con otras enfermedades y tratamientos relacionados con la coagulación.
El virus de hepatitis G es un virus RNA de la familia flavivirus con una homología

aminoacídica de 29% con el virus de hepatitis C. El virus G se transmite por vía parenteral, en forma similar a los virus de hepatitis B y C. Se diagnostica mediante la detección del RNA viral en suero. A pesar de su nombre, no hay clara evidencia de que este virus cause enfermedad hepática. Es posible que sea un agente asociado infrecuentemente a hepatitis aguda post-transfusional leve. No se ha demostrado asociación con hepatitis crónica, cirrosis hepática ni carcinoma hepatocelular

4 Discusión-Conclusión

El tratamiento principal es sintomático mientras que el específico dependerá de la causa subyacente. Es así como en las hepatitis virales agudas se utilizará medidas de soporte e hidratación, reservándose el uso de antivirales, hasta el momento se disponía casi exclusivamente de interferón y ribavirina, actualmente (desde el año 2011) existen ya aprobados inhibidores de polimerasa y proteasa para casos por Virus hepatitis C (principalmente por el gran porcentaje de pacientes que evolucionan a hepatitis crónica) mientras que en otros casos como por ejemplo, en la intoxicación por paracetamol se utiliza N-acetilcisteína.

En el caso de la hepatitis crónica que lleva a insuficiencia hepática, solamente se tratarán las complicaciones secundarias a ésta (hemorragia digestiva alta, ascitis, infecciones, etc.).

5 Bibliografía

- Vandelli C, Renzo F, Romanò L, et al. (mayo de 2004). «Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study». The American Journal of Gastroenterology
- «Hepatitis Central News». Hepatitis-central.com.
- «Hepatitis C: FAQ | CDC Viral Hepatitis». Cdc.gov.
- Hahn JA (2007). «Sex, Drugs, and Hepatitis C Virus». J Infect Dis 195 (11): 1556-9. P

Capítulo 641

CUIDADOS DEL TCAE A PACIENTES EN LA SALA DE PARTOS.

SARAY MARIA SUAREZ FERNÁNDEZ

ROSA MARÍA SAN JOSÉ BLANCO

ANA MARIA PIEDRA SÁNCHEZ

BLANCA FLOR NAVEDA REDONDO

CESAR ANGEL CASTAÑON FERNANDEZ

1 Introducción

El parto es el tránsito del contenido de la gestación desde la cavidad uterina hacia el exterior del organismo materno.
El trabajo de parto se caracteriza por la aparición de contracciones uterinas rítmicas y progresivamente intensas que implican:
- Dilatación del cuello uterino.
- Expulsión del feto a través de la vagina y la vulva.
- Expulsión de los anexos fetales.

El parto se clasifica según su duración:
- Parto a término: es el que ocurre entre las 37 y 42 semanas de gestación.
- Parto pretermino: es el que ocurre entre las 28 y las 37 semanas de gestación.
- Parto postermino: cuando el parto ocurre después de las 42 semanas de gestación.

El parto se clasifica según su finalización en:

- Parto eutócico: es el parto normal y es el que se considera que se inicia de forma espontánea en una gestante con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.
- Parto distócico: cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto.

El parto se clasifica según el comienzo en:
- Parto espontáneo: cuando el feto presenta diversas variedades de presentación diferentes a la vértice y no es necesario realizar maniobras quirúrgicas para su expulsión.
- Parto inducido- estimulado: cuando es necesario inducir las contracciones del trabajo del parto mediante medicación exógena.

2 Objetivos

Los objetivos de los cuidados del técnico auxiliar de enfermeria (TCAE) implican:
- Favorecer el proceso del parto con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación.
- Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan las seguridad y el bienestar de la madre y del recién nacido.
- Favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.
- Considerar el parto como un acontecimiento singular y único en la vida de una mujer y en la relación de una pareja.
- Que la gestante se sienta protagonista y responsable del parto y de la toma de decisiones en el mismo.

3 Metodología

Los datos fueron recogidos durante el período de septiembre a diciembre de 2019, en entrevistas realizadas a matronas y auxiliares de enfermería que trabajaban en la unidad de partos del HUCA.
También se efectúa una búsqueda bibliográfica de material publicado entre los años 2016 a 2019 en la base de datos MEDES.

Criterios de inclusión: Artículos con texto completo en español e inglés.

Criterios de exclusión: Artículos anteriores al 2016

Descriptores y palabras clave: Embarazo, parto, matrona, trabajo de parto, servicio de ginecología, servicio de obstetricia.

4 Resultados

Atención al ingreso de la gestante.
La paciente será recibida en la habitación que va a ocupar por la auxiliar y la matrona, procediendo éstas a presentarse (nombre y puesto de trabajo). Se le explica lo que se le va a hacer. Se le facilitará la presencia continua de un acompañante. Se le indicará donde está el baño y el timbre. Se le dará un camisón, compresa y braga. Elevaremos el cabecero de la cama.

Atención en la UTPR (Unidad de trabajo de parto y recuperación postparto).
Sólo se pondrá enema de limpieza si la mujer lo solicita. Estaremos pendientes de que la cama esté limpia y la gestante cómoda, acudiendo siempre que solicite nuestra presencia, transmitiendo seguridad y apoyo emocional. Acompañar y colaborar con la matrona y el médico en las exploraciones y técnicas precisas (colocación de catéter epidural y pH intraparto). Facilitar a la gestante la libertad de movimientos durante el trabajo de parto.
Por indicación de la matrona se coloca la cama para el parto retirando la parte inferior y sacando las perneras. Se prepara el campo estéril, abriendo el equipo de parto y la caja de instrumental, y sólo cuando el nacimiento esté próximo, para evitar la contaminación. Colaborar con la matrona y el médico en todo lo necesario.
El recién nacido se mantiene en contacto piel con piel con su madre ininterrumpidamente. Se coloca pulsera de identificación a la madre y al niño. También se le pone un gorro, para evitar pérdida de calor. El resto de cuidados habituales del RN se posponen 1 ó 2 horas.
Proceder al aseo perineal, colocación de compresa, braga y hielo si precisa. Arreglo de la cama y colocación de la parte inferior de la cama.
Revisar que el instrumental esté completo y enviarlo a esterilización. Avisar a la limpiadora para que recoja y limpie la habitación superficialmente.

Atención durante el postparto.
Procurar el confort e higiene de la puérpera. Colaborar con la matrona en favorecer el inicio precoz de la lactancia materna. Aseo perineal al alta, colocación de compresa limpia y braga. Ofrecer líquidos. Avisar al celador para que lleve a la

mujer y al recién nacido a la planta. Avisar a la limpiadora para que limpie la habitación, el baño y la cama. Y por último, proceder a la reposición de todo el material, limpieza de monitores, bombas y cuna reanimadora

5 Discusión-Conclusión

En las últimas décadas se ha observado un aumento de publicaciones científicas que enfatizan la promoción y práctica del parto natural. Esta tendencia surge como cuestionamiento frente a la excesiva tasa de intervenciones médicas de rutina durante el trabajo de parto tales como el uso de oxitocina, monitorización electrónica fetal, rotura artificial de las membranas ovulares, enema evacuante, episiotomía… y sobre todo las cesáreas.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la tasa de cesáreas no supere el 10-15% y se practiquen sólo en casos necesarios según criterio médico. Sin embargo, según datos del Ministerio de Sanidad, en los últimos años la tasa de cesáreas en España ha aumentado hasta llegar al 25%. Este aumento ha motivado a investigadores e instituciones de salud a proponer estrategias para lograr su reducción, entre ellas protocolizar las indicaciones de cesárea, pedir una segunda opinión y hacer públicas las tasas de cesáreas.

Finalizado el trabajo referente al parto, llegamos a la conclusión de que el papel del equipo de enfermería en esta fase de la mujer es muy importante, ya que no sólo asistiremos como enfermera o educadora, sino que seremos un gran aliado a la hora del dolor. Es por ello, que es importante conocer todo lo que compete al tema, desde las generalidades hasta los temas médicos específicos. Estar bien capacitados será de suma importancia para brindar cuidados específicos a la paciente durante el trabajo de parto, y poder prevenir futuras complicaciones y así poder llevar el embarazo a un feliz final.

6 Bibliografía

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

Capítulo 642

NUTRICIÓN

MARIA FANJUL GARCIA

1 Introducción

Nutrición consiste en la incorporación y transformación de materia y energía de los organismos (tanto heterótrofos como autótrofos) para que puedan llevar a cabo tres procesos fundamentales: mantenimiento de las condiciones internas, desarrollo y movimiento, manteniendo el equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y microscópico.

2 Objetivos

- Conocer la diferencia de la nutrición.
- Mejorar todos los conceptos de nutrientes.

3 Metodología

La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. También es el estudio de la relación que existe entre los alimentos, la salud y especialmente en la determinación de una dieta equilibrada con bases a la pirámide alimenticia.

Podemos encontrar diferentes tipos de nutrición:
- Nutrición autótrofa: es aquella que llevan a cabo los organismos que producen su propio alimento. Los seres autótrofos son organismos capaces de sintetizar

sustancias esenciales para su metabolismo a partir de sustancias inorgánicas. Los organismos autótrofos producen su masa celular y materia orgánica a partir del dióxido de carbono como única fuente de carbono, usando la luz o sustancias químicas como fuente de energía. Las plantas y otros organismos que usan la fotosíntesis son fotolitoautótrofos; las bacterias que utilizan la oxidación de compuestos inorgánicos como el anhídrido sulfuroso o compuestos ferrosos como producción de energía se llaman quimiolitotróficos.

- Nutrición heterótrofa: la llevan a cabo aquellos organismos que necesitan de otros para vivir. Por tanto, los organismos heterótrofos son aquellos que deben alimentarse con las sustancias orgánicas sintetizadas por otros organismos. Entre los organismos heterótrofos se encuentran los animales, los hongos, y la mayoría de bacterias y protozoos.

Los seres heterótrofos dependen de los autótrofos, ya que aprovechan su energía y la de la materia que contienen para fabricar moléculas orgánicas complejas. Los heterótrofos obtienen la energía rompiendo las moléculas de los seres autótrofos que han comido.

Según el origen de la energía que utilizan los organismos heterótrofos, pueden dividirse en:

- Fotoorganótrofos: estos organismos fijan la energía de la luz. Constituyen un grupo muy reducido de organismos que comprenden la bacteria purpúrea y familia de seudomonadales. Solo realizan la síntesis de energía en presencia de luz y en medios carentes de oxígeno.
- Quimiorganótrofos: utilizan la energía química extraída directamente de la materia orgánica. A este grupo pertenecen todos los integrantes del reino animal, todos del reino de los hongos, gran parte de los moneras y de las arqueobacterias.

Los organismos heterótrofos pueden ser de dos tipos fundamentalmente: consumidores, o bien saprótrofos y descomponedores.

Existen situaciones en las que la nutrición, no es suficiente para mantener un estado de salud adecuado. En estos casos se recurre a técnicas de soporte artificial para administrar nutrientes de otra forma.

¿Qué es la nutrición enteral? Es la administración de los nutrientes en el aparato digestivo. Puede ser:

- Nutrición enteral oral. Se toman por boca productos obtenidos de los alimentos y diseñados específicamente para que tengan muchas calorías, o algún nutri-

ente determinado según la enfermedad. Estos productos se denominan "fórmulas o módulos nutricionales". Las fórmulas se comercializan de forma líquida o en polvo y se suelen saborizar.
- Nutrición enteral por sonda. Se administran fórmulas a través de un tubo fino, largo y flexible , a través de la nariz o la boca hasta el estómago o el intestino, o a través de agujeros que se hacen en quirófano en el estomago o en el intestino.

Según la forma de administrar la nutrición enteral, encontramos:
- La nutrición enteral a débito discontinuo implica la infusión del alimento en intervalos libres de tiempo.
- La nutrición enteral a débito continuo requiere la infusión gástrica de los alimentos de forma constante y a través de un proceso mecánico usando una bomba de infusión enteral. Este tipo de alimentación enteral evita la sobrecarga del aparato digestivo mejorando la absorción de nutrientes.

Por otro lado se encuentra la nutrición parenteral, la cual consiste en la infusión de una combinación de nutrientes por vía intravenosa, es decir, directamente en el torrente sanguíneo del paciente. Puede realizarse por vía central o periférica, siendo altamente recomendable el uso de una bomba de infusión para el adecuado control del flujo y la detección de obstrucciones en la vía.

En cuanto a los tipos de nutrientes, cabe destacar:
1. Hidratos de carbono; son macronutrientes esenciales para el organismo. Son la mejor fuente de energía y los alimentos que los contienen también pueden ser ricos en fibra, que es necesaria para que el intestino funcione correctamente. Existen dos tipos: los hidratos de carbono simples, que contienen uno o dos azúcares; y los hidratos de carbono complejos, que están hechos de tres o más azúcares enlazados. Estos macronutrientes aportan 4 calorías por gramo.
2. Las proteínas son los nutrientes estructurales de todas las células, también ayudan a reparar tejidos y luchar contra las infecciones. Cuando el consumo excede las necesidades del cuerpo, la proteína puede servir como una fuente de energía. Aportan 4 calorías por gramo.
3. En cuanto a las grasas, aportan energía al organismo y participan en los procesos que mantienen vivo el cuerpo. Sin embargo, aportan 9 calorías por gramo. Tienen como funciones además de la energética, un rol estructural, ofrecen un medio de transporte para ciertas sustancias, y aumentan la palatabilidad. Las grasas pueden clasificarse por un lado en grasas saturadas, que están presentes en alimentos de origen animal como la carne y derivados, la leche y derivados enteros, en pastelería, bollería y comidas precocinadas elaboradas con grasas de

coco y de palma. Por otro lado se encuentran las grasas insaturadas, localizadas en el pescado azul, en los aceites de semillas y en los frutos secos.
4. Las vitaminas son micronutrientes que el organismo necesita para asimilar otros nutrientes. Sus funciones son: participar en la formación de químicos del sistema nervioso, de glóbulos rojos, de hormonas y de material genético. Asimismo, participan en la regulación sistemas metabólicos y son necesarias para la salud y el buen funcionamiento del organismo.
5. Minerales: dan estructura a los huesos, dientes y uñas. Al igual que las vitaminas, ayudan a las enzimas en muchos procesos del cuerpo. Ahora bien, a diferencia de éstas, son sustancias inorgánicas que provienen del suelo, las rocas y el agua. El calcio, fósforo, el potasio, el zinc o el magnesio son algunos ejemplos de minerales.
6. La fibra dietética es la parte comestible de las plantas o hidratos de carbono análogos resistente a la digestión y absorción en el intestino delgado, con fermentación completa o parcial en el colon y que promueve efectos beneficiosos fisiológicos.Tiene diversas funciones : absorben el agua, aumentan el volumen de las heces o aceleran el tránsito intestinal entre otras funciones.
7. Por último mencionar el agua, que es el principal componente de nuestro organismo. El cuerpo humano tiene un 75 % de agua al nacer y cerca del 60 % en la edad adulta. En el agua de nuestro cuerpo tienen lugar las reacciones que nos permiten estar vivos, transporta el oxígeno y los nutrientes a nuestros tejidos y retira de nuestro cuerpo los productos de deshecho del metabolismo celular.

Existen diferentes tipos de alimentación:
1. Veganismo: es el comportamiento de un individuo que decide no ingerir productos alimenticios de origen animal ni, en general, utilizar ningún producto que para ser producido implique la muerte de animales.
2. Vegetarianismo: los vegetarianos son personas que debido a su ideología comen básicamente vegetales. Aparte de los vegetarianos estrictos, también hay los lacto-ovo-vegetarianos, que comen huevos y lácteos además de los vegetales, y los lacto-vegetarianos, que solo incorporan lácteos en su dieta además de vegetales.
3. Alimentación emocional: es aquella alimentación que se asocia a problemas emocionales y psicológicos.
4. Alimentación deportiva: es la alimentación que pretende aumentar el rendimiento deportivo o físico.
5. Alimentación saludable: hace referencia a la elección de consumir productos que resultan beneficiosos para el bienestar.

4 Resultados

Para mantener la salud y prevenir la aparición de muchas enfermedades hay que seguir un estilo de vida saludable; es decir, hay que elegir una alimentación equilibrada, realizar actividad o ejercicio físico de forma regular (como mínimo caminar al menos 30 minutos al día) y evitar fumar y tomar bebidas alcohólicas de alta graduación.

Una dieta saludable tiene que reunir las características siguientes:
- Tiene que ser completa: debe aportar todos los nutrientes que necesita el organismo: hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y agua.
- Tiene que ser equilibrada: los nutrientes deben estar repartidos guardando una proporción entre sí. Así, los hidratos de carbono (CHO) han de suponer entre un 55 y un 60% de las kilocalorías totales al día; las grasas, entre un 25 y un 30%; y las proteínas, entre un 12 y un 15%.
- Además hay que beber de 1,5 a 2 litros de agua al día.
- Tiene que ser suficiente: la cantidad de alimentos ha de ser la adecuada para mantener el peso dentro de los rangos de normalidad y, en los niños, lograr un crecimiento y desarrollo proporcional.
- Tiene que ser adaptada a la edad, al sexo, a la talla, a la actividad física que se realiza, al trabajo que desarrolla la persona y a su estado de salud.
- Tiene que ser variada: debe contener diferentes alimentos de cada uno de los grupos (lácteos, frutas, verduras y hortalizas, cereales, legumbres, carnes y aves, pescados, etc.), no solo porque con ello será más agradable, sino porque, a mayor variedad, habrá también una mayor seguridad de garantizar todos los nutrientes necesarios.

5 Discusión-Conclusión

Conocer la dieta sana y la manera de introducir nutrientes de manera efectiva.

6 Bibliografía

- Álvarez, J.; Peláez, N. y Muñoz, A. (2006). Utilización clínica e la Nutrición Enteral. Nutrición Hospitalaria, 21 (Supl.2).; 87-99. Alcalá de Henares, Madrid.
- Lama, R.A. (s.f.). Nutrición enteral. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. SEGHNP-AEP. Hospital Infantil Universitario de la Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

- Ostabal, M.I. (2002). La nutrición enteral. Medicina integral, 40 (7). 310-317. Elsevier

Capítulo 643

ACCIONES QUE INVOLUCRAN AL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN Y CUIDADO EN LAS UNIDADES DE NEONATOLOGÍA: FORMACIÓN, RELACIÓN CON LOS PADRES, E INTERVENCIONES.

MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA

VIOLETA VAZQUEZ GARCIA

ISABEL LOPEZ FUERTES

MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ

DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Entre los elementos de mayor importancia en el sector sanitario en general, para la mejora de calidad de vida del paciente se encuentra el ordenamiento de las labores asistenciales ocupadas por el personal enfermero entre ellos, auxiliares de enfermería. Las unidades de neonatología no son la excepción.
El servicio o unidad de neonatología está definido como la sección intrahospitalaria que garantiza la cobertura asistencial de los pacientes neonatos, esta incluye

la reanimación en la sala de partos o pabellón y la atención del recién nacido en estado puerperio con la madre (Novoa, Milad, Vivanco, Fabres, y Ramírez, 2009). Las unidades de cuidados neonatales se clasifican según su capacidad asistencial en tres principales niveles que abarcan; hospitales comarcales con maternidad, hospitales generales o de área y hospitales de referencia (Rite et al., 2013). El servicio de neonatología a su vez está dividido en diferentes ámbitos según los requerimientos que el recién nacido presente, siendo la unidad de tratamiento intermedio que se ocupa del manejo de los pacientes estables, la que requiere de un mayor número de auxiliares de enfermería habitualmente (García del Río et al., 2007; Novoa et al., 2009).

El Comité de Estándares y Junta Directiva de la sociedad Española de Neonatología (2004) establece que el personal auxiliar enfermero entrenado debe corresponder a uno de cada 10 recién nacidos con la ayuda y supervisión de una enfermera, además establece el mínimo de personal enfermero que cada unidad debe tener y que éstos garanticen una atención de 24 horas del día . Sin embargo, el tamaño de la unidad determinará el número de personal técnico y auxiliar.

Evolución en las Intervenciones del personal auxiliar de enfermería en la unidad de neonatología.

Era evidente que el cuidado del recién nacido prematuro, enfermo o en condiciones de cuidados intensivos necesitaba de un conjunto de habilidades y conocimientos específicos en el área, en vista de esto, en 1984 se da a conocer la Asociación Nacional de enfermeras neonatales, que establece estándares para la atención y educación de la enfermería neonatal (Kenner y Boykova, 2015). Carzoli, Martínez-Cruz, Cuevas, Murphy, y Chiu (1994) y más adelante Mitchell-DiCenso et al., (1996) llevaron a cabo un estudio de comparación de la prestación de atención por parte de las enfermeras auxiliares, asistentes médicos y médicos residentes en la unidad de cuidados intensivos neonatales, encontrando que la carga y el manejo de los pacientes por los grupos era igual y presentaba una diferencia significativa. Este estudio ha demostrado que el personal enfermero auxiliar es una alternativa efectiva para la atención del paciente en la unidad de cuidados intensivos neonatales y además sugiere que el papel que este lleva a cabo junto con las intervenciones tiene un valor agregado al que suele conocerse. Evaluar el papel del personal de enfermería en los cuidados de los recién nacidos en las unidades de neonatología, no es un campo claro y definido. Se ha observado que los campos de investigación son extensos, y abarcan estudios de distintas índoles, siendo el personal enfermero el que está presente en el cuidado básico del recién nacido. Estudios como el de Collados-Gómez, Camacho-Vicente, González Villalba, Sanz-Prades, y Bellón-Vaquerizo (2018) ha demostrado que la

valoración y percepción del manejo del dolor en los pacientes neonatos es de gran relevancia para el diseño e implementación de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor. Por otro lado, las intervenciones enfermeras han demostrado tener un rol importante sobre el manejo del ambiente físico en el neurodesarrollo de los neonatos en las unidades de cuidados intensivos neonatal (Miquel, 2016). Una investigación llevada a cabo por Monterosso et al. (2005) ha demostrado que el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales a menudo enfrenta problemas clínicos y éticos complejos, en donde es poco conocido el papel y las acciones que tienen sobre la toma de decisiones o los procesos de información.
Este estudio ha demostrado la necesidad del desarrollo de un modelo multidisciplinario en donde se considere la opinión de todos los miembros del equipo.

2 Objetivos

Analizar y exponer las intervenciones, recomendaciones y planificaciones del personal enfermero auxiliar de España en las unidades de neonatología, en orden de generar un referente de la situación actual del auxiliar de enfermería en el servicio de neonatología.

3 Metodología

Para alcanzar el objetivo propuesto se realizó un estudio descriptivo, que se presenta como una síntesis y análisis cualitativo resultante de una revisión bibliográfica sistemática. Se localizaron artículos de investigación, cuantitativos y cualitativos, tesis doctorales, ensayos clínicos aleatorizados y protocolos de ensayos publicados los 10 últimos años (2009-2019) en idioma inglés y español sin limitaciones de acceso y a texto completo, cuyo tema de estudio fueron las intervenciones del personal enfermero auxiliar en las unidades de neonatología.
Bases de datos: Se consultaron seis bases de datos para la búsqueda de los artículos de investigación: PubMed, Biblioteca Virtual en Salud, ScienceDirect, Biblioteca Cochrane, Scielo, Cinahl.
Descriptores: Se realizaron dos búsquedas independientes, una en inglés y otra en español, tomando en cuenta las palabras claves indexadas como descriptores de la salud DeCS y MeSH (para términos en inglés). La estrategia de búsqueda en todas las bases de datos se realizó mediante los conectores booleanos “AND” y “OR” para formar las fórmulas de búsqueda “Nursing assistant AND patient care

OR neonatal care AND neonatology OR newborn" "cuidado neonatal OR recién nacido AND auxiliar enfermero OR enfermería".
Criterios de inclusión y exclusión: Para la inclusión en el estudio de análisis cualitativo, los artículos debían cumplir con los siguientes criterios: Pacientes atendidos por el personal enfermero deben corresponder a neonatos o recién nacidos comprendidos hasta las 44 semanas de edad. Todos los artículos que abarquen una intervención, descripción cualitativa, plan o programa de atención por parte del personal auxiliar enfermero y enfermería en general. Se excluyeron los artículos que corresponden a otras revisiones sistemáticas o bibliográficas, estudios que abarquen pacientes de pediatría y estudios que sean llevados a cabo por médicos o especialistas.
Extracción de datos: La búsqueda fue empezada por los descriptores en las diferentes bases de datos con los principales filtros de año de publicación, idioma, tipo de artículo y disponibilidad. Seguidamente se procedió a eliminar los artículos cuyos títulos no presentaron ninguna relación con el tema de interés, y los artículos que se presentaron duplicados en las diferentes bases de datos. Seguidamente, de los artículos escogidos se procedió a leer el resumen para la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, en donde aquellos artículos que cumplieron con estos criterios, fueron validados a través de una lectura crítica por la metodología CASPe. Adicionalmente se realizó una búsqueda inversa a través de referencias bibliográficas de algunos estudios seleccionados.

4 Resultados

La búsqueda de artículos de investigación sobre el papel enfermero y auxiliar de enfermería en el servicio de neonatología arrojó un total de 786 artículos de investigación, de los cuales solo 72 artículos poseían un enfoque adecuado, por lo que se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para finalmente incluir en la revisión 7 artículos totales. En cuanto a las fechas de publicación los estudios abarcaron desde el año 2009 hasta el año 2018. Las investigaciones llevadas a cabo tuvieron un enfoque descriptivo y cualitativo.
Entre los estudios incluidos se manejaron los cuidados de enfermería en la unidad de atención intermedios, unidad de terapia intensiva, atención general, y un estudio abarcó los seis componentes de la red de unidades neonatales. Navarro-Vázquez (2012) realiza un estudio que brinda la perfección de los padres en cuanto a la calidad del cuidado del personal enfermero al recién nacido en la unidad de cuidados intermedios neonatales.

Contreras, Parra, Volcanes, y Soto (2010) estudian la relación terapéutica que tienen los padres con el personal de enfermería, a su vez en concordancia con el estudio de Navarro-Vázquez (2012), los padres dan su percepción sobre el cuidado que brinda el personal enfermero a sus neonatos, esta vez en la unidad de terapia intensiva neonatal. En cuanto a las intervenciones aplicadas por el personal enfermero destacan, Mata-Méndez, Salaz Barajas, y Herrera-Pérez (2009) quienes aplican la teoría de Marjory Gordon para la valoración del neonato prematuro al aplicar una metodología basada en la implicación de la familia y su entorno. Por otro lado, Valbuena (2017) evalúa el proceso de valoración por parte de las enfermeras haciendo uso de un proceso de atención de enfermería (PAE) basado en el diagnóstico NANDA aplicado a los neonatos de la unidad de cuidados intermedios neonatales. Dentro de lo que serían las intervenciones por parte del personal enfermero un factor de importancia que está correlacionado con la calidad de atención es el tiempo dedicado, Pillay, Nightingale, Owen, Kirby, y Spencer (2012) estudian el tiempo que toman las enfermeras para llevar a cabo las tareas de los diferentes niveles de atención en 6 unidades neonatales, con el fin de evaluar el desarrollo y el desempeño de estas, qué actividades toman más tiempo y cuáles están en situación precaria o se dejan de un lado. Un punto en común para varios autores es la importancia que tiene el nivel de formación y conocimientos y habilidades del personal enfermero en las intervenciones que realizan en las unidades de cuidados neonatales. Romero, Danies, de la Hoz, y Mendiola, (2018) a través de una guía de observación determinan los conocimientos actitudes y practican sobre las iniciativas de cuidados en neonatología por parte de los enfermeros en la unidad de cuidados intensivos neonatales. A su vez, Alegre (2011) determina el nivel de conocimientos, prácticas y actitud en el personal de enfermería en el servicio general de neonatología, acerca del cuidado del neurodesarrollo del neonato prematuro.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad la prematurez es una prioridad en el ámbito de la salud, tomando en cuenta que el mayor índice de mortalidad infantil se da en la etapa neonatal, los equipos médicos y enfermeros se enfrentan a proponer sistemas y procesos que mejoren la eficiencia de la atención clínica para estos pacientes.
Entre todos los problemas que se pueden abordar en esta situación, las consecuencias familiares, sociales, asistenciales y económicas son un reto para el cuidado enfermero. Con el fin de incrementar la calidad y el promedio de vida en la etapa neonatal varios autores proponen soluciones de gestión. Mata-Méndez et

al. (2009) cita el sistema propuesto por Marjory Gordon de patrones funcionales que contempla al paciente, la familia y su entorno de manera global facilita el paso de la valoración al diagnóstico y permite abordar los problemas de salud a través de actividades independientes, reduciendo los posibles errores en la organización de datos y el agrupamiento de las categorías diagnósticas.

Estas medidas en niños prematuros que deben llevarse a cabo por el personal de enfermería toman en consideración 11 aspectos que deben ser sometidos a valoración clínica. Uno de los problemas que existe en muchos centros de salud es el escaso personal enfermero que participa en los cuidados neonatales en las diferentes unidades de atención. Pillay et al. (2011) demuestra que el personal de enfermería pasa menos tiempo en tareas que se consideran esenciales para brindar atención clínica de calidad cuando las proporciones de enfermeros por neonatos exceden los estándares permitidos por las normas, de esta manera neonatos eran dejados de atender, dedicaban menos tiempo de atención, y se observaba un retraso en todas las actividades. De la investigación de Pillay et al. (2011) se debe resaltar las sugerencias de que deben ser re analizados los requerimientos del número mínimo de personal enfermero por unidad neonatal.

Una solución a ello son las auxiliares de enfermería y celadores, brindando atención y apoyo y liberando carga médica al personal médico. Valbuena et al. (2017) expresa la importancia de la necesidad de estructuración de un plan de cuidados integral que permita facilitar las condiciones de atención clínica a recién nacidos pretérmino. Su estudio se basó en la en los Diagnósticos de enfermería de NANDA International y la valoración de los dominios parecido al propuesto de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Romero et al. (2018) describen en su estudio que la mayoría del personal enfermero conoce esta iniciativa, pero no las describen en su totalidad, sin embargo estas manejan un horario para la manipulación del recién nacido, utilizan protocolos que brindan atención de calidad y fomentan las actividades que permiten un neurodesarrollo positivo en los neonatos prematuros, tomando en cuenta aspectos tan simples como la comodidad y seguridad, el posicionamiento correcto, la no exposición a la luz, el control de los factores ambientales, la estimulación y masajes, higiene y alimentación adecuada, procesos que pueden ser óptimos al delegar estas funciones a enfermeros y auxiliares de enfermería.

Un aspecto importante en las unidades neonatales son los cuidados en el neurodesarrollo del recién nacido prematuro. Alegre (2011) ha demostrado que las diferentes necesidades y procesos complejos que pueden llevarse a cabo dentro de las unidades de neonatologías requieren tener a disposición a profesionales de enfermería altamente cualificados capaces de conjugar la destreza, conocimiento,

sensibilidad y habilidad. Para esto es necesario la formación especializada que les permita adquirir las competencias necesarias para enfrentar los retos clínicos en cada unidad (Alegre, 2011).

El papel de las enfermeras frente a los padres de los recién nacidos:

En la unidad de terapia intensiva neonatal, las enfermeras tienen un rol fundamental en el cuidado del recién nacido igual de importante que la atención que debe brindarse a los padres, puesto que estos pertenecen al entorno del cuidado del recién nacido y sufren de separación prematura debido a las visitas restringidas. Navarro-Vázquez (2012) realizó un estudio sobre la percepción de los familiares acerca de la calidad de atención de la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el que las familias perciben favorablemente el cuidado por parte del personal de enfermería, resultados significativos tanto para los padres como para los pacientes. En la dimensión humana, la calidad del cuidado que brinda el personal enfermero fue percibido por los padres como favorable, sin embargo, el 15% de estos percibió que la calidad del cuidado fue indiferente siguiendo el código de ética y deontología "la enfermera debe proteger el derecho de la persona a la comunicación y promover los lazos afectivos con su entorno" que, en el caso de pacientes neonatales, su entorno cercano esté compuesto por los padres del recién nacido. Los padres se muestran más preocupados frente a la desinformación acerca de su hijo, a los tiempos de espera y a la resolución de problemas, es entonces donde la labor enfermera tiene la importante labor de mantener al tanto a los familiares de la situación del recién nacido (Navarro-Vázquez et al., 2012). Contreras et al. (2010) reflejan en su investigación la importancia de establecer la comunicación desde el mismo momento en que ingresa el recién nacido, puesto que esto disminuye notablemente el nivel de ansiedad y estrés que se presenta en los padres del niño. Los autores exponen que más de la mitad de los profesionales de enfermería no muestran afecto, existe un alto porcentaje que valora el hecho de que estos les proporcionen fe y esperanza facilitando un cuidado positivo y atención integral.

Conclusión:

El periodo neonatal es el que posee mayor morbilidad de la infancia por lo que requiere de mayor atención enfermera. La valoración de los dominios de la salud a partir de la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) y la metodología Marjory Gordon de los patrones funcionales, son de gran importancia para conocer un diagnóstico correcto y dirigir los cuidados de manera integral de enfermería y que permita la identificación de las necesidades de un recién nacido. Se destaca también la importancia de la cualificación y la mejora de conocimiento y adquisición de habilidades por parte del personal enfermero, es

imprescindible para brindar una atención de calidad en todos los entornos de las unidades neonatales. Los enfermeros tienen el papel fundamental de ser el puente de información entre el paciente recién nacido y los padres, así como ser parte de la atención integral. Si bien es cierto que existe una debilidad en la prestación de cuidados de enfermería en algunas de las unidades para la atención de los padres de los neonatos, es pertinente reforzar las actitudes y comportamientos positivos, de manera que se continúe con un proceso de empatía, respeto y se fortalezcan los procesos de comunicación.

6 Bibliografía

- Alegre, G. (2011). Conocimientos, prácticas y actitud del personal de enfermería acerca de los cuidados del neurodesarrollo del recién nacido prematuro. Revista del Nacional, 3(2), 23-29.
- Carzoli, R.P., Martínez-Cruz, M., Cuevas, L.L., Murphy, S., y Chiu, T. (1994). Comparison of Neonatal Nurse Practitioners, Physician Assistants, and Residents in the Neonatal Intensive Care Unit. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 148(12), 1271.
- Collados-Gómez, L., Camacho-Vicente, V., González-Villalba, M., Sanz-Prades, G., y Bellón-Vaquerizo, B. (2018). Percepción del personal de enfermería sobre el manejo del dolor en neonatos. Enfermería Intensiva, 29(1), 4147.
- Comité de Estándares y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología (2004). Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal-PDF. Anales de Pediatría (Barc), 60(1), 56-64.
- Contreras, A.S., Parra, F.M., Volcanes, M.M., y Soto, S.O. (2010). Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal. Enfermería Global, 9(2).
- García, M., Sánchez, M., Doménech, E., Izquierdo, I., López, M., Losada, A., y Perapoch, J. (2007). Revisión de los estándares y recomendaciones para el diseño de una unidad de neonatología. Anales de Pediatría, 67(6), 594-602.
- Kenner, C., y Boykova, M. (2015). Is a Specialty Organization Needed for Neonatal Nursing: A Global Perspective? Newborn and Infant Nursing Reviews, 15(4), 152.
- Mata-Méndez, M., Salazar-Barajas, M.E., y Herrera-Pérez, L. (2009). Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Revista de Enfermería de Instituto Mexicano del Seguro Social, 17(1).
- Miquel, R.N.I. (2016). Intervenciones enfermeras sobre el ambiente físico de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Enfermería Intensiva, 27(3), 96-111.

- Mitchell-DiCenso, A., Guyatt, G., Marrin, M., Goeree, R., Willan, A., Southwell, D., Baumann, A. (1996). A Controlled Trial of Nurse Practitioners in Neonatal Intensive Care. Pediatrics, 98(6), 1143-1148.
- Monterosso, L., Kristjanson, L., Sly, P.D., Mulcahy, M., Holland, B.G., Grimwood, S., y White, K. (2005). The role of the neonatal intensive care nurse in decision-making: Advocacy, involvement in ethical decisions and communication. International Journal of Nursing Practice, 11(3), 108-117.
- Navarro-Vázquez, J.F. (2012). Percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido, unidad de cuidados intermedios neonatales, hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería, 8(2).
- Novoa, J., Milad, M., Vivanco, G., Fabres, J., y Ramírez, R. (2009). Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Revista Chilena de Pediatría, 80(2), 168-187.
- Pillay, T., Nightingale, P., Owen, S., Kirby, D., y Spencer, A. (2012). Neonatal nurse staffing and delivery of clinical care in the SSBC Newborn Network. Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition, 97(3), 174-178.
- Rite, S., Fernández, J.R., Echániz, I., Botet, F., Herranz, G., Moreno, J., Sánchez, M. (2013). Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. Anales de Pediatría, 79(1), 51.
- Romero, A., Danies, J., de la Hoz, G., y Mendiola, I. (2018). Iniciativas de cuidados humanos en neonatología: nuevo desafío práctico de enfermería. Cultura del Cuidado Enfermería, 15(1), 15-22.
- Valbuena, L.D. (2017). Diagnósticos de enfermería presentes en un recién nacido pretérmino con múltiples comorbilidades. Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo, 19(1), 123.

Capítulo 644

LAS INTERVENCIONES DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO Y EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

VIOLETA VAZQUEZ GARCIA

ISABEL LOPEZ FUERTES

MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ

DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ

MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica frecuente en la actualidad. Globalmente cada 1 de 11 adultos sufre de diabetes mellitus, en donde el 90% de ellos sufre de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) (Zheng, Ley, y Hu, 2018). Según los datos de estudio, la prevalencia en la población adulta de esta enfermedad es del 13,8% en España (Franch, Mata, y Puente, 2016). Al ser la DM una enfermedad metabólica, esta se caracteriza por tener factores de riesgo asociados y alteraciones en el metabolismo que pueden desembocar en hiperglucemia, hipertensión y complicaciones microvasculares y macrovasculares (Llorente, Miguel-Soca, Rivas, y Borrego, 2016).

Un estudio llevado a cabo por Pera et al. (2007), ha demostrado que la DM es el problema de salud que genera más demanda y consume más tiempo de atención de enfermería en la atención primaria de salud, destacando así que los profesionales de la enfermería tienen un papel fundamental en control y la educación de los pacientes con DM y que estos precisan de una formación completa en DM, nutrición y educación terapéutica que no es abarcada en su formación básica.

El cuidado del paciente diabético ya sea en el hospital, o en casa que es abarcado por el personal enfermero. El protocolo de cuidado se basa en el perfil diabético del paciente y de este dependerá el cuidado necesario, sin embargo, en todos los casos una de las principales tareas llevadas a cabo por el auxiliar de enfermería es el monitoreo de glucosa en sangre, que dependiendo del paciente los intervalos de medición pueden realizarse de cada 30 min a cada 2 horas (American Diabetes Association, 2015). Además, el auxiliar de enfermería debe dar apoyo en la terapia de nutrición medica en el hospital junto con un dietista registrado (Evert et al., 2014).

En cuanto a la educación y el apoyo para el autocontrol de la diabetes se ha demostrado que el abordar los problemas psicosociales ayuda a mejorar el bienestar emocional y con ello se han encontrado resultados positivos de diabetes (American Diabetes Association, 2015). Desde el enfoque de la enfermería el autocuidado es una estrategia que da una respuesta a objetivos y prioridades que se consideran una herramienta útil e importante para la promoción de la salud. La educación sobre la enfermedad facilita a la persona diabética y a su familia el aprendizaje de habilidades y conocimientos que se requieren para mejorar la calidad de vida del paciente y los involucrados, además de retrasar y disminuir la probabilidad de desarrollar complicaciones (Sabogal et al., 2017).

Estudios han demostrado que la participación enfermera en el ámbito de la atención primaria y la atención integral a pacientes con DMT2 ha contribuido a mejorar los resultados de salud contribuyendo en servicios de atención al paciente. Los pacientes de DMT2 demostraron tener una mejor adherencia al tratamiento y un mejor autocontrol de los niveles de azúcar en la sangre luego de la intervención (Pérez Cuevas et al., 2009). Bajo esta misma línea, una revisión bibliográfica realizada anteriormente ha encontrado que la educación terapéutica en diabetes impartida por el personal de enfermería influye en la salud de los pacientes de manera positiva, obteniendo resultados y mejoras en el manejo de la enfermedad, control de glucosa en sangre y reforzando la autonomía y autocuidado del paciente (González, Salas, Mena, y Gimeno, 2012).

Otros artículos han enfocado la importancia que tiene la educación en diabetes en el ámbito enfermero, el fortalecer en esta área los conocimientos sobre la en-

fermedad y el cuidado de las personas DMT2, permitirá que el paciente logre objetivos en el control metabólico, en la prevención de complicaciones y el mejoramiento de la calidad de vida (Páez y Garzón, 2014).

2 Objetivos

Revisión bibliográfica con el objetivo de identificar las estrategias organizativas, formativas y de intervención que ha llevado a cabo el auxiliar enfermero para mejorar la gestión, autocuidado y manejo de los pacientes con DM.

3 Metodología

En este estudio se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática descriptiva de síntesis y análisis cualitativo sobre artículos de investigación publicados los últimos 10 años sobre las estrategias de intervención para la mejora de la autogestión, autocuidado y manejo de pacientes con DM llevada a cabo por el personal auxiliar enfermero.

Bases de datos:
La búsqueda de artículos de investigación se llevó a cabo en cuatro bases de datos en el área de ciencias médicas, salud e investigación: ScienceDirect, Biblioteca Cochrane, Biblioteca Virtual en Salud (BVS).

Descriptores:
La identificación de los artículos de investigación a través de las bases de datos se llevó a cabo por las palabras claves y descriptores en español de ciencias de la salud en español (DeCS) y en inglés (MeSH) que estuvieran incluidas en el título de los artículos de investigación. La estrategia de búsqueda en todas las bases de datos se realizó mediante el uso de los conectores booleanos "AND" y "OR". Las fórmulas de búsqueda aplicadas fueron "intervention AND patient care AND diabetes mellitus AND nursing assistant OR nurse practioner" y "intervencion AND cuidado paciente AND diabetes mellitus AND auxiliar enfermero OR enfermería".

Criterios de inclusión y exclusión:
Se tomaron en cuenta los artículos que fueron publicados en los últimos 10 años (2009-2019), además solo se tomaron en cuenta aquellos artículos completos que no presentaban limitaciones de acceso y artículos escritos en idioma castellano o inglés.

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron: artículos que incluyan una muestra poblacional de adultos (mayores de 18 años) que presenten diabetes mellitus tipo 1 o diabetes mellitus tipo 2, estudios descriptivos desde el punto de vista del auxiliar enfermero, artículos que abarquen intervenciones aplicadas a la mejora de autogestión, autocuidado y calidad de vida de los pacientes con DM. No se tomaron en cuenta aquellos estudios que no abordan el tema, los artículos con poblaciones de niños o estudios llevados a cabo por personal médico especializado.

Diagrama de flujo de la búsqueda:
La fase de identificación se basó en el empleo de las palabras claves en las diferentes bases de datos, la elección de los artículos se llevó a cabo por la lectura de los títulos de estos, aquellos artículos que no presentaron algunas de las palabras claves en el título o éste hacía referencia a otro enfoque, no se tomaron en cuenta. La siguiente fase está basada en la eliminación de los artículos duplicados en las bases de datos, y en la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión mediante la lectura del resumen de los artículos. Por último, los artículos elegidos se sometieron a una lectura crítica que permitió realizar la síntesis cualitativa que se presenta.

4 Resultados

Se encontraron artículos publicados desde el 2010 al 2018 en países como Canadá, Taiwán, Países
Bajos, Reino Unido, Suiza, Estados Unidos y México. En su mayoría el tipo de estudio encontrado fue de investigación y descripción cualitativa, basado en la entrevista y observación. Pocos artículos incluidos evaluaron el cuidado de los pacientes y variables como glucosa en sangre, los estudios fueron centrados en la mejora de calidad de vida de la paciente diabética, cuyos cuidados eran llevados a cabo por el personal enfermero, dirigido por el personal enfermero o a cargo de un grupo multidisciplinario con auxiliares de enfermería.
La búsqueda sistemática de artículos permitió encontrar información acerca de las estrategias organizativas, formativas y de intervención que ha llevado a cabo el auxiliar enfermero para mejorar la gestión, autocuidado y manejo de los pacientes con DM.

Estrategias formativas:
En cuanto a la situación formativa y a las intervenciones de formación de Al sayah, Williams,

Pederson, Majumdar, y Johnson (2014), se realizó un estudio exploratorio para indagar sobre la primera barrera en la atención al paciente, la comunicación paciente-enfermera. Por otro lado, Wang y Volker (2013) realizan un estudio sobre la necesidad de un aumento de las competencias de las estudiantes de enfermería en el cuidado de pacientes con DMT1.

Estrategias de intervención:
Manders et al. (2016) lleva a cabo una intervención basada en el protocolo de tratamiento hospitalario que es administrado por enfermeras (N-DIABIT) que consiste en una terapia correlacional.
Otra de las intervenciones realizadas fue llevada a cabo por Edelman et al. (2015) el cual propuso evaluar la efectividad del seguimiento telefónico por parte del personal enfermero a los pacientes con DM. Por otro lado, Solano et al. (2013) realizan una intervención educativa para los pacientes con DMT2, llevada a cabo por auxiliares de enfermería y apoyado por un equipo multidisciplinario.

Estrategias organizativas:
Stenner et al. (2010) realizan un estudio en el que se evalúa la implementación de la prescripción de las enfermeras en el servicio a pacientes con diabetes. Por otro lado, Zoni et al. (2018) realizan una intervención en el que las enfermeras se encargan de las actividades de autogestión del paciente y consultas, evaluando las perspectivas del paciente con respecto a esto. En este sentido Everett et al. (2013) también evaluó esta estrategia de organización en el personal, dando pacientes a tratar a equipos conformados por asistentes médicos y auxiliares de enfermería. Pérez-Cuevas et al. (2009) también basados en la importancia de un equipo multidisciplinario, evalúan la participación enfermera de atención primaria en la atención integral para consultas de pacientes con DM.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación entre enfermeras y pacientes con diabetes:
Es la primera barrera en la que se enfrentan ambas partes en el camino del tratamiento y atención al paciente. Al Sayah et al. (2014) evalúa esta variable a través de entrevistas a los pacientes y personal, encontrando un loop interactivo completo de comunicación basado en la repetición de la información, en las clarificaciones, en la verificación del entendimiento del paciente y en la evaluación de la perspectiva del paciente.

Perspectiva enfermera hacia los cuidados de pacientes con diabetes:

El estudio llevado a cabo por Zoni et al. (2018) respalda la aceptabilidad de las consultas dirigidas por enfermeros, demostrando así que el papel que puede desempeñar la enfermería va más allá del papel administrativo, en este caso la atención enfermera también tuvo un efecto terapéutico en el paciente que promueve el apoyo a la autogestión y orientación del paciente, puesto que una red de apoyo y seguridad puede contribuir a la satisfacción del paciente. Los pacientes expresaron que no querían que la enfermera fuese su consejero, sino que prefieren un enfoque de acompañamiento con manejo de los aspectos clínicos del cuidado, de la misma manera de que se apoye la autogestión del paciente, siendo la enfermera la que brinde la oportunidad de aprender y practicar el cuidado personal.

En cuanto a la perspectiva enfermera Wang et al. (2013) nos expone la importancia de que las enfermeras sean escuchadas para mejorar la calidad de vida tanto del paciente como del personal enfermero, el autor divide sus resultados de entrevistas con enfermeras que atienden a pacientes diabéticos en cuatro pensamientos. El primero está basado en que todas las enfermeras buscan colocarse "en los zapatos" del paciente y familiares, demostrando empatía y solidaridad en la atención brindada, para dar un ambiente de apoyo y cooperación, el segundo pensamiento gira en torno a que no se consideran expertos en la enfermedad, lo que a veces puede ser un limitante en la atención, por lo que los enfermeros recomiendan y piden que la educación especializada sea una prioridad en estos casos. El tercer pensamiento radica en el trabajo multidisciplinario y trabajo en equipo, enfermeros manifiestan que se consiguen mejores resultados en el paciente cuando éste es atendido desde diferentes perspectivas (Wang et al., 2013).

El equipo multidisciplinar y la participación del personal de enfermería:
A través de estos estudios se debe destacar que el éxito en el control de la diabetes no solo depende de los tratamientos médicos, sino también está basado en la combinación de intervenciones, como la monitorización de la glucosa, planes de alimentación, realización de actividades físicas y educación para el autocontrol de la enfermedad. Incluir a los auxiliares de enfermería en una variedad de roles en el cuidado primario del paciente ha resultado ser positivo con más frecuencia que en aquellos equipos en los que no han sido incluidos, esto también implica un resultado positivo para mejorar la calidad del servicio y disminuir el costo de la atención médica (Everett et al., 2013) Otros estudios incluidos en concordancia con lo expuesto han demostrado que la participación de enfermeros es pertinente en la atención de pacientes con enfermedades como la DM, demostrando que las enfermeras son capaces de coordinar los equipos de salud para otorgar una atención integral, esto puede ser un recurso valioso para completar la atención

médica y disminuir las consultas innecesarias, lo que se traduce a una mayor eficiencia de los servicios de salud (Pérez-Cuevas et al., 2009).
La participación del gremio enfermero en los equipos multidisciplinarios demostraron tener un efecto positivo en los pacientes con DMT2. Estudios demostraron que mejoras en la HbA1C, en el seguimiento de tratamiento y mejoras en el control de peso de los pacientes se observaron en el grupo de intervención en el que participaron de manera protagónica auxiliares de enfermería pertenecientes a un equipo médico multidisciplinario. Solano et al. (2013) indica que el cuidado de enfermería del paciente con diabetes debe ser integral, organizado e individualizado de acuerdo con las necesidades de cada paciente, siendo una de las opciones las intervenciones educativas que permitan al enfermero obtener habilidades y destrezas a través de un equipo multidisciplinario. Este mismo estudio ha demostrado que al ser atendidos los pacientes por el personal enfermero se encontró mayores posibilidades de un mejor control metabólico.
Por otro lado, el papel de la enfermera en la prescripción ha demostrado también tener un efecto positivo en los pacientes con diabetes, como lo es en el caso de Stenner et al. (2010) que introducen la prescripción dentro de los roles de enfermería ya establecidos dentro de los equipos de tratamiento para la diabetes, en vista de mejorar la prestación del servicio médico. Esto fue realizado para mejorar la eficiencia sin requerir un cambio importante, y también trajo como resultado confianza entre los médicos y enfermeras para conseguir un trabajo integral en pro de la salud del paciente indicando buenas relaciones de trabajo y confianza de capacidades por parte de los médicos.
Sin embargo, Edelman et al. (2015) ha demostrado que es posible que el manejo de casos de enfermeras en general no funciona en entornos comunitarios, puesto que esto no parece tener un resultado diferente, que en el manejo de los pacientes por el personal médico. Por otro lado, el autor comenta que es probable que la acción de la enfermera sea mejor en el punto más bajo de control de la enfermedad. Esto es avalado por el estudio de Manders et al. (2016) En este estudio se demuestra que las enfermeras como atención en primera línea pueden iniciar de forma segura el cuidado de la diabetes en el hospital de acuerdo con el Intervención e investigación en contextos clínicos y de la salud. Volumen IV 7 protocolo N-DIABIT expuesto en su estudio en el que la atención clínica para pacientes diabéticos es compartida con médicos.

Conclusiones:
Los resultados destacan la importancia de mantener e implementar los programas de intervención multidisciplinarios, en donde el personal enfermero tenga una participación igualitaria al resto del equipo, puesto que se ha asociado ven-

tajas y beneficios en la mejora del paciente con DM. Por lo que es recomendable que las consultas por parte del personal de enfermería incluyan la evaluación de resultados de forma periódica, capacitación y actualización de los profesionales para una intervención sistematizada y apoyada en la evidencia del personal médico y científico.

6 Bibliografía

- Al Sayah, F., Williams, B., Pederson, J.L., Majumdar, S.R., y Johnson, J.A. (2014). Health literacy and nurses' communication with type 2 diabetes patients in primary care settings. Nursing Research, 63(6), 408-417.
- American Diabetes Association (2015). American Diabetes Association Guidelines 2015. Clinical Diabetes, 33(2), 97-111.
- Edelman, D., Dolor, R.J., Coffman, C.J., Pereira, K.C., Granger, B.B., Lindquist, J.H., Bosworth, H.B. (2015).
Nurse-Led Behavioral Management of Diabetes and Hypertension in Community Practices: A Randomized Trial. Journal of General Internal Medicine, 30(5), 626-633.
- Everett, C., Thorpe, C., Palta, M., Carayon, P., Bartels, C., y Smith, M.A. (2013). Physician assistants and nurse practitioners perform effective roles on teams caring for medicare patients with diabetes. Health Affairs, 32(11), 1942-1948.
- Evert, A.B., Boucher, J.L., Cypress, M., Dunbar, S.A., Franz, M.J., Mayer-Davis, E.J., Yancy, W.S. (2014).
Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes. Diabetes Care, 37(1), S120-S143.
- Franch, J., Mata, M., y Puente, M. (2016). Epidemiología y control clínico de la diabetes mellitus tipo 2 y sus comorbilidades en España. Medicina Clínica, 147(1), 1-7.
- González, V. M., Salas, P., Mena, D., y Gimeno, A. (2012). Autocuidados y educación terapéutica en diabetes. Una revisión bibliográfica. Revista Científica de Enfermería, (05).
- Isern, T.I., Lázaro, E.C., Matheo, C.L., Pera, P.I., Rodríguez, M.B., Soria, R.I., ... Villa, M.S. (2007). Proporción de carga asistencial generada por la diabetes mellitus en las consultas de enfermería de atención primaria de salud. Endocrinología y Nutrición, 54(1), 2-9.
- Llorente, Y., Enrique, P., Rivas, D., y Borrego, Y. (2016). Risk factors associated to occurrence of type 2 diabetes mellitus in adults. Revista Cubana de Endocrinología, 27(2), 123-133.

- Manders, I.G., Stoecklein, K., Lubach, C.H.C., Bijl-Oeldrich, J., Nanayakkara, P.W.B., Rauwerda, J.A., Eekhoff, E.M.W. (2016). Shift in responsibilities in diabetes care: The Nurse-Driven Diabetes In-Hospital Treatment protocol (N-DIABIT). Diabetic Medicine, 33(6), 761-767.
- Páez, R.F.H., y Garzón, H.A. (2014). Educación en diabetes: un aspecto clave de la formación actual en enfermería. Orinoquia, 18(2), 78-92.
- Pérez-Cuevas, R., Doubova, S.V., Morales, H.R., Arias, M.Z., Rodríguez, G.D., Valdovinos, A.P., y Hernández,
O.M. (2009). Comprehensive diabetic and hypertensive patient care involving nurses working in family practice.
- Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, 26(6), 511-517.
- Sabogal, I.M.U., Arciniegas, C.N.M., Uribe, E.F.P., Ramírez, A.N., Gómez, D.L.Q., y Mariño, M.A.G. (2017). Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. Revista Cubana de Enfermería, 33(2).
- Solano, G.S., Pace, A.E., Reza, C.G., y Arreda, A. (2013). Efectos de un protocolo aplicado por enfermeras en el control metabólico a personas con diabetes tipo 2. Ciencia y Enfermería, 19, 93.
- Stenner, K., Carey, N., y Courtenay, M. (2010). Implementing nurse prescribing: A case study in diabetes. Journal of Advanced Nursing, 66(3), 522-531.

Capítulo 645

INGRESO EN MEDICINA INTERNA DE PACIENTE CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ANA MARIA GIL DELGADO

LUCIA GARCIA CABEZUELO

AURORA ORTEGA MIÑARRO

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo de una zona sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte (cama o silla), que provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a esa zona, por el aplastamiento de los vasos sanguíneos que se produce.
Este tipo de lesiones aparece principalmente en pacientes inmovilizados durante mucho tiempo y tiene una baja tendencia a la cicatrización espontánea. Constituye un importante problema de salud pública, dadas las repercusiones que ocasiona en la calidad de vida de los pacientes, la prolongación de la estancia hospitalaria y el aumento del gasto de material y de los cuidados por parte del personal de enfermería. Por todo ello, es muy importante realizar una adecuada prevención para evitar la aparición de las UPP.
Es muy importante tener en cuenta que la prevención no sólo se debe realizar a nivel hospitalario, también resulta imprescindible implantar medidas de prevención en el propio domicilio del paciente, cuando sus condiciones así lo precisen.

Una vez se han desarrollado estas lesiones, es necesario llevar a cabo tratamientos efectivos para que no se produzcan complicaciones en los pacientes y además hay que continuar con las medidas de prevención establecidas para impedir que aparezcan nuevas UPP.

Medidas adecuadas para paliar la aparición de escaras:

• Aseo general cada 24 horas y parcial cuando se precise. Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
• Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
• Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca. Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
• Examinar el estado de la piel a diario, (durante el aseo, cambios posturales, etc.) buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o induraciones.
• Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración, lesiones)
• No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)
• Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol, Linovera o Mepentol) o emulsión cutánea suavizante (Epaderm) , procurando su completa absorción con un masaje suave.
• Valore la posibilidad de utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de ulceras por presión, cuya piel esté intacta
• Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
• Evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas.

Cuidados:
• Cuidados del paciente: sondaje vesical si es necesario, colocar pañales absorbentes o colector.
• Reeducar en lo posible los esfínteres.
• En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar productos barrera.
Aliviar la presión sobre las areas de riesgo (prominencias óseas)
•Realizar cambios posturales:
Todo paciente detectado como de riesgo debe ser cambiado de posición si no hay contraindicación por su patología de base.

El periodo de tiempo entre cada cambio no debe exceder generalmente de dos horas y deberá estar definido en el plan de cuidados o historia del paciente. Los pacientes, en los que sea posible, deberán ser educados para cambiar de posición ellos mismos.
• En general, se darán cambios posturales cada 2-3 horas (al menos dos por turno) a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho, y registrando la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados (ver posiciones terapeuticas y colocación de almohadas).
• Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones
• En pacientes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
• Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
• Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre si usando almohadas.
• Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangencial.
• Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo minimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
• Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones de aire (pacientes de peso inferior a 75 kg.), cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Sólo es un material complementario no sustituye a la movilización.

2 Objetivos

- Fomentar una adecuada higiene para evitar la aparición de las UPP.

3 Caso clínico

Mujer de 75 años, diagnosticada de Alzheimer desde hace 15 años y que se encuentra en estado crítico desde los últimos 4 años. No diabetes , estado hemodinámico satisfactorio y dentro de la normalidad. El cuidador principal es su esposo con 79 años. La paciente es portadora de una sonda nasogástrica para su alimentación a base de triturados sin ningún control calórico ni proteico, posición fetal, no control de esfínteres y caquéxica.
Nivel Riesgo UPP Northon: Alto: 5 Presenta dos ulceras por presión: en sacro y en trocánter derecho con un punto de necrosis en la parte superior de las ulceras , el resto de la lesión presenta tejido de granulación. El esfínter se encuentra en un grado I por humedad debido a colitis continua.

4 Discusión-Conclusión

La labor preventiva en la aparicion de ulceras por presion y la valoracion periodica por los profesionales de enfermeria son muy necesarios para la prevencion o disminucion de los procesos patologicos que pueden contribuir en el aumento de la morbimortalidad del enfermo critico como son las ulceras por presion.
Los cuidados de calidad que llevan a la excelencia clinica es una responsabilidad asistencial.
Las ulceras por presion son frecuentes en pacientes hospitalizados en medicina interna y su presencia se asocia con mayor mortalidad a corto,medio y largo plazo.
Durante las primeras 72 horas de ingreso no hay mucho riesgo pero si que aumenta el riesgo y necesita de evaluaciones continuas,sobre todo en pacientes criticos.

Una vez se ha realizado una adecuada valoración inicial del paciente, en cuanto a los factores de riesgo a desarrollar una UPP (inmovilidad, incontinencia, edad avanzada, falta de higiene corporal, desnutrición, estado mental) y se ha valorado la lesión , se realizará su tratamiento, que en el caso de una UPP de grado I consistirá en aliviar la presión en la zona afectada y en la utilización de AGHO para conseguir una mejora de la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular.
El tejido necrótico debe ser eliminado, ya que es un medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación. Las características del tejido a desbridar y la situación global del paciente condicionan el tipo de desbridamiento a realizar.

5 Bibliografía

- geriatriahcsc.wordpress.com.
- http://gneaupp.info//prevenciondeulceras.
elsevier.es/revista-offarm.
- http://repositorio.upch.edu.pe.com.

Capítulo 646

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA): ANOREXIA, BULIMIA

BEATRIZ GALÁN BORREGO

PAULA PRESUMIDO DÍAZ

1 Introducción

Los trastornos de la alimentación son un devastador trastorno mental, producto de una conjunción de factores entre los que destacan los desajustes emocionales y de personalidad, una potencial susceptibilidad biológica y genética, presiones familiares/sociales y la influencia/presión de un contexto socio-cultural caracterizado por la sobreabundancia y el excesivo culto al cuerpo.

Los trastornos de alimentación se caracterizan por unos sentimientos extremos y perturbadores hacia la comida, el peso y la propia imagen corporal de los que se derivan serios problemas físicos y emocionales que representan una seria amenaza para la integridad personal y la propia vida del individuo.

Básicamente hay tres tipos de trastornos de la alimentación:
1. Las personas con anorexia nerviosa se caracterizan por poseer una imagen corporal lo suficientemente distorsionada como para considerarse a ellas mismas como personas con un exceso de peso, a pesar de encontrarse objetivamente por debajo de su peso normal. A menudo rehúsan comer, practican ejercicio de forma compulsiva y desarrollan patrones de comportamiento típicos, como el hecho de evitar comer en presencia de otros, perder enormes cantidades de peso corporal

e incluso privarse de todo tipo de alimentos hasta llegar a fallecer. El trastorno que, por norma general, suele comenzar entre las más jóvenes alrededor de la adolescencia, provoca entre otras consecuencias una pérdida de peso extrema, al menos un 15% por debajo del peso habitual para su edad y estatura.
2. Las personas con bulimia nerviosa, por su parte, se caracterizan por ingerir cantidades excesivas de comida que, posteriormente, eliminan a través del uso de laxantes, enemas, diuréticos, ejercicio compulsivo o con vómitos frecuentes. A menudo actúan en secreto y presentan sentimientos de disgusto y culpabilidad mientras comen, sentimientos que son 'atenuados' a través de patrones de comportamiento característicos de eliminación/purga del exceso de calorías ingeridas. Ya que a menudo, las personas con bulimia se atracan de comida y satisfacen el exceso de calorías en secreto, consiguen mantener su peso corporal similar o ligeramente superior al normal ,logrando ocultar con éxito su problema durante años, por lo que se considera que la verdadera prevalencia de los trastornos bulímicos entre la población es, hasta cierto punto, desconocida.

3.-Al igual que las personas que sufren de bulimia, en el caso de los episodios de ingesta compulsiva las personas experimentan frecuentes episodios de ingestión de comida de forma incontrolada y compulsiva pero, a diferencia de los anteriores, no satisfacen su cuerpo del exceso de calorías por lo que, en general, presentan un considerable exceso de peso con respecto al habitual en relación a su edad y estatura. Probablemente sea el trastorno de la alimentación más extendido entre la población general.

Entre los factores propuestos como desencadenantes de este tipo de trastornos destacan los siguientes:
1. Factores Psicológicos
• Problemas de autoestima.
• Sentimientos de inadecuación, inadaptación e inferioridad.
• Estados de ánimo depresivos.
• Problemas de ansiedad o ira reprimidas.
• Rasgos de personalidad obsesivos y compulsivos.

2. Factores familiares y sociales
• Problemas familiares y de relación interpersonal.
• Escasez de habilidades sociales.
• Aislamiento/retraimiento social.
• Dificultades en la expresión de las propias emociones y sensaciones.
• Historial de abusos físicos y/o sexuales.

3. Factores culturales
• Valores culturales relacionados con la delgadez como sinónimo de belleza.
• El culto al cuerpo como valor asumido colectivamente como prioritario.
• Los cánones de belleza impuestos desde los medios de comunicación.

4. Otros factores relevantes

Numerosas investigaciones en los últimos años se han encaminado a tratar de determinar las potenciales causas-de naturaleza biológica, genética o química-responsables de los trastornos de alimentación.

En algunas personas que sufren este tipo de trastornos, ciertas sustancias bioquímicas presentes en el cerebro, mediadoras de la sensación de hambre o de los procesos digestivos, han presentado diferencias con respecto a la población que no sufre este tipo de trastornos. Sin embargo, la determinación exacta de su responsabilidad y las implicaciones prácticas continúan bajo investigación.

Los trastornos de alimentación emergen y evolucionan a partir de una compleja red de factores interrelacionados. Los numerosos intentos por descubrir y entender los factores desencadenantes de esta enfermedad han llevado a los científicos de todo el mundo a investigar las personalidades, entornos familiares y los aspectos genéticos/bioquímicos de las personas que sufren este tipo de trastornos.

2 Objetivos

El objetivo principal es concienciar a la sociedad de la existencia de estos trastornos y también ayudar a prevenir y a detectar precozmente la aparición de un trastorno alimenticio.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha hecho una búsqueda de información en diferentes libros escritos por profesionales de la sanidad incluso de psicólogos y también mediante buscadores científicos como Google o Scielo.

Después de realizar la búsqueda de información se ha hecho una lectura estricta de todo ello para su posterior recopilación y finalización del trabajo.

4 Resultados

EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN
El diagnóstico correcto de un trastorno de alimentación puede ser, en algunas ocasiones, especialmente complejo. Las fronteras entre un comportamiento alimentario 'normal' y 'anormal' son difíciles de delimitar en ocasiones. Muchos individuos con patrones de comportamiento claramente alterados no cumplen en su totalidad los criterios diagnósticos formales establecidos,en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

El hecho de que el individuo no reúna todas las características formales para el diagnóstico no implica que no tenga un trastorno serio y significativo. Las evaluaciones clínicas, necesarias para el diagnóstico adecuado y posterior tratamiento, sólo deberían ser realizadas por profesionales cualificados de la salud mental con experiencia en este campo.

Los síntomas clásicos que caracterizan a la anorexia nerviosa incluyen:
• Obsesión por controlar el propio peso corporal.
• Excesiva preocupación sobre la comida y el control de las calorías.
• Reducción significativa de la ingesta de comida.
• Dietas extremas y rigurosas.
• Significativa disminución del peso corporal.
• Sentimientos de culpa o auto-desprecio tras la ingestión de comida.
• Práctica compulsiva de ejercicio físico.
• Excesiva sensibilidad al frío.
• Distorsión de la imagen corporal.
• Cambio en los patrones de alimentación habituales.
• Miedo irracional a aumentar de peso.
• Pérdida/irregularidades en la menstruación

La bulimia nerviosa se caracteriza por los siguientes síntomas:
• Ingestión de una considerable cantidad de alimentos, sin ganancia de peso.
• Sentimientos de culpa y estados de ánimo depresivos asociados.
• Erosión del esmalte dental, pudiendo llegar a la pérdida de piezas dentarias.
• Preocupación obsesiva por el peso y la forma física.
• Sentimientos de incapacidad para controlar su ingestión de comida.
• Vómitos frecuentes después de la ingesta compulsiva.
• Utilización de pastillas, laxantes y diuréticos para perder el peso.
• Práctica de ejercicio de forma compulsiva.

• Cambios de carácter incluyendo: depresión, culpabilidad y autodesprecio.

En la ingesta compulsiva, es característica la presencia de los siguientes síntomas:
• Episodios, más o menos frecuentes, de ingesta compulsiva e incontrolada.
• Pensamientos recurrentes por todo lo relacionado con la comida.
• Comer de forma excesiva, a pesar de no tener sensación de hambre.
• La comida como forma de 'narcotización' ante los problemas diarios.
• Uso y abuso –crónico- de regímenes de adelgazamiento.
• Escaso autocontrol emocional.
• Incapacidad para dejar de comer voluntariamente.
• Problemas de sobrepeso / obesidad.
• Conciencia de que estos comportamientos son irregulares.
• Fluctuaciones constantes en el propio peso corporal.
• Estados de ánimo depresivos y de culpabilidad.
• Sentimientos de vergüenza y auto-desprecio.
• Aislamiento/retraimiento social.

PROBLEMAS FÍSICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN
Aunque la anorexia nerviosa, cuando es diagnosticada a tiempo y tratada con efectividad, es susceptible de curación, se estima que entre el 10 y el 15% de los pacientes fallecen, usualmente después de perder, al menos, la mitad de su peso normal. Sin embargo, ya que la mayoría de los casos no extremos están probablemente ocultos y no diagnosticados, la cifras reales de prevalencia y mortalidad son desconocidas.

Entre las consecuencias físicas más comunes se encuentran:
• Amenorrea. Irregularidades en la menstruación.
• Osteoporosis derivada de la pérdida de minerales en los huesos.
• Retardo crecimiento corporal.
• Problemas de infertilidad.
• Crecimiento excesivo vello corporal.
• Enlentecimiento del metabolismo.
• Hipotermia. Baja temperatura corporal.
• Incremento niveles de colesterol.
• Baja presión sanguínea
• Irregularidad en el ritmo cardíaco, que puede conducir a un paro cardíaco
• Anemia.
• Pérdida del equilibrio de electrolitos, con potenciales consecuencias letales.

Las consecuencias médicas de la bulimia nerviosa abarcan un amplio espectro en cuanto a su gravedad, desde las menos severas como las sensaciones de hinchazón o fatiga hasta las más graves como fallos renales e insuficiencia cardíaca, en los casos más extremos.

El abanico de problemas incluye los siguientes:
• Deshidratación.
• Daños, de intensidad variable, en el hígado y los riñones.
• Desequilibrio en los electrolitos.
• Irregularidades en la menstruación.
• Problemas de infertilidad.
• Lesiones cardíacas.
• Problemas gastrointestinales crónicos.
• Pérdida del cabello.
• Erosión del esmalte dental.
• Crisis epilépticas.
• Úlceras.

Una proporción significativa de las personas con problemas de ingesta compulsiva presentan un peso corporal por encima del recomendado, por lo que la mayoría de ellos sufren de las consecuencias médicas características relacionadas con los problemas de sobrepeso y obesidad.

Entre los problemas más comunes destacan los siguientes:
• Náuseas.
• Sensación de hinchazón.
• Problemas digestivos.
• Dolor abdominal.
• Incremento excesivo de peso corporal.
• Aumento en los niveles de presión sanguínea.
• Altos niveles de colesterol.
• Trastornos en la vesícula biliar.
• Riesgo de padecer diabetes.
• Problemas cardiovasculares.
• Ciertos tipos de cáncer asociados con la obesidad.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN
Es frecuente que los trastornos de alimentación se presenten de forma conjunta con otros trastornos psiquiátricos. Los trastornos de ansiedad son muy comunes en los trastornos de alimentación. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo

usualmente preceden al surgimiento de un trastorno de alimentación, mientras que los trastornos de pánico suelen producirse con posterioridad. La aparición de fobia social suele ser recurrente en este tipo de pacientes.

Por otra parte, es muy frecuente que la ansiedad generalizada juegue un papel muy importante como factor desencadenante en los episodios de ingesta compulsiva. Es frecuente que la comida se convierta en un 'refugio' y en una herramienta de 'narcotización' frente a los problemas de la vida diaria y ante los que la persona opta por huir y/o evitar el afrontamiento directo.

De igual forma, los trastornos depresivos suelen ser una consecuencia lógica del desarrollo de la enfermedad, afectando no sólo al individuo sino que se extiende con especial intensidad al resto de la familia. Las sensaciones de tristeza, aislamiento e inadecuación son comunes en el individuo, y en la familia es común observar sentimientos de culpabilidad ante el origen y desarrollo de este tipo de trastornos.

Tanto por la propia complejidad de la enfermedad como por la habitual comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es de especial importancia su pronta detección y posterior tratamiento por profesionales especializados.
Prevención y tratamiento de los trastornos alimenticios

El enfoque preventivo es esencial para la disminución en la aparición de nuevos casos de este tipo de trastornos. La labor que desde la escuela –información- pasando por la familia –formación en valores- y los propios medios de comunicación –divulgación- es posible realizar no se debe menospreciar y se debería considerar como prioritaria como estrategia de intervención frente a este tipo de problemas.

Nunca se insistirá lo suficiente en la necesidad de una pronta detección y tratamiento de este tipo de trastornos relacionados con la alimentación. A medida que la duración de estos trastornos aumenta sin ser detectados ni recibir tratamiento adecuado, las posibilidades de curación se reducen y los efectos, tanto físicos como mentales, se incrementan de forma dramática.

La compleja interacción de factores fisiológicos y emocionales, tanto en su origen como en el desarrollo de la enfermedad, hace necesaria una intervención multidisciplinar para el tratamiento de este tipo de trastornos, un equipo de profesionales que incluiría, al menos idealmente, a médicos –tratamiento de las secuelas físicas-, psiquiatras –psicofármacos-, psicólogos –intervención psicosocial- y es-

pecialistas en nutrición y dietética –hábitos de nutrición-. Una imprescindible combinación y coordinación de recursos personales y materiales no siempre fáciles de conseguir en la realidad.

La incorporación de la familia en el proceso terapéutico es esencial para asegurar ciertas garantías de éxito y prevenir las posibles recaídas. La información básica sobre las características de la enfermedad y el aprendizaje de técnicas para la solución de conflictos serían algunas de las posibles líneas de actuación. Los grupos de apoyo, en los últimos años, se están configurando como una herramienta terapéutica de especial utilidad para el tratamiento de este tipo de trastornos.

5 Discusión-Conclusión

Todos los trastornos de alimentación requieren ayuda profesional. La persona se ve atrapada, de forma obsesiva, en un círculo vicioso, provocado por una compleja interacción de factores, que puede precipitar una peligrosa carrera hacia la auto-destrucción física y emocional.

Los trastornos de alimentación tienen el potencial de generar consecuencias extremadamente graves –en ocasiones letales- en la vida personal, familiar, social y laboral de la persona afectada. Sin embargo, a partir de su pronta detección y con el tratamiento adecuado por parte de profesionales con formación y experiencia en este campo, la remisión absoluta de la enfermedad es una posibilidad real.

Los trastornos de la alimentación no son enfermedades incurables. Con el tratamiento profesional adecuado y el apoyo continuo de su familia y entorno social más cercano, el paciente puede aprender a relacionarse con la comida de un modo diferente y comprender que la comida no es ni su mejor amigo ni su peor enemigo. Sólo a partir de ese momento podrá empezar a avanzar hacia la verdadera recuperación, que se fundamenta en una relación fundamental: La relación sana con uno mismo.

6 Bibliografía

- https://www.trastornolimite.com
- www.acab.org
- https://faros.hsjdbcn.org

Capítulo 647

SIGNOS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACIÓN

BEATRIZ GALÁN BORREGO

PAULA PRESUMIDO DÍAZ

1 Introducción

Los fluidos y electrolitos son necesarios para mantener una buena salud, y sus cantidades relativas en el organismo deben mantenerse dentro de un margen estrecho. El equilibrio de los fluidos y de los electrolitos en el organismo es una parte de la homeostasis fisiológica.

Este delicado equilibrio se mantiene en estados de salud por los procesos fisiológicos del organismo. Sin embargo, casi todas las enfermedades amenazan este equilibrio. Incluso en la vida cotidiana, las temperaturas excesivas al exceso de actividad pueden alterar el equilibrio si no se mantiene una ingestión adecuada de agua y sales.

La deshidratación, pérdida invariablemente de agua y electrolitos, la diarrea , el vómito entre otros, son signos graves de alteraciones hidroelectrolíticas en el organismo, y no es suficiente corregirse solo con la reposición de agua , deben también reponerse los electrolitos, dichas alteraciones pueden ser inducidas por diversas causas, pero es obligación tanto del personal del área de la salud sino de madres ,familiares y conocidos, estar alerta a sus posibles síntomas, ya que se ha convertido en una importante amenaza en salud pública, sobre todo en niños menores de cinco años, aunque puede presentarse en todos los grupos etéreos, de allí radica la importancia de educar a la comunidad sobre la forma de detectar

posibles casos como estos, de no automedicarse (no usar remedios caseros o de libros de recetas.), además prestarle importancia a las manifestaciones de su organismo o la de hijos y familiares, acudir oportunamente a un centro de salud y actuar rápidamente.
Es así como se puede evitar más del 70% de las muertes por diarrea y deshidratación si se utiliza la terapia de hidratación oral que consiste en incrementar el consumo de líquidos y administrar la correcta dosis de electrolitos perdidos; además, continuar la alimentación y capacitar en los signos de alarma.

2 Objetivos

El objetivo principal de la investigación es dar a conocer el concepto de deshidratación y el contexto en el que suele aparecer, así como también consejos para evitarla y el tratamiento que existe.

3 Metodología

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

4 Resultados

La deshidratación es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente visto en enfermos crónicos y ancianos los cuáles son muy susceptibles de sufrir este trastorno por varios motivos.

Es una afección que se presenta cuando el cuerpo no tiene tanta agua y líquidos como se debería y puede ser causada por la pérdida excesiva de líquidos.

Sodio y agua
La cantidad de agua corporal disminuye con la edad debido al aumento de tejido graso y a la disminución de la masa magra, cayendo del 55-60% de la masa corporal en un varón de 20 años al 45-50% a los 80 años, disminución que es más pronunciada en las mujeres. Los niveles de electrolitos, osmolaridad y vasopresina

no se ven modificados con la edad. Con el envejecimiento se deteriora la capacidad para conservar el agua y mantener el equilibrio del sodio. El metabolismo del sodio y del agua están ligados. Él contenido corporal de sodio depende del equilibrio entre la ingestión dietética y la excreción renal. En condiciones normales, en el curso de 2 a 4 días posteriores a la supresión de ingestión de sodio , se excreción urinaria disminuye; si el sodio dietético aumenta bruscamente, su excreción se eleva muy rápido de tal forma que cerca de la mitad se excreta en las primeras 24 horas, y el remanente en días siguientes.

-Hormonas que retienen el sodio: Aldosterona.
-Hormonas que eliminan sodio: Prostaglandinas.

En el control del sodio corporal juega un papel importante el riñón. Pero también en su control interviene la hipófisis, a través de la hormona ADH(hormona antidiurética), y como principal factor, en la regulación del contenido de socio está protagonizado por el metabolismo del agua ya que si aumenta la natremia, a través del mecanismo de la sed se ingieren líquidos para que ésta se normalice y viceversa. Los excesos y deficiencias de sodio y agua se presentan en una gran variedad de circunstancias clínicas, ya que un exceso importante de sodio causa edema pudiendo provocar insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática, síndrome nefrótico… las deficiencias importantes de sodio conllevan a la deshidratación.

Tipos de deshidratación:

Según el porcentaje de líquido corporal que se ha perdido o que no se ha repuesto.
-Leve: pérdida de hasta un 5.%
-Moderada: pérdida de hasta un 10%.
-Severa: pérdida de más de un 10%; ésta es una situación de emergencia potencialmente mortal ya que puede llevar al colapso circulatorio (shock) o a la muerte si no se trata rápidamente.

Según la proporción de líquido /electrolitos perdidos:
• Deshidratación isotónica: La pérdida de agua es similar a la de electrolitos. Hay una disminución de volumen, pero sin cambios de composición. Es la más frecuente de las deshidrataciones y se da sobre todo en personas que han sufrido una gastroenteritis moderada o leve o que consumen de manera incorrecta diuréticos. También es frecuente en personas que sudan mucho en condiciones normales de temperatura y humedad. La solución a esta pérdida igual de electrolitos y líquido es reponer ambos simultáneamente, por ejemplo: bebiendo bebidas isotónicas o

consumiendo sales de rehidratación oral. Para su prevención, no dudes en consumir bebidas con electrolitos si haz realizado un esfuerzo intenso y largo.
• Deshidratación hipertónica: La pérdida de agua es mayor que la de solutos, por lo tanto, se concentran los electrolitos en el organismo y suele diagnosticarse por la concentración elevada de sodio en sangre. Por lo general produce sed intensa, fiebre, irritabilidad y agitación y se produce sobre todo, cuando se ingieren pocos líquidos o cuando se sufren procesos febriles o una intensa y larga exposición al sol sin reponer adecuadamente los líquidos perdidos. Los niños y ancianos son más propensos a sufrir este tipo de deshidratación y la solución es simple, debemos consumir más agua o líquidos sea la forma que sea. Para su prevención lo mejor es incrementar el aporte de líquido cuando nos exponemos al sol, sufrimos quemaduras o fiebre, o bien, cuando la temperatura externa es considerablemente superior.
• Deshidratación hipotónica: La pérdida de electrolitos es superior a la de agua. Sucede con menor frecuencia y puede originarse en personas que trabajan intensamente en condiciones ambientales extremas o en deportistas que entrenan en iguales condiciones ambientales. También se puede producir en gastroenteritis acompañada de vómitos y diarreas importantes y en enfermedades como la fibrosis quística o problemas renales donde se pierde mucho sodio. Para prevenir este tipo de deshidratación hay que evitar reponer sólo agua en casos de gastroenteritis y poco a poco se debe reponer el sodio concentrando las bebidas y/o preparaciones que lo aportan. Para identificarla se mide el sodio en sangre que se encuentra descendido y la piel debe permanecer húmeda a diferencia de las deshidrataciones anteriores.

Síntomas y signos generales:

- Ojos hundidos.
- Lengua seca.
- Mucosa de la boca seca.
- Debilidad muscular.
- Dificultades al hablar.
- Signo del pliegue.
- Disminución o ausencia de producción de orina.
- Ausencia de producción de lágrimas.
- Confusión: letárgico.

El examen físico puede además mostrar:

- Presión sanguínea baja cuando la persona se incorpora desde una posición en

donde está acostado
- Frecuencia cardíaca rápida.
- Demora en el llenado capilar.
- Ausencia de sudor axilar.

Síntomas específicos:

En casos de deshidratación isotónica, por vómitos o diarréas, son índices de diagnóstico:

1.La persistencia del pliegue cutáneo.
2.La ausencia de sudor axilar.

En los casos de deshidratación hipertónica puede llegar a reducir el tamaño de las neuronas dando lugar a :

- Cefaleas.
- Irritabilida.d
- Puede llegar al coma.
- Obnubilación.

En los casos de deshidratación hipotónica (la natremia disminuye) penetra agua en las células provocando un aumento del tamaño de las neuronas, pudiendo producirse un cuadro de edema cerebral apareciendo un síndrome de hipertensión intracraneal con cefalea, alteración de la conciencia y coma.

Prevención:
Para prevenir la deshidratación, bebe mucho líquido y consume alimentos ricos en agua, como frutas y vegetales. Dejar que la sed sea tu guía es una pauta diaria adecuada para la mayoría de las personas saludables. Es posible que las personas tengan que consumir más líquidos si padecen afecciones como las siguientes:
• Vómitos o diarrea. Si tu niño tiene vómitos o diarrea, comienza a darle más agua o una solución de rehidratación oral con los primeros signos de enfermedad. No esperes hasta que se produzca la deshidratación.
• Ejercicios extenuantes. En general, es mejor comenzar a hidratarse el día anterior a realizar ejercicios extenuantes. Producir mucha orina clara y diluida es una buena indicación de que estás bien hidratado. Durante la actividad, repone líquidos en intervalos regulares y sigue bebiendo agua u otros líquidos después de que termines.
• Tiempos calurosos o fríos. Debes beber más agua en tiempos calurosos o húmedos para ayudar a reducir la temperatura corporal y a reemplazar lo que pierdes

con la sudoración. Es posible que también necesites más agua en tiempos fríos para combatir la pérdida de humedad del aire seco, especialmente a grandes alturas.
• Enfermedad. Los adultos mayores se deshidratan con más frecuencia durante enfermedades menores como influenza, bronquitis o cistitis. Asegúrate de beber más líquidos cuando no te sientes bien.

Tratamiento:

Para tratar la deshidratación:

• Pruebe tomar sorbos de agua o chupar cubitos de hielo.
• Pruebe beber agua o bebidas para deportistas que contengan electrolitos.
• No tome pastillas de sales minerales. Pueden causar complicaciones graves.

En caso de una deshidratación más grave o una emergencia por insolación, puede necesitar permanecer en el hospital y recibir líquidos por vía intravenosa (IV)

5 Discusión-Conclusión

Es beneficioso beber más agua Se debería educar a la población y especialmente a los niños para mejorar los hábitos de bebida y concienciar de la importancia de mantener un buen nivel de hidratación.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov
- https://www.mayoclinic.org
- https://www.sanitas.es
- https://blog.fiatc.es

Capítulo 648

FIBROMIALGIA

ISABEL FERNANDEZ SANTOS

LUCIA BARREIRO FERNANDEZ

ALBA BARREIRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La fibromialgia es una enfermedad producida por un dolor general del sistema musculoesquelético y un cansancio duradero.

La fibromialgia está considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad desde 1992 y afecta a un 2% y un 7% de la población general.

Algunos de los síntomas que podemos encontrar son:
 Dolor en músculos, huesos, ligamentos y articulaciones.
 Cansancio permanente.
 Insomnio.
 Dolor de cabeza.
 Ansiedad.

El objetivo de esta enfermedad se basa en su tratamiento ya que no hay un tratamiento específico. Se necesita estudiar mejor la enfermedad puesto que es desconocida totalmente tanto para la población como para los profesionales especialistas.

Desarrollar trabajos de investigación sobre la fibromialgia es la mejor opción en este momento para los pacientes enfermos, puesto que el único tratamiento se basa en aliviar el dolor.

2 Objetivos

- Reconocer los síntomas de la fibromialgia.
- Objetivos principales del tratamiento de esta enfermedad.

3 Caso clínico

Gloria una mujer de 40 años, lleva desde hace dos años con dolor de músculos constantes.

Ella es auxiliar de enfermería, por ello lo relacionó al esfuerzo de su trabajo, y si no le echaba la culpa al tiempo diverso que se tiene. Un día Gloria tuvo que coger la baja por los dolores horribles que tenía, por ello decidió ir al médico. Tras varias pruebas, se le realizó una analítica de sangre para descartar cualquier otra enfermedad. Todas las pruebas realizadas a Gloria salieron negativas.

Finalmente Gloria fue diagnosticada de fibromialgia.

4 Discusión-Conclusión

La fibromialgia es una enfermedad que hay que superar poco a poco puesto que genera un cansancio diario tanto físico como mental. Además puede afectar a la memoria a corto plazo.

5 Bibliografía

- Vidal L, Piscoya J, Fuk N: Fibromialgia: Estudio clínico y terapéutico. Diagnóstico. 1988; 20:180.
- Boggio C, Capristan M, Candela M, Ara P, Cabrera N, Vidal L, Ramos L, Mayta A, Prevalencia del síndrome de fibromialgia en artritis reumatoide. VIII Congreso Internacional de Medicina Intemay XVI Curso Internacional de Medicina Interna. Octubre, 1994. Resumen Nro. 74.

- España J, Luna C, Lulo E, Mayta M, González A, Mendoza J, Vidal L : Incidencia de psicopatología en pacientes con síndrome de fibromialgia. IX Congreso Nacional y XVIII Curso Internacional de Medicina Interna. 1996. Lima, Perú. Libro de Resúmenes. H 11, pp : 69.
- Vidal Neira L, Piscoya J, Rolando T: Fibrositis: Estudio clínico y terapéutico. Diagnóstico. 1989, 22: 25.

Capítulo 649

SÍNDROME DE BURNOUT O DEL TRABAJADOR QUEMADO

ALEJANDRA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Este síndrome es un trastorno emocional, vinculado al ámbito laboral, causado por el trabajo y el estilo de vida que conlleva consecuencias psíquicas y físicas a quien lo sufre.
La mayoría de los casos se producen en la rama sanitaria y la docencia, en un principio afectan al área laboral, alcanzando por último la vida social y familiar de la persona que lo padece.

2 Objetivos

Conocer las situaciones que generan el estrés y la ansiedad en el trabajo para poder así reducirlo y mejorar la vida laboral y social de los trabajadores.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos consultado diferentes revisiones bibliográficas sobre literatura científica referida a este tema y se han consultado diferentes artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo , seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Sabemos que este síndrome se produce por un alto nivel de estrés, cargas de trabajo excesivas, poca autonomía, malas relaciones en el trabajo y ausencia de apoyo externo.

Los síntomas principales son:
- Baja autoestima.
- Agotamiento.
- Nerviosismo.
- Falta de realización personal.
- Dificultad para concentrarse y agresividad.
- Taquicardia, dolor de cabeza e insomnio.
- Absentismo laboral.
- Mala comunicación.

Existen dos tipos de Burnout:
- Activo: El empleado tiene una conducta asertiva, relacionándose con elementos externos a la profesión.
- Pasivo: Sentimientos de apatía y se relaciona con factores internos psicosociales.

La empresa debe evaluar las causas del estrés, mejorando la organización y proporcionando las herramientas adecuadas para el trabajador. El diagnóstico se centra en los síntomas y en una entrevista clínica.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome crece de manera progresiva si no se toman medidas que lo impidan, provocando desgaste laboral, dificultades para resolver problemas o tareas sencillas.
La frustración provoca un estado continuo de agotamiento y puede llevar al abuso de psicofármacos, alcohol o drogas, incluso llevando al suicidio, por ello las empresas deben centrarse en una buena organización de las tareas y proporcionar las ayudas necesarias a sus empleados.

6 Bibliografía

- El Síndrome de Quemarse por el trabajo: (Burnout); Grupos Profesionales de Riesgo. Bernardo Moreno Jiménez y Pedro R. Gil-Monte.

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

Capítulo 650

IDENTIDAD DE GÉNERO PARA TCAE

ALBA INÉS RAMÍREZ GUILLÉN

1 Introducción

La concepción del género como lo social y lo cultural, y el sexo como la división biológica hombre-mujer, es la propuesta dominante en la actualidad. Este planteamiento defiende la existencia de una continua interacción entre lo biológico y lo cultural, entre el dimorfismo sexual, hombre-mujer, y el producto sociocultural de cada uno de ellos: masculinidad-feminidad. La propuesta se amplía posteriormente a cuatro categorías con la inclusión de andróginos e indiferenciados.

2 Objetivos

Dar a conocer al TCAE información interesante sobre la identidad de género.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando nacemos, somos clasificados en dos grandes grupos: niños y niñas. Cuando crecemos, al mismo tiempo que desarrollamos la conciencia de ser un individuo distinto de los demás, el denominado self existencial, adquirimos el self sexual, la autocategorización como hombre o como mujer y, junto con éste, el self de género.

La división biológica que traemos conlleva diferencias reproductivas pero no diferencias actitudinales, normativas, conductuales o de roles. Todo ello es producto de la asignación social. La identidad de género es la autoclasificación como hombre o mujer sobre la base de lo que culturalmente se entiende por hombre o mujer.

5 Discusión-Conclusión

El género se puede entender como una creación simbólica que pone en cuestión el dictum esencialista de la biología es destino, trascendiendo dicho reduccionismo, al interpretar las relaciones entre varones y mujeres como construcciones culturales, que derivan de imponer significados sociales, culturales y psicológicos al dimorfismo sexual aparente.

Los procesos a través de los cuales se adquiere el género son los mismos que por los que se adquiere cualquier otra conducta: los de aprendizaje. Estas teorías han analizado el aprendizaje de conductas a partir de los modelos de referencia y del refuerzo recibido.

6 Bibliografía

- http://www.educandoenigualdad.com/wp-content/uploads/2015/03/IDENTIDAD_GENERO_PERSPECTIVA_INTERCULTURAL.pdf
- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902009000200006
- http://aebioetica.org/revistas/1999/3/39/459.pdf
- https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v18n33/art05.pdf

Capítulo 651

LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PROTOCOLO DE ICTUS

SILVIA DE LA CALLE VALLINA

MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ

JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA

VERÓNICA DURRUTI BERROS

MONICA ORRASCO ALFONSO

1 Introducción

Un ictus tiene lugar cuando se irrumpe de forma aguda el flujo sanguíneo en una zona determinada del cerebro o se desata una hemorragia por una rotura de un vaso importante.

Puede ser de tipo isquémico o hemorrágico. El de tipo isquémico es producido por el taponamiento de una arteria del cerebro y el hemorrágico ocurre por la rotura de una arteria cerebral. El más frecuente es el isquémico.

Cuando el flujo sanguíneo se interrumpe no llega oxígeno a las neuronas produciéndose la denominada hipoxia, cuanto más tiempo en hipoxia, más muerte neuronal y, por tanto, las funciones de esa parte del cerebro donde se causa la muerte neuronal quedan anuladas o afectadas en ciertos grados de consideración. Si se aborda con antitrombóticos y tiempo suficiente se puede salvar parte del tejido afectado.

Es un ACV repentino y de importantes secuelas por eso reconocer su sintomatología es de vital importancia. Sus síntomas son pérdida de fuerza en cara, brazos, piernas y suele afectar a los miembros de un mismo lateral, izquierdo o derecho, pérdida de visión, pérdida del habla o disartria, fuerte y súbito dolor de cabeza, vértigo y pérdida del equilibrio.

Una vez determinada la causa del ICTUS, el equipo médico intervendrá según sea éste: hemorrágico o isquémico.

Si es isquémico se abordará con antitrombóticos y si es hemorrágico se accede por cirugía a la zona cerebral dañada para poder extraer la sangre vertida al cerebro.

Las secuelas del ictus van a depender sobre todo del tiempo en hipoxia y la rapidez de abordaje.

Los ICTUS que revisten más gravedad son aquellos que producen parálisis,discapacidad,trastornos del habla y déficits cognitivos.

Afecta con más incidencia a personas mayores de 55 años pero también se dan cada vez más casos en el sector joven de la población 30 años más o menos,incluso se registran casos en neonatos.

Hay métodos de prevención del ICTUS que reducen las posibilidades de que se produzca: cuidado de la TA, abandono del hábito tabáquico, controles glucémicos,ser abstemios,y cuidar el corazón con unos hábitos de vida saludable basados en el ejercicio moderado y una dieta equilibrada, para evitar subir los niveles de colesterol que afectan a las coronarias y por consiguiente al sistema circulatorio,con placas de ateroma que se desprenden de las paredes de las arterias y van a circular por el torrente sanguíneo provocando el ICTUS.

Educar a la población desde los servicios de salud es un paso muy importante para lograr avances en este campo a través de los hábitos de vida saludable y el deporte.

Desde el punto de vista enfermero y tras las secuelas establecidas por un ictus es el auxiliar de enfermería quien implementa junto con el resto del equipo sanitario,el protocolo de cuidados a pacientes con ICTUS.

Según la federación española del ICTUS cada 6 minutos se produce un ICTUS y el 40% de las personas afectadas son hoy en día independientes para las ABVD, una vez han superado la terapia rehabilitadora impartida por el equipo terapeútico y

el esfuerzo del individuo por seguir adelante.

2 Objetivos

Determinar la implantación del protocolo de ICTUS en sus cuidados llevados a cabo por el TCAE.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de distintos buscadores en varias bases de datos tipo (scielo,lilacs,dialnet) con los operadores boléanos ”and” y ”not” y los descriptores ”ictus y ejercicio físico” ”antitrombóticos y cateterismos” ”ictus isquémico y hemorrágico”.

Criterios de inclusión textos en español y criterio de exclusión pacientes paliatiativos mayores de 80 años.

4 Resultados

Cuidados de enfermería protocolarizados con análisis de documentos,proyectos de atención primaria,planificación de la recogida de datos,diagnósticos de enfermería,establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y cuidados incidentes sobre la rehabilitación,en que el equipo auxiliar interviene en la asistencia total o parcial del aseo,alimentación,hidratación,eliminación,terapias de grupo psicológicas y lúdicas orientadas a la cognitividad,ejercicios de tipo neurológico en que la auxiliar participa junto con el paciente para asistirle a él y al médico rehabilitador y acompañamiento y preparación para pruebas complementarias.

Medición de constantes vitales (TA,FC,FR,T^{a}),saturación,diuresis,balance hídrico,cambios posturales,colocación de férulas,control de disfagia y control psicológico junto con patrón del sueño nocturno.

Los ACV están entre las cinco primeras causas de muerte mundial y que más invalideces genera. Son la tercera causa de muerte en el mundo y primera causa de invalidez a nivel mundial.

Cada 53 segundos se produce un ACV y cada 3,3 muere un individuo de este porcentaje.

Según la OMS se suceden 20,5 millones de ICTUS al año en el mundo y 5,5 con secuelas desgarradoras y son el principal motivo de incapacidad a largo plazo sobre todo en la población adulta,aumentando estos las períodos de estancia hospitalaria y por tanto el gasto sanitario y la consecuente reclamación de recursos humanos de la que siempre el sistema sanitario se queda corto para atender tan compleja complicación orgánica y social.

5 Discusión-Conclusión

El poder de superación del individuo que padece de un ICTUS,es el factor casi más importante sin obviar el factor humano,para lograr la restauración de su salud, que a la vez ayuda al equipo sanitario a realizar su labor. Siempre será mejor un paciente colaborador que una persona que se deja llevar por la enfermedad avocando con esta actitud a su familia y a los profesionales a un fracaso conjunto.

Las auxiliares que realizan las tareas de atención a este tipo de pacientes,sufren de grandes episodios de estrés acumulativo por la carga diaria que supone este tipo de trabajo, por lo cual el personal de los centros, tanto hospitalarios y sobre todo en los privados no es estable, por lo que en la mayoría de los casos el personal carece de la experiencia que da el conocer al tipo de paciente con el que se trabaja.

Protocolarizar las actuaciones del personal auxiliar permite ordenar la agenda y la mente para obtener una buena comunicación entre equipo sanitario y paciente, lo cual aumenta la productividad y el empeño en realizar una buena praxis del protocolo de ICTUS

6 Bibliografía

-Pérez Pupo RA, Kersting M, Leyva Rojas.Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares.Hospital Vladimir Llich Lenin.Correo científico Médico de Holguín 2010.
-Pan American Health organization.Mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares.Día Mundial de la Salud 2013.
-https://www.paho.org/hipertensión/
-Lores Guerra E, Berenguer Gournaluses.Modo de actuación profesional a través del PAE en el policlínico Universitario ” Julián Grimán García” Medisan Junio 2011.

- Sánchez Ancha Y, González Mesa FJ, Molina Mérida O, Guil García M.Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca las casas 2011.

Capítulo 652

CUIDADOS PARA INTERVENCIÓN DE QUISTE DE COLEDOCO.

GEMA ROCES SIEBIERSKI

1 Introducción

El quiste del colédoco es una dilatación congénita o combinada del árbol biliar extrahepático) o intrahepático. Esta patología se observa en niños y adultos, predominantemente en mujeres. Pueden manifestarse anomalías en todo el sistema biliar, ya sea intra o extrahepático. Los hallazgos incluyen una masa en hipocondrio derecho, ictericia y dolor abdominal. El diagnóstico se confunde con enfermedad benigna del páncreas o de las vías biliares. Las complicaciones incluyen colangitis, ictericia, pancreatitis, hipertensión portal y colangiocarcinoma. El tratamiento de elección es la resección del quiste.

2 Objetivos

-Destacar la importancia de un diagnóstico precoz.

3 Caso clínico

Paciente de 8 años que se detecta alteración en la función hepática al ser estudiada por episodios de dolor abdominal de tipo cólico con y sin vómitos, que persisten de forma esporádica hasta este momento. Mantiene desde entonces disfunción hepática con elevación de transaminasas, ggt y fosfata alcalina con cifra normal de bilirrubina. Coagulación normal. Etiológicamente tiene una serología de virus

negativa. En una ocasión cifra elevada de cobre en orina. Estudio autoinmune normal. Se le han realizado dos biopsias hepáticas que muestran fibrosis portal con ligera proliferación ductal, con determinación normal del cobre en tejido hepático.

4 Discusión-Conclusión

Es muy importante el diagnostico precoz de enfermedades asi, y el trato del personal sanitario. Esta niña paso 4 meses internada en el hospital. El personal sanitario en ese momento es como una familia. El buen trato y el animar al paciente es muy importante para su recuperación.

5 Bibliografía

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

Capítulo 653

CUIDADOS PARA ENFERMEDAD DE LYME

GEMA ROCES SIEBIERSKI

1 Introducción

La enfermedad de Lyme también conocida como borreliosis o borreliosis de Lyme es una infección bacteriana que se contrae por la picadura de una garrapata infectada. Al principio, la enfermedad de Lyme generalmente causa síntomas como un sarpullido en la piel, fiebre, dolor de cabeza y fatiga, pero si no se trata temprano, la infección puede extenderse a las articulaciones, el corazón y el sistema nervioso. El tratamiento inmediato puede ayudarle a recuperarse rápidamente.

2 Objetivos

- Revisión sobre los cuidados necesarios para el tratamiento de la borreliosis o borreliosis de Lyme

3 Caso clínico

Mujer de 22 años que acude al servicio de urgencias por presentar fiebre de tres días, malestar general, mialgias y artralgias. Refiere haber estado de ruta con su familia hace 15 días y al regreso a casa a sus hijos pequeños les retiró varias garrapatas. Ella fue examinada por su marido refiriendo haberle quitado una.
No enfermedades previas.
No enfermedades familiares de importancia.

4 Discusión-Conclusión

La mayoría de las características de la enfermedad de Lyme responden a los antibióticos, pero el tratamiento de la enfermedad temprana es más exitoso. En los cuadros avanzados, los antibióticos erradican la bacteria y alivian la artritis en la mayoría de las personas. Sin embargo, algunos pacientes con predisposición genética tienen artritis persistente aún después de que la infección haya sido eliminada, debido a que se mantiene la inflamación (para el alivio de los síntomas pueden utilizarse AINEs).
El bloqueo cardíaco completo requiere del uso de un marcapasos temporario. La tensión de las articulaciones de la rodilla debido al derrame exige su aspiración. Algunos pacientes con predisposición genética con artritis de la rodilla que persiste a pesar de la terapia con antibióticos pueden mejorar con una sinovectomía artroscópica.

5 Bibliografía

www.wikipedia.org
www. kidshealth.org

Capítulo 654

RECOMENDACIONES EN PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS

ANGELA ROMERO RODRIGUEZ

ANDREA DE ÁVILA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Cuando un paciente debe someterse a un tratamiento de hemodiálisis es porque presenta Enfermedad Renal Crónica Avanzada y sus riñones no son capaces de depurar las toxinas generadas por el organismo, por lo que según el esquema de hemodiálisis y de su función renal residual, el médico le informará sobre la necesidad de restringir líquidos y realizar una dieta adecuada.

2 Objetivos

Determinar posibles cambios en la vida del paciente para controlar el potasio, el fósforo, el sodio y la ingesta de líquidos en los pacientes renales.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, libros de texto, páginas de Internet escogiendo la más completa fuente de información, utilizando las palabras clave como descriptores.

4 Resultados

Con un consumo de frutas y verduras frescas indicadas y en las cantidades recomendadas en el plan de alimentación, lavándolas en agua, cortadas a trozos pequeños y luego remojarlas 12-24h, podemos controlar el potasio así como evitando sales dietéticas y frutos secos. Se controla el fósforo a través de la cantidad que se ingiere con los alimentos y cumpliendo con la frecuencia y duración de la diálisis. Se recomienda agua según cantidad pautada. Evitando alimentos con alto contenido en sal, conseguimos un control del sodio.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante para un paciente que se somete a tratamiento renal que respete las cantidades sugeridas de alimentos, así como las recomendaciones útiles que facilita el nefrólogo en el momento de iniciarlo ya que el déficit o exceso en su consumo pueden ser de riesgo para su salud. En el momento que el paciente necesite cambiar la modalidad de diálisis, el nefrólogo indicará los cambios oportunos.

6 Bibliografía

-Guía de Acogida en la unidad de Hemodiálisis del Hospital Universario de Avilés - Asturias.

- Revistanefrología.com

-www.quironsalud.es
-www.cun.es

Capítulo 655

CUIDADOS ANTE EL SÍNDROME DE TOURETTE.

GEMA ROCES SIEBIERSKI

1 Introducción

El síndrome de Tourette es un trastorno neurológico que se manifiesta primero en la infancia o en la adolescencia, antes de los 18 años. El síndrome de Tourette se caracteriza por muchos tics motores y fónicos que perduran durante más de un año. Por lo general, los primeros síntomas son movimientos involuntarios de la cara, de los brazos, de los miembros o del tronco. Estos tics son frecuentes, repetitivos y rápidos. El primer síntoma más habitual es un tic facial. Pueden reemplazarlo o agregarse otros tics del cuello, del tronco y de los miembros. Estos tics involuntarios también pueden ser complicados e involucrar a todo el cuerpo, como patear y dar pisotones
También hay tics vocales. Estos tics vocales generalmente se producen junto con los movimientos. Las vocalizaciones pueden incluir gruñidos, carraspeos, gritos y ladridos.

2 Objetivos

Los objetivos de esta publicación es saber que los síntomas por lo general son peores durante los años de adolescencia y luego mejoran a comienzos de la edad adulta. En algunas personas, los síntomas desaparecen por completo durante años y luego reaparecen. En pocas personas, los síntomas no se vuelven a presentar.

3 Caso clínico

Paciente varon 17 años que acude a su centro de salud acompañado de su madre, quien refiere presencia de movimientos involuntarios en cara y brazo izquierdo, mismos que se asocian a “tartamudeo”.
Estos tics, comenzaron alrededor de los 5 años, momento hasta el cual el desarrollo del niño había sido normal. Comenzó a emitir sonidos guturales alrededor de los 4 meses, y para los 6 meses ya era capaz de utilizar monosílabos. Para los 4 años tenía un leguaje bien desarrollado y era capaz de comunicarse sin ningún impedimento.
A los 5 años, comenzó a presentar tics consistentes en: movimientos rápidos de apertura y cierre palpebral bilateral, giros rápidos de la cabeza, tensión de músculos faciales y sacudidas hacia adelante del hombro izquierdo. Alrededor de los 10 años de edad, se agregaron tics verbales consistentes en: aclaramiento constante de la garganta, tosidos al inicio del habla, y ecolalia . La aparición de los tics motores y verbales, fue acompañada de un nivel cada vez mayor de aislamiento social. Ya no quería asistir a la escuela porque sus compañeros lo molestaban, y comenzó a tener mal desempeño académico. Acudió varias veces con médicos generales, quienes le decían que era una forma de tartamudeo y que no podían ofrecerle nada.

4 Discusión-Conclusión

Aunque no hay cura para el síndrome de Tourette, muchos pacientes mejoran a medida que maduran. Los individuos no ven reducida su esperanza de vida. Aunque el trastorno es crónico y perdura por toda la vida, no es una enfermedad degenerativa . El síndrome de Tourette no menoscaba la inteligencia. Los tics tienden a disminuir según avanza la edad del paciente, permitiendo a algunos pacientes abandonar el uso de medicamentos. En algunos casos, una remisión completa ocurre después de la adolescencia.

5 Bibliografía

- www.kidshealth.org
www.cdc.gov

Capítulo 656

CORONAVIRUS

GEMA ROCES SIEBIERSKI

1 Introducción

Los coronavirus son una familia de virus que se descubrió en la década de los 60 pero cuyo origen es todavía desconocido. Sus diferentes tipos provocan diferentes enfermedades, desde un resfriado hasta un síndrome respiratorio grave.
El 31 de diciembre 2019 surge una nueva epidemia que afecta a 27 personas con una neumonía de origen desconocido, los afectados estaban aparentemente vinculados con un mercado de la ciudad de Wuhan, una gran metrópoli con 11 millones de habitantes. La causa de la dolencia fue identificada el 7 de enero como un nuevo coronavirus, confirmando la transmisión del patógeno de persona a persona por China días más tarde.
Es muy importante tomar medidas para evitar contagios ya que no han sido determinados con precisión los mecanismos de contagio, aunque la forma más aceptada es a través del contacto y a través pequeñas gotas de saliva que el portador del virus excreta al toser. El contagio se produce entre personas que están cerca, a una distancia de aproximadamente un metro como máximo.
En China ha sido cerrada la frontera del país para evitar el contagio y que la enfermedad se propague a otros países.

2 Objetivos

Revisión de la importancia de tomar medidas para evitar contagios.

3 Caso clínico

Paciente de 35 años acude al servicio de urgencias de su hospital de referencia por elevada temperatura corporal , mucha fatiga, tos persistente durante dos días, y dificultad respiratoria.
No antecedentes personales ni familiares de mayor relevancia.

4 Discusión-Conclusión

Hay que saber que en casos de coronavirus por Sars es conveniente el ingreso hospitalario. Una vez ingresado el paciente, se administran antivirales, dosis altas de esteroides para reducir la inflamación pulmonar y un soporte respiratorio con oxígeno; en ocasiones puede precisar antibióticos, pero solo en caso de que existan infecciones bacterianas sobrevenidas, es decir, sobreinfección.

5 Bibliografía

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

Capítulo 657

USO ADECUADO DE MASCARILLAS PARA PERSONAL SANITARIO.

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

VICENTA DE LOS MILAGROS SÁNCHEZ-MAROTO SÁNCHEZ-ÁVILA

PAULA RODRÍGUEZ CABALLÍN

ESTEFANÍA FERNÁNDEZ RUIZ

1 Introducción

Las mascarillas quirúrgicas y las máscaras de protección son las principales medidas de barrera usadas por los sanitarios para evitar que otras personas puedan adquirir a través de su boca y nariz distintos tipos de microorganismos.

El uso de las mascarillas tiene un papel importante para la aplicación de las precauciones de prevención y control de infección usadas en los hospitales para evitar la transmisión de microorganismos patógenos.

2 Objetivos

- Describir el uso adecuado de los mascarillas para el personal sanitario.
- Prevenir y proteger tanto al personal sanitario como a los propios pacientes de cualquier contaminación con materiales biológicos y microorganismos.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos pertenecientes a estudios a través de bases de datos como Scielo y Dialnet. También se han revisado protocolos de diferentes hospitales. Se emplearon las siguientes fórmulas de búsqueda: “mascarillas sanitarios”, ”tipos de mascarillas” y “uso correcto de mascarillas ”.

4 Resultados

1. Tipos de mascarillas:
- Mascarillas quirúrgicas o de higiene: Tienen como finalidad evitar la transmisión de agentes infecciosos por parte de la persona que la lleva. Están diseñadas de dentro hacia fuera para evitar la diseminación de microorganismos presentes en boca, nariz o garganta y evitar la contaminación del paciente o la herida. Se pueden utilizar también para evitar el contacto con las salpicaduras de fluidos o sangre.
- Mascarillas de protección o respirador: Tienen como finalidad proteger al usuario frente a la inhalación de contaminantes ambientales tales como agentes patógenos, agentes químicos, antibióticos o citostáticos. Están diseñadas para trabajar de fuera hacia dentro.

2. Colocarse la mascarilla:
- Lo primero que se debe hacer antes de todo es realizar una higiene de manos adecuada.
- Comprobar siempre la fecha de caducidad de la mascarilla y que esté en buen estado.
- Sujetar la mascarilla con ambas manos dejando el clip de la nariz en el borde superior.
- Dar forma al clip doblándolo suavemente por el centro y abrir la mascarilla tirando del borde inferior.
- Colocar la mascarilla debajo de la barbilla y pasar las dos bandas por encima de la cabeza.
- Pasar la banda inferior por debajo de las orejas y la banda superior por la coronilla.
- Moldear el clip nasal con ambas manos, para que se ajuste a la forma de la nariz.
- Comprobar el ajuste.

3. Quitarse la mascarilla:

- Desechar la mascarilla en el contenedor adecuado para ello.
- Realizar un lavado de manos adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Los mascarillas son una medida de prevención destinada a proteger a los trabajadores que se ven expuestos a ciertas sustancias o gérmenes que no son visibles, pero que penetran en su organismo provocando infecciones respiratorias. No utilizar mascarilla puede tener consecuencias graves y duraderas en la salud del personal sanitario. Además sirven para evitar infecciones y garantizar la salud de las personas.

La seguridad y la protección en el ambiente laboral son muy importantes, sin ellas estaríamos expuestos a riesgos innecesarios. La adecuada seguridad e higiene beneficia a todos, tanto al personal sanitario como a los pacientes.

Todo el personal sanitario debería tener una formación especializada y actualizada sobre el uso correcto de los equipos de protección respiratoria frente al riesgo biológico de transmisión respiratoria.

6 Bibliografía

1. Rubio, M. (2015). Conocimiento sobre el uso correcto de las mascarillas como medida preventiva frente al riesgo biológico por transmisión aérea y por gotas. Enfermería del Trabajo, 4(2), 45-54.
2. Castro Fuentes, L. (2014). El accidente con riesgo biológico en el sector sanitario.
3. Lizarralde Álvarez, A. Importancia de los productos sanitarios en la prevención y control de la infección nosocomial.
4. González, A. R., & Neria, J. P. (2001). Efecto sobre la resistencia de las vías aéreas durante el uso de mascarillas para filtrar contaminantes del aire. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 14(1), 8-11.
5. Torres-Hernández, K. J., & Sevilla-Reyes, E. E. (2009). Conceptos para la selección y uso de mascarillas y respiradores, como medidas de protección durante los brotes de influenza. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 22(3).

Capítulo 658

USO ADECUADO DE GUANTES PARA PERSONAL SANITARIO.

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

VICENTA DE LOS MILAGROS SÁNCHEZ-MAROTO SÁNCHEZ-ÁVILA

PAULA RODRÍGUEZ CABALLÍN

ESTEFANÍA FERNÁNDEZ RUIZ

1 Introducción

Los guantes son una medida de protección y prevención o barrera bidireccional entre el personal sanitario y el entorno en el que realizan su trabajo. Son productos sanitarios de un solo uso que aíslan o reducen la probabilidad de transmisión de microorganismos.

Los guantes son una barrera de protección muy importante para prevenir la contaminación con materiales biológicos como pueden ser los fluidos corporales, sangre, secreciones o piel no intacta.

Cumplen una doble función, la de proteger a los trabajadores como equipo de protección individual ante riesgos para su salud y al mismo tiempo proteger a los pacientes.

2 Objetivos

- Describir el uso adecuado de los guantes para el personal sanitario.
- Prevenir y proteger tanto al personal sanitario como a los propios pacientes de cualquier contaminación con materiales biológicos y microorganismos.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos pertenecientes a estudios y protocolos de varios hospitales relacionados con el tema tratado a través de bases de datos como Medline, Scielo y Dialnet. Se emplearon las siguientes fórmulas de búsqueda: “guantes sanitarios”, ”higiene de manos” y “uso correcto de guantes”.

4 Resultados

La higiene de manos es una de las medidas más importantes y efectivas para el control de las infecciones hospitalarias. Sin embargo junto con esta medida debemos incluir el uso correcto de guantes por el personal sanitario.

Para que los guantes cumplan su función es necesario realizar un uso adecuado. Antes de ponernos los guantes debemos hacer un lavado de manos y a continuación colocarnos los guantes. Los guantes deben de ser desechables y de un solo uso. Es muy importante cambiar de guantes al cambiar de actividad o procedimiento. Las manos deben lavarse antes y después del uso de guantes.

Uso obligatorio :
- Siempre que el trabajador sanitario presente heridas o lesiones en sus manos es obligatorio el uso de guantes.
- Para manipular objetos o materiales que estén contaminados con sangre o cualquier tipo de fluido biológico.
- Para manipular productos químicos o cualquier tipo de residuo biosanitario.
- Al realizar curas o cualquier procedimiento invasivo.
- En procedimientos y técnicas estériles o en caso de indicación en su procedimiento.
- Para retirar lencería sucia, con desechos u otros materiales contaminados.
- En aislamientos hospitalarios o al realizar cualquier técnica invasiva donde podamos estar directamente en contacto con cualquier fluido de un paciente.
- Para manipular agentes citostáticos.

No es necesario el uso de guantes:
- Para repartir las bandejas de comida a los pacientes ni para su recogida.
- A la hora de manipular material limpio.
- Para cambiar o recoger ropa de camas a no ser que estén contaminadas con algún fluido corporal.
- Para tomar constantes vitales, examinar a pacientes siempre y cuando tengan la piel íntegra.
- Para administrar medicación oral o cambio de sueros.
- Al realizar traslados de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El uso adecuado de guantes es muy importante para que cumplan su función. Para ello no debemos olvidar que antes de colocarlos en las manos debemos realizar un lavado de manos o descontaminarnos y que después de uso debemos repetir la higiene de manos. Es muy importante desechar los guantes después de casa uso nunca deben ser lavados ni reutilizados.

Debemos recordar que los guantes deben ser utilizados cuando sea necesario y el tiempo imprescindible ya que al abusar de su uso creamos una falsa seguridad y en estos casos es cuando aumenta la contaminación cruzada. Lo más seguro es realizar un uso correcto y una buena higiene de manos no llevar unos guantes puestos durante todo el turno y poner y quitar otros encima.

También debemos llevar las manos libres de objetos (anillos, pulseras, relojes…) ya que éstos pueden engancharse en los guantes y romperlos. Tampoco es bueno el uso de cremas, llevar las uñas largas o con esmalte ya que no facilitan una buena higiene y estamos expuestas a materiales potencialmente infecciosos y microorganismos.

Por último y no menos importante debemos retirar los guantes de manera correcta para evitar una posible contaminación. Retiramos un guante con el otro sin tocar la parte externa de los mismos y lo depositamos en el contenedor correspondiente. Realizamos nuestro lavado y desinfección de manos y listos para la siguiente tarea.

6 Bibliografía

1. de Salud, C. (2015). Recomendaciones sobre la higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios. Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Andalucía.
2. Constans Aubert, A., Alonso Espadalé, R. M., & Pérez Nicolás, J. (2008). Utilización de los equipos de protección individual frente al riesgo biológico por el personal sanitario. Medicina y Seguridad del Trabajo, 54(210), 35-45.
3. Gaspar Carreño, M., Arias Pou, P., Rodríguez Berges, O., Gamundi, M. C., & Carbonell Tatay, F. (2011). Revisión sobre el uso de guantes en los hospitales. El Farmacéutico Hospitales, (197).
4. Coruña, X. X. I. A. (2012). Protocolo de higiene de manos y uso correcto de guantes.
5. Aubert, A. C., Espadalé, R. M. A., & Solá, X. G. (2001). Riesgos biológicos y equipos de protección individual recomendados en los centros sanitarios. In Póster XII Congreso Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Valencia (Vol. 20).
6. Mier, B. S., & Garrido, M. J. G. Uso de guantes.
7. Cerezuela, M., Ramos, I. P., Lago, R. R., & Alfonsoa, J. Higiene de Manos. Evaluación de actitudes, conocimientos y conductas en profesionales sanitarios.

Capítulo 659

LA PIEL. ASEO E HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO

PATRICIA FERRERA FERNÁNDEZ

ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA

MARTA AMALIA MÉNDEZ GARCÍA

INMACULADA SUAREZ SIERRA

SARA DELGADO RODRIGUEZ

1 Introducción

La misión fundamental de la higiene es mantener la piel en adecuado estado de limpieza, para que así ésta pueda desarrollar de forma óptima sus funciones de protección, secreción y absorción.
La higiene del paciente hospitalizado se realiza con la finalidad de preservar la piel y las mucosas en buen estado, de esta manera conseguimos que lleven a cabo su función protectora correctamente y se previene la aparición de multitud de complicaciones como son infecciones, úlceras por presión.

Los objetivos son:
- Mantener la piel y su anejos limpia y en buen estado.
- Fomentar la comunicación con el paciente.
- Estimular la circulación y promover el tono muscular adecuado.
- Valoración física de la piel (color, integridad, lesiones, etc.).

- Prevenir problemas como úlceras por presión, manteniendo una correcta higiene, evitando la humedad e hidratando bien y observar las zonas de mayor presión.
- Determinar capacidad de auto cuidado.
- Mejorar la autoimagen.
- Eliminar la secreción sebácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias y microorganismos que se han acumulado.

Forma de uso:
- Lavarse las manos.
- Preparar el material que se va a utilizar y llevarlo a la habitación del paciente.
- Colocarse guantes no estériles.
- Preparar al paciente: verificar su identidad y tranquilizarlo explicándole en cada momento los pasos que vamos a seguir.
- Proporcionar intimidad, por ejemplo colocando un biombo.
- Solicitar la colaboración del paciente en la medida de lo posible.
- Mantener la temperatura del agua 35-36º (temperatura ambiente 24-25º).
- Evitar corrientes de aire en la habitación.
- Proteger al paciente de caídas.
- Poner la cama en posición horizontal y al paciente en decúbito supino (si no está contraindicado y la situación lo permite).
- Retirar la almohada, si no está contraindicado.
- Retirar la ropa encimera de la cama excepto la sábana superior.
- Desnudar al paciente y mantenerlo siempre cubierto con la sábana, menos la parte que vamos a asear.
- Introducir la ropa sucia en una bolsa o saco que estará en el suelo al lado de la cama (no se debe tirar la ropa al suelo).
- El lavado se hará en el siguiente orden: afeitado (en el caso de varones); ojos; cara y orejas; cuello y hombros; brazos, manos y axilas; tórax y mamas; abdomen; piernas y pies; espalda y nalgas; región genital (debe hacerse hacia abajo y de delante hacia atrás).
- Si el aseo lo realizan dos personas una enjabona y aclara y la otra seca.
- Cambiar al agua las veces que sea necesario.
- Aplicar crema hidratante sobre la piel, aprovechando para masajear, excepto si hay indicaciones del comienza de una úlcera por presión.
- Después de finalizar el aseo poner el camisón o el pijama.
- Cambiar o rehacer la cama y dejar al paciente en una posición cómoda y adecuada con fácil acceso al timbre y sus objetos personales.
- Recoger el material y ordenar la habitación.

- Lavarse las manos y después notificar a la enfermera cualquier dato anormal que se hubiera detectado o anotarlo en el registro correspondiente.

2 Objetivos

- Proporcionar bienestar al paciente tanto físico como psíquico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Proporcionar sensación de bienestar y confort al paciente evitando la sobre protección y estimularle a que realice aquellas actividades que pueda hacer por si mismo.

5 Discusión-Conclusión

El aseo incluye un conjunto de actividades cuyo objetivo es el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, además de proporcionar relajación, comodidad y bienestar al paciente. Es una actividad que implica mucha proximidad física entre el paciente y el TCAE. Esta aproximación puede facilitar una comunicación más sincera, lo que será muy útil al TCAE para el desarrollo de la relación de ayuda.

6 Bibliografía

- Revista Portales Médicos.com. Autores: Sonia Rodríguez Valiente (diplomada en enfermería), Francisco Jara Valiño (diplomado en enfermería) y María del Rocío Espina Rodríguez (diplomada en enfermería).

- Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería. Temario Volumen 1 pata TCAE del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Editorial CEP S.L. 2018.
- Técnicas Básicas de Enfermería. Autores: Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa. Editorial Mc Graw Gil.

Capítulo 660

COMPLICACIONES Y CONTROL DE LA DIABETES GESTACIONAL.

ANDREA DE ÁVILA RODRÍGUEZ

ANGELA ROMERO RODRIGUEZ

1 Introducción

La diabetes gestacional es una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono detectada por primera vez durante el embarazo. Constituye una de las principales patologías durante el embarazo con una incidencia de entre el 3-10 %. Los médicos suelen realizar estudios entre las 24 y 28 semanas del embarazo.

2 Objetivos

- Controlar la diabetes gestacional en el embarazo, pues podría suponer morbilidad tanto para la madre como para el feto.

3 Metodología

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

4 Resultados

La mayor parte de las mujeres con diabetes gestacional da a luz bebés sanos. En casos en los que la diabetes no se controla puede causar complicaciones como: Complicaciones para el bebé: Sobrepeso al nacer Nacimiento, prematuro, Nivel bajo de azúcar en sangre (hipoglucemia) a veces los bebés de madres con diabetes tienen mayor probabilidad de desarrollar diabetes de tipo 2 en el futuro. Complicaciones para el bebé: Presión arterial alta y preclampsia. Diabetes en el futuro.

5 Discusión-Conclusión

Todas las mujeres pueden padecer diabetes gestacional. Pero algunas mujeres tienen más riesgo. Algunos factores de riesgo de la diabetes gestaciónal son: Edad materna: existe más riesgo en las gestantes mayores de 35 años. Raza, son más propensas a padecer diabetes gestacional las mujeres afroamericanas, las nativas norteamericanas y las hispanas. Antecedentes familiares con diabetes. Antecedentes obstétricos: abortos, hijos previos macroscópicos mayor de 4 kg. Tener hipertensión arterial. Tener demasiado líquido amniótico. Haber tenido un aborto espontáneo o mortinato. Tener sobrepeso u obesidad antes del embarazo. Aumento excesivo de peso durante el embarazo. Tabaquismo. Tener síndrome de ovarios poliquístico. Diabetes gestacional en otros embarazos.

6 Bibliografía

- www.fundaciondiabetes.org
- www.nutriben.es
mibebeyyo.elmundo.es
- www.cinfasalud.com
es.wikipedia.org

Capítulo 661

CUIDADOS EN LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON DISFAGIA.

BELEN VELAZQUEZ RIESGO

1 Introducción

La disfagia es la dificultad que presentan algunas personas para deglutir alimentos sólidos, alimentos líquidos o su propia saliva. Esto puede provocar cuadros de desnutrición o situaciones de deshidratación. Generalmente, se presenta en personas mayores y con algún tipo de demencia o pueden venir por diferentes patologías, como las de tipo neurológico, por cáncer orofaríngeo-esofágico y tratamientos de quimio y radioterapia

2 Objetivos

- Determinar los cuidados de auxiliares de enfermería en los pacientes con problemas de deglución.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de información por diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo Medline y se han utilizado los descriptores como deglución, disfagia ,nutrición, deshidratación y broncoaspiración.

4 Resultados

Existen diferentes estrategias a seguir en pacientes que presentan disfagia. Resulta relevante mantener una buena higiene bucal. Esto permite tener hidratada la mucosa. Es importante también prestar atención a las condiciones del entorno, se debe dar la comida en un lugar tranquilo. La persona encargada de dar de comer debe mostrar seguridad, aunque sería deseable que, en lo posible, el paciente coma solo.

Hay que adecuar las texturas de los alimentos a las necesidades de los pacientes según el tipo de disfagia. Existen las siguientes consistencias: líquida, tipo néctar, tipo miel y tipo pudding. Los líquidos resultan complicados, así que se deben usar espesantes o agua gelidificada. Hay otras vías de alimentación como la sonda nasogástrica o la gastrostomía endoscópica
Determinar en primer lugar las patologías que causan esta alteración del proceso de deglución de los alimentos y evitar el riesgo de desnutrición y deshidratación severo y las complicaciones graves como la broncoaspiración o el paso de secreciones orofaríngeas al tracto respiratorio.

5 Discusión-Conclusión

Hay diferentes métodos que proporcionan eficacia en la alimentación de personas con disfagia, además de su seguridad.
El personal sanitario debe seguir el protocolo, procurando mantener la alimentación oral siempre que sea posible, ya que lo contrario supone un impacto psicológico en el paciente y familia.
Los problemas de deglución ocasionan una mayor morbimortalidad en pacientes con patologías asociadas a estos, con un buen protocolo de cuidados de enfermería se disminuyen estos riesgos, además otras enfermedades que pueden aparecer por una carencia de nutrientes esenciales el organismo.

6 Bibliografía

- Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer
- Baena González M and Molina Recio G. Nutr Hosp 2016 - Review. PMID 27513513 Spanish. Free article.
- Efecto de las variables de preparación sobre la textura en alimentos adaptados para pacientes con disfagia. Martínez González O, et al. Nutr Hosp 2016. PMID

27238799 Spanish. Free article.
- Luis, Daniel A. de; Izaola, Olatz; Fuente, Beatriz de la; Muñoz-Calero, Paloma; Franco-Lopez, Angeles.
Nutrición Hospitalaria Ago 2015, Volumen 32 Nº 2 Paginas 946 - 951
- Estudio de prevalencia de disfagia e intervención con consejo dietético, en residencias de mayores de Sevilla
- F. Irles Rocamora, J. A.; Sánchez-Duque, M. J.; Valle Galindo, P. B. de; Bernal López, E.; Fernández Palacín, A.; Almeida González, C.; Torres Enamorado, D.Nutrición Hospitalaria Ago 2009, Volumen 24 Nº 4 Paginas 498 - 503

Capítulo 662

APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE ANCIANO

MARTA ELENA PANDO CARBAJAL

VANESA SUÁREZ RODRÍGUEZ

CAROLINA MARTÍNEZ ARIAS

NATIVIDAD DEL CARMEN PEREZ MORALES

TEODORA GARCÍA SANJULIAN

1 Introducción

El envejecimiento es un fenómeno natural, dentro del ciclo vital y se ha definido como un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de reserva del organismo, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y, finalmente, la muerte.

La vejez es la última etapa del ciclo vital que acaba con la muerte. Ésta no es definible por simple cronología, así que podemos apreciar cuatro tipos de edades:
• Edad cronológica: es la edad de la persona desde su fecha de nacimiento.
• Edad fisiológica: según el envejecimiento que experimenta la persona.
• Edad física o mental: según el envejecimiento psicológico.

• Edad social: establece el rol o papel social de la persona en el grupo social.

Existe una clasificación muy interesante en el proceso de envejecimiento, que es la siguiente:

- Envejecimiento primario: este tipo de envejecimiento hace referencia a una sucesión de cambios progresivos e inevitables que se dan en todas las personas con el paso de los años. Este conlleva un deterioro en el funcionamiento general y en la capacidad de adaptación al entorno. Se da a lo largo de toda la vida adulta y son todos los procesos no patológicos que se producen como consecuencia de la edad. Algunos ejemplos de este envejecimiento son la menopausia, la debilitación y encanecimiento del cabello, el descenso en la velocidad de procesamiento cognitivo, la pérdida de fuerza, la aparición progresiva de déficits sensoriales o el deterioro de la respuesta sexual.
- Envejecimiento secundario: en este tipo de envejecimiento hay una serie de cambios causados por factores conductuales y ambientales que no tienen nada que ver con los procesos biológicos naturales. El envejecimiento secundario no siempre se puede prevenir, evitar o revertir. Los factores más importantes que influyen en la intensidad del envejecimiento secundario son el estado de salud, el estilo de vida y las influencias ambientales.
- Envejecimiento terciario: Este tipo de envejecimiento se refiere a las pérdidas rápidas que afectan a todo el organismo poco antes de la muerte. Donde más se nota es en el ámbito cognitivo y psicológico.

Los problemas de salud más frecuentes en el paciente anciano son:

-Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas, estenosis, hipercolesterolemia, edemas, dificultad de termorregulación.
-Enfermedades del aparato respiratorio: asma bronquial, enfisema.
-Enfermedades del aparato digestivo: dispepsia (sensación de hinchazón), diarrea y estreñimiento.
-Enfermedades del aparato genitourinario: enfermedad prostática, incontinencia de esfínteres.
-Enfermedades infecciosas: neumonía.
-Enfermedades del aparato osteomuscular: artritis reumatoide, artrosis, lesiones óseas, osteoporosis.
-Enfermedades del sistema endocrino: diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, malnutrición.
-Enfermedades del sistema nervioso: temblores, depresión manifestada con inapetencia y pérdida de peso, alzheimer, demencia senil.

2 Objetivos

Determinar el papel del Técnico Auxiliar de Enfermería en el apoyo a los ancianos ingresados en hospitales.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en páginas web y en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google académico. Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos revisados sobre el envejecimiento y sus causas. Se usaron las palabras claves: envejecimiento, paciente anciano, problemas salud anciano, necesidades paciente anciano.

4 Resultados

El Técnico Auxiliar de Enfermería tendrá que dar respuesta y cubrir todas las necesidades sociales, físicas y psíquicas del paciente anciano.

- Procedimientos relacionados con la higiene del anciano:
• Cuidados e higiene de la cama.
• Cuidado de la higiene del anciano: es especialmente relevante en cuanto supone para ellos su bienestar personal y de fomento a su autoestima.
• Mantenimiento de la piel hidratada para prevenir la aparición de úlceras por decúbito y heridas.

- Procedimientos relacionados con la nutrición:
• Administración de comidas teniendo en cuenta las dificultades que pueda haber en cada caso.
• Alimentación con sonda nasogástrica o parenteral colaborando con el personal de enfermería.

- Procedimientos relacionados con la eliminación:
• Observación de la frecuencia y el tipo de deposiciones.
• Administración de enemas.
• Observación de la diuresis.
• Colaboración en los procedimientos de sondaje.

- Procedimientos relacionados con la eliminación de la temperatura:
• Toma de constantes vitales.

• Aplicación de las medidas necesarias para el mantenimiento de la misma (aplicación de frio y calor).

- Procedimientos relacionados con la aplicación de medicamentos:
• Administración de medicamentos por vía oral, rectal y tópica.

- Procedimientos relacionados con recogidas de muestras:
• Sangre, orina, heces ….

- Procedimientos relacionados con el aparato locomotor:
• Cambios posturales.
• Movilizaciones.
• Ayuda deambulación.

- Procedimientos relacionados con el descanso y sueño:
• Propiciar el descanso adecuado.

- Procedimientos relacionados con las necesidades de oxigenación:
• Enseñanza de ejercicios para la eliminación de secreciones.
• Aplicación de medidas de oxigenoterapia.

- Procedimientos relacionados con su salud psíquica:
• Vigilar los cambios que pueda sufrir en cuanto a su nivel de conciencia.
• Estar pendientes del estado de ánimo.
• Observar alteraciones del sueño.

- Procedimientos relacionados con su actividad social:
• Incentivar para que realice sus actividades diarias.
• Intentar que el paciente anciano esté orientado en el tiempo.
• Hacer que ejercite su memoria, sobre todo la memoria reciente.

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos Auxiliares de Enfermería desempeñan un papel fundamental en el cuidado de la salud de los adultos mayores ya que el envejecimiento es un problema de salud pública a nivel mundial y los profesionales auxiliares de enfermería se encontrarán con pacientes ancianos en todos los ámbitos sanitarios donde ellos ejerzan su profesión.

El estudio del envejecimiento es muy importante para que los Técnicos Auxiliares de Enfermería sepan cómo valorar, cuidar y asesorar a los adultos mayores.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf
2. https://psicologiaymente.com/salud/tipos-envejecimiento
3. https://www.elrincondelcuidador.es/blog/principales-enfermedades-cronicas-en-ancianos/
4. https://cuideo.com/blog-cuideo/enfermedades-y-patologias-en-la-tercera-edad/
5. https://revistamedica.com/tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria-necesidades-del-paciente-con-edad-avanzada/

Capítulo 663

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PERSONAS DE TERCERA EDAD CON PATOLOGÍAS NO ONCOLÓGICAS.

ISABEL LOPEZ FUERTES

MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ

DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ

MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA

VIOLETA VAZQUEZ GARCIA

1 Introducción

En los países desarrollados, en especial España, se ha observado un aumento en la esperanza de vida, existiendo por ende un mayor número de personas de la tercera edad en la población (Robles, Miralles, Llorach, y Cervera, 2007). Estas personas constituyen un grupo de riesgo para algunas patologías que se encuentran relacionadas con el envejecimiento, siendo aquellas de carácter no oncológicas las enfermedades que mayormente presentan las personas de la tercera edad. Entre estas patologías se distinguen las neurodegenerativas (Alzheimer, demencia senil, Parkinson) y las cardiovasculares (insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria, hipertensión arterial) (Pérez, García, y Petronila, 2019), constituyendo

un grupo de enfermedades de larga duración que generalmente progresan lentamente, creando en la mayor parte de los casos discapacidades físicas (Dieplinger, Firuzan, Kundt, y Lorenzl, 2017). Debido a la naturaleza potencialmente mortal de estas enfermedades, las personas de la tercera edad a menudo requieren de cuidados médicos más complejos, que involucran en mayor medida al personal enfermero (Basart y Galán, 2015; Oeseburg, Hilberts, y Roodbol, 2015; Sánchez, Gonzalez, y Torijano, 2014), por lo tanto, resulta de gran importancia que los enfermeros y los auxiliares de enfermería posean un amplio conocimiento sobre estas enfermedades y las funciones que deben cumplir para optimizar los cuidados de los pacientes (Sánchez et al., 2014).

Los auxiliares de enfermería atienden gran parte de las necesidades básicas y de rutina de los pacientes de la tercera edad, estando presente de manera continua durante los cuidados médicos (Sánchez et al., 2014). Por otra parte, varios estudios han puesto en manifiesto que el nivel de conocimiento de los auxiliares de enfermería en el cuidado de personas de la tercera edad con enfermedades neurodegenerativas y cardiovasculares es bajo, presentando el auxiliar desconocimiento sobre estas enfermedades y su manejo (Ferrell, McGuire, y Donovan, 1993; Martínez 2009; Prem et al., 2012).
Chang, Wykle, y Madigan (2006) destacan que las principales dificultades en el cuidado de adultos mayores con demencia ocurren durante las tareas de alimentación y baño, ya que las personas con estas discapacidades no perciben que el auxiliar de enfermería sea útil, reduciendo las interacciones entre el paciente y el auxiliar. Esto puede conducir a que los auxiliares no realicen de forma adecuada sus tareas y por lo tanto, disminuyen sus capacidades en el trato de personas con demencia. Atkin, Holmes, y Martin (2005) señalaron que los auxiliares de enfermería necesitan una mejor capacitación para el manejo de las enfermedades mentales y, además señalan que es necesario que el personal de salud realizase un trabajo más integrado entre los auxiliares de enfermería y los enfermeros, de manera que las funciones de cada integrante sean realizadas de forma óptima.

Por otro lado, Hamers, Van Rossum, Peeters, Rameckers, y Meijs (2012) argumentaron que esta problemática es debido a que los planes de estudios de los auxiliares de enfermería no son adecuados para educarlos y prepararlos en la atención de las necesidades sociales y de salud de los adultos mayores. De igual forma, Dieplinger et al. (2017) destacan la necesidad de mejorar la preparación del personal enfermero, ya que los mismos carecen de los conocimientos adecua-

dos para el manejo de la enfermedad neurodegenerativa y de los programas de ayuda disponibles.

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, Kilonzo y O'Connell (2011) destacan que generalmente los auxiliares no conocen los factores de riesgo de dichas enfermedades, por lo tanto, no son capaces de educar a los pacientes sobre los cuidados que deben realizar para mejorar su condición de salud. Ferguson et al. (2016) señalan que los auxiliares de enfermería deben encontrarse capacitados para evaluar los factores de riesgo y proporcionar educación sobre prevención de dichas enfermedades, sin embargo, el papel del auxiliar es poco valorado en varias instituciones del mundo, existiendo un vacío de información acerca del conocimiento de este personal de la salud sobre el cuidado de las personas de la tercera edad con patologías cardiovasculares.

2 Objetivos

Debido a la evidencia plasmada, es necesario investigar sobre el conocimiento actual del auxiliar en los cuidados de la tercera edad con patologías de esta índole, es por ello, que el objetivo de la presente revisión sistemática es analizar el nivel de conocimiento y experiencia que manifiesta el auxiliar de enfermería en el cuidado de personas de la tercera edad con patologías neurodegenerativas y cardiovasculares, así como también describir las funciones que éstos realizan.

3 Metodología

Fue realizada una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, ScienceDirect y Cochrane, utilizando la combinación de los descriptores MeSH "Nursing Assistants", "knowledge" , "nursing care", "elderly", "neurodegenerative diseases" y "cardiovascular diseases", los cuales fueron introducidos siguiendo las estrategias de búsqueda descritas a continuación: Nursing Assistants AND knowledge AND neurodegenerative diseases AND elderly; Nursing Assistants AND knowledge AND cardiovascular diseases AND elderly, nursing care AND neurodegenerative diseases AND elderly, nursing care AND cardiovascular diseases AND elderly, Nursing Assistants AND nursing care AND elderly.

Por otra parte, las limitaciones establecidas en las bases de datos para la búsqueda de los artículos de interés fueron las siguientes: artículos de investigación y estu-

dios científicos en inglés o español publicados desde enero 2009 hasta la actualidad y disponibles a texto completo.
Criterios de selección
Una vez obtenidos los resultados en las bases de datos con las limitaciones mencionadas, fue realizada una preselección de los artículos, considerando los duplicados encontrados y su relevancia a la temática.

Posteriormente, se procedió a la lectura de los artículos preseleccionados, para evaluar la elegibilidad, en base a los criterios de selección.
Criterios de inclusión: atención de personas de la tercera edad con alguna enfermedad neurodegenerativa o cardiovascular mayores de 65 años, estudios donde sea plasmado el nivel de conocimiento del personal enfermero incluyendo los auxiliares en enfermería y/o las funciones que deben de realizar en el cuidado de personar mayores con estas patologías.
Criterios de exclusión: atención de personas de la tercera edad con cáncer, estudios basados solo en las experiencias del personal enfermero sin evaluación de los conocimientos, estudios donde no es especificado si el paciente de la tercera edad posee alguna patología no oncológica.

4 Resultados

Fueron encontrados dos artículos donde es analizado el conocimiento sobre los cuidados de personas mayores con vulnerabilidad cardiaca y factores de riesgos en enfermedades cardiovasculares. Kim, Kim, Choi, Kim, y Chang (2015) señalaron que el nivel de conocimiento y experiencia en los auxiliares de enfermería era adecuado, estando este personal capacitado para realizar sus funciones sanitarias. Los auxiliares se encargaban de evaluar las condiciones físicas, cognitivas y funcionales de los pacientes mediante el monitoreo y exámenes de laboratorio. Además de esto, tienen como función mantener un ambiente estructurado para evitar agitaciones en los pacientes. Ding et al. (2017) indicaron que la totalidad del personal enfermero no poseía conocimientos sobre los factores de riesgos, lo cual dificultaba el cuidado de los pacientes. Los auxiliares se encargaban de los monitoreos de rutina y asistencia en el baño y alimentación. Por otro lado, los auxiliares no contaban con experiencia en procedimientos de educación para los pacientes. Cabe destacar que, dentro de este ámbito, en muchos de los estudios no era especificado si los pacientes tratados eran personas de la tercera edad, por lo tanto, fueron excluidos.

En cuanto a las enfermedades neurodegenerativas, un estudio señala que gran parte del personal de enfermería no poseía conocimientos sobre el cuidado de personas de la tercera edad con Alzheimer, siendo en su mayoría auxiliares de enfermería. Estos manifestaron no poseer experiencia en la aplicación de cuestionarios para evaluar el deterioro cognitivo, la cual es una de las funciones más importantes a desempeñar por este personal sanitario (Martínez, 2009). Por otra parte, en otro estudio fue demostrado que los auxiliares de enfermería poseían experiencia en la atención de ancianos con deterioro funcional físico-cognitivo. Los auxiliares presentaban los conocimientos necesarios para ayudar en los ejercicios físicos y de memoria. También intervinieron en procedimientos que ayudaron a disminuir el dolor físico y emocional de los pacientes (Kim, Choi, Kim, Kim, y Chang, 2016).

Dentro de los entornos hospitalarios, Lin, Hsieh, y Lin (2012) indicaron bajos niveles de conocimiento sobre cuidados de ancianos con demencia, donde la mayoría del personal confundía la demencia con el delirio. Los auxiliares presentaban poca experiencia en la atención de las actividades cotidianas de los pacientes y en la asistencia de los ejercicios físicos y mentales.
Resultados similares fueron expuestos por Pinkert et al. (2017), donde los auxiliares abordaban de forma distinta los inconvenientes presentados por los pacientes debido a la falta de conocimiento sobre el manejo de la demencia. Por otra parte, Clifford y Doody (2017) manifestaron que los auxiliares tienen un buen conocimiento sobre cuidados de demencia, sin embargo, las instituciones hospitalarias pueden imponer ciertas restricciones, las cuales no permiten al personal enfermero desempeñar de forma adecuada sus funciones. Las funciones de los auxiliares se centraron en la alimentación, colocación de sondas, aseo de las habitaciones y asistencia en actividades físicas y juegos de memoria.

A diferencia de estos estudios, Chang y Roberts (2009) reflejaron los conocimientos y experiencias sobre los cuidados en alimentación. Estos autores indicaron que los auxiliares poseían bajos niveles de conocimientos sobre estas tareas, presentando la mayoría baja experiencia. Como consecuencia, las estrategias implementadas por los auxiliares para la asistencia en la alimentación de ancianos con demencia eran limitadas. De igual forma, Sampaio y Sequeira (2014) indicaron bajos conocimientos sobre los cuidados necesarios en alimentación de ancianos con demencia y con síndrome de confusión aguda. Además de esto, la mayoría del personal no poseía la experiencia para manejar la confusión.
Por último, Grealish et al. (2018) señalaron que es de importancia que el personal

enfermero posea una preparación adecuada en la atención y prevención de caídas. En este estudio se evidenció que dentro de este ámbito los auxiliares tenían conocimientos sobre la atención de personas con demencia y prevenir caídas, donde sus funciones se enfocaban en involucraban a los familiares y educarlos.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares de enfermería poseen una mayor aproximación con los pacientes, brindando un mayor tiempo y dedicación al cuidado de personas mayores con demencia, esto resulta en que los auxiliares perciban con mayor claridad las complicaciones o situaciones especiales que pueden experimentar los pacientes, lo cual, destaca la importancia de que este personal de la salud posea un alto conocimiento sobre la enfermedad y cómo tratar a los adultos mayores (Sánchez et al., 2014).

En las evaluaciones realizadas por Kim et al. (2016) y Clifford y Doody (2017) se obtuvo un buen conocimiento sobre cuidados de demencia. En estos estudios el personal de enfermería, entre ellos el auxiliar, presentaban una visión optimista sobre la enfermedad y el estado de los pacientes, lo cual contribuía a un adecuado manejo. En las funciones de los auxiliares se destacó apoyar a los pacientes en la preservación de las habilidades restantes, mediante el cuidado físico y la implementación de actividades de memoria. De igual manera, contribuían a evitar la ansiedad y agitación de los pacientes, mediante rutinas faciles y estructurada en las ABVD. A pesar de que las evaluaciones realizadas reflejaran un conocimiento y manejo adecuado, las enfermeras y auxiliares destacaron que factores como las restricciones financieras, el tiempo , etc, dificultaban la capacidad para brindar atención.

Un estudio realizado por Grealish et al. (2018),señala los conocimientos y experiencias del auxiliar de enfermería en la prevención de caídas. Este tema es de interés ya que las tasas de caída en personas de la tercera edad con una enfermedad neurodegenerativa son mayores que las presentadas por pacientes sin dichas enfermedades. Los auxiliares poseían experiencias en la prevención de caídas y atención de estos pacientes, involucraban a los familiares para tener un mejor conocimiento sobre las acciones de los pacientes, de manera que les permitiera anticipar las acciones impulsivas que posiblemente terminarían en caídas y como prevenirlas en lo posible. Los participantes de este estudio afirmaron que

esta técnica, así como otras, fueron difíciles de implementar debido a la complejidad que requiere la atención de personas mayores con demencia. Walker, Cooke, Henderson, y Creedy (2013) establecen que es necesario cambiar estas estrategias de cuidado, basadas en la simple observación y poner en práctica medidas más estructuradas.

Los estudios mencionados anteriormente señalan la importancia de poseer por parte del personal de enfermería un amplio conocimiento en estas enfermedades, ya que esto resultaría en mejoras en la atención de adultos mayores, sin embargo, en los estudios realizados por Martínez (2009), Sampaio y Sequeira (2014) y Pinkert et al. (2017) es señalado que gran parte de los auxiliares de enfermería trataban de forma distinta los inconvenientes o problemas presentados por los pacientes, no existiendo un plan estructurado en la atención. Esto era debido a diferentes factores como la frustración y los sentimientos de culpa, siendo manifestada la falta de educación para el manejo adecuado de las demencias. Estos autores coinciden con Atkin et al. (2005) y Dieplinger et al. (2017), en la necesidad de mejorar los planes educativos del personal de enfermería, tanto en el conocimiento sobre las enfermedades neurodegenerativas como en la atención de personas mayores con dichas enfermedades.

Según lo obtenido por Chang y Roberts (2009) las funciones que mayormente ejercen los auxiliares son aquellas relacionadas con los cuidados habituales de la vida diaria. Con respecto a la alimentación los auxiliares intervienen activamente, conociendo los hábitos, administrando los alimentos y realizando seguimientos a los parámetros nutricionales. Sin embargo, se hizo evidente la necesidad de mayor capacitación para abordar dichas tareas. Resultados similares fueron reportados anteriormente por Chang et al. (2006), donde manifiestan que una mejor capacitación conduciría a mejorar las interacciones entre pacientes y auxiliares. Basart y Galán (2015) consideran que es de importancia realizar evaluaciones individualizadas del paciente, incluyendo el tiempo de evolución de la enfermedad, los cambios en ansiedad y depresión, estado nutricional, entre otras. Esto permitiría aumentar los niveles de conocimientos del auxiliar en la enfermedad y ayudaría a establecer cuales estrategias implementar para el cuidado.

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, Kim et al. (2015) manifestaron que las enfermeras y auxiliares evaluaron en conjunto las condiciones y síntomas de los pacientes cuando ocurrían situaciones de emergencia cardiaca. Además de

esto, cuando era necesario, se brindaba atención crítica. Estas acciones ponen en manifiesto que estos participantes poseían altos niveles de conocimiento y se infiere que el trabajo integrado entre los auxiliares de enfermería y los enfermeros permitieron que las funciones de cada integrante sean realizadas de forma óptima.

Por otra parte, en la prevención de los factores de riesgo cardiovasculares la principal función del auxiliar es el monitoreo continuo y brindar educación y asesoramiento con relación a medicamentos, dietas y actividades que promuevan la disminución de estos factores.
Kilonzo y O'Connell (2011) destacan que generalmente los auxiliares no conocen los factores de riesgo y su prevención, pero de forma contraría, Ding et al. (2017) demostró que los auxiliares manejaban de manera correcta la prevención de estos factores. Sin embargo, el principal problema se manifestaba en que los auxiliares no proporcionaban la educación necesaria a los pacientes y familiares. Estos hallazgos manifiestan la necesidad de implementar estrategias que aliente a los auxiliares a practicar la educación

Los resultados expuestos en este estudio permiten concluir que la mayoría de los auxiliares de enfermería no poseen los niveles óptimos de conocimiento para cumplir con los cuidados de personas de la tercera edad con patologías neurodegenerativas. Esto pone en evidencia la necesidad de implementar mayor capacitación y educación a este personal. No obstante, los auxiliares que manifestaban un nivel más alto no implementaban dichos conocimientos en las prácticas de enfermería, por lo tanto, se recomienda mejorar los planes educativos a fin de eliminar la brecha existente entre el conocimiento y la práctica, de manera que los auxiliares puedan abordar de una forma estructurada los inconvenientes presentados por los pacientes.

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, es necesaria la realización de más estudios en pacientes de la tercera edad, ya que las investigaciones analizadas no permiten arrojar afirmaciones concluyentes sobre los niveles de conocimiento de los auxiliares, representando una limitante para este estudio. Sin embargo, en base a los antecedentes expuestos y las investigaciones incluidas en la revisión, se infiere que los auxiliares no poseen los conocimientos adecuados para tratar estas enfermedades, siendo necesaria también la implementación de programas de capacitación sobre estas patologías.

Por último, cabe destacar, que los estudios futuros deberían investigar por qué las prácticas de los auxiliares pueden diferir y determinar los factores que influyen en aquellos auxiliares que poseen una buena base, pero no implementan de manera eficiente los conocimientos adquiridos.

6 Bibliografía

- Atkin, K., Holmes, J., y Martin, C. (2005). Provision of care for older people with co-morbid mental illness in general hospitals: general nurses' perceptions of their training needs. International Journal of Geriatric Psychiatry, 20(11), 1081–1083.
- Basart, S., y Galán, J. (2015). El paciente en situación de enfermedad avanzada y/o final de la vida. En: M. De la Fuente (ed,). Enfermería médico-quirúrgica. Vol. 1. Colección Enfermería S21. 3.ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE), 235-268.
- Chang, C., Wykle, M., y Madigan, E. (2006). The effect of a feeding skills training program for nursing assistants who feed dementia patients in Taiwanese nursing homes. Geriatric Nursing, 27(4), 229-237.
- Chang, C., y Roberts, B. (2009). Cultural Perspectives in Feeding Difficulty in Taiwanese Elderly with Dementia. Journal of Nursing Scholarship, 40(3), 235–240.
- Clifford, C., y Doody, O. (2017). Exploring nursing staff views of responsive behaviours of people with dementia in long-stay facilities. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 25(1), 26-36.
- Dieplinger A., Firuzan, S., Kundt S., y Lorenzl, S. (2017). Palliative care nursing for patients with neurological diseases: what makes the difference? British Journal of Nursing, 26(6), 356-359.
- Ding, S., Deng, Y., Lu, S., Lamb, K., Zhang, Y., y Wu, Y. (2017). Knowledge and practice in cardiovascular disease prevention among hospital registered nurses: a cross-sectional study. Journal of Clinical Nursing, 26(21-22), 3318-3327.
- Ferguson, C., Inglis, S.C., Newton, P.J., Middleton, S., Macdonald, P.S., y Davidson, P.M. (2016). Education and practice gaps on atrial fibrillation and anticoagulation: a survey of cardiovascular nurses. BMC Medical Education, 16(9).
- Ferrell, B., McGuire, D., y Donovan, M. (1998) Knowledge and beliefsregarding pain in a sample of nursing faculty. Journal of Professional Nursing, 9(7), 79-88.
- Grealish, L., Chaboyer, W., Darch, J., Real, B., Phelan, M., Soltau, D., y Cooke, M. (2018). Caring for the older person with cognitive impairment in hospital: qualitative analysis of nursing personnel reflections on fall events. Journal of Clinical Nursing, 52(8), 1285-1287.

- Hamers, J., Van Rossum, E. Peeters, J., Rameckers, V., y Meijs, N. (2012). Ouderenzorg in het middelbaar beroepsonderwijs (in Dutch). Maastricht University: Health Services Research.
- Kilonzo, B., y O'Connell, R. (2011) Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses. Journal of Clinical Nursing, 20, 1160-1167.
- Kim, H., Choi, J., Kim, M., Kim, S., y Chang, S. (2016). Nurses' clinical decision-making for preserving nursing home residents' remaining abilities. Journal of Clinical Nursing, 25(9-10), 1326-1335.
- Kim, M.S., Kim, H.J., Choi, J.E., Kim, S.J., y Chang, S.O. (2015). Nursing home nurses conceptualize how to care for residents with cardiac vulnerability. Nursing in Critical Care, 22(6), 329-338.
- Lin, P., Hsieh, M., y Lin, L. (2012). Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care. The Journal of Nursing Research, 20(3), 197-207.
- Martínez, F. (2009). Learning needs of main carer for treatment of elderly presenting with type Alzheimer dementia. Resvista Cubana de Enfermería, 25(3).
- Oeseburg, B., Hilberts, R., y Roodbol, P.F. (2015). Essential competencies for the education of nursing assistants and care helpers in elderly care. Nurse Education Today, 35(10), 32-35.
- Pérez, B., García, M., y Petronila, L (2019). Los cuidados paliativos en pacientes ancianos con patologías no oncológicas. Gerokomos, 30(1), 6-11.
- Pinkert, C., Faul, E., Saxer, S., Burgstaller, M., Kamleitner, D., y Mayer, H. (2017). Experiences of nurses with the care of patients with dementia in acute hospitals: A secondary analysis. Journal of Clinical Nursing, 27(1-2), 162–172
- Prem, V., Karvannan, H., Kumar, S.P., Karthikbabu, S., Syed, N., y Sisodia, V. (2012). Study of nurses' knowledge about palliativecare: A quantitative cross-sectional survey. Indian Journal of Palliative Care, 18(12), 122-127.
- Robles, M.J., Miralles, R., Llorach, I., y Cervera, A.M. (2007). Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. 1.ª ed. Madrid: IM&C, 25-32.
- Sampaio, F., y Sequeira, C. (2014). Nurses' Knowledge and Practices in Cases of Acute and Chronic Confusion: A Questionnaire Survey. Perspectives in Psychiatric Care, 51(2), 98–105.
- Sánchez, J., González, J., y Torijano, M. (2016). Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud. Medicina de Familia, 42(1), 19-24.
- Walker, R., Cooke, M., Henderson, A., y Creedy, D.K., (2013). Using a critical

reflection process to create an effective learning community in the workplace. Nurse Education Today, 33(5), 504-511.

Capítulo 664

ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE SALUD.

MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA

VIOLETA VAZQUEZ GARCIA

ISABEL LOPEZ FUERTES

MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ

DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La enfermería es una de las ramas de la salud que se encarga de los cuidados autónomos y en muchos casos de los cuidados de dependencia parcial o total, que se le presta a un individuo, a su familia o su comunidad, de todas las edades, sin distinción alguna, estén o no enfermos. Dentro de las funciones principales del personal de enfermería están la defensa, la bioseguridad, garantizar un entorno seguro para el paciente y la atención de calidad (International Council of Nurses, 2002; OMS, 2015). En la actualidad el personal de enfermería esta completamente capacitado para prestar servicios basados en diagnósticos propiamente de enfermería, dirigidos a la atención del pacientes para su pronta recuperación y para garantizar una mejor calidad de vida; dependiendo de cada servicio y necesidad del centro hospitalario, el personal se encuentra en niveles de estudio desde el nivel auxiliar hasta el nivel de magister o doctorado.

En los centros hospitalarios tanto públicos como privados, es fundamental la presencia dentro del equipo de salud el personal de enfermería, ya que dentro de todas sus funciones siempre va a prevalecer la atención directa que le brinda a los pacientes, son quienes están día a día de la mano con la evolución medica de cada individuo, familia y comunidad; dentro de todo el personal que labora en una entidad Sanitaria el enfermero en sus diferentes facetas es el encargado de colaborar en todo lo que necesite el paciente(Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas., 1988; Diario independiente de contenido de enfermeros, 2015)

Las investigaciones más recientes relatan el progreso que se ha venido dando en cuanto a la profesión de enfermería, la necesidad que tienen los profesionales en conocer e investigar cada día más. La investigación a ayudado a que la Enfermería se legitime como una profesión, aportando avances significativos dentro de casa especialidad(Cuevas et al., 2009). La gestión y ejecución de la atención que brinda el personal de enfermería debe estar basado y respaldado con evidencia científica, y por lo tanto, es fundamental que se desarrollen investigaciones para contribuir con los estudios ya realizados aportando innovaciones científicas(Castro & Simian, 2018).

La enfermería también abarca un amplio campo que han llamado con los "cuidados invisibles", que se definen como aquellas actividades en las que el personal de enfermería tanto profesionales como auxiliares intervienen, se caracterizan por no ser reconocidos ni vinculados con las enfermeras, van desde la interacción terapéutica, hablar con el paciente, escucharlo, orientarlo, informarlo y educarlo; también se conoce el apoyo emocional, en muchas oportunidades se utilizan recursos para relajar como dinámicas musicales y gestuales. Sin duda estos cuidados son en gran parte los que ayudan a que la recuperación del paciente sea eficiente(Manrique & Martín, 2017).

Las auxiliares de enfermería son una base totalmente necesaria para el buen funcionamiento del servicio de enfermería de todos los centros de salud, alivianan el trabajo y actúan directamente sobre el higiene y confort de los pacientes, lo que ayuda a su recuperación, si bien tienen funciones puntuales, estas son esenciales para que el equipo de enfermería trabaje de forma amena(Kalisch & Lee, 2014).

Los auxiliares de enfermería rara vez se mencionan como un grupo de trabajadores de la salud que contribuyen a la colaboración interprofesional en la práctica de la atención médica. Se demostró que los auxiliares de enfermería efectivamente hacen y dicen en la práctica, es decir, son valiosos ya que contribuyen apor-

tando conocimientos y vivencias sobre los pacientes al equipo de salud(Lindh Falk, Hult, Hammar, Hopwood, & Abrandt Dahlgren, 2018; Stombaugh & Judd, 2014).

2 Objetivos

En los diferentes trabajos de investigación se evidencia escasa información sobre el papel de los auxiliares de enfermería, donde se desarrollen con claridad que hacen y su importancia, es por ello que este trabajo tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica, recopilando estudios que hagan referencia a las funciones del auxiliar de enfermería que se hayan llevado a cabo en los últimos años.

3 Metodología

Tipos de diseño de estudio y marco temporal:

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva de análisis cualitativo de artículos de investigación relacionados con el tema, que hayan sido publicados en los últimos 10 años, que abarquen temas sobre las funciones del auxiliar de enfermería.

Estrategia de búsqueda

Para la estrategia de búsqueda se seleccionaron artículos de investigación provenientes de bases de datos tales como Pubmed, Redalyc, Dialnet, InDICES CSIC. Se utilizaron palabras claves descritas por los términos que estuvieran incluidos en los títulos de los artículos de investigación.
Las palabras claves fueron:
- Funciones.
- Auxiliar de enfermería.

Su equivalente en inglés:
- Functions .
- Nursing assistant.

En todas las bases de datos se realizaron búsquedas mediante conectores boléanos “and”, para así formar la frase de búsqueda idónea:
“Auxiliar de enfermería AND funciones”
“Nursing assistant AND functions”

Para la búsqueda se utilizaron inicialmente como filtros principales:
Disponibilidad: solo se tomaron en cuenta los artículos que estuvieran completos, sin limitaciones de acceso.
- Año: artículos publicados en los últimos 10 años (2009-2019)
- Tipo de publicación: se incluyeron investigaciones de tipo ensayos clínicos aleatorizados, estudios de cohorte, ensayos clínicos, artículos de investigación, estudios descriptivos y estudios longitudinales.
- Idioma: artículos en idiomas español e inglés.
- Sujetos de estudio: personal de enfermería.

Tras la aplicación de los filtros, se leyeron los títulos de los artículos encontrados. A partir de esto, se seleccionaron los artículos cuyos títulos aportaran información acorde al tema, y se omitieron aquellos que el titulo presentara un tema o enforque diferente al tratado.
Una vez seleccionados, se eliminan los que se encuentren duplicados en las bases de datos para proceder a realizar la lectura del resumen de cada uno de ellos, y así poder finalmente realizar una selección de los artículos a incluir en el trabajo, mediante la aplicación de los criterios de selección.

Tras seleccionar los artículos se realizó un cuadro comparativo de análisis cualitativo, donde se destacan características como año de publicación, autor, metodología, resumen, tipo de estudio, y por últimos los resultados, los destacados y las conclusiones.

Criterios de selección:
Los criterios que fueron implementados, se dividen en dos, en criterios de inclusión y criterios de exclusión:

- Criterios de inclusión:
Estudios descriptivos de una muestra sobre las funciones del personal auxiliar de enfermería.
Estudios que incluyan una muestra poblacional de auxiliares de enfermería.
Artículos académicos que estudien las funciones del auxiliar de enfermería.
Programas aplicados al desarrollo de las funciones del personal auxiliar de enfermería.

- Criterios de exclusión:
Estudios que no aborden el tema planteado.
Estudios de protocolos de ensayos sin metodología aplicado ni resultados.

Estudios que no se basen en componentes científicos y calificados.

4 Resultados

Es evidente que existe un déficit de información que clarifique el roll del personal auxiliar de enfermería dentro de los centros de salud, lo que genera gran inquietud a la hora de la toma de decisiones en cuanto al buen funcionamiento de un centro de salud; gracias a este trabajo se ha podido realizar un diagnóstico clave para las futuras investigaciones. Es necesario abordar el tema de forma responsable, ya que la evidencia es clara. El personal auxiliar de enfermería es una pieza clave dentro del equipo de salud por lo que tener una idea general y no específica de sus funciones es bastante ineficaz.

Lo que si es cierto es que el personal auxiliar de enfermería son los responsables claramente de la higiene y confort de los pacientes, atendiendo tanto a sus necesidades fisiológicas, como sus necesidades psicológicas, adaptándose cada uno a un tipo de paciente con patologías diferentes, está claro que el personal de enfermería en general es muy versátil y en muchas ocasiones tienen que direccionar sus estudios a distintos casos, por lo que se recomienda en investigaciones a futuro ser más específicos con el papel que deben desarrollar.

Se encontraron un total de 960 artículos en las cuatro bases de datos utilizadas, de las cuales en su mayoría fueron artículos provenientes de la base de datos Pubmed.
Por medio de la lectura del título de los artículos seleccionados se constató que la mayoría de estos (960) no brindaban la información suficiente sobre el tema o el enfoque de la investigación era distinto. 59 artículos fueron los escogidos de los cuales 5 estuvieron duplicados en las diferentes bases de datos.

De los 54 artículos restantes, se procedió a realizar una lectura del resumen y se corroboro que cumplían con los criterios de inclusión, exclusión y los filtros principales. Finalmente fueron seleccionados 5 artículos que correspondían a lo anterior mencionado, a todos los criterios de selección.

1.- (Oeseburg, Hilberts, & Roodbol, (2015). Países Bajos. Estudio trasversal descriptivo. Objeto de estudio: competencias esenciales para la educación de auxiliares de enfermería y asistentes de cuidado en la atención a personas mayores. Participantes: Maestro/desarrolladores educativos. Instrumentos de medida: Encuesta Delphi.

2.- (Costa. Wallace, Barnato, & kahn, 2014). Países Bajos. Estudios de métodos mixtos (Cualitativos y cuantitativos). Objeto de estudio: Desarrollo y usabilidad de MAINtAIN, un inventario que evalúa el comportamiento del personal de enfermería para optimizar y mantener la actividad funcional entre los residentes de hogares de ancianos: un enfoque de métodos mixtos. Participantes: 37 enfermeras/os y auxiliares de enfermería. Instrumentos de medida: Estadística descriptiva.

3.- (Mueller, Hamilton, Rodden, & DeHeer, 2016). Estados Unidos EEUU. Estudio piloto. Objeto de estudio: Evaluación funcional e intervención por auxiliares de enfermería en entornos de hospicio y cuidados paliativos para pacientes hospitalizados: un estudio piloto de mejora de la calidad. Participantes: 33 pacientes. Instrumentos de medida: Observación.

4.- (Loft et al., 2017). Dinamarca. Estudio cualitativo descriptivo, interpretativo. Objeto de estudio: Creencias, actitudes y acciones de enfermeras y auxiliares de enfermería relacionadas con el papel y la función en una unidad de rehabilitación de accidente cerebrovascular para pacientes hospitalizados: estudio cualitativo. Participantes: Pacientes, enfermeras/os y auxiliares de enfermería. Instrumentos de medidas: Observación.

5.- (Kim, Kim, Choi, Kim, & Chang, 2017). Corea. Estudio descriptivo. Objeto de estudio: Las enfermeras de hogares de ancianos conceptualizan como cuidar a los residentes con vulnerabilidad cardíaca. Participantes: 30 enfermeras. Instrumentos de medida: Entrevistas.

5 Discusión-Conclusión

En el año 2015 se realizó un estudio enfocado en las competencias esenciales para la educación de auxiliares de enfermería y asistentes de cuidado en la atención a personas mayores(Oeseburg et al., 2015), este estudio determinó que las competencias del auxiliar de enfermería y los asistentes de cuidado van en línea con las necesidades sociales y de salud de los ancianos, cuyas labores colaboran con la prevención del funcionamientos diario de los problemas de salud y la colaboración con los profesionales de enfermería y la atención informal, es decir, que el personal Auxiliar dirige todas sus acciones al higiene y confort del paciente, estudiando cada caso por separado y realizando el proceso de atención de enfermería de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Por otro lado (Costa et al., 2014) realizado un estudio de métodos mixtos, donde quiso investigar sobre el desarrollo y la usabilidad de MAINtAIN sobre el comportamiento del personal de enfermería, cuyos resultados arrojaron que este sistema evaluativo puede contribuir de forma positiva en el cambio del comportamiento del personal de enfermería, de esta manera mejoran la atención que le brindan a los pacientes, ayudando a determinar las funciones y aclarando el roll de cada enfermero dentro de una unidad de salud.

Un estudio piloto realizado por (Mueller et al., 2016) sobre la evaluación funcional y la intervención de los auxiliares de enfermería en entornos de hospicio y cuidados paulatinos en pacientes hospitalizados, sugiere que los auxiliares de enfermería pueden proporcionar una intervención basada en la actividad de los pacientes que conduzca a una mejor función entre los pacientes en los hospicios, de esta manera, ayudan a mejorar la calidad de vida de cada individuo que permanezca hospitalizado. Es de gran ayuda el personal auxiliar ya que vela por la recuperación eficaz de cada paciente, sus cuidados son enfocados en mejorar la calidad de vida de acuerdo a las exigencias de cada patología o de cada persona que se encuentre en el hospicio.

Se realizó un estudio cualitativo por parte de (Loft et al., 2017) donde se evaluaron las creencias, actitudes y acciones de enfermeras y auxiliares de enfermería relacionadas con el papel y la función en una unidad de rehabilitación con pacientes hospitalizados que presentan accidente cerebrovascular; este estudio permitió determinar que todavía no están claras las funciones y el papel de enfermería, que se necesita mas educación para fortalecer la contribución del personal en la rehabilitación de los pacientes, sin embargo, esta claro que hay una falta de dirección investigativa que ayude a definir la serie de actividades que realiza el personal específicamente en este caso que se estudia.

Una investigación que se llevo a cabo en Corea(Kim et al., 2017) relata en sus resultados que las enfermeras conceptualizan la atención crítica de enfermería frente a problemas cardíacos en hogares de ancianos, que son diferentes de las de los hospitales generales. Estos resultados permiten desarrollar la base para las pautas de atención y materiales educativos que pueden ser utilizados por enfermeras novatas o estudiantes de enfermería. Gracias a este estudio los estudiantes de enfermería y el personal auxiliar se pueden orientar en cuanto a la actuación de enfermería en hogares de ancianos, siendo esta información de gran ayuda para la formación de futuros profesionales de la salud.

Conclusiones

De acuerdo al objetivo general planteado en esta revisión bibliográfica sobre las funciones del personal auxiliar de enfermería se pudieron extraer una serie de conclusiones:

• Existen escasos trabajos de investigación que aborden el tema sobre las funciones especificas y claras que desempeña el personal auxiliar de enfermería, lo que ocasiona que no se delimiten las funciones dentro de un centro de salud, y en muchas ocasiones la atención que se le brinda al paciente no termina siendo a un 100% de calidad, poniendo en riesgo la vida de muchos pacientes, solo por no tener claro cuales son las funciones especificas que debe desempeñar el personal auxiliar dentro y fura de una unidad de clínica de trabajo.

• En muchas ocasiones los trabajos de investigación hablan de una forma muy general de las funciones del personal auxiliar de enfermería, y se reitera la importancia de que las funciones de dicho personal es necesario que estén bien conceptualizadas.

• El personal auxiliar de enfermería es una pieza fundamental dentro del equipo de salud, ya que, en muchas oportunidades sus labores sirven de apoyo a la faena dentro de los servicios de los centros hospitalarios, aliviando la carga de trabajo que recae en el profesional de enfermería que no suele darse abasto con la demanda que se presenta en los centros de salud.

• Se recomienda incentivar a la realización de estudios para determinar las funciones del personal auxiliar de enfermería en todas las áreas de la salud. En la actualidad se definen por escasos conocimientos científicos que generan un mal desempeño de actividades dejando a un lado el aprovechamiento eficaz que se pudiera tener. Si las investigaciones futuras se enfocan en conceptualizar y determinar las funciones del personal auxiliar de enfermería, la atención de calidad aumentaría notablemente en los centros de salud; siempre que se tenga una base científica.

• Se tiene que tomar en cuenta para las investigaciones futuras el implementar en los servicios programas evaluativos que ayuden a definir las funciones del personal auxiliar de enfermería y la calidad de las labores que desempeñan, esto ayudará a que los centros de salud proporcionen una atención de calidad a los pacientes que se encuentren tanto hospitalizados como de revisiones de paso.

• Claramente los roles se complementan dentro de los servicios sanitarios, de ahí

la importancia de definir las funciones para un mejor desempeño dentro de los equipos de trabajo.

6 Bibliografía

- Castro, M., & Simian, D. (2018). LA ENFERMERÍA Y LA INVESTIGACIÓN. Revista Médica Clínica Las Condes, 29(3), 301–310. https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2018.04.007
- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas., J. M. (1988). Revista cubana de salud pública. In Revista Cubana de Salud Pública (Vol. 30). Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400009
- Costa, D., Wallace, D., Barnato, A., & Kahn, J. (2014). Development and usability of the MAINtAIN, an inventory assessing nursing staff behavior to optimize and maintain functional activity among nursing home residents: a mixed-methods approach. Chest, 146(6), 1566–1573. https://doi.org/10.1378/chest.14-0566
- Cuevas, E., Rodríguez, A., M a , G., Lobo, J., Prieto, R., Colaboración, A., … Baños, L. (2009). Investigación en Enfermería Cuidados Enfermeros para pacientes. In Enfermería Clínica (Vol. 19). Retrieved from http://www.madrid.org
- Diario independiente de contenido de enfermeros. (2015). ¿Por qué son importantes los enfermeros en los servicios públicos de Salud? - Diario Dicen. Retrieved September 27, 2019, from https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/por-que-son-importantes-los-enfermeros-en-los-servicios-publicos-de-salud-DDIMPORT- 036359/
- International Council of Nurses. (2002). Definiciones | ICN - International Council of Nurses. Retrieved September 27, 2019, from https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones
- Kalisch, B., & Lee, K. H. (2014). Staffing and job satisfaction: nurses and nursing assistants. Journal of Nursing Management, 22(4), 465–471. https://doi.org/10.1111/jonm.12012
- Kim, M., Kim, H., Choi, J., Kim, S., & Chang, S. (2017). Nursing home nurses conceptualize how to care for residents with cardiac vulnerability. Nursing in Critical Care, 22(6), 329–338. https://doi.org/10.1111/nicc.12132
- Lindh Falk, A., Hult, H., Hammar, M., Hopwood, N., & Abrandt Dahlgren, M. (2018). Nursing assistants matters-An ethnographic study of knowledge sharing in interprofessional practice. Nursing Inquiry, 25(2), e12216. https://doi.org/10.1111/nin.12216

- Loft, M., Poulsen, I., Esbensen, B. A., Iversen, H., Mathiesen, L., & Martinsen, B. (2017). Nurses' and nurse assistants' beliefs, attitudes and actions related to role and function in an inpatient stroke rehabilitation unit-A qualitative study. Journal of Clinical Nursing, 26(23–24), 4905–4914. https://doi.org/10.1111/jocn.13972
- Manrique, V., & Martín, M. (2017). Los Cuidados Invisibles en Enfermería. Retrieved from https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30499/TFG-H1243.pdf?sequence=1
- Mueller, K., Hamilton, G., Rodden, B., & DeHeer, H. (2016). Functional Assessment and Intervention by Nursing Assistants in Hospice and Palliative Care Inpatient Care Settings. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, 33(2), 136–143. https://doi.org/10.1177/1049909114555397
- Oeseburg, B., Hilberts, R., & Roodbol, P. F. (2015). Essential competencies for the education of nursing assistants and care helpers in elderly care. Nurse Education Today, 35(10), e32–e35. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.002
OMS. (2015). Enfermería. WHO. Retrieved from https://www.who.int/topics/nursing/es/
- Stombaugh, A., & Judd, A. (2014). Does Nursing Assistant Certification Increase Nursing Student's Confidence Level of Basic Nursing Care When Entering a Nursing Program? Journal of Professional Nursing, 30(2), 162–167. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.09.002

Capítulo 665

RECOGIDA DE HEMOCULTIVOS, FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MARIA DEL CARMEN CUERVO ALVAREZ

LAURA CAMAFREITA BEATO

1 Introducción

Procedimiento llevado a cabo por el enfermero/a junto con el sanitario (tcae). En el desarrollo de esta función la compenetración y colaboración entre ambos es fundamental para asegurar la eficacia y efectividad en la extracción de la muestra y garantizar la calidad de la misma.
La extracción de hemocultivos es una técnica, que mediante el cultivo microbiológico de la sangre, se utiliza para averiguar el origen de un proceso febril, es decir, para diagnósticar una bactericemia.

2 Objetivos

- Analizar la técnica de recogida de Hemocultivos utilizada por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y el enfermero/a correspondientes para la extracción de una muestra con la mayor esterilidad posible.

3 Metodología

Revisión bibliográfica exhaustiva en diversas bases de datos y revistas científicas con el fin de plasmar de forma documental, descriptiva e informativa los objetivos a realizar.

4 Resultados

En primer lugar, el médico solicita la realización de un hemocultivo. Tras informar al paciente, se le practicarán dos punciones en distintas zonas.
Para ejecutar dichas punciones el paciente será colocado de decúbito supino, si fuese necesario, el sanitario TCAE ayudaría a inmovilizar al paciente. Seguidamente, el enfermero/a se lavará bien las manos, se colocará el campo estéril y se pondrá los guantes. Paralelamente el sanitario TCAE preparará al paciente y limpiará con desinfectante la zona de punción.

Una vez hecho esto, el TCAE destapará los botes de hemocultivos y desinfectará las membranas con una gasa impregnada en clorhexidina o alcohol. Después depositaremos la sangre extraída en los botes, primero en el anaerobio y luego en el aerobio. Las muestras se etiquetan con el código correspondiente. De nuevo, el TCAE prepara la otra zona de punción para realizar el mismo proceso. Finalmente las cuatro muestras recogidas son enviadas al laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario llevar a cabo una técnica que asegure una muestra de calidad sin riesgo de contaminación. De esta manera conseguiremos evitar que el paciente se vea sometido a una nueva intervención.

6 Bibliografía

- Centers for disease Control an Prevention. Guidelines for prevention for intravascular device-related infections, 1996.
- Cuervo Polanco P., Rico Villegas C.L. Guía para la toma de hemocultivos.
- Dennos J. Recogida de muestras de laboratorio. Nursing 99.1999: 42-44
- García Sánchez J. E., Gómez-Lus Centelles Mª L. Hemocultivos.
- Gill VJ; Fedorko DR, WITEBSKY FG. El médico clínico y el laboratorio de Microbiología.

- Mandell GL, BENNET JE, Dolin R. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. 5ª edición. Brenos Arres: Editorial Panamericana; 2002: 227-275.

Capítulo 666

URINOCULTIVO; MÉTODOS DE RECOGIDA DE MUESTRA DE ORINA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA DEL CARMEN CUERVO ALVAREZ

LAURA CAMAFREITA BEATO

1 Introducción

La orina es una secreción líquida de color amarillo secretada por los riñones como resultado de la depuración y el filtrado de la sangre, tiene como fin eliminar los residuos tóxicos del organismo y regular mecanismos básicos del mismo, esta no contiene microorganismos infecciosos.
En ocasiones, se pueden encontrar bacterias en la orina que provocan una infección urinaria o infección del tracto urinario. El urinocultivo se basa en el análisis de la muestra de orina llevado a cabo en el laboratorio teniendo como objetivo la detección de microorganismos patógenos.

2 Objetivos

- Describir cuales son los posibles métodos de recogida de una muestra de orina y cuál es el protocolo que ha de seguir el personal sanitario (tcae) para efectuar la recogida de dicha muestra.

3 Metodología

Búsqueda de información en diversas fuentes bibliográficas, bases de datos y revistas científicas: labtestsonline, saludemia, hospitalclinic.org ,etc. Posteriormente analizar dicha información. Todo ello para exponer de forma clara los objetivos establecidos.

4 Resultados

Nos encontramos con diferentes métodos de recogida de muestras de orina, algunos son: orinas recogidas de la mitad de un chorro miccional limpio, recogida de orina mediante bolsa adhesiva perineal (muy utilizada en niños, suele tener riesgo de contaminación y escaso valor predictivo), la cateterización vesical y la punción suprapúbica (las más fiables, su uso es restringido ya que se trata de técnicas invasivas).

Lo más importante es asegurar una asepsia estricta y recoger la parte central de la micción. Esta muestra será enviada con la mayor brevedad posible al laboratorio, su análisis ha de realizarse en las 4 horas siguientes a la toma de la muestra, de lo contrario, se guardará adecuadamente en un refrigerador 24 horas como máximo.

5 Discusión-Conclusión

La correcta realización de un urinocultivo garantiza la localización del agente patógeno y la pronta adecuación del tratamiento. Es imprescindible recoger la muestra de forma aséptica.

6 Bibliografía

- Bretones Alcaraz JJ, del Pino y Pino MD, Morales Torre M, Abad VivasPérez JJ, Molina Aparicio MJ, Viciana Garófano D. Estudio observacional de los urocultivos y antibiogramas realizados ambulatoriamente en un área de salud. Medifam [internet]. Jul 2002; 12(7). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682002000700003&script=sci_arttext
- Fernández Roldán MC. Estudio sobre la recogida de muestra y urocultivo en

mujeres para diagnóstico de la infección urinaria. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada; 2004.
- Medline Plus. Infección urinaria en adultos [internet]. [citado dic 2009]. Disponible en:http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000521.ht
m

Capítulo 667

EL AISLAMIENTO DE PACIENTES EN EL CENTRO HOSPITALARIO.

SANDRA BEIRO MONTES

SUSANA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En ocasiones es necesaria la pauta de un aislamiento del paciente en el centro hospitalario. Debido a la patología que éste presente, se pueden dar dos casos: un aislamiento para prevenir que el paciente infectado por algún tipo de virus o enfermedad pueda contagiar al personal sanitario, a otros pacientes o a visitantes, así como, contaminar el entorno, y un aislamiento denominado inverso, que lo que trata es de proteger al paciente porque éste presenta una severa inmunodepresión o no está infectado.

Con el aislamiento hospitalario se pretende:
- Cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso.
- Disminuir la incidencia de infección nosocomiales.
- Prevenir y controlar brotes.
- Racionalizar el uso de recursos.
- Mantener la calidad de la atención hospitalaria.

2 Objetivos

- Conseguir que se realice de la mejor manera posible el aislamiento hospitalario.
- Conocer los aspectos principales del aislamiento hospitalario.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores aislamiento hospitalario, aislamiento inverso, medidas de prevención, infecciones en el entorno hospitalario, tipos de aislamientos.

4 Resultados

En base a la patología del paciente se deberán tomar una serie de precauciones, atendiendo en especial al mecanismo de transmisión.

Existen una serie de precauciones estándar tales como:
- La higiene de manos
- El uso de guantes
- Uso de mascarilla, protectores oculares y caretas
- Uso de bata limpia (no estéril)
- Los equipos utilizados para el paciente serán de uso exclusivo
- Extremar precaución en el uso de objetos punzantes o cortantes.
- Existencia de adecuados procedimientos de limpieza de sup ambientales

Atendiendo a los mecanismos de transmisión existen diversos tipos de aislamiento:
- Aislamiento estricto: se utiliza para prevenir la transmisión de enfermedades que puedan contagiarse por contacto directo y/o vía aérea. Suelen ser enfermedades muy contagiosas.
- Aislamiento respiratorio: se utiliza en enfermedades que se transmiten por aire o por gotas.
- Aislamiento entérico: para prevenir la transmisión de enfermedades por contacto con heces infectadas o a través de objetos contaminados.
- Aislamiento de contacto: para enfermedades que se transmiten por contacto directo (piel - piel) o indirecto (piel - objeto - piel).
- Aislamiento inverso: para proteger a pacientes inmunodeprimidos como pueden ser trasplantados, con leucemia, infectados por VIH, etc.

Las precauciones específicas a seguir en cada tipo de aislamiento se tratan de medidas adicionales a las estándar, tales como, habitación y baño individual, educación al paciente, limitación o restricción de visitas, limitaciones en los traslados, etc.

5 Discusión-Conclusión

Ante cualquier tipo de aislamiento el personal sanitario debe extremar las medidas de precaucion, para así, evitar que se propague la enfermedad o infección en el entorno hospitalario, así como, para protegerse a sí mismo, a los demás pacientes y a los visitantes.

6 Bibliografía

- Medwave.cl
- Madrid.org
- Saludcastillayleon.es
- Semeg.es
- Saludcapital.gov.com

Capítulo 668

INTERVENCIONES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

VIOLETA VAZQUEZ GARCIA

ISABEL LOPEZ FUERTES

MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ

DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ

MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer (EA) es catalogada como una enfermedad degenerativa neuronal, cuya incidencia se hace mayor con el aumento de la edad (Alzheimer's Association, 2010). Esta enfermedad caracterizada por la desorientación, pérdida de memoria, pérdida de atención y disminución progresiva de la capacidad de razonar, es considerada la principal enfermedad neuronal causante de la demencia en la vejez (Reitz, Brayne, y Mayeux, 2011). La EA es una de las enfermedades que genera mayor dependencia, necesidad de cuidado, sobrecarga de trabajo y estrés psicológico de los cuidadores (Alzheimer Disease International, 2009).

Gran porcentaje de los pacientes con alzhéimer son atendidos por "cuidadores informales" que según la literatura, son familiares, amas de casas, hijas, esposas con edades que superan los 40 años, por otro lado es necesaria la presencia de un "cuidador formal" como los auxiliares de enfermería ya que brindan la atención preventiva y asistencial necesaria al paciente y a la familia (Cerquera y Galvis, 2013).

La actividad del auxiliar de enfermería y cuidadores en pacientes con Alzheimer es fundamental, el cuidado debe ir orientado a evitar consecuencias que puedan perjudicar la calidad de vida de estos pacientes. García y García, (2016) recoge una profundización sobre el tratamiento y cuidado desde el punto de vista higiénico, dietético, de suministro de medicamentos y manejo general de estos pacientes. Los autores destacan que la labor del personal auxiliar de enfermería es fundamental en la valoración del estado de deterioro que sufren los pacientes con esta enfermedad, más allá de ello demuestra que aquellos auxiliares que además dan orientación a la familia y brindan apoyo minimizan los factores de riesgo y mejora las relaciones entre la familia y el paciente con Alzheimer (García y García, 2016).

De esta manera el personal de enfermería es catalogado como uno de los pilares básicos que presta atención asistencial al paciente con la EA y a sus familiares, desde la atención primaria donde se presta cuidados específicos de acuerdo a los requerimientos y fases de la enfermedad, en la atención especializada con la aplicación de programas tanto para los pacientes como para las familias, hasta en el ámbito extra hospitalario como el domicilio del enfermo (Balbás, 2005; Castellanos, Cid, Duque, y Zurdo, 2011).

Las investigaciones han tenido un enfoque en los cuidadores formales e informales y como estos han intervenido en el cuidado del paciente con Alzheimer, lo que hace plantearse las preguntas ¿Qué intervenciones se llevan en la actualidad por parte de los auxiliares de enfermería? ¿Qué valoración tienen estos sobre los cuidados de un paciente con Alzheimer? ¿Existen protocolos o programas para ayudar en el cuidado y manejo de los pacientes con Alzheimer dirigidos a los auxiliares?

Un estudio llevado a cabo en 1996 demostró que las intervenciones recreativas llevadas a cabo por auxiliares de enfermería en pacientes con Alzheimer en un hogar de ancianos eran un complemento útil en el manejo de la agitación, el estrés, la ansiedad y el aburrimiento en los pacientes, destacando así la importancia de la capacitación del personal auxiliar enfermero en este tipo de actividades

(Aronstein, Olsen, y Schulman, 1996).

Una revisión reciente ha agrupado las actividades desarrolladas por el profesional de enfermería de acuerdo a la fase o etapa del proceso degenerativo que se presenta en la EA, de manera que expone y diferencia las actividades en la etapa de diagnóstico precoz, fase inicial, moderada, severa, y fase terminal (Rodríguez-Mongue y Pérez-Lobato, 2014).

Además, la intervención del auxiliar de enfermería debe estar diariamente orientada a cumplir de una serie de objetivos por lograr para mejorar la calidad de vida de los pacientes, todas estas con el refuerzo de las tareas de autocuidado, las cuales presentan un mayor déficit por el deterioro del control motor y la pérdida de la memoria, en todo momento el objetivo es incentivar la autonomía del paciente mientras la enfermedad lo permita (Frías, Arias, García, y Boizan, 2015). Diversos autores concuerdan con que un plan de cuidados debe estar dirigido no solo al paciente sino a la familia, junto con la prevención de complicaciones, el refuerzo de las conductas terapéuticas, y el manejo de los medicamentos son considerados aspectos relevantes en las labores del enfermero auxiliar para mejorar la calidad de vida de estos pacientes (Frías et al., 2015).

2 Objetivos

Determinar el papel y la contribución de los auxiliares de enfermería como cuidadores formales de los pacientes con Alzheimer a través de una búsqueda de información sistemática de las intervenciones llevadas a cabo los últimos diez años.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de información basada en evidencia bibliográfica para realizar una revisión sistemática de análisis y síntesis cualitativa sobre las intervenciones llevadas a cabo en los últimos 10 años por los auxiliares en enfermería sobre los cuidados formales de los pacientes con Alzheimer.

Bases de datos
La búsqueda se llevó a cabo en 6 bases de datos, PubMed, Cinahl, Scielo, ScienceDirect, Biblioteca
Cochrane, Biblioteca Virtual en Salud (BVS).

Descriptores

Se realizaron dos búsquedas en cada una de las bases de datos. Se utilizaron los descriptores de la salud indexados en DeCS y los descriptores de salud en inglés indexados en MeSH, fueron. Se diseñaron las ecuaciones de búsqueda con los operadores booleanos AND y OR: "Cuidados enfermeros OR cuidado del paciente AND Alzheimer AND intervención AND auxiliar enfermero" y en inglés "Nursing care OR Patien Care Planning AND Alzheimer, intervention AND nursing asistant". Se llevó a cabo una búsqueda de las investigaciones realizadas los últimos 10 años (2009-2019) escritas en idiomas español, inglés y disponibles a texto completo. Se tomaron en cuenta los artículos de tipo publicación, tesis doctoral, con diseño de estudio transversal o longitudinal.

Criterios de inclusión y exclusión

Como criterios de inclusión se seleccionaron los artículos que no presentaban limitaciones de acceso, los artículos de investigación cuantitativa y cualitativa, que incluyeran una población muestral de adultos pacientes de Alzheimer, que fueran atendidos por el personal enfermero, asistente, auxiliar o especializado.
Se excluyen los artículos cuya población de estudio presenta otras enfermedades mentales, complicaciones médicas y cuidados especializados de otras áreas. Además, se excluyen las investigaciones experimentales llevadas a cabo por médicos o profesionales de la salud ajenos al personal enfermero, por último, se excluyeron aquellos artículos que no presentaron información concluyente, y revisiones anteriores.

Diagrama de flujo de la búsqueda

La selección se realizó en cuatro fases, primero se empleó la fórmula de búsqueda de descriptores y se aplicaron los filtros de año de publicación, idioma y tipo de estudio, segundo se realizó a la lectura de título y resumen, se descartaron aquellos artículos que no presentaron ninguna de estas palabras claves en título o no tienen relación con el tema, se eliminaron los artículos duplicados en las diferentes bases de datos.
Tercero, se realizó la lectura del texto completo para la evaluación y aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, y cuarto se procedió a la lectura crítica de los artículos incluidos para realizar la síntesis cualitativa. Se seleccionaron artículos a través de la búsqueda manual inversa, a partir de la bibliografía reflejada en artículos seleccionados, filtrando la elección del título y fecha de publicación.

Fueron utilizados 5 estudios de acuerdo con los criterios de selección, los contenidos de los estudios están centrados en el papel, o intervención de enfermeras

y auxiliares de enfermería en el cuidado de pacientes con Alzheimer. En la Tabla 1 se reflejan las principales características de los estudios incluidos.

Tabla 1. Síntesis cualitativa de los artículos incluidos en la revisión
Autor (Año) País Tipo de estudio Intervención Participantes (n) Resultados
(VargasEscobar,2012) Colombia. Revisión de la literatura. Búsqueda bibliográfica del 2000 al 2011 en diferentes bases de datos PubMed, ScienceDirect, Ovid, Google scholar. Cuidadores del paciente con Alzheimer:

Enfermeros y auxiliares de enfermería
Se evalúan los principales aspectos que integran la calidad de vida del cuidador en ámbitos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. (Antúnez, 2013) España

Revisión de la literatura
Se realizó una búsqueda de literatura en las bases de datos PubMed, Cuiden, Dialnet. Cuidador principal, cuidados de enfermería, síndrome del cuidador y recursos sociosanitarios. Dirigido a profesionales sanitarios del sector enfermero El articulo describe aspectos fundamentales de la enfermedad de Alzheimer, y el abordaje de la sobrecarga del cuidador mediante estrategias preventivas y recursos sociosanitarios disponibles. (Márquez, 2009) España

Revisión de la literatura
Abordaje terapéutico integral y la atención de enfermería al paciente y familiares según las distintas fases de la enfermedad. Dirigido a enfermeros, auxiliares de enfermería y cuidadores de pacientes con Alzheimer. Explicación detallada sobre los cuidados de los pacientes con Alzheimer (Skaalvik, Normann, & Henriksen, 2010). Noruega. Estudio cualitativo El estudio se realizó en 2006 utilizando trabajo de campo con notas de campo y entrevistas cualitativas. Estudiantes de enfermería (n=7) y enfermeras supervisoras (n=6) Se evaluó la percepción enfermera sobre las experiencias en los cuidados de pacientes con Alzheimer. (Carmona & Murgui, 2015) España

Revisión de la literatura
Cuidados de la enfermería en pacientes con Alzheimer. Dirigido al personal enfermero, auxiliar enfermero y cuidadores. El artículo expone las recomendaciones de higiene, alimentación, vestimenta, manejo de incontinencia, movilidad, entorno y plan de cuidados estandarizados.

4 Resultados

Los artículos incluidos abordan revisiones bibliográficas que destacan el papel del auxiliar de enfermería en el cuidado de los pacientes con Alzheimer, destacando una serie de guías e intervenciones, en su mayoría, basadas en la inclusión familiar y en el aspecto biopsicosocial del propio paciente, que este debe ser incluido en su autocuidado, por lo que el auxiliar debe representar un apoyo y una fuente de información y de estrategias que le brinden a la familia y cuidadores lo necesario para optimizar el cuidado del paciente.

Por otro lado, se habla de las percepciones de los enfermeros y auxiliares de enfermería dedicados al cuidado de este sector, y como se olvida o se deja de un lado el propio cuidado, siendo esta actividad una de las más agotadoras, que puede resultar en el síndrome de burnout, aspecto relevante tanto para la salud del propio auxiliar como para la salud del paciente, ya que el auxiliar con estrés laboral y cansancio no puede ofrecer un servicio adecuado al paciente.

Vargas (2012) a través de una revisión bibliográfica evalúa los principales aspectos que integran la calidad de vida del cuidador de los pacientes con Alzheimer en los ámbitos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, destacando la importancia de brindar información para la educación sobre la enfermedad a familiares, así como el brindar los recursos de apoyo disponibles y el cuidado que debe darse a sí mismo el cuidador. Un año después, Antúnez (2013) realiza una revisión bibliográfica en donde se señalan los aspectos fundamentales de la enfermedad de Alzheimer para así abordar el tema de la sobrecarga del cuidador mediante el empleo de estrategias preventivas y recursos sociosanitarios disponibles para los profesionales del sector enfermero, resaltando así mismo la importancia de que estos involucren a familiares en el cuidado del paciente.

Por otro lado, Márquez (2009) hace una guía detallada sobre sobre los cuidados de los pacientes con
Alzheimer destacando el abordaje terapéutico integral y la participación multidisciplinar en donde se involucran a los familiares y al propio paciente en su autocuidado. Destaca que una de las labores principales de los auxiliares de enfermería es la intervención de incluir al paciente desde un punto de vista biopsicosocial. Carmona y Murgui (2015) presentan un estudio similar centrado en recomendaciones de higiene, alimentación, vestimenta, movilidad, entorno y plan de cuidados estandarizados para el paciente de Alzheimer.

Por último, como se menciona al principio las intervenciones de los auxiliares de enfermería en este sector de cuidado, puede resultar en el agotamiento físico y mental del auxiliar. Skaalvik, Normann, y Henriksen (2010) en este sentido, evaluaron la percepción enfermera sobre las experiencias en los cuidados de pacientes con Alzheimer y evalúa el abordaje de la sobrecarga del cuidador.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Alzheimer genera consecuencias sociales y humanas para el paciente y las personas que lo rodean, especialmente familiares. Los profesionales de la enfermería dedicados a los cuidados del paciente con Alzheimer lejos de ser reconocidos, la mayoría de las veces queda en el olvido. La enfermería cumple un papel importante en la mejora del bienestar físico, psicológico, social tanto del paciente como del cuidador familiar del paciente con Alzheimer, que puede ir desde la práctica clínica hasta el dar información y educación sobre el tema.

El trabajo del cuidador es una experiencia que demanda tiempo, compromiso, paciencia y que las habilidades son fundamentales para la inclusión del paciente en las AVD. En los cuidados al enfermo de Alzheimer es importante que se involucren familiares, ya que el cuidador compartimenta la carga del cuidado y utiliza sus recursos para ofrecer a la familia apoyo y llevar a cabo un cuidado de calidad. Uno de los aspectos más importantes, es el que expone Antúnez (2013) el autor destaca que la enfermería debe tomar conciencia sobre la pérdida que produce la enfermedad en la familia, las actuaciones deben ir dirigidas además del enfermo hacia los familiares de este, ya que esto tendrá un efecto positivo en la mejora de calidad de vida de todos los involucrados , evitando la sobrecarga del cuidador, que puede llegar a impedir una atención adecuada al paciente.

El objetivo de enfermería es garantizar, no solo el reconocimiento de la labor del cuidador sino mejorar las condiciones del bienestar de este y del paciente, puesto que a medida que el cuidador familiar se sienta bien consigo mismo el paciente estará bien cuidado. Es por ello que Vargas (2012) centra las intervenciones de enfermería al cuidador en cuatro áreas específicas: la información y educación sobre la enfermedad de Alzheimer, el cuidado que debe darse al enfermo, los recursos de apoyo disponibles y el cuidado que debe darse a sí mismo. Citando a los autores es importante que el enfermero informe al cuidador en que consiste la enfermedad y todo su proceso por lo que el personal enfermero será el indicado para guiar al cuidador para que realice las actividades de la vida diaria , con el pa-

ciente de la mejor manera, así como manejar las conductas de forma estratégica, tratar los comportamientos como los episodios de agresividad y alucinaciones, y sobrellevar la falta de reconocimiento.

La formación y el enfoque de la enfermería de pacientes con Alzheimer
Los pacientes con Alzheimer generalmente tienen problemas de comunicación tanto verbal como no verbal, comportamientos erráticos y sentimientos de frustración (Skaalvik et al., 2010). El cuidado de los pacientes desde el punto de vista enfermero es visto como un trabajo agotador, el estudio de Skalvik et al. (2010) busca demostrar las experiencias y percepciones de los auxiliares de enfermería y estudiantes de enfermería en los cuidados del paciente con Alzheimer con una metodología de atención centrada en la persona. Como primer resultado los estudiantes de enfermería reconocen que la atención dada a estos pacientes requiere múltiples habilidades y una capacitación especial, puesto que se han encontrado con una breva divisoria entre lo que se ve en teoría y lo que se encuentran en las prácticas. Como segundo punto a exponer los estudiantes de enfermería manifiestan que los cuidados físicos suelen ser tan demandantes en el paciente que, en ocasiones no se le dedica tiempo suficiente para la atención socioemocional centrada en la persona, afectando de manera negativa a los pacientes, sintiéndose solos y sin importancia. El enfoque propuesto a la atención del paciente con Alzheimer llevado a cabo por el personal de enfermería es dar un trato personalizado en vez de ser tratados como un grupo homogéneo en lugar de individuos (siendo el caso de los centros de reposos de ancianos).

Se ha reconocido que a pesar de que la atención básica es cubierta, se dejan de lado los aspectos socioemocionales del paciente, ignorando las conversaciones y dando como resultados pacientes aislados con relaciones interpersonales limitadas. La enfermedad de Alzheimer requiere que las personas que rodean al paciente, motiven el pensamiento y las actividades del neurodesarrollo y sociales, puesto que una de las principales metas es brindar al paciente calidad de vida. Estudios anteriores han demostrado que el trato personal y amable a los pacientes tiene un efecto muy positivo en la recuperación de los pacientes con Alzheimer, contrariamente a la despersonalización y el trato objetivo (Kitwood, 2007).

El cuidado individualizado es una de las principales recomendaciones que puntualiza Carmona y Murgui (2015) a su vez incluye el proceso de atención de enfermería basada en la taxonomía NANDA (NANDA, 2012), NIC (McCloskey et al., 2008) en el que un primer paso es valorar de manera global al paciente, a su familia y a su entorno. Márquez (2009) también destaca la importancia de un

abordaje terapéutico integral para el paciente con Alzheimer, la participación multidisciplinar y la coordinación interactiva y dinámica entre los distintos niveles de asistencia resulta imprescindible para el tratamiento del paciente, por lo que las valoraciones de enfermería se deben realizar teniendo en cuenta a la persona desde el punto de vista biopsicosocial.

El cuidado enfermero a los pacientes con Alzheimer debe tener un enfoque integral con una atención individualizada del paciente, evaluando y sin dejar de lado su entorno, la participación de la familia, y el trato socioemocional. Incluir a la familia y al paciente en la toma de decisiones, educar a los cuidadores en los planes de cuidados y atender en aspectos sociales y emocionales son los principales aspectos que estos autores han destacado como importantes para brindar al paciente con Alzheimer una mejor calidad de vida. La comunicación personal entre el personal enfermero y cuidadores del paciente es imprescindible para la correcta atención del paciente, se considera que la educación sobre la enfermedad, y el brindar recursos de apoyo y cuidado fortalece la habilidad de conocimiento simultáneamente a la habilidad de cuidado.

Por otro lado, se concluye que el cuidado físico de estos pacientes es tan demandante que el personal enfermero olvida el cuidado socioemocional de la persona, influyendo así de manera negativa en la recuperación del paciente. Este punto en conjunto con lo anterior mencionado debe ser atendido por enfermeros y cuidadores para brindar al paciente una atención personal. Por lo que la atención enfermera debe centrarse en cuatro áreas específicas:
- Información y educación sobre la enfermedad de Alzheimer.
- El cuidado clínico del enfermo.
- El cuidado socioemocional del paciente y el cuidador.
- El apoyo y recursos disponibles para el cuidador.

6 Bibliografía

- Alzheimer Disease International (2009). Informe Mundial Sobre el Alzheimer. (M. Prince y J. Jackson, Eds.). Recuperado de: www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-Espanol.pdf
- Alzheimer's Association (2010). 2010 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia, 6(2), 158-194. doi: 10.1016/j.jalz.2010.01.009
- Antúnez, M.L.B. (2013). La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal. Nuberos Científica, 2(10), 332-339.

- Aronstein, Z., Olsen, R., y Schulman, E. (1996). The nursing assistants use of recreational interventions for behavioral management of residents with Alzheimer's disease. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 11(3), 26-31. doi: 10.1177/153331759601100304
- Balbás, V.M. (2005). El profesional de Enfermería y el Alzheimer. Nure Investigación, 13, 1-6. Carmona, J., y Murgui, S. (2015). Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad de Alzheimer. El Farmacéutico, 15.
- Castellanos, F., Cid, M., Duque, P., y Zurdo. (2011). Abordaje integral de la demencia. Información Terapéutica de Sistema Nacional de Salud, 35(2), 39-45.
- Cerquera, A.M., y Galvis, M.J. (2013). Bioethical Aspects in Care and Attention for Patients with Alzheimer's Disease and their Caregivers. Persona y Bioética, 17(1), 85-95. doi: 10.5294/pebi.2013.17.1.6
- Frías, R., Arias, N., García, A., y Boizan, M. (2015). Demencia de Alzheimer y cuidados de Enfermería. UVS Manuel Fajardo, 38(10), 901-905. Recuperado de: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15175968
- García, E.C., y García, E.C. (2016). Algunos aspectos actuales sobre el manejo de la enfermedad de Alzheimer por el profesional de Enfermería. Revista Cubana de Tecnología de La Salud, 7(1), 44-56. Recuperado de: revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/651
- Kitwood, T. (1997). Dementia Reconsidered: The Person Comes First. Open University Press, Buckingham.
- Márquez, A. (2009). Reflexión sobre la relevancia de la actuación de enfermería en el abordaje terapéutico integral del paciente con demencia. Hygia de Enfermería: Revista Científica del Colegio, 71(5), 13-18.
- McCloskey, J., y Bulechek, G.M. (2008) Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 4.ª ed. Madrid: Elsevier.
- NANDA (2012). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier Reitz, C., Brayne, C., y Mayeux, R. (2011). Epidemiology of Alzheimer disease. Nature Reviews Neurology, 7(3),
137-152. doi: 10.1038/nrneurol.2011.2
- Rodríguez-Mongue, M., y Pérez-Lobato, M. (2014). Revisión sistemática sobre el papel de la Enfermería en la prevención del Alzheimer. Revista Portales Médicos, 9(4), 1-8.
- Skaalvik, M.W., Normann, H.K., y Henriksen, N. (2010). Student experiences in learning person-centred care of patients with Alzheimer's disease as perceived by nursing students and supervising nurses. Journal of Clinical Nursing, 19(17-18), 2639-2648. doi: /10.1111/j.1365-2702.2010.03190.x
- Vargas-Escobar, M.L. (2012). Nursing's Contribution to the Quality of Life of

Family Caregivers of Alzheimer Patients. Aquichan, 12(1).

Capítulo 669

MEDIDAS PREVENTIVAS DEL AISLAMIENTO EN PACIENTES CON INFECCIONES TRANSMISIBLES.

MARIA MERCEDES GAVADIAN SERANTES

MARIA MENDEZ ALONSO

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son las adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes en el momento del ingreso del paciente. Para que se produzca una infección debe existir: un reservorio del agente infeccioso, una fuente, un mecanismo de transmisión y una puerta de entrada.

2 Objetivos

- Interrumpir la cadena de transmisión
- Prevenir y controlar brotes epidémicos
- La prevención y control de infecciones intrahospitalarias se basa principalmente en aplicar medidas que impidan que el agente infeccioso entre en contacto con un huésped susceptible.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Métodos de transmisión ante un paciente infectado.
- Transmisión por gotas gruesas, transmisión aérea (por gotículas), transmisión por vectores (insectos, etc), transmisión por vehículo común (agua, alimentos, etc).
- La transmisión por contacto es el principal y más habitual mecanismo de transmisión, bien sea directo (por contacto físico entre fuente y huésped) o indirecto (a través de instrumental o superficies contaminadas donde pueden sobrevivir temporalmente los microorganismos), de aquí la importancia del lavado de manos)
- Fecal-oral: Frecuentemente se transmiten a través de las manos de los trabajadores, y la contaminación de fómites
- A través de vectores: Principalmente actúan como vectores de la flora hospitalaria los trabajadores
- Vía aérea: Es la diseminación de microorganismo que pueden permanecer en el aire por largos períodos de tiempo. Esta forma de transmisión puede darse: de paciente a paciente, por vía respiratoria: sarampión, varicela, tuberculosis…
- Vía sanguínea: a través de transfusiones de sangre y derivados. También afecta a los trabajadores de la salud, en quienes representa un riesgo por accidentes.
- Aislamiento protector o inverso:

Se aplica en pacientes neutropénicos, trasplantados, con el fin de protegerlos de infecciones

Se aplicarán las precauciones estándar añadiendo para el lavado de manos el uso de jabón antiséptico.

Planes de cuidados

Debemos de adoptar una serie de precauciones estándar para todo tipo de aislamiento:
- Lavado de manos antes y después de tener contacto con el paciente y la unidad, después del contacto con sangre y fluidos corporales, después del contacto con objetos contaminados y después del uso de guantes
- Usar guantes al estar en contacto con sangre, fluidos corporales, líquidos de cavidades estériles, semen, secreción vaginal, piel y mucosas

- Usar bata, mascarilla, gafas cuando se sospeche salpicaduras de sangre u otro fluido, debemos lavar, desinfectar o esterilizar los materiales utilizados.
- Utilizar agujas y bisturí desechables, eliminar material corto punzante en recipientes especiales; transportar los tubos con muestras en recipientes cerrados.
- La habitación debe ser individual manteniendo la puerta cerrada y el acceso restringido. Las visitas serán informadas del tipo de aislamiento del paciente y de las medidas de protección que deben seguir. Debe colocarse un cartel en la puerta de la habitación con las medidas que se deben adoptar.

Se recomienda usar vajilla desechable o en su defecto se debe recoger en último lugar, utilizando guantes y desechándolos inmediatamente después de depositada la bandeja en el carro de las comidas.

Aislamiento para la transmisión por aire: indicado en caso de sarampión, varicela, tuberculosis, etc. Además de las precauciones estándar se debe colocar mascarilla al paciente en caso de traslado, retirar material utilizado en bolsa y enviarlo a lavado y desinfección o esterilización. Desinfectar superficies con alcohol 70% y desinfectar material de uso compartido (ej. fonendoscopio, termómetro, etc.)

Precauciones en Transmisión por Contacto: indicado en casos de diarreas infecciosas, hepatitis, abscesos, infecciones de piel y heridas, etc.
-Uso de guantes al manipular fluidos y atender a pacientes infectados
-Retirar el material utilizado en bolsa cerrada
-Desinfectar material de uso compartido
-Utilizar material de aseo de uso exclusivo
-Enviar a desinfección o esterilización el material utilizado
-Desinfectar superficies con alcohol 70%

5 Discusión-Conclusión

La higiene de manos y el uso correcto de guantes son las principales medidas para prevenir las infecciones nosocomiales y evitar la diseminación de microorganismos multirresistentes. Son necesarias actividades de formación continuas, así como la vigilancia del cumplimiento de las recomendaciones. El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos. Todo el material y equipo utilizado en la atención de pacientes, debe ser lavado y desinfectado o esterilizado correctamente

Las precauciones estándar se deben aplicar en todos los pacientes. Interrumpir la cadena de transmisión de microorganismos patógenos es responsabilidad de todos

6 Bibliografía

- Guía para las precauciones de aislamiento: prevención de la transmisión de agentes infecciosos en entornos de atención médica (2007) Centers for Disease Control an Prevention. Disponible en https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/
isolation / (acceso 10/10/2017)
- Organización Mundial de la Salud. Precauciones estándares en la atención de la salud http://web.minsal.cl/sites/default/
files/files2/Infograma_Precauciones_Estandares_0.pdf
- Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Mayo 2014. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Disponible en http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/GuiasTecnicas/Ficheros/agen_bio.pdf
(acceso 10/10/2017) 3
- López-Quintana, E. et al. Guía de actuación ante exposición ocupacional a agentes biológicos de transmisión sanguínea. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. Actualización 2012. Sánchez Serrano, Sebastian. Coordinador

Capítulo 670

EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA.

MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ

DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ

MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA

VIOLETA VAZQUEZ GARCIA

ISABEL LOPEZ FUERTES

1 Introducción

Actualmente las patologías cardiovasculares representan el grupo de enfermedades con mayor porcentaje de hospitalización y mortalidad en países desarrollados (Álvarez y Moro, 2011; Barros y Cavalcante, 2017). Aproximadamente un total de 16,7 millones de muertes registradas en el mundo se deben a una enfermedad cardiovascular, superando las enfermedades oncológicas (Herrera, 2008). Esto revela la importancia del manejo adecuado de pacientes con estas patologías cardiacas en las etapas de prevención y rehabilitación (Álvarez y Moro, 2011).

Dentro de las unidades cardiológicas, los auxiliares en enfermería enfrentan diversos desafíos, siendo de importancia poseer altos conocimientos y destrezas para administrar cuidados de calidad a pacientes con patologías cardiovasculares (Barros y Cavalcante, 2017). Entre las funciones del auxiliar como parte del personal enfermero, Thompson (1982) señala que deben realizar el monitoreo físico

y asistir al paciente en gran parte de su estadía en las unidades cardiológicas, siendo capaces de detectar complicaciones. Bermejo, Dandonís, Alvarez, Barrentxa, y Cabezudo (2003) señalan que el auxiliar debe poseer las capacidades para el manejo efectivo de la ansiedad, depresión y estrés en este tipo de pacientes.

Las funciones del auxiliar de enfermería pueden variar de acuerdo con la enfermedad que se trata, ya que Townsend y McCulloch (1982) argumentan que en las enfermedades coronarias se necesita un mayor nivel de atención que en aquellas enfermedades donde la tarea principal a desempeñar es la monitorización. En pacientes con enfermedades coronarias es vital observar, tratar las arritmias y mantener al paciente en un estado de relajación. Esto pone en evidencia que el auxiliar de enfermería debe ser capacitado en cada una de las patologías cardiovasculares.

Por otra parte, Bryar, Kendall, y Mogotlane (2011) y Giltenane, Kelly, y Dowling (2015) destacan que dentro del equipo de enfermería existen variaciones en el conocimiento y experiencia de los cuidados en enfermedades cardiovasculares, presentando desempeños inconsistentes. Además, el aumento en las cargas de trabajo y el continuo cambio del papel del personal enfermero dentro de las unidades cardiovasculares resultan en la priorización de algunas tareas frente a otras, siendo, por lo tanto, poco entendidas las funciones que deben de ejercer. Oldridge, Guyatt, y Fisher (1988) y Moyano, Mansilla, Quesada, Cortez, y Moreno (2007) manifiestan que el abordaje inadecuado de patologías, como la insuficiencia cardiaca, por parte del personal de enfermería, entre ellos el auxiliar, es debido al constante avance y modificaciones de los tratamientos farmacológicos, la falta de una educación y capacitación adecuada y la falta de atención en comorbilidades como la ansiedad y depresión.

Por otro lado, Astin, Carroll, De Geest, y Martensson (2014) durante un estudio basado en encuestas aplicadas al personal de enfermería de unidades cardiológicas, concluyó que los planes educativos en enfermería deben centrarse en los desafíos actuales de la salud impuestos por las fases de prevención y rehabilitación de las enfermedades cardiovasculares.

2 Objetivos

Determinar el papel y la contribución actual del auxiliar de enfermería en el cuidado de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

3 Metodología

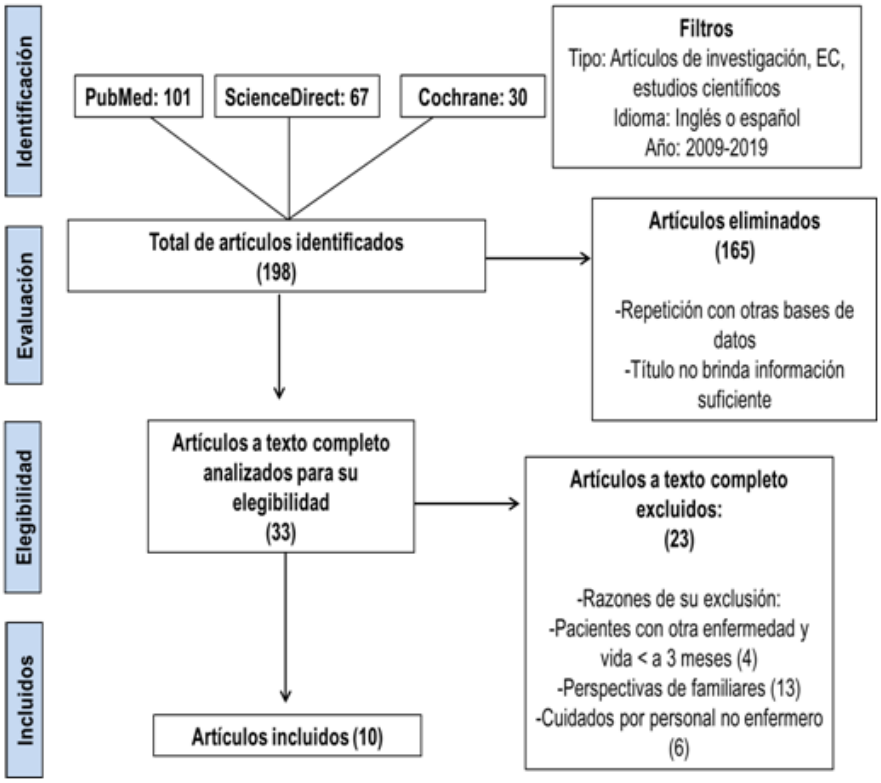
Bases de datos
Fueron utilizadas las bases de datos electrónicas PubMed, ScienceDirect y Cochrane. La búsqueda fue realizada con la combinación de los descriptores MeSH "Nursing Assistants", "nurse's role", "cardiovascular diseases", "cardiology" y "cardiac care nursing", siguiendo las fórmulas de búsqueda descritas a continuación en cada una de las bases de datos consultadas: Nursing Assistants OR nurse's role AND cardiovascular diseases; Nursing Assistants AND nurse's role AND cardiology; nurse's role AND cardiology AND cardiac care nursing; Nursing Assistants OR nurse's role AND cardiovascular diseases
AND cardiac care nursing.

La búsqueda se limitó a artículos de investigación, ensayos clínicos y estudios científicos en inglés o español, publicados desde 2009 hasta la actualidad y disponibles a texto completo, siguiendo el procedimiento representado en la figura 1.

Criterios de selección
Una vez obtenidos los resultados en las bases de datos con las limitaciones mencionadas, fue realizada una preselección de los artículos, considerando los duplicados encontrados y su relevancia a la temática. Posteriormente, se procedió a la lectura de los artículos preseleccionados, para evaluar la elegibilidad, en base a los criterios de selección (figura 1):

- Criterios de inclusión: pacientes mayores a 18 años con alguna enfermedad cardiovascular, estudios científicos donde se describiera el papel o contribución del personal enfermero incluyendo al auxiliar de enfermería en el cuidado de enfermedades cardiovasculares.
- Criterios de exclusión: pacientes con alguna otra enfermedad, además de la estudiada, que necesite atención por parte del personal enfermero, pacientes con enfermedad cardiovascular y expectativa de vida menor a 3 meses, estudios donde era evaluada únicamente las opiniones y perspectivas de los familiares, estudios donde los cuidados médicos fueron realizados por cualquier otro profesional de la salud que no fuera parte del personal enfermero.

Figura 1. Diagrama de flujo



4 Resultados

Fueron identificados un total de 10 estudios de investigación de acuerdo con los criterios de selección. Los contenidos de estos estudios se encontraron centrados en el papel o contribución de las enfermeras y auxiliares de enfermería en el cuidado de pacientes con diferentes enfermedades cardiovasculares como enfermedad coronaria e hipertensión arterial, así como también en los factores de riesgo cardiovasculares y en el paro cardiaco (figura 2). En la tabla 1 se reflejan las principales características de los estudios analizados.

En dos de los artículos encontrados se da a conocer el papel del personal enfermero en el manejo de los factores de riesgo cardiovasculares, donde señalan la

necesidad de una mayor capacitación del persona enfermero, entre ellos, el auxiliar en enfermería y como los asesoramientos brindados por este contribuyen a disminuir los factores de riesgo asociados a aumentos en la presión arterial (Heery, Gibson, Dunne, y Flaherty, 2019; Klemenc, Terbovc, Gomiscek, y Kersnik, 2015). Por otra parte, en la figura 2 se observa que fueron encontrados un mayor número de investigaciones centradas al estudio de la enfermedad coronaria. En tres de estos estudios evalúan un programa de cuidados intensivos para mejorar la calidad de vida (Jorstad et al., 2013; Jorstad et al., 2016) y para tranquilizar a los pacientes con esta enfermedad (Hicks et al., 2014), mientras que en un estudio fueron evaluadas las percepciones de los pacientes sobre el cuidado brindado por el enfermero y auxiliar (Omari, AbuAlRub, y Ayasreh 2013).

En cuanto a la hipertensión arterial tres artículos señalan cómo los cuidados y las evaluaciones continuas de una enfermera y un AE (Carrington et al., 2016; Chiu y Wong, 2010) así como también las charlas motivacionales (Ma, Zhou, Zhou, y Huang, 2014) contribuyen a disminuir y controlar los niveles de presión arterial. Por último, un estudio refleja el papel de auxiliar durante las manifestaciones de paro cardiaco en unidades cardiológicas establecidas en hospitales (Guetterman et al., 2019).

Tabla 1. Características de los artículos incluidos

Autor y año	Objetivos	Tipo de estudio y diseño	Población estudiada	Resultados y conclusiones
Heery et al. (2019)	Conocimientos del personal enfermero sobre su papel en el manejo de factor de riesgo de ECV	Análisis transversal cualitativo con entrevistas semiestructuradas	Personal enfermero: 10 enfermeras, 7 auxiliares de enfermería	Variaciones en la capacitación y conocimiento sobre el papel del AE en el manejo de factores de riesgo, resultando prácticas inconsistentes. Necesidad de desarrollar programas de educación
Klemenc et al. (2015)	Impacto del asesoramiento del enfermero y AE sobre factores de riesgo cardiovasculares	Estudio de cohorte retrospectivo	Se evaluaron 20 enfermeras y 10 AE. Los pacientes estuvieron en grupo de prueba (128), grupo de control (129)	En grupo control (pacientes sin asesoramiento por enfermeras y AE) aumentos de presión arterial y colesterol. Personal enfermero contribuye de manera exitosa al aconsejar sobre cuidados y los factores de riesgo
Carrintong et al. (2015)	Evaluar el papel del personal enfermero para lograr niveles ideales de PA.	EC	Grupo intervención con cuidados y evaluación de una enfermera y un AE (156). Se midió la PR. Grupo atención habitual (348)	Los pacientes de intervención lograron con mayor éxito alcanzar los objetivos de PA debido al manejo de personal enfermero. El AE se encargó del monitoreo y asesoramiento de cuidados para disminuir la PA
Ma et al. (2014)	Efectividad de entrevistas motivacionales sobre cuidados de la hipertensión	ECA	120 pacientes en Grupo intervención: motivación por AE Grupo control: atención habitual	La PA disminuyó en grupo intervención durante el asesoramiento y motivación a pacientes. La implementación de este tipo de entrevistas en las funciones del AE contribuye a mejorar la PA en pacientes

Tabla 1. Características de los artículos incluidos. Continuación

Autor y año	Objetivos	Tipo de estudio y diseño	Población estudiada	Resultados y conclusiones
Chiu et al. (2010)	Efecto en el control de la PA cuando es manejada por personal de enfermería	ECA	130 pacientes. Grupo intervención con asistencia de enfermería y grupo control	Disminución en PA en grupo intervención. La enfermería tiene efectos positivos sobre control de PA. El AE se encarga de la monitorización y asesoramiento en dieta y medicación
Jorstad et al., (2013)	Impacto de programa de enfermería sobre riesgo cardiovascular en enfermedad coronaria	ECA. Programa de cuidado y asesoramiento intensivo enfocado en estilos de vida saludables, factores de riesgo y adherencia a la medicación	754 pacientes con síndrome coronario agudo. Grupo intervención con programa brindado por enfermeras y AE. Grupo control con atención habitual	Reducción de factores de riesgo en grupo intervención. Menores re-hospitalizaciones en este grupo. Los AE se encontraron capacitados para asistir al paciente durante los monitores. El asesoramiento puede conducir a una reducción en los reingresos hospitalarios
Jorstad et al., (2016)	Efecto de un programa de prevención sobre calidad de vida y depresión en pacientes con síndrome coronario.	ECA	Grupo intervención: programa de atención por enfermeras y AE El grupo de control: la atención habitual solamente	El programa mejoro calidad de vida de pacientes y disminuyó síntomas depresivos. El AE asistió al paciente en la ingesta de comida, proporcionando recomendaciones de dietas. Además, fue encargado de monitoreo y medición de niveles de depresión
Hicks et al. (2014)	Efectos de una intervención de enfermería para tranquilizar pacientes con dolores torácicos y enfermedad coronaria estable	ECA.	120 pacientes. Grupo intervención: recibieron folletos y aclaratorias por enfermera y AE sobre resultados de sus pruebas. Grupo control: Solo recibió resultados de pruebas.	Los pacientes informaron altos niveles de tranquilidad ante las aclaratorias de la enfermera y AE

3740 Tabla 1. Características de los artículos incluidos. Continuación

Autor y año	Objetivos	Tipo de estudio y diseño	Población estudiada	Resultados y conclusiones
Omari et al. (2013)	Percepciones de los pacientes sobre cuidados del personal	Estudio científico del tipo descriptivo	150 pacientes con enfermedades de las arterias coronarias y	Pacientes percibieron los cuidados físicos y técnicos como más

5 Discusión-Conclusión

La presente revisión sistemática destacó el importante papel que los auxiliares de enfermería deben desempeñar como parte del equipo interdisciplinario en los cuidados de los pacientes con enfermedades cardiovasculares. En el control de los factores de riesgos Heery et al. (2019) señalan que el personal de enfermería debe de tener conocimientos y prácticas actuales en la prevención de enfermedades cardiovasculares, sin embargo, son múltiples los factores que impiden el buen desempeño de las enfermeras y auxiliares de enfermería, como la gran variación entre las capacidades y experiencias en el manejo de factores riesgo dentro del personal y el aumento en las cargas laborales, lo cual conlleva a prácticas de prevención vagas e inconsistentes y pone en evidencia que existe una brecha entre los conocimientos teóricos y las prácticas. Dichos resultados concuerdan con los expuestos por Bryar et al. (2011) y Giltenane et al. (2015).

De igual forma, los auxiliares en enfermería señalaron que no existe un plan estructurado en la atención de pacientes con enfermedades cardiovasculares, siendo en consecuencia poco entendido el papel que deben ejercer para el control de los factores de riesgo. A diferencia de este estudio, Klemenc et al. (2015) destacaron que, a pesar que los auxiliares de enfermería no se consideran como el principal proveedor de información, estos pueden tener un papel importante en el control de los factores de riesgo cardiovasculares, ya que están presentes de manera continua durante los cuidados de los pacientes y por lo tanto, pueden brindar asesoramiento y educación en relación a medicamentos, dietas y actividades que promuevan la disminución de estos factores. Al igual que Thompson (1982), estos autores señalan que los auxiliares son responsables del monitoreo físico, siendo capaces de detectar complicaciones cuando los pacientes experimentan aumentos en los factores de riesgo cardiovascular.

Por otra parte, los auxiliares de enfermería consideran fundamental entre sus funciones responder las necesidades de las pacientes y a su vez intervienen en la tarea de escucharlos y aclarar las dudas que tengan, brindando mayor tranquilidad (Hicks et al., 2014), lo cual permite disminuir los niveles de ansiedad y estrés que presentan los pacientes con enfermedad coronaria. Bermejo et al. (2003) y Moyano et al. (2007) señalan que es de importancia para el personal de enfermería poseer las capacidades para el manejo de estos trastornos. La tecnología también es de gran uso entre los auxiliares de enfermería de unidades cardiológicas, ya que varios estudios han resaltado que los auxiliares cumplen funciones de monitoreo de la temperatura, signos vitales y presión arterial para detectar

los posibles cambios en los pacientes (Omari et al., 2013; Jorstand et al., 2013; Carrintong et al., 2016; Jorstand et al., 2016). Thompson (1982) afirma que estas funciones permiten brindar cuidados más integrales.

Un estudio el cual hay que destacar es el realizado por Jorstand et al. (2016), debido a que pone en evidencia que un programa de cuidados por parte de enfermeras y auxiliares tiene un efecto positivo sobre la calidad de vida y depresión en pacientes con síndrome coronario. Los auxiliares de enfermería participan activamente en estos cuidados brindando asesoramiento sobre estilos de vida saludables, terapias complementarias para reducir la ansiedad y el habitual seguimiento de las necesidades básicas de los pacientes. Estos autores, al igual que Bermejo et al. (2003), manifiestan que un manejo adecuado de los síntomas depresivos conlleva a reducir los riesgos de decaer durante la rehabilitación de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial y la enfermedad coronaria.

Este estudio permitió concluir que el papel del auxiliar de enfermería dentro de las unidades cardiológicas es de importancia para la atención adecuada de los pacientes con enfermedades cardiovasculares. Los auxiliares contribuyen a mejorar significativamente los niveles de estrés, ansiedad y presión arterial mediante los monitoreos y seguimientos, proporcionando, además, asesoramiento y educación sobre el manejo de estas variables. De igual manera, contribuyen a mejorar la calidad de vida del paciente mediante la atención habitual, interviniendo en las actividades de alimentación y cuidado personal. Los pacientes con estas enfermedades necesitan enfermeras y auxiliares bien capacitadas, por lo tanto, es de interés la promoción de mejores planes educativos al personal de enfermería, enfocados en los desafíos actuales sobre la atención de enfermedades cardiovasculares. Cabe destacar que, ninguno de los artículos plasmados en esta revisión sistemática ha estudiado en su totalidad el papel del auxiliar de enfermería en las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, estas investigaciones han proporcionado una idea de las actividades y funciones individuales del auxiliar, por lo tanto, se considera que estos resultados reflejan el papel que debe cumplir el auxiliar.

Por otra parte, es de señalar que la mayoría de los estudios analizados presentan muestras pequeñas, lo cual debe ser tomado en cuenta en posteriores estudios. Asimismo, es necesaria la realización de futuros ensayos clínicos que contribuyan a determinar los efectos de los cuidados del auxiliar en la atención de enfermedades cardiovasculares, de manera que pueda respaldar las funciones y

efectos observados en las investigaciones presentadas.

6 Bibliografía

- Álvarez, J., y Moro, O. (2011). Cuidados al paciente con alteraciones cardíacas. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- Astin, F., Carroll, D., De Geest, S., y Martensson, J. (2014). Working Group of the Education Committee of the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. Education for nurses working in cardiovascular care: A European survey. European Jorunal of Cardiovarcular, 13, 532–540.
- Barros, A., y Cavalcante, A. (2017). Nursing in cardiology: state of the art and frontiers of knowledge. Revista Brasileña de Emfermería, 70(3), 451-452.
- Bermejo, C., Dandonís. R., Álvarez, S., Barrentxa L., y Cabezudo A. (2003). Protocolo de Enfermería en la atención al paciente y familiar al ingreso en la unidad coronaria. Enfermería en Cardiología, 30(3), 32-35.
- Bryar, R., Kendall, S., y Mogotlane, S. (2011). Reforming Primary Health Care: A Nursing Perspective. Contributing to health care reform, issues and challenges. International Council of Nurses.
- Carrington, M., Jennings, G., Harris, M., Nelson, M., Schlaich, M., y Stocks, N. (2016). Impact of nurse-mediated management on achieving blood pressure goal levels in primary care: Insights from the Valsartan Intensified Primary Care Reduction of Blood Pressure Study. European Journal of Cardiovascular Nursing, 15(6), 409-416.
- Chiu, C.W., y Wong, F.K.Y. (2010). Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: A randomised trial. International Journal of Nursing Studies, 47(11), 1374–1382.
- Cortez, G., Mansilla, R., Moreno, M., Moyano, L., y Quesada, M. (2007). Aplicación de un plan de cuidados de enfermería en un programan de insuficiencia cardiaca. Enfermería en Cardiología, 41(2), 25-32.
- Giltenane, M., Kelly, M., y Dowling, M. (2015). Public health nurses', experiences of their role as part of a primary care team (PCT) in Ireland (2015). Australian Journal of Advanced Nursing, 32(3), 6-15.
- Guetterman, T., Kellenberg, J., Krein, S., Harrod, M., Lehrich, J.L., Iwashyna, T., y Nallamothu, B. (2019). Nursing roles for in-hospital cardiac arrest response: higher versus lower performing hospitals. BMJ Quality & Safety, 0(1). -
- Heery, S., Gibson, I., Dunne, D., y Flaherty, G. (2019). The role of public health nurses in risk factor modification within a high-risk cardiovascular disease population in Ireland – a qualitative analysis. European Journal of Cardiovascular

Nursing, 00(0).
- Herrera, A. (2008). Factores que influyen en las adherencias a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedades cardiovasculares. Avances en Enfermería, 26(1), 36-42.
- Hicks, K., Cocks, K., Corbacho, B., Elton, P., MacNab, A., Colecliffe, W., y Furze, G. (2014). An intervention to reassure patients about test results in rapid access chest pain clinic: a pilot randomised controlled trial. BMC Cardiovascular Disorders, 14(1), 138.
- Jorstad, H.T., Birgelen, C., Alings, A.M.W., Liem, A., Dantzig, J.M., Jaarsma, W., y Peters, R. (2013). Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial. Heart, 99(19), 1421-1430.
- Jørstad, H.T., Minneboo, M., Helmes, H.J.M., Fagel, N.D., Scholte, W.J., Tijssen, J.G.P., y Peters, R.J.G. (2016). Effects of a nurse-coordinated prevention programme on health-related quality of life and depression in patients with an acute coronary syndrome: results from the RESPONSE randomised controlled trial. BMC Cardiovascular Disorders, 16(1).
- Klemenc, Z., Terbovc, A., Gomiscek, B., y Kersnik, J. (2015). Role of nurse practitioners in reducing cardiovascular risk factors: a retrospective cohort study. Journal of Clinical Nursing, 24(21-22), 3077–3083.
- Ma, C., Zhou, Y., Zhou, W., y Huang, C. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. Patient Education and Counseling, 95(2), 231–237.
- Oldridge, N., Guyatt, G., y Fisher, M. (1988). Cardia rehabilitation asfter myocardial infaction. Combined experiencies of randomized clinical trial. JAMA, 260, 945-950.
- Omari, F.H., AbuAlRub, R., y Ayasreh, I.R. (2013). Perceptions of patients and nurses towards nurse caring behaviors in coronary care units in Jordan. Journal of Clinical Nursing, 22(21-22), 3183–3191.
- Thompson, D. (1982). Coronary care: too good to die. Nursing Mirror, 15, 42-44. Townsend, A., y McCulloch, J. (1982). Affairs of the heart: coronary care units and the nurses' role. Nurs Mirror, 155, 56–57.

Capítulo 671

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT.

DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ

MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA

VIOLETA VAZQUEZ GARCIA

ISABEL LOPEZ FUERTES

MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ

1 Introducción

El síndrome de Burnout o como bien se conoce "Síndrome de desgaste por el trabajo" se define como: una consecuencia del estrés laboral que se presenta con actitudes, acciones y sentimientos negativos hacia el rol que desempeña y hacia el personal que lo pueda acompañar dentro del área de trabajo. También se caracteriza por presentar agotamiento, sensación de cansancio y agobio tanto físico como mental(Cañadas-De la Fuente et al., 2015; gil Monte, 2001).

En el año 2000 la organización Mundial de la Salud) declaro al Síndrome de Burnaut como un factor de riesgo laboral, ya que tiene una gran capacidad de afectar la calidad de vida de las personas que lo llegan a padecer, arriesgando la salud mental y en el peor de los casos la vida(Hidalgo Murillo & Lachiner Saborío, 2015; Villanueva, Ortega, Astasio, Calle, & Domínguez, 2004).

Existen diferentes factores de riesgo que pueden llevar a que una persona padezca del Síndrome de Bunaut, entre ellos se destaca los componentes personales como la edad que se relaciona con la experiencia, la familia ya que una familia inestable acarrea un desequilibrio en la vida del individuo, la personalidad, se ha evidenciado que las personas con personalidad competitiva, hiperexigentes y perfeccionistas son menos capaces de controlar y afrontar sus emociones. Existen otros factores como los profesionales, que implica bajos salarios, poca motivación por parte del empleador, condiciones precarias, y explotación o aprovechamiento de las habilidades hasta cansar al individuo (Hidalgo Murillo & Lachiner Saborío, 2015; Khamisa, Oldenburg, Peltzer, & Ilic, 2015).

El Síndrome de Burnaut en el personal de enfermería se caracteriza principalmente por el agotamiento, este se evidencia por la falta de interés por el trabajo, también cuando empieza a existir un rechazo de leve a moderado hacia los pacientes y por ultimo se percibe entre las enfermeras una actitud negativa hacia el mismo y sus compañeros, irritabilidad, baja autoestima y baja productividad(Romero, Muñoz, Osorio, & Robles, 2014). Las consecuencias de que padezca el síndrome de Bournaut el personal de enfermería son, en primer lugar la repercusiones tanto físicas como emocionales que pueden llegar a ser irreparables, como la depresión, el alcoholismo, la ansiedad, dificultad para trabajar en grupo, y farmacodependencia(Czeglédi & Tandari-Kovács, 2019; Romero et al., 2014; Sánchez Alonso & Sierra Ortega, 2014).

Es considerado un problema de salud pública para las enfermeras auxiliares específicamente, ya que además de poner en riesgo la calidad de vida del personal, también pone en riesgo la atención de calidad que se debe brindar y garantizar a todos los pacientes dentro de un centro sanitario (Aldrete Rodríguez, Navarro Meza, González Baltazar, Contreras Estrada, & Pérez Aldrete, 2015; Mealer, Burnham, Goode, Rothbaum, & Moss, 2009).

Ya que son escasos o pocos los trabajos que se dedican a estudiar e investigar el Síndrome de Burnaut presente en las Auxiliares de Enfermería, sus causas, consecuencias y prevalencia, se busca con la revisión bibliográfica poder recopilar estudios que traten el tema, y se discuta la verdadera importancia de reconocer cuando una enfermera auxiliar está padeciendo este síndrome, y así las entidades sanitarias puedan prevenir su aparición, ayudando a generar mejor calidad de servicio en los centros hospitalarios.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Analizar mediante una búsqueda bibliografía de artículos de investigación publicados en los últimos 10 años la relación entre el auxiliar de enfermería y el Síndrome de Burnout.

Objetivos específicos
- Determinar las causas del Síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería.
- Determinar las consecuencias del Síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería.
- Conocer la incidencia y la prevalencia de este Síndrome dentro de los auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Tipos de diseño de estudio y marco temporal
Se realizo una revisión bibliográfica descriptiva de análisis cualitativo basada en artículos de investigación que han sido publicados en los últimos 15 años, sobre temas que abarcan a el Auxiliar de Enfermería y el síndrome de Burnout.

Estrategia de búsqueda
Para escoger los artículos de investigación, se hizo una búsqueda en las bases de datos Redalyc, Pubmed, InDICES CSIC, Dialnet. Utilizando palabras claves referentes a los términos que estuvieran incluidos en los títulos de los artículos de investigación.

Las palabras claves fueron:
• Auxiliar de enfermería
• Síndrome de Burnaut/burnout
Su equivalente en inglés:
• Nursing assistant
• Burnout/Burnout syndrome

La estrategia de búsqueda en las bases de datos se realizó mediante conectores boleanos “AND”, de esta manera se logro formar la frase de búsqueda:
“Auxiliar de enfermería AND síndrome de burnout/burnout”
“Nursing assistant AND Burnout/burnout syndrome”

Para que la búsqueda sea más exacta se tomaron en cuenta diferentes filtros, tales como:

• El año de publicación de la investigación, seleccionando solo los publicados en los últimos 15 años.
• Que los artículos estuvieran publicados completos y no presentaran limitaciones.
• El tipo de publicación donde se incluyeron ensayos clínicos, estudios longitudinales, estudios descriptivos, artículos de investigación y estudios de cohorte.
• Que los artículos estuvieran solo en español o inglés.
• Y el objeto de estudio, auxiliares de enfermería.

Criterios de selección.

Los criterios de selección se dividen en criterios de inclusión y criterios de exclusivos:

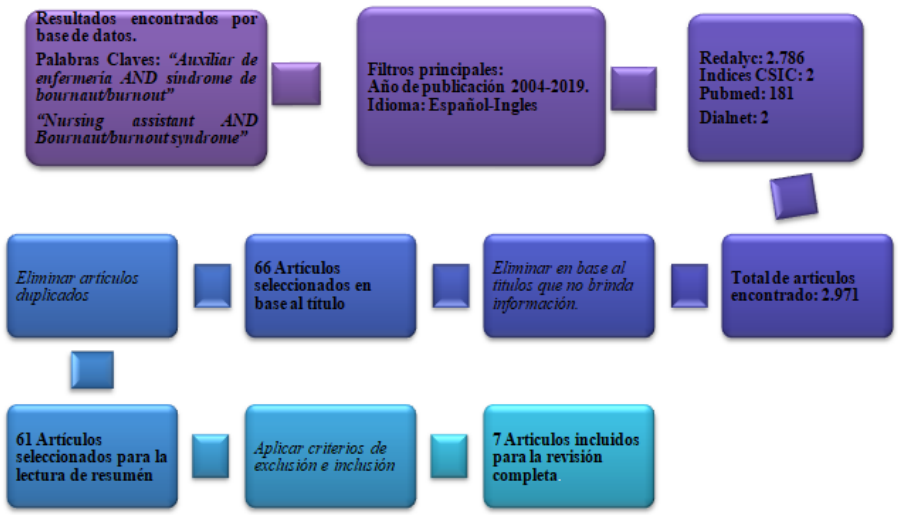
- Criterios de inclusión:

• Estudios descriptivos de una muestra de auxiliares de enfermería en el ámbito laboral.
• Artículos que estudien la relación del síndrome de Burnout y el personal de enfermería.
• Estudios que incluyan una muestra poblacional del personal de enfermería y el síndrome de Burnout.

- Criterios de exclusión:

• Estudios que no aborden el tema estudiado.
• Estudios que hablen sobre el Síndrome de Burnout en otras profesiones.
• Estudios de protocolos de ensayos sin una metodología aplicada ni resultados publicados.

Diagrama sobre el sistema y los procesos de búsqueda bibliográfica aplicada (síndrome de Burnout)



4 Resultados

Se encontraron en total 2.971 artículos en las cuatro bases de datos seleccionadas (Redalyc, Pubmed, InDICES CSIC, Dialnet) para la revisión bibliográfica, la mayoría de los artículos provienen de la base de datos Redalyc. Mediante la lectura de los artículos (2.971 artículos) se determinó que la mayoría no brindaban la información suficiente sobre el tema. 68 de los artículos fueron escogidos, de los cuales 5 de ellos estaban duplicados.

Se realizo una revisión detallada de los artículos, donde se leyeron los resúmenes de cada uno, para corroborar que cumplían con los criterios de inclusión y los filtros principales. Finalmente, de los 61 artículos restantes, se escogieron 7 artículos que si cumplían con los criterios desarrollados.

Síntesis cualitativa de los artículos incluidos en la revisión:
(Santana Cabrera et al., 2009). España. Estudio transversal descriptivo. Objetivo de estudio: Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidadoa intensivos y el de las plantas de hospitalización. Participantes: Personal de enfermería y auxiliar. Instrumento de medida: Encuesta anónima. Instrumento: Maslach Burnout Inventory, que consta de 22 ítems. Re-

sultados principales: Se logro determinar que el agotamiento emocional se encuentra en nivel medio en los grupos y es mayor en el personal auxiliar de la planta que en el del personal de UMI.

(Sanchez & Sierra, 2014). España. Estudio descriptivo. Objeto de estudio: Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. Participantes: Personal de enfermería y auxiliares (68). Instrumento de medida: Cuestionario de Maslach y Burnout Inventory en su versión en español. Resultados principales: Se determinó que el perfil del trabajador que padece síndrome de Bournout son enfermeras entre 35 a 44 años de edad con contrato fijo con una experiencia laboral mayor a 16años y una antigüedad en el centro hospitalario de 1 a 5 años.

(Ferreira & Lucca 2015). Brasil. Estudio descriptivo. Objeto de estudio: Síndrome de burnout en auxiliares de enfermería de un hospital público del estado de São Paulo. Participantes: Auxiliares de enfermería (534). Instrumento de medida: Cuestionario sociodemográfico y profesional. Inventario de Burnout de Maslach (MBI-SS). Resultados principales: Los resultados arrojaron que la prevalencia del síndrome de Burnout entre los auxiliares de enfermería fue del 5,9% se evidencio un alto agotamiento, una alta despersonalización y bajo rendimiento profesional.

(Fernandes, Nitsche & Godoy 2018). Brasil. Estudio descriptivo. Objeto de estudio: Asociación entre el síndrome de burnout, uso nocivo de alcohol y fumar en enfermería en la UCI de un hospital universitario. Participantes: 160 enfermeras/os. Instrumento de medida: Cuestionario estructurado. Resultados principales: Los resultados arrojaron que hubo una asociación positiva del Síndrome de Burnout con el tabaquismo en UCI Consideraciones finales: Los servicios de cuidados intensivos hospitalarios necesitan la asistencia de los gerentes de servicios con el fin de cuidar la salud de sus cuidadores.

(Vidotti Ribeiro, Galdino & Martins 2018). Brasil. Estudio trasversal. Objeto de estudio: Síndrome de Burnout y turnos de trabajo entre el personal de enfermería. Participantes: 502 enfermeras/os. Instrumento de medida: Instrumento de caracterización. Inventario de Burnout de Maslach - Encuesta de Servicios Humanos, Cuestionario de Apoyo-Control-Demanda. Resultados peincipales: Los resultados arrojaron que los profesionales que trabajan en el turno de noche que tienen poco apoyo social que no están satisfechos con el sueño que tiene hijos y que son técnicos o auxiliares de enfermería tienen muchas más posibilidades de experimentar altos niveles del Síndrome de Burnout.

1. Tabla (síndrome de Burnout)

N.º	Autor (Año)	País	Tipo de estudio	Objeto de estudio	Participantes	Instrumento de medida	Resultados principales
1	(Santana Cabrera et al., 2009)	España	Estudio transversal descriptivo	Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización	Personal de enfermería y auxiliar	Encuesta anónima Instrumento: Maslach Burnout Inventory, que consta de 22 ítems	Se logro determinar que el agotamiento emocional se encuentra en nivel medio en los grupos, y es mayor en el personal auxiliar de la planta que en el del personal de UMI
2	(Sanchez & Sierra, 2014)	España	Estudio descriptivo	Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI	Personal de enfermería y auxiliares (68)	Cuestionario Maslach Burnout Inventory en su versión en español	Se determinó que el perfil del trabajador que padece síndrome de Burnout son enfermeras entre 35 a 44 años de edad con contrato fijo, con una experiencia laboral mayor a 16 años y una antigüedad en el centro hospitalario de 1 a 5 años.
3	(Ferreira & Lucca, 2015)	Brasil	Estudio descriptivo	Síndrome de burnout en auxiliares de enfermería de un hospital público del estado de São Paulo.	Auxiliares de enfermería (534)	Cuestionario sociodemográfico y profesional Inventario de Burnout de Maslach (MBI-SS)	Los resultados arrojaron que la prevalencia del síndrome de burnout entre los auxiliares de enfermería fue del 5,9%; se evidencio un alto agotamiento, una alta despersonalización y bajo rendimiento profesional.
4	(Fernandes, Nitsche, & Godoy, 2018)	Brasil	Estudio descriptivo	Asociación entre el síndrome de burnout, uso nocivo de alcohol y fumar en enfermería en la UCI de un hospital universitario.	160 enfermeras/os	Cuestionario estructurado	Los resultados arrojaron que hubo una asociación positiva del síndrome de burnout con el tabaquismo en 01 UCI. Consideraciones finales: Los servicios de cuidados intensivos hospitalarios necesitan la asistencia de los gerentes de servicios con el fin de cuidar la salud de sus cuidadores
5	(Vidotti, Ribeiro, Galdino, & Martins, 2018)	Brasil	Estudio trasversal	Síndrome de Burnout y turnos de trabajo entre el personal de enfermería	502 enfermeras/os	instrumento de caracterización Inventario de Burnout de Maslach - Encuesta de Servicios Humanos Cuestionario de Apoyo-Control-Demanda	Los resultados arrojaron que los profesionales que trabajan en el turno de noche, que tienen poco apoyo social, que no están satisfechos con el sueño, que tienen hijos y que son técnicos o auxiliares de enfermería tienen muchas más probabilidades de experimentar altos niveles del síndrome de burnout

5 Discusión-Conclusión

Un estudio investigó el Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización (Santana Cabrera et al., 2009), logro determinar que este síndrome está presente en un nivel medio entre el personal tanto profesional como auxiliar, dando a conocer que no quedan exentos de presentar dicho síndrome dentro de la plantilla, siendo mayor en el personal que trabaja en planta, que en el personal que trabaja en UMI, sin dejar a nadie por fuera del estudio que no lo presente; lo que genera gran inquietud a la hora de evaluar el desempeño del personal que trabaja en estas áreas, ya que el Síndrome de Burnout genera gran impacto en la actuación de cada individuo lo que padece, considerándose en la actualidad una de las causas de ausentismo laboral.

Por otro lado una investigación estudió la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI (Sánchez Alonso & Sierra Ortega, 2014), y tuvo como resultado que el perfil del trabajador que padece dicho síndrome seria las enfermeras entre 35 y 40 años, con contrato de trabajo fijo, una experiencia laboral mayor a 16 años y antigüedad de 1 a 5 años en el puesto de trabajo, lo que nos da a conocer que si se presenta el Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería tanto auxiliar como profesional. Ya que las causas se interrelacionan es necesario abordar lo que realmente ocurre dentro de los centros de salud, el porque estas causas se repiten constantemente.

Un estudio realizado en Brasil (Ferreira & Lucca, 2015) investigó la presencia del Síndrome de Burnout en los auxiliares de enfermería de un hospital, generando como resultados que el 5,9% de la plantilla padecía este síndrome, con altos índices de agotamiento físico y mental, despersonalización y bajo rendimiento profesional, lo que causa a su vez, un porcentaje de mala calidad de atención de los pacientes que acuden al centro hospitalario; sin duda alguna el Síndrome de Burnout es uno de los principales causantes de la baja calidad de atención que reciben a diario los pacientes por parte del personal de enfermería en los centros de salud, y no solo es preocupante por la baja calidad de atención, si no que, el personal que se encuentra afectado puede generar múltiples consecuencias a nivel personal, que en su mayoría si no se aborda el problema a tiempo pudieran ser irreparables.

La investigación de (Fernandes et al., 2018) se basó en detectar la asociación entre el síndrome de burnout, uso nocivo de alcohol y fumar en enfermería en la UCI de un hospital universitario; los resultados arrojaron que hubo una asociación altamente positiva entre el síndrome y el tabaquismo presente en el personal de enfermería, estos resultados les ayudaron a concluir que los servicios de cuidados intensivos hospitalarios necesitan la asistencia de los gerentes para cuidar y prevalecer la salud del equipo de salud.

En 2018 se realizó un estudio sobre el Síndrome de Burnout y los turnos de trabajo entre el personal de enfermería(Vidotti et al., 2018), cuyos resultados arrojaron que los profesionales que trabajaban de noche, con poco apoyo social, que no están satisfechos en cuanto al sueño, que tienen hijos y que son técnicos o auxiliares en enfermería, las probabilidades de sufrir del síndrome de Burnout son altas, lo que genera una alarma en los centros hospitalarios para ayudar a prevenir que esto aumente, ya que, la atención al paciente disminuye su eficacia.

Conclusiones

En la actualidad existe un gran déficit en las investigaciones que se dediquen directamente a estudiar las causas del síndrome de Burnaut en los auxiliares de enfermería, sin embargo, si se han realizado estudios que hablen sobre la incidencia o la prevalencia del síndrome en el personal de enfermería. Por lo general las investigaciones se enfocan en abordar el tema directamente relacionado con los profesionales de enfermería, dejando a un lado que existe una población que trabaja en la misma área con funciones distintas, pero que necesitan ser investigadas debido a que también padecen de este Síndrome, y la importancia debe ser la misma.

De acuerdo a los objetivos planteados se pudo determinar que entre las consecuencias del síndrome del Burnaut que se presenta en el personal auxiliar de enfermería están:
• Baja calidad de atención que se le brinda a los pacientes, lo que genera a su vez un déficit en la recuperación eficaz en el paciente.
• Desgaste funcional y motor de los trabajadores, causando bajas que perfectamente podrían ser escasas o nulas si se aborda eficazmente el Síndrome.
• Hostilidad que se presenta dentro de los servicios debido al mal genio que provoca el Síndrome de Burnout.
• Bajo rendimiento del personal, lo que lleva a un problema profesional y personal que debe ser abordado por la gerencia de los hospitales y centros de salud para evitar que este síndrome se presente.

Todas estas consecuencias que se ven reflejadas en el desempeño del día a día del personal de enfermería, si se abordasen a tiempo la incidencia sería mucho menor, por ello es fundamental que se detecte la presencia de dicho Síndrome dentro del personal, tomándolo en serio y planteando medidas de prevención.

Gracias a los estudios se pudo conocer que existe el síndrome de Burnaut, este incide y prevalece en el personal auxiliar de enfermería, originado por múltiples factores que no se han podido especificar claramente, aunque en la mayoría de los casos el exceso de trabajo y la falta de personal en las áreas son las causas claves para que se presente el síndrome en los trabajadores. Mediante la demostración de que si padecen del Síndrome de Burnout el personal de enfermería (auxiliares y profesionales), y se identificaron las causas que prevalecen entre el personal que presenta dicho síndrome, se recomienda a las futuras investigaciones orientar el objeto de estudio a evitar que en esta población se presente este síndrome, lo que ayudará a que el trabajo en equipo dentro del personal de salud sea más eficaz.

Se recomienda direccionar futuros estudios a la investigación especifica de las

causas y las consecuencias del Síndrome de Burnaut en el personal de enfermería, y ya no solo a nivel auxiliar si no, también a nivel profesional, ya que el trabajo de enfermería es en equipo y todas las piezas son fundamentales para un buen rendimiento y para garantizar la atención de calidad a los pacientes.

1. Tabla (síndrome de Burnout)

N.º	Autor (Año)	País	Tipo de estudio	Objeto de estudio	Participantes	Instrumento de medida	Resultados principales
1	(Santana Cabrera et al., 2009)	España	Estudio transversal descriptivo	Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización	Personal de enfermería y auxiliar	Encuesta anónima Instrumento: Maslach Burnout Inventory, que consta de 22 ítems	Se logro determinar que el agotamiento emocional se encuentra en nivel medio en los grupos, y es mayor en el personal auxiliar de la planta que en el del personal de UMI
2	(Sanchez & Sierra, 2014)	España	Estudio descriptivo	Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI	Personal de enfermería y auxiliares (68)	Cuestionario Maslach Burnout Inventory en su versión en español	Se determinó que el perfil del trabajador que padece síndrome de Burnout son enfermeras entre 35 a 44 años de edad con contrato fijo, con una experiencia laboral mayor a 16 años y una antigüedad en el centro hospitalario de 1 a 5 años.
3	(Ferreira & Lucca, 2015)	Brasil	Estudio descriptivo	Síndrome de burnout en auxiliares de enfermería de un hospital público del estado de São Paulo.	Auxiliares de enfermería (534)	Cuestionario sociodemográfico y profesional Inventario de Burnout de Maslach (MBI-SS)	Los resultados arrojaron que la prevalencia del síndrome de burnout entre los auxiliares de enfermería fue del 5,9%; se evidencio un alto agotamiento, una alta despersonalización y bajo rendimiento profesional.
4	(Fernandes, Nitsche, & Godoy, 2018)	Brasil	Estudio descriptivo	Asociación entre el síndrome de burnout, uso nocivo de alcohol y fumar en enfermería en la UCI de un hospital universitario.	160 enfermeras/os	Cuestionario estructurado	Los resultados arrojaron que hubo una asociación positiva del síndrome de burnout con el tabaquismo en 01 UCI. Consideraciones finales: Los servicios de cuidados intensivos hospitalarios necesitan la asistencia de los gerentes de servicios con el fin de cuidar la salud de sus cuidadores
5	(Vidotti, Ribeiro, Galdino, & Martins, 2018)	Brasil	Estudio trasversal	Síndrome de Burnout y turnos de trabajo entre el personal de enfermería	502 enfermeras/os	instrumento de caracterización Inventario de Burnout de Maslach - Encuesta de Servicios Humanos Cuestionario de Apoyo-Control-Demanda	Los resultados arrojaron que los profesionales que trabajan en el turno de noche, que tienen poco apoyo social, que no están satisfechos con el sueño, que tienen hijos y que son técnicos o auxiliares de enfermería tienen muchas más probabilidades de experimentar altos niveles del síndrome de burnout

6 Bibliografía

- Aldrete Rodríguez, M., Navarro Meza, C., González Baltazar, R., Contreras Estrada, M., & Pérez Aldrete, J. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. Ciencia & Trabajo, 17(52), 32–36. https://doi.org/10.4067/S0718-24492015000100007

- Cañadas-De la Fuente, G., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G., & De la Fuente, E. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. International Journal of Nursing Studies, 52(1), 240–249. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001
- Czeglédi, E., & Tandari-Kovács, M. (2019). Characteristics and prevention of burnout syndrome among nurses. Orvosi Hetilap, 160(1), 12–19. https://doi.org/10.1556/650.2019.30856
- Fernandes, L., Nitsche, M., & Godoy, I. (2018). Associação entre Síndrome de burnout, uso prejudicial de álcool e tabagismo na Enfermagem nas UTIs de um hospital universitário. Ciência & Saúde Coletiva, 23(1), 203–214. https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.05612015
- Ferreira, N., & Lucca, S. (2015). Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia, 18(1), 68–79. https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010006
- Gil Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout). Retrieved from http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-
- Hidalgo Murillo, L., & Lachiner Saborío, M. (2015). Medicina legal de Costa Rica. In Medicina Legal de Costa Rica (Vol. 32). Retrieved from https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152015000100014&script=sci_arttext&tlng=en
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. International Journal of Environmental Research and Public Health, 12(1), 652–666. https://doi.org/10.3390/ijerph120100652
- Mealer, M., Burnham, E., Goode, C., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. Depression and Anxiety, 26(12), 1118–1126. https://doi.org/10.1002/da.20631
- Romero, G., Muñoz, H., Osorio, Y., & Robles, D. (2014). Sindrome de Bournat en el personal de enfermería. Retrieved from http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/administracion4.pdf
- Sánchez Alonso, P., & Sierra Ortega, V. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería. In Enfermería Global (Vol. 13). Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php
script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100012
- Sanchez, P., & Sierra, V. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. Retrieved from https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834852012

- Santana Cabrera, L., Hernández Medina, E., Eugenio Robaina, P., Sánchez Palacios, M., Pérez Sánchez, R., & Falcón Moreno, R. (2009). Enfermería clínica. In Enfermería clínica, ISSN 1130-8621, Vol. 19, No. 1, 2009, págs. 31-34 (Vol. 19). Retrieved from https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2912235
- Vidotti, V., Ribeiro, R. P., Galdino, M. J. Q., & Martins, J. T. (2018). Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 26(0), e3022. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2550.3022
- Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., & Domínguez, V. (2004). Revista española de salud pública. In Revista Española de Salud Pública (Vol. 78). Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008

Capítulo 672

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA. SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE ONCOLOGÍA.

MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ

DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ

MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA

VIOLETA VAZQUEZ GARCIA

ISABEL LOPEZ FUERTES

1 Introducción

En la actualidad y a nivel mundial los problemas de salud pública son de gran magnitud motivado a la gran incidencia y relevancia epidemiológica conexa con la aparición de variados tipos de cáncer y enfermedades terminales. Las enfermedades oncológicas se ocasionan cuando las células normales se transforman en cancerígenas; en ocasiones, los tratamientos convencionales para combatir estas enfermedades resultan en algunos casos poco efectivos lo que genera una elevada tasa de mortalidad (Tafur Cerna, 2017).

Se han realizado muchos esfuerzos para conocer la razón de los componentes que liberan el dolor, en los trabajos sobre neurofisiología del dolor, cuando se

investigación medicamentos para tratar el cáncer, en el uso de métodos convencionales y alternos para abordarlo, en la aplicación de procedimientos invasivos y no invasivos para aliviarlo, en la preparación de médicos expertos, de enfermería y los demás agentes que componen las unidades de salud encaminados en el tratamiento de pacientes con dolor; se considera que el beneficio de mayor importancia ha sido cambiar y particularizar el cuidado de las personas con cáncer que presentan dolor, individualizando los diagnósticos y los pacientes y sus desiguales patologías (Montealegre Gómez, 2014).

El adiestramiento en Enfermería Oncológica requiere de acciones que ameritan de un cuidado más severo, por encontrarse expuesto a diferentes situaciones que generan deterioro físico y emocional de los enfermeros ofrecidos al cuidado de pacientes con cáncer. "El grado de satisfacción del personal de enfermería oncológica, es un factor preciso para conseguir equilibrio en el ejercicio de su actividad" p.2 (Idalmis, 2007).

El progreso cubierto por la oncología necesita de tecnologías avanzadas, y del desarrollo que implica a todos los profesionales que trabajan en este entorno y que consienten un equipo interdisciplinario eficaz para confrontar los diferentes desafíos de la especialidad, sin olvidar los fundamentos bioéticos que gobiernan las buenas prácticas de la ocupación (Idalmis, 2007).

Los gremiales de la enfermería son un grupo en extremo vulnerable al estrés laboral, en el asunto de labores en cirugía. Las enfermeras están sometidas a exigencias físicas y emocionales intensas, puesto que tienen más periodos de tiempo con sus pacientes y parientes que los médicos tratantes, esto ya que se involucran en el cuidado del paciente de manera más directa y personal que los demás gremios. El personal de enfermería está en contacto directo con el abatimiento, el lamento, las náuseas, la sorpresa de defunción de los pacientes (Novoa Goméz et al., 2005). Generalmente, el personal no tiene la preparación adecuada para sobrellevar la relación a desempeñar con los pacientes, esto genera una desvalorización de la responsabilidad en la toma de resoluciones que ejerce el personal. El personal de enfermería está frecuentemente sometido a varias líneas de autoridad y no puede inspeccionar la acción de los cirujanos con los que trabaja, o del personal del área de dirección de enfermería que es el que determina su trabajo. Esta falta de cuidados en las actividades que desempeñan los enfermeros genera en ocasiones el agotamiento emocional (Idalmis, 2007).

La calidad de satisfacción del personal de Enfermería Oncológica es un coeficiente necesario para encontrar el equilibrio en las funciones del personal, de este

modo las actitudes, actos y contribuciones de parte del personal pueden progresar sin inconvenientes que debiliten o interfieran en los cuidados específicos que se deben realizar en esta especialidad (López et al., 1999; León, Jarana y Blanco, 2005). Mientras el personal de enfermería se encuentre satisfecho en sus actividades, los pacientes pueden ser mejor atendidos. Hay aspectos como el beneficio del trabajo, el orden de responsabilidad, el reconocimiento, el progreso profesional, la capacidad de desarrollo, que son aspectos motivacionales personales, y si no son proporcionadamente tratados, pueden desmotivar el compromiso por la ocupación de parte de los enfermeros (Idalmis, 2007).

La enfermería es una tarea gratificante, por el hecho de ser una enseñanza humana que implica esa inspección particular que tienen los pacientes cuando han restablecido la salud, del respeto que sienten hacia las personas que las han custodiado con paciencia, cuidado con propensión, y que han sabido interrumpir las ansiedades despertadas por la dolencia (Martínez, 2009).

La Realidad Actual:

En los últimos años, el ascenso de enfermedades oncológicas, así como su tratamiento y acompañamiento ha producido el aumento de celadores que atiendan sus exigencias diarias. Una buena parte de pacientes oncológicos se encuentran en estaciones avanzadas de enfermedad o terminales, por lo que requieren profesionales especializados (Tafur Cerna, 2017).

Desde el año 2012, en el mismo año, se han explorado 14 millones de acontecimientos nuevos y para el 2030 se espera que los casos lleguen a los 20 millones de afectados. El cáncer de mama, próstata y pulmón son los más prevalentes y se mantendrán constantes por lo menos incluso el año 2030, por lo que, se requerirá más especialistas en el campo, así como personal técnico entrenado (Tafur Cerna, 2017).

En el desarrollo de la disciplina enfermera, queda de manifiesto que el cuidado de la persona que va a fallecer y de su familia forma parte de las competencias propias. El Código Deontológico Español de Enfermería reconoce que las enfermeras ante un enfermo terminal, considerando los cuidados paliativos, debe esforzarse por prestar sus servicios incluso al final de la vida de los pacientes, de manera eficiente y compasiva deben atender los sufrimientos de los pacientes, además, de proporcionar a las familias el auxilio necesario para enfrentarse la muerte en caso de ser necesario (Espinosa, 2016).

Las actitudes personales hacia la muerte y los aspectos asociados, como el disgusto, la pena o el abatimiento, pueden circunscribir la apariencia en la que los gremiales afrontan la muerte. En los centros receptivos es el personal de enfermería quien pasa más periodo cerca de los pacientes, situación que lleva a la premura de saber manejar proporcionadamente el transcurso del duelo y de la muerte. El técnico de enfermería es quién debe resolver sus genuinos temores, ideologías y certezas frente a la muerte. El contacto con esta puede ser urgencia de estrés y pena psicológica, pudiendo protagonizar su aparición como un fracaso personal (Espinosa, 2016).

Para prestar la mejor atención asequible al paciente en situación de afección avanzada y terminal, se necesita una línea específica en aspectos destacados con la muerte, el combate, los cuidados paliativos, tanto en su educación pregrado como en su desempeño gremial (Espinosa, 2016).

Las emociones de los sindicales pueden influir en la clase de los cuidados (Bravo, Zurriaga y Peiró, 1998). Estos aspectos emocionales inciden en su forma de relacionarse y sincerarse, en la toma de decisiones y en la inteligencia de afrontamiento de la muerte (Espinosa, 2016).

2 Objetivos

El presente trabajo tiene por objetivo valorar la satisfacción laboral en el personal de enfermería que se encarga de la atención oncológica, considerando el grado de sobre obligación, estrés emocional y la capacitación que tiene el personal en la atención a los pacientes.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva de análisis cualitativo de artículos de investigación publicados los últimos 10 años que abarcaran los temas de: el celador en el servicio de farmacia, funciones del celador, importancia y riesgos de trabajo del celador en un hospital.

Se realizó una revisión bibliográfica, donde para la selección de los artículos de investigación, la búsqueda se inició a partir de las bases de datos Dialnet, ScienceDirect y PubMed. Se utilizaron los descriptores DeCs: Auxiliar de enfermería, oncología, satisfacción laboral, capacitación. Y los descriptores MeSH: Nursing Assistant, nursing, oncology, work satisfaction, training.

La estrategia de búsqueda en todas las bases de datos se realizó mediante el uso de los conectores boléanos “AND” y “OR” para formar la ecuación de búsqueda: (“Nursing assistant” OR Nursing) AND (Oncology OR “Work satisfaction” OR Training)

Los criterios de selección implementados, se dividen en criterios de inclusión y criterios de exclusión.

Criterios de inclusión:
• Estudios que incluyan una muestra poblacional de enfermeros/as adultos o jóvenes de cualquier rango de edad hombres o mujeres.
• Estudios descriptivos de una muestra sobre el nivel de satisfacción del personal de enfermería en el servicio de oncología.
• Artículos que estudien y evalúen la capacidad profesional del personal de enfermería y el perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial.
• Año de publicación: Se tomaron en cuenta los artículos publicados los últimos 10 años (desde 2009 hasta principios del 2019).
• Disponibilidad: Sólo se tomaron en cuenta los artículos completos que no presentaban limitaciones de acceso, ni que sólo estuviera publicado el resumen.
• Idioma del artículo: Artículos publicados en idiomas español e inglés.
• Tipo de publicación: Se incluyeron investigaciones de tipo ensayo clínico, artículos de investigación, ensayos clínicos aleatorizados, estudios de cohorte, estudios longitudinales, estudios descriptivos.
• Sujetos de estudio: Personal del servicio de enfermería, hombres y mujeres mayores de edad.

Criterios de exclusión:
• Estudios que no abordan el tema enfocado.
• Estudios de protocolos de ensayos, sin metodología aplicada ni resultados publicados.

4 Resultados

En el estudio realizado por Martínez, Rodríguez y García (2009) donde se evaluó el grado de satisfacción laboral sobre los factores extrínsecos e intrínsecos del personal de enfermería, en 7 factores de 15, el indicador Muy Insatisfecho (MI) superó al Muy Satisfecho (MS), de estos, 5 fueron factores extrínsecos y 2 intrínsecos: “condiciones físicas del trabajo”, “tu superior inmediato” y “tu salario”,

"relación entre dirección y trabajadores del hospital "tus posibilidades de promocionar", "el modo en que tu hospital está gestionado", y; "atención prestada a las sugerencias que haces".

Los resultados anteriores son contrarios a los encontrados por Hernández-Ledezma, Aguirre-Raya y Díaz-Díaz (2010), donde se observó que las auxiliares de enfermería se encuentran moderadamente satisfechas con su trabajo. Los cómputos de frecuencias mostraron que parte de los auxiliares de enfermería que están muy satisfechas con su profesión, mientras que una menor frecuencia de estos no estaba satisfecha. Se ha observado que la motivación se encuentra significativamente relacionada con el desempeño de las funciones puntualizadas para la categoría ocupacional. De esta manera, se ha considerado que cuando el personal de enfermería realiza las funciones que se corresponden con las regulaciones de la práctica para cada categoría ocupacional, estos se llegan a sentir más motivados profesionalmente.

En el grupo de estudio de Piotrkowska, Jarzynkowski, Książek y Mędrzycka-Dąbrowska, (2019), el valor promedio de satisfacción con la vida por parte de las auxiliares de enfermería incluidas en el estudio fue bastante bajo. El material recogido se analizó en términos de sensación de satisfacción con la vida dependiendo de la edad, antigüedad laboral, estado civil, trabajo extra y sistema de trabajo. Estos resultados también coinciden con los obtenidos en los factores medidos por Martínez, Rodríguez y García (2009), donde se observa insatisfacción respecto al sistema de trabajo cuando se media el factor "el modo en que tu hospital está gestionado", y la "atención prestada a las sugerencias que haces".

La mayoría de los participantes del estudio realizado por Saifan, Zoubi, Alrimawi y Melhem, (2019) declararon que brindar atención a pacientes con cáncer, en particular los enfermos que tenían pacientes con enfermedad terminal, producían efectos psicológicos negativos en el personal. Estos resultados coindicen con los obtenidos por Espinosa (2016). Muchas de las auxiliares de enfermería expresaron tener estrés y sentimientos de ansiedad al trabajar con estos pacientes, así como sentimientos de impotencia. Muchos de los participantes dijeron que las conversaciones con pacientes y familiares sobre la muerte y la muerte fueron muy estresantes y difíciles de afrontar.

Otros autores como Gillet et al. (2018) observaron que el apoyo percibido del supervisor, la congruencia de valores y la dotación de personal se relacionaron positivamente con la satisfacción de las necesidades psicológicas. Además, el apoyo percibido del supervisor, la congruencia de valores, la dotación de personal y la

satisfacción de las necesidades psicológicas se asociaron positivamente con la satisfacción laboral. Finalmente, la satisfacción laboral se relacionó positivamente con la calidad de la atención y negativamente con las intenciones de rotación. De igual forma, otros estudios han revelado que los efectos indirectos del apoyo percibido del supervisor y el personal de enfermería en la satisfacción laboral a través de la satisfacción de necesidades psicológicas fueron significativos, mientras que el efecto indirecto de la congruencia de valores en la satisfacción laboral no fue significativo. Todos estos factores también se encontraron relacionados a los resultados obtenidos por Hernández-Ledezma, Aguirre-Raya y Díaz-Díaz (2010), donde se observa que la satisfacción laboral también estaba relacionada con el desempeño de las funciones profesionales a nivel ocupacional.

Por último, según lo encontrado por Kamisli et al. (2017), las dificultades más frecuentes para trabajar en los departamentos de oncología fueron el agotamiento, el manejo de los problemas psicológicos de los pacientes y las muertes frecuentes. Los aspectos positivos más frecuentemente expresados de la enfermería oncológica fueron la satisfacción, el cambio de las percepciones sobre la vida y la realización de las prioridades en la vida. Las auxiliares de enfermería también evaluaron las habilidades necesarias para la enfermería oncológica, y las habilidades más frecuentemente expresadas fueron paciencia, empatía y experiencia.

5 Discusión-Conclusión

Perazagua et al. (2005) establecen que la satisfacción de las personas en su responsabilidad laboral es una de las variables más significativas relacionadas con el comportamiento organizacional y la dimensión de vida. Otros autores consideran que el grado de atención de los servicios sanitarios está relacionado directamente con el valor de satisfacción de sus trabajadores.

La enfermería oncológica moderna requiere esfuerzo emocional, resistencia física, habilidades técnicas, valores de trato a los pacientes de amabilidad y asertividad. La sobrecarga de trabajo, la concentración intensificada y aplicación de métodos psicológicos pueden causar un aumento de tensión en el lugar de trabajo (Piotrkowska, Jarzynkowski, Książek y Mędrzycka-Dąbrowska, 2019).

Se ha comprobado que existe insatisfacción del personal de enfermería en puntos que se reflejan en las dimensiones extrínseca e intrínseca como lo mencionado por Martínez, Rodríguez y García (2009). Las condiciones físicas de la ocupación laboral, el sueldo, la atención a las adversidades con los pacientes, el modo de

orientación ocupacional, la amplitud del desarrollo profesional, capacitación y actualización resultaron ser factores de insatisfacción laboral por parte del personal de enfermería. En los distintos estudios abordados en este trabajo, observamos que en la mayoría de los casos el personal de enfermería se encuentra insatisfecho debido a factores como las condiciones físicas del trabajo, el apoyo que dan los superiores, el salario, la relación entre la administración y trabajadores del hospital, en cuanto al puesto de trabajo, las posibilidades de promocionar en el puesto laboral, la manera de gestión de la institución, el sistema de trabajo y la atención que se da a las sugerencias hechas por el personal de enfermería (Martínez, Rodríguez y García, 2009; Piotrkowska, Jarzynkowski, Książek y Mędrzycka-Dąbrowska, 2019).

En cuanto a la aceptación del estado terminal de algunos pacientes en el servicio de farmacia, se determinó que existe consenso que el personal de enfermería que se enfrenta con la muerte padece en mayor o pequeño grado, alteración e intranquilidad que puede traducirse en actitudes de retroceso, huida e inestabilidad (Espinosa, 2016), conforme a estas observaciones, de acuerdo al estudio de Kamisli et al. (2017) donde las auxiliares de enfermería evaluaron las habilidades necesarias para la enfermería oncológica, y las habilidades más frecuentemente expresadas fueron paciencia, empatía y experiencia, se observa que la adquisición de estas habilidades son indispensables para apoyar al personal del servicio de enfermería en al aceptación del estado terminal de los pacientes en oncología.

El estudio de Saifan, Zoubi, Alrimawi y Melhem, (2019) se mostró que las auxiliares de enfermería entrevistadas tenían varios estresores psicológicos. La mayoría de los participantes expresaron algunos sentimientos negativos como ansiedad, depresión, impotencia y agotamiento. También se ha señalado que las auxiliares de enfermería generalmente experimentaron un agotamiento emocional, psicológico, espiritual y físico agudo.

Los resultados obtenidos por Hernández-Ledezma, Aguirre-Raya y Díaz-Díaz (2010), muestran que las auxiliares de enfermería se encuentran moderadamente satisfechas, lo que no coincidía con los demás estudios que mostraron insatisfacción laboral, según los autores, tiene relación con la política de humanización de las organizaciones de salud y la mejora del sistema de salud. Así, otros elementos que pudieran estar incidiendo son los horarios de trabajo en el servicio, y la carga de trabajo.

Por otra parte, de acuerdo a Kamisli et al. (2017), las auxiliares de enfermería experimentan agotamiento y necesitan apoyo, en particular para controlar el es-

trés relacionado con el trabajo y brindar apoyo psicológico. Las formas de apoyo para los auxiliares de enfermería pueden incluir conferencias, cursos, reuniones grupales y servicios de asesoramiento, que proporcionarán capacitación en el servicio y apoyo psicológico. Además, las pausas a corto plazo y las rotaciones entre departamentos también pueden ayudar a reducir el estrés relacionado con el trabajo.

Los resultados revelados por Gillet et al., (2018) establecen que el apoyo percibido del supervisor, la congruencia de valores y la dotación de personal se relacionaban positivamente con la necesidad de satisfacción. Por lo tanto, la presente investigación demuestra que mientras más auxiliares de enfermería perciban altos niveles de apoyo de los supervisores, sus actitudes personales son congruentes con las actitudes en la sala de oncología con los pacientes, y cuanto más personal esté presente, las auxiliares de enfermería satisfacen sus necesidades psicológicas.

La satisfacción con la vida y el trabajo son elementos condicionados mutuamente, y la enfermería oncológica se caracteriza por importante tensión física y mental en el área de trabajo. Por lo tanto, las implicaciones que surgen, que son importantes tanto para la enfermera como a nivel institucional deben ser considerado. La enfermería oncológica enfrenta el desafío de la objetivación y el equilibrio de necesidades físicas y emocionales del paciente individual. Sin embargo, su calidad depende del entrenamiento, habilidades, actitud y creencias de las auxiliares de enfermería, así como los niveles de satisfacción con la vida en este grupo profesional (Piotrkowska, Jarzynkowski, Książek y Mędrzycka-Dąbrowska, 2019).

La apatía laboral de las auxiliares de enfermería puede resultar en la atención a los usuarios de no llevar a cabo con una actitud positiva sus funciones (Martínez, Rodríguez y García, 2009). La edad y la antigüedad laboral afectan la satisfacción con la vida de las auxiliares de enfermería de oncología. Trabajar por turnos y tener un segundo trabajo reduce la satisfacción de las auxiliares de enfermería oncológicas con la vida. Las auxiliares de enfermería que identifican símbolos de felicidad en la categoría vida familiar feliz presentan un mayor nivel de satisfacción con la vida y el trabajo (Piotrkowska, Jarzynkowski, Książek y Mędrzycka-Dąbrowska, 2019).

En este estudio hemos analizado la satisfacción laboral de los auxiliares de enfermería en el servicio de oncología, los auxiliares de enfermería han demostrado su nivel de insatisfacción laboral en cuanto a diferentes factores que van desde el sistema de trabajo hasta el desempeño de sus funciones en el puesto de trabajo.

Otros factores relacionados con la insatisfacción laboral comprenden la edad del personal, trabajar por turnos, tener un segundo trabajo, agotamiento y manejo psicológico con los pacientes, señalando que los auxiliares de enfermería ameritan educación y apoyo psicológico en el abordaje de pacientes en etapas terminales de cáncer, así como el abordaje de pacientes que presentan síntomas psicológicos de depresión, ansiedad y miedo. Los auxiliares de enfermería, además, han demostrado el interés por conseguir el apoyo de sus superiores en su área de trabajo, así como generar un clima estable de trabajo con los pacientes, pueden ayudar a mejorar la satisfacción laboral. Se sugiere la integración, supervisión y el asesoramiento de las unidades de apoyo psicológico para necesidades personales de los auxiliares de enfermería que trabajan en torno a pacientes oncológicos, lo cual puede ayudar a aumentar la satisfacción laboral del personal auxiliar de enfermería.

6 Bibliografía

1. Bravo MJ, Zurriaga R, Peiró JM. (1998). Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. Revista de Psicología de la Salud. 1998;5(1):19-36.
2. Espinosa, S. M. (2016). Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología. NURE investigación: Revista Científica de enfermería, 13(82), 2.
3. Gillet, N., Fouquereau, E., Coillot, H., Cougot, B., Moret, L., Dupont, S., ... & Colombat, P. (2018). The effects of work factors on nurses' job satisfaction, quality of care and turnover intentions in oncology. Journal of advanced nursing, 74(5), 1208-1219.
4. Hernández Ledesma Y, Aguirre Raya DA, Díaz Díaz B, Curbelo JC. (2010). Satisfacción laboral en enfermeras de la atención primaria municipio Pinar del Rio, 2009. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2010 Sep;9(3):441-51.
5. Idalmis, I. O., Armando, M. M., & Idelmis, C. H. (2007). Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología. Revista Cubana Salud Publica, 33(3).
6. Kamisli, S., Yuce, D., Karakilic, B., Kilickap, S., & Hayran, M. (2017). Cancer patients and oncology nursing: Perspectives of oncology nurses in Turkey. Nigerian journal of clinical practice, 20(9), 1065-1073.
7. Latirgue T, Fernández V. (1998). Enfermería Una Profesión de Alto Riesgo. Universidad Iberoamericana. 1998. ISBN 968856611X, 9789688566114. 454 pag.
8. León J, Jarana L, Blanco A. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería: efectos sobre la comunicación con el usuario de los servicios

de salud. Rev Clínica y Salud. 2001;2 (1):73-80.
9. López SF, Bernal L, Cánovas A. en: Carrasco G, Solsona F, Lledó R, Pallarés A, Humet C. (1999). Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 649-50.
11. Martínez, H. T., Rodríguez, C. R., & García, E. I. (2009). Satisfacción laboral en enfermeras del hospital de oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. Enfermería Universitaria, 6(4), 21-25
12. Montealegre Gómez, D. C. (2014). Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. Revista Cuidarte, 5(1), 679-688.
13. Novoa Gómez, M. M., Nieto Dodino, C., Forero Aponte, C., Caycedo, C. E., Palma Riveros, M., Montealegre Martinez, M., ... & SÁNCHEZ DURÁN, C. A. R. O. L. I. N. A. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. Universitas psychologica, 4(1), 63-76.
14. Perezagua García MC, Del Río Moro O, Vidal Gómez B, Villalta Sevilla M. (2005). Satisfacción personal de Enfermería. ¿Se cumplen nuestras expectativas? Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. España: (35):2005.
15. Piotrkowska, R., Jarzynkowski, P., Książek, J., y Mędrzycka-Dąbrowska, W. (2019). Satisfaction with life of oncology nurses in Poland. International nursing review.
16. Saifan, A. R., Al Zoubi, A. M., Alrimawi, I., & Melhem, O. (2019). Exploring the psychological status of Jordanian nurses working with cancer patients. Journal of nursing management, 27(1), 215-222.
17. Tafur Cerna, M. A. (2017). Sobrecarga del cuidador primario en pacientes con cáncer en una Institución Oncológica de Lima-2017.

Capítulo 673

REPERCUSIÓN DE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS.

BELEN VELAZQUEZ RIESGO

1 Introducción

Según la OMS, la caída se define como ”cualquier acontecimiento que precipite a la persona al suelo contra su voluntad”.
Es uno de los síndromes geriátricos más importante, debido a su prevalencia y consecuencias

2 Objetivos

- Analizar los diferentes factores de riesgo relacionados con las caídas en un grupo de ancianos.
- Determinar la relación de los factores de riesgo con la aparición de diferentes patologías.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en guías de práctica clínica y bases de datos como SciELO y Medline mediante la utilización de palabras clave como caídas, ancianos, prevención, intervención

4 Resultados

Las caídas son un riesgo real que para la población anciana implica una preocupación considerable de salud pública, con repercusiones notables además de constituir un indicador de calidad asistencial. Los factores de riesgo se diferencian entre intrínsecos (la edad, alteración de la percepción sensorial, la polifarmacia, la pluripatología…) y extrínsecos (el lugar de residencia, iluminación, ropa y calzado…)

Las habitaciones deben ser amplias, sin suelos resbaladizos, alfombras, ni muebles y con iluminación adecuada. Para incrementar la seguridad y disminuir el temor a caer, se pueden realizar ejercicios para aumentar la coordinación, equilibrio y marcha.

5 Discusión-Conclusión

El 33% de los mayores de 65 años tienen al menos una caída al año. En los mayores de 80 años el porcentaje llega al 50%. La mitad de los ancianos que tienen una caída se vuelven a caer.
Aunque la mayoría de las caídas tienen consecuencias leves, un 10% pueden presentar complicaciones graves como fracturas (el 1% se fractura la cadera, con una alta letalidad), hematoma subdural, muerte.
Son una de las principales causas de inmovilidad, pérdida de autonomía, institucionalización precoz e ingresos hospitalarios (entre el 5-20% del total), aumentando el gasto sanitario y la carga familiar.

6 Bibliografía

- Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados.
- Carballo-Rodríguez, Adelina; Gómez-Salgado, Juan; Casado-Verdejo, Inés; Ordás, Beatriz; Fernández, Daniel.
- Gerokomos 2018, Volumen 29 Nº 3 Paginas 110 - 116.
- La prevención de caídas recurrentes en el paciente anciano . Bella Beorlegui, Miriam; Esandi Larramendi, Nuria; Carvajal Valcárcel, Ana. Gerokomos 2017, Volumen 28 Nº 1 Paginas 25 - 29.
- Análisis de las caídas en una residencia de ancianos y de la influencia del entorno . Samper Lamenca, Blanca; Allona López, Sara; Cisneros Larrea, Laura; Navas

Ferrer, Carlos; Marín Labanda, Raquel. Gerokomos Mar 2016, Volumen 27 Nº 1 Paginas 2 - 7.
- Risk of drug-related falls among noninstitutionalized older adults. García BP, et al. Rev Esc Enferm USP 2018. PMID 29668792 Free article.

Capítulo 674

FRAGILIDAD EN EL ANCIANO

BELEN VELAZQUEZ RIESGO

1 Introducción

Se define como anciano frágil o en situación de riesgo anciano con disminución de reservas fisiológicas y mayor riesgo de declive, por lo que presenta mayor vulnerabilidad ante perturbaciones externas,resultando una mayor predisposición para padecer episodios adversos de salud, pérdida de función, discapacidad o dependencia.

2 Objetivos

Definir los criterios de fragilidad en el anciano.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se establecen como factores de fragilidad ancianos mayores de 80 años, patología crónica invalidante, enfermedad terminal, deterioro cognitivo, alta reciente del hospital, aislamiento social, falta de apoyo familiar cercano, pérdida reciente de pareja, confinamiento en domicilio, vivir solo, situación de pobreza, malnutrición, trastornos en la marcha y/o caídas, o polimedicación. El criterio más importante para valorar la fragilidad del anciano: disminución de la velocidad de la marcha

5 Discusión-Conclusión

De todos los criterios utilizados para diagnosticar la fragilidad en los ancianos, el principal indicador es la disminución de la velocidad de la marcha. la Estrategia de Promoción de la Salud y prevención en el SNS en su documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor recomienda los criterios de Linda Fried modificados: disminución fuerza muscular, disminución velocidad de la marcha, disminución actividad física, pérdida de peso, agotamiento.

6 Bibliografía

- Prevención de la fragilidad en las personas mayores. Rev ROL Enferm | 2019 | 42(1):56
- Fragilidde, sintomas depressivos e sobrecarga de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social. Texto Contexto Enferm | 2018 | 27(3)
- La fragilidad como predictora de mortalidad en una cohorte de edad avanzada. Escobar-Bravo, Miguel Ángel; Jürschik, Pilar; Botigué, Teresa; Nuin, Carmen. Gaceta Sanitaria Dic 2014, Volumen 28 Nº 6 Páginas 489-491.
- Propuesta de plan estandarizado de cuidados para prevenir la dependencia y la fragilidad. Rodríguez Díaz, María Teresa; Pérez-Marfil, María Nieves; Cruz-Quintana, Francisco. Gerokomos Dic 2014, Volumen 25 Nº 4 Páginas 137-143.
- Anciano Frágil y Calidad de Vida. Orueta Sánchez, Ramón; Rodríguez de Cossío, Ángela; Carmona de la Morena, Javier; Moreno Álvarez-Vijande, Almudena; García López, Antonio; Pintor Córdoba, Cristina. Revista Clínica de Medicina de Familia Feb 2008, Volumen 2 Nº 3 Páginas 101 - 105

Capítulo 675

EL RIESGO DE CAÍDAS EN LA VEJEZ

ELVIRA SEÑORANS DIZ

MARIA DEL ROSARIO PONTÓN

NURIA SOLIS DEVESA

MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO

NURIA ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

El envejecimiento de la población hace necesario el estudio de los problemas de salud que más afectan a este sector. Las caídas por sus consecuencias físicas, psíquicas y socio-económicas constituyen una de las líneas prioritarias de actuación. Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes de nuestros tiempos, esto se debe a la elevada incidencia de caídas en el sector de la población mayor y al gran número de consecuencias que éstas producen tanto a nivel personal, familiar como económico. También debemos considerar este problema como un problema social, ya que en nuestro país existe un aumento progresivo de la población anciana.

Hay que tener en cuenta que un tercio de las personas mayores de 65 años sufre al menos una caída anual, elevándose esta frecuencia hasta el 40% de los ancianos mayores de 75 años. Es evidente por tanto, la importancia de la búsqueda de medidas preventivas para evitar estas caídas en las personas mayores. Las caídas provocan lesiones importantes y fracturas que, en los pacientes de edad

geriátrica, conllevan una larga y difícil rehabilitación, pudiendo llegar a ser en ocasiones fatales.

El porcentaje de población envejecida, es decir, la población mayor de 60-65 años, ha aumentado mucho desde mediados del siglo XX. Según el INE en 2002 en España el porcentaje de población envejecida se situaba en el 17%. Según el Informe de la ONU de 1999, en 2050 el país más envejecido del mundo será España con 3,6 personas con 60 años o más por cada persona de 15 años o menor. El proceso de envejecimiento es un proceso biológico y social que puede desarrollarse de forma fisiológica o patológica presentando, según el caso, diferentes características.

El envejecimiento a nivel biológico es un proceso intrínseco, progresivo y universal condicionado por diversos factores; es multifactorial, multiforme y no sigue una ley única que lo explique. Pero podemos concluir con que su característica fundamental es el deterioro del rendimiento funcional. Sin embargo, no todo el organismo envejece de la misma forma, por lo que surge el problema de delimitar la línea de separación entre el envejecimiento fisiológico y el patológico (para algunos autores esta separación es imposible). No obstante, definimos envejecimiento como una disminución, dependiente del tiempo, de ciertas capacidades funcionales del individuo, que le dificultan o le impiden superar retos internos o externos. Por lo tanto sería el resultado de la pérdida de funcionalidad y la pérdida de adaptabilidad o resistencia frente al estrés.

Actualmente se trabaja sobre la teoría del envejecimiento celular, por la que el envejecimiento se explica desde la capacidad limitada de replicación que poseen los fibroblastos humanos normales.
Debido al envejecimiento, como ya se dijo anteriormente, se producen una serie de cambios fisiológicos en las distintas estructuras del cuerpo humano. El envejecimiento a nivel social consiste en variaciones en las relaciones interpersonales, disminución de los contactos sociales, producto del cese de la vida laboral, los cambios de domicilio y las incapacidades derivadas de las enfermedades. Se producen pues, cambios a nivel personal y a nivel de la sociedad.

Estos cambios se producen en tres contextos principalmente: en la familia se produce la situación de la viudedad, en el ámbito laboral, la jubilación, y en la comunidad se producen variaciones respecto al lugar de residencia (traslado al domicilio de los hijos, institucionalización…). Estos cambios pueden ser relevantes para la forma de vida del anciano, su nivel de actividad y las posibilidades de atención sanitaria.

Patología del envejecimiento:
El envejecimiento será fisiológico "cuando se cumplan los parámetros biológicos aceptados para los distintos tramos de edad y se mantenga la capacidad de relación con el medio social". Con el paso de los años se modifica la capacidad respiratoria, el filtrado glomerular, la presión arterial, etc. El envejecimiento será patológico "cuando la incidencia de la enfermedad altere los citados parámetros y dificulte o impida las relaciones sociales"

Según esto, diferenciamos entre el concepto de anciano sano (situación de estabilidad clínica que permite la completa realización de las actividades cotidianas) y el de anciano frágil o de alto riesgo (aquel que reúne una serie de condicionantes que le hace especialmente sensible a la presencia de enfermedades o de sus complicaciones. Personas mayores que viviendo en el medio comunitario, son especialmente sensibles a cualquier tipo de agresiones en las esferas psíquica, clínica o social), como detallan los criterios de la OMS paciente geriátrico (anciano que presenta enfermedad o enfermedades que tienden a la incapacidad, que presenta pluripatología o polifarmacia y que tiene factores físicos, mentales y/o sociales que condicionan su evolución.

El envejecimiento, tanto sea fisiológico como patológico, conlleva el deterioro de ciertas estructuras funcionales, consecuencia o no de la existencia de ciertas enfermedades más frecuentes a una edad avanzada, que pueden dar lugar a los síndromes geriátricos. Se denomina síndromes geriátricos al conjunto de cuadros originados por la concurrencia de una serie de enfermedades y que tiene su expresión a través de cuadros patológicos no encuadrados en las enfermedades habituales. Dentro de esta gran clasificación sobresalen por encima de los demás, los llamados Gigantes de la Geriatría, que según B. Isaacs podrían resumirse en las 5 ies: inmovilidad, inestabilidad (caídas), incontinencia urinaria, impedimento intelectual e iatrogenia, aunque posteriormente se ha ampliado la clasificación haciéndose extensible también al accidente cerebro vascular (ACV), la afasia y la deprivación visual. Actualmente debido a su mayor frecuencia numerosos autores señalan la polifarmacia como otro de los síndromes geriátricos.

Epidemiología de las caídas:
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caída como "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo contra su voluntad" esto sucede de manera insospechada y repentina y puede ser confirmada por el paciente o por un testigo Los accidentes son la quinta causa de muerte y de ellos las dos terceras partes son caídas. Se puede decir que el 75% de las caídas se

producen en pacientes mayores de 65 años y estas caídas son la principal causa de fractura de cadera en el anciano.

También se puede afirmar que las caídas son la segunda causa principal de muerte por lesión del adulto mayor entre los 65 y 85 años y la primera, en el caso de los mayores de 85 años. En España, las caídas constituyen el 97% de las causas de accidente en personas mayores de 75 años. A pesar de ser un fenómeno frecuente en la vejez, las caídas no empezaron a estudiarse hasta la segunda mitad del siglo XX. Así Sheldon en 1948 señaló que al menos un tercio de los ancianos sufría una caída anual, que éstas eran más frecuentes en las mujeres (43% frente al 21% de los hombres), y que el riesgo de sufrir una caída aumentaba con la edad hasta los 85 años; y Nevitt en 1989 y Campbell en 1990, sugirieron que una cuarta parte de los sujetos de 65 a 74 años y un tercio de los mayores de 75 años, sufrían al menos una caída anualmente

La incidencia anual de caídas en el anciano joven (65-70 años) es del 25% y llega hasta el 35-45% al tener una edad más avanzada (80-85 años) Superados los 85 años el número de caídas que comunica la población general disminuye y esto se puede explicar quizás por la restricción de actividades y porque la misma población considera la caída como consecuencia inherente al propio envejecimiento. Overstall observó que no había mucha información sobre las caídas ocurridas en la comunidad ya que solo una pequeña parte era comunicada a los médicos. A pesar de la magnitud del problema, sólo entre el 9 y el 14% de las personas mayores en España informan a los servicios de salud de atención primaria del acontecimiento de la caída. Los mayores con múltiples enfermedades crónicas tienen mayor probabilidad de caer que los activos y saludables, lo que sugiere que muchas caídas ocurren como resultado de causas clínicamente identificables.

La importancia de las caídas radica en su elevada morbimortalidad y en la importancia de sus consecuencias psicológicas, sociales y económicas:
Una de las principales y más frecuentes consecuencias psicológicas de las caídas es el síndrome post caída (aquellas consecuencias a corto o largo plazo, no derivadas directamente de las lesiones físicas producidas en el momento de la caída); algunos autores sostienen que hasta el 25% de los ancianos que sufren una caída limitan su actividad por miedo a caídas posteriores, llegando incluso a la inmovilidad. Se trata de cambios de comportamiento y actitudes en las personas que han sufrido una caída y en su entorno familiar y que va a provocar una disminución de las actividades físicas y sociales. El síndrome post caída se caracteriza fundamentalmente por el miedo a padecer una nueva caída, la pérdida de

confianza para realizar una determinada actividad sin caerse y una disminución de la movilidad y la capacidad funcional. El estudio ICARE dice que las caídas en la comunidad son más frecuentes y más graves en las mujeres, en los mayores de 80 años y en aquellos sujetos más activos. Sin embargo, no todos los estudios corroboran estas afirmaciones, como es el caso de Tinetti y Wolfson que no encuentran evidencias de las diferencias en cuanto a la variable sexo. El factor de la edad tampoco es del todo cierto ya que si es verdad que el riesgo aumenta proporcionalmente al aumentar la edad, pero a partir de los 80 años se detiene esta línea ascendente por falta de actividad debida a un peor estado de salud y a una mayor prudencia de movimientos.

En el anciano que es más activo (es decir funcionalmente independiente y con una mejor salud) el riesgo de caerse es diez veces mayor que en el del anciano menos activo, esto se debe a que, a veces, el propio anciano al sentirse con "buena salud" no calcula los riesgos que puede tener la realización de actividades que pueden ser peligrosas como pintar el techo, subir a escaleras para acceder a grandes alturas, al tejado, colocar cortinas, etc. Todas estas actividades pueden ser muy peligrosas para el anciano porque, si pierde el equilibrio, pueden fallar los reflejos y los movimientos rápidos de cambio postural y, por lo tanto, pueden sufrir una caída.

2 Objetivos

- Revisar la importancia de las caídas en la población anciana.
- Conocer su elevada morbimortalidad y la importancia de sus consecuencias psicológicas, sociales y económicas.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Mesas Sotos, R; y Marañón Fernández, E.: Caídas en el anciano. En: Guillén Llera, F. y Pérez de Molino, J. (eds.) Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico.

Barcelona: Edit. Masson, 1994; 171-181.
- Sheldon, JH.: On the natural history of falls in old age. Br. Med. J., 1960, 4: 1685-1690.
- Tinetti, ME; y Falls: En W.R. Hazard, R. Andrés, E.L. Bierman, J.P. Blass (eds.) Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. Nueva York: Mc Graw-Hill, 1994; 3ª ed.; 1313-1320.
- Means, K; Rodell, D; y O´Sullivan P.: Caídas en adultos mayores institucionalizados: Descripción y evaluación geriátrica. Rev Méd Chile, 2003; 131: 887-894.
- Bloem, BR; Boers, I; Cramer, M.: Falls in the elderly: I. Identification of risk factors. Wien Klin Wachensohr, 2001; 113: 352-62.

Capítulo 676

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE HOSPITALIZADO.

MARIA GLORIA MURIAS RICO

ANA RODRÍGUEZ DEL POZO

ANA MARIA VARES GONZALEZ

MARÍA DEL CARMEN MENÉNDEZ BARREDO

SANDRA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En el actual modelo de atención sanitaria, dentro de las áreas sanitarias se distinguen dos tipos de atención:

- La atención primaria (centros de salud, consultorios) este es el primer nivel de atención. Las actividades de este nivel van dirigidas a la prevención, promoción, curación y rehabilitación tanto individual como colectivo.
- Atención hospitalaria donde se recibe una atención mas especializada y donde el TCAE juega un importante papel.

2 Objetivos

- Hacer una valoración diaria y objetiva del estado de la piel del paciente durante el aseo.
- Tener una comunicación tanto verbal como no verbal con el paciente.
- Establecer con el paciente una relación de ayuda.
- Proporcionar apoyo psicológico al paciente hospitalizado.
- Mantener la estancia del paciente limpia y desinfectada, previniendo contaminación cruzada.
- Acoger al paciente, proporcionándole todo el material que necesite, acompañarlo para mostrarle su habitación
- Resolver posibles dudas sobre el funcionamiento de la unidad de hospitalización.

3 Metodología

Revisada la bibliografía que a continuación se aporta, la forma de llevar a cabo una atención hospitalaria de calidad, es con un perfecto dominio de la comunicación tanto verbal como no verbal, empatizando. Conocer exhaustivamente los protocolos de limpieza y desinfección tanto de la piel como del entorno (materiales y mobiliario).

4 Resultados

Durante el tratamiento terapéutico, el TCAE es el trasmisor de información objetiva y subjetiva al facultativo para la erradicación de la enfermedad, así como un apoyo psicológico y conciliador con la situación tanto para el enfermo, como para sus acompañantes. Es fundamental a la hora de prevenir la UPP en pacientes encamados, globos vesicales, fecalomas, anorexia…etc

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE durante la estancia en centros hospitalarios es fundamental, debido a que es el personal que mas interactúa con el paciente, tanto a la hora de establecer una comunicación, como a la hora de hacer una observación empírica del estado físico y mental del paciente hospitalizado.

6 Bibliografía

- Web. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Principios Éticos Fundamentales.
- Trinidad Olivero, L. Adiestramiento: estilos de comunicación. Nov 2003.
- Alma-Ata.1978. Atención Primaria de la Salud.
- Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. H.U. Virgen de la Victoria. Ed. Málaga 2000.

Capítulo 677

HIGIENE POSTURAL EN EL TRABAJO.

EDITA MARTÍNEZ SANTIAGO

SERGIO CASADO GONZALEZ

ADELINA LUENGO FERNANDEZ

MARIA PILAR GONZÁLEZ TORRE

MARÍA DE LOS ÁNGELES DEL BARRIO VALDÉS

1 Introducción

Las posiciones de trabajo que supongan una postura forzada, que dé lugar a hiperextensión, hiperflexión o hiperrotación de las articulaciones, lleva asociado un riesgo postural. Estas posturas pueden producir lesiones por sobrecarga, y aunque el progreso y la evolución tanto en la configuración como en el desarrollo de los trabajos, ha hecho posible la eliminación y disminución de un número considerable de riesgos en el ámbito laboral y de accidentes, gracias a los dispositivos que facilitan y garantizan la seguridad del trabajador, evitando el esfuerzo en las movilizaciones, como pueden ser los dispositivos mecánicos disponibles(ej. deslizadores, elevadores, grúas)pero han ido apareciendo nuevos riesgos que son necesarios identificarlos, evaluarlos y controlarlos, pues afectan directamente en la salud de los trabajadores. Por tanto, es evidente que trabajo y salud se encuentran fuertemente ligados.

Se debe agregar que, en materia de prevención de riesgos los lugares de trabajo pueden ser un factor que condicione la salud, la seguridad y el bienestar de los

trabajadores. Así, cuando nos referimos al lugar de trabajo, estamos describiendo aquellas áreas del centro de trabajo en la que los trabajadores han de permanecer o acceder para el desarrollo de su trabajo, aunque no sea propiamente un "centro de trabajo", siendo emplazamientos con unas características muy variadas y de diferente tamaño y condición.

Es necesario recalcar que los lugares de trabajo deben cumplir una serie de características de modo que no den lugar a riesgos, ni perjudiquen la salud y la seguridad de los trabajadores. De hecho las características de los lugares de trabajo están reguladas por el Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, en él se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.

2 Objetivos

- Explicar brevemente los problemas ergonómicos que se producen entre los trabajadores de centros asistenciales (hospitalarios y no hospitalarios).
- Determinar que efectos provocan en la salud del trabajador y enumerar brevemente las medidas preventivas que se pueden aplicar para evitar este tipo de riesgos.

3 Metodología

Se realizo una búsqueda bibliográfica a través de distintas bases de datos como Medline, Wok, Psicoinfo, SciELO, Dialnet y PudMed, además de en los buscadores Google Académico y Jurn. El periodo para la búsqueda es desde 2010 hasta la actualidad.

Para la estrategia de búsqueda hemos utilizado las siguientes palabras clave en castellano, higiene postural, ergonomia laboral, ergonomia en hospitales, riesgo laboral fisico, lumbalgia, enfermedad laboral, accidentes posturales sanitarios. Tras obtener más de 100 publicaciones hemos excluido aquellos que solo hablaban de riesgos laborales fuera de hospitales, así como opiniones, o todas las que no se referían al ámbito sanitario.

4 Resultados

Disciplinas de prevención de riesgos laborales:

A lo largo de la historia, se va produciendo una evolución sobre el trabajo y la forma de ejecutarlo, mirando por lograr un objetivo prioritario que es la salud. Consecuentemente, la empresa como agente social principal, debe participar en el logro de este objetivo prioritario. Eliminar o reducir aquellos peligros o riesgos profesionales que se encuentran en nuestro entorno de trabajo. En base a esta gestión activa de seguridad, salud y bienestar de los trabajadores se han desarrollado recomendaciones, medidas y estrategias para prevenir, controlar, eliminar o reducir aquellos peligros o riesgos profesionales que se encuentran en nuestro entorno de trabajo. Encontrándonos en esta gestión activa de seguridad, salud y bienestar de los trabajadores con: técnicas de prevención de riesgos laborales.

Las técnicas de prevención de riesgos laborales tienen como finalidad prevenir los Riesgos profesionales para que no causen o se deriven en daños para la salud del trabajador. Son por tanto aquellas técnicas activas que están dirigidas a actuar directamente sobre los riesgos, antes de que se lleguen a materializar y producir daños en la salud de los trabajadores.

La higiene postural y la ergonomía son técnicas de prevención ; cuya .finalidad es reducir la carga que soporta la espalda durante las actividades diarias, son eficaces y producen el efecto esperado de cara a prevenir los dolores de espalda, una misma actividad puede realizarse de la misma manera, y adoptando posturas distintas en su realización, marcando así la diferencia, puesto que si se sigue una buena higiene postural y ergonomía adecuada podremos realizar las actividades del modo más seguro y liviano para la espalda.

- La ergonomía es una técnica preventiva que adecua el puesto de trabajo a la persona. Estudia, analiza y diseña los puestos de trabajo, sus procesos y los equipos de trabajo de acuerdo con las características del trabajador, para prevenir los riesgos derivados de la carga de trabajo y dar confort, cumpliendo así mejoras para el trabajador y para la empresa.
- La higiene postural es el conjunto de medidas a adoptar, para mantener una correcta posición corporal, tanto en quieto como en movimiento, con el objetivo de evitar lesiones, por haber adoptado posturas de trabajo forzadas e inadecuadas. Estas posturas forzadas constituyen unos de los factores de riesgo más importantes en los trastornos musculoesqueléticos.

El análisis de la higiene postural requiere el conocimiento, mantener posturas de trabajo adecuadas y tener en cuenta el mobiliario y que las condiciones adaptadas dentro del entorno; como pueden ser: iluminación, diseño de los puestos de trabajo, exigencias de la actividad, etc.

Efectos sobre la salud:
Dentro de los riesgos posturales la patología más frecuente afecta, mayormente al cuello, a las extremidades superiores, la columna vertebral y las extremidades inferiores: síndrome cervical, síndrome del túnel carpiano, tendinitis, tenosinovitis, lumbalgias, etc. Los riesgos posturales, incluyen: posiciones del cuerpo fijas o restringidas; posturas que sobrecargan los músculos y tendones; posturas que cargan las articulaciones de una manera asimétrica.

Acción y medidas preventivas:
La acción preventiva es todo sistema de gestión que el empresario debe de establecer para eliminar el riesgo laboral y que permita prevenir y anticiparnos a posibles daños que se puedan ocasionar sobre la salud de los trabajadores. En este sentido, una vez realizada la evaluación de riesgos laborales y en función de los resultados obtenidos, se procederá a planificar la acción preventiva, para implantar las medidas pertinentes. Por consiguiente, se establecen un conjunto de medidas o acciones

Concretas para eliminar o reducir los riesgos en el origen, es decir, las conocidas como medidas preventivas. Actuaciones que se implantan para eliminar o disminuir la probabilidad de materialización de los riesgos, en cuanto a la higiene postural, cuya principal objetivo es conseguir efectividad con el mínimo esfuerzo, las normas de mecánica corporal son:
- Adaptar el área de trabajo, en la que vayamos a realizar la actividad, eliminar objetos innecesarios que entorpezcan, o estén deteriorados.
- Mantener la espalda recta, pies separados, orientando siempre uno de ellos en la dirección hacia donde vayamos.
- Hacer el trabajo utilizando los músculos de las piernas, que deben de estar algo flexionadas.
- Planifique los movimientos para evitar caídas.
- Contraer los músculos abdominales y glúteos para estabilizar la pelvis.
- Sujetar y mover la carga cercana al cuerpo, para contrapesar con el cuerpo los centros de gravedad.
- Mantener una alineación del cuerpo adecuada al realizar esfuerzos. (No girar el cuerpo)
- Empujar una carga requiere menos esfuerzo que al levantarla.
- Realizar los movimientos de manera coordinada cuando interviene más de un profesional.
- Utilizar puntos de apoyo siempre que se pueda

5 Discusión-Conclusión

Muchas molestias de espalda son fruto de unos malos hábitos de postura, el corregirlos beneficia nuestra salud, pues todas las actividades requieren de un importante esfuerzo físico, y si no se realiza adecuadamente puede tener graves consecuencias a corto y largo plazo, ocasionando daño principalmente a la columna lumbar, los hombros, las rodillas y el tejido músculo-tendinoso; por eso hay que dar protección adoptando una correcta higiene postural, ya que tiene importantes repercusiones sobre la posible predisposición y agudización de alteraciones y lesiones en el organismo como molestias de espalda que frecuentemente cursan sin imagen representativa en radiografía y solo son objetivas viendo los hábitos posturales inadecuados o curvaturas raquídeas fisiológicas como consecuencia de desequilibrios o insuficiencias de los músculos y ligamentos responsables de la buena armonía mecánico –funcional de todos los segmentos vertebrales.

Hay determinadas posturas, mantenidas durante largo tiempo, como puede ser durante la jornada de trabajo, debe ser sometida a estudio ergonómico, con el fin de conseguir una cuidadosa adaptación de la persona a sus tareas y prevenir posibles disfunciones. Los aspectos emocionales como responsables del mantenimiento de posturas inadecuadas por crispación también tienen igualmente muchas repercusiones. La postura correcta desde el punto de vista fisiológico es aquella que no es fatigante, no es dolorosa, ni altera el equilibrio, ni la movilidad, ni el ritmo humano.

6 Bibliografía

1. La tarea de cuidar: higiene postural, movilización y transferencias [monografía en Internet]. Zaragoza: Departamento de Servicios Sociales.Manual para el cuidador; I.S.B.N. 978-84-8380-256-4
2. https://www.laopiniondemurcia.es/vida-y-estilo/salud/2013/03/05/posturas-cuidar-espalda/457004.html
3. http://www.acmi.org.co/pacientes/recomendaciones/higiene-postural

Capítulo 678

CUIDADOS BÁSICOS DE LA COLOSTOMÍA.

SANDRA CARBAJAL FERNÁNDEZ

MARTA VEGA GUTIÉRREZ

1 Introducción

Una colostomía es una abertura en la barriga (pared abdominal) que se realiza durante una cirugía. Se hace pasar un extremo del colon (intestino grueso) a través de esta abertura para formar un estoma. La ubicación del estoma en el abdomen depende de la parte del colon que se usó para construirla. Algunas colostomías son grandes, otras son pequeñas; algunas se colocan del lado izquierdo del abdomen, otras del derecho y otras pueden estar en el centro.

Una colostomía puede ser de corta duración (temporal) o de por vida (permanente) y se puede hacer en cualquier parte del colon.
• Colostomía temporal:
El tratamiento de ciertos problemas de la parte inferior del intestino grueso requiere que esa porción esté en reposo. Esto se logra evitando que la materia fecal llegue hasta allí. Para ello se crea una colostomía temporal (de corto plazo) que permitirá que sane el intestino. Puede que el proceso de sanación tome varias semanas, meses o incluso años. Con el tiempo, la colostomía se revierte (retira) y el intestino comienza a funcionar como lo hacía antes (la materia fecal vuelve a salir a través del ano).
• Colostomía permanente:
Cuando parte del colon o del recto enferma, se tiene que hacer una colostomía de largo plazo (permanente). La parte enferma del intestino debe ser extirpada

o dejarse sin función permanentemente. En este caso, no se espera cerrar la colostomía en el futuro.

Después de hacer una colostomía, los intestinos funcionarán tal y como lo hacían antes, con la excepción de:
• La porción del colon y del recto que se encuentran más allá de la colostomía. Esta porción habrá sido desconectada o extirpada.
• El ano. Éste dejará de ser el punto de salida de las heces fecales, aunque aún seguirá siendo un punto de salida de mucosidad de vez en cuando, lo cual es normal.

Puesto que los nutrientes se absorben en el intestino delgado, una colostomía no afectará cómo el cuerpo procesa el alimento. Las funciones principales del colon son las de absorber agua, transportar la materia fecal hacia el ano y luego almacenarla en el recto hasta que salga del cuerpo. Cuando una colostomía cambia la ruta de la materia fecal, el área de almacenamiento deja de estar disponible.

Entre más arriba se haga la colostomía, más corto quedará el colon, y entre menos tiempo tenga el colon para absorber el agua, más propenso es que la materia fecal contenga más líquido haciendo que tenga una consistencia más suave. Una colostomía más abajo en el colon, cerca del recto, eliminará materia fecal que ha estado en el intestino por una mayor cantidad de tiempo. Dependiendo de las circunstancias de la enfermedad, los medicamentos u otras formas de tratamiento, entre más extenso quede el colon, más sólida y formada será la materia fecal.

• Colostomía transversa:
Se realiza cuando es preciso dejar en reposo la parte descendente del colon. De esta forma, las heces se evacuan antes de llegar a la parte afectada por la enfermedad. El estoma u orificio se suele realizar en la parte superior del abdomen. Hay diversos tipos, como la denominada "en asa" en la que existen dos orificios, por uno se expulsan heces y por el otro únicamente mucosidad. La denominada de "doble boca" es parecida a la anterior, pero los dos orificios son independientes. Este tipo de colostomía suele ser temporal, aunque en circunstancias especiales puede tener carácter permanente. Algunos de los problemas que pueden surgir en el colon debido a una colostomía transversa incluyen:
• Diverticulitis. Ésta es una inflamación de los divertículos (pequeños sacos a lo largo del colon). Puede causar abscesos, cicatrización con constricciones (estrechamiento anormal) o ruptura del colon e infecciones en casos graves.
• Enfermedad inflamatoria intestinal
• Cáncer

• Obstrucción (bloqueo)
• Lesiones
• Defectos congénitos (de nacimiento)

Si hay problemas en la parte inferior del intestino grueso, ésta puede requerir reposo para su sanación. Puede realizarse una colostomía transversa para mantener la materia fecal fuera del área inflamada, infectada, enferma o recién operada del colon, permitiendo así su sanación. Este tipo de colostomía generalmente es temporal. Dependiendo del proceso de sanación, la colostomía se requerirá por un lapso de varias semanas, meses o hasta años. Si con el paso del tiempo el paciente sana, es probable que se revierta (cierre) la colostomía quirúrgicamente y que vuelva a tener una función intestinal normal.

La colostomía transversa permanente se hace cuando la parte inferior del colon tiene que ser extirpada o puesta en reposo permanente; o si otros problemas de salud impiden que el paciente se someta a una cirugía mayor . Entonces la colostomía será la salida permanente de la materia fecal y no se cerrará en el futuro.

Colostomía transversa en asa : esta colostomía puede parecer un estoma muy grande, pero cuenta con dos aberturas. Una abertura expulsa la materia fecal, mientras que la otra expulsa mucosidad solamente. El colon normalmente produce pequeñas cantidades de mucosidad para protegerse del contenido de los intestinos. Esta mucosidad pasa con las evacuaciones y generalmente no se nota. A pesar de la colostomía, la parte del colon que está en reposo seguirá produciendo mucosidad que continuará saliendo ya sea a través del estoma o del recto y el ano, lo cual es normal y esperado.

Colostomía transversa de doble boca: al crear una colostomía de doble boca, el cirujano divide el intestino completamente. Cada abertura es llevada a la superficie hacia un estoma separado. Puede o no que haya piel entre los dos estomas. También en este caso, una abertura expulsa la materia fecal y la otra solamente la mucosidad (a este estoma más pequeño se le conoce como fistula mucosa). Algunas veces, el extremo de la parte inactiva del intestino se clausura mediante una costura y se deja dentro del abdomen. Entonces, queda solo un estoma. La mucosidad producida en la porción inactiva pasa a través del ano.

2 Objetivos

- Conseguir que los pacientes con colostomía tengan una vida feliz, y se adapten a su nueva situación.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica en diferentes revistas científicas, artículos periodísticos de investigación médica y en varias bases de datos, utilizando para ello los siguientes descriptores; colostomía, cuidados del estoma, anastomosis, colectomia, fistula, colitis ulcerosa, ano artificial o ileostomia. Nos centramos sobre todo en recopilar información sobre los cuidados básicos no quirúrgicos de la colostomía, es decir, los cuidados que necesitaban una vez concluida la operación, y la preparación para ese tipo de intervención.

4 Resultados

Aunque es normal sentirse sensible sobre cómo una ostomía cambia su cuerpo, los encuentros íntimos significativos y gratificantes aún pueden ser parte de su vida y la de su pareja. La comunicación y la confianza son la parte más importante del proceso de cicatrización. Es reconfortante saber que las relaciones sexuales no le harán daño a su estoma, ni a usted. Tómese el tiempo después de la cirugía de reconocer los cambios en su cuerpo, póngase en contacto con sus emociones y sobre cómo se siente después de la cirugía, y comparta sus sentimientos con su pareja.

Después de la cirugía, muchas mujeres sienten sequedad vaginal. Pruebe un lubricante, o pregunte a su médico sobre otras opciones para tratar la sequedad vaginal, y los metodos anticonceptivos que puede usar, la pildora seguramente no sera uno de ellos.

Antes de ver la colostomía por primera vez, recuerda que estará muy hinchada tras la cirugía, y puede que también tenga moratones y puntadas. Si bien un estoma normalmente es húmedo y de color rosado o rojo, es posible que al principio tenga un color más oscuro. El estoma cambiará notablemente conforme sane: se achicará y cualquier coloración se volverá más uniforme, quedando un estoma húmedo de color rojo o rosa. Esto puede tardar varias semanas.

En poco tiempo el paciente notará que puede sentir en qué momento va a expul-

sar materia fecal o gases por su colostomía, sin embargo, no podrá controlarlo. Su colostomía no tiene un músculo de esfínter que haga la función de válvula, como lo tiene el ano; por esta razón tendrá que usar una bolsa encima de su colostomía para recolectar la descarga.

Una vez dado de alta en el hospital, es necesario que la persona inicie cuanto antes su vida normal y que incorpore a su rutina diaria la limpieza y cuidado de la colostomía.

La limpieza diaria de la colostomía consiste en lavar la piel alrededor del estoma con agua tibia, jabón neutro y esponja natural, realizando movimientos circulares y secando a continuación sin frotar con una toalla suave. Una vez seca la piel se coloca la bolsa.

Si tiene vello en la zona, córtelo con tijeras. Nunca debe rasurarlo o utilizar ningún tipo de depilatorio porque también podría irritarle la piel. No conviene que utilice colonias, ni lociones con alcohol por la misma razón, su piel se resecaría y sería más fácil que luego se irritase.

El material colector está formado por la bolsa propiamente dicha y por un adhesivo, que se pega a la piel que rodea la colostomía, de tal forma que permite que la bolsa quede fija y no se mueva o despegue incluso aunque se moje. Existen varios dispositivos, su elección dependerá de las necesidades y condiciones del paciente, teniendo en cuenta que:
• Deben ser de uso y cambio sencillos.
• Deben garantizar la perfecta sujeción a la piel.
• Deben ser eficaces en su durabilidad y hermeticidad para evitar fugas de olores o heces.

Los pacientes piensan que la bolsa que llevan se notará a través de la ropa. Nada más lejos de la realidad, actualmente existen bolsas tan finas y flexibles, que se adaptan perfectamente a los contornos del cuerpo y son absolutamente discretas debajo de la ropa.

Normalmente los pacientes tienen una percepción negativa de su imagen corporal, mayor tendencia a la depresión y disminución de sus actividades laborales, sociales y sexuales. Dichas alteraciones se relacionan con la existencia o tendencia previa a la depresión, la ausencia de información preoperatoria adecuada y con el desarrollo de complicaciones del estoma. La adecuada información preoperatoria, como postoperatoria para la prevención de complicaciones relacionadas

con el estoma es de crucial importancia para la calidad de vida del paciente ostomizado.

Algunos hombres pueden experimentar síntomas de disfunción erectil (es decir, lograr / sostener una erección o incapacidad para eyacular) la primera vez que tienen momentos íntimos después de la cirugía. ¡No se preocupe ni entre en pánico! Esto puede ocurrir frecuentemente - puede ser relacionado con la propia cirugía o a inquietudes sobre los momentos íntimos después de la cirugía. Son problemas transitorios, coméntelos con su médico. La Dieta no es estricta, después de ser ostomizado debe introducir los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades. Por lo general, se inicia con una dieta baja en fibra y baja en residuos, hasta establecer una dieta normal. No introducir alimentos nuevos hasta comprobar cómo se toleran los anteriores.

El equipo de enfermería tiene que explicarle al paciente que tiene que comer despacio y masticar bien, con la boca cerrada para evitar la formación de gases. Enseñarle que algunos alimentos como la cebolla, ajo, pescado y huevos pueden producir olores ofensivos. Facilitarle al paciente un listado de alimentos que influyan en el aumento del olor y los gases.
- Evitar ayunar y saltarse comidas.
- Omitir comidas que aumenten la incidencia de evacuaciones acuosas y de gases. Si aparecen diarrea o estreñimiento utilizar dietas especiales.
- Es importante beber una cantidad suficiente de agua (2-3 litros/día), sobre todo entre las comidas.
- Disminuir la utilización de la cafeína porque puede incrementar el contenido ácido del estómago y aumentar el tiempo de tránsito intestinal.
- La falta de hábitos higiénicos bucodentales genera alteraciones a dicho nivel (gingivitis, pérdida de piezas dentales…)
- Los hábitos nocivos como el consumo de tabaco y alcohol pueden generar alteraciones nutricionales por la disminución del apetito que producen. El alcohol puede interferir en la absorción de diversos nutrientes como el ácido fólico, vitamina B12, zinc, magnesio…
- Es bueno conocer los alimentos que pueden contribuir a la formación de gas: Judías, lentejas, chícharos, frijoles, col, rábano, cebolla, brócoli, coliflor, pepino, ciruelas pasas, manzana, pasas, plátano, cereales con salvado o salvado de cereales.
- Alimentos que aumentan los gases y el mal olor: Legumbres, Cebollas, ajos, col, coliflor, frutos secos, espárragos, alcachofas, Huevos, Cerveza, bebidas con gas, especias, carne de cerdo.

- Alimentos que inhiben el olor: Mantequilla. Yogurt. Queso fresco. Cítricos Perejil. Menta.

En las primeras semanas después de la operación será conveniente tomar cantidades moderadas a pequeñas de alimentos en todas las comidas, es aconsejable repartir los alimentos de 24 horas en 5 o 6 veces, poco se ira aumentando el volumen y reduciendo el número de comidas. ¡Y lo más importante, disfrute de la comida! Otro punto importante es el cuidado de la piel alrededor del estoma porque se puede evitar muchas complicaciones siguiendo estas pequeñas sugerencias:
• El paciente puede ducharse exactamente como lo hacía antes de la cirugía, con su bolsa puesta o no, la opción depende de él.
• Si hace un cronograma, esto le asegurará que su barrera cutánea será cambiada antes de que el adhesivo se desgaste, reduciendo la probabilidad de que los fluidos tengan contacto con la piel. Su programación debería ser personalizada basada en el tipo de sistema de ostomía que usa.
• Habitúese a mirar la piel alrededor del estoma en cada cambio de barrera y bolsa. La piel rojiza, inflamada o con erupción, son señales de irritación. Si ve cualquiera de estas, u otras señales de irritación, notifíqueselo a su enfermera. .
• Nunca rasgue o arranque su barrera. En su lugar, retire la barrera suavemente comenzando con una esquina o borde de la barrera y continúe lentamente retirando el resto del adhesivo.
• Asegúrese de que su piel periostomal esté completamente seca antes de reemplazar su bolsa y barrera. La piel seca asegura un sello adhesivo y ayuda reducir el riesgo de infección.
• Una rutina de cuidado de la piel pueden asegurarle una piel periostomal saludable y cómoda para los años siguientes.
• En lugares calientes y húmedos, considere usar una bolsa con un forro en tela. Esto evitará que la bolsa se pegue a su piel y cause irritaciones.

5 Discusión-Conclusión

Ayudar a la persona con ostomía a reincorporarse a la sociedad, superando sus miedos y ayudándole con sus problemas; reclamar a la administración central y a las comunidades autónomas más servicios; y sensibilizar a la opinión pública sobre la realidad del colectivo.

Tenemos que intentar ayudar a las personas con ostomías a superar esta intervención, el grave diagnóstico que la provoca y los cambios físicos y anímicos que causa. Nuestra primera demanda es la creación de consultas especializadas en

Estomaterapia en todos los Hospitales. Lamentablemente aún hay muchísimas personas que tras pasar por este proceso tan traumático y con un cambio tan significativo en su vida, son dadas de alta sin formación sobre cómo manejar la ostomía y sin un punto de referencia donde acudir en caso de problemas o dudas.

Reclamamos también que la información acerca de estas consultas se transmita a todos los centros de Atención Primaria para que cuando algún ostomizado se acerque a su centro de salud con algún problema que allí no le puedan solucionar, conozcan dónde derivarlo. También es fundamental que se brinde al ostomizado apoyo psicológico e información de la existencia de asociaciones de pacientes donde pueden encontrar personas que con su ejemplo les ayuden a recuperar una vida normal y activa en la medida que su patología de origen les permita.

6 Bibliografía

- Fundación Ayúdate. Guía práctica para personas ostomizadas. Madrid: Fundación Ayúdate; 2005.
- Salud Innova [homepage en Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2014 [actualizada 2014; citado 15 abril 2014]. Disponible en: http://www.saludinnova.com/practices/view/819
- Ramos Girona MR. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. Enferm Integr. 2012;99:12-16.
- www.cancer.org
www.cinfasalud.com
- www.sa.gua.es
www.enfermeria.io
www.medineplus.gov
- www.humv.es
www.enfermeriaaps.com
- www.convatec.com.ec
www.cuidateplus.marca.com
- www.psiquiatria.com
- Blogdehla.es www.enfermeriaendesarrollo.es

Capítulo 679

LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO CON SOLUCIÓN ALCOHÓLICA.

YLENIA FERNANDEZ ALVAREZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

ISABEL MARTOS VILLA

Mª DE LOS ÁNGELES ROBLES PÉREZ

ROCÍO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La higiene de manos es lo más efectivo para prevenir la transmisión de microorganismos entre los sanitarios y los pacientes. Su objetivo es eliminar la materia orgánica, la suciedad y la flora transitoria y residente.

2 Objetivos

- Determinar el procedimiento que se debe seguir en el lavado de manos quirúrgico con solución alcohólica.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes guías y bases de datos con los siguientes descripciones: lavado de manos quirúrgico, solución hidroalcohólica.

4 Resultados

El procedimiento recomendado según la guía de la OMS es:
- Empezaremos echando 5 ml de SHA en la mano izquierda para descontaminar las uñas de la mano derecha sumergiendo la punta de los dedos haciendo un movimiento de ”rascado” en la palma de la mano el proceso durara 10 s.
- Frotaremos la solución hasta el antebrazo derecho con movimientos circulares llegando a el codo durante 20 s. - De nuevo echamos 5 ml de SHA en la mano derecha para hacer el mismo proceso con la mano izquierda.
- Echamos otros 5 ml de SHA en la palma de la mano y frotamos las manos durante 60 s de la siguiente manera: Palma sobre palma con dedos juntos, haciendo movimientos ”vaivén” hasta las muñecas primero con una mano y luego con la otra.

Repetimos palma contra palma con los dedos entrelazados, haciendo fricción sobre espacios interdigitales, cambiar posición de dedos.
Para terminar echamos 5 ml más de SHA frotando nuevamente las dos manos durante 60 s. Deje secar las manos para poner los guantes estériles.
En las cirugías de duración mayor de 180 minutos se deberá realizar de nuevo la higiene de manos.

5 Discusión-Conclusión

El propósito principal es eliminar de la piel, la flora transitoria, la flora residente y constatar el efecto antimicrobiano residual. Prevenir el riesgo de ILQ en caso de rotura de guantes. Reducir el contagio y propagación de infecciones dentro del hospital. La higiene de manos influye positivamente en el cumplimiento.

6 Bibliografía

- https://www.dvd-dental.com/blogodontomecum/protocolo-de-lavado-de-manos/
- https://osieec.osakidetza.eus/hospitalcruces/documentos/campanas/GUIA%20HIGIENE%20OSAKIDETZA.pdf
- http://washyourhannds.blogspot.com/2014/10/lavado-de-manos-antiseptico.html

Capítulo 680

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO.

MARIA ANTONIA SANCHEZ MARCOS

MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

BARBARA GARCIA ESPIN

MARIA DEL CARMEN FLORES FERNANDEZ

ANA MARÍA RODRÍGUEZ IZQUIERDO

1 Introducción

Las relaciones interpersonales y la efectiva comunicación con los pacientes son factores determinantes de la calidad de atención del técnico auxiliar de enfermería. En el caso de los niños, las relaciones con los profesionales de enfermería son especialmente importantes, debido a que el paciente pediátrico presenta necesidades muy distintas a las de los adultos, por su limitada capacidad de adaptación al ambiente hospitalario. Un factor que influye en el bienestar general del niño es el significado que le atribuyen las familias y el mismo niño a los estímulos hospitalarios. El afecto, el acompañamiento terapéutico y la relación empática son elementos que determinan el estado emocional del niño y afectan la comprensión de los procesos que experimentan.

Estar en un hospital rompe la rutina de la vida diaria en los adultos, para los niños es aún más difícil pues necesitara cuidados especiales para cubrir sus necesidades básicas. Ellos entienden el ingreso al hospital de maneras muy distintas dependiendo de la edad, el carácter, la personalidad, la enfermedad que padezca, hospitalizaciones previas entre otros factores. El personal sanitario debe conocer las normas y procedimientos para poder brindarle una atención de calidad, más aun las enfermeras que junto con los cuidadores somos las que más tiempo permanecemos a su lado y por lo tanto debemos tener en cuenta una gran cantidad factores para poder brindarles los cuidados necesarios. A lo largo de este trabajo podremos ver como es la experiencia que tiene un infante en el proceso de la enfermedad, cuales medidas de seguridad debemos mantener, las funciones de la enfermera para el cuidado de los pequeños, así como los cuidados de enfermería requeridos tomando en cuenta la edad y etapa en la que los menores se encuentran.

2 Objetivos

- Exponer la atención que requiere el niño hospitalizado.
- Identificar la reacción que tiene el niño al medio hospitalario. Identificar las reacciones que tiene la familia ante la enfermedad y hospitalización del niño.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados los cuidados del niño hospitalizado y se han utilizado descriptores con las palabras clave como: niño, hospitalización, cuidados, entorno, familiares.

4 Resultados

La unidad u hospital pediátrico se crea para cubrir las necesidades de los niños y sus padres. Un ambiente alegre e informal ayuda a cerrar la brecha entre el hogar y el hospital y satisface las necesidades emocionales y físicas de los pequeños. Las enfermeras portan uniformes coloridos o en tonos pasteles. El Hospital

La unidad pediátrica incluye mobiliario de tamaño adecuado para el niño, cielo raso a prueba de ruidos y combinaciones de colores llamativos. Algunos hospi-

tales tienen un aula escolar, en caso de que sea necesario la visita del profesor. Y la mayor parte de las secciones de pediatría incluyen un cuarto de juego, pero algunos niños no pueden ser llevados ahí por su estado físico, en este caso se les debe brindar un lugar confortable a los padres para que les hablen o les lean.

El horario de comidas no es el mismo que con los adultos. La rutina diaria también difiere ampliamente por razones obvias. Si bien los esquemas rígidos no son siempre recomendables, cierta rutina es beneficiosa para los niños. Los alimentos, el reposo y el juego tienen lugar aproximadamente a la misma hora todos los días. Las horas de visitas suelen ser muy libres. Se insta a los padres a permanecer con el niño siempre que sea posible.

La forma en que el pequeño reacciona a la hospitalización depende de la edad, la preparación, sus experiencias previas relacionadas con la enfermedad, el apoyo de la familia y de los profesionales de la salud y su estado emocional.
Las principales causas de tensión de los hospitalizados incluyen separación y pérdida del control, así como lesiones y dolor (Wong 1999).

Reacción del Niño a la Hospitalización

Son tres las etapas de la angustia por separación

• Buscan a su madre con la mirada

• La llaman Ruidosamente

Por protesta:

• El niño se ve triste y solitario

• Esta deprimido y se mueve

Por desesperación:

• Pretende negar que necesita a su madre

• Poco interesado en sus visitas

El niño de edad preescolar también demuestra su angustia por separación, si bien no de manera tan obvia como el que empieza a caminar; suele mostrarse poco cooperativo y pregunta a menudo por sus padres. Cuando están hospitalizado es importante ayudarles a darse cuenta de que la hospitalización no es un castigo

por algo que hicieron mal. Una de las principales formas en que en que el niño preescolar afronta su entorno es fantaseando.

La reacción del niño en la hospitalización es explicar todos los procedimientos Incluir a los padres en la atención del niño Alentar a los padres a estar con el niño Mantener las rutinas y rituales en el hogar Dejar fotografías o llamar al paciente, Realizar los procedimientos en la sala correspondiente, Tratar que sea el mismo personal de salud quien lo atienda, Tranquilizar al niño después de procedimientos, Ofrecer actividades de diversión adecuada a la edad del menor. Los niños en edad escolar suelen mostrar ciertos indicios de ansiedad y separación en especial cuando están enfermos, extrañan a compañeros y temen ser olvidados.

Los padres hay que mantenerles informados de la condición del niño y avance de la misma. Permitir visitas de los hermanos, Fomentar a dejar tarjetas, dibujos o llamar. Cooperación en la atención del niño. Al inicio los padres pueden sentirse culpables, desprotegidos y angustiados, además desde el inicio se culpan de la enfermedad de su hijo por no haberla detectado a tiempo. La enfermera debe percatarse de que es esencial establecer con los padres, una relación de confianza esencial para ayudar al niño. Los padres pueden experimentar miedo a lo desconocido, y quizás no conozcan el ambiente hospitalario.

Ayudar a los padres a obtener información sobre el estado del niño. Orientar a la familia en el hospital. Explicarle todos los procedimientos. Si es necesario, referir a los padres con trabajadores sociales. Escuchar sus preocupaciones y brindar información clara. Reforzar la maternidad y paternidad positiva mucho a los niños hospitalizados.
Los niños entienden el ingreso al hospital de maneras muy distintas. Todo depende de la edad que tenga, del carácter y de su desarrollo psicomotor, de cuántos días tendrá que permanecer en el hospital, de la enfermedad que padezca, si siente dolores y molestias, si su físico ha cambiado, y qué tipo de compañía le hacen el equipo de enfermería.

Una de las formas que les ofrece más seguridad es la compañía de los padres. Si no puede estar con su mamá o su papá todo el tiempo, es conveniente que se quede algún familiar de apego. Al igual que los adultos, hay niños que se ponen nostálgicos o se desesperan porque quieren irse rápido para su casa. Eso puede ayudarlo a sentirse motivado. La empatía para tratar los temores del niño y de los padres hace que el procedimiento de ingreso sea estimulante, más que una simple tarea.

5 Discusión-Conclusión

Los padres al igual que el niño hospitalizado se sienten angustiados, y desprotegidos frente al entorno en que se encuentran. Es importante el papel del técnico auxiliar de enfermería y enfermeras, ya que debe crear ese ambiente de confianza, a través del cual logrará una mejor adaptación tanto del niño como de sus familiares. El grado de adaptación del niño y de su familia a la hospitalización depende de múltiples factores, que los profesionales de enfermería no pueden obviar. En función de las estrategias que se pongan en marcha por parte del binomio familia-niño, los profesionales de enfermería e incluso, por las instituciones para el logro una adecuada adaptación del niño y su familia, se conseguirá, en mayor o menor medida, la consecución de los objetivos planteados cuando se produjo el ingreso del paciente. Los ambientes nuevos provocan angustia en los niños y tenemos que tratar de hacer su estadía lo más llevadera posible para ellos como para sus padres siempre manteniendo la protección y siguiendo las normas de seguridad para esto debemos tener una actitud que les brinde apoyo y seguridad. Poner en práctica los valores y el humanismo es vital en el área pediátrica ya que los niños de por si necesitan cuidado y protección y aún más por el estado de salud vulnerable. Es importante explicarles los procedimientos tanto a los padres como a los niños para poder brindar un servicio integral y de esta manera reducir la tensión y la angustia en todos los miembros de la familia.

6 Bibliografía

1. Psicopatología del niño y del adolescente". Jaime Rodríguez Sacristán. Editorial Universidad de Sevilla. 1998.
2. "El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento. María Pilar Palomo del Blanco". Ediciones Pirámide S.A. 1999.
3. "El niño y su cuerpo. Estudio sobre la clínica psicosomática en la infancia". L. Kreisler, M. Frain y M.Soulí. Amorrortu editores.
4. "La hospitalización. Información y sugerencias". Cuadernillos del Dr. Castrillón de la Rosa, psiquiatra infantil. Hospital Infantil, HHUU Virgen del Rocío, 2008.

Capítulo 681

ÚLCERAS VASCULARES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS; CUIDADO TERAPEÚTICO DEL EQUIPO SANITARIO.

SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ

ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ

PAULA MENENDEZ BARRI

ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ

ENCARNACION FERNANDEZ QUERO

1 Introducción

Las úlceras vasculares son una patología derivada de altos niveles de glucosa en sangre por disfunción pancreática, hipertensión y niveles altos de colesterol en sangre. Disminuye la sensibilidad distal y se instaura una deficiente circulacion sanguínea, que da paso a la formación de una ulcera de tipo vascular y que en la mayoría de los casos termina con la amputacion del miembro o miembros inferiores. Las personas diabéticas sufren modificaciones en la sensibilidad de sus miembros distales, obviando el calor local producido por posibles infecciones, el dolor etc. Las heridas son la principal fuente de aparición de las ulceras: golpes traumaticos, rozaduras, cortes.

En las plantas hospitalarias es el auxilar de enfermería quien se encarga del cuidado y control de esta úlceras,siguiendo el protocolo de actuación instaurado en el centro tal como son revisión de pies diarios que no presenten heridas, edemas, ampollas, hinchazón o uñas encarnizadas, revisión de piernas, maléolos, talones, etc. Lavado de la úlcera con agua tibia y diariamente secándola suavemente sin fricción. Aplicaciones de crema para hidratar con cuidado de no dejar grandes cantidades acumuladas interdigitales,o en zonas de difícil aireación natural. Cortar las uñas con mucho cuidado de no provocar cortes abiertos en forma recta. No realizar practicas podologicas que pueden acarrear una complicación a largo plazo,avisar preferentemente al podólogo. Evitar que el paciente lleve ropa apretada y nunca aplicar calor local. Si el paciente deambula siempre mejor calzado blando. Mantener controles de glucemia pautados por el facultativo.

2 Objetivos

- Determinar los cuidados auxiliares en las plantas de cirugía vascular atendiendo a la vigilancia de las úlceras.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Lilacs, con buscador google y descriptores: Úlcera vascular, abordaje enfermería control glucémico y grandes curas vasculares .

Criterios de inclusión: textos en español y búsquedas de 2005 en adelante
Criterios de exclusión textos en ingles y pacientes mayores de 65 años

4 Resultados

El 9% de pacientes que padecen de úlceras vasculares desconocen que la tienen. El riesgo de amputación aumenta 8 veces una vez que debuta la úlcera y es 15 veces mayor en pacientes diabéticos que en personas sanas.

La mortalidad a 5 años de pacientes amputados varía del 39 al 80%. Se estima que aproximadamente el 3-45 de los diabéticos presenta en la actualidad alguna úlcera y que el 25% de los pacientes diabéticos desarrollara ulceras en los miembros inferiores a lo largo de su vida. Factores principales del debut de las úlceras son infección, isquemia,neuropatías derivadas de otras patologías de tipo neurológico

y la clínica cursa con amputaciones y gangrenas inhabilitando a la persona hasta que la hace dependiente total para las actividades básicas de la vida diaria.

Los pacientes ingresan en el programa úlcera vascular de manera permanente estratégica y multidisciplinar. Estos programas se instauran desde hace unos años en los centros hospitalarios y dan resultados de menor incidencia de amputaciones disminuyen la necesidad de recursos humanos por disminución del abordaje en el tiempo de las curas,y recortes en el gasto sanitario además de altas hospitalarias mas agilizadas y pacientes más independientes.

Con estos programas han sido tratados mas de 5000 pacientes a lo largo de su implementación en los distintos hospitales de España y los daños tisulares remiten notoriamente con las aplicaciones terapéuticas del programa protocolario.

5 Discusión-Conclusión

Estas úlceras son muy frecuentes en la población diabética y cada vez más recurrentes en aquellas personas mayores que viven solas y no tienen sensibilidad distal lo cual les genera infecciones insensibles que les imposibilita y cuando se abordan en muchas ocasiones son irreversibles. El manejo del equipo sanitario en el cuidado de este tipo de lesiones pueden llegar a lograr el salvataje de la extremidad afectada y ayudar asi al paciente a recuperar su vida funcional.

Las cifras de diabetes en España van en aumento debido a los hábitos de vida poco saludables y que concluyen con este tipo de patologías de gran peso económico social psicológico y de incidencia cultural.

6 Bibliografía

- Reiber GE. The epidemiology of diabetic foot problems.Diabetet Med.1996.
- Most RS, Sinnock P. The epidemiology of lower extremity amputations in diabetic individuals.Diabetes Care 1983 https://scielo.conicyt.cl
- Httpsd://www.cun.es
pie-diabetico.

Capítulo 682

LAS TECNICAS DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO.

ANA MARÍA RODRÍGUEZ IZQUIERDO

MARIA DEL CARMEN FLORES FERNANDEZ

MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

BARBARA GARCIA ESPIN

MARIA ANTONIA SANCHEZ MARCOS

1 Introducción

La situación del paciente que va a ser intervenido propicia la humanización de los cuidados, materializándose en una atención integral al enfermo con el fin de valorar sus necesidades y planificar-ejecutar los cuidados que precisará hasta que abandone el hospital. Así, los enfermeros y los TCAE se convierten en los profesionales de referencia para el paciente, intentando que sea lo más independiente posible hasta que su situación se normalice. Las funciones de los TCAE aparecen recogidas en los artículos 74 a 85 de la Orden ministerial del 26 de abril de 1973, que aprueba el Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social. Asimismo, en el Real Decreto 137/1984 se señalan otra serie de funciones del TCAE en el equipo de atención primaria. Estas normativas tienen validez en la sanidad pública a nivel nacional. El artículo 74 de la

Orden ministerial dice: “Corresponden a las auxiliares de enfermería ejercer, en general, los servicios complementarios de la asistencia sanitaria.

En aquellos aspectos que no sean de la competencia del personal sanitario titulado superior. Los auxiliares de enfermería se atendrán a las instrucciones que reciban del citado personal que tenga atribuida la responsabilidad en la esfera de su competencia del Departamento o Servicio donde actúen las interesadas y, en todo caso, dependerán de la Jefatura de enfermería y de la Dirección del centro”.

Una intervención quirúrgica es otro de los lugares donde es necesaria la labor de un auxiliar de enfermería. Si bien el técnico asistente no va a participar en la operación propiamente dicha, existen una gran cantidad de labores que necesitan de un personal cualificado para ser realizadas. Estas requieren conocer los protocolos apropiados así como la familiaridad con el instrumental y el entorno quirúrgico.

2 Objetivos

- Saber realizar las técnicas necesarias para preparar al enfermo en quirófano.
- Identificar los tipos de intervención que existen en quirófano.
- Saber realizar las funciones del técnico auxiliar de enfermería en quirófano.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de los técnicos auxiliares de enfermería en quirófano y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: esterilización, hospital, quirófano, funciones del tcae, desinfección.

4 Resultados

En el denominado proceso quirúrgico se dan un conjunto de características que son comunes a todos los enfermos que, por una u otra razón, deben someterse a una intervención quirúrgica. Este es el motivo por el que se habla específicamente de unos cuidados de Enfermería perioperatorios, que son aplicados por el equipo multidisciplinar de enfermería. Habitualmente se divide el acto quirúrgico en tres

fases que aun desarrollándose sin solución de continuidad, pueden diferenciarse el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

1. El periodo previo a la intervención.
El paciente debe prepararse física y psicológicamente para la intervención quirúrgica que va a llevarse a cabo. El profesional enfermero, en colaboración con el TCAE, se encarga de la instrucción del paciente. Por tanto, los cuidados en este periodo son los siguientes:
- Informar al paciente y familiares sobre dudas que les surjan en torno a la intervención quirúrgica.
- Asegurar una buena preparación del organismo: nutrición, eliminación, oxigenación e higiene.
- Educación sanitaria: movilizaciones, ejercicios respiratorios, cuidados prequirúrgicos.
- Preparación del paciente el día de la intervención.

Según el tipo de cirugía, la preparación varía pero en general se completan varias rutinas:
— Higiene del paciente: se realiza en las dos horas previas a la cirugía en la unidad de hospitalización. También se efectúa una aseptización del área donde va a realizarse la intervención, tipo clorhexidina. Existen protocolos que dependen del hospital y de la unidad en la que el paciente está ingresado.

Como norma general, la preparación cutánea (incluye higiene de la piel y retirada del vello) se lleva a cabo en la unidad de hospitalización y la asepsia específica tiene lugar en quirófano. Es aconsejable no rasurar ni depilar con excesiva antelación, ya que se producen erosiones que favorecen la multiplicación de los gérmenes contaminantes. Si es preciso rasurar, debe realizarse en los momentos previos al acto quirúrgico. Existen diversos antisépticos para la preparación de la piel, pero los más utilizados son la clorhexidina y los yoduros. El objetivo de preparar la piel del paciente es la eliminación de la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente de la piel.

Canalización de una vía venosa: para la administración de sueros y mediación necesaria (antibióticos, relajantes, etc.). Se encarga la enfermera en la planta antes de la intervención.
— Colocación de enemas: para la limpieza intestinal si es necesario. La realizarán la enfermera y el TCAE conjuntamente en la planta de hospitalización.
— Ayuno: como mínimo es necesario estar seis horas sin ingerir ningún tipo de alimento sólido o líquido, incluyendo agua. Así se previene la aspiración del con-

tenido del estómago hacia los pulmones.

2. Periodo intraoperatorio
Es el tiempo que dura la intervención quirúrgica, desde que el paciente entra en el antequirófano hasta que es trasladado a la unidad de destino postquirúrgica. El equipo de enfermería, incluido el personal auxiliar, se encargan de asistir al equipo quirúrgico. Los cuidados en este periodo son los siguientes:
- Apoyar psicológicamente al paciente: la ansiedad es uno de los problemas más importantes del paciente quirúrgico, por ello es muy importante paliar lo máximo posible esta inquietud. Para ello se informa al paciente del plan de cuidados, se informa a la familia del tiempo estimado de la intervención, dónde deben esperar y la unidad de destino postquirúrgica.
- Protección de las pertenencias del paciente: si el paciente está consciente y no tiene familiares, se le garantiza el control de sus pertenencias.

3. Periodo postoperatorio
Es el periodo posterior a la intervención. En esta fase se produce la recuperación postanestésica del paciente, se mantienen sus funciones vitales y se previenen complicaciones postoperatorias. Los cuidados durante este periodo son:
- Apoyar psicológicamente al paciente.
- Prevención de la infección de la herida quirúrgica.

Las funciones del Técnico auxiliar de enfermería
1) Cuidar, conservar y reponer batas, sabanas, toallas, etc.)
2) El arreglo de guantes y confección de apósitos de gasa y otro material.
3) Ayudar al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en la preparación del material para su esterilización.
4) Recoger y limpiar el instrumental que se emplee en las intervenciones quirúrgicas. Además ayudará al Personal Auxiliar sanitario Titulado en la ordenación de las vitrinas y arsenal.
5) En general, llevar a cabo todas aquellas funciones que faciliten el trabajo del Personal Titulado que no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.
6) Ayuda en la preparación y comprobar los aparatos necesarios para la operación, tales como bisturí eléctrico, aspirador, torre de endoscopia, aparato de isquemia, microscopio, manguitos de isquemia.
7) Comprobar la disposición de la mesa quirúrgica, sus accesorios (soportes, almohadas) y también la conexión de las lámparas quirúrgicas y su toma de tierra.
8) Preparar las cajas de instrumental, suturas, catéteres, drenajes, componentes protésicos, implantes, grapadoras mecánicas.

9) El auxiliar hospitalario debe supervisar la preparación de las soluciones necesarias durante la intervención.
10) También deberá supervisar el traslado del paciente válido de la cama a la camilla y su posterior fijación de las correas de seguridad. Colaborar/ supervisar en el traslado del paciente no válido ocupándonos de las sondas, drenajes y miembros lesionados.
11) Realización de los preparativos necesarios: lavado de manos quirúrgico, apertura de las bolsas del instrumental, colocación de placa de bisturí, lavados del campo, retirada de apósitos, abrir vendajes.
12) Colocación de la bata estéril y guantes. Colocar la bata y los guantes al propio cirujano.
13) Aviso al personal de apoyo necesario.
14) Recibir e identificar todo tipo de material obtenido durante la cirugía: tejidos, muestras, fluidos, prótesis… Documentar y remitir las muestras.
15) Desinfección y cura de la herida quirúrgica, colocación del apósito quirúrgico y sujeción y apertura de drenajes. Realización de vendajes tradicionales.

Existen muchas, muchas más: desde la comprobación de la esterilización del material a asegurar el buen estado de aparatos e instrumental. En general, su labor incluye todo tipo de apoyo al cirujano, asistentes y técnicos, facilitando la concentración de estos en la operación que tiene lugar. Posteriormente, también debe de hacerse caso de asistir al paciente en estancia en el hospital y recuperación.

Las técnicas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería
(TCAE) son:
- Colocar correctamente el mobiliario y aparataje quirúrgico antes y después de la intervención, en colaboración con el equipo de enfermería.
- Colaborar con las enfermeras en la colocación del equipo textil- desechable, lavado quirúrgico y cajas de instrumental.
- Preparar y comprobar al menos un sistema de aspiración conectado a vacío, que será utilizado durante la inducción anestésica o durante la cirugía (muy importante en las intervenciones de urgencia, ya que algunos pacientes no cumplen el periodo de ayunas previo a la cirugía).
En el caso de anestesia raquídea o epidural, se debe colocar al paciente en sedestación o en decúbito lateral (posición fetal), según indique el anestesiólogo. El tcae debe colaborar en la colocación del paciente en la posición adecuada para la intervención y con las protecciones necesarias, en el caso de cirugías de larga duración. Durante la intervención quirúrgica el tcae en el momento de la intervención realiza actividades dependientes e interdependientes:

- Proveer el material necesario que se solicita durante la cirugía.
- Colaborar con la enfermera cuando lo solicita para las técnicas que se realicen al paciente (sondaje, fijación de una vía venosa periférica, etc.).
- Limpiar el material que se ha utilizado al inicio del proceso anestésico y, en su caso, dejarlo disponible en quirófano porque puede hacer falta posteriormente.
- Atender al paciente cuando sea necesario y notificar cualquier incidencia al equipo quirúrgico.

El quirófano debe quedar en condiciones óptimas para realizar una nueva intervención. Para ello, es importante que el TCAE siga unas pautas generales:
- Al finalizar la intervención quirúrgica se debe retirar todo el material desechable utilizado en el proceso.
- El mobiliario de quirófano debe limpiarse después de la jornada quirúrgica con un trapo húmedo con solución detergente o desinfectante.
- Las manchas de sangre se quitan con agua fría o con agua oxigenada.
- Las lámparas de quirófano, por encontrarse justamente encima del campo operatorio y al ser también muy manipuladas en el curso de las intervenciones, deben conservarse en un estado de limpieza perfecta.
- Limpiar el aparataje de quirófano con paños húmedos con solución detergente o desinfectante.

5 Discusión-Conclusión

El proceso quirúrgico comprende tres etapas: el periodo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. En cada una de ellas se explican los cuidados necesarios que el TCAE tiene que llevar a cabo. Son tres periodos que se producen de manera secuencial, en los que las diferentes actividades que se realizan en cada uno de ellos tienen como objetivo común mantener al paciente en las condiciones óptimas ante cualquier intervención quirúrgica que se efectúe. Todas las actividades de enfermería dentro de quirófano se realizan entre todo el equipo de enfermería, especialmente el tcae es el que se diferencia de sus propias funciones de cada uno de los profesionales que componen el equipo quirúrgico. Concretamente, el tcae realiza las técnicas quirúrgicas necesarias en coordinación y bajo la supervisión del equipo de enfermería del quirófano correspondiente para sí llevar un mayor control sobre lo que se está realizando.

6 Bibliografía

1. Candel Parra E. El paciente quirúrgico. Intraoperatorio. En: De la. Fuente Ramos M (coord.).
2. Enfermería Médico-Quirúrgica. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Vol. 1. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE);2009. p. 210-222.
3. García A, Hernández V, Montero Arroyo R, Ranz González R.Enfermería de quirófano. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005.
4. Alejandro González, Natalia de la Fuente, Esteban del Río, Maximiliano Zamora y Claudio Nazar (Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile).
5. Procedimientos en el quirófano. Richard A.Jaffe, Stanley J.samur. Editor. Marbán. 2008

Capítulo 683

GESTIÓN Y CONTROL DEL CARRO DE PARADAS COMO COMPETENCIA DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ

PAULA MENENDEZ BARRI

ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ

ENCARNACION FERNANDEZ QUERO

SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ

1 Introducción

En las unidades y servicios de hospitalización existen diferentes modelos de carros de paradas dependiendo de las necesidades existenciales. Estos dispositivos móviles son muy necesarios dentro de cualquier centro que preste asistencia sanitaria, para abordar en condiciones óptimas las complicaciones graves por parada cardiorrespiratoria de los pacientes. Es por eso que este dispositivo complementario tan importante en la sanidad, debe estar regladamente revisado y repuesto de todo material específico que en él podemos encontrar. El material que debe de incluir está protocolarizado en todas las unidades de asistencia sanitaria, para que esté disponible en cualquier momento y minimizar así cualquier riesgo de error. Debe de estar en un lugar visible de la sala, cercano a la puerta de entrada, cerca de las balas de oxígeno y de un punto de electricidad y de fácil acceso de

rodada para su traslado urgente. Los centros hospitalarios tienen códigos para mantener el pasillo despejado en caso de que se presente una urgencia y haya que tener pista libre para pasar con el carro sin incidencias.

El primer carro que se creó data de 1962, por el padre de un médico en el centro asistencial Bethany de los Estados Unidos y se componía de un desfibrilador, un ambú, un tablero y tubos endotraqueales. Hoy en día este tipo de carros está dotado de tecnología digital. Las urgencias médicas de carácter vital son frecuentes en el medio hospitalario. El 50% de los fallecimientos actuales se deben a paradas cardiovasculares, siendo el fallo cardíaco la más común. El contenido del carro de paradas está sistematizado de manera que en todos los carros la diversificación y colocación de las bandejas es igual o similar y las normas de uso, revisión reposición y sellado y registros también. Está totalmente prohibido acumular material desordenado ya que dificulta la asitencia médica y únicamente habrá modificaciones del carro en el caso de que la última urgencia así lo haya requerido, en pos de una atención más eficaz.

En el momento de la urgencia es muy importante que el personal que asiste esté continuamente formado en cuanto a las habilidades con este dispositivo para garantizar la asistencia a los pacientes. El carro debe quedar precintado después de cada revisión, lo cual nos indica que si no está precintado es que no está revisado debidamente, y su apertura será indicada por el médico que solicita su uso para atender la urgencia. Se establecen turnos rotatorios del personal responsable del carro para que todo el equipo esté familiarizado con él. Su revisión se establece según la fecha del contenido más próximo a su caducidad y acto seguido se sella. Si por cualquier motivo el precinto se rompiera, el carro deberá ser objeto de una nueva revisión y posterior sellado por su correspondiente encargado, o en defecto de éste,por la persona que haya visto el defecto en el precinto.

El carro de paradas podrá ser desprecintado previo aviso a supervisión de la unidad, en el caso de impartir docencia. El auxiliar de enfermería que se encarga de la reposición del carro debe dotarlo de: Desfibrilador semiautomático, electrocardiógrafo, vía aérea y ventilación con equipo de intubación completo, mascarillas de oxígeno, tubuladuras, bombona de oxígeno con manómetro, y alargaderas, tabla, equipo de perfusión, medicación urgente (adrenalina, atropina, flumazenilo, morfina, naloxona, diazepam, amiodarona, glucosmon), sueroterapia, pulsioximetro, tijeras, esparadrapo, povidona, guantes, gasas, jeringas de varios tamaños, agujas, electrodos, pie de suero.

2 Objetivos

- Analizar la praxis del auxiliar en el control del carro de paradas (situación, revisión, reposición, sellado y registros)

3 Metodología

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

Descriptores: carro de paradas, material de vía intubación, desfibrilador y ambú con operador boléano AND y como criterios de inclusión cualquier unidad hospitalaria y criterio de exclusión textos en inglés y hospitales de campaña.

4 Resultados

En España el ministerio de sanidad con la ley 16/2003 de Cohesión y calidad del SNS situó la seguridad del paciente en el centro de la política sanitaria como un componente clave de la calidad asistencial. Formación del personal sanitario en las diferentes áreas hospitalarias con un nivel adecuado a sus competencias y responsabilidades, con simulacros y reciclaje de contenidos temáticos. Sistema de organización para una actuación rápida e integral de todos los eslabones de la cadena asistencial. Controles de la calidad de la RCP. Establecimiento de los equipos de soporte vital avanzado. Perímetro hospitalario (cocinas, aparcamientos, central térmica, jardines, lavandería). 45.000 personas mueren al año en España por paro cardíaco.

Las posibilidades de sobrevivir a una parada cardíaca que irrumpe fuera de un hospital son entre el 5 y el 10% por lo que una atención temprana es vital para la supervivencia.En un adulto un 90% de las PCR presentan una FV (fibrilación ventricular) que si la desfibrilación se realiza a tiempo puede revertirse ya que cada minuto que pasa disminuye entre un 10 y un 15% la supervivencia.Comités Interdisciplinarios de Resucitación cardiopulmonar, programas de desfibrilación temprana, desarrollo estratégico de DEA. Se estima que en España cada año más

de 18000 personas son asistidas de RCP dentro de un hospital, el 50% en áreas de críticos y el resto en plantas de hospitalización diversas tras el alta de UCI.

Hoja de registros con fecha de apertura,nombre del sanitario que realiza el desprecinto del carro, incidencias, notas de caducidades, material que se repuso y estado de verificación del nuevo precinto y firma del responsable.

5 Discusión-Conclusión

Es necesaria una mayor fiscalización de la organización, mantenimiento de los CE y la disponibilidad de sus materiales y que el equipo del hospital elabore un protocolo coincidente con su realidad y rutina, creando ayudas para una mejor asistencia a la PCR. Contar con los lineamientos de apego a la normativa, que permitan a profesionales clínicos, supervisores y personal de enfermería encargado del Carro Paro y de emergencias vitales a mantener el stock y vigencia de fármacos, materiales y equipos con el fin básico de prolongar la vida y evitar el daño secundario a los pacientes adultos, pediátricos y neonatales que requieran soporte vital básico y avanzado. Resulta imprescindible establecer mecanismos de evaluación de la gestión del carro de paradas y desfibriladores.

La cumplimentación de los registros desarrollados para la gestión del carro de paradas y desfibrilador, no son en si mismos un sistema de evaluación, sino las herramientas para, cada determinado plazo de tiempo, analizar el correcto funcionamiento o no de los protocolos establecidos.

6 Bibliografía

-2006. Protocolo de revisión y mantenimiento del Carro de Paradas en Centros de Salud de Atención Primaria del Área Sanitaria V de Madrid.
-Becerra CAR, Veja JS, Aguirre JMÓ. Evaluación de Conocimientos y Equipamiento en los Carros Rojos para la Reanimación Cardiopulmonar en una Unidad de Tercer Nivel de Atención. Medicrit junio. 2008
-Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería:“Revisión y mantenimiento del Carro de Parada Cardio-Respiratoria”. Hospital Universitario Reina Sofía. Junta de Andalucía. 22-03-2013.
-”Protocolo de revisión y mantenimiento de dispositivos de atención urgente en A.P.” Servicio de Salud del Principado de Asturias. Area VII. Marzo 2009.

Capítulo 684

PROTOCOLO DE SEDACCIÓN PALIATIVA EN MEDICINA INTERNA

ANA LAGO COLLAR

1 Introducción

Es un método de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida en los pacientes que afrontan la enfermedad como de sus familias, incluyendo no solo tratamientos médicos y farmacológicos, sino también todas las atenciones del equipo interdisciplinar: psicológicas, de enfermería , sociales , de terapia ocupacional.

La sedación paliativa es la disminución del nivel de conciencia de un paciente, mediante la administración de fármacos con la intención de disminuir el sufrimiento. El paciente terminal que se recibe en la unidad de medicina interna (MI) manifiesta un procedimiento avanzado, progresivo e incurable.

2 Objetivos

-Igualar las actuaciones del equipo de enfermería (enfermeras/os y TCAE).
-Emplear un planteamiento de grupo para argumentar a las necesidades de los pacientes y familiares dándoles soporte emocional en el duelo.
-Inspeccionar, ajustar y actualizar el protocolo de sedación paliativa en la unidad de medicina interna.

3 Metodología

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

4 Resultados

Actualizar el antiguo protocolo.Poner en marcha el nuevo protocolo. Se plantea la necesidad por parte del equipo asistencial de revisar y/o adaptar el protocolo de sedación. Se crea un equipo multidisciplinar formado por:
• Enfermeras/os
• TCAE
• Facultativos

Que llevan a cabo las siguientes actuaciones:
• Difusión del protocolo.
• Registro de incidencias relacionadas con las camas.
• Revisión de farmacología.

5 Discusión-Conclusión

El grupo asistencial dispone de una herramienta para responder, con una perspectiva integral, a las necesidades de pacientes y familias. En el presente trabajo no existe sesgo, limitación o conflicto ético y de interés.

6 Bibliografía

-Documento de consenso sobre situaciones al final de la vida. Consejo General del poder judicial y Ministerio de Sanidad y Consumo en: Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999
-Ley 2/2010 de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el Proceso de la Muerte

-Sedación Paliativa y sedación terminal. Orientaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica. Documentos de apoyo. Sevilla. Consejería de Salud .3005. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=procesosapoyo
-Boceta Osuna J. Implantación de un protocolo de sedación paliativa en el hospital universitario Virgen Macarena. Análisis de su aplicación asistida por el equipo de soporte de Cuidados Paliativos. Tesis Doctoral defendida en Marzo de 2010, disponible en https://www.educacion.es/teseo/irGestionarConsulta.do.
- Couceiro A, Núñez Olarte, JM. Orientaciones para la sedación en el enfermo terminal. Med Pal 2001: 8 (3) 138-43

Capítulo 685

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

ANA LAGO COLLAR

1 Introducción

Existen muchas alteraciones y enfermedades en las que afecta la capacidad de deglución del paciente a pesar de poseer un sistema digestivo que funciona. La colocación de una sonda gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es un método de elección para procurar la alimentación enteral por su sencillez, seguridad, fácil manejo y bajo coste, se requiere unos precisos conocimientos y la aplicación de cuidados que eviten la incidencia de complicaciones.

2 Objetivos

- Analizar si existen o no diferencias en los cuidados de enfermería.
- Recomendar sobre la administración de medicación y nutrición enteral.

3 Metodología

Palabras clave: sonda gastrostomía, cuidados gastrostomía. Se realizó una búsqueda de las guías y protocolos existentes en diferentes unidades.

4 Resultados

La imposibilidad de conseguir un aporte nutritivo constituye un factor de mal pronóstico en la situación de enfermedad terminal y produce un gran impacto en el paciente y la familia. El objetivo del soporte nutricional artificial es conseguir o mantener el estado de bienestar del paciente.

Tiene mayor importancia el conocimiento de los cuidados de enfermería de la PEG por parte de los profesionales y cuidadores encargados de manejar los dispositivos con el fin de garantizar su uso continuado y minimizar el riesgo de complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que no existen diferencias significativas en los cuidados que se realizan.

• Hay diferencias en cuanto al tiempo de espera hasta poder darse la primera ducha, siendo 1 semana y en otra 10 días.

• Al realizar las curas diarias, el tiempo durante el que se tienen que realizar varía de 1 á 3 semanas

6 Bibliografía

- Unidad de endoscopias Servicio de Digestivo del Hospital de Fuenlabrada. Recomendaciones de Enfermería después de la gastrostomía percutánea. Madrid http:/www.madrid.org
(Último acceso 16 diciembre 2016)
- Centro Colorrectal y Ostimizados Pediátrico. Gastrostomia. Hopital Universitario Cruces. http://www.hopitalcruces.com
(Último acceso 18 diciembre 2016)

Capítulo 686

LA IMPORTANCIA DE LA ESTERILIZACIÓN Y EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

BARBARA GARCIA ESPIN

MARIA ANTONIA SANCHEZ MARCOS

ANA MARÍA RODRÍGUEZ IZQUIERDO

MARIA DEL CARMEN FLORES FERNANDEZ

1 Introducción

Dentro de la organización hospitalaria, el servicio de Central de Esterilización es quien provee los artículos y materiales aptos para su uso en los pacientes, así mismo no solo guarda relación con la seguridad de la atención, sino que constituye un importante centro de costos asegurando que el material que se utiliza en la atención directa no represente un riesgo para los pacientes y que su procesamiento es costo/beneficio favorable.

Las enfermedades infecciosas producidas por bacterias constituyen en la actualidad un verdadero reto para el sistema público de salud, ya que impacta de forma directa en la mortalidad de los pacientes , en este sentido las bacterias parecen estar ganando la partida.

La aparición, cada vez más rápida y agresiva, de nuevas cepas bacterianas resistentes e incluso multirresistentes a la gran mayoría de los antibióticos existentes, debe hacernos reflexionar sobre el uso y abuso de los antibióticos, ya que nos enfrentamos a un problema de primera magnitud difícil de ignorar.

Dicho esto, queda claro que, para evitar la aparición de enfermedades infecciosas, es necesaria la colaboración de todo el personal sanitario y no sanitario del hospital y es por este motivo que el auxiliar de enfermería constituye uno de los eslabones fundamentales en esta cadena de prevención.

2 Objetivos

- Conocer el trabajo que el auxiliar de enfermería lleva a cabo en el servicio de esterilización de un hospital.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de esterilización en hospitales , se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: esterilización, hospital, atención primaria, desinfección, funciones del tcae etc.

4 Resultados

La Central de Esterilización es un servicio especializado que se encarga de suministrar en forma expedita y oportuna el material y equipos esterilizados para la ejecución de acciones de salud en los servicios, según normas técnicas que rigen la materia. Es la unidad orgánica encargada de la organización, orientación y supervisión de los procesos de limpieza, descontaminación, desinfección y esterilización de los materiales, equipos e insumos.

Existen diferentes áreas para lavado, empaquetado, esterilización, descarga, almacenamiento y distribución. Tras la limpieza del material es básico comprobar que este está limpio (inspección visual) y en buen funcionamiento; tras ello se empaqueta cada caja con el material que corresponda comprobando que cada empaque que va a esterilizarse contiene todas las piezas, además de colocar y

revisar los controles de calidad tras la esterilización (controles físicos, químicos y biológicos). También se registra en cada caja la identificación de la enfermera responsable del material que contiene, así como de la comprobación de los controles de calidad.

La función principal del Servicio de Esterilización es de proporcionar a todos los servicios del hospital el material esterilizado en óptimas condiciones para ser utilizados. Garantiza la desinfección y esterilización del material, instrumental y equipo biomédico para los procedimientos médicos y quirúrgicos de las UPSS usuarias, centralizando dichos procesos en esta UPSS de acuerdo a normatividad vigente. El desarrollo de los procesos de la UPSS sigue un flujo unidireccional desde la recepción hasta la distribución de materiales y equipos estériles. También realiza monitoreo, supervisión, evaluación; y capacitación a las UPSS usuarias que realicen el prelavado, lavado y desinfección de Alto Nivel de acuerdo al tipo de establecimiento.

La misión principal del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el servicio de esterilización es la limpieza, desinfección y esterilización de cualquier tipo de material recibido, sea cual sea su procedencia (quirófanos, urgencias, plantas) para asegurar en ellos la total ausencia de microorganismos patógenos, y evitar por tanto la aparición tan peligrosa como innecesaria de infecciones bacterianas asociadas al uso de dicho material.

Existen tres conceptos básicos en la central de esterilización:
• Limpieza: consiste en eliminar restos orgánicos e inorgánicos de una superficie o material, para ello se usará una sustancia detergente acompañado de un cepillado (acción mecánica). De esta forma conseguiremos desprender cualquier resto de suciedad adherido al material y terminaremos con un buen aclarado
• Desinfección: procedimiento que elimina los microorganismos patógenos aunque no todos de una superficie o material mediante el uso de desinfectantes químicos pero sin incluir las formas de resistencia (esporas).
• Esterilización: procedimiento que destruye todos los microorganismos y formas de resistencia garantizando la total destrucción de cualquier forma de vida, ya sea tanto en superficie como en profundidad del objeto a esterilizar.

El servicio de esterilización es un servicio que pertenece y depende del hospital, está centralizado y comunicado con todas las unidades, principalmente del bloque quirúrgico, al que pertenece. Está situado normalmente en la planta bajo o en el sótano y tiene una comunicación directa con el quirófano, su principal cliente, y lo puede hacer de forma vertical, con el uso de montacargas o bien de

forma horizontal que se hará con dos circuitos o pasillos, uno para el sucio el otro para limpio. No solo se esteriliza material de quirófano sino de otros servicios como urgencias, plantas, incluso el samu en ocasiones hacen llegar su instrumental para que sea esterilizado.

Existen varios controles de esterilización que comprueban el proceso que se lleva a cabo y son:
1. Control físico:
Lo constituye los indicadores del propio aparataje y son la temperatura, presión y tiempo. Con este control se lleva a cabo un registro del ciclo que indica si se han alcanzado la temperatura y presión adecuadas en el tiempo correspondiente para que el proceso de esterilización se realice de forma correcta. Si alguno de estos parámetros falla la carga debe considerarse como no estéril y el proceso debe comenzar de nuevo

2. Control químico:
Que se les llama indicadores colorimétricos. Consisten en unas tiras, colocadas en el interior del paquete, con franjas de colores compuestos por sales metálicas que cambian de color cuando se ha alcanzado la temperatura correcta durante el proceso de esterilización, de esta manera se comprueba que la esterilización ha funcionado adecuadamente.

3. Control biológico: (verifican el control de esterilización)
Se basa en la utilización de esporas atenuadas de microorganismos muy resistentes, normalmente Bacillus stearothermophilus, dentro de ampollas de vidrio o plástico. Se empaquetan y se envuelven en un paño (doble filtro) y a continuación se introducen en el autoclave junto la carga a esterilizar. Una vez finaliza el proceso de esterilización esta ampolla se introduce en una máquina que nos va a decir si esas esporas han muerto o no.

Si pasado el tiempo la maquina da negativo, podemos considerar que la carga está completamente estéril. Si no se debe repetir todo el proceso. Otra de las técnicas más utilizadas para la esterilización es el Autoclave que es la técnica que utiliza la esterilización por calor húmedo. Utiliza vapor saturado a presión provocando alteraciones en las proteínas de las células de los microorganismos infecciosos.

El autoclave es un recipiente de cierre hermético, parecido a una olla a presión. Consta de una cámara de esterilización, que lleva una llave y un manómetro para regular la presión y temperatura que se desea alcanzar dentro. También existe una lleve de purga para eliminar el aire que exista dentro de la cámara. El vapor

penetra en la cámara de esterilización y alcanza la presión deseada. Este vapor se condesa por contacto con los materiales que están fríos. Al mismo tiempo la condensación del vapor desprende calor, humedeciendo y calentando simultáneamente el material.
Es necesario eliminar el aire o cualquier tipo de gas no condensable existente en la cámara y se hace mediante una llave de purga. Existe una prueba llamada Bowie-Dick para comprobar que no existe aire en el interior y se trata de una hoja impresa con material de algodón que durante el ciclo vira de color si todo es correcto.

Las temperaturas y presiones y tiempo que utiliza el autoclave son las siguientes:
• 1 Atmósfera = 120 ºC———- 15-20 min
• 2 Atmósferas = 134 ºC——– 12-15 min
• 3 Atmósferas = 144 ºC——- 10 min

Después de realizar la recepción del material, será clasificado de acuerdo al tipo de material, que puede ser:
• Metálico (acero inoxidable, idealmente)
• Polietileno
• Goma
• Plástico
• Vidrio.
El lavado del instrumental debe ser minucioso, siempre debemos tener en cuenta la forma del instrumental, áreas inaccesibles al escobillado y detergentes, el tiempo y la cantidad de personal destinado para este fin y la necesidad de incorporar equipo automatizado para realizar esta labor.

La limpieza manual se requiere para materiales delicados y complejos, teniendo especial cuidado en la limpieza de instrumentos con rosca y anclaje, debiendo ser desmontados para que no quede materia orgánica. Se usarán detergentes que formen poca espuma. Se seguirán las recomendaciones del fabricante para la concentración de dicho detergente y tiempo. La temperatura del agua de lavado no deberá sobrepasar los 45º para evitar la coagulación de la materia orgánica. Se evitará la formación de aerosoles. Este método se utiliza para aquellos materiales que no pueden ser lavados de forma mecánica, materiales termosensibles: motores, lentes, cámaras, cables de luz, baterías, ópticas, endoscopios, etc.

El lavado mecánico se realiza mediante lavadoras adaptadas para la limpieza de material quirúrgico, disponiendo de diferentes bandejas que se adapten a las características de los materiales procesados. Mediante túneles de lavado, proceso

similar al anterior, pero más mecanizado.
Los ultrasonidos producen ondas de alta frecuencia que dan alternancias de presión y de depresión. El tratamiento de ultrasonidos está especialmente indicado para la limpieza de instrumental de acero inoxidable y siempre que haya incrustaciones, ya que es un sistema adecuado para eliminar eficientemente la suciedad.

5 Discusión-Conclusión

La Monitorización de la etapa de Esterilización forma parte de un Programa de Aseguramiento de la Calidad en una Central. Los dispositivos (indicadores físicos, químicos y biológicos) correctamente virados documentan que el instrumental ha sido esterilizado con eficacia, eficiencia y efectividad. La monitorización de los procesos de esterilización es un imperativo técnico, ético y legal. Documenta lo que ha sido procesado y el resultado del monitoreo.

Existen diferentes mecanismos para eliminar microorganismos en los hospitales se deberá elegir en los métodos basados en evidencia científica para asegurarnos de una atención libre de riesgos para el paciente y personal. Esto por sí solo no evitará infecciones sino se aplican otras medidas como la técnica aséptica en los procedimientos de mayor riesgo. El manejo del material estéril es primordial para que el material esterilizado o desinfectado llegue como tal al atender al paciente.

Es necesario y fundamental que el personal tenga los conocimientos necesarios para realizar su trabajo con responsabilidad, ya que de ello dependerá en gran medida la aparición de infecciones asociadas al uso del material de quirófano o de cualquier material susceptible de ser esterilizado.
Lo importante es que se trata de una cadena de prevención, que incluye a todo el personal sanitario que este en contacto directo con el quirófano principalmente y en la que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería es clave, ya es la persona quien asegura y garantiza la completa y correcta esterilización de todo el material que reciba, para su posterior uso.

6 Bibliografía

1. Asociación para el Avance de la Instrumentación Médica. La esterilización química y la desinfección de alto nivel en las instituciones para el cuidado de la salud. ST58:2005 de ANSI/ AAMI.

2. “Las mejores prácticas para el uso seguro del glutaraldehído en los cuidados de la salud.” Publicación de OSHA 3258
3. Validación del Proceso de limpieza: Conferencia Congreso Mundial de Esterilización Sao Paulo Brasil , Silvia I. Acosta-Gnass;
4. Prevención y Control de Infecciones, Riverside
County Regional Medical Center.
5. Manual de buenas prácticas de esterilización para los servicios de salud. 2008

Capítulo 687

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

JOSEFINA MARTINEZ GARCIA

MARÍA ENCARNACIÓN RECIO CONDE

ANGELES MORALES REYES

NATALIA VALLINA GONZÁLEZ

EVA GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es aquella lesión en la piel y tejidos blandos subyacentes provocada por una presión externa y constante sobre una prominencia ósea o un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular.
Las zonas más comunes de localización son: sacro, talón trocánteres, codos, tobillos y occipucio.
Según su profundidad, se diferencian en: grado I, grado II, grado III y grado IV.

2 Objetivos

- Determinar criterios de actuación ante la prevención de UPP.

3 Metodología

Se llevó a cabo un estudio de la bibliografía actual sobre la UPP. En base a los datos disponibles, teniendo en cuenta 20 páginas encontradas, se estudiaron 3 publicaciones en castellano.
Los descriptores fueron: úlcera enfermería, UPP, lesión.

4 Resultados

Criterios de actuación:

- Valorar el riesgo potencial de cada paciente.
- Examinar el estado de la piel diariamente.
- Mantener limpia y seca la piel.
- Realizar el aseo con agua tibia.
- Secar la piel sin fricción.
- No usar alcoholes ni colonia sobre la piel.
- Aplicar cremas hidratantes hasta su completa absorción.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas.
- Reducir la fricción.
- Tratar la incontinencia.
- Realizar cambios posturales pautados.
- Evitar el contacto entre prominencias óseas entre sí.
- Evitar el arrastre.
- Movilizar cada hora a los pacientes en sedastación.
- No sobrepasar un ángulo de 30 grados el cabecero en decúbito lateral.
- Valorar la necesidad de medidas como protecciones, barreras líquidas, apósitos hidrocoloides y de plata, colchón alternante de aire.

5 Discusión-Conclusión

Las UPP afectan al 9% de los pacientes ingresados en un hospital y al 2% de los pacientes institucionalizados.
La detección precoz acelera su recuperación y disminuye sus complicaciones.
Por tanto, es de gran importancia protocolizar las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de la UPP.

6 Bibliografía

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

Capítulo 688

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA ANTE EL EXITUS HOSPITALARIO.

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GARCÍA

JULIA RETUERTO GARCIA

MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ RODIL

ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ MARTINEZ

MARÍA DOLORES MORÁN MARTÍNEZ

1 Introducción

Aunque las funciones básicas de la enfermería están vinculadas a preservar la vida, en ocasiones el desenlace es la muerte. Miles de personas mueren al año durante su estancia hospitalaria, por ello es necesario que el hospital elabore un protocolo estandarizados de actuación para estos casos con una visión interdisciplinar, que den respuesta efectiva a la amplia casuística en la que se producen los decesos. Todo el personal de enfermería debe conocerlo y ponerlo en práctica.

2 Objetivos

- Tratar con dignidad y sensibilidad el cuerpo del paciente.

- Realizar una descripción de los signos y fenómenos cadavéricos que se sucederán.
- Identificar la secuencia de procedimientos adecuados a realizar por el personal auxiliar de enfermería para el manejo de esta situación.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio bibliográfico por internet examinando artículos y publicaciones entre 2015 y 2019 y se han consultado además protocolos de trabajo de varios servicios de salud español.

4 Resultados

Empecemos por diferenciar algunos conceptos básicos:
- La tanatopraxia se refiere al conjunto de prácticas empleadas sobre un cadáver para su adecuada higienización, embalsamamiento y conservación.
- La tanatoestética que se trata de dar a la cara un aspecto agradable, para que los que ven el cadáver por última vez guarden un buen recuerdo del difunto.
- La muerte o éxitus es el cese permanente del funcionamiento del organismo como una totalidad.

Debemos conocer la diferencia entre los siguientes conceptos:
- La muerte celular, donde se pueden distinguir también dos conceptos:
• Necrosis: muerte celular por inflamación y, por lo tanto, falta de oxígeno.
• Apoptosis: muerte celular programada.
- La muerte del individuo, en la que al comenzar el proceso de muerte empieza a fallar uno de los sistemas, desencadenando el fallo simultáneo de todos de manera irreversible.

Los signos de muerte se dividen en dos grupos:
• Signos negativos de vida: se producen cuando han desaparecido las funciones vitales (respiratorias, cardíacas y nerviosas) de una forma irreversible y definitiva.
• Signos positivos de muerte: son los fenómenos más tardíos conocidos como fenómenos cadavéricos, que se clasificarán según la causa (enfermedad o lesión), mecanismo (causa fisiológica que ocasiona la muerte, por ejemplo, una hemorragia) o tipo (natural, accidental, homicida, indeterminada o sin clasificar).

Fenómenos cadavéricos.

Inmediatamente después del fallecimiento de una persona, su cuerpo va pasando por una serie de variaciones o alteraciones que se conocen como fenómenos cadavéricos. El conocimiento del proceso que siguen estos fenómenos ayuda a determinar el tiempo y las causas, lo que permite aplicar técnicas correctas a la hora de preservar o preparar y exponer al fallecido.
Existen dos tipos de signos:
• Por el cese de las funciones vitales: signos iniciales o inmediatos.
• Por el establecimiento de los fenómenos cadavéricos.

1. Livideces e hipóstasis
Este fenómenos cadavérico provoca la aparición constante de manchas en tonos rojo-violáceos, se debe a la falta de circulación, y por la acción que ejerce la gravedad sobre la sangre, ésta se dirige hacia las partes declives. Este fenómeno comienza alrededor de los 45 minutos tras la muerte y aproximadamente a las 10-12 horas del fallecimiento, este fenómeno será completo.

La distribución de las lividece depende de la posición del cadáver. Si éste se halla de cúbito supino, se forman las manchas en toda la superficie dorsal, con excepción de las partes sometidas a presión, pues el obstáculo que esta ejerce impide a los capilares llenarse; por lo tanto, en este decúbito supino se advierten superficies no coloreadas en las regiones escapulares, nalgas, cara posterior de los muslos, pantorrillas y talones. Si el cadáver se halla en decúbito prono, las lividece asientan en el plano anterior del cuerpo, con la misma salvedad relativa a los puntos de apoyo. Lo mismo puede decirse para cualquier otra posición del cadáver.

Por consiguiente, y como regla general, las lividece se localizan en las regiones declives del cuerpo, indicando así la posición en que ha permanecido el cadáver. El aspecto y la forma de las lividece pueden indicar las causas de muerte, según sea su intensidad, color y tamaño:
- Si son de gran intensidad suelen reflejar muertes por asfixia, mientras que si su intensidad es menor, suelen aparecer en muertes por hemorragia y anemias.
- El color puede variar, el rojo intenso aparece en muerte por frío, el rosáceo en muerte por cianuro o por monóxido de carburo, el marrón oscuro en muertes por envenenamiento o una tonalidad plomiza en las muertes por intoxicaciones por alcohol.
- Cuando la extensión es grande, suele deberse a una muerte por insuficiencia respiratoria o cardíaca.

2. Rigidez (rigor mortis)

Este fenómeno se da a partir de diferentes modificaciones de tipo químico que ocurre en los músculos. Normalmente, en el momento del fallecimiento, se produce el efecto contrario a la rigidez, apareciendo una relajación o flaccidez en todo el organismo, que después dará lugar a una contracción de los músculos, que se irán endureciendo hasta llegar a una inmovilización completa del organismo.

A las 3 horas de la muerte comienza a aparecer el rigor mortis alcanzando su pico máximo a las 24 horas, donde comenzará a decaer hasta llegar a desaparecer por completo a las 36 horas, para quitarse definitivamente a las 48 horas, aproximadamente.

Esta información es muy útil a la hora de establecer la hora de muerte a través de la rigidez.
Si en el momento de la muerte se produce una contracción muscular brusca, pueden aparecer algunos fenómenos especiales característicos:
• Sonido de la muerte: sonido característico producido debido a la contracción muscular, lo que provoca la expulsión del aire.
• Pelos de punta o carne de gallina en el cadáver: esta misma contracción muscular provoca la rigidez de los erectores del vello.
• Eyaculación o parto post mórtem: la contracción puede provocar eyaculaciones o partos post mórtem, al contraer los músculos de la vesícula seminal o del útero.
• Espasmo del suicida: en un suicidio, el cuerpo reacciona ante la amenaza fabricando un aporte energético extra (adrenalina).

Esto provoca una reacción química a nivel celular que causa una rigidez muscular inmediata (espasmo cadavérico). Normalmente, en una muerte inesperada por accidente, la persona no suele ser consciente de la amenaza de esta, por lo que no se fabrica ese aporte extra de energía.

4. Deshidratación
Se debe a la pérdida de agua del cuerpo por evaporación, sus principales manifestaciones se observan en el ojo. El signo de Stenon Louis se manifiesta por hundimiento del globo ocular, pérdida de la transparencia de la córnea, que se torna opaca, formación de arrugas en la córnea, depósito de polvo en la conjuntiva lo que recibe el nombre de tela glerosa. Este conjunto de fenómenos se observa en el ojo abierto aproximadamente a los 45 minutos después del fallecimiento; en el ojo cerrado se observa a las 24 horas aproximadamente después de la muerte.

Otro signo es el de Sommer, que se manifiesta como una mancha negra en la esclerótica, es de forma triangular, con la base dirigida hacia la comisura del ojo. Esta mancha negra se debe a la transparencia de la esclerótica que deja visible el pigmento de las coroides.

5. Pérdida de temperatura
Ocurre de manera gradual, disminuyendo la temperatura de modo progresivo hasta que se iguala con la temperatura del medio ambiente. La disminución progresiva se presenta porque la muerte celular no se presenta al mismo tiempo, sino que unas células mueren antes y otras después.
La curva de enfriamiento que sigue el cadáver se conoce como curva de dispersión térmica, y sigue un patrón definido: desde el fallecimiento y hasta las primeras seis horas se irá perdiendo 0,5ºC por hora; a partir de la sexta hasta la décima o duodécima, perderá 1ºC por hora, para finalizar el descenso de forma gradual. El enfriamiento cadavérico está condicionado por varios factores como son: la causa de la muerte, edad, estado nutricional, el peso, factores ambientales.

Fenómenos putrefactivos.
El proceso de descomposición o putrefacción es un fenómeno tardío, por el cual la naturaleza reduce un organismo vivo (ruptura de tejidos) en materia inorgánica después de la muerte.
Las primeras bacterias que entran en juego serán las aerobias, seguidas de las aerobias facultativas, para finalizar con las bacterias anaerobias que, una vez terminado el proceso de putrefacción, solo dejarán enteras las partes óseas.

Una vez fallecida una persona, en tan solo tres días, las enzimas que ayudan a realizar la digestión de los alimentos, ante la ausencia de estos, comienzan a digerir a la propia persona. Es decir, las bacterias causantes de la putrefacción se encuentran en nuestro intestino y se alimentan de las células muertas, defecando los gases responsables de las inflamaciones del organismo, principalmente del abdomen.

Preparación del paciente fallecido:
- La enfermera responsable avisará al médico para confirmar el exitus.
- Se realizará tira de EKG DII si el médico lo solicita
- El médico notificará la defunción a la familia, para ello dispondrá de una sala adecuada
- Si la familia está en la habitación se le indicará que salga, si no está en el hospital se le avisará inmediatamente.
- Se facilitará ayuda religiosa si la familia lo solicita

- Se dará atención emocional y física a los familiares.
- Informar a los familiares de la ubicación del tanatorio
- Una vez certificada la defunción por el médico se realizaran los cuidados post-mortem

Material necesario:
- Guantes desechables o útiles de aseo: esponja, toallas, palangana…
- Material para el taponamiento: gasas, algodones, vendas…
- Biombo o cortina si la habitación es compartida
- Documentación necesaria: certificado defunción. Documentación y tarjetas del servicio de mortuorios.
Bolsa de cadáveres o mortaja.

Intervenciones a realizar por el personal auxiliar de enfermería post-mortem:
• Retirada de catéteres, tubos o sondas, si las tuviere y siempre que no sesolicite la necropsia.
• Se retirarán joyas u objetos de valor, haciendo inventario de todos los objetos que se entregarán a la familia y quedará registrado y archivado en el historial del paciente. En caso de ausencia de los familiares se entregarán al Servicio de Atención al Paciente.
• Se procede al aseo del fallecido, excepto si el cuerpo forma parte de la evidencia forense.
• Taponamiento de orificios, colocando apósitos en todas las heridas y drenajes.
• Cerrar los párpados y colocar una venda que sujete la mandíbula hacía arriba
• Colocar la dentadura postiza para respetar las características faciales habituales.
• Sujetar los tobillos juntos con una venda
• Se procede a la comprobación de la pulsera identificativa del paciente.
• Mantener la identificación del cadáver en lugar visible (indicando: nombre, fecha, hora y unidad de procedencia)
• Colocar al difunto dentro de la mortaja de cubito supino, alinear el cuerpo y poner los brazos a lo largo del cuerpo.
• Se notifica el éxitus al servicio de admisión
• El celador entregar todo el historial a la vez que el éxitus al mortuorio y se avisa al celador para su posterior traslado. Este recogerá el certificado de defunción, las tarjetas identificativas y el acta de entrega que llevará a mortuorios junto con el éxitus. El celador entregará la reposición del sudario, tarjetas y certificado de defunción. Cuando se trate de un fallecimiento de carácter judicial, será el celador quien lleve todo el historial a la vez que el éxitus al mortuorio
• Notificar al depósito de cadáveres el traslado.

• Avisar al servicio de limpieza para el arreglo de la habitación.

5 Discusión-Conclusión

Establecer criterios de la muerte siempre ha sido controvertido, no solo desde el punto de vista ético sino también legal. Se necesita precisión en esto, pues la certificación de muerte tiene múltiples implicaciones. El personal sanitario es el responsable del cuerpo del paciente mientras esta en el hospital y hasta su llegada al tanatorio. Se deben realizar los acondicionamientos del cadáver en la mayor intimidad y con el mayor respeto. Hablar de la muerte es un tema complicado difícil asumir así que proporcionar equilibrio emocional y tranquilidad a los familiares tras el fallecimiento del paciente es muy reconfortante y humaniza el servicio. Es recomendable el diseño de procedimientos claros y sencillos, para un manejo fácil.

6 Bibliografía

- Bermejo, J. C, Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana. San Pablo, 2003. Madrid.
- http://scielo.isciii.es/
- www.redaccionmedica.com
- paliativossinfronteras.com
- www.who.int
- www.agenciasinc.es
- www.astursadud.es
- www.actasanitaria.com

Capítulo 689

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES PUEDE INFORMAR SOBRE EL CÁNCER COLORRECTAL

ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO

ROCIO CABAÑERO CLEMOT

JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL

1 Introducción

El Cáncer colorrectal (CCR) es el tumor maligno más frecuente en España siendo un problema importante de salud pública, se presenta en ambos sexos, y es el segundo que causa más muertes. El cáncer colorrectal puede originarse en cualquiera de las tres capas del colon. Cada semana de diagnostican en España una media de 600 casos, de los cuales llegan a fallecer el 60% de personas con esta enfermedad. Puede presenta en una media 1 por cada 20 hombres y 1 de cada 30 mujeres antes de los 75 años. Aproximadamente, un 50% de los tumores se localiza en la zona del recto, un 20% afectan al sigma, 15% el colon derecho, y un 7% colon transverso. El CCR es un tumor perfectamente prevenible y curable en el 90% de los casos.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de la prevención y promoción del cáncer de colon, ya que se puede hacer diagnóstico precoz sobre esta afeccción.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha realizado en una búsqueda de información y revisión de documentos en relación con el artículo, tanto en bases de datos, revistas y artículos especializados como BIOGUIA, AECC.

4 Resultados

Los 6 síntomas principales del cáncer colorrectal:
1. Cambios en nuestros hábitos intestinales.
2. Presencia de sangre en heces o en el recto.
3. Dolor agudo y continuo sin causa aparentemente justificada.
4. Sensación de querer defecar continuamente, no controlando el esfínter.
5. Sensación de fatiga cansancio permanente que no remite con el descanso.
6. Una pérdida de peso sin ninguna causa aparente.

Pruebas de detección del cáncer colorrectal.
- La prueba de sangre oculta en heces (SOH). Analiza una muestra de heces para detectar sangre. "Sangre oculta" que también se puede usar para diagnosticar otras causas de sangrado en el tubo digestivo.
- Tacto rectal El tacto rectal consiste en la exploración del ano y parte del recto.
- Video colonoscopía: Este es un procedimiento quirúrgico menor. Primero le darán un sedante suave para ayudarle a relajarse. Luego un médico usará un tubo delgado para examinar el interior del colon, esta prueba requiere de una preparación previa.
- Enema con doble contraste: Para aquellos casos donde la colonoscopía no llego al ciego.
- Biopsia Si el médico observa durante la realización de la colonoscopia una lesión sospechosa, procederá a extraer una pequeña muestra de tejido.

Principales métodos y medidas para la prevención.
- Limitar las carnes rojas, las grasas saturadas, el picante y las comidas muy copiosas sobre todo durante la noche.
- Una alimentación basada rica en frutas y verduras, pan y cereales.
- Beber una persona adulta entre 2-3 litros de agua diarios.
- Evitar el consumo de tabaco, drogas y limitar el consumo de alcohol.
- Mantenerse activo en la vida diaria evita que las digestiones se hagan pesadas, evitando el doble trabajo del intestino.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo central de este trabajo es dar a conocer que este tipo de cáncer es uno de los más comunes en el mundo, siguiendo estas pautas es fácil de detectar y diagnosticar, que una dieta saludable y manteniendo una vida activa podemos reducir la posibilidad de padecer este tipo de tumores.

6 Bibliografía

- dialnet.unirioja.es
- Prevenciónde colonvcn.org
- Medlineplus.gov. www.cancer.org
- Asociación Española Contra el Cáncer.
- Libro Técnicas Básicas de enfermería (Editex)

Capítulo 690

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.

ROCIO CABAÑERO CLEMOT

JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL

ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO

1 Introducción

Las IAAS, también denominadas infecciones nosocomiales u hospitalarias, son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Están relacionados con procedimientos invasivos y son la infección respiratoria, la quirúrgica, la urinaria y la bacteriemia de catéter vascular. Afectan al 5% de los pacientes y comportan una elevada morbimortalidad y un mayor coste económico.

2 Objetivos

- Describir los beneficios de los programas de prevención frente a las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Para la elaboración del este capítulo se ha realizado una búsqueda de información y se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se ha estimado que la aplicación de programas de prevención de las infecciones nosocomiales puede evitar alrededor del 65% de las bacteriemias e infecciones del tracto urinario y el 55% de las neumonías y de las infecciones quirúrgicas.

Disminuir las tasas de incidencia y prevalencia de las infecciones asociadas a estancias hospitalarias para mejorar la calidad asistencial, mediante estrategias de prevención y el desarrollo de programas integrados como: Reducir el número de transfusiones de glóbulos rojos, educar a los pacientes y médicos acerca de la higiene de manos, usar la última tecnología, hacer hincapié en el trabajo en equipo y la comunicación, y sobre todo prevención:
- Lavarse las manos antes y después de atender a un paciente.
- Emplear sondas estériles y de un solo uso para aspirar las secreciones.
- Sustituir frecuentemente los humidificadores.
- Esterilizar los equipos de respiración, nebulización, y broncoscopia
- Mantener en correctas condiciones de higiene los circuitos respiratorios.
- Aplicar tratamientos posturales y fisioterapia respiratoria.
- Enseñar al paciente a respirar y a eliminar las secreciones.
- Aplicar técnicas de aislamiento respiratorio cuando sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Vigilancia y control de la infección, sistemas y métodos de prevención y control de las infecciones (higiene y saneamiento), calidad, seguridad del paciente, investigación y formación y tecnología de la comunicación.

6 Bibliografía

- www.elsevier.es
www.fidisp.org
- www.who.int

www.bd.com
- www.enfermeria21.com
- https://tcaeauxiliaresenfermeria.blogs.com

Capítulo 691

INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

ANA MARÍA GARCÍA VILLA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Actualmente, la suma de los avances técnicos, diagnósticos y terapéuticos, así como la mayor eficacia de medidas preventivas en salud y la mejora de las condiciones de vida, posibilitan un aumento en la esperanza de vida, y por consiguiente, se produce el envejecimiento de la población.

Este alto grado de envejecimiento, a pesar de lo que tiene de positivo por tratarse de un logro importante de la sociedad, supone también un reto sin precedentes. Ya que, no sólo se trata de añadir más años a la vida, sino que los años que se vivan estén libres de enfermedad; esto es, se vivan con salud física y mental.

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) se contabilizaron, a principios del año 2010, 7.684.005 personas mayores de 65 años, lo cual supone el 16,73 % de la población total. Además, en nuestro país, las proyecciones de población sugieren un incremento del envejecimiento que duplicará al actual, el INE proyecta, para el año 2060, una población de 15.679.878 personas que tendrán una edad superior a los 65 años (el 29,9% de la población total) .

Este panorama demográfico, que refleja un aumento de la población envejecida con respecto a la población total, tendrá consecuencias económicas y sociales para toda la población, y entre estas consecuencias, a nivel socio-sanitario, se plantea el gran desafío de encontrar actuaciones que permitan afrontar de manera eficaz el rápido y creciente envejecimiento de la población, para poder dar respuestas adecuadas a los problemas que plantean la presencia cada vez mayor de las enfermedades crónicas degenerativas, la discapacidad y el envejecimiento físico y cognitivo de las personas.

Uno de los principales aspectos en los que debe centrarse la investigación actual, es descubrir en qué medida los déficits cognitivos asociados a la edad pueden prevenirse, y ver si una vez que ha comenzado el deterioro de las funciones cognitivas, esta situación es reversible.

Un claro ejemplo de enfermedad que provoca déficit cognitivo, es la demencia, un trastorno neurodegenerativo ligado a la edad y al proceso de envejecimiento.

La enfermedad de Alzheimer, seguida por la demencia vascular, es una de las causas más frecuentes de demencia. En España, se estima la presencia de alrededor de 450.000 personas con demencia tipo Alzheimer, lo cual viene a representar entre un 5-7% de la población mayor de 65 años; dicha prevalencia es algo más frecuente enmujeres que en varones y aumenta con la edad, en particular después de los 75 años, alcanzando una prevalencia del 20 % o más por encima de los 85 años

2 Objetivos

Objetivo general:
- Establecer la influencia de los nutrientes de la dieta en la prevención del deterioro cognitivo, causado por la enfermedad de Alzheimer.

Objetivos específicos:
- Identificar nutrientes con efectos beneficiosos para prevenir el deterioro la función cognitiva.
- Conocer la dieta mediterránea y su efecto beneficioso para la función cognitiva.

3 Metodología

Este trabajo consiste en un estudio descriptivo que profundiza en un área relacionada con los cuidados de la salud, mediante el análisis de estudios realizados previamente.

Tiene como finalidad conocer la influencia de la alimentación en las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer, tanto en los beneficios sobre la función cognitiva, como en la mejora de la calidad de vida previniendo la malnutrición.

Con este estudio se pretende determinar si existe la necesidad de implementar cambios específicos en la dieta de las personas afectadas por la patología de Alzheimer, para mejorar su pronóstico y su calidad de vida.

Para la elaboración de este trabajo, se comenzó la búsqueda de información a principios del mes de febrero del año 2016. Las fuentes de información utilizadas fueron:

• Artículos de revistas científicas: o Revistas de nutrición:
• Nutrien (revista de nutrición y salud).
• FEDN (Fundación española de dietistas nutricionistas). o Revistas de asociaciones de Alzheimer:
• FAE (Fundación Alzheimer España).
• AFAL (Asociación de Familiares de Enfermos de
Alzheimer).
• CEAFA (Confederación española de asociaciones de familiares de personas con Alzheimer y otras demencias). • AFA Rioja (Asociación de Familiares de Enfermos de
Alzheimer de La Rioja).
• Consulta de bases de datos bibliográficas que incluyen producción científica sobre temas relacionados con las ciencias de la salud, como son: PubMed, Scielo, Cuiden y Dialnet, utilizando: o Los operadores booleanos “AND” y “OR”. o Los filtros de artículos:
• Disponibles a texto completo (“Free full text”). • Publicados entre 2006 y 2019.
• En los idiomas: inglés y español. o Las palabras clave: “alzheimer”, “alzheimer’s disease”,“nutrition”,
“prevention”, “treatment”, “pharmacotherapy”, “Mediterranean diet”, “antioxidant”, “dysphagia”, “Dietary supplements”,
“Cognition”, (“alzheimer”, “enfermedad de alzheimer”, “nutrición”,

"prevención", "tratamiento", "farmacoterapia", "dieta mediterránea", "antioxidante", "disfagia", "suplementos dietéticos", "cognición").

• Sedes de páginas web con información actualizada: o INE (Instituto Nacional de Estadística). o IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales). o SEGG (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología).

• Libros: (DSM-IV (3), Vademecum (14), Libro blanco de la Nutrición (16), Tratado de geriatría para residentes (28)).

4 Resultados

1. ALZHEIMER

1.1. DEFINICIÓN.

La Enfermedad de Alzheimer, mal de Alzheimer o demencia senil tipo Alzheimer, fue descrita por primera vez en 1906 por el psiquiatra y neurólogo alemán, Alöis Alzheimer (1864-1915), mediante la descripción de las manifestaciones clínicas de una paciente y los cambios en su necropsia cerebral (pérdida neuronal y degeneración neurofibrilar).

El síndrome del mismo nombre ha sufrido cambios acerca de su importancia y consideración, siendo en las últimas décadas, reconocido en todo el mundo como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el envejecimiento de la población.

Se caracteriza principalmente por ser una enfermedad neurodegenerativa, de origen desconocido, y de carácter progresivo, con aparición lenta de síntomas que evolucionan a lo largo de los años. Al principio se produce una pérdida de memoria y una desorientación temporo-espacial. Posteriormente, en una segunda fase, la persona enferma pierde fluidez en el lenguaje, tiene dificultades para vestirse y necesita ayuda constante para realizar actividades cotidianas. En fases avanzadas de la enfermedad, se llega a un alto grado de incapacidad en el que la persona no puede valerse por sí misma. Además va experimentando otras alteraciones irreversibles de su personalidad, no reconoce a sus allegados, presenta incontinencia urinaria y fecal y presenta otras alteraciones como ansiedad, angustia, agresividad o depresión. (CEAFA (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer)).

2. ALIMENTOS RELACIONADOS CON LA PREVENCIÓN DEL DETERIORO DE LA FUNCIÓN COGNITIVA

Entre otros factores, amplia evidencia sugiere que tanto la salud mental como la función cognitiva, se ven influenciadas por la nutrición, ya que la estructura y función del sistema nervioso dependen en última instancia de aporte nutricional.

Un enfoque nutricional para prevenir, enlentecer, o detener la progresión de la enfermedad es una estrategia prometedora que ha sido ampliamente investigada. Las modificaciones nutricionales tienen la ventaja de ser rentables, fáciles de implementar, socialmente aceptadas y carentes de efectos adversos significativos en la mayoría de los casos.

A pesar de que la evidencia científica es incompleta, una combinación de dieta saludable y ejercicio físico regular, pueden desempeñar un papel en la prevención de la Enfermedad de Alzheimer, tanto por la disminución de los factores de riesgo para su desarrollo (incluyendo la prevención del déficit vitamínico, la prevención del estrés oxidativo , y la preservación y protección vascular y neuronal), como por los beneficios de protección para el cerebro que proporciona, que ayuda a preservar la cognición y la memoria.

Se cree, que una dieta saludable, unida a actividades estimulantes de la cognición y a la actividad física, podría contribuir a disminuir al mismo tiempo el riesgo de varias enfermedades cuya incidencia aumenta considerablemente con la edad. En consecuencia, el potencial de la intervención nutricional para prevenir o retrasar el deterioro cognitivo y el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer es un tema de creciente interés científico, así, muchas intervenciones nutricionales se han estudiado y continuarán siendo evaluadas en la esperanza de encontrar un compuesto con éxito que se pueda utilizar para la prevención y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.

Sin embargo, es difícil evaluar las acciones precisas de los componentes concretos de la dieta, ya que las personas comen alimentos y dietas, no nutrientes individuales, por tanto sería más conveniente estudiar patrones dietéticos y conductas alimentarias, que puedan tener beneficios para la función cognitiva, como por ejemplo la dieta mediterránea que parece estar asociada con un menor riesgo de Alzheimer y que se expone en el apartado 4 de este trabajo.

3.1. NUTRIENTES CON POSIBLES BENEFICIOS PARA LA FUNCIÓN COGNITIVA

Se consideran beneficiosos aquellos nutrientes que contribuyen a un buen funcionamiento de las actividades cerebrales, optimizando la función cerebral y luchando contra el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento. Por ello, deben ser incluidos en nuestra dieta: alimentos antioxidantes como vegetales de hoja verde, cereales integrales, frutas y verduras, productos ricos en vitamina B-12 como carne, huevos y derivados de la leche, y productos ricos en omega-3 como los pescados azules.

• Ácidos grasos poliinsaturados (AGP) omega-3. Tienen propiedades antiinflamatorias, inhiben la agregación plaquetaria y disminuyen la vasoconstricción (20), además resistentes a los radicales libres, disminuyendo así el estrés oxidativo y la inflamación (8). Por tanto el omega-3 puede tener un efecto protector contra el deterioro cognitivo de varias enfermedades neurodegenerativas , pero resulta menos útil conforme la enfermedad progresa y la pérdida de neuronas es significativa. Las principales fuentes de omega-3 son el pescado azul (sardina, salmón, etc.), Además, podemos encontrar omega-3 en alimentos vegetales como son las nueces y las semillas de calabaza. o Ácido docosahexanoico (DHA): Es un nutriente esencial para el cerebro, por ser uno de los ácidos grasos más importantes del mismo, que permite mayor fluidez a través de las membranas celulares del tejido nervioso. En algunos estudios con ratones la suplementación de DHA reduce el daño causado por la deposición de placas de beta- amiloide y proteína tau. Por tanto, niveles altos de DHA en la sangre, se han asociado con una reducción del riesgo de padecer Alzheimer. o Ácido eicosapentanoico (EPA): Su efecto antiinflamatorio parece mitigar los efectos del envejecimiento y de las placas beta-amiloide en estudios con ratones de edad avanzada .

En un estudio sobre la administración de suplementos EPA/DHA en ancianos sanos y en aquellos con deterioro cognitivo leve, no se afectaron las puntuaciones en las pruebas cognitivas, pero mostraron una mejoría en términos de fluidez mental y memoria. En los pacientes con enfermedad de
Alzheimer avanzada, la suplementación con EPA/DHA no redujo las tasas de deterioro cognitivo. Por tanto no existe consenso sobre los beneficios de su suplementación.

• Vitaminas E y C. Previenen el estrés oxidativo y reducen los radicales libres a nivel celular (8), por ello, una dieta rica en vitaminas E y C protege de los déficits cognitivos asociados al envejecimiento, sobre todo cuando la ingesta continuada de estos nutrientes comienza tempranamente, ya que actúan como antioxidantes y moduladores de la función celular. o Vitamina C: es una vitamina hidrosol-

uble, por lo que es necesario su consumo diario (ya que no se almacena en el tejido graso como lo hacen las liposolubles). Es necesario para el crecimiento y reparación de tejidos, además, tiene poder antioxidante, y neutraliza los efectos negativos de la acumulación de radicales libres en nuestro organismo y sobre las neuronas. o La vitamina E: se encuentra naturalmente en forma de tocoferoles y tocotrienoles, y ayuda a retrasar los efectos destructivos en las neuronas, previniendo el deterioro mental mediante su potente efecto antioxidante . Se encuentra en muchos alimentos, particularmente en altas cantidades en nueces, semillas y aceites. La vitamina E de los suplementos como complemento en la dieta, no tiene evidencia científica para la prevención del deterioro cognitivo.

• Vitaminas del complejo B. actúan como cofactores para la metilación de la homocisteína, reduciendo así sus niveles en sangre. La homocisteína es activa en el tejido cerebral y algunos estudios asocian niveles elevados de la misma, con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y con la posible contribución al desarrollo de la enfermedad de Alzheimer (mediante mecanismos vasculares o como neurotóxico directo), así el aumento de estas vitaminas puede estar relacionado con un mejor funcionamiento cognitivo o un menor riesgo de Alzheimer. Dentro de las vitaminas de este complejo, que muestran un efecto protector, destacan la vitamina B6, la vitamina B9 o ácido fólico y la vitamina B12. o Vitamina B-6: Contribuye a mantener función neurológica normal. Se encuentra en los vegetales verdes, carne, cereales integrales, plátanos, frutos secos y nueces. o Ácido fólico (vitamina B-9): Disminuye los niveles de homocisteína, ya que para su metilación se requiere ácido fólico, previniendo así, el daño y la muerte celular (8,15). Fuentes saludables de ácido fólico incluyen: vegetales de hojas verdes, frijoles, guisantes, frutos cítricos y melón. o Vitamina B-12: La vitamina B-12 es esencial para la salud del cerebro y el sistema nervioso y para la formación de glóbulos rojos, por tanto debe ser parte de la dieta diaria. La vitamina B-12 se puede obtener a través de los huevos, productos lácteos, la soja y la carne de res y aves, además se encuentra en alimentos fortificados como cereales y leche vegetal.

• Resveratrol: Es un polifenol con acción antioxidante y neuroprotectora, contribuye a mantener la función cerebral activa mejorando la transmisión sináptica y reduciendo la acumulación de la proteína beta-amiloide. Contenido en los cacahuetes, las uvas y en el vino.

• Catequina: Es un compuesto fenólico, procedente del té verde, que previene problemas cognitivos mediante la modulación del estrés oxidativo y disminuye la producción de proteina beta-amiloide. Aunque se debe tener en cuenta que su

biodisponibilidad es baja de forma oral.

Algunos artículos son reacios a creer que la modificación de la ingesta nutricional, tenga influencia en la prevención del deterioro cognitivo, debido a que, hasta el momento, ninguna dieta o suplemento dietético ha demostrado ser eficaz para reducir el riesgo de Alzheimer. Resaltando que lo verdaderamente beneficioso para el deterioro cognitivo, y para la salud en general, es hacer ejercicio regularmente y seguir una dieta saludable.

Diversos estudios han establecido el estrés oxidativo como un elemento importante de la patogénesis de la enfermedad de Alzheimer. Esta oxidación altera el correcto funcionamiento de las membranas neuronales, daña el ADN, induce la formación de placas amiloideas y provoca lesiones vasculares de tipo ateroesclerótico.

Las sustancias naturales antioxidantes son la vitamina E, la vitamina C, los carotenos y los flavonoides. Son escasos y contradictorios los estudios epidemiológicos que hayan mostrado una relación entre la ingesta o concentraciones plasmáticas de antioxidantes y deterioro cognitivo.

Un artículo destaca el hecho de que por ejemplo, sabemos que los alimentos antioxidantes reducen la oxidación, pero no se conoce hasta qué punto esto es beneficioso o perjudicial para la función cerebral. Y lo mismo ocurriría con los ácidos grasos omega-3, ya que se sabe que reducen el riesgo de enfermedad cardiovascular, y por ello se asocian con una protección frente al deterioro cognitivo, pero los estudios no proporcionan aun pruebas suficientes para recomendar el consumo de omega-3 como suplemento a la hora de prevenir la demencia.

En el caso de las vitaminas del grupo B (ácido fólico, vitamina B12 y vitamina B6), no hay evidencia que sugiera beneficio o daño potencial, por tanto las recomendaciones de suplementación deberían estar reservadas para el tratamiento de estados carenciales, y no para la prevención o el tratamiento de trastornos cognitivos, incluyendo al enfermedad de Alzheimer.

A menudo, se hacen recomendaciones de suplementación con vitaminas, basadas en la premisa de que, si bien pueden no ser útiles, no son perjudiciales y suponiendo una relación riesgo-beneficio favorable. Sin embargo, la compra de suplementos vitamínicos con beneficios inciertos, podrían ser una carga financiera añadida para las personas mayores con bajos recursos económicos.

4.1. ALIMENTOS DE LA DIETA MEDITERRÁNEA CON FUNCIONES BENEFICIOSAS PARA LA FUNCIÓN COGNITIVA

Los principales alimentos de la dieta mediterránea con nutrientes beneficiosos para la función cognitiva, son:

• Frutas y verduras: Son una fuente de antioxidantes y compuestos bioactivos. Además, tienen bajo contenido en grasas saturadas. o El hecho de consumir fruta como postre no deja opción a otras alternativas menos saludables. o El consumo habitual de ensalada aliñada con aceite de oliva, tiene como ventaja una mayor disponibilidad de algunos nutrientes sin pérdidas por procesos culinarios (especialmente ácido fólico y vitamina C).

• Legumbres: Tiene efectos favorables sobre la glucemia, y aporta hidratos de carbono (HC) complejos, que contribuyen a regular el perfil calórico de la dieta. Además tienen alto contenido en compuestos bioactivos, fibra y proteínas (estas últimas a veces deficitarias en las personas con Alzheimer).

• Frutos secos (nueces, almendras, avellanas, cacahuetes, etc.): Son buena fuente de ácidos grasos mono y poliinsaturados, minerales, vitaminas, fibra y compuestos bioactivos.

• Pescado azul: Aporte de ácidos grasos poliinsaturados omega-3, ácido eicosapentanoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA). Además aporta minerales (selenio, yodo, calcio) y vitaminas (sobre todo vitamina D). Según estudios epidemiológicos su consumo más de 2 veces por semana reduce el riesgo de sufrir Alzheimer.

• Alimentos de origen animal (carnes, huevos): Aportan nutrientes que en los alimentos de origen vegetal se encuentran en menor cantidad, como son: calcio, zinc, hierro, vitamina B12, etc.

• Vino: Tiene altos niveles de resveratrol y otros polifenoles, que son potentes antioxidantes, reducen la formación y acumulación de la proteína beta-amiloide y protegen contra su neurotoxicidad. Su ingesta moderada (10-30 g/día de etanol) con las comidas reduce el riesgo de desarrollar Alzheimer.

5 Discusión-Conclusión

El Alzheimer es una enfermedad con altas tasas de prevalencia e incidencia en la sociedad actual, entre los factores de riesgo que influyen en su aparición y desarrollo, destaca principalmente la edad, por tanto, estas tasas seguirán aumentando en las próximas décadas de forma progresiva como consecuencia del envejecimiento poblacional.

Esta tendencia, unida a su origen desconocido y multifactorial y al hecho de que la enfermedad de Alzheimer sea actualmente incurable, hace que sea una patología con gran importancia social, económica y sanitaria.

En base a la información encontrada en varios estudios, se puede concluir que la alimentación, unida a la estimulación sensorial y a la realización de ejercicio físico, es un factor que puede tener importancia en el desarrollo y la prevención de enfermedades neurodegenerativas, pudiendo retrasar su aparición o reducir sus secuelas; aunque no se puede asegurar que, llevando una alimentación sana y equilibrada, se evite por completo padecer en un futuro una enfermedad de estas características.

Al investigar sobre los alimentos, en cuanto a su papel frente a la prevención de las enfermedades neurodegenerativas, varios estudios diferencian entre los que tienen un papel protector y los que pueden suponer un factor de riesgo o ser perjudiciales. Es importante tener en cuenta ambos en la prevención de Alzheimer, pero este estudio está centrado en conocer aquellos que puedan ser beneficiosos.

Varios artículos afirman que en los alimentos, hay un gran número de nutrientes que poseen propiedades que ayudan al correcto funcionamiento de la actividad cerebral, reduciendo el deterioro cognitivo propio de la edad y facilitando la prevención del envejecimiento cerebral, entre los que se encuentran los ácidos grasos poliinsaturados omega-3, las vitaminas C, E, B6, B12 y B9 (ácido fólico) y otros nutrientes que forman parte del patrón alimentario de la dieta mediterránea.

Sin embargo, los resultados en cuanto a los beneficios de los alimentos no son concluyentes, pues al no conocerse bien las causas y el progreso de la enfermedad, tampoco se sabe de manera exacta cómo influyen en la misma. Además al tratarse de una enfermedad cuyo desarrollo se prolonga durante varios años, no hay evidencias científicas de la eficacia de la alimentación como factor determinante a la hora de desarrollar enfermedades neurodegenerativas.

Tras el estudio realizado, no se pueden extraer conclusiones definitivas, ya que

se observa disparidad de opiniones en los artículos encontrados. Algunos proponen la alimentación como una medida de prevención eficaz frente al deterioro cognitivo de la enfermedad de Alzheimer, otros reflejan que no hay diferencias significativas entre grupos a los que se les han administrado suplementos y a los que no, y otros exponen que la suplementación indiferenciada, sin atender individualizadamente a las necesidades de cada persona, podría ser perjudicial y desencadenar otros problemas de salud.

Tal y como he expuesto anteriormente, se prevé que en las próximas décadas aumente el número de personas que padecen esta enfermedad, por tanto, se debería alertar a las autoridades responsables de la gravedad de este problema, para que se incrementen los recursos presupuestarios y sociosanitarios en la lucha contra esta enfermedad. Su prevención y tratamiento son un campo de investigación muy amplio y necesario, ya que hoy en día los datos científicos todavía son incompletos.

Desde el punto de vista del tratamiento, expuesto en el apartado 1.6. de este trabajo, se utilizan principalmente los fármacos inhibidores de la colinesterasa y la memantina, que únicamente tratan la sintomatología y no llevan a la cura de la enfermedad. Es por tanto necesario seguir investigando sobre tratamientos posibles para esta patología, en lo relativo a fármacos que actúen sobre la etiopatogenia de la enfermedad. Y no solo es importante investigar el tratamiento, sino también establecer pruebas diagnósticas que predigan de una manera segura el desencadenamiento de la enfermedad mucho antes de que ésta presente síntomas, para poder llevar a cabo un tratamiento mucho más precoz y efectivo. Por tanto es necesaria una abundante actividad investigadora sobre la enfermedad que permita un cambio radical en el curso y manejo de la misma.

El Alzheimer es una enfermedad que además de afectar a las personas que lo sufren, afecta directamente a sus familias, sobre las que recae el peso de unos cuidados constantes y totales, que también deben ser tenidos en cuenta para proporcionarles el apoyo necesario.

6 Bibliografía

1. Pérez Fuentes M, Gázquez Linares J. Envejecimiento y demencia. [Granada]: GEU; 2011.
2. Ballesteros S. Influencia de la actividad física y la alimentación en la prevención del envejecimiento cognitivo. UNED; 2003.

3. Pichot P. DSM-IV. Barcelona: Masson, S.A.; 1995.
4. Morón Pedregal L, Viloria Juménez A, Gil Gregorio P. Módulo 4. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. En: Conde Morala M. Los cuidados formales a un enfermo de Alzheimer. Madrid: AFAL contigo; 2006. p. 115-162.
5. Swaminathan A, Jicha G. Nutrition and prevention of Alzheimer's dementia. Frontiers in Aging Neuroscience. 2014;6 (282).
6. Perdiguero Márquez G. Perspectivas diagnósticas y terapéuticas de la enfermedad de Alzheimer. Facultad de Farmacia (Universidad Complutense); 2015.
7. Rodríguez Domínguez D. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: Un problema social y sanitario. Facultad de Enfermería (Universidad de Valladolid); 2014.
8. Bane T, Cole C. Prevention of Alzheimer disease. The Nurse Practitioner. 2015;40(5):30-35.
9. Alzheimer's Disease International.World Health Organization. Dementia: A Public Health Priority. World Health Organization; 2012.
10. Han J, Han S. Primary Prevention of Alzheimer's Disease: Is It an Attainable Goal?. Journal of Korean Medical Science. 2014;29(7):886 - 892.
11. Barnard N, Bush A, Ceccarelli A, Cooper J, de Jager C, Erickson K et al. Dietary and lifestyle guidelines for the prevention of Alzheimer's disease. Neurobiology of Aging. 2014;35: S74-S78.
12. Cooper J. Nutrition and the brain: what advice should we give?. Neurobiology of Aging. 2014;35:S79-S83.
13. Selmes M, Menendez Y, Selmes J, Toledano A. Revista de Alzheimer España. 2011;(30):16-19.
14. Fernández M. Vademecum internacional 14. Madrid: Vidal Vademecum; 2014.
15. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra: OMS; 2003.
16. Pérez-Llamas FCarbajal Azcona Á. Personas Mayores. Libro blanco de la nutrición en España. 1st ed. Madrid: Fundación Española de la Nutrición (FEN); 2013. p. 73-83.
17. Martín Duarte J. Módulo 2. Cuidados básicos domiciliarios al enfermo de alzheimer u otras demencias. En: Conde Morala M. Los cuidados informales a un enfermo de Alzheimer. Madrid: AFAL Contigo; 2006. p. 43-74.
18. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevo escenario. Guía de Orientación para la práctica profesional. Boletín sobre Envejecimiento nº 34. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2008.
19. Dauncey M. New insights into nutrition and cognitive neuroscience. Proceedings of the Nutrition Society. 2009;68(04):408 - 415.
20. Gil P, Maestu F. Nutrición y enfermedades neurológicas. En: Manual Prác-

tico de Nutrición y Salud. Alimentación para la prevención y el manejo de enfermedades prevalentes. A Carbajal y C Martínez (coordinadoras). Madrid: Exlibris Ediciones, S.L.; 2012. 437-446.

Capítulo 692

TÉCNICA DE REGOGIDA DE ORINA EN NIÑOS Y LACTANTES

ANA MARIA MILLAN FERNANDEZ

CLARA ISABEL TOCINO HERNANDEZ

1 Introducción

La recogida de orina mediante bolsa adhesiva perineal es el método mas empleado en España para recogida de orina en niños que no controlan la micción.
Es el método de elección en una actuación clínica con fines diagnósticos y terapéuticos.
Es un procedimiento no invasivo, fácil, se puede llevar a cabo en el propio domicilio.

2 Objetivos

- Conseguir un a muestra de orina lo mas estéril posible para un diagnóstico.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica en los motores de búsqueda habituales: Cochrane, PubMed y Google académico, utilizando las palabras clave sondaje vesical, niños y muestra de orina.

4 Resultados

-Los estudios de métodos existentes de recogida de orina en niños coinciden en la necesidad de medidas de antisepsia
- Lavado de manos antes de la manipulación lavado de la zona perineal con jabón o toallitas desinfectantes y secado antes de colocarle la bolsa sobre la piel.
- Existe riesgo de contaminación en la muestra dado que la técnica de recogida se realiza en condiciones de antisepsia pero no esterilidad
- El efecto psicológico que ocasionaría esta técnica al paciente pediátrico y sus familiares es mínimo.
- Esta técnica no es valida si se sospecha de patología comprometida en el lactante
- Revisar frecuentemente la bolsa y cambiarla cada 30 minutos si no ha orinado por riesgo de contaminación, a veces se necesita colocar mas de un a bolsa para recoger una muestra

5 Discusión-Conclusión

Es necesario en una actuación clínica un procedimiento estándar de recogida de orina en lactantes .
Es un método especifico, fácil, no invasivo para el paciente, rápido y económico para el servicio sanitario.
Puede ser recogida en un consultorio en el servicio de urgencias y en el propio domicilio.
El resultado de la muestra no es fiable al cien por cien, hay riesgo de contaminación.

6 Bibliografía

- Infección urinaria en pediatría.Cristina Castellote Clara Calleja. Disponible en: https://www.parcdesalutmar.cat/mar/infeccionurinaria.pdf
- Métodos para la recogida de muestras de orina para urocultivo y perfil urinarioSample collection methods for urine culture and analysis OchoaSangradoraM.F.Brezmes Valdiviesob. Disponible en:https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403307707117

Capítulo 693

TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA-CASO CLÍNICO.

JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL

ROCIO CABAÑERO CLEMOT

ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO

1 Introducción

La bronquiolitis infantil es una de las enfermedades infecciosas más común en bebés y niños, aunque en mayor parte afecta a los menores de un año que acuden a escuelas infantiles. Afecta a los bronquiolos cuya sintomatología es muy similar a la del catarro, es decir, tos, mucosidad abundante, a veces fiebre, aunque muy leve y falta de apetito. Hay casos en los que la situación se agrava dificultando mucho la respiración y provocando fatiga, deshidratación y pitos.
Menos del 20% de los casos requieren ingreso hospitalario y suelen ser bebés cono pocos meses de vida, mientras que en aquellos que padecen bronquiolitis leve se recuperan en casa.

2 Objetivos

Entre los objetivos propuestos para la presente investigación se encuentran los siguientes:
- Conocer cómo tratar la bronquiolitis.

- Determinar las pautas a llevar a cabo.
- Proporcionar información para diagnosticar la enfermedad.

3 Caso clínico

Antecedentes personales: recién nacido a término, peso elevado para edad gestacional 40+6 semanas.
Embarazo: Serologías maternas lúes, VIH, Toxoplasma, HBsAg negativas y rubeóla inmune. Grupo sanguíneo materno: A Rh: positivo. Cultivo SGB: negativo. Vacunada de la tosferina. Gestación de riesgo por peso fetal en percentil 98 en los últimos controles ecográficos. Horas de la bolsa rota: 3 horas.
Parto: inducido. Presentación cefálica.
Datos del recién nacido: peso: 4.030 kg, longitud: 53 cm, AOGAR 4/5/8, grupo sanguíneo: A Rh positivo, exploración física por aparatos sin hallazgos patológicos. Prueba de detección precoz a enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas realizadas.
Anamnesis: Bebé de 5 meses con dificultad respiratoria progresiva durante las últimas 48 horas, cuadro catarral con tos y aumento de secreciones respiratorias. Febrícula de 37.4ºC. Vómitos de contenido mucoso en número de 3 en 24 horas, sin presentar diarrea y alimentado con lactancia materna, con disminución de ingesta. Peso: 9.2 kg, Frecuencia Cardiaca (l.p.m): 149, Frecuencia Respiratoria (r.p.m.): 54, saturación oxígeno: 98% Fi oxígeno: 21%.

Exploración clínica: B.E.G. Fenotipo normal. Coloración normal de piel y mucosas. Buena hidratación, nutrición y perfusión. No exantemas ni petequias. Mínima retracción subcostal. Auscultación respiratoria: adecuada entrada de aire con sibilantes espiratorios. Auscultación cardiaca: no soplos ni ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible. No doloroso. No masas ni megalias. ORL: Orofaringe hiperémica sin exudados y otoscopia normal. No adenopatías.
Evolución en urgencias: Se realiza prueba terapéutica con Salbutamol inhalado en cámara, 2 puff con adecuada respuesta.
Diagnóstico: Bronquiolitis aguda leve (HSJD 5)

Motivo de alta: domicilio- fin de cuidados.
Tratamiento al alta:
- Observación domiciliaria.
- Lavados con suero salino fisiológico frecuentes.

- Posición semiincorporada.
- Fraccionar las tomas (menos cantidad y más frecuentes).
- Si dolor o temperatura mayor de 38ºC: 1.4 ml cada 6-8 horas.
- Salbutamol inhalado en cámara espaciadora: 2-3 puff cada 4 horas o antes si hay tos, pitos o fatiga.
- Se explican signos de alarma, si aparecen o empeora, volver.
- Control por su pediatra 24 horas.

4 Discusión-Conclusión

La bronquiolitis es vírica y suele producirse por el virus respiratorio sincitial (VRS) es el agente causal más frecuente. Su pico más alto es durante los meses del invierno e inicio de la primavera.

5 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/
- https://www.lavanguardia.com/
- https://mibebeyyo.elmundo.es/
- https://www.pediatriaintegral.es/

Capítulo 694

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN HEMODIÁLISIS.

MARTA VEGA GUTIÉRREZ

SANDRA CARBAJAL FERNÁNDEZ

1 Introducción

Entendemos como insuficiencia renal a un fracaso de las funciones del sistema renal lo que conlleva un fallo en la función depuradora , reguladora , endocrino-metabólica y un aumento en la retención de productos metabólicos tóxicos con alteraciones en el volumen.
La diálisis es un procedimiento por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas que contiene la sangre .
Hay dos tipos de procedimientos : La hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

2 Objetivos

- Determinar las funciones del técnico en cuidados auxiliar de enfermería ante un paciente con insuficiencia renal y que tiene por tratamiento terapéutico la hemodiàlisis .

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica en la que sintetizamos la información relacionada con los cuidados proporcionados por el equipo de enfermería a pacientes sometidos a hemodiálisis en diferentes bases de datos utilizando los siguientes descriptores: Insuficiencia renal , hemodiálisis , toxinas y sangre.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son una pieza clave tanto en el procedimiento de limpieza y desinfección de los monitores de hemodiálisis como en la preparación del paciente que va desde la recepción del mismo , control de peso al ingreso y al egreso, realización de control de signos vitales cada hora, asistir al procedimiento de conexión y desconexión de fístula y catéter . Realizar la recepción y entrega del material y retirada del mismo utilizado en cada proceso para llevar a esterilización , y colaborando en la dinámica de la unidad y en el traslado del paciente una vez finalizado el procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE forma parte del equipo multidisciplinar y su papel es fundamental a la hora de llevar a cabo los protocolos para realizar la hemodiálisis y que todo el proceso cumpla con la calidad y seguridad necesaria en el tratamiento del paciente .

6 Bibliografía

- www.elservier.es
- www.opolanco.es
- www.saludcastillayleon.es
- Auxiliardeenfermeria.es
- Diariodialisis.com

Capítulo 695

ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA.

TANIA CARCELEN REBOLLAR

JULIA COSTALES LOPEZ

MARIA ARANZAZU SUAREZ LIBERATO

1 Introducción

Sirve para alimentar a los pacientes que presentan dificultades para masticar o tragar los alimentos, pero no para digerirlos (como la disfagia y otras). Se utiliza en pacientes con diversas situaciones clínicas, como ciertas enfermedades metabólicas.
Sonda de alimentación nasogástrica. Una sonda nasogástrica (Sonda NG) es una sonda especial que lleva alimentos y medicamentos al estómago a través de la nariz. Puede utilizarse para todos los alimentos o para brindarle calorías extra a la persona.
La alimentación por sonda puede utilizarse para alimentar a las personas cuyo tracto digestivo funciona con normalidad pero que no pueden comer lo suficiente para satisfacer sus necesidades nutricionales. Se incluyen a las que presentan alguno de los siguientes casos:

- Falta de apetito durante mucho tiempo.
- Desnutrición proteico-energética grave (una fuerte deficiencia de proteínas y calorías).
- Coma o estado de alerta muy reducido.

- Insuficiencia hepática.
- Una lesión en la cabeza o el cuello u otro trastorno que hace que sean incapaces de comer por la boca.
- Una enfermedad grave (como quemaduras) que aumenta las necesidades nutricionales.
- En caso de enfermedad o desnutrición grave, se puede introducir la alimentación por sonda antes de la cirugía.

Las personas con sondas de alimentación deben permanecer sentadas en posición vertical o con la cabeza de la cama elevada durante la alimentación y de 1 a 2 horas después. Esta posición reduce el riesgo de que se inhale la comida, y permite que la gravedad ayude a mover el alimento a través del tracto digestivo.

Por lo general, se da varias veces al día una cantidad relativamente grande de comida (llamada bolo). Sin embargo, si estas ingestas causan náuseas, se dan continuamente pequeñas cantidades de comida.

Existen distintas fórmulas para su administración mediante sonda de alimentación; por lo general, se utiliza una que proporcione una dieta completa y equilibrada. Algunas están diseñadas para tratar una deficiencia específica y puede contener un único nutriente, tales como proteínas, grasas o hidratos de carbono. También hay fórmulas especializadas disponibles para las personas con necesidades específicas. Se incluyen los siguientes:

- Fórmulas concentradas, con menos volumen de líquido, para las personas cuya ingesta de líquidos está limitada.
- Fórmulas enriquecidas con fibra, para las personas con estreñimiento.
- Fórmulas sin lactosa, para las personas que son intolerantes a la lactosa.

2 Objetivos

- Revisar la alimentación nasogástrica en determinados casos en los que el paciente no puede alimentarse por sí mismo.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Sistema Nacional de Salud (PDF)Declaración de Pamplona de OMC.
- SENPE's Standardization Group; Pedrón Giner C, Martínez-Costa C, Navas-López VM, Gómez-López L, Redecillas-Ferrero S, Moreno-Villares JM, et al.

Capítulo 696

PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS.

BENEDICTA ALVAREZ IGLESIAS

ANA ISABEL CALVO SUÁREZ

ARACELI LASARTE IBÁÑEZ

ANA ISABEL ALVAREZ DEL SALVADOR

1 Introducción

Los cuidados paliativos son los cuidados cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de pacientes que tienen una enfermedad grave o que pone la vida en peligro. La mayoría de los expertos definen este tipo de atención, que incluye el control de síntomas, que establece las metas de atención y la prestación de apoyo psicosocial, comenzando en el momento del diagnóstico y siguiendo toda la enfermedad. Cuando un paciente presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, es merecedor de unos cuidados específicos y de calidad administrados por un equipo interdisciplinar bien formado y con capacidad para tratar una situación compleja que se va a ir modificando a lo largo del proceso de la enfermedad, así como el gran impacto emocional que la cercanía de la muerte produce en el enfermo, familia y equipo terapéutico. Dentro de este equipo interdisciplinar, la enfermería tiene la misión de "proporcionar cuidados". Estos cuidados deben estar basados en las necesidades del paciente y su familia.

La atención que mejora la calidad de vida de las personas enfermas y de sus familias al afrontar los problemas asociados a enfermedades incurables en fase terminal, a través de la prevención, evaluación y tratamiento del dolor y otros

problemas físicos, psicológicos y espirituales. Los cuidados se basarán según las necesidades del paciente.
Los objetivos de los cuidados paliativos: (OMS)
• Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
• Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
• No intentar ni acelerar ni retrasar la muerte.
• Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
• Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
• Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
• Mejoran la calidad de vida y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad.
• Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.
• Todo ello requiere la participación de un equipo multidisciplinar integrado por personal médico, de enfermería, de psicología y del trabajo social.

Lo que se busca con los cuidados paliativos es:
• Procurar el mayor equilibrio físico, psíquico y ambiental del enfermo, para facilitarle una vida digna hasta la muerte
• Cooperar con el médico.
• Valorar las alteraciones en la calidad de vida provocadas por la enfermedad y su tratamiento, la forma cómo afectan al paciente y cómo éste afronta su situación.
• Procurar el mayor equilibrio físico, psíquico y ambiental del enfermo, para facilitarle una vida digna hasta la muerte.
• Cooperar con el médico para explicar el diagnóstico y otras informaciones relevantes al paciente y a su familia.
• Asesorar y educar a la familia sobre los cuidados, la dieta, medicamentos, etc..
• Ayudar al paciente y a su familia a prevenir y a sobrellevar las situaciones de crisis.
• Prevenir las complicaciones de la inmovilidad y encamamientos prolongados.
• Procurar la continuidad de los cuidados y la coordinación entre los diferentes servicios y niveles asistenciales.
• Preparar con tiempo al paciente y su familia ante un ingreso hospitalario o el traslado a su domicilio.

• Proporcionar a la familia ayuda para afrontar la muerte y la fase de duelo.
• Colaborar con otros miembros del equipo asistencial para reducir el desgaste y cansancio físico y aumentar la tolerancia mutua en situaciones difíciles.

2 Objetivos

Valorar las alteraciones en la calidad de vida provocadas por la enfermedad y su tratamiento, la forma cómo afectan al paciente y cómo éste afronta su situación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados paliativos son una parte fundamental del tratamiento de toda enfermedad grave o de alguna enfermedad que ponga en riesgo su vida. Cabe añadir que los cuidados paliativos son una forma de atención médica activa e integral, destinada a los aspectos físicos, emocionales y sociales relacionados con la enfermedad que afecta al paciente. La comprensión de cómo afecta la enfermedad a la vida de los pacientes, tanto mental como físicamente, es un aspecto muy importante de la evaluación para los cuidados paliativos.
Lo que se busca con los cuidados paliativos es aliviar el dolor y otros síntomas, y mejorar la calidad de vida a los pacientes que sufren esta enfermedad; sin olvidar a su familia que también llevan carga importante .

5 Discusión-Conclusión

Hay un amplio conjunto de enfermedades que pueden requerir la aplicación de cuidados paliativos por tratarse de una rama de la medicina que apoya tanto a pacientes con enfermedades en etapas muy graves, así como a aquellos con por la naturaleza de su enfermedad se encuentren fuera de un tratamiento médico

habitual o convencional o en un estado muy avanzado con poca probabilidad de respuesta a los tratamientos establecidos. Dichos cuidados (cuidados paliativos); tiene como pilar básico la visión global de la persona y la búsqueda del bienestar a través del cuidado, al igual que el paradigma enfermero, aspecto que hace que la enfermera trabaja en un contexto muy cercano.
Y lo más importante los cuidados paliativos están creados sobre todo y ante todo para mantener la dignidad del paciente ante la muerte e intentar que sea menos dolorosa doloroso. Y dar apoyo a la familia que llevan una gran carga con la enfermedad.

6 Bibliografía

- www.cancer.net.
- Gómez-Sancho, M., et al. Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal.
- Sanz Ortiz, J. Principios y Práctica de los Cuidados Paliativos.
- Asunción García González Enfermería en cuidados paliativos.
- Allende – Verástegui. El ABC en medicina paliativa.
- Nuria Trujillo Garrido cuidados paliativos.
- Elena D,Urbano Trabajo social y cuidados paliativos.

Capítulo 697

U.C.I. & T.C.A.E.

MARÍA DEL MAR VILLORIA DOMÍNGUEZ

EVA MARIA BERNARDO GONZALEZ

1 Introducción

La U.C.I. es un área hospitalaria dedicada a cuidados intensivos. Los pacientes destinados a este servicio son aquellos que tiene una gravedad elevada poniendo en riesgo su vida, por eso necesitan un mayor cuidado y vigilancia exhaustiva con el objetivo de tener controladas sus constantes.

A esta área también se ingresan pacientes con alteraciones tras un post-operativo ya que los cuidados son especiales y críticos.

Dicha unidad requiere unas características y recursos específicos:
• Recursos humanos, contando con un equipo multidisciplinar: TCAE, DUE, celadores etc.
• Instalaciones y personal dedicado y exclusivo
• Recursos materiales dedicado y exclusivo

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE dentro de la U.C.I.

3 Caso clínico

- Búsqueda bibliográfica sobre U.C.I.

- Cuidados Intensivos de dicha unidad
- Búsqueda a través de plataformas web: Dialnet, Medline, Cuiden, Google Académico
- Hospital de Jove

4 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene que tener unos conocimientos específicos y adecuados para realizar las diferentes técnicas de dicha unidad para tener un buen resultado de cara a la salud del paciente y así poder ser más eficaz también con el DUE y el equipo médico para así poder realizar un mejor diagnóstico del enfermo. Ayudando así, a que el tiempo que permanezca en esta área sea menos traumática.

Al ser un área de las más relevantes y específicas de un hospital, desde la gestión del hospital deberían de realizar formaciones específicas y protocolos de actuación así como prácticas orientadas a dichas funciones.

5 Bibliografía

- A.Esteban; C. Martín. Manual de Cuidados Intensivos para Enfermería. Springer-verlag Ibérica. 1994
- Anna Owen. Monitorización en Cuidados Intensivos. McGraw-Hill Interamericana de España. 1993.
- M.Urden; M.E. Lough, K.M. Stacy. Cuidados Intensivos de Enfermería. Harcourt Brace de España. Madrid, 1998. Hospital de Jove

Capítulo 698

ÚLCERAS POR PRESIÓN. TIPOS, CUIDADOS Y TRATAMIENTO.

MARIA BEGOÑA SEGOVIA ALVAREZ

MARIA FIDALGO FRECHILLA

SARA ANDREA LANIO LANEO

MARGARITA CASO DELGADO

SOCORRO ASCENSION IGLESIAS ORDOÑEZ

1 Introducción

La úlcera por presión es una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso.
La principal causa de su formación es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a ésta. Por un lado tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas fisiológicas o deformantes del paciente y por el otro un plano duro generalmente externo a él, representado por la cama, silla, calzado u otros objetos.
La isquemia local aumenta la permeabilidad capilar con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por un eritema cutáneo. Éste es reversible si al retirar la presión desaparece en 30 minutos, lo

que indica un restablecimiento de la perfusión de los tejidos. Si no desaparece la presión se produce isquemia local trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración.
Las úlceras por presión (UPP) han acompañado al ser humano desde los inicios de su existencia, ya que sus agentes causales principales son inherentes a la interacción del ser humano con el medio que le rodea, aunque la constatación de su existencia es pareja a los legados de diferente índole que nos llegan de tiempos pretéritos. Conocer aspectos relacionados con el pasado de las UPP nos puede ser de gran utilidad para ayudar a comprender su presente y su futuro.
La primera referencia histórica contrastada que tenemos sobre las UPP la encontramos en el hallazgo, por parte de los paleo patólogos, de extensas UPP en los isquiones y las escápulas de la momia de una sacerdotisa anciana de Amón, de la dinastía xxi del antiguo Egipto (del 1070 al 945 a.C.), las cuales fueron cubiertas por los embalsamadores con trozos de piel suave, probablemente de gacela, no con fines terapéuticos, sino con una finalidad meramente estética. El primer registro escrito acerca de las UPP corresponde a Hipócrates (460-370 a.C.), quien describió la aparición de una lesión de este tipo en un paciente parapléjico con disfunciones en la vejiga y en los intestinos, tal como cita Agrawal. Posteriormente diferentes autores en la primera mitad del siglo XX establecieron de manera científica el papel de la presión en la etiopatogenia de las UPP, siendo demostrado este hecho por Kosiak en 1958.
Este fue el primero en afirmar, que presión y tiempo son inversamente proporcionales esto es, para producir la lesión, a mayor tiempo se necesita menor presión. Posteriormente Romá y cols Ratificaron en 1989 que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos periodos de tiempo, de tal forma que es más decisiva la continuidad en el mantenimiento de la presión que la intensidad de ésta. También tenemos que tener claro que no solo la presión puede generar una úlcera sino factores como, las fuerzas de fricción y tracción (cizallamiento), originan una angulación en los vasos sanguíneos locales, produciendo hipoperfusión e hipoxia. Por eso es preciso tener en cuenta que la intensidad, el tipo de fuerza y la duración de la presión van a condicionar la aparición de la úlcera por presión.

Factores de riesgo:

Físicos
• Presión- Reacción inmediata que ejerce un cuerpo sobre otro en relación de peso y fuerza.
• Fricción- Se conoce como fuerza de fricción a la que realiza una oposición al

desplazamiento de una superficie sobre otra.
• Cizallamiento-se trata de una lesión que se produce cuando el paciente no es adecuadamente movido en la cama o silla en la que reposa, pero también puede tratarse de una deformación ósea o de una herida ocasionada por una cizalla.

Fisiopatológicos
Edad: Las personas mayores se suele reducir la movilidad. Puede aparecer la denominada xerosis senil, en la que la piel sufre un adelgazamiento epidérmico disminuyendo la colagenasa dérmica y la elasticidad.
Trastornos del transporte de oxígeno:
• Patologías cardiovasculares: trastornos circulatorios –isquemia periférica, hipotensión arterial, hipovolemia, estasis venoso…-, trastornos vasculares profundos –trombosis arterioesclerosis…-, etc.
• Patologías hematológicas: anemia.
• Patologías respiratorias: EPOC, enfisema.
Alteraciones metabólicas y/o nutricionales:
• Diabetes, por su relación directa con las complicaciones vasculares y neuropáticas.
• Obesidad, delgadez, desnutrición, hipoproteinemia, deshidratación.
• Hipertermia.
Trastornos inmunológicos: neoplasias, infecciones.
Trastornos neurológicos: por déficit sensorial y motor.
Alteraciones del estado de conciencia: implican una incapacidad por parte de la persona para comunicar la necesidad de un cambio postural, de higiene,…
Alteración de la eliminación: tanto la incontinencia urinaria como fecal provocan la maceración de la piel y aumenta por tanto el riesgo de erosión cutánea.

Cuidados específicos para la prevención de úlceras.
Valorar estado de la piel:
• Revisar Prominencias óseas
• Zonas expuestas a humedad
• Presencia de: sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración, …
• Zonas que estén en contacto directo con sondas, férulas, yesos,…

Una atención diaria ayudará a la prevención de úlceras:
• Se mantener la piel del paciente limpia y seca.
• Se realizará la higiene corporal diaria con agua tibia y jabón con Ph neutro.

• Aplicaremos una crema hidratante en la superficie corporal, excepto en los pliegues cutáneos, procurando su completa absorción.
• No utilizaremos sobre la piel ningún tipo de alcohol (romero, colonias…).
• Valoraremos la posibilidad de utilización de ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de UPP si la piel está intacta.
• Dedicaremos atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.
• Mantendremos la ropa de cama y del paciente limpia, seca y sin arrugas.
• Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores.

Exceso de humedad:
• Valorar y tratar los diferentes procesos que puedan generar un exceso de humedad en la piel del paciente.
• Si el paciente presenta incontinencia: Valorar la posibilidad de colocar colector urinario. Usar pañales absorbentes, cambiar según se precise. Después de cada episodio de incontinencia (especialmente tras cada deposición) lavar la zona, secando correctamente.
• En pacientes con ostomía realizar los cuidados de acuerdo al protocolo específico.
• Valorar el exceso de sudoración, especialmente en los pacientes febriles. Para ello se procederá al cambio de ropa del paciente y sábanas, cuando sea necesario.
• En las zonas de piel sometidas a humedad excesiva y continuada, valorar la posibilidad de utilizar cremas y pastas a base de zinc y karaya, o productos barrera que protegen contra exudados y adhesivos como son las películas cutáneas de barrera no irritantes.

Manejo de la presión:
Para minimizar el efecto de la presión como causa de úlceras por presión habrán de considerarse los siguientes elementos:

Movilización:
• Favorecer la movilidad y actividad del paciente.
• Proporcionar dispositivos de ayuda: bastones, trapecios,…
• Es importante aprovechar las posibilidades del paciente de movilizarse por sí mismo.
• Valorar la necesidad de realizar movilizaciones pasivas de las articulaciones.

Cambios posturales:
• Siempre que no exista contraindicación, deben realizarse cambios posturales.

• Los cambios posturales se deben programar en función del riesgo y de las necesidades detectadas. Con carácter general se aconseja realizarlos cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas en la noche, siguiendo una rotación programada.
• En los periodos de sedestación, se efectuarán movilizaciones horarias. Si el paciente puede realizarlo autónomamente, enseñarle a movilizarse cada 15 minutos (cambios de posturas y/o pulsiones).

Valoración del estado de una úlcera por presión.
El estadiaje es un sistema de valoración que clasifica a las UPP en base a la profundidad anatómica del tejido dañado.
- Estadío I: Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar: En pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados.
En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: Temperatura de la piel (caliente o fría).
Consistencia del tejido (edema, induración). y/o sensaciones (dolor, escozor).
- Estadío II: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Estadío III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.
- Estadío IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén.

Tanto en el estadío III como en el IV se pueden producir lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos. En todos los casos que procedan, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadío de la úlcera.

Tratamiento de úlcera por presión:

Cuidado local de las UPP de grado I:
• Aliviar la presión y/o la fricción en la zona afectada mediante la utilización de diferentes dispositivos (apósitos que tengan esta capacidad).
• Si existe fricción o roce, el apósito de elección debe ser un hidrocoloide extrafino o un poliuretano. Ante la presencia de presión, el apósito a utilizar debe ser un hidrocelular/espuma polimérica. Independientemente del apósito elegido, éste debe cumplir las siguientes características:
• Permitir la visualización de la lesión al menos una vez al día.

• Ser efectivo en el manejo de la presión.
• Reducir la fricción.
• No dañar la piel sana.
• Ser compatibles con otras medidas de cuidado local.
• No lesionar la piel de esa zona en el momento de su retirada.
• Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados. Aplicar una pulverización 2 ó 3 veces al día, extendiendo el producto con un masaje muy suave.
• En zonas sometidas a humedad se aconseja aplicar películas cutáneas de barrera no irritantes (pomadas de óxido de zinc…).

Cuidado local de las UPP de grado: II, III y IV:
El tratamiento de las UPP en grados II, III y IV se basa en la preparación del lecho de la herida, término utilizado por primera vez por V. Falanga y Gary Sibbald (2000).
El objetivo es controlar las barreras locales que impiden la cicatrización, como pueden ser el edema, el exudado y de la carga bacteriana así como la corrección de otras anomalías que retrasan la cicatrización.
La preparación del lecho de la herida comprende los siguientes aspectos:
• Limpieza.
• Desbridamiento.
• Establecer / mantener el equilibrio bacteriano.
• Control del nivel óptimo de humedad.

2 Objetivos

- Dotar una formación básica en úlceras.
- Detallar el tratamiento de las úlceras por presión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Teniendo en cuenta que todas las UPP están contaminadas por bacterias, debe realizarse un diagnóstico clínico, basado en la inflamación, el dolor, el olor y el exudado purulento.

• La infección de una UPP puede estar influenciada por el déficit nutricional, la obesidad, la diabetes, neoplasias, edad avanzada, incontinencia, y por fármacos como los inmunosupresores y los citotóxicos.
•Si transcurridas 2-4 semanas, la úlcera no evoluciona favorablemente, pueden utilizarse apósitos que contienen plata en malla de carbón activado o recurrir a antibióticos locales como la sulfadiazina argéntica o el ácido fusídico.
• Para evitar que se formen abscesos o que la lesión se cierre en falso hay que rellenar parcialmente las cavidades y tunelizaciones con productos basados en los principios de la cura húmeda y evitar que se deseque el lecho de la úlcera y se lesione el tejido periulceral.
• La cura en ambiente húmedo ha demostrado una mayor efectividad en este tipo de lesiones frente a la cura tradicional.
• En las zonas de especial riesgo para el desarrollo de este tipo de lesiones, como son los talones, se pueden utilizar sistemas de protección local ante la presión, siempre que sean compatibles con otras medidas de prevención, que faciliten la inspección de la piel y que no la dañen cuando se retiren, como los apósitos tipo bota-botín que se colocan y se retiran con mucha facilidad.
• También hay que tener en cuenta que los diferentes dispositivos que se utilizan en los pacientes, como pueden ser las sondas, mascarillas o catéteres, pueden provocar problemas de rozamientos y de presión sobre la piel y que, en estos casos, será útil la aplicación de AGHO.
• Soporte nutricional.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia la prevención de las úlceras ya que su posterior tratamiento con resultados imprevistos, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede colaborar para una buena prevención, como por ejemplo fijándose en los siguientes puntos a tener en cuenta para ayudar a que no se produzcan las temidas úlceras:
• Arrugas en la ropa de cama, pijama, camisón.
• Hábitos higiénicos inadecuados.

• Falta de conocimientos y habilidades de los pacientes y familia.
• Ausencia de criterios unificados por parte del equipo asistencial en cuanto a prevención y tratamiento.
• Uso inadecuado de materiales de prevención y tratamiento de UPP.

Otro aspecto muy importante de nuestro trabajo será respecto a los cambios posturales donde deberemos tener en cuenta:
• Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
• En decúbito lateral, no se deben sobrepasar los 30º de inclinación respecto al plano horizontal.
• Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
• Si fuese necesario elevar la cabecera de la cama, ésta se elevará lo mínimo posible (máximo 30º) y durante el mínimo tiempo.
• Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre si, utilizando cojines, almohadas u otras superficies blandas.
• Evitar el arrastre. Las movilizaciones se realizarán sin deslizar al paciente, (utilizar entremetida para evitar el arrastre).
• No utilizar flotadores ni dispositivos tipo anillo.
• Valorar las zonas de riesgo en cada cambio postural.

6 Bibliografía

• Bridel J. The epidemiology of pressure sores. Nurs Stand 1993;7(42):25-30.
• Grupo de enfermería del Institut Català de la Salud Para el seguimiento de las úlceras por presión. Cuidados de enfermería para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Lleida, 2002.
• Kosiak M. Etiology of decubitus ulcers. Arch Phys Med Rehabil 1960;42:19-29.
• Eachempati SR, Hydo LJ, Barie PS. Factors influencing the development of decubitus ulcers in critically ill surgical patients. Crit Care Med 2001;52(6):1678-82.
• Fuentelsaz C, Pérez P. Protocol de prevenció i tractament de les nafres per pressió. (Document intern). Hospital General Vall d'Hebron. Abril, 2000.
• Healey F. Classification of pressure sores: 2. Br J Nurs 1996;5(9):567-74.
• Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión (GNEAUPP).Directrices Generales de Prevención de las úlceras por presión.Castelldefels 1996
• Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y Heridas Crónicas(GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión.

Logroño, 2003.
• Soldevilla JJ. ¿Cómo valorar y describir una úlcera cutánea. Gerokomos 1994;5(10):3-11.
• www.oandp.com
• www.podoortosis.com
• www.solano2000.com
• Protocolo upp.Osakidetza. 2006
• Úlceras por presión. Prevención tratamiento y consejos desde farmacia. Revista offaun.vol 23-Núm 3.Marzo 2004.

Capítulo 699

LA HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

MARIA JESÚS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

FRANCISCA DEL ROBLEDO VICENTE CASTELLANO

1 Introducción

La piel del recién nacido (RN) posee unas características diferentes a la de un adulto. En el momento del nacimiento, la piel del RN está recubierta por el vérnix caseoso, que es la capa de protección en el espacio intrauterino y que permite la maduración de la piel e impide que esta se macere con el líquido amniótico. El vérnix, comienza a desarrollarse a partir del segundo trimestre de embarazo y va disminuyendo a partir de la semana 38, ya que se diluye en el líquido amniótico de forma natural y progresiva. Esta capa está formada por un 80% de agua y en un 10% respectivamente, por proteínas y grasas. actúa como protector mecánico y químico de la capa córnea de la piel y tiene una función antibacteriana. La OMS recomienda, desde 2004, mantener el vérnix como protector natural.
La enfermera y auxiliar de enfermería colaborarán conjuntamente en la realización de la higiene del recién nacido.
Material: guantes, agua, jabón neutro, toalla, esponja desechable, bañera para recién nacidos, termómetro.
Procedimiento:
- Comprobar la identificación del recién nacido.
- Comprobar la disponibilidad del material.
- Realizar Higiene de manos.
- Comprobar la temperatura ambiental entre 22-25ºC y sin corrientes de aire.

- Crear un ambiente agradable, tranquilo y seguro.
- Fomentar la colaboración de los padres. (Informando el procedimiento a realizar).
- Colocarse guantes.
- Colocar al RN sobre una superficie plana y segura.
- Preparar el agua a una temperatura entre 35-37ºC.

La limpieza de la piel del recién nacido:
- Se limpiarán los restos de sangre, fundamentalmente de la cabeza.
- Se utilizará una esponja desechable sin jabón o con una mínima cantidad de jabón neutro, humedecida en agua.
- Para secar se envolverá la zona humedecida con una toalla suave y se darán toques sin frotar.
- NO retirarse el vérnix, ni limpiar las zonas de la piel que no lo precisen. Se limpiarán los restos de sangre o meconio.
- Desechar guantes, gasas, esponjas, etc. en el contenedor para residuos asimilables a urbanos.

Baño del recién nacido por inmersión, después de las 48 h de vida:
- Se tomará previamente la temperatura axilar al recién nacido y si es inferior a 36,5ºC no se le bañará hasta alcanzar dicha temperatura.
- Introducir lentamente en el agua de forma que la cabeza, el cuello y los hombros reposen sobre el brazo y la mano sujete de forma segura al niño por debajo de la axila. Con la otra mano se hará una limpieza suave, sin frotar, con esponja sin jabón o con una mínima cantidad si fuera preciso. La duración será menor a 5 minutos.
- Para realizar la higiene se realizará de las partes limpias a las partes sucias, en primer lugar, la cara y en último lugar la zona perianal (las niñas, se debe lavar los genitales de delante hacia atrás, para evitar la contaminación de heces, limpiando bien labios mayores y menores). Los ojos no precisan cuidado especial, salvo que comiencen con secreción, en cuyo caso se lavaran con gasas y suero fisiológico.
- Para secar se envolverá en una toalla, con toques suaves sin frotar, Es muy importante un buen secado, prestando un especial cuidado a los pliegues (axilas, ingles, flexuras) y a la zona que rodea el cordón para que no queden húmedas y se procederá a vestir al recién nacido.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Realizar la higiene del recién nacido.

Objetivo secundario:
- Proporcionar confort y bienestar al recién nacido.
- Mantener la integridad cutánea del recién nacido.
- Informar a los padres sobre los cuidados del baño, en el recién nacido.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Salcedo S, Ribes C, Moraga FA. Recién nacido: cuidado de la piel.
- Miranda A.; Pedraza A.; Torrelo A. et al. Guía de cuidados de la piel del recién nacido.
- Recomendaciones basadas en la evidencia y en las buenas prácticas. Matronas Prof. 2013, 14 (4 Suple): 1-50.
- Qué es el vérnix caseoso del recién nacido. Guiainfantil.com.

Capítulo 700

HIGIENE DE MANOS

SARA ANDREA LANIO LANEO

MARGARITA CASO DELGADO

SOCORRO ASCENSION IGLESIAS ORDOÑEZ

MARIA BEGOÑA SEGOVIA ALVAREZ

MARIA FIDALGO FRECHILLA

1 Introducción

En 1846 el Dr. Ignaz Semmelweis, obstetra, trabajando en Viena se percata de la relación que existe entre la Fiebre puerperal, transmisión de partículas cadavéricas a través de las manos y su relación con la alta mortalidad en el servicio de maternidad.
Él se da cuenta de que los médicos y estudiantes como primer orden del día realizan autopsias y a continuación pasar al servicio de partos esto según su criterio es lo que está haciendo que haya un incremento de estas fiebres en dicho servicio.
La sección de obstetricia del Hospital General de Viena se halla dividida en dos subsecciones. La primera, que es donde trabaja Semmelweis, está destinada a las clases de obstetricia de los estudiantes de medicina. En la segunda, éstos no tienen acceso y está destinada a la formación de las comadronas. Semmelweis comprueba que la primera subsección pierde más del 10 % de parturientas por fiebre puerperal, mientras que la segunda tiene por lo regular un porcentaje de víctimas inferior al 1 %.

Semmelweis llega a la conclusión de que si la fiebre puerperal fuese lo que se designa con el nombre de epidemia, el número de víctimas de ambas secciones tendría que ser más o menos igual.
Su intervención es la primera evidencia de la importancia del lavado de manos en la prevención de la infección cruzada; su trabajo es considerado el primer análisis epistemológico.
1961: Se efectúan las primeras recomendaciones de lavado de manos para los trabajadores de Salud por el Sistema de Salud pública de E.E.U.U., indicándose que las manos del personal debían ser higienizadas con agua y jabón por 1 o 2 minutos antes y después del contacto con el paciente.
1975-1985: CDC y la Asociación de Profesionales de Control de Infección redactan las guías de lavado de manos hospitalario. Recomendaba el uso de soluciones antisépticas en determinadas situaciones y ante pacientes de riesgo.
1995-6: CDC, HICPAC, SHEA, APIC en forma conjunta revisan normativas y establecen las recomendaciones de lavado de manos y los aislamientos especiales ante el surgimiento de gérmenes multi-resistentes como MRSA y EVR
El conocimiento de los microorganismos que se encuentran en las manos de los trabajadores de la salud es esencial para entender a cabalidad la principal etiología de las infecciones nosocomiales y desarrollar estrategias de prevención efectivas.
Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) suponen un aumento de las enfermedades y tienen un importante sobre coste tanto económico como en los recursos humanos utilizados en los sistemas sanitarios de todo el mundo. Hay que fomentar la técnica de una buena higiene de las manos, es una tarea sencilla, lavarse las manos en el momento apropiado y de la manera adecuada, salvar vidas.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado unas Directrices sobre la Higiene de las Manos en la Atención Sanitaria, basadas en la evidencia científica, para ayudar a los centros sanitarios a mejorar la higiene de las manos y de ese modo disminuir las IRAS.
El Manual Técnico de Referencia para la Higiene de las Manos, se ha desarrollado como modelo para ayudar a los profesionales sanitarios a implementar mejoras en los centros en los que trabajan como parte de una estrategia multimodal según las Directrices de la OMS sobre la Higiene de las Manos en la Atención Sanitaria. Este Manual Técnico de Referencia está elaborado para poder ser un modelo apropiado en cualquier centro sanitario. Presenta información detallada acerca de la higiene de las manos y va dirigido a profesionales sanitarios, formadores y observadores. Se centra en la comprensión, la práctica y la enseñanza de concep-

tos de higiene de manos, con el objetivo de poder ayudar a otros a comprender su importancia y su aplicación en la prevención de la transmisión cruzada de microorganismos.
Es particularmente importante porque proporciona información exhaustiva sobre la aplicación de «Los 5 Momentos para la Higiene de Manos» propuestos por la OMS.
De este modo facilita que aumente el conocimiento que poseen los profesionales sanitarios de cuándo y cómo deben realizar la higiene de las manos, así como de su observación.

A continuación veremos el modelo de los cinco momentos para higiene de manos:
El modelo de «Los cinco momentos para la higiene de las manos» nos da una visión unificada para los profesionales sanitarios, los formadores y los observadores con objeto de evitar la variación entre individuos y conducir a un aumento global del cumplimiento de las prácticas efectivas de higiene de las manos. En este modelo se integra las indicaciones para la higiene de las manos recomendadas por las Directrices de la OMS en cinco momentos en los que se requiere higiene de manos. en este enfoque nos centramos tanto en el usuario como en el paciente y se propone minimizar la dificultad y adaptarse en la secuencia natural de trabajo, siendo aplicable a una amplia gama tanto de entornos, como de profesiones en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Las 5 recomendaciones de consenso Directrices de la OMS para la Higiene de las Manos en la Atención Sanitaria de 2009:
1. Antes y después del contacto con el paciente.
2. Antes de un procedimiento, limpio/aséptico. Antes de manipular un dispositivo invasivo para la asistencia al paciente, con independencia de que se empleen guantes o no. Si hay desplazamiento de un punto del cuerpo contaminado a otro punto del cuerpo durante la asistencia al mismo paciente
3. Después del riesgo de exposición a fluidos corporales. Después del contacto con secreciones o fluidos corporales, membrana mucosa, piel no intacta o vendaje de heridas. Si hay desplazamiento de un punto del cuerpo contaminado a otro punto del cuerpo durante la asistencia al mismo paciente. Después de quitarse los guantes esterilizados o no esterilizados.
4. Después del contacto con el paciente. Antes y después de tocar al paciente. Después de quitarse los guantes esterilizados o no esterilizados.
5. Después del contacto con el entorno del paciente. Después del contacto con los objetos y las superficies inanimadas (incluyendo el equipo médico) en las inmediaciones del paciente. Después de quitarse los guantes esterilizados o no

esterilizados.

Previamente antes del procedimiento. Será recomendable llevar las uñas cortas, retirar sortijas y joyas, revisar las manos buscando la existencia de algún tipo de lesión, usar lociones hidratantes. No usar uñas postizas cuando esté en contacto directo con pacientes
A continuación veremos el protocolo estándar de un lavado de manos.
• Accione el grifo (con el codo si es posible) y mójese manos y muñecas con agua tibia.
• Sostenga las manos bajas en relación con los codos para evitar contaminar regiones del lavabo limpias.
• Evite salpicaduras.
• Abstenerse de tocar los grifos y el lavabo.
• Si usa jabón en pastilla: enjuáguese antes de regresar a la jabonera. Si es jabonera dosificadora acciónela con el codo tomando de dos a cuatro mililitros.
• Enjabonarse enérgicamente frotando y entrelazando los dedos con fuerza y movimientos circulares durante diez segundos. Preste especial atención a las zonas subungueales, alrededor de la cutícula, pulgares, nudillos y lados de la mano.
• Aclarar bien manos y muñecas SIN escurrir el agua hacia los codos.
• Secar manos y muñecas aplicando leves toques con la toallita de papel.
• Cerrar el grifo cogiéndolo con la toallita de papel si éste no se puede accionar con el codo o el pie. Desecharla en el recipiente adecuado.
• Limpiar y desinfectar periódicamente los dispensadores de jabón y su contenido.
• El uso de jabones antisépticos debe ser restringido a: Zonas con resistencias bacterianas, Unidades de Cuidados Críticos; salas de Neonatos, y antes de la realización de cualquier procedimiento invasivo.

OTROS ASPECTOS DEL LAVADO DE MANOS
No utilice agua caliente para lavarse las manos.
Después de lavarse las manos o aplicar solución alcohólica, si requiere guantes, deje secar completamente las manos antes de colocarlos.
Cuide sus manos aplicando regularmente una crema hidratante aprovechando aquellos momentos de no atención a pacientes.

USO RACIONAL DE ANTISÉPTICOS
Principios orientadores para la selección:
- Utilizar los conocimientos de las características del hospital, tipo de servicios

que se prestan, los recursos humanos y materiales con que se cuenta, las infecciones más frecuentes y su etiología.
- Determinar el uso que se dará a cada producto de acuerdo a la información científica disponible, sus concentraciones y periodo de vigencia, además de las condiciones especiales para su conservación. - - Asegurar que las soluciones se distribuyan en la concentración óptima y listas para su uso a los servicios clínicos a fin de evitar la manipulación en los servicios usuarios.
- Mantener un sistema de evaluación del uso de los antisépticos, aceptación por los usuarios, complejidad de su uso, efectos adversos, efectividad y costos. Principios fundamentales para la selección La selección de uso de un agente antiséptico debe realizarse teniendo en cuenta 3 aspectos:
- Determinar las características antisépticas deseadas (ausencia de absorción en la piel, rápida reducción de la flora de la piel, espectro de acción, efecto residual, etc.
- Evidencia de seguridad y eficacia del producto, en la reducción del conteo microbiano de la piel.
- Aceptación del personal, en que el usuario evaluará aspectos del producto como: olor, color, espumosidad, sensación de suavidad o resecamiento de la piel, etc.

SOLUCIONES ANTISÉPTICAS:
De acuerdo con las especificaciones de la FDA las sustancias que se utilizan como agentes antimicrobianos son:

ALCOHOL ETÍLICO 70 % Efecto:
Causa desnaturalización de las proteínas.
Usos:
Lavado de manos.
Lavado quirúrgico.
Preparación preoperatoria.
Preparación de piel para procedimientos invasivos.
Ventajas:
Es el antiséptico más seguro.
Rápida reducción de la flora microbiana.
Espectro de acción.
Excelente actividad bactericida: bacterias vegetativas grampositivas y gramnegativas.
Buena actividad contra el mycobacterium tuberculosis .
Actúa también en algunos hongos y virus; Ej.: virus sincitial respiratorio, hepatitis B y VIH.

Limitaciones:
Es volátil.
Inflamable.
No tiene efecto residual.
Se inactiva por materia orgánica.
Produce sequedad de la piel Almacenamiento.
Debe almacenarse a temperaturas no mayor de 21 grados C.

ALCOHOL YODADO 70% + YODO 0,5 AL 1 %.
Usos:
Lavado de manos.
Preparación preoperatoria.
Preparación de piel para procedimientos invasivos.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA.
Ventajas:
Acción rápida.
Amplio espectro.
Limitaciones:
Evaporación.
Sequedad de la piel.
Irritación.
Alergia.

YODOFOROS (0,5 AL 10 %): YODOPOVIDONA.
Usos:
Lavado de manos antiséptico.
Lavado de manos quirúrgico.
Preparación preoperatoria.
Ventajas:
Amplio espectro.
Espectro de acción.
Excelente actividad bactericida contra bacterias grampositivas y gramnegativas.
Buena actividad contra el mycobacterium tuberculosis, hongos y virus.
Limitaciones:
No puede diluirse.
Se absorbe por piel y mucosas.
Irrita la piel.

Se inactiva rápidamente en presencia de sangre o esputo.
Puede producir hipotiroidismo en neonatos.

GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 2 % y 4%
Efecto: Causa disrupción de la membrana de la célula microbiana.
Usos:
Lavado de manos clínico.
Lavado de manos quirúrgico.
Preparación preoperatoria.
Uso en herida abierta.
Ventajas:
Baja toxicidad.
Buen efecto residual prolongado (6 horas luego de su aplicación).
Buena aceptación por el usuario.
Bien tolerado incluso en piel de neonatos.

RICLOSAN (0,5 al 1 %)
Efecto: Causa disrupción de la membrana de la célula microbiana.
Usos: Lavado de manos.
Lavado de heridas en curaciones.
Ventajas:
Buen efecto residual.
Buena aceptación por el usuario.
Efecto bacteriostático.
Espectro de acción.
Excelente actividad bactericida: Bacterias vegetativas grampositivas y gramnegativas.
No hay suficiente información de actividad contra hongos y virus.
Limitaciones:
Se absorbe por piel intacta aunque no es alergénico ni mutagénico.

2 Objetivos

- Disminuir el número de microorganismos en las manos.
- Reducir el riesgo de transmisión de microorganismos a los pacientes y entre los trabajadores.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Día Mundial del Lavado de Manos es una oportunidad para consolidar este beneficioso hábito. La OMS festeja desde el año 2005 cada 5 de mayo, el Día Mundial de la Higiene de Manos coincidiendo con el lanzamiento del Reto Mundial para la Seguridad del Paciente bajo el lema "Salvar vidas está en tus manos". Esta organización fomenta la difusión de "los 5 momentos para la higiene de manos" empleando la regla nemotécnica 5-5-5 (el día 5, del mes 5 y los 5 momentos)
En el lavado de las manos, lo más importante es hacer que los trabajadores de la salud vayan lavarse las manos y no la técnica que se use o el agente que se seleccione.
Sera muy importante la concienciación acerca de los beneficios de realizar un adecuado lavado de manos y la higienización en cada actividad que vayamos a realizar con nuestros pacientes.
La transmisión cruzada de microorganismos capaces de infectar se puede presentar de paciente a paciente, y ocasionalmente también se puede ver afectado el profesional o lo que es peor su familia.
Hasta el presente los microorganismos han generado múltiples mecanismos de defensa, haciéndose cada vez más resistentes, pero ninguno ha generado resistencia al lavado de manos.

5 Discusión-Conclusión

Las manos actúan como vectores de transmisión de patógenos. El correcto lavado de manos es la medida primordial para reducir la incidencia y propagación de estos microorganismos, siendo una pieza clave para el control de infecciones.
Ha quedado demostrado que el lavado de manos es la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos multirresistentes. La simple tarea del lavado de las manos en los momentos adecuados y de la forma correcta es una

medida que todo profesional sanitario puede realizar para prevenir una infección que podría causarle un daño grave al paciente incluso derivar hasta la muerte. Conseguir incrementar la adherencia a esta técnica debería ser una de nuestras metas como profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

• WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World Health Organization, 2009.
• Hand Hygiene Technical Reference Manual. Organización Mundial de la Salud, 2009. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010
• El siglo de los cirujanos. JURGEN THOWWALD. Mayu 2005.
• Técnicas de Enfermería. 3ª Ed. L.Wieck, E.M.King, M.Mayer .Editorial Interamericana.
• Control de las Infecciones en Enfermería. Ediciones Doyma.
• Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica. 3ª Ed. Mandell/Douglas/Bennett. Editorial: Panamericana.
• Procedimientos de Enfermería. H.K.Hamilton/M.B.Rose. Interamericana.
• Control de la infección en pacientes quirúrgicos. Comité para el control de infecciones quirúrgicas del comité de cuidados pre y posoperatorios. American College of Surgeon. Fondo Educativo Interamericano.
• Protocolo de lavado de manos. C. Pérez, B. Fernández, A. López, M.J. Fernández. Hospitales Puerta de Hierro, Guadarrama, Clínico y El Escorial, de Madrid.
• Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente. Una atención limpia es una atención más segura. Génova (Suiza); 2005-2006. 18 p
• Simón Melchor A, Simón Melchor L, Naranjo Soriano G, Gil Salvador R, Solano Castán J, Jiménez Sesma ML. Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario. RIdEC 2016; 9(1):27-34.
•Dirección Regional de salud del cusco. Dirección de epidemiología, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. Guía para el lavado de manos Cusco. Enero 2006.
• Valderrama Alberto. Fiebre puerperal, reseña histórica. BETU a saber, Vol. 1 marzo de 2002.
• Boyce John M., Pittet Dider. CDC. Guidelines for hand hygiene in health care setting. 2002.
• E. Larson, Ek KretzaR. Compliance with hand washing and barrier precautions. J. Hospital Infection 1995.

• APIC Guideline for hand Washing and hand antisepsis in Heal-care Settings, 1995.
• APIC Principles and practice. 1998.
• Ponce de León, Samuel. Retall Manual De Prevención Y Control De Infecciones Hospitalarias. Serie Itsp/ Manuales operativos Paltex. OPS. 1996.

Capítulo 701

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN EL PROFESIONAL SANITARIO. LA HIGIENE DE MANOS.

M. ANGELES ARIAS ALVAREZ

EVA BERICUA MENCIA

MARIO ANDINO CORCUERA

ARMANDO FERNANDEZ MARTINEZ

ESTEFANIA MARTINEZ SANCHEZ

1 Introducción

Se estima que en los países desarrollados entre el 5% y el 10% de los pacientes hospitalizados contraen una infección relacionada con su asistencia sanitaria. Una correcta higiene de manos es el método más simple y efectivo para reducir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

A pesar de los numerosos estudios existentes que avalan la eficacia de la higiene de manos,los profesionales sanitarios se lavan las manos con menor frecuencia de lo que deberían.

Higiene de manos en el entorno sanitario: a) Lavado de manos: Consiste en la frotación vigorosa de manos previamente enjabonadas (jabón normal) seguido de un aclarado con abundante agua y un secado de manos. b) Uso de preparados

de base alcohólica: Frotación vigorosa de manos con el producto correspondiente con el fin de destruir microorganismos a través del efecto antiséptico del alcohol.

Dentro del lavado de manos se pueden hacer dos tipos:
- El lavado higiénico donde se usa jabón normal: En este tipo de lavado el jabón no mata ningún germen simplemente estamos realizando una limpieza por arrastre.
- El lavado de manos utilizando un jabón antiséptico: Aquí además de limpiar por arrastre el jabón mata gérmenes. Aquí las soluciones jabonosas contienen clorhexidina o povidona yodada.

2 Objetivos

Destacar la importancia del lavado de manos y sus diferentes formas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con los preparados de base alcohólica:
- Se reduce eficazmente la contaminación de las manos.
- Requieren menos tiempo para su aplicación normal.
- Disponibilidad de dispensadores en el punto de atención al enfermo.
- Son mejor toleradas en personas que deben de lavarse las manos muchas veces .
- Son fáciles de aplicar.
- No requieren lavado y secado ya que se evapora rápidamente.

5 Discusión-Conclusión

En seis pasos se hará un correcto lavado de manos que nos permitirá tener una mayor seguridad a la hora del contagio de gérmenes por manos.
1. Frotar muñecas y palma con palma.
2. Palma de mano derecha con dorso de mano izquierda y viceversa.
3. Palma con palma con los dedos entrelazados.
4. Dorso de los dedos contra palma opuesta, con los dedos entrelazados.
5. Friccionar por rotación el pulgar izquierdo dentro de la palma derecha y viceversa.
6. Con rotaciones, friccionar las yemas de los dedos unidos sobre la palma de la mano contraria y viceversa.

6 Bibliografía

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

Capítulo 702

LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE PALIATIVO. CUIDADO SANITARIO Y APOYO FAMILIAR.

ENCARNACION FERNANDEZ QUERO

SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ

ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ

PAULA MENENDEZ BARRI

ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ

1 Introducción

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

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

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

tranquilidad.

Los tratamientos de analgesia serán de inmediata instauración, eliminando aquellos tratamientos anteriores que no sean necesarios y efectivos terapeúticamente y que no son trascendentes llegado un momento de este proceso (antihipertensivos, nefrológicos, corticoides, antitrombóticos, viales…).

Mantener un tratamiento ineficaz daría paso a un encarnizamiento terapeútico, empeorando si cabe el bienestar del paciente.

Los síntomas de la fase agónica son fallo renal, estertores, dolor, disfagia. El paciente debe sentirse acompañado, cuidado y comprendido, respetando sus expectativas y deseos. Si éste ya no pudiera expresarse, será su familia quien tome las decisiones necesarias en su evolución.

La enfermedad y la persona enferma van acompañados de una serie de circunstancias cambiantes con unas necesidades variables y una historia personal, familiar y social que hará que cada individuo enfrente la enfermedad de una determinada manera, que no será siempre la misma durante el proceso.

Cuando observamos a familias con capacidades y recursos propios suficientes, constatamos que seguramente podrán llevar el proceso de la enfermedad de manera saludable, mitigando posibles problemas de adaptación a la pérdida. En caso contrario o de no ser así, la situación puede complicarse de manera que se genere gran sufrimiento emocional. Este hecho, también repercutirá en el equipo al ser previsible la aparición de sentimientos de frustración e impotencia.

Muchas veces la familia por sí misma no es capaz de soportar el enorme impacto y necesita solicitar ayuda a otras personas; entre ellas puede contar con el resto de los familiares y amigos, pero fundamentalmente debe considerar la prestación de servicios especiales en la sociedad. Además del equipo médico y sanitario con el que se atiende el paciente, es un buen aliciente recurrir a asociaciones de familiares de enfermos con características similares. Allí se comparten experiencias y sentimientos con otras personas que atraviesan por situaciones similares; y, generalmente, cuentan además con grupos de autoayuda y asistencia psicológica.Los miembros de la familia también deben de estar preparados para apoyar emocionalmente al paciente en los diferentes momentos de negación, depresión, sentimientos de culpa, ansiedad, por los que atravesará desde que recibe la noticia de su enfermedad.

Tomar la valentía necesaria para abordar el tema de la muerte, cuando el paciente

lo mencione, seriamente y con dignidad, en vez de evitar hablar de ella.

2 Objetivos

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

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado realizado una revisión sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Criterios de inclusión:paliativos institucionalizados y textos gratuitos
Criterios de exclusión:textos en inglés.

4 Resultados

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

El equipo auxiliar y enfermero proporcionan alivio y calidad de vida,además de calidad en el proceso agónico.

Se manifiesta que la técnica de sedación controla la disnea grave y la agitación hiperactiva.

Se implementan cuidados básicos de suma relevancia: higiene personal, higiene oral, frescor, cambios posturales, sensibilización del equipo con charlas pautadas alternativas con el conjunto familiar dando apoyo en todo momento, instauración de vías venosas, vía rectal y control de convulsiones con diazepam y del dolor con AINEs., vía tranasdérmica para parches opiáceos, vigilancia de las zonas de inserción de las VSC (eritema,inflamación), cambios del punto de inserción cada 5- 7 días.

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

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos ni acortan ni alargan la vida. Estos cuidados se instauran para evitar el sufrimiento físico y moral del paciente que se ve sometido al final de su vida en una fase agónica indeterminada y la tarea de los sanitarios es proporcionarle bienestar y analgesia.

Los cuidados auxiliares en paliativos son los más importantes para el paciente.

La formación continuada en este campo de la sanidad es vital para poder impartir estos cuidados de manera empática y, a la vez, técnica.

El equipo intervencionista debe estar formado para abordar todas las incidencias que se puedan presentar en el conjunto familia-paciente.

6 Bibliografía

- Los tratamientos inútiles y el concepto de futilidad.Quadern CPAS 1995.
- https://www.secpal.com
- Bioética y cuidados paliativos en atención primaria.En: Benitez del Rosario MA,Salinas Martin A,editores.Aspectos de organización.Barcelona: Springer-Verlag Ibérica,2000.
- Bereavement.in: Doyle D,Hanks GW,Macdonald N,editors.Oxford text book of palliative medicine.2 nd ed.Oxford:Oxford University Press,1998.

Capítulo 703

EL SONDAJE VESICAL Y LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MARIA BEGOÑA GARCÍA FEITO

MANUELA RENDAL PRADO

MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ

CRISTINA PEREZ ALONSO

JUAN CARLOS MARTÍN MARTÍN-MAESTRO

1 Introducción

El sondaje vesical consiste en la inserción de una sonda en la vejiga a través de la uretra para evacuar orina. También se puede acceder a la vejiga directamente puncionándola con un catéter especial a nivel suprapúbico.
Alrededor del 10-15% de los pacientes hospitalizados requieren un sondaje vesical, siendo una técnica con un alto riesgo de provocar una infección urinaria. Hasta un 80% de los casos de infecciones urinarias nosocomiales están asociadas al catéter vesical. Además, el paciente con sonda vesical permanente y la persona que lo cuide, en caso de no ser autónomo, tendrá que aprender a realizar unos autocuidados de forma correcta, para evitar la aparición de complicaciones (infecciones, obstrucción de la sonda…).

Así mismo, el paciente tendrá que afrontar una serie de problemas psicosociales derivados de la nueva situación. Actividades de la vida cotidiana y de la vida social y familiar que hasta el momento no representaban ningún problema, pueden suponer, en una persona con sonda permanente, una fuente de miedos, dudas y complejos. Todo paciente que sea dado de alta a su domicilio con una sonda vesical permanente, deberá llevar unas pautas claras a seguir.Y la enfermera de su centro de salud deberá ir evaluando periódicamente la forma en que realiza los autocuidados de la sonda y la posible aparición de complicaciones y señales de alarma. El papel de la enfermera será fundamental en la educación del paciente y su familia, ayudándole a resolver sus dudas y a afrontar la nueva situación

2 Objetivos

- Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes portadores de sonda vesical.
- Prevenir la infección urinaria asociada a sondaje vesical.
- Aumentar el nivel de aceptación en los pacientes portadores de sonda vesical.
- Capacitar al paciente y/o cuidador en los autocuidados de la sonda vesical.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de los cuidados del técnico auxiliar de enfermería en el sondaje vesical y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: cateterismo vesical, cuidados del tcae, sondaje vesical,pacientes, hospital.

4 Resultados

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda desde el meato uretral hasta la vejiga urinaria. La colocación de una sonda vesical persigue varios fines diagnósticos y terapéuticos que son: Facilitar la salida al exterior de la orina en casos de retención.
Los fines para los que se utiliza esta herramienta son variados. Puede utilizarse, como hemos detallado al principio, para facilitar la expulsión de la orina, para controlar la diuresis (cantidad de orina en un tiempo específico), tratar intra o

postoperatorio en ciertas intervenciones quirúrgicas, en casos de escaras genitales se controla la higiene adecuada o para los tratamientos de enfermedades crónicas en las que hay dificultades para orinar.

Las sondas vesicales se pueden encontrar en diferentes calibres tanto para hombres como para mujeres.
Además del calibre del catéter (tubo delgado que se utiliza), su longitud y el material del que están hechos, que dependerán de su uso pediátrico o bien en adultos hombres o mujeres, se pueden clasificar según el tiempo de permanencia:

1. Intermitentes
Cuando el paciente presenta una incontinencia urinaria y vaciado incompleto de la vejiga, producido por daño en neurológico en los nervios que controlan la micción, o cualquier otra causa. El sondaje puede ser efectuado por el propio paciente (autosondaje) o por los cuidadores de este. Este tipo de sonda vesical se utilizará dependiendo del volumen de orina secretada así como de la capacidad de la vejiga del paciente. Esta sonda solo es necesario utilizarla algunas veces o si no desea usar una bolsa. El sanitario o su cuidador introducen la sonda para drenar la vejiga y luego la retiran. Esto puede hacerse una o varias veces al día. La frecuencia dependerá de la razón por la que necesita usar este método o de la cantidad de orina que necesite drenar.

2. Permanentes
Cuando el catéter está fijado a la vejiga con un balón lleno de aire (u otro dispositivo de fijación). Se utiliza principalmente en aquellos pacientes que han sido sometidos a intervención quirúrgica, para el control de la cantidad de orina secretada o bien para maniobras de drenaje continuo de la vejiga. En este caso la instalación de la sonda requiere la intervención de personal sanitario cualificado. Para recolectar la orina, esta sonda se fija a una bolsa de drenaje. La bolsa tiene una válvula que puede abrirse para dejar que la orina salga. Algunas de estas bolsas se pueden amarrar a su pierna. Esto le permite llevarla por debajo de su ropa. Una sonda permanente se puede introducir en la vejiga de 2 maneras:
• En la mayoría de los casos, la sonda se introduce a través de la uretra. Este es el conducto que lleva la orina desde la vejiga hacia afuera del cuerpo.
• Algunas veces, el proveedor introducirá una sonda en la vejiga a través de un agujero pequeño en el abdomen. Esto se hace en el hospital o en el consultorio del proveedor.
Una sonda permanente tiene un globo pequeño inflado en el extremo. Esto impide que dicha sonda se deslice fuera del cuerpo. Cuando es necesario quitar la sonda,

se desinfla el globo.

3. Sondas de Condón
Las sondas condón pueden utilizarse en hombres con incontinencia. No se coloca una sonda dentro del pene. En su lugar, se coloca un dispositivo similar a un condón sobre este. La sonda va desde este dispositivo a una bolsa de drenaje. Esta sonda debe cambiarse todos los días.
Para cuidar una sonda permanente, hay que limpiar la zona por donde el catéter sale del cuerpo y el catéter mismo con agua y jabón todos los días. Asimismo, limpie muy bien la zona después de todas las deposiciones para prevenir infecciones.
Si tenemos una sonda suprapúbica, hay que limpiar la abertura en su abdomen y la sonda con jabón y agua todos los días. Posteriormente, cubrir con gasa seca.

Tome bastante líquido para ayudar a prevenir infecciones. Pregúntele a su proveedor cuánto debe beber.
Lavarse las manos antes y después de manipular el dispositivo de drenaje. NO permita que la válvula de salida toque nada. Si la salida se ensucia, límpiela con agua y jabón.
Algunas veces, puede haber un escape de orina alrededor de la sonda. Esto puede ser causado por:
• Una sonda que está obstruida o que tiene un retorcimiento
• Una sonda que es demasiado pequeña
• Espasmos vesicales
• Estreñimiento
• Tamaño inadecuado del globo
• Infecciones urinarias

Existen unas posibles complicaciones de la sonda vesical que son las siguientes:
Las complicaciones del uso de una sonda incluyen:
• Alergia o sensibilidad al látex
• Cálculos vesicales
• Infecciones de la sangre (septicemia)
• Sangre en la orina (hematuria)
• Daño renal (por lo regular solo con el uso de sondas permanentes por mucho tiempo)
• Lesión uretral
• Infecciones de las vías urinarias o renales
• Cáncer vesical (solo después del uso prolongado de sondas permanentes).

En el caso de extracción accidental de la sonda vesical debe acudir a urgencias. Ni la sonda ni la bolsa colectora se deben fijar a ninguna superficie (pierna, etc.). Las bolsas de pierna solo se sujetarán con las cintas de goma adecuadas para ello. Durante el día, utilice la bolsa de pierna, le resultará más cómoda. Éstas permanecen ocultas bajo el pantalón y poseen un grifo que facilita su vaciado. Durante la noche le aconsejamos el uso de bolsas de 2000 cc, debido a su mayor capacidad le evitarán tener que estar pendiente de su vaciado y favorecerán su descanso nocturno.
Si se extraviara el tapón transparente de uno de los orificios de la sonda y no tuviera el de sustitución, es necesario acudir al centro sanitario más cercano donde se le proporcionará otro, nunca taponar con otro utensilio que tengamos en casa podríamos aumentar el riesgo de infección de orina.

5 Discusión-Conclusión

Poder identificar un problema y darle nombre es la primera fase para después intentar buscar una solución. No siempre estará en nuestra mano solucionarlos todos satisfactoriamente. Es importante que el paciente no se sienta desamparado cuando se vaya de alta a su domicilio y que la enfermera de su centro de salud lo visite para realizar su seguimiento, evaluando la forma en que realiza los autocuidados de la sonda, y enseñándole a prevenir complicaciones.

Debemos asegurarnos de que el paciente y su familia salen del hospital con unas nociones claras y de que entienden nuestras explicaciones, invitándoles a que nos cuenten con sus propias palabras lo que nosotros previamente le hemos explicado. Y asegurarnos que realicen adecuadamente la higiene, cambio de bolsa, fijación de la sonda al muslo, colocación de la bolsa de pierna… La información verbal y práctica que le demos, irá apoyada con un folleto.

6 Bibliografía

1. L. S. Brunner y D. S. Suddarth. Enfermería Médico-Quirúrgica. México: Mc Graw-Hill. Interamericana. 1989. –
2. L. J. Carpenito. Manual de diagnósticos de Enfermería. 5ª edición. Madrid: Mc GrawHill. Interamericana de España. 1995. – Anne G. Perry y Patricia A. Potter.
3. Guías Profesionales Enfermería. Técnicas y Procedimientos Básicos. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana. 1991.
4. – J. Blandy. Urología Básica. Barcelona: Ediciones Toray, S.A. 1978.

5. – Nursing Photobook. Técnicas de Urología en Enfermería. Barcelona: Ediciones Doyma.
6. – M. Esteve, M. Ibern, L, López Valeiras, J. Mitjans, T. Sarasa, M. Valls, L. Vieira y C. Zaldívar. Protocolos de Enfermería. Doyma. 1988.

Capítulo 704

ÁREAS DE ESTERILIZACIÓN EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

SUSANA BOUSO YÁÑEZ

1 Introducción

La central de esterilización es un órgano destinado a la recepción, lavado, acondicionamiento y esterilización de los materiales utilizados en el tratamiento de los pacientes internados y/o ambulatorios. Este proceso se deberá llevar a cabo en un área destinada para tal fin de acuerdo a las normas sanitarias vigentes. Esta zona debe constar de 3 partes:

- No crítica: Recepción y lavado de materiales.
- Semi crítica: Preparación y esterilización.
- Crítica o limpia: Almacenamiento y entrega del material esterilizado. Esta zona tiene la circulación restringida.

Físicamente debe estar ubicado lo más cerca posible del centro quirúrgico y tener fácil comunicación con él. Deberá constar de un lugar para recepción de los materiales a esterilizar y otro para la entrega del material ya esterilizado, así como de lugares como clasificación de los materiales, lavado de los materiales,desinfección, preparación y envasado de materiales y esterilización por caloR seco .

La estructura física también debe tener ciertos criterios de construcción tales como que los suelos y las paredes deben tener suelos lisos y no absorbentes y deberán estar pintadas o revestidas con materiales adecuados para áreas asépticas y se emplearán colores claros pero nunca el blanco. El mobiliario debe se ser de fácil limpieza y las ventanas serán fijas para evitar la entrada de polvo e insectos. La iluminación será clara y la temperatura oscilará entre los veinte y los veintidós

grados durante todo el año. Deberá tener 2 accesos: Uno para entrar y salir el personal y otra para el ingreso de materiales de consumo (gasas, papel…)así como una ventanilla para la recepción de material a esterilizar y otra para la entrega de éste material ya esterilizado. La zona de los vestuarios de personal se ubicará en el área no crítica.

Se llevará un registro diario de las prestaciones con fines estadísticos y de control. Con carácter obligatorio, deben llevarse a cabo, como mínimo, las siguientes actividades:
- Registro de recepción y entrega.
- Registro de procesos de esterilización.
- Registro de controles.
- Registro de validaciones.
- Registro de novedades.
- Registro de actividades administrativas.
- Registro de actividades docentes.
- Registro de actividades de investigación y documentos.

2 Objetivos

1.- Proporcionar información clara y actualizada de las normas a seguri en los centros de esterilización y preparación de materiales hospitalarios.
2.- Unificar los criterios para coordinar las actividades en estas áreas.
3.- Establecer una metodología para que cada hospital pueda adaptarlas al Servicio dependiendo de sus necesidades.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- RES. M- Nº 209, ARTICULO 6 del Ministrio de Salud y Acción Social sobre las normas de organización y funcionamiento de las áreas de Esterilización de los establecimientos asistenciales.
- RES M. Nº 387/2004.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 705

CUIDADOS EN LAS PERSONAS DE TERCERA LA EDAD.

CRISTINA PEREZ ALONSO

MARIA BEGOÑA GARCÍA FEITO

MANUELA RENDAL PRADO

JUAN CARLOS MARTÍN MARTÍN-MAESTRO

MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ

1 Introducción

El proceso natural de envejecimiento, el medio ambiente e incluso los medicamentos producen cambios a los que es necesario estar atento. Aunque las arrugas suelen ser una preocupación importante en la tercera edad, están lejos de ser el problema de la piel que requiere más atención. Los cambios naturales del envoltorio del cuerpo, los factores ambientales y el uso de ciertos medicamentos, son aspectos que no se pueden pasar por alto si se quiere cuidar la salud e higiene de un adulto mayor.

Con el paso de los años, la piel tiende a adelgazarse y a perder puntos de unión con la capa inferior (la dermis), por lo que se vuelve más frágil. Como el tejido que rodea a los vasos sanguíneos tiende a disminuir, se pierde la amortiguación; por eso, ante un leve traumatismo pueden aparecer moretones, especialmente en piernas, brazos y manos. Son benignos, pero conviene evitar los golpes y usar

ropa protectora - en el caso de las mujeres, privilegiando los pantalones en vez de las faldas- para prevenirlos. Debido al adelgazamiento de la piel y a que los vasos sanguíneos presentan cierta dilatación, éstos se traslucen, presentándose las llamadas telangectáseas, esas pequeñas venitas rojas tan comunes en el adulto mayor.
En la tercera edad disminuye también la secreción del sudor, lo que dificulta la regulación de la temperatura. De ahí que los mayores tengan más tendencia a enfriarse o acalorarse.

2 Objetivos

1. Reconocer y comprender el proceso de envejecimiento como una etapa más de la vida.
2. Valorar la interacción de los factores que ponen en riesgo la salud del adulto mayor, la familia y la comunidad en sectores específicos para diseñar estrategias tendientes al mejoramiento de la salud.
3. Brindar cuidado de enfermería al adulto mayor , mediano y alto riesgo, con base en las necesidades y respuestas humanas,

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados en los cuidados de las personas 3ªedad y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: adulto mayor, personas de 3ªedad, cuidados, higiene.

4 Resultados

Los cuidados personales del adulto mayor son muy importantes en su desenvolvimiento cotidiano. Es por ello que debemos someter regularmente al adulto mayor a un chequeo médico y nunca permitir que asista a consulta solo; revisar y vigilar qué tipo de medicamentos toma y dárselos personalmente.
Además analizar en forma detallada lo que le está sucediendo día tras día, para informarle a su médico tratante.

Así mismo debemos:

• Motivarlo a que haga una rutina sencilla de ejercicios diariamente, si se encuentra en condiciones médicas para hacerlo.
• Si el caso lo amerita, podemos poner una señal que indique la ubicación del baño, para que el adulto mayor lo pueda encontrar fácilmente. En algunas ocasiones llevarlo al baño en un horario establecido, cada dos o tres horas; si el adulto mayor no orina cuando esté en el baño, pode¬mos darle agua o abrir la llave del lavamanos, para que lo asocie con el deseo de orinar.
• Si es el caso, ponerle panty y absorbente desechables
• Reducir el número de prendas de vestir; buscar ropa que sea lavable y que no requiera planchado.
• Si al adulto mayor se le dificulta comer por si solo, debe apoyársele en la alimentación.

El cuidado personal relacionado con: cepillado del cabello, higiene bucal, cuidado de las uñas y la acción de afeitarse, en algunos casos requerirá de la ayuda del cuidador, ya que el adulto mayor quizá carece de las habilidades motoras requeridas, o de memoria para hacerlas por sí mismo, o que tenga confusión en cuanto a los pasos a seguir.
Mantendremos el baño ordenado y con el menor número de objetos posible.
Colocaremos los artículos en secuencia, por ejemplo: junto al espejo el peine, sobre el lavamanos el cepillo de dientes, la pasta dental y el vaso, etc.

Así mismo, en algunos casos colocaremos instrucciones sencillas junto al espejo del baño, que describan los pasos a seguir ya sea por escrito o con dibujos, donde se represente una persona peinándose o afeitándose, o con una foto de alguien cepillándose los dientes.
Regular la temperatura del agua y el chorro de la regadera o el nivel de la bañera.
Colocar barras de apoyo y calcomanías antideslizantes en el piso del baño. Tenemos que asegurarnos de que el piso no sea resbaloso.
Colocar una silla plástica dentro del baño, si se le dificulta al adulto mayor movilizarse.
Nos cerciooraremos de que su ropa sea la adecuada según el clima.Si hace falta le mostraremos la ropa y cómo vestirse; podemos recurrir a la mímica.

Podemos mostrarle su ropa en orden y secuencia.
Comprarle ropa holgada y zapatos cómodos.
De preferencia utilizaremos broches adhesivos en ropa y zapatos; la ropa deportiva y los con-juntos de dos piezas facilitan las maniobras de la vida diaria.
Les permitiremos que usen joyería de fantasía no valiosa, con la finalidad de no

exponerlos a riesgos en la calle. Si la persona insiste en ponerse siempre la misma ropa, compraremos dos juegos o bien, por la noche se lavará la ropa usada.
En la alimentación , la recomendación es que si el adulto mayor tiene una dieta sugerida por el médico o la nutricionista, la sigamos puntualmente.

Por lo tanto, la labor del cuidador consistirá en una serie de acciones que favorezcan en el adulto mayor la aceptación de la dieta.
Arreglar la mesa en forma atractiva.
Usar manteles, platos y vasos de plástico de colores vivos (fáciles de distinguir), para evitar que se rompan y el adulto mayor se lastime.
Verificar la temperatura adecuada de los alimentos.
Preparar platillos que sean del gusto del Adulto Mayor.
Fomentar la higiene bucal y en especial la de la lengua, con el fin de mejorar la percepción de los sabores.
Que coma sentado o semi-sentado.
Se procurará que coma de forma lenta, sin prisas, evitando atragantamiento o cansancio.
La comida más ligera del día será la cena.
Reducir el consumo de grasas y en general de comidas que sean ricas en colesterol.
Disminuir la ingesta de sal.
Mantener un consumo adecuado de líquidos, como mínimo 1 ½litro al día.
Los problemas en la fuerza, control y movilidad de los brazos debemos de hacer una adaptación en los platos (de preferencia usar platos hondos),
Es importante adaptarse a la velocidad de alimentación de la personas mayores y la consistencia del alimento variará de acuerdo a la capacidad de deglución del adulto mayor.

Es importante hablar con el médico, en caso de que la persona mayor presente los siguientes problemas:
1. Dificultad para mover la comida hacia atrás de la boca.
2. Mantiene el alimento en la boca y no se lo traga.
3. Rechaza el comer o tomar líquidos.
4. Tose o se ahoga al tragar el alimento.
5. Se queja de que la comida se atora en la garganta.
6. Presenta una voz ronca al tragar los alimentos.
7. Presenta babeo constante.
8. Hay dificultad para tragarse las pastillas.

Todos estos pequeños problemas deben ser valorados por un profesional médico , para poder obtener solución ante ello y así facilitar la calidad de vida de la persona mayor o 3ªedad.

5 Discusión-Conclusión

Es posible desarrollar una serie de acciones dirigidas a elevar la calidad de vida de los ancianos, las que deben ser diseñadas, dirigidas y evaluadas por un equipo multidisciplinario dentro del cual el trabajo de las enfermeras y los enfermeros es fundamental, tanto en las Casas de Abuelos como dentro del equipo de atención primaria, para desarrollar las acciones de educación en salud, promoción del autocuidado y asistencia directa a las personas con requerimientos especiales.

Es fundamental desarrollar acciones que estimulen al adulto mayor para que viva esta etapa llena de cambios psicológicos y sociales desde una perspectiva positiva y enriquecedora, para lograr un envejecimiento en óptimas condiciones. La educación en la tercera edad debe tener como objetivo conservar la autosuficiencia, la adaptación social y los vínculos con su entorno. Para ello se debe facilitar a los ancianos la tarea de adquirir información sobre la evolución del mundo actual, buscando sin cesar métodos idóneos para ello.
La entrega de educación apropiada en la tercera edad permitirá lograr que el anciano se interese por el futuro y se sienta parte de la sociedad, con funciones y roles dentro de ésta. Los centros que acogen a ancianos son lugares apropiados para desarrollar estos y otros contenidos educativos. De esta manera se puede lograr que el adulto desarrolle su máximo potencial y viva plenamente la última etapa de su vida.

6 Bibliografía

1. Manual de buenas prácticas ambientales.:Auxiliar de ayuda a domicilio C. Fernández de Pinedo.2001.20 páginas.GobiernodeNavarra.http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/DF2BE86A-CFEB-481F-8BF6-B91DA4A0A1BF/36629/A.pdf
2. Información básica de la ley de dependencias (información actualizada 1-2-2007)http://www.carm.es/ctra/dependencia/?id=1965.
3. Prevención de Riesgos Laborales en el sector Limpieza (PDF). Editados por FEAPS y Comunidad de Madrid.32 páginas

Capítulo 706

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A LOS DISTINTOS TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS.

MARTA MARIA VELASCO ALONSO

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales (IN) o infecciones hospitalarias, que por la OMS están definidas como "Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o centro de atención a la salud en quien la infección no se había manisfestado, ni estaba en periodo de incubación en el momento del ingreso y al personal sanitario como deriva de su trabajo", constituyendo uno de los problemas de salud pública a nivel mundial de los más relevantes puesto que aumenta la mortalidad, el tiempo de ingreso en los pacientes y por tanto la carga de trabajo del equipo de enfermería y los costes a todos los niveles.
Es de tener en cuenta que la tasa de prevalencia de las IN constituye uno de los indicativos de calidad del centro hospitalario.

2 Objetivos

- Intentar frenar la cadena de trasmisión del agente infeccioso dentro del ámbito hospitalario evitando contagios tanto a los pacientes como a las visitas y protegernos de estas enfermedades dado que el personal sanitario es el que más expuesto está a contraerlas.

3 Metodología

Tras la consulta de diversos medios escritos como libros de texto para TCAE y también guías publicadas en internet sobre Aislamientos Hospitalarios se extrae este resumen que a continuación se expone.

4 Resultados

Existen una serie de medidas preventivas de uso generalizado para el cuidado de todos los pacientes, puesto que todos pueden ser considerados como un portador potencial y sobre todo si se prevé que se puede entrar en contacto con sangre, secreciones y/o fluidos corporales. Estas medidas pueden ser el primer punto para evitar las infecciones nosocomiales.
Precauciones estándar:
• Lavado de manos antes y después de atender a un paciente
• Uso de guantes si se va a entrar en contacto con sangre, fluidos, secreciones, objetos contaminados
• Mascarillas, gafas, batas para prevenir manchas en la ropa.
• Procurar no airear la ropa de cama y manejar la ropa manchada con sangre o fluidos corporales con extrema precaución para que no entre en contacto con la piel o mucosas y evitar la trasmisión de gérmenes a otros pacientes
• Aislamiento hospitalario.

Además de estas medidas, existen otras de tipo más especifico obedeciendo a los diferentes medios de trasmisión por parte del microorganismo infeccioso. Se aplican a los pacientes con sospecha de infección o con la infección ya declarada. Estos mecanismos pueden ser:
• Por trasmisión aérea. Microorganismos que pueden quedar suspendidos en el aire mucho tiempo y pueden dispersarse por corrientes de aire.
• Por trasmisión por gotitas. Microorganismos que pueden ser trasmitidos por gotitas generadas al toser, al hablar o al estornudar.
• Por trasmisión por contacto.
Los cuidados que debemos de tener con los pacientes cuya enfermedad es contagiosa por trasmisión aérea son:
• El personal que atienda a estos pacientes deberá estar vacunado
• Ponerse mascarilla cada vez que se entre en la habitación.
• El paciente usara mascarilla cuando sea trasladado a otros departamentos del hospital el instrumental utilizado tanto para la exploración como para terapia si

no es desechable será desinfectado y esterilizado.
• No deben entrar a las habitaciones mujeres embarazadas
• Instruir al paciente para que tosa y expectore en pañuelos desechables que serán retirados de la habitación con la técnica de la doble bolsa.
• La ropa de cama contaminada saldrá de la habitación dentro de una bolsa de color rojo.
Los cuidados cuya enfermedad es de trasmisión por contacto. El contagio se puede producir piel-piel, o a través de fómites.
• Usar guantes siempre q se entre en la habitación y cambiarlos inmediatamente después de tocar heces, heridas o cualquier material contaminado
• Lavarse las manos antes de abandonar la habitación del paciente.
• Utilizar la bata para evitar que el uniforme se contamine, sobre todo si el paciente tiene diarrea, ileostomía, colostomía, incontinencia. Quitar la bata antes de abandonar la habitación del paciente.
• Desinfectar termómetros, estetoscopios, etc, después de su uso con el paciente, si no fuera posible el uso exclusivo. Aislamientos Hospitalarios

Los aislamientos hospitalarios Actúan sobre el segundo escalón de la cadena epidemiológica y se pueden dividir en dos grupos según su finalidad.
1. Aislamiento común o de barrera, aíslan al paciente infeccioso para que no contagie a personas sanas. Según el tipo de trasmisión se puede clasificar en:
• Respiratorio. Tanto si la trasmisión es aérea o por gotitas. Sarampión, Rubeola, Meningitis.
• Cutáneo mucoso o de contacto. Patologías cutáneas muy contagiosas, sarna, herpes zoster.
• Entérico. Trasmisión por excreciones o heces infectadas. Gastroenteritis por E. Coli y víricas, Cólera, Disenterías.
• Estricto. Es el aislamiento mas drástico, exige medidas más severas. Se establece en enfermedades altamente contagiosas. Varicela, Rabia, Peste neumónica.

2. Aislamiento protector o de barrera inversa, aíslan al paciente inmunodeprimido minimizando el riesgo de ser contagiado por el entorno.
• Agranulocitosis, linfomas y leucemias, quemaduras extensas, trasplantados, pacientes inmunodeprimidos.
Normas de actuación en aislamiento Común o de barrera.
El tiempo que dure el aislamiento, será el tiempo que tarde el paciente en curarse o el equipo médico evalúe. Además de las precauciones estándar se toman estas otras medidas específicas.

• Protección respiratoria. Habitación individual con presión negativa (una máquina filtra el aire de la habitación antes de llevarlo fuera), señalización de aislamiento en la puerta. La puerta siempre cerrada. Pañuelos desechables para las secreciones que serán depositados tras su uso en contenedores incinerables. Uso de mascarilla y guantes
• Protección por contacto. Habitación individual con lavabo. Uso de bata, deben dejar para último lugar. La ropa de cama se retira con la técnica de la doble bolsa.
• Protección de aislamiento entérico. No requiere habitación individual. Uso de guantes y bata que estarán dentro de la habitación. Uso de lejía para heces, inodoro y cuña. Reforzar los hábitos de lavado de manos en el paciente. La ropa se retira mediante la técnica de la doble bolsa.
• Protección para el aislamiento estricto. Habitación individual con presión negativa y antesala con señalización de aislamiento. Puerta cerrada siempre. Guantes bata mascarilla y calzas para el personal sanitario y visitas. Instrumental de uso exclusivo para el paciente hasta que termine el aislamiento. Se realizarán los cuidados del paciente en último lugar. La ropa se retira con la técnica de la doble bolsa o bolsa de color rojo. Todo el material del interior de la habitación se trata como material contaminado.

Normas de actuación en aislamiento protector o inverso.

El personal que atienda a estos pacientes no debe de tener ninguna enfermedad infecciosa. Restringir el numero de profesionales que atienden al paciente así como el número de visitas. Habitación individual con presión positiva. Puerta cerrada siempre. Uso de guantes, bata, mascarilla y calzas. Extremar medidas de asepsia y antisepsia en los cuidados de enfermería.

La erradicación completa de las IN es una tarea imposible, siempre habrá algún elemento que se nos escape, pero es de gran importancia intentar reducir lo máximo posible su incidencia. La propuesta de las medidas universales de protección es la gran apuesta contra la lucha de las IN. Hay que decir también que estas medidas se engloban un gran conjunto de acciones entre las que incluye el uso de antibióticos, la limpieza y esterilización de material, el uso de antisépticos y desinfectantes, la higiene personal.

5 Discusión-Conclusión

La concienciación y el cumplimiento estricto de los protocolos y medidas preventivas por parte del TCAE resulta imprescindible para evitar contagios y romper la cadena de trasmisión epidemiológica dentro del hospital, protegiendo así tanto al usuario del centro hospitalario como a los propios trabajadores.

6 Bibliografía

-www.amirsalud. Tema 16. Higiene de los centros sanitarios.
-Guía publicada por el Servicio andaluz de salud del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Reina Sofía. " Precauciones de aislamiento en el hospital Universitario Reina Sofia" (2019).
-Libro de texto "auxiliar de enfermería". McGraw Hill 2013. Evangelina Perez de la Plaza. Ana María Fernandez Espinosa.

Capítulo 707

EL TCAE EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ RODIL

ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ MARTINEZ

MARÍA DOLORES MORÁN MARTÍNEZ

JULIA RETUERTO GARCIA

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

Se definen las úlceras por presión (UPP) como la lesión de origen isquémico de la piel y/o tejidos subyacentes originada por una presión o fricción de la zona entre dos planos duros. Suele localizarse en prominencias óseas debido a que permanecen durante largos periodos de tiempo durante la misma posición.

Las úlceras por presión (también reciben el nombre de úlceras por decúbito o escaras) deberán ser conocidas por el personal de enfermería para evitar su aparición y poder curarlas una vez que estas son producidas.

Las úlceras por presióncontribuyen a un problema de salud pública que repercute negativamente en la calidad del paciente, prolongando su estancia en el hospital y como consecuencia aumentando el gasto sanitario. Por ello es importante realizar

una adecuada prevención por parte de los profesionales sanitarios así como de la familia del paciente.

2 Objetivos

- Proporcionar una orientación sobre las pautas a seguir por los profesionales de enfermería, en valorar e identificar problemas en pacientes susceptibles a desarrollar UPP con el fin de prevenirlas o en su caso aplicar los cuidados más adecuados y eficaces para cada individuo.
- Contribuir a la disminución de la prevalencia e incidencia de UPP en la población.

3 Metodología

Se realiza una recogida de material e información de distintos artículos. En primer lugar se hace una definición de lo que es una úlcera por presión, cómo se pueden producir y clasificación de la afectación de la piel. Para finalizar se mencionan las técnicas que se llevan a cabo para su prevención, así como los cuidados a realizar.

4 Resultados

Existen mecanismos que alteran la integridad de la piel. La mayoría de las lesiones son producidas por causa externa como:

- Presión: fuerza que actúa perpendicular a la piel, como consecuencia de la gravedad produciendo aplastamiento tisular entre dos planos, uno es del paciente y otro externo a él (sillón, sondas, catéteres, mascarillas, etc). La piel puede soportar una gran presión pero solo durante periodos cortos y espaciados en el tiempo. Para provocar la úlcera es más decisiva la continuidad que la fuerza de la presión, bastando una presión suave y continua durante dos horas para que aparezca la úlcera.
- Fricción: es una fuerza tangencial. Actúa paralela a la piel produciendo roces por movimiento o arrastres. Esta puede producirse al subir al paciente hacia la cabecera de la cama u arrastrándolo sobres las sabanas.
- Cizallamiento: combina los dos efectos de presión y fricción. Destaca la posición de Fowler que provoca deslizamiento del cuerpo provocando fricción en el sacro y presión sobre la misma zona.

Según la afectación de la piel, las úlceras por presión se clasifican en los siguientes estadios o grados:
- Estadio o grado I: es una alteración que se observa en la piel íntegra. Se manifiesta con eritema cutáneo que no palidece al presionar. Afecta a la epidermis.
- Estadio o grado II: piel con pérdida de solución de continuidad. Puede aparecer flictemas, vesículas. Afecta a la epidermis y a la dermis superficial.
- Estadio o grado III: pérdida total de grosor de la piel que implica lesión afectando a la dermis e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo.
- Estadio o grado IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción, extensa necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (ejemplo: el tendón, cápsula articular). Puede presentar lesiones con cavernas.

Prevención UPP
Las UPP pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo dependiendo del lugar de la piel que se encuentre sometida a presión. Para ello es importante vigilar la piel para prevenir su aparición. Suelen localizarse en las prominencias óseas (trocánteres mayor, sacro y tuberosidades isquiáticas).
Medidas preventivas que puede llevar a cabo el TCAE.
- Colocación del colchón alternante.
- Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en prominencias óseas y puntos de apoyo. Siempre se aplican sobre piel intacta.
- Cambios posturales cada dos o tres horas.
- Utilizar medidas de protección en talones y codos.
- Aliviar presión con almohadones y cojines.
- Cambio de pañales cada vez que haya humedad.
- Utilizar cremas barrera de oxido de zinc.
- Utilizar apósitos hidrocoloides
- Realizar una correcta movilización y cambios posturales.

Es muy importante una buena alimentación con aporte de calorías y proteínas. Las proteínas tienen un papel importante tanto en la prevención como en la curación de las úlceras por presión ya que tienen una función plástica y de regeneración de tejidos.

Cuidados de las UPP
Son también muy importantes los cuidados realizados a los pacientes con úlceras por presión por parte de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Por ello los TCAE junto con las enfermeras son el colectivo que en las unidades de hospitalización tienen un trato mas directo con el paciente y pasan más tiempo

con él. Por todo ello hace que el TCAE realice los siguientes cuidados al paciente:
- En primer lugar vigilar la piel del paciente que generalmente se puede detectar la aparición de lesión a la hora de realizar la higiene (cuando se asea al paciente).
- Mantener la piel seca y limpia del paciente.
- Utilizar jabones neutros y evitar la fricción cuando se realice el secado.
- No utilizar alcoholes.
- La utilización de ácidos hiperoxigenados, cremas hidratantes en la piel y puntos de apoyo es beneficioso para el paciente.
- Otro de los cuidados que realiza el TCAE es observar que el paciente no tenga una presión mantenida ya que es un factor para la aparición de UPP. Esto puede ocasionar un proceso isquémico en los tejidos debido a que puede haber una disminución de aporte de oxigeno y nutrientes.
- Para evitar esa presión es importante la realización de cambios posturales cada dos o tres horas si el paciente es dependiente y se encuentra encamado. Si el paciente se puede mover por sí solo cada quince minutos.
- Cuando el paciente tiene una lesión hay que evitar que se apoye directamente, existen superficies de apoyo tanto estáticas como dinámicas que ayudan a distribuir la presión.

Existen dos clases de superficies de apoyo que se clasifican en:
1. Superficies Estáticas:
- Colchonetas-cojines estáticos de aires.
- Colchonetas- cojines de agua.
- Colchonetas- cojines de fibra.
- Colchonetas de espuma.
- Colchones de látex.
- Colchones- cojines viscoelasticos.
- Colchones-cojines estándar.

2.Superficies dinámicas:
-Colchones- colchonetas alternantes de aires.
-Colchones- colchonetas de aire con flujo de aire.
-Camas y colchones de posicionamiento lateral.
-Camas fluidificadas.
-Camas bariátricas.

5 Discusión-Conclusión

Como personal sanitario debemos tomar conciencia de la importancia que tiene la prevención de las úlceras por presión y ello implica una valoración de la piel y los cuidados que se precisa en cada momento ya que se estima que entre un 95-99% de las UPP se pueden evitar. Por ello es importante que las personas que padecen las UPP precisen de una atención diaria por los profesionales y cuidadores para evitar su aparición o conseguir su curación.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov
- https://www.elsevier.com/es-es
- https://www.ulceras.net/
- https://gneaupp.info/
·- Guía de práctica clínica - Generalitat Valenciana

Capítulo 708

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMRÍA EN QUIROFANO

ELISA MUÑIZ DELGADO

ANA BELÉN CORTINA MARTÍNEZ

1 Introducción

La mayor parte de los procedimientos quirúrgicos se realizan en el quirófano de un hospital y requieren la hospitalización posterior. Estos procedimientos pueden constituir experiencias difíciles para el enfermo y sus seres queridos. Uno de los primeros cometidos de los Técnicos de Cuidados Auxiliares en
Enfermería trabajando en la parte de quirófano es recibir al paciente e identificarlo mediante la hoja de anamnesis, la hoja de la exploración física, valoración psicológica (si procede) y el preoperatorio, para que todo este correcto para la intervención.

Para llevar a cabo una operación quirúrgica se necesita una correcta preparación del área del quirófano. El personal sanitario debe estar cualificado, llevar a cabo el procedimiento adecuado de esterilización y atender a determinadas medidas de desinfección y de garantía que deben tomarse, para que el habitáculo donde se realizan las intervenciones quirúrgicas, sea siempre un lugar seguro para el beneficio del paciente. En todos estos procesos, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) tiene un trabajo muy importante que realizar(Bernalte-Martí,Orts-Cortés y Maciá-Soler.2015).

El Técnico de cuidados auxiliares de enfermería, como parte de la plantilla multidisciplinar, participa en combinación con todos los demás miembros, tanto médicos como enfermeros, celadores etc, dando apoyo a su actividad, ayudando en todo lo necesario, reposición de material, colocación, limpieza de quirófano, etc (Garde,2014).

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los TCAE en lo que se refiere al quirófano y las cirugías.

3 Metodología

Se recaban diferentes bases de datos a través de Cinald, Dialet y Google Académico, utilizando sólo páginas en español durante un periodo de tiempo de casi 2 trimestres del 2019.

4 Resultados

El quirófano siempre hay que mantenerlo en orden, por eso hay que seguir un método de comprobaciones que apruebe ver si la sala de operaciones está repuesta y que esté siempre preparada. Ésta tarea la realizan los TCAE en conjunto con las enfermeras. Es muy fundamental una restitución en la sala quirúrgica para que la operación tenga las mínimas complicaciones posibles (Lorenzo, 2015).

Los TCAE en enfermería transitan ininterrumpidamente por el área del quirófano, por eso tienen que saber todas y cada una las normas. El equipo TCAE, unido a las enfermeras de este área, deben complementar las solicitudes metódicamente que van destinadas al proyecto de prevención individualizado del paciente. Los registros de los cuidados que se produce pueden reflejar la actividad y amparar la responsabilidad legal, cuando sucede un contratiempo poco habitual. Se realizan una serie de normas aplicables a cualquier personal sanitario que pertenezca o no al equipo quirúrgico que circula dentro de la sala quirúrgica.

La admisión del enfermo en la sala quirúrgica es la finalidad básica para hacer una comedida aceptación y facilitar un control de calidad en esta fase del transcurso quirúrgico. Se identifica al paciente con la pulsera identificativa, se comprobaran los datos con la historia clínica, el parte quirúrgico y el listado de ver-

ificación quirúrgica. Además han de comprobar y reponer el carro de anestesia, medicación, material no fungible y fungible , sondas, gasas, compresas, drenajes, paños, suturas,etc. Se elabora en cantidades pequeñas para así, sustituir el material con asiduidad y prevenir así que se estropee.

El TCAE en todo momento debe ayudar al equipo de enfermeras en la restitución de la materia del quirófano. Saber en todo momento donde se encuentra el desfibriladores por si se necesita en cualquier momento y haber comprobado el funcionamiento del respirador. Cerciorarse que el mobiliario y todos los aparatos necesarios son los que se van a utilizar durante la intervención. Serenar y trasmitir al paciente toda la información sobre sus dudas. Mantener una conexión con el paciente donde se pueda mantener cualquier tipo de conversación bien sea cultural, política, improvisada o dirigida. De esta manera, lo que figura en la salud y el padecimiento en todo nuestro colectivo junto a la organización asistencial son componentes que afecta en dicha conexión, ya que el enfermo espera de los TCAE igual que del resto del equipo que le comprendamos. Lo que significa que hemos de demostrar afecto e interés hacia él, ser amparado e informado con un termino que pueda comprender y que le aseguremos una tranquilidad que necesita, restando así su ansiedad ante el proceso de la operación quirúrgica,así como ser escuchado.

Algunas de las acciones a llevar a cabo en quirófano por parte de los TCAE son:
- Observar los movimientos de la cirugía por si el cirujano nos necesita, para poder adelantarse a las necesidades. El TCAE debe colaborar en la preparación del enfermo según indique el anestesiólogo, para la operación, garantizando la protección necesaria, en el caso de operaciones largas.
- Movilizar al enfermo en la camilla bajo la supervisión del anestesiólogo, colaborando todos los miembros del equipo quirúrgico.
- Realizar el lavado de manos establece el medio fundamental para evitar la polución de hongos etc. de la epidemia hospitalaria. Configura una amenaza general en el interés de la seguridad del enfermo eso nos transmite la Organización Mundial de la Salud en la comunicación con su cruzada de prevención.
- Recoger y limpiar el área donde se realizan las operaciones es casi la parte más importante de todas la funciones que debe realizar el TCAE. La sala de operaciones debe estar en perfecto estado para efectuar una nueva operación. Por esto, es crucial que el TCAE siga unas reglas generales. Cuando acaba la operación quirúrgica se tiene que recoger todo el material que se debe tirar por haberse utilizado durante la operación, por otro lado, se necesita que todos los componentes de la plantilla quirúrgica conozcan los fundamentos de la desinfección y

esterilización para reducir al mínimo el peligro de infección de los enfermos que pasan por la sala del quirófano.
- Adecuar los muebles de la sala de operaciones después de que acabe la operación, con un paño humedecido con disolución detersivo o desinfectante. Las manchas de sangre se suprimen con agua fría o oxigenada.Los mangos de las lámparas se usan mucho porque hay que mover la luz continuamente, por eso están también muy alteradas en el curso de las operaciones, deben mantenerse todo en una situación de impoluta. Se limpiara el aparataje de quirófano con tejidos húmedos.

Además de lo anteriormente citado, es importante destacar que las tareas de restitución que se producen en la zona quirúrgica son muy variadas. Por ello, a continuación se van a reseñar algunas de ellas:
- Colocar los carros dentro del quirófano, en el cual va el carro de anestesia, carro de ropa, material que se prepara para su esterilización, etc. Debe estar siempre repuesto y colocado en una zona donde se vea y se pueda coger en cualquier momento. Según el hospital, existen protocolos dentro de quirófano para la limpieza y reposición. Lo que al final importa es que lleve todo lo que se necesita (Castillo,2016).
- Los TCAES realizan una gran importante participación para reponer, por eso debe saber donde están las cosas ya que hay mucha variedad de quirófanos. Para poder llegar a realizar la operación quirúrgica en una situación excelente, el área donde se encuentra el quirófano debe estar correctamente repuesta y preparada. En quirófano se lleva distinta ropa que en el resto del hospital. Es obligatorio llevar gorro y mascarilla desechable. Hay dos zonas una de limpio y otra de sucio, por lo que hay que tener mucho cuidado y respetar las zonas. En la zona de limpio hay gasas, guantes y una serie de material extra por si en la zona de quirófano fuese necesario en algún momento de la cirugía por cualquier motivo.
-Ayudar a sondar al paciente es otra de las funciones a desarrollar, ya que en diversas circunstancias son necesarias y es aquí, donde los TCAES actúan, realizando el sondaje y tomando muestras si así se requiriese, para examinar en laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

Se han intenta poner todas las funciones que pueden realizar los TCAE dentro del área quirúrgica, insistiendo en la restitución de la sala de operaciones, limpieza y procesamiento de los instrumentos, entre lo que se realiza más habitualmente. Con este capítulo he podido descubrir que los auxiliares también ofrecemos una gran labor en quirófano y que nos deberían valorar más, ya que no sólo nos

encargamos de la limpieza.

Realizar cursos de aprendizaje específicos para alcanzar el máximo nivel profesional, proponer necesidades de investigación, formarse, colaborar, aleccionar a otros compañeros de su mismo rango la maestría y habilidades que sean necesarias para el desempeño del puesto de trabajo, por medio de protocolos establecidos, son aspectos a tener en cuenta en nuestro trabajo.

También hay que apuntar que el aumento de la cantidad de trabajo puede resultar una mayor carga mental, lo que puede superar al equipo quirúrgico y no saber hacer frente a las circunstancias.(Fadrique,2015).

6 Bibliografía

- Armengod, I. H. (2017). Calidad de vida profesional del personal de enfermería de quirófano y atención primaria de teruel. Atalaya Médica Turolense, (10), 29-40.
- Bernalte-Martí, V., Orts-Cortés, M. I., & Maciá-Soler, L. (2015). Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. Enfermería clínica, 25(2), 64-72.
- Cabrera, A. (2010). Garantizar el futuro del Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit,8(1), 161-3.
- Castillo Torralbo, M. (2016). Implantación del sistema de dispensación de medicamentos "Farma-Kanban" en los botiquines de las unidades clínicas del Hospital de Alta Resolución de Écija.
- Domingo, A. C. (2017). La enfermera de UCIP como coordinadora del equipo multidisciplinar. Revista Española de, 73(Supl 1), 96-98.
- Esquivel, L. M., & Li, S. S. (2002). Costos y productividad en los egresos por obstetricia en los hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia en 1999. Ciencias Económicas, 22(1-2), 63-89.
- Garde Sesma, I. (2014). Propuesta de mejora para el Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital D: manual de procedimientos para la Central de Esterilización.
- Gómez, R. G. (2019). La investigación en enfermería quirúrgica: de la técnica a la humanización de la asistencia. NURE investigación: Revista Científica de enfermería, (99), 2.
- Guillamás, C., Gutiérrez, E., Hernando, A., Méndez, M. J., Sánchez-Cascado, G., & Tordesillas, L. (2017). Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Novedad 2017. Editex.
- Larraín, P. Z. (1990). Interpretacion de la Constitucion, La. Revista Chilena de Derecho, 17, 161.

- López Quesada, T., & Gurumet, A. Trabajo original:¿ Qué es lo que importa al personal de enfermería? Detección de factores motivadores en el bloque quirúrgico.
- Lorenzo Martín, B. (2015). Importancia de la asepsia dentro del ámbito quirúrgico y de la actuación de enfermería en su consecución y mantenimiento.
- Rojas Soto, L. A. (2018). Nivel de estrés del personal de enfermeria de quirofano de emergencias del hospital nacional dos de mayo, lima 2014.
- San Gregorio, M. P., Rodríguez, A. M., Corpa, A. G., & Correa, E. (2003).
- Repercusiones psicológicas del estrés laboral en los profesionales sanitarios que trabajan en los Equipos de Trasplantes. Cuad Med Psicosom Psiquiatr de Enlace, 66, 19-31.

Capítulo 709

ASEO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

JOSÉ ALFREDO TAMARGO

1 Introducción

Los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos son pacientes generalmente con un estado de salud muy delicado por lo que el personal que les trata debe hacerlo siempre con especial delicadeza y extremo cuidado. Es por ello que el personal de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) debe trabajar en equipo a la hora de realizar cualquier actividad con estos pacientes sea aseo o cualquier tratamiento para evitar que pueda empeorar su delicado estado de salud.

2 Objetivos

- Conseguir que el personal de UCI conozca la importancia de la aplicación de los protocolos de cuidados para realizar su actividad de manera eficiente y sin poner en riesgo la salud de los pacientes.

3 Metodología

Se han revisado diferentes paginas web relacionadas además de consultar artículos referente al tema en PubMed y Dialnet, así como diferentes protocolos en diferentes hospitales de las región

4 Resultados

Se demuestra pues que los diferentes protocolos preparan al personal que va atender a este tipo de pacientes a realizar de manera correcta las técnicas y movilizaciones correctas a la hora del aseo para mantenerlo limpio e hidratado y evitando con ello posibles complicaciones. Así pues, la aplicación de estos protocolos por parte de todo el personal tanto auxiliares como celadores y enfermeras es una garantía de una correcta manipulación de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con ello indicando que es de obligatorio cumplimiento el conocimiento y aplicación de dichos protocolos por parte de todo el personal que trabaja en UCI a la hora de trabajar con este tipo de pacientes y evitar la aparición de posibles complicaciones.

6 Bibliografía

- Revistas Pudmed y Dialnet además de protocolos de Hospitales de la región.
- https://scielo.org/es/.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

Capítulo 710

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ANA BELÉN CORTINA MARTÍNEZ

ELISA MUÑIZ DELGADO

1 Introducción

Las úlceras de decúbito (también llamadas «úlceras de presión» o «escaras») son lesiones de la piel y del tejido que se encuentra debajo, que se producen como resultado de una presión prolongada sobre la piel. En la mayoría de los casos, las úlceras de decúbito se manifiestan en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo, como los talones, los tobillos, las caderas y el coxis (BAUTISTA,ESPARZA,2004).

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro (Pancorbo, García, Rodríguez, Torres, López,2007). Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados (Blázquez,
Rubio, Ivars, Alarcón, Martínez, Díaz, García, 2007).

Las personas que corren más riesgo de padecer úlceras de decúbito son las que tienen una enfermedad que limita su capacidad de cambiar de posición o las que pasan la mayor parte del tiempo en una cama o una silla (Hidalgo, 2002).

Las úlceras de decúbito pueden aparecer rápidamente. La mayoría de las úlceras se curan con tratamiento, pero algunas nunca se terminan de curar por completo. Puedes tomar medidas para ayudar a prevenir y curar las úlceras de decúbito. Pueden ser por tres causas principales:

- Presión. La presión constante en cualquier parte del cuerpo puede disminuir el flujo sanguíneo a los tejidos. El flujo sanguíneo es esencial para transportar oxígeno y otros nutrientes a los tejidos. Sin estos nutrientes esenciales, la piel y los tejidos cercanos se dañan y, con el tiempo, pueden morir. En las personas con movilidad limitada, este tipo de presión tiende a producirse en zonas que no están bien protegidas con músculo o grasa y que se apoyan sobre un hueso, como la espina dorsal, el coxis, los omóplatos, las caderas, los talones y los codos.(Parra, Camargo-Figuera y Gómez,2012).
- Fricción. Ocurre fricción cuando la piel roza con las prendas de vestir o la ropa de cama. La fricción puede provocar que la piel frágil sea más vulnerable a las lesiones, especialmente si la piel también está húmeda.(Soldevilla Agreda, Torra,Posnett, Verdú, San Miguel y Santos,2007).
- Rozamiento. El rozamiento se produce cuando dos superficies se mueven en dirección opuesta (González,). Por ejemplo, cuando la cabecera de una cama está elevada, puedes deslizarte hacia abajo en la cama. A medida que el coxis se mueve hacia abajo, la piel sobre el hueso puede quedar en el mismo lugar, básicamente haciendo tracción en sentido contrario (Zamora,2006).

2 Objetivos

- Prevenir la aparición de úlceras por presión.
- Paliar las consecuencias de la aparición de las úlceras por presión.

3 Metodología

Se han realizado búsquedas bibliográficas referidas a la prevención y curación de las úlceras en las que forma parte el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), ya que el principal objetivo es la prevención de ellas.
Recabamos bases de datos en Dialet, así como en Google Académico y revistas científicas durante los dos últimos trimestres del año 2019.

4 Resultados

Para prevenir las úlceras los TCAE tendrán que estar atentos cuando realizan los cambios posturales y a pesar de esto muchas veces es imposible no llegar a formarse alguna. Es destacable que la reducción de la incidencia de úlceras por presión hospitalaria va paralela a la reducción de costes incluso con mayor número de úlceras por presión extra-hospitalarias.

Las evidencias científicas disponibles demuestran mayor efectividad clínica y mejor resultado coste/beneficio (espaciamiento de curas, menor manipulación de las lesiones,…) de la técnica de la cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacamos es tomar las medidas que sean necesarias para el bienestar del paciente así como una serie de recomendaciones.

Cambiar el punto de apoyo del peso con frecuencia. Si usa una silla de ruedas intentar cambiar el punto de apoyo del peso cada 15 minutos. Buscar una silla de ruedas especial. Algunas sillas de ruedas pueden inclinarse, y esto puede aliviar la presión.Se hará un estudio con el equipo multidisciplinar valorando el médico cual es la mejor en su caso. Escoger almohadones o un colchón que alivien la presión. Usar almohadones o un colchón especial para aliviar la presión y asegurarse de que el cuerpo esté bien posicionado. No usar almohadones con forma de rosquilla ya que pueden centrar la presión en los tejidos circundantes, ajustar la elevación de la cama y algunas otras son las medidas a tener en cuenta en este tipo de lesiones.

6 Bibliografía

- Angulo, Julia (2004). Las úlceras por presión en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos e intermedios del INER.
- Revista del Instituto Nacional de enfermedades respiratorias, 17(2), 91-99.
- Blázquez, R. P., Rubio, R. M. G., Ivars, M. L. M., Alarcón, M. A., Martínez, C. C., Díaz, M. J. P., & García, E. H. (2007). Prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión.
- Revista Clínica de Medicina de Familia, 1(6), 284-290.

- Cerón-Serrano, A., Jiménez-Castellano, R., & Gómez-Campos, A. M. (2017). Prevención y cuidados de enfermería en el primer caso de enfermedad del virus ébola adquirida fuera de África. Enfermería Clínica, 27(2), 125-131.
- González, T. F., Benítez, M. E. B., & TCAE, A. R. B. II Congreso Nacional de atención sanitaria en centros residenciales.
- Hidalgo, P. L. P. (2002). Estimación del coste económico de la prevención de úlceras por presión en una unidad hospitalaria. Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 13(3), 164-164.
- López, J. F. M. (2011). TCAE en la unidad de cuidados intensivos. Editorial Vértice.
- Parra, D. I., Camargo-Figuera, F. A., & Gómez, R. R. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. Enfermería global, 11(4).
- Pancorbo Hidalgo, P. L., García Fernández, F. P., Rodríguez Torres, M., Torres García, M., & López Medina, I. M. (2007). Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. Gerokomos, 18(4), 30-38.
- Soldevilla Agreda, J. J., Torra i Bou, J. E., Posnett, J., Verdú Soriano, J., San Miguel, L., & Mayan Santos, J. M. (2007). Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos, 18(4), 43-52.
- Zamora Sánchez, J. J. (2006). Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. Gerokomos, 17(2), 51-61.

Capítulo 711

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, LA CANDIDIASIS.

LOURDES RUBIO SOTO

1 Introducción

La candidiasis es una infección fúngica (micosis) de cualquiera de las especies candida (todas ellas levaduras), de las cuales la Candida albicans es la más común. La candidiasis también se conoce técnicamente como candidiasis, moniliasis, y oidiomycosis.
La candidiasis incluyen infecciones que van desde las superficiales, tales como la candidiasis oral y vaginitis, hasta las sistémicas y potencialmente mortales, conocidas como candidemias y generalmente se limita a personas inmunocomprometidas, como pacientes con cáncer, trasplante o sida o incluso pacientes con cirugías de emergencia no traumáticas.
Las infecciones superficiales y de membranas mucosa por candida que causan inflamación y malestar son comunes en la población humana.
Aunque claramente atribuible a la presencia de patógenos oportunistas.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Analizar los factores o situaciones que predisponen a padecer la candidiasis.

Objetivos secundarios:
- Determinar las causas, y mecanismos de trasmisión.
- Señalar signos y síntomas para establecer el diagnóstico y tratamiento.
- Revisar la profilaxis recomendada para prevención de la candidiasis.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica multidisciplinar nacional e internacional de acceso abierto en Psycinfo, LISA, e-revist@s. Se han usado descriptores como candidiasis, albicans, aplicando criterios booleanos ”and”. Se lleva a cabo la búsqueda en las bases de datos Pubmed y Dialnet plus.

4 Resultados

La mayoría de las infecciones por candidiasis son tratables y generan mínimas complicaciones tales como enrojecimiento, picazón y malestar
En personas inmunocomprometidas, la candidiasis suele ser una infección muy localizada de la piel o membranas mucosas, incluida la cavidad oral (candidiasis oral), la faringe o el esófago, el aparato digestivo, la vejiga urinaria o los genitales(vagina y pene).
En pacientes inmunocomprometidos, las infecciones por candida causan un padecimiento muchísimo más grave, una fungemia llamada candidemia.
Un sistema inmune debilitado o poco desarrollado o enfermedades metabólicas como la diabetes son factores de predisposición significativos de la candidiasis .
Hay enfermedades o situaciones vinculados con la candidiasis:
El VIH/SIDA, la mononucleosis infecciosa, los tratamientos de cáncer, estrés y la deficiencia de nutrientes.
En la candidiasis del pene, las causa incluyen relaciones sexuales con una persona infectada, una baja inmunidad, antibióticos y diabetes. Las infecciones en los genitales masculinos por hongos son menos comunes, y la incidencia de las infecciones es tan solo una fracción de las que se observan en las mujeres; sin embargo, la infección por hongos en el pene a través de contacto directo en las relaciones sexuales con una pareja infectada no es rara.
Durante el embarazo la candidiasis vaginal puede transmitirse al hijo durante el parto. Esto le puede ocasionar al bebe una infección.La candidiasis oral es muy común en bebes. No se considera patológica a menos que dure más de un par de semanas.
El diagnóstico de una infección por levaduras se realiza ya sea a través de un examen microscópico o uro cultivos.
Para la identificación por microscopía óptica, un raspado o frotis de la zona afectada se coloca en un portaobjetos de un microscopio. Para el método de cultivo, un bastoncillo estéril se frota sobre la superficie de la piel infectada. El bastoncillo luego se pasa por un medio cultivo, lo que permite el desarrollo de las colonias

de levadura.Las características de las colonias permiten el diagnóstico inicial.
Un diagnóstico diferencial característico con otras lesiones blancas orales es que se elimina con el raspado.
El tratamiento se basa en cuatro pilares fundamentales:
- Realización de un diagnóstico precoz y certero de la infección
- Corrección de los factores facilitadores o de las enfermedades subyacentes
- Determinación del tipo de infección candidiásica.
- El empleo de fármacos fungicidas apropiados: La candidiasis es tratada con antimicóticos; los medicamentos antimicóticos más usados son el clotrimazol tópico, fluconazol y ketoconazol. El enjuague bucal de clorhexidina es efectivo como profilaxis contra la candidiasis.
El uso de profilácticos durante las relaciones sexuales son altamente efectivos para evitar la transmisión.

5 Discusión-Conclusión

El pronóstico de la candidiasis que afecta a piel y mucosas es muy bueno porque responde muy bien a los tratamientos que conocemos como antifúngicos. Sin embargo, el pronóstico es más reservado en caso de pacientes con su sistema inmune alterado debido a alguna enfermedad como el VIH, los trasplantes o los tratamientos quimioterápicos. En estos casos la cándida puede pasar a sangre y causar infecciones más graves.
En caso de ser necesaria la ingesta prolongada de antibióticos, se recomienda:
- Durante o después del tratamiento tomar probióticos intestinales y de flora íntima para controlar el exceso de crecimiento de cándida.
- Cambios en la dieta con reducción de ingesta de alcohol, azúcares e hidratos de carbono.
- Adecuado control glucémico en pacientes diabéticos.
- Evitar la humedad prolongada, realizando un adecuado secado tras baños en la piscina y el mar.
- Uso de ropa interior de materiales más naturales y evitar la ropa excesivamente ajustada
- Mantener una buena higiene suele evitar episodios de candidiasis. Es importante secar bien los pliegues de la piel una vez se sale de la ducha, así como cepillarse los dientes y utilizar colutorios de flúor oral.
- El tabaco debe evitarse.
Estas y otras recomendaciones evitarán la infección o la candidemia.

6 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/dermatologicas/candidiasis.html
- https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4956312
- Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas.

Capítulo 712

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELIACA

CRISTINA GONZALEZ CABRAL

1 Introducción

La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad sistemática producida por el contenido de gluten y pro laminas relacionadas, contenidas en el trigo, la cebada, el centeno y la avena, en individuos genéticamente susceptibles. Se caracteriza por una combinación variable de manifestaciones clínicas dependientes de la ingesta de gluten, la presencia de anticuerpos específicos, la existencia de enteropatía y la presencia de los haplotipos HLA DQ2 y/o DQ8.

La EC tiene una prevalencia actual aproximada de 1/100. Estos datos se han obtenido a partir de diferentes estudios de despistaje realizados en población sana asintomática, escolares o donantes de sangre, existiendo un gran número de personas celíacas sin diagnosticar (según diversos estudios por cada caso diagnosticado hay entre 5 y 10 sin diagnosticar). Probablemente esto sea debido a que las formas clásicas de la misma, las más conocidas, no son las más frecuentes, existiendo formas atípicas y asintomáticas, para las que también existe un tratamiento eficaz, y situaciones de riesgo para su desarrollo en las que es preciso realizar una vigilancia activa.

La instauración de una dieta exenta de gluten conduce a la desaparición de los síntomas y a la normalización de la mucosa intestinal. Esta intolerancia, en el momento actual, se considera permanente. Puede ser diagnosticada a cualquier edad y puede presentar una amplia variedad de síntomas, tanto intestinales como extraintestinales, incluyendo la ausencia de los mismos.

Hasta muy recientemente se ha utilizado una clasificación de la enfermedad considerando formas clásicas, atípicas, asintomáticas, latentes y potenciales. El hecho de que en la actualidad sean más frecuentes las formas atípicas que las clásicas ha hecho que las nuevas recomendaciones de la European Society for Pediatric Gastroenterology Heatology and Nutrition (ESPGHAN) consideren formas sintomáticas, formas asintomáticas (silentes), latentes y potenciales.

La forma sintomática se puede manifestar con síntomas y signos gastrointestinales, más frecuentes en niños pequeños, y con síntomas y signos extraintestinales, equivalente a las antes llamadas formas atípicas. Se acompañarían de anticuerpos séricos positivos y patrón histológico alterado.

La forma silente no tiene manifestaciones clínicas pero sí lesiones histológicas características (de mayor o menor intensidad), marcadores serológicos positivos y HLA compatible. El diagnóstico suele ser casual y ocurre más frecuentemente en familiares de primer grado de enfermos celíacos.

La forma latente se define por la existencia de HLA compatible sin lesión histológica en un paciente que presentó enteropatía dependiente de gluten en algún momento de su vida. Puede o no cursar con síntomas y con o sin positividad de marcadores serológicos.

La forma potencial está caracterizada por la presencia de anticuerpos específicos y HLA compatible sin alteraciones histológicas. Pueden o no presentar signos o síntomas y pueden o no desarrollar posteriormente la enfermedad.

2 Objetivos

- Crear clases magistrales sobre enfermedad celíaca, dieta sin gluten y diagnóstico precoz para profesionales de la salud de pediatría y atención primaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta monografía, se efectuó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos CUIDENplus, Dialnet, Pubmed y Scopus, hasta el mes de diciembre de 2018. Se usaron para la estrategia de búsqueda, descriptores presentes en el tesauro de la National Library of Medicine de Estados Unidos (MeSH, Medical Subject Headings) y de la Biblioteca Virtual de Salud (DeCS, Descriptores en

Ciencias de la Salud). Para ello, se combinaron los operadores booleanos "AND" Y "OR", estableciendo límites durante la búsqueda.

Los artículos científicos elegidos tenían que tener una antigüedad igual o inferior a 10 años. El idioma en el que estaban escritos debía ser inglés o castellano y su abstract y texto completo, tenía que fundamentarse en la EC y/o en alguno de sus aspectos más importantes: diagnóstico, tratamiento, seguimiento, actividades relacionadas con la enfermería o en estudios realizados, en los últimos años, sobre la patología.

Se han tenido en consideración los siguientes criterios de inclusión: inglés o castellano como idioma de los artículos, cualquier país de creación y tenían que hacer referencia a la EC y/o a sus actividades relacionadas con la enfermería. Se usaron finalmente, los artículos científicos que tenían que ver con el objeto de estudio de esta monografía, tras la lectura de los resúmenes. Además, se eliminaron los artículos duplicados de las bases de datos.

Aparte de los artículos (resultado de la búsqueda bibliográfica), se ha trabajado con libros de consulta recientes (de 2013 y 2015 respectivamente) sobre la EC y todo lo que envuelve al paciente celíaco en cuanto a la esfera emocional y biopsicosocial. Asociaciones de pacientes celíacos como FACE. ACECOVA o ACECAN, el Ministerio de Sanidad y Consumo Español y el Manual del Procedimiento de Amparo Cuenca sobre la consulta referente de celiaquía, conforman una parte indispensable en la bibliografía utilizada. Para la obtención de este manual, me puse en contacto con esta enfermera vía telefónica, y personalmente me relató todo lo que está haciendo en su consulta y me proporcionó vía mail, este soporte material.

Se debe tener presente el Sesgo de Selección. La limitación en los idiomas de los artículos científicos escogidos, la gran cantidad de información encontrada y la tendencia a priorizar esta información, para plasmarla de la mejor forma posible en esta monografía, hace que se puedan perder características y pesquisas relevantes para el desarrollo de este Trabajo Fin de Grado. Por lo tanto, para no perder esta información, habría que hacer una búsqueda bibliográfica en otras bases de datos y en más idiomas.

4 Resultados

En la enfermedad celíaca intervienen diferentes tipos de anticuerpos. Los resultados de su prueba de celiaquía pueden aportar información sobre más de un tipo de anticuerpo. Los resultados típicos son los siguientes:
- Negativo: usted probablemente no tiene enfermedad celíaca.
- Positivo: usted probablemente tiene enfermedad celíaca.
- Incierto o indeterminado: no está claro si usted tiene enfermedad celíaca.

Si los resultados son positivos o inciertos, el médico puede pedir una prueba llamada biopsiaintestinal para confirmar o descartar la enfermedad celíaca. En una biopsia intestinal, el médico extrae una pequeña muestra de tejido del intestino delgado con un instrumento especial llamado endoscopio.

5 Discusión-Conclusión

La globalización ha constituido un factor determinante en el aumento exponencial de EC en los últimos años. Un ejemplo es lo ocurrido con la ayuda humanitaria proporcionada al tercer mundo, que ha propiciado el consumo de alimentos que contienen gluten (trigo, centeno, cebada), en países en los que los alimentos libres de gluten (arroz, maíz), son la base de su dieta tradicional. No obstante, dentro del mismo continente, la alimentación difiere. Si se toma como referencia el continente africano, se sabe que en el África subsahariana la EC no es habitual, pues su dieta es a base de mijo y arroz (aunque la globalización está modificando este hecho). Sin embargo, en el Sáhara occidental la prevalencia de EC es del 5.6% (la mayor del mundo y casi 6 veces más que la de Europa), porque la harina de trigo es el alimento básico de su dieta.

Sin embargo, la etiología de la EC, no se basa únicamente en este consumo masivo de alimentos que contienen gluten, sino que la genética y el medio ambiente, juegan un papel fundamental. Los genotipos de susceptibilidad a esta patología son HLA-DQ2 y HLA-DQ8. Sin embargo, su especificidad es baja, pues del 30 al 40% de la población general, acarrean estos marcadores en su mapa genético y no son celíacos. No obstante, los pacientes con EC suelen tener ambos.

Los factores ambientales que pueden propiciar la EC, han sido delimitados en España gracias al estudio PROFICEL. Se concluyó, que el consumo de antibióticos y la presencia de infecciones en niños hasta los primeros 4 meses de vida con un familiar celíaco de primer grado, eran factores de riesgo para el desarrollo de EC.

Por otro lado, la distensión abdominal, la diarrea crónica o el retraso en el crecimiento, son signos y síntomas típicos de los pacientes celíacos que forman parte de "la punta del Iceberg" de la EC. Es decir, son los más fáciles de diagnosticar, pero también los menos comunes.

Existen otros signos y síntomas como la esterilidad, la dermatitis herpetiforme o la osteoporosis que pueden ser las claves para diagnosticar una EC silente desde atención primaria de salud, sin sintomatología clásica de EC.

El tratamiento de la EC, se basa en una dieta exenta de gluten, pero no totalmente. Algunos fármacos y productos con espesante como salsas y aliños, contienen gluten, por lo que la complicación de no consumir nada de gluten se hace patente. Se sabe que establecer "el punto de corte" de ingestión de gluten en pacientes celíacos es una tarea difícil pero necesaria (9,67). El Códex Alimentarius la establece actualmente en 20 mg/kg de producto o 20 ppm, condición para que un alimento sea aceptado por la Comunidad Europea como "exento de gluten". Además, esta cantidad es la mínima para que las pruebas analíticas disponibles actualmente, puedan detectarlo. Se trata, por tanto, de una cifra sujeta a investigación.

El hecho de que la alimentación sea una cuestión cultural, hace que la adaptación a la EC sea complicada. Habituarse a la nueva dieta, comer fuera de casa o tener en cuenta precauciones indispensables como evitar la contaminación cruzada, hace que la ansiedad y los sentimientos de infelicidad en el paciente celíaco aumenten considerablemente.

Por todo lo descrito anteriormente, este paciente reclama y precisa una serie de conocimientos y estrategias para manejar la EC de manera óptima. Para ello, el Sistema Nacional de Salud, debe formar a los profesionales de la atención primaria de salud en este campo, adaptándose a las necesidades de la población. Las enfermeras pueden ser las protagonistas de este cambio, a la hora de proporcionar educación para la salud a estos pacientes, por su cercanía y empatía con ellos. Un ejemplo como el de Amparo Cuenca Navarro, supondría, además de la mejora de la CVRS del paciente celíaco, la ampliación de las competencias de las enfermeras de atención primaria en todo el territorio español.

6 Bibliografía

- Celiacos.org [internet]. Madrid: Federación de asociaciones de Celiacos de España; 2016 [Actualizado enero 2017; citado el 12 de Marzo de 2018]. Disponible en: https://www.celiacos.org/enfermedad-celiaca/ique-es-la-enfermedad-celiaca.html.
- Celiacos.org [internet]. Madrid: Federación de asociaciones de Celiacos de España; 2016 [Actualizado enero 2017; citado el 12 de Marzo de 2018]. Disponible en: https://www.celiacos.org/enfermedad-celiaca/ique-es-la-enfermedad-celiaca.html.
- Luis Rodrigo, Amado Salvador Peña. Enfermedad celiaca y sensibilidad al gluten no celiaca. Asturias: OmniaSciencie; 2013.
- Celicidad.net[Internet]. Madrid: Celicidad; 2017 [Actualizado enero 2017; Citado el 15 de Marzo de 2018]. Disponible en: https://celicidad.net/pruebas-de-diagnostico.
- Celiacos.org [internet]. Madrid: Federación de asociaciones de Celiacos de España; 2016 [Actualizado enero 2017; citado el 12 de Marzo de 2018]. Disponible en: http://acelu.org/index.php/events/que-significa-la-escala-de-marsh/
.
- Ucm.es/nutricioncarbajal/docencia [internet]. Madrid: Nutrición en la red; 2002 [Actualizado Septiembre de 2002; Citado el 21 de Marzo de 2018]. Disponible en: http://webs.ucm.es/info/nutri1/carbajal/manual-03.htm
Este trabajo tiene una finalidad docente. La Facultad de Farmacia no se hace responsable de la información contenida en el mismo.
- Ucm.es/nutricioncarbajal/docencia [internet]. Madrid: Nutrición en la red; 2016.

Capítulo 713

PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS.

MARIA VICTORIA BALSA GARCIA

1 Introducción

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

Técnica:
(duración de todo el procedimiento: 40-60 s)
1) Mojarse las manos con agua.
2) Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos.
3) Frotarse las palmas de las manos entre sí.
4) Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.
5) Frotarse las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.
6) Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
7) Frotar el pulgar izquierdo con un movimiento de rotación, atrapandolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
8) Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
9) Enjuagarse las manos con agua.
10) Secarse las manos con una toalla de un solo uso.
11) Servirse de la toalla para cerrar el grifo.
12) Sus manos ya están limpias y seguras.

2 Objetivos

1. Promocionar el lavado de manos es la acción más económica y efectiva que ayuda a prevenir enfermedades.
2. Interrumpir la cadena de transmisión de enfermedad diarreica aguda, neumonía, enfermedades de la piel, enfermedades de los ojos y parasitismo intestinal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Las palabras clave utilizadas en la búsqueda son: Agua, jabón, manos, enfermedades, prevención.

4 Bibliografía

- Técnicas de Enfermería. 3ª Ed. L.Wieck, E.M.King, M.Mayer. Editorial Interamericana.
- ¿Cómo lavarse las manos? (2012). Who. int. Retrieved 21 September 2016,
- Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica. 3ª Ed.
- Mandell/ Douglas/ Bennett. Editorial: Panamericana.
- Control de las Infecciones en Enfermería. Ediciones Doyma.
- Protocolo de lavado de manos. C. Pérez, B. Fernández, A. López, M.J. Fernández. Hospitales Puerta de Hierro, Guadarrama, Clínico y El Escorial, de Madrid.

Capítulo 714

LITIASIS RENAL: SÍNTOMAS, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

VERONICA RODRIGUEZ BRANDY

TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ

1 Introducción

La litiasis renal también conocida como urolitiasis o nefrolitiasis es una enfermedad que se produce por la apariencia de cálculos o piedras dentro de los riñones. Se forman cuando la orina está cargada con sales o porque la orina carece de éstos.esto puede tener conexión con otros dos motivos: disminuye el volumen de la orina o hay un crecimiento en la eliminación de sustancias generalmente químicas que no permiten la separación se sales que tiene la orina.

Hay diferentes tipos de cálculos en función de la composición de las sustancia que lo originan. Los más comunes son estos:
-Cálculos compuestos por oxalato de calcio, son los más frecuentes constituidos por calcio y un ácido orgánico
-Cálculos de ácido úrico formado por sustancias que nuestro organismo descompone llamadas purinas, se encuentran en alimentos y bebidas
-Cálculos derivados de rotura de proteínas. más comunes en la infancia.

2 Objetivos

Analizar cómo podemos conocer dicha patología y cómo podemos prevenirla.

3 Metodología

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

4 Resultados

Conoceremos la litiasis renal a través de varios canales especializados para conocer la prevención y tratamiento.

La forma de prevenir de esta dolencia es:incrementaremos la ingesta de líquidos principalmente agua, acompañada de una dieta hipocalórica, limitaremos el consumo de sal, azúcar , alcohol y proteínas animales.

Los tratamientos en su mayoría utilizan la analgesia y se expulsan de forma espontánea en 3 o 4 semanas. Hay otro tratamiento poco agresivo como es la litotricia extracorpórea que se utiliza si no se expulsan con la analgesia la mayoría de los casos y consiste en utilizar ondas de choque para romper los cálculos formados en los riñones, vejiga o uréter, después del procedimiento, los diminutos pedazos de los cálculos salen del cuerpo a través de la orina; y por último para los cálculos que por su tamaño pudieran causar una obstrucción estaría la intervención quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

El paciente que padece litiasis renal suele ser en la mayoría de las ocasiones varones de mediana edad que a lo largo de su vida va a tener mas de uno, esta clase de pacientes debería llevar una dieta equilibrada, beberá mucho agua y vigilará la infecciones urinarias.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 715

IMPORTNACIA DE LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO

ARMANDO FERNANDEZ MARTINEZ

ESTEFANIA MARTINEZ SANCHEZ

M. ANGELES ARIAS ALVAREZ

EVA BERICUA MENCIA

MARIO ANDINO CORCUERA

1 Introducción

La higiene para los pacientes es una actividad básica y fundamental necesaria para obtener una serie de beneficios físicos y psicológicos, dirigida a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente, y que incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas. La higiene a su vez es el conjunto de acciones que permiten una mejor defensa frente las enfermedades.

2 Objetivos

- Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su hospitalización y tratar de ofrecer buenos hábitos de higiene para el futuro.
- Activar la circulación sanguínea.

- Recoger datos que permitan visualizar el estado general del paciente, así como el estado de su piel.
- Evitar enfermedades de la piel mas comunes.
- Mejorar calidad de vida.
- Establecer una relación con el paciente , alentándolo a ser tan independiente como le sea posible.
- Fomentar el autocuidado.
- Identificar los beneficios de la higiene en el paciente encamado.

3 Metodología

Búsqueda y revisión de artículos relacionados con el tema .Fuentes que hicieran referencia a la higiene del paciente encamado y fuentes que tuviesen relación entre cuidado básico y comodidad. Después de la selección y su lectura se recopiló información para realizar esta publicación .

4 Resultados

- Se muestran distintos beneficios de la higiene en el paciente encamado .La higiene provoca en el paciente sensación de bienestar favoreciendo su satisfacción con esta técnica , mejorando la relación paciente TCAE.
- Una buena limpieza de la piel es imprescindible para la aplicación de antisépticos eficaces.
- La higiene se muestra como un elemento fundamental para evitar infecciones, que son las causantes de muchas complicaciones importantes en el estado de salud de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Durante la higiene del paciente es de vital importancia hacer un examen y valoración de la piel analizándola exhaustivamente, enfatizando en las prominencias oseas donde se suelen dar los puntos de presión, y prestando atención a la aparición de heridas que alteran la integridad de la piel. De esta forma se podrán prevenir numerosas complicaciones futuras, estimulando y protegiendo la piel.

6 Bibliografía

- Ochoa Montoya ,B,Gia Belmuda y . Técnica de aseo del paciente encamado.
- Barceló Ma M, Martin A . Higiene corporal de la persona encamada.
- Flórez Almonacid Clara Inés Manual de procolos hospital universitario Reina Sofía.
- Ortiz Ortiz Javier Importancia de la higiene en el paciente encamado 2018.

Capítulo 716

ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN QUIRÓFANO.

SONIA HUERTA COTO

ISABEL GARCÍA AGUDIN

MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ

MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ

1 Introducción

El quirófano es un área especial en el que se desarrollan intervenciones quirúrgicas. Tiene unas características concretas en cuanto a su localización y distribución física. Debe estar situado centricamente y bien comunicado con los servicios especiales del hospital (urgencias, laboratorios, esterilización, hospitalización…) En cuanto a su distribución, está dividido en áreas (no restringida, semirrestringida y restringida) cuyas normas de ropa, tránsito de personal y material son diferentes. Se rige bajo un reglamento de asepsia, limpieza y esterilidad según el protocolo del hospital para evitar infecciones y aumentar la efectividad de las cirugías.

Uno de los miembros más importantes e indispensables del equipo que se encarga de los cuidados del paciente desde el principio hasta el final, es el personal de enfermería, que tiene la responsabilidad directa de sus cuidados y de su bienestar.

El área quirúrgica es un lugar en el cual los pacientes son intervenidos por los médicos cirujanos y por el personal de enfermería que lo asiste, cualquier tipo de complicaciones durante los procedimientos será un problema de salud pública y causa morbimortalidad dentro de una unidad hospitalaria. Al año aproximadamente se realizan 234 millones de cirugías mayores en los países desarrollados en el mundo, es decir que del 3-16% de los pacientes requieren un ingreso quirúrgico, de los cuales aproximadamente el 0,4-0,8% presenta una complicación o discapacidad. La seguridad y la calidad de atención que se les brinde dependerán de la gestión hospitalaria de proporcionar los insumos y equipos necesarios para una cirugía.

A nivel de Latinoamérica la presentación de los efectos adversos en las diferentes áreas se presenta en las salas quirúrgicas 16% y cirugía ortopédica 12,4% y que están vinculados con los cuidados 13%, tratamiento 8%, infecciones 37%, y mal diagnóstico 6%, lo que aumenta la estancia hospitalaria en un 18%. En México (Gutiérrez-Mendoza, et al.) identifico 34 casos de eventos adversos durante el acto quirúrgico en el que estuvieron involucrado 59% del personal médico durante la asistencia, y el 15% ocurrido en otro hospital, siendo 82% prevenibles, a diferencia de Cuba en el Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy" de Matanzas, se realizó un total de 7366 cirugías mayores, de las cuales el 75% eran electivas y 25% urgentes donde los eventos asociados a la asistencia médica se produjeron 1,4% produciendo mortalidad 1,16% de los pacientes.

En Ecuador se ha implementado la lista de verificación para la seguridad del paciente para intervención quirúrgica por lo que se demostró mediante estudios realizados por (Andrade & Escala Christian, 2015) que de 207 pacientes solo a 148 tenían un checklist de cirugía segura completo lo que representa al 72%, los 59 restantes es decir el 28% lo tenían incompletos esto da a entender el incumplimiento de seguridad que el paciente debe recibir, lo que da entender que los paciente que son sometidos a cirugía tienen 16 veces más probabilidad de presentar un evento adverso.

En Cuba, los estudios de Llanes Betancourt plantean que el alcance de la excelencia profesional está en la prevención de eventos adversos.

Por otra parte, Europa no era el único sitio en donde había interés sobre el estudio de la aparición de infecciones en el siglo XVIII, también en Estados Unidos se estaba luchando contra epidemias a la vez que se peleaba por sobrevivir como una nueva nación.

En España según el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005) realizado por Aranaz, et al., se estima que la incidencia de EA relacionados con la asistencia sanitaria en los hospitales españoles es del

9,3% (similares a las definidas para países desarrollados de Europa y América, empleando la misma metodología de medición).
El propósito de la cirugía es salvar vidas, pero la falta de seguridad en el proceso quirúrgico puede ocasionar daños con repercusiones importantes en la salud pública. Estos daños son conocidos como Efectos Adversos (EA).

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar la importancia del auxiliar de enfermería en el manejo de la seguridad del paciente en el quirófano.

Objetivos secundarios:
- Realizar una revisión bibliográfica sobre seguridad del paciente en el quirófano.
- Reconocer las actividades encaminadas para prevenir las infecciones intrahospitalarias en el quirófano.
- Identificar las fallas del personal de enfermería en el quirófano.

3 Metodología

La metodología utilizada fue de tipo documental porque se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica, utilizando buscadores como Google académico, Scielo, Dialnet, trabajo de grado de la Universidad de Valladolid, Se utilizaron palabras claves durante la búsqueda "cirugía", "seguridad del paciente", "rol del auxiliar de enfermería".

4 Resultados

El área quirúrgica es una unidad por la que pasan numerosos pacientes al día y en la actualidad, el número de intervenciones está en crecimiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) la seguridad del paciente en un problema de salud en el mundo y representa el puesto número 14 de las causas de morbimortalidad es decir que 1/300 personas padece de algún daño a consecuencia de la asistencia médica y que de cada 421 millones de personas que son hospitalizadas, 42,7 millones sufren un evento adverso, siendo estas el 83% prevenibles y que representan el 15% de gastos sanitario. Según la (Asociación de Cirujanos en España, 2015) en un estudio sobre "Incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria" se menciona que a nivel mundial

el área de cirugía es la que mayor frecuencia tiene sobre las complicaciones relacionadas con las asistencias de salud como Australia 16,6%, Londres 10,8%, Nueva Zelanda 12,9% y Canadá 7,5%.

La cultura sobre seguridad del paciente se considera hoy en día una prioridad en cualquier sistema sanitario, la misma constituye una herramienta esencial para prevenir eventos adversos, identificando fortalezas y áreas de mejora continua; proporciona a una organización un entendimiento básico relacionado con percepciones y actitudes de sus gerentes y personal y se considera como una intervención de seguridad.

Cualquier persona del equipo quirúrgico se puede convertir en vehículo transportador de gérmenes patógenos y no patógenos, microorganismos contaminantes, de las personas que ingresan al quirófano para ser sometidos a intervención quirúrgica. Es pertinente mencionar que quienes trabajan en el área quirúrgica deben guardar siempre en su actuar aquello que Florence Nightingale refería como "conciencia quirúrgica para el actuar juicioso y la aplicación de aquellas normas y principios "estos que se socializan a nivel nacional e internacional; además se describen en la literatura como recomendación estandarizada, para el logro de un ambiente libre de microorganismos para el paciente que va a ser sometido a una intervención o algún procedimiento de tipo invasivo.

La prevención de infecciones nosocomiales comienza con el lavado cuidadoso de manos, En investigaciones en la Universidad de Minnesota han aislado microorganismos tales como Escherichia coli y Klebsiela de las manos del personal de cuidados de enfermería en aproximadamente 40 a 50% de los cultivos recogidos. En los estudios de P.B.Price se clasifica la flora cutánea de las manos y antebrazos en "residente" y "transitoria". La flora residente está formada por organismos de contaminación nosocomial siendo el germen más frecuente el Estafilococo aureus. Esta flora es más difícil de erradicar que la flora transitoria la cual se elimina fácilmente con el lavado de manos y está constituida por organismos no patógenos.

En texto sobre infección quirúrgica define el propósito del lavado de manos preoperatorio: "su objetivo es reducir la flora residente y también remover las bacterias transitorias", se requiere de sustancias germicidas para reducir el número de bacterias cutáneas residentes, cuyos agentes efectivos incluyen la yodopovidona y la clorhexidina.

Sobra decir que existen prácticas básicas que siempre se han utilizado y se utilizaran, como las medidas que traen consigo resultados satisfactorios para la prevención de contaminación e infección. La disminución de la morbilidad en las personas como consecuencia de una infección, el aumento de días hospitalarios,

la tardanza en la recuperación y otras muchas consecuencias poco favorables para las personas que asisten a las entidades hospitalarias. Actualmente debido a la aparición de nuevas enfermedades se ha insistido por diferentes medios en la medida más conocida como es el "lavado de manos".

Para el control de infecciones o contaminación a nivel hospitalario y cuando la condición lo requiere se han recomendado prácticas o barreras de protección dentro de los cuales se incluye el minucioso lavado de manos, el uso de bata, gorro, guantes, ropa desechable, gafas y delantal impermeable; especialmente para algunos procedimientos.

En relación a la higiene de las manos se recomienda actualmente dos medidas. La tradicional y más recomendada; el lavado de manos con uso de antisépticos. La otra, más actual, es la desinfección basada en el uso de productos con alcohol glicerinado.

Se sugiere que antes de comenzar el procedimiento se deben eliminar todas las prendas de las manos y muñecas (anillos, pulseras) estos son centros de retención de elementos contaminados que además producen la necesidad de exponerse con más frecuencia y durante más tiempo al jabón. Coloque suficiente jabón y agua en sus manos, restriéguelas vigorosamente por diez segundos como mínimo. No olvidar el lavado de las uñas, las áreas interdigitales, los dedos, las manos y la porción inferior del brazo con una preparación antimicrobiana. El agua para enjuagar debe circular desde el extremo de la muñeca hasta los dedos y no regresar al área antes enjuagada. Enjuague bajo un gran chorro de agua fría o tibia, para mantener las manos a una baja temperatura, esta recomendación se debe a que las altas temperaturas inducen la transpiración y puede exacerbar una irritación ya existente.

Las llaves del agua del lavamanos del quirófano, consultorio o laboratorio no deben ser de rosca, sino de palanca para ser accionadas con el pie, con la pierna o tener llaves especiales con fotocélulas, que permiten abrir y cerrar el flujo de agua al introducir y sacar las manos respectivamente. En caso de ser necesario cerrar las llaves con la mano, ésta debe estar protegida por una toalla de papel, nunca toque con la mano descubierta las llaves de agua del lavamanos.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es el secado de las manos en el cual se aconseja utilizar la compresa estéril. En relación a la utilización de jabones se debe utilizar un jabón antiséptico el cual es recomendado porque disminuye la tensión superficial del agua, permitiendo la emulsión de la suciedad, de la misma manera aumentando la viscosidad del sucio manteniéndolo en suspensión para luego ser arrastrado por el agua utilizada en el lavado.

En relación al uso de guantes como método de barrera se debe recordar que este

no obvia el lavado de manos. Su objetivo es brindar mayor protección sin olvidar el lavado previo cuando la situación lo requiera. El guante se diseñó para impedir la transmisión de microorganismos por parte del personal de salud a través de las manos; Es decir, evitan las infecciones cruzadas, por tal motivo cuando se tengan los guantes puestos deben conservarse las normas de asepsia y antisepsia.

El grupo de expertos definieron 10 objetivos que se deben realizar durante la actividad quirúrgica, con el fin de mantener la seguridad, y se evalúa desde los centros piloto, siendo incorporado en el segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente conforme se utilice la Lista de Verificación en cada hospital a nivel mundial.

- Objetivos para mantener la seguridad en la actividad quirúrgica (OMS: "La cirugía segura salva vidas"):

1. El paciente será operado por el equipo siendo identificado y en el lugar anatómico correcto.
2. Se utilizarán los métodos que, estando verificados, evitarán daños causados por la anestesia y, a su vez, no provocarán dolor.
3. Habrá preparación para, en el caso de pérdida respiratoria, realizar rápidamente y con eficacia el acceso a la vía aérea, reconociendo los errores.
4. Se incentivará la preparación para evitar daños graves en caso de producirse una pérdida sanguínea.
5. Los profesionales sanitarios evitarán cualquier reacción alérgica o efectos adversos que provoque cualquier fármaco en el paciente.
6. Se utilizarán los métodos más conocidos y eficaces para evitar la infección en las heridas quirúrgicas.
7. Todo el equipo quirúrgico revisará el material utilizado en la intervención, impidiendo la acumulación de algún material o instrumento en la herida quirúrgica.
8. Se guardarán e identificarán todas las muestras recogidas previas, durante y posteriores a la intervención.
9. Los diferentes profesionales, a saber, anestesista, cirujano, enfermera, etc., mantendrán la comunicación entre ellos como equipo, con la función de vigilar cada actividad a realizar.
10. Los hospitales, así como los sistemas de salud públicos, vigilarán las intervenciones quirúrgicas realizadas, con el objetivo de obtener el informe acerca de capacidad, volumen y resultados quirúrgicos.

El personal de Enfermería tiene una especial responsabilidad en la aplicación de la LVSQ. Definimos algunas de las actuaciones específicas en las diferentes fases del proceso:

1. Pre-cirugía:

- Preparación del quirófano: Monitor, ventilador, intubador, posibles fármacos necesarios y anestésicos compatibles con el paciente, sueros, sangre a trasfundir cumpliendo con el grupo sanguíneo, catéteres, etc.
- Profilaxis: Sesenta minutos antes de realizar la intervención (antes de tiempo anula su efecto en la intervención, y la inyección tardía no evita la infección al inicio).
- Identificación del paciente: Comprobación mediante comunicación con el paciente de su identificación, así como revisión de la pulsera y número de cama.
- Esterilización en la habitación del paciente de la región corporal a operar: Antes de ser trasladado al quirófano, el personal de enfermería realizará una limpieza estéril en la región corporal correspondiente según la intervención a realizar.
- Administración por vía intravenosa del medicamento relajante: Para evitar el nerviosismo del paciente, dependiendo de la intervención, la tardanza en trasladarle y su comportamiento (5).

2. Pre-incisión:

- Comprobación del material necesario: Mediante la LVSQ de la OMS, se revisará nuevamente la disposición del material a utilizar, también en caso de emergencia, así como su correcto estado.
- Monitorización y telemetría: Conexión al monitor ya encendido mediante saturometría (pulsioxímetro), al paciente, así como el tensiómetro y los cinco electrodos para controlar las constantes: pulso, tensión arterial, saturación de O2 y ritmo cardíaco antes y durante la intervención. El monitor será visible para todo el equipo y, estando programado con los límites correspondientes, avisará en caso de alteración.
- Vía venosa: Cateterización de una vía venosa en cada brazo (antebrazo o dorso de la mano), para la administración del suero correspondiente, antibiótico, fármaco o transfusión sanguínea (separada del resto).
- Anestesia: El control de este proceso lo realizará el profesional médico, pero enfermería administrará los fármacos indicados.

3. Post-cirugía:

- Revisión del material: Por parte de enfermería, así como el resto del equipo, se debe comprobar, revisando el material con el que se comenzó, los instrumentos disponibles ya sea en el cubo estéril, bandeja del material utilizado y acumulación de gasas, para evitar el olvido de un instrumento o material en el interior del paciente.
- Comprobación de las vías y medicación conectada: Revisar el estado de las vías para mantener correctamente la administración.
- Observación de las constantes: Al finalizar la intervención, comprobar el moni-

tor, así como el sistema de consciencia, para revisar el estado del paciente antes de ser trasladado.

5 Discusión-Conclusión

El éxito de la calidad asistencial está en la humanización e individualización de los cuidados. Rubio Ruiz et al. Menciona que es necesario "evaluar las actividades de Enfermería encaminadas a la seguridad integral del paciente y la importancia de las mismas en el actuar de ésta, como una manera de prevenir los eventos adversos dentro del Proceso de Atención Asistencial" ,por eso en su estudio encontraron 20 errores comunes durante el proceso asistencial para el acto quirúrgico mostrando que los más relevante fueron que el 93% de la enfermeras no realiza la verificación de preparación intestinal, alérgicas medicamentosas, observación de la puerta cerrada durante el acto quirúrgico, y no mantienen limpio, ni ordenado durante y después de la operación, lo que se llega a concluir que estas acciones pueden generar infecciones durante el desarrollo de la operación e incluso causar hasta la muerte.

El principal rol de la enfermera para mejorar la seguridad es cambiar el patrón de ocultación de fallos o errores, conductas reactivas ante los eventos adversos, hacia una nueva cultura de seguridad en que los errores son considerados una consecuencia de la interacción de diferentes factores (¿qué sucedió?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿por qué?, ¿qué se debe hacer para que no vuelva a ocurrir?), y no una cuestión de culpabilidad personal (¿quién?). El profesional asistencial debe sentirse cómodo trabajando en equipo sin condicionantes jerárquicos negativos y con una comunicación activa entre sí.

Este nuevo clima laboral debe facilitar el desarrollo de comportamientos como la facultad de reconocer, comunicar, aprender de los errores, y la humildad para solicitar ayuda al resto del grupo cuando las condiciones individuales lo aconsejen. Dialogar sobre los eventos adversos con naturalidad es un primer paso necesario para lograr una cultura de seguridad que contribuya a reducir su ocurrencia. Los conocimientos, las actitudes y las conductas profesionales entorno a los eventos adversos enmarcan esa cultura y analizarlas puede dar pistas sobre dónde interesa concentrar los esfuerzos para erradicar eventos adversos evitables. A partir de lo antes expuesto se plantea como objetivo evaluar las dimensiones de cultura de seguridad y establecer áreas de mejora.

Los errores en la atención de los pacientes pueden originarse tanto en el entorno biopsicosocial del personal que presta el servicio de salud, como en otros agentes involucrados como pueden ser la infraestructura y la tecnología. Los errores son

involuntarios y requieren sistemas bien estructurados para su manejo, que permitan minimizar al máximo cualquier posibilidad de error.
El manejo de la comunicación es otra dimensión clave de la cultura de seguridad del paciente en el quirófano. Se evidencia gran necesidad de mejorar en este aspecto de la cultura, ya que se precisa verificar que todos sean informados de los cambios implementados a partir de las discusiones de los errores reportados. Igualmente se requiere mejorar la comunicación de los subalternos con los jefes y viceversa para que no esté marcada por temores mutuos y pueda generarse realmente un trabajo en equipo.

6 Bibliografía

- Fadrigue M. Enfermería en quirófano [licenciatura]. Universidad de Valladolid; 2014.
- Goyes E, Lavayen S. Rol de enfermería en la seguridad y calidad del cuidado del paciente en área QUIRÚRGICA [licenciatura]. Universidad Estatal de Milagro; 2019.
- Bolaños LP. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano. Rev Cubana Enferm. 2017
- O recurso humano de enfermagem e a visão de segurança dos pacientes na sala de cirugía nos aspectos vinculados com assepsia e técnica estéril. av.enferm. 2013 June.
- Galindo G. seguridad del paciente quirúrgico: papel de enfermería del paciente quirúrgico: papel de enfermería [Licenciatura]. Universidad de Valladolid; 2017.

Capítulo 717

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO.

COVADONGA MACIAS OUTEDA

1 Introducción

El SHU es un trastorno de la microvasculatura caracterizado por la tríada: anemia hemolítica no inmune, trombopenia e insufi ciencia renal aguda con oliguria.
El daño endotelial en la microvasculatura glomerular da lugar a la formación de microtrombos que ocluyen los capilares. Los esquistocitos se producen por la rotura de eritrocitos al atravesar la microvasculatura ocluida y son característicos del SHU. Existen dos formas de SHU.

- El SHU clásico o típico: (90%) se debe a una infección entérica por Escherichia coli productora de toxina Shiga. Cursa con dolor abdominal y diarrea y tiene buen pronóstico.
- SHU atípico (SHUa) 10% restante, no asociado a diarrea. La lesión sobre la microvasculatura renal se debe a una disregulación de la vía alternativa del complemento determinada por alteraciones genéticas en más del 50% de los casos. Es una enfermedad ultra-rara, afecta a niños y adultos jóvenes con similar distribución por sexos. Debuta de forma aguda aunque en un 20% de los casos lo hace progresivamente con anemia y trombopenia fluctuantes y función renal conservada. Pueden aparecer síntomas extrarrenales por afectación de la microvasculatura de otros órganos, siendo los más frecuentes los neurológicos (48%). Tiene peor pronóstico
(10-15% mortalidad y más del 50% requiere diálisis). La terapia plasmática ha sido el tratamiento de elección durante años al disminuir la mortalidad, pero con tasas de recuperación inferiores al 50%. En 2011 se aprobó la indicación de eculizumab

como tratamiento de primera línea al demostrar una mejoría de la funciona renal a largo plazo.

2 Objetivos

Diagnosticar una enfermedad ultra rara que afecta a niños y adultos jovenes que afecta a los riñones.

3 Caso clínico

Historia clínica. Anamnesis:
Mujer de 17 años, estudiante, con hipotiroidismo subclínico, epilepsia generalizada y en estudio por Hematología por bicitopenia. Ingresa por astenia intensa y marcada palidez cutánea. Los días previos había presentado síntomas catarrales.
Exploración física:
Palidez cutánea intensa. TA 213/112 mmHg. FC 103 spm. Exploración neurológica: deterioro cognitivo leve, indiferencia y alteración de la fluencia semántica. Resto de la exploración normal.
Pruebas complementarias:
En la analítica: bilirrubina total 3.44 mg/dL, a expensas de la indirecta, LDH 856 mg/dL, creatinina 2.21 mg/dL, hemoglobina 5.9 g/dL, hematocrito 16.7 % y plaquetas 80.000 K/uL. Test de Coombs directo negativo. Disminución de C3, C4 y haptoglobina sérica. Marcadores de autoinmunidad y serología negativos. Frotis de sangre periférica: más del 4% de esquistocitos. Ecografía abdominal: riñones con aumento del espesor parenquimatoso sin dilatación de vías. RMN craneal: hiperintensidad de astas occipitales de ventrículos laterales sin ventriculomegalia (compatibles con proceso inflamatorio) y marcada atrofi a cortical temporoparietal.

4 Discusión-Conclusión

Con test de Coombs directo negativo se descartó origen inmune. La evolución aguda del cuadro y la ausencia de antecedentes familiares no orientaban a anemias hemolíticas congénitas. La presencia de esquistocitos en porcentaje aumentado (más del 1%) orientó a hemólisis mecánica, causadas por valvulopatías o prótesis valvulares (descartadas mediante ecocardiografía); por infecciones (serología negativa) y por microangiopatía trombótica, entre las que se incluyen

la púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) y el síndrome hemolítico urémico (SHU), opciones más probables.

Evolución:
La paciente presentó hipertensión refractaria y empeoramiento de la función renal que requirió traslado a UCI para terapia de reemplazo renal e inicio de plasmaféresis, inmunoglobulinas y ciclofosfamida tras control del cuadro, inició tratamiento con eculizumab.

5 Bibliografía

1. Laurence J. Atypical hemolytic uremic syndrome (aHUS): the diagnosis. Clin Adv Hematol Oncol. 2012 Oct; 10(10 Suppl 17):1-12.
2. Bu F, Borsa N, Gianluigi A, Smith RJ. Familial atypical hemolytic uremic syndrome: a review of its genetic and clinical aspects. Clin Dev Immunol.

Capítulo 718

CUIDADOS AL PACIENTE CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

VERONICA RODRIGUEZ BRANDY

TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ

1 Introducción

Las distrofias musculares son un tipo de patologías producidas por mutaciones genéticas que se caracterizan por debilitamiento y atrofia muscular progresiva.

La distrofia muscular de duchenne (dmd) es un tipo de distrofia muscular severo y progresivo que ocurre principalmente a los niños varones y es producida por una mutación en el gen x.

Esta mutación provoca ausencia de distrofina, una proteína presente en el músculo, cuya función es proteger a las fibras musculares durante la contracción evitando que se rompan. La falta de distrofina en el músculo esquelético y cardíaco y en el cerebro origina las principales manifestaciones de la enfermedad.

Los síntomas comienzan a temprana edad y hay una disminución constante y progresiva de la fuerza muscular.

Algunas de las señales y síntomas son los siguientes:
-Retraso del desarrollo motor
-Dificultad para caminar, correr y subir escaleras
-Contracturas

-Escoliosis
-Problemas respiratorios
-Deterioro intelectual y problemas en la interacción social
-Cardiomiopatía progresiva (agrandamiento del corazón) presente en casi todos los casos de dmd.

2 Objetivos

Analizar las necesidades que tienen los pacientes con distrofia muscular de duchanne para proporcionarles unos cuidados que mejoren su calidad de vida ya que hoy en día no existe una cura, aunque hay varios estudios de investigación en curso que están tratando de encontrar un tratamiento efectivo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Revisada y analizada toda la información vemos que esta enfermedad no tiene cura pero una terapia con corticoides y un manejo multidisciplinar cardiorrespiratorio y ortopédico ayudan a mejorar la calidad de vida del enfermo. Se debe realizar una buena rehabilitación que frene el deterioro del sistema musculo esquelético así como proporcionar al enfermo dispositivos (sillas de ruedas….) y adaptaciones que le proporcionan máxima independencia en las actividades cotidianas.

Además es necesario hacer revisiones periódicas de los sistemas cardíaco y respiratorio para evitar complicaciones que en muchos casos , provocan la muerte.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de vida de estos pacientes es el objetivo principal de todas las acciones realizadas. Cada paciente es único, por este motivo los cuidados deben de ser individualizados, y médico, paciente y familia deben de estar continuamente interaccionando.

6 Bibliografía

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

Capítulo 719

LOS CAMBIOS POSTURALES EN LOS PACIENTES ENCAMADOS.

SUSANA BOUSO YÁÑEZ

1 Introducción

Los cambios posturales son las modificaciones que se realizan en la postura corporal de las personas encamadas. Estas modificaciones se realizan cada dos o tres horas alternando ambos laterales (izquierda-derecha), la postura boca arriba (supino) y la posición semisentado o Fowler.

En estos cambios se observa la integridad cutánea por si fuera necesario aplicar algún tipo de crema o aceite para reforzar la regeneración de la piel y prevenirla de posibles úlceras por presión ocasionadas por la falta de movilidad.

Las úlceras por presión son uno de los problemas más importantes asociados a la inmovilidad de los pacientes, por lo que es necesario llevar a cabo acciones dirigidas a su movilización.

Aunque son múltiples las causas de aparición de úlceras por presión, la relación entre la presión y el tiempo que esta ejerza sobre los tejidos es la principal causa de aparición de estas lesiones. Esto puede ser corregido haciendo una buena programación de cambios posturales para aquellos pacientes que tienen limitación total o parcial para hacerlo por sí mismos.

Es importantísimo prestar especial atención al realizar los cambios posturales si el paciente tiene sueros, sondas o algún otro dispositivo, ya que hay que dejarlos correctamente colocados una vez que hayamos terminado de acomodar al paciente.

Para realizar los cambios posturales hay que evitar que el paciente sea arrastrado en la cama, realizando los movimientos con una sábana entremetida o ayudados

por otro compañero. Debemos vigilar la posición correcta de las articulaciones para evitar contracturas, deformidades o rigidez.
Se utilizan cuatro tipos de cambios posturales:
- Decúbito supino: El cuerpo está boca arriba generalmente en un plano paralelo al suelo. El cuello se encuentra en posición neutra.
- Decúbito lateral: El cuerpo está de lado o costado en plano paralelo al suelo. El cuello está en posición neutra con relación al tronco y las extremidades flexionadas.
- Decúbito prono: El cuerpo está boca abajo y la cabeza de lado. Los miembros superiores están extendidos y pegados al tronco con las palmas de las manos hacia arriba. Las extremidades inferiores también están extendidas con los pies en flexión neutra y la punta de los dedos hacia arriba.
- Fowler: La posición de la cabeza de la cama está elevada noventa grados respecto a los pies. El paciente se encuentra en posición decúbito supino, de modo que su cabeza se encuentra en un nivel superior a sus pies.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Mantener la integridad de la piel evitando la compresión en determinados puntos de apoyo.

Objetivos secundarios:
- Garantizar, en la medida de lo posible, la mayor comodidad para el paciente.
- Estimular y favorecer la independencia del paciente.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Úlceras Foro SERGAS. Galicia
- Portal geriátrico Residencia Virgen la Guardia (citado nov. 2004)

- Portal el rincón del cuidador.
- Diccionario Ilustrado de Términos Médicos.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 720

EL MANEJO DEL PACIENTE CON ALTERACIONES DE SALUD MENTAL

ENCARNACION RODRIGUEZ ROZA

1 Introducción

Las enfermedades mentales ya son conocidas desde tiempos remotos. En este trabajo se abordará como el personal de enfermería colabora para que el paciente mental conserve un estado óptimo de salud proporcionándole distintos cuidados durante la enfermedad. También se abordarán distintas enfermedades mentales, sus diferentes conductas y los protocolos a seguir en cada una de ellas.

Las reacciones de los profesionales de enfermería de Salud Mental son muy diversos y pueden responder de dos formas distintas. Por un lado, pensando que pueden afrontar dicha situación y por otro, que no pueden.Een ambos casos puede desencadenarse una respuesta de estrés que no es beneficiosa ni para el personal ni para la labor a realizar.

En el campo de la salud mental existen diferentes profesionales que se diferencian entre sí en su manera de intervención hacia el paciente. Estos profesionales que intervienen son psiquiatras o terapeutas. El psiquiatra es el único profesional autorizado para prescribir medicación y el terapeuta es el que proporciona las terapias. Ambos profesionales deben de estar familiarizados con la enfermedad mental, sus tratamientos y terapias a aplicar.

Hay dos clases de pacientes mentales, los pacientes que deben ser ingresados para su tratamiento y los pacientes que no necesitan ingreso, sino solo un seguimiento para asegurar de que sigan sus pautas de tratamientos. Estos últimos pueden vivir

en comunidad con un seguimiento por sus tutores y unas terapias de conversación para intentar en la medida de lo posible que todo vuelva a la normalidad. La capitalización está demostrada que no cura, solo evita que el paciente no se haga daño a sí mismo ni a otras personas bajo una vigilancia estrecha en casos más graves.

La Organización Mundial de la Salud calcula que un 25% de la población mundial desarrolla durante su vida una o varias enfermedades mentales con resultado de incapacidad. El loco, como anteriormente se llamaba, con el paso del tiempo se ha ido acomodando a las distintas formas de institucionalización y desinstitucionalización hasta llegar a ser un paciente enfermo mental en la actualidad.

Hasta hace muy pocas décadas, los recursos para cubrir la asistencia al enfermo mental eran muy escasos a causa de la pobreza que era un factor determinante en ciertas patologías por la implicación de la baja autoestima y el aislamiento social. El éxito terapéutico se relacionaba con el estatus social y la buena situación económica del paciente psiquiátrico.

En la actualidad la Organización de las Naciones Unidas declara el derecho sanitario como un derecho fundamental humano reconocido en la Declaración Universal De Los Derechos Humanos que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica.

2 Objetivos

- Conocer algunas de las características de las diferentes enfermedades mentales que existen.
- Saber cómo abordar ciertas situaciones que puedan darse en el área de salud mental por parte de los profesionales que cuidan y tratan a estos pacientes.

3 Metodología

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la unidad de psiquiatría es de meros vigilantes y cuidadores, aunque la convivencia lleva a una relación estrecha siempre hay que establecer límites y no tenerles miedo. Por lo general son personas normales, amables y con gran conciencia de su enfermedad, personas que conviven desde hace mucho tiempo juntas y se apoyan entre sí.

Ayudar al paciente en su integración con los demás pacientes para mejorar su bienestar psíquico y social disminuyendo la angustia que les supone el ingreso. Así mismo también es importante velar por su seguridad y por la del resto que convive en la unidad, hacerle comprender la importancia de respetar las normas de convivencia y de cumplirlas, el TCAE informará de las horas de visita y de la normativa de la unidad a los familiares del paciente.

Por motivos de seguridad se le recogen objetos de valor, dinero, cordones de zapatos, cinturones, envases de cristal, corta uñas, horquillas y toda clase de objetos cortantes, punzantes y metálicos, se entregan a sus familias, siempre con la autorización del paciente o se se guardan en una caja individual y personal hasta su alta.

Según el código civil en España existen dos tipos de procedimientos de ingresos:
- Ingreso voluntario: El paciente solicita su ingreso por decisión propia o por estar de acuerdo con su médico aceptándolo por escrito.
- Ingreso involuntario: Se produce tras una autorización u orden judicial cuando el paciente representa un peligro para él o para los demás. Esta clase de paciente involuntario tendrá derecho a un abogado y podrá solicitar una reevaluación de su estado.

Normativa de actuación ante la fuga de un paciente en la unidad de psiquiatría:
- Hacer una búsqueda exhaustiva por todas las dependencias de la unidad.
- Se le notificará al personal de seguridad del hospital, al médico de guardia, a los familiares o contactos facilitados por el paciente, al juez y al fiscal.

¿Qué es una urgencia psiquiátrica?
Es la perturbación del pensamiento o sentimiento donde pone su vida en riesgo o la de otros y que requiere inmediatamente un tratamiento.

Para valorar al paciente se le descartará cualquier patología orgánica, alteraciones metabólicas o respiratorias y enfermedades crónicas como Alzheimer o demencia que puedan ser la causa de dicho cambio en su conducta mediante una exploración física y una entrevista, teniendo muy en cuenta su estado de orientación, aspecto general, comportamiento y lenguaje. Se descartará además el consumo de alcohol, drogas e intento de suicidio.

Tras la evaluación del paciente seleccionaremos el tipo de contención a aplicarle, si la pérdida de control no es total puede que con una contención verbal sea suficiente, intentaremos hablarle tranquilamente, sin gritarle ni avergonzarle por su

comportamiento y le ofreceremos medicación para relajarle y que vea las cosas con más calma. En el caso de que el paciente estuviera en un estado de gran agitación y con unaconducta agresiva se le aplicará una contención farmacológica con el fin de evitar que lesione a alguien o a sí mismo.

En caso de violencia de alto riesgo para él o para su entorno se recurrirá a la reducción física, siempre en último recurso, con este método de contención le estamos privando del derecho a la libertad (artículo 211 del código civil), esta indicación solo la podrá firmar el médico responsable del caso o el médico de guardia.

Dentro de los trastornos de la personalidad nos encontraremos un gran abanico de tipos de trastornos que en cada persona no cursan de la misma forma, entre ellos encontraremos:
- Trastorno paranoide: se sienten constantemente vigilados y con una desconfianza excesiva.
- Trastorno esquizoide: dificultad para establecer relaciones sociales.
- Trastorno esquizotopico: anormalidades de la percepción y de la conducta.
- Delirio: es una mala interpretación de las percepciones con síntoma psicótico y ruptura con la realidad.
- Alucinación: es una alteración de la percepción, los lleva a ver cosas que solo existen en su imaginación.
- Riesgo suicida: tiene una fuerte relación con los trastornos mentales y el riesgo es mayor en la fase temprana de la enfermedad.
- Síndrome depresivo: aquí la tristeza y la melancolía siempre están presentes, afectando la capacidad para afrontar el día a día, familiarmente se conoce como depresión.
- Trastorno bipolar: también conocido como maníaco-depresivo, se caracteriza por estados de ánimo y cambios de humor muy altos seguidos de otros muy bajos bruscamente.
- Trastornos alimentarios: son manifestaciones con una preocupación extrema por el peso y la comida ocasionados por problemas emocionales que pueden llegar a tener consecuencias mortales, estos incluyen la anorexia, la bulimia y la vigorexia.

Dentro de las enfermedades psiquiátricas se tendrá muy en cuenta las urgencias psiquiátricas pediátricas que en la actualidad se han incrementado de forma notable tanto en consultas como en servicios de urgencias, debido al aumento de los casos detectados de bullying. En estos casos la persona que lo sufre se vuelve po-

tencialmente peligrosa para el mismo o incluso para los demás. Otras urgencias psiquiátricas pediátricas son los intentos de autolisis y abuso de drogas.

4 Bibliografía

- https://www.Cuidados_de_Enfermería_en_Salud_Mental.googleacadémico http://www.manualMSD.
- http://www.investigacionyciencia.es
http://www.wikipedia.org.
http://www.Protocolosdeenfermería.
- http://www.ScribddocumentProtocolo-de-Actuación-Ante-Fuga http://www.Deunioviedo.es/Urgencias-psiquiátricas_2017
http://www.viviendolasalud/psicología/trastornos-personalidad.
- https://www.medlineplus/trastornosalimentarios.
https://www.teresaperez/intento-de-autolisis-en-adolescentes http://www.bullyingescolar.net
https://consaludmental.org/https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/sindrome-del-cuidador-como-http//cuidar-al-que-cuida.

Capítulo 721

PROCESO DE LIMPIEZA DE LA INCUBADORA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

DELFINA CASTRO RODRÍGUEZ

SUSANA TERRONES VEGA

MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO

ANA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

MARÍA AFRICA NIÑO GARCÍA

1 Introducción

Una parte importante del hospital que debemos tener controlada es la zona de neonatos. Los neonatos al no tener formado su sistema fisiológico corren más riesgo de coger infecciones que el resto de pacientes. Por tanto, conocer las incubadoras y su sistema de limpieza es fundamental para garantizar su salud (Quezada, 2012).

Una incubadora es una cámara de plástico normalmente de una o dos capas, que descansa sobre un colchón de plástico. Se usan principalmente para darle al recién nacido un clima templado y húmedo donde controlar sus constantes vitales. Además de poder acceder a él de manera fácil y sencilla.

En los centros hospitalarios suele haber dos tipos de incubadoras: Unas para cuidados intensivos y otras para intermedios. Esto depende mucho de la edad gestacional del feto.
Tipos:
- Recién nacido Gran Prematuro.
- Recién nacido Prematuro.
- Neonato.
- Recién nacido a término con patología.

Los TCAES deben conocer su manejo, su modo de montaje, su limpieza y los diferentes productos de los que disponen.

2 Objetivos

Dar cuenta de los pasos a seguir por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la limpieza de una incubadora. La importancia de una buena limpieza y desinfección siguiendo los pasos correctamente.

3 Metodología

Para responder a esto se ha llevado a cabo una revisión teórica en Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019, combinando los siguientes descriptores: incubadora, desinfección, TCAES, higiene, neonato. A través de estos tópicos, se encontraron 33 documentos, descartando los que no trataran el tema de interés. Se eliminaron 8 salidas de la web. En principio se seleccionaron 25 artículos que recogían los criterios de la investigación, de estos, una vez leídos, se excluyeron 7, quedando así 18 que sí se corresponden con los tópicos buscados. Otros 3 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. El total de artículos a estudiar finalmente fue de 15.

4 Resultados

Se encuentra que el TCAE es el responsable directo de la limpieza de la incubadora, esta debe realizarse teniendo en cuenta que el feto no puede estar dentro de la misma.
El objetivo principal tener la incubadora en perfecto estado de mantenimiento y montaje. Siempre siguiendo las recomendaciones del fabricante.

- Proporcionar el feto el ambiente húmedo y de calor necesario, también oxígeno si fuera necesario para tener su homeostasis en equilibrio.
- Garantizar siempre la máxima limpieza de la misma y de todos los materiales o productos que vamos a tener en contacto con el feto.

Primero se ha de desconectar la incubadora con todas sus alimentaciones, y dejarla enfriar, es importante para no quemarnos puesto que ciertas partes pueden estar a temperaturas muy altas. Posteriormente se retiran todos los accesorios y se vacía el depósito de agua, puede producirse crecimiento de bacterias en él así que habrá que limpiarlo por separado. En ese momento el agua hará retorno a las botellas iniciales, debemos tener especial cuidado con ellas, ya que en cada hospital habrá unas normas de actuación que se deberán respetar. Hay que soltar también todos los tubos flexibles que estén conectados aún.

Posteriormente se abrirá las ventanas basculantes para retirar los orificios de paso de manos. Se sueltan también los tubos de oxígeno y el sensor de temperatura, normalmente lo podemos extraer de la incubadora. Retiramos también el colchón de la cama, éste igual que las botellas, tendrá un proceso de limpieza aparte de la incubadora. Normalmente en lavandería.

Se abre la puerta frontal para sacar el sensor de temperatura cutánea del interior de la incubadora.

Se retira el colchón de la cama y las mantas o sábanas si hubiera.

Se levanta la cama, aflojando el tornillo del soporte del tubo de ventilación y se retira el ventilador que hay debajo del colchón, así como todos los sensores existentes dentro de la misma. No se deben dejar partes móviles.

Se extrae la carcasa en sí o las diferentes partes extraíbles, recordando que no todas son iguales, ni de la misma casa comercial por lo tanto se deberán seguir siempre las directrices de la casa comercial.

Para la desinfección de la misma se deben utilizar desinfectantes de superficies basados en la siguiente lista:

- Compuestos que liberen oxígeno o halógenos.
- Aldehídos.
- Compuestos de amonio cuaternario.
- Ácidos orgánicos fuertes.
- Alcoholes.

Todos son válidos en el ámbito hospitalario. La única norma que se debe seguir es la salud del feto. Siendo lo menos tóxico posible y teniendo el tiempo de actuación menor y más eficaz. Actualmente los más utilizados son alcoholes, compuestos de oxígeno y ácidos orgánicos.

Una vez comenzado con el proceso de limpieza:

- Se elimina toda la suciedad visible con detergente y paños que arrastren la misma. Preferiblemente con agua osmotizada.
- Se empieza la desinfección con frotamiento de todas las partes. Teniendo cuidado de no olvidarse ninguna zona y en especial las zonas como esquinas, curvas o ejes de encaje.
- Se deja el desinfectante actuar y su tiempo de contacto. Luego se seca con un paño. Teniendo especial cuidado en no dejar partes húmedas.
- Los tubos flexibles y las partes móviles deben lavarse, para luego pasar por la desinfección o esterilizar a 120ºC. Dependerá de cada hospital y sus protocolos internos.
- Deben utilizarse solamente materiales de limpieza y desinfección especificados y aprobados por el hospital y la casa comercial de la incubadora.
- El sensor de clima no debe ser desinfectado ni por rociado ni por inmersión. Será la casa comercial quien nos diga cómo hacerlo. Normalmente con un paño húmedo en la solución propuesta.
- Este proceso total se hará al alta del feto o por cambios de la incubadora por recomendación médica. Nunca a no ser casos extremos se hará la limpieza con el feto dentro de la incubadora.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAES están tratando con pacientes más delicados de todo el ámbito hospitalario y en una zona de alto riesgo ya que los fetos no están cien por cien desarrollados al nacer. Debido a todo esto los TCAES deben prestar especial interés a la limpieza de este tipo de aparatos. Siendo incluso más meticulosos que en el quirófano.

La conclusión principal es la del deber de conocer cómo funcionan las incubadoras, pidiendo a la casa comercial una formación específica de la misma y sus diferentes partes, también es importante saber las recomendaciones de uso y limpieza. Será el hospital quien indique cómo se limpian las incubadoras, los desinfectantes que se usan, el tiempo de contacto, las diferentes opciones en paños y los materiales textiles y su limpieza.

Siguiendo todos los pasos y siendo meticulosos en esa labor, se garantizará una estancia cómoda al feto, menor riesgo de enfermedades nosocomiales y un óptimo mantenimiento de las propias incubadoras. Recordando que durante todo el proceso si se observa alguna anomalía en la propia incubadora se debe dar parte al hospital del fallo o error.

6 Bibliografía

- Allcroft, W. M., & Beer, A. E. (1974). Incubación e incubadoras (No. 636.5 ALLi). Acribia.
- Alonso, C. G., & Puig, J. I. B. (2011). Bioseguridad en la sala de incubación. Selecciones Avícolas.
- González, L. R., & De la Mata Alcoba, I. (2014). Procedimiento de Mínima Manipulación en el neonato. Revista Enfermería C y L, 6(2), 58-64.
- Guillamás, C., Gutiérrez, E., Hernando, A., Méndez, M. J., Sánchez-Cascado, G., & Tordesillas, L. (2017). Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Novedad 2017. Editex.
- Bascuñana, J. J. A. (2009). Capítulo 11 estabilización post reanimación. Transporte neonatal. Manejo de incubadoras de transporte. Soporte vital en la edad pediátrica, 9, 147.
- Salinas Quezada, M. L. (2012). Técnica de limpieza y desinfección de la incubadora (Bachelor's thesis).
Romero, P. D. A., Leon, S. G., & Jimenez, C. S. (2013). Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Editorial Paraninfo.
- Martínez Alesón Sanz, R. (1990). Controles sanitarios a realizar en salas de incubación. Selecciones avícolas, 32(7), 0207-211.

Capítulo 722

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ

VERONICA RODRIGUEZ BRANDY

1 Introducción

Un paciente politraumatizado tiene numerosas lesiones, tanto de órganos como músculos y huesos, lo que da lugar a cambios en la circulación o en la ventilación que pueden poner en riesgo su vida de forma inmediata o en las horas próximas. De esto, radica la importancia de una valoración completa de sus constantes vitales de una manera rápida y eficaz, y es algo prioritario para lograr unos cuidados de enfermería correctos y lograr los tratamiento más eficaces que pueda necesitar el paciente.

2 Objetivos

Analizar las actuaciones que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe establecer ante un paciente politraumatizado.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para lograr la planificación correcta y la ejecución de los cuidados asistenciales para un correcto trabajo por parte del TCAE ante un paciente politraumatizado, se recogen las siguientes actuaciones:
- Colaboración en el traslado y movilización del paciente que así lo necesitara.
-Retirada de la ropa y pertenencias del paciente e identificación de la mismas.
-Higiene de las zonas del paciente que así lo requiriesen.
-Colaborar con el enfermero facilitando el material requerido por este.
- Colaboración en la monitorización y las técnicas realizados por el enfermero.
-Informando al paciente en todo momento de las actuaciones que el equipo de enfermería esta realizando.

Tras la lectura de los diferentes documentos, queda claro que el TCAE cumple un papel fundamental en el trabajo en equipo que se debe realizar ante un paciente politraumatizado.
Ante todo es fundamental elegir a un líder dentro del equipo que pueda ir guiando los movimientos de todos y lograr la mejor atención inicial sobre el paciente en función de las necesidades de este.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos señalar, que la actuación del TCAE es fundamental a la hora de trabajar en Equipo y enfrentarnos ante un paciente politraumatizado. De esta manera, una de las principales funciones que tiene el TCAE dentro del equipo, es garantizar la tranquilidad del paciente ya que se encuentra en un momento de gran angustia, por eso la importancia de ir informando de todos los pasos que se van realizando, de igual manera, es fundamental la colaboración del

TCAE con los miembros del equipo sanitaria facilitándoles todos aquellos materiales que puedan necesitar, así como ayudar en las técnicas que estos realicen.

6 Bibliografía

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

Capítulo 723

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA).

VERONICA RODRIGUEZ BRANDY

TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ

1 Introducción

La hemorragia digestiva alta se define como toda extravasación de sangre en el tubo digestivo en el tramo localizado entre el esófago y el ángulo de Treitz.
Atendiendo a su evolución esta pérdida de sangre puede ser aguda o crónica, según el volumen de sangre perdido y el tiempo en que se ha perdido.
El síntoma más importante es la presencia de sangre al hacer de vientre, bien sea fresca, semidigerida o a modo de melenas (deposición compuesta de sangre digerida con aspecto pastoso, negro brillante y olor fétido), también puede ir acompañada de vómitos y expulsar la sangre por la boca bien fresca, o a modo de posos de café (hematemesis).

La hemorragia digestiva alta es una emergencia médico-quirúrgica frecuente que presenta un elevada mortalidad constituyendo la principal urgencia en gastroenterología.La realización de endoscopia urgente y la aplicación de terapéutica endoscópica es un método seguro y eficaz para detener el sangrado por HDA lo cual ha reducido la necesidad de cirugía urgente.

2 Objetivos

Conseguir que cada diagnóstico sea cuidadosamente establecido y el plan de tratamiento se ajuste a cada paciente.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 724

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO CON PACIENTES CON ALZHEIMER

TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ

VERONICA RODRIGUEZ BRANDY

1 Introducción

Por desgracia, la enfermedad de Alzheimer es una de las más frecuentes en personas mayores, esta enfermedad comienza de una manera lenta pero avanza muy rápidamente hasta el punto de que la personas afectada llega a olvidarse de su situación real, de los nombres de los familiares cercanos, de como vestirse, como leer, de situarse en su propia casa, etc.

2 Objetivos

Identificar las medidas oportunas que hay que realizar por parte del TCAE con pacientes con Alzheimer.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una de las principales actuaciones profesionales es fomentar que el paciente mantenga su independencia y facilitar en lo posible para que lo logre, si menospreciar sus actuaciones.
Para lograr todo esto, debemos entre otras actuaciones garantizar:
- Un ambiente seguro para el enfermo con alzheimer
- Higiene
- Usar un tono suave y cercano que le permita que sea cercano con nosotros
- Hablar mirando directamente a los ojos del paciente

En relación a su familia, debemos apoyarles ante estas situaciones tan difíciles ya sea con nuestra ayuda, u orientando les hacia asociaciones y entidades que puedan apoyarles en este proceso de convivencia con estas personas.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe mostrarse asertivo en todo momento, expresar sentimientos, y comunicarse adecuadamente cuando exprese su opinión y ser capaz de mostrar educación y ayuda que permita al enfermo estar lo más colaborador posible. Debemos facilitar el bienestar global de la persona en todos los ámbitos, ya sea con ejercicios que ejerciten la memoria, así como la comunicación con los demás.

5 Discusión-Conclusión

Es importante señalar aquí que el TCAE debe saber cómo tratar al paciente con alzheimer en cada momento, y debemos ser conscientes de que el paciente puede llegar a no conocer a sus familiares por lo que también debemos apoyar a estos ya que esta situación puede llegar a ser muy frustrante. Colaborar con un enfermo de Alzheimer puede dar lugar a situaciones difíciles debido a los cambios de conducta y de memoria que pueden tener estar personas, pero no debemos olvidar que somos profesionales sanitarios y que debemos mantener una actitud positiva y facilitadora que permitan un trabajo optimo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 725

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES. USOS E INDICACIONES.

CARMEN CALDEVILLA

1 Introducción

Entendemos por contención el uso de procedimientos preventivos, verbales, farmacológicos y/o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos parciales o totales de un paciente a fin de controlar su actividad física y protegerlo de las lesiones que sobre sí mismo o a otras personas pudiera ocasionar.
Los pacientes tienen, entre otros derechos, el de proporcionarles cuidados que garanticen la seguridad de los mismos.
Hay estados de agitación, bien provocados por distintas enfermedades o bien como síntomas aislados. Los protocolos para el control de estos estados contemplan diferentes estrategias y siempre hay que emplear las menos restrictivas y aumentarlas gradualmente si fuera preciso. En todos los casos debe respetarse la intimidad y la confidencialidad en todos los procedimientos empleados.

- Una vez definido el concepto de ”contención” estableceremos las indicaciones y las contraindicaciones de la misma.
- En el caso de la contención mecánica nos detendremos en los tipos, el procedimiento y la descripción de los riesgos de la misma

La mayoría de las comunidades autónomas tienen establecidos protocolos de contención de pacientes similares.

2 Objetivos

- Conocer lo que es un ”protocolo de contención”.
- Principios éticos de la contención.
- Definir los tipos de contenciones aplicables (verbal, farmacológica y mecánica).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
La metodología empleada nos permitirá al final de este capítulo entender el protocolo a seguir cuando se trata de la contención de un paciente.

4 Resultados

En la introducción de este capítulo ya habíamos establecido la definición de contención como el uso de aquellos diferentes procedimientos para limitar los movimientos parciales o totales de un paciente.
Está indicado para:
- Control de la agitación y alteraciones que supongan un daño para el propio paciente, terceras personas o elementos del entorno.
- Instauración y aseguramiento de medidas necesarias para evitar alteraciones en el plan terapeútico como sondajes, uso de vía parenteral, oxigenoterapia etc.
- Existencia de riesgo de autolesiones y suicidio.
- Existencia de riesgo de caídas
- Cuando lo solicite el propio paciente y haya causa justificada clínica y/o terapeútica.

Contraindicaciones:

- Ausencia de una adecuada valoración de la situación por el personal sanitario.
- Imposibilidad de prestar supervisión de la contención y cuidados complementarios.
- Como sustitución de tratamientos previos.

- Como castigo.
- Por comodidad del equipo asistencial
- Déficit de formación de los profesionales.

La contención puede ser de tres tipos:

- Verbal:
Es una aproximación no coercitiva que puede ayudar a controlar algunos trastornos de conducta, atenuar el nivel de activación y evitar una potencial agitación psicomotriz.
Aunque se solicite ayuda solo un profesional se dirigirá verbalmente al paciente. Escuchar atentamente, antes de responderle, mantener una actitud firme pero con voz calmada y volumen bajo.

- Farmacológica:
Su uso está indicado en el momento que el abordaje verbal no sea eficaz o suficiente, y se trata de tranquilizar lo antes posible al paciente para evitar que se lesione.
El abanico de fármacos es amplio (benzodiacepinas, antipsicóticos, etc)

- Mecánica:
Se recurre a ella cuanto las dos anteriores han fracasado. Se trata de una limitación, intencionada y en beneficio del paciente, de su libertad de movimientos. Puede ser: a) Contención mecánica parcial: con la que solo se limita la movilidad, bien del tronco, bien de una extremidad. Se utiliza para evitar caídas , arrancamiento de vías etc. b) contención mecánica total: la que emplea sistemas de inmovilidad globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente.

La contención mecánica tiene que cumplir criterios de: necesidad, excepcionalidad, brevedad, proporcionalidad, seguimiento adecuado y prescripción médica.
Toda contención mecánica requiere prescripción médica como una orden farmacológica, que deberá constar en la hoja de prescripción activa del paciente. En caso de urgencia, la decisión de iniciar la contención la tomará la enfermera responsable que luego comunicará esta medida al médico que corresponda.
Una vez contenido el paciente, se comprobará periódicamente la sujección por la seguridad del mismo. La duración de la contención mecánica será el menor tiempo posible. A medida que el paciente se tranquiliza se irán retirando las contenciones poco a poco. Es aconsejable no mantener la contención más de 72 horas.
La vigilancia del paciente deberá realizarse cada 15 minutos las 2 primeras horas

y horaria hasta las siguientes 24 horas.
Es posible que una vez instaurada la contención mecánica , los familiares o allegados del paciente soliciten retirar las inmovilizaciones. En este caso se insistirá en explicar las circunstancias. Si persisten en tal solicitud se pondrá en conocimiento del juzgado si se considera contraria a los legítimos intereses del paciente.
La contención mecánica supone un dilema ético entre la autonomía del paciente y a su vez el deseo de protegerlo a él y a su entorno. Sólo hay que emplearla cuando es estrictamente necesaria y nunca como un castigo. Siempre respetando la intimidad, la confidencialidad y la vulnerabilidad de la persona sometida a una contención mecánica, realizándose en un lugar protegido de la mirada de los demás y evitando, una vez instaurada, quedar expuesto innecesariamente a la mirada de terceros.

5 Discusión-Conclusión

El paciente agitado necesita siempre algún tipo de contención. Cuando se emplea la verbal o farmacológica no suele aparecer ningún debate. El problema surge a menudo con la Contención mecánica. Sin embargo si ésta es empleada como último recurso, en situaciones de rigurosa necesidad y atendiendo a un protocolo que previamente los servicios de salud tengan establecido en todo su área de influencia, no debería de plantear ningún inconveniente en su aplicación. Debe verse como un instrumento que permite garantizar la seguridad del propio paciente, de los demás enfermos y del personal sanitario. No es un castigo y no podemos verlo así y es más, no puede el personal sanitario actuar de manera que pueda parecerlo.
Hay pues que confiar en nuestro sistema sanitario y en todas las medidas que están protocolizadas y rigurosamente inspeccionadas.

6 Bibliografía

- Protocolo de contención de paciente (SESPA) 2018.
- Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones. COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA Madrid, Junio 2016.
- Contenciones físicas. Reflexiones sobre su vigencia. CORRAL CANO J. Cantabria. 2014.

Capítulo 726

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ASEO EN CAMA DE UN PACIENTE .

TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ

VERONICA RODRIGUEZ BRANDY

1 Introducción

Se entiende como higiene personal de una persona encamada aquellas medidas higiénicas a tener en cuenta que la persona encargada del cuidado adopta para conservar limpia y en buen estado la piel, ya que es fundamental para la pronta y mejora recuperación del paciente, pudiéndose evitar futuras infecciones y otras lesiones o enfermedades.

En un primer momento, debemos hablar con el enfermo que lleva al paciente para saber si debemos tener alguna precaución previa a nuestra intervención. De igual manera de vemos hacer una valoración general del paciente, su estado de consciencia, etc antes de comenzar a trabajar. Prepararemos todos los materiales que vamos a necesitar e informaremos al paciente en cada momento y le explicaremos lo que vamos hacer para que se muestre tranquilo ante nuestra intervención. Debemos realizar también un cambio mínimo de la ropa de cama y del paciente de forma diaria.

Además debemos realizar los cambios posturales tras el aseo para evitar futuras úlcera de presión. Mediante el aseo logramos eliminar la sudoración acumulada del enfermo. Hidrataremos la piel apara evitar la aparición de futuras heridas.

Una vez finalizada nuestra intervención, debemos dejarlo acomodado en una posición cómoda. Recogeremos todos los útiles que hemos utilizado y dejaremos la habitación en perfecto estado.

2 Objetivos

- Identificar los pasos correctos que debe seguir el TCAE para realizar un correcto aseo del paciente encamado.

3 Metodología

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

4 Resultados

En todos los documentos y guías revisadas se señala que la función del TCAE es fijarse en el aspecto general en el que se encuentra el paciente encamado, así como que el técnico auxiliar de enfermeria debe valorar como reacciona el paciente ante nosotros, como es su grado de actividad y realizar nuestro trabajo de la manera más indicada para prevenir cualquier tipo de lesiones, además de informar al enfermero del paciente de todo aquello que consideremos importante y que se debe tener en cuenta.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, diremos que no da lugar a duda la importancia de la intervención del TCAE en el aseo del paciente encamado, ya que una higiene adecuada permite proporcionar al paciente un estado de confort y de seguridad, además de que se consigue un buen estado de hidratación y cuidado de la piel que nos va a permitir evitar posibles ulceraciones o mal estado de la misma. De igual manera, mediante el aseo logramos mover las articulaciones o partes del cuerpo que van

conseguir que el paciente se sienta mejor consigo mismo y así también logramos la posibilidad de que se atrofien las extremidades del cuerpo.

6 Bibliografía

- Búsqueda en Google de artículos relaciones con la higiene del paciente crítico encamado de los ultimo diez años (2010-2020).
- Revisión bibliográfica de diferentes guías y documentos sanitarios.

Capítulo 727

PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LA FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MARÍA JOSE ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Los auxiliares de enfermería al igual que todos los trabajadores de cualquier sector, están expuestos a riesgos asociados a su profesión que pueden afectar a la salud del profesional a no ser que se tomes las medidas preventivas oportunas.

Para cada puesto de trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, los técnicos de prevención deberían hacer un completo análisis del puesto y ver en cada caso cuales serían los riesgos específicos de la planta en la que se encuentra el trabajador, productos químicos a utilizar y medidas preventivas que se van a adoptar para minimizar los riesgos.

Todos los riesgos asociados al puesto pueden evitarse si se hace un correcto estudio de los trabajos, se proporciona a los trabajadores formación e información de los riesgos y de las medidas preventivas.

Hacer conocer al trabajador tras el análisis por parte del técnico de prevención, cuales son los riesgos asociados a su puesto sería el primer paso. Posteriormente, a través de charlas antes del desarrollo del trabajo y en sucesivos recordatorios, asesorar al personal en material de prevención.

Como medidas generales podemos adoptar algunas de las siguientes medidas preventivas:

-Uso de equipos de protección individual. El uso de guantes, mascarillas, protecciones oculares y batas o delantales.
-Cuando sea preciso realizar manipulación de cargas tales como pacientes o material, atenderemos siempre a las reglas del levantamiento de cargas o de movilización de pacientes de forma adecuada.

-Utilizar de forma rutinaria las medidas de protección adecuadas para prevenir el contacto de piel y mucosas con sangre y/o fluidos corporales de cualquier paciente.
También actuar con precaución al manipular objetos cortantes o punzantes.

-Mantener el lugar de trabajo limpio y ordenado. Inspeccionar su lugar de trabajo al final de la jornada laboral.

-Notificar en caso de cualquier equipo de trabajo o instalación eléctrica en malas condiciones.

-Recoger residuos en recipientes adecuados para ello.

-Utilizar calzado y ropa impermeable durante el aseo a los pacientes en las duchas.

No obstante y a pesar de ser algunas medidas, debemos de consultar a los servicios de prevención ante cualquier duda o cualquier riesgo que pueda suponer un accidente para el técnico y cualquiera de sus compañeros o usuarios del centro hospitalario

2 Objetivos

- Conocer cuales son los métodos para conocer los riesgos y así establecer las medidas preventivas poder atajarlos, y de esta forma evitar los accidentes e incidentes laborales así como las enfermedades profesionales derivadas del ejercicio de la profesión

3 Metodología

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

elo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Buenas prácticas en prevención de riesgos
- Laborales: auxiliar de enfermería o
- Técnico de atención sociosanitaria. mc mutual https://prevencionugtandalucia.es/riesgos-laborales-auxiliar-de-enfermeria/.
prevencion ugt andalucia

Capítulo 728

EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO.

MARTA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los gérmenes multirresistentes son bacterias que viven en el hombre sano o enfermo, que se han ido seleccionando y creando resistencia por los tratamientos antibióticos. Normalmente, sobre todo en personas sanas, no producen enfermedad, sólo colonizan.
En el hospital debemos controlarlas para que no se transmitan a otros enfermos. Por norma general se infectan con este tipo de gérmenes, los pacientes hospitalizados, en los que se produce un aumento de la probabilidad de infección por los tratamientos y por tener un sistema inmunitario débil.

Se pueden diferenciar seis modalidades de aislamiento:
- Aislamiento Estricto.
- Aislamiento de Contacto.
- Aislamiento Respiratorio.
- Aislamiento Entérico.
- Aislamiento Parenteral.
- Aislamiento Inverso.

2 Objetivos

Revisión de artículos relacionados con el tema de aislamientos por gérmenes multirresistentes en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

La forma más efectiva de evitar la transmisión de los gérmenes multirresistentes entre pacientes es:
- Higiene de manos: al entrar y salir de la habitación.
- Guantes: Uso de guantes al entrar en la habitación y quitarlos antes de salir.
- Bata: Ponerse una bata limpia desechable al entrar en la habitación y quitársela antes de salir, no siendo reutilizada.
- Visitas: restricción de las visitas.
- Habitación individual: será compartida con pacientes que tengan el mismo microorganismo.
- Puerta cerrada: la puerta permanecerá cerrada.
- En algunos aislamientos también se deberá usar mascarilla y/o gafas.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer, utilizar y seguir correctamente la utilización de los protocolos de los distintos tipos de aislamiento en el medio hospitalario para intentar evitar el contagio entre paciente y personal sanitario.

6 Bibliografía

- https://www.slideshare.net/Luis-Angel-97/tipos-de-aislamiento-hospitalario.
- https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640333008.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 729

LOS AISLAMIENTOS EN EL ÁREA HOSPITALARIA.

CRISTINA MARIA CASTROAGUDIN CIFUENTES

DIANA MARIA GARCÍA SANCHEZ

ENRIQUE ESTRADA SUCO

ELISA FERNÁNDEZ GARCIA

FELICIDAD ALVAREZ QUINTANA

1 Introducción

En los hospitales hay diversos aislamientos a tener en cuenta debido a la afluencia de personas que acuden a ellos.
En el que cada cual de las personas tienen estancia allí por diversos síntomas y patologías, por ello es importante que toda persona que realice su trabajo en eláarea hospitalaria debera conocer los tipos de aislamientos y acatarlos en las sistuaciones necesarias.

2 Objetivos

- Identificar y conocer los tipos de aislamiento para la prevención de contagios a sí mismo y hacia los demás.

3 Metodología

Revision bibliografica en las diversas bases de datos utilizando los descriptores; cuidados, prevención, gotas, contacto, aislamientos, enfermedades transmitas por vía aérea y utilizando los operadores boolenaos ¨AND¨ y ¨OR¨.

4 Resultados

Cuando las personas ejercen su trabajo en un hospital deberán conocer y tener la información y formación necesaria para la utilización de los aislamientos independientemente d su categoría profesional, en ellos se incluye los que no se consideran profesionales sanitarios (mantenimiento, celadores, limpieza, administrativos, etc)

Hay diversos tipos de aislamientos pero los más comunes y utilizados son los siguientes:
-Aislamiento aéreo o de gotas: es el que se contagia por las vías aéreas, en este caso la utilización será la mascarilla
-Aislamiento contacto: se transmite a través del tacto , en el deberemos utilizar guantes y bata.
-Aislamiento mixto (aéreo +contacto): es el que se puede transmitir a traves del aire o del tacto, en el se utilizara mascarilla, guantes ,bata e incluso calzas
-Aislamiento inverso: se utiliza para proteger a personas delicadas bajas de defensa en el utilizaremos mascarilla aunque en ocasiones el paciente la tendrá también
Es importante recordar que se deberán lavar las manos minuciosamentes antes y después de entrar y salir de un aislamiento.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con el conociento de los aislamientos el personal que trabaja en un hospital evitaremos contagios a otras personas que permanecen de forma espontánea o continuada en el área hospitalaria, lo que permitira menos pacientes y un gasto económico menor en el ámbito de la salud.

6 Bibliografía

- Infosalut.com
- www.medwave.cl

Capítulo 730

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO.

OLGA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Una intervención quirúrgica es un proceso sumamente delicado que requiere un gran trabajo de preparación de manera previa y durante la misma. Es necesario que el personal sanitario que participe en ella, ya sea antes, durante o después, tenga los conocimientos y el adiestramiento necesario para llevar a cabo el proceso de manera perfecta.

También se requieren unas condiciones de limpieza y desinfección excepcionales para convertir el quirófano en un medio seguro para el enfermo. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería trabaja de manera coordinada con el equipo de enfermeros dándoles apoyo en sus funciones y también realizando funciones propias de limpieza y colocación de material. También participa en la atención integral al enfermo, convirtiéndose junto con los enfermeros en los profesionales de referencia para el paciente.

2 Objetivos

- Revisar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la preparación de la sala de operaciones después de una cirugía.

3 Metodología

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

4 Resultados

La recogida y desinfección de un quirófano es una de las funciones más importantes del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro de esta área de trabajo. La sala de operaciones tiene que quedar en unas condiciones óptimas para que se pueda realizar una nueva operación en ella. Para conseguirlo, el auxiliar tiene que:

• Retirar todo el material desechable utilizado durante el proceso operatorio.
• Limpiar el mobiliario de la sala con detergente o desinfectante y las manchas de sangre con agua oxigenada.
• Mantener las lámparas de la sala en unas condiciones de limpieza impolutas ya que se manipulan bastante durante las operaciones.
• Limpiar y desinfectar los aparatos utilizados durante la operación: aparatos de isquemia, respirador, bombas de infusión, calentadores, etc.
• Cambiar y cerrar los sistemas de aspiración entre cirugías.
• Recoger, limpiar y preparar para la esterilización el instrumental quirúrgico empleado.
• Contar y ordenar el material en los distintos contenedores.
• Limpiar el fibrobroncoscopio según el protocola ya establecido y colocarlo en posición vertical en un armario cerrado.
• Desinfectar las mesas quirúrgicas y colocar las sábanas.
• Colocar el material estéril y reponer los contenedores de material punzante cuando sea necesario.

Otra de las funciones principales del técnico auxiliar de enfermería es la reposición del material de la sala quirúrgica, por lo que es imprescindible que conozca la ubicación exacta de cada instrumento o material: zona limpia, zona de lavado de instrumental, carro de material fungible y carro de anestesia.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro del área de cirugía es esencial para poder realizar los procesos quirúrgicos en condiciones óptimas, ya que es necesario que el quirófano se encuentre en perfectas condiciones de esterilización, limpieza y organización.

6 Bibliografía

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

Capítulo 731

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA COMO PARTE DEL EQUIPO DE QUIRÓFANO.

MARIA DEL CARMEN CUERVO ALVAREZ

LAURA CAMAFREITA BEATO

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es miembro del equipo quirúrgico y trabaja en coordinación con el personal sanitario perteneciente a quirófano, ayudando en el desempeño de su actividad. Al mismo tiempo, lleva a cabo funciones de limpieza, reposición y colocación de material. El papel del TCAE servirá para asegurar una mayor eficacia y seguridad en el desarrollo del trabajo.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son las funciones del Técnico Auxiliar de Cuidados de Enfermería como parte del equipo quirúrgico.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según la legislación, las funciones que el TCAE llevará a cabo, serán aquellas funciones destinadas a agilizar la labor del resto de miembros de quirófano, especialmente la del médico y la enfermera. Algunas de ellas están relacionadas con el mantenimiento y repuesto de material como: sábanas, toallas, batas, guantes, etc. Por otro lado, también es el encargado de preparar al paciente, fundamentalmente de la limpieza del mismo. A su vez, colabora en la recogida, preparación y limpieza del instrumental utilizado, que a posteriori será esterilizado. Finalmente, al TCAE le corresponde ordenar vitrinas y demás enseres.

5 Discusión-Conclusión

Definitivamente, el TCAE es un elemento más del equipo quirúrgico y ha de trabajar en cooperación con el resto de miembros de quirófano. Sus funciones servirán de apoyo y facilitarán la labor del médico y la enfermera para garantizar una intervención eficaz y segura.

6 Bibliografía

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

Capítulo 732

EL PAPEL DEL CELADOR Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE.

MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ

1 Introducción

Podemos definir la higiene como un conjunto de actividades que se realizan para aumentar y conservar la salud además de prevenir enfermedades, por lo tanto es un factor decisivo en la salud del individuo tanto a nivel físico como psicológico. Distinguimos 2 clases de higiene; individual encaminada a conservar la salud de la persona, y la higiene social que son las normas aplicables a una comunidad; ambas contribuyen a una salud completa.
En una institución sanitaria, donde el contacto con los enfermos es constante, la higiene es el punto clave que hay que cuidar hasta el más mínimo detalle.
La higiene de los pacientes hospitalizados, recae como norma general en la figura de la auxiliar de enfermería, ayudado por los celadores y bajo la supervisión de la enfermera.

El aseo tiene varias finalidades:
1. Ofrecer buenos hábitos de higiene al paciente hospitalizado
2. Mejorar la calidad de vida del enfermo.
3. Estimular la circulación sanguínea.
4. Ayudar al bienestar físico y psíquico del paciente.
5. Conservar la integridad de la piel, previniendo de esta forma las lesiones que se pudieran producir en la piel y mucosas.

6. Reducir el desarrollo bacteriano que favorece la aparición de infecciones.
7. Eliminar las células muertas y suciedad evitando el mal olor.
8. Disminuir la temperatura corporal en caso de fiebre.
La higiene en las personas hospitalizadas debe realizarse minuciosamente para que la piel realice eficazmente sus funciones de protección, regulación de temperatura corporal, secreción, absorción y sensibilidad.

Normas generales al realizar el aseo: a. Mantener una temperatura ambiente adecuada (24ºC) b. Se pedirá colaboración al paciente y se le explicará el procedimiento que se va a realizar. c. Comprobar que la temperatura del agua sea entre 37º y 40ºC, salvo indicación contraria. d. Evitar corrientes de aire que incidan directamente sobre el paciente. e. Preparar todo el equipo necesario para el aseo antes de comenzar. f. Aislar al paciente mediante un biombo para proteger su intimidad. g. Los jabones utilizados no deben irritar la piel (ph neutro). h. El aseo del paciente se realizará por la mañana, junto con el cabio de ropa de cama, y todas las veces que sea necesario.
Podemos dividir las técnicas de aseo en:

1. Aseo general que incluye: aseo en ducha o bañera y el aseo del paciente encamado.

Aseo en ducha o bañera es una técnica utilizada cuando el paciente es autosuficiente o requiere mínima ayuda. Al paciente se le debe proporcionar material para el aseo (jabón líquido, esponjas), ropa de baño (una toalla para la cara y otra para el cuerpo), ropa para el paciente (camisón o pijama, bata y zapatillas) y bolsa para la ropa sucia.
Aseo del paciente encamado, se realiza en pacientes que conservando o no la movilidad, deben permanecer en cama. El protocolo de actuación es: enjabonado, enjuagado/ aclarado y secado. El orden de aseo será: cara, cuello y hombros, brazos manos y axilas, tórax y mamas, abdomen, pierna y pies, espalda y nalgas y por último la región genital.

2. Aseo parcial que incluye: aseo capilar, bucal y genital.
El aseo capilar en los pacientes encamados se debe hacer al menos una vez por semana y siempre que sea necesario. Para su realización se puede utilizar la posición de Roser; pero está contraindicada para casos de aumento de la presión intracraneal, pérdida de líquido cefalorraquídeo, incisiones abiertas en cuero cabelludo, lesiones cervicales, traqueotomía, o dificultad respiratoria.

El objetivo del aseo bucal es mantener la cavidad oral del paciente limpia para evitar sequedad, malos olores, grietas en los labios y lengua y para prevenir infecciones.
Con el aseo genital, se trata de evitar infecciones urinarias, ulceraciones además de proporcionar al paciente la sensación de bienestar.

2 Objetivos

- Valorar los beneficios de la higiene de los pacientes hospitalizados.

3 Metodología

Se han consultado diversas bases de datos y buscadores como: Google.es, Google Académico, scielo.isccii.es, así como diversas páginas webs de higiene y aseo del paciente hospitalizado. Las palabras clave utilizadas han sido: higiene paciente hospitalizado, técnicas de aseo del paciente, higiene y bienestar.

4 Resultados

En relación con la higiene y el aseo del paciente, la Fundación Jove realiza en 2014 un protocolo en el que se recogen los objetivos a alcanzar con la buena práctica en la realización de las tareas de higiene y aseo, material necesario para llevarlo a cabo, preparación del paciente, preparación del personal, técnica de aseo, zonas que requieren especial atención.
Dicho protocolo ha sido realizado por el personal auxiliar de la Comisión de cuidados, revisado y aprobado por la Dirección de Enfermería.
Como la Fundación otras instituciones sanitarias como por ejemplo Clínica San Antoni han realizado protocolos de actuación para llevar a cabo una buena higiene y aseo del paciente de manera que le aporte mayor bienestar físico y emocional.

5 Discusión-Conclusión

La higiene del paciente es fundamental para la prevención de multitud de complicaciones como son infecciones, úlceras por presión, además de proporcionar al paciente un mayor bienestar físico y psíquico. Entre las labores del auxiliar de enfermería y del celador, el aseo e higiene de los pacientes, es fundamental ya

que deben prestar atención y valorar el aspecto de la piel, vigilar la aparición de heridas o zonas de presión y comunicarlo al equipo de enfermería.

6 Bibliografía

- Higiene del paciente hospitalizado. https://es.slideshare.net
- Protocolo de higiene personal del paciente. Fundación Hospital de Jove.
- Blanca Ochoa Montoya y Yolanda Gía Bermuda. Técnica de aseo del paciente encamado. Biblioteca A.S. H. Universidad Nacional de Loja. Granada.
- Luisa Mostazo Rodríguez y Esther Lozano Carrasco. Protocolos de cuidados auxiliares de enfermería. Editorial Síntesis S.A. https://www.sintesis.com

Capítulo 733

CASO CLÍNICO: CESÁREA MATERNA ELECTIVA POR PRESENTACIÓN PODÁLICA FETAL

PATRICIA RODRIGUEZ CASTAÑO

SUSANA RODRÍGUEZ RUBIO

LAURA ANTON RODRIGUEZ

THAIS LOSAS FERNÁNDEZ

ALBA LINDE FERNANDEZ

1 Introducción

La cesárea electiva es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.

Se trata, en este caso, de una gestante de 38+4 semanas, controlada y bien tolerada. Cesárea electiva por presentación podálica fetal.

2 Objetivos

Realización de cesárea por presentación podálica fetal. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería va a colaborar en la preparación de la gestante a nivel

pre-operatorio y post-operatorio. Además de ayudar en el recibimiento del recién nacido.

3 Caso clínico

Mujer de 28 años, sin hábitos tóxicos, grupo sanguíneo A Rh positivo, cultivos vaginal y perianal negativos, serologías maternas: rubéola inmune, toxoplasma inmune, resto negativas.

Raquianestesia, líquido amniótico claro, con meconio posterior. Apgar 8/10. Precisa oxígeno fluyente durante 30 segundos con cambio de coloración y respiración espontánea y vigorosa posterior. Sonda nasal sin incidencias, no pasó sonda a estómago.

4 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería colabora tanto en el pre y post-operatorio de la gestante, hasta su alta al domicilio. Colabora en la lactancia y todas las técnicas que se realicen al recién nacido: tanto en el aseo, toma de muestras, vacunacion, peso y talla, etc y comunicará al enfermero cualificado de cualquier anomalía, intentando preservar el buen estado tanto del bebé como de la madre.

5 Bibliografía

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

Capítulo 734

RESTRICCIÓN FÍSICA-CONTENCIÓN MECÁNICA COMO MEDIDA TERAPEÚTICA

MARIA ELIDIA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

Las restricciones físicas o contenciones mecánicas son conocidas desde tiempos antiguos. En textos referidos a la antigua Grecia ya hay referencia al empleo de medidas para limitar los movimientos de pacientes, sobre todo de enfermos mentales, que presentaban una agitación psicomotriz de causa orgánica difícil de controlar. A lo largo del tiempo han sido muchos los elementos utilizados para sujetar a las personas que precisaban de contención (cadenas, camisas de fuerza…), que no eran precisamente lo que se conoce hoy día como material homologado sino todo lo contrario, así como utensilios que tenían otro tipo de aplicaciones o fines como: sábanas, mantas, cinturones etc…

Las contenciones mecánicas han tratado y tratan de reducir a través de los dispositivos que se apliquen los movimientos descontrolados del cuerpo a nivel parcial o total que puedan poner en riesgo o peligro de lesión al propio paciente o afectar también a otras personas cercanas. En el ámbito hospitalario las contenciones mecánicas se utilizan con relativa asiduidad. En salud mental o geriatría se usan de manera rutinaria, pues la necesidad de reducir al paciente es relativamente más común de lo deseado.

Las contenciones mecánicas al ser medidas que coartan la libertad de movimientos, para su aplicación se deberá tener muy en cuenta la no vulneración de

algunos de los derechos fundamentales de las personas. Siempre que la aplicación de la contención mecánica/física esté justificada deberán respetarse los principios éticos de: autonomía(informar al paciente o a su entorno más próximo de la acción que se va a realizar y solicitar siempre que sea posible su consentimiento),justicia(se tratara a la persona siempre con el máximo respeto),beneficencia(hacer el bien al paciente),no maleficencia(no dañar a los demás, es decir, siendo profesionales, llevando a cabo una buena praxis).

2 Objetivos

- Analizar la relación existente entre los beneficios-riesgos de la contención mecánica en pacientes agitados.
- Saber cuándo deben utilizarse las contenciones mecánicas en el paciente y qué tipo se debe emplear en cada circunstancia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre contención mecánica como medida terapéutica ante el paciente agitado, mediante bases de datos de ciencias de la salud:Pubmed, Scielo, Scopus.

4 Resultados

La contención mecánica consiste en la supresión de movimientos de una parte móvil del cuerpo o de su totalidad, que no interrumpirá nunca la circulación sanguínea y procurará no provocar lesiones en la piel del paciente. Como apoyo al tratamiento médico es fundamental, sobre todo cuando el paciente tiene un comportamiento que puede interferir en él,(arrancándose una vía intravenosa, un respirador, un apósito…). Deben de estar pautados por un médico y en caso de urgencia por la enfermera responsable del paciente.Las sujeciones deben de estar homologadas, ser de ajuste rápido y de fácil acceso a los puntos de fijación. Las sujeciones consisten en: cinturón abdominal, dos sujeciones de miembros superiores, dos sujeciones de miembros inferiores, alargaderas para fijarlas a la cama, botones de sujeción e imán.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de la contención mecánica ha de utilizarse como última opción después de una correcta contención verbal y farmacológica. Va encaminada a favorecer, ayudar y prevenir la curación del paciente. Su uso vendrá amparado por la particularidad de cada caso.

6 Bibliografía

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

Capítulo 735

LAS ENFERMEDADES HOSPITALARIAS O NOSOCOMIALES.

MARIO ANDINO CORCUERA

ARMANDO FERNANDEZ MARTINEZ

ESTEFANIA MARTINEZ SANCHEZ

M. ANGELES ARIAS ALVAREZ

EVA BERICUA MENCIA

1 Introducción

Las enfermedades hospitalarias o nosocomiales son las contraídas durante la asistencia sanitaria en pacientes que están hospitalizados o atendidos en ambulatorios y que no se habían manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento de ser internados o atendidos en el sistema sanitario. Muchos de los pacientes ingresados presentan una reducción de su inmunidad debido a su enfermedad de base o a las técnicas de diagnóstico o tratamiento convirtiéndose en pacientes susceptibles a la infección.

2 Objetivos

Reconocer el concepto de infección hospitalaria o nosocomial, identificar los factores de riesgo, los agentes etiológicos y los eslabones de la cadena de la infección.

Enumerar las principales infecciones hospitalarias y las medidas preventivas de prevención para reducir el riesgo de propagación de dichas infecciones.

3 Metodología

El soporte para la presentación de este capítulo se obtuvo a través de la revisión bibliográfica de libros académicos de formación para profesionales sanitarios, publicaciones de distintos estudios realizados por organizaciones de la salud, profesionales especializados y conclusiones personales basadas en la propia experiencia profesional.

4 Resultados

Existen Factores de riesgo intrínseco como la edad del paciente o las enfermedades de base tales como la diabetes, leucemia, neoplasia, cirrosis, insuficiencia renal, malnutrición (por desnutrición u obesidad), enfermedades autoinmunes o el sida. También existen los Factores de riesgo extrínsecos como los tratamientos inmunosupresores (Quimioterapia, Radioterapia y Corticoides), la antibioterapia (tras tratamientos prolongados con antibióticos que pueden disminuir las defensas del paciente alterando su flora y provocando la aparición de resistencias bacterianas) y las técnicas de diagnóstico y tratamiento invasivas que vulneran las defensas de la piel y de las mucosas tales como endoscopias, sondajes urinarios, sondajes nasogástricos, el catéter vascular, las prótesis, la respiración mecánica o las intervenciones quirúrgicas.

Los principales agentes causantes son bacterias, virus, hongos y parásitos, siendo las bacterias las más comunes, por delante de los virus. Cabe destacar que los hongos aparecen como agentes oportunistas especialmente importantes en pacientes sometidos a antibioterapia prolongada y en inmunodeprimidos.

5 Discusión-Conclusión

Este tipo de infecciones afectan al 5% de los pacientes y comportan una importante morbimortalidad y un mayor coste económico. Se ha demostrado que la aplicación de listados de verificación y paquetes de medidas son de utilidad en la prevención de las infecciones hospitalarias. La vigilancia epidemiológica, entendida como la recopilación de información para emprender una acción, es la

base de los programas de control de las infecciones. La comparación de estos indicadores es de gran utilidad en el establecimiento de medidas de prevención. La información y formación continuada de los profesionales sanitarios , la mejora, ampliación y promoción de nuevas estrategias junto con el estudio estadístico de los resultados se presenta como la mejor manera para avanzar contra las infecciones nosocomiales y siempre , por supuesto, junto con el extricto cumplimiento de todos lo suyos protocolos y medidas generales de prevención en particular, como la propia Organización Mundial de la Salud destaca, las prácticas óptimas de higiene de manos a la cabecera del paciente. Para ello se requiere un fuerte compromiso de todo el personal sanitario especialmente de aquellos que trabajan directamente ofreciendo los cuidados de enfermería para contener , en aquellos pacientes que las padezcan y no contagiar ni transmitir infecciones de un paciente a otro.

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiología-clínica-28-artículo-epidemiologia-general-las-infecciones-nosocomiales—S0213005X13000025
- https://mediantensiva.org/es-prevención-infecciones-nosocomiales-estrategias-mejorar-articulo-S0210569108709471
- Macmillan Profesional. Higiene del Medio Hospitalario y Limpieza del Material.
- OMS. Organización Mundial de la Salud.

Capítulo 736

EL CORRECTO ASEO DE PACIENTE ENCAMADO REALIZADO POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

LAURA PRADOS DÍAZ

1 Introducción

El aseo del paciente encamado se realiza en la cama, con la ayuda de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y celadores , debido a su estado de salud, ya que no le permite hacerlo por sí mismo ó colaborar lo suficiente para hacerlo fuera de la cama . Con una técnica apropiada y teniendo previamente todo el material necesario preparado, se podrá asear al paciente pueda colaborar lo necesario o por el contrario no. Proporcionándole una correcta higiene y mantener su bienestar durante su hospitalización, y evitando así posibles infecciones de la piel, etc. y manteniendo la intimidad, comodidad y corrientes de aire durante el aseo.

Antes de proceder nos aseguraremos de que no haya corrientes de aire, mantener la intimidad del paciente con mamparas y sobre todo tener preparado todo el material necesario.

Pondremos al paciente decúbito supino , nos aseguraremos de tener la temperatura adecuada del agua de la palangana y introduciremos las esponjas. Se empezará con la cara evitando el jabón sobre todo en los ojos, orejas y cuello. Secando cada zona después nuestro compañero. Se le descubrirá el torso y se seguirá empezará con los brazos de arriba hacia abajo y insistiendo en las axilas. Se sigue con el tórax haciendo hincapié en las mamas si fuera mujer y secando

muy bien. Siguiendo con el abdomen. Taparemos al paciente para evitar enfriamientos.
Seguiremos con las piernas y pies insistiendo a la hora tanto de lavar como de secar los espacios interdigitales. Tras cambiar el agua, la zona perineal, si fuera mujer de arriba hacia abajo y aclararemos muy bien y secaremos muy bien la zona. Y si fuera hombre se retirará el prepucio para un lavado minucioso del glande, se aclarará muy bien y se colocará nuevamente el prepucio para evitar el edema de glande. En ambos casos se desechará la esponja. Y con una esponja nueva pondremos al paciente decúbito lateral, de arriba hacia abajo lavaremos la espalda, glúteos, muslos y la zona anal. Secaremos muy bien. Aprovecharemos para aplicar crema hidratante sobre todo en las zonas de apoyo y en otras zonas si fuera necesario y revisaremos las zonas de apoyo para comprobar el estado de la piel etc. Y terminaríamos poniéndole un camisón limpio y cambiando las ropa de cama.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento adecuado del aseo del paciente encamado, para realizarle una correcta higiene y mantener su bienestar durante su hospitalización, evitando así posibles infecciones de la piel, etc. y manteniendo la intimidad, comodidad y corrientes de aire durante el aseo.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda biográfica a través de diversas bases de datos Dialnet, Scielo o Pubmed, utilizando como descriptores las palabras clave y , por medio de webs de búsqueda y divulgación científica, así como una revisión de los protocolos del HUCA.

4 Bibliografía

• Leal LC. Actualización de los cuidados de enfermería al paciente encamado: 59.
• Leal - Actualización de los cuidados de enfermería al pac.pdf [Internet]. [citado 31 de enero de 2020].
• Llatas FP, Pujalte BF, Areosa LA, Prieto JMR. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fric-

ción, cizalla y presión. Enfermería Dermatológica. 2013;7(18-19 (enero-agosto)):14-25.
• Manzano JLP, Peña YR, Márquez AS, Rodríguez AÁ, Álvarez JC. Intervención educativa en cuidadores de adultos mayores encamados en el hogar. Revista Electrónica Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta.
• Gía Belduma Y. Técnica de aseo del paciente encamado. 2010.

Capítulo 737

PROCEDIMIENTO DE ARREGLO DE LA CAMA HOSPITALARIA POR LOS TCAE ESTANDO OCUPADA POR UN PACIENTE ENCAMADO.

LAURA PRADOS DÍAZ

1 Introducción

En numerosas ocasiones en los que, por diversas razones, un paciente debe guardar reposo absoluto en cama (debido a enfermedades, operaciones…). Con el fin de mantener la confortabilidad e higiene del enfermo, es preciso realizar tanto el aseo como el cambio de la ropa de cama con el paciente acostado. En estos momentos es importante la compenetración y la técnica del TCAE y del celador, para realizar estas tareas con rapidez y eficacia, para que al paciente no le resulte incómodo dada su situación de salud.

2 Objetivos

- Preparar al personal sanitario encargado sobre la mejor técnica para hacer una cama hospitalaria.
- Facilitar la confortabilidad, higiene y bienestar del paciente encamado durante su convalecencia.

3 Metodología

Revisión de los protocolos sobre cuidados al paciente del HUCA a través de diversas bases de datos como Dialnet, PubMed y Scielo, así como el uso de las palabras clave como descriptores.

4 Resultados

Sobre todo antes de empezar nada, es importante conocer las patologías y limitaciones del paciente, para así saber cuál es la mejor forma de actuar, para adecuarla según su situación. Y así poder desarrollarla sin problemas.
Se empezará explicándole el procedimiento al paciente. Para que nos ayude según sus posibilidades y condición, durante el cambio de la ropa de su cama. También nos aseguraremos de que la cama esté frenada y en posición horizontal, siempre que no haya contraindicación y procuraremos tener preparada toda la ropa de cama necesaria y a mano.
Durante la tarea nos aseguraremos de mantener la intimidad del paciente, evitando las corrientes de aire; se comenzará el proceso siguiendo los siguientes pasos.

Por nuestra parte:
- Higiene de manos y colocación de guantes.
- Retirar la colcha y la manta, aflojando la sábana y dejando cubierto al paciente con ella.
- Mover al paciente de lado sobre un lateral, manteniéndolo en esa posición con la ayuda de otro profesional preferiblemente, o en su defecto la barandilla de seguridad, para mayor seguridad y tranquilidad del paciente, etc.
- Enrollar hacia su espalda la sábana bajera y la entremetida sucias.
- Seguidamente colocar la sábana bajera, y entremetida limpias, en el espacio libre y someter la ropa por el lateral.
- Rotar al paciente sobre la ropa de la cama limpia, retirar la ropa sucia y estirar la limpia sometiéndola por el otro lateral.
- Después de asegurarnos de que no hay ninguna arruga en la ropa limpia y recién colocada, colocaremos adecuadamente sobre el paciente la sábana encimera, la manta y la colcha.
- Cambiaremos la funda de la almohada, y la colocaremos bajo la cabeza del paciente, dejándole cómodo.
- Nos aseguramos de dejar al paciente en posición cómoda.

- Tiraremos la ropa sucia a los contenedores o bolsas de lencería destinados para ello, y tiraremos los empapadores o entremetidas de un solo uso, así como los pañales sucios si fue necesario su cambio, al contenedor de desechos correspondiente.
- Nos retiraremos los guantes y nos lavaremos las manos.

5 Discusión-Conclusión

Un adecuado arreglo de la cama supondrá una mayor confortabilidad del paciente, ayudará a evitar UPP y diversas patologías derivadas durante su ingreso.

6 Bibliografía

- González MM. Manual de procedimientos de enfermería del Hospital General Universitario de Murcia. EDITUM; 2000. 357 p.
- Gonzalez S, Elvira R. TÉCNICA DE ARREGLO DE CAMA CON PACIENTE. 2013 [citado 3 de febrero de 2020]; Disponible en: https://dspace.unl.edu.ec//handle/123456789/4035.
- Ordóñez C, Rosario E. Técnica de arreglo de la unidad del paciente hospitalizado. 2009 [citado 3 de febrero de 2020]; Disponible en: https://dspace.unl.edu.ec//handle/123456789/4447.
- Abad J, Eulália R. Técnica de aseo de la unidad del paciente. 2011 [citado 3 de febrero de 2020]; Disponible en: https://dspace.unl.edu.ec//handle/123456789/8058.

Capítulo 738

APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y AISLAMIENTO EN LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES POR PARTE DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ANA ROSA LOPEZ ALVAREZ

YAIZA ARIAS CASTRO

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias se definen como “aquellas que son desarrolladas durante el proceso de hospitalización del paciente y que no estaban presentes, ni en periodo de incubación, en el momento del ingreso del paciente” (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a las infecciones nosocomiales como “aquellas infecciones contraídas en los hospitales por un paciente que ha sido ingresado por un motivo diferente al de esa infección” (2). La OMS también incluye en esta definición las infecciones que han sido contraídas en el hospital pero que se manifiestan hasta 48 horas después de producirse el alta del paciente o aquellas infecciones ocupacionales que han sido contraídas por el personal sanitario del hospital.

2 Objetivos

- Realizar un análisis de la incidencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales.
- Determinar las principales causas de transmisión de las misma y los factores que las originan.
- Realizar propuestas de abordaje encaminadas a reducir o prevenir su incidencia en las instituciones sanitarias.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre la infecciones nosocomiales y los factores desencadenantes de ella. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scielo y Teseo. Los descriptores utilizados fueron: nosocomial, infección y hospital. Con estos descriptores también se realizaron búsquedas en metabuscadores como NHS Evidence o Excelencia clínica. Como criterios de exclusión, se han omitido todos los estudios que sean anteriores al año 2002 y los artículos escritos en cualquier idioma que no sea el inglés o el español.

4 Resultados

La cadena de transmisión de la infección está compuesta por la interacción de 6 elementos (3) (4): agente, reservorio, puerta de salida, transmisión, puerta de entrada y huésped. La interrupción de alguno de estos elementos de la cadena supone detener la transmisión de la infección. Existen una serie de factores de riesgo a la hora de adquirir una infección nosocomial, como puede ser tener edades extremas, las estancias prologadas en los hospitales, cercanía durante la estancia hospitalaria a pacientes infectados, comorbilidad, existencia de otras infecciones previas, medicamentos que afecten al sistema inmune, traumatismos, factores ambientales o procedimientos invasivos (5).

Existen 7 áreas fundamentales a la hora de controlar las infecciones nosocomiales: medidas de aislamiento hospitalario, manipulación adecuada de residuos, limpieza y esterilización hospitalaria, uso racional de antimicrobianos, vigilancia de las resistencias bacterianas, uso racional de desinfectantes y vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales (3).

Un estudio de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene realizado en el año 2015 para medir la prevalencia de las infecciones nosocomiales en España ha determinado que la prevalencia total de las infecciones nosocomiales entre los pacientes es del 8,06%. Además este estudio establece que las infecciones nosocomiales más frecuentes son las de localización quirúrgica, las respiratorias, las urinarias y las bacterianas (6) (7).

Las medidas de precaución y de aislamiento llevadas a cabo para reducir el impacto de las infecciones nosocomiales tienen muchas evidencias científicas que avalan su efectividad y por lo tanto son altamente recomendables a la hora de aplicarlas en los entornos hospitalarios (8) (9).

El personal sanitario dispone fundamentalmente de dos medidas a la hora de aislar las infecciones nosocomiales: las precauciones estándar y las precauciones basadas en el mecanismo de transmisión (2).

- Las precauciones estándar, normales o universales establecen que debe tenerse cuidado con todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico. Su objetivo es prevenir la exposición del personal sanitario a los riesgos biológicos y evitar al transmisión de patógenos (2) (5). Dentro de las precauciones estándar que se pueden aplicar están el lavado de manos, el uso de guantes, el uso de mascarillas, el uso de protecciones respiratorias, el uso de protecciones oculares, el uso de batas, la limpieza rutinaria y eliminación de residuos, el correcto manejo de la lencería o la práctica de la higiene respiratoria y control de la tos en el paciente.
- Las precauciones basadas en el mecanismo de transmisión se toman en aquellos pacientes que se sabe que son portadores de enfermedades altamente transmisibles y en el que se deben aplicar medidas más restrictivas y adicionales que las estándar (5). Esta precaución será usada complementariamente junto a las básicas (3). Dentro de estas precauciones existen tres categorías en función del medio de transmisión: por aire, por contacto o por gotas (11). Entre las medidas para el aislamiento para enfermedades que se transmiten por contacto podemos destacar: la ubicación del paciente en habitaciones individuales, higiene de manos, uso de bata, uso de guantes, limitar a lo imprescindible el transporte del paciente o la utilización de un equipo exclusivo para la atención del paciente. Dentro de las medidas para el aislamiento de las enfermedades que se transmiten por gotas podemos encontrar: la ubicación del paciente en habitaciones individuales o el uso de mascarillas (1) (5) (10). Cabe destacar que debido al corto alcance que tiene la transmisión por gotas, con una distancia inferior a un metro, las medidas de aislamiento no son tan estrictas y numerosas con el resto de los casos (1) (10) (11)

En el caso de las las enfermedades que se transmiten por vía aérea las medidas más importantes son: uso de habitaciones individuales, mantener las puertas de las habitaciones siempre cerradas, sistemas de presión negativa para evitar que el aire circule al interior del edificio, evitar en la medida de los posible traslados del paciente y en caso de ser necesarios el paciente deberá llevar en todo momento mascarilla, uso de mascarillas o el uso de guantes (1) (3).

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales son una importante fuente de morbimortalidad en los hospitales y pueden ser altamente evitables aplicando medidas de prevención y aislamiento.

Las enfermedades transmisibles se pueden diseminar por contacto, por aire o por gotas. Existen dos tipos de medidas estándar a la hora de prevenir la transmisión de las enfermedades, una se aplica a todos los pacientes y la otra sólo se aplica en caso de existir un alto riesgo de transmisión de la enfermedad y en función de la forma de transmisión de la misma.

Existe un amplio consenso y muchas evidencias de que todas las medidas de aislamiento de las enfermedades transmisibles tienen una gran utilidad a la hora de prevenir la transmisión en los entornos hospitalarios. El personal sanitario es el principal responsable de la prevención de las enfermedades transmisibles y de la reducción de las infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

1. Andrade Lobato R, Arrazola Martínez MP, Cantón Moreno R et al. Promoción de la calidad, Guía de buenas prácticas: Prevención y control de la infección nosocomial. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Madrid, 2007. Disponible en: http://www.amepreventiva.es/docinteres/guiabpc_in_366pags_lowres.pdf
2. Ducel G, Fabry J, Nicolle L et al, WHO. Prevención de las infecciones nosocomiales: Guía Práctica. Lyon/Ginebra. 2a Ed. 2002. Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf
3. Álvarez Tuñón Z, Fernández Muñiz P, Martinez Ortega MC et al. Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Hospital Valle del Nalón, Asturias, España; 2007. Disponible en: http://www.hca.es

4. Área de Prevención y Control de Enfermedades. Unidad de Enfermedades transmisibles. Guía para la prevención y el control de las infecciones en servicios de salud, dirigida a estudiantes de la carreras de ciencias de la salud. Organización Panamericana de la Salud, La Paz, Bolivia; 2007. Disponible en: http://www.anes.pt/files/documents/default/683347471.pdf
5. Grupo de trabajo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Protocolo de precauciones estándar y específicas (basadas en la transmisión). Madrid, España. 2010. Disponible en: http://www.madrid.org
6. SEMPSPH: Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. EPINE: Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España, Resumen Informe Global 2015. España. 2015. Disponible en: http://hws.vhebron.net
7. SEMPSPH: Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE, evolución 1990-2015. España. 2015. Disponible en: http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/EPINE%201990-2015%20web.pdf
8. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). Enfermedad Inflamatoria Intestinal al Día. 2003. Disponible en: http://www.svpd.org/mbe/niveles-grados.pdf
9. Ayora Torres MP, Castilla Sánchez C, Cuadrado Muñoz R et al. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Cordoba, España. 2011. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h11_medidas_prevencion_aislamiento.pdf
10. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, CDC. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 2007. Disponible en: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf
11. WHO, Regional Office for western Pacific and Regional Office for South-East Asia. Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities. Manila-Nueva Delhi. 2004. Disponible en: http://www.wpro.who.int/publications/docs/practical_guidelines_infection_control.pdf

Capítulo 739

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ASMA

ANA ROSA LOPEZ ALVAREZ

YAIZA ARIAS CASTRO

1 Introducción

El asma es una enfermedad crónica respiratoria que se define como "una inflamación crónica de las vías aéreas en la que desempeñan un papel destacado determinadas células y mediadores celulares". El asma se asocia con un aumento de episodios de sibilancias, tos y opresión torácica, sobretodo en las noches y madrugadas (1). Su expresión clínica es muy heterogénea pudiendo variar entre síntomas agudos, estacionales, crónicos, esporádicos o en relación con el ejercicio físico (2).

El asma es una enfermedad que presenta una elevada prevalencia entre la población infantil en España, donde afecta al 10% de los niños, produciéndose diferencias destacables entre las diferentes regiones (3).

2 Objetivos

- Realizar un análisis de la incidencia del asma en la población infantil.
- Determinar los tipos diagnóstico y tratamiento existentes y los factores que desencadenan o agravan este problema.
- Realizar propuestas de abordaje de la enfermedad desde la prevención.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre el asma infantil y los factores desencadenantes del mismo. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scielo y Teseo. Los descriptores utilizados fueron: asma, diagnóstico, tratamiento, infantil. Con estos descriptores también se realizaron búsquedas en metabuscadores como NHS Evidence o Excelencia clínica. Como criterios de exclusión, se han omitido todos los estudios que sean anteriores al año 2000 y los artículos escritos en cualquier idioma que no sea el inglés o el español.

4 Resultados

El diagnóstico del asma se realiza ante la presencia de síntomas respiratorios como la tos, las sibilancias, dificultad para respirar o la opresión torácica que han sido desencadenados por diferentes factores. En niños menores de 5 años el diagnóstico del asma resulta complejo, debido a que a estas edades los niños suelen presentar sibilancias debidas a virus respiratorios. Es por ello que de los niños con sibilancia menores de 5 años, sólo un 20% de ellos tendrá asma cuando llegue a la edad escolar (5).

Debido a la corta edad de los pacientes en ocasiones no es posible realizar una espirometría, por lo que es necesario realizar otro tipo de diagnóstico que variará según la gravedad y duración de los síntomas. Si los síntomas son leves lo más recomendable es realizar un plan de seguimiento de la evolución del asma. En cambio si los síntomas son continuados en el tiempo o se presentan de forma grave es necesario realizar pruebas adicionales de la función respiratoria.

El principal objetivo del tratamiento del asma es controlar los síntomas asociados, prevenir el riesgo de que se produzcan en un futuro y mejorar la función pulmonar, todo ello con el menor número de efectos adversos que se puedan derivar del tratamiento aplicado (1) (2) (4).

El seguimiento clínico en el tratamiento del asma es fundamental, con consultas programadas y de frecuencia adaptadas a las necesidades de cada paciente, para determinar la frecuencia de estas consultas es necesario evaluar y ponderar los síntomas y la limitación que puedan ejercer sobre las actividades cotidianas del paciente, así como el posible riesgo de que se produzcan pérdidas de la función pulmonar o de exacerbaciones. Al principio del tratamiento, las visitas serán más frecuentes, mientras se lleva a cabo el proceso educativo del paciente, que tiene

una duración de entre 1 a 3 meses. La frecuencia y duración puede verse aumentada si el paciente tiene mal control de la enfermedad o esta se vuelve grave. Además las visitas se ajustarán en función del grado de autonomía del niño y de la colaboración de su entorno familiar, en caso de ser positivos estos dos últimos aspectos, la toma de decisiones y las consultas se pueden realizar únicamente una vez al año (1).

Hay evidencias que demuestran que la educación en el autocontrol mejora la salud de los pacientes con asma, produciéndose una importante disminución de las visitas a los servicios de urgencias y de las posteriores hospitalizaciones (1) (5). Para que la educación en el autocontrol sea efectiva es necesario adaptarse al niño y para ello, la proposición de los objetivos a realizar por el paciente debe utilizar materiales gráficos que sean interactivos, además deben estar adaptados a cada rango de edad. También es importante proporcionar al paciente y a su entorno el plan de acción por escrito, en el que se detallarán las instrucciones a seguir en caso de que el niño sufra un ataque de asma, así como la medicación que debe tomar, las pautas para reconocer el empeoramiento de los síntomas, pautas sobre cuando y cómo aumentar la medicación o indicaciones de cuando es necesario acudir al servicio de urgencias (2) (4).

Una vez se produce una crisis de asma, el objetivo prioritario es aliviar la obstrucción del flujo aéreo. Para determinar la gravedad de las crisis de asma es útil la utilización de la "Pulmonary Score" que es de uso sencillo y además es aplicable a todas las edades (10).

5 Discusión-Conclusión

El mejor tratamiento del asma en niños es la prevención, identificando los desencadenantes y procurando evitarlos en la medida de lo posible. La exposición del niño a alérgenos, como ácaros, epitelio de mascotas, hongos o pólenes y a los que el niño está sensibilizado, pueden provocar y desencadenar un aumento de los síntomas y una crisis asma.

El tratamiento del asma con medicamentos debe ser individualizado, realizarse de manera escalonada y ajustarse continuamente, con el único fin de que se consiga el mejor control posible de la enfermad con el mínimo número posible de efectos adversos para el paciente.

La exposición al humo del tabaco, tanto directa como indirectamente se asocia

con un empeoramiento de los síntomas y del control de la enfermedad. Es por ello que es importante concienciar y advertir a los padres y familiares del riesgo que conlleva fumar para la salud del niño (4) (5).

Para los niños que padezcan alergia la polen, es importante, por parte de los padres, cuidadores o familiares comprobar la información sobre polen de su zona para poder tomar medidas y limitar el tiempo de exposición del niño ante este factor desencadenante de la enfermedad.

El tratamiento químico en las alergias a los ácaros se ha demostrado ineficaz, por lo que el mejor tratamiento es la prevención, utilizando fundas y ropa de cama antiácaros y evitando los niveles elevados de humedad ambiental en la casa (4).

6 Bibliografía

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2015. [Fecha de consulta 27 de enero de 2020]. Disponible en http://www.ginasthma.org/
2. Mora I. Guía clínica de asma infantil. Fisterra. 2013: Fisterra. [Fecha de consulta 27 enero 2020]. Disponible en http://www.fisterra.com/guias-clinicas/asma-infantil/
3. Carvajal Ureña I, García Marcos L, Busquets Monge R, Morales Suarez Varela M, García de Andoin N, Batlles Garrido J, el al. Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles, International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España. Arch Bronconeumol. 2005;41:659-66.
4. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). British guideline on the management of asthma. 2016. [Fecha de consulta 28 enero 2020]. Disponible en http://www.sign.ac.uk/pdfSIGN153.pdf
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Asma Infantil. Guía de Práctica Clínica sobre Asma Infantil. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [Fecha de consulta 27 enero 2020]. Disponible en http://www.guiasalud./GPC/GPC_548_Asma_infantil_Osteba_compl.pdf

Capítulo 740

ATENCION Y CUIDADOS AL PACIENTE EN EL ESTREÑIMIENTO. ENEMAS Y SU CLASIFICACIÓN.

MARIA BLANCA MASEDA GASALLA

1 Introducción

Podemos hablar de estreñimiento cuando se da una evacuación intestinal infrecuente, también se dice que es la dificultad para la expulsión de las heces anormalmente duras y secas. El término constipación también se utiliza para referirnos al estreñimiento .
Podemos diferenciar un estreñimiento verdadero del estreñimiento subjetivo. Cuando este se vuelve un hábito que persiste durante meses o años hablamos de estreñimiento crónico y podemos hablar de una serie de características que favorecen su aparición como son :
- Una dieta inadecuada con poca o escasa ingesta de fibra y pocos líquidos.
- El sedentarismo.
- Ingesta de determinados medicamentos ,como : antiácidos (sales de aluminio,carbonato cálcico); analgésicos (AINES,opiáceos); anticonvulsivantes (hidantoína); diuréticos (furosemida); los suplementos de hierro, etc..
- El efecto rebote que se produce tras el uso crónico de laxantes.
- La retención frecuente y consciente del reflejo de defecar.
- La edad avanzada.
- Secundario a otras enfermedades : ACV, diabetes, deshidratación, hipotiroidismo, parkinson, tumores de colón y recto, divertículos, enfermedad inflamatoria intestinal, fisuras, hipercalcemia…

Para prevenir el estreñimiento se pueden tomar una serie de medidas:
- Se puede aliviar el estreñimiento estimulando el peristaltismo con una buena educación sanitaria.
- Con unas recomendaciones dietéticas ,como el fomento de cantidades adecuadas en la ingesta de fibra (unos 30 gramos) con abundancia de frutas y vegetales y un aporte hídrico adecuado(mínimo de un litro y medio al dia).
- Uso de técnicas de reaprendizaje o biofeedback si existe alteraciones en la defecación.

2 Objetivos

Identificar los síntomas para hacer una buena prevención y así evitar el estreñimiento.

3 Metodología

La información se ha obtenido consultando diversas publicaciones científicas, se han introducido términos en la búsqueda sistemática como estreñimiento funcional, intestino irritable, peristaltismo, encopresis, enema. Y se realiza una búsqueda en internet en las principales bases de datos como PUBMED y MEDLINE.

4 Resultados

Podemos decir que el estreñimiento agudo puede aparecer en cualquier persona en un momento determinado debido a un cambio en los hábitos normales de alimentación, viajes, medicamentos o también por una falta de rutina en la evacuación, pero también podemos hablar del estreñimiento crónico que es persistente en el tiempo y donde puede estar indicado el uso de laxantes o de un enema.
El auxiliar de enfermería /TCAE debe realizar una serie de cuidados como son:
- Tiene que registrar diariamente el número y las características de las deposiciones.
- Debe de indicar si sigue un horario regular en las deposiciones.
- Debe asegurarse de que el paciente realice una ingesta líquida mínima y un consumo de alimentos ricos en fibra soluble e insoluble.
- Debe facilitar la intimidad procurando en la medida de lo posible el uso del baño.
- Fomentar el ejercicio en el paciente.

- Si el paciente está encamado, elevar el cabecero de la cama para facilitarle la posición más fisiológica.
Cuando sea preciso para hacer frente al estreñimiento puede actuarse bien con la administración de laxantes o con la aplicación de un enema.
Los enemas son soluciones líquidas que se introducen en el recto y/o parte inferior del colon a través del ano .
Los principales objetivos del enema :
- Aliviar el estreñimiento estimulando el peristaltismo .
- Ablandar las heces y lubricar el colon/recto.
- Limpieza del colon/recto para exploraciones, partos, cirugías.
- Administrar medicamentos y/o nutrientes.
Clasificación de los enemas:
- Enemas de limpieza o evacuadores: dentro de ellos tenemos
- Preparados comerciales (tipo casen).
- Preparados de agua jabonosa (500/1500 ml)
Enemas de retención, destacamos :
- De aceite/oleoso/emoliente
- Medicamentoso
- Opaco-baritado
Otros enemas : como
- Carminativo o Lavativa de Harris (para la expulsión de gases).
- Enema gota a gota o de Murphy o proctoclisis (cuando hay que introducir gran cantidad de líquidos).
- Enema antihelmíntico (para eliminar parásitos intestinales).
Los laxantes son fármacos que aumentan el ritmo intestinal para tratar el estreñimiento y pueden ser :
- Formadores de bolo o mucílagos.
- Suavizantes y emolientes.
- Osmóticos.
- Estimulantes por contacto.

5 Discusión-Conclusión

Se considera que una función defecatoria saludable es aquella en la que la persona realiza al menos tres evacuaciones por semana , es indolora y se realiza sin esfuerzo excesivo. Donde además el individuo debe alcanzar una sensación de desocupación completa del recto.

Los criterios de ROMA III han permitido conciliar la dispersión de criterios y acepciones incorporando términos cuantitativos y cualitativos.Para concluir podemos decir que unos buenos hábitos higiénicos dietéticos ayudan en la prevención de esta enfermedad.

6 Bibliografía

- https://www.medlineplus.gov
- https://www.diariofarma.com.
- https://www.aegastra.es.
- https://www.mayoclinic.org.
- htpps://www.saludigestivo.es.
- https://www.sciencedirect.com.
- https://www.segg.es
.

Capítulo 741

DRENAJES QUIRÚRGICOS.

ANA MARÍA GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El drenaje es colocado por el médico, enfermería es quien se encarga de su vigilancia y cuidados, con la colaboración del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), motivo por el cual este debe conocerlos.

El médico es quien lo selecciona y coloca, en función del lugar, tamaño de la herida y la cantidad de líquido drenado. El producto drenado por lo general se obtiene por gravedad, por capilaridad o por aspiración con presión negativa.
- Drenajes simples o pasivos: son los que se utilizan en heridas quirúrgicas de tamaño moderado que no presentan complicaciones, los líquidos salen por acción de gravedad.
- De tejadillo: goma blanda y flexible con surcos longitudinales por los que resbala los líquidos, se cortan según necesidad y se pueden suturar.
- Penrose: tubo flexible de goma, de solo una luz, varios tamaños pudiendo fijarse con un punto de sutura a la piel.
- En cigarrillo: tubo de caucho flexible, de una sola luz en su interior y lleno de gasas para ayudar la absorción.

Por capilaridad:
- Drenajes colectores o activos: se utilizan par drenar heridas abdominales grandes o infectadas, por gravedad o aspiración. Son conectados a bolsas colectoras o al sistema de aspiración por vacío.
- Redón: drenaje cerrado, con sistema de vacío, recipiente de plástico o cristal se drenen los líquidos por presión negativa o vacío.

- De tubo: tubo alargado de silicona o goma, pueden ser de caucho para aspiración. Catéter mediastínico de silicona y el tubo en T puede conectarse al sistema de aspiración, se utiliza para drenar el colédoco, dos extremos canalizan las vías biliares y el otro sale por el abdomen. Drena la bilis del hígado al intestino. El catéter mediastínico se utiliza en las incisiones abdominales grandes o mediastínicas.
- De doble luz: una luz permite la entrada de aire para la evacuación del drenaje por la segunda luz. Se utiliza en grandes heridas infectadas.
- Abramson: sale al exterior a través de la luz central, de mayor diámetro, las restantes permiten la entrada de aire, fármacos o soluciones de irrigación.
- Evacuadores quirúrgico: son sistemas cerrados, formados por un tubo conectado a la unidad de aspiración, que funciona de forma constante y suave. Permiten la medir lo eliminado y algunos evitan el reflujo de lo drenado, se insertan en el quirófano, se emplean en el drenaje toráxico con sello hidráulico.

Cuidados generales de los drenajes:
- Medidas de asepsia para su manipulación.
- Vigilar la permeabilidad.
- Mantener el sistema colector por debajo de la herida (evitar el reflujo).
- En el redón, cambiarlo cuando pierde el vacío.
- Observar el burbujeo en los drenajes torácicos, evacuadores quirúrgicos.
- Realizar la técnica de limpieza del punto de drenaje (de lo más limpio a lo más sucio).
- Aplicar apósitos estériles sobre y alrededor del drenaje, y bolsas colectoras para facilitar la recogida de lo eliminado.
- Asegurar la integridad de la piel con barreras cutáneas de protección, tomando la medida del orificio y se limpia y seca la piel.

Los drenajes son técnicas quirúrgicas que se emplean para favorecer la salida de secreciones y líquidos orgánicos, (contaminados o no) del interior del cuerpo al exterior, de esta manera disminuye la posibilidad de infección en la herida.

2 Objetivos

Describir la función y los cuidados de los drenajes quirurgicos.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Patología quirurgica general, José A Rodriguez Montes.
- Cirugía, educación quirurgica, Abel Archundia.
- Procedimientos clinicos de medicina de emergencia, Robert y Hedges-Roberts.
- www.revista-portalesmedicos.com
- enlace goo.gl/RTKNxv

Capítulo 742

MANTENIMIENTO Y CONTROL DEL CARRO DE PARADAS: TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SU COMPETENCIA.

MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ

NATALIA CASADO FANJUL

MONICA HERNANDEZ

RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria pediátrica, así como las situaciones de riesgo vital que pueden llegar a desencadenarla, precisan de atención inmediata. Estas circunstancias pueden darse en cualquier momento y en cualquier ámbito sanitario. Estas situaciones son de alto riesgo, y suponen además un importante estrés para el personal que las atiende. Por otro lado, los retrasos en los cuidados y los errores cometidos, pueden traer consecuencias indeseadas. Por lo tanto, todos los centros y dispositivos médicos subsidiarios de atender a la población en general deben contar con el material y el personal necesario para poder llevar a cabo una intervención inmediata, sea cual sea el nivel de complejidad de dicho centro.

Este material conforma lo que conocemos como carro de parada. El contenido de dicho carro va a presentar diferencias según el escenario para el que se contemple y debe incluir de manera ordenada: el material y la medicación para atender tanto una PCR como las urgencias vitales que pueden evolucionar a PCR.La estandarización, tanto de los protocolos de actuación, como de los componentes de dichos carros, puede disminuir tanto el estrés en la atención, como el riesgo que conllevan estas situaciones. Periódicamente, se revisan a nivel internacional las recomendaciones sobre reanimación cardiopulmonar, incluyendo la pediátrica.

En las unidades y servicios de hospitalización existen diferentes modelos de carros de paradas dependiendo de las necesidades existenciales. Estos dispositivos móviles son muy necesarios dentro de cualquier centro que preste asistencia sanitaria, para abordar en condiciones óptimas las complicaciones graves por parada cardiorrespiratoria de los pacientes. Es por eso que este dispositivo complementario tan importante en la sanidad, debe estar regladamente revisado y repuesto de todo material específico que en él podemos encontrar. El material que debe de incluir está protocolarizado en todas las unidades de asistencia sanitaria, para que esté disponible en cualquier momento y minimizar así cualquier riesgo de error. Debe de estar en un lugar visible de la sala,cercano a la puerta de entrada,cerca de las balas de oxígeno y de un punto de electricidad y de fácil acceso de rodada para su traslado urgente.Los centros hospitalarios tienen códigos para mantener el pasillo despejado en caso de que se presente una urgencia y haya que tener pista libre para pasar con el carro sin incidencias.

El primer carro que se creó data de 1962, por el padre de un médico en el centro asistencial Bethany de los Estados Unidos y se componía de un desfibrilador,un ambú,un tablero y tubos endotraqueales. Hoy en día este tipo de carros está dotado de tecnología digital. Las urgencias médicas de carácter vital son frecuentes en el medio hospitalario. El 50% de los fallecimientos actuales se deben a paradas cardiovasculares, siendo el fallo cardíaco la más común. El contenido del carro de paradas está sistematizado de manera que en todos los carros la diversificación y colocación de las bandejas es igual o similar y las normas de uso, revisión reposición y sellado y registros también. Está totalmente prohibido acumular material desordenado ya que dificulta la asistencia médica y únicamente habrá modificaciones del carro en el caso de que la última urgencia así lo haya requerido, en pos de una atención más eficaz.

En el momento de la urgencia es muy importante que el personal que asiste

esté continuamente formado en cuanto a las habilidades con este dispositivo para garantizar la asistencia a los pacientes. El carro debe quedar precintado después de cada revisión ,lo cual nos indica que si no está precintado es que no está revisado debidamente, y su apertura será indicada por el médico que solicita su uso para atender la urgencia. Se establecen turnos rotatorios del personal responsable del carro para que todo el equipo esté familiarizado con él. Su revisión se establece según la fecha del contenido más próximo a su caducidad y acto seguido se sella. Si por cualquier motivo el precinto se rompiera, el carro deberá ser objeto de una nueva revisión y posterior sellado por su correspondiente encargado ,o en defecto de éste, por la persona que haya visto el defecto en el precinto. El carro de paradas podrá ser desprecintado previo aviso a supervisión de la unidad,en el caso de impartir docencia. El auxiliar de enfermería que se encarga de la reposición del carro debe dotarlo de: Desfibrilador semiautomático, Electrocardiógrafo,Vía aérea y ventilación con equipo de intubación completo,Mascarillas de oxígeno,tubuladuras,bombona de oxígeno con manómetro, y alargaderas ,Tabla,equipo de perfusión, medicación urgente(adrenalina,atropina, flumazenilo, morfina, naloxona, diazepam, amiodarona, glucosmon)sueroterapia, pulsioximetro, tijeras, esparadrapo, povidona, guantes, gasas, jeringas de varios tamaños,agujas, electrodos , pie de suero.

2 Objetivos

- Determinar las competencias del TCAE en el control y gestión del carro de paradas (situación, revisión, reposición, sellado,y registros).

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática a través del buscador Google con los descriptores: carro de paradas, material de vía intubación, desfibrilador y ambú con operadores boléanos AND y NOT, como criterios de inclusión cualquier unidad hospitalaria y criterio de exclusión textos en inglés y hospitales de campaña.

4 Resultados

Revisando a nivel Europeo,en octubre del año 2015, se publicaron las nuevas Guías de Reanimación Cardiopulmonar, tanto del European Resuscitation Coun-

cil (ERC)(3) como de la American Heart Association (AHA), según consenso ILCOR 2015.
En España el ministerio de sanidad con la ley 16/2003 de Cohesión y calidad del SNS situó la seguridad del paciente en el centro de la política sanitaria como un componente clave de la calidad asistencial. Formación del personal sanitario en las diferentes áreas hospitalarias con un nivel adecuado a sus competencias y responsabilidades, con simulacros y reciclaje de contenidos temáticos.

Sistema de organización para una actuación rápida e integral de todos los eslabones de la cadena asistencial. Controles de la calidad de la RCP.Establecimiento de los equipos de soporte vital avanzado. Perímetro hospitalario (cocinas,aparcamientos, central térmica, jardines, lavandería).45.000 personas mueren al año en España por paro cardíaco. Las posibilidades de sobrevivir a una parada cardíaca que irrumpe fuera de un hospital son entre el 5 y el 10% por lo que una atención temprana es vital para la supervivencia. En un adulto un 90% de las PCR presentan una FV (fibrilación ventricular) que si la desfibrilación se realiza a tiempo puede revertirse ya que cada minuto que pasa disminuye entre un 10 y un 15% la supervivencia. Comités Interdisciplinarios de Resucitación cardiopulmonar, programas de desfibrilación temprana,desarrollo estratégico de DEA. Se estima que en España cada año más de 18000 personas son asistidas de RCP dentro de un hospital, el 50% en áreas de críticos y el resto en plantas de hospitalización diversas tras el alta de UCI.
Hoja de registros con fecha de apertura,nombre del sanitario que realiza el desprecinto del carro, incidencias, notas de caducidades,material que se repuso y estado de verificación del nuevo precinto y firma del responsable.

5 Discusión-Conclusión

Es necesaria una mayor fiscalización de la organización, mantenimiento de los CP y la disponibilidad de sus materiales y que el equipo del hospital elabore un protocolo coincidente con su realidad y rutina, creando ayudas para una mejor asistencia a la PCR. Contar con los lineamientos de apego a la normativa, que permitan a profesionales clínicos, supervisores y personal de enfermería encargado del Carro Paro y de emergencias vitales a mantener el stock y vigencia de fármacos, materiales y equipos con el fin básico de prolongar la vida y evitar el daño secundario a los pacientes adultos, pediátricos y neonatales que requieran soporte vital básico y avanzado.

Resulta imprescindible establecer mecanismos de evaluación de la gestión del

carro de paradas y desfibriladores. La cumplimentación de los registros desarrollados para la gestión del carro de paradas y desfibrilador, no son en si mismos un sistema de evaluación, sino las herramientas para, cada determinado plazo de tiempo, analizar el correcto funcionamiento o no de los protocolos establecidos.

6 Bibliografía

-Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería:"Revisión y mantenimiento del Carro de Parada Cardio-Respiratoria". Hospital Universitario Reina Sofía. Junta de Andalucía. 22-03-2013.
-Protocolo de revisión y mantenimiento de dispositivos de atención urgente en A.P." Servicio de Salud del Principado de Asturias.Marzo 2009.
-Becerra CAR, Veja JS, Aguirre JMÓ. Evaluación de Conocimientos y Equipamiento en los Carros Rojos para la Reanimación Cardiopulmonar en una Unidad de Tercer Nivel de Atención. Medicrit junio. 2008

Capítulo 743

CARGA LABORAL EN EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARIA PAZ RODRÍGUEZ QUINTANA

ELISA ISABEL ROLLÓN DONAIRE

LEONTINA IGLESIAS PRIETO

PATRICIA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

LAURA MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

El estrés en el trabajo está a la orden del día. De manera habitual, aparece cuando la persona no es capaz de enfrentarse a la situación que se le presenta, pudiendo ser su origen múltiple y siendo habitual que no disponga de los recursos o habilidades necesarias para confrontar la amenaza. Es un mecanismo que, de manera usual, y siempre en su justa medida, puede ser adaptativo. Sin embargo, de no disponer de las herramientas de afrontamiento adecuadas, puede derivar en problemas emocionales graves (Levi, 2008; Grazziano y Ferraz, 2010).

Esta circunstancia se da, de manera generalizada, en el ámbito laboral. En estos casos, el estrés adquiere una nueva terminología y pasa a denominarse Sín-

drome de Burnout. La literatura científica de los últimos años se ha centrado en analizar este síndrome de forma exhaustiva, encontrando que los síntomas más habituales son: niveles bajos de desarrollo personal a nivel laboral, despersonalización, carga mental y agotamiento emocional (Maslach y Jackson, 1981). Los profesionales que sufren dicho síndrome, tenderán a percibirse de forma negativa en su desempeño laboral, así como en la relación con sus compañeros de trabajo. Se mostrarán con altos niveles de insatisfacción y sensación continua de estar "al límite". El estrés cronificado, es un factor de riesgo claro en el desarrollo de trastornos psicológicos y constituye una de las principales causas de baja laboral, pudiendo desencadenar patologías graves tales como enfermedades del corazón y endocrinas (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Uno de los ámbitos donde más habitualmente se encuentra este síndrome, y uno de los más estudiados en la última década, es el de la salud. Dadas las características del trabajo de los profesionales que trabajan en los centros sanitarios, la bibliografía manejada halla de forma recurrente elevados niveles de estrés y ansiedad. Unas de las categorías más afectadas son el personal de enfermería y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermeŕia (TCAE), quienes acusan en mayor medida el padecimiento de este tipo de problemáticas, llegándoles a afectar de manera determinante en su día y su vida cotidiana, tanto a corto como a largo plazo (Gil-Monte, 2003; Manzano y Ramos, 2010).

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Determinar cuáles son los principales factores de riesgo y consecuencias asociadas al padecimiento de estrés cronificado en los profesionales sanitarios, en un contexto hospitalario.

Objetivo secundario:
- Analizar cómo afectan los distintos factores laborales a la figura del TCAE en el desarrollo de ansiedad laboral.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Ebsco y PubMed, con restricción de fecha 2010-2019 y combinando los siguientes descriptores: factores laborales, burnout,

ansiedad, TCAE, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 97 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 72 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 25 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 9 por no corresponderse con los tópicos buscados).

4 Resultados

Tras analizar los artículos seleccionados, se halla información referente al Síndrome de Burnout que se detalla a continuación en tres apartados diferenciados (los factores de riesgo, sus consecuencias más habituales y el perfil clásico de la persona que padece este síndrome).
1. Factores de riesgo
Los principales factores de riesgo encontrados son los que siguen:
- Falta de personal hospitalario, específicamente TCAE.
- Las condiciones del trabajo (contractuales).
- La carga física y mental.
- El nivel de responsabilidad.
- La sobrecarga laboral.
- La sobrecarga emocional.
- Exigencias personales.
. Escasa remuneración económica.
- Turnos laborales.
- Nocturnidad.

2. Consecuencias asociadas al estrés cronificado
Varios estudios analizados demuestran que existe un incremento de riesgo psicosocial y estrés que afecta a largo plazo a la salud de los trabajadores, variando sus efectos de un individuo a otro. Este tipo de alteraciones de la salud influyen negativamente en el funcionamiento a nivel laboral y del propio sistema de salud, a nivel de coordinación y organización.

Una de las consecuencias más habitualmente encontradas en los estudios hallados, es el absentismo y las bajas laborales, temporales y permanentes. Por otro lado, se detalla que este síndrome se inicia con síntomas físicos, psicológicos y

conductuales que pueden acabar desencadenando otro tipo de alteraciones de mayor envergadura a consecuencia de un sufrimiento de estrés continuado. Así, trastornos físicos y mentales son frecuentes.

3. Perfil de los principales afectados
La mayor parte de los afectados suelen resultar los TCAE, pudiendo resaltar que más concretamente afecta al sector femenino, pues este de forma histórica se ha asociado con el rol de cuidadora tanto en el trabajo como en el hogar. En este sentido, la edad media de estas trabajadoras se sitúa entre los 40 y 50 años, con cargas familiares y, especialmente, responsables de personas dependientes.

En el caso de los TCAE, afectará especialmente, como unas de las primeras causas: el ritmo de trabajo durante la jornada laboral y el volumen de tareas a realizar, así como el poco reconocimiento de este por parte de los supervisores.

5 Discusión-Conclusión

Se avalan los resultados de investigaciones anteriores que confirmaban la asociación directa entre personal sanitario y presencia de Síndrome de Burnout. Las causas de este hecho parecen estar en las propias características laborales (horario, temporalidad, precariedad), las características individuales y el hecho de estar en permanente contacto directo con pacientes, con un volumen de trabajo elevado y un ritmo frenético.

De cara al futuro, se propone el análisis de este mismo síndrome en otros profesionales no sanitarios con el objetivo de comparar ambos sectores y determinar sus diferencias. Esto ayudará a la hora de desarrollar medidas preventivas y al aplicar abordajes tempranos que prevengan su aparición.

Finalmente, se concluye que sería adecuado evaluar el desempeño en las distintas áreas que componen un hospital, así como el ritmo de trabajo y cantidad de recursos humanos, valorando el riesgo de que los trabajadores puedan generar o padecer estrés cronificado.

6 Bibliografía

- Arias-Jiménez, M. (2007). Factores del clima organizacional influyentes en la satisfacción laboral de enfermería, concerniente a los cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional de Niños, 2004. Enfermería en Costa Rica, 28(1), 12-19.

Cañamares, L. S., & Garrido Santiago, J. (2000). La supervisión de enfermería y el burnout: un estudio sobre factores laborales y psicológicos. Gest. hosp.(Ed. impr.), 165-169.
- Coronado Luna, L. K. (2006). Factores laborales y niveles estrés laboral en enfermeros de los servicios de áreas críticas y medicina del Hospital Nacional Daniel A. Carrión.
- Cremades-Puerto, J. (2011). Factores laborales estresantes en profesionales de enfermería que trabajan en unidades hospitalarias con pacientes ingresados por problemas médicoquirúrgicos: una revisión bibliográfica.
Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Revista Eletrônica InterAção Psy, 1(1), 19-33.
- Grazziano, E. S., & Ferraz Bianchi, E. R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. Enfermería Global, (18), 0-0.
- Herrera Sánchez, R., & Cassals Villa, M. (2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. Revista Cubana de enfermería, 21(1), 1-1.
- Levi, L. (2008). O guia da comissão europeia sobre stress relacionado ao trabalho e iniciativas relacionadas: das palavras à ação. Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas.
López-Soriano, F., & Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. Revista de Calidad asistencial, 17(4), 201-205.
- Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16(2), 197-213.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of organizational behavior, 2(2), 99-113.
Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000.

Capítulo 744

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

ELISA ISABEL ROLLÓN DONAIRE

LEONTINA IGLESIAS PRIETO

PATRICIA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

MARIA PAZ RODRÍGUEZ QUINTANA

LAURA MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

La obesidad es una grave enfermedad y, por lo tanto, un enorme problema de salud pública. Sus consecuencias a nivel físico, mental y social son muy negativas (Reilly et al., 2003). Es un tema que a día de hoy, debido a su impacto, causa interés tal y como demuestran los cientos de artículos publicado en los últimos años sobre la obesidad infantil. También se han desarrollado diferentes modelos para tratar esta enfermedad, inspirados en el "Modelo Ecológico" de Bronfenbrenner, el cual explica que las personas se desarrollan en sociedad y, por lo tanto, se ven

influidos por sus seres cercanos y su entorno, contribuyendo cada uno de estos ambientes a desarrollar la personalidad del individuo.

Hay que tener en cuenta que el nivel socioeconómico es un factor de gran importancia que influye enormemente en la posibilidad de sufrir obesidad. En las sociedades industrializadas, la obesidad afecta en mayor grado a las familias con menos capacidad económica. Esto ocurro por dos motivos: primero, que la calidad de los alimentos que se puede permitir una familia de estas características es inferior a la de una familia acomodada, y segundo, que una familia de clase baja tiene más dificultades en su día a día, con trabajos muy duros y/o de mucho tiempo por poco dinero, lo que deja poco tiempo y motivación a la hora de preparar la comida para los hijos, lo que hace que los padres hagan uso de productos ultraprocesados y congelados que se pueden preparar rápidamente y con facilidad, pero que a su vez son una fuente de calorías muy grande y de escasa calidad (Lobstein, Frelut, 2003).

Como hemos dicho anteriormente, el ambiente en el que crece una persona le influye enormemente en su desarrollo. Es por ello que hay que mencionar otro de los factores que contribuyen a la obesidad infantil es, que no es otro que el crecer en un ambiente obesogénico. Esto significa vivir en una comunidad en la que se promueve un consumo de energía elevado y un gasto energético reducido a través de elementos físicos del propio entorno, como por ejemplo el tipo de vivienda, la disposición de las calles, cómo se utilizar el suelo, la accesibilidad al transporte público o el tipo de trabajo (Silventoinen, Rokholm, Kaprio, Sorensen, 2010).

2 Objetivos

- Analizar los factores de riesgo y posibles medidas preventivas en relación a la obesidad infantil y las medidas a llevar a cabo por el TCAE para tratar con este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: obesidad, ejercicio, dieta, prevención, sanidad, paciente, procedimiento, auxiliar, TCAE. A través de estos

tópicos, se encontraron 28 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 12 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 16 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 6 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 10.

4 Resultados

Se encuentra que, a día de hoy, el porcentaje de menores que sufren de obesidad es alarmantemente altos, llegando hasta un 30% de la población infantil. Debido a esto, los sanitarios cuya tarea consista en atender a estos pacientes en consulta hospitalaria, deberán tratarlos con empatía, respeto y las habilidades sociales y comunicativas necesarias, adecuándose a cada caso particular.
Las funciones del TCAE en estos casos serán las siguientes:
- Recibir al paciente cuando llegue a consulta.
- Prestarle ayuda para quitar y ponerse la ropa.
- Realizar un control del peso del paciente.
- Prestar apoyo a los compañeros sanitarios durante todo el proceso.
- Mantener informada a la familia en todo momento, poniéndolos al día de cualquier novedad.

No se puede dejar de destacar también la función educadora del TCAE con el paciente. Como profesional sanitario que es, el TCAE deberá dar consejos y pautas sobre cómo llevar una alimentación saludable, así como tratar de hacer ver a la persona a la que atiende el impacto tan negativo que tiene en su salud el consumo de alimentos y bebidas azucaradas. Es importante que el paciente entienda la relación directa que hay entre una alimentación inadecuada, con productos ultraprocesados y de baja calidad, con una merma de la salud física y psicológica, la cual se manifiesta físicamente a través del sobrepeso.

De todos modos, es igual de necesario el papel de la administración y el estado a la hora de concienciar a la población sobre estos asuntos. Es importante hacer hincapié en aspectos como la publicidad y establecer una correcta regulación sobre la industria alimentaria. El sobrepeso es un problema que afecta no sólo al afectado sino también a las instituciones públicas: genera personas cuya capacidad para

vivir su vida se ve afectada o, en ocasiones, gravemente mermada, afectando, por lo tanto, en su desempeño laboral y social. Además, como enfermo que son, consumen recursos de las instituciones, por lo que el trabajo de prevención también debe ir enfocado a las empresas que comercializan este tipo de productos.

5 Discusión-Conclusión

Pese a que por mucha gente pueda no ser percibida como tal, la obesidad es un problema de salud de gran importancia que se ve reflejado en la apariencia física de la persona, peo que tiene efectos no sólo a nivel físico, sino también psicológico y social.

Físicamente nos afecta a nivel cardiovascular y respiratorio. Una persona con obesidad es más propensa a sufrir enfermedades cardiovasculares como infartos, trombos, etc. A nivel respiratorio, una persona con esta enfermedad se cansa mucho más rápido y puede sufrir procesos asmáticos, entre otros.

En cuanto a las consecuencias psicológicas, vivimos en una sociedad en la que la apariencia física tiene gran importancia. Por ello, las personas con obesidad sufren de problemas de autoestima, afectando así no sólo a sus relaciones sociales, sino a la persona en sí misma. Una baja autoestima puede derivar en un trastorno dismórfico corporal como la anorexia o la bulimia, las cuales son extremadamente graves y peligrosas.

Se concluye así la gravedad de la obesidad y de la importancia de realizar un trabajo de prevención en el que el TCAE tiene un papel relevante a la hora de concienciar y dar pautas al paciente para conseguir que una persona cambie sus hábitos alimenticios. Para ello hay que llevar a cabo tareas como, por ejemplo, colaborar con los centros educativos y la familia. Es imprescindible también la implicación de las instituciones públicas en tareas de prevención, fomentando una vida saludable a través de medidas como el ejercicio físico o una dieta correcta.

6 Bibliografía

- Alba-Martín, R. (2016). Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. Enfermería Global, 15(2), 40-62.
- León, M. P., Infantes-Paniagua, Á., González-Martí, I., & Contreras, O. (2018).

Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y su relación con factores sociodemográficos. Journal of Sport and Health Research, 10(Suppl 1), 163-172.
- Lobstein T, Frelut M. (2007). Prevalence of overweight among children in Europe. Obes Rev. 2003;4:195-200.
- Miqueleiz, E., Te Velde, S., Regidor, E., Van Lippevelde, W., Vik, F. N., Fernández-Alvira, J. M., ... & Kunst, A. (2015). Hábitos de vida y estilos de cuidado de los progenitores relacionados con la obesidad infantil: comparación de una población española con poblaciones de países del Norte de Europa: ENERGY-Project. Revista Española de Salud Pública, 89(5), 523-532.
- Papas MA, Alberg AJ, Ewing R, Helzlsouer KJ, Gary TL, Klassen AC. The Built Environment and Obesity. Epidemiol Rev. 200729:129-143.
- Reilly JJ1, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, Kelnar CJ. 2003. Health consequences of obesity. Arch Dis Child. 88(9):748-52.
- Silventoinen K, Rokholm B, Kaprio J, Sorensen TI. (2010) The genetic and environmental influences on childhood obesity. A systematic review of twin and adoption studies. Int J Obes.34:29-40.

Capítulo 745

PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON SÍNDROME DE INMOVILISMO Y EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS. ABORDAJE PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MIREN LOREA TELLERIA DOMÍNGUEZ

YAIZA GÓMEZ MARTIN

AÍDA GUTIÉRREZ CAMPO

BARBARA REY GARCÍA

AINHOA DA COSTA

1 Introducción

Ulcera por presión (UPP), es aquella lesión provocada por la restricción de flujo sanguíneo, como resultado de una presión prolongada, que si no se corrige evoluciona a necrosis del tejido afectado. Generalmente aparecen en protuberancias

óseas, pliegues cutáneos de personas obesas, zonas de apoyo de sonda o tubos y zonas de compresión de férulas de yeso y/o tracciones.

Estadíos UPP:
• Estadio I: eritema que no palidece tras presión. Piel intacta (en pacientes de piel oscura observar edema, decoloración y calor local).
• Estadio II: pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. ulcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
• Estadio III: Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.
• Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc). También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente.

2 Objetivos

- Identificar y conocer la etiología y el mecanismo de acción de las UPP.
- Averiguar cuáles son las principales líneas de actuación en la prevención de las UPP en adultos mayores con síndrome de inmovilismo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica tanto en inglés como en español en las principales bases de datos sanitarias como Cochrane Plus, Pubmed, Embase y Google Académio. De los diferentes metanálisis, ensayos clínicos y revisiones existentes referentes a las úlceras también se ha consultado la bibliografía utilizada en dichos estudios.

Se han utilizado los siguientes descriptores boléanos para la búsqueda bibliográfica:
• Palabras clave: Ulceras por presión, heridas crónicas, revisión, evidencias.
• Key words: Pressure ulcers, chronic wounds, review, evidence.

4 Resultados

Después de realizar la búsqueda bibliográficas se han encontrado los siguientes resultados.

Los principales cuidados generales a realizar para la prevención de las UPP son:
1. Revisar/supervisar el estado de la piel en zonas de sospecha y proteger las zonas de fragilidad.
2. Movilización: elaborar un plan de actividades que mejore la movilidad y la participación de la persona mayor.
3. Posicionamiento: adecuar postura de la persona en sedestación y decúbito. Preescripción de sistemas antiescaras.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a los cambios posturales:
• Encamados: hacer cambios cada 2 horas.
• Sedestación: cambios cada hora y si es autónomo enseñar para cambios cada 15m.
• Mantener la alineación corporal, distribución del peso y equilibrio.
• Evitar contacto directo de prominencias entre sí.
• Evitar arrastre.
• En decúbito lateral no sobrepasar de los cambios de inclinación.
• Usar dispositivos de alivio de presión.
• No usar flotadores o dispositivos tipo anillo.
• Si fuera necesario elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible.

6 Bibliografía

1. Celeste, Mª. ”Guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas en la prevención de las úlceras por presión.”
2. Prevention, Evidence of their. ”Úlceras por presión y heridas crónicas: Revisión de las evidencias científicas sobre su prevención.” Revista española de investigaciones quirúrgicas 15.1 (2012): 13-15.
3. Pancorbo Hidalgo, Pedro L., et al. ”Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura.” Gerokomos 18.4 (2007): 30-38.

4. Thomson JS, Brooks RG. The economics of preventing and treating pressure ulcers: a pilot study. J Wound Care 1999;8(6):312-6. 2.
5. Ragnarson Tennvall G, Apelqvist J. Health-economic consequences of diabetic foot lesions. Clin Infect Dis 2004;39(Suppl 2):S132-9. 3.
6. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. Age Ageing 2004; 33(3):230-
7. Palma, Manuel Rodríguez. "Rincón científico REVISIONES." GEROKOMOS 21.3 (2010): 108-113.

Capítulo 746

LA PRAXIS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS A PACIENTES PALIATIVOS.

NATALIA CASADO FANJUL

MONICA HERNANDEZ

RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

Los últimos días del paciente generan un preduelo en sus familias, muy difícil emocionalmente de gestionar, para los cuales también se dispone de apoyo psicológico y moral.
Los cuidados del conjunto por parte del equipo multidisciplinar deben ser instaurados de forma protocolaria y praxis correcta para poder ofrecerles confort y tranquilidad.
Los cuidados paliativos son aquellos que se aplican a los pacientes en la fase terminal de su vida. El impacto que esto provoca en el conjunto familia-paciente-equipo se divide en diversas etapas de experimentación, en las cuales los días finales engloban la etapa agónica, la cual se puede presentar de forma aguda

o lentamente. Los síntomas de la fase agónica son fallo renal, estertores, dolor, disfagia. El paciente debe sentirse acompañado, cuidado y comprendido, respetando sus expectativas y deseos. Si éste ya no pudiera expresarse, será su familia quien tome las decisiones necesarias en su evolución.
Los tratamientos de analgesia serán de inmediata instauración, eliminando aquellos tratamientos anteriores que no sean necesarios y efectivos terapéuticamente y que no son trascendentes llegado un momento de este proceso (antihipertensivos, nefrológicos, corticoides, antitrombóticos, viales…). Mantener un tratamiento ineficaz daría paso a un encarnizamiento terapéutico, empeorando si cabe el bienestar del paciente.
Prepararse para morir significa a menudo terminar el trabajo de toda la vida, dejar bien arreglados los asuntos con la familia y amigos, y hacer las paces con lo inevitable. Para muchas personas en fase terminal y sus familiares son importantes las cuestiones de orden espiritual y religioso. El servicio religioso forma parte del equipo terapéutico en algunos hospitales y centros de cuidados paliativos, y los proveedores profesionales de atención médica pueden facilitar al afectado y a sus familiares una ayuda espiritual apropiada si ellos no disponen de un sacerdote, un pastor u otro consejero espiritual.
Enfrentarse a la muerte es un proceso muy duro, con altibajos emocionales.

2 Objetivos

Analizar los cuidados auxiliares del TCAE con este tipo de pacientes que se encuentran en la fase final de su vida y el apoyo enfatizado de las familias como parte del proceso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: proceso de duelo, apoyo psicológico y espiritual en fase agónica y encarnizamiento terapéutico, con criterios de inclusión textos en español y datos posteriores al año 1995 y criterios de exclusión religiones no católicas.

4 Resultados

Se implementan cuidados básicos de suma relevancia: higiene personal, higiene oral, frescor, cambios posturales, sensibilización del equipo con charlas pautadas alternativas con el conjunto familiar dando apoyo en todo momento, instauración de vías venosas, vía rectal y control de convulsiones con diazepam y del dolor con Aines., vía transdérmica para parches opiáceos, vigilancia de las zonas de inserción de las VSC (eritema, inflamación), cambios del punto de inserción cada 5- 7 días.
El 45% de pacientes terminales llegan a precisar la Sedación Paliativa (SP).
El equipo auxiliar y enfermero proporcionan alivio y calidad de vida, además de calidad en el proceso agónico. Se manifiesta que la técnica de sedación controla la disnea grave y la agitación hiperactiva.
El equipo sanitario vigila las vías de suero (no acodamientos, no avulsión de la palomilla), mantiene al paciente en condiciones dignas (seco, acomodado) y dispensa a las familias la información y apoyo necesario ofreciendo a su vez los servicios de un capellán si así precisan por conocido deseo del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos ni acortan ni alargan la vida. Estos cuidados se instauran para evitar el sufrimiento físico y moral del paciente que se ve sometido al final de su vida en una fase agónica indeterminada y la tarea de los sanitarios es proporcionarle bienestar y analgesia.
Los cuidados auxiliares en paliativos son los más importantes para el paciente. La formación continuada en este campo de la sanidad es vital para poder impartir estos cuidados de manera empática y, a la vez, técnica.
El equipo intervencionista debe estar formado para abordar todas las incidencias que se puedan presentar en el conjunto familia-paciente.

6 Bibliografía

- Los tratamientos inútiles y el concepto de futilidad. Quadern CPAS 1995.
- https://www.secpal.com.
- Bereavement.in: Doyle D,Hanks GW,Macdonald N,editors.Oxford textbook of palliative medicine. 2nd ed. Oxford:Oxford University Press,1998.
- Bioética y cuidados paliativos en atención primaria.En: Benitez del Rosario

MA,Salinas Martin A,editores.Aspectos de organización.Barcelona: Springer-Verlag Ibérica,2000.

Capítulo 747

CUIDADOS AL PACIENTE ANCIANO. PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

LORENA FERNÁNDEZ MÉNDEZ

1 Introducción

El paciente anciano es más vulnerable al proceso de enfermar por lo que es primordial en su cuidado extremar las precauciones para evitar las úlceras por presión.

Las úlceras por presión son lesiones que se producen en la piel por permanecer en la misma posición durante largos periodos de tiempo, son evitables en la mayor parte de los casos, por ello es muy importante hacer hincapié no sólo en su tratamiento sino en la prevención.

Todos los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras deben tener un plan de cuidados escrito y personalizado con un abordaje integral que valore tanto la piel como el estado nutricional así como la hidratación.

2 Objetivos

- Mantener la piel intacta.
- Controlar el exceso de humedad, evitando signos de maceración o de infección de zonas de la piel que están en contacto con drenajes, exudado de heridas problemas de incontinencia urinaria o fecal.

- Liberar de presión aquellas áreas de más riesgo como son las prominencias óseas, los puntos de apoyo.
- Asegurar una adecuada nutrición del paciente e hidratación de la piel.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para cumplir esos objetivos primordiales debemos establecer un plan de cuidados con unas rutinas que aseguren el correcto manejo de la piel.
1. Aseo del paciente cada 24 horas o siempre que precise para mantener la piel limpia, usando jabones no irritantes. Buen aclarado y secado suave de la piel.
2. Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (tipo mepenthol, corpitol)o crema hidratante procurando su completa absorción con un masaje suave.
3. No frotar o masajear excesivamente las prominencias óseas.
4. Evitar las arrugas en las sábanas.
5. Uso de colectores o pañales absorbentes en pacientes con incontinencia urinaria cambiándolos cada vez que sea preciso , para procurar siempre que la piel este seca.
6. Cambios posturales siempre que el estado del paciente lo permita, cada 2- 3 horas rotando las distintas posiciones y evitando siempre la presión directa sobre zonas de riesgo.
7. Uso de dispositivos que disminuyan al máximo la presión como son los colchones de aire , superficies especiales de manejo de presión (estáticas o dinámicas), aunque su empleo no sustituye en ningún caso a la movilización .
8. Asegurar un adecuado aporte calórico, protéico así como de vitaminas y minerales

5 Discusión-Conclusión

Los programas de educación deben ser una parte integral de la mejora de la calidad , son un componente esencial de los cuidados de las úlcera por presión. Deben ser dirigidos a todas aquellas personas que están con el paciente como la familia cuidadores, no sólo a los profesionales de la salud. Por ello, se debe instruir en la prevención y de cómo ayudar a su curación informando sobre cuidados de piel, vigilancia de la misma y el alivio de presión.

6 Bibliografía

-http://www.úlceras.net
- http://www.salud.mapfre.es
- www.ingesa.mscbs.gob.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 748

LABOR DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DENTRO DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.

PABLO RIVERA SUAREZ

BELEN FERNANDEZ PINTADO

JAIME RIVERA SUAREZ

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

LAURA PRIERES MELERO

1 Introducción

Para los profesionales sanitarios que realizan su labor en la atención a los pacientes ingresados en los centros sanitarios es de vital importancia la prevención y control de la aparición de las tan temidas úlceras por presión, y por tanto, es fundamental que se lleven a cabo las medidas oportunas para evitarlas

Las úlceras por presión son lesiones de la piel y del tejido que se encuentra debajo, que se producen como resultado de una presión prolongada sobre la piel. En la

mayoría de los casos, las úlceras de decúbito se manifiestan en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo, como los talones, los tobillos, las caderas y el coxis.

Son una complicación frecuente en pacientes inmovilizados y tiene un impacto negativo para la salud del individuo ya que se amplia el tipo de permanencia en la unidad hospitalario con el debido aumento de los costes sanitarios. Las úlceras por decúbito pueden ser prevenidas con adecuados cuidados de el equipo de enfermería

2 Objetivos

- Identificar las causas más frecuentes de la aparición de las úlceras por presión
- Factores de riesgo principales
- Determinar medidas preventivas y de control

3 Metodología

Este artículo está realizado en base a una revisión bibliográfica en bases de datos tales como Scielo, Dialnet y Elsevier .Las palabras clave utilizadas como descriptores han sido: ulceras por presión,escaras,úlceras de decúbito,presión

4 Resultados

Las úlceras de decúbito se producen por la presión contra la piel que limita el flujo sanguíneo a ella. Otros factores que se hayan directamente implicados como puede ser la movilidad limitada pueden hacer que la piel se vuelva vulnerable al daño y contribuyen al desarrollo de las úlceras por presión

Los principales factores desencadenantes son:
- Presión . La presión constante en cualquier parte del cuerpo puede conllevar una disminución del flujo sanguíneo a los tejidos. El flujo sanguíneo es esencial para transportar oxígeno y otros nutrientes a los tejidos. Sin estos nutrientes esenciales, la piel y los tejidos cercanos se dañan llegando incluso a morir
En las personas con movilidad reducida , esta presión se produce en zonas que no están bien protegidas como músculo o grasa y que se apoyan sobre un hueso, como la el coxis, los omóplatos, las caderas, los talones ...

- Fricción .Se produce cuando la piel roza con las prendas de vestir o la ropa de cama. La fricción puede provocar que la piel frágil sea más vulnerable a las lesiones, sobre todo si la piel se encuentra húmeda

- Rozamiento. Es producido cuando dos superficies se mueven en dirección opuesta.

Las personas con riesgo de presentar úlceras por presión son las siguientes:
Personas con inmovilidad reducida o nula
Personas con pérdida de percepción sensorial.Las lesiones de la médula espinal, los trastornos neurológicos y otras patologías pueden ocasionar una pérdida de sensibilidad. La incapacidad para no sentir dolor puede conllevar que no se perciban señales de advertencia
Personas con nutrición e hidratación deficientes.Las personas necesitan el aporte de los nutrientes esenciales en las cantidades adecuadas para mantener una piel saludable y prevenir la degradación de los tejidos.
Personas con enfermedades que afectan el flujo sanguíneo.La diabetes y la enfermedad vascular, aumentan el riesgo de daño a los tejidos.

5 Discusión-Conclusión

Para ayudar en la prevención de las úlceras, la auxiliar de enfermería debe de tener en cuenta la siguiente serie de aspectos importantes a llevar a cabo: cambiar la posición con frecuencia para evitar la tensión sobre la piel(cambios posturales del paciente).

Hidratar la piel y conseguir mantenerla lo más limpia y seca posible,intentar aportar al paciente la alimentación más adecuada ,asegurar la ingesta de líquidos mínimos diarios y uso de dispositivos que alivien la presión(almohadas)

Con todas estas medidas y un examen rutinario de la piel los profesionales sanitarios pueden contribuir a disminuir la aparición y reducción de las temidas úlceras

6 Bibliografía

- García FP, Pancorbo PL, López IM, López J. Conocimiento y utilización de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en centros de salud de Andalucía. Gerokomos 2002; 13 (4): 214-222.

- Soldevilla-Agreda, J. Javier y cols. 2O Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos (2006), n. 3, 17.
- Stern C. Cuidado de áreas de presión: cambios de posición del paciente. Evidence Summary 2007.

Capítulo 749

EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. ENFERMEDADES ASOCIADAS Y MÉTODOS DE PREVENCIÓN.

LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ

MARÍA MERCEDES SANTOS LAURES

MARÍA DEL CARMEN DIEZ RUBIO

1 Introducción

La infestación por el virus del papiloma humano VPH es una enfermedad de transmisión sexual muy frecuente en individuos sexualmente activos. Existen alrededor de 200 tipos diferentes de virus del papiloma humano, de ellos al menos 40 afectan a los geniales. Su forma de transmisión es por contacto y la infección se produce al entrar el virus en la piel a través de una lesión.

Estos virus están clasificados según la gravedad de las lesiones que provocan. Los VPH de bajo riesgo provocan verrugas o condilomas y los VPH de alto riesgo provocan cánceres genitales, orofaríngeos, y están presente en casi todos los casos de cáncer de cuello de útero.

La quinta parte de los tumores en mujeres son tumores genitales, el más frecuente es el cáncer de cuello de útero, seguido del de endometrio, ovario, vagina y vulva. El cáncer de cuello de útero es, a nivel mundial, de los más letales y frecuentes en mujeres. Se estima que la mitad de las pacientes fallecen como consecuencia de esta enfermedad.

2 Objetivos

Dar a conocer la forma de transmisión del virus del papiloma humano, su relación con el cáncer de cuello de útero y con otras lesiones genitales. Informar sobre cuáles son los factores de riesgo y que formas de prevención existen.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y páginas web especializadas (mayoclinic, medlineplus, quironsalud) seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave :papiloma humano, cáncer de cuello de útero, vacuna papiloma.

4 Resultados

La infección por el virus del papiloma humano es de transmisión sexual, de esta forma cualquier individuo puede ser portador, transmisor y también parte infectada por el VPH. Los factores de riesgo, por tanto, están vinculados a los hábitos sexuales individuales.
Se estima que el 80% de las personas ha estado alguna vez en contacto con el virus y que el 50% de las personas que mantienen relaciones sexuales se llegaran a infectar.
La prevalencia de infección por VPH está asociada al comportamiento sexual de la población. La más alta se da en poblaciones con muchas parejas sexuales distintas llegando al 40% en edades comprendidas entre los 15 y 25 años.
En ocasiones el VPH es transmitido de madre a hijo en el momento del parto provocando en el recién nacido infecciones en el aparato respiratorio.
Aunque la presencia del VPH de alto riesgo (VPH 16, 18) es un factor para el desarrollo del cáncer de cuello de útero, existen personas que no desarrollan esta enfermedad y se relaciona con la respuesta del sistema inmunitario del individuo, que hace que la infección pueda hacerse regresiva. Existen factores que favorecen la persistencia de la infección como son la edad más avanzada, la presencia de los VPH tipo 16 y 18, carencias nutricionales, niveles de antioxidantes bajos e inmunodeficiencia, en la que se incluye el VIH.

Los condilomas o verrugas genitales están asociadas en un 90% a infecciones de virus de bajo riesgo VPH 6 y 11 y en ocasiones evolucionan en lesiones premalignas. Los VPH 16, 18 son virus de alto riesgo o carcinogénicos y suelen estar presentes en lesiones cervicales, vulvares de pene, ano y vaginales.
Los virus 16 y 18 aparecen, a nivel mundial, en el 70% de los cánceres de cuello de útero y los virus 6 y 11 en el 90% de las verrugas anogenitales.
Los programas de cribado han resultado efectivos en la detección precoz de la infección. El cribado basado en la prueba Papanicolau ha servido para la detección de lesiones premalignas en el cuello del útero.
Se han desarrollado vacunas contra los virus del alto riesgo. Los ensayos han demostrado que son seguras y con altos porcentajes de efectividad contra lesiones premalignas y verrugas genitales.

5 Discusión-Conclusión

El virus del papiloma humano es una infección de transmisión sexual muy común pero poco conocida. Existen alrededor de 200 tipos de virus VPH de los cuales algunos son de alto riesgo por la alta probabilidad de que las lesiones que provoca evolucionen en lesiones precancerosas. En un alto porcentaje de los casos de cáncer de cuello de útero el virus del papiloma humano está presente.
Las formas de prevención frente al virus es mantener una pareja sexual monógama mutuamente y la vacunación. El preservativo puede reducir la probabilidad de infección, pero no ofrece una total protección. Realizar las pruebas del VPH permite detectar la infección precozmente.
Aunque ya existen formas de prevención y de detección precoz las estrategias futuras deben ir encaminadas a hacer accesibles estos métodos a toda la población mundial. En los países en vías de desarrollo se producen el 80% de las muertes por cáncer de cuello de útero.

6 Bibliografía

- Virus del papiloma humano (Biblioteca Nacional de Medicina) https://medlineplus.gov/spanish/hpv.html.
- Vacunas contra los virus del papiloma humano (Instituto Nacional del Cáncer) https://www.cancer.gov/.../hoja-informativa-vacuna-vph.
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Clínica Mayo) https://www.mayoclinic.org/.../symptoms-causes/syc-20351240?p=1

- Cáncer de cuello uterino se puede prevenir (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) https://www.cdc.gov/spanish/signosvitales/cancercervical.

Capítulo 750

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE PERSONAL DEL PACIENTE ENCAMADO.

PABLO RIVERA SUAREZ

BELEN FERNANDEZ PINTADO

JAIME RIVERA SUAREZ

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

LAURA PRIERES MELERO

1 Introducción

Los pacientes hospitalizados en cualquiera de las distintas áreas de un hospital requieren determinados cuidados , con el fin de satisfacer sus necesidades básicas. La higiene del paciente es el conjunto de actividades encaminadas a proporcionar el aseo corporal y confort del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas El paciente encamado es aquel que, por diferentes motivos, esta obligado a permanecer inmóvil en la cama, ya sea un anciano impedido, un accidentado, un enfermo terminal.

2 Objetivos

- Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su hospitalización, y tratar de ofrecerle buenos hábitos de higiene para el futuro
- Mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe
- Recoger datos que permitan visualizar el estado general del paciente, así como el estado de su piel
- Activar la circulación sanguínea
- Establecer una relación con el paciente, alentándolo a ser tan independiente como le sea posible
- Evitar las enfermedades de la piel más comunes, manteniendo una adecuada higiene de la piel del paciente

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos tales como Scielo, Dialnet y Elsevier .Las palabras clave utilizadas como descriptores han sido: tuberculosis,tcae,unidad de hospitalización,enfermedad transmisible y aislamientos hospitalarios,trabajadores de la salud.

4 Resultados

El aseo general de un paciente encamado, es una técnica muy importante que realiza el auxiliar de enfermería en conjunto con el celador. Cuando se asea a un paciente,se aprenden muchas cosas de él, ya que además de valorar el estado e integridad de su piel, y al ser un momento de gran intimidad podemos ver sus sentimientos, cómo ve su proceso de enfermedad, escucharemos sus necesidades y crearemos un clima común en el que la confianza enfermero-paciente crecerá.
Para realizar la técnica se necesitan los siguientes materiales:

- Palangana
- Guantes.
- Esponjas
- Toallas.
- Agua.
- Ropa limpia de cama.
- Jarro con agua templada.
- Champú o jabón líquido.
- Tapones para los oídos o bolitas de algodón.

• Secador si fuese necesario

Procedimiento: Lo primero que se debe hacer es suprimir las posibles corrientes de aire que existan, informar al paciente de la técnica que se le va a realizar y procurarle un espacio íntimo. Prepararemos todo el material necesario y pondremos al paciente en decúbito supino, nos lavaremos bien las manos y nos pondremos los guantes.
Cuando tengamos el agua de la palangana a una temperatura adecuada, introduciremos las esponjas y empezaremos lavándole la cara, evitando el jabón en zonas como los ojos, boca y nariz. Al finalizar nuestro compañero comenzará con el secado

A continuación, se le quitará la parte de arriba y se procederá al lavado de:cuello, torso, axilas, brazos, manos y abdomen, insistiendo en las axilas y en zonas de pliegues cutáneos como la mamaria. Secaremos muy bien y taparemos con una toalla para evitar enfriamientos.
Seguiremos con el aseo de las extremidades inferiores, insistiendo siempre y de manera repetitiva en espacios interdigitales, tanto en el lavado como el secado

Continuaremos con el lavado de los genitales: En mujeres, se lavará la zona con la esponja de arriba hacia abajo,
En hombres, lavaremos los genitales con esponja retirando el prepucio para un lavado minucioso del glande.
Una vez lavado los genitales tanto femeninos como masculinos la esponja con la que se ha hecho el lavado de los mismos se desechará A continuación, se pondrá al paciente en decúbito lateral y se procederá al lavado devla zona posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y la región anal. Secaremos bien y aprovecharemos para aplicar crema hidratante masajeando hasta su total absorción.

Tras finalizar el lavado se procederá al cambio de sábanas que se hará de la siguiente manera: enrollaremos la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama y la iremos sustituyendo por una limpia. Terminaremos de hacer la cama con ropa limpia, pondremos al paciente el pijama o camisón limpio y lo peinaremos.
En los pacientes con vía venosa periférica, al quitar el pijama o camisón, sacaremos primero la manga en que no tiene la vía y, al ponerlo, haremos al contrario: comenzaremos por la manga en que esté la vía.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería es uno de los profesionales que más tiempo dedica al cuidado de estos pacientes con lo cual ya que los cuidados no solo van orientados a la curación sino que también tendrán que tenerse en cuenta medidas de prevención para evitar complicaciones que se puedan derivar de una mala praxis en los protocolos de higiene

6 Bibliografía

- Ballesta López , Blanes Compañ F, Castells Molina M, Domingo Pozo M, Fernández Molina M, Gómez Robles F et al. Procedimientos relacionados con el aseo e higiene. Guía de actuación de enfermería. 2ª ed. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2007. p. 131-157.
- Soriano P. Higiene al paciente inmovilizado [Internet]. 2012 Junio. [Acceso 20 de enero de 2018]. Disponible en: https://es.slideshare.net/Sdesalud/higieneal-pacienteinmovilizado

Fundación hospital de Jove .Protocolo de higiene personal del paciente. Gijón .2014

Capítulo 751

LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

MARIA MENDEZ ALONSO

MARIA MERCEDES GAVADIAN SERANTES

1 Introducción

Las úlceras por presión constituyen una de las complicaciones más frecuentes que surgen paralelas a la patología del paciente ingresado, siendo uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de la enfermería. Su prevención es el principal objetivo en pacientes de riesgo.
La úlcera por presión es una lesión de origen isquémico producida por el daño tisular debida a la acción combinada de factores extrínsecos como:
- Presión
- Cizallamiento
- Fricción

Además de estos factores extrínsecos, interviene otro factor fundamental que es la relación presión-tiempo, por lo tanto, la acción de estos factores de una forma prolongada, producirá un aplastamiento tisular entre dos planos duros: uno formado por el propio tejido del paciente y otro por la zona donde descansa el tejido del paciente (cama, sillón, objeto).
Como consecuencia de este aplastamiento tisular prolongado, se producirá una disminución del riego sanguíneo y una disminución del aporte de oxígeno a determinadas zonas corporales, que dan lugar a una degeneración rápida de los tejidos, cuya gravedad puede ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta úlceras profundas que afectan al músculo y evolucionar a necrosis del tejido afectado.

La aparición de estas lesiones, supone una complicación que va influir negativamente en la evolución del paciente por diversos motivos:
- El estado general del paciente se verá alterado por el aumento del riesgo de infección, así como por las posibles complicaciones metabólicas.
- Su aparición va a influir en la estancia hospitalaria del paciente, viéndose aumentado el tiempo de recuperación.
- Van a ocasionar al paciente pérdida de autoestima, independencia y autonomía.
- Pueden influir en el deterioro y complicación de un tratamiento integral.

Existen diversos estudios estadísticos referentes a la epidemiología de las UPP en nuestro país, los datos utilizados en este manual han sido tomados del 2º estudio nacional de prevalencia y tendencias de prevención de upp en españa (2005). Torra i Bou, J.E.SoldevillaAgreda, JJ. Verdú Soriano, J. Gerokonos, 2006, 14(3)154-172.
En este estudio se utilizó una muestra de 704.572 pacientes mayores de 14 años en atención primaria obteniéndose: el 0.068%(483)pacientes con UPP de los cuales:
6.6%=31 pacientes entre 0-45 años.
87.4%=422 entre 46-64 años.

El origen fue de 53.3% en su propio domicilio
23.5% en hospitales
23.2% otros
22.67% en UCI de adultos
17.77% UCI pediátrica
23.2% en centros sociosanitarios

2 Objetivos

Los generales:
- Mejorar los conocimientos sobre la valoración, prevención y tratamiento de las UPP y heridas crónicas.
- Contribuir a la mejora de la seguridad de los pacientes disminuyendo la incidencia y prevalencia de UPP y heridas crónicas.

Específicos:
- Unificar criterios de actuación en la valoración, prevención y tratamiento de las UPP y heridas crónicas según las últimas evidencias científicas disponibles.

- Identificar a los pacientes con riesgo de padecer UPP y evitar la aparición de las mismas durante la estancia hospitalaria.
- Continuar con cuidados al alta, recomendaciones en el alta de enfermería, utilizando las herramientas de trabajo disponible.

3 Caso clínico

Paciente de 85 años que tras ingreso hospitalario por ACV Isquémico presentaba úlcera por presión en maléolo tibial derecho y un deterioro cognitivo y físico severo. Se realizaron curas en ámbito domiciliario con irusol mono combinada con hidrogel, durante el proceso de desbridado, apósito de plata iónica y apósitos hidrocelulares.
Junto con las curas, se inicia un plan de cuidados para evitar la aparición de nuevas úlceras y mejorar el estado de las existentes (cambios posturales, control de presión, consejos dietéticos y el uso de ácidos grasos híper oxigenados.

4 Discusión-Conclusión

La prevención es el resultado de trabajo en equipo, por eso es importante elaborar unos registros de datos que nos permite realizar el seguimiento de los cuidados prestados.
El auxiliar de enfermería debe realizar cambios posturales al paciente cada 2-4 horas, poner taloneras de algodón o cojines para aliviar los puntos de presión; una buena higiene del paciente; una buena alimentación a base de una dieta equilibrada adaptada a su edad, sexo etc. Las escalas más utilizadas para la valoración de la UPP son las del Norton y Braden.

También se deben usar los colchones antiescaras. En enfermos incontinentes se valorará el uso de colectores o sondas y son aconsejables los protectores de cama porque absorben la humedad. Además es importante poner atención en zonas expuestas a apósitos o adhesivos como esparadrapo. Las complicaciones más importantes son las infecciones locales, sepsis, bacteriemia, celulitis y osteomielitis.

El tratamiento de heridas de ambiente húmedo favorece el proceso natural de cicatrización en un tiempo óptimo y sin complicaciones. El uso de apósito de plata iónica y apósitos hidrocelulares reduce el tiempo de las curas disminuyendo las posibles complicaciones. La reducción del tiempo de curas no solo disminuye el

coste económico, sino que incrementa las expectativas del paciente o cuidadores sobre el proceso de enfermedad mejorando la calidad de vida.

5 Bibliografía

1. Fotogeriatria.net. UPP [Internet]. 2015 [citado 2 diciembre 2015]. Disponible desde: http://www.fotogeriatria.net/upp.htm
2. Ulcerasporpresion.net. Ulceras Por Presión: prevención y tratamiento - Prevención UPP [Internet]. 2015 [citado 2 Diciembre 2015]. Disponible desde: http://www.ulcerasporpresion.net/prevencion_upp.php
3. Hospitalaleman.org.ar. La piel: conoce el órgano más grande de tu cuerpo - Hospital Alemán [Internet]. 2015 [citado 2 Diciembre 2015]. Disponible desde: http://www.hospitalaleman.org.ar/mujeres/la-piel-conoce-el-organo-mas-grande-de-tu-cuerpo/
4. Slideshare.net. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas [Internet]. 2015 [citado 2 Diciembre 2015]. Disponible desde: https://www.slideshare.net/fullscreen/lopezcasanova/gua-para-la-prevencin-y-manejo-de-las-upp-y-heridas-crónicas/13
5. Vidal M, perfil V. úlceras por presión: localizaciones más frecuentes de las upp [Internet]. Comocurarulcerasporpresion.blogspot.com.es. 2011 [citado 2 Diciembre 2015]. Disponible desde: http://comocurarulcerasporpresion.blogspot.com.es/2011/12/localizaciones-mas-frecuentes-de-las.html
6. Auxiliar-enfermeria.com. Test Auxiliar de Enfermería 277 - Especial Recopilatorio úlceras por Presión - Parte 1 [Internet]. 2015 [citado 2 Diciembre 2015].Disponible desde: http://www.auxiliar-enfermeria.com/test/test_1511.htm
7. Dialmet
8. Pubmed

Capítulo 752

CUIDADOS EN PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA

MARÍA TERESA VÁZQUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Las prótesis de cadera se colocan a pacientes que han sufrido desgaste de la articulación o fractura de la misma. La articulación de la cadera está compuesta por la cabeza del fémur y el acetábulo, lugar en el que se inserta y ambos están recubiertos por cartílago articular. En la colocación de prótesis de cadera se sustituyen la cabeza del fémur y se fresa milimétricamente la cavidad del acetábulo para encajar un componente adaptado a esta cavidad que normalmente es de naturaleza metálica o cerámica donde irá encajada la nueva cabeza del fémur. Los cuidados adecuados postintervención y el autocuidado una vez en el domicilio, aseguran una durabilidad media de hasta 20 años de la prótesis de cadera.

2 Objetivos

- Determinar las pautas a seguir tras una intervención de prótesis de cadera.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una vez colocada la prótesis y pasado el postoperatorio, el paciente podrá empezar a sentarse en una silla alta para mantener siempre un angulo de 90º en la articulación nunca menos, esto es importante para evitar que la cabeza del fémur se salga de su posición, ya que los ligamentos y músculos que la sujetan están elongados por efecto de la cirugía y es preciso darles un margen de tiempo para que se recuperen. Mantener la pierna en abducción cuando esté sentado o tumbado. Al sentarse, la cadera del paciente debe estar más arriba que sus rodillas. Suministrar un elevador de asiento para el inodoro.
Es importante no cruzar las piernas ni adoptar posiciones de flexión mayor de 90º, durante los primeros 4 meses.
El proceso de deambulación se inicia a las pocas horas de comenzar la sedestación, con la ayuda de un andador y procurando el apoyo completo de la extremidad para evitar gestos inadecuados. Cuando el paciente se encuentra en cama, la recomendación es que se mantenga en decúbito supino con un antirrotatorio para la pierna afectada y una cuña entre las pierna para evitar cruzarlas y mantener un angulo de 45º entre ambas. No se debe elevar la cabecera de la cama más de 60º, para evitar la flexión aguda de la cadera. Cuando se le ayuda por primera vez a bajar de la cama se mantiene con la férula de abducción o las almohadas entre las piernas. Es recomendable levantarse de la cama por el lado de la extremidad operada a fin de evitar la rotación interna.
El volver a caminar es el objetivo principal de una cirugía de fractura de cadera. Otro objetivo para operar una cadera es el de recuperar el equilibrio perdido. Operar a los pacientes con fractura de cadera en las primeras cuarenta y ocho horas ayuda a disminuir las posibilidades de complicaciones. El buen resultado dependerá de una serie de factores y entre ellos la atención recibida por parte de su propia familia.
Otros cuidados y recomendaciones serían:
Fomentar ejercicios de pie y tobillo cada hora, mientras la persona esté despierta.
Uso de medias elásticas.
Deben evitarse viajes largos, a menos que sea posible cambiar con frecuencia de posición.

5 Discusión-Conclusión

- La educación posintervención resulta fundamental para la rehabilitación del paciente.
- Los cuidados para las personas con fractura de cadera no los pueden realizar cualquier cuidador.
- Los cuidadores deben haber recibido un entrenamiento específico para saber cómo gestionar cada cuidado.
- Una fractura operada es una fractura estabilizada.
- Cuando el paciente pase mucho tiempo sentado tras la operación vigilaremos la flexión ya que es el movimiento que más veces causa la luxación de la cadera.

6 Bibliografía

- Intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con prótesis de cadera por tumor de células gigantes / Nursing rehabilitation interventions on a patient with hip prothesis as consequence of a giant cell tumor
By: Navarro González, Diana; Ramírez Gutiérrez, Nohemí; Hernández Corral, Sandra. In: Enfermería universitaria. December 2011 8(4):35-41; Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, 2011. Language: Spanish; Castilian, Base de datos: SciELO.

- Rol de enfermeria en el cuidado postquirurgico por protesis de cadera. Hospital provincial General Docente Riobamba. bril– agosto 2018.
By: Castañeda Lema, Daniela Alexandra. Universidad Nacional de Chimborazo,2018 Language: Spanish; Castilian, Base de datos: BASE
Materias: Rol de enfermería; Prótesis de cadera; Cuidados de enfermería; Cirugìa.

- Cuidados de enfermería en pacientes intervenidos de artrosis de cadera
By: Arco Romero, Milagros del. 01/01/2012 Language: Spanish; Castilian, Base de datos: BASE.

- Caso Clínico: Conocimientos Deficientes: Continuidad de los cuidados al alta en un paciente con fractura de cadera.
By: Garulo Gracia, Daniel; Nuño Morer, Felipe. Universidad de Zaragoza Language: Spanish; Castilian, Base de datos: BASE.

Capítulo 753

LOS DRENAJES PLEURALES Y SUS CUIDADOS.

RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ

NATALIA CASADO FANJUL

MONICA HERNANDEZ

1 Introducción

El drenaje pleural es un sistema hermético de uno o varios tubos conectados, que se ubican en el mediastino y la pleura,facilita la eliminación y recolección de contenido líquido o gaseoso y, de esta forma, impide la acumulación de dichos fluidos, facilita la reexpansión pulmonar y favorece la dinámica respiratoria. El sistema cuenta con una válvula unidireccional, que permite la salida del contenido e impide la entrada de aire desde el ambiente.

El mediastino es un compartimento anatómico situado en la parte central del tórax, entre ambas pleuras, donde se encuentran el corazón, la tráquea y el esófago. La pleura es una membrana serosa.Son estos los dos campos que cubren ambos pulmones, el mediastino, el diafragma y la parte interna de la caja torácica; se divide en dos hojas, la pleura parietal, que es la capa más externa, en contacto con la caja torácica, y la pleura visceral, que es la capa más interna, en contacto

con los pulmones. Entre estas dos pleuras se crea un espacio virtual donde está el líquido pleural, que es un líquido seroso La producción normal de líquido pleural fluctúa entre 0,1 y 0,2 ml por kilo de peso, unos 15 ml, aproximadamente; este líquido es drenado o absorbido por un sistema de orificios, o estomas, que van hacia las lagunas y ganglios linfáticos.

La pleurotomía, procedimiento mediante el cual se establece una comunicación entre la cavidad pleural y el exterior, mediante un tubo o drenaje pleural, tiene las siguientes indicaciones: neumotórax espontáneo, o secundario,neumotórax traumático, debido a golpe, barotrauma o lesión; neumotórax iatrogénico, secundario a procedimientos como instalación de catéter venoso central, biopsia pulmonar o ventilación mecánica; neumotórax a tensión; hemotórax; quilotórax; empiema; y posterior a cirugía torácica, sea toracotomía o esternotomía.

El sistema de drenaje se divide en dos partes: la primera parte es el dren de tórax, que comprende el tubo pleural o torácico.La segunda parte es la unidad de drenaje torácico en sí, que es un sistema de aspiración fundamentado en un sello de agua, compuesto por tres cámaras: cámara recolectora, cámara de sello de agua y cámara de control de aspiración.La cámara recolectora es un compartimento graduado que recoge el líquido pleural y permite controlar el volumen del fluido que se está drenando, la velocidad con que se drena y sus características: si es purulento, hemático o serohemático.
La cámara de control de aspiración regula la intensidad de la aspiración

La instalación de los tubos pleurales se debe efectuar en estrictas condiciones de asepsia y antisepsia; Este procedimiento se realiza en pabellón quirúrgico, nunca en sala ni en una unidad de cuidados intermedios; el personal debe tener experiencia en el procedimiento y siempre se debe realizar un control radiológico posterior a la instalación del tubo pleural.
La aspiración continua del drenaje está indicada en todos los pacientes, porque ayuda a una recuperación precoz y favorece que el pulmón se reexpanda con más rapidez y que el contenido de la cavidad se drene en forma más rápida.Generalmente no se conecta a aspiración continua, al menos durante las seis primeras horas posteriores al procedimiento. En las neumonectomías el drenaje se debe mantener pinzado, para evitar el desplazamiento mediastínico y evitar el colapso del otro pulmón. La aspiración se mide por el nivel de flujo en la cámara y, en el sistema de frascos, por la varilla graduada; hay que observar siempre el

burbujeo, que debe ser suave y permanente.

El dolor también es una complicación frecuente. El objetivo terapéutico es disminuir el dolor y las acciones de enfermería consisten en valorar su intensidad y administrar analgésicos según prescripción médica. Es muy importante iniciar la movilización precoz del paciente, lo que a veces es difícil, porque éste se puede quejar de dolor, se puede tornar irritable o bien, se pueden desconectar los frascos o el sistema de drenaje; pero se debe insistir en ello, porque con esta medida el paciente se recupera en forma más rápida. Hay que mover los tubos y la unidad de drenaje torácico con precaución, aplicar la escala de dolor, aplicar kinesiterapia respiratoria e incentivar al paciente para que se movilice y se levante; lo anterior favorece también que el contenido drene rápido y se retiren en forma precoz los tubos. En general, los drenajes pleurales se mantienen durante a 4 a 5, dependiendo de la patología.

El manejo del drenaje pleural es responsabilidad de enfermería.
El cuidado diario consiste en mantener una observación constante del sistema, pesquisar y predecir las probables complicaciones y evitar maniobras inapropiadas: nunca elevar el sistema por sobre el paciente, nunca pinzar.
El conocimiento adecuado del sistema evitará las complicaciones y el principal beneficiado será el paciente.

2 Objetivos

- Determinar los cuidados del equipo sanitario trás la inserción de este dispositivo en el paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos como pubmed,dialnet y lilacs con los descriptores (espirometría de incentivo,pleurevac y toracotomía,y cambio del colector).
Consulta en distintas páginas web de carácter médico y con criterios de inclusión:textos españoles y gratuitos y con criterios de exclusión pacientes terminales en fase de desconexión.

4 Resultados

Los logros de los proyectos Bacteriemia Zero y Neumonía Zero permiten la continuidad de actividades de seguridad en pacientes críticos con un nuevo proyecto destinado a reducir la aparición de bacterias multirresistentes mediante la aplicación de un paquete de medidas para prevenir su selección y diseminación al que llamamos proyecto Resistencia Zero (RZ).
Los pacientes críticos son una población especialmente susceptible para ser colonizados o infectados por patógenos multirresistentes. Por otro lado las intervenciones que pueden realizarse en estos pacientes son más fáciles de controlar y evaluar por lo que es un subgrupo de pacientes hospitalizados en los que la aplicación de programas de intervención puede ser más efectiva.

Se debe verificar con frecuencia que los apósitos estén limpios y secos; se debe revisar periódicamente la cámara recolectora, consignando la cantidad del contenido drenado, la velocidad y las características de los fluidos; es importante marcar la cantidad de líquido drenado en forma diaria, y con mayor frecuencia en los pacientes inestables; en el postoperatorio inmediato los drenajes se miden cada hora, para pesquisar precozmente las posibles complicaciones; se debe informar de inmediato si el contenido de líquido hemático es superior a 150 ml/hora, ya que lo más probable es que haya un vaso sangrante.

Es importante llevar los registros de enfermería, ya que lo que no se ha registrado se considera como no realizado: es importante verificar que el recipiente del drenaje esté bajo el nivel del tórax y en posición vertical; no se debe dejar el drenaje al lado de la camilla del paciente; se debe verificar el nivel de agua de la cámara de sello de agua y, en el drenaje de frasco, se debe comprobar que la varilla de la cámara de control de aspiración esté 2 cm bajo el nivel de la cámara de sello de agua; si aumenta el nivel dentro de la cámara de sello de agua, es decir, si aumenta la presión intratorácica durante la fluctuación respiratoria, se puede recurrir a la válvula de escape, presionándola dos o tres veces para eliminar el exceso de aire.

Finalmente, se debe revisar los apósitos de las heridas operatorias de la pleurotomía y observar la calidad de la piel de la herida operatoria, los drenajes y la posición de la tela, comprobando que esté bien fijada a la piel; se debe realizar curaciones las veces que sea necesario, observando los puntos de fijación.Observar continuamente el sitio de inserción y conexión; comprobar que el tubo no esté

acodado, sea en el paciente, en el trayecto del sistema o en la unidad de drenaje torácico; comprobar la permeabilidad del tubo, evaluando la oscilación del líquido en la cámara del sello de agua durante los movimientos respiratorios; no pinzar el tubo pleural, a menos que haya extravasación de contenido y sea necesario cambiar la unidad de drenaje torácico, o si se detecta contaminación; en este caso, hay que realizar el cambio rápidamente, para evitar la acumulación de líquido o aire en la cavidad.

La desconexión y retiro accidental del tubo pleural es la segunda complicación más frecuente. Para prevenirla, se debe observar constantemente el sistema de drenaje y la mecánica respiratoria, saturación y frecuencia respiratoria del paciente. El tubo pleural se debe fijar en cuanto sale el paciente del pabellón y se traslada a sala; el drenaje se debe fijar con tela adhesiva a la piel del paciente, no a la baranda ni a la cama. Es importante vigilar constantemente el sitio de inserción del tubo y el punto de fijación, además de valorar el estado de conciencia del paciente, porque es frecuente que éste se desoriente y salga caminando con todo el sistema de drenaje. En caso de retiro del tubo, se debe colocar en forma inmediata un apósito compresivo y realizar un control radiológico. Los pacientes salen de pabellón bajo el efecto de la anestesia, pero en cuanto se recuperan de ésta se les debe explicar que tienen un drenaje, en qué consiste, porqué no se debe salir ni desconectar y los cuidados que requiere.

El enfisema subcutáneo puede indicar que el tubo no es suficiente; es probable que se deba aumentar la aspiración, o tal vez se necesite un segundo tubo, o bien los orificios de la sonda pleural quedaron en la pared torácica y hay que retirar el tubo. Es importante evaluar la integridad de la piel cercana al sitio de inserción, valorar la magnitud y la progresión del enfisema, controlar los parámetros respiratorios y disminuir la ansiedad que produce al paciente el sentir las burbujas de aire en el cuerpo. Hay que valorar el burbujeo dentro de la cámara de sello de agua, porque aquí es donde se elimina el aire. En el caso del neumotórax, una vez que el pulmón se reexpande el drenaje no debe seguir dando aire en la cámara del sello de agua; si hay una fuga aérea persistente, como se denomina a la salida de aire que persiste por más de tres a cuatro días, se debe sospechar la presencia de una fístula broncopleural.

5 Discusión-Conclusión

Los sistemas de drenaje pleural son dispositivos supremamente importantes en la práctica de la cirugía de trauma, la cirugía general y la cirugía de tórax. Sin embargo, su manejo no es muy bien conocido y, en general, ha sido parte del arte de la cirugía y de las normas de cada escuela.

La gran mayoría de los problemas relacionados con los drenajes pleurales se deben a fallas en las conexiones de los tubos. Por lo tanto, una persona experimentada en el manejo de los sistemas de drenaje pleural debe revisar diariamente que no exista escape de aire y que los tubos estén permeables, siempre acompañada de una radiografía de tórax lo más reciente posible.

6 Bibliografía

-Tapias L, Tapias-Vargas LF, Tapias-Vargas L. Complicaciones de los tubos de tórax. Rev Colomb Cir. 2009.
-https://www.medline.org
-https://www.dialnet.es

Capítulo 754

DESCRIPCIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA DOLORES MORÁN MARTÍNEZ

JULIA RETUERTO GARCIA

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ RODIL

ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ MARTINEZ

1 Introducción

Actualmente el dolor se ha convertido en la principal causa de consulta. Además el dolor va acompañado de un conjunto de comorbilidades como depresión, trastornos del sueño, inmunosupresión y alteración de las relaciones sociales que conllevan a una disminución de la calidad de vida de las personas que lo sufren.

El dolor se compone de diferentes esferas, entre las que se incluyen algunas como la duración, la localización o la intensidad que serán desarrolladas a continuación. Conociendo el origen y mecanismo del dolor, se puede elegir la mejor alternativa de tratamiento en cada momento y para un determinado paciente. La valoración del dolor es otro punto importante a tener en cuenta y el primer a paso para definir el tipo del dolor y sus características con la descripción que nos haga el paciente. Aunque para facilitar esta tarea existen varias escalas y cuestionarios.

El dolor postoperatorio (DPO) es un elemento muy común en nuestro tiempo y que se da continuamente en cualquier centro sanitario de nuestro país y del mundo. A pesar de numerosos estudios, el avance de la tecnología para las cirugías y la aparición de nuevos tratamientos el control del dolor postquirúrgico sigue siendo un reto para el personal sanitario.

2 Objetivos

Objetivo principal
- Desarrollar el concepto de dolor postoperatorio.

Objetivos secundarios
- Conocer la epidemiología del dolor postoperatorio.
- Indagar en la evidencia científica relacionada con el dolor postoperatorio.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica, para definir el Dolor Postoperatorio (DPO) y conocer las diferentes esferas relacionadas. Se consultaron diferentes bases de datos como Pubmed y Scielo. Para la selección de los artículos se tomaron como criterios de inclusión:
- La búsqueda bibliográfica se limitó a publicaciones de los últimos 5 años.
- Se incluyeron artículos en inglés y español.

4 Resultados

El dolor es definido por la Internacional Association for the Study of Pain (IASP), como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño orgánico, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño. Esta definición remarca la esfera afectiva del dolor, no solamente involucra al proceso fisiológico en el que intervienen los nociceptores. Por ello el dolor es un fenómeno personal, complejo e intransferible. Desde el año 2002 el tratamiento del dolor es un derecho universal de los seres humanos, reflejado en la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. El dolor existe y aparece siempre que un paciente refiere que algo le duele, ya que se trata de un concepto completamente subjetivo.

La percepción del dolor se compone de un sistema neuronal sensitivo (nociceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos

tisulares. El dolor aparece con mayor frecuencia en mujeres y aumenta con la edad.

La American Pain Society (APS) define el DPO como aquel que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, y se caracteriza fundamentalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable. Un adecuado control del dolor es un buen indicador de la práctica clínica y de la calidad asistencial. El correcto manejo del dolor es esencial en los cuidados perioperatorios con un nivel de evidencia 1.

El dolor afecta de forma negativa a la calidad de vida, la funcionalidad y alarga los periodos de recuperación. Además el dolor facilita la aparición de complicaciones postquirúrgicas y aumenta la probabilidad de sufrir dolor crónico. Los hospitales de nuestro país reflejan que más de la mitad de los pacientes presentan dolor moderado- severo en las primeras 24 horas tras la intervención quirúrgica, y en aproximadamente un 2,7% de los casos ese dolor persiste tras el alta hospitalaria.

En la actualidad el desarrollo de nuevos medicamentos y terapias de analgesia junto con la creación de unidades específicas para el tratamiento del DPO han mejorado la experiencia de los pacientes. Sin embargo, incluso en los países desarrollados siguen existiendo dificultades para el manejo del DPO, con una alta prevalencia, que conlleva una disminución de la calidad de vida y un aumento de la morbimortalidad y estancia hospitalaria, y por tanto de los costes sanitarios.

En diversos estudios y encuestas realizadas en los últimos años se ha comprobado que el mal manejo del dolor se debe a varios factores. Entre ellos destaca que en algunos casos el personal sanitario no se encuentra suficientemente formado en este campo hasta el punto de creer que el dolor es normal tras una cirugía. Además no existen protocolos específicos de analgesia y en muchas ocasiones el tratamiento y la pauta analgésica no se adaptan ni al tipo de cirugía ni al paciente. También hay cierto miedo a la utilización de algunos fármacos como los opiáceos, debido a sus efectos adversos y posibles complicaciones.

Algunos factores importantes que presentan todos los pacientes, deberían ser considerados, como aspectos genéticos, psicológicos y experiencias previas del individuo. El tratamiento del dolor debe ser individualizado, de ahí la importancia de la valoración previa de cada paciente para determinar el protocolo y la pauta analgésica más adecuada para cada caso. Un mal control del dolor puede empañar el resultado óptimo de una intervención quirúrgica y alargar el tiempo

de recuperación, prolongando la estancia hospitalaria.

Otra dificultad para el tratamiento del dolor es la escasez de Unidades del Dolor Agudo, donde se aplican protocolos y terapias adecuados, junto con un equipo asistencial preparado para cuidar a este tipo de pacientes. En una encuesta sobre el dolor postoperatorio realizada en España a 237 miembros de la Asociación Española de Cirujanos obtuvo datos muy reveladores:
- El 56 % no valoraron de forma sistemática la intensidad del dolor.
- Sólo el 23 % confirmó utilizar escalas de valoración del dolor.
- Otro dato importante es que el 76 % de los cirujanos manifestó que no ha recibido ninguna formación específica sobre el DPO.
- Por último el 95 % declaró que desearía recibir esa formación específica.

La APS junto con la American Society of Anesthesiologists (ASA) publican en 2016 una nueva guía de práctica clínica basada en la evidencia, que incluye 32 recomendaciones para el tratamiento del DPO en niños y adultos. La guía ha sido desarrollada por un panel de 23 expertos en representación de diferentes sociedades médicas y de enfermería. El panel de expertos dividió las recomendaciones basándose en 2 factores: por un lado la fuerza de recomendación (fuerte o débil) y por otro la calidad de evidencia (alta, moderada y pobre). Algunas de las recomendaciones más destacadas son las siguientes:

Recomendaciones fuertes con evidencia de calidad alta:
- Aplicación más amplia de las técnicas multimodales, combinando medidas farmacológicas con no farmacológicas y técnicas de anestesia regional periférica.
- Uso de paracetamol y/o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como parte de la terapia analgésica tanto en adultos como en niños sin contraindicaciones.
- Considerar la administración de anestesia regional periférica específica para cada paciente ya sea en adultos o en niños.
- Respecto a las intervenciones quirúrgicas torácicas, abdominales y especialmente a los pacientes con riesgo de complicación cardiaca, ofrecer la analgesia neuroaxial.

Recomendaciones fuertes con evidencia de calidad moderada:
- En los pacientes que se pueda utilizar la vía oral, será la de elección para la administración de opioides.
- Evitar la vía intramuscular para la administración de los analgésicos.
- La analgesia por vía intravenosa será controlado por el paciente en los casos que sea posible.

- En cambio la administración de opioides por vía intravenosa será controlada por el personal sanitario.
- En adultos sin contraindicaciones considerar la posibilidad de administrar una dosis única de celecoxib preoperatoria.
- En terapia analgésica multimodal valorar incluir fármacos como la gabapentina o la pregabalina.
- El uso de analgésicos tópicos locales en combinación del bloqueo de ramas nerviosas antes de la incisión.
- En la cirugía torácica evitar la aplicación de anestésicos locales en la zona intrapleural para el control del DPO.
- Terapia continúa con analgesia regional periférica con la ayuda de analgésicos locales cuando la necesidad de analgesia supera al efecto de una sola dosis.
- Evitar la administración neuroaxial de magnesio, benzodiacepinas, neostigmina, tramadol, y ketamina.

Recomendaciones con evidencia de calidad baja:
- Proporcionar a los pacientes educación e información sobre las diferentes opciones de tratamiento.
- Realizar una evaluación preoperatoria que englobe las comorbilidades médicas y psiquiátricas, tratamientos crónicos, historia de dolor crónico y abuso de sustancias.
- Reevaluar y ajustar de forma continua el control del dolor y la presencia de efectos adversos.
- Utilizar una herramienta para la evaluación del dolor validada.
- Controlar la sedación, realizar evaluación respiratoria y otros eventos adversos en pacientes que reciben opioides sistémicos.
- Proporcionar un adecuado seguimiento de los pacientes que han sufrido intervenciones neuroaxiales para la analgesia perioperatoria.
- La terapia cognitivo-conductual estaría incluida en un enfoque multimodal en el tratamiento de los pacientes.
- La estimulación eléctrica transcutánea podría ser un coadyuvante a la terapia analgésica.

El panel de expertos refleja que no hay estudios suficientes para recomendar o desaconsejar la acupuntura, el masaje o la terapia de frío como complemento a otros tratamientos para el DPO.

El manejo óptimo del dolor comienza en el periodo preoperatorio con una buena anamnesis de las características y comorbilidades del paciente previas a la cirugía.

La evaluación continua y la aplicación de terapias de carácter multimodal facilitan la elaboración de un plan de acción adaptado a la persona y a la evolución de su patología. El panel de expertos declara la necesidad de nuevas investigaciones en el correcto uso de los opioides, la efectividad de las terapias multimodales y aumentar la información sobre el dolor en niños y lactantes, campo poco explorado en la actualidad.

5 Discusión-Conclusión

Describir y evaluar el dolor de una manera unánime es prácticamente imposible, ya que se trata de una entidad individual y subjetiva. Además no existe un método científico capaz de medir el dolor. El dolor es un problema de salud pública con gran repercusión humana y socioeconómica. Tanto la OMS como otras asociaciones a nivel mundial consideran el dolor la quinta constante vital, por ello se debe incorporar la valoración y tratamiento del dolor de forma rutinaria en la entrevista y la configuración de la historia clínica.

En la actualidad, la cirugía es el tratamiento fundamental de un amplio número de enfermedades graves, cuyos beneficios para los pacientes son incuestionables. Sin embargo continúa la búsqueda de nuevas técnicas mejoradas para prevenir y paliar el dolor agudo postquirúrgico.

Los tratamientos analgésicos prolongados conllevan el riesgo de provocar iatrogenias en los pacientes a nivel gástrico, hepático o renal. Por ello además de las terapias mencionadas, es importante llevar un estilo de vida saludable, incluyendo una dieta equilibrada y actividad física diaria. Serían necesarios nuevos estudios que permitieran conocer más a fondo el mecanismo del dolor, para aplicar mejores tratamiento, más efectivos y con menos efectos adversos.

El dolor ya sea agudo o crónico forma parte de la vida de millones de personas, por ello sería crucial hallar la manera óptima de paliarlo, minimizando las consecuencias que conllevan algunos tratamientos actuales.

6 Bibliografía

- García-Andreu Jorge. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anest. Méx. 2017; 29(1): 77-85.
- Vicente-Herrero M.T, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Ramírez Iñiguez Torre M.V, Capdevilla-García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas

y cuestionarios. Rev Soc Esp. 2018; 25 (4): 228-36.
- Pérez-Guerrero AC, Aragón MC, Torres L. M. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? Rev Soc Esp. 2017; 24 (1): 1-3.
- Ortega-García J. L., Neira-Reina F. El tratamiento del dolor postoperatorio. ¿Un problema sin resolver? Rev. Soc. Esp. 2018; 25 (2): 63-65.
- Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. Management of postoperative pain: A clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. J Pain. 2016; (17):131-57.
- Alcántara Montero A, González Curado A. Nueva Guía de la Asociación Americana del Dolor sobre dolor postoperatorio. Rev Soc Esp. 2016; 23(3): 164-5.

Capítulo 755

ANESTESIA Y REANIMACIÓN

MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ

GEMMA RODRÍGUEZ LARXE

MARGARITA COSIO FERNANDEZ

MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ

LLUIS IGLESIAS CARCEDO

1 Introducción

La especialidad de anestesia y reanimación, también llamada anestesiología, es el área de la medicina que se encarga del estado de conciencia de los pacientes, tanto en los casos en que estos deben perder conciencia para ser tratados, o para superar situaciones muy traumáticas como en los casos en que el paciente se encuentra total o parcialmente inconsciente y debe ser reanimado. Por tanto, su área de conocimiento va mucho más allá del simple saber qué cantidad de anestesia utilizar en cada caso; porque incluye capacitación para el tratamiento integral del paciente si es necesario. De esta manera un anestesista podrá, en caso de necesidad, asumir el cuidado total del paciente en casos en que no existen otros especialistas disponibles.

Su trabajo se realiza en un contexto de elevada tensión, muchas veces con pacientes accidentados o con enfermos cuyas patologías, agudas o crónicas, les producen mucho sufrimiento. El desarrollo de la anestesiología dió un vuelco significativo en las últimas décadas, dado fundamentalmente por el cambio de la visión y misión de la especialidad.

No se trata de dormir y despertar un paciente como en los años 50 del siglo pasado. Hoy se trata de cuidar la integridad de un ser humano que entrega su vida y esto lleva implícito velar por la hipnosis, la analgesia, el bloqueo neuromuscular, el control hemodinámico, neurovegetativo y la prevención del dolor. Se trata de una especialidad con mayor alcance.

2 Objetivos

- Determinar los fármacos anestésicos y el modo óptimo de administración para obtener el mayor efecto de protección de los órganos y los menores efectos secundarios postoperatorios.

3 Metodología

La anestesiología y reanimación es una especialidad médica que tiene como objetivos el estudio, docencia, investigación y aplicación clínica de:
- Métodos y técnicas para hacer insensible al dolor y proteger al paciente de la agresión antes, durante y después de cualquier intervención quirúrgica y obstétrica, de exploraciones diagnósticas y de traumatismos.
- Mantener las funciones vitales en cualquiera de las condiciones citadas y en los pacientes donantes de órganos.
- Tratar pacientes cuyas funciones vitales estén gravemente comprometidas, manteniendo las medidas terapéuticas hasta que se supere la situación de riesgo vital de dichas funciones.
- Tratamiento del dolor de cualquier etiología, tanto aguda como crónica.
- La reanimación en el lugar del accidente y la evacuación de accidentados o pacientes en situación crítica.

La anestesiología y reanimación tiene su campo de acción en el medio intrahospitalario y en el extrahospitalario:
1. En el intrahospitalario son:
- Consulta preanestésica.
- Acto anestésico en el quirófano.
- Unidad de recuperación postanestésica.
- Reanimación.
- Unidad del dolor.
- Seguimiento postanestésico de los pacientes.

- Unidad de Urgencias: Reanimación de pacientes críticos, manejo urgente del paciente quirúrgico.
- Sedaciones intrahospitalarias en unidades especiales: Para procedimientos diagnósticos, para procedimientos terapéuticos.

2. En el Extrahospitalario, su campo de acción es en el lugar donde se halle el accidentado o el enfermo en estado crítico, así como en el medio de transporte utilizado para su evacuación. Para describir las funciones del TCAE es necesario desarrollar las diferentes etapas del proceso quirúrgico, así como las funciones que realizan los profesionales de enfermería.

Periodo preoperatorio
- Informar al paciente y familiares sobre dudas que les surjan en torno a la intervención quirúrgica.
- Asegurar una buena preparación del organismo: nutrición, eliminación, oxigenación e higiene.
- Educación sanitaria: movilizaciones, ejercicios respiratorios, cuidados prequirúrgicos, etc.
- Preparación del paciente el día de la intervención.

Periodo intraoperatorio
- Apoyar psicológicamente al paciente.
- Protección de las pertenencias del paciente.

Periodo postoperatorio
- Apoyar psicológicamente al paciente.
- Prevención de la infección de la herida quirúrgica.

Todas las actividades de enfermería relacionadas con el quirófano se llevan a cabo conjuntamente entre la enfermera circulante (EC), la enfermera instrumentista (EI) y el TCAE.
- Funciones administrativas: historia clínica, consentimientos informados firmados, etc.
- Recepción del paciente.
- Mantener el quirófano en orden, para ello se debe seguir siempre un orden de revisión que permita reponer el quirófano y dejarlo preparado.
- Reponer y comprobar el carro de anestesia, medicación, material no fungible y fungible (comprobar y reponer suturas, sondas, compresas, gasas, paños, drenajes, etc).

- Tener localizado y chequeado el desfibrilador por si se precisa en cualquier momento, lo hace el equipo de enfermería.
- Chequear y comprobar el funcionamiento del respirador.
- Comprobar que el mobiliario y el aparataje se corresponden con el tipo de intervención.
- Preparar el equipo y material necesario para la intervención.
- Trasladar al paciente a la cama bajo la orden del anestesiólogo. Aquí colaboran diversos miembros del equipo quirúrgico, enfermera instrumentista, enfermera circulante, junto con el anestesiólogo, TCAE y el auxiliar de obras y servicios (AOS).

4 Resultados

Muchos preoperados temen más a la anestesia que al bisturí. Ese temor viene de la época del éter y del cloroformo, que se dejaron de utilizar hace 50 años. El miedo ha quedado en la mente del ser humano, pero ya no está justificado. En los años 70, uno de cada 10.000 anestesiados moría por este motivo. Ahora, las muertes de origen anestésico son una por cada 100.000. Esto se ha conseguido debido a la evaluación preoperatoria que se realiza al paciente. Las recomendaciones resultantes incluyen la valoración previa, los requisitos materiales y de personal para la sedación del procedimiento, las recomendaciones para después del procedimiento, registros de actividad y controles de actividad y calidad.

5 Discusión-Conclusión

Presentamos unas recomendaciones para la administración segura de sedación en procedimientos fuera de quirófano, centradas en el paciente y elaboradas con el criterio de los profesionales con mayor conocimiento en la administración de la misma. Estas recomendaciones pueden servir como base para la reducción de la variabilidad y mejora de la seguridad del paciente en la organización de la atención sanitaria en éste ámbito.

Se hace imperioso proponer elementos objetivos que relacionen los procedimientos anestésicos con la seguridad, de la misma forma que se trata de lograr un proceder quirúrgico seguro, en un ambiente idóneo y una transfusión segura en los cuales todos estemos incluidos en un mismo fin: velar por la integridad y la seguridad del paciente anestesiado.

6 Bibliografía

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182013000200006
- https://www.amirsalud.com/anestesia-y-reanimacion/
- https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/docs/Anestesiologia_y_Reanimacion.pdf
- https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/anestesia-epidural-vs-anestesia-raquidea-que-debes-conocer
- https://medicosresidentes.es/especialidades-anestesia-y-reanimacion/
https://mpg.es/master/experto-en-anestesia-reanimacion/
- https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/quirofano_auxiliares.pdf

Capítulo 756

LOS CUIDADOS PALIATIVOS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

NOELIA PELÁEZ SANFIZ

1 Introducción

La experiencia de cuidar supone establecer una relación interpersonal de ayuda con otra persona que está viviendo la experiencia de la enfermedad e incapacidad. En su conjunto constituye realidades humanas muy complejas y de una gran vulnerabilidad.

Los profesionales técnicos en cuidados Auxiliares de Enfermedades, son profesionales básicos en el equipo de Cuidados Paliativos. Históricamente han resuelto los problemas de los cuidados básicos en plantas de hospitalización, apoyo en consultas externas y otras tareas más técnicas en servicios especializados.
En cuidados paliativos este papel es más relevante, si cabe, dado que se ocupan de los cuidados como profesional, integrales y de la familia, como parte integrante de un equipo de cuidados.

Como profesional, el técnico de cuidados de Auxiliares de Enfermería es quien más tiempo pasa en contacto con el paciente y quien se ocupa de los grandes y pequeños detalles, quien más confort puede proporcionar al paciente.
"Un buen profesional, en su rol de Técnico en Cuidados de Auxiliares de Enfermería, puede y debe ser una de las piezas claves para proporcionar a los pacientes y a la familias, unos cuidados de alto nivel de confort. Y esto solo se puede lograr

con su participación activa y sin otras limitaciones que las de su capacidad, destreza y competencia profesional en el equipo de cuidados paliativos".
Acompañar y dar apoyo a una persona que está enfrentada con su propia muerte es siempre una labor demandante, agotadora y estresante, pero es una de las cosa más vulnerables que un ser humano puede hacer por otro

2 Objetivos

La especificidad de las necesidades de los pacientes paliativos, obligan a señalar una serie de peculiaridades que deben tenerse en cuenta.
1- Una atmósfera de respeto, bienestar, apoyo y comunicación influyen de manera decisiva en el control de los síntomas..
2- Promoción de la autonomía.
Implicarle en sus cuidados en la medida de sus posibilidades, establecer una relación que permita la máxima autonomía y autoestima.
3- Importancia de los cuidados.
Mejorar el aspecto de la persona cuidada puede mejorar su seguridad, autoestima y contribuir a tener mayor bienestar.
Cuidar bien nos da seguridad respecto a como lo hacemos y también nos quita preocupaciones de que hacemos lo que podemos hacer, lo mejor que podemos.
4- Una escucha atenta de las preocupaciones del paciente, un breve interrogatorio, puede facilitar una mayor apertura del paciente, una disminución de la ansiedad.
5- Anticiparse y tener un plan de cuidados:
Prever las situaciones difíciles puede servir. Un síntoma mal controlado puede ser vivido como una urgencia por el enfermo y requerir una respuesta inmediata. La presencia solicitada del técnico de cuidados Auxiliares de Enfermería en un alto momento de estrés para la familia, puede contribuir a disolver la tensión emocional.
6- Atención a la familia:
El apoyo psicoemocional a la familia y al paciente es una tarea primordial.
7- Demanda excesiva:
Algunas personas, al tener que soportar los sufrimientos de su enfermedad, exigen más ayuda, mientras que, otras dirigen su frustración y malestar derivada de sus problemas hacia la persona que les atiende. Estas demandas excesivas pueden producir diferentes sentimientos que a la larga hacen que el profesionales se sienta "quemado". En estas situaciones se hace necesario poner limites.
8- Sobrecarga emocional:

La satisfacción de prestar ayuda conlleva, frecuentemente, tensiones otros sentimientos.
Es precioso reconocer y aceptar los propios sentimientos, aumentar los recursos personales y profesionales, habilidades para relacionarse mejor, y a veces poner limites a los cuidados evitando la sobre implicación.
La soledad de los pacientes ingresados. Pensar que las cosas ”deberían” ser de otra manera sólo lleva asociado consecuencias negativas que puede producirnos sentimientos de tristeza y malestar.

Es posible aprender a manejar los sentimientos y emociones negativas de manera que se mantengan en unos niveles moderados para que no interfieran en el trabajo diario.”yo soy humana, lo que significa que estoy sujeta a las mismas respuestas emocionales que cualquier personas”.
Los sentimientos no son algo que podamos decidir tener, nosotros no decidimos tenerlos, simplemente ocurren. Lo que realmente es importante es lo que decido hacer con ellos. Lo deseable no es no tener sentimientos negativos, puesto que es lógico y natural que como personas aparezcan en determinados momentos y circunstancias, sino ser conscientes de que existen, reconocerlos, aceptarlos y finalmente saber cómo controlarlos. Los sentimientos negativos más frecuentes son de tristeza y depresión, culpa, ansiedad, nerviosismo, etc.

3 Metodología

Realicé una investigación a través de libros, estudios realizados, investigaciones realizadas en el propio centro de trabajo y en la vida personal y asesoramiento por parte del equipo de Cuidados Paliativos del centro de atención primaria de referencia.

4 Bibliografía

- SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos)
- AECC (Asociación Española Contra el Cáncer) protocolos de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos.
- Principios y Prácticas de los Cuidados Paliativos (Sanz Ortiz, J)

Capítulo 757

HIGIENE HOSPITALARIA.

GEMMA RODRÍGUEZ LARXE

MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ

MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ

LLUIS IGLESIAS CARCEDO

MARGARITA COSIO FERNANDEZ

1 Introducción

La higiene hospitalaria es el conjunto de medidas establecidas en el medio ambiente hospitalario con el objetivo de prevenir infecciones o combatir los riesgos para la salud de los pacientes y los profesionales. Esto supone la coordinación de la higiene personal, la limpieza y desinfección de los espacios y ambientes hospitalarios, ya que estos son elementos críticos e imprescindibles de primera necesidad, siendo fundamentales para la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

La higiene hospitalaria ha conseguido una gran atención en estos últimos años por los especialistas del Control de Infecciones, por varios motivos:

- El fracaso de lograr un 100% del cumplimiento de higiene de manos.
- Nuevos patógenos, organismos multirresistentes a los antibióticos y con elevada permanencia en superficies aún después del alta del paciente infectado.
- El enorme impacto económico que supone al sistema sanitario.

El trabajar en un ambiente limpio y desinfectado ayuda a reducir cerca de un 99% el número de microorganismos potencialmente peligrosos. Dentro de un centro

hospitalario no todas las zonas tienen el mismo riesgo a la hora de transmitir infecciones por falta de limpieza.
Existen diferentes áreas:
- Área Crítica: en la que existe un alto riesgo de infección.
- Área Semi-crítica: donde se encuentran infecciones de baja transmisibilidad.
- Área No Crítica: en la que hay pacientes con enfermedades no infecciosas.
Por lo tanto, existen dos tipos de limpieza:
- Rutinaria o Concurrente: la que se realiza diariamente para limpiar y organizar el ambiente, reponer materiales de consumo diario y recoger residuos.
- Terminal: la que se realiza después de darle el alta al paciente, es mucho más exhaustiva, se limpian paredes, techos, todo el mobiliario y etc.
Otra parte esencial en la higiene hospitalaria, es la del personal sanitario con el paciente.
Las funciones del TCAE al respecto son:
- El lavado de manos antes y después de tratar con el paciente.
- El uso de guantes.
- Realizar la limpieza, cuidado y mantenimiento de los carros de curas y su material.
- Realizar el aseo y limpieza al paciente.
- Evitar llevar anillos, uñas postizas, pintadas, relojes y pulseras.
- Llevar el pelo corto o recogido, ya que todos estos aspectos de higiene van asociados a evitar posibles infecciones.

2 Objetivos

- Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
- Establecer acciones para la adecuada limpieza, desinfección y esterilización.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los beneficios asociados al uso de los métodos de prevención de infecciones gracias a la higiene hospitalaria, se mejora la efectividad de la desinfección y limpieza, alcanzando en un 99.99% la eliminación de microorganismos, logrando beneficios y resultados en la salud de los pacientes, y por tanto nos permite un gran ahorro en costes de casos de infecciones relacionadas con la asistencia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La higiene hospitalaria es prioritaria no solo para los profesionales sanitarios y pacientes, sino también para las instituciones, ya que se refleja una repercusión en los resultados de la salud y por supuesto en los resultados económicos, ya que con una mejora en la gestión de recursos se lograría una mejor calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. https://www.bimedica.com/.
2. https://www.antares-consulting.com/es_ES/.
3. http://www.redaccionmedica.com/.
4. http://www.funlarguia.org.ar/.
5. https://es.linkedin.com/company/ocronos-revista-medica-enfermeria.
6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
7. https://www.scielo.org/es/.
8. https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 758

NOSOCOMIALES.

GEMMA RODRÍGUEZ LARXE

MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ

MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ

LLUIS IGLESIAS CARCEDO

MARGARITA COSIO FERNANDEZ

1 Introducción

Las Infecciones Nosocomiales son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en el período de incubación ni en el momento del ingreso del paciente. Las infecciones que ocurren más de 48h después del ingreso suelen considerarse Nosocomiales.
Son la complicación más común en los pacientes hospitalizados, ocasionando una elevada morbimortalidad y un mayor coste económico, convirtiéndose en uno de los principales problemas de salud pública, siendo así necesario e importante implantar sistemas de prevención para mejorar la calidad asistencial y una mayor participación de los profesionales sanitarios, estableciendo mecanismos eficientes de intervención que permitan la aplicación de medidas preventivas para disminuir los factores de riesgo que inciden en la distribución y frecuencia de las infecciones Nosocomiales.
La prevención de las infecciones nosocomiales exige un programa integrado y vigilado. El control de las infecciones nosocomiales es una responsabilidad de

todos los profesionales de salud, médicos, personal de enfermería, terapeutas, farmacéuticos y etc.
El paciente ingresado está expuesto a una gran variedad de microorganismos durante la hospitalización. El contacto entre paciente y un microorganismo, en sí no produce necesariamente una enfermedad clínica, puesto que hay otros factores que influyen en la naturaleza y frecuencia de las infecciones nosocomiales.
Factores que destacan son:
- El agente microbiano: una gran cantidad de bacterias, virus, hongos y parásitos diferentes pueden causar infecciones nosocomiales.
Estas infecciones pueden ser causadas por:
- Un microorganismo contraído de otra persona en el hospital, (Infección cruzada).
- La propia flora del paciente, (Infección endógena).
- La infección por algunos microorganismos puede ser transmitida por un objeto inanimado o por sustancias recién contaminadas, provenientes de otro foco humano de infección, (Infección ambiental).
Factores que nos ayudan a la prevención de las infecciones nosocomiales:
1. Limitar la transmisión de microorganismos entre los pacientes por medio de prácticas apropiadas.
2. Lavado de manos, uso de guantes y asepsia.
3. Estrategias de aislamiento.
4. Esterilización y desinfección.
5. Lavado de ropa.
6. Control de riesgos ambientales.
7. Proteger a los pacientes con el uso apropiado de antimicrobianos profilácticos, nutrición y vacunación.
8. Limitar el riesgo de infecciones endógenas con reducción al mínimo de los procedimientos invasivos y fomento del uso óptimo de antimicrobianos.
9. Vigilar las infecciones, identificar y controlar los brotes.
10. Prevenir la infección de los miembros del personal.
11. Mejorar las prácticas de atención de pacientes, seguidas por el personal y continuar la educación de este último.
El TCAE es un profesional capaz de ponerse en el lugar del paciente, haciéndole más agradable esa complicada situación, a la que todos estamos expuestos.
Entre otras muchas funciones de los TCAE destacamos:
- Lavarse las manos antes y después de atender a un paciente.
- Emplear sondas estériles y de un solo uso para aspirar secreciones en colaboración con el equipo de enfermería.

- Sustituir frecuentemente los humidificadores.
- Esterilizar los equipos de respiración, nebulización y broncoscopia.
- Mantener en correctas condiciones de higiene los circuitos respiratorios.
- Aplicar tratamientos posturales y fisioterapia respiratoria.
- Enseñar al paciente a respirar y a eliminar las secreciones.
- Aplicar técnicas de aislamiento respiratorio cuando sea necesario.

2 Objetivos

Promover la vigilancia epidemiológica en los hospitales y centros, para mejorar el sistema de salud. De esta manera se evita el incremento de la tasa de mortalidad, de determinadas complicaciones clínicas, la falta de calidad sanitaria en la atención prestada y un sobrecoste económico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hemos logrado progresar en la prevención de las infecciones nosocomiales por los enormes esfuerzos que se realizan a todos los niveles en el sistema sanitario. Se calcula que unos 3.200 pacientes mueren al año por infecciones nosocomiales, entre el 5% y el 15% de las personas ingresadas, dependiendo del tipo de hospital, sufren una infección de este tipo, y el 1% de los afectados fallece.
Además, el 2.5% de los infectados ve agravado su estado, lo que prolonga su estancia hospitalaria entre 8 y 10 días, aumentando los gastos por paciente. Las infecciones nosocomiales agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente, y en algunas ocasiones pueden ocasionar trastornos discapacitantes, que reducen la calidad de vida del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales suponen una elevada carga socioeconómica con estancias hospitalarias mucho más prolongadas y costes hospitalarios mucho más altos.
El promover y cumplir medidas de vigilancia, prevención y control de las infecciones es un punto de partida para disminuir de forma drástica estas infecciones nosocomiales.
Es crucial la vigilancia activa mediante un sistema que permita detectar de forma rápida y eficiente los portadores, para evitar la transmisión en el entorno hospitalario.

6 Bibliografía

1. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/.
2. https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2.
3. https://gacetamedica.com/.
4. https://revistamedica.com/como-publicar-revista-medica-enfermeria-ocronos/.
5. https://www.bd.com/es-es/our-products/infection-prevention.
6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
7. https://www.scielo.org/es/.
8. https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 759

BRONQUIOLITIS EN LA INFANCIA.

MARIA NIEVES PEQUEÑO VERDIN

ELOINA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La bronquiolitis es una infección pulmonar común en bebés y niños pequeños. La causa es la inflamación y congestión en las vías respiratorias pequeñas del pulmón. Normalmente, la causa de la bronquiolitis es un virus. Durante los meses de invierno, se propaga más fácilmente.

La bronquiolitis comienza con síntomas que parecen un resfriado común, pero luego se complica con tos, silbido al respirar y, a veces, dificultad para respirar. Los síntomas de la bronquiolitis pueden durar de días, semanas y hasta un mes. La mayoría de los niños se curan en el hogar. Un porcentaje muy pequeño necesita hospitalización, sobre todo, los bebes.
La bronquiolitis ocurre cuando un virus infecta los bronquiolos, que son las vías respiratorias más pequeñas en los pulmones. La infección hace que los bronquiolos se hinchen y se inflamen. La mucosidad se acumula en estas vías respiratorias, lo que dificulta el flujo libre del aire desde y hacia los pulmones.

La mayoría de los casos de bronquiolitis son causados por el virus respiratorio sincicial (VRS). El VRS es un virus frecuente que puede infectar a casi todos los niños. Los brotes de la infección por VRS se producen todos los inviernos. La bronquiolitis también puede ser causada por otros virus, como los que causan la gripe o el resfriado frecuente.

Los bebés menores de tres meses tienen mayor riesgo de padecer bronquiolitis debido a que los pulmones y el sistema inmunitario no se desarrollaron por completo.
Otros factores asociados con un mayor riesgo de padecer bronquiolitis
• Una afección cardíaca o pulmonar no diagnosticada
• Sistema inmunitario debilitado
• Contacto con muchos niños, por ejemplo en una guarderia
• Nacimiento prematuro

Las complicacioness de la bronquiolitis grave pueden incluir:
• Piel o labios que se vuelven azules (cianosis). La cianosis está causada por la falta de oxígeno.
• Pausas en la respiración (apnea). Es más probable que la apnea ocurra en bebés prematuros y en bebés de hasta dos meses de vida.
• Deshidratación.
• Niveles bajos de oxígeno e insuficiencia respiratoria.

Como los virus pueden hacer que la bronquiolitis se trasmita de una persona a otra, una de las mejores maneras de prevenirla es lavarte las manos con frecuencia, especialmente al tocar a tu hijo cuando tienes algún resfriado o enfermedad respiratoria.
Otras formas que ayudan a controlar la infección con sentido común incluyen:
• Limitar el contacto con personas que tienen fiebre o resfríado.
• Limpia y desinfecta superficies. Limpia y desinfecta las superficies y objetos que las personas tocan con frecuencia, como.Esto es especialmente importante si un familiar está enfermo.
• Cúbrete la boca al toser o estornudar. Cúbrete la boca y la nariz con un pañuelo. Luego desecha el pañuelo y lávate las manos o usa un desinfectante de manos.
• Usa tu propio vaso. No lo compartas con otras personas, especialmente si algún familiar está enfermo.
• Lávate las manos con frecuencia. Lávate las manos y también lava las de tu hijo con frecuencia. Ten a mano un desinfectante de manos con alcohol para usar tú y tu hijo cuando están fuera de casa.

Generalmente no es necesario hacer exámenes ni radiografías para diagnosticar la bronquiolitis. El doctor puede identificar el problema observando al niño y escuchando sus pulmones con un estetoscopio. Pero quizás sean necesarias más de una o dos visitas para distinguir este trastorno de un simple catarro.T ambién la supervisión clínica por su pediatra, en las primeras 48-72 horas.

La medida más útil para prevenir el contagio es asegurarse que las personas que cuidan al niño se lavan las manos con frecuencia, tanto antes como después de cogerlo o tocar sus cosas (chupete, biberón, juguetes;...).
Si tu hijo corre riesgo de tener una bronquiolitis grave, si los síntomas están empeorando, o si se sospecha que haya otro problema, tu médico puede pedir que se hagan exámenes, incluyendo:
• Radiografía de tórax. Tu doctor puede pedir una radiografía de tórax para buscar signos de neumonía.
• Pruebas virales. Tal vez tu doctor tome una muestra de mucosidad de tu hijo para analizarla y determinar qué virus está causando la bronquiolitis. Se hace introduciendo un hisopo suavemente en la nariz.
• Análisis de sangre. A veces se puede usar un análisis de sangre para determinar el recuento de glóbulos blancos de tu hijo. Un aumento en los glóbulos blancos generalmente es un signo de que el cuerpo está combatiendo una infección. El análisis de sangre también puede determinar si el nivel de oxígeno en el torrente sanguíneo del niño ha disminuido.
La bronquiolitis aguda es una enfermedad muy frecuente en la infancia (incidencia anual del 10% en menores de dos años), que ocasiona una importante demanda asistencial en atención primaria (entre 4-20%) y en las urgencias hospitalarias (entre 0,8-2,5%). Es la causa más frecuente de ingreso por infección respiratoria aguda de vías bajas en niños menores de dos años (entre el 1 y el 5%).

2 Objetivos

- Explicar las medidas de soporte y cuidados generales que podemos realizar en casa Yy que son muy útiles para mejorar los síntomas que se producen en la bronquiolitis.

3 Metodología

Basándonos en la bibliografía, los factores de riesgo evaluados fueron sexo, edad, falta de lactancia materna , asistencia a guardería, tener algún hermano mayor, asma en alguno de los padres, exposición al humo de tabaco (tabaquismo de los padres), infección por VRS (virus causante de la bronquiolitis) y gravedad del episodio. Se estudió la necesidad de oxígeno durante el ingreso, el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y la necesidad de ventilación mecánica.
Palabras clave: Bronquiolitis, infancia, virus, contagio, prevención.

4 Resultados

La bronquiolitis es una infección pulmonar común en bebés y niños pequeños. Causa inflamación y congestión en las vías respiratorias pequeñas (bronquiolos) del pulmón. Casi siempre, la causa de la bronquiolitis es un virus. Normalmente, el pico de la bronquiolitis es durante los meses de invierno.

La bronquiolitis comienza con síntomas similares a los de un resfriado común pero luego avanza con tos, silbido al respirar y, a veces, dificultad para respirar.

Para controlar la infección, deben llevarse medidas básicas, no contacto con personas enfermas, cubrirse la boca al toser, lavarse las manos, y en casos más graves el aislamiento para preservar la exposición del niño a otros factores
En caso de que sea difícil lograr que el niño coma o beba y su respiración se torne más rápida o fatigosa, llame al médico del niño. Esto es especialmente importante si el niño es menor de 12 semanas o tiene otros factores de riesgo de bronquiolitis: incluidos nacimiento prematuro o una afección cardíaca o pulmonar.

5 Discusión-Conclusión

La bronquiolitis ocurre cuando un virus infecta los bronquiolos, que son las vías respiratorias más pequeñas en los pulmones. La infección hace que los bronquiolos se hinchen y se inflamen..
La mayoría de los casos de bronquiolitis son causados por el virus respiratorio sincicial (VRS).. Los brotes de la infección por VRS se producen todos los inviernos. La bronquiolitis también puede ser causada por otros virus, como los que causan la gripe o el resfríado comun.

6 Bibliografía

- Bronquiolitis aguda. G. Orejón de Luna, M. Fernández Rodríguez(2012) http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200006
-La bronquiolitis grave en lactantes menores de seis meses es un factor de riesgo para las sibilancias recurrentes(2013)
L. Pérez Cid, B. San José Valiente, V. Quintero Calcaño, G. Díaz López, J. Mesa Guzmán, A. Cañete Díaz, A. Tagarro García http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000400005
-https://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/sistema-respiratorio/bronquios-y-pulmones/llega-la-bronquiolitis-que-debemos

-https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bronchiolitis/diagnosis-treatment/drc-20351571

Capítulo 760

GRUPOS SANGUINEOS.

MARIA ISABEL QUESADA POSADA

MARIA BELEN GARCIA VILLEGAS

1 Introducción

Las personas estamos compuestas mayoritariamente por agua (70% de nuestra composición corporal) y una parte de esta composición líquida se corresponde con la sangre (unos 5L del total de volumen hídrico que existe en el organismo). La sangre es un tejido líquido constituido por una parte líquida (plasma) en cuyo interior existen otras células sanguíneas: eritrocitos, leucocitos y plaquetas. La función de la sangre es indispensable para la vida, siendo la responsable del transporte de oxígeno, la protección inmunitaria y la encargada de los procesos de coagulación del organismo.
El plasma conforma la fracción líquida de la sangre, y contiene las proteínas plasmáticas (albúminas, gammaglobulinas y fibrinógeno).
Las células sanguíneas se producen en la médula ósea a partir de las células madre gracias a un proceso llamado hematopoyesis, y cada una de ellas tiene una función diferente.
Los eritrocitos, también llamados glóbulos rojos o hematíes, son las células más abundantes de la sangre existiendo unos 4-5 millones/mm3. Estos elementos son discos bicóncavos anucleares. Además, contienen hemoglobina, proteína imprescindible para poder llevar a cabo el transporte de oxígeno y el intercambio gaseoso. La formación de hematíes está condicionada por una hormona producida en los riñones y llamada eritropoyetina. Los eritrocitos tienen una vida media de 120 días, tras los cuales se destruyen en hígado, bazo y médula ósea.

Los glóbulos blancos o leucocitos son células con núcleo cuya función es proteger al organismo frente a infecciones, para ello atraviesan los poros de los capilares y llegan hasta el lugar donde se produce la infección. Para que estas células desempeñen adecuadamente su función debe existir una concentración de 5.000 a 10.000/mm3, y tienen una vida media de unas 12 horas. Existen cinco tipos diferentes de leucocitos que se engloban en dos grandes grupos: granulocitos (neutrófilos, eosinófilos y basófilos) y agranulocitos (linfocitos y monocitos).
Las plaquetas o trombocitos son las células sanguíneas encargadas de la coagulación de la sangre provocando una contracción del vaso sanguíneo, la activación de la cascada de coagulación que finaliza con la formación de un coágulo de fibrina, el cual detiene el sangrado. Estas células se originan a partir de los megacariocitos y tienen una vida media de 5-9 días, tras este periodo se destruyen en bazo e hígado.
A pesar de que todos los seres humanos tenemos las células anteriormente descritos, existen otras partículas que generan una serie de particularidades en cada individuo.

2 Objetivos

- Enumerar y explicar los distintos grupos sanguíneos.
- Identificar los criterios necesarios para donar sangre.

3 Metodología

El trabajo llevado a cabo ha sido una revisión bibliográfica basada en la búsqueda de literatura cuyo tema principal son los diferentes grupos sanguíneos y las donaciones sanguíneas. Los artículos se han obtenido de bases de datos nacionales y extranjeras como “MEDLIFE”, “SCIELO” y “ELSEVIER”, así como de un gran número de asociaciones y fundaciones tales como “Fundación Josep Carreras”, “Fundación Dr. Antoni Steve”, o la “Asociación Española de Afectados por Linfoma”.
La búsqueda se ha realizado conforme unas palabras clave previamente establecidas, las cuales son: Sangre, Blood, Transfusión de sangre, Blood transfusions, Antígenos, Antigens, Anticuerpo, Antibody.
Además, se han establecido una serie de criterios de inclusión y exclusión acorde a los cuales se han elegido los artículos utilizados en dicha revisión bibliográfica:
- Artículos publicados en inglés o español.
- Literatura referida a la especie humana.

- Artículos publicados en revistas y asociaciones oficiales y reconocidas.
- Literatura con acceso gratuito al texto completo.

4 Bibliografía

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

Capítulo 761

NECESIDAD DE HIGIENE EN EL PACIENTE .

MARGARITA COSIO FERNANDEZ

LLUIS IGLESIAS CARCEDO

MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ

GEMMA RODRÍGUEZ LARXE

MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ

1 Introducción

La higiene es uno de los pilares fundamentales de los hábitos de vida saludables, al igual que la alimentación, el deporte, las relaciones sociales.
Si bien los orígenes de la práctica pueden ser rastreados a la antigua Grecia, sus inicios como ciencia datan en los primeros años del Siglo XX. En este contexto histórico comenzaron a ser utilizados métodos específicos para la investigación y determinadas normas para su ejecución.

Gracias a la concepción de la higiene como ciencia han sido prevenidas muchas enfermedades y en muchos casos los porcentajes han disminuido de manera notable. De todos modos estos cambios pueden verse con mayor facilidad en ciertos países pero no en otros
La higiene (del francés hygiène) hace referencia a la rama de la medicina que tiene como fin la prevención de enfermedades y la conservación de la salud, ya sea visto desde los aspectos personales como los ambientales.

Concretamente el término higiene se refiere a aquellas prácticas que incluyen la limpieza y aseo personal, de hogares y espacios públicos. La higiene es una práctica que debería adquirir gran importancia en la vida de los seres humanos ya que la ausencia de las mismas puede acarrear importantes consecuencias negativas para el organismo y la sociedad en su conjunto.
En este capítulo nos centraremos en la higiene del paciente enfermos, sin higiene personal corporal, la enfermedad es más graves ya que el organismo se hace menos resistente. El Auxiliar de enfermería es el responsable de la limpieza del enfermo, su papel consistirá en dejarlo en las mejores condiciones de defensa posible, asegurándole una higiene perfecta

2 Objetivos

- Analizar las necesidades de higiene y confort del paciente durante su estancia en el hospital y animarle a que siga con esos hábitos en su casa.
- Mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una higiene apropiada debe ser una experiencia agradable, siempre que se tengan en cuenta las consideraciones personales del paciente.
El baño en cama beneficia psicológicamente a los pacientes, en relación con la autoestima y la imagen corporal. Activan la circulación sanguínea. Los productos utilizados para el cuidado de la piel son: limpiadores, hidratantes y protectores dela piel contra la humedad.

A continuación nombraremos el material necesario para un correcto aseo:

• Materia de protección: hule, entremetida, manta de baño, y biombos si fuese necesario
• Material para el lavado: dos toallas, palangana, esponja.
• Jabón desinfectante.
• Colonia.
• Aceite de almendras.

Normas generales para el aseo del paciente:

• Explicar al paciente lo que se le va a hacer, así como la importancia y necesidad de realizar una buena higiene, pidiéndole su colaboración.
• Respetar la intimidad del paciente, cerrando la puerta de la habitación, aislándole cuando esté en la sala común o efectuando el aseo en cuarto de baño siempre que sea posible, procurar mantener al paciente desnudo el menos tiempo posible.
• Evitar corrientes de aire, la temperatura de la habitación deberá ser de unos 24º C aproximadamente.
• La temperatura del agua para el baño será entre 37-40ºC.
• Prepararemos el material necesario y lo tendremos a mano.
• Lavar cada zona del cuerpo una vez.
• Colocar al paciente de forma cómoda.

Precauciones:
• Comprobar que la temperatura del agua es la adecuada.
• Tener especial precaución en el manejo de pacientes portadores de sistemas intravenosos u otros dispositivos.
• Durante todo el procedimiento, mantener la puerta y la ventana cerradas, proteger la intimidad del paciente y procurar que no esté destapado innecesariamente.

Preparación del paciente:

Informarle del procedimiento a realizar.
• Adecuar la altura de la cama y colocar al paciente en posición adecuada.
• Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
• Técnica Lavarse las manos y colocarse los guantes.
• Desnudar al paciente (procurar dejar expuesta solo la parte del cuerpo que se vaya a lavar, a ser posible, volviéndola a tapar inmediatamente después, para preservar la intimidad del paciente.
• Realizar el lavado siguiendo un orden desde las zonas menos contaminadas, hacia las más contaminadas.

• Cara (sólo con agua), orejas y cuello Extremidades superiores (Brazos, manos y axilas) Tórax y abdomen (poniendo especial atención en la región submamaria, área umbilical y espacios interdigitales)
• Extremidades inferiores (piernas y pies). Poniendo especial atención en el área inguinal, huecos poplíteos y espacios interdigitales. Genitales y periné; lavar desde el pubis hacia el periné sin retroceder.
• Desechar la esponja.
• Continuar con una esponja nueva por la parte posterior del cuello, espalda, glúteos muslos y región anal.
• Con el paciente en decúbito lateral, enrollar la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama e irla sustituyendo progresivamente por la limpia.
• Aplicar crema hidratante con un ligero masaje, hasta su total absorción.
• Terminar de hacer la cama con ropa limpia y poner al paciente el pijama o camisón.
Zonas que requieren especial atención:

• Axilas: Especial atención por la posible irritación, absteniéndose de poner polvos.
• Debajo de las mamas: Especial atención a los pliegues mamarios, por posibles irritaciones y agrietamientos.
• Ombligo: Limpieza minuciosa por posibles restos de suciedad.
• Genitales: Tanto en el hombre como la mujer dejar realizar el aseo en ambos casos si el paciente es capaz de efectuarlo; si no realizar el aseo con minuciosidad, por la proliferación de gérmenes, limpiando primero el periné y después el año.
• Pies: Realizar el aseo poniendo especial atención en los espacios interdigitales, observar posibles durezas, grietas, o rojeces; poner atención a posibles uñas encarnadas y pacientes con diabetes.
• Manos: Fomentar el autocuidado del paciente en el aseo de sus manos, siempre que sea posible. Lavar las manos siempre que entren en contacto con genitales, orina, heces…..
• Nariz y ojos: Realizar el lavado en el caso de los ojos desde la cuenca interna hacia la externa, para no obstruir el drenaje de la glándula lacrimal; poner especial atención en pacientes comatosos, cuya limpieza de fosas nasales y ojos se realizará con una gasa y suero fisiológico.
• Cabello: Imprescindible peinar o cepillar el cabello una vez al día, preferiblemente coincidiendo con el aseo. Deberá lavarse la cabeza al menos una vez por semana.

Lavado de cabeza:

• Se realizará como mínimo una vez a la semana.
• Adecuar la cama a la altura necesaria.
• Agua a temperatura adecuada
• Retirar el cabecero de la cama.
• Colocar al paciente en decúbito supino con la cabeza en ligera hiperextensión (si fuera posible) al borde de la cabecera de la cama.
• Desnudar al paciente, si fuera necesario, de cintura para arriba y cubrirle con una sábana o entremetida.
• Extender un hule desde la espalda del paciente hasta el interior de la palangana.
• Colocar una toalla o entremetida entre el hule y la espalda y cuello del paciente para evitar que se moje el cuerpo.
• Echar poco a poco el agua, hasta que se empape todo el cabello.
• Aplicar el champú masajeando ligeramente el cuero cabelludo.
• Aclarar el pelo con abundante agua.
• Secar el pelo con una toalla o secador si lo hubiere.

Estos puntos requieren nuestra especial atención:

• La puesta en orden se debe realizar antes y después de realizar el procedimiento.
• Siempre se debe respetar la intimidad del paciente.
• Las zonas que no están siendo aseadas deben permanecer cubiertas.
• Se debe vigilar que la temperatura del ambiente sea la adecuada para realizar el procedimiento.
• El personal que realiza el procedimiento debe tener en cuenta la edad del paciente, el estado neurológico, cual es el grado de dificultad que presenta el paciente para realizar su propio autocuidado y el grado de movilidad.
• Se debe recordar siempre que la higiene se realiza de la zona menos contaminada a la más contaminada, para evitar contaminar zonas que no lo están.
• El personal que realiza el procedimiento debe siempre aplicar las normas de la mecánica corporal para evitar así lesiones innecesarias.

5 Discusión-Conclusión

La higiene proporciona salud, bienestar y dignidad a los pacientes, siendo el auxiliar de enfermería el que se encarga de esta tarea, hace que se establezca un vínculo entre estas dos personas donde sin duda debe de primar el respeto por ambas partes.

6 Bibliografía

• El enfermero en casa. Como cuidar a los enfermos, minusválidos, niños y ancianos. Ed Grijalbo.1982
• Enfermería auxiliar. Serie para auxiliares hospitalarias.1985.
• Enfermería Geriátrica. Paradigma.1997.
• Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y prácticas. Ed. Mc Graw-Hill.
• www.concepto.de/higiene/#ixzz6CA9MIsNK
• www.concepto.de/higiene/#ixzz6CA9p4dub
• www.hospitaldejove.com/archivos/enlaces_1437728273.pdf
• Rodriguez O. La importancia del aseo personal y la higiene en un centro de atención sociosanitaria.
• Más Que Mayores[Internet]. 2015Junio[Acceso 25 de marzo de2018]. Disponible en: http://masquemayores.com/magazine/la-importancia-del-aseo-personal-y-la-higiene-en-un-centro-de-atencion-sociosanitaria
• Ballesta López , Blanes Compañ F, CastellsMolina M, Domingo Pozo M, Fernández Molina M, Gómez Robles F et al.Procedimientos relacionados con el aseo e higiene. Guía de actuación de enfermería. 2ª ed. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2007.

Capítulo 762

ENFERMEDADES RENALES.

MARIA ISABEL QUESADA POSADA

MARIA BELEN GARCIA VILLEGAS

1 Introducción

Las enfermedades renales se han convertido en los últimos años en una casi epidemia, ya que no solo se tiene en cuenta la ERC (enfermedad renal crónica), sino que tenemos en cuenta las piedras en el riñón, los problemas asociados a la diabetes, la insuficiencia renal, el cáncer de riñón, los quistes renales, etc.
En los últimos años han aumentado los enfermos renales en un 40 % en España. Muchos de estos síntomas y enfermedades, constituyen a veces el principio que nos llevará finalmente a la enfermedad renal crónica. Normalmente este tipo temprano de síntomas empeora. Si queremos que, con la prevención y el control de estos, ayudemos de mejor manera a la enfermedad, debemos seguir una serie de indicios que nuestro cuerpo nos hace ver como alarmas, de ese modo podemos detectar los síntomas iniciales, y luego después mediante medicación, cambios de hábitos y un mejor, en general, estilo de vida poder intentar que la enfermedad no nos condicione la vida.
Una escasa diuresis (poca orina miccionada), hinchazón en miembros inferiores, cansancio, fatiga al realizar actividades, desorientación, falta de respiración, etc. suelen ser unos síntomas más que claros de problemas con los riñones.
Según informa el SEDEN (Sociedad Española de Nefrología) las entidades públicas y privadas deben colaborar en la asistencia a enfermos renales. Se debe mantener contacto entre entidades nacionales y extranjeras para mejorar en lo posible los tratamientos.

Hay que motivar a familiares para que los pacientes con ERC puedan incorporarse a la vida social, que su enfermedad no impida realizar sus quehaceres diarios, y, en definitiva, que sigan teniendo una vida lo más normal posible.
Cuando los riñones no pueden funcionar de forma eficaz. Estos órganos mantienen el equilibrio entre todos los líquidos del cuerpo. Ayudan a fortalecer los huesos, y producen unas hormonas que ayudan a producir glóbulos rojos. Cuando algo de esto falla, y no pueden realizar estas funciones, se producen las enfermedades renales.
Cuando se llega a la consulta del Nefrólogo, con los síntomas anteriores dichos, este nos manda realizar una analítica. Al recibir los resultados, y además de dichos síntomas, se comprueba que hay irregularidades en el fósforo, potasio, azúcar en sangre, y ya en pruebas especiales aparecen indicadores como aclaramiento, VSG, u otros indicadores, estamos ante un problema de tipo renal. También se realiza una ecografía.
El médico especialista valora en cada caso, dependiendo de esos factores, y otros como edad, peso, tensión arterial, etc., si el problema es tratable con medicación, si se debe proceder a diálisis, o ambas cosas. Y en algunos casos si se es un paciente que puede optar a trasplante renal.

Podemos diferenciar diferentes enfermedades del riñón. Algunas son muy comunes y podemos encontrarlas en una gran cantidad de la población, en algún momento de la vida.

Piedras en el riñón.
Cuando sentimos dolor agudo en la espalda, por debajo de la ingle, en el lateral, o parte baja del abdomen. Si sentimos dolor al orinar, o no podemos. Si la orina es oscura o huele mal. Si hay sangre en ella, o tenemos que orinar con mucha frecuencia. Es posible que tengamos una piedra en el riñón.
Podemos sentir vómitos, mareos, fiebre y el dolor puede ser regular, o aparecer y desaparecer.
Hay diferentes alimentos que pueden ayudar a la formación de piedras, así como tener minerales como fosforo alto, y el calcio exageradamente alto. El ecógrafo nos rebela si las piedras son grandes o pequeñas, la cantidad, etc.

Quistes renales.
Los síntomas son parecidos a los de las piedras, Dolores en espalda y abdomen, fiebre, vómitos, etc.
Cuando vamos envejeciendo los tenemos benignos, no cancerosos. Existen también enfermedades que los producen, como la poliquistosis renal que es heredi-

taria. Los riñones aumentan su tamaño. Un riñón mide entre 10 y 12 cm. aunque el izquierdo es un poco más grande. Se realiza una ecografía para saber el alcance que tienen los quistes.

Cáncer de riñón.
El carcinoma de células renales es el más frecuente, y es el 90 por ciento de los tumores cancerosos. Incluso hay niños que sufren un cáncer de riñón llamado tumor de Wilms.
Desde hace unos años se detectan más cantidad de tumores renales. En ello es posible que tengan mucho que ver que se pueden diagnosticar con imágenes, llamadas tomografías. Se pueden tratar en época temprana, porque se detectan cuando aún son tratables.
Se pierde apetito, fiebre que se aparece y desaparece, sangre en orina y pérdida de peso sin motivo aparente.
Las células del riñón cambian su ADN por mutaciones, estas indican que crezcan de forma desordenada, y se dividan igual. Se acumulan forman el tumor. Si se separen y se diseminan por otros sitios producen metástasis.
Diálisis
Cuando la enfermedad renal se convierte en crónica, será necesario que la función del riñón la realice una máquina, ya que estos dejan de funcionar, y la muerte sobreviene. Sino expulsamos las sustancias de deshecho que los riñones se encargan de eliminar, se acumulan en nuestro organismo, y esto produce una sepsis general.

Trasplante renal.
Sustituir uno o los dos riñones se produce cuando el paciente se encuentra en una situación limite, pero a la vez cuando su salud puede soportar dicho trasplante. Se puede realizar intercambiando un riñón entre pacientes vivos que son compatibles (porque sin los dos no se puede vivir), o por medio de la donación de pacientes fallecidos, pero que de igual modo deben ser lo más compatibles posible con el receptor del órgano.
Hay factores que desencadenan todas estas enfermedades renales. El tabaco, la obesidad, la presión arterial alta, los años, el estar obeso y también por herencia, podemos adquirir ciertos síntomas.
El mejorar nuestros hábitos de vida. Realizar ejercicio, comer saludablemente, dejar de fumar, limitar los azucares y las grasas en la dieta, ayuda a reducir de forma importante el tanto por ciento de posibilidades de padecer una enfermedad renal.
En los últimos años hemos aumentado las personas con hipertensión, obesidad,

enfermedades cardiacas y respiratorias, también han mejorado las técnicas de detección de enfermedades renales. Se tiene mayor control sobre los primeros síntomas, y se realizan revisiones más exhaustivas. También han mejorado las técnicas de trasplante, se realizan mayor número de donaciones. Los métodos de diálisis han mejorado en calidad, tiempo, y las maquinas cada vez son mejores, hasta el punto de poder realizar la diálisis en el propio domicilio.

2 Objetivos

Elaborar un informe sobre diferentes enfermedades renales, y desarrollar diferentes modos de tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las enfermedades renales, el riñón y su funcionamiento. En bases de datos como ”MEDLINE”, información en la Sociedad Española de Nefrología, donde he consultado diferentes artículos. También en distintas revistas e informaciones de libros sobre tratamientos renales en hospitales internacionales.
Para ello he utilizado diferentes términos o palabras como: Riñón, Renal, Piedras, Aclaramiento glomerular.
He utilizado artículos de los años 1998, 2002, 2005, de revistas científicas y en otros complementarios gratuitos en Internet.

4 Bibliografía

- Revista Nefroplus 2019- Volumen 11- número 1. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo ISSN:1888-9700.
- Nefrología. Revista de la Sociedad Española de Nefrología.
- Enfermedad Renal Crónica 2015.
- Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica 2014.
- Presencia de células tubulares renales reactivas en pacientes con enfermedad renal crónica. Carlos Martinez -Figueroa, Karen Cortes Sarabia, Hilda Guadalupe Ctalan Najers, Micaela Martinez Alarcon.

Capítulo 763

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN AL NIÑO HOSPITALIZADO.

INES FERNANDEZ GUDEREIT

1 Introducción

El niño hospitalizado requiere cuidados muy específicos porque presenta una serie de características distintas a las de un adulto.El ingreso en el hospital para un niño no suele ser una experiencia agradable debido a la realización de técnicas dolorosas y la separación del entorno familiar. Ésta es una situación nueva para el niño y le puede crear miedo, ansiedad, inseguridad…Es importante que la relación entre el auxiliar de enfermería y los padres del niño se base en el respeto y la confianza para que el niño se sienta seguro.
Los factores estresantes que aparecen con mayor frecuencia son:
- Separación (la edad va a determinar la vivencia).
- Dolor.
- Intromisión corporal.
- Pérdida de autocontrol.

2 Objetivos

Reducir la ” ansiedad de separación” en el niño cuando es ingresado en la unidad pediátrica del hospital y conseguir que se sienta seguro en el medio hospitalario.

3 Metodología

La labor del auxiliar de enfermería consiste en:
- Ofrecer cuidados al niño.
- Satisfacer sus necesidades durante su estancia en el hospital.
- Administrar el tratamiento prescrito por el médico.

La relación del auxiliar de enfermería con el paciente pediátrico y sus padres ha de ser terapéutica.

Es importante que el equipo de la unidad pediátrica incluya a los padres en el plan de cuidados que va a recibir su hijo en el hospital.

Una adecuada información reduce la ansiedad.

Es recomendable no mentir al niño, explicarle los aspectos positivos y negativos, y no darle mas información de la necesaria porque puede agobiarse.

El auxiliar de enfermería se va a encargar de acompañar al niño y a los padres a la habitación, les explicará las normas de funcionamiento como horario de visitas, comidas…. y también sobre los servicios de los que dispone la unidad pediátrica (sala de juegos, escuela…)

Cuando el niño ingresa se le abre la historia clínica y en ella se registra el peso y talla, y los valores resultantes de la toma de constantes como temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

El auxiliar de enfermería debe conocer las distintas reacciones físicas y conductas de un niño cuando tiene dolor (llanto, irritabilidad, apretón de manos….) y que en función de la edad va a tener limitaciones verbales que van a dificultar esta tarea.

El auxiliar de enfermería se encargará también de las distintas necesidades del niño como son:
- Necesidad de higiene (el baño o aseo produce bienestar)
- Necesidad de eliminación (es importante la anotación y registro de las primeras micciones)
- Necesidad de alimentación (las cantidades de comida y de líquidos se registran)
- Necesidad de sueño-descanso (la cantidad de descanso necesario para cada niño depende de la edad y de su estado)
- Necesidad de seguridad-protección (la contención se realiza para protegerles de las lesiones y facilitar los exámenes médicos. En ocasiones durará apenas unos minutos)

4 Resultados

Los niños sufren una tensión emocional que puede disminuir si se les explica por qué es necesario su ingreso en el hospital.
Los niños sufren la ”ansiedad de separación” de distintas formas en función de su desarrollo emocional y la percepción del mundo que les rodea.
Existen distintas medidas para reducir la ansiedad en el niño:
- Enseñarle la unidad pediátrica.
- Folletos, libros, programas de televisión.
- Permitir que los padres estén todo el tiempo con ellos.
- Juguetes favoritos.
- Salas de juegos (donde pueden jugar con otros niños).

En ocasiones, se necesitará la ayuda de un psicólogo especialista. Cuidar de un niño que ha recibido malos tratos o en fase terminal de una enfermedad es un gran desafío. Tratar a estos pacientes y a sus familias obliga a tener una gran destreza clínica y fuerza emocional.

5 Discusión-Conclusión

La medida más eficaz para reducir los efectos negativos del ingreso hospitalario es que los padres permanezcan junto a su hijo en la medida de lo posible y llevarle al niño algún objeto personal o juguete favorito.

6 Bibliografía

- Manual de enfermería pediátrica. Lucía Hayman.
- Enfermería pediátrica básica. P.M. Hamilton. 1990
- Enfermería fundamental tomo 1. Kozier, Olivieri. 1994
- Manual del auxiliar de enfermería tomo 2. Tinao Martín-Peña. 1997
- Auxiliar de enfermería. Pérez de la Plaza, Fernández Espinosa. 1996
- Enfermería materno infantil. Lowdermilk y col. 2000

Capítulo 764

LOS SANITARIOS Y EL NIÑO COMO PACIENTE

LAURA GARCIA VILASECO

PAULA BLANCO LÓPEZ

ZAIRA VALÍN PALOMO

LIDIA MARIA BLANCO MENENDEZ

CRISTINA RAMOS CALOTO

1 Introducción

La percepción del sufrimiento del niño, sobre todo si es intenso, generalmente es mal tolerada por los adultos, por lo que con frecuencia este sufrimiento es negado o existen grandes dificultades para reconocerlos y acogerlos.

El personal sanitario que trabaja con niños está sometido a fuertes tensiones tanto pos las características específicas de la infancia y las reacciones del niño, como por el trato con la familia, que no siempre es sencillo. El impacto emocional de la relación terapéutica con el niño enfermo se encuentra aumentada en el caso de colectivos como: niños terminales, deficientes, neonatos, niños con alteraciones discapacitantes y en la UCI, entre otros.

2 Objetivos

- Facilitar la presencia de los padres durante el tiempo que dura la hospitalización, y siempre que esta sirva para disminuir los temores y la ansiedad del niño. Su presencia junto a él es particularmente beneficiosa en situaciones como: la recuperación tras la anestesia, la realización de prácticas sanitarias que le produzcan dolor o miedo, en las unidades de cuidados intensivos, etc. En determinadas ocasiones es preferible que los padres no estés presentes, si ello interfiere la actividad o altera al niño.
- Implicar a los padres en la atención y cuidado del niño enfermo.
- Acoger sus temores y preguntas, y mantenerles informados en los aspectos que conciernen al niño.
- Dejar que los niños tengan consigo algún juguete de su casa en el hospital. Estos juguetes representan las cosas de su casa, y ayudan a los niños a soportar el sufrimiento por la separación de su entorno.
- Proporcionar a los niños, sobre todo si son muy pequeños, una persona que pueda realizar con ellos el papel de madre sustituta. Se ha comprobado que para el niño tiene efectos muy beneficiosos establecer una relación especial con algún miembro del equipo sanitario, sobre todo si ven poco a sus familiares.
- Prestar atención a las necesidades psicológicas diferenciales de cada edad. Los bebés necesitan el calor humano y precisan ser tocados y que se les hable, aunque no entiendan el lenguaje.
- Atender las necesidades emocionales del niño. Hablarle, preguntarle por sus cosas, dejarle hablar de su enfermedad y contestar sus preguntas, explicarle el porqué de cada acto sanitario, etc.
- Facilitarles medios de distracción y actividad lúdicos, así como tener en cuenta sus necesidades educativas si el tiempo de permanencia en el hospital es largo.
- Preservar su intimidad, al igual que suele hacerse con el adulto, mostrando una especial atención al manipular su cuerpo y su desnudez.
- Adecuar el espacio externo a las características y necesidades del paciente pediátrico.
- La tarea sanitaria con niños está revestida de aspectos muy gratificantes para el profesional, puesto que el trabajo con la enfermedad del niño es un trabajo por la vida del niño, y la relación con ellos suele ser muy motivante.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal que trabaja con niños debe reunir unas determinadas características profesionales: tener cierta madurez o equilibrio personal, estar interesados en el trabajo con la infancia, mostrar una disposición favorable hacia el trato con los niños y ser sensibles al sufrimiento que presentan. De esta manera se consigue que tanto los niños como los padres pasen una estancia lo mas agradable posible durante el ingreso.

5 Discusión-Conclusión

Sería deseable que todos los profesionales que trabajan con niños tuvieran formación sobre el comportamiento psicológico infantil y que estuvieran en coordinación con psicólogos y psiquiatras infantiles que les apoyasen en su actividad profesional. De este modo, podría prestarse una atención sanitaria integral a los pacientes pediátricos y responder a sus necesidades específicas, sobre todo en las situaciones problemáticas.

6 Bibliografía

- aeped.es book.google google academico.

Capítulo 765

LIMPIEZA DE MATERIAL QUIRÚRGICO. SISTEMAS DE ESTERILIZACIÓN

LORENA FERNÁNDEZ MÉNDEZ

1 Introducción

La asepsia es un término que hace referencia a un conjunto de técnicas que garantizan la ausencia absoluta de gérmenes o microorganismos infecciosos, tanto en superficie como en profundidad, de los materiales. En la práctica clínica se refiere al empleo de material estéril así como de su protección contra la contaminación. Para una adecuada asepsia es fundamental primero una exhaustiva limpieza del material y posterior esterilización.

Hay 2 tipos de esterilización:

Por agentes físicos:
- Calor húmedo /seco.
- Radiaciones ionizantes: rayos gamma o beta.
- Rayos ultravioleta.

Por agentes químicos :
- Por óxido de etileno.
- Peróxido de hidrógeno -plasma gas.
- Ácido peracético, glutaraldehído y formaldehído, esterlización aeróbica.

2 Objetivos

- Destruir, inactivar los gérmenes patógenos.
- Evitar la contaminación operatoria.
- Cumplir los requisistos de eficiencia, seguridad, y calidad.
- Mantener la asepsia del instrumental sin que se produzca cambios excesivos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La base de llevar a cabo una buena limpieza del material es usar un detergente con una serie de características como son : soluble, compatible, económico, que no se inactiva en presencia de materia orgánica, acción rápida y duradera, entre otras.
- Los instrumentos se desmontan para garantizar la total eliminación de cualquier resto o mancha biológica.
- Se sumergen en una solución antiséptica con agua fría. No deber hacer en agua caliente porque el calor coagula los restos orgánicos.
- Una vez que esté limpio, se saca del medio líquido y secarlo perfectamente para evitar posibles oxidaciones y la proliferación de microorganismos en ranuras o juntas húmedas.

Todos los materiales deben llegar al Servicio de esterilización en perfecto estado de limpieza y secado para facilitar su empaquetado y posterior esterilización.

Una vez esterilizado el material por el proceso correspondiente , el periodo de duración de la esterilización es variable, dependiendo del tipo envoltorio utilizado, condiciones de almacenamiento, tipo de material, transporte…
- Mantener en un lugar seco , fuera del contacto directo con aire y polvo ni cercano a fuentes de calor.
- El transporte debe garantizar la integridad del envoltorio.

El tiempo de caducidad garantiza la viabilidad de la esterilización:
-TRIPLE BARRERA : máximo 3 meses
-PAPEL DE GRADO MEDICO: envase simple (6 meses) , envase doble (12 meses)
- TYVEK : 12 meses.
- CONTENEDORES : 6 meses con protección de filtro.

5 Discusión-Conclusión

La limpieza y esterilización es un proceso de gran importancia para el cuidado de la salud de los pacientes, hecho que todo hospital debe tener en cuenta, siguiendo las normas dictadas por el Ministerio de Salud, las cuales si no se cumplen se verían reflejadas en el resultado final debido a las infecciones que traerán consigo así como sus posibles consecuencias ya que estás podrían causar la muerte del paciente.

6 Bibliografía

- www. mad.es www.ingesa.mscbs.gob.es.

Capítulo 766

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE LAS OSTOMÌAS.

MARIA EUGENIA RODRIGUEZ DIAZ

1 Introducción

La definición estricta de ostomía: avocación artificial de una víscera hueca o de un conducto a través de la pared abdominal. Puede realizarse sobre cualquier segmento de los intestinos, y reciben el nombre de colostomías o ileostomías.

2 Objetivos

- Enseñar al paciente o en su defecto al cuidador a autovalorarse ante su nueva situación. Curar maceración de la piel, procurar el bienestar físico y psíquico, y promover el autocuidado.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las razones para llevar a cabo una ostomías pueden ser muy diferentes: desde una infección abdominal por una diverticulitis perforada, también por un absceso, una herida, una oclusión intestinal, un cáncer, una incontinencia fecal, etc.
Tipos de ostomías: Ileostomía, que conecta la última parte del intestino delgado (ileón) con la pared abdominal. Colostomías, que conecta una parte del intestino grueso (colon) con la pared abdominal.
Antes de la cirugía se valora el lugar adecuado para la apertura del estoma, donde se instaura el dispositivo o bolsa de ostomía. Normalmente suele ser una bolsa transparente u opaca de tamaños diferentes acoplados a una lámina adhesiva, que puede ser de una pieza o de dos piezas, con pinza o cierre, o cerradas.
Las ostomías pueden ser temporales, que una vez solucionada la causa que las originó se puede restablecer el tránsito intestinal; permanentes, que se producen por una extirpación completa del órgano y no es posible la reconstrucción.

Al paciente y a su familia se les enseñará el cuidado de la colostomía antes de salir del hospital; este cuidado consiste en cómo cambiar, vaciar y limpiar el sistema de bolsas, y cómo tratar y cuidar el estoma y la piel alrededor de él. También se debe educar al paciente sobre el tipo de alimentación, ya que hay ciertos alimentos que afectarán al tracto digestivo de manera diferente

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes sometidos a una cirugía con ostomía necesitan un tiempo para curarse y reponerse, volver a retomar sus actividades y adaptarse a su nueva situación; a medida que el paciente se acostumbra a la ostomía descubrir consejos y trucos para mentener la bolsa oculta, cuándo vaciarla, etc. También es importante que se comunique con otras personas que la tengan, y recibir consejos para ayudarle a adaptarse a la vida con una ostomía. El equipo de enfermería también puede ser de una gran ayuda.

6 Bibliografía

- Basado en un resùmen bibliogràfico en diversas bases de datos y diferentes protocolos establecidos: DIALNET, PUBNET, Educaciòn Source, Redworks.

Capítulo 767

HIGIENE DE MANOS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INTRAHOSPITALARIAS

MARIA ELIDIA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

Las manos son el vehículo más común para transmitir infecciones. El lavado de manos está considerado como el procedimiento más importante para para prevenir la diseminación de microorganismos en el hospital. Teniendo la constatación de que las infecciones nosocomiales se propagan principalmente a través de las manos del personal sanitario, se considera entonces que el adecuado lavado de manos es fundamental ya que a través de él se mejora la salud de muchas personas. Con un gesto tan sencillo, básico y esencial se reducen las principales causas de muerte entre pacientes hospitalizados. Se conoce como higiene de manos o lavado de manos a el conjunto de acciones, métodos y técnicas que destruyen, remueven y reducen el número y el crecimiento de los microorganismos en las manos, previniendo de esta forma la transmisión de patógenos que pueden llegar a producir enfermedades como diarrea, gripe, neumonía, etc. Este tipo de infecciones está muy presente cada día en los hospitales. Una manera muy sencilla de prevenirlas es a través de la higiene de manos; simplemente lavando las manos con agua y jabón estaríamos utilizando una de las maneras más efectivas y económicas para prevenir las enfermedades infecciosas, nosocomiales y mejorar la seguridad del paciente; por eso es tan importante que los profesionales de la salud tengan muy interiorizada esta práctica tan simple y efectiva.

2 Objetivos

- Mejorar el conocimiento sobre la importancia del lavado de manos.
- Intentar prevenir las enfermedades nosocomiales a través de la adecuada higiene de manos.
- Eliminar la suciedad visible y la flora transitoria y residente de las manos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal sanitario deberá considerar el lavado de manos como una práctica higiénica muy importante y obligada para prevenir la transmisión de agentes infecciosos. La transmisión de enfermedades por no hacer un lavado correcto de manos normalmente sigue la secuencia siguiente: del personal a los pacientes y de unos pacientes a otros, a través de las manipulaciones realizadas por el personal.

Las manos están consideradas como el principal vehículo de transmisión de microorganismos. El lavado de manos debe de hacerse con jabón líquido en dosificador y con agua fría. Hay varios tipos de lavado de manos que dependen del trabajo que vayamos a realizar, pudiendo realizarse un lavado de manos: rutinario, antiséptico y quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de contraer infecciones asociadas a la atención sanitaria viene en gran medida vinculado al lavado de manos. Dicha acción sirve para reducir la incidencia y la propagación de los microorganismos. Al trabajar con un lavado de manos adecuado se ofrece un servicio de mayor calidad que preserva la seguridad del paciente en todos los ámbitos. Está demostrado que entre otras cosas contribuye

a disminuir la mortalidad y a rebajar el costo que genera en las instituciones. Por lo tanto una buena higiene de manos salva vidas y ahorra dinero.

6 Bibliografía

- Wikipedia (directrices de la OMS sobre la higiene de las manos, www.who.int/patientsafety/information).
- Temario Auxiliar de Enfermería Editorial MAD.

Capítulo 768

LOS CAMBIOS POSTURALES EN UN PACIENTE ENCAMADO.

MARIA MENDEZ ALONSO

MARIA MERCEDES GAVADIAN SERANTES

1 Introducción

Los cambios posturales en pacientes encamados, suelen darse en ancianos. Son muy importantes a la hora de proporcionarles el confort que necesitan y de prevenir la aparición de las úlceras por presión. Los puede hacer cualquier persona que conozca la técnica. En el ámbito hospitalario son los celadores y los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Cuando un paciente encamado llega a la unidad de hospitalización, la enfermera incluirá la necesidad de los cambios posturales y la frecuencia de estos.

2 Objetivos

- Mantener y vigilar la integridad de la piel, evitando la compresión en puntos de apoyo comprometidos.
- Conservar la alineación adecuada del paciente.
- Prevenir las lesiones del paciente y del personal que lo movilice.
- Garantizar el confort del enfermo.
- Estimular y favorecer la independencia del paciente.

3 Metodología

1. Cambios posturales en cama
Se suele hacer entre dos personas excepto que el paciente sea colaborador, se pondrá la cama horizontal, una entremetida (es una sábana doblada) que se coloca debajo del paciente entre los hombros y los muslos.
- Si el paciente está en decúbito supino y queremos ponerlo en decúbito lateral, nos situamos ambos lados de la cama, le doblaremos la rodilla más distal del lado que vamos a girar, con una mano le cogeremos la rodilla elevada y con la otra el hombro del mismo lado, tiramos hacia nosotros mientras nuestro compañero tirará de la entremetida hacia él. Podemos colocarle una almohada de apoyo en la espalda.
- Si el paciente está en decúbito lateral y lo queremos dejar en decúbito supino, nos situamos uno a cada lado de la cama, mientras uno lo aguanta por el hombro y la rodilla ,él otro retira la almohada y lo dejamos caer hasta encontrar su posición deseada.

Los cambios posturales suelen hacerse cada 4 -6 horas.

2. De la cama al sillón
Cuando nos indican que se puede sentar, hay que saber si puede colaborar o no.
- Si colabora sirve una sola persona, se coloca el sillón al lado de la cama, lo ayudamos a sentarse en la cama con las piernas afuera, lo ponemos de pie, cogiéndolo por los hombros lo giraremos y lo sentamos en el sillón. Para acostarlo ponemos el -sillón al lado de la cama, le ayudamos a ponerse de pie y lo giramos que se sienta en la cama, después lo tumbamos y le subiremos las piernas.
- Si no colabora se hace entre dos personas, mientras uno lo aguanta de pie y lo gira, el otro empuja el sillón o silla de ruedas para facilitar la maniobra. Al acostarlo uno lo sentará en la cama mientras el otro le sube las piernas, entre los dos lo subirán a la altura adecuada.

3. Posiciones básicas
Son las diferentes posturas que el paciente puede adoptar en la cama, camilla, sillón, mesa de exploraciones, de quirófano. Son:
- Decúbito supino: acostado sobre su espalda, con los brazos y las piernas extendidas y las rodillas algo flexionadas.
- Decúbito lateral: acostado de lado con la cabeza sobre la almohada y el brazo inferior flexionado a la altura del codo y paralelo a la cabeza. El brazo superior esta flexionado y apoyado sobre el cuerpo ,la pierna inferior se halla ligeramente

doblada con la rodilla y la pierna superior flexionada a la altura de la cadera y de la rodilla ,los pies en ángulo recto para evitar la flexión plantar ,puede ser lateral izquierda o derecha.
- Decúbito prono: acostado sobre su abdomen, con la cabeza girada hacia uno de los lados y los brazos flexionados ambos lados de la cabeza.
- Fowler o semi- Fowler: la cabecera de la cama formando un ángulo de 45º, paciente acostado con las rodillas flexionadas y los pies sobre plano horizontal de la cama.
- Tredelemburg y Tredlemburg invertida: colocado en decúbito supino, pies elevados sobre cabecero de la cama ,45º; en la invertida se encuentra en decúbito supino pero la cabeza y el tronco se encuentran en plano superior al de las piernas formando un ángulo de 45º.
- Litotomía o ginecológica: en decúbito supino con las rodillas separadas y flexionadas, los muslos también flexionados, las piernas se colocan sobre unos estribos de la camilla ginecológica.
- Genupectoral: rodillas sobre la cama o camilla, cabeza ladeada apoyada sobre la cama o camilla, antebrazos flexionados manos delante de la cabeza, una encima de la otra.

4 Resultados

Varón de 83años, diagnosticado de hipertensión arterial (HTA) e insuficiencia cardíaca, demencia, problemas de movilidad hace 5 años quedando en silla de ruedas y desde hace 3 años encamado. El paciente presenta diversas úlceras situadas en los dos trocánteres sacro y los dos talones.

5 Discusión-Conclusión

Se reducirá la aparición de úlceras por presión (UPP) tras los cambios posturales periódicos, el auxiliar de enfermería aumentará sus conocimientos y seguridad ante estos pacientes. Aumentará la confianza del paciente con el personal encargado de sus cuidados, sea cual sea el hospital o unidad donde se encuentre.

6 Bibliografía

1. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. N

Engl J Med 1998;338:853-60.
2. Mocroft A, Katlama C, Johnson AM, et al. AIDS across Europe, 1994-1998: the EUROSIDA study. Lancet 2000;356:291-6.
3. Kaplan JE, Hanson D, Dworkin MS, et al. Epidemiology of human immunodeficiency virus-associated opportunistic infections in the United States in the era of highly active antiretroviral therapy. Clin Infect Dis 2000;30:Suppl 1:S5-S14.
4. Bica I, McGovern B, Dhar R, et al. Increasing mortality due to endstage liver disease in patients with human immunodeficiency virus infection. Clin Infect Dis 2001;32:492-7.
5. Policies & bylaws. Alexandria, Va.: United Network for Organ Sharing, 2001. (Accessed July 3, 2002, at http://www.unos.org/frame_Default.asp?Category=aboutpolicies.)

Capítulo 769

EL MANEJO DE LA HIPOTENSIÓN.

ENCARNACION RODRIGUEZ ROZA

1 Introducción

La tensión arterial o también llamada presión arterial es causada por la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias o venas. La presión venosa central es un signo vital, y su obtención es más compleja y la determina el enfermero.

La tensión arterial cambia a lo largo del ciclo cardíaco, desde un máximo en la sístole y hasta un mínimo en la diástole, los valores que se consideran normales en una persona adulta están en 120 y de 80 (mm Hg). Por debajo de estas cifras estaríamos hablando de una hipotensión y por encima de una hipertensión.
La tensión arterial será más baja en bebés y niños irá aumentando a partir de los cuarenta años paulatinamente, aunque existen casos en los que aumentan como son: al realizar ejercicio, en situaciones de ansiedad…

En este trabajo nos centraremos en la tensión arterial baja, por lo general muchos jóvenes tienen las tensiones arteriales bajas (100/60 mm Hg), son tensiones completamente aceptables, sin que produzcan problemas en la salud, pueden dar sensaciones de mareos al levantarse bruscamente o en temporadas de calor.
Las tensiones bajas (hipotensión) deberán de preocupar al profesional:
• Cuando sean inferiores a 80/40.
• Cuando bajan 20 mm Hg por debajo de las tensiones normales de la persona.

Los síntomas más frecuentes en una hipotensión son: debilidad, fatiga, somnolencia, palpitaciones, fiebre, dolor, opresión en el pecho, dolor de cabeza intenso, disnea, heces coloreadas o muy oscuras, sarpullido…

Existen medicamentos que pueden dar lugar a padecer hipotensión como son: los ansiolíticos, antidepresivos, diuréticos, analgésicos…
También ciertas patologías pueden hacer que la persona sufra hipotensión así como la diabetes, lesiones nerviosas, arritmias, insuficiencia cardiaca, deshidratación y otras muchas más que no citaremos en este trabajo.
Para un buen control de la hipotensión se tendrán que seguir una pautas muy sencillas sin llegar a tratamientos como: moverse lentamente sobre todo a la hora de incorporarse o sentarse, evitar sitios cerrados con aglomeraciones o mucho calor, no ingerir alcohol, seguir una dieta equilibrada, y mantener una buena hidratación bebiendo agua abundantemente.
Dentro de los tipos de hipotensión más habituales se encuentran los que citaremos a continuación:
• Hipotensión ortostática se produce al cambiar la posición del cuerpo tanto cuando se permanece sentado o tumbado y la persona se incorpora, entonces la tensión arterial disminuye. Las personas que más expuestas están a este tipo de hipotensión son las embarazadas y las personas ancianas, también cuando se realizan comidas abundantes (la hipotensión ortostática posprandial) el flujo sanguíneo se concentra en el estómago y el corazón bombea más lento de lo normal, se suele dar después de las comidas, a personas mayores y sobre todo aquellas que sufren Parkinson.
• Hipotensión mediada neuralmente: suele ocurrir en personas jóvenes que permanecen mucho tiempo de pie, y el cerebro deja de comunicarse con el corazón por unos instantes.
• Shock hipotensivo: situación de emergencia en la que los órganos vitales no reciben sangre ni tampoco oxígeno.
• Síncope o shock vasovagal: familiarmente conocido como desmayo o lipotimia. Se produce en situaciones en las que el sistema nervioso parasimpático se estimula (exceso de calor, fiebre, dolor intenso, haber vomitado, impresión, aglomeraciones de gente…).

Cuando existe hipotensión arterial crónica se requerirá un tratamiento farmacológico para regular los valores, en este caso será el médico el encargado de recetar los medicamentos adecuados.

En primer lugar se tendrá que tener un diagnóstico y para ello se tendrán que realizar una serie de pruebas para determinar si la persona sufre de hipotensión, el especialista le hará un control de los signos vitales (temperatura, el pulso, la frecuencia respiratoria y la presión arterial). A continuación se le realizarán otras pruebas:

• Hemocultivos para determinar si existe algún otro tipo de infección.
• Conteo sanguíneo completo (hemograma).
• Análisis de orina.
• Radiografía del abdomen.
• Radiografía del tórax.
• Análisis del metabolismo básico.

Una vez se tenga un diagnóstico se pasará a la acción, la hipotensión habitualmente no suele necesitar tratamiento pero en ocasiones sí puede requerir asistencia médica.
Si es causada por un Shock pasa a ser urgente la atención médica pudiendo necesitar la administración de sueros o sangre por vía intravenosa y fármacos para que la tensión arterial aumente.
Si se trata de tensión ortostática es aconsejable que la persona acueste inmediatamente, elevándose los pies por encima del corazón.

Si la hipotensión se produce por un cambio de estado de la persona bien al sentarse como al incorporarse rápidamente, se le aconsejara ingerir mucho líquido o usar medias de comprensión para evitar que la sangre se acumule en las piernas.
Se separarán todos aquellos casos que se relacionen con causas hereditarias, sexo, edad y raza, por tanto poco modificables de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente y las costumbres de las personas como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

Los hombres tienen más predisposición a sufrir hipotensión que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia, a partir de esta etapa la predisposición en ambos sexos se iguala.

A continuación hablaremos del método más habitual para poder llevar un buen control de la tensión arterial.

El uso del esfigmomanómetro nos ayudará a llevar un control exhaustivo de la tensión arterial, consta de un manguito y un fonendoscopio también llamado estetoscopio. Existen varios tamaños de manguitos: para niños, adultos y personas obesas. También existen distintos tipos de lectores de la tensión: los de mercurio, lector aneroide y los electrónicos.
Protocolo para una determinación de la tensión arterial:
• Lavarse las manos
• Explicar a la persona lo que se le va hacer

• Posición correcta para la medición: sentada o echada en posición supino en una cama o camilla.
• Brazo de la toma estirado y relajado.
• La persona debería haber estado en reposo los diez minutos previos a la toma.
• Lugar donde se le va a realizar la toma: tranquilo silencioso y con una temperatura agradable.
• Destapar el brazo donde se le va a tomar la tensión.
• Colocar el manguito transversal al eje del brazo, dejándolo el borde inferior a cuatro dedos del pliegue del codo y las gomas en la parte distal. Las tiras del velcro deben quedar bien unidas, al ponerlo no debe quedar tensado.
• Colocar la pantalla de lectura en una posición que se pueda ver cómodamente. Poner el fonendoscopio en los oídos y colocar el diafragma contra el brazo de la persona, un poco internamente al tendón del bíceps, sujetándolo con el dedo pulgar de la otra mano.
• Con la mano dominante se cogerá la pera de goma, se cerrará la válvula girándola la rosca en el sentido de las agujas del reloj. Y presionaremos con los dedos la pera de goma y aflojando hasta llenar la bolsa de goma del manguito.
• Asegurarse de que con la entrada de aire aumente la presión que se ve en el lector de la tensión y que el manguito no se desprenda al hincharse.
• Hinchar hasta que la presión suba a 200 mm Hg Deja de hinchar y comprueba que no se escucha ningún ruido de paso de la sangre.
• Aflojar la rosca poco a poco para que la presión vaya bajando a una velocidad de unos tres milímetros de mercurio por segundo. La primera presión que se escuchara como un latido cardíaco, será la sistólica, continuar dejando salir el aire hasta escuchar la diastólica.
• Deshinchar el manguito completamente y quitarlo del brazo, anotar y registrar la cifra obtenida.
• Con los esfigmomanómetros electrónicos, la determinación es más rápida cómoda y fiable: rodear con la tira la muñeca de la persona y fijarla con el velcro. Poner en marcha el aparato siguiendo las instrucciones del fabricante y en unos segundos dará las presiones sistólica y diastólica y la frecuencia cardiaca.

Es muy importante tener en cuenta que la ansiedad aumenta la tensión arterial por eso conviene que la persona esté tranquila y que se le refuerce ese estado de sosiego.
Los síntomas más habituales cuando se produce una hipotensión son: agotamiento debilidad, visión nublada, mareo, nauseas, todas ellas debido a que el oxígeno y la glucosa no llegan bien al cerebro incluso la persona podría sufrir

una lipotimia o desmayo repentino. Por eso es tan importante identificar en el menor tiempo posible y correctamente todos los parámetros.

Es primordial para llegar a un buen diagnóstico de hipotensión identificar los síntomas en la mayor brevedad posible.
La forma correcta de tratar una hipotensión es: tumbar a la persona afectada con los pies en alto en posición supino sin efectuar muchos movimientos, ni forzar su reanimación, acostarla en una cama o camilla con sus extremidades inferiores elevadas para que el retorno sanguíneo llegue lo más rápido posible al cerebro.

Si la persona estuviera inconsciente, situaremos a la persona afectada en posición de seguridad para favorecer la entrada de oxígeno y reducir el riesgo de asfixia, se le aflojaran todas las prendas de vestir que le opriman, controlaremos sus constantes vitales: pulso, respiración, temperatura…que no se le alteren. Si existiera ausencia de respiración y frecuencia cardiaca, iniciar RCP y llamar a los servicios de emergencia.
No todas las personas tienen la misma predisposición de sufrir episodios de hipotensión, unas personas tienen más predisposición que otras, depende los factores que tengan a su favor o en contra.
Por lo tanto las personas que padezcan estas crisis o episodios de hipotensión tendrán que aprender a vivir con todos los síntomas que la hipotensión conlleva.

Hay estudios donde se demuestra que las personas hipertensas suelen tener una vida más longeva, porque su presión arterial supone menos desgaste físico y cardiovascular.

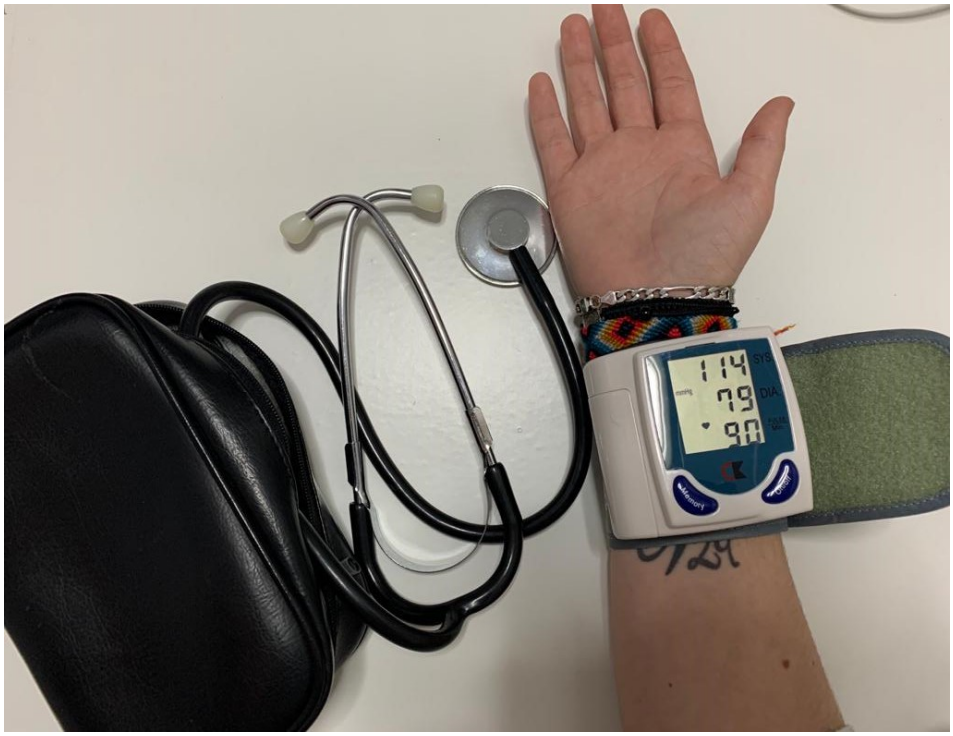


2 Objetivos

• Determinar e identificar la sintomatología más habitual de cuando se produce una hipotensión.
• Analizar la actuación que se debe de llevar a cabo ante una situación de hipotensión y saber actuar en dicha situación.
• Conocer qué es la Hipotensión y las causas de la enfermedad.
• Identificar el tratamiento adecuado de la Hipotensión.
• Identificar las maneras apropiadas de cómo vivir con Hipotensión.

3 Metodología

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



4 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish
- https://www.merckmanuals.com/
- http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n1/v25n1ao4.pdf
- https://www.elespanol.com/como/subir-tension-arterial-baja-corregir-hipotension/428207935_0.html

- https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2002/09/30/medicion-control-presion-arterial-5547.html
- https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=1257&language=Spanish

Capítulo 770

HIGIENE DE MANOS COMO CONTROL DE INFECCIONES.

JONATAN SERRANO ALONSO

1 Introducción

Los hospitales, como centro de aquellos que necesitan de la salud, deberían concienciar sobre sus altos índices de infecciones hospitalarias y proponer medidas seguras y eficaces de control para que la infección hospitalaria o nosocomial, que actualmente constituye uno de los más graves problemas de salud pública, debido a los altos cargos que genera y del coste hospitalario, que dificultan la calidad de cuidar y la evolución del sistema de salud pública.

El lavado de manos se caracteriza como importante en la prevención de tales infecciones y es considerada la medida principal contra la propagación de microorganismos en el ámbito hospitalario.

Una buena higiene de manos puede reducir significativamente la propagación de bacterias y gérmenes que provocan diarrea, vómitos y otras infecciones.

La técnica para el lavado de manos es la siguiente:

1- Moja las manos con agua tibia.
2- Aplica una pequeña cantidad de jabón.
3- Frota las palmas de las manos, fuera del agua.
4- Frota los dedos y los pulgares.
5- Frota bien las uñas en las palmas de las manos.
6- Frota la parte posterior de cada mano.

7- Enjuaga con agua limpia.
8- Sécalas con una toalla limpia o bien con papel.

Si no tienes agua y jabón, por ejemplo, estar fuera de casa, se puede aplicar una pequeña cantidad de alcohol en gel en las palmas de las manos y frotarlas hasta que se diluya por completo.

2 Objetivos

- Reconocer importantes vertientes en la actuación en el campo de la prevención/contagio, evidenciar la necesidad de profesionales empeñados en el proceso salud-enfermedad y promocionar las estrategias de control de las infecciones hospitalarias.
- Validar la técnica y orientaciones necesaria para el lavado de manos, y promover guías de lavado, así como recomendar las situaciones en las cuales es necesarios su utilización.
- Reafirmar la uniformidad de conductas y rutinas referentes a su realización y comprobar que el no lavado de manos constituye el mayor vínculo de diseminación de las infecciones hospitalarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Con el correcto lavado de manos, las infecciones hospitalarias disminuirían notablemente, y también supondría una disminución considerable del gasto hospitalario. Además se erradicarían las tasas tan nefastas de la OMS, que atribuye una mortalidad directa del 3% a infecciones provocadas por el mal lavado de manos.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos frecuente es la base de una buena asepsia. A pesar de esto, se continúa sin realizar como se debiera en los centros sanitarios. Las manos son un vehículo importante de los microorganismos causantes de infecciones, independientemente de la parte de la flora residente o transitoria de nuestra piel.

Hay que elevar el grado de educación sanitaria para fomentar el lavado de manos.

6 Bibliografía

- https://www.portalesmédicos.com
- https://www.medigraphic.com
- https://www.teknon.es

Capítulo 771

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS

MARÍA BELÉN SANTOS CARBAJO

1 Introducción

Aunque el lavado de manos parezca una labor sencilla, tiene una importancia vital ya que es una de las bases esenciales en el control de los procesos infecciosos, evitando la transmisión de enfermedades.

2 Objetivos

- Dar visibilidad al procedimiento del lavado de manos, otorgándole la importancia que tiene para la prevención de infecciones nosocomiales (IN).
- Presentar los diferentes procedimiento del lavado de manos según la finalidad de las técnicas a realizar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos (Cuiden, Dialnet Y Scielo), guías y protocolos de actuación.

4 Resultados

El lavado de manos dependerá de la técnica o cuidados que se van a realizar, el lavado de manos podrá ser:

- Lavado de manos higiénico (que es el más habitual): el propósito de este lavado de manos es disminuir la suciedad mediante la acción de arrastre del agua y del jabón neutro. La duración del lavado es de 40-60 segundos y no es efectivo en la eliminación de los múltiples microorganismos patógenos.

- Lavado de manos antiséptico: este lavado de manos puede eliminar la suciedad destruyendo o disminuyendo los restos orgánicos y flora de transitoria y parte de la flora residente en las manos. La duración de este lavado es de 40-60 segundos. La diferencia con el lavado de manos higiénico es que se usa un jabón antiséptico, pero la técnica es la misma.

- Lavado de manos quirúrgico: este lavado se realiza con el propósito de destruir la suciedad de las manos, eliminar la flora transitoria y reducir al máximo la flora residente de las manos previo a un procedimiento invasivo. Este lavado de manos y antebrazos debe ser exhaustivo ya que en el quirófano y otras técnicas invasivas requieren condiciones especiales de asepsia. La duración de este lavado es aproximadamente de 6 min. La antisepsia quirúrgica también puede presentarse con soluciones alcohólicas como etanol, isopropanol y n-propanol, el tiempo de lavado aconsejado con estas soluciones es de 1,5 a 3 minutos.

- Lavado de manos por fricción: este lavado de manos es sencillo de llevar a la práctica, se usa mediante fricción de una solución alcohólica para la descontaminación de las manos sustituyendo así al lavado de manos higiénico, ya que es más rápido, sencillo y efectivo.

Los cinco momentos en que se debe realizar lavado de manos:
1. Antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Después del contacto con el paciente.
3. Antes de realizar una técnica invasiva.
4. Después de contacto con fluidos.
5. Después del contacto con el entorno.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de las manos en las circunstancias adecuadas y de forma precisa es una medida que los TCAES deben llevar a cabo para prevenir las infecciones. La mayoría de los estudios realizados evidencian que su ejecución es baja, por eso hay que fomentar la educación sanitaria sobre el lavado de manos.

6 Bibliografía

- Protocolo de lavado de manos. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
- Protocolo de lavado de manos Hospital Valle del Nalón.
- Técnicas y medidas higiénicas para la prevención de infecciones. Manual de procedimientos SAMUR Madrid.
- Protocolo de lavado de manos. C. Pérez, B. Fernández, A. López, M.J. Fernández. Hospitales Puerta de Hierro, Guadarrama, Clínico y El Escorial, de Madrid.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Recomendaciones sobre la Higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios. SAS 2005.

Capítulo 772

LA HIDRATACIÓN DE LA PIEL EN PACIENTES ENCAMADOS

PATRICIA LOPEZ ALONSO

1 Introducción

Una buena higiene e hidratación de la piel en personas que están encamadas es de mucha importancia, porque la piel es un órgano fundamental que sirve como barrera de protección para infecciones y otras agresiones externas. Para este tipo de pacientes, mantener una higiene adecuada es una tarea difícil porque son personas con poca movilidad que están obligadas a pasar mucho tiempo en la cama debida a diversas enfermedades.

2 Objetivos

- Disminuir la aparición se úlceras por presión (UPP) en los pacientes encamados.
- Mantener la piel limpia, seca e hidratada.
- Evitar la presión y el roce continuado en las zonas de riesgo para evitar úlceras.
- Disminuir el riesgo de posibles alteraciones o prevenirlas.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbet, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Si se previene y se cuida la piel, el paciente puede tener una buena calidad de vida aunque esté encamado. Por el contrario,las consecuencias a una mala hidratación y poco cuidado de la piel, pueden llegar a ser graves, y que aparezcan las úlceras por presión (UPP) y pueden llegar a afectar varias capas de la piel, músculos y huesos.

Los pacientes y los sanitarios pueden llevar a cabo varias recomendaciones para la prevención de alguna lesión cutánea y UPP en encamados:
-Realizar cambios posturales cada 2-3 horas y cambiar los puntos de apoyo.
-Hidratar bien la piel.
-Controlar la ropa de la cama y del paciente: que esté seca, limpia y sin arrugas.
Además, existen otros medios que pueden ayudar como colchones anti-escaras que ayudan a reducir el riesgo.

5 Discusión-Conclusión

La piel es muy sensible a la inmovilización, que precisa de cuidados específicos de todo el equipo de enfermería para poder detectar y prevenir las complicaciones como las UPP. La valoración y el cuidado de la piel son los factores más importantes.

6 Bibliografía

- saberdesalud.com
- ffis.es
- vvadoc.es
- elrincondelcuidador.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 773

INTEGRIDAD DE LA PIEL EN EL INTRAOPERATORIO.

MARÍA ALEJANDRA MENÉNDEZ IGLESIAS

MARÍA MONTSERRAT VEGA FERNANDEZ

NICOLE VÁZQUEZ PORTO

1 Introducción

Cuando un paciente entra en quirófano debe adoptar distintas posiciones según el tipo de cirugía a realizar. Estas posiciones dependen de la zona a intervenir para favorecer al cirujano el acceso de forma cómodo y eficaz.
El cuerpo del paciente sufre una serie de fuerzas que pueden afectar a la integridad de la piel.
Las fuerzas que intervienen son:
- La presión capilar se encuentra entre 16 y 33 mm/hg toda fuerza que pase estos valores puede producir isquemia y por lo tanto necrosis tisular.

Por lo tanto la posición estática del cuerpo del paciente en la cama quirúrgica hace que las prominencias óseas ejerzan una presión elevada provocada por la fuerza de la gravedad.
- La fricción provoca que el estrato córneo desaparezca dando lugar a ampollas intradérmicas derivando en erosiones superficiales.

En el intraoperatorio la fricción es provocada al frotar la piel con superficies inmóviles, como la sabana, la mascarilla, incluso esparadrapo.

- El cizallamiento es producido por dos fuerzas que ejercen en sentido opuesto con la misma intensidad produciendo en los vasos angulación y estiramiento dando lugar a isquemia.
Los pacientes más propensos a este tipo de fuerzas son los que deben estar sentados ya que tienen tendencia a resbalar provocando que el tejido subcutáneo y los vasos glúteos sean estirados y angulados y la piel del sacro permanecer inmóvil.
Un dato a tener en cuenta es que las lesiones producidas en la piel durante una intervención quirúrgica se producen en el tejido celular subcutáneo y el músculo por lo que no es visible en el mismo instante.

2 Objetivos

- Mantener el tiempo estrictamente necesario al paciente el posiciones que pongan en riesgo la integridad de la piel.
- Fomentar el uso de forros adecuados para mitigar la presión ejercida por las prominencias óseas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen diversas causas que pueden provocar daños en la piel del paciente durante una intervención. La duración es un factor muy importante, la experiencia dice que cuanto más larga es la cirugía mayor es el riesgo de producirse lesiones en la piel.
El riesgo es directamente proporcional a la edad del paciente, más riesgo en paciente con más edad.
En los distintos estudios se observa que la anestesia a causa de los relajantes musculares puede provocar lesión en los nervios al disminuir el control del sistema nervioso que previene la adaptación al dolor de forma espontánea.

5 Discusión-Conclusión

Debemos investigar más para minimizar o lo ideal eliminar los problemas en la piel del paciente causados en el intraoperatorio teniendo en cuenta su edad, estado de nutrición, movilidad y actividad.
Son muy importantes las medidas de prevención de úlceras sin olvidar el intraoperatorio con especial relevancia en cirugías largas.

6 Bibliografía

- PEARCE,C.A. Ulceras de presión en el intraoperatorio.
- GOODE, P.S; ALLMAN, R.M . Prevención y desarrollo de úlceras de presión
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 774

CUIDADOS PALIATIVOS: LOS GRANDES DESCONOCIDOS

Mª PILAR MENÉNDEZ ARIAS

1 Introducción

Los cuidados paliativos son las atenciones, tratamientos médicos y tratamientos farmacológicos que se dan a los enfermos en fase avanzada y enfermedad terminal con el objetivo de mejorar su calidad de vida y conseguir que el enfermo permanezca sin dolor. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un paciente terminal es "un paciente con enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico vital limitado", generalmente, inferior a seis meses. En estas situaciones, el objetivo de la atención al enfermo no es la curación, sino proporcionar cuidados físicos y psicológicos adecuados para mejorar su calidad de vida.

Realizar una valoración de la situación, para poder poner en marcha un plan de actuación individual:
- Analizar la evolución y el pronóstico de la enfermedad que ha provocado esta situación.
- Los síntomas que se sufren (dolor, asfixia, hemorragias…).
- La situación funcional (capacidades y limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria).
- El grado de conocimiento sobre la enfermedad.
- Las necesidades emocionales (ansiedad, temor, tristeza, soledad…).
- Las necesidades espirituales y/o existenciales.
- El entorno socio-familiar (apoyo familiar, recursos sanitarios y sociales, etc.).

Tras la valoración individualizada del paciente se pueden conocer ya cuales son las carencias o necesidades más urgentes del mismo y de este modo proceder con los cuidados, tratamientos o acciones más adecuados. Entre los que se pueden destacar los siguientes:
1. Físicos (dolor, cansancio, insomnio, etc.).
2. Emocionales y de superación (depresión, temor, etc.).
3. Espirituales (significado de la vida, búsqueda de paz interior).
4. Necesidades de quien cuida al enfermo (apoyo psicológico, etc.).
5. Necesidades prácticas (preocupaciones económicas y legales).

2 Objetivos

- Aliviar el dolor y otros síntomas.
- Comunicar adecuadamente.
- Respetar la autonomía.
- Apoyar a la familia y cuidadores.
- Dar soporte emocional a paciente, familia y cuidadores.
- Dar respuesta a las necesidades espirituales.
- Ofrecer continuidad asistencial a lo largo de la evolución.
- Atender al duelo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Estudios realizados muestran que los pacientes que han recibido apoyo psicológico pueden afrontar mejor tanto sus síntomas como el natural advenimiento de la muerte, tanto por parte del enfermo como de los familiares.

La aplicación de tratamiento farmacológico paliativo reduce los síntomas físicos y evita sufrimiento. Una asistencia paliativa temprana reduce el número de hospitalizaciones.

5 Discusión-Conclusión

La fase terminal no tiene por qué ser considerada solamente una etapa de espera angustiosa de la muerte, sino un periodo donde es posible ayudar al enfermo a conseguir una calidad de vida razonable y una muerte lo más digna posible, ofreciéndole un manejo adecuado de los síntomas y una buena comunicación entre éste, la familia y el equipo, para ayudarles a conocer sus necesidades físicas, espirituales y sociales en cada fase (fases Kubler-Ross).

6 Bibliografía

- http://es.wilkipedia.org/wiki/cuidados_paliativos_
- https://grupolasmimosas.com/mimoonline/objetivo-cuidados-paliativos/
- https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-decuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos#qu-problemas-se-tratan-conlos-cuidados-paliativos
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 775

LACTANCIA MATERNA Y EL TCAE.

Mª PILAR MENÉNDEZ ARIAS

1 Introducción

La lactancia materna es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto. Se trata de la forma esencial en la que todos los mamíferos existentes alimentan a sus crías.

2 Objetivos

- Explicar cual es la mejor manera de amamantar al recién nacido por parte del TCAE a la madre.
- Evitar riesgos o efectos negativos durante el proceso.
- Promover la lactancia materna informando a las madres acerca de los beneficios que aporta a corto y largo plazo para el bebé y para la progenitora.

3 Caso clínico

(La OMS recomienda la lactancia materna hasta los 6 meses de manera exclusiva y su mantenimiento hasta los 2 años). Durante el período que la madre permanece en el hospital tras el parto, el TCAE ayuda a la madre enseñándole la técnica correcta del amamantamiento:

- La lactancia se da a demanda del recién nacido, con descanso de dos o tres horas, debe realizarse en lugares tranquilos, y siempre comprobando si el reflejo de succión es fuerte y se coordina con la deglución.

- Cambiar al recién nacido antes de la toma, indicando a la madre que se coloque cómodamente sentada con la espalda bien apoyada mientras le habla al bebé en posición cara a cara.
- Se deberá sostener el pecho colocando el pulgar hacia arriba y los dedos por debajo, un poquito hacia atrás de la areola.
- La cabeza del bebe debe estar por encima del abdomen, su boca rodeando la areola de la madre (la boca y el mentón deberán de estar pegados al pecho y su labio inferior colocado hacia abajo).
- El proceso debe durar unos diez minutos en cada pecho, y siempre empezando en el pecho en el que terminó la toma anterior.
- Tras finalizar se apoya sobre el hombro, o sentado, para con unas palmaditas en la espalda intente eructar.
- Se acuesta en decúbito lateral derecho favoreciendo que elimine cualquier residuo gástrico.
- El TCAE debe anotar cualquier incidencia que se produzca.

4 Discusión-Conclusión

- La figura del TCAE es de gran importancia en la lactancia materna por sus conocimientos sobre el tema y el poder divulgativo que posee.
- La lactancia está considerada como la mejor manera de alimentar al bebé además de contribuir al bienestar emocional e inmunológico del mismo.
- Existen beneficios para la madre, ya que se estrechan los lazos entre madre y lactante y previene patologías como la depresión post-parto.

5 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/diccionario/lactancia-materna.html.
- https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2019/08/01/defaultcalendar/world-breastfeeding-week-2019.
- https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf.
- https://www.ec-oposiciones.com/docencia-tcae/mod-5/5-8/.

Capítulo 776

EL PACIENTE HOSPITALIZADO: LA IMPORTANCIA DE LA MOVILIDAD

LIDIA MARIA BLANCO MENENDEZ

CRISTINA RAMOS CALOTO

ZAIRA VALÍN PALOMO

LAURA GARCIA VILASECO

PAULA BLANCO LÓPEZ

1 Introducción

EL pacientes hospitalizados presentan diversos grados de dependencia para todas sus funciones y actividades de la vida diaria. En función de ese grado de dependencia, podemos clasificar a los pacientes en:
- Pacientes autónomos: Son los que realizan actividades diarias sin necesidad de ayuda.
- Paciente que colaboran: son los que bien porque no puedan o bien porque su patología así lo aconseja necesitan ayuda para realizar sus actividades diarias.
- Pacientes dependientes que no colaboran: son los pacientes que no pueden ni siquiera ayudar para realizar sus actividades diarias y necesitan que el personal de enfermería les asista totalmente.

Entre las situaciones en las que los pacientes precisan más ayuda está su propia movilización ya sea por una enfermedad, una cirugía, una sedación o anestesia, etc.

Ante una hospitalización el cambio de postura es una de las situaciones que más problemas causan, por lo que el personal de enfermería debe conocer la manera de movilizarles en función de su grado de dependencia, de la forma más cómoda posible para ambos y cuidando de que no se produzcan lesiones en ninguno de los dos.

Los problemas de movilización en los pacientes trae una serie de consecuencias que debemos de evitar en la medida de lo posible y nuestro objetivo es que esto no ocurra, algunas de estos problemas son:
- Enrojecimiento de la piel, irritaciones y dolores. Puede llegar a las úlceras por presión.
- En los músculos causa atrofia, disminución del tono muscular y contracturas.
- En los huesos causa osteoporosis (pérdida de masa ósea) y dolor en la columna.
- En el aparato cardiovascular causa atrofia cardíaca, acumulación de sangre en las venas, con formación de trombos.
- En el aparato respiratorio hace que las secreciones mucosas queden retenidas y éstas se infecten con facilidad.
- En el aparato excretor, la orina queda retenida en la vejiga y se infecta con más facilidad.
- En el aparato digestivo, la falta de movimientos facilita el estreñimiento y falta de apetito.
- Empeoran las funciones cognitivas de la persona por el insomnio y la desorientación y su estado psíquico por la reducción de la motivación y por la sensación de dependencia.

Para nadie resulta agradable tener que depender de la movilización de otra persona.

2 Objetivos

- Asegurar que la movilización que vamos a realizar no está contraindicada para el paciente.
- Explicar al paciente lo que se va a hacer, pidiéndole que nos ayude en la medida de sus posibilidades.
- Frenar la cama para evitar que esta se desplace al realizar el movimiento.
- Movilizar suavemente, evitando acciones bruscas que le puedan suponer lesiones al paciente o a nosotros.
- Mantener las medidas de seguridad necesarias (uso de barandillas, apoyos, etc).

3 Metodología

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

4 Resultados

Muchas veces aunque realizamos todo lo posible para las buenas movilizaciones, los resultados no siempre son los esperados y cuanta peor movilidad tenga el paciente encamado lógicamente el resultado es peor. Por ello a día de hoy, después de muchas enfermedades y operaciones, los médicos enseguida mandan al paciente moverse o levantarse para evitar así todas estas consecuencias en nuestro cuerpo y poder recuperarse mejor y antes ser dado de alta.

5 Discusión-Conclusión

De todo lo descrito en este capítulo está claro que las movilizaciones en general son algo muy importante de cara a una hospitalización.

Cada día se trabaja e investiga en posibles formas y métodos para que todo lo descrito anteriormente no ocurran en los pacientes hospitalizados. Para ello animamos a las personas a hacer el máximo ejercicio, dentro de sus posibilidades, levantarse de la cama, que se siente en el sillón, que se incorpore o se mueva en la cama.

Cambiar con frecuencia la postura del paciente en la cama o en la silla es determinante. Las almohadas y las férulas sirven para estabilizar las posturas y para apoyar las articulaciones, evitando contracturas. Es importante examinarles la piel siempre que se tenga oportunidad, buscando áreas enrojecidas o pálidas. La dieta ha de ser equilibrada y rica en fibra para evitar el estreñimiento. Si es posible, ayudr a a la persona a que se levante y vaya al váter, etc.

6 Bibliografía

- Libro técnicas básicas de enfermería, editorial Paraninfo.
- www.hca.es
sciencedirect.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 777

SONDAJE VESICAL: OBJETIVOS Y BENEFICIOS.

Mª PILAR MENÉNDEZ ARIAS

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda desde el meato uretral hasta la vejiga urinaria con la finalidad de:
• Facilitar la salida al exterior de la orina en casos de retención.
• Control de diuresis.
• Tratamiento intra y postoperatorio de algunas intervenciones quirúrgicas.
• Mantener una higiene adecuada en el caso de escaras genitales.
• Tratamiento crónico en aquellos pacientes que no vacían espontáneamente la vejiga.
Contraindicaciones: Prostatitis aguda, o sospecha de trauma uretral.

El sondaje vesical lo realiza el equipo de enfermería, pero es tarea del auxiliar de enfermería el ayudar a preparar el material necesario y colaborar para mantener dispuesto todo el material y proporcionárselo a la enfermera cuando lo precise. En primer lugar se procede a la asepsia de manos, por lo que se lavan las manos y se colocan los guantes, tras esto, se debe explicar al paciente la técnica a realizar, preguntar si tiene alguna alergia a compuestos como la clorhexidina, lidocaína o al látex. Es muy importante tener todo el material, que se vaya a usar, preparado y tras comprobar que esto es así se ha de ayudar al paciente a colocarse en decúbito supino si es varón o adoptando la posición de litotomía si es mujer. Ya con el paciente movilizado se procede al lavado de genitales tanto masculinos como femeninos para lo cual se usará agua y jabón, después se ha de secar bien

la zona con gasas estériles y se finaliza con un antiséptico. Es en este momento cuando el equipo de enfermería precede a colocar el campo estéril para realizar la intervención. Para después terminar la técnica recogiendo y desechando el campo estéril y los guantes, y lavándose las manos como parte final del proceso. Para su mantenimiento se ha de lavar con agua y jabón alrededor de la sonda, haciendo hincapié en la zona genital. En varones no circuncidados, limpiar bajo el prepucio y tener cuidado de volverlo a su posición tras el lavado; movilizar la sonda en sentido rotatorio para evitar adherencias o úlceras por decúbito; no movilizar de dentro hacia fuera o viceversa; verificar la fijación de la sonda para evitar tirones involuntarios que produzcan trauma; mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga; manipular la bolsa colectora con guantes; cambiarla con el cambio de sonda, si se rompe o presenta fugas, cuando se acumulan sedimentos o tiene mal olor; la bolsa colectora no debe de tocar el suelo; vaciar la bolsa colectora antes de que llegue al máximo de su capacidad.

2 Objetivos

Definir la técnica de sondaje vesical o cateterismo y establecer cuáles deben ser los cuidados de enfermería para conseguir reducir todo lo posible las complicaciones que pudieran darse durante la intervención y tras la misma.

3 Metodología

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

4 Resultados

Facilitar la evacuación de la orina; obtener una muestra de orina sin contaminación externa; cuantificar el volumen de orina: medir diuresis; controlar incontinencia urinaria; administración intravesical; realizar lavados vesicales; tratamientos postquirúrgicos; medir el volumen residual de orina; identificar anomalías de uretra y cuello vesical.

5 Discusión-Conclusión

Todo tratamiento o intervención debe seguir unos procedimientos estandarizados para evitar o reducir riesgos en la salud del paciente o del equipo sanitario que realiza la acción. El sondaje vesical o cateterismo es un procedimiento muy empleado en sanidad y realizado diariamente en los hospitales por personal cualificado, pero no por ello se debe olvidar que se trata de una intervención con riesgos inherentes, por lo que un protocolo en la actuación y una buena praxis es indispensable para evitar contratiempos.

6 Bibliografía

- https://www.auxiliar-enfermería.com;
- https://www.revista-portales-medicos.com;
- https://www.ogtsanidadlpa.org;
- https://www.sspajuntadeandalucia.es
- https://www.hospitaldejove.com/archivos/enlaces_1437728598.pdf

Capítulo 778

LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO ENTIDAD PATOLÓGICA.

Mª PILAR MENÉNDEZ ARIAS

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones en la piel que se producen cuando existe una presión un largo tiempo mantenida sobre un plano. Existen tres posiciones básicas que adopta el paciente en la cama: decúbito supino, lateral y prono. Los dos grupos de mayor riesgo a padecerlas son ancianos y pacientes encamados. Existen factores que favorecen la aparición de UPP: Extrínsecos (presión prolongada, rozamiento, piel húmeda) y los Intrínsecos (edad, inmovilidad, incontinencia y el estado nutricional). Según la profundidad con la que afecta a la piel existen cuatro grupos de UPP. Otros factores que predisponen su aparición son: el rozamiento, por ejemplo: por la fricción entre la piel y la superficie de las ropa de cama; el efecto cizalla, cuando el paciente semisentado en la cama se desliza por efecto de su peso; la piel húmeda, por contacto con la orina, sudor, heces; el estado nutricional, escaso aporte proteico en la dieta o deshidratación; las enfermedades, como la diabetes mellitus, insuficiencia renal, cáncer. Su primer síntoma, es una marca rosada o enrojecida (eritema), que no desaparece al ceder la presión.

Las medidas a realizar para evitar su aparición serían: una higiene correcta, sin fricciones y con un correcto secado para evitar humedades; realizar cambios posturales cada 2 ó 3 horas, en pacientes encamados, evitando el arrastre del cuerpo; si el paciente puede moverse, se le enseñaría a realizar los cambios cada 15 minutos; llevar un control de la incontinencia urinaria y fecal, para minimizar los

riesgos que ocasionan; darles un aporte nutricional equilibrado y rico en proteínas, que ayudan a la regeneración de la piel. Para estas técnicas nos podemos ayudar de cojines antiescaras ,almohadas y férulas de arco que impidan que el paciente descanse sobre el mismo lado o roce partes del cuerpo propensas a la aparición de úlceras como pueden ser : el sacro , los talones , los maleólos , las rodillas y trocánteres

2 Objetivos

Los objetivos de prevención de úlceras por presión es detectar a los pacientes con desarrollo de UPP, prevenir su aparición y proveer un correcto plan de cuidados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con estas técnicas lo que obtenemos es un alivio en los puntos de presión de la piel, una estimulación de la circulación sanguínea y una prevención en la aparición de escaras.

5 Discusión-Conclusión

Prevenir la aparición de UPP es muy importante tanto para la salud del paciente como para no alargar más tiempo la estancia en el centro sanitario. Para ello lo primero que se debe de realizar será valorar al paciente por la escala de Norton. Vigilar las zonas de riesgo de aparición. Aplicar las medidas de prevención: higiene correcta, cambios posturales, control de incontinencia. Las medidas complementarias son: protectores locales, cojines y almohadas, colchones especiales y camas articuladas. Si fuera el caso, una vez detectadas, avisar al personal médico y aplicar correctos cuidados. Siguiendo los pasos citados el 95% de los casos de UPP se pueden prevenir.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- Mc Graw-Hill; Evangelina Pérez.

Capítulo 779

LA IMPORTANCIA DE LA ESTERILIZACIÓN EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

PATRICIA SUÁREZ BERLANGA

1 Introducción

Llamamos esterilización al proceso de destrucción de organismos que se hallan en un objeto. La esterilización en el campo sanitario es una tarea imprescindible ya que se previene los riesgos de contagiar a las personas. Este proceso se puede realizar mediante métodos diferentes, y se encarga el propio personal especializado del hospital, en el área correspondiente del mismo hospital, ya que tienen un espacio para desarrollar esta actividad.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de la esterilización en los hospitales mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

Búsqueda de bibliografía usando bases de datos como Pubmed y bibliotecas electrónicas como Google academy y editorial electrónica elsesiver.

4 Resultados

Según el material que se vaya a esterilizar, se va utilizar un método de esterilización u otro, puesto que no todos los materiales tienen las mismas características. Habitualmente los más utilizados son:
- Un método de esterilización que fue muy usado fue el calor seco, el material es sometido a una temperatura de 180ºC, durante media hora. Después de que enfríe ya se puede manipular.
- El calor húmedo o vapor de agua es otro método, en el que el esterilizante es el vapor de agua. En este proceso vamos a tener en cuenta, tres parámetros, temperatura, presión y tiempo. La esterilización se realiza en autoclaves.
- Los métodos físicos-químicos el agente esterilizante es un gas, y se utiliza principalmente en materiales termosensibles, el proceso se realiza a baja temperatura unos 50ºC aproximadamente.
- Las radiaciones es un método esterilizante, se reserva para materiales de un solo uso ya que tiene un alto coste y un nivel alto de complejidad, pero tiene la gran ventaja de que puede esterilizar material termolábil, puesto que no necesita una temperatura especial. Lo que se utiliza normalmente es la radiación gamma.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia la esterilización de material sanitario ya que de no realizar este proceso puede acarrear unas consecuencias negativas, además de esta manera el trabajador garantiza un trabajo sano y limpio. Esta es la mejor manera para reutilizar herramientas creadas para ese fin.

Con la esterilización de material sanitario conseguimos:
- Eliminar los microorganismos que se hallan en el material sanitario, para así poder utilizarlo más veces.
- Evitar el contagio de enfermedades.
- Proporcionar a las unidades del centro hospitalario el material en unas condiciones idóneas para su correcto funcionamiento.

6 Bibliografía

- Martínez BML, Domínguez FJ. Guía de antisépticos y desinfectantes, Hospital Universitario de Ceuta. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Junio de 2013
- Microbiología Clínica: esterilización, desinfección y asepsia.

Capítulo 780

HÍGADO GRASO. ENFERMEDAD Y CONSECUENCIAS.

PATRICIA SUÁREZ BERLANGA

1 Introducción

El hígado es el órgano más grande de nuestro cuerpo. Tiene múltiple funciones, como digerir los alimentos, almacenar energía y eliminar toxinas. La enfermedad por hígado graso es una afección en la que se acumula grasa en el. Se pueden diferenciar dos tipos, el hígado graso no alcohólico y el hígado graso por alcohol. Esta enfermedad es más común en algunas personas que padecen: diabetes, obesidad, tensión alta, hepatitis C, colesterol.

2 Objetivos

- Analizar la enfermedad del hígado graso y los factores de riesgo que influyen en ella.
- Sensibilizar a la población sobre las terribles consecuencias el excesivo consumo de alcohol.

3 Metodología

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

Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La enfermedad del hígado graso no alcohólico no tiene nada que ver con las personas que consumen alcohol. Existen dos tipos diferentes de esta enfermedad:
- En el hígado graso simple existe grasa pero poca, de hecho no hay inflamación o daños en dichas células. Por lo general, no suele causar complicaciones.
- En cambio en la esteatosis hepática no alcohólica, si hay inflamación y existe daños en las células del hígado.

Cuando se padece esta enfermedad las personas pueden llegar a tener cirrosis o cáncer de hígado. La enfermedad del hígado graso por alcohol, se debe al alto consumo de alcohol, como el propio nombre de la enfermedad lo indica. La función que tiene el hígado es descomponer el alcohol que se ha ingerido para eliminarlo del cuerpo, pero este proceso puede crear sustancias dañinas. Esas sustancias podrían perjudicar de una manera importante las células del hígado, provocar inflamación y dañar a las defensas del cuerpo. El hígado graso no alcohólico y el hígado graso alcohólico son enfermedades silenciosas, que por lo general las personas que la padecen no suele presentar ningún síntoma o muy pocos. Lo que suelen llegar a sentir es cierto cansancio más del habitual, y una pequeña molestia en lado superior derecho del abdomen.

5 Discusión-Conclusión

El hígado es un órgano de gran importancia en nuestro cuerpo ya que hace varias funciones para que nuestro organismo funcione correctamente, por ello si se sabe que se padece esta enfermedad se debería cambiar el estilo de vida que se lleva. Además concienciarse que muchas personas padecen esta enfermedad por el consumo excesivo de alcohol.

6 Bibliografía

- Arredondo Bruce Alfredo, Amores Carraté Jacqueline, Guerrero Mejías Gustavo. Terapias actuales y emergentes en el hígado graso no alcohólico. AMC (revista en la internet). 2010 Feb [citado 2011 Feb 08].
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

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

Capítulo 781

MANEJO DEL PACIENTE CON DISFAGIA OROFARÍNGEA.

MARÍA ANA RODRÍGUEZ PÉREZ

1 Introducción

Se define disfagia coma la dificultad para tragar o deglutir líquidos y/o sólidos, es decir, por la dificultad para la deglución a la hora de formar y/o mover el bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago.

Existen dos tipos de disfagia: Esofágica u orofaríngea, siendo esta última la más frecuente. Suele afectar a enfermos neurodegenerativos, con accidente cerebrovascular, demencias y ancianos frágiles. La incidencia es mayor en ancianos institucionalizados u hospitalizados.

Las complicaciones que pueden surgir en un paciente con disfagia son: Desnutrición, deshidratación y broncoaspiración. Esta última puede derivar en neumonía por aspiración, la cual presenta un alto indice de mortalidad.

2 Objetivos

Describir los cuidados y recomendaciones que deben de llevarse a cabo en pacientes con disfagia orofaríngea para evitar complicaciones.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de información de carácter científico en diversas publicaciones y revistas sanitarias. Se ha realizado una búsqueda

a través de palabras clave en las bases de datos Scielo, Pubmed y Medline.

4 Resultados

Los cuidados que se deben de aplicar a paciente con disfagia orofaríngea durante las ingestas son:
- Mantener un ambiente tranquilo, evitar estímulos o distracciones.
-Si el paciente esta somnoliento, no insistir en la ingesta.
-Dar comidas en pequeñas cantidades, con cuchara de postre y siempre darle suficiente tiempo para comer. Nunca dar una cucharada si no ha tragado del todo la anterior.
-No dar líquidos ni en botella ni con pajita. Deben de darse en vaso ancho y bajo. Deber de darse de 5 a 8 vasos al día para mantener una buena hidratación.
-Mantener una consistencia adecuada de los alimentos, no mezclar líquidos con sólidos. Si presenta disfagia a sólidos se debe dar comida triturada. Se la disfagia es a líquidos estos irán espesados.
-Intentar tener en cuenta los gustos culinarios del paciente. Dar alimentos a temperatura ambiente.
-Evitar la ingesta de picantes, excitantes o alcohol.
-Si el paciente es capaz, se debe de animar a que coma solo, siempre bajo vigilancia.
-Mantener una posición corporal adecuada. Sentado a 90º con ligera flexión anterior del cuello. Esta postura se mantendrá al menos 20 minutos tras finalizar la ingesta. Se debe de evitar siempre la hiperextensión del cuello.
-Mantener una buena higiene bucal, con cepillado suave de la boca antes y después de la ingesta o con gasa impregnada de colutorio en paciente poco colaborador.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia un diagnóstico precoz de la disfagia orofaríngea así como la instauración rápida de cuidados del paciente que la padece.

El profesional sanitario debe de estar correctamente formado y entrenado para un manejo adecuado del paciente, además debe de realizar una educación sanitaria para instruir al propio paciente y/o cuidador y que estos puedan llevar a cabo los cuidados adecuados de forma autónoma si es posible.

Una manejo adecuado de la disfagia puede evitar complicaciones como la desnutrición, deshidratación, brocoaspiración e incluso la muerte.

6 Bibliografía

- Betancur E, Serrano P, Esperanza A, Miralles R, Cervera A. Disfagia en el anciano. Rev. Mult. Gerontol. 2006.
- Velasco M, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Re. Nutrición Clínica en Medicina. 2007.
- Logemann JA. Disfagia: Evaluación y tratamiento. Folia Phoniatr Logop 1995.
- Disfagia: un problema médico terciario y especializado. www.dysphagiaonline.com.

Capítulo 782

PACIENTE CON GLAUCOMA: ATENCIÓN Y CUIDADOS.

INES GUTIÉRREZ GÓMEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES GALÁN AGUIRRE

CRISTINA ROMERO GARCIA

1 Introducción

El glaucoma es una enfermedad ocular crónica caracterizada por la degeneración progresiva del nervio óptico que cursa en la mayoría de los casos con una elevación de la presión ocular. Se considera un problema de salud mundial y una de las principales causas de ceguera crónica representando el 2% de la discapacidad visual.

Los exámenes oftalmológicos periódicos para su detección precoz son de vital importancia ya que, aunque el glaucoma no se cura, y tampoco se regenera la visión perdida, el 90% de la ceguera causada por glaucoma podría prevenirse con una pronta intervención. Por lo general, puede controlarse con colirios, medicación y/o cirugía.

Aunque puede afectar a personas de todas las edades, el principal factor de riesgo es la edad y su prevalencia crece proporcionalmente al aumento de la esperanza de vida de la población.

2 Objetivos

Describir los cuidados e intervenciones de enfermería necesarios para atender a las personas que padecen esta enfermedad progresiva e incapacitante, con el objetivo global de preservar la función visual manteniendo la mejor calidad de vida posible.

3 Metodología

Búsqueda de información en la red de los descriptores o palabras clave: glaucoma, oftalmología, ceguera, atención, cuidados, intervención de enfermería.
Lectura crítica de los distintos artículos y documentación obtenidos.
Selección de la bibliografía digital.

4 Resultados

1) El personal de enfermería debe realizar educación e instrucción del paciente, así como promoción de la salud:
- Enfatizar en el cumplimiento de los tratamientos indicados (una mala adherencia supone un grave problema para frenar la ceguera)
- Sugerir dieta variada, saludable, peso sano, no fumar, presión arterial controlada, ejercicio (que se reduzca la presión ocular y no al contrario).
- Observar al paciente en la instilación de gotas y nunca presuponer que lo hace correctamente, corregir si es caso.

2) Reducir el riesgo de lesiones que puede ocasionar la reducción de la visión:
- Identificarnos siempre al dirigirnos al paciente y comunicarle tanto nuestra entrada como salida de la habitación.
- Usar medidas de seguridad y prevención de accidentes (baranda, timbres…)
- Mantener un entorno adecuado (sin muebles, fácil acceso al baño, sin obstáculos que entorpezcan.)
- Ayudar o acompañar en la deambulación si es necesario (el uso de bastón suele ser frecuente)

3) Fomentar su autonomía y el autocuidado personal es básico, tenerlo en cuenta a la hora de realizar los siguientes cuidados:
- Administrar tratamiento (gotas, pomadas, medicación) en caso que sea necesario.
- Aseo ocular según necesidad.
- Mantenimiento de apósitos y parches oculares limpios y secos.

- Preparación a cirugía en los casos que se nos requiera.

5 Discusión-Conclusión

Para poder prestar cuidados de calidad los profesionales sanitarios deben tener una adecuada formación y conocimientos sobre el glaucoma y sobre los patrones de salud que se ven alterados en éstos pacientes.
El glaucoma genera una dependencia que va modificando los roles de la persona y sus actividades, por ello el personal sanitario tiene que ayudarle a aceptar sus limitaciones, adaptarse a sus circunstancias y a conseguir el mayor grado de autonomía posible. También se debe dar apoyo a la familia/gestor de ayuda e incluirla en la planificación de cuidados.

6 Bibliografía

- Nogués, A. (Marzo2018) "Día Mundial del Glaucoma: Qué es, síntomas y señales de alarma". Diario Sur. Málaga.
- "Taller para pacientes con glaucoma-Junta de Andalucía". Consulta de oftalmología. Hospital Universitario "Reina Sofía" Córdoba (Agosto 2014).
- Gracia Gómez, I. [etal.] (Junio 2016). "Guía de actuación de enfermería ante un paciente con glaucoma". Revista Médica Electrónica Portales Médicos.
- Barahona, M. (Septiembre 2013). "Manejo del paciente con glaucoma– Slideshare"

Capítulo 783

ÚLCERAS POR PRESIÓN. TIPOS Y CAUSAS.

PATRICIA SUÁREZ BERLANGA

1 Introducción

Las úlceras por presión son zonas de piel lesionadas por estar en una misma posición durante demasiado tiempo. Normalmente se forman en las zonas donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las crestas ilíacas. El riesgo es mayor cuando existe sedentarismo como largos periodos de tiempo en cama, sillas de ruedas o ausencia de cambios posturales. las UPP pueden causar infecciones graves, algunas de ellas pueden causar incluso la muerte.

2 Objetivos

- Informar sobre la vulnerabilidad del paciente ante los factores de riesgo que provocan las úlceras por presión.
- Facilitar un buen plan de cuidados para evitar estas lesiones.
- Dar a conocer al paciente las medidas preventivas necesarias para que pueda evitar las UPP.

3 Metodología

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

han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen cuatro categorías o estadíos en los distintos tipos de úlceras:
- Estadío 1 : eritema no blanqueante, piel intacta de área no localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Esta categoría puede ser difícil de detectar en personas con tonos oscuros de piel. Otras caracterśiticas pueden ser el área dolorosa, firme y más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes.
- Estadío 2: Pérdida de espesor parcial de la dermis. Puede presentarse como una ampolla intacta o abierta llena de suero sanguinolento. Otra característica de esta fase es q puede presentarse como una lesión superficial, brillante o seca sin esfacelos o hematomas.
- Estadío 3: Pérdida total del grosor de la piel. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfacelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.
- Estadío 4: Pérdida total del espesor de los tejidos con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfacelos o escaras. En esta fase la profundidad varía según su localización en la anatomía del paciente. Las úlceras de categoría IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte, pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental fomentar el autocuidado para conseguir una mejora en la calidad de vida del paciente, así como en la realización de una buena valoración para elegir el tratamiento más adecuado y conseguir la solución de la misma en el menos tiempo posible, ya que constituye un importante problema de salud pública, dadas las repercusiones que ocasionan en la calidad de vida de los pacientes, la prolongación de la estancia hospitalaria y el aumento del gasto de material y de los cuidados por parte del personal de enfermería.
Se sabe que la mayoría de las UPP podrían haber sido evitadas con la aplicación de un adecuado protocolo de prevención, por eso,cada vez más, el problema de las UPP está teniendo repercusiones legales.

6 Bibliografía

- Agencia de calidad de SNS. Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Efectos adversos relacionados con úlceras por presión en la atención socio-sanitaria. Enferm Dermatol. 2012; 6(17):50-1.

Capítulo 784

MEDIDAS DE PROTECCION PARA EL PERSONAL SANITARIO FRENTE A LOS DISTINTOS TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS

MARIA IRENE GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

El concepto de aislamiento para personas con enfermedades contagiosas se ha practicado desde la antigüedad; como se ve en la Biblia con la descripción de las comunidades en que se aislaba a los leprosos, aunque en la actualidad sabemos que la lepra no es contagiosa , en los tiempos bíblicos se incluían otros grupos de enfermedades de la piel que se consideraban de riesgo para la comunidad. Los hospitales inician un proceso sencillo de aislamiento individual o grupal para las enfermedades transmisibles, desde 1889 y hacia el cambio de siglo los hospitales generales utilizaban aislamiento con los pacientes de enfermedades transmisibles usando cuartos individuales con utensilios separados y desinfectantes. En los comienzos del siglo xx, Charles V. Chapín del Providence City Hospital, utilizo habitaciones individuales para el aislamiento de pacientes con enfermedades transmisibles.

Las recomendaciones de aislamiento comenzaron a usarse en a finales del siglo XIX en Estados Unidos, donde se segregaban los pacientes atendiendo al tipo de patología que padecían. En 1970, el Centro de Control de Enfermedades publica un manual en el que se recogen siete técnicas para el aislamiento hospitalario basándose en el mecanismo de transmisión de los agentes infecciosos. Años más

tarde se comenzó a ver las primeras resistencias de microorganismos a desinfectantes, lo que provocó que a partir de entonces los aislamientos se realizaran en función de las características específicas de cada enfermedad. A medida que han ido pasado los años se han realizado cambios en los sistema de aislamiento estableciéndose dos escalones: las precauciones estándar, que recogen las medidas indicadas en todos los pacientes; y, en el caso de pacientes con patología infecciosa, se aplicarían las precauciones en función los mecanismos de transmisión.

2 Objetivos

Las precauciones de aislamiento hospitalario buscan:
- Cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso.
- Disminuir la incidencia de infección nosocomial.
- Prevenir y/o controlar brotes.
- Racionalizar el uso de recursos.
- Mantener calidad en la atención del Hospital

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de las principales bases de datos, entre ellas: Dialnet, Scielo, Elsevier, Pudmed, Cuiden…
Las palabras clave utilizadas para el desarrollo de la búsqueda fueron: “aislamiento hospitalario”, “medidas de protección hospitalaria”, “enfermedad nosocomial”

4 Resultados

Existen dos tipos de precauciones a tener en cuenta en el trato con el paciente hospitalizado:

PRECAUCIONES ESTÁNDAR
Las más importantes son las precauciones diseñadas para el cuidado de todos los pacientes ingresados, independientemente de su diagnóstico o presunto estado de infección.
Dentro de las precauciones estándar se encuentran:
- Lavado de manos: se debe realizar siempre después de tocar sangre, fluidos corporales y material contaminado, se lleve o no puestos guantes. Ver protocolo de lavado de manos.

- Uso de guantes: se deben utilizar guantes, no estériles, cuando se toca sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones y material contaminado. También cuando se va a tocar una mucosa o piel no intacta. Cambiarse los guantes, entre procedimientos con el mismo paciente después de contactar con material que pudiera contener alta concentración de microorganismos. Lavarse las manos inmediatamente después de quitarse los guantes.
- Uso de mascarilla, protectores oculares, caretas: cuando se vaya a realizar cualquier procedimiento al paciente que pueda generar salpicaduras de sangre, secreciones y excreciones.
- Llevar bata (limpia, no estéril) para proteger la piel y prevenir el manchado de la ropa. Después de quitarse la bata lavarse las manos.
- Equipo al cuidado del paciente: manejar el equipo usado que se encuentra manchado con sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones con cuidado para evitar exposiciones en piel y membranas mucosas, así como la ropa que pueda contaminar a otros pacientes en el entorno.
- Salud Laboral: tener sumo cuidado con objetos cortantes y punzantes. Nunca reencapuchar agujas usadas. Desechar todo el material cortante y punzante en contenedores apropiados que deben situarse cerca del área donde se usen estos instrumentos.
- Control del medio: el hospital debe tener los procedimientos adecuados de limpieza de superficies ambientales.
- Lencería: manejar, transportar y procesar la ropa de cama contaminada evitando el contacto con la piel.

PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN

Este segundo grupo está diseñado para el cuidado de pacientes específicos, en los que se conoce o se sospecha la existencia de colonización o infección con patógenos epidemiológicamente importantes.

La indicación de ”aislamiento” la realiza el médico, como parte de las ”órdenes de tratamiento”. Es responsabilidad del médico dejar escrita esta indicación y preferiblemente comunicarlo también verbalmente a la supervisora, así como notificarlo al Servicio de Preventiva de referencia en los casos de EDOS (Enfermedades de Declaración Obligatoria).

Estas precauciones se han agrupado en cuatro:

- Precauciones de transmisión aérea
- Precauciones de transmisión por gotas
- Precauciones de transmisión por contacto
- Precauciones de protección. Aislamiento inverso

Este tipo de precauciones incluyen además de las precauciones estándar, las siguientes:
- Habitación individual (obligatoria en las enfermedades por transmisión aérea y aislamiento inverso. En las de transmisión por contacto o por gotas es recomendable)
- Conocimiento por todo el grupo de salud mediante la señalización adecuada (carteles en la habitación, constancia en la Historia Clínica)
- Se debe instruir al paciente, a la familia y visitantes acerca de los objetivos de las precauciones que aplicamos en el paciente
- Se limitarán al máximo las visitas, nunca deberá haber más de un familiar en cada turno
- Según el tipo de precauciones se tomarán las medidas específicas para cada caso
- Si el enfermo tiene que desplazarse a otra área del hospital, se le colocará una mascarilla quirúrgica y se informará de las normas (bata, guantes, lavado de manos, tapabocas…) al personal que va a entrar en contacto con el paciente, según las especificaciones para cada tipo de aislamiento

1. AISLAMIENTO AEREO

Se define como el aislamiento aéreo el que se debe tener cuando la diseminación de partículas menores de cinco micras permanecen suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo, y así son inhalados por huésped susceptible.
Por el riesgo que ofrece se requiere usar tapabocas de alta eficiencia (respirador de partículas).

Ejemplos: Tuberculosis Pulmonar, Sarampión, Varicela.

Especificaciones:
- Cuarto aislado con presión negativa de aire, puerta cerrada y ventanas abiertas si no existe tal sistema.
- Tapabocas de alta eficiencia, respirador de partículas. . Desecharlo al salir de la habitación.
- Transporte del paciente limitado y en caso necesario colocarle mascarilla quirúrgica.
- Bata sólo si hay riesgo de salpicadura.
- Estricto lavado de manos al estar en contacto con el paciente o sus fluidos.
- El personal no inmune frente al Sarampión o Varicela no debe entrar en la habitación de pacientes con estas patologías. En caso de tener que hacerlo deberán ponerse un respirador de alta eficiencia.

2. AISLAMIENTO POR GOTAS
Esta transmisión ocurre cuando partículas mayores de cinco micras, generadas al hablar, toser o estornudar, quedan suspendidas en el aire, hasta un metro de distancia al hablar, y hasta 4 metros al toser o estornudar.

Ejemplos: enfermedad invasiva por Hemophilus Influenzae, Meningococo, Difteria, Tosferina, Escarlatina, Neumonía por Micoplasma, Gripe, Rubeola.

Especificaciones:
- Cuarto aislado. Pacientes con un mismo germen pueden compartir la misma habitación.
- Lavado de manos antes y después de tocar al paciente.
- Ubicar el paciente a una distancia no menor de un metro de los otros pacientes. Si no es posible, habitación individual.
- Mascarilla quirúrgica: para estar a menos de un metro del paciente o para realizar cualquier procedimiento. IB. Desecharla al salir de la habitación.
- El transporte del paciente debe ser limitado, pero si es necesario, colocarle tapabocas y explicar al paciente la razón de dicha medida.
- Guantes y bata se usan si hay riesgo de salpicadura.

3. AISLAMIENTO DE CONTACTO
Se aplicará en los pacientes en los que se conoce o se sospecha enfermedad grave fácilmente transmisible mediante contacto directo con el paciente o por contacto indirecto con superficies o utensilios usados en el cuidado de éste.

Ejemplos: pacientes infectados o colonizados por SMRA, ABRIM. Enfermedades entéricas por Clostridium Difficile, y en pacientes incontinentes por E. Coli, Shigella, Hepatitis A y Rotavirus. Virus sincitital respiratorio en niños. Infecciones cutáneas como Impétigo, Pediculosis, Escabiosis, Herpes Zoster diseminado o en inmunodeprimidos.

Especificaciones:
- Se recomienda el uso de guantes, mascarilla quirúrgica y bata cuando se va a tener contacto directo con el paciente. Desechar mascarilla y guantes antes de salir de la habitación. Quitarse la bata antes de de dejar la habitación.
- El lavado de manos es absolutamente necesario antes y después de tocar el paciente.
- El transporte del paciente debe ser limitado. Poner mascarilla quirúrgica.
- Equipo de cuidado del paciente: cuando sea posible se dedicará éste a un paciente único. Si esto no es posible, limpiarlo y desinfectarlo o esterilizarlo ade-

cuadamente antes de utilizarlo en otro paciente.
- El material de uso clínico como termómetros, esfingomanómetros, estetoscopios, etc... será de uso exclusivo de estos pacientes, y a ser posible permanecerá dentro de la habitación.

4. AISLAMIENTO INVERSO
Trata de proteger a pacientes inmunodeprimidos de infecciones y a pacientes febriles de posibles sobreinfecciones.

Especificaciones:
- Lavado de manos.
- Habitación individual.
- Colocación de bata, gorro, mascarilla quirúrgica y calzas antes de entrar en la habitación, para toda persona que entre en contacto con el enfermo. La mascarilla, calzas y gorro se desecharán antes de salir de la habitación. La bata se dejará dentro de la habitación.
- El transporte del paciente debe ser limitado, pero si es necesario, colocarle tapabocas y explicar al paciente la razón de dicha medida. IB.
- Limpiar el fonendoscopio antes y después de su utilización, e intentar individualizar un manguito de tensión.
- Se debe aplicar en todos los pacientes con neutropenia grave (< de 500 neutrófilos) hasta que esta cifra se recupere y la evolución clínica sea favorable.

5 Discusión-Conclusión

En todos los pacientes deberán aplicarse las medidas de precaución estándar. Cuando el Médico indique medidas añadidas de aislamiento deberá quedar reflejado en las órdenes de tratamiento como: "Aislamiento de contacto", "Aislamiento por gotas", "Aislamiento inverso" o "Aislamiento aéreo". Se debe advertir a todo el equipo de salud mediante señalización adecuada que en ese paciente específico aplicamos las precauciones correspondientes. Se debe instruir al paciente, a la familia y visitantes acerca de los objetivos de las precauciones que aplicamos en el paciente.

La amplia patología de enfermedades infecciosas que se tratan en un hospital obliga a la utilización de una serie de normas. Se necesita comenzar con el aislamiento como medida terapéutica ya desde su entrada en pautas de urgencias hasta su hospitalización. Los pacientes con enfermedades infecciosa necesitan

de las mismas atenciones que el resto de los enfermos e incluso en ocasiones, de atenciones mas especificas y mayores. No se debe descuidar la actitud del personal sanitario frente a estos enfermos, pues el simple hecho de estar aislados les puede causar sentimientos de rechazo, culpabilidad o angustia

6 Bibliografía

- Real Decreto 664/1997 sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
- Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Mayo 2014.
- López-Quintana, E. et al. Guía de actuación ante exposición ocupacional a agentes biológicos de transmisión sanguínea. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III.
- Guía para las precauciones de aislamiento: prevención de la transmisión de agentes infecciosos en entornos de atención médica (2007) Centers for Disease Control an Prevention. Disponible en https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/
isolation/ (acceso 10/10/2017)
- Orientación sobre equipo de protección personal (EPP) para ser utilizado por trabajadores de la salud durante el manejo de pacientes con ébola confirmado o personas bajo investigación (EIP) para ébola que son clínicamente inestables o tienen sangrado, vómitos o diarrea en hospitales de EE. UU., Incluidos los procedimientos para ponerse y Doffing PPE. Agosto 2015
- Organización Mundial de la Salud. Precauciones estándares en la atención de la salud
- Prevención de las infecciones nosocomiales GUÍA PRÁCTICA 2a edición Organización Mundial de la Salud. 2003
- Precauciones para el control de las infecciones en centros sanitarios . Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Ministero de Trabajo y asuntos sociales de España
- Precauciones estándares en la atención de la salud. Organización Mundial de la salud. Octubre 2007.
- Recomendaciones al centro de salud para precauciones estándares Organización Mundial de la Salud. OCTUBRE 2007.
- Prevención y control de enfermedades. Diciembre del 2014 Orientación provisional para la prevención y el control de infecciones en la atención de pacientes

con fiebre hemorrágica por filovirus presunta o confirmada en entornos de atención de salud, con énfasis en el virus del Ébola. Organización Mundial de la Salud.
- Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Consejería de Salud y servicios sanitarios. Servicio de Salud de Principado de Asturias. Edición resumida. 2007.
- Nota Técnica de Prevención 700. Precauciones para el control de las infecciones en centros sanitarios. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Nota Técnica de Prevención 833. Agentes Biológicos. Evaluación simplificada. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2009

Capítulo 785

LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS

PAULA BLANCO LÓPEZ

ZAIRA VALÍN PALOMO

LAURA GARCIA VILASECO

CRISTINA RAMOS CALOTO

LIDIA MARIA BLANCO MENENDEZ

1 Introducción

Una infección hospitalaria, son infecciones que se adquieren durante la estancia en un centro sanitario y que no estaba presente en el periodo de incubación cuando el paciente ingresó.

Por lo general, se establece un plazo de dos días luego del ingreso hospitalario para establecer que la infección se contrajo en dicho centro.

El riesgo de infección es más elevado para: lactantes, personas de edad avanzadas y personas con un sistema inmunitario débil.

2 Objetivos

-Emplear el uso de medidas preventivas para evitar el contagio de las infecciones hospitalarias.

-Sensibilizar a los pacientes sobre los posibles riesgos que ocasionan estas infecciones.
-Educar al personal y a los pacientes sobre una correcta higiene.
-Informar sobre las diferentes medidas de protección.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los tipos más frecuentes de infecciones hospitalarias son: las respiratorias, urinarias y bacteriemias.

Las infecciones de las vías respiratorias son muy importantes porque representan tasas de mortalidad bastantes altas. Por lo que es importante señalar, que las más graves son las neumonías. El criterio que se emplea para diagnosticar este tipo de infección es la presencia de signos como, tos de carácter purulento. Algunas de las medidas preventivas llevadas a cabo son:
-Lavado de manos previo y posterior para atender al paciente.
-Aplicar medidas de fisioterapia respiratoria como el clapping.
-Fomentar la expectoración.

Las infecciones de las vías urinarias son las más comunes. Cabe destacar, que ocasionan menos morbilidad y mortalidad que otras, de hecho algunas veces pasan desapercibidas, pero debido a su alta frecuencia y sus complicaciones han de ser muy tenidas en cuenta, en protocolos de prevención, ya que pueden derivar a contraer una bacteriemia. Alguna medida preventiva es, sondar solo cuando sea necesario y que la sonda sea lo más fina posible, además de emplear sistemas de drenaje de circuito estériles.

En cuanto a las bacteriemias, son infecciones que se pueden producir por el uso de alguna técnica, que pone en contacto directo al microorganismo con el torrente

sanguíneo. El principal factor de riesgo es la utilización de catéteres intravasculares. Alguna medida preventiva para este tipo de infección es la utilización de medidas de barrera y el empleo de la técnica estéril en la inserción.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones hospitalarias constituyen un grave problema para la salud, por ello, es de suma importancia darle el reconocimiento necesario ante este problema, además de poner en conocimiento de las personas las posibles medidas preventivas para poder evitarlas y sus factores de riesgo.

6 Bibliografía

- Coelho, M., Silva Arruda, C. y Faria Simões, S. 2011. HIGIENE DE MANOS COMO ESTRATEGIA FUNDAMENTAL EN EL CONTROL DE INFECCIÓN HOSPITALARIA: UN ESTUDIO CUANTITATIVO. Enfermería Global. 10, 1 (ene. 2011).
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 786

RIESGOS LABORALES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA

NICOLE VÁZQUEZ PORTO

1 Introducción

Se denomina riesgo laboral a los peligros existentes en nuestra tarea laboral o en nuestro propio entorno o lugar de trabajo, que puede provocar accidentes o cualquier tipo de siniestros que, a su vez, sean factores que puedan provocarnos heridas, daños físicos o psicológicos, traumatismos, etc.

La Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, es el tronco principal de la normativa preventiva española. Se aplica a todas aquellas empresas que dispongan de trabajadores por cuenta ajena, y regula las principales obligaciones de empresas y trabajadores.

Los principales riesgos laborales en el plano sanitario son: los biológicos, los químicos, los físicos, los ergonómicos, los psicosociales, los relacionados con la reproducción y la maternidad, y la turnicidad y nocturnidad.

El Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE), como parte integrante del equipo sanitario que es, adquiere a su vez unos riesgos inherentes a dicho equipo, y aunque sea tarea de la dirección del centro y de las administraciones pertinentes velar por su seguridad en el puesto de trabajo, no le exime del debido conocimiento de los riesgos a los que puede estar expuesto y de las normas de seguridad vigentes en todo momento. Riesgos existentes en el entorno sanitario:

- El riesgo biológico viene condicionado por la exposición a los agentes biológicos: bacterias, hongos, esporas, virus. Existe una clasificación del uno al cuatro, siendo el uno el riesgo más bajo y el cuatro el que presenta más peligro para la integridad del trabajador. A su vez, existe otra clasificación que se encarga de precisar la vía de entrada del agente biológico: respiratoria; digestiva; dérmica y parenteral.
- Los riesgos químicos: Las sustancias químicas están presentes en la actividad diaria del sector sanitario y sociosanitario: alcoholes, aldehídos, citostáticos, agentes esterilizantes, etc.
- Los riesgos físicos, entre los que se encuentran también el ruido o las vibraciones, en el sector sanitario destacamos la exposición a energía electromagnética o radiaciones.
- Los riesgos ergonómicos están asociados a lesiones osteomusculares principalmente, siendo éstas las enfermedades profesionales más frecuentes y la primera causa de invalidez permanente.
- Durante el embarazo y la lactancia se producen importantes cambios fisiológicos y psicológicos en las mujeres para garantizar que el feto en desarrollo y los recién nacidos disponen de todo lo necesario para desarrollarse adecuadamente. Estos cambios son los que hacen que las trabajadoras embarazadas o que han dado a luz recientemente sean especialmente vulnerables a algunos riesgos laborales.
- Turnicidad. El ser humano está sometido a ritmos biológicos que influyen en el funcionamiento de su organismo. Estos ritmos biológicos se llaman ritmos circadianos y coinciden con los estados de vigilia y sueño.

2 Objetivos

Objetivo principal
- Evitar los riesgos.

Objetivos secundarios
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar el trabajo a la persona.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

3 Metodología

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

4 Resultados

Gracias al análisis y a la divulgación de los diferentes riesgos laborales inherentes al puesto de un TCAE, se consigue disponer de más conocimiento sobre los mismos y de este modo actuar de un modo más preventivo y seguro, evitando accidentes e incidentes y reduciendo el porcentaje de la siniestralidad en el trabajo. A parte de esto, un trabajador informado a cerca de los posibles riesgos para la salud que puede correr se vuelve mucho más crítico y demandante de medidas de seguridad y de prevención, y se muestra menos duditativo a la hora de exigir o sugerir cambios o mejoras en materia de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos laborales en el ámbito sanitario no so sólo dependen de la dirección del centro, ni de las administraciones, sino que es el mismo personal laboral el que debe estar informado acerca de la peligrosidad que envuelve su puesto de trabajo y las medidas que debe emplear para reducir o eliminar, si fuera posible, los riesgos.

6 Bibliografía

- http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15617/doc142620_Guia_Basica_de_riesgos_laborales_en_el_sector_sanitario.pdf
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/riesgos_auxiliares.htm
- https://definicion.mx/riesgo-laboral/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 787

TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFEMERÍA EN LA UCI

NICOLE VÁZQUEZ PORTO

MARÍA ALEJANDRA MENÉNDEZ IGLESIAS

MARÍA MONTSERRAT VEGA FERNANDEZ

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), está reservada para pacientes que requieren una especial atención, puesto que están expuestos a un elevado riesgo de que sus funciones vitales se interrumpan. Además se caracteriza por ser el área de un hospital donde se trabaja bajo una gran presión y con los mayores índices de estrés.

2 Objetivos

- Identificar los conocimientos específicos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital para desarrollar una buena labor profesional y de este modo, brindar una buena atención al paciente.
- Identificar los distintos tipos de procedimientos, así como conocer los procesos de actuación en cada uno de ellos.

- Describir la organización de la unidad de cuidados intensivos, teniendo en cuenta tanto la estructura física, como los recursos humanos, los recursos materiales y la recepción del paciente.
- Identificar los pasos a seguir para la toma adecuada de constantes vitales y su registro.

3 Metodología

- Ubicar el paciente en la cama que se le ha asignado, siempre vigilando el comportamiento de sus signos vitales.
- Realizar las labores de higiene de los pacientes en sus camas. Cambio de ropa; cambios de postura o asistencia en sus necesidades fisiológicas.
- Dar la comida a los pacientes que no puedan comer por si solos.
- Verificar la asepsia de los materiales y el instrumental utilizado en la atención médica de los pacientes, tales como carros de paros, filtros de diálisis, Bipaps... todos estos instrumentos deben ser lavados y desinfectados atendiendo los protocolos establecidos por el hospital.
- Garantizar las existencias necesarias, de medicamentos, instrumentos y materiales, para la debida atención del paciente.
- Asistir al equipo de enfermería y al equipo médico también en todos los procedimientos y técnicas que realicen, siempre anticipando el siguiente paso o solicitud de estos profesionales.
- Atender a los familiares del paciente, conducirlos por las instalaciones del hospital e instruirlos sobre las normas de visita y estancia en el centro sanitario.
- Asear a los pacientes; afeitarlos, peinarlos y mantenerlos en las mejores condiciones estéticas.
- Vaciar diuresis.
- Recoger todos los materiales del box, eliminar el fungible, desinfectar, y disponer nuevamente el box para la llegada de un nuevo paciente.

4 Resultados

Un TCAE bien instruido y formado, dentro de un equipo bien estructurado, y con unos procedimientos de actuación bien definidos dan como resultado un desempeño de las funciones óptimo y, por consiguiente, un alto nivel de atención y calidad hacia el paciente de la UCI. Si a esto se le suma que el personal auxiliar de enfermería dispone de las siete virtudes que a continuación se desarrollarán,

el servicio prestado y la calidad asistencial percibida por el paciente y familiares se ve incrementada susancialmente.

Virtudes que debe disponer un Técnico en Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE):
1. Formalidad, cumpliendo con seriedad y puntualidad sus obligaciones con sus compañeros de equipo, al igual que con los pacientes.
2. Consideración: tratando al paciente con amabilidad y teniendo en cuenta sus sentimientos.
3. Amabilidad: disponer de un trato agradable con el paciente, controlándose su estado emotivo y sensaciones.
4. Empatía: procurando ver las cosas desde el punto de vista del paciente y ponerse en su lugar.
5. Integridad: es necesario que tanto los compañeros como los pacientes puedan depositarle su confianza.
6. Respeto: el paciente, tiene unos derechos, valores, sentimientos y creencias, que se deben respetar y no someterlos a juicio.
7. Cooperación: predisposición a ayudar al resto del equipo, que permite un trabajo de mayor calidad.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE como parte integrante del equipo sanitario dentro de la UCI, se vuelve indispensable y adquiere un papel crucial a la hora de cuidar y proporcionar atenciones vitales al paciente ingresado en la unidad. Es por este hecho que se torna necesario el realizar el seguimiento de unas directrices y procedimientos, al igual que el resto de compañeros del equipo.

6 Bibliografía

- http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/atencion_hospitalaria/pnt_aux_enf_uci_v3.pd
- https://www.fp-santagema.es/funciones-del-auxiliar-de-enfermeria-en-la-uci/
- https://revistamedica.com/tcae-unidad-de-cuidados-intensivos/#OBJETIVO

Capítulo 788

ENEMAS: TIPOS Y ADMINISTRACIÓN.

MONTSERRAT FERNÁNDEZ VALBUENA

1 Introducción

La eliminación de las sustancias de deshecho del organismo es vital para el funcionamiento de éste. El organismo ha de tener la capacidad orgánica suficiente para la eliminación urinaria, fecal y de transpiración. Los hábitos eliminatorios e higiénicos deben mantenerse para evitar infecciones y la coordinación psicomotriz ha de ser suficiente para permitir al paciente actuar frente al estímulo-respuesta.
En el organismo existen cuatro formas de excreción:
- En el aparato digestivo en forma de heces.
- En el aparato urinario en forma de orina.
- A través de los pulmones del aire respirado
- Por la piel en forma de sudor.

Algunas veces aparecen problemas para desarrollar estas funciones como consecuencia de déficits: incontinencia fecal, dolor o trastornos psíquicos. Problemas a consecuencia de la sobrecarga: limitaciones por inmovilización, enfermedades degenerativas, situaciones postquirúrgicas, infecciones, hemorroides, fístulas, tumoraciones, etc. En estos casos es preciso ayudar al restablecimiento de estas funciones mediante otros procedimientos como son: enemas, sondas y drenajes, que son los que vamos a desarrollar a continuación.

2 Objetivos

Conocer el concepto, tipos y aplicaciones de los enemas.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. EL ENEMA:
Es la introducción de una solución en el recto o parte inferior del colon, que facilita la evacuación de las heces y el peristaltismo intestinal. Pueden usarse para limpiar, extraer sólidos o gases de la parte inferior del intestino y administrar soluciones que deban ser retenidas. Según la finalidad con que se apliquen se pueden clasificar en enemas de limpieza y enemas de retención.
1.1. ENEMAS DE LIMPIEZA: son enemas evacuadores con retención de tan solo unos minutos. Se administran para favorecer la eliminación de las heces. Producen un estímulo sobre la pared intestinal y una irritación de las mucosas que favorecen el peristaltismo. Están prescritos en los siguientes casos:
- Estreñimiento.
- Después de una extracción de fecaloma.
- Antes de una exploración radiológica para preparar el intestino.
- Para la realización de endoscopias.
- En preoperatorios quirúrgicos y partos.
- Antes de poner un enema de retención.

Está contraindicado en situaciones de obstrucción intestinal reciente y cuando el paciente ha sufrido un traumatismo abdominal. Existen en el mercado una gran variedad de enemas desechables, compuestos de soluciones hipertónicas que producen distensión abdominal por la irritación de la mucosa y estimulan la urgencia de defecar.
Se colocan con el paciente en posición lateral izquierda, pierna derecha en flexión y se aplican directamente en el ano con la cánula directa del preparado, siguiendo las instrucciones del fabricante. El paciente debe retener la solución durante 10 minutos, aproximadamente.
1.2. ENEMAS JABONOSOS: Se preparan con agua templada a 37ºC con jabón

disuelto en ella, en cantidad que varía de 500 a 1500 ml., o bien preparada comercialmente.
1.3. ENEMAS SALINOS: agua templada con dos cucharadas de sal común. Producen distensión abdominal.
APLICACIÓN DEL ENEMA DE LIMPIEZA:
Material necesario:
- Hule protector.
- Equipo del enema y recipiente para la solución.
- Tubo de conexión y pinza.
- Sonda rectal de tamaño adecuado.
- Lubricante hidrosoluble y gasas.
- Cuña y guantes.
- Bolsa para residuos y material de higiene perineal.
Procedimiento:
- Informar al paciente de la técnica y se pedirá su colaboración.
- Proteger la cama con el hule. Colocando al paciente en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha en flexión (posición de Sims).
- Lubricar el extremo distal de la sonda rectal y purgar. Introducir la sonda unos 10-15 cm. En el ano. El depósito del enema ha de estar elevado un máximo de 50 cm. Encima del ano y que permite que el líquido pase lentamente.
- Si el paciente se quejara de dolor o plenitud, reduciremos la velocidad o detendremos el flujo unos segundos.
- Cuando se termina la solución, retiramos la sonda y si es necesario presionaremos el ano con las gasas.
- Haremos al paciente permanecer tumbado y debe retener el enema el mayor tiempo posible.
- Transcurrido ese tiempo, se le coloca una cuña o se le ayuda a ir al baño para que pueda defecar.
- Se observarán las heces y anotaremos los datos en la historia de enfermería.
- Después de la evacuación recogeremos el material utilizado y procederemos al aseo del enfermo y le dejamos cómodo.
1.4. ENEMAS DE RETENCIÓN:
Son aquellos enemas en los que la solución aplicada no debe evacuarse tan rápidamente. Se usan para aplicar medicamentos, aceites de retención, productos radiopacos, etc.
Las técnicas de aplicación y las precauciones son las mismas que en los enemas de limpieza, pero en este caso el paciente debe retener el enema durante 30 minutos o el tiempo necesario para favorecer su utilidad. Algunos de estos enemas son:

1.4.1. ENEMA DE RETENCIÓN DE ACEITE: Se utiliza para lubricar la mucosa intestinal y reblandecer las heces. Indicado en pacientes con estreñimiento crónico, fecalomas y en hemorroides. También ayuda a eliminar las sales de bario. Se suele administrar en adultos 150-200 ml. de aceite de oliva a temperatura corporal. Se suele recomendar después de la aplicación de este enema, un enema limpiador.
1.4.2. ENEMA DE MEDICACIÓN: Puede tener un efecto local o sistémico. Puede ser un enema antihelmíntico para eliminar los parásitos del colon. De neomicina previo a una cirugía de colon. Antiséptico. Astringente para retener la hemorragia o carminativo para la expulsión de gases, etc.
1.4.3. ENEMA OPACO: su finalidad es diagnóstica. Es un enema de bario que permite, por su radiopacidad visualizar el intestino grueso para su estudio radiológico. Suele ser un preparado comercial al que hay que añadir agua.
1.4.4. ENEMA MOLIENTE: Se usa para cubrir la mucosa del colon y suavizar el tejido irritado. Se usan, generalmente, 180 ml. de solución de almidón.
1.4.5. ENEMA ALIMENTICIO: Proporciona al organismo sustancias nutrientes por vía rectal.
2. ATENCIÓN AL PACIENTE OSTOMIZADO:
La ostomía es una intervención mediante la cual se abre un orificio artificial (estoma) en la superficie externa del abdomen para facilitar la eliminación del contenido intestinal.
2.1. IRRIGACIÓN POR COLOSTOMÍA:
Es el lavado del intestino a través del orificio de la colostomía. Puede ser necesario para controlar la incontinencia fecal, para evacuar las heces en caso de estreñimiento o bien para preparar al paciente para una cirugía o radiología del intestino.
Está contraindicada en caso de colostomías ascendentes, en pacientes con diarrea, en pacientes con radioterapia y en niños.
Siempre es necesaria su prescripción médica.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el organismo no tiene capacidad orgánica suficiente para llevar a cabo la función de eliminación fecal es preciso el restablecimiento de esta función mediante los enemas. Es importante conocer los distintos tipos y sus indicaciones, así como su forma de aplicación correcta en cada caso.

6 Bibliografía

- ESTEVE, J. y MITTJANS, J. (2003). Enfermería Técnicas Clínicas I y II. McGraw-Hill Interamericana.
- KOZIER, B. y cols. 2005: Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica. 7ºedición. McGraw-Hill Interamericana.
- Esteve, J., Mitjans, J. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: Interamericana, 2000.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 789

RASURADO QUIRÚRGICO Y RIESGO DE INFECCIÓN.

MARÍA ALEJANDRA MENÉNDEZ IGLESIAS

NICOLE VÁZQUEZ PORTO

MARÍA MONTSERRAT VEGA FERNANDEZ

1 Introducción

Cuando un paciente va a entrar en quirofano se valora si la zona de la cirugía tiene vello para rasurarlo, incluso el propio paciente a cuando llega al hospital para una cirugía programada ya trae rasurada la zona a intervenir.

La OMS desaconseja esta práctica ya normalizada en los centros hospitalarios ya que puede ser foco de posibles infecciones.

Puede ser necesario rasurar para dejar expuesta la piel y poder marcar una zona concreta, en caso de molestar para poner vendajes, en estos casos el rasurado se hará siempre con maquinilla ya que es menos traumatica para la piel que la cuchilla.

2 Objetivos

- Llegar a nivel cero de infecciones en los pacientes que han pasado cualquier tipo de intervención.
- Reducir el número de bacterias en el equipo sanitario y del paciente que puedan causar infección sobre todo en la incisión.

3 Metodología

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

4 Resultados

No existe diferencia entre pacientes que hayan sido rasurados con maquinilla o cuchilla y los que no rasuraron el vello.

La función de la cuchilla y la maquinilla es la misma, pero esta última produce menos lesiones en la piel, por lo que favorecemos mantener la piel íntegra.

Los estudios demuestran que las infecciones no es un problema de los países pobres ya que en los países conocidos como desarrollados todavía se siguen produciendo muertes por este tipo de complicaciones que es su mayoría se podría evitar con una higiene adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Está demostrado que la medida más importante para evitar las bacterias causantes de infecciones sobre todo en la zona de incisión es el baño o ducha del paciente con jabón antimicrobiano, incluso jabón común.

El personal sanitario debe lavar las manos y aplicar solución alcohólica hasta los antebrazos antes de ponerse los guantes.
Solo se debe rasurar cuando sea necesario exponer la piel en la zona a intervenir o por utilizar aparatajes o sistemas que lo así lo requieran.

Todas las complicaciones de un mal rasurado o falta de higiene sobre todo en la zona de incisión acarrea un gasto muy elevado a la sanidad.

6 Bibliografía

- Margaret Chan, directora General de la OMS.

- Amparo Rubio San Pedro, secretaria de la Asociación Española de Enfermería quirúrgica.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 790

CUIDADOS INTRAOPERATORIOS Y TIPOS DE ANESTESIA

GUILLERMO FERNANDEZ MARTINEZ

ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

El periodo intraoperatorio comienza con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica y finaliza en la unidad de asistencia postanestésica. Todas las actividades se realizan para cubrir sus necesidades y procurar su bienestar durante todo el proceso. En este periodo el equipo profesional sanitario debe realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia.

Para intervenir en el proceso quirúrgico es necesario que se actúe bajo condiciones de asepsia quirúrgica al existir mayor riesgo de infección. El personal sanitario que va a actuar en la intervención quirúrgica, deberá vestir los equipos estandarizados de color verde (pijama, bata, zuecos, gorro y mascarilla) que hay en los accesos del área quirúrgica para realizar el cambio de ropa. En esta área existe señalización horizontal y vertical que informa de las normas de circulación del personal.

El quirófano es el lugar donde se realizan las actuaciones quirúrgicas. En él se deben extremar las medidas de limpieza, desinfección y esterilización de paredes, suelos, aire, equipos, objetos, instrumental médico-quirúrgico, paños quirúrgicos, batas, guantes, etc. y de asepsia quirúrgica para evitar infecciones posoperatorias en los pacientes. La asepsia consiste en destruir los microorganismos productores

de infecciones antes, durante y después de la cirugía mediante la aplicación de una técnica estéril.

El proceso quirúrgico es llevado a cabo por un equipo de profesionales sanitarios compuesto por cirujano y ayudantes, enfermero de quirófano (anestesista, instrumentista, circulante, etc.) y miembros de apoyo: auxiliares de enfermería, celadores, técnicos, radiólogo, anatomopatólogo, etc.
En el área quirúrgica existen varias zonas:
- Zona séptica o sucia: antequirófano o esclusa, zona de lavado de material.
- Zona aséptica o limpia: quirófano, área de lavado quirúrgico del personal, almacenes de material estéril, etc.

2 Objetivos

- Atender las necesidades biopsicosociales del paciente que se va a someter a una intervención quirúrgica.
- Conocer el plan de cuidados en quirófano.
- Describir los diagnósticos y problemas que pueden surgir durante la estancia del paciente en el quirófano.
- Establecer los cuidados para proporcionar una atención integral al paciente independientemente a la patología que presente.

3 Metodología

Tras identificar al paciente que se va a intervenir y comprobado el protocolo preoperatorio, se le coloca sobre la mesa quirúrgica del quirófano desnudo en la posición apropiada. A continuación los anestesistas y enfermeros administran la anestesia. Esta produce la modificación de la percepción dolorosa, la reduce o la suprime. Comprende la narcosis, analgesia, relajación y pérdida de reflejos. Dependiendo de la dosis, su acción será sensitiva, inhibidora del movimiento o tóxica. Su absorción depende de: alergias, medicación, sexo, etapa vital, etc. Antes y después de la intervención quirúrgica, el anestesista y enfermero vigilan el estado del paciente: frecuencia cardíaca, presión arterial, temperatura, respiración, volumen ventilatorio, concentración de gases sanguíneos, electrocardiograma, pH de la sangre, concentración del anestésico en el organismo, etc. Atendiendo a la pérdida de sensibilidad que produce, la anestesia puede ser de varios tipos:

1. Anestesia general:afecta a todo el organismo. Los agentes anestésicos deben lle-

gar a la sangre en una concentración suficiente para que actúen sobe los centros cerebrales. Esto se realiza mediante inhalación o por administración endovenosa.

Con ella se consigue la pérdida de conocimiento y de sensación dolorosa en el cuerpo y la desaparición de los reflejos de forma reversible. Se induce al paciente a un estado de coma y se le mantiene en situación artificial.
Este tipo de anestesia requiere intubación del paciente, monitorización y asistencia respiratoria. Tras suspender los fármacos que indujeron a la anestesia el paciente se recupera fácilmente.
Posee el inconveniente de la depresión respiratoria y circulatoria. Su principal ventaja es que el paciente está inconsciente y no se muestra ansioso.

2. Anestesia local: afecta a una zona localizada. Se realiza con la aplicación tópica de un anestésico local, infiltrándola en los tejidos que se van a intervenir. También puede aplicarse mediante aerosol sobre la piel o la membrana mucosa. Es infiltrativa si se inyecta directamente en los bordes de la herida o en lesiones de piel y mucosas. Elimina el dolor en una parte del cuerpo mientras el paciente respira por sí mismo de forma espontánea y está consciente. Su ventaja principal es que el anestésico actúa rápidamente y apenas tiene efectos secundarios.

3. Anestesia regional: se da en un plexo o zona inervada por un nervio. Consiste en la pérdida de sensación dolorosa en una región del cuerpo bloqueando la transmisión de los impulsos sensoriales al cerebro y la motora.
Se administra inyectando el agente anestésico en las proximidades del nervio o de las raíces nerviosas para anestesiar la zona de distribución de sus fibras. Las técnicas utilizadas para su aplicación son:
- Anestesia epidural: el anestésico se inyecta en el espacio epidural. Se administra mediante punción caudal, torácica o lumbar, dependiendo de la zona que se desee anestesiar.
- Anestesia espinal o raquídea (raquianestesia): se inyecta el fármaco en el espacio subaracnoideo por punción lumbar en la columna vertebral. Se utiliza para realizar una cirugía de la pelvis y el periné, de los miembros, en cirugía urológica.
- Anestesia troncular (anestesia plexual): bloquea los nervios o plexos dependiendo de la región que se quiera anestesiar. Cada plexo o nervio precisa una vía determinada.
- Anestesia regional intravenosa o bloqueo de Bier: consigue bloquear las extremidades administrando los anestésicos por vía intravenosa. Previamente se debe colocar un manquito en la raíz de la extremidad. Se utiliza en mayor medida en las extremidades superiores.

En algunas intervenciones menores se utiliza también la sedación, que es la variación de la conciencia del paciente inducida de manera farmacológica. Permite disminuir la ansiedad y el dolor del paciente, reducir o suprimir la percepción de estímulos dolorosos y facilitar la intervención quirúrgica. Puede variar de leve a profunda. Se usa con anestesia no general. En ella el paciente respira por sí mismo pero se disminuye su conocimiento. Es el nivel más bajo de anestesia.

4 Bibliografía

- Técnicas básicas de enfermería de la editorial Mac Graw Hill.
- http://mural.uv.es/
- https://www.academia.edu/

Capítulo 791

RIESGOS LABORALES EN SISTEMA DE SALUD, UN RETO PARA EL PRESENTE Y FUTURO.

ANGELA RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

Uno de los retos de las sociedades desarrolladas en relación con el trabajo es intentar minimizar riesgos y consecuencias negativas derivadas de este. Nunca históricamente se había estudiado e invertido tanto en la protección de los trabajadores, aunque todavía quedan muchos retos a nivel mundial en materia de trabajo. La verdad es que en cuestión de pocos años, las autoridades con campañas de concienciación, aplicación de leyes que regulan la cuestión y promoción de la salud laboral han hecho que los riesgos sean los mínimos históricos. También la obligación impuesta a las empresas en esta materia, que los obliga y condena en caso de no cumplimiento, es un factor muy importante en los avances conseguidos.

Unos hábitos saludables en el desempeño de la acción laboral, no sólo evitará un gasto adicional derivado de las bajas de carácter profesional, sino que también repercutirá positivamente en el día a día del personal y del paciente. Un trabajador que dispone de conocimientos adecuados para optimizar el desempeño de sus actividades ,será un empleado más eficaz y eficiente.

Cada día se avanza más en seguridad laboral, uno de los pasos más importantes conseguidos en relación a esta materia es la ley de prevención de riesgos laborales, la cual desarrolla conceptos para prevenir no sólo accidentes si no que hace

patente y manifiesta el derecho de los trabajadores a la protección de su salud, a la prevención de los riesgos y obliga a las empresas a proporcionar protocolos de prevención a los trabajadores así como la evaluación de los riesgos que puedan surgir en relación a la naturaleza de las actividades que se realizan.

2 Objetivos

- Conocer las obligaciones y derechos de trabajador en materia de riesgos laborales, prevención y formación.
Intentar conseguir una incidencia menor como resultado del conocimiento de los riesgos.
- Conocer el concepto de ergonomía ,entender cual es su misión y como aplicarlo correctamente.
- Conocer los riesgos más importantes en relación a los trabajadores sanitarios, así como las estrategias más efectivas para evitarlos.

3 Metodología

Se trata de un estudio descriptivo y explicativo, además de una investigación descriptiva se realiza una revisión sistemática y análisis de bibliografía en relación a la prevención de riesgos, estudio sobre las prácticas de prevención y las formas de promoción de la salud. Análisis, estudio y descripción de la prevalencia de enfermedades derivadas de la acción laboral sanitaria. Descripción, análisis y aplicación de buenas prácticas en el trabajo, de tipos y formas óptimas en relación con los cometidos de más riesgo dentro del trabajo sanitario. Ensayo analítico sobre los datos obtenidos de la investigación sobre riesgos , accidentes y enfermedades laborales en el ámbito sanitario.

4 Resultados

La ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales dispone las obligaciones de empleados y empresarios en materia de seguridad laboral, obliga a los empresarios a crear planes de prevención de riesgos y a mantener informados a los trabajadores de las medidas a adoptar y de los peligros potenciales derivados de la naturaleza del trabajo a realizar. Hay que destacar muy favorablemente la regulación de esta ley al respecto a la formación, la ley obliga al empresario/responsable a proporcionar formación en materia de riesgos laborales y salud laboral. Este punto es de

vital importancia porque si faltan los conocimientos difícilmente se podrán identificar los peligros potenciales y mucho menos poner en práctica los protocolos de prevención.

En materia de prevención hay algún concepto que debemos conocer porque son principios básicos de la materia , uno es la ergonomía y otro a que nos referimos cuando decimos salud laboral. La RAE define la ergonomía como ”el estudio de la adaptación de las máquinas, muebles y utensilios a la persona que los emplea habitualmente, para lograr una mayor comodidad y eficacia“. Refiere también como ergonómico a la cualidad de adaptar algo al usuario.

La ergonomía definida desde el ámbito puramente laboral la podemos definir como una ciencia interdisciplinaria que estudia las relaciones entre el hombre y su puesto de trabajo. En definitiva, aplicar la ergonomía en el ámbito laboral viene a ser básicamente, adaptar el trabajo al trabajador y no al revés.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud laboral es “una actividad multidisciplinar que promueve y protege la salud de los trabajadores. Esta disciplina busca controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo.”

Conociendo la definición de estos dos conceptos tan importantes y relacionados con la acción en la materia a tratar, podemos llegar a la conclusión, primero que el trabajo debe estar adaptado a las capacidades, características, conocimientos y habilidades del trabajador, ya que de esa manera no sólo tendremos una eficacia en la acción laboral sino que el nivel de prevención y seguridad aumentará. Además el concepto de salud laboral , nos indica que dicha disciplina es necesaria no sólo para evitar el riesgo inmediato también para evitar los problemas a largo plazo derivados del trabajo.

Según fuentes del Ministerio de Trabajo, en el año 2018 el sector con más muertes a causa o consecuencia del trabajo es el sector de transportes y almacenamiento con 114 víctimas mortales. El sector sanitario en 2018 ocupa el puesto número 9, con 18 víctimas mortales, con 1,2 muertes por 100.000 trabajadores.

Con respecto a riesgos laborales con final de muerte el sector sanitario no es uno de los sectores con más número fallecidos pero a continuación analizaremos otros estudios que reconocen al sector como un ámbito que tiene múltiples patologías de consecuencia directa con la acción laboral. Analizaremos los más numerosos e importantes.

La ley General de la Seguridad Social define como enfermedad profesional a toda aquella ”contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro que se aprueba por las disposiciones de aplicación y de desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos y sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad”.
Grupo 1: enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
Grupo 2. enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
Grupo 3: enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.
Grupo 4: enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.
Grupo 5: enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en los otros apartados.
Grupo 6: enfermedades profesionales causadas por agentes carciogénicos.

Se hace referencia en la tabla anterior a las enfermedades profesionales derivadas del trabajo pero según el análisis de bibliografía relacionada. Estos grupos se quedan escasos ya que podrían quedar sin catalogadas ciertas patologías de origen profesional, una de ellas que no se especifica en la tabla sería las causadas por estrés o burnout , patologías muy frecuentes dentro del sector sanitario.

Dentro de nuestro análisis de datos relacionados con el trabajo sanitario y sus incidencias, las estadísticas del año 2013 son bastantes reveladoras. En este año se recoge el dato de que un 95% de los trabajadores de instituciones hospitalarias, refiere que ha tenido en el último año un accidente de carácter biológico y que de los profesionales en centros de salud lo han tenido un 60,3% . Como podemos observar el dato es significativo ya que el porcentaje es muy elevado. Podemos mencionar también las declaraciones de la comisión Europea al respecto, en las que deja de manifiesto que un 35% por ciento de los trabajadores se infecta con alguna enfermedad.

Centrándonos en el estos datos obtenidos en el año 2013 se ve un aumento claro de los accidentes cortopunzantes. Relacionamos los datos de este tipo de accidentes en tres años consecutivos para poder observar la prevalencia de los mismos:
Análisis de accientes cortopunzantes durante tres años consecutivos
Años: 2013, 2014 y 1015
Accidentes: 4.619, 5.159 y 5.560
Hospital/ Centro de Salud- número de casos: 98, 108 y 123

La mayoría de los estudios analizados llegan a la conclusión que son los pincha-

zos el accidente con más incidencia del personal sanitario, es decir, que ponen de manifiesto que el riesgo biológico es el factor más común al que nos enfrentamos el personal sanitario, además lo menciona como factor intrínseco a varias categorías profesionales. No podemos obviar otro gran problema con relación a los sanitarios y son sus enfermedades de carácter musculoesquelético, con una prevalencia elevada según los análisis de algunas categorías que tienen como misión la movilización de pacientes o cargas.

Cuando hablamos de riesgo biológico nos referimos aquel que se deriva de la exposición a agentes patógenos. En nuestra vida diaria estamos expuestos a estos agentes de manera continua pero se hace mucho más intensivo cuando desarrollamos la profesión sanitaria, ya no sólo por el contacto continuo con personas enfermas sino porque también las manipulamos ,haciendo este riesgo mucho más elevado y patente.
Clasificación del nivel de riego de infección
- Grupo 1: no es probable que cause enfermedades
- Grupo 2: puede causar enfermedades, pero no son un peligro potencial para los trabajadores y no es probable que se propague a la colectividad. Existe profilaxis.
- Grupo 3: puede causar enfermedades graves , representa un peligro para los trabajadores ,tiene riesgo de propagación pero existe profilaxis.
- Grupo 4: causan enfermedades graves, constituyen un serio problema para los trabajadores , tiene un alto riesgo de propagación y carece de profilaxis.

¿Cuáles son las vías de entrada de los agentes biológicos?
Los microorganismos pueden penetrar en el ser humano por diferentes vías, es importante conocerlas para poder conseguir una prevención más eficaz. No sólo haremos referencia a las que son producto de un contacto directo con el enfermo, con la manipulación de muestras o con las entradas derivadas de un accidente concreto. Tenemos que hacer mención también a que el ambiente en el centro de trabajo es importante a la hora de tener en cuenta la entrada y reproducción de patógenos, por ejemplo, una deficiente ventilación puede acarrear que los agentes infecciosos estén presenten y nos contagien, esto mismo puede ocurrir por un exceso de humedad.
Diferenciamos las siguientes vías de entrada del agente:
1. Vía respiratoria.
2. Vía digestiva (fecal- oral).
3. Vía sanguínea.

1. La vía respiratoria es una de las formas en la que el patógeno nos puede afec-

tar, por esta vía no sólo puede ser un agente derivado de un proceso patológico. Debemos tener presente que esta vía es la entrada también del mal uso o proceso de algún sistemas de desinfección con productos químicos o la manipulación incorrecta de algunos medicamentos. En referencia, a los contagios de carácter biológico, esta entrada es, por ejemplo, la vía más común de contagio de virus, hay formas de contagio a este nivel como pueden ser por gotitas de Flügge.
2. La vía digestiva, es una vía que normalmente se transmite al personal sanitario por contacto directo, debemos tomar las medidas oportunas para evitar estos contagios. En este caso son de vital importancia el uso de EPIS (equipo de protección individual) en especial el uso de guantes.
3. Como hacíamos referencia antes los pinchazos son el accidente más común entre los sanitarios. Aquí la vía de entrada es la vía sanguínea. Por ella podemos contraer enfermedades graves como el VIH. Dentro de esta clasificación recogeremos todas aquellas formas de contagio que afectan también a las mucosas.

Problemas mucoesqueléticos del personal sanitario:
Definimos trastornos musculoesqueléticos derivados de la acción laboral como aquellas alteraciones que sufren ciertas estructuras corporales, como músculos, huesos, ligamentos, nervios y diferentes patologías relacionadas con el sistema circulatorio. Según los estudios analizados, estos trastornos se dan con una frecuencia importante en el personal sanitario, derivan muchas veces de las movilizaciones a pacientes, de la carga de objetos o de diferentes movimientos repetitivos en el desarrollo de su actividad y también por posturas de carácter estático durante largo periodo de tiempo. Este tipo de patologías afectan a diferentes categorías profesionales dentro del ámbito, pero hay especial incidencia en algunas concretas, que por la naturaleza de su actividad incurren de forma más habitual a ciertos movimientos. Una de las categorías que sufre en mayor medida estos trastornos es la técnico auxiliar de enfermería. Este colectivo trabaja muy estrechamente en la atención del usuario y en muchos casos deben proceder al movimiento del paciente o colaboración con este para que pueda realizarlo.

El análisis de estudios realizados a esta categoría en concreto nos pone de manifiestos la problemática en relación a esta enfermedad de carácter profesional, ya que además de mencionar que un gran porcentaje los sufre esporádicamente debido actuaciones concretas. Hay un porcentaje de casi el 47% que los sufre de manera permanente. Además, dichos estudios también refieren que muchos de estos trabajadores recurren de manera regular a la toma de medicamentos para paliar las consecuencias derivadas de esas patologías. Estos datos ponen de manifiesto la gran incidencia de estos trastornos en el sector sanitario y sociosanitario.

Como resumen general, después del análisis intensivo sobre las estadísticas y bibliografía relacionada con las enfermedades y riesgos laborales en el sector sanitario podemos llegar a la conclusión que el riesgo de carácter biológico es una incidencia notable en este sector, al igual que las afecciones por agentes físicos, pero una de las cuestiones referidas constantemente en los estudios es también los factores psicosociales del trabajo sanitario.

Estrés laboral

La OMS define estrés laboral "como un patrón de reacciones psicológicas ,cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias que no se corresponden con su nivel de conocimiento destreza o habilidades". Esta definición de la OMS, después de estudiar el estrés laboral del profesional sanitario parece ser no todo lo amplia que debería. Hay otros factores que pueden ser propulsores de una situación de estrés laboral.

Dentro de la actividad realizada en centros sanitarios , el estrés puede ser derivados de situaciones de carácter físico, por ejemplo una sobrecarga de tareas por falta de personal o también de carácter psicológico, el enfrentarse a situaciones complicadas genera muchas veces en este personal estrés o apatía.

El ámbito sanitario es un sector en que confluyen muchas situaciones especial carga emotiva. Tenemos que tener presente que este trabajo nos expone a situaciones complicadas, situaciones que emocionalmente muchas veces son complicadas de sobrellevar o entender.

La sanidad y el ámbito sociosanitario es una actividad donde se está constantemente en relación con la enfermedad, sus consecuencias, su progresión y sus efectos secundarios. Se trabaja con personas, muchas veces creando vínculos de carácter más profundo, porque no sólo se conoce al paciente y su patología concreta sino que en muchos casos ,se conoce la situación personal de este, a sus familiares y círculo cercano. En ocasiones es el mismo paciente el que expresa al personal sus miedos y sus anhelos ante la enfermedad y sus consecuencias .Todo ello conlleva una relación más estrecha que puede ir afectando poco a poco al trabajador. También debemos hacer mención a la cercanía de esta profesión con la muerte ,tantas veces presente en nuestro desempeño.

Una consecuencia importante que puede producir estrés en el trabajador, es la falta de medios y personal. Si el trabajador se ve saturado, no puede realizar con cierta comodidad su tarea porque la carga de trabajo es mayor de la que puede asumir también generará estrés laboral, aunque en este aspecto debemos de señalar que la falta de personal y el aumento de carga laboral influyen en otros

riesgos laborales, por ejemplo erróres y también accidentes.

En relación al riesgo biológico anteriormente descrito, hay estudios que relacionan el aumento de prevalencia de estos a partir de 2013 por la falta de personal de hospitales y centros de salud.

Burnout o trabajador quemado: los estudios analizados definen al síndrome de burnout como aquel derivado de un estrés producido por la atención a personas que su caucásica de dependencia afecta emocionalmente al cuidador- asintente. Este fenómeno se da de manera muy relevante en el personal sociosanitario y trae consigo ciertas características que podemos reconocer:
- Cansancio y desgaste emocional.
- Actitudes ante los usuarios de agresividad, irritabilidad ,impaciencia y cinismo entre otros.
- Desmotivación ,baja autoestima, abandono de tareas y sentimiento de incompetencia profesional.

Hacemos referencia a este síndrome por su alta incidencia descrita en los estudios , podemos catalogarla como enfermedad laboral aunque no se encuadre en ningún grupo descrito por la Ley General de la Seguridad Social.

5 Discusión-Conclusión

Desarrollamos y ponemos de manifiestos tres riesgos principales del sector sanitario. Hay más, pero después del estudio realizado estos tres son los más importantes. Después del análisis podemos deducir que la prevención es primordial para evitar los accidentes y enfermedades laborales, aunque debemos hacer mención especial a los riesgos que conlleva en este sector la falta de personal , sobrecarga de trabajo y un ambiente hostil e inadecuado. El conocimiento de ciertas medidas de prevención es básico para crear una zona de trabajo segura y cómoda que proporcione las mayor garantía en el desarrollo de las actividades.

En rasgos generales, después de todo lo analizado, vamos a referirnos a algunas. Con relación a los accidentes de carácter biológicos debemos mencionar que el conocimiento por parte de todo el personal de los protocolos de la manipulación de ciertos instrumentales es primordial, uno de ellos sería el protocolo de manipulación de objetos punzantes. A este nivel, hay dos cosas que deben de quedar totalmente prohibidas y hay que concienciar a todo el personal en su cumplimiento, una, la prohibición total de desechar material cortante y punzante a cualquier

contenedor que no sea el específico para ello. En este caso, dicho material sólo se puede desechar en contenedores rígidos. Dos, nunca y bajo ningún concepto reencapsular, romper o doblar las jeringuillas. Debemos mencionar un tercero que sería no presionar las bolsas de basura con las manos o pies.

Para disminuir los accidentes por material corto-punzante es un reto de las instituciones sanitarias dotar al personal con el material más innovador al respecto:
- Aguja con funda protectora, tiene una funda cilíndrica en el tubo de jeringuilla, que se puede deslizar hacia delante después de su uso, quedando la aguja completamente cubierta.
- Protección tipo visagra,el mecanismo se activa con una sola mano, presionando hacia delante con el pulgar e índice y la aguja queda totalmente cubierta.
- Bisturí de seguridad, desechables de un solo uso, con una cubierta que se desliza sobre la hoja, eliminando así el riesgo.
- Aguja retráctil, la aguja fusionada con la jeringa, se retrae cuando el pistón es totalmente presionado.
- Protección punta aguja, cuando se termina el procedimiento,aparece una protección que puede ser triangular, cónica o cuadrada, de metal o de plástico, que recubre toda la punta.

Las medidas preventivas más importantes en relación a los trastornos musculoesqueteticos, son: primero respetar todas recomendaciones ergonómicas en los procesos de manipulación de cargas o de pacientes. Utilizar las ayudas mecánicas necesarias y disponibles. Pedir colaboración a los profesionales necesarios en caso de necesitarlas. No intentar mover ciertos pesos solos o sin ayudas mecánicas. A este nivel, añadiremos las medidas preventivas sobre caídas, en las que como medida básica nombraremos la prohibición expresa de utilizar material inadecuado para acceder a zonas elevadas. Otras medidas aconsejables son la utilización de calzado cómodo y antideslizante, uniformes de telas adecuadas y transpirables, cuidar la postura no sólo en relación a las movilizaciones, utilización de medias de comprensión si son recomendadas por nuestro médico. En el caso de personal que pase gran parte de la jornada de trabajo sentados, la utilización de reposapiés y cada cierto tiempo levantarse y dar un pequeño paseo para activar la circulación, son medidas que ayudarán a evitar problemas mayores.

En caso de encontrarnos con desperfectos dentro de las instalaciones, como pueden ser barandillas en mal estado o suelos poco homogéneos, remitir inmediatamente al jefe de planta para que lo ponga en conocimiento del resto de personal y usuarios ,además es conveniente señalizar la zona de peligro.

Para sobrellevar el estrés laboral o evitarlo, intentaremos poner en prácticas técnicas de relajación, es conveniente trabajar acciones y estratégias que nos ayuden a canalizar y afrontar el estrés. Pedir ayuda médica cuando sea necesario. Informar a los superiores de las cargas de trabajo excesivas , así también de los casos de abuso o bullying que se puedan producir.

Haciendo una análisis de todos los datos que hemos estudiado, como conclusión podemos aseverar que una prevención adecuada es primordial para reducir las enfermedades de origen laboral. Una buena acción preventiva aunada a una información continua y constante a los trabajadores nos proporcionará estrategias efectivas que evitarán lesiones y patologías de consecuencia directa con el trabajo. Pero no sólo con esto podremos reducirlas al mínimo posible, ha quedado de manifiesto que un factor importante que impide el aumento de estas es un número de personal adecuado,muy importante para evitar las consecuencias derivadas de una carga excesiva de trabajo.

En conclusión, la prevención y promoción de la salud con relación al trabajo consigue reducir los riesgos pero hay otros factores como son los organizativos, que no sólo evitan más accidentes sino que crean un ambiente trabajo más cómodo y seguro y sobre todo más eficaz.

6 Bibliografía

- La prevención de las enfermedades profesionales (OIT).
- Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de prevención de riesgos laborales.
- Heraldo.es
- Guía básica de prevención de riesgos laborales en el sector sanitario, Ministerio de Trabajo.
- Guía de enfermedades relacionadas con el trabajo del personal sanitario ,infromar para prevenir ,Ministerio de Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Real Academia de la Lengu Española (RAE).
- Elservier.es
- Scielo.isciii.es
- Instituto nacional para la seguridad y salud ocupacional (NIOSH).
- Riesgos biológicos en instituciones de salud, revista de psicología Iztacala.
- Riesgoslaborales.saludlaboral.org.insst.es
- Cdc.gor/spanish

- Participación para mejorar las condiciones de trabajo: evidencia y experiencia, Ana María García ,Pere Boix,Fernando G.Benavides, Rafael Gadea .

Capítulo 792

TIPOS DE SONDAS DE ALIMENTACIÓN.

CRISTINA GONZALEZ CABRAL

1 Introducción

Es la técnica de aportar nutrientes mediante fórmulas nutricionales definidas directamente al sistema digestivo.
• Puede hacerse a través de la vía oral cuando el aporte de la fórmula es superior al 50% de las necesidades del paciente
• También puede ser por medio de sondas nasoentéricas u ostomías.

Una sonda de alimentación es un dispositivo médico que se utiliza para proporcionar nutrición a pacientes que no pueden alimentarse por vía oral, son incapaces de tragar con seguridad o que necesitan suplementos nutricionales. El estado de ser alimentado por una sonda de alimentación se denomina alimentación enteral o alimentación por sonda. La colocación puede ser temporal para el tratamiento de condiciones agudas o de por vida en el caso de una discapacidad crónica. En la práctica médica se utilizan una gran variedad de sondas de alimentación. Por lo general son de poliuretano o silicona. Se clasifican por el lugar de inserción y según su uso previsto.

2 Objetivos

-Conocer las condiciones que requieren la colocación de una sonda de alimentación.
-Explicar los tipos más comunes de sondas de alimentación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los tipos más comunes de sondas de alimentación incluyen aquellas colocadas a través de la nariz, incluyendo nasogástrica, nasoduodenal, y los tubos nasoyeyunal, y los colocados directamente en el abdomen, tales como un tubo de alimentación de gástrica, gastroyeyunostomía, o yeyunostomía.

Sonda nasogástrica

Una sonda de alimentación nasogástrica o sonda-ng se pasa a través de las fosas nasales, por el esófago hasta el estómago. Este tipo de sonda de alimentación se utiliza generalmente para la nutrición a corto plazo, por lo general menos de un mes, aunque algunos bebés y niños pueden requerir su uso durante un largo plazo. a las personas que necesitan alimentación por sonda durante un período de tiempo más largo se les coloca pasado el tiempo un tubo de alimentación gástrico más permanente. La ventaja principal de la sonda nasogástrica es que es temporal y relativamente no invasiva para el lugar, lo que significa que se puede quitar o sustituir en cualquier momento sin necesidad de cirugía. Las sondas-ng pueden tener complicaciones, especialmente relacionadas con la extracción accidental del tubo y la irritación nasal.

Sonda nasoyeyunal

Una sonda nasoyeyunal es similar a una sonda ng, pero ésta se hace pasar a través del estómago y el yeyuno, la sección media del intestino delgado. Estos tipos de sondas se utilizan para las personas que no pueden tolerar la alimentación en el estómago, debido a la disfunción de este órgano, alteración de la motilidad gástrica, reflujo o vómitos intensos. Estos tipos de tubos deben ser colocados en un entorno hospitalario.

Sonda de alimentación gástrica

Una sonda de alimentación gástrica es un tubo que se inserta a través de una pequeña incisión en el abdomen hasta el estómago y se utiliza para la nutrición enteral a largo plazo. Un tipo es el la sonda gastrostomía endoscópica percutánea,

la cual se coloca por vía endoscópica. Se inserta una aguja a través del abdomen, siendo visualizada dentro del estómago por el endoscopio. La inserción de la sonda dura unos 20 minutos. El tubo se mantiene dentro del estómago, ya sea por un globo en su punta o por una cúpula de retención que es más ancha que el tracto del tubo. Las sondas gástricas también pueden ser colocadas quirúrgicamente, utilizando una técnica abierta o laparoscópica.
La mayoría de las sondas gástricas se pueden cambiar fácilmente en casa. Son adecuadas para el uso a largo plazo, a pesar de que a veces necesitan ser reemplazados si se usan durante un largo periodo de tiempo. La sonda de gástrica puede ser útil cuando hay dificultad para tragar debido a trastornos neurológicos o anatómicos (accidente cerebrovascular, atresia esofágica, fístula traqueoesofágica).

Hay docenas de condiciones que pueden requerir alimentación por sonda. Las condiciones más comunes que requieren la colocación de una sonda de alimentación incluyen el nacimiento prematuro, desnutrición, trastornos neurológicos y neuromusculares, incapacidad para tragar, malformaciones anatómicas o post-quirúrgicas de la boca y el esófago, cáncer, síndrome de sanfilippo, y trastornos digestivos.

La clasificación NIC incluye varias intervenciones que recogen los cuidados a realizar al paciente crítico posquirúrgico que recibe nutrición enteral por sonda nasogástrica: Sondaje gastrointestinal (1080), Terapia nutricional (1120), Alimentación enteral por sonda (1056), Cuidados de la Sonda Gastrointestinal (1874), Administración de medicación: enteral (2301), Manejo Intestinal (0430), Control de infecciones (6540), Manejo del estreñimiento/impactación (0450), Monitorización de líquidos (4130), Precauciones para evitar la aspiración (3200), Mantenimiento de la salud bucal (1710), Prevención de úlceras por presión (3540) y Vigilancia de la piel (3590). De estas intervenciones se seleccionaron actividades que aparecían en los documentos hallados en la búsqueda, que se exponen con el código correspondiente, por ejemplo: “Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda nasogástrica que se ha de insertar, considerando el uso y razonamiento de la inserción (1080,01)”.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería al paciente crítico posquirúrgico que recibe nutrición enteral por sonda nasogástrica son fundamentales para favorecer un soporte nutricional adecuado. El personal de enfermería ocupa un papel fundamental en el manejo de la nutrición enteral y en el control de las posibles complicaciones. La nutrición enteral es el método de elección en la administración de nutrición por ser segura y económica.

6 Bibliografía

1.Metheny NA, Schallom L, Oliver DA, Clouse RE. Gastric residual volume and aspiration in critically ill patients receiving gastric feedings. Am J Crit Care. 2008 Nov;17(6):512-9; quiz 520. PMID: 18978236 [PubMed - indexed for MEDLINE]
2. Illana Rodríguez N. [The effect of intermittent nasogastric feeding on preventing aspiration pneumonia in ventilated critically-ill patients] Enferm Clin. 2007 May-Jun;17(3):162-3. Spanish. PMID: 17686420 [PubMed - indexed for MEDLINE]
3. O'Leary-Kelley CM, Puntillo KA, Barr J, Stotts N, Douglas MK. Nutritional adequacy in patients receiving mechanical ventilation who are fed enterally. Am J Crit Care. 2005 May;14(3):222-31. PMID: 15840896 [PubMed - indexed for MEDLINE]
4. http://www.nutritioncare.org
A.S.P.E.N. Board of Directors. Enteral Nutrition Practice Recommendations March-April 2009
5. http://www.elsevier.es
La nutricion enteral. M.I.Ostabal Artigas Med Integral 2002;40(7):310-7
6. Soporte nutrcional especializado en el paciente grave. Medicina Crítica Práctica. Semicyuc. Edika Med 2007.
7. Martínez López E, Font Jiménez I. Cuidados enfermeros nutricionales en el paciente laringectomizado. Metas de Enferm nov 2004; (79):12-15
8. Ruiz Moreno J, Martín Delgado MªC, García-Penche Sánchez R. Procedimientos y Técnicas de Enfermería Octubre 2006 Ediciones Rol S.A.
9. Bulechek, GM/ Butcher, HK/ McCloskey Dochterman, J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª ed. Madrid: Harcourt; 2009.
10. De Luis D, Aller r, Culebras J. Recomendaciones para el soporte nutricional artificial del paciente crítico. Med Clin (Barc).2006;127(6):232- 6
11. Ulibarri J.I, Burgos R, Lobo G, Martínez M.A, Planas M, Pérez de la Cruz A, Villalobos J.L, grupo de trabajo de desnutrición de SENPE. Nutr Hosp.

2009;24(4):467-472
12. Fernández Ortega FJ, Ordóñez González FJ, Blesa Malpica AL. Soporte nutricional del paciente crítico.

Capítulo 793

DISFAGIA

MONICA GONZÁLEZ TAMARGO

CRISTINA PRUNEDA SIERRA

YOLANDA MERELO ALONSO

MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ

CARME DE CON GUTIÉRREZ

1 Introducción

La disfagia es una situación que consiste en la dificultad para la deglución de alimentos ya sean líquidos o sólidos. El problema es que el alimento no es empujado al fondo de la boca y se atasca en la garganta, lo que hace que derive a los pulmones (bronco aspiración). Realmente lo más difícil es tragar líquidos ya que se dispersan por la boca y es más complicado digerirlos al conducto adecuado. Los trastornos pueden ser oro faríngeo y esofágico.

2 Objetivos

- Descender las complicaciones asociadas como la deshidratación, desnutrición y neumonía por aspiración.
- Mejorar la calidad de vida del paciente consiguiendo un tratamiento diabético nutricional adecuado.
- Mejorar la respuestas a la medicación ya que al nutrirse peor bajan las defensas.

3 Metodología

Se llevó a cabo una investigación exhaustiva de la bibliografía disponible sobre el tema vigente. Las bases de datos consultados fueron de ciencias de la salud: Medline, a través de motor de búsqueda cuiden y se revisaron diversos artículos científicos en google académico, empleando como descriptores las palabras claves: disfagia y nutrición en cuidados de enfermería. Además se consultaron de manera gratuita diferentes publicación como fresubin.

4 Resultados

1. Dieta adecuada
- Triturar los alimentos preparados para que tengan una textura adecuada.
- Evitar la presencia de grumos, huesecillos o espinas.
- No añadir más líquido del necesario en el triturado porque reduciría su valor nutritivo.
- No incluir diferentes consistencias en el mismo plato, (ej. sopa).
- Evitar frutas y verduras con semillas o pepitas (kiwis, fresas…), alimentos pegajosos (puré de patata) y los que se desmenuzan en la boca (magdalenas).
- Cuidado con los caramelos, pueden producirse mucha saliva, que puede pasar a las vías respiratorias si se traga mal.
- Si come poco se pueden dar preparados alimenticios.
- Comer frecuentemente y en pequeñas cantidades, recomendando aumentar la ingesta en la mañana.
- Cuidar la presentación de la comida, los platos y las bebidas deben ser atractivos y apetitosos ya que así conseguiremos una mayor predisposición a comer y beber.

2. Hidratación
- El método beside, conocido como método de exploración clínica volumen/ viscosidad es un método sencillo y seguro, para llegar a la textura más segura para la ingesta de líquido en cada paciente. Serían tres texturas que se llegarían a ellas con espesantes. Serían néctar, miel y pudin.
- Se deben utilizar vasos anchos, cucharas pequeñas evitando las cañas y jeringas para administrar los líquidos.
- No esperar a que el paciente tenga sed para beber, deben beber en las comidas y entre ellas para una buena hidratación.
- Aumentar la ingesta en épocas de calor, antes, durante y después del ejercicio.
- Entorno y recomendaciones posturales.

- La comida se tiene que llevar acabo en un ambiente tranquilo y agradable.
- Evitar las prisas para disminuir el riesgo de aspiración y atragantamiento.
- En la medida de lo posible el paciente debe adquirir rutinas durante la ingesta.
- Antes de comer sentar al paciente erguido procurando que los hombros estén rectos.
- Si lleva dentadura postiza, asegurar su fijación para la ingesta.
- Mantener erguido después de la comida para asegurarse que no quede comida en la boca ni en el esófago.
- La terapia oro-facial es muy importante para recuperar la función sensorio motriz. El trabajo del logopeda es fundamental.
- La mala higiene oral favorece la colonización por microorganismos, que favorece las aspiraciones.

5 Discusión-Conclusión

Hay distintas enfermedades que están estrechamente relacionadas con la desnutrición que manifiestan los pacientes, sobre todo las que producen la disfagia. La formación en dietética y nutrición es primordial para todos los profesionales sanitario,s especialmente para aquellas personas que trabajen directamente en la alimentación de paciente, así se dará una atención de calidad y se evitarán riesgos innecesarios.

6 Bibliografía

- Calleja Fdez A., Pintor de la Maza B., Vidal Casariego A., Villar Tabo R., Uriarte Fonde A., Cano Rdguez A., Ballesteros Pomar M D. Características técnicas de los productos alimentarios específicos para el paciente con Disfagia (2015).
- Mercedes Velasco Mª, Arreola V, Clavé P, Puigrós C. Abordaje de la disfagia orofaríngea. Nutrición Clínica en Medicina. (2007).
- Guía de nutrición para personas con disfagia. Ministerio de Sanidad. IMSERSO (2012).

Capítulo 794

EL TCAE Y LA OBTENCION DE MUESTRAS DE ORINA EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

NOEMÍ FURONES PÉREZ

1 Introducción

El análisis de orina es uno de los procedimientos más útiles como indicador de salud o enfermedad en cualquier etapa de la vida. En Urgencias de Pediatría, la recolección de muestras de orina es un estudio que se realiza con gran frecuencia, y el procedimiento para su obtención variará en función de la edad del niño, de su estado de salud y del tipo de análisis que se vaya a realizar.

2 Objetivos

- Actualizar el conocimiento de las diferentes técnicas de recogida de orina en niños que puede efectuar el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en Urgencias de Pediatría, con el fin de determinar la más adecuada en función de su edad y del tipo de estudio requerido.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, mediante el acceso a libros y a las principales bases de datos:

Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han valorado preferentemente (aunque no de forma exclusiva) los trabajos realizados en lengua castellana.

4 Resultados

En niños continentes, las muestras de orina se recogen de igual forma que en adultos, mediante micción espontánea. En lactantes y neonatos existen diversos métodos de recogida de orina: mediante bolsa perineal, punción suprapúbica y sondaje vesical. De las técnicas referidas, la recogida mediante micción espontánea y bolsa adhesiva perineal pueden ser realizadas directamente por el TCAE.

1. Recogida mediante micción espontánea
Material necesario: Agua y jabón, guantes desechables, gasas estériles , agua estéril y contenedor estéril.

Técnica:
- Lavado de manos con agua y jabón. Colocarse los guantes.
- Efectuar un lavado de arrastre de los genitales, retirando el prepucio en el niño y en las niñas separando los labios y lavando en sentido arriba- abajo.
- Aclarar con agua estéril y secar con gasas estériles.
- Pedir al niño que orine.
- Recoger la cantidad de orina necesaria a la mitad del chorro y cerrar el recipiente

2. Recogida mediante bolsa adhesiva perineal:
Material necesario: bolsa perineal adhesiva, guantes desechables, agua y gasas.

Técnica:
- Antes de pegar la bolsa, lavar las manos con agua y jabón. Secarlas con una toallita limpia y ponerse guantes desechables.
- Separar los labios mayores de las niñas, o retirar bien el prepucio en niño, y lavar con una gasa impregnada en jabón neutro. Enjuagar con agua y quitar los restos del jabón.
- Retirar la parte inferior del papel protector de la bolsa. Separar las piernas del niño.Colocar abertura de la bolsa alrededor del meato u orificio por donde orina. Se retira el resto del papel protector y se pega bien sobre la piel. Ha de cambiarse cada 30 minutos, repitiendo el procedimiento.
- Colocar al niño semiincorporado o en brazos de sus padres, si es posible, con el fin de facilitar el flujo de orina a la bolsa. Una vez obtenida la orina necesaria, si

la bolsa es cerrada, se extrae el contenido con una jeringa y aguja y se despega la bolsa con suavidad. Si se trata de una bolsa abierta, se vaciará el contenido con una jeringa por el orificio situado en su base.
- Debe vigilarse en la colocación de la bolsa que ésta no cubra la región anal, pues la muestra puede contaminarse con heces.

5 Discusión-Conclusión

La frecuencia de análisis de orina realizados en Urgencias de Pediatría, y los diferentes métodos de recogida según la edad del niño y del estudio requerido suponen una parte importante de la labor asistencial del TCAE en estas unidades, por lo que es importante conocer las diferentes técnicas y los pasos a seguir para su envío y procesamiento de forma adecuada.

Previo a realizar cualquiera de estas técnicas, es conveniente identificar al niño/a. Debemos explicar a la familia el procedimiento a realizar y también al niño en función de su edad y nivel de comprensión. Tras recoger la muestra de orina, éste debe etiquetarse correctamente con los datos del paciente según el protocolo de cada hospital. La muestra ha de enviarse al laboratorio y procesarse inmediatamente, o antes de 24 horas si se conserva a 4ºC.

Como conclusión, el TCAE ha de conocer y realizar de forma adecuada los diferentes métodos de recogida de orina en Urgencias de Pediatría que corresponden a su categoría profesional, así como efectuar un correcto procesamiento, etiquetado y envío de la muestra al laboratorio.

6 Bibliografía

- Arranza Aguilera A ,et al. Técnicas de Enfermería Clínica.1ª Edición. Madrid. Editex , 1994. ISBN: 84-7131-320-0.
- Fons J, et al. Estudio de la función renal en el Recién Nacido. En: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (ed). Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos de Nefro-Urología Pediátrica. Madrid. 2001. Pág. 67-79.

Capítulo 795

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO CON DERMATITIS ATOPICA

NOEMÍ FURONES PÉREZ

1 Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad de la piel que aparece en bebés, niños mayores y adultos. Constituye la enfermedad cutánea crónica más frecuente en la infancia, que puede llegar a afectar a más del 10% de los niños. Evoluciona habitualmente en forma de brotes, con épocas de mejoría que alternan con fases de empeoramiento. Se trata de un proceso que altera la calidad de vida de los niños que las padecen y sus familias.

Dada la elevada frecuencia de esta enfermedad, es habitual que en las plantas de hospitalización de Pediatría se encuentren ingresados niños con dermatitis atópica, a los que los Técnicos en Cuidados Auxilares de Enfermería (TCAE) han de asistir. A partir del análisis de esta realidad, surge la oportunidad de realizar este trabajo.

2 Objetivos

- Realizar una actualización básica de los cuidados de la piel de los niños con dermatitis atópica (DA) que ingresan en una planta de hospitalización, desde el punto de vista de la labor asistencial del TCAE.
- Detectar medidas que pueden suponer una mejoría de los cuidados ofrecidos por dicho personal a los pacientes con DA.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática en bases de datos científicas, mediante descriptores relacionados con el tema: se han seleccionado fundamentalmente trabajos en lengua española, especialmente aquellos que ofrecen consejos para el paciente y su familia, así como los que ofrecen cuidados del paciente aplicables por el TCAE en una planta de hospitalización.

4 Resultados

En la revisión realizada, existen escasos protocolos hospitalarios específicos disponibles de forma online que detallen un plan de cuidados para los pacientes con dermatitis atópica hospitalizados. Existen gran cantidad de artículos que ofrecen consejos para el paciente, con las medidas higiénico-dietéticas y no farmacológicas que deben realizar para un adecuado control de la enfermedad, que pueden constituir una fuente de información para la elaboración local de dichos planes.

5 Discusión-Conclusión

Para ofrecer una adecuada atención, es importante conocer ciertos aspectos de la DA: cursa habitualmente en brotes, en los que encontramos sobre una piel seca lesiones eczematosas. En los niños, se afecta habitualmente la cara y los pliegues (codos, rodillas, cuello), aunque su extensión puede ser generalizada. La mayor parte de los pacientes mejoran con la edad, por lo que es menos frecuente en el adulto. Además de la molestia ocasionada por las lesiones, es frecuente la presencia de picor (prurito), con lo que se genera un ciclo lesión cutánea- picor – rascado – empeoramiento de la lesión, que perpetúa el brote en el tiempo. Además, este picor puede producir en niños cambios de carácter (irritabilidad), problemas de

sueño, infecciones de la piel por el rascado, etc. Todos estos aspectos suponen una disminución importante de la calidad de vida de los niños y sus familias.

Cuando un niño con DA ingresa en el hospital, puede hacerlo como consecuencia de un agravamiento de esta enfermedad, o bien por otro motivo diferente. En ambos casos, independientemente de los tratamientos médicos que vaya a recibir, hay una serie de medidas generales que se deben llevar a cabo para el cuidado general de su piel. En muchas ocasiones, van a ser los propios padres quienes vayan a realizar estos cuidados, con la ayuda del TCAE, o bien recaerá en el personal auxiliar esta tarea. En la medida en que el TCAE conozca los aspectos básico de esta enfermedad, la atención del niño será mucho más eficaz y satisfactoria.
Las medidas que son fundamentales para el cuidado de estos pacientes en el medio hospitalario son:
1. Ropa y medidas ambientales:
- Evitar calor y sequedad ambiental: se establece como temperatura ambiental ideal aproximadamente 20ºC, con una humedad ambiental del 50%. En ocasiones, las calefacciones de por aire caliente pueden ser un factor agravante, por lo que puede ser necesario recurrir a sistemas de humidificación.
- Elegir preferentemente ropa de algodón, evitando prendas de lana y fibra, sin abrigar en exceso. La ropa no debe ser ajustada.
- Es conveniente eliminar las etiquetas que rocen la piel y las costuras muy pronunciadas.
- Vigilar posibles aumentos de la dermatitis debidos a la ropa facilitada en el hospital (por los detergentes utilizados para su lavado).
- Debe prestarse especial atención a un correcta higiene de las uñas, que deben cortada, limadas y limpias, para evitar lesiones cuando se rascan. En ocasiones, si el picor es muy intenso, puede recurrirse a la colocación de manoplas en estos pacientes para la prevención de lesiones por rascado.

2. Alimentos:
En general, la alimentación de un niño con DA es la habitual para su edad, salvo que presente alguna alergia alimentaria. Es conveniente preguntar a la familia sobre esta circunstancia antes de administrar las comidas, para evitar errores. De igual forma, debe comprobarse que no exista ninguna orden médica que alerte de posibles alimentos no recomendados al paciente.

3. Higiene: Se recomienda el baño o la ducha diarios, de duración no superior a 5 minutos, a una temperatura recomendable del agua de 30-33ºC. El baño con-

tribuye a disminuir el picor, limpia y descontamina la piel, además de ayudar a relajar al niño, por lo que diversos autores defienden que el baño se realice por la tarde en lugar de la mañana, si bien es una medida de difícil aplicación en el medio hospitalario. Los jabones a utilizar deben ser de pH ácido o neutro (pH 5, como medida de uso general). Existen múltiples preparados comerciales, que los pacientes tienen habitualmente en sus domicilios y que, de forma frecuente, llevan al propio hospital para utilizarlos. El TCAE debe comprobar que los jabones utilizados de forma habitual en la planta de hospitalización se ajustan a las necesidades de estos niños. Antes de salir del agua, puede aplicar un aceite dermatológico, si lo tenía pautado previamente.

Tras el baño, debe secarse cuidadosamente al niño, sin frotar (dando palmaditas), utilizando si es posible una toalla de algodón fino. La piel debe quedar ligeramente húmeda. Después del secado, deben aplicarse las cremas hidratantes, emolientes o los fármacos sobre la piel húmeda, según la indicación médica.

4. Cremas hidratantes o emolientes: se utilizan habitualmente 2 veces al día, una de ellas inmediatamente después del baño, si bien no hay un número mínimo ni máximo de administraciones. Debe aplicarse siempre que se detecte que la piel del niño está seca. Al igual que ocurre con los jabones, existen numerosas presentaciones comerciales. Debe vigilarse su composición, ya que la presencia de sustancias como ácido láctico, propilenglicol o urea pueden ser irritantes de la piel en estos niños.

5. Otros tratamientos: en ocasiones, los pacientes pueden recibir tratamientos tópicos (cutáneos) para el tratamiento de su DA, fundamentalmente corticoides. Debe comprobarse la pauta prescrita por el médico responsable, administrando el fármaco correcto y en la localización determinada, durante el tiempo requerido. Otra línea de tratamiento farmacológica de uso habitual es el empleo de fármacos antihistáminicos para el tratamiento del picor, para tratar de mejorar la confortabilidad del paciente y disminuir el rascado y sus consecuencias (lesiones cutáneas, infecciones). El TCAE debe conocer que muchos de estos medicamentos pueden producir somnolencia.

El TCAE debe conocer los cuidados fundamentales del niño con dermatitis atópica, para ayudar a la familia en el tratamiento diario de esta enfermedad cuando el paciente está hospitalizado.

6 Bibliografía

- Departamento Hospital General de Valencia. Unidad de Enfermeria dermatologica, úlceras y heridas. Protocolo en dermatitis atopica. Disponible en http: //chguv.san.gva.es
- M Ridao. Dermatitis atópica. Pediatría Integral 2012; XVI (3): 213-221.
- Asociación Española de Pediatria. https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/dermatitis-atopica
- Guia de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño. Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica.Sehttp://www.seicap.es/guia-dermatitis-at%C3%B3pica-2012-2edicion-prot_30467.pdf
- R Alba. Dermatitis atópica. Plan de cuidados estandarizado basado en la experiencia clínica. Enferm Dermatol. 2014; 8(23): 9-14
- Asociación Española de Familiares y pacientes de Dermatitis Atópica (ADEA). La Dermatitis Atópica: Una visión global de una enfermedad de la piel (III). Disponible en: http://www.adeaweb.org/02sabermas/conocerlada/dermatitisIII/calidadvida.htm
- https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-dermatitis-atopica/

Capítulo 796

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS CÁMARAS ESPACIADORAS UTILIZADAS EN PEDIATRÍA.

NOEMÍ FURONES PÉREZ

1 Introducción

En los últimos años, el tratamiento de la crisis asmática en el niño ha sufrido modificaciones, con un aumento de la utilización de las cámaras espaciadoras para la administración del tratamiento broncodilatador, en detrimento de las nebulizaciones.

2 Objetivos

- Conocer las labores del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la limpieza y mantenimiento de las cámaras espaciadoras para tratamiento inhalado, a partir de un supuesto clínico.

3 Caso clínico

Nos encontramos desarrollando nuestra labor asistencial como TCAE en un servicio de Urgencias Pediátricas durante el período invernal. Hay un elevado número de consultas por crisis asmática. Se utilizan cámaras espaciadoras para

el tratamiento de rescate, pero el número de unidades de las que dispone el Servicio es limitado. El personal médico nos transmite su duda acerca del tiempo que requiere la limpieza de estos dispositivos, para conocer si podrán utilizarlas sin restricciones.

4 Discusión-Conclusión

Este cambio en el tratamiento de la crisis asmática puede observarse en los diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria, Servicios de Urgencias, planta de hospitalización). Estos dispositivos generalmente son de uso individual, pero la generalización de su uso en medio hospitalario implica su reutilización.

Tras la revisión realizada, podemos concluir que una correcta limpieza y desinfección de la cámara espaciadora supone un periodo de tiempo aproximado de 30-35 minutos. Esta medida de tiempo debería considerarse a la hora de estimar la cantidad de cámaras necesarias en un servicio sanitario, junto a otras variables (presión asistencial, frecuencia estimada de utilización de estos dispositivos, etc…)

Entre las funciones del TCAE se encuentra la reposición, limpieza y mantenimiento del material sanitario, por lo que debe disponer de conocimientos sobre el uso de estos dispositivos debido a la frecuencia de su empleo. La revisión bibliográfica realizada recomienda la limpieza y desinfección de alto nivel tras su uso.

- Limpieza: Tras desmontar todas las piezas de la cámara, se aclaran en agua fría y a continuación se sumergen en agua caliente que contenga detergente enzimático (en la proporción determinada por el fabricante) durante 10 minutos. La solución de agua y detergente enzimático es de un solo uso.
- Tras la limpieza, se realiza la desinfección de alto nivel, en la dilución de agua y desinfectante apropiado, siguiendo las instrucciones del fabricante, durante 15 minutos (esta disolución puede utilizarse habitualmente durante 15 días o 30 usos). A continuación se aclara con agua estéril o agua de un grifo con filtro de retención de partículas y microorganismos, y se dejan secar al aire.

5 Bibliografía

-Grupo de trabajo Guía de desinfección y esterilización en Atención Primaria de Asturias.

- Guía Técnica: Limpieza, desinfección, esterilización. Atención Primaria. 2011. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Articulos/AS_SESPA/AS_Gestion%20Clinica/AS_Seguridad%20Paciente/PDF%20LIMPIEZA.pdf
- Ontario Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC). Best Practice
- Guidelines for Cleaning, Disinfection and Sterilization of Critical and Semi-Critical
- Medical Devices. 2007. Canadá. (Actualizada en diciembre de 2011) disponible en: http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2011/Best-practice-uidelinescleaning.pdf
- https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/it_camaraespaciadora_febrero_201262.pdf
- https://fapap.es/articulo/332/camaras-de-inhalacion-en-la-enfermedad-asmatica

Capítulo 797

EL TCAE ANTE LA OTALGIA CON EDEMA MASTOIDEO

NELLY MORA MENENDEZ

1 Introducción

La otalgia o dolor de oídos es un síntoma muy común de consulta para el médico general y para el especialista en otorrinolaringología. Es un síntoma de enfermedad localizada en el oído externo o medio (otalgia primaria) o también fuera del oído (otalgia secundaria, dolor reflejo). En cualquier caso de otalgia se realiza otoscopia, que es de crucial importancia para el diagnóstico. Suele durar por lo general de unos 7 a 10 días. El dolor debería disminuir a los pocos días de comenzar el tratamiento. La otitis no es contagiosa.

2 Objetivos

Curar la patología en la mayor brevedad, para evitar patologías mas graves y aliviar el dolor permitiendo al paciente la recuperación de la vida normal, sin dolor.

3 Caso clínico

Mujer de 19 años que acude a su medico de atención primaria por dolor en región mastoidea izquierda de 4 días de evolución, antecedentes de otitis media en oído izquierdo hace 1 semana a tratamiento con Augmentine con mejoría. No fiebre, ni otorrea en OI, ni otra clínica acompañante.

Exploración física; OD: MT integra con luminosidad conservada. OI: Eritema de partes blanda en región mastoidea izquierda con dolor a la palpación, no se palpa fluctuaciones, despegamiento del pabellón auricular con ligero abombamiento. Se deriva a la consulta de otorrino para su valoración.

El otorrino pide TC de peñascos urgente, con el siguiente resultado: Conductos externos auditivos normales. Membranas timpánicas internas con ligero abombamiento de izquierda. Ocupación completa del oído medio izquierdo por material con densidad de plano blando con pequeña burbuja aérea en su espesor, observándose integridad de la cadena osicular. Ocupación completa de celdillas y antro mastoideo, con erosión de algún septo y mínima erosión puntual de la cortical mastoidea externa en la zona apical y posterior.

Aumento de planos blandos perimastoideos, de características inflamatorias sin colecciones definidas en el momento actual. No se observan complicaciones intracraneales. Engrosamiento mucoso de los senos esfenoidales y maxilares. Restos de moco en ambas fosas nasales. Hipertrofia adenoidea.

Se decide ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico y colocación de DTT en el OI, con sedación consciente ligera y se hace una aspiración de contenido purulento, pulsátil.

Pasada una semana de ingreso hospitalario se da de alta a la paciente con tratamiento y recomendaciones domiciliarias y cita para revisión en 5 dias.

4 Discusión-Conclusión

El diagnostico final fue otomastoiditis aguda. La otitis media aguda (OMA) puede tener complicaciones sino recibe tratamiento adecuado. La mayoría de éstas se da por extensión directa del proceso inflamatorio e infeccioso hacia estructuras vecinas.

5 Bibliografía

- Kliegman R Behrman R Jenson H Stanton B. Nelson Tratado de Pediatría. Elsevier España
- Bush A. Recurrent respiratory infections.
- Ped Clin.

- Otitis Media en Adultos. Febrero 2016. Guía Terapéutica antimicrobiana Interniveles del Área Aljarafe

Capítulo 798

COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONAL Y PACIENTE: UN CUIDADO MÁS.

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ALVAREZ

ALEJANDRA NATALIA LÓPEZ CADENAS

1 Introducción

Comunicar es compartir información, entre dos o más personas. Donde se transmiten unas señales a través de un código común para el emisor y receptor.
La comunicación entre profesional sanitario y paciente es un elemento básico, es un arte, una habilidad que debemos dominar los profesionales de este sector, no solo para tratar con nuestros pacientes, sino también con sus familias.
En los últimos años la relación paciente-sanitario ha evolucionado. Hoy en día el enfermo quiere saber, quiere que le facilitemos información, así que nosotros debemos de mostrar todo nuestro interés y profesionalidad.
La comunicación suele ser directa, donde el profesional pregunta o informa y el paciente explica su situación, se queja. El canal de la comunicación es verbal y el medio donde se produce, el hospital, bien sea la consulta, la habitación, los pasillos, la salita, etc.
Debemos mencionar que existen barreras que van a impedir la correcta comunicación, como son la utilización de un lenguaje poco coloquial, donde el paciente, en ocasiones no comprende muy bien los términos empleados por los profesionales, el idioma, el nivel de estudios, etc.

Pero el concepto tradicional de esta comunicación no solo es la transmisión de un mensaje, sino también se refiere a un comportamiento entre personas.
Este tema ha sido estudiado numerosas veces, sobre todo en la década de los años setenta y ochenta. En esta época se llega a la conclusión de que esta comunicación debe estar basada en la sinceridad y la verdad y el profesional a su vez, debe atender la demanda de información que solicita el paciente. Así se generará un clima de confianza y seguridad para el paciente.
También se investigó sobre el nivel de ansiedad que sufre el paciente en un centro hospitalario y ante el trato con un profesional sanitario. Por ello el profesional debe saber interpretar:

- Los estados emocionales del paciente: su expresión facial, el movimiento de manos, de ojos, el tono de voz.
- Es fundamental tener empatía con el paciente, es decir, saber ponernos en su lugar.
- Es fundamental, la escucha activa, es decir, saber escuchar al paciente y así poder dirigirle aquella información que él nos está demandando, sin excesos, lo verdaderamente útil, empleando una terminología adecuada y clara.

2 Objetivos

El objetivo de una buena comunicación entre un profesional sanitario y el paciente es proporcionarle información y confirmar que esa información es comprendida por el paciente.
Una correcta comunicación nos va a aportar un mayor rendimiento tanto a profesionales como a la entidad sanitaria.

3 Metodología

Para poder redactar este capítulo he tenido en cuenta la observación y la experiencia laboral como personal sanitario. El trabajar mucho tiempo con pacientes que requieren una buena comunicación, ha favorecido mucho esta redacción.
También he buscado publicaciones e información en distintas bases de datos como Google, Universidades… Así como libros, revistas y publicaciones en revistas médicas.

4 Resultados

Para tener una buena comunicación es esencial entender esta como algo global, un conjunto de muchos aspectos, donde esa manera de comunicarse y aquellos recursos utilizados van a ser importantísimos. También tendremos en cuenta aspectos del paciente como la edad, el sexo, la cultura, el tipo de enfermedad, etc.
Podríamos decir que hay dos tipos de comunicación:
1. Comunicación verbal:
La comunicación verbal es la más utilizada, pero no por ello la única. Esta depende de muchos parámetros. Tanto una palabra como un silencio nos van a aportar un mensaje. Y también sabemos que mucho de lo que transmitimos no es a través de una comunicación verbal, sino más bien, no verbal.
Esta comunicación verbal va a depender de la situación, el papel que tienen los interlocutores y el contenido de lo que hablamos, es decir, si es un comentario, una pregunta, una disculpa…
La comunicación verbal tiene unos componentes:
- El tiempo de habla. Si hablamos poco tiempo puede parecer que somos introvertidos. Pero si hablamos mucho rato, pareceremos dominantes, atrevidos, egoístas… lo importante es compartir el tiempo del habla.
- Retroalimentación. Es la respuesta por parte de quien recibe la información. por ello deberemos mostrar interés por lo que nos dicen y así poder contestar y responder en función de lo que los pacientes nos estén contando. Si no estamos atentos, parecerá que no tenemos interés.
- Preguntas. Son necesarias para poder conseguir información.

Importante también, "¿cómo se dicen las cosas?". El tono, volumen, claridad, velocidad, fluidez, los silencios…son muy importantes a la hora de recibir un mensaje.
Si el volumen empleado para transmitir el mensaje es demasiado bajo, puede indicar inseguridad y si por el contrario es demasiado alto, puede resultar molesto. El volumen constante es monótono y aburrido.
El tono empleado junto con la expresión de nuestra cara y la postura adoptada, son los mejores indicadores de tener habilidad social y de expresión de emociones.
Si repetimos continuamente vocablos o si titubeamos, puede indicar inseguridad. Si hacemos muchos silencios, puede parecer que tenemos ansiedad, enfado o desprecio.
La velocidad, si es lenta, puede dar lugar a aburrimiento y hacer que se impacienten, pero si hablamos rápidamente, puede indicar prisas por acabar y poco

interés.
2. La comunicación no verbal:
Tanto o más importante que comunicación verbal. Hay estudios que indican que en cada comunicación que tenemos con un paciente, tiene cinco veces más importancia lo que le transmitimos con el cuerpo, es decir, de manera no verbal, (manos, ojos, expresión facial), que lo que le transmitimos verbalmente, de forma oral.
La conducta no verbal está ligada a la conducta verbal, y ayuda a transmitir el mensaje.
El 80% de las investigaciones que se hacen sobre comunicación no verbal van a tener como objetivo, estudiar la mirada. A través de ella, también recibimos y emitimos información. Mientras estamos hablando, mirando un 40% del tiempo. Cuando estamos hablando, también miramos, un 70% del tiempo. Por ello un error muy frecuente que sucede cuando pretendemos comunicarnos con nuestros pacientes, es "no mirar al paciente". Si evitamos la mirada, estamos perdiendo información y a su vez estamos generando desconfianza en el paciente, porque él puede apreciar que no estamos haciéndole suficiente caso, que no estamos interesados en él.
La expresión facial es el principal sistema de señales emocionales. No solo nos transmite emociones, sino también nuestra disposición y la actitud. Existen seis emociones básicas: tristeza, ira, alegría, desprecio, miedo y sorpresa y que vamos a transmitirlas a través de la frente, cejas, boca, mandíbula, párpados y ojos.
Las expresiones faciales duran poco tiempo, por ello a veces no podemos explicar el origen de cierta expresión, ya que no da tiempo a analizarla.
Los gestos también hay que tenerlos en consideración. Como dice un dicho popular: "un gesto vale más que mil palabras" La percepción de estos no hay que dejarlos en el olvido. Por ejemplo, si movemos mucho los pies o las manos podemos indicar que estamos nerviosos. Todo es importante de evaluar cuando se trata de comunicar.
El contacto físico es un elemento de gran importancia, como tipo de comunicación no verbal, ya que transmite cercanía.
La apariencia personal o lenguaje corporal: forma de vestir, cara, ojos, cuerpo, etc., también es importante. el profesional que desee ser tratado con respeto y que desee ser escuchado, debe empezar por una apariencia personal correcta, adaptada a la situación y al tipo de pacientes. Por lo tanto, la apariencia personal influye sobre la percepción que los demás tienen de nosotros.
Pero también existen barreras que dificultan la comunicación. Entre ellas destacar la falta de personal y por tanto el poco tiempo del que disponemos para dedicarnos a los pacientes. Otra barrera también muy importante, y que no se

le hace el aprecio que se debería, es la falta de aptitud de los profesionales para comunicarse.

5 Discusión-Conclusión

Está claro, que la comunicación es una parte fundamental para poder dar soluciones a nuestros pacientes. Por ello sería bueno seguir unas pautas:
- Fundamental y muy necesaria, será identificarnos, no sólo con nombre sino informar de cuál es nuestro cargo, nuestra función, nuestros quehaceres en referencia a él.
- También es de vital importancia, reconocer al paciente por su nombre, siempre con el máximo respeto y educación.
- Intentar ser cercanos con el paciente, mostrar interés, así le transmitiremos confianza.
- Mantener el contacto visual con el paciente.
- Utilizar un lenguaje coloquial, sencillo, que sea fácil de entender.
- Tranquilizar al paciente, siempre que sea posible y a su vez, transmitirle tranquilidad y seguridad.
- Hacerle preguntas al paciente sobre lo que nos está comentando, para que vea que estamos poniendo interés en lo que nos está contando.
- Transmitir las dudas y miedos del paciente a nuestros compañeros y dejarlo por escrito para que el médico pueda ver esa información e intentar solventarlos.
- Involucrar a sus familiares, para que ellos a su vez colaboren en la recuperación del paciente. - Sería necesario formación continuada de todos los profesionales y a todos los niveles, en comunicación.
- También es muy importante, mostrar una pequeña "sonrisa", mantener un tono de voz adecuado, igual que una buena postura.

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articuloanalisis-comunicacion-relacion-medico-paciente-15330.
"Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente". (Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo. J.A. Flórez Lozano, PC. Martínez Suárez, C. Valdés Sánchez). Vol. 36. Núm. 3. pág. 113 (Julio 2000).
- https://www.codem.es/noticias/comunicacion-efectiva-enfermerapaciente-una-estrategia-mas-en-cuidado.

CODEM (Colegio Oficial de Enfermería de Madrid). “Comunicado efectivo enfermera-paciente: una estrategia más en el cuidado” (10 abril 2015)
- https://revistamedica.com/comunicacion-paciente-ambito-sanitario/.
OCRONOS-REVISTA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA. “Comunicación con el paciente en el ámbito sanitario”. Autora: Arancha Bejerano Miguel (25/11/2019).
- https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-comunicacion-piezafundamental-para-la-enfermeria-DDIMPORT-036608/
DICEN Diario Independiente de Contenido Enfermero. “La comunicación: pieza fundamental para la Enfermería”. (24/02/2015).

Capítulo 799

¿GRIPE O RESFRIADO? DIFERENCIAS.

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ALVAREZ

ALEJANDRA NATALIA LÓPEZ CADENAS

1 Introducción

Cuando llega el otoño e invierno, y con ellos los cambios de tiempo, llega también la época de "coger" el virus de la gripe. Este virus circula todo el año, pero el periodo de mayor actividad, está entre los meses de diciembre y febrero, aunque dependiendo de si hace más frío o menos, puede adelantarse la actividad y también retrasarse su final.

La gripe parece inocua, pero causa cientos de muertos cada año en España, y según la OMS (Organización Mundial de la Salud), hasta 650.000 en todo el mundo, especialmente personas mayores de 65 años.

La gripe o influenza, debemos saber que es una infección vírica, que tiene unos síntomas similares a un resfriado común. Por ello es importante, saber diferenciar estas enfermedades.

El resfriado y la gripe son enfermedades similares, pero diferentes. Las dos están causados por virus contagiosos, pero el resfriado tiene unos síntomas leves, que empiezan lentamente y duran poco tiempo. Pero en la gripe, los síntomas son más graves y severos, llegan de repente, y a veces pueden surgir complicaciones. Una manera de saber si se trata de gripe o de resfriado, es, valorando la gravedad de la enfermedad.

¿Qué es la gripe? Es una enfermedad infecciosa, contagiosa y aguda, que ataca las vías respiratorias. Se contagia a través de un virus, llamado, virus de la influenza. Puede causar una enfermedad leve o grave y que en ocasiones puede llevar a la muerte. Dado que es una infección viral, los antibióticos no sirven, pero existen

algunos medicamentos antivíricos y antigripales que pueden acortar su duración o reducir los síntomas.
Estos síntomas son:
- Dolor de cabeza.
- Fiebre.
- Dolor de garganta.
- Malestar general.
- Dolor muscular.
- Congestión nasal.
- Tos.

La mayoría de la gente se cura sin necesidad de acudir, siquiera, al médico, pero también es verdad, que hay mucha gente que debe ir a consulta ya que surgen complicaciones, sobre todo, respiratorias, y de las que solo podemos curarnos si acudimos a un médico y nos proporciona un tratamiento adecuado.
Tiene un periodo de incubación, que suele ser sobre cuatro días. Su duración está entre 5 y 10 días. La fiebre dura sobre 3 o 5 días. Pero hay otros síntomas como la tos seca que puede prolongarse mucho más tiempo. Todos los años, hay una vacuna antigripal a disposición de todos los ciudadanos y recomendada para algunos grupos de gentes.
¿Qué es un resfriado? Es también una enfermedad causada por un virus, llamado rinovirus, que quiere decir "virus de la nariz" y que afecta al tracto respiratorio superior: nariz, faringe, laringe, senos paranasales…
Los síntomas son:
- Dolor de garganta.
- Congestión nasal.
- Moqueo.
- Estornudos.
- Ojos llorosos.
- Febrícula.

No suele ocasionar problemas graves, aunque a veces, la infección se extiende a los oídos, e incluso se favorece la infección por bacterias en la garganta, produciendo "placas".
En el mercado existen cada vez más medicamentos que ayudan a mejorar los síntomas, como los antigripales, antihistamínicos, antitusivos, antivirales, descongestionantes…
Los antigripales son medicamentos que se toman para "mantener a raya" los síntomas más frecuentes que nos produce la gripe: fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, malestar en general, inflamación de garganta.

Se recomienda tomar algún antigripal que lleve varios principios activos, ya que así vamos a poder reducir los síntomas que nos provoca la gripe.

2 Objetivos

- Diferenciar si tenemos una gripe o un resfriado, también llamado catarro.
- Diferenciar qué medicamentos podemos tomar y cuáles no.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tanto la gripe como el resfriado tienen diferente origen (diferente virus) y diferente gravedad, pero lo que, si está claro, es que no tienen cura, sólo podemos reducir sus síntomas.
Un resfriado o catarro cursa con dolor de garganta, taponamiento nasal, tos y a veces fiebre. Sin embargo, la gripe aparece de forma brusca con fiebre alta, malestar general y dolores musculares y de articulaciones.
Uno de los primeros síntomas de padecer gripe, es la fatiga extrema. Si empiezas a sentirte muy cansado, lo mejor que puedes hacer, es descansar. El sistema inmunitario se va a beneficiar de esta atención.
Los antibióticos: estos medicamentos NO CURAN la gripe. Sólo son útiles para curar infecciones causadas por bacterias.
Solo cuando la gripe se asocia con otros procesos, como la neumonía, si deben tomarse, pero siempre bajo la supervisión de un médico, quien los prescribe. También es importante saber, que no solo no sirven para eliminar un virus, sino que un uso indiscriminado de ellos, va a generar resistencias frente a ciertas bacterias.

5 Discusión-Conclusión

¿Cómo podemos tratar la gripe? Lo normal es que nos cure nuestro sistema inmune, pero sí es necesario tratar los síntomas. Normalmente, suele bastar con tomar medicación para la fiebre, los dolores musculares y de cabeza. Los más utilizado son analgésicos, antipiréticos, antihistamínicos, descongestionantes y antitusivos.

- Analgésicos y antipiréticos: los más utilizados son: Paracetamol o Ibuprofeno que alivian la fiebre, el dolor muscular, el malestar general, el dolor de cabeza y de garganta.
- Antihistamínicos: son más utilizados para tratar las alergias, pero también suelen funcionar para los estornudos, los mocos, la congestión. Estos medicamentos suelen venderse en farmacias sin receta médica, como el Frenadol, Desenfriol, Complex, Bisolgrip… Uno de los inconvenientes que tienen es que pueden producir sueño, por lo que no se indican si vas a conducir.
- Descongestivos: podemos aplicarlos en forma de aerosol o nebulización nasal y también de forma oral. Con ellos se pretenden desinflamar y permitir respirar mejor. No todos los pacientes pueden tomarlos, ya que a veces provocan taquicardias.
- Antitusivos: sobre todo jarabes, aunque también hay pastillas.
- También suelen tomarse mucolíticos, expectorantes, antisépticos…

Ahora bien, si los síntomas persisten o empeoran, o si surgen complicaciones, la fiebre sigue alta por largo tiempo, dificultad para respirar, dolor de pecho, vómitos, dolor en la cara donde los senos paranasales, ganglios inflamados en el cuello, dolor de oídos o secreción, despertarse desorientado…entonces es necesario acudir al médico y que él valore los síntomas y paute el tratamiento necesario.

Medidas preventivas:

Hay varios consejos que debemos seguir cuando llega la época de gripes y resfriados:

- Lavar las manos con frecuencia.
- Evitar cambios bruscos de temperatura.
- Evitar ambientes muy cargados y con mucha gente.
- Usar pañuelos de papel, para limpiarse la nariz, para toser y también para estornudar.
- Beber mucho líquido: agua, zumos naturales, sopas. Evitar siempre bebidas con cafeína, que no hidratan bien.
- Descansar bien, estar en cama todo lo que se pueda. Dormir. Cuando uno se

encuentra enfermo, con malestar, con dolores, lo mejor, y lo que es muy útil para la mejoría, es descansar en cama.
- Baños tibios para bajar la fiebre. Inhalaciones de vapor.
- Tomar Paracetamol o Ibuprofeno que alivian la fiebre y el dolor. Los medicamentos antigripales, que se venden sin receta en farmacia, también pueden aliviar algunos síntomas, pero siempre es mejor, no automedicarse.
- Otro consejo muy útil, pero no solo para la gripe, sino en general, para no contagiarse con nada, es el lavarse las manos con frecuencia.
- No compartir ni vasos, ni utensilios.

Es muy importante usar los medicamentos con precaución, leer los prospectos y ante cualquier duda, suspender el tratamiento y consultar con un médico.

-La vacuna: también hay otra forma de evitar la gripe: vacunarse contra ella. La vacuna antigripal va hacer que, se generen anticuerpos unas dos semanas después de aplicarla. Su función es que el organismo genere inmunidad frente a la gripe.

La vacuna está recomendada para población de alto riesgo:
- Mayores de 65 años.
- Adultos o niños con problemas cardíacos o pulmonares.
- Personas asmáticas.
- Personas inmunodeprimidas (pacientes tratados con quimio y VIH positivos).
- Personas con problemas de riñón, diabetes, anemia….
- Personal sanitario.

También decir, que, aunque el vacunarse no presenta efectos secundarios, a veces se tiene dolor en la zona de la inyección incluso puede aparecer un poco de fiebre unos días.

6 Bibliografía

- https://kidshealth.org/es/teens/flu-tips-esp.html.
"Qué hacer si contraes la gripe". TeensHeslth from Nemours. Rupal Christine Gupta. MD. Junio de 2016
- http://www.vivirmasymejor.elmundo.es/respira/asi-actuan-losantigripales-dentro-de-tu-organismo.
"Así actúan los antigripales dentro de tu organismo. Natalia Ageitos.
- https://www.ocu.org/salud/medicamentos/noticias/gripe-que-tomar-yque-no-tomar-561014#.
"Gripe: qué tomar y qué no tomar. Los mejores medicamentos contra la gripe. OCU (Organización de Consumidores y Usuarios). 13 noviembre 2018.

- https://es.familydoctor.org/proteger-su-familia-durante-la-epoca-deresfriados-y-gripe/
"Proteger a su familia durante la época de resfriados y gripe". Familydoctor.org (Asesoramiento médico de confianza de la Academia Americana de Médicos de Familia). 2 febrero 2018.
- https://www.republica.com/salud-y-tu/2015/02/01/10-cosas-que-hayque-saber-sobre-la-gripe/#.
Diez cosas que debes saber sobre la gripe. Gala Galena. 01/02/2015.
- https://enfermeriatecnologica.com/5-cosas-debes-saber-gripe/.
5 cosas que debes saber sobre la gripe. Pau Matalap. Di 14, 2017.

Capítulo 800

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL DOLOR INFANTIL. ¿PODEMOS MEJORAR NUESTRA ASISTENCIA?

NOEMÍ FURONES PÉREZ

1 Introducción

El dolor es, según la ISAP (International Assocciation for the Study of Pain) "una experiencia sensorial y emocional desagradable asocidada a un daño tisular real o potencial o descrito en términos de la misma y, si persiste sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones una enfermedad por sí misma. Considerado el dolor siempre como subjetivo". Se trata de una experiencia desagradable, desde el punto de vista emocional y sensorial, que produce gran sufrimiento en el paciente; numerosos estudios revelan que constituye la primera causa de sufrimiento del niño que acude a un centro sanitario.

En el niño, el dolor puede estar relacionado con la enfermedad que padece, o bien provocado por traumatismos y accidentes. Sin embargo, no debemos olvidar que la propia asistencia sanitaria al niño puede suponer dolor, por los métodos empleados para el diagnóstico (venopunciones, punciones lumbares…) o durante el tratamiento (sutura de heridas, tratamientos farmacológico por vía intravenosa o intramuscular, etc).

El dolor está determinado por muchos factores, tanto biológicos (edad, sexo, experiencias y enfermedades previas) como psicológicos (miedo, ansiedad, personalidad del niño) y sociales (conducta de padres y profesionales durante la asistencia. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), como miembro del equipo multiprofesional que atiende al niño, debe conocer la importancia del manejo del dolor del niño, para lograr una asistencia óptima independientemente del nivel asistencial en el que se encuentre (Atención Primaria, Urgencias, Planta de Hospitalización).

2 Objetivos

- Identificar métodos de evaluación del dolor en el niño que puedan ser útiles durante el proceso asistencial para el TCAE.
- Actualizar el conocimiento en las medidas no farmacológicas del dolor que el TCAE puede utilizar en su ámbito profesional.

3 Metodología

Se ha efectuado una revisión bibliográfica de la literatura científica mediante una búsqueda bibliográfica, utilizando como palabras clave: dolor, niño, analgesia, Pediatría. Se han valorado preferentemente (aunque no de forma exclusiva) los trabajos realizados en lengua castellana.

4 Resultados

Valración de dolor.
El primer paso a realizar en la evaluación del dolor es su medición, teniendo en cuenta una serie de factores, tales como la edad del niño, su nivel de desarrollo cognitivo, su actitud en la consulta, etc. Se emplean fundamentalmente dos tipos de métodos de medición:
1) Métodos conductuales: se utilizan fundamentalmente en niños pequeños (menores de 2-3 años) o niños con problemas cognitivos. Evalúan factores como movimientos del cuerpo, calidad del llanto, expresión facial, imposibilidad para consolarse, etc, que pueden determinarse mediante la observación del paciente. Existen escalas diseñadas para este fin: CHEOPS, FLACC, etc…

Variable valores puntuación.
Tipo de llanto No hay llanto

Hay quejidos
Hay llanto claro 1 2 3

Expresion facial Está alegre, ríe
Está preocupado
Hace pucheros 0 1 2

Comportamiento Está tranquilo, inmóvil
Está agitado, rígido 1 2

Lenguaje No se queja
Se queja pero no de dolor
Están en silencia
Se queja de dolor 0 1 1 2

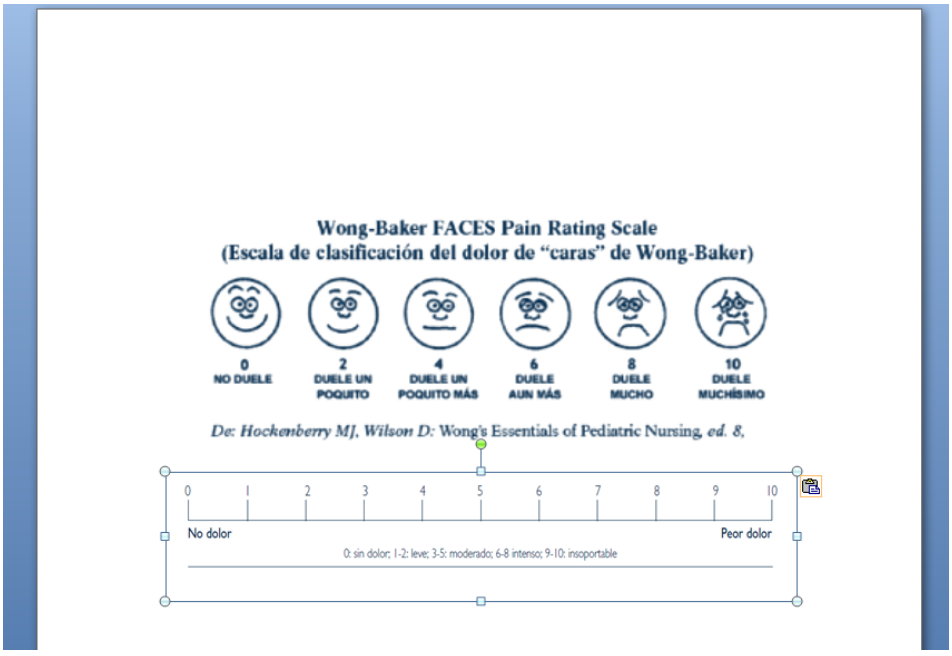
Brazos No se toca la zona lesionada
Se toca la zona lesionada 1 2
Piernas Relajadas
Movimientos y golpes 1 2
Figura 1.-Adaptación de la escala CHEOPS

Puntuación 0 1 2
Expresión facial Expresión habitual
Carcajada Arruga la nariz Temblor del mentón
Mandíbula tensa
Posibilidad de consolarle Esta a gusto de manera espontánea Se le puede consolar
Difícil de consolar
Llanto No hay llanto Gimotea, se queja Llanto intenso
Actividad Acostado, tranquilo Encoge las piernas Rigidez
Movimientos de piernas Piernas relajadas Piernas inquietas Pataleo intenso
Figura 2: Adaptación de la escala FLACC

2) Métodos autoevaluativos: se utilizan preferentemente en el niño mayor (a partir de 4 años), en base a e lo que el propio paciente manifiesta. Se dispone de escalas visuales analógicas o escalas verbales numéricas. En las escalas visuales analógicas se emplean fundamentalmente dibujos de caras, pidiendo al paciente que señale la cara que mejor identifica su estado con respecto al dolor (figura 3). En las escalas verbales númericas, se suele graduar el dolor entre 0 y 10, o bien categóricamente (poco, bastante, mucho, etc…figura 4).

Figura 3. Ejemplo de escala visual analógica.
Figura 3.-Ejemplo de escala verbal numérica.

Medidas no farmacológicas para aliviar el dolor en niños:
Existen numerosos estudios que avalan la efectividad de este tipo de intervenciones para mejorar la confortabilidad del niño, disminuir su ansiedad y la intensidad del dolor, que pueden ser utilizadas junto a los fármacos.
Entre las diferentes medidas que pueden realizarse, destacan:
-Propiciar un ambiente tranquilo: llamar al niño por su nombre, hablar con tranquilidad y de forma calmada.
-Fomentar la participación de los padres en todo momento.
-Evitar la preparación de material delante del niño.
-Empleo (o facilitar el empleo a los familiares del niño) de técnicas de distracción mientras se realiza el procedimiento doloroso: hablar con el niño de temas de su interés, fomentar una respiración pausada, uso de música, videos y otros medios audiovisuales.



5 Discusión-Conclusión

El dolor en el niño está presente desde el nacimiento, incluso en los bebés prematuros. Tradicionalmente, se había prestado poca atención al manejo del dolor en esta etapa de la vida; sin embargo, con la mejoría de los conocimientos sobre este tema, ha comenzado a ser un aspecto primordial en la asistencia pediátrica, como lo demuestra el hecho de que sea actualmente un indicador de la calidad asistencial.

Los niños tienen menos estrategias de afrontamiento del dolor que los adultos, aunque es indudable que siente el mismo dolor, aunque en muchas ocasiones no sepa expresarlo adecuadamente. Para un adecuado manejo del dolor de los niños, es fundamental para el TCAE emplear todos sus recursos profesionales, tales como conocimientos, actitudes y valores con el fin de ofrecer una adecuada asistencia.

La valoración del dolor de forma sistemática no suele ser tarea habitual del personal auxiliar, pero el conocimiento de las diferentes escalas que se han comentado previamente puede ayudar a identificar situaciones de dolor no advertidas. A la hora de aliviar el dolor, el efecto de los fármacos es indudable y excede el objeto de esta revisión; sin embargo, existen una serie de medidas de fácil implementación que favorecen la confortabilidad del niño y su familia, que se pueden realizar por parte de todos los miembros del equipo asistencial, y que redundará en una disminución de la percepción del dolor en el paciente.

Conclusión:
Es necesario, por parte del TCAE, tomar consciencia de la importancia del alivio del dolor en el paciente pediátrico, conocer de forma general su evaluación-cuantificación, e incorporar una serie de medidas sencillas en su labor asistencial para mejorar el cuidado de estos pacientes

6 Bibliografía

-Eduardo Ibarra “Una Nueva Definición de Dolor. Un Imperativo de Nuestros Días” Rev. Soc. Esp. Dolor 2: 65-72; 2006
-MA García Herrero, RM Funes Moñux. A Vidal Acevedo. Manejo del dolor en Atención Primaria. En: AEPap (ed.). Curso de Actualizacion Pediatria 2016.

Madrid: Lua Ediciones 3.0; 2016. p. 379-90.
-Quiles MJ, van-der Hofstadt C J, Quiles Y. Pain assessment tools in pediatic patients: a review (2nd part). Rev Soc Esp Dolor 2004; 11: 360-369.
-MJ Aguilar Cordero, E Ponsell Vicens "El dolor en la infancia. Dolor abdominal"- En MA Aguilar Cordero. Tratado de Enfermería Infantil. Ed Elsevier (2003) pp 693-713.
-L Valero Hernandez, N Calvo Cobo. "Analgesia no farmacológica para disminuir el dolor en niños ante procedimientos dolorosos. Disponible en https://www.enfermeriadeciudadreal.com/analgesia-no-farmacologica-para-disminuir-el-dolor-en-ninos-ante-procedimientos-609.htm
-Iyemai Rodríguez Hernández, Aurora Fajardo Villarroel y Maricela Peña Jiménez Rol del enfermero en las etapas de evaluación, valoración e intervención del dolor en niños Rev haban cienc méd 2016; 15(3):399-407
-Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Wikelstei ML, Schwartz P. Wong's Essentials of Pediatric Nursing. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
- Traveria Casanova, J Gili T, Rivera J. Tratamiento del dolor agudo en el nino: analgesia y sedacion. En: SEUP-AEP. Protocolos diagnostico-terapeuticos de Urgencias Pediatricas (Protocolos AEP). Madrid: Ergon; 2010.

Capítulo 801

LACTANCIA MATERNA: POSICIONES Y POSTURAS PARA AMAMANTAR

ALEJANDRA NATALIA LÓPEZ CADENAS

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

La mayoría de las madres están capacitadas para amamantar, sólo un número muy pequeño debería fallar. Sin embargo, en los países desarrollados el porcentaje de mujeres que quieren dar el pecho a su RN (recién nacido) es muy superior.

Buena parte de las dificultades surgen en los primeros días en los que la producción de leche (a diferencia de otros mamíferos) tarda en aparecer varios días tras el parto; esto hace que el bebé no gane peso en sus primeros días de vida.

Las lesiones del pezón y dolor al amamantar pueden ser determinantes para el abandono de la lactancia.

Cuanto mejor conozcamos los factores que afectan la puesta en funcionamiento de la mama, mejor podremos ayudar a las madres con dificultades.

2 Objetivos

Dar a conocer en que consiste la lactancia materna y lo importante que es para conseguir una lactancia materna satisfactoria que madre y lactante estén en un ambiente tranquilo y sobre todo se encuentren ambos lo más cómodos posible.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en varias bases de datos como son: google académico, Infosalud, Sanavida, Pubmed, así como distintos libros. Buscamos en ellos una serie de vocablos relacionados con el tema que desarrollamos, tales fueron: lactancia materna, amamantar, pecho, pezón, posiciones para amamantar, piel con piel.

4 Resultados

El tamaño y la forma de la mama no tiene relación con la capacidad de producir leche, es más importante sobre todo en los primeros días, el pezón, que facilita el acoplamiento de la boca del niño con la mama, es el origen de los estímulos que activan secreciones hormonales.

Todos los RN sanos que hacen piel con piel (contacto íntimo en las primeras horas de vida del bebé con su madre) son capaces de alcanzar el pecho y mamar por si solos en posición correcta sin ayuda. Para ello tardan una media aproximada de 40 minutos. Los que pasaron por este proceso suelen tener más éxito en la lactancia materna y durante más tiempo. Mientras las madres tienen menos problemas de mal-posición y grietas en los pezones. Así podemos considerar que el contacto piel con piel es importante para el inicio de una lactancia satisfactoria.

En los primeros días tras el parto, antes de que se produzca la leche, del pezón sale el calostro, rico en calorías, proteínas, anticuerpos y beta-carotenos y bajo en grasa y lactosa.

La succión ayuda a estimular que se segregue la leche y aumente su producción.

La posición correcta del niño es con la boca abierta antes de agarrar el pezón y areola, la mandíbula pegada al pecho para que el bebe no tenga que girar la cabeza.

Normalmente se pasan muchas horas amamantando, es buena idea disponer de un lugar cómodo, sillón, cojines, colocar a mano todo lo que puedas necesitar (libro, pañuelos, agua, teléfono, etc…).

A la hora de amamantar debemos de tener en cuenta las posturas y posiciones.

La postura es la forma en que la madre se coloca para dar el pecho a su hijo, mientras que la posición es como se coloca al bebé para que mame.

Habitualmente se da de mamar con el bebé frente a la madre, pero son muchas las posiciones y posturas que se pueden llegar a tomar:

- Postura sentada- Posición estirado: es la más utilizada, la madre sentada con el bebé estirado mamando de un pecho y con los pies hacia el otro pecho. Otra variante es colocando al niño a la inversa. Cuando el bebé rechaza un pecho por lo que sea, colocarlo en la misma posición que en el que no rechaza puede ayudar a que lo acepte.
- Postura sentada- Posición "de rugby", axilar o de acoplamiento: el lactante pasa por debajo del brazo de la mama, apuntando sus pies hacia la espalda. Con esta posición se pueden solucionar problemas de mastitis, pues sirve para drenar los conductos externos del pecho donde hay más obstrucciones. Cualquiera de estas dos posiciones pueden funcionar aunque la madre este semireclinada.
- Postura sentada-Posición caballito: es poco frecuente, la madre sentada con el bebé sobre una de sus piernas, sentado a horcajadas. No es muy utilizada.
- Postura estirada- posición estirado: Es muy práctica para la toma que se realizan por la noche, cuando se ha tenido una cesárea o simplemente unos puntos de sutura. El lactante se coloca acostado junto a su madre rozando tripa con tripa. También se puede colocar al bebé de manera inversa, aunque esta es bastante menos utilizada.
- Postura "a cuatro patas": El bebé se coloca tumbado sobre la espalda y la madre suspende el pecho sobre su boca colocándose de cuclillas. Puede ser beneficiosa cuando se sufre una obstrucción en la parte superior del pecho.

Todas estas posiciones y posturas son de utilidad cuando el bebé aún tiene movimientos limitados. Cuando los lactantes van creciendo pueden mamar de maneras increíbles.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante entre madre y bebé a la hora de la lactancia es que ambos se sientan cómodos elijan la posición-postura que elijan, que el agarre sea correcto para evitar posibles grietas, y que la succión sea buena.

Amamantar en un lugar tranquilo, con todo lo que se pueda necesitar al alcance (líquidos, libro, teléfono…)
El bebé debe estar cómodo, se mantiene sujeto y con la cabeza y espalda rectas.

El caso de que el bebé o se agarre bien, o que cause dolor el dar el pecho siempre puedes buscar ayuda, la matrona te aconsejará en todas las dudas que puedas

tener sobre lactancia.

6 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/diccionario/lactancia-materna.html
(02/02/2020)
- https://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/embarazo-y-parto-un-buen-inicio-de-la-lactancia/
(22/01/2020) y (02/02/2020)
- http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492011000100003&script=sci_arttext
(02/02/2020)
- https://www.medela.es/lactancia-para-profesionales/educacion/preparacion-para-la-lactancia/beneficios-de-la-lactancia-materna
(22/01/2020)
- https://mibebeyyo.elmundo.es/parto/psicologia/contacto-piel-con-piel-bebe-consejos-matrona
(02/02/2020)
Joyce Y. Johnson, Enfermería materno-neonatal.
- Guía elaborada por la Asociación Española de Matronas, "Los consejos de tu matrona, Apréndelo todo sobre tu embarazo y primeros meses del bebé".

Capítulo 802

EL TRABAJO DEL PARTO Y PARTO

ALEJANDRA NATALIA LÓPEZ CADENAS

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

Parto es el proceso con el que la mujer termina su gestación y trae al mundo a su recién nacido, en condiciones normales sucede entre las 37 y las 42 semanas cumplidas. Su inicio es espontáneo, si no hay complicaciones, finaliza con el nacimiento de un bebé sano, sin necesidad de más intervención que el apoyo integral y respetuoso.

Se acerca el momento del parto, unas dos semanas antes van apareciendo una serie de síntomas y signos, que pueden variar dependiendo de cada mujer y embarazo, cada parto es único.

Algunos de estos síntomas o signos son:
- Descenso del abdomen, al descender el feto, te puede provocar la necesidad de orinar a menudo y poca cantidad por la presión que se ejerce en la vejiga.
- Contracciones en el abdomen no rítmicas y que suelen desaparecer en reposo, estas no son contracciones de parto ya que no producen dilatación aunque si ablandan el cuello del útero provocando en muchos casos la expulsión del tapón mucoso.
- Puede suceder la aminiorrexis o rotura del saco amniótico con la pérdida de líquido, en ese caso se debe acudir al hospital, donde se decidirá el tratamiento a seguir, pues aunque no supone un riesgo para el bebe a término, si puede ser una fuente de infección para la madre, el parto aunque no se produzca de forma inminente si ha de finalizar en las siguientes 48 horas.

. El parto puede comenzar de manera espontánea o inducido.

El trabajo de parto: "Conjunto de contracciones que van produciendo el borramiento y dilatación de manera demostrable del cuello del útero". Estas contracciones continuas y progresivas ayudan a que dilate el cuello del útero y el feto pueda pasar por el canal de parto a la vida extrauterina.

Hay que tener en cuenta si la madre es primípara en cuyo caso la dilatación es más lenta porque tiene que borrarse el cuello uterino y luego comenzar a dilatar cosa que no ocurre con la mujer multípara que borra el cuello y dilata a la vez.

2 Objetivos

- Determinar que es el trabajo de parto, las 3 fases en que se puede dividir desde su comienzo con la dilatación hasta el alumbramiento.
- Desarrollaremos la primera etapa del parto, a la que conocemos como periodo de dilatación. La segunda o período de expulsivo y la última o alumbramiento.

3 Metodología

Revisión científica basada en la búsqueda de artículos en distintas bases de datos encontrados en Internet, tales como Z-dn.net, semanticsholar.org, Pubmed, medes, Lets Family.es. Para la búsqueda fueron usados descriptores como trabajo de parto, etapas del parto, dilatación, alumbramiento, expulsivo, aminiorrexis.

4 Resultados

Desde un punto de vista clínico se considera que el parto se ha iniciado cuando una actividad uterina regular (2-3 contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos) se acompaña de maduración y dilatación cervical (2-3cm). Sin embargo, existen diferentes variables que pueden afectar a la evolución normal del trabajo de parto; entre las que se encuentran el tamaño, la presentación, la posición, la situación y la actitud fetal, así como la morfología del canal del parto.
El inicio del trabajo del parto se diagnostica por una serie de signos que han sido definidos:
- Dinámica uterina regular de 2-3 contracciones en 10 minutos.
- Borramiento cervical, en multíparas de un 70% y en primíparas de un 100%.
- Dilatación de 3 o 4 cm.

El parto consta de tres periodos: Dilatación, expulsivo y alumbramiento.

1. Primer periodo dilatación. Resulta más largo y pesado a la gestante, puede durar de 4 o 5 horas hasta 18 en el caso de mujeres primerizas, si son multíparas las horas disminuyen de 2 o 3 a 12.

En la dilatación podemos hablar de la fase Latente y la fase Activa.
- Fase Latente: comienza cuando la mujer percibe dinámica y termina al borrarse el cuello y dilatar unos 3-5 centímetros. Durante este periodo las contracciones no son muy intensas ni siguen un patrón regular.
- Fase Activa: Durante el parto activo las contracciones se harán más fuertes, regulares y próximas, se dilatará de 6 a 10 centímetros. La SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) establece que este periodo tiene una duración media de 4 horas en el caso de mujeres multíparas y unas 6 horas para las que no han tenido ningún otro embarazo.

2. Periodo expulsivo: Este se inicia cuando la dilatación es completa y termina con la salida del bebe.

En esta fase la cabeza ha de colocarse en la posición adecuada, encajada en el plano III- IV de Hodge ("término que se utiliza para dividir desde la parte superior hasta la inferior de la pelvis para ubicar la altura, según la cabeza fetal, en el canal de parto, son cuatro planos de arriba hasta abajo y comprobar cuanto desciende el bebe).

Las contracciones son de gran intensidad y más largas. La cabeza presiona el recto lo que desencadena las ganas de empujar de manera irreprimible, se conoce como el reflejo de expulsión, el cérvix se dilata más rápido, las estructuras corporales se abren al relajarse.

Cuando empieza a ser visible la cabeza en el periné, se decide si es necesario practicar la episiotomía (corte en el perineo para ensanchar la vagina durante el parto) o si tienen riesgo de desgarro, en la mayoría de los casos ni hay desgarro ni se practica la episiotomía gracias en buena medida a las clases de preparación al parto.

3. Periodo de Alumbramiento: ocurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta, esta comienza a formarse en la implantación del ovulo fecundado en la pared del útero, es a través de ella y del cordón umbilical al que está sujeto que el feto recibe los nutrientes , sangres y oxigeno que necesita. La placenta pesa aproximadamente unos 500 a 600gr. Y mide de diámetro entre 15 a 25 cm.

Durante el alumbramiento pueden aparecer complicaciones graves para la madre por lo que su adecuado manejo es fundamental para que todo termine de manera positiva.

El alumbramiento suele durar entre 10 y 30 minutos tras el nacimiento, el volumen del sangrado se considera normal cuando ronda los 500 ml.

Una vez que la placenta se desprende, se debe comprobar todas las caras de esta, que esté completa, para así evitar complicaciones que puedan poner en riesgo a la madre.

5 Discusión-Conclusión

Aunque a veces el proceso del trabajo de parto y el parto es un momento esperado, puede resultar doloroso para la madre y ser causa de ansiedad para ella y la familia. Se ha explicado el inicio y la progresión de un parto de una manera básica sin tener en cuenta si es parto natural, instrumental, cesárea. Ni el control que se realiza gracias al monitoreo electrónico continuo al bebé. No se comentó nada de la medicación que en muchos casos tiene que administrarse.

Solo se ha pretendido tener una visión básica de lo que es el trabajo de parto y parto de una mujer.

6 Bibliografía

- https://medes.com/Public/Home.aspx
(26/01/2020) https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog
(26/01/2020)
- https://mibebeyyo.elmundo.es/parto/sintomas/amniorrexis
(27/01/2020)
- https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=trabajodeparto-85-P04320
(27/01/2020)
- https://pdfs.semanticscholar.org/49e9/ecca0cfefbe10f47e3ac2a6a57ec71aa1c1a.pdf
(27/01)2020)
- https://pdfs.semanticscholar.org/c670/84fec78a708695ddeecbfe5d0cee6e4bca11.pdf

- https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/stages-of-labor/art-20046545
(27/01/2020)
- https://es.wikipedia.org/wiki/Planos_de_Hodge
(29/01/2020)
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000482.htm
(29/01/2020)

Capítulo 803

DIABETES

MARIA BELEN GARCIA VILLEGAS

MARIA ISABEL QUESADA POSADA

1 Introducción

A lo largo del último siglo los casos de diabetes han aumentado de manera alarmante, convirtiéndose así en la enfermedad endocrino-metabólica más común. Según datos aportados por la OMS, se estima que la prevalencia de diabetes mellitus en 2030 alcance los 366 millones de personas. Este aumento reciente de la incidencia se debe al cambio de hábitos dietéticos, la inactividad física y la obesidad.

Esta patología se caracteriza por la presencia de altas concentraciones de glucosa en sangre (hiperglucemia) debido a una secreción insuficiente de una hormona llamada insulina, a la acción deficiente de esta hormona o incluso a un mecanismo mixto. La insulina es una hormona de naturaleza peptídica secretada por las células β pancreáticas en los islotes de Lagerhans, y cuya acción es eminentemente anabólica favoreciendo el almacenamiento de nutrientes. Los niveles séricos normales de la glucemia basal se sitúan entre los 70-100 mg/dl, y según la Asociación Americana de Diabetes (ADA) niveles basales de glucosa en sangre mayores a 126 mg/dl indican diabetes.

Según los datos aportados por Crespo C. et al en un estudio publicado en 2012, los costes directos asociados a la diabetes ascendieron a más de 5000 millones de euros, suponiendo un 8,2% del gasto sanitario total. Estos costes provienen principalmente de la compra-venta de fármacos, así como los gastos ambulatorios

y hospitalarios, que abarcan la atención médica, la realización de pruebas para confirmar el diagnóstico y el material necesario para controlar los niveles de glucemia en su domicilio (glucométer y tiras reactivas de automonitorización).

Las consecuencias de la diabetes mellitus no afectan únicamente a los niveles de glucosa en sangre, sino que también provoca una serie de modificaciones en el metabolismo de otros macronutrientes, como son los lípidos y las proteínas. Estas alteraciones se relacionan con enfermedades neuropáticas (pie diabético), macrovasculares (accidentes cerebrovasculares o insuficiencia circulatoria en extremidades inferiores) y microvasculares (retinopatía diabética, glaucoma o nefropatía diabética). Los expertos en la materia concuerdan en que un buen control metabólico puede retrasar el inicio y evolución de estas complicaciones asociadas a los diferentes tipos de diabetes.

La clínica de la diabetes mal controlada se manifestaría con la aparición de poliuria (aumento de la diuresis), polidipsia (incremento de la sed), polifagia (exceso de apetito), astenia (cansancio), pérdida de peso, dificultad en la cicatrización de heridas.

2 Objetivos

- Identificar y desarrollar la información publicada sobre los diferentes tipos de diabetes.

3 Metodología

El trabajo que se ha llevado a cabo consiste en una revisión bibliográfica con búsqueda de la literatura publicada relacionada con la diabetes mellitus y sus tipos. Las bases de datos utilizadas han sido “ELSEVIER”, “MEDLINE”, “SCIELO” y además, se ha tenido cuenta información publicada por “La Asociación de Diabetes de Madrid”. Se han elegido 6 artículos a partir de los cuales se ha desarrollado este capítulo.

Esta revisión sistemática se ha desarrollado según unos parámetros y palabras claves previamente establecidas acorde a los descriptores en ciencias de la salud MeSH y DeSH, las cuales son:
Diabetes Diabetes
Clasificación Classification
Types Types

Insulina Insulin

Además, también se ha utilizado la herramienta "Mendeley desktop" como gestor bibliográfico.
Los criterios de inclusión y exclusión elegidos, son los siguientes:
• Literatura escrita en inglés y español.
• Artículos publicados desde el año 2010 hasta la actualidad, con el fin de conseguir la literatura publicada de manera más reciente.
• Artículos de acceso a texto completo de manera gratuita.

4 Resultados

La clasificación de la diabetes ha ido variando a lo largo de los años, pero en la actualidad se consideran cuatro grupos principales: diabetes tipo I, tipo II, diabetes gestacional y otros tipos. Cada uno de ellos tiene unas características y particularidades diferentes.

- DIABETES MELLITUS TIPO I (DM1): este tipo de diabetes representa el 5-10% de las personas diagnosticadas con esta enfermedad. En este caso no se produce insulina, debido a la destrucción de las células β que la producen, lo que la lleva a ser una diabetes insulinodependiente. Este tipo generalmente se debe a una causa autoinmune, aunque está demostrada la predisposición genética y la relación con otras enfermedades para acabar padeciendo diabetes tipo I.

Esta variante de diabetes se caracteriza porque suele aparecer en niños y adolescentes, y además, suele presentar como síntoma principal la cetoacidosis diabética (sintomatología grave aparecida por la carencia de insulina, y que se manifiesta con una acidosis metabólica, cetonuria e hiperglucemia importante). El tratamiento para este tipo de diabetes es insulina desde el inicio.

- DIABETES MELLITUS TIPO II (DM2): este tipo de diabetes representa el 90-95% de las personas diagnosticadas con esta enfermedad, la cual presenta una resistencia a la insulina debido a una serie de factores genéticos y ambientales. Esta resistencia a la insulina provoca que se necesiten mayores concentraciones de esta hormona para poder paliar las hiperglucemias del organismo.

Los factores de riesgo asociados a esta diabetes son algunos relacionados con los estilos de vida, siendo el más importante el exceso de peso. Este tipo de diabetes es el que produce un mayor gasto a los sistemas sanitarios mundiales, a pesar de

que alrededor del 50% de personas que padecen Diabetes Mellitus tipo II están sin diagnosticar.

El tratamiento de primera elección consiste en los antidiabéticos orales (biguanidas, sulfonilureas…) y posteriormente insulina.

- DIABETES GESTACIONAL: es aquel tipo cuyo debut ocurre durante el embarazo, apareciendo generalmente entre las 24-28 semanas de gestación. La etiología de esta diabetes es la resistencia a la insulina debido a la presencia de otras hormonas en altas concentraciones, especialmente el lactógeno placentario (hormona que produce un aumento de los niveles de glucemia). Este tipo de diabetes suele desaparecer una vez se haya dado a luz, aunque esta madre tiene mayores probabilidades de desarrollar Diabetes Mellitus tipo II. Los factores de riesgo relacionado con esta patología son algunos como tener más de 35 años, padecer obesidad, síndrome de ovario poliquístico, etc…

Tiene vital importancia llevar a cabo un diagnóstico precoz, ya que puede provocar un aumento de la morbimortalidad neonatal, además de ictericia o hipoglucemia postparto que provoca daños neurológicos.

- DIABETES TIPO MODY (MATURITY ONSET DIABETES OF THE YOUNG): tipo de diabetes caracterizada por su inicio temprano (menores de 25 años con normopeso), y cuyo tratamiento de primera elección son los antidiabéticos orales. La etiología de esta diabetes es un defecto genético que altera la función de las células β pancreáticas. Su conocimiento es importante para diferenciarla de la diabetes tipo 1 y tipo 2, con las que se confunde frecuentemente, puesto que el manejo posterior es diferente.

- DIABETES TIPO LADA (Lattentia autoinmune Diabetes of Adult): esta diabetes tiene características muy similares a la diabetes tipo I y su tratamiento es el mismo, solo que suele aparecer en personas mayores de 40 años. Su etiología es una alteración de carácter autoinmune.

Los cuatro tipos de diabetes mencionados anteriormente son los más comunes y prevalentes, aunque también existe la posibilidad de desarrollar esta patología debido a endocrinopatías, infecciones o incluso el consumo de dorgas o fármacos.

5 Discusión-Conclusión

Tal y como se ha evidenciado a lo largo de este capítulo, la diabetes es una enfermedad altamente prevalente y conlleva una serie de consecuencias tanto para el paciente y sus familiares, así como para los Gobiernos y administraciones.

Actualmente estamos ante un aumento de las personas con sobrepeso y obesidad, factores estrechamente relacionados con el padecimiento de diabetes tipo II (la más común). Este sobrepeso se debe a cambios en los hábitos alimentarios o la falta de deporte, factores fácilmente prevenibles si se realiza una correcta educación para la salud desde las primeras etapas de la infancia.

La inversión en prevención primaria favorecería el conocimiento de esta patología, su etiología y la clínica asociada a ella para así favorecer el diagnóstico precoz. Estas medidas disminuirían la incidencia de Diabetes Mellitus tipo II y los gastos económicos asociados a su padecimiento, ya que este es el tipo que mayores gastos produce en el sistema sanitario.

6 Bibliografía

- Almarguer Herrera JC., Miguel Soca P.E., Reynaldo Será C., Mariño Soler A.L., Oliveros Guerra R.C. Actualización sobre diabetes mellitus.Correo Científico Médico 2012 [Internet]. [cited 2020 Jan 22] 16 (2). Disponible en: http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/507.
- Crespo C, Brosa M, Soria-Juan A, Lopez-Alba A, López-Martínez N, Soria B. Direct cost of diabetes mellitus and its complications in Spain (SECCAID Study: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes). Av en Diabetol. 2013 Nov;29(6):182–9. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134323013000975.
- OMS | Qué es la diabetes [Internet]. [cited 2020 Jan 22].
- Nijpels G, Wj Beulens J, Van Der Heijden AA, Elders PJ. Innovations in personalised diabetes care and risk management. European Journal of Preventive Cardiology 2019, [cited 2020 Jan 22] Vol. 26(2S) 125–132. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2047487319880043.
-Venezolana de Endocrinología Metabolismo Venezuela Rojas de SP, Definición C, Diagnóstico De La Diabetes Mellitus CY. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. Rev Venez Endocrinol y Metab [Internet]. 2012 [cited 2020 Jan 22];10(1):7–12. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375540232003

- Sanzana G. MG, Durruty A. P. OTROS TIPOS ESPECÍFICOS DE DIABETES MELLITUS. Rev Médica Clínica Las Condes. 2016 Mar;27(2):160–70. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-otros-tipos-especificos-de-diabetes-S0716864016300050
- Díaz Díaz O., Cabrera Rode Ed., Orlandi González N., Araña Rosaínz M. J., Díaz Horta O. Aspectos epidemiológicos de la prediabetes, diagnóstico y clasificación. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2011 Abr [citado 2020 Ene 22] ; 22(1): 3-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532011000100003&lng=es.
- Lozano Álvarez E. E. Some Considerations on Diabetes Mellitus. CCM [Internet]. 2014 Mar [citado 2020 Ene 22] ; 18(1): 122-125. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100016&lng=es.
-Arizmendi J., Carmona Pertuz V., Colmenares A., Gómez Hoyos D., Palomo T. Diabetes gestacional y complicaciones neonatales [Internet]. 2012. [citado 2020 Ene 22] 20 (2): 50-60. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/med/v20n2/v20n2a06.pdf
-Díaz Naya L, Delgado Álvarez E. Diabetes mellitus. Criterios diagnósticos y clasificación. Epidemiología. Etiopatogenia. Evaluación inicial del paciente con diabetes. Med. 2016 Sep 1;12(17):935–46. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541216301421
- Diabetes gestacional y complicaciones neonatales - Dialnet [Internet]. [cited 2020 Jan 22]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5326881.
- ¿Qué son la diabetes LADA, MODY y la Disfunción Pancreática? - Asociación Diabetes Madrid [Internet]. [cited 2020 Jan 22]. Disponible en: https://diabetesmadrid.org/que-son-la-diabetes-lada-mody-y-la-disfuncion-pancreatica/.

Capítulo 804

EL CARRO DE CURAS.

MARIA CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ CELORIO

ADRIÁN GÁMEZ ROLDÁN

ALBA ALONSO ÁLVAREZ

CRISTINA GARCÍA-MORENO CASTRILLÓN

MIRANDA ARANGO BUENO

1 Introducción

El carro de curas es un elemento que tiene mucha utilidad en el trabajo diario del personal de enfermería. Es competencia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) revisar, reponer y limpiar el carro de curas.
Suele tener dos o tres bandejas y también lleva en un lateral un soporte para la bolsa de residuos.

2 Objetivos

Transportar a la habitación del paciente el material que sea necesario para llevar a cabo cualquier cura o procedimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científi-

fica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según la información obtenida, el carro de curas es un elemento muy importante para los hospitales, porque permite guardar todos los utensilios que se van a utilizar y desplazarlos a las habitaciones de los pacientes. En cada planta o zona de ubicación, cada carro puede ser distinto ya que pueden tener unas funciones y objetivos diferentes.

5 Discusión-Conclusión

El carro de curas es un dispositivo ligero y rodante, su material debe de ser de uso no irritante y seguro. Debe estar compuesto por diferentes tipos de gasas, guantes, jeringas, vendas, algodón, antisépticos, medicamentos e instrumental quirúrgico. Otro carro imprescindible es el de paradas y debe de haber uno en cada servicio o planta, es obligatorio que contenga todo lo necesario en caso de una parada cardiorrespiratoria.

6 Bibliografía

- https://salvadornavarro.net/carros-de-cura/.
- Libro Higiene del Medio Hospitalario y Limpieza del Material. Editorial Mac Millar Educatior.

Capítulo 805

LA CAMA HOSPITALARIA

ALBA ALONSO ÁLVAREZ

MIRANDA ARANGO BUENO

ADRIÁN GÁMEZ ROLDÁN

CRISTINA GARCÍA-MORENO CASTRILLÓN

MARIA CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ CELORIO

1 Introducción

La cama hospitalaria es donde el pacientese encuentra durante su ingreso en el hospital. Puede necesitar poco tiempo o largo ingreso. Por ello puede necesitar una cama adecuada para su descanso y recuperación.

2 Objetivos

Reunir unas condicciones de comodidad para el paciente ingresado. Tiene que tener un buen estado de conservación y equipada de la lencería necesaria.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según las encuestas, casi todos los hospitales españoles usarán tecnología en las camas hospitalarias en 2022. Los pacientes apoyan esta idea ya que gracias a esta implantación, mejorará su estancia en el hospital y tendrán mas facilidades a la hora de movilizarse en la cama hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La cama hospitalaria tiene barandillas a los lados por la seguridad de los pacientes, dispone de ruedas en las patas para desplazar al paciente. Las medidas mas comunes son: 1.90 de largo; entre 0.90 metros y 1.05 metros de ancho y entre 0.70 metros y 0.75 metros de alto sin el colchón. También existen camas especialmente diseñadas para necesidades concretas como las camas infantiles (incubadora, cuna nido, cunas térmicas) camas especiales (cama ortopédica, cama arcoelectrica, camillas, cama de levitación y cama hiperbárica). Y también existen diferentes accesorios (pie de gotero, triángulos de walkman, arco de cama, férulas).

6 Bibliografía

- Libro de Higiene del Medio Hospitalario y Limpieza del Material. Editorial: MacMillar Educatior
- https://www.google.com/amp/s/amp.redaccionmedica.com/secciones/tecnologia/el-90-de-los-medicos-usaran-tecnologia-en-las-camas-hospitalarias-en-2022-5310
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 806

ACTIVIDADES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

CRISTINA PRUNEDA SIERRA

MONICA GONZÁLEZ TAMARGO

YOLANDA MERELO ALONSO

CARME DE CON GUTIÉRREZ

MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ

1 Introducción

Para el desarrollo de una intervención quirúrgica se requiere de una preparación correcta tanto de médicos, enfermeras y técnicos auxiliares; se necesita un adiestramiento del personal, conocer los métodos de desinfección y esterilización y una correcta preparación del quirófano.

El Auxiliar de Enfermería (TCAEs) desempeñan un trabajo importante por ello se pretende tener unos buenos conocimientos y una cualificación específica. En el proceso quirúrgica existen tres etapas a resaltar: período preoperatorio, período intraoperatorio y período postoperatorio.

2 Objetivos

- Conocer los mecanismos para mantener un ambiente estéril y seguro para el paciente.
- Colaborar con los otros miembros del equipo en las actividades que se requieran.
- Tener comprensión, afecto e interés por el paciente, ya que la persona está en un estado de inseguridad y dependencia por la situación que va a vivir.

3 Metodología

El trabajo se ha realizado mediante una revisión bibliográfica tanto en artículos y revistas científicas como a través del buscador Google Académico usando como descriptor las palabras claves "técnico auxiliar de enfermería en quirófano" "funciones del TCAE en el quirófano", Asimismo se ha revisado estudios sobre las funciones de los auxiliares en los quirófanos de los últimos cinco años.

4 Resultados

Como ya se ha dicho anteriormente, el quirófano debe de estar preparado para utilizarse en cualquier intervención quirúrgica, y por ello el TCAE deberá:
- Colocar el mobiliario y aparataje quirúrgico antes y después de la intervención.
- Colaborar en la colocación de instrumental.
- Preparar y comprobar al menos un sistema de aspiración conectado al vacío.
- Recepción del paciente, que eso se hará con la ayuda de una enfermera.
- Se guardarán las pertenecías para prevenir lesiones (joyas, prótesis, etc.)
- Colaborar con la colocación del paciente adecuadamente en la cama quirúrgica.

• Durante la intervención quirúrgica el TCAE realiza actividades dependientes e interdependientes:
- Suministrar el material necesario que soliciten los facultativos.
- Atender al paciente si fuera necesario.
- Ayudar a vestir y atar las cintas de las batas a la enfermera y al resto de equipo, para este proceso se tienen que seguir unos pasos específicos.
- Colocar una manta térmica en caso de bajada de temperatura del paciente.
- Colaborar en la colocación de apósitos al final de la cirugía.
- Seguir de forma estricta las técnicas estériles.

• Después de la intervención quirúrgica se hará una recogida, limpieza y desinfección del quirófano. En este caso el TCAE desempeñará el siguiente trabajo:

- Cuando acabe la intervención se retira todo el material desechable.
- El mobiliario se limpiará después de cada jornada con un trapo húmedo con solución detergente o desinfectante.
- Limpiar el aparataje de quirófano con paños húmedos con solución detergente y desinfectante (microscopio, aparatos de isquemia, respirador, motores, etc.)
- Limpiar y desinfectar los instrumental empleados en la cirugía.
- Preparación del material para su esterilización.
- Ordenar y contar el instrumental en los contenedores.
- Ayudar a las enfermeras a ordenar el material estéril en las vitrinas.
- Revisar los contenedores de material punzante.
- Colocar las sabanas de la mesa quirúrgica
- Dejar el quirófano preparado para la próxima intervención.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario de auxiliar de enfermería o TCAE, así como el resto del equipo sanitario son fundamentales para realizar cualquier tipo de operación con éxito de manera que los pacientes puedas evolucionar positivamente de cualquier intervención quirúrgica. La formación en los diferentes cambios tanto de instrumentalización como de preparación y atención al paciente son fundamentales para poder dar una respuesta rápida y positiva ante cualquier eventualidad.

6 Bibliografía

1. Villa, g. C. Técnicas del tcae en el quirofano
2. Bernat- Martí, V . Orts- Cortés percepcion de los profesionales de efermería y auxiliares de enfermería.
3. García garcía A, Hernández Hernández V,: difusión avances de enfermería.

Capítulo 807

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, PREVENCION DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

MARIA ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

ROCÍO CABO FUEYO

SARA GONZALEZ CARREIRA

MICHELLE BARAGAÑO SOLIS

MAXIMINA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Las úlceras de presión son pequeñas úlceras en la piel que son causadas por estar en una misma posición durante demasiado tiempo en un plano duro; también se las puede llamar Escaras. Las úlceras cambian de aspecto en cuatro etapas, se ven rojas en la primera y en la cuarta etapa son profundas y están abiertas pudiendo verse los músculos, huesos,tendones y articulaciones.

Las UPP se producen fundamentalmente por la presión directa pero tambièn por la fricción (subir al paciente arrastrándolo hacia la cabecera) o por el deslizamiento(paciente que va resbalando poco a poco). La presión mantenida en las anteriores situaciones provocan un bloqueo del riego sanguíneo produciendo una lesión. Las UPP pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo donde la piel esté

sometida a mayor presión y en la postura más frecuente del paciente. Los factores más frecuentes en la aparición de úlceras pueden ser:
-Edad avanzada
-Inmovilidad
-Incontinencia
-Poco nivel de conciencia
-Uso de medicamentos
-Alteraciones vasculares,circulatorias.

2 Objetivos

Proporcionar conocimientos al TCAE para colaborar y mantener un buen estado de la piel, ayudando en eliminar o disminuir la presión y vigilando el estado nutricional del paciente.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en base de datos y buscadores de Internet,mediante la aplicación de palabras clave(nutrición,UPP,…..).Se aplicó un filtro de idioma ,Castellano.

4 Resultados

La aparición de UPP es más frecuente en el rango de edad comprendida entre los 71 y 90 años ,aparecen más en mujeres que en hombres ,y la zona del sacro es la más afectada.Otro factor que favorece la aparición de UPP es la carencia de proteínas en la alimentación de las personas mayores ,debido a la falta de apetito ,su dificultad al masticar y esto conlleva no comer en exceso carne ,huevos o pescado ,alimentos que contienen proteína ;ante esto la mejor medida es la prevención.

Los cuidados básicos que debe dar el TAEC con respecto a las úlceras en las unidades de hospitalización son:
-PIEL:Debe de examinarse el estado de la piel como mínimo una vez al día ;la fase más temprana es un eritema cutáneo que no desaparece treinta minutos después de haber desaparecido la presión.Hay que actuar sobre ella para evitar lesiones más graves ,haciendo hincapié en las prominencias óseas o en las zonas

expuestas a la humedad.La piel del paciente debe de mantenerse limpia y seca, evitando fricciones en el secado.

Manejo de la presión:La presión mantenida es el factor más importante en la aparición de UPP debido a la disminución del aporte de oxígeno y nutrientes.Para evitar y disminuir esta presión hay que realizar cambios posturales ,de dos a tres horas pacientes encamados y cada 15 minutos si el paciente puede moverse.Hay que evitar que el paciente se apoye de forma directa sobre las lesiones y sobre todo evitar el contacto entre sí de las prominencias óseas,y el arrastre en el momento de las movilizaciones. También hay que tener en cuenta que hay dispositivos que pueden causar úlceras al provocar rozamientos ,como puede ser:sondas,mascarillas o catéteres.

Medidas preventivas:
-Colocación en sobre-colchón de aire
-Uso de ácidos grasos hiper-oxigenados
-Cambios posturales según protocolo
-Uso de espumas locales en talones codos
-Alivio de presión con almohadones y cojines
-En cuanto a la dermatitis tendrá que haber cambios de pañal cada vez que haya humedad,uso de películas de barrera no irritantes, uso de cremas de óxido de zinc……
-Respecto a las lesiones por fricción o cizalla se deberán hacer las correctas movilizaciones y cambios posturales y utilización de apósitos hidrocoloides.
-Una adecuada nutrición(más proteínas).Es importante recurrir a suplementos nutricionales cuando los pacientes tengan heridas crónicas ya que su alimentación no cubre sus necesidades.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en unidades de hospitalización ha estado relacionado con los cuidados básicos de los pacientes dependientes :aseo, ayuda en la alimentación ,movilización y cambio de absorbentes ,pero todo esto ha ido cambiando y su mayor nivel de conocimientos y profesionalidad les han llevado en que en algunas unidades son piezas fundamentales en el equipo de salud.Junto con el equipo de enfermería son los que tienen un trato más directo con el paciente dependiente y posiblemente sean los que más tiempo pasan con ellos ,resolviendo sus necesidades terapéuticas ,preventivas y ayudando al cuidador en cuanto a la educación sanitaria.

Los TCAE reciben al paciente en la unidad y durante las tareas de aseo y cambios de dispositivos de incontinencia realizan una valoración directa del estado de la piel y ven al paciente que está en riesgo de padecer lesiones relacionadas con la dependencia (UPP , dermatitis asociada a la incontinencia ,lesiones por fricción ,por cizalla).Todo esto ayudado con la aplicación de escalas de valoración (Braden,Globiad)

6 Bibliografía

-Papel del TCAE en la prevención de las LRD (Inmaculada Sánchez Garrido 2018)
-Definición y Clasificación de las úlceras por presión (Blanco López J.L)
-Ulceras por presión (Elvira Molina)
-Cuidados básicos de Enfermería (Desire Mena,Agueda Cervera,Pablo Salas…….)

Capítulo 808

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON TDAH.

NURIA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

1 Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad o TDAH es un trastorno crónico del desarrollo neuropsiquiátrico frecuentemente diagnosticado en la infancia y qe puede persistir en la edad adulta.No se sabe exactamente cuál es la causa del TDAH.Esiste una tendencia familiar,de modo que puede haber factores genéticos.Algunos factores ambientales también pueden influir.
Las principales características del TDAH son:
- Falta de atención
- Hiperactividad
- Impulsividad.

2 Objetivos

Poner de actualidad y mejorar los conocimientos necesarios para que el personal de enfermería trate a pacientes con este síndrome

3 Metodología

Se elige un periodo de tiempo comprendido entre los años 2010 y 2017 se procede de la siguiente manera:
1. Revisión bibliográfica de artículos y guías clínicas.

2.Recogida y análisis de datos publicados en varias bases de datos.las bases consultadas han sido: CIC , Dialnet,pubmed y Elsevier,con descriptores (hiperactividad, trastornos infancia, cuidados enfermería, genética).

4 Resultados

Se pone de manifiesto que la actuación de enfermería es clave para una detección precoz de este trastorno.
Las actividades de enfermería serán:
- Desarrollar una buena relación de confianza con el paciente.
- Enseñarle a obedecer instrucciones y ser responsable.
- Monitorización constantes vitales, dentro de valores normales.
- Enseñanza de medicamentos prescritos.
- Asesorar sobre alimentación.
-Tratamiento del sueño.
- Fomentar un buen ambiente familiar implicando a los padres en el tratamiento.
- Fomentar el aprendizaje.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de los aspectos más relevantes de esta patología en cuanto al los síntomas y el tratamiento es fundamental, para así poder establecer un plan de cuidados que proporcione al niño y su familia una atención enfermera individualizada de calidad.

6 Bibliografía

- http//hiperactividadpautaseducativas.blogspot.com.es/2017/05/el-trastorno-por-deficit-de-atencion.
- http//www.revistaportalesmedicos.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 809

CUIDADOS A PACIENTE TETRAPLEJICO

ADRIANA PRENDES MORO

1 Introducción

La tetraplejia es una parálisis causada por una enfermedad o lesión que tiene como consecuencia la perdida parcial o completa del uso de las cuatro extremidades y el torso.

La causa de esta perdida suele ser bien por un daño en la médula espinal, específicamente en alguna de las vertebras cervicales, o bien por alguna enfermedad que afecte a las neuronas motoras. La perdida suele ser sensorial y motora, es decir , hay que hay una falta de sensibilidad y de capacidad de control.

Hay muchos factores a la hora de el cuidado de pacientes con tetraplejia, ya que son pacientes que no mueven nada de cuello para abajo. El evitar que en las zonas donde el cuerpo hace mas presión se produzcan ulceras por presion es muy importante, para ello siempre empezaremos por hacer un buen aseo y posteriormente un secado de la piel exhaustivo, para continuar hidratando la piel.

Los cambios postulares son de mayor importancia, siempre que el estado del paciente lo permita lo levantaremos a un sillón o una silla adaptada para el, esto beneficiara al paciente. Cuando su estado no lo permita se harán cambios postulares en la cama cada
3h.

Estos pacientes son portadores de sondas vesicales o se hacen sondajes evacuadores, siempre mantendremos la zona genital limpia y seca y evitaremos usar

cremas barreras para evitar infecciones.

2 Objetivos

- Entender los cuidados dek oaciente tetrapléjico.

3 Caso clínico

Paciente de 50 años que mientras estaba en su huerto ha caído de manera repentina golpeándose en región occipital. Su hijo estaba presente con él. Cuando se ha dado cuenta ya estaba en el suelo inconsciente. Refiere que ha permanecido 20 minutos en el suelo hasta que ha llegado la ambulancia. Inicialmente no respondía a ordenes verbales simples ni complejas.
A la llegada al hospital esta consciente y orientado, contesta con lentitud en el habla.
Refiere no sentir nada de cuello para abajo.

4 Discusión-Conclusión

El tratamiento de la tetraplejia depende de la gravedad de la lesión y de las necesidades particulares del paciente. El tratamiento tiene como objetivo tratar la pérdida de las funciones vitales y de la sensibilidad del paciente en las zonas paralizadas del cuerpo, así como la pérdida o el deterioro del funcionamiento de cualquier órgano.

5 Bibliografía

- aspaymmadrid.org/wp-content/uploads/2018/04/guia-practica-para-lesionados- medulares.pdf

Capítulo 810

BURNOUT EN PROFESIÓN SANITARIA.

MARIA BELEN GARCIA VILLEGAS

MARIA ISABEL QUESADA POSADA

1 Introducción

A lo largo del siglo XXI el número de personas que padecen estrés laboral se ha incrementado de manera importante, aunque ya en 1974 Herbert Freudenberger mencionó el término "burnout". Según los datos aportados por diversos estudios, este es considerado el segundo problema de salud laboral más frecuente del continente europeo.

La palabra "burnout", también llamada "síndrome de estar quemado", es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el síndrome resultante de un estrés laboral crónico en el que la persona presenta agotamiento emocional, negatividad y menor eficacia profesional. Además, a partir de 2022 esta enfermedad aparecerá reflejada en la undécima edición de "Clasificación Internacional de Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (CIE)".

La frecuencia e intensidad con la que se padece "burnout" generalmente se cuantifica por medio de un cuestionario llamado "Maslach Burnout Inventory- General Survey", el cual está compuesto por 22 ítems que miden las tres características principales de este trastorno. El diagnóstico del "síndrome de estar quemado" se produce cuando el trabajador presenta altas puntuaciones en las categorías "cansancio emocional y despersonalización", y bajas puntuaciones en la categoría "realización personal". A pesar de que esta es la escala más utilizada, existen otras

como es la "Escala de Bienestar Psicológico (EBP)" elaborada en la Universidad de Valencia.

Los trabajadores sanitarios son considerados unos de los principales grupos profesionales susceptible a padecer "burnout". Según los datos aportados por un estudio llevado a cabo en el año 1995 en Guadalajara (España), el perfil personal con mayor riesgo sería el de una mujer mayor de 44 años sin pareja estable, que además tiene una jornada laboral de 36-40 horas semanales con más de 20 pacientes a su cargo.

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo y consecuencias relacionadas con el padecimiento de "burnout" en los profesionales sanitarios.

3 Metodología

El trabajo llevado a cabo es una revisión bibliográfica basada en la búsqueda de literatura publicada relacionada con el trastorno "burnout" y su afectación al personal sanitario.
La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en distintas bases de datos, siendo los artículos utilizados de las páginas "WOS" y "PUBMED", además de utilizar otras páginas oficiales con fin de recoger datos estadísticos.
Las palabras clave utilizadas en la búsqueda, tanto en inglés como en español, son las siguientes:
Burnout–Burnout
Estrés–Stress
Sanidad–Health care

Los criterios de inclusión y exclusión definidos para llevar a cabo la búsqueda son los siguientes:
- Literatura publicada en inglés y español durante la última década con el fin de obtener los datos más recientes (a excepción de un artículo publicado en 1997, pero que debido al interés y relevancia de los datos aportados sobre los profesionales sanitarios españoles, se ha decidido utilizalo).
- Artículos en los que la patología esté asociada directamente con los profesionales sanitarios, y no con otro sector laboral.
- Artículos disponibles en acceso abierto.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la búsqueda bibliográfica realizada utilizando los descriptores y la base de datos mencionada previamente, y se han obtenidos 2553 artículos. Tras el examen de títulos y resúmenes de dichas publicaciones, y comprobado que cumples los criterios de inclusión y exclusión establecidos se han elegido 6 artículos, a partir de los cuales se ha llevado a cabo esta revisión bibliográfica.

Tal y como se menciona previamente la incidencia del "burnout" está aumentando rápidamente, destacando en profesiones como son las relacionadas con el cuidado y la sanidad. El padecimiento de esta patología puede desencadenar una incapacidad temporal, llegando a relacionarse con el 50-60% de los días laborales perdidos. Por ello, es importante identificar los factores de riesgo, para así poder prevenir su aparición y las consecuencias que este trastorno supone, tanto a nivel personal como institucional.

Algunos de estos factores de riesgo están directamente relacionados con la gerencia de los centros sanitarios, la cual está encargada de repartir los recursos financieros, la contratación de personal y de la formación continuada de los profesionales sanitarios.
La sobrecarga laboral es una de las cuestiones más relevantes a la hora de sufrir "burnout", ya que a pesar de que el número de población, y por lo tanto, de pacientes ha aumentado, los ratios personal sanitario-paciente continúan siendo similares a hace años. Además, también cabe mencionar la falta de personal y las largas horas de jornada laboral. Todos estos factores se relaciona con un empeoramiento de la salud del personal, lo que conlleva una peor calidad asistencial y por lo tanto, un efecto en la seguridad del paciente. Además, algunos estudios publicados indican una ligera asociación entre esta sobrecarga y un mayor número de mortalidad en los pacientes.

Otro de los factores a tener en cuenta es el relacionado con el ámbito económico, ya que los gerentes de centros hospitalarios, se centran principalmente en los recursos económicos pero no en los personales. Asimismo, esta economización también afecta a los recursos materiales creando así ambientes de trabajos inadecuados (material anticuado, recursos materiales limitados y de baja calidad, etc…). Los recortes financieros también afectan al salario e incentivos económicos de los trabajadores, sintiéndose con ello menos valorados por sus jefes, y más

descontentos con el trabajo realizado.
En cambio, posibles situaciones o condiciones de trabajo que podrían relacionarse con un mayor estrés, no presentan una asociación estadísticamente significativa en la literatura revisada. Algunas de estas situaciones son la turnicidad laboral o el hecho de tener hijos.
Las consecuencias de estar quemado en el trabajo repercuten en diversas esferas tanto laborales como personales, pero la principal repercusión ocurre en el paciente. Según un estudio publicado a principios de 2020, el "burnout" se relaciona con un aumento de los efectos adversos en pacientes hospitalizados, mayor tiempo de hospitalización, una mayor mortalidad y un incremento de errores prevenibles, que en otras condiciones posiblemente no ocurrirían. Además, estas consecuencias también afectan físicamente a los profesionales, propiciando la aparición de ciertas enfermedades tales como lumbociatalgias o deprensiones, lo que conlleva a la larga un mayor ausentismo laboral.

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral es una cuestión que afecta a la mayoría de profesiones, pero que cobra mayor importancia en el personal sanitario, ya que la base de su trabajo consiste en el cuidado y mantenimiento de vidas humanas, así como de su calidad de vida.

La crisis económica ocurrida durante este siglo ha acuciado aún más las carencias que presentaba el sistema sanitario español. Según los últimos datos publicados por la OMS, España se encuentra a la cola de Europa en cuanto a la relación paciente/personal sanitario. Todo esto conlleva consecuencias para el profesional como pueden ser una mayor sobrecarga, sentimientos de frustración, y cuestiones físicas que podrían llevar a la incapacitación temporal del profesional. Esta incapacitación acarrea otra serie de problemas: la contratación y formación de nuevo personal, o en su defecto, sobrecargar a otro profesional incluyéndole el cupo de la persona ausente, provocando a la larga un mayor gasto económico para la entidad hospitalaria. Asimismo, también tiene consecuencias negativas para los pacientes, que a pesar de ser los beneficiarios de los cuidados, también son los principales receptores de las consecuencias negativas de que los profesionales padezcan "burnout".

Las medidas de prevención de esta enfermedad deben incluir tanto a los profesionales como a los Gobiernos de cada nación, ya que es un problema de índole

global. Este trabajo se ha basado en la identificación de los factores de riesgo de esta enfermedad, lo que supone el primer paso para desarrollar un programa de prevención precoz y eficaz, y así poder presentar unos recursos personales y materiales acordes a las necesidades y demandas de la población.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 2020 enero 21]. Disponible en: https://www.who.int/es
- Atance Martínez J. C. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1997 Mayo [citado 2020 Ene 21] ; 71(3): 293-303. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008&lng=es.
- Millán de Lange A.C., D'Aubeterre López M.E. (2012). Propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory-GS en una muestra multiocupacional venezolana. Revista de Psicología (Lima), [citado 2020 Ene 21]. 30(1), 103-128. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472012000100005&lng=pt&tlng=es.
- La OMS reconoce como enfermedad el burnout o "síndrome de estar quemado" | Médicos y Pacientes [Internet]. [cited 2020 Jan 21]. Disponible en: http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado
- An investigation into the relationships between bullying, discrimination, burnout and patient safety in nurses and midwives: Is burnout a mediator? [citado 2020 enero 20]; Disponible en: http://eprints.whiterose.ac.uk/149769/
- Ten Hoeve Y, Brouwer J, Kunnen S. Turnover prevention: The direct and indirect association between organizational job stressors, negative emotions and professional commitment in novice nurses. J Adv Nurs [Internet]. 2019 [citado 2020 enero 20];00:1–10. Disponible en: https://publons.com/publon/10.1111/jan.14281
- Ghavidel F, Fallahi-Khoshknab M, Molavynejad S, Zarea K. The role of organizational factors in nurse burnout: Experiences from Iranian nurses working in psychiatric wards. J Fam Med Prim Care [Internet]. 2019 [citado 2020 enero 20];8(12):3893. Disponible en: http://www.jfmpc.com/text.asp?2019/8/12/3893/272471
- Torrades S. Estrés y burn out. Definición y prevención | Offarm [Internet]. [cited 2020 Jan 20]. 26 (10) 104-107. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896
- Ortega Ruíz C., López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en

los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Healthy Psychology (Internet). 2004; 4(1): 137-160. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/337/33740108.pdf
- Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Vol. 381, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2013. p. 1323–31. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60102-6/fulltext
- Pérez-Francisco DH, Duarte-Clíments G, del Rosario-Melián JM, Gómez-Salgado J, Romero-Martín M, Sánchez-Gómez MB. Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. Healthcare [Internet]. 2020 Jan 3 [cited 2020 Jan 21];8(1):12. Disponible en: https://www.mdpi.com/2227-9032/8/1/12

Capítulo 811

CUIDADOR PRINCIPAL ESCALA DE ZARIT E INTERVENCIONES PREVENTIVAS.

MARIA BELEN GARCIA VILLEGAS

MARIA ISABEL QUESADA POSADA

1 Introducción

A lo largo del último siglo se han producido una serie de cambios demográficos debido a factores como el aumento de la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad, todo ello consecuencia de las mejoras sanitarias, las condiciones laborales y otra serie de factores. Este aumento de la esperanza de vida lleva inherente un mayor prevalencia de enfermedades crónicas, las cuales se relacionan con un aumento de las personas con morbilidades y dependencias.

La definición de "dependencia" proporcionada por el Consejo Europeo fue la siguiente: "estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de una asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades corrientes de la vida diaria".

Las situaciones de dependencia también provocan alteraciones en la estructura familiar, ya que los cuidados a personas dependientes son realizados, generalmente, por sus propios familiares. La figura del cuidador principal informal es aquella persona que a pesar de no percibir ninguna remuneración económica

por ello, ayuda a satisfacer las necesidades básicas e instrumentales de la persona dependiente. Según un artículo publicado R Beach S. et al., un buen apoyo proporcionado a estos cuidadores informales se relaciona con menores gastos hospitalarios, ya que se reducen las hospitalizaciones y las visitas hospitalarias.

Estos cuidadores principales suelen presentar una sobrecarga física y emocional que repercute directamente en su estado de salud, y que los diferentes autores han llamado "síndrome del cuidador". Las consecuencias más comunes asociadas a esta sobrecarga son el padecimiento de ansiedad, depresión, aislamiento social y una pérdida de poder adquisitivo, ya que estas personas suelen dejar sus trabajos para dedicarse al cuidado de sus familiares.

El perfil de los cuidadores principales suele ser una mujer casada de mediana edad (50-55 años), hija de la persona dependiente con un nivel de estudios básico y cuya labora principal es el cuidado de la persona dependiente. Estas personas suelen emplear unas 16 horas diarias al cuidado de su familiar.

2 Objetivos

• Identificar los métodos empleados para el estudio de la sobrecarga padecida por los cuidadores principales.

3 Metodología

El trabajo llevado a cabo se trata de una revisión bibliográfica cuyo objetivo se basa en identificar las medidas utilizadas para analizar la sobrecarga padecida por el cuidador principal.

Esta revisión sistemática se ha realizado con búsquedas en bases de datos oficiales nacionales e internacionales, entre las que destacan "WOS", "PUBMED", "ELSEVIER" y "SCIELO". Además, se ha utilizado información publicada en revistas científicas sanitarias.
La herramienta bibliográfica usada en este capítulo ha sido "Mendeley", en su formato "desktop" para Microsoft Word.
Las palabras clave utilizadas para llevar a cabo la búsqueda son las siguientes:
Cuidador informal–Informal caregiver
Sobrecarga del cuidador–Burden of caregivers
Dependencia–Dependence

Esta revisión bibliográfica se ha realizado conforme a unos parámetros o criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, los cuales han sido:
• Artículos publicados a partir de 2010, con el fin de obtener la literatura más reciente
• Literatura publicada en inglés y en español
• Artículos con acceso gratuito al texto completo

4 Resultados

Una vez realizada la búsqueda se obtuvieron 15874 artículos, de los cuales tras la revisión de los criterios de inclusión y exclusión, la lectura de títulos y resúmenes se eligieron 4 artículos para llevar a cabo esta revisión bibliográfica.

Los cuidadores principales se enfrentan a numerosas dificultades y problemas, pero a pesar de dedicarse al cuidado de otros… ¿quién cuida de ellos? La evaluación de la sobrecarga de estas personas es compleja y primordial, ya que muestra las áreas en las que el cuidador necesita asistencia, buscar posibles alternativas, así como intervenciones preventivas o que disminuyan las consecuencias negativas de ser cuidador de una persona dependiente.
El instrumento más utilizado de manera global para evaluar la carga del cuidador principal, es la escala de Zarit. Este método consiste en un cuestionario cuyo fin es analizar de manera unidimensional la carga que padece el cuidador, a pesar de que contiene diferentes ítems. La escala Zarit está compuesta por 22 cuestiones con 5 respuestas posibles según la frecuencia con que se experimentan las sensaciones (que abarcan desde el "nunca" hasta "casi siempre") cuyas puntuaciones oscilan del 1 al 5, de tal modo que la mínima puntuación obtenible es 22 y la máxima 110. Según el resultado obtenido existen diferentes grados de sobrecarga:
• ≤46: ausencia de sobrecarga
• 47-55: sobrecarga leve
• ≥56: sobrecarga intensa

Esta escala presenta una serie de problemas, siendo el más llamativo el tiempo que se tarda en rellenar, por lo que se ha creado un modelo abreviado. Esta variante ha sido puesta en práctica en cuidadores de pacientes paliativos y recogida por M Gort A. et al. en un artículo. Tras el estudio de la escala, la redujeron a un total de 7 ítems cuya sensibilidad y especificidad son iguales a la escala sin abreviar, pero cuya utilización es mucho más sencilla y útil.

Esta escala presenta una serie de ventajas e inconvenientes, que llevan a que numerosos investigadores comiencen a buscar alternativas adecuadas para evaluar la sobrecarga del cuidador. Algunos de sus puntos positivos son la validación de esta escala en un gran número de países, su traducción a diferentes lenguas, y mayoritariamente el hecho de que identifiquen la presencia de sobrecarga en cuidadores de personas con diferentes tipos de patologías.

Los profesionales sanitarios han estudiado la existencia de otras escalas que se acerquen más a las necesidades a evaluar, entre las que cabe destacar las siguientes:

• Caregiver Strain Index (Robinson, 1983): escala que se basa en la evaluación de los aspectos laborales, económicos, físicos, sociales y temporales. Este es el método de elección para identificar la sobrecarga en cuidadores de personas dependientes debido a ictus o accidentes cerebrovasculares.

• Caregiver Subjective and Objective Burden Scale (Montgomery, 1985): escala que consta de 22 ítems con 5 posibles respuestas, y que además diferencia la carga objetiva y la carga subjetiva. En contraposición, su validez no está probada de manera suficiente.

• Screen for Caregiver Buden (Vitaliano et al., 1991): escala compuesta por 25 ítems y destinada a las parejas de pacientes con demencia tipo alzhéimer, pero en contraposición solo se ha proporcionado en poblaciones caucásicas. Además, al igual que la escala anterior, también distingue entre carga objetiva y subjetiva.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios en el constructo demográfico de la sociedad actual, conlleva una serie de modificaciones en los roles familiares. El aumento de la esperanza de vida y de las tasas de dependencia conlleva también el aumento del número de cuidadores, que en la mayoría de los casos son familiares directos de las personas dependientes.

En Europa, estos cuidadores informales suelen darse mayoritariamente en los países del sur del continente. Esto se debe a que estas naciones tienen una mayor tradición "familiar", y las personas son educadas para que si en un futuro sus mayores necesitan cuidados, sean proporcionados por ellos u otros miembros de la familia.

Estos cuidadores son una parte fundamental del modelo sanitario actual, ya que

en numerosos casos la concesión de una ayuda domiciliaria puede llevar muchos años, e incluso la persona dependiente puede fallecer sin haberla recibido. Por este motivo, la evaluación e identificación de la sobrecarga del cuidador debería tratarse de una cuestión primordial en las políticas sanitarias, así como de intervenciones basadas en la prevención o disminución de esta carga.

La prevención del "síndrome del cuidador" se trata de una intervención que requiere de la participación conjunta de los Gobiernos nacionales y autonómicos, así como de los profesionales de la salud. Los presupuestos destinados a estas cuestiones deberían ser mayores, para que así los profesionales sanitarios puedan llevar a cabo intervenciones efectivas y duraderas en el tiempo.

6 Bibliografía

- López Gil M.J., Orueta Sánchez R., Gómez-Caro S., Sánchez Oropesa A., Carmona de la Morena J., Alonso Moreno F.J. The caregiver burden and its repercussions on quality of life and health. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2009 Jun [citado 2020 Feb 02] ; 2(7): 332-339. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es.
- Sobrecarga del cuidador principal | Yonte Huete | RevistaEnfermeríaCyL [Internet]. [cited 2020 Feb 2]. Disponible en: http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/40
- Recomendación No (98) 9 Del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia.
- Beach SR, Schulz R, Friedman EM, Rodakowski J, Martsolf RG, James AE. Adverse Consequences of Unmet Needs for Care in High-Need/High-Cost Older Adults. Warren-Findlow J, editor. Journals Gerontol Ser B [Internet]. 2018 Feb 17 [cited 2020 Feb 2]; Disponible en: https://academic.oup.com/psychsocgerontology/advance-article/doi/10.1093/geronb/gby021/4869156
- Ramón-Arbués E, Martínez-Abadía B, Martín-Gómez S. Determinants of caregiver burden. Study of gender differences. Vol. 49, Atencion Primaria. Elsevier Doyma; 2017. p. 308–9. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28427914
- Isabel Casado Morales Ma Xesús Froján Parga Ma Eugenia Olivares Crespo Miguel Ángel Pérez Nieto Viente Prieto Cabras Ma Fe Rodríguez Muñoz Pablo Santamaría Fernández Albert Sesé Abad M, Crespo M, Teresa Rivas M. Clínica y Salud Clínica y Salud Investigación Empírica en Psicología La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Clin Heal J

Empir Res Psychol [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 2];1(1):9–15. Available from: www.elsevier.es/clysaDoi:http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002
- Regueiro Martínez AÁ, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona SM, Ferreiro Cruz MC. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten Primaria. 2007 Apr 1;39(4):185–8. Disponible en: https://medes.com/publication/25555
- Gort AM, March J, Gómez X, De Miguel M, Mazarico S, Ballesté J. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. Med Clin (Barc). 2005 May 7;124(17):651–3. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-escala-zarit-reducida-cuidados-paliativos-13074742

Capítulo 812

HIGIENE POSTURAL EN LA MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS.

LORENA FERNÁNDEZ MÉNDEZ

1 Introducción

En nuestra práctica diaria es fundamental mantener una correcta postura a la hora de movilizar a los enfermos no sólo para evitar lesiones, y facilitar la tarea a los cuidadores sino también para proporcionar al paciente una seguridad.
Aunque existe una gran variedad de técnicas y maneras de hacer las movilizaciones no todas son posibles de llevar a cabo debido a la patología o situación física del paciente.
Hay 2 tipos de movilización:
- ACTIVA: donde el paciente desarrolla por sí mismo el movimiento . Para ello se requiere la participación consciente y voluntaria del enfermo y cuya finalidad es mejorar la potencia y desarrollar la coordinación neuromuscular.
- PASIVA: es aquella en la que el paciente no participa activamente y es el cuidador el que realiza los cambios posturales, o los ejercicios.

Su finalidad es mantener las estructuras articulares y musculares, así como mejorar la condición física , el sistema vascular y neurológico.
En pacientes dependientes se requiere la presencia de dos cuidadores y en los que colaboran con un sólo cuidador sería suficiente.
Pautas generales para las movilizaciones:
- Intentar que la persona realice por sí mismo los movimientos en la medida que le sea posible. Ayudar solo si es necesario.
- Evitar movimientos bruscos que ocasionen dolor o molestias.
- Explicar con antelación la movilización que vamos a realizar.

- Realizar movimientos suaves y lentos, para que se produzca una adaptación gradual.
- Si existe dolor, parar la movilización.

2 Objetivos

- Prevenir lesiones músculo-esqueléticas, principalmente el dolor de espalda.
- Facilitar la actividad al cuidador, adoptando posturas seguras.
- Proporcionar seguridad al enfermo dependiente.
- Minimizar problemas de salud derivados de la inmovilización.
- Fomentar la autonomía del paciente, mejorando así su calidad de vida.

3 Metodología

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

4 Resultados

Por tanto para evitar lesiones, dolores de espalda, contracturas musculares es necesario no sólo adoptar una postura correcta, sino mantener una adecuada condición física.
Es importante que los cuidadores realicen ejercicio físico para tener una buena tonificación de los músculos, hacer ejercicios de estiramientos de la zona lumbar y dorsal, terapias de relajación.
Antes de realizar la movilización debemos valorar el medio donde se va a realizar el cambio postural y proveernos de los máximos recursos disponibles para facilitar el trabajo, entre los que destacan: colocar barandillas, estar a la misma altura del paciente; cuanto mayor sea la superficie de contacto más segura y menos dolorosa será la transferencia.

5 Discusión-Conclusión

Movilizar pacientes en nuestro ámbito sanitario con movilidad reducida supone una gran carga física para quien la realiza. En caso de no cuidar nuestro cuerpo a la hora de ejercer nuestro trabajo, se pueden producir lesiones inflamatorias o degenerativas tanto de músculos, tendones, vértebras, articulaciones entre otros. La movilización de personas no tiene por qué ser una actividad de desgaste, ni un riesgo para que se produzcan lesiones ni para quien realiza la movilización ni para el propio paciente.

6 Bibliografía

- www.ceac.es
www.geriatricarea.com
www.efisioterapia.net.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 813

RIESGOS BIOLÓGICOS

PAULA LÓPEZ LEMA

AROA LÓPEZ LEMA

MARÍA DE LOS ÁNGELES DEL BARRIO VALDÉS

DAVINIA MECA LOPEZ

ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El Anexo I del R.D. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo contiene una lista indicativa de las actividades en las que no hay intención deliberada de manipular agentes biológicos, pero en las que la exposición es posible.

El riesgo biológico consiste en la presencia de un organismo, o la sustancia derivada de un organismo, que plantea, sobre todo, una amenaza a la salud humana (una contaminación biológica). Esto puede incluir los residuos sanitarios, muestras de un microorganismo, virus o toxina de una fuente biológica que puede resultar patógena. Puede también incluir las sustancias dañinas a los animales y otros seres vivos. El término y su símbolo asociado se utilizan generalmente como advertencia, de modo que esas personas potencialmente expuestas a las sustancias lo sepan para tomar precauciones. Hay también un biohazard HCS/WHMIS insignia que utiliza el mismo símbolo. La expresión «riesgo biológico» está muy ligada al campo de la prevención de riesgos laborales.

2 Objetivos

Tratar de explicar los principales riesgos biológicos que se pueden presentar en el entorno de un centro hospitalario. Así como determinar cuáles son las causas que lo originan y explicar brevemente las consecuencias que pueden provocar sobre la salud de los trabajadores sanitarios como no sanitarios.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de distintas bases de datos como Medline, Pudmed, Wok. Para la estrategia de búsqueda hemos utilizado las siguientes palabras clave: 'riesgos biológicos en hospitales', 'prevención hospitalaria', 'riesgo laboral'.

4 Resultados

Agentes biológicos (AB): Se consideran agentes biológicos a los microorganismos, con inclusión de los genéticamente modificados, a los cultivos celulares y a los parásitos humanos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad. Asimismo, los microorganismos viables o sus productos priones y otros organismos que causen o puedan causar enfermedades al hombre, a los animales y a las plantas.

• Clasificación de los agentes biológicos
- Grupo de Riesgo I: Tienen un escaso riesgo individual y comunitario, siendo muy poco probable que causen enfermedades en trabajadores saludables.
- Grupo de Riesgo II: Presentan un riesgo individual moderado y comunitario limitado; pueden causar enfermedades pero normalmente no constituyen un riesgo serio para el trabajador saludable, la comunidad y el medio ambiente.
- Grupo de Riesgo III: Representan un riesgo individual elevado y comunitario bajo, suelen provocar enfermedades graves no propagándose de ordinario de una persona infectada a otra pero usualmente existen medidas profilácticas y tratamiento específico eficaz.
- Grupo de Riesgo IV: Presentan un elevado riesgo individual y comunitario, suelen provocar enfermedades graves en las personas, pudiendo propagarse fácilmente de un individuo a otro directa o indirectamente; usualmente no existen medidas profilácticas ni tratamiento específico eficaz.

• Vías de entrada en el organismo de los agentes biológicos

Pueden ser: respiratoria, digestiva, dérmica y conjuntiva. La combinación entre el número de microorganismos en el ambiente, la virulencia de los mismos (grado de infectividad) y la resistencia del individuo determinará, en última instancia, la probabilidad de contraer la enfermedad. No hay que olvidar, por otro lado, los posibles efectos tóxicos y alérgicos de los agentes biológicos.

- Vía respiratoria: la exposición por vía respiratoria tiene lugar por la inhalación de aerosoles que contengan microorganismos. Estos aerosoles se pueden generar a partir de pacientes contaminados, en operaciones de laboratorio (pipeteado, centrifugado, cultivos, etc.), en proximidad con animales contaminados o enfermos y en cualquier operación que indique agitación.
- Vía dérmica y parenteral: la penetración de agentes biológicos a través de una piel sana tiene lugar de manera muy esporádica. Otra cuestión es cuando la piel presenta heridas o lesiones, aunque sean superficiales, en cuyo caso ha perdido su capacidad protectora. Esto también puede ocurrir cuando la piel está mal conservada o poco hidratada.
- Vía conjuntiva: cuando no existe riesgo de contaminación a través del aire pero existe riesgo de salpicadura o proyección de aerosoles infectados sobre la mucosa ocular, así como por la proyección de agua contaminada, sangre o de gotas de cultivos infecciosos, se utilizarán elementos de protección para los ojos y el rostro.
- Vía digestiva (Fecal-oral): por ingestión accidental, al pipetear con la boca, al comer, beber o fumar en el lugar de trabajo, etc.

• También hay dos tipos de mecanismo de transmisión:

- Transmisión directa: la transmisión por contacto directo requiere de contacto físico entre una persona infectada y una persona susceptible o no infectada. Las infecciones que se transmiten por contacto directo se propagan cuando un microorganismo causante de enfermedades pasa de la persona infectada a la persona no infectada por contacto físico directo. El contacto directo es tocar o besar, tener contacto sexual o contacto con secreciones o heridas de una persona infectada. Muchas son las enfermedades que se transmiten por contacto. Ejemplo de alguna de ellas son la varicela, el resfriado común, la conjuntivitis, hepatitis A y B, herpes simple, influenza, sarampión, mononucleosis, la quinta enfermedad, tos ferina, neumonía bacterial e infecciones de la piel.
- Transmisión indirecta: la transmisión por contacto indirecto ocurre de un depósito a superficies y objetos contaminados o portadores tales como mosquitos, moscas, arados, pulgas, garrapatas, roedores o perros. Las infecciones que se transmiten por contacto indirecto se propagan cuando una persona infectada estornuda o tose, mandando las gotitas infectadas al aire. Las personas saludables

inhalan estas gotitas infectadas o las gotitas aterrizan en los ojos, nariz o boca de las personas.

• La prevención se basa generalmente en las siguientes medidas:
- Barreras físicas: dentro de estas podemos incluir los EPI (Equipo de Protección Individual) como son los guantes, las mascarillas, las batas, etc.
- Barreras químicas: desde los biocidas para limpiar los conductos de ventilación, hasta los desinfectantes como la clorhexidina, la povidona yodada, o la lejía.
- Precauciones universales: constituyen la estrategia fundamental para la prevención de los riesgos derivados de la exposición a microorganismos vehiculizados por la sangre y el resto de fluidos biológicos.
Su principio básico es que la sangre y otros fluidos corporales deben considerarse potencialmente infecciosos, por lo que se han de adoptar precauciones utilizando las barreras protectoras adecuadas en todas las maniobras o procedimientos en los que exista la posibilidad de contacto con los mismos a través de la piel o las mucosas. Es de especial importancia que todo el personal que pueda entrar en contacto con dichos fluidos, conozca dichas precauciones y las razones por las que debe respetarlas.
A. Uso rutinario de guantes, gafas, batas/monos, etc. cuando se prevea la posibilidad de contacto con sangre, otros fluidos corporales, mucosa o piel no intacta.
B. Lavado de manos y secado de las mismas con medios individuales (toallas desechables o aire caliente) antes y después de utilizar guantes.
C. No reutilizar el material que no se pueda esterilizar. Utilizar, siempre que sea posible, material de un solo uso (agujas, jeringas…).
D. No reencapsular las agujas: manejar con precaución los instrumentos cortantes como agujas, bisturíes, etc. Los objetos punzantes y cortantes a desechar (agujas, jeringas y otros instrumentos .afilados) deberán ser depositados en contenedores apropiados con tapa de seguridad.
E. Se efectuarán las desinfecciones y esterilización cuando sea necesario y de forma correcta, etc.

5 Discusión-Conclusión

Está claro que el principal aliado para evitar cualquier tipo de enfermedad es la prevención. Ofrecer vacunas a los trabajadores, elaborar un adecuado plan de seguridad, formar e informar a los empleados y proveer de medidas de contención.

6 Bibliografía

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

Capítulo 814

SONDAJES DEL APARATO DIGESTIVO, URINARIO Y RESPIRATORIO

MONTSERRAT FERNÁNDEZ VALBUENA

1 Introducción

Las sondas son tubos largos y huecos, de diferentes diámetros, que pueden ser flexibles, semirrígidos o rígidos. Se insertan en el interior de una cavidad o conducto para extraer o introducir sustancias con fines terapéuticos o de diagnóstico.

Se fabrican en diferentes materiales: cauchos, siliconas, látex, plástico. Cada sonda puede tener calibres diferentes, el extremo distal queda introducido en el paciente y el proximal queda al exterior para su manipulación según los cuidados a prestar. Existen diferentes tipos de sondas para su uso en aparato digestivo, urinario, rectal o respiratorio.

2 Objetivos

Conocer los distintos tipos de sondajes, según su utilización y los diferentes tipos de sondas y sus usos, características e indicaciones.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Sondas del aparato respiratorio
- Sonda de oxígeno: también llamada catéter nasofaríngeo o sonda nasal. Es un tubo fino y flexible que se introduce en una fosa nasal y se usa para administrar oxígeno al paciente.
- Sonda bronquial: catéter semirrígido utilizado para la extracción de secreciones por vía nasal, mediante aspiración.

2. Sondas del aparato digestivo.
Sonda nasogástrica.
Tubo flexible que se introduce en el estómago por vía bucal o vía nasal. Está indicada en:
- la alimentación entera.
- la aspiración de contenido gástrico.
- los lavados gástricos.
- evitar náuseas o vómitos.
- evitar aspiraciones bronquiales en el postoperatorio.
- administrar medicación.
- realizar lavado gástrico.
- obtener muestras para examen.
- realizar una descompresión gástrica postoperatoria.

A. Contraindicaciones:
-Fracturas faciales.
-Pacientes con antecedentes de cirugía esofágica o gástrica.
B. Complicaciones: Erosión de la mucosa facial, hiperventilación, bradicardia, esofagitis por reflujo, lesión en la mucosa gástrica.

3. Tipos de sondas nasogástricas y orogéstricas:
-Sonda Levin: de plástico o caucho y una sola luz. Es la más común. De poliuretano, flexible y con una línea radiopaca para confirmar su correcta posición radiológicamente. En el extremo distal tiene un orificio central y varios laterales, en el proximal varía su color en función del diámetro. Indicaciones: obtener mues-

tras de jugos gástricos, drenar el contenido gástrico, realizar lavados en intoxicaciones.

-Sonda de Salem: similar a la de Levin pero con dos luces: una actúa como sonda y por la otra entre aire. Es desechable y está indicada sobre todo para lavado gástrico continuo. Nutriflex: mide unos 76 cm. Con una pequeña punta de mercurio que facilita su introducción y viene recubierta con un lubricante que se activa al humedecerse.
-Sonda de Moss: nasoesofágica, de 90 cm. de longitud y triple luz, se fija al estómago inflando un pequeño balón que tiene. Las luces esofágica y gástrica sirven para el lavado y la tercer luz es para alimentación deudenal.

4. Sondas de nutrición enteral
Son sondas de pequeño calibre, flexibles y de material resistente para que sean lo menos molestas al paciente, normalmente de silicona, que es un materal suave y flexible, que puede dificultar un poco la colocación y ubicación de la sonda, por lo que algunos modelos disponen de una guía que facilita la introducción y se retira una vez colocada la sonda. Algunos modelos disponen en su parte distal de un lastre. Están indicadas en la administración de alimentos a los pacientes que no pueden hacerlo por vía oral. Algunos modelos: Nutrisoft, Silk, Duo-Tube, Dobboff.

5. Sondas intestinales
Se insertan por la nariz, atraviesan el estómago y el píloro hasta llegar al intestino delgado. Son más largas y finas que las gástricas, en su extremo distal tienen un lastre para facilitar la inserción. Son transportadas por los movimientos peristálticos intestinales. Se comprueba que están bien colocadas radiológicamente. Modelos más frecuentes: Dobhoff, Cantor, Freka.

6. Sondas de enterostomía
Son sondas que se insertan quirúrgicamente (o a través de laparoscopia). Sirven para introducir el alimento a través de un catéter colocado en algún tramo del tubo digestivo. Desde faringe hasta colon, lo más habitual es en el estómago, yeyuno, faringe y esófago cervical. Se usan en casos de discontinuidad del tracto gastrointestinal o en nutrición enteral prolongada. Pueden emplearse sondas de Robinson, Pezzer o Foley.

7. Otros tipos de sondas
- Sonda sengstaken-Blakemore: se inserta de boca o nariz hasta el estómago, con el paciente en posición de Fowler. Se usan para controlar la hemorragia en varices

esofágicas. Tiene tres vías: vía gástrica central que va a lo largo de la sonda y sirve para aspirar el contenido gástrico y administrar sustancias; vía del balón esofágico que sirve para inflar el balón, tiene forma cilíndrica y permite comprimir las varices esofágicas y la vía del balón gástrico que se usa para inflar el balón gástrico y logra el taponamiento del esfínter del cardias y el anclaje de la sonda. Gracias a sus balones permite realizar compresión que inicia la coagulación en una zona de sangrado. Las zonas de sangrado se pueden localizar en el esófago distal (varices esofágicas), en el cardias (varices cardiales) y en el fondo gástrico.

- Sonda rectal: Es un tubo de látex o polímeros plásticos de unos 30 cm. de longitud que se introduce de 7 a 15 cm. en el recto a través del ano para favorecer la evacuación de gases en personas aquejadas de meteorismo abdominal o flatulencias, las heces acumuladas y para administración de enemas. La más común es la sonda de Nelaton.
- Sonda Flucher: de una sola vía, gran calibre, orogástrica, indicada para el lavado gástrico.

8. Sondas del aparato urinario

El sondaje del aparato urinario tiene como finalidad proporcionar un drenaje artificial que comunica la vejiga urinaria con el exterior, a través de un catéter que se introduce desde la uretra hasta la vejiga.

• Indicaciones

El sondaje vesical está prescrito en los siguientes casos:

- Retención aguda de la orina
- Medición de diuresis horaria en pacientes críticos
- Obtención de muestras para pruebas analíticas
- Administración de medicamentos
- Detección de anomalías de uretra y cuello vesical
- Control de la incontinencia urinaria
- Lavados vesicales en tratamientos postoperatorios
- Detección de anomalías en el aspecto de la orina

Los sondajes vesicales tienen el riesgo de introducir microorganismos en estructuras normalmente estériles o de producir traumatismos en las estructuras que atraviesa la sonda.

• Características de las sondas vesicales:

- Su tamaño se calibra según el diámetro externo, empleando la escala francesa de French, 12 a 24 de French.

- Por su forma pueden ser rectas, de punta biselada y de punta curva.
- Su rigidez puede ser maleable, semirrígida o rígida.
- Pueden ser de una luz: de un solo canal para el drenaje amplio de la orina (Robinson). De dos luces: un canal para drenaje y otro para anclado del globo de autorretención. Son las más usadas, Foley. Tres luces: igual que las anteriores, pero con un conducto más para la irrigación de lavados vesicales (Foley).

• Tipos de sondajes vesicales:
-Transitorio: para un diagnóstico concreto y se retira a continuación el catéter.
-Intermitente: vejigas neuropéticas, se usa para evitar los inconvenientes del cateterismo permanente.
-Permanente: permanece durante un período de tiempo largo para mantener el drenaje continuo. Es conveniente cambiarlo periódicamente para evitar infecciones del tracto urinario.

• Tipos de sondas vesicales:
-Sondas Robinson: rígida, de una sola luz, con punta redondeada o acodada en donde puede haber uno o dos orificios. Usada en sondajes temporales.
- Sonda Malecot: semirrígida y recta, de una sola luz, punta fungiforme de dos o más orificios. Se inserta quirúrgicamente, requiere una sutura en la piel para inmovilizarla. Se emplea en drenaje suprapúbico y en el renal (no se inserta en la uretra).
- Sonda Foley: flexible, de punta redondeada o acodada, de dos o tres luces en su interior: una para drenar la orina, otra para llenar el balón hinchable de su extremo con agua o suero fisiológico para anclarla dentro de la vejiga y la tercera luz se usa para irrigación de la vejiga.
- Sonda Pezzer: semirrígida, recta, de una sola luz de punta fungiforme con dos o más orificios. Se inserta quirúrgicamente en sondaje permanente. Al igual que la Malecot, se inmoviliza mediante sutura en la piel y se emplea en drenaje suprapúbico y renal.

9. Cuidados al paciente sondado
El procedimiento de colocación de la sonda vesical lo realizan el personal de enfermería. Los cuidados para el paciente sondado tienen por objeto prevenir la infección y facilitar el drenaje y son los siguientes:
- Lavarse las manos y poner guantes antes de la manipulación de una bolsa o catéter para no propagar gérmenes.
- Comprobar el correcto drenado de la orina, evitando acodamientos del circuito.
- Mantener la bolsa de diuresis por debajo del nivel de la vejiga, para que no

se produzca un retroceso de ésta que podría producir una infección del tracto urinario.
- Vaciar la bolsa periódicamente cuando esté aproximadamente a la mitad de su capacidad.
- Revisar la sonda para detectar obstrucciones y exudados.
- Lavar la zona perineal-genital y la zona de contacto de la sonda, cada 12 horas.
- Registrar la ingestión y la eliminación, según indicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Los sondajes son procedimientos necesarios para ayudar al organismo en el proceso de eliminación a distintos niveles, para contribuir en la alimentación cuando el paciente no puede hacerlo por vía oral o para la administración de medicación. Es importante el conocimiento de los distintos tipos de sondas, su uso, indicaciones y mantenimiento.

6 Bibliografía

-Esteve, J., Mitjans, J. (2003) Enfermería Técnicas Clínicas I y II. McGraw-Hill Interamericana
-Kozier, B. Y cols. (2005): Fundamentos de Enfermería, conceptos, procesos y práctica. 7º edición. McGraw-Hill Interamericana.
-Esteve, J., Mitjans, J. (2000). Enfermería. Técnicas Clínicas. Madrid, Interamericana, 2000.

Capítulo 815

MÉTODOS DE RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA: UROCULTIVO

AINOA MARTINEZ PEREZ

PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ

LOURDES BELEN PEREZ LORENZO

1 Introducción

La orina es un líquido que contiene agua y productos de desecho. Los riñones producen la orina que se acumula en la vejiga y tienen la función de eliminar toxinas del microorganismo a través de la uretra. El urocultivo o urinocultivo nos proporciona información relevante sobre una posible infección urinaria, este análisis nos permite saber cuál es la bacteria involucrada y el número de colonias existentes. Dicho análisis se realiza en un laboratorio de microbiología.

2 Objetivos

Especificar los diferentes procedimientos a la hora de recoger la muestra de orina y la forma en que tiene que actuar el personal sanitario (TCAE) para realizar dicha función con la máxima asepsia.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha buscado en varias bases de datos, así como en diferentes webs de enfermería tales como: satse. Es, enferValencia. Org,

enfermeria21. Com, Medline. Se han utilizado las palabras clave como: orina, riñón, producto de desecho. Después de este estudio se analiza la información recabada y se compara con los objetivos fijados.

4 Resultados

Recolectamos y agrupamos varias muestras de orinas: orina recogida con la primera micción del día (desechando la primera parte de este). En caso de que la recogida de orina sea a niños, primero limpiar la zona perineal con gasas y suero, después se coloca la bolsa colectora adhesiva. Poner la etiqueta identificativa del paciente con el código de barras de la petición y colocarlo en el contenedor de la orina. La orina debe llegar en el plazo de una hora al laboratorio, cuando esto no sea posible se debe refrigerar a 4ºC (un máximo 24 horas).

5 Discusión-Conclusión

El correcto procedimiento de un urocultivo nos permite conocer los resultados de control del agente nocivo y de qué manera debemos tratarlo. A la hora de recoger la muestra es imperioso hacerlo cumpliendo con todos los requisitos de esterilizado.

6 Bibliografía

- MedLine Plus https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003751.htm
- SciELO https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182001000100008
- Asociacion Española de pediatría : https://www.analesdepediatria.org/es-metodos-recogida-muestras-orina-urocultivo-articulo-13111597

Capítulo 816

LA BRONCOASPIRACIÓN, PREVENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE A LA HORA DE LA INGESTA CON RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO

XANA ARDURA MARTIN

DENYS SUAREZ DEPETRIS

VIRGINIA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ

CARMEN MIYARES VELAZQUEZ

LAURA LAORDEN FERNANDEZ

1 Introducción

• ¿Qué es la broncoaspiración y por qué se produce?
La broncoaspiración consiste en la aspiración accidental de sólidos o líquidos por la vía aérea que ingresan por error en la laringe y las vías respiratorias inferiores, lo cual es común en los adultos mayores con disfagia y puede causar neumonía por aspiración. Puede sobrevenir también en las personas inconscientes o en los bebés de forma que la comida queda acumulada en la boca y es llevada hacia los bronquios en el momento de aspirar lo que obstruye las vías respiratorias.

Puede suponer la entrada de cantidades de bacterias dentro del árbol bronquial dando lugar a enfermedades pulmonares y muerte en pacientes hospitalizados e institucionalizados.

La broncoaspiración ocasiona frecuentes infecciones respiratorias y neumonías aspirativas, e incluso pueden ser causa de muerte. Diversos estudios sugieren que la disfagia tiene un elevado riesgo de causa de neumonía por aspiración y que es un pronosticador independiente de mortalidad. La aspiración puede producirse en personas sanas durante el sueño, en pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), disminución del nivel de consciencia, en pacientes sedados, críticos, portadores de tubos de nutrición enteral, dependientes para comer, con disfagia o con vómitos, regurgitación o reflujo gastroesofágico (RGE), pero no habrá repercusión patológica a menos que haya un compromiso de las defensas habituales que protegen la vía aérea (cierre glótico, reflejo tusígeno, etc.) y/o que se produzca un daño por el material aspirado, bien por efecto tóxico directo dando lugar a un proceso inflamatorio, si el inóculo es de gran volumen, o bien por obstrucción de la vía aérea. Las afecciones que suprimen el reflejo de la tos (como la sedación) aumentan aún más el riesgo de aspiración; Además, existe una relación directa con diversas enfermedades neurológicas como accidentes cerebrales, Parkinson, demencia así como presentan mayor porcentaje de afección los pacientes geriátricos lo cual hace que todo esto aumente más el riesgo de aspiración en personas que presentan patologías respiratorias de base.
La aspiración deglutoria representa el mayor porcentaje de las aspiraciones en enfermos neurológicos y ocurre durante la fase faríngea de la deglución debido a la lentitud del cierre de la vía aérea y de la apertura del EES. La aspiración posdeglutoria es menos frecuente que la anterior descrita en las aspiraciones en pacientes neurológicos y ancianos debido a la disminución de la fuerza en la propulsión lingual generando un elevado residuo en hipofaringe (vallécula y senos piriformes) con el consiguiente riesgo de aspiración en la siguiente inspiración.

La aspiración pulmonar es una importante causa de morbimortalidad en los pacientes ancianos, especialmente los más frágiles, ingresados en hospitales de agudos y en residencias geriátricas y aunque los síndromes por aspiración son infradiagnosticados e infratratados por varias razones: la no distinción entre neumonitis aspirativa y neumonía aspirativa, la siempre asociación de la aspiración a infección y que se entiende que para hacer el diagnóstico de aspiración ésta tiene que ser presenciada. Pueden ocurrir varios síndromes tras la aspiración dependiendo de la naturaleza y de la cantidad de material aspirado. Estos síndromes son la neumonitis química o síndrome de Mendelson, la neumonía aspirativa y la ob-

strucción de la vía aérea. Una de las causas de broncoaspiración más frecuentes es la Disfagia Oro faríngea que a continuación se explica más detalladamente.

• ¿Qué es la disfagia orofaríngea?
Es una alteración asociada a las molestias o problemas al tragar debido a un trastorno de la deglución. La persona que padece esta enfermedad tiene dificultades para formar en la boca el bolo alimenticio o para que el bolo se desplace desde la boca hasta el estómago produciéndose la dificultad a nivel de la boca y/o la faringe. Esta circunstancia es un gran obstáculo en la vida de las personas afectadas ya que no solo afecta a su estilo de vida sino que además se han de modificar sus pautas alimenticias.

Para diagnosticar este trastorno es necesario realizar una prueba. Es indispensable establecer unas medidas adecuadas a la hora de la ingesta, ayudará a prevenir y/o evitar no solo la desnutrición de tipo proteico con pérdida de peso, junto con la disminución de la masa magra y grasa acelerando la sarcopenia de los músculos deglutorios, así como, la deshidratación y la presencia de residuos bucales que pueden causar los atragantamientos y la bronco aspiración, atragantamientos u obstrucciones en vías respiratorias que pueden poner en serio riesgo la vida de la persona. Además la deshidratación favorece la confusión mental, la sequedad de piel y mucosas y la disminución en la salivación, contribuyendo todos estos cambios a una alteración en la deglución y favoreciendo a su vez la disfagia.

En el mercado actual existe una amplia gama especializada en la alimentación modificada a partir de la alimentación tradicional para conseguir un soporte nutricional adecuado en pacientes con dificultades en deglución y masticación de alimentos convencionales que facilite la vida y proporcione un confort máximo a la hora de realizar las ingestas alimenticias.

2 Objetivos

- Identificar las principales causas y/o trastornos que provocan la broncoaspiración, así como asociar la disfagia orofaríngea funcional como una de las causas principales de dicha enfermedad.
- Identificar los posibles grupos de riesgo y principales patologías de base que tienen mayor relación con dicha causalidad. Así cómo en qué lugares se produce mayormente, ya sean de tipo hospitalario, residencial o en el domicilio particular y definir para tales circunstancias un protocolo adecuado con unas pautas a tener en cuenta a la hora de las ingestas.

- Identificar los síntomas de la bronco aspiración.
- Establecer la prueba de disfagia en pacientes hospitalarios y/o residenciales como parte del protocolo del conocimiento y desarrollo de unas pautas de prevención a través de la prueba de diferentes texturas alimenticias.
- Conocer cómo se puede facilitar la ingesta de alimentos identificar los productos nutricionales más adecuados para cada paciente.
- Declarar que la prevención es una de las actuaciones más importantes a tener en cuenta a la hora de eliminar posibles factores y situaciones de riesgo de bronco aspiración como pueden ser los acomodos posturales en el acto de comer.
-Crear un plan de cuidados basado en una pautas para crear un entorno favorable de tipo social económico y asistencial como coadyuvante del tratamiento nutricional que se paute ya sea de a través de sonda o por deglución oral

3 Metodología

Las fuentes manejadas para la búsqueda de información se ha hecho tanto en medios escritos tradicionales como utilizando las nuevas tecnologías, y se ha realizado una revisión exhaustiva de publicaciones en revistas de medicina especializadas que publican en internet, así como, de artículos relacionados. Pubmed, Medline y Scielo y en el editorial Elsevier y el buscador Google Académico, han servido de base para elaborar este capítulo, y se establecieron criterios de inclusión: artículos de los últimos 10 años, escritos en inglés y/o español y artículos de texto completo y gratuito a disposición del público general.

La búsqueda de información se basó en la identificación de las principales causas de bronco aspiración, la cual es provocada generalmente por un vómito y la aspiración accidental de líquidos como la saliva, vómitos o comida. Esto puede ocurrir tanto en personas adultas y pacientes geriátricos como en una persona inconsciente, además también los bebes y los niños pueden sufrir bronco aspiraciones, por tanto la regurgitación o comida quedan acumulados en la boca y son llevados hacia los bronquios al momento de respirar, lo cual obstruye las vías respiratorias. Así, se ha establecido que los síntomas de bronco aspiración pueden ser crisis de tos, dificultad para respirar, estridor (ruido al respirar), disfonía (cambios en el timbre o intensidad de la voz) cianosis (coloración amoratada de la piel), pérdida del conocimiento y en algunos casos, asfixia.

Entre los factores de riesgo más habituales están los atragantamientos por debidos a la disfagia orofaríngea, las bronco aspiraciones accidentales y también aunque en menor las cirugías, así como el estar menos alerta debido al consumo

de medicamentos por una enfermedad que pueden originar letargo o somnolencia y en última instancia pero no menos común el consumo de grandes cantidades de alcohol en el caso de los adultos también pueden derivar en la bronco aspiración tanto del líquido alcohólico como el del propio vómito ocasionado por dicha ingesta.

Existen muchos casos en el mundo donde los niños pequeños mueren por bronco aspiración de objetos cotidianos y juguetes. En el caso de los niños pueden ser los descuidos, ya que los niños tienden a llevarse todo lo que se encuentran a la boca. Aunque también puede suceder que en el momento de comer o beber se produzca un descuido por parte del adulto a su cargo.

La bronco aspiración o aspiración pulmonar puede causar neumonía o causar la muerte si no se reciben atenciones médicas de urgencia. El tratamiento consiste en garantizar que la vía respiratoria esté abierta, hacer un control y, en el caso de una infección, suministrar antibióticos.

Es de suma importancia considerar y analizar el ambiente en el que se adquiere la neumonía siendo motivo de análisis la comunidad, el centro hospitalario o la residencia o centro de actividades sociales y comunitarias, en el caso de los pacientes adultos y geriátricos posean patologías de base o no. En el caso de los niños y los bebés también analizar el lugar de crianza y educación como son guarderías y colegios, en especial analizar el tema de la alimentación y nutrición. Por último hablar del establecimiento de un plan de cuidados ante una bronco aspiración. Se pueden establecer unas pautas tanto hospitalarias como residenciales:
- Limpieza de las vías respiratorias, a través de fisioterapia respiratoria.
- Mantener al paciente hidratado para facilitar la expulsión de las secreciones.
- Realizar aspiraciones de las secreciones con sonda en pacientes intubados o traque ostomizados así como valorar el confort más adecuado para dichos pacientes.
- Realizar cambios posturales, como la posición Fowler alta que facilita la expansión máxima del pecho par una oxigenación óptima.
- Evitar el riesgo de bronco aspiración ante la disminución del nivel de conciencia y letargo en pacientes inconscientes o en estado comatoso.
- Mantener un estado de alerta por parte del equipo de enfermería para tratar las náuseas con la mayor rapidez posible.
- Proporcionar cuidados y lavados frecuentes de la boca para evitar residuos bucales y la colonización de bacterias en la orofaringe y en vías aéreas inferiores.

4 Resultados

- Los resultados de diversos estudios y tras el análisis de varias muchas fuentes de información médica cabe arrojar como resultados que la prevención de la bronco aspiración y de la disfagia son parte del protocolo a establecer para un mayor control de esta problemática y así evitar posibles atragantamientos y neumonías y colonización del árbol bronquial por posibles bacterias.
- Establecer unas pautas o protocolos de alimentación y nutrición personalizada para cada paciente, la adecuación de los cambios posturales, los cambios del volumen y la viscosidad de la dieta, el juego con diferentes texturas de los líquidos utilizando espesantes, una higiene oral adecuada que evite el acúmulo de residuos alimenticios.
- La disfagia cobra un importante papel como causa habitual de bronco aspiración. La realización de la prueba de la disfagia se realizará con diferentes texturas líquidas espesadas a este efecto como son de tipo: néctar, miel y pudding. Las nutriciones con espesantes y diferentes texturas son una intervención sencilla y al alcance de cualquier cuidador e incluso del mismo paciente en caso de ser consciente para realizar el acto de alimentarse a sí mismo.
- También la adaptación de la dieta: dieta fácil masticación, dieta blanda mecánica, dieta triturada y evitar alimentos de riesgo.
- Analizar el entorno en el cual va a comer el paciente es de suma importancia ya que ante el acto de comer, el paciente debe ser un entorno tranquilo, evitando que hable o se distraiga, debe recibir órdenes cortas, sencillas y concretas, debe estar sentado durante y tras la ingesta sin distracciones, sentarse lo más erguido posible manteniendo la barbilla ligeramente hacia abajo al tragar, permanecer en posición erguida al menos 30 minutos después de las comidas. Nunca utilizar pajitas ni jeringas para ayudar a realizar las ingestas ya que pueden provocar atragantamientos.
- Comer tranquilamente en pequeñas cantidades Una correcta posición ayudará a facilitar las ingestas, tanto para el paciente como para la persona que haya de ayudar a realizar dichas ingestas, en este caso personal de enfermería, familiares o cuidadores contratados. Posteriormente se seguirá una correcta higiene oral y dental para mantener la correcta higiene de la cavidad bucal antes y después de las comidas.
- La utilización de terapias farmacológicas y también la utilización de las sondas de alimentación en pacientes en estados comatosos, inconscientes y/o aletargados han de ser el último recurso a nuestro alcance.
- Ya que se ha demostrado que la nutrición enteral a través de sondas de ali-

mentación en los pacientes geriátricos con demencia avanzada, no protege de la aspiración ni de la colonización de las secreciones orales, no prolonga la supervivencia y no mejora los parámetros nutricionales.
Por último, decir que el desarrollo y la aplicación de un plan de cuidados generales es y será decisivo para el cuidado de estos pacientes y de su mantenimiento en cualquier entorno, ya sea hospitalario, residencial o particular.

5 Discusión-Conclusión

- Tras una revisión bibliográfica exhaustiva se puede extrapolar que el trastorno originado por problemas en la deglución de los alimentos y la incapacidad para formar el bolo alimenticio en la cavidad bucal genera un trastorno en la vida de las personas que sufren este problema, así como, también modifica sus pautas alimenticias y con ende afecta a su entorno más inmediato y también familiar.
- La detección precoz de posibles patologías relacionadas con la deglución ayudará enormemente a establecer un protocolo para evitar la bronco aspiración en pacientes adultos, geriátricos y hospitalizados así como en niños pequeños.
- Como resultante de la consulta de diversas fuentes médicas, que claro que la disfagia es un síntoma derivado de diversas patologías. Y juega un papel decisivo en los casos de atragantamientos y bronco aspiraciones, siendo tal vez el mayor riesgo asociado a la bronco aspiración.
- En el caso del adulto mayor con alguna de estas afecciones tiene incluso mayor riesgo de aspiración porque la disfagia se superpone con el índice de deglución lenta asociada con el envejecimiento normal. Se presenta generalmente secundaria a otra condición, algunas son: alteraciones del sistema nervioso, parkinson, accidentes cerebrovasculares, neoplasias, alcoholismo y algunas otras más.
- La realización de la prueba de la disfagia ayudará a minimizar los riesgos de cara a la elaboración de un protocolo concreto bien adaptado al paciente consistente en una serie de adaptaciones y recomendaciones médicas harían mucho más fácil el manejo de la disfagia oro faríngea tanto para el paciente como para su entorno.
- Una adecuada prevención ayudará a la disminución de los riesgos ya sea en entornos hospitalarios, residenciales y/o particulares.
- En lo relativo a los niños se valorarán estos posibles riesgos dentro de los centros de cuidados como guarderías, colegios y centros de actividades y de entretenimiento.
- El establecimiento de un plan de cuidados para el paciente que esta en riesgo de padecer esta problemática ha de formar parte tanto de la metodología como de los objetivos a realizar.

- Por último, queda claro que la máxima a lograr es minimizar en los posible los riesgos por atragantamiento y aspiraciones accidentales tanto en adultos ya sean pacientes hospitalizados o geriátricos o también bebes y niños en instalaciones especiales para ellos como son los centros de enseñanza y de recreo, a través de la identificación de posibles amenazas o riesgos en su entorno.

Capítulo 817

LA HIGIENE DE MANOS COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN

SARA CARBAJALES FERNANDEZ

1 Introducción

La higiene de manos es un término que se usa o aplica a cualquier tipo de lavado de manos, puede ser un lavado antiséptico, una antisepsia de manos por diversos métodos: físico tipo clínico o quirúrgico, mecánico o químico que es realizado en instalaciones sanitarias para evitar los distintos problemas de infecciones relacionadas con el ámbito sanitario dentro del mismo.

Que es la medida más sencilla, eficaz y barata que previene la trasmisión cruzada de diversos organismos multirresistentes y las infecciones que están asociadas a la asistencia sanitaria.

- ¿Quién debe hacer uso de la higiene de manos?
1. No solo el personal sanitario, hay que concienciar también a los pacientes y sus familiares o visitas.
2. Puede ser una desinfección o un lavado.

- ¿Cuándo debemos realizar una desinfección de manos?
1. Entre cada paciente o cada vez que lo considere necesario y las manos no estén visiblemente sucias, la duración de todo el proceso es entre 20 y 30 segundos.
2. Para ello utilizaremos un desinfectante líquido.
3. Nos pondremos en la palma de la mano una cantidad de producto suficiente para desinfectar toda la superficie.
4. Frotaremos las palmas de la mano una contra otra.

5. Frotaremos la palma de una mano contra el dorso de la mano contraria, entrelazando los dedos y después haremos lo mismo con la otra mano.
6. Frotaremos las manos entrelazando los dedos.
7. Frotar con la palma de una mano el dorso de los dedos de la otra mano, agarrando los dedos.
8. Frotar los pulgares agarrándolos de forma envolvente con la mano opuesta.
9. Por último frotar las puntas de los dedos de una mano contra la palma de la mano contraria haciendo movimientos de rotación.
10. Una vez secas las manos están desinfectadas.

- ¿Cuándo realizar el lavado de manos?
1. Lavaremos las manos cuando estén visiblemente sucias y por lo tanto no sea suficiente el uso de solución alcohólica, la duración de este proceso es algo mayor que el anterior, entre 40 y 60 segundos.
2. Empezaremos el proceso mojando las manos.
3. Pondremos sobre la palma de la mano la cantidad suficiente de jabón como para cubrir las dos manos.
4. Frotar las palmas de las manos entre sí.
5. Frotaremos el dorso de una mano contra la palma de la otra entrelazando los dedos.
6. Frotar contra la palma de una mano el dorso de los dedos de la contraria.
7. Frotaremos las palmas entre sí entrelazando también los dedos.
8. Frotar con la palma de una mano el dorso de los dedos de la otra mano sujetándolos.
9. Envolveremos el pulgar de una mano con la palma de la otra y lo frotamos con movimientos de rotación.
10. Frotar la punta de los dedos de una de las manos contra la palma de la otra y viceversa.
11. Enjuagar las manos y secar con una toalla desechable, utilizaremos esa toallita para cerrar el grifo.

- Los cinco momentos para el lavado de manos:
1. Antes de tocar al paciente, realizaremos esta higiene cuando nos vayamos a acercar al paciente para protegerle de los gérmenes que podamos llevar en nuestras manos.
2. Antes de realizar una tarea aséptica/limpia, se realizará antes de llevar a cabo una tarea aséptica/limpia para proteger al paciente de los gérmenes que podrían entrar en su cuerpo incluidos los suyos propios.

3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales, inmediatamente después del riesgo de exposición a líquidos corporales y al quitarse los guantes para protegernos y proteger el entorno de los gérmenes dañinos que pueda tener el paciente.
4. Después de tocar al paciente y la zona que lo rodea, para proteger de los gérmenes que pueda tener el paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente, aunque no se llegue a tocar a éste, debemos realizar el lavado para protegernos y proteger al entorno de cualquier germen que pueda tener el paciente.

La higiene de manos hay que realizarla siempre y de manera efectiva, pero hay ciertos pacientes con los que debemos tener especial cuidado y aunque no se tengan las manos sucias en lugar de usar el antiséptico realizaremos el lavado de manos, algunos de los ejemplos de ese tipo de pacientes son:
- Pacientes con heridas quirúrgicas.
- Pacientes con sonda urinaria.
- Pacientes con catéteres venoso periféricos.
- Pacientes con catéteres venosos centrales.
- Pacientes con tubos endotraqueales.

2 Objetivos

- Concienciar a toda persona que tenga relación con los medios sanitarios, tanto sean profesionales del sector como visitas de los propios pacientes lo importante que es una buena higiene de manos, tanto para proteger al paciente, a nosotros mismos y a todo el entorno hospitalario.

3 Metodología

Para el desarrollo de esta investigación la búsqueda ha sido bibliográfica en páginas de bases de datos:
Pubmed y Medline. Para una mayor adecuación hemos reducido la búsqueda sólo a publicaciones en español. También se ha buscado información proporcionada por la OMS con el concepto: higiene manos OMS.

4 Resultados

En este caso los resultados se van observando con el paso de los años en las estadísticas desde que en la sanidad se promociona la higiene de las manos los casos de trasmisión por este medio se han reducido.

5 Discusión-Conclusión

Creo que deberíamos concienciar de la importancia de la higiene de manos desde la infancia, no sólo cuando se está en un centro sanitario o en hospital sino en el día a día, está pequeña medida colaboraría a reducir muchos contagios que se podrían evitar con un simple gesto como es el uso de un antiséptico o el lavado de manos. Si ese gesto se conciencia en la sociedad, sería más fácil que cuando una persona esté ingresada la gente que lo vaya a visitar haga ese gesto de una forma cotidiana.

6 Bibliografía

- Organización mundial de la salud.
- Hospital central universitario de Asturias (HUCA).
- http://www.cdc.gov/es/novovirus/about/prevention-sp.html
- ttp://www.cnc.gov/spanish/signosvitales/septicemia/index.html

Capítulo 818

QUEMADURAS: DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN.

SARA CARBAJALES FERNANDEZ

1 Introducción

La piel es un órgano que recubre el cuerpo humano. Está formada por tres capas:
- Epidermis, es la capa más externa, formada por células epiteliales casi por completo del tipo queratinocitos.
- Dermis, es la capa media formada por tejido conjuntivo y situada debajo de la epidermis.
- Hipodermis, es la capa profunda, también llamada fascia superficial o tejido subcutáneo, su mayor función es almacenar la grasa, los tipos de células que los componen son fibroblastos, macrófagos y células adiposas.

La función más importante de la piel es proteger el interior del organismo de las radiaciones ultravioleta, los agentes físicos y químicos, bacterias, así como impedir la pérdida de agua y líquido extracelular mediante la formación de una barrera entre el medio externo y el interior del cuerpo. Una quemadura es una lesión en la piel u otros órganos causada por traumatismos físicos y/o químicos, por exposición a radiaciones, por contacto con electricidad o con una fuente de calor intenso, que produce la desnaturalización de las proteínas tisulares y conduce a una alteración del tegumento superficial hasta la total destrucción de los tejidos implicados. Existen diferentes sistemas de clasificación de las quemaduras. La clasificación por grados o según profundidad considera tres niveles:
- Primer grado (o superficiales), provocan un enrojecimiento de la zona con inflamación de la misma y dolor, sólo afectan a la epidermis.

- Segundo grado (superficiales y profundas) este tipo de quemaduras afectan a la segunda capa la dermis, aparecen ampollas y un dolor intenso.
- Tercer grado (también denominadas hipodérmicas) este tipo de quemadura es la más profunda, dado que llega a destruir las terminaciones nerviosas no refiere dolor, tiene un aspecto blanco nacarado o carbonáceo y llega a los tejidos más profundos.

La profundidad de las quemaduras puede evaluarse mediante los hallazgos clínicos o través de tecnología con flujometría por láser Doppler y videomicroscopía.

También pueden clasificarse según la superficie corporal afectada, según la extensión. Se considera leve cuando la superficie corporal quemada (SCQ) es inferior al 15% y grave cuando supera este porcentaje. Para calcular la SCQ existen diversos métodos. Los más usados son:
- El de Lund Browder, sobre todo para niños por su mayor precisión.
- La regla de los 9 de Wallace es la más usada por el personal sanitario.
- La regla de la palma de la mano, es la más aconsejada para la población en general de personal no sanitario, la palma de la mano incluidos los dedos del herido/accidentado es un 1% de su superficie corporal total.

En general, la mayoría de las lesiones son atendidas en atención primaria. Concretamente, está protocolizado que se atiendan:
• Pacientes que presenten quemaduras de 3.er grado y SCQ inferior al 2%.
• Pacientes que presenten quemaduras de 2.º grado superficial y SCQ inferior al 15%; y en niños, inferior al 10%.
• Pacientes que presenten quemaduras de 2.º grado profundas y SCQ inferior al 2%.
• Quemaduras de primer grado.

En la clasificación y el tratamiento de pacientes quemados hay que prestar una atención individualizada y no generalizar en el diagnóstico, en función de si presentan patologías asociadas, si son personas mayores de 60 años, niños y niñas menores de 5 años y pacientes que presenten otras lesiones a parte de la quemadura y de su etiología. Cuando se produce una quemadura, se pone en marcha en el organismo una serie de respuestas locales y sistémicas para intentar reparar el daño causado. Este proceso se lleva a cabo en cuatro fases:
- La primera (coagulación) intenta proteger el sistema vascular, con la formación del coágulo para evitar la hemorragia y poner en macha las posteriores etapas. Dura aproximadamente 15 minutos.
- La segunda fase es de inflamación. Se produce autolisis para intentar eliminar

los agentes que puedan afectar a la producción y formación de nuevo tejido. Esta fase dura aproximadamente 6 días.
- En la tercera fase (proliferación) se produce una agrupación de fibroblastos que protegen las heridas para que no penetren agentes infecciosos y favorece la regeneración celular y la formación de matriz extracelular. Su duración es entre 15 y 20 días.
- Finalmente, la cuarta fase, la fase de maduración, donde se forma la cicatriz, por lo que el tejido adquiere resistencia. Puede durar entre 1 y 2 años.

El tratamiento de las quemaduras ha sido muy amplio a lo largo de la historia. Desde el uso de vino y mirra hasta los injertos de piel. Pero las quemaduras no son un problema banal. Provocan alrededor de 265.000 muertes al año, y las mujeres adultas y la población infantil son los grupos más vulnerables, junto con las personas que viven en los países en vías de desarrollo, con una mortalidad en torno al 4%.

En España se calcula que 300 de cada 100.000 habitantes sufren quemaduras anualmente, lo que arroja una cifra de aproximadamente 144.000 personas afectadas, aunque solo el 5% de ellas requieren cuidados hospitalarios. El 60% de las quemaduras ocurren en el ámbito doméstico; de ellas, un 65% están producidas por escaldaduras, un 20% por sólidos calientes y un 8% por llama o explosión. En el medio laboral ocurren entre el 10% y el 15%; causadas en primer lugar por llama, seguido de quemaduras eléctricas y químicas.

2 Objetivos

- Identificar las quemaduras dependiendo de su clasificación, y en el caso de no ser personal sanitario saber diferenciar y poder avisar consecuentemente al servicio de emergencia, siendo más explícitos en el tipo de gravedad que refiere ese herido/accidentado.

3 Metodología

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

revisadas.

4 Resultados

Aplicar el tratamiento correcto a cada situación ante quemados.

5 Discusión-Conclusión

La información es fundamental para saber como actuar, dentro de las posibilidades, ante un accidente de este tipo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 819

RECOGIDA MUESTRA DE ORINA DE 24 HORAS EN PACIENTE CONTINENTE

MARÍA TERESA VÁZQUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Este tipo de prueba permite analizar diversas sustancias en orina cuya eliminación puede ir variando a lo largo del día (proteínas, catecolaminas, creatinina , etc.), así como afectaciones como la poliuria.

A través de la recogida de orina de 24 horas también se obtiene el aclaramiento de creatinina.

2 Objetivos

El Auxiliar de Enfermería (TCAE) debe enseñarle al paciente como realizar de forma correcta dicha prueba.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos utilizando los descriptores 'cuidados', 'muestra', 'método', 'higiene' mediante los operadores booleanos "AND" Y "OR".

4 Resultados

Se ha de desechar la primera orina del día, eliminado así la orina contenida en vejiga. A partir de ese momento se ha de conservar toda la orina en el recipiente (no estéril) incluyendo la primera orina del día siguiente, cerrando así el ciclo de 24 h. La prueba finaliza a la misma hora que comenzó el día anterior.

Cada vez que el individuo orine se almacenará la orina, no debe desecharse ninguna. De no ser así la prueba no es válida y debe repetirse. La orina ha de conservarse durante todo el proceso en nevera.

Tras finalizar la recogida la orina se mezclará y se tomará una muestra para llevar a laboratorio con la mayor brevedad posible. Ha de anotarse la cantidad total de orina recogida. En ocasiones también se aportará la recolección total. La orina que no vaya a ser analizada de inmediato debe refrigerarse (4ºC).

5 Discusión-Conclusión

Dada la importancia de los resultados de dicha prueba es importante que se le explique previamente al paciente como realizar de forma correcta dicha prueba, labor que debe realizar el TCAE.

La recogida de orina de 24 horas es un método específico que proporciona información sobre el filtrado glomerular, siendo un indicador muy fiable de la función renal. el aclaramiento de creatinina se obtiene valorando el volumen total de la orina de 24 horas, la creatina en orina y la creatina sérica. su valor normal es de 120 ml/min aumentando en la gestación y disminuyendo con la edad.

6 Bibliografía

1. Los pacientes de la consulta ERCA, ¿recogen adecuadamente la orina de 24h?: Estimación del filtrado glomerular por diferentes métodos
By: García Estévez, Sonia; Vinagre Rea, Gema; Arribas Cobo, Patricia. In: Enfermería Nefrológica. January 2012 15(suppl 1):95-96; Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 2012. Language: Spanish; Castilian, Base de datos: SciELO
2. Calidad en la etapa preanalítica: evaluación de dos estrategias para verificar la correcta recogida de orina de 24 hora. Quality in the pre-analytical phase: assessment of two strategies to verify the correct collection of 24-hour urines (English) By Pennacchiotti, Graciela Laura; Unger, Gisela; Benozzi, Silvia Fabiana;

Campion, Amparo. In Revista del Laboratorio Clinico. April-June 2018 11(2):79-86 Language: Spanish; Castilian. DOI: 10.1016/j.labcli.2017.11.001, Base de datos: ScienceDirect
3. Taxonomina NANDA-I 2015-2017 https://medlineplus.gov/.../prueba-de-calcio-en-orina
https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003342.htm
https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003425.htm

Capítulo 820

PROCEDIMIENTOS EN AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS

SONIA FERNÁNDEZ RATO

MARIA DEL CARMEN SUAREZ CALVIÑO

JULIA MARTINEZ FRADE

1 Introducción

Entendemos por aislamiento hospitalario al conjunto de procedimientos que se aplica a los pacientes que padecen una enfermedad infecciosa durante el periodo de tiempo en que ésta pueda transmitirse, para evitar la transmisión de enfermedades contagiosas.

En este capítulo estudiaremos los distintos tipos de aislamiento que se pueden poner en práctica, para qué casos sirve cada uno de ellos y cómo llevarlos a cabo.

2 Objetivos

- Conocer bien las técnicas que se usan en el medio hospitalario para evitar que una enfermedad infectocontagiosa se propague por éste.
- Reconocer qué tipo de aislamiento requiere el paciente, para usar las medidas de protección adecuadas.

3 Metodología

Se han puesto en común los diversos conocimientos que poseen los autores, adquiridos gracias a la experiencia laboral en centros hospitalarios. También se ha buscado información en material de estudio de enfermería.

4 Resultados

Una vez conocida la definición de aislamiento, que hemos puesto en el primer apartado del capítulo, veamos ahora cuál es su finalidad. Mirando éste aspecto encontramos dos tipos de aislamiento:
- Aislamiento común o de barrera.
- Aislamiento protector o barrera inversa.

En el primer tipo (común o de barrera) la finalidad es separar los pacientes contagiosos para que no transmitan enfermedades a personas sanas.

En el segundo tipo (barrera inversa) la finalidad es separar a los pacientes que tienen disminuidas sus defensas para protegerlos de adquirir una enfermedad contagiosa.

Dentro de estos dos grupos de aislamientos se encuentran variedades según la enfermedad del paciente.
- Aislamiento estricto: su objetivo es prevenir la transmisión de enfermedades altamente contagiosas que pueden transmitirse por vía aérea, contacto directo y vía cutánea (herpes zóster, difteria, infecciones graves de la piel, peste, quemaduras extensas infectadas, rabia, varicela, rubeola).
- Aislamiento respiratorio: se aplica a pacientes para prevenir la transmisión de enfermedades que se diseminan por vía aérea (infección meningocócica, tuberculosis pulmonar, neumonía, tos ferina, sarampión, parotiditis).
- Aislamiento entérico: su finalidad es prevenir la transmisión de las enfermedades que se contagian por medio de excreciones infectadas u objetos infectados por éstas (gastronteritis, poliomelitis, hepatitis, cólera, fiebre tifoidea).
- Aislamiento protector: su objetivo es aislar a los pacientes inmunodeprimidos, adoptando medidas que impidan o minimicen el riesgo de infección protegiéndolos del entorno (dermatitis extensas no infectadas, linfomas y leucemias, trasplantados, prematuros, pacientes con tratamiento inmunodepresor).
- Aislamiento cutaneomucoso: su finalidad es prevenir la transmisión de infecciones cruzadas producidas por contacto con heridas, quemaduras infectadas

o grandes drenajes de material purulento (quemaduras limitadas, abscesos, impétigo, heridas muy infectadas, candidiasis cutánea, sarna, gripe, sífilis, sepsis puerperal).

5 Discusión-Conclusión

En el medio hospitalario se ha tenido la necesidad de adoptar una serie de precauciones que se aplicaran de manera generalizada y que son conocidas como precauciones universales. En estas precauciones se considera que todo paciente es un portador de enfermedades transmisibles a través de la sangre y fluidos corporales.

Se usará siempre guantes desechables, jabón antiséptico, contenedores rígidos de paredes no perforantes, mascarillas y protectores oculares y batas. En este punto también es muy importante señalizar la importancia del lavado de manos, ya que representa uno de los pilares más importantes para el control de los procesos infecciosos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 821

SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD A ALOPURINOL.

COVADONGA MACIAS OUTEDA

1 Introducción

Mujer de 65 años con antecedentes personales de HTA en tratamiento con candersartán, hidroclorotiazida y diltiazem;
DMAE; cáncer de mama tratado mediante mastectomía izquierda, linfadenectomía axilar, radioterapia y quimioterapia.

Ingresa en el Servicio de Medicina Interna por cuadro de 5 días de evolución de astenia con mialgias generalizadas, sensación distérmica y aparición en las últimas 48 horas de un exantema pruriginoso localizado en tronco y extremidades que respetan palmas y plantas.

La paciente había iniciado 4 semanas antes tratamiento con alopurinol.

2 Objetivos

Determinar por que motivo la paciente presenta una serie de síntomas y tenemos que determinar consultando pruebas anteriores y la historia de la paciente tanto la mas antigua en el tiempo como la mas reciente, para determinar si algún tratamiento esta siendo perjudicial para ella o estamos ante una nueva enfermedad importante que pueda suponer un riesgo para la salud de la paciente.

3 Caso clínico

La paciente ingresa con sospecha de reacción alérgica dado el exantema pruriginoso tan generalizado que presenta.

En las pruebas complementarias se objetiva disminución del fi ltrado glomerular y datos de citolisis hepática, indicando la existencia de aafectación sistématica . Estos datos, unido al tratamiento previo con alopurinol, nos indujo a establecer la sospecha diagnóstica de síndrome de hipersensibilidad a Alopurinol.

4 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Hipersensibilidad a Alopurinol (SHA) es una complicación poco frecuente, pero con alta morbilidad y una mortalidad de hasta el 25%. Aparece unas 2-6 semanas tras comenzar con el fármaco y se ha descrito mayor incidencia al asociar alopurinol con diuréticos, especialmente tiazidas, y en pacientes con insufi ciencia renal previa. Los criterios diagnósticos que defi nen el SHA son la presencia de exposición al alopurinol y exclusión de otros fármacos que den manifestaciones clínicas similares, junto con la presencia de al menos dos de los siguientes criterios mayores:
- Deterioro de la función renal.
- Lesión hepatocelular aguda.
- Exantema cutáneo.

O bien, un criterio mayor y al menos uno de los siguientes criterios menores:
- Fiebre.
- Eosinofilia.
- Leucocitosis.

Como se expone en el caso, nuestra paciente cumple todos los criterios mayores y al menos un criterio menor, la eosinofilia. El tratamiento del SHA incluye la retirada del fármaco y la administración de corticoesteroides sistémicos, empleando dosis individualizadas en función de la gravedad de hasta 2 mg/kg peso/día de prednisona o dosis equivalente de otro corticoesteroide. La paciente presenta una complicación asociada al alopurinol, potencialmente mortal constituyendo este hecho un elemento para la refl exión. En numerosos estudios, un alto porcentaje de pacientes con SHA recibió el medicamento por hiperuricemia asintomática y sin ajustar la dosis a insuficiencia renal. Sin embargo, no hay evidencia de que esté justificado el tratamiento con alopurinol de la hiperuricemia asintomática.

5 Bibliografía

1. Rhee RL, BakerJ. Anti-p155 autoantibodies as diagnostic marker for cáncer-associated dermatomyositis: on the article by Trallero-Araguás et el. Arthritis Rheum. 2012 Sep: 64(9):3059; author reply 3060.
2. Kannan MA, Sundaram C, Uppin M, Mridula R, Jabeen SA, Borgohain R. Incidence of malignancies in biopsy-proven

Capítulo 822

ACTUACIONES A SEGUIR POR EL TCAE EN LA UCI

VERONICA VILLA CASTRESANA

SANDRA MORO ESPINEL

MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA

ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO

1 Introducción

La UCI es una estancia que se sitúa en una zona aislada del resto de los servicios del hospital pero que tiene una adecuada y rápida comunicación con los mismos.

En esta unidad la prioridad es el paciente y el trabajo se realiza en función de las especiales necesidades del mismo por lo que es fundamental un óptimo trabajo en equipo.

Los pacientes ubicados en la UCI tienen un altos riesgos de que sus funciones vitales cesen por lo que necesitan mucha atención. Esto se traduce en que la tarea del TCAE en este servicio conlleva trabajar sometido a tensión y a situaciones de estrés.

La UCI se encuentra dividida en diferentes módulos según la patología a tratar:
-Módulos dirigidos a patologías varias como estados de coma, intoxicaciones, politraumatismos..
-Módulos de coronarias: orientado a patologías cardiacas graves.

-Módulo de trasplantes: para pacientes trasplantados con determinadas condiciones de aislamiento.
-Módulo de postoperatorios: para pacientes sometidos a cirugías complejas y agresivas que requieren vigilancia especializada.
-UCI pediátrica.

Los facultativos que trabajan en esta unidad tienen la especialidad de medicina intensiva, son intensivistas.

El TCAE forma parte del personal de enfermería y depende del supervisor/a de enfermería. Se requiere de una especialización en esta unidad, que aunque no exista como tal es fundamental adquirir los conocimientos necesarios.

2 Objetivos

-Adquirir los conocimientos específicos de esta unidad para realizar una adecuada atención a los pacientes.
-Realizar una correcta toma de constantes vitales y su registro.
-Aprender a realizar correctamente los distintos procedimientos y técnicas de enfermería habituales de esta unidad.
-Conocer la organización de la unidad , los recursos humanos y materiales de la misma.

3 Caso clínico

María es una TCAE de 38 años que trabaja desde hace 3 en la UCI del Hospital Universitario de Oviedo. En su turno de esta tarde esta ubicada en la UCI 4 y está a cargo de 4 pacientes con diferentes patologías: dos de ellos padecen insuficiencia respiratoria a causa de sus dolencias, otro con intoxicación grave por barbitúricos y otro más que se encuentra en aislamiento respiratorio por meningitis bacteriana. En su turno deberá de aplicar los cuidados correspondientes a cada uno de ellos colaborando con la enfermera y el médico.

4 Discusión-Conclusión

El TCAE en la UCI debe de conocer las técnicas de enfermería habituales en la unidad, saber los fármacos más empleados en la misma que facilitaran la colaboración con el facultativo de la enfermera.

La primera vez que el TCAE trabaja en esta unidad, es recomendable si es posible acudir dos o tres días antes para familiarizarse con los compañeros y con el servicio. Así como en los momentos libres se debe de consultar con los compañeros aquello sobre aquellos procedimientos o instrumental que no se controla bien.

Una vez que la TCAE haya terminados de asistir a sus pacientes deberá ayudar a otros compañeros en caso de que se necesite a atender a otros pacientes.

La UCI es una unidad compleja con un funcionamiento muy diferente a otras unidades del hospital por lo que al principio resulta difícil para los TCAE que precisa del apoyo de compañeros con experiencia de los que puedan aprender.Es importante que el TCAE sepa trabajar en equipo y mantener el secreto profesional.

5 Bibliografía

-Protocolos de Auxiliares de Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos del HIC. Abril 2000.
-OCRONOS, revista médica y de enfermería.
-Guía de Acogida al nuevo trabajador. Unidad de Cuidados Intensivos. Servicio de Salud de Castilla La Mancha.
-Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. http:// cdatexas. ses.rts/ gestor/ repositorio/42 /ley_de_ autonomia_del_-paciente..

Capítulo 823

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA FRENTE A LA DEMENCIA SENIL

YOLANDA MERELO ALONSO

CARME DE CON GUTIÉRREZ

MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ

MONICA GONZÁLEZ TAMARGO

CRISTINA PRUNEDA SIERRA

1 Introducción

Demencia senil hace referencia a la demencia, una condición que desarrollan millones de personas en el mundo y que se caracteriza por un deterioro de las funciones intelectuales que les lleva a ser dependientes. Una persona con demencia puede comenzar con problemas de memoria y termina recibiendo asistencia para poder desarrollar demencia a edad temprana.

Hasta hace poco tiempo debido a que la mayoría de los afectados desarrolla demencia en la vejez, parecía parte inevitable del envejecimiento. Hoy en día, aunque la mayoría de las personas con demencia son mayores de 65 años, miles

de enfermos tienen menos de esa edad. Destacar por tanto que millones de nuestros mayores no tienen demencia ni la demencia es parte de un envejecimiento normal.

La demencia senil es una pérdida de las funciones mentales lo suficientemente graves como para afectar sus actividades y su vida diaria. Estas funciones incluyen:
- La memoria.
- Habilidades del lenguaje.
- Percepción visual (su capacidad de entender lo que ve).
- Solución de problemas.
- Problemas con sus actividades diarias.

Los tipos más comunes de demencia son llamados enfermedades neurodegenerativas. En estas afecciones las células del cerebro dejan de funcionar o mueren. Estas incluyen:
- Enfermedad de Alzheimer: la forma más común de demencia entre personas mayores. Está provocada por el crecimiento anormal de diferentes proteínas. También hay pérdida de conexión entre las células nerviosas del cerebro.
- Demencia con cuerpos de Lewy: los cuerpos de Lewy son depósitos anormales de una proteína en el cerebro.
-Demencia vascular: causa cambios en el flujo de sangre del cerebro. A menudo es causado por un derrame cerebral o arterioesclerosis (endurecimiento de las arterias) en el cerebro.
-Demencia mixta: es una combinación de dos o más tipos de demencia.

Se debe pedir al profesional que atiende al enfermo que intente descubrir cuál es la causa en ese caso particular, ya que de ello dependerá el tratamiento a aplicar.

2 Objetivos

Objetivos generales:
- Ofrecer ayuda y apoyo a los familiares y afectados de demencias.
- Sensibilizar a los ciudadanos, organismos, instituciones y administraciones para que se interesen y resuelvan los problemas que esta enfermedad plantea al enfermo, su familia y a la sociedad en general.
- Desarrollar y potenciar la labor sociosanitaria especializada que nuestra población necesita.

Objetivos específicos:
- Favorecer la ralentización del deterioro cognitivo y físico de los afectados de demencia a través de la estimulación, preservando las capacidades el máximo tiempo posible y potenciando su autonomía.
- Contribuir a mejorar las alteraciones conductuales y anímicas que las demencias provocan, haciéndoles sentirse útiles.
- Reducir el aislamiento social de la persona afectada.
- Mejorar la calidad de vida del afectado.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de diferentes libros y revistas sanitarias directamente relacionadas con la temática en estudio. También se consultaron diversas páginas web con el objetivo de ampliar la información encontrada en dicha bibliografía. Se utilizaron como descriptores las palabras clave: Internamientos, demencias, cuidados, TCAE. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 20 años, en español, disponibles en texto completo y que estuviesen directamente relacionados con la temática en estudio.

4 Resultados

Las demencias van dificultando la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), con alteraciones cognitivas y de comportamiento. La persona olvidará las rutinas que tiene que hacer o cómo hacerlas, así como dificultades en el movimiento. Por ello necesitan unos cuidados a todos los niveles, y es la causa principal de los internamientos. En los centros además del individuo, también se trabaja con los cuidadores informales-familias.

Cuando la persona es ingresada se debe hacer una evaluación y un diagnóstico lo más preciso posible.

Intervenir mediante técnicas y terapias multidisciplinares para intentar ralentizar el proceso de deterioro y conseguir ofrecer una atención integral que hagan posible el retraso en el desarrollo de la incapacidad.

Coordinar esfuerzos para hacer frente a situaciones que deriven de las demencias en colaboración con entidades del ámbito social y sanitario.

Fomentar estudios y estimular la investigación sobre la incidencia, evolución terapéutica y posible etiología de las demencias.

Potenciar la formación básica y continuada tanto de profesionales como de cuidadores informales conforme a sus necesidades, estimulando este aprendizaje y proporcionando así los medios necesarios para su adecuada capacitación.

Promover terapias de grupo con destino al entorno familiar, ya que constituyen el soporte básico de cualquiera de las formas de asistencia, adecuando un plan de cuidados en función del grado de evolución de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de la presente revisión bibliográfica podemos concluir que la labor del personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), como miembro integrante del Equipo de Enfermería es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren algún tipo de demencia puesto que forman parte del personal sanitario que tiene un contacto directo tanto con dichos pacientes como con sus familiares.

6 Bibliografía

- Competencia en demencia. Manual uso clínico, L.C. Álvaro. Editorial: Panamericana.
- La Demencia. J. Ávila, 2016. Editorial: CSIC.
- Cuidado de personas mayores con demencia. M. Sanchez-Idquierdo. Editorial: Universidad Pontificia de Comillas.
- Manual Pacientes con Demencia. M. González-Cosío.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Demencias: Enfoque-Diagnostico. V. Pérez Martínez. 2006.
- Revista de medicina general Integral.

Capítulo 824

CUIDADOS EN ULCERAS POR PRESION

MARIA SALGADO ALVAREZ DE TEJERA

1 Introducción

Se define la úlcera por presión como toda lesión de la piel producida cuando se ejerce una presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo del riego sanguíneo a este nivel; como consecuencia de lo cual,se produce una degeneración rápida de los tejidos.
Esta generalmente aceptado que una presión mantenida más de 2 horas puede ocasionar una lesión. En pacientes terminales o con grave afectación del estado general, el daño tisular puede ocurrir en un tiempo inferior a dos horas.
Las úlceras por presión se pueden clasificar en:
- Categoria I: eritema no blanqueante en la piel integra. En esta categoría la piel se presenta intacta con eritema no blanqueante de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. Pueden estar presentes: decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimiento o dolor.
- Categoria II: pérdida parcial del espesor de la piel o ampolla. Esta ss caracteriza por la pérdida de espesor parcial de la dermis, presentándose como una úlcera abierta poco profunda, con el lecho de la herida entre rosado y rojo, sin esfacelos. También puede mostrarse como una ampolla intacta llena de suero o rota.
- Categoria III: pérdida total del grosor de la piel. En este tercer grupo se incluirían todos aquellos casos en los que se observe perdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible pero huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la lesión. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.

- Cateoria IV: pérdida total del espesor de los tejidos. Dentro de esta categoría se clasifican aquellas lesiones donde hay una pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo.

2 Objetivos

- Entender los cuidados en úlceras por presión.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Google académico.
- GNEAUPP.
- Cuiden
- Enfermeria al día.
- Ulcera.net
- Protocolo de cuidados en ulceras por presión. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Servicio Andaluz de Salud.
- www. biblioteca.unirioja.es
- www.osakidetza.euskadi.eus
- www.ulcerasfora.sergas.gal

Capítulo 825

CUANDO LA PIEL “NOS HABLA”.

COVADONGA MACIAS OUTEDA

1 Introducción

La dermatomiositis (DM) es un raro síndrome paraneoplásico que se asocia al diagnóstico de diferentes tumores. Suele comenzar con pródromos vagos sobre todo de la piel o los músculos, pudiendo confundirse fundamentalmente con dermatitis de otras causas, lo que retrasa el diagnóstico. Se presenta un caso con el diagnóstico de dermatomiositis como expresión paraneoplásica de cáncer de pulmón, con el objetivo de alertar sobre la importancia de su diagnóstico precoz, ya que de ello depende la supervivencia del paciente.

2 Objetivos

- Averiguar las causas de los síntomas cutáneos que padece el paciente con antecedentes de ser usuario de drogas y ya enfermo crónico de diferentes patologías.

3 Caso clínico

Varón de 57 años, ex fumador importante y UDVP (usuario de drogas por vía parenteral). Conocido por nuestro servicio y en seguimiento en consultas externas de Medicina Interna por infección por VIH en tratamiento con TARGA. con buena adherencia y cargas virales indetectables desde hace años. Sarcoma de Kaposi en piernas controlado con radioterapia.

Acude a nuestra consulta por presentar desde hace dos meses un cuadro de pérdida de peso y debilidad muscular progresiva de predominio en raíz de extremidades con incapacidad para realizar tareas cotidianas acompañado de una erupción cutánea de aparición súbita desde hace 2 semanas en región facial, tronco y extremidades.

No refería afectación de mucosas, ni ingesta de nuevos fármacos, ni sintomatología infecciosa previa o concomitante.

Buen estado general, hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. En la auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos y murmullo vesicular conservado. Abdomen y extremidades inferiores sin alteraciones.

En la exploración dermatológica el paciente presentaba a nivel facial un eritema macular periocular de coloración violácea asintomático acompañado de una erupción macular eritematosa en tronco, afectando la V del escote donde aparecía junto a placas poiquilodérmicas y telangiectásicas, y en la parte posterior del cuello, espalda y hombros donde el eritema ara de aspecto infiltrativo. La erupción también afectaba a cara externa de brazos, muslos (signo de las pistoleras) y rodillas. Llamaba la atención la afectación de las manos en forma de eritema periungueal y, de forma característica, la aparición de pequeñas pápulas hiperqueratósicos confl uentes en la parte superior de los nudillos.

Pruebas Complementarias
- Se solicitó estudio completo con hemograma, bioquímica con enzimas musculares, coagulación, serologías para lues,hepatitis B Y C, Mantoux y quantiferon.

Se obtuvieron cifras de CK (creatininquinasa) de 2436 UI/L (20 – 200), LDH de 683 U/L (240 – 480), Aldolasa de 51 U/L (1 – 10), enzimas hepáticas ligeramente elevadas, VSG de 81 y
PCR de 35 mg/l (0 – 5) con resto de resultados dentro de la normalidad o negativos.- Carga viral para VIH indetectable ante la sospecha diagnóstica se realizó biopsia cutánea por el servicio de Dermatología de una placa eritematosa de la parte posteriór del cuello para estudio mediante hematoxilina-oosina - Se completó el estudio solicitando autoinmunidad y complemento incluyendo enzimas musculares analizadas mediante inmunoblot obteniéndose ANAs + a título de 1/1280 con antiDNA nativo negativos, screening ENAs y ANCAs negativos, C3 y C4 ligeramente aumentados y realizar biopsia muscular por el momento. - La ecografía abdominal mostraba signos de esteatosis hepática sin otros hallazgos y la radiografía de tórax mostraba una lesión nodular espiculada de pequeño

tamaño en lóbulo pulmonar superior izquierdo no visible en estudios anteriores - Ante dichos hallazgos se solicitaron marcadores tumorales estando dentro de los límites de la normalidad salvo la
NSE (Enolasa neuroespecífiCA) con niveles de 25,2 (0 – 17).
Estudio de extensión mediante TAC tóraco-abdómino-pélvico: masa pulmonar LSI con afectación de hilio homolateral.

- Se realizó estudio citológico mediante lavado bronquioalveolar con resultado de carcinoma microcítico de pulmón.

4 Discusión-Conclusión

Con los hallazgos descritos se llego al diagnóstico de dermatomiositis paraneoplásica asociada a carcinoma microcítico de pulmón.

Tratamiento y evolución
El paciente fue derivado al servicio de oncología para valoración de tratamiento oncológico precoz. Se inició asimismo tratamiento con corticoterapia sistémica con prednisona oral a dosis de 40 mg/kg/día por la mañana (0,5 mg/kg/día) junto con omeprazol 20 mg, calcio y vitamina D y dieta antidiabética para control sintomático del cuadro miopático.

Tras dos semanas de tratamiento quimioterápico, radioterápico y corticoideo el paciente presentó discreta mejoría clínica de la miopatía, atenuación de las lesiones cutáneas desapareciendo casi por completo en brazos, muslos y rodillas y descenso notable de los niveles de CK, LDH y aldolasa. En cuanto al carcinoma microcítico de pulmón, se obtuvo remisión completa con desaparición radiologica de la masa pulmonar.

A los nueve meses, sin lesiones cutáneas constatables con enzimas musculares en niveles normales y con visible deterioro general, el paciente sufre recidiva tumoral con afectación pulmonar y adenopática así como metástasis cerebrales, acompañado de fiebre y dificultad 22. respiratória.

Con los hallazgos descritos se llego al diagnóstico de dermatomiositis paraneoplásica asociada a carcinoma microcítico de pulmón.

Tratamiento y evolución
El paciente fue derivado al servicio de oncología para valoración de tratamiento oncológico precoz. Se inició asimismo tratamiento con corticoterapia sistémica

con prednisona oral a dosis de 40 mg/kg/día por la mañana (0,5 mg/kg/día) junto con omeprazol 20 mg, calcio y vitamina D y dieta antidiabética para control sintomático del cuadro miopático.

Tras dos semanas de tratamiento quimioterápico, radioterápico y corticoideo el paciente presentó discreta mejoría clínica de la miopatía, atenuación de las lesiones cutáneas desapareciendo casi por completo en brazos, muslos y rodillas y descenso notable de los niveles de CK, LDH y aldolasa. En cuanto al carcinoma microcítico de pulmón, se obtuvo remisión completa con desaparición radiológica de la masa pulmonar A los nueve meses, sin lesiones cutáneas constatables,con enzimas musculares en niveles normales y con visible deterioro general, el paciente sufre recidiva tumoral con afectación pulmonar y adenopática, así como metástasis cerebrales, acompañado de fiebre y dificultad 22 respiratória.

Se decide ingreso para iniciar antibioterapia sistémica con mala respuesta evolucionando hacia un cuadro de sepsis de origen respiratorio por el cual el paciente fallece a la semana siguiente.

Discusión
La dermatomiositis es una miopatía infl amatoria idiopática que cursa con una clínica cutánea muy característica.
Fue descrito en 1975 por Bohan y Peter como un cuadro de debilidad muscular simétrica proximal con alteraciones en las pruebas de la función muscular (biopsia, electromiograma y/o enzimas musculares en suero) junto con alteraciones cutáneas que engloban el signo de Gottron (pápulas en dorso de las articulaciones interfalángicas), rash en heliotropo, en heliotropo , el signo del chal, el signo de la V, las “manos de mecánicos”, las placas poiquilodérmicas y la calcinosis subcutánea.

La importancia de este cuadro en pacientes de edad media-avanzada es la posibilidad de una neoplasia subyacente .

(15-25% de casos) lo que empobrece el pronóstico de forma exponencial. El tratamiento en estos casos viene determinado por el tratamiento del tumor. Los cánceres más frecuentes relacionados son el de ovario, páncreas y pulmón.

En nuestro caso, presentamos la asociación de dermatomiositis con carcinoma microcítico de pulmón en un paciente joven, que a pesar del tratamiento pautado tuvo un desenlace fatal.

5 Bibliografía

- Rhee RL, BakerJ. Anti-p155 autoantibodies as diagnostic marker for cáncer-associated dermatomyositis: comment on the article by Trallero-Araguás et el. Arthritis Rheum. 2012 Sep: 64(9):3059.
- Kannan MA, Sundaram C, Uppin M, Mridula R, Jabeen SA, Borgohain R. Incidence of malignancies in biopsy-proven infl ammatory myopathy. Neurol India. 2013 Mar-Apr; 61(2):152-5.
- Zaki Abou Zahr, Alan N. Baer. Malignancy in Myositis. Current Rheumatology Reports.June 2011, Volume 13, Issue 3, pp 208-215

Capítulo 826

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO

MARIA REBECA GARCIA GION

1 Introducción

Una intervención quirúrgica es uno de los lugares donde es necesaria la labor de los técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería(TCAE). Si bien el técnico asistente no va a participar en la operación propiamente dicha, existen una gran cantidad de labores que necesitan de un personal cualificado para ser realizadas. Estas requieren conocer los protocolos apropiados así como la familiaridad con el instrumental y el entorno quirúrgico.

El proceso quirúrgico consiste en una serie de acciones manuales e instrumentales encaminadas a paliar, curar o explorar, por medio de cirugía, cuando no es viable otra acción médica. La situación del paciente que va a ser intervenido propicia la humanización de los cuidados, materializándose en una atención integral al enfermo con el fin de valorar sus necesidades y planificar-ejecutar los cuidados que precisará hasta que abandone el hospital. Así, los enfermeros y los TCAE se convierten en los profesionales de referencia para el paciente, intentando que sea lo más independiente posible hasta que su situación se normalice.

Las funciones de los TCAE aparecen recogidas en los artículos 74 a 85 de la Orden ministerial del 26 de abril de 1973, que aprueba el Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social. Asimismo, en el Real Decreto 137/1984 se señalan otra serie de funciones del TCAE en el equipo

de atención primaria. Estas normativas tienen validez en la sanidad pública a nivel nacional. Aunque se ha promulgado el nuevo Estatuto Marco que afecta a todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) y deroga los anteriores estatutos vigentes hasta la fecha, las funciones recogidas en el antiguo Estatuto continúan vigentes (según la Disposición Transitoria Sexta de la Ley 55/2003). Así, en el artículo 74 de la Orden ministerial se señala: "Corresponden a las auxiliares de enfermería ejercer, en general, los servicios complementarios de la asistencia sanitaria en aquellos aspectos que no sean de la competencia del personal sanitario titulado superior. Los auxiliares de enfermería se atendrán a las instrucciones que reciban del citado personal que tenga atribuida la responsabilidad en la esfera de su competencia del Departamento o Servicio donde actúen las interesadas y, en todo caso, dependerán de la Jefatura de enfermería y de la Dirección del centro".

2 Objetivos

- Conocer los protocolos y procedimientos de actuación en el quirófano.
- Trabajar en coordinación con las enfermeras dando apoyo a su actividad, y realizando actividades de limpieza, colocación y reposición del material necesario en el quirófano.
- Preparar de forma correcta el quirófano, usando adecuados métodos de desinfección y esterilización y determinadas precauciones de seguridad que deben tomarse para que el quirófano se convierta en un medio seguro para el enfermo .

3 Metodología

- Manual de acogida TCAE en el quirófano del Hospital General de la Comunidad Valenciana.
- Protocolo de actuación y atención del equipo de enfermería al paciente en proceso quirúrgico intraoperatorio. Complejo hospital Universitario de Albacete.

4 Resultados

Las actividades paso por paso que realizan las TCAE en el quirófano son:
1. Preparación del quirófano

Asegurar que el quirófano se encuentra en condiciones óptimas, antes de la llegada del paciente, habiendo quedado provisto de los materiales necesarios para la intervención/es, en unas perfectas condiciones de asepsia y/o esterilidad instalación y materiales. Previo a la llegada de cualquier paciente al quirófano:
- Reposición de la zona limpia.
- Preparar equipos quirúrgicos, paños y sábanas .
- Reposición de material fungible.
- Reponer cepillos, mascarillas y desinfectantes.
- Revisar mobiliario y aparataje.
- Reposición de la zona sucia.
- Gomas de aspiración.
- Reparto de las cajas de instrumental y material Manual de acogida de TCAE en el quirófano .
- Limpieza y reposición y organización de los distintos almacenes y farmacia.
- Vendas de crepé, de yeso, de algodón, etc.
- Remisión de muestras-
- Conocer la ubicación de los servicios centrales dependientes, ya que es el enlace intraoperatorio para la remisión de muestras.

En resumen, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe:
- Colocar correctamente el mobiliario y aparataje quirúrgico antes y después de la intervención, en colaboración con el equipo de enfermería.
- Colaborar con las enfermeras en la colocación del equipo textil-desechable, lavado quirúrgico y cajas de instrumental.
- Preparar y comprobar al menos un sistema de aspiración conectado a vacío, que será utilizado durante la inducción anestésica o durante la cirugía (muy importante en las intervenciones de urgencia, ya que algunos pacientes no cumplen el periodo de ayunas previo a la cirugía).

2. Recepción del paciente
La recepción del paciente en quirófano tiene como objetivo fundamental realizar una correcta acogida y proporcionar cuidados de calidad en esta etapa del proceso quirúrgico. Se inicia con la identificación inequívoca del paciente (que llevará su pulsera identificativa), se verifican los datos con la historia clínica y con el parte quirúrgico y se realiza el listado de verificación quirúrgica con el equipo quirúrgico. El TCAE colabora en este proceso siguiendo unas pautas: Colaborar con el equipo de enfermería en la recepción del paciente, guardando las pertenencias, prótesis dentales o cualquier otro objeto en los lugares destinados a tal fin y asistiendo en caso necesario a las necesidades básicas del paciente antes de

entrar al quirófano (cuña para orinar, protección de la piel con ácidos grasos en las prominencias óseas en el caso de intervenciones prolongadas…). Hacer una segunda evaluación, tras la primera realizada por el personal de enfermería, del aseo corporal del paciente que va a ser intervenido. Prevenir lesiones mediante:
- Retirada de accesorios del pelo o pelucas; se pone un gorro en el cabello del paciente.
- Sacar joyas.
- Retirar el esmalte de uñas, uñas postizas, etc.
- Quitar lentes de contacto.
- Retirar cualquier prótesis.
- Instruir al paciente sobre las dimensiones de la mesa quirúrgica.

3. Inicio de la intervención
El TCAE debe colaborar con el resto del equipo en la colocación del paciente en la posición adecuada para, primero la analgesia y/o anestesia así como para la intervención y con las protecciones necesarias, en el caso de cirugías de larga duración. Durante el inicio de estas intervenciones de, en muchas ocasiones apresuradas, suelen aparecer necesidades de material y/o equipamiento no previstas e incluso apoyo personal al personal de enfermería actuante por lo que la labor de atención del TCAE y su pronta y correcta actuación facilitará el inicio rápido de la intervención. El TCAE en estos momentos realiza actividades dependientes e interdependientes:
- Proveer el material necesario que se solicita durante la cirugía.
- Colaborar con la enfermera cuando lo solicita para las técnicas que se realicen al paciente (sondaje, fijación de una vía venosa periférica, etc.).
- Limpiar el material que se ha utilizado al inicio del proceso anestésico y, en su caso, dejarlo disponible en quirófano porque puede hacer falta posteriormente.
- Ayudar, junto con la enfermera circulante, a vestir y atar las cinchas de la bata quirúrgica a la enfermera instrumentalista y resto de miembros del equipo.
- Ayudar en la colocación de la manta térmica si la enfermera prevé un descenso de la temperatura corporal del paciente, para evitar la hipotermia o para que el paciente se encuentre en un ambiente más.

4. Desarrollo de la intervención
Una vez haya mesas estériles montadas se ha de seguir estrictamente los principios de las técnicas estériles (ya que el TCAE colabora con la enfermera circulante en el manejo de materiales estériles en el proceso quirúrgico):
- No tocar las superficies ni campos estériles.
- Si por necesidad debe abrir material estéril y este está envuelto en cubierta doble

y con las cuatro esquinas dobladas, la esquina que está más alejada es la primera que debe abrirse, y la más próxima será la última.
- Guardar una distancia de seguridad de unos 30 cm entre el TCAE o la enfermera circulante y el equipo estéril. Se debe evitar caminar entre dos áreas estériles.
- Considerar no contaminadas las cubiertas de las mesas estériles, por lo que si se mueve la mesa, el TCAE o la enfermera circulante podrán sostenerla a 30 cm aproximadamente por debajo de la cubierta. Todo lo que cuelga de los bordes de una mesa estéril también se considera contaminado.

El TCAE debe preguntar a la enfermera circulante cual va a ser el destino previsto para el paciente una vez terminada la intervención, pues en función del mismo se deberá actuar:
- Si se va a trasladar en la misma cama que ha venido se deben de cambiar las sábanas.
- Si la cama viniera de una planta diferente, esta debe venir totalmente vestida. Una vez iniciada la intervención quirúrgica en sí, el TCAE debe valorar si puede ausentarse o no, siempre y cuando lo comunique a la enfermera circulante.

5. Final de la intervención
1. Paso del paciente de la mesa a la cama:
- Una vez lo indique el anestesiólogo se procederá a trasladar al paciente de la mesa a la cama adecuada con la colaboración de todo el equipo quirúrgico. El TCAE debe adecuar la cama a las condiciones del paciente, así como colocar las protecciones y drenajes adecuadamente.
- En el caso de que hubiera pertenencias del paciente y no se hubieran entregado a los familiares durante la intervención se asegurará de que acompañen al paciente debidamente identificadas.
2. Limpieza de instrumental:
- Recoger y limpiar el instrumental quirúrgico empleado en la intervención, siguiendo los protocolos de limpieza del hospital.
- Una vez limpio y seco el instrumental, cuando el enfermera ordene el instrumental en la caja, se ha de rellenar la hoja para mandar éste a esterilización junto con el instrumental suelto para embolsar. La hoja rellena consta de original y copia, el original queda archivado en una carpeta habilitada a este menester en quirófano y la copia, va junto con todo el instrumental. Este instrumental, al ser de noche, queda en un carro para que el personal de mañana, lo mande a 1ª hora a esterilización.

6. Recogida y puesta a punto del quirófano:

- Al finalizar la intervención quirúrgica se debe retirar todo el material desechable utilizado en el proceso.
- El mobiliario de quirófano debe limpiarse después de la jornada quirúrgica con un trapo húmedo con solución detergente o desinfectante.
- Las lámparas de quirófano, por encontrarse justamente encima del campo operatorio y al ser también muy manipuladas en el curso de las intervenciones, deben conservarse en un estado de limpieza perfecta.
- Limpiar el aparataje de quirófano con paños húmedos con solución detergente o desinfectante:
• Microscopios.
• Aparatos de isquemia.
• Torres de laparoscopia, artroscopia, toracoscopia, etc.
• Respirador.
• Bombas de infusión.
• Calentadores.
• Motores y consolas, etc.
- Cambiar y cerrar los sistemas de aspiración entre una y otra cirugía.
- Limpiar el fibrobroncoscopio (FB) y/o sonda de Eco-Doppler transesofágico de acuerdo con el protocolo.
- Revisar los contenedores de material punzante, reponiéndolos cuando su contenido llegue al nivel de llenado recomendado.
- Colocar las sábanas de la mesa quirúrgica después de limpiar.
- Coordinar con los servicios de limpieza la adecuación del quirófano para la siguiente intervención quirúrgica. Las actividades de reposición que se realizan en el área quirúrgica son muy variadas: material fungible que se coloca en carros dentro del quirófano, almacenes, carro de anestesia, carro de ropa, material que se prepara para su esterilización, etc. El TCAE realiza una parte muy importante de la reposición, por ello debe conocer la ubicación de la gran variedad de material fungible del quirófano. Para poder realizar el proceso quirúrgico en condiciones óptimas, el quirófano debe estar correctamente repuesto y preparado. Una vez finalizada la intervención, el TCAE es responsable de que el quirófano quede limpio, de lavar y secar el instrumental, recoger la ropa de quirófano, limpiar cables y aspiradores, de llamar a limpieza, vestir la mesa de operaciones y reponer el material que se haya utilizado (batas, compresas gasas etc.) para que quede listo para una próxima intervención.

7. Relación con el paciente quirúrjico tras la intervención

La relación del TCAE, así como del resto de personal sanitario, y los pacientes es uno de los aspectos más importante en una intervención quirúrgica. El pa-

ciente cuando llega a quirófano se encuentra en una situación de inseguridad, incertidumbre y dependencia que, en general, se experimenta frente al personal sanitario. Tiene la necesidad de que le informen de lo que le sucede, aunque al mismo tiempo tiene miedo a saberlo. Esta angustia aumenta a medida que la intervención quirúrgica que se va a realizar al paciente es más grave o compleja.

Por todos estos motivos, el paciente espera del TCAE y del resto de personal sanitario la comprensión, afecto e interés hacia su persona; ser escuchado, apoyado e informado con palabras que pueda entender y que le den tranquilidad, reduciendo así su ansiedad ante el proceso quirúrgico. Por lo tanto, el TCAE debe colaborar con el resto del equipo en crear un clima agradable en el quirófano que le transmita al paciente más seguridad y le ayude a estar más tranquilo.

5 Discusión-Conclusión

El proceso quirúrgico comprende tres etapas: el periodo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. En cada una de ellas se explican los cuidados necesarios que el TCAE tiene que llevar acabo. Son tres periodos que se producen de manera secuencial, en los que las diferentes actividades que se realizan en cada uno de ellos tienen como objetivo común mantener al paciente en las condiciones óptimas ante cualquier intervención quirúrgica. Concretamente, el TCAE realiza las técnicas quirúrgicas necesarias en coordinación y bajo la supervisión del equipo de enfermería del quirófano correspondiente.

Se han indicado las principales técnicas del TCAE en el proceso quirúrgico, destacando la reposición del quirófano, limpieza y procesamiento de los instrumentos, entre las técnicas más habituales. Otra labor importante de los TCAE tanto antes como después de la intervención es centrarse en el paciente como persona, e informarle de todo el proceso y ofrecerle apoyo interés y comprensión mejorando así la calidad asistencial y reduciendo el nerviosismo y la incertidumbre que pueda tener ante la intervención.

6 Bibliografía

- Candel Parra E. El paciente quirúrgico. Intraoperatorio. En: De la Fuente Ramos M (coord.). Enfermería
Médico-Quirúrgica. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Vol. 1. Madrid: Difusión Avances de Enfermería

(DAE); 2009. p. 210-222.
- García García A, Hernández Hernández V, Montero Arroyo R, Ranz González R. Enfermería de quirófano.
Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005.
- https://manualzz.com/doc/25436339/lavado-manual-del-instrumentalquir%C3%BArgico.
- Lavado y pintado quirúrgico del paciente. PTN de uso interno del Hospital General Universitario
Gregorio Marañón; Madrid.
- Quirófano para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Grupo paradigma. Ed. 2015

Capítulo 827

LAS INFECCIONES RELACIONADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS). PREVENCIÓN Y CONTROL

BEATRIZ REQUENA PARADA

DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO

MARIA DEL MAR BARRO RIVERA

JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN

LLARA LOBO BARRO

1 Introducción

La infecciones que el paciente adquiere durante su estancia en el hospital y que no tenía, ni en periodo de incubación antes de su ingreso, se conocen como infecciones asociadas a la atención sanitaria (IRAS), antes conocidas como infecciones nosocomiales (IN) u hospitalarias. Se consideran también IRAS las adquiridas por el personal sanitario en el desempeño de sus funciones. La OMS considera que en los países desarrollados más de un 7% de los pacientes que ingresa en un centro sanitario y un 10% de los que lo hacen en los países en vías de desarrollo van a adquirir al menos una IRAS. Es un problema bastante común debido a factores como:

• La sensibilidad de pacientes cada vez más mayores y con mas patologías crónicas.

• La realización de procedimientos invasivos como colocación de un catéter, colocación de sondas, biopsias, endoscopias o cirugías, que rompen la barrera de protección de la piel.
• La disminución del sistema inmune de la persona hospitalizada, debido a la enfermedad y también al uso de medicamentos, siendo éstos cada vez más fuertes para poder combatir la presencia de microorganismos resistentes a los actuales antibióticos.
Las IRAS son el fenómeno adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, y ninguna institución ni país puede decir que ha solventado el problema. Según los datos de varios países, se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por IRAS. A pesar de la importancia que tienen las IN para el sistema sanitario, no se conoce su verdadera carga debido a la complejidad que supone reunir datos fiables.

Cada año se realiza el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE). Es un estudio epidemiológico, transversal, de prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Garantiza una recogida de la información homogénea y sistemática, que permite conocer la prevalencia de IRAS a nivel nacional, por CCAA y hospitales. Los principales objetivos de este estudio son el conocimiento de la carga de la enfermedad producida por las IRAS, el uso de los antibióticos y la frecuencia de las resistencias a los antimicrobianos, en los pacientes hospitalizados. Se elabora anualmente en España desde 1990, impulsado por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.

El Estudio EPINE tiene como fin ayudar a los hospitales a determinar la prevalencia de infecciones nosocomiales en su centro y poder actuar en consecuencia. Todos los organismos encargados en el estudio y control de las IRAS están de acuerdo en que la prevención y el control son la clave para reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y la transmisión de las bacterias multiresistentes.

2 Objetivos

Distintos estudios nos demuestran que cuando se aplican medidas de prevención de forma correcta, las IRAS disminuyen de forma significativa. Algunas de estas medidas son:
• la Estrategia para la Higiene de Manos de la OMS, Bacteriemia Zero, el uso correcto de antibiótico…

La OMS anualmente lanza campañas para concienciar y recordar la importancia de la Higiene de Manos. En el año 2019 lanzó la campaña "Una atención limpia para todos-está en sus manos", dirigida a:
• Profesionales de la salud: Defiendan una atención limpia – está en sus manos.
• Lideres de prevención y control de infecciones: Supervisen los estándares de prevención y control de infecciones – tomen medidas y mejoren prácticas.
• Lideres del centro de salud: ¿Sus instalaciones están a la altura de los estándares de la OMS de higiene de manos y control de infecciones? ¡Participen a la encuesta de la OMS 2019 y tomen medidas!
• Ministerios de Salud: ¿Su país cumple con los estándares de control y prevención de infecciones? Supervise y actúe para lograr una cobertura de salud universal de calidad.
• Grupos de defensa del paciente: Soliciten una atención limpia – es su derecho.
Tan importante como la prevención de las IRAS en los pacientes, es la prevención entre los profesionales sanitarios. Solo con una correcta aplicación de las precauciones estándar por parte de médicos, enfermeras, técnicos en cuidados de enfermería y el resto de personal que realiza su actividad en el entorno sanitario, se puede evitar en la medida de lo posible, una infección directa o indirectamente relacionada con la atención que prestan a los pacientes.
El objetivo principal de la aplicación de estas medidas de prevención y control, es la disminución de las IRAS en la medida de lo posible.

3 Metodología

Se consultan distintos programas publicados por la OMS, publicaciones de EPINE, así como estudios realizados por diferentes colectivos sanitarios. Seleccionando artículos y estudios recientes, publicados en los últimos 5 años. La búsqueda de la información se realiza a través de los buscadores Scielo y Google Académico, utilizando para la búsqueda descriptores como: "infección nosocomial", "prevención y control", "higiene de manos", "EPINE".

4 Resultados

Las infecciones nosocomiales ocasionan una elevada mortalidad, prolongan la estancia hospitalaria y aumentan los costes asistenciales.

La erradicación de las IRAS es una utopía. Es inevitable el riesgo que conlleva cualquier procedimiento invasivo realizado durante la hospitalización en pa-

cientes frágiles. Pero, sí es posible reducir al máximo el número de infecciones mediante un esfuerzo continuado de prevención. Se ha estimado que como resultado de la aplicación de los programas de prevención de las infecciones nosocomiales, se puede evitar alrededor del 65% de las bacteriemias e infecciones del tracto urinario y el 55% de las neumonías y de las infecciones quirúrgicas, salvando miles de vidas y ahorrando millones de euros.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones relacionadas con las Asistencia Sanitaria, son un problema de salud pública. Dos de cada diez personas que entran a un hospital en el mundo, sufren una IN siendo las más frecuentes las infecciones urinarias, respiratorias y del lecho quirúrgico. Aunque como se ha expuesto, la erradicación de estas infecciones es una quimera, si que se puede reducir el riesgo, de forma notable, mediante estrategias como:

• La implantación generalizada de programas que potencien la cultura de seguridad en los centros sanitarios y las campañas de higiene de manos, con el fin de concienciar al personal sanitario y a los pacientes del peligro que supone contraer este tipo de infecciones.

• El lanzamiento de campañas que informen y formen a los ciudadanos y a los profesionales, tales como: la importancia de la higiene de manos, el uso prudente de los antibióticos con el propósito de informar y formar a los profesionales y a la ciudadanía.

• El diseño arquitectónico de los centros hospitalarios, exigiendo que cumpla medidas en cuanto al control de la distribución y calidad del aire e incluso del agua en quirófanos y salas de cuidados intensivos, ya que este control puede reducir de forma significativa el número de agentes contaminantes con alto riesgo infeccioso que llegan hasta el paciente.

Por lo que se puede concluir afirmando que, si se aplican correctamente todas las medidas necesarias para la prevención de las IRAS, se reducen de forma notable los casos de afectados, con todo lo que ello conlleva; un porcentaje más bajo de mortalidad relacionada directamente con estas afecciones, así como el sobrecoste que conlleva para la sanidad tratarlas.

6 Bibliografía

- https://www.tuasaude.com

- https://www.who.int
- https://fidisp.org
- https://medlineplus
- https://www.elsevier.es
- https://www.immedicohospitalario.es
- https://epine.es
- https://rpp.pe
- https://www.sempsph.com

Capítulo 828

LA TEMPERATURA PARA TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA

NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ

1 Introducción

La temperatura es un indicador que nos da información sobre el estado de salud del paciente.

La temperatura es el grado de calor que tiene el cuerpo.

Los lactantes y personas de edad avanzada suelen tener más temperatura que los jóvenes.

Las emociones y la ansiedad pueden elevar la temperatura.

Está comprobado que las variaciones de temperatura fuera de los límites normales se relacionan con algunas alteraciones internas, infecciones o inflamaciones.

La enfermera o enfermero es el encargado de medir, interpretar, detectar y evaluar la temperatura de un paciente. El auxiliar de enfermería colabora con ellos en la medición y registro de esta. La temperatura se tomará al menos dos veces al día:

- Por la mañana entre las 7 -9 horas antes del desayuno obteniendo la temperatura mínima.
- Por la tarde entre 17-19 horas antes de la merienda determina la temperatura máxima.

2 Objetivos

- Evaluar el estado de termorregulación del individuo.
- Mantener un registro gráfico del paciente.
- Reconocer y referir los cambios y alteraciones que precisen revisión médica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los lactantes y personas de edad avanzada suelen tener más temperatura que los jóvenes. Las emociones y la ansiedad pueden elevar la temperatura. Está comprobado que las variaciones de temperatura fuera de los límites normales se relacionan con algunas alteraciones internas, infecciones o inflamaciones.

Para precisar cuál es la temperatura corporal es necesario utilizar el termómetro, que es un instrumento graduado en décimas de grado desde 35° C a 42°C.

El termómetro convencional de mercurio axilar es de extremo alargado y el rectal es corto y redondeado. Éste está retirado su uso por la Unión Europea. Los termómetros digitales poseen una pantalla de lectura, incorporan un microchip que actúan en un circuito electrónico y son sensibles a los cambios de temperatura, ofreciendo lectura directa de la misma en más o menos 60 segundos. El termómetro de oído digital electrónico, que trabaja con una pila de litio y tiene pantalla de lectura, mide la temperatura mediante detección en el conducto auditivo de los rayos infrarrojos que emiten los órganos internos. El termómetro de

contacto con la piel con tecnología similar a la anterior, estima la temperatura colocándolo en la frente con tiempo de lectura de 5 segundos.

Según la temperatura corporal, cabe destacar:
- La temperatura normal del ser humano es de 36,5-37,5ºC.
- Hipotermia: descenso de la temperatura por debajo de 36ºC.
- Febrícula o décimas de fiebre: cuando la temperatura oscila de 37 a 38ºC.
- Hipertermia, fiebre o pirexia: cuando la temperatura sea superior a 38ºC.

En función de la evolución que tenga la fiebre sé distinguen distintos tipos de fiebre:
- Fiebre en aguja o intermitente: la temperatura presenta bruscos ascensos y descensos. Se caracteriza por la elevación de la temperatura por la tarde mientras que por la mañana suele ser normal.
- Fiebre ondulante o remitente: la temperatura varía en un grado o dos durante el día, pero no baja a los niveles normales, produciéndose muchas variaciones de temperatura a lo largo del día.
- Fiebre en meseta o continua: la temperatura permanece alta y varía muy poco durante el curso del día.
- Reincidente o recurrente: se dan cortos periodos febriles de pocos días intercalados con periodos de 1 a 2 días de temperatura normal.

El termómetro debe ser individual o bien limpiarlo con una torunda alcoholada para desinfectarlo.

Se debe comprobar que el termómetro que vamos a utilizar se encuentra en buen estado y que funciona.

La parte del termómetro que debe estar en contacto con la piel o mucosa del pacientes el bulbo del termómetro.

En cuanto al tiempo de colocación, respetar el tiempo de espera estimado para cada caso:
- Bucal: 3 minutos. En pacientes sin alteración de conciencia.
- Axila o ingle: previamente secas, colocar el termómetro de 3 a 5 minutos.
- Rectal: paciente en decúbito lateral con genuflexión de los miembros inferiores. Introducir en el recto el termómetro lubricado, esperar 1 minuto.

Antes y después de usar el termómetro, tenemos que limpiarlo con una gasa impregnada en jabón líquido o desinfectante.

Es el personal sanitario es el responsable de retirar el termómetro al paciente y realizar la lectura. Registrar los datos en la gráfica de constantes, en color rojo.

5 Discusión-Conclusión

La temperatura es una magnitud que refleja la cantidad de calor del cuerpo.

Dicha temperatura varía según el momento del día, aunque suele aceptarse que la temperatura considerada normal ronda los 37º C.

Cuando la temperatura se ubica en 38º C o más, la persona tiene fiebre y suele ser el síntoma de una enfermedad o de un proceso infeccioso.

Si la temperatura, desciende de los 36º C o menos el ser humano sufre hipotermia. Puede producirse por la ingesta de fármacos, desnutrición o la permanencia en un entorno con frío excesivo, entre otros motivos.

El cuerpo dispone de mecanismos para regular su temperatura de acuerdo a la temperatura del ambiente. Mediante la termorregulación, por lo tanto, el cuerpo pierde o gana calor para conservar un equilibrio

6 Bibliografía

- https://www.enfermeriadeciudadreal.com
- https://www.mheducation.es
- http://famen.ujed.mx/doc/manual-de-practicas/a-2016/03_Prac_01.pdf

Capítulo 829

LA LACTANCIA MATERNA DESDE LA PERSPECTIVA DEL TCAE

ANA MARIA MENENDEZ MENENDEZ

1 Introducción

La alimentación mediante la lactancia materna es la base fundamental para el desarrollo del lactante. La OMS recomienda este tipo de nutrición del recién nacido de forma exclusiva hasta los 6 meses de edad y continuar con ella introduciendo gradualmente alimentos hasta los 12 meses, prolongándose el tiempo estimado por la madre y el niño.

Las madres que amamantan mejoran su salud y promueven un vínculo afectivo con el bebé y para estos, hay evidencias científicas que demuestran que los bebes lactantes tienen menos enfermedades, más leves y menor tiempo.

La leche materna no es estática, varía en composición y volumen, adaptándose a lo largo del tiempo según el estado de gestación, la edad gestacional del lactante, momento del día, progresión de la mamada y dieta materna.

En los primeros días se segrega el calostro (líquido amarillo rico en proteínas, vitaminas e inmunoglobulinas que son las proteínas del sistema inmunitario). Se recomienda el inicio de la lactancia en las primeras horas del postparto o en el mismo paritorio, así se desarrollan cuanto antes los reflejos de arraigo del bebé e instaurando una lactancia a demanda. Si se precisase algún tipo de suplemento se ofrecerá con una cuchara o jeringuilla no con el biberón.
También existen otros tipos de lactancia como la mixta o la lactancia artificial que tiene todos los nutrientes necesarios para el desarrollo correcto del niño.

Existen una serie de posiciones de amamantamiento habituales para dar el pecho. De aquí la importancia del TCAE que debe ayudar y proporcionar las condiciones ideales para que se realice de forma natural y adiestrar a la madre en la técnica del amamantamiento para que sea una experiencia placentera tanto para la madre como para el niño. Podemos distinguir entre 3 tipos de posiciones:

- Posición sentada: es la más habitual. Sentada con la espalda recta bien apoyada en la silla y colocando un cojín en las piernas para que el bebé se sitúe a la altura del pecho y los pies bien apoyados en el suelo. Se colocará al bebé frente a su madre en decúbito lateral con su abdomen pegado al de su progenitora y rodeando con su brazo al niño apoyando la cabeza sobre su antebrazo.
- Posición acostada: ideal para los primeros días y en las cesáreas, evitando así la presión sobre el abdomen y reduciendo las molestias durante el amantamiento. Ambos se posicionan en decúbito lateral, frente a frente y con su abodomen en contacto, la madre apoyando su cabeza en una almohada y sin perder la visión del bebé, y éste apoyando su cabeza en el colchón a la altura del pecho. Se evitará que la madre se quede dormida durante el acto así se evitará aplastamientos y asfixia del bebé,y se deberá sujetar durante toda la toma para evitar caídas.
- Posición sentada inversa: recomendada en cesáreas y para amamantar a gemelos. La madre se situará en posición de Fowler, con un cojín en el lateral donde se sitúa al bebé, rodeado con su brazo y sujetando su cabeza por debajo de la nuca. El bebé colocado en el lateral de su madre, bajo su brazo con los pies hacia la espalda y la cabeza situada a la altura del pecho mirando de frente a su madre.

2 Objetivos

- Promover la importancia de la lactancia materna en la supervivencia, crecimiento y desarrollo infantil, así como también la salud y bienestar de la madre.
- Enseñar los pasos que se deben seguir para lograr una lactancia materna exclusiva y exitosa.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se han consultado diferentes fuentes como las bases de datos Google Academy, Scielo, PubMed, Slideshare además diversos artículos y revistas científicas, bibliografía sanitaria y libros de texto.

4 Resultados

Las ventajas de la lactancia materna han demostrado ser capaces de reducir la morbilidad y la mortalidad en la infancia, a base de disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas. Se calcula que la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y el destete después de 1 año, en los países en desarrollo, podrían prevenir el 13% de la mortalidad infantil.

A pesar de que la alimentación con fórmula está equipada para alimentar al lactante, no está dotada de las mismas características, por lo que genera un aumento rápido de peso en el bebé y por otro lado, la no estimulación de oxitocina por la succión del pecho por parte del bebé, aumenta el riesgo para la madre de padecer enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial. Se ha demostrado que la no lactancia materna puede aumentar la morbilidad materna. En este sentido la lactancia materna juega un papel fundamental la hora de prevenir la obesidad infantil.

Ofrece otro modo de aprendizaje, ya que se ha demostrado que varios sabores pasan a través de la leche materna (por ejemplo, ajo, anís, menta, vainilla y ciertos quesos). Los recién nacidos detectan los sabores en la leche materna como es evidente por cambios en la frecuencia de movimientos de succión, duración del amamantamiento, e ingesta. Por tanto, esta exposición temprana a ciertos sabores puede proporcionar las primeras lecciones de sabor y aumentar la probabilidad de aceptación de ciertos alimentos. Esto podría también explicar el hallazgo de que los bebés amamantados tienden a ser con menos frecuencia "comedores quisquillosos" y a estar más dispuestos a probar nuevos alimentos.

Además también deberíamos destacar que el niño alimentado con lactancia materna realiza más actividad física que el alimentado con fórmula, ya que trabaja más, emplea más tiempo en su participación en la lactancia, esta participación es activa y permanece más tiempo despierto.

5 Discusión-Conclusión

Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y la lactancia complementaria hasta al menos los dos años de vida del menor. También debemos recordar que también existe la lactancia mixta, cuando hacemos lactancia materna alternada con lactancia de formula o la lactancia artificial o en fórmula que también contiene todos los nutrientes necesarios para el cor-

recto desarrollo del pequeño siguiendo los mismos tiempos que en la materna exclusiva para incluir la alimentación complementaria.

Desde la perspectiva del TCE, es de vital importancia poner en conocimiento de la madre desde un primer momento de todas las opciones posibles, para que así cada una pueda adaptar su elección a sus propias necesidades, comodidades o estilo de vida.

6 Bibliografía

- Técnicas Básicas de Enfermería. McMillan Education, 2015
- Valmaña Montaves I. Lactancia de tu bebé. Santiago de Cuba: Editorial Oriente, 1991
- https://es.slideshare.net
/mafexoxo/lactancia-materna

Capítulo 830

ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA JOSE ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La psicología es una de las partes fundamentales para favorecer el bienestar del paciente y de los familiares que estén a su lado durante el camino. Tanto los enfermos como sus acompañantes pasarán por momentos difíciles y el apoyo psicológico es un punto vital para hacer el trance más llevadero.

2 Objetivos

- Analizar la importancia del auxiliar de enfermería en el bienestar del paciente, y como puede contribuir la ayuda del profesional en su mejoría.

3 Metodología

La experiencia profesional a lo largo de la trayectoria profesional desarrollando funciones de TCAE en hospitales, así como consultas a través de la web certifican que la ayuda psicológica que el técnico aporta al paciente beneficia a la salud mental del enfermo, como son las bases de datos de Scielo y Dialnet.

Dentro del apoyo psicológico que los auxiliares de enfermería puedan desarrollar en su día a día no debemos de olvidar que no se trata solamente de técnicas de escucha, sino que en ocasiones y debido a su posición son los primeros que pueden ser conscientes de un problema de depresión y poner en alerta a profesionales más especializados en el ámbito psicológico.

Asimismo, tenemos que ser en todo momento conscientes de los procesos que sufren sus familiares y acompañantes durante su estancia en el hospital.

Como conclusión, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ha de escuchar al paciente en todo momento e identificar cualquier problema psicológico que lo aceche para poder darle la ayuda que necesite y ser su apoyo en todo momento, al igual que el resto de profesionales sanitarios

4 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/scielo.php
https://dialnet.unirioja.es/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 831

MEDIDAS A TENER EN CUENTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS

JAIME RIVERA SUAREZ

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

LAURA PRIERES MELERO

PABLO RIVERA SUAREZ

BELEN FERNANDEZ PINTADO

1 Introducción

La administración de enemas es un procedimiento que permite la estimulación del peristaltismo y la evacuación del recto.

Normalmente se hace uso de los enemas cuando otras medidas empleadas anteriormente han fracasado (por ejemplo uso de laxantes,consumo de frutas…)

Los enemas son líquidos que se introducen por vía rectal en la porción terminal del intestino. Se pueden emplear como evacuantes (enemas de evacuación o de limpieza, que son los más frecuentes y en los que nos vamos a centrar), para

ejercer una acción local o sistémica (enemas de retención) o con fines diagnósticos (enemas con sustancias radioopacas).

Cuando el volumen que se va a administrar es pequeño, se denominan microenemas.

Los enemas están contraindicados en los pacientes con patología anorrectal (hemorroides dolorosas, fisuras, abscesos) o en postoperados recientes de la zona.

2 Objetivos

- Determinar cuales son aquellas medidas generales a tener en cuenta antes de la administración de enemas por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).
- Identificar el protocolo a seguir en el manejo de enemas.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica utilizando bases de datos Scielo,Dialnet y Pubmed. Se han utilizado como descriptores las palabras clave: enema, lavativa y estreñimiento.

4 Resultados

Como paso previo a la realización de cualquier técnica el TCAE, debe de explicarle al paciente el procedimiento que se le va a realizar ya que esto favorece que el paciente coopere en la realización de la técnica, además de disminuir su estado de ansiedad.

Preparamos todo el material que vamos a utilizar (enema, gasas, lubricante y guantes desechables) y se procederá al lavado de manos con agua y jabón. Cubrimos la cama con un salvacamas o empapador. Se colocará al paciente en la posición adecuada (de lado y con la perna flexionada) o le informaremos de como hacerlo. Preparamos todo el material que vamos a utilizar (enema, gasas, lubricante y guantes desechables) y se procederá al lavado de manos con agua y jabón. Se elevará la nalga superior del paciente para dejar visible el ano, introducimos en la cánula el enema sobre unos 10 cm y dejamos entrar la solución lentamente.

No se debe forzar bajo ningún concepto la introducción de la cánula para evitar lesiones en la pared intestinal.

5 Discusión-Conclusión

La/el TCAE en la técnica de administración de enemas debe de tener en cuenta una serie de medidas para que el procedimiento sea lo más efectivo posible.

Lo primero que debe de tener en cuenta es verificar que el procedimiento que se va a realizar se corresponda con el paciente y haya una orden médica prescrita.

Además comprobará la temperatura del enema, el cual se debe de encontrar en unos parámetros de 37-41ºC.

Deberá intentar que el paciente previamente orine para evitar incomodidad en el proceso.

Hay que tener en cuenta que si el paciente presenta hemorroides, lesión, ulceración o heridas puede dificultar y desencadenar problemas durante la introducción del enema.

Si el paciente tiene problemas respiratorios hay que vigilar la dificultad en la respiración que la técnica pueda producir.

Por último y no menos importante el TCAE debe de generar un ambiente de intimidad y confianza con el paciente proporcionándole el máximo bienestar posible.

6 Bibliografía

- Botella M, Hernández OM, López ML, Rodríguez A. Administración de un enema de limpieza. Cuidados auxiliares de enfermería. Cuadernillo de técnicas básicas de enfermería. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias, Consejería de Educación, Cultura y Deportes; 2002. p. 61- 2.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid 1995.
- Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2001.

Capítulo 832

LA ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE UN PACIENTE TUBERCULOSO

JAIME RIVERA SUAREZ

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

LAURA PRIERES MELERO

PABLO RIVERA SUAREZ

BELEN FERNANDEZ PINTADO

1 Introducción

Epidemiologicamente la tuberculosis sigue siendo un problema de salud en la sociedad actual y por consiguiente en el medio hospitalario Es una enfermedad transmisible, causa común de enfermedad y muerte en todo el mundo, producida por especies del género Mycobacterium. Aunque puede afectar prácticamente a cualquier órgano, la forma más frecuente es la pulmonar. Se trasmite vía aérea a través de minúsculas gotas que contienen los bacilos y que las personas infectadas eliminan al toser o hablar Es considerada una enfermedad profesional en aquellos trabajadores que contraen la enfermedad a causa de su trabajo.

Cursa con la siguiente sintomatologia:
- Cansancio intenso.
- Malestar general.
- Sudoración abundante en horario nocturno

- Pérdida de peso y apetito •Sangre en los esputos.
- Tos seca y persistente durante aproximadamente 3 semanas o más
- Temperatura corporal que oscila entre los 37 y 37,5 grados.
- Dolor torácico.

En ciertas ocasiones no aparece ningún síntoma.

2 Objetivos

Determinar medidas preventivas para tcae ante un paciente tuberculoso en el ámbito hospitalario

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos tales como Scielo, Dialnet y Elsevier .Las palabras clave utilizadas como descriptores han sido: tuberculosis,tcae,unidad de hospitalización,enfermedad transmisible y aislamientos hospitalarios,trabajadores de la salud.

4 Resultados

Se pueden distinguir entre dos tipos de tuberculosis: La tuberculosis pulmonar, que es la más frecuente y contagiosa, y representa alrededor del 80 al 85% del total de los casos. La tuberculosis extrapulmonar, que afecta a otros órganos fuera del pulmón, como la pleura, ganglios, aparato genitourinario, columna…

La medida preventiva y de control principal del tcae ante un paciente tuberculoso es la vacunación Es muy importante que los profesionales sanitarios que vayan a estar en contacto directo con pacientes que cursen con esta enfermedad utilicen mascarillas en el contacto con el paciente El lavado de manos frecuente y de manera adecuada es también un mecanismo de prevención y defensa frente al contagio Propiciar a los pacientes vajilla y enseres de uso personal y desechable. Ventilación de la habitación donde se haya el paciente y siempre mantener la puerta cerrada para evitar la propagación de los gérmenes.

5 Discusión-Conclusión

El principal factor de riesgo de los trabajadores que los hace vulnerables de adquirir Mycobacterium Tuberculosis, está determinado directamente por la exposición a pacientes infectados. Todas aquellos profesionales sanitarios que han estado en contacto con pacientes tuberculosos antes de obtener el diagnóstico deben ser examinadas para realizar una valoración temprana de la enfermedad y recibir el tratamiento lo antes posible. Todo el personal que vaya a manejar pacientes con este tipo de enfermedad deberán de estar formados en la materia para poder llevar a acabo las medidas preventivas y de control necesarias.

6 Bibliografía

- E. Rodríguez, G. Hernández, S. Villarrubia, O. Tello. Casos de tuberculosis declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. España 2008. Bol. Epidemiol Semanal 2009;17: 121-132.
- Gestal Otero JJ. Riesgos del trabajo del personal sanitario. 2 ed. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill; 1993. p. 297-303. Catanzaro A. Nosocomial tuberculosis. Am Rev Respir Dis. 1982;125:559-62.
- Tuberculosis como Enfermedad Ocupacional. [Citado 24 de mayo de 2014]. Recuperado a partir de: http://www. Scielo.org.pe/pdf/rins/v29n2.pdf.

Capítulo 833

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA Y OXIGENOTERAPIA

MONTSERRAT FERNÁNDEZ VALBUENA

1 Introducción

El aparato respiratorio es el conjunto de órganos que intervienen en el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono con su entorno, que es la respiración.
El tracto respiratorio superior está formado por: fosas nasales, faringe y laringe.
El tracto respiratorio inferior está formado por la tráquea, el árbol bronquial, los pulmones y la pleura.
La acción de respirar está formada por la inspiración y la espiración. En la primera el aire entra en los plumones y por contracción del diafragma y los músculos intercostales que mueven las costillas se produce la expansión de los pulmones. En la segunda, es un movimiento pasivo en el que el diafragma se relaja y en un movimiento de elevación expulsa el aire.
Durante los movimientos respiratorios se produce el intercambio gaseoso a nivel alveolar. Los movimientos respiratorios son regulados por el centro respiratorio situado en el bulbo raquídeo.
Los parámetros a valorar en la respiración son:
-FRECUENCIA RESPIRATORIA: número de ciclos respiratorios que realiza una persona en 1 minuto.
-CAPACIDAD RESPIRATORIA: cantidad máxima de aire que una persona puede inspirar.
-RITMO RESPIRATORIO: en una respiración normal, se produce un intervalo regular después de cada ciclo respiratorio. Según el ritmo, la respiración puede ser regular o irregular.

Existen varios factores por los que la respiración puede verse afectada: el ejercicio físico, el estrés, un dolor agudo, algunos medicamentos puede aumentar la frecuencia y la profundidad respiratoria.
Alteraciones de la respiración:
DISNEA: dificultad para respirar.
APNEA: la respiración se interrumpe durante varios segundos.
HIPERVENTILACIÓN: aumento de la frecuencia y profundidad respiratoria.
HIPOVENTILACIÓN: la frecuencia respiratoria es anormalmente lenta.
BRADIPNEA: la respiración es anormalmente lenta, menor a 10 respiraciones por minuto,
TAQUIPNEA: la respiración es anormalmente rápida, mayor a 20-24 respiraciones por minuto.
HIPERNEA: aumento de la profundidad de las respiraciones.
La insuficiencia respiratoria es la elevación de la presión parcial del dióxido de carbono en sangre arterial (PCO) o disminuida la presión parcial del oxígeno en sangre arterial (PO2).

2 Objetivos

-Examinar las técnicas respiratorias y los cuidados al paciente respiratorio
-Definir y conocer que es la fisioterapia respiratoria y la oxigenoterapia, métodos de administración de oxígeno con sus características.
-Conocer las pautas de actuación del personal de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se define la fisioterapia respiratoria como el conjunto de procedimientos que ayudan al paciente a aliminar las secreciones respiratorias que podrían provocar una

insuficiencia respiratoria. Está indicada en pacientes con procesos respiratorios crónicos, pacientes inmovilizados en los que reduce el drenaje espontáneo de las secreciones, pacientes neurológicos que pierden fuerza muscular y pierden el reflejo de la tos, pacientes en postoperatorio con menor movilidad que pueden evitar la tos porque les produce dolor.

La fisioterapia respiratoria puede prevenir, resolver o mitigar los problemas respiratorios del paciente. Comprende las siguientes técnicas:
1. Ejercícios respiratorios
Para conseguir una respiración profunda y movilizar las secreciones. Se pueden emplear en la p reparación preoperatoria y en el postoperatorio.
2. Percusión vibración
Se usa para despegar las secreciones más profundas. Puede realizarse con las manos por medio de golpes suaves en la zona pulmonar, normalmente en la espalda, o aplicando una vibrador de ultrasonidos. No percutiendo nunca sobre zonas fracturadas, heridas, columna vertebral o región renal.
3. Drenaje postural
Conjunto de posiciones en las que colocamos al paciente para que las secreciones sean movilizadas y puedan eliminarse por gravedad a través de la tos. Mejora la ventilación alveolar, previene las complicaciones de alto riesgo. Las posiciones varían en función del segmento pulmonar afectado. Se puede combinar con la percusión respiratoria. Hay que respetar los tiempos inmediatamente anteriores y posteriores a las comidas del paciente para evitar el cansancio y los vómitos, respectivamente. Está contraindicado en personas con hemoptisis, hipertensión, enfisema severo, ortopnea y afectas de crisis asmáticas.
Oxigenoterapia: Es la técnica terapéutica que aorta al paciente aire con una concentración determinada de oxígeno para aumentar el contenido de éste en las sangre y en los tejidos. El aire atmosférico está compuesto por una serie de gases como el nitrógeno en una proporción del 78,08%, el oxígeno del 20,94% y una mínima cantidad de otros gases. Con la oxigenoterapia aumentamos la concentración de oxígeno del aire que siempre será superior al 21%.
Indicaciones: está indicada en enfermedades que producen dificultad respiratoria con síntomas de disnea, ortopnea, cianosis y expectoración: asfixias, estados de shock, intoxicaciones por gases, hemorragias, enfermedades obstructivas pulmonares crónicas (EPOC), asma bronquial, procesos infecciosos como neumonías y tuberculosis, traumatismos torácicos y neumotórax, neoplasias, obesidad, insuficiencias cardíacas y lesiones del sistema central que afecten al centro respiratorio.

• Pautas para su administración
-Gasometría arterial: para administrar oxígeno a un paciente se usa como referencia necesaria la gasometría arterial ante la sospecha de una insuficiencia respiratoria. Esta es una situación en la se encuentra disminuida la PO2 o elevada la PCO2, en situación de reposo y respirando aire ambiente. Esta prueba se puede repetir durante el tratamiento para verificar la eficacia de la ventilación. La gasometría valora:
- PO2: cantidad de oxígeno que presenta la sangre arterial. Se considera normal un valor superior a 80 mm/Hg, por debajo de este valor hablamos de hipoxemia.
- PCP2: indica la presencia en sangre arterial de CO2 disuelto. Su valor normal está entre 35-45 mm/Hg. Por encima de estos valores halamos de hipercapnia. Estos valores varían según se trate de sangre arterial, venosa o capilar.
- Otros valores: PH, bicarbonato estándar y la saturación de oxígeno.

La saturación de oxígeno: (SAO2) y la frecuencia cardíaca son parámetros que se pueden medir mediante la pulxiometria u oximetria del pulso, a través de un pulxiómetro en el dedo de una mano. Nos permite detectar una hipoxia incluso antes de que sea clínicamente evidente. Existen también otros sistemas medidores transcutáneos que se usan en unidades de vigilancia intensiva.

En un enfermo pulmonar crónico por el continuo y lento deterioro de la ventilación se va elevando poco a poco la cifra de PCO2 (hipercapnia). Disminuye la de PO2. El centro respiratorio se acostumbra a valores elevados de PCO2 que ya no le estimulan, apareciendo un efecto narcotizante o depresor del centro respiratorio. El estímulo para ventilar ahora sería la hipoxia. En estos casos, el oxígeno se administrará en concentraciones que permitan corregir la hipoxia, pero que no depriman el centro respiratorio para impedir al paciente toser y cooperar.

• Métodos de administración de oxígeno
Elementos necesarios: oxígeno, manómetro, caudalímetro, humidificador y equipo elegido (cánula, catéter) para la administración del oxígeno.
-Flujómetro, medidor de flujo o caudalímetro: indica y controla la cantidad de oxígeno expulsado en litros por minuto. Se acciona mediante una ruedecilla y la cantidad es marcada por una bolita flotante de mercurio.
-Humidificador: unido al flujómetro. El oxígeno pasa por un pequeño reservorio que contenga agua estéril para que el oxígeno tome vapor de agua antes de llegar al paciente.
-Manorreductor: mide la PO2 en el interior de la bala. Es una esfera graduada.
-El oxígeno se almacena habitualmente para su uso terapéutico en una central

hospitalaria o en bombonas. La central de oxígeno es una fuente general de la que salen tuberías hasta las unidades de los pacientes, la toma de oxígeno está colocada junto a la de vacío en la cabecera de la cama. Las bombonas o balas de oxígeno son cilindros de acero de capacidad variable, que almacenan el gas a una presión superior a la atmosférica y a temperatura de 21ºC. Suelen estar almacenadas en un lugar especial del hospital. Las de menor tamaño se usan sobre todo en atención domiciliaria y en casos de urgencia. Existen también mochilas o bombonas portátiles que facilitan la deambulación del paciente.

• Dispositivos para la administración de oxígeno
Son aquellos recursos materiales que se usan cuando el paciente no puede respirar por sí mismo.
-Sistemas de circuito abierto: mascarillas oronasales y gafas nasales.
-Sistemas de circuito cerrado: tienda de oxígeno, campana de oxígeno, incubadoras.
- Mascarillas: dispositivos de plástico transparente que cubren nariz y boca y se sujetan con una goma a la cabeza, de distintos tamaños, otras adaptables al orificio de la traqueostomía, permiten regular la concentración desde el 35 al 70% y alto grado de humedad. Suelen tener orificios laterales para la circulación del aire; un dispositivo o adaptador que permite ajustar la concentración en porcentaje, según los l/min. De caudal que deba recibir el paciente y un tubo alargadera que une la mascarilla a la bombona o toma central de oxígeno. Los inconvenientes de las mascarillas son: la dificultad a la hora de ingerir alimentos, líquidos o hablar. Pueden provocar sudoración e irritación facial y sequedad de labios.
- Gafa o cánula nasal: goma o tubo de plástico provisto de dos tubos de un centímetro que se adaptan a los orificios nasales. Se sujetan a una banda elástica que se ajusta alrededor de la cabeza del paciente. Se usa para la administración de oxígeno en concentraciones del 40%. El paciente tiene que respirar por la nariz, si lo hace por la boca, no es eficaz. Se debe vigilar que no haya irritación nasal y el estado de la piel no se vea alterado en el lugar donde se posicionan. Este sistema facilita el uso de la boca al hablar y comer.
- Tienda de oxígeno: se usa cuando debe regularse la temperatura, el oxígeno y la humedad del aire. Pueden cubrir parcial (facial) o totalmente al paciente, el oxígeno es distribuido a través de un motor que lo hace circular en su interior. Se usa sobre todo en pediatría o en pacientes muy inquietos que no colaboran con otros métodos. Poco usada debido a su complejidad.
- Incubadoras: Es una cuna especial en forma de caja transparente, indicada en niños prematuros, niños a término con peso inferior a 2.500 gr. Y recién nacidos con diversas patologías que necesiten un cuidado especial. La incubadora es

aséptica, su temperatura es constante entre 31 y 35ºC y humedad 50-60% con la concentración de oxígeno constante pautada en cada caso.
- Cámaras hiperbáricas: permiten la administración, bajo presión, de oxígeno al 100%. Hasta la década de los 60 del siglo pasado se usaba el oxígeno hiperbárico para tratamientos de gangrena gaseosa, celulitis, etc. Actualmente se usa principalmente para los accidentes acuáticos (buceo) como la descompresión y la sobrepresión pulmonar. También es beneficiosa en patologías como la intoxicación aguda por monóxido de carbono, retrasos en la cicatrización o situaciones de osteorradionecrosis. Su inconveniente es el elevado coste de esta terapia y su mantenimiento.

• Cuidados del paciene sometido a oxigenoterapia
-Observar al enfermo continuamente. Una administración no controlada de oxígeno en una persona con insuficiencia respiratoria hipercápnica puede ocasionar la interrupción de la ventilación.
-Vigilar el ritmo, frecuencia y amplitud de la respiración y que no exista dificultad respiratoria.
-Fijarse si hay presencia de sudoración, estado de la conciencia (desorientación, adormecimiento) y aparición de cefaleas.
-Si la oxigenoterapia se produce en incubadora, vigilar la concentración de oxígeno, ya que su exceso puede afectar a los ojos inmaduros del niño y producir una retinopatía grave.
-Apoyar y tranquilizar al paciente ya que puede encontrarse agitado y nervioso por su déficit respiratorio.
-Ayudarle a hacer respiraciones profundas y eficaces, manteniéndolo en una posición adecuada, generalmente en la de Fowler.
-Vigilar que el oxígeno sea recibido de manera continua (que no se quite la mascarilla o gafas, o que no haya acodamientos a lo largo del tubo que conecta a la fuente de oxígeno).

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de procedimientos en la ayuda al paciente a superar crisis de insuficiencia respiratoria en situaciones concretas de enfermedades es de vital importancia. Es necesario el conocimiento de los distintos métodos y sus diferentes aplicaciones por parte del personal sanitario, así como su participación en los mismos.

6 Bibliografía

-Sancho Avello, I.M. Ferré Grau, C. Ferrer Ferrandis, E. Enfermería Básica. Vol. 3. Barcelona: Paradigma-Tec, S.L. 1994.
-Esteve, J., MITJANS, J. Enfermería Técnicas Clínicas. Madrid. Interamericana, 2000
-Atención Primaria de Salud. Conceptos, organización y práctica clínica. Martín Zurdo. 4º edición.
-Auxiliar de Enfermería. Pérez y A.M. Fernández. Madrid. 2016.

Capítulo 834

CUIDADOS EN EL PACIENTE CON SONDAJE VESICAL

MARIA SALGADO ALVAREZ DE TEJERA

1 Introducción

El sondaje vesical consiste en introducir una sonda dentro de la vejiga para facilitar la salida de la orina retenida por diferentes causas, siendo recogida en una bolsa.

La infección del tracto urinario es la más común de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Estas infecciones nosocomiales habitualmente son causadas por una incorrecta instrumentación del tracto urinario. La infección urinaria asociada a catéter, se relaciona con un incremento de la morbilidad y la mortalidad, la prolongación de estancias y por tanto costes de hospitalización.

El cateterismo vesical es una maniobra invasiva y potencialmente traumática para la estructura de las vías urinarias. Si además tenemos en cuenta que, excepto la parte final de la uretra, dichas vías urinarias pueden considerarse estériles, el procedimiento del cateterismo vesical conlleva un alto riesgo de infección por la introducción de microorganismos al interior de la vejiga. Por lo tanto, se debe de valorar cuidadosamente la necesidad de la realización del procedimiento, y además, realizarlo con técnica aséptica correcta. Dando especial importancia a la higiene y desinfección previa a la técnica, de los genitales como medida de reducción e los microorganismos que conviven a la entrada de la uretra.

Las infecciones de orina por sondaje vesical se producen por dos vías fundamentalmente:

- Extraluminal: es la más frecuente en mujeres y en circuitos cerrados. Representan el 66 % de las infecciones y se producen en la inserción, de forma precoz, o por capilaridad de forma tardía.
- Intraluminal: representan el 33% de las infecciones y son más frecuentes en hombres y sin circuitos abiertos y suelen ser por la falta de integridad en el sistema cerrado, por hacer desconexiones o de forma ascendente desde la bolsa recolectora.

Los sistemas de sondaje pueden ser:
- Sistema de drenaje abierto favorece la aparición de bacteriuria en el 50% de los pacientes durante las primeras 24 horas y casi el 100% al cuarto día de sondaje.
- Sistema de drenaje cerrado reduce la incidencia de bacteriuria en aproximadamente el 5% de los pacientes por día de sondaje y solamente un 50% de los pacientes portadores de sonda vesical presentan infección entre los 11-13 días tras la colocación de la sonda.

Las mujeres tienen un mayor riesgo de infección de 2 a 4 veces mayor que los hombres, debido a la menor longitud de la uretra.

Se debe vigilar permanentemente la orina que es evacuada a la bolsa de forma correcta. La presencia de pequeños coágulos o el acodamiento de la sonda o del tubo que va a la bolsa, sin habernos percatado, puede obstruir total o parcialmente el flujo de orina. Si esto no se resuelve, se puede llegar a una acumulación importante de orina que si se mantiene durante un periodo lo suficientemente largo, dará lugar a una distensión de vejiga.

2 Objetivos

- Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda vesical.
- Lavar la sonda cuando sea preciso para mantenerla permeable, según técnica aséptica.
- Fijar el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones.
- Indicar al enfermo que mantenga la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo.
- Evitar desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje.
- Estimular el aporte de líquidos a 2 o 3 litros por día (siempre que no esté contraindicado), para aumentar el flujo urinario y evitar el riesgo de infección.

- Limpiar con povidona yodada los genitales y punto de inserción de la sonda.
- Valorar los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, orina turbia o maloliente, hematuria,etc).
- Pinzar la sonda siempre haciéndolo siempre en el tubo de la bolsa recolectora de diuresis nunca en la sonda.

3 Metodología

La metodología utilizada para este trabajo sobre los cuidados en el paciente con sondaje vesical es un trabajo descriptivo sobre la utilización del lenguaje enfermero en los planes de cuidados y protocolos de mantenimiento del sondaje vesical, en el que se ha precisado la búsqueda de artículos científicos y diferentes bases de datos, guías de diferentes comunidades autónomas. Las bases de datos y páginas webs especializadas que han sido revisadas son:
-Google Académico.
- www.dialnet.unirioja.es
-www.comunidad.madrid.es
-www.quironsalud.es
Los conceptos clave utilizadas utilizados son:
- Sondaje vesical.
- Cuidados sondaje vesical.
- Infecciones en sondaje vesical.

Los criterios de inclusión para la búsqueda fueron los siguientes:
- Idioma español.
- Año de publicación no antes del 2009.
- Artículos relacionados con la taxonomía NANDA- NOC-NIC.
- Guías y protocolos en el cuidado del sondaje vesical.
- Artículos científicos relacionados con la prevalencia de infecciones en pacientes portadores de sondaje vesical.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes :
- Artículos en otros idiomas diferentes a español.
- Artículos y publicaciones de más de 10 años de antigüedad.
- Webs de carácter no científico.

4 Bibliografía

- Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. Hospital Universitario de Cabueñes. Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- www.dialnet.unirioja.es
- www.comunidad.madrid.es
- Google Académico
- www.quironsalud.es
- www.hca.es

Capítulo 835

LA COMUNICACIÓN ENTRE PACIENTE HOSPITALIZADO Y PERSONAL SANITARIO

JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO

SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ

MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La comunicación es la relación entre emisor y receptor.

En enfermería la comunicación, tanto verbal como no verbal, es un elemento fundamental entre sanitario y paciente. El personal sanitario debe de saber escuchar para entender al enfermo, por lo que tener una buena comunicación entre ambos supone mejorar la calidad de vida y satisfacción, tanto del paciente, como de sus familiares.

2 Objetivos

Conocer cómo llevar a cabo una comunicación adecuada y determinar la importancia de ésta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Scielo, Elsevier y Enfermería 21, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para que haya una buena comunicación entre paciente y personal sanitario, éste último debe de identificar la edad, el sexo, el nivel de estudios, nivel socioeconómico y la religión. De esta manera podemos determinar la forma y los términos mas adecuados para acercarnos al paciente y conseguir una optima comunicación.

La empatía, la escucha activa o el respeto a la dignidad del individuo, debe realizarse teniendo como objetivo lograr una comunicación eficaz y una relación terapéutica adecuada. Una comunicación adecuada entre paciente y personal sanitario es fundamental para lograr una buena evolución dinámica.

Se ha corroborado que con una buena comunicación entre ambos, logra la satisfacción del paciente y de su familia, la sensación de bienestar, el buen uso de la sanidad y el seguir adecuadamente el tratamiento.

La enfermedad mejora repercutiendo positivamente en la calidad de la vida del enfermo. Se ha contrastado con el personal sanitario de varios centros hospitalarios, que una buena comunicación ayuda a la mejoría en un porcentaje elevado.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales sanitarios debemos, a la hora de comunicarnos con nuestros pacientes, utilizar un lenguaje sencillo y sin términos técnicos para lograr una comunicación eficaz entre personal sanitario y paciente.

6 Bibliografía

- www.novartis.es,
https://sedisa.net,
hhttps://ffpciente.es

Capítulo 836

AUMENTO DE LAS AGRESIONES EN PACIENTES Y SUS CONSECUENCIAS. IMPORTANCIA DEL MANEJO DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

LAURA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El personal sanitario y no sanitario carece de los conocimientos necesarios para actuar ante una agresión por parte de los pacientes o familiares.

Tras la identificación de una posible situación conflictiva con un usuario/paciente, el profesional deberá valorar el riesgo o peligro y calificará la situación de leve o grave. El procedimiento de actuación ante situaciones en que existan fundadas sospechas de riesgo, se realizará siempre procurando garantizar el servicio a los pacientes y la propia seguridad de los profesionales.

El personal sanitario y no sanitario establecerá las zonas de mayor riesgo pautas o protocolos de seguridad, de forma que ante cualquier sospecha de una posible agresión se pueda solicitar ayuda al departamento de seguridad, mediadores sociales o bien avisar a las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado.

2 Objetivos

- El objetivo es conocer los conocimientos que tiene el personal sanitario y no sanitario a la hora de actuar ante una situación de agresión física o verbal.

3 Metodología

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

4 Resultados

El respeto a los derechos y el cumplimiento de los deberes por las partes implicadas contribuyen a mejorar el ambiente laboral y aumentar la calidad de los servicios sanitarios puestos a disposición de los ciudadanos.

5 Discusión-Conclusión

Sabemos de antemano que las agresiones son imprevisibles, pero un brote de agresividad en una situación concreta no lo es. Debido a esto debemos formar a los profesionales sanitarios y no sanitarios, hay que enseñarles a reconocer y manejar las agresiones y resolver conflictos.

Esto es un problema que hay que resolver de raíz antes de que ocurra no después. Debido a esto se debe dar mucha importancia en la formación de los profesionales sanitarios y/o protocolos de actuación al personal y en las áreas de trabajo.

6 Bibliografía

- El plan de prevención de las Agresiones a los Trabajadores Del Servicio Canario De Salud.
- Violencia sufrida y percibida por el personal de enfermería del Área Sanitaria Integrada de A Coruña.

- Agresiones al personal sanitario: estrategias de afrontamiento de la conducta agresiva del paciente. Universidad pública de Navarra, Pamplona.

Capítulo 837

PACIENTE TERMINAL Y CUIDADOS PALIATIVOS

ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA

MARTA AMALIA MÉNDEZ GARCÍA

INMACULADA SUAREZ SIERRA

PATRICIA FERRERA FERNÁNDEZ

SARA DELGADO RODRIGUEZ

1 Introducción

Una enfermedad terminal es una situación de enfermedad compleja en la que ya no es posible la curación o prolongación de la vida, y la muerte esta cercana.

La sociedad española de cuidados paliativos(SECPAL) le confiere las siguientes características:
- Enfermedad en estado avanzado, progresivo e incurable.
- Pronóstico de supervivencia inferior a 6 meses.
-La evolución hacia el final del proceso es inestable, pues aparecen complicaciones, síntomas intensos, cambiantes y multifactoriales en los que no hay respuesta a tratamientos específicos, recurriendo a los cuidados paliativos. Esta fase se inicia en el momento en el que se abandona el cuidado curativo.
- El impacto emocional es enorme sobre todo en el paciente, pero también en la familia y en el equipo sanitario que lo atiende.

Los cuidados paliativos se dispensan por un equipo multidisciplinar.

En la atención al paciente terminal la enfermedad terminal puede darse a cualquier edad, pero debido a la mayor esperanza de vida y a los avances en la medicina, es más frecuente que se presente en geriatría.

La geriatría es una especialidad de la medicina que se dedica al estudio de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades de la tercera edad.

La gerontología estudia los aspectos psicológicos, educativos, sociales, económicos y demográficos de la tercera edad.

Los tratamientos en los cuidados del paciente terminal son individuales, activos y continuos, para conseguir dar respuesta a las necesidades que se producen. se lleva en primer lugar, una valoración de cada paciente y así poner luego poner un plan de actuación en marcha.

Al no existir cura o tratamiento específico para estos pacientes se emplean otros tratamientos médicos apropiados para reducir el dolor o facilitar la respiración y todas las molestias que se presenten.

Algunos pacientes precisan suspender tratamientos que los debilitan para reducir los efectos secundarios no deseados.

Los cuidados paliativos son una rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento proporcionando una mejor calidad de vida. Pueden incluir:
- Medicamentos para controlar el dolor, nauseas y otros síntomas.
- Ayuda a las necesidades emocionales y espirituales.
- Apoyo para comprender mejor su enfermedad y diagnóstico.
- Asistencia para tomar decisiones medicas.
- Coordinación con sus otros médicos.
- Seguridad de que todas sus necesidades de cuidados físicos, emocional, espiritual y social son atendidas.
- Afirman la vida y consideran la muerte un proceso normal.
- No intentan acelerar ni retrasar el final.
- Ofrecen un sistema de soporte para que el paciente lleve una vida activa el mayor tiempo posible.
- Ofrecen un sistema de soporte a la familia para adaptarse a la enfermedad y al duelo.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad.

- Los profesionales que forman los equipos de cuidados paliativos son: médicos, enfermeras, psicólogos y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Los cuidados paliativos pueden proporcionarse desde diferentes estructuras sanitarias (servicios especializados de cuidados paliativos, atención primaria y atención secundaria) y realizarse en el hospital en centros de salud o en el domicilio.

Estos cuidados pueden proporcionarlos el médico de cabecera; se trata de un derecho reconocido en la legislación española.

Cada paciente reacciona de manera diferente ante la noticia de que sufre una enfermedad terminal. En general, casi todos los pacientes pasan por cinco etapas hasta aceptar su situación, según Kubler-Ross:
1. Negación.
2. Ira.
3. Negociación.
4. Depresión.
5. Aceptación.

No todos los pacientes pasan por todas las fases , algunos repiten fases.

En la ultima fase de la enfermedad terminal, agonía, se puede recurrir a la sedación terminal. Con ella el paciente reduce su nivel de consciencia, o la desactiva totalmente, con el fin de aliviar sus síntomas mas angustiosos.

La bioética es el modelo filosófico que debe inspirar las actitudes de los profesionales sanitarios bajo los principios de: no maleficencia, beneficencia y autonomia.

La autonomía es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar.todos los individuos deben eser tratados como personas autónomas y las personas con la autonomía mermada tienen derecho a la protección.

El sufrimiento espiritual aparece cuando la persona comienza a renunciar a la vida, a las actividades, proyectos, imagen, objetivos y perdiendo la esperanza. Esta espiritualidad en el final de la vida favorece la capacidad de elevarse a la trascendencia como forma de mitigar o superar el sufrimiento. La religiosidad y la espiritualidad pueden cobrar relevancia en estos momentos.

2 Objetivos

Los objetivos principales son:
- Conseguir el máximo bienestar y calidad de vida del paciente terminal con unos cuidados humanizados.
- Atender la ansiedad, depresión, comunicación verbal y no verbal, soledad, empatía, comprensión, actitud de escucha y respeto a la intimidad.

3 Caso clínico

Mercedes es una mujer de 93 años a la que han diagnosticado una metástasis hepática, secundaria a un tumor de colon. En un mes ha perdido mucho peso, se encuentra cansada,incapaz de cuidar de si misma, sin apetito y comienza a tener síntomas de la enfermedad.

Su médico le comunica a la familia que no es operable, pues está muy avanzado el proceso, que no había dado síntomas hasta el momento.

La ingresan en una unidad de cuidados paliativos de un hospital clínico. Los cuidados que necesita son de tipo físico: (confort físico, para ello se le facilita una cama adaptada con colchón antiescaras).

Higiene e imagen: en el aseo la asisten un celador y un técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que se ocupan de los cambios posturales, hidratación de la piel y de informar a la enfermera de cualquier cambio o situación que requiera de su atención.

Otros aspectos muy importantes a destacar son alimentación, teniendo en cuenta el tipo de dieta que precisa según las fases del proceso.

Eliminación: valorar sus deposiciones, control de líquidos y diuresis, si precisa.

El paciente entra en un proceso adaptativo natural, llamado duelo. Es un proceso que le produce sufrimiento, tiene unas fases descritas . Se ha pautado la intervención de los distintos profesionales que precise en cada una de ellas.

Al ser un paciente de cuidados paliativos todos los cuidados están enfocados a procurar un máximo confort al paciente, en esta fase última de la enfermedad.

4 Discusión-Conclusión

El paciente terminal debe ser tratado con respeto, sensibilidad y dignidad en todo el proceso, procurando el alivio del dolor y demás síntomas que puedan aparecer.

Se le debe de dar una información adecuada sobre su enfermedad y su situación, respetando su autonomía, y ayudar al paciente a que verbalice sus dudas ,miedos, temores y preocupaciones.

Es importante el apoyo y soporte emocional a la familia y a los cuidadores. Este apoyo es fundamental porque repercute en la calidad de vida del paciente. Los familiares que le cuidan necesitan información, atención y apoyo para poder realizar bien su función. La relación medico- paciente y medico-familia,necesita de sensibilidad, escucha activa, comprensión y solidaridad, considerándose elementos fundamentales del acto terapéutico.

La participación de profesionales de distintos niveles proporciona las base para avanzar en los cuidados de los pacientes en situación de enfermedad terminal.

Con los planes estandarizados, la evaluación de resultados y líneas de investigación específicas de enfermería que ayudan a mejorar la formación de los profesionales.

Las leyes se van adaptando a las necesidades de los pacientes terminales. Una de las más necesarias y básicas se publicó en el BOE en 2017.

La ley 4/2017, 9 marzo derechos y garantías de las personas en el proceso de morir, trata temas como el derecho a la información asistencial a la toma de decisiones y a formular instrucciones previas, derecho a recibir cuidados paliativos integrales, tratamiento del dolor, sedación paliativa y a elegir recibirlos en el propio domicilio. Con respecto a las garantías de deberán proveer las instituciones sanitarias para el derecho del respeto de los pacientes incluyen facilitar acompañamiento, asesoramiento en materia de cuidados paliativos, estancia en habitación individual en función de las necesidades asistenciales y el derecho a poder consultar a los comités de ética asistencial.

5 Bibliografía

- Planes de cuidados estandarizados de enfermería, dirigidos a pacientes y familiares en procesos avanzados y terminales.

- Guía de información sobre cuidados paliativos-consejeria de salud de la junta de andalucia.2003
- BOE, n º 149, de 23 junio de 2017.
- Manifestaciones normales del duelo en adultos –m. a. lacarta y e. d. garcia, secpal.
- Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. maria pilar gimenez perez, monica tordera aleman, lourdes beltran pinies.
- Auxiliar de enfermería . evangelina perez de la plaza, ana maria fernandez espinosa.

Capítulo 838

ACTUACIÓN ANTE UN POSIBLE ICTUS

MARÍA TERESA VÁZQUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Los accidentes vasculares cerebrales o ictus son trastornos agudos de la circulación cerebral que se producen como consecuencia de la interrupción o disminución del aporte sanguíneo a una parte del cerebro o debido a una hemorragia que ocasiona déficits neurológicos. Según el mecanismo que los ocasiona pueden ser isquémicos (más frecuentes) o hemorrágicos.

Los principales factores de riesgo son los siguientes: hipertensión arterial (principal factor), hiperlipemia, tabaquismo, diabetes, presencia de una enfermedad cardíaca.

Los marcadores de riesgo o factores de riesgo no modificables más importantes son la edad (más edad más riesgo) y el sexo (mayor riesgo entre los varones)

2 Objetivos

Identificar los signos de alarma y conocer la importancia de actuar ante un posible caso de ictus.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El ictus es el causante del nuevo por ciento de las muertes mundiales y es la segunda causa de muerte después de la enfermedad coronaria y la primera entre las mujeres (Instituto Nacional de Estadística). Los resultados arrojan que el ictus es la principal causa de dependencia y discapacidad, así como la segunda causa de demencia después del Alzheimer.

Tal y como muestran los estudios sobre ICTUS con una actuación rápida ante los síntomas de alarma (torsión de boca, parálisis facial, pérdida de fuerza, complicación para hablar y fuertes dolores de cabeza) se podría evitar secuelas más graves y difícil de rectificar. Es importante actuar de forma rápida ante este problema, ya que una correcta actuación a tiempo puede salvar vidas y reducir complicaciones en los primeros síntomas de alarmas.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos manifiestan que los ictus llevando a cabo un control de atención temprana son prevenibles, pudiendo evitar sus consecuencias.

El ictus es una enfermedad que el 90% de los casos se pueden prevenir actuando de manera rápida ante los síntomas de alarma. Por este motivo es imprescindible que la población conozca como actuar ante las primeras señales de un ictus.

Cuando una persona sufre un ictus se genera cambios en su vida, tanto la persona afectada como la gente que le rodea. Debido a las secuelas físicas y emocionales se ven afectadas las relaciones socio/familiares, evite el aislamiento.

6 Bibliografía

- https://espanol.ninds.nih.gov/.../accidente_cerebrovascular.htm
- Institutos Nacionales de la Salud
- https://medlineplus.gov/spanish/stroke.html

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000678.htm
- https://espanol.nichd.nih.gov/.../stroke/informacion/
- ttps://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000341.htm
- Caso clínico: ictus isquémico relacionado con malos hábitos Pulso | 2018 | 96:28-31

Capítulo 839

ORGANIZACIÓN Y CONTROL EN EL SISTEMA HOSPITALARIO.

LUCÍA SANCHEZ TOYOS

DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO

LUCÍA POMAR MARTINEZ

1 Introducción

Con la aplicación del sistema de gestión de la calidad se logra detectar las necesidades que puede cubrir el servicio, esto con el fin de lograr la satisfacción del paciente, familiar o personal sanitario del resto de los servicios del hospital, mejorar las comunicaciones dentro y fuera del servicio, conseguir una mayor comprensión de los procesos de la organización y control de riesgo, delimita responsabilidades de forma clara a todo el personal, llevar a cabo una mejor utilización del tiempo y los recursos y, por último, mejorar, si cabe, la motivación del personal.

La UCI tiene como finalidad prestar un servicio asistencial con calidad en el diagnóstico y el tratamiento que satisfaga al paciente crítico del sector de la población asignado y a sus familiares, con una cartera de servicios lo más integral y coordinada posible con otros servicios del complejo hospitalario, con el servicio de urgencias 112 y con el resto de hospitales a los que sirve de referencia. La prestación de estos servicios se realiza con criterios de eficiencia, seguridad y bienestar, y se basa en un modelo de gestión de la calidad que garantiza los principios de universalidad, accesibilidad, equidad y solidaridad.

2 Objetivos

- Conocer el grado de satisfacción de la información recibida e identificar las necesidades de información de los familiares.

3 Metodología

Elaborando un cuestionario de grado de satisfacción de las necesidades de información de familiares de pacientes ingresados en la uci del hospital universitario de cabueñes, tomando una muestra de 121 familares, desde diciembre de 2018 hasta febrero de 2019.

4 Resultados

La edad media de los encuestados es 46 años, 57% mujeres y 43%hombres.
1- EL 64% de los encuestados manifiestan no entender las explicaciones acerca del estado de su familiar frente al 80% que manifiesta estar muy satisfecho.
2- El 68% les parecen poco o nada adecuados los horario de visita , en cambio un 27% los encuentran bastante adecuados.
3-Más del 60% de los encuestados manifiestan que les parecen poco o nada adecuados el numero de visitas diarias de la unidad, frente a un 27% que les parece ventajoso.
4- El 60% opina que es insuficiente el grado de intimidad durante la visita de los familiares, en cambio al 40% les parece correcto.

5 Discusión-Conclusión

La información dada por el médico al/los interlocutor/es se percibe como poco entendible.
-Los familiares manifiestan su disconformidad con el horario y el número de visitas permitido.
-Los familiares solicitan un aumento del grado de intimidad a la hora de visitar a sus familiares.

6 Bibliografía

J. Soto Álvarez. Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud.
-R. Barrientos, C. Morales, A. Robas.Costes de un Servicio de Cuidados Intensivos.
-Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. 1.a ed. Madrid.
-Rodríguez Rodríguez P.,López García. A.,Rodríguez Menéndez M., Prieto García C., Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de Cabueñes de Gijón, Asturias.

Capítulo 840

CAMBIOS POSTULARES EN EL PACIENTE ANCIANO

INMACULADA CARREÑO ALONSO

1 Introducción

En las personas longevas, los cambios producidos por el paso del tiempo, esencialmente a nivel muscular y óseo, van a secundar la inmovilidad del paciente. Los cambios postulares son las posiciones alternadas que el cuerpo debe adoptar para proporcionar confort y prevenir úlceras por presión en dichos pacientes. Es conveniente que estos cambios postulares se hagan de forma alternativa y continuada, evitando así alteraciones en la piel y posteriormente musculares.

2 Objetivos

- Conocer cómo aliviar las presiones continuadas para procurar bienestar al paciente y evitar lesiones en la piel y tejidos latentes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Al realizar protocolos de cambios postulares, disminuyen en gran medida las úlceras por presión. Es importante proporcionar la enseñanza necesaria a los cuidadores del paciente anciano. En los pacientes encamados, se deben hacer cambios de postura cada 2-3 horas, en pacientes sedados cada 1-2 horas y cada 15 minutos cuando el paciente tenga movilidad suficiente para hacerlo él mismo. Todo esto debe hacerse conociendo siempre las limitaciones de movilidad del anciano.

5 Discusión-Conclusión

Las ventajas de una buena realización de cambios postulares se reflejan en el paciente procurándole un buen estado muscular, favoreciendo las funciones cardiovascular y respiratoria y previniendo complicaciones genito-urinarias.

6 Bibliografía

- Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería hospital universitario Reina Sofia de Córdoba.

Capítulo 841

LA DISFAGIA EN EL PACIENTE ANCIANO

INMACULADA CARREÑO ALONSO

1 Introducción

La disfagia se define como la dificultad para tragar adecuadamente sólidos o líquidos. La disfagia en las personas ancianas puede provocar dependencia, problemas de malnutrición y deshidratación, y riesgos relacionados con la presencia de sólidos o líquidos en los conductos respiratorios como infecciones o atragantamientos que pueden provocar incluso la muerte por asfixia.

2 Objetivos

- Determinar las pautas a seguir en ancianos con disfagia.

3 Metodología

Búsqueda sistemática, a través de distintos buscadores, en bases de datos utilizado como descriptores las palabras clave anciano, atragantamiento, broncoaspiración.

4 Resultados

La disfagia es un problema de deglución que afecta a 1 de cada 4 personas mayores de 70 años. En cuanto a las pautas a seguir en aquellas personas que sufren

disfagia, para evitar atragantamiento y posibles broncoaspiraciones, son, entre otras: que el anciano coma bajo supervisión, incentivar que el anciano trague el bolo alimenticio la más triturado posible, que la cabeza está inclinada hacia delante en el momento de tragar, cuando el anciano tenga problemas con los líquidos se utilizarán espesantes, o poner cantidades pequeñas en el plato y en la cuchara.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia es un problema común en personas mayores. Es importante evitar esta circunstancia con la recomendación de unas buenas pautas para conseguir que la persona mayor pueda alimentarse e hidratarse de manera eficaz y sobre todo segura.

6 Bibliografía

- C. Herreras, Raquel Quiles, Carmen Cánovas. Servicio de Geriatría Hospital nuestras Señora de Gracia, Zaragoza.

Capítulo 842

ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UN INFARTO

NURIA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud por su impacto.El protocolo principal para los servicios de urgencias llamado ”código infarto” el cual pretende garantizar el diagnóstico del tratamiento del paciente que pide atención de urgencias por infarto agudo de miocardio,en los primeros 90min o terapia fifrinolitica en los primeros 30min posteriores a su ingreso a los servicios de urgencias.

2 Objetivos

Analizar y describir la actuación del personal de enfermería ante un paciente que sufre un infarto.

3 Metodología

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

4 Resultados

El proceso de enfermería idóneo IAM:
- Mejorar el flujo sanguíneo, disminuir el riesgo de complicaciones .
-Entrada al paciente a la unidad coronaria.
-Explicar al paciente lo qe se le hizo.
-Monitorizar al paciente.
-Poner oxígeno.
-Realizar ECG completo, éste se repetirá cada 15 a30 min.
-Evaluar el dolor torácico, análisis sanguíneo.
-El personal de enfermería son los encargados de realizar una adecuada valoración del paciente coronario.

Hay una serie de factores de riesgo para padecer este tipo de alteraciones cardíacas: antecedentes personales, hipertensión arterial, edad, ser hombre, tabaquismo, estrés,etc., la aplicación de cuidados del paciente cardíaco debe ser integral, pasando por selección, consulta de urgencias y posterior hospitalización, si fuera necesario.Enfermeria se volcó en la atención de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Es vital que el personal de enfermería realice una adecuada valoración desde el ingreso a filtro hasta el ingreso del paciente en la unidad coronaria, sabiendo las necesidades de cada paciente,lo que orienta enfermería hacía el diagnóstico y la consiguiente planificación y ejecución de los cuidados que se le deben hacer para una posterior evaluación y en caso necesario cambio del plan de cuidados.

6 Bibliografía

-http//scielo.iscii. es/suelo.php
-http//www.elsevier.es/
-http//www index-f.com/new/cuiden.
-http//www.medigraphic.com.

Capítulo 843

TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS, COMO DISMINUIR EL DOLOR AL REALIZAR LA TÉCNICA.

NURIA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La etiología del dolor puede tener distinta percepción entre los pacientes. Esto nos llevará al riesgo de minimizar esta sensación del dolor que el paciente nos refiere.

2 Objetivos

- Definir las pautas de manera protocolarizada para todo el personal sanitario y así disminuir el dolor durante el tratamiento tópico de úlceras y heridas.
- Definir los diferentes tipos de dolor que pueden presentar los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Realizando una guía de manera protocolarizada para todo el personal sanitario ayuda a disminuir el dolor durante el tratamiento tópico de úlceras y heridas.

Es importante definir los diferentes tipos de dolor:

- Dolor nociceptivo: ocurre en heridas crónicas heridas con alta carga bacteriana, con aumento del exudado irritación y erosiones en la piel circundante.
- Dolor neuropatico: ocurre en heridas expuestas a cambios de temperatura, fricciones.
- Dolor psicógeno: interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo.
- Dolor irruptivo: se produce en heridas con movilizaciones en la retirada de apósitos en el lavado de las heridas.
- Dolor iatrogenico: causado antes y después al tratamiento tópico por la incorrecta utilización de los productos con la retirada del apósito, limpieza y fricción de la herida.

Consideraciones en curas de las heridas para disminuir el dolor:

- En la limpieza por arrastre nunca realizar fuerzas de fricción.
- Siempre cubierta con una gasa humedecida y a temperatura corporal.
- Los apósitos han de tener una baja adherencia en el lecho de la lesión y en la piel perilesional.
- Preferiblemente realizaremos el desbridamiento autolítico.
- Utilizaremos apósitos de alginato cálcico o hidrocoloide y apósitos de fentanilo en úlceras hipertensivas.

5 Discusión-Conclusión

La identificación precoz de los factores que contribuyen a la complejidad de una herida y evaluar su estado ayuda a anticiparse y tomar las medidas necesarias para simplificar o minimizar su complejidad.

6 Bibliografía

- Manual de tratamiento del dolor. Elena catala.
- Guía de actuación en lesiones oncológicas. F.palomar.

- Documento de consenso. La terapia compresiva. European wound Managament Associatio.

Capítulo 844

CUIDADOS A UN PACIENTE INGRESADO POR TENTANOS

RUBEN CASTELLANOS LORENZO

1 Introducción

El tétanos es una enfermedad seria causada por la bacteria clostridium. La bacteria vive en el suelo, la saliva, el polvo y en el estiércol. Las bacterias suelen ingresar al cuerpo a través de un corte profundo, como los que ocurren cuando uno pisa un clavo, o a través de una quemadura. La infección causa un espasmo doloroso de los músculos, por lo general en todo el cuerpo. Puede conducir a un ”bloqueo” de la mandíbula, lo que hace imposible abrir la boca o tragar. El tétanos es una emergencia médica, por lo que debe tratarse en un hospital.

2 Objetivos

- Exponer las características, síntomas y tratamiento relativos al paciente infectado por Tétanos.

3 Caso clínico

Varón de 42 años de edad es traído por sus familiares al Servicio de Urgencias con el antecedente de haber acudido al mismo hacía seis días por una herida penetrante con un clavo en el pie derecho mientras trabajaba en un taller mecánico. Se le administró toxoide tetánico. En la segunda consulta presentaba un cuadro de tres días de evolución de sensación febril y una herida en el pie con eritema y

dolor local. En menos de veinticuatro horas se agregaron contracción mandibular y espasmos generalizados.

4 Discusión-Conclusión

El Clostridium tetani es una bacteria Gram positiva anaerobia estricta, normalmente se encuentra en el intestino de mamíferos y produce esporas que se encuentran abundantemente en la tierra, en heces animales y, en ocasiones, en heces humanas. De esta forma son capaces de persistir por un tiempo prolongado en condiciones adversas del medio ambiente, y en condiciones anaerobias revierten a la forma vegetativa y se multiplican. Entre los factores predisponentes en su patogénesis se encuentran las heridas penetrantes con inoculación de esporas, la coinfección con otras bacterias, el tejido desvitalizado, la presencia de un cuerpo extraño y la isquemia localizada.

Como no existe un antídoto que anule la acción de la toxina producida por la bacteria, los cuidados que deben prodigarse al enfermo no son específicos, sino que se limitan a tratar los síntomas que se presentan.
Lo primero es hacer una cuidadosa limpieza de la herida, fuente de la infección, luego se administrarán todos los medicamentos necesarios para combatir los síntomas. Es recomendable mantener al paciente aislado en un ambiente tranquilo. Muchas veces, los afectados por el tétanos suelen requerir ingresar a terapia intensiva.

5 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com
https://www.who.int.

Capítulo 845

HIPOTENSIÓN DURANTE LA DIÁLISIS

LUCÍA DE LA VEGA VALVIDARES

1 Introducción

La hipotensión intradiálisis es frecuente, ocurre entre un 10-30% de las sesiones a pesar d la mejoría de la tecnología dialítica. Hay una población de pacientes que tiene mayor dificultad para compensar la ultrafiltración (diabéticos, ancianos).
La hipotensión en hemodiálisis es la disminución de la tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 20 mmHg asociado a algunos síntomas y donde es necesaria la intervención del personal de enfermería. Esta hipotensión puede provocar complicaciones en el acceso venoso derivadas de la disminución de la perfusión tisular. Algunas causas son: cardiopatías, diabetes, descenso rápido o excesivo de sangre, concentraciones bajas de sodio. También hubo algunos casos producidos por reacciones de hipersensibilidad, al deslizador como al sistema.

2 Objetivos

- Conocer qué es la hipotensión.
- Determinar algunas de las causas de que se produzca hipotensión duran la diálisis.
- Establecer as características más comunes en pacientes que sufren de hipotensión durante la diálisis.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en bases de datos, publicaciones entre Novimbre de 2019 y febrero de 2020.

Artículos originales, libros, revistas clínicas.

4 Resultados

La detección temprana de complicaciones es realmente importante para el paciente renal crónico. Hay que organizar unos programas con estos pacientes para su cuidado de los accesos venosos. Los cuidados del equipo de enfermería durante los cuidados en hemodiálisis son muy importantes para que el enfermo reciba una asistencia de calidad. Uno de los métodos para reducir la posibilidad de una hipotensión en hemodiálisis es bajar la temperatura del baño. El peso de los enfermos es controlado continuamente al estar acostados en camas básculas. Se debe evitar la ingestión copiosa de alimentos durante la sesión de diálisis. El peso no puede exceder de 500 gramos/hora. Se debe mejorar el hematocrito, si bajara de 15 vol %. Evitar la toma de hipotensores en las horas anteriores a la diálisis.

5 Discusión-Conclusión

La hipotensión en diálisis se presenta con bastante frecuencia. Es más frecuente con pacientes de unas determinadas características: sexo femenino, diabético, mayor de edad, mayor tasa de ultrafiltración y presión arterial diastólica menor.

6 Bibliografía

- Crespo R, Complicaciones asociadas a la hemodiálisis.
- Hipotensión arterial en hemodiálisis. Nefrología.
- Solozabal C. Control de volemia en hemodiálisis.
- Pons C. Métodos para minimizar las hipotensiones en hemodiálisis.
- Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (1999).

Capítulo 846

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

ADRIÁN GÁMEZ ROLDÁN

MIRANDA ARANGO BUENO

MARIA CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ CELORIO

CRISTINA GARCÍA-MORENO CASTRILLÓN

ALBA ALONSO ÁLVAREZ

1 Introducción

Llamamos infección respiratoria al padecimiento infeccioso de las vías respiratorias que presentan una gran tasa de mortalidad, sobre todo de las vias respiratorias bajas, la más grave es la neumonía.

2 Objetivos

- Combatir este tipo de infecciones mediante el lavado de manos, previo y posterior, en cada paciente, medidas de aislamiento respiratorio cuando sea necesario utilizar sondas de aspiración de un solo uso, y siempre con técnicas estériles, enseñar a todos los pacientes de riesgo a eliminar las secreciones correctamente (fomentar la expectoración).

3 Metodología

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

4 Resultados

En España se calcula que mas de 2 millones de personas sufren la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) aunque un 70% de ellas no están diagnosticadas y, por lo tanto, no reciben tratamiento. Aproximadamente el 80% de los pacientes con esta patología son o han sido fumadores.

5 Discusión-Conclusión

Los agentes causales mas frecuentes de las infecciones de las vías respiratorias son bacterias, especialmente gramnegativas, aunque los virus también están presentes. La fuente de infección puede ser endógena o exógena, y el principal mecanismo de transmisión es el contacto directo y el de vía aérea, aunque este último es menos frecuente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 847

LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES

INMACULADA CARREÑO ALONSO

1 Introducción

En la actualidad la atención a las personas mayores y la promoción de su autonomía es un reto en la política social de los países desarrollados. Hay necesidad de que el personal que atiende a los ancianos tenga formación adecuada, unos conocimientos, experiencia y recursos necesarios para lograr una asistencia apropiada además del fomento, conservación y restablecimiento de la salud e independencia.

2 Objetivos

- Analizar las actividades o procedimientos adecuados para mantener la salud.

3 Metodología

Se llevo a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema, utilizando los descriptores ”cuidados del anciano”,”calidad de la vejez”, ”salud del anciano”.

4 Resultados

Los procedimientos para evitar la aparición de enfermedades, conseguir unos cuidados adecuados y fomentar su autonomía serían los siguientes:

- Procedimientos de movilización y cambios postulares.
- Procedimientos respecto al descanso y el sueño,rutinas, factores ambientales.
- Procedimientos para regular la temperatura.
- Procedimientos respecto a la actividad.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados del anciano suponen que el personal de enfermería se adapte o cambie su actitud para aplicar cuidados de calidad para mantener su bienestar y su satisfacción.

El equipo de enfermería debería actuar con empatía y comprensión, sin juicios de valor para poder detectar las necesidades y alteraciones del anciano y así poder llevar a cabo una asistencia apropiada.

6 Bibliografía

- Guía de cuidados de personas mayores,Andrés Perez Melero, Editorial Síntesis

Capítulo 848

EL GLAUCOMA Y SU PREVENCIÓN.

MARIA VIOLETA SUÁREZ ÁLVAREZ

MARIA JOSEFA SUÁREZ ÁLVAREZ

DANIEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El glaucoma es un conjunto de enfermedades que lesionan el nervio óptico. Constituye la segunda causa de ceguera en el mundo. Esta afección surge cuando la presión del líquido del interior de los ojos aumenta progresivamente y daña al nervio óptico. Cabe destacar que en la mayoría de los casos, en el principio de la enfermedad no se encuentran síntomas. Si no se instaura un tratamiento adecuado, todas aquellas personas que presenten glaucoma, pueden perder la visión periférica, llegando incluso hasta la ceguera total. Debido a esto, con el fin de evitar la pérdida de visión, es muy importante la prevención y el diagnóstico precoz.

Las personas más propensas a sufrir esta enfermedad, y que por lo tanto, deben llevar a cabo prácticas relacionadas con su prevención, serían:

• Afro americanos que tengan más de 40 años.

• Todas aquellas personas mayores de 60 años, principalmente con ascendencia mexicana.

• Todas las personas que presenten antecedentes familiares de esta enfermedad.

Existen 5 formas diferentes de glaucoma, siendo las más comunes el glaucoma de ángulo abierto y el glaucoma de ángulo cerrado. Por otra parte, en cuanto a las formas menos comunes se encuentran el glaucoma de tensión normal, el

glaucoma infantil y el glaucoma secundario. A continuación, se detallan las características fundamentales de cada tipo.

• Glaucoma de ángulo abierto: es el más común, ya que se da en un 70-90% de los individuos. Al principio de su desarrollo no existen síntomas, sino que se conoce por el aumento de la presión intraocular (PIO). Progresa lentamente y es crónico. Algunos factores que aumentan esta presión intraocular serían la edad, daño en los sistemas de drenaje del ojo, aumento en la producción de humor acuoso u obstrucciones. En la mayoría de los casos se da en la madurez, aunque intervienen agentes como los genes, el medio ambiente y el estilo de vida.

• Glaucoma de ángulo cerrado: presenta un componente hereditario, que ocurre como consecuencia de un ángulo excesivamente estrecho por donde el humor acuoso debería fluir normalmente.

• Glaucoma de tensión normal: la presión ocular es normal, sin embargo, el nervio óptico está dañado, por lo que se pierde visión periférica.

• Glaucoma infantil: la presión intraocular está aumentada, presentándose en los recién nacidos, en los bebés de 1 a 24 meses, o posteriormente, afectando a niños, adolescentes y jóvenes adultos, denominándose "glaucoma juvenil".

• Glaucoma secundario: puede ser de ángulo abierto o cerrado, y se presenta como consecuencia de otra afección presente en el ojo o en el cuerpo.

2 Objetivos

Objetivo general:

1. Conocer el glaucoma y su prevención.

Objetivos específicos:

1. Saber cuál es la causa fundamental del glaucoma.
2. Averiguar qué hábitos evitan la aparición de esta enfermedad.
3. Conocer qué alimentos son fundamentales en su prevención.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica relacionada con el glaucoma y su prevención. Esta búsqueda bibliográfica ha sido llevada a cabo mediante diversos libros y artículos de numerosas bases científicas, de las que algunas de ellas han sido MedlinePlus, Scielo y PubMed. Se ha constatado la calidad científica de todos estos libros y artículos.

4 Resultados

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la prevención es fundamental para disminuir la incidencia de glaucoma. El principal factor de riesgo para desarrollar esta afección es el aumento de la presión intraocular, por ello se debe seguir un estilo de vida que evite el incremento de esta PIO y que eluda los principales factores de riesgo modificables, como puede ser la enfermedad cardiovascular para el glaucoma de tensión normal.

Las mejores pautas para la prevención del glaucoma consisten en llevar una vida saludable, realizando ejercicio regular y una dieta nutritiva, sin olvidar la salud mental y emocional. Este bienestar físico general se puede conseguir de las siguientes maneras:

• Mantener un peso saludable y unos niveles adecuados de presión arterial.
• No fumar y consumir niveles moderados de cafeína, ya que esta puede aumentar la presión intraocular.
• Realizar ejercicio físico diariamente, como puede ser nadar o caminar.
• Evitar la exposición excesiva a la luz solar, usando gafas de sol, por ejemplo.
• Realizar exámenes oculares completos regularmente, además de consultar a un oftalmólogo si se percibe cualquier cambio de visión.
• Las personas afroamericanas que utilizan gotas recetadas para los ojos presentan la mitad de riesgo de padecer glaucoma.

Por otra parte, se considera que el daño oxidativo puede ser la causa del origen del glaucoma, por lo que la dieta y los suplementos con antioxidantes pueden ayudar a su prevención. Entre estos se encuentran las hortalizas de hoja verde y frutas amarillas y anaranjadas (espinaca, brócoli, calabaza…); frutas y verduras abundantes en vitamina C (tomates, fresas, frutas cítricas…); alimentos que contienen vitamina E (huevos, nueces…); alimentos con vitamina D, como las yemas de huevo; etc.

5 Discusión-Conclusión

El glaucoma es una afección que provoca la pérdida de visión periférica, pudiendo producir incluso ceguera. Es muy importante su prevención con el fin de evitar su desarrollo. Entre las medidas más importantes que deben seguir todas las personas para evitar esta enfermedad, y especialmente aquellas que presenten los factores de riesgo anteriormente mencionados, se encuentra llevar un estilo de vida saludable. Con este estilo de vida saludable se hace referencia principalmente a realizar ejercicio físico diariamente y seguir una dieta equilibrada. Cabe

destacar que se ha establecido una relación entre la ingesta de alimentos y suplementos antioxidantes y la disminución de la incidencia de glaucoma, ya que se produce por daño oxidativo.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/glaucoma.html
- Occhiutto, M.L.; Maranhão, R. C.; Costa, V.P.; Konstas, A.G. Nanotechnology for Medical and Surgical. Glaucoma Therapy. Springer [Internet]. 2019; 37 (1): 155-159.
- BrightFocus Foundation https://www.brightfocus.org/
- Gutiérrez Maydata, A.; Lavandero Espina, A.; Ramos Argilagos, M.E.; Martínez Núñez, E. Estrés oxidativo, alimentación y suplementación antioxidante en patología ocular: historia breve y visión futura. Rev Cubana Oftalmol. 2007; 20 (2).

Capítulo 849

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES: ANOREXIA Y BULIMIA.

MARIA VIOLETA SUÁREZ ÁLVAREZ

MARIA JOSEFA SUÁREZ ÁLVAREZ

DANIEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema habitual entre los adolescentes, afectando a 1 de cada 6 mujeres y 1 de cada 40 hombres. Debido a esto, es muy importante llevar a cabo técnicas adecuadas relacionadas con su detección, prevención y actuaciones para tratar estos trastornos.

Los trastornos alimentarios son enfermedades graves relacionadas con la salud mental, ya que se describen problemas en relación con los pensamientos sobre la comida y la conducta alimentaria. Las personas afectadas por este trastorno pueden comer mucho más o mucho menos de lo necesario.

Cabe destacar que estos trastornos de la conducta alimentaria son verdaderamente enfermedades, no un hábito o estilo de vida. Esto es debido a que producen alteraciones en el organismo, ya que no se consigue una nutrición adecuada. Pueden llegar a producir diversas afecciones, del tipo cardíaco o renal, o incluso se puede provocar la muerte de la persona afectada.

Es importante mencionar que cualquier persona puede presentar un trastorno alimentario, aunque son más comunes en las mujeres, especialmente durante la adolescencia o edad adulta, aunque pueden desarrollarse a cualquier edad.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer qué son los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, principalmente la anorexia y la bulimia.

Objetivos secundarios:
- Determinar qué son los trastornos de la conducta alimentaria y su causa.
- Diferenciar la bulimia y la anorexia, así como sus principales síntomas.
- Conocer otros tipos de trastornos de la conducta alimentaria, además de la bulimia y la anorexia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales producidas por conductas anómalas frente a la comida, la ingesta alimentaria y una constante inquietud por el control del peso. Su causa no es conocida, aunque los investigadores consideran que se desarrolla mediante la relación de diversos factores, tales como biológicos, genéticos, sociales, conductuales o psicológicos.

Dentro de estos trastornos alimentarios se encuentran la bulimia y la anorexia. La bulimia es un desorden que se presenta con atracones, seguidos de vómitos o la utilización de laxantes. Las personas que presentan bulimia también pueden realizar mucho ejercicio o privarse de comer, pudiendo tener poco peso, normopeso o sobrepeso. Los síntomas característicos están basados en los fuertes atracones, seguidos de maniobras para deshacerse del peso o de la comida ingerida previamente, tales como ayuno, llevar a cabo ejercicio excesivo, laxantes o enemas, o provocar los vómitos. Puede producir dolor de inflamación y dolor de garganta repetido, desgaste del esmalte dental y dientes sensibles, con la aparición de caries, etc.

Por otra parte, la anorexia es considerada como el trastorno de la conducta alimentaria menos común pero más grave, con una tasa de mortalidad más elevada que los demás trastornos. Las personas que padecen este desorden evitan los alimentos, o comen muy poco. En el espejo se ven a sí mismas con sobrepeso, aunque presenten un peso muy bajo. Los síntomas incluyen comer muy poco, realizar excesivo ejercicio intenso, extrema delgadez, intenso miedo si aumentan de peso e imagen deformada. La anorexia puede llegar a provocar anemia, respiración y pulso lento, infertilidad, daño cerebral, entre otros.
A su vez, es importante mencionar un desorden surgido en la actualidad: el trastorno por atracón (BED), es decir, un trastorno caracterizado por comer sin control, incluso cuando se tiene la sensación de estar llenas, provocando el incremento de peso y obesidad. Después de estos atracones, se suelen tener sentimientos de angustia, culpa o vergüenza.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales de causa desconocida que se presentan comúnmente entre mujeres adolescentes o en edad adulta. Se hallan definidas por una conducta anómala frente a la comida o la ingesta alimentaria. Dentro de estos desórdenes se encuentran la bulimia y la anorexia. La primera de ellas se caracteriza por periodos de atracones seguidos de conductas purgativas, mientras que la segunda representa un rechazo a la comida y a ingerir alimentos, tomando muy poca cantidad de ellos. Además de ello, las personas con anorexia observan una imagen deformada de sí mismas en el espejo. Actualmente, se describe también el trastorno por atracón, donde se engullen elevadas cantidades de comida, produciendo aumento de peso o incluso obesidad. Todos estos trastornos repercuten en el resto del organismo, produciendo numerosas alteraciones, hasta la muerte.

6 Bibliografía

- Silén, Y.; Sipilä, P.N.; Raevuori, A.; Mustelin, L.; Marttunen, M.; Kaprio, J. DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. Eating disorders 2020.
- MedlinePlus. Dic 2018.
- Hay, P. Current approach to eating disorders: a clinical update. Internal Medicine Journal. 2020.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

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

Capítulo 850

DIETA EN PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES

YOLANDA DÍAZ MENENDEZ

1 Introducción

El aparato cardiovascular tiene como función principal aportar a los tejidos un volumen de sangre suficiente y a una presión adecuada, de modo que todos los órganos y sistemas puedan funcionar correctamente. Para ello, es preciso el corazón encargado de bombear el volumen sanguíneo, y sistema vascular, que permite distribuir los nutrientes a los tejidos y retornar la sangre al corazón.

Seguir unos hábitos alimenticios saludables, pueden ayudar a prevenir los tres factores más importantes causantes de alteraciones del corazón:
- Hipercolesterolemia.
- Hipertensión arterial.
- Exceso de peso.

La hipercolesterolemia es reconocida como uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de la enfermedad coronaria y la progresión de las lesiones arterosclerótica. La dieta, junto a las drogas hipolipemiantes son el eje central para el tratamiento de esta enfermedad. Lo que se busca, es prevenir la progresión de la placa arterosclerótica, inducir la regresión, y por lo tanto disminuir el riesgo de eventos coronarios agudos en pacientes con enfermedad coronaria preexistente o enfermedad vascular periférica.

En sujetos con alto riesgo de enfermedad coronaria pero sin evidencia de arterosclerosis, el tratamiento está designado para prevenir el desarrollo prematuro de la enfermedad coronaria, mientras que en aquellos que presentan

hipertrigliceridemia, el tratamiento está destinado a prevenir el desarrollo de hepatomegalia, esplenomegalia y pancreatitis. El beneficio de la terapia hipolipemiante se extiende, aún, hasta pacientes con niveles de colesterol promedio.

Con respecto a la presión arterial, cada vez hay mayor evidencia de que la dieta juega un papel importante en su regulación. Una dieta reducida en sal puede disminuir la presión sanguínea y prevenir el incremento de la misma con la edad. Además, la presión sanguínea estaría influencia por otros factores además de la sal. En un estudio controlado aleatorio, los vegetales y las frutas disminuyeron la presión sanguínea, y la adición de productos lácteos descremados aumentó el descenso. La presión arterial en pacientes con enfermedades cardiovasculares debe ser menor a 140/90 mmHg. Si esto no se consigue a través de cambios en el estilo de vida, deberá considerarse el empleo de fármacos.

La obesidad es una amenaza creciente para la salud de la población de muchos países. Esto se debe a la disminución de la actividad física espontánea y relacionada a las tareas laborales, y a una disposición al sobreconsumo de comidas altas en grasa o densas en calorías.

2 Objetivos

- Establecer unas pautas a seguir en la alimentación para prevenir el desarrollo prematuro de la enfermedad coronaria.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes fuentes documentales. La búsqueda de información se ha realizado desde el 20 de Enero hasta el 6 de Febrero del 2020. Para localizar los artículos de interés sobre el tema del estudio, se realizó una búsqueda bibliográfica online en las siguientes bases de datos: Medline, Pubmed, Sciencien Direct y Dialnet.

4 Resultados

Nutrición y dietoterapia en las alteraciones cardiovasculares
1. Cardiopatía isquémica
La cardiopatía isquémica es una enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, que son las arterias encargadas de proporcionar sangre

al músculo cardiaco (miocardio). Es una enfermedad que cada vez más prevalece en los países desarrollados.

La arteriosclerosis coronaria es un proceso lento en la que las grasas o lípidos, las células inflamatorias, células musculares y formación de colágeno se van acumulando y que provocan, a lo largo de los años, el estrechamiento de las arterias coronarias.

Los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de esta enfermedad son variables, se asocian y pueden causar una mayor prevalencia de la cardiopatía coronaria.

Los factores de riesgo son:
- Edad: esta enfermedad tiene mayor prevalencia en individuos de mayor edad.
- Sexo: es más frecuente en varones, aunque la frecuencia en mujeres se iguala a partir de la menopausia.
- Antecedentes de cardiopatía isquémica en la familia.
- Aumento de las cifras de colesterol total.
- Disminución de los valores de colesterol HDL.
- Tabaquismo.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes Mellitus.
- Obesidad.
- Sedentarismo.

2. Infarto agudo de miocardio
Enfermedad aguda y grave que ocurre como consecuencia de la obstrucción por un trombo de una arteria coronaria. La consecuencia final de la obstrucción de la arteria es la muerte o necrosis del territorio que irriga la arteria obstruida. Se puede presentar tanto en personas previamente sanas aunque es más frecuente en personas con factores de riesgo. Es muy importante la corrección de los factores de riesgo coronario como método de prevención secundaria, adquiriendo nuevos hábitos de vida, como son:
- Alimentación saludable.
- Dejar de fumar.
- Combatir la hipertensión.
- Compensar la diabetes.
- Normalizar los lípidos séricos.
- Hacer un ejercicio físico gradual.
- Consumir una variedad amplia de todos los alimentos.

- Mantener el peso lo más cercano al ideal, combatiendo el sobrepeso y la obesidad.
- Seleccionar alimentos pobres en grasas, las grasas saturadas y colesterol. Una reducción de grasa saturada y colesterol está muy relacionada con la disminución de la enfermedad cardiovascular y particularmente con la enfermedad coronaria, algunos tipos de cáncer y con la obesidad.
- Aumentar el consumo de verduras, frutas y cereales. Se debe de consumir de 2-3 piezas de fruta al día, una de ellas debe ser un cítrico, una ración de verdura cocinada y otra en forma de ensalada.
- Limitar la adicción de sal en la preparación de los platos.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Usar aceite de oliva virgen extra para la preparación y elaboración de los platos.
- Consumir más pescado que carne.
- Carne de ave sin piel y carnes magras.
- Productos lácteos desnatados.
- Ejercicio físico diario según tolerancia e indicaciones de su cardiólogo.

3. Angina de pecho

Es un síntoma de dolor recurrente en el tórax debido a isquemia miocárdica. Los factores de riesgo son:
- El tabaco.
- Control de la hipertensión y la diabetes.
- Alcanzar y mantener un peso corporal ideal.
- Dieta baja en colesterol y grasas.

Algunas de las recomendaciones dietéticas para la prevención arterosclerosis para la población en general son:
- Mantener una dieta variada con abundancia de cereales, verduras y frutas.
- Reducir el sobrepeso con una dieta baja en calorías.
- Disminuir el consumo de carnes rojas, huevos, leche entera y derivados.
- Consumir preferentemente aceite de oliva y evitar los aceites de coco y palma.
- Introducir en la dieta frecuentemente los pescados blancos y en especial los azules.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Evitar el tabaco.
- Hacer ejercicio de una manera regular.

4. Pericarditis

La pericarditis es una enfermedad causada por la inflamación del pericardio (saco delgado de doble capa que envuelve el corazón). La pericarditis puede ser aguda o crónica. Entre las recomendaciones dietéticas para reducir la inflamación se pueden citar:
- Los elementos esenciales que necesitamos para ayudar a nuestro organismo en su lucha son: Quercetin, ácidos grasos Omega 3, Capsacain, Gingerols, bromelaina y la curcumina. Los encontramos en especias como, chiles, jengibre y cúrcuma.
- Frutas, como las manzanas y las cerezas, tienen un alto contenido en Quercetin y, por tanto, ayudar a reducir la inflamación.
- Hortalizas, como el repollo, brócoli, coliflor y la col rizada, nos ayuda de forma significativa.
- Cebollas y ajos, el dúo mal aliento, son dos de los mejores alimentos para todo tipo de dolencias.

Los componentes a tener en cuenta dentro de la dieta inflamatoria son:
- Control de peso: consumir un exceso de calorías y acumular un exceso de grasa lleva a que se acumulen altos niveles de compuestos inflamatorios.
- Mantenerse activo: el ejercicio regular ayuda al control de peso y a reducir las células grasas.
- Equilibrio entre los ácidos Omega 6 y Omega 3: Esto se puede lograr con los siguientes consejos:
Consumir pescados ricos en Omega 3.
Incluir linaza en la dieta. Es un producto poco novedoso, se incluye en la dieta mezclándola con fruta, yogurt, nueces, carne molida… Usar aceite de linaza para aderezar ensaladas y otros platos fríos.
- Evitar los ácidos grasos hidrogenados.
- Consumir más frutas, vegetales y carbohidratos integrales: son ricos en antioxidante, los cuales actúan destruyendo radicales libres.
- Disminuir o evitar dieta rica en azúcares y harinas refinadas. Los alimentos más ricos en antioxidantes que no deben faltar en su dieta son:
Frijoles, arándanos, corazones de alcachofas, moras y ciruelas pasas.
Frambuesas, fresas, manzana y ciruelas frescas.
Consumir alcohol con moderación puede ejercer cierto efecto antiinflamatorio.
- Bebidas antiinflamatorias: café, té (especialmente el té verde)… Entre los beneficios antioxidantes del té verde se pueden citar los siguientes:
Protección contra enfermedad del corazón, al reducir los niveles de colesterol “malo” (LDL).
Retardo del crecimiento de tumores.

Protección contra el cáncer de vejiga, colon, de mama y de piel.
Protección a los huesos.
Beneficioso para las personas con artritis.
Protección contra la enfermedad de Parkinson.
Prevención del desarrollo de diabetes en personas con tendencias a problemas en el manejo del azúcar.
La dosis recomendada de consumo de té verde es de seis a doce tazas al día.

5. Hipertensión arterial
La hipertensión es la presión sanguínea elevada. La hipertensión se produce por diferentes factores, entre ellos la herencia genética, malos hábitos alimenticios, el tabaquismo, etc., pero a través de un cambio de estilo de vida, se pueden reducir los riesgos de que ésta se presente, o si ya se tiene, se puede controlar. Una dieta saludable trata de reducir el consumo de sal, entre media a una cucharada al día.
Las fuentes de sodio principales son:
- Productos para cocinar: bicarbonato de sodio así como polvo para hornear.
- Sazonadores: sal, salsa de soja, sal de ajo, sal de cebolla, sal de apio, ablandador de carne y vino de cocina.
- Aditivos y conservadores: glutamato monosódico, fosfatos de sodio, caseinato de sodio, ascorbato de sodio y nitrato de sodio.
- Medicinas: antiácidos, laxantes, pastillas para dormir y aspirinas.
- Comida rápida.
- Otros: pasta de dientes y enjuague bucal (no deben ser tragados).

Otras recomendaciones a tener en cuenta en la dieta de la hipertensión arterial son:
- Es mucho más fácil seguir una dieta cuando uno está familiarizado con los alimentos prohibidos y permitidos.- Leer las etiquetas. Buscar las palabras sal, sodio o Na; si aparece como uno de los primeros ingredientes, evite el producto.
- Antes de experimentar cualquier substituto de sal, consultar con el médico.
- Utilice libros de cocina que contengan recetas bajas en sodio.
- No use sal en la mesa.
- Agregar muy poca sal en la preparación de alimentos.
- Si usamos polvo para hornear utilizarlo bajo en sodio.
- Utilizar especias y hierbas para descubrir nuevos sabores y combinaciones.

6. Insuficiencia cadíaca
Es una alteración en la que nuestro corazón tiene menos capacidad de la que debería para bombear sangre.

Para controlar la insuficiencia cardíaca, además del tratamiento farmacológico y/o quirúrgico si es necesario, se deben tener en cuenta aspectos tales como:
A. Hábitos y estilo de vida.
- Cocinar sin sal y sin grasa. Evitar las comidas demasiado pesadas.
- Evitar el alcohol y bebidas excitantes como café, té y bebidas de cola.
- No fumar.
- Vigilar el peso.
- Debemos cumplir estrictamente las indicaciones de nuestro médico sobre el tratamiento.
- Realizar ejercicio físico.
- Evitar estar en contacto con personas que tienen resfriados.
- Evitar el estrés. Disfrutar del tiempo libre, caminar, leer, etc.
- Evitar el insomnio.
- Cuidar la cantidad de líquido que bebemos, controlar la cantidad de orina y ajustar el uso de diuréticos.

B. Dieta.
La mayoría de las personas saben que una dieta baja en sal y en grasas es buena para la salud, pero pocas personas conocen las razones y sobre todo las cantidades recomendables. A continuación, analizamos este tipo de sustancias:
- La sal: uno de los componentes de la sal es el sodio (Na). Es un mineral necesario en pequeñas cantidades para algunos procesos del cuerpo, demasiado aumenta la tensión arterial. Los consejos a seguir para una dieta sin sal son:
Cocine sin sal.
Quitar el salero de la mesa.
Utilizar condimentos como ajo, perejil, vinagre, limón o hierbas aromáticas.
No utilizar condimentos salados.
Evite comidas con alto contenido en sal.
Debemos saber que todos los alimentos enlatados, congelados, precocinados y comidas rápidas tienen sal.
Leer las etiquetas de los ingredientes de los alimentos y busque el contenido de sal o sodio (Na), hágalo también con el agua y otras bebidas embotelladas. Escoja siempre para beber agua del grifo, las aguas minerales tienen, en general, alto contenido en sal. Los alimentos prohibidos por su alto contenido en sal son:
Pan y bollería.
Embutidos.
Salsas.
Todas las conservas.
Todos los alimentos congelados.

Leche en polvo y leche condensada.
Quesos de todos los tipos, salvo el queso fresco de Burgos "sin sal".
Aperitivos.
Bebidas embotelladas incluida el agua.

- Las grasas: son esenciales para el funcionamiento de nuestro cuerpo. Hay tres tipos distintos:
Grasas monoinsaturadas como el aceite de oliva.
Grasas poliinsaturadas como el aceite de girasol o de maíz.
Grasas saturadas como las grasas animales.
Los alimentos que se deben evitar por su alto contenido en grasas saturadas y colesterol son:
Embutidos.
Leche entera. Utilice leche semidesnatada o desnatada.
Derivados lácteos como mantequilla y todos los quesos. Utilice margarina de girasol o de maíz en cantidad moderada.
Productos de pastelería y bollería.
Carnes rojas. Aunque se puede comer ternera sin grasa, pollo sin piel y conejo.
Todo tipo de pescados.
Yema de huevo.
Fritos y rebozados.

C. Ejercicio físico.
Para las personas que padecen insuficiencia cardíaca es mejor mantenerse activas, como regla general. El ejercicio moderado realmente puede ayudar al corazón a ponerse más fuerte (caminar, andar en bicicleta y nadar). El ejercicio físico mejora los síntomas, ayuda a perder peso y a reducir el nivel de colesterol, mejora la circulación y disminuye el estrés y tensión.

5 Discusión-Conclusión

Las elevadas tasas morbimortalidad que se asocian a las enfermedades cardiovasculares generan la necesidad de que la población sea concienciada y educada acerca de hábitos de vida saludables que permiten evitar el desarrollo de hipertensión arterial y que, en caso de estar presente, mitiguen sus riesgos y complicaciones, las cuales son la principal causa de muerte y discapacidad en los países desarrollados.

La sociedad actual favorece el desarrollo de enfermedades de este tipo debido a un aumento de hábitos de vida poco saludables, ya que en las últimas décadas se ha podido percibir un incremento del sedentarismo, así como el descuido en la dieta, aumentándose el consumo de ultraprocesados y alimentos poco saludables, siendo estos factores en los que los profesionales sanitarios deben ejercer mayor influencia, pero siempre individualizando el tratamiento y los consejos a las características personales de cada paciente.

6 Bibliografía

- Insuficiencia cardíaca: cuidado continuo. Guías, circuitos y educación del paciente (Área del corazón. Hospital Juan Canalejo, A Coruña). Manual práctico para pacientes y cuidadores de la insuficiencia cardíaca.
- M. Ruperto, M. Garriga y C. Vázquez. Hospital Ramón y Cajal (Madrid). Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Editora María C. Linder. Nutrición, aspectos bioquímicos, metabólicos y clínicos. Editorial EUNSA.

Capítulo 851

CONOCIMIENTOS DEL TCAE PARA UTILIZAR LAS CONTENCIONES

SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ

ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ

MARIA BEJAR PEREZ

RAQUEL GONZALEZ GARCIA

LAURA DIAZ MAYO

1 Introducción

Cuando hablamos de contención física o mecánica nos referimos a la inmovilización de alguno de los movimientos de nuestro cuerpo, la inmovilidad puede ser total o parcial y se realiza con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en riesgo la lesión del enfermo así como evitar poner en peligro el entorno que rodea al enfermo. El dispositivo que se utiliza para las contenciones puedes ser físico o mecánico.
Para realizar dicha intervención se deben de tener en cuenta entre otros aspectos el respeto a su libertad de movimiento, su salud y sobre todo su seguridad.

La contención física o mecánica es una medida de urgencia que debe utilizarse como último recurso, cuando ya el resto de alternativas como el abordaje o contención verbal, las medidas medioambientales o de conducta y la contención farmacológica, hayan fracasado.

Siempre que se justifique la contención ya sea física o mecánica deben respetarse unos principios hacia el enfermo:

-Autonomía: la persona que requiera de una contención debe de ser informado de la medida que se empleara y si es posible se debe de solicitar su conocimiento, esto se valorara en función del enfermo, en caso de que el enfermo no estuviera en sus facultades por los diferentes motivos para decidir el consentimiento sería solicitado al familiar a cargo.

-Beneficencia: siempre que se aplique una contención debemos de esforzarnos en garantizar el bienestar de la persona, por ello antes de realizar dicha intervención se deben de valorar que los beneficios siempre sean superiores a los perjuicios.

-Intimidad: se debe respetar estrictamente el derecho a la intimidad de la persona incluso aunque la persona no sea consciente de ello.

-Vulnerabilidad: la persona que precise de contenciones tendrá un nivel de dependencia elevado por lo que requerirá una atención muí elevada por parte del personal sanitario.

2 Objetivos

-Prevenir dichas actividades físicas que puedan poner en situación de peligro al enfermo o a su entorno, lo cual facilitara la mejora del enfermo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La valoración medica del enfermo que precise de contenciones se realizara lo antes posible, ya que el será el que valoré mejor la necesidad de las contenciones, todo ello ser anotado en observaciones en la historia clínica del paciente.

El paciente será observado cada 15 minutos y se tomarán las constantes vitales en cada cambio de turno, se le proporcionara la dieta adecuada, se controlara la

ingesta hídrica y la diuresis, así como los cuidados mínimos de higiene personal, cambios posturales y erosiones en las zonas de contacto de las bandas de sujeción y la piel.
La contención será retirada cuando el facultativo lo valore y considere que ya se ha conseguido el efecto terapéutico que se buscaba.

Cuando deben aplicarse las contenciones:
-Para prevenir lesiones a enfermos o a terceros
-Para evitar alteraciones del programa terapéutico del enfermo (extracción de sondas, vías u otros sistemas de soporte vital)
-Para evitar daños materiales en el entorno
-Para evitar que el paciente se escape si es que existe este riesgo
-Si el propio enfermo lo solicita y el personal sanitario lo ve adecuado.

Cuando no deben aplicarse las contenciones:
-Cuando no existen indicaciones
-Si la situación se puede resolver por otros métodos
-Cuando se conoce la existencia de alguna contra-indicación
-Como sustitución de un tratamiento
-Cuando es por comodidad o conveniencia por parte del personal sanitario

Procedimiento para utilizar las contenciones:
-Valoración por parte del personal médico de la necesidad de una contención ya sea física o mecánica
-Una vez indicada deberá registrarse en la historia clínica, el riesgo de la persona, la planificación y la evaluación de los cuidados
-Se informará a la persona de la necesidad de proceder a la contención para intentar que lo acepté y colabore.
-Los profesionales implicados en la contención deben de contar con los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para aplicar las técnicas de inmovilización
-Los elementos utilizados para la contención deben de estar homologados y deben de reunir las condiciones adecuadas (longitud, textura, presión) para evitar posibles lesiones al enfermo.
-Extremar la vigilancia según el grado de necesidad y el grado de contención.

5 Discusión-Conclusión

La contención física supone un confrontamiento entre los principios de autonomía y de beneficencia del paciente, por lo que sus posibles consecuencias legales exigen que el procedimiento sea realizado siguiendo la normativa y la metodología adecuada.
Lejos de lo que pueda parecer la indicación de una contención a un paciente no reduce el trabajo al personal sanitario encargado de atenderle, todo lo contrario lo aumenta. Ya que es obligación del personal evitar y tratar complicaciones que pueden aparecer a raíz de la contención, y también por las necesidades a cubrir por el personal en un enfermo inmovilizado.

6 Bibliografía

-Sociedad española de enfermería geriátrica y gerontológica (SEEGG) www.arrakis.es
-Comité de bioética de España www.comitedebioetica.es
-Protocolos de contención www.aesm.net

Capítulo 852

ÚLCERAS POR PRESIÓN Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

YOLANDA DÍAZ MENENDEZ

1 Introducción

A pesar del avance de la medicina y los servicios sanitarios, las úlceras por presión (UPP) siguen siendo un gran problema; se producen en pocas horas y pueden tardar meses en curarse, presentan una morbimortalidad asociada importante y una grave afectación en la calidad de vida de quién las padece.

La úlcera por presión es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo de una zona sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte (cama o silla), provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a la zona, que se produce por el aplastamiento de los vasos sanguíneos. Estas lesiones aparecen principalmente en pacientes inmovilizados durante mucho tiempo y que tienen una difícil cicatrización espontánea. Constituye un importante problema de salud pública, afecta en la calidad de vida del paciente, prolonga la estancia hospitalaria, aumenta el gasto del material y de los cuidados por parte del personal de enfermería. Por ello, es muy importante la prevención para evitar la aparición de las UPP.

Las UPP se clasifican en cuatro grados en relación al aspecto y profundidad de las lesiones:

- Grado I: Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta. En pacientes de piel oscura, observar edema, induración, decoloración, calor local.

- Grado II: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas, puede tener aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Grado III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.
- Grado IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensión, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén como el tendón o la cápsula articular.

Las localizaciones más frecuentes de las UPP son:
- Decúbito supino: Occipital, sacro, omóplatos, cóccix, codos, talones.
- Decúbito lateral: Orejas, hombro-acromion, costillas, trocánter, cresta iliaca, cara interna de las rodillas, maléolos.
- Decúbito prono: Mamas, espinas ilíacas, rodillas, dedos de los pies, genitales, nariz.
- Sedestación: Omóplatos, codos, isquion, sacro, cóccix, talones, metatarsianos.

2 Objetivos

- Mejorar la calidad y la eficiencia de los cuidados prestados a las personas con úlceras por presión o situación de riesgo de desarrollarlas.
- Conocer el Manual de Procedimientos de Prevención de UPP.
- Actuación del TCAE en la prevención de las UPP.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica relacionada con las úlceras por presión y medidas de prevención. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Dialnet y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para la elaboración del capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica relacionada con las úlceras por presión y medidas de prevención. Se ha realizado

una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Dialnet y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

RESULTADOS

Es muy importante tener en cuenta que la prevención no sólo se debe realizar a nivel hospitalario, también resulta imprescindible implantar medidas de prevención en el propio domicilio del paciente, cuando así lo precisen.

Una vez se han desarrollado estas lesiones, es necesario llevar a cabo tratamientos efectivos para que no se produzcan complicaciones en las pacientes y además hay que continuar con las medidas de prevención establecidas para impedir que aparezcan nuevas UPP.

Según el Manual de Procedimientos de Prevención de UPP, las medidas más importantes para prevenirlas son: cuidados de la piel, control del exceso de humedad, manejo de la presión y nutrición.

Cuidados de la piel: Procedimiento de montaje de la cama de un residente con incontinencia/cambios posturales.
- Procedimiento de aseo diario: Examen de la piel, vigilar prominencias óseas, zonas expuestas a humedad continua y zonas de lesiones antiguas. Mantener siempre la piel limpia y seca, sin friccionar en el seca y prestando especial atención en pliegues y espacios interdigitales. Observar todas las zonas de riesgo al menos una vez al día.
- Que se utiliza para el aseo personal: gel de avena, cremas hidratantes, aplicar ácidos grasos hiper-oxigenados con ligero masaje, aplicar apósito adhesivo de barrera o pomadas protectoras y poner ropa interior de tejidos naturales. Es importante no utilizar alcoholes para la fricción. Si se detecta alguna incidencia se debe avisar a enfermería.

En pacientes con incontinencia urinaria y fecal se pondrán pañales absorbentes, realizando la higiene adecuada tras cada cambio de pañal.
En portadores de colostomía, se protegerá la piel que rodea el estoma con apósito adhesivo de barrera.
En paciente con sudoración o estados febriles, cambiar ropa y sábanas cuando estén húmedas.
No utilizar ropa de fibras sintéticas, ha de ser de tejidos naturales.
Usar un producto barrera tópico o pomadas protectoras para prevención de le-

siones por maceración en pacientes que lo tengan prescrito.

Manejo de la presión: Procedimientos de cambios posturales y procedimientos de mantenimiento y uso de SEMP.

PROCEDIMIENTOS DE CAMBIOS POSTURALES. Se deben seguir unos principios básicos:
- Se deben tener en cuenta los puntos clave del cuerpo para realizar una manipulación: cabeza, cintura escapular-hombros, codos, muñecas, cintura pélvica-caderas, rodillas y tobillos.
- Informarse del grado de dependencia de la persona.
- Explicar el movimiento y solicitar la colaboración de la persona.
- Solicitar ayuda a los compañeros cuando sea necesario.
- Si el movimiento se realiza entre varios se debe de dar una orden única y precisa.
- Reducir al mínimo los roces entre la persona y la superficie sobre la que se está moviendo.
- No levantar el peso de la persona si se puede deslizar o girar.
- La cama deberá estar preparada con una "entremetida". Se coloca debajo del paciente de forma que llegue desde los muslos hasta los hombros. Para manejar al paciente con la entremetida, esta se enrollará por los laterales sujetándola fuerte lo más cerca posible del paciente, pudiendo así moverlo hacia cualquier lado de la cama.
- Cuando se realicen las movilizaciones la cama debe de estar plana o no a más de 30 grados de elevación.
- El paciente debe quedar centrado en la cama para evitar que quede apoyado sobre la pared o las barandillas.
- Mantener el paciente en posición fisiológica.

Posiciones terapéuticas: decúbito supino, decúbito lateral dorsal, sedestación en silla o sillón.

PROCEDIMIENTO MANTENIMIENTO Y USO DE SEMP

- Colchón de reemplazo
- Sobrecolchones
- Cojines: cojín de aire y cojín de flotación líquida.

Nutrición
- Realizar 5 o 6 comidas a lo largo del día y poco cuantiosas.
- Asegurar el aporte de proteínas diario.

- Potenciar el consumo de alimentos proteicos de elevada calidad, tanto en la comida como en la cena y asegurar las necesidades diarias.
- Algunos alimentos de elevado contenido proteico son: carne, pescado, huevos, lácteos, soja, legumbres y cereales.
- Si se precisa, incluir módulos o suplementos nutricionales comerciales ricos en proteínas o calorías.
- Potenciar el consumo de frutas y verduras.
- Consumir diariamente una fruta rica en vitamina C.
- Beber abundantemente (1.5 a 2 litros al día).
- Evitar la fatiga, disminuye las ganas de comer.
- Evitar realizar los cuidados de las heridas antes de las comidas; los procesos dolorosos pueden disminuir el apetito.
- Valorar las posibilidades de que el paciente pueda alimentarse por sí mismo.
- Es imprescindible respetar las normas de higiene para evitar contaminaciones alimentarias y empeorar el estado del paciente.
- Evitar el tabaco y el consumo de bebidas alcohólicas.
- Fomentar un mayor nivel de movilidad.

Generalmente en las labores como TCAE, por ese primer contacto con el paciente, se debe ser capaz de detectar precozmente lesiones o el riesgo de aparición de las mismas. En función del diagnóstico que se realiza, se instauran medidas preventivas protocolizadas según el tipo de lesión:

- LESIONES POR PRESIÓN: Colocación de SEMP: sobrecolchón de aire alternante para pacientes con Braden de moderado/alto riesgo). Uso de AGHO en prominencias óseas y puntos de apoyo c/8-12h. Cambios posturales protocolizados c/4h si alto riesgo y c/6h si riesgo moderado. o Uso de espumas locales conformables en talones y codos. Alivio de presión con almohadones y cojines.
- DERMATITIS ASOCIADA A LA INCONTINENCIA: Cambios de dispositivo cada vez que haya humedad. Uso de películas barrera no irritantes (PBNI) en pulverizador. Uso de cremas barrera de óxido de zinc. Uso de películas barrera permanentes con aplicador
- LESIONES POR FRICCIÓN Y CIZALLA.: Apósitos hidrocoloides extrafino para limitar fricciones. Correctas movilizaciones y cambios posturales para evitar cizalla.

5 Discusión-Conclusión

Las UPP son un problema socioeconómico muy importante que, además de agravar el estado del paciente, aumenta el gasto económico que requiere su intervención.

A pesar de la alta prevalencia de UPP, el 95 % son prevenibles. Por ello, la prevención de estas lesiones debe ser un cuidado prioritario en el tratamiento de pacientes inmovilizados.

El personal de enfermería, como personal cualificado, es el responsable de la valoración diaria del estado general del paciente (su estado general, piel, movilidad, nutrición…) y de su evolución a través de los registros de enfermería. Por tanto, debe poseer los conocimientos y habilidades necesarias sobre los aspectos referentes a la prevención de las UPP (piel, factores de riesgo predisponentes, etiología y fisiopatología de las úlceras, etc) para poder así elegir el tratamiento de enfermería y las medidas de prevención que resulten más eficientes.

6 Bibliografía

- García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Torra I Bou JE, Úlceras por presión en el paciente crítico. URL disponible en http://www.enfermeria21.com/Generalitats/ficheros/verFichero.php?NzAwNDEZOTU%3D
- Rodríguez M, Almazara R, García F, Malia R, Rivera J. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Octubre 2003. Documentos GNEAUPP. Disponible en http://www.gneaupp.org
- Dueñas Fuentes JR. Cuidados de Enfermería en las Úlceras por Presión. Disponible en http://terra.es/personal/duenas/10.html

Capítulo 853

REANIMACIÓN: CARDIOPULMONAR O CARDIORRESPIRATORIA

REGINA SOARES DE FARIA

JESSICA ALVES GOMES

1 Introducción

La reanimación cardiopulmonar o reanimación cardiorrespiratoria (RCP) es una técnica utilizada para asegurar la oxigenación de los órganos vitales cuando se detienen la respiración o los latidos del corazón de una persona, independientemente de la causa puede ser un ataque cardíaco o cuasiahogamiento, sus maniobras temporales puede salvar vidas.

Los principales componentes de la reanimación cardiopulmonar básica son la activación del servicio médico de emergencias dentro o fuera del hospital con respiración artificial. Otros componentes relacionados incluyen la Maniobra de Heimlich y el uso de desfibriladores externos automáticos.

Las recomendaciones específicas sobre la RCP varían en función de la edad del paciente y la causa del paro cardíaco. Se ha demostrado que cuando la RCP es puesta en práctica por personas adiestradas en la técnica y se inicia al cabo de pocos minutos tras el paro cardíaco, estos procedimientos pueden ser eficaces.

2 Objetivos

- El principal objetivo de una RCP es salvar vidas, es mucho mejor hacer algo que no hacer nada. Teniendo en cuenta los conocimientos, destrezas y actitudes

suficientes para ser capaz de reconocer la situación que ponen en peligro la vida y actuar inmediatamente aplicando las técnicas de Soporte Vital de acuerdo a los estándares acordados por los Comités Europeos y del Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar de la Sociedad Española de Medicina Intensiva.

3 Metodología

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

4 Resultados

La reanimación cardiopulmonar (RCP) puede mantener el flujo de sangre oxigenada al cerebro y otros órganos vitales hasta que un tratamiento médico más definitivo pueda restablecer el ritmo cardíaco normal. Cuando el corazón se detiene, la falta de sangre oxigenada puede causar daño cerebral en apenas unos minutos. Una persona puede morir en 8 o 10 minutos. Pasos a tener en cuenta:
1. Falta de capacitación. Si no tienes capacitación en RCP, solo practica la reanimación cardiopulmonar con las manos. Esto significa hacer compresiones de pecho sin interrupción de 100 a 120 por minuto hasta que lleguen los servicios de emergencia. No es necesario proporcionar respiración de rescate.
2. Con capacitación y preparación. Si tienes capacitación y confianza en tus habilidades, comprueba si la persona tiene pulso y respira. Si no respira o no tiene pulso en 10 segundos, comienza las compresiones de pecho. Comienza la reanimación cardiopulmonar con 30 compresiones de pecho antes de dar dos respiraciones de rescate.
3. Con capacitación, pero falta de práctica. Si anteriormente hiciste la capacitación en reanimación cardiopulmonar, pero no tienes confianza en tus habilidades, solo haz las compresiones de pecho a un ritmo de 100 a 120 por minuto.
Estas técnicas se aplican a adultos, niños y bebés que necesiten reanimación cardiopulmonar, pero no a los recién nacidos (bebés de hasta 4 semanas). La respiración de rescate puede ser boca a boca o de boca a nariz si la boca está gravemente lesionada o si no puede abrirse.

- Como hacer una respiración cardiopulmonar (RCP) a un adulto
1. Deberemos asegurarnos que el paciente esta recostado en una superficie firme y plana Llame al número de emergencia local y solicite una ambulancia;
2. Arrodillarse a nivel de los hombros y colocar una mano sobre el pecho de la víctima (en el medio de los dos pezones), y luego la otra mano por encima entrelazando los dedos;
3. Con los brazos estirados, use su propio peso para presionar el pecho con fuerza, contando como mínimo 2 compresiones por segundo hasta la llegada del servicio de rescate. Es importante dejar que el tórax del paciente vuelva la posición normal entre cada compresión.

Es muy importante no interrumpir las compresiones, por esto, si la primera persona que atendió a la víctima se cansa durante el masaje cardíaco, es necesario que otra continúe haciendo las compresiones con un esquema de relevo cada 2 minutos, siempre respetando el mismo ritmo. El masaje cardíaco debe ser interrumpido sólo con la llegada del personal de rescate al lugar.

El masaje cardíaco normalmente se intercala con 2 insuflaciones por cada 30 compresiones, sin embargo, si es una persona desconocida o no se siente cómodo para realizar la respiración boca a boca, mantenga sólo las compresiones hasta que llegue la ambulancia.

- Cómo hacer reanimación cardiopulmonar (RCP) a un niño
El procedimiento para hacerle reanimación cardiopulmonar a un niño desde el primer año de edad hasta la pubertad es básicamente el mismo que para un adulto. La American Heart Association (Asociación Americana del Corazón) recomienda lo siguiente para hacer reanimación cardiopulmonar a un niño:
Si estás solo y viste cómo el niño perdió el conocimiento, llama a los servicios de emergencias y busca el desfibrilador externo automático, si hay uno disponible; comienza la reanimación cardiopulmonar. Si hay otra persona disponible, pídele que llame para solicitar ayude de inmediato y que traiga el desfibrilador externo automático mientras tú comienzas con la reanimación cardiopulmonar.
• Coloque al niño boca arriba en una superficie plana y dura, y levante la barbilla más arriba para facilitar la respiración;
• Observe si hay algún objeto obstruyendo el paso de aire, y si es posible retírelo con el dedo índice y medio.
• Inicie con 2 respiraciones boca a boca.
• Arrodillarse al nivel de los hombros del niño y apoyar las manos, si es muy pequeño utilice sólo una mano, en el pecho entre los pezones sobre el corazón.

• Presione el tórax contando 2 compresiones por segundo o 100 por minuto, hasta que llegue el personal de emergencia.
• Haga 2 respiraciones boca a boca por cada 30 compresiones.

- Para administrar reanimación cardiopulmonar a un bebé de 4 semanas o más
La mayoría de los paros cardíacos en los bebés se producen por falta de oxígeno, por ejemplo, por ahogo o atragantamiento. Si sabes que el bebé tiene una obstrucción de las vías respiratorias, dale primeros auxilios para atragantamiento. Si no sabes por qué el bebé no respira, administra reanimación cardiopulmonar (RCP).

Para empezar, evalúa la situación. Toca al bebé y espera a ver cómo responde (por ejemplo, moviéndose), pero no lo sacudas. Si el bebé no responde, sigue los procedimientos de C-A-B (siglas en inglés de «compressions, airway, breathing», compresiones torácicas, vías respiratorias, respiración), que se detallan abajo, para un bebé de menos de 1 año (salvo en recién nacidos, que comprenden a los bebés de hasta 4 semanas) y cronometra el llamado de ayuda de la siguiente manera:
• Si eres el único reanimador y no viste cómo el bebé perdía el conocimiento, administra la reanimación cardiopulmonar durante dos minutos (alrededor de cinco ciclos) antes de llamar al número local de emergencias y buscar el desfibrilador externo automático. Si viste cómo el bebé perdía el conocimiento, llama al número local de emergencias y comienza la reanimación cardiopulmonar.
• Si hay otra persona disponible, pídele que llame para solicitar ayuda inmediatamente y que traiga el desfibrilador externo automático mientras tú atiendes al bebé.
1. Coloca al bebé boca arriba sobre una superficie plana y firme, como una mesa. También puede ser en el suelo.
2. Imagina que hay una línea horizontal trazada entre las tetillas del bebé. Coloca dos dedos de una mano justo debajo de esta línea, en el centro del pecho.
3. Presiona con suavidad el pecho unas 1,5 pulgadas (unos 4 cm).
4. Cuenta en voz alta mientras presionas a ritmo bastante rápido. Debes presionar a un ritmo de 100 a 120 compresiones por minuto.

• Después de 30 compresiones, con cuidado, inclina hacia atrás la cabeza del bebé, levantándole el mentón con una mano y presionando hacia abajo la frente con la otra mano.
1. Cubre la boca y la nariz del bebé con tu boca.
2. Prepárate para darle dos respiraciones de rescate. Usa la fuerza de tus mejillas para soplar aire en forma suave (en lugar de profundamente desde los pulmones)

para exhalar lentamente en la boca del bebé una vez, en una respiración de un segundo. Observa si se eleva el pecho del bebé. De ser así, haz una segunda respiración de rescate. Si el pecho no se eleva, repite la maniobra de inclinar la cabeza y levantar el mentón y luego proporciona la segunda respiración.
3. Si de todos modos el pecho del bebé no se eleva, continúa las compresiones en el pecho.
4. Haz dos respiraciones después de cada serie de 30 compresiones en el pecho. Si la reanimación cardiopulmonar está a cargo de dos personas, haz dos respiraciones después de cada serie de 15 compresiones en el pecho.
5. Administra reanimación cardiopulmonar durante unos dos minutos antes de llamar a emergencias, salvo que alguien pueda llamar mientras tú atiendes al bebé.
6. Continúa la reanimación cardiopulmonar hasta que el bebé dé señales de vida o llegue el personal médico.

5 Discusión-Conclusión

- La gravedad de la problemática, que originan las Paradas Cardio-Respiratorias obliga a que las sociedades avanzadas desarrollen una política decidida de prevención, complementada con la estructuración de una respuesta asistencial eficiente. Esta respuesta debe basarse en una cadena de socorro/supervivencia, cuya efectividad va a depender de la que alcance su eslabón más débil.

- Hacer el masaje cardíaco es muy importante para mantener al paciente vivo, debido a que es importante para sustituir el trabajo del corazón y mantener el cerebro de la persona bien oxigenado, mientras la ayuda profesional se encuentra en camino. De esta forma, es posible reducir los daños neurológicos que pueden comenzar a surgir 3 a 4 minutos después de que el corazón dejó de latir.

- Actualmente, la Sociedad Americana de Cardiología indica la realización de RCP, sin la necesidad de hacer la respiración boca a boca en pacientes adultos. Lo más importante en estos pacientes es realizar un masaje cardíaco eficaz, es decir, que sea capaz de hacer con que la sangre circule con cada compresión del tórax. En el caso de los niños, las respiraciones se deben realizar cada 30 compresiones, debido a que en estos casos la principal causa de paro cardíaco es por hipoxia, es decir, falta de oxigenación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 854

ENEMAS: FUNCIONES, TIPOS Y ADMINISTRACIÓN

SARA GONZALEZ CARREIRA

MICHELLE BARAGAÑO SOLIS

MARIA ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

MAXIMINA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

ROCÍO CABO FUEYO

1 Introducción

El enema es una solución acuosa que se introduce en el recto o colon sigmoideo con distintos propósitos:
- Aliviar el estreñimiento: estimulando los movimientos peristálticos para extraer el contenido intestinal.
- Ablandar heces y lubricar recto y colon.
- Limpiar el recto y colón como preparación de procedimientos diagnósticos, partos o procedimientos diagnósticos.
- Administrar medicamentos, fluidos y/o nutrientes.

2 Objetivos

- Aportar la información necesaria para un correcto uso de los enemas dependiendo del caso de cada paciente y su situación y/o patología.

3 Metodología

Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: biblioteca virtual de salud, Medline y Cuiden.

4 Resultados

Después de comparar toda la información encontrada sobre los enemas, se puede afirmar que los enemas más comunes y más utilizados son los enemas evacuadores o de limpieza. El uso a largo plazo de enemas estimulantes puede llevar a un estreñimiento crónico debido a la pérdida de motilidad del colon. No deben administrarse enemas en casos de trauma abdominal reciente, peritonitis, cirugía abdominal reciente y apendicitis.

5 Discusión-Conclusión

Existen varios tipos de enemas dependiendo del fin que se quiera buscar.
- Enema evacuador de limpieza: se utilizan para estreñimiento y para limpieza ya sea para la realización de una endoscopia, una prueba radiológica, antes de algunas intervenciones quirúrgicas, antes de un parto, etc.
Tipos:
Salino: compuesto por agua tibia con una proporción determinada de sal común.
Agua jabonosa: compuesto por agua tibia y jabón disuelto en ella.
Comerciales desechables: soluciones hipertónicas

- Enema de retención: la finalidad de este tipo de enemas es que el intestino absorba el principio activo que se ha disuelto en la solución acuosa.Después de su administración el paciente debe retener la solución durante 20/30 min.
Tipos:
Alimenticio: indicado cuando no se puede utilizar la vía oral y parenteral para introducir alimentos en el organismo.De esta forma los nutrientes de absorben por la mucosa del recto.
Antihelmíntico: destruye ciertos parásitos que se alojan en el intestino.
Antiséptico: sus principios activos destruyen gérmenes y bacterias.
Carminativo: se utiliza para facilitar la expulsión de gases intestinales, también conocido como Lavativa de Harris.
Emoliente: cuya finalidad es lubricar y proteger la mucosa intestinal.
Medicamentoso: sirve para administrar ciertos fármacos.

Oleoso: tiene como objetivo ablandar las heces y facilitar la deposición.
Opaco: se utiliza habitualmente para exámenes radiológicos del intestino de mayor precisión.

No se debe administrar enemas en situaciones de trauma abdominal reciente, peritonitis, cirugía abdominal reciente y apendicitis.

Para llevar a cabo una buena administración de un enema evacuador es necesario seguir un protocolo.
- Explicar al paciente lo que se le va a hacer.
- Preparar la solución para enema.
- Preparar el material: bolsa de basura, guantes, lubricante, cuña, empapador, solución para enema.
- Realizar lavado de manos antiséptico.
- Salvaguardar la intimidad del paciente.
- Indicar que vacíe la vejiga.
- Colocar al paciente en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada).
- Colocarse los guantes.
- Si fuese necesario en este momento se realizaría la higiene genital y anal.
- Colocar el empapador debajo de las caderas del paciente.
- Introducir suavemente por el recto la cánula prelubricada.
- Cuando se haya administrado todo el contenido pautado retirar la canula con suavidad.
- Animar al paciente a retener la solución el mayor tiempo posible (5-10 min aprox).

Si el enema es de retención el paciente debera retener la solución entre 30 y 60 min.
- Facilitar al paciente el acceso al baño o en su defecto colocar la cuña.
- Ayudar la paciente si fuera necesario a efectuar el aseo anal.
- Retirar el material.
- Desechar los guantes.
- Realizar el lavado de manos.
- Registrar el resultado.

6 Bibliografía

- Esteve J, Mitjans J. Administración de medicación rectal. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 247-50.
- Guillermo Bustos, Pedro (2006). Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Guías y Pautas en medicina Interna, Parte 2. Recuperado de: portalesmedicos.com
- Perry A, Potter PA. Cómo administrar un enema. Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos básicos. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998. p. 317-324.

Capítulo 855

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y EL NIÑO CON CÁNCER

INES FERNANDEZ GUDEREIT

1 Introducción

El auxiliar de enfermería que trabaja con niños enfermos debe tener una especial sensibilidad y psicología, más aún con una enfermedad tan dura como el cáncer.
Señales de alerta para detectar el cáncer en niños:
- Supuración crónica del oído
- Fiebre recurrente con dolor óseo
- Cefalea matutina con vómito
- Presencia de inflamaciones en cualquier parte del cuerpo
- Cualquier cambio en lunares o marcas de nacimiento
- Tropiezos inexplicados del niño
- Cojera
- Palidez y fatiga
- Dolor inexplicado o llanto persistente
- Dolor óseo
- Pérdida de peso
- Hematomas, petequias

El cáncer en los niños se divide en dos grupos:
1. La leucemia: es una enfermedad de la sangre. Se caracteriza por la rápida proliferación de células inmaduras.
2. Los tumores sólidos: proliferación de células malignas. Hay varios tipos de patologías que afectan a los niños:

- Linfomas
- Linfosarcoma
- Sarcoma de células reticulares
- Linfoma de Burkitt
- Tumores cerebrales
- Ravdomiosarcoma
- Neuroblastoma
- Tumor de Wilms
- Sarcoma de Ewing
- Osteosarcoma

2 Objetivos

- Procurar bienestar y los cuidados que el niño enfermo de cáncer precise.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y sistemática de distintos manuales sobre cáncer y pediatría.

4 Resultados

El niño con cáncer requiere unos cuidados básicos:
- Cuidados de la piel:
Es muy importante mantener la piel hidratada. Utilizaremos aceites infantiles y evitaremos los jabones alcalinos.
- Cuidados respiratorios:
La enfermedad puede expandirse hacia los pulmones provocando disnea, tos y pitos. Enseñaremos al niño a respirar profundamente y le explicaremos el uso y la importancia de la oxigenoterapia si la precisa. Vigilaremos la aparición de cualquier complicación que pueda surgir (ronquera, dolor torácico, tos, cianosis, etc.)
- Cuidados nutricionales:
Son comunes los vómitos, náuseas, inflamación de la mucosa bucal y del tracto digestivo, etc., lo que da lugar a que el niño aborrezca la toma de alimentos. La dieta debe ser rica y variada y en cantidades suficientes. Explicaremos al niño que tiene que comer aunque no tenga apetito. Le proporcionaremos su comida

favorita siempre que sea posible y si es necesario se aumentarán el número de comidas reduciendo la ración en cada toma. Se evitarán los líquidos antes de las comidas porque llenan al niño. Se usarán condimentos, especias, aceites, salsas, cremas, fritos, etc que hagan la comida más atractiva y con más cantidad de calorías. Cuando la ingesta oral es insuficiente se recurre a la inserción de una sonda gástrica. Hay que tener la precaución de mantener la cama elevada durante y después de la alimentación.

- Prevención de la infección:

La infección respiratoria se puede prevenir con respiraciones profundas, tosiendo y expulsando secreciones, y con fisioterapia respiratoria (clapping y drenaje postural). Valorar signos y síntomas y consultar al médico ante cualquier cambio (incremento de la temperatura, aumento de la frecuencia cardíaca, malestar, dolor de garganta). Respetar el aislamiento del niño siempre que sea preciso mediante la utilización de guantes, mascarilla, bata, calzas, utensilios de un solo uso, etc. Si el niño está con infección cumplir con la dosis y horario de los antibióticos prescritos y evitar el contacto del niño con otras personas enfermas o la asistencia a lugares muy concurridos.

- Cuidados del reservorio:

El reservorio o vía de acceso implantada es un catéter de plástico blando que se implanta en una vena con gran capacidad cerca del corazón. Hay que evitar la irritación de la piel de la zona, recomendaciones: no usar ropa ceñida o tirantes que presionen la zona, tener especial cuidado con el cinturón de seguridad, durante la perfusión la zona debe estar seca y protegida, vigilar los signos de infección tales como enrojecimiento, inflamación, dolor en la zona del reservorio, secreciones procedentes del punto de inserción, temperatura elevada, disnea y dolor en el pecho.

- Cuidados para el niño con cáncer terminal:

1. Comodidad-bienestar. Los profesionales de enfermería (diplomados y auxiliares) debemos favorecer y promocionar el descanso y el sueño reparador.

2. Alimentación-nutrición. Cuando le cueste masticar debemos trocear los alimentos o triturarlos. En el estadio terminal de la enfermedad es muy común la anorexia.

3. Excreción-eliminación. Estimular la ingesta de líquidos y fibra, conservar la actividad cuando sea posible y administrar suavizantes de heces prescritos. Cuando la actividad es nula, podemos estimular el peristaltismo con masajes en el abdomen.

4. Higiene. Mantener al niño perfectamente aseado. Cuando se manchen los vendajes o ropa de cama deben cambiarse inmediatamente.

5. Actividad-movilidad. El niño debe mantener el grado de actividad que tolere para disminuir la presión y ejercitar articulaciones y musculatura. Cuando el niño está encamado realizaremos cambios posturales frecuentes para evitar las úlceras por presión e infecciones.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer en los niños es una enfermedad grave cuyo tratamiento no siempre es eficaz. Es fundamental que a la familia y al niño se les proporciones el apoyo físico, psicológico, social y emocional que necesiten. Es frecuente que el niño hospitalizado se vuelva ansioso, nervioso e irritable. El juego es muy importante como vía de alivio de la tensión acumulada. Debemos facilitarle el acceso a las salas de juego o proporcionarle juegos si está encamado.

6 Bibliografía

- Manual de procedimientos de enfermería materno-infantil. Martínez Roche, Pina Roche, Gómez García. 1994.
- Enfermería y cáncer. Anne e. Belcher. 1995.
- Enfermería pediátrica. Waechter, Phillips, Holaday. 1993.
- Terapia en oncohematología. JM Fernández. 1998.
- Enfermería pediátrica básica. Hamilton, P.M. 1990.

Capítulo 856

CASO CLÍNICO: HTA DIFÍCIL DE TRATAR

SONIA PARADELA ANTUÑA

1 Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una patología crónica en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. Una de las características de esta enfermedad es que no presenta unos síntomas claros y estos pueden tardar mucho tiempo en manifestarse. Sin embargo, constituye el factor de riesgo cardiovascular más prevalente.

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España. La hipertensión es una patología tratable, pero su falta de control puede desencadenar complicaciones graves, como infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca o ictus. Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a través de ellas. Este daño en las paredes de los vasos sanguíneos favorece que se depositen colesterol y triglicéridos en ellas, por eso lo que hace que la hipertensió sea un de riesgo muy importante para el desarrollo de arteriosclerosis.

En torno al 40% de la población española es hipertensa, según los datos de los últimos estudios. Se calcula que más del 37% de esas personas están sin diagnosticar.

Es igualmente elevado el número de pacientes diagnosticados cuya hipertensión o está controlada: "El porcentaje de hipertensos sobre los que no se consigue un total control de las cifras de presión arterial ronda el 40%", expone Luisa Hermosa Sánchez de Ibargüen, farmacéutica del Centro de Información del Medicamento (CIM) del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla y coordinadora del programa MAPAfarma.

- Causas:
Aunque todavía no se conocen las causas específicas que provocan la hipertensión arterial, sí se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren. Conviene separar aquellos relacionados con la herencia genética, el sexo, la edad y la raza, y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos y el ambiente en el que viven las personas, como la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de ciertos fármacos y un estilo de vida muy sedentario.

- Factores genéticos:
La predisposición a desarrollar hipertensión arterial está vinculada a que un familiar de primer grado tenga esta patología. Aunque se desconoce el mecanismo exacto, la evidencia científica ha demostrado que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

- Sexo:
Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto se debe a las hormonas femeninas que protegen a la mujer durante la edad fértil, que reducen su riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

- Edad y raza:
La edad es otro factor que influye sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca, además de tener un peor pronóstico.

- Sobrepeso y obesidad:

Los individuos con sobrepeso están más expuestos a tener más alta la presión arterial que los que presentan peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de la hipertensión arterial entre los obesos, independientemente de la edad, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal.

No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma la causa de la hipertensión o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso. Al parecer, a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. También es cierto que la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones.

2 Objetivos

- Observar un caso clínico sobe HTA de difícil control el adulto con múltiples patologías.

3 Caso clínico

Varón de 70 años con buen control ambulatorio de PA, por debajo de 135 mmHg habitualmente, mal control de diabetes, quizá por sedentarismo porque el peso es el habitual. Disnea de grandes esfuerzos, no precordialgias.
- Sin alergias conocidas.
- Antecedentes familiares: Carga familiar para DM2.
- Antecedentes personales: Ex Fumador, operado de apéndice, colecistectomía. Múltiples problemas artrósicos, a nivel de rodillas y cadera, con toma de AINEs.
- Obesidad. SAHS bien adaptado a CPAP. DM2 de mal control. Dislipemia mixta. Esteatosis hepática. HTA con MAPA de media 155/89 mmHg y perfil non dipper.
- Nefropatía diabética con albuminuria ahora leve, riñones de ecografía/angio TC y función normales. Fondo de ojo normal.

4 Discusión-Conclusión

Recomendaciones:
- Beber al menos 1 litro de agua al dia.
- Mucha precaución con fármacos o sustancias nefrotóxicas como los AINEs.
- Evitar bebidas azucaradas, colas y bebidas isotónicas para deportistas.

- Dieta sin sal, baja en proteínas animales.
- Evitar alimentos ricos en potasio.
- Evitar infusiones y preparados de herboristería.
- Ejercicio físico adaptado al menos 45 min/día.

5 Bibliografía

- Choi HY, Lee JE, Han SH y col. Association of inflammation and protein-energy wasting with endothelial dysfunction in peritoneal dialysis patients. Nephrol Dial Transplant 2010;25(4):1266-71.
- Hakemi MS, Golbabaei M, Nassiri A y col. Predictors of patient survival in continuous ambulatory peritoneal dialysis: 10-year experience in 2 major centers in Tehran. Iran J Kidney Dis 2010;4(1):44-49.

Capítulo 857

LA HIPERTENSIÓN DENTRO DE LAS CONSTANTES VITALES

LUIS AMADO

1 Introducción

La hipertensión es conocida como la muerte silenciosa, es el aviso de que las arterias están sufriendo una presión por encima de los alores (140/90 mm Hg). Existe hipertensión sistólica e hipertensión diastólica. Es muy peligrosa cuando aparece durante el embarazo poniendo en peligro la vida de ambos (madre e hijo).

La mayoría de Las personas que la padecen suelen tener antecedentes familiares y sobrepeso, hacen excesos con el tabaco y el alcohol. La llaman la muerte silenciosa porque no da ningún tipo de signos ni síntomas, porque en realidad no es una enfermedad sino un factor de riesgo de enfermedades graves como:
• Angina de pecho, infarto de miocardio o insuficiencia cardiaca.
• Enfermedad vascular periférica.
• Retinopatía hipertensa.
• Hemorragia cerebral.
• Demencia senil.
• Nefropatía con insuficiencia renal.

- El tratamiento de la hipertensión tiene tres pasos muy importantes a seguir:
• Reducir el consumo de sal en las comidas.
• Llevar una dieta equilibrada y practicar ejercicio.
• Tomar tratamiento farmacológico hipotensor para reducir los valores.
• Disminuir el consumo de alcohol y dejar de fumar.

Existen drogas y fármacos que pueden propiciar la aparición de la hipertensión: alcohol, cocaína, ciclosporina, antiinflamatorios, eritropoyetina, descongestionantes a base de afedrina, remedios a base de hierbas que contienen regaliz, nicotina, etc. También existen enfermedades que se relacionan con la hipertensión como son el hipertiroidismo e hipertiroidismo, la hipercalcemia, el hiperparatiroidismo, la acromegalia, la apnea del sueño y la hipertensión inducida por el embarazo.

2 Objetivos

- Fomentar a la población un estilo de vida saludable introduciendo en su vida diaria una dieta equilibrada baja en sal y la práctica de ejercicio moderado y constante, para controlar el exceso de peso un factor a tener en cuenta junto con la edad, raza, antecedentes familiares, consumo de tabaco, alcohol, estrés y afecciones crónicas como apnea del sueño, diabetes y enfermedades renales.
La tensión arterial alta se clasifica como:
• Normal: de 120/80 a 129/84 mm Hg.
• Normal alta: de 130/80 a 139/89 mm Hg.
• Estadio 1 de hipertensión: de 140/90 a 159/99 mm Hg.
• Estadio 2 de hipertensión: de 160/100 a 179/109 mm Hg.
• Estadio 3 de hipertensión: mayor de 179/109 mm Hg.

3 Metodología

La medición de la presión arterial es la principal herramienta de diagnóstico. Se mide con la ayuda de esfigmomanómetros, familiarmente conocidos como tensiómetros. La primera línea para la detección de la hipertensión son los equipos de atención primaria, compuesta por médicos y enfermeras. En la consulta tienen protocolos para llevar un control periódico de seguimiento. Los farmacéuticos también tienen un papel importante contribuyendo en la medición y el control de la hipertensión arterial. Otras áreas que pueden identificar y diagnosticar la hipertensión son los especialistas con los chequeos rutinarios que hacen las empresas o cuando los pacientes se hacen una revisión porque quieren empezar a practicar algún deporte.

Si no se lleva un control rutinario, cuanto más alta sea la tensión arterial y más tiempo se tarde en tratarla, mayores serán los riesgos de que se ocasiones graves daños en la salud, pudiendo dar lugar a complicaciones que pongan en riesgo la

salud de la persona como son algunos de ellos: infarto cerebral, aneurisma, vasos sanguíneos estrechados o desgarrados en riñones, provocando anomalías en el funcionamiento de estos órganos, si ocurre lo mismo en los vasos sanguíneos de los ojos puede llegar a producirse ceguera. Existen diversos dispositivos para medir la presión arterial:
• Esfigmomanómetro de mercurio: Es el más exacto. Para su uso se requiere un fonendoscopio.
• Esfigmomanómetro de aire: Es el más utilizado y preciso. también necesita un fonendoscopio para su uso.
• Aparato electrónico: Se utiliza para realizar el autocontrol, no necesita fonendoscopio porque lleva un detector del pulso incorporado y es de fácil manejo. Es un aparato muy sensible a los ruidos y a los movimientos, por lo que para que los valores obtenidos sean exactos, es necesario que el brazo no se mueva y que no se hable. Es importante que el aparato esté en buenas condiciones y se revise periódicamente.

El corazón es el músculo encargado de transportar la sangre por todo el organismo, recibe la sangre desoxigenada por las venas y las envía oxigenada por las arterias, cuando la sangre sale ejerce una fuerza sobre las arterias y estas realizan otra contraria a esto se le llama la presión arterial.

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad que afecta a todas las personas a nivel mundial, pero en especial ataca a los hombres y mujeres después de la menopausia, es una de las enfermedades que más muertes ha causado por su característica de ser silenciosa y acabar con órganos vitales del cuerpo humano, por lo tanto su control ha sido una de las principales preocupaciones, para poder disminuir la mortalidad y la morbilidad.

La calidad de vida que lleva cada persona es uno de los principales factores que aumente la hipertensión arterial, como son el sedentarismo, el alcoholismo, el tabaco, la ingesta de grasas, la sal. La manera más efectiva de prevenir la hipertensión arterial es tener una dieta equilibrada, realizar ejercicio y un control frecuente.

4 Bibliografía

- https://www.medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm
- https://www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia/hipertension-arterial
- https://www.who.com

- https://misremedios.com/dolencias/hipertension/

Capítulo 858

CUIDADOS DEL PACIENTE INTUBADO

VERÓNICA GRACIELA MORAN ECHEVERRIA

MARTA SANCHEZ UGARTE

ALICIA PAREDES ANTONIO

LAURA SUÁREZ ARBESÚ

1 Introducción

El paciente intubado requiere una serie de cuidados de calidad. En todo paciente con intubación orotraqueal o una traqueotomí¬a habrá que adoptar una serie de medidas encaminadas a prevenir la neumoní¬a asociada a ventilación mecánica (NAVM), ya que constituye el 41,8% de las infecciones que se producen en las unidades de cuidados crí¬ticos; aumentando la morbi-mortalidad y, por tanto, la estancia hospitalaria.

Los pacientes intubados o traqueostomizados se ven sometidos a factores que les produce un alto grado de estrés. Algunos de ellos son la dificultad de comunicación, sentimientos de vulnerabilidad, impotencia, aislamiento, sentimiento de dependencia, soledad miedo, privación de sueño y pesadillas. Minimizar estos factores es un reto muy importante en el cuidado del paciente intubado.

Los cuidados que se dispensan al paciente intubado deben estar orientados a proporcionarle el mayor grado de bienestar y confort, además de brindarle unos cuidados de alta calidad asistencial.

Cuando hablamos de "instrumentar" la vía aérea de nuestros pacientes debemos ser conscientes de las consecuencias no deseadas que esto puede acarrear (infecciones, ventilación mecánica prolongada, dificultad en la extubación, etc.).

2 Objetivos

- Conocer y saber realizar los cuidados necesarios para el paciente intubado.
- Realizar las técnicas necesarias para mantener una higiene al paciente intubado.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados del paciente ostomizado, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, paciente, intubación, sistema respiratorio.

4 Resultados

Los cuidados del paciente con vía aérea artificial, incluyen:
- Efectuar higiene de la cavidad oral con abundante agua con un colutorio, cepillando las piezas dentarias; de la nariz con suero fisiológico, e hidratar los labios con vaselina cada 8 horas, o más si es preciso.
- Es necesario que se preste especial atención al lavado de la boca, ya que la vía más frecuente de infección de las vías respiratorias es la microaspiración de secreciones contaminadas con bacterias colonizantes de la orofaringe o del tracto gastrointestinal superior del paciente.

La decontaminación oral preventiva con solución de clorhexidina al 0,2% podría ser efectiva en pacientes de alto riesgo, dada su fácil administración y costo razonable. Es adecuado colocar cánula orofaríngea o mordillo para evitar que el paciente muerda el tubo.

Cambiar la fijación y los puntos de apoyo del tubo periódicamente evitando los decúbitos. La posición ideal del tubo endotraqueal es en el centro de la cavidad oral. Esto es debido a que disminuye la incidencia de úlceras por decúbito en las comisuras bucales y además, y no menos importante, es el efecto de palanca que se produce al movilizar el tubo. El desplazamiento del tubo en el extremo

proximal (en la boca), produce que el extremo distal (en la región subglótica) se movilice en sentido contrario "apoyándose" el tip o la punta del tubo contra la pared traqueal provocando injuria de la mucosa.

Si los dispositivos de ajuste se encuentran sucios o flojos se debe volver a colocar la cinta o asegurar el tubo traqueal cada vez que sea necesario.

Marcar con rotulador en el tubo el nivel de la comisura labial.3 Esto es debido a que durante los movimientos de flexoextensión de la cabeza el tubo endotraqueal se desplaza pudiendo alojarse en el bronquio fuente derecho. Esto ocurre con mayor frecuencia en los niños cuya tráquea es de escasa longitud (5 cm a los 12 meses, 7 cm a los 18 meses).

Verificar por turnos la presión del balón del tubo endotraqueal. El monitoreo debe asegurar que la presión del balón permanezca por debajo de 20 mmHg permitiendo un margen de seguridad por debajo de la presión de perfusión capilar traqueal (25 a 35 mmHg). Se asume generalmente que entre 25 mmHg es el valor máximo aceptado para la presión ejercida lateralmente sobre la pared traqueal por el balón inflado.Si el paciente presenta signos de mala perfusión y/o elevadas presiones en la vía aérea durante la ventilación mecánica, el valor de la presión intramanguito debe ser menor.

La mala posición del TET es una complicación que aparece en el 12 al 15% de las intubaciones realizadas en la Unidad de Cuidados Críticos (UCC). Los niños tienen mayor riesgo de mal posición del tubo debido a la corta longitud de la tráquea. El tip del TET debe estar ubicado 4 a 5 cm por encima de la carina, equivalente al nivel de la tercera – cuarta vértebra dorsal. Debe documentarse la profundidad de la inserción, distancia en centímetros a nivel del incisivo superior o a nivel de los labios en paciente sin dientes. También, una vez colocado, se debe marcar el TET a nivel del incisivo superior o de los labios para tener idea de la profundidad correcta del TET. La posición del tip o punta del TET es dependiente de la posición de la cabeza y del cuello. La flexión hacia delante desciende el tubo endotraqueal en un promedio de 1,9 cm y la extensión hacia atrás eleva el tip en una distancia semejante. La radiografía de tórax siempre debe realizarse después de la confirmación primaria y secundaria del tubo y obviamente en un paciente estabilizado. En el paciente con el TET colocado en la vía aérea, la placa de tórax (visión anteroposterior) únicamente nos dice a cuántos cm de la carina se encuentra el tip o extremo distal del tubo, y si está desplazado al bronquio fuente derecho, pero de ningún modo nos asegura que se encuentre dentro de la vía

aérea. La confirmación primaria se realiza a través de la auscultación del tórax, ya descripta. La confirmación secundaria se hace a través de la detección de CO2 en el aire espirado y con el dispositivo esofágico espontáneo. Todos nuestros esfuerzos deben ser realizados para verificar la correcta posición del TET y deben registrarse todas las intervenciones y maniobras. La profundidad en la que se encuentra el TET en el hombre debe ser de 23 cm y de 21 cm en la mujer, sin embargo la profundidad debe evaluarse siempre individualmente, particularmente teniendo en cuenta la estatura del paciente. La vía de intubación orotraqueal presenta mayores dificultades de anclar el TET que la vía nasotraqueal y el tubo de la traqueostomía.

Los cuidados del tubo endotraqueal (tet) la primera vez que se infla el balón de neumotaponamiento (cuff) se suele hacer con una jeringa de 10 cc. Todo ese aire dentro del cuff del tubo orotraqueal (TOT) suele producir mucha presión en la mucosa de la vía aérea, por lo que habría que comprobarlo una vez esté sujeto el tubo.

La presión ideal del cuff suele rondar los 25 mmhg, nunca por debajo de 20 ni por encima de 30 mmhg debido al daño que esta presión de manera continuada puede causar sobre las paredes traqueales.

La medición del cuff debe hacerse al menos una vez por turno, con el cambio de posición del tubo y cada vez que el paciente es movilizado.

Es necesario cambiar la posición del tubo orotraqueal (TOT) al menos una vez por turno para evitar úlceras por decúbito en la comisura labial. Para realizar esta técnica de forma correcta es necesario sujetar el tubo orotraqueal (TOT) primero y luego soltar la venda que lo sujeta. Aspiraremos las secreciones de la boca con una cánula rígida para evitar que al moverlo, estas secreciones caigan y produzcan tos en el paciente. Moveremos el tubo de sitio y lo volveremos a fijar. Esta técnica es preferible realizarla entre 2 personas debido a los riesgos de una posible extubación.

Hay que mantener una adecuada higiene oral es fundamental en los pacientes intubados para evitar futuras complicaciones como posibles infecciones. Esta se hará con solución de clorhexidina diluida. Se puede utilizar cepillos de dientes especiales que van conectados al sistema de succión donde a la vez que vamos lavando con agua y clorhexidina, esta es recogida mediante el sistema de aspiración.

Es importante mantener los labios hidratados con vaselina para evitar grietas y roces innecesarios con el tubo. Esta actividad debería ser realizada al menos una vez por turno. Si fuera necesario, se cambiarían las cintas de sujeción en este momento del cuidado del paciente

5 Discusión-Conclusión

El tubo endotraqueal debe estar estabilizado en todo momento, evitando que cualquier actividad sobre nuestro paciente haga que se salga de forma accidental.

El proceso de atención en los cuidados del paciente intubado incluye diferentes técnicas para mantener un aislamiento y permeabilidad adecuado de la vía aérea y es responsabilidad del personal de Enfermería llevarlas a cabo de una manera eficaz, utilizando para ello todo el material a nuestra disposición.

6 Bibliografía

- Enfermería de Urgencias: Técnicas y Procedimientos. Jean A. Proehl. Editorial Elsevier. España. 2005.
- Orebaugh, S., Snyder J. Direct laryngoscopy and tracheal intubation in adults. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on February 3, 2015.)
- Parsons LC, Ouzts Shogan JS. The effects of the endotracheal tube suctioning/manual hyperventilation procedure on patients with severe closed head injuries. Heart Lung, 13: 372-380, 1984.
- Gómez Grande ML, González Bellido V, Olguin G, Rodrí¬guez H. Manejo de las secreciones pulmonares en el paciente crí¬tico. Enfermería Intensiva. 2010;21:74-82.

Capítulo 859

EL CUIDADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO Y EL NEONATO.

ANA ISABEL MARTINEZ FERNANDEZ

MARIA ANGELES BAZ MARTIN

INÉS MARÍA COLLAZO ARIAS

MARIA ELENA FERNANDEZ FERNANDEZ

RAQUEL GUTIERREZ TRAPIELLO

1 Introducción

Después del parto, el bebé debe ser atendido y se le aplicará unas atenciones tanto físicas como psicológicas. Será un profesional quien se hará cargo de esos cuidados cuando el bebé esté en la CUI de Neonatos y los padres, cuando el recién nacido esté en su casa. Esos cuidados físicos seran: alimento, higiene, atenciones médicas si precisa. Las psicológicas serán: cariño, seguridad, amor etc.

2 Objetivos

- Evitar las lesiones en la piel del recién nacido, utilizando unas pautas a seguir para que la piel no se lesione y tenga graves consecuencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando el neonato es ingresado en la CUI de Neo, se le aplicará unos cuidados esaustivos, entre ellos está el del cuidado de la piel, procurando que está permanezca intacta, para que a través de ella, los microorganismos no penetren y evitar consecuencias nefastas para el recién nacido.
Teniendo en cuenta, que la piel forma una barrera para impedir la entrada de microorganismos, el personal de enfermería tendrá presente: su temperatura, regulación del agua y los electrolitos.

Para valorar la piel del neonato, el personal cualificado utilizará las herramientas adecuadas para observar si hay cambios en la piel del recién nacido.
La escala de la piel del recién nacido es (NEONATAL SKIN CONDITION SCALE)
Se compone de 3 items, evaluando la mala hidratación y la lesión cutánea.
1° item: piel en buen estado.
2° item: piel seca-enrojecida.
3° item: piel reseca-heridas visibles.
Es evidente que esta escala es fiable y se hace uso de ella.

5 Discusión-Conclusión

Se realizan procedimientos integrados, se emplean soluciones dermatologicas para antisepsia, se mantiene la temperatura y la humedad, en el recinto (UCI NEO)
Una lesión de la piel es la dermatitis del pañal, sucede cuando los flujos corporales (orina-heces) entra en contacto con la piel del bebé, haciendo que la urea se transforme en amoniaco y eso hace que el PH sea más alcalino.

En el análisis se ha identificado los daños en la piel del recién nacido durante su estancia en la UCI Neonatal, así como sus peculiaridades y causas añadidas. Estas causan las integran: arrugas de las sabanillas, sondas nasogastricas, cascarillas de ventilación.

El personal sanitario son los encargados de la prevención, de seguir unas pautas y métodos para que la piel del neonato no se vea alterada y siga intacta. Cada profesional, lo hará de manera individual, con conocimiento irrefutable y sobre todo, trabajando en equipo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 860

ANESTESIA

JESSICA ALVES GOMES

REGINA SOARES DE FARIA

1 Introducción

La palabra Anestesia Procede del término griego anaiesthesia, que significa “sin sensación” o “sin sensibilidad”. Se define anestesia como el uso de fármacos para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente durante una cirugía u otros procedimientos terapéuticos, en todo el cuerpo o parte el y con o sin compromiso de conciencia. Existen tres tipos de anestesia: anestesia local, anestesia regional y anestesia general.

Aunque en la actualidad la anestesia sea una práctica común y que permite la realización de un gran número de procedimientos quirúrgicos, tiene una larga y muy interesante historia que se remonta hasta la prehistoria donde ya se utilizaban opio con vino, cannabis, alcohol, hielo… para facilitar los procesos quirúrgicos. Durante la edad media tuvo cierta popularidad la llamada “ esponja soporífera” que consistía en mojar una esponja en una mezcla de opio, mandrágora y beleño, se aplicaba en la nariz del paciente provocando cierta somnolencia, después se usaba vinagre para despertar a los pacientes. A partir del siglo XV debido a la influencia religiosa de la Inquisición todos estos métodos comenzaron a caer en desuso. En el siglo xIx en 1846, fue cuando todo cambio. Se considera que el 16 de octubre de 1846 fue la primera vez que se utilizó la anestesia como método para lograr la insensibilidad del paciente en una cirugía, fue Willam Morton quien aplico el gas éter en un paciente del doctor John Collins Warren en Boston, permitiendo al doctor Warren eliminar un tumor del cuello de su paciente sin que

este sintiera dolor alguno. Desde ese momento, el uso de éter se difundió rápidamente. Pero detrás de este hito está el trabajo y el empeño de muchos personajes previos como dentistas, cirujanos o químicos que con sus aportaciones y descubrimientos permitieron su desarrollo.

2 Objetivos

Estudiar los tipos de anestesia que hay y sus posibles efectos secundarios.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica utilizando base de datos, google, google academic, bibliotecas electrónicas como Scielo, pubmed, elsevier y palabras clave como: anestesia, historia de la anestesia, tipos anestesia, efectos secundarios anestesia.

4 Resultados

Tipos de anestesia:

1. Anestesia local (AL): Los anestésicos locales (AL) son fármacos que insensibilizan una parte reducida y específica del cuerpo forma transitoria, generalmente el paciente permanece despierto. Se puede aplicar como una inyección, un aerosol o un ungüento.

- Mecanismo de acción de los anestésicos locales: Los AL disminuyen la permeabilidad de los canales de sodio. Bloquea los receptores del dolor en la piel y los nervios más superficiales, impidiendo que los mismos puedan enviar señales dolorosas al cerebro. Su efecto suele durar entre media hora y dos horas y media.

- Estructura química de los anestésicos locales: Todos responden a una estructura química superponible: núcleo aromático, unión éster o amida, cadena hidrocarbonada y un grupo amina.

- Efectos secundarios: La toxicidad de los anestésicos locales se debe en la mayoría de los casos a una dosis excesiva, rápida absorción o a una administración intravascular inadvertida. Reacciones alérgicas, toxicidad cardiovascular (Tetracaína, bupivacaína y etidocaína son los más tóxicos), Toxicidad a nivel del sistema nervioso central, Síndrome de cauda equina Se caracteriza por una toxicidad a

nivel de los nervios que forman la cola de caballo y se manifiesta por una relajación de la región perianal.

2. Anestesia Regional: La anestesia regional hace que una parte específica del cuerpo se adormezca para aliviar el dolor o para permitir que se realicen procedimientos quirúrgicos. Los tipos de anestesia regional son la anestesia espinal (también denominada bloqueo subaracnoideo), la anestesia epidural y los bloqueos de los nervios. Generalmente se combina con la anestesia general.

- La anestesia espinal (bloqueo subaracnoideo): se inyecta un anestésico local adentro del espacio subaracnoideo, en la parte inferior de la espalda, el área que se encuentra alrededor de la médula espinal y que contiene el líquido cefalorraquídeo. La anestesia local se desparrama a través de este líquido y después de unos pocos minutos bloquea las señales para el dolor que viajan hacia su cerebro.

- La anestesia epidural: En la anestesia epidural se inyecta el analgésico en la región epidural, que se encuentra alrededor del canal espinal y no precisamente dentro, como en el caso de la anestesia espinal. El analgésico se inyecta por un catéter, que se implanta en el espacio epidural permitiendo así que se administren anestésicos según sea necesario. Después de unos pocos minutos, la ”sensación de sentir” (señales de dolor provenientes del área de interés) serán bloqueadas para que no puedan viajar a su cerebro.

- Bloqueo de nervios: Los nervios comienzan en la médula espinal y viajan hacia diferentes partes del cuerpo. Estos nervios pueden estar bloqueados en varios puntos a lo largo de su trayecto. se inyecta un anestésico local en áreas específicas para bloquear las señales de dolor del nervio(s) en esa área. Esto brinda un alivio temporal del dolor.

- Efectos secundarios: Dolor de cabeza, perdida de líquido céfalo raquídeo, dolor de espalda, dificultad para orinar, hipotensión arterial, náuseas y vómitos.

3. Anestesia General: La anestesia general afecta todo el cuerpo y hace que los pacientes estén inconscientes y no puedan moverse, el cerebro anestesiado no responde a las señales de dolor o reflejos. Se utiliza en operaciones de órganos internos y en la realización de procedimientos invasivos o que tomen mucho tiempo. La anestesia general se administra directamente en el torrente sanguíneo (por vía intravenosa) o por medio de un gas que se inhala. El anestesiólogo es un médico especialista en anestesia y mientras el paciente este bajo los efectos de la anestesia, él es el encargado de supervisar las funciones vitales de su cuerpo y

controlar su respiración.

- Efectos secundarios: Náuseas y vómitos, dolor de garganta, confusión. dolores musculares, escalofríos, hipotermia o hipertemia maligna.
4. Y luego está la sedación: Que mediante la inyección de ciertas drogas a través del suero consigue un estado de relajación y adormecimiento que permite la realización de ciertos procedimientos sin molestias o dolor. La sedación puede utilizarse como único método de asistencia anestésica (por ejemplo en una Endoscopía digestiva) o como complemento de una anestesia general, local o regional.

5 Discusión-Conclusión

La invención de la anestesia ha supuesto, sin duda, un hito histórico en el ámbito de la salud y un verdadero paso de gigante para el bienestar de la sociedad. Antes de la invención de la anestesia, las intervenciones quirúrgicas no podían durar más de unos minutos, y era inimaginable que se pudiera llegar al nivel de complejidad y seguridad de las operaciones que hoy se llevan a cabo en hospitales y centros sanitarios de todo el mundo.

Y aunque se hable de posibles efectos secundarios las anestesias son extremamente seguras. Los efectos secundarios y las reacciones alérgicas graves como consecuencia de la anestesia son raras. En la mayoría de los casos, cuando el paciente es sometido a una cirugía extensa y presenta complicaciones, la razón no es la anestesia general de hecho, el riesgo de complicaciones está más estrechamente relacionado con el tipo de procedimiento al que te sometes y tu salud física general que con el tipo de anestesia. En pacientes sanos, la tasa de complicaciones de la anestesia general es solamente 1.4 por cada 1 millón de cirugías.

6 Bibliografía

1. MBA SURGICAL EMPOWERMENT: https://www.mba.eu/blog/historia-anestesia/
2. Gente up: https://www.genteup.com/historia-de-la-anestesia/
3. Noticias acunsa: https://noticias.acunsa.es/la-historia-de-la-anestesia/
4. Md.saude: https://www.mdsaude.com/es/cirugia/anestesia/
5. Servicio navarro de salud.
6. Sefh.es biblioteca virtual: https://www.sefh.es
7. Elsevier.com: https://www.elsevier.com

8. Radiologyinfo.org: https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=safety-anesthesia
9. Revista mexicana de anestesiología https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2007/cmas071ad.pdf
10. Mayo clinic: https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/anesthesia/about/pac-20384568

Capítulo 861

HIGIENE EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.

LAURA MARIÑO RODRÍGUEZ

VERÓNICA MENENDEZ VILLAMOR

EUSEBIO NUÑEZ IBAÑEZ

1 Introducción

Llevar a cabo una correcta higiene del paciente hospitalizado, además de disminuir las infecciones, úlceras por presión y demás problemas de la piel, aportan una sensación de confort y bienestar al enfermo.
En este aspecto del cuidado del paciente, el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es clave ya que es la persona que está más en contacto con el enfermo, y que puede localizar lesiones en la piel, ya que el momento del aseo es óptimo para la vigilancia del estado cutáneo.

2 Objetivos

Ver los protocolos a seguir así como materiales, modo de actuar y de movilizar al paciente dependiente durante el aseo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Lo primero que tenemos que hacer antes de asear al paciente, es que el personal sanitario lleve a cabo los cinco momentos del lavado de manos, siempre nos lavaremos las manos antes y después de manipular al paciente.
Después de hacernos con todo el material necesario, es decir, palangana , esponjas, toallas, crema hidratante, ropa de cama, etc. le indicaremos al paciente el procedimiento que vamos a realizar.
Nos colocaremos los guantes y retiraremos la ropa sucia de la cama, aseando al enfermo en este orden: empezaremos por cara, continuando por los brazos, manos, axilas, piernas y pies.
Realizaremos un cambio de agua para continuar por la espalda, genitales y región anal.
Si es necesario el lavado del cabello del paciente, lo colocaremos en posición "Roser" y con ayuda de una palangana con agua tibia y jabón neutro, enjabonaremos el cuero cabelludo, aclarando después con agua limpia.
A la hora de secar al paciente, lo haremos suavemente y a toques, nunca frotando. Prestaremos especial atención a pliegues mamarios y espacios interdigitales para así evitar el macerado de la piel.
Para el lavado de los ojos, utilizaremos suero fisiológico usando una gasa para cada ojo. Limpiando desde el lagrimal , hasta el ángulo externo.
Después de cada comida y antes de acostarse le ofreceremos al paciente un vaso con colutorio, para que aclare la boca. En el caso de que este, utilice dentadura postiza, deberá quitársela y depositarla en un recipiente con antiséptico. Es recomendable que después del lavado de boca, se hidraten los labios con vaselina, para evitar grietas y boqueras.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a una atención óptima por parte del equipo de enfermería el estado de salud de los pacientes mejora. Mucha de esa mejora que experimenta el paciente, tiene que ver con el aseo ya que aumenta su autoestima y seguridad en sí mismo.

Como ya hemos dicho el papel del TCAE es clave en este aspecto y en muchos casos la sobrecarga de trabajo hace que esto afecte negativamente en la calidad de la atención al paciente.

6 Bibliografía

- Higiene de manos, protagonismos para el paciente. Enfermería clínica.
- Cuidados en la piel y prevención de úlceras por presión en el paciente encamado.
- Técnicas básicas de enfermería.
- Técnica de aseo del paciente encamado. Universidad Nacional de Loja.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 862

TRASTORNO EMOCIONAL VINCULADO CON EL ÁMBITO LABORAL DE PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS.

PAULA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El trastorno emocional vinculado con el ambito laboral, es el Burn-out o desgaste profesional, es un proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas. Se diferencia del estrés en sus mayores efectos sobre el agotamiento emocional, más que en el físico. Se produce en sectores asistenciales o que se vean implicadas fuertes relaciones interpersonales.

Tiene su campo de desarrollo en la despersonalización del tratamiento, la sensación de desvalorización de la propia profesión, la sensación de distancia con las personas que se tiene que atender y la baja realización personal que ello reporta.

2 Objetivos

Entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de desgaste profesional. El objetivo es estudiar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en los trabajadores sanitarios y no sanitarios, y valorar su relación con los factores personales y ambientales.

3 Metodología

La realización por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios de un cuestionario de elaboración propia, una encuesta del clima organizacional incluyendo: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

4 Resultados

Tras el estudio de varias estadísticas existe un alto nivel de cansancio emocional al consumo de tranquilizantes o antidepresivos con asiduidad, mientras que el optimismo y la satisfacción profesional muestran una asociación inversa.

Los años de profesión, el optimismo, valorarse como útil el trabajo y percibir que se es valorado por los demás se asociaron inversamente con un alto nivel de despersonalización. La baja realización personal se asoció inversamente con el optimismo, la valoración de la utilidad del trabajo y el equipo de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Mejorar el clima organizacional y potenciar el optimismo y la autoestima individual, para así poder disminuir el desgaste profesional en el sector sanitario.

Se recomienda que las Instituciones sanitarias mejoren la eficiencia y el apoyo en el trabajo; ayuden al personal a optimizar el desarrollo de su carrera y crear un entorno dirigido hacia la comunidad, con flexibilidad y control. Es preciso la implementación de planes que ayuden a promover el equilibrio entre la vida laboral y personal, con estrategias para ayudar al personal a autorregularse.

6 Bibliografía

- Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico.
- Gaceta sanitaria.
- Carol Peckham. Bias and Burnout: Evil Twins. Medscape; 2016.

Capítulo 863

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS CON PACIENTES DISCAPACITADOS.

LORENZO GAYO GONZÁLEZ

1 Introducción

La comunicación entre los enfermeros y los pacientes sordos es uno de los grandes retos de estos profesionales, que en muchas ocasiones se encuentran con grandes dificultades para poder transmitirles los mensajes igual que al resto de pacientes. La falta de intérpretes en los hospitales ha hecho que los enfermeros tengan que ingeniárselas para que la comunicación con estos pacientes sea lo más acertada posible.

En un primer momento se puede pensar que te leen los labios o que escribiéndoles puedes comunicarte con ellos, pero hay muchas personas sordas que no se han formado en el lenguaje y no pueden responderte de esta manera.
La mayoría de los pacientes confirma que el gran problema es que la relación con los profesionales no es buena por la falta de comunicación y al final se ponen más nerviosos por entenderse que por la enfermedad que tienen.

2 Objetivos

-Proponer una metodología que facilite la comunicación entre el personal sanitario y no sanitario con pacientes discapacitados.

3 Metodología

La metodología diseñada consiste en unos cartones con unos pictogramas en los que están dibujados diferentes muñecos que simbolizan dolor en el pecho, vómitos, diarreas y alergias, entre otros, para que los pacientes puedan señalar directamente cuál es su dolencia. Además, también tienen que elegir en otros cartones, por ejemplo, el color del vómito o de la diarrea, el momento del día en el que les ocurre. Esta forma de comunicarse nos evitaría los nervios a la hora de enfrentarnos a estos pacientes

4 Resultados

Esta manera de comunicarme con los pacientes ha tenido muy buena acogida entre los pacientes ya que no existe ninguna otra metodología de este tipo. En el País Vasco, la Asociación de Personas Sordas pone a su disposición a intérpretes previa petición. La mayoría de los pacientes confirma que el gran problema es que la relación con los profesionales no es buena por la falta de comunicación y al final se ponen más nerviosos por entenderse que por la enfermedad que tienen.

5 Discusión-Conclusión

La principal conclusión es que los enfermeros no son conscientes de este problema hasta que les toca atender a alguien sordo o hasta que tienen un familiar cercano con esta minusvalía. “Muchas veces no somos conscientes de que las personas sordas también se ponen malas y cuando nos encontramos con estos casos no sabemos ni cómo actuar. Siempre los atiendes, pero, al final, no les das tantas explicaciones como al resto ni te involucras tanto con ellos”.

6 Bibliografía

- Discapnet.es/areas-tematicas/salud/discapacidades/auditivas/discapacidad-auditiva

- Infuyemen.
- Audifon.

Capítulo 864

TIPOS DE CIRUGÍA Y CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA.

PATRICIA MARQUÉS PRENDES

1 Introducción

Se denomina cirugía a la práctica que implica la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.
Los Tipos de cirugía según el riesgo de infección (según clasificación Altemeir) se pueden dividir en:
- Cirugía Limpia: aquella en la que el riesgo de infección es bajo y no existen alteraciones de ningún tipo en los tejidos ni traumatismos inflamación, etc. el riesgo de infección es del 1-5%.
- Cirugía Limpia-contaminada: la cirugía se realiza en cavidades comunicadas con el exterior, pero los tejidos no están infectados. Supone un riesgo del 5-15%.
- Cirugía Contaminada: aquella en la que la esterilidad de la intervención ha sufrido alteraciones esta, los tejidos están inflamados. Supone un riesgo de 15-40%.
- Cirugía Séptica o sucia: en heridas traumatizado de más de 12 horas con signos de infección vísceras perforada. Supone un riesgo de más del 40%.
Fases de la asistencia operatoria son las siguientes: Preoperatoria (Anterior a la intervención quirúrgica), Operatoria o intraoperatoria (comprende el tiempo que dura la operación) Posoperatorios (periodo posterior a la operación).
1. CUIDADOS PREOPERATORIOS.
- Valoración preoperatoria: esta valoración (que incluye los aspectos físicos y psicológicos, y en la cual colabora el equipo de enfermería) permite la planificación

de los cuidados preoperatorio y la reducción del riesgo quirúrgico. En esta fase se realiza la preparación del paciente tanto física como psicológicamente para la intervención quirúrgica.

- Preparación física: Son los cuidados cuyo fin es acondicionar al paciente físicamente para la operación. Los cuidados pueden ser mediados o inmediatos.
- Cuidados mediatos: Son aquellos que se realizan en la consulta del médico los días previos a la intervención hasta el día del ingreso hospitalario. Alguno de estos cuidados son: Educación sanitaria tanto al paciente como a su familia, explicando el tipo de intervención quirúrgica que se va a realizar, el tipo de preparación, el tipo de monitorización que se utilizará, Atención nutricional: aconsejar un aporte adecuado según las necesidades y ayuno entre 6 y 8 horas antes de la operación ,Preparación intestinal: Se debe limpiar el intestino lo máximo posible, por lo que se administrarán los enemas necesarios según prescripción médica, Preparación de la piel: El paciente deberá asearse de forma general los días previos a la operación, y la misma mañana con jabón normal o jabón germicida (con clorhexidina al 4%,si estuviese indicado).
- Cuidados inmediatos: Son aquellos que se realizan el mismo día de la operación, unas horas antes: Comprobación de los datos(revisar que estén los informes, consentimiento informado, resultados de las pruebas realizadas, etc.),Comprobar que el paciente ha estado en ayunas al menos 6 horas antes de la intervención y que encima de su cama ponga el letrero de ayunas, Comprobar la efectividad de los enema administrados, Toma de constantes vitales, Asegurarse de que el paciente no porta prótesis ni joyas, en caso de que las tenga retirarlas. Además, si el paciente porta maquillaje o laca de uñas, limpiarlo, Administrar medicación (analgésicos, sedantes…) según prescripción médica, Colocar bata, pijama, gorro… según protocolo, Preparación de la piel mediante rasurado cuando sea necesario, Traslado del paciente a quirófano y Cerciorarse de que su historia médica lo acompaña y la hoja de preparación preoperatoria.

Con respecto al rasurado de la zona de intervención quirúrgica, se debe realizar lo más cerca posible de la intervención, pero nunca inmediatamente. Antiguamente era una técnica imprescindible, aunque en la actualidad se valora su realización. Si el paciente no es alérgico a los depilatorias, se usará crema depilatoria para preparar la piel, ya que el rasurado puede provocar abrasiones, cortes, etc. que aumenta el riesgo de infección, ya que se rompe la barrera mecánica de la piel.

- Preparación Psicológica: Los aspectos más importantes a tener en cuenta para intentar establecer una situación psicoemocional adecuada son la información, la actitud de los profesionales, las actividades que se realizan y el apoyo espiritual. La reacción de cada individuo depende de su religión, cultura y factores socioe-

conómicos, entre otros aspectos. Se debe tener en cuenta que una reacción anormal y/o exagerado puede aumentar el riesgo quirúrgico.
En función de la actitud que tenga el equipo profesional, el paciente se sentirá más cómodo, confiado y tranquilo. Se debe tratar al paciente con el máximo respeto posible, siendo tolerante, facilitando la comunicación y favoreciendo la escucha.
La información siempre tiene que darse adaptada al nivel de compresión del paciente y de forma clara y real.
2. CUIDADOS INTRAOPERATORIOS.
El equipo quirúrgico está compuesto por los cirujanos, y sus ayudantes, el anestesista, las enfermeras (anestesista, circulante, instrumentalista) y por los auxiliares de enfermería. Estos últimos se encargan de numerosas tareas como son la recogida del material utilizado, limpieza, desinfección y esterilización de dicho material, reposición de materiales clasificación y Recogida de los mismos.
3. CUIDADOS POSOPERATORIOS.
El posoperatorio es la etapa posterior a la intervención quirúrgica en la que se realizan una serie de cuidados para que el paciente se recupere de la forma más rápida y mejor posible. Comienza con la llegada del paciente a la Unidad de Recuperación postanestésica (URPA) o a la Unidad de reanimación (REA). Esta sala está situada próxima al quirófano. Al igual que el preoperatorio, esta fase posee dos tipos de cuidados: inmediatos y mediatos.
- Posoperatorio inmediato: las intervenciones de enfermería comprenden: la valoración posoperatorio e intervenciones de enfermería apropiadas, vigilancia y tratamiento de cualquier complicación aparecida, registro de los signos y datos del paciente, traslado a la unidad de hospitalización.
Las funciones que se valoran serán: la vía aérea, ventilación, circulación, estado neurológico, equilibrio hidroeléctrico, aparato digestivo, apósitos y equipos.
- Postoperatorio mediato: Comienza al llegar el paciente a la sala de hospitalización.
En el Periodo inicial se valorarán: signos vitales, nivel de conciencia, aspecto de la piel, presencia y características del dolor, revisión de apósitos, revisión de tubos y drenajes, revisión de perfusiones intravenosas, posición del paciente.
En los Cuidados posteriores se observará:
- Estado respiratorio: aspiración, ejercicios de respiración, cambios posturales, animar a toser, aspiración si lo precisa.
- Estado circulatorio: administración de anticoagulantes, movilización, deambulación, ejercicios de los miembros inferiores.
- Ingestión y excreción de líquidos: realizar balance de líquidos, dar pequeños

sorbos de agua si lo permite la orden médica, administración de soluciones intravenosas prescritas, aseo bucal.
- Nutrición: dieta según tolerancia, cuidados de la alimentación enteral o parenteral.
- Eliminación fecal: estimular deambulación y movilización, observar la infestado, administración de enemas o supositorios cuando este prescrito.
- Confort y bienestar: higiene diaria, aseo bucal, arreglo de cama, prevención de úlceras.
- Tratamiento del dolor: administración de analgésicos u otros tratamientos.
- Restablecimiento de la movilidad.

2 Objetivos

Hacer un breve resumen de las actuaciones del equipo de enfermería y la labor que realizan en torno a una intervención quirúrgica, dando valor a cualquiera de las fases, anteriores y posteriores por las que tiene que pasar la persona que será intervenida, desde la planificación e información, hasta la salida de quirófano, siendo todo ello de especial relevancia en el equipo de enfermería, pues el trato continuo con el paciente marcará la sensación y tranquilidad tanto de las personas que son intervenidas como de su entorno gracias a la información, trato personal y relación que se mantiene e durante todo el proceso.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 865

HIGIENE EN EL PACIENTE ENCAMADO

SARA RODRIGUEZ

1 Introducción

Los pacientes encamados requieren cuidados para satisfacer sus necesidades básicas, siendo uno de ellos la higiene. El personal auxiliar de enfermería el encargado de realizarla.

2 Objetivos

Determinar las pautas y beneficios principales de la higiene en los pacientes encamados.

3 Metodología

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

4 Resultados

La higiene en el paciente hospitalizado y sobre todo en el paciente encamado esta destinada a proporcionar bienestar y comodidad. Su principal objetivo es mantener la piel limpia y hidratada para así poder evitar la aparición de complicaciones como podrían ser las úlceras por presión. Durante la higiene es importante vigilar el estado de la piel sobre todo donde se encuentras puntos de presión para asegurar la integridad de la piel.

Durante la higiene es primordial mantener la comodidad e intimidad del paciente, es necesario mantenerlo informado en todo momento del proceso, evitar las corrientes de aire y controlar la temperatura del agua.

El aseo se realizara de arriba hacia abajo y de limpio a sucio; por regla general el orden será: ojos, cara y orejas, espalda, nalgas y zona genital. En todas las zonas será necesario el uso de jabón excepto en cara y ojos. El agua se cambiara cuantas veces sea necesario. Se deberá de tener especial cuidado en el secado de la piel evitando dejar zonas húmedas.
Después del aseo se procede a la hidratación de la piel mediante pequeños masajes para favorecer la circulación.

Una vez realizado el aseo se viste al paciente y se realiza la higiene bucal.

Por último se hace la cama según las pautas y se coloca al paciente encamado en una posición cómoda.

5 Discusión-Conclusión

La higiene del paciente es una parte importante de la labor del personal auxiliar de enfermería. Debemos de tener en cuenta que durante la higiene se crea un momento de cercanía que puede ayudarle a mejorar psicológicamente, ademas la higiene es importante para la vigilancia y mantenimiento de la piel a la hora de prevenir lesiones y puede incluso beneficiar la circulación del paciente encamado.

6 Bibliografía

- Ortiz Ortiz, J. (2018). Importancia de la higiene en el paciente encamado http://uvadoc.uva.es/handle/10324/35305

- Ochoa Montoya, B., Gía Belduma, Y. (2010). Técnica de aseo del paciente encamado.
- http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6490

Capítulo 866

EL TCAE EN ATENCIÓN PRIMARIA

NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ

NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un profesional de sanidad que se dedica a asistir en sus labores al personal facultativo de establecimiento de salud como médicos y enfermeras. Esta asistencia suele incluir todo tipos de tareas, ya sean sanitarias como administrativas y de colaboración general.

2 Objetivos

- Dar a conocer las diferentes funciones de un auxiliar de enfermería en un centro de salud en atención primaria.

3 Metodología

Este capítulo está basado en la experiencia y el trabajo realizado en varios centros de salud (atención primaria). Igualmente nos hemos documentado en diferentes páginas web por si en otras comunidades los trabajos a realizar fueran diferentes o pudiéramos añadir algún otro.

4 Resultados

• Colabora en pruebas diagnósticas, siempre supervisadas bajo el personal de enfermería.

• Colabora en la aplicación de ciertos tratamientos a los pacientes, también bajo la supervisión de las enfermeras, que los informaran de cuales son las actividades que debemos colaborar con ellas.
• Realizar las tareas relacionadas con la higiene, alimentación vestir y desvestir al paciente o ayudarlo siempre que sea preciso.
• Colaborar en las campañas de prevención de enfermedades que todos los centros de salud llevan a cabo y en las que deben participar todos los profesionales del centro.
• Contribuir a la mejora de calidad del sistema de salud, como profesionales de la rama de salud que somos.
• Participar en la evaluación de los diagnósticos de salud de la zona y en la planificación y organización de los programas.
• Apoyar en las tareas que sean precisas al resto del personal sanitario, especialmente trabajando codo con codo con las enfermeras, ya que la tareas de estas dos profesionales, se complementan especialmente entre sí y requieren una colaboración y comunicación constante para tratar de la mejor manera a los pacientes.
• Tener empatía y trato amable con los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Como se puede ver anteriormente mencionado la importancia que puede tener un técnico auxiliar de enfermería en atención primaria en colaboración con el personal de un centro de atención primaria.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov.
- https://revistamedica.com.

Capítulo 867

LA NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO

LUCÍA POMAR MARTINEZ

LUCÍA SANCHEZ TOYOS

1 Introducción

La nutrición es un proceso imprescindible para la supervivencia de todas las personas, que en algunas ocasiones y en algunas personas se puede ver afectada al no comer nada o comer lo suficiente debido a alguna enfermedad. Otros pueden tener dificultades con la deglución, o puede existir algún tipo de cirugía que dificulta la alimentación. En estos casos es necesario proporcionar la nutrición de una forma diferente y entre esas posibilidades nos encontramos con la nutrición enteral (NE).

La NE es una mezcla especial de comida que contiene proteínas, carbohidratos (azúcar), grasas, vitaminas, y minerales. Esta mezcla especial se proporciona a través de un tubo o sonda al estómago o al intestino delgado y se llama alimentación por tubo, o nutrición enteral.

2 Objetivos

- Prevenir la malnutrición en aquellos casos en los que no sea posible que el paciente se alimente correctamente y previa indicación de este tipo de alimentación.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se han consultado una serie de artículos on-line y bibliografía editada, también se ha utilizado el protocolo de actuación de cuidados de la UCI del hospital de cabueñes. Gran parte de la información utilizada se basa en las pautas utilizadas por mí mismo durante los protocolos y cuidados de pacientes con sondas nasogástricas.

4 Resultados

En primer lugar ¿Qué personas reciben la alimentación por sonda?
Cualquier persona puede recibir nutrición enteral. Se puede vivir bien con este tipo de alimentación el tiempo que se necesite, pero teniendo en cuenta que la NE no se suele necesitar durante largos periodos de tiempo dado que por lo general cuando el paciente comienza a comer de nuevo no se necesita.

Tipos de nutrición enteral
- Nutrición enteral por sonda nasogástrica. Se trata de una sonda que se introduce por la nariz y desemboca en el estómago, donde se suministran los nutrientes. La SNG es el tipo de NE más utilizado.
- Nutrición enteral por sonda nasoenteral. En este caso la sonda utilizada desembocará directamente en el intestino delgado.
- Enterostomía. Este tipo de nutrición se utiliza cuando no es posible utilizar las sondas de nutrición nasogástricas. En este caso se introduce la sonda directamente a través de la piel llegando al estómago (conocido como gastrostomía) o bien hasta el yeyuno o el íleon en el intestino delgado (yeyunostomía e ileostomía respectivamente). Éstas son técnicas más utilizadas cuando se entiende que el paciente no va a poder alimentarse durante un largo periodo de tiempo.

Material que el TCAE debe preparar para la colocación de una sonda nasogástrica:
1. Sonda nasogástrica de calibre adecuado.
2. Tiras para sujeción de la sonda en la nariz.
3. Lubricante hidrosoluble.

4. Jeringa de 50ml y estetoscopio.
5. Guantes.

Inserción de la sonda
En este proceso el TCAE ayudará al DUE durante la técnica en todo lo que necesite, proporcionándole el material y acomodando al paciente. Pasos a llevar a cabo durante la colocación:
1. Preparar el material y colocarlo en algún lugar al alcance.
2. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
3. La DUE medirá y marcará la sonda nasogástrica para determinar la longitud correcta.
4. Colocar al paciente si se puede sentado en posición de fowler, con el mentón hacia abajo.
5. Lubricar los primeros cm de la sonda con el lubricante, preferiblemente hidrosoluble, para facilitar el acceso de la sonda,
6. Insertar el extremo de la sonda en la fosa nasal elegida e introducir la sonda ligeramente hacia abajo y hacia la oreja de dicho lado. No forzar la sonda.
7. Si el paciente colabora se le pide que trague para que la sonda descienda mejor.
8. Introducir la sonda hasta que el punto marcado llegue a la fosa nasal. Si la sonda se llega a salir por la boca, retirar, dejar que el paciente descanse y volver a intentar.
9. Una vez este colocada verificar que la sonda está bien colocada con la jeringa y el estetoscopio (introduciendo aire por la sonda y escuchando si burbujea el aire en el estómago). Si se colocara accidentalmente en la tráquea se debe retirar inmediatamente.
10. Sujetar la sonda en la nariz con una pequeña porción de cinta.

Contraindicaciones y riesgos
La principal contraindicación se da ante la presencia de obstrucciones, hemorragias o perforaciones en el estómago o intestino. El uso de la nutrición enteral también puede suponer algunos riesgos por obstrucciones o desplazamientos de la sonda o también posibles complicaciones metabólicas si no se ha administrado una alimentación adecuada. Pueden aparecer vómitos y náuseas, así como diarreas y reflujo. Si bien es raro que ocurra, es posible que se produzca aspiración pulmonar del contenido del tubo digestivo.

Alimentación por sonda nasogástrica
1. Comprobar si la sonda continua correctamente colocada en el estómago, introduciendo aire con ayuda de la jeringa y escuchando con el estetoscopio.

2. Lavar la sonda antes de introducir la nutrición con una jeringa y agua, entre 30 y 50ml de agua.
3. Coger con la jeringa la alimentación e introducirlo por la sonda, despacio, y comprobando previamente que la comida no estuviera demasiado caliente, rellenar la jeringa hasta terminar la cantidad de comida indicada.
4. Al terminar proceder a lavar la sonda para evitar obstrucciones con 55cc de agua.
5. Tener en cuenta que se debe pinzar la sonda para evitar la salida de la alimentación o fluidos gástricos, durante la carga de la jeringa, y recordar dejarla pinzada al concluir.

Administración de la NE con bomba de infusión
Materiales necesarios:
• Bomba peristáltica.
• Nutrición enteral.
• Equipo adecuado de infusión.
• Jeringa de 50 cc (de cono ancho o estrecho, dependiendo del equipo).

La mayoría de las dietas vienen en recipientes adaptables al equipo, pero también hay envases metálicos o en forma de polvos para disolver en agua que deben verterse en bolsa de NE apropiada, provista de equipo.

Comprobación por el TCAE de la tolerancia
El control de tolerancia se realiza periódicamente para comprobar que el paciente esté procesando correctamente la nutrición. Para su realización se aspira el contenido gástrico con una jeringa. Al finalizar, el residuo aspirado suele desecharse, salvo orden médica contraria, y se anota el volumen aspirado. Finalmente se realiza un lavado de sonda con 50 cc de agua para evitar obstrucciones. Normalmente si el residuo es mayor de 200 cc indica que el paciente no tolera, por lo que se debería interrumpir la NE y seguir las indicaciones médicas.

Cuidados de la sonda por parte del TCAE
- Es muy importante asegurarse que el paciente no tira ni mueve la sonda dado que es fácil de quitar, y recolocarla implicaría nuevamente pasar por las dificultades que sufre el paciente durante la colocación.
- Es necesario llevar a cabo unos cuidados de la piel, como limpiar alrededor de la sonda con agua caliente y jabón y una toalla limpia.
- Retirar con cuidado costras o secreciones que hubiera en la superficie de la nariz.
- Para cambiar el apósito de la nariz previamente aflojarlo con aceite o lubricante, para luego proceder a retirarlo con cuidado y enjuagar la zona después para que

esté limpia antes de colocar un nuevo apósito.
- Si se observa enrojecimiento en la zona, puede ser necesario el cambio de la sonda nasogástrica de fosa nasal.
- Avisar al personal de enfermería si se ve enrojecimiento, hinchazón o irritación en las fosas nasales. También se debe avisar en caso de que veamos que la sonda está obstruida o retirada.
- Si el paciente tiene vómitos es necesario la pausa de la nutrición y comprobación de la tolerancia.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a los avances en la medicina y a los nuevos conocimientos adquiridos en la desnutrición podemos mejorar la calidad nutricional de los pacientes en estado de desnutrición. A día de hoy la alimentación por NE se ha convertido en una práctica muy utilizada gracias a su buena relación coste/efectividad.

La Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria es una técnica muy extendida en nuestro país que permite reducir costes y aumentar el nivel de calidad de vida en muchas personas. En ocasiones la utilización o la retirada de la NE puede constituir una situación de conflicto ético que debe ser evitado desde el respeto, el acompañamiento y la información compartida entre el equipo sanitario, los pacientes y sus sustitutos.

6 Bibliografía

- Protocolo nutrición enteral UCI de Hospital universitario de Cabueñes.
- https://www.nutritioncare.org:
Clínica nutrición, nutrición enteral.
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000182.htm.
Cuidados de la sonda nasogástrica.
- https://psicologiaymente.com/nutricion/nutricion-enteral
- Revista de medicina integral 63, artículo de nutrición enteral.

Capítulo 868

IMPORTANCIA DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL FRENTE AL RIESGO BIOLÓGICO POR EL PERSONAL SANITARIO

CARMEN MARIA SUAREZ ESTRADA

ALEJANDRO ALVAREZ FUENTES

MÓNICA CRISTINA GONZÁLVEZ PADILLA

MERCEDES MARÍA NAVA TOMÁS

ROSA MARIA AMOR GOMEZ

1 Introducción

La protección de los trabajadores frente a los posibles riesgos relacionados frente a la exhibición de agentes biológicos es una de las herramientas para garantizar la seguridad y la salud de los mismos.

Por agente biológico se entiende los microorganismos, incluyendo también los genéticamente modificados, endoparásitos humanos y cultivos celulares, capaces de dar origen a cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad. En la definición formal de agente biológico se incluyen: bacterias, virus, parásitos y hongos.

Un EPI (Equipo de Protección Individual) es cualquier equipo o medio que vaya a

utilizar o del que vaya a disponer una persona, con el objetivo de estar protegido contra uno o varios riesgos que puedan atentar contra la salud y su seguridad.

En el sector hospitalario es vital el uso de estos equipos de protección individual para evitar el contacto con fluidos potencialmente infectados o contagiosos y productos químicos así como para la protección del sistema respiratorio frente a la inhalación de aerosoles perjudiciales para la salud.

Equipos de protección individual ante el riesgo biológico en el sector médico-sanitario.
El principal riesgo en los centros sanitarios es la posible transmisión de enfermedades infectocontagiosas por la exposición a diversos agentes biológicos. Estos agentes pueden ser bacterianos, víricos, fúngicos o parasitarios y se pueden transmitir por diferentes vías (aérea, sanguínea, contacto directo con secreciones o fómites).

El artículo 2 del el Real Decreto 664/1997 define como:
- Agentes biológicos: microorganismos, incluyendo los genéticamente modificados, cultivos celulares y endoparásitos humanos, capaces de originar diferentes tipos de infecciones, alergias o cualquier tipo de toxicidad.
- Microorganismo: entidad microbiológica, celular o no, capaz de reproducirse o de transferir material genético.
- Cultivo celular: el resultado del crecimiento in vitro de células obtenidas de organismos multicelulares.

Algunas de las enfermedades originadas por agentes biológicos pueden producirse en el extenso mundo laboral, pero es en el entorno laboral sanitario donde estas enfermedades alcanzan una especial importancia por la mayor posibilidad de contagio, como sucede con la hepatitis B, la hepatitis C, el SIDA y la tuberculosis. Pese a lo cual, hay que destacar que la prevalencia de estas enfermedades están disminuyendo de manera contundente gracias al uso eficaz de medidas de prevención.

Tres tipos de medidas para hacer frente al riesgo biológico:
- Medidas físicas: dedicadas a evitar el contacto con los agentes, sobre las bases de: confinamiento (cabinas de seguridad biológica), barreras frente al contacto dérmico o mucosas (guantes, pantallas faciales, gafas) y barreras frente a la entrada por vía respiratoria (máscaras y mascarillas. Hay autores que incluyen también en este apartado la utilización de medios físicos para desinfección y esterilización, como son el calor, las radiaciones ionizantes y las radiaciones ultravioletas.

- Medidas químicas: Utilización de esterilizantes químicos y desinfectantes.
- Medidas biológicas: La vacunación o inmunización activa.

Vías de entrada.
Las vías de entrada en el organismo pueden ser: respiratoria, digestiva, dérmica y conjuntiva. La mezcla entre la cantidad de microorganismos en el ambiente, la virulencia de los mismos (grado de infectividad) y la resistencia del individuo todo ello decidirá, la probabilidad de contraer la enfermedad. No hay que olvidar, también, los posibles efectos tóxicos y alérgicos de los agentes biológicos.

En algunas actividades en el ámbito sanitario, el riesgo de adquirir una enfermedad infecciosa, más que a la inhalación de bioaerosoles infecciosos, está unido con la exposición a sangre y principalmente por cortes o pinchazos accidentales.

Según el trabajo que se vaya a realizar se escogerá el tipo de protección apropiada. Los equipos de protección individual pueden clasificarse, considerando la parte del cuerpo que proteja y según al tipo de exposición con riesgo biológico, a continuación las siguientes clasificaciones:

Clasificación de los EPI según la parte del cuerpo que protegen:
• Vía respiratoria: Mascarillas, máscaras.
• Cabeza cara y ojos: Gafas, pantallas y capuces.
• Manos y brazos: Guantes y manguitos.
• Tronco y abdomen: Mandiles.
• Pies y piernas: Calzado y polainas.
• Protección total del cuerpo: Ropa de protección.

Clasificación según al tipo de exposición:
- Guantes: de uso general, impermeables a muestras biológicas (sangre, orina…)
- Protección ocular (gafas, pantallas, viseras, capuces): contra salpicaduras de sangre o fluidos corporales a la cara o mucosa ocular.
- Mascarilla, máscaras: protegerse de los aerosoles, protección conjuntiva frente a salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales a las mucosas oral y nasal.
- Utilización de batas: uso general, ropa para grandes salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos.
- Delantales o mandiles impermeables: delantales impermeables para situaciones especiales.
- Calzados: protección frente a salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos.

Básicamente, en estas situaciones, es realizar en el momento adecuado, de forma

correcta, y orden adecuado la colocación y retirada de los EPI, para evitar una contaminación accidental tanto antes de la exposición como después. En general, el orden de colocación de los EPI será el siguiente: gorro y calzas, mascarilla, gafas, guantes, bata y, por último, el segundo par de guantes, si fuese necesario.

2 Objetivos

- Concienciar al personal sanitario sobre la importancia que tiene el riesgo biológico sobre ellos mismos, con esto se intenta que todos los profesionales de la salud que tengan alguna duda sobre el tema de riesgos biológicos y de los equipos de protección individual quede aclarada y que acepten nuevas posturas en su puesto de trabajo para reducir lo mayor posible la exposición a un riesgo biológico. En función de la actividad a realizar, será necesario utilizar varios EPI.

3 Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica de estudios basados en evidencia científica así como de protocolos que abordan el tema de riesgos biológicos y la utilización de los equipos de protección individual, para ello he utilizado bases de datos, (Scielo)revisión de artículos como (ILAPHAR) utilizando para ello las normas de búsqueda de cada una, como también he utilizado información proveniente del Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo, Ministerio de trabajo y Asuntos sociales ESPAÑA ,trabajos de Facultad de ciencias de la salud.

4 Resultados

Los equipos de protección individual (EPI) son esenciales para el control del riesgo y deben utilizarse cuando los riesgos no se puedan evitar o no puedan limitarse suficientemente por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo.

Antes de dar por definitivamente implantada la utilización de un EPI frente a una determinada situación de riesgo, debe seguirse un proceso consistente en: definir la necesidad de su uso, llevar a cabo la elección del equipo adecuado, efectuar la adquisición, distribuirlo y normalizar y controlar su uso correcto.

5 Discusión-Conclusión

En más de un 90% de los centros se imparte formación y se informa a los trabajadores tanto cuanto se introducen cambios en la utilización de los EPI como también sobre las ventajas e inconvenientes de la vacunación.

Sin embargo en cuanto a la documentación, el porcentaje baja hasta el 40% la existencia de algún documento que acredite la entrega de los EPI a los trabajadores y a un 78% sobre procedimientos de información específicos sobre manipulación de sustancias infecciosas.

6 Bibliografía

- Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de trabajo y asuntos sociales España.
- Facultad de ciencias de la salud.
- Canales sectoriales-interempresas
- Artículo ilaphar.
- BOE Real Decreto 664/1997, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

Capítulo 869

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA: ANOREXIA Y BULIMIA.

JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO

SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ

MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario se caracteriza por un alteración en la alimentación que casi siempre se asocia a la baja autoestima, la escasa confianza en uno mismo, la obsesión por adelgazar. La adolescencia es un periodo vulnerable para padecer estos trastornos de la conducta alimentaria como son la anorexia y la bulimia nerviosa. Los adolescentes buscan información en Internet sobre dietas milagrosas para perder rápidamente peso corporal. las páginas PRO-ANA y PROMIA son las más visitadas, las cuales son perjudiciales para su salud, que están relacionadas con trastornos de la conducta alimentaria, este trastorno afecta más a mujeres aunque los casos de varones están en un considerable aumento en la actualidad.

2 Objetivos

- Clarificar la detención de un problema de alimentación en menores, proporcionando información veraz a las familias y a los centros escolares.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la mayoría de los casos estudiados los adolescentes que padecen trastornos de conducta alimentaria son jóvenes que sufren conflictos familiares, personas que desde la infancia estuvieron preocupados por su imagen corporal. En un número elevado de los casos estudiados se observa que existen trastornos ansiosos entre otros.

5 Discusión-Conclusión

La gran mayoría de los casos aparecen en la adolescencia temprana y media cuando aparecen los cambios corporales. la des estructura familiar es un factor para desarrollar este tipo de trastornos. La ansiedad y la depresión puede favorecer la aparición de estos trastornos. Desde el tema nutricional también aparece como antecedente importante a la enfermedad la preferencia por alimentos de pocas calorías que en estas edades suelen ser innecesarios porque no cubren las necesidades energéticas del joven. El periodo de tratamiento y seguimiento no puede ser inferior a dos años. Como tratamiento farmacológico se deben utilizar antidepresivos.

6 Bibliografía

- https://es.familydoctor.
- https://kidshealh.org.

Capítulo 870

ATENCION AL ENFERMO TERMINAL. APOYO AL CUIDADOR Y FAMILIA.

MARIA BLANCA MASEDA GASALLA

1 Introducción

Según el Plan Nacional de Cuidados Paliativos el paciente terminal es aquél que presenta :
- Enfermedad avanzada , progresiva e incurable.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses.
- Falta de posibilidad de respuesta a un tratamiento específico.
- Síntomas intensos, múltiples, multifactoriales.
- Impacto emocional importante en la familia y equipo que lo trata.

Cicely Saunders fue una enfermera, trabajadora social y doctora que introdujo grandes cambios en la atención a los enfermos terminales. Creó la primera unidad de paliativos en Londres en 1967.

En 1980 la OMS incorpora el concepto de cuidados paliativos y en 2002 define los cuidados paliativos como:

El cuidado activo e integral de aquellos pacientes cuya enfermedad no responde a terapias curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y el resto de síntomas que lo acompañan y considerar los problemas sociales, psicológicos y espirituales con el objetivo de alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia.

Estos cuidados se pueden ampliar al periodo del duelo familiar.

El objetivo de los cuidados al enfermo terminal es el confort, unas medidas a tener en cuenta orientadas en este sentido son :
- Se debe prestar una atención que tenga en consideración los aspectos físicos, psíquicos, emocionales, sociales y espirituales del paciente, es decir la atención debe ser integral.
- El objetivo es el cuidado no sólo del paciente sino también de la familia y de los cuidadores, todos ellos requieren apoyo y por tanto deben incluirse entre los cuidados prestados.
- Los cuidados se deben de planificar con el paciente y su familia, de tal manera que se promueva la autonomía y dignidad del mismo.
- Aquí el objetivo no es curar, sino cuidar , paliar y procurar el confort.
- El ambiente que rodea al paciente es fundamental, debe ser agradable, de respeto y de confianza.

El Plan Nacional de Cuidados Paliativos recoge que el lugar ideal para morir es el domicilio.

2 Objetivos

- Ofrecer pautas para el apoyo al enfermo terminal y a la familia.

3 Metodología

Para llevar a cabo la redacción de este capítulo se ha hecho una revisión bibliográfica sistemática en base a la literatura científica existente sobre el estudio del paciente terminal, se consultan las principales bases de datos como: Scielo y Medline y se consultan artículos científicos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Partiendo de que los cuidados al paciente terminal van orientados a la obtención del confort, hay una serie de elementos que nos van a ayudar a conseguir el objetivo de mantener una buena calidad de vida al paciente y son:
- Un control de los síntomas , esto no siempre es posible y por ello el paciente debe aprender a convivir con ellos, aunque es necesario un adecuado control de los mismos y eso se hace en tres fases, que son: el reconocimiento de los

síntomas, la evolución y explicación de los síntomas y el tratamiento adecuado de los síntomas.
- Un apoyo emocional
- Una comunicación adecuada con una relación honesta
- Una revaloración continua
- Los principales síntomas que se dan son :
- Dolor; según la Sociedad Internacional para el estudio del Dolor (IASP) este se define como una experiencia emocional o sensorial desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño.
El dolor puede ser : agudo, crónico, extenuante.
Se debe realizar un control farmacológico del dolor para ello se puede utilizar la escalera de analgesia se la OMS , además se llevará a cabo un control no farmacológico del dolor , donde no se empleen fármacos , sino técnicas como : la estimulación eléctrica transcutánea (TENS), técnicas de distracción, de comunicación sincera , empleo de masajes y masaje contralateral, así como las aplicaciones de calor y frío y técnicas de apoyo emocional y a la familia.
-Disnea ;se define como la sensación subjetiva de falta de aire.
-Nauseas y Vómitos;siendo las primeras la sensación desagradable de ganas de vomitar y siendo el vómito la explosión por boca de forma brusca del contenido gástrico.
-Estreñimiento; es un síntoma muy habitual, consiste en la dificultad para la expulsión de las heces debido a su endurecimiento
-Disfagia; es la dificultad para tragar o la sensación de no progreso de la comida
-Anorexia; es la falta de apetito con sensación de plenitud con causas variadas, disfagia, alteraciones en el gusto, nauseas ...
-Astenia; se define como la sensación de cansancio continuo por causa de la enfermedad o del tratamiento
-Deshidratación; es el desequilibrio por falta de sodio y agua por falta de ingesta de agua
-Estomatitis; son ulceraciones en el paladar blando, lengua, boca, con capas blanquecinas con dolor
-Xerostomía; es la disminución en la producción de saliva
-Síntomas psicológicos; los más frecuentes son insomnio, depresión y síndrome confusional.

5 Discusión-Conclusión

Dado que los cuidados al paciente terminal se realizan en un período determinado por el tiempo hay que concluir que estos cuidados se deben de realizar de forma planificada, teniendo presente al paciente y a su entorno familiar y enfocando estos cuidados desde el bienestar, desde el confort y no desde la curación, ya que el fin es aliviar los síntomas que implica su situación procurando la máxima calidad de vida que sea posible. Los cuidados paliativos deben de ir adaptándose a una sociedad en constante evolución, que demanda una mejora en la calidad de vida cuando se acerca el final de la vida del paciente y asegurando el bienestar de sus familiares.

6 Bibliografía

- https://www.mscbs.gob.es.
- https://www.caib.es>curespalliatives.
- https://cuidadospaliativos.info<plan.
- https://paliativossinfronteras.org
www.cuidarypaliar.es.

Capítulo 871

PLAN DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.

LAURA SUÁREZ GARCÍA

1 Introducción

El plan de cuidados del recién nacido es importante aun cuando el recién nacido no presenta ninguna enfermedad. Se entiende por recién nacido sano aquel que es producto de un embarazo de duración normal (37-42 semanas) sin enfermedad, ni complicación alguna en la madre durante el mismo, cuyo parto es de evolución normal y siendo sus características anatómicas y fisiológicas normales en el momento de nacer mientras que una recién nacido es prematuro cuando nace antes de la 37 semana de edad gestacional.
No todos los prematuros son iguales. No es lo mismo nacer a las 34 semanas que a las 24 semanas. Cuanto más prematuro sea el niño más problemas se pueden presentar y en general hace falta más tiempo de ingreso en una unidad de neonatología.
Necesitará una valoración general junto con unos cuidados específicos para conseguir el bienestar y seguridad tanto del recién nacido como de la madre.

La prematuridad es uno de los problemas de salud más prevalentes en la población infantil de los países desarrollados. Entre un 8 y un 10% de los nacimientos ocurren antes de la 37 semana de gestación. La mortalidad de los niños nacidos con peso menor de 1.500g o con una edad gestacional menor de 32 semanas (<1.500<32) ha disminuido significativamente en las últimas décadas.
La NBAS (Escala para la evaluación del comportamiento neonatal o Escala Brazelton) es una técnica de evaluación interactiva y está considerada una de las más

indicadas tanto para la detección de déficit como para la identificación de las capacidades emergentes del neonato, aspectos claves para el inicio de una intervención temprana.
Esta escala se considera la sistematización de un examen clínico muy detallado del neonato, cuya parte esencial es la evaluación del comportamiento, pero sin dejar a un lado la valoración neurológica del mismo.

Las primeras horas del puerperio son importantes para conseguir la adaptación del RN, así como nuestra valoración e inicio de los primeros cuidados e intervenciones de enfermería.
La Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal ha hecho su aparición en unos momentos en que los conceptos de diagnóstico e intervención precoz en los casos de trastornos del desarrollo están plenamente consolidados
La NBAS evalúa el repertorio de conductas del recién nacido en 28 ítems conductuales que se valoran según una escala de 9 puntos. La escala también incluye una valoración del estado neurológico en 18 ítems de reflejos, cada uno con una graduación de 4 puntos.
Los ítems de reflejos identificarán grandes anormalidades neurológicas si las puntuaciones se desvían de la norma, aunque no se han diseñado para obtener un diagnóstico neurológico.
En la segunda edición de la NBAS (Brazelton, 1984) se añadieron una serie de 7 ítems suplementarios con la intención de captar mejor el grado de fragilidad y la calidad de la conducta de niños de alto riesgo. Estos siete ítems intentan resumir la calidad de respuesta del niño y la cantidad de estimulación que necesita por parte del examinador para organizar sus respuestas.
Los 28 ítems conductuales y los 18 de reflejos se administran en una secuencia determinada y se pueden agrupar en unos "módulos" que siguen un orden establecido.
Los módulos son los siguientes: a) el módulo de orientación, que comprende los ítems de disminución de la respuesta. Se debe administrar este grupo el primero y sólo se omitirá si el niño no está en los estados apropiados de sueño. b) el módulo motor-oral. Este grupo de ítems mínimamente invasivo incluye los reflejos del pie y el de búsqueda, los ítems de succión y glabela. c) el módulo troncal incluye todos los ítems moderadamente estimulantes: desvestir y manipular, comprendiendo también desviación tónica de cabeza y ojos;. d) el módulo vestibular comprende los ítems de máxima manipulación y estimulación: movimientos defensivos, reflejo tónico del cuello y Moro. e) el módulo social-interactivo, incluye todos los ítems de orientación y va ligado al estado de conciencia. Sólo se puede

administrar cuando el niño está en un apropiado estado de alerta y por eso es un grupo movible. La evaluación de la capacidad de ser consolado y de la capacidad para consolarse puede asimismo interrumpir la secuencia estándar si el neonato se pone en un estado de llanto.

Higiene de la piel y mantener la temperatura corporal.
La piel del recién nacido experimenta una progresiva adaptación al ambiente extrauterino y el niño prematuro presenta una barrera epidérmica inmadura, que durante la primera semana de vida su función se ve altamente comprometida.
La higiene de la piel es una necesidad básica que debe satisfacer el personal de enfermería junto con el confort del RN; para ello se le realizará el baño, la piel del RN tiene que ser fina y elástica aunque puede presentar escamas en cuyo caso habrá que hidratarla. Se procederá a la cura del cordón umbilical.
Se deben seguir una serie de medidas preventivas como: iniciar el procedimiento cuando la Tº axilar sea de 36,5º; aumentar 1-2ºC la temperatura de la incubadora; usar gasas mojadas en agua a una Tº de 40-41ºC; un secado inmediato y evitar volver a manipular hasta que recupera la normotermia. Especificando en el niño prematuro los estudios relatan que no es necesario realizar el aseo durante los primeros días de vida y se recomienda realizarlo a los 7-10 días en los menores de 1.500g o >30SG, y a los 14-15 días los menores de 1000g o >28 SG
ES conveniente cambiar la práctica del baño como rutina, ya que la evidencia científica concluye que es seguro reducir el aseo cada 4 días y en el recién nacido prematuro esperar 7 o 14 días según su peso y edad gestacional.

Alimentación del RN prematuro.
Los bebés nacidos antes de 34 a 37 semanas con frecuencia tienen problemas para alimentarse de un biberón o de las mamas, debido a que tienen problemas para coordinar la succión, la respiración y la deglución.
Es posible que los neonatos muy pequeños o enfermos necesiten obtener su nutrición y líquidos por vía intravenosa.
A medida que se van fortaleciendo, pueden empezar a recibir leche materna o leche maternizada por medio de una sonda que se introduce hasta el estómago a través de la nariz o la boca. Esto se denomina alimentación por sonda nasogástrica. La cantidad de leche o leche maternizada (fórmula) se incrementa muy lentamente, especialmente para los bebés muy prematuros. Esto reduce el riesgo de contraer una infección intestinal llamada enterocolitis necrosante (ECN). Los bebés alimentados con leche materna son menos propensos a contraer dicha infección.
Los bebés que son menos prematuros (nacidos después de 34 a 37 semanas) a

menudo pueden ser alimentados de un biberón o del seno de la madre. Al principio, puede ser más fácil para los bebés prematuros manejar la leche materna que la alimentación con biberón, debido a que el flujo de leche de un biberón es más difícil de controlar para ellos y pueden ahogarse o dejar de respirar. Sin embargo, también pueden tener problemas para mantener la succión apropiada en la mama para obtener suficiente leche para satisfacer sus necesidades. Por esta razón, incluso los bebés prematuros mayores pueden necesitar alimentación por sonda en algunos casos.

Eliminación.
Son muy importantes las excreciones del RN tanto la micción, como la deposición. Si son inexistentes le estimularemos hidratándolo con suero glucosado, a partir de ese momento deberá orinar muy a menudo tendremos que controlar que esto ocurra y además observar el color de la orina (una mancha de color rojo oscuro podría indicar elevado contenido en ácido úrico).
En cuanto a la primera deposición tendrá que tener lugar entre las primeras 48 horas, debemos observar que sea de color negro y espesa para constatar que expulse Meconio, en los días siguientes se van haciendo verde-amarillentas (heces de transición), para después pasar a un color amarillo.
También hablaremos de las regurgitaciones (eliminación del contenido gástrico) que pueden ser frecuentes en el RN debido a la inmadurez del cardias, para lo cual aconsejáremos a la madre que tras la toma favorezca la expulsión del aire deglutido. Hay que tener especial cuidado cuando estas regurgitaciones adquieren un color distinto al de la leche y va acompañado de otros síntomas, que nos indicarían que podrían ser vómitos.

2 Objetivos

Revisión bibliográfica sobre la NBAS (Escala para la evaluación del comportamiento neonatal o Escala Brazelton).

3 Resultados

El periodo durante el cual el RN permanece en la Unidad, se valorará una serie de signos y síntomas que pueden ayudar al diagnóstico de algún problema de salud: se valorarán signos y síntomas de infección haciendo extracciones de sangre siempre que el Neonatólogo lo indique. Vigilar posibles infecciones oculares. Valorar signos y síntomas de hipoglucemia ya que es uno de los problemas más

usuales en el RN. Valorar la coloración de la piel y las mucosas. Valorar signos y síntomas de distensión abdominal o de retención urinaria. Valorar signos y síntomas de complicaciones o incidencias y colaborar en las pruebas diagnósticas que sean necesarias RX, electrocardiograma, ecografía, etc.
Para la solución de estos síntomas se necesitará recurrir a tratamientos terapéuticos tales como: oxigenoterapia, sonda nasogástrica, lavado de estómago, sonda rectal, administración de medicamentos tanto por vía oral, parenteral como tópica, fototerapia, así como una valoración del efecto satisfactorio terapéutico.

La incubadora:
La incubadora funciona casi como un útero artificial, creando un ambiente óptimo para el recién nacido. Hay varios aspectos importantes a tener en cuenta en el funcionamiento de la incubadora y sus efectos sobre el bebé
• Control de temperatura.
Todas las incubadoras tienen un sensor que mide la temperatura corporal del recién nacido. Cuando detecta que la temperatura del bebé es menor de 36º, la incubadora emite calor para mantener la temperatura adecuada. También es capaz de detectar fiebre en el bebé.
• Aislamiento.
La incubadora es un espacio cerrado bien aislado gracias a los filtros de aire que hay en los conductos al exterior. Estos filtros son capaces de retener el polvo y los alérgenos que hay en el ambiente. Impiden que los gérmenes del exterior puedan entrar en contacto con el recién nacido.
• Control de humedad.
Para controlar la hidratación no sólo es importante el grado de humedad, ya que un ambiente muy seco favorece la deshidratación aun con temperaturas bajas. La incubadora tiene sensores que cuando detectan una bajada sensible de la humedad hacen que se activen los humidificadores del ambiente.
• Control del peso.
La superficie de la incubadora tiene incorporada una pesa electrónica que lleva un registro continuo del peso del bebé.
• Monitorización.
El recién nacido que está dentro de una incubadora tiene en su superficie corporal varios electrodos capaces de registrar las funciones vitales básicas. Estos sensores incluyen un electrocardiograma, un electroencefalograma y sensores de frecuencia respiratoria.
• Terapia intravenosa.
Dentro de la incubadora se puede dejar una vía intravenosa colocada temporalmente, que será muy útil cuando sea necesario utilizarla. Se puede retirar la vía

cuando se quiera, ya que la incubadora tiene en al menos una pared lateral escotillas que permiten el paso de instrumentos y de las manos, para poder manipular al bebé cuando sea necesario.

• Suplemento de oxígeno.

Los recién nacidos prematuros tienen muchas más probabilidades de desarrollar enfermedades pulmonares los primeros días de vida. Una de las medidas que se pueden tomar en estos casos es la administración de oxígeno al bebé. La incubadora permite crear una atmósfera rica en oxígeno que favorece el buen desarrollo del recién nacido.

• Ventilación mecánica.

Hay situaciones graves en las que el recién nacido no puede respirar por sí solo, por ejemplo, si está en coma. En estos casos no queda más remedio que intubarles y hacer que una bomba de la incubadora realice la inspiración y la espiración por ellos.

• Luz ultravioleta.

Todas las incubadoras tienen una lámpara de rayos UVA instalada, en cantidades moderadas tienen efectos beneficiosos para el organismo. Algunos de sus efectos son activar la vitamina D endógena del organismo (que evita la aparición de raquitismo en los neonatos) y también inactiva la ictericia neonatal, ya sea patológica o natural.

Reflejos innatos del RN

El reflejo innato es una reacción muscular involuntaria que sucede automáticamente en respuesta a un estímulo. Ciertas sensaciones o movimientos producen respuestas musculares específicas.

La presencia e intensidad de un reflejo es una señal importante de funcionamiento y desarrollo del sistema nervioso.

Muchos reflejos en los RN desaparecen a medida que el niño crece, aunque algunos permanecen a lo largo de la vida adulta. Tales reflejos incluyen:

Reflejo Moro: la sensación de caer o un susto hace que el RN estire las piernas, los brazos y los dedos, arquee la espalda e incline la cabeza hacia atrás, seguidamente repliega los brazos sobre el pecho con los puños cerrados y emite un chillido leve.

Reflejo Babinski: cuando se pasa la mano por la planta del pie desde el talón hasta el dedo gordo, el RN levanta los dedos y pone el pie hacia dentro.

Reflejo de succión: si colocamos algún objeto en su boca el RN empezará a succionar.

Reflejo de búsqueda: si tocamos levemente la mejilla girará la cabeza en dirección al estímulo.

Reflejo de presión: si se coloca un objeto en la palma de su mano cerrará la mano tratando de agarrarlo.
Reflejo marcha automática: hacer movimientos de marcha cuando las plantas de los pies tocan una superficie dura.

4 Discusión-Conclusión

El rol de enfermería es interpretar la conducta del recién nacido, evaluando el grado de organización o desorganización de la misma. Las intervenciones que favorecen la organización son, prioritariamente, el conocimiento de las necesidades individuales de cada bebé.
En el momento que nace un gran prematuro es fundamental evitar la pérdida de calor.
Regulan muy mal la temperatura y se quedan fríos enseguida. Se recomienda que la sala de partos esté a una temperatura adecuada (22-24 ºC), se les coloca bajo una fuente de calor y a los más inmaduros se les protege con una bolsa de plástico para evitar la pérdida de calor.
Otro punto fundamental es la de asegurar una adecuada ventilación. Muchos prematuros respiran de forma espontánea y no necesitan ningún apoyo pero otros sí que lo van a necesitar. Bien la aplicación de CPAP (ventilación con presión positiva) nasal o la necesidad de intubación y respiración asistida no es infrecuente en los grandes inmaduros.
En el momento del alta procederemos a la recogida de las pulseras de identificación del RN debiendo coincidir los datos con los que figuran en la historia clínica.
Revisaremos la historia para comprobar que no quedan pendientes pruebas diagnósticas, que se le hayan puesto las vacunas competentes, que el Neonatólogo haya realizado la exploración física, que esté registrada la micción y la expulsión de meconio tras comprobarlo todo daremos de alta al RN entregando a la madre un informe de enfermería de alta.
Se realizarán las intervenciones educativas necesarias impartidas a los padres persiguiendo capacitarlos para llevar a cabo los cuidados del RN con seguridad en su hogar.

5 Bibliografía

- Manual de diagnósticos de Enfermería NBAS.
- Protocolos y Procedimientos de los cuidados Neonatales.

- Fundación INDEX.
- Ministerio de Salud.

Capítulo 872

FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO.

LAURA SUÁREZ GARCÍA

1 Introducción

Las funciones de los TCAE aparecen recogidas en los artículos 74 a 85 de la Orden ministerial del 26 de abril de 1973, que aprueba el Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social.
Asimismo, en el Real Decreto 137/1984 se señalan otra serie de funciones del TCAE en el equipo de atención primaria. Estas normativas tienen validez en la sanidad pública a nivel nacional.

El artículo 74 de la Orden ministerial dice: "Corresponden a las auxiliares de enfermería ejercer, en general, los servicios complementarios de la asistencia sanitarias en aquellos aspectos que no sean de la competencia del personal sanitario titulado superior. Los auxiliares de enfermería se atendrán a las instrucciones que reciban del citado personal que tenga atribuida la responsabilidad en la esfera de su competencia del Departamento o Servicio donde actúen las interesadas y, en todo caso, dependerán de la Jefatura de enfermería y de la Dirección del centro"

Se pueden distinguir dentro de la historia algunos momentos concretos con respecto a la presencia y evolución de las funciones de los TCAE. Durante muchos siglos, las intervenciones quirúrgicas se llevaban a cabo en los campos de batalla,

las sillas de barbero y las mesas de cocina. Posteriormente los cirujanos operaban en sus consultas y en hogares de los pacientes, los ayudantes enfermeros eran enviados a las casas a preparar la habitación y al propio paciente para los cirujanos. En los siglos XVIII y XIX: los hospitales estaban destinados a cuidar a pobres, locos y lisiados. A finales del s.XIX y principios del s.XX, los cirujanos pasan a realizar las intervenciones quirúrgicas en el entorno de los quirófanos del hospital.

Más tarde se introduce la anestesia segura, métodos de transfusión de sangre y se desarrollan agentes anti-microbianos. El personal de enfermería se convierte en el responsable de preparar físicamente a los pacientes para las intervenciones quirúrgicas. En 1940 se insiste en la necesidad de formación de personal de enfermería en quirófano. En los años 60 aparecen los primeros auxiliares de clínica, sin ningún tipo de formación académica, bajo la supervisión de los ayudantes técnicos sanitarios(ATS), y atendían las necesidades más básicas de los pacientes.

En 1975 se pone en marcha la formación profesional del auxiliar de clínica con el título de Formación Profesional Rama Sanitaria. En 1986 se crea la nueva categoría de auxiliar de enfermería sustituyendo al auxiliar de clínica, quedando plenamente integrado en los equipos de enfermería. Y por último, 1990 se establece el nuevo título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, con cambios importantes en la formación.

El TCAE, como miembro del equipo quirúrgico, trabaja en coordinación con las enfermeras, dando apoyo a su actividad, y realiza actividades de limpieza, colocación y reposición de material en quirófano. El proceso quirúrgico consiste en una serie de acciones manuales e instrumentales encaminadas a paliar, curar o explorar, por medio de cirugía, cuando no es viable otra acción médica.

Para que un quirófano funcione de forma eficaz es necesario que exista una estrecha colaboración entre aquellos que intervienen en los procedimientos médicos. El cirujano no podrá realizar su trabajo de forma fluida y eficiente sin un equipo de apoyo. Este está formado por los enfermeros, anestesistas y, por supuesto, el auxiliar de quirófano.

Los auxiliares de quirófano no participan en la operación propiamente dicha, pero tienen una gran importancia. Realizan labores fundamentales para el buen

desarrollo de las intervenciones quirúrgicas y demás labores en un quirófano.

Por ello, el perfil del auxiliar requiere de unos conocimientos y una cualificación específica, que incluye el conocimiento de protocolos y la familiarización con el entorno quirúrgico. La colaboración de estos profesionales en el quirófano es imprescindible. Permiten que el resto de los profesionales que trabajan en él puedan mantener su concentración. Así, pueden realizar la intervención con la máxima eficiencia posible.

2 Objetivos

- Evaluar la figura de TCAE en quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

Todas las actividades de enfermería relacionadas con el quirófano se llevan a cabo conjuntamente entre la enfermera circulante (EC), la enfermera instrumentista (EI)y el TCAE.

• Funciones administrativas.
• Recepción del paciente.
• Comprobar la correcta preparación del paciente: higiene general y vello, ayunas, estado general de la piel, enemas si precisa la cirugía, etc.
• Mantener el quirófano en orden, para ello se debe seguir siempre un orden de revisión que permita reponer el quirófano y dejarlo preparado.
• Reponer y comprobar el carro de anestesia, medicación, material no fungible y fungible (comprobar y reponer suturas, sondas, compresas, gasas, paños, drenajes…). Se hace en cantidades mínimas para poder renovar el material con frecuencia y evitar así que se caduque.

• Tener localizado y chequeado el desfibrilador por si se precisa en cualquier momento, lo hace el equipo de enfermería.
• Chequear y comprobar el funcionamiento del respirador.
• Comprobar que el mobiliario y el aparataje se corresponden con el tipo de intervención.
• Preparar el equipo y material necesario para la intervención quirúrgica y solicitarla ayuda del TCAE y el auxiliar de servicios generales (ASG) para el traslado de material pesado.
• Revisar que los elementos de quirófano funcionan correctamente y están bien colocados y conectados.
• Tranquilizar e informar al paciente sobre sus dudas.
• Controlar el momento de la cirugía en el que se encuentra el cirujano para poder anticiparse a las necesidades.
• Comprobar la existencia de todas las numeraciones y tallas disponibles, si la intervención requiere de implantes quirúrgicos específicos (la ausencia de alguno debe comunicarse a la supervisora).
• Controlar el material utilizado y contar al inicio y al final de la intervención quirúrgica compresas, gasas, instrumental y cualquier objeto pequeño susceptible de poderse quedar en el paciente.
• Trasladar al paciente a la cama bajo la orden del anestesiólogo. Una vez que el enfermo está despierto o en condiciones óptimas, se traslada a la unidad de recuperación post-anestesia o cualquier otra unidad de destino. Esta maniobra debe ser lenta y suave teniendo controlados en todo momento los catéteres, sondas, drenajes, etc.
• Preparar el instrumental y el material para su esterilización. Esta función la lleva a cabo la EI, EC y el TCAE. El objetivo del montaje adecuado de los contenedores de instrumental es facilitar el trabajo de la EI en el momento de su uso y favorecer la esterilización del instrumental.

Además, el adecuado montaje de las cajas de instrumental se lleva a cabo de la siguiente forma:
- Comprobar que el instrumental está en perfecto estado.
- Colocar en las cajas el material más pesado en la base y el más delicado sobre este.
- Montar los instrumentales por grupos separados utilizando imperdibles, para facilitar su manejo.
- Unir las cremalleras en el primer diente.

- El tamaño del contenedor-envase de instrumental depende del volumen del mismo y del método de esterilización que vaya a emplearse.
- Controlar la integridad de las cajas de instrumental.
- Comprobar los filtros en los contenedores quirúrgicos y proteger el material delicado y punzante.
- Comprobar que los paquetes o cajas llevan los controles de esterilización.
- Participar en la docencia del área quirúrgica (alumnos).

La limpieza y recogida del quirófano es una parte muy importante de las actividades del TCAE. El quirófano debe quedar en condiciones óptimas para realizar una nueva intervención.
Para ello, es importante que el TCAE siga unas pautas generales:
• Al finalizar la intervención quirúrgica se debe retirar todo el material desechable utilizado en el proceso.
• El mobiliario de quirófano debe limpiarse después de la jornada quirúrgica con un trapo húmedo con solución detergente o desinfectante.
• Las manchas de sangre se quitan con agua fría o con agua oxigenada.
• Las lámparas de quirófano, por encontrarse justamente encima del campo operatorio y al ser también muy manipuladas en el curso de las intervenciones, deben conservarse en un estado de limpieza perfecta.
• Limpiar el aparataje de quirófano con paños húmedos con solución detergente o desinfectante.
• Cambiar y cerrar los sistemas de aspiración entre una y otra cirugía.
• Recoger y limpiar el instrumental quirúrgico empleado en la intervención, siguiendo los protocolos de limpieza de cada hospital.
• Preparación del material para su esterilización. Es imprescindible que las enfermeras o el TCAE coloquen los controles dentro de las cajas o paquetes antes de mandarlos a la central de esterilización.
• Se debe ordenar y contar el instrumental en los contenedores, siguiendo los listados actualizados.
• Limpiar el fibrobroncoscopio (FB) y/o sonda de EcoDoppler transesofágico de acuerdo con el protocolo. El proceso debe realizarse con medidas de barrera: bata, guantes, mascarilla y protección ocular.
• Limpiar y desinfectar las superficies de las mesas quirúrgicas y movibles, con hipoclorito sódico.
• Ayudar a las enfermeras a ordenar el material estéril en las vitrinas o armarios destinados a tal fin.

• Revisar los contenedores de material punzante, reponiéndolos cuando su contenido llegue al nivel de llenado recomendado.
• Colocar las sábanas de la mesa quirúrgica después de limpiar.
• Coordinar con los AOS y los servicios de limpieza para dejar limpio y preparado el quirófano para la siguiente intervención quirúrgica.301

En general, la labor de un TCAE incluye todo tipo de apoyo al cirujano, asistentes y técnicos, facilitando la concentración de estos en la operación que tiene lugar. Posteriormente, también debe de hacerse caso de asistir al paciente en estancia en el hospital y recuperación.

5 Discusión-Conclusión

El personal TCAE, como miembro del equipo quirúrgico, realiza su trabajo en coordinación y bajo la supervisión de las enfermeras. Por tanto, son muy importantes las tareas del TCAE en quirófano.

La situación del paciente que va a ser intervenido propicia la humanización de los cuidados, materializándose en una atención integral al enfermo con el fin de valorar sus necesidades y planificar ejecutar los cuidados que precisará hasta que abandone el hospital. Así, los enfermeros y los TCAE se convierten en los profesionales de referencia para el paciente, intentando que sea lo más independiente posible hasta que su situación se normalice.

Comprobamos así que la colaboración del auxiliar hospitalario en el quirófano es imprescindible para que el resto de los implicados pueda mantener su concentración al 100%. Todo el mundo ha de estar preparado para cumplir su papel.

6 Bibliografía

- Centro de estudios profesionales Santa Gema
- Aula DAE
- Auxiliardeenfermeria.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 873

EL PACIENTE HOSPITALARIO GERIÁTRICO: UNIDADES HOSPITALARIAS ESPECÍFICAS.

JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO

SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ

MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Debido a una esperanza de vida cada vez más alta, nos movemos en una población que es cada día más anciana, lo que supone la pérdida de la autonomía y por tanto, una peor calidad de vida. Se sobreentiende que cuanto más mayor es la persona, existe más probabilidades de ingresar más a menudo y de padecer patologías más graves. Es de vital importancia que la sanidad se vaya adaptando a las cambiantes necesidades de la población, creando por ejemplo unidades específicas de pacientes geriátricos agudos. En estas, el enfoque es principalmente el de la geriatría, teniendo en cuenta las características y evolución de la enfermedad en el anciano. Algo que es vital para conseguir un regreso al domicilio con el menor deterioro funcional posible, así como de reducir los casos de mortalidad.

2 Objetivos

Conocer la importancia de estas unidades especializadas en personas geriátricas que prestan cuidados y atención , con el fin de proporcionarles una mayor calidad

de vida .

3 Metodología

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

4 Resultados

En la mayoría de los casos estudiados las unidades de geriatría de agudos, han mostrado beneficio en la mortalidad al momento del alta, una mayor probabilidad de regresar al domicilio con mayor rapidez así como un menor deterioro funcional de la persona .

5 Discusión-Conclusión

Es realmente importante que en una sociedad en la que las personas son más longevas , existan unidades especializadas para que este gran número de personas mayores puedan acceder a ellas y así tener muchas más posibilidades de seguir con una autonomía muy importante para su desarrollo de vida, y una mayor probabilidad de regresar al domicilio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 874

FUNCIONES DEL TCAE EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

LAURA SUÁREZ GARCÍA

1 Introducción

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), establece, en sus artículos 27, 28 y 29, la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las comunidades autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) ha prestado especial interés a este aspecto de la calidad de asistencia sanitaria, a través de acciones como la elaboración del Manual de gestión de los procesos de esterilización y desinfección del material sanitario.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Describir las funciones básicas del técnico de cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de esterilización.

Objetivos secundarios:
- Definir el proceso de esterilización y describir el procedimiento más adecuado para cada caso.

- Identificar los conocimientos relacionados con el servicio de esterilización.
- Reconocer la importancia de este servicio para disminuir el riesgo de adquirir infecciones o afecciones accidentales en los procesos quirúrgicos.

3 Metodología

La central de esterilización es la unidad que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles, equipamiento biomédico e instrumental a otras unidades y servicios sanitarios, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, con el fin de garantizar la seguridad biológica de estos productos para ser utilizados con el paciente.

La central de esterilización también se define como una unidad de procesamiento de productos estériles, que comprende áreas definidas para recepcionar, descontaminar, lavar, desinfectar, esterilizar y almacenar productos estériles.

Las características que debe reunir una central de esterilización son:
• Ubicación: debe estar accesible a los servicios que atiende.
• Localización: en un área libre de polvo, bien ventilada e iluminada, y físicamente separada de las áreas de contaminación.
• Iluminación: se recomienda que disponga de luz natural.
• Tamaño: deberá planificarse según la complejidad y las dimensiones del hospital.
• Materiales de construcción: con revestimientos lisos, lavables y de bordes redondeados.
• Condiciones ambientales:
- Temperatura: entre 21 y 24 ºC.
- Ventilación: sistema que permita eliminar vapores y gases residuales, así como evitar la acumulación de polvo y pelusas.
- Iluminación: debe disponer de luz natural en todas sus secciones.
• Lavamanos: cada área debe tener uno.

La distribución se organiza dependiendo de la actividad principal que se realiza en ella y siguiendo un circulo unidireccional que va siempre de la zona más sucia a la zona más limpia, nunca en sentido inverso.

4 Resultados

Las zonas que se distinguen normalmente en una central de esterilización son la zona de recepción, zona de lavado y descontaminación, zona de preparación e inspección del material, zona de empaquetado y almacenamiento de material limpio no estéril, zona dónde están ubicados los distintos medios de esterilización (autoclaves, cámaras de aireación, estufas de Poupinel, etc.) y la zona de almacenamiento y distribución de material estéril. Estas zonas están separadas físicamente en tres áreas, el área sucia, el área limpia y el área de almacenamiento.
ÁREA SUCIA.
Cuando el material llega a la CE se registra y clasifica según el tipo de material y el procedimiento más adecuado para su limpieza. En éste área se produce la limpieza y desinfección del material; se reduce la carga microbiana y la materia orgánica de los instrumentos y dispositivos médicos que ingresan para su posterior procesamiento. Al eliminar la suciedad de un objeto, se consigue reducir la carga bacteriana hasta en un 99 %.

El material que se recibe en ésta área puede ser textil , metálico (instrumental médico-quirúrgico, material general o específico de las diferentes especialidades asistenciales. Llega, desde los diferentes servicios, a través de montacargas (comunicación vertical), especialmente cuando se trata de material metálico procedente de quirófano o urgencias (se acompaña de inventario), o traslado en carros (comunicación horizontal).
El proceso se lleva a cabo en el área sucia de dos formas: manual o mecánica (cubetas de ultrasonidos y lavadoras automáticas).

El TCAE es el responsable de la limpieza, desinfección y esterilización de todos los materiales e instrumentos.

Existen cuatro procedimientos de limpieza diferentes, limpieza manual, limpieza por ultrasonidos, limpieza en lavadora automática, túneles de lavado y desinfección.
• Limpieza manual.
Se aplica sobre objetos y materiales que no soportan altas temperaturas (50 -90℃), materiales e instrumental de microcirugía, componentes ópticos (endoscopios) y, en general, cuando no es posible el tratamiento térmico mecánico o automático.

Se aplica siguiendo varios procedimientos (inmersión, fricción y loción) sobre el material que hay que limpiar. Los recursos materiales son los mismos para los tres procedimientos; Pila o fregadero de doble seno, detergente, agua, materiales

de limpieza (cepillo, estropajo, escobillones, brocha, bayeta, etc.), EPI (guantes de limpieza, delantal, pantalla facial y mascarilla opcional).

• Limpieza por ultrasonido.
Es un procedimiento mecánico que se aplica para instrumentos difíciles de limpiar por su complicada accesibilidad (fresas de odontología, objetos de microcirugía, oftalmología, maxilofacial, etc.).
Se lleva a cabo utilizando una cubeta que produce ondas sónicas de alta frecuencia, que se transmiten a través del agua y que, al chocar con la materia orgánica, hace que se desprenda de los instrumentos sin dañar su estructura.

Recursos materiales necesarioas son, cubeta de ultrasonidos, y pila o fregadero, detergente que puede asociarse con un desinfectante, con un enzimático, etc., agua destilada, cepillo y paños, lubricante y EPI.

• Limpieza en lavadora automática.
Es un procedimiento mecánico que se realiza en una lavadora (sistema automatizado) con agua y productos específicos.

Se debe utilizar una lavadora para limpiar el instrumental y otra para limpiar las tubuladuras y el material de anestesia. Cada lavadora dispone de accesorios específicos en función del material que vaya a limpiarse.
Recursos materiales, lavadora con programas automatizados, lubricantes, EPI, detergente con desinfectante incorporado, accesorios específicos para instrumental, tubuladuras y material de anestesia, elementos necesarios para clasificar el instrumental y registro de carga.

• Túneles de lavado.
En este procedimiento de limpieza, el material que se va a limpiar se coloca sobre una cinta transportadora y va pasando a través de una serie de compartimentos con puertas cerradas donde se llevan a cabo las distintas fases de lavado. Por esta razón, un túnel de lavado puede tener cuatro compartimentos: pre-aclarado, baño de ultrasonidos, lavado principal y desinfección/secado.

Tiene dos desventajas debido a su gran complejidad, es un sistema vulnerable a fallos mecánicos, y no permite la limpieza de instrumentos complejos que presenten canales o conductos acodados.

ÁREA LIMPIA.
Éste área incluye dos zonas, la limpia de preparación y empaquetado de los materiales y de esterilización; y la de esterilidad o aséptica dónde se almacena y se

distribuye el material.

La esterilización es la técnica de saneamiento cuya finalidad es la destrucción de cualquier forma de vida, aniquilando todos los microorganismos, tanto patógenos como no patógenos, incluidas sus formas esporuladas, que son altamente resistentes. La esterilización supone el nivel más alto de seguridad (y, por lo tanto, de letalidad y eficacia biocida) en la destrucción de microorganismos o de sus formas de resistencia. (OMS).

Antes de esterilizar los distintos objetos e instrumentos es imprescindible, clasificarlos según sus características (entre las que destaca su resistencia, determinada por el material del que están hechos) y prepararlos, envolviéndolos o empaquetándolos en un envoltorio adecuado para poder manipularlos en condiciones de asepsia.
El material una vez limpio, seco y desinfectado, se prepara para ser esterilizado en un envoltorio apropiado, y posteriormente a la esterilización ser almacenado hasta su uso.
Los materiales para empaquetar deben de reunir varios requisitos, ser permeables al método de esterilización, porosos pero no en exceso para impedir la entrada de bacterias, cierre hermético, resistencia a la manipulación y atoxicidad.

Hay distintos procesos de esterilización: Métodos físicos: Flameado (llama directa), horno Pasteur o Estufa Puopinel (calor), autoclave de vapor, miniclave (calor húmedo), filtros microporosos (filtración),radiaciones ionizantes (rayos gamma). Métodos químicos: óxido de etileno, glutaraldehído, formaldehído, ácido peracético, plasma.

El proceso más utilizado en el ámbito sanitario con diferencia es el autoclave de vapor y el miniclave. Este procedimiento emplea vapor saturado para producir la hidratación, coagulación e hidrólisis de las albúminas y las proteínas en las células microbianas. Requiere 135 ºC (durante 7-10 minutos, 2 atmósferas) o 121 ºC (durante 20 minutos, 1 atmósfera). Parámetros básicos: temperatura, presión y tiempo.

El miniclave es un autoclave de pequeñas dimensiones y capacidad reducida (60 l), que posibilita la esterilización del instrumental de pequeño volumen de forma rápida y eficaz, descentralizada.
Para controlar y certificar la calidad del proceso y del resultado en la esterilización, se emplean una serie de indicadores del proceso del equipo (indicadores físicos), indicadores químicos e indicadores biológicos.

ÁREA DE ALMACENAMIENTO.
Cuando finaliza la esterilización por el sistema y el aparato seleccionados, comienza una nueva fase, la vida útil del producto esterilizado o vida de anaquel (comienza al retirar o sacar el paquete del aparato y se prolonga hasta que se cumple la fecha de caducidad, si el producto no se ha empleado antes).

El material se trasladará al almacén en los carros de descarga. Allí se colocará en los estantes indicados hasta su distribución por los distintos servicios. En las centrales de esterilización, asociado y próximo al almacén, suele haber un local de distribución de material estéril (para el bloque quirúrgico suelen emplearse montacargas).De no existir estos montacargas, se usan carros de cierre hermético. Para el resto de servicios y unidades asistenciales, suelen emplearse carros de distribución que transportan los celadores hasta los puntos de uso.

El papel desempeñado por el TCAE es fundamental en la CE. Su objetivo principal es obtener material exento de contaminación y seguro para el paciente.

Según llega el material sucio a las instalaciones de la CE el primer paso que debe realizar el TCAE es recepcionarlo, registrarlo y comprobar que esté completo. A continuación se realiza la limpieza del material con cualquiera de los procesos explicados anteriormente, desinfección, secar, lubricar y clasificar.

Una vez realizado el proceso de limpieza y desinfección, el TCAE deberá empaquetar el material para su esterilización, siguiendo el protocolo de la central; colocar los controles químicos y biológicos que sean necesarios en los paquetes, poner las fechas de envasado e identificar los paquetes, si fuera preciso.

Por último deberá cerrar los sobres de material con una máquina termoselladora o con su propio precinto adhesivo. Una vez que el material está empaquetado el TCAE deberá de clasificar el material según el método de esterilización que se vaya a usar. Comprobar el correcto empaquetamiento. Introducir los paquetes según las características y el protocolo del aparato de esterilización. Colaborar en la puesta en marcha de de los aparatos y en su control posterior. Cumplimentar los registros específicos.

En el área de almacenamiento el TCAE debe de clasificar el material según los criterios establecidos por los servicios y las unidades de hospitalización y según el material que se trate (gasas, guantes, etc.). Colocar el material en el almacén según el protocolo. Preparar los pedidos para los quirófanos y las plantas de hospitalización. Y por último deben de registrar los suministros que se entreguen.

Hoy día a pesar de todos los avances científicos y médicos en el ámbito sanitario, sigue siendo un problema muy frecuente el tema de la Infección Nosocomial que tanto gasto económico directo conlleva para la institución además del daño directo para el paciente en términos de sufrimiento humano. En cualquier programa de prevención de la Infección Nosocomial de un hospital, la esterilización es uno de los elementos fundamentales en el logro de estos objetivos.

Se debe de tener en cuenta que el personal debe trabajar protegido con el EPI para prevenir de manera crítica la exposición cutánea y mucosa de sangre y otros materiales potencialmente peligrosos. Las prácticas de trabajo seguras, la mecánica apropiada, y los controles de ingeniería, también mejorarán la seguridad del trabajador. Cada tipo de actividad exige un tipo de protección para ejecutarla.

5 Discusión-Conclusión

La responsabilidad es la obligación que el profesional tiene de responder por las actividades que realiza en función de su actividad profesional y experiencia. Así, la responsabilidad está relacionada con la eficacia y la eficiencia, ya que los pacientes exigen una atención de calidad.

6 Bibliografía

- Salud capital.
- Ministerio de Sanidad.
- Guía de funcionamiento y recomendaciones de la CE.
- Paho.org.
- Higiene del medio hospitalario.

Capítulo 875

CANCER DE CUELLO UTERINO

SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ

MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ

JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO

1 Introducción

El cáncer del cuello uterino también se conoce como cáncer cervical. Como casi todos los canceres suelen tomar el nombre de la región anatómica donde se desarrolla, también se pueden llamar de acuerdo con el tipo de células en donde empezaron.

El cáncer de cuello de útero es uno de los canceres mas común en la mujer y suele ser mas frecuente en mujeres mayores de 30 años.

Los factores de riesgo que aumentan la posibilidad de padecer este tipo de cáncer son: tener múltiples parejas, tabaquismo, infección por el virus del papiloma humano (VPH), déficit de ácido folico, toma de anticonceptivos orales a largo plazo, inicio de una vida sexual pronta (antes de la mayoría de edad). Aproximadamente un 70% de las pacientes que sufren un cáncer invasivo de cervix en España sobreviven mas de 5 años. La edad media al fallecimiento por cáncer de cervix en España es de 60 años.

2 Objetivos

- Conocer todos los factores de riesgo para poder evitarlos si es posible, tales como: mantener relaciones sexuales en la pre adolescencia y adolescencia a

través de charlas educativas, utilizar métodos anticonceptivos de barrera, de esta manera podemos evitar un alto porcentaje de padecer VPH.
- Reducir la cantidad de personas que desarrollan el cáncer.

3 Metodología

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

4 Resultados

Estudiando algunos casos, todos ellos referentes a mujeres mayores de 30 años y de la población española, con la cual definitivamente me quede con dos casos. En ambos casos, se especifica la gran importancia de realizar ciertos controles, conseguir un diagnostico de una manera precoz, evitando de esta manera el avance de la enfermedad. Por ejemplo, algunos de los factores de riesgo serian: un sangrado intermentrual o postcoital, una apariencia anormal del cervix o dolor pelvico, son alguno de ellos. Finalmente para su prevención, contamos con la vacuna del VPH. Asi como, con ciertas pruebas ginecologicas que sirven para detectarlo rápidamente.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia conocer tanto los síntomas como los riesgos que son frecuentes en esta enfermedad, así como los factores externo que ayudan al desarrollo del cáncer, con el fin de evitarlo o en su caso detectarlo lo antes posible para llevar a cabo el tratamiento adecuado para la recuperación del paciente.

6 Bibliografía

- Cancer.net
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 876

CUIDADOS EN PACIENTES QUEMADOS

ADRIANA SUÁREZ RODRÍGUEZ

MÓNICA ALONSO ALONSO

LARA RODRIGUEZ FERNANDEZ

CLAUDIA DÍAZ ÁLVAREZ

Mª GLORIA CASTILLO SALMERÓN

1 Introducción

Las quemaduras son lesiones inflamatorias que causan daño o pérdida de la célula producida por distintos agentes. Son lesiones bastante frecuentes y prevenibles. Suelen producirse normalmente en los trabajos y en los hogares familiares.

Las quemaduras producen tres consecuencias: hipovolemia, hipotermia e infección. Las más normales son las quemaduras térmicas debidas al contacto con llamas, líquidos calientes, superficies calientes y por diferentes fuentes de altas temperaturas. También hay quemaduras químicas, eléctricas, solares y quemaduras producidas por congelación.

Según la OMS las quemaduras son un problema de salud pública a nivel del mundo provocando unas 180000 muertes al año, produciéndose en mayor parte en África y Asia Sudoriental.

Las personas que sufren una quemadura crean distintas necesidades. En el tratamiento y los cuidados actúan distintos profesionales como médicos y personal de enfermería.

2 Objetivos

Identificar y analizar los cuidados a realizar a los pacientes quemados.

3 Metodología

Se hace uso de diferentes bases de datos que se encuentran a disposición pública, revistas científicas, páginas web: Pubmed, Cuiden, Scielo, OMS. Las palabras claves que se utilizaron son: plan de cuidados en quemados, quemaduras, actuación ante quemados

4 Resultados

Las quemaduras causan hinchazón, ampollas, cicatrices, shock e incluso la muerte. Se clasifican en grados: el primero afecta a la epidermis, produciendo ampollas, dolor intenso, ardor; las de segundo grado afecta a la primera capa y parte de la segunda capa, produce dolor, ampollas e incluso en la capa más profunda pérdida de piel; y las de tercer grado afecta a todas las capas produciendo pérdida de la piel.

La higiene es importante para disminuir el riesgo de complicación. Para lavar la zona quemada se debe realizar con ducha de arrastre y no por baño de inmersión. El lavado debe hacerse poniendo la mano entre el agua y la lesión para que caiga poco a poco. Se debe mantener una temperatura idónea evitando cambios bruscos. Luego se deberá secar la zona con toques suaves sin frotar. Cuando la piel ya está regenerada se deberán usar jabones neutros, hidratar la piel y usar cremas solares con alta protección.

Para las personas con zonas muy quemadas las movilizaciones están contraindicadas. Para poder realizar estas movilizaciones se utilizan grúas especiales para poder elevarlos sin tener que hacer cambios de posiciones. También nos ayuda a poder hacerle un mejor aseo y a realizar los cambios de sábanas de la cama.

Además cabe destacar algún tratamiento básico: Nunca se debe tocar las ampollas

ni la piel que esté muerta. Se debe retirar la ropa que esté pegada a la piel. Retirar objetos como pueden ser anillos, usar agua tibia. Cubrir la zona con apósitos estériles.

Una vez que la persona ya está mejor comienza la rehabilitación. Es importante que comiencen a caminar y que las demás extremidades sean ejercitadas con frecuencia durante todo el día. En caso que la persona no pueda comenzar el movimiento activo temprano lo deberá realizar un fisioterapeuta.

5 Discusión-Conclusión

Los tratamientos dependen del tipo y del grado de la temperatura y también la causa. El objetivo es hacer que el paciente viva, y que pueda conseguir la recuperación funcional, psicológica y pueda incorporase en la sociedad. Las quemaduras se deben curar con agua y jabón y evitar los antisépticos que hacen que retrasen la curación. El medico es quien valora la necesidad de usar antibióticos tópicos y orales, analgésicos, apósitos…

Las complicaciones más frecuentes afecta a personas menores de 4 años y a mayores de 60. La mayor complicación que puede surgir en las personas con quemaduras es la infección que hace que la quemadura se complique prolongando el proceso de cicatrización. Otras complicaciones pueden ser: shock hipovolémico, neumonía, hipotermia, úlceras gástricas.

En alguna ocasión la zona debe ser desbridada para eliminar el tejido muerto.

6 Bibliografía

- https://es.slideshare.net/Milagroschirinos/cuidados-de-enfermera-en-pacientes-quemados-51983445
- https://es.slideshare.net/lopezcasanova/cuidado-de-personas-que-sufren-quemaduras
- https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-cuidados-pacientes-quemados-S0212538214000855
- http://secip.com/wp-content/uploads/2018/06/Protocolo-Quemados.pdf
- https://medlineplus.gov/spanish/burns.html
- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26724246

Capítulo 877

OXIGENOTERAPIA.

ANA PATRICIA COTA EIREA

ANGELA MARTOS CANADAS

1 Introducción

Consiste en la administración de O2 gaseoso a un paciente con el fin de restablecer la tasa normal en sangre.

Valores normales de O2:

- Saturación O2: 90-100%. Se mide a través de una Pulsioximetría. Se trata de una técnica no invasiva que se realiza aplicando un dedil en el dedo de una mano (por norma general), que conectado con un monitor que ofrece constantemente información sobre la oxigenación del paciente, así como también de su frecuencia cardiaca.

- Valores normales en una Gasometría arterial (que determina los gases en sangre arterial):

PpO2 (Presión parcial de oxígeno en sangre arterial): 80-100 mm de Hg. Por debajo de esta cifra (80 mm fe Hg) se habla de hipoxemia.

PCO2 (Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial): 35-45 mm de Hg. Por encima de este valor se habla de hipercapnia.

El aire atmosférico tiene aproximadamente un 21 % de O2 (junto con más de un 78 % de nitrógeno y pequeños porcentajes de CO2, argón, etc.) y con esta técnica terapéutica se administran cantidades más elevadas.

Indicado en las enfermedades que producen dificultad respiratoria con síntomas tales como: disnea, ortopnea, cianosis y expectoración, que puede ser indicativa de insuficiencia respiratoria.

Con la técnica de la oxigenoterapia se pretende aumentar la concentración de O2 en sangre y en los tejidos sin producir depresión respiratoria.
El éxito de la terapia con oxígeno dependerá en gran medida del dispositivo y de las características individuales, patología y la respuesta a la administración de este medicamento.

Cada dispositivo consta de indicaciones precisas, ventajas y desventajas propias. Se pretende conseguir un equilibrio entre comodidad, tolerancia del paciente y eficacia.

En la aplicación de estos procedimientos intervienen la enfermera y el auxiliar teniendo en cuenta la prescripción médica referida en la orden de tratamiento, en la que se especifica el flujo (l /min), la concentración de O2 (%) y el método a emplear.

Los procedimientos de administración de oxígeno incluyen un conjunto de técnicas que permiten trasladar el O2 desde la fuente en que se almacena hasta el aparato respiratorio del paciente.

Existen tres tipos principales de fuentes de oxígeno: el cilindro, el concentrador y la central de oxígeno líquido.

• El oxígeno administrado con un cilindro es el método más antiguo.

Consiste en una bala o bombona de oxígeno que dispensa este gas al abrir la válvula que son contenedores cilíndricos, de distintas capacidades, que almacenan el gas a una presión mayor que la de la atmosfera, lo que permite que fluya cuando se va a administrar al paciente. (Puede llegar hasta 15 litros por minuto (lpm)).
Cuando la presión de la bombona se iguala a la atmosférica, el O2 deja de fluir, por lo que hay que recargarla. Son de uso mayoritario en la atención domiciliaria. Existen también mochilas o bombonas portátiles, que facilitan la deambulación.

• El concentrador de oxígeno. Es un dispositivo enchufado a la red eléctrica que toma aire ambiente y eliminan el nitrógeno del aire al pasarlo por unos filtros, lo que concentra el oxígeno disuelto en él.

Una de sus principales ventajas radica en que no necesita reposición, ya que la máquina es autosuficiente al depender sólo de una fuente de energía eléctrica constante.

No puede considerarse un sistema portátil, si bien si se considera que este aparato es transportable, por el domicilio del paciente o bien permite por cambios transitorios de domicilio como por ejemplo al irse de vacaciones. (No suele dar flujos por encima de 5 lpm).

• El O2 líquido habitualmente se almacena, para su uso terapéutico, en una central hospitalaria de O2 o en bombonas (su utilización hospitalaria se ha reducido a mínimos siendo ya casi inexistente).

La central de O2 es una fuente general desde la que salen tuberías hasta las unidades de los pacientes y otros departamentos hospitalarios. La toma de O2 se sitúa, en la unidad del paciente, junto a la de vacío sobre la cabecera de la cama.
A esta se conecta un caudalímetro que permite regular el flujo de oxígeno y a este caudalímetro (pueden ser de distintos tipos) se conecta el dispositivo (gafas, sonda, mascarilla…)

Entre el caudalímetro y el dispositivo se coloca un humidificador, que es un recipiente que contiene agua destilada. El objetivo es humedecer el gas antes de que llegue al paciente para evitar que se resequen las mucosas e irrite las vías respiratorias.

Los dispositivos para la administración de oxígeno incluyen aquellos recursos materiales que se emplean cuando el paciente puede respirar por sí mismo:

• Mascarilla: para administrar O2 de forma rápida y durante cortos periodos de tiempo concentraciones que oscilen entre el 24 y el 100 %. Frecuentemente son del 24 al 28 %.

- Mascarilla simple: Flujo de O2: 6-10 l/min. Concentración de oxígeno: superior 50%. (Sistema de bajo flujo).

- Mascarilla reservorio: Flujo de O2: 8 - 15 l/min. Concentración de oxígeno: 90%. (Sistema de bajo flujo).
- Mascarilla de Venturi o de concentración regulable: Flujo de O2: se puede ajustar en función de las necesidades del paciente. Concentración de oxígeno: 25 - 50%. (Sistema de alto flujo).

- Mascarilla de traqueotomía: Utilizada con pacientes con traqueotomía ya que se puede adaptar a la forma del cuello (parte redondeada sobre el tórax y la parte aplanada hacia arriba).

- Gafa o cánula nasal: tubo de plástico que se desdobla en un extremo, con dos orificios que se adaptan a la nariz. Se coloca sobre las mejillas y por detrás de las orejas y de la cabeza del paciente. Se emplea para administrar O2 en concentraciones menores del 40 %. Se utilizan cuando el paciente debe respirar por la nariz. Este sistema facilita la utilización libre de la boca (para hablar, comer, etc.). (Sistema de bajo flujo).

• Sonda nasal: utilizada para la administración O2 a través de una sonda nasofaríngea. Es válida para concentraciones de O2 menores del 40 %, pero tiene la desventaja de producir problemas de irritación (al intentar su inserción, pudiendo lesionar la nasofaringe) y de provocar distensión gástrica (por la entrada de O2 en el estómago), etc. Además, durante su empleo hay que cambiarla con mucha frecuencia
(cada ocho-doce horas, y alternando la fosa nasal).

• Tienda de oxígeno: actualmente su uso ha disminuido significativamente en los hospitales. Se utiliza, sobre todo, en pediatría. (Sistema mixto).

En la exploración inicial presentaba una T ª 37.8 y una saturación de O2: 92% y ritmo cardiaco ligeramente elevado.
El doctor solicita las siguientes pruebas diagnósticas:
- Un hemograma. En él debe buscarse la existencia de un hematocrito alto, lo que podría ser un signo de hipoxia sostenida. También es útil, entre otros aspectos, para descartar una leucocitosis, como signo de la presencia de una infección.

- Una bio-química básica. Ayudan a descartar la existencia de factores asociados de mal pronóstico, como pudiera ser una diabetes mellitus o una insuficiencia renal asociadas, lo que implicaría un especial manejo del paciente.

- Una radiografía de tórax. Indispensable para valorar si hay lesiones o anomalías broncopulmonares, también nos servirá para descartar una enfermedad asociada.

- Pruebas funcionales respiratorias (espirometría). Son la clave diagnóstica y para el seguimiento en un paciente de estas características. A través de ellas se establece el diagnóstico concreto y también la gravedad, así como la evolución a lo largo del tiempo. El que existan pacientes con patología respiratoria crónica que

no tengan o tengan muy pocos estudios funcionales es un error común en el que no hay que caer.

- Una gasometría arterial basal. Nos permite valorar la existencia o no de una insuficiencia respiratoria y si ésta fuese avanzada podría establecerse, si procediera, la indicación de oxigenoterapia.

- Un electrocardiograma (de forma complementaría). Nos ayudará a determinar si ha desarrollado un "cor pulmonalecrónico", complicación también muy habitual y si existen trastornos del ritmo cardiaco o signos de insuficiencia coronaria.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- El hemograma presentaba leve leuocitosis.

- La bioquímica era normal.

- En las radiografías de tórax se observaba un nódulo pulmón y principios de neumonía.

- La exploración funcional respiratoria presentaba un perfil obstructivo, con aumento de los volúmenes estáticos, compatible con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tipo enfisema.

- La gasometría arterial, si ponía de manifiesto cierto grado de hipoxemia, se situaba lejos de los niveles de indicación de la oxigenoterapia domiciliaria, pero si reunía los requisitos para oxigenoterapia hospitalaria mientras se esperaba evolución favorable del cuadro respiratorio actual.

Se colocan gafas nasales con flujo de 2-3 litros y se monitoriza la pulsioximetría hasta conseguir una buena concentración de oxígeno. Pasados 30 min., la saturación de oxígeno sube a 95% (límite establecido como normal), por ello se debe vigilar que la saturación siga estable.

Se decide ingresarlo hasta que remita el proceso infeccioso iniciándose así por vía parenteral el tratamiento antibiótico para la infección respiratoria. Durante su permanencia en el centro hospitalario se inicia también el tratamiento de deshabituación tabáquica, así como tratamiento broncodilatador con: salmeterol 50-propionato de fluticasona 500/12 h y un anticolinérgico: bromuro de tiotropio /24 h y tras una semana de ingreso hospitalario el paciente fue dado de alta por mejoría con sat. 98% mantenida sin precisar oxigenoterapia.

Con los datos clínicos y con los de la espirometría se confirmó el diagnóstico de E.P.O.C. Tras explicarle en que consiste la E.P.O.C. se le dieron las recomendaciones básicas para este tipo de pacientes como, entre otras, la enseñanza de ejercicios de fisioterapia para eliminación de secreciones, así como una cita para el neumólogo.

2 Objetivos

El principal objetivo de la oxigenoterapia como ya se ha comentado con anterioridad es restablecer la tasa normal en sangre de O2.

También se pretende:

• Identificar situaciones de demanda extra de oxígeno.

• Disminuir el esfuerzo cardiaco.

• Conocer los diferentes sistemas de administración de oxígeno e identificarlos.

• Disminuir los síntomas asociados a hipoxemia crónica como disminuir la carga de trabajo que aporta la hipoxemia al sistema cardiopulmonar.

• Aumentar tolerancia al ejercicio.

• En estado de hipoxemia crónica controlar la hipertensión pulmonar.

• Prevenir y/o corregir los efectos no deseados derivados de la administración de oxígeno (infecciones bucales, úlceras por presión, etc.).

3 Caso clínico

Acude al Servicio de Urgencias un paciente de 60 años, fumador desde los 16 años de un paquete y medio de cigarrillos al día, repartidor de productos lácteos. Entre sus antecedentes personales sólo destacaba el haber sufrido varias gripes en su infancia y una neumonía, sin que se pudiera precisar ningún dato más.

Nos comenta que desde hace 3 o 4 años pasa por 2 o 3 episodios de catarros anuales de los cuales tarda bastantes días en reponerse, aunque no les daba importancia ya cree que es debido a que gran parte de su trabajo lo realiza a la intemperie y sometiéndose a continuos cambios de temperatura.

Durante estos episodios refería disnea tras grandes esfuerzos, pero no tomaba ninguna medicación ya que en la mayoría de las ocasiones ni acudía a la consulta de su médico de Atención Primaria. Comenta incluso que, aunque disminuía el número de cigarrillos durante estos episodios nunca ha dejado de fumar.

4 Discusión-Conclusión

El oxígeno es considerado un medicamento, por lo que tiene indicaciones precisas y efectos adversos con manifestaciones tóxicas, que se asocian a altas concentraciones durante tiempo prolongado. La oxigenoterapia es el principal tratamiento en la hipoxemia y adecuadamente administrada puede suponer una mejora en la calidad de vida de los usuarios y disminuir la recurrencia de las hospitalizaciones. Con el consecuente ahorro económico.

El éxito de la terapia con oxígeno dependerá en gran medida del dispositivo seleccionado y de saber manejarlo correctamente. La elección del dispositivo de oxigenoterapia debe realizarse de acuerdo con las características individuales, patología y la respuesta a la administración de este medicamento.

Cada dispositivo consta de indicaciones precisas, ventajas y desventajas propias. Se debe conseguir un equilibrio perfecto entre la comodidad y tolerancia del paciente y la eficacia de la interfase. El paciente se ha mantenido estable, sin presentar sobreinfecciones respiratorias y con cierta mejoría en las pruebas de función pulmonar realizadas en el seguimiento. Actualmente no fuma.

La E.P.O.C. fundamentalmente asociada al consumo de tabaco, es poco conocida por la población general. Es una enfermedad con elevada prevalencia, prevenible y tratable pero infradiagnosticada e infratratada a nivel mundial, con una importante carga sanitaria, económica y social. Se estima que más del 70% de los pacientes de E.P.O.C. está sin diagnosticar. Los pacientes tienden a no notificar sus síntomas ya que pueden ser mínimos o pueden percibirse como parte normal del envejecimiento o como clínicamente insignificantes.

En la actualidad se recomienda la realizar de la espirometría en cualquier paciente fumador o exfumador, mayor de 40 años, sobre todo si este manifiesta algún síntoma respiratorio. La posibilidad de diagnosticar a estos pacientes en estadio leve o moderado se encuentra en la atención primaria de salud; para ello es imprescindible la realización e interpretación de espirometrías de calidad en

De esta manera conseguiríamos un diagnóstico precoz, que nos ayudaría a reforzar el tratamiento del tabaquismo, a clasificar la enfermedad según el grado de severidad y a iniciar tratamiento farmacológico con bronco - dilatadores en los casos que fuera necesario.
Todo esto supondría una mejoría significativa de la calidad de vida de los pacientes y un descenso de las reagudizaciones e ingresos hospitalario.

5 Bibliografía

• El Paciente Agudo Grave. Instrumentos diagnósticos y terapéuticos. Manuel Tejada Adell. Masson S.A. 2005.
• E.P.O.C. Diagnóstico y Tratamiento Integral. Con énfasis en la rehabilitación pulmonar. Horacio Giraldo Estrada. Editorial médica paramericana.2008.
• Fibrosis Quística. A. Salcedo Posadas, M. D. García Novo. Ediciones Diaz de Santos. 1998.

Capítulo 878

LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ESTERNOTOMÍA.CUIDADOS POST.

LETICIA MARTINEZ PEREZ

1 Introducción

La esternotomía media es el «patrón oro» de las incisiones para acceder al corazón. Los principales inconvenientes son la osteomielitis y mediastinitis (muy graves) y el impacto estético de una incisión quelógena, amplia y en un lugar muy visible de la línea media y la insuficiencia respiratoria consecutiva al dolor y a la inestabilidad esternal. Se han desarrollado otras vías de acceso para reducir estas complicaciones y disminuir la estancia hospitalaria, el dolor y el coste.

La miniesternotomía en «J» es la técnica más aceptada.La esternotomía en «J» tiene indudables ventajas estéticas, menores complicaciones en pacientes con patología pulmonar, solución más sencilla en caso de mediastinitis u osteomielitis y menores adherencias mediastínicas. Es una incisión sencilla de hacer, rápida, sin destrozo muscular y que proporciona una excelente exposición de todo el corazón y de los grandes vasos. Correctamente cerrada, es bastante estable y menos dolorosa, por ejemplo, que la toracotomía.La complicación más seria de la esternotomía media es la infección (osteomielitis y mediastinitis), que presenta una incidencia del 1-5%. Es una complicación grave, temida por los cirujanos y si debuta prolonga la estancia media hospitalaria a 50-60 días, multiplica los costes al menos por tres y provoca una mortalidad alta, entre 15 y 50%. Si se supera la infección, pueden quedar como secuela,inestabilidad esternal, que produce dolor difuso muy duradero y dificultades técnicas importantes si se precisa una ulterior cirugía cardíaca. En general, el dolor de la EM se desvanece en los tres o

cuatro primeros días postoperatorios, y posteriormente el paciente tolera bien la EM salvo que tenga accesos de tos importantes. Sin embargo, en algunos pocos pacientes -sobre todo los obesos y los bronconeumópatas- se rompen las suturas de acero del hueso, lo que conduce a un esternón inestable y doloroso durante bastante tiempo y, posiblemente, a seudoartrosis esternal.Si la dislocación del separador esternal durante la cirugía ha sido muy amplia y el separador fue colocado muy alto en la EM, puede producirse la rotura de la primera costilla y eventualmente contusión del plexo braquial.

En tercer lugar, el sangrado postoperatorio esternal es relativamente frecuente y provoca reintervenciones en el postoperatorio inmediato, aumenta las necesidades de transfusiones y eleva la incidencia de complicaciones infecciosas.

Otro inconveniente de la incisión cutánea medioesternal es el alto índice de cicatrices queloideas. La frecuencia es mayor en jóvenes y mujeres y casi un 25% de los pacientes tiene una cicatriz queloidea o hipertrófica, al menos en el tercio inferior de la incisión. El queloide de la línea media no tiene un tratamiento sencillo ni efectivo. La aplicación de presión sobre la cicatriz, las infiltraciones con triamcinolona y los más recientes intentos con apósitos de silicona no consiguen mejorar el aspecto estético de forma notable.

En cualquier caso, con queloide o sin él, la incisión cutánea de una esternotomía media tiene unos 20 cm de longitud, está en un lugar muy visible y tarda varios años en dejar de ser notoria.Se cumplen ahora 47 años de la primera cirugía a corazón abierto (JH Gibbon, 6 de mayo de 1953). Millones de pacientes han sido intervenidos desde entonces y más del 90% de ellos por esternotomía media longitudinal. La esternotomía media es y seguirá siendo por mucho tiempo el modelo con el que comparar cualquier otro acceso al corazón. Sin embargo, reconocemos que es una incisión traumática y de complicaciones infrecuentes pero graves.Parece indudable que las adherencias del mediastino serán menos extensas con esternotomía en «J» que con la convencional. Una eventual reesternotomía secundaria debe ser, por tanto, más sencilla si en la primera intervención se utilizó una esternotomía en «J».La mayor dificultad de la técnica puede inducir tiempos de anoxia miocárdica mayores La extracción del aire de las cavidades cardíacas es más crítica que con la técnica convencional, y obliga a cambiar la táctica de la purga del aire con maniobras diferentes o más prolongadas. No se ha demostrado por el momento,que exista diferencia entre las dos técnicas en cuanto a necesidad de transfusiones, riesgo quirúrgico y reincorporación al trabajo.

2 Objetivos

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

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática en las bases de datos elsevier,lilacs y scielo con el buscador Ópera y operadores boléanos AND y NOT y descriptores: septicemia generalizada post-esternotomía, terapia VAC, curas esternales con apósitos de silicona, dehiscencias mediastínicas.

Criterios de inclusión: fechas posteriores al año 1987 y pacientes dados de alta hospitalaria.

Criterios de exclusión: textos en inglés y pacientes terminales en fase agónica.

4 Resultados

En cualquier caso, los cuidados de la herida quirúrgica siempre comienzan por prevenir la infección de la misma, ya que esta eventualidad puede generar situaciones de riesgo en el periodo postoperatorio. Habitualmente se levanta el apósito quirúrgico el segundo día postoperatorio, y si no existe secreción se deja expuesta al aire y se lava la misma una vez al día con agua y jabón. La estancia en UCI, la intubación prolongada o los accesos vasculares arteriales y venosos son factores de riesgo infeccioso que pueden facilitar la contaminación de la herida. El enrojecimiento de la misma y la supuración deben ser vigiladas estrechamente y tratadas de forma adecuada mediante cultivo, tratamiento antibiótico y curas de la herida por turnos (hasta tres veces al día) con suero salino hipertónico. Si se produce dehiscencia de la herida hay que valorar la aplicación de terapia de presión negativa VAC, dejar que cicatrice por segunda intención (desde planos más profundos a plano superficial), o bien limpieza y resutura de la herida en función de la extensión de la dehiscencia. Si hay exposición del cierre metálico esternal, hay que recurrir a la cobertura del defecto cutáneo con matrices dérmicas o colgajos musculares (excepcional).

La evaluación de la cicatrización, una vez que la epitelización ha sido completa, comienza a las dos semanas de la misma. Antes de proceder a hacer nada sobre la cicatriz, hay que asegurarse de que no hay infección y de que no exude.Si la

cicatriz muestra signos de relieve o elevación hay que iniciar de forma inmediata la aplicación de apósitos de silicona durante 20 horas al día y descansando 4. Se recorta un parche con la extensión necesaria para cubrir la herida y se pega directamente a la piel. Este tratamiento debe prolongarse durante 2-3 meses, y en pacientes con antecedentes de esternotomía previa, puede establecerse de forma preventiva aun sin signos de relieve.Los procedimientos con apósitos de silicona son eficaces en los casos más leves de cicatrización patológica. Si a pesar del tratamiento con silicona tópica se observa hipertrofia de la herida, hay que aplicar presoterapia sobre la cicatriz antes de que aumente de tamaño y haga su evolución más agresiva.La presoterapia consiste en aplicar mallas o prendas elásticas conformadas a medida para presionar la cicatriz hipertrófica o queloidea. El mayor inconveniente de la presoterapia es la intolerancia por parte del paciente y la dificultad de comprimir adecuadamente el área pre-esternal. Además, es imprescindible una presión constante durante al menos tres meses. También se puede recurrir al láser fraccional.La protección solar completa es recomendable en los 3-4 primeros meses de cicatrización. Posteriormente, la cicatriz debe protegerse de la misma forma que el resto del cuerpo.En los pacientes que van a necesitar procedimientos quirúrgicos reiterados,la revisión de la cicatriz solo deben realizarse después de la última intervención.

Si a pesar de todos los cuidados y precauciones, la cicatriz resultante al año de intervención es significativamente hipertrófica, habría que considerar qué factores ajenos a la herida, incluyendo una susceptibilidad individual endógena,han participado en el proceso. Esta cicatrización anómala consiste en un aumento del espesor de la propia cicatriz con enrojecimiento y, a menudo, pequeñas arañas vasculares, acompañado de picor y a veces incluso dolor. El grado extremo de este proceso es el denominado queloide,en el que la sobreelevación rebasa los márgenes de la propia cicatriz y se extiende hacia la piel normal. Las cicatrices hipertróficas y queloideas son más frecuentes en niños y en la región de los hombros y área pre-esternal.

Recomendaciones dietéticas: Se debe tomar una dieta cardiosaludable baja en sal y grasas. No se debe tomar bebidas alcohólicas en un plazo de al menos dos meses después de la cirugía ni bebidas cafeinadas (cuidado con el café y el té).Al principio se tendrá poco apetito, por lo que es mejor hacer comidas poco copiosas más a menudo.El tabaco está totalmente prohibido.Si se toma alguna dieta especial por padecer alguna enfermedad (diabetes, nefropatía…) se seguirán las indicaciones dietéticas fijadas previa a la cirugía además las recomendaciones anteriores.Aumentar la ingesta de fruta rica en vitamina C y de alimentos ricos en

proteínas preferiblemente pescado a carne que favorecerá la cicatrización de las heridas.Aumentar la ingesta de fibra y agua para evitar estreñimiento. Fisioterapia respiratoria,realizar los ejercicios respiratorios que se han enseñado durante la hospitalización en el domicilio, para evitar el acúmulo de secreciones, mucosidades y flemas que favorecen la aparición de infecciones respiratorias (Inspiron incentivado Clapping)recordar no hacerlo después de las comidas. Si al realizar los ejercicios se produce tos, sujetarse el pecho para disminuir el dolor y no forzar la zona quirúrgica.No reprimir el impulso de la tos , es un mecanismo defensivo del organismo, pero recordar sujetarse el pecho. Evitar tumbarse en la cama durante el día, es mejor estar sentado. Debe evitarse la actividad física en las dos horas siguientes a una comida principal.El ejercicio y la vuelta a la vida anterior a la cirugía debe hacerse gradualmente, aproximadamente en dos meses (6-8 semanas).Se recomienda ejercicio gradual en llano, evitando subir cuestas y escaleras durante el postoperatorio inmediato.Para cualquier tipo de actividad si se nota fatiga, mareos o dolor de pecho tomar un descanso hasta la mejoría de los síntomas . Si no mejoran en 20 minutos, contactar con el médico.No se recomienda conducir en los dos meses siguientes a la intervención.Se pueden reanudar las relaciones sexuales en dos meses, de manera lenta y progresiva según apetencia y sin hacer demasiados esfuerzos.Caminar es el ejercicio recomendado durante el postoperatorio inmediato , hacerlo intentando aumentar gradualmente el tiempo dedicado a esta actividad hasta lograr 30 minutos diarios aproximadamente de acuerdo a las condiciones físicas previas. Evitar los deportes de contacto.POSTURAS: Moverse con cuidado para proteger el esternón, sin apoyar las manos y los codos para incorporarse,levantarse y acostarse tal y como se indicó durante la estancia en planta.Si se trata de una mujer se recomienda el uso del sujetador, de día y de noche.No se debe levantar, cargar ni empujar pesos, ni fregar durante dos meses.Se debe dormir boca arriba (dos meses) con el cabecero elevado en 30 grados, facilitará la respiración y la expulsión de secreciones.

Aseo y curas diarias.Es mejor la ducha que el baño, si se producen mareos con facilidad sentarse en un taburete.Observar la herida a diario, si aparece enrojecimiento , supuración o inflamación consultar con la enfermera del centro de salud.Primero se lavan las heridas utilizando para ello una esponja distinta a la del resto del cuerpo.Luego se seca con una toalla limpia, aplicando presión, no frotando y se aplica povidona yodada con una gasa estéril a lo largo de la herida de arriba hacia abajo.La herida quedará al aire en contacto con ropa de algodón, que se debe cambiar a diario. Evitar contacto directo con tejidos sintéticos ni con la faja.Si existe exudado en alguna zona de la herida, se tapará esa zona con una gasa o apósito. La retirada de puntos y grapas se realizará en el centro de aten-

ción primaria alrededor de los 10-14 días desde la intervención quirúrgica.Trás la retirada de las grapas se recomienda aplicar regenerador de la piel. Importante la higiene bucal escrupulosa para evitar infecciones bucales que pueden desencadenar endocarditis bacterianas. Otros consejos.Evitar la exposición solar directamente sobre las heridas durante el primer año.Si existe exposición aplicar protección solar con pantalla total.Es aconsejable mantener las piernas elevadas cuando esté sentado/a. Evitar los cambios bruscos de temperatura.Se medirá la temperatura por la tarde durante dos semanas y si se tiene 38º C o más y/o tiritona,consultar. Pesar y tomar la tensión diariamente a la misma hora y anotar la diuresis total hasta la revisión programada por CCV.Si se toma Sintrom, leer las instrucciones de enfermería del informe de alta.En caso de dolor, además de la prescripción médica, seguir las recomendaciones dadas por su enfermera/o durante la hospitalización.CONSULTAR SI: Pulso con frecuencia superior a 150 latidos por minuto,con sensación de falta de aire.Fatiga y dificultad en respirar que no se alivia con reposo,angina similar a la sentida antes de la cirugía,escalofríos o fiebre superior a 38º C que ocurre dos veces en 24 horas.pérdida súbita de fuerza o sensación en piernas y brazos,dolor de cabeza muy severo que ocurre de forma súbita,mareos,sangre en las heces , heces oscuras (excepto si se está tomando hierro),dolor de punzada en el pecho al respirar profundo,problemas menores y frecuentes que remiten progresivamente: Falta de apetito,dificultad para dormir, por dolor o posturas forzadas,cansancio, fatiga y mareos al levantarse o cambiar de postura,adormecimiento o excesiva sensibilidad al tacto cerca de las cicatrices,hinchazón en los pies, sobre todo por la tarde,estreñimiento,sentimiento de desánimo, depresión o sensación de angustia sin razón aparente, son debidas a la hospitalización y el estrés físico y emocional después de la intervención. Es una reacción normal y generalmente pasajera.Las personas de mayor edad, en los primeros días, pueden presentar confusión y desorientación, sobre todo por la noche, se recomienda dejar una luz encendida cerca de la habitación que favorece la adaptación a la nueva situación y permite reubicar al paciente con mayor facilidad.

Incidencia de mediastinitis postquirúrgica baja de entre un 0,3 a un 3% asociada sin embargo a una tasa de mortalidad de entre un 10 y un 40% por las graves infecciones contraídas en el período de convalecencia.Aún incidiendo severa y escrupulosamente en los cuidados médicos y auxiliares y de ser controlados con profilaxis antibiótica,quizá por el estado inmunodeprimido de los pacientes o patologías adyacentes que influyen en el proceso de curación,estas infecciones permanecen en la cronológica sanitaria ,aunque cada vez la prevalencia es más baja en los índices de mortalidad.Las cifras españolas de pacientes instados para

cirugía cardíaca son de entre un 2,2% y un 7,22% e in crecendo si los hábitos de vida saludable no son instaurados en el conocimiento de la población a través de la promoción de la salud desde los servicios de atención primaria.Abordaje auxiliar y enfermero con implementación de los protocolos postquirúrgicos.

5 Discusión-Conclusión

Las recomendaciones de enfermería y los cuidados auxiliares son muy relevantes en el proceso de curación de este tipo de pacientes ya que sus prácticas de desarrollo evitan infecciones y complicaciones y aseguran una praxis escrupulosa,y las pautas de seguimiento de la herida quirúrgica son esenciales para una pronta recuperación del paciente en el proceso de secado de la zona comprometida y susceptible de infecciones. También es muy importante la labor auxiliar fuera del ámbito hospitalario en cuanto a una buena promoción de la salud y prevención de enfermedades para evitar este tipo de complicaciones causantes a día de hoy de muchas complicaciones de la salud.

6 Bibliografía

-Sternal wound complications after isolated coronary artery bypass grafting: early and late mortality, morbidity and cost of care. Ann Thorac Surg 1990
-Major sternal wound infection after open heart surgery: a multivariate analysis of the risk factors in 2579 consecutive operative procedures. Ann Thorac Surg 1987
-Mini-T sternotomy for cardiac operations. J Thorac Cardiovasc Surg 1997
-https://www.unidad de cardipatías congénitas.es
- Incision minimal-access valve operations.Ann Thorac Surg 1998.

Capítulo 879

LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS.PRAXIS.

LETICIA MARTINEZ PEREZ

1 Introducción

Los pacientes con más riesgo de sufrir una úlcera por decúbito son aquellos que se encuentran ingresados durante largos períodos de convalecencia. Estos precisan estar encamados y con escasa o nula movilidad por su patología o también por la afluencia de demencias que muchos de ellos padecen. También son candidatos los pacientes con obesidad y aquellos pacientes incontinentes que continuamente tienen un ambiente húmedo por sus continuas micciones. De ahí la necesidad de implementar los cambios posturales a los pacientes inmovilizados o con problemas de movilidad considerable.

Los cambios posturales son aquellos que se deben de realizar a aquellos pacientes que por sus patologías de carácter intrínseco o por otras causas ajenas a ellos se encuentran inmovilizados por largos periodos de tiempo y con riesgo de que se produzcan lesiones en los tejidos presionados de graves consecuencias para su salud. Los profesionales que se encargan de estos cuidados son los auxiliares de enfermería.En las unidades de hospitalización, tanto en turno de día como de noche la auxiliar asiste toda clase de asistencia sobre el paciente que requiera cualquier tipo de movimiento.

Por eso debe de conocer todas las posiciones y pautas de actuación sobre los pacientes, incluida también la movilización de aquellos que tienen pautados por el facultativo cambios de cama a sillón o traslado a rehabilitación o pruebas de

radiodiagnóstico. Por este motivo, están formados también en el uso de la aparatología empleada para ello. El mayor y más difícil problema de solucionar de la inmovilidad sería el daño colateral de una escara, que es una lesión o hinchazón producida por la presión prolongada en cualquier parte del cuerpo, generalmente afectan a partes sobre áreas con hueso y escaso tejido subcutáneo.

El mayor y más difícil problema de solucionar de la inmovilidad sería el daño colateral de una escara. Estos cambios consisten en modificar la postura corporal de los pacientes encamados y son de varios tipos: DLD, DLI, DS, DP. Todos estos cambios realizados convenientemente evitan la aparición de escaras por decúbito.

2 Objetivos

- Evaluar la intervención del auxiliar en los cambios posturales y la importancia de éstos en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Los descriptores introducidos en la búsqueda fueron :úlcera necrosa, cambios posturales, aparatología de movilización, ayudas técnicas, con operador boléano y AND. Los criterios de inclusión fueron: textos españoles desde 1996. Como criterios de exclusión se estableció: pacientes desconectados con evidencia de escasas horas de vida.Identificación de documentos en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud: Medline, Cinhal, Scielo, COCHRANE y Cuiden.

4 Resultados

Para reducir el riesgo del individuo de desarrollar Úlceras por Presión (UPP), es importante reducir el tiempo y la cantidad de presión a los que está expuesto y además mantener ciertos cuidados:
- Aseo general cada 24 horas y parcial cuando se precise. Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca. Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.

- Examinar el estado de la piel a diario, (durante el aseo, cambios posturales, etc.) buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o induraciones.
- Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración, lesiones)
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol, Linovera o Mepentol) o emulsión cutánea suavizante (Epaderm) , procurando su completa absorción con un masaje suave.
- Valore la posibilidad de utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de úlceras por presión, cuya piel esté intacta.
- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los trocánteres, proteger las prominencias óseas aplicando un apósito hidrocoloide, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras con velcro.

1. Exceso de Humedad:
Objetivo: Evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas.

Cuidados del paciente: sondaje vesical si es necesario, colocar pañales absorbentes o colectores. Para prevenir el deterioro de la piel de la persona incontinente, es fundamental, en el caso de uso de absorbentes, que éste sea:
- Transpirable para que ayude a mantener un microclima de la piel adecuado, para prevenir el deterioro de la misma.
- Que la capa que está en contacto con la piel esté siempre seca, para lo que el absorbente debe tener un bajo retorno de humedad, es decir, que la humedad que entra en el absorbente no retroceda para que la piel del paciente esté lo más seca posible. (Ver sección de Lesiones por Humedad).
• Asear al paciente lo antes posible en caso de incontinencia para evitar maceraciones de la piel.
• Reeducar en lo posible los esfínteres.
• En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar productos bar

2. Movilización:

Objetivo: Aliviar la presión sobre las áreas de riesgo (prominencias óseas).

Cuidados:
-Realizar cambios posturales. Todo paciente detectado como de riesgo debe ser cambiado de posición si no hay contraindicación por su patología de base. El periodo de tiempo entre cada cambio no debe exceder generalmente de dos horas y deberá estar definido en el plan de cuidados o historia del paciente. Los pacientes, en los que sea posible, deberán ser educados para cambiar de posición ellos mismos.En general se darán cambios posturales cada 2-3 horas (al menos dos por turno) a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho, y registrando la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados (ver posiciones terapéuticas y colocación de almohadas).
- Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
- En pacientes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre si usando almohadas.
- Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
- En decúbito lateral, no sobrepasar los 30 grados.
- Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
- Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones de aire (pacientes de peso inferior a 75 kg.), cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Sólo es un material complementario no sustituye a la movilización.

Posiciones terapéuticas para los cambios posturales. Decúbito supino,las almohadas se colocarán:
- Una debajo de la cabeza.
- Una debajo de la cintura.
- Una debajo de los muslos.
- Una debajo de las piernas.
- Una apoyando la planta del pie.
- Dos debajo de los brazos (opcional).
- Deberán quedarse libres de presión:Talones, glúteos, zona sacro-coxígea, escápulas y codos.

Precauciones:
- Las piernas deberán quedar ligeramente separadas.
- Los pies y manos deben conservar una posición funcional.
- Evitar la rotación del trocánter.

Decúbito lateral, las almohadas se colocarán:
- Una debajo de la cabeza.
- Una apoyando la espalda.
- Una entre las piernas.

Precauciones:
La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45 60°.
Las piernas quedarán en ligera flexión.
Los pies formando ángulo recto con la pierna.
Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30º.
En pacientes que pueden realizar algún movimiento en la cama se deberá animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.
Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

Sentado, las almohadas se colocarán:
-Región cervical.
-Región lumbo-sacra.
Precauciones:

Es importante que estén sentados correctamente manteniendo el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- No utilizar roscos de caucho o flotadores.
- Los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
- Evitar la hiperflexión cervical, la cifosis lumbar, la compresión de los huecos poplíteos que impide un correcto retorno venoso, el pie equino y el estrangulamiento de la sonda urinaria bajo la piel.

3. Superficies especiales de apoyo o de manejo de presión:
Las superficies especiales son aquellas diseñadas específicamente para el manejo de la presión, reduciéndola o aliviándola, incluyen camas, colchones, colchonetas y cojines de asiento.

4. Nutrición e Hidratación:

Es necesario asegurar un estado de nutrición e hidratación adecuados, ya que la desnutrición/deshidratación son considerados por diversos estudios como factores de riesgo de formación de úlcera por presión. El aporte para un estado nutricional adecuado deber ser: calórico (30-35 Kcl / Kgr), proteico (1-1,25 gr / Kgr) y de vitaminas y minerales.

Los pacientes en riesgo de desarrollo de UPP o que ya la presentan requieren de una dieta hiperproteica y el aporta de nutrientes que faciliten la cicatrización. La incidencia de escaras por decúbito constituye uno de los indicadores del nivel de cuidados instaurados en un hospital habiéndose registrado en 2013 una prevalencia del 0,44% en atención primaria entre mayores de 65 años y del 8,51% en atención domiciliaria y de un 7,87% en adultos en hospitales, de un 3,36% en unidades de pediatría y de un 13,41% en centros geriátricos. La prevalencia es aún mayor en UCI con un 18%. El uso de apósitos preventivos reduce la tasa de úlceras por presión en un 71%.

5 Discusión-Conclusión

La adecuada valoración global de la clínica del paciente permitirá identificar los riesgos y ventajas del tratamiento a establecer y los cuidados específicos para minimizar lesiones y optimizar el esfuerzo terapeútico del equipo mulitidisciplinar y de los familiares.

Tener en cuenta la etimología de la úlcera lleva a una mejor elección del tratamiento reparador a indicar por los facultativos y a un programa establecido individual para cada tipo de paciente y lesión.

6 Bibliografía

- Landis E. Micro-injection studies of capillary blood pressure in human skin. Heart.Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.
- Guía de cuidados enfermeros del INSALUD. (Madrid 1996).
- European pressure Ulcers Advisory Panel: Directrices sobre la prevención de úlceras por presión del
Grupo Europeo de Úlceras por presión. Gerokomos.1999.

- Best Practice. Pressure Sores. Part 1: Prevention of Pressure Related Damage. The Joanna Briggs Instituted for Evidence Based nursing and Midwifery. 1997.
- Rodríguez M. et al. Cuidados de Enfermería al paciente con upp. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004.
- Rodríguez Piñero M. Epidemiología,repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras .

Capítulo 880

ESPUTOS: RECOGIDA DE MUESTRA POR PARTE DE LA TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA

PETRA GIL CARMONA

1 Introducción

Los esputo son mucosidades u otro tipo de sustancias procedentes de las vías respiratorias inferiores que se expulsan al exterior gracias al acto reflejo de la tos.

2 Objetivos

Determinar como se realiza el diagnóstico , como se toma la muestra e información al paciente

3 Metodología

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

4 Resultados

La muestra de esputo debe ser recogida de la secreción traqueobranquial. Es aconsejable tomar la muestra a primera hora de la mañana debido a que hay mayor número de secreciones acumuladas durante la noche. Se utilizará un recipiente estéril, etiquetas identificativas, guantes desechables… Se le explicará al paciente lo que se le va a hacer y se mantendrá la integridad de las muestras para garantizar la estabilidad de las propiedades biológicas. Se recogerá la muestra durante tres días consecutivos. Si el paciente está inconsciente será la técnico en cuidados de enfermería (TCAE) la encargada de recogerla. Si el paciente está inconsciente será la enfermera quien se encargue.

5 Discusión-Conclusión

El análisis de las muestras de ESPUTOS es determinar sus características con el fin de llegar a un diagnóstico exacto. La solicitud de la prueba la realizará siempre el médico teniendo en cuenta la clínica que presente el paciente.

6 Bibliografía

- Bautista, C. (1998): Residuos. Guía técnico- jurídica. Mundo Prensa, Madrid.
- García Garcia- Saavedra. M J y Vicente García J. C (2002): Higiene del medio hospitalario. Editorial Internacional Thomson Publishing.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 881

TCAE Y EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

MONTSERRAT GONZÁLEZ IGLESIAS

NOEMI VILLARES MARTIN

MARÍA BELEN CODINA GONZÁLEZ

ROSARIO MUÑIZ ESTRADA

DELIA MIRANDA MESA

1 Introducción

El dolor tiene múltiples definiciones y formas, pudiendo concluir (según la IASP) que es una experiencia, sensorial o emocional, que se percibe como desagradable por la persona que lo padece y cuyas causas pueden ser múltiples. Es uno de los signos y síntomas más habitualmente asociados con el cáncer, siendo sus características diferentes al dolor percibido por aquellos pacientes no oncológicos (Swarm et al., 2019).

Se encuentra que el dolor es una de las variables que más afecta a la autonomía, independencia y, en definitiva, calidad de vida del paciente oncológico. El dolor, que se encuentra presente en todas las fases de la enfermedad, suele ir asociado a grandes niveles de sufrimiento, tanto a nivel físico como emocional. Así, el dolor influye en múltiples dimensiones, incluyendo las motivaciones, autoestima o relaciones sociales (Yera, López y Garrido, 2017).

Por todo lo anterior, el dolor debe ser abordado insistentemente desde los estamentos de salud, pues supone una problemática de salud pública a nivel mundial que incide, de forma directa, sobre la supervivencia del paciente. La perspectiva de dicho abordaje, además, debe ser integral y debe contemplar múltiples aspectos.

Asimismo, los profesionales que se encarguen de trabajar de manera directa en el control del dolor junto al paciente oncológico, deben presentar unas características personales concretas, fundamentadas en la empatía, honestidad y respeto (Cruz, 2019). En este sentido, el personal de enfermería y TCAE son las figuras que más en contacto permanecen con el paciente, de modo que sus funciones, y la manera en que las desempeñen, será clave en la forma en que el paciente aborde su enfermedad en todas sus etapas (Ximena León, Santa Cruz, Martínez Rojas e Ibatá Bernal, 2019).

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es describir qué características tiene el dolor oncológico y como este debe ser abordado. Por otro lado, las funciones del TCAE a este respecto también son identificadas y descritas.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2020 y combinando los siguientes descriptores: cáncer, dolor, paciente oncológico, control, manejo, TCAE, auxiliar, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 40 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 21 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 19 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 8 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 11.

4 Resultados

Tras analizar los estudios hallados, se detecta que el paciente con dolor oncológico debe disfrutar de unos derechos que han de ser asistidos de forma apropiada. Entre otros, el ser atendido con rapidez y respeto; ser informado de forma clara y comprensible de todos los procedimientos que se vayan a realizar y sus consecuencias, teniendo en cuenta su opinión al respecto; realizar un seguimiento continuado de cara a actualizaciones periódicas de medicación y tratamiento. En conclusión, deben ser respetados los cuatro principios bioéticos básicos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Relacionado con lo anterior, se encuentra que proporcionar una información inadecuada o incompleta acerca de todos los pormenores de la enfermedad, el dolor asociado y su tratamiento, se encuentra relacionado de forma muy significativa con el incremento del sufrimiento, negacionismo y actitudes derrotistas, así como con abandonos de tratamientos médicos.

El dolor debe ser abordado como algo multidimensional y difuso, requiriendo la intervención de personal de distintas áreas. Cada uno de estos profesionales intervendrá sobre el problema desde una dimensión diferenciada, lo que ayudará a tratar al paciente de forma integral. Por ello, la asistencia a este paciente pasará por satisfacer no solo las necesidades físicas, sino también las psicosociales o espirituales.

En relación al manejo del dolor propiamente dicho, el tratamiento principal pasa por un abordaje farmacológico. Sin embargo, sus múltiples vertientes provocan que pueda intervenirse desde otras áreas, tal y como se ha mencionado previamente. En este sentido, acerca del dolor oncológico debe comprenderse, que:
• El control del dolor se asocia de forma significativa a la supervivencia.
• El manejo del dolor tiene como finalidad última mejorar la calidad de vida y fomentar la autonomía del paciente.
• El dolor no siempre se percibe de la misma manera, pudiendo variar significativamente de una persona a otra.
• Deben ser tenidas en cuenta las sensaciones del paciente al respecto.
• Será esencial actuar en un marco educativo, formando al paciente y su entorno más cercano acerca del dolor y su manejo.
• Involucrar al paciente en todo este proceso apoyará a que se sienta parte activa del mismo.

En relación a la figura del TCAE, tras analizar los artículos seleccionados, se

encuentra que sus funciones en la intervención con pacientes oncológicos, son las siguientes:
• Ser una pieza fundamental en el engranaje multidisciplinar que atiende las necesidades del paciente, brindando apoyo emocional tanto a la persona como a su familia.
• Apoyar al personal de enfermería en los cuidados personalizados que deban realizarse, ya sean derivados de operaciones quirúrgicas, postratamiento de quimioterapia y radioterapia, etc.
• Enseñar autocuidados que el paciente pueda aplicar en su hogar.
• Informar a la persona, en todo momento, de las técnicas que se le van a realizar y explicar en qué consisten, así como sus riesgos y consecuencias, para que el paciente tenga una visión global y realista del proceso.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el dolor oncológico afecta a diversas dimensiones, y no solo a la física. Por ello, un abordaje multidisciplinar será fundamental en el caso que nos ocupa, debiendo incluir la terapia psicológica como factor a tener en cuenta. Este tipo de intervenciones, dirigidas al control del dolor a nivel cognitivo, se han avalado de manera continuada durante los últimos años.

Por otro lado, las necesidades específicas del paciente también han de ser atendidas, entre otras las espirituales. Aceptar las negativas, en caso de que la persona decida rechazar los tratamientos ofrecidos, también será clave.
Una información y educación adecuada al entorno del paciente oncológico ayudará a que el dolor se pueda manejar de una manera equilibrada en todos los ámbitos de su vida, y no solo en el ámbito hospitalario.

Para acabar, se encuentra que el manejo del dolor en el paciente oncológico no debe limitarse a pocas sesiones. Darle continuidad al aspecto emocional, psicológico y psicosocial, será esencial para que el control del dolor se produzca en todas las fases de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Cruz, M. D. (2019). Consideraciones éticas para el cuidado de pacientes con dolor por cáncer en la comunidad. Revista Cubana de Medicina General Integral, 35(4).

2. González-Escalada, J. R., Camba, A., Casas, A., Gascón, P., Herruzo, I., Núñez-Olarte, J. M., ... & Torres, L. M. (2011). Código de buena práctica para el control del dolor oncológico. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 18(2), 98-117.
3. Khosravi Shahi, P., Castillo Rueda, A. D., & Pérez Manga, G. (2007, November). Manejo del dolor oncológico. In Anales de medicina interna (Vol. 24, No. 11, pp. 554-557). Arán Ediciones, SL.
4. Píriz Álvarez, G., Estragó, V., Pattarino, C., & Sandar, T. (2004). Dolor oncológico: un problema no resuelto. Revista Médica del Uruguay, 20(1), 32-43.
5. Porta, J., Gómez-Batiste, X., & Tuca, A. (2004). Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Aran SL. Madrid.
6. Puebla Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: Dolor iatrogénico. Oncología (Barcelona), 28(3), 33-37.
7. Swarm, R. A., Paice, J. A., Anghelescu, D. L., Are, M., Bruce, J. Y., Buga, S., ... & Greenlee, H. (2019). Adult cancer pain, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 17(8), 977-1007.
8. Ximena León, M., Santa Cruz, J. G., Martínez Rojas, S., & Ibatá Bernal, L. (2019). Recomendaciones basadas en evidencias para el manejo del dolor oncológico. Rev Mex Anestesiología, 42(1).
9. Yera, J. L., López, S. I., & Garrido, B. B. (2017). Dolor en el paciente oncológico. Yera JL. Temas de medina del dolor. La Habana: Ciencias Médicas, 120-140.

Capítulo 882

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

JOSÉ ALFREDO TAMARGO

1 Introducción

En la actualidad se ha ido abandonando la tradición de permitir a la persona próxima a su deceso a llevarlo a cabo en su domicilio y rodeada de sus seres queridos y en un ámbito privado.Cada vez son mas los casos de personas que son enviados a los hospitales a terminar sus días rodeados de personas desconocidas para ellos lo que aumenta su sensación de abandono y con ello su sufrimiento.Precisamente por eso nosotros como personal sanitario podemos aliviar ese sufrimiento y esa sensación de abandono llevando a cavo unos cuidados paliativos de calidad.

2 Objetivos

Nuestro objetivo sera analizar los diferentes tratamientos y técnicas de enfermería para el tratamiento del dolor y contrastar su eficacia para que nos ayuden a paliar el sufrimiento y tratar de dar mayor calidad asistencial y ser capaces de identificar que factores contribuyen fisica y psicologicamente a ayudar tanto al paciente como a sus familiares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Diferentes estudios en hospitales y residencias de la comunidad de Asturias demuestran que los tratamientos farmacologicos a base de analgesicos dependiendo de la intensidad del dolor y la necesidad del paciente son sin lugar a dudas el mejor arma que tiene el personal de enfermería para paliar el sufrimiento.Ademas también determinadas movilizaciones y una correcta hidratación y aseo del cuerpo ayudan en gran manera a aliviar el sufrimiento.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión ,se determina que los cuidados paliativos suponen un alivio tanto físico como espiritual y psicológicos tanto para el paciente como para los familiares que les ayudara a sobrellevar la situación y orientarlos a llevar la situación durante la enfermedad o la agonia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 883

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

JOSÉ ALFREDO TAMARGO

1 Introducción

La fractura de cadera La fractura de cadera es una ruptura del fémur en su articulación con la cadera, tiene forma de bola y una cavidad por donde se une con la pelvis. Es una fractura muy seria y requiere intervención inmediata. Es un tipo de lesión muy relacionada con la edad y la osteoporosis y es más habitual en mujeres que en hombres, debido a que son más propensas a padecerla. Las fracturas de caderas nos mantendrá inmovilizados mucho tiempo, por eso es importante realizar las movilizaciones de forma efectiva y correcta.

2 Objetivos

Nuestro objetivo principal será asegurar y determinar cuáles son las movilizaciones de pacientes, con fractura o prótesis, que se realicen de manera adecuada para evitar complicaciones relacionadas con su patología y minimizar las molestias o dolor que puede producir dicha movilización.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Concretamos que el conocimiento de técnicas y posturas por parte del personal encargado de realizarlas evita claramente las posibles complicaciones y además minimiza las molestias al paciente al trasladarle tanto de la camilla a la cama en del ingreso como cuando comenzamos a levantarle de la cama al sillón después de la intervención o posteriormente cuando comienza a realizar nuevamente la deambulación.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de este tipo de fracturas por parte del personal encargado de llevar a cavo y la correcta movilización mejora ostensiblemente en el bienestar del paciente y evita la posible aparición de complicaciones.

6 Bibliografía

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

Capítulo 884

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL

ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ

ISABEL RAMOS PALEO

1 Introducción

Son los cuidados que se le dan a pacientes en fases terminales, tradicionalmente se ha identificado al paciente terminal con el enfermo neoclásico. Así es , por desgracia en muchos casos.Estos pacientes tienen una enfermedad avanzada progresiva e incurable, falta de posibilidad razonable de respuesta a tratamiento específico, presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes, gran impacto emocional para el paciente-familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no de la muerte pronosticó de vida limitado.

A la hora de enfrentarnos a un enfermo terminal debemos de tener en cuenta unos pilares fundamentales: comunicación eficaz con el enfermo, control de los síntomas y apoyo a la familia. Los últimos días de nuestros pacientes, amigos o familiares, no serán todo lo buenos que podrían ser si olvidamos alguna de las tres bases fundamentales que definen la filosofía de los cuidados paliativos.No debemos olvidar escuchar su historia, sus deseos, sus miedos.

No debemos olvidar acompañar al enfermo y su familia en su soledad, en su dolor. No debemos olvidar tratar correctamente esos síntomas que tanto condicionan la vida del enfermo terminal, en cualquier caso, ningún enfermo terminal debería sentirse sólo, desinformado o incorrectamente tratado.

2 Objetivos

- Lograr el control de los síntomas, para conseguir una mejora del estado de la persona. Es un intento de paliar las complicaciones que produce la enfermedad, actuando directamente sobre estas aunque la causa no este controlada.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Elsevier, Medline plus, Mayo Clínic y Mac Graw hill.

Capítulo 885

APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

MARIA JOSE PEREZ PEREZ

MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA

LORETO DE PAZ MASCIAS

ROSA CRISTINA PEREZ ALVAREZ

1 Introducción

La Entrevista Motivacional es un procedimiento clínico directivo, centrado en el paciente, que trata de ampliar su motivación intrínseca para el cambio, ayudando al paciente a explorar y resolver sus dificultades para alcanzar niveles óptimos de salud. Por ello, puede ser una herramienta útil y costo-efectiva en el abordaje de enfermedades en las consultas de Atención Primaria.

2 Objetivos

- Entender los principios, características y procesos de la Entrevista Motivacional.

- Conocer la utilidad de la Entrevista Motivacional en las consultas de Atención Primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

- La Entrevista Motivacional se basa en el estilo colaborativo humanista, evocativo y en la autonomía del paciente. Pone adecuado énfasis en el establecimiento de la relación, la fijación de finalidad y el establecimiento de un plan de acción.

- Ha probado ser valioso en la promoción de hábitos saludables relacionados con el ejercicio, dieta saludable o control de peso, en la adherencia terapéutica o en la reducción de múltiples comportamientos dañosos como el abuso de sustancias.

- Se puede emplear sola o combinada con otro tipo de intervenciones, en consulta física, telefónica o en grupo.

- Las fases que conforman la Entrevista Motivacional son distribuir la agenda con el paciente, intercambiar información y consentir que el paciente la interprete, escucharle activamente, resumir la entrevista y cuestionar ofreciendo seguimiento.

- A pesar de ello, es imprescindible más estudios de calidad metodológica adecuada, ya que los resultados reflejan dudas en la comparación con otros tratamientos.

5 Discusión-Conclusión

La Entrevista Motivacional es un procedimiento que puede ayudar a que el paciente se implique en el autocuidado de sus procesos de salud. Ello requiere que el profesional sanitario de Atención Primaria esté adecuadamente entrenado en aspectos relacionales y motivacionales básicos.

6 Bibliografía

- http://formacioncontinua.uam.es/37585/detail/aplicando-la-entrevista-motivacional-a-problemas-de-salud_-una-herramienta-util-en-los-tratamientos.htm
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 886

LA HIGIENE DE MANOS

MARTA AMALIA MÉNDEZ GARCÍA

INMACULADA SUAREZ SIERRA

SARA DELGADO RODRIGUEZ

PATRICIA FERRERA FERNÁNDEZ

ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

Las infecciones asociadas con la atención de la salud afectan anualmente a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Las infecciones agravan las enfermedades, prolongan el tiempo de internación, inducen discapacidad a largo plazo, aumentan los costos a los pacientes y sus familias, incrementan el gasto financiero adicional al sistema de salud y con frecuencia producen, de manera significativa, la trágica pérdida de vidas.

Debido a su misma naturaleza, las infecciones son causadas por diferentes factores que se relacionan con los sistemas y procesos de atención de salud como así también con el comportamiento humano condicionado por la educación, los límites económicos y políticos de los sistemas y países, y con frecuencia por normas y creencias de la sociedad. Sin embargo, la mayoría de las infecciones se pueden prevenir.

La higiene de manos es la medida primaria para reducir infecciones. Quizás una

acción simple, pero la falta de cumplimiento de la misma por parte de los profesionales de la salud es un problema mundial.
Se entiende por higiene de manos un procedimiento cuyo objetivo es reducir el número de microorganismos que hay en la piel de las manos. Cuando el procedimiento se realiza con agua y jabón lo llamamos lavado de manos. Cuando se realiza con un preparado de base alcohólica o con un jabón antiséptico lo denominamos desinfección de las manos.

Las infecciones se pueden transmitir de múltiples maneras, pero la vía más frecuente de transmisión de estas es por contacto a través de las manos de los profesionales sanitarios, de ahí la importancia de una buena higiene de manos.

La higiene de las manos es la medida más barata sencilla y eficaz para prevenir la infección asociada a la asistencia sanitaria y la transmisión cruzada de organismos multirresistentes.Se debe hacer siempre antes y después de estar en contacto con una persona que precisa atención en cualquier punto del sistema sanitario. Además la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se realice: siempre antes de realizar una técnica aséptica. Siempre después de que haya existido posibilidad de contacto con fluidos corporales. Siempre después del contacto con el entorno del paciente.

Los objetivos de la higiene de manos son:
- Evitar la transmisión de infecciones por contacto a través de los profesionales sanitarios.
- Proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene el profesional sanitario en las manos.
- Proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
- Protegerse y proteger el entorno de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

Procedimiento:
Lavado de manos, duración del procedimiento 40-60 segundos.
• Mojarse las manos-
• Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.
• Frotar las palmas de las manos entre sí.
• Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
• Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.

• Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta y agarrándose los dedos.
• Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
• Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
• Enjuagar las manos con agua.
• Secar con una toalla desechable.
• Coger otra toalla para cerrar el grifo.
• En este punto las manos ya son seguras.

Procedimiento:
Desinfección de manos, duración del procedimiento 20-30 segundos.
• Depositar en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies.
• Frotar las palmas de las manos entre sí.
• Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
• Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
• Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
• Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
• Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
• Una vez secas, las manos son seguras.

Históricamente está comprobado que una buena higiene de manos es muy importante en la prevención y transmisión de infecciones. Los instrumentos necesarios para lograr mejorar la higiene de manos son la educación y motivación del personal sanitario, liderazgo y disponibilidad de guías clínicas claras y fáciles de seguir, apoyo administrativo, participación de los pacientes y cambios sistemáticos que garanticen la disponibilidad de productos para la higiene de manos en el punto de atención al paciente. Estos nos pueden ayudar a disminuir los factores de riesgo tanto individuales, grupales o institucionales.

La simple tarea de la higiene de manos en los momentos adecuados y de la forma correcta es una medida que todo profesional sanitario, incluido el TCAE, puede

realizar para prevenir una infección que podría causarle un daño grave al paciente o incluso derivar hasta la muerte.

Miles de personas mueren diariamente en todo el mundo a causa de infecciones contraídas mientras reciben atención sanitaria. Teniendo en cuenta que las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria, la higiene de las manos es la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

2 Objetivos

- Reducir el número de microorganismos en la piel y así prevenir infecciones.
- Minimizar la transmisión de infecciones por parte del personal sanitario, evitando que se agraven las enfermedades.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se han consultado revistas especializadas en el ámbito hospitalario, la base de datos de la OMS y otras publicaciones de la web.

4 Bibliografía

- Enfermería Global vol. 10 nº 21 Autores: Coelho, M.S. (diplomada en enfermería) ; Silva Arruda, C. (diplomada en enfermería); Faria Simöes, S.M.(profesora doctora titulada del Departamento de Fundamentos de Enfermería y Administración de la Escuela de enfermería Aurora de Afonso Costa de la Universidad Federal Fluminense. Brasil.
- Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario Ridec 2016. Autores: Simón Melchor A. (diplomada en enfermería); Simón Melchor L. (diplomada en enfermería); Naranjo Soriano G. (diplomada en enfermería): Gil Salvador R. (diplomado en enfermería); Solano Castán J. (Licenciado en farmacia); Jiménez Sesma M.L. (diplomada en enfermería).
- Indicación para la higiene de las manos OMS (base de datos).

Capítulo 887

HOSPITALIZACIONES POR SEPSIS: ESTADÍSTICA REALIZADA POR AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANDALUCÍA EN EL AÑO 2017

MARIA JOSE PEREZ PEREZ

MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA

LORETO DE PAZ MASCIAS

ROSA CRISTINA PEREZ ALVAREZ

1 Introducción

La sepsis es una infección grave y potencialmente mortal que empeora en forma muy rápida y que puede surgir de infecciones en todo el cuerpo, incluyendo infecciones en los pulmones, el abdomen y las vias urinarias. Puede aparecer antes o al mismo tiempo de infecciones oseas (osteomielitis), del sistema nervioso central (meningitis), corazón (endocarditis) u otros tejidos.

2 Objetivos

- Identificar el número de días que un paciente está ingresado por sepsis.
- Separación de la enfermedad por sexo.
- Distinción de la enfermedad por ciudad.

3 Caso clínico

Hemos estudiado la estancia media anual de hospitalización de 500 pacientes de casos detectados en el año 2017.

Córdoba, Almería, Cádiz, Granada, Huelva, Jaén, Sevilla, Málaga

- Varones 12,13 12,24 10,74 13,14 16,99 11,45 12,91 14,47.

- Mujeres 11,55 14,47 11,4 13,2 11,62 10,62 13,32 13,39.

4 Discusión-Conclusión

No hay mucha diferencia en los días de ingreso entre mujeres y hombres. La mortalidad relacionada con esta patología es elevada, aumentando su porcentaje proporcionalmente al nivel de la gravedad clínica. Con la implantación del PAI se mejora la supervivencia y la calidad de vida del paciente.

5 Bibliografía

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

Capítulo 888

TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL: RIESGOS Y TRATAMIENTOS.

MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ

RAMONA MÓNICA VLADUT

NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ

ANA MARIA BELTRAN OLMO

1 Introducción

El trastorno por consumo de alcohol es una enfermedad cuyos hábitos tienen efectos negativos, produciendo daños en la persona que la padece.

Este tipo de trastorno produce una serie de causas:
- Ansia, ya que la persona que la padece tiene una fuerte necesidad de consumir alcohol.
- Pérdida de control, no tienen la capacidad de dejar de beber.
- Estado emocional negativo, entre ellos se encuentra la irritabilidad.

2 Objetivos

- Conocer los tratamientos que existen para combatir el trastorno por consumo de alcohol.
- Identificar los riesgos que lleva el consumo excesivo de alcohol.

3 Metodología

Para poder recopilar toda la información que se ha usado en este capítulo, se ha utilizado como buscador "Google Académico".
Las fuentes que se han usado para la elaboración del trabajo son: MedlinePlus, el Instituto Nacional sobre el abuso de drogas y Mayo Clinic.

4 Resultados

En el consumo de drogas se distinguen las siguientes formas de consumo:
- Consumo experimental: situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, sin que esto suponga una continuidad en el consumo.
- Consumo ocasional: Uso intermitente de la sustancia, sin periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia.
- Consumo habitual: aparece un aumento en la frecuencia del consumo. La persona ya empieza a percibir los efectos negativos, pero se queda con los positivos.
- Consumo compulsivo: la persona necesita la sustancia y hay muy poca probabilidad de que deje de consumirla sin ayuda externa.

Los riesgos que puede producir el consumo excesivo de alcohol son:
-Mayor probabilidad de cáncer
- Enfermedades hepáticas (cirrosis, hígado graso…)
- Daños en otros órganos y en el cerebro.

Los tratamientos existentes tienen como objetivo principal detener el consumo de alcohol y así, mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen. Algunos de los tratamientos que se utilizan son:
- Desintoxicación y abstinencia. Se aplica un programa de desintoxicación y una abstinencia controlada por un médico que tiene un tiempo determinado (breve: 2 a 7 días). En algunos casos es necesario usar sedantes para prevenir los síntomas que tiene la abstinencia.
- Aprendizaje de habilidades y establecimiento de un plan de tratamiento. Suele incluir técnicas para mejorar el comportamiento, asesoramiento y atención en un centro de tratamiento
- Asesoramiento psicológico. Puede ser individual o grupal y tiene como objetivo ayudar a comprender mejor el problema con el alcohol y ofrecer un apoyo durante la recuperación. Tambien se incluye la terapia familiar o de pareja, ya que el apoyo familiar tiene un papel clave en la evolución de la persona que sufre el trastorno.

- Medicamentos orales.
- Medicamentos inyectables.
- Proporcionar un apoyo continuo para controlar las recaídas y enfrentar los cambios necesarios en el estilo de vida.
- Tratamiento de problemas psicológicos, ya que el consumo de alcohol puede aparecer ligado a problemas de salud mental.
- Programas de tratamiento residencial. Todo ello junto a unos hábitos de vida saludable, ayudará controlar las emociones y el estrés que pueden ir surgiendo a lo largo del proceso.

5 Discusión-Conclusión

El consumo excesivo y continuado de alcohol tiene como consecuencia unos efectos negativos sobre el cuerpo, aumentando la probabilidad de sufrir cáncer y otras enfermedades.

Por ello, saber qué tratamientos existen nos ayudarán a saber cuál de ellos se ajustará mejor a la situación de la persona que lo padece y con ello, mejorar su calidad de vida y disminuir progresivamente su consumo de alcohol.

6 Bibliografía

- MedlinePlus.
- Instituto Nacional sobre el abuso de drogas.
- Mayo Clinic.

Capítulo 889

LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ

ANA MARIA BELTRAN OLMO

MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ

RAMONA MÓNICA VLADUT

1 Introducción

La higiene de las manos es una medida primordial que es usada para reducir y controlar las infecciones. Para ello, existen diversas técnicas que se usan, y que dependiendo de la flora que se quiera eliminar, se elegirán unas u otras (ej.: lavado de jabón y agua para eliminar la flora transitoria, para la permanente sería el uso de antisépticos, etc).

2 Objetivos

- Concienciar sobre la importancia del procedimiento del lavado de manos en el ámbito sanitario

3 Metodología

Para la elaboración de este capitulo se han usado los buscadores de “Google Académico” y “Dialnet” para consultar diversas fuentes relacionados con el tema

escogido.
Las fuentes que se han utilizado han sido: revista RIDEC y MEDAC

4 Resultados

El lavado de manos es la acción que consiste en la frotación vigorosa de las manos que han sido enjabonadas previamente y seguidas de un aclarado abundante con agua, con el fin de evitar la trasmisión de enfermedades de una persona a otra. Existen unas normas generales que se aplican en esta acción y son:
-Las manos siempre deben estar limpias, sin joyas, con uñas cortas y sin esmalte.
-El jabón será siempre líquido y se utilizará con dispensador.
-El secado de manos se realizará con papel y no con toalla.
-Los cepillos tienen que ser estériles o bien desinfectados y secos. Sólo se utilizarán para las uñas.
-Las cremas hidratantes se podrán utilizar después de haberse lavado las manos.
-Los grifos y las pilas de lavado se han de limpiar y desinfectar regularmente.
También existen diversos tipos de lavado, entre los que se encuentran:
-Lavado higiénico: se trata de un frote breve de toda la superficie de las manos, utilizando jabón y enjuagada seguidamente con agua. Tiene como objetivo remover y eliminar la suciedad.
-Lavado clínico o antiséptico: es un frote breve como el anterior, pero con una solución antimicrobiana seguido de un enjuague con agua. Tiene como objetivo remover la suciedad, el material orgánico y disminuir la flora transitoria adquirida por contacto reciente.
-Sanitización o antisepsia de manos en seco: frote breve con una solución antiséptica a partir de alcohol y emolientes. Busca eliminar los microorganismos de la flora bacteriana transitoria, adquirida por contacto directo y disminuir la flora resistente. Siempre y cuando las manos se encuentren limpias y sin restos de material orgánico.
-Lavado quirúrgico: es un frote enérgico de toda la superficie de las manos hasta los codos con una solución antimicrobiana, seguido de enjuague con chorro de agua. Pretende eliminar la flora transitoria y disminuir la concentración de bacterias de la flora residente. Por último, existen diversas técnicas con sus respectivos procedimientos, que dependerán de lo que se quiera eliminar. Estas son:
-Antisepsia de manos en seco:
- Aplicar con el dispensador una dosis de la solución alcohólica en las manos.
- Frotarse las manos manteniéndolas húmedas durante 25-30 segundos hasta que se sequen.

-No se deben enjuagar después las manos.
-Lavado de manos higiénico y antiséptico:
-Mojar las manos y muñecas.
- Enjabonar toda la superficie, frotando especialmente espacios interdigitales, yemas y uñas durante 15-30 segundos.
- Enjuagar con agua a chorro.
- Secar con papel.
-Lavado de manos quirúrgico:
- Realizar un lavado antiséptico de un minuto que comprenda manos y antebrazos, y enjuagar sin frotarse las manos.
- Aplicar otra dosis de jabón antiséptico y frotar con cepillo estéril las uñas, seguir frotando los dedos, espacios interdigitales, palma, dorso y antebrazo durante 3 minutos.
- Enjuagar con abundante agua en sentido descendente: de manos hacia el codo.
- Aplicar una nueva dosis de jabón antiséptico y lavar las manos y antebrazos durante 1 minuto más.
- Enjuagar con agua en sentido descendente.
- Secar con gasas o compresas estériles empezando por manos y acabando en antebrazos.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de manos es la medida más importante para evitar la transmisión de enfermedades entre personas (tanto para pacientes como para profesionales), y si no se lleva a cabo, puede tener un impacto negativo importante en la salud y seguridad del paciente.

Es necesario concienciar a todo el profesional sanitario que una correcta higiene de manos contribuye a la prevención de infecciones que pueden tener consecuencias dañinas y perjudiciales en la salud de nuestros pacientes.

6 Bibliografía

- Simón Melchor A, Simón Melchor L, Naranjo Soriano G, Gil Salvador R, Solano Castán J, Jiménez Sesma ML. Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario. RIdEC 2016; 9(1):27-34
- MEDAC: Instituto Oficial de Formación Profesional.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

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

Capítulo 890

ÚLCERAS POR PRESIÓN: MEDIDAS PREVENTIVAS

NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ

ANA MARIA BELTRAN OLMO

MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ

RAMONA MÓNICA VLADUT

1 Introducción

Las úlceras por presión se forman cuando los músculos y el tejido blando son presionados contra una superficie dura. Esta presión hace que la sangre no llegue a esa zona, pudiendo ocasionar que el tejido cutáneo sometido a esa presión muera, y como consecuencia de ello, dar lugar a las úlceras de decúbito.

2 Objetivos

- Identificar las medidas preventivas para evitar la aparición de úlceras por presión.

3 Metodología

La información recopilada en este trabajo ha sido recogida de diversas guías de prevención de las úlceras de presión, utilizando como buscador principal “Google Académico”.

Las guías que se han utilizado son: “Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas” y la “Guía para la prevención, diagnostico y tratamiento de las úlceras por presión”.

4 Resultados

Se hace una clasificación de las medidas preventivas en tres grandes bloques:
- Control de los factores etiológicos: presión, cizalla, roce y fricción.

Dentro de este bloque se encuentran 4 elementos que tienen que ser usados conjuntamente para lograr efectos positivos. Estos elementos son:
• La movilización: permitir la redistribución del peso y la presión.
• Los cambios posturales: reducen la duración y la magnitud de la presión que se ejerce en las zonas más vulnerables del cuerpo, dentro de este grupo, cabe destacar las posiciones terapéuticas: decúbito supino, decúbito lateral dorsal y sedestación en silla o sillón.
• Las superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP): estas permiten la redistribución de la presión. Las más utilizadas son: estáticas (cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión que tenga que soportar, los materiales más usados son: espumas de poliuretano especiales, viscoelásticas, silicona en gel…), y dinámicas (varían de manera continuada los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo). Su uso depende del riesgo de los pacientes, aquellos que tienen un riesgo bajo se les recomienda las superficies estáticas, y las de riesgo medio/alto se les recomienda las superficies dinámicas.
• Protección local ante la presión: Inspeccionar la piel; variaciones de color o temperatura; el edema y la induración; la piel puede estar en personas tersa y brillante; aplicar Ácidos Grasos Hiperoxigenados (AGHO) en prominencias óseas; valorar humedad excesiva.

- Control de los factores etiológicos: Humedad
Las personas que sufren una exposición constante o frecuente de la piel a determinados fluidos orgánicos como la orina, heces, sudor o exudado de las heridas, pueden ocasionar lesiones cutáneas debidas a este contacto.

Por ello es recomendable mantener la piel limpia y seca, combinando el protocolo estructurado de cuidados de la piel con el protocolo de prevención de úlceras por presión.

- Control de los factores coadyuvantes.
Dentro de este bloque, es importante destacar: el manejo de la nutrición e hidratación, cuidar aquellas pieles de riesgo o piel alterada, mejorar la oxigenación tisular, protección frente a agresiones externas. Un control de todas ellas prevendrá la aparición de úlceras.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, cabe destacar una serie de intervenciones que están contraindicadas en pacientes de riesgo:
- Uso de flotadores como superficie de asiento.
- Uso de otros materiales sin evidencia de su utilidad (Ej: pieles de cordero sintéticas…).
- Masajear las prominencias óseas o dar friegas de alcohol-colonia sobre la piel.
- Frotar la piel que este en riesgo de ulceración.
- Uso de apósitos con adhesivos muy fuertes pueden causar lesiones en el momento de retirarlos.
- No se debe sentar a pacientes sin capacidad de reposicionarse y sin SEMP de asiento.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son un problema de salud pública que tiene efectos negativos en la calidad de vida de los pacientes, prolongan su estancia hospitalaria y generan un gasto de materia y cuidados.
La mayoría de las úlceras podían haberse evitado si se hubiese aplicado un buen protocolo de prevención, por eso, es necesario saber qué medidas preventivas existen a la hora de prevenir su aparición.
Por último, es importante que las medidas preventivas no solo se apliquen en el ámbito hospitalario, sino que se trasladen al domicilio del paciente, ya que la prevención es un derecho universal.

6 Bibliografía

- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2015). Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas, pg. 20-37.
- Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja (2009). Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja.

Capítulo 891

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN BEBÉS PREMATUROS.

CRISTINA ROMERO GARCIA

INES GUTIÉRREZ GÓMEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES GALÁN AGUIRRE

1 Introducción

Llamamos bebe prematuro al nacido antes de las 37 semanas completas de gestación (más de 3 semanas antes de la fecha prevista del parto).
Los bebés al nacer se clasifican de la siguiente manera:
-Prematuro(de menos de 37 semanas de gestación)
-A término(de 37 a 42 semanas de gestación)
-Pos término pos maduro(nacido después de 42 semanas de gestación).
Si una mujer entra en parto antes de 37 semanas, se dice qué es un trabajo de parto prematuro.

Puede ser, qué los bebés prematuros tardíos qué nacen entre las semanas 35 y 37 de gestación no luzcan prematuros. Seguramente no se los ingrese en una unidad de cuidados intensivos neonatales,pero de todas formas estarán en riesgo de más

problemas qué los bebes nacidos a término. También influyen los problemas de salud qué la madre pueda tener, como una cardiopatía, diabetes y nefropatía.
Se sabe también,qué algunos nacimientos prematuros son por embarazos múltiples,cómo gemelos, trillizos.

Hay varios problemas relacionados con el embarazo qué aumentan el riesgo de los partos prematuros y de trabajo de parto como por ejemplo:
-La debilidad del cuello uterino
-Anomalías congénitas en el útero
-Antecedentes de un parto prematuro
-Infección urinaria o infección en la membrana amniótica
-Mala nutrición durante la gestación
-Hipertensión arterial, también llamada preclampsía y proteína en la orina después de la semana 20 de embarazo
-Placenta previa,o lo qué es lo mismo,la ruptura prematura de membranas .
Otros factores qué aumentan el riesgo del trabajo en el parto y parto prematuro son:
-Madres menores de 16 años y mayores de 35
-Ser afroamericano
-Falta de cuidados prenatales
Un nivel socio-económico bajo
-Consumo de sustancias como tabaco,cocaína o anfetaminas.

2 Objetivos

- Describir los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en bebés prematuros.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se han revisado varios ensayos clínicos publicados, artículos científicos, revistas especializadas en neonatología, así como la propia experiencia en el ámbito del recién nacido prematuro. Ya sea en el trato con los propios padres o con el propio trabajo en centro.

4 Resultados

Como resultado de dicha investigación, se llega a la conclusión que las funciones del TCAE en neonatología son:
- Aseo del recién nacido con ayuda de enfermería.
- Asegurarnos de que tenga un ambiente térmico neutro.
- Controlar constantes.
- La cuna debe ser confortable pero sin mucha ropa.
- Encargarnos de la correcta limpieza y desinfección de las cunas incubadoras.
- Suministrar cada toma a su hora. Ya sea de leche materna o fórmula avanzada.
- Cura del ombligo.

La función del TCAE en el cuidado del recién nacido debe ser en primer lugar, sobre todo si existe riesgo de infección, es la de mínima manipulación.
Los neonatos son muy frágiles, su organismo no está todavía inmunizado y debemos ser muy cautelosos. Debemos intentar realizar, en la medida de lo posible, todas las tareas a la vez. Si tenemos que darle medicación, cambiarle el pañal, darle el biberón, tomar sus constantes, intentaremos realizarlo a la vez, primero una tarea y luego la siguiente. Es aconsejable que esto lo haga la misma persona. En este caso lo haríamos nosotros como auxiliares de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Las primeras horas tras el nacimiento de un bebé son cruciales para su posterior desarrollo. Es primordial que el equipo multidisciplinar, entre lo que se encuentra el TCAE, esté altamente cualificado y preparado para afrontar cualquier tipo de complicación que pueda surgir del proceso del parto o durante los días posteriores al mismo.

6 Bibliografía

- medlineplus.gov fp-santagema.es
- www.revista-portalesmedicos.com

Capítulo 892

CUIDADOS A PACIENTE CON LUPUS

RAQUEL GONZALEZ HUERTA

1 Introducción

El lupus es una enfermedad autoinmunitaria crónica que puede afectar las articulaciones, la piel, el cerebro, los pulmones, los riñones y los vasos sanguíneos de manera que provoca inflamación generalizada y daño del tejido en los órganos afectados.

El lupus puede afectar a cualquier persona, es más frecuente en las mujeres. También es más común en las mujeres afroamericanas, hispanas, asiáticas y nativas americanas que en las mujeres caucásicas.

2 Objetivos

Los cuidados para un paciente con esta patología son muy extensos, uno de los mas importantes es el cuidado de la piel manteniéndola siempre limpia y hidratada.

Hay que hacer controles periódicos de corazón y de cerebro por que las personas que tienen esta patología suelen desarrollar problemas en estos órganos para es muy importante cuidar la dieta que sera variada rica en fruta y verduras y baja en calorías y grasas. El ejercicio aeróbico de intensidad tambien ayudara a mantener a raya estos órganos.

3 Caso clínico

Niña de 14 años, previamente sana, que inicia, dos meses antes de su ingreso, lesiones en el cuero cabelludo, posteriormente en la nariz, luego en la cara y después en la boca. En un primer momento es valorada por el dermatólogo que le da un tratamiento para dermatitis atópica.

No se observa mejoría; en las dos semanas siguientes, presenta lesiones eritematosas en los dedos de las manos y se diagnostica de viriasis. Sigue sin presentar mejoría, se observan también dichas lesiones en los dedos de ambos pies, asociando abdominalgias y vómitos ocasionales. Siempre afebril, la madre refiere observar caída del cabello. Sin otros signos clínicos asociados.

Antecedentes personales sin interés. Antecedentes familiares: padre diagnosticado de colon irritable, sin casos reumatológicos ni clínica similar a la de la niña; una prima hermana materna diagnosticada hace un año de púrpura.

4 Discusión-Conclusión

Se desconoce la causa del lupus, existe evidencia concreta de la influencia de la genética, la epigenética los factores ambientales, los virus y las infecciones. Se espera que los próximos estudios de estas variables nos ayuden a entender mejor las causas de la enfermedad, lo que debería llevar a un mejor diagnóstico, pronóstico, prevención y tratamiento.

5 Bibliografía

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

Capítulo 893

CUIDADOS PARA PACIENTE CON LEUCEMIA

MARIA VINAGRE FERNANDEZ

1 Introducción

La leucemia es una enfermedad de la sangre en la que la médula ósea produce glóbulos blancos anómalos, denominados células blásticas leucémicas o células de leucemia.

Estas células se dividen reproduciéndose a sí mismas, lo que genera una proliferación neoplásica de células alteradas que no mueren cuando envejecen o se dañan, por lo que se acumulan y van desplazando a las células normales. Esta disminución de células sanas puede ocasionar dificultades en el transporte del oxígeno a los tejidos, en la curación de las infecciones o en el control de las hemorragias.

Por tratarse de una proliferación de células inmaduras y anómalas en la sangre,la leucemia se considera un cáncer de la sangre

2 Objetivos

Informar al personal sanitario sobre los cuidados a un paciente con leucemia.

3 Caso clínico

Paciente masculino de 15 años de edad que fue atendido por el médico de familia por mareos y náuseas y se le indicó tratamiento luego del diagnóstico de gas-

troenteritis. Tres días después el paciente acudió nuevamente por aumento de volumen del miembro superior izquierdo en toda su extensión que fue interpretado de causa muscular, indicándosele fomentos. Diez días más tarde fue valorado por el pediatra porque mantenía el aumento de volumen sin signos inflamatorios, comprobando la presencia de edema a dicho nivel, en la hemicara izquierda y el cuello.

Fue derivado al hospital. Y a su llegada al centro presentaba regurgitación de los alimentos líquidos, astenia y tos seca persistente, detectándose al examen físico pérdida de peso, parálisis facial periférica izquierda con signo de Bell, abolición del murmullo vesicular del campo pulmonar izquierdo y una frecuencia respiratoria de 24/minuto.

Rx de tórax realizado evidenció un ensanchamiento mediastinal con derrame pleural izquierdo.

El hemograma realizado evidenció Hb: 13,5 g/L con Hto: 0,38L/L; el recuento leucocitario fue de 84 x 109 /L con un diferencial de 9% de polimorfonucleares neutrófilos, 21% de linfocitos, 21% de monocitos y 49% de blastos. En laquímica sanguínea se encontró una marcada elevación del ácido úrico (875 mmol/L) y LDH (2 467 U/L).

La tomografía axial computarizada de tórax mostró la presencia de una gran masa tumoral ocupando la parte anterosuperior y media del mediastino con predominio izquierdo y calcificación lineal, atelectasia del lóbulo inferior izquierdo y derrame pericárdico con adenopatías múltiples bilaterales en fosa supraclavicular. La tomografía axial computarizada de cráneo fue negativa.

El estudio morfológico de la médula ósea mostró hipercelularidad y monomorfismo celular, dado por la presencia de 90% de blastos de aspecto linfoide, con depresión de los tres sistemas hematopoyéticos. El estudio citoquímico evidenció la presencia de blastos negativos para mieloperoxidasa y Negro Sudan. En el estudio del líquido cefalorraquídeo la celularidad fue de 10/mm3compuesta en su totalidad de blastos, sin proteínas.

4 Discusión-Conclusión

La leucemia es una enfermedad infrecuente caracterizada por variadas formas de presentación, cuyas manifestaciones clínicas poseen gran heterogeneidad e inespecificidad lo que en no pocas ocasiones provoca retardo en el diagnóstico.

Esto indica la necesidad de una adecuada preparación en los médicos que atienden pacientes en la comunidad, sobre todo, la importancia de una correcta utilización del método clínico y el razonamiento médico para ofrecer una óptima atención de salud.

Los cuidados en pacientes con leucemia cubrirán varios aspectos que conlleva padecer esta enfermedad. A nivel inmunológico, respetar una higiene rigurosa y evitar riesgo de infección; a nivel digestivo, vigilar la dieta y el peso; a nivel músculo-esquelético, alternar períodos de actividad y reposo y aliviar dolor; a nivel circulatorio, controlar nivel de hidratación y facilitar la circulación; y a nivel estético, informar al paciente sobre la evolución de la enfermedad y cuidar aspecto físico para evitar estados de angustia o depresión.

5 Bibliografía

- www.wikipedia.org
- www.medineplus.org

Capítulo 894

CUIDADOS A PACIENTE CON SÍNDROME DE ARNOLD- CHIARI

MARIA VINAGRE FERNANDEZ

1 Introducción

La malformación de Chiari tipo I es una afección donde el cerebelo, la parte del encéfalo que controla la coordinación y el movimiento muscular, desciende a través de un orificio que hay en la base del cráneo. Este orificio se llama "foramen magnum". Por su interior, solo suele pasar la médula espinal. Se asocia al síndrome de Chiari tipo I en un 40 % de los casos.

La explicación que se ha dado es una alteración en la circulación del líquido cefalorraquídeo; este se produce dentro del cerebro y se reabsorbe en un 80% en la parte inferior de la columna vertebral. Por lo tanto tiene que pasar por el agujero magno, dado que este está ocupado con las amígdalas cerebelosas su circulación se ve dificultada y se acumula en el medio de la médula o en el cerebro

2 Objetivos

Informar al personal sanitario sobre el síndrome de Arnold-Chiari.

3 Caso clínico

Paciente J. R. R, femenina, de 34 años de edad, de procedencia rural, fumadora, intervenida de quiste de coledoco, quien ingresó Hospital en octubre de 2009,

por cuadro de cefalea pulsátil, generalmente hemicraneana izquierda, de intensidad variable, y preferencia matutina, acompañada de trastornos visuales, vómitos matutinos escasos, parestesias braquiales e inestabilidad en la marcha. Estos episodios se presentan en crisis y recidivas, exacerbándose en los últimos tiempos, pese al tratamiento impuesto con acetazolamida, furosemida y prednisona por neurología desde el año 2004.

- Peso actual: 55 kg.
- Temperatura: 36.6 ºC
- Mucosas: Húmedas y normocoloredas.
- Piel y faneras: normales.
- Fc: 188/lpm.
- Tensión Arterial: 125/85.
- TAC de cráneo simple: muestra dilatación de los ventrículos laterales.
- RMN de cráneo: Se realiza T2 y T1 sagital, T2 y T1 coronal y T2 axial, observándose silla turca de diámetros normales, con la presencia de un aracnocele intraselar de 9 mm x 5 mm x 8 mm. El quiasma óptico y el tallo hipotálamo hipofisario es normal. Descenso de las amígdalas cerebelosas a través del agujero magno de 20mm, imagen polipoidea isointensa en T2 de 18 mm x 14 mm en el seno maxilar derecho.
- Diagnostico: malformación de chiari tipo 1.

4 Discusión-Conclusión

Muchas personas con malformaciones de Chiari no tienen síntomas y sus malformaciones sólo se descubren durante el curso del diagnóstico o tratamiento de otro trastorno.

La cirugía es el único tratamiento disponible para corregir las perturbaciones funcionales o detener la evolución del daño en el sistema nervioso central.

La mayoría de los pacientes que se somete a cirugía ve una reducción en sus síntomas y/o períodos prolongados de estabilidad relativa. Puede ser necesaria más de una operación para tratar la afección.

Algunas malformaciones de Chiari son asintomáticas y no interfieren con las actividades cotidianas de la persona. En otros casos, los medicamentos pueden aliviar ciertos síntomas, como el dolor. Los pacientes sintomáticos deben de ser sometidos a tratamiento en función de las características de su clínica. En casos

de dolor pueden ser sometidos a tratamiento con rehabilitación, analgésicos, etc. En los casos más avanzados el paciente será sometido a tratamiento quirúrgico. La cirugía de elección en este momento es la descompresión de fosa posterior en la cual se extirpa una porción del occipital de pocos centímetros y la parte posterior de la primera vértebra cervical.

5 Bibliografía

- www.wikipedia.org
- www.medicalplus.org

Capítulo 895

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL .

ANA MARIA BELTRAN OLMO

MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ

RAMONA MÓNICA VLADUT

NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Los procedimientos de esterilización de material son utilizados para lograr que dichos materiales se encuentren libres de microorganismos viables, asegurando que se haya eliminado toda la carga microbiana.

2 Objetivos

- Reconocer los principales procedimientos de esterilización de material.
- Saber las ventajas e inconvenientes de cada uno de los procedimientos nombrados.

3 Metodología

Para la recopilación de la información utilizada en este capítulo, se han usado como buscadores principales "Google Académico" y "Dialnet". En ellas se seleccionaron aquellas fuentes que más se ajustan a este tema, estas son: la "Guía de funcionamiento y recomendaciones para la central de esterilización" y "Unidad central de esterilización: estándares y recomendaciones".

4 Resultados

En primer lugar, para elegir qué procedimiento se va a escoger para esterilizar, se deberá tener en cuenta:
-Volumen del material a esterilizar: teniendo en cuenta que la capacidad y los tiempos de los equipos utilizados son variables, las autoclaves a vapor son una buena opción para cuando se tiene mucho volumen de material, ya que tienen mayores capacidades, y los equipos de peróxido de hidrógeno son los que necesitan un menor tiempo para el proceso.
-Tipo de material a esterilizar: surgen incompatibilidades de algunos procedimientos con los materiales.
-Rotación del material a esterilizar: será más rápida cuanto menos instrumental se tenga y conllevará tiempos más reducidos.
-Gasto por ciclo: los de vapor son los menos costosos, y los de peróxido los más caros.
-Toxicidad.
Las ventajas e inconvenientes de los principales procedimientos son:

-Calor seco
Ventajas: sencillo, económico, es atóxico y respetuoso con el ambiente.
Inconvenientes: ciclos mas largos, es necesaria una fase de precalentamiento de 60 minutos y un tiempo largo para enfriar (más de una hora), muchos materiales no son adecuados para este procedimiento debido a sus altas temperaturas (160-170º), solo dispone de indicadores químicos de clase 3 y biológicos y, además, requiere un envoltorio de aluminio/contenedores metálicos cerrados o de cristal.

-Vapor de agua
Ventajas: económico, atóxico, respetuoso con el ambiente, fácil de controlar, dispone de ciclos cortos y puede utilizarse para la esterilización de endoscopios rígidos (Ej: artroscopios…)

Inconvenientes: Desgasta los materiales termosensibles, deteriora los filos cortantes y tiene un efecto corrosivo sobre el metal, no puede usarse para la esterilización de endoscopios flexibles.

-Ácido peracético.
Ventajas: contienen un programa rápido y es muy útil como sistema de esterilización en punto de uso.
Inconvenientes: no se puede usar para material embolsado ni para cualquier otro que se pueda ver dañado por la humedad y no es compatible con el aluminio.

-Peróxido de Hidrógeno con fase de plasma.
Ventajas: los residuos finales son atóxicos, el material una vez esterilizado no necesita ninguna aireación posterior, destruye priones, tiene ciclos cortos, puede esterilizar endoscopios flexibles.
Inconvenientes: es incompatible con agua, textil, celulosa y con el cobre, aparece una serie de limitaciones con los endoscopios flexibles con canales y fungible caro.

-Óxido de etileno
Es muy tóxico por sí mismo y por sus derivados por contacto con agua y cloro. Se utiliza puro, y tiene un alto riesgo de explosión.
Presenta incompatibilidades: caucho, látex, PVC, metacrilato, nylon, textil, celulosa, aluminio, estaño, magnesio y zinc, e incluso algunos lubricantes, aluminio, estaño, magnesio y zinc.

-Peróxido de Hidrógeno Vaporizado con Ozono.
Ventajas: residuos finales atóxicos, el material esterilizado no requiere aireación posterior, solo tiene un programa, destruye priones, es apto para la esterilización de endoscopios flexibles (hasta 4 canales y 2,5 metros de longitud), no necesita un secado completo y tampoco se necesita seleccionar el material.
Inconvenientes: incompatibilidad con textil, celulosa y cobre y fungible caro.
-Vapor a baja temperatura con formaldehído.
El formaldehído es cancerígeno, muy toxico y sensibilizante. Además, presenta incompatibilidad con: látex, policarbonato, textil y papel Kraft.

5 Discusión-Conclusión

Conocer las ventajas e inconvenientes de los distintos procedimientos ayudará a obtener una buena esterilización y no dañar los objetos que pasan por dicho

procedimiento.
Con ello, podremos evitar los contagios e infecciones nosocomiales y protegeremos la salud de los pacientes.

6 Bibliografía

- Guía de funcionamiento y recomendaciones para la central de esterilización (2018)
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad (2011). Unidad central de esterilización: estándares y recomendaciones

Capítulo 896

HIGIENE DE MANOS EN EL AMBITO SANITARIO.

LUIS AMADO

1 Introducción

Las manos del personal sanitario son el vehículo de transmisión de infecciones nosocomiales e infecciones cruzadas de un paciente a otro en el ámbito hospitalario. El lavado de manos es la medida más importante hasta el momento para prevenir y reducir las infecciones que se producen en el ámbito hospitalario los gérmenes cada vez se muestran más resistentes a los distintos tratamientos.

Infección hospitalaria: la definiremos como una enfermedad transmisible, que aparece en el ámbito hospitalario, que afecte tanto al paciente como al personal sanitario. Produciendo un problema social y sanitario con enorme transcendencia, a pesar de los recursos empleados y protocolos aplicados para controlarlas. Provocando morbilidad, secuelas y mortalidad elevada, prolongando los días de hospitalización y generando costes extras. Los pacientes más susceptibles de infecciones son los recién nacidos, las personas inmunodeprimidas y pacientes que presenten heridas abiertas.

En la actualidad existen estudios que demuestran que el lavado de manos reduce la tasa de infecciones hospitalarias y la mortalidad. por ello, este procedimiento es considerado la medida más importante para prevenir y reducir las infecciones relacionadas con a la atención sanitaria. Las manos de los sanitarios sirven como vectores para la transmisión de organismos de un enfermo a otro, del trabajador sanitario al enfermo y viceversa, constituyendo uno de los principales eslabones en la cadena epidemiológica de transmisión de enfermedades.

Los tipos de lavados de manos son:
• Lavado domestico para el uso común de higiene personal, utilizando un jabón convencional.
• Lavado clínico es el que realiza el personal sanitario antes y después del contacto con el paciente, con la utilización de agua y detergente antiséptico.
• Lavado quirúrgico es el que se realiza antes de un procedimiento que conlleve manipular material estéril o que va a penetrar tejido, se utiliza agua y detergente antiséptico y frotado con base alcohólica.

En todos los hospitales, existe una comisión de infecciones y un servicio de medicina preventiva con competencias sobre la epidemiologia de la infección hospitalaria, higiene del hospital y programas preventivos. Consideraciones generales:
• Las uñas se deben mantener cortas, ya que son un lugar idóneo para el desarrollo de gérmenes.
• No se usaran uñas artificiales esmalte de uñas.
• Antes de efectuar el lavado de manos se deberán de retirar todas las joyas de las manos y antebrazos.

Los 5 momentos para la higiene de manos que promueve la OMS son:
• 1º Antes del contacto con el paciente.
• 2º Antes de realizar una tarea aséptica.
• 3º Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
• 4º Después del contacto con el paciente.
• 5º Después del contacto con el entorno del paciente.

Para emplear la técnica correcta, hay que mojar completamente las manos, incluido el antebrazo, usar jabón en abundancia, mantener las manos debajo del chorro de agua corriente mientras se aplica jabón, frotarse las manos con movimiento rotatorio y secarlas bien, preferentemente con una toalla de papel desechable, y no volver a tocar el grifo con las manos después de lavadas. Debemos evitar llevar anillos, relojes y pulseras antes del lavado, evitar utilizar el agua caliente (abre los poros y tiende a eliminar los aceites que recubren la piel).

2 Objetivos

- Se debe sensibilizar sobre la importancia del lavado de manos y sus técnicas correctas para la eliminación de la flora microbiana transitoria de la piel, llevando a cabo los 5 momentos para la higiene de las manos.

3 Metodología

Hay que incrementar la conexión perfecta a la higiene de manos con el fin de reducir los indicadores de infecciones intrahospitalarias, cumpliendo adecuadamente la higiene de manos y el uso de protocolo e instrumentos estandarizados, desde la admisión del paciente hasta el alta.

La mayoría de estas infecciones son causadas por bacilos Gram negativo y las principales vías de trasmisión de estos microorganismos son las manos contaminadas del personal sanitario. Ocurren con una tasa de 5 a 10 por cada 100 pacientes, un 8,7% según la OMS y se les atribuye una muerte directa del 3%.

En la actualidad, el lavado de manos es realizado correctamente solo en un tercio de la frecuencia en que se debería de ser realizado. El personal sanitario no realiza las técnicas de lavado de manos de forma efectiva.
Las zonas con menos nivel de limpieza son las uñas, las zonas interdigitales y las muñecas debido al uso de relojes y pulseras que impiden una buena higiene.

4 Bibliografía

- www.rozonaformacion.es/
- https://www.osieec.osakidetza.eus
- https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/abr2003/2811
- https://www.lifeder.comf

Capítulo 897

CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO.

ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA

1 Introducción

El bebé sufre cambios en su cuerpo para adaptarse a la vida fuera del útero. La placenta de la madre ayuda al bebé a respirar mientras que esta en el útero, en el nacimiento los pulmones están llenos de fluido y no están inflados. Cuando este toma la primera respiración más o menos al cabo de 10 segundos después del parto, el sistema nervioso reacciona al cambio súbito en la temperatura y en el medio ambiente. Una vez toma la primera respiración el aumento de oxígeno en los pulmones disminuye la resistencia de flujo de sangre a los pulmones, la resistencia del flujo de sangre de los vasos sanguíneos también aumenta, el fluido es drenado por el sistema respiratorio y los pulmones empiezan a funcionar por si solos.
Temperatura corporal

Un bebé que está en desarrollo produce más calor que un adulto, después del parto empieza a perder ese calor. Los receptores de la piel del bebé comienzan a mandar mensajes al cerebro de que su cuerpo tiene frio, y el cuerpo del bebé comienza a quemar grasa parda, que es una grasa que genera el bebé en la placenta.

Hígado
Este se encarga después del nacimiento de empezar a descomponer los productos de desecho como el exceso de glóbulos rojos. Y produce una proteína que ayuda a descomponer la bilirrubina.

Tubo digestivo
Cuando ya se está llegando al final de la gestación el feto produce una sustancia de desecho pegajosa de color negro o verde llamada MECONIO. Es el termino médico para las primeras heces del recién nacido y está compuesto por líquido amniótico, moco, bilis, y células que se han desprendido de la piel y el tubo digestivo. En algunas ocasiones puede eliminar líquido amniótico estando dentro del útero.

Aparato Urinario
Empiezan a producir orina hacia las 9 a 12 semanas del embarazo, después de nacer orinan normalmente dentro de las primeras 24 horas de vida. La filtración glomerular aumenta enormemente después del nacimiento y en las 2 semanas de vida. Aunque los recién nacidos tienen menos capacidad para eliminar el exceso de sal, pero va mejorando con el tiempo.

Sistema Inmunitario
Este comienza a desarrollarse en el feto y continúa después en los primeros años de vida. Hasta el momento de su nacimiento se mantiene en un campo relativamente estéril cuando sale al exterior se expone a bacterias etc. Aunque pueden ser vulnerables su sistema inmunitario puede responder a organismos ya que portan algunos anticuerpos de su madre, esto les brinda protección además la lactancia materna también ayuda a mejorar la inmunidad del recién nacido.

La piel
Nacen cubiertos con un vello fino que se llama lanugo que desaparece en sus primeros días de vida. Y están cubiertos por una sustancia espesa y cerosa llamada unto sebáceo que desaparece con el primer baño.

Primeras atenciones al recién nacido / cuidados inmediatos al recién nacido.
Las primeras atenciones se comienzan en el paritorio y después se continúan en el servicio de maternidad y en el domicilio familiar sino existen problemas. Según sale el recién nacido es bueno que se dé un contacto de piel con piel puesto que se relaciona con muchas ventajas tanto para el recién nacido como para la madre, con esta acción ayudamos a mejorar sus constantes se estimula el vínculo afectivo, se disminuye el tiempo de llanto y se inicia la lactancia materna.

Pinzamiento y sección del cordón umbilical se realiza tras el nacimiento del bebé (vemos dos arterias y una vena), una vez cortado se recogen dos muestras de sangre para realizar dos pruebas importantes, la determinación del grupo san-

guíneo y Rh y el análisis de gases y ph imprescindible para conocer el nivel de oxigenación que tiene al nacer.

La identificación del recién nacido puede y debe hacerse sobre la madre, sin necesidad de interrumpir el piel con piel. Los sistemas de custodia incluyen la recomendación de evitar tras el nacimiento, en la medida de lo posible, la separación física de la madre y el hijo, la identificación inmediata tras el parto mediante la colocación de una pulsera en el tobillo o en la muñeca y en la pinza del cordón, con el mismo código que la pulsera que se le coloca a la madre, previamente al parto, en la muñeca. También se realiza toma de huella dactilar del niño y de la madre y ambas se imprimen en el documento de identificación sanitario materno-filial, que consta de dos partes una queda archivada en la historia clínica de la madre y otra se incluye en el cuestionario para la declaración de nacimiento que se llevará al registro civil para inscribirlo.

Profilaxis ocular, para evitar infecciones oculares se le administra un colirio, durante las primeras horas de vida, para evitar posibles infecciones por el paso a través del canal del parto.
Administración de vitamina K, para evitar la enfermedad hemorrágica neonatal se recomienda la administración de vitamina K en las dos-cuatro horas de vida.
Aspirar las vías nasales hace tiempo que esto no se realiza puesto que el recién nacido dispone de mecanismos naturales como la tos para expulsar las secreciones, no se realiza de forma sistemática.

Antropometría
Test de Apgar
Higiene de la madre y del neonato. La madre debe realizar duchas diarias y varios lavados perineales al día (pero no duchas vaginales). Se recomienda limpiar episiorrafia (sutura de la episiotomía) con agua y jabón normal. No deben administrarse antisépticos ni antibióticos ni cremas. Si se realizó cesárea, seguir las indicaciones del cirujano. Las mamas no requieren cuidados especiales más allá de lo habitual. A el bebé se le realiza, aunque tenga el cordón puesto que tarda una semana en caer hay que controlar que no se infecte para ello observar el baño siguiendo los protocolos.

Valoración inicial del recién nacido test de apgar.
Los diez minutos primeros del recién nacido son muy importantes en la vida del bebé. Con el test de Apgar se realiza un examen clínico que valora cinco parámet-

ros a través de los cuales obtendremos una valoración sobre el estado general de neonato después del parto. Se le evalúa de acuerdo a cinco parámetros simples que son: tono muscular, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardiaca, reflejos, color de la piel.

A cada parámetro se le da una puntuación entre 0 y 2 y sumando estas puntuaciones se obtienen el resultado del test llegando a un máximo de diez. Si el resultado es de 8 a 10, quiere decir que el niño tiene un buen nivel de adaptación a la vida extrauterina. De 4 a 6 indica un nivel medio y si es menor de 4 necesita atención de urgencia.

La puntuación al primer minuto evalúa el nivel de tolerancia de recién nacido y su sufrimiento y la obtenida a los cinco minutos el nivel de adaptabilidad al medio ambiente y su capacidad de recuperación.
Junto con el test de apgar se le debe hacer una revisión generalizada en la cual hay que inspeccionar la morfología del cuerpo, verificar la presencia de tres vasos en el cordón umbilical, auscultar la frecuencia cardiaca y verificar la respiración regular y efectiva.

Características antropométricas y generales del recién nacido sano
Cuando el bebé nace, su cabeza generalmente es la parte más grande de su cuerpo y hasta da la impresión de asimétrica, pero esto pasara con el tiempo, sus huesos se irán moldeando. Entre los huesos del cráneo, en las zonas donde van a terminar uniéndose, hasta los 18 meses son zonas cartilaginosas, son lo que denominamos fontanelas. Podremos notar algunos puntos blanquecinos sobre la nariz del bebé y sobre sus mejillas, esto es causado por las glándulas sebáceas aún están inmaduras.

Ojos edematosos las primeras horas, nariz achatada, boca con poca salivación y a veces presenta perlas de Epstein (pequeños quistes blancos). El abdomen también es prominente, sus extremidades están en flexión debido a la posición fetal. Pueden tener un poco hinchados los órganos genitales o las mamas y esto se debe al pasaje de hormonas de la madre en el embarazo, luego desaparece. El recién nacido puede toser, bostezar, estornudar, llorar, temblar. Incluso sobresaltarse ante un estímulo determinado.

Tiene reflejos que hace que chupe hociquee y busque el pecho de la mamá. Sus constantes vitales tienen una frecuencia respiratoria entre 30 y 60 respiraciones por minuto y una frecuencia cardiaca entre 100 y 120 pulsaciones por minuto su

temperatura es entre 36 y 37º C. Su tamaño es muy variable el peso habitual del bebé al nacer va de 2,5 a 4,5 kg, aunque suelen perder peso en los primeros días y deberá aumentarlo en la primera semana.

La antropometría es la disciplina que estudia las características de las dimensiones del ser humano. Los valores de estos parámetros deben encontrarse dentro de los percentiles, los percentiles son medidas que forman parte de la estadística descriptiva y que permiten estudiar unos datos de un intervalo divido en cien partes y aplicarlo al conocimiento de ese parámetro en relación al niño o niña.
La valoración antropométrica puede hacerse con una medición aislada o estática o por medio de varias mediciones a través del tiempo valoración funcional o dinámica. Esta valoración dinámica permite mejor evaluación de las alteraciones del crecimiento pues contempla eventos que pueden afectar el crecimiento del bebé.

Estas medidas antropométricas del recién nacido son:
Talla, la talla promedio del recién nacido varón es de 50cm y un poco menor en las niñas, el rango para ambos va de 47 a 54cm.
Peso, en promedio el recién nacido pesa 3.200kg este también es mayor en los niños que en las niñas y el rango oscila entre 2.500 y 4.000kg. Tendrán mayor peso el nacimiento los hijos siguientes al primer embarazo, y los bebés de las madres bien nutridas y de los padres con gran desarrollo esquelético.

La pérdida de peso en los primeros días viene ocasionada por la pérdida de líquidos, por la respiración y transpiración cutánea. La desaparición de edemas transitorios, con los cuales nacen los niños en general. La eliminación de orina y meconio y la escasa alimentación de los primeros días. Después de pesar y tallar al recién nacido se procede a la toma de los perímetros (cefálico y torácico) es necesario tomar estas medidas para detectar anomalías como hidrocefalia o microcefalia

Perímetro cefálico, los límites normales del perímetro cefálico son 33 a 37cm, el promedio es de 34 a 35cm. Para la toma de perímetro cefálico se requiere una cinta métrica preferiblemente metálica; se coloca debajo de la cabeza del recién nacido(con cuidado no lastimarle) en la región anterior y pasar sobre los pliegues del entrecejo y supra orbitales y en la región posterior sobre el occipucio
Perímetro torácico, la relación promedio del perímetro torácico es aproximadamente de 1 a 2cm menos que el cefálico, el límite del perímetro torácico es de

30,5 a 33 cm aproximadamente. Se mide a la altura del cartílago xifoideo o punto subesternal, en un plano que forma ángulo recto con la columna vertebral. El tórax se debe medir teniendo al recién nacido acostado y con la respiración tranquila.

2 Objetivos

- Evaluar al recíen nacido.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.quironsalud.es/hospital-sur/es/ihan-iniciativa-humanizacion-asistencia-nacimiento-lactanci.ficheros/563708-Manual_cuidados_recien_nacido.pdf
- https://www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf
- https://www.hmhospitales.com/usuario-hm/apuntes-de-salud/cuidado-del-bebe
- https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-recien-nacido-sano/

Capítulo 898

MITOMANÍA, MENTIROSOS COMPULSIVOS. TCAE

ROSA LUZ LEAL FERNÁNDEZ

MARGARITA ALVAREZ HERNANDEZ

TANIA BERNAL ALVAREZ

1 Introducción

La mitomanía, también denominada pseudología fantástica hace referencia a un trastorno psicológico por el cual la persona afectada denominada "mitómano" o mentiroso patológico tiene una conducta repetitiva del acto de mentir, lo que le proporciona una serie de beneficios inmediatos, como admiración o atención. Teniendo en cuenta que este término de mitomanía tiene otro significado refiriéndose a una tendencia a admirar exageradamente a una persona o cosa, aunque aquí nos referiremos al aspecto patológico de su significado.

El verdadero fin de esta patología es deformar la realidad cautivando a quien lo escucha, obteniendo resultados como atención, respeto y hasta admiración. Manteniendo así dicha conducta, aunque en el momento de ser descubierto ocurre el efecto contrario, los amigos/as y familiares suelen rechazarlos y no tomarlos en cuente a la hora de tomar alguna decisión, no prestándoles demasiada atención.

El adicto como cualquier adicción no puede dejar de mentir, llegando incluso a ser su forma de comportarse y relacionarse con los demás. De lo contrario se sentiría indefenso si las verdades no las adorna con mentiras que hagan los temas

más interesantes. Muchas veces la mitomanía suele estar motivada por el stress, salvando situaciones comprometidas hace que vuelva a repetirse la situación.

Existe una prevalencia de casi 1 de cada 1000 menores de edad y 1 de cada 10 en la etapa adulta, dándose por igual en hombre que en mujeres. En el 40% de los casos presentaban alteración en el sistema nervioso central. Suele ser una perturbación de la personalidad. En el caso de los mentirosos patológicos (mentir con frecuencia) es un síntoma de varias enfermedades mentales.

2 Objetivos

En la base de la mentira patológica se esconde una autoestima baja, personalidad insegura. Por lo que nuestro objetivo principal como profesionales es saber conocer muy bien estos casos para poder tratarlos de manera correcta, pasando por fortalecer la autoestima, mejorar las habilidades sociales, resolución de conflictos,etc.

Por lo que debemos centrarnos en terapias reforzando todas esas carencias que demuestran los mitomanos. Hacerles ver que tienen que pensar antes de hablar diciendo la verdad, en caso de que no puedadn responder con sinceridad que no respondan y cuantas más veces digan la verdadd más fácil se volverá hacerlo.

La psicoterapia parece ser uno de los únicos métodos para el tratamiento de una persona que sufre la mentira patológica. No hay ninguna investigación realizada sobre el uso de medicamentos farmacéuticos.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- De la Serna, Juan Moisés. La mitomanía: descubriendo al mentiroso complusivo, 2017 Tektime.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 899

PROCEDIMIENTO ANTE PACIENTES CON ULCERAS VASCULARES

ANA PAULA BORGES

1 Introducción

Las úlceras vasculares se define como una lesión con perdida de sustancias cutánea, producida por cambios en la circulación, ya sea venosa o arterial, que afecta a las extremidades inferiores y que habitualmente se localiza en el tercio distal de la pierna. Estas lesiones tienden a crucificarse con la perdida de la integridad cutánea en la zona entre la pierna y el pie, con una duración igual o a superior de seis semanas. Se considera un grave problema de salud con elevada incidencia en la población, provocando importantes repercusiones socioeconómicas, sanitarias y alterando la calidad de vida del paciente.

Esquemáticamente este proceso puede dividirse en 4 fases: Inflamación, destrucción, reconstrucción y remodelado.

2 Objetivos

- Posibilitar al profesional de enfermeria los conocimientos necesarios para prevenir,valorar,diagnosticar y tratar con criterios científicos este problema de salud.
- Realizar seguimiento e evaluación de resultados.
- Prevenir aunque exija una compleja interacción de intervenciones por parte de los profesionales que básicamente se resume en dos:
- Identificación de los pacientes de riesgos de úlceras vasculares.
- Implantación e medidas y estrategias de prevención seguras para todos aquellos pacientes identificados e incluidos en grupo de riesgos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos acotada a los últimos cinco años, en varias bases de datos (Dialnet, Cochrane y Pubmed) en idioma inglés y castellano. Se excluyeron aquellos artículos que no aportaban interés en base a nuestros objetivos.

Tipo de estudios: estudios de revisión, estudios observacionales y casos clínico.

Palabras clave: circulación, cutánea, venosa, ulceras vasculares.

4 Resultados

Las úlceras venosas representan aproximadamente el 85% del total de las úlceras vasculares. Afectan en torno al 2% de la población total.

Aparecen con mayor frecuencia en las mujeres, siendo la relación varón/mujer de 1/3. La incidencia se incrementa a partir de los 65 años, con un porcentaje que afecta al 5,6% de la población. Se calcula que aproximadamente entre 250.000 y 300.000 personas están afectadas por úlceras venosas en nuestro país.

5 Discusión-Conclusión

Los ácidos grasos híper oxigenado (AGHO) han de mostrado tener eficacia gracias a su acción favorable sobre la piel en tres puntos: aumento a microcirculacion sanguínea, impulso la renovación celular epidérmica y mejorando notablemente la hidratación cutánea, esto se demuestra en los beneficios de su aplicación en el alivio de los síntomas previos a la aparición de úlceras, evitando la sequedad cutánea,reduciendo el escozor,dolor y eczema y devolviendo la piel y sudoración naturales una opción terapéutica óptima que debería formar parte de los protocolos clínicos de actuación de enfermeria en la prevención de úlceras crónicas. También hay un método muy conocido qué favorece la función cardiovascular, que son los cambios posturales,que favorece una buena alineación de todas las partes del cuerpo y la necesidad altenardas continuamente para la prevención de complicaciones de trastornos circulatorios.

6 Bibliografía

- http://www.hrc.es/asistencia/enfermeria/protocolos/GUIA_UlcerasVasculares.pdf
- Grupo de Trabajo sobre Ulceras Vasculares de la Asociación Española de Enfermería Vascular. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la AEEV Guía de Práctica Clínica. 2005, (consultado el 3 de febrero de 2020). Disponible en: http://www.aeev.net/documentos/consenso2005.pdf
www.ulceras.net
- Aeev.net
- Www.cun.es clínica universidad de navarra

Capítulo 900

LOS PARCHES OPIÁCEOS DE FENTANILO.ANALGESIA Y PRAXIS DE SU USO.

LETICIA MARTINEZ PEREZ

1 Introducción

Una de las principales complicaciones asociada al cáncer es el dolor.Durante mucho tiempo el tratamiento se ha realizado mediante el empleo de analgésicos opiáceos, como la morfina. En los últimos años, y debido a los efectos adversos más frecuentes de la morfina (estreñimiento,depresión respiratoria, etc.), se han desarrollado nuevas formas de tratamiento del dolor oncológico, como el fentanilo en forma de parches transdérmicos.

Esta nueva forma farmacéutica se encuentra enclavada en el tercer escalón de la escala analgésica de la OMS, se administra mediante técnicas no invasivas y presenta numerosas ventajas frente a la vía parenteral. Una alta aceptación por parte del paciente, un intervalo posológico elevado, una administración relativamente cómoda y sencilla los hacen adecuados en pacientes con dolor crónico canceroso que no pueden ser tratados con morfina oral, si bien hay que tener precaución y aumentar la dosis lentamente por los problemas que plantea la sobredosificación.

La disminución del estreñimiento frente a la morfina oral y la administración cada setenta y dos horas incrementa la calidad de vida de los pacientes y facilita el cumplimiento de la pauta analgésica.A pesar de que los datos disponibles hasta ahora no son concluyentes y la ausencia de estudios de coste efectividad frente a morfina oral deliberación retardada, el parche de fentanilo puede ocupar en un

futuro inmediato un lugar estratégico en la terapia del dolor oncológico, sustituyendo a la administración parenteral de morfina y en aquellos pacientes en los que por diversas causas no resulte recomendable o no es posible la administración oral de la misma, considerada hasta el momento de elección en este tipo de terapia.

La forma farmacéutica del parche de fentanilo es el sistema terapéutico transdérmico (STT). Incluye una membrana de liberación sostenida que reduce la variabilidad interindividual en aproximadamente un 50% frente a otros sistemas de administración transdérmica clásicos y un promotor percutáneo, el etanol, con un factor de promoción de 500.Gracias a estos dos componentes el STT libera el fármaco a un flujo constante durante setenta y dos horas. La penetración transdérmica de fentanilo es similar en toda la superficie corporal, aunque se debe tener en cuenta, en primer lugar, las diferencias interindividuales de cada paciente,y en segundo lugar que la cantidad de fentanilo liberado es proporcional a la superficie del parche.Estos parches deberán administrarse de manera individualizada basado en las condiciones del paciente y deberá evaluarse en intervalos posteriores después de la aplicación del parche.

Deberá ser aplicado en partes planas de la piel no irritadas como el torso y la parte superior de los brazos en las cuales no se encuentre irradiada la piel.En aquellas zonas de la piel en donde se encuentre vello o pelo esto no deberá ser rasurado sino cortado con tijeras.En el caso de que se necesite hacer aseo de la zona en la cual se aplicará el parche, esta limpieza se hará solo con agua, no deberá utilizarse jabón, aceites o lociones, ya que estas pueden alterar las condiciones de la piel.La zona a aplicar el parche deberá estar completamente seca.Deberá colocarse inmediatamente después de retirar la capa protectora.Deberá ser presionado firmemente en el lugar, con la palma de la mano por aproximadamente 30 segundos,asegurándose que el contacto del parche sea completo,especialmente alrededor de los bordes.Puede estar por un período de 72 horas.

Un nuevo parche deberá ser aplicado en un sitio diferente, después de haber sido removido el parche anterior.Deberán pasar varios días para poder aplicar un nuevo parche en el mismo sitio.La selección de la dosis deberá ser establecida por los antecedentes opioides del paciente, incluyendo el grado de tolerancia a los opioides si es que existe alguno, así como las condiciones actuales del paciente y su estatus médico. Tanto para los pacientes que toman por primera vez, como para aquellos que ya tienen tolerancia a los opioides, la evaluación inicial del efecto analgésico máximo de fentanilo parches no podrá ser hecha hasta después

de 24 horas de aplicación inicial del parche. Este retraso es debido al incremento gradual de la concentración sérica de fentanilo en las 24 horas posteriores a la aplicación incivil del parche.

La terapia analgésica previa deberá ser suspendida gradualmente después de la aplicación de fentanilo parches hasta que la eficacia analgésica sea obtenida. El parche de fentanilo deberá ser intercambiado cada 72 horas, la dosis deberá ser ajustada individualmente hasta obtener el efecto máximo de analgesia. Si la analgesia es insuficiente después de la aplicación inicial, la dosis puede ser incrementada después de 72 horas. De ahí en adelante ajuste de la dosis podrá tomar lugar cada 72 horas. Los incrementos a la dosis deberán ser realizados con 25 mcg/h, aunque deberá tomarse en cuenta los requisitos analgésicos suplementarios (90 mg de morfina oral es igual a fentanilo parches 25 mcg/h), y el estado de dolor del paciente.Se puede utilizar más de un parche a la vez, cuando se requieran dosis mayores de 100 mcg/h.Algunos pacientes podrán requerir dosis suplementarias periódicas de analgésicos de corta duración para “abolir” el dolor.

Si se requieren dosis mayores a 300 mcg/h, se deberán considerar o adicionar otros métodos alternativos de analgesia.Si es necesario descontinuar el uso de parches, el recambio con otros opioides deberá ser gradual, iniciando con dosis bajas e incrementándolas lentamente. Esto debido a que los niveles de fentanilo caen gradualmente después de remover el parche. Esto toma aproximadamente 17 horas o más para que dichas concentraciones de fentanilo lleguen al 50%. En general, la descontinuación de la analgesia opioide debe ser gradual para prevenir los síntomas de abstinencia.Para desechar el parche una vez utilizado, este deberá ser doblado hacia la parte adhesiva para que las partes de este se unan.

2 Objetivos

- Examinar con exactitud el protocolo de los parches opiáceos para proceder a su colocación de manera correcta en forma y espacio de tiempo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática en varias páginas web y en la base de datos Elsevier con los descriptores: opiáceos,analgesia y escala del dolor,retirada gradual del fentanilo, morfina y sistemas de liberación transdérmica y como operador boléano AND.

4 Resultados

"Dolor", aproximadamente un 55% de los pacientes ambulatorios oncológicos lo padecen,incrementándose este porcentaje hasta el 90% en el caso de los pacientes con tumores en estadios avanzados.En el control del dolor oncológico el empleo de analgésicos opiáceos como la morfina mediante las vías habituales de administración, oral,subcutánea e intramuscular ha sido y es práctica habitual con excelentes resultados.

No obstante, la dificultad de la administración parenteral en el paciente ambulatorio fundamentalmente y los efectos adversos atribuibles a la morfina como el estreñimiento y la depresión respiratoria,entre otros, han motivado la investigación y desarrollo de nuevos analgésicos opiáceos presentados bajo formas farmacéuticas de dosificación innovadoras que implican, asimismo, nuevas vías de administración.

Dentro de este grupo los parches transdérmicos,forma farmacéutica que emplea una vía de absorciónal alternativa, la percutánea, presentan algunas ventajas terapéuticas frente a las vías clásicas de administración de fármacos:
-Se evitan las variaciones de absorción y metabolismo que aparecen al administrar fármacos por vía oral.
-Se mejora la biodisponibilidad de ciertos medicamentos al obviar el efecto de primer paso.
-Permite la utilización de fármacos de semivida biológica muy baja.
-Reduce la posibilidad de que se produzcan importantes variaciones en la dosis.
-Proporciona un régimen terapéutico con excelente aceptación por parte del paciente.
El fentanilo es un potente agonista opiáceo de los receptores μ conactividad analgésica que, gracias a su bajo peso molecular,gran potencia 80 veces más potente que la morfina y lipofilia cumple las condiciones necesarias para considerarlo como un fármaco adecuado para su administración por la vía transdérmica.El fentanilo presentado bajo la forma farmacéutica denominada sistema terapéutico transdémico (STT-fentanilo) es una especialidad farmacéutica estupefaciente que se encuentra registrada en España con el nombre comercial de Durogesic.Existen comercializadas tres dosis que liberan, respectivamente, de 25, 50 y 100 μg de fentanilo a la hora durante setenta y dos horas. Se presenta en un envase de cinco parches transdérmicos.
Los efectos adversos que se pueden esperar con este tratamiento son casi los mismos que los producidos por los derivados opiáceos:

-El más grave asociado a la terapia con STT-fentanilo es la depresión respiratoria, que en los ensayos revisados oscila alrededor de un 2% de los pacientes tratados.
-Aparición de estreñimiento. En este caso la incidencia fue ligeramente inferior que con la morfina oral.La causa de esta diferencia la encontramos en que la relación entre dosis analgésica y antidiarreica en la morfina es mucho menor que en el fentanilo, por lo que a dosis equianalgésicas con la morfina se produce una mayor disminución de la motilidad gastrointestinal que con el fentanilo.
-Aparición de eritema y prurito en el punto de aplicación, aunque parece ser que esta reacción es debida al plástico o al adhesivo.El eritema fue transitorio y afectó a un 3% de los pacientes.
-Aparición de náuseas y vómitos. Este efecto adverso aparece con similar incidencia en los pacientes tratados con morfina oral si bien existen estudios en los que hay diferencias significativas entre uno y otro a favor delSTT-fentanilo.
-Aparición de somnolencia. Los estudios comparativos del TT-fentanilo y la morfina oral no son concluyentes, existiendo estudios con resultados a favor del uso de STT-fentanilo y otros a favor del uso de la morfina oral.
-Otros efectos adversos pero de menor frecuencia (1-2%) fueron la aparición de anorexia, sudoración, problemas urinarios, sequedad de boca, flatulencia, distensión abdominal, bradicardia,temblor, agitación, síncope, vértigo, estupor y faringitis.
Hasta enero de 1994 la FDA había recogido un total de 50 casos de muerte aparecidos durante el tratamiento con parches transdérmicos de fentanilo, de los cuales 34 se debieron a la patología de base del paciente. De los 16 restantes, la FDA sólo asoció cuatro al empleo de los parches.

Las altas concentraciones de fármaco que se almacenan en el parche, junto con una mala manipulación del mismo, pueden llevar a la sobredosificación e intoxicación del paciente.La cantidad de fármaco remanente en un parche puede superar en gran medida la dosis mortal para una persona.La potencia del fentanilo (80 veces superior a la morfina) puede provocar la aparición de intoxicaciones accidentales o dependencias y abusos en personas especialmente predispuestas. Se han descrito casos de personas que han ingerido intencionadamente el parche o que se han inyectado por vía intravenosa su contenido.

De todo ello se deduce que se debe establecer un especial control sobre el uso de esta forma farmacéutica del fentanilo, así como de la eliminación del mismo una vez utilizado.

5 Discusión-Conclusión

- Los parches de fentanilo son un sistema de analgesia cómodo y eficaz que todo el personal sanitario debe conocer en todas sus latitudes.

- La administración del STT-fentanilo es simple y cómoda,se puede realizar en casa del paciente con un intervalo posológico de setenta y dos horas, reduciendo los problemas psicológicos asociados a una dosificación más frecuente de morfina. Al administrarse en intervalos de tres días el paciente tiene menos presente su enfermedad. Todo esto hace que sea una forma farmacéutica ideal para personas impedidas o no cooperantes (niños, ancianos, etc.) o que no toleren la administración de analgésicos opiáceos por vía oral (por presencia devómitos, baja absorción intestinal o enfermedades intestinales en general) y presenten dificultad para el acceso venoso.

-La aplicación del parche sobre la piel, además de favorecer la adherencia al tratamiento, parece ocasionar un menor número de efectos adversos, fundamentalmente en el caso del estreñimiento, mejorando la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

-Hwang SS,Nichols KC, Southan M. Transdermal permeation: physiological and physicochemical aspects. En: Lehman KA, Zech D, eds. Transdermal fentanyl: a new approach to prolonged pain control, 1.a ed.Berlín: Springler-Verlag; 1991
-Gupta SK,Southam M, Gale R, Hwang SS. System functionality and physicochemical model of fentanyl transdermal system. J Pain Symptom Manage 1992
-Roy SD,Flynn GL. Transdermal delivery of narcotic analgesics: pH,anatomical, and subject influences on cutaneous permeability of fentanyl and sufentanil. Pharm Res 1990
-Agencia Española de Medicamentos (www.egemed.es);
Compendium Suisse des Médicaments (www.kompendium.ch)
FDA (www.fda.gov)
Medicines UK (www.medicines.org.uk)
Expedientes para registro Fentanyl® y Durogesic®
-Jacox A,Carr DB, Payne R. Clinical Practice Guidelines (No. 9): management of Cancer Pain, vol 1. Rockville, MD: Agency for Health Care Policyand Research; 1994.
-Zech DF,Grond SU, Lynch J, Dauer HG, Stollenwerk B, Lehmann KA. Transdermal fentanyl and initial dose-finding with patient-controlled analgesiain cancer

pain. A pilot study with 20 terminally ill cancer patients. Pain 1992
-Enck RE. Themanagement of large fungating tumors (malignant ulceration). Am JHosp Palliat Care 1990
-Hwang SS,Nichols KC, Southan M. Transdermal permeation: physiological and physicochemical aspects. En: Lehman KA, Zech D, eds. Transdermal fentanyl: a new approach to prolonged pain control, 1.a ed.Berlín: Springler-Verlag; 1991
-Ahmedzai S,Brooks D. Transdermal fentanyl versus sustained-release oral morphine in cancer pain: preference, efficacy, and quality of life.The TTS-Fentanyl Comparative Trial Group. J Pain Symptom Manage1997
-Zech DF,Grond SU, Lynch J, Dauer HG, Stollenwerk B, Lehmann KA. Transdermal fentanyl and initial dose-finding with patient-controlled analgesiain cancer pain. A pilot study with 20 terminally ill cancer patients. Pain 1992
-Marquardt KA, Tharratt RS. Inhalation abuse of fentanyl patch. J Toxicol Clin-Toxicol 1994

Capítulo 901

CASO CLÍNICO: TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

SUSANA RODRÍGUEZ RUBIO

LAURA ANTON RODRIGUEZ

THAIS LOSAS FERNÁNDEZ

PATRICIA RODRIGUEZ CASTAÑO

1 Introducción

El trasplante de riñón de donante vivo, se trata de extirpar un riñón de un donante vivo y colocarlo en un receptor que tiene riñones que no funcionan de manera adecuada. Sólo se necesita un riñón donado para reemplazar dos riñones con insuficiencia renal crónica, lo que hace que el trasplante de riñón de donante vivo sea una alternativa al trasplante de riñón de donante fallecido.

A diferencia del trasplante renal de donante fallecido, el trasplante de riñón de donante vivo ofrece estos beneficios:
- Menos tiempo en la lista de espera, lo cual puede prevenir posibles complicaciones y deterioro de la salud.
- Existe la probabilidad de evitar la diálisis, si aún no se ha iniciado.
- Mejores tasas de supervivencia a corto y largo plazo.
- Un trasplante programado una vez que el donante ha sido aprobado, frente a un procedimiento de trasplante de urgencia no programado de un donante fallecido.

- Los riñones de donantes vivos casi siempre comienzan a funcionar inmediatamente después del trasplante, en comparación con los riñones de donantes fallecidos que pueden demorar en comenzar a funcionar.

Los riesgos de un trasplante de un riñón de un donante vivo, son similares a los de un trasplante con un donante fallecido. Éstos comprenden los riesgos asociados con la cirugía, el rechazo de órganos y los efectos secundarios de los medicamentos contra el rechazo.

2 Objetivos

Extirpación de un riñón de un donante vivo, y colocación del mismo en la persona receptora.

3 Caso clínico

Paciente de 2 años que ingresa para la realización de un trasplante renal de donante vivo, por antecedente de síndrome nefrótico congénito de tipo finlandés. Este síndrome debutó en la paciente con crisis convulsivas neonatales en contexto con hipocalcemia a los 12 días de vida.

El síndrome nefrótico congénito de tipo finlandés se caracteriza por inicio de pérdida de proteínas durante la vida fetal. Es una enfermedad rara hereditaria provocada por una mutación en el gen NPHS1 que codifica la nefrina y está situado en el cromosoma 19 humano.

Datos del donante; donante vivo, que es su madre, una mujer de 28 años:
-Peso 57kg.
-Grupo sanguíneo: A positivo.
-Serologías: Ig G+ (CMV, VEB, VHS), Ig G- (VIG, VHC), Anti HBs positivo.
-Valoración psiquiátrica: no se encuentran alteraciones psicopatológicas.
-Número de compatibilidades (3), e incompatibilidades (3).
-Pruebas cruzadas con el receptor: negativas.

Datos del receptor; niña de 2 años, diagnosticada de síndrome nefrótico congénito de tipo finlandés:
-Serologías:
Ig G+: sarampión, rubeola, parotiditis, varicela-zoster.

Ig G-: treponema, herpes simple, CMV, VEB, toxoplasma, VIH.
VHC: anticuerpos VHC negativo, antígeno HC negativo.
Hepatitis B: Af-HBs negativo, Anti-HBc negativo, Anti-HBs negativo.

Se realiza trasplante de donante vivo, sin incidencias durante la intervención, precisando 1.500ml de suero salino fisiológico y hematíes. Durante la intervención no realiza diuresis. Anastomosis vasculares: venosa y arterial a vena y arteria ilíacas. Drenajes: Jackson Pratt, tutor y sonda vesical.

Después de la intervención, que tiene una duración aproximada de 6 horas, la receptora ingresa en la unidad de cuidados intensivos mientras que la donante es ingresada en planta.

4 Discusión-Conclusión

Receptora: A su llegada a la UCI, empieza a realizar diuresis. Ha mantenido tensiones medias y no ha presentado anemización, aunque sí una disminución de la cifra de hemoglobina en probable relación con hemoconcentración inicial.

Ha permanecido en todo momento afebril. Tendencia inicial a la leucopenia en relación a la administración postrasplante de antitimoglobulina. Se mantiene tratamiento profiláctico con Ganciclocir tras la normalización de la función renal y con septrim cuando inicia intolerancia oral.

A las 48 horas del ingreso se pasa a suero de mantenimiento. Buena tolerancia enteral y alimentación oral a demanda.

Mantiene inmunosupresión con Tacrolimus que se ajusta según niveles. Micofenolato y urbason. Así mismo, se realizan 3 infusiones de antitimoglobulina teniéndose que suspender por cifras de leucocitos por debajo de la normalidad reiniciándose posteriormente tras normalización.

Recibe el alta médica a los 14 días del ingreso para la intervención. Previo al alta se realiza la retirada del drenaje abdominal por débito muy escaso y se da cita para revisión general en 3 días.

Donante: Evolución favorable con alta a domicilio a los 3 días. Se cita en 10 días para retirada de puntos.

La enfermedad renal tiene un gran impacto en nuestra sociedad por el número

creciente de casos. El paciente renal debe ser guiado, aconsejado y asesorado, en todo momento, por un equipo multidisciplinar entre los que cabe destacar la labor de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Funciones del TCAE en el quirófano: En todo este proceso, el TCAE juega un papel muy importante. Como miembro del equipo quirúrgico, trabaja en coordinación con las enfermeras, dando apoyo a su actividad, y realiza actividades de limpieza, colocación y reposición de material.

Actividades y actitudes del TCAE ante el paciente crónico:
-Enseñar al paciente las habilidades y competencias de auto-cuidado que éste necesita dominar para asegurar la satisfacción de sus necesidades básicas.
-Informar al paciente y a su familia sobre la existencia de redes de ayuda, y la conveniencia de utilizarlas.
-Facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos problemáticos para el paciente, mediante una actitud de disponibilidad y aceptación.
-Reforzar positivamente los comportamientos de aprendizaje y cambio que tiendan a mejorar las habilidades de auto-cuidado.
-Resaltar las aptitudes y actitudes positivas que posee el paciente para la máxima utilización de sus posibilidades.
-Apoyar los contactos interpersonales del paciente para disminuir el aislamiento social y mejorar los recursos de apoyo personales.

5 Bibliografía

-http://mayoclinic.org
-http://scielo.org/es/
-http://medlineplus.gov/spanish

Capítulo 902

CAUSAS DE LAS CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

LOURDES BELEN PEREZ LORENZO

PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ

AINOA MARTINEZ PEREZ

1 Introducción

Las caídas en pacientes hospitalizados se producen de forma bastante regular, sobre todoen pacientes mayores de 65 años. Se atribuye esta variable a diferentes factores como la edad, el estado cognitivo, traumatismos, farmacología o movilidad reducida.

2 Objetivos

- Determinar las causas de las caídas de los pacientes en el hospital, identificando los pacientes con mayor riesgo y los motivos por los que se produce.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Durante ese año se registraron en dicho hospital 150 caídas. Las causas principales fueron la edad avanzada de los pacientes, la movilidad reducida de dichos pacientes, la utilización de sedantes y tranquilizantes. También se observo un mayor numero de caídas nocturnas, debido a la escasa iluminación.

5 Discusión-Conclusión

- La incidencia de caídas en pacientes ingresados aumenta con factores como la edad, el estado cognitivo y la utilización de fármacos, como sedantes y tranquilizantes. Seria necesario desarrollar y aplicar un protocolo de prevención de caídas, para disminuir su numero.

6 Bibliografía

- Torres Egea P, Sánchez Castillo PD. Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. Revisión sistemática y metaan6aacute;lisis. Nursing 2007; 25 (2): 56-64.
- González Sánchez RL, Rodríguez Fernández MM, Ferro Alfonso MJ, García Milián. Caídas en el anciano. Consideraciones generales y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15 (1): 98-102.
- Calvo M, Riu M, Villares J. Las caídas intrahospitalarias: una realidad. Rev Rol Enf 2001; 24 https://www.murciasalud.es/preevid/9675

Capítulo 903

MOVILIZACIONES EN EL PACIENTE ENCAMADO

CAROLINA MESURO BAO

1 Introducción

La movilización es el desarrollo de un programa de ejercicios encaminados a conseguir el restablecimiento de las funciones disminuidas por la enfermedad.

El movimiento es una capacidad que nos permite relacionarnos con el entorno, además de proporcionarnos autonomía . Por lo contrario la inmovilización afecta al deterioro de las funciones motoras y la capacidad de desempeñar actividades de la vida diaria, obligando a pasar gran parte del tiempo encamado.

2 Objetivos

- Evitar las complicaciones causadas por la inmovilización prolongada, como son las ulceras por presión o de decúbito.
- Aliviar el dolor -
- Mejorar el tono muscular, la respiración y la circulación del paciente.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medlineplus, prótocolos de la Junta de Andalucía, Docsity y otras páginas utilizando palabras clave como movilización, inmovilidad.

4 Resultados

Toda movilización debe adaptarse a las necesidades del paciente, y se debe tener en cuenta el grado de inmovilidad, que va a depedender del tiempo que permaneció inmovilizado, de la patología o de las causas desencadenantes, las cuales pueden ser; físicas o psíquicas.Sin olvidar la repercusión que tienen otros elementos como el consumo de fármacos, la ausencia de ayudas técnicas, falta de apoyo social, aislamiento y soledad.

- Las causas físicas: se relacionan con enfermedades musculoesqueléticas, neurológicas, cardiorrespiratorias, intervenciones quirúrgicas, envejecimiento fisiológico.. etc.
- Las causas pqsíquicas: como pueden ser la depresión, las demencias y estados de confusión.

Antes de realizar cualquier tipo de movilización el paciente debe ser informado, y nos ayudará dentro de sus posibilidades. La movilización postural del paciente encamado debe adaptarse a las necesidades concretas de cada uno, basándose en el mantenimiento de una postura correcta. Los cambios posturales se deben realizar cada 2-3 horas, ya que 3 horas es el tiempo máximo que una persona puede estar sin moverse y que aparezcan heridas, contracturas y atrofia muscular.

Si el paciente colabora, con un auxiliar se puede realizar el cambio, de lo contrario se realizará la movilización entre dos personas. Se debe cambiar al paciente siguiendo unas posiciones determinadas. Normalmente los cambios que se realizan son:

- decúbito supino
- decúbito lateral, izquierdo o derecho
- decúbito prono
- Fowler y sedestación, siempre que no exista contraidicación médica.

Para realizar los cambios posturales se necesitan almohadas, cojines y férulas con el fin de conseguir una alineación correcta del paciente y mantener la posición deseada.

5 Discusión-Conclusión

Una de las funciones más importantes del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es la de mover y acomodar al paciente en la cama, asegurándonos que se sienta cómodo, y en buena posición. Además de revisar la piel, y zonas típicas

de presión como talones, glúteos, espalda y codos para prevenir cualquier tipo de complicación por úlceras.

6 Bibliografía

- https://www.sspa.juntadeandalucia.es
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.docsity.com

Capítulo 904

LUXACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR.

ANA BELÉN VEGA ALCARAZ

1 Introducción

La articulación temporo mandibular (ATM) está formada por un conjunto de estructuras anatómicas que permiten realizar movimientos de lateralidad, antero posteriores y de descenso a la mandìbula, siendo fundamentales para las funciones masticatorias, la deglución y el habla. Cuando el cóndilo se posiciona anterior a la eminencia articular y no es capaz de regresar a su posición de cierre, existe luxación.

Es un problema que suele ocurrir en una apertura bucal excesiva sobre todo en procedimientos dentales, aunque también puede ocurrir al reirse, bostezar o incluso vomitar. La maniobra de Nelaton es considerada como el procedimiento ideal para estos caso, teniendo como finalidad reinsertar la cabeza del cóndilo en su posición fisiológica.

2 Objetivos

Para poner en práctica esta maniobra, es necesario definir la etiología, características, signos y síntomas de la luxación bilateral.

3 Caso clínico

Mujer, 35 años, acude al servicio de maxilofacial para intervención quirúrgica de exodoncias de cordales retenidos en mandíbula. El procedimiento se realiza mediante anestesia general. Después de dos horas de cirugía y una vez finalizada dicha intervención el cirujano observa que el paciente presenta luxación mandibular bilateral. Se observa imposibilidad para la oclusión bucal.

Se realiza radiografía lateral de cráneo y en la que se confirma el desplazamiento del cóndilo. Se procede a realizar la maniobra de Nelaton para reducción de la luxación bilateral de la ATM, consiguiendo una oclusión total tras la reducción. Se vuelve a realizar radiografía lateral de cráneo en la que puede observarse que el cóndilo mandibular se encuentra bien posicionado dentro de la cavidad glenoidea.

El tratamiento de la luxación de la ATM es manual, mediante las maniobras de Nelaton (si es bilateral), o Dupuis (siendo unilateral). Las maniobras consisten en posicionar los pulgares encima de los molares inferiores sujetando así la mandíbula con la palma de la mano, teniendo un control total de la mandíbula, a continuación se ejerce una presión hacia abajo, atrás y arriba simultáneamente para conseguir que el cóndilo salte la eminencia articular y así poder posicionarse en la fosa glenoidea.

4 Discusión-Conclusión

Después de una luxación mandibular el paciente puede experimentar molestias o dolor, en el momento del alta se recomendaran las siguientes indicaciones:
- Evitar la apertura bucal excesiva.
- Reposo articular.
- Dieta blanda.
- Analgésicos.
- Revisión semanal

5 Bibliografía

- Portalesmedicos.com
- La anatomía orientada (books.google.es)
- Actaodontológica.com
- Medicasur.com

Capítulo 905

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN ODONTOLOGÍA

ANA BELÉN VEGA ALCARAZ

MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ

1 Introducción

La profilaxis antibiótica es la administración de uno o mas antibióticos previa a una intervención quirúrgica para prevenir infecciones y sus consecuencias debido a la alteración de la primera línea de defensa. Está indicada siempre que exista riesgo de infección en el paciente, ya sea por las características de la intervención, condiciones locales o generales del paciente.

Con la aplicación de profilaxis se elevan los niveles séricos de antibiótico durante el procedimiento y unas horas después de cerrada la incisión. Con ello conseguimos que en pacientes sanos o con algún tipo de patología se eviten complicaciones locales o sistémicas en el organismo. El conocimiento de los pacientes de riesgo es fundamental para determinar una antibioterapia correcta.

En procedimientos bucales invasivos se suelen utilizar los siguientes antibióticos, su posología es siempre entre 30 y 60 minutos antes de la intervención.
1. No alérgicos a Penicilina:
- Amoxicilina (2gr).
- Ampicilina (2gr).
- Cefazolina (1gr).
- Ceftriasona (1gr).

2. Alérgicos a Penicilina:
- Cefalexina (2gr).
- Clindamicina (600mg).
- Azitromicina (500mg).
- Claritromicina (500mg).

La utilización de determinados antibióticos estará determinado por la complejidad de la intervención, la patología previa del paciente y las posibles modificaciones en la intervención. También se tendrá en cuenta el conocimiento de la flora bacteriana bucal, la zona de la intervención y el entorno hospitalario.

2 Objetivos

- Conocer qué es la profilaxis antibiótica y para qué se utiliza.
- Evitar que los pacientes sanos con algún tipo de patología se eviten complicaciones locales o sistémicas del organismo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La profilaxis antibiótica en pacientes sanos y de riesgo tiene como fin la prevención de complicaciones locales y sistemas en el organismo. El conocimiento de los pacientes de riesgo es fundamental para poder llevar a cabo esta práctica ya que es un procedimiento obligatorio por parte del odontólogo.

5 Discusión-Conclusión

Son muchos los estudios en los que se ha comprobado la eficacia de la profilaxis antibiótica por lo que su uso en odontología es fundamental teniendo en cuenta

que hay muchas enfermedades ligadas a problemas derivados de una boca enferma.

6 Bibliografía

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

Capítulo 906

ÚLCERAS CAUSADAS POR PRESIÓN

SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ

ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son heridas que se originan en la piel por permanecer demasiado tiempo en la misma posición. Estas heridas afectan a aquellas zonas donde el hueso está más cerca de la piel y hay una presión. Pueden causar infecciones graves, incluso poner en riesgo la vida de la persona. No afecta a todos por igual, depende de varios factores como la edad, la alimentación, la hidratación, la humedad y la actividad.

Según estos factores se pueden tomar medidas de prevención como: mantener la piel limpia y seca, cambiar la posición cada dos horas o utilizar cojines para aliviar la presión.

- Valoración del riesgo de ulceras por presión a través de varias escalas con una puntuación del 1 al 4, evaluando su estado físico, siendo un 1 muy malo y un 4 bueno, su estado mental siendo un 1 en coma y un 4 en alerta, su actividad siendo un 1 encamado y un 4 ambulante, su movilidad siendo un 1 inmóvil y un 4 movilidad total y su incontinencia siendo un 1 urinaria y fecal y un 4 ninguna.
- Valoración del entorno de cuidados. El paciente y la familia saben como manejar la situación, tienen información suficiente para llevar a cabo los cuidados. Si esta información es correcta, pueden realizar las tareas sin riesgo.
- Prevención de las UPP. Realizar una buena higiene, secar muy bien la piel, aplicar aceite después del baño, no masajear la piel en zonas con rojeces o

eritemas, mantener la ropa de cama limpia y sin arrugas, en persona con incontinencia, colocar protectores para evitar humedades o poner cojines o almohadas en aquellas zonas de riesgo para evitar la presión.
- Valoración de la lesión. Se localiza la lesión, se clasifican según el estadio en el que se encuentre, se controla su exudado, su dolor, y el tiempo que lleva el paciente con esa ulceras.
- Tratamiento de la úlceras. En su tratamiento es necesario un equipo de profesionales que son: el médico, el cual supervisa el plan de cuidados. El personal de enfermería, quien realizar los cuidados de la heridas y orienta al paciente y a los familiares sobre los cuidados. Un asistente social, para tener acceso a los recursos. Un fisioterapeuta, para mejorar la movilidad y un dietista para supervisor sus necesidades nutricionales.

Las úlceras por presión se clasifican en cuatro estadios, dependiendo del grado de afectación.
- Cuando hay un eritema y la piel está intacta hablamos de estadio I.
- Cuando está afectada la epidermis y la dermis o ambas estamos en un estadio II.
- Cuando hay una perdida total de la piel, necrosis del tejido subcutáneo sin llegar a la fascia, es un estadio III.
- Cuando afecta a los huesos, músculos y otras estructuras es un estadio IV.

Para tratar estas heridas primero se debe realizar una valoración sobre la persona mediante la escala de Braden. En ella se valora:
- Percepción sensorial: si es completamente limitada, muy limitada ,limitada, ligeramente limitada y sin limitaciones.
- Exposición a la humedad: puede ser constante, a menudo, ocasionalmente o rara vez.
- Actividad si esta encamado, en silla de ruedas si deambula ocasionalmente o con frecuencia.
- Nutrición: si es pobre, inadecuada, adecuada o excelente.
- Roce y peligro de lesión por el cual necesitaría una asistencia máxima, mínima o ninguna.

2 Objetivos

- Hacer una valoración sobre el estado de la persona asociada a las medidas de prevención y factores de riesgo.

- Identificar las fases de formación de las ulceras, aplicar las medidas de prevención y tratamiento inicial y saber cuando un paciente debe ser remitido .

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 907

LA TERAPIA OCUPACIONAL

ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ

ISABEL RAMOS PALEO

1 Introducción

La terapia ocupacional (TO) trata de ayudar a personas con problemas de salud física, mental o aprendizaje, ancianos frágiles o con dependencia. Evalúa la capacidad de las personas para las actividades de la vida diaria e interviene cuando existe riesgo o daño, usando la actividad con un propósito para ayudar a adquirir conocimiento,destrezas y actitudes para desarrollar las tareas y conseguir el máximo grado de autonomía posible. La TO evalúa necesidades, planifica, organiza y ejecuta programas con ajustes prácticos y actividades para ayudar a enfrentar y superar problemas o supervisar. Puede ser individual o en grupo (habilidades sociales de comunicación y autoconfianza).

2 Objetivos

- Promover la máxima autonomía y la máxima funcionalidad de la persona con algún tipo de limitación, ya sea física, cognitiva, conductual, etc.
- Promover la salud y el bienestar, minimizar o prevenir el deterioro, desarrollar, mantener, mejorar o recuperar el desempeño de las funciones necesarias, así como compensar las disfunciones instauradas.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https// www.sunrisemedical.es
- MAC Graw- Hill www.medlineplus.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 908

CAMBIO DE DISPOSITIVOS DE OSTOMÍA

ANA BELÉN VEGA ALCARAZ

MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ

1 Introducción

La ostomía es el resultado quirúrgico en la que un órgano tiene salida al exterior del cuerpo a través de una abertura llamada estoma. Existen distintos tipos de ostomía dependiendo del órgano implicado: ileostomía, colotomía, urostomía, traqueostomía, gastrostomía, yeyunostomía, etc. Los colectores son las bolsas en la que se recogen los desechos orgánicos expulsados a traves del estoma.

2 Objetivos

- Con esta práctica realizada entre 2 y 4 veces al día, conseguiremos una óptima salud del estoma y de la piel que lo rodea. También es importante para que el paciente se sienta higienizado y limpio.

3 Metodología

Para el cambio de dispositivo, lo primero es hacer sentir al paciente cómodo proporcionándole intimidad si fuese necesario. A continuación una vez preparado el material necesario nos lavaremos las manos, nos colocamos los guantes y empezamos a despegar el dispositivo. Utilizaremos las dos manos, una sujetando la

piel y otra despegando haciéndolo de arriba hacia abajo, así evitamos posibles irritaciones en la piel.
Cuando el dispositivo este retirado, lavaremos con la ayuda de una esponja el estoma, cuidando de no dañarlo con movimientos suaves.

Cuando el estoma esté completamente limpio, lo secaremos con una toalla para evitar humedades, de nuevo con sumo cuidado en no frotar ya que podria provocarse sangrado. Cogeremos el nuevo dispositivo, el cual tiene que coincidir en diámetro con el estoma y procederemos a fijarlo. Los dispositivos de una sola pieza se suelen colocar de abajo hacia arriba, fijando primero la parte inferior y después la superior. Al terminar presionaremos suavemente con los dedos la circunferencia del adhesivo para fijarlo y bien y no haya peligro de fugas.

En dispositivos de dos piezas hay que posicionar el apósito centrándolo con el estoma y presionar del centro hacia afuera. Después se coloca la bolsa. Cuando cambiamos un dispositivo hay que valorar siempre el tejido del estoma y la piel de alrededor para evitar posibles complicaciones futuras.

4 Resultados

El paciente se sentirá aseado y limpio.

5 Discusión-Conclusión

En esta práctica como en cualquier otra referente a la higiene y aseo del paciente es necesario un buen compromiso por parte del sanitario. Hay que tener en cuenta que los pacientes con estas patologías son pacientes sensibilizados dada su situación y es de rigurosa obligatoriedad por parte del personal sanitario estar pendientes de las necesidades de cada paciente, realizando los cambios de dispositivo las veces que sean necesarias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 909

LACTANCIA MATERNA

JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO

SANDRA FERNANDEZ GONZALEZ

1 Introducción

Durante millones de años la especie humana ha sobrevivido gracias a la leche materna. En la actualidad no existen dudas acerca de que la lactancia materna es la forma más adecuada de alimentar a los niños y niñas en sus primeros seis meses de vida. Sin embargo, la incidencia y duración de la lactancia natural en nuestro país es baja, el 60% a 80 % las madres abandonan y entre el 20% y el 40% abandonan a los tres meses y entre el 5% y el 20% a los seis meses.

Pero esto puede ser debido a los cambios sociales, es decir, incorporación de la mujer al trabajo, permisos por maternidad insuficientes y falta de apoyo familiar. Pero en gran parte se debe al desarrollo de la industria de las leches artificiales, con lo que se crea una opinión favorable a la lactancia artificial; estas opiniones alcanzaron su mayor auge entre los años 60 y 70.

En las últimas décadas hay una toma de conciencia y un descubrimiento de las ventajas de la lactancia natural. Organismos como la OMS, UNICEF, FAO, OIT Y LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE PEDIATRIA se han sumado a la defensa de la lactancia natural. La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer para la salud y desarrollo físico y afectivo de su hijo y también es bueno para la madre, la familia y la sociedad.

Todas las madres pueden amamantar a sus hijos si se les da apoyo y consejos adecuados, así como la ayuda práctica para resolver cualquier problema. La OMS

Y LA UNICEF publican una guía de diez pasos para aumentar el apoyo a la lactancia materna en los centros de salud que prestan servicios de maternidad y neonatología. Estos diez pasos son la base de la iniciativa de hospitales amigos del niño y que ambas organizaciones pusieron en marcha en 1991. En la guía se anima a las nuevas madres a amamantar y se informa a los profesionales de enfermería sobre la mejor manera de apoyar la lactancia materna.

En la guía se describen las medidas que los países deben adoptar para proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología y es la forma más inmediata que tienen los sistemas de salud para ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna en la primera hora después del parto y mantener la lactancia de manera exclusiva durante seis meses. Los hospitales deben contar con una política escrita sobre la lactancia materna con personal competente y con servicios de atención prenatal y postnatal que incluya el apoyo a la lactancia materna para las madres.

2 Objetivos

- Fomentar la colaboración y cooperación entre profesionales y hospitales que garanticen la continuidad y desarrollo de la lactancia materna y asegurarse de que las madres reciban información sobre los beneficios de ésta para la alimentación y crianza del recién nacido.

3 Metodología

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

4 Resultados

La lactancia materna es un proceso natural, innato e instintivo, pero requiere un proceso de aprendizaje apoyado por una adecuada educación sanitaria para lograr una lactancia materna

5 Discusión-Conclusión

- Beneficios para el niño:
• Favorecen el desarrollo a nivel sensorial, psicológico y motor.
• Protección inmunológica frente a diversas enfermedades.
• Reduce las alérgias y otras reacciones de hipersensibilidad.
• Permite el desarrollo de la estructura bucal y dental adecuados.
• Está exenta de contaminación bacteriana, evitando los trastornos grastrointestinales mejorando el equilibrio de la flora intestinal.
• Tiene anticuerpos que ayudan a combatir virus y bacterias.
- Beneficios para la madre:
• Facilita la involución uterina postparto.
• Reduce la incidencia de cáncer de mama y ovarios.
• Disminuye el riesgo de Osteoporosis en la ancianidad
- Beneficios para ambos:
• Se refuerza y estimula la relación madre e hijo.

Para una gestión adecuada es indispensable la participación de la madre, principal cuidador del niño, y del padre desde el momento del nacimiento. La OMS Y UNICEF han creado centros de apoyo a la lactancia, recomendando la leche materna en exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y a partir de estos debe introducir alimentos sólidos como frutas y verduras, como complemento de la leche materna durante dos años o más. Además la lactancia debe comenzar en la primera hora de vida del bebé y debe de hacerse cada vez que el niño lo necesite, de día y de noche y debe evitar los biberones y chupetes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 910

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ICTUS

NURIA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Cada vez son más frecuentes las enfermedades cerebrovasculares asociados a los hábitos de vida que llevamos, lo que contribuye a que se registre un mayor número de infartos cerebrales en todo tipo de edades.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del auxiliar de enfermería ante el paciente de ictus para ayudar en su recuperación día a día.
- Animar al paciente para afrontar su nueva situación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con las movilizaciones pretendemos que el paciente se adapte poco a poco a su nueva situación con sus limitaciones e ir ganando movilidad día a día. También que no se escare con los cambios posturales y evitar así la aparición de úlceras por presión. Con la animación en sus progresos queremos reforzar su autoestima y conseguir que adquiera más seguridad en sí mismo y, finalmente, manteniendo una actitud respetuosa con el paciente tanto en el ámbito de la higiene como en el trato personal iremos ganando su confianza y se sentirá más seguro para ir participando en todo lo que pueda.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería con la colaboración del paciente se pretende conseguir que este salga del hospital pudiendo defenderse en el funcionamiento socio-familiar y seguir con posibles revisiones para nuevas valoraciones médicas.

6 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca
.com.
- https://www.astursalud.es.

Capítulo 911

TÉCNICAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO

OLGA ALVAREZ PEREZ

1 Introducción

Para el desarrollo de una intervención quirúrgica se requiere: una preparación correcta del quirófano, adiestramiento de todo el personal, adecuados métodos de desinfección y esterilización y determinadas precauciones de seguridad que deben tomarse, para que la sala de operaciones se convierta en un medio seguro para el enfermo. En todo este proceso, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un papel muy importante.

El TCAE, como miembro del equipo quirúrgico, trabaja en coordinación con las enfermeras, dando apoyo a su actividad, y realiza actividades de limpieza, colocación y reposición de material en quirófano. El proceso quirúrgico consiste en una serie de acciones manuales e instrumentales encaminadas a paliar, curar o explorar, por medio de cirugía, cuando no es viable otra acción médica.

La situación del paciente que va a ser intervenido propicia la humanización de los cuidados, materializándose en una atención integral al enfermo con el fin de valorar sus necesidades y planificar-ejecutar los cuidados que precisará hasta que abandone el hospital. Así, los enfermeros y los TCAE se convierten en los profesionales de referencia para el paciente, intentando que sea lo más independiente posible hasta que su situación se normalice.

Las funciones de los TCAE aparecen recogidas en los artículos 74 a 85 de la Orden ministerial del 26 de abril de 1973, que aprueba el Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social. Asimismo, en el Real Decreto 137/1984 se señalan otra serie de funciones del TCAE en el equipo de atención primaria. Estas normativas tienen validez en la sanidad pública a nivel nacional. El artículo 74 de la Orden ministerial dice: "Corresponden a las auxiliares de enfermería ejercer, en general, los servicios complementarios de la asistencia sanitaria en aquellos aspectos que no sean de la competencia del personal sanitario titulado superior. Los auxiliares de enfermería se atendrán a las instrucciones que reciban del citado personal que tenga atribuida la responsabilidad en la esfera de su competencia del Departamento o Servicio donde actúen las interesadas y, en todo caso, dependerán de la Jefatura de enfermería y de la Dirección del centro".

2 Objetivos

- Mantener al paciente en las condiciones óptimas ante cualquier intervención quirúrgica que se efectúe.

3 Metodología

Funciones comunes del equipo de enfermería (enfermera, instrumentista, circulante y TCAE).
Todas las actividades de enfermería relacionadas con el quirófano se llevan a cabo conjuntamente entre la enfermera circulante (EC), la enfermera instrumentista (EI) y el TCAE. u Funciones administrativas: la enfermera comprueba que la historia clínica está completa y que se encuentran todos los datos necesarios para la intervención. Además, se verifica que están firmados los consentimientos informados. Actualmente todas estas actuaciones se recogen en el listado de verificación quirúrgica o check list quirúrgico. Recepción del paciente:
- Valorar el estado general del paciente antes de la intervención.
- Datos de filiación del paciente: nombre, historia clínica, patología, intervención, confirmar el órgano o miembro a operar (en el caso de bilateralidad órgano múltiple). Todo ello se incluye en el listado de verificación quirúrgica.
- Confirmar ausencia de prótesis dentales, joyas, esmalte de uñas, ropa interior, pertenencias, etc.
- Comprobar la correcta preparación del paciente: higiene general y vello, ayunas, estado general de la piel, enemas si precisa la cirugía, etc.

- Mantener el quirófano en orden, para ello se debe seguir siempre un orden de revisión que permita reponer el quirófano y dejarlo preparado. Esta actividad la realizan las enfermeras junto con el TCAE. Es sumamente importante una reposición adecuada del quirófano para que la intervención se desarrolle con las mínimas complicaciones posibles.
- Reponer y comprobar el carro de anestesia, medicación, material no fungible y fungible (comprobar y reponer suturas, sondas, compresas, gasas, paños, drenajes, etc). Se hace en cantidades mínimas para poder renovar el material con frecuencia y evitar así que se caduque. El TCAE ayuda a las enfermeras en la reposición del material fungible del quirófano, mientras que las enfermeras se encargan de la reposición de medicación y suturas.
- Tener localizado y chequeado el desfibrilador por si se precisa en cualquier momento, lo hace el equipo de enfermería. -
- Chequear y comprobar el funcionamiento del respirador.
- Comprobar que el mobiliario y el aparataje se corresponden con el tipo de intervención.

Quirófano para TCAE
- Preparar el equipo y material necesario para la intervención quirúrgica y solicitar la ayuda del TCAE y el auxiliar de servicios generales (ASG) para el traslado de material pesado.
- Revisar que los elementos de quirófano funcionan correctamente y están bien colocados y conectados. Correcto funcionamiento de las lámparas, mesa quirúrgica, negatoscopio, manta de calor, bisturí eléctrico, bombas de infusión (deben estar enchufadas a la red para tener correctamente cargada la batería), gases anestésicos, monitor y su configuración adecuada dependiendo del tipo de paciente.
- Tranquilizar e informar al paciente sobre sus dudas.
- Controlar el momento de la cirugía en el que se encuentra el cirujano para poder anticiparse a las necesidades.
- Comprobar la existencia de todas las numeraciones y tallas disponibles, si la intervención requiere de implantes quirúrgicos específicos (la ausencia de alguno debe comunicarse a la supervisora).
- Controlar el material utilizado y contar al inicio y al final de la intervención quirúrgica compresas, gasas, instrumental y cualquier objeto pequeño susceptible de poderse quedar en el paciente.
- Trasladar al paciente a la cama bajo la orden del anestesiólogo. Aquí colaboran diversos miembros del equipo quirúrgico, EI, EC, junto con el anestesiólogo,

TCAE y el auxiliar de obras y servicios (AOS)
Una vez que el enfermo está despierto o en condiciones óptimas, se traslada a la unidad de recuperación postanestésica o cualquier otra unidad de destino. Esta maniobra debe ser lenta y suave teniendo controlados en todo momento los catéteres, sondas, drenajes, etc. Preparar el instrumental y el material para su esterilización. Esta función la lleva a cabo la EI, EC y el TCAE. El objetivo del montaje adecuado de los contenedores de instrumental es facilitar el trabajo de la EI en el momento de su uso y favorecer la esterilización del instrumental. Además, el adecuado montaje de las cajas de instrumental se lleva a cabo de la siguiente forma:
- Comprobar que el instrumental está en perfecto estado: limpio, lubricado si se precisa y en correcto estado de funcionamiento. Si hay material defectuoso, se manda a reparar y se sustituye por otro.
- Colocar en las cajas el material más pesado en la base y el más delicado sobre este.
- Montar los instrumentales por grupos separados utilizando imperdibles, para facilitar su manejo.
- Unir las cremalleras en el primer diente.
- El tamaño del contenedor-envase de instrumental depende del volumen del mismo y del método de esterilización que vaya a emplearse.

Técnicas del TCAE en el quirófano
- Controlar la integridad de las cajas de instrumental.
- Comprobar los filtros en los contenedores quirúrgicos y proteger el material delicado y punzante.
- Comprobar que los paquetes o cajas llevan los controles de esterilización.
- Participar en la docencia del área quirúrgica (alumnos)

Etapas del proceso quirúrgico
Periodo preoperatorio
- El periodo perioperatorio comprende el tiempo transcurrido antes,durante y después del la intervención.
- El paciente debe prepararse física y psicológicamente.
- Los cuidados en este periodo son:
1. Informar al paciente y familiares.
2. Nutricion: comprende ayuno 6 horas antes de la intervención.
3. Movilización y cuidados prequirurgicos.
4. Higiene 2 horas antes de la intervención, y asepsia de la zona expuesta a la

cirugía, generalmente con clorhexidina y canalización de la vía venosa para medicaciones.

Periodo intraoperatorio
- Comienza desde que el paciente entra en el antequirófano hasta que es trasladado.
- Los cuidados en este periodo son:
1. Apoyar psicológicamente al paciente.
2. Protección de las pertenencias del paciente.

Periodo postoperatorio
- Periodo posterior a la intervención.
- En esta fase se produce la recuperación postanestesia y se previenen complicaciones.

4 Bibliografía

- Candel Parra E. El paciente quirúrgico. Intraoperatorio. En: De la Fuente Ramos M (coord.).
- Enfermería Médico-Quirúrgica. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Vol. 1. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 210-222. - García García A, Hernández Hernández V, Montero Arroyo R, Ranz González R. .Manual de auxiliar de enfermeria tomo II Ediciones Olalla S.L 1997 Deposito Legal M-40875-1997

Capítulo 912

ATENCIÓN HOSPITALARIA

ELSA BARCIA LEIVAS

MARIA ISABEL MENDEZ PEREZ

SUSANA BLANCO DÍAZ

1 Introducción

La atención hospitalaria incluye la asistencia prestada por los médicos especialistas tanto en centros de especialidades como en los hospitales, y, son los médicos de atención primaria los que valoran la necesidad de enviar un paciente a atención especializada o al hospital.
La atención hospitalaria comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, además de la promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, que se ha valorado se realice a niovel hospitalario.
La atención hospitalaria se realiza en función de las necesidades del paciente, dependiendo de su dolencia y tratamiento.
En la atención hospitalaria, se verá mejorada si el personal adopta o tiene un comportamiento cercano con los pacientes, haciéndoles sentir mejor. El equipo de enfermería (enfermeras y auxiliares), son el personal que con mucha diferencia está más en contacto con los pacientes, por lo que a menudo si hay un cambio en la evolución del paciente son los primeros en detectarlo, de lo cual hay que informar al médico para que adopte las medidas necesarias.

2 Objetivos

Se tiene el objetivo de mejorar la atención hospitalaria para mejorar la asistencia sanitaria al paciente y que este se vea alejado de su normalidad el menor tiempo posible. Por eso, el propósito de la atención sanitaria hospitalaria debe implementar y estandarizar la organización del proceso de atención en los servicios de hospitalización en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención según el nivel resolutivo de cada hospital y propiciar un escenario de mejora continua.
Para ello, cada hospital debe:
- establecer los mecanismos necesarios para registrar y validar los datos de ingreso hospitalario según la normativa.
- el personal de enfermería debe garantizar que el paciente sea ubicado en su unidad según indicaciones médicas.
- el médico hará una valoración al ingreso y es el responsable de establecer los planes de cuidados y evaluará le evolución del paciente.
- según el caso del paciente, se debe hacer uso de las Guías clínicas de atención correspondiente.
- debe cumplirse con todos los requisitos de documentación y registro relacionados al ingreso, estancia y alta.

Otro punto a tener en cuenta para la pronta recuperación de la salud de los pacientes, es los elementos que rodean al paciente (arquitectura hospitalaria), que influirá mucho en su estado de ánimo. Lo primero en lo que nos fijamos es en la luminosidad de la estancia, color de las paredes. También influyen el poder tener intimidad, poder arreglarse o estar rodeado de su familia.

3 Caso clínico

Paciente varón de 71 años, hipertenso , ex- fumador, llega a urgencias tras rescatarlo de un incendio. Fue encontrado bradicárdico, hipotérmico y bajo nivel consciencia, llega con sueroterapia e intubado, con ventilación mecánica.

Dada su gravedad es ingresado en la UCI sedado. no presenta quemaduras externas, resto de pruebas sin mayor relevancia. Se mantiene en la UCI hasta recuperación consciencia. En su evolución,desarrolla una neumonía asociada a la intubación mecánica, pero no presenta secuela por la intoxicación . El paciente en su paso por la UCI, cuenta con una atención muy personalizada, pero al mismo tiempo no dispone de la compañía familiar todo lo necesario, por lo que la prox-

imidad del personal en esta unidad es muy importante.

Cuando la neumonía está controlada, pasa a planta, en esta unidad ya dispone de la compañía de su familia y su recuperación es buena, pero también en esta unidad es importante el trato con el personal sanitario, haciéndole sentir una persona.

4 Discusión-Conclusión

La atención hospitalaria es complicada, el ambiente muchas veces es estresante, y muchas personas y sistemas diferentes tienen que trabajar juntos, esto todo acompañado de la sobrecarga de trabajo por paciente y los familiares (en ocasiones hay pacientes que son muy absorventes e impiden que se pueda atender a todos como se debería)y el personal asignado a la unidad es insuficiente. Por eso, a veces falla la buena ejecución del trabajo por parte del personal sanitario.

5 Bibliografía

- www.asp.salud.gob
- www.scielo.org
- www.juntadeandalucia.org
- www.codem.es
- www.semi.uninet.edu
- www.msd manuals.com

Capítulo 913

DRENAJES, TIPOS Y CUIDADOS.

PATRICIA MARQUÉS PRENDES

1 Introducción

Un drenaje es un sistema formado principalmente por tubos y reservorios cuyo objetivo principal es la evacuación de líquidos, gases,sangre,pus…..Acumulados en un órganos o tejido al exterior. El fin de eliminar este material orgánico es evitar la aparición de una posible infección procedente de la herida quirúrgica y favorecer la cicatrización de los órganos afectados.
Según su objetivo pueden ser : preventivos o terapéuticos
Según el mecanismo de actuación pueden ser: simples o pasivos, colectores o activos
Drenajes simples o pasivos:
Utilizados en heridas quirúrgicas moderadas
• Penrose: es el más utilizado. Tubo de látex flexible que en función de la herida se colocará el tamaño y la longitud más adecuada. Se fija a la piel mediante un punto de sutura y se cubre con un apósito estéril.
• Tejadillo: posee una ondulaciones es por la que se desliza la sustancia drenado y se fija mediante un punto de sutura.
• Cigarrillo: tubo de goma con gasas en su interior que facilita la absorción de la sustancia a drenar.
Drenajes colectores o activos:
La evacuación se produce por aspiración mediante sistemas de vacío. Se utilizan cuando hay gran cantidad de líquido para evacuar y cuando la herida quirúrgica es grande.

• Redon: es de los drenajes activos más utilizado. Es un tubo de plástico o silicona multiperforado. Se conecta a un colector donde se hace el vacío, y por tanto, se drena por vacío.
• De tubo : tubo alargado de silicona o goma, se utiliza en las incisiones mediastínicas o abdominales grandes.
• De doble luz o Saratoga: tubo de plástico o silicona multiperforado que posee dos luces. Una de las luces permite la entrada desde el exterior de aire y la otra se conecta al colector para que el líquido se evacue
• De triple luz o Abramson: posee tres luces. Una se utiliza para la entrada de aire, la otra para conectarla a un colector, y la tercera para administrar medicación o irritación en la zona.
Drenaje Quirúrgico:
Son drenajes conectados a la unidad de aspiración que funciona de forma suave y constante, se utilizan por ejemplo en el drenaje torácico.
Cuidados generales del drenaje:
Los realiza el GE y TCAE.
• Siempre que se vaya a manipular el drenaje, dicha manipulación debe de ser totalmente aséptica.
•Comprobar que drena correctamente, sino es así mirar que el tubo no está acodado o hacer que el paciente cambie de postura
• El sistema colector siempre debe estar por debajo de la herida para facilitar la salida de líquido.
• Si se trata de un drenaje de Redon, cambiarlo cuando haya perdido el vacío.
• En los drenajes torácicos con pleur-evac, observar el burbujas, ya que indica la salida del aire de la cavidad durante la espiración(neurotransmisores, cirugías cardíacas)
• Realizar la limpieza del punto de drenaje de la más limpio a lo más sucio.
• Aplicar apósitos estériles alrededor y sobre el drenaje, y bolsas colectoras que faciliten la recogida de líquido eliminado.
• Observar la zona de inserción vigilando la posible aparición de síntomas de infección.
• Higiene y cuidados de la piel que rodea el orificio del tubo de drenaje (proteger, limpiar, secar). Curar el punto de sutura con el que se fija el tubo a la piel.
• Registrar los datos observados respecto a las características del drenaje (volumen, olor, color) de la herida y de la piel.

2 Objetivos

Resumir de una manera clara y sencilla los tipos de drenajes y características utilizados de manera más habitual es las cirugías, siendo la manipulación de los mismos un factor muy importante por el peligro de que una mala técnica puede dar lugar a una infección postquirúrgica.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.congreso enfermeria.es
- https://www.laenfermeria.es
- https://www.revista-portalesmedicos.com
- https://www.addi.ehu.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 914

HERIDAS Y CICATRIZACIÓN.

PATRICIA MARQUÉS PRENDES

1 Introducción

Una herida es una lesión de continuidad de la superficie de la piel provocando una comunicación entre el exterior y los tejidos subyacentes de la piel o del interior, pudiendo provocar una infección debido a la entrada de microorganismos.
Según su grado de contaminación se pueden clasifica en :
- Herida limpia :cicatriza por primera intención y no suele superar las 3 horas desde que se produjo.
- Herida limpia contaminada: en el caso quirúrgico, cuando se realiza la intervención en cavidades comunicadas con el exterior. Ausencia de inflamación y de infección.
- Herida contaminada: Heridas abiertas entre 3 y 12 horas. Existe inflamación, se procede a su limpieza y desbridamiento. Durante la intervención, la técnica estéril ha sufrido alguna alteración.
- Herida infectada o sucia:son heridas traumatizado de más de 12 horas con signos claros de inflamación e infección. Cicatriza por segunda o tercera intención ya que no puede suturarse debido a la presencia de tejido neurótico, pérdida de sustancia, cuerpo extraño, etc.

Tipos de herida:
- Contusiones: puede producirse aplastamiento conservándose la integridad de la piel, por lo que se considera una herida cerrada. Se provoca por golpes (con un palo, piedra).
- Abrasiones: se produce una perdida de la epidermis (capa superficial de la piel) debido al rozamiento con una superficie o contacto con sustancias corrosivas. Por ejemplo una caída al suelo.

- Incisiones: La herida es poco profunda y alargada. Puede provocar este tipo de heridas los cuchillos, bisturi, metal, cristal…

Punciones: por lo general la herida que se produce es profunda con abertura pequeña al exterior, por ejemplo, o con agujas, clavos, astillas…

- Laceraciones: se produce una pérdida de la epidermis y sus tejidos adyacentes debido a traumatismos, por ejemplo accidentes de tráfico.

Cicatrización.

Es el proceso natural por el cual se cura una herida mediante la regeneración de tejidos afectados (dermis y epidermis). El proceso de regeneración se conoce también como neo regeneración esto significa que cuando se produce una herida, el cuerpo provoca una reacción por la cual se forma un coágulo para que la herida deje de sangrar y después se produce una respuesta inflamatoria con el fin de combatir los agentes lesivos. Existen distintos tipos de cicatrización: por primera intención, por segunda intención y por tercera intención.

• Por primera intención: se da en heridas limpias, operatorias que pueden suturarse. Debe existir un correcto acercamiento entre los bordes de la herida, que no esté infectada.

• Por segunda intención : se da en heridas grandes con pérdida de sustancia o en las que no se pueden unir los bordes de la herida para su sutura, suele existir infección y el proceso es más lento.

• Por tercera intención: se da en heridas muy contaminadas. Debe limpiarse bien, se pautan antibióticos y se cierra entre el tercer y sexto día.

Cuidados de la heridas.

Los objetivos del cuidado de las heridas son los siguientes:Evitar la hemorragia, eliminar cuerpos extraños, favorecer la cicatrización, prevenir la infección, favorecer el drenaje, evitar otras lesiones en la pile circundante

MÉTODOS DE CURAS:

- Método abierto: o cura seca, no se utilizan apósitos se realizará la limpieza y aplicación de antiséptico dejando luego secar al descubierto. Este método permite la observación de la zona que requiere un minucioso control como en los injertos de piel, no se utilizará esparadrapo, baño y aseo normal, evitando frotar la herida y secándose presionando ligeramente con una gasa.
- Método cerrado:las heridas se limpian, se secan y se cubren con un apósito (seco o húmedo).

Este método permite acelerar el proceso de cicatrización, proteger la herida frente a microorganismos, absorber el drenaje de exudados inflamatorios y cubrir la herida evitando así que resulte desagradable o molesta al paciente.

- Materiales para realizar un apósito:

Elementos par limpiar la herida: suero, alcohol de 70° antiséptico, se emplearán empapando torundas de algodón o gasa y sujetandolas con el material médico -quirúrgico para curas.
Elementos para cubrir la herida: gasas o compresas, algodón , apósitos hidrocoloides, para suturas también se pueden utilizar tiras adhesivas.

2 Objetivos

Dar una visión amplia sobre los tipos de heridas, la cicatrización y métodos de curas. Enfrentarnos a una herida, curas y cicatrización es un proceso generalmente lento y a veces con secuelas tanto físicas como emocionales importantes. El saber actuar de manera rápida y eficaz es fundamental para el paciente

3 Metodología

Para la realización de este proyecto se ha buscado información en diferentes artículos médicos como "Guía de heridas y cicatrices en enfermería" y diferentes guías de valoración y tratamiento de cicatrices, así como en Google académico con palabras clave como heridas, cicatrización, curas

4 Bibliografía

- https://www.elsevier.es
- https://www.ulceras.net
- https://www.cun.es
- https://www.urgomedical.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 915

CUIDADOS A PACIENTE CON COLOSTOMIA

MARIA TERESA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

Una colostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se realiza durante una cirugía. Por lo general, se necesita una colostomía porque un problema está causando que el colon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse. Para una colostomía, se hace pasar un extremo del colon (intestino grueso) a través de esta abertura en la piel para formar un estoma. Solamente se necesita una colostomía por poco tiempo, tal vez durante 3 a 6 meses.

Se puede hacer una colostomía temporal cuando una parte del colon necesita tiempo para estar inactiva y sanar de un problema o enfermedad. Pero a veces una enfermedad, como el cáncer, es más grave y puede ser necesaria una colostomía durante el resto de la vida de una persona.

2 Objetivos

Los pacientes portadores de colostomías necesitan unos cuidados que normalmente los enseñan en el hospital. Dichos cuidados son los siguientes:
-Protección de la piel alrededor del estoma ya que la piel que circunda su estoma siempre debe verse como la piel del resto de su abdomen. Sin embargo, el desecho que sale de la ostomía puede causar hipersensibilidad o dolor en esta área.

-Vaciado y cambio del sistema de bolsa recolectora es muy importante explica cómo se vacía la bolsa de la ostomia, ya que debe saber que no es necesario el uso de suministros que hayan sido esterilizados. Por ejemplo, es posible el uso de pañuelos desechables, toallas de papel o papel de baño para limpiar alrededor del área del estoma en lugar de usar almohadillas de gaza desechables esterilizadas.

3 Caso clínico

Mujer de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada de adenocarcinoma sincrónico de la unión recto-sigmoidea y ano estadio IV, tratada con quimioterapia paliativa con esquema FOLFOX, que hubo que suspender por mala tolerancia. Diez meses después del diagnóstico presentó una fístula entero-vesico-uterina, por lo que se le realizó una colostomía transversa de descarga sobre varilla. El servicio de Oncología la derivó a la consulta de estomaterapia por problemas en la adaptación de los dispositivos, debido al importante prolapso de las dos bocas de la colostomía ocurrido treinta días después de la intervención.

4 Discusión-Conclusión

Está demostrado que un paciente ostomizado requiere una correcta valoración enfermera y un diseño personalizado de un plan de cuidados y, para ello, las consultas de estomaterapia adquieren una gran importancia. La atención al paciente en la consulta de estomaterapia permite ofrecer a cada persona, de forma completa, segura y natural, información sobre los cuidados del estoma y el soporte psicológico que necesita a corto y medio plazo. Asimismo, sirve para ayudar y acompañar al paciente ostomizado a convivir saludablemente con su ostomía, dotándole de los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para que participe activamente en el proceso salud-enfermedad y le capacite para realizar los autocuidados conducentes a la normalización personal, familiar e inserción sociolaboral, por sí mismo o con la ayuda de su entorno.

5 Bibliografía

https://www.aecc.es
https://www.convatec.mx

Capítulo 916

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS

MARÍA LOURDES ARGÜELLES ALVAREZ

1 Introducción

Los trastornos musculoesqueléticos (TME) de origen laboral son alteraciones que sufren estructuras corporales como los músculos, articulaciones, tendones, ligamentos, nervios, huesos y el sistema circulatorio, causadas o agravadas fundamentalmente por el trabajo y los efectos del entorno en el que éste se desarrolla.

La mayor parte de los TME son trastornos acumulativos resultantes de una exposición repetida, durante un período de tiempo prolongado, a factores de riesgo biomecánico y organizacionales. Tales trastornos afectan principalmente a la espalda, cuello, hombros y extremidades superiores, aunque también pueden afectar a las inferiores. Los diagnósticos más frecuentes son las tendinitis, epicondilitis, síndrome del túnel carpiano, lumbalgias, etc, siendo principal causa de absentismo laboral.

Por factores psicosociales de riesgo se entienden los que son perjudiciales y provocan respuestas de estrés que a largo plazo pueden afectar negativamente a la salud ocasionando, entre otros, daño musculoesquelético. La carga física y los factores psicosociales de riesgo son posiblemente las exposiciones perjudiciales

para la salud más frecuentes en la población trabajadora. Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo, tales como falta de autonomía, conflictos éticos, intensidad de trabajo o inseguridad laboral, tienen un impacto negativo en la salud y bienestar.

Dentro del colectivo del personal sanitarios, se evidencia en la literatura que el de enfermería se encuentra con frecuencia expuesto a factores psicosociales de riesgo en el trabajo, tanto por la implicación psicológica y emocional que conlleva el mismo como por aspectos relacionados con la organización del trabajo y sus tareas, tales como altas demandas psicológicas, bajo control, escaso apoyo social, ejecución de tareas repetitivas y monótonas o escasas recompensas, entre otros.

Tradicionalmente se ha considerado que los TME de origen laboral son causados fundamentalmente por la exposición a factores de naturaleza biomecánica. Sin embargo, en los últimos años, los factores de naturaleza psicosocial han adquirido mayor atención en los estudios que los relacionan con la aparición de daño musculoesquelético.

Los TME tienen importantes consecuencias sobre el individuo. Entre otras, ver mermada su calidad de vida considerablemente debido al dolor y sufrimiento que provocan, así como la pérdida de ingresos económicos derivada de la necesidad del trabajador de acogerse (en muchos casos de forma reiterada) a una baja laboral. Los TME en España se sitúan entre las tres primeras causas de baja laboral en aumento continuo. Logran actuar como disparador de una fuerte afectación psicopatológica, y cursan, en la mayoría de los casos, con dolor.

Para el manejo de las personas hospitalizadas, además del equipo interdisciplinario, es necesaria la intervención del TCAE, quien realiza una serie de procesos, procedimientos y actividades relacionadas con el traslado de peso, que se constituyen en factores de riesgo, de manera que ciertas condiciones ergonómicas inadecuadas facilitan su aparición. Es así como en el desarrollo de sus actividades este personal realiza maniobras que implican posturas de inclinación y/o levantamiento de pacientes varias veces al día, lo que les produce molestias o dolor local y restricción de la movilidad, que pueden obstaculizar el rendimiento normal en el trabajo o en otras tareas de la vida diaria.

En esta ocupación se adoptan posturas incómodas acompañadas de movimientos repetitivos y levantamientos de cargas de manera continua por las características de su trabajo, lo que conlleva a tensión muscular, dolor de cuello y de espalda superior e inferior.

Se constituye como factor de riesgo de los TME, el peso de los pacientes cuando son trasladados o levantados, la frecuencia de manejo y movimiento de los mismos y el nivel de dificultad postural requerida por una tarea, en particular cuando estas son de larga duración.

2 Objetivos

- Poner de manifiesto la importancia que tiene para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería unas buenas condiciones ergonómicas en el trabajo para prevenir los trastornos musculoesqueléticos que pueden acarrear ver mermada su calidad de vida considerablemente debido al dolor y sufrimiento que provocan, así como la pérdida de ingresos económicos derivada de la necesidad de acogerse (en muchos casos de forma reiterada) a una baja laboral.

3 Metodología

Revisar los artículos encontrados en diferentes bases de datos como Scilo, Pubmed, Cuiden y en páginas web con el buscador Google académico. Palabras clave: personal de enfermería, riesgos laborales, ergonomía, síntoma, dolor muscular.

4 Resultados

Los factores en el trabajo relacionados con los TME son las posturas forzadas, la manipulación de cargas, el ritmo de trabajo elevado, los movimientos repetidos y el estrés. Los factores procedentes de las exigencias de la tarea son la responsabilidad por la salud o la seguridad de otros, la jornada prolongada, turnos y trabajo nocturno y la atención sostenida sobre una o más fuentes de información.

Los TME se refieren a un conjunto de alteraciones sobre cuya denominación ni siquiera los científicos se ponen de acuerdo. Abarcan un amplio abanico de signos y síntomas que pueden afectar a distintas partes del cuerpo: manos, muñecas, codos, nuca, espalda, así como a distintas estructuras anatómicas: huesos, músculos, tendones, nervios, articulaciones.

Estas alteraciones no siempre pueden identificarse clínicamente dado que el síntoma clave, el dolor, es una sensación subjetiva y representa muchas veces la única manifestación. Tampoco es extraño que no se puedan catalogar con un

diagnóstico preciso: cervicalgia (dolor cervical) o lumbalgia (dolor lumbar) solo indican la localización anatómica de un síntoma. Su origen debido a múltiples causas y su carácter acumulativo a lo largo del tiempo añaden dificultades a una definición precisa.

En el sector sanitario y sociosanitario los riesgos ergonómicos aparecen principalmente por: manipulación manual de cargas (donde destaca la movilización de enfermos, ya que es una de las tareas más frecuentes en el ámbito sanitario); higiene postural (una correcta higiene postural es fundamental para evitar lesiones cuando se lleva a cabo cualquier actividad y aún más en el caso de la manipulación de cargas); movimientos forzados (con o sin carga, pueden provocar contracturas musculares y lesiones de articulaciones y ligamentos); sedentarismo (la falta de actividad física y el sedentarismo provocan debilidad muscular y supone un factor de riesgo añadido); movimientos imprevistos (si el paciente realiza un movimiento brusco no esperado, es necesario que el trabajador o trabajadora lleve a cabo un sobreesfuerzo que, además, suele hacerse rápidamente y con posturas inadecuadas, con lo que aumenta el riesgo de producirse una lesión.

5 Discusión-Conclusión

El tipo de trabajo desarrollado por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería está considerado como uno de los de mayor predisposición a padecer algún tipo de TME, Las zonas más afectadas son la espalda, el cuello y el hombro izquierdo.

Es un factor común de los trabajadores con TME el presentar resistencia a buscar atención médica, esta actitud puede deberse probablemente a que el trabajador atribuya que el desgaste o molestia forma parte de su trabajo y no lo percibe como una afección de la salud.

6 Bibliografía

1. AAM Prieto, YMC Múnera, MCR López - … hacia la Promoción de la Salud, 2015 - redalyc.org
2. F Harari - Eídos, 2010 - revistas.ute.edu.ec.
3. L Rodarte-Cuevas, R Araujo-Espino, PM Trejo-Ortiz- Calidad de vida profesional y trastornos musculoesqueléticos en profesionales de Enfermería, 2016 – Elsevier.

4. Asociación entre la exposición laboral a factores psicosociales y la existencia de trastornos musculoesqueléticos en personal de enfermería: revisión sistemática y meta-análisis Revista Española de Salud Pública, vol. 91, 2017, pp. 1-27 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Madrid, España.

Capítulo 917

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OSTOMIZADOS.

LUCIA EGUREN VELÁZQUEZ

1 Introducción

Una ostomía consiste en una abertura mediante una intervención quirúrgica que une una parte de una cavidad corporal con el exterior. Pueden ser de eliminación, alimentación y drenaje. Los pacientes portadores de una ostomía sufren tras la intervención una serie de cambios tanto físicos, psicológicos y sociales.

2 Objetivos

- Determinar la actuación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en los pacientes ostomizados.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de publicaciones entre 2005-2010 utilizando entre otras las bases de datos Cochrane, Uptodate y Pubmed y aplicando descriptores: “personal de enfermería”, “educación sanitaria”, “ostomías”, “prevención” y seleccionando aquellos con criterios de inclusión tales

como: artículos científicos, estudios con referencias empíricas de la enfermedad, de idiomas en español y inglés y acceso completo al texto.

4 Resultados

Se debe animar al paciente para se incorpore lo antes posible a su vida familiar, social y laboral para recuperar su estado emocional. El personal sanitario debe entender lo que supone el estoma en cada paciente para poder dar cuidados individualizados y de calidad. Así como identificar las posibles complicaciones y disminuir el miedo y la ansiedad que produce la nueva situación de salud, ayudando de esta manera al paciente. Ayudar a los pacientes ostomizados en el aprendizaje para que realicen un correcto autocuidado, a que acepten su nuevo estado de salud y imagen y que sean capaces de detectar posibles complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Diseñar sesiones de formación para el personal de enfermería. Las sesiones de formación deben incluir la resolución de problemas, abordar dudas que preocupan y poner en práctica nuevos conocimientos. El personal de enfermería debe ser expertos en ostomías y en cuidados de pacientes ostomizados. Realizar educación y seguimiento del paciente tras el alta hospitalaria.

6 Bibliografía

- http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/.

Capítulo 918

ALIMENTACIÓN INTRAVENOSA (PARENTERAL)

ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ

ISABEL RAMOS PALEO

1 Introducción

Usada cuando no es posible una alimentación adecuada Ni por vía oral ni por vía enteral(SNG u otras): quemados graves, comatosos, politraumatizados, afecciones neurológicas,renales o cardiólogicas, oncólogicos.

Esta nutrición puede aportar parte o la totalidad de los nutrientes necesarios (NP total). Hay soluciones modificadas para enfermos renales o hepáticos. Para la NP se precisa de la inserción de un catéter con estricta asepsia,como vía exclusiva para la nutrición, en:
- Central(preferentemente): vena subclavia o yugular interna,soluciones de alta inmoralidad y evitar lesiones vasculares.
- Periférica(basílica o cefalica) cambiando cada 4 dias las fábulas y diariamente los vendajes. Alto riesgo de tromboflebitis. Para soluciones de baja osmoralidad.
- Complicaciones: Sepsis, metabólicas, mecánicas (obstrucción, flebitis) , hemotorax o neumotorax

2 Objetivos

- Preparar y administrar fármacos de uso endovenoso garantizando la seguridad para el fármaco,el paciente y el profesional.

- Obtener un efecto más inmediato del que se alcanza por otras vías, administrar fármacos que son irritantes por otra vía, administrar grandes cantidades de líquidos para sustituir de forma rápida y oportuna el volumen sanguíneo.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 919

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS EN CENTROS HOSPITALARIOS

RAQUEL GUTIERREZ TRAPIELLO

INÉS MARÍA COLLAZO ARIAS

MARIA ELENA FERNANDEZ FERNANDEZ

ANA ISABEL MARTINEZ FERNANDEZ

MARIA ANGELES BAZ MARTIN

1 Introducción

Cada año las infecciones asociadas con la atención sanitaria afectan a millones de pacientes en el mundo. Muchas de estas infecciones se transmiten al paciente a través de las manos de los profesionales de la salud, a esto se le llama infección cruzada.
Teniendo en cuenta esto, una correcta higiene de las manos, es la forma más simple y efectiva para reducir estas infecciones en los centros sanitarios.

2 Objetivos

- Disminuir la contaminación de las manos y evitar la propagación de los gérmenes a zonas no contaminadas.
- Prevenir la propagación en le medio hospitalario de infecciones.
- Garantizar la práctica del lavado de manos de forma adecuada.

- Dar a conocer a todas las personas, sea cual sea su edad, que el lavado de manos es un procedimiento que deben de realizar para estar protegidos.

3 Metodología

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

4 Resultados

LAVADO Y DESCONTAMINACIÓN DE MANOS:

Manos visiblemente contaminadas o sucias con fluidos corporales o sangre.
- Mojar las manos con agua y añadir una cantidad de jabón suficiente en la palma de la mano.
- Frotar las manos entre si, la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazado los dedos, y viceversa. Frotar el dorso de los dedos con la palma de la mano opuesta. Hacer un movimiento de rotación del pulgar derecho con la mano opuesta y viceversa. Por último frotar la punta de los dedos de la mano derecha, haciendo un movimiento de rotación, contra la palma de la mano izquierda, y viceversa.
- Enjuagar las manos con agua y secar con una toalla de un solo uso aprovechando esta para cerrar el grifo.

Manos que no están visiblemente contaminadas o sucias con fluidos corporales o sangre.
- Se usará una solución de base alcohólica y el procedimiento de fricción es el mismo que el el caso anterior hasta que estén totalmente secas las manos, no se usará toalla.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de lavado de manos es esencial, fácil y barata, deberían de tenerla bien aprendida todos los profesionales de la salud, así como practicarla, tanto

para nuestra protección como para la protección de los pacientes, y así evitar la transmisión de gérmenes, parásitos, bacterias…

6 Bibliografía

- Guía de Higiene de Manos para Profesionales Sanitarios-Hospital Galdakao-Usansolo.
- www.enfermeríacoruna.es>protocolo_higiene_manos_pendiente.
- www.auxiliar-enfermería.com>esquemas>esquemas_lavado_manos.
- www.zunal.com.

Capítulo 920

CUIDADOS PALIATIVOS

CARMEN DOMINGUEZ NOMPARTE

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

ANGELA GONZÁLEZ FUEYO

AIDA RODRIGUEZ RIOS

MARIA JOSE IGLESIAS LOZANO

1 Introducción

Cuando nos enfrentamos a una enfermedad terminal, luchar contra esta es todo un reto tanto para el enfermo como para los familiares que lo atienden. Muchas personas eligen el proporcionar a sus seres queridos cuidados paliativos para disminuir el dolor y sufrimiento e intentar mejorar su calidad de vida y la de sus familias.

Gran parte de la población no está informada sobre los cuidados paliativos, no considerándolos importantes o necesarios. Una encuesta realizada en Estados Unidos en el año 2011 mostraba que un 70% de la población no estaba informada sobre ellos. Estos deben ser vistos como un derecho fundamental del ser humano, no como algo a lo que sólo unos pocos pueden acceder, y además debemos entenderlos como la única manera de tener la posibilidad de gozar de una vida digna, incluso en momentos de enfermedad, ya que todos merecemos la opción de que nuestro dolor sea disminuido al máximo. Al hablar de vida digna pensamos también en la calidad de vida, la cual se ve notoriamente dañada cuando cualquier

parte de nuestro cuerpo se ve envuelto en dolor. Y no debemos pensar que por estar en una fase terminal el dolor carece de importancia, ya que este sigue queriendo ser evitado en cualquier momento vital.

Otro factor a considerar son las familias, que son quienes optan en muchos casos por estos cuidados paliativos, para así no sólo disminuir el dolor del paciente, sino también el suyo propio al ser también, en parte, objetos de sufrimiento en una situación de ver enfermo a un ser querido.

Cuando hablamos de cuidados paliativos lo primero que nos viene a la mente es una muerte inminente, pero no tiene por qué ser así. Hay casos en los que estos tratamientos pueden alargar la vida del enfermo, mientras disminuyen su dolor al mínimo posible, eliminando síntomas de enfermedades como pueden ser ansiedad, depresión, vómitos, diarrea, etc.

A pesar de ello es necesario entender y tener en cuenta que estos cuidados no acabarán con la enfermedad, pero sí la harán más liviana. Los cuidados paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de la muerte. Recibir cuidados paliativos no significa que el paciente este cercano a la muerte, estas atenciones se prestan a pacientes con enfermedades complejas o en etapas avanzadas: cáncer, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades neurológicas avanzadas o que no tienen tratamiento…

2 Objetivos

- Explicar qué son los cuidados paliativos.
- Analizar los beneficios que se le pueden dar a una persona en su fase terminal de la vida.
- Analizar los beneficios que se puedan aportar a las familias.
- Intentar averiguar si se mejora la calidad de vida de los pacientes y de qué manera.
- Formar a profesionales y familiares en cuidados paliativos.
- Promover los estudios e investigaciones sobre cuidados paliativos.
- Adaptar las viviendas de los pacientes según sus necesidades, si sus deseos son permanecer en el hogar.

3 Metodología

Los cuidados paliativos pueden realizarse tanto en hospitales como en el domicilio domicilio, por lo que se puede dividir en:
-Atencion primaria, donde se incluyen los centros de salud, los equipos de atencion domiciliaria, y las familias.
-Atención especializada, que se encuentra en hospitales y centros de especialidades.
El Sistema Nacional de Salud del Gobierno de España, tiene propósitos para el futuro en cuidados paliativos, actualizado en el año 2010-2014.

1. ATENCIÓN INTEGRAL. Se plantea un modelo de atención integral ínterdisciplinar, dirigido a los pacientes y sus familias. En él se proponen:
- Tener un plan terapéutico y de cuidados basado en una valoración integral adaptado a las necesidades de los pacientes.
- Proporcionar a las familias apoyo educativo, con el fin de prevenir la fatiga , promoviendo el autocuidado y estableciendo la atención que precisen.
- Replantear los objetivos de cuidados , en los últimos días, intensificando las medidas de confort, teniendo en cuenta las últimas voluntades.
- Establecer un sistema de monitorización para evaluar el control del dolor.
2. ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN. Se ha experimentado un aumento de los recursos de cuidados paliativos en estos últimos años, pero estos deben seguir creciendo según aumente la demanda y la necesidad asistencial.
Otro objetivo que plantea el Ministerio de Sanidad es el de establecer un sistema organizativo que garantice las coordinación entre los diferentes recursos sanitarios y sociales.
3. AUTONOMÍA DE LOS PACIENTES. A parte de promocionar la autonomía, también se tiene como objetivo el informar a los pacientes sobre su situación y sobre los objetivos terapéuticos según sus necesidades. Otro objetivo es fomentar la participación del paciente o de las personas en las que deleguen. También, aunque menos destacado, facilitar la toma de decisiones ante dilemas éticos al final de la vida.
4. FORMACIÓN. Hay que tener programas de formación continuada y especifica, para que los profesionales puedan atender las necesidades de los pacientes y de las familias. Hay que crear programas formativos para los profesionales que trabajen en residencias. En Reino Unido e Irlanda los cuidados paliativos son una especialidad, en Francia, Alemania, Polonia, Rumanía y Eslovaquia es una subespecialización. España junto con 10 países de la comunidad europea se muestran interesados en considerarlo una subespecialización.

5. INVESTIGACIÓN. Habría que priorizar y financiar lineas de investigación en cuidados paliativos, mediante su inclusión en proyectos de investigación, promover la creación de redes temáticas de investigación cooperativa. La investigación presenta dificultades por la heterogeneidad de las poblaciones de dichos estudios.

4 Resultados

Tras la búsqueda bibliográfica se puede concluir que los beneficios de los cuidados paliativos, alargan la esperanza de vida del enfermo, proporcionan apoyo emocional y favorecen la relación y comunicación entre profesionales, familiares y el propio paciente. estos son los principales beneficios de aplicar cuidados paliativos.

En cuanto a las familias, se puede afirmar que gracias a los cuidados paliativos aplicados a tu familiar disminuye la depresión y aumenta la calidad de vida de la familia, proporcionando tranquilidad en situaciones complejas. Hay que intentar que la familia del paciente esté bien atendida, no sobrecargando al cuidador principal, pilar fundamental del bienestar del paciente. Por último las recomendaciones para un futuro en el que apliquen mejor los cuidados paliativos son cinco pilares:
- Proporcionar atención individualizada al paciente y sus familias.
- Mejorar los recursos de los que se dispone en el Servicio Nacional de Salud.
- Favorecer todo lo que se pueda la autonomía del paciente.
- Formar a profesionales y estudiantes, difundir la importancia de los cuidados paliativos.
- Seguir fomentando la investigación para mejorar en todo lo posible los cuidados paliativos.

5 Discusión-Conclusión

Con todo lo dicho anteriormente, podemos llegar a la conclusión clara de que los cuidados paliativos deben ser conocidos por todos y estar al alcance de todas las familias. Alargan la esperanza de vida de los pacientes, controlando los síntomas físicos y emocionales, proporcionan apoyo emocional y favorecen la relación y comunicación entre familias, profesionales y el paciente.Estos son los principales beneficios de los cuidados paliativos.

Es importante cuidar a las familias proporcionando tranquilidad, pues son un pilar importante en el cuidado del enfermo. En cuanto a las familias gracias a los cuidados paliativos disminuye la depresión y aumenta la calidad de vida de la familia, proporcionando tranquilidad en situaciones difíciles, teniendo una mejor relación con el enfermo lo cual da seguridad tanto a familias como al enfermo terminal.
Seria importante equipos que atendieran al enfermo en su domicilio en colaboración con los profesionales de atención primaria para poder ayudar a las familias a nivel económico, para habilitar la vivienda a las necesidades del enfermo.

6 Bibliografía

1. Cuidado paliativo, tratamiento no solo para enfermedad terminal. El Pais(internet).2013 Dec (cited 2017 Apro) Available from: http://www.elpais.com.uy/vida-actual/cuidado-paliativo-tratamiento-dolor-enfermedad.h
2. Garcia Asensio, M. J. Evolución histórica de los cuidados paliativos. Revisión bibliográfica (dissertatión). Murcia:Universidad de Murcia, facultad de enfermería; 2011
3. Pino Navarro, C.E. Cuidados paliativos:evolución y tendencias. Revistas médicas UIS.2001. Vol.22(3):246-51.
4. Abaunza Badaya, A. Atención a los pacientes en la fase final de la vida: revisión sistemática sobre modelos organizativos en cuidados paliativos y encuesta a los profesionales sanitarios sobre la situación de los cuidados paliativos en una comarca del País Vasco . 1ª ed. Vitoria.Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2013.
5. Astudillo,W., Mendinueta, C., Orbegozo, A. Presente y futuro de los cuidados

Capítulo 921

EL TCAE EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE CON CONTENCIONES MECÁNICAS

DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO

LUCÍA POMAR MARTINEZ

LUCÍA SANCHEZ TOYOS

1 Introducción

Las contenciones mecánicas tienen por objetivo restringir el movimiento, ya sea parcial o total, del paciente. Actualmente, España es un país con un altísimo porcentaje de uso de contenciones respecto a otros países y son especialmente utilizadas en las residencias, habiendo incluso personas contenidas de manera permanente.

2 Objetivos

- Establecer los conocimientos y protocolos de actuación necesarios para el uso de las contenciones mecánicas, así como enseñar otras medidas alternativas a la contención mecánica para evitar su uso.

3 Metodología

Se ha realizado una recopilación bibliográfica a través de bases de datos científicos, artículos de revistas, guías de práctica clínica y libros de formación. A esta información recopilada se suma la experiencia propia en el uso de este tipo de contenciones.

4 Resultados

1° ¿Cómo podemos prevenir el uso de las contenciones mecánicas?
Debemos tener en cuenta que las contenciones mecánicas tienen que representar el último recurso a utilizar, poniéndolo en práctica solo cuando el resto de las medidas haya fracasado. Lo primero que el equipo de enfermería debe intentar en estas situaciones conflictivas seria aplicar la contención verbal, la cual representa una medida útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no es total. Esta es una medida que nos permite negociar soluciones terapéuticas, disminuir la hostilidad y agresividad, prevenir posibles ataques violentos o informar al paciente de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.
La contención verbal puede ir acompañada de pautas ambientales tales como reducir posibles factores de irritación como luz, ruidos, corrientes de aire…, invitar a otras personas, especialmente si irritan al paciente, a abandonar la habitación, despacho, box… o evitar interrupciones como llamadas de teléfono, dudas administrativas, etc.
La contención farmacológica queda reservada para el momento en el que la contención verbal es inútil o insuficiente para tratar la conducta hostil del paciente. Tiene como principal objetivo tranquilizar al paciente lo antes posible, proporcionando la menor dosis posible para evitar el riesgo de daño sin que pierda la conciencia.

2° Usos y contraindicaciones de las Contenciones mecánicas
Deberán aplicarse bajo el consentimiento del paciente, facultativo o enfermera (con la futura confirmación por parte del médico) las contenciones mecánicas para prevenir autolesiones, por ejemplo, golpes o caídas accidentales o también para prevenir lesiones a otras personas (familiares, personal sanitario, etc.), para evitar daños materiales en el entorno donde se encuentra el paciente, para evitar alteraciones en el tratamiento del paciente (retirada de vías, sondas de orina, naso gástricas, etc). En terapias de conducta, previamente explicitado y pactado con el paciente. Para evitar su fuga si se considera que existe dicho riesgo, no estando

capacitado para tomar tal decisión. Otra posibilidad sería cuando lo solicita el propio paciente, siempre que esté justificado.
Existen determinadas situaciones en las que las contenciones mecánicas están contraindicadas y no deben aplicarse:
• Cuando exista la posibilidad de aplicar métodos de contención alternativas.
• Cuando exista alguna contraindicación (ejemplo, casos de cardiopatía).
• Cuando la contención es utilizada como medida de castigo o de control.
• Cuando la contención es utilizada ante una conducta molesta, por discriminación o antipatía hacia el paciente.
• Como sustitutivo a un tratamiento.
• Por comodidad de equipo profesional o conveniencia de terceras personas.

3° Cuidados del TCAE en el paciente con contenciones mecánicas
• Retirarle la ropa preservando siempre su intimidad.
• Entregarle a la familia los objetos personales retirados.
• Elevar el cabecero de la cama un 30%, ayuda a eliminar la ansiedad dado que la contención en horizontal genera mayor sensación de pérdida de control. En ciertos pacientes además ayuda a evitar broncoaspiraciones.
• Vigilar que todas las contenciones permanecen bien colocadas para evitar cualquier daño en el paciente, ya sea en la piel, circulación sanguínea, formación de edemas, hematomas, etc. Tener en cuenta también que el cinturón abdominal mal colocado podría llegar a producir incluso asfixia.
• Si las contenciones se humedecen deben ser cambiadas para evitar problemas en la piel.
• Cuidar los factores ambientales.
• Evitar dejar al alcance cualquier objeto potencialmente peligroso.
• Ayudar al paciente en la higiene personal, proporcionarle la cuña, la botella, etc.
• Fomentar su autonomía para comer y beber en la medida de lo posible.
• Llevar a cabo los cambios posturales necesarios.
• Implicar a la familia en la medida de lo posible para conseguir retirar parcialmente las contenciones.
• Reorientar y estimular al paciente mediante la comunicación verbal, principalmente en aquellos que presenten confusión y desorientación por culpa de las contenciones.
4° ¿Cuándo retirar las contenciones mecánicas?
Es función del personal facultativo y de enfermería evaluar la evolución favorable o no del paciente para intentar retirarle las contenciones cuando ya no sean requeridas.

Las contenciones se irán retirando de manera progresiva según veamos que aumenta el autocontrol del paciente. Es necesario observar la evolución y el comportamiento del paciente a medida que se le retiran las contenciones mecánicas.

5 Discusión-Conclusión

En los medios hospitalarios se utilizan las contenciones mecánicas en muchos casos sin haber agotado otras alternativas, y también nos podemos encontrar muchos casos en los que los pacientes no están correctamente contenidos, lo que puede ocasiones accidentes o daños en el paciente o en el medio que les rodea.

Por esta razón es necesario concienciar al personal sanitario de la ansiedad y vulnerabilidad que las contenciones mecánicas generan en los pacientes y éstas a su vez generan dependencia en todos los aspectos, desde la nutrición hasta la higiene, por lo que requerirán de una mayor atención por parte del personal.

6 Bibliografía

• http://www.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf
• http://www.seegg.es/Documentos/doc_int/contencion_colg_barc.pdf
• https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/13628/1/TFG-H351.pdf
• Libro atención y cuidados del TCE/AE al paciente con alteraciones de salud mental.
• Libro de cuidados del TCAE al paciente con deterioro cognitivo en atención especializada.

Capítulo 922

DRENAJES QUIRÚRGICOS

NOELIA FRAGOSO GARCÍA

MARÍA JIMÉNEZ ROSILLO

SANDRA PEREIRA GARCÍA

ANA PATRICIA GUARDADO DÍAZ

YOLANDA ESCALANTE TORRES

1 Introducción

Los drenajes son dispositivos utilizados para evacuar fluidos, tales como, sangre, pus, líquido linfático y otras sustancias, que ejercen presión en la zona de la cirugía o los vasos sanguíneos, los órganos y los nervios cercanos.

2 Objetivos

Los objetivos principales de la utilización de drenajes consisten en disminuir la presión y por tanto el dolor, que la acumulación de los fluidos pueda causar, evitar infecciones y favorecer la cicatrización.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores drenajes quirúrgicos, drenaje de fluidos, tipos de drenajes, retirada de drenajes, drenar heridas quirúrgicas.

4 Resultados

Los drenajes se pueden clasificar en varios tipos:
- Según su forma de drenar, en pasivos y activos
- Según su mecanismo de acción, en profilácticos o terapéuticos.
- Según su colocación, en quirúrgicos o por punción transcutánea.

Algunos de los más utilizados son:
- Drenaje de Redón.
- Drenaje Jackson Pratt.
- Drenaje kehr.
- Drenaje Blake.
- Drenaje de Penrose.
- Drenaje de Saratoga.
- Drenaje de Pleur-evac.
- Drenaje de Abramson.
- Drenaje de Pigtail.

La colocación de los drenajes puede ser superficial o profunda.
El personal sanitario debe vigilar las posibles complicaciones que puedan surgir, tales como, infecciones, hemorragias, pérdida excesiva de líquidos, dehiscencias de las suturas y arrancamientos involuntarios.

5 Discusión-Conclusión

El uso de drenajes es una técnica médica muy utilizada en el hospital, por tanto, el personal sanitario debe conocer los cuidados necesarios para que éstos cumplan su función y evitar que surjan complicaciones. Se deben realizar registros sobre los fluidos drenados para controlar su funcionamiento.

6 Bibliografía

- portalesmedicos.com
- slidshare.net
- laenfermeria.es
- docsity.com
- quironsalud.es

Capítulo 923

EL PAPEL DEL TCAE EN EL ASEO DEL PACIENTE CRÍTICO

DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO

LUCÍA POMAR MARTINEZ

LUCÍA SANCHEZ TOYOS

1 Introducción

Se entiende como paciente crítico a aquellos pacientes cuyas funciones vitales se encuentran comprometidas, pudiendo llegar a presentar peligro de muerte. En este tipo de pacientes, en la mayor parte de los casos inconscientes, la vulnerabilidad que presentan debido a su dependencia total es muy grande, por ello el papel del personal de enfermería es esencial para que los cuidados básicos se vean satisfechos. Estos pacientes, en estado de sedación, inconscientes y en muchos casos con ventilación mecánica, son propensos a tener heridas en la piel, úlceras por presión, laceraciones, edemas, eritemas, etc.

2 Objetivos

Proporcionar al paciente crítico los cuidados necesarios durante el aseo para mantener intacta la integridad física de la piel, así como atender a indicios de alteración de cualquier naturaleza, avisando en caso de que haya alguna observación al personal de enfermería. Mantener satisfactoriamente todos los cuidados de higiene personal del paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una recopilación bibliográfica a través de bases de datos científicos, artículos de revistas, guías de práctica clínica y libros de formación. A esta información recopilada se suma la experiencia propia en el uso de este tipo de contenciones.

4 Resultados

En primer lugar hay que prestar mucha atención al estado de la piel durante las manipulaciones del paciente, especialmente durante el aseo, utilizando las técnicas y medidas más adecuadas para evitar daños en su integridad, controlar infecciones y proporcionar el mayor estado de confort posible.

Una de las medidas más importantes para el control de las infecciones es el lavado de manos: imprescindible antes de la manipulación del paciente, simple, eficaz e importante para evitar la transmisión de microorganismos.

Serán necesarios todos aquellos materiales utilizados para el aseo, gasas estériles, suero fisiológico, palangana, toallas, esponjas, cremas y aceites corporales para la hidratación, lencería limpia y todo aquel material necesario para sus cuidados, así como el personal necesario para desempeñar todo el trabajo, TCAE, enfermera, celador.

Preservar la intimidad del paciente independientemente de su estado de consciencia, con la utilización de cortinas, biombos, y realizando el aseo evitando destaparle completamente el cuerpo mediante el aseo por partes.

Técnica:
• El aseo se llevará a cabo en el turno de mañana y cuando sea necesario.
• Lavado de manos y uso de guantes.
• El DUE se colocará en el cabecero de la cama para controlar los equipos de suero, sonda nasogástrica, el equipo de respiración mecánica, tubuladoras, etc.
• El auxiliar de enfermería se colocará junto al material de lavado, palangana con agua o el grifo y el celador en el lado opuesto para llevar a cabo la movilización según sea necesaria.
• Comprobar antes de iniciar el aseo de que todos los drenajes, sondas y catéteres están libres y que no se obstruyen en ningún momento.
• Mantener en todo momento la monitorización, movilizar el paciente en función de si tolera o no dicho movimiento.

• Lavar ojos con gagas estériles y suero fisiológico y cara con agua templada y sin jabón.
• Con una esponja y jabón preferiblemente antiséptico se lavará las zonas de cuello, hombros, brazos, manos y por último axilas. Dado que esta última zona es microbiológicamente sucia desecharemos la esponja.
• Con una esponja nueva lavaremos el tórax, mamas y abdomen, piernas y pies.
• A continuación con esponja nueva se lavará la zona genital, siempre de adelante hacia atrás. Comprobar que no exista adherencia en la zona de inserción de la sonda, retirar secreciones y hacer pequeños movimientos circulares de la sonda para evitar esa adherencia.
• Previa orden del DUE y controlando todos los catéteres y drenajes colocar al paciente en decúbito lateral y cambiando de esponja lavar espalda y glúteos.
• En todo momento después de hacer el lavado proceder al secado con una toalla limpia, secando con suaves toques sin frotar para evitar posibles heridas, utilizar varias toallas durante el aseo. Secar especialmente bien los pliegues, dado que son zonas vulnerables a padecer alteraciones.
• Una vez que el paciente esté totalmente seco hidrataramenos la piel con lociones no irritantes, y echaremos acidos grasos hiperoxigenados en aquellas zonas propensas a padecer úlceras por presión (puntos de apoyo)
• No utilizar colonias ni lociones con base alcohólica.
• Mientras el paciente está colocado de lado aprovecharemos para hacer el cambio de la sábana bajera así como de empapadores y pañal.
• Procurar que el paciente no tenga pliegues de la ropa debajo y colocarlo correctamente en la cama.
• Comprobar que el paciente tiene todos los catéteres y drenajes bien colocados y taparlo con la sabana encimera y colcha si la necesita.
• Retirarse los guantes antes de salir de la unidad y hacer lavad de manos.
• Nunca tocar nada con los guantes fuera del entorno del paciente.
• Cambiarse de guantes durante el aseo si fuera necesario.

La limpieza de la cavidad oral se hará siguiendo el oportuno protocolo asignado a cada unidad o servicio especial. Si el paciente está consciente se le puede proporcionar una solución bucal para el correcto enjuague de la boca después de las comidas. En pacientes inconscientes podemos utilizar torundas con gasas humedecidas con antiséptico del tipo clorhexidina 0,2% para limpiar la boca.

En pacientes con ventilación mecánica la limpieza bucal ha de ser más exhaustiva para evitar la aparición de bacterias producto de dicha ventilación, lavado

de boca con yankauer y aspiración más clorhexidina 0,2% por ejemplo, previa comprobación del globo del tubo endotraqueal.

Utilización de soluciones antibacterianas, según protocolo de descontaminación.

5 Discusión-Conclusión

Es importante llevar a cabo una correcta higiene para evitar el desarrollo de posibles infecciones de carácter nosocomial, así como para garantizar el confort del paciente y la integridad física de la piel. Debemos de ser conscientes de que un paciente inconsciente no podrá alertarnos acerca de su estado corporal por lo que dependerá del personal comprobar y controlar que el paciente se encuentra en condiciones satisfactorias. El TCAE será el primer personal que podrá observar signos en el paciente que demuestren algún tipo de alteración, de ahí la importancia de una correcta vigilancia.

El lavado de manos es indispensable para poder llevar a cabo un buen control de la higiene y proteger la salud, no solo de los pacientes, sino de todo el personal ajeno o no al centro.

6 Bibliografía

- Protocolos establecidos en el servicio de cuidados intensivos del hospital universitario de Cabueñes.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 924

VISIÓN GENERAL DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA (SFH)

IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO

1 Introducción

Uno de los servicios que pasan más desapercibidos dentro de la estructura hospitalaria es el de farmacia. Sin embargo, la correcta organización y funcionamiento del servicio de farmacia hospitalaria es absolutamente indispensable para el correcto desempeño de todo el hospital, pues no puede haber curación sin medicamentos. Con todo, sin embargo, el servicio de farmacia cumple unas funciones que van más allá del mero suministro de fármacos al resto de unidades y servicios del hospital.

2 Objetivos

-Glosar los aspectos más elementales que han de tenerse en cuenta en una correcta organización del servicio de farmacia hospitalaria.

3 Metodología

Para lograr el objetivo propuesto se ha partido de la propia experiencia profesional como integrante de un servicio de farmacia hospitalaria y se ha procedido a la consulta y análisis de diversas publicaciones existentes en relación con la organización de este tipo de servicios hospitalarios.

4 Resultados

Se ha constatado que la correcta organización del servicio hospitalario de farmacia requiere la implementación de una estrategia que tenga en cuenta no sólo el objetivo tendente al adecuado suministro de fármacos al resto de unidades hospitalarias sino que hay que tener una visión mucho más amplia y multidisciplinar que aborde otros aspectos como la formación de personal o la investigación científica.

5 Discusión-Conclusión

El primer aspecto que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar y organizar correctamente un servicio de farmacia hospitalaria (SFH) es la ubicación y condiciones físicas de las propias instalaciones donde se va a desarrollar el servicio de farmacia, que habrán de considerarse en función del tipo de hospital donde va a integrarse, atendiendo al número de usuarios a los que va a brindarse asistencia, las especialidades que van implementarse en el mismo, etc. En este sentido, habrán de cumplirse por lo menos las siguientes premisas:

- Lograr correcta accesibilidad desde el exterior del hospital y facilidad de comunicación física con el resto de servicios hospitalarios.
- Prever, como mínimo, la existencia de los siguientes espacios o áreas: gestión administrativa, dispensación, laboratorio, almacén (tener en cuenta la existencia de productos inflamables), área de documentación y centro de información del medicamento (CIM). En función del tipo de hospital habrá de considerar también la necesidad de otras áreas tales como la de docencia y formación, reuniones, etc.

Además, será preciso contar con un plantel de personal debidamente formado y organizado. En este sentido, la organización de los recursos humanos en la unidad de farmacia habrá de diseñarse de acuerdo con las siguientes premisas: a) El servicio de farmacia se integrará en los servicios centrales hospitalarios. b) El jefe de servicio habrá de ser un farmacéutico. c) Los farmacéuticos del servicio habrán de especializarse en el campo específico de la farmacia hospitalaria. d) Se contará con un número suficiente, acorde a las necesidades del servicio, de personal administrativo, de enfermería y auxiliar. e) Durante todo el tiempo que funcione el SFH se contará con presencia física de farmacéuticos.

Si el SFH está bien estructurado en todos sus aspectos físicos, personales y materiales, habrá de ser capaz de desempeñar, cuando menos, las siguientes tareas:

1.- Seleccionar los medicamentos que se vayan a precisar en el concreto hospital en que se integre.

2.- Clasificar y conservar de forma correcta los medicamentos y productos.
3- Elaborar los productos farmacológicos que sean precisos.
4.- Suministrar al resto de servicios hospitalarios los medicamentos de conformidad con las dosis y formas farmacéuticas adecuadas.
5.- Suministrar ciertos medicamentos a pacientes no hospitalizados (distribución extrahospitalaria).
6.- Lograr un correcto sistema de información y educación sobre las características y buen uso de fármacos y medicamentos orientado tanto al resto de personal hospitalario como a los propios pacientes.
7.- Realizar estudios y ensayos clínicos, incluso colaborando para ello con otros servicios hospitalarios.
8.- Documentar y registrar todos los procesos adecuadamente.
9.- Además, dependiendo del tipo de hospital en que se integre, habrá de ser capaz de desarrollar e implementar un sistema de formación docente orientado a colaborar en la formación de los distintos profesionales de la rama farmacéutica.

6 Bibliografía

• Fernández Vila, Sabela; Tojo Fernández, Beatriz; Calvo Rey, Fátima; Chao Millor, Montserrat. "Dispensación de productos farmacéuticos". Editorial Mc Graw Hill, 2017.
• Molero R, Acosta M, editors. "Planificación y organización de un servicio de farmacia". Madrid: Farmacia Hospitalaria; 2006. p. 3-28.
• Ribas Sala J, Codina Jané C. "Farmacia Hospitalaria. Planificación y organización de un Servicio de Farmacia" .1ª Edición. EMISA. Madrid 1990.
• Borrás Baseda, Ramón; Bel Prieto, Elvira. "Servicios de farmacia hospitalaria". OFFARM Farmacia y Sociedad, Vol 26, Núm 2, Febrero 2008, Págs. 59-64.

Capítulo 925

APOYO DEL TCAE EN LA PERSONA MAYOR, CALIDAD DE VIDA Y AUTONOMÍA

DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO

LUCÍA POMAR MARTINEZ

LUCÍA SANCHEZ TOYOS

1 Introducción

El proceso de envejecimiento se desarrolla de forma diferente en cada persona, y no necesariamente implica dependencia. Pero a lo largo de los años se van produciendo cambios biológicos, sociales y psicológicos que provocan que se vayan generando necesidades en función de las capacidades o déficits que vaya presentando la persona.

Es necesario tener en cuenta que el papel de la familia y del personal sanitario es imprescindible para conseguir que en estos pacientes la calidad de vida siga siendo óptima, y es una tarea importante el motivarles para que sigan manteniendo el máximo nivel de independencia posible en todas sus actividades diarias, tanto dentro como fuera del ámbito hospitalario.

2 Objetivos

Proporcionar a este tipo de pacientes el apoyo y motivación necesarias para que continúen desarrollando sus actividades diarias con la máxima autonomía posi-

ble, alimentación, higiene personal, vestimenta, deambulación o socialización.

3 Metodología

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

4 Resultados

La calidad de vida de las personas mayores puede entenderse en torno a tres factores:
• El nivel de dependencia que presentan, y por tanto, el grado de ayuda que precisan para la realización de sus actividades diarias.
• Las expectativas de estas personas en relación con la ayuda que desean recibir y la que reciben.
• Los propios apoyos y atención que reciben de sus cuidadores, familiares, amigos, cuidadores.
Este tipo de pacientes necesitan un apoyo que refuerce su autonomía, sus habilidades y sus capacidades. Debemos tener en cuenta que la autonomía del paciente es compatible con la necesidad y petición de ayuda. Ejercer su autonomía junto a las mejoras que se les puede proporcionar con los avances de la medicina, mejoras sociales y apoyo y motivación de sus cuidadores permite mejorar su calidad y esperanza de vida.

El TCAE debe contemplar los siguientes puntos para mejorar el apoyo y autodeterminación del paciente:
1° Facilitar sus iniciativas personales, fomentando su participación en actividades relevantes de su vida cotidiana.
2° Conocer sus preferencias e intereses, diferenciando entre lo que quieres y lo que necesita, para mejorar su nivel de motivación.
3° Ayudarle a establecer metas personales, basadas en sus necesidades, intereses.
4° fomentar su independencia dentro de sus posibilidades.
5° Favorecer y ayudar a la persona a interaccionar con los demás.

6° facilitar que la persona dependiente se encuentre segura de sí misma, confiada, que valore sus logros, etc.
Es necesario tener en cuenta algunas cuestiones éticas que afectan a su autodeterminación y calidad de vida:
• La marginación de los mayores por cuestiones de edad, al considerarlos como una carga y olvidarse de sus valores tradicionales como su experiencia, se convierten en un grupo social discriminado.
• Autonomía personal sobre razones clínicas, serán ellos quienes decidan los aspectos sanitarios que seguir, como la toma de un fármaco, salvo en aquellos casos en los que las personas mayores no sean capaces de tomar decisiones importantes para procurar su salud y seguridad.
• Los maltratos a mayores.
• Derecho sobra la propia vida. Es necesario recordar que el hecho de que una persona tenga una discapacidad física por su vejez y que no pueda valerse por sí misma no significa que tenga una discapacidad mental. Esto implica que la persona es consciente de sus limitaciones, y por ellos se debe respetar sus decisiones y acatar su voluntad.
Eliminar la tendencia a la infantilización y sobreprotección. Este punto es especialmente importante en el caso de los pacientes terminales, ya que la persona tiene derecho a elegir la manera en la que quiere ser atendido y cómo desea dejar las cosas cuando haya fallecido.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario tener en cuenta que la mayor parte de los pacientes que ingresan en instituciones sanitarias son personas mayores, con unas necesidades en muchos casos no ligadas necesariamente a la enfermedad por la que ingresan. Es necesario tener en cuenta de que fomentar la autonomía de estos pacientes es algo imprescindible para conseguir que estos sigan manteniendo una calidad de vida importante.

En mi opinión, estos pacientes se adaptan muy pronto a una nueva situación de dependencia, si tu dejas de ayudarle a ducharse en el baño y empiezas a asearlo en la cama, el paciente presentará en el futuro muchas dificultades nuevas para volver a ir al baño.

Por esta razón es necesario invertir un tiempo diariamente para asegurarnos de que nuestras personas mayores puedan satisfacer sus necesidades con la máxima independencia posible, y hoy en día debido a la alta carga de trabajo del

personal de enfermería esto se ve comprometido, no se puede atender a cada paciente como se debiera simplemente por una cuestión de falta de tiempo, y es una pena no poder asegurar unos cuidados y apoyos mínimos a un colectivo tan infravalorado.

6 Bibliografía

• Libro de intervención en la atención higiénico-alimentaria en instituciones editorial IDEASPROPIAS

• https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/Atencion-a-las-personas-mayores.pdf

• http://files.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/files/2015/01/programa-de-atencion-integral-al-adulto-mayor.pdf

Capítulo 926

LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

MARÍA JOSÉ RODRIGUEZ ARIAS

SUSANA ESTRADA SUÁREZ

1 Introducción

Una infección nosocomial puede definirse como una infección contraída en el periodo de hospitalización por un paciente ingresado por una razón distinta a esa infección. Se puede manifestar durante el ingreso o cuando el paciente ya ha sido dado de alta.

La transferencia de microorganismos a través de las las manos del personal sanitario ha sido identificado como el factor más importante en la transmisión de infecciones. La higiene de las manos es la medida primordial para prevenir dichas infecciones. Esta acción sencilla es muy importante para evitar la propagación de los microorganismos.

La proliferacción bacteriana en las manos del personal sanitario es mayor durante la atención a los pacientes y está relacionada con la actividad que efectuamos con ellos. Hay una serie de factores que son básicos y que condicionan la higiene de las manos: producto utilizado, accesibilidad a los puntos de higiene, tiempo empleado, uso de guantes, técnica adecuada, uso de joyas y formación del profesional.

2 Objetivos

- Identificar los conocimientos que tiene el personal sanitario sobre la importancia de la prevención de infecciones a partir de una técnica adecuada del lavado de manos.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema. Los descriptores utilizados fueron: higiene, lavado de manos e infección nosocomial.

4 Resultados

El lavado de manos es la base principal para la prevención y control de infecciones en medios sanitarios. Es totalmente necesario crear conciencia entre los profesionales de la necesidad de llevar a cabo en todo momento una buena higiene de manos, sobre todo si se atiende a pacientes con úlceras abiertas con riesgo de infección.

El personal sanitario debe conocer la frecuencia del lavado de manos en las situaciones habituales en una jornada de trabajo como:
- Al iniciar la jornada.
- Al finalizar la jornada.
- Antes del contacto directo con el paciente.
- Después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales.
- Antes y después de manipular medicamentos.
- Cuando se pase de un área del cuerpo del paciente contaminada a otra limpia.
- Después de utilizar los servicios WC.
- Antes y después de la utilización de guantes, etc.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales son errores que se pueden evitar.

Se evidencia que los conocimientos sobre la importancia del lavado de manos para la prevención de infecciones nosocomiales debe basarse en educación y preparación de los profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

- https://enfermeriapráctica.com
- Evangelina Pérez de la Plaza y Ana Mª Fernández Espinosa. TECNICAS BASICAS DE ENFERMERIA. McGraw Hill/Interamericana de España S.L.
- www.intramed.net

Capítulo 927

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

MARCO CASADO CORONA

MARÍA GENEROSA LILLO TEJÓN

1 Introducción

La seguridad del paciente es hoy en día un objetivo fundamental de todas las instituciones y organizaciones relacionadas con la salud por las graves repercusiones que generan los efectos adversos de la asistencia, tanto en el paciente como en toda la sociedad. Un fallo en la seguridad del paciente genera efectos tanto en la mortalidad como en la morbilidad, que conlleva un impacto en la salud de la ciudadanía y crea un desequilibrio social y económico.

Según el Ministerio de Sanidad, un 10% de los pacientes hospitalizados padecerán algún efecto adverso derivado de la atención recibida y, además que, de ese porcentaje, hasta un 50% evitable si se siguieran los procedimientos sanitarios estipulados correctamente.

Un efecto adverso (EA) quirúrgico se define como "un resultado desfavorable atribuible a un procedimiento quirúrgico" (Gutiérrez y Fernández, 2010). Según estos autores, los efectos adversos están relacionados con accidentes intraoperatorios (quirúrgicos o anestésicos), con complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías y con el fracaso de la intervención quirúrgica.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos más habituales y analizar el papel de enfermería en la seguridad del paciente en el área quirúrgica.

3 Metodología

Búsqueda de bibliografía en distintas publicaciones especializadas, libros y bases de datos, como son: Google Académico, Dialnet, Scielo, Cuiden y Lilacs. Los descriptores utilizados fueron: enfermería, área quirúrgica, quirófano, cirugía, prevención y efectos adversos. Se han empleado como criterios de inclusión: textos en idioma español e inglés, y de exclusión: aquellos con acceso gratuito.

4 Resultados

Entre los efectos adversos más habituales encontramos las infecciones, definidas por el CDC (Centro de Control y prevención de enfermedades) como "todo cuadro clínico, localizado o sistémico, que es el resultado de una reacción adversa debida a la presencia de uno o varios agentes infecciosos o sus toxinas, que le ocurre a un paciente en su contexto sanitario, sin evidencia de que estuviera presente o en fase de incubación en el momento de ingreso hospitalario".

De media las infecciones afectan a entre un 5% y un 15% de los pacientes operados, en España se estima que afecta al 7%
Cerca del 40% de los efectos adversos están relacionados con el entorno quirúrgico como puede ser la calidad del equipo, la medicación, la gestión, la capacidad del personal, lo que conlleva un aumento significativo de la mortalidad y del gasto sanitario.
En cuanto a la seguridad quirúrgica, se persigue para la prevención de infecciones, realizar una profilaxis antibiótica prequirúrgica y la correcta esterilización de los materiales. El fallo más común se debe a una incorrecta utilización de los tiempos en la profilaxis y a la falta de sistematización de los métodos.

Seguridad de equipos: se debe mantener una correcta comunicación entre todos los miembros del equipo quirúrgico para un correcto uso del material y aprovechar al máximo las destrezas de cada miembro del equipo.
Cuidados de enfermería en el área quirúrgica:

- Precirugia: se deben llevar a cabo los procedimientos en tiempo correcto; revisión del entorno quirúrgico y de los materiales y equipos, profilaxis, información del paciente, etc.
- Postcirugía: una vez acabado se debe realizar un examen para verificar que todo ha ido correctamente y no se ha olvidado nada; revisión del material, comprobación de la medicación, revisión de constantes, comunicación con la rea, etc.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad la seguridad del paciente debe considerarse un aspecto fundamental para la buena calidad sanitaria, debe estar basada en una actitud preventiva y con una revisión sistemática de los métodos, así como una adecuada comunicación entre los profesionales sanitarios.

La intervención quirúrgica es uno de los procesos sanitarios más complejos que si se realiza de manera adecuada en la mayoría de los casos conlleva una mejoría rápida o puede desencadenar en daños si alguno de los pasos no se realiza correctamente. Cada día se realizan esfuerzos para mejorar las técnicas y se llevan a cabo nuevos protocolos mara incrementar la tasa de acierto en estos procedimientos y así disminuir el riesgo de errores.

6 Bibliografía

- Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020 https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Segurid
- Seguridad del paciente quirúrgico Elsevier; 2013
- Alianza Mundial para la seguridad del paciente". Arch Argent Pediatr. 2009
- Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sp_sns_200

Capítulo 928

CONSIDERACIONES Y CUIDADOS A TENER EN CUENTA EN LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA VESICAL

MARÍA JOSÉ RODRIGUEZ ARIAS

SUSANA ESTRADA SUÁREZ

1 Introducción

El sondaje del aparato urinario o sondaje vesical (cateterismo) es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda por la uretra hasta la vejiga urinaria para proporcionar un sistema de drenaje artificial y comunicar así la vejiga urinaria con el exterior. La colocación de una sonda vesical se utiliza tanto como con fines diagnósticos como terapeúticos.
Las indicaciones del sondaje son:
- Facilitar la salida al exterior de la orina en caso de retención urinaria.
- Control de la cantidad de la diuresis.
- Recoger muestra de orina estéril cuando no se pueda obtener por los medios habituales.
- Determinar si persiste orina residual después de una micción espontánea.
- En casos de retención urinaria de postoperados.
- Permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.
- Realizar irrigaciones vesicales (lavados) en caso de hematuria.

- Mantener seca la zona genital en el caso del tratamiento de escaras, úlceras o dermatitis de contacto en la región genitourinaria o sacra de difícil manejo.
- Tratamiento crónico en aquellos pacientes que no vacíen espontáneamente la vejiga.

Al tratarse de una técnica estéril, el sondaje vesical lo realiza el /la enfermero/a pero el TCAE debe colaborar preparando al paciente y todo el equipo necesario, antes y durante el procedimiento si así se precisase.

2 Objetivos

- Identificar los conocimientos de los profesionales de enfermería y disminuir el riesgo de infección asociado a catéter vesical a partir de una buena técnica.

3 Metodología

Revisión sistemática de diversas referencias bibliograficas y búsqueda exhaustiva de publicaciones de revistas cientificas en internet ademas de articulos y publicaciones en la web, utilizando como descriptores: asepsia, sondaje vesical, vejiga urinaria e infección urinaria.

4 Resultados

Cuando colocamos una sonda vesical, el personal debe estar capacitado para la realización de la técnica y durante el procedimiento procurar que estén presentes exclusivamente los profesionales necesarios, asegurando la privacidad e intimidad del paciente. Puede ocurrir que al introducir la sonda nos muestre resistencia u obstrucción, no se forzará la entrada ya que podemos producir daños muy graves. En este caso, se probará con una sonda de menor calibre o se consultará con urólogo.

Para facilitar el sondaje, el paciente debe estar lo mas relajado posible ya que facilitara el éxito del sondaje. Tenemos que procurar una asepsia absoluta para prevenir infecciones y posibles complicaciones y seguir unas pautas básicas:
- Lavar las manos antes y después de manipular el catéter.
- Lavado de la sonda para evitar obstrucciones.
- Higiene diaria y de forma meticulosa de la zona genital.

- Cambio de bolsa si existen escapes, se rompe, se se acumulan sedimentos o tiene un olor desagradable.
- Debe vaciarse la bolsa cuando alcance 2/3 de su capacidad.
- Evitar tirones de la sonda.

5 Discusión-Conclusión

Se ha observado que para realizar una buena colocación de la sonda vesical es imprescindible la formación de los profesionales de enfermería para saber solventar cualquier eventualidad que surja durante el procedimiento. Es importante transmitir al paciente seguridad y confianza para que esté relajado y poder realizar la técnica de manera adecuada y sin complicaciones que puedan dañar al paciente.

6 Bibliografía

- https://enfermeríapráctica.com
- Evangelina Pérez de la Plaza y Ana Mª Fernández Espinosa. TECNICAS BASICAS DE ENFERMERIA. McGraw Hill/Interamericana de España S.L.
- www.intramed.net

Capítulo 929

IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS

TANIA GONZÁLEZ ORTIZ

IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ

ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN

1 Introducción

Los cambios posturales son las modificaciones en la postura corporal del paciente encamado, de esta forma evitaremos la aparición de contracturas, deformidades, lesiones en la piel y tejidos subyacentes y favoreceremos la comodidad y el bienestar del paciente.

La mayoría de las personas cambian de postura en respuesta a la presión que sienten en las zonas de apoyo, sin embargo, las personas que no sienten esta presión o que no se mueven pueden sufrir alteraciones musculares o en la piel.

Debemos tener en cuenta la importancia de realizar los cambios en la postura del enfermo encamado cada dos horas aproximadamente, de esta manera ayudaremos a mantener la piel en un estado saludable y a una buena circulación sanguínea, el momento de cambiar de posición a un paciente es una buena oportunidad para revisarle la piel en busca de enrojecimiento o llagas.

2 Objetivos

- Conocer las posiciones básicas en las que hay que colocar a un paciente encamado según su tipo de situación, y los procedimientos que habría que llevar a cabo para realizar correctamente los cambios posturales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las posiciones más usadas de un paciente encamado son las siguientes:

- Decúbito supino: paciente tumbado sobre su espalda, brazos y piernas extendidas y rodillas ligeramente flexionadas, colocación de almohadas bajo el cuello y hombros, tercio inferior del muslo y parte inferior de las piernas.
- Decúbito prono: paciente tumbado sobre su abdomen con la cabeza girada a uno de sus lados y brazos flexionados a ambos lados de la cabeza, colocación de almohadas bajo la cabeza, diafragma y tercio inferior de las piernas.
- Decúbito lateral: paciente tumbado sobre un lateral de su cuerpo, brazo inferior flexionada a la altura del codo y paralelo a la cabeza, brazo superior esta flexionado y apoyado sobre el cuerpo, la pierna inferior con la rodilla ligeramente doblada y la pierna superior flexionada a la altura de la cadera y rodilla, los pies se sitúan en ángulo recto para evitar la flexión plantar. Esta postura puede ser lateral izquierda o derecha, almohadas bajo la cabeza, brazo superior, muslo y pierna superior y detrás de la espalda.
- Posición de semiprono o sims: posición intermedia entre Decubito prono y lateral, similar a la posición de decúbito lateral, pero el brazo que queda en la parte inferior se lleva hacia atrás y el otro se coloca en flexión del codo, la cadera superior y la rodilla del mismo lado están flexionadas y la cabeza girada lateralmente. Almohada bajo la cabeza y hombro, parte superior del brazo y muslo y parte superior de la pierna.

- Posición de fowler: paciente semisentado con rodillas ligeramente flexionadas, cabecera de la cama elevada en un ángulo de 45 grados. Almohadas detrás del cuello, hombros y zona lumbar, bajo los antebrazos y manos, debajo y a los lados de la parte superior de los muslos, bajo el tercio inferior de los muslos y bajo los tobillos.
Es conveniente la flexion dorsal de los pies.

5 Discusión-Conclusión

Aliviar la presión sobre las zonas de riesgo (prominencias óseas) en pacientes encamados, estas prácticas son fundamentales para prevenir complicaciones derivadas de la inmovilización.

6 Bibliografía

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

Capítulo 930

ERGONOMÍA EN EL CELADOR QUE TRABAJA EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

MANUELA MUÑIZ FERNÁNDEZ

MªJOSE ALVAREZ DEL FUEYO

CLARA SAEZ IGLESIAS

ANTONIO JAVIER FERNANDEZ FERNANDEZ

ANTONIO VEGA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los celadores que trabajan en el ámbito sanitario desempeñan una serie de funciones que implican cuidados básicos y esenciales a los pacientes hospitalizados. Por ello, se encontrarán expuestos de manera continuada a diversos factores de riesgo que pueden afectar a su salud a causa de la generación de dichos cuidados sanitarios. Un claro ejemplo de estos factores de riesgo, es la manipulación de cargas y pesos (Pérez Alcocer, 2015).

Una exposición continuada a dichos riesgos, sin la aplicación de medidas correctivas o adecuadas a la situación podrán derivar, en el celador, en diversas patologías y problemáticas, tales como los trastornos osteomusculares o musculoesqueléticos (Arenas-Ortiz y Cantú-Gómez, 2013). Estos, afectarán de forma determinante la vida del trabajador, tanto en su vida diaria como a nivel laboral,

dando lugar a un menor rendimiento, problemas de autoestima e insatisfacción con el puesto, llegando incluso a la solicitud de bajas temporales y permanentes (Prieto, Iglesias y Simón, 2019).
Según Araña-Suárez y Patten (2011), los problemas en músculos, huesos, articulaciones y nervios son una de las primeras causas de absentismo laboral en la categoría profesional que nos ocupa, y han sido denominados por la OMS (2012) como un problema de salud pública. Esto, hace presagiar que las medidas preventivas que se ponen en marcha en la actualidad, no están siendo todo lo eficaces y efectivas que pretenden. En este sentido, la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, establece que el puesto laboral debe ser adaptado al trabajador, teniendo en cuenta sus particularidades personales, funciones a desempeñar y características contractuales. Por ello, un análisis en profundidad de aquellos factores de riesgo a los que se expone el celador en su labor diaria, se hace necesario.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es describir a qué factores de riesgo se expone el celador en su trabajo diario, así como los efectos más frecuentes sobre su salud física, centrándonos especialmente en los trastornos musculoesqueléticos.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: celador, lesiones, factores de riesgo, trastornos musculoesqueléticos, ergonomía, consecuencias. A través de estos tópicos, se encontraron 46 documentos, de los que se eliminaron 25. Así, en primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 11 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 4 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 7.

4 Resultados

Tras analizar los estudios seleccionados en las bases de datos mencionadas, se hallan los siguientes resultados:

1- Principales factores de riesgo

Los principales factores de riesgo a los que se expone el celador en su actividad laboral diaria, se detallan a continuación:

• Transporte y movilización de cargas
• Levantamiento de cargas
• Situaciones de alta carga laboral y presión, a causa de tiempos delimitados y limitantes
• Falta de equipamiento y material
• Factores ambientales inadecuados: iluminación, humedad, calor
• Baja capacitación en higiene postural y ergonomía, cometiendo errores en las posturas adoptadas
• Situaciones de alto estrés y ansiedad
• Baja cohesión grupal o inadecuado clima laboral
• Comunicación deficiente con el resto del personal o superiores
• Movimientos repetitivos y continuados
• Turnicidad y nocturnidad
• Cambio continuado de funciones a desempeñar y áreas de trabajo

De entre todos los factores de riesgo mencionados a los que se expone el celador en una institución sanitaria, uno de ellos -y el principal- será la movilización y trasporte de pacientes. Por ello, será habitual que este profesional realice de manera diaria esfuerzos que superen sus capacidades físicas. En este sentido, se detecta que elevar al enfermo conlleva una gran complejidad, con el riesgo añadido que esto supone.

Asimismo, las posturas incorrectas son el segundo factor de riesgo más frecuentemente mencionado por la literatura científica, encontrando que son la causa directa de un alto porcentaje de las lesiones que desarrollan los celadores. En este mismo sentido, realizar movimientos de manera forzada, incidirá directamente en la prevalencia de trastornos osteomusculares.

2. Efectos sobre la salud del celador

Se halla que el celador sufrirá, muy especialmente, trastornos en la zona lumbar y a nivel vertebral. En este sentido, incidirá directamente la elevación de cargas que superen el peso máximo recomendado (25/30 kg), o el hecho de movilizar pesos más pequeños, pero de una forma incorrecta (por ejemplo, elevándolos por encima de la cabeza). Otros aspectos, tales como rotación de la cadera en la movilización de pacientes, o haber pasado muchas horas de pies sin sentarse, influirán de forma negativa en esta zona corporal, promoviendo su deterioro.

Por otro lado, otra de las zonas anatómicas que más sufren la exposición a riesgos laborales, son las extremidades. Especial mención debe hacerse a las superiores,

cuyas lesiones están muy relacionadas con lo anteriormente expuesto, ya que presentan una relación altamente significativa con la movilización de cargas de manera inadecuada.
Finalmente, y en relación con las extremidades inferiores, las zonas más frecuentemente afectadas en los celadores son las rodillas y tobillos, principalmente a causa de las posturas incorrectas adoptadas tanto en la movilización de cargas como durante su elevación.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el celador debe ser un profesional en continua vigilancia por el riesgo para su salud que puede llegar a suponer su desempeño diario en una institución sanitaria. En este sentido, la creación y aplicación de protocolos preventivos, así como de detección de posibles casos de riesgo, es fundamental. Una adecuada formación en higiene postural puede ayudar a prevenir la incidencia de problemas osteomusculares en este personal.
Por otro lado, que estos profesionales puedan disponer de los recursos y materiales precisos para su trabajo también es primordial, pues su carencia es la que en múltiples ocasiones motiva que el celador deba realizar un levantamiento o movilización de cargas por encima de sus posibilidades físicas.

6 Bibliografía

Arenas-Ortiz, L., & Cantú-Gómez, Ó. (2013). Factores de riesgo de trastornos músculo-esqueléticos crónicos laborales. Medicina Interna de México, 29(4), 370-379.
Araña-Suárez, M., & Patten, S. B. (2011). Trastornos musculo-esqueléticos, psicopatología y dolor. Trastornos Musculoesqueléticos Psicopatología, 1.
Garasa, M. P. P. (2005). Evaluación de las condiciones de trabajo en un hospital terciario: factores de riesgo en la accidentalidad laboral (Doctoral dissertation, Universidad de Zaragoza).
García, A. M., Gadea, R., Sevilla, M. J., Genís, S., & Ronda, E. (2009). Ergonomía participativa: empoderamiento de los trabajadores para la prevención de trastornos musculoesqueléticos. Revista española de salud pública, 83(4), 509-518.
Luttmann, A., Jager, M., Griefahn, B., Caffier, G., Liebers, F., & World Health Organization. (2004). Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el lugar e trabajo.

Polanco Serna, M. (2014). Análisis ergonómico del puesto de trabajo de celador en la unidad de medicina interna del Hospital Río Hortega de Valladolid.
Santos, D. R. (2016). El papel de la ergonomía en la prevención y evaluación de la carga física en un centro hospitalario: evaluación de las tareas de movilización de pacientes mediante el método MAPO Index (Doctoral dissertation, Universidade da Coruña).
Pérez Arranz, M. (2014). Evaluación ergonómica en el traslado de pacientes por los celadores en un hospital.
Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.
Prieto, A. B., Iglesias, R. G., & Simón, S. F. (2019). La ergonomía y las consecuencias de una mala higiene postural para el personal celador. In Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud: Volumen III (pp. 325-329).

Capítulo 931

PAPEL DEL TCAE EN LA UNIDAD CORONARIA

MARIA LUISA YAÑEZ CLARO

1 Introducción

Una Unida Coronaria es un área asistencial dotada de medios técnicos y recursos humanos necesarios para la atención y vigilancia de los pacientes con cardiopatía aguda grave durante su evolución. Un equipo experimentado nos permite el diagnóstico adecuado, la repercusión y el tratamiento las complicaciones de los pacientes con Síndrome Isquémico agudo.

El infarto agudo es una patología requiere una intervención inmediata por parte del personal médico, los cuidados ejercidos por enfermería son muy importantes para evitar complicaciones a corto y largo plazo, determinar los signos de alarma ante un probable es de suma importancia para ser atendido y evitar complicaciones que puedan comprometer otros órganos, o incluso generar un paro cardíaco permanente.

2 Objetivos

Las unidades coronarias constituyen una parte esencial del servicio de cardiología que requieren monitorización, cuidados de enfermería y capacidad de respuesta médica superiores a los disponibles en planta convencional de cardiología. Los pacientes con indicación de ingreso en éstas unidades necesitan: más cuidados médicos y de enfermería al ser un tratamiento complejo.

Vigilancia constante al tener más riesgo de arritmias, cambios hemodinámico bruscos e intensivos, inestabilidad clínica por la propia enfermedad o por los efectos de la medicación. Mayor instrumentalización y un espacio físico adecuado.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 932

MEDIDAS DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO EN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DENTRO DEL ÁMBITO

MÓNICA BUSTELO FERNÁNDEZ

MARIA ELENA ÁLVAREZ BLANCO

1 Introducción

Las medidas de aislamiento hospitalario en enfermos transmisibles son de gran importancia para evitar la diseminación y desarrollo de la misma. Dado que el personal de enfermería es el máximo implicado en le ejecución de las precauciones ante una enfermedad transmisible, se realiza una revisión bibliográfica dentro del ámbito hospitalario.

Las enfermedades transmisibles ocasionan las denominadas infecciones nosocomiales (IN). Las IN que se son definidas como ”aquellas que el paciente desarrolla durante su hospitalización y no están presentes, ni en periodo de incubación, en el momento del ingreso (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) también se refiere a infección nosocomial como “una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta a esa infección”, y amplia la definición incluyendo también que las infecciones contraídas en el hospital pero manifiestas hasta las 48 horas después del alta hospitalaria, así como las infecciones ocupacionales del personal hospitalario.

La infección se produce por la interacción entre seis elementos que en su conjunto forman la llamada cadena de transmisión de la infección (3,4) y son: agente-reservorio-puerta de salida-transmisión-puerta de entrada-huésped. La interrupción en alguno de sus puntos de esta cadena supone detener la transmisión de la enfermedad.

Esta fuera de duda el gran incremento del gasto sanitario que suponen las IN, así como la influencia directa en el aumento de la morbimortalidad. Es por eso que conocer el aislamiento y control de las enfermedades transmisibles dentro del ambiente hospitalario es determinar las medidas más significativas en el momento actual (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10)

2 Objetivos

- Conocer las medidas de aislamiento y las precauciones que se deben seguir para el control de las enfermedades transmisibles.
- Realizar una revisión de las medidas actuales utilizadas para aislar y prevenir la diseminación de las enfermedades transmisibles, especialmente aquellas medidas que han demostrado una mayor evidencia en la reducción de infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Para realizar esta revisión se ha llevado a cabo una búsqueda relevante respecto al tema a estudio, consultando fuentes como: CDM, OMS, OPS, guías hospitalarias y diversos trabajos de investigación extraídos de búsquedas realizadas en Pudmen, Google Académico, Medline, etc., en castellano y con algún documento en inglés actualizados entre los años 2016 y 2019 y utilizando conceptos clave como: vigilancia de epidemiología de las IN, medidas de aislamiento hospitalario, limpieza, desinfección y esterilización.

4 Resultados

Formas de transmisión
Las enfermedades transmisibles se transmiten por distintas fuentes, pudiendo una misma enfermedad transmitirse por varias fuentes diferentes a la vez como pueden ser:

- Transmisión por contacto: es la forma mas común de transmisión de microorganismos patógenos y se subdivide a su vez en dos:
1. Contacto directo; necesita de un contacto entre la superficie corporal d la persona infectada y otra persona susceptible. Ocurre por ejemplo cuando la sangre u otros fluidos corporales del paciente infectado entran en contacto con las mucosas o la piel no integra de otro individuo .Otro estudio apunta a que la transmisión ocurre a menudo por las manos contaminadas del personal sanitario (1, 3, 11, 12).
2. Transmisión por aire; sucede cuando partículas de menos de 5 micras(aerosol o núcleos goticulares) que contienen agente infeccioso entran en contacto con un huésped susceptible.

Estas partículas pueden llegar a viajar larga distancia en función de los factores del ambiente, de forma que el contagio puede producirse sin necesidad de entrar cara a cara con el individuo infectado. Algunas enfermedades transmisibles por el aire son el sarampión, varicela, tuberculosis, etc. (1,3, 11,12).

- Transmisión por artículos contaminados o vehículo común: este tipo se transmisión hace referencia a elementos que han sido contaminados por el agente infeccioso y hacen de vehículo para el mismo, pueden ser el agua, los alimentos, medicamentos, equipos, etc.

- Transmisión por vectores: este tipo de transmisión hace referencia a organismos vivos que actúan como transportadores de la infección, como los insectos, roedores, etc. Este tipo de transmisión no suele ser hospitalaria (1,3,12). Muchas enfermedades pueden ser transmitidas por más de uno de los anteriores mecanismos de transmisión, por ejemplo, el herpes zoster desaminado (transmisión aérea mas transmisión de contacto) (11).

Medidas de aislamiento
Existen fundamentalmente dos medidas que pueden ser adoptadas por el personal sanitario.
- Precauciones estándar, normales o universales: deben tenerse en cuenta en todos los pacientes independientemente de su diagnóstico o circunstancia y deben ser acatadas por todo el personal. Persiguen prevenir la exposición del personal sanitario a los riesgos biológicos y disminuir la transmisión de patógenos. Son básicos en la prevención de infecciones nosocomiales (2, 5).
- Higiene de manos: se le conoce unánimemente como la mediada mas importante. Las manos del personal sanitario son el principal mecanismo de transmisión nosocomial, la OMS propugna " una atención limpia es una atención más

segura" y establece un serie de directrices respecto al lavado de manos (3, 5, 11, 12).

- Aunque las manos no estén visiblemente sucias se debe proceder a su limpieza con una preparación alcohólica o en su defecto agua y jabón, en estos casos:

1. Antes y después del contacto con el paciente.
2. Después de quitarse los guantes
3. Antes de manipular un dispositivo invasivo como parte de la asistencia al paciente (se usen o no guantes).
4. Después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta o ventajas heridas.
5. Al atender al paciente, cuando se pase de un área del cuerpo contaminada a otra limpia.
6. Después de entrar en contacto con objetivos en inmediatamente vecindad con el paciente.

- Lavarse las manos con agua y jabón o con una preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.
- No utilizar jabones antimicrobiana cuando ya se hay utilizado una preparación alcoholica para la fricción de las manos.
- Cuando haya sospecha de contaminación con clostridium difficile, se recomienda lavarse las manos con agua y jabón ya que los agentes antisépticos presenta escasa eficacia frente a esporas y es necesario eliminarlas mediante arrastre (5).
- Uso de guantes: Tal y como recuerdan la OMS, OPS y el CDC entre otros organismos, no hay potencialmente infecciosas, con fómites , mucosas o piel no intacta. Los guantes se retiran tras atender al paciente y antes de tocar ninguna superficie no contaminada.
- Uso de mascarilla, protección respiratoria y protección ocular. Se utilizan estas medidas para proteger las membranas, mucosas y la piel durante procedimientos en los que sea esperable que haya salpicaduras de sangre, secreciones y otros fluidos corporales (3,4,5,11).
- Uso de batas y otros elementos de protección. Su uso esta indicado para protegerse tanto en caso de maniobras que puedan provocar salpicaduras y contacto con sangre y fluidos corporales y no tiene que ser necesariamente estéril, se pondrán también calzas en caso de que se estime oportuno.
- Equipos de cuidados para el paciente. Todo el material que contenga sangre o fluidos del paciente será manejado con extremo cuidado para evitar la contaminación del entorno.se debe eliminar siguiendo la normativa vigente y no se reutilizara en ningún caso. El material de uso común que vaya a entrar en contacto

con la piel integra como; pulsímetro, esfigmomanómetro, etc. Se limpiara y se desinfectara adecuadamente. (3, 4, 5 ,6, 11)
- Higiene respiratoria y control de la tos, especialmente enfocadas a pacientes con una posible enfermedad respiratoria y sus acompañantes y están dirigidas a disminuir la transmisión de enfermedades por vía aérea y gotas. Incluye elementos como cubrirse la boca, la nariz y girar la cabeza al toser y estornudar, ofrecer mascarillas a las personas con síntomas , dar educación al respecto al personal sanitario, pacientes y acompañantes, lavado de manos ,etc.
- Prácticas de inyección segura, establecidas por el CDC, no reutilizar la misma jeringa/aguja en distintos pacientes de un vial de múltiples dosis o una solución intravenosa. Utilizar viales unidosis y un nuevo equipo de perfusión para cada paciente,
- Manejo de lencería y lavandería, la ropa limpia se guardara en un lugar limpio y protegido de contaminación. La ropa sucia o contaminada se manipulara, transportara y eliminara de acuerdo a la normativa de cada hospital y no se aireara para evitar dispersar la contaminación.
- Vajilla ; toda la vajilla del hospital se trata de la misma forma sin importar el estado infecto-contagioso del paciente (3,4,6,11).
- Limpieza rutinaria y eliminación de residuos, se cumplirán los procedimientos adecuados para la desinfección de suelos y superficies, las habitaciones se limpian del mismo moda salvo en caso de contaminación especial que requiere una limpieza concreta. Los residuos se eliminaran en distintas bolsas dependiendo de estos y siguiendo la normativa vigente y del propio hospital.

Precauciones basadas en el mecnismo de transmisión
Estas medidas se toman en pacientes portadores de microorganismos que requieren medidas adicionales a las estándar. Existen tres categorías, para la transmisión por aire, por gotas y para la transmisión por contacto. Siempre se utilizan junto con las medidas estándar y para alguna enfermedad se utilizara una combinación de estas si la enfermedad tiene varias vías de desimanación.

Medidas para el aislamiento de enfermedades de transmisión por contacto
- Estas enfermedades incluyen colonización o infección con microorganismos resistentes a múltiples antibióticos, infecciones entéricas y enfermedades dermatológicas . las medidas utilizadas son:
- Ubicación del paciente preferiblemente en habitación individual o con otros pacientes con su misma enfermedad.
- Los guantes se pondrán antes de entrar en la habitación, se cambiaran si se entra en contacto con superficies altamente contaminadas y se retiraran antes de aban-

donar la habitación, sin tocar superficies contaminadas. Se realizara la higiene de manos con antiséptico, el uso de bata esta igualmente indicado retirándola antes de abandonar la habitación , no se necesita que sean estériles y en alguna de estas infecciones se recomienda doble guante .

- Para el transporte del Paciente se hará lo imprescindible tapando con apósitos las zonas contaminadas y lesiones cutáneas y se cubrirá al paciente con una bata y sabana limpias, se informara al personal que realiza el traslado que debe realizar el lavado de manos y utilizar bata y guantes en el contacto con el paciente .

Medidas de aislamiento en enfermedades de transmisión por gotas

La transmisión por gotas mayores a 5 micras precisa contacto cercano entre la persona infectada y el huésped susceptible. Estas partículas no se mantienen demasiado tiempo en el aire ni pueden viajar largas distancias por su tamaño por lo que se extreman las precauciones a distancia inferior a un metro. Las gotitas de Wells son de 1-5 micras y se mantienen suspendidas en el aire, se producen cuando el paciente tose, estornuda, al aspirar secreciones.

- Ubicación del paciente preferiblemente en habitación individual o con otra persona con la misma patología, las puertas se mantienen siempre cerradas y la habitación contara con un sistema de presión negativa que recircule el aire por el interior del edificio.
- Uso de mascarillas especiales de alta filtración (N95) y el uso de bata en situaciones que se prevea que va a entrar en contacto con secreciones o instrumental contaminado. De ser posible los pacientes con enfermedades como rubeola o varicela serán tratados por profesionales que estén inmunizados.
- Se realizara el lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente o material contaminado.
- El traslados del paciente serán los imprescindibles y se le colocara una mascarilla quirúrgica bien ajustada dentro de la habitación para evitar la diseminación (2, 3, 5, 1,10).

Otras situaciones de aislamiento

Situaciones especiales de aislamiento:

- Aislamiento inverso o protector; el propósito de este aislamiento es proporcionar un entorno seguro a los pacientes que tienen una susceptibilidad elevada de infección a causa de su estado de inmunosupresión.
- Pacientes con rotura extensa de la piel como grandes quemados.
- Pacientes con terapia inmunosupresora.

5 Discusión-Conclusión

En la práctica asistencial en los hospitales las medidas de aislamiento tienen una importancia fundamental, dado que las infecciones nosocomiales producen un empeoramiento significativo en el pronóstico del paciente. Deben ser conocidas y practicadas por todo el personal sanitario ya que esta fuera de toda duda su efectividad. Además, el personal de enfermería tiene una especial responsabilidad e importancia en la realización de estas medidas. Al hablar de aislamiento pensamos en enfermedades severas, sin embargo no hay que perder de vista que las medidas estándar son las más importantes y de continua utilización.

Al final, el conocimiento y la adecuada utilización de estas medidas, redundaran en lo que verdaderamente es el centro de la atención sanitaria que no es otro que el paciente. En definitiva se pueden extraer una serie de conclusiones de la expuesto :

- Las infecciones nosocomiales son una importante causa de morbimortalidad y son evitables.
- Las enfermedades transmisibles pueden desminarse de cinco formas: contacto ,aire, gotas, vehículo común y vectores, siendo las tres primeras las mas importantes en el ámbito hospitalario.
- Existen medidas estándar de prevención que se utilizan con todos los pacientes.
- Hay situaciones especiales de aislamiento como son protector, empírico y el absoluto.
- Es responsabilidad de todo el personal sanitario la prevención y reducción de infecciones nosocomiales. Siendo especialmente importante la actuación del personal de enfermería.

6 Bibliografía

1. Andrade Lobato R, Arrazola Martínez MP, Canton Moreno R et al. Promoción de la calidad, guía de buenas prácticas: prevención y control de enfermedades nosocomiales. Consejería de salud, comunidad de Madrid 2016.
2. Dulce G, Fabry J, Nicolle L et al, WHO, Prevención de las infecciones nosocomiales: guía práctica Lyon/Ginebra 2º Ed. 2002.
3. Alvarez Tuñon Z, Fernandez Muniz P, Martinez Ortega MC et al. Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Consejería de salud y servicio de sanidad hospital valle Nalón, Asturias España.
4. Área de prevención y control de enfermedades. Unidad de enfermedades trans-

misibles . guía para la prevención y control de infecciones en el servicio de salud, dirigida a estudiantes en la carrera ciencias de la salud. Organización panamericana de la salud, la Paz. Bolivia, 2015.
5. Grupo de trabajo del hospital universitario Gregorio Marañón, protocolo de prevención estándar y especificas (basadas en la transmisión). Madrid, España, 2014.
6. Servicio de medicina preventiva y salud publica, comisión de infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica. Hospital universitario de Valladolid . recomendaciones de aislamiento. Valladolid 2015.
7. SEMPSPH: Sociedad española de medicina preventiva salud pública e higiene. EPINE: estudio de prevención de las infecciones nosocomiales en España, resumen informe global 2015. España, resumen informe global 2015.
8. Primo J. niveles de evidencia y grados de recomendación (I, II).
9. Ayora torres MP , castilla Sánchez C, cuadro Muñoz R et al. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital universitario reina Sofía córdoba. España 2016.
10. OMS. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Reto mundial para la seguridad del paciente.
11. Archivos de la universidad de concepción en el año 2013.
12. Prevención y aislamiento ante patología infecciosa servicio de medicina preventiva del hospital Ramón y Cajal de Madrid año 2018.

Capítulo 933

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ASEO DEL RESIDENTE ENCAMADO

MARIA REBECA GARCIA GION

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 55ª Asamblea en Ginebra del año 2002 reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como principio fundamental en todos los Sistemas de Salud a través de acciones para "desarrollar directrices en calidad de la atención y seguridad del paciente".

La movilidad física es un componente esencial en la vida del hombre, ya que para gran parte de sus funciones vitales (respiración, eliminación, cardiocirculatorio, etc.) se precisa que esta sea buena para poder realizar las de manera satisfactoria. El conjunto de riesgos que genera la inmovilidad y la incapacidad del autocuidado constituyen problemas básicos al paciente encamado, por lo que será necesario contar con normas y protocolos de actuación que permitan individualizar el plan de cuidados estándar en función del problema de cada paciente.

La higiene puede denominarse como el conjunto de actividades que se hacen para conservar y aumentar la salud y prevenir enfermedades. Pueden distinguirse dos tipos de higiene: la individual (conjunto de hábitos y normas encaminados a preservar la salud de la persona) y la social (normas que se aplican a la comunidad), y juntas contribuyen a una completa salud.

En el entorno sanitario, donde se tiene contacto constante con los enfermos, la higiene constituye la clave que se debe cuidar con todo detalle, ya que ayuda a prevenir problemas de salud tanto para el paciente como para el resto de pacientes y usuarios.

La higiene del paciente recae en el Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), ayudado por el celador y con supervisión de la enfermera, y con ella, no sólo conseguimos proporcionar esa higiene necesaria, conocer el estado de la piel y grado de movilidad del paciente, sino que al ser un momento de gran intimidad, permite conocer más al paciente creando un clima de confianza que facilita su bienestar y mejora su calidad de vida.

2 Objetivos

- Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su hospitalización, y tratar de ofrecerle buenos hábitos de higiene para un futuro.
- Mejorar la calidad de vida del paciente así como mejorar su estado físico y psíquico.
- Recabar datos que permitan visualizar el estado general del paciente así como el estado de su piel.
- Activar la circulación sanguínea.
- Establecer una relación con el paciente, alentándolo a ser tan independiente como le sea posible.
- Evitar las enfermedades de la piel más comunes manteniendo una adecuada higiene de la piel del paciente y preservar su integridad evitando que se produzcan lesiones.
- Descender la temperatura del cuerpo en los casos de que el paciente tenga fiebre.

3 Metodología

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

4 Resultados

Antes de comenzar el procedimiento, el TCAE con las manos limpias debe preparar el material de aseo, la ropa del paciente y de cama. El material de aseo debe incluir: guantes desechables, palangana, esponjas jabonosas, toallas grandes y de lavabo, ropa limpia(tanto del paciente como de la cama), toallas grandes y de lavabo, bolsa de desechos y cuña o botella. Atendiendo a las circunstancias del paciente se debe incluir material adicional. Procedimiento del aseo general:
- Siguiendo con los protocolos, comunicaremos al paciente lo que vamos a hacer y preservamos intimidad con biombo o cortinilla.
- Frenamos la cama y la ponemos a nuestra altura adecuada.
- Ponemos guantes.
- Colocamos al paciente en decúbito supino.
- Mojamos esponjas y escurrimos bien para no mojar la cama, empezamos por la cara, sólo con agua, la zona de los ojos se lavará desde la zona del lagrimal hacia fuera, seguimos con nariz, boca y cara (también se podrían utilizar gasas, que tiraremos a la basura después de cada zona) y después, secamos con ligeros toques.
- Seguidamente, retiramos pijama o camisón en la zona de arriba y lavamos orejas, cuello y hombros con esponja jabonosa bien escurrida, torso, brazo, antebrazo y mano (zona interdigital) y por último la axila, que es lo más sucio junto con la región submamaria. Secamos bien y nuestro compañero hará lo mismo desde su lado. Tapamos con una toalla al paciente.
- Descubrimos zona abdominal y jabonamos insistiendo en zona ombligo y bajamos a zona púbica, aclaramos y secamos muy bien, sobre todo ombligo, y reservamos la toalla, porque ahora podremos cubrir al paciente con la sábana de abajo hacia arriba para seguir con los miembros inferiores.
- Cambiaremos el agua si fuera necesario y lavamos cada extremidad descendiendo desde ingles a pies (especial cuidado en zona interdigital), mejor con las piernas flexionadas, si fuera posible, para continuar luego con el lavado genital, aclaramos y escurrimos nuevamente.
- Para el lavado genital, aunque haya empapadores o entremetida, es mejor poner una cuña para que el agua escurra abundantemente. Si la paciente es una mujer, se lavará la zona con una esponja jabonosa de arriba hacia abajo, limpiando minuciosamente labios y meato urinario y se seca todo cuidadosamente con una toalla pequeña. Si el paciente es un varón, se usará una esponja jabonosa retirando el prepucio para poder lavar bien el glande y el surco balanoprepucial, aclararemos bien todo, secaremos y colocaremos el prepucio nuevamente. En ambos casos, la

esponja se desecha.
- A continuación, colocamos al paciente en decúbito lateral, y procedemos al lavado de espalda, cuello, glúteos (especial atención en pliegue interglúteo) y región anal. El TCAE que realice el lavado será el contrario al paciente y después del secado, se puede aprovechar para echar crema hidratante.
- Una vez acabado el aseo, se procederá a enrollar la sábana entremetida, en caso de llevarla y la bajera, hacia el centro de la cama, longitudinalmente, para que sea más fácil sacarla por el otro lado e ir colocando la ropa limpia a su vez. Con el paciente en decúbito supino, terminaremos de echar crema en torso y abdomen y acabaremos de vestir la cama con la ropa limpia. - Pondremos camisón o pijama, peinamos y echamos colonia si el paciente quiere y le dejamos en una posición en la que se encuentre cómodo.
- Dejamos todo recogido en el carro, nos quitamos los guantes e higienizamos las manos.

En los aseos, es cuando mejor se puede observar el estado de la piel y si existen rojeces o zonas de presión en las zonas más susceptibles a úlceras por presión y en caso de que las hubiera, curarlas.
Procedimiento del aseo bucal: se proporcionará al paciente un aseo bucal después de cada comida y cuando sea necesario.
Material necesario:
- Guantes desechables.
- Toalla lavabo.
- Cepillo de dientes o torunda.
- Pasta o solución antiséptica.
- Vaselina, vaso con agua.
- Batea.

Con las manos limpias se prepara todo el material y saludamos al paciente antes de explicar el procedimiento y pedir colaboración.
1. Higienizamos las manos y preservamos intimidad.
2. Frenamos cama y subimos a altura adecuada.
3. Elevamos cabecero a semisentado o girando la cabeza y cubrimos el embozo con la toalla.
4. Nos ponemos guantes.
5. Cepillamos o frotamos con la torunda, suavemente y de arriba abajo, incluyendo lengua.
6. Le damos vaso con agua para que se enjuague si puede y recogemos el agua con la batea.

7. Secamos y aplicamos la vaselina en los labios.
8. Recogemos todo y quitamos guantes.
9. Acomodamos al paciente e higienizamos manos antes e irnos.
10. Si el paciente usara dentadura postiza extraíble, la sumergiremos previamente en una solución de clorhexidina durante 10-15 min y después de aclararla, se la colocaremos.

Procedimiento de aseo del cabello:
Se realizará una vez por semana como mínimo. Material necesario:
- Guantes desechables.
- Lavacabezas.
- Toallas.
- Algodón.
- Jarra de agua caliente.
- Champú.
- Peine o cepillo.
- Secador, si fuera necesario.

Con las manos limpias, se preparará todo el material en el carro y se procederá de la siguiente forma:
1. Saludar e informar al paciente e higienizar manos.
2. Preservar intimidad y preparar cama.
3. Poner guantes.
4. Retirar el cabecero de la cama si se puede, y colocar al paciente en decúbito supino con la cabeza en hiperextensión.
5. Retirar la ropa del paciente para dejar el torso al descubierto y colocar toalla.
6. Colocamos el lavacabezas y dos algodones en los oídos.
7. Echamos un poco agua sobre la cabeza para mojarla sin exceso y aplicamos el champú, masajeando el cuero cabelludo.
8. Aclaramos y aplicamos un segundo champú.
9. Aclaramos con abundante agua.
10. Secamos muy bien con una toalla y con secador si fuera necesario y peinamos.
11. Recogemos todo el material al carro.
12. Quitamos guantes y acomodamos al paciente.
13. Si no disponemos de lavacabezas, usaremos una palangana u otra cosa que nos sirva.

5 Discusión-Conclusión

El aseo del paciente encamado supone una de las principales tareas del TCAE. Ya sea por imposición prescrita como una inmovilización por una escayola, una tracción, un drenaje, por la edad avanzada o por patologías como una lesión medular, el TCAE necesita adquirir las destrezas y habilidades necesarias para la realización de los procedimientos relacionados con la higiene y el aseo ya sea de forma individual o en grupo.

Siempre el TCAE debe de explicar al paciente el procedimiento que le vamos a realizar, de tal manera que comprenda nuestra intención de asearlo. Es muy importante que no existan corrientes de aire, para evitar que enferme y para preservar su intimidad.

La movilidad física es un componente esencial en la vida del hombre ya que para gran parte de sus funciones vitales se precisa que esta sea buena para poder realizarlas de manera satisfactoria.

En las áreas hospitalarias y geriátricos,donde se tiene contacto directo con los pacientes, la higiene constituye la clave que se debe cuidar con todo detalle, ya que ayuda a prevenir problemas de salud tanto para el paciente como para el resto de residentes.

En el glosario de conclusiones podemos resumir estas en:
- Informar y explicar al paciente lo que vamos a hacer, y si es posible, pedirle su colaboración.
- Evitar corrientes y mantener una temperatura adecuada, alrededor de 22-24 grados
- Mantener su intimidad al máximo con biombo o cortinilla, además de procurar no desnudarlo del todo, sino por partes a medida que lavemos cada zona.
- Mover al paciente suavemente, sobre todo en casos de pacientes más graves.
- Tener mucho cuidado con dispositivos que el paciente pudiera tener conectados, como sondas, drenajes o sueros.

* Tener preparado todo el material necesario para actuar lo más rápido posible.

6 Bibliografía

- Aseo del paciente encamado. Autor Daniel García Sánchez
- Protocolo de higiene personal del paciente. Hospital Cabueñes, mayo 2015.

- Cuidados básicos del enfermo en su domicilio. Baño en personas encamadas. Hospital Infanta Margarita.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 934

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA NUTRICIÓN ENTERAL.

MARIA LUISA YAÑEZ CLARO

1 Introducción

La nutrición enteral es la administración de sustancias a través de un tubo fino o sonda alojado en el estómago intestino, para administrarla, el intestino debe conservar parcial o totalmente la capacidad de absorción. Cuando por prescripción facultativa la alimentación pasa a formar parte del tratamiento del paciente adquiere una dimensión e importancia terapéutica que no había tenido hasta el momento. El TCAE debe conocer los distintos tipos de dietas existentes y alimentos admitidos y prohibidos, así como el balance hídrico. Hay una gran variedad de preparados que se adaptan a la necesidad de cualquier paciente y aportan todos los nutrientes necesarios.

Tiene ventajas como bajo coste, buena tolerancia y puede administrarse en el domicilio.

El TCAE debe tener una buena formación para la buena realización de los cuidados y saber dar apoyo a la familia y al paciente.

Las vías de infusión más corrientes de sondaje pueden ser sin técnica quirúrgica: puerta de entrada fosa nasal y la sonda llega al estómago e intestino Delgado y mediante técnica quirúrgica: la sonda está insertada directamente en una parte del tubo digestivo lo más común es la gastronomía o yeyunostomía. En la administración por sonda hay que controlar la temperatura de los preparados, volumen,

velocidad del flujo y vigilar el aporte hídrico. Tiene contraindicaciones, ante una peritonitis, obstrucción intestinal, íleo paralítico, diarrea grave y fístula gástrica no se puede utilizar.

2 Objetivos

- Satisfacer las necesidades básicas del paciente cuando la ingestión es inadecuada o imposible hasta que se recupere la función del aparato digestivo.
-Evitar las complicaciones de la nutrición enteral.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Protocolos nutrición enteral en pacientes críticos. Hospital Universitario Central. Asturias. Ed2017.
- El TCAE en los cuidados básicos del paciente crítico. FAE 2017.
- Curso Cuidados Intensivos de FAE.2009.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 935

EL TRABAJO DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMEÍA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) CON PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

MARIA VICTORIA BALSA GARCIA

1 Introducción

El término ABVD abarca las actividades más frecuentes que realiza un individuo. En un principio se ceñían sóla al autocuidado personal. En la actualidad incluyen todas las actividades para que un individuo posea una aceptable autonomía y competencia social.

2 Objetivos

- Hacer ver al usuario la necesidad del autocuidado.
- Trabajar con el usuario que han de ser:los objetivos a alcanzar a través del consenso, la comunicación y la flexibilidad en la negociación.
- Lograr un funcionamiento óptimo ,en un contexto social normal, para que puedan llegar a desenvolverse creando relaciones y sociabilidad al mejor nivel posible.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed, utilizando como criterios la búsqueda del papel de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Los descriptores clave utilizadas en la búsqueda fueron: autocuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias, actividades y relaciones sociales.

4 Bibliografía

- El proceso de incorporación de los profesionales al campo de la educación de personas adultas,su formación y desarrollo profesional.Tesis Doctoral U.P.V.Arandia,M.Teresa (1997).
- Apuntes del Curso de Postgrado:La Gestión de los Servicios Sanitarios,Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz(1998).
Memorias Anuales.Hospital Psiquiátrico de Álava(1987/1998).

Capítulo 936

BRONQUIOLITIS.

ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL

ANA ISABEL MUÑÍZ DÍAZ

1 Introducción

Es una infección vírica común, que afecta a niños menores de dos años y se manifiesta con una dificultad para respirar y, a veces ruido de pitos en el pecho. Generalmente se inicia con tos y mucosidad nasal. Después de tres o cuatro días aparece la dificultad respiratoria.
El niño puede estar irritable, comer menos y presentar fiebre.

2 Objetivos

Intentar prevenir el contagio por medio de objetos contaminados como juguetes, chupetes, etc. y el contacto con personas que pueden tener el virus.

3 Metodología

El tratamiento va dirigido a aliviar los síntomas de la misma y al tratamiento de las posibles complicaciones.
El principal objetivo del tratamiento es asegurar la oxigenación adecuada. Para ello puede ser necesario administrar más oxígeno al niño o algún medicamento que permita la mejora de la apertura de la vía aérea, que el pediatra puede indicar para el tratamiento en casa.

Las indicaciones de hospitalización son aceleración de la dificultad respiratoria con aspecto comprometido (cianosis, letargo, cansancio), apnea por anamnesis, hipoxemia e ingesta oral inadecuada.
El tratamiento es de sostén, los broncodilatadores, a veces alivian los síntomas, pero no acortan la hospitalización, los corticosteroides sistémicos no están indicados en lactantes con bronquio litio que previamente estaban sanos.
No existe vacuna, se pueden administrar anticuerpos monoclorales contra el RSV (PALIVIZUMAB) a ciertos lactantes de alto riesgo para disminuir la frecuencia de hospitalización.

4 Resultados

Se puede disminuir la posibilidad de que un bebé tenga bronquiolitis con medidas sencillas como lavarse las manos frecuentemente y después de tocar al niño o alguno de los objetos que utiliza.
La bronquiolitis se transmite de persona a persona por lo que la persona que presenta una infección respiratoria, aunque solo sea un simple catarro deben de mantenerse alejados, es también importante evitar lugares concurridos especialmente donde haya muchos niños (como guarderías o parques infantiles).

5 Discusión-Conclusión

Existen unos factores de riesgo que se relacionan con la gravedad de la enfermedad, entre los cuales el más importante es la edad. Los lactantes menores de tres meses son los que tienen más riesgo de hospitalización y de entre ellos los prematuros, posiblemente porque sus bronquios son muy estrechos todavía. Otros factores son:
- Ausencia de lactancia materna.
- Nacimiento prematuro.
- Exposición al humo del tabaco.
- Asistencia a guardería infantil.

6 Bibliografía

- Https://www.mayoclinic.org
- https://www.hmhospitales.com
- Https://www.msdmanuals.com.

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

Capítulo 937

LOS TRAUMATISMOS Y LOS POLITRAUMATIZADOS

ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ

ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ

JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO

1 Introducción

Se considera traumatismo, en general, cualquier agresión que sufre el organismo a consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos. El manejo de los traumatismos en un tema complejo ya que intervienen diversos aspectos con una importante repercusión en el pronóstico de esta patología, lo que hace que exista una gran variabilidad en la atención inicial a estos pacientes, tanto en la evolución inicial como en la existencia de protocolos específicos, la realización de pruebas diagnósticas o de los criterios de observación e ingreso.

Es importante resaltar que las muertes debidas a traumatismo ocupan el cuarto lugar en cuanto a causas de muerte, tras las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la patología respiratoria. Las principales causas de traumatismos la constituyen los accidentes de circulación laborales , deportivos domésticos, agresiones y malos tratos así como intentos de autolisis.

Se debe adecuar el tratamiento del paciente que ha sufrido un traumatismo desde el mismo momento en que se produce este, desde el momento en que estamos cara a cara con el enfermo, logrando o intentando la estabilización de las fun-

ciones vitales del paciente hasta que llegue al centro de referencia donde será sometido a las pruebas diagnósticas y tratamientos definitivos.

Son las Instituciones Sanitarias las encargadas de la protocolización de las actividades y la coordinación entre los profesionales y servicios de los diferentes niveles implicados en la atención de este tipo de pacientes. Los gestores sanitarios pueden desarrollar planes de mejora e instrumentos que indican en la calidad del servicio y la disminución del tiempo de hospitalización , creando herramientas de uso necesarias para ello.

Esguines
Se denomina esguince a la separación momentánea de las superficies articulares que producen la distensión de los ligamentos. Cuando una persona fuerza una articulación en una posición incorrecta, los ligamentos que sujetan esa articulación se estiran y se produce un intenso dolor y una inflamación de la articulación. El esguince más frecuente es el tobillo por torcedura del pie. Se caracteriza por: dolor intenso, inflación de la zona o impotencia funcional. Para ello se inmovilizara la articulación afectada mediante un vendaje compresivo, elevar el miembro afectado y mantenerlo en reposo, aplicar frío local valorar la lesión el facultativo.

Las luxaciones se producen cuando la separación de las superficies articulares es permanente. Cuando una articulación se fuerza mucho y uno de los huesos que la forman se sale de su sitio, es decir se desarticula, se produce una luxación. Las luxaciones más frecuentes son en dedos, codo y hombro. Sus síntomas principales son dolor muy agudo, deformidad, impotencia funcional muy manifiesta, se produce un bloqueo articular.

Se debe inmovilizar la articulación afectada tal y como se encuentre. No reducir la luxación, no se debe nunca desbloquear la articulación ni molerla. La reducción la realizara el facultativo.

Los traumatismos óseos
Los traumatismos son aquellos que llegan a producir fractura en el hueso y según su grado pueden ser completas, incompletas, abiertas o cerradas, múltiples, poli fracturas o conminuta.

Se llama fractura a la rotura de un hueso , generalmente producida por un traumatismo aunque a veces en personas mayores puede parecer de manera espontánea. La diferencia entre una fractura abierta y una cerrada es que en la abierta es que cuando rompe el hueso puede salir hacia afuera produciendo una herida y

saliendo el hueso por ella. Y en la cerrada el hueso no se comunica con el exterior.

Existen otros tipos de fracturas como la completa, incompleta, transversa oblicua o espiral impactada, doble o triple por arrancamiento, en tallo verde por hundimiento o por patología.

Se requiere especial atención en el caso de las personas mayores y ancianos que suelen caer al suelo sin casa aparente. Siempre debe sospecharse de que puede existir una fractura de pelvis o cadera o de fémur, y que es la causante de la caída. Muy importante antes de levantarle asegurarse de si existe o no dicha lesión. lo detectamos si existe dolor a la palpación profunda del glúteo o tiene el pie en pato q se suele decir es decir más corto que el otro y hacia afuera.

Los principales síntomas que manifiestan las fracturas son: dolor que aumenta con la movilización de la zona deformidad, inflamación y amoratamiento, impotencia funcional la persona no puede realizar movimientos que antes realizaba.

Algunas de las complicaciones que pueden ocurrir en los casos de pacientes afectados por traumatismos con fracturas son: posibilidad de lesiones en las partes blandas adyacentes como vasos sanguíneos, nervios, etc., hemorragias y shock hipovolémico, por lesión de los vasos.
Infecciones en la herida en fracturas abiertas.

Los politraumatismos
Los politraumatismos o el paciente politraumatizado es un paciente que a consecuencia de un traumatismo, presenta lesiones en más de un órgano, aparato sistema, que le pueden suponer un riesgo vital. La lesiones más frecuentes suelen afectar al cráneo, columna vertebral, tórax, abdomen y extremidades, predominando fundamentalmente las fracturas, hemorragias heridas y quemaduras.

La atención en el paciente inicial en el paciente politraumatizado:
Es necesario efectuar de una manera rigurosa la evolución inicial de la víctima determinando el alcance de las lesiones, estableciendo las prioridades de actuación, adoptando medidas necesarias en cada caso y asegurando el traslado de las víctimas a un centro sanitario, en las condiciones necesarias es decir una superficie plana y rígida. Los pacientes politraumatizados precisan atención y vigilancia médica en todo momento y efectuar el traslado bajo atención y cuidados médicos. el tratamiento de estos pacientes es integral desde que se producen las lesiones hasta la recuperación completa del paciente.

Existe un número de pacientes con lesiones traumáticas que son etiquetadas ini-

cialmente como leves, pero durante el curso evolutivo se evidencia su gravedad. Si la primera asistencia es adecuada podremos contribuir a disminuir la incidencia de las muertes prevenibles.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de traumatismos que podemos encontrar y cuáles son las maneras de tratarlos.
- Conseguir realizar una correcta valoración y una actuación rápida y eficaz para abordar esta problemática.

3 Metodología

La atención inicial en el caso de pacientes que presenten fractura o fracturas se debe de realizar teniendo en cuenta al menos las siguientes consideraciones:
- En estado de reposo, se debe observar y ver si conserva la movilidad, si no es así, se debe de sospechar que existe una fractura y atura como si lo fuera aunque ni tengamos ningún otro dato.
- No movilizar al paciente, si no es absolutamente necesario para evitar agravar la lesión retirar anillos, pulseras y relojes en caso de que afecte a la extremidad superior.
- Explorar la movilidad, la sensibilidad y el pulso distal en los casos que no hay mucho dolor, no hay inflamación y no hay deformidad.
- Inmovilizar el foco de la fractura sin reducirla.
- En los traslados, previamente se debe inmovilizar la zona y si ha afectado a alguna extremidad se mantendrá elevada.
- Antes de la inmovilización, en el caso de fracturas abiertas, se debe cohibir la hemorragia primero si procede y cubrir la herida con apósitos estériles.

1. Traumatismo de cráneo y cara

Son especialmente importantes ya que dependiendo de su intensidad pueden afectar al sistema nervioso central localizado en la cavidad craneal. La sintomatología que se debe tener en cuenta es la siguiente:
- Alteraciones del estado de consciencia y para ello utilizaremos la regla nemotécnica.
- A- alerta.
- V - respuesta a estímulos verbales.
- D- respuesta de estímulos dolorosos.

- I - inconsciencia.
- Salida de sangre o liquido transparente (céfalo - raquídeo) por orificios naturales la nariz o el oído.
- Aparición de hematomas peri-orbitarios o en apófisis mastoides.
- Alteraciones en el tamaño y simetría en las pupilas.
- Presencia de vómitos.
- Dolores de cabeza.
- Se debe tener en cuenta una atención específica con los traumatizados de cráneo, se deben manipular con sumo cuidado manteniendo en bloque el eje cabeza-cuello-tronco.
- Mantener la permeabilidad de la vía área, con control de la columna cervical.
- Vigilar las constantes vitales con frecuencia
- Colocarlo en la posición lateral de seguridad, si la víctima esta inconsciente, esta maniobra hay que realizarla con mucha destreza serán necesarias varias personas
.

2. Traumatismos de la columna vertebral
Son lesiones traumáticas que afectan a uno o varios de los huesos o articulaciones de las que se compone la columna vertebral implicando a la médula espinal.

La columna vertebral está formada por un total de 32 a 35 vertebras. Cada vertebra consta de un cuerpo vertebral y un anillo vertebral con un orificio por donde pasa la médula espinal. La médula espinal forma parte del sistema nervioso y es la encargada de conducir las ordenes que manda el cerebro a las distintas partes del cuerpo.

Cuando se rompe una vértebra, sobre todo cuando la fractura afecta al anillo vertebral, hay riesgo de que se dañe la médula espinal. Si la médula espinal llega a romperse la conducción nerviosa no puede hacerse a través de la y no se ejecutan las ordenas enviadas por el cerebro. Las consecuencias de una sección de médula espinal es la parálisis de toda las zona que queda por debajo de dicha sección. De manera que si se produce a nivel del cuello, la persona quedara tetrapléjica, es decir, aparece parálisis en las cuatro extremidades, hablaríamos de paraplejía si la parálisis es en las extremidades inferiores. La consecuencias de este tipo de lesiones son irreversibles.

Los mecanismos que producen este tipo de fracturas son:
- Los accidentes de tráfico, las precipitaciones o caídas al vacío, golpes directos sobre la columna, caídas sobre los pies desde gran altura y movimientos violentos y forzados del cuello.

En cuanto a los síntomas que aparecen en una fractura de columna vertebral, son los siguientes:
De la fractura
- Dolor de nuca, hombros, espalda, según donde se localice la lesión.
- Deformidad que suele ser difícil de apreciar.
- Contractura muscular.

3. De la lesión medula
- Imposibilidad de mover uno o varios miembros.
- Falta parcial o total de sensibilidad en uno o varios miembros.
- Hormigueo o picores en los dedos de las manos o pies.
- Incontinencia de esfínteres.
- Falta de reflejos. Priapismo en el hombre.

Como debemos actuar con el paciente con traumatismo en la columna, si tenemos la mínima sospecha de que puede haber fractura de columna el paciente sólo debe ser movido o trasladado por personal especializado para prevenir la lesión medular y sus secuelas.

No doblarla nuca, sobre todo hacia delante, no sentar a la persona, no trasportarla cogiéndola por las axilas y las rodillas y no flexionar ni girar la cabeza. Con estos movimientos se podría seccionar la médula espinal aprisionada entre las vértebras fracturadas y provocar lesiones irreversibles.

Si el herido está consciente se le debe de inmovilizar sobre un plano duro. Si sufre vómitos, no debe volver la cabeza hacia un lado en este caso hay que bascular el plano duro sobre un lado.

Si el herido esta inconsciente hay peligro de obstrucción de vías respiratorias. Se coloca al paciente en posición lateral de seguridad procurando respetar el eje cabeza -cuello-tronco. Esta operación debe ser realizada por al menos cuatro personas.
En este caso es muy importante vigilar las constantes vitales.

4 Bibliografía

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

Capítulo 938

CAMBIOS POSTURALES

LORENA GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

Los cambios posturales son movimientos que se realizan a pacientes encamados que no se pueden mover por sí mismos. Es fundamental en la asistencia a personas dependientes la movilización y los cambios posturales de cara a la prevención de aparición de lesiones.

2 Objetivos

- Establecer pautas para una adecuada realización de los cambios de postura de pacientes. Conocer las ventajas que presenta la movilización de pacientes encamados.

3 Metodología

Se trata de una búsqueda bibliográfica en la que se han consultado guías de práctica clínica y artículos publicados en los últimos años sobre aspectos relacionados con pacientes inmovilizados o encamados y que hagan referencia a personas mayores de 65 años.

4 Resultados

Los cambios posturales permiten disminuir notablemente las consecuencias que un paciente puede sufrir al estar encamado un largo tiempo como, por ejemplo,

las úlceras por presión (upp). Para que estos cambios posturales sean efectivos se deben tener en cuenta criterios estipulados como: frecuencia de cambios posturales, reducción de presión, alineación corporal del paciente, disminución de la presión en protuberancias óseas… sin olvidar la necesidad colaboración del paciente, cuando sea posible.

5 Discusión-Conclusión

Realizando técnicas de movilización en pacientes encamados se siguen protocolos de actuación. Primero, se realiza una valoración del paciente ya que según su actividad, variarían el número de personas a intervenir y las técnicas puestas en práctica. Estas técnicas persiguen beneficios para el paciente considerables: mejorar el flujo de sangre del paciente favoreciendo la reducción de lesiones, mejoran la comodidad del paciente, disminuyen el estreñimiento y mantienen el tono muscular.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- https://scielo.org
- https://es.validasinbarreras.com/blog/post/protocolo-de-cambios-posturales-y-movilizaciones-para-ancianos

Capítulo 939

ESTRÉS DE LOS AUXILIARES EN UCI

MARÍA ISABEL BERMÚDEZ ROBLES

1 Introducción

El término estrés es un término que todos hemos utilizado en algún momento, pero qué es el estrés, cuál es la definición del término y qué se entiende realmente por estrés.

El estrés es un término importado de la física y la arquitectura a la psicología por un fisiólogo canadiense llamado Selye en 1956. Se llamaba estrés a la fuerza que aplicada a un objeto llegaba a deformarlo.Desde la incorporación, por parte de Seyle del término a la psicología su definición ha sido muy controvertida hasta llegar a Lazarus y Folkman que en 1986 consideran el estrés como una interacción entre individuo y situación dando importancia al proceso cognitivo. Definen el estrés como ”el resultado de la relación entre el individuo y el entorno. Evaluado por aquel como amenazante,que desborda sus recursos debido a la presencia de demandas de tareas, roles interpersonales y físicos.Y pone en peligro su bienestar”.

Cuando la demanda del ambiente, en este caso el laboral, excede a los recursos disponibles para hacerle frente, se desencadenan una serie de reacciones adversas como son la ansiedad, la agresividad y la depresión. La UCI es uno de los servicios, dentro de los hospitales, que generan mayor estrés en el personal, debido a la gravedad de los pacientes con los que se trabaja, por un lado, y a la tecnología utilizada, por otro.

2 Objetivos

- Identificar los factores estresores, así como las manifestaciones del estrés que aparecen en el individuo-
- Conocer las técnicas para la prevención del estrés.
- Brindar información orientada a controlar los factores para revenir la presencia del estrés laboral, fortaleciendo de esta manera la capacidad de afronte del personal de Enfermería contribuyendo a mejorar la calidad de atención que ofrece al paciente y procurar mayor calidad de la vida laboral del profesional, evitando absentismos y bajas laborales provocadas por el estrés.

3 Metodología

Investigación bibliográfica a través del Cochrane Plus, Cuiden, revisando las publicaciones y artículos desde 2012. Los criterios de selección serían: Aquellos que lleven las palabras clave: estrés, ansiedad, causas y desgaste profesional.

4 Resultados

Un estresor es cualquier elemento susceptible de provocar o facilitar el estado de estrés; es un factor de desequilibrio en el individuo. Los estresores pueden ser internos (características del individuo), o externos (exigencias o demandas ambientales)

Internos. Características del individuo:
Existen una serie de características en el individuo que puede hacer que aumente la vulnerabilidad del mismo ante determinadas situciones, facilitando pues la aparición del estrés:
1. Ciertos aspectos de la personalidad, por ejemplo la personalidad tipo A. Los sujetos muy perfeccionistas, se implican mucho en el trabajo. Es un estilo de comportamiento que hace más sensible al estrés.
2. Dependencia/Independencia. Las personas dependientes son personas que les cuesta tomar decisiones y por ello toleran mejor los ambientes de trabajo muy burocratizados y con una supervisión muy estricta, lo contrario de las personas independientes que les gusta tomar la iniciativa y son más favorables a los cambios. Además estos tienen más dificultades para abstraerse de su ámbito laboral.
3. Ansiedad de base: Las personas con un grado de ansiedad basal elevado son más susceptibles a los estímulos estresantes.

4. La introversión como elemento inhibitorio del apoyo social: Ante una situación estresante los introvertidos la viven más intensamente porque son menos receptivos al apoyo social.
5. La rigidez versus flexibilidad: Hay personas para las que cualquier cambio les va a producir un gran esfuerzo adaptativo. Las personas flexibles se adaptan mejor a los cambios.
6. La capacidad tanto intelectual como física, pueden tener importancia como fuentes de estrés ya que son las responsables de que estemos o no a la altura del puesto que se ocupa.
7. Las aspiraciones, expectativas y valores que tiene el individuo y que pueden no quedar satisfechos con el trabajo que se desempeña..

Externos. Demandas laborales:
Son aquellas características del trabajo que pueden desencadenar estrés. Siguiendo el modelo interactivo de Lazarus y Folkman, serian los elementos necesarios, pero no suficientes, para desencadenar el estrés, entre otros están:
1. Volumen y complejidad de las tareas. Dependiendo de la capacidad del sujeto, éste puede enfrentarse a una tarea amplia y compleja o bien a una tarea excesivamente simple para él.
2. Monotonía. las tareas monótonas y repetitivas como poca variedad y poca autonomía para el individuo.
3. Ambigüedad de rol y conflicto de ros. El trabajador no sabe cual es su tarea o se ve enfrentado a demandas contradictorias o que no quiere hacer.
4. Relaciones personales. Se refiere a los problemas que pueden surgir con compañeros o con superiore.
5. Inseguridad en el trabajo. Incertidumbre acerca del futuro laboral.
6. Aspectos relacionados con la promoción. Falta de expectativas de promoción.
7. Excesivo control y falta de participación en temas relativos a la propia tares.
8. Contexto físico. A veces puede provocar en el individuo un sentimiento de amenaza.
9. La sobrecarga de trabajo es un factor muy importante que genera mucho estrés.

¿Cuál es el proceso del estrés?
Selye llamó Síndrome General de Adaptación a la reacción orgánica que se producía ante una situación de estrés. Describió el SGA como un proceso de tres fases:
1. Fase de reacción de alarma. Ante un estímulo estresante el organismo se prepara para hacerle frente. Desde el punto de vista fisiológico esto se traduce en un aumento de la frecuencia cardiaca, aumenta la coagulabilidad de la sangre

y esta se concentra en los órganos vitales para la acción como son el cerebro, los músculos y el corazón.
2. Fase de resistencia. Cuando la situación anterior se prolonga se produce la fase de resistencia. En esta fase el organismo se prepara para hacer frente al estrés de manera más prolongada; se alcanza un alto nivel de resistencia y se hace un gran esfuerzo para hacer frente a la situación.
3. Fase de agotamiento. Si la situación de estrés continúa el organismo se agota entrando en una fase que puede llevarnos a la enfermedad.

¿ Cuál son las manifestaciones del estrés?
El estrés se puede manifestar en tres niveles:
1. Físico, con dolores musculares, cefaleas, dolor de espalda, reacciones cutáneas, estreñimiento o diarrea, insomnio, opresión respiratorio, etc.
2.Psicológico, con ansiedad, falta de concentración, sentimientos negativos hacia uno mismo, labilidad emocional, etc.
3. Conductual, con irritabilidad, conductas compulsivas, equivocaciones frecuentes, aumento del consumo de tabaco y alcohol,etc.

Técnicas para la prevención del estrés:
No existe una fórmula única y eficaz para prevenir el estrés, pero sí existen una serie de técnicas que pueden ser útiles ya que nos proporcionan una serie de recursos para hacerle frente y adaptarnos mejor a las situaciones.
Estas técnicas se clasifican en:

- Técnicas generales. Su objetivo es:
1. Prepararnos para la aparición del estrés, aceptando que es algo inevitable con lo que tropezaremos en algún momento y debemos estar preparados. Una vez que aparece debemos afrontarlo como un problema que tenemos que resolver, buscando alternativas de solución y analizando cada una de ella para tomar la mejor solución posible. Aceptarlo como una oportunidad para perfeccionarse y progresar como persona.
2. Controlar factores personales a través de la realización de ejercicio físico para aumentar tanto la resistencia física como psicológica, llevando una dieta adecuada en cuanto que sea equilibrada. buscando apoyo social y fomentar situaciones que nos puedan distraer facilitando el desplazamiento de la atención de los problemas y relativizar la importancia de los mismos.
3. Controlar los factores referentes al trabajo, haciendo una planificación del mismo y estableciendo prioridades. Y en lo referente a nuestra vida no dejar asuntos pendientes, establecer objetivos a corto plazo, establecer horarios limitados,

saber cual es nuestro papel y concretarlo ante los demás.

- Técnicas cognitivas. Su objetivo: cambiar el pensamirnto, es decir, cambiar la forma de percibir y evaluar el problema y nuestros recursos para enfrentarnos al mismo.
1. Terapia racional emotiva de Ellis: Ellis, psicólogo cognitivista, decía que las alteraciones psicológicas se producían por interpretar de manera falsa e irracional nuestra conducta y la de los demás.
2. Detención del pensamiento: Se utiliza para frenar los pensamientos negativos que aparecen de forma repetitiva y que en lugar de ayudarnos a solucionar el problema lo que producen son alteraciones emocionales . Esta técnica consiste en una vez aparecido el pensamiento negativo intentar interrumpirlo vocalizando una palabra que ya tendremos preparada basta, y pensar en algo positivo que ya tendremos también preparado.
3. Otras.

- Técnicas fisiológicas. Su objetivo: contrarrestar la sintomatología orgánica que nos produce la ansiedad: taquicardia, tensión muscular, dificultad respiratoria, etc
1. Técnicas de relajación: La más utilizada es la técnica de relajación de Jacobson que consiste en hacer ejercicios contracción- relajación para que el sujeto reconozca el estado de tensión de cada parte de su cuerpo y sea capaz se relajar esa zona. La base de estas técnicas está en que si se relajan los músculos que han acumulado tensión de origen emocional, la mente se relajará también gracias a la reducción de la actividad del sistema nervioso autónomo.
2. Técnica de control de la respiración: Se trata de practicar la respiración abdominal para que se ponga en marcha en situaciones de estrés permitiendo una adecuada oxigenación del organismo.
3. Otras

- Técnicas conductuales. Su objetivo consiste en dotar al sujeto de estrategias de conducta adaptativas:
1.Entrenamiento asertivo: Consiste en aprender a expresar los sentimientos de manera libre, clara y sin agresividad, respetando el punto de vista de los demás.
2. Técnicas de solución de problemas: a través de una serie de pasos se busca la solución más adecuada a un problema . Los pasos son:
A. Identificar el problema y describirlo de forma clara y precisa.
B. Buscar posibles soluciones, considerando el problema desde distintos puntos.
C. Analizar las distintas soluciones y buscar sus consecuencias.

D. Elegir la solución que nos parece más adecuada y elaborar una estrategia para ponerla en práctica.
. Una vez puesta en práctica, evaluar los resultados obtenidos. Si estos no fueran positivos habría que volver a algún punto anterior.

Relacionado con el estrés está el Síndrome de Burnout. Es un síndrome de desgaste profesional que aparece en profesionales sometidos a un estrés emociona crónico. Es común en los profesionales sanitarios y en aquellos con trabajos asistenciales.

La causa de este síndrome parece que está relacionada con la pérdida de la ilusión,idealismo, motivación, como resultado de las condiciones de trabajo y se manifiesta con agotamiento físico y psíquico, actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y sentimientos de insatisfacción con las tareas a realizar. Así como el estrés mejora con el descanso, el Síndrome de Burnout no se recupera con el mismo y las consecuencias a largo plazo parecen más graves que en el estrés.

5 Discusión-Conclusión

Conclusiones:
1. La UCI es uno de los servicios hospitalarios con mayores posibilidades de crear estrés.
2. La respuesta de estrés es un riesgo laboral importante para los profesionales sanitarios.
3. El estrés depende de la valoración tanto de la situación como de nuestros recursos para hacerle frente.
4. La respuesta al estrés es una respuesta automática con manifestaciones fisiológicas y de mantenerse durante tiempo dará lugar a enfermedades.
5. Las manifestaciones del estrés se realizan a nivel fisiológico, cognitivo y conductual.
6. Existen técnicas de control del estrés de las que nos podemos beneficiar. Son de demostrada validez y eficacia.

El Síndrome de Burnout es un síndrome de desgaste profesional con repercusiones a largo plazo muy graves.

6 Bibliografía

- Rescalvo, Fernando. Gassent, Ramón. Manual de Prevención de Riesgos Laborales. Ibermutuamur, 1998.
- NPT318: El estrés: procesos de generación en el ámbito laboral. Instituto Nacional de Higiene en el Trabajo.
- Lazarua, Richard S. Estrés y Procesos Cognitivos. Martinez Roca

Capítulo 940

MOVILIZACIÓN PRECOZ EN PACIENTES CON ICTUS

VERONICA VILLA CASTRESANA

SANDRA MORO ESPINEL

MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA

ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO

1 Introducción

Según las estadísticas, uno de cada seis españoles sufrirá un ictus a lo largo de su vida, el ictus es una epidemia en los países desarrollados, siendo la segunda causa de muerte en general y la primera causa de muerte en las mujeres.
El ictus consiste en aquellas patologías vasculares que afectan al encéfalo. Las causas son factores como la trombosis, embolias y los factores de riesgo son la edad, los hábitos de vida no saludables como la mala alimentación, el tabaco, el alcohol, la hipertensión.

Los síntomas surgen de forma repentina y normalmente son dificultad para hablar, para mover alguna de las extremidades, dolor de cabeza, pérdida de conciencia, etc. Durante la fase aguda, la prioridad es estabilizar las funciones vitales y solucionar las posibles complicaciones que puedan surgir así como efectos secundarios no deseados, esta fase puede durar desde días hasta semanas en las que el paciente permanece un elevado período de tiempo en la cama, con las posibles consecuencias negativas correspondientes tales como úlceras por presión, incontinencia urinaria, malnutrición, disfagia,deshidratación y otras.

El comienzo precoz de la rehabilitación y de la movilización mejora la funcionalidad del paciente; para ello se necesita la actuación de un equipo multidisciplinar con conocimientos y experiencia en el manejo de pacientes con ictus. Los cuidados de enfermería en este sentido son ayudar tanto al paciente como a su familia a recuperar su movilidad y a recuperar su autonomía.

2 Objetivos

-Adaptar los cuidados aplicados de manera proporcional a la persona que padece el ictus y de esta manera, instruyendo a la familia y al propio paciente para que éste consiga la mayor movilidad e independencia posible.
-Es necesario definir claramente los criterios de actuación de todos los profesionales que forman parte del equipo que atiende al paciente para conseguir los mejores resultados y la mayor calidad en los cuidados recibidos.
-Es importante que el profesional que realiza los cuidados mantenga una adecuada higiene postural para evitar lesiones.
-Evitar las complicaciones habituales en pacientes con ictus.
- Intentar que el paciente sea independiente y sea capaz de realizar cuanto antes las actividades básicas de la vida diaria.

3 Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 48 años que ha sufrido una grave intervención tras sufrir un ictus, tras la cual, ha sufrido diversas complicaciones tales como infección respiratoria, problemas renales.por lo que su estancia en la cama se alarga, llegando a durar meses por lo que es indispensable una rehabilitación.

Sus antecedentes personales son los siguientes: fumador, hipertensión arterial, bebedor de tres vasos de vino diarios, tiene una vida sedentaria. Se le hace una valoración tras la que obtiene un 6 en la escala Norton por lo que el riesgo de sufrir una úlcera por presión es muy alto.

4 Discusión-Conclusión

La inmovilización física incrementa el riesgo de aparición de úlceras por presión, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. En los últimos años,

es evidente que el cuidado de pacientes con ictus proporciona mejores resultados, con un menor número de muertes y menor discapacidad ha dado lugar a desarrollar cambios favorables en el tratamiento del ictus en todo el mundo.

Se ha venido incrementando el nivel de actividad y comenzando más tempranamente la rehabilitación. Hay numerosos estudios acerca de comenzar antes pero no se llega un acuerdo del tiempo de comienzo ideal para mejorar la capacidad funcional del paciente. En aquellos casos en los que la movilización comienza las primeras 24 horas se han conseguido muy buenos resultados en los pacientes con ictus que mejoran su calidad de vida y su movilidad, en comparación con los que sólo reciben cuidados básicos.Se utiliza la escala AVD para medir la funcionalidad.

Existen otros factores en el éxito mayor o menor depende no sólo del comienzo temprano de la rehabilitación sino de la intensidad de la misma, mejorando los resultados cuanto más se aumenta la intensidad; también la mejora no es la misma en los casos en los que el ictus es muy severo que en aquellos en los que es leve ya que en los casos más graves no va a ser posible realizar una rehabilitación tan intensa como en los que están menos afectados y por lo tanto la mejora será menor, lo cual no quita que se trate de sacar el máximo partido posible de cada paciente adaptado a su situación de gravedad.

De todas maneras son necesarios más estudios en cuanto al tiempo adecuado para el comienzo de la rehabilitación y del tratamiento a seguir.

5 Bibliografía

- Durán MA. Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus (Informe ISEDIC, 2004). Madrid: Editorial Luzón; 2004. (14) Mathers CD, Stein C, Fath -DM, Murray CJL, López AD. Global Burden of Disease 2000: version 2, methods and results. Discussion paper nº 50. World Health Organization. Geneva, 2002.
- Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Encuesta Nacional de Morbilidad Hospitalaria. 2006.
- Luque Moreno C, Peña Salinas M, Rodríguez Pappalardo F, López Rodríguez L. Prevención de úlceras por presión y lesiones musculoesqueléticas: paciente con ictus. Gerokomos. 2012.
- Ictus » Reintegra – Centro de Rehabilitación Integral de Daño Cerebral en Oviedo, Asturias [Internet]. Reintegra – Centro de Rehabilitación Integral de

Daño Cerebral en Oviedo, Asturias. [cited 2018 Jun 4].
- Esteban Stevy. Ictus proyecto tcae [Internet]. Salud y medicina.

Capítulo 941

OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA, DISTANASIA O ENCARCINAMIENTO TERAPÉUTICO

DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO

LUCÍA POMAR MARTINEZ

LUCÍA SANCHEZ TOYOS

1 Introducción

Trabajando en un hospital es habitual encontrarse muchos casos en los que la vida de una persona llega a su fin. En algunos casos se puede considerar que las medidas terapéuticas aplicadas solo sirven para prolongar de manera innecesaria una situación dolorosa o agónica sin solución en un paciente. La obstinación terapéutica o distanasia es un concepto que cobra fuerza en esta sociedad dado que con el avance de la medicina y la tecnología cada vez se ve más en aumento la esperanza y calidad de la vida de las personas, pero este aumento de calidad no siempre se ve reflejado.

La obstinación terapéutica se define como el procedimiento contrario a la eutanasia, en el cual se aplican tácticas que en lugar de mejorar la calidad de vida del paciente, la empeoran, generando una situación de dolor tanto para el paciente como para su familia. Con el avance de la ciencia hemos llegado a un punto en el que técnicamente se puede un control efectivo sobre la muerte, sin embargo luchar contra la muerte con todos los medios disponibles no implica que sea éticamente justificable.

2 Objetivos

Es necesario incidir en la presencia de un comité ético efectivo que permita el desarrollo de protocolos de actuación ante las cada vez más extendidas prácticas dolorosas tanto para el paciente como para la familia que se llevan a cabo en nuestras instituciones sanitarias.

Tenemos el convencimiento de que la vida es un bien por el que se debe luchar a toda costa, sin tener en cuenta la calidad de vida, empleando medidas que en muchas ocasiones valoran más aspectos científicos que al propio enfermo. Es necesario tener en cuenta también el sentimiento de angustia del personal sanitario ante el fracaso de las medidas terapéuticas y la posterior muerte de su paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una forma de prevenir estas situaciones se encuentra en la Ley Básica 41/2002, que dice "respetar el derecho de los pacientes de aceptar o rechazar un tratamiento". Es importante también desarrollar la docencia de la ética en la formación del personal y en los casos dudosos respecto al inicio o interrupción de un tratamiento, recurrir al Comité de Ética Asistencial del centro, que nos puede ayudar a responder a consultas de casos difíciles. Por esta razón es importante desarrollar un protocolo de actuación que ayude en la toma de decisiones.

Es necesario pedir una mínima calidad de asistencia y atención en el proceso del final de la vida de una persona, independientemente de los cuidados que pueda proporcionar el servicio de enfermería, superar ese concepto de medicina como medio únicamente curativo y desarrollar procedimientos que impliquen toma de decisiones que integren principios éticos y valores que garanticen una muerte

digna y eviten sufrimiento y agonía. Formación de un comité de ética que permita controlar y trabajar en este desarrollo.

Es necesario tener en cuenta que no todas las personas consideran como decisión correcta la distanasia, así como sucede con el caso contrario, tomar las decisiones correctas puede ser complicado en ocasiones, por lo que es prudente obtener consejo de todos los profesionales. Es necesario participar en las reuniones clínicas de los diferentes servicios para hacer aparecer en alguna de ellas cuestiones éticas, entre las que se encontrará el protocolo a seguir, el cual permitirá que los facultativos tengan una guía para distinguir con más facilidad los casos en que se debe comenzar un tratamiento de aquellos en los que no; o los casos en que es correcto retirar las medidas terapéuticas de aquellos en que se debe continuar aplicando.

Es importante entender que la limitación de las medidas terapéuticas no provoca la muerte, solo aplica las medidas oportunas para permitir que la vida siga su curso natural, y esto no quiere decir que los esfuerzos terapéuticos finalicen, en este momento es cuando toman su relevancia los cuidados paliativos.

5 Discusión-Conclusión

Una parte de la población considera, aunque desconozca el significado del término, la obstinación terapéutica es una conducta médica errónea que presenta repercusiones negativas en lo que respecta a la atención del paciente, su familia, la calidad de vida de estos, por lo que se hace necesario plantearse otras formas de proceder ante esta conducta.

El importante desarrollo a nivel medicinal y tecnológico puede contrastar con una aparente deficiencia en la formación ética y humanitaria del personal sanitario facultativo, debido también a la falta de protocolos de actuación adecuados y la deficiencia de actuación por parte de los comités de ética hospitalarios.
A veces es necesario cuestionarse hasta qué punto merece la pena evitar la muerte recomendando tratamientos dolorosos e incluso injustificados que permiten únicamente prolongar la agonía. En ocasiones deberíamos permitir que el curso natural siga su camino cuando tenemos la certeza de muerte inminente y los cuidados paliativos son ineficaces e insatisfactorios.

Esta es la razón por la que se debiera instar a las instituciones sanitarias a que apoyen una mejora en el desarrollo de la bioética, mediante la formación del per-

sonal sanitario, instauración de comités de ética y protocolos que estandaricen las actuaciones médicas.

6 Bibliografía

- Bustamante C. Gladys (2013) Revista de Actualización Clínica Vol. 32 Distanasia, encarnizamiento terapéutico, obstinación terapéutica.
- Dr.Sans Sabrafen. Jordi ; Dr. Fabre Francesc Abel (2005) Obstinación terapéutica.
- Betancourt Betancourt, G. (2011) Rev. Humanidades Medicas vol.11 no.2. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética.
- Bayés, Ramón .Afrontando la vida, esperando la muerte. Alianza editorial. 2006. Madrid.

Capítulo 942

CUIDADOS A PACIENTE CON UN ASTROCITOMA

BEATRIZ PELAEZ GARCIA

1 Introducción

El astrocitoma es un tipo de tumor del sistema nervioso central que se forma en las células denominadas astrocitos. Los astrocitos sanos brindan la red de conexión del cerebro y la médula espinal. Cuando el sistema nervioso central se daña, los astrocitos forman tejido cicatricial. El astrocitoma se origina cuando astrocitos sanos cambian y crecen sin control, y forman una masa llamada tumor. El astrocitoma puede desarrollarse en cualquier parte del sistema nervioso central.

2 Objetivos

En los últimos años los tumores cerebrales en la edad pediátrica constituyen la segunda causa de muerte por lo que es de importancia el conocimiento de las formas de presentación de esta patología lo que nos va a permitir instaurar un manejo oportuno .

3 Caso clínico

Varon de 10 años, con un tiempo de enfermedad de dos semanas. Durante los primeros días presenta cefalea frontal de tipo opresivo, de duración variable, al cuarto día, la cefalea aumenta de intensidad y duración, predominantemente en horario matutino; al final de la primera semana, la cefalea lo despertaba por las

noches y durante el día aumentaba con las maniobras de Valsava. En la segunda semana los síntomas se hacen progresivamente más intensos y duraderos, se asocian vómitos y decaimiento. Al final de la segunda semana, se torna tambaleante y somnoliento, motivo por el cual acude a nuestro hospital.

Al examen, las funciones vitales se encontraban estables, se observó en mal estado, en el fondo de ojo se encontró ausencia de pulso venoso, su sensorio era alternante, bradilálico, paraparético, hipertónico.

Tomografia cerebral: demuestra hidrocefalia severa, hipertensiva y obstructiva a nivel del cuarto ventrículo, zona ocupada por una lesión heterogénea que se extiende a ambos hemisferios cerebelosos, con calcificaciones en su interior, esta lesión tumoral captaba el contraste por zonas, en forma de anillos.

RM: la lesión tumoral se extiende en toda la zona central de la fosa posterior.

4 Discusión-Conclusión

Los tumores cerebrales junto con las Leucemias son las principales causas de mortalidad por cáncer en niños.

El Astrocitoma Pilocítico es el tumor cerebral más frecuente en niños, con una incidencia de 0.8 por 100,000 niños.

Son tumores de lento crecimiento, altamente vascularizados y bien circunscritos, que desplazan a los tejidos circundantes, presentan baja celularidad y actividad mitótica,y es raro que metastaticen. De manera excepcional, pueden sufrir una transformación maligna. No presentan predilección de sexo.

5 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org
- www.mayoclinic.org

Capítulo 943

CUIDADOS DE PACIENTES CON ADENOCARCIONOMA DE PÁNCREAS

MARÍA MONTSERRAT GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El cáncer de páncreas aparece como consecuencia de un crecimiento anómalo de las células que forman parte de este órgano, el cual se encuentra en el abdomen, justo por detrás de la porción inferior del estómago. El páncreas está formado por dos componentes principales:

- El componente llamado exocrino, que está formado por células que producen proteínas. Éstas ayudan al organismo a digerir y descomponer los alimentos, en particular, las grasas.
- El componente endocrino del páncreas está formado por células que producen hormonas específicas, de las cuales, la más importante es la insulina. La insulina es la sustancia que ayuda a controlar la cantidad de azúcar en la sangre. Esta porción del páncreas, con una función importante en la regulación del metabolismo en el cuerpo, también produce otras hormonas, como glucagón, somatostatina, etc.

Se habla de cáncer de páncreas, cuando las células tumorales proceden de las células del endotelio de los conductos exocrinos del páncreas.

2 Objetivos

- Saber reconocer los tratamientos psicológicos y físicos que los pacientes que padecen este tipo de cáncer.

3 Caso clínico

Varón de 29 años que cursa una clínica de 3 meses de evolución de episodios de dorsalgia moderada que no cedían con antiinflamatorios ni relajantes musculares y que se intensificaron progresivamente. El paciente presenta dolor súbito tipo hincada a nivel de hipocondrio derecho de moderada intensidad y escasa mejoría con antiespasmódicos.

En el último mes se produce ictericia de piel, pérdida de peso progresiva, dispepsia a grasas y pérdida del apetito.

4 Discusión-Conclusión

La etiología del cáncer pancreático es desconocida. Se sabe que en la mayoría de los adenocarcinomas de páncreas existen alteraciones genéticas y/o cromosómicas.

En el 70% de los casos se hallan mutaciones del oncogén K-ras, lo que resulta interesante en el diagnóstico de la enfermedad mediante su detección en el jugo pancreático o aspirado de masas pancreáticas por punción con aguja fina.

Otras alteraciones genéticas son deleciones o mutaciones del gen supresor p53, APC o DCC.
Entre las alteraciones cromosómicas destacan las deleciones del 9p, 17p y 18q, que contienen muchos genes supresores.

5 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org
- https://mdanderson.es

Capítulo 944

AISLAMIENTO HOSPITALARIO. CONCEPTO Y CLASES

CRISTINA PELAEZ BANIELA

VERÓNICA RODRÍGUEZ DÍAZ

ELVIRA LORENZO PRENDES

1 Introducción

El personal de enfermería interviene en la mayoría de técnicas y procedimientos que se realizan con los pacientes. Con las medidas de aislamiento evitamos la transmisión de enfermedades, separaremos a las personas infectadas en lugares y condiciones que eviten la transmisión aplicando medidas barrera. Para ello deberemos conocer el objetivo del aislamiento, la infección y prevenir los riesgos de que se transmita la infección. Existen diferentes medidas de protección:
1. Estándar: aplicadas a todos los pacientes.
2). Específicas: por contacto, gotas y aéreas.
3. Preventivas: protección a paciente inmunodeprimidos.

2 Objetivos

- Entender el concepto de aislamiento hospitalario y conocer las medidas preventivas en el día a día.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Aislamiento estricto: utilizado para prevenir la transmisión de enfermedades que se pueden contagiar por contacto directo o vía aérea. (herpes zóster, difteria, lesiones cutáneas..etc)
- Aislamiento respiratorio: utilizado en caso de enfermedades que se transmitan por vía aérea(sarampión, rubeola, tuberculosis, meningitis bacteriana..etc)
Aislamiento entérico: utilizado para prevenir la transmisión de enfermedades que se transmiten por la vía oro-fecal(cólera, salmonelosis, meninguitis vírica, hepatitis..etc)
- Aislamiento de contacto: es el más importante y frecuente de transmisión de infecciones nosocomiales. Podemos dividirlo en contacto directo: (al movilizar al paciente, bañarlo..etc) y contacto indirecto(secreciones orales, heridas..etc)
- Aislamiento inverso: para proteger a pacientes inmunodeprimidos, enfermos hematológicos

Siempre nos lavaremos las manos antes y después de quitarse los guantes. Utilizaremos guantes siempre que estemos en contacto con cualquier fluido corporal y material contaminado. Utilizaremos mascarilla y guantes.

5 Discusión-Conclusión

El aislamiento hospitalario es una medida para evitar que se transmitan infecciones y el personal sanitario debe seguir las normas de higiene establecidas.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 945

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DEL TCAE EN LA ALIMENTACIÓN ORAL DE PACIENTES DEPENDIENTES

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

LAURA PRIERES MELERO

PABLO RIVERA SUAREZ

BELEN FERNANDEZ PINTADO

JAIME RIVERA SUAREZ

1 Introducción

Los alimentos son imprescindibles para el mantenimiento de la vida el organismo necesita un aporte equilibrado de vitaminas,nutrientes y minerales para la obtención de energía,crecimiento y desarrollo,reparación de el tejido tisular y el mantenimiento de los procesos corporales

Actividades cotidianas que para nosotros pueden ser tan sencillas como alimentarse , no lo son tanto para las personas con dependencia. existen personas con enfermedades que afectan a sus capacidades de deglución y masticación. Por este motivo, las necesidades de alimentación de las personas dependientes pueden llegar a ser muy concretas.

La alimentación es un acto voluntario mediante el cual se ingieren a alimentos para satisfacer el hambre y apetito.; la alimentación siempre va asociada al entorno cultural.

La nutrición es el proceso fisiológico mediante el cual el organismo captura los nutrientes necesarios para poder subsistir. A diferencia de la alimentación la nutrición es un proceso totalmente involuntario y cumple tres funciones básicas: Aporta energía, permite el crecimiento y la reparación de tejidos y ayuda a regular el metabolismo.
Por tanto la alimentación debe aportar todos los nutrientes necesarios para ofrecer un estado de salud lo más óptimo posible

Una alimentación adecuada es necesaria para mantener y mejorar la salud, para facilitar la recuperación ante un problema patológico, evitar el deterioro cognitivo y mejorar el estado de ánimo.

2 Objetivos

- Proporcionar los cuidados necesarios para suministrar al paciente la dieta adecuada, por vía oral, según sus necesidades y situación de salud.

3 Metodología

Este artículo está realizado en base a una revisión bibliográfica en bases de datos tales como Scielo, Dialnet y Elsevier .Las palabras clave utilizadas como descriptores han sido: alimentación oral,pacientes dependientes y nutrientes

4 Resultados

La calidad en la atención al paciente del sistema sanitario dependerá de todos los profesionales sanitarios pero son los TCAE quienes cuidan la la alimentación del paciente de manera casi exclusiva;por ello estos profesionales deben de conocer los protocolos de actuación en cuanto a alimentación oral se refiere tanto si es a personas dependientes como independientes.

Como en cualquier proceso que se vaya a realizar siempre los profesionales de la salud se lavarán las manos e informarán al paciente de lo que se le va a hacer independientemente de que sean pacientes gravemente afectados a nivel neurológico

o no. Seguidamente se proporciona un ambiente tranquilo,intimo de confianza y se verificará la identidad del paciente y la dieta prescrita .A continuación se prepara todo el material necesario(baberos,mesa auxiliar,servilletas,cubiertos…) y se coloca al paciente sentado o semisentado (siempre debe procurarse que esté lo más cómodo posible),una vez que tenemos todo lo necesario a disposición se procederá a la ingesta de los alimentos en la cual se hará partícipe al paciente del orden de los alimentos por los que este quiere que se comience y finalice.

Se deben dar los alimentos a un ritmo adecuado lento y en pequeñas cantidades y ofrecerle durante el tiempo que dura el proceso los líquidos pertinentes o en el caso de pacientes con disfagia gelatinas. Una vez que se finaliza se retira la bandeja y se deja al paciente en una posición adecuada.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe de tener en cuenta que en pacientes con problemas para deglución, será necesario modificar la textura de los alimentos, de manera que preferiblemente sean dietas blandas o líquidas completas o usando espesantes en los lìquidos para favorecer la fácil deglución.
Hay otro tipo de consideraciones que el personal sanitario debe de tener conocimientos previos como son:
- Interrumpir la ingesta si el paciente se atraganta, vomita o no tolera
- Debe valorar el grado de dependencia del paciente para proporcionar la ayuda necesaria
- Siempre comprobará que no existan alergias o intolerancias alimentarias
- Deberá comprobar siempre si el paciente está pendiente de alguna prueba diagnóstica o terapeútica en la cual sea incompatible la alimentación
- Deberá valorar el nivel de consciencia del paciente
- También es importante que el TCAE instruya en aquellos casos que sea posible, al paciente y familiares acerca de las peculiaridades de la dieta y la mejor manera de administración

6 Bibliografía

- Manual de protocolos y procedimientos generales de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2001
- Auxiliar de enfermería. McGraw-Hill /Interamericana 1996

Capítulo 946

LA OBESIDAD: PREVENCIÓN Y SU TRATAMIENTO

SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ

MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ

JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por un exceso o acumulación excesiva de grasa en el cuerpo. Se considera a una persona obesa cuando su masa corporal (IMC) es superior a 30Kg/m2, pero ademas es importante tener presente cómo se distribuye la grasa en el cuerpo para determinar cuál es el riesgo cardiovascular de la enfermedad. La obesidad se presenta con el transcurso del tiempo cuando se ingieren mas calorías que aquellas que se queman. El equilibrio entre la ingestión de calorías y las calorías que se pierden es diferente en cada persona. La obesidad aumenta el riesgo de padecer ciertas enfermedades como: diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, derrames cerebrales, problemas digestivos, problemas ginecólogicos y sexuales, apneas del sueño y artrosis. La obesidad no es solo un problema estético: es un problema médico que se debe resolver cuanto antes.

2 Objetivos

- Definir la distribución y la problemática de la obesidad en España.
- Definir pautas para prevenir y combatir la obesidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para prevenir la obesidad es muy importante concienciar a la población desde edades tempranas de la importancia de llevar una vida saludable, una dieta equilibrada y de realizar deporte regularmente. De esta forma evitamos la obesidad y todas las enfermedades que esta pueda desarrollar.

Algunas pautas saludables para prevenirla serían:

- Hacer ejercicio de intensidad moderada con regularidad, como puede ser caminar y hacer natación.
- Alimentación saludable: evitar grasas saturadas, reducir el consumo de dulces y alcohol e incluir en la dieta frutas, verduras, cereales integrales.
- Controlar el peso corporal regularmente con ayuda de profesionales.

Con estas pautas y bajo supervisión de profesionales, se logrará bajar de peso.

En un estudio de prevalencia de la obesidad en España resultó que la obesidad es mas frecuente en mujeres que en varones, y la obesidad aumenta significativamente con la edad en varones y en mujeres, observándose que hay mayor número de personas obesas en el grupo de mayores de 55 años.

5 Discusión-Conclusión

La obesidad es un problema que afecta a una importante parte de la población española adulta y cada vez están apareciendo mas casos en edades infantiles, por lo que sería conveniente identificar tempranamente los sujetos con riesgo e intentar educarles sobre la enfermedad y poner en marcha medidas preventivas.

6 Bibliografía

- https://medineplus.gov;
www.elsevier.es;
htt//secardilogia.es.

Capítulo 947

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA ANTE LAS NECESIDADES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE TERMINAL

MARÍA DE LOS ÁNGELES SUÁREZ CONDE

1 Introducción

Los pacientes en fase terminal que afrontan el final de su vida se encuentran con situaciones de estrés, a veces durante largo tiempo, que tienen que sufrir ellos y sus familiares. Los cuidados paliativos han ayudado a estos pacientes a morir dignamente, sin dolor y de la forma más confortable posible a la persona que los recibe.

Según la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo y que, por ello, lleva a la muerte y conlleva sufrimiento físico y psicológico en la familia y el paciente.

Cicely Saunders, enfermera inglesa, fue la principal promotora del movimiento británico Hospice. Este tipo de establecimiento era donde se cuidaba a las personas hasta la muerte, fue el movimiento precursor de los cuidados paliativos.

2 Objetivos

- El Técnico de Enfermería debe proporcionar cuidado y apoyo al enfermo y sus familiares emocional y psicológicamente.

- Lograr alcanzar la confortabilidad del paciente, la disminución de su sufrimiento y conservar su dignidad y autonomía.

3 Resultados

La organización del proceso de atención al paciente terminal debe desarrollarse en Atención Primaria es el nivel de asistencia más cercano al domicilio del paciente y es allí donde se desarrollará la atención con mayor frecuencia. Los profesionales de Atención Primaria tienen conocimiento del entorno socio-familiar y económico del paciente y su familia.

El domicilio del paciente es el lugar más idóneo, aunque la necesidad de tratamientos complejos o de difícil control en domicilio o la negativa del paciente a permanecer en el domicilio obligan al ingreso en el hospital y es donde el Técnico de Enfermería debe apoyar y ayudar al paciente y a los familiares, como un todo, en estos momentos difíciles.

4 Discusión-Conclusión

Ante el miedo a la muerte, la ansiedad, el miedo a la agonía, al sufrimiento, a lo que sucederá cuando no esté, al aislamiento y la soledad, el paciente sufre una importante alteración psicológica, una crisis aguda cuando sabe que la enfermedad es terminal, fase que también sufren sus familiares. Nuestros actos inciden de forma real en el bienestar del paciente, de modoq que no solamente deben ser importantes la alimentación, hidratación, etc., sino también la comunicación puede cubrir las necesidades de una persona enferma.

En nuestro trabajo una de las herramientas más importantes es la comunicación, la palabra y la escucha. Es difícil con un enfermo terminal, pues producen a veces reacciones psicológicas cuando preguntan ”¿Por qué me pasa esto a mí?”, y no sabemos qué contestar.

Por todo esto es muy importante tener en cuenta que:

- Debemos escuchar activamente y hacer partícipe al paciente de la información que se tiene, sentimientos, pensamientos, etc.
- Debemos informarnos de cuáles son la prioridades del paciente y la familia, sus temores y valores, es decir, todo lo que es bueno para ellos.
- Debemos esperar a que pregunte y hable el paciente para no caer en errores (escucha activa). Irá preguntando lo que quiere saber y lo que puede soportar saber.
- Debemos usar un lenguaje sencillo, sin tecnicismos, evitando palabras como cáncer, muerte, etc. El paciente puede emplear estas palabras y nos dará pistas sobre su aceptación. Nunca debemos mentir y debemos usar correctamente el lenguaje no verbal (tono, volumen de voz, etc).

Por todo ello, el Técnico de Enfermería debe proporcionar su apoyo al enfermo terminal hasta el final, en un ambiente confortable y tranquilo para él y sus familiares.

5 Bibliografía

- F.J. Gala León, M. Lupiani Jiménez, R. Raja Hernández, C. Guillén Gestoso, J.M. González Infante, M.C. Villaverde Gutiérrez, I. Alba Sánchez. ACTITUDES ANTE LA MUERTE.
- R. Buisan, J.C. Delgado. EL CUIDADO DEL PACIENTE TERMINAL.
- F. Buigues mengual, J. Torres Pérez. PACIENTE TERMINAL.

Capítulo 948

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

MARÍA ROSA FRADE LOPEZ

MELISSA ALONSO FRADE

1 Introducción

Una úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejidos subyacentes causada por la combinación de factores intrínsecos y extrínsecos como la presión, la fricción y el cizallamiento.

Comúnmente, las UPP se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones o las caderas. El riesgo es mayor si se está inmovilizado en una cama, se utiliza una silla de ruedas o no se puede cambiar de posición (Peris Armero A, González-Chordá VM, 2018).

En el desarrollo de una UPP, existen además, otros factores relacionados con la tolerancia de los tejidos a la humedad(incontinencia urinaria y/o fecal, hiperhidrosis por tejidos o calzados oclusivos), temperatura…; así como otros más generales que tiene que ver con la nutrición, edad(disminución masa muscular, de formación de colágeno, de perfusión de sangre en los tejidos, etc.), patologías asociadas…, que actúan modificando la resistencia tisular, y por tanto contribuyen a la formación de las UPP (Blanco López, 2003). Por lo que podríamos decir que es un proceso multifactorial.

Las úlceras por presión representan un significativo problema para pacientes, profesionales y sistemas sanitarios. Presentan una incidencia y una prevalencia

importantes a nivel mundial. Su carácter iatrogénico plantea que su aparición es evitable y su incidencia es un indicador de calidad científico-técnica tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la especializada (Lima Serrano et al. 2017).

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión bibliográfica, es la prevención de úlceras por presión, en la que el personal sanitario, juega un gran papel, el Tcae, es indispensable, en llevar a cabo todas las medidas preventivas.

3 Metodología

Se realizó una revisión integradora de la literatura. Las palabras clave fueron úlcera por presión, paciente inmovilizado, prevención primaria.

Se consultaron las bases de datos Pubmed, Scielo y pubindex. También se realizaron revisiones de informes avalados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) reconocida internacionalmente.

4 Resultados

La prevención y el tratamiento de las úlceras en pacientes encamados y enfermos crónicos hace referencia al trabajo diario de enfermería en la atención a nuestros pacientes y su aparición o no, se correlaciona directamente con los estándares de calidad de la atención recibida (y de los cuidados administrados), ya que es parte de una de las funciones básicas de enfermería y por lo tanto, el no abordarlo adecuadamente puede derivar en problemas éticos y legales (Castello i Granell et al. 2007).

Identificar a los pacientes en riesgo es esencial para la adecuada implementación de programas de prevención y para la adecuada utilización de los recursos.

Se han desarrollado y validado diferentes escalas de valoración de riesgo con la finalidad de ayudar a los profesionales sanitarios a identificar los riesgos individuales para la aparición de UPP (Bluestein D et al.2008).

Los objetivos para prevenir este proceso serán:
• Mantener la integridad cutánea

• Disminuir o eliminar los factores de riesgo
• Realizar adecuada educación para la Salud del paciente y sus cuidadores.

Es importante también contar con la implicación y colaboración de la familia y del cuidador principal, para poder llevar a cabo los cuidados que complementen las intervenciones de enfermería, orientadas a resultados e intervenciones (NOC y NIC) y por supuesto en todo lo referente a mejorar la educación sanitaria (educación para la salud), ya que ello nos evitará costes y proporcionará una mejora de tiempos que podremos dedicar a otros cuidados en general, proporcionando por lo tanto una mejor eficacia y eficiencia que derivará en un mayor índice de calidad de nuestros servicios (Palomar-Llatas F et al. 2013).

Entre las principales medidas de prevención recogidas en diferentes guías de práctica clínica se encuentran las superficies especiales de manejo de la presión (SEMP) y también los cambios posturales a intervalos regulares. Además, se recomiendan diferentes tipos de cuidados de la piel como los jabones de pH neutro, los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) o el aceite de oliva. Sin olvidar el uso de complementos alimentarios para aumentar la cicatrización y disminuir la malnutrición que produce la perdida de tejido muscular y graso (Peris Armero A, González-Chordá VM, 2018).

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal de la persona encamada.

Hay varios tipos de posturas básicas que se utilizan, estos pueden ser:
- Decúbito supino: Acostado sobre la espalda con los brazos extendidos y las piernas algo flexionadas.
- Decúbito lateral: Acostado sobre un lado, con la cabeza apoyada sobre una almohada y el brazo inferior flexionado a la altura brazo del codo y paralelo a la cabeza y el brazo superior estará flexionado y apoyado sobre el cuerpo. La pierna inferior se encuentra con la rodilla ligeramente doblada y la pierna superior se encuentra flexionada a la altura de la cadera y la rodilla. Esta postura puede ser lateral derecho o lateral izquierdo.
- Decúbito prono: Acostado sobre el abdomen, con la cabeza girada hacia un lado y los brazos flexionados a ambos lados de la cabeza.
- Fowler o semifowler: La cabeza de la cama esta elevada hasta formar un ángulo de 45 grados. El paciente esta acostado con las rodillas flexionadas (Yolanda López Rodríguez et al. 2019).

Nos encontramos con la revisión de Krapfl y cols que se limita a los ensayos clínicos prospectivos aleatorizados que compararon el reposicionamiento frente a otras intervenciones preventivas publicados desde 1960 hasta 2008.

La evidencia sugiere que el reposicionamiento cada 4 horas, cuando se combina con una superficie adecuada de redistribución de la presión, es igual de eficaz para la prevención de las UPP hospitalaria que cada 2 horas.

No hay pruebas suficientes para determinar si una posición lateral de 30 grados es superior a una posición lateral de 90 grados o una posición de semi-Fowler en prevención de UPP.

Las recomendaciones actuales de reposicionamiento se basan en las prácticas históricas, pero a menudo dan poca orientación a los profesionales cuando las circunstancias clínicas exigen su implantación (López-Casanova et al.2018).

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión representan un gran problema tanto para pacientes, por su significativa morbilidad, como para profesionales, pues implica una actuación multidisciplinar. Así como para el sistema sanitario debido a su relación directa con los costes y lo índices de calidad.

Promover las medidas higiénico posturales así como el uso de escalas que predigan qué pacientes presentan mayores factores de riesgo ayudarían en su manejo y prevención.

6 Bibliografía

- Blanco JL. Definición y clasificación de las úlceras por presión. El Peu 2003; 23 (4): 194-8.
- Revista Rol de Enfermería 2007;30(12): 9-17
- Bluestein D, Javaheri A. Pressure ulcers: Prevention, evaluation and management. Am Fam Physician. 2008;78:1186-94.
- M. Lima Serrano, M.I. González Méndez, F.M. Carrasco Cebollero, J.S. Lima Rodríguez. Risk factors for pressure ulcer development in Intensive Care Units: A systematic review .Medicina Intensiva (English Edition), Volume 41, Issue 6, August–September 2017, Pages 339-346.

- Díez-Manglano J, Fernández-Jiménez C, Lambán-Aranda MP, Landa Santesteban MC, Isasi de Isasmendi-Pérez S, Moreno-García P, et al. Úlceras por presión en pacientes ingresados en Medicina Interna: factores asociados y mortalidad. Rev Clínica Esp. 2016; 216(9): p. 461-467.
- Peris Armero A, González-Chordá VM. Prevención de úlceras por presión en el paciente encamado: nuevas evidencias. RECIEN. 2018; 16. https://doi.org/10.14198/recien.2018.16.04
- Yolanda LR, Aurora FL, Juan Carlos TF, Margarita HM, Marta GR, María Isabel MG. La importancia de los cambios posturales para prevenir las úlceras por presión [Internet]. 2019, Dic.[citado el 4 Feb. 2020]; disponible desde https://revistamedica.com/importancia-cambios-posturales-prevenir-ulceras-por-presion-upp/
- Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L, et al. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad: fricción, cizalla y presión. Enferm Dermatol. 2013;18:14-25
- López- Casanova P et al. Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. Gerokomos 2018; 29(2)
- Castello i Granell J. Derecho y Enfermería. Enferm Dermatol. 2007; 1(1): 7-13.

Capítulo 949

ADOLESCENTE HOSPITALIZADO.

MARGARITA TEJÓN DEL CUADRO

1 Introducción

La humanización de la asistencia sanitaria conlleva considerar al paciente como un ser integral, y proporcionar asistencia más allá de los cuidados médicos, abarcando áreas como la social, emocional, espiritual y relacional.

2 Objetivos

Hacer que el paso del adolescente por el hospital sea lo menos traumático posible.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las pautas a seguir las podemos resumir en 8 puntos básicos:
- Siempre nos dirigiremos a él cuando se trate de aspectos de su enfermedad para conseguir que se implique y tenga una actitud positiva y de colaboración.

- Es muy importante preservar su intimidad ya que en esta etapa de su vida les produce mucha ansiedad mostrar su cuerpo.
- Haremos posible el contacto con el exterior, principalmente con su grupo de amigos.
- Facilitaremos su distracción proporcionándole los medios (música, libros, juegos…) necesarios.
- Le explicaremos las normas del hospital y actuaremos con firmeza pero con algo de flexibilidad.
- Debemos favorecer que expresen sus sentimientos y temores.
- Ayudaremos y asesoraremos a la familia para ayudarles a entender las frustraciones y angustias de éste sin que exista sobre-protección ni enfrentamientos.
- Si el paciente tiene que seguir tratamiento farmacológico una vez obtenida el alta hospitalaria es importante conseguir su adherencia al tratamiento ya que el no seguimiento de éste puede ser un acto propio de rebeldía propio de la edad.

5 Discusión-Conclusión

Estas pautas son muy efectivas en estos pacientes ya que la mayoría de pacientes sacan algo positivo de ellas.

6 Bibliografía

- Lewis M. ; King R. Consultation liaison in pediatrics. Child and adolescent psychiatric. Clinics of north America July 1994.
- A. Ullán, M. Belver, I. Serrano, J. Delgado, M. Badía, Perspectives of youths and adults improve the care of hospitalized adolescents in Spain. J. Pediatr health care, 26 (2012), pp.182-192.
-J.L; Guselle, A.M. word.The experience of hospitalized adolescent: how well do we meet they developmental needs? Child health care,27 (1998) pp.131-145.

Capítulo 950

CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS

MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI

MIREN LÓPEZ REDONDO

ROCÍO SAAVEDRA SUÁREZ

JOSE ANTONIO GONZALEZ SARAS

1 Introducción

La mayoría de las personas cambiamos de postura cuando nos notamos incómodos en respuesta a la presión que sentimos en las diferentes zonas de apoyo. Sin embargo, las personas que no sienten esta presión o que no pueden moverse, no tienen la capacidad para realizar ellos mismos estos cambios de posición, como ocurre en diferentes demencias y en pacientes encamados.

Es aquí donde cobra vital importancia el celador y el técnico auxiliar de enfermería , ya que la falta de movilidad, unida a las características de la piel de nuestros mayores, más seca y fina puede crear riesgos cutáneos y provocar la aparición de problemas en la piel como, por ejemplo, las úlceras por presión.
Los cambios de postura será una excelente medida de prevención de lesiones en la piel, escaras y úlceras por presión. Todas las posiciones que se ejecuten en la cama deberán facilitar al cuidador labores como asear, alimentar, distraer, curar y manejar cada práctica que el paciente requiera.

2 Objetivos

- Evitar la aparición de úlceras por presión.
- Proporcionar bienestar y descanso a los pacientes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas de movilización a pacientes encamados, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: pacientes, cuidados, movilización, cambios posturales.

4 Resultados

Para realizar el cambio de posición variaremos la postura cada 2 o 3h, alternado ambos laterales (izquierda-derecha) la postura boca arriba (o supino) y la posición de semi-sentado a Fowler. Así mismo aprovecharemos cada cambio de posición para verificar la integridad cutánea y aplicar con aceite natural de almendras, que ayuda a regenerar la piel y refuerza la acción de barrera protectora, además de estar especialmente diseñado para prevenir y proteger la piel de úlceras por presión debido a la falta de movilidad.

La posición de Fowler hay que colocar al individuo sobre su cama en una posición semi-sentada de aproximadamente 45-60 grados con las rodillas extendidas o flexionadas utilizando para ello una almohada colocada debajo de las rodillas.Colocar la cabecera de la cama elevada unos 60-90 cm hasta la altura deseada y crear el ángulo característico de la postura para mayor confort del encamado utilizando una almohada detrás del cuello.

La posición decúbito supino hay que colocar una almohada para que quede apoyada la cabeza (No es conveniente poner muchas almohadas, porque puede producirse una contractura por excesiva flexión del cuello).Es aconsejable poner una almohada blanda y delgada debajo de las pantorrillas para que el peso de las piernas no descanse sobre un punto en concreto y para que las rodillas queden ligeramente flexionadas. A modo de «tope» se puede colocar una almohada que evite la extensión excesiva de los pies.

La posición lateral hay que poner al paciente de lado y colocar una almohada bajo

la cabeza para que la cabeza y el tronco queden alineados. Separar un poco del tronco el brazo que queda debajo para evitar que el peso del cuerpo recaiga sobre este brazo. El brazo que queda encima debe estar algo flexionado y descansando sobre una almohada para que la zona del pecho quede liberada de presión. Colocar una almohada entre las dos piernas para evitar el roce y flexionar ligeramente la pierna que queda encima. Puede ser necesario colocar una almohada en la espalda para que el tronco no caiga hacia atrás.
La posición de Roser es mantener una hiperextensión del cuello, se realiza con el paciente acostado decúbito supino y con la cabeza sobresaliendo de la mesa o de la cama. Su aplicación se realiza en procedimientos quirúrgicos y para higienizar el cabello de pacientes encamados.

La posición de Nefrectomía se coloca al enfermo encamado en decúbito lateral flexionando la mesa quirúrgica dejando al descubierto la zona iliaca.Esta posición no es muy frecuente ya que solo se usa en quirófanos específicos y para cirugías renal o benigna de extirpación o reconstructiva. Está dentro de las posiciones anatómicas más delicadas y que requieren un cuidado especial para el paciente.

La posición de trendelemburg consiste en colocar al paciente en una postura de decúbito dorsal (boca arriba), pero con la cabeza más abajo que los pies. Por efecto de la gravedad, esto beneficia el retorno venoso de gran volumen de sangre desde la vena cava inferior al corazón, haciendo circular mejor el flujo sanguíneo hacia el cerebro.
Es importante proporcionar y garantizar el cuidado de las personas con movilidad reducida, o con discapacidad que no pueden valerse por sí mismas. Y requieren de dedicación, responsabilidad y amor, pues sus circunstancias son susceptibles para ellos y su entorno.

5 Discusión-Conclusión

La coordinación, organización, logística familiar y hospitalaria son los pilares fundamentales para que el paciente pueda sobrellevar de manera positiva el periodo de tiempo en el que requiera reposo guiado por especialistas calificados que garanticen su bienestar total.

El paciente encamado gozará de una mejor salud en general si aplicamos esta serie de cambios posturales programados individualmente con las posiciones más adecuadas para cada uno y, normalmente realizados cada 2 o 3 horas por el día y 4 por la noche y, aplicando a su vez las medidas de prevención citadas anteri-

ormente evitaremos que surjan las úlceras por presión (UPP).

6 Bibliografía

1. Técnicas de inmovilización, movilización y traslado del paciente, transporte sanitario.
Cuaderno: certificados de profesionalidad. Editorial CEP, S.L. Madrid. 2012
2. Protocolo de actuación frente a la movilización de un paciente y movilización-elevación de cargas. Pdf.
3. Barrera Rosales, Susana, Gomez Reyes Eva. (2004). Fundamentos de Enfermería. Edición 3era. Editorial El Manual Moderno. México D.F. 2004. ISBM: 978-448-385-7. Páginas: 625.
4. Insalud tareas propias, Centro de estudios Adams.

Capítulo 951

CUIDADOS DEL TCAE AL PACIENTE ONCOLÓGICO

MICHELLE BARAGAÑO SOLIS

MAXIMINA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

ROCÍO CABO FUEYO

MARIA ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

SARA GONZALEZ CARREIRA

1 Introducción

El paciente oncológico es una persona que ha tenido o tiene un cáncer o tumor. A causa de esta afección, el paciente debe ser tratado clínicamente de manera diferente, con un seguimiento más exhaustivo y un tratamiento acorde a su enfermedad. Estos pacientes tienen una serie de derechos para garantizarle una vida y estancia digna:

- Debe recibir una información clara y concisa sobre su enfermedad y todo lo relacionado con ella, además de ofrecerle tanto a él como a su familia el apoyo psicológico y social que esté a nuestro alcance.
- Tiene derecho a consultar una segunda opinión fuera de nuestro centro hospitalario, por lo que su historial médico debe estar detallado.
- Tiene derecho a la exención del pago de fármacos, visitas y exámenes para su tratamiento.

- Tienen derecho a una pensión por invalidez que dependerá del grado de la misma.

El paciente oncológico puede encontrarse en el hospital por diversos motivos, ya sea un ingreso para intervención o complicación, para recibir un tratamiento o para un examen, seguimiento o evaluación.

A medida que van pasando los años, el numero de casos diagnosticados de cáncer ha ido aumentando, así, en España hemos pasado de tener 253.627 casos clínicos en 2013, a 275.562 casos el año pasado, en 2019, siendo en Asturias y Castilla y León el mayor número de diagnósticos, 722 casos por cada 100.000 habitantes.

Según las estadísticas, el cáncer tiene mayor incidencia en hombres y mujeres, aunque en estas últimas ha aumentado considerablemente el número de casos en los últimos años. El cáncer más habitual es el de colon y recto, para hombres y mujeres, seguido del cáncer de mama en mujeres y de próstata en hombres. Pero, ¿por qué hay más casos en la actualidad de cáncer, si los avances médicos han ido mejorando a lo largo de los años? Aunque hay casos hereditarios, estos no dejan de ser una minoría, siendo entre el 5 y 10% de los afectados, pero el estilo de vida actual, las infecciones por el VPH, exposiciones radiactivas y químicas, así como el fanatismo por la exposición excesiva al sol resultan las causas principales de esta enfermedad en la mayoría de las situaciones.

Pero, sin duda, uno de los principales y más preocupantes factores de riesgo es el tabaquismo en la población, ya sea de manera activa o pasiva, suponiendo un 30% de los casos. Y, por último, cabe destacar el envejecimiento de la población y el aumento de esperanza de vida. En los avances sanitarios de los últimos años han encontrado curas para enfermedades mortales tales como la peste, la tuberculosis, la peste negra o han hecho posible que un parto no sea una situación de vida o muerte, además de alargar considerablemente la vida en enfermedades que, aún incurables, tienen tratamiento. Por lo tanto, al no morir de manera temprana por estas enfermedades, pueden encontrarse años más tarde con el cáncer.

2 Objetivos

- Identificar las necesidades del paciente, tanto físicas como emocionales, y brindarle nuestra ayuda en todo lo que sea posible, facilitándole su estancia hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han consultado las bases de datos AECC (Asociación Española Contra el Cáncer) para conocer las estadísticas actuales.

4 Resultados

Nuestras funciones básicas, así como nuestros conocimientos para ejercer en nuestro puesto de trabajo requieren unas buenas habilidades comunicativas y emocionales. Debemos tener constancia de ellas y saber gestionarlas de manera correcta, para poder garantizar el bienestar físico y emocional del paciente y su familia, además, tenemos que ser especialmente sensibles en esta fase, puesto que el enfermo puede encontrarse en cualquiera de las etapas características de la enfermedad (negación, ira, negociación, depresión y aceptación). Normalmente van seguidas una de la otra, pero no necesariamente en ese orden. Debemos saber identificar en que etapa se encuentran para poder responder de manera adecuada a sus necesidades.

Es nuestro trabajo conseguir que el paciente se encuentre cómodo y seguro, y lograr mejorar lo que podamos, dentro de nuestras posibilidades. Nuestra principal función es proporcionarla mayor calidad de vida que podamos ofrecerle, valorando continuamente sus necesidades básicas. Es por eso que observar es primordial en esta situación, y si llevamos a cabo correctamente todos estos parámetros, garantizaremos su confort y bienestar.

También participaremos en la recogida de muestras, de asearle o administrarle medicamentos por vía oral o rectal, valorando también su piel. Les daremos de comer cuando no puedan hacerlo por sí mismos o no tengan compañía, y nos aseguraremos de su higiene personal y también de su habitación.

5 Discusión-Conclusión

Debemos aumentar y mejorar nuestros recursos hasta el máximo posible, logrando una satisfacción completa en el paciente y familia, así como garantizar

su comodidad y previniendo de esta manera posibles problemas que agraven o empeoren la situación actual del enfermo. Nosotros seremos un contacto continuo con él, por lo que saber gestionar la situación y comunicarnos con él de manera adecuada puede resultarle cómodo y agradable, facilitando su situación, y dándole tiempo para preocuparse por otros problemas o situaciones más importantes.

Esta enfermedad en el paciente es muy emocional, por lo que recurrirá en muchas ocasiones a nosotros, y debemos saber responder de manera correcta. Debemos recordar que no está en nuestra mano curarle, pero sí facilitar y consolar, por lo que tener una escucha activa sin darle esperanza de curación y fomentar su actividad en lo que sea posible.

Como dijo Nelson Mandela: "Incluso si tienes una enfermedad terminal, no tienes que sentarte y estar deprimido. Disfruta de la vida y desafía la enfermedad que tienes"

6 Bibliografía

- Gómez-Sancho, M., Ojeda Martin, M., Dario García-Rodriguez, E., Navarro Marrero, M A. Organización de los Cuidados del enfermo de cáncer terminal en Las Palmas - Norte. Farmacoterapia, Vol IX, N.° 4: 203-210, 1992
- Bayés R. Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer (el impacto psicológico del cáncer). En: González Barón M, ed., 1996
- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

Capítulo 952

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ANA BELÉN VEGA ALCARAZ

MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión, también conocidas como escaras o llagas, son lesiones que se producen en la piel por permanecer en la misma posición durante largos periodos de tiempo.

Suelen aparecer en aquellas zonas del cuerpo donde el hueso está mas cerca de la piel, como los tobillos, los talones ,los codos, las caderas, el sacro... etc. El riesgo de padecer úlceras por presión es mayor en personas con movilidad reducida, como aquellas que permanecen encamados, en sillas de ruedas o que están imposibilitados a cambiar de posición.

2 Objetivos

- Identificar al paciente con riesgo de padecer ulceras por presión.
- El personal sanitario debe de estar capacitado para poder realizar la prevención y en el caso de que exista la lesión, eficacia adecuada para tratarla.
- Mantener en buen estado la piel, eliminando o disminuyendo la presión y vigilando el estado nutricional del paciente.

3 Metodología

La mayoría de las úlceras por presión puede evitarse siguiendo las siguientes directrices por parte del personal sanitario:

- Revisando la piel al menos una vez al día, poniendo hincapié en las zonas mas sensibles a su aparición, como prominencias óseas y zonas expuestas a incontinencia que puedan lesionar la piel y provocar lesiones.
-Manteniendo la piel limpia y seca, utilizando jabones suaves, limpiando la piel con agua tibia, para posteriormente realizar aclarado y secado. No utilizar alcoholes ni perfumes ya que resecan la piel, y aplicar cremas hidratantes de buena absorción.
- Realizar un buen manejo de la presión. El personal sanitario es responsable de elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la actividad del paciente.
- Los cambios posturales deben realizarse cada 2-3 horas siguiendo un programa rotatorio de cambios.
- La utilización de colchones y otro dispositivos de alivio de presión.
- La protección local con apósitos de diferentes formas que se adaptan a la forma del cuerpo.

4 Resultados

La prevención de úlceras por presión es de vital importancia para mantener con buena salud al paciente. La responsabilidad de que aparezcan es única y exclusivamente del personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión constituyen un importante problema de salud, consumo de recursos e incluso de responsabilidad legal; de ahí surge un plan integral de mejora contínua para abordar el problema.

Las actuaciones dirigidas a la prevención son líneas estratégicas a seguir para reducir las cifras de prevalencia, con actuaciones concretas, para su logro como la creación de protocolos, formación y concienciación del personal sanitario.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 953

POLITRAMATISMO EN ACIDENTE DE MOTO

CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ

1 Introducción

Se presenta el caso de un varón joven que sufre Politraumatismo por accidente de moto. Llega a urgencias trasladado por la Uvi Móvil semi-incosciente pero estable. Sin antecedentes de interés ni alergias conocidas.

2 Objetivos

- Encontrar fracturas ocasionadas por el politraumatismo sufrido .

3 Caso clínico

Varón blanco de 26 años que sufre accidente de moto Llega a urgencias y en exploración se observa Apertura ocular al estimulo verbal, dialogo incoherente, inconexo y verborreico.
Moviliza las 4 extremidades sin problemas, más el brazo derecho y menos el izquierdo por lo obvio. Mas que delirio o agitación es el resultado de sus lesiones cerebrales

Ventila adecuadamente. Tose y moviliza secreciones (o las deglute).
Hematoma en clavícula izquierda en fase de resolución.

Punto de entrada de tubo de tórax izquierdo macerado y purulento tratado con bactroban (amen de antibiotico sistemico) cultivos negativos.

IMPRESION Y PLAN retiramos sueros y diuréticos, balence equilibrado. dieta completa por SNG.
Dosis techo de ibuprofeno y clonidina.
Aumento quetiapina y dejo dexmedetomidina a 8 ml/h con idea de ir retirando (esta igual con ella que sin ellla) y aceptar cierto grado de agitación en la planta
Sin oxigenoterapia.

EVOLUCION Y COMENTARIOS persiste la alternancia de verborrea, ocupacional con episodios de somnolencia. Respuesta excelente al haloperidol nos ha permitido bajar la dexmedetomidina en el tobillo derecho hematoma importante en fase de resolución por lo que pedimos radiografía para mañana febrícula mantenida , balance positivo segun Milennium (equlibrado) IMPRESION Y PLAN apoyarnos en quetiapina y clonidina de base con bolos de haloperidol para retirar la dexmedetomidina y poder dar el alta. Retiramos olanzapina. en la cama siempre sentado salvo para el sueño nocturno

TCE: TC de cráneo sin CIV:
- Pequeñas hemorragias subaracnoideas laminares.
- Hematoma subdural hemisférico derecho. Hematoma subdural del tentorio izquierdo.
- Lesión hiperdensa de 3 mm en el espesor del septum pellúcidum que podría estar en relación con pequeño hematoma agudo o con una estructura vascular.
- Línea media centrada y cisternas de la base respetadas. Talla ventricular normal.
- Hematoma epicraneal parietal derecho.
- Dudosa línea de fractura no desplazada en la pared posterior del seno maxilar derecho.
TC Columna cervical:
- Fractura lineal no desplazada de la pars interarticularis izquierda de C7.
TC tórax y abdomen:
- Fractura del primer, quinto y sexto arcos costales derechos y del 1º al 8º arcos costales izquierdos (el 6ª y el 7º en 2 puntos).
- Neumotórax laminar anterior izquierdo de 15 mm de espesor máximo y pequeñas burbujas de neumomediastino.
- Atelectasias laminares en zonas declives con pequeño derrame de pleural izquierdo de alta densidad (probable hemotórax) adyacente a fracturas costales que asocia pequeñas burbujas de aire.

- Áreas de aumento de densidad en LSI y en língula en relación con contusiones pulmonares.
- Discreto enfisema paraseptal y centrolobulillar en ambos lóbulos superiores.
- Fractura del tercio medio de la clavícula izquierda.
- No se observa derrame pericárdico.
- No se observa neumoperitoneo, líquido libre ni colecciones.

Contusión cerebral frontobasal izquierda.
Hematoma subdural traumático hemisférico derecho y del tentorio izquierdo
Múltiples fracturas costales: 1º, 5º y 6º arcos costales derechos; Del 1º al 8º arcos costales izquierdos (el 6ª y el 7º en 2 puntos).
Contusiones pulmonares LSI y en língula.
Hemotórax traumático izquierdo.
Neumotórax agudo laminar izquierdo.
Fractura vertebral lineal no desplazada de la pars interarticularis izquierda de C7.
Fractura de clavícula izquierda (1/3 medio).

4 Discusión-Conclusión

El paciente tiene picos febriles que no ceden con antipiréticos y medidas físicas desde la tarde.

Se solicita hemocultivos, Hemograma muestra leucocitosis de 14,56 x103/µL; PCR de 5,2; Creatinina de 1,34 mg/dL; Sodio 152 mmol/L. SS de orina sin hallazgos infecciosos significativos.

Más desorientado de lo habitual, por lo que se solicita TC de cráneo urgente. No presenta focalidad neurológica.
Se solicita RX de tórax.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/.
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/Neurocirugia/Volumen1/traum_encef1.htm.

Capítulo 954

MENINGIOMA EN BASE DE CRÁNEO.

CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ

1 Introducción

Los meningiomas son por lo general tumores benignos, de lento crecimiento, originados en las células meningoteliales que se hallan en la membrana aracnoidea. Representan aproximadamente entre el 15 y el 20% de los tumores intracraneales. Aunque pueden presentarse a cualquier edad, la mayor incidencia se sitúa en la edad media de la vida; asimismo son más frecuentes en el sexo femenino. Dentro de los meningiomas intracraneales, aquellos que afectan a la base del cráneo alcanzan aproximadamente el 25-35% de los casos.

2 Objetivos

Analizar el mejor tratamiento y un plan de cuidados adecuado para una paciente joven que recientemente a sido madre y que se le detecta meningioma en base de cráneo.

3 Caso clínico

Paciente de 37 años que se le deriva a Neurocirugía por hallazgo postparto de masa selar. La paciente refiere clínica consistente en diplopía binocular en ojo derecho y ptosis del mismo de inicio en diciembre. Tras el parto, 72h antes del ingreso, presenta empeoramiento de diplopía, valorándose por parte de Neurología y Oftalmología paresia III par craneal derecho con afectación pupilar + paresia VI par craneal derecho.

La paciente presentó anemia puerperal con Hb de 6,7 por la que requirió transfusión de 2 CH, con Hb posterior de 7.5 por lo que se transfunde otro CH. Se le administraron 2 comprimidos de cabergolina para finalizar lactancia.
Pruebas complementarias:
TC craneal sin contraste y angio TC de H. Cabueñes:
Masa extraaxial en base de cráneo central que ocupa la región selar, supraselar y se extiende lateralmente en senos cavernoso-fosa temporal de predominio en lado derecho. Dicha masa es algo hiperdensa en el estudio sin contraste y realza en forma marcada tras inyección del mismo, se asocian cambios en hueso adyacente (hiperostosis). En el seno cavernoso derecho engloba, desplaza y disminuye el calibre de la arteria carótida derecha. El componente en fosa temporal derecha anteriormente se extiende hasta fisura orbitaria y posteriormente hacia tentorio y vértice petroso A descartar meningioma de base de cráneo central o macroadenoma. Se recomienda RM. En el estudio con de Angiotac arterias cerebrales vasos de polígono permeables y no se observan aneurismas.

Resonancia magnética 29/01/20:
Se observan cambios compatibles con un meningioma parasellar invasivo que infiltra la clinoides anterior derecha y que engloba al canal óptico extendiéndose medialmente hacia la silla turca desplazando significativamente la glándula y el tallo hacia izquierda. No existe invasión significativa del seno esfenoidal derecho. No existe extensión significativa hacia la órbita a través de la hendidura.
La lesión se extiende por el tercio anterior del propio tentorio y está produciendo un atrapamiento vascular de la carótida intracavernosa (que muestra además un calibre disminuido) con infiltración del propio seno cavernoso derecho. Probablemente exista una afectación del propio ganglio de la señal en el el cavum de Meckel no existen también afectación teórica del 3º y 4º pares craneales. a correlacionar con clínica

4 Discusión-Conclusión

Un meningioma de base de cráneo con afectación de la clinoides anterior con importante infiltración del seno cavernoso derecho y área sellar.

5 Bibliografía

- https://neurorgs.net/investigacion/tumores-cerebrales/aspectos-clinicos-y-quirurgicos-de-los-meningiomas-de-la-base-del-craneo/

https://mdanderson.es/elcancer/elcancerdelaaalaz/tumor-de-la-base-del-craneo.
- https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/neurocirugia/tumores-craneo-meningioma-schwannoma.

Capítulo 955

AP DE MG AUTOINMUNE QUE ACUDE POR EMPEORAMIENTO DE CLÍNICA BASAL A LO QUE SE UNE SENSACIÓN DE DOLOR ABDOMINAL DESDE HACE 48H

CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ

1 Introducción

Paciente de 83 años con AP de MG autoinmune que acude por emeporamienot de clínica basal a lo que se une sensación de dolor abdominal desde hace 48h. Dados los hallazgos en el ECG antes de decidir actitud se solicitan Tnts y valoración por parte de Cardiología, en vistas a descartar que el aumento de la disnea no tenga origen en una cardiopatía.

Tras seriar tnt se mantiene en meseta por lo que cardiología cursa IC de seguimiento y decidimos ingreso para estudio y aumento de corticoterapia (Ig? nueva plasmaféresis

2 Objetivos

Estudiar clinica, hacer pruebas al paciente porque se considera que el mejor tratamiento es el tratamiento con RITUXIMAR

3 Caso clínico

Enfermedades previas - No HTA, DM o DL
- Ca de próstata intervenido hace 17 años
- Miastenia Gravis autoinmune, diagnosticada en el año 2017.
- Artrosis.
- Episodio de Melenas con ingreso reciente en Digestivo secundario a sangrado por diverticulo duodenal.
- VAlorado por CArdiología por clínica de mareo con ETT y holters normales.
- Aneurisma de Ao abdominal. Antecedentes neonatales, obstetricos y quirurgicos prostatectomía. Medicación previa - Prednisona 25 mg de forma continuada desde febrero de 2018.
- Mestinon 1-1-1
- Tacrolimus 1: 1 comprimido desde el 10/10/19, para luego ascender hasta 3 comprimidos de manera progresiva
- Vimovo.
- Escitalopram 10 mg al desayuno. HISTORIA ACTUAL —- Solicitan consulta por paciente con MG seropositiva y generalizada a seguimeinto en las consultas de Neuromuscular que acude por empeoramiento de su disnea habitual. Niega clínica ocular, bulbar y en MMSS.
El paciente refiere que desde hace unos días nota sensación de anorexia y dolor abdominal difuso mal referiro en relación con ello sin otra clínica asociada.

Sigue tratamiento con : Mestinon (1 8:00-1 12:00-1 16:00-1 20:00), Prednisona 25: 1 comprimido cada 24 horas, Vimovo.
Ha probado TTo con AZA, MTX y micofenolato que abandonó por secundarismos. No toleró el Fosamax por secundarismos, además ha hecho 4 sesiones de plasmaféresis sin presentar mejoría. —- EXPLORACION FISICA …. - EFNRL:
No disfonia. Disnea de reposo. Paresia 5-/5 a nivel proximal de MMSS, no aprecio paresia en MMII a nivel proximal, aunque sí a nivel distal 4/5 sin alteración de sensibilidad…….. RESUMEN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ____ LABORATORIO
Hemograma:
Hemoglobina : 13.8 g/dL Hematies : 4.52 x10E6/µL V.C.M. : 95.4 fL H.C.M. : 30.5 pg C.H.C.M. : 32.0 g/dL Leucocitos : 13.14 x10E3/µL Neutrofilos (sangre-%) : 84.8 % Neutrófilos : 11.14 x10E3/µL Linfocitos (%) : 8.4 % Linfocitos : 1.10 x10E3/µL Monocitos (sangre-%) : 5.4 % Monocitos : 0.71 x10E3/µL Eosinofilos (sangre-%) : 0.2 % Basofilos (sangre-%) : 1.2 % Granulocitos Inmaduros % : 7.20 % Granulocitos

Inmaduros # : 0.94 x10E3/µL Plaquetas UPLAQ : 147 x10E3/µL V.P.M. : 10.1 fL SR R.D.W. Coeficiente de Variación : 14.8 % Hematocrito : 43.1 %
Bioquímica:
Glucosa. : 109 mg/dL Urea. : 47 mg/dL Creatinina. : 0.99 mg/dL Ion Sodio : 142 mmol/L Ion Potasio en Plasma : 3.8 mmol/L Creatina cinasa : 44 U/L Troponina T : 78 ng/L Proteina C reactiva en PLASMA HEPARINA : 4.3 mg/dL Horas de evolucion : (X)
Tnt 78—> 70

RADIOLOGÍA
Rx de tórax: Redistribución vascular y dudoso pinzamiento de seno D.

ECG: Alt de la reporalización no presente en ECG previos.
____ DIAGNÓSTICO DE INGRESO MG con probable descompensación respiratoria
Tratamiento: Mestinon (1 8:00-1 12:00-1 16:00-1 20:00), Prednisona 25: 1 comprimido cada 24 horas (desde febrero/18), Vinovo, Tacrolimus 3mg/24 horas (desde octubre/19)

Ha probabdo TTo con AZA, MTX y micofenolato que abandonó por secundarismos. No toleró el Fosamax por secundarismos
- ciclo de IGs ambulatorio (30gr IG iv x 4 días) sin mejoría
- 5 sesiones de palsmaféresis en octubre/19 sin mejoría clínica

Presenta desde hace meses clínica de disnea de pequeños esfuerzos y debilidad no dolorosa en MMII que le producen caídas frecuentes, puede caminar pocos pasos en casa con ayuda de andador y necesita ayuda para levantarse desde sedastación, disfagia ocasional, sin alteración oculo-motora. Refiere desde hace unos semanas debilidad en MMSS

En los últimos días edema de MMII que mejoró tras TTo diurético.

La EF no fatigabilidad, presenta paresia 3/5 a nivel proximal de MMSS, paresia en MMII a nivel proximal 3-4/5, con respeto distal excepto pie derecho aunque sí a nivel distal 3/5 sin alteración de sensibilidad.

4 Discusión-Conclusión

IMPRESION Y PLAN No veo claros datos de miopatía esteroidea, aunque lleva dosis y tiempo suficiente como para tenerla, en ningún momento toleró al bajada

de esteroides, ni con la terapia adyuvante inmunosupresora.

Creo que una vez descartada Cardiopatía, la única posibilidad terapéutica es el rituximab, a pesar de la edad y el riesgo de secundarismos. durante el ingreso ingresa procedente de urgencias a cargo de NRCG. MEG con antecedentes de miastenia gravis. COC, hipoacusia portador de audifono. Debilidad MMSS + Disnea para min esfuerzos. En domicilio camina con andador, aqui muy inestable y disneico. Segumiento por cardio, analitica mña.
Tranquilo,buena noche,cogida analítica
FIRMADO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON RITUXIMAR EN se le da el alta segimiento medico de cabecera mientras esta adaptandose a la nueva medicacion.

5 Bibliografía

- https://www.elsevier.es
- https://www.fesemi.org
- http://scielo.sld.cu

Capítulo 956

CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES GRAVES.

TAMARA MACARRILLA DE SANDE

1 Introducción

Los cuidados paliativos en el paciente pueden darse a cualquier edad, desde el principio de la enfermedad hasta el final. Se dan a pacientes con enfermedades graves (cáncer, enfermedades crónicas…) O terminales, a través del oncólogo, enfermero y equipos especializados de estos cuidados.

2 Objetivos

Analizar los trabajos científicos existentes acerca de los cuidados paliativos y sus características.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tanto los pacientes como sus familiares soportan estrés al tiempo que la enfermedad esto puede causar problemas emocionales, sociales, prácticos, de afrontamiento y espirituales. Los cuidados paliativos pueden incluir; tratamientos farmacológicos, orientación nutricional, psicología, terapia ocupacional e integradora, grupos de apoyo, asesoramiento, reuniones familiares. La finalidad de los cuidados paliativos es conseguir mitigar los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos. No solo ayudan al enfermo, sino que también proporcionan atención psicológica a las familiares.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día los cuidados paliativos son un gran apoyo para las pacientes con este tipo de enfermedades, ya que gracias a ellos se sienten mejor y pueden llevar una vida plácida, además la atención que se les brinda se adapta a sus objetivos. También son un punto importante para los familiares, se sienten más tranquilos y disponen de ayuda para sobrellevar la enfermedad.

6 Bibliografía

- https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos.
- https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-del-c%C3%A1ncer/%C2%BFen-qu%C3%A9-consisten-los-cuidados-paliativos.
- https://es.familydoctor.org/cuidados-paliativos/.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 957

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS DIFERENTES TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS

LAURA PRIERES MELERO

PABLO RIVERA SUAREZ

BELEN FERNANDEZ PINTADO

JAIME RIVERA SUAREZ

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Los aislamientos hospitalarios se utilizan como medida preventiva para evitar la transmisiones de infecciones dentro del ámbito hospitalario, también llamadas infecciones nosocomiales u hospitalarias.

Estas medidas se toman para evitar que los pacientes con enfermedades transmisibles contagien a otros pacientes y/o al personal sanitario, y evitar que el personal sanitario contagie al resto de pacientes.

2 Objetivos

- Saber los diferentes tipos de aislamiento que existen.
- Conocer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos tales como Scielo, Dialnet y Pubme. Se han utilizado como descriptores las palabras clave: tipos de aislamientos, contagio, prevención.

4 Resultados

Un buen protocolo de aislamiento reduce el riesgo de contagio al resto de pacientes y personal. Informar e involucrar al paciente y familiares en el buen uso de barreras protectoras ayuda a reducir la transmisión de la enfermedad.

El objetivo principal es el conocimiento de los protocolos de aislamiento por parte de todo el personal sanitario y también sería importante que el personal del hospital: celadores, limpieza, mantenimiento… y visitas de los pacientes aislados se les informe de cómo deben de actuar y hagan un buen uso de las medidas preventivas.

Desde el diagnóstico de la enfermedad de un paciente o la sospecha de padecer alguna enfermedad contagiosa, se deberán tomar las medidas preventivas de aislamiento necesarias.

La responsabilidad de la prescripción de aislamiento del Paciente, en sus diferentes modalidades, y la información al paciente y a los familiares corresponde al Facultativo. Las medidas preventivas que se deben utilizar cuando haya contacto con todos los pacientes son: lavado de manos antes y después del contacto con el paciente, uso de guantes…

Los aislamientos se pueden clasificar:

- Aislamiento de contacto: se utiliza cuando la enfermedad se contagia por contacto directo con el paciente o por los elementos de su ambiente. Ejemplos: Sarna, infección en herida quirúrgica, diarrea por Clostridium Difficile… En este aislamiento se utilizarán como medida preventiva: guantes, bata.

- Aislamiento por gotas: se utiliza para evitar enfermedades infecciosas que se transmiten mediante partículas superiores a 5 micras que se producen al toser y/o estornudar, hablar y también al practicar ciertos procedimientos como son aspirado de secreciones, broncoscopia. Ejemplos: Meningitis o neumonía. En este aislamiento se utilizarán como medida preventiva: Mascarilla quirúrgica; si se realiza algún procedimiento se utilizarán gafas protectoras y bata. Estos aislamientos se realizaran en una habitación individual con presión de aire negativa, que evitará que cualquier partícula salga del cuarto.
- Aislamiento por aire: se aplica en pacientes infectados con microorganismos que permanecen mucho tiempo suspendidos en el aire y pueden ser dispersados por corrientes de aire dentro de la habitación o a mayores distancias. Ejemplo: Tuberculosis, Varicela, Sarampión… Debe utilizarse como protección respiratoria mascarilla con alta eficacia de filtro y buen ajuste facial, para entrar en la habitación.
- Aislamiento inverso o protector: se aplica en pacientes inmunodeprimidos, grandes quemados, trasplantados , pacientes hematológicos… Se aplicarán medidas para evitar el empeoramiento de su estado de salud. En caso de que el paciente tuviese que salir de la habitación lo hará con la mascarilla. Las medidas preventivas en este aislamiento: uso de mascarilla quirúrgica, bata, guantes y calzas.

En todos los aislamientos se limitarán las visitas y se mantendrán las puertas cerradas.

El TCAE debe preparar los aislamientos:
- Cartel informativo en la puerta con el tipo de aislamiento.
- Uso de jabón antiséptico en el aseo del paciente aislado.
- Preparar la ropa y material necesario para la realización del mismo.

Además el TCAE deberá ayudar e informar a las visitas del paciente aislado del procedimiento de los aislamientos:
- Vestirse con las medidas protectoras antes de entrar a la habitación.
- Tirarlas en el cubo correspondiente antes de salir de la habitación.
- Lavar las manos y/o usar solución alcohólica.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de los aislamientos hospitalarios:
- Cortan la cadena de transmisión del agente infeccioso.

- Produce una disminución en la incidencia de infección nosocomial.
- Previenen y/o controlan brotes.
- Racionalizan el uso de recursos.
- Mantienen la calidad en la atención.

6 Bibliografía

- IF López, AP Saavedra - Enfermería del Trabajo, 2019 - enfermeriadeltrabajo.com
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017. (Acceso 29 de septiembre de 2017)
- Procedimiento operativo estandarizado (POE) de PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA-Revisión 2015

Capítulo 958

SONDAJE VESICAL. TIPOS Y CUIDADOS.

RITA MARIA PEREZ PEREZ

1 Introducción

La eliminación es tan importante para el funcionamiento del organismo como la ingestión de alimento y líquido.
La eliminación es una necesidad básica humana, relacionada con el aparato excretor y digestivo, es vital para el funcionamiento del organismo.

Los fines del sondaje vesical pueden ser diagnósticos y terapéuticos.
Dentro de los fines diagnósticos encuadramos la exploración vesical, obtención de muestras de orina, medición del residuo post-miccional y por último el control de la diuresis.
Dentro de los fines terapéuticos encontramos alivio de la retención urinaria, tratamiento crónico de pacientes con fracaso en el vaciado vesical, tratamiento a pacientes con vejiga neurógena, fistulas vesicales, hematuria, tratamiento intra y post-operatorio, cicatrización de las vías urinarias tras la cirugía, etc.

2 Objetivos

Revisión bibliográfica de un caso clínico de sondaje vesical.

3 Caso clínico

El sondaje vesical es una técnica que consiste en la introducción de una sonda por la uretra hasta la vejiga urinaria, que según el tiempo de permanencia pueden ser:

- Sondaje intermitente, consistente en que después de realizar el sondaje se retira el catéter.
- Sondaje permanente , que consiste en que una vez realizado el sondaje, e paciente permanece indefinidamente con el catéter,(se realizarán los cambios que correspondan)

4 Discusión-Conclusión

Dado que el sondaje vesical es una técnica que puede introducir microorganismos en el paciente, su colocación se ha de realizar con medidas profilácticas, entre las cuales cabe destacar el evitar el uso prolongado de las sondas y sustituyendo estas por pañales con refuerzo de higiene perineal.

La institución debe fomentar, desarrollar y formar el empleo de los protocolos relativos al empleo de la sonda vesical, como inserción de la sonda, sistemas de drenaje e indicaciones para el cambio de sonda, entre otros.

5 Bibliografía

Romina Coma A., Garcia Labarthe F. Aspectos generales de la infección urinaria nosocomial. Sistemas de eliminación vesical.

Capítulo 959

LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ

NURIA SANCHEZ LOBO

PABLO ALVAREZ MURCIANO

MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La inmovilización afecta a la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras, obligando a pasar gran parte del tiempo encamado.Las razones por las que una persona sufre una pérdida de movilidad son diversas. Puede deberse a efectos inherentes al tratamiento, una consecuencia de la discapacidad provocada por la enfermedad, o una reacción espontánea del paciente al sentirse enfermo

.La presencia e importancia de la inmovilidad aumenta con la edad y es más prevalente en las mujeres que en los hombres; a su vez tienen más riesgo de sufrir esta incapacidad aquellas personas con menos recursos e institucionalizadas.

La disciplina que trata del funcionamiento correcto y armónico del aparato músculo esquelético en coordinación con el sistema nervioso comprende las normas fundamentales que deben respetarse al realizar la movilización o transporte de un peso para utilizar el sistema músculo esquelético de forma eficaz y evitar la

fatiga innecesaria y la aparición de lesiones en el profesional y así facilitar el mejor bienestar al paciente.

2 Objetivos

- Reducir la aparición de úlceras por presión.
- Aliviar el dolor, evitar edema e inflamación.
- Prevenir las complicaciones respiratorias asociadas a la inmovilización como las neumonías por aspiración y las atelectasias. Los cambios de posición facilitan el drenaje de secreciones.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar. Se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados movilización de pacientes. Además se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente, hospital, movilización, giros, cambios posturales.

4 Resultados

Los tipos de movilización de los pacientes dependen del recorrido y las características del desplazamiento. Los más importantes son:
• Giros y Vueltas.
• Enderezamiento.
• Levantamientos y descensos.
• Traslados.
• Elevaciones con grúa.

Dependiendo del tipo de paciente vamos a distinguir:
• Paciente que no colabora. Cuando el paciente por su enfermedad no puede colaborar con los profesionales.
• Paciente que colabora. Cuando el paciente puede ayudar en la movilización.

El giro consiste en el cambio de lado al paciente, la vuelta se realiza cuando es necesario cambiar la posición extendida del paciente, por ejemplo, cuando el paciente pasa de la posición decúbito supino a decúbito prono. La vuelta sirve para los cambios posturales, el aseo o hacer la cama.

En la movilización del paciente colaborador (movilización activa, hecha por una persona).
• Colocarse en el lado de la cama hacia donde se va a girar el paciente.
• Movilizar al paciente hacia el lateral de la cama contrario del decúbito al que se va a mover, para que al girarlo quede en el centro de la cama.
• Pedir al paciente que estire el brazo para el lado que va a girar el cuerpo y que flexione el otro brazo sobre el pecho.
• Luego pedir al paciente que flexione la rodilla de la pierna que va a quedar por encima.
• Deslizar un brazo por debajo del hombro y el otro por debajo de la cadera.
• Girar al paciente hacia el lado donde estamos colocados.
• Acomodar al paciente.

La movilización de paciente no colaborador (movilización pasiva, hecha por dos personas). Si el paciente es grueso o no puede colaborar, debe realizarse entre dos personas.
- Utilizar la técnica de movilización con una entremetida.
- Uno a cada lado de la cama.
- Doble una sábana por la mitad, por su largura.
- La sábana se coloca por debajo, de forma que pase desde los hombros hasta debajo de los glúteos.

Para introducir la sábana se coloca a la persona en decúbito lateral y se mete la sábana por el lado en el que el cuerpo está elevado. Luego se vuelve a la persona hacia el lado contrario y se estira la parte de la sabana que falta colocar. Agarrar la sábana enrollada por los laterales, sujetándola fuertemente, pudiendo así movilizar a la persona a cualquier lado de la cama, al mismo tiempo que mantienen sus piernas ligeramente flexionadas y la espalda recta.

La transferencia del paciente de la cama al sillón de ruedas es necesaria la participación de una persona (celador o auxiliar de enfermería), o dos dependiendo de la colaboración del paciente.
• Colocar la silla de ruedas (frenada y con el respaldo en los pies de la cama y paralela a ella) o sillón (frenado) junto a la cama y paralelo a ella.
• Poner la cama en posición fowler, si las características de la cama lo permiten.
• Sujetando al paciente por los hombros y las rodillas, lo giraremos hasta dejarlo sentado en el borde de la cama.
• Flexionaremos las rodillas para abrazar al paciente por la cintura, así de esta forma lo ayudamos a incorporarse de pie y a continuación en un cuarto de giro

lo sentamos en el sillón o la silla de ruedas.
• Dejarlo bien acomodado, colocando las almohadas necesarias para ello.

Cuando un paciente no colabora, o se esté moviendo lo podemos realizar ayudados de una entremetida; un celador se pondrá por el lado de la cabeza y el otro por la zona lumbar del paciente, sujetando bien la entremetida y pegada al cuerpo del paciente. A la vez elevaremos al paciente de la cama y lo dejaremos sentado en el sillón o en la silla de ruedas.

Otra forma sería (sin entremetida)aquella en la que un celador se coloca por detrás de la cama y agarra al paciente por debajo de las axilas, el otro celador lo sujeta por los pies. Los dos, sincronizados, sentarán al paciente en el sillón o silla de ruedas.

La transferencia del paciente tendido en el suelo para pasarlo a posición de sentado hay que:
• Colocar la silla o sillón detrás del paciente.
• Indicar al paciente que se coja de los hombros de los celadores que le van a sentar, siempre y cuando el paciente esté consciente.
• Cogerle por las axilas, haciendo tope nuestros pies y rodillas con los del paciente para evitar que este resbale. Levantar al paciente llevándolo hacia atrás sentándolo en la silla.

Hay pacientes con determinadas patologías que el celador o técnico auxiliar de enfermería deberá conocer para su correcta manipulación. Por el contrario, se puede causar un daño al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios posturales alternados, dos horas en posición lateral y cuatro horas en posición supina sobre un colchón reductor de presión, no conduce a menos lesiones por presión comparándolo con los efectuados cada cuatro horas en las dos posiciones. En consecuencia, no se puede considerar como medida preventiva más eficaz el aumento de la frecuencia en los cambios posturales.

Los profesionales sanitarios que con mayor frecuencia sufren lesiones en la espalda baja por las movilizaciones y las transferencias, son los celadores y técnicos auxiliares de enfermería, especialmente los que trabajan en los hogares de ancianos o residencias. Las lesiones más frecuentes son trastornos músculoesqueléticos en la zona de la espalda baja.

Incluso la técnica más segura de las tareas de movilización del paciente, tiene un riesgo significativo de provocar una lesión en el personal que las realiza. Es necesario enseñar a los profesionales sanitarios la importancia de que el paciente desarrolle su independencia a través del movimiento del propio cuerpo y de la comunicación no verbal. La utilización obligatoria de elevadores mecánicos, previenen las lesiones en el personal sanitario y reducen las bajas laborales.

6 Bibliografía

• Macías Núñez JF, Guillen Llera F, Ribera Casado JM. Geriatría desde el principio. 2º edición. Glossa; 2005. p. 179-190.
• Mencía Seco VR. Trastorno de movilidad y movilización de pacientes. Jaén: Formación Alcalá; 2003.
• Aguilar Casas M. et al. Movilización del paciente. Vértice; 2011.
• Mazeres Ferre O. Como se moviliza a un paciente encamado. FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Elsevier; 2004. p.121-123.
• Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Internet. 2003. Acceso noviembre 2009. Disponible en: Servicio Andaluz de Salud – Publicaciones.

Capítulo 960

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PROFESIONAL SANITARIO.

DAVID ALBARRÁN MILLÁN

1 Introducción

El técnico de cuidado auxiliares de enfermería (CAE) , profesionales que no trabajan independientemente, sino en una labor de equipo de carácter multidisciplinario en la que cada profesional complementa a lo demás. El auxiliar lleva la responsabilidad de una parte muy importante del proceso de asistencia sanitaria:
- La atención directa y continuada al paciente.
- La humanización de la asistencia.

Las funciones del auxiliar de enfermería se podrían resumir en:
- Ejecutar tareas de higiene.
- Colaborar.
- Realizar tomas de muestras.
- Controlar almacenes de ropa, material y medicamentos.
- Traslado de pacientes.
- Preparación de pacientes para consultas o intervención médica.

El comportamiento del auxiliar de enfermería, en relación con el paciente, influirá positiva o negativamente en el desarrollo de su enfermedad. Además de atender al paciente en sus necesidades más básicas o cotidianas, le ofrece la posibilidad de contribuir a su restablecimiento, ofreciendo una atención adecuada, agradable, humana.

2 Objetivos

- Proporcionar una atención integral directa, identificar las necesidades reales del paciente, realizar actividades establecidas en los planes de cuidaos de enfermería, cubrir y resolver problemas, prevenir o ayudar a rehabilitar la enfermedad.
- Facilitar la estancia en el hospital a los pacientes y asistir a enfermeras o médicos.
- Valorar al paciente, individualmente, cuidados de calidad, para conseguir buenos resultados depende del auxiliar de enfermería, ofreciendo también una actitud buena para ayudar al paciente.
- Enfrentar los desafíos que los pacientes y sus problemáticas presentan día a día.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar debe realizar una observación sistemática de determinados signos y síntomas del enfermo. En el desarrollo de sus funciones observará, principalmente, y comunicara al personal de enfermería, los aspectos siguientes:
- Cambios de color en la piel, aparición de manchas, eritemas, escaras.
- Alteraciones de la respiración que se puedan apreciar visualmente.
- Movimientos anormales de los miembros.
- Presencia de dolor.
- Aumento o disminución del apetito, dificultad al tragar, aparición de vómitos…
- Sueño.
- Cantidad y calidad de la comunicación con el personal sanitario, con la familia y con los otros pacientes.
- Conducta general, sentimientos y nivel de satisfacción general del paciente.

El auxiliar de enfermería/técnico de cuidados auxiliares de enfermería se comportara con educación, simpatía y bondad, pero sin familiaridades fiera de lugar

y con la firmeza necesaria.

Como profesional intentará modificar actitudes y los aspectos de su conducta que pueden influir negativamente en su trabajo.

La tarea del auxiliar, enfrentado a situaciones estresantes con trabajo que se acumula, trato con pacientes difíciles, posible situación de inestabilidad emocional propia que puede dar lugar a malestar. Se puede prevenir asumiendo que no son omnipotentes, siendo capaces de desconectar, compartiendo los sentimientos, reciclándose y formándose, disfrutando de la vida y aprendiendo a relajarse.

Efectos positivos:
- Restablecimiento físico y mental.
- Control emocional sobre determinadas situaciones.
- Regular funciones corporales como pueden ser la frecuencia cardíaca y respiratoria.
- Aumentar el autodominio y el auto conocimiento.
- Atención a los pacientes instaurando rutinas de orden, limpieza, alimentación adecuada e higiene. Ejecutar las normas cuando el paciente ingrese en el hospital:
- Recibir al paciente dirigiéndose por su nombre.
- Recoger toda la documentación.
- Acompañarles hasta la habitación.
- Explicarles las normas.
- Información de horarios.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares de enfermería proporcionan atención básica de salud a los pacientes. Tienen tareas como la alimentación de los pacientes, ordenar ropa, hacer camas, apoyar, ayudar y escuchar.

Registran variables: temperaturas, peso, frecuencia cardíaca y tensión arterial. En general tiene que mantener una estrecha vigilancia sobre los pacientes, observar cambios y asegurarse de que se sienten cómodos.

El auxiliar de enfermería debe de tener una formación continuada; tener sensibilidad y simpatía, capacidad de respetar la dignidad. También ayudan en tareas clínicas simples; cambiar vendajes o recoger muestras para las pruebas entre otros.

6 Bibliografía

- Recomendaciones de la OMS. Revisión bibliográfica de la literatura científica sobre el auxiliar de enfermería, profesional sanitario.

Capítulo 961

NECESIDADES DEL NIÑO HOSPITALIZADO Y SUS ETAPAS.

DAVID ALBARRÁN MILLÁN

1 Introducción

Según la OMS. Los niños representan el futuro, y su crecimiento y desarrollo deben ser unas de las máximas prioridades para todas las sociedades.
La enfermedad y el daño físico leve son episodios comunes en la vida de los niños. Cada niño va a vivir estas experiencias de una forma diferente según sea la influencia de diversos factores:
- La edad en se encuentre el niño para poder reconocer la enfermedad como tal.
- El tipo de enfermedad. Si es aguda o crónica; si va acompañada de dolor. El simple dolor físico apenas deja huella en el niño. Lo que permanece en su memoria es el recuerdo del sufrimiento.
- Las experiencias anteriores de enfermedad que el niño haya tenido.
- La personalidad del niño. Cada niño reacciona de una manera diferente.
- El lugar del tratamiento. Si se realiza en la casa o en el hospital, la hospitalización es una experiencia que puede tener un valor traumático para el niño.

Los niños pequeños necesitan la relación afectiva con su madre o con una persona que la sustituya, para desarrollarse con normalidad.
La hospitalización es un acontecimiento muy impactante para todo niño menor de 7 años

La enfermedad del niño suele alterar el funcionamiento familiar, puesto que el niño enfermo precisa de cuidados especiales por parte de sus padres. Su enfermedad repercutirá también en su relación con los hermanos, ya que van a quedar relegados respecto al niño enfermo.

Durante la hospitalización es deseable que los padres permanezcan con el niño la mayor parte del tiempo posible, y que participen activamente en sus cuidados, así como que colaboren en algunas tareas.
Los padres necesitan ser informados adecuadamente sobre la enfermedad de su hijo y la atención sanitaria que requiere.
El personal que trabaja con los niños debe reunir unas determinadas características profesionales:
- Madurez y equilibrio personal.
- Interés en el trabajo con la infancia.
- Disposición favorable hacia el trato con los niños.

2 Objetivos

- Facilitar la presencia de los padres durante el tiempo que dura la hospitalización para disminuir los temores, es beneficiosa en muchas situaciones.
- Acoger sus temores y preguntas, mantenerlos informados. Atender las necesidades emocionales, facilitarles medios de distracción.
- Dejar que los niños tengan consigo algún juguete de su casa en el hospital, ayudan a los niños a soportar el sufrimiento por la separación de su entorno.
- Prestar atención a las necesidades psicológicas y atender las necesidades emocionales del niño.
- Preservar su intimidad.
- Mostrar una especial atención al manipular su cuerpo.
- Trabajar por la vida del niño.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las condiciones ambientales y la decoración de las salas de hospitalización son a veces frías, contribuyen a aumentar las inquietudes del niño.
El medio hospitalario debería contar con las posibilidades para responder a las necesidades de los niños ingresados: educativas, recreativas, expresivas…
La actitud del personal sanitario debe mostrar una gran sensibilidad.
Como reacciones frecuentes del niño enfermo se encuentran:
- Actitudes infantiles.
- Rechazo a la existencia de la enfermedad.
- Pasividad.
- Emoción.
- Llamadas de atención.
- Trastornos en la conducta, del sueño, alteraciones de la alimentación…
- Depresión.

Potenciar el trabajo comunitario para la promoción de estados emocionales positivos en los pacientes, especialmente en pacientes crónicos.
Trabajar contra el dolor, sufrimiento, tristeza.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad trastorna al estatuto socio familiar del niño, pero le impone también una vivencia especial compuesta de unas amenazas y agresiones externas e internas.
Derechos del niño: ser ingresado solo si no se pueden recibir los cuidados necesarios en casa, la posibilidad de ser acompañado por sus padres el máximo de tiempo posible. Recibir información adaptada a su edad y un seguimiento individual.
El niño no debe recibir tratamientos médicos innecesarios ni deben soportar sufrimientos físicos y morales.

6 Bibliografía

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

Capítulo 962

LA RELACIÓN CON EL PACIENTE CRÓNICO.

DAVID ALBARRÁN MILLÁN

1 Introducción

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. El enfermo crónico tiene generalmente una posición pasiva frente a la enfermedad, en la mayoría de los casos no saben cómo actuar. La enfermedad crónica obliga a una modificación del modo de vida del paciente. El paciente está sujeto a largas estancias en hospitales. La estancia prolongada puede producir reacciones difíciles de controlar. Los tratamientos se convierten en una rutina de la que no pueden librarse.

2 Objetivos

- Ayudar al paciente para que llegue aceptar la enfermedad con las limitaciones que conlleva, adaptando su vida a su nueva situación y poniendo los medios necesarios para alcanzar la mejor calidad de vida posible.
- Asegurar la continuidad asistencial, trabajar de forma integrada. Potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente; favoreciendo la implantación de nuevas tecnologías.
- Organizar y educar los recursos hospitalarios a las condiciones y necesidades de los pacientes.
- Asegurar la coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles que interviene para garantizar la continuidad de los cuidados.

- Promover la participación activa por parte de pacientes y personas cuidadoras, en el mantenimiento de la salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

La relación y su contacto continuado con el paciente, tiene la posibilidad de observar numerosas facetas de su vida diaria:
- Como vive el paciente y su familia la enfermedad o incapacidad.
- La importancia que el paciente da a las pérdidas sufridas.
- La falta de conocimientos o de motivación para asumir la responsabilidad del auto cuidado
- La capacidad de adaptación.
- Los recursos de apoyo de familiares, amigos, asociaciones.
- La incapacidad de admitir un nuevo estilo de vida. El posible aislamiento social.

La relación con el paciente se basará, dentro del marco de su actividad cotidiana, en las siguientes actividades y actitudes:
- Enseñar al paciente en su auto cuidado.
- Informar al paciente de la existencia de redes de ayuda y la conveniencia de utilizarlos.
- Facilitar la expresión.
- Reforzar positiva-mente los comportamientos de aprendizaje y cambio que tiendan a mejorar las habilidades.
- Apoyar los contactos interpersonales para disminuir el aislamiento social.

5 Discusión-Conclusión

Al igual que en cualquier enfermedad, pero de una manera más acentuada, el paciente ha de pasar por varias etapas en el proceso de adaptación. La esperanza,

el vivir la enfermedad con sus secuelas, la aceptación.

6 Bibliografía

- Recomendaciones de la OMS.
- Revisión bibliográfica de la literatura científica en la relación con el paciente crónico.

Capítulo 963

INFECCIONES NOSOCOMIALES HOSPITALARIAS

MARIA CRUZ PEREZ LOPEZ

MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ

1 Introducción

Según la O.M.S., las denominadas infecciones nosocomiales u hospitalarias, "son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso". Así mismo, las infecciones que se suceden a más de 48 horas después de un ingreso hospitalario suelen considerarse nosocomiales. A día de hoy, ninguna institución sanitaria de ningún país del mundo tiene resuelto este problema.

Las infecciones nosocomiales o las adquiridas durante la asistencia sanitaria son la causa más frecuente de eventos adversos graves en pacientes hospitalizados. Ocasionan la prolongación de las estancias hospitalarias e incluso discapacidad a largo plazo, provocan una mayor resistencia de los microorganismos, deterioran la imagen de los equipos asistenciales, de los hospitales y del sistema sanitario, causan un impacto enorme en la economía del país, poniendo a prueba la sostenibilidad de los programas de salud, y lo que es peor, ocasionan muertes innecesarias.

A partir de los datos del Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España (EPINE), que se realiza desde hace 2 décadas, y del Point Prevalence Study, efectuado en diversos países de Europa, se estableció que alrededor del 7% de

los pacientes hospitalizados presentan una infección relacionada con la asistencia sanitaria durante el corte de prevalencia, estimándose que alrededor del 5% de los pacientes hospitalizados desarrollaron una infección nosocomial durante el ingreso. Si bien hasta hace algunos años la infección nosocomial identificada con mayor frecuencia en los cortes de prevalencia era la infección del tracto urinario, en la actualidad lo es la infección del tracto respiratorio, seguida de la infección de localización quirúrgica. En general, estas infecciones están relacionadas con procedimientos asistenciales invasivos: la infección urinaria nosocomial con el cateterismo urinario, la infección quirúrgica con el procedimiento quirúrgico, la infección respiratoria con la ventilación mecánica invasiva y la bacteriemia de catéter con el cateterismo vascular. Detrás de todas estas infecciones están las bacterias, virus, hongos y otros patógenos que normalmente son difíciles de atajar con los antibióticos habituales. Los pacientes más vulnerables a estos microorganismos son aquellos cuyo sistema inmune se encuentra más debilitado, hecho que facilita la colonización de los microorganismos (pacientes inmunodeprimidos, los que reciben quimioterapia, los pacientes geriátricos y los neonatos). Además, pueden existir contagios cruzados (cuando el agente se contrae directamente por contacto con otro enfermo), endógenos (cuando el contagio procede de la flora del propio paciente) o ambientales (por contacto directo con material contaminado).

2 Objetivos

El principal objetivo de esta revisión sistemática es identificar los protocolos de actuación y analizar la manera de prevenir la transmisión de infecciones nosocomiales, así como contribuir a mejorar la calidad de la atención hospitalaria y la seguridad del paciente hospitalizado, en especial del paciente crítico e inmunodepresivo.

Otro objetivo sería contribuir a disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales, prevenir y/o controlar brotes y, en resumen, reducir las tasas de contagio.

3 Metodología

Se estudiaron los criterios de inclusión y exclusión, utilizando para ello las bases de datos: CUIDEN, MEDLINE Y SCOPUS y las bibliotecas electrónicas de Scielo y PubMed. . En cuanto a la selección de los estudios, se analizaron los trabajos a través de su título, resumen y lectura integral. En total, se identificaron 3 artícu-

los de revistas científicas (Epine , OCU y elmundo.es salud), y otro de la O.M.S. (Organizaciones Mundial de la Salud) . Las palabras clave utilizadas como descriptores fueron: infección nosocomial, infección hospitalaria, contagio, prevención. En cuanto a los criterios de inclusión, se buscaron artículos en español sobre infecciones nosocomiales a pacientes españoles mayores de 18 años, publicados en los 10 últimos años. Con referencia a los criterios de exclusión, se revisaron disertaciones y tesis, investigaciones teóricas y sistemáticas sobre el arte de la literatura en cuestión, objetivando alcanzar los objetivos de este estudio y comparar los datos encontrados con la literatura.

4 Resultados

Los estudios demuestran que los hospitales con programas activos de control de la infección tenían hasta un 30% menos de infecciones hospitalarias que los hospitales que no disponían de estas estructuras. La la evidencia ha demostrado que, tras aplicar un riguroso protocolo de actuación, se consigue reducir este tipo de infecciones, por lo tanto es fundamental seguir unas medidas de actuación comunes:

- Invertir en políticas más detalladas de prevención de infecciones ayuda a que pacientes y personal aprendan los aspectos microbiológicos básicos de las bacterias y los factores de riesgo. Una adecuada asepsia de las manos del personal hospitalario antes y después de toda intervención realizada en el paciente, puede reducir hasta en un 37% la infección nosocomial, además del uso de guantes para realizar procedimientos de contacto y el uso de geles alcohólicos desinfectantes.
- Mantener una adecuada asepsia del material que usa el personal hospitalario en todo procedimiento realizado sobre el paciente contribuye a mejorar las tasas de infecciones, especialmente en U.C.I. y quirófanos.
- Aislar en dependencias separadas a aquellos pacientes que tengan ya establecida una infección intrahospitalaria, evita especialmente la propagación de la infección por Pseudomona Aeruginosa y Streptococus Aureus.
- Mantener un control estricto de los procedimientos permanentes que se realizan sobre el paciente, como : la farmacoterapia, catéteres venosos, intubaciones endotraqueales, sondaje nasogástrico, sondaje vesical, cateterismo central, evita contagios por procedimientos invasivos.
- Extremar la asepsia de las dependencias hospitalarias en las cuales están internados los pacientes garantiza las probabilidades de contagio por contacto.
- Hacer uso de las últimas tecnologías con luz ultravioleta, cuya potencia elimina las bacterias y virus con más eficacia. Otra opción es el uso de algoritmos diseña-

dos para detectar enfermedades infecciosas potencialmente transmisibles. El sistema utiliza los datos en tiempo real de los servicios de urgencias para determinar si existe riesgo de propagación infecciosa respiratoria, cutánea o gastrointestinal de algún germen.
- Usar superficies de cobre. Los estudios han demostrado que las superficies de cobre en barandillas de camas, mesas, postes y botones de llamada reducen las infecciones nosocomiales.

Gracias a la puesta en práctica de estas medidas de prevención, cada vez hay menos infecciones. Los datos muestran un descenso regular de las infecciones nosocomiales en España. Aun así, el porcentaje mayor de pacientes con infección adquirida en el propio hospital se da en los cuidados intensivos (21,59%), seguido de rehabilitación (11,59%), otras especialidades (7,89%), especialidades quirúrgicas (6,47%) y pediatría (6,45%).

Los hospitales mayores de 500 camas tienen mayor prevalencia de infección nosocomial que los de 201 a 500 camas.

Se detecta un aumento progresivo de los ingresos en el hospital de pacientes que ya vienen con alguna infección adquirida anteriormente: representan casi un tercio de las infecciones nosocomiales. Una de las explicaciones posibles es que los pacientes pasan menos tiempo en los centros hospitalarios, lo que hace que la infección nosocomial se manifieste en su domicilio, o tras una estancia en otros hospitales o al reingresar en hospitales públicos.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones intrahospitalarias son sucesos que alargan la estancia hospitalaria de pacientes internados, elevan la morbimortalidad de los mismos y causan mayores gastos económicos y humanos, hecho que repercute en todos los niveles de la población. Por lo tanto se debería evitar la existencia de tales infecciones en el interior de nuestros hospitales y centros sanitarios. Para tal efecto contamos con protocolos de prevención y diferentes medidas que reducen satisfactoriamente la frecuencia de las mismas. Cabe señalar que dichos protocolos deberían ser cumplidos con estricto control y máximo rigor de actuación. Sin ninguna duda, el uso de los protocolos mencionados y la información acerca del cumplimiento de esas medidas son cruciales para mejorar la seguridad de los pacientes. Recordamos que la primera y más importante de las medidas es la prevención. La segunda, cuando ya está instaurada la infección, es el tratamiento con el empleo

de antibióticos. Dicho tratamiento debe ser constantemente actualizado, consultado y vigilado, pues así como surgen nuevos fármacos, de la misma forma surgen patógenos más resistentes a los tratamientos convencionales.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/
- https://www.ocu.org/salud/derechos-paciente/noticias/datos-infecciones-hospitalarias
- https://infecciones-nosocomiales.blogspot.com/p/epine.html
- https://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/03/05/medicina/1173117866.html

Capítulo 964

CUIDADOS A NIÑO CON RETINOBLASTOMA.

ANGELES REDONDO MORO

LLESICA PEREZ MENENDEZ

LORENA GUTIÉRREZ GÓMEZ

1 Introducción

El retinoblastoma es un tipo raro de cáncer que afecta a los tejidos de la retina del ojo. Se forma en la capa de tejido nervioso posterior al ojo, que detecta la luz del exterior y envía las señales al cerebro.
Es un tumor maligno intraocular común en niños, con una incidencia de uno por cada 15 mil nacidos vivos, por lo que se considera el segundo tumor intraocular más frecuente. La edad media del diagnóstico de los pacientes es de 18 meses.

El retinoblastoma es hereditario en el 40% de los casos; estos niños heredan un alelo mutado en el locus retinoblastoma a través de las células germinales. Una mutación somática o cualquier otra alteración en una única célula de la retina da lugar a la pérdida de la función del alelo normal restante, lo que inicia el desarrollo de un tumor. Este trastorno se hereda de manera dominante debido a la presencia de un elevado número de retinoblastos primordiales y su rápida tasa de proliferación, lo cual hace que sea muy probable que se produzca una mutación somática en uno o más de los retinoblastos existentes.

2 Objetivos

Dar a conocer la enfermedad y los cuidados necesarios a los niños que la padecen mediante una revisión bibliográfica de un caso clínico.

3 Caso clínico

Niño de 4 meses que ingresa en el hospital por que la madre al sacarle una fotografía observar Leucovorina de una semana de evolución en ojo izquierdo, tres días después, observó estrabismo divergente del ojo izquierdo.
La madre niega la presencia de otros síntomas en el paciente tales como ojo rojo, secreciones, fotofobia y cambios inflamatorios. Sin presentar antecedentes personales y familiares de importancia, negó cualquier afección previa y durante el embarazo que pudiese tener relación con el diagnóstico. No refirió síntomas de importancia en el interrogatorio por órganos, aparatos y sistemas.

4 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de retinoblastoma se hace en promedio a los 24 meses de edad, siendo infrecuente en mayores de 7 años, asociándose que la presentación bilateral es hereditaria.
Los avances tecnológicos y el fácil acceso a cámaras fotográficas, hacen posible detectar los signos en los pacientes de forma más temprana, lo que impulsa a acudir al médico y así realizar una sospecha clínica temprana y un diagnóstico oportuno. El tratamiento del retinoblastoma clásicamente consiste en enucleación.

5 Bibliografía

- https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/retinoblastoma.
- https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/c%C3%A1nceres-pedi%C3%A1tricos/retinoblastoma#v1094872_es.

Capítulo 965

FUNCIONES DEL TCAE EN ÁREA QUIRÚRGICA

YOLANDA DÍAZ MENENDEZ

1 Introducción

El TCAE, como miembro del equipo quirúrgico, trabaja en coordinación con las enfermeras apoyando en su actividad, realizando actividades de limpieza, colocación y reposición de material en quirófano. El proceso quirúrgico consiste en una serie de acciones manuales e instrumentales encaminadas apaliar, curar o explorar, por medio de cirugía cuando no es viable otra acción médica.
La situación del paciente que va a ser intervenido propicia la humanización de los cuidados, materializándose en una atención integral del enfermo con el fin de valorar sus necesidades y planificar-ejecutar los cuidados que precisará hasta que abandone el hospital. Así, los enfermeros y los TCAE, se convierten en los profesionales de referencia para el paciente.
Las funciones de los TCAE aparecen recogidas en los Art. 74 a 85 de la Orden Ministerial del 26 de Abril de 1973, que aprueba el estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social. Asimismo, en el Real Decreto 137/1984 se señalan otra serie de funciones del TCAE en el equipo de atención primaria.
El artículo 74 de la Orden Ministerial dice: "Corresponden a las auxiliares de enfermería ejercer, los servicios complementarios de la asistencia sanitaria en aquellos aspectos que no sean de la competencia del personal sanitario titulado superior. Las auxiliares de enfermería se atenderán a las instrucciones que reciban del citado personal que tenga atribuida la responsabilidad en la esfera de su compe-

tencia del departamento o servicio donde actúen las interesadas y, en todo caso, dependerán de la Jefatura de Enfermería y de la Dirección del centro".

2 Objetivos

- Definir las técnicas del TCAE en el quirófano.
- Describir las pautas del TCAE en la exploración quirúrgica.
- Describir las etapas del proceso quirúrgico.
- Describir las funciones comunes del equipo de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

5.1 ETAPAS DEL PROCESO QUIRÚRGICO.
Para describir las funciones del TCAE necesitamos desarrollar las diferentes etapas del proceso quirúrgico:
5.1.1 Periodo preoperatorio: es el periodo previo a la intervención. El paciente debe prepararse física y psicológicamente para la intervención quirúrgica que va a llevarse a cabo. Los cuidados en este periodo son los siguientes:
- Informar al paciente y familiares sobre dudas que le surjan entorno a la intervención quirúrgica.
- Asegurar una preparación del organismo: nutrición, eliminación, oxigenación e higiene.
- Educación sanitaria: movilizaciones, ejercicios respiratorios, cuidados prequirúrgicos…
- Preparación del paciente el día de la intervención. Según el tipo de cirugía la preparación varia, sus rutinas son:
- Higiene del paciente: se realiza dos horas antes de la cirugía. También se hace una aseptización del área donde va a realizarse la intervención (clorhexidina).

Hay protocolos que dependen del hospital y de la unidad en la que el paciente esté ingresado. Se aconseja no rasurar ni depilar con excesiva antelación, ya que se producen erosiones que producen la multiplicación de los gérmenes contaminantes. El objetivo de preparar la piel del paciente es la eliminación de la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente en la piel.
- Canalización de una vía venosa.
- Colocación de enemas.
- Ayuno. Como mínimo es necesario estar seis horas sin ingerir ningún alimento ni sólido ni líquido, incluido el agua. Así, se previene la aspiración del contenido del estómago hacia los pulmones.

5.1.2 Periodo intraoperatorio: comprende el tiempo que dura la intervención quirúrgica. Los cuidados de este periodo son los siguientes:

- Apoyar psicológicamente al paciente
- Protección de las pertenencias del paciente.

5.1.3 Periodo postoperatorio: es el periodo posterior a la intervención. Los cuidados durante este periodo son:
- Apoyar psicológicamente al paciente.
- Prevención de la infección de la herida quirúrgica.

5.2 FUNCIONES COMÚNES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA.
Todas las actividades de enfermería relacionadas con el quirófano se llevan a cabo conjuntamente entre la enfermera circulante, la enfermera instrumentista y el TCAE.
- Funciones administrativas: comprobar que la historia clínica esté completa, que estén todos los datos necesarios para la intervención y que están firmados los consentimientos informados.
- Recepción del paciente.
- Valorar el estado general del paciente antes de la intervención.
- Datos de filiación del paciente.
- Confirmar ausencia de prótesis dentales, joyas, esmalte de uñas, ropa interior, pertenencias …
- Comprobar la correcta preparación del paciente.
- Mantener el quirófano en orden (es sumamente importante la reposición adecuada del quirófano para que la intervención se desarrolle con el menor número de complicaciones posibles).
- Reponer y comprobar el carro de anestesia, medicación, material no fungible y fungible.

- Tener localizado y chequeado el desfibrilador por si se precisa en cualquier momento.
- Chequear y comprobar el funcionamiento del respirador.
- Comprobar que el mobiliario y el aparataje se corresponden con el tipo de intervención.
- Preparar el equipo y el material necesario para la intervención.
- Revisar que los elementos de quirófano funcionan correctamente y están bien colocados y conectados.
- Tranquilizar e informar al paciente sobre sus dudas.
- Controlar el momento de la cirugía en el que se encuentra el cirujano para poder anticiparse a sus necesidades.
- Comprobar la existencia de todas las numeraciones y tallas disponibles si la intervención requiere de implantes quirúrgicos específicos.
- Controlar el material utilizado y contar al inicio y al final de la intervención quirúrgica compresas, gasas, instrumental y cualquier objeto pequeño susceptible de poderse quedar dentro del paciente.
- Trasladar el paciente a la cama bajo la orden del anestesiólogo.
- Preparar el instrumental y el material para su esterilización. El adecuado montaje de las cajas de instrumental se lleva a cabo de la siguiente forma:
- Comprobar que el instrumental está en perfecto estado.
- Colocar las cajas con el material más pesado en la base y las cajas con el material más delicado sobre este.
- Montar los instrumentales por grupos separados utilizando imperdibles para facilitar su manejo.
- Unir las cremalleras en el primer diente.
- El tamaño del contenedor-en base de instrumental depende del volumen del mismo y del método de esterilización que vaya a utilizarse.
- Controlar la integridad de las cajas de instrumental.
- Comprobar los filtros en los contenedores quirúrgicos y proteger el material delicado y punzante.
- Comprobar que los paquetes o cajas llevan los controles de esterilización.
- Participar en la docencia del área quirúrgica.

5.3 FUNCIONES TÉCNICAS DEL TCAE EN QUIRÓFANO.

El personal TCAE, como miembro del equipo quirúrgico, realiza su trabajo en coordinación y bajo la supervisión de las enfermeras. Son muy importantes sus tareas en el quirófano.

- Preparación del quirófano para cualquier intervención quirúrgica.

- Colocar correctamente el mobiliario y aparataje quirúrgico antes y después de la intervención.
- Colaborar con las enfermeras en la colocación del equipo textil-desechable, lavado quirúrgico y cajas de instrumental.
- Preparar y comprobar al menos un sistema de aspiración conectado a vacío.
- Recepción del paciente: tiene como objetivo fundamental realizar una correcta acogida y proporcionar cuidados de calidad en el proceso quirúrgico. Pautas:
- Colaborar con el equipo de enfermería en la recepción del paciente.
- Hacer una segunda evaluación del aseo corporal del paciente.
- Prevenir lesiones mediante:
- Retirada de accesorios del pelo o pelucas, se coloca un gorro en el cabello del paciente.
- Sacar joyas.
- Retirar el esmalte de uñas.
- Quitar lentes de contacto.
- Retirar cualquier prótesis.
- Instruir al paciente sobre las dimensiones de la mesa quirúrgica.
- Posición del paciente en la mesa quirúrgica: En el caso de anestesia raquídea o epidural, se debe colocar al paciente en sedestación o en decúbito lateral, según indique el anestesiólogo. El TCAE debe colaborar en la colocación del paciente.
- Durante la intervención quirúrgica: el TCAE en el momento de la intervención realiza actividades dependientes e interdependientes:
- Proveer el material necesario que se solicita durante la cirugía.
- Colaborar con la enfermera cuando lo solicita para las técnicas que se realicen al paciente.
- Limpiar el material que sea utilizado al inicio del proceso anestésico.
- Atender al paciente cuando sea necesario y notificar cualquier incidencia al equipo quirúrgico.
- Ayudar a vestir y atar las cinchas de la bata quirúrgica a los miembros del equipo.
- Colaborar en la colocación de la placa de bisturí eléctrico cuando se precise.
- Zona cercana al campo operatorio.
- Zona musculosa, seca y sin vello.
- Colocar la manta térmica si desciende la temperatura corporal del paciente.
- Colaborar en la colocación de los apósitos al final de la cirugía si se requiere.
- Seguir estrictamente los principios de las técnicas estériles.
- Recogida, limpieza y desinfección en el quirófano. El quirófano debe quedar en condiciones óptimas para realizar una nueva intervención. Pautas generales:
- Al finalizar la intervención se debe retirar todo el material desechable utilizado.

- El mobiliario de quirófano debe limpiarse después de la jornada quirúrgica con un trapo húmedo con solución desinfectante.
- Las manchas de sangre se quitan con agua fría o agua oxigenada.
- Las lámparas de quirófano deben conservarse en un buen estado de limpieza.
- Limpiar el aparataje de quirófano con trapos húmedos con solución detergente o desinfectante.
- Cambiar y cerrar los sistemas de aspiración entre una y otra cirugía.
- Recoger y limpiar el instrumental quirúrgico empleado.
- Preparación del material para su esterilización.
- Ordenar y contar el instrumental en los contenedores siguiendo listados.
- Limpiar el fibrobroncoscopio y/o sonda de Eco-Doppler transesofágico.
- Limpiar y desinfectar las superficies de las mesas quirúrgicas inmovibles con hipoclorito sódico.
- Ayudar a las enfermeras a ordenar el material estéril en las vitrinas o los armarios.
- Revisar los contenedores de material punzante.
- Colocar las sábanas de la mesa quirúrgica después de limpiar.
- Coordinar con los AOS y los servicios de limpieza para dejar limpio y preparado el quirófano para la siguiente intervención.
- Reposición de material en el área quirúrgica. Las actividades de reposición son muy variadas.
- El quirófano debe de estar correctamente repuesto y preparado.
- En cada centro hospitalario la distribución de los almacenes puede variar, su clasificación puede ser:
- Almacén de anestesia.
- Almacén de suturas.
- Almacén de material fungible.
- Almacén de farmacia.
- Cuidado, conservación y reposición de batas, sábanas, toallas…
- Confección de lavados quirúrgicos, tubitones, material fungible no estéril.
- Pedido del material que se necesita.
- Pedido sobre un estocaje de material.
- Reposición de la zona limpia del quirófano. Tareas más importantes:
- Preparar equipos quirúrgicos.
- Reponer la zona de lavado quirúrgico.
- Reponer la zona intermedia compuesta por vitrinas, estanterías…, de fungible, medicación, suturas, sueroterapia y ropa.

- Algunos antequirófanos están provistos de calentadores de sueros. Revisar limpieza y nivel adecuado.
- Repartir el pedido de ropa estéril en la zona limpia de los quirófanos.
- Colocar el instrumental y material y comprobar que queda correctamente colocado.
- Reposición de la zona de lavado de instrumental: el material que puedes encontrar en esta zona es: gomas de aspiración, filtros de esterilización, minesotas, indicadores internos de esterilización, tarjetas para contenedores de instrumental, detergentes y desinfectantes, compresas sin control, cepillos, guantes desechables no estériles y gafas de protección.
- Reposición y limpieza del carro de material fungible (se encuentra dentro del quirófano), revisar y reponer lo que falta: gasas y compresas, paños, sondas vesicales y apósitos.

El carro debe estar siempre repuesto y colocado dentro de una zona visible y accesible dentro de quirófano. La finalidad es que contenga el material necesario.
- Reposición y limpieza del carro de anestesia. El TCAE debe revisar lo que falta y reponer un número adecuado del material necesario: jeringas, agujas, gasas, esparadrapos…
- Limpieza, procesamiento y almacenamiento de instrumentos y suministros. El TCAE limpia, para su posterior esterilización, los instrumentos utilizados:
- En cirugía no séptica con el equipo de protección personal provisto de gafas y guantes.
- En cirugía séptica.
- Deben conocer los métodos utilizados para desinfectar materiales.
- Revisar los contendedores de instrumental.
- Algunos materiales empleados durante la intervención quirúrgica precisan de una preparación y lavado especial antes de mandarlo al servicio de esterilización.
- Colaboración y participación del área quirúrgica. El TCAE debe enseñar a su alumno el funcionamiento dentro del área quirúrgica, las técnicas que realiza en colaboración con el personal de enfermería, las labores de reposición, limpieza y esterilización del instrumental.
- Servicios complementarios en asistencia sanitaria. El TCAE debe conocer estos servicios.
- Responsabilidad profesional: es la obligación que el profesional tiene por responder por las actividades que realiza en función de su actividad profesional y experiencia.

5.4 PAUTAS DEL TCAE EN LA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA.

En ocasiones, es preciso que el médico explore al paciente en el antequirófano antes de la intervención quirúrgica. De esta manera el TCAE lleva a cabo las siguientes funciones:

- Mantener una adecuada temperatura, ya que puede ser necesario que el enfermo tenga que desvestirse.
- Mantener una adecuada iluminación del antequirófano.
- Disponer de una mesa auxiliar por si fuese necesario material adicional para la exploración.
- Colocar ordenadamente todo el material utilizado.
- Ayudar al paciente a desvestirse e incorporarse en la cama en caso necesario.

5 Discusión-Conclusión

En el capítulo hemos realizado un breve recorrido por las técnicas de cirugía y la preparación del paciente quirúrgico.

El proceso quirúrgico comprende tres etapas: el periodo preoperatorio, interoperatorio y postoperatorio. En cada una de ellas se explican los cuidados necesarios que el TCAE tiene que llevar a cabo. Son tres periodos que se producen de manera secuencial, en los que las diferentes actividades que se realizan en cada uno de ellos como objetivo común mantener al paciente en las condiciones óptimas ante cualquier intervención quirúrgica que se efectúe.

Todas las actividades de enfermería dentro del quirófano se realizan entre la enfermera circulante, instrumentista y el TCAE, diferenciándose funciones propias de cada uno de los profesionales que componen el equipo quirúrgico. Concretamente, el TCAE realiza las técnicas quirúrgicas necesarias en coordinación y bajo la supervisión del equipo de enfermería del quirófano correspondiente.

Se han plasmado las principales técnicas del TCAE en el proceso quirúrgico, destacando la reposición del quirófano, limpieza y procesamiento de los instrumentos, entre las técnicas más habituales.

6 Bibliografía

Candel Parra E. El paciente quirúrgico. Intraoperatorio. En: De la Fuente Ramos M (coord.). Enfermería Médico-Quirúrgica. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Vol.1. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.p. 210-222.

García García A, Hernández Hernández V, Montero Arroyo R, Ranz González R. Enfermería de quirófano. Serie cuidados avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005.

Lavado y pintado quirúrgico del paciente. PTN de uso interno del Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Madrid.

Capítulo 966

EL TCAE ANTE LA CONTAMINACIÓN CRUZADA HOSPITALARIA

TATIANA GARCIA CABALLERO

MARIA LUISA LÓPEZ MENENDEZ

SARA MARIA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

La contaminación cruzada en hospitales supone la principal causa de que se produzcan infecciones nosocomiales, por ello, es tan importante tener localizados los focos para extremar las medidas de higiene y desinfección. La contaminación cruzada es una de las grandes preocupaciones de profesionales y pacientes de hospitales, centros sociosanitarios, centros médicos, etc. Pero, en ocasiones, las fuentes de esta contaminación no son tan obvias y, por lo tanto, como profesionales sanitarios, debemos conocerlas.

Es muy importante el papel del TCAE, ya que son el personal que más está en contacto con los pacientes, y por lo tanto pueden actuar como medio de transporte para los agentes infecciosos de un paciente a otro. Estas infecciones se da en lugares de gran concentración de personas, como son la sala de espera, servicio de urgencias,o el servicio de hospitalización, donde las personas infectadas propagan virus al ambiente, exponiendo así al resto ya que en muchos de los casos no toman todas las medidas necesarias.

2 Objetivos

Conocer una serie de medidas adecuadas para poder poner en práctica y, de este modo, contribuir a la prevención de las enfermedades nosocomiales.
- Objetivo General: Desarrollar estrategias educativas dirigidas al personal sanitario que permita la disminución de infecciones cruzadas, en el proceso de atención a pacientes ingresados o aquellos pacientes que están esperando a ser atendidos en las consultas de las diferentes especialidades hospitalarias.
- Objetivos específicos:
1. Fundamentar las estrategias educativas.
2. Definir la situación actual de las contaminaciones cruzadas en el proceso de atención del servicio de hospitalización
3. Diseñar las estrategias educativas para la prevención de la contaminación cruzada para el personal sanitario, pacientes y familiares.

3 Metodología

El primer paso para elaborar esta metodología ha sido llevar a cabo una revisión bibliográfica del tema.
Para llevar a cabo una buena prevención de la contaminación cruzada hospitalaria se han de tener en cuenta los siguientes aspectos:
- Mejorar el cumplimiento de las precauciones estándar haciendo énfasis en la higiene de las manos, concienciando tanto al personal sanitario como a los pacientes y familiares a través de una formación reglada, carteles, poster o folletos de concienciación y, mediante explicaciones claras, concretas y concisas sobre una adecuada higiene.
- Utilización de las precauciones de contacto adicionales incluyendo las políticas de detección y las estrategias de descontaminación.
- Llevar a cabo una Política general para el control de la contaminación cruzada basada en el mantenimiento de un rol activo del personal sanitario, del paciente y familiares para impedir la transmisión directa e indirecta de los agentes infecciosos.
- Promover la utilización individual y exclusiva de material no reutilizable en la asistencia de pacientes, así evitaremos la contaminación por una mala praxis en la limpieza, desinfección y esterilización de estos materiales.
- Llevar a cabo los protocolos elaborados en cada centro hospitalario por el servicio de Medicina Preventiva y los expertos en Control de Infecciones, los cuales deben incluir la periodicidad con la que llevar a cabo los procesos de limpieza

en las diferentes áreas del hospital, así como todos los procedimientos a llevar a cabo, los materiales y productos , que en las concentraciones adecuadas, han de emplearse en cada zona.
En conclusión, no debemos olvidar que la implantación generalizada de programas que potencian la cultura de seguridad en los centros sanitarios y las campañas de higiene de manos, promovidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las Comunidades Autónomas están dirigidos a concienciar al personal y a los pacientes sobre el peligro de la contaminación cruzada, y a establecer protocolos de higiene y desinfección que ayuden a minimizar las enfermedades nosocomiales. La higiene hospitalaria es, por tanto, una prioridad , no sólo para profesionales sanitarios sino también para gestores e instituciones, pacientes, cuidadores y familiares, con alto impacto en los resultados en salud, con una repercusión económica significativa, que cuenta con un potencial de mejora en la gestión eficiente de recursos y supondría una mejora en la percepción de la calidad asistencial por parte de los usuarios.

4 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud [Sede web]. Génova, Suiza (2015). Higiene Hospitalaria
2. Organización Mundial de la Salud [Sede web]. Génova, Suiza (2015). Save Lives: Clean your Hands
3. https://es.halyardhealth.com
4. https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/3987
5.https://www.seguridaddelpaciente.es
6. https://www.revistanefrologia.com
7. http://www.higiene.edu.uy

Capítulo 967

EL TCAE Y LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL

BEGOÑA GARCIA VELARDE

MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ

EVA DONCEL PEDRAYES

1 Introducción

Los cuidados que se le ofrecen al paciente con enfermedad terminal tanto físicos como psicológicos son los cuidados paliativos. La OMS los define como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares enfrentados a problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida,a través de la prevención y alivio del sufrimiento y tratamiento del dolory otros problemas (físicos,psicológicos y espirituales) derivados de la enfermedad.

2 Objetivos

- Conseguir la mejor calidad de vida posible para el paciente y familia.Si aumenta el bienestar y el confort se reduce la sensación de abandono e impotencia y se eleva el umbral del dolor.

3 Metodología

Control de síntomas que hay que evaluar que tratar y estratégia terapeútica.Valorar el estado general (escala Karnofski), funcional(Barthel y Kartz), úlceras por presión (Escala de Norton) psicológico(depresión: Yesavage; ansiedad: Golgberg). Miedo a la desconocido,soledad, angustia (Pattison) y valorar la situación sociofamiliar (Escala de Gijón).

Para control del dolor se usan analgésicos que de base son aspirina,codeína y morfina. Nunca mezclar 2 opiáceos pero si pueden usarse conjuntamente con ellos medicamentos coanalgésicos. En la medida de lo posible, usar siempre la vía oral.

4 Resultados

Los cuidados paleativos ayudan al paciente a sobrellevar la enfermedad con dignidad y a confiar en las personas que le rodean;estos ,se ofrecen de manera activa e integral por profesionales sanitarios en esos momentos tan difíciles de la vida.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, los Cuidados Paleativos actúan en 3 niveles:
-Básicos, primarios: generales en cualquier ámbito y a todos los pacientes.
-Secundarios, específicos: avanzados con intervenciones complejas (equipos de soporte PADE, ESSAC, AECC)
-Tercer Nivel: atención hospitalaria en Unidades de CuidadosPaleativos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 968

ENFERMEDADES NOSOCOMIALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

EVA DONCEL PEDRAYES

BEGOÑA GARCIA VELARDE

MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ

1 Introducción

Es aquella infección que adquiere el paciente en el ámbito hospitalario y puede ser producida por una insuficiente esterilización o una falta de antisepsia, como por ejemplo la higiene de manos.

2 Objetivos

Dar a conocer la necesidad de unos procedimientos correctos de higiene para prevenir y controlar las enfermedades nosocomiales en pacientes y personal .

3 Metodología

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

4 Resultados

Las infecciones nosocomiales constituyen una de las amenazas más importantes dentro de las estancias hospitalarias. Las vías de contagio directos más comunes, son a través de las manos o indirectamente a través de elementos contaminados. El lavado efectivo implica un descenso del 50% de estas infecciones. Para evitar estos problemas, debería de lavarse las manos con una solución alcohólica sobretodo cuando se está en contacto con el paciente o en superficie u objetos de la unidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades nosocomiales presentan un problema grave para la sanidad y se debe de prevenir al máximo los contagios por estas causas para así actuar sobre sus factores de riesgo.

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-epidemiologia-general-las-infecciones-nosocomiales--S0213005X13000025.
- https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27120/importancia-de-la-higiene-de-manos-en-el-ambito-sanitario/

Capítulo 969

EL TCAE Y EL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

FRANCISCA DOMÍNGUEZ BERNAL

MARÍA LUISA CORTÉS ESCOSA

ESTHER ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

PABLO JESÚS BERNARDO MENÉNDEZ

DELFINA CALDERÓN ÁLVAREZ

1 Introducción

La esclerosis múltiple es una enfermedad autoinmunitaria que afecta al sistema nervioso central, es decir, cerebro y médula espinal, pudiendo provocar una discapacidad. Se trata de una de las enfermedades más comunes del sistema nervioso central y que afecta más a mujeres que a hombres, y se diagnostica en un rango de edad de entre os 20 a los 40 años, aunque puede aparecer en cualquier momento de la vida de una persona.

La forma que tiene de aparecer es en forma de brote. Un brote no se trata más que de un episodio en el que aparecen nuevos síntomas neurológicos como por ejemplo inestabilidad, falta de fuerza y/o alteración del tacto que puede asociarse o no a dolor. Los brotes también se producen a causa de la formación de una nueva lesión o desmielnización en el cerebro y/o médula espinal o por el aumento de tamaño de una lesión previa. El paciente notará que se trata de un brote porque

percibirá nuevos síntomas, que suelen durar más de 24h y que se pueden acompañar de síntomas similares a los que ya se había presentado anteriormente.

Los síntomas que produce un brote se desarrollan en horas y progresan en días o incluso meses en alguna ocasión, y no suelen aparecer de manera instantánea. Finalmente, todos los síntomas evolucionan hacia la mejoría y de ahí a la remisión, la cual puede ser total o parcial. Es imposible pronosticar como va a evolucionar la enfermedad, pues algunas personas apenas se ven afectadas por ella y en cambio en otras, evoluciona rápidamente hacia la incapacidad total.

A día de hoy no se sabe con exactitud cuál es la causa que provoca esta enfermedad, pero la teoría más común es que los culpables pueden ser los factores ambientales, un virus y/o un defecto genético. Se han identificado genes particulares que pueden determinar una predisposición a desarrollar la enfermedad, aunque aún no se conoce con exactitud cuáles son los genes implicados. Lo que si podemos asegurar casi con total seguridad, es que un paciente que tiene antecedentes familiares con ésta enfermedad, será más propenso a padecerla.

Por otro lado, se cree que existe un factor ambiental desconocido, posiblemente un virus latente en el cuerpo que libera el efecto de estos genes comenzando el proceso inmunitario que lleva al ataque de la mielina. Se trata de una enfermedad en la que el sistema inmunitario ataca a la vaina de mielina, o lo que es lo mismo, la capa aislante que recubre las fibras nerviosas con el fin de protegerlas, provocando problemas de comunicación entre el cerebro y el resto del cuerpo del paciente, disminuyendo los impulsos nerviosos o incluso llegando a detenerlos.

El daño al nervio se produce por la inflamación que aparece cuando las células inmunitarias del propio cuerpo atacan al sistema nervioso de éste. Esto puede ocurrir a lo largo de cualquier zona del cerebro, el nervio óptico o la médula espinal.

2 Objetivos

- Dar a conocer esta enfermedad ya que cada día es más común, y en ciertas plantas de un hospital puede haber diversos pacientes afectados de ésta enfermedad, como por ejemplo en la unidad de neurología. Por ello, es muy importante que todos los profesionales conozcan los síntomas que provoca, sobre todo en los cambios de ánimo así como en pequeños detalles que el paciente puede olvidar o no recordar con facilidad.

Es por esto que el Auxiliar de Enfermería, debe ser una persona con paciencia, ha de ponerse en todo momento en la situación del paciente y comprenderla. Es realmente importante que el Auxiliar de Enfermería se muestre constantemente colaborador con el paciente y que muestre empatía y le de todo su apoyo tanto a el como a sus familiares y acompañantes, pues es una situación complicada tanto para unos como para otros.

3 Metodología

Para éste capítulo, se ha realizado una revisión sistemática así como bibliográfica en diferentes bases de datos tanto digitales como libros referentes a medicina. Las páginas visitas han sido algunas Medline o MayoClinic con las palabras clave: esclerosis múltiple.

4 Resultados

Los signos y síntomas son muy variables debido a que la localización y magnitud de la lesión de cada brote puede ser muy diferente. Los episodios pueden durar desde unos pocos días a meses.
La esclerosis múltiple es también conocida como la enfermedad de las mil caras, pues se dice que la enfermedad no se manifiesta de manera idéntica en dos personas, aunque muchos tienen síntomas comunes.
Entre los síntomas más comunes nos encontramos:
- Síntomas musculares, de equilibrio y coordinación. Pérdida del equilibrio, fatiga, entumecimiento o sensación anormal de alguna parte del cuerpo, temblor, dificultad para mover y/o debilidad en piernas o brazos, dificultad para caminar y problemas de coordinación en movimientos pequeños.
- Síntomas vesicales e intestinales. Micciones frecuentes y/o urgentes, incontinencia urinaria, escape de heces y estreñimiento.
- Síntomas oculares. Visión doble, borrosa, pérdida de la visión, neuritis óptica y movimientos oculares rápidos e incontrolables.
- Síntomas del habla y la deglución. Lenguaje mal articulado o de difícil comprensión, habla lenta y problemas para masticar y deglutir.
- Otros síntomas. Disminución del periodo de atención, pérdida de memoria, dificultad para razonar y resolver problemas, depresión, vértigo, hipoacusia, dolor muscular y facial etc.

Algunos de éstos síntomas son evidentes, pero otros como por ejemplo la fatiga, los problemas sensitivos o los de concentración suelen ser síntomas ocultos que

por lo general son difíciles de describir a los demás, por lo que en ocasiones los familiares y cuidadores no entienden los efectos que éstos tienen sobre el paciente, su empleo, actividades sociales y calidad de vida.
La gran mayoría de los síntomas son de fácil solución si se reconocen adecuadamente y se llevan a cabo las medidas diagnósticas y terapeúticas adecuadas. Por lo general, para su control se realizará una combinación de medicamentos y terapias físicas, como pueden ser la fisioterapia, logopeda y/o terapia ocupacional.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo explicado anteriormente, es muy importante conocer todos los síntomas y signos que ésta enfermedad produce en el paciente, para que todas las personas que forman el equipo médico, en este caso nos referiremos a los Auxiliares de Enfermería, sepan lidiar con esta situación y le den el mayor apoyo y muestren empatía de cara al paciente así como a sus familiares para ayudarles a pasar esta compleja situación en la que esta dura enfermedad les posiciona.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000737.htm
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/multiple-sclerosis/symptoms-causes/syc-20350269
- https://www.esclerosismultiple.com/esclerosis-multiple/que-es/
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/esclerosis-multiple.html

Capítulo 970

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA AL ENFERMO TERMINAL

SELENE MATELLÁN ROSA

ANA REY VARELA

JULIANA ROSA JIMENEZ

1 Introducción

La muerte y el sufrimiento son los grandes temas tabú de la sociedad actual ,la cual suele mirar para otro lado ante dichas cuestiones .Sin embargo, es un tema que es preciso visibilizar y darle voz para poder trabajar en él, puesto que Según han avisado los expertos más del 70 por ciento de la población pasará por un proceso de enfermedad avanzada que requerirá de cuidados paliativos, esto es consecuencia del aumento de la esperanza de vida y por ende, del progresivo envejecimiento de la población.

Según la definición de la OMS y de la Sociedad española de cuidados paliativos, una enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico y psicológico) en la familia y el paciente.

En 1990 la OMS asume la denominación general de cuidados paliativos como" el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físico-psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes".

Así mismo, la OMS reconoce el derecho de las personas a morir tan dignamente como sea posible, por ello ,Los cuidados paliativos buscan el bienestar y tranquilidad del paciente en la fase final de su enfermedad de modo que dichos pacientes dispongan de sus últimos días con dignidad ,libres de dolor y con los síntomas bajo control.

2 Objetivos

En las situaciones terminales la enfermedad del paciente es persistente e irreversible por lo tanto nuestro objetivo sanitario general no es "el curar", si no el "cuidar" al paciente proporcionándole así, la máxima calidad de vida hasta que la muerte acaezca.

Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, nuestro objetivo prioritario será el velar en todo momento por el confort del enfermo terminal, por ello, Cuando nos encontramos ante pacientes en esta situación debemos procurar que se encuentren lo más cómodos posible, prestándoles ayuda y manteniendo su dignidad en todo momento.

3 Metodología

Este estudio se realizó en base al protocolo estándar para revisiones sistemáticas y metanálisis.la búsqueda se realiza en diferentes bases de datos para encontrar los mejores resultados disponibles .Dicha búsqueda se limita a estudios y artículos publicados en español y en inglés centrándose en "Actividades del TCAE en cuidados paliativos"

Las palabras claves empleadas fueron:"Técnico en cuidados auxiliares de enfermería""enfermo terminal" y"cuidados paliativos"

4 Resultados

Existen suficientes pruebas científicas sobre la efectividad del cuidado de los enfermos al final de la vida por equipos especializados en cuidados paliativos lo que aumenta la satisfacción tanto del paciente como la de los familiares.

Además, la atención hospitalaria ofrecida por equipos especializados en cuidados paliativos resultan más costo efectivos que los convencionales porque disminuyen el consumo de recursos sanitarios.
De todos los resultados encontrados, tan solo un alarmante porcentaje del 1,45% aproximadamente trataba del tema específico en cuestión por lo que podríamos indicar que nuestra función como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados paliativos está poco estudiada y valorada a pesar de ser el personal sanitario que más tiempo pasa con los enfermos terminales.

Por otro lado, está comprobado que la comunicación empática ofrecida por las técnicos en cuidados auxiliares de enfermería mejora la satisfacción del paciente terminal, el cumplimiento del tratamiento y los resultados en la salud por ello es de suma importancia que Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tengan una gran habilidad para la comunicación, la escucha activa y la empatía. Los TCAES debemos estar preparados para afrontar las demandas de distinta índole que requieren los pacientes terminales. Estas necesidades que se presentan pueden ser tanto físicas como emocionales y espirituales.

En cuanto a las necesidades físicas nuestras funciones serán las siguientes:

1. Realizar cambios posturales con los cuales conseguimos una mayor comodidad del paciente así como prevenimos la aparición de úlceras por presión.

2. Arroparlo convenientemente para evitar que pase frío.

3. Extremar los cuidados de higiene prestando especial atención a todas las mucosas presentes en el cuerpo:

Para mantener el correcto estado la cavidad oral del paciente y prevenir la aparición de infecciones, humedeceremos los labios y boca frecuentemente ya que la mucosa oral se reseca debido al tipo de respiración que presentan, pues suelen mantener la boca abierta.
Para mantener la mucosa oral húmeda, siempre y cuando el paciente pueda ingerir líquidos, les ofreceremos a menudo agua, zumos o manzanilla con limón y en pequeños sorbos o con espesante para evitar bronco aspiraciones.

Para mantener los labios hidratados aplicaremos protector labial dos veces al día. Lo mismo sucede con las fosas nasales ya que suelen resecarse endureciendo las secreciones por lo que las limpiaremos con una torunda de algodón humedecida con glicerina.
En cuanto a los cuidados oculares, para evitar la acumulación de secreciones en los ojos y la sequedad de la córnea, se procederá a la limpieza de los ojos con una gasa impregnada en suero salino.

Respecto a los cuidados de los genitales, los limpiaremos con frecuencia ya que el enfermo suele tener incontinencia y tanto la orina como las heces en contacto con la piel son irritantes produciendo un gran malestar al paciente. Lo haremos velando en todo momento por proteger la intimidad del paciente, y observando cualquier alteración significativa.

4. La ropa de la cama se le cambiará al paciente las veces que sea necesario ya que el paciente terminal suele tener incontinencia y sudar en abundancia.
5. A los pacientes que aún no sean incontinentes se les ofrecerá la cuña y el orinal a menudo.
6. A la hora de administrar los alimentos seremos pacientes e iremos con cautela ya que el paciente puede presentar disfagia e incluso llegar a bronco aspirar.
7. Mantener la habitación convenientemente iluminada, para ello debemos preguntarle sus preferencias o de no ser posible, observarlas.

En cuanto a las necesidades emocionales debemos tener en cuenta que la comunicación del/ la técnico en cuidados auxiliares de enfermería con el paciente terminal es fundamental. De esta forma los pacientes nos hacen partícipes de sus pensamientos y sentimientos lo cual nos permite ayudarles, aliviarles y consolarles. Es muy importante que el contacto con el paciente no sea solo verbal si no también físico y visual.
En ocasiones una simple caricia o una sonrisa sincera es más efectiva que cualquier otro cuidado paliativo. Por ello debemos utilizar la escucha activa y la empatía con el paciente pero sin olvidarnos de aplicar la ecpatía.
Como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería también debemos preocuparnos en todo momento por el grado de bienestar del enfermo con preguntas como: ¿Qué tal se encuentra?, ¿desea algo?".
Cuando nos dirijamos a él y esté inconsciente procuraremos tocarle o acariciarle la mano. Es de suma importancia que cada vez que vayamos a realizar algún procedimiento hablemos con él y le expliquemos lo que nos disponemos a hacer: "para que se encuentre más cómodo vamos a…","para aliviarle el dolor vamos

a…."

Durante el tiempo que pasemos con el paciente hablaremos con mucha precaución, evitando hacer comentarios negativos que pudieran molestarle u ofenderle.

La familia también requiere de nuestra atención, y debemos tratarla con comprensión y respeto, escucharla y apoyarla.pero si nos preguntan respecto al curso de la enfermedad de su familiar, debemos recordar que informar no entra dentro de nuestras funciones por lo que con tacto le propondremos hablar con el médico.

Por último, debemos tener en cuenta las necesidades espirituales tanto del paciente como de su familia facilitándoles el apoyo correspondiente según sus creencias religiosas (proporcionar consejos espirituales, ponerles en contacto con el sacerdote, etc.)
La familia vive un momento de gran impacto emocional condicionado por la presencia de múltiples miedos ya que la muerte está siempre presente en su día a día. Presentan también necesidades físicas, emocionales y espirituales por ello el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debemos apoyarles y tratarles con comprensión y respeto. Debemos respetar el derecho de intimidad de la familia junto al paciente por lo que facilitaremos que Permanezcan el mayor tiempo posible con el paciente lo cual es muy importante para evitar la soledad ya que la presencia de seres queridos hace que se sienta más tranquilo en estas etapas finales de la enfermedad. Realizaremos nuestro trabajo, incluso delante de la familia, de forma tranquila, rápida y eficiente. Esto hará que la familia perciba que el paciente está bien atendido

Si el enfermo estuviera en una habitación compartida, es importante aislarlo bajando el estor que separa cada unidad. No podemos olvidar que los pacientes compañeros de habitación del enfermo agonizante pueden estar muy afectados por el estado de su compañero por ello agradecerán mucho nuestra habitual presencia y escucha.

5 Discusión-Conclusión

La aportación profesional del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en lo cuidados paliativos al enfermo terminal, está poco reconocida y escasamente valorada, si bien es cierto que poco a poco se van realizando esfuerzos para hacer de los cuidados auxiliares de enfermería un valor visible y tangible en el proceso de atención tanto en los cuidados paliativos como en el resto de servicios sanitarios.

La calidad de los cuidados paliativos que él/la técnico en cuidados auxiliares de enfermería ofrece tanto al paciente como a los familiares está directamente relacionado con la calidad de vida de estos mismos durante la fase terminal. Debemos recordar que todas las personas tienen derecho a una asistencia humanizada, por lo que recibir una atención de calidad al final de la vida no debe ser considerado un privilegio sino un auténtico derecho.

No debemos permitir que el paciente terminal se sienta, en ningún momento, desahuciado ni abandonado a su suerte. Debemos ofrecerle protección, seguridad, tranquilidad y bienestar puesto que tal y como decía Cicely Saunders, pionera en cuidados paliativos; "El que no se pueda hacer nada para detener la extensión de una enfermedad no significa que no haya nada que hacer".

Enfatizamos en la necesidad de formar a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en este tipo de cuidados así como en la mejora de habilidades como la empatía y la escucha activa. Habilidades imprescindibles en el ámbito sanitario y más aún en este tipo de servicios. Por último, no podemos concluir de otra manera que citando la célebre frase de uno de los más ilustres médicos italianos de los últimos tiempos. Augusto Morri: "Si podéis curar, curad; si no podéis curar, calmad, y si no podéis calmar, consolad"

6 Bibliografía

- http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T19-AE-SCS-2007.pdf
- https://www.secpal.coml
- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/auxiliar_paliativos.htm
- www.astursalud.es

Capítulo 971

RIESGOS LABORALES Y RESIDUOS SANITARIOS

DAVID ALBARRÁN MILLÁN

1 Introducción

Según la OMS la mala gestión de los residuos sanitarios expone a las personas que lo manipulan, los trabajadores sanitarios, los pacientes, sus familias y la comunidad a infecciones que se pueden prevenir, sustancias químicas peligrosas, efectos tóxicos y riesgos de lesiones.
El manejo adecuado de los residuos sanitarios se basa en tres principios básicos:
- La reducción de los residuos innecesarios.
- La separación entre residuos ordinarios y peligrosos.
- Tratamientos de residuos con el fin de reducir los riesgos para los trabajadores sanitarios.

2 Objetivos

Todos los centros hospitalarios deben de contar con un plan de seguridad integral que incluya un plan particular y específico para cada grupo de riesgo donde se lleve a cabo:
- La evolución de los riesgos.
- Medios de protección y medidas de prevención.
- Aplicación de las medidas de prevención.

El servicio de medicina preventiva debe de tratar de mejorar la salud de los trabajadores y evitar la aparición de enfermedades profesionales como consecuencia de la manipulación de productos y aparatos.

- Medidas de higiene personal y ambiental.
- Programas de educación sanitaria para formar e informar.
- Reconocimientos médicos.

3 Metodología

Las características de los hospitales, debido a su gran desarrollo tecnológico y al movimiento de personas en su interior, propician un ambiente en el que muchos gérmenes encuentran un medio de cultivo adecuado para desarrollarse y propagarse.

Los riesgos biológicos son aquellos que se producen por agentes vivos, dentro de los cuales se incluyen bacterias, virus, hongos, y parásitos. También se consideran riesgos las reacciones toxicas o alergias producidas por el contacto con estos gérmenes o con productos derivados de ellos. Prevención de los riesgos biológicos:
- Higiene personal: lavado de manos…
- Protección de barreras: guantes, mascarillas, bata…
- Señalización.
- Aislamiento de enfermos.
- Eliminación de residuos.
- Vacunación.

Las posturas de trabajo forzadas e inadecuadas son uno de los factores de riesgo más importante en los trastornos musculares…
Las patologías más frecuentes afectan sobre todo al cuello, a las extremidades superiores, columna vertebral y a las extremidades inferiores.
Existen unas normas fundamentales de mecánica corporal:
- Mantener la espalda recta y los pies separados.
- Sujetar con firmeza el objeto y utilizar el propio cuerpo como contrapeso.
- Utilizar puntos de apoyo, siempre que se pueda.
- Adaptar el área donde se realizara la actividad, retirando los objetos que la entorpezcan.

Cuando la realización de una tarea implique algún riesgo para el paciente o para el personal se debe solicitar ayuda y utilizar mecanismos que faciliten la maniobra.
Son residuos sanitarios todos aquellos productos de desecho, sustancias o basuras que se generan como consecuencia de una actividad que tenga relación

con la salud humana. Las entidades que generan residuos son: hospitales, clínicas dentales, centros asistenciales, botiquines de empresas, laboratorios médicos, farmacia…
Clasificación general:
Grupo I, Residuos sanitarios: productos de oficinas, desechos de muebles…
Grupo II, Residuos clínicos: materiales textiles, envases vacíos de perfusiones endovenosas…
Grupo III, Residuos específico: cultivos, sangre, muestras, secreciones…
Grupo IV, Residuos tipificados en normativas especiales y específicas: residuos químicos, citostáticos, medicamentos caducados…
El personal que trabaja en contacto con materiales radiactivos debe protegerse mediante dosímetros personales y detectores de reacción ambiental.
Los lugares donde se manejan estos materiales deben estar señalizados con el símbolo internacional de radiactividad, que indica peligro de radiactividad.
Su clasificación:
Residuos sólidos: incluyen los generadores de radioscópicos, los viales de vidrio…
Residuos líquidos: soluciones acuosas de sustancias, o de las eliminaciones de pacientes…
Grados de toxicidad radiactiva:
- Grupo A: radio nucleicos de alta toxicidad.
- Grupo B: toxicidad media.
- Grupo C: toxicidad media-baja.
- Grupo D: toxicidad baja.

4 Resultados

El entorno sanitario por sus especiales características, un medio expuesto a que se produzcan ciertos accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo. Para evitar la repercusión que los riesgos laborales tienen sobre la salud, en los centros sanitarios, se deben tomar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de todas las personas.

La limpieza, la descontaminación, la desinfección y la esterilización son métodos primarios y de gran importancia para romper la cadena epidémica de la infección.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental observar estrictamente las recomendaciones establecidas para la protección de los trabajadores. La prevención de los riesgos laborales incluye la adopción de medidas preventivas.
Las medidas de prevención incluyen todas las actividades que hay que aplicar así como su protocolización, con el fin de prevenir la aparición de enfermedades infecciosas.
Las funciones de los servicios de medicina preventiva incluyen:
- Estudios y control de la epidemiologia hospitalaria.
- La higiene y el saneamiento hospitalario para evitar los riesgos de infección.
- La medicina preventiva individual.
- La micro biología ambiental.
- La formación y educación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 972

TRASTORNOS MUSCULARES Y LESIONES EN EL TCAE: CAUSAS Y PREVENCIÓN

ROSARIO MUÑIZ ESTRADA

DELIA MIRANDA MESA

MONTSERRAT GONZÁLEZ IGLESIAS

NOEMI VILLARES MARTIN

MARÍA BELEN CODINA GONZÁLEZ

1 Introducción

Los trastornos que derivan del ámbito laboral suelen cursar con patologías en músculos, articulaciones, tendones, nervios, huesos, sistema circulatorio… cuyo origen o agravamiento se produce por el propio desempeño del trabajo o por causa de las funciones a desempeñar. Estos trastornos podrán tener consecuencias negativas sobre la salud de la persona que los padece, pudiendo esto afectar a su rendimiento laboral y a su vida personal a causa del dolor y sufrimiento que llevan aparejados. Dichas consecuencias, se ha determinado en los últimos años, que son la base de un gran porcentaje de bajas laborales y absentismo (Fernández-González, et al., 2014).

En el medio sanitario, el equipo multidisciplinar que se encarga de las labores asistenciales estará particularmente expuestos al desarrollo de trastornos musculoesqueléticos, pues deben realizar una serie de procedimientos que funcionan

como factores de riesgo al no poder garantizar adoptar posturas ergonómicas (Prieto, Múnera y López, 2015).

Las TCAE, son un grupo especialmente afectado por este tipo de trastornos dadas las características de su trabajo. Entre otras: proporcionar cuidados al paciente de manera continuada, con las movilizaciones y carga de peso que ello conlleva. La realización de maniobras complejas y la adopción de posturas inadecuadas puede generar, de forma rápida, dolores locales o generalizados que restrinjan su capacidad de movilidad y degeneren en un cuadro más grave (Fonseca y Fernandes, 2010).

Las características personales e individuales del trabajador también influirán en el desarrollo de problemas musculares, siendo esencial el estudio de variables tales como la historia clínica previa, patologías o enfermedades adyacentes, toma de medicaciones… Esto, permitirá adecuar el puesto de trabajo a la persona, evitando riesgos innecesarios (Briseño, Herrera, Enders, y Fernández, 2005).

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es describir qué causas, consecuencias tienen los trastornos musculoesqueléticos padecidos por el personal sanitario, incidiendo especialmente en las TCAE. Como objetivo secundario, se encuentra determinar que formas de prevención son las más eficaces a este respecto.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar, TCAE, lesiones, trastornos musculoesqueléticos, causas, consecuencias, prevención. A través de estos tópicos, se encontraron 85 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 52 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 33 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 11 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de

documentos analizados fue de 22.

4 Resultados

Se halla que la patología musculoesquelética que padecen los sanitarios es, en su mayoría, de origen laboral. Dichos trastornos son alteraciones que sufren especialmente los músculos y tendones, y que son acusados por las características del trabajo a desempeñar.
Las lesiones más habituales por sobrecarga de la auxiliar de enfermería suelen ser lesiones musculoesqueléticas. Se producen en cualquier zona del cuerpo, pero afecta más a miembros superiores y espalda, en especial zona dorsolumbar. Los diagnósticos más frecuentes son: tendinitis, epicondilitis, túnel carpiano y lumbalgias.
En relación al origen de estos trastornos, se encuentra que las principales causas de los trastornos musculares en las TCAE, son los que siguen:
• Realizar de forma manual los desplazamientos de los pacientes y las transferencias requiere de un mayor esfuerzo físico y una mayor probabilidad de lesiones osteomusculares. En este sentido, se debe considerar que, en ocasiones, no existen ayudas técnicas a disposición.
• Trabajar con pacientes con dependencia alta, pues son los que más esfuerzo físico requieren.
• Las posturas inadecuadas, fijas, son las que contribuyen a lesiones de cuello, hombros y espalda.
• La realización de tareas repetitivas durante un tiempo continuado.
• Los factores psicosociales e individuales son determinantes, y suelen increme ntar el riesgo de padecer un trastorno musculoesquelético, lo que conlleva bajas laborales.
Finalmente, a nivel de prevención, se encuentra que los trabajos de movilización del paciente y cargas comportan un riesgo importante a consecuencia de los pesos y posturas inadecuadas. Por ello, la colaboración o no colaboración del paciente, unos conocimientos adecuados y aplicar los mismos, evitan lesiones en los TCAE.
Por otro lado, se detecta que en los centros sanitarios es frecuente el uso de grúas para desplazamientos (por ejemplo: cama-sillón) de personas sin autonomía, lo que permite al auxiliar hacer el mínimo esfuerzo (en comparación con las transferencias realizadas de forma manual). Este tipo de tecnología será esencial en la reducción y evitación del número de lesiones, incidiendo de forma indirecta en

la probabilidad de caída del paciente. Asimismo, evita que el TCAE adopte malas posturas.

Asimismo, y dado que los accidentes laborales que afectan a la espalda son frecuentes en el medio sanitario, son fundamentales los buenos hábitos de postura y movimientos.

5 Discusión-Conclusión

Los TME se componen de un amplio catálogo de problemáticas que pueden afectar a diversas zonas corporales y estructuras. Se relacionan de forma muy especial, y con una gran incidencia, con el sector sanitario. Su origen, al ser múltiple, es difícil de determinar, especialmente en el caso de las TCAE, cuyo trabajo de movilización de cargas y pesos es constante. Sin embargo, la bibliografía científica ha determinado que las causas más habituales son las que siguen:

• Movilización de pesos y cargas, una tarea frecuente para estas profesionales.

• Posturas inadecuadas. Una buena higiene postural evitará lesiones cuando se realicen actividades de riesgo.

• Realización de movimientos repetitivos y/o forzados, lo que puede afectar a articulaciones y ligamentos.

• Aparición de movimientos inesperados (porque el paciente haga un cambio imprevisto o cambie repentinamente de postura). Esto conllevará poco tiempo para reaccionar, siendo habitual que la TCAE, instintivamente, adopte una postura inadecuada.

Finalmente, se concluye que una adecuada formación en prevención de riesgos laborales será fundamental en el caso de estas trabajadoras. Asimismo, un seguimiento de sus tareas, de cara a detectar necesidades de apoyo (técnicas o humanas), será esencial.

6 Bibliografía

- Alexandre, N. M. C., & Moraes, M. A. A. D. (1998). Propuesta educativa con enfoque ergonómico para auxiliar en la prevención de lesiones músculo-esqueleticas en equipo de enfermería. Revista Brasileira de Enfermagem, 51(4), 629-642.

- Araña-Suárez, M., & Patten, S. B. (2011). Trastornos musculo-esqueléticos, psicopatología y dolor. Trastornos Musculoesqueléticos Psicopatología, 1.

- Briseño, C. E., Herrera, R. N., Enders, J. E., & Fernández, A. R. (2005). Estudio de riesgos ergonómicos y satisfacción laboral en el personal de enfermería. Revista de salud pública, 9(1), 53-59.
- Domínguez, S. A. P., & Aguilera, P. I. S. (2013). Riesgos ergonómicos en las tareas de manipulación de pacientes, en ayudantes de enfermería y auxiliares generales de dos unidades del hospital clínico de la universidad de chile.
- Fernández González, M., Fernández Valencia, M., Manso Huerta, M. Á., Rodríguez, G., ª Paz, M., Recio, J., ... & Coz Díaz, F. D. (2014). Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores" Mixta" de Gijón-CPRPM Mixta. Gerokomos, 25(1), 17-22.
- Fonseca, N. D. R., & Fernandes, R. D. C. P. (2010). Factores asociados a los disturbios músculo-esqueléticos en trabajadoras de enfermería. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18(6), 1076-1083.
- Guizado Ramos, M., & Zamora Córdova, K. (2014). Riesgos ergonómicos relacionados a la lumbalgia ocupacional en enfermeras que laboran en Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2014.
- León, S. G. (2009). Observación ergonómica de la jornada de trabajo del profesional de enfermería. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 1(2).
- OO, C. Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales (2004)."Accidentes e Incidentes de trabajo". CC OO, España.
- Prieto, A. A. M., Múnera, Y. M. C., & López, M. C. R. (2015). Riesgo ergonómico asociado a sintomatología musculoesquelética en personal de enfermería. Revista hacia la Promoción de la Salud, 20(2), 132-146.

Capítulo 973

EL EFECTO PLACEBO EN LOS MEDICAMENTOS.

SANDRA IGLESIAS HERRERO

AMANDA MENÉNDEZ LINDE

1 Introducción

El término placebo se refiere a una sustancia que carece de una actividad específica contra la enfermedad, pero que puede tener un efecto terapéutico cuando el paciente que la ingiere cree que se trata de un medicamento real. Esta acción curativa o de mejoría es lo que se denomina efecto placebo. Lo contrario del efecto placebo recibe el nombre de efecto nocebo.

En el campo de la investigación médica los placebos se utilizan para medir los efectos benéficos y/o adversos de nuevos tratamientos al compararlos con los placebos . En la práctica se usa una "falsa cápsula" rellena de una sustancia inocua para no sobrepasar las dosis marcadas por las pautas de medicación, por ejemplo en los pacientes hipocondriacos. Los resultados muestran que los placebos se utilizan más para aliviar el dolor y la ansiedad. Un placebo jamás podrá curar una enfermedad .
Haciendo una revisión exhaustiva , sus resultados describen que cuando un paciente recibe un placebo y piensa que es un medicamento real, su sistema nervioso generalmente reacciona segregando varias sustancias, entre ellas la dopamina , dicha sustancia química es la responsable de los efectos sobre el ánimo.

El factor psicológico se evidencia hasta tal punto que las pastillas más grandes fabricadas con azúcar surten más efecto que las pequeñas , y las de colores vivos más que las blancas.
En el servicio de la farmacia hospitalaria existen unas cápsulas vacías de colores vivos que se usan a demanda en los diferentes servicios del hospital .El componente principal del placebo es psicológico. En la actualidad hay un gran debate ético sobre el uso de placebos tanto en la práctica con un paciente hospitalizado como en el campo de la investigación

2 Objetivos

- Determinar en que consiste el efecto placebo.
- Conocer para que se usan y se aplican los placebos medicamentosos.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Pérez, G., Morer, A., & Martín-Santos, R. (2003). El efecto placebo. La Medicina Hoy. LIX, 1459, 35-39.
- Arturo, V. P., & Francisco, T. Z. J. (2011). El efecto placebo. Evidencia Médica e Investigación en Salud, 4(1), 21-35.
- Montgomery, G. H., & Kirsch, I. (1997). Classical conditioning and the placebo effect. Pain, 72(1), 107-113.

Capítulo 974

TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS.

BEATRIZ ALVAREZ BRAVO

1 Introducción

Los aislamientos hospitalarios se realizan para prevenir que se puedan propagar enfermedades que son transmisibles entre los pacientes, visitantes y el personal sanitario.

Existe tres tipos de aislamiento por su modo de contagio:
-Por contacto: Se tomarán medidas cono lavado de las manos antes o después de tocar al paciente. Siempre que se pueda se pondrán mecanismos de barrera.
-Por gotitas: Producidas al hablar, toser, estornudar. Mantendremos una distancia de un metro. Se utilizarán habitaciones individuales.
-Aéreo: Se produce por gotas que pueden permanecer evaporadas más tiempo en el aire.

Entre las medidas universales para evitar su propagación podemos utilizar medidas como el lavado de manos, la vacunación ante las enfermedades, elementos de barrera (mascarillas, guantes, batas…etc.), esterilización de los materiales sanitarios y la eliminación de objetos cortantes o punzantes.

Según su transmisión se puede producir por contacto directo (entre personas) o indirecto (con objetos contaminados).

2 Objetivos

Saber reconocer los tipos de aislamientos y las medidas preventivas o de barrera para evitar su propagación.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática por las diferentes Bases de Datos consultadas como Elsevier, PubMed, Cochrane, Dialnet, Biomed usando el descriptor "tipos de aislamientos hospitalarios". También se usaron páginas de internet.

4 Resultados

Tipos de aislamientos:
- Aislamiento estricto: Previene el contagio por aire o por contacto. Las medidas preventivas sería el lavado de manos antes de entrar y despues de salir, mantener la puerta cerrada, medidas de barrerra tanto para el personal como para las visitas. Por ejemplo: la varicela.
- Aislamiento inverso o protector: Protege a pacientes en estado inmunodeprimidos. Las medidas preventivas sería mantener las puertas cerradas y una habitación individual. Por ejemplo: Oncológicos.
- Aislamiento respiratorio: Enfermedades infecciosas por aire que se producen a menos de un metro mediante las gotas de Pflugee (son unas partículas de secreciones de la respiración mayores de 5 micras). Las medidas preventivas sería el lavado de manos, habitación individual aunque tambien podría compartir habitación con enfermos con la misma patología, uso de la mascarilla (se colocará antes de entrar en la habitación). Ejemplo: Tuberculosis.
- Aislamiento entérico: Previene infecciones por contacto directo o indirecto. Por ejemplo: Hepatitis A.
-Aislamiento por contacto: Previene el contacto que sea altamente contagioso siempre y cuando no sea necesario un aislamiento estricto. Las medidas preventivas sería habitación individual, lavad de manos antes y después de entrar, bata y guantes. Por ejemplo: Gangrena.

5 Discusión-Conclusión

Cuando existe un aislamiento se debe de tomar ciertas medidas de prevención o de barrera para evitar el posible contagio, mientras se realizan los cuidados que

necesite el paciente.

6 Bibliografía

- http://www.saludcapital.gov.co
- http://www.sspa.juntadeandalucia.es
- https://www.osakidetza.euskadi.eus

Capítulo 975

EL PAPEL DEL TCAE EN EL PERIODO PREOPERATORIO

ALEJANDRA DELGADO NIETO

MANUEL CRESPO ALONSO

1 Introducción

El periodo preoperatorio comprende el tiempo que dura la intervención quirúrgica desde que el paciente entra en el antequirófano hasta que es trasladado a la unidad de destino postquirúrgica.

2 Objetivos

- Estudiar qué es el período preoperatorio y en qué debemos ayudar al paciente o qué labor vamos a desempeñar en este período, para así dar una atención integral al paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados que debe recibir el paciente en este período son los siguientes:

- Apoyar psicológicamente al paciente: la ansiedad es uno de los problemas más comunes en esta etapa y por ello es muy importante disminuir al máximo esta inquietud, informando al paciente del plan de cuidados y a su familia de la duración estimada de la operación, así como indicarles la sala donde deben esperar y la unidad a la que será trasladado posteriormente.
- Proteger las pertenencias del paciente: si el paciente está consciente y no tiene familiares a los que dejar a cargo de sus pertenencias, se le garantizará el control de las mismas.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido cuál es nuestra tarea como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con el enfermo en esta etapa. Debemos de tranquilizar al paciente y dar a sus familiares las indicaciones precisas de forma clara y concisa sobre dónde esperar y a dónde irá el paciente.

6 Bibliografía

- Capitulo 7: Preoperatorio - Rafael Valdés González; Salvador Martínez Dubois- disponible en https://accessmedicina.mhmedical.com.
- Importancia del período pre-operatorio- autor web pupilum- disponible en https: //www.pupilum.com

Capítulo 976

LA HIDRATACIÓN DE LA PIEL EN EL PACIENTE ENCAMADO

SANDRA IGLESIAS HERRERO

AMANDA MENÉNDEZ LINDE

1 Introducción

Durante la estancia de un enfermo en el hospital una de las cosas a tener en cuenta y observar diariamente es la piel. La piel es el mayor órgano del cuerpo humano y actúa como barrera protectora de todo el organismo. El auxiliar de enfermería es uno de los profesionales implicados en dicho cuidado

2 Objetivos

- Dar a conocer los signos visibles de una piel sana o deshidratada.
- Conocer los metidos de hidratación mas usados por ls profesionales .
- Reconocer las zonas de fricción mas comunes.

3 Metodología

El momento del aseo del paciente encamado o el momento de los cambios posturales es el idóneo para ver donde esta sufriendo mas la piel. Las zonas que mas sufren la presión son orejas, hombros, caderas rodillas y coxis. Es muy importante un buen aseo y secar muy bien al paciente, en el ámbito hospitalario se usan cremas hidratantes de barrera y protección, los mas conocidos son los

ácidos grasos por hacer una segunda piel y proteger todas las zonas de presión. Hay que tener en cuenta también las arrugas de las sabanas intentado no dejar ninguna pliegue.

La hidratación oral a diario de estos enfermos influye también e una piel sana. El primer aviso de una piel dañada es la sequedad y el enrojecimiento. Todo mal cuidado de la piel puede provocar úlceras por presión. Un vez realizado este estudio biográfico podemos decir que la importancia de la hidratación de la piel en el proceso de hospitalización evitando complicaciones mas graves en la salud del paciente y en su bienestar.

4 Bibliografía

- www.oms.org
- Anzieu, D. (1987). El Yo piel. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rook A, ; DS Wilkinson. ; et al.: Tratado de dermatología. Cuarta Edición

Capítulo 977

COMUNICACIÓN CON PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

TANIA CARCELEN REBOLLAR

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer y los otros tipos de demencia son enfermedades progresivas que gradualmente disminuyen la capacidad de poder comunicarse.

Eventualmente, la gente con demencia tiene dificultad para expresar sus pensamientos y emociones.Los desafíos asociados con la comunicación pueden ser frustrantes. Puede ser útil entender qué cambios ocurrían conforme pase el tiempo para que pueda prepararse y hacer ajustes. Anticipar estos cambios y saber cómo responder puede ayudar a todos comunicarse con mayor efectividad.

Cambios en la habilidad de comunicarse pueden variar basado en la persona y la etapa de la enfermedad en que se encuentran. Problemas que usted pueda observar en varias etapas de la enfermedad incluyen:
- Dificultad para encontrar palabras adecuadas.
- Utilizar repetidamente palabras conocidas.
- Describir cosas conocidas en vez de llamarlas por su nombre.
- Perder fácilmente el hilo de la conversación.
- Dificultad para organizar palabras en orden lógica.
- Volver a hablar en su idioma de origen.
- Hablar cada vez menos.
- Depender más de gestos que de hablar

La comunicación es:

- Cómo nos relacionamos uno al otro.
- Una parte importante de nuestras relaciones.
- Una manera de expresar nuestras necesidades, deseos, percepciones, conocimientos y sentimientos.
- Intercambio de pensamientos, mensajes e información
- Se trata más de escuchar que de hablar.
- Se trata de actitud, tono de voz, expresiones faciales y lenguaje corporal.

Comunicación en la etapa temprana.
En la etapa leve (temprana) de la enfermedad de Alzheimer, la persona afectada todavía puede participar en el intercambio de un dialogo, tener conversaciones con sentido e involucrarse en actividades sociales. Sin embargo, la persona puede repetir las historias, tener dificultad encontrar la palabra correcta.

Comunicación en la etapa intermedia.
La etapa moderada (intermedia) del Alzheimer es típicamente la más larga y puede durar varios años. Con el progreso de la enfermedad, la persona con el Alzheimer tendrá mayor dificultad comunicándose y requerirá más cuidado directo.

Comunicación en la etapa avanzada.
La etapa severa (avanzada) de la enfermedad de Alzheimer puede durar varias semanas o varios años. A medida que la enfermedad avanza, la persona con el Alzheimer pueda depender en la comunicación no verbal, como con expresiones faciales o con sonidos vocales. Por lo regular, requieren cuidado las 24 horas del día.

Consejos para la comunicación exitosa(etapa leve)
- No haga suposiciones
- No excluya a la persona afectada de las conversaciones
- Hable directamente con la persona si quiere saber cómo esta.
- Sea paciente y escuche lo que la persona siente, piensa y necesita.
- Dele tiempo a la persona afectada para que responda
- Hable con la persona acerca de lo que él o ella aún se sienta a gusto en hacer y con lo que necesita ayuda.
- Explore que tipo de comunicación es preferible para la persona con la demencia.
- ¡Está bien reírse! Puede hacer el humor de todos más ligero y puede facilitar la comunicación.
- Sea honesto con sus sentimientos. No se aleje: su amistad y apoyo

Consejos para la comunicación exitosa(etapa moderada):
- Permítale suficiente tiempo a la persona para que pueda pensar de lo que él o ella quiera decir.
- Encuentre un lugar que sea callado para que puedan conversar cara a cara sin distracciones.
- Sea paciente y ofrezca apoyo. Asegurar a la persona afectada y proveerle confort puede alentarla a que explique sus pensamientos.
- Mantenga un buen contacto visual.
- No le diga a la persona que lo que está diciendo es incorrecto, ni lo critique. En vez de eso, escuche y trate de encontrar el significado de lo que está diciendo. Repita lo que fue dicho si esto ayuda a clarificar lo que dijo.
- Evite discutir. Si la persona dice algo con lo cual usted no está de acuerdo, déjelo así.
- No inunde a la persona con peticiones largas que requieran un nivel de pensamiento complejo. Hable de manera concisa y de instrucciones divididas en pasos claros y sencillos (de un paso a la vez). Hable lentamente y claramente.
- No inunde ni confunda a la persona con demasiadas preguntas al mismo tiempo. Hágale una pregunta a la vez.
- Haga preguntas que solo requieren una respuesta de "si" o "no". Por ejemplo. "¿Gustas un café?", en vez de, "¿Qué gustas tomar?"
- Dé indicaciones visuales. Para ayudar a demostrar la tarea, señale o toque el artículo que desea que el individuo utilice. De otro modo, usted puede iniciar la tarea para la persona.
- Trate de utilizar notas escritas cuando la comunicación hablada parezca demasiado confusa.

Consejos para la comunicación exitosa(etapa avanzada):
Trate a la persona con dignidad y respeto. Evite hablar a la persona en tono condescendiente y no hable como si la persona con demencia no estuviera allí.
- Acérquese a la persona de frente. Dígale a la persona quién es usted.
- Utilice comunicación no verbal como señalar, hacer gestos o tocar.
- A veces las emociones expresadas son más importantes que lo que se ha dicho. Busque los sentimientos atrás de las palabras.
- Use el tacto, la vista, sonidos, olores y sabores como formas de comunicación.
- Está bien si no sabe qué decir; su presencia y amistad son lo más importante.

La persona afectada tiene mucha dificultad para encontrar las palabras adecuadas.

Ante estas dificultades hay que dar tiempo a la persona para que se exprese, no mostrar impaciencia ni completar las frases por ella.

Es necesario acostumbrarse y aceptar con normalidad los rodeos que utiliza para referirse a las cosas y no corregir ni proporcionar constantemente la palabra que está buscando, lo que le puede frustrar. Hay que ser paciente y mostrar nuestra voluntad de comprendedla. Puede ayudar, si se bloquea, ofrecerle, pausadamente, palabras de forma interrogativa, para que, tal vez, pueda escoger la correcta (Por ejemplo: "¿Te refieres a la… radio?… televisión?… al ordenador?…).

Lo que dice parece incomprensible y tiende a aislarse para evitar tener que comunicarse.
En estos casos, es útil animar a la persona a expresarse de formas alternativas o ampliar los canales de comunicación. Podemos animarle a señalar, a gesticular, a tocar las cosas o a las personas a las que se refiere… Pero también es clave que sus posibles interlocutores estén al corriente de sus dificultades y darles algunas indicaciones para facilitar la comunicación.

La persona afectada no comprende lo que le se le explica.
Ante problemas de comprensión hemos de asegurar, en primer lugar, que la persona nos escucha y nos presta atención. Decirle las cosas lentamente y con tono suave facilitará su comprensión. Hay que intentar emplear frases cortas, con vocabulario simple, y dando tiempo a que procese una parte de la información (tratando de asegurar que la ha comprendido) antes de pasar a la siguiente. Potenciando la comunicación no verbal (señas, gestos, expresividad facial, tono de voz…) daremos más elementos de apoyo para facilitar la comprensión.
Muestra inquietud o incomodidad cuando se le habla.

Esta actitud puede ser a consecuencia de la excesiva sobreprotección o la tendencia al paternalismo por parte de quienes le rodean. Debemos tratar de evitar hablarle de forma similar a cómo lo haríamos tal vez con un niño. A veces, aunque con la intención de mostrar cariño o hacer el lenguaje más comprensible, se emplean formas de expresión que pueden atentar contra la dignidad de la persona, y ésta lo puede percibir así.
Por eso, hay que procurar huir del abuso de una entonación exagerada o el frecuente uso de diminutivos, o de dirigirnos a la persona por apelativos que, de no ser por su enfermedad, no emplearíamos con ella ("cielito", "tesoro", "precioso/a"…) y llamarla por su nombre o cómo siempre haya sido de su preferencia. El no cuidar estos detalles puede contribuir a que la persona con Alzheimer se retraiga y se muestre esquiva.

Dice muchas palabrotas o expresiones malsonantes.
Algunas personas con demencia recurren al uso de palabras malsonantes, incluso cuando antes nunca lo hacían. Todos las empleamos en alguna ocasión, pero tenemos la capacidad de controlar su uso o reprimirlas si conviene. Cuando se altera la habilidad comunicativa, las palabrotas pueden surgir espontáneamente cuando la persona hace esfuerzos por expresarse. No es algo intencionado, sino, una vez más, resultado de las alteraciones cerebrales que sufre. En algunos casos puede ser de ayuda intentar anticiparse a las frustraciones que pueda experimentar y reducir así el estrés que pueda sentir. No obstante, la mejor forma de abordar situaciones de lenguaje malsonante es aceptar que se trata de un producto de la demencia y que la persona afectada tiene escaso control sobre ello.

Simplificar las actividades:
• Dar instrucciones paso a paso.
• Utilizar instrucciones simples y sencillas: "Vamos a preparar la ensalada", "Coge un tomate", "Ahora, coge una zanahoria"…
• Facilitar que participe de la conversación.
• Hacer las preguntas de una en una.
• En situaciones sociales, evitar las conversaciones rápidas en las que varias personas hablan a la vez, o se cambia rápidamente de tema.
Cómo actuar ante preguntas repetitivas:
• Manteniendo la calma.
• Con respuestas sencillas.
• Pidiendo participación del paciente (mira el reloj de la pared…).
• Utilizando mecanismos de distracción: distraiga a la persona enferma con algo distinto para ver, oír o hacer.
Escriba la respuesta a las preguntas más frecuentes. Abrácela y demuéstrele cariño, si es apropiado para la persona.

Por último, pero no menos importante: las actitudes:
• Una escucha activa puede ayudarle a responder de forma positiva.
• Evitar dar informaciones erróneas o hacer falsas promesas.
• Ayudar y estimularles a ejercitar las tareas que puedan desempeñar.
• Respetar las cosas que son importantes para el paciente (higiene personal, no hablar de ellos ante otras personas, respetar sus costumbres, creencias…). Expresar los sentimientos con palabras afectuosas y caricias. Estimularlos y ayudarlos a demostrar su afecto.
• Tener mucha paciencia. Dejarles tiempo suficiente para actuar y/o rectificar.
• Ser comprensivos y tolerantes.

• No reñirlos, no avergonzarlos, no hacer comentarios negativos.
• Participar con ellos en las actividades, supervisarlos y estimularlos.
• Durante la realización de AVD, descomponer las actividades complejas en varias sencillas, siguiendo siempre los mismos pasos, en el mismo orden y acompañarlo con instrucciones claras y sencillas.
• Si no responde a instrucciones: imitación.
• Evitar discusiones sobre ideas falsas o equivocadas.
Ser flexibles, adaptarnos a: las necesidades y el ritmo del paciente, los cambios de comportamiento y al estado actual del paciente (modificar nuestro forma de comunicarnos en función de la evolución).
• Escuche y aprenda a reconocer los sentimientos y emociones, más que las palabras.

Uno de los síntomas cognitivos de la enfermedad de Alzheimer es la pérdida de capacidad para expresarse y para comprender el lenguaje. Es lo que, en términos especializados, se conoce como afasia. En esta enfermedad, esta alteración del lenguaje aparece de forma gradual, haciendo cada vez más difícil la comunicación con la persona afectada.

Normalmente, las alteraciones del lenguaje verbal se manifiestan, de forma más o menos simultánea, con las del lenguaje escrito (en este caso, se llama agrafia, apareciendo también dificultad para representar las letras y números adecuadamente).

Con la enfermedad de Alzheimer, el lenguaje se ve alterado, progresivamente, tanto en la expresión como en la comprensión:

El lenguaje expresivo se refiere a la capacidad de hablar y ser entendido. En fases iniciales, pueden aparecer dificultades para encontrar las palabras adecuadas, provocando silencios o bloqueos cuando la persona afectada se expresa. Con la progresión hacia la fase moderada, se hará cada vez más frecuente y, para compensarlo, es habitual que se den rodeos para indicar una palabra (técnicamente, circunloquios), que se emplee una palabra por otra (parafasias), incluso que se empleen palabras no existentes, inventadas (neologismos).

Cuando se alcanzan fases avanzadas, el lenguaje expresivo se ve limitado a un número reducido de palabras y la persona afectada por la afasia del lenguaje puede farfullar o murmurar, siendo francamente difícil, incluso imposible, entender lo que está diciendo.

El lenguaje receptivo, por otro lado, es la capacidad de entender a los demás. Al principio, la falta de comprensión está muy ligada a la dificultad para retener y procesar información a corto plazo, por lo que las cuestiones complejas, frases largas, conversaciones con mucha información, etc. van a provocar que su comprensión global se vea limitada. Más adelante, muchos términos y vocablos van dejando de tener significado para la persona con Alzheimer.

La interpretación del lenguaje no verbal, los gestos, las expresiones faciales, el tono de voz, está mucho más conservada respecto al verbal a lo largo de toda la enfermedad. Por eso, es clave acompañar muy bien de todos estos elementos la comunicación. n la mayor parte de los casos, las dificultades para expresar y comprender no corren paralelas. Así, una persona puede entender más de lo que es capaz de decir o, al contrario, hablar bastante bien pero comprender poco de lo que se le dice. Por esta razón, es importante tener la precaución de no decir nunca ante la persona enferma cosas que no queremos que oiga o comprenda, así como no hablar nunca en su presencia como si no estuviera.

La afasia, además, no es un buen indicador del grado de pérdida de otras funciones. Por ejemplo, una persona con una gran alteración del lenguaje tal vez pueda desenvolverse razonablemente bien en muchas actividades cotidianas en las que el lenguaje no sea esencial para su desarrollo.

2 Objetivos

- Presentar características del paciente con deterioro cognitivo.
- Proporcionar pautas de actuación.
- Fomentar las buenas prácticas con este perfil de paciente.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- García, F. J., (2001). ¿Cómo debemos tratar y cuidar a una persona con enfermedad de Alzheimer? Perspectiva Bioética: cuadernos sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid. Colección AFAL.
- INSALUD, (1996). Guía práctica de la enfermedad de alzhéimer: Ministerio de sanidad y consumo. Madrid.
De la Torre, J., (2017). El final de la vida en las personas con demencia. Madrid.
- Cátedra de Bioética n. 30, Universidad P. Comillas.
- Feito, L., (2000). Ética profesional de la enfermería: filosofía de la enfermería como
ética del cuidado. Madrid. PPC Editorial.

Capítulo 978

LOS RIESGOS ERGONÓMICOS Y SU PREVENCIÓN EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE POR PARTE DEL TCAE

ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Desde los tiempos más remotos, el ser humano ha tenido que desarrollar una serie de actividades para satisfacer sus necesidades, a eso lo denominamos ”trabajo” que es el esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza.

A continuación nos centraremos en los riesgos y la prevención de los mismos relacionados con la ergonomía en el ámbito sanitario y más concretamente en lo que atañe al tcae.

2 Objetivos

- El objetivo es conocer y minimizar los riesgos a los que se està expuesto aplicando las medidas de prevención.

3 Metodología

Se realiza una bùsqueda sistemática en artìculos acadèmicos sobre erggonomìa sanitaria utilizando el buscador de google académico, utilizando las palabras: ergonomía, prevención y riesgos.

4 Resultados

El riesgo de sobreesfuerzo es muy común en el desarrollo profesional del Tcae, teniendo que realizar movilizaciones de enfermos con limitaciones físicas, varias veces al día, entre ellas se encuentran los traslados de una cama a otra, o de cama a sillón, ascender al paciente hacia el cabecero, realizar cambios posturales y de ropa de cama, etc.

Los principales factores a tener en cuenta son: las características del paciente y sus necesidades, el esfuerzo físico para realizar la tarea, los movimientos repetitivos,las caracterìsticas del entorno donde se realiza el trabajo (suelo resvaladizo, falta de espacio), todo ello conlleva la posible aparición de lesiones osteomusculares o musculoesqueléticas (músculos, tendones,articulaciones,ligamentos, etc) en el técnico de enfermería.

En la forma de prevenir dichas lesiones es importante una correcta organización y distribución de las tareas:
- Intentar realizar descansos periódicos en función de la actividad desarrollada.
- Conocer el estado del paciente y verificar su grado de colaboración.
- Adecuar la altura y la distancia del plano de trabajo.
- Mantener la espalda recta,rodillas flexionadas y utilizar los mùsculos de las piernas para levantarse y moverse.
- Si se trata de un paciente que no puede colaborar o su peso es excesivo y no se dispone de elementos de ayuda externa como grúa, la movilizaciòn será realizada entre dos o más personas.

Existen elementos de ayuda que van a favorecer l prevención de los riesgos de carácter ergonómica como son: transfers, discos giratorios,bipedestadores, grùas.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión que las medidas de prevención y su uso continuado son básicas para una buena salud física del trabajador, y contribuye a la disminución del absentismo laboral por baja médica.

6 Bibliografía

- ergoibv.com/blog/ergonomía-prevención-riesgos-laborales-sector-sociosanitarios.

-revistamédica.com/

Capítulo 979

HIGIENE POSTURAL EN EL ÁMBITO LABORAL DEL TCAE

MARÍA LUISA ALONSO CASTAÑON

ALBA CEÑERA MENENDEZ

NOELIA BLANCO CAÑIZARES

LEYLA SOFIA LOPEZ RODRÍGUEZ

NURIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Numerosos estudios realizados muestran la elevada incidencia de trastornos musculoesqueléticos entre aquellas personas que desarrollan su trabajo en centros hospitalarios, geriátricos o sociosanitarios. Los riesgos ergonómicos asociados a lesiones osteomusculares, son las enfermedades profesionales más habituales y la primera causa de invalidez permanente. El factor de riesgo principal sucede durante la manipulación manual de cargas y movilización de los pacientes, como indica la Guía de Buenas Prácticas del Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Viuda Sutil, 2007).

Estas alteraciones incluyen un gran número de lesiones en las articulaciones, músculos, tendones, ligamentos y nervios. Generalmente se encuentran localizadas en el cuello, espalda, hombros, codos y muñecas. Estas lesiones pueden producirse por un único esfuerzo (accidentes de trabajo) o por la acumulación

de varios esfuerzos (enfermedades relacionadas con el trabajo). El dolor, las contracturas e inflamaciones musculares, junto con la limitación o la incapacidad funcional de la zona afectada, son los síntomas más comunes (Martínez Latorre, 2016).
Por todo ello, una apropiada higiene postural es fundamental para evitar lesiones cuando se lleva a cabo cualquier actividad, y aún más en el caso de la manipulación de cargas y de movimientos forzados y repetitivos, con o sin carga. Los imprevistos, por otro lado, que suelen ejecutarse rápidamente y con posturas inadecuadas, pueden provocar contracturas musculares o aumentar el riesgo de producirse una lesión (Gómez–Conesa, 2002).

Las funciones que desempeñan los TCAE, por su implicación en la atención de los cuidados básicos de los pacientes, tienen una relación continua con los factores de riesgo mencionados. Durante la manipulación de cargas intervienen tanto de forma directa (levantando y colocando a los pacientes) como de forma indirecta (mediante el empuje, la tracción y el desplazamiento). En este sentido, también es considerada "manipulación": transportar o mantener la carga alzada y con sujeción con las manos u otras partes del cuerpo, como la espalda; o lanzar la carga de una persona a otra (Domínguez y Aguilera, 2013).

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es determinar a qué riesgos laborales se encuentra expuesto el TCAE a causa de su trabajo diario. Como objetivo secundario, se halla analizar en profundidad las distintas medidas preventivas ante la aparición de trastornos musculares causados por la movilización de cargas.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: higiene postural, TCAE, auxiliar, ergonomía, trastornos. movilización, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 21 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 6 salidas de la web. En primera instancia se selec-

cionaron, por lo tanto, 15 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 4 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 11.

4 Resultados

1. Factores de riesgo:
Los principales factores de riesgo encontrados, son los siguientes:
• Manipular cargas que superen los 3 Kg. en condiciones ergonómicas desfavorables (desplazamiento vertical de la carga superior a 25 cm., giro del tronco durante la manipulación, manipulación por encima de la cabeza, etc.).
• Manipular cargas de más de 25 Kg. (peso máximo recomendado en condiciones ideales) en cualquier tipo de condición ergonómica, disminuyendo a 15 kg si se trata de mujeres o trabajadores y trabajadoras jóvenes.
Varios estudios, realizados en centros de atención sanitaria y sociosanitaria, revelan de forma añadida que otros aspectos han de ser tenidos en cuenta. Entre ellos:
• La escasa formación del personal en el uso de los equipos (grúas, elevadores), detectando que en un alto porcentaje no reciben ningún tipo de formación específica para su manejo.
• De manera añadida, estos equipos se utilizan en una menor frecuencia de lo aconsejable, ya que lleva su tiempo la colocación de los arneses y la correcta utilización del mecanismo.
• Personal de atención es insuficiente.
• Falta de equipos mecánicos.
Partiendo de la base de que las transferencias de enfermos y las movilizaciones de estos forman parte de las tareas básicas del sector sanitario, se debe simplificar todo el proceso mediante la identificación del uso correcto de los dispositivos mecánicos y la correcta higiene postural, a través de la recopilación de recomendaciones avaladas y estudiadas por profesionales expertos en ergonomía y en prevención de riesgos laborales.

2. Medidas de higiene postural y ergonomía para TCAE
Entre las principales medidas de higiene postural y de ergonomía para el TCAE, se encuentran las que siguen:
• Calcular la fuerza a emplear en función del peso y la movilidad.

• Valorar en qué medida va a cooperar el paciente y explicarle los movimientos que se van a realizar, dándole indicaciones claras y concretas.
• En caso necesario, pedir ayuda a otro compañero para realizar la movilización.
• Trabajar siempre a una altura adecuada, regulando para ello los dispositivos y equipos precisos.
• Mantener la espalda recta y las piernas flexionadas durante la movilización. Mover al usuario lo más cerca posible del cuerpo.
• Para tener mejor alcance, apoyar una pierna sobre la cama manteniendo la espalda recta.
• Mantener los pies ligeramente separados para conseguir una mayor estabilidad y equilibrio.
• Quitar los obstáculos que interfieran en la movilización (bajar los laterales protectores de la cama, extraer los reposabrazos de la SDR…).
• Eliminar el riesgo la manipulación manual de cargas mediante el uso de dispositivos mecánicos o modificando la tarea de manera que no sea necesaria esa manipulación.
• Modificar las tareas espaciando aquellas que impliquen repetición y frecuencia del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En los centros de atención sanitaria y sociosanitaria el porcentaje de usuarios con problemas de movilidad es elevado. Dadas las características propias de los servicios que se prestan, los riesgos derivados de este sector influyen directamente en la salud de los TCAE, siendo las lesiones musculoesqueléticos las enfermedades profesionales más habituales y la primera causa de invalidez permanente.

Se destaca que el TCAE debe asumir e interiorizar, como una actividad más de su quehacer diario, las medidas de higiene postural y recomendaciones ergonómicas, así como implicarse en la formación teórica y práctica del uso y beneficio que aporta el manejo de los dispositivos mecánicos y que permiten realizar su trabajo en mejores condiciones de salud, mejorando la calidad de la atención asistencial. Asumiendo este compromiso, y emplazando a todos los organismos implicados a que den una formación adecuada teórica y práctica, se reduciría considerablemente las lesiones y sus consecuencias.

6 Bibliografía

- Bobadilla Zamora, A. J. (2018). Medidas ergonómicas sobre la higiene postural desde una perspectiva enfermera.
- Briseño, C. E., Herrera, R. N., Enders, J. E., & Fernández, A. R. (2005). Estudio de riesgos ergonómicos y satisfacción laboral en el personal de enfermería. Revista de salud pública, 9(1), 53-59.
- Bullón Zegarra, C. V. (2012). Análisis Ergonómico del Trabajo del Personal de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Calatrava, L. R., López, J. M. H., & Alonso, P. S. (2017). Medidas de seguridad para los profesionales sanitarios: Mantenimiento de la higiene postural. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud, 111.
- Domínguez, S. A. P., & Aguilera, P. I. S. (2013). Riesgos ergonómicos en las tareas de manipulación de pacientes, en ayudantes de enfermería y auxiliares generales de dos unidades del hospital clínico de la universidad de chile.
- Escobar, a. M., ortiz, a. M., & cortes, a. A. Higiene postural y ergonomía en el ámbito laboral. Lulu. Com.
- García, E. M. P., Fernández, V. P., Díaz, S. C., & Moya, M. I. P. (2019). Las consecuencias de una mala higiene postural y ergonomía laboral para el personal sanitario. In Intervención e investigación en contextos clínicos y de la salud: Volumen III (pp. 511-515). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).
- Gil Marín, M. (2020). Estudio sobre molestias musculo-esqueléticas en técnicos auxiliares de enfermería en una residencia geriátrica.
- Gómez–Conesa, A. (2002). Higiene postural y ergonomía.
- Martínez Latorre, M. D. M. (2016). Riesgos Ergonómicos en Enfermería.
- Paredes, D., & Del Rosario, E. (2016). Implementación de medidas de prevención y control de los riesgos ergonómicos del personal de Enfermería del Servicio de Neurocirugía del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito (Master's thesis, Quito, 2016.).
- Viuda Sutil, J. L. (2007). Guía de buenas prácticas del instituto de seguridad e higiene en el trabajo.

Capítulo 980

RIESGOS BIOLÓGICOS EN INSTITUCIONES SANITARIAS

LUCÍA CORBACHO GALLARDO

YOANA FERNANDEZ ALVAREZ

SORAYA ÁLVAREZ GARCÍA

AITANA ESPÍN MEDINA

OLAYA CUE BERNARDO

1 Introducción

El concepto de Riesgo Biológico se define como la posibilidad de exponerse a microorganismos y que estos puedan dar lugar a contagios ocasionando enfermedades , dentro de la actividad laboral.
Hay varios tipos de transmisión, a través de la piel, mucosas, vía sanguínea, vía digestiva y respiratoria.

La prevención del riesgo biológico en el lugar de trabajo debe evitar las exposiciones capaces de dar origen a algún tipo de infección, proceso alérgico o intoxicación.

Los agentes biológicos que tienen capacidad infecciosa pueden ser de varios tipos: virus, bacterias, hongos y parásitos (protozoos, artrópodos y helmintos).

- Virus: agente infeccioso que puede producir diversas enfermedades introduciéndose en las células como un parasito y reproduciéndose.

Algunos ejemplos pueden ser la gripe, rabia, hepatitis B , Sida.

- Bacterias: son microorganismos que no necesitan huésped, pueden vivir en un medio adecuado. Algunos pueden diseminarse a través de las esporas. Enfermedades bacterianas son el tétanos, la tuberculosis, fiebre de malta, carbunco.

- Hongos: estos microorganismos actúan como parásitos o viven sobre materia en descomposición. Ejemplos de ellos son el pie de atleta , la tiña , la cándida.

- Parásitos: vive sobre un organismo huésped o en su interior y se alimenta a expensas de él. Algunos de ellos son los anquilostomas, tenias, oxiuros.

2 Objetivos

- Poseer una buena base de información de todos los riesgos biológicos que les rodean debido a su lugar de trabajo y como objetivo prioritario la prevención de los accidentes biológicos.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión sistemática en artículos científicos y guías de prevención laboral.
Las bases de datos consultadas fueron Google Académico, aplicamos filtro de idioma (solo artículos en español)y varias guías de prevención y exposición a riesgos biológicos.

4 Resultados

Los profesionales de las instituciones sanitarias debido a su entorno de trabajo están constantemente expuestos a diversos riesgos biológicos.

Las enfermedades infecciosas mas habituales suelen producirse por:
- Accidentes en los laboratorios de investigación y diagnostico.
- Contagio a través de vía aérea por otra persona que puede estar enferma o bien ser portadora.
- Transmisión por contacto directo con enfermos contagiosos o con objetos contaminados (fomites).

5 Discusión-Conclusión

Para evitar y disminuir la repercusión de los riesgos de los profesionales en el ámbito sanitario, a través de los servicios de medicina preventiva, se deben tomar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de todos los trabajadores de las instituciones sanitarias.

Nuestro principal objetivo es la prevención de los accidentes biológicos.
Las estrategias de prevención se basan en una serie de barreras, entre las que se encuentran la aplicación de precauciones universales y la vacunación de todos los profesionales de la institución sanitaria.

Entre las precauciones universales que deben tomarse en todo momento, caben destacar las siguientes.
- Correcto lavado de manos y cobertura de heridas y cortes con apósitos impermeables.
- Utilización de los elementos de protección de barrera (EPI): guantes, batas, mascarillas…etc.
- Señalización de las muestras.
- Manejo con seguridad de objetos punzantes o cortantes.
- Aislamiento de enfermos con patologías infectocontagiosas y aplicación de medidas especiales al entrar en contacto con ellos.
- Siguiendo los protocolos preestablecidos , correcta eliminación de residuos.
- Desinfección y esterilización de los instrumentos y objetos contaminados.

Por otra parte, es especialmente importante para prevenir una gran parte de enfermedades infecciosas transmisibles la vacunación de todo el personal de las instituciones sanitarias.
Tienen especial relevancia las vacunas de la hepatitis B para todo el personal que esta en contacto directo o indirecto con secreciones y fluidos de pacientes.

Son recomendadas las de la gripe, hepatitis A y B , sarampión, parotiditis, rubéola, varicela-zoster.
Otras empleadas en ocasiones especiales como la BCG,rabia, tétanos, antimeningocócica … etc.
Y la aplicación de quimioprofilaxis ante la exposición al VIH.

6 Bibliografía

- http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012001200009&script=sci_arttext.
- https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/aoccc/vol-302/.

Capítulo 981

LAS CONTENCIONES MECÁNICAS

SANDRA IGLESIAS HERRERO

AMANDA MENÉNDEZ LINDE

1 Introducción

La contención mecánica se define según la OMS como: «métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse poR otros medios terapéuticos».

2 Objetivos

- Prevención de daños o lesiones al paciente cuando otros medios de contención no surgen efecto.
- Prevención de daños al entorno (familia, otros pacientes, profesionales, instalaciones.)
- Evitar interrupciones del tratamiento en el paciente u otros enfermos como arranque de vías, sondas , sistemas de soporte vital basico.

3 Metodología

Debemos utilizar siempre material de sujeción homologado que impida ejercer una excesiva presión en las extremidades, tiene que sea confortable, no lesivo, de

ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación. El material completo de una sujección mecánica consta de: Cinturón ancho abdominal y cintas laterales de seguridad.Cintas para miembros superiores e inferiores. Cinturones para fijar las contenciones a la cama también llamadas alargaderas. Botones magnéticos de fijación en número suficiente. Un imán para abrir los botones magnéticos. Siempre que sea necesario contener a un paciente necesitamos una orden medica que así lo autorice.

En el caso de los pacientes que por su clínica tengan que levantarse al sillón utilizaremos un material especial para este tiempo de inmovilización. La reducción de un paciente para contenerlo va a implicar a todo el personal que exista en ese momento en el servicio. Cuando la inmovilización sea solo un punto de sujección como por ejemplo una mano se denomina sujección parcial cuando hay mas de un punto la llamaremos siempre sujección completa.

4 Bibliografía

- E. Fariña López. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol., 46 (2011), pp. 36-42
- Documento sobre la sujeción física y farmacológica en el ámbito sanitario: Atención Primaria y Especializada. Comité de Ética para la Atención Sanitaria. Área Sanitaria IV- Asturias. Oviedo, abril 2015.

Capítulo 982

CAMBIOS POSTURALES EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

AMANDA MENÉNDEZ LINDE

SANDRA IGLESIAS HERRERO

1 Introducción

Los cambios posturales son la modificación realizada de la postura corporal del paciente. Cuando una persona no puede valerse por sí solo y debe pasar la mayoría del tiempo en la cama los cambios posturales son una medida de prevención de las lesiones de la piel.

2 Objetivos

- Vigilar la integridad de la piel evitando la compresión en los puntos de apoyo.
- Prevenir las lesiones del paciente.
- Garantizar el confort del paciente.
- Estimular y favorecer la independencia del paciente.
- Las movilizaciones frecuentes mejoran el tono muscular , la respiración y la circulación.

3 Metodología

Cuando realizamos un cambio postural debemos conservar la intimidad del paciente así como explicarle lo que vamos a realizar.

Si el estado de la persona lo permite , lo ideal es realizar los cambios posturales cada 2-3 horas cuando esté encamada, intentando alternar diferentes posturas para ir cambiando los puntos de apoyo .Las posturas más frecuentes son decúbito supino, decúbito lateral derecho e izquierdo, decúbito prono, fowler.Es fundamental no arrastrar a la persona para evitar evitar la fricción con las sábanas y nos podemos ayudar de almohadas para no ejercer tanta presión sobre los puntos de apoyo.

Si el paciente está sentado y tiene autonomía es conveniente que los realice cada 15 minutos.

4 Bibliografía

- www.enfermeríapráctica.com
- www.auxiliar-enfermeria.com
- www wikipedia.org

Capítulo 983

LA NEUMONÍA.

JESSICA MARCHENA CAO

1 Introducción

La neumonía es la inflamación del parénquima pulmonar causada por bacterias, virus, agentes químicos y alérgenos.
Consiste en la acumulación de pus en la cavidad torácica o pleural.
Los signos y síntomas son fiebre, dolor pleurítico, esputo sanguinolento, confusión, agitación, anorexia y deshidratación. La neumonía junto con la gripe son una de las principales causas de mortalidad.

2 Objetivos

- Mantener una nutrición adecuada
- Estimular la ingesta de líquidos y realizar balance hídrico.
- Fomentar higiene oral y prevenir la sequedad de las mucosas con cubitos de hielo.
- Mantener periodos frecuentes de reposo y sueño.
- Dejar de realizar actividades no prioritarias.
- Aliviar el malestar asociado al dolor pleurítico.
- Administrar analgésicos.
- Inmovilizar el tórax.
- Prevenir el estreñimiento.
- Fomentar la ingesta de líquidos y de alimentos ricos en fibra.
- Realizar masajes abdominales que faciliten el peristaltismo.

3 Metodología

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

Marco teórico.
Dentro de la metodología emplearemos un plan de cuidados de enfermería donde mejoraremos la limpieza de las vías aéreas y el intercambio gaseoso:
- Colocando al paciente en posición fowler.
- Llevando al máximo el esfuerzo de toser, haciendo una respiración profunda, respirando de nuevo y tosiendo en la segunda exhalación.
- Auscultando frecuentemente para ver si es efectiva la limpieza aérea.
- Aspirar las secreciones cuando sea necesario para mantener la permeabilidad de la vía.

4 Resultados

Las secuelas después de una neumonía son frecuentes por lo tanto habrá que seguir las indicaciones del médico al pie de la letra y tener en cuenta todas las pautas e indicaciones que nos indiquen.
Uno de los grandes problemas de las secuelas después de una neumonía es que con frecuencia no cursan solas sino que derivan en otras enfermedades alarmantes:
- Fístula bronco pleural.
- Absceso pulmonar.
- Sepsis respiratoria.

5 Discusión-Conclusión

Las secuelas después de una neumonía y el riesgo de recaídas hace necesario prestar especial atención a los enfermos que se están recuperando.
Seguir el tratamiento médico hasta el final es fundamental y saber que el hecho de tener un alta hospitalaria no significa que el tratamiento indicado se deba

detener antes de tiempo. Hay que cumplir todas la recomendaciones para que la recuperación sea exitosa.

6 Bibliografía

- M. Quintanilla Martínez, (2006), Cuidados integrales de Enfermería Gerontogeriátricos Tomo II, 2º Edición, Barcelona (España), Monsa S.A.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 984

ADMINISTRACIÓN Y TIPOS DE ENEMAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ANA COSTALES TUERO

BEGOÑA PANIAGUA GARCIA

RAQUEL COSTALES TUERO

1 Introducción

El uso de enemas en el ámbito hospitalario es una práctica muy frecuente y habitual. El estreñimiento es el trastorno intestinal por el que más se administra el enema, con especial incidencia en mujeres y mayores de 65 años, considerando estreñimiento cuando se producen menos de 3 evacuaciones intestinales por semana, hay que esforzarse para evacuar en más del 25% del total de las defecaciones, las heces son de consistencia dura, seca o con forma de bola y existe sensación de una evacuación intestinal incompleta.

Pero además del estreñimiento, los enemas se administran para diferentes fines y es el personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería quien está a cargo de llevar a cabo dicha administración.

Se entiende por enema a la introducción o instilación de una solución acuosa en el recto o parte inferior del colón descendente, según el propósito que se desee lograr. El término enema también da nombre al utensilio con que se realiza el procedimiento e incluso a la acción misma de introducir la solución acuosa en

el organismo. Cabe destacar que esta práctica no es inocua, por lo que sólo debe realizarse bajo prescripción facultativa.

Los distintos propósitos de empleo son:

Aliviar el estreñimiento: estimular el peristaltismo (movimiento del intestino) para extraer el contenido intestinal.
Ablandar heces y lubricar recto y colon.
Limpiar el recto y colón para prepararlo para procedimientos diagnósticos
Administrar medicamentos, fluidos y/o nutrientes.

2 Objetivos

- Establecer los diferentes tipos de enemas, sus finalidades y técnica de empleo por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha llevado a cabo una revisión sistemática en bases de datos científicas con publicaciones de artículos donde se habla de los diferentes tipos de enemas y sus aplicaciones. Las bases de datos consultadas han sido Scielo, PubMed, Medline y Cochrane, además de consultas en guías clínicas de cuidados relacionadas con el tema. Se han utilizado descriptores relacionados con el tema y se han incluido artículos publicados en inglés, español y portugués. Finalmente se han incluido los artículos con mayor relevancia de publicación y contenido

4 Resultados

Existen diversos tipos de enemas según el fin que se pretenda buscar:

Enemas evacuadores o de limpieza: Son los más comunes. No se retiene la solución en el recto, sino que al cabo de unos minutos de administrarlo el paciente expulsa la solución junto con materias fecales, gases, etc. y con ellos se busca la limpieza del intestino. Se prescriben cuando existe estreñimiento, para limpiar el intestino para una prueba radiológica o para realizar una endoscopia, antes de algunas intervenciones quirúrgicas, antes de un parto…
Dentro de los evacuadores o de limpieza podemos encontrar:

De agua jabonosa: compuesto por agua templada y jabón disuelto en ella. Se utiliza para dilatar el intestino, estimular el peristaltismo y lubricar las heces para fomentar los movimientos de intestino.
Salino: compuesto por agua templada con una determinada proporción de sal común.
Comerciales desechables: elaborados con soluciones hipertónicas que irritan la mucosa intestinal
Enemas de retención: En este tipo de enemas la finalidad principal no es limpiar el intestino sino que paciente debe retener la solución en el intestino de 20 a 30 minutos para adquirir la máxima absorción del fármaco administrado. Algunos subtipos de enema de retención son:
Enema antiséptico: posee principios activos que destruyen bacterias y gérmenes.
Enema emoliente: tiene por finalidad lubricar y proteger la mucosa intestinal.
Enema antihelmíntico: destruye ciertos parasitos que albergan en el intestino.
Enema medicamentoso: Se utiliza para administrar medicamentos de acción general cuando no es posible, fácil o conveniente en el uso de la vía oral, puesto que la mucosa rectal tiene una importante irrigación y gran poder de absorción, se asegura de este modo el paso del producto administrado a la circulación sanguínea.
También se administran esteroides por esta vía para aliviar la inflamación intestinal en pacientes con colitis ulcerosa, y antibióticos para el tratamiento de infecciones bacterianas localizadas.
Enema alimenticio: para administrar nutrientes.
Enema de bario o enema opaco: El bario es utilizado como una sustancia de contraste en las imágenes radiológicas y se emplea de forma habitual para facilitar el examen radiológico del intestino.
Enema oleoso: Lubrica el recto y colon sigmoideo y protege la mucosa intestinal cuando está irritada, ablandando las heces y facilita su expulsión. Se emplea para tratar el estreñimiento crónico en especial cuando existen cefalomas y en casos de hemorroides. Suele administrar por la noche y se completa con un enema al día siguiente.
Lavativa de Harris o enema carminativo: facilita la expulsión de los gases intestinales.
Es importante saber que no se deben administrar enemas en situaciones de trauma abdominal reciente, peritonitis, cirugía abdominal reciente y apendicitis.

Para llevar a cabo la técnica de administración de un enema hay que seguir un protocolo donde se ha de tener en cuenta una serie de consideraciones:

Posición del enfermo: se debe colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas (Posición de Sims). Se le puede colocar una almohada debajo de la cabeza para que se encuentre más cómodo.

Temperatura del enema: a la hora de introducirlo, el líquido debe estar entre 37º-40º Cº, jamás por encima de los 41º Cº, puesto que puede causar lesiones en la mucosa intestinal.
Cantidad y composición del líquido: depende del tipo de enema a administrar puesto que cada uno tiene una finalidad diferente.
Presión: la presión la ejerce la gravedad puesto que cuanto más alto se coloque el irrigador con relación al nivel en que está el recto, mayor será la presión con que el líquido penetra en el intestino. Hay que evitar siempre el exceso de presión, siendo conveniente que la altura no supere a los 35-45 cm para que el líquido penetre lentamente
Formas de administración: mediante pera de agua, irrigador ó preparados comerciales.
El equipo necesario que el Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería debe tener para la administración es: irrigador, tubo de conexión, cánula o sonda, pinza de clamp, salvacamas, lubricante, cuña y soporte. Siempre antes de administrar un enema hay que comprobar la prescripción médica. Una vez que el material esté preparado y comprobada la prescripción se procederá a realizar la técnica. Las pautas a seguir son:

Preparar la solución prescrita a la temperatura adecuada (entre 37º – 40º Cº).
Trasladar el material al lado del paciente.
Lavarse las manos y colocarse guantes de un solo uso.
Informar al paciente sobre el procedimiento a realizar y los motivos de la administración, solicitando su consentimiento.
Indicar al paciente que evacue la vejiga (disminuye la incomodidad del procedimiento) Guardar la intimidad del paciente y informarle del procedimiento que se le vea realizar.
Colocar en Posición de Sims al paciente, poniéndole un salvacamas bajo sus nalgas y caderas para evitar ensuciar la cama.
Realizar, si es necesario, higiene de los genitales y de la zona anal.
Colocar el soporte del sistema de enema a una altura de 40 cm aproximadamente por encima del ano.
Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.
Purgar el sistema y pinzarlo.
Realizar la técnica del sondaje rectal. La longitud de la sonda a introducir será de

7´5 a 10 centímetros en adultos, de 5 a 7´5 centímetros en niños y de 2´5 a 3´75 centímetros en lactantes. Lubricar la punta de la sonda e insertar suavemente el catéter en el recto en dirección hacia arriba y atrás. Nunca forzar la inserción de la sonda.
Despinzar el sistema y administrar la solución.
Si el paciente se queja de dolor o de incapacidad para mantener el enema, detener el flujo de líquido y darle instrucciones para que respire profundamente, luego comenzar de nuevo lentamente.
Una vez instilada la solución, retirar la sonda.

El paciente tendrá que retener la irrigación durante 5-10 minutos en enemas de limpieza o durante el tiempo prescrito en enemas de retención.
Si el paciente lo necesita, facilitarle la cuña.
Observar el estado de las heces para informar a Enfermería.
Si fuera necesario, realizar el aseo de la zona anal del paciente.
Colocar al paciente en una posición adecuada y cómoda.
Recoger todo el material, quitarse los guantes y lavarse las manos.
Se ha de saber que los preparados comerciales se administran directamente lubrificando la cánula, simplemente comprimiendo el envase.

Una vez que el enema ha sido aplicado hay que registrarlo en la historia clínica del paciente, tomando en cuenta el tipo de solución empleada, el tiempo que se retuvo la solución, la cantidad, color y consistencia del material obtenido y si hubo cualquier anomalía durante o posterior a su administración.

Durante la administración del enema, el Técnico Auxiliar de Enfermería debe valorar:

- Si el paciente se queja de sensación de plenitud o de calambres, cerrar la llave de paso durante unos 30 segundos, o bien, descender el recipiente para disminuir la velocidad de flujo.
Ante cualquier indicativo de reacción vagal (sudoración, malestar, palidez facial, palpitaciones, etc.) detener la infusión.
- Si en algún momento la entrada de líquido se hace más lenta, realizar una ligera rotación de la sonda para desprender cualquier material fecal que pueda estar obstruyendo alguno de sus orificios.

5 Discusión-Conclusión

En la disminución del peristaltismo, la dieta baja en fibras, ingesta de líquidos insuficientes y la vida sedentaria son factores influyentes que vuelven más lenta la propulsión de heces a través de las vías intestinales inferiores, ocasionando estreñimiento, impactación fecal y obstrucción.

En los ancianos la debilidad muscular y tono del esfínter disminuido y/o presencia de algunos procesos patológicos también hace que el peristaltismo se vea disminuido.

Además, la estimulación directa o bloqueo del sistema nervioso autónomo, debilidad de los músculos intestinales y algunos medicamentos como la codeína, morfina, adrenérgicos y anticolinérgicos, hacen que se relajen los músculos lisos de las vías gastrointestinales inhibiendo así el peristaltismo.

En los problemas intestinales la valoración del Técnico Auxiliar de Enfermería es fundamental, ya que el estreñimiento puede generar complicaciones derivadas del esfuerzo durante la defecación, incluyendo además dolor y distensión abdominal, confusión, nausea y vómito por rebosamiento, obstrucción abdominal o perforación intestinal, apertura de suturas en pacientes post operados, problemas en pacientes cardiópatas o con lesiones cerebrales que pueden conllevar a complicaciones serias.

Los Técnicos Auxiliares de Enfermería contribuyen ejecutivamente en la preparación y administración de los enemas, colaborando con el conocimiento científico y práctico en la aplicación de la técnica correcta. Por ello, tienen que actualizarse constantemente en la metodología de administración de enemas, puesto que utilizar un procedimiento correcto con el paciente hace que se obtenga un resultado satisfactorio.

Es de conocer que el uso frecuente de enemas puede llevar a la sobrecarga de líquidos, irritación y pérdida del tono muscular del intestino y del esfínter anal. Por ello, no se recomienda que los enemas sean utilizados como tratamiento de primera línea para el estreñimiento.

Además, en pacientes con trastornos gastrointestinales como diarrea, dolor abdominal, con cirugía intestinal reciente, con arritmias o reciente episodio de infarto de miocardio, la administración de enemas puede estimular el nervio vago y desencadenar bradicardias.

No hay que olvidar que se pueden producir lesiones rectales provocadas por la administración de un enema, siendo de tipo mecánico, químico o ambos. Es por eso que el Técnico Auxiliar de Enfermería debe estar perfectamente formado y preparado para llevar a cabo la administración de enemas, conociendo y reconociendo las ventajas y problemas que pueden desencadenarse de su uso.

6 Bibliografía

- Omero, V., & Isabel, M. (2009). Técnica de preparación y administración de enema de limpieza (Bachelor's thesis).
Rodrigo, L., Teresa, M., & Giménez Maroto, A. M. (2001). Técnicas y procedimientos: Sondaje rectal. Administración de un enema de limpieza. Extracción de fecalomas. Metas de Enfermería, 2001, num. 36, p. 10-14.
- Reino, P., & Lucrecia, N. (2009). Técnica de administración de enema evacuante en el adulto (Bachelor's thesis).
- Dorta, C. B. Administración de un enema de limpieza.
- Palma, J. P. (1998). Enemas: tipos y técnica de administración: preparación del intestino para exploraciones e intervenciones. In Práctica quirúrgica preclínica (pp. 209-217).

Capítulo 985

INTERVENCION DEL TCAE EN EL INGRESO DEL PACIENTE EN UNIDAD DE ICTUS

MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE

1 Introducción

Las unidades de Ictus (UI) son unidades de cuidados agudos, no intensivos. Solo se atiende en exclusiva a pacientes con ictus. Caracterizadas por la especialización a todos los niveles como son: personal entrenado, criterios de ingreso, diagnóstico, terapéutica precisa, especial atención al tratamiento agudo, rehabilitación funcional y social del paciente, y una eficaz coordinación multidisciplinar.

También es una característica, la ubicación geográfica, siendo el punto de concentración para su tratamiento, asumiendo pacientes de otros hospitales e incluso de otras regiones limítrofes.

2 Objetivos

- Disminuir la estancia media de los pacientes y aumentar la supervivencia sin que ello suponga mayor número de ingresos en centros de ayuda y con un mayor número de pacientes independientes.

3 Caso clínico

Pacientes que acuden a la unidad del Ictus del HUCA (Hospital Universitario Central de Asturias), por cuadro de inicio brusco de disartria, asimetría facial y debilidad en hemicuerpo izquierdo o derecho. Se inicia protocolo de Ictus.

Llegada del paciente a la Unidad.
Traslado de la camilla de urgencias o de quirófano a la cama de la unidad con transfer por celadores y tcaes.
Colocación de los diferentes aparatos para la monitorización del paciente. Electrodos, tensiómetro y pulsioxímetro.
Toma de temperatura.
Toma de muestra para glucómetro.
Peso.
Altura.
Anotación de todos los datos en la hoja clínica del paciente y en su monitor de control.

4 Discusión-Conclusión

La atención especializada, estructurada y rápida, agiliza la atención de urgencia que necesita el paciente de ictus.
En poco tiempo se recibe al paciente y se le realizan las primeras pruebas para concluir el estado en que llega. Lo que hace que se le pueda tratar inmediatamente. Esto supone la mejoría en un corto plazo de tiempo y el comienzo de su rehabilitación en la misma unidad, pudiendo trasladarse a la planta de neurología con brevedad, abandonado así la unidad de agudos.

5 Bibliografía

- Alvarez-Sabin J, Alonso de Leciñana M, Gállego J, Gil-Peralta A, Casado I, Castillo J, Díez-Tejedor E, Gil A, Jiménez C, Lago A, Martínez-Vila E, Orteg A, Rebollo M, Rubio F. Plan de atención sanitaria al ictus. Neurología 2006;21: 717-726 Díez Tejedor E, Egido JA, Arboix A.
- Unidades de Ictus. En: Gil-Nuñez A (coordinador). Organización de la asistencia en fase aguda del ictus. GEECV de la SEN 2003;p 41-51.
- B, Díez Tejedor E, Lara M, Frank A, Barreiro P. Organización asistencial en el cuidado agudo del ictus. Las unidades de ictus marcan la diferencia. Rev Neurol

2001; 32: 101-6.
- B, Díez-Tejedor E. Unidades de ictus: una necesidad asistencial coste-efectiva. Neurología 2007;22(7): 456-466
- Martínez-Martínez M, Fuentes B, Díez-Tejedor E. Criterios de Ingreso hospitalario del paciente con Enfermedad Cerebrovascular Aguda. Criterios de ingreso en Unidad de ictus. Medicine 2010 (en prensa).

Capítulo 986

NUTRICIÓN ENTERAL Y GASTROSTOMIA. ALIMENTACIÓN POR SONDA PEG A UN ENFERMO EN HOSPITALIZACIÓN

NURIA BARRERA ARIAS

Mª ISOLINA ALONSO GARCÍA

SONIA MESA GONZÁLEZ

1 Introducción

A lo largo de la historia, la humanidad se ha preocupado de preservar la salud de aquellas personas que no podían procurarse el alimento de manera convencional y han buscado otras formas que les asegurasen el aporte de nutrientes necesario. La medicina ha ido evolucionando y, hoy en día, existen técnicas adecuadas para que ese aporte de nutrientes se realice de tal manera que dichas técnicas no supongan ningún tipo de perjuicio para la salud de los pacientes.

Para entender mejor todo este proceso debemos hacer un repaso a numerosos acontecimientos históricos en torno a los diferentes métodos de alimentación aplicados. Fue en Egipto donde se recoge el primer documento, escrito en papiro, de la aplicación de la alimentación rectal mediante enemas en los que se introducían determinados alimentos como leche, vino, algunos cereales germinados, etc. Dicho enema era aplicado mediante una jeringa formada por una pipeta atada a una vejiga. Esta misma técnica se extendió entre los griegos.

En 1617, Fabricius y Aquapendente utilizaron por primera vez unos tubos, introducidos en la cavidad nasofaríngea, para alimentar a niños con tétanos. Posteriormente, John Hunter introducía por primera vez una sonda para alimentación gástrica conectada a una especie de vejiga, que hacía las veces de bomba de infusión.

En 1878, Brown Sécquard, utilizando unos tubos de caucho de diferentes diámetros, que tenían unos pequeños embudos, introducía una fórmula especial a pacientes con disfagia (problemas para tragar).
En 1837, el concepto gastrostomía fue descrito por primera vez por Egeberg. En los inicios del siglo XX, concretamente en 1939, Ravdin y Stengle, comienzan a considerar la gastrostomía y la yeyunostomía como las técnicas más seguras y a aplicarlas en los pacientes. Pero no fue hasta 1980 cuando la Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) fue introducida por Gauderer y Ponsky, perdurando su utilización hasta nuestros días.

2 Objetivos

- Dar a conocer la alimentación enteral, sus tipos, y analizar la evidencia sobre su efectividad.
- Identificar la Gastrostomía Endoscópica Percutánea como técnica adecuada a personas que no pueden alimentarse por vía oral.
- Indicar cómo se realizaría una alimentación por bolos a un paciente con sonda PEG.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos y bibliográficos del tema a desarrollar consultando bibliotecas electrónicas y varias bases de datos (SciELO, Pubmed y Medline) y buscadores como Google Académico o Google.

Se incluyeron en el estudio todos los artículos que cumplieron los siguientes requisitos: lengua española o inglesa con conocimientos relacionados con la alimentación enteral, las gastrostomías y las sondas PEG.
Se obtuvo información de páginas como la OMS.

4 Resultados

La nutrición es un elemento fundamental en el desarrollo y el mantenimiento del organismo. Según la OMS, la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Para garantizar que la persona mantenga un buen estado nutricional y pueda afrontar mejor el día a día, debe recibir un aporte equilibrado de nutrientes. La forma fisiológica de administración de alimentos, es la vía oral, pero hay diferentes circunstancias en la vida en las que este tipo de alimentación no es posible debido a la situación del paciente. Es por este motivo por lo que se debe utilizar otro método de alimentación, artificial en este caso, que permita que la persona reciba los nutrientes necesarios.

La nutrición enteral es una técnica de aporte nutricional consistente en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal mediante sonda por vía nasal u ostomía (apertura quirúrgica en el tubo digestivo). Entre las primeras estarían las sondas nasogástricas y nasoenterales, como las nasoduodenales (sonda nasal al duodeno) y las nasoyuyodenales (sonda al yeyuno), y entre las segundas estarían la gastrostomía y la yeyunostomía. Si la duración de la alimentación es a corto plazo, el paciente se puede beneficiar de la sonda nasogástrica, pero si se requiere una alimentación por un período largo de tiempo, lo mejor es optar por una gastrostomía ya que esta ofrece ventajas sobre la anterior, debido a que evita las complicaciones más frecuentes de la sonda nasogástrica (obstrucción, cambios frecuentes, ...).

La gastrostomía y la yeyunostomía están indicadas en aquellos casos en los que el paciente no puede ingerir alimentos directamente por boca de manera voluntaria, pero no presenta contraindicaciones para la utilización de la vía digestiva. De este modo, se puede realizar, en el abdomen de la persona, una inserción temporal cuando la patología es reversible y se prevé su retirada en un corto período de tiempo, o una inserción permanente si la patología es irreversible, pero su esperanza de vida es elevada. Es por este motivo por lo que se seleccionan pacientes cuyo período de nutrición sea superior a un mes y su esperanza de vida mayor de dos meses, considerándose, por ello, un método de nutrición a largo plazo.

La sonda PEG o Gastrostomía Endoscópica Percutánea es una sonda que permite la administración de alimentos, líquidos o medicación. Se implanta en la piel del abdomen mediante una incisión quirúrgica a través de la cual se introduce una endoscopia que permite acceder a la cavidad gástrica, y su objetivo es asegurar la alimentación enteral mediante la administración de los nutrientes a través de

una sonda, de manera que uno de sus extremos queda en el exterior y el otro en algún tramo del aparato digestivo. Está indicada en aquellos pacientes que tienen dificultades para tragar, que no se alimentan adecuadamente o que tienen el aparato digestivo alterado, funcionalmente hablando. Sólo requiere anestesia local y sedación ligera para su realización. Esta técnica ha ido relegando poco a poco a la gastrostomía debido a que es mínimamente invasiva y más segura que la anterior.

La Gastrostomía Endoscópica Percutánea está indicada en los siguientes casos:

• Pacientes con requerimientos especiales de energía o nutrientes.
- Síndrome de mala absorción severa.
- Linfoma.
- Carcinoma de páncreas.
- Intolerancias digestivas a grasas.

• Pacientes con trastornos neurológicos que impiden la deglución.
- Esclerosis múltiple.
- ELA.
- Síndrome de Guillain-Barré.
- Parálisis cerebral.
- Coma neurológico.

• Pacientes con tumores.
- De cabeza y cuello.
- Del aparato digestivo.

• Pacientes graves cuya recuperación requiere un tiempo más prolongado
- Politraumatismos.
- Grandes quemados.
- Fibrosis quística.
- Enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn y colitis ulcerosa).

• Otros:
- Trastornos severos de la motilidad intestinal.
- Cirugía ORL y maxilofacial.
- Anorexia nerviosa

Por el contrario, estaría contraindicada en los siguientes casos:

• Íleo gastrointestinal.
• Pancreatitis.
• Ascitis.
• Diálisis peritoneal.
• Peritonitis.
• Hemorragia digestiva aguda.

• Obstrucción intestinal.
• Obesidad.

VENTAJAS DE LA SONDA PEG
• Forma más fisiológica de aporte de nutrientes.
• Mayor sencillez y menor coste.
• Menos mortalidad y morbilidad.
• Permite mayor autonomía al paciente.
• Preservación de la integridad de la mucosa.

Una vez que la persona haya sido sometida a su Gastrostomía Endoscópica Percutánea, deberá iniciarse la alimentación lo ante posible. Es importante que se haga en las 36 horas posteriores a la realización de la técnica.

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS EN EL PACIENTE
El primer contacto con el estoma es un momento duro para el paciente ya que va a suponer un cambio en su calidad de vida. Ya no podrá, en muchos casos, llevar a cabo la alimentación oral. Se sentirá incómodo debido a que tiene un objeto extraño en su cuerpo con el que se sentirá raro, le supondrá limitaciones de movimiento, y lo verá fuera de lugar. Es posible que la persona ostomizada sienta miedo, tristeza o desanimo ante su nueva situación, ya que con la alimentación enteral ya no podrá, en muchos casos, disfrutar del sabor de los alimentos, y estéticamente ya no es la misma persona que antes. Todo ello hace que pueda alterar su relación con los demás, pudiendo sufrir estrés emocional. El equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, …) y el entorno familiar, son piezas determinantes a la hora de que el enfermo reciba el apoyo psicológico que necesite, acepte su nueva realidad y se implique cuanto antes en su autocuidado.

MÉTODOS DE ALIMENTACIÓN POR SONDA
Existen tres métodos para alimentarse por sonda, siendo el facultativo quien elige la pauta y el método de administración que mejor se ajusten a las necesidades de cada paciente, dependiendo de su situación.
1. Por jeringa (por bolo). Es un método intermitente, por ello simula mejor los horarios de ingesta, siendo este método, junto con el de gravedad discontinuo, la forma más fisiológica de administración de alimentos, ya que es la más parecida a la alimentación habitual. La fórmula se administra al paciente por medio de una jeringa (de 50 ml) que se introducirá directamente en la sonda PEG. Aquí haremos referencia, más en profundidad, a este tipo de alimentación.
2. Por gravedad. Puede ser un método continuo o discontinuo, administrando

la fórmula de manera que asemeje los horarios de ingesta o distribuyéndola a lo largo del día por lo que dicha administración será más lenta. Se basa en la presión por gravedad que se genera al colocar la bolsa de la fórmula alimenticia en un soporte para suero. La frecuencia de infusión se consigue con una abrazadera deslizable que se abre más o menos en función de la velocidad requerida.
3. Por bomba. Su administración es continua porque asegura un flujo constante (se conecta la bolsa de alimentación a la bomba y esta distribuye ese flujo). Tiene la ventaja de que reduce el riesgo de aspiración debido a que el volumen de alimento contenido en el estómago es menor.

Antes de comenzar a dar la alimentación al enfermo, debemos realizar un lavado de manos enérgico y eficaz para evitar cualquier tipo de contaminación, tanto de la fórmula de alimentación como de la ostomía del paciente, evitando, de este modo, cualquier tipo de infección que pueda surgir. El proceso debe repetirse nuevamente al finalizar la administración del alimento. Se debe usar agua y jabón, frotando durante, al menos, 20 segundos, enjuagando y secando bien las manos, a continuación.

ALIMENTACIÓN POR JERINGA (BOLO) POR PARTE DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

La industria farmacéutica produce alimentos especiales para nutrición enteral. Estos productos están adaptados a las necesidades energéticas de cada individuo, son dietas personalizadas. Es el facultativo quien decide qué tipo de dieta es mejor para cada persona, pero es el personal de enfermería quien se encarga de administrar dicha alimentación. Este personal de enfermería, entre los que se encuentra el Auxiliar de Enfermería o TCAE, debe tener los conocimientos y la formación necesarios para poder realizarle esta técnica al paciente. Se creará un ambiente íntimo, tranquilo y de confianza, que no suponga ningún inconveniente ni trastorno para la persona.

• Para comenzar, debemos informar al paciente del procedimiento e incorporarlo en la cama entre 30 y 45 grados.
• Comprobar que la sonda no se haya movido y que la posición de ésta sea la correcta.
• Comprobar, así mismo, que la dosis, la vía de administración y la fórmula son las correctas (esta debe estar a temperatura ambiente para ser administrada. Para ello se deberá sacar de la nevera el preparado, entre 30 y 45 minutos antes).
• Comprobar el residuo gástrico (utilizando una jeringa de 50 ml) antes de comenzar a introducir la alimentación. Para ello extraemos con dicha jeringa el contenido del estómago. Si la cantidad de residuo fuera superior a 150-200 ml, habría

que retrasar la toma durante 1 hora. Si fuese inferior, introduciríamos de nuevo el contenido gástrico en el estómago e iniciaríamos la alimentación.
• Cargar la jeringa, esta vez con la fórmula alimenticia, introduciendo la misma lentamente para evitar una posible distensión abdominal.
• Recargar la jeringa las veces que sea necesario, haciendo hincapié en que no se debe introducir más de 300 ml en total.
• Finalmente, infundir entre 30 y 40 ml de agua en el estómago para limpiar completamente la sonda y evitar que quede contenido en la misma que pueda obstruirla.
Una vez terminado, se debe limpiar la jeringa con agua jabonosa, de manera que pueda ser reutilizada para tomas posteriores.

CUIDADOS DE LA SONDA
• Verificar diariamente el aspecto y colocación de la sonda.
• Girar completamente la sonda cada día para evitar que quede adherida a la piel.
• Comprobar que el soporte externo no oprime la piel.
• Tapar siempre la sonda después de su utilización.
• No doblar ni pellizcar la sonda.

CUIDADOS DEL ESTOMA
• Lavar diariamente el estoma con agua, jabón y antiséptico de dentro hacia afuera los primeros 15 días.
• Comprobar que no haya inflamación ni enrojecimiento en la zona periestomal, a diario.
• Cambiar el apósito cada día, sin tirar de la sonda, para evitar que esta se salga.
• Comprobar la correcta colocación del disco externo y que no haya ningún tipo de suciedad bajo él.

Además de estos cuidados, debemos tener en cuenta que el paciente debe tener una buena higiene bucal para evitar el crecimiento de bacterias que puedan producir infecciones de boca y garganta que puedan pasar al tubo digestivo. Si el estoma no presenta mal aspecto, el paciente se puede duchar transcurrida una semana.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de la historia, numerosas personas se han preocupado de encontrar métodos alternativos de nutrición que facilitasen la alimentación de aquellos individuos que eran incapaces de hacerlo de manera natural.

La nutrición enteral ha supuesto, en ese sentido, y en los últimos años, un gran avance en medicina y un gran logro como método de aporte nutricional a pacientes desnutridos o con alguna patología de base y cabe poner de relieve su importancia en la recuperación funcional del enfermo. La sonda de nutrición PEG es una técnica sencilla, mínimamente invasiva, eficaz y barata, que produce los mejores resultados a un coste razonable.

Aunque la atención al paciente con sonda PEG es un trabajo multidisciplinar, el cuidado y atenciones que este recibe durante todo el proceso recaen en el equipo de enfermería. El enfermero, ayudado por el auxiliar, tendrá en cuenta todas aquellas dudas y necesidades que puedan surgirle al enfermo. Tanto a nivel físico como psicológico necesitará el apoyo constante de estos profesionales, siendo estos una pieza fundamental en su pronta recuperación e incorporación a su vida habitual. Se darán una serie de recomendaciones sobre cómo mantener la sonda y el estoma debidamente cuidados y limpios, así como sobre la técnica de alimentación a seguir para que este, en la medida de lo posible, pueda realizarlo en su propio domicilio.

6 Bibliografía

1. Álvarez, J.; Peláez Torres, N.; y Muñoz Jiménez, A.; Utilización clínica de la Nutrición Enteral; Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid; 2006. Disponible en: http://scielo.isciii.es
2. Anaya Prado, R. et al.; Nutrición enteral y parenteral; 2012. Disponible en: https://s3.amazonaws.com2
3. Organización Mundial de la Salud; Definición de Nutrición; 2020. Disponible en: https://www.who.int/topics/nutrition/es/
4. Fernández Marty, A. P. y Vitcopp, G. M.; Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos B. Udaondo, Buenos Aires. Disponible en: http://www.sacd.org.ar/dcuatro.pdf
5. Tous Romero, M. C. et al.; Comparación entre dos tipos de gastrostomías quirúrgicas, abierta y laparoscópica, en nutrición enteral domiciliaria; Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000400050
6. Auxiliar de Enfermería en Geriatría. Manual del Alumno. Cuidados Terapéuticos en Geriatría; Fondo Social Europeo. Junta de Andalucía; Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/empleo/recursos/material_didactico/especialidades/

materialdidactico_aux_enf_geriatria/manual_alumno_modulo4.pdf
7. Frías, L.; y Cuerda, C.; Unidad de Nutrición del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid; Nutrición enteral; indicaciones, sondas y materiales; 2014. Disponible en: http://www.aulamedica.es/gdcr/files/journals/1/articles/7509/public/7509.pdf#page=13
8. SENPE; Protocolos para la prescripción de nutrición enteral y parenteral. Disponible en: https://senpe.com/documentacion/consenso/senpe_consenso_prescripcion_3.pdf
9. Alba López, A. et al.; Protocolo de Actuación De Enfermería en el Manejo de la Nutrición Enteral; Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2012. Disponible en: http://www.chospab.es
10. Option Care; Guía para pacientes sobre la alimentación por sonda; 2017. Disponible en: http://optioncare.com/wp-content/uploads/2017/03/Gu%C3%ADa-para-pacientes-sobre-Patient-Guide-to-Enteral-Nutrition-Spanish.pdf
11. Ocronos-Revista Médica y de Enfermería; Manejo de Gastrostomía Endoscópica Percutánea en Urgencias de Atención Primaria; 2019. Disponible en: https://revistamedica.com/manejo-gastrostomia-endoscopica-percutanea-urgencias-atencion-primaria/
12. Cao Torija, M. J.; Nutrición Enteral. Administración y Control. Profesora de Nutrición y Dietética; 2016. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=iHJWPbgVWRY
13. Chospab; Protocolo de Nutrición Enteral; Disponible en: http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/nutricion_enteral.pdf
14. Sánchez Santiago, T.; Martín Vaquerizo, M.; Protocolo para el cambio de la sonda PEG y sus cuidados en Atención Primaria; Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid; 2017. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24729/TFG-H968.pdf?sequence=1
15. Cuidados de la sonda y del estoma; ELA Andalucía; Disponible en: http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/FOLLETO-Cuidados-de-la-Sonda-PEG.pdf
16. Cuidados de la sonda PEG. Instrucciones para el Personal de Enfermería; Opos Sanidad. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_sonda_peg.htm
17. Alimentación por Sonda Nasogástrica y por sonda PEG. Disponible en: http://auxiliaresdenfermerialiad.blogspot.com/p/alimentacion-por-sonda-nasogastrica.html

Capítulo 987

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

DIANA MARIA PRAVIA FERNANDEZ

1 Introducción

La OMS define paciente terminal como “el paciente con enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico vital limitado” (paciente que sufre una enfermedad cuyo fin es una muerte próxima, generalmente inferior a 6 meses).

Los cuidados paliativos se definen como los cuidados que recibe una persona enferma en las etapas finales de de una enfermedad terminal, o potencialmente mortal .Normalmente son pacientes que sufren cáncer ,VIH, enfermedades pulmonares y renales crónicas.

Es necesario tener un buen conocimiento de la enfermedad para así poder ayudar y realizar un tratamiento adecuado, consiguiendo que el paciente haga mas llevadera su enfermedad, no sólo hay que dar al paciente medidas farmacológicas para mejorar sus síntomas, sino también darle apoyo psicológico, en esta dura etapa por parte del personal sanitario y no sanitario.

2 Objetivos

- Tratar a la persona para mejorar lo que le queda de vida.

3 Metodología

Este trabajo esta basado en la exploración de web médicas, web del Ministerio de Salud, bases de datos científicas como Medline y Pudmed. Se ha hecho una

recopilación de los conceptos mas significativos de cada una de ella, para poder realizar este trabajo. Se han utilizado las palabras claves; cuidados paliativos, final de la vida, cuidados paliativos, hospital para enfermos terminales, cuidados paliativos, TCAE y celadores.

4 Resultados

Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos. El 78 % de ellas viven en países subdesarrollados. Actualmente, a nivel mundial, tan solo un 14 % de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben, los cuidados paliativos son proporcionados por todo el personal sanitario (médicos, enfermeras, TCAE, celadores), intentando paliar tanto los efectos físicos de la enfermedad (dolor, dificultad para dormir y respirar, falta de apetito,) como los emocionales (miedo, depresión, ansiedad).

Es de suma importancia que la persona sufra lo mínimo posible en la etapa final de su enfermedad, estos cuidados pueden darse en hospitales, en centros de cuidados paliativos y en el hogar del paciente.

El dolor es uno de los síntomas más comunes de alguien que está muriendo. Incluso el dolor intenso puede controlarse con medicamentos. Cada paciente responde al dolor de manera diferente. El médico controlara el dolor de manera que satisfaga las necesidades de la persona. El TCAE se encargara en esta etapa de mantener la buena imagen personal del paciente a nivel de higiene personal, proporcionando un ambiente agradable en la habitación teniéndola limpia y ordenada, estará al tanto de qué muestras biológicas, están pendientes de recoger, conocen que pacientes se levantan o permanecen en cama, los que tienen pruebas diagnósticas y deben ser trasladados, para tener en cuenta su aseo previo, administración de la medicación e historia clínica y aquellos pacientes que precisan curas para coordinarse con la enfermera, así como comunicarle cualquier cambio significativo que pudiera producirse en el paciente, valorando el estado de la piel y mucosas para prevenir UPP (úlceras por presión), realizando los cambios posturales necesarios junto con el personal de celadores.

5 Discusión-Conclusión

El enfoque de los cuidados paliativos no está en morir o tratar de encontrar una cura. El objetivo es tratar a la persona para mejorar lo que le queda de vida. La

satisfacción de los cuidados paliativos es que independientemente del desenlace de la enfermedad se le han proporcionado al paciente los cuidados necesarios. En las situaciones en las que el paciente se encuentra en fase terminal, el objetivo de la atención al enfermo no es el de la curación, sino el de cuidado físico y psicológico, controlar los síntomas, calmar el dolor y apoyar a la familia.

6 Bibliografía

- Antonio Manuel Vargas García, María Del Carmen Ruiz Gonzalez, SerianaMolina Rodriguez, Fátima Baños Ibañez.Estudiante 2ª De Tecnicode Farmacia.Antonio19_1990@hotmail.com
- http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/
- http://www.mspsi.gob.es
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/auxiliar_paliativos.htm
- Tra Rodríguez, E. "Atención al paciente en final de vida" MANUAL DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. En [www.accesible.org/seapa/].
- Protocolos de actuación ante el proceso de muerte. Comisión de Humanización de los Cuidados. Fernando Álvarez y María José Molero (2010).

Capítulo 988

HIGIENE DE LOS OJOS EN UN PACIENTE INCONSCIENTE, SEDADO O MOVILIZADO

LILIANA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los pacientes inconscientes, sedados o encamados necesitarán de cuidados de personal sanitario para mantenerlos en las mejores condiciones posibles. Así la higiene ocular es un aspecto muy importante a tener en cuenta, no sólo por su comodidad, sino también para evitar posibles infecciones o daños.

2 Objetivos

- Concretar el protocolo para realizar una correcta higiene ocular en pacientes inconscientes, sedados y/o inmovilizados.

3 Metodología

Se utilizarán gasas estériles, suero fisiológico, dos jeringas guantes, bolsa de residuos y registros de enfermería. Para realizar el lavado, primero procedemos al lavado de manos, después humedecer una gasa con solución salina y limpiar el ojo desde el lagrimal interno hacia el lado externo. Utilizaremos una gasa distinta para cada ojo. Después con una jeringa para cada ojo aplicaremos suero, manteniendo el ojo abierto con los dedos. Luego secamos con una gasa estéril.

Por último, cerrar los ojos suavemente. Finalmente colocamos al paciente en una postura cómoda y recogemos el material.

Es muy importante que se sigan unos protocolos adecuados, con el fin de que la higiene ocular del paciente se realice de forma correcta y segura.

4 Bibliografía

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

Capítulo 989

ACTUACIÓN ANTE UN ATRAGANTAMIENTO CON OBSTRUCCIÓN TOTAL DE LA VÍA AÉREA EN UN PACIENTE ADULTO CONSCIENTE.

LILIANA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los objetos que quedan atrapados en la garganta, obstruyen las vías respiratorias y causan asfixia. Esto impide que el oxígeno llegue a los pulmones y al cerebro. Si el cerebro permanece sin oxígeno durante más de cuatro minutos puede ocurrir algún daño cerebral o la muerte.

2 Objetivos

- Actuar de formal correcta e inmediata ante un atragantamiento con obstrucción total de la vía aérea en adultos.

3 Metodología

Realizar de forma alterna 5 golpes en la espalda y 5 compresiones abdominales hasta que el objeto se expulse.

Para realizar los golpes en la espalda, debe situarse al lado y levemente detrás del paciente. Se debe inclinar hacia delante y colocar la mano delante del pecho. Con el talón de la otra mano, dar hasta 5 golpes secos entre los omóplatos. Si ésto no funciona, llevar a cabo la maniobra de Heimlich:
Se sitúa detrás del paciente y la rodea con los brazos por la parte superior del abdomen (entre ombligo y tórax).

Con el puño y la otra mano envolviéndolo empujar fuerte y rápido hacia dentro y hacia arriba para aumentar la presión en la vía respiratoria y forzar el objeto a salir de la tráquea.Para evitar graves secuelas derivadas de una parada cardiorespiratoria o la muerte, se precisa una rápida actuación con una de éstas dos maniobras.

4 Bibliografía

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

Capítulo 990

MEDIDAS A ADOPTAR POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN AISLAMIENTO ESTRICTO

ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El aislamiento hospitalario estrícto es la medida que se lleva a cabo ante la sospecha o confirmación de que un paciente padece sìntomas de una enfermedad transmisible altamente contagiosa, separándolo del resto de pacientes por riesgo de contagio.
Algunas enfermedades que exigen èste tipo de aíslamiento son: la tuberculosis pulmonar, el sarampiòn, varicela, fiebres hemorrágicas,(èbola).

2 Objetivos

El objetivo de dicho aìslamiento es la ”no propagación del contagio de la enfermedad, pudiendo ser ésta de gran riesgo para el resto de la población llegando a riesgo de epidemia e incluso de pandemía.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática en distintas guias sanitarias, se utilizó el buscador de google académico tomando como referencia las palabras aíslamiento,

hospital, estrícto, tcae.

4 Resultados

Los TCAE como parte del personal sanitario encargado de la atención del paciente sometido a aislamiento estrícto debe de llevar a cabo una serie de medidas de prevención antes de acceder a la habitación del paciente,(èsta deberá de ser de uso individual), deberán equiparse con bata, guantes,mascarilla y calzas.

- Se recomienda que estén vacunados o inmunizados.
- El lavado de manos tanto antes como después de entrar a la habitación es imprescindible.
- Antes de salir de la habitación las prendas se depositarán en un contenedor especial hubicado dentro de la habitación para tal fin, excepto la mascarilla que se retirará al salir de esta.
- La ropa de cama y el material utilizado para tratar al paciente se considera material contaminado, siendo retirado de la habitación mediante la técnica de la doble bolsa.
- Los familiares y visitantes llevarán a cabo las mismas medidas de protección que el personal sanitario.
- Se limitarán al máximo las visitas, procurando no permanecer en la habitación más de un familiar en cada turno.
- En caso de desplazamiento del paciente a otra área del hospital para realizar cualquier tipo de prueba a èste se le proveerá de las mismas medidas de protección y se avisará al personal que va a estar en contacto con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Concluiremos diciendo que es muy importante que tanto el personal sanitario como el ”no” sanitario, posea un grado de conocimiento adecuado respecto al aislamiento estricto con el fin de colaborar en la extinción del caso a tratar.

6 Bibliografía

- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanih/
-Guia de aislamiento hospitalario, Hospital Santa Margarita de Copacabana

Capítulo 991

EL TCAE EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS

GLADYS GUERRA CACHIMUEL

MARÍA MAGDALENA GUERRA CACHIMUEL

1 Introducción

En la unidad de Hemodiálisis se elabora un procedimiento de limpieza y desinfección de los monitores de hemodiálisis que incluye como anexo un documento de registro exhaustivo diario en forma de lista de verificación que aporta calidad y seguridad en el tratamiento del paciente. El procedimiento de limpieza y desinfección de los cada uno de los monitores de la unidad se realiza tal y como indican los manuales de los procedimientos de las casas comerciales complementado por las recomendaciones de medicina preventiva del hospital.

En dicho informe existe un protocolo de actuación ante el paciente por parte del TCAE en la recepción del mismo y su preparación como el seguimiento de todo el proceso con la tutela de enfermería ante cualquier inconveniente o atención que necesite la persona sometida a diálisis.

2 Objetivos

- Saber todos los problemas que son específicos de estos pacientes y aprender a resolverlos.
- Valorar la calidad de vida y los factores que afectan a la misma del paciente con insuficiencia renal crónica sometido a hemodiálisis.
- Proporcionar una atención y cuidados en la Unidad de Hemodiálisis.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados del técnico auxiliar de enfermería en hemodiálisis, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: cuidados, enfermo renal, hemodiálisis, paciente.

4 Resultados

La Unidad de enfermería de Hemodiálisis, proporcionar una atención optima a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal y que precisan de tratamiento sustitutorio: Hemodiálisis ó Diálisis Peritoneal, para satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos Cuidados de enfermería especializados, con la máxima calidad y seguridad basados en el Modelo de Virginia Henderson: "atención integral, a través de acciones de apoyo en la enfermedad y la muerte, de protección y fomento de la salud, y ayuda en la reincorporación del individuo a la sociedad". La VISIÓN es proporcionar una atención y cuidados en la Unidad de Hemodiálisis, adaptando la provisión de cuidados a las necesidades de la población, desarrollando nuevas competencias profesionales mediante la formación continuada.

Hay que recibir/acoger al paciente durante su estancia en la Unidad de Diálisis evitando en lo posible su ansiedad. Entrevistarse con el paciente a fin de favorecer el diálogo y la comunicación con él. Colaborar en la información del paciente y su familia sobre exploraciones, intervenciones, situación del paciente, expectativas futuras, etc. todo ello en un marco abierto y a "demanda" del paciente, de forma que le proporcione ayuda y seguridad. Canalizar las necesidades psíquicas, sociales y espirituales, detectadas en el paciente y cuya ejecución corresponde a otros profesionales. Mantener y vigilar el secreto profesional. Ayudar a bien morir, creando alrededor del paciente la atmósfera necesaria para su tranquilidad y mantenimiento de su dignidad. Dar asistencia post-mortem, apoyando la intimidad, duelo y decisiones de la familia.

La mayoría de los pacientes sometidos a hemodiálisis presentan una edad superior a los 60 años, esta elevada edad, con las numerosas repercusiones a todos los niveles, se traduce en una peor calidad de vida en pacientes de edad avanzada. Los pacientes dializados en el turno de tarde presentan una menor adaptación a los roles sociales, esto ocurre por el horario vespertino de la sesión, es un hecho a

destacar que los pacientes que se dializan en centros hospitalarios presentan una función física, así como un rol físico, inferior de los que se dializan en centros periféricos o extra- hospitalarios. También el AV juega un papel importante en la calidad de vida relacionada con la salud de tal manera que, los pacientes que se dializan con catéteres expresan que le interfiere para sus actividades diarias y su trabajo.

Los pacientes en hemodiálisis presentan una gran cantidad de comorbilidades que tienen un gran impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud, entre otros la nutrición juega un papel muy importante en el tratamiento de este tipo de enfermos, ya que existe riesgo de malnutrición derivado del incumplimiento dietético por miedo a los alimentos, principalmente por falta de conocimiento. Las restricciones tanto en la alimentación como en los líquidos son la principal preocupación de este tipo de pacientes, mediante programas de educación para la salud se logró mayor cumplimiento y mayor satisfacción general de los pacientes, y por tanto un aumento de la calidad de vida percibida.

5 Discusión-Conclusión

Los factores que disminuyen la percepción de Calidad de Vida son: edad avanzada, género femenino, bajo nivel de autonomía, deterioro cognitivo, depresión, presencia de otras enfermedades, tiempo de recuperación de la sesión de hemodiálisis y distancia emocional con el equipo sanitario. El acceso vascular juega un papel importante en la Calidad de Vida, ya que los pacientes que portan CVC expresan que son una interferencia para sus actividades diarias y su trabajo.

El dolor es un aspecto que interfiere en la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis, sobre todo el dolor intradiálisis. Las restricciones en los líquidos y en la alimentación es la principal preocupación de este tipo de pacientes, sobre todo por la falta de conocimiento.

6 Bibliografía

1. Galera A., Martínez MT., Ochando A. (2005). Accesos vasculares para hemodiálisis: cuidados de Enfermería. Angiología. 57 (supl2): 159-168.
2. López E., Pereiro J. (2016). Cuidados de Enfermería en la fístula arteriovenosa interna nativa para hemodiálisis. Enfermería Integra. 112: 22-26.

3. Seguí A., Amador P., Ramos A.B. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Enferm Nefrol. 13(3):155-160
4. Valderrábano Quintana F. Complicaciones agudas en Hemodiálisis. Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.) Disponible en: http://www.senefro.org /modules/ webstructure/ files/ hemodiálisis 21.pdf?check_idfile= 547
5. Alarcón I., Farías D., Barrios S. (2009). Factores que influyen en la percepción de Calidad de Vida de personas adultas bajo terapias de sustitución renal. Horiz Enferm, 20(1), 67-80

Capítulo 992

NUTRICIÓN. DIETAS HOSPITALARIAS POR VÍA ORAL.

JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN

Mª DEL CARMEN ARDURA SANTIAGO

MARÍA COVADONGA ABARRIO NÚÑEZ

BEATRIZ REQUENA PARADA

1 Introducción

Comer y beber es necesario para ingerir y absorber los nutrientes que aseguran el mantenimiento del organismo. La nutrición es el conjunto de procesos por los que nuestro organismo incorpora los nutrientes contenidos en los alimentos, los utiliza y los transforma para cubrir las necesidades energéticas, reguladoras y estructurales.

Paso previo a la nutrición es la alimentación, proceso por el que se seleccionan los alimentos para componer la ración alimentaria. Esta selección es voluntaria, y está influida por factores físicos, económicos, psicológicos, socioculturales, etc.; si no vigilamos lo que comemos, puede que no consumamos todos los nutrientes que nuestro organismo necesita, o que lo hagamos en exceso.

La dietética es la parte de la medicina que trata de la alimentación del individuo. Estudia qué son los nutrientes, cómo los aprovecha el organismo, y también la influencia del comportamiento humano y del ambiente en el proceso de alimentarse. En definitiva, nos ayudará a entender qué alimentos debemos elegir en

función de las necesidades energéticas de cada persona y de los nutrientes que necesita.
Las dietas hospitalarias son planes de alimentación mediante los cuales se seleccionan los alimentos más adecuados para garantizar que un enfermo hospitalizado mantenga o alcance un estado de nutrición óptimo. Pueden pretender un efecto terapéutico, de mantenimiento o preventivo.

2 Objetivos

El objetivo es velar por la correcta y óptima alimentación de los pacientes hospitalizados aplicando los conocimientos científicos. Utilizar la nutrición como herramienta terapéutica y educativa.

3 Metodología

La documentación para este artículo se ha realizado a través de consulta bibliográfica:
- Tradicional: a través de libros de texto utilizados en la formación de TCAE y libros específicos de la materia que nos ocupa.
- Digital: a través de consultas realizadas en bases de datos como Scielo, Google Academy y Pubmed utilizando las palabras clave Nutrición, Alimentación, Dietética y Dietética hospitalaria

4 Resultados

Si el enfermo hospitalizado no presenta déficits nutricionales ni su enfermedad demanda control sobre determinados nutrientes, se aplicará la dieta basal o normal, que en la medida de lo posible tendrá en cuenta los gustos del paciente.
En el caso de que presente necesidades nutricionales específicas, se aplicará una dieta terapéutica o plan de alimentación adaptado a las necesidades del enfermo y que es parte importante de su tratamiento médico. Existen muchos tipos de dietas terapéuticas, si las clasificamos por categorías, las principales son las siguientes:
1. Dietas de progresión:
- Dieta absoluta: consiste en la supresión total de alimentos y líquidos por vía oral, suele emplearse en preoperatorios y algunos postoperatorios.
- Dieta líquida: indicada para personas que no necesiten estimulación gastrointestinal, está compuesta por alimentos líquidos.

- Dieta semilíquida: paso intermedio entre dieta líquida y dieta blanda, compuesta por alimentos de textura líquida y pastosa.
- Dieta Blanda: Paso entre la semi líquida y una dieta normal, compuesta por alimentos de textura blanda, pero enteros, con bajo contenido de fibra y grasa.

2. Dietas con restricción calórica: Indicada normalmente en personas obesas o con sobrepeso, es necesario cuidar el aporte de nutrientes esenciales, las más habituales son las dietas hipocalóricas de 1.000, 1.500 o 1.800 kcal.

3. Dietas con restricción glucémica: suelen indicarse en personas diabéticas y aunque también se hace restricción calórica, ésta se hace fundamentalmente sobre el consumo de carbohidratos.

4. Dietas con modificación de la ingesta proteica:
- Dieta hipoproteica: baja en proteína (de 40g o 20g), indicada en personas con enfermedad renal.
- Dieta hiperproteica: alta en proteína, se indica en caso de personas desnutridas, con infecciones, cáncer o VIH.
- Dieta sin gluten: restricción de la proteína presente en muchos cereales, se indica en personas celiacas o intolerantes a esa proteína.

5. Dietas con modificación de lípidos:
- Dieta hipolipídica: baja en grasas, se indica en enfermos con colesterol y/o triglicéridos altos.
- Dieta de protección biliopancreática: restricción importante de ingesta de grasas, se indica en personas con enfermedades de la vesícula biliar o con pancreatitis.

6. Dietas con modificación de fibra:
- Dieta sin residuos: muy baja en fibra, lactosa y grasas. Indicada si es necesaria limpieza del intestino grueso.
- Dieta astringente: también sin residuos, indicada en personas con gastroenteritis o con enfermedades que causan diarrea.
- Dieta laxante: rica en residuos, indicada en casos de estreñimiento.

Estas son algunas de las más conocidas, pero realmente existen muchas más, debido a la individualización propia de la dietoterapia

5 Discusión-Conclusión

Las dietas hospitalarias son un elemento esencial del proceso de recuperación del enfermo, que parte de sus necesidades y restricciones, por lo que debe ser totalmente individualizada.
La Nutrición Clínica y Dietética aplica los conocimientos en nutrición a las personas que padecen cualquier enfermedad y forma parte de un tratamiento integral; abarcando desde la dieta oral (que nos ocupa en este capítulo) o recomendaciones dietéticas, hasta un soporte nutricional más complejo, que se administra por vía enteral o por vía parenteral.

6 Bibliografía

- Marta Cuervo Zapatel, Aranzazu Ruiz de las Heras de la Hera. Alimentación hospitalaria.
- Arturo Ortega, Gloria Valldepérez, María Briansó, Rosa Simón, Xavier Magraner. Técnicas básicas de enfermería.
- Universidad Internacional de Valencia.
- https://www.universidadviu.es/dietas-hospitalarias/.

Capítulo 993

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

DIANA MARIA PRAVIA FERNANDEZ

1 Introducción

En una Institución Sanitaria nos vamos a encontrar con pacientes, que por motivo de una enfermedad o por su avanzada edad, no se pueden mover, lo que provoca que estos pacientes necesiten ayuda para realizar determinados movimientos.

El personal sanitario será quién realice estos movimientos, ayudados en la mayoría de los casos por los celadores. El celador ayudará en la movilización, cuando sea necesario, al personal de enfermería. Para movilizar al paciente encamado debemos tener en cuenta su estado y conocer si puede colaborar con nosotros o no es posible su ayuda para cambiarlo de postura.

2 Objetivos

- Poder mover y acomodar al paciente en la cama, para que se sienta confortable y cómodo.

3 Metodología

Este trabajo esta basado en la exploración de web médicas, web del Ministerio de Salud, bases de datos científicas Medline y Pudmed. Se ha hecho una recopilación de los conceptos más significativos de cada una de ellas, para poder realizar este trabajo. Se han utilizado las palabras claves cambios posturales, movilizaciones de pacientes encamados, hospitales, TCAE y celadores.

4 Resultados

Para movilizar al paciente encamado debemos tener en cuenta su estado y conocer si puede colaborar con nosotros o no es posible su ayuda para cambiarlo de postura.
Si el paciente que no colabora, realizaremos la movilización entre 2 personas. Se colocara cada persona a un lado de la cama, frente al enfermo, con los pies separados y rodillas ligeramente flexionadas, retiraremos la ropa de la cama superior y la almohada. Los TCAE y celadores introducirán un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro por debajo del muslo, levantando al paciente hasta la posición deseada. Si el paciente colabora, bastara con una sola persona para realizarlo, nos colocaremos junto a la cama, frente a el paciente y a la altura de las caderas, le diremos al paciente que se agarre a la cabeceara de la cama y flexione sus rodillas, apoyando sus plantas de los pies sobre la cama para hacer fuerza. Colocaremos nuestros brazos por debajo de las caderas del paciente y le pediremos que haga fuerza con sus pies y brazos para intentar levantarse. Entonces la auxiliar o el celador con sus brazos ayudará al enfermo a subir hacia la cabecera.

- Movilización del paciente ayudados por una sábana: la realizaremos entre dos personas, situados uno a cada lado de la cama, nos ayudaremos de una entremetida, la colocaremos al paciente por debajo, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos.
Para ello colocaremos al paciente en decúbito lateral, lo más próximo a un borde de la cama y meteremos la entremetida por el lado contrario al que está girado, luego lo volveremos al otro lado y sacaremos la parte de entremetida que falta de colocar. Entonces se enrolla esta por los laterales sujetándola cada persona fuertemente, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando los roces.
- Movilización del paciente hacia un lateral de la cama: el auxiliar de enfermería o celador se colocara en el lado de la cama hacia el que va a trasladar al paciente y colocará el brazo más próximo del paciente sobre su tórax. Frenaremos la cama y la colocaremos en posición horizontal, retirando la almohada y destapando al paciente, pasaremos un brazo bajo la cabeza y cuello del paciente hasta coger el hombro más lejano. El otro brazo lo pondremos en la zona lumbar, tiraremos suave y a la vez del paciente hacia la posición deseada. Una vez desplazada esa parte del cuerpo, situaremos uno de nuestros brazos bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos, procediendo a desplazar la otra parte del cuerpo del paciente hacia la posición deseada.
- Giro del paciente encamado de decúbito supino a decúbito lateral: el auxiliar o

celador debe colocarse en el lado de la cama hacia el que va a girar al paciente, se desplaza al paciente hacia el lado de la cama contrario al deseado, para que al girarlo quede el paciente en el centro de la cama. Se le pide que estire el brazo hacia el lado que va a girar el cuerpo y que flexione el otro brazo sobre el pecho, que flexione la rodilla del miembro que va a quedar por encima. Entonces el auxiliar o el celador debe colocar uno de sus brazos por debajo del hombro y el otro por debajo de la cadera girando al paciente hacia el lado en que se encuentra el auxiliar o celador, dejándole colocado en decúbito lateral.

- Forma de sentar o incorporar al paciente en la cama: para sentar a un paciente en la cama, si esta es articulada basta dar vueltas a la manivela correspondiente, o mando eléctrico, hasta que la elevación de la cama haga que el paciente se encuentre cómodo y en una postura adecuada a su estado.

Para levantarle los hombros, el auxiliar o celador se coloca de cara al enfermo y de lado con respecto a la cama. El pie más cercano se coloca atrás y la mano más lejana se pasa por detrás de los hombros del paciente balanceando el cuerpo hacia atrás, bajando las caderas verticalmente de forma que el peso se cae en la pierna de delante a la de atrás. En caso de tratarse de una cama no articulada, nos colocamos al lado de la cama del paciente, a la altura de su tórax. Colocaremos un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo colocado debajo de la axila del paciente, sujetando por detrás de esta, a la altura del omoplato, incorporandolo a la posición de sentado.

- Transferencia del paciente de la cama a la lla de ruedas: será necesaria la participación de una persona (celador o auxiliar de enfermería). Colocaremos la silla de ruedas (frenada y con el respaldo en los pies de la cama y paralela a ella) o sillón (frenado) junto a la cama y paralelo a ella. Poner la cama en posición fowler, sujetaremos al paciente por los hombros y las rodillas, lo giraremos hasta dejarlo sentado en el borde de la cama. Flexionaremos las rodillas para abrazar al paciente por la cintura, así de esta forma lo ayudamos a incorporarse de pie y a continuación en un cuarto de giro lo sentamos en el sillón o la silla de ruedas. Lo dejaremos bien acomodado, colocando las almohadas necesarias para ello.
- Forma de sentar al paciente en el borde de la cama: colocamos la cama en posición de Fowler. El auxiliar o celador adelantara un brazo, el más próximo a la cabecera, y rodea los hombros del enfermo y el otro lo coloca en la cadera más lejana del paciente. Con esta mano haremos que la cadera y las piernas giren de modo que queden colgando del borde de la cama. Con el otro brazo ayudaremos a levantar el tronco (en un sólo movimiento, debemos de elevar sus hombros y rotar su cuerpo moviendo con nuestro brazo las piernas y rodillas hasta que quede sentado con las piernas colgando en la cama).

- Pasar al paciente de la cama a la camilla: la camilla se colocará paralela a la cama, frenadas ambas. Si el paciente puede desplazarse, se le ayudará a colocarse en la camilla, si no pudiera moverse se le desplazará con la ayuda de 2 o 3 personas. Con una persona siempre que el paciente tenga movilidad, con dos personas, un realizara la movilización del paciente y la otra frenara la camilla y la pondrá paralela a la cama y bien pegada a esta. Una de las dos personas se coloca en el lado externo de la camilla, en el centro, y tirara de la entremetida hacia sí, mientras la otra se coloca en la cabecera sujetando al enfermo por los hombros, levantándolos y acercándole hacia la camilla. Una vez que el enfermo está colocado se le tapara con las sábanas y mantas. Con tres personas o movilización en bloque, cuando el enfermo no puede moverse en absoluto serán necesarias tres personas. La camilla se colocará perpendicular a la cama, con la cabecera de la camilla tocando los pies de la cama (ambas deberán estar frenadas). Las tres personas se situarán frente a la cama, adelantando un pie hacia la misma. Doblarán las rodillas a la vez y colocarán sus brazos bajo el paciente. El primero, uno por debajo de la nuca y hombros y el otro en la región lumbar. El segundo, uno bajo la región lumbar y otro debajo de las caderas, y el tercero, uno debajo de las caderas y el otro debajo de las piernas. Después mueven al paciente hacia ellos haciéndole deslizar suavemente sobre sus brazos. Se levantan, giran los pies y avanzan hacia la camilla, luego doblan las rodillas y apoyan los brazos en la misma. Los movimientos han de ser suaves y simultáneos para dar seguridad al enfermo y evitar que se asuste.
- Movilización de pacientes con importantes limitaciones de movilidad: los pacientes que se encuentran encamados exigen la intervención de otras personas para ser movilizados, las cuales han de estar entrenadas para que sus movimientos no afecten negativamente ni al paciente ni a sí mismos.

Los cambios frecuentes de postura en los pacientes encamados son necesarios para evitar la aparición de isquemia en los llamados puntos de presión, debido a la acción de la gravedad y al propio peso. También hay que evitar que la ropa que cubre la cama roce la piel y llegue a producir lesiones, lo cual ocasiona la aparición de úlceras por decúbito. También la movilización proporciona comodidad al paciente. Para ello el profesional debe colaborar en que,las sábanas estén limpias, secas y bien estiradas para que las zonas de mayor presión corporal estén protegidas.

5 Discusión-Conclusión

La movilización y transferencia de pacientes no deberían ser una actividad agotadora, ni una fuente de riesgos y lesiones, ni para el personal sanitario ni para el paciente. Por eso, es tan importarte dominar las técnicas de movilización correctamente para evitarlo. Es imprescindible llevar a cabo programas formativos que incluyan las técnicas biomecánicas, y de manipulación de pacientes, el uso de los medios mecánicos para realizar los traslados, etc. que ayudarán a los profesionales sanitarios, con el objetivo de prevenir riesgos laborales y promocionar la salud laboral del profesional, mejorando por lo tanto su calidad de vida.

6 Bibliografía

- Dotte, Paul. (1999): Método de manutención manual de los enfermos. Ergomotricidad en el ámbito sanitario. Aplicaciones clínicas (Tomo II. 2ª edición). Barcelona:editorial Springer-Verlag Ibérica, D.L.
- Movilización de enfermos. Teoría (Formación Sanitaria). Madrid: editorial CEP Oposiciones, S. L. 2006.
- Colección Nursing photobook. (1988): Movilización, traslado y deambulación del paciente en enfermería. Barcelona: editorial Doyma.

Capítulo 994

TRASPLANTE DE RODILLA.

CARMEN ESTELA CAMPAL ORTIZ

1 Introducción

Las articulaciones no son capaces de aguantar de la misma manera el paso del tiempo y prácticamente el 100% de la población de la tercera edad, padece de una alteración articular llamada artrosis, que va sobre todo a las articulaciones de cargas como las rodillas caderas y la columna lumbar.

La articulación de la rodilla son tres huesos fémur, tibia y rótula, y están coordinados por una serie de ligamentos y músculos que nos permiten hacer unos movimientos complejos muy precisos cuando caminamos, es una articulación de carga, esto es estar trabajando siempre con nuestro peso sobre ella, supone un desgaste sobre los cartílagos que protegen a los huesos, tanto del fémur como de la superficie de la tibia, que se enfrenta a este.
La artrosis es la degeneración de los cartílagos, decimos siempre como consecuencia del paso de los años, aunque este desgaste también se ve acelerado en muchas ocasiones por traumatismos o accidentes que pueden dañar estas superficies de deslizamiento o enfermedades reumáticas entre otras.

2 Objetivos

- Evitar el dolor de quienes sufren de artrosis de rodilla.
- Recuperar el funcionamiento normal de la rodilla.
- Ofrecer una mejor calidad de vida a los trasplantados.

3 Metodología

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

4 Resultados

La cirugía que resuelve esta artrosis es la artroplastia, total de sustitución o prótesis de la rodilla, la cirugía que nos permite aportar la rótula y acceder de esta manera al interior de la rodilla. Para acceder al interior de la rodilla, lo haremos con un instrumental muy preciso que nos permite controlar los cortes de las superficies articulares, retiramos todo el cartílago desgastado, damos forma a los extremos del fémur, al extremo de la tibia y rótula para poder acoplar correctamente los componentes de la prótesis.
Lo único que vamos a tomar en la cirugía es la superficie articular desgastada, de manera que para ella, apartaremos la rótula y empezamos a trabajar en el fémur y la tibia, siempre respetando los ligamentos y tendones, que deberían quedar estables y equilibrados con fuerza para poder seguir funcionando.
Empezamos arreglando la superficie de la tibia preparándola para poner allí el componente de la prótesis definitivo, este corte es muy importante y lo hemos calculado sobre las radiografías preparatorias, porque determinan la corrección que tenemos que darle a las desviaciones, que puedan traer la tibia del paciente, tenemos que conseguir con ese corte orientar correctamente los tres ejes del espacio del apoyo definitivo y el eje de la tibia, sea perpendicular al suelo.
Con un dispositivo guía, que sujeta el tobillo del paciente y que lleva una serie de calibres, con los que vamos a trasladar todos los cálculos que hemos hecho en los preoperatorios sobre las radiografías y sobre la exploración del paciente.
Si sospechamos que la guía se ha movido, volvemos a comprobarlo. La superficie tibial suele estar deteriorada debido a la artrosis del cartílago correspondiente y lo que buscamos es la perpendicularidad de nuestra superficie actual donde va a reposar o apoyar el componente protésico, hemos de hacer unos orificios de sujeción donde va encajar la prótesis definitiva, le damos el eje de rotación correcto, también para que la rodilla funcione correctamente puesto que además del tamaño podríamos cerrar girándola incorrectamente y cuando ya la tenemos en

la posición con las referencias previas, lo que tenemos que hacer es asegurarla en esa posición. La primera referencia que vamos a tomar es el eje del fémur y a partir de ahí empezaremos a aplicar las plantillas que se adjuntan a los cálculos que habíamos hecho previamente. En el eje del fémur una vez que la broca ha entrado, ella misma va a seguir los corticales del hueso y eso nos va hacer tener una referencia anatómica, que servirá de guía para ir haciendo cortes y las medidas que habíamos previsto, para introducir el vástago al eje anatómico, la guía que va a marcar todos los cortes ya entran colocados recalculados, este dispositivo, se apoya en la parte posterior como referencia anatómica con los femorales y toda su superficie apoya en el corte que acabamos de hacer, luego se toma otra medida que es el grosor del fémur, dejamos dos señales y podemos retirar todas las guías y las dos señales, son las que nos van a servir de apoyo para poner una plantilla, del tamaño que habíamos calculado.
Colocamos la pesa en el centro del fémur, siempre guiada por las referencias que hablamos antes y se ancla con seguridad para que no haya movimientos. Los cortes que hacemos en el hueso tienen que ser muy precisos.
La prótesis definitiva, tiene un pivote central, que va ser el que sustituye a los ligamentos cruzados de la rodilla y que evita que la rodilla cuando hayamos puesto los dos componentes tenga excesivo juego, si no tuviera ese pivote la rodilla podría salirse por un lado y por otro.
Hay distintos tamaños de prótesis, tendríamos el componente femoral definitivo, tiene una superficie rugosa para que el hueso crezca y lo sujete.
Una vez puesto el componente femoral, ponemos el componente tibial, que también tiene una superficie porosa, para que el hueso crezca y se agarre a ella haciendo una sujeción definitiva.
La prótesis que hemos colocado definitiva, le confiere una total movilidad de la articulación, estabilidad. Los ligamentos deberán tener una tensión correcta y muy laxa.

5 Discusión-Conclusión

Hemos restablecido el eje de la pierna y principalmente hemos quitado el dolor del paciente, porque el roce que estaba haciendo hueso contra hueso, no ocurre ya que hemos enfundado y protegido con los componentes ambos huesos, acabamos la cirugía con un vendaje compresivo para evitar también la formación de hematomas, inflamaciones y al día siguiente comienza la recuperación.

6 Bibliografía

-Ehrhardt, Jean-Paul. Reumatismos y artrosis (1996) Barcelona: De Vecchi, (1996)
- Lajusticia Bergasa, Ana María. La artrosis y su solución / Ana María Lajusticia Bergasa (1981)Edición: 2ª ed
- Salas, Emilio. La artrosis (1986) Barcelona : Martínez Roca, D. L. 1986

Capítulo 995

REHABILITACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA

CARMEN ESTELA CAMPAL ORTIZ

1 Introducción

La rehabilitación de prótesis de rodilla es muy importante para el buen funcionamiento de la rodilla después de la operación, así puede coger otra vez la movilidad, estiramiento y la fuerza que necesita para poder caminar y llevar acabo el apoyo del cuerpo. Hay varias fases en esta rehabilitación, en los primeros 21 días está muy hinchada, tiene poca movilidad en la articulación, dolor e inflamación.

2 Objetivos

- Los primeros 21 días son los más importantes, hay que realizar un buen trabajo en ellos para que evolucione correctamente.
- Tenemos que conseguir varios objetivos, controlar el dolor, la inflamación, conseguir mejorar la movilidad articular hasta los 90º y andar correctamente con dos muletas.

3 Metodología

Las prótesis pueden ser todas iguales, pero cada individuo es distinto. Las articulaciones pueden llegar a estar muy deterioradas con músculos y tendones bastante afectados.

La primera fase debemos realizar, las siguientes acciones: en primer lugar, poner frio, elevación y compresión seria lo principal, como también ejercicios de flexibilidad (masajes y estiramientos), ejercicios que potencien la fuerza de la musculatura, re-educación de la marcha, cuidados posturales y cuidados de la cicatriz, a demás de otras consideraciones que le ira pautando el especialista.
La pierna siempre tiene que estar elevada, lo más recomendable es por encima de nuestro corazón y a la hora de dormir debe seguir elevada, para evitar las inflamaciones.

La compresión: debemos poner unas mallas por el día, el doctor indicará cuál es la adecuada.
Es muy importante poner frío en la articulación de la rodilla, de 3 a 4 veces al día (15 minutos), sobre todo después de los ejercicios, para evitar el dolor y la inflamación.

También el paciente, podrá realizar un auto masaje mientras esté sentado, para aliviar el cuádriceps, siendo este musculo, el más importante en este caso, para su recuperación ya que queda muy contracturado y debilitado por la operación.

La rótula, es otro elemento importante a tratar, se realizarán movilizaciones de un lado a otro para que no se quede fija. Existe varios ejercicios para llevar a cabo en casa, con pelotas y cintas, para ir mejorando la movilidad. Es importante hacerlo todos los días para una pronta recuperación.

Las recomendaciones para empezar a caminar, son de uno a tres días con andador o muletas, siempre hay que tener en cuenta, que se debe apoyar primero la pierna mala y luego la buena. En las escaleras, se deben subir, primero la pierna buena y luego la operada y para bajar al contrario la mala y luego la buena.

4 Resultados

La mayoría de los pacientes recuperan a corto /medio plazo la movilidad hasta conseguir 90º de movilización de la rodilla y una extensión completa.

Los pacientes que han realizado, ejercicios de potenciación antes de la cirugía, disminuyen el riesgo de atrofia y pierden menos tono muscular.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados posturales son muy importantes en la pierna, cuando se está acostado nunca debe ponerse en rotación y flexión para evitar así el dolor, sería una postura incorrecta que haría que se cargaran los tendones y la musculatura.

La cicatriz debe ser hidratada y siempre dar un pequeño masaje en zig-zag para que no se fibrose.
La recuperación es lenta y no se debe dejar nunca la rehabilitación, hasta finalizar el proceso y seguir las pautas del especialista rigurosamente.

6 Bibliografía

- Plata, Fermín. Fisioterapia y rehabilitación de rodilla. Director, Juan Manuel Cañas Zambrano ; autores y coordinadores, Fermín Plata Serrano, Francisco Javier Domínguez Márquez, Francisco Ruiz Sánchez (2003). Alcalá La Real (Jaén) : Formación Alcalá, [2003]
- Klapper, Robert. Salud para tus rodillas .Traducción de Francisco Javier Lorente (2006)
Barcelona : Robinbook, [2006]
- Biriukov, Anatolik Andreewicz. El masaje en la rehabilitación de traumatismos y enfermedades (1996) . Barcelona : Paidotribo, [1996]

Capítulo 996

LA DESHIDRATACIÓN: SIGNOS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

PAULA CORTA SALAS

MARTA GARCIA HUERGO

LETICIA VEGA GUTIÉRREZ

1 Introducción

El agua y su importancia en el organismo, así como la falta de está en el mismo. Balance hídrico y como afecta el envejecimiento. La distribución de los líquidos corporales y mecanismos de transporte.

La deshidratación en los distintos grupos de riesgo, clínica, tratamiento y cuidados. Nos centraremos más en los ancianos, que observar ante una deshidratación y que tipos de ellas existen.

2 Objetivos

Cómo principal objetivo estudiaremos la causa o causas que puede provocando la deshidratación.
El agua es utilizada en el organismo para el transporte de otros nutrientes y deshechos.
Así mismo, trataremos sus cuidados y tratamiento. Tipos de deshidratación y síntomas de los distintos tipos.

3 Metodología

Para este capítulo se ha llevado a cabo una exhaustiva búsqueda en distintas plataformas online, cómo por ejemplo: Pubmed, Embase, Cinahl, Google académico.

4 Resultados

El agua es primordial para la vida. El balance hídrico corporal determina que exista un equilibrio entre las entradas y salidas de fluidos. La deshidratación es deriva de que las salidas de fluidos sean mayores a las entradas
El ser humano dispone de de un sofisticado sistema con la finalidad de mantener la hidratación para poder sobrevivir.

El proceso de envejecimiento se asocia a diversos cambios fisiológicos q pueden afectar la capacidad de mantener el balance hídrico. Estos cambios incluyen la disminución del total de agua corporal asociada a la perdida de masa corporal, la disminución de la sensación de sed y la disminución de la capacidad de los riñones para concentrar la orina. La deshidratación es el trastorno hidroelectrolitico más frecuente en las personas mayores.

Los líquidos del organismo están formados por tres tipos de elementos: agua, electrolitos y otras sustancias. En todos los procesos fisiológicos y virales se mantiene un equilibrio constante. La homeostasia es el estado de equilibrio entre el medio interno del organismo mantenido por respuestas adaptativas.

El agua supone el 60% del peso corporal en los varones y el 50% en las mujeres. También depende del peso , en lactantes sería un 80%; y cuánto más obeso es el individuo menor es la proporción de agua. El agua se distribuye en el espacio intracelular, dentro de las células, y en el espacio extracelular. Los iones(electrolitos) corporales son : cationes (+) y aniones (-)
- Los iones más abundantes en el espacio extracelular son: sodio, calcio, bicarbonato y cloro.
- Los iones mas abundantes en el espacio intracelular son: potasio, fosfato, magnesio.

El número total de partículas disueltas por volumen de solución se denomina osmolaridad. El sodio plasmático es el principal determinante demos osmolaridad plasmática.

Macanismos de transporte a través de la membrana

Transporte pasivo: El transporte pasivo permite el paso molecular a través de la membrana plasmática a favor del gradiente de concentración o carga eléctrica. No consume energía. Se produce a favor de gradiente de concentración. Tiende a igualar concentraciones.
Transporte activo: Transporte celular por medio del cual algunas moléculas atraviesan la membrana plasmática contra un gradiente de concentración, es decir, desde una zona de baja concentración a otra de alta concentración con el consecuente gasto de energía.
Los órganos implicados en el equilibrio son:
Riñones: mediante la excreción o absorción de solitos. Es el principal regulador.
Pulmones: por la respiración hay una perdida insensible de agua.
Corazón y vasos sanguíneos
Sistema gastrointestinal: el tubo digestivo representa la mayor parte de los ingresos hídricos. Una mínima parte del agua se elimina por las heces.
Las principales hormonas implicadas son: ADH (hormona antidiurética), Aldosterona, Parathormona.

Balance hídrico
Las entradas diarias de líquidos en un individuo proceden de : ingesta libre de agua(1000-1300ml), agua procedente de alimentos(700-1000ml), agua endógena(300ml)
Las pérdidas diaria de líquidos se producen por: riñón (900-1500ml), pérdidas insensibles(sudor 600ml, heces 150ml, pulmones 350ml.
Se pueden presentar situaciones que aumentan la cantidad de agua perdida: hiperventilacion, fiebre y sudoración. También vómitos, eliminación gástrica, diarrea, drenajes, quemaduras, fístulas y actos quirúrgicos.
Los grupos de riesgo en la deshidratación son: niños, lactantes, ancianos, embarazadas y deportistas.
En los ancianos podemos observar:
La función de los riñones se reduce con la edad
El mecanismo que regula la sed puede dañarse
Menor cantidad total de agua en el cuerpo
Algunos ancianos beben poco intencionadamente

Deshidratación en función de la cantidad de líquido perdido
Leve 1-5% - sed intensa, pérdida de apetito, malestar, fatiga, debilidad y cefalea
Moderada 6-8% - elevación temperatura, de la FC y taquipnea, mareos, dificultad respiratoria, confusión, debilidad muscular, cianosis labial.

Grave 9-11% - espasmos musculares, delirios, lengua hinchada, fallo renal, disminución de volumen sanguíneo y de la presión arterial.
Síntomas: sed más o menos intensa, alteración del nivel de conciencia, mareos, visión borrosa, malestar general.
Inspección: sequedad de la piel y mucosas, signo del pliegue positivo, retraso del relleno capilar, ojos hundidos y ausencia de lágrimas.
Cardiovascular: hipotensión, pulso débil y rápido.
Respiratorio: taquipnea.
SNC: letargia, coma, edema cerebral, convulsiones…
Aparato escretor: concentración de sodio en la orina.

Tratamiento
Hay que tratar la causa si se conoce.
Vigilar el estado de conciencia.
Vigilar la diuresis.
Ante pérdidas moderadas, puede ser suficiente la rehidratación oral. Si es grave será necesaria la administración de sueroterapia.

5 Discusión-Conclusión

Después de todo lo desarrollado en este capítulo, podemos sacar en conclusión la gran importancia en el cuidado y observación del paciente, ante cualquier tipo de deshidratación, según el nivel de ella , se tomarán diferentes medidas.

El personal auxiliar sanitario será siempre el encargado de observar los síntomas y comunicarlo a la categoría superior.
- Cómo cuidados principales, la primera actuación irá encaminada a la prevención:
- Identificar al paciente en riesgo potencial de deshidratarse.
- Adoptar las medidas para que el problema no se haga real, minimizando las pérdidas.
- Si esto no es posible, reponer dichas pérdidas, a ser posible por vía oral.
- Mantener un nivel de hidratación adecuado es imprescindible para la supervivencia, salud, rendimiento físico e intelectual.
- Debido a la variabilidad interindividual, lo más práctico sería ingerir agua incluso en ausencia de sed.

6 Bibliografía

- Carbajal, A. (2000). Importancia del agua en las personas mayores. Información Científica. Agua mineral natural Font d'Or.
- LOZANO FLÓREZ, J. A. La vulnerabilidad psicológica en el anciano. Ciencias de la Conducta. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo. Med Integral, 2002, vol. 39, no 4, p. 164-9.
- Vivanti, D. A., Harvey, K., Ash, S., & Battistutta, D. (2008). Deshidratación en ancianos hospitalizados. Archives of Gerontology and Geriatrics, 47, 340-355.
- Bustamante Cabrera, G., & Magne Quispe, G. M. (2013). Deshidratación. Revista de Actualización Clínica Investiga, 36, 1857.

Capítulo 997

TIPOS DE DIETAS HOSPITALARIAS.

BARBARA SOLIS ALONSO

1 Introducción

Durante el tiempo que el paciente se encuentra hospitalizado se le administra un tipo de dieta especial según su diagnóstico.

Puede variar de unos según su sintomatología.

Se tendrán en cuenta las posibles intolerancias alimentarias que sufra esta persona, intolerancia al gluten, lactosa, proteína de la leche…etc.

2 Objetivos

Saber administrar una dieta personalizada al paciente teniendo para una pronta recuperación.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática por las diferentes Bases de Datos consultadas como Elsevier, PubMed, Cochrane, Dialnet, Biomed usando el descriptor ”dieta hospitalaria”. También se usaron libros y páginas de internet.

4 Resultados

Clases de dieta: Podemos diferenciar dos grupos:

-Dieta basal: Sin modificaciones.
-Dieta líquida: Mayor aporte de líquidos (agua, caldos. sopas…etc.). No se incluye la leche. Este tipo de dieta se suele usar a los pacientes que regresan del quirófano que necesiten una tolerancia.
-Dieta semilíquida: Se suele dar después de tolerar una dieta líquida. Se incluye en ella yogures, flanes, natillas…etc.
-Dieta Blanda: Alimentos con más energía cocidos o blandos.
-Postoperados: Se administra a paciente que por una debilidad no pueden comer una dieta no puedan comer una dieta normal.
-Mecánica o turmix: Dieta modificada en su textura para una mejor para facilitar una mejor masticación.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante saber diferenciar que tipo de deta necesita el paciente en cada momento.

6 Bibliografía

- https://www.hca.es
- https://www.institutotomaspascualsanz.com/alimentacion-y-nutricion-hospitalaria-servicios-de-dietetica/

Capítulo 998

FUNCIONES DEL TCAE EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGIA

ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La traumatología está dedicada al estudio y tratamiento de las diferentes lesiones y patologías relacionadas con el sistema óseo y muscular: fracturas, luxaciones, contusiones, esguinces, etc.

También se encarga de todo aquello que pueda incidir en el normal funcionamiento del aparato locomotor. Los tratamientos pueden ser conservadores: colocación de yesos, o vendajes. o tratamientos más invasivos como las intervenciones quirúrgicas, artrodesis lumbar, de pie, de columna, de rodilla, etc.

2 Objetivos

- Establecer los cuidados y funciones a realizar para que el paciente traumatizado esté tratado correctamente y de acuerdo a su lesión.
- Asesorar al paciente ante su nueva situación en relación a las normas de movilidad apropiadas para su recuperación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos en las bases de datos de Scielo, Medline, y mi experiencia personal en la planta de traumatología del Hospital de Cabueñes.

4 Resultados

Los TCAE son los profesionales sanitarios que más tiempo están en contacto con el paciente atendiendo sus necesidades.
Las funciones a realizar:
- Realizar el aseo del paciente encamado, u ofrecer la ayuda necesaria al paciente no encamado.
-Cambio de ropa de cama.
- Control y reposición del cuarto de lencería.
- Servir las comidas atendiendo a la colocación y retirada de bandejas.
- Movilización del paciente, teniendo en cuenta el tipo de lesión.
- Colocación de corseé, medias de compresión.
- Tomas de datos termométricos.
- Administración de medicación por vía oral y rectal (delegado por enfermería).
- Recogida de muestras de orina, heces y esputos.
- Control de datos de bolsas de orina.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el TCAE tenga claro cuál es su papel en la movilización de un paciente traumatizado, ya que una mala actuación puede ocasionar lesiones graves o irreparables.

6 Bibliografía

- Medline.
- Google Académico.

Capítulo 999

EL TCAE ANTE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES HOSPITALARIAS

SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA

ASTRID SUAREZ MARTINEZ

1 Introducción

Todo el equipo de enfermería estará formado específicamente en cuanto a evitar la infección y no ser portadores de la misma.

2 Objetivos

- Conocer los protocolos de prevención de la infección nosocomial.

3 Metodología

La búsqueda se ha realizado en las bases de datos de la OMS, así como en el Pubmed y Dialnet, utilizando las palabras claves como descriptores.

4 Resultados

El paciente es epidemiológicamente hablando un potencial transmisor de microorganismos. Se recomienda que la habitación sea individual, disponga de

lavado de manos, toallas desechables y jabón dentro de la misma. El procedimiento básico y más simple para prevenir las infecciones intrahospitalarias es un escrupuloso lavado de manos. Se limitará el transporte del paciente infectado y, en caso que sea necesario, se adoptarán todas las medidas de protección que hagan falta. Las mascarillas son de un sólo uso, y deben ser utilizadas correctamente por el paciente y acompañantes. El uso de gafas de protección está indicado cuando se prevea un riesgo de salpicadura en el momento del procedimiento. Las batas y guantes son primordiales en el contacto con el paciente, así como una escrupulosa higienización de manos antes y después de la técnica que vayamos a hacer.

5 Discusión-Conclusión

Todos los miembros del equipo tienen la misma responsabilidad en el control de las infecciones intrahospitalarias y, por lo tanto, adoptarán las medidas necesarias para evitarlas y/o propagarlas. El grado de inmunodeficiencia del paciente así como las intervenciones pueden intensificar el riesgo de infecciones y posibles complicaciones.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las infecciones nosocomiales: guía práctica. Ginebra: OMS; 2003.
2. Ponce-de Leon S. The needs of developing countries and the resources requiered. J Hosp Infect. 1991; 18(Suppl A): 376-81.
3. Wenzel RP. The economics of nosocomial infections. J Hosp Infect. 1995; 31(2):79-87.

Capítulo 1000

EL TCAE Y LA LACTANCIA MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO

SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA

ASTRID SUAREZ MARTINEZ

1 Introducción

La OMS recomienda que los niños tomen lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 4 a 6 meses, es decir, que no reciban ningún otro líquido o sólido, ni siquiera agua durante este periodo.

2 Objetivos

- Conocer la técnica correcta en la lactancia materna.

3 Metodología

Se ha realizado la búsqueda de la bibliografía en bases de datos de la OMS, UNICEF así como Hospital Son Llatzer.

4 Resultados

Antes de empezar con la técnica es importante crear un ambiente relajado, disminuyendo los estímulos externos, la madre debe estar cómoda y para ello le proporcionaremos almohadas, cojines, etc. como punto de apoyo. El bebé estará

cambiado antes de la toma para que no se sienta incómodo. Es importante el lavado de manos, tanto de la madre como del personal de enfermería. Observar la postura adoptada y si es necesario corregirla haciéndole ver las tensiones, se acercará el bebe al pecho, el cuerpo del neonato estará encarado hacia la madre con su cabeza y cuerpo alineado teniendo cuidado de que no le quede el cuello torcido. La boca del bebé estará a la altura del pezón y lo suficientemente cerca como para abarcar la areola también. El pezón ha de estar orientado hacia el paladar para que no tope con la lengua. Aprovechando el reflejo de búsqueda el lactante abre la boca y coloca la lengua por debajo del pezón y la areola. Conviene enseñarle diferentes posturas a la madre. La lactancia será a demanda y la frecuencia de las tomas varía de unos recién nacidos a otros. Es importante alternar ambas mamas en todas las tomas.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna favorece la relación psicoemocional entre madre e hijo, protege frente a infecciones y evita posibles deshidrataciones, por eso es fundamental el apoyo del TCAE hacia la madre.

6 Bibliografía

1. Cohen R. Breastfeeding Without Pregnancy. (Letter), Pediatrics 1971; 48:996-997.
2. Thompson NM. Relactationes in a newborn intensive care setting. J Human Lactation 1996; 12(3):233-235.
3. OMS y UNICEF. Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. WHO/CDR/93.3-6, UNICEF/NUT/93.1-4.

Capítulo 1001

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA

ASTRID SUAREZ MARTINEZ

1 Introducción

Son lesiones de la piel en las que se ve afectada la dermis, la epidermis y capas más profundas con pérdida de sustancia debido a una compresión entre una protuberancia ósea y una superficie dura.

2 Objetivos

Conocer las técnicas para prevenir las úlceras por presión.

3 Metodología

Se ha realizado la búsqueda de la bibliografía en bases de datos como MedlinePlus y Mayo Clinic, utilizando las palabras clave.

4 Resultados

Hay tres mecanismos que alteran la integridad de la piel:
- Presión, es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, independientemente de la posición que el enfermo adopte en la cama, sillón, silla de ruedas, etc.
- Fricción, es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimientos en pacientes encamados.
- Cizallamiento: éste combina los efectos de presión y fricción.

La prevención de úlceras es importante en la asistencia de enfermería ya que se desarrolla muy rápidamente, en cuestión de horas, y en los sitios donde existe presión.

Las medidas preventivas comprenden mantener la piel intacta mediante el aseo diario, examinar el estado de la piel, no utilizar ningún tipo de alcohol y aplicar ácidos grasos, evitar arrugas en las sábanas y proteger las prominencias óseas mediante apósitos hidrocoloides, productos barrera y taloneras, etc. Así como evitar signos de maceración o infección en la piel. En caso de usar absorbentes vigilar que estén el menor tiempo posible mojados. Realizar movilización con el objetivo de aliviar la presión sobre las áreas de riesgo (cambios posturales). Asegurar un buen estado de nutrición e hidratación.

5 Discusión-Conclusión

Aplicar medidas de prevención en las úlceras por presión es fundamental en el trabajo diario del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Con ello podemos conseguir una convalecencia más corta al paciente así como mayor confort evitando dolor, incomodidad y futuras heridas.

6 Bibliografía

1. Qaseem A, Humphrey LL, Forciea MA, Starkey M, Denberg TD; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Treatment of pressure ulcers: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2015;162(5):370-379. PMID:25732279.
2. Vivó Gisbert A.Cerdá Olmedo G.Mínguez Martí A. De Andrés Ibáñez J. Cuidados de enfermería en el tratamiento de las úlceras por presión. Revista enfermería integral año 2000 segundo trimestre revista 53.

Capítulo 1002

DEMENCIAS, CARACTERÍSTICAS, CLASIFICACIÓN Y ESCALA DE VALORACIÓN

PAULA CORTA SALAS

LETICIA VEGA GUTIÉRREZ

MARTA GARCIA HUERGO

1 Introducción

Actualmente se habla de trastornos neurocognitivos mayores o leves en lugar de demencias y pueden ser producidas por Alzheimer, cuerpos se Lewy, VIH, priones, Parkinson y enfermedades vasculares entre otros.

Cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos de demencia, de los que seis millones se producen en países de ingresos bajos y medianos. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares.

Parte de este trabajo se desarrollará sobre el Alzheimer. La enfermedad de Alzheimer (EA), denominada demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA) o simplemente Alzhéimer. Es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales.

2 Objetivos

- Diferenciar los diferentes tipos de demencias.
- Clasificar las demencias dependiendo del origen y demás factores.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes plataformas online que contenían las siguientes palabras: Alzheimer, Parkinson, demencias, valoración, causas y tratamientos.

4 Resultados

La demencia es un síndrome clínico orgánico, caracterizado por el deterioro adquirido y persistente de la función cognitiva, que afecta fundamentalmente a la memoria y al menos a otra esfera cognitiva (lenguaje, capacidad de realizar actividades, etc) sin afectar al nivel de conciencia pero suficientes para interferir en las actividades socio laborales. El factor de riesgo más importante es la edad.

Las características son:
- Es adquirida.
- No afecta al nivel de conciencia.
- Hay alteración orgánica.
- Existe afectación intelectual.
- Provoca incapacidad funcional.

Se clasifican en primarias o secundarias dependiendo del su origen y también se clasifican en reversibles o irreversibles en función de su pronóstico.
- Demencias primarias (degenerativas): su característica principal es la afectación encefálica primaria. Su curso es progresivo e irreversible. Son la causa principal de demencia. Alzheimer, Demencia por cuerpos de Lewy (se desconocen sus causas y factores de riesgo), Enfermedad de Pico(los primeros síntomas suelen ser cambios en la personalidad, hay desinhibición, luego aparecen déficits de memoria y reaparecen reflejos primitivos. Es frecuente la depresión y no tienen cura), Demencias a causa de Parkinson, Corea de Huntington.
- Demencias secundarias: son secundarias a otro proceso. Dependiendo de la causa pueden ser irreversibles o reversibles. La evolución y las alteraciones dependerán del área del cerebro afectada. La más frecuente es la demencia de causa vascular. Producida por pequeños accidentes cardiovasculares a lo largo de un

tiempo prolongado. Suponen el 15-30% del total de las demencias. Segunda causa más frecuente tras el Alzheimer. Un tipo de demencia vascular es la de Binswanger, producida por la HTA.

Síntomas generales:
- Deterioro de la memoria (la amnesia es la característica más importante)
-Alteración del lenguaje.
-Afasia: incapacidad o dificultad de comunicarse con el habla.
-Alexia: incapacidad para leer.
-Anomia - incapacidad de reconocer o recordar el nombre de las cosas.
- Mutismo-suspension del habla.
- Neologismos - producción de silabas, no intencionada, durante el habla.
- Silencios.
- Alteración en la actividad motora.
-Apraxia -dificultad o imposibilidad para desarrollar tareas o movimientos voluntarios.
- Alteración en el reconocimiento.
-Agnosia: no identifica personas u objetos conocidos.
- Síndrome de Capgras, el paciente cree que el cuidador ha sido sustituido por un impostor.
- Alteración en la ejecución de las actividades.
- Se altera la planificación, organización, secuenciación y abstracción.
- Alteraciones psiquiátricas.
- Depresión, manía, alucinaciones.
- Cambios de personalidad y deterioro emocional.
- Labilidad, apatía, depresión.

Escalas de valoración
Se utilizan para valorar al paciente e identificar su nivel de deterioro cognitivo. Las escalas de Barthel, Katz y Lawton valoran la discapacidad. Para valorar la función cognitiva se destacan las siguientes escalas:
- Minimental State Examinaron, en España mini examen cognitivo de lobo.
- Test de Pfeiffer, útil en ancianos, analfabetos e invidentes.
- Escala demencia de Blessed, capacidad para las actividades de la vida diaria en personas con demencia.
- Test del reloj o Shulman.
- Escala de valoración global, creada por Reisberg, describe siete estadios de la demencia. Se completa con la escala FAST.

El Alzheimer es la demencia más común entre las personas mayores, con déficits cognitivos, caracterizado por el deterioro de la memoria y el lenguaje. Fue identificada por primera vez por Alois Alzheimer, un neuropatólogo alemán. Podemos hablar de un Alzheimer temprano de inicio antes de los 65 años, y tardío tras los 65 años, llamado también demencia senil. Desde el inicio suele tener una esperanza de vida de entre 7-10 años aproximadamente.

5 Discusión-Conclusión

Después de repasar todos los tipos de demencias y sus características, sacamos en conclusión que hay diferentes tipos de demencias, dependiendo de su patología, síntomas y origen.

El Alzheimer es la demencia más común entre nuestra sociedad y existen varios factores de riesgo como: edad, historia familiar y factor genético, así como la diabetes. Parece que también es algo más frecuente en el sexo femenino y e personas con depresión.

Existen tres grados o fases diferenciadas:
Fase I: la primera etapa se caracteriza por tener algunas pérdidas de memoria.
Fase II: disminuye la memoria reciente y empiezan los cambios en el comportamiento.
Fase III: en la última fase el paciente depende por completo de terceras personas para su subsistencia.

6 Bibliografía

- Slachevsky, A. (2016). Las demencias: Historia, concepto, clasificación y dificultades diagnóstica. Salud Mental y Personas Mayores: Reflexiones teórico-conceptuales para la investigación social de las demencias. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, 45-63.
- Pousa, S. L., & Olmo, J. G. (2007). Demencia. Concepto. Clasificación. Epidemiología. Aspectos socioeconómicos. Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 9(77), 4921-4927.
- Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., & Parquet, C. (2007). Enfermedad de alzheimer. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina, 75, 9-12.

Capítulo 1003

DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN

LETICIA VEGA GUTIÉRREZ

MARTA GARCIA HUERGO

PAULA CORTA SALAS

1 Introducción

La desinfección es el procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o eliminar agentes infecciosos presentes en la superficie de un cuerpo humano o objeto mediante su exposición directa a agentes químicos o físicos. la esterilización es una técnica cuya finalidad es la destrucción de todas formas de vida, aniquilando todos los microorganismos, tanto patógenos como no patógenos, incluidas sus formas de resistencia (esporas).

La principal diferencia entre la desinfección y la esterilización es que a través del proceso de desinfección no se puede destruir todas las formas de vida, en cambio, a través de la esterilización sí.

2 Objetivos

- En esta comunicación tenemos como objetivo describir todos los tipos desinfección y de esterilización más conocidos.
- También tenemos como objetivo, saber cuáles son los conceptos y métodos más importantes en este ámbito.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una exhaustiva búsqueda a través de diferentes plataformas online que contenían las siguientes palabras: esterilización coma desinfectantes, asepsia, antisépticos y antisepsia.

4 Resultados

La desinfección: es el procedimiento por el que se destruyen o impiden el crecimiento de los microorganismos (a excepción de las formas de resistencia), de los fluidos objetos y superficies.

Existen tres niveles de desinfección:
- Desinfección debajo nivel 2 puntos se trata del empleo de productos químicos para la eliminación de formas vegetativas de bacterias, algunos hongos y virus, pero no las esporas de las bacterias.
- Desinfección de nivel intermedio: se trata del empleo de productos químicos para la eliminación de las formas vegetativas de las bacterias, el mycobacterium tuberculosis coma la mayoría de virus y hongos, pero no las esporas de las bacterias.
- Desinfección de alto nivel: empleo de procedimientos químicos que destruyen todos los microorganismos salvo algunas esporas de las bacterias.

Algunas de las técnicas de desinfección pueden ser:
- Inmersión: consiste en introducir el instrumental a desinfectar en una solución desinfectante durante un tiempo determinado.
- Loción: se trata de impregnar una bayeta con la solución desinfectante para tratar una superficie determinada.
- Pulverización: se proyecta el desinfectante en forma de gotitas.
- Fumigación y vaporización: consiste en la producción de gas, humo o vapor es del desinfectante para desinfectar, principalmente paredes con suelos y superficies.
- Aerosoles: consiste en aplicar el desinfectante en forma de gotitas que permanecen en el aire en suspensión.

La desinfección puede ser física o química. en la desinfección física se utiliza el calor y por eso se llama también desinfección térmica. Muchos microorganismos no resisten las altas temperaturas y por eso calor intenso es capaz de eliminarlos del instrumental. Algunos de los métodos de desinfección térmica son la pas-

teurización, la autorización, los rayos ultravioletas… La desinfección química es aquella que utiliza productos desinfectantes coma en el mercado existe una gran variedad de ellos. La forma más habitual de desinfección química es sumergir el material en una solución de agua y desinfectante durante un determinado tiempo.

Características de un buen desinfectante: debe de tener un alto poder de desinfección, el tiempo de actuación deberá de ser corto, debe de tener estabilidad, alta solubilidad coma no ser tóxico ni irritante para el usuario coma ser biodegradable, no ser corrosivo para el material y los tejidos, tener un bajo coste, fácil conservación y un olor agradable. la principal diferencia entre los desinfectantes y los antisépticos es que los desinfectantes son productos químicos que se aplican sobre los objetos inertes y los antisépticos se aplican sobre materia viva (piel). Las cualidades de un buen antiséptico son muy parecidas a las citadas anteriormente para los desinfectantes.

Los principales antisépticos son: los alcoholes, la clorhexidina, el yodo, los fenoles… la esterilización: es una técnica de saneamiento preventivo para conseguir la destrucción de todos los microorganismos y sus formas de resistencia que puedan existir en la superficie o en el espesor de un objeto cualquiera. se obtiene como resultado la ausencia de todo germen vivo consiguiendo material estéril.

Al igual que en la desinfección, en la esterilización también se pueden usar procedimientos físicos o químicos. los procedimientos físicos más usados son el flameado, la incineración, la estufa de calor seco, la tienda lización coma las radiaciones ionizantes y el autoclave de vapor. Este último es el procedimiento universalmente utilizado coma emplea el vapor de agua saturado calentado en recipiente cerrado para producir una elevación en la presión con la consiguiente elevación de la temperatura y tiempo preciso para conseguir la esterilización en cada caso. Existen diferentes tiempos para la esterilización, el material se esteriliza durante 15 minutos a 121 grados centígrados, durante 10 minutos a 126 grados centígrados en 5 minutos a 134 grados centígrados. En el autoclave se pueden esterilizar material textil, materiales duros coma medios de cultivo y líquidos hidrosolubles. Este tipo de procedimiento no está indicado para el material termosensible. la esterilización en autoclave tiene las siguientes ventajas: es económica, segura, rápida, no contamina ni dejar residuos, cómoda puesto que los autoclaves son automáticos… Pero también existen desventajas o inconvenientes como por ejemplo coma estropea los cortes del instrumental de filo, deteriora los materiales de goma o plástico coma se necesita mucho tiempo para envolver los materiales que

se van a introducir, exige mucho cuidado en la carga y los materiales metálicos se oxidan al esterilizarlos en calor húmedo. para los procedimientos químicos los agentes químicos más empleados actualmente para la esterilización son: óxido de etileno, glutaraldehido, formol, peróxido de hidrógeno plasma gas, acido peracetico y ozono industrial. por último vamos a desarrollar los controles de esterilización coma que estos pueden ser físicos químicos o biológicos.

Controles físicos: se trata de controlar el funcionamiento mecánico mediante termoelementos, manómetros, higrómetros o termómetro.
Indicadores químicos: llamados termocromos e indicadores colorimetricos, se trata de compuestos principalmente a base de sales de diferentes metales que cambian de color al alcanzarse la temperatura de esterilización.

Indicadores biológicos: son los más seguros. los controles microbiologicos confirman si el proceso es capaz de alcanzar la pequeñísima probabilidad de supervivencia microbiana considerada en toda la legislación internacional como garantía de esterilidad. Existen muy diversos tipos de controles biológicos con esporas bacterianas.

5 Discusión-Conclusión

La principal diferencia entre desinfección y esterilización es que en la desinfección se pueden eliminar agentes infecciosos presentes en la superficie de un cuerpo humano o objeto, pero esta no es capaz de eliminar toda forma de vida incluyendo las esporas, como es capaz de realizar el procedimiento de la esterilización.

Depende el material que vayamos a usar se deberá de realizar simplemente una desinfección coma o se deberá de llevar a cabo una esterilización. Por ejemplo, para un material semi crítico o no critico puede llevarse a cabo una simple desinfección coma en cambio, para el material crítico qué es aquel material e instrumental que entra en contacto directo con el torrente sanguíneo o con zonas estériles de nuestro cuerpo coma es imprescindible que se lleve a cabo una esterilización.

Dentro de la esterilización, el procedimiento físico universalmente utilizado es el autoclave. Tiene algunas desventajas coma pero pesan más todas las ventajas que este procedimiento no se ofrece.

6 Bibliografía

- Rodríguez, Y. G., Bretaña, R. M. G., Ramos, I. D., & Prieto, E. (2006). Esterilización, estabilización y estudio del carácter antimicrobiano del Tisuacryl. Revista CENIC. Ciencias Biológicas, 37(3), 137-141.
- Hoyos Serrano, M., & Gutiérrez Choque, L. N. (2014). Esterilizacion, desinfeccion, antisepticos y desinfectantes. Revista de Actualización Clínica Investiga, 49, 2635.
- Silvestre, C., Fagoaga, L., Garciandía, M. J., Lanzeta, I., Mateo, M. C., & Zapata, M. C. (2000). Esterilización. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 23, pp. 95-103).

Capítulo 1004

CUIDADOS DEL TCAE EN ESTERILIZACIÓN E HIGIENE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ASTRID SUAREZ MARTINEZ

SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA

1 Introducción

Podemos denominar el término infección como la colonización de un ser vivo llamado huésped por especies externas al organismo.

2 Objetivos

- Evitar enfermedades infecciosas, en heridas quirúrgicas, infecciones nosocomiales o en el aparato urinario.
- Recomendar el uso de desinfectantes.

3 Metodología

Se ha realizado la búsqueda de la bibliografía en bases de datos como MedlinePlus y Mayo Clinic, utilizando las palabras clave.

4 Resultados

La limpieza es un proceso totalmente necesario antes de iniciar algún procedimiento de desinfección o esterilización. El lavado no inactiva los microorganismos pero elimina muchos de ellos por arrastre. Para combatir las infecciones nosocomiales tenemos la limpieza, desinfección y esterilización de los instrumentos que vamos a utilizar, y por supuesto la limpieza y desinfección de cada uno de los profesionales que van a intervenir en la técnica quirúrgica, así como el uso de medidas de protección entre los profesionales y el paciente (gorro, mascarillas, guantes, batas).

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería puede y debe realizar un papel primordial en la prevención de estas infecciones mediante limpieza, desinfección y esterilización de los materiales de manera minuciosa y precisa, tratando cada material de forma adecuada y detectando tempranamente posibles errores manuales o mecánicos y así garantizar la calidad total del proceso.

6 Bibliografía

1. Protocolo de cirugía menor atención en primaria. Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud. 2009.
2. Medidas de control para la prevención de las infecciones hospitalarias en intervenciones quirúrgicas. Plan de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en los hospitales del S.A.S-2002.

Capítulo 1005

SÍNDROME METABÓLICO.

CYNTHIA GEDDES CUETO

MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN

CELIA MARTINO GONZALEZ

MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ

MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El síndrome metabólico (SM), también denominado síndrome de Reagan, síndrome de resistencia a la insulina o síndrome metabólico X, es una combinación de trastornos o factores de riesgo que convergen en una persona elevando sus posibilidades de desarrollar una enfermedad cardíaca, un accidente cerebro vascular, o diabetes tipo 2.

2 Objetivos

Conocer qué es el síndrome metabólico y qué hacer para prevenirlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: síndrome metabólico, obesidad ab, diabetes.

4 Resultados

No hay consenso acerca de la definición del SM., se lo define tanto como una enfermedad, así como una importante forma de evaluación del riesgo cardiovascular y de diabetes.
Una persona en la cual converjan 3 de los siguientes 5 factores de riesgo tiene SM.

Factores de riesgo que determinan el SM:
- Obesidad abdominal.
- Hipertensión arterial.
- Alto nivel de azúcar en sangre en ayunas.
- Bajos niveles de colesterol HDL.
- Altos niveles de triglicéridos.

En cuanto a la obesidad abdominal o grasa visceral se debe tomar en cuenta el perímetro de cintura. Los valores varían en función de la etnia y zona geográfica. Una cintura por encima de 100 cm en hombres y 88 cm en mujeres es considerada una circunferencia grande.
Hipertensión: cuando la tensión arterial es igual o superior a 130/85 mm Hg.
Glucemia en ayunas: Igual o superior a 100 mg/del.
Nivel de colesterol HDL: menor a 50 mg/dL en mujeres. menor a 40 mg/dL en hombres.
Nivel de triglicéridos: mayor a 150 mg/dL.

Causas:
-Predisposición genética.
-Sobrepeso y obesidad.
- Falta de actividad física, sedentarismo.
- Resistencia a la insulina (cuando el cuerpo no responde a la insulina que produce el páncreas y la glucosa no pasa a las células, quedando en la sangre.)

Otros factores que incrementan el riesgo:
- Edad.

- Origen étnico: hay mayor riesgo en mujeres hispanas.
- Obesidad: especialmente en la zona abdominal.
- Genética y antecedentes: personas con antecedentes familiares de diabetes tipo 2, o diabetes estacional.
- Otras enfermedades: personas con hígado graso no alcohólico, ovario poliquístico o apnea del sueño.
- Medicamentos: el consumo de aquellos que causan aumento de peso o cambios de presión arterial, de colesterol en sangre o de azúcar en sangre.

Prevención:
La mejor herramienta es tener u os hábitos de vida saludable. Una dieta rica y sana que incluya frutas, verduras, frutos secos, cereales integrales, proteínas magras., que disminuya el consumo de azúcares, grasas saturadas, la sal, el café, el alcohol.
No fumar.
Practicar ejercicio de forma moderada y periódica (alrededor de 30 minutos al día)
Controlar el peso.
Controlar el estrés.

5 Discusión-Conclusión

El estilo de vida actual en el cual el sedentarismo y la comida rápida se ha popularizado hacen que el porcentaje de personas afectadas de SM cada vez sea mayor. El diagnóstico precoz junto a la educación sanitaria son fundamentales para que el paciente cambie sus hábitos y adopte un estilo de vida saludable para poder revertir los riesgos que este síndrome conlleva.

6 Bibliografía

- https://www.fundaciondiabetes.org
- https://www.mayoclinic.org
- https://nacional.gov/spanish/metabolicsyndrome.html
- https://www.sciello.org.pe
- https://www.cun.es
- https://es.familydoctor.org

Capítulo 1006

EL PACIENTE CON FIBROMIALGIA

ANA BELÉN VEGA ALCARAZ

MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ

1 Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad de causa desconocida, cuyo síntoma principal es el dolor crónico generalizado, que se localiza , mayormente en zonas musculares, tendinosas, articulares y viscerales. La fibromialgia es la causa mas frecuente de dolor generalizado y configura un grupo importante y heterogéneo de pacientes, requiriendo un enfoque individualizado. La fibromialgia es una enfermedad reconocida por todas las organizaciones médicas internacionales y por la OMS desde 1992. Esta enfermedad está clasificada como una enfermedad reumatológica.

2 Objetivos

- Tratar cualquier origen de dolor que pueda favorecer el estado de hiperreactividad que es en esencia, la FM.
- Controlar los aspectos emocionales (depresión, ansiedad), cognitivos, conductuales y sociales que potencian el cuadro clínico de la FM.

3 Metodología

No hay ninguna medicación que por si sola pueda eliminar toda la sintomatología, pero algunas combinaciones podrían ayudar a disminuir el dolor, mejorar el sueño y reducir la tensión muscular.

- Ejercicio aeróbico: el paciente que mantiene ejercicio aeróbico regular mejora el dolor, la ansiedad y la calidad de vida en general, pero no existe la evidencia de que mejore la fatigabilidad, la función física o la depresión.
- Tratamiento psicológico: aunque la fibromialgia no es una enfermedad mental, aproximadamente un 30% de enfermos con FM presentan ansiedad y depresión necesitando un tratamiento prioritario. Es importante remarcar que casi el 78% de pacientes con ansiedad y depresión manifiestan dolor como síntoma relevante.
-Tratamientos alternativos:la acupuntura, fisioterapia, balneoterapia, hipnosis, han demostrado mejorar la percepción del dolor y el cansancio en pacientes de fibromialgia.
- La dieta en la fobromialgia: está demostrado que una dieta estricta sin gluten durante 4 meses, puede mejorar la calidad de vida del paciente. En cualquier caso, deben aplicarse las medidas dietéticas generales , haciendo una dieta sana y equilibrada, y evitando en la medida de lo posible los aditivos químicos.

4 Resultados

Es preciso insistir en la necesidad de creas programas propios de investigación en estas patologías, que en los últimos años han conocido importantes avances , aunque insuficientes.

5 Discusión-Conclusión

Sólo desde el conocimiento de su etiología, se podrá abarcar un diagnóstico exacto, que nos permita conocer la incidencia real de estos procesos, y así poder establecer terapias eficientes. También es necesario y preciso invertir en el tratamiento y asistencia a estos enfermos, así como en su entorno, cuya recuperación global en los niveles de salud se ve muy afectada.

6 Bibliografía

- Guía informativa Aenfipa

Capítulo 1007

LA GRIPE: MEDIDAS DE PREVENCION PARA UNA TCAE ANTE UN PACIENTE AISLADO

VANESSA GARCIA PINTUELES

BORJA SUAREZ CORRAL

IRENE VIVAS PAREDES

1 Introducción

La gripe es una infección respiratorio contagiosa la cual, es provocada por el virus de la influenza en la que cada año afecta a millones de personas pues es muy contagiosa. No es una enfermedad muy grave salvo en ocasiones que puede llegar a ser mortal. La gripe se transmite mediante gotas. Este contagio ocurre cuando la persona que la padece al hablar, toser y/o estornudar expulsa unas gotas y estas, si llegan a la nariz o boca de las otras personas que se encuentren cerca las puede contagiar debido a esto por eso, es de gran importancia el tener siempre un pañuelo desechable para evitarlo en gran medida. Tambien se transmite al tocar objetos contaminados previamente por el virus y después tocarse la nariz, boca o los ojos. Por eso es de gran importania el lavado de manos a menudo, evitar compartir vasos,cubiertos etc…En muchas ocasiones las personas que padecen gripe piensan que padecen mas bien un resfriado pero la clave evidente de la diferencia en gran medida es la fiebre ya que en el resfriado es muy raro padecerla. Los sintomas mas evidentes en la gripe aparte de la fiebre son, la tos, la congestión nasal o de la mucosa, el dolor de garganta, dolores musculares o lo que viene

siendo dolor del cuerpo entero asi como dolor de cabeza y mucho cansancio.. Es poco habitual pero puede darse el caso de que el paciente padezca vomitos. Se debe tener especial cuidado con aquellas personas que la padecen pues como hemos dicho el contagio es muy fácil sino se toman las precauciones oportunas.

Es immportante el cuidado con aquellas personas mayores de 65 años, pacientes con asma, niños pequeños y mujeres embarazadas ya que pueden desarollas otras complicaciones de enfermedades. La gripe puede llegar a empeorar mucho problemas de salud crónicos. La gripe en muchos casos no necesita atención médica esta seria la gripe leve, pero si los sintomas se agravasen se consultaria al médico y mandara la toma de unas medicamentos antivirales que reduciran un poco los sintomas, suelen durar unos 7 dias y en aquellos casos mas graves, será necesaria el ingreso hospitalario en el cuál el paciente quedará aislado en una habitación a poder ser individual o si no es posible, compartirá habitación con otro paciente que la padezca. En el momento de que el paciente este aislado todo el personal sanitario deberá tomar unas medidas de precaucion de ahí, el tipo de aislamiento pues en este caso, se aplicara el protocolo de aislamiento de gotas.

2 Objetivos

Conocer las medidas de precaucion del aislamiento del paciente que padece gripe.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliografica en distintas bases de datos, revistas, google academico en los últimos años utilizando los siguientes descriptores de búsqueda: Gripe, aislado, paciente, sintomas, precauciones, personal sanitario, contagio.

4 Resultados

El paciente que tiene gripe debe estar aislado en una habitación en el cual para acceder dentro de ella, el personal deberá protegerse. A este tipo de aislamiento se le conoce como aislamiento por gota. Se deben mantener las medidas de control durante los 5-7 días después que padecer los sintomas o bien 24 horas después de la desaparación de ellos. Todo aquel personal sanitario y tanto los familiares que le visiten deberan ir protegidos principalmente con una mascarilla que deberá cubrir bien la nariz y la boca. A la vez el paciente deberá mantener una correcta higiene respiratoria y de lavado de manos. En caso de que el paciente salga de

la habitación a alguna prueba deberemos, colocarle una mascarilla quirúrgica. Todo aquel equipamiento o material que empleemos con el paciente que tiene la gripe debemos saber que es de uso exclusivo para el y que o debemos emplearlo en otros pacientes, pues estariamos contagiando ya. Deberemos usar guantes cuando vayamos a tener contacto con material infeccioso y la bata y protección en los ojos cuando realizemos técnicas en el que puedan generarse salpicaduras de secrecciones.

Es preferible que el paciente no comparta habitación con otros, en el caso que esto no pudiese ser se deberá mantener una distancia entre paciente y paciente de un metro como mínimo o en otro caso se podría compartir habitación con otro paciente que tenga también la gripe. Ante este tipo de aislamiento hospitalario es importante reducir tanto el número de trabajadores como el de visitas. Es muy importante que tanto antes de entrar a la habitación y a la salida de ella nos hagamos una correcta higiene de manos y por supuesto evitar mantener la puerta abierta, la puerta deberá permanecer cerrada el mayor tiempo posible.

5 Discusión-Conclusión

La mejor manera para prevenir esta enfermedad es vacunarse y en caso de padecerla utilizar bien las medidas de protección .

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000080.htm
- https://espanol.cdc.gov/enes/flu/
- https://www.murciasalud.es/preevid/19510#
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_gripe_aislamiento.htm
- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775309012354

Capítulo 1008

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN PARA TCAE

INES FERNANDEZ GUDEREIT

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son áreas de la piel lesionadas por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como en los tobillos, rodillas, sacro, caderas, codos y talones. El riesgo de padecerlas es mayor si la persona está inmovilizada durante mucho tiempo.

Las UPP se clasifican en cuatro grados en relación al aspecto y profundidad de las lesiones:
- Grado I: Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta.
- Grado II: Pérdida parcial del grosor de la piel, que puede tener aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Grado III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
- Grado IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrósis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén.

2 Objetivos

- Mantener la piel limpia y seca, e hidratada.
- Cambios posturales cada 2 horas.
- Utilización de almohadas y productos que alivien la presión.
- Protección local (taloneras, colchones antiescaras, etc.).

3 Metodología

Examinar el estado de la piel para detectar rápidamente la aparición de la lesión (eritema cutáneo que no palidece en la piel intacta después de 30 minutos de haber cesado la presión). Prestar mayor atención a las prominencias óseas (sacro, talones, caderas, etc.) y a las zonas expuestas a la humedad por incontinencia, transpiración o secreciones. Se mantendrá la piel del paciente limpia y seca en todo momento, se utilizarán jabones que no agredan la piel y se evitará la fricción en el secado. No es aconsejable usar alcoholes sobre la piel ya que reseca y produce vasoconstricción. Es conveniente aplicar cremas hidratantes procurando su completa absorción.

La presión mantenida sobre determinadas zonas del cuerpo es el factor más importante en la aparición de UPP ya que genera un proceso isquémico en los tejidos implicados como consecuencia de una disminución del aporte de oxígeno y de nutrientes a esa zona. Para minimizar el efecto de la presión hay que mejorar la movilidad del paciente y realizar cambios posturales cada 2-3 horas cuando se encuentra encamado. Se debe evitar que el paciente apoye directamente sobre sus lesiones, el contacto directo de las prominencias óseas entre sí y el arrastre a la hora de efectuar movilizaciones para reducir la fricción.

Es imprescindible una adecuada nutrición para favorecer la cicatrización de las UPP e incluso para evitar su aparición. Es importante la utilización de dispositivos de alivio de la presión como cojines o colchones antiescaras recomendados en pacientes que presentan UPP o bien presentan riesgo de padecerlas.

4 Bibliografía

- https://www.medlineplus.gov
- https://www.elsevier.es
- https://www.ulceras.net

Capítulo 1009

PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ

1 Introducción

La esterilización se define como la destrucción completa de toda forma de vida microbiana incluyendo las esporas bacterianas y los priones siendo estas últimas las formas de vida con más alta resistencia a los métodos de esterilización.

2 Objetivos

- Prevenir infecciones asociadas a la atención de la salud.

3 Metodología

Etapas del proceso de esterilización:
- Recepción: se recibe e inspecciona el estado y cantidad de los artículos distribuidos para una cirugía o procedimiento.
- Lavado: es donde se elimina la materia orgánica e inorgánica de los artículos.
- Secado e inspección: se eliminan rastros de humedad y evalúa la limpieza y funcionalidad de los artículos.
- Preparación: se organiza, arma y verifica contenido de cada paquete o equipo. En esta fase se incluye el indicador químico interno.
- Empaquetado: es la etapa en la que se procede al empaquetamiento de instrumentos/equipos con la finalidad de facilitar su uso, evitar daños o deterioros y preservar su esterilidad hasta ser utilizado en el paciente.

- Esterilización: los artículos son expuestos al método de esterilización para eliminar los microorganismos en su totalidad, incluyendo esporas y priones.
- Almacenamiento y distribución: proceso en el que se preserva la esterilidad de los artículos hasta su uso, considera su almacenamiento y distribución hasta el área de uso.

4 Resultados

Producir artículos o dispositivos de usos médicos seguros para la atención de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El personal que realiza procedimientos clínicos con material estéril tiene obligaciones: técnicas, legales y sobre todo éticas de que éste se encuentre estéril. El profesional a cargo de la esterilización es el principal responsable de los procesos de esterilización.

6 Bibliografía

- afam.org.ar

Capítulo 1010

PRINCIPALES RIESGOS A LOS QUE SE HAYA EXPUESTO EL TCAE DERIVADOS DEL ENTORNO DE TRABAJO

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

LAURA PRIERES MELERO

PABLO RIVERA SUAREZ

BELEN FERNANDEZ PINTADO

JAIME RIVERA SUAREZ

1 Introducción

Los trabajos que se relacionan con el sector sanitario tienen riesgos laborales específicos derivados por actividades, instalaciones y equipos específicos del sector sanitario, además de los riesgos propios asociadosal lugar de trabajo, ya que la labor sanitaria se desarrolla en edificios cerrados y complejos.

En el entorno laboral de los hospitales se observan un amplio abanico de riesgos que pueden ser biológicos, físicos químicos, ergonómicos y psicosociales, los cuales pueden provocar daños o enfermedades, al personal que desarrolla su labor diaria en los mismos.

La mayoría de los riesgos laborales a los que se haya expuesto el TCAE son fácilmente preventivos si se cuenta con diseño adecuado del puesto de trabajo y se ofrece la información y formación adecuada al personal.

La mayoría de los riesgos de este puesto de trabajo se asocian con el diseño del entorno, amenazas para la salud y riesgos de carácter psicosocial como el estrés o el trato directo con usuarios o familiares.

2 Objetivos

Identificar los principales riesgos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Este artículo está realizado en base a una revisión bibliográfica en bases de datos tales como Scielo, Dialnet y Elsevier .Las palabras clave utilizadas como descriptores han sido: riesgos laborales, medidas preventivas, objetos cortantes y punzantes.

4 Resultados

Uno de los riesgos de mayor que tienen los auxiliares de enfermería es la posibilidad de sufrir golpes, caídas o cortes. Esto es debido al contacto directo con materiales sensibles(agujas,bisturís,tijeras). También cabe destacar que ya que el ritmo de trabajo es elevado es básico mantener un orden y limpieza de las instalaciones;esto quiere decir que se debe evitar en la medida de lo posible dejar carros , sillas,camas,mesitas… en aquellos lugares donde se realiza la labor para evitar tropiezos o caídas del personal. En cuanto al orden y almacenamiento todo el material debe ser correctamente almacenado(debe ser estable y seguro) para evitar la caída de los mismos sobre el personal sanitario.

Se debe prestar especial atención con los contactos eléctricos sobre todo cuando se manipula agua (duchas),se debe evitar en la medida de lo posible el contacto directo con interruptores aparatos eléctricos y enchufes;además se evitará siempre el pisar los cabés eléctricos con el mobiliario de la unidad. Solo serán manipulados por aquel personal cualificado para su utilización;no obstante los aparatos

eléctricos que se vayan a utilizar porque son necesarios durante la jornada laboral,se comprobará su correcto funcionamiento.

Siempre deben respetarse las vías de señalización y circulación existentes(suelo mojado).

Cobra especial importancia el uso de un calzado adecuado por parte del personal sanitario,debe ser cerrado y con suela antideslizante;en cuanto a la ropa esta debe ser apropiada(holgada y que permita el desempeño de las funciones.

Muy importante el uso de guantes desechables en cualquier técnica o labor que se vaya a realizar (lavado de pacientes,recogida de comida,limpieza de instrumental…)evitará o reducirá de manera considerable los cortes por el contacto con objetos cortantes o punzantes.

5 Discusión-Conclusión

El incremento de accidentes laborales en el medio sanitario conlleva la elaboración de técnicas de trabajo que eviten o reduzcan este tipo de accidentes.

Los auxiliares de enfermería son profesionales potencialmente expuestos a múltiples riesgos por las actividades derivadas de su trabajo.

La empresa formará al Tcae en medidas preventivas y de control acerca de cuales son los riesgos derivados del entorno de trabajo.

6 Bibliografía

- Briseño, C., Fernández, A. R., Herrera, N. y Enders, J. (2007). Detección y evaluación de factores de riesgos laborales en el personal de enfermería del sector público. Revista de Salud Pública, 11(1), 42-54.
- Real Decreto 1215/1997, de 18 de julio. Disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo. (BOE 7.8.1997)
- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril. Disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. (BOE 23.4.1997).

Capítulo 1011

INSTRUCCIONES DADAS POR EL TCAE PARA LA PREPARACIÓN QUE SE DEBE LLEVAR A CABO ANTES DE REALIZAR LA COLONOSCOPIA

MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE

1 Introducción

El paciente de digestivo es enviado por el doctor especialista al control de TCAES para informarle y suministrarle el preparado y las instrucciones que debe seguir con inmediata anterioridad a la realización de la prueba de colonoscopia.

2 Objetivos

- Hacer la preparación anterior a la prueba lo más fiel posible para que el colon este perfectamente limpio y se puedan apreciar con claridad sus paredes.
- Que el paciente se vaya con cierta tranquilidad ante el miedo a la realización de la prueba.

3 Caso clínico

Se le entrega una caja de Moviprep o Citrafleet junto con 2 cápsulas de dulcolaxo y las instrucciones para tomar los preparados.

Moviprep se da en un 95% de los casos, ya que tiene sabores (limón y naranja) y es más aceptado por los pacientes.

3 días antes de la colonoscopia comenzará la dieta (se recomienda iniciarla 5 días antes) sin fibra. Las instrucciones indican los alimentos que puede y no puede comer.

El día antes de la prueba las instrucciones le indicaran que alimentos puede tomar.

A las 19:00 h se deja de ingerir alimentos.

En ese momento tomará la primera cápsula de dulcolaxo y 15 minutos después tomará la segunda.

A partir de ese momento sólo podrá tomar líquidos. Agua, infusiones, bebidas isotónicas, caldos. No tomar té, café e infusiones oscuras ya que teñirían el intestino y dificultarían la prueba.

A las 21:00 h tomarán el primer preparado. En 1 litro de agua se diluyen el sobre A y el sobre B, que vienen en la caja, debe tomarse en el plazo de media hora.

4 horas antes de la prueba volver a mezclar en 1 litro de agua el segundo sobre A y el segundo B y tomarlo en media hora.

2 horas antes de la colonoscopia no tomar nada.

4 Discusión-Conclusión

Los pacientes agradecen que les digan las instrucciones de palabra. Una colonoscopia es una prueba que desagrada y se procura dar confianza y seguridad en que saldrá bien si se realiza según las instrucciones y así evitar tener que volver a repetirla.

5 Bibliografía

- L. Ledo Barro y J. L. Ulla Rocha. Servicio de Aparato Digestivo. Complexo Hospitalario de Pontevedra
- V.F Moreira y A. López San Román
- Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Capítulo 1012

LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

AITANA ESPÍN MEDINA

SORAYA ÁLVAREZ GARCÍA

YOANA FERNANDEZ ALVAREZ

OLAYA CUE BERNARDO

LUCÍA CORBACHO GALLARDO

1 Introducción

Los "EPIs" (equipos de protección individual), son cualquier instrumento o medio utilizados para la protección de nuestra salud ante los riesgos que se puedan presentar en el ámbito del trabajo.
Según el nuevo Reglamento (UE) 2016/425 del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo del 2016 relativo a los Equipos de Protección Individual y por el que se otorga la Directiva 89/686/CEE publicado en el BOE, los EPI's son "el equipo diseñado y fabricado para ser llevado puesto o sostenido por una persona para protegerse contra uno o varios riesgos para su salud o seguridad".

Uno de los instrumentos de seguridad de los equipos de protección individual es el uniforme. Este favorece la preservación de la seguridad y su efectividad ante

el contagio de un riesgo biológico. El calzado, también forma parte del equipo de protección individual. Su función será la de protegernos ante caídas con una suela antideslizante, protegernos ante contagios biológicos, por esto, ha de ser impermeable y con una punta reforzada que nos protegerá de lesiones por golpes o impactos.

Los guantes son imprescindibles, sobre todo en nuestro ámbito, ya que estamos siempre en contacto con una serie de riesgos, fundamentalmente biológicos y contagiosos. Ya no sólo por la seguridad hacia nosotros mismos, sino también por la seguridad hacia otras personas. Se pueden utilizar varios tipos de guantes:
- Guantes de látex, de vinilo (silicona) o nitrilo. Se emplean en la asistencia a pacientes y siempre que tengamos que actuar ante situaciones evidentes de contagio, se colocarán doble o triple guante. Los guantes de látex a veces pueden producir alergias, que no siempre son producidas por el látex, si no por el polvo que contienen en su interior. En estos casos, se utilizarán guantes de vinilo, ya sea cuando los guantes de látex nos produzcan alergias a nosotros, o al paciente al que asistiremos.
- Especiales. Estos se utilizan cuando se ha de manipular productos químicos. Se fabrican a partir de polímeros impermeables.

La mascarilla. Es un elemento de barrera contra el riesgo biológico, de contagio. Esta nos protegerá de las enfermedades que se trasmiten por vías respiratorias. Existen varios tipos de mascarillas:
- Mascarilla con filtro. Son utilizadas para gases, vapores, polvo y aerosoles.
- Mascarilla quirúrgica. Empleada para evitar la trasmisión de agentes infecciosos.
- Mascarilla de acción de barrera.

Las gafas de protección. La protección ocular es un indispensable método de barrera para evitar contacto de líquidos corporales o químicos con nuestra conjuntiva.

Otros equipos de protección individual pueden ser la bata y el gorro, entre otros.

Los EPI's se agrupan en tres categorías:
- Categoría I. Incluye los riesgos mínimos de lesiones.
- Categoría II. Categoría indefinida. No incluyen las categorías I y III.
- Categoría III. Comprende los riesgos que puedan tener consecuencias muy graves como la muerte o daños irreversibles para la salud.

Existen una serie de protocolos a seguir por el personal sanitario, para la utilización de estos equipos de protección individual.

2 Objetivos

- Conocer que son los EPIs, sus funciones y la importancia que estos tienen a la hora de prevenir contagios y/o lesiones.

3 Metodología

Se ha realizado mediante búsquedas en libros y artículos. Se han consultado bases de datos como Google y consultado el libro "Evacuación y traslado de pacientes, Index".

4 Resultados

Los trabajadores sanitarios están continuamente en contacto con microorganismos patógenos, para ello se ha puesto a disposición de ellos una serie de equipos de protección individual para evitar un posible contagio o lesión, llamados EPIs.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores sanitarios, ya trabajen dentro del ámbito hospitalario, como fuera de este, deben seguir una serie de protocolos de prevención y seguridad y hacer un correcto uso de los medios e instrumentos disponibles para evitar lesiones y/o contagios. Sin embargo, el no emplear los equipos de protección individual o no utilizaros correctamente, pone en peligro la salud y seguridad del personal sanitario.

6 Bibliografía

- https://ikastaroak.ulhi.net/edu/es/EME/DS/DS02/es_EME_DS02_Contenidos/website_5_equipos_de_proteccin_individual_y_seguridad.html
- https://es.wikipedia.org/wiki/Equipo_de_protecci%C3%B3n_individual
- https://istas.net/salud-laboral/actividades-preventivas/equipos-de-proteccion-individual
- https://envira.es/es/normativa-epis-legislacion-vigente/

Capítulo 1013

LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: CÓMO LOGRAR PREVENIRLA

JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO

SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son aquellas que afectan tanto al sistema circulatorio como al corazón, siendo el infarto de miocardio la más habitual. La enfermedad principal común a todas ellas es la arteriosclerosis. Los factores de riesgo cardiovascular más notables son: un peso elevado, colesterol alto e hipertensión.

2 Objetivos

- Conocer pautas como el adoptar comportamientos saludables puede reducir significativamente el riesgo de desarrollar cardiovasculares:

3 Metodología

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

4 Resultados

La importancia de realizar ciertos cambios en nuestra rutina para evitar todas aquellas enfermedades en las que puede degenerar. Para lograrlo sería importante el adoptar comportamientos saludables que pueden reducir significativamente el riesgo de desarrollar condiciones cardiovasculares:
- Evitar toda clase de uso de tabaco y humo de segunda mano.
- Empieza un programa regular de actividad física.
- Consume alimentos saludables bajos en colesterol y grasas saturadas.
- Disminuye el consumo diario de sal y sodio.
- Mantén un peso saludable.
- Come bastantes frutas y verduras.

5 Discusión-Conclusión

Es realmente importante hacer entender a la población la importancia de realizar éstos cambios con el fin de evitar llegar a desarrollar todas las enfermedades cardiovasculares que podemos generar, llegando a provocar la muerte de la propia persona.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1014

CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

SUSANA ESTRADA SUÁREZ

MARÍA JOSÉ RODRIGUEZ ARIAS

1 Introducción

La úlcera por presión es una de las complicaciones más habituales en los pacientes hospitalizados suele presentarse más frecuentemente en pacientes graves o en pacientes con largas estancias.
Las úlceras por presión ocasionaron 29000 muertes en todo el mundo en 2013.

Úlcera por presión es una lesión de origen isquemico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él.

Las úlceras por presión tienen mayor incidencia en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos debido a una serie de factores que aumentan el riesgo como la gravedad del paciente, las drogas utilizadas, el inmovilismo, el deterioro de nivel de conciencia, el acumulo de líquido en el tercer espacio, estado dimohemodinámico.
Su incidencia varía entre 20-56% y su aparición puede ocasionar dolor, depresión, perdida de independencia, infección y aumento de la estancia y el coste hospitalario.

Otros autores definen úlcera como lesión de la piel originada por una presión mantenida sobre un plano o prominencia osea o por fricción , cizalla o combinacion de las mismas, causando isquemia que provoca la degeneración de la dermis, epidermis, tejido subcutaneo, pudiendo afectar incluso musculo y hueso.
Existen otros tipos de úlceras: úlceras yatrogénicas(mala praxis).
-En la boca: uso continuo e inadecuado del tubo endotraqueales
-La nariz: por la utilización de sondas nasogástricas o mascarillas de oxigeno.
-El meato urinario: debido a la sondas vesicales
- Muñeca y pies: debido a sujecciones mecánicas

2 Objetivos

- La prevención de las úlceras por presión es fundamental para garantizar una mejor calidad de vida, menor estancia hospitalaria y un menor coste.
- Aliviar la presión sobre las áreas de riesgo.
- Mantener una piel intacta en el paciente.
- Evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de continencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudados.

3 Metodología

Revisiones bibliográficas en varias bases de datos como pumbed o scielo utilizando descriptores como: Prevención úlceras, escalas, cambios posturales, higiene piel, humedad, movilizaciones, nutrición.

Revisadas publicaciones y encuestas sobre la prevención de úlceras por presión.

4 Resultados

Tenemos unas herramientas muy eficaces para la detección de los pacientes con riesgo a padecer úlceras por presión. Las escalas de Norton y Braden son las más utilizadas.
-Escala de Braden:
Evalúa diferentes parámetros:
-Percepción sensorial.
-Actividad física.
-Movilidad.
-Humedad de la piel.

-Fricción.
-Ingesta de alimento.
-Escala de Norton:
Evalúa los siguientes parámetros:
-Condición física general.
-Estado mental.
-Actividad.
-Movilidad.
-Incontinencia

Existen muchas más escalas para determinar los riesgos, a partir de ellas se pueden realizar planes de cuidados personalizados para evitar la aparición de úlceras por presión.
Después de evaluar el riesgo del paciente en padecer úlceras por presión se deben realizar un plan de cuidados especifico para ese paciente.
Cuidados de prevención:
• Piel:
-Aseo general cada 24 horas y parcial siempre que sea preciso.
-Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado minucioso sin frotar.
-Utilizar jabones suaves, no irritativos.
-Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
-Vigilar incontinencias, sudoración excesiva, o exudados.
-Examinar el estado de la piel a diario.
-Registrar el estado de la piel.
-No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes.
-Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados.
-No frotar o masajear excesivamente sobre prominencias óseas.
-Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
-Para reducir las posibles lesiones por presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones… proteger las prominencias oseas aplicando apositos hidrocoloide, producto barrera o espumas de poliuretano.
• Exceso de humedad:
-Si es necesario se colocará una sonda vesical, pañales absorbentes o colectores.
-Asear al paciente lo antes posible en caso de incontinencia para evitar la maceración de la piel.
-Reeducar en lo posible los esfínteres.
-Aplicar productos barrera en las zonas expuestas a excesiva humedad.
• Movilización:

-Se realizaran cambios posturales para aliviar la presión siempre que no este contraindicado por su patología.
-se daran cambios posturales cada 2-3 horas a los pacientes encamados.
-Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
-En decúbito lateral no sobrepasar los 30 grados
-Mantener el alineamiento corporal , la distribución del peso y el equilibrio.
-Usar almohadas entre prominencias óseas.
-Usar dispositivos que mitiguen la presión como colchones de aire, cojines, almohadas.
• Nutrición e hidratación:
-Es necesario asegurar un estado de nutrición e hidratación adecuados ya que se consideran un factor de riesgo. Dieta hiperproteica a pacientes con riesgo de úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográficas y encuestas se puede concluir que las úlceras por presión se pueden llegar a prevenir en gran número de pacientes desarrollando un plan de cuidados especifico para cada paciente. Un buen cuidado de la piel, una higiene adecuada, hidratación de la piel, uso de aceite hiperoxigenado sen zonas con prominencias óseas,evitar arrugas en las sábanas de la cama,evitar el exceso de humedad e incontinencia, la correcta movilización,el uso de dispositivos que alivien la presión, la buena nutrición e hidratación.

Es muy importante examinar el estado de la piel a diario vigilando zonas de riesgo con prominencias.
El bajo índice de pacientes con úlceras por presión indica una asistencia de calidad.

6 Bibliografía

- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) Logroño 2003.
- Guia de cuidados enfermos del INSALUD .(Madrid 1996).
- Evangelina Pérez de la Plaza, Ana Mª Fernández Espinosa.(2016)

Capítulo 1015

LOS CAMBIOS POSTURALES

MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ

ANA BELÉN VEGA ALCARAZ

1 Introducción

Los cambios posturales son las modificaciones en la postura corporal de la persona que está en cama . El cambio de posición de un paciente ayuda a mantener la sangre circulando, una piel saludable y prevenir escaras por decubito.En el momento que se hacen esos cambios se conservarán si existen enrojecimientos o llagas.

2 Objetivos

- Es conveniente cambiar al enfermo de postura cada 2 horas aproximadamente, cuando este permanezca encamado, ya que el principal objetivo es la prevención de úlceras por decubito (UPP1) Y proporcionarles confort.

3 Metodología

Normalmente estos cambios los realiza el TCAE y el celador. Las posiciones básicas son : Decubito supino, decubito lateral, decubito prono,Fowler o semi Fowler, Tredelemburg o Tredelemburg invertida, lobotomía o ginecologica y genupectoral.De la cama al sillón: si el paciente colabora podrá ser realizado por una sola persona y sino colabora dos personas.

4 Resultados

Los resultados de unos cambios posturales, junto con la higiene y el secado son los de un paciente sin úlceras Y de una piel con buen aspecto e hidratada. Estos cambios también se realizan para un bienestar del enfermo y que este lo más cómodo posible dependiendo cada uno de la dolencia que padece.

5 Discusión-Conclusión

La observación del comportamiento del paciente y los cambios fisiológicos producidos durante el cambio postural que permiten al profesional objetivar el dolor en pacientes críticos sin comunicación verbal. El aumento del dolor durante el cambio recomienda administrar analgesia adicional, en especial en pacientes postquirurgicos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1016

CUIDADOS DEL TCAE EN EL DOLOR CRÓNICO CUANDO AFECTA A LA SALUD MENTAL

VERÓNICA MARTÍNEZ CRUZ

1 Introducción

Un hecho traumático como es un accidente de tráfico. Pueden quedar secuelas no sólo físicas, sino también mentales. Un dolor crónico durante un corto o largo periodo de tiempo puede afectar a la salud mental causando depresión, ataques de ansiedad y otras patologías.

2 Objetivos

Se realizan varias pruebas iniciales:
- RX TORAX: sin patología pleura pulmonar ni ósea aguda
- RX C.CERVICAL: sin lesiones óseas.
- RM COLUMNA LUMBAR: pequeña escoliosis de convexidad izquierda, incipiente degeneración en los dos últimos discos lumbares con pequeña hernia extraída posterior central y paramedial izquierda con migración inferior L4-L5, incipiente artrosis de las articulaciones interapofisarias, lipomatosis epidural sacra. RX lumbar. No lesiones óseas agudas, rectificación columna lumbar. Escoliosis convenida derecha.

3 Caso clínico

Mujer de 40 años acude a urgencias tras sufrir un accidente de tráfico. Era la conductora, impacto lateral del lado de piloto por parte de otro vehículo, acude por cervicalgía, dolor en hemitórax izquierdo y en cadera, no perdida de conciencia, no activación de air bag.

El paciente no mejora tras esta primera exploración.. Al ser un accidente en itinere la empieza a tratar la mutua. Le recomiendan un mes de rehabilitación. Tras no funcionar la rehabilitación y la paciente no mejorar, incluso empeorar notablemente. Se le realiza una resonancia magnética.

Nuevamente acude a urgencias por cuadro de dolor lumbar irradiado a ambos miembros inferiores (más izquierda) de dos semanas de evolución. Accidente de tráfico (un mes anterior). Actualmente en seguimiento por la mutua laboral.

4 Discusión-Conclusión

- Diagnóstico inicial: Policontusiones tras accidente vehicular.
- Se recomienda tratamiento con farmacología.
- Segunda vista en urgencias. Diagnóstico principal: lumbociatalgia izquierda. accidente de tráfico.
- Se recomienda acudir a su mutua para resultados de resonancia magnética y nueva valoración.

5 Bibliografía

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

Capítulo 1017

TRASTORNOS ALIMENTICIOS: LA ANOREXIA

IRENE VEGA LLAMAZALES

NURIA RODRÍGUEZ GARCÍA

ESTEFANÍA RUIZ ESPINA

MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ IGLESIAS

ANA BELÉN POCEIRO DE LA FUENTE

1 Introducción

La anorexia se trata de un trastorno de la conducta alimenticia basado en una pérdida de peso provocada por el propio enfermo, por un temor intenso a engordar y a la percepción distorsionada del peso.

2 Objetivos

- Reconocer los síntomas de que una persona está sufriendo esa enfermedad, y poder tratarlos en todos los aspectos, para evitar las posibles complicaciones en las que pudiese derivar el enfermo de anorexia.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores anorexia, trastornos alimentarios, efectos de la anorexia, síntomas de anorexia, los enfermos de anorexia y tratamiento de la anorexia

4 Resultados

La anorexia se trata de una enfermedad que afecta mayormente a mujeres y suele desarrollarse en la etapa adolescente.

Para detectar los síntomas de este trastorno la familia y el entorno juegan un papel muy importante, ya que antes de que se desarrollen complicaciones clínicas, ellos pueden observar de cerca conductas y cambios en la persona enferma de anorexia.
Los síntomas típicos asociados a la enfermedad son:
- Obsesión por la imagen y pérdida de peso importante.
- Preocupación excesiva por las calorías de los alimentos.
- Reducción progresiva de la ingesta.
- Utilización de trampas y excusas para evitar las comidas.
- Sensación de frío constante.
- Hiperactividad.
- Irritabilidad.
- Depresión.

En cuanto a los síntomas clínicos que se pueden dar, son:
- Arritmias.
- Hipotensión.
- Amenorrea.
- Anemia.
- Estreñimiento crónico.
- Aparición de vello fino y largo denominado lanudo en espalda, antebrazos, muslo, cuello y mejillas.
- Piel deshidratada, seca o agrietada.
- Pérdida de cabello.
- Uñas quebradizas.
- Problemas en la dentadura.
- Coloración amarillenta en las palmas de las manos y las plantas de los pies.
- Sensación constante de frío por la disminución del gasto energético.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante el diagnóstico precoz de la enfermedad para tratarla cuanto antes. El tratamiento irá enfocado a corregir los hábitos alimenticios y la la malnutrición, y conseguir un aumento de peso, pero también se deben tratar los trastornos psíquicos del paciente, para obtener resultados óptimos en la curación y evitar complicaciones mayores e incluso la muerte.

6 Bibliografía

- Cuidateplus.com
- Mayoclinic.org
- Medlineplus.gov
- Cun.es
- Scielo.es

Capítulo 1018

COLABORACIÓN DEL TCAE EN LA INTERVENCIÓN AMBULATORIA PARA LA INSERCIÓN DE RESERVORIO.

MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE

1 Introducción

Mediante este procedimiento, se pretende la colocación de un reservorio para acceso venoso central que permita la administración de fármacos o realización de análisis, sin necesidad de tener que pinchar las venas periféricas.

Se realiza habitualmente con anestesia local a través de dos incisiones, una en el cuello y otra más abajo para colocar el dispositivo (reservorio) que permitirá ponerle la medicación. Generalmente su colocación es en el brazo no dominante o en la región subclavicular. Esta cirugía puede realizarse en régimen de cirugía mayor ambulatoria, siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía. Es obligado asimismo comprobar la ubicación de la punta del catéter.

2 Objetivos

Detallar el papel del TCAE en el procedimiento para la insercón de un reservorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La TCAE estará vestida no estéril con bata, mascarilla y guantes. Se recibe al paciente en la sala de técnicas por el TCAE. Se le indica que se debe quitar la parte de arriba de la ropa. Si es mujer, incluido el sujetador.

Se tumba en la camilla y se le tapa con una entremetida, dejando al descubierto la región subclavicular donde se le colocará el reservorio. Mientras se realiza la preparación se establece una comunicación positiva con el paciente ya que llegan muy nerviosos y con cierto recelo a lo desconocido. Se procura hablar de temas que distraigan al paciente y le insistimos en que no va a sentir nada y que verá el resultado como algo positivo. Se coloca la lámpara de luz de quirófano encima del paciente. Se rasuraría el pecho en caso de necesitarlo.

Se aplica sobre la zona de las mamas hasta el cuello incluido povidona yodada con gasas estériles. Una vez terminada la aplicación, no tocar la zona. Tendremos preparado el equipo estéril que va a utilizar el doctor.

Entra el doctor que va a realizar la técnica y le ayudaremos a lavarse las manos de forma quirúrgica y a colocarle el gorro y la bata estéril. Se prepara una mesa al lado del paciente lo más cerca posible de la zona a realizar el implante del reservorio.

Encima de la mesa se coloca un paño estéril y sin tocarlo, se vuelca encima la caja con material estéril de quirófano que se va a utilizar en la intervención. Utilizaremos un carro de curas en el que ya tendremos preparado lo que va a necesitar el doctor. Gasas, anestésico, jeringas de 10 y de 5, agujas de cargar, povidona yodada, apósitos de diferentes medidas, sutura de diferentes números y el kit del reservorio.

No colocaremos al otro lado de la mesa, enfrente del doctor. Y al lado izquierdo tendremos el carro de curas con el material que nos pedirá el doctor y que deberemos ir dándole según nos lo vaya solicitando En repetidas ocasiones deberemos acudir al otro lado del paciente para suministrar Betadine a demanda del doctor.

Una vez terminada la técnica, se solicitará a la Unidad de Rayos que acudan con el portátil a realizar una placa para comprobar que el reservorio ha quedado perfectamente colocado.
Después de la comprobación positiva, ayudaremos a incorporarse con tranquilidad al paciente. Si fuera necesario le ayudaremos a vestirse. Se le darán instrucciones de como realizar las próximas curas de la zona y la aplicación de frío local. Incluso se le puede dar un pequeño kit de curas para que lo pueda realizar en su domicilio (Betadine, gasas y apósitos) hasta que vaya a su centro de salud a retirar la sutura.

Mientras se recogerá todo el material estéril utilizado a su caja para enviarla a esterilización nuevamente y se dejará la sala de técnicas en perfectas condiciones. Antes de irse se le dará al paciente una tarjeta que viene en el kit del reservorio con una numeración que lo identifica ya que se detecta en los arcos de seguridad

5 Discusión-Conclusión

El 90% de los pacientes que deciden finalmente colocarse un reservorio responden satisfactoriamente a tal hecho. Incluso se arrepienten de no haberlo hecho con anterioridad. Este catéter, en realidad es una vía central que puede estar colocado durante un periodo de plazo largo sin tener que hacer punciones repetidas en la piel del paciente. En pacientes con tratamiento oncológico es muy utilizado para evitar el deterioro de la IV.

La colocación del reservorio subcutáneo se recomienda sobre todo en pacientes oncológicos, tanto adultos como pediátricos, ya que les evita los continuos pinchazos tanto para administrarles la medicación como para realizar las analíticas de sangre. Y también se consigue evitar en parte, el sufrimiento del paciente en sí mismo y el de las venas.

6 Bibliografía

- Reservorio venoso subcutáneo [Internet]. Donostia: Unidad de Comunicación Hospital de Donostia
- Corella JM, Fuster C, Vázquez A, Corella JM, Galbis JM, Mas T, et al. Reservorios, acceso venoso de larga duración. - Abordaje y complicaciones [Internet]. Valencia: Hospital de Valencia

Capítulo 1019

URETERORRENOSCOPIA

Mª ANGELES JUANES ALVAREZ

1 Introducción

La ureterorrenoscopia es una exploración endoscopios del ureter y en ocasiones de la pélvis renal. Se realiza introduciendo por la uretra el endoscopio y ascendiéndolo por la luz del ureter. Esta indicada en el tratamiento de la litiasis uretral o para estudio de alteraciones ureter-pelvis , no aclarados por los métodos radiológicos convencionales o como terapia alternativa de algunos procesos. Mediante esta técnica se explora endoscópicamente el uréter y en ocasiones la pelvis renal y los cálices renales. Se realiza introduciendo por la uretra el endoscopio y ascendiéndolo por la luz del uréter, se puede requerir sedo-analgesia, anestesia regional o anestesia general que al terminar puede ser necesario colocar un catéter en el uréter que se mantendrá por un periodo de tiempo variable.

2 Objetivos

- Fragmentar o extraer los cálculos por via endoscopica.
- Llegar a un diagnostico preciso de la enfermedad pieloueteral, y también sirve de retirada de catéteres del tracto urinario superior.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Técnica de gran eficacia, permitiendo resolver la patología litiasica en un solo procedimiento, es mínimamente invasivo, con un alta hospitalaria precoz y una rápida incorporación a las actividades de la vida diaria.

5 Discusión-Conclusión

Como toda intervención aunque sea poco invasiva, tiene unos riesgos, aunque con esta técnica son mayores los beneficios que los riesgos, aunque ahí el que tiene que valorarlo es el Paciente, después de que su medico le haya explicado todo el procedimiento.

6 Bibliografía

- O. Traxer , E. Lechevallier , C. Saussine Flexible ureteroscopy whith Holmiun laser: Tecnicalm aspects . Prog . Urol 18 (2008) pp. 929 - 937.
- Perez - Castro E. ; Martinez-Piñero. J.A. : La ureterorrenoscopia transversal . Un actual proceder urológico . Arch. Ep. Urol .,33: 445 , 1980.
- Rassweiler, J.: A Landmark paper for endourology Eur. Urol., 50: 395, 2006.

Capítulo 1020

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA

CARMEN MORENO GONZALEZ

MARIA JOSE BRAÑA ALONSO

1 Introducción

Ante una carcinomatosis peritoneal, que es el estadio avanzado o metastàsico de un cáncer abdominal, uno de los tratamientos más innovadores es la técnica quirúrgica de citoreducción más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC).

El tratamiento con HIPEC consiste en erradicar todas las células neoplásicas de la cavidad abdominal mediante la combinación de cirugía con quimioterapia en la propia cavidad abdominal. Tras eliminar todas las zonas cancerosas, se aplica una dosis de quimioterapia caliente (41 ó 42 grados) directamente en la cavidad abdominal durante 90 minutos aproximadamente y luego se extrae. Este proceso permite destruir las células cancerígenas microscópicas que hayan podido quedar tras la cirugía. El calor tiene un efecto antitumoral, ya que aumenta la penetración del fármaco dentro de las células.

Con la HIPEC el tratamiento actúa directamente sobre las células cancerosas del abdomen. La cirugía se realiza con anestesia general y tiene una duración de entre seis a nueve horas. La HIPEC es una técnica específica creada para combatir el cáncer que se ha diseminado dentro de la cavidad abdominal, como es el caso del cáncer de colon avanzado o metastásico, el de ovario y el de apéndice.

Esta técnica se puede realizar cuando la proliferación de la metástasis todavía está controlada. Uno de los beneficios más importantes de la HIPECes que permite administrar una dosis alta de quimioterapia en el área que la necesita con mínima exposición para el resto del cuerpo. De este modo es posible evitar los efectos secundarios típicos derivados de la quimioterapia tradicional como caída del cabello, diarrea y aftas bucales.

2 Objetivos

Determinar cómo debe realizarse el trabajo de las TCAE ante un paciente con dicho tratamiento. Las epi´s y medidas preventivas a tener en cuenta ante un paciente oncológico con restos citostaticos en sus excretas.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo la revisión bibliográfica de varios artículos y páginas web tanto del ámbito de la enfermería como del de la medicina así como los propios protocolos de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante un paciente con HIPEC en reanimación del HUCA (hospital universitario central de Asturias). Posteriormente se ha realizado un cribado de los datos y contenidos.

Las bases de datos elegidas fueron: Cochrane Library, Cuiden, Cuidatge y Pubmed. Se restringe la búsqueda mediante la utilización de operadores booleanos (AND y NOT). Se han usado las siguientes palabras claves en la búsqueda: “hipec” ,” cuidados tcae”, “cuidados de enfermería”, “carcinomatosis”, “quimioterapia intraperitoneal”.

4 Resultados

Durante las primeras 48 horas post intervención las excretas de estos pacientes son contaminantes ya que presentan restos citostáticos. Es necesario el uso de

bata himpermeable con puños adhesivos atada atrás, doble par de guantes y uso de mascarilla con pantalla.

Los Jackson Pratt y otros drenajes similares así como los colectores de orina se vaciarán en colectores cerrados. Las bolsas gástricas y de secreciones respiratorias se cambiaran diariamente. Al tercer día se cambiarán todos los drenajes por unos nuevos incluido el urinometer. Todas las excretas, residuos de drenajes, receptales de sonda nasogástrica y de secreciones respiratorias, urinometeres y bateas se tiraran en el contenedor rojo con tapa de residuos citostáticos que estará dentro del propio box del paciente.

En cuanto al resto de tareas propias del TCAE como realización del aseo, lavado de boca, cambios posturales etc., las medidas preventivas a tomar son iguales al resto de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La HIPEC es una opción terapéutica en determinados pacientes con escasa extensión de la enfermedad peritoneal. Se acompaña de una sustancial morbilidad y mortalidad por lo que el proceso selectivo del paciente adecuado para realizar dicha técnica debe ser exhaustivo.

Ante pacientes con riesgos para la salud del personal es necesario cumplir los protocolos con exactitud. De este modo se minimiza la inquietud frente a los posibles riesgos que supone la manipulación y exposición a sustancias citostáticas.

6 Bibliografía

- Ansaloni L, Agnoletti V, Amadori A, Catena F, Cavaliere D, Coccolini F, et al. Evaluation of extensive cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) in patients with advanced epithelial ovarian cancer. Int J Gynecol Cancer. 2012;22(5):778-85.
- Barrios P, Roqué M, Lozano JM, Ramos I, Bianchi A, Bonfill X. Revisión sistemática del tratamiento combinado multidisciplinar en las enfermedades malignas del peritoneo. Citorreducción quirúrgica radical + quimioterapia intraperitoneal +/- hipertermia (técnica de Sugarbaker).
- Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña. 2009.- 176 p; 24 cm.– (Colección: Informes, estudios e investigación

/ Ministerio de Ciencia e Innovación / Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; AATRM 2007/19).
- Königsrainer I, Beckert S, Becker S, Zieker D, Fehm T, Grischke E, et al. Cytoreductive surgery and HIPEC in peritoneal recurrent ovarian cancer: experience and lessons learned. Langenbecks Arch Surg. 2011; 396(7):1077-81.

Capítulo 1021

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PAPEL DEL TCAE

MARIA LUISA YAÑEZ CLARO

1 Introducción

Una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un lugar destinado a llevar a cabo un tratamiento y una vigilancia continuada de los pacientes cuyas funciones sufran tal alteración que su vida corra peligro, debido a estos cuidados especiales para estos pacientes en estado crítico la unidad requiere recursos y características especiales. El TCAE debe integrarse, ser una persona equilibrada y precisa en sus movimientos capaz de infundir tranquilidad y confianza en el paciente y con una inquietud constante en formarse para el buen desarrollo de sus funciones.

2 Objetivos

- Reconocer los conocimientos específicos de la unidad para una buena labor y atención a los pacientes.
- Identificar los distintos tipos de procesos y los pasos a seguir para dar apoyo a los distintos profesionales.
- Reseñar en la gráfica los distintos registros e historial de enfermería el resultado de sus actividades asistenciales, medición de drenajes, administración de medicación, nutrición enteral, higiene, cambios posturales.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo en equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos tiene en común la seguridad del paciente haciendo su estancia más amena, aliviando sus dolencias físicas y psicológicas. Se requiere consideración, amabilidad, empatía, integridad, respeto y cooperación entre todo el equipo multidisciplinar.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe familiarizarse con el entorno sobre todo con el equipamiento tecnológico, aprender las técnicas antes de empezar, conocer los fármacos más frecuentes de la unidad, para estar preparado ante las emergencias del servicio, es fundamental integrarse para el TCAE porque es una Unidad muy diferente a hospitalización.

6 Bibliografía

- Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid,1993.
- Teresa Soy Andrade. Guía Práctica para TCAE.
- Anna Owen. Monitorización en Cuidados Intensivos McGraw-Hill Interamericana de España 1993.

Capítulo 1022

PROYECTO DE GESTIÓN DE CUIDADOS PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

LUCÍA POMAR MARTINEZ

LUCÍA SANCHEZ TOYOS

DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO

1 Introducción

La complejidad y variabilidad de los cuidados, la rotación de personal de nueva incorporación y la demanda por parte del personal de enfermería de una guía de consulta nos ha motivado a realizar este protocolo.

2 Objetivos

- Implantar un protocolo en la unidad en la que trabajamos que ayude a cuidar a pacientes dependientes
- Proporcionar una herramienta para la unificación de cuidados de los auxiliares de enfermería.
- Conocimiento de diferentes técnicas y materiales.
- Valoración y actuación ante posibles complicaciones.

3 Metodología

El protocolo que hemos utilizado como estudio ha sido realizado en la U.C.I polivalente de seis camas del Hospital de Manacor. Revisión de documentación existente en el hospital y las distintas UCI de la comunidad y ampliación de búsqueda bibliográfica. Elaboración del protocolo de cuidados, consensuado con los diferentes profesionales que forman el equipo multidisciplinar.

4 Resultados

- Hay que destacar que como primer paso desde nuestro puesto la primera toma de contacto marca el protocolo de recepción del paciente.
- Acompañaremos al paciente y a su familia a la habitación indicada
- Nos presentaremos al mismo y a su familia, así mismo presentaremos al compañero de habitación en caso de que lo hubiera;
- Le mostraremos el medio físico, así como la correcta utilización de timbres, luces y demás elementos del mobiliario;
- Informaremos al paciente y familia sobre horarios de visita, normas de régimen interno, características y servicios disponibles en el centro hospitalario, etc.
- Le proporcionaremos los utensilios de aseo personal, así como pijama o camisón;
- En caso necesario, le ayudaremos a la colocación de dichas prendas o lo haremos nosotros mismos;
- Pondremos en contacto al paciente y/o familiares con la Enfermera responsable de su cuidado;
- Algunos pacientes requerirán identificarlos con una pulsera colocada en su muñeca (caso de neonatos, lactantes, niños, puérperas, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Dentro del sinfin de protocolos resumiremos que uno de los cuidados más importantes que debe afrontar el paciente es el relacionado con su higiene personal. Esta conlleva unos beneficios como mantener la piel limpia e hidratada,conseguir un estado de bienestar y evitar o prevenir complicaciones. Por ello se convierte es un reto para el personal de enfermería. Es un parámetro indicativo de la calidad asistencial.

6 Bibliografía

- Biblioteca Picuida, Red de Cuidados de la Junta de Andalucía.
- Rodó Cobo M, Torres Egea P, Traseras Gaje R . Aproximación a la gobernabilidad enfermera en la organización socio sanitaria en Cataluña .
- Biblioteca Las Casas – Fundación Index
- Joya Collado AM., Cuerva Rodriguez A, Barceló Llodrá E, Servicio de Medicina Intensiva, Servicion de Reanimacion, Hospital de Manacor , Illes Balears

Capítulo 1023

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE VESICAL.

LAURA PRIERES MELERO

PABLO RIVERA SUAREZ

BELEN FERNANDEZ PINTADO

JAIME RIVERA SUAREZ

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Las sondas vesicales se usan para drenar la vejiga, introduciendo la sonda hacia la vejiga a través del meato urinario. Se utilizarán para:
- Incontinencia urinaria (escape de orina o incapacidad de controlar cuándo orinar).
- Retención urinaria (ser incapaz de vaciar la vejiga cuando se necesita).
- Cirugía en la próstata o los genitales.
- Otras afecciones como esclerosis múltiple, lesión de la médula espinal o demencia.
- Obtener muestras, para análisis y cultivo de orina.

- Como método de control clínico, para cuantificar la orina, sus características y administrar medicamentos.
Las sondas vienen en muchos tamaños, materiales (látex, silicona, teflón) y tipos (recta, de punta acodada). La sonda más usada es la sonda Foley permanente. Es una sonda suave de plástico o caucho que se introduce en la vejiga para vaciarla de orina.

Hay 3 tipos principales de sondas:
• Sonda permanente.
• Sonda condón o colector.
• Autosondaje intermitente.

2 Objetivos

El objetivo de este protocolo es que el Técnico En Cuidado Auxiliares De Enfermería (TCAE) conozca:
- El material necesario para realizar un sondaje vesical.
- El procedimiento a realizar con la DUE.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal encargado de realizar el sondaje es la/el Enfermera/o, que realizará la técnica estéril y la/el TCAE, que realizará la técnica no estéril, dicho personal debe de estar capacitado para la realización de la técnica.
El material necesario es:
- Mesa auxiliar, carro o batea.
- Guantes de un solo uso y estériles.
- Agua, jabón y gasas estériles. Solución de Clorhexidina al 0,02%.

- Paño estéril.
- Lubricante hidrosoluble urológico.
- Dos jeringas de 10 CC
- Ampolla de suero fisiológico para inflar el globo o balón de la sonda.
- Sonda vesical estéril. Tipo y número según necesidad bolsa colectora estéril de circuito cerrado.
- Colgador de bolsa de orina.

El procedimiento del sondaje será :

- Informar al enfermo,
- Revisar el material
- Colocar al paciente en decúbito supino si es hombre, y en posición ginecológica si es mujer.
- Realizar la higiene genital del paciente con jabón y solución antiséptica.
- Colocar guantes estériles y preparar el campo quirúrgico
- Lubricar la punta de la sonda elegida. En varones se coloca el pene en posición vertical y se va introduciendo la sonda se ira bajando a un ángulo de 60º. En las mujeres se separan los labios de la vulva y se introduce la sonda en el meato urinario.
- Una vez en vejiga inflar el balón de la sonda.
- Higiene de manos antes y después de realizar el sondaje.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE deberá:

- Mantener la sonda y el tubo colector sin acodaduras
- Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga en todo momento.
- Evitar apoyar la bolsa colectora en el suelo
- Vaciar la bolsa colectora de forma regular usando un recipiente limpio para cada paciente.
- Evitar salpicaduras y el contacto del grifo de drenaje con el recipiente no estéril.
- Anotar en cada turno la cantidad de diuresis y sus características.
- Limpieza e irrigación con povidona yodada diaria, de genitales y punto de inserción de la sonda.

6 Bibliografía

- Hospital Regional Universitario de Málaga Carlos Haya.Julio 2009

- Hernández Dps. cuidados de Enfermería en el sondaje vesical: evaluación y mejora en las Unidades Médico-quirúrgicas del Hospital Rafael Méndez. 2013.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1024

DOLOR CRÓNICO CUANDO AFECTA A LA SALUD MENTAL. HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO UNIDAD DEL DOLOR.

VERÓNICA MARTÍNEZ CRUZ

1 Introducción

En un hecho traumático como es un accidente de tráfico pueden quedar secuelas, no sólo físicas sino también mentales.
Un dolor crónico durante un corto o largo período de tiempo puede afectar a la salud mental causando depresión, ataques de ansiedad y otras patologías.

2 Objetivos

La mutua laboral tras una valoración y no mejoría en el paciente. Ingresa en hospital y es derivada a la unidad del dolor para posterior valoración y tratamiento.
- Mejorar o disminuir el dolor a la paciente.

3 Caso clínico

Mujer de 40 años, tras sufrir un accidente de tráfico. Con mes y medio de evolución es derivada por su mutua e ingresada en hospital. Valorada por la unidad del dolor en el ingreso.
Motivo de la consulta: dolor lumbar irradiado a MMIZDO.

4 Discusión-Conclusión

Plan de tratamiento:
Infiltraciones de puntos gatillo y músculo-tendinosos - puntos trigger sacroiliaca izda + ecoguiada
Técnica realiza en quirófano durante el ingreso. Le dan el alta a los dos días con tratamiento farmacológico si dolor. Revisión por la unidad del dolor a los quince días
Tras realizar esta técnica y en una posterior valoración por parte de la unidad del dolor, continúa con tratamiento:
Radiofrecuencia de raiz del ganglio dorsal. Radiofrecuencia unilateral pulsada de raíces lumbares L4-L5-S1 Izdas. Ingreso en Hospital de día. Tratamiento farmacológico al alta.
Continuación de plan de tratamiento:
Infiltraciones de puntos gatillo y músculo-tendinosos -puntos trigger musculares, glúteo izda + ecogiada
Radiofrecuencia de articulaciones vertebrales posteriores y nervios periféricos. Radiofrecuencia unilateral de articulación sacroiliaca izda. Ingreso en hospital de dia. Tratamiento farmacológico al alta.
Revisión al mes.

5 Bibliografía

Método empírico.

Capítulo 1025

PROGRAMA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA POR TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LUCÍA POMAR MARTINEZ

LUCÍA SANCHEZ TOYOS

DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO

1 Introducción

Los progresivos cambios en los estilos de vida producidos en las últimas décadas en nuestra sociedad, han hecho que la población presente unos índices de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) cada vez más elevados, lo que ha conducido a la aparición de enfermedades asociadas que constituyen un grave problema de Salud Pública.

Con el objetivo de prevenir el exceso de peso la Dirección General de Salud Pública, siguiendo las líneas de la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), ha puesto en marcha el Programa ”Alimentación saludable y actividad física en la infancia y adolescencia Cantabria”. En este programa, se presentan 8 líneas estratégicas de actuación,

con distintas actividades a desarrollar a lo largo de los próximos años en cuatro ámbitos de actuación: familiar y comunitario, escolar, sanitario y empresarial.

2 Objetivos

- Prevenir el exceso de peso.
- Disminuir el progresivo incremento de la prevalencia del exceso de peso en la población infantil y adolescente a medio-largo plazo.
- Aumentar los conocimientos sobre hábitos alimentarios y actividad física en la población.
- Promover hábitos alimentarios saludables y la práctica habitual de actividad física, especialmente en la población infantil y adolescente.
- Incentivar las intervenciones que impulsen a la alimentación saludable y la práctica habitual de actividad física en los diferentes ámbitos de actuación.

3 Metodología

Se han descrito diversos factores de riesgo que pueden favorecer el desarrollo de exceso de peso en la infancia y adolescencia: obesidad parental (riesgo mayor si la madre es obesa y máximo, si los dos padres son obesos), madre fumadora en la gestación, nivel socioeconómico familiar o de estudios bajo.
- Peso bajo (<2.500 grs.) o elevado al nacer (>3.500 grs.).
- Ausencia de lactancia materna.
- Inicio precoz de alimentación complementaria.
- Ingesta de grasa ≥ 38%.
- Consumo elevado de bollería, embutidos y refrescos.
- Consumo bajo de frutas y verduras.
- Rebote adiposo precoz.
- Actividades sedentarias.
- Ausencia de práctica deportiva.
- Maduración sexual temprana en las niñas.
- Población inmigrante con hábitos culturales/étnicos hipercalóricos.

4 Resultados

Cuanta mayor variedad de alimentos exista en la dieta, mayor garantía de que la alimentación es equilibrada y de que contiene todos los nutrientes necesarios.

Los cereales (pan, pasta, arroz, etc.), las patatas y legumbres deben constituir la base de la alimentación, de manera que los hidratos de carbono representen entre el 50 y el 60% de las calorías de la dieta. Se recomienda que las grasas no supere el 30% de la ingesta diaria, debiendo reducirse el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos trans. Las proteínas deben aportar entre el 10 y el 15% de las calorías totales, debiendo combinar proteínas de origen animal y vegetal. Se debe incrementar la ingesta diaria de frutas, verduras y hortalizas hasta alcanzar, al menos, 400 gramos. Esto es consumir, como mínimo, 5 raciones al día de estos alimentos. Moderar el consumo de productos ricos en azúcares simples, como golosinas, dulces y refrescos. Reducir el consumo de sal, de toda procedencia, a menos de 5 gramos al día, y promover la utilización de sal yodada. Beber entre 1 y 2 litros de agua al día.

5 Discusión-Conclusión

El término de calidad dentro del sistema sanitario es muy amplio e incluye múltiples perspectivas y conceptos relacionados, como el de calidad de vida relacionada con la salud (impacto de la enfermedad y su tratamiento sobre todos los aspectos de la vida del paciente, incorporando la perspectiva del propio paciente). “El ciudadano tiene derecho a una asistencia sanitaria de calidad humana, que incorpore en lo posible los adelantos científicos y que sea cuidadosa con sus valores, creencias y dignidad.”

6 Bibliografía

- Revista Española De Medicina Preventiva Y Salud Pública. Sociedad Española de Medicina Preventiva e Higiene (SEMPSPH). Estrategia NAOS, para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.

Capítulo 1026

TCAE EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION

LUCÍA POMAR MARTINEZ

LUCÍA SANCHEZ TOYOS

DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO

1 Introducción

Un auxiliar de enfermería de reciente contratación en una clínica privada que está comenzando a funcionar y en la que todavía no está organizado el servicio de esterilización.
En el equipo de enfermería os estáis planteando si podríais atender adecuadamente las necesidades de material seguro (desde el punto de vista de la asepsia) para el trabajo asistencial con los pacientes

2 Objetivos

- Describir las funciones básicas del técnico de cuidados auxiliares de enfermería.
- Definir el proceso de esterilización.
- Describir el procedimiento más adecuado para cada caso.
- Identificar los procedimientos relacionados con el servicio de esterilización.
- Reconocer la importancia de este servicio para disminuir el riesgo de adquirir infecciones o afecciones accidentales en los procesos quirúrgicos.
- Describir los métodos de esterilización según el material e instrumental utilizado.

- Identificar las normas europeas aplicables a los productos elaborados por la central de esterilización, destinados directamente al paciente.
- Conocer las normas básicas de funcionamiento del almacenaje del material estéril.
- Clasificar los distintos tipo de indicadores de esterilización y conocer sus recomendaciones para cada tipo de material.

3 Metodología

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

4 Resultados

De todos los materiales que podríamos utilizar, hemos hecho dos grupos: desechable y reutilizable.

- Desechables: sondas, agujas, jeringas, sueros, sistemas de suero, gasas, compresas, apósitos, guantes, envoltorios, etc.
- Reutilizable: endoscopios, instrumental metálico de curas, fonendoscopio, termómetros, aspirador portátil, pie de suero, etc.

Para esterilizar este material se emplearía un autoclave (instrumental de curas), óxido de etileno (endoscopios, fonendoscopio), glutaraldehído en inmersión (termómetro, si se quisiese esterilizar). El aspirador portátil y el pie de suero no se esterilizan sino que se someten a DAN (desinfección de alto nivel).

Los recursos a emplear son: autoclave, cámara de O.E., glutaraldehído, cubetas de inmersión, hojas de registro, materiales para empaquetar, controles de esterilización y vestimenta de quienes la realizan (zuecos, pijama y gorro).

5 Discusión-Conclusión

Describir el procedimiento más adecuado, identificar al personal del servicio de esterilización y las funciones propias de cada uno en dicho servicio y diferenciar los diferentes métodos de limpieza, desinfección y esterilización son pasos fundamentales para una buena gestión del servicio.

6 Bibliografía

- MAC GRAU HILL EDUCATION. PROCEDIMIENTO RELACIONADOS CON LA ESTERILIZACION.
- FARMAESPAÑA INDUSTRIAL. REVISTA PROFESIONAL PARA PROVEEDORES DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA.
- DSALUD DISCOVERY. REVISTA MENSUAL DE SALUD Y MEDICINA. DICIEMBRE 2019.

Capítulo 1027

CUIDADOS DEL TCAE EN EL DOLOR CRÓNICO CUANDO AFECTA A LA SALUD MENTAL. VALORACIÓN FUNCIONAL DEL RAQUIS LUMBAR

VERÓNICA MARTÍNEZ CRUZ

1 Introducción

Tras un hecho traumático como es un accidente de tráfico pueden quedar secuelas no solo físicas, sino también mentales. Un dolor crónico durante un corto o largo periodo de tiempo puede afectar a la salud mental causando depresión, ataques de ansiedad y otras patologías.

2 Objetivos

Valorar la funcionalidad de la columna lumbar. Valoración biomecánica.

3 Caso clínico

Paciente de 40 años de edad, sufre un accidente de tráfico. Acude dos veces por urgencias al hospital y es ingresada hace 3 meses. Tratada por la unidad del dolor con distintas técnicas de infiltraciones y radiofrecuencia. Tras no responder bien al tratamiento y no referir mejoría es remitida para realizar este estudio.

4 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de los resultados de la presente valoración, se ha registrado lo siguiente:

PRUEBA LEVANTARSE DE UNA SILLA.

- El índice de normalidad obtenido es del 71%, es decir, el gesto de sentarse y levantarse de una silla sin reposabrazos está alterado.
- En el análisis del tiempo medio empleado por el paciente en la ejecución del movimiento es de 4,6 segundos. Es decir, lento ya que se acompaña de un 59% de normalidad.
- La fase de descarga del movimiento, que representaría el momento de mayor sobrecarga mecánica sobre la región lumbar, está alterada con un 54% de normalidad.
- La fuerza vertical máxima cuantifica el impulso final realizado por parte de la paciente en el movimiento para levantarse de la silla sin la ayuda del reposabrazos.
- Los sujetos sanos sin una patología dolorosa lumbar realizan por regla general un movimiento rápido y enérgico.
- Los valores de fuerza vertical máxima obtenidos por la paciente son normales, traduciéndose en un 100% de normalidad. No se objetiva una asimetría de fuerzas en cuanto al apoyo de MMII sobre las plataformas.
-La movilidad activa de la región lumbar para el gesto estudiado es normal con un 100% de normalidad. Este dato indica la ausencia de restricción en el movimiento activo de la región lumbar durante la realización del gesto analizado.
- Los parámetros cinemáticos obtenidos de velocidad /aceleración muestran un gesto lento.
- La repetibilidad obtenida es baja (72%).

PRUEBA LEVANTAR PESO.

- El índice de normalidad obtenido en esta prueba es del 76% de normalidad, lo que traduce un gesto alterado.
- El tiempo total empleado por la paciente en levantar 3 cajas de diferentes pesos desde el suelo (0 kg, 5 kg y 10 kg) es normal para 0 kg y 5 kg y ligeramente más lento para 10 kg.
- La movilidad lumbar registrada durante la realización de este gesto es normal para el levantamiento de los 5 kg, baja para 0 kg y sufre la mayor restricción cuando levanta 10 kg.

- La fuerza vertical máxima que cuantifica el impulso realizado por parte del paciente y el movimiento de agacharse para coger un peso del suelo y colocarlo encima de una mesa es baja para los 3 pesos. En este gesto existe asimetría de fuerzas para el levantamiento de los 3 pesos con mayor apoyo de la pierna derecha.

Las conclusiones obtenidas a partir de los resultados de la valoración biomecánica son:
1. Existe alteración funcional lumbar (50-80 %).
2. El paciente ha colaborado durante la valoración, realizando un esfuerzo compatible con sus posibilidades para la realización de los gestos solicitados por el evaluador. (50-100%).

5 Bibliografía

- Método empírico.

Capítulo 1028

AISLAMIENTO EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

MARIA DE LOS ANGELES FERNANDEZ RUBIO

1 Introducción

El aislamiento es el procedimiento o conjunto de procedimientos que se aplica, junto con otras medidas a los pacientes que padecen una enfermedad infecciosa durante el periodo de tiempo en el que esta pueda transmitirse, para impedir o evitar la transmisión de las enfermedades infecto contagiosas.

2 Objetivos

Repaso esquemático de los tipos de aislamiento, de sus normas generales y procedimientos, al igual que analizar la importancia y relevancia del papel del Técnico En Cuidado Auxiliares De Enfermería (TCAE) en ello.

3 Metodología

Para la realización de la presente revisión bibliográfica, se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos como ClinicalKey y Pubmed, al igual que en diferentes buscadores como Google Académico y Dialnet. En dicha búsqueda se han combinado las palabras con el fin de ajustar la selección de los trabajos al objetivo del presente trabajo.
Palabras clave: ”aislamiento”, ”tipos”, ”aislamiento hospitalario”, ”vías de contagio”.

4 Resultados

La indicación de ”aislamiento” la realiza el médico, como parte de las ”órdenes de tratamiento”. Es responsabilidad del médico dejar escrita esta indicación y preferiblemente comunicarlo también verbalmente a la supervisora.
Precauciones estándar:
- Habitación individual.
- Lavado de manos.
- Uso de guantes.
- Uso de mascarillas, gafas, caretas…
- Bata desechable no estéril.
- Equipo de cuidado del paciente, si se puede desechable si no es así no debe salir de la habitación o debe limpiarse correctamente.
- Control del medio, puerta cerrada, informar a familiares del protocolo a seguir y reducir las visitas .
- Control de lencería y bandejas de comida que salen de la habitación .
- Antes de salir de la habitación desechar el equipo(bata ,guantes…) en un contenedor al efecto.

Diferenciaremos 4 tipos de aislamiento por su forma de trasmisión, aéreo, gotas, contacto e inverso.

Transmisión aérea:
Se define como el aislamiento que se debe tener cuando la diseminación de partículas menores de cinco micras permanecen suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo, y así son inhalados por huésped susceptible. Precauciones específicas:
- Habitación con presión negativa (o puerta cerrada ,ventanas abiertas).
- Mascarilla de alta eficiencia ,respirador de partículas.
- Reducir al máximo las salidas de la habitación del paciente siempre con mascarilla.
- Poner bata en caso de riesgo de salpicaduras.
- Estricto lavado de manos al entrar en contacto con el paciente o sus fluidos.

Transmisión por gota:
Esta transmisión ocurre cuando partículas mayores de cinco micras, generadas al hablar, toser o estornudar, quedan suspendidas en el aire, hasta un metro de distancia al hablar, y hasta 4 metros al toser o estornudar.Precauciones especificas:

Mascarilla quirúrgica , al estar a menos de un metro del paciente o para cualquier procedimiento,desecharla al salir de la habitación.
Trasporte limitado del paciente , con mascarilla.
Bata y guantes si hay riesgo de salpicadura.

Por contacto:
Se aplicará en los pacientes en los que se conoce o se sospecha enfermedad grave fácilmente transmisible mediante contacto directo con el paciente o por contacto indirecto con superficies o utensilios usados en el cuidado de éste. Precauciones específicas:
- Uso de bata ,guantes y mascarilla quirúrgica.
- Lavado de manos absolutamente necesario antes y después.
- Transporte limitado del paciente y con mascarilla quirúrgica.

Aislamiento inverso o protector:
Trata de proteger a pacientes inmunodeprimidos de infecciones y a pacientes febriles de posibles sobreinfecciones. Precauciones específicas.
- Uso de Jabón antiséptico para el lavado de manos.
- Uso de bata ,guantes,mascarilla y calzas.

5 Discusión-Conclusión

Observamos la importancia del conocimiento de todos los tipos de aislamiento y sus protocolos para el TCAE, tanto para evitar su propio contagio como para evitar que se extienda al resto de pacientes e informar a familiares y visitas de las medidas a seguir.

6 Bibliografía

- Pérez de la Plaza Evangelina., Auxiliar de enfermería. 7a ed. España: Mc Graw Hill Education; 2016: p. 515
- Portal de Salud. Junta de Castilla y León. SACYL. Valladolid. 2018-2020
- Revista Médica Electrónica Portales Médicos. España 2006-2020

Capítulo 1029

LA ESQUIZOFRENIA.

ISABEL RAMOS PALEO

SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta al paciente deteriorando sus capacidades en diversos aspectos psicológicos, como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad.
Las personas que sufren dicho trastorno pueden perder el contacto con la realidad (psicosis), sufrir alucinaciones, delirios como creencias falsas, tener pensamientos extraños o anormales y alertamiento en el funcionamiento social y laboral, etimológicamente significa ”mente escindida”.
Sufrir estos síntomas hace que como personas no podríamos desarrollar muchas veces un ”día a día” con normalidad debido a la falta de entendimiento o comprensión con el resto de la sociedad.

El origen de la esquizofrenia no se conoce con certeza, algunos estudios intentan esclarecer alguna idea, aún que nada está demostrado como causa al 100%, pero causas como:
- Las alteraciones precoces del desarrollo del cerebro: sobre todo durante el desarrollo del cerebro embrionario.
- Predisposición genética: antecedentes familiares.
- Alteraciones en moléculas del cerebro: que las sustancias llamadas neurotransmisores pueden estar desequilibradas.
- Infecciones del embarazo y complicaciones en el parto: que hagan sufrir alguna alteración en el desarrollo normal del feto.

Los síntomas se dividen en dos grupos:
- Positivos: como ver cosa que no existen o pensar que ocurren cosas que no son verdad.
- Negativos: como dejar de hablar con fluidez, dejar de mostrar interés por las cosas y las personas.

La esquizofrenia no se puede prevenir, pero si se puede tratar, esto quiere decir que si el paciente sigue el tratamiento prescrito por los especialistas, los síntomas si pueden prevenirse y evitarse, pero el paciente debe ser fiel al tratamiento ya que si lo abandona es probable que muchos de los síntomas reaparezcan.

Si tienes alguien cerca de ti con esta enfermedad, debes entender que en la mayor parte de los casos no sabrá ni agradecerte lo que haces por ella, socialmente no sabe comportarse, funciona funcionalmente pero dejar de sentir o tener empatía con el resto de personas lo que hace que todo sea mucho más difícil y aún que estés frustrado al máximo por ayudar esa persona no lo llegara a comprender y ese es el error que terminamos creyendo que alguien que tiene una enfermedad mental debe actuar como si no la tuviera y somos nosotros quien debemos entenderlos.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica, para un adecuado conocimiento de la misma que permita realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.

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

Capítulo 1030

ACTITUDES DE LAS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ENFERMERAS EN EL TRABAJO EN EQUIPO FRENTE A LA FIEBRE.

BEGOÑA GARCÍA CASTRILLON

TANIA URQUIOLA CASTAÑEDA

LILIANA SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La fiebre es una respuesta fisiológica que se produce en respuesta a la infección o enfermedad. No es una enfermedad en sí, es más bien un síntoma. Se manifiesta elevando la temperatura corporal por encima de 37ºC hasta un máximo de 41ºC en ocasiones. Dependiendo del tiempo de fiebre y del tipo de profesional que la atienda se pueden usar diferentes medidas para paliarla.

Principalmente los pacientes con fiebre son atendidos por el personal sanitario aplicando medidas fisiológicas, farmacológicas y biológicas para el control de la misma.

Los cuidados de enfermería tanto de enfermeras (DUEs) como de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs) son muy importantes para detectar, prevenir, tratar y paliar la fiebre en los pacientes que atienden.

2 Objetivos

- Definir las funciones de enfermería en la atención a pacientes con fiebre.
- Analizar las actitudes de las técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs) y las enfermeras (DUEs) en el trabajo en equipo frente a la fiebre.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda en tres bases de datos científicas Cuiden Plus, Scopus y Cinahl, de artículos de alto impacto consiguiendo un total de 120. Sobre los que se hizo una selección en función de unos criterios de inclusión: Por un lado debían abarcar los seis últimos años de antigüedad, para dar un sentido actual al trabajo. Además debían relacionar directamente la profesión enfermera con el control y la atención de la fiebre. Se aceptaros artículos en inglés y castellano.

Con todo ello se seleccionaron un total de 31 artículos con los que se elaboró una revisión bibliográfica que fundamenta este capítulo.

Las palabras clave empleadas en la búsqueda fueron: Fiebre; Enfermería; Tratamiento; Control; nursing; fever; infection; treatment.

4 Resultados

La fiebre es una reacción, un síntoma que se produce cuando el cuerpo está sometido algún tipo de infección, o padece algún tipo de enfermedad que la provoca.

El control de la fiebre lo realizan principalmente los profesionales sanitarios de atención directa sobre los pacientes, por lo general: médicos, enfermeras y TCAE.

La primera medida a tomar para su control es la detección de la misma. Tomar la temperatura en varias ocasiones a lo largo del día o cuando los profesionales o el propio paciente pueda sospechar que su temperatura habitual se haya alterada, por lo general son funciones del equipo de enfermería (enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares).

Una vez detectada la fiebre es conveniente averiguar porque se produce, es aquí donde intervienen el médico y la enfermera, recogiendo muestras biológicas que se puedan analizar y que especifiquen por qué proceso infeccioso puede estar

parando el paciente que tiene esa fiebre. Muestras tales como (hemocultivos centrales (30 cc.) (1 aerobios + 1 anaerobios), hemocultivos periférico (15 cc.) (1 botella anaerobios), urocultivos, exudados de bacterias, exudados de virus, control de flebitis e infecciones en venopunciones, valorar estudios de imagen para procesos oncológicos, vacunas en niños, enfermedades autoinmunes, golpes de calor, etc.). Los médicos solicitan las muestras y las enfermeras las recogen y envían.

Las infecciones causan la mayoría de las fiebres. Tiene fiebre porque su cuerpo está tratando de matar el virus o las bacterias que la causan. La mayoría de estas bacterias y virus sobreviven bien cuando su cuerpo está a su temperatura normal. Pero si tiene fiebre, es más difícil para ellos sobrevivir. La fiebre también activa el sistema inmunitario de su cuerpo.

El control de la temperatura se inicia aplicando medidas fisiológicas antitérmicas por parte de TCAE y enfermería. Evitar el exceso de ropa tanto en la cama como fuera de ella, realizar baños con agua tibia, aplicar compresas de agua fría en zonas de calor (axilar, frente, genitales, etc.). Si hay una prescripción se aplicarán antitérmicos y en caso de no haberlos se comentará al médico la posibilidad de prescribirlos.

Una vez detectada la infección se buscará e iniciará un tratamiento antibiótico para intentar controlar los síntomas de la misma, reduciéndola. Es importante encontrar el antibiótico adecuado para el proceso de cada paciente, en ocasiones se requiere la combinación de más de un antibiótico y de más de un antitérmico.

Cuando se trata de fiebre oncológica es más difícil el control del síntoma, buscando siempre medidas de confort para el paciente y aplicando los antitérmicos de forma paliativa.

5 Discusión-Conclusión

El control de la temperatura es muy importante dentro del proceso por el que pasan los pacientes cuando se hayan ingresados en un centro hospitalario.

La sintomatología de fiebre es importante en todo tipo de personas, dado que suele indicar que algo no va bien en el cuerpo, es una respuesta fisiológica a algún tipo de proceso infeccioso o enfermedad.

La fiebre no controlada puede agravar notoriamente las enfermedades y en ocasiones extremas puede llegar a producir la muerte de la persona. Controlar los

síntomas febriles es función del equipo de enfermería, principalmente enfermera y técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

El trabajo en equipo junto con el médico es fundamental para la detección, control, tratamiento, y mejora de los síntomas y los procesos por los que pasa el paciente.

6 Bibliografía

- Castro-Menéndez, A. Medina, L. López-Araque, A.B. Rodríguez-Castilla, F. Influencia de la analgesia epidural en la aparición de la fiebre intraparto. Metas de Enfermería.2015; 18(10): 56-61.
- Cordova-Santivañez, N.L. Intervención de enfermería en la vigilancia epidemiologica de la fiebre amarilla en la Región Junin 2014-2016. 2017.
- Arroyo Iglesias, E.M. Fiebres hemorrágicas víricas. Cuidados de Enfermería. 2017.
- Marcela, D. Sylvia, G. Carlos, L. Aracely, T. Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. Revista Médica Clínica Las Condes.2013; 24(4): 694-704.
- Muñoz-García, M.T. El Papel de enfermería en el manejo del control de la temperatura tras la parada cardiorrespiratoria. 2016.
- Placeres-Hernández, J.F. Martínez-Abreu, J. González, L.C. Rodríguez, E.R. De-León , L. Fiebre causada por el virus Chikungunya, enfermedad emergente que demanda prevención y control. Revista Médica Electrónica. 2014; 36(5): 596-609.
- Sanjuanelo, A.B. Fiebre: actualización en el uso de antipiréticos. Precop. 2013; 11(4): 26-35.
Sánchez-Díaz, J.S. Martínez-Rodríguez, E.A. Peniche-Moguel, G. Huanca-Pacaje, J.M. López-Guzmán, C. Calyeca-Sánchez, M.V. Fiebre en el paciente críticamente enfermo:¿ tratar o no tratar?. Medicina interna de México. 2017; 33(1): 48-60.
- Espinosa-Brito, A. Fiebre hemorrágica dengue. Estudio clínico en pacientes adultos hospitalizados. Medisur. 2014; 12(4): 570-591.
- Romero-González, J.P. Carrillo-Esper, R. Meza-Márquez, J. Sosa-García, J. Actualidades en el tratamiento de la fiebre en el paciente con sepsis y choque séptico: controversias y recomendaciones basadas en evidencia. Medicina interna de México. 2017; 33(1): 99-108.
- Villagómez-García, I. Ramírez-Valadez, C. Sánchez-Narváez, F. Ruiz-Guzmán, A. Sáenz-Castro, M. Domínguez-Sandoval, Z. Mortalidad en pacientes con fiebre por sepsis tratados con paracetamol versus medios físicos. Revista de Sanidad

Militar. 2017; 71(1): 5-14.

Capítulo 1031

TODO LO QUE EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEBE SABER SOBRE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN EN EL MEDIO HOSPITALARIO

MARÍA ISABEL BERMÚDEZ ROBLES

1 Introducción

Desde que en el siglo XIX se demostró la existencia de microorganismos y en específico, de bacterias responsables de miles de enfermedades, se ha dado gran importancia a la limpieza e higiene, especialmente en ámbitos donde existe un alto riesgo de contagio por infecciones, como es el caso de los entornos médicos y laboratorios. Como respuesta a esto se comenzaron a implementar diferentes técnicas para la limpieza de instrumental médico y material para laboratorio, mismas que se han ido desarrollando con el paso del tiempo.

Con el descubrimiento de los efectos de diferentes sustancias e invención de equipos especializados, hoy en día es posible alcanzar un alto nivel no únicamente de limpieza, sino también de desinfección y esterilización. Al inicio la sustancia empleada para llevar a cabo la limpieza en los entornos de mayor riesgo era el fenol y más tarde, con la invención de los primeros guantes de goma, que se hervían antes de utilizarse, se reforzaron las medidas de higiene. En la actualidad los materiales empleados para la fabricación de guantes son de lo más diversos y resisten diferentes tipos de agentes mecánicos, físicos y químicos que pueden

dañarlos, y las sustancias empleadas para la limpieza se encuentran en productos con fórmulas especiales diseñadas específicamente para limpiar y desinfectar ciertos materiales, de modo que no resulta difícil encontrar elementos de limpieza y desinfección adecuados para las necesidades particulares de cada entorno.

La limpieza, desinfección y esterilización son tareas fundamentales para reducir los riesgos en entornos donde se presente una alta carga microbacteriana, principalmente aquellos asociados con la contaminación. Por tanto, como parte de los programas de limpieza y seguridad en la industria farmacéutica, alimenticia, bioquímica y en entornos sanitarios se deben implementar procesos que garanticen que tal limpieza, desinfección y esterilización se realicen de manera correcta, según las características específicas del tipo de trabajo realizado en cada entorno. Para comenzar se debe realizar un lavado del instrumental. Una vez hecho esto se puede proceder a su desinfección, y en caso de ser requerido, a su esterilización. Todas estas tareas en los entornos que acabamos de mencionar se encuentran reguladas por una normativa estandarizada y en todo caso están a cargo de personal capacitado para llevarlas a cabo de manera satisfactoria.

Lo primero que se tiene que hacer para que las tareas de limpieza, desinfección y esterilización sean efectivas, es tener claridad respecto a lo que quiere decir cada uno de estos conceptos, pues llega a resultar bastante común que sean tomados como sinónimos. A grandes rasgos, lo que distingue cada uno de estos términos es la acción que tienen sobre los microorganismos que se encuentren presentes en instrumental y material.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la limpieza como paso previo y las fases a seguir.
- Saber elegir el producto y el método más adecuado de limpieza.
- Comprender la importancia y características de la desinfección, así como su aplicación racional.
- Conocer los distintos desinfectantes/antisépticos y sus métodos de aplicación.
- Comprender la importancia de esterilización.
- Conocer las distintas partes de una central de esterilización, su funcionamiento y protocolos.
- Analizar las técnicas de esterilización que deben de aplicarse a los materiales e instrumentos de uso común en pacientes.
- Conocer los distintos controles de una esterilización eficaz.

3 Metodología

Investigación bibliográfica a través del Cochrane Plus y Cuiden, revisando las publicaciones y artículos relacionados con el tema desde 2009. Nacionales e internacionales. Los criterios de selección serían aquellos que lleven las palabras clave: limpieza, desinfección, esterilización o medio hospitalario.

4 Resultados

1. Limpieza
Es una técnica de saneamiento que incluye acciones metódicas y programadas, cuya finalidad consiste en remover y separar por medios mecánicos y físicos la suciedad de las superficies inertes, que sirve de soporte físico y nutriente a los microorganismos. La limpieza es el paso previo e imprescindible para conseguir una correcta descontaminación del material, pero nunca sustituye a la desinfección ni a la esterilización. Los objetivos básicos que persigue son, en principio reducir la carga microbiana mediante la eliminación de residuos orgánicos e inorgánicos adheridos a la superficie, permitiéndose de este modo en primer lugar un mejor contacto con el desinfectante y además mantener el funcionamiento adecuado y prevenir el deterioro del instrumental.

Una correcta limpieza debe cumplir las siguientes condiciones:
- Debe realizarse antes de que los residuos se sequen y se adhieran al material, a ser posible inmediatamente después de usarlos.
- Se utilizarán, según las necesidades, cepillos con cerdas no metálicas, paños de papel y paños blandos sin pelusa, que o bien serán desechables o se limpiarán y desinfectarán después de su utilización.
- El instrumental formado por varios componentes, debe limpiarse desmontado si se puede o con las articulaciones abiertas.
- Nunca se sumergirán en líquidos los motores eléctricos, que deberán limpiarse con paños humedecidos y/o pulverizadores.
- Los instrumentos rotatorios, como fresadoras o taladros, se limpiarán con limpiadores ultrasónicos o manualmente.
- Se utilizan preferentemente detergentes enzimáticos con proteasas, lipasas y amilasas, para la eliminación de restos con base proteica. La limpieza con detergentes es más efectiva con agua caliente, pero en presencia de sangre se utiliza agua fría.
- Únicamente cuando el material proceda de una intervención séptica y con cierto

riesgo de carga microbiológica (instrumental odontológico), puede estar indicado sumergirlo previamente, durante un tiempo establecido, en una solución antes de someterlo a cualquier tipo de manipulación o limpieza, a veces incluso, es preciso esterilizar el material antes de lavarlo, y luego realizar todo el proceso de limpieza, desinfección y esterilización.
Los agentes básicos en esta operación son:
- El agua: 90- 95%
- Los detergentes: 5-10%

Detergentes:
Debido a sus propiedades físico-químicas, actúan disminuyendo la tensión superficial del agua, de manera que permiten un mayor contacto de esta con la superficie, generándose un efecto emulsionante que produce un efecto limpiador. Mediante un correcto lavado se pueden llegar a eliminar el 95% de los gérmenes.

Poseen dos componentes en su formulación:
- Componentes inorgánicos o minerales
- Componentes orgánicos tensoactivos

Las cualidades que deben tener un buen detergente son:
- Poder detergente: o capacidad de desincrustar la suciedad adherida a las superficies sin estropearlo.
- Poder humectante: capacidad de suprimir la tensión superficial para facilitar el contacto con las superficies.
- Poder solubilizante: capacidad de disolver la suciedad sobre todo de tipo lipoide que es la más insoluble.
- Poder dispersante: propiedad por la que la suciedad emulsionada se mantiene en suspensión, a fin de que pueda ser fácilmente arrastrada con el aclarado.
- Ser compatible con una solución desinfectante, con la que frecuentemente se combina.
- Se deben respetar siempre las instrucciones de uso, concentración, tiempo de inmersión y temperatura.

Así pues en la elección de un detergente consideramos:
- Que eliminen restos de sangre y proteínas.
- Que eliminen productos de difícil limpieza.
- Que no sea irritante ni corrosivo.
- Que el residuo sólido sea soluble en agua.
- Que respete el medio ambiente.

Agua de lavado y aclarado:
El agua constituye el 90-95% de la solución utilizada. El agua no debe contener elementos químicos que deterioren o manchen el instrumental. Una composición desfavorable del agua puede provocar reacciones negativas sobre los instrumentos de acero. Se debe utilizar agua desmineralizada por lo menos para el último aclarado, sobre todo en aguas con cloruros. La temperatura del agua también es muy importante, permite reblandecer los aceites y las grasas facilitando la separación de los residuos en las superficies y aumentando la reacción que se produce entre el detergente y los residuos. Un incremento puede generar un proceso de resistencia térmica de algunos materiales y la coagulación de ciertas sustancias como la albúmina.

Objetos que deben limpiarse:
- Todo el material no desechable que se haya utilizado en el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente.
- Todo lo que vaya a ser sometido a un proceso posterior de desinfección y esterilización.
- El instrumental nuevo se debe lavar antes de esterilizar.

Procedimientos de limpieza:
Todo el material quirúrgico, de anestesia, endoscopias, y otros materiales, son sumamente delicados y muy costosos, además necesitan mantener sus propiedades de uso en perfecto estado, por esta razón su limpieza, desinfección o esterilización han de estar a cargo de personas expertas y cualificadas. Los auxiliares sanitarios o de enfermería son el personal sanitario más cualificado para asumir esta responsabilidad. La limpieza puede ser:
- Manual.
- Mecánica o automática.

Limpieza Manual: la realiza el auxiliar de enfermería y vamos a ver una técnica básica :
- Usar guantes de plástico duro.
- Guantes higiénicos debajo de los de lavado y delantal de plástico.
- No se debe poner en contacto directo el detergente sobre los equipos.
- El material que se va a limpiar, se enjuaga con agua fría para eliminar la materia orgánica adherida al mismo, no se emplea agua caliente.
- Se lava el material con agua templada y detergente.
- Se aclara con agua tibia abundante, preferiblemente con agua desmineralizada.
- Una vez aclarado, inmediatamente se seca muy bien el material, luego se clasifica

para empaquetar, desinfectar o esterilizar.

Limpieza mecánica o automática: Se realiza con lavadoras o cubetas de ultrasonidos

- Lavadoras: el material se coloca en cestas o cestillos portainstrumentos, deben colocarse con holgura suficiente evitando el exceso de carga. Si el instrumental que se va a lavar contiene muchos restos orgánicos, hay que realizar un prelavado manual con cepillo.
- Cubetas de ultrasonidos: es una limpieza que se aplica en instrumentos difíciles de limpiar por su escasa accesibilidad y materiales sensibles. Los objetos son bombardeados en toda su superficie por pequeñísimas burbujas de aire que se mueven a gran velocidad, producidas por ondas ultrasónicas, es decir, ondas de alta frecuencia que dan alternancias de presión- depresión. Los materiales deben colocarse totalmente sumergidos en el líquido y si son articulados totalmente abiertos.

Secado de material:
Es importante que el instrumental esté perfectamente seco para evitar la corrosión y el deterioro. El secado debe hacerse inmediatamente después de concluir el aclarado. Cuando el secado es manual, suele hacerse en estufas de calor, con pistolas de aire a presión o simplemente con paños o tejidos apropiados preferiblemente de un solo uso.

2. Desinfección
Desinfección es la destrucción de la vida microbiana, pero no de sus formas de resistencia (esporas bacterianas).
Conceptos básicos:

- Asépsia: es la ausencia de todo tipo de microorganismo, patógenos o no. Un material aséptico es aquel que se encuentra totalmente libre de microorganismos, es decir es un material estéril.
- Antísépsia: es todo procedimiento por el cual se destruyen los microorganismos patógenos.
- Sépsis: significa descomposición o putrefacción (infección generalizada).
- Antiséptico: agente físico o químico capaz de destruir las formas vegetativas de los microorganismos. Destinados al uso sobre tejidos vivos (piel y mucosas).
- Desinfectante: es el agente químico o físico capaz de destruir microorganismos patógenos en estado vegetativo (no esporulados) que se encuentran en objetos inanimados, superficies y ambientes.

- Los antisépticos y los desinfectantes tienen el mismo objetivo, pero distinta aplicación

Cualidades de un buen desinfectante:
- Amplio espectro.
- Alto poder germicida.
- Estable.
- Fácilmente soluble.
- Compatible con otros productos.
- No tóxico ni irritante.
- No corrosivo.
- Inodoro.
- Capaz de penetrar en la materia orgánica.
- Biodegradable.
- Económico o de bajo coste.

Es imposible encontrar un desinfectante ideal, que cumpla todos los requisitos, por lo que a menudo , lo que se hace es utilizar una asociación de desinfectantes o antisépticos, con el fin de obtener un producto que sea capaz de actuar de forma enérgica, rápida y eficaz.

Clasificación del proceso de desinfección:
- Desinfección de alto nivel.
- Desinfección de nivel intermedio.
- Desinfección de bajo nivel.

La selección del nivel de desinfección, depende del uso del instrumental a desinfectar, que se clasifica en tres categorías en función del riesgo de infección que conlleva su uso: crítico, semicrítico y no crítico.
- Crítico o de asepsia estricta: Entra en contacto con el sistema vascular u otras zonas estériles del cuerpo.
- Semicrítico o rigurosamente limpio y desinfectado: Entra en contacto con las mucosas.
- No crítico: Entra en contacto con piel intacta.

Métodos de desinfección:
A. Físicos:
Calor.
Radiaciones ultravioletas.
Ultrasonidos.

Filtración.
B. Químicos:
Inmersión.
Loción o rociado.
Fumigación y vaporización.
Pulverización.
Aerosoles, microbrumas o micronieblas.
Botellas autoproyectoras o autoeyectoras.

Desinfectantes y antisépticos más utilizados en el ámbito hospitalario:
- Los alcoholes.
- Los compuestos yodados.
- Compuestos fenólicos.
- Clorhexidina.
- El formaldehído.
- Peróxido de hidrógeno.
- Derivados clorados.
- Glutaraldehído.
- Mercurocromo.

Normas generales de utilización de desinfectantes.
A. Los desinfectantes se diluyen siempre en agua fría salvo indicación del fabricante.
B. Se deben respetar las concentraciones y los tiempos de inmersión.
C. Se deben sumergir totalmente los materiales a desinfectar.
D. Nunca se deben mezclar desinfectantes.
E. Hay que vigilar las caducidades de los productos.
F. Usar delantales, batas, guantes, mascarillas, gafas protectoras, etc.
G. Se deben usar en lugares bien ventilados.
H. No exponer a temperaturas extremas.

3. Esterilización. Centrales de esterilización
Esterilización es la destrucción de toda forma de vida, aniquilando todos los microorganismos, tanto patógenos como no patógenos, incluidas sus formas esporuladas, altamente resistentes.

Las centrales de esterilización son las salas donde se realiza el trabajo de esterilización del material de forma que esté en condiciones idóneas para diagnosticar, tratar o cuidar a los pacientes, cuando así lo requieran las condiciones de asepsia establecidas.

Características del medio de esterilización ideal.
- Máximo poder de destrucción.
- Seguro, sencillo y fácil de manejar.
- Inofensivo para la salud de los profesionales.
- Bajo coste y alto rendimiento.
- Válido para esterilizar cualquier tipo de material.

Métodos de esterilización. Pueden ser:
- Físicos:
Calor
A. Seco:
Flameado.
Incineración.
Horno Pasteur o estufa Poupinel.
B. Húmedo:
Autoclave de vapor.
Tyndalización.
Radiaciones ionizantes.
Filtros microporosos.

- Químicos:
Óxido de etileno.
Glutaraldehído.
Ácido peracético.
N-duopropenida.
Peróxido de hidrógeno.
Gas plasma.

Empaquetado del material.
El objetivo del envasado es mantener el material aislado de toda fuente de contaminación, conservando la esterilidad conseguida en el proceso de esterilización. El modelo de embalaje es variado, en general se utiliza el denominado papel mixto. El papel mixto está formado por dos capas de distinto material: papel de grado médico y film de plástico.

Control de calidad.
La obtención de la condición de estéril de un lote o material requiere establecer unos controles de calidad que validen y garanticen de manera continuada la eficacia del proceso, deben ser implantados sistemáticamente y se deben realizar

siempre. Se clasifican en: a. Controles previos al proceso de esterilización b. Controles del proceso de esterilización. Hay distintos tipos:
- Controles físicos
- Controles químicos
- Controles biológicos

Centrales de esterilización.
Tienen la función de proporcionar a todos los servicios y unidades del hospital, el material y equipamiento en condiciones idóneas de esterilidad en tiempo y coste adecuados, así como su correcta protección, para la realización de los distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, consiguiendo tanto la satisfacción de las personas que trabajan en la central como de los usuarios del servicio.

Todo este proceso se realiza en una serie de zonas: zona sucia, zona de empaquetado, zona de esterilización y zona estéril.
Medidas higiénicas o normas de las centrales de esterilización:
- Se debe llevar bata verde y cambiarse cada vez que se abandone el servicio.
- El pelo debe estar cubierto por el gorro.
- No se deben llevar pulseras, anillos o relojes.
- Lavarse las manos cuando sea necesario y siempre que se entre o salgo del servicio. En la zona estéril el lavado quirúrgico.
- Cuando hay cámaras de óxido de etileno, se necesitan dosímetros de exposición ambientales y personales.
- Debe haber un protocolo de revisiones sistemáticas del aparataje.

5 Discusión-Conclusión

Es mucha la importancia que adquiere el uso de estas barreras en los establecimientos sanitarios para prevenir o limitar la aparición de infecciones hospitalarias o nosocomiales, que son un problema de salud pública, producen una morbilidad y mortalidad importantes, dando lugar a elevados costes sociales y económicos. Esto nos da la idea de la importancia que tiene el tema que hemos desarrollado y de lo importante que es aplicar todas las medidas exhaustivamente, así como todas las demás medidas encaminadas a evitar estas infecciones y el contagio que pueden desencadenar.

Se debe hacer mucho hincapié en el uso de estas barreras y otras muy importantes también, como son las barreras físicas como batas, guantes, mascarillas ,etc., las barreras biológicas entre las que están las vacunas y las barreras educativas que

son las más importantes y sirven para mejorar los comportamientos y conductas y para utilizar las demás adecuadamente. Es en muchos casos la relajación de costumbres y hábitos de comportamiento profesional que conllevan el olvido o menosprecio de las normas generales de asepsia y antisepsia de las instituciones sanitarias, la causa del aumento de infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

- Piédrola Gil, G., y cols. Medicina preventiva y salud pública. Salvat Editores,1988.
-I nsalud. Manual de gestión de los procesos de esterilización y desinfección del material sanitario, 1997.
- Fischer G. Prevención y lucha contra las infecciones.
- Artículos científicos: Limpieza desinfección y esterlización del material quirúrgico. Cortés Ridaura, Bufón Valero, Mir Solano.

Capítulo 1032

GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS POR EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

MARÍA JOSÉ CASES SANTÍN

1 Introducción

Una de las preocupaciones con las que nos encontramos en el siglo XXI, es el imparable deterioro ambiental.
La correcta ordenación de los residuos sanitarios permite disminuir los riesgos sobre la salud, el medio ambiente, a la vez que minimizar los costes de la gestión de los mismos.

El uso abusivo de material desechable sanitario ha aumentado la cantidad de residuos, por lo tanto intentaremos limitar su uso, sobretodo a los que entrañen peligro de infección.

La norma que regula la gestión de residuos es la 42/1975 de 19 de noviembre, modificada por real decreto-legislativo 1163/1986 de 13 junio.

Clasificación:

Residuos no peligrosos:
- Grupo I: Generales asimilables a domésticos
Ejem: papel, latas, plásticos, envases, restos de comida, vidrios. Para reciclar, bolsa negra.
- Grupo II: Sanitarios asimilables a domésticos. Guantes, depresores, gasas, yesos, vendas, tiritas. Para reciclar, bolsa verde.

Residuos peligrosos:
Grupo III: Sanitarios
Grupo III A: Biologicos. Residuos de enfermos infecciosos, pipetas, placas de Petri, objetos punzantes, bolsas de sangre, equipos de diálisis, restos anatomía patológica. Para reciclar, contenedores herméticos amarillos y negros de un solo uso.
Grupo IIIB: Citotóxicos y citostáticos. Residuos de todos los restos de medicamentos anticancerosos y todo aquel materias de un solo uso que se utilice en la preparación. Viales, litros, bolsas, mascarillas, guante, agujas, jeringas, gasas. Los envases para este tipo de residuos son rígidos, de color rojo y con pictograma de riesgo citostático
Grupo IIIC: Químicos. Se consideran de este grupo de residuos, sólidos, líquidos o gases procedentes de productos químicos. Para este grupo es imprescindible disponer de etiquetas especiales de los datos de seguridad de cada sustancia, para cada contenedor, añadiendo pictograma de producto químico.

2 Objetivos

- Dar a conocer a todo trabajador implicado en la manipulación de residuos sanitarios una guía práctica eficaz y eficiente para reciclar.

3 Metodología

A través del acceso a planes de residuos sanitarios y páginas web se elabora un compendio de referencia adecuado al trabajo que realizamos.

Palabras claves, gestión, residuos, manipulación.

4 Resultados

Ya que el riesgo para el personal sanitario, y para la ciudadanía, es lo suficientemente importante, con la clasificación de los residuos sanitarios, garantizaremos:
- La prevención y restricción de la generación de los mismos.
- Incrementar la recogida de los residuos con el fin de minimizar los impactos.

En cuanto al nivel de proporción y considerando el conjunto de residuos sanitarios y las características de los mismos, estos requieren la gestión correcta para evitar efectos adversos.

5 Discusión-Conclusión

Las buenas practicas respecto a los residuos sanitarios nos permite vivir de forma saludable, para ello hay que emplear todo los conocimientos que tenemos a nuestro alcance , además de optimizar costes para el sistema sanitario, prevenir riesgos laborales por la gestión de estos tal y como señala el “Plan Estatal de Gestión de Residuos”, aplicando la normativa específica.

6 Bibliografía

- www.cuidados20.sangva.es.
- www.residuosprofesionales.com.
- www.residuoshospitalarioseosofia.blogspot.com.
- https://tematico8.asturias.es.

Capítulo 1033

EL ALZHEIMER

LAURA GARAY NOVO

Mª VICTORIA GARCÍA BARRANCO

MERCEDES FERNANDEZ GOMES

VANESSA GONZALEZ VELASCO

1 Introducción

El Alzheimer es una enfermedad de demencia muy común en personas mayores. La demencia es un trastorno cerebral que afecta gravemente la capacidad de una persona de llevar a cabo sus actividades diarias.

Las primeras partes afectadas por esta enfermedad son aquellas partes del cerebro que controlan el lenguaje, el pensamiento y la memoria. Con el paso del tiempo estas partes afectadas van empeorando y pueden llegar a tener dificultades a la hora de hablar, leer o escribir. La edad a la que suele desarrollarse esta enfermedad suele ser común a partir de los 60 años y a medida que la persona va envejeciendo va empeorando. Esta enfermedad puede ser genética.

Las personas con esta enfermedad viven un promedio de 12 años. En la actualidad esta enfermedad no tiene cura, pero si hay tratamientos. Los tratamientos actuales para el Alzheimer no pueden detener el avance de la enfermedad, pueden ralentizar por un tiempo el empeoramiento de los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer.

La enfermedad del Alzheimer generalmente tiene tres etapas: etapa temprana, etapa media y etapa final.

2 Objetivos

- Diagnostico de la enfermedad de Alzheimer.
- Posibles tratamientos de dicha enfermedad.

3 Metodología

Mujer de 71 años acude al centro de atención primaria acompañado por su hija, que convive con él, por una pérdida progresiva de sus capacidades para controlar la orina, refiere despistes continuos en las tareas domésticas, que antes realizaba solo, tales como vestirse o asearse. Paciente sin enfermedades metabólicas tipo diabetes, no alergias conocidas e intervención por laparoscopia de colecistectomía. Actualmente toma medicación para la hipertensión, acovil 5mg una dosis en el desayuno desde hace 9 años, no refiriendo más medicación continua.

4 Resultados

Debido a que el acompañante refiere antecedentes de demencias en la familia materna y ante el posible diagnostico de Alzheimer por la sintomatología referida por el acompañante se procede a realizarle las siguientes pruebas, debido a que no existe actualmente una sola prueba que diagnostique dicha enfermedad.

Se realiza una evaluación física, psiquiátrica y neurológica completa: examen médico detallado, pruebas neuropsicológicas, pruebas de sangre completas, electrocardiograma, electroencefalograma, tomografía computarizada. Los resultados son normales exceptuando una alta concentración de homocisteína y su tejido cerebral muestra nudos neurofibrilares, placas neuríticas y placas seniles.

En base a las alteraciones en dichas pruebas se procede a diagnosticarle a la paciente Alzheimer en etapa media, debido a que en la actualidad dicha enfermedad no tiene cura se procede a recetarle un tratamiento basado en inhibidores de colinesterasa ,en este caso donezepilo y un antagonista de los receptores de NMDA, en este caso hemos elegido memantina para prolongar la vida de la paciente el máximo tiempo posible asi como su calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

Es importante realizar un diagnostico diferencial del Alzheimer con otro tipo de enfermedades tales como depresión, exceso de tratamiento medicamentoso, demencia vascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad con cuerpos de Lewy, etc... debido a que en su etapa incial los síntomas pueden ser fácilmente confundido y sin embargo el tratamiento no se parece y la necesidad de comenzar a tomar la medicación debida para dicha enfermedad es vital debido a que a dia de hoy es una enfermedad incurable y el tratamiento en su etapa inicial hace que la vida del paciente tenga mas calidad de vida durante la enfermedad y pueda ser realtivamente mas longeva.

6 Bibliografía

- https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231999000200007
- https://www.researchgate.net/

Capítulo 1034

FUNCIONES DE EL/LA TCAE EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

MARIA ANTONIA CUETO GARCÍA

MARIA ANGELES GARCIA GOMEZ

GRETA LÓPEZ URÍA

1 Introducción

Cuando se hace referencia a la unidad de psiquiatría en el medio hospitalario, necesariamente la persona ingresada en dicha unidad padece enfermedad mental. La enfermedad mental viene definida como un trastorno de la salud que afecta al pensamiento, al estado anímico y por tanto al comportamiento.

Las causas de enfermedad mental son diversas, mencionamos las mas frecuentes:

• Carácter hereditario: Si consanguíneamente se tienen antecedentes puede aumentar la posibilidad de padecer enfermedad mental.

• Factores de riesgo en el embarazo: El consumo de sustancias nocivas por parte de la madre o algunas enfermedades durante la gestación pueden ser causa de enfermedad mental para el hijo.

• Alteración de Neurotransmisores: Cuando estas sustancias químicas que se encuentran en el cerebro no transmiten las señales correctas entre cerebro y cuerpo el sistema nervioso varía pudiendo generara distintos trastornos.

• Situaciones de estrés: Encontrarse en una situación que a la persona le haga sentirse nervioso, furioso o que sienta que no puede controlar podría ser un desencadenante de enfermedad mental.

• Experiencias traumáticas: Vivir o haber vivido una experiencia que para la persona resultaría traumática puede producir trastorno.

• Consumo de sustancias tóxicas: El consumo de drogas o alcohol vulnera la actividad normal del cerebro que en ocasiones genera enfermedad mental.

Sea cual fuere el origen de una enfermedad mental requiere de estudio, valoración, diagnóstico y tratamiento en la mayor brevedad.

El ingreso en la unidad de psiquiatría puede darse por distintas razones, hacemos mención a las más frecuentes:

• Derivación del paciente desde Atención Primaria.

• Riesgo de autolesión o suicidio.

• Situación de urgencia por lesividad hacia sí mismo o hacia los demás.

En cualquiera de los casos, el ingreso se valora porque el paciente necesita de atención y tratamiento exhaustivo y controlado.

El TCAE será el nexo entre el paciente y los demás profesionales por lo que su intervención será relevante.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer las principales funciones del TCAE durante el ingreso del paciente con enfermedad mental.

Objetivos secundarios:
- Optimizar el nexo Paciente/TCAE.
- Observar las características del paciente durante el ingreso en la Unidad de Psiquiatría hospitalaria.
- Valorar las funciones necesarias del TCAE en la Unidad de Psiquiatría hospitalaria.
- Pautar correctamente las funciones del TCAE.
- Relevancia del TCAE en la Unidad de Psiquiatría hospitalaria.

3 Metodología

• Bibliografías en formato papel en las áreas de psiquiatría, psicología, criminología y sociología.

• Búsqueda por Internet en las áreas de psiquiatría y psicología.

- Se tomaron como datos informativos las bibliografías expuestas en el área instrumental, así como fuentes personales de TCAE, trabajadores/as en el área de salud pública, como TCAE en unidades subvencionadas y gestionadas por la Administración Pública y familiares de personas con enfermedad mental.

- Todas la búsquedas se han realizado en torno a las palabras "enfermedad mental"

4 Resultados

Generalmente ante el padecimiento de enfermedad mental el ritmo de vida de la persona se ve modificado dado que las capacidades de la persona se ven mermadas, así pues, cuando además debe salir del entorno habitual para estar hospitalizado puede agravarse temporalmente su estado, salvo excepciones donde su entorno pueda ser la causa de enfermedad mental. Por tanto, dado que el/la TCAE será el enlace entre el paciente y el resto de profesionales, su actuación será relevante para la recuperación y la reincorporación del paciente a su vida diaria.

El/La TCAE deberá entender el estado físico y psíquico del paciente:

• Estado físico:
- Ayudará al paciente en su higiene diaria si así lo necesitase o en su caso revisará que esté correcto.
- Si fuera necesario, ayudará a vestirse o revisará que su atuendo sea adecuado.
- Proporcionará alimentación en caso que el paciente no pueda hacerlo solo.
- Se asegurará que el paciente toma la medicación preescrita.
- Vigilar posibles efectos secundarios de la medicación.

• Estado psíquico: o El/La TCAE deberá aportar la máxima tranquilidad al paciente.
- Procurar empatizar con el paciente.
- Inspirar confianza.
- Utilizará un lenguaje claro

- Mantendrá un tono de voz bajo
- Procurará que el paciente descanse las horas recomendadas.
- Escuchará al paciente.

ESPECIFICO

Existen distintos tipos de enfermedad mental y por ello se agrupan en seis bloques, según el DSM V, haremos referencia a las más frecuentes:

• TRASTORNO DE ANSIEDAD

La sensación de ansiedad es algo común en la mayoría de las personas, pero hablamos de trastornos de ansiedad cuando para la persona resulta desproporcionada la sensación de ansiedad ante la situación real. Conlleva esta desproporción una interferencia en al vida diaria de la persona.

Agrupados dentro del trastorno de la ansiedad se encuentra también:
- Trastorno de pánico: se caracteriza por la sensación de terror sin peligro aparente.
- Trastorno obsesivo/compulsivo: se caracteriza por pensamientos recurrentes y persistentes que producen inquietud, temor y conductas repetitivas dirigidas a reducir la ansiedad.
- Trastorno de fobia: se caracteriza por tener un ataque de pánico cuando la persona es expuesta al objeto del miedo.

Los signos y síntomas más frecuentes ante un trastorno de ansiedad son:
- Agitación.
- Nerviosismo.
- Sudoración.
- Sentimiento de pánico.
- Aceleración cardiaca.
- Hiperventilación.

Ante una persona con trastorno de ansiedad el/la TCAE en su intervención deberá:
- Dar confianza al paciente para que éste pueda expresarse.
- Empatizar con el paciente.
- Informar al paciente que no le va a pasar nada, que se puede controlar la situación
- Utilizar un tono de voz tranquilizante.

- Buscar opciones que favorezcan la relajación del paciente (como ayudarle a respirar más pausadamente). o Procurar que el paciente no se autolesione.
- Asegurarse que toma la medicación pautada.

• TRASTORNO DEL ESTADO ANÍMICO

Este trastorno de caracteriza por la alteración emocional que se prolonga en el tiempo como la tristeza, exaltación o euforia excesiva o pudiendo darse los dos estados.

Se agrupan dentro de este trastorno: o Depresión: Se asocia al hecho de sentirse triste, infeliz o abatido prolongándose en el tiempo ese sentimiento. o Trastorno Bipolar: Refiere cambios externos en el estado anímico.

Los síntomas más frecuentes en trastornos del estado anímico son: o Tristeza que perdura en el tiempo. o Indecisión.
- Falta de valor.
- Pérdida del apetito.
- Pérdida del sueño.
- Pesimismo.

La intervención de el/la TCAE será:
- Favorecer la confianza del paciente.
- Motivar al paciente para que coja confianza en si mismo.
- Pautar las horas de descanso.
- Asegurarse que se alimente adecuadamente.
- Evitar la alegría y superficialidad excesiva.
- Valorar el potencial suicida del paciente y evitar que ser dañe a si mismo.
- Animar al paciente a hacer planes de futuro y al regreso a su entorno.
- Estar al corriente de gestos secundarios.

• TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN

Se consideran estos trastornos enfermedades crónicas que se caracterizan por la ingesta excesiva de alimentos o por el contrario no ingerir comida. Dentro de estos trastornos se encuentran:
- Anorexia: Se identifica con el temor excesivo a aumentar el peso.
- Bulimia: Se aleja de conductas alimentación saludables, ingiriendo comida en exceso para luego devolverlo.

Los síntomas más frecuentes en los trastornos de alimentación son:

- Baja autoestima.
- Preocupación excesiva.
- Angustia.
- Preocupación excesiva por su imagen.

La actuación de el/la TCAE ante un paciente con trastorno alimentario deberá ser:
- Fomentar la autoestima del paciente.
- No hacer referencia a su imagen.
- Motivar a hábitos alimenticios saludables.
- Pesado diario al levantarse y tras la primera deposición.
- Permanecer con el paciente durante la comida y una hora después de la misma.
- Establecer una comunicación abierta con la familia.

• TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Los trastornos de personalidad se caracterizan por un patrón de pensamiento y comportamiento marcado poco saludable. Las personas que padecen este trastorno tienen problemas para percibir y relacionarse por que dificulta su integración en las actividades sociales como el trabajo, etc. Suelen comenzar en la adolescencia. Se distinguen en 3 grupos:

- Trastorno de personalidad grupo A: Se caracterizan por pensamientos o comportamientos excéntricos o extraños
Trastorno paranoide de la personalidad: La persona con este trastorno suele desconfiar de los demás, cree injustificadamente que otras personas pretenden engañarle, considera comentarios que nada tienen que ver con ella como ataques directos a su persona y guarda rencor.
Trastorno esquizoide de la personalidad: Generalmente se caracteriza por preferencia a la soledad sin interés en las relaciones sociales, no suele disfrutar de muchas actividades, no aparenta interés en las relaciones sexuales.
Trastorno esquizotipico de la personalidad: Refiere de conductas, creencias y vestimenta peculiares, sus respuestas emotivas suelen ser inadecuadas, falta de relaciones cercanas, respuestas inadecuadas, tendencia a pensar que incidentes casuales son ataques directos hacia él.

- Trastorno de personalidad grupo B: estos trastornos se caracterizan por pensamientos o comportamientos dramáticos, excesivamente emotivos o impredecibles.

Trastornos de personalidad antisocial: no tiene empatía, recurre a mentir, robar, estafar, tiene problemas legales frecuentes, abusa de la confianza, es impulsivo y actúa con irresponsabilidad constante, sin remordimiento alguno.
Trastorno límite de personalidad: tiene sentimientos de vacío continuo, ataques de ira frecuentes, temor a estar solo, relaciones inestables e intensas, conducta impulsiva.
Trastorno histriónico de la personalidad: Busca constantemente atención, es fácilmente influenciable, emociones poco profundas, preocupación excesiva por el aspecto físico, piensa que las relaciones con los demás son más cercanas de lo que en realidad son.
Trastorno narcisista de la personalidad: se cree más especial que los demás, tiene incapacidad para reconocer las necesidades de otros, exagera logros que haya tenido, arrogancia.

- Trastorno de personalidad grupo C: estos trastornos se caracterizan por pensamientos o comportamientos de ansiedad o temor.
Trastorno de la personalidad por evitación: Tiene sensibilidad excesiva a las críticas, le parece que es inferior, evita por ello actividades comunes, temor a la desaparición.
Trastorno de la personalidad dependiente: Tiene dependencia excesiva, quiere sentirse cuidado, no dispone de confianza en si mismo y tolera tratos inadecuados.
Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva: perfeccionismo extremo, inflexibilidad ante la moral, ética, etc.. Necesidad de controlar a las personas y las situaciones.

La intervención de el/la TCAE será diferente en los trastornos pertenecientes a cada uno de los grupos.

• Grupo A:
- Escuchar al paciente.
- No contradecirle de forma brusca.
- Motivarle a realizar actividades.
- Fomentar las relaciones sociales.

• Grupo B:
- Utilizar el tono de voz bajo y lenguaje preciso de manera que no provoque ira en el paciente.
- Recordarle la empatía.
- Fomentar la confianza en sí mismo.

• Grupo C:
- Mantener un ambiente que tranquilice al paciente.
- Respetar el orden de las cosas.
- Reforzar la confianza.

Se ha hecho mención de sólo algunas de la actuaciones de el/la TCAE, sin olvidar que en todos los casos el/la TCAE debe asegurarse de la ingesta de medicación, de los efectos secundarios y evitar la autolesión.

• TRASTORNO POSTRAUMÁTICO

Se denomina también síndrome de estrés postraumático, aparece en personas que han vivido un episodio dramático (guerras, abusos, accidentes etc). Las personas que padecen este trastorno suelen tener pesadillas que rememoran las experiencias provocadoras del síndrome. Es frecuente la dificultad para afrontarlo por lo que se revive el momento traumático como si estuviera sucediendo en ese momento provocando angustia emocional grave que dificulta las relaciones cercanas, atrae pensamientos negativos, dificultad para concentrarse, trastorno de sueño y temor a estar siempre en peligro. Con el paso del tiempo los síntomas pueden variar.

Ante este trastorno el/la TCAE deberá:
- Escuchar al paciente.
- Reforzar la terapia psicológica.
- Motivarle a planear actividades.
- No invalidar al paciente.
- Empatizar con el paciente.

• TRASTORNOS PSICÓTICOS

Son trastornos mentales graves que se caracterizan por ideas y percepciones anormales. Pierden el sentido de la realidad, tienen creencias falsas y miedos infundados, dicen ver y escuchar cosas que no existen, además de pensamientos desordenados.

Existen varios tipos de trastornos psicóticos:
- Trastorno bipolar.
- Psicosis orgánica.
- Depresión psicótica.
- Trastorno delirante.

- Psicosis inducida por tóxicos.
- Trastorno esquizoafectivo.

Haremos referencia al más frecuente:

Esquizofrenia.
Hay tres tipos de síntomas por los que puede manifestarse:
- Síntomas psicóticos: que incluyen alucinaciones y delirios.
- Síntomas negativos: que hacen que sea difícil mostrar emociones, el paciente puede parecer deprimido.
- Síntomas cognitivos: incluyen problemas para tomar decisiones y prestar atención.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que suele empezar a manifestarse en la adolescencia o primeros años de la juventud y dura toda la vida afectando al funcionamiento diario de la persona, la causas pueden ser diversas. El tratamiento adecuado permite al paciente adaptarse a la vida diaria.

Ante el trastorno psicótico esquizofrenia el/la TCAE deberá:
- No mostrarse enfadado o No discutir con el paciente.
- Utilizar lenguaje breve y conciso .
- Mantener distancia física .
- Informarle de los movimientos que vamos haciendo.
- Evitar autolesiones .
- Valorar la evolución del tratamiento (cambios que se puedan producir en el paciente).

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad mental disminuye la calidad de vida de la persona que la padece.

Diferenciando que siempre depende de cual sea la enfermedad mental que se tenga será más o menos difícil la interrelación social necesaria para la vida diaria, por ello, dado que el tema del que hablamos se centra en el periodo de tiempo que la persona está ingresada en la unidad de psiquiatría, será de vital importancia utilizar los recursos de los que se disponga para el tratamiento, mejora y futura adaptación del paciente a su entorno habitual. Teniendo en cuenta que la persona estará controlada las 24 horas dispondremos de información importante para valorar la evolución del paciente desde el momento de su ingreso.

La intervención de el/la TCAE será relevante dado que será quien más tiempo pasará con el paciente y que debido a sus funciones obtendrá datos de distintas actividades (aseo, ingesta de alimentos y medicación, atuendo y estado físico y anímico), así como el desarrollo o cambios que se vayan produciendo en la persona. La actitud de el/la TCAE siempre debe ser empática, motivadora, cercana y prudente para que el paciente se sienta cómodo y se pueda expresar con confianza.

Por otro lado el/la TCAE será el nexo entre el paciente y el resto de profesionales a los que trasmitirá cual es el estado diario del paciente-

6 Bibliografía

- Fernández Guinea Olga. Psiquiatría. Panamericana. 2020

- Pérez Urdániz Antonio. Curso Basico de Psiquiatria. 2015

- Marcuschawer Eva. Psicología. Mexico, MC Graw Hill. 2007

- Zepeda Fernando. Introducción a la Psicología 4TA Edición. Mexico Pearson Prentice Hall.

- Brandt Juan C. Sociología general. Ediciones Eneva. Caracas. 1987

- Albarracín Roberto. Manual Criminalista. Editorial Policial. Buenos Aires. 1971

- Hacker F. Agresión. Barcelona. Editorial Grijalbo S. 1973

Capítulo 1035

SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA

MARIA GORETTI GARCIA ALVAREZ

ANA BELÉN VEGA ALCARAZ

1 Introducción

Los hospitales de más alto nivel o que cuenten con 100 o más camas tendrán el servivio de farmacia hospitalaria. Constara como mínimo de un farmacéutico y auxiliar de farmacia que coopera con éste.

2 Objetivos

- Servir a la población en sus necesidades farmacéuticas a través de la selección, preparación, adquisición, control, dispensación, información de medicamentos y otras actividades orientadas a conseguir una utilización apropiada, segura y costo-efectiva de los medicamentos y productos sanitarios, en beneficio de los pacientes atendidos en el hospital, así como la farmacovigilancia.

3 Metodología

El farmacéutico hospitalario tiene 3 funciones :

- Garantizar la identidad de los tratamientos farmacológicos que reciben los pacientes atendidos en el hospital.

- Elaborar medicamento en el hospital (fórmulas magistrales de todo tipo, mezclas intravenosa incluyendo quimioterapia oncológica, nutriciones parentales...). Y asegurar en todo momento se aplican las buenas prácticas de elaboración.
- Asegurar la integridad de la cadena de suministro de medicamentos, desde la realización de las compras directas a los laboratorios farmacéuticos, hasta su correcta administración al paciente, de forma adecuada, en el momento oportuno y dosis correcta.

Además de estas 3 funciones el farmacéutico participa en desarrollos como ensayos clínicos, desarrollo de investigación propia, docencia pre y posgraduada.

4 Resultados

La normativa legal define los servicios de farmacia como "estructuras de soporte para el uso racional de los medicamentos en los hospitales ".

5 Discusión-Conclusión

La estructura, organización y funcionamiento de farmacia hospitalaria es bien compleja, por ello es importante que los estudiantes lo conozcan para ello una vez se graduen puedan servir a la población en sus necesidades farmacéuticas.

6 Bibliografía

- ELSEVIER.
- REVISTA FARMACIA HOSPITALARIA.
- PUBLICACION-SEFH.
- AREASALUDCACERES.
- DIARIOFARNA.

Capítulo 1036

CUIDADOS POST MORTEM

FLORINDA ARGÜELLES BLANCO

VANESA GONZÁLEZ GARCÍA

LUCIA MENENDEZ MARTINEZ

EVA MARIA LOBO GONZÁLEZ

CARMEN LOBO GONZÁLEZ

1 Introducción

Podemos definir los cuidados post mortem como aquellos cuidados dirigidos a preparar el cadáver después de que el médico haya certificado la muerte, garantizando la dignidad del fallecido y sin poner en peligro la salud y la seguridad de los profesionales, aplicando las precauciones universales de control de infecciones y los requisitos legales.

También debemos tener en cuenta sus creencias religiosas y culturales, y respetar el Testamento Vital o últimas voluntades expresadas por el fallecido si las hubiese.

2 Objetivos

Describir el procedimiento de actuación para preparar el cuerpo del fallecido y prestar apoyo a la familia facilitándole información sobre los trámites burocráticos.

3 Metodología

Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de bases de datos como Cuiden, PubMed, Protocolos de Buenas Prácticas del Ministerio de Sanidad, utilizando como palabras clave: Post mortem, protocolo de actuación, manual de buenas prácticas….

4 Resultados

El TCAE debe conocer los signos de muerte:
• Cese de la respiración.
• Cese del bombeo cardíaco.
• Desaparición de los pulsos.
• Pérdida total sensitiva.
• Inmovilidad.

Una vez que el médico ha certificado la muerte del enfermo, debemos dar la opción a la familia de permanecer un tiempo con la persona fallecida en las situaciones que sea posible.

Hay que comunicar el correspondiente certificado de defunción que se entregará a la familia.

Para llevar a cabo los cuidados post mortem necesitamos que el rigor mortis no esté instaurado aún, ya que esto dificultaría mucho la preparación del cadáver.

También procuraremos mantener un ambiente de intimidad y respeto, evitando en la medida de lo posible una situación desagradable para el compañero de habitación.

Material necesario:
• Sudario.
• Sábanas.
• Empapador.
• Material de aseo.
• Guantes, toallas, gasas, esparadrapo.
• Bolsa para objetos personales.
• Bolsa para lencería sucia.
• Tarjeta de identificación y certificado de defunción.

Procedimiento:
• El personal sanitario utilizara todos los EPI´s necesarios.
• Identificar todas las pertenencias personales para entregarlas a la familia.
• Poner la cama en posición horizontal dejando al fallecido en decúbito supino.
• Cerrar los parpados utilizando algodones empapados en alcohol.
• Retirar la ropa y todos los dispositivos que tenga el cadáver como sondas, vías…
• Taponar con algodones todos los orificios naturales.
• Lavar el cadáver si es necesario y colocar prótesis dentales si es posible.
• Cubrir las lesiones que presente con apósitos.
• Colocar pulsera identificativa.
• Colocar las manos juntas con venda o esparadrapo y a la altura del abdomen.
• Poner el sudario al cadáver dejando al descubierto la cara.
• Invitar a los familiares a permanecer con el cadáver en la habitación mientras se espera su traslado al mortuorio.
• Apoyo en el duelo y facilita a la familia la información que solicite.
• Recoger, limpiar y desinfectar la habitación.

Consideraciones especiales:
• Cuando el fallecido tuviera indicación de necropsia hay que adjuntar la autorización en la historia y seguir las órdenes del facultativo.
• En caso de fallecidos por ciertas enfermedades infecto-contagiosas utilizar medidas de precaución especificas.
• En caso de donación de tejidos atender las directrices del técnico de trasplantes.
• En pacientes portadores de marcapasos que vayan a ser incinerados, avisar al facultativo para que proceda a extraer la pila.

5 Discusión-Conclusión

Dado que los decesos son algo a lo que el personal sanitario debe enfrentarse a menudo, es necesario una actuación estandarizada para el cuidado del cuerpo del fallecido y el apoyo emocional y cognitivo de los familiares.

La creación de protocolos es de vital importancia para el correcto desempeño de estos cuidados.

Las formas y las acciones de los profesionales sanitarios después de la muerte pueden tener un efecto beneficioso en la familia del fallecido.

6 Bibliografía

- Flórez Almonaci C, Romero Bravo A, Asistencia post mortem (A-6) Manual de Protocolos y Procedimientos de enfermería Hospital Reina Sofia. (Revisión 2010)
- Cuidado post mortem. Comisión de Cuidados del Área de Salud de Badajoz. Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura (febrero 2010)
- Cuidados post mortem. Protocolo de enfermería Hospital General Universitario Gregorio Marañón Madrid (2009). Disponible en http://www.hggm.es.
- CLINICAL PROCEDURE FOR: Post Mortem Care. Clinical Manual / Nursing Practice Manual Jan 2012 Hospital. JD. CLINICAL PROCEDURE FOR: Post Mortem Care. Clinical Manual / Nursing Practice Manual 2012.
- Procedimiento para los cuidados de enfermería post mortem tras exitus. Comisión de cuidados Fundación Hospital de Calahorra. Versión 0.1 Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 30/01/2018 Fecha de Implantación (v.0.1): 30/01/2018.

Capítulo 1037

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN QUIROFANO

ANDREA LOPEZ RICO

1 Introducción

Para el desarrollo de una intervención quirúrgica se requiere de una preparación correcta de quirófano, adiestramiento de todo el personal, tener adecuados métodos de desinfección y esterilización y determinadas precauciones de seguridad que deben se, para que la sala de operaciones se convierta en un medio seguro para el enfermo. En todo este proceso el TCAE juega un papel importante. El TCAE, como miembro del equipo quirúrgico, trabaja en coordinación con las enfermeras, dando apoyo a su actividad, y realiza actividades de limpieza, colocación y reposición de material en quirófano. El proceso quirúrgico consiste en una serie de acciones manuales e instrumentales encaminadas a paliar, curar o explorar, por medio de cirugía, cuando no es viable otra acción médica.

La situación del paciente que va a ser intervenido propicia la humanización de los cuidados, materializándose en una atención integral al enfermo con el fin de valorar sus necesidades y planificar-ejecutar los cuidados que precisará hasta que abandone el hospital. Así, los enfermeros y los TCAE se convierten en los profesionales de referencia para el paciente, intentando que sea lo más independiente posible hasta que su situación se normalice.

2 Objetivos

El TCAE es parte fundamental del equipo quirúrgico, y para que todo funcione perfectamente deberá saber las distintas etapas quirúrgicas y que abarcan. El TCAE tiene varias funciones dentro del quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

El periodo perioperatorio comprende el tiempo transcurrido antes, durante y después de la intervención quirúrgica. A su vez, en este se puede distinguir el periodo preoperatorio, periodo intraoperatorio y el postoperatorio. Para describir las funciones del TCAE es necesario desarrollar las diferentes etapas del proceso quirúrgico, así como las funciones que realizan los profesionales de enfermería.

Empezaremos con las distintas etapas quirúrgicas:
• Periodo preoperatorio: Comprende el periodo previo a la intervención. El paciente debe prepararse física y psicológicamente para la intervención quirúrgica que va a llevarse a cabo. El profesional enfermero, en colaboración con el TCAE, se encarga de la instrucción del paciente.
• Periodo intraoperatorio: Este periodo comprende el tiempo que dura la intervención quirúrgica, desde que el paciente entra en el antequirófano hasta que es trasladado a la unidad de destino postquirúrgica. El equipo de enfermería, incluido el personal auxiliar, se encargan de asistir al equipo quirúrgico.
• Periodo postoperatorio: Es el periodo posterior a la intervención. En esta fase se produce la recuperación pos anestésica del paciente, se mantienen sus funciones vitales y se previenen complicaciones postoperatorias.

5 Discusión-Conclusión

Es TCAE tiene unas funciones importantes en el servicio quirúrgico pero para que todo ello funcione debe lograr la coordinación con el resto del equipo que les permita los cuidados eficaces al paciente .Conocer la técnica quirúrgica y todo lo relacionado con ello hará que el trabajo sea más eficaz.

6 Bibliografía

- Candel Parra E. El paciente quirúrgico. Intraoperatorio. En: De la Fuente Ramos M (coord.). Enfermería Médico-Quirúrgica. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Vol. 1. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 210-222. u
- García García A, Hernández Hernández V, Montero Arroyo R, Ranz González R. Enfermería de quirófano. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005.

Capítulo 1038

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARÍA AURORA FERNÁNDEZ DÍAZ

MARIÁN GARCÍA MENÉNDEZ

ROGELIA SIMÓN GARCÍA

MARÍA TERESA ALONSO HERNANDO

1 Introducción

Una úlcera por presión (en adelante UPP), según la definición de la Agency for health Care Policy and Research (AHCPR), es una lesión causada por la presión mantenida, por la que resulta dañado el tejido subyacente. Es decir, son lesiones o trastornos de la integridad de la piel, que se manifiestan como zonas localizadas de necrosis isquémica. Se dan en tejidos que cubren prominencias óseas o están en zonas de apoyo prolongado. Pueden afectar a epidermis, dermis, tejido celular subcutáneo y tejidos más profundos.

Se las considera un problema multicausal que lleva a una falta de oxígeno y nutrientes esenciales en un área de la piel, por un insuficiente aporte de sangre a los tejidos, debido a una presión prolongada. Si tenemos en cuenta los factores de

predisposición (tendencia a experimentar o sufrir algo) y la etiopatogenia (identificación del origen y del mecanismo de producción), las UPP se pueden clasificar según la actuación de dos tipos de factores: extrínsecos e intrínsecos.

La actuación del Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y de todo el Equipo de Enfermería, debe de ser sistemática y abarcar todas las medidas precisas para evitar o paliar estos factores ya que, además, las UPP son un indicador de la calidad de los cuidados, porque no se trata de una enfermedad y pueden ser, en gran parte, evitables.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de TCAE en el cuidado de las úlceras por presión (UPP).
- Enumerar las medidas de prevención para evitar una UPP.
- Enumerar factores de riesgo relacionados con la aparición de UPP.
- Identificar los estadíos de una UPP.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Schoolar, de revistas científicas y artículos sobre úlceras por presión. Además, se ha realizado una revisión de Protocolos de distintas Comunidades Autónomas y de Guías de Buenas Prácticas, para analiza y describir los aspectos más importante a conocer en el manejo adecuado de las úlceras por presión. Se han utilizado como descriptores: cuidados, paciente, patologías, prevención y úlceras por presión.

4 Resultados

Las UPP están claramente relacionadas con la inmovilidad del paciente, hasta el punto de que una persona mayor inmovilizada se convierte en paciente de alto riesgo. El TCAE, por tanto, debe empezar la prevención identificando al paciente con riesgo y, para ello debe conocer cuáles son los principales factores que las provocan y las localizaciones más frecuentes.

Factores extrínsecos:
Son aquellas circunstancias que actúan sobre el organismo del paciente desde el exterior.

- Presión: Es la fuerza de compresión, intensa y prolongada, de los tejidos como consecuencia del apoyo del cuerpo sobre una superficie dura; que altera la circulación sanguínea.
- Fricción: Es el roce que se produce entre la piel y la superficie sobre la que se apoya.
- Humedad: Predispone, junto con el calor corporal, a la maceración de los tejidos. Puede deberse al sudor, la orina o las heces y al secado defectuoso al realizar el aseo.
- Tiempo: La actuación prolongada de los anteriores, desencadenará la lesión.

Factores intrínsecos:
Son característicos o propios del paciente, o derivados de la enfermedad que padece. No pueden ser evitados fácilmente.
- Pérdida de la función sensitiva y motora en parálisis: debido a su pérdida de sensibilidad al dolor y la presión, y a su imposibilidad de cambiar de posición.
- Disminución de la percepción: hace que no sean conscientes de la necesidad de moverse.
- Riesgo de destrucción de la integridad de la piel: puede darse por deficiencias nutricionales, hipoproteinemia, deshidratación y déficit de vitaminas (especialmente la C, necesaria para la síntesis del colágeno) y por estados que conducen a una deficiente vascularización (como arteriosclerosis y alteraciones cardiocirculatorias).
- Sobrepeso y delgadez: porque el primero supone una mayor presión, y la segunda supone que se erosione la piel por haber menos tejido celular subcutáneo.

Combinación de factores:
- Influyen en la resistencia de la piel, la cohesión celular y la renovación de la epidermis.
- Edad avanzada: mayor fragilidad y menor elasticidad de la piel, tendencia a la inmovilidad e incidencia de problemas de salud crónicos, peor estado nutricional, incontinencia, etc.
- Permanencia en cama o en silla de ruedas durante largos periodos: disminución de la movilidad por procesos crónicos o terminales.
- Piel seca o agrietada: tiene mayor probabilidad de desarrollar UPP.

Localización más frecuente de las UPP:
- Decúbito Supino: zonas de mayor riesgo: occipucio (occipital), omóplatos, codos, sacro y talones. En menor medida: las apófisis espinosas de las vértebras dorsales y los dedos de los pies (por el roce de las sábanas).

- Decúbito Prono: zonas de mayor riesgo: frente, pómulo (mejilla) y oreja (si la cabeza está de lado), mamas (en mujeres), pubis, genitales (en hombres), rodillas y dedos de los pies. En menor medida: omóplato (acromión), crestas ilíacas (cadera).
- Decúbito Lateral: zonas de mayor riesgo: frente, omóplato (acromión), oreja, costillas, crestas ilíacas (cadera), trocánter mayor (fémur a la altura de la cadera), cóndilos femorales (rodilla), maleolos y lateral de los pies.
- En Sedestación: zonas de mayor riesgo: occipucio (occipital), omóplatos, codos, sacro, tuberosidades isquíacas (isquión), huecos poplíteos y talones.

ÚLlceras iatrogénicas:
Son las producidas por el roce o la presión continuada de dispositivos médicos, aunque no son exactamente úlceras por presión, han de ser vigiladas y tratadas con idéntica diligencia. Fundamentalmente se localizan en:
- Boca: tubos endotraqueales.
- Cara: sistemas de ventilación mecánica no invasiva.
- Cuello: cánulas de fijación y traqueotomía.
- Nariz: dispositivos de oxigenoterapia como gafas nasales, mascarillas, sistemas de ventilación no invasiva, sondas, sondas nasogástricas.
- Dedos: sensores de pulsioximetría.
- Meato urinario: sondas vesicales.
- Tórax y abdomen: corsés, bolsas de colostomía y urostomía, drenajes, electrodos de ECG, fijación de tubos pleurales.
- Otras localizaciones: accesos vasculares, dispositivos de compresión secuencial, escayolas y férulas, medias antiembólicas, sujeciones mecánicas.

Prevención de las UPP
Se lleva a cabo mediante cambios posturales que disminuyen el tiempo de presión en los tejidos. Se deben hacer cada dos o tres horas cuando el paciente está en la cama y cada hora si está en sedestación. Salvo indicación en contra, al paciente encamado se le realizarán los cuatro decúbitos: dorsal o supino, ventral o prono y lateral izquierdo y derecho.

Para evitar posiciones que aumenten el roce o la presión sobre prominencias óseas y completar la correcta posición del paciente, se utilizan utilizar almohadas, almohadillas neumáticas o de silicona, toallas, etc.

Tradicionalmente, se empleaban vendajes protectores en algunas zonas, pero dificultan la vigilancia continuada de la piel, por lo que actualmente se tienden a utilizar apósitos hidrocelulares y superficies y mecanismos para disminuir la presión como colchones neumáticos, colchones de agua o colchones de aire. También

se utilizan elementos que faciliten la movilización del paciente, como estribos o sábanas plegadas en el centro de la cama (entremetida), que ayudan a evitar los roces y las fuerzas de cizallamiento.

Estadios en la evolución de las UPP:
- Estadio 1: eritema que no desaparece cuando cesa la presión sobre la piel intacta.
Afectación: lesión de la epidermis y la dermis
- Estadio 2: pérdida de espesor parcial de la dermis, abrasión y aparición de vesículas o flictenas cerradas o rotas.
Afectación: lesión epidérmica y dérmica más profunda. Comienza la afectación hipodérmica
- Estadio 3: pérdida de continuidad de la piel, lesión con aspecto de cráter, la grasa subcutánea puede ser visible y puede presentar esfacelos (tejido desvitalizado).
Afectación: necrosis. Extensión de la lesión hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla
- Estadio 4: destrucción más extensa con pérdida de tejido; hueso, músculo y tendones visibles o palpables, cavernas y trayectos sinuosos.
Afectación: daño muscular, óseo o de otras estructuras

Escalas para determinar el riesgo por UPP:
Son un instrumento que analiza los factores de riesgo en el paciente, asociando una puntuación y estableciendo una probabilidad de que desarrolle una UPP según los parámetros considerados. Para que una valoración sea eficaz es necesario emplear escalas validadas, evaluar el riesgo inmediatamente al ingreso, reevaluar periódicamente en función del resultado de la escala y aplicar medidas preventivas adecuadas a los resultados de la escala.

Una escala ideal es la que reúne: alta sensibilidad, alta especificidad, buen valor predictivo, facilidad de uso y capacidad de ser aplicable en diferentes contextos asistenciales. Existen diferentes escalas para determinar el riesgo de que un paciente tenga una UPP: Arnell, Shannon, Emina, Bradeny, Exton, Smith, Norton, etc.

La Escala de Norton: Publicada en 1962, en su formato original o con variaciones, sigue siendo la más empleada. Establece que si el resultado de la suma es inferior a 14, se pondrían en marcha los procedimientos preventivos. En 1987 se modificó el punto de corte a 16.

Evalúa cinco parámetros: condición física general, estado mental, actividad, movilidad, e incontinencia. Puntúa cada parámetro desde 4 (mejor situación)

hasta 1 (peor situación). La puntuación máxima que se puede alcanzar es 20. Así, según esta escala:
- Se considera riesgo muy alto: índice de 5 a 11.
- Se considera riesgo evidente: índice de 12 a 14.
- Se considera sin riesgo o riesgo mínimo: índice de 15 a 20.

5 Discusión-Conclusión

Las UPP suponen un problema sociosanitario ya que reducen la calidad de vida del paciente, empeoran su pronóstico, aumentan la estancia hospitalaria, añaden costes al sistema de salud y tienen una prevalencia de entre el 7% y el 38% en personas con inmovilidad prolongada.

El mejor tratamiento es la prevención, entendida como el conjunto de cuidados que se aplica al paciente con riesgo de UPP, los requisitos para tratar a estos pacientes son:
- Considerar al paciente como un ser integral.
- Hacer especial énfasis en las medidas de prevención.
- Conseguir la máxima implicación del paciente y de la familia en la planificación y ejecución de los cuidados.
- Evaluar constantemente la práctica asistencial e incorporar al resto de profesionales en las actividades de investigación.

Las medidas preventivas a tener en cuenta respecto a los cuidados y protección de la piel son:
- Inspección frecuente del estado de la piel con el fin de descubrir posibles lesiones.
- Los cuidados higiénicos deben de ser exquisitos: se utilizará agua templada y jabón neutro, se secará meticulosamente y se masajeará la zona donde no haya lesiones.
- Mantener tanto la ropa de cama como la del paciente limpia y sin arrugas.
- Las zonas de riesgo se protegen con productos específicos para fortalecer la piel
- Emplear productos barrera que no contengan alcohol y que protejan de la humedad
- Evitar el uso de hules que favorecen la sudoración.
- Establecer un plan individual de cambios posturales.
- Promover la actividad y la movilización del paciente adecuándose a su situación.
- Los procedimientos se llevarán a cabo en la propia habitación del paciente.

6 Bibliografía

- Protocolo de cuidados en Úlceras por Presión. Hospital Universitario "Reina Sofía".
- Guía de Cuidados Enfermeros. Úlceras por Presión. INSALUD, 1996 y actualización 1999.
- Guía de Prevención y Cuidados de las Úlceras. Hospital Universitario "Princesa de España".
- Validación de dos escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión: Gosnell y Nova-4. García FP, Bermejo J, Pérez MJ. Revista Rol de Enfermería, 1999; 22 (10).
- Mejora continua de la calidad en las lesiones por presión mediante la valoración de riesgo de aparición. Barbero FJ, Villar. Enfermería Clínica, 1998 8 (4) - 141- 150.
- Rojas,Karim. Úlcera por presión I: Generalidades. [sede web].Agosto 2017.
- https://www.ulceras.net/monografico/110/98/ulceras-por-presion-categorias.html
- https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-ulceras-por-presion-prevencion

Capítulo 1039

DOLOR CRÓNICO CUANDO AFECTA A LA SALUD MENTAL. HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL.

VERÓNICA MARTÍNEZ CRUZ

1 Introducción

Un hecho traumático como es un accidente de tráfico. Pueden quedar secuelas no sólo físicas, sino también mentales.

Un dolor crónico durante un corto o largo periodo de tiempo puede afectar a la salud mental causando depresión, ataques de ansiedad y otras patologías.

2 Objetivos

Evolución favorable por lo que se cursa alta hospitalaria. Quedan pautadas dos intervenciones más con infiltraciones y una posterior revisión con la unidad del dolor.

3 Caso clínico

Mujer de 40 años, sufre un accidente de tráfico in itinere (8 meses de evolución). Desde entonces sufre lumbalgia de muy difícil control analgésico. Estuvo

a tratamiento por parte de la mutua con varias infiltraciones y radiofrecuencia, pero ya ha sido dada de alta por su parte.

Dolor severo desde el día de ayer espontáneo con importante limitación.

De forma espontánea, agudización de lumbalgia crónica irradiada a MMII izquierdo, que presenta desde el momento tras el accidente. El dolor es de mismas características que habitualmente pero mucho más intenso. Refiere parestesias en pie izquierdo y gran dificultad para la marcha.

Estaba a tratamiento farmacológico con su MAP, pero se lo han suspendido recientemente por mala tolerancia.
Acude a urgencias por dolor lumbar.

Ingresa para tratamiento analgésico, mejoría con infiltración por parte de la unidad del dolor (servicio distinto del inicial).

En la exploración física. La paciente refiere dolor intenso a nivel lumbar, difícil de explorar por dolor. Incapaz de deambular; dolor a la palpación de apófaisis espinosas lumbares y a nivel de glúteo izquierdo.

Actitud en flexo y decúbito lateral.

4 Discusión-Conclusión

Diagnóstico principal: HDL L4-L5 izda.

RMN. Pequeña hernia extraída posterior, central y paramedial izquierda con migración inferior L4-L5. Incipiente artrosis interapofisarias. Lipomatosis epidural sacra.

EMG. proceso neurógeno crónico L4-L5 de carácter moderado.

Se recomienda reposo relativo con reintroducción gradual de las actividades de la vida diaria. Solicitar cita en salud mental para valoración. Y tratamiento farmacológico.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1040

ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO.

ROCÍO GUTIÉRREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La higiene es la ciencia de la salud y su mantenimiento y abarca todos los hábitos de vida saludables. Depende de los conocimientos que tenga el paciente sobre la salud y la higiene, de factores culturales, sociales y familiares, y de la percepción de la comodidad y las necesidades. La higiene implica el cuidado de la piel, del pelo, de las uñas, de las áreas perianales y genitales, de la cavidad oral y nasal y de los dientes. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es el encargado de realizar la higiene a los pacientes tantas veces como sea necesario y se hará respetando en todo momento su dignidad e intimidad.

Debemos explicarle al paciente la técnica que se le va a realizar, lavarnos las manos y colocarnos los guantes. En caso de ser necesario le ofreceremos la cuña o la botella antes de comenzar. Debemos dejar al descubierto solamente la zona que vamos a lavar y lavaremos al paciente siguiendo un orden: cara, cuello, hombros, miembros superiores desde la axila hasta los dedos, tórax, abdomen, miembros inferiores desde la ingle hasta los pies, espalda, glúteos y por último la zona perineal-genital y el ano. Según se va aseando debemos secar minuciosamente la piel. Una vez hemos terminado el aseo vestiremos al paciente y le cambiaremos la ropa de la cama. Después recogeremos los materiales que hemos utilizado y la ropa sucia que está en la bolsa destinada para tal fin.

2 Objetivos

Conservar la piel limpia y en buen estado para que pueda llevar a cabo sus funciones eliminando el exceso de grasa y suciedad, favorecemos la circulación sanguínea y se reduce el riesgo de infección por microorganismos. Además gracias al aseo, el paciente tendrá una sensación de bienestar.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Google Académico: Importancia de la higiene en el paciente encamado.
- Guía de higiene y prevención de la infección hospitalaria. Editor: Fernando José López Fernández, 1998.
- Las necesidades humanas (www.uc.cl)
- www.enfermeriapractica.com
- http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/enfispo/

Capítulo 1041

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA

MARÍA AURORA FERNÁNDEZ DÍAZ

MARIÁN GARCÍA MENÉNDEZ

ROGELIA SIMÓN GARCÍA

MARÍA TERESA ALONSO HERNANDO

1 Introducción

El término Fibromialgia (FM) es el nombre utilizado, desde el siglo XIX, para rereferirse a lo que anteriormente se denominaba Reumatismo Psicogénico, Mytis, Dolor muscular, Puntos sensibles, Fibrositis o Fibromiositis Nodular.

La Fibromialgia (FM), reconocida como enfermedad por todas las organizaciones médicas internacionales y por la OMS desde 1992, afecta a entre el 2% y el 7% de la población. Es una enfermedad crónica que no tiene cura y sigue siendo objeto de investigación. Tambien se puede señalar que es una enfermedad que, aunque se puede desarrollar a cualquier edad, es más común entre las mujeres en edades comprendidas entre los 20 y 50 años.

Su etiología es desconocida y, aunque es de esperar que la investigación haga posibles nuevos avances, cada vez hay más evidencias de que podría tener una base genética. Se sabe que afecta principalmente a músculos, tendones y articulaciones, cursando con dolor crónico. Se puede decir que es una enfermedad reumatológica.

Lo que caracteriza y define a esta enfermedad es, precisamente, el conjunto de síntomas que tiene: dolor en músculos, huesos, ligamentos y articulaciones; daños en los músculos, anomalías psicológicas, problemas hormonales, alteraciones en el sueño y (con mayor intensidad) incremento de la sensibilidad al dolor de tipo neurológico. Cuando el paciente es preguntado, refiere un dolor de los pies a la cabeza, y señala que las molestias suelen aparecer y desaparecer o variar en cuanto a su intensidad.

El paciente refiere, además, lo que se conoce como "puntos gatillo": puntos sensibles que, ante el simple roce, se manifiestan en forma de dolor. Se han detectado 18 puntos en el cuerpo, localizados en tres zonas:
- Alrededor de la columna vertebral.
- Cuello, columna dorsal y lumbar
- Codos, rodillas y caderas.

Esta enfermedad puede aparecer poco a poco, sin detectarse un factor de riesgo asociado. Su origen parece estar relacionado con varios de estos factores:
- Genético: puede ser hereditaria.
- Infecciones: hay enfermedades infecciosas que la pueden agravar.
- Trauma físico o emocional: por ejemplo, un accidente automovilístico (físico) o el estrés psicológico (emocional) pueden convertirse en desencadenantes de la enfermedad.

Su diagnostico es dificil, porque se confunde con otras enfermedades. De ahí que el paciente sea reconducido de un médico especialista a otro. Aún así, una serie de criterios pueden ayudar a orientar el diagnóstico de Fibromialgia:
- Dolor generalizado, con una duración superior a tres meses.
- Presencia de otros síntomas como fatiga, cansancio al despertar y dificultad para pensar.
- Ausencia de otra enfermedad preexistente que pueda estar causando los síntomas.

Aunque existe cierta controversia, sí es cierto que hay un grupo de personas con un problema de salud, con diferentes niveles de afectación y evolución, que

son generalmente crónicos. Por eso, se debe enfocar esta enfermedad mediante una actuación sanitaria que proporcione atención integral adecuada a sus necesidades y basada en la evidencia científica.

2 Objetivos

- Difundir información.
- Mejorar la calidad del sueño, como algo fundamental.
- Mantener una actividad física gradual, combinando ejercicios específicos y fisioterapia.
- Estimular un estilo de vida que preste atención a una correcta y equilibrada alimentación.
- Contribuir a un tratamiento eficaz del dolor para disminuir la cantidad de fármacos.
- Aliviar los síntomas.
- Mantener una capacidad funcional personal, familiar y profesional, para procurar que la calidad de vida de la persona mejore o se deteriore lo menos posible.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de libros y artículos en las principales bases de datos de carácter científico, como: Google Académico, Aenfipa y Afinsyfacro; utilizando como descriptores: “Fibromialgia”, “Terapias”, “Esposoma”:
- Criterios de inclusión: Textos en español, o traducidos, de acceso libre
- Criterios de exclusión: Los contrarios a los de inclusión.

4 Resultados

Ante todo, es muy importante durante el diagnóstico descartar aspectos como hipocondría, somatización, trastorno de conversión, trastorno querulante y somatomorfo. Por el contrario, es importante estar abiertos a las nuevas aportaciones de los investigadores que buscan una explicación para su etiología y una solución para su curación.

En ese sentido, es interesante la estimación del Doctor José Rodríguez Moyano, basada en su experiencia durante más de 15 años con pacientes de Fibromialgia, según la cual en un 80% se debe a la intolerancia a la lactosa y a infecciones crónicas por el virus Epstein Barr.

Por su parte, un estudio coordinado por el Hospital Clínic-Idibaps de Barcelona, revela que las personas con Fibromialgia presentan una mayor concentración de neurotransmisores en las áreas del cerebro donde esta localizado el dolor.
Parece demostrado que estos pacientes tienen una mayor concentración de glutamato en el cerebro y en la amígdala, que es la responsable de los procesos emocionales, lo que explicaría que tengan síntomas psicológicos ya que el glutamato se acumula y no se elimina o no se transforma en Gaba (enzimas).

Por otra parte, se deberían estudiar también: los hematíes, el lactato en sangre, los ritmos circadianos y los test de permeabilidad y, aunque no existe un análisis de laboratorio que nos confirme la Fibromialgia, tener en cuenta que puede ser útil para descartar otras enfermedades con síntomas parecidos, el análisis de:
- Hemograma completo.
- Velocidad de eritrosedimentación.
- Análisis de anticuerpos antipéptidos citrulinados cíclicos.
- Anticuerpos reumatoides.
- Análisis de la función tiroidea.

Hay resultados concluyentes en los que se destaca que las personas con Fibromialgia suelen tener el sistema inmune bajo: una encima que está en los monocitos está alterada y habría alteración en las células NK. Se observa Etiopatogenia, es decir, alteraciones en el sistema nervioso central y en los neurotransmisores, y alteraciones de serotonina y noradrenalina. Ademas de otros aspectos: el dolor se transmite por la fibra de la mielina, la proteína se eleva (neuroinflamación), la sustancia P. altera el ritmo del sueño, el estrés oxidativo desequilibra la producción de oxígeno. Además, hay alteraciones gastrointestinales al haber menos bacterias.

Es un trastorno muy complejo, pero las investigaciones no cesan. Así, se ha investigado con un broncolito llamado Ambroxol que tiene la Tricostatina A, y se refieren sintomas de mejoria, aunque aún no es concluyente; y un trabajo reciente revela que los embarazos vividos en situación continuada de estrés severo podría favorecer el desarrollo de la Fibromialgia en las hijas, debido a una alteración continuada en la secreción del cortisol.

Por otra parte, aunque se puede afirmar que el resultado del tratamiento farmacológico de la Fibromialgia es totalmente decepcionante, en algunos pacientes es parcialmente efectivo. Así, aunque la Pregabalina y la Duloxetina se aprobaron para la Fibromialgia, su efectividad es baja y la Agencia Europea del Medicamento (EMEA) no ha aprobado su utilización específica para esta enfermedad.

Respecto a la afectación en las Actividades de la Vida (AVD), hay varios parámetros que miden la gravedad de la fibromialgia, el más importante es el cuestionario FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire), validado en España en 2004, que determina el impacto de los síntomas en la última semana al realizar tareas habituales, valorando diversos aspectos como: función física, estado de trabajo, bienestar, dolor, sueño, fatiga, rigidez, ansiedad y depresión.

Dada la complejidad de esta enfermedad, es necesario un equipo multidisciplinar:
- El médico de Atención Primaraia, que es el primer profesional las que el enfermo se dirige y el que lo deriva a diferentes especialistas.
- El Neurólogo, que se considera el más adecuado para tratar esta enfermedad.
- El Reumatólogo: por la relación con las artritis, particularmente las inflamatorias.

El TCAE juega un papel relevante, dentro de este equipo multidisciplinar, facilitando el trabajo del Equipo Médico y del Equipo de Enfermería (en el que se integra funcionalmente), y como apoyo para el paciente, tanto en su relación con dichos equipos, como en la ayuda y cuidados que precisa. Algunas de esas funciones son:
- Ayudar al personal facultativo y enfermero en caso de hospitalización.
- Recoger y orientar personalmente a pacientes y familiares.
- Ayudar en el aseo, vestido y alimentación de estos pacientes, cuando su estado lo requiere.
- Observar y recoger datos clínicos.
- Recoger signos y manifestaciones espontáneas, que comunica al médico o a la enfermeras.
- Fomentar el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria del paciente.
- Controlar posturas estáticas que el paciente pueda adoptar.

5 Discusión-Conclusión

Esta enfermedad es crónica y no tiene cura, por lo tanto es necesario un buen diagnóstico y una buena disciplina a la hora de abordarla: buena alimentación, ejercicio diario, buen descanso y una vida psicológicamente lo más tranquila posible.

Actualmente esta enfermedad comienza a ser fácil de diagnosticar por un médico experto que, además, sepa informar al paciente de que es poco realista esperar

por una pastilla milagrosa. En realidad se trataría más bien de indicarle la conveniencia de tomar la menor cantidad de medicación posible, porque se trata de un tratamiento a largo plazo. Lo más indicado es ofrecer al paciente toda la información, posible y pertinente, para que adopte pautas de salud encaminadas al objetivo de conseguir una mejor calidad de vida y poder mantenerse activo el mayor tiempo posible.

En este sentido hay un documento sobre Fibromialgia, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo que explica textualmente que: "El mantenimiento de una actividad laboral compatible con la evolución de la FM es de gran ayuda para el paciente en el curso del proceso. La conservación de la máxima integración en las empresas de estos pacientes requiere de una estrecha coordinación de los servicios asistenciales con los servicios de salud laboral y los servicios de recursos humanos de las empresas para evitar que una falta de comunicación origine un prematuro e inadecuado cese en la actividad laboral que, lejos de facilitar la evolución de la FM, empeore su pronóstico, cuando un ajuste adecuado a su debido tiempo de la actividad puede contribuir decisivamente a una mejoría en el pronóstico."

6 Bibliografía

- https://www.tratamientofibromialgia.com.es/
- https://www.who.int/es
- https://www.mscbs.gob.es/
- https://drive.google.com/drive/recent
- https://fibromialgianoticias.com/fibromialgia-reumatologo-o-neurologo/
- https://www.semg.es/images/documentos/guia_fibromialgia_2019.pd
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/fibromyalgia/symptoms-causes/syc-
- https://quierocuidarme.dkvsalud.es/consejos-de-salud/fibromialgia-causas-y-tratamiento
- https://biosalud.org/tratamientos-biomedicina/fibromialgia/
- https://ecocosas.com/salud-natural/fibromialgia-sintomas-tratamiento/

Capítulo 1042

TRASTORNOS DE LA SALUD. FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

EVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Al igual que los adultos, los niños y adolescentes tienen distintos temperamentos.Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la SALUD es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»(Haro,Palacín,Vilagut,Martínez, Bernal, Luque y Alonso,2006).

Algunos son tímidos y retraídos; otros son socialmente eufóricos. Algunos son metódicos y precavidos; otros, impulsivos y descuidados. Lo que determina si un niño se comporta como un niño típico o presenta un trastorno es la presencia de alteraciones y el grado de angustia relacionado con los síntomas.(Kohn,Levav,Almeida,Vicente, Andrade,Caraveo-Anduaga y Saraceno,2005).

Por ejemplo, una niña de 12 años puede estar atemorizada por la perspectiva de presentar el informe de un libro delante de sus compañeros. Este temor se consideraría un trastorno de ansiedad social si fuera lo suficientemente intenso para causar angustia y evitación significativas.(González y Pérez,2007).

Las enfermedades o trastornos mentales son afecciones que impactan su pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento. Pueden ser ocasionales o duraderas (crónicas). Pueden afectar su capacidad de relacionarse con los demás y funcionar cada día.(Trucco,2002). Los trastornos mentales no son causados por falta de carácter. No tienen nada que ver con ser flojo o débil.(Jané,2004).

El tratamiento depende del trastorno mental que tenga y qué tan grave sea. Junto al profesional se trabajará en un plan de tratamiento solo para el paciente. Por lo general, implica algún tipo de terapia. También puede tomar medicamentos. Algunas personas también necesitan apoyo social y educación para manejar su afección.(Villa,2006).

En algunos casos, es posible que necesite un tratamiento más intensivo. Si su enfermedad mental es grave o tiene riesgo de hacerse daño a si mismo o a alguien más, es posible que deba ir a un hospital psiquiátrico. En el hospital, recibirá consejería, discusiones grupales y actividades con profesionales de salud mental y otros pacientes.(Moncayo, Requena, Pérez, Salamero, Sánchez y Sirgo,2008).

La atención primaria de salud (APS) es un ámbito idóneo para el abordaje preventivo de los conflictos psicosociales y los trastornos mentales por 3 razones. La primera, porque probablemente sea, junto con la escuela, el dispositivo social con el que contactan mayor número de ciudadanos a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos.

En segundo lugar, porque múltiples investigaciones apuntan que los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos suelen consultar de forma repetida con los diversos dispositivos de APS. Y en tercer lugar, porque, a niveles pragmático y sanitario, los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los profesionales de APS tienen una peor evolución.

De ahí la importancia de una perspectiva biopsicosocial real, desde una aproximación de la atención sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad; es decir, desde una perspectiva en la cual lo "psicológico" y lo "emocional" no resulten "apeados" del modelo teórico o práctico, sino integrado en una visión holística del ser humano-consultante y comprendiendo que esa interpretación no es un adorno "humanístico" y sensible, sino un componente tecnológico, además de humano, indispensable para una aproximación asisten-

cial de calidad.

2 Objetivos

- Describir los cambios anatómicos y fisiológicos que provoca el proceso de envejecimiento en los órganos, sistemas y aparatos del ser humano.
- Analizar las consecuencias que los cambios anatómicos y fisiológicos de los órganos, sistemas y aparatos producen en las personas mayores.
- Estudiar los problemas de salud más frecuentes asociados a los cambios en los órganos,sistemas aparatos del cuerpo humano.
- Planificar el cuidado y los tratamientos aplicables a las personas mayores con trastornos de salud asociados al envejecimiento en los órganos, sistemas y aparatos.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: cuidados, transtornos, ancianos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Los trastornos mentales son comunes. Más de la mitad de todos los seres humanos serán diagnosticados con algún trastorno mental en algún momento de su vida.

5 Discusión-Conclusión

Nos parece muy importante que en el hospital exista un plan de formación y entrenamiento para los trabajadores de los centros sanitarios.La identificación y el tratamiento precoz son de suma importancia.

Las enfermedades mentales pueden afectar a cualquier persona, sin importar su edad, su raza, su religión o su clase social. El estigma que sufren las personas con

enfermedad mental y la discriminación, provoca que algunas de estas personas se muestren reticentes a recibir tratamiento médico especializado.

6 Bibliografía

- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina clínica, 126(12), 445-451.
- Kohn, R., Levav, I., Almeida, J. M. C. D., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., ... & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública, 18, 229-240.
- Villa, J. P. (2006). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados preliminares del estudio nacional de salud mental, Colombia, 2003. Revista Colombiana de Rehabilitación, 5(1), 21-33.
- González Pardo, H., & Pérez Álvarez, M. (2007). La invención de los trastornos mentales.¿ Escuchando al fármaco o al paciente. Madrid: Alianza.
-Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 40, 8-19.
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (89), 67-77.
- Moncayo, F. L. G., Requena, G. C., Pérez, F. J., Salamero, M., Sánchez, N., & Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. Medicina clínica, 130(3), 90-92.

Capítulo 1043

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO

VERONICA MENENDEZ BARROS

1 Introducción

Podemos definir las úlceras por presión como lesiones que se localizan en la piel, de origen isquémico produciendo degradación de los tejidos. El paciente encamado es aquel que tiene limitaciones para llevar a cabo las actividades básicas en su vida diaria. Existen dos tipos de factores que influyen en su aparición:
1. Factores intrínsecos entre los cuales podemos destacar: el estado general del paciente encamado, su edad, la movilidad que presente, el estado nutricional y el nivel de hidratación.
2. Factores extrínsecos podemos enumerar los siguientes: la presión, la fricción, el cizallamiento y la humedad a la que esté sometido el paciente encamado.

2 Objetivos

Analizar cómo prevenir la formación de las úlceras por presión en el paciente dependiente.

3 Metodología

Para responder al objetivo planteado se efectuó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Scielo, el buscador Google Académico y en diferentes guías de referencia.

4 Resultados

Las úlceras producidas por presión se consideran como un importante problema de salud que trae consigo graves consecuencias tanto para el paciente encamado y su entorno más cercano como al de los profesionales. Para lograr una buena prevención de las úlceras por presión en el paciente encamado debemos establecer aquellos cuidados necesarios entre los cuales podemos citar: los cambios posturales cada 2-3 h, una buena higiene e hidratación de la piel, una buena nutrición, proteger las zonas expuestas a presión y una buena protección frente a la continua humedad bien sea por incontinencia o por sudor.

Existen diversos dispositivos que nos ayudan a aliviar presión de la zona y aumentar el riesgo sanguíneo de esta, algunos de estos son colchones y/o cojines antiescaras, ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), superficies de presión alternante, etc.

5 Discusión-Conclusión

El cuidador del paciente encamado juega un papel muy importante a la hora de prevenir las úlceras por presión. Es fundamental hacer una excelente valoración para poder seleccionar el tratamiento oportuno en cada caso y así conseguir la resolución de las úlceras por presión en el menor tiempo posible. La mejor herramienta que se puede utilizar en el paciente encamado es la utilización de un colchón antiescaras, además de un exhaustivo control y observación del paciente por parte de un equipo de trabajo adecuado.

6 Bibliografía

1. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, Soldevilla- Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4. o Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado 16 mar 2019];25(4):162- Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400006&lng=es&nrm=iso

2. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. 2o Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [Internet]. 2006 [citado 16 mar 2019] ;17(3):154-72.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n3/154helcos.pdf
3. Martínez Lopez R, Ponce Martínez DE. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. Enfermería Global [Internet]. 2011 [citado 25 mar 2019; 10 (24): 60-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/clinica5.pdf
4. Martínez Delgado MM, Ramírez López C.Cardiovascular health education intervention in the Prison of Soria. Rev. esp. sanid. penit. [Internet]. 2016 [citado 04 mayo 2019]; 18(1): 5-11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-
0620201600010002&lng=es&nrm=iso
5. Blasco-Gil S. Guía clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión [Internet]. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2007. [citado 16 mar 2019]. Disponible en: http://gneaupp.info/prevencion-y-tratamiento-de-las-upp/
6. López García EP. Puesta al día: cuidador informal. Rev. Enferm. CyL [Internet]. 2016 [citado 19 mar 2019]; 8 (1): 71-77. Disponible en: http://www.revistaenfermeriacyl.com

Capítulo 1044

LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS PARA UNA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARESDE ENFERMERÍA EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO

VANESSA GARCIA PINTUELES

BORJA SUAREZ CORRAL

IRENE VIVAS PAREDES

1 Introducción

La higiene ambiental influye en gran medida en el control de las infecciones en el medio hospitalario. Hoy en día se sabe que algunos reservorios ambientales pueden ser el origen de colonización de pacientes y manos de trabajadores de hospital, además de brotes de infección nosocomial, por lo que todo el material que rodea al paciente y usamos como herramienta de trabajo debe ser sometido a limpieza muy estricta.

Las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias son uno de los problemas más importantes dentro del ámbito hospitalario y se trata de las que son contraídas por el paciente dentro del centro hospitalario. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) estarían dentro de éste tipo de infecciones las que no se habían manifestado ni estaban en periodo de incubación, es decir , las infecciones

que se adquieren durante el periodo que el paciente se encuentra hospitalizado y no sean la causa del ingreso. También serán consideradas infecciones nosocomiales las contraídas por el personal del centro a causa de su trabajo o exposición. La erradicación total de las infecciones nosocomiales es muy difícil, aunque es muy importante reducir su tasa de prevalencia y su incidencia.

Aproximadamente un 40% de las infecciones nosocomiales se podrían reducir si fueran aplicadas las medidas de prevención correctas. En la actualidad de apuesta por medidas de prevención universales como la limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario, la correcta higiene personal o el uso adecuado de antisépticos y desinfectantes. Además resulta clave el aislamiento hospitalario impidiendo el contagio hospitalario. Las medidas de prevención están basadas generalmente en la actuación del personal hospitalario, resulta muy importante la concienciación del personal.

Los errores más habituales en la higiene hospitalaria son los siguientes: ausencia de normas por escrito de la higiene hospitalaria, ausencia de sistemas de control de calidad en los métodos de higiene, falta de formación del personal que realiza las tareas de higiene, falta de control de calidad en los productos usados para la higiene, utilización inadecuada de los desinfectantes, y mezcla errónea de diferentes productos de limpieza como detergente y lavandina.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento del lavado de manos para reducir infecciones transmisibles.

3 Metodología

Revision bibliográfica en distintas bases de datos, revistas, Google Académico utilizando los siguientes descriptores de búsqueda: personal sanitario, lavado de manos, asepsia, infeccion y transmisible.

4 Resultados

La higiene de manos es el método más eficaz para la prevención en la transmisión de microorganismos entre el personal y los pacientes, así como las transmisión de infecciones nosocomiales. Los microorganismos patógenos son transportados

en las manos de los trabajadores desde pacientes infectados por lo que ésta es la vía más común de infecciones cruzadas y de brotes epidémicos en el medio hospitalario. Existen estudios que demuestran que el lavado de manos se realizaron menos frecuencia de lo deseado por lo que la promoción del lavado de manos en el ámbito hospitalario resulta realmente importante para evitar las infecciones nosocomiales.

El lavado de manos con agua y con jabón se realizará con agua tibia y con jabón neutro durante al menos 40 segundos.El secado de manos se hará con toalla desechable. Se deberá cerrar el grifo con la misma toalla, nunca con las manos. La técnica del lavado de manos con agua y jabón es la siguiente: mojar las manos con agua, depositar en la palma de la mano el jabón necesario y frotar las palmas entre sí, frotar la palma de mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando y viceversa. A continuación frotar las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados y lo siguiente será frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos además de frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo agarrándolo con la palma de la mano derecha y viceversa. También habrá que que frotar las puntas de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa, enjuagar las manos con agua tibia seguidamente secar las manos con una toalla de un solo uso y utiliza esta para cerrar el grifo.

5 Discusión-Conclusión

Realizar una correcta higiene de manos del lavado de manos es muy importante a la vez de eficaz, tanto antes como después de estar en contacto con el paciente reduce una gran cantidad de infecciones que a veces ignoramos.

6 Bibliografía

- http://www.funlarguia.org.ar/Herramientas/Guia-de-Prevencion-de-Infecciones-Intra-Hospitalarias/Higiene-hospitalaria
-
- https://es.wikipedia.org/wiki/Infecci%C3%B3n_nosocomial
- https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27120/importancia-de-la-higiene-de-manos-en-el-ambito-sanitario/

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000600001
- http://enfermariacoruna.es/documentos/estudios/grado/7.1.Regulamentos_normativas_de_estadias_clnicas/protocolo_higiene_manos_pendiente_aprobacion.pdf

Capítulo 1045

LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL

MARIA AMOR QUETZAL GONZALEZ RODRIGUEZ

MARIA AURORA FERNANDEZ PEREZ

MIRIAM COTO BEGEGA

JUDITH GARCIA BENITO

SUSANA LÓPEZ CARRO

1 Introducción

El Auxiliar de Enfermería es la persona encargada de porporcionar la atención básica al paciente y asistir a enfermera o médicos en tareas cotidianas. Sin duda, se trata de una profesión vocacional con la que podrás convertir tu afán por ayudar a los demás en un trabajo.Más allá de ser simples asistentes, un auxiliar de enfermería con buena preparación es un valor en alza para la sociedad, cuando hablamos de las tareas en materia de salud que desarrolla un profesional, habitualmente nos centramos en la figura del médico. Hay que reconocer que esta es una profesión a la que tenemos que agradecer muchas cosas, aunque solemos olvidar que los médicos no están solos, sí no que siempre tienen el apoyo de un cuerpo de profesionales a los que les debemos mucho. El auxiliar de enfermería ha logrado evitar muchas muertes a lo largo de la historia, además de mejorar de forma importante la calidad de vida de todos nosotros.

Quien decide dedicarse a la enfermería lo hace claramente por vocación, es algo con lo que algunos dicen que se tiene que nacer, ya que en ocasiones la situación no es lo mas propicia, sin embargo, continúan trabajando e innovando. Este es posiblemente el aspecto menos conocido de quienes han estudiado y ejercen esta profesión. Muchas de las cosas que hoy damos por sentadas en centros de rehabilitación, hospitales, e instalaciones similares, en las que se cuida nuestra salud, son el fruto de la observación, el esfuerzo y la aplicación de fórmulas dirigidas siempre a la mejora de los resultados en el cuidado de pacientes, en definitiva, lograr una mejor calidad de vida de la sociedad.

2 Objetivos

- Aplicar enemas de limpieza.
- Asear a los enfermos que no puedan higienizarse por sí solos, asistiendo al personal auxiliar sanitario titulado.
- Asistir a embarazadas, parturientas, y recién nacidos.
- Brindar apoyo psicológico y acompañamiento de los pacientes. No es una función específica, pero en la práctica, todo auxiliar de enfermería se convierte en una fuente de contención para los enfermos.
- Conducir a los enfermos a los distintos servicios y plantas, dentro de un centro de salud, centro de cuidados paliativos o residencia geriátrica.
- Conservar limpio y disponible el material sanitario.
- En general, facilitar las funciones del médico, enfermero o ayudante técnico sanitario.
- En Radiología, ayudar en la preparación de los aparatos y en aquellas tareas en las que se requiera su labor.
- Limpieza de la habitación de los pacientes.
-Llevar un control de la ropa de cama, clasificarla, distribuirla, y enviarla al lavadero.
- Por indicación y a pedido del personal auxiliar sanitario titulado, bajo su supervisión podrá administrar medicamentos por vía oral y rectal.
- Preparar el material necesario para llevar a cabo las curas, vendas o apósitos, por ejemplo.
- Recoger los datos termométricos de cada paciente.
- Servir la comida y dar de comer a aquellos que lo requieran.
- Tender la cama de los enfermos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio de tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos de Google Académico.

4 Resultados

Todas las profesiones relacionadas con la salud y su cuidado tienen una gran demanda en nuestra sociedad a pesar de vivir en una era tecnológica, padecemos enfermedades y las consecuencias de la edad avanzada, por lo que es necesario contar con profesionales en el cuidado y bienestar. Esta es una de las razones de por que formarse como TCAE es interesante. A nivel laboral, es una profesión con grandes salidas, el envejecimiento de la población se hace patente, así como el hecho de que la esperanza media de vida aumenta, requiriendo más cuidadores que conozcan bien su profesión y sepan trabajar por el bien de la sociedad, especialmente los ancianos.

5 Discusión-Conclusión

Nuestra sociedad avanza a un ritmo imparable, es verdad, sin embargo hay tareas que requieren de un esfuerzo continuado, concienzudo, para que una persona las pueda realizar, por ello la formación de las auxiliares de enfermería es hoy tanto o más importante que cuando se empezó a implementar.

El papel de un auxiliar de enfermería en un hospital es muy completo y engloba una gran cantidad de labores fundamentales para los cuidados del paciente y para la propia organización del personal sanitario, entre sus funciones más importantes esta la dotación de cuidados auxiliares al paciente y la actuación para las condiciones sanitarias de su entorno como miembro del equipo de enfermería.

La salud física y psicológica del paciente es una responsabilidad general para todos los miembros del equipo sanitario, pero cobra especial importancia en las labores del auxiliar de enfermería ya que esta figura tiene un contacto directo con las necesidades del mismo y debe aportar ciertos conocimientos específicos para ofrecer el apoyo sanitario y psicológico necesario para la correcta evolución de la persona convaleciente. Esto se traduce en que el auxiliar de enfermería debe estar formado en los fundamentos de psicología generales y evolutivos, debe tener herramientas para una correcta relación con el paciente basadas en una clara

comunicación y humanización del trato, y debe conocer los estados psicológicos de los pacientes en situaciones especiales para afrontarlos con profesionalidad como pieza fundamental del tratamiento.

6 Bibliografía

- https://www.revista-portalesmedicos.com
- https://www.medac.es
- https://www.diarioenfermero.es
- https://www.educaweb.com

Capítulo 1046

EL PACIENTE ENCAMADO

MARÍA DE LOS ÁNGELES SUÁREZ CONDE

1 Introducción

Es el paciente que está obligado a permanecer inmóvil en la cama. Algunos de los más comunes son los anciano impedido, un accidentado, un enfermo terminal, etc. Esta falta de movilidad favorece alteraciones en al circulación y puede provocar:
- Tromboflebitis, trombosis y embolias pulmonares.
- Infecciones respiratorias por la retención de mucosidades por la falta de ventilación pulmonar.
- Pérdida de masa muscular, atrofia de los músculos, desarrollo de osteoporosis por pérdida de masa ósea.
- Rigidez articular, generando pérdida funcional y dolor.
- Aparición de úlceras por presión (UPP); que son lesiones en la piel que cursan con pérdida de masa cutánea y que pueden tener distintos grados de profundidad, pudiendo llegar hasta el hueso.

2 Objetivos

- Prevenir la aparición de la enfermedad mediante una inmovilización precoz.

3 Metodología

- Atender las necesidades del enfermo debidas a la enfermedad o accidente.

- Conseguir que el paciente tenga una buena alimentación con una dieta equilibrada y una buena hidratación.
- Estimularlo para lograr la mayor autonomía posible, la máxima movilidad durante el mayor tiempo posible. Realizar ejercicios físicos según las necesidades de la persona.
- Hacer ejercicios respiratorios para mejorar la respiración y mover las secreciones.
- Evitar la misma postura, se deben hacer cambios posturales cada dos o tres horas.
- Por la noche mantenerlo en un correcto alineamiento corporal, se pueden utilizar colchones antiescaras, etc. Por la noche es mejor situarlo decúbito lateral para favorecer la respiración y el sueño.
- Las zonas del sacro, talones, codos y las zonas donde realizan presión los huesos son las más expuestas a sufrir úlceras.

4 Resultados

- Conocer y evitar las complicaciones en un enfermo encamado.
- Estimulando su movilidad dentro de lo posible (movilidad activa o pasiva), dependiendo de la enfermedad de la persona. Cuidando su alimentación y su hidratación, no menos de un litro y medio de agua al día. Procurando los cambios posturales para evitar úlceras por presión.
- Procurar que duerma confortablemente. El baño les alivia el dolor y el prúrito provocado por la piel seca.

5 Discusión-Conclusión

El enfermo encamado, aunque no se pueda comunicar verbalmente, puede tener comunicación no verbal con la mirada, se debe mirar y decirle a la persona lo que vamos a hacerle, ya sea bañarlo o hacerle un cambio postural, etc. Le estamos quitando una parte de su intimidad física y psíquica.

6 Bibliografía

- Comunidad de Madrid. Guía de recomendaciones al paciente enfermo encamado y falta de movilidad.

Capítulo 1047

EL ICTUS

SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ

ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ

1 Introducción

Es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También se le conoce como ACV. Esto ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coagulo, por ello parte del cerebro no consigue el flujo de sangre, glucosa y oxigeno por lo que no pueden funcionar las celulas nerviosas y mueren transcurridos unos minutos.

El ictus es la segunda causa de muerte mas frecuente en nuestro país y la primera en mujeres. Comprende el 70% de ingresos en neurología en nuestro país y se prevé que esto aumente debido al crecimiento de la población envejecida.

Los factores que aumentan las causas de sufrir un ictus son la edad avanzada, el sexo, siendo en mujeres es mas grave, la herencia, haber sufrido un ictus recientemente, tener la presión sanguínea alta, fumar, diabetes, enfermedad cardíaca, glóbulos rojos elevados, consumir alcohol en exceso o consumir drogas.

2 Objetivos

- Conocer los síntomas que produce el ictus para que podamos identificarlo y ayudar en caso de que se produzca.

3 Metodología

A través de la escala de Cincinnati se puede saber cuando una persona esta sufriendo un ictus a través de 3 comprobaciones: asimetría facial, se hace sonreír al paciente para ver si ambos lados se mueven igual, fuerza en los brazos, se le indica que estire los brazos durante 10 segundos en caso anormal uno no se mueve o se cae, y el lenguaje se le indica que hable en caso anormal arrastra las palabras.

Cuando se reconocen los síntomas y signos se deben activar los servicios de emergencia, transporte rápido de emergencia y prenotificación al hospital, llevar al paciente a la Unidad de Ictus, realizar el cuidado y evaluación del paciente durante el transporte al hospital, recibir el diagnóstico rápidamente para que esté bajo vigilancia intensiva, en ocasiones se debe recurrir a la cirugía para eliminar el coagulo que bloquea las arterias.

4 Bibliografía

- www.ictusfederacion.es
- www.anticoagulante.es
- https://cuidateplus.marca.org

Capítulo 1048

LOS CUIDADOS POST MORTEM Y SUS EFECTOS SOBRE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ISABEL LAFUENTE GARCÍA

MARIA DEL CARMEN VAZQUEZ ANTUÑA

MARÍA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ HEVIA

MARIA JESUS MARTINEZ FERNANDEZ

MARTA ROSA PÉREZ GARCÍA

1 Introducción

El personal sanitario desempeña unas funciones fundamentales en la recuperación del paciente. Incidirá directamente, a través de la atención asistencial, en su rehabilitación tanto física como psicológica y emocional, influyendo en su posterior mejoría a corto y largo plazo. Por ello, el personal sanitario debe disponer de una serie de habilidades y capacidades que le permitan implicarse en la ejecución correcta de sus funciones, tales como: empatía, dinamismo, fortaleza o racionalidad. Generar y aplicar dichas competencias, no es fácil ni sencillo, pues los planes curriculares no suelen contemplar el trabajo de las mismas más que a un nivel teórico (García Solís, Araujo Nava, García Ferrer y García Hernández, 2014).

Estas cualidades no sólo permitirán un adecuado desarrollo de sus tareas como generadores de cuidados, sino que además podrán proteger al propio trabajador en situaciones de estrés y ansiedad, habituales en centros sanitarios. La exposición al sufrimiento y a la muerte puede dar lugar a problemas importantes en caso de que el sanitario no sepa afrontar y gestionar de manera adecuada las emociones negativas (Wilson y Kirshbaum, 2011).

En este sentido, los cuidados a pacientes críticos y post mortem se han ligado, de manera clásica, al desarrollo de trastornos ansioso-depresivos en el personal que los desarrolla. Situaciones en las que el propio profesional acaba sumido en un duelo, son habituales en los centros sanitarios. Así pues, para ser profesional de esta área no solo basta con un conocimiento técnico, sino que será fundamental disponer de una especial sensibilidad, así como de habilidades sociales que le permitan afrontar con eficacia una situación de la complejidad expuesta (Hernández-Arzola, 2014).

2 Objetivos

- Exponer las funciones del TCAE en los cuidados post mortem.
- Conocer el nivel de afectación que este tipo de cuidados pueden conllevar.
- Prevenir los trastornos emocionales asociados a los cuidados post mortem

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: TCAE, auxiliar de enfermería, cuidados post mortem, trastornos, consecuencias, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 16 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper. Se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 7 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 9 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 4 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 5.

4 Resultados

1. Funciones del TCAE en los cuidados post mortem
Los cuidados post mortem son aquellos que el TCAE realiza a la persona fallecida tras haber certificado la muerte de manera oficial. El TCAE deberá aplicar adecuadamente una serie de pautas en el caso que nos ocupa: colocar el cuerpo en decúbito supino, con las extremidades extendidas; mantener su boca cerrada y su cabeza apoyada sobre una almohada; cerrar sus párpados, presionando levemente con un algodón empapado en alcohol, con el objetivo de que no se abran; asear el periné en caso de ser preciso.

El TCAE debe tener en cuenta que, para poder llevar a cabo estos cuidados, lo mejor y más adecuado es que el rigor mortis aún no haya aparecido, pues esto dificultaría la ejecución de los mismos.

Finalmente, este profesional debe tener un especial cuidado en mantener una correcta higiene durante todo el procedimiento, garantizando al fallecido un cuidado respetuoso que asegure su dignidad.

2. Afectación psicológica del TCAE derivada de los cuidados post mortem
Los diversos artículos analizados coinciden al determinar que los profesionales que desarrollan cuidados en las unidades de paliativos y post mortem presentan un mayor nivel de cansancio emocional en relación a los profesionales de otras áreas. A este respecto, el desarrollo de trastornos emocionales y que, en última instancia, pueden dar lugar al Síndrome de Burnout, se encuentran influyendo varias variables que incrementan su prevalencia: inestabilidad laboral, poca experiencia en el puesto y juventud. La realización personal también se detecta más reducida en este personal, especialmente en los turnos de noche, encontrándose directamente asociado un menor número de trabajadores a la nocturnidad.

Finalmente, se halla que las discusiones entre compañeros y con familiares del paciente, incidirán de manera negativa en el trabajador, promoviendo que aparezcan altos niveles de ansiedad y estrés.

3. Prevención de trastornos emocionales asociados a los cuidados post mortem
A nivel preventivo, se encuentra que las medidas a aplicar deben pasar por mejorar la situación laboral del trabajador, reduciendo la incertidumbre ante la misma. Asimismo, incorporar personal en las horas nocturnas también incidirá positivamente.

Por otro lado, la formación del TCAE debe pasar por incluir en sus aprendiza-

jes el desarrollo de capacidades que le permitan reconocer aquellas señales emocionales indicadoras de una mala gestión de la situación, capacitándole de forma añadida en habilidades de afrontamiento adecuadas.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el TCAE es una figura fundamental dentro de los equipos multidisciplinares, especialmente en las áreas analizadas. La aplicación de los cuidados post mortem debe realizarse de forma apropiada, con una sensibilidad especial por parte del sanitario, debiendo atender asimismo a su propio autocuidado personal.

Como propuesta de futuro, analizar el grado de inteligencia emocional del que disponen los sanitarios que trabajan en las unidades de cuidados paliativos y que realizan los cuidados post mortem, puede ser interesante para determinar la importancia de este factor.

Por otro lado, los estudios analizados son pocos y, en general, la figura del TCAE no es estudiada en profundidad, sino que se compara con el grupo más frecuente analizado, que es el personal de enfermería. En este sentido, prestar una mayor atención al profesional auxiliar de enfermería es esencial, pues es quien se encarga de los cuidados básicos del paciente, en su mayor medida, y quien de manera más continuada interactúa con él. Por ello, el desgaste profesional y estrés generado tras un fallecimiento, puede presuponerse mayor.

6 Bibliografía

- Allauca Miranda, J. N., & Badillo Valle, G. V. (2019). Intervenciones de enfermería y su incidencia en los cuidados postmortem del área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda–Bolívar, periodo mayo–septiembre del 2019 (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2019).
- Espinoza Venegas, M., & Valenzuela Suazo, S. (2011). Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica. Revista Cubana de Enfermería, 27(2), 141-150.
- García Solís, B., Araujo Nava, E., García Ferrer, V., & García Hernández, M. (2014). Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. México, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Gómez Cantorna, C., Puga Martínez, A., Mayán Santos, J. M., & Gandoy Crego,

M. (2012). Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos. Gerokomos, 23(2), 59-62.
- Hernández-Arzola, L. I. (2014). Muerte, atención post mórtem y su efecto en el profesional de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 22(1), 1-3.
- Orozco-González, M. Á., Tello-Sánchez, G. O., Sierra-Aguillón, R., Gallegos-Torres, R. M., Xeque-Morales, Á. S., Reyes-Rocha, B. L., & Zamora-Mendoza, A. (2013). Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado. Enfermería universitaria, 10(1), 8-13.
- Porcel, J. B. L. (2011). Cuidados auxiliares básicos de Enfermería. Editorial Vértice.
- Pulgar Vargas, T. S. (2019). Cuerpo muerto y ética: responsabilidades éticas del equipo de enfermería en los cuidados post mortem.
- Vásquez Brito, J. E. (2011). Técnica de los cuidados postmortem.
- Wilson, J., & Kirshbaum, M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. British journal of nursing, 20(9), 559-563.

Capítulo 1049

LA HIGIENE HOSPITALARIA

BEGOÑA AMIROLA GOIKOETXEA

ADRIÁN LÓPEZ QUINTANILLA

BEATRIZ MARTINEZ ÁLVAREZ

FRANCISCO JAVIER PEDRACES FRESNO

1 Introducción

La higiene y saneamiento de los hospitales es la primera de las áreas temáticas de la cartera de servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública que hace algunos años elaboraron conjuntamente la Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Las competencias en materia de higiene y saneamiento incluyen en la parte general la elaboración de normas y el control de calidad de la limpieza de los centros sanitarios, la desinfección y esterilización del material e instrumental médico quirúrgico, la gestión de residuos sanitarios, la desinsectación, desratización y desinfección (DDD) del centro sanitario. las normas para la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la prevención y el control de las infecciones nosocomiales, que van desde la política de aislamiento de los pacientes con determinados procesos infecto-contagiosos, la preparación del paciente quirúrgico, hasta la redacción de normas para la prevención de infecciones urinarias asociadas al sondaje, así como otras normativas sobre actuaciones que se incluyen entre las medidas de eficacia demostrada, cuya principal referencia fue la publicación de Eickof en 1980.

2 Objetivos

- Prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Prevención de infecciones urinarias asociadas al sondaje.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico y Medline. Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de la higiene hospitalaria. Se utilizaron descriptores con los conceptos claves utilizadas en la búsqueda: salud, infecciones nosocomiales, higiene hospitalaria, prevención y control de infecciones.

4 Resultados

La higiene y saneamiento del hospital conlleva la realización de controles de microbiología ambiental y de la calidad de las aguas, tanto de las de suministro general como las de la piscina de rehabilitación y tanque de fisioterapia y las de las torres de refrigeración. Es importante a su vez el asesoramiento en cuestiones de ingeniería que tengan relación con el mantenimiento de la higiene y el medio ambiente sanitario adecuado. Haciendo referencia a la limpieza del hospital, es conveniente recordar que en caso de producirse una huelga de los servicios de limpieza del hospital, es el servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública el que debe de fijar los servicios mínimos a realizar por el equipo de limpieza, con la finalidad de que el hospital pueda mantener su actividad diaria con una garantía suficiente de higiene en su labor asistencial. Esta competencia de fijar los servicios mínimos ha sido con frecuencia suficiente para que se paralice la huelga, y en ello tenemos experiencia.

Es muy importante señalar que otros servicios y unidades del hospital han ido ampliando sus actividades asistenciales en los últimos años, y determinados gestores sanitarios, por comodidad o desconocimiento, o bien por el afán de promoción de algunos profesionales, han recurrido a ellos, aunque con frecuencia, en caso de duda o ante determinadas situaciones, vuelven a solicitar el asesoramiento del servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.

El servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública junto con el servicio de Protección Radiológica era un servicio de asesoramiento a la Dirección-Gerencia del

centro. Este es el puesto que corresponde y que han ocupado en aras de la mejor calidad asistencial de los centros sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública debe desempeñar las actividades que le confiere la cartera de servicios, y que son consecuencia de la formación de sus profesionales y de su experiencia asistencial desde los años setenta. Entre estas actividades, la higiene y saneamiento del hospital ocupa un lugar destacado, es una parcela asistencial que otros profesionales de los centros sanitarios no pueden ocupar ni por experiencia ni por formación. Los facultativos de medicina preventiva y salud pública son los expertos en higiene hospitalaria y a quienes se debe recurrir, porque son los gestores los que deben conocer cuáles son las competencias de cada servicio en los centros sanitarios.

6 Bibliografía

1. Eickhoff TC. Nosocomial infections. A 1980 view: progress, priorities and prognosis. Am J Med 1981; 70: 381-388. 2. Mariano A, Alonso S, Gavrila D et al. 2. Niveles de evidencia en la prevención y control de la infección nosocomial. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica 1999; vol 17 (Supl 2):59-66.
3. Recomendaciones para la prevención y el control de la legionelosis. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1998.
4. Manual de Buenas Prácticas Higiénico-Sanitarias en Comedores Colectivos. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
5. Comisión de Infecciones del Hospital Clínico San Carlos. Guía para el control de la infección hospitalaria. 1997.

Capítulo 1050

COMUNICACIÓN ENTRE PACIENTE Y PERSONAL SANITARIO

LORENA POSADO CARRO

FRANCISCO RODRIGUEZ HERRERA

MARIA GARCIA GUAZA

1 Introducción

Antiguamente la comunicación entre los pacientes y los profesionales sanitarios no ha ocupado un papel relevante en el entorno de la salud, pero la tendencia esta cambiando porque el paciente demanda mas información y el personal sanitario tiene mas interés por aprender estrategias de comunicación.

2 Objetivos

- Cpomunicas la información al paciente de manera precisa para que pueda controlar la enfermedad.
- Tratar de que el paciente comprenda al profesional y así pueda asumir con responsabilidad su situación y los cuidados a los que ha de someterse.

3 Metodología

Los factores que determinan la satisfacción por parte de los pacientes del personal sanitario son:

- Accesibilidad: Los pacientes valoran contactar con facilidad con el centro de salud.- Comprender al paciente: Las necesidades que los pacientes manifiestan han de ser comprendidas y valoradas.
- Capacidad de respuesta: los usuarios de los servicios sanitarios aprecian una abierta disposición para atender.
- Comunicación: los pacientes valoran que los profesionales les escuchen.
- Credibilidad: los pacientes buscan que los profesionales sean competentes y transmitan credibilidad y veracidad.
- Cortesía: los pacientes quieren que los profesionales sean respetuosos, atentos y amables con ellos.
- Implicación: el profesional tiene que empatizar con el paciente.
- Profesionalidad: factor imprescindible para la prestación de servicios de calidad.

Estos factores se les denomina variables intangibles ya que son conductas que contribuyen tanto a la conformación de la percepciones del paciente como al valor que adquiere el centro sanitario.

La familia y amigos del paciente desempeñan un papel importante durante el desarrollo de la enfermedad. El paciente sobrelleva mejor sus dudas cuando las comparte con las personas a las que quiere. La presencia de familiares y amigos es importante antes de la consulta, durante la consulta y tras el encuentro profesional.

Es conveniente que los profesionales sanitarios identifiquen a la persona que se va a hacer cargo del paciente que en muchas ocasiones se le ha de ofrecer una información mas detallada.

El nuevo modelo de Medicina incluye una practica centrada no solo en la enfermedad sino también el paciente desde el punto de vista psicológico y social.

Existen varios modelos de profesionales sanitarios:
- Modelo tecnológico: el sanitario es un proveedor de un servicio.
- Modelo de asociación: el sanitario y el paciente persiguen el mismo objetivo.
- Modelo sacerdotal: existe una relación paternalista.
- Modelo contractualista: las obligaciones y los beneficios son negociados por ambas partes.
- Modelo autoritario: los profesionales sanitarios imponen sus decisiones.
- Modelos del guerrero: el paciente permanece pasivo ante el médico que considera que la enfermedad es el enemigo.

- Modelo gerencial: participan el resto del personal sanitario de manera que se reduce la presión sobre el médico.

4 Resultados

Existen diferentes manuales de técnicas de comunicación. Como ejemplo vamos a destacar algunos puntos del Manual de estilo de los profesionales del Servicio Gallego de Salud:
- El objetivo de este manual es ser un instrumento de mejora de la comunicación útil como referente y recordatorio para todos.
- El derecho a la información es fundamental y así se recoge en varias leyes: Constitución Española, Ley 14/1986, Ley 41/2002.
- Tanto el derecho a la confidencialidad como el derecho a la intimidad están directamente relacionados con los sistemas de comunicación y de información.
- La ciudadanía se considera satisfecha cuando percibe que los profesionales se han preocupado de que no tenga que esperar mucho, cunado considera que se le permita exponer su problema, cuando cree que el profesional ha demostrado honestidad y sinceridad con ella, cuando se le informa con palabras sencillas y cuando considera que recibe trato respetuoso.
- Es importante que las actividades programadas se inicien sin retraso.
- La comunicación y la conducta están íntimamente relacionadas.
- Las habilidades de comunicación son especialmente importantes cuando las personas se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales no son proveedores de la salud, son personas. Los pacientes no son clientes o productos, son personas. Partiendo de estas premisas las personas tienen emociones y el medio de relacionar las emociones de los profesionales y los pacientes es la comunicación.

6 Bibliografía

- www.msdsalud.es
- www.sedisa.net
- Sergas.

Capítulo 1051

PSIQUIATRIA, ZONA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

EVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la psicogeriatría como la rama de la Psiquiatría, que se ocupa de los trastornos mentales, sean de origen orgánico o funcional,que afectan a las personas de más de 65 años de edad (OMS, 1996). Es una disciplina biopsicosocial que estudia los aspectos psicológicos y psiquiátricos del anciano.(Ruiloba y Pascual, 2015).

Aunque en la tercera edad pueden darse los mismos trastornos psiquiátricos que en otras edades, destacan las demencias y las depresiones como patologías características que van a marcar la evolución y/o muerte del anciano (Gabbard y Horigian,2002).

Existe un grupo de síntomas comunes en varios trastornos y que aparecen de forma habitual, formando siete grandes síndromes psicogeriátricos: confusión, alteración de la memoria, alteración del estado de ánimo, problemas de sueño, ansiedad,hipocondriasis y suspicacia (Delgado, 1953).

Es importante aclarar que los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales inherentes al envejecimiento no deben ser considerados una patología, sino como una modificación individual, paulatina e irreversible que requiere de una readaptación biopsicosocial (Braunstein,2013).

Relacionados con la modificación de las estructuras cerebrales (cambios anatomofisiológicos del sistema nervioso y los órganos de los sentidos), con la modificación de las funciones cognitivas y con la modificación en la afectividad. Los trastornos neuróticos se caracterizan por una alteración mental, duradera o recurrente, cuyo síntoma fundamental es una respuesta más o menos específica de ansiedad.
La ansiedad es un estado de activación del sistema nervioso, producido por un estímulo externo o producto de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral,lo que produce una serie de síntomas.

Los trastornos relacionados con la ansiedad son muy frecuentas en psiquiatría y en los ancianos pueden resultar difíciles de tratar. La ansiedad no siempre es identificada como tal y puede quedar enmascarada en somatizaciones diversas. La ansiedad acompaña a muchos cuadros clínicos tanto psiquiátricos como físicos, pero también puede ser el síntoma principal de trastornos específicos.
Los trastornos de personalidad en el anciano son frecuentes, aunque poco estudiados.

Los pacientes con trastornos de personalidad tienen más dificultades de adaptación social, debido a los propios cambios del envejecimiento que hacen que se mantengan en un constante periodo de adaptación.

Con la edad se producen en el sueño, aumentando el número de despertares, el sueño se hace más fraccionado y disminuye el sueño profundo, lo que hace frecuente las alteraciones del sueño en pacientes de edad avanzada (> 65 años) y sobretodo en mujeres.

Las conductas suicidas son uno de los problemas principales de salud pública en nuestro país. Según la nota de prensa publicada el 20 de Marzo de 2012 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2010, el suicidio fue la primera causa externa de defunción, con 3.145 muertes (2.456 hombres y 689 mujeres), de las cuales, 992 muertes por suicidio ocurrieron en personas mayores de 64 años.

2 Objetivos

- Establecer un espacio seguro y tranquilo, para evitar riesgos de autólisis y de desesperación del paciente.
- Asegurar la ingesta de líquidos y otros nutrientes, lo más adecuados posibles y teniendo en cuenta sus preferencias.

- Registrar todas las ingestas y eliminaciones, para evitar estreñimiento o hiponutrición.
- Facilitar el sueño reparador nocturno programando una actividad diurna, evitando largas estancias en la cama o reposo.
- Limitar el consumo de bebidas estimulantes.
- Suplir al paciente en autocuidados únicamente cuando sea estrictamente necesario, procurando una buena imagen. Favorecer la comunicación.
- Gratificar sistemáticamente cada progreso del paciente, por mínimo que sea.
- Favorecer la incorporación a actividades grupales, terapia ocupacional, etc.
- Facilitar la expresión verbal y no verbal de los sentimientos.
- Ayudarle a comprender lo universal y frecuente de la situación depresiva.
- Facilitar el cumplimiento terapéutico.

3 Metodología

Esta revisión se ha obtenido de diferentes objetos base ,como Pubmed,Dialnet,Medline, etc. y se han realizado búsquedas bibliográficas en Google Académico con diferentes artículos la narración del TCAE. El tiempo requerido para obtener estos resultados fue todo lo que abarca la historia hasta la fecha 2019 omitiendo todo aquello que no estuviera en Español.

4 Resultados

La depresión y la demencia son enfermedades muy frecuentes en el anciano, lo que hace que en ocasiones un número considerable de personas padezca ambas. Además, algunos problemas cerebrales como los infartos múltiples pueden dar lugar tanto a depresión como a demencia. Otra situación frecuente es que algunas personas con demencia incipiente se deprimen al darse cuenta de que están perdiendo sus facultades mentales. Dado el carácter extremo de la medida y que se trata de una intervención no carente de riesgos, hay que garantizar que su uso sea realmente excepcional y que cuando la contención mecánica sea realmente necesaria, su duración sea lo más breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En muchas ocasiones resulta difícil distinguir entre demencia con depresión secundaria y depresión con pseudodemencia secundaria, siendo frecuente que el diagnóstico se establezca según el curso clínico.

6 Bibliografía

- Ruiloba, J. V., & Pascual, C. B. (2015). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Elsevier Masson.
- Kaplan, H., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1999). Sinopsis de psiquiatría. Medica.
- Gabbard, G. O., & Horigian, V. (2002). Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Médica Panamericana.
- Delgado, H. (1953). Curso de psiquiatría. Impr. Santa Maria.
- Braunstein, N. A. (2013). Clasificar en psiquiatría. Siglo XXI.
- BUJAN, Y. S. ACTUACION DEL TCAE ANTE UN PACIENTE CON CONTENCION MECANICA.
- DELGADO, M. J. C., LÓPEZ, I. S., & MOLINA, Y. G. EL TCAE CUIDANDO LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ.

Capítulo 1052

EL DELIRIUM EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

TANIA GONZÁLEZ ORTIZ

ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN

IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ

1 Introducción

El delirium es un síndrome de inicio súbito y evolución breve que mejora rápidamente si se identifican y eliminan los factores de riesgo cuanto antes, tiene una elevada prevalencia en el medio hospitalario y un impacto negativo debido a sus consecuencias, creando un sentimiento negativo tanto en pacientes como en su entorno.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia en la prevención del delirium y conocer los factores de riesgo y enumerar las actividades asistenciales encaminadas a disminuir su incidencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Deterioro cognitivo: valorar el estado mental, estimulación cognitiva.
- Privacion del sueño: respetar los periodos de descanso, acondicionamiento del entorno.
- Inmovilizacion y dependencia funcional: minimizar factores en la inmovilización, movilización precoz.
- Privacion sensorial: gafas, audífonos, luz especial.
- Sepsis: detectar precozmente signos de infección y aplicar tratamiento.
- Polimedicacion: revisar medicación hospitalaria y domiciliaria.
- Dolor no controlado: manejo eficaz del dolor.

5 Discusión-Conclusión

Se estima que un 30% de los ancianos hospitalizados presentan delirium, siendo este síndrome prevenible y reversible. El rol de la enfermería es esencial en la detección, diagnóstico, prevención y tratamiento por la relación integral con el paciente y familia. es esencial realizar actividades encaminadas a evitar la aparición, en la medida de lo posible, de todos aquellos factores de riesgo que se pueden identificar, así como demostrar la necesidad de elaborar un protocolo de actuación para la prevención del delirium en ancianos hospitalizados.

6 Bibliografía

- Smiba.org.
- Chospab.es.
- Scielo.isciii.es.
- Intramed.net.

Capítulo 1053

LA IMPORTANCIA HIGIÉNICA DEL LAVADO DE MANOS

FRANCISCO JAVIER PEDRACES FRESNO

ADRIÁN LÓPEZ QUINTANILLA

BEGOÑA AMIROLA GOIKOETXEA

BEATRIZ MARTINEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Se conoce por infección nosocomial (IN), también llamada infección hospitalaria (IH) o infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS), a aquella infección que el paciente adquiere en relación con las atenciones recibidas durante un tratamiento médico y que no estaba presente en el momento de iniciar el contacto con la atención sanitaria. La propagación de los microorganismos responsables de la IN puede ocurrir a través de las manos del personal sanitario, de otras personas que están en contacto con los pacientes o con las superficies situadas en sus cercanías.

Las infecciones relacionadas con los cuidados sanitarios representan un importante problema de salud pública y se consideran un indicador de calidad asistencial por su correspondiente coste y morbimortalidad atribuible.

En España, según datos del informe EPINE 2014-2016 (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España) el 5,60% de los pacientes ingresados en

los hospitales españoles contrajo una IN durante su ingreso. Las principales localizaciones de la IN notificada en 2014 han sido las infecciones respiratorias (21,4%), quirúrgicas (20,9%), urinarias (20,1%), bacteriemias (15,3%) y otras localizaciones.

2 Objetivos

Dar a conocer los procedimientos correctos de la higiene de manos como herramienta para la prevención y control de la infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico y Medline. Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de la higiene de manos. Se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, higiene, hospital, paciente, lavado de manos, infecciones nosocomiales.

4 Resultados

Las manos actúan como vectores de transmisión de patógenos. La higiene de manos es la medida primordial para reducir la incidencia y propagación de estos microorganismos, siendo una pieza clave para el control de infecciones. La piel está normalmente colonizada y las zonas más propensas son el área perineal, el inguinal, las axilas, el tronco, la faringe, el tracto gastrointestinal, las extremidades, las fosas nasales y fundamentalmente las manos en los profesionales sanitarios.

Los microorganismos presentes en las manos constituyen la flora residente y la flora transitoria. La flora residente coloniza las partes más profundas de la piel y tiene poco potencial patogénico. Por otro lado, la flora transitoria coloniza las capas más superficiales y se adquiere generalmente por el contacto con otro paciente o con superficies contaminadas.

Existen diversas técnicas para la higiene de manos como el lavado social o lavado higiénico con agua y jabón neutro, el lavado antiséptico de manos que incluye la higiene con jabón antiséptico y antisepsia de manos con solución hidroalcohólica y, por último, la antisepsia quirúrgica, que incluye el lavado quirúrgico con jabón

antiséptico y la antisepsia quirúrgica con solución hidroalcohólica. La selección de uno u otro procedimiento depende de la flora que se pretenda eliminar.

El lavado con agua y jabón, por lo general, es suficiente para eliminar la flora transitoria, sin embargo, para la permanente está indicado el uso de antisépticos. La eficacia de antisépticos con base hidroalcohólica, ya que presentan ventajas como la eliminación de múltiples microorganismos incluidos los virus, no requieren lavado o secado, provocan menor irritación y desecación en la piel y son mejor aceptados por parte de los profesionales sanitarios. La duración es de 20 a 30 segundos. La antisepsia quirúrgica se puede realizar indistintamente mediante un jabón antiséptico o solución de base alcohólica, antes de la colocación de los guantes estériles. Está indicado previo a una intervención quirúrgica, para remover mecánicamente la suciedad, la flora transitoria y residente, además de prevenir la contaminación del sitio quirúrgico por microorganismos presentes en las manos del equipo.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de manos es la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos multirresistentes responsables de la infección nosocomial en los centros de atención de salud. Esta infección plantea un importante problema mundial para la seguridad del paciente y tiene un gran impacto económico en los sistemas sanitarios. La simple tarea del lavado de las manos en los momentos adecuados y de la forma correcta es una medida que todo profesional sanitario puede realizar para prevenir una infección que podría causarle un daño grave al paciente incluso derivar hasta la muerte.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE-EPPS 2013. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. Informe global de España (Resumen); 2013 May-Jun. 38 p.
2. Abelairas Cadahia C, Dopico López N. Lavado de manos: revisión y actualización. Metas Enferm 2007; 10(7):14-8.
3. Centers for Disease Control and Prevention. CDC 24/7: Saving Lives.Protecting People. National Healthcare Safety Network (NHSN) [Internet]. USA: Centers for Disease Control and Prevention; 2013 Feb [citado 10 ene 2016]. Disponible en: http://www.cdc.gov/nhsn/

4. World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva (Swizerland); 2009. 64 p.
5. Sánchez Paya J, Galicia García MD, Gracia Rodríguez RM, García González C, Fuster Pérez M, López Fresneña N, et al. Grado de cumplimiento y determinantes de las recomendaciones sobre la higiene de manos. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Internet]. 2007 Junio.

Capítulo 1054

EL RESPETO A LA INTIMIDAD DEL TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES D ENFERMERÍA

EVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Las actividades relacionadas con el cuidado y en especial las que tiene que ver con la higiene, comprometen, en mayor o menor grado,la intimidad de las personas (Andrieux,2009). La exposición del cuerpo durante el apoyo prestado en los cuidados personales puede vivirse como una amenaza o incluso como una agresión (Orellana-Peña,2008).

Éstas, por su gran vulnerabilidad, pueden requerir, si cabe, un especial esmero en la protección de su intimidad por parte de las personas que las cuidan, aunque ellas mismas no sean conscientes de lo que puede suponer la exposición pública de su vida privada para su imagen y honor (Soldevilla-Cantueso,Solano-Corrales y Luna-Medina,2008).

Las diferencias de género, la edad y la identidad cultural determinan muchas veces y, pueden condicionar de forma importante, la manera de percibir los cuidados recibidos y todo lo que ello implica en relación, especialmente, a la intimidad corporal (Rodríguez,2006).

El conocimiento de cada persona, de sus necesidades, de cómo vive su intimidad, de sus preferencias y sus temores es esencial para detectar lo que es relevante para cada una en su cuidado y para el manejo adecuado, discreto y prudente

de sus sentimientos de pudor (Nieto-González,de los Ángeles,Córdoba-Ávila y Campos-Castolo,2011).

Los sentimientos de pudor se producen en cada persona y no dependen solo del tipo de actividad de cuidado y del grado de exposición corporal, sino de las vivencias subjetivas previas. La desaparición del pudor de manera generalizada no es un buen indicador de la calidad asistencial. Un manejo adecuado de las habilidades relacionales y de comunicación contribuye a hacer más relajados los momentos relacionados con el cuidado persona (Burrows,Echeverría,Goic,Herrera,Quintana,Rojas y Vacarezza,2014).

El consuelo de los pacientes puede ser variado: muchos de ellos se sienten acompañados. Otros consideran jugar un rol importante en la formación de futuros profesionales. Si son mujeres se despierta en ellas un cierto sentido maternal, y no ven con malos ojos contar su vida a unos extraños. No obstante, los docentes, y todo el personal sanitario en general, no debemos perder de vista que si bien es de gran valía el contacto paciente-alumno en la formación de este último, el principal objetivo del actuar médico-docente ha de ser el bienestar del enfermo (Torres-Mora y Rivas-Espinoza,2010).

2 Objetivos

- Adecuar espacios y disponibilidad de recursos en la UGC para la mejor prestación de servicios directamente relacionados con la protección de la privacidad del usuario.
- Adecuar la organización funcional de los servicios para garantizar el respeto al paciente.Incorporación de pautas de comportamiento respecto del trato con pacientes, en cada proceso asistencial y de atención.

3 Metodología

El tiempo requerido para obtener estos resultados fue todo lo que abarca la historia hasta la fecha 2019 omitiendo todo aquello que no estuviera en Español. Esta revisión se ha obtenido de diferentes objetos base, como Pubmed, Dialnet, Medline, etc., y se han realizado búsquedas bibliográficas en Google Académico con diferentes artículos.

4 Resultados

Procurar que en los momentos en los que la intimidad se vea más comprometida, como puede ser el momento del aseo o de la asistencia al cuarto de baño, quien presta el apoyo pertenezca al mismo sexo que la persona asistida, si esta manifiesta dicha preferencia. El cuidado a la intimidad de la persona es ignorado en muchas ocasiones por los propios cuidadores profesionales a favor de elementos más técnicos, mientras que el cuidado de aquélla requiere resaltar aspectos como la actitud de escucha, la empatía y la autonomía del paciente. Si queremos que nuestros ciudadanos se beneficien de un concepto de salud entendido como la plenitud de la felicidad de la persona, es muy importante la formación de las enfermeras en éstos y otros aspectos éticos, el establecimiento de políticas de salud en las que se fundamente el respeto por la autonomía y la dignidad humanas y que los gestores y los Comités de Ética de las Instituciones garanticen unos cuidados enfermeros centrados en el cuidado a la intimidad.

5 Discusión-Conclusión

Respetar la intimidad en los cuidados de la vida diaria propiciando espacios de apoyo personalizado y cuidando el entorno de forma que, además de intimidad, proporcione seguridad y confort. Proporcionar un trato adecuado y cálido, comunicarse con respeto y afecto, haciendo partícipe a la persona, hablando con ella,informando siempre de la actividad que se va a realizar, preguntando sobre sus preferencias y logrando su participación e implicación en la medida de lo posible. Evitar la despersonalización y el seguimiento de protocolos rígidos, fomentando la personalización y la flexibilidad, adaptándose y respetando los ritmos y las preferencias individuales. Presentarse cuando sea el/la profesional sea nuevo/a o cuando la persona no lo identifique.

6 Bibliografía

- Orellana-Peña, C. (2008). Intimidad del paciente, pudor y educación médica. Persona y Bioética, 12(1), 8-15.
- Soldevilla-Cantueso, M. A., Solano-Corrales, D., & Luna-Medina, E. (2008). La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales. Revista de Calidad Asistencial, 23(2), 52-56.
- Rodríguez Silva, H. (2006). La relación médico-paciente. Revista Cubana de Salud Pública, 32(4), 0-0.

- Torres-Mora, C., & Rivas-Espinoza, J. G. (2010). Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera-un enfermero. Revista mexicana de enfermería cardiológica, 18(3), 60-64.
- Nieto-González, L. A., de los Ángeles Romero-Quiroz, M., Córdoba-Ávila, M. Á., & Campos-Castolo, M. (2011). Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. Revista CONAMED, 16(s1), 5-11.
- Andrieux, L. (2009). Enfoque sociocultural del pudor. Nosocomio: revista para el técnico en cuidados de Enfermería, (58), 24-25.
- Burrows, J., Echeverría, C., Goic, A., Herrera, C., Quintana, C., Rojas, A., ... & Vacarezza, R. (2014). El respeto a la intimidad del paciente. Revista médica de Chile, 142(4), 506-511.

Capítulo 1055

VIGILANCIA DEL ENFERMO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

MIGUEL ÁNGEL BRAÑA ÁLVAREZ

CLARA ÁLVAREZ RUBIO

1 Introducción

El equipo de enfermería es el primero, dada su permanencia y vigilancia del paciente a lo largo de las 24 horas del día, en detectar signos y síntomas que pueden reflejar que algo no marcha bien. pueden promover los mecanismos necesarios para que un problema potencial pueda ser solucionado antes de llegar a convertirse en un problema real, mitigando las posibles consecuencias de éste.

Dentro de la vigilancia del paciente, son fundamentales el manejo y control de parámetros fundamentales como el estado de conciencia, observación de la piel, temperatura y respiración.

2 Objetivos

• Identificar los problemas: en sus dos dimensiones, la individual (detección precoz) y la colectiva (diagnóstico de la situación y detección de nuevos riesgos).
• Planificar la acción preventiva: estableciendo las prioridades de actuación.
• Evaluar las medidas preventivas.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, utilizando como descriptores las palabras clave relacionadas con el tema tratado. Se consultaron distintas búsquedas por Internet, así como revistas con acceso abierto y revistas de investigación científica.

4 Resultados

La conciencia es la capacidad de conocimiento de uno mismo y del ambiente que le rodea. El paciente consciente se encuentra despierto y posee la capacidad de pensar con claridad y rapidez. En una persona normal, existen dos grados de conciencia:
- La vigilia que es la conciencia de la persona despierta y se rige por la lógica.
- El sueño que es la conciencia de la persona dormida y no se rige por la lógica sino por factores emocionales y afectivos.

Trastornos de la conciencia:
- Confusión: el enfermo es incapaz de pensar con la claridad y rapidez habitual.
- Síncope y lipotimia: se trata de una pérdida transitoria de la conciencia, de instauración rápida y recuperación espontánea, acompañada de incapacidad para mantener el tono postural. La diferencia entre síncope y lipotimia es a menudo difícil de establecer y depende, fundamentalmente, de la rapidez de instauración del cuadro. En la lipotimia el enfermo percibe que perderá la conciencia, lo que le permite adoptar medidas tales como pedir ayuda, sentarse o estirarse mientras que en el sincope la pérdida de conciencia es brusca y el paciente suele desplomarse sin tiempo a tomar medidas para no lesionarse. En general se debe a una reducción del flujo sanguíneo cerebral.
- Delirio: se produce una alteración del pensamiento que se hace ilógico, con ideas delirantes, lenguaje incoherente, excitación nerviosa e insomnio.
- Delirium tremens: este delirio produce un temblor y excitación intensos, acompañado de ansiedad, trastornos mentales, alucinaciones terroríficas de animales, sudor y dolor precordial, que se observa en forma de accesos en individuos alcohólicos cuando suspenden su ingesta.

El auxiliar de enfermería debe vigilar el grado de consciencia de los enfermos, si se encuentran en estado de vigilia, de sueño, de delirio o comatoso. En la vigilia, el enfermo conoce lo que hay a su alrededor y es capaz de reaccionar ante ello. A un enfermo se le debe dejar en reposo, sin luz viva y sin ruidos, y se le hablará en

voz baja. Los pacientes con fiebre elevada pueden delirar, es decir, ver objetos o vivir situaciones que no se ven en la realidad. En estado de coma, la sensibilidad del enfermo desaparece por completo.

La piel es un órgano cuya función principal es proteger al organismo de agresiones del exterior. Está formada por tres capas que, desde fuera hacia dentro, son:
- Epidermis: capa exterior de la piel, no vascular, se encarga de la renovación de la piel sustituyendo las células muertas por otras nuevas.
- Dermis: contiene vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas.
- Hipodermis: es el tejido celular subcutáneo constituido fundamentalmente por grasas. Las funciones de la piel son: Protectora, termorreguladora, secretora, de absorción y de sensibilidad.

En la piel, observamos por su coloración, las siguientes características:
- Palidez: coloración más blanquecina de lo normal, que puede deberse a vasoconstricción, anemia, hemorragia, etc.
- Eritema: enrojecimiento difuso o en manchas producido por inflamación, rozamiento, etc.
- Cianosis: coloración azulada de la piel y mucosas por oxigenación insuficiente de la sangre.
- Ictericia: coloración amarilla de la piel y mucosas por acúmulo de bilirrubina.
- Piel bronceada: color moreno de la piel por tomar el sol o por aumento de la melanina.

Cuando observamos la presencia de lesiones en la piel, destacamos las siguientes:
- Mácula o mancha: es un cambio de coloración de la piel, generalmente circunscrito como una peca, hematoma, etc.
- Pápula. elevación circunscrita y palpable de la piel de contenido sólido, no mayor de 1 cm. de diámetro como por ejemplo, una verruga.
- Roncha: elevación pasajera de la piel de color rojo (picaduras de insectos, urticaria de origen alimenticio o medicamentoso, etc.).
- Vesícula: elevación circunscrita de la epidermis con contenido líquido, seroso o hemorrágico y diámetro inferior a 5 mm (herpes, etc.). Si el contenido es purulento, se habla de pústula (grano, etc.).
- Ampolla: es igual a la vesícula pero de diámetro mayor a 5 mm (quemaduras, etc.).
- Escamas: laminillas finas y secas adheridas a la piel (eczema, etc.).

-Escara: área bien delimitada, de color negruzco y superficie plana o ligeramente deprimida y constituida por tejido necrosado que al cabo del tiempo se elimina.
- Úlcera: Pérdida de sustancia de forma y tamaño variable.

El control de la temperatura lo lleva acabo una zona del cerebro denominada hipotálamo, mediante mecanismos por los que el cuerpo genera o pierde calor.
- En el ser humano se considera temperatura normal la que oscila entre 36 y 37ºC.
- Cifras inferiores a 36ºC reciben el nombre de hipotermia.
- De 37,1ºC a 37,9ºC, se considera febrícula o décimas de fiebre.
- Por encima de 38ºC hablamos de hipertermia o pirexia.

La temperatura se mide con el termómetro clínico que consta de una escala graduada de 35 a 42ºC y un depósito en el que se aloja el mercurio. Basta con mirar en la escala el lugar hasta donde ha ascendido el mercurio para conocer la cifra de la temperatura. En el mercado existen varios tipos de termómetros: digitales, electrónicos, desechables etc.

Normas generales para tomar la temperatura:
1. En el hospital, cada enfermo deberá tener su propio termómetro.
2. Los termómetros, una vez lavados y secados, se guardarán en un recipiente desinfectado. No se guardará ningún termómetro sin haberlo lavado previamente.
3. No es adecuado guardar los termómetros en un vaso con algodón y alcohol; puede ser una forma de transmisión de enfermedades, porque el alcohol no elimina algunos microorganismos.
4. El mercurio del termómetro debe estar por debajo de los 36ºC antes de ponérselo al enfermo.
5. Al terminar de tomar la temperatura, se lavará el termómetro y se introducirá en el desinfectante.
6. Si se realizan varias tomas de la temperatura, se deben ir anotando en un cuaderno.
7. Si hay duda en la lectura del termómetro, se debe volver a tomar la temperatura.
8. La temperatura se debe tomar al menos dos veces al día; por la mañana (a las 8 horas) y por la tarde (a las 17 horas). Existen casos en los que, por orden del médico, se tomará más a menudo. Nunca se tomará después de las comidas.

Técnica para tomar la temperatura:
1. Extraer el termómetro de la solución desinfectante y secarlo con una gasa estéril.

2. Comprobar que la columna de mercurio se encuentra por debajo de los 36ºC. Si no es así, descenderla sujetando el termómetro con los dedos índice y pulgar por la zona opuesta al depósito de mercurio y agitándolo suavemente.
3. Colocar el termómetro en la zona del cuerpo elegida y esperar el tiempo necesario.
4. Pasado el tiempo, coger el termómetro y limpiarlo con una gasa o un algodón.
5. Leer la temperatura. y anotarla. Nunca se dirá la temperatura al enfermo sin la autorización del médico o la enfermera.
6. Lavar el termómetro con agua y jabón e introducirlo en su recipiente con desinfectante, que debe cubrir la mayor parte de la escala del termómetro.

La temperatura se puede tomar en: la boca, la axila y el recto. En la temperatura bucal:
1. Colocar el termómetro en la boca sublingualmente, es decir, bajo la lengua y a un lado de la boca.
2. Pedir al enfermo que no sujete el termómetro con los dientes, sino con los labios, para evitar que se rompa.
3. Esperar de 4 a 6 minutos, leer la temperatura y anotar el dato. Este método está contraindicado en enfermos inconscientes, niños y enfermos agitados o con temblores.

En la temperatura axilar:
1. Comprobar que la axila está seca pues la humedad puede falsear el dato.
2. Situar el termómetro en el pliegue axilar, colocando el antebrazo cruzado sobre el tórax. El termómetro ha de estar en contacto directo con la piel.
3. Esperar 6 o 7 minutos, leer la temperatura y anotar el dato. No se debe tomar la temperatura axilar si hay inflamación local en las axilas.

En cuanto a la temperatura rectal:
1. Colocar al enfermo de lado o tendido boca abajo.
2. Lubricar el termómetro con vaselina para no irritar la mucosa rectal y para no provocar el reflejo de la defecación. Nunca se introducirá la punta del termómetro en el tubo de la vaselina; ésta se debe aplicar en el termómetro con una gasa.
3. Introducir el termómetro en el ano unos 3 cm aproximadamente y mantenerlo durante 4 o 5 minutos.
4. Sacar el termómetro y limpiarlo cuidadosamente, desde el extremo hacia el depósito de mercurio La toma de la temperatura en el recto está limitada a niños, lactantes y enfermos inconscientes. Esta temperatura es 0,5ºC más alta que la temperatura axilar; por ello debemos descontar este medio grado al anotarlo en la

gráfica, o especificar que se trata de temperatura rectal. La toma de la temperatura rectal está contraindicada en enfermos con rectitis, hemorroides o que hayan sufrido cirugía rectal.

Errores más frecuentes al tomar la temperatura:
- No bajar la barra de mercurio del termómetro por debajo de 36ºC.
- No colocar el termómetro en la posición correcta.
- No esperar el tiempo suficiente antes de retirar el termómetro.
- No realizar la lectura mirando de frente la escala del termómetro.
- No considerar la diferencia entre la temperatura axilar y la rectal.

La respiración es el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono que se produce entre el organismo y la atmósfera. La respiración pulmonar es el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono entre los pulmones y la sangre. Se realiza en dos fases: inspiración o entrada de aire en los pulmones, y espiración o salida de aire hacia el exterior. La respiración celular es el intercambio de estos gases entre la sangre y las células del organismo.

Durante la inspiración, el tórax se expande, lo que sirve para contar el número de respiraciones. La respiración normal se denomina eupnea. El número normal de respiraciones en el adulto es de 12 a 18 por minuto. Valores por encima de esa cifra reciben el nombre de taquipnea. Si la cifra es inferior, recibe el nombre de bradipnea. La ausencia de respiración recibe el nombre de apnea. Al contar el número de respiraciones debemos anotar también si se producen con facilidad o trabajosamente, o si la respiración superficial o profunda. Es de gran interés apreciar si se producen ruidos en la respiración. Por ejemplo, la respiración jadeante se acompaña de una silbancia que se llama jadeo. Si se aprecian ruidos de burbujeo en los alveolos o en los bronquios, se utiliza el término de estertores (que también se aplica a la respiración ruidosa en general). Se tendrá también en cuenta si la respiración es torácica o abdominal.

Técnica para tomar la respiración:
1. Se coge la muñeca del enfermo como si se le fuera a tomar el pulso, colocándola sobre el tórax del mismo con el fin de poder percibir las expansiones torácicas que el enfermo realiza al respirar.
2. Se mira el reloj y, durante un minuto, se cuentan todas las expansiones que se produzcan.
3. El resultado se anota en un cuaderno de control o en la misma gráfica del enfermo. El enfermo no debe darse cuenta de que se le está observando la res-

piración, porque entonces respiraría mucho más deprisa. A un niño no se le pueden contar las respiraciones cuando está llorando. Se espera a que se calme. Si está dormido, es mejor no despertarle.

Errores más frecuentes al tomar las medidas de la respiración:
- No tomar la respiración de forma disimulada, condicionando la respiración del enfermo.
- No contar las respiraciones en un minuto entero. Contar tanto la inspiración como la espiración.

5 Discusión-Conclusión

Entra en las competencias del auxiliar de enfermería vigilar el grado de constancia, la piel, la temperatura y la respiración, ya que son cuatro de las principales constantes que se deben de tener en cuenta para la correcta recuperación del paciente.

6 Bibliografía

- https://www.adams.es/descarga2.php?t=3&f=/Oposiciones/textos_planos/temas_muestra/tema06AuxEnferm_canarias.pdf
- https://www.google.es/amp/s/docplayer.es/amp/26124407-Tema-6-vigilancia-del-enfermo-estado-de-conciencia-observacion-de-la-piel-temperatura-respiracion.html
- https://ceoearagon.es/prevencion/prevengo/gestion/2_4_6_vigilancia.htm

Capítulo 1056

CUIDADOS DEL TCAE EN EL DOLOR CRÓNICO CUANDO AFECTA A LA SALUD MENTAL. TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL.

VERÓNICA MARTÍNEZ CRUZ

1 Introducción

Un hecho traumático como es un accidente de tráfico. Pueden quedar secuelas no sólo físicas, sino también mentales.
Un dolor crónico durante un corto o largo periodo de tiempo puede afectar a la salud mental causando depresión, ataques de ansiedad y otras patologías.

2 Objetivos

- Aprender a gestionar las emociones
- Cuidar de la salud mental
- Aprender a disminuir la ansiedad.

3 Caso clínico

Mujer de 40 años, acude por dada de alta en este hospital hace 4 días por hernia fiscal L4-L5 izquierda, refiere síntomas de ansiedad desde entonces. Tratada en salud mental con tratamiento farmacológico que inició hace 3 días. Refiere episodios que duran unos 10-15 minutos en los que pierde la visión, dificultad en el

habla, en la deambulación. Con palpitaciones, que se resuelven tras tomar medicación pautada de tipo hipnótico. Niega ideación suicida o autolesivas. Niega dolor torácico u otra sintomatología. Relaciona la clínica con el cese de medicación hospitalaria para el dolor. Esta tomando tratamiento farmacológico para el dolor. Acude a urgencias por cuadro de ansiedad.

Remitida a Salud mental, donde la paciente ya lleva tratándose un mes antes del ingreso hospitalario. Que fue derivada de MAP por clínica ansiosa depresiva reactiva a dolor por enfermedad traumatológica, limitación para la vida diaria y falta de reconocimiento por las instituciones correspondientes. Acude a una primera consulta. Aparición primeros síntomas de la patología.

Cuando es derivada por el servicio de urgencias, acude a salud mental y le reajustan la medicación.

4 Discusión-Conclusión

Diagnóstico principal: ansiedad
Se le pauta tratamiento farmacológico, acudir en dos días a Salud mental para valoración.
Salud mental. Diagnóstico: Trastornos de adaptación.
Rasgos de personalidad maduros y sanos
Se le pauta tratamiento farmacológico, revisiones cada 3-4 meses y un seguimiento mensual con terapia en el hospital de día de salud mental. Técnicas de relajación. Método mindfulness.

5 Bibliografía

Metodo empírico

Capítulo 1057

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DEL LESIONADO MEDULAR CERVICAL

RAQUEL GONZÁLEZ DIAZ

MARÍA ISABEL DÍAZ MENÉNDEZ

1 Introducción

(Cano, B., Moreno, D., Martín, A.C., Luque, C., 2014) Refieren que las personas que padecen una lesión medular, ponen en juego una serie de mecanismos que les permiten adaptarse a la nueva situación, evaluar sus posibilidades e iniciar una nueva vida con restricciones importantes en la esfera motora y sensitiva para el desempeño de un adecuado ajuste vital. La alteración de tales esferas como consecuencia de una lesión en la médula, es lo que conforma el concepto de la llamada lesión medular espinal, que según la Asociación Americana de Lesión Medular (ASIA) es "cualquier alteración sobre la médula espinal que puede producir alteraciones en el movimiento, la sensibilidad o la función autónoma por debajo del nivel de lesión". Esta patología supone una de las situaciones clínicas más destructivas, puesto que el individuo pierde su independencia, teniendo limitadas posibilidades de recuperación y la inexistencia de un tratamiento curativo (Alcobendas, M., 2010).

El trascurso normal de toda lesión medular pasa por cuatro fases de evolución, según se vayan cumpliendo y consiguiendo los objetivos y logros funcionales preestablecidos, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería actuará principalmente en la fase de shock medular o aguda, preservando las constates vitales e inmovilizando a la persona con el fin de estabilizar la columna y reducir la fractura; en la fase de sedestación, realizando los cambios posturales para conseguir el paso de una postura semi-reclinada hasta conseguir progresivamente la posición vertical que pueda el paciente; y en la fase de rehabilitación que es en la que se va a centrar este trabajo y donde el paciente aprende nuevas habilidades para conseguir su máximo nivel de independencia (Méndez, B., Bové, P., 2004).

Las personas que padecen una lesión medular, independientemente que presenten según la ASIA un distinto nivel de afectación o incluso el mismo, pueden presentar unas características individuales (edad, sexo, raza/etnia, nivel de educación, estado civil, índice de masa corporal y cuidados de enfermería) que condicionen los resultados funcionales para el desempeño de las actividades de la vida diaria (Kozlowski, A.J., Heinemann, A.W., 2013).

Los lesionados medulares a nivel cervical suelen presentar una limitación significativa en el desempeño de las AVD; siendo diferentes estas limitaciones en función de la actividad de los músculos situados por encima del nivel de lesión determinado. Estas limitaciones pueden ser conocidas a través de diferentes mediciones como la Medida de Independencia Funcional (FIM), la Medida de Independencia de la Médula Espinal (SCIM), elÍndice de Función de Tetraplejía (QIF) y el Índice de Barthel Modificado (MBI) (Cizmar, I., Zalesak, B., Pilny, J., Drac,P., Fialova, J., 2006).

A través de esta relación de puntuaciones, se especificó de forma grupal pero no individual, que los pacientes con un nivel de lesión C1-C4 suelen ser totalmente dependientes para las AVD; los que padecen niveles C5-C6, refieren poder ser independientes en la alimentación, aseo, vestido superior, baño y uso de silla de ruedas eléctrica con adaptación; mientras que son dependientes para el vestido inferior, manejo de vejiga e intestino, movilidad en la cama, transferencias y bipedestación. Los que padecen un nivel C7, manifiestan su posible independencia con o sin adaptaciones en la mayoría de las AVD, excepto en el manejo de la vejiga e intestino y en la bipedestación. Las personas con lesión C8 pueden llegar a ser totalmente independientes (Anderson et al., 2008).

Hasta hace relativamente pronto, existía el problema de predecir eficazmente las capacidades funcionales que presentan las personas tras la lesión medular, seña-

lando la relevancia que tiene el conocer según qué nivel de lesión, los músculos y movimientos activos residuales. En los niveles cervicales de lesión más frecuentes C4-C5, si no se supiese que conservan activos todos los músculos del miembro superior, excepto aquellos que están involucrados en la flexión o extensión del pulgar, no se sabría que la dificultad para lograr la empuñadura funcional, es el mayor factor limitante del desempeño de forma independiente y/o autónoma de las AVD. Sin embargo, actualmente, gracias a la labor de Moberg, existe una clasificación de los músculos adecuados para la reconstrucción funcional del agarre del miembro superior afecto (Cizmar, I., Zalesak, B., Pilny, J., Drac,P., Fialova, J., 2006).

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el entrenamiento de las actividades de la vida diaria en la lesión medular cervical y su efectividad.

3 Metodología

Se ha efectuado una revisión bibliográfica sistemática utilizando diversas bases de datos y recursos electrónicos como: Pubmed, MeSH, Web of Science, Medline, EBSCO HOST, BVS, LILACS, Biblioteca Cochrane y SciELO. Para dicha búsqueda se emplearon y combinaron entre sí, ciertos descriptores como "spinal cord injury, nursing care, activities of daily living". Tras un análisis exhaustivo de los artículos obtenidos con las estrategias de búsqueda planificadas, se han incluido finalmente 8 artículos que cumplían con el objetivo de que hablara del lesionado medular cervical y la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las actividades de la vida diaria.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son imprescindibles dentro del equipo multidisciplinar que participa en el proceso de rehabilitación del lesionado medular (Lima et al., 2017).

Los pacientes con lesión medular cuando participan en actividades diarias que son significativas y propositivas para ellos, consiguen un grado mayor de autonomía, contribuyendo a su vez, en su bienestar y calidad de vida. Para que

sea posible esta autonomía, sugieren que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería sea conocedor del uso de ayudas técnicas para guiar a las personas con tetraplejía a desempeñar determinadas AVD a través de ellas. De esta forma, se comprueba a través del "Perfil de Discapacidad Física-Calidad de Vida" una mayor satisfacción en la calidad de vida en aquellos pacientes que si las utilizan frente aquellos que no (Smith, E.M., Boucher, N., Miller, W.C., 2016).

En muchas ocasiones el no uso de las ayudas técnicas se debe al desconocimiento que pueden tener los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Su elevada carga asistencial con respecto a otros miembros del equipo multidisciplinar, es determinante para que las personas con lesión medular cervical puedan dar continuidad al uso adecuado de las mismas, pudiendo reportar mayor calidad de vida a aquellos que las utilizan (Stuifbergen, A.K., Morris, M, Jung, J.H., Pierini, D., Morgan, S., 2010).

El entrenamiento de las AVD en lesionados medulares se encarga el terapeuta ocupacional, el cual identifica las habilidades perdidas mediante la demostración del ejercicio, primero dividido en pasos y después demostrando toda la secuencia. Tras el desempeño básico del ejercicio por parte del paciente, el terapeuta ocupacional le enseñará a perfeccionar el desempeño del ejercicio a través de la práctica repetida. Para llevar a cabo este entrenamiento se necesita una elevada carga asistencial, por lo que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería necesita ser asesorado para proporcionar el tratamiento de forma adecuada al paciente (Spooren, A.I., Janssen-Potten, Y.J.,Kerckhofs, E., Seelen, H.A., 2009).

En la actividad de la vida diaria de la alimentación el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se centra en la compensación de movimientos limitados, a través de ayudas técnicas y/o adaptación a cambios del entorno. En el aseo coincide con la alimentación en que para ser desempeñado necesita de ayudas técnicas, dependiendo de la posición en la que se encuentre el paciente, es decir si está en la cama, en el WC o de pie. También se especifica que para desempeñar la AVD de aseo, cada tarea que la forma, irá asociada a unos niveles de asistencia por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, que dependerá de los niveles de lesión de cada paciente (Bloemen-Vrencken, J.H., De Witte, L.P., Post, M.W., 2005).

El 31% y el 73% de los lesionados medulares que utilizan silla de ruedas presentan algún tipo de dolor en el miembro superior, a partir de los 2 a 3 meses de la lesión. La causa principal de este dolor son las transferencias y la propulsión en silla de ruedas. Para evitar esta complicación, se llevó a cabo un estudio donde se

demostró que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede mejorar la calidad de las transferencias de los lesionados medulares (O´Connor et al., 2016).

Los lesionados medulares cervicales dependen de otra persona, siendo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería los que entrenan junto a ellos, las transferencias, el uso de la grúa, tabla de transferencias, silla de ducha, uso de barras para facilitar el paso al WC o a la bañera, alzas del inodoro, entre otros. Estas transferencias se describen primero yendo de la silla de ruedas a la superficie a la que se vaya a transferir al paciente, y posteriormente, de la superficie transferida a la silla de ruedas. Para hacer cualquier transferencia, la silla se coloca oblicua a la superficie transferible y se orientan las ruedas delanteras con la parte más sobresaliente mirando hacia el frente, consiguiendo así, una mayor estabilidad y previniendo que la silla pueda volcar. Se debe hacer con plena seguridad, frenando la silla de ruedas antes de efectuar la transferencia e intentar mantener la misma altura en ambas superficies (Rigby, P., Ryan, S.E., Campbell, K.A., 2011).

Finalmente, en la actividad básica de la vida diaria del vestido, el técnico en cuidados auxiliar de enfermería tendrá en cuenta el equipo utilizado, el tipo de ropa y la cantidad de ayuda necesaria para completar cada tarea. Se tendrá en cuenta la superficie donde se produce la tarea, la posición del paciente y el equipo de adaptación empleado (Ozelie et al., 2009).

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel importante en el proceso de rehabilitación de los lesionados medulares cervicales por su elevada carga asistencial, siendo uno de los profesionales que mayor tiempo pasa en contacto con el propio paciente. Por ello, es necesario que conozca las pautas y estrategias necesarias para abordar el desempeño de las actividades de la vida diaria de la forma que el paciente pueda perseguir su independencia y/o autonomía.

Se ha identificado la eficacia de la intervención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la calidad de las transferencias, reduciendo así el dolor y en el manejo automatizado de las ayudas técnicas para el desempeño autónomo de las actividades básicas de la vida diaria.

6 Bibliografía

1. Cano, F., Moreno, D., Martín, A.C. Luque, C. (2014). ¿Qué es la lesión medular? En: Cano, F., Moreno, D., Martín, A.C., Luque, C. Intervención de terapia ocupacional en el paciente con lesión medular. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá, 11-22.
2. Alcobendas, M. (2010). Conceptos generales sobre el síndrome de lesión medular. En: Esclarín de Ruz, A. Lesión Medular Enfoque Multidisciplinar. Madrid: MédicaPanamericana, 3.
3. Méndez, B., Bové, P. (2004). Un caso clínico de lesión medular. En: Polonio, B. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Madrid: Médica Panamericana, 115-143.
4. Kozlowski, A.J., Heinemann, A.W. (2013). Using Individual Growth Curve Models to Predict Recovery and Activities of Daily Living After Spinal Cord Injury: An SCIRehab Project Study. Arch Phys Med Rehabil, 94(2): 154-164.
5. Cizmar, I., Zalesak, B., Pilny, J., Drac, P., Fialova, J. (2006). Possible restorations of the upper extremity motion in tetraplegicpatients - 5 year clinical experience. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub, 150(2): 313-319.
6. Anderson, K., Aito, S., Atkins,M., Biering-Sorensen, F., Charlifue, S., Curt,A.,etal. (2008). Functional Recovery Measures for spinal cord injury. An Evidence-Based Review forclinical practice and research. J Spinal Cord Med, 31(2): 133-144.
7.Lima, D.K.S., Schoeller, S.D., Knihs, N.D.S., Vargas, C.P., Tholl, A.D., Lopes, S.G.R., et al. (2017). Protocol for a scoping review ofskin self-care of people with spinal cord injury. BMJ, 7(9).
8. Stuifbergen, A.K., Morris, M., Jung, J.H., Pierini, D., Morgan, S. (2010). Benefits of wellness interventions for persons with chronic and disabiliting condictions: a review of the evidence. Disabil Health J, 3(3): 133-45.
9. Spooren, A.I., Janssen-Potten, Y.J., Kerckhofts, E., Seelen, HA. (2009). Outcome of motor training programmes on arm and hand functioning in patients with cervical spinal cord injury according to different levels of ICF: a systematic review. J Rehabil Med, 41(7): 497-505.
10. Bloemen-Vrencken, J.H., De White, L.P., Post, M.W. (2005). Follow-up care for persons with spinal cord injury living in the community a systematic review of interventions amd their evaluation. Spinal Cord, 43(8): 462-75.
11. O´Connor, J., McCaughan, D., McDaid, C., Booth, A., Fayter, D., Rodríguez-Lopez, R., et al. (2016). Orthotic management of instability of the knee related to neuromuscular and central nervous system disorders: systematic review, quali-

tative study, survey and costing analysis. Health Technol Assess, 20(55): 1-262.
12. Rigby, P., Ryan, S.E., Campbell, K.A. (2011). Electronic aids to daily living and quality of life for personas with tetraplegia. Disabil Rehabil Assist Technol, 6(3): 260-267
13. Ozelie, R., Sipple, C., Foy, T., Cantoni, K., Kellogg, K., Lookingbill, J., et al. (2009). Classification of SCI Rehabilitation Treatments SCIRehab Project Series: The occupational therapy Taxonomy. J Spinal Cord Med, 32(3): 283-297.

Capítulo 1058

EL USO CORRECTO DE GUANTES SANITARIOS.

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

CARMEN DOMINGUEZ NOMPARTE

ANGELA GONZÁLEZ FUEYO

AIDA RODRIGUEZ RIOS

MARIA JOSE IGLESIAS LOZANO

1 Introducción

Las manos de los profesionales sanitarios son la principal vía de transmisión de microorganismos por lo que la descontaminación de las manos y el uso de protección individual son de vital importancia tanto para proteger al usuario como a los trabajadores.

Una de las medidas más importantes de la prevención primaria frente al riesgo biológico es el uso de guantes. Sin embargo, el nivel de cumplimiento de las normas de uso es poco riguroso. La falta de formación del personal sanitario, la sobrecarga de trabajo, la falta de acceso al material necesario o la intolerancia a los productos utilizados son algunos de los motivos. Todo esto repercute negativamente en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, también llamadas hospitalarias o nosocomiales, que son una de las complicaciones más habituales en los hospitales y en las instituciones sanitarias de estancia prolongada.

Esta problemática afecta a millones de personas en todo el mundo y genera consecuencias como el aumento de la estancia hospitalaria, del número de fallecimientos y de los costes económicos.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de los guantes sanitarios en la autoprotección y prevención de infecciones. Se revisarán tanto las normas de uso como sus principales características.
- Realización de recomendaciones para fomentar la adherencia y un uso más eficiente y responsable de este medio de prevención estándar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas así como protocolos, guías y manuales de diferentes hospitales y Consejerías de Salud de varias provincias.

4 Resultados

Los guantes son una forma de prevención primaria eficaz. Proporcionan una barrera física que protege frente a los riesgos biológicos y aunque no pueden evitar un pinchazo, si que reducen en gran medida el volumen de sangre transferida disminuyendo significativamente el riesgo de infecciones.

A pesar de la evidencia científica de la utilidad de los guantes como medida de contención y de ser el Equipo de Protección Individual que más se utiliza para proteger la salud, hay muy poca concienciación por parte de los trabajadores de que son ellos quienes pueden suponer una fuente de infección por transmisión cruzada.

Normas generales para el uso adecuado de los guantes sanitarios
• Conservar los guantes alejados de fuentes de calor y de la acción de la luz solar.
• El uso de guantes NO sustituye el lavado de manos.

• Es imperativo lavar y secar las manos antes de utilizar los guantes.
• Cuando el lavado de manos se realiza con solución hidroalcohólica los guantes que se utilicen no deben contener polvo.
• Evitar dañar los guantes cuando se sacan del envase.
• Llevar las uñas cortas y sin esmalte para facilitar la eliminación de cualquier agente infeccioso.
• Tener las manos libres de objetos, la utilización de anillos o pulseras pone en peligro la integridad del guante.
• Cubrir con un apósito cualquier herida localizada en las manos.
• Elegir bien la talla del guante, especialmente en la punta de los dedos, si está flojo se pierde sensibilidad y aumenta el riesgo de punciones o cortes.
• Escoger guantes del material adecuado para la tarea que se va a realizar.
• Considerar el riesgo de alergia.
• Si se produce una perforación o desgarro se procederá a desechar los guantes, higienizarse las manos y ponerse un par nuevo.
• El uso de dos pares de guantes protege en caso de estar expuestos a perforaciones.
• Si han de usarse guantes estériles deben colocarse mediante la técnica adecuada para evitar su contaminación.
• Los guantes que entran en contacto con material contaminado, deben cambiarse entre procedimientos distintos, aunque éstos sean en el mismo paciente.
• No quitarse los guantes para atender a un nuevo paciente supone un grave riesgo de infección nosocomial.
• Evitar que las manos contaminadas con microorganismos de un usuario se puedan transmitir a otro (infecciones cruzadas).
• Los guantes deben cambiarse periódicamente, aunque no haya incidencias porque con el uso pierden su integridad.
• Debemos desechar los guantes si hay que desplazarse por el centro, no pasear con ellos puestos.
• Se quitarán los guantes contaminados inmediatamente al acabar el procedimiento correspondiente, antes de tocar superficies ambientales limpias y usando una técnica que evite el contacto con el trabajador.
• Los guantes usados deben depositarse en el cubo adecuado.
• No se deben meter los guantes usados en los bolsillos.
• Los guantes usados no deben ser lavados ni reutilizados.
• Las manos deben higienizarse inmediatamente después de la retirada de los guantes.

Uso obligatorio de guantes.

• Siempre que el trabajador presente cortes, heridas o lesiones cutáneas.
• Procedimientos o técnicas sanitarias en los que se produzca contacto con sangre, tejidos o fluidos biológicos.
• Manipulación de objetos, materiales o superficies contaminados con restos biológicos.
• Curas de heridas y cualquier otro procedimiento invasivo que implique penetración quirúrgica en tejidos, órganos o cavidades.
• Obtención de muestra de sangre, aspiración o intubación, colocación de catéteres.
• Contacto con las mucosas o con piel no íntegra del paciente o procedimientos diagnósticos donde puede salpicar sangre o fluidos corporales.
• Movilización y aseo del paciente.
• Cuando exista indicación expresa en un procedimiento.
• Aislamientos hospitalarios.
• Manipulaciones de medicamentos citostáticos u otros fármacos peligrosos (preparación, administración, limpieza de excretas…).
• Administración de medicación por vía intravenosa, subcutánea, intramuscular, rectal, endotraqueal e intraósea.
• Manipulaciones de productos químicos, contacto con residuos biosanitarios o utilización en radiaciones ionizantes.
• Procedimientos con técnica estéril.
• Limpieza de instrumental y material sanitario (contaminado y no contaminado).
• Manejo de lencería sucia, desechos u otros materiales.
• Cuidados post mortem.

No se precisa el uso de guantes.
• Traslado de pacientes.
• Reparto y recogida de comida.
• Manipulación de material limpio.
• Cambiar o recoger ropa de cama, salvo en los casos en que esté manchada con fluidos corporales
• Examen del paciente sin tocar sangre, fluidos corporales o membranas mucosas, es decir, toma de constantes, realización de ECG, exploración radiológica, espirometría, etc.
• Realizar una exploración general.
• Administración de medicación por vía oral.
• Cambiar goteros.
• Tratamientos fisioterapéuticos sobre piel íntegra.

Tipos más comunes de guantes.
Todos los guantes son válidos desde el punto de vista preventivo, siempre que cumplan la legislación vigente, pero no todos tienen las mismas características técnicas ni proporcionan la misma protección.
• Guantes de látex: ofrecen una barrera efectiva frente a microorganismos y frente a agentes químicos. Estériles para uso quirúrgico y curas. En caso de alergia se pueden sustituir por guantes sintéticos de neopreno-nitrilo. No estériles para otras tareas que no requieran protocolo de esterilidad, pero si necesiten protección. Frecuencia de cambio: estéril quirúrgico de 1 a 3 horas, estéril para curas y no estéril de 15 a 30 minutos y para el manejo de citostáticos, 30 minutos.
• Guantes de vinilo: ofrecen una barrera moderada frente a microorganismos y agentes químicos. Para tareas de corta duración, con riesgo mínimo de exposición a sangre o fluidos corporales. Son guantes no estériles indicados para tareas de bajo riesgo. Libres de látex (se evitan alergias). Frecuencia de cambio: 15 minutos.
• Guantes de nitrilo: ofrecen una barrera excelente frente a microorganismos y agentes químicos. Para tareas con alto riesgo biológico o químico.Frecuencia de cambio: 15 – 30 minutos.

Reacciones adversas
Los efectos adversos más frecuentes por el uso de guantes son:
• Dermatitis de contacto irritativa (no alérgica).
Es la dermatitis más frecuente. La aparición de zonas irritadas en la piel puede deberse a varios factores cómo una técnica inadecuada de higienización, al uso de detergentes, al polvo de los guantes o por oclusión.

• Dermatitis alérgica de contacto
Hipersensibilidad retardada que aparece un par de días tras el contacto con el alérgeno y desaparece después de unos días sin contacto con éste.
Suele estar producida por sustancias químicas empleadas en la fabricación de los guantes de látex y en la composición del polvo utilizado para facilitar la colocación de los mismos.
Estos aditivos son aceleradores de la vulcanización que facilitan la flexibilidad y elasticidad (tiuranos, carbamalatos, etc.) y los antioxidantes que le dan resistencia al látex.
En este caso se deben utilizar guantes de material sintético, como vinilo o nitrilo.

• Hipersensibilidad inmediata tipo I.
Reacciones inmunológicas producidas por las proteínas del látex, que aparecen en pocos minutos tras el contacto con ellas y cursa con picor y enrojecimiento

en las zonas de contacto.
La urticaria de contacto es la forma más frecuente y precoz de la alergia al látex.

• Alergia profesional.
Produce rinitis y asma por la inhalación de las partículas de látex que pueden permanecer en suspensión fijadas a las partículas del polvo que llevan los guantes. La mayoría de estos pacientes son atópicos, aunque también puede aparecer en pacientes sin antecedentes alérgicos. En este caso, han de usarse guantes sintéticos.

Requisitos normativos.
Todos los guantes destinados a proteger, frente a uno o más riesgos, deben cumplir una serie de requisitos legales e ir identificados con los pictogramas correspondientes que garanticen su eficacia ante el riesgo que motiva su uso.
Los requisitos normativos exigidos en el pliego de compra son que la identificación como producto sanitario deberá tener Marcado CE. Además de especificar si es en base a Producto sanitario (PS) o Equipo de protección individual (EPI) o ambos.
El cumplimiento de la legislación y las normas obligan a identificar los guantes con una serie de pictogramas que señalen el grado de protección química, la protección contra microorganismos y la resistencia a riesgos mecánicos y radiaciones ionizantes.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son un problema multifactorial de difícil solución y la formación de los profesionales en medidas de profilaxis y sistemas de protección individual son claves para minimizar el impacto de las mismas. Tanto el uso de guantes como la higiene de manos son las medidas preventivas más simples y eficaces para reducir el riesgo de transmisión de patógenos.

El bajo cumplimiento de las medidas de prevención se debe a varios factores, como son:
• Tener sobrecarga de trabajo.
• Falta de personal.
• Desinformación.
• Carencia de hábito.
• Falta de motivación.

• Alergias.
• Uso inapropiado de guantes.

Se debe trabajar en estrategias dirigidas a elevar y facilitar la adherencia del personal sanitario a las técnicas correctas de profilaxis. Algunas recomendaciones:
• Realizar programas de formación en materia preventiva.
• Concienciar al personal.
• Cursos de reciclaje sobre las técnicas de higiene de manos y uso de guantes.
• Colocación de carteles promocionales e informativos.
• Asegurarse de la correcta interpretación de las medidas, un mal uso también puede dar lugar a que los guantes actúen como vehículos de transmisión de microorganismos.
• Facilitar los recursos materiales necesarios.
• Establecer una organización que favorezca el cumplimiento de los protocolos, empleando más personal si fuera preciso.
• Contar con un buen apoyo institucional.

6 Bibliografía

- Gaspar Carreño M, Arias Pou B, Rodríguez Berges O, Gamundi MC, Carbonell Tatay F. Revisión sobre el uso de guantes en los hospitales. El Farmaceútico hospitales. 2011; 197.
- Ramos Hernández MP, Martínez Espín MD, Guardiola García C. Utilización de equipos de protección individual. Guía de uso de guantes en trabajadores sanitarios. Murcia, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- Navarro González A, Cao Fernández A, Sánchez Fernández AM, Fernández González C, Vega García F, Alonso Pérez F. Protocolo de Lavado de manos y uso correcto de guantes en Atención Primaria de Asturias. Oviedo, Servicio de salud del Principado de Asturias; 2009.
- Guantes de uso sanitario. Recomendaciones. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Riojano de Salud.
- Recomendaciones sobre la higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios. Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales. Servicio Anadaluz de Salud; 2005.
- Serrano M, Barcenilla F, Limón E. Infección nosocomial en centros sanitarios de cuidados prolongados. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014;32(3):191-198.
- Olaechea PM, Insausti J, Blanco A, Luque P. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. Med Intensiva. 2010;34(4):256-267.

- Mischke C, Verbeek JH, Saarto A, Lavoie MC, Pahwa M, Ijaz S. Guantes, guantes adicionales o guantes especiales para la prevención de exposiciones percutáneas en personal sanitario. Arch Prev Riesgos Labor 2016;19(2):116-117.
- Casal Angulo C, Mico Esparza JL, Forcada Segarra JA, García Abad I. ¿Usamos bien los guantes? Recomendaciones del grupo de trabajo en riesgo biológico del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Alonso Encinas M, Aznar Uribieta MA, Busto Quincoces R, et al. Guía-Manual: uso adecuado de los guantes sanitarios. Departamento de Salud del Gobierno Vasco; ed. Osakidetza; 2017.
- Galián I, Lloret R. Investigación de enfermedades profesionales por dermatosis asociadas al uso de guantes estériles en el personal del Servicio Murciano de Salud. Rev Enferm Trab. 2016;6;4:126-130.

Capítulo 1059

CUIDADOS DEL TCAE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

MAGALY GARCIA CON

MONTSERRAT GARCÍA ALONSO

EVA BELÉN TOLEDO LLANA

MARÍA DE LA O GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

En la actualidad la atención sanitaria ha mejorado mucho en los últimos años, los avances y los nuevos estudios han sido claves para la mejora de la sanidad. Con ello se pretende disminuir en todo lo posible la tasa de mortalidad evitando riesgos derivados de la práctica asistencial. La OMS, Organización Mundial de la Salud ha establecido estrategias para establecer planes y acciones que permitan evitar y minimizar los efectos adversos de la práctica clínica.

Las infecciones son una preocupación importante durante una estadía en el hospital. La buena noticia es que lavarse las manos es una forma sencilla de prevenir la propagación de gérmenes.

Es importante que todos los que entren a su habitación practiquen una buena higiene de manos. Esto lo incluye a usted, a sus visitantes y al personal del hospital que lo atiende. No tenga miedo de preguntar: “¿te lavaste las manos?” si no los vio hacerlo.

También es importante hablar honestamente con su equipo médico. Como paciente debe ser un comunicador abierto y relacionarse con su equipo de atención médica.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Evaluar la importancia de las estrategias creadas por el Ministerio de Sanidad para la seguridad de los pacientes.

Objetivos secundarios:
- Aumentar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados más seguros a los pacientes.
- Evitar errores en la identificación o impedir cualquier otro tipo de confusión a la hora de administrar fármaco, hacer pruebas diagnósticas o trasladar a los pacientes para practicarles algún tipo de intervención quirúrgica.
- Asegurarnos de entender lo que sucederá si necesita cirugía.
- Informar a sus proveedores de atención médica sobre todos los medicamentos que toma, incluyendo suplementos dietéticos. Cualquier información sobre alergia o reacciones adversas a la anestesia. Asegurarse de saber cómo tomar sus medicamentos en forma correcta.
- Obtener una segunda opinión sobre las opciones de tratamiento.
- Guardar una copia de su propia historia clínica o cualquier informe.

3 Metodología

Uso de pulseras identificativas, solo con unos datos básicos como el nombre y apellidos, numero de historia y fecha de nacimiento.

Previamente se realiza una recogida de datos, entrevista personal con el paciente y observación directa. Se registra en la base de datos.

El sistema de las pulseras identificativas es muy simple, se reciben en el mismo momento del ingreso y se deben llevar durante toda la estancia hospitalaria.

Es un dispositivo simple, generalmente se coloca al paciente en la muñeca. Está hecho de un material antialérgico y son impermeables, flexibles y resistentes al alcohol, calor, humedad, disolventes y jabón neutro.

Suelen ser de color blanco y según el centro hospitalario variar el segundo color y diseño.

4 Resultados

Los resultados encontrados reflejan que ha habido una evolución en las estrategias empleadas para la mejora de la asistencia y seguridad de los pacientes.

Aún así, la carga de trabajo, la falta de personal, entre otras cosas.. muchas veces nos lleva a cometer algún tipo de error.

Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusión de sangre, etc. Sus consecuencias pueden llegar a producir eventos adversos en el paciente.

Para evitar esos eventos, se creó la pulsera identificativa.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad del paciente es un grave problema de salud pública mundial. Se estima que el riesgo de morir en un viaje en avión es de 1/3 000 000, mientras que el riesgo estimado de morir por un accidente médico prevenible mientras se recibe atención médica es de 1/300. Las industrias con mayor riesgo percibido, como la aviación y la nuclear, tienen un historial de seguridad mucho mejor que el de la atención sanitaria. Los hospitales son lugares concurridos.

Diferentes personas pueden entrar y salir de su habitación. Es posible que le realicen muchas pruebas. Y mientras espera respuestas, puede haber gérmenes nocivos rondando por ahí. Estas cosas pueden aumentar la posibilidad de errores médicos e infecciones.

6 Bibliografía

- Medlineplus. Varios artículos

Capítulo 1060

OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS. ATENCIÓN DEL PACIENTE TERMINAL POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CARMEN MARIA PIÑEIRO SÁNCHEZ

ANA LUZ BAYÓN POLA

COVADONGA VEGA VAZQUEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas de orden físico, psicosocial o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal" y los define como cuidados integrales y activos de los pacientes cuya enfermedad no responde ya a tratamientos curativos.

La OMS estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano y, además, que la falta de formación y de concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud es un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados.

En este proceso terminal, que comprende diversos cuidados, forma parte del equipo multidisciplinar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, que se ocupa especialmente de los cuidados físicos y, que por su cercanía y continuo contacto directo con el paciente y su familia, se ocupa también de aspectos tanto de apoyo psicológico como asistencial, al paciente y a su familia, contribuyendo a proporcionar el máximo bienestar en la fase final de la vida del paciente y de sus seres queridos.

2 Objetivos

- Poner el foco de atención sobre la importancia del papel que juega el Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) como parte importante del equipo multidisciplinar que atiende a un paciente terminal, siempre de forma directa y cercana, por la metodología de trabajo y la implicación, profesional y personal, que se requiere para conseguir el máximo bienestar de enfermo terminal en todos sus aspectos.

3 Metodología

Llevamos a cabo una revisión bibliográfica a través de consultas en diferentes bases de datos como Medline, Scielo y Google Académico utilizando descriptores como: Enfermo Terminal, Cuidados Paliativos, Funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Cuidados del Paciente Agonizante, etc. Tanto en español como en inglés.

Además se utilizan libros de texto específicos en la materia, para la formación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Formación Profesional de Grado Medio, de la editorial McGraw-Hill y publicaciones específicas de la materia en SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) y publicaciones y guías de la OMS (Organización Mundial de la Salud)disponibles en español e inglés.

4 Resultados

Los cuidados paliativos, de los que debe formar parte activa el TCAE, podrían dividirse en cuatro partes principales, que, dependiendo del momento o del paciente y su entorno, podrían dirigirse de una u otra manera para perseguir un fin en concreto:

- Bienestar físico: Realización de tareas por parte del TCAE que contribuyan, con cuidados físicos, a la atención del paciente como:
-Higiene. Mantener al paciente limpio e hidratado, cuidando, además, la limpieza y recambio de la lencería de cama. Ofrecer cuidaos frecuentes de ojos, boca, pies, peinado, etc.
-Alimentación. Tener en cuenta el aporte de líquidos necesarios para mantener la correcta hidratación ofreciendo volúmenes pequeños. Ofrecer tomas de comidas más frecuentes o fraccionadas, con tranquilidad y sin apurar ni forzar.
-Eliminación. Colaborar con el G.E. en la eliminación de fecalomas, favorecer que tenga intimidad en sus eliminaciones, observar la regularidad de eliminación del paciente e informar al G.E. si apreciamos que no se producen. Emplear dispositivos apropiados para la incontinencia e informar al paciente de la necesidad y el beneficio de utilizarlos.
-Descanso y sueño del paciente. Atender al entorno del descanso comprobando temperatura, ruidos, corrientes de aire, luces, así como emplear técnicas de relajación o actividades que faciliten el descanso y la calma.
-Movilizaciones. En la medida de lo posible, facilitar la actividad fuera de la cama, siempre respetando los deseos del enfermo.
-Dolor. Colaborar en la aplicación de tratamientos prescritos y hacer seguimientos y atender los posibles efectos secundarios.
-Bienestar psicológico: Atención en los momentos de ansiedad, delirio, intranquilidad y agitación, procurando demostrar empatía y comprensión en tan delicados momentos. Sobre todo mostrarse ante el paciente terminal con empatía y comprensión, poniéndonos en su lugar para actuar de la forma más adecuada. Mostrar disponibilidad transmitiendo serenidad ante los momentos de tristeza y abatimiento que demuestre el paciente a lo largo de las diferentes fases o "etapas del duelo" que padezca ante la vivencia de la muerte.
Según Kubber Ross, estas etapas son: Negación, Ira, Negociación o pacto, Depresión y Aceptación. El TCAE debe de tratar de reconocer si el paciente atraviesa alguna de estas etapas para actuar de la forma más adecuada ante el enfermo y su familia, que, paralelamente, también atravesará diferentes etapas de duelo.
-Bienestar social: El TCAE debe involucrarse, junto con los familiares y resto de profesionales sanitarios en crear un entorno que proporcione al paciente seguridad y respaldo emocional promoviendo la comunicación, que ayuda a disminuir los temores, calmar la ansiedad, acompañar, consolar, mejora el bienestar y favorece el tránsito en este difícil proceso.
-Bienestar espiritual: La fe religiosa, o la falta de ella, debe ser respetada en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

Hablamos de cuidados paliativos y atención al enfermo terminal cuando se ha establecido ya un programa de tratamiento cuyo objetivo es el de mantener o mejorar las condiciones de vida de los pacientes teniendo en cuenta su calidad de vida, cuando ya no pueden responder a tratamientos curativos.

Este programa lo establece personal facultativo y lo ejecuta un equipo multidisciplinar del que también forma parte el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), que, por su continuada presencia y colaboración directa con enfermos y familiares, representa una parte muy importante en el difícil proceso natural y biológico hacia la muerte del paciente enfermo. El TCAE colabora en todo momento en potenciar el bienestar del enfermo terminal, ocupándose de diversos cuidados y atenciones directas al enfermo y su familia, y en mantener la dignidad hasta su muerte.

6 Bibliografía

- Libros de texto como “Técnicas Básicas de Enfermería”, “Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente”, Editorial McGraw-Hill, para la formación de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).
- Cuidados a la persona con enfermedad terminal. Seapaonline.org https://www.seapaonline.org
Protocolos para TCAE, Cuidados paliativos.
- Scielo España. Biblioteca virtual de revistas científicas españolas de ciencias de la salud. http://scielo.isciii.es
-El cuidado del paciente terminal, R. Buisán , J. C. Delgado http://scielo.isciii.es
Guía de cuidados paliativos SECPAL https://cmvinalo.webs.ull.es
- Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos. Bermejo J.C., Díaz Albo E., Sánchez E. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nIq-TX7TeRcC&oi=fnd&pg=PA2&dq=paliativos&ots=_bHuroNm6X&sig=etfxWfjQSjhtKp-M-AGJxj-jApA#v=onepage&q=paliativos&f=false
- Guía de Práctica Clínica sobre cuidados Paliativos, S. C. de Publicaciones del Gobierno Vascohttps://www.osakidetza.euskadi.eus
- Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estado terminal. http://scielo.sld.cu
- El paciente moribundo. Manual MSD, versión para profesionales https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/temas-especiales/el-paciente-

moribundo/el-paciente-moribundo
- National Institute on Aging. What Are Palliative Care and Hospice Care? https: //www.nia.nih.gov
- Atención a pacientes al final de la vida. ELSEVIER, Revista científica .https:// www.elsevier.es

Capítulo 1061

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE BURNOUT.

MAGALY GARCIA CON

MONTSERRAT GARCÍA ALONSO

EVA BELÉN TOLEDO LLANA

MARÍA DE LA O GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

Desde hace tiempo, el síndrome de burnout ha sido un problema preocupante para el sector de los cuidados de la salud. Los estudios indican que los trabajadores de la salud tienen tasas elevadas de depresión y ansiedad relacionadas con el estrés laboral. Además de la tensión emocional, otras consecuencias del estrés laboral son: agotamiento, ausentismo, ganas de abandonar el trabajo, menor satisfacción del paciente y errores de diagnóstico y en el tratamiento.

Otro factor a tener en cuenta, es el cuidado de pacientes que experimentan dolor y sufrimiento pudiendo llegar a afectar en gran medida la salud del personal. La fatiga por compasión reduce la capacidad de empatía hacia los pacientes, sintiéndose éstos poco escuchados y con sentimientos negativos hacia la sanidad en gen-

eral, pudiendo desencadenar conductas como falta de adherencia al tratamiento, no acudir a las revisiones médicas, etc..

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar el origen del estrés laboral.

Objetivos secundarios:
- Identificar los efectos adversos en la salud por el estrés laboral.
- Recomendar prácticas laborales para reducir el estrés laboral.
- Capacidad empática y distancia emocional.
- Tomar consciencia plena de nuestro cuerpo y nuestra mente.
- Decidir cómo gestionar la empatía para que sea beneficiosa tanto para el paciente como para el profesional.

Demandas por el tipo de trabajo o tarea (sobrecarga laboral, falta de control en las tareas, ambigüedad en la función que tiene a cargo); factores organizacionales (malas relaciones interpersonales, prácticas de gerencia injustas); factores económicos y financieros; conflicto entre el trabajo, los roles familiares y las responsabilidades; capacitación y obstáculos en el desarrollo profesional (falta de oportunidades de crecimiento y promoción); ambiente desorganizado (falta de compromiso hacia los valores más importantes por parte de los dirigentes, estilos de comunicación conflictivos, etc.).

Hacer también hincapié en una alimentación saludable, ejercicio físico y descanso. Es fundamental para tener un estado físico y mental saludable.

3 Metodología

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

4 Resultados

Algunas de las causas que pueden originar este síndrome de Burnout son: niveles de dotación de personal inadecuados, largas horas de trabajo, turnos de trabajo, ambigüedad en las funciones, exposición a sustancias peligrosas e infecciosas.

Los factores causantes del estrés varían entre las funciones en el sector de la salud y hasta en las labores que se realicen.

En general, los estudios realizados han determinado que los siguientes factores están relacionados con el estrés: sobrecarga de trabajo, presión por tiempo, falta de apoyo social en el trabajo (especialmente de supervisores, enfermeras a cargo y dirigentes de la gerencia), exposición a enfermedades infecciosas lesiones por pinchazos de agujas, exposición a violencia relacionada con el trabajo o amenazas falta de sueño, ambigüedad y conflicto en las funciones, escasez de personal, preocupaciones de crecimiento profesional, trato de pacientes difíciles o gravemente enfermos, conciliar la vida familiar y profesional, etc.

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral o síndrome de burnout, se define como las reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador.

Una de las formas para reducir el riesgo de estrés por compasión (o desgaste por empatía) es darse cuenta de que lo más importante es ”como hago las cosas” y no ”las cosas que hago”.

La empatía es clave para una asistencia sanitaria de calidad y de éxito, pero mal gestionada puede dañar al profesional cuando se maneja inconscientemente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1062

CASO CLÍNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE UNA HEMORRAGIA

BARBARA SOLIS ALONSO

1 Introducción

La hemorragia es la salida de sangre por los vasos sanguíneos.
Se evaluará ciertos criterios de evaluación:
• Según el vaso que sangra:
- Hemorragia arterial: La sangre sale a borbotones puede llegar a perderse gran cantidad de sangre. La sangre es de un color rojo vivo. Es una de las hemorragias más graves.
- Hemorragia venosa: La sangre sale contínua o más lentamente. Con un color más oscuro.
- Hemorragia capilar: La sangre sale más lento, pero causa un rebosamiento por mas puntos.
• Según el lugar por donde sale el sangrado:
- Hemorragia externa: La sangre sale al exterior.
- Hemorragia interna: La sangre se acumula entre los tejidos o alguna cavidad del cuerpo. Es la más peligrosa.
- Hemorragia exteriorizada: Hemorragia intermedia, en la que la sangre sale al exterior por un orificio natural.
• Según el tiempo y la velocidad de sangrado:
- Hemorragia aguda: Se produce durante minutos u horas.
- Hemorragia crónica: Puede durar días o incluso semanas.
• Por su determinación de la gravedad puede ser:
- Hemorragia leve: Se pierde menos del 10% del volumen de la sangre.

- Hemorragia grave: Se pierde de entre el 10% del volumen de la sangre al 30%.
- Hemorragia muy grave: Se pierde más del 30% del volumen de la sangre.

2 Objetivos

- Reconocer los síntomas de una hemorragia interna.

3 Caso clínico

Mujer de 46 años con menstruaciones abundantes, acude al servicio de urgencias con la siguiente sintomatología:
- Confusión.
- Palidez.
- Debilidad muscular.
- Mareo.
- Presión sanguínea baja.
- Dificultad al respirar.

El médico observa los síntomas y le pide una analítica de sangre, le mira la tensión arterial baja, un electrocardiograma.

El médico mira los resultados de las pruebas y decide ingresar en observación a la paciente para administrarle una bolsas de se sangre. Al alta pasadas unas horas le receta ferrosanol para una anemia que tiene.

4 Discusión-Conclusión

Es muy importante identificar los diferentes tipos de hemorragias, el tipo de hemorragia y saber actuar con rapidez en caso de que sea necesario.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000045.htm
- https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-las-hemorragias-15332
- https://www.cinfasalud.com/areas-de-salud/cuidado-diario/primeros-auxilios/hemorragias/

- https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/primeros-auxilios/hemorragia-interna

Capítulo 1063

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ANCIANO FRÁGIL HOSPITALIZADO

RAQUEL GONZÁLEZ DIAZ

MARÍA ISABEL DÍAZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La existencia de diversos efectos adversos como las caídas durante la estancia hospitalaria de la persona mayor, puede suponer una serie de complicaciones que supongan un trastorno no solo para los pacientes sino también para sus familiares y el personal sanitario (Dewing, J., Dijk, S., 2016). Estos sucesos están asociados a daños secundarios a la salud del paciente, a la mayor duración de la estancia hospitalaria y a otras consecuencias negativas (Bradshaw et al., 2013).

Esto supone un foco de estrés para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, provocando un impacto significativo en las rutinas diarias del personal, como puede ser deambular, trastornos del sueño, trastornos de la actividad, agresión, y defenderse de la ayuda con la comida que puedan manifestar los pacientes (Sampson et al., 2014). Estos problemas se pueden ver acentuados con la presencia de deterioro cognitivo (Glover et al., 2014).

2 Objetivos

- Conocer la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante posibles problemas de atención que puedan derivar del anciano frágil institucionalizado.

3 Metodología

Se ha efectuado una revisión bibliográfica sistemática utilizando diversas bases de datos y recursos electrónicos como: Pubmed, MeSH, Medline, BVS, LILACS, Biblioteca Cochrane y SciELO. Se utilizaron descriptores como "Nursing care AND Cognitive Impairment AND Frail Elderly AND Adverse Events". Tras revisar que los artículos seleccionados cumplieran con los criterios de selección: hablar del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el anciano institucionalizado, se incluyeron 5 artículos.

4 Resultados

Se ha identificado a través de un estudio realizado con 1468 pacientes de 65 a 105 años que las personas mayores institucionalizadas con o sin presencia de deterioro cognitivo previo a la estancia hospitalaria de unos 5 días de media, suponen para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería un 20% más de tiempo que lo habitual para cuidar a los pacientes (Elvish et al., 2018). Además, se demostró que el 18% de los ancianos frágiles institucionalizados presentaban alteraciones del sueño y el 17,4% se defendía del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en actividades cotidianas como aseo y alimentación; probablemente a causa de una comunicación limitada. Esto se pudo reflejar con el 13.7% de los pacientes que no pudieron entender preguntas, seguir instrucciones y/o expresar sus necesidades y deseos (Fogg, C., Meredith, P., Bridges, J., Could, G.P., Griffith, P., 2017).

Se ha comprobado que dependiendo del nivel de deterioro cognitivo aumenta o disminuye los desafíos de atención por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (Gladman, et al., 2012). La presencia de demencia y/o delirio o deterioro cognitivo leve, supone mayores beneficios de cuidado a largo plazo, siempre y cuando la actuación por parte de estos profesionales sea planificada. Esta medida es muy significativa, ya que, si no es así, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería podría solicitar la prescripción de psicolépticos o requerir el apoyo

de familiares presentes en el hospital para efectuar adecuadamente los cuidados al paciente (Griffiths, A., Knight, A., Harwood, R., Gladman, J.R.F., 2014).

Todos los desafíos en la atención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en ancianos frágiles institucionalizados están asociados con el deterioro cognitivo, en particular la demencia y/o delirio (Handley, M., Bunn, F., Goodman, C., 2017).

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería suelen encontrar desafíos en su atención a causa del deterioro cognitivo previo y/o manifestado durante la estancia hospitalaria. Estos problemas adversos que comprometen la asistencia de estos profesionales son delirio, caídas y dolor.

La evidencia científica aún señala la limitación en el conocimiento que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden poseer sobre los posibles problemas que pueden derivar de su práctica rutinaria con pacientes con disfunción cognitiva; no empleando así, la praxis adecuada para mantener el equilibrio ocupacional paciente-familiar-profesional. Esto hace que existan instituciones que sólo destinen un perfil de profesional para la atención exclusiva de esta tipología de pacientes.

6 Bibliografía

1. Dewing J, Dijk S (2016) What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. Dementia (London) 15:106–124
2. Bradshaw,L.E., Goldberg,S.E., Lewis, S.A., Whittamore, K., Gladman JRF, Jones RG, Harwood RH (2013) Sixmonthoutcomesfollowinganemergencyhospital admission for older adults with co-morbid mental healthproblemsindicatecomplexityofcareneeds. Age Ageing42:582–588
3. Sampson EL, White N, Leurent B, Scott S, Lord K, Round J, JonesL (2014) Behaviouralandpsychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital. Br JPsychiatry205:189–196
4. Glover A, Bradshaw LE, Watson N, Laithwaite E, Goldberg SE, Whittamore KH, Harwood RH (2014) Diagnoses, problems and healthcare interventions amongst

older people with an unscheduled hospital admission who have concurrent mental health problems. BMCGeriatr14:43
5. Elvish R, Burrow S, Cawley R, Harney K, Pilling M, Gregory J, Keady J (2018) Getting to know me. Dementia(London)17:96–109
6. Fogg C, Meredith P, Bridges J, Could GP, Griffith P (2017) The relationship between cognitive impairment, mortality and discharge characteristics in a lager cohort of older adults with unscheduled admissions toan acute hospital: a retroperspective observational study. Age Ageing46:794–801
7. Gladman J, Porock D, Griffiths A, Clissett P, Harwood RH, Knight A, Jurgens FJ, Jones R, Schneider J, KearneyF(2012) Bettermental health: carefor older peoplewith cognitive impairment in general hospitals(NIHR project08/1809/227)
8. Griffiths A, Knight A, Harwood R, Gladman JRF (2014) Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals. Age Ageing43:521–527
9. Handley M, Bunn F, Goodman C (2017) Dementiafriendly interventions to improve the care of people livingwith dementia admitted to hospitals. BMJOpen7:e15257

Capítulo 1064

EL PROFESIONAL SANITARIO ANTE EL INGRESO HOSPITALARIO PEDIÁTRICO

BEATRIZ ALONSO DIAS

1 Introducción

La hospitalización de un niño y todo lo que va asociado a dicho ingreso es una experiencia por lo general poco agradable para el niño y para sus familiares generando una gran tensión emocional debido al miedo por la realización de técnicas dolorosas, al dolor de la propia enfermedad, a la separación del ambiente familiar y de sus amigos y tener que adaptarse a la presencia de extraños. Esta situación puede provocar, en función de la edad del niño, alguna alteración como problemas de conducta, inquietud, ansiedad, tristeza, problemas nutricionales, trastornos del sueño, etc.

2 Objetivos

- El objetivo de este informe ha sido revisar y sintetizar la evidencia científica disponible hasta la fecha sobre los instrumentos, herramientas y estrategias encaminadas a informar a niños ingresados sobre temas relacionados con su salud dentro del centro hospitalario.

3 Metodología

El profesional sanitario analizará la percepción de seguridad de durante el ingreso del niño explicándole en todo momento cualquier técnica que vaya a realizarle. Dirigirse a él por su nombre manteniendo así su identidad. Que pueda expresar libremente su dolor.

En la medida de lo posible se le dará al niño la oportunidad de elegir cuando se le realizará alguna de las técnicas. Fomentar la interacción con otros niños. Permitir que los padres estén con ellos todo el tiempo que sea posible.

4 Resultados

El profesional sanitario debe establecer una relación cordial con el niño y con su familia identificar el nivel de ansiedad o aprehensión del niño, preocupaciones, etc. Una buena y eficaz comunicación e información acerca de la importancia de la hospitalización , teniendo en cuenta su edad , tipo de dolencia, desarrollo cognitivo y emocional, ayudará al niño a disminuir el nivel de malestar logrando así aumentar el autocontrol y la confianza para poder adaptarse a esta nueva situación. Está actuación contribuye y proporciona al niño la estabilidad emocional y sensación de felicidad necesarias para acelerar la recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Entendemos la comunicación como una parte primordial en el ámbito hospitalario y por ello el profesional sanitario tiene un papel activo para poder interpretar los mensajes del niño, comprenderlos y actuar en función a ellos. Esto se traduce en el bienestar para pacientes y familias y así poder hacer el paso de los niños por el hospital menos traumático.

6 Bibliografía

- Doyma. Nursing photobook. cuidados pediátricos enfermería.
- L. Lucían Hayman. Interamericana- Mc Graw Hill. Manual de enfermería pediátrica.
- Maria Dolores M. R. pediatría y puericultura. Atención integral al niño.

Capítulo 1065

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SANO

YUREMA PEREZ GUTIERREZ

1 Introducción

El nacimiento de un recién nacido (RN) sano y vigoroso después del término de la gestación representa una de las situaciones más frecuentes en la atención sanitaria, en la que es necesario evitar un posible exceso de intervencionismo, ya que puede llegar a ser perjudicial para el RN y puede, además, privar a la familia del disfrute de un acontecimiento feliz y dificultar el establecimiento del vínculo familiar.

Debido a que la mayoría de los partos normales en las mujeres sanas y sus RN sanos evolucionan sin complicaciones, es prioridad de los cuidados pos-natales el reconocimiento precoz de las desviaciones de la normalidad para intervenir en la forma que sea preciso. En esta revisión de los estándares en la atención y en el cuidado del RN sano en el parto y las primeras horas de vida se quieren contrastar ciertas prácticas y rutinas para ajustarlas al conocimiento y la evidencia medica actuales y así mejorar la calidad asistencial y la seguridad del RN.

2 Objetivos

- Facilitar y promover la aparición del vínculo madre-hijo.
- No separar al Recién Nacido de su madre.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda en la base de datos Pubmed, así como en varias páginas web, siendo seleccionados varios artículos.

4 Resultados

El concepto de recién nacido saludable se refiere al aspecto de éste al nacer y se corresponde en la mayoría de los casos con un recién nacido sano. Esta situación se establece de forma continua desde los cuidados prenatales y no se basa solo en la ausencia de enfermedad aparente en el momento del nacimiento de un RN a término y vigoroso, ya que solo un adecuado control de la gestación garantiza que se han descartado o estudiado y tratado todos aquellos procesos que pueden conllevar un riesgo para el RN. Por lo tanto, sólo tras un control y un seguimiento obstétrico adecuado, con ausencia de factores de riesgo perinatales y tras un parto normal después del final de la gestación, el resultado es un RN sano y de bajo riesgo.

En el historial médico deben constar (además de la historia obstétrica y los antecedentes de otras gestaciones) los controles y revisiones con los datos cronológicos de la gestación, los estudios ultrasonográficos, el desarrollo fetal y la detección sistemática de malformaciones, así como situaciones de riesgo fetal y neonatal, estado de colonización recto-vaginal por estreptococo del grupo B4, grupo sanguíneo materno y antecedentes familiares de enfermedades de posible transmisión genética. Para esto es recomendable que un especialista en obstetricia coordine con un especialista pediatra las intervenciones que puedan ser necesarias en el momento del nacimiento o tras los primeros momentos del parto.

Entre los procedimientos que han de realizarse después del nacimiento, una vez que el bebé esté estabilizado se encuentran:
- Identificación del Recién Nacido.
- Profilaxis de la enfermedad hemorrágica por déficit de la vitamina K.
- Profilaxis de la oftalmia neonatal Fundamento.
- Control de Temperatura.
- Registro de peso, talla y perímetro cefálico.

En la preparación del alta hay que tener en cuenta no sólo la situación de bienestar de la madre y del RN, sino que se establece un mecanismo adecuado para el

seguimiento ambulatorio de ambos.

El alta hospitalaria de la madre y del RN debe ocurrir cuando exista criterio médico adecuado. Tradicionalmente, se ha recomendado una estancia hospitalaria del RN sano de al menos 48 horas cuando el parto ha sido vaginal o de al menos 96 horas cuando el nacimiento ha sido por cesárea. enfermedad neonatal de forma urgente. Un alta muy precoz, antes de las 48 horas del nacimiento, puede poner en riesgo de desarrollar una ictericia grave, la posibilidad de detectarla visualmente es difícil, pero la determinación de la bilirrubina total en suero en las primeras 48 horas de vida ayuda a descartar las formas significativas.

5 Discusión-Conclusión

Antes del inicio del parto es necesario disponer de toda la información médica perinatal para poder asegurar la ausencia de factores de riesgo que pueden conllevar una enfermedad neonatal inmediata. El historial clínico perinatal debe estar a disposición del personal responsable del cuidado y de la atención del RN en el momento de su nacimiento con suficiente antelación.

Es deseable que inmediatamente tras el parto los RN sanos con aspecto vigoroso se coloquen sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantengan así en contacto íntimo piel con piel durante al menos 50 minutos sin ninguna interrupción, si el estado de salud de la madre y del niño lo permiten. Quizás sea deseable que el tiempo se prolongue hasta 120 minutos.

6 Bibliografía

- http://www.sego.es/Content/doc/Documento
de Consenso y Recomendaciones.
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Sociedad Española de Neonatología (SEN).Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ). Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas revisadas. Enferm Infecc Microbiol Clin.
- Comité de Estándares y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. An Pediatr (Barc).

- Grupo de Reanimación Cardiopulmonar de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones en reanimación neonatal. An Pediatr (Barc).

Capítulo 1066

LA SALUD EN EL TRABAJO: RIESGOS DEL TRABAJADOR Y CONSECUENCIAS

VICENTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En la actualidad existen protocolos en los que participan, el propio trabajador y la empresa en la que se encuentra realizando las labores propias de su trabajo, que se dedican a cuidar la salud del trabajador y evitar, en lo posible, accidentes o enfermedades que se pueden dar en su puesto de trabajo o por culpa del trabajo que realiza, ya que es sabido que existen factores de riesgo, donde la salud del trabajador puede correr algún tipo de peligro.

2 Objetivos

- Se trata de conocer la importancia de los problemas de salud derivados del trabajo, sus consecuencias y la forma de minimizar las consecuencias.

3 Metodología

Se han realizado búsquedas en buscadores digitales a través de Google como en: OMS, invasat.gva.es, etc. y algún libro de texto de seguridad en el trabajo.

4 Resultados

Los problemas de salud derivados del trabajo siempre han sido una preocupación en la sociedad. En la forma en la que se afronta el trabajo tiene mucha importancia la salud. De una forma u otra, la salud es directamente proporcional a cómo se afronta el trabajo y a sus resultados, ya que con una mala salud no se responde adecuadamente en la labor que tenemos que desempeñar, influyendo en la productividad de las empresas, entre otra cosas como pueden ser también: el aumento en gasto sanitario; lo que redunda en problemas para la propia sociedad en su conjunto. Hay que estar preparados para los nuevos retos, propios del progreso, para poder solventar los problemas de salud en el trabajo que se avecinan con los nuevos trabajos, debido a las nuevas tecnologías.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente y de forma gradual, las estadísticas demuestran que han disminuido los accidentes laborales y las enfermedades propias de la labor que se desempeña gracias a los métodos utilizados de prevención dando un carácter más profesional a los trabajadores y dotándolos de mayor responsabilidad y seguridad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1067

CLASIFICACIÓN DE ENFERMOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) SEGÚN AFECTACION SISTEMÁTICA

ANA BELEN GARCÍA VILLARROEL

ISABEL MARÍA ALONSO FERNÁNDEZ

ESTEFANIA FERNANDEZ GARCIA

VERONICA GONZALEZ BLANCO

SARA ESTEBAN RODRIGUEZ

1 Introducción

La Medicina Intensiva nació hace aproximadamente 50 años, con el objetivo de disminuir la mortalidad y las secuelas que produce la enfermedad. De este modo fueron surgiendo áreas específicas en los hospitales, como las Unidades de Cuidados Intensivos.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una sección especializada de los hospitales que se preocupa por dar atención a personas que necesitan cuidados de manera más urgente por haber sufrido algún accidente, por padecer una enfermedad grave o por estar pasando el postoperatorio de una cirugía. En las Unidades de Cuidados Intensivos se encuentran los pacientes que requieren cuidado constante

y atención especializada durante las 24 horas del día. Debido a que el estado de estas personas es muy crítico, las unidades médicas deben contar con profesionales especializados y altamente capacitados para dar la atención debida a los pacientes. Asimismo, estas unidades están provistas con equipos y sistemas especializados, tomando en cuenta la especificidad del servicio.

En los servicios de cuidados intensivos, el trabajo multidisciplinar es la clave de la atención sanitaria, pero, sobre todo, se acentúa en las pruebas diagnóstico-terapéuticas, siendo una pieza clave del diagnóstico y tratamiento. El soporte y la colaboración eficaz del equipo de enfermería, aporta un plus de seguridad al profesional sanitario, ya que es de gran importancia: la preparación del paciente y del material, la preparación del campo de actuación para la seguridad biológica y la asepsia y el control medioambiental.

2 Objetivos

- Conocer las etapas y pasos a seguir en el ingreso de un paciente en la unidad de cuidados intensivos. - Saber destrezas, habilidades y modos de actuación adecuados al trabajo que se realiza en un servicio tan especializado como es el de Unidad de Cuidados Intensivos. - Poseer los conocimientos teóricos necesarios acerca del estado y necesidades del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se identifican dos condiciones en las cuales no había mayor beneficio en ingresar a UCI:
1. Pacientes demasiado bien para beneficiarse.
2. Pacientes demasiado enfermos para beneficiarse.

Criterios de ingreso. Principios generales.
Los pacientes que potencialmente se beneficiarían de ingresar a la UCI se pueden dividir en:
1. Alta prioridad:
Pacientes críticos, inestables con condiciones potencialmente reversibles y que requieren terapia intensiva(soporte ventilatorio, drogas vasoactivas) y estrecha y continua observación. Cuando la reversibilidad y/o el pronóstico son inciertos se puede dar un tiempo limitado de prueba terapéutica en la UCI. Esta categoría excluye pacientes con enfermedades crónicas subyacentes y pacientes terminales.
Prioridad I:
- Pacientes inestables que requieren monitorización y/o tratamiento que no pueden ser provistos fuera de UCI. - Ventilación mecánica, drogas vasoactivas, etc.
- Pacientes con Shock, Post quirúrgicos, insuficiencia renal aguda.
Prioridad II:
- Pacientes que requieren monitorización intensiva y pueden llegar a requerir intervención inmediata. - Pacientes con condiciones comórbidas previas que desarrollan eventos agudos.
Prioridad III:
- Pacientes inestables, críticamente enfermos, pero que tienen reducidas posibilidades de recuperación por la enfermedad de base o por la condición aguda del momento.
- Pueden recibir tratamiento intensivo pero con limitaciones en algunas maniobras: Intubación, RCP. Prioridad IV:
- No apropiados para UCI:
A. Poco o ningún beneficio dado por una intervención de bajo riesgo. "Demasiado bien para beneficiarse de la UCI",Ej: Cirugía vascular menor, ICC leve, Sobredosis, Cetoacidosis.
B. Pacientes con enfermedad terminal o inminencia de muerte. "Demasiado mal para beneficiarse de la UCI"

2. Baja prioridad:
Esta categoría incluye pacientes en riesgo de requerir terapia intensiva y pacientes con condiciones médicas graves, irreversibles e incapacitantes. Los pacientes con enfermedades crónicas, irreversibles o terminales y que han sufrido una lesión catastrófica deberían ser admitidos solo si hay oportunidad que el paciente se beneficie de un manejo agresivo en UCI y si el paciente y/o sus familiares están preparados para aceptar las consecuencias de la terapia necesaria.

Escalas más utilizadas en UCI
Escalas de valoración del dolor:
1.-Escala analógica visual (EVA):
Es una de las escalas más utilizadas para medir el dolor en la clínica. Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre 2 puntos donde figuran las expresiones no dolor y máximo dolor imaginable, que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10 , respectivamente; el paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece. Sus ventajas son múltiples : simplicidad , uniformidad, sensibilidad y confiabilidad. Entre los inconvenientes destacan la limitación impuesta por los extremos, la falta de comprensión por parte de los pacientes y la uniformidad en la distribución de las mediciones.

2.- Escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID):
Desarrollada por Latorre Marco en 2010, se basa en la observación de comportamientos o conductas de dolor. Consta de 5ítems: expresión facial, tranquilidad (movimientos), tono muscular, adaptación a la ventilación mecánica y confortabilidad. El rango de puntuación es de 0 a 10, y cada ítem recibe una puntuación máxima de 2. Se dan descripciones para explicar los comportamientos esperados para cada incremento de puntuación y así se pueda puntuar coherentemente dentro de cada ítem. La escala se valora en 3tiempos: 5min antes, durante y 15min después de los procedimientos.

Escalas de valoración de sedoanalgesia:
De entre las escalas existentes, se elige la escala de sedación RASS por estar validada en pacientes críticos ventilados y no ventilados. Por otra parte, es la que más información nos ofrece tanto en la fase de agitación como en la de sedación debido a los 10 niveles que describe. Además, es de fácil aprendizaje debido a una descripción intuitiva utilizando valores positivos para la agitación y negativos para la sedación, lo que facilita su aceptación por parte del personal.

Escala de agitación- sedación de Richmonds Rass (Richmond agitation- sedation scale)
Puntos Término Descripción
4. Agresivo. Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal.
3. Muy Agresivo. Se quita o tira del tubo o los catéteres, agresivo.
2. Agitado. Frecuentes movimientos sin propósito, lucha con el respirador.
1. Intranquilo . Ansioso pero los movimientos no son agresivos o vigorosos.
0. Alerta y Tranquilo .

-1. Somnoliento. No completamente alerta, despertar mantenido abre ojos (>10seg).
-2. Sedación Ligera . Se despierta brevemente, contacto visual a la llamada (<10seg).
-3. Sedación Moderada. Movimiento o apertura de ojos a la llamada, no contacto visual.
-4. Sedación profunda. No responde a la llamada, pero se mueve o abre los ojos a estimulación.
-5. No Despierta. No responde a la llamada ni a estímulos físicos.
- Sedación superficial: RASS de 0 a -2.
- Sedación profunda: RASS de -4 a -5.

5 Discusión-Conclusión

Poseer los conocimientos teóricos necesarios acerca del estado y necesidades del paciente, así como en destrezas, habilidades y modos de actuación adecuados al trabajo que se realiza en un servicio tan especializado como es el de Unidad de Cuidados Intensivos, para que puedan con ello, mejorar su actividad profesional y se mantengan actualizados de las diferentes técnicas que se van empleando, en especial de las técnicas que se realizan con mayor frecuencia.

Proporcionar una atención integral y óptima a los pacientes con procesos críticos ingresados en unidad de cuidados intensivos a través de acciones de apoyo en la enfermedad y la muerte, dentro del ámbito hospitalario, adaptando la provisión de servicios sanitarios a las necesidades de los pacientes y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados especializados, con la máxima calidad y seguridad.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos, Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Navarro JM, Perales R (coord). Guía práctica de Enfermería en el Paciente Crítico. 2ª Ed. Conselleria de Sanitat; 2012.
- Salvadores P, Sánchez E, Carmona F. Enfermería en cuidados críticos. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011.
- Esteban A, Martín C. Manual de cuidados intensivos para enfermería. 3a ed. Barcelona: Springer - Verlag Ibérica; 2000.

- http://www.sinapsis.org
- http://scielo.isciii.es/scielo.php

Capítulo 1068

INSULINA: QUE SUCEDE EN EL CUERPO Y EN EL METABOLISMO

MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ

1 Introducción

La insulina es una hormona principal que regula el metabolismo de secretada por las β-células de la islotes de Langerhans del páncreas. La principal función de la insulina es contrarrestar la acción concertada de varias hormonas generadoras de hiperglicemia y para mantener bajos los niveles de glucosa en sangre.

2 Objetivos

La importancia de la insulina y cómo reconocer que se necesita hacer una prueba.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es en el páncreas donde se encuentran las células beta de los islotes langerhans quiénes se encargan de producir la insulina (hormona polipeptídica).

Regula el metabolismo de la glucosa, estimula la lipogénesis, disminuye la lipólisis y aumenta el transporte de aminoácidos en las células.

La insulina natural (es decir la insulina liberada desde su páncreas) mantiene el azúcar en sangre en un rango muy estrecho. Durante la noche y entre comidas, los niveles normales, no diabéticos oscilan entre 60-100mg/dl y 140 mg/dl o menos después de las comidas y aperitivos.

Los principales órganos diana para la insulina son el hígado, el musculoesquelético y tejido adiposo.

Si reconoces estos síntomas de hipoglucemia (nivel bajo de azúcar en la sangre), por ejemplo:
- Sudor
- Temblores
- Latidos irregulares del corazón
- Confusión
- Mareos
- Visión borrosa
- Hambre extrema

O en su caso que alguna analítica muestre un bajo nivel de glucosa en sangre.

5 Discusión-Conclusión

Para mantener el cuerpo con una energía óptima la insulina hace un papel fundamental en los procesos anabólicos del cuerpo, como la glucogénesis y lipólisis. Ante los síntomas y signos anteriormente citados se recomienda pedir información al personal sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1069

LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA: ERGONOMÍA Y PREVENCIÓN DE RIESGOS

VICENTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El estudio de las formas de proceder de los trabajadores, los aparatos que se utilizan y los lugares de trabajo donde hay personas con problemas de movilidad lo realiza y se dedica a ello la ergonomía, buscando en todo momento la comodidad, la seguridad del trabajador; y también estudia las técnicas para facilitarle el trabajo, además de crear una relación cómoda y segura entre el trabajador y el puesto de trabajo.

2 Objetivos

En el puesto de trabajo hay diferentes funciones a realizar que conllevan cierto riesgo, las cuales hay que identificar y resolver o reducir lo máximo posible. También hay cierta fatiga física y mental, que hay que detectar para favorecer el interés de los trabajadores por el trabajo, creando a la vez, un buen ambiente de trabajo.

3 Metodología

Se realiza búsqueda sistemática en diversos bucadores como Google, y en artículos de empresas que vigilan por el cumplimiento normativo de profesionales

como Conversia.org.

4 Resultados

El cuerpo del cuidador envía señales a las cuales debe estar atento, ya sea por cansancio o por sobre-esfuerzo. Los riesgos ergonómicos son más frecuentes de lo que nos parece y se relacionan con las posturas forzadas, los esfuerzos y el equipo disponible. Para el buen desarrollo del trabajo se debe disponer de un ambiente adecuado y una buena organización.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la función del trabajador, tanto física como mental , y reducir riesgos, se deben observar diferentes aspectos que rodean a estos, como pueden ser: los equipos de los que disponen, personal con que se cuenta y...por supuesto, la relación entre ellos.

6 Bibliografía

- Geriatricarea.com
- sanidad.ccoo.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1070

LAVADO DE MANOS EN PERSONAL SANITARIO DE URGENCIAS

FERNANDO MUÑIZ VARELA

SUSANA MARTÍNEZ HUERTA

Mª JOSÉ GONZÁLEZ BRAÑA

1 Introducción

El personal sanitario se encuentra expuesto al contacto con múltiples gérmenes patógenos, situación que lo convierte en potencial portador y transmisor de dichos patógenos a otros pacientes. Por ello, la higiene de manos es la medida de control más simple, sencilla y económica que permite controlar las complicaciones infecciosas debida a microorganismos patógenos institucionales y disminuir su transmisión. La OMS en 2009, en su guía de recomendaciones, incluye el lavado de manos con solución hidroalcohólica debido a la gran capacidad que tienen estos geles o soluciones para matar virus y bacterias.

2 Objetivos

Por la importancia que se le concede a la higiene de manos en la prevención de las infecciones en las instituciones sanitarias y lo que representa para la seguridad del paciente, nos planteamos los objetivos de dar a conocer los procedimientos correctos de la higiene de manos como herramienta para la prevención y control de la infección nosocomial, además de presentar recomendaciones sobre esta técnica.

3 Metodología

Antisepsia de manos en seco:
• Aplicar con el dispensador una dosis de la solución alcohólica en las manos.
• Frotarse las manos manteniéndolas húmedas durante 25-30 segundos hasta que se sequen.
• No se deben enjuagar después las manos.
Lavado de manos higiénico y antiséptico:
• Mojar las manos y muñecas.
• Enjabonar toda la superficie, frotando especialmente espacios interdigitales, yemas y uñas durante 15-30 segundos.
• Enjuagar con agua a chorro.
• Secar con papel.
Lavado de manos quirúrgico:
• Realizar un lavado antiséptico de un minuto que comprenda manos y antebrazos, y enjuagar sin frotarse las manos.
• Aplicar otra dosis de jabón antiséptico y frotar con cepillo estéril las uñas, seguir frotando los dedos, espacios interdigitales, palma, dorso y antebrazo durante 3 minutos.
• Enjuagar con abundante agua en sentido descendente: de manos hacia el codo.
• Aplicar una nueva dosis de jabón antiséptico y lavar las manos y antebrazos durante 1 minuto más.
• Enjuagar con agua en sentido descendente.
• Secar con gasas o compresas estériles empezando por manos y acabando en antebrazos.

4 Resultados

Una vez finalizada nuestra intervención observamos que los profesionales que trabajan en el área de urgencias han mostrado su predisposición a la utilización de este tipo de soluciones para el lavado de manos, además se consiguió que el servicio de medicina preventiva aumentara la cantidad de dispensadores de solución hidroalcohólica del área de urgencias del hospital

5 Discusión-Conclusión

Existe una mejoría significativa en el impacto de la intervención educativa para promover el lavado de manos con solución hidroalcohólica antes y después de

brindar atención a los pacientes. Además, esta técnica es una medida de antisepsia eficaz, segura y eficiente, que no sólo actúa de manera satisfactoria en cuanto a su capacidad de prevenir infecciones, sino que a nivel dermatológico es mejor tolerado que cuando se utilizan otros productos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1071

ULCERAS POR PRESIÓN EN EL PUESTO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

EVA MARIA CARDEÑOSO GARCIA

1 Introducción

Las úlceras por presión, constituyen una de las complicaciones más frecuentes que surgen paralelas a la patología del paciente ingresado ,siendo uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de la enfermería .Una ulcera por presión es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejido subyacente, principalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. También pueden aparecer sobre tejidos blancos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos sanitarios. Como consecuencia, una degeneración rápida de los tejidos. (Blanco López 2003)

La úlcera por presión conocida como úlcera de la piel o úlcera por decúbito, aunque en la actualidad, estos términos se descartan por no haber referencia al término presión, ni todas las úlceras se forman en decúbito. Se define como aquella lesión de origen isquémico, restricción del flujo sanguíneo producida por el daño tisular debida a la acción combinada de factores extrínsecos como la presión, cizallamiento y fricción. Además de estos factores extrínsecos interviene otro factor fundamental que es la relación presión-tiempo, la acción de estos factores de una forma prolongada, producirá un aplastamiento tisular entre dos planos duros, uno formado por el propio tejido del paciente (protuberancias óseas) y

otro formado por aquel donde descansa el tejido del paciente (cama, sillón, objeto). (Martínez Cuervo & Pareras Galofré 2009)

Las úlceras producidas por mecanismos que alteran la integridad de la piel son:
- Presión. Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él. La presión capilar oscila entre 6-32 mmHg. Una presión superior a 32mmHg ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.
- Fricción. Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
- Fuerza Externa de Pinzamiento Vascular (cizallamiento). Combina los efectos de presión y fricción (en la posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona). (de Ladeira ,Isaac,Paggiaro, Hosaka & Ferreira 2011)
- Humedad. Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria) , sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y exudado de heridas produce deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia y haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad favorece también el riesgo de infección ya que aumenta la permeabilidad de la piel y la vuelve más sensible frente a los microorganismos. (Llatas, Pujalte , Areosa & Prieto 2013).

Según la afectación de la piel, las úlceras por presión se clasifican en:
- Grado I.a piel es rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión en los 30 segundos siguientes de aliviar ésta. Afecta a la epidermis.
- Grado II. La piel con pérdida de solución de continuidad, vesículas y flictenas. Afecta a la epidermis y dermis superficial.
- Grado III. Hay una pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel, llegando hasta incluso la dermis profunda e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico.
- Grado IV: Pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, huesos o estructuras de sostén (el tendón cápsula articular). Presenta lesiones con cavernas o trayectos sinuosos. (Arcos Díaz-Fuentes, Barbero López, Díaz Pizarro, García García ,García Sánchez & Jiménez Jiménez 2007)

Como consecuencia de este aplastamiento tisular prolongado, se producirá una disminución del riego sanguíneo y por consiguiente una disminución del aporte

de oxígeno a determinadas zonas corporales, que producirá una degeneración rápida de los tejidos, cuya gravedad puede ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta úlceras profundas que afectan al músculo y evolucionar a necrosis del tejido afectado.

La aparición de este tipo de lesiones supone una complicación que influye negativamente en la evolución del paciente. El estado general del paciente se verá alterado por el aumento de riesgo de infección así como por las posibles complicaciones metabólicas. Su aparición va a influir en la estancia hospitalaria del paciente viéndose aumentado el tiempo de recuperación. Van a ocasionar al paciente pérdida de autoestima, independencia y autonomía. Pueden influir en el deterioro y complicación de un tratamiento integral. A todo esto se une la sobrecarga de trabajo para todo el equipo de salud. (Bavaresco & Lucena 2012)

La piel normal es el órgano más extenso del cuerpo, ocupa el 15% de peso corporal y cubre 1,7 metros cuadrados en el adulto. La membrana que cubre el cuerpo tiene un espesor, resistencia y coloración, que son variables en función de la zona del organismo que reviste, así como edad y raza. En conjunto es un órgano extendido por toda la superficie corporal, que se continúa con la mucosa de los orificios naturales . Consta de tres capas: epidermis, dermis e hipodermis, cada una aporta funciones específicas a la piel. De estas tres capas, sólo la epidermis muestra regeneración cuando la piel es dañada seriament. Esta barrera externa es vulnerada produciendo alteraciones importantes a medio externo. (Martínez Cuervo,Soldevilla Agreda ,Verdú Soriano,Segovia Gómez,García Fernández, & Pancorbo Hidalgo, 2007)

La epidermis es la porción más externa de la piel, de naturaleza epitelial. Contiene una serie de formaciones o anejos cutáneos (uñas, piel ,glándulas sudoríparas y sebáceas) a excepción de las uñas todos los demás profundizan hacia capas más profundas. La epidermis carece de vasos propios aunque sí contiene terminaciones nerviosas, se nutre a partir de los vasos de la dermis. Formado por un epitelio estratificado, queratinizado con gran capacidad de regeneración. En el conjunto de los estratos se diferencian tres tipos fundamentales de células. (Nerea, 2015)

La dermis es una capa de tejido conjuntivo con fibras colágenas y elásticas que le dan resistencia. Está compuesta por elementos celulares defensivos y regenerativos. En la dermis se encuentran las porciones secretoras de las glándulas cutáneas, los folículos pilosos y los pequeños músculos erectores de los pelos .Se

distinguen dos capas; la capa superficial y la capa profunda. (González, Moyano, Trelles & Gamero, 2010)

La hipodermis está constituida por tejido conjuntivo. Es el estrato más profundo de la piel, es el sustrato sobre el que se apoya la piel .Esta capa es importante en el aislamiento térmico, como reserva energética.(Almeida Medeiros, J. Brandao de Carvalho Lira, & Venicios de Oliveira Lopes 2014)

2 Objetivos

- Analizar las lesiones cutáneas crónicas.
- Saber identificar por las características clínicas que presente si estamos ante un paciente con una úlcera por presión o si por el contrario se trata de otro tipo de lesiones.
- Identificar los efectos del envejecimiento sobre la piel.
- Determinar la localización de las úlceras por presión.
- Conocer los Factores de riesgo de las ulceras por presión.
- Contrastar las formaciones anexas a la piel.
- Identificar las funciones de la piel.
- Conocer las complicaciones de las ulceras en la piel.

3 Metodología

Atendiendo a la información de este trabajo ha sido obtenido de la revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre las úlceras por presión en la piel entre las personas mayores geriátricos, en las últimas décadas. Se consultaron diferentes bases de datos (Dialnet, IMEBiomedicina, Medline, CINHAL, Pubmed y Cinhal). Los descriptores utilizados fueron. “fricción” “Edema” “Cizallamiento ,”accesos vasculares” “cambios posturales”. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y el periodo temporal del (2001-2015). De un total de 50 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 15 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos, artículos de revista científica, estudios que aporten daos empíricos tras la implementación de un programa de úlceras.

4 Resultados

Las lesiones cutáneas crónicas son patologías que padecemos y que presentan sintomatología similar a otro proceso patológico .El diagnóstico diferencial de estas lesiones se hace para excluir otras como las úlceras venosas, arteriales o neuropáticas. (Ester Vilá, Rocha Blasco, Sanz de los Arcos & Padrós Sánchez 2008).

Las úlceras vasculares son causadas por trastornos de la circulación que se producen en las extremidades inferiores. Estos trastornos pueden ser venosos o arteriales, en función de los vasos sanguíneos lesionados.

Úlceras venosas son lesiones cutáneas de las extremidades inferiores que no cicatrizan espontáneamente y con tendencia a la cronificación o recidiva. Las úlceras venosas , suelen aparecen por un mal funcionamiento de las válvulas que conectan las venas superficiales con las profundas. El 70 % de las úlceras vasculares son de tipo venoso, siendo el sexo femenino el más afectado por este tipo de lesión.

En la historia clínica se identifican por varices, trombosis venosa profunda, flebitis, insuficiencia venosa crónica, embarazos ,fracturas o traumatismos e intervenciones quirúrgicas. El examen físico los pulsos están presentes A la inspección podemos observar: edema, decoloración, evidencia de úlceras curadas. Venas superficiales dilatadas y tortuosas y aumento de la temperatura y eritema e hinchazón. Las pruebas complementarias son la Eco-doppler venoso.

El diagnóstico diferencial las úlceras venosas aparecen en el tercio inferior de la pierna alrededor de los tobillos, sobre todo en el área supramaleolar interna. Suelen ser lesiones unilaterales, con tendencia a aumentar su tamaño. Presentan bordes irregulares. Tienen tendencia a la granulación cuyo tejido aparece de color rojizo .Base superficial .Exudado hemorrágico de moderado a abundante .No es frecuente aparición de infección. El dolor no es significativo, exceptuando si se produce infección o en la trombosis venosa profunda que aparece dolor muscular. (Camblor-Santervás ,Meana-Infiesta, Llaneza-Coto, Vaquero-Lorenzo, Gómez-Llames, López-Garcia & Menéndez-Herrero 2003).

La piel es el primer órgano en el que se producen y observan los efectos del envejecimiento, estos cambios permiten establecer la edad biológica del individuo, que no tiene por qué corresponderse con su edad cronológica, ya que estos cambios no son más que el mero reflejo de alteraciones que se han ido produciendo en el organismo a lo largo de los años. Hay que tener en cuenta que la piel también

va a sufrir una agresión constante a lo largo de toda la vida. Esta agresión viene determinada por la acción de los rayos solares y es un tipo de agresión que va a quedar registrada o memorizada con el paso de los años, el mayor porcentaje de los cambios cutáneos considerados cosméticos van a ser debidos a esta situación conocida como foto-envejecimiento. Los cambios que se van a producir por el efecto del envejecimiento, tanto por los cambios irreversibles en su estructura y funcionamiento como los producidos por ese efecto de memoria de exposición solar, se pueden esquematizar de la siguiente manera:

- Adelgazamiento de la superficie cutánea. Las células de la epidermis adelgazan y aquellas que no lo hacen, se reproducen a un ritmo más lento, aumentan de tamaño y adquieren formas irregulares. La dermis pierde un 20% de espesor. Todo ello va a condicionar una mayor fragilidad y menor eficacia como barrera de la piel.
- Disminución de la elasticidad y la hidratación. La piel o es capaz de capta agua por la pérdida del ácido hialurónico, se produce un aumento de la permeabilidad.
- La textura de la piel se toma correosa, aparecen arrugas finas y gruesas más marcadas con profundización de los surcos.
- Disminución de la elasticidad y flexibilidad .Producido por una disminución del tejido colágeno. Disminución del tejido adiposo superficial. (Branco 2010)

La localización de las úlceras por presión normalmente se produce en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias o rebordes óseos. Estas zonas varían dependiendo de la posición del paciente de tal forma que en decúbito supino, la región sacra, los talones, el coxis, los codos, los omoplatos y el occipucio son las zonas de mayor presión. (Ortega, Cruz, Sotolongo & Olivares2007)

La localización de las úlceras por presión normalmente se produce en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias o rebordes óseos. Estas zonas varían dependiendo de la posición del paciente de tal forma que en decúbito supino, la región sacra, los talones, el coxis, los codos, los omoplatos y el occipucio son las zonas de mayor presión. (Ortega, Cruz, Sotolongo & Olivares2007)

5 Discusión-Conclusión

Prevenir la aparición de las úlceras por presión es prioritario dentro de los cuidados de los pacientes susceptibles de padecerlas, siendo indispensable para ello, la colaboración no sólo de los profesionales sanitarios sino también del propio

paciente o cuidadores. La prevención no sólo reduce la incidencia y recurrencia de ulceras por presión, sino que también disminuye el dolor y las complicaciones que de ellas pueden derivarse, así como la duración de los tratamientos y por ende el gasto sanitario. La educación sanitaria forma parte de las estrategias tanto de prevención como de tratamiento de las úlceras por presión, y favorece la implicación de paciente y cuidador en la planificación de los cuidados.

Examen diario de la piel para detectar cualquier signo de alarma, teniendo un minucioso cuidado con las prominencias óseas y cuando haya deterioro del estado general de la piel (sequedad, eritema, induración, maceración).

Dedicar especial atención a las zonas de riesgo donde existieron lesiones previas.
Valoración de los puntos de apoyo:
- Higiene e hidratación.
- Mantener la piel limpia, seca e hidratada.
- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras que no irriten.
- Aclarar y secar la piel minuciosamente sin fricción, teniendo especial atención en los pliegues cutáneos y zonas interdigitales.
- Evitar arrugas en la ropa de la cama.
- No utilizar colonia ni alcohol.
- Mantener la piel hidratada mediante la aplicación de cremas hidratantes, procurando su completa absorción, excepto en pliegues cutáneos por la aparición de hongos.
- Utilizar protectores cutáneos no irritantes .Forman una barrera protectora frente a fluidos corporales y protege de maceraciones perilesionales y de irritaciones por el uso de apósitos y esparadrapos.

En la piel sana sometida a presión y con riesgo por tanto de aparición de ulceras por presión, se utilizarán los ácidos grasos hiperoxigenados que mejoran la microcirculación y evitan la deshidratación de la piel. Deben de ser aplicados con suavidad y sin dar masaje en las zonas de riesgo, siempre que la piel esté íntegra. Aplicar dos o tres veces al día.

Para el manejo del exceso de humedad, valorar y tratar los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel del paciente como son:
- Incontinencia: valorar la posibilidad de utilizar dispositivos indicados en cada caso, como: Colectores, pañales, absorbentes, sondas vesicales.
- Sudoración profusa: controlar la temperatura y cambiar la ropa de cama y personal siempre que sea necesario, realizando una higiene más estricta y vigilando pliegues cutáneos.

- Drenajes: evitar fugas y utilizar colectores específicos.
- Exudados de heridas: utilizar apósitos adecuados en función del exudado.
- Utilización de productos barrera, que ejercen una función de protección frente a fluidos corporales y productos adhesivos.

Las pomadas de óxido de zinc tienen el inconveniente de que además de no permitir ver la piel, para su retirada hay que utilizar productos oleosos, nunca con agua, pues no son solubles y habría que frotar intensamente dañando la piel en su retirada.

No se deben realizar masajes sobre prominencias óseas, pueden producir daños adicionales.

Aliviar la presión supone evitar la isquemia tisular. Cada actividad está dirigida a disminuir el grado de presión, rozamiento y cizallamiento. En los cuidados referentes a dicho manejo se hace necesario distinguir entre:
- Movilización del paciente.
- Cambios posturales.
- Superficies especiales en el manejo de presiones.
- Protecciones locales.

Fomentar la movilidad y actividad del paciente: Proporcionar dispositivos de ayuda barandillas, trapecios, andador, bastones.
Para movilizar a un paciente es recomendable la utilización de una entremetida, (como la técnica de doble travesero) ya que, de esta forma, obtenemos un doble beneficio. Por un lado prevenimos la fricción, factor de riesgo de la aparición de múltiples lesiones y, por otro, evitamos las lesiones de espalda del personal que realiza la movilización.

Mantener alineación corporal, repartiendo el peso para evitar el dolor muscular o la compresión. Evitar el arrastre. Evitar el contacto directo entre las prominencias óseas mediante almohadas o superficies blandas. Realizar cada 2-3 horas en pacientes de riesgo, siguiendo una rotación programada (decúbito supino, lateral derecho, lateral izquierdo). No sobrepasar los 30º al elevar la cabeza de la cama, siempre que su situación lo permita. No sobrepasar los 30º de inclinación en decúbito lateral, pueden producir fenómenos de isquemia en los puntos de apoyo (trocánteres).Durante los periodos de sedestación hay que reposicionar al paciente de forma periódica. Si el paciente puede moverse por sí mismo deberá hacerlo cada 15 minutos si no fuera así debería ser reposicionado cada hora.

No es aconsejable el uso de flotadores o similares.

No colocar en sedestación a pacientes que tengan lesiones en las zonas de asiento. Un paciente con riesgo de presentar una úlcera por presión, no debería de acomodarse en una cama con colchón convencional, sino que debemos procurarle un colchón antiescaras, es decir , colchones con aire alternante y otros sistemas de redistribución de presión de altas prestaciones. Aún utilizando estos dispositivos no hay que dejar de realizar los cambios posturales y además medidas preventivas.

La decisión sobre cuál es la superficie especial de apoyo ideal para cada paciente, debe fundamentarse en una valoración total del individuo en todos sus aspectos; confor-bienestar, estado de salud, y puntuación obtenida en la escala de valoración de riesgo de úlceras por presión aplicada.

Como norma general una buena superficie de apoyo se considera eficaz cuando reduce o alivia la presión tisular, aumenta el campo de apoyo y disminuye la fuerza de cizallamiento .Debe de favorecer la evaporación de la humedad y no causar calor al paciente. Cuanto más fácil sea el mantenimiento y manejo, mejor será para los profesionales sanitarios y para los enfermos usuarios de estos dispositivos .Se debe tomar la cautela de comprobar su compatibilidad con respecto a los protocolos de control de infecciones y a las necesidades de reanimación cardiopulmonar en casos médicos complejos.

6 Bibliografía

- Almeida Medeiros, A. B., Farias de Queiroz Frazão, C. M., Dantas de Sá, J., Brandão de Carvalho Lira, A. L., & Venícios de Oliveira Lopes, M. (2014). Compromiso tisular de pacientes con úlcera venosa según las clasificaciones de los resultados de enfermería. Enfermería Global, 13(36), 26-34.
- Arcos Díaz-Fuentes, M., Barbero López, M., DÍAZ PIZARRO, J. M. D., GARCÍA GARCÍA, J. D., GARCÍA SÁNCHEZ, Á. S. D., & Jiménez Jiménez, M. (2007). Protocolo de actuación en úlceras por presión.
- Bavaresco, T., & Lucena, A. D. F. (2012). Intervenciones de la Clasificación de Enfermería NIC validadas para pacientes en riesgo de Úlcera por Presión. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20(6), 1109-1116.
- Blanco López, J. L. (2003). Definición y clasificación de las úlceras por presión. El Peu, 2003, vol. 23, núm. 4, p. 194-198.

- Branco, C. C. (2010). Envejecimiento de la piel y las mucosas: fundamentos clínicos y enfoque integral. Ed. Médica Panamericana.
- Camblor-Santervás, L., Meana-Infiesta, A., Llaneza-Coto, J. M., Vaquero-Lorenzo, F., Gómez-Llames, S., López-García, D., ... & Menéndez-Herrero, M. A. (2003). Tratamiento de úlceras vasculares crónicas con equivalentes cutáneos obtenidos mediante ingeniería tisular. Angiología, 55(1), 21-33.
- Dantas, A. L. D. M., Ferreira, P. C., Valença, C. N., Diniz, K. D., Nunes, J. D. P., & Germano, R. M. (2013). Complicaciones de las úlceras por presión en el paciente grave: estudio descriptivo-exploratorio. Online braz. j. nurs.(Online). de Ladeira, P. R. S., Isaac, C., Paggiaro, A. O., Hosaka, E. M., & Ferreira, M. C. (2011). Úlceras nos membros inferiores de pacientes diabéticos: mecanismos moleculares e celulares. Revista de Medicina, 90(3), 122-127.
- Ester Vilà, B., Rocha Blasco, B., Sanz de los Arcos, M. B., & Padrós Sánchez, C. (2008). Tratamiento de las úlceras neuropáticas con descargas. Revista Española de Podología, 2008, vol. XIX, núm. 4, p. 144-153.
- Fernández, I. C. (2014). Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Enfermería Dermatológica, 8(22), 50-51.
- González, T. M., Moyano, E. G., Trelles, A. S., & Gamero, A. H. (2010). Elastólisis de la dermis media: presentación de un nuevo caso y revisión de la literatura médica. Piel, 25(5), 240-245.
- Llatas, F. P., Pujalte, B. F., Areosa, L. A., & Prieto, J. R. (2013). Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. Enfermería Dermatológica, 7(18), 14-25.
- Martínez Cuervo, F., & Pareras Galofré, E. (2009). La efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en el cuidado de la piel perilesional, la prevención de las úlceras por presión, vasculares y de pie diabético. Gerokomos, 20(1), 41-46.
- Martínez Cuervo, F., Soldevilla Agreda, J. J., Verdú Soriano, J., Segovia Gómez, T., García Fernández, F. P., & Pancorbo Hidalgo, P. L. (2007). Cuidados de la piel y prevención de úlceras por presión en el paciente encamado. Revista Rol de Enfermería, 30(12), 9-17.
- Narea, F. J. (2015). Recuperación del coeficiente de absorción de la epidermis en la piel humana.
- Ortega, A. H., Cruz, J. C. S., Sotolongo, J. D. M., & Olivares, R. L. E. (2007). Comportamiento de Úlcera Péptica en pacientes del Hospital "Mario Muñoz". Revista Médica Electrónica, 29(6), 593-597.
- Pancorbo-Hidalgo, P. L., García-Fernández, F. P., Torra i Bou, J. E., Verdú Soriano, J., & Soldevilla-Agreda, J. J. (2014). Epidemiología de las úlceras por presión en

España en 2013: 4. º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos, 25(4), 162-170.
- Piel, B. F. (2002). Componentes. Funciones de la piel. Tratado de Histología. México: Mc Graw-Hill Interam, 577-610.
- Roca-Biosca, A., Velasco-Guillén, M. C., Rubio-Rico, L., García-Grau, N., & Anguera-Saperas, L. (2012). Úlceras por presión en el enfermo crítico: detección de factores de riesgo. Enfermería intensiva, 23(4), 155-163.
- Romero, O. C., Rojas, G. Q., Rojas, M. R., Barreto, I. R., Centeno, J., & Solís, N. P. (2009). Envejecimiento prematuro de la piel. Universitas (León): Revista Científica de la UNAN León, 3(1), 30-33.
- Ruiz, J. G., Carrero, A. G., Blázquez, M. H., Vera, R. D. V., Ortiz, B. G., Pulido, M., ... & Gómez-Pardo, L. D. (2001). Factores de riesgo de las úlceras por presión en pacientes críticos. Enfermería Clínica, 11(5), 184-190.
- Seco Pérez, M. (2014). Valoración científica del diagnóstico de enfermería:" Deterioro de la integridad cutánea".
- Sordo, C., & Gutiérrez, C. (2013). Cáncer de piel y radiación solar: experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30, 113-117.

Capítulo 1072

ALIMENTACIÓN Y ESTILO DE VIDA EN EL CÁNCER DE COLON.

SARA HAIDA SUAREZ SUAREZ

RICARDO GONZALEZ OVIES

MIGUEL CASTRO PÉREZ

RAQUEL FERNÁNDEZ ARIAS

DESIRÉ MARTÍNEZ GÓMEZ

1 Introducción

El carcinoma colorrectal (CCR) es la segunda causa más frecuente de cáncer entre todos los tipos de tumores malignos, precedido por el cáncer de pulmón en varones y el de mama en la mujer.

En España se estiman veinticinco mil casos diagnosticados por año, con una mortalidad del 50%, lo que representa que unos doce mil quinientos pacientes fallecen anualmente por CCR en nuestro país, representando por tanto la segunda causa por muerte por cáncer a nivel nacional.

A veces esta enfermedad aparece con una base hereditaria conocida, otras veces aparece por enfermedades inflamatorias intestinales, otras como consecuencia de alteraciones genéticas, aunque en muchísimos otros casos se desconocen los factores predisponentes para su desarrollo.

Además del diagnóstico precoz, existen otras estrategias con las que se pretende disminuir el riesgo de desarrollar el CCR, como son la quimioprofilaxis y las modificaciones en los hábitos de vida y dietéticos.

Por ejemplo, el consumo de tabaco y alcohol, la falta de actividad física y la obesidad, constituyen por sí solos y también asociados, factores de riesgo para el desarrollo del CCR2.

2 Objetivos

Identificar las mejores medidas para prevenir el cáncer de colon, demostrando que el estilo de vida y la alimentación pueden jugar un cierto papel en esta enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Algunas pruebas plantean que el consumo de alcohol es un factor de riesgo tanto en hombres como en mujeres para el desarrollo del cáncer de colon.

Un análisis conjunto de varios estudios de cohorte, incluía medio millón de personas de varios países3, mostró que el riesgo estaba aumentando a partir de un consumo de treinta gramos de alcohol por día, y era independiente del tipo de bebida consumida.

Por otra parte, la actividad física no parece influir en el desarrollo de cáncer de recto.

Otros estudios epidemiológicos han puesto en evidencia la existencia de una relación clara entre sobrepeso y obesidad y el riesgo de cáncer de colon en hombres (no en mujeres).

Por otra parte, los pacientes obesos presentan un riesgo aumentado para desarrollar complicaciones tras cirugía abdominal, incluyendo infección y dehiscencia de suturas, aparición de otros canceres y complicaciones relacionadas con las enfermedades crónicas que se asocian frecuentemente con los pacientes obesos sin cáncer, como diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Respecto a la alimentación, tras varios estudios, parece existir una asociación clara entre consumo de carnes procesadas y riesgo de CCR.

Se especula que este riesgo es debido a la presencia de nitrosaminas en la carne curada.

La ingesta de grasa no se ha podido relacionar con un mayor riesgo de CCR y el consumo de productos lácteos se ha asociado en un análisis conjunto de diez estudios cohorte que incluían cinco mil casos con una disminución de un 11% del riesgo de CCR.

5 Discusión-Conclusión

Después de evaluar los estudios pertinentes, llegamos a la conclusión de que existe una cierta evidencia procedente de diversos estudios epidemiológicos, que diversos factores dietéticos, ambientales y relacionados con el estilo de vida, tienen influencia en el desarrollo del CCR.

6 Bibliografía

1. Castells A, Marzo M, Bellas B, Amador F, Lanas A Mascort V, et al. Guia de práctica clínica en prevención del cáncer colorrectal. Gastroenterol Hepatol 2004; 27:573-634.
2. Martinez ME. Primary prevention of colorectal cáncer: Lifestyle, nutrition, exercise. Recent Results cancer Res 2005;166:177-211.
3. Cho E, Smith-Warner SA, Ritz V, Van den Brandt PA, Colditz GA, Folsom AR, et al. Alcohol intake and colorectal cancer: A pooled analysis of 8 cohort studies. Ann Intern Med 2004; 140:603-13.
4. Van den Brandt PA, Goldbohm RA. Nutrition in the prevention of gastrointestinal cáncer. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2006;20:589-603.
5. Bergstrom A. Pisani P, Tenet V, Wolk A, Adami HO. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe Int V Cancer 2001;91:421-30.

Capítulo 1073

INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

FERNANDO MUÑIZ VARELA

SUSANA MARTÍNEZ HUERTA

Mª JOSÉ GONZÁLEZ BRAÑA

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son aquellas adquiridas en el mismo servicio donde el paciente es atendido dentro del mismo hospital independiente a su patología, en este estudio sería en el servicio de Urgencias.

- FACTORES ETIOLÓGICOS

• Son los factores responsables de la aparición de estas enfermedades.

• Pueden ser:

– Modificables

– No modificables

- DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA.

• Por regla general encontramos que las tasas de infecciones nosocomiales son mayores:

- Países en vías de desarrollo
- Hospitales más grandes y hospitales universitarios
- Acumulación de factores de riesgo

FACTORES DE RIESGO.

• Son aquellos que aumentan la probabilidad de que el paciente desarrolle una infección hospitalaria

• Podemos clasificarlos en:
– Intrínsecos: son debidos al propio paciente y difícilmente modificables
– Extrínsecos: son debidos a los tratamientos que recibe el paciente en el hospital. Podemos actuar sobre ellos y reducirlos al mínimo.

2 Objetivos

- Consensuar unas pautas de clasificación de pacientes, en el que según sus patologías asociadas, estén clasificados de manera individual y diferente, intentando disminuir este riesgo de infección es muy común en los hospitales.

3 Metodología

- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES:
• Destinar a un enfermero para el control de la infección nosocomial.
• Adoptar medidas de control rigurosas, destinadas a eliminar factores de riesgo identificados.
• Establecer un sistema de vigilancia activa de la infección, con información periódica de los resultados a todo el personal hospitalario.
• Participar de forma activa, por parte de los epidemiólogos expertos en infecciones nosocomiales, en los programas de control.

4 Resultados

El 10% de los pacientes que han acudido a un servicio de urgencias de un hospital en concreto ha adquirido una infección nosocomial de la que no era portadora, es decir, no acudía por ese motivo a urgencias, dando la cara esta infección más tarde. Se podría disminuir este porcentaje clasificando de manera diferente a los pacientes que acuden a urgencias, en diferentes zonas dependiendo de la patología, y desinfectando el material con el que se toman las constantes a los pacientes de uno a otro, y el lavado de manos del profesional que lo atiende.

5 Discusión-Conclusión

En la mayoría de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias, sea por el motivo que sea, ya tienen un 19% más de probabilidad de adquirir una infección nosocomial, ya sea por su estado general del paciente o por el de los demás.

Las infecciones nosocomiales son uno de los grandes problemas de salud pública hoy en día, si bien es verdad que las mejoras en sanidad hacen que la prevalencia vaya bajando.

El control y tratamiento de estas infecciones es difícil tanto por las características de los patógenos como del entorno hospitalario, siendo necesarias medidas especiales.

6 Bibliografía

- https://www.franrzmn.com
- https://medintensiva.org
- https://www.socinorte.com
- http://celadoresonline.blogspot.com

Capítulo 1074

LOS CUIDADOS DE LOS RECIÉN NACIDOS EN LA UNIDAD NEONATAL.

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

SUSANA ALONSO POSADA

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

1 Introducción

El neonato, es aquel bebé al que le faltarían unos días para cumplir una gestación completa, o definirse como bebé a término, puede ser por parto natural o cesárea.

La definición exacta, sería:(palabra que proviene del latín neo nato) que significa "recién nacido".
Actualmente, se observa que va aumentando el número de embarazos que no llegan a término, por lo que los profesionales sanitarios tienen que hacer cambios en las prácticas asistenciales, y los cuidados son algo más delicados, esto hace que la supervivencia del neonato vaya en aumento.

Cada bebé necesita unos cuidados personalizados y especiales, desde el momento del nacimiento hasta que ya tiene una edad razonable. Los médicos especialistas en neonatología, son capaces de reconocer e identificar cualquier problema que puedan tener incluso antes del alumbramiento. Se encargan de diagnosticar,

tratar y paliar cualquier adversidad como puede ser una enfermedad congénita como una infección al parto o una infección respiratoria que se da a las horas de nacer y en algunos casos cirugías.

2 Objetivos

- Analizar las causas y los posibles factores que estimulan el nacimiento del bebé antes de lo previsto, así como los cuidados y tratamientos que se deberán aplicar ante situaciones adversas e incluso límite, llevando a cabo un tratamiento que permita que la calidad de vida de ese bebé vaya en aumento, y a ser posible sin secuelas, o con las mínimas posibles garantizando una calidad de vida plena.

3 Metodología

Se han utilizado las bases datos Medes. Google Académico, y diversos artículos científicos. Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre el neonato, así también diversos estudios sobre los mismos. Los descriptores fueron: Neonatos, causas, factores, riesgos, secuelas y calidad de vida.

4 Resultados

En términos generales después del nacimiento se procederá a:
- Se examinará al recién nacido en profundidad, se le hace un registro y se observará su evolución diariamente.
- La limpieza de las vías respiratorias es muy importante, para evitar un ahogamiento o un mal rato a causa de una obstrucción, por lo que hay que aspirar.

El cordón umbilical, se le observará para evitar infecciones, éste ha de caer entre los 7 y los 10 días después del nacimiento:
- Profilaxis de enfermedades prevalentes
- Vitamina K (Intramuscular) para le prevención de la enfermedad hemorrágica.
- Prueba acústica (prueba de emisiones otoacústicas)
- Sepsis neonatal (infección de la sangre que se da a las pocas horas de vida)
- Control de azúcar controlando las hiperglucemias o hipoglucemias
- Gotas oculares para evitar infecciones (oftalmia neonatal)
- También se le hará un control de reflejos, en el que se valorará; la búsqueda, una correcta succión, prensión babinski, tónico cervical o del cuello, y prueba

del andar. y por último, la prueba del talón , sería pincharle en el talón ,extraerle unas 5 gotas de sangre para analizar entre los 2 a 5 primeros días de vida , así se sabrá con rapidez algunas enfermedades como el hipotiroidismo, fenilceturia, fibrosis quística, hiperplasia adrenal congénita. En Esta prueba se detectan 24 enfermedades minoritarias. En el día de hoy se sigue haciendo esta prueba.

5 Discusión-Conclusión

Las cuatro primeras semanas de vida, son muy importantes en estos casos, ya que se da una etapa de cambio entre la vida intrauterina y su existencia como un ser independiente.

Ante una situación tan delicada por tener tantas complicaciones y riesgos a la vez, las nuevas técnicas y cuidados, hacen que la supervivencia sea mayor, se ha ido mejorado considerablemente en las prácticas sin aumentar las posibles secuelas en estos últimos años.

Los primeros cuidados del recién nacido son muy importantes, los profesionales han de estar capacitados para enfrentarse a diferentes situaciones, ya que deben actuar, manipular e intervenir a estos pacientes con ligereza y destreza demostrando su eficacia al mismo tiempo. Son niños frágiles y manipularlos requiere mucha precisión. Administrar fórmulas de leche adecuadas, fármacos.

Se llega a la conclusión que los profesionales de éste sector deben presentar mucha empatía y ser minuciosos al límite, y sobretodo estar en constante aprendizaje, si algo tienen en particular estos pacientes, es que ninguno, responde por igual.

6 Bibliografía

- Guía de cuidados del recién nacido en la Maternidad Hospital 12 de octubre.
- Artículos académicos sobre Neonatos .Unidad de neonatología. Ministerio de Sanidad y Consumo. 16 de febrero 2015 Sociedad Española de Neonatología y niveles.
- Sociedad Española de Neonatología – Candidatura presidente por el Dr. Manuel Sánchez Luna ha resultado elegido por presidir Saneo en los próximos 4 años (2019 - 2023) .
- Medlineplus Neonatos [internet blog] consultando por RH Cristóbal – 2016 artículos relacionados con el tema a tratar.

-Prueba de Apgar del recién nacido
-Healthy: Children.org.18-5-2014
-El Ángel de los Neonatos. Ed Alfa omega – Everest .2002 ISBN 70. Virginia Apgar (1909 – 1974)
- Muñiz Rodrigo del complejo Hospitalario Universidad Insular Materno infantil de las Palmas de Gran Canaria, sobre temas de bebés prematuros.
-González Fernández C T Fernández, I S Medina, I S. Revisión bibliográfica en el manejo del dolor neonatal.
-Ene. Revista de Enfermería Dic 2012, 6 (3).
-Protocolo de Neonatología (en revisión) año de edición 2008

Capítulo 1075

HIGIENE Y ASEO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

MARÍA SEILA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

Es el conjunto de actividades que una persona realiza para mantener limpia la piel, el cabello, los dientes, uñas, etc. Además de evitar prevenir la aparición de enfermedades, en esta función el auxiliar de enfermería ejerce un papel relevante. El equipo de enfermería planifica, realiza y evalúa los cuidados higiénicos y de limpieza para mejorar su necesidad de seguridad (prevención de infecciones), de bienestar, de estima y autoestima. También interviene facilitando la necesidad de eliminación con el procedimiento de colocación de la cuña y botella.

2 Objetivos

- Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su hospitalización, y tratar de ofrecerle buenos hábitos de higiene para el futuro.
- Mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe.
- Recoger datos que permitan visualizar el estado general del paciente, así como el estado de su piel.
- Activar la circulación sanguínea.
- Establecer una relación con el paciente, calentándolo a ser tan independiente como le sea posible.
- Evitar las enfermedades de la piel más comunes, manteniendo una adecuada higiene de la piel del paciente.

3 Metodología

Para cualquiera de los procedimientos que se lleven a cabo es preciso tener en cuenta todas o algunas de las normas (según el procedimiento) que se exponen:
- Mantener una temperatura ambiente adecuada (entre 23 y 24 grados centígrados).
- Comprobar la temperatura del agua que, salvo indicación contraria, estará entre 37 y 40 grados centígrados.
- Evitar las corrientes de aire.
- Preparar todo el equipo necesario antes de comenzar, reuniendo lo necesario para el aseo, el paciente, la cama y el auxiliar de enfermería.
- Aislar al paciente del entorno, si fuera necesario se le coloca un biombo.
- Utilizar jabones que no irriten la piel.
- En los pacientes varones, avisar al peluquero cuando sea necesario.
- En el paciente encamado, evitar tenerle totalmente desnudo, cubriéndose con una toalla o vistiéndose con un pijama o camisón, respetando su pudor.
- No mojar la cama innecesariamente, protegerla colocando una toalla bajo el paciente y escurriendo bien la esponja.
- Favorecer la seguridad y movilización del paciente encamado realizando el aseo entre dos personas.
- Cuidar las vías y sistemas terapéuticos del paciente durante el procedimiento para evitar desconexiones o reflujos.
- Según un orden, realizando sucesivamente: enjabonado, aclarado, secado.
- Estimular la colaboración del paciente durante la realización del aseo para favorecer su independencia.
- Aprovechar para dar un masaje en las zonas sometidas a presión (excepto si ya se inicio una ulcera por presión), mejorando así el riego sanguíneo de la piel.
- Realizar el aseo tantas veces como sea necesario y al menos una vez al día, generalmente por la mañana, junto con el cambio de sábanas.

Los procedimientos generales del aseo pueden realizarse en la ducha, bañera o la cama, en función del grado de independencia del paciente.

Paciente encamado:
Explicar al paciente lo que se le va a hacer, así como la importancia y necesidad de realizar una buena higiene, pidiéndole su colaboración. Respetar la intimidad del paciente, cerrando la puerta de la habitación, alejándose cuando esté en la sala común o efectuando el aseo en cuarto de baño siempre que sea posible. Evitar corrientes de aire. Comprobar que el agua tiene la temperatura adecuada.No

someter al paciente a un aseo prolongado cuando el paciente se encuentre fatigado. Actuar con rapidez pero sin precipitaciones.

Procedimiento:
- Comprobar que la temperatura del agua es la adecuada Tener especial precaución en el manejo de pacientes portadores de sistemas intravenosos u otros dispositivos.
- Durante todo el procedimiento, mantener la puerta y la ventana cerradas, proteger la intimidad del paciente y procurar que no esté destapado innecesariamente.
Material (Guantes desechables ,palangana con agua templada, esponjas desechables con y sin jabón ,toalla crema hidratante,ropa limpia para paciente pijama, camisón y para la cama sábanas, colcha, etc.
- Zonas que requieren especial atención:
Axilas: Especial atención por la posible irritación, absteniéndose de poner polvos.
Debajo de las mamas: Especial atención a los pliegues mamarios, por posibles irritaciones y agrietamientos Ombligo: Limpieza minuciosa por posibles restos de suciedad.
Genitales: Tanto en el hombre como la mujer dejar realizar el aseo en ambos casos si el paciente es capaz de efectuarlo; si no realizar el aseo con minuciosidad, por la proliferación de gérmenes, limpiando primero el periné y después el ano.
Pies: Realizar el aseo poniendo especial atención en los espacios interdigitales, observar posibles durezas, grietas, o rojeces; poner atención a posibles uñas encarnadas y pacientes con diabetes.
Manos: Fomentar el autocuidado del paciente en el aseo de sus manos, siempre que sea posible. Lavar las manos siempre que entren en contacto con genitales, orina, heces, etc.
Nariz y ojos: Realizar el lavado en el caso de los ojos desde la cuenca interna hacia la externa, para no obstruir el drenaje de la glándula lacrimal; poner especial atención en pacientes comatosos, limpieza de fosas nasales y ojos se realizará con una gasa y suero fisiológico.
Cabello: Imprescindible peinar o cepillar el cabello una vez al día, preferiblemente coincidiendo con el aseo. Deberá lavarse la cabeza al menos una vez por semana
Higiene de la boca: Después de las comidas y cuantas veces sea necesario.
- Preparar en un vaso la solución antiséptica bucal.
- Si el paciente lleva prótesis dental extraíble, retirarla para realizar la limpieza.
- Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado.
- Preparar una torunda y mojándose en el líquido antiséptico, proceder a la limpieza de la boca (paladar, lengua, cara interna de los carrillos, encías y dientes).

- Secar los labios y zona peribucal, lubricando los con vaselina.
Prótesis dentales: Sumergirlas 10 o 15 minutos en clorhexidina, aclarar con abundante agua y proceder a su colocación

El corte de las uñas
Se debe considerar en primer lugar si antes de proceder a cortar uñas es necesario poner estas a remojo; tanto las uñas de las manos como las uñas de los pies.

Deben de cortarse en línea recta en los pies y en corte curvo en las manos, (para evitar complicaciones como infecciones, panadizos, paroniquias, etc.). En pacientes diabéticos con problemas diabéticos, con problemas de circulación o infecciones en los pies, para las uñas de los mismos será preferible limarlas, con lima de punta redondeada y de cartón, dispensando los cuidados específicos el podólogo.

El cuidado de las orejas
Se realizará con un bastoncillo de los oídos, no introduciendo nunca este en el conducto auditivo externo, sino limitándonos a la parte del pabellón auricular. Si existiese cera visible, se podría intentar extraer esta, traccionando del lóbulo de la oreja hacia abajo y hacia atrás, para que por acción de la gravedad la cera caiga.

El cuidado de las fosas nasales
El mejor cuidado de las fosas nasales es el hecho de sonarse, en ocasiones algunos usuarios no están en condiciones de hacerlo, por lo que si se observan secreciones acumuladas. Estas se pondrán limpiar con un bastoncillo de los oídos humedecido en agua destilada o suero fisiológico estéril, procurando no introducir el bastoncillo más allá del aplicador de algodón.

4 Resultados

- Observar cualquier signo que sea orientativo de un problema de salud (piel, sistema musculoesquelético, etc.).
- Conservar la integridad de la piel para que pueda realizar adecuadamente sus funciones.
- Evitar la acumulación de secreciones y la proliferación bacteriana, que favorece la aparición de infecciones.
- Eliminar células descamadas y suciedad y evitar el mal olor.
- Estimular la circulación sanguínea.

- Disminuir la temperatura corporal en casos de hipertermia.
- Contribuir a mantener o mejorar la autoestima del paciente.
- Mejorar su confort y bienestar.
- Favorecer la relación de ayuda, por la proximidad que requieren los procedimientos.

5 Discusión-Conclusión

La higiene del paciente hospitalizado se realiza con la finalidad de preservar la piel y mucosas en buen estado, además ejerce un papel importante en la protección contra la invasión microbiana. En algunas enfermedades los tejidos de la piel están malnutridos (diabetes, obesidad, etc.) y predispuestos a infecciones. La falta de higiene corporal puede facilitar la aparición de parásitos. La higiene está vinculada con la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

6 Bibliografía

- www.wikipedia.com
- https://www.balancesociosanitario.com
- https://www.calameo.com
- www.masquemayores.com
- http://www.revista-portalesmedicos.com
- http://www.uvadoc.uva.es
- www.areasaludplasencia.es

Capítulo 1076

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTO MAYOR.

AIDA RODRIGUEZ RIOS

ANGELA GONZÁLEZ FUEYO

MARIA JOSE IGLESIAS LOZANO

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

CARMEN DOMINGUEZ NOMPARTE

1 Introducción

El paciente que presenta riesgo de úlceras por presión, constituye un área de cuidados de enfermería, tanto como para prevenir su aparición, como para conseguir su curación. Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico, causadas en la piel y tejidos subyacentes que se producen por presión anormal y sostenida; en general sobre planos óseos. por un lado tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas fisiológicas o deformaciones del paciente y el otro plano duro generalmente externos a el, presentado por la cama, silla, calzado u otros objetos.

Las úlceras por presión son un problema de salud que durante mucho tiempo ha pasado desapercibido, suponen un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, dificultando su recuperación.

La calidad de vida también se ve afectada por el dolor, exudación y modificación de la imagen corporal. Las infecciones locales y generales son más prevalentes, necesitando más días de hospitalización. Por ello, las consecuencias económicas son muy grandes, el coste anual al tratar úlceras por presión en Gran Bretaña se calcula unos 1065 millones de euros y en EE.UU de 204 billones de euros.

Los posibles factores de riesgo relacionados con las úlceras por presión, tenemos como uno de los más importantes la situación nutricional. Se a implicado el bajo índice de masa corporal, el bajo peso, así como la reducción de la ingesta oral. Por lo tanto la mala situación nutricional aumenta el riesgo y empeora la evolución de las úlceras por presión.

La prevalencia a nivel internacional de las úlceras por presión en la población hospitalizada muestra una variabilidad entre el 6,3% y el 17% siendo España de 8,24%.

Se estima que hasta el 95% de las úlceras por presión son evitables, por lo tanto el mayor esfuerzo es tomar medidas de prevención.

Dada la dificultad en la prevención y tratamiento, es necesaria la colaboración de todas las personas que velan por la salud del paciente.

Las úlceras por presión suelen ser detectadas en revisiones de rutina o bien las personas encargadas del cuidado del paciente. Es frecuente que pasen desapercibidas debido al temor de mover al paciente por la idea errónea de que al movilizarlo se pueda provocar problemas de salud.

Las principales causas siendo la más importante la presión también podemos ver que la humedad, el escoriamiento de la piel y el desgarro de los vasos capilares que la nutres contribuyen al riesgo de la aparición de úlceras.

El tiempo de movilidad no necesita ser demasiado largo para la aparición de úlceras, ya que existe adultos mayores inmovilizados que no la desarrollan.

El objetivo primordial en el cuidado de enfermos con úlceras por presión es proporcionar una orientación sobre las pautas a seguir por los profesionales de enfermería:
- Identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión
-Establecer los cuidados necesarios para controlar y minimizar los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de las úlceras por presión
-Definir las intervenciones para mantener la integridad de la piel

- Establecer criterios unificados de evaluación de los cuidados.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es determinar el grado de conocimiento del personal sanitario de estas unidades sobre las recomendaciones basadas en evidencias de prevención y de tratamiento de úlceras por presión.

3 Caso clínico

Paciente de 82 años de edad, encamado en su domicilio desde hace 2 años,con dependencia para todas las actividades de la vida cotidiana, con una úlcera por presión en la región sacra (grado III), hipertensión y con antecedentes de ACV isquémico con hemiplejía derecha, diabetes mellitus siendo insulinodependiente.
- Presenta un gran deterioro cognitivo, precisa de pañales por incontinencia urinaria y fecal.
- Recibe dieta líquida en forma oral con espesante y algo de dieta blanda.
- La cuidadora principal es su hija que solicita asistencia sanitaria por empeoramiento.
- Dada la situación del paciente, caquexia y la no ingestión de alimentos (durante 6 días) se considera que está en fase terminal.

4 Discusión-Conclusión

Para la úlcera se realizaron curas húmedas. En presencia de tejido necrótico, tras la limpieza local con suero fisiológico se aplicó clostridiopeptidasa A colagenasa y posteriormente cuando existió tejido de granulación un hidrogel con colágeno en polvo junto a un apósito hidrocelular adhesivo adaptable a la región anatómica afectada.

Se recomendó a su hija que siguiera con la ingesta de líquidos con espesantes, gelatinas y la alimentación adecuada con suplementos de batidos de proteína, cambios posturales cada dos horas, en este caso se recomienda en de cubito lateral tanto derecho como izquierdo, protegiendo los trocánteres rodillas y tobillos colocando almohadas o cojines, teniendo la precaución de colocarlo entre las dos piernas para evitar el contacto de ambas rodillas.

Para los cuidados e higiene de la piel se recomienda que mantenga la piel limpia y seca utilizando para el lavado jabones neutros con agua tibia en las zonas de alto riesgo, secar minuciosamente sin frotar.

Se le hidratarla con cremas o aceites hidratantes.

Durante el proceso no aparecieron signos de infección de la úlcera, los bordes eran regulares y se fue cerrando progresivamente.

El uso de apósito hidrocelular equilibró la humedad de la úlcera, controlando el exudado lo que mejoró su proceso de cicatrización.

La aplicación de colágeno en polvo junto al hidrogel contribuye a aumentar significativamente el proceso de cicatrización y mejoría de la úlcera reduciendo el tiempo de curación.

La incontinencia tanto urinaria como fecal es uno de los riesgos que favorecen a la aparición de úlceras por presión, ya que debilita la piel por riesgo de exposición a la humedad y puede haber complicaciones por infección al estar próximo tanto a heces como a orina.
Es importante la valoración integral inicial del paciente y de la úlcera por presión para realizar un adecuado proceso de atención de enfermería.

También es importante llevar un registro de la evaluación de la úlcera por presión y el tratamiento realizado.

En este caso la hija desarrolla un papel muy importante en el cuidado de su padre, por eso sería conveniente la formación para promover y fomentar la participación del paciente.

El grado de conocimiento del personal sanitario del estudio sobre las recomendaciones de prevención de úlceras por presión disminuye con los años de profesión. Se conocen mejor estas que las de tratamiento, pero el conocimiento general de las recomendaciones dista de ser el ideal.

La úlcera por presión es una patología que genera un aumento de la morbimortalidad. Los estudios de prevención primaria y secundaria son necesarios. En la actualidad con los datos disponibles, parece que la suplementación nutricional produce una disminución del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes de riesgo.

No obstante teniendo en cuenta los últimos trabajos parece que los suplementos enriquecidos en arginina, zinc y vitamina C podrían acelerar la cicatrización de estas úlceras

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- Guías de cuidados úlceras por presión, insalud madrid 1996.
- Guía práctica a la atención de las úlceras de piel , Garsi Madrid 1994.

Capítulo 1077

EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO. TIPOS.

MARCOS SANTIANES ÁLVAREZ

1 Introducción

Podemos definir el aislamiento hospitalario como la medida que consiste en separar un paciente que padece una enfermedad transmisible de otros individuos, evitando así que los microorganismos se propaguen causando nuevos casos de enfermedad. Con los aislamientos interponemos una barrera entre la fuente de infección y el huésped. Siempre que en los pacientes se confirme mediante pruebas analíticas o pruebas que tengan algún germen que sea susceptible de propagarse y contagiar a otras personas, el personal sanitario debe de tomar medidas para evitar su transmisión.

El objeto de su diseño es prevenir la diseminación de microorganismos del paciente portador del agente infeccioso a otros pacientes, al personal sanitario que le presta los cuidados o a los visitantes. Las precauciones de aislamiento se deben de llevar a cabo cuando el paciente padece una infección que puede ser transmitida a otra persona, ya bien sea por contacto con la persona infectada, sus fómites o por gotas generadas por el paciente que se propagan a través del aire al hablar, toser o estornudar.

También hay pacientes que deben de ser aislados aunque no sean portadores de agentes infecciosos porque tienen un alto riesgo de adquirir enfermedades debido a que están inmunodeprimidos, es decir, tienen un sistema inmunitario debilitado, por lo que disminuye la capacidad de su organismo para combatir infecciones. La causa de la inmunosupresión puede ser el consumo de medicamentos como los

usados contra el cáncer, transplante de órganos, terapia con radiaciones, también enfermedades como el Sida o la diabetes pueden producirla.

2 Objetivos

De manera clara y concisa se intenta definir lo que es un aislamiento hospitalario, tipos, el motivo por el que se realiza, las características de cada uno, y las enfermedades que se engloban cada uno.
Los aislamientos buscan:
- Disminuir la incidencia de infección nosocomial, cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso, prevenir o controlar los brotes y racionalizar los recursos.

3 Metodología

Para la realización de este texto accedo a gran cantidad de artículos sobre aislamientos hospitalarios que encuentro en internet, libros físicos que utilizo en el estudio, varios protocolos de hospitales de distintas comunidades autonomas, añadiendo información que recopilo en el día a día laboral y a las aportaciones del servicio de medicina preventiva del hospital donde trabajo.

Muestro una breve explicación de lo que es un aislamiento hospitalario a lo que voy añadiendo información sobre porque se realizan, diferentes clases de aislamiento, diferentes elementos de protección o epis (equipos de protección individual) y clase de agente infeccioso aislan.

Este trabajo se realiza con la intención de mostrar la importancia de los aislamientos ya que utilizándolos de manera eficiente podemos disminuir la diseminación de los microorganismos entre el paciente, el personal sanitario y las visitas.

4 Resultados

TIPOS DE AISLAMIENTOS: a) Aislamiento de contacto:
Se utiliza cuando se sospecha o diagnostica que el paciente tiene una enfermedad que se transmite por contacto directo de este o contacto con los objetos que ha utilizado.
Las enfermedades que requieren este tipo de aislamiento son la varicela zóster, gastroenteritis por clostridium dificcile, rubéola congénita, escabiosis, gastroen-

teritis por rotavirus, adenovirus, hepatitis tipo A, herpes zoster, parainfluenza, pediculosis, impétigo.
Especificaciones:
- Habitación individual siempre con la puerta cerrada y presión negativa. Pueden compartir habitación pacientes con la misma infección. El material clínico será de uso exclusivo del paciente y no se sacará de la habitación.
- Utilizar guantes y bata al entrar en la habitación.
- Una vez terminada la visita se depositarán en un contenedor que estará dentro de la habitación.
- Lavado de manos o desinfección con solución hidroalcohólica. b) Aislamiento respiratorio:
-Su objetivo es prevenir la transmisión de microorganismos que proceden de las vías respiratorias que se transmiten por las gotitas que pueden salir del paciente al hablar, toser, estornudar.
Se utiliza en pacientes portadores de tuberculosis pulmonar, neumonía, tos ferina, sarampión, rubéola, parotiditis, infección meningocócica.
Especificaciones:
- Habitación individual y siempre cerrada, presión negativa.
- Lavado de manos antes y después de entrar.
- Mascarilla antes de entrar, si se está más de diez minutos es recomendable utilizar la de tipo quirúrgico. c) Aislamiento estricto:
Lo utilizamos para evitar la transmisión de aquellas infecciones que son muy contagiosas y que se contagian a través del contacto físico con el paciente o por el aire como por ejemplo el carbunco pulmonar, difteria, infecciones graves de la piel por S.aureus o streptococo tipo A, pénfigo del recién nacido, peste, quemaduras extensas infectadas por s.aureus o streptococo tipo A, rabia, varicela, herpes zoster diseminado, fiebre de lassa, virus de marburg.
Especificaciones:
- Lavado de manos antes de entrar y al salir de la habitación.
- Habitación con presión negativa, siempre cerrada y no compartida.
- Utilizaremos antes de entrar en la habitación mascarilla, guantes, bata y calzas, antes de salir se dejarán en un contenedor dentro de la habitación, salvo la mascarilla que se quitará al salir.
Se recomienda que los profesionales estén vacunados o inmunizados. d) Aislamiento protector o inverso:
Su objetivo es el de realizar el aislamiento de los pacientes inmunodeprimidos.
Este tipo de aislamiento está relacionado con las siguientes enfermedades: Agranulocitosis, dermatitis extensas no infectadas, pacientes con tratamiento inmun-

odepresor, linfomas y leucemias, quemaduras extensas.
Especificaciones:
Habitación con presión positiva.
Lavado de manos con jabón antiséptico antes de atender al paciente y ponerse los guantes estériles.
Las prendas se colocarán antes de entrar y en este orden: calzas, gorro, mascarilla, bata y guantes estériles.
Al salir de la habitación las prendas de aislamiento se dejan en un contenedor específico. e) Aislamiento entérico:
Se utiliza para aislar a un paciente que tiene una enfermedad que se transmite por la vía excretal como la hepatitis A, B, no A, no B, y delta, gastroenteritis por e-coli, fiebre tifoidea y paratifoidea, disenterias, salmonelosis.
Especificaciones:
- No se necesita habitación individual, salvo que sean enfermos con alteraciones de la conducta o niños. Presión negativa.
- Lavado de manos antes y después de atender al paciente.
- Poner guantes y bata que estarán dentro de la habitación, al salir se desecharán en contenedor de residuos dentro de la habitación.

5 Discusión-Conclusión

El aislamiento hospitalario se entiende como el procedimiento aplicado en aquellos pacientes que padecen enfermedades infecciosas y que se mantiene durante el tiempo necesario en la que esta puede ser transmitida, podemos decir que se interponen barreras mecánicas. Esta medida resulta de gran valor ya que actúa como medida preventiva en la transmisión de microorganismos entre pacientes y entre pacientes-personal, cortando la vía de transmisión.

Como personal sanitario debemos conocer qué es un aislamiento y el protocolo a seguir en cada caso, además de que si eres auxiliar de enfermería será tuya la labor de su preparación.

6 Bibliografía

- Aislamientos hospitalarios www.madrid.org
www.adecir.org.ar.normas.
Medidas de aislamiento para hospitales.
- Siegel j. Guideline for isolations precautions.

- Guia de aislamiento hospitalario Hospital Santa margarita.
- Precauciones y aislamientos ante patologías infecciosa.Hospital Ramón y cajal.
- Biblioteca virtual de la ops.
- Álvarez Tuñón Z.Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles.

Capítulo 1078

TÉCNICAS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y ASEO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

CLARA ÁLVAREZ RUBIO

MIGUEL ÁNGEL BRAÑA ÁLVAREZ

1 Introducción

El aseo al paciente encamado (APE) es de las tareas más habituales dentro de un hospital y apenas ha evolucionado en los últimos 150 años. La técnica más extendida es el Aseo Tradicional (AT). Las principales limitaciones descritas por diferentes autores de dicha técnica son, la existencia de poco tiempo por paciente para realizarlo con el rigor que precisa, proporcionar un aclarado insuficiente, alta contaminación de microorganismos del recipiente o bol y ser motivo de agitación ó poco confort para pacientes con alteraciones cognitivas. La técnica de Ducha en Cama, ideada en el Hospital Universitario Donostia, intenta superar estas limitaciones. Se lleva a cabo mediante un dispositivo que proporciona un aclarado del jabón por arrastre, ya que expulsa agua a presión, parecido a lo que podría ser una ducha.

2 Objetivos

Comparar dos tipos de aseo en pacientes hospitalizados encamados (ducha en cama vs aseo tradicional) en dos aspectos: la reducción mayor del número de

microorganismos en piel tras el aseo, y satisfacción del paciente y del personal que realiza el aseo frente a ambas técnicas.

3 Metodología

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, cruzado y estratificado por unidades de hospitalización. La población a estudio fue compuesta por 61 pacientes encamados ingresados en el Hospital Universitario Donostia en las unidades de cirugía y medicina interna. Se llevaron a cabo ambos aseos en días consecutivos en todos los pacientes de la muestra. Antes y después de cada aseo se recogieron muestras de piel en ingle y axila, para la determinación del número de microorganismos existentes en piel. Tanto a los pacientes como a los profesionales que participaron en el estudio se les pasó una encuesta para recoger su valoración sobre ambas técnicas de aseo.

4 Resultados

Se llevaron a cabo un total de 116 aseos, 59 de ducha en cama y 57 de aseo tradicional. Tanto la DC como el AT resultaron eficaces en la reducción de microorganismos, con un p valor menor de 0,05 a un nivel de significación del 95%. Los pacientes refieren que la DC es más confortable, da mayor sensación de limpieza y la eligen como primera elección (59,4%, 62,5% y 62,5%) frente al AT (12,5%, 12,5% y 25%). Los profesionales refieren que la DC es más confortable, eficaz y la prefieren para ellos (67,9%, 75%, y 64,3%) frente al AT (17,9%, 7,1% y 21%).

5 Discusión-Conclusión

Tanto la DC como el AT, consiguieron reducir los microorganismos tras el aseo. Los pacientes consideran la DC más confortable y eficaz y la consideran de primera elección. Los profesionales consideran la DC más confortable, y eficaz y también la prefieren, aunque consideran que es más difícil y requiere de más tiempo y material.

6 Bibliografía

- https://www.adams.es/
- https://ceoearagon.es/prevencion/prevengo/gestion/2_4_6_vigilancia.htm

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

Capítulo 1079

DEPRESIÓN POSTPARTO, RECONOCERLO Y OFRECER AYUDA.

MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ

EVA DONCEL PEDRAYES

BEGOÑA GARCIA VELARDE

1 Introducción

Para una madre el nacimiento de su bebé puede desencadenar un altibajos de fuertes emociones, desde el entusiasmo y la alegría hasta el miedo y la ansiedad. Cada vez se da más importancia ya que, aunque no lo parezca, puede desencadenar en una depresión.

La depresión postparto conlleva consecuencias negativas en la salud, relaciones sociales y calidad de vida de la mujer, llegando a ser perjudicial en la relación con el niño/a y en su manera de cuidarlo.

2 Objetivos

Conocer los síntomas para ofrecer la ayuda adecuada.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como Clinic Mayo y Medline.

4 Resultados

Los signos y síntomas de la depresión posparto varían y pueden oscilar entre leves y graves. Los signos y síntomas de la melancolía posparto (que duran de unos pocos días a una o dos semanas después del nacimiento del bebé) pueden incluir: Problemas para dormir, cambios de humor, ansiedad, tristeza, síntomas de depresión postparto.

La depresión posparto puede confundirse con la melancolía del bebé al principio, pero los signos y síntomas son más intensos y duran más tiempo. Los síntomas generalmente se desarrollan dentro de las primeras semanas después del parto, pero pueden comenzar antes, durante el embarazo, o más tarde (hasta un año después del nacimiento).

Los signos y síntomas de la depresión postparto pueden incluir los siguientes: aislarse de familia y amigos, dificultad para relacionarse con el bebé, llanto excesivo, cambios de humor graves, insomnio o dormir demasiado, miedo a no ser buena madre, desesperanza, sentimientos de inutilidad, vergüenza, culpa o insuficiencia, pensamientos acerca de lastimarte a ti misma o al bebé

5 Discusión-Conclusión

La ayuda ofrecida debe ir orientada a brindar apoyo emocional, recomendar charlas con especialistas, o simplemente con otras madres, estimular la capacidad de enfrentarse a la situación y disminuir la depresión. Orientar para la obtención de ayuda para las labores domésticas y cuidados del recién nacido. Enseñar técnicas de relajación

6 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617.
- https://medlineplus.gov
› spanish.
- Depresión posparto: MedlinePlus en español.

Capítulo 1080

CAMBIOS POSTURALES, MOVILIZACIONES Y TRASLADOS.

MARÍA SEILA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

La movilización de un paciente es el movimiento que se realiza sobre una misma superficie implicando cambios de posición o de situación, mientras que los traslados son los movimientos que se realizan de una superficie a otra, (se considera que conlleva mas riesgo en su ejecución ya que implica un cambio de plano y de superficie).

2 Objetivos

- Prevenir y evitar contracturas musculares y úlceras por presión que son complicaciones típicas en pacientes inmovilizados.
- Mantener el tono muscular y la correcta alineación corporal del paciente para evitar deformidades.
- Ayudar al enfermo a la realización de aquellas actividades que no puede hacer por sí mismo (entrar o salir de la cama) con la mínima tensión muscular para él y para el personal sanitario.
- Estimular la anatomía del paciente, animándole a la participación e intentando enseñarle la conducta adecuada.
- Desconocer y modificar los hábitos incorrectos en material corporal, al sustituirlos por actividades apropiadas.

3 Metodología

Movilización paciente hacia la cabecera de la cama:

Paciente colaborador: lo puede elevar hacia arriba una sola persona:
1. Decirle al enfermo que se agarre al triángulo o a la cabecera de la cama, flexione sus rodillas y coloque la planta de los pies apoyando sobre la superficie de la cama.
2. El paciente hará fuerza con los talones sobre la cama para impulsarse hacia arriba a una voz de mando
3. Si necesita ayuda, colocaremos los brazos por debajo de las caderas del paciente; se le pedirá que haciendo fuerza con sus pies y brazos intente elevarse, es entonces cuando le ayudaremos a subir hacia arriba.

Paciente no colaborador:
Se movilizará entre dos personas(una a cada lado de la cama)
1. Colocar uno de los brazos a nivel de los omóplatos y el otro a nivel alto del muslo.
2. Sujetar al paciente y levantarlo hasta la posición deseada, evitando arrastrarlo.

Movilización del paciente ayudado por una sábana: Para esta técnica nos ayudaremos de una entremetida o una sábana doblada en su largo a la mitad.
1.Situados uno a cada lado de la cama.
2. Se la colocaremos al paciente por debajo, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos.
3.Una vez colocada la entremetida, se enrolla ésta por los laterales sujetándola cada persona fuertemente, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando las fricciones.

Movilizar al paciente hacia un lateral de la cama: Colocarse en el lado de la cama hacia el cual se va a trasladar al enfermo y colocar el brazo más próximo del paciente sobre su tórax:
1. Frenamos la cama y la colocaremos en posición horizontal, retirando las almohadas y la ropa de cama.
2. Una persona colocará un brazo bajo la espalda y otro debajo de la cabeza del paciente.
3. La segunda persona colocará un brazo bajo la columna lumbar y el otro bajo las piernas.
4. Una vez sujeto, tiraremos suave y simultáneamente del paciente hacia la posición deseada.
5. En todo momento se debe levantar al paciente y no arrastrarlo sobre la cama.

Esta movilización se puede realizar usando la sábana de tiro o entremetida:
1. Se realiza entre dos personas, una a cada lado de la cama.
2. Se enrolla la sábana hacia el paciente, colocaremos una mano a la altura del hombro y la otra a la altura de la cadera y desplazamos al paciente a una voz de mando hacia un lateral.

Traslado de la cama a silla de ruedas o sillón
Para evitar posibles mareos la primera vez que se le vaya a levantar se incorpora la cabecera de la cama, durante unos 15 minutos.

Pacientes que pueden colaborar (el traslado lo puede realizar una sola persona):
1. Se elevará la cama y se frenará.
2.Tendremos la silla o sillón convenientemente preparado, paralelo a la cama. Si es una si e ruedas deberá de estar frenada. Si es un sillón se cubrirá con una sábana o similar.
3. Se desplaza al paciente al borde de la cama en la que se dejará sentado. Para esto, se introduce un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro pasando por encima del cuerpo, bajo los muslos, haciendo movimientos rotatorios, dejando que se deslicen las piernas hacia abajo y levantando el tórax.
4. Para ponerlo de pie se le sujetará con las dos manos por debajo del tórax, fijándose sus rodillas con las nuestras.
5. Si el paciente puede, colocará las manos sobre nuestros hombros.
6. Se hará un movimiento rotatorio de espalda a la silla sentando al paciente lentamente.
7. Una vez en la silla, los pies deberán de estar planos sobre el suelo o apoya pies.
8. Las rodillas y las caderas estarán en ángulo recto, liberando hueco poplíteo.
9. Los glúteos firmemente apoyados hacia el respaldo de la silla. Cabeza, hombros y tronco rectos.
10. Se mantendrán los brazos apoyados. Si la silla no tuviera apoya-brazos o fuera más ancha, se cubrirá esta deficiencia con unas almohadas a los lados.
11. Si es necesario se colocarán rollos en las manos.
12. Si no tiene respaldo adecuado o queda bajo se deberá corregir con una almohada.

Pacientes que no pueden colaborar:
Tendremos la silla o sillón convenientemente preparado, paralelo a la cama. Si es una silla de ruedas, deberá estar convenientemente frenada, si es una sillón se cubrirá con una sábana o similar. Deberá realizarse entre dos personas:
1. Se frena la cama y se desplaza al paciente al borde de la misma

2. Una persona le cogerá por las axilas y la otra por la cadera y las piernas . Resto del procedimiento igual que el anterior
3. Le trasladaremos a la silla a una voz de mando
4. Resto del procedimiento igual al anterior

Cambio de cama a camilla mediante transfer:
1. Colocar la cama a la que se va a trasladar el paciente junto a la cama en la que está.
2. Ladear al paciente ligeramente e introducir
3. El transfer por debajo de la sábana, apoyando al enfermo sobre el.
4. Deslizar al paciente sobre el transfer, tirando suavemente por la sábana.
5. Colocar al paciente en la cama a la que va destinado.
6. Ladearlo de nuevo para retirar el transfer y la sábana.
7. Dejar al paciente nuevamente en posición cómoda.

Movilización con grúa
El objetivo es movilizar a los pacientes que requieren ayuda con menor esfuerzo para el personal.
- Se puede movilizar al paciente desde la posición encamado o desde la posición de sentado.
- Tanto la cama o la silla como la grúa, permanecerán convenientemente frenadas.
- Se colocarán los arneses según la indicación de cada modelo de grúa. Manual de aparataje.

Puntos de vigilancia en pacientes encamados:
- Decúbito supino.
1. Occipucio.
2. Omóplatos.
3. Codos.
4. Sacro.
5. Talones.

- Decúbito lateral.
1. Oreja.
2. Hombro.
3. Costillas.
4. Trocánter.
5. Rodilla.

- Decúbito Prono.

1. Nariz. Pómulo.
2. Acronio.
3. Costillas. Esternón.
4. Cresta iliaca.
5. Rodillas.
6. Dedos.
- Sentado.
1. Tuberosidades isquiáticas.
2. Omóplatos.
3. Apófisis espinosa.

Escala de Norton:
La escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión. Valora cinco apartados con una escala de gravedad de uno a cuatro, cuyos valores se suman para obtener una puntuación total que estará comprendida entre cinco y veinte. Se consideran pacientes de riesgo aquellos con una valoración baja.
Valor. / Riesgo.
5 a 9 - muy alto.
10 a 12 - alto.
13 a 14 - medio. más de 14 - mínimo o sin riesgo.

4 Resultados

CAMBIOS DE POSICIÓN (CAMBIOS POSTURALES)

Decúbito supino:
Se considera bien alineado un cuerpo en este decúbito, cuando trazada una línea recta imaginaria desde el centro de la frente cae entre los dos pies.
• La cabeza debe permanecer recta con una pequeña almohada debajo, evitando una tensión excesiva del cuello. Piernas ligeramente separadas, una almohada a nivel del hueco poplíteo para evitar hiperextensiones, otra bajo pantorrillas para evitar apoyo de talones. Colocar almohadas bajo muslos y cintura para evitar apoyo del sacro.
• Los miembros superiores pueden colocarse en posiciones distintas en función de la comodidad del paciente.
• Los pies mantendrán una flexión dorsal de 90 grados,con los dedos apuntando hacia el techo, utilizando el tablero antiequino si fuera necesario.

Decúbito lateral:
1. Se coloca al paciente en el lateral de la cama contrario al lado del decúbito que se pretende. Una vez lateralizado, tirando de la entremetida por uno de los lados, se gira al paciente hacia el lateral requerido. Para mantener al paciente en esta posición: 2. Se colocará una pequeña almohada bajo la cabeza del paciente, dejando el brazo del decúbito correspondiente en posición anatómica correcta y cómoda para el paciente. El otro brazo se apoyará en una almohada doblada fuera del cuerpo, procurando una cierta elevación de la mano para favorecer la circulación de retorno.
3. La pierna del decúbito permanecerá en extensión o ligeramente flexionada hacia atrás y relajada.
4. La pierna superior se coloca en flexión por delante de la otra, apoyándola en una almohada y dejando el talón libre.
5. Se colocará una almohada en la espalda del paciente para mantener la alineación de la columna y la posición de decúbito lateral, teniendo en cuenta que debe quedar libre el sacro del paciente.
6. Comprobar la correcta colocación del pabellón auricular.

Decúbito prono:
Es una posición utilizada con poca frecuencia.
1. Colocar una pequeña almohada bajo la cabeza lateralizada y vigilando la colocación del pabellón auricular.
2. Otra almohada se pone a nivel de tórax-epigastrio, comprobando en el caso de las mujeres, que no presione las mamas.
3. Otra en la parte baja del abdomen, evitando la presión sobre crestas iliacas.
4. Una almohada bajo los muslos. Entre la almohada del abdomen y la de los muslos hay que vigilar la posición de la sonda vesical y en el caso de los hombres, de los genitales.
5. Hay que evitar el roce de las rodillas y que apoyen en el colchón.
6. Por último se pondrá otra almohada en la parte distal de la pierna, sacándola entre los pies, de tal manera que no choquen los maléolos entre sí y dejando los pies con un ángulo de 90º y sin que las puntas de los pies rocen en la cama.
7. Los brazos se pueden colocar hacia atrás o hacia delante, según la comodidad o la situación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Con los cambios posturales, movilizaciones y traslados, se reducirá la aparición de úlceras por presión tras la implatación de dichos procedimientos periódicos. El TCAE aumentará sus conocimientos y seguridad ante éstos pacientes.

6 Bibliografía

- www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.
- http://www.wikipedia.com
- http://www.portalgeriatrico.net
- http://www.cun.es.cambios-postur.
- http://definicion.de.postura-corpo.

Capítulo 1081

LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ANCIANO

MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

En el último siglo las mejoras en las condiciones socio económicas junto con los avances técnicos, incluidos los ocurridos en el ámbito sanitario, han producido un cambio demográfico que conlleva la prolongación de la edad de los individuos. Se hace necesario separar lo que es enfermedad de lo que es envejecimiento, este último suele tender a incapacitar al individuo. Por tanto hay que identificar el tipo de cuidados paliativos necesarios para uno u otro caso o ambos.

2 Objetivos

Analizar la influencia en el entorno familiar y de los cuidadores examinando detenidamente el origen del dolor.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de dato como PubMed y buscadores como Google Académico.

4 Resultados

Cuando se observa que el entorno familiar de un anciano así como el de sus cuidadores se rige por patrones y conductas relajadas y afectivas, se consigue

paliar el dolor y se demuestra por los diferentes estudios, que repercute positivamente sobre su calidad de vida, entendida ésta como la interacción entre ambos.

5 Discusión-Conclusión

Si según la OMS los cuidados paliativos son el cuidado integral y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos, se concluye que una gran parte de la calidad de vida de los ancianos depende de su entorno familiar y de la asistencia que recibe.

6 Bibliografía

- Francisco JavierAlonso-Renedo, LeireGonzález-Ercilla, ItziarIráizoz-Apezteguía. El anciano con enfermedad avanzada de órgano. Consideraciones desde la geriatría, la medicina paliativa y la bioética.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1082

ESTRÉS CRONIFICADO EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

VIOLETA OTERO GÓMEZ

1 Introducción

La ansiedad es una de las problemáticas mas frecuentemente diagnosticadas hoy en día en nuestro país. La prescripción de psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos) se realiza con una periodicidad alarmante. Asimismo, diversos estudios han constatado que muchas personas que padecen estos problemas, o síntomas aislados, se automedican ante la imposibilidad de conseguir una receta médica por diversas causas (Flores-Villavicencio, Troyo-Sanromán, Valle y Vega-López, 2010).

La ansiedad es un problema de salud pública, que afecta a todos y a todas las edades. Las causas más frecuentes suelen estar asociadas con cargas o problemas familiares y, muy especialmente, con el ámbito laboral. Unas malas condiciones laborales, una carga de trabajo extrema o un clima laboral adverso, pueden hacer que desarrollemos un trastorno de ansiedad a medio-largo plazo (Cañamares y Garrido Santiago, 2000).

El manual diagnóstico DSM V (APA, 2014) contempla diversas clasificaciones en relación a estos trastornos, así como sobre sus criterios diagnósticos. Aunque en dicha clasificación aún no se ha incorporado, el Síndrome de Burnout comienza

a ser, de forma habitual, un concepto reiteradamente mencionado en artículos y reuniones científicas, entendiendo como tal aquellos trastornos ansiosos relacionados y originados, directamente, por causa de factores laborales adversos.

De entre los profesionales más frecuentemente estudiados, los técnicos auxiliares de enfermería y el personal de enfermería suelen ser objeto de investigación dadas las características de sus funciones (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro y Gómez-Benito, 2004).

2 Objetivos

- Detectar cuáles son las principales características del síndrome de Burnout en los TCAE, los factores de riesgo más habituales, así como las principales metodologías de intervención.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2020 y combinando los siguientes descriptores: TCAE, auxiliar, sanidad, ansiedad, burnout, estrés. A través de estos tópicos, se encontraron 53 documentos, de los que se eliminaron 26 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 27 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 8 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otros 4 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 19.

4 Resultados

1. Características del síndrome de Burnout
Tras analizar los estudios seleccionados, se halla que el síndrome de Burnout es un estado mental derivado de un estrés cronificado en el ámbito laboral. Es un proceso en el que el comportamiento del trabajador se modifica negativamente a causa de dicho estrés.
Sus síntomas principales, son:
- Ansiedad.
- Cansancio.

- Desánimo.

En el caso del personal sanitario, estos síntomas pueden agravarse, incluso pudiendo el profesional llegar a ser agresivo, tanto con los compañeros como con los pacientes a su cargo.

2. Factores de riesgo
Se avalan resultados de estudios científicos recientes que determinan que las causas de este síndrome están relacionadas de manera estadísticamente significativa con el contacto directo con personas.
Otros factores de riesgo habitualmente detectados son:
1. Ser mujer con cargas familiares.
2. Autoexigencia personal.
3. Ser divorciado y de mediana edad.
4. En número de pacientes a cargo.
5. Número de horas de la jornada laboral del profesional.
6. Características contractuales: contratos temporales o inestables.
7. Factores de la jornada laboral (trabajar a turnos o en turno de noche).

Detectar de forma adecuada dichos factores laborales se ha detectado fundamental en relación a la prevención de la incidencia y prevalencia de este síndrome en TCAE y otros profesionales sanitarios.

3. Tratamiento
La intervención más habitual es el asesoramiento o tratamiento del trabajador que sufre este síndrome. Entre las técnicas más habitualmente empleadas, se encuentran las que siguen: técnicas de relajación, ejercicios de asertividad y habilidades sociales, análisis de dificultades laborales e intervención sobre las mismas, etc. Estas técnicas se usan de manera individualizada y de forma personalizada, adaptándose a las características del trabajador.

Entre otros abordajes, encontramos que una modificación de las características contractuales, mejorándolas, ayudará a que aumente la productividad y la calidad de la atención asistencial.

Por otro lado, entre las medidas terapéuticas más efectivas, se destacan dos grandes grupos: técnicas cognitivo-conductuales y terapias de tercera generación (TAC, mindfulness). En relación con las terapias de base cognitivo-conductual, su objetivo es abordar las conductas desadaptadas y que provocan el estrés cronificado. En este sentido, el profesional que lleva a cabo la terapia deberá identificar

en el TCAE síntomas y distorsiones cognitivas tales como: generalización excesiva, juicios extremos, autoinculpación, fallo del adivino, lectura de la mente, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios de los últimos años sobre calidad de vida en el trabajo han llegado a presentar una gran relevancia, determinando la cardinal importancia de los factores psicosociales como origen de múltiples patologías derivadas del ámbito laboral. Esto se refleja claramente en la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (BOE: 10-11-1995), que se basa en determinar las condiciones adecuadas de una óptima organización laboral, de cara a evitar posibles riesgos y accidentes en el entorno de trabajo, haciendo hincapié en aquellos de origen psicosocial.

Se concluye que el síndrome de Burnout ha sido contemplado reiteradamente en los últimos estudios como un grave problema de salud pública, aludiendo especialmente a aquellos trabajos cuyas tareas a desempeñar son monótonas y repetitivas. Esto se ha vinculado muy estrechamente con el desarrollo de este síndrome.

Por todo ello es importante, de cara al futuro, analizar la prevalencia de este síndrome en otros ámbitos de similares características. Su abordaje y prevención debe ser una tarea conjunta, de forma que aúne los esfuerzos tanto de los profesionales como de las instituciones públicas.

6 Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. Barcelona: Masson.
- Avila, I. Y. C., Llanos, N. T., Gomez, A. A., Tapias, K. C., & Castro, S. L. (2014). Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). Salud Uninorte, 30(1), 34-43.
- Cañamares, L. S., & Garrido Santiago, J. (2000). La supervisión de enfermería y el burnout: un estudio sobre factores laborales y psicológicos. Gest. hosp.(Ed. impr.), 165-169.
- Elena, H. M., Sandra, C. R., & Guadalupe, L. S. M. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 15(3), 161-166.
- Flores-Villavicencio, M. E., Troyo-Sanromán, R., Valle, M. A., & Vega-López, M. G. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospi-

tal de tercer nivel en Guadalajara. Revista electrónica de psicología Iztacala, 13(1), 1-17.
Grazziano, E. S., & Ferraz Bianchi, E. R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. Enfermería Global, (18), 0-0.
- Lazcano, L. A., i Cubells, J. C., i Liuís, S. M., & Miguel, A. S. (1996). Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. Gaceta sanitaria, 10(57), 282-292.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., & Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. Ansiedad y estrés, 10(1).
- Portero de la Cruz, S., & Vaquero Abellán, M. (2015). Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. Revista latino-americana de enfermagem, 23(3), 543-552.

Capítulo 1083

CUIDADOS AL CUIDADOR EN EL DESARROLLO DE SU LABOR.

MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

¿Cómo se adaptan los cuidadores de ancianos al trabajo que desempeñan? ¿Qué grado de preparación tienen para desarrollar un trabajo tan importante, necesario y decisivo? De estas preguntas se infiere el grave problema que existe cuando son los cuidadores, por una u otras razones, quienes enferman de manera pasiva y que llegan a enmascarar, tras su dedicación, un cuadro de enfermedades que se acaban convirtiendo en graves si no se detectan a tiempo. Una parte importante de estos cuidadores son familiares que intentan con afecto y cariño paliar su falta de preparación y competencia para un trabajo tan duro.

2 Objetivos

Identificar las causas en las que el cuidador se siente afectado por su relación con el enfermo y muestra un cuadro de trastornos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos como Grateful Med Internet y el buscador Google Académico.

4 Resultados

Se corrobora que en muchos casos, la relación con los enfermos causa en los cuidadores un cuadro de agotamiento, angustia y frustración antesala de una enfermedad, que no detectada a tiempo, se puede convertir en algo grave e invalidante para el cuidador.

5 Discusión-Conclusión

Si tenemos en cuenta que el grado de impotencia ante un mayor deterioro del enfermo, es determinante en el estado físico y mental del cuidador, debemos concluir que es esencial la detección precoz de la enfermedad de éste.

6 Bibliografía

- Encarnación Dominguez Sanchez. Burnout, estrategias de afrontamiento y prevención en trabajadores sociales.
- Pedro R. Gil-Monte. Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout).

Capítulo 1084

EL TCAE Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE: UNA REVISIÓN TEÓRICA

VIOLETA OTERO GÓMEZ

1 Introducción

Según Rivero (2007), el secreto profesional supone la obligatoriedad que todo profesional tiene de guardar y no difundir los datos, información privada y coincidencias de una persona, las cuales ha conocido única y exclusivamente por motivo de su actividad laboral. Es decir, información que, de no haber sido por dicho contexto, el trabajador nunca hubiese llegado a conocer. Si bien este tipo de información debe salvaguardarse en cualquier ámbito laboral, esto cobra especial importancia en sectores como el de la sanidad. Tanto el secreto profesional como la necesaria protección de datos se basan en la introducción de los principios éticos en el ámbito laboral, cobrando especial importancia en el sanitario. No cumplir con estos principios éticos puede acarrear sanciones que, dependiendo del tipo de infracción, pueden ser más o menos severas acorde a su gravedad (Terré-Rull, 2002).

Dentro del ámbito sanitario, el TCAE es parte esencial y fundamental dentro de la cadena de transmisión de información, que debe hacerse con rigurosidad y adaptándose a unos protocolos. Sin embargo, el secreto profesional puede ser incumplido de diferentes formas, ya sea intencional o inintencionadamente. Ambas tendrán efectos negativos, tanto para el usuario del que se ha difundido la información, como para el TCAE, que puede tener que afrontar consecuencias penales de mayor o menor gravedad en función de la de la infracción cometida (Llorca, 2013). Por ello, es importante que empresas e instituciones sanitarias se

impliquen en formar a los trabajadores con el objetivo de evitar en el futuro posibles situaciones desagradables para todas las partes (Vacarezza, 2000).

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio consiste en detectar cuáles son las infracciones cometidas por los TCAE que trabajan en centros sanitarios que se repiten con más frecuencia, las causas que las provocan, y las posibles medidas preventivas y de actuación a aplicar.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2020 y combinando los siguientes descriptores: TCAE, secreto profesional, infracción, confidencialidad. A través de estos tópicos, se encontraron 33 documentos, de los que se eliminaron 11 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 22 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 7 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otros 4 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 11.

4 Resultados

Tras realizar un profundo análisis de los artículos previamente elegidos, se encuentra que respetar el secreto profesional es de obligado cumplimiento. De esta forma, todos los trabajadores del ámbito sanitario deben proteger con celo la información confidencial de los usuarios y sus familias, evitando que, de ninguna forma, se haga pública. El problema es que no está especificado qué es y qué no es el secreto profesional, lo que conlleva filtraciones de información indeseadas por puro desconocimiento.

Así, se han encontrado una serie de medidas a aplicar por el TCAE para garantizar la confidencialidad y la información privada de los pacientes. Entre ellas: no dar nunca información del usuario sin consentimiento; evitar comentar nada relacionado con los usuarios fuera de los lugares adecuados para ello ni con las

personas inadecuadas; durante los cambios de turno, dar la información pertinente a los compañeros en lugares aislados y con un tono de voz bajo; picar en la puerta de las habitaciones antes de entrar; tener siempre un trato respetuoso, amable y asertivo con los pacientes.

Si bien es cierto que en los últimos años ha habido una cierta mejora en lo que al uso de los datos privados se refiere, dicha mejoría tiene aún margen de maniobra para se potenciada en aspectos como, por ejemplo, la falta de discreción. En este sentido, el análisis de los estudios indica que, a día de hoy, siguen cometiéndose infracciones con frecuencia dentro de los centros sanitarios, lo cual supone una vulneración de la confidencialidad.

Las infracciones más habituales vienen dadas, generalmente, por descuidos que se deben evitar: dejar en zonas públicas documentos o registros a la vista, que pueden contener información sensible o íntima; no cerrar las puertas mientras se está con el paciente dentro de una sala; hablar en tono excesivamente alto sobre las circunstancias o historia personal de un paciente, etc. Esto se agrava si hablamos específicamente de los hospitales, donde es habitual que haya más de un paciente dentro de una misma habitación, lo cual puede dificultar y poner en riesgo el secreto profesional y la información privada de la persona atendida. Por ello, el uso de cortinas o biombos, debe ser una medida usada por el TCAE de forma asidua.

5 Discusión-Conclusión

El respeto por la intimidad de los pacientes y la salvaguarda del secreto profesional son dos de los pilares que debe tener en cuenta el TCAE a la hora de ejercer su labor profesional, y el cumplimiento de los mismos es indiscutible puesto que suponen un derecho fundamental de los pacientes que son atendidos en los centros sanitarios.

Se concluye, además, que el contenido tratado a lo largo de este capítulo, debido a su importancia, deber ser objeto de estudio y actualización constante con el objetivo de mejorar cada vez más las medidas tomadas, pudiendo contrastar de forma periódica las actualizaciones realizadas para así poder realizar los ajustes y cambios necesarios para conseguir que no haya absolutamente ningún tipo de filtración. Asimismo, se debe poner el foco en otros aspectos que pueden afectar al desempeño profesional de los trabajadores, cuidando las condiciones laborales y tratando de mejorarlas, lo cual influirá positivamente en el trato que darán los

profesionales a los usuarios.

Por último, se encuentra necesario prestar especial atención a las características físicas de los centros de trabajo donde los TCAE desempeñan sus labores profesionales, poniendo especial cuidado dónde, cuándo y a quién se le da información sensible.

6 Bibliografía

- Buisán, L., & Sánchez Urrutia, A. (2011). Intimidad, confidencialidad y protección de los datos de salud. Editorial Aranzadi Thomson Reuters.
- Crespo, A. R., ALAMILLO, M. A. T., & ORTUÑO, B. R. (2012). El celador y el trabajo en equipo. Lulu. com.
- Júdeza, J., Nicolás, P., Delgado, M. T., Hernando, P., Zarco, J., & Granollers, S. (2002). La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Medicina clínica, 118(1), 18-37.
- Llorca, D. A. (2013). Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario.
- Pastor, J. A. S. (1985). Sobre derecho a la intimidad, secretos y otras cuestiones innombrables. Revista española de derecho constitucional, (15), 159-180.
- Rivero, M. D. C. G. (2007). La protección penal de los datos sanitarios: especial referencia al secreto profesional médico. Editorial Comares.
- Rubioa, M. D. N., Muñizb, G. G., & Fernándezc, A. J. J. (2008). Los derechos del paciente en perspectiva. Aten Primaria, 40(7), 367-9.
- Terré Rull, C. (2002). El secreto profesional y la protección de datos de carácter personal. Matronas Profesión, 2002, vol. 3, num. 9, p. 36-39.
- Vacarezza, R. (2000). De los derechos del paciente. Revista médica de Chile, 128(12), 1380-1384.

Capítulo 1085

TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y SALUD MENTAL.

JUAN ALFREDO CAUTADO MONTERO

1 Introducción

La OMS define Salud Mental como "un estado de bienestar donde el individuo es consciente de sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y puede contribuir a su comunidad". Se convierte en problema mental cuando altera a nivel emocional, cognitivo o del comportamiento y afecta sus procesos psicológicos básicos. Se transforma en enfermedad cuando los síntomas y signos son permanentes y merma las funciones normales de la persona.

Las enfermedades mentales son uno de los trastornos con mayor prevalencia en la sociedad (según la OMS afecta a una de cada cuatro personas). Un tratamiento a tiempo y adecuado es necesario para tratar de minimizar sus consecuencias y el TCAE es fundamental en este proceso de tratamiento y curación, que debe estar apoyado en la escucha activa y la empatía además de unos cuidados de calidad que dan confianza y seguridad al paciente y acorta la curación.

Las intervenciones del TCAE en Salud Mental deben ser las adecuadas para ayudar al paciente y mejorar su calidad de vida, suponiendo una mejora en la integración social y si fuese posible laboral con el fin de evitar el estigma social y la discriminación que les influencia y limita su recuperación y, integradas dentro de un plan terapéutico.

El TCAE, como figura más cercana al paciente, forma parte de un equipo multidisciplinar que garantiza una asistencia integral y de calidad al paciente. Su fin

es conseguir su confianza y que cumpla el plan de cuidados y el tratamiento para su pronta recuperación.

En este proceso están implicadas las personas que sufren la enfermedad, sus familias y personas cercanas, la sociedad en su conjunto y los profesionales sanitarios que les atienden. Las buenas prácticas enfermeras del TCAE implican tanto su trabajo en la fase aguda (ingreso por agudizaciones) como en el proceso de cronicidad y en el de socialización posterior.

La enfermedad mental es una manifestación del sujeto como conjunto, de su comportamiento como persona, y por ello se debe analizar su conducta y cómo afecta su patología a su funcionamiento social o incluso a su autonomía personal en las alteraciones graves existiendo una falta de competencia para la toma de decisiones. Ello implica un riesgo para sus derechos cuando son otros (médicos, familia, tutores…) quienes deciden por ellos y afectan a la ética de la responsabilidad en las decisiones cotidianas y sus consecuencias reales.

El inicio de una buena adherencia parte de una educación sanitaria clara, global y cercana. Los pilares de la educación está fundamentada en: a) Información sobre el tratamiento. b) Resolución de dudas. c) Detección de posibles efectos secundarios. d) Refuerzo de los logros.
La educación debe ampliarse a las familias como cuidadora principal de la persona con enfermedad mental por el desgaste físico y emocional que ocasiona.

Si se logra la cooperación del paciente en la correcta toma del tratamiento y se fomentan un entorno y unos hábitos adecuados se logrará una evolución más favorable del proceso.
Cada recaída o abandono de tratamiento conlleva síntomas (negativos y positivos) que complican el pronóstico y la calidad de vida.

Una de las principales causas de la no adherencia es la ausencia de conciencia de enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento, unido a la falta de apoyo de su entorno y la carencia de un seguimiento cercano por el equipo.

El TCAE es le profesional de referencia por la estrecha relación establecida con los pacientes, es capaz de detectar cambios que puedan impactar en su vida diaria. La calidad de vida en personas con trastornos mentales está comprometida por la pobreza y la falta de conocimientos. Las enfermedades mentales graves y quienes las padecen son percibidas con cierto prejuicio porque son procesos desconocidos en su sintomatología, su evolución y tratamiento.

El personal de enfermería presta asistencia al individuo, la familia y la comunidad para promover su salud mental, prevenir la enfermedad y encontrar significado a experiencias de estrés que genera la propia enfermedad4. Es un apoyo fundamental en las labores de cuidado para el enfermo y la familia.

Debe cubrir las necesidades humanas fundamentales según V. Henderson: respiración, nutrición e hidratación, eliminación, movimiento y postura adecuada, sueño-descanso y vestido, uso de prendas adecuadas y termorregulación, higiene personal, evitar peligros del entorno y daños a los demás, comunicación y expresión, vivir según valores y creencias, trabajar y sentirse realizado, actividades recreativas y satisfacer la curiosidad.

2 Objetivos

Es preciso que el paciente se sienta bien acogido, escuchado y comprendido y establecer una relación de seguridad que transmita empatía, siempre asegurando sus necesidades. Para ello debe ofrecerse una explicación correcta y adecuada que dé tranquilidad y enriquezca la relación personal, pues la enfermedad genera temor y ansiedad ante lo desconocido y pérdida de identidad.

La intervención enfermera en salud mental parte de la observación exhaustiva y establece una relación de ayuda para dar sentido a la pérdida de salud y encontrar sentido al proceso. Los profesionales han de estar formados y sensibilizados y deben disponer de los recursos materiales necesarios para intervenir siendo capaz de conectar con otras redes y recursos. La valoración en salud mental incluye:
- Entrevista.
- Examen físico.
- Observación

Revisión de informes; y sirve para obtener datos fisiológicos, psicológicos, culturales y espirituales y así ser capaces de identificar sus capacidades y limitaciones.
funciones del TCAE en una unidad de salud mental.
A.-FUNCIONES ASISTENCIALES GENERALES:
- Acogida y orientación de pacientes y familiares.
- Atención e intervención en crisis.
- Recoger signos y manifestaciones de los pacientes.
- Promover la autonomía del paciente, su salud y bienestar.
- Fomentar el desarrollo de las habilidades básicas de la vida diaria.
- Reforzar la vinculación terapéutica paciente y familia y equipo de salud.

- Recepción del paciente y enseñarle el espacio hospitalario.
- Recoger datos sobre el paciente y su entorno.
- Participar y colaborar en las terapias.
- Anotar los cambios durante la evolución.
- Fomentar la expresión de sentimientos.
- Toma de constantes.
- Revisar sus pertenencias y retirar las potencialmente peligrosas para su integridad y las de otros y los objetos de valor.
- Entrevistar, observar y escuchar
- Exploración: presencia (vestido, aseo, postura), vigilancia (nivel de conciencia, orientación), memoria, percepciones (ilusiones, alucinaciones), pensamiento (curso y contenido), lenguaje y tono de voz, estado de ánimo, juicio (capacidad, conciencia o no de enfermedad), necesidades básicas, conducta social, conciencia de sí mismo.

B.-FUNCIÓN DE ADMINISTRACIÓN:
- Planificación, organización, realización, evaluación y valoración.
- Coordinación y cooperación con los demás.

C.- FUNCIÓN DE DOCENCIA/INVESTIGACIÓN:
- Participar en las reuniones de equipo
- Educación sanitaria y actividades de formación continuada
- Participar en el desarrollo, al nivel que corresponda de programas de investigación

D.- COMPETENCIAS GENERALES:
- Actitud de aprendizaje y mejora continuada.
- Trabajo en equipo.
- Orientación a resultados : Fundamentos de las bases biopsicosociales de los trastornos mentales. Conocimientos básicos de los distintos trastornos mentales. Educación como uno de los factores favorecedores de la autonomía del paciente. Cuidados generales de enfermería y específicos de salud mental.

En el informe de ingreso han de constar datos de filiación, psicopatológicas, constantes vitales, motivos de la urgencia y/o ingreso, antecedentes familiares y personales (historia de enfermedad y episodio actual explicado), situación somática (antecedentes, tratamientos, alergias), biografía, exploración física y diagnóstico de enfermería.

3 Metodología

El cuidado ha de ser holístico e integral (biológica, psicológica, social y cultural) y para prestar ese apoyo debe poseer conocimientos y sensibilidad. El apoyo emocional comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza para brindar el apoyo necesario. Las nociones que tiene el concepto cuidado implican:

- Afecto porque involucra emociones, sentimientos (compasión, empatía…) que influyen en el estado emocional y afectan a la interacción.
- Acción terapéutica al detectar y percibir las necesidades y satisfacer las carencias de la persona. Implica desarrollar sus competencias y habilidades de cuidados para promover la autonomía y autocuidado y promocionar la vida de los pacientes.
- Relación interpersonal (comunicación, confianza, respeto y compromiso mutuo) que enriquece y permite dar y recibir ayuda, es recíproco. Es la esencia del cuidado porque la interacción y el diálogo permiten el intercambio de procesos de vida y el desarrollo humano.

Los profesionales de salud mental realizan una labor de atención continuada y permanente sobre las personas con trastornos mentales y del comportamiento a su cuidado con los que tienen un estrecho contacto. El TCAE es el profesional que acompaña continuamente al paciente y entre sus funciones primordiales está lograr su bienestar físico y psíquico. Observan, comunican, atienden, ayudan, enseñan y apoyan para proporcionar una atención en la enfermedad y ayudarles a adquirir la responsabilidad para desarrollar su vida.

Algunas actividades cubren las necesidades del paciente cuando no puede hacerlo por sí mismo al estar mermadas sus capacidades (entregar la ropa adecuada al ingreso, explicar normas para conocer derechos y obligaciones, registrar sus pertenencias, orientar en tiempo y espacio, ayuda en el aseo e higiene diaria, anima a que tenga buena imagen, prepara las condiciones idóneas para el descanso, etc) y en enfermos dependientes cuidar de su alimentación e hidratación, desplazamiento y movilidad, retirar el material que pueda ser peligroso y tener un máximo control sobre su tratamiento y vigilar, cuando precise, las contenciones mecánicas pautadas siempre baja prescripción y supervisión médica.

Su labor se adapta al lugar donde se desarrolle su trabajo formando parte de equipos multidisciplinares en la comunidad o en hospitalización y durante todas las etapas de la atención, desde la prevención a la rehabilitación incluyendo el tratamiento. Actúan tanto en las crisis y fases agudas de la enfermedad como en

los procesos crónicos.

En el proceso de cuidados deben incluirse las 14 necesidades fundamentales de V. Henderson que han de ser cubiertas. El TCAE realiza los cuidados a las personas, sus familias y la comunidad; observa y asesora obteniendo los datos y antecedentes, sirve como canal de comunicación entre el paciente y otros profesionales por ser el miembro que mantiene una relación más estrecha con el usuario, etc. Sus funciones son distintas según su lugar de trabajo.

En el proceso de cuidados debe respetarse y considerar el espacio (distancia) en el cual se siente cómodo, seguro y con control sobre su medio ambiente (habitación, domicilio, etc). Asimismo hay que considerar que su percepción del tiempo suele estar alterada y son incapaces de planificar su tiempo.
Entre las tareas necesarias del TCAE para asegurar su bienestar, están: a) Físico: aseo e higiene diaria, ayudar para el vestido adecuado, cubrir las necesidades de alimentación en pacientes dependientes, etc; b) Psíquico: orientar en tiempo y espacio, garantizar un descanso adecuado y hacer cumplir las necesidades terapéuticas concretas.
Además debe vigilar los tratamientos bajo prescripción médica como sondas, vías, contenciones mecánicas… para asegurar su correcto funcionamiento.
Los profesionales deben poseer conocimientos actualizados que ayuden a los pacientes a desarrollar sus capacidades, a reconocerse a sí mismos, a solucionar sus propias crisis y enseñarles cómo adaptarse, vigilar su salud y afrontar el estrés.

El objetivo del TCAE es entender las necesidades emocionales, sociales y biológicas de sus pacientes y prestarles los cuidados necesarios y una tarea básica es desarrollar su capacidad de ser independientes, consolando si es el caso y estimulando el pensamiento positivo. Hay una necesidad de apoyo y acciones, que contribuyen a aumentar el nivel de apoyo emocional e influir positivamente en el nivel de satisfacción, ajustadas a la situación de vida de una persona.

El apoyo emocional significa en entrenar al paciente en habilidades y estrategias para saber responder de forma favorable y adecuada a sus problemas cotidianos y el entorno familiar, escolar y laboral es esencial en la evolución del paciente. El TCAE debe impulsar el apoyo familiar, que es la mayor fuente de apoyo social y personal y cuando son efectivos ayudan a soportar mejor las crisis y reduce el impacto del estrés. Se debe ayudar la paciente a identificar las personas significativas que pueden servirle de apoyo.

Durante los procesos debe informarse al paciente y familias del funcionamiento

y organización hospitalaria. Implicar a la familia en la toma de decisiones y apoyarles ofreciendo ayuda e interés aumenta el nivel de confianza de los familiares basadas en la empatía, la escucha y aceptación. Ayudar y asesorar a la familia a identificar los síntomas de su enfermedad de su ser querido y que comprendan su proceso y sus consecuencias e insistir en la importancia del tratamiento es básico para reducir las recaídas. Implicar a las familias en el seguimiento y cuidados y animar al paciente a participar en actividades con intereses comunes fomentando las relaciones interpersonales evitando el aislamiento, ayudan a incrementar la red de apoyo social.

En la actualidad los cuidados utilizan valores que enfatizan lo humano en una relación de interacción dinámica entre el TCAE y la persona donde se intercambian procesos de vida (percepciones, necesidades y valores) y del desarrollo humano en un contexto social que puede inducir cambios. Se transmiten pensamientos, sentimientos y actitudes. Los profesionales deben informar y ayudar a los individuos para tomar decisiones sobre su salud y aumentar sus capacidades de afrontar los problemas.

Se debe ser capaz de brindar ayuda inmediata, garantizando la escucha activa y la presencia auténtica del profesional de enfermería. Es prioritaria la humanización de la atención. En primer lugar es necesario que las personas cumplan sus propias necesidades físicas básicas, luego necesitan sentirse seguros y amados y más tarde sentir que pertenecen. Todos buscan la sensación de autoestima y autorealización.

La relación de ayuda precisa sensibilidad, respeto y amor hacia la persona cuidada para que tenga un objetivo terapéutico y tenga trascendencia. En ella el profesional es un instrumento terapéutico y provoque un crecimiento personal tanto del cuidador como de la persona cuidada, la familia y la comunidad.
La persona con sufrimiento psíquico debe ser reconocida como un ser único e integral con potencial de desarrollo, cambio y adaptación a las distintas circunstancias y cuyo comportamiento está influido por múltiples factores del entorno familiar y social.

El profesional de enfermería debe tener en cuenta las particularidades propias de cada persona con sufrimiento psíquico que van a influir en la vivencia de la enfermedad. El empoderamiento del paciente es la base, según la OMS, de la orientación a la promoción de la salud mental y debe hacerse respetando sus decisiones. Este empoderamiento precisa ir adquiriendo gradualmente autoestima, pero este proceso está supeditado a la financiación y a responsabilidades en la

organización. Todo este proceso se dirige a conseguir la emancipación (independencia, libertad y autonomía en sus decisiones) del usuario desde la motivación.

4 Resultados

Las personas con enfermedad mental de larga duración deben ser capaces de autogestionarse, es decir ser capaces de encargarse de sí mismos y ser independientes en lo que respecta a su atención, tratamiento y cambios de vida inherentes a estas patologías. Si la autogestión es eficiente mejora su capacidad para dar respuesta cognitiva, emocional y de comportamiento para mejorar su calidad de vida.

A través de sus experiencias es capaz de aplicar cambios en su vida y reconstruir su propia identidad teniendo en cuenta sus propias limitaciones. Supone un tratamiento más focalizado en la persona que facilite reconstruir sus vidas para convivir de forma permanente con su enfermedad.
El apoyo psicosocial es fundamental para mantener el equilibrio en las esferas social, mental, emocional y física. Los conflictos no solucionados o diferidos pueden causar enfermedad porque desencadenan emociones, acciones y hechos que pueden afectar a las personas.

La salud puede verse afectada por hechos emocionales (pérdida, separación, culpa, miedos), mentales (incertidumbre, preocupación excesiva, exceso de concentración), sociales (paro, crisis) y físicos pueden afectar la memoria, la claridad de ideas, la expresión o la concentración. Por ello, deben tenerse en cuenta las dimensiones socio-emocional, que capacita para mantener relaciones armónicas y el desarrollo de la autoestima y habilidades sociales, y afectiva (sentimientos y emociones) que permite una adecuada calidad de vida.

Los siete principios fundamentales de la salud son: alimentación, respiración, movimiento, hidratación, pensamiento, luz solar y sueño son el conjunto de hábitos que conforman el estilo de vida diario de las personas. Los principios básicos de la salud emocional ayudan a mejorar su vida y sus relaciones son:
- Interés en sí mismos, en su bienestar.
- Interés en los demás (social).
- Autodirección, asume su responsabilidad y coopera con los demás y eligen sus propias metas y persiguen sus objetivos tomando sus propias decisiones.
- Tolerancia a la frustración. Las personas sanas mentalmente reconocen poder equivocarse.

- Flexibilidad, acepta la diversidad sin dictar reglas fijas.
- Aceptación de la incertidumbre, pero precisa mantener la esperanza y la firmeza.
- Comprometerse en ocupaciones creativas.
- Las personas con buena salud mental son más objetivos y racionales.
- Autoaceptación de las propias ideas o sentimientos partiendo de la autoestima.
- Buscan la felicidad y evitan el dolor.

Los profesionales sanitarios contribuyen a la atención integral del individuo colaborando en los cuidados y deben potenciarse detectando las necesidades psicológicas y prestando apoyo básico.
Una de cada cuatro personas sufre un trastorno mental, y necesitan tratamiento y cuidados. Se estigmatiza a estas personas, se les rechaza y se les aleja de la sociedad, y con ellos se estigmatiza a sus familias y allegados. Estas personas se sienten avergonzadas de su padecer. Es preciso escuchar y darles voz.

Para evitar el estigma de las personas con trastornos mentales debe disociarse violencia y agresividad y enfermedad mental. La cultura influye muy significativamente sobre la enfermedad mental y su tratamiento. Para lograr una atención integral y eficiente se deben evaluar su impacto y significado sobre sus características culturales. La enfermedad altera físicamente pero también produce cambios a nivel social, intelectual y emocional que la persona manifiesta buscando aliviar sus síntomas, no haciendo nada, no tomando una decisión real o negando su existencia.

Por ello el TCAE ha de ser receptivo sobre el contexto cultural para ser eficaz terapéuticamente.
El nivel socio económico bajo de algunos grupos puede perturbar la salud mental cuando la asistencia sanitaria, la vivienda y la educación son precarias.

La valoración cultural implica conocer la comunicación, el control sobre el medio ambiente del cliente, su espacio y orientación social y los elementos biológicos que lo componen. Después se clasificarán estos datos y se identifican sus problemas o preocupaciones y se elabora un diagnóstico. A continuación se formulan el plan de cuidados y se ejecutan las acciones a realizar. La valoración definirá la eficiencia de los cuidados realizados.

El apoyo psicosocial es fundamental para mantener el equilibrio en las esferas social, mental, emocional y física. Los conflictos no solucionados o diferidos pueden causar enfermedad porque desencadenan emociones, acciones y hechos que pueden afectar a las personas.

La salud puede verse afectada por hechos emocionales (pérdida, separación, culpa, miedos), mentales (incertidumbre, preocupación excesiva, exceso de concentración), sociales (paro, crisis) y físicos pueden afectar la memoria, la claridad de ideas, la expresión o la concentración. Por ello, deben tenerse en cuenta las dimensiones socio-emocional, que capacita para mantener relaciones armónicas y el desarrollo de la autoestima y habilidades sociales, y afectiva (sentimientos y emociones) que permite una adecuada calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

Entender las circunstancias, emociones y necesidades de los pacientes es vital para iniciar una relación terapéutica. Se basa en la empatía, capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y sentimientos de otros y hacerlo evidente en una relación, evita hacer juicios de valor y el profesional asistencial es objetivo para distinguir entre las emociones del paciente y las propias. Supone un esfuerzo por parte del profesional sanitario por comprender la realidad de alguien. Es esencial en toda relación profesional – paciente.

Empieza con la escucha, sin presuponer nada y queriendo ayudar. Es global y supone comprender el sufrimiento psicológico, físico y social. Precisa una predisposición abierta a las quejas y demandas del paciente, cualesquiera que sean el paciente y la demanda. Se trata de entenderla desde el punto de vista del paciente y no de la propia experiencia. a valoración en salud mental comunitaria incluye conocer las condiciones económicas y el estatus sociocultural.

Tras esta valoración, la planificación ha de tener en cuenta los objetivos del paciente, familia y cercanos para realizar una intervención comunitaria dentro del modelo de promoción y prevención primaria, secundaria y terciaria. Se evalúa el nivel de estrés del paciente y sus conductas de afrontamiento y motiva hacia nuevos patrones de conducta adaptativa y afrontamiento y le favorece para que determine sus necesidades, dificultades, recursos, potenciales, etc.

Los valores pueden abordarse desde los derechos del paciente (respeto a su libertad en cada momento según su capacidad y con el objetivo primordial de intervención del paciente en primera persona), la hospitalidad (reconocer la particularidad del paciente y protegerla, con una actitud de escucha admitiendo las necesidades de las familias dando una respuesta multidisciplinar) y la importancia de los profesionales (su salud, condiciones laborales y participación activa en la organización) e instituciones para que fomenten una cultura de identidad

orientada hacia la creación.

El curso del proceso que condiciona su gravedad y evolución hacia la cronicidad de una enfermedad depende de la atención recibida y la continuidad de los cuidados. El usuario ha de sentirse acogido, escuchado, comprendido, acompañado, sostenido y bien tratado tanto a nivel de relación como terapéutico.

El TCAE está implicado en el proceso de promoción y prevención, en el tratamiento y en la rehabilitación de los pacientes. Es precisa la participación activa de los profesionales, usuarios y familiares.

ENFERMERÍA en SALUD MENTAL y COMUNITARIA.
Enfoca la atención en salud mental a la interacción entre el individuo y su medio e implica la inclusión social, la participación comunitaria, la integración social en redes afectivas, laborales y educativas, la vivienda, educación, salud y el trabajo, la igualdad de oportunidades y el desarrollo de la resiliencia y la autonomía.

Se realiza desde, en y para la comunidad y los profesionales participan en ese proceso como respuesta a las necesidades de los usuarios. Es proporcional al grado de necesidad y presta una atención integral dentro de un equipo interdisciplinar con acciones terapéuticas y rehabilitadoras. Permite la inserción socio-laboral.

La prevención primaria de trastornos mentales se desarrolla mediante planes de educación de padres y niños, la socialización temprana y la motivación infantil. La secundaria implica la intervención en crisis (líneas telefónicas permanentes o sin cita para su atención). La prevención terciaria está disponible para todos los grupos como soporte familiar, atención domiciliaria, residencias y hogares de transición.

6 Bibliografía

1.- Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la OMS 2013-2020.
2.- Jané-Llopiz.E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales.2005.
3.- Estigma del enfermo mental: la perspectiva de los profesionales de enfermería = The Mentally ill stigma -A nursing prospective.
4.- Rebraca, L. (2007). Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Conceptos básicos. (6ª Edición). Ed. Mc. Graw-Hill-Interamericana.
5.- Esguerra I. Rol del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatría. Avances en Enfermería. 1991; IX (1): 27-34.

6. Belmont MA. La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. Enf Neurol. 2011; 10(1): 53-5.
7.- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria.
8.- Martínez Jambrina, J., y Peñuelas Carnicero, E. (2007). Tratamiento asertivo comunitario: el modelo de Avilés. Archivos de psiquiatría, 70(2): 77-82.
9.- Ibáñez, V (2013). Alternativas y modelos asistenciales desmedicalizadores, en A. Ortiz, Hacia una nueva psiquiatría (págs 241-256). Madrid. Grupo 5.
10.- Huizing E. Los cuidados enfermeros en salud mental en Andalucía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2006; 26 (1):03-05.
11.- Zamorano Agustín, Marta; La continuidad de los cuidados enfermeros en atención primaria para pacientes TMS. Informaciones Psiquiátricas - Tercer trimestre 2006. Número 185.
12.- Hojat M. Empatía en el cuidado del paciente: antecedentes, desarrollo, medición y resultados. México D.E: El Manual Moderno; 2012.
13.- Galvis López, M.A. Teorías y modelos de enfermería utilizados en enfermería psiquiátrica. Rev Cuid [en línea]. 2015, vol.6, n.2, pp.1108-1120.
14.- Labrador FJ, Crespo M. Estrés y Trastornos psicofisiológicos. Madrid: Eudema, 1993.
15.- Martínez-Correa G, Reyes del paso GA, García-León A, González-Jareño M.I. Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. Psicothema, 2006; 18 (1): 66-72.

Capítulo 1086

HIGIENE: CUIDADO BÁSICO QUE PROMUEVE LA COMODIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS.

LUCÍA DE DEUS VEGAS

CAROLINA SUÁREZ

ANA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

Los pacientes hospitalizados en entornos críticos requieren la provisión de cuidados de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas. Las intervenciones encaminadas a satisfacer las necesidades de higiene son cuidados de enfermería, inherentes al rol profesional y que actualmente se omiten o delegan por considerarlas de poco valor, sin tener en cuenta que constituyen indicadores de resultado en los pacientes y de la calidad de atención en las unidades de cuidado crítico.

2 Objetivos

- Analizar la importancia social, disciplinar y teórica de la higiene como un cuidado básico de enfermería requerido por los pacientes críticos y su relación con la comodidad a la luz de la teoría propuesta por Kolcaba.

3 Metodología

Revisión de la literatura y selección de artículos en las bases de datos ISI -Web of Knowledge, Scopus, Science Direct, Proquest, Ebsco, Medline, Ovid, Scielo y de otras fuentes como documentos no publicados y páginas web. La revisión incluyó 3 estudios cualitativos, 27 cuantitativos, un estudio mixto, 40 piezas documentales y 4 editoriales publicados por profesionales de enfermería y otras áreas de la salud.

4 Resultados

Los resultados se organizaron en 4 categorías así, cuidados básicos de enfermería en entornos críticos, higiene como cuidado básico para los pacientes críticos, higiene y comodidad y necesidades de investigación.

5 Discusión-Conclusión

Es indispensable que el profesional de enfermería asegure la satisfacción de las necesidades de higiene de los pacientes, así se proporciona seguridad, comodidad y bienestar.

Durante la provisión de los cuidados de enfermería se presenta una oportunidad para que el profesional de enfermería se comunique con el paciente, evalúe el estado físico y psicológico, identifique posibles ansiedades y temores, planifique los cuidados y brinde una atención individualizada.

6 Bibliografía

1. Gutierrez I. Incidencia de efectos adversos en una unidad de medicina intensiva. Revista de Calidad Asistencial. 2007;22(6):277-86.
2. Benner P. Caring for the silent patient. Am J Crit Care. 2002;11(5):480-1.
3. Quiroz S. Alteraciones hemodinámicas del paciente crítico cardiovascular durante la realización del baño diario. Medicina - Universidad Pontificia Bolivariana. 2012;31(1):19-26.
4. Curtis K. Back to basic - Essential nursing care in the ED, Part 2. . Australian. Emergency Nursing Journal. 2008;11(2):95-9.
5. Laverde O. Proyecto sobre capacitación del personal de enfermería del servicio de hospitalización de la Clínica Universitaria Teletón en la búsqueda de la como-

didad de los pacientes al realizar el baño en cama. Documento Interno: Clinica Universitaria Teleton.; 2009.
6. Vollman K. Back to the fundamentals of care: why now, why us! Aust Crit Care. 2009;22(4):152-4.
7. Vollman K. Interventional patient hygiene: proactive (hygiene) strategies to improve patient's outcomes. AACN News. 2005;22(8).
8. Coyer FM, Wheeler MK, Wetzig SM, Couchman BA. Nursing care of the mechanically ventilated patient: what does the evidence say? Part two. Intensive Crit Care Nurs. 2007;23(2):71-80. Enfermería Global Nº 40 Octubre 2015. Página 348
9. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. J Nurs Care Qual. 2006;21(4):306-13; quiz 14-5.
10. Burns S. A return to the basics: "Interventional Patient Hygiene" (A call for papers). . Intensive and Critical Care Nursing. 2012;28(4):193-6.
11. Cho SH, Yun SC. Bed-to-nurse ratios, provision of basic nursing care, and in hospital and 30-day mortality among acute stroke patients admitted to an intensive care unit: cross-sectional analysis of survey and administrative data. Int J Nurs Stud.
2009;46(8):1092-101.
12. McGuckin M. Interventional patient hygiene model: Infection control and nursing shared responsibility for patient safety. . American Journal of Infection Control. 2008;36(1):59-62.
13. Clarke SP. Registered nurse staffing and patient outcomes in acute care: looking back, pushing forward. Med Care. 2007;45(12):1126-8.
14. Kane R. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta - analysis. Medical Care. 2007;45(12):1195 204.
15. Downey L, Lloyd H. Bed bathing patients in hospital. Nurs Stand. 2008;22(34):35-40.
16. González.G. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico 2008.
17. Potter P. Fundamentos de Enfermería Madrid - España: Elsevier; 2007.
18. Young L. Community care: the clean fight. Nurs Stand. 1991;5(35):54-5.
19. Salvadores P. Manual de Fundamentos de Enfermería Cuidados Básicos. Barcelona: Arial; 2002.
20. Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. J Clin Nurs. 2008;17(20):2709-17.
21. Castledine G. The 'Been There, Done That' attitude. Br J Nurs. 2005;14(20):1103.
22. Health. Do. Essence of care: Patient-focused benchmarks for clinical governance. London 2003.

23. Perez Ruiz I. Déficit total o parcial de autocuidados en la higiene. Enfermería Clínica. 2002;12(3):127-32.
24. Coyer FM, O'Sullivan J, Cadman N. The provision of patient personal hygiene in the intensive care unit: a descriptive exploratory study of bed-bathing practice. Aust Crit Care. 2011;24(3):198-209.
25. De Lima Lopes J. Comparación del nivel de ansiedad entre el baño de ducha y el realizado en la cama en pacientes con infarto agudo del miocardio. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2010;18(2):80-7.
26. Lakeman R. The ethics of bathing. Nurs N Z. 1996;2(2):13-5.
27. Larson EL, Ciliberti T, Chantler C, Abraham J, Lázaro EM, Venturanza M, et al. Comparison of traditional and disposable bed baths in critically ill patients. Am J Crit. Care. 2004;13(3):235-41.
28. Fawcett J. On bed baths and conceptual models of nursing. J Adv Nurs. 2003;44(3):229-30.
29. Canals MP. Higiene corporal del enfermero crítico. Efectos Adversos. ROL de enfermería. 2010;33(4):8-14.
30. Celik S, Oztekin D, Akyolcu N, İşsever H. Sleep disturbance: the patient care activities applied at the night shift in the intensive care unit. J Clin Nurs. 2005;14(1):102-6.
31. Dunn H, Anderson MA, Hill PD. Nighttime lighting in intensive care units. Crit Care Nurse. 2010;30(3):31-7.
32. Tamburri LM, DiBrienza R, Zozula R, Redeker NS. Nocturnal care interactions with patients in critical care units. Am J Crit Care. 2004;13(2):102-12; quiz 14-5.
33. G G. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico 2008

Capítulo 1087

EL ALZHEIMER EN PERSONAS MAYORES.

SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA

1 Introducción

La enfermedad del alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por producir tanto pérdidas de memoria como pérdida de parte de las capacidades mentales. Dicho deterioro avanza con el tiempo en función de la etapa o fase en la que se encuentre el enfermo. En la primera etapa aparecerán pérdidas puntuales de memoria mientras que en la segunda y tercera etapa dichas pérdidas no serán tan puntuales, llegando incluso a no conocer a sus propios familiares y necesitando ayuda para las tareas más cotidianas .

2 Objetivos

- El principal objetivo de los profesionales ante este tipo de demencia será intentar frenar en lo posible los efectos que produce en el paciente. Para ello combinaremos tanto los tratamientos farmacológicos como no farmacológicos. Estos últimos van dirigidos principalmente a intentar frenar esa pérdida de memoria mediante terapias ocupacionales impartidas por profesionales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras muchas investigaciones hechas por expertos, hasta el momento no se ha dado con el método definitivo para que cure por que por el momento sigue siendo una enfermedad incurable .

5 Discusión-Conclusión

Al ser una enfermedad incurable y que avanza con el tiempo lo único que se puede hacer es intentar que su evolución no sea tan rápida, utilizando para ellos terapias que nos ayuden a conseguirlo sin olvidarnos de los familiares, a los cuales prestaremos nuestro apoyo ayudando a que sea más llevadera.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1088

GUÍA PRÁCTICA DE ORTESIS DE MIEMBRO INFERIOR PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).

FILOMENA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

CARLA FERNÁNDEZ AÑEL

DESIRE PEREZ SEREN

MARIA GEMMA RODRIGUEZ ALVAREZ

ANGELES AÑEL HUERTA

1 Introducción

La palabra ortesis proviene del término griego orthos, que quiere decir “recto”. Una ortesis es cualquier dispositivo aplicado externamente sobre el cuerpo humano, que se utiliza para modificar las características estructurales o funcionales del sistema neuro-músculo-esquelético, con la finalidad de mantener, mejorar o recuperar la función.
Las ortesis son más efectivas y beneficiosas si los objetivos funcionales por las que se colocan están perfectamente definidos y son asumidos por la totalidad del equipo rehabilitador. La prescripción ortésica debe reunir una serie de indicaciones:

- Nombre y apellidos del usuario
- Diagnóstico
- Descripción y diseño de la misma.
- Objetivo de uso.
- Forma de aplicación.

Dentro de la ortesis encontramos todos aquellos elementos que corrigen algún movimiento o alguna posición anormal, deficiente del cuerpo, y además facilitan desplazamientos, actividades de articulaciones y partes del cuerpo humano con deficiencias o dificultades Incluyen férulas, aparatos, dispositivos, objetos técnicos, cuya utilización está indicada con pacientes necesitados de alguna ayuda para moverse como consecuencia de dolores, deformación o deficiencias en articulaciones, dificultades locomotrices y patologías similares.

La diferencia entre ortesis y prótesis radica en que estas últimas son utilizadas para sustituir un miembro, o están destinadas a ayudarlo o corregirlo

Tipos de ortesis: (según su función).

Existen 4 tipos fundamentales de ortesis dependiendo de la función de cada una:

- Estabilizadora: mantienen inmóvil la parte del cuerpo tratada, y se utiliza en casos de parálisis o para reducir alguna parte inflamada. Estas presentan mayores efectos secundarios al generar atrofia muscular por inmovilización, por eso conviene ceñirse bien a las instrucciones del especialista.
- Funcional: esta ortesis mantiene movimiento de las partes y miembros del cuerpo tratados al incorporar una parte elástica, permitiendo la realización de funciones perdidas de manera temporal o permanente.
- Correctora: se usa para corregir o evitar deformidades esqueléticas y generalmente, se utilizan durante la infancia puesto que su eficacia es mucho mayor durante este periodo cuando huesos, músculos, y el cuerpo en general son cambiantes, pues aún están en desarrollo.
- Protectora: estas ortesis facilitan alinear una parte del cuerpo lesionada, y descargan zonas lesionadas como articulaciones o focos de fractura trasladando la carga a otros puntos, asegurando así la protección de las mismas.

Clasificación de las ortesis.

Para llevar a cabo la clasificación de las ortesis, la American Academy of Orthopedic Surgeons, el Committee on Prosthetics-Orthotics Education on National Academy of Sciences y la American Orthotics and Prosthetics, han decidido utilizar una serie de acrónimos en relación con las articulaciones en las que se coloca la ortesis. Según esto, existen 6 tipos de ortesis:

• FO (Ortesis de pie): son ortesis para controlar el pie y la articulación subastragalina.

• AFO (Ortesis de tobillo y pie): son ortesis que sirven para controlar el pie y la articulación del tobillo y, de forma indirecta, la rodilla.
• KAFO (Ortesis de rodilla, tobillo y pie): son ortesis para el control del pie y las articulaciones del tobillo y la rodilla.
• HKAFO: son las ortesis de control de las articulaciones de cadera, rodilla, tobillo y pie.
• KO (Ortesis de rodilla).
• HO (Ortesis de cadera).

El traslado en bipedestación es una particularidad evolutiva característica de nuestra especie, cuya influencia en la evolución del hombre es por demás fundamental. La Interrupción de esta habilidad, tiene una repercusión de gran importancia en el ser humano. La calidad de vida se ve disminuida, así como la autoestima de la persona. En la mayoría de los casos, las lesiones medulares son producto de accidentes o eventos repentinos, lo cual da muy poco tiempo de adaptación y aceptación de la nueva condición, la repentina inhabilitación de la capacidad locomotora. Esto produce un impacto psicológico en la persona, cuyo desarrollo es totalmente particular en cada individuo. Algunos pueden pasar del trauma a la recuperación en cuestión de meses, incluso semanas; otros pueden necesitar años. Esto es un factor importante en la selección de los usuarios de la órtesis ya que es necesaria la total aceptación del carácter prácticamente permanente de una paraplejia para pasar a la etapa de rehabilitación, o, mejor dicho, acondicionamiento. Bajo este enfoque es que la órtesis puede brindar una asistencia más conveniente y correcta. Uno de los peligros en la implementación de estos aparatos durante la etapa de acondicionamiento, radica en la implantación de falsas esperanzas en los pacientes. Es un tema recurrente en los usuarios de prótesis órtesis que abandonen sus aparatos debido a que no funcionan como ellos esperaban, porque los lastiman o los desilusionan. Provocan más problemas de los que resuelven. Este debe ser un eje directriz en el diseño de la órtesis, principalmente en el prototipo. Más allá de completar los objetivos planteados, es loable materializar un porcentaje menor de objetivos, mientras se logre evitar provocar afecciones en el paciente se cumpla con sus expectativas.

2 Objetivos

Elaborar una guía práctica para el uso, conocimiento y prescripción de ortesis de miembro inferior.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos nacionales e internacionales (Pubmed, Cochrane, Dialnet y Google Académico).

• Palabras clave: caídas. Prevención de caídas. Geriatría. TCAE. Terapia Acuática. Hidroterapia.

• Keywords: accident prevention. Falls. Falls prevention. Hydrotherapy. Aquatic Therapy.

Se han utilizado limitadores en la búsqueda como la fecha de publicación, rango de edad e idioma. También se ha utilizado el Operador Lógico Booleano "AND" para relacionar dos o más términos en la búsqueda.

4 Bibliografía

1. CEO. Libro Blanco de la Ortopedia en España 2002.
2. Cocemfe Castilla y León. España: Cocemfe.
3. Dossier SERPROMA. Resumen Ferias Orprotec y Serproma 2005. Gutiérrez P, et al. Ayudas técnicas para la marcha en el paciente geriátrico. El Peu. 2004; 24:204-9. ISO 9999:2002.
4. Levy AE. Ayudas a la marcha. En: Ortopodología y aparato locomotor. Ortopedia de pie y tobillo. Barcelona: Masson; 2003.
5. Soler C. Catálogo valorado de ayudas para caminar (I). Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1998.
6. Viladot R, et al. Ortesis y prótesis del aparato locomotor. Extremidad inferior. Barcelona: Masson; 1991.
7. Zambudio R. Prótesis, ortesis y ayudas técnicas. 2009. Editorial: Elsevier Masson.
8. Nico, Ingeniero mecatr Ó. "Órtesis Activa De Miembro Inferior."

Capítulo 1089

CAÍDAS EN LOS ANCIANOS Y SU PREVENCIÓN.

EVA DONCEL PEDRAYES

BEGOÑA GARCIA VELARDE

MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ

1 Introducción

La OMS describe por caída ”la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente hacia el suelo en contra de su voluntad”, pudiendo esto provocar la posible hospitalización del anciano en este caso. Las personas mayores de 65 años son las más propensas a sufrir caídas graves. Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no voluntarias.

2 Objetivos

- Intentar prevenir al máximo posible las caídas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El Objetivo principal es reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención e identificar las causas. Debemos identificar los factores de riesgo y abordar las actuaciones desde varios ámbitos, desde tipos de medicación y sus efectos en el anciano como los factores externos a este. También habría que abordar temas como prevención y promoción de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Hay que aplicar todo tipo de factores para evitar las caídas en las personas mayores, y para ello es necesario aplicar protocolos de prevención y actuación así como identificar cada caso individualmente. También es necesario chequeo constante y controlar las enfermedades que padezcan.

6 Bibliografía

- https://www.msdmanuals.com
- http://www.enfermeriacantabria.com
- https://www.fesemi.org

Capítulo 1090

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE QUEMADOS

ANDREA LOPEZ RICO

1 Introducción

Las quemaduras representan uno de los accidentes más frecuentes en los hospitales y centros de salud. Las primeras acciones sobre la quemadura son cruciales, por eso es fundamental que el auxiliar de enfermería sepa cómo actuar en cada caso y aplicar el tratamiento correspondiente.

2 Objetivos

Saber cómo actuar ante pacientes con quemaduras y los tipos de quemaduras.

3 Metodología

Para la elaboración de este presente capitulo ,se ha llevado a cabo una investigación consistente en revisiones bibliográficas sistemáticas .Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros, paginas y consultado varios artículos en las principales bases de datos :Pubmed,Medline..

4 Resultados

Los pacientes quemados que necesitan hospitalización siempre son ingresados en la planta de cirugía plástica. En un primer momento son los médicos plásticos los que evalúan al paciente y prescriben el tratamiento a seguir y el tipo de cura necesaria que hará enfermería.

En el tratamiento de urgencia del paciente quemado el auxiliar de enfermería debe, desde un primer momento, dejar a un lado la quemadura y constatar el estado general del paciente. Luego, debe valorar la quemadura en función de la fuente de calor recibida, la intensidad, la extensión, el tiempo de exposición y la edad del paciente. De acuerdo a la gravedad de los agentes causantes, las quemaduras pueden producir tanto una leve afectación superficial de la piel como la destrucción total del tejido. Por eso desde un primer momento es importante valorar la gravedad y proceder con el tratamiento más indicado.

Los tipos de quemaduras varían desde el primer grado al tercero.
- Quemaduras de Primer Grado: este tipo de quemaduras sólo afecta a la capa más superficial de la piel. Generalmente las quemaduras de primer grado se caracterizan por el enrojecimiento y duele al contacto, como por ejemplo las quemaduras provocadas por la exposición prolongada al sol sin protector.
- Quemaduras de Segundo Grado: este tipo de quemaduras son un poco más profundas que las de primer grado y se caracteriza principalmente por las ampollas en la piel. En este tipo de quemaduras, las ampollas constituyen un sistema de defensa ya que evitan las infecciones y mediante su líquido hidratan la herida y facilitan el proceso de cicatrización.
- Quemaduras de Tercer Grado: cuando la persona sufre este tipo de quemaduras es probable que haya tejido carbonizado. En las quemaduras de tercer grado las terminaciones nerviosas encargadas de transmitir el dolor quedan destruidas, con lo cual el paciente no sufre dolor.

5 Discusión-Conclusión

Un buen funcionamiento, reparto de tareas y responsabilidades en el equipo de enfermería supone el éxito del plan de cuidados en los pacientes quemados y en consecuencia conseguir los objetivos propuestos de la manera más efectiva y eficaz.

Cualquiera sea el grado de la quemadura es importante recordar que pueden

generar serios problemas y riesgos para la salud del paciente, por eso es fundamental que se analice no sólo el grado de la quemadura sino también la superficie del cuerpo lesionada a fin de determinar los cuidados que se requieren en cada situación.

6 Bibliografía

- Herndon DN. Tratamiento integral de las quemaduras. Barcelona: Elsevier Masson; 2009.
- https://www.revista-portalesmedicos.com/
- https://www.elsevier.com/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1091

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ESTERILIZACIÓN: MATERIAL QUE SE PUEDE ESTERILIZAR CON EL ÓXIDO DE ETILENO

CARLOTA PATRICIA HOLGUERA ALONSO

1 Introducción

El óxido de etileno es un gas inodoro, compuesto por C, H, y O (C2H40), (muy concentrado puede tener un olor parecido al éter), que es capaz de eliminar los microorganismos en muy poco tiempo. Se usa a temperaturas ”normales”: 30-55 ºC.

2 Objetivos

- Conocer qué materiales podemos esterilizar con el óxido de etileno para así esterilizar el material de forma correcta como TCAE en una central de esterilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Con el óxido de etileno podemos esterilizar el siguiente material:

- Instrumental fino de cirugía y oftalmología.
- Brocas, fresas y trépanos.
- Endoscopios y sus accesorios.
- Ópticas y cámaras.
- Tubos plásticos que no soportan altas temperaturas.
- Guantes y jeringas.
- Motores de cirugía especializada.
- Cables eléctricos (electrodos, marcapasos).
- Bisturíes eléctricos.
- Prótesis de silicona.
- Material termo-sensible como el descartable (goma, plástico, papel, etc.).
- Equipos electrónicos.
- Bombas cardio-respiratorias.
- Metal, etc.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido qué tipo de materiales podemos esterilizar con el óxido de etileno, descartando así otro tipo de materiales que no se pueden esterilizar por este método, mejorando la atención como TCAE en el servicio de esterilización.

6 Bibliografía

- Esterilización por óxido de etileno- 24/10/2018- Redactado por Interempresas.
- Guía para la gestión del proceso de esterilización- comisión inoz- administración de la comunidad autónoma del país vasco.

Capítulo 1092

ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA NASOGÁSTRICA.

MARCOS SANTIANES ÁLVAREZ

1 Introducción

La nutrición enteral o alimentación enteral es la introducción de alimentos directamente en el tracto gastrointestinal mediante una sonda. Se utiliza cuando el paciente generalmente tiene una lesión o afección que le impide tomar una dieta regular por vía oral, pero conserva la función del tracto gastrointestinal.

La alimentación por sonda también puede ser necesaria cuando el paciente no puede aportar las suficientes calorías para satisfacer sus requerimientos calóricos debido a que físicamente es incapaz de comer de manera segura o porque sus requerimientos calóricos aumentan por encima de su capacidad para comer.

Se puede utilizar en el caso de pacientes que tienen dificultad para la ingestión debido a neoplasias, edad avanzada, estenosis esofágica, disfagia, enfermedades neurológicas como el coma, ELA (esclerosis lateral amiotrófica) o demencias. También en pacientes que pueden requerir un aumento del aporte nutricional como quemados, politraumatizados, etc.

En la alimentación enteral tiene la ventaja de que no necesitamos que el paciente colabore ni que éste sea incapaz de comer ya que somos nosotros quienes marcamos el ritmo de la introducción de la solución nutritiva.

2 Objetivos

- Saber lo que es la nutrición enteral, cuales son las causas o afecciones que llevan a tener que usar este tipo de alimentación, el proceso de nutrición completo desde que se pauta la colocación de la sonda nasogástrica, el proceso de colocación de la sonda, administracion de la solución nutritiva, y complicaciones que derivadas de la técnica.
- Conocer este tipo de nutrición ya que hay infinidad de casos en los que una persona puede llegar a no poder alimentarse correctamente por la vía oral.

3 Metodología

Para la realización de este estudio recurro a varios artículos sobre la nutrición enteral que hay en internet, debido a la gran cantidad de información que hay sobre este tema procuro hacer una criba a mi criterio es la más directa y sencilla de comprender. En el hospital donde trabajo solicito información a compañeros del servicio de digestivo ya que utilizan a menudo este tipo de nutrición.
También hago uso de libros físicos y protocolos que encuentro en la biblioteca del hospital donde trabajo, uso buscadores de internet con palabras clave como ”nutrición enteral”, ” sondas nasogástricas y nasoentéricas”, ” dietas enterales”, ” fórmulas nutricionales”.
En un comienzo empiezo con una introducción explicando brevemente lo que es la nutrición enteral a lo que voy añadiendo información de la causa que la hace necesaria y pacientes susceptibles de su utilización. Más adelante trato de explicar el proceso de la nutrición enteral desde el principio, de la colecta de materiales y realización del sondaje hasta la administración de la nutrición.

4 Resultados

Lo primero que debemos realizar es el acopio de materiales para realizar el sondaje nasogástrico. Éstos son: guantes no estériles, sonda digestiva del calibre adecuado, jeringa de 50 ó 60 ml, lubricante hidrológico, batea, vaso de agua, fonendoscopio, tapón de sonda y esparadrapo hipoalérgico.

Comenzamos la técnica explicando al paciente lo que vamos a hacer y pedimos que colabore. Se prosigue con un correcto lavado de manos y colocación de guantes.

Colocamos en paciente en la posición de fowler alta. Tras comprobar que en las fosas nasales no existe lesiones u obstrucciones procedemos a medir la longitud de la sonda que requerimos para poder llegar al estómago, para ello utilizamos la abreviatura NOX (nariz, oreja, xifoides). Se mide desde la nariz al lóbulo de la oreja y al apéndice xifoides.

Tomamos la sonda y lubricamos el extremo distal con lubricante y colocamos la cabeza inclinada para que progrese la sonda a la vez que vamos introduciéndola le pediremos que trague saliva para que pase bien por el esófago. Una vez alcanzamos la marca anterior procedemos a fijar la sonda a la nariz con esparadrapo y comprobar la correcta ubicación de ésta. Para ello aspiramos contenido gástrico o introducimos 50 ml de aire en embolada y con el fonendoscopio comprobaremos el ruido del aire en el estómago.

Se puede administrar la nutrición de varias formas:
1. En bolo único o emboladas. La mezcla se efectúa en unos minutos, primero se pasa agua con una jeringa de alimentación a través de la sonda para comprobar la permeabilidad. A continuación se administran entre 200 y 400 ml de la mezcla, esto se hace de cuatro a seis veces al día.
2. Goteo rápido e intermitente. Se administra los mililitros deseados gota a gota durante 30 minutos por gravedad.
3. Gota a gota a bajo flujo continuo. Según diversos estudios y la experiencia de los profesionales se considera esta forma la más adecuada, ya que es la mejor tolerada por los pacientes. Se requiere bomba de infusión.

Una vez finalizada la introducción de la mezcla nutritiva procederemos a lavar la sonda con agua para mantenerla permeable pasando 20-30 ml de agua.

5 Discusión-Conclusión

La nutrición enteral se entiende como una medida de soporte nutricional mediante la cual se introducen los nutrientes directamente en el tubo digestivo, con ello se previene la desnutrición y evita que aparezcan los efectos secundarios que el reposo intestinal produce.

Es muy importante para el personal sanitario conocer cómo se administra la nutrición enteral ya que es bien sabido que todas las personas necesitan comida para vivir, pero a veces una persona no puede comer una comida o la cantidad necesaria debido a una enfermedad, dificultad para tragar o alguna cirugía que

perjudica la alimentación. Cuando una de estas situaciones aparece es conveniente conocer cómo se administra este tipo de nutrición ya que se considera una buena opción de aportar nutrientes al paciente y mantener la función intestinal sin alteraciones.

No siempre se puede administrar ya que existen una serie de contraindicaciones en la que no se puede administrar como la presencia de obstrucción intestinal, perforación gastroduodenal, hemorragia digestiva aguda y lesiones abdominales, ileo paralítico,etc.

También debemos de tener en cuenta que existen complicaciones como pueden ser obstrucción de la sonda consecuencia de un lavado inadecuado, erosiones y necrosis del ala de la nariz, contaminación de la dieta por manipulación inadecuada de la misma, distensión abdominal por un desequilibrio por los nutrientes que aportamos y la capacidad funcional del tubo digestivo, vómitos… Aunque la más usual es la diarrea.

6 Bibliografía

- ASPEN Enteral Nutrition.
- Nutrición enteral Bradley C.Borlase.
- Técnicas básicas de enfermería Mc Graw hill.
- Protocolo de nutrición enteral Hospital U. Príncipe de asturias.
- Protocolo de nutrición enteral en pacientes críticos.Hospital universitario central de asturias.
- https://gi.org/topics/enteral-and-parenteral-nutrition/.

Capítulo 1093

EL ENFERMO TERMINAL.

SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA

1 Introducción

Definiremos al enfermo terminal como aquel paciente que padece una enfermedad que no puede ser curada o tratada y cuyo resultado final será la muerte. Este término es usado habitualmente en enfermedades como el cáncer, enfermedades pulmonares o cardíacas avanzadas. Al ser una enfermedad de larga duración durante su transcurso pasa por diferentes etapas entre las que encontramos: etapa de negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

2 Objetivos

- Aportar al paciente el máximo confort así como reducir el dolor durante el desarrollo de la enfermedad. Para conseguir estos objetivos utilizaremos los cuidados paliativos los cuales se podrán realizar bien en casa o en el hospital, además de prestar apoyo emocional.

3 Metodología

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

4 Resultados

No solo deberemos de prestar apoyo emocional al paciente sino también a su entorno y familiares, puesto que cuando el paciente se encuentra en un estado terminal el final puede llegar tras mucho tiempo de ingreso, haciéndose este un proceso en muchas ocasiones duro y de difícil asimilación para todos sus familiares.

5 Discusión-Conclusión

Al no poder revertir el estado del paciente y no existir una curación cuando uno se encuentra en una situación así, los profesionales sanitarios sólo podremos prestar cuidados que alivien su dolor.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1094

EL PACIENTE OSTOMIZADO.

PRESENTINA PULGAR GARCIA

IVAN RODRIGUEZ PULGAR

MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR

BÁRBARA FERNANDEZ GAREA

SONIA SUÁREZ PEREZ

1 Introducción

Ostomía proviene del griego ”stoma” (boca). Es el resultado de una operación en la que se hace una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y la pared abdominal, facilitando así la salida de sustancias orgánicas de desecho. Puede tener varias finalidades: eliminación (de heces u orina), nutrición u oxigenación.
La asistencia de los pacientes ostomizados en España es asumido, por profesionales expertos en estomaterapia que trabajan integrados en equipos multidisciplinares junto con cirujanos, oncólogos, digestivos, equipos de enfermería, psicólogos y nutricionistas.

2 Objetivos

Detectar y priorizar las necesidades de los pacientes, proporcionando toda la información y educarles en su nueva condición. Es básico que el paciente debe de

entrar en el quirófano sabiendo lo que se le va a hacer y no menos importante es la información individual por parte del equipo de enfermería de todo el proceso.

3 Resultados

Dependiendo de la colocación y el motivo por la ostomía, estas pueden ser permanentes o temporales. Por colocación se clasifican en:
Colostomía ascendente: (sección vertical, a su derecha). No es la más común, las heces son líquidas a semi-líquidas y muy irritantes para la piel.
Colostomía transversal: En el transverso (sección horizontal, sobre el abdomen), las heces son líquidas y semi formadas. Este tipo de colostomía suele ser temporal.
Colostomía descendente: En el colon descendente (sección vertical, a su izquierda). Es la más común, las heces están semi-formadas debido a que se absorbe más agua en el colon ascendente y transverso.
Colostomía sigmoidea: En la parte inferior izquierda del intestino grueso justo antes del recto. Aquí las heces ya están formadas completamente.
Para mejorar la calidad de vida de los pacientes ostomizados se necesitan consultas y profesionales expertos dedicados al cuidado integral del paciente. Con este seguimiento se puede prevenir la aparición de complicaciones ostomales y aporta un apoyo fundamental para estas personas.

4 Discusión-Conclusión

Se deben de formar nuevas fórmulas de educación con el objetivo de fortalecer los conocimientos y las prácticas en los pacientes, para poder favorecer su autocuidado y previniendo complicaciones futuras. Una educación alimentaria adecuada, elección de bebidas y cuidado del estoma es fundamental.
Que la atención que brinda el profesional abarque el aspecto psicológico de los pacientes alentandolo a una pronta reintegración para poder ser capaz de llevar en el futuro una vida social con una colostomía haciendolo co-participe de su recuperación.

5 Bibliografía

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

Capítulo 1095

LA TRISOMÍA 18 EN RECIÉN NACIDO.

LETICIA LÓPEZ LAMAS

NATALIA DOMINGUEZ MONFORTE

1 Introducción

La trisomía del 18 es una enfermedad genética con causa desconocida hasta el momento, en mamás de más de 35 años y que no obedece a género ni zona geográfica. Su diagnóstico y tratamiento debe de ser precoz e inmediato para el bebé recién nacido en unidad de neonatología, para que en el futuro tener la posibilidad de un aumento de su calidad de vida y una mayor supervivencia.

Esto se caracteriza por el retraso del crecimiento intrauterino, del desarrollo psicomotor y mental, hallazgos craneofaciales característicos, cardiopatía congénita, manos empuñadas y pies en mecedora entre otros. Los pacientes con este síndrome tienen una baja supervivencia. Suelen fallecer en su primera semana de vida o incluso durante su primer mes, aunque la mayoría consiguen llegar al año de vida. Muy pocos de ellos sobreviven más de 3 años y sólo algunos casos aislados llegan a la adolescencia o edad adulta.

Una vez superada la viabilidad del recién nacido con esta patología y gestionada la situación crítica del inicio, los supervivientes a medio-largo plazo presentaran una serie de dificultades psicomotoras, un importante retraso, problemas alimenticios y una posible escoliosis de poca importancia.

La lucha por la supervivencia de estos niños será prevenir y/o controlar las infecciones, las apneas del sueño y vigilar muy de cerca las cardiopatías congénitas.

En un futuro, las nuevas tecnologías y el avance virtual y digital de la prueba diagnóstica favorecerá la detección natal precoz de este síndrome y por qué no, seguramente se podrá corregir intrauterinamente algunas disformidades hasta ahora impensables de tratar a tan pronta edad.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar este síndrome en los recién nacidos.

Objetivos secundarios:
- Aportar información a profesional sanitario sobre la etiología, el fenotipo y el consejo genético.
- Instaurar la actuación precoz ante recién nacidos con este tipo de patología.
- Contar con el apoyo de otros especialistas médicos para poder concluir con una gestión temprana a estas situaciones.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Medline Plus y Cinahl.
Se buscó en libros de protocolos de servicios neonatales y en guías médicas de asociaciones neonatales y pediátricas.
También se encontraron artículos de revistas científicas y en bibliotecas científicas online como Scielo.

4 Bibliografía

- http://paulahenry1.hubpages.com/hub/Edwards-Syndrome-Trisomy-18.
- Trisomy 18. Medscape.
- http://www.rightdiagnosis.com/e/edwards_syndrome/prevalence.htm.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1096

EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE UN BANCO DE LECHE EN ESPAÑA

COVADONGA IGLESIAS BAILÓN

VIRGINIA FERNÁNDEZ DÍAZ

LORENA MÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El Banco de Leche Materna es una unidad especializada en la recogida, procesado, almacenamiento de leche materna de madres donantes y de distribuirla a niños hospitalizados que no disponen de leche de su madre. La donación es voluntaria y altruista y esa leche siempre será administrada a otros bebés bajo prescripción médica y con el consentimiento de los padres.

Cualquier banco de leche tiene que garantizar el anonimato de las mujeres donantes como de los neonatos receptores. Se seleccionan las donantes siguiendo rigurosamente una serie de criterios y no tienen ningún compromiso respecto a la cantidad y el tiempo de donación. Sí se valora más las donantes frecuentes y que aportan cantidades abundantes, aunque cualquier aportación es de gran ayuda para los niños que más lo necesitan.

La OMS, UNICEF y las Sociedades Científicas implicadas en la alimentación y el cuidado de los niños son algunos organismos internacionales que apoyan la existencia de Bancos de Leche Humana y establecen que cuando la propia madre no produce leche materna, la donada es la mejor alternativa para aquellos niños recién nacidos enfermos o prematuros.

La Asociación Española de Bancos de Leche Humana ha creado unos protocolos con el fin de unificar los métodos de trabajo y que sirven de guía para crear nuevos bancos de leche en las distintas comunidades autónomas de España.

Los pasos para la selección de donantes son los siguientes:

1. Captación de donantes
Para captar donantes nos ayudamos de distintas canales como puede ser, información en consultas de pediatría, consultas prenatales, etc. Información escrita, redes sociales, medios de comunicación, distintas asociaciones de lactancia o personas de referencia como pueden ser otras donantes, el personal sanitario, etc.

2. Selección de donantes.
En un principio se realiza es una entrevista con la donante, deberá rellenar un cuestionario de salud y firmar el consentimiento informado para la donación.

En esta entrevista se explica a la donante el proceso de extracción y almacenamiento en casa, etiquetado y transporte, así como las medidas de higiene a seguir (lavado de manos, pecho y del extractor).
Se aceptan madres en proceso de duelo

Lo primero que se pregunta a las posibles donantes es el estado de salud, si toma alguna medicación, los hábitos de vida y alimenticios, la exposición a posibles infecciones, cartilla de vacunación… no serán aptas las donantes con hábitos de tabaquismo, si consumen drogas o metadona, si siguen una dieta vegana o si padecen hepatitis, VIH, sífilis o HTLV.

Si la donante consume algún tipo de fármaco o productos de parafarmacia se tiene que tener en cuenta los datos farmacocinéticos del mismo, si fuera éste fuera de riesgo es incompatible con la donación.

No se podrá consumir alcohol durante la donación, si el consumo fuera ocasional no se podrá donar la leche extraída durante las siguientes 12 horas al consumo.

Posteriormente se hará un estudio para descartar infecciones. Las donantes se comprometerán a informar si hay algún cambio de salud, medicación, vacunación, infección, cirugía, transfusión, etc., ya que estos cambios podrían pausar o terminar la donación.

La leche materna es el alimento natural para el recién nacido en los primeros 6 meses y es preferible optar a una leche donada que a una fórmula artificial ya

que aporta todos los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo. El bebé la tolera mejor, los protege contra los problemas intestinales graves y disminuye el riesgo de infecciones en lactantes hospitalizados mejorando también las posibilidades de recuperación y desarrollo.

Los recién nacidos prematuros o de muy bajo peso al nacer son los principales beneficiarios de la leche humana donada.

2 Objetivos

- Conseguir, donando leche humaba, asegurar la lactancia materna a los recién nacidos que lo necesitan o a los lactantes hospitalarios que carecen de leche propia de su madre.
- Concienciar y promover la importancia de la lactancia materna.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo de una revisión bibliográfica de la literatura entre los años 2008 y 2019 en distintas fuentes; tanto en bases de datos, en libros, artículos de revistas, como el buscador de Google Académicos, buscadores médicos como Medine, Fisterra y Scielo, estudios publicados, disponibles en texto completo, directamente relacionados con la temática en estudio. Para la selección de la bibliografía se han empleado palabras claves los siguientes términos, tanto en español como en inglés: maternidad, lactancia, leche, donación, neonatos, pasteurización.

4 Resultados

Se ha comprobado que los bancos de leche aumentan las tasas de lactancia materna en todas aquellas zonas donde ahora mismo se dispone de Banco de Leche Materna. El primer banco de leche se creó en Viena en 1909. Hoy en día existen 214 en Europa y casi 1.000 en todo el mundo.

En España fue en Baleares donde se inauguró el primero en el 2001. A día de hoy disponemos de doce bancos de leche en España: Madrid, Barcelona, Valencia, zaragoza, Oviedo, Vigo, Santiago de Compostela, Valladolid, Granada, Mallorca y Mérida.

En los últimos años a aumentado el número de Bancos de Leche Materna en España, pero aún así lo óptimo sería que hubiera al menos un banco en cada comunidad autónoma.

5 Discusión-Conclusión

Los bebés nacidos prematuramente han tenido una mejor evolución cuando la alimentación ha sido con leche materna y no con fórmula artificial. El riesgo a infecciones ha sido menor y han tenido un mejor desarrollo psicomotor. También mejora a tolerar la introducción de una alimentación enteral. Está comprobado que son todo beneficios y que es el alimento óptimo para el bebé.

Cada vez las madres están más concienciadas de los beneficios de la lactancia materna, dejando más de lado la lactancia artificial. Los Bancos de Leche aún no son demasiado conocidos entre las madres, aunque sí que está creciendo y expandiéndose por distintas comunidades autónomas.

Se recomienda comenzar la donación una vez que la lactancia que la donante proporciona a su hijo esté establecida. Suele ser pasadas las 3 o 4 semanas después del parto.
- Cuidados en la extracción:
La extracción se puede realizar en casa o en el hospital. Se puede extraer la leche manualmente o con extractor, siempre con una buena higiene y la esterilización del extractor.

El envase donde se almacenará y congelará la leche tiene que ser el que proporciona el propio banco de leche y serán identificados con el nombre de la donante y la fecha y hora de extracción.

La leche extraída se congelará inmediatamente a una temperatura máxima de -15º C y se puede almacenar en el domicilio hasta un máximo de 15 días hasta la entrega.

- Cuidados en el banco de leche una vez recepcionada la leche donada:
La leche donada que llegará congelada se almacenará en congelador y se tendrá un registro y comprobación de las temperaturas.
Pasteurización:
Se descongelará la leche a una temperatura de 4ºC. Se puede usar un baño térmico, nunca en microondas. Se puede mezclar leche de una misma donante para la pasteurización, creando lotes de leche para una misma pasteurización. Nunca

se mezclará si ya está pasteurizada. El proceso de hará de forma estéril, en campana de flujo laminar. Usando guantes estériles, bata, gorro y mascarilla.
Analizar:
Lo primero se hará un análisis visual: color, presencia de impurezas, etc., y olfativo. Cada lote se analizará para saber el total de microorganismos presentes en la leche. Sino se hace este análisis microbiológico se puede validar con la técnica de acidez Dornic. Y por último analizaremos los nutrientes de la leche: lípidos, proteínas e hidratos de carbono. De cada lote pasteurizado se guardará toda la información: fecha de descongelación y pasteurización, análisis microbiológico, de acidez y nutricional. Y las alícuotas que se extraen de cada lote.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes, estudios e investigación. Unidad de Neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGÍA_Accesible.pdf
2. Protocolos del servicio de Neonatología en el Hospital Universitario De Asturias. (HUCA)
3. www.Fisterra.com/m/medicamentos/embarazo-lactancia/index.asp
4. Bancos de leche humana y promoción de políticas públicas favorables a la salud materno infantil. http://scielo.sld.cu
5. Asociación española de Bancos de Leche Humana. www.aeblh.org
6. Medicamentos y lactancia. www.e-lactancia.org
7. Banco de leche materna de Asturias www.astursalud.es

Capítulo 1097

TCAE CON LAS PACIENTES QUE PADECEN ENDOMETRIOSIS.

MARIA DE LA CONCEPCION DE ARRIBA LLANA

1 Introducción

Endometriosis, también llamado dolor pélvico, o endometrioma. Endometriosis es un trastorno a menudo doloroso en el cual el tejido que normalmente recubre el interior del útero, (el endometrio), crece fuera del útero. La endometriosis afecta más comúnmente a los ovarios, las trompas de Falopio y el tejido que recubre la pelvis. En raras ocasiones el tejido endometrial se puede diseminar más allá de los órganos pélvicos. En consecuencia una parte de este tejido endometrial se desprende y sangra durante la menstruación.

Como consecuencia la menstruación resulta mucho más dolorosa e incluso incapacitante porque el endometrio que ha crecido se inflama y causa alteraciones en otros tejidos y órganos. 1 de cada 10 mujeres se ven afectadas por endometriosis según el ministerio de sanidad y es más común en mujeres de entre 30 y 40 años, pero puede afectar a cualquier mujer que menstrúe. Otro de los principales problemas que presentan las mujeres que lo padecen es la infertilidad.

Desde el punto de vista de la mujer, la endometriosis es una enfermedad de muchas dolencias, que puede afectar de diferentes maneras: dolor, fatiga, fibromialgia, dolores pélvicos crónicos, cistitis, y depresión. En general, las primeras experiencias de dolor raramente son consultadas con el médico, ya que se consideran algo normal por el hecho de tener la menstruación.

Es común que el diagnóstico coincida con búsqueda del problema que produce la infertilidad. Hay tratamientos disponibles y eficaces.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste esta enfermedad y cómo puede tratarse y cuales son las funciones del auxiliar de enfermería con pacientes de esta enfermedad.
- Dar a conocer los síntomas, tratamientos, factores psicológicos que suelen acompañar y las enfermedades que suelen manifestarse paralelamente, con un abordaje integral contribuyendo de esta manera al control de la enfermedad por parte de las mujeres, especialmente las más jóvenes, que ven cómo se altera su calidad de vida como consecuencia de una enfermedad que conlleva muchas veces desequilibrio emocional y físico.

3 Metodología

Para cumplimentar el objetivo, se realiza una búsqueda de datos , un análisis de información, y una revisión del material existente sobre las manifestaciones clínicas de la endometrisis, en bases de datos como Pubmed, Biomed Central, Embase, Scielo, Sciencie direct, England Journal of Medicine, Lilacs, Dare, Plos Medicine, Frontiers in Public Health, BMJ, NIH public Access, Medline, psyarticles, springerjournal, páginas webs de clínicas y universidades y artículos de revistas científicas.

4 Resultados

El auxiliar de enfermería puede colaborar con la paciente en el manejo del dolor, con la administración de analgésicos y con el resto del tratamiento terapéutico, ayudando a la paciente en su autocuidado, colabora también con apoyo emocional al afrontamiento de la enfermedad. Puede enseñar a la paciente el proceso de la enfermedad, facilitar la autoresponsabilidad de su tratamiento y ayudando a modificar lo perjudicial para la salud en su estilo de vida.

La auxiliar debe mostrarse cercana al acompañar a la paciente durante las pruebas ginecológicas que suelen ser desagradables para la mujer. La auxiliar de enfermería puede también detectar síntomas como la depresión o la ansiedad. Para todo ello la auxiliar cuenta con el apoyo de todo el equipo interdisciplinar. En los casos más graves, la auxiliar es el soporte físico de los cuidados derivados de la intervención quirúrgica.

La endometriosis no tiene cura. Sin embargo hay muchos tratamientos para aliviar el dolor y los otros síntomas. Se trata de una enfermedad benigna pero

progresiva, que evoluciona de forma imprevisible. Se caracteriza por ser una enfermedad inflamatoria. El tejido endometrial desplazado continúa actuando como lo haría normalmente: se engrosa, se descompone y produce sangrado con cada ciclo menstrual. Debido a que este tejido desplazado no tiene forma de salir del cuerpo, queda atrapado.

Cuando la endometriosis afecta a los ovarios, se pueden formar quistes llamados endometriomas. Los quistes endometriósicos son benignos y no tienen nada que ver con el cáncer. El tejido circundante puede irritarse y eventualmente desarrollar tejido cicatricial y adherencias, es decir, bandas anormales de tejido fibroso que pueden hacer que los tejidos y órganos pélvicos se peguen entre sí, se pueden ocasionar adherencias entre órganos.
Hay mayor el riesgo de tener endometriosis si lo padecen las mujeres de la familia (madre, hermanas), si comenzó a menstruar muy joven, si tiene ciclos menstruales cortos o ciclos que duran más de 7 días.

Algunos factores pueden disminuir el riesgo de tener endometriosis como el embarazo, comenzar a menstruar ya avanzada la adolescencia, hacer ejercicio regular, y tener poca grasa corporal.
Para tratar correctamente la endometriosis se debe actuar sobre diferentes puntos, el dolor, la progresión de la enfermedad, y la infertilidad.

Existen distintas opciones de tratamiento. Pueden recetarle diferentes tipos de terapia hormonal, estos pueden ser píldoras anticonceptivas o inyecciones. Estos medicamentos causan un estado parecido a la menopausia. Los efectos secundarios incluyen calores sofocantes, resequedad vaginal y cambios de humor. Tomar estas pastillas alivian la mayoría de los síntomas, no obstante, no tratan cualquier daño que se haya producido. Como efectos secundarios aumento de peso, depresión y debilitan los huesos.

Para tratar el dolor se emplean los analgésicos que pueden reducir el dolor: ibuprofeno, naproxeno o paracetamol.
Se recomienda cirugía en casos severos o si el tratamiento hormonal no ha sido eficaz. En estos casos se elimina el endometrio que crece fuera del útero, mediante laparoscopia, que es mínimamente invasiva. De este modo, se reducen los síntomas y se detiene la evolución de la enfermedad, con lo que se mejora la calidad de vida de la enferma. Otras técnicas quirúrgicas son la laparotomía o histerectomía, dependiendo de la gravedad del caso clínico.

En los casos que la endometriosis ha producido la infertilidad se estudia la posi-

bilidad de fecundación en vitro.
Se recomiendan exámenes médicos regulares cada 6 a 12 meses para que su médico pueda evaluar la enfermedad. En la mayoría de los casos, más que la curación, lo que se consigue es el alivio de los síntomas.

El principal síntoma es el dolor pélvico a menudo asociado con los períodos menstruales, las mujeres con endometriosis suelen describir un dolor peor a lo habitual. Además presentan períodos dolorosos, dolor en la parte inferior de la espalda, vientre o en el área pélvica, dolor durante o después del sexo, sangrado excesivo, dificultad para quedarse embarazada, dolor al defecar u orinar, fatiga y síntomas digestivos.

El diagnóstico es complicado ya que se trata de una enfermedad de origen desconocido, no se sabe porque ocurre. Sus síntomas cambian de una mujer a otra. Se pueden requerir varias pruebas para diagnosticarla: el médico le puede realizar un cuestionario para conocer sus síntomas, antecedentes y una exploración ginecológica que puede incluir ecografías y palpaciones y laparoscopia (en algunos casos) una pequeña cirugía para explorar el interior de la cavidad pélvica. Una vez se ha detectado, el diagnóstico indicará el grado en el que se padece, mínima, leve, moderada o severa, según la cantidad y tamaño del endometrio fuera del útero.

Los tratamientos médicos como los analgésicos, las hormonas y la cirugía deben ayudar a controlar el dolor pélvico causado por los crecimientos a lo largo del tracto reproductivo. Pero hay cosas adicionales que puedes probar, incluidos la terapia de calor y el manejo del estrés, para ayudar a lidiar con el dolor de la endometriosis.
Con la terapia de calor, el calor aumenta el flujo sanguíneo, activa la circulación y relaja los músculos, lo que reduce el dolor.

Hay una relación entre el dolor y la salud emocional. Reducir el estrés, puede ayudar a mantener una buena salud mental y controlar el dolor. El dolor reduce la calidad de vida y se asocia a la depresión y el estrés.
Haga ejercicio de manera regular. El ejercicio ayuda a mejorar la circulación. Además, activa los analgésicos naturales del cuerpo, denominados endorfinas. Consumir una dieta equilibrada y saludable. Mantener un peso saludable ayudará a mejorar su salud en general.

5 Discusión-Conclusión

Las pacientes con endometriosis, sufren un detrimento de su calidad de vida pudiendo interferir en su vida social y laboral, debido al dolor y que al diagnóstico de la enfermedad puede demorarse hasta varios años. Aprender a manejar sus síntomas puede hacer más fácil la vida de la paciente.

Las pastillas anticonceptivas pueden a ayudar a prevenir o retardar el desarrollo de la endometriosis, pueden ayudar a aliviar los síntomas pero a menudo estos reaparecen cuando se detiene la terapia. Funcionan mejor cuando se toman de manera continua y sin interrupción para permitir la llegada de la menstruación. Pueden ser utilizadas en mujeres jóvenes en los últimos años de la adolescencia o a cuando llegan a los 20 años de edad en caso de períodos dolorosos que pueden deberse a endometriosis.

Entre las complicaciones de la endometriosis están: infertilidad, dolor pélvico prolongado que interfiere con las actividades sociales y laborales o quistes grandes en la pelvis que pueden abrirse. En pocos casos, el tejido de la endometriosis puede causar obstrucción de los intestinos o las vías urinarias. Y en muy pocas ocasiones, se puede presentar cáncer en las zonas de crecimiento de tejido después de la menopausia.

Estos síntomas aparecen en la pubertad y suelen desaparecer con la menopausia, pero algunas mujeres continúan sufriéndolo después.

El tratamiento de esta patología debe ser multidisciplinar, dentro de un contexto especializado. Las mujeres con endometriosis necesitan aprender a sobrellevar las cosas y considerar cambios en su estilo de vida, manejar los síntomas ya que en muchos casos es a largo plazo o crónico.

6 Bibliografía

- Endometriosis- síntomas y causas. Mayo Clinic.
- Endometriosis: Medline Plus en español.
- Endometriosis: síntomas , diagnósticos y tratamiento.
- Endometriosis, más que un dolor menstrual una enfermedad.
- Endometriosis : síntomas, tratamiento, Que es e información.
- Endometriosis: SEMI.
- Cuidados de la mujer con endometriosis en urgencias. SEEUE.
- Enfermería en el cuidado de la endometriosis.

- Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el sistema nacional de salud [2013].

Capítulo 1098

ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE CON PATOLOGÍA DUAL

COVADONGA IGLESIAS BAILÓN

VIRGINIA FERNÁNDEZ DÍAZ

LORENA MÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Dentro del sobresaturado sistema diagnóstico psiquiátrico actual ha surgido una nosología que ha permitido, de un modo informal, unificar dos campos que llevan años intentado unirse: la salud mental y las drogodependencias, configurándose lo que hoy en día se conoce como "Patología Dual".

Esta categoría, no existente dentro de los referentes del diagnóstico psiquiátrico como el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y la CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades y lesiones) hace referencia a los pacientes que presentan un trastorno mental y un trastorno por abuso de sustancias al mismo tiempo, constituyéndose así como un gran cajón de sastre donde reina la ambigüedad y escasea el consenso.

El diagnóstico dual o la Patología Dual (PD) podríamos definirla como la existencia simultánea o secuencial de un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias a lo largo del ciclo de la vida. Este término abarca a un conjunto de personas, con mayor prevalencia en jóvenes, que presentan una enfermedad mental severa con tendencia a la cronicidad y realizan, además, un elevado consumo de sustancias tóxicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la American Psychiatric Association (APA), sí han dado, sin embargo, una definición de enfermedad o trastorno mental.

En nuestro país, se ha producido un aumento alarmante de las consultas al médico de familia por motivos de malestar psicológico, debido a la situación de crisis económica. El estudio titulado "The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres" ha comparado la prevalencia de los trastornos mentales en los servicios de Atención Primaria (AP) a partir de los datos recogidos en 2006-2007 y cuatro años después, 2010-2011, evaluando a un total de 13.816 pacientes que acudieron a este nivel asistencial.

Los resultados manifiestan un aumento considerable de los pacientes que acudieron a consulta por trastornos del estado de ánimo, seguidos de los trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y problemas de consumo de alcohol desde el inicio del periodo de recesión económica en España. En concreto, el trastorno depresivo mayor ha pasado de una prevalencia del 28,9% en 2006 al 47,5% en 2010, lo que implica que estos problemas están presentes en cerca de la mitad de los pacientes que acuden a los servicios de AP. Además, se ha observado un aumento de otros trastornos.

Un trastorno por consumo y/o abuso de sustancias es un trastorno psiquiátrico, clínicamente significativo, que constituye un estado psíquico patológico y, a veces, un estado físico patológico concreto que lo acompaña y que a menudo lleva consigo determinados comportamientos debido al consumo continuado o periódico de sustancias.

2 Objetivos

- Profundizar en los conocimientos teóricos y en la adquisición de actitudes y habilidades propias de la enfermería en la atención a los pacientes con Patología Dual, describiendo el rol y los cuidados de enfermería eficaces y eficientes para atender a dichos pacientes.
- Revisión y análisis de los capítulos de patología dual en los libros sobre enfermería y salud mental.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía existente sobre las evidencias acerca de los cuidados y el rol de la enfermería en la atención a las personas con Patología Dual.

La búsqueda bibliográfica se desarrolló entre los meses de noviembre de 2017 y noviembre del año 2018 en cuatro vertientes de información:
Todos los artículos, libros y publicaciones tienen una antigüedad inferior a cinco años, en las lenguas española e inglesa.

Tras la realización de la búsqueda primaria y la lectura rápida de documentos se obtuvieron 55 artículos susceptibles de ser incluidos en la revisión, de los cuales se seleccionaron 24 para la realización del presente trabajo.

4 Resultados

La introducción definitiva del concepto de Patología Dual (PD) apareció a finales de 1970 tras el fenómeno de desinstitucionalización psiquiátrica. En esta época, se empezó a detectar un tipo de paciente, principalmente joven, con ingresos hospitalarios recurrentes, falta de cumplimiento terapéutico y con abuso de alcohol u otras drogas.

En España, recientemente se ha creado la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) (www.sepd.es)
con el objetivo de promover la investigación y el consenso de tratamientos especializados en este tipo de pacientes.

Existen diferentes estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de la patología dual. El primero se realiza en EEUU entre los años 1980 y 1984 y al que se le denominó ECA. El estudio se basó en una muestra de más de 20000 personas de población general que confirmó que más del 47% de los pacientes esquizofrénicos habían presentado en algún momento de su vida un trastorno por abuso de sustancias. En el estudio CATIE, realizado en este mismo país en el año 2006, se señala que el 60% de los pacientes eran psicóticos duales.

En España, se ha realizado un estudio sobre la prevalencia de la PD al que se le denominó “Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente”.

El conocimiento sobre la distribución de la PD y las características de estos sujetos puede ayudar a optimizar los recursos sanitarios. En el estudio piloto sobre el estudio de la prevalencia de PD realizado por la SEPD se detectó un 34% de prevalencia de esta, siendo mayor en la red de atención al drogodependiente que en la de salud mental.

Igualmente, en el Estudio Madrid (EM), en el que se incluyeron 837 pacientes de los cuales 517 era duales, 194 sujetos con TUS no duales y 126 pacientes con trastorno mental no comórbido, se detectó entre un 65-85% de prevalencia de PD en centros de desintoxicación y un 45% en centros mentales (Esto parece ser causado por la mejor formación y experiencia en la detección de esta enfermedad entre los profesionales que trabajan en este tipo de servicios sanitarios en comparación con aquellos profesionales de la red de salud mental.

CUIDADOS A LAS PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL

La enfermería, en el abordaje de esta patología es, una parte básica del tratamiento de los pacientes duales, ya que son los profesionales con lo que más contacto tendrá el paciente y con quien establecerá una relación de confianza profesional.

A través de la relación terapéutica, el profesional de enfermería podrá facilitar la adhesión al tratamiento, motivar al paciente, proporcionarle apoyo en los momentos de crisis, entrenará sus habilidades sociales, le proporcionará consejos, promoverá la educación para la salud referente a los hábitos de vida saludables, etc.

En el equipo multidisciplinar, el profesional de enfermería tiene un papel fundamental en la toma de decisiones, puesto que es un profesional que puede informar y educar al paciente y tiene el conocimiento y las competencias necesarias para poder evaluar las necesidades.

Las funciones del personal de enfermería se centran en llevar a cabo el proceso de atención de enfermería mediante la valoración del paciente desde un punto de vista holístico, la emisión de diagnósticos, la planificación de los cuidados y su ejecución, sin olvidar una evaluación continua del proceso.

Las actividades más destacadas de la enfermería en relación a la atención de estas personas serían:

- Crear una relación terapéutica con el paciente basada en la confianza profesional.

- Ayudar a la adhesión al tratamiento.
- Realizar intervenciones motivacionales para estimular el cambio y favorecer los hábitos sanos, siempre desde la libertad para escoger.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Participar en la toma de decisiones dentro del equipo multidisciplinar.
- Evaluar las respuestas de la persona frente a los problemas de salud física
- Educación para la salud en hábitos de vida saludables.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible que los profesionales de enfermería estén formados para atender a los pacientes duales de forma correcta y adecuada a las necesidades que presenten, por lo que la formación en este campo es esencial para conocer la enfermedad y sus necesidades y ofrecer unos cuidados de calidad.

La enfermería, como uno de los pilares fundamentales del tratamiento de los pacientes duales, necesita protocolizar y definir las actividades para este colectivo, como la mejora de la adherencia terapéutica y el fomento de las actividades higiénico-dietéticas que se rompe con la división de las vías asistenciales.

6 Bibliografía

1. Fernández Mondragón S, Adan Puig A (Dir). Características de personalidad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en patología dual . [Barcelona]: departamento de psiquiatría y psicobiología clínica, universidad de Barcelona; 2015.
2. Torrijos Martín M, Palomino Martínez A. Patología dual y enfermería: revisión bibliográfica. Rev. Pat. Dual. [Internet]. 2017; 4(1):3.
3. Carceller N. Patología dual: la nosología incierta. Narrativas profesionales sobre un cajón de sastre. Revista arxiu [Internet]. 2012 1(12):83-105.
4. Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau-López L, Mesías B, Barral C et al. Libro blanco-Recursos para pacientes con patología dual en España. [Internet]. Madrid: Saned; 2015.
5. González AM, Nevado L, González C, González L, Ruiz R, García V. Papel de la enfermería en el tratamiento integrado de la patología dual. En: XXIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Oviedo; 2012.

Capítulo 1099

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE AFECTADO DE HALLUX VALGUS.

MARIA DE LA CONCEPCION DE ARRIBA LLANA

1 Introducción

Hallus Valgus, también llamado oseopatía tipo Chevron, es la desviación del primer dedo del pie, acompañada de una deformidad llamada comúnmente juanete. El hallux valgus o juanete, es la desviación en valgo (hacia afuera) del primer ortejo con una desviación en varo (hacia dentro) del primer metatarsiano.

Es el más frecuente y el más conocido de los trastornos estáticos, a menudo factor desencadenante y agravante de la mayoría de las dolencias de pie y tobillo. Casi siempre el paciente acude a su médico cuando está en un estadio avanzado de la enfermedad. Esta deformidad es progresiva. La gran mayoría de los pacientes son de género femenino que buscan solución después de tener la deformidad durante largo tiempo, cuando ya comienza a limitar su vida diaria, siendo las limitaciones más frecuentes el dolor medial sobre la prominencia ósea, el dolor plantar bajo la cabeza de los metatarsianos y la aparición de dedos en martillo.

El antecedente genético y el uso de calzados en punta son los factores asociados más importantes en el origen de este cuadro. La decisión del tratamiento está relacionada exclusivamente con la limitación que esta deformidad produce en el paciente. Las formas no quirúrgicas de tratamiento no corrigen el juanete. Se

manifiesta con dolor, piel sensible, y eritematosa por la constante presión que el calzado ejerce sobre ella. Es frecuente detectar que el paciente ha dejado de usar zapatos de su gusto, evita ciertas actividades sociales o dejó los deportes para evitar la aparición de dolor en el pie afectado. Múltiples métodos de tratamiento existen en la actualidad. Las plantillas se recomiendan en caso de cuadros asociados, como el pie plano, pero no soluciona el problema en sí. Las protecciones de silicona pueden aliviar algo la presión directa en la zona del dolor. Existen también espaciadores interdigitales para disminuir los síntomas. Sin embargo, sólo el tratamiento quirúrgico es capaz de corregir la deformidad. Las indicaciones para la intervención quirúrgica en adultos son el dolor, la deformidad y la limitación en el uso del calzado (no sólo por estética).

La extirpación de un juanete es la cirugía para tratar la deformidad de los huesos del dedo gordo y del pie. Un juanete se forma cuando el dedo gordo del pie, apunta hacia el segundo dedo. Esto causa la aparición de una protuberancia en el borde interno del pie.

Osteomía de Chevron: esta operación está diseñada para corregir la deformidad del dedo gordo del pie, mediante osteotomías (corte en el hueso), realineando la estructura ósea así como la posición desviada de la articulación.
El cirujano hace un corte alrededor de la articulación del dedo del pie y los huesos, acortando o alargando ciertos tendones o ligamentos. Sacando la parte dañada de las articulaciones y luego usa tornillos, alambres o una placa para unir la articulación y así que se pueda fusionar.

El médico puede recomendar esta cirugía si no ha mejorado con otros tratamientos. La cirugía corrige la deformidad y alivia el dolor causado por la protuberancia.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste esta enfermedad, los síntomas, tratamientos, en especial el quirúrgico.
- Conocer cómo podemos abordar esta enfermedad que aunque parece no grave, conlleva limitaciones funcionales en la vida diaria del paciente alterando su calidad de vida.

3 Metodología

Para cumplimentar el objetivo de esta revisión sistemática, se realiza una búsqueda de datos, un análisis de información, y una revisión del material existente más reciente sobre las manifestaciones clínicas del Hallux Valgus, en bases de datos como Pubmed , Medigraphic, Biomed Central, Embase, Scielo, Lilacs, Cuiden, Frontiers in Public Health, BMJ, NIH public Access, Medline, psyarticles, springerjournal, páginas webs de clínicas (clínica Mayo, clínica los Condes) y artículos de revistas científicas (elsevier) y Universidades españolas (Universidad de Navarra) .

4 Resultados

Los síntomas del hallux-valgus son piel callosa y enrojecida a lo largo del borde interno en la base del dedo gordo, una protuberancia ósea en la primera articulación del dedo gordo, dolor sobre la articulación, el dedo gordo en dirección hacia los otros dedos que se puede llegar a montar sobre el segundo dedo, y dificultad para usar zapatos regulares. Dolor que aumenta con la deambulación, inflamación, procesos infecciosos, dedos en martillo, factores estéticos.

El diagnóstico se basa en la exploración física por parte del especialista, completado con pruebas radiológicas. El cirujano determinara el grado de deformidad y el tratamiento más adecuado en cada caso. Una forma de clasificar la lesión de Hallux-valgus es la escala de Mánchester, que se divide en cuatro grados: no deformidad, deformidad leve, deformidad moderada y deformidad severa.

El objetivo fundamental de esta cirugía es restablecer la correcta biomecánica y anatomía del pie así como la pisada en conjunto, siendo objetivo secundario la corrección estética de éste.

El examen físico es determinante en el tipo de tratamiento que necesitara el paciente. El estudio radiológico determinara la mejor opción quirúrgica .El tratamiento conservador no es capaz de restaurar la anatomía normal perdida. El tratamiento quirúrgico variara en función del paciente, de la deformidad y de las patologías acompañantes: metatarsalgias, deformidades de dedos, artrosis, etc.

Las opciones quirúrgicas se pueden separar en técnicas que actúan sobre las partes blandas y las que actúan sobre la alineación ósea. La realineación ósea debe ser realizada a través de osteotomía (corte en el hueso) y fijación posterior en la

alineación correcta. Los objetivos quirúrgicos incluyen el lograr la corrección del ángulo intermetatarsiano, en que se intenta dejar paralelo el primer metatarsiano al segundo, o sea, que vuelva a su posición original. Actualmente es una cirugía mínimamente invasiva, realizada en hospital de día, de donde el paciente sale caminando con un calzado especial y no es una operación dolorosa. Generalmente se realiza con anestesia loco-regional, se hacen incisiones milimétricas con un instrumental específico, motores y fresas que cortan o liman el hueso y permiten corregir la deformidad limitando el daño en tejidos blandos, y por tanto, reduciendo el dolor, la incapacidad y la fibrosis postquirúrgica. Los puntos de entrada se sitúan en zonas de no apoyo, favoreciendo la recuperación posterior, y la deambulación inmediata. El paciente podrá apoyar desde el inicio, con un calzado especial apoyando parcialmente el pie con ayuda de muletas. La recuperación total está entre los 2-4 meses dependiendo de la deformidad.

La auxiliar de enfermería debe recordar al paciente las pautas que tiene que seguir antes de la intervención: ayunas, medicación antihipertensiva por las mañanas, advertir que acudan a su médico por si tienen que dejar o sustituir la medicación anticoagulante, ducharse y limpiar bien la zona con jabones neutros o antisépticos, pero sin dañar la integridad de la piel. El paciente debe estar rasurado para la operación pero con máquina para no producir cortes (riesgo de infección). La auxiliar se asegurara de que no lleve maquillaje, pintauñas, perfume, cremas, prótesis dentales ni joyas ya que puede interferir en el transcurso de la intervención. Además, la auxiliar resolverá posibles dudas e intentará tranquilizar al paciente que previsiblemente esté nervioso.

5 Discusión-Conclusión

Factores predisponentes: génetica y herencia, calzado inadecuado, factor hormonal y sexo, factor patomecánico, dolor que aumenta con la deambulación, irritación, inflamación procesos infecciosos, dedos en martillo, artrosis. Degeneración musculoesquelética por la edad y el uso de calzado inadecuado.

Es posible evitar que los síntomas del juanete vayan a peor, siguiendo algunas recomendaciones conservadoras. Durante los estadios iniciales leves, puede usarse dispositivos ortopédicos como órtesis nocturnas o plantillas que separan el primer dedo del resto. Es recomendable el uso de calzado ancho incluso el agujereado de zapatos dentro de su hogar. La cirugía se reserva para hallux-valgus moderados o graves, con afectación de la calidad de vida del paciente. Es frecuente la existencia de otras deformidades asociadas, lo que provoca una cirugía

más compleja.

La cirugía tiene resultados satisfactorios en aproximadamente el 85% de los casos, con alivio del dolor y de la deformidad. La principal complicación es la recidiva de la deformidad. Las expectativas más comunes son poder ocupar zapatos más pequeños, alivio del dolor, y vida diaria normalizada.

No es posible tratar todos los casos con una misma técnica quirúrgica, una de las alternativas de manejo del hallux-valgus utiliza el concepto del ángulo a corregir. Se sabe que el pie y el tobillo se rehabilitan antes y mejor después de una cirugía al ser sometido a carga precoz. Por ello se aconseja iniciar la carga lo antes posible, a los 3-4 días postoperado, con un zapato adaptado y eventualmente llevando muletas para evitar el riesgo de caídas. El edema esta siempre presenta en los primeros 3 meses después de la cirugía. Para esto se pueden emplear vendajes elásticos, además de drenaje linfático en algunos casos. Pueden ocurrir complicaciones como infección superficial y la dehiscencia de la herida operatoria, recidiva, dolor regional o no unión sintomática.

Las recomendaciones del postoperatorio son pie en alto todo el tiempo posible para evitar el edema, en la cama ponerlo sobre un cojín. Poner frío para bajar la inflamación, pero no ponerlo directamente sobre la piel. Reposo. Unos analgésicos y antinflamatorios alivian el dolor y para prevenir infecciones unos antibióticos. El vendaje corrector es importe, siempre tiene que estar limpio y seco. Tras llevarlo 3 semanas pueden ponerse separadores u órtesis hasta la completa curación. Los puntos se retiraran a la semana o en 10 días. Las agujas kirschner son unos alambres que a veces se ponen para mantener la osteotomía alineada en el lugar deseado. Están dentro de hueso pero sobresalen de la piel. Hay que limpiar alrededor y mantener limpia y seca. Lo retira el traumatólogo cuando el hueso consolide. Y el paciente deberá hacer rehabilitación (dependerá de la cirugía, condiciones del paciente, pero si no hay contraindicación, es aconsejable que se realicen ejercicios de flexión extensión de los dedos desde las 24-48h después de la intervención. Una vez con la piel al descubierto (sin vendaje) se observará el color, la temperatura, la inflamación y se comprobará el estado de las heridas, si supura hay infección.

No todos los pacientes son candidatos a esta cirugía o en todos los casos no podemos tener las mismas garantías. El especialista aconseja a los pacientes tomar una serie de medidas y cuidar una serie de factores para mejorar los síntomas y disminuir el avance de la deformidad: usar calzado amplio y cómodo, evitar tacones altos, usar plantillas acolchadas, utilizar almohadillas especiales para las

callosidades, realizar ejercicios para mejorar la fuerza y flexibilidad general del pie y también ejercicios de relajación para la fascia plantar.

El tratamiento quirúrgico se indica cuando hay síntomas, no por estética. Deberá acudir al hospital cuando los dedos aparezcan hinchados, azules, pálidos o fríos, si no puede mover los dedos, el dolor es insoportable o aparece fiebre progresiva.

6 Bibliografía

- Enfermería de ciudad real. www.enfermeríadeciudadreal.com
- Correlación entre el estadio diagnóstico del hallux valgus.
- Hallux valgus IMSS. www.imss.gob.mx>sites>all>statics>guiasclinicas
- Recomendaciones a la alta a pacientes intervenidos de hallux valgus
- Hallux valgus o Juanete: que es, síntomas, diagnóstico.
- Hallux valgus en el adulto: conceptos actuales y revisión. www.elsevier.es>es-revista-chilena-ortopedia-traumatologia-230
- Halllux valgus o Juanete: síntomas y tratamiento. www.clincialascondes.cl
- Deformidad de Hallux Valgus. www.doctorvillanueva.com.
- Hallux valgus I Patologías del Pie. www.ucaorthopedias.com>patologias>pie>hallux-valgus

Capítulo 1100

ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES EN PERSONAS DE AVANZADA EDAD

COVADONGA IGLESIAS BAILÓN

VIRGINIA FERNÁNDEZ DÍAZ

LORENA MÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los trastornos delirantes en personas mayores son motivo de importantes alteraciones en la convivencia con graves consecuencias en el trato con la familia, cuidadores, personal sanitario… estos trastornos neuropsiquiátricos son frecuentes en la hospitalización del anciano y altera la orientación y la atención. Cada vez, es más habitual en la población geriátrica, afectando a un 15% de los ancianos aproximadamente.

El delirium es un cuadro clínico que puede aparecer a cualquier edad, pero sobre todo en niños y ancianos, siendo estos últimos los más propensos a sufrirlos. Bien por su deterioro cerebral, infecciones, por la medicación que le está siendo administrada o cuando se encuentran hospitalizados. En este último caso el paciente se encuentra más desorientado.

Se pueden distinguir tres tipos de delirio:
• Delirio hipoactivo: el paciente tiene una actividad motora reducida o inactividad, somnolencia, aturdimiento…

• Delirio hiperactivo: la persona está inquieta, agitada, se niega a colaborar, cambios de humor, alucinaciones…
• Delirio mixto: es una combinación del delirio hiperactivo e hipoactivo, cambiando su estado, signos y síntomas rápidamente.

2 Objetivos

Unos de los principales objetivos es diagnosticar precozmente un delirio para hacer que la recuperación se agilice ya que, si no puede anticipar una demencia o hasta la muerte, por lo que la detección y el tratamiento precoz mejora el pronóstico del paciente. La sedación y analgesia se utiliza en pacientes críticos.

Los objetivos de los cuidados de enfermería son:
• Conocer los métodos de prevención para el delirio y saber diferenciar que tipo de delirio es.
• Saber las características de la persona que lo padece.
• Proporcionar un entorno seguro y cómodo
• Reducir la ansiedad y la desorientación para evitar recaídas y lesiones.
• Comunicarse con el paciente claramente y saber escuchar.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo de una revisión bibliográfica de la literatura entre los años 2000 y 2018 en distintas fuentes; tanto en bases de datos, en libros, artículos de revistas; como el buscador de Google académicos, buscadores médicos como Medine, Fisterra y Scielo.

Estudios publicados, disponibles en texto completo, directamente relacionados con la temática en estudio.
Para la selección de la bibliografía se han empleado palabras claves los siguientes términos, tanto en español como en inglés: delirium, demencia, delirio, anciano, geriatría, hospitalización, trastornos, cognitivo.

4 Resultados

Los fallos cognitivos, sean o no transitorios, probablemente son la causa más común de los síntomas paranoides en la vejez. Produciendo cambios en el pensamiento, comportamiento, memoria, percepción… elaborando así un delirio

porque no diferencia entre estímulos ambientales, sueño o alucinaciones. El paciente llega a creer que ha recibido visitas de personas fallecidas, confundir el presente con el futuro…

No siempre es posible prevenir el delirio, sobre todo si son por causas de medicación, infección… pero sí se puede prevenir el riesgo y reduce la gravedad del delirio; como promoviendo buenos hábitos de sueño, mantener a la persona calmada y orientada, evitar complicaciones y problemas médicos.

Prevenir el delirium y mejorar el cuidado hospitalario del anciano.
El tratamiento del delirio reúne 3 medidas fundamentales:
1) Médicas:
- Proporcionar una habitación tranquila, sin ruidos y con luz suave.
- Personal sanitario con un trato cercano y cálido.
- Ayudar a que el anciano se oriente.
- Control de ingesta de líquidos y diuresis y vigilar la nutrición y el sueño.
- Control de las constantes vitales.
- Movilizar a menudo.
- Evitar las situaciones de riesgo, caídas, lesiones. Posibles suicidios o autolesiones.

2) Ambientales
- Las unidades de vigilancia deben de estar aisladas y libres de ruidos, ya que es un paciente confuso y puede desorientarse más o intranquilizarlo.
- Tranquilizar la paciente y la familia y transmitirles que los síntomas son reversibles y que están relacionados con determinadas enfermedades.
- Establecer rutinas de sueño.
- Ayudarlo a integrarse en la realidad y el medio.

3) Farmacológicas
- Si el anciano toma medicación no deben cambiarle el tratamiento ni la dosis de forma brusca. Se tendrá que sustituir unos fármacos por otros y de forma lenta. Solo se dejará un tratamiento si es de riesgo.
- Los tranquilizantes irán disminuyendo cuando sea posible.
- Si el delirio es leve no se aconseja administrar psicofármacos. Pero si aumenta su estado de delirio sí se puede iniciar un tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Según la definición el delirium es un cuadro transitorio que se suele resolver en horas o días, pero en los ancianos suele prolongarse más, en ocasiones puede durar hasta varios meses. Su presencia aumenta la mortalidad y el deterioro de la persona.
Si identificamos los problemas que desencadena el delirio, la recuperación puede ser más corta. También depende la salud y el estado mental del paciente antes del deliro. Si su estado de salud es bueno tiene más posibilidades de una completa recuperación. Sin embargo, cuando presenta una demencia es más probable que su habilidades y memoria empeoren.

6 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/es
- http://vanortherncalifornia.kramesonline.com/spanish/
- https://scielo.conicyt.cl/
- https://www.fisterra.com/guias-clinicas/el-paciente-delirante/
- Guía práctica para el tratamiento de los pacientes con delirio.
- Tratado de neuro geriatría.

Capítulo 1101

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

PRESENTINA PULGAR GARCIA

IVAN RODRIGUEZ PULGAR

MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR

BÁRBARA FERNANDEZ GAREA

SONIA SUÁREZ PEREZ

1 Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una de las cinco enfermedades psiquiátricas más frecuentes y esta considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las 20 enfermedades más discapacitantes.

Es un problema neurológico que se caracteriza con trastorno de ansiedad, pensamientos obsesivos, tener ideas fijas recurrentes y persistentes que les provocan temor, ansiedad, inquietud o aprensión. Estos episodios también se expresan de distintas formas pudiendo ocasionar conductas compulsivas con el fin de calmar la ansiedad que generan.

El TOC suele centrarse en determinados temas como por ejemplo la higiene de manos y suele comenzar a manifestarse en la infancia o adolescencia.

Afrontar un trastorno obsesivo-compulsivo puede ser muy difícil, aunque la medicación es una gran ayuda. También puede causar efectos secundarios no deseados.

2 Objetivos

- Conocer los objetivos que debe tener un paciente que padece TOC.
- Saber diagnosticar un TOC mediante una serie de pasos.
- Determinar tratamiento adecuado para una mejor respuesta del TOC.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los objetivos para el paciente que lo sufre son:
- Aprender sobre el TOC, informándose sobre el trastorno puede motivarlo para afrontarlo.
- Unirse a un grupo de apoyo sería muy útil ya que encontraría apoyo en personas con problemas similares.
- Concentrarse en algún objetivo en concreto.
- Buscar salidas saludables como el deporte, pasatiempos…
- Aprender a relajarse y manejar el estrés a través de la relajación, meditación, masajes, respiración profunda, yoga…
- Cumplir sus actividades regulares de la vida diaria: trabajo, sociales…

Para diagnosticar el TOC se siguen los siguientes pasos:
- Exploración física: de esta manera se pueden descartar otros problemas que podrían causar los mismos síntomas.
- Analítica: hemograma completo, función tiroidea, alcohol y drogas.
- Evaluación psicológica: analizar pensamientos, sentimientos, síntomas y patrones de conducta.
- Criterios del profesional para el TOC: puede aplicar los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.

En ocasiones es complicado diagnosticarlo ya que los síntomas pueden ser muy similares a otro tipo de trastornos como la depresión, ansiedad y otros trastornos de la salud mental, aunque también cabe la posibilidad de tener ambos.

El trastorno obsesivo compulsivo puede ser controlado eficazmente en el 75% de los casos con un tratamiento adecuado que generalmente es aplicando el uso de psicofármacos, aunque en casos más graves es necesario la neurocirugía.

El tratamiento farmacológico se basa en la utilización de antidepresivos como los tricíclicos o más modernos como los inhibidores de la recaptación de la serotonina.

También es importante la psicoterapia cognitivo-conductal. Es un tipo de psicoterapia efectiva para muchas personas con este trastorno. Puede desarrollarse en sesiones individuales o grupales.

5 Discusión-Conclusión

El TOC que no es tratado puede interferir significativamente con la habilidad de la persona para funcionar en el ámbito de trabajo, escolar y social. Obsesiones que distraen, compulsiones que llevan mucho tiempo, comportamientos de evitación, la necesidad de buscar aprobación puede impedir que un empleado o estudiante preste atención y termine su trabajo de una manera favorable.

6 Bibliografía

- www.sanitas.es
- www.mayoclinic.org
- www.psicoterapeutas.com

Capítulo 1102

ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA. TIPOS Y VÍAS.

MARÍA SEILA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

La alimentación hospitalaria forma parte del tratamiento y es una herramienta para mejorar el proceso de curación en los pacientes ingresados. Tratan de evitar:
- La desnutrición relacionada con la enfermedad, evitando así más complicaciones.
- Las estancias hospitalarias más largas.
- Mayor gasto sanitario.

La encargada de elaborar un código de dietas específico para cada centro hospitalario es la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética.

Los menús deben de tener una calidad nutricional, teniendo en cuenta las alteraciones que las propias enfermedades y tratamientos aplicados, así como, conseguir alcanzar la máxima palatabilidad (agradable al paladar). Se debe tener en cuenta que hay pacientes a los que se le indican una dieta específica en función de sus necesidades, como pueden ser, cirugías gástricas, problemas de deglución, algunos tipos de canceres, etc…
Los profesionales sanitarios aprovechan los ingresos hospitalarios para dar una educación a los enfermos de lo que es una alimentación saludable siempre dando prioridad a prevenir y tratar la desnutrición y sus complicaciones asociadas.

Las dietas hospitalarias son planes de alimentación para garantizar que un enfermo hospitalizado tenga un estado de nutrición óptimo. Son un elemento es-

encial en el proceso de recuperación, sabiendo sus necesidades y restricciones, debiendo de ser individualizadas.

Las dietas se pueden clasificar en:

- Dietas habituales; basal, líquidos generales, líquidos claros, semiblanda o líquidos generales, suave, blanda, dieta especial por sonda, astringente
- Dietas especiales; pre-diálisis, estricta sin sal, insuficiencia hepática, sin lactosa, sin gluten, urolitiasis

Algunas de las dietas más conocidas y aplicadas:

1–Dieta basal o normal: no necesita un régimen dietético especial. Se debe tener en cuenta el gusto del paciente a la vez que tenga un nivel óptimo de nutrición.

2-Dieta terapéutica: se necesitan unos cuidados en nutrición específicos, adaptados a las características del enfermo, siendo parte del tratamiento del paciente, tipos:

-Dietas de progresión, pacientes con poca estimulación gastrointestinal que están pasando de alimentación parenteral a oral. Seadministran alimentos líquidos.

-Dieta semilíquida: alimentos de textura líquida y pastosa (yogurt, gelatina..), también alimentos ntriturados. Paso intermedio de dieta líquida a blanda.

-Dieta blanda: alimentos de textura blanda, enteros, con bajo contenido en fibra y grasas. Paso intermedio de dieta semilíquida a una normal.

3.-Dietas con restricción calórica: habitualmente se administran en personas obesas o con sobrepeso. Hay una restricción de la ingesta calórica, pero cuidando el aporte de nutrientes esenciales. Se suelen emplear:

-Dieta hipocalórica de 1000 kcal.

-Dieta hipocalórica de 1500 kcal.

-Dieta hipocalórica de 1800 kcal.

4.-Dieta con restricción glucémica: se restringe la cantidad de calorías diarias y la ingesta de carbohidratos:

-Dieta diabética de 1500 kcal.

-Dieta diabética de 1000 kcal.

5.-Dietas con modificación de ingesta calórica:

- Dieta hipo proteica: Baja en proteínas (de 40g a 20g), se suele aplicar a personas con enfermedad renal.
- Dieta hiper proteica: Se aumenta la cantidad de proteína. Se aplica en personas desnutridas, con infecciones, cáncer….
- Sin gluten: Se administra a personas celíacas, que son intolerantes a esa proteína que está presente en muchos cereales.

6.-Dietas con modicificación de lípidos:

- Dieta hipo lipídica: Para enfermos con colesterol.

- Dieta de protección biliopancreática: Se recomienda en personas con enfermedades de la vesícula biliar.
7.-Dietas de modificación de fibra:
- Dietas sin residuos: Baja en fibra, grasas y lactosa. Se suele utilizar antes de las operaciones de colón.
- Dieta astringente: Utilizada en enfermedades que causan diarrea. Es una dieta sin residuos.
- Dieta laxante: Se aumenta la ingesta de fibra y de lípidos.

Hay que diferenciar las diferentes técnicas de administración de las dieta: a. Administración por vía oral: Hay que mantener una limpieza en la técnica y proporcionar la ayuda necesaria para la administración del alimento, posición adecuada al paciente, prestándole ayuda para alimentarse si no es dependiente. b. Alimentación por vía nasogástrica: Se introduce los alimentos al estómago mediante una sonda. El tubo de la sonda pasa por las fosas nasales, orofaringe, faringe y esófago hasta llegar al estómago. Se utiliza en pacientes inconscientes, intervenidos de la orofaringe, ect… La dieta a administrar debe de ser líquida y a una temperatura de 38-40ºC. En los pacientes entubados siempre hay que tener unos cuidados especiales para mantener unas buenas condiciones de la vía abierta a la cavidad gástrica. Es una vía utilizada con fines terapéuticos, diagnósticos y nutricionales. c. Alimentación a través de gastrostomía: La gastrostomía es un proceso que abre mediante intervención quirúrgica o endoscopia percutánea una comunicación entre el estómago y el exterior a través de un tubo llamado Catéter de Gastrostomía. Este tipo de alimentación se utiliza para alimentar a la persona incapaz de deglutir en un amplio periodo de tiempo. Se debe de seguir una correcta técnica de administración, teniendo en cuenta posibles complicaciones. Los T.C.A.E. tienen que actuar siempre bajo las órdenes del médico y/o enfermera. d. Vías de alimentación parenteral: Es un método de alimentación que rodea el tracto gastrointestinal. Se suministra a través de una vena, una fórmula especial que proporciona la mayoría de los nutrientes que el cuerpo necesita. Este método se utiliza cuando una persona no puede o no debe recibir alimentación por la boca.

Las funciones del TCAE será la de cuidar las condiciones de asepsia del catéter y del equipo de nutrición parenteral, comprobar que todo funciona controlando los apósitos que cubren la zona de inserción del catéter que este seco y en buen estado. Avisar a su superior ante cualquier anomalía y prestarle la ayuda necesaria.

2 Objetivos

La pauta de alimentación tiene un objetivo que es mejorar la tolerancia digestiva y su aceptación intentando conseguir un mayor aprovechamiento de los nutrientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Alimentación de adultos.
En primer lugar nos deberemos lavar las manos con agua y jabón. Indicar al paciente que también se las lave, ayudándole si fuera necesario e informándole de lo que vamos a hacer;
Debemos comprobar que la dieta que vamos a administrar se corresponde con la prescrita, así como la temperatura de la misma. Si existiesen alergias o intolerancias a algún alimentos, verificar su ausencia en la dieta;
Colocarle al paciente una servilleta debajo del mentón para evitar que se manche. Le colocaremos la mesa con la bandeja a su alcance;
Debemos sentarnos al lado del enfermo y dedicarle el tiempo necesario, evitando las prisas;
Si le tenemos que administrar sopa, caldos u otros líquidos es sumamente importante comprobar la temperatura;
Colocaremos nuestra mano bajo la almohada para con ella levantar la cabeza del paciente ligeramente;
Sostener con la otra mano el vaso o tazón dejando que el paciente se lo acerce a la boca para beber, ayudándole en caso necesario;
En caso de inmovilización que impida la incorporación -aunque sea ligeramente- del paciente, debemos utilizar un ”pipote” para darle los líquidos;
Extremar las precauciones con pacientes en estado de semiinconsciencia a la hora de administrarle los líquidos (riesgo de aspiración). En este caso sería recomend-

able utilizar otra vía de administración, si no fuera posible y hay que administrarle los líquidos por la boca, realizarlo muy despacio y con mucha precaución;
Los alimentos sólidos, tanto de cuchara como de tenedor, administrarlos también en pequeñas cantidades;
Que el enfermo decida el orden en que tomará los alimentos de la dieta prescrita (lo importante es que los coma, no el orden de administración);
Cuando el paciente pida agua, le secaremos la boca y se la administraremos con precaución;
Hay que anotar en la hoja de registro el tipo de dieta así como la cantidad de la misma administrada;
Al terminar la comida, retirar la mesa auxiliar con la bandeja;
Ayudar de nuevo al paciente en el lavado de manos e higiene bucal y colocarlo en su posición inicial.

NOTAS SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE LACTANTES
Nos lavaremos las manos con agua y jabón;
Mientras alimentamos al bebé, lo sostendremos en nuestros brazos;
Procuraremos que eructe periódicamente para que libere el aire que queda atrapado en el estómago. Esto evitará molestias al bebé y podrá seguir comiendo con más comodidad;
Al terminar la administración de la dieta, acostarlo en su cuna en decúbito lateral o mejor en decúbito prono (sobre el abdomen) -si no está contraindicado-, esto también ayudará al bebé a eructar.
En el caso de los lactantes es muy importante darle el alimento indicado así como la cantidad prescrita exactamente;
Después de la toma, le cambiaremos los pañales pues es posible que se haya hecho "caca";
En la hoja de registro anotar la hora, cantidad y tipo de alimento suministrado, así como cualquier incidencia que se haya producido (regurgitación, vómitos, etc.).

ALIMENTACIÓN POR S.N.G. - Técnica para la alimentación por sonda nasogástrica
INSTRUMENTAL PRECISO: Jeringa de 50 c.c. estéril, , Guantes de un solo uso no estériles, Alimento preparado según fórmula, Un vaso de agua caliente, Sonda gástrica (Levin), Gasas, Toalla, Kocher y tapón para S.N.G.
Lávese las manos con agua y jabón;
Trasladar todo el material junto al paciente e informar al mismo de lo que vamos a realizar;

Elevar la parte superior de la cama del enfermo, si éste puede movilizarse, para colocarlo en la posición de Fowler, y colocarle una toalla bajo su mentón;
Si está contraindicado colocarlo en la posición de Fowler, colocarlo de lado (decúbito lateral), manteniéndolo con una almohada a su espalda;
Colocarse los guantes y comprobar la correcta colocación de la sonda;
Aspirar (traccionar el émbolo) con una jeringa para extraer el líquido residual del tubo de la sonda;
Conectar la jeringa de 50 c.c. a la sonda gástrica;
Verter unos 30-50 c.c. de agua caliente en la jeringa, para limpiar la sonda;
Verter ahora el alimento en la jeringa;
El alimento líquido llegará al estómago por la acción de la gravedad. Nosotros regularemos la velocidad del flujo elevando o descendiendo la jeringa;
Poner cuidado de que no entre aire. Para ello evitaremos la falta de alimento en la jeringa;
Verter alimento en la jeringa hasta llegar a administrar la cantidad indicada;
Al terminar la administración hay que limpiar el tubo con unos 30-50 c.c. de agua y seguidamente pinzar la sonda para quitar la jeringa y luego tapar la sonda para que no penetre aire;
Podemos fijar el cabo suelto de la sonda gástrica a la ropa del paciente con objeto de impedir que salga del estómago;
Procederemos a lavar la boca del enfermo y su nariz, ya que con frecuencia se producen irritaciones en la misma y pueden formarse costras;
Recogeremos el material, nos quitaremos los guantes y nos lavaremos las manos;
El paciente deberá permanecer en la posición de Fowler entre 45 minutos y 1 hora después de alimentarlo por sonda para evitar vómitos o que tenga aspiraciones;
En caso de que estuviera acostado, lo dejaremos colocado en decúbito lateral;
Debe registrarse en las hojas de enfermería la cantidad de alimento y de agua que se le ha administrado así como las incidencias que se hayan producido.

PREVENCIÓN DE LA ASPIRACIÓN

Para evitar la bronco-aspiración durante la alimentación oral en el paciente que pueda presentar disfagia debemos tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Preguntar al paciente si presenta alguna dificultad al tragar.
- Evitar la ingesta de líquidos (utilizar Espesantes y Gelatinas).
- Ofrecer al paciente alimentos semiblandos en cantidades pequeñas.
- A los pacientes con hemiplejia les diremos que mastiquen con el lado no afectado.
- Valorar la aparición de signos de dificultad tales como tos, disnea, babeo…

- Inspeccionar suavemente la boca para comprobar que no haya restos de alimentos.
- Mantener al paciente incorporado (posición de Fowler) entre media y una hora después de la ingesta (para evitar el reflujo gastro-esofágico).

5 Discusión-Conclusión

La Alimentación Hospitalaria lo que pretende es dar una adaptación de la alimentación a las distintas alteraciones metabólicas, digestivas producidas por la enfermedad.
Las dietas modificadas en nutrimentos nos ayudan a la recuperación del paciente y la mejora del organismo enfermo, pero ahí es donde interviene el nutriólogo en incidir en la mejora nutricional del paciente, por eso es necesario conocer el valor nutritivo de los alimentos, la acción de los alimentos sobre la función de los distintos órganos y elegir la más correcta de acuerdo a la patología que pueda presentar.

6 Bibliografía

- https://www.universidadviu.es/dietas-hospitalarias/.
- https://www.institutotomaspascualsanz.com/.
- https://www.consalud.es/
http://www.cgtsanidadlpa.org/.
- https://es.wikipedia.org/wiki/Nutrici%C3%B3n_parenteral.
- https://dieu3a2robo.blogspot.com/.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1103

CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DEL PACIENTE CON TRASPLANTE CARDIACO

MARÍA ÁNGELES REPISO VAELLO

FERMINA PROENZA ALVAREZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son actualmente la principal causa de muerte en el mundo.

En España constituyen la segunda causa después del cáncer, siendo la Insuficiencia cardíaca la cuarta causa de muerte cardiovascular y el principal motivo de hospitalización en mayores de 65 años, suponiendo un gasto sanitario del 2,5 %.

Por otra parte, España es uno de los países con mayor número de donantes de órganos, por lo que, el trasplante de órganos es un procedimiento muy habitual en los centros sanitarios del país. En consecuencia, es necesario que los miembros que componen el equipo interdisciplinar, entre ellos enfermería, esté capacitado para atender y proporcionar los cuidados necesarios que implican un procedimiento tan complejo como lo es el Trasplante cardíaco (TC).

El TC es uno de los tratamientos de elección en las cardiopatías graves, dentro de las que se encuentra principalmente la insuficiencia cardíaca en fase terminal que

no responde a tratamiento farmacológico ni quirúrgico y que quienes la padecen tienen una esperanza de vida inferior a un año.

Se estima que en España se realiza una media de 300 trasplantes cardíacos al año.

2 Objetivos

Objetivo General:
- Analizar los cuidados de enfermería en el Postoperatorio inmediato del paciente con Trasplante cardíaco.

Objetivos Específicos:
- Identificar las intervenciones de enfermería para brindar cuidados de calidad, a la persona trasplantada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Describir los objetivos principales de los cuidados de enfermería que adquieren especial importancia durante el postoperatorio inmediato del paciente con trasplante cardíaco.
- Esclarecer la importancia de los cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato del paciente con trasplante cardíaco.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo y con el fin de lograr los objetivos planteados en el mismo, se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica, consultado las siguientes bases de datos: Medline, Cuiden, Cinahl, Scopus, Dialnet, Scielo y el buscador de Google Académico. Asimismo, se han consultado publicaciones científicas difundidas en revistas y asociaciones de cardiología como lo son la Revista Española de Cardiología, la Revista Enfermería Intensiva y la Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Así como la página web oficial de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

Las palabras clave empleadas fueron: trasplante cardiaco (heart transplant), postoperatorio inmediato (immediate postoperative), cuidados de enfermería (nursing care) y cirugía cardiaca (heart surgery). En la estrategia de búsqueda se utilizaron operadores booleanos tales como “AND” y “OR”.

Con el propósito de hacer la búsqueda más exhaustiva se limitó la búsqueda con los siguientes criterios:
• Artículos publicados entre 2010 y 2019.

• Artículos escritos en español, inglés y portugués.
• Publicaciones nacionales e internacionales.
• Artículos completos y libres.
• Artículos cuya población diana eran adultos. Sin distinción entre sexos.
• Artículos en relación con el tema de estudio. Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato en el paciente que ha revido un trasplante cardíaco.

Esta búsqueda bibliográfica se realizó en el mes de enero del año 2020. En total se han utilizado 24 artículos para la realización de este estudio.

4 Resultados

Una vez concluida la intervención del trasplante en quirófano, el paciente será trasladado a la UCI. Es en este momento donde se iniciará el control, la vigilancia y la observación exhaustiva de la evolución del paciente, ya que en este periodo pueden surgir los primeros signos de rechazo y posibles complicaciones, cuya detección y atención precoz dependerá que el proceso del trasplante sea exitoso.

Este tipo de pacientes será tratado en UCI de forma similar al de una persona que ha sido intervenida de cirugía cardíaca, pero existen una serie de aspectos específicos al TC:
• Esternotomía media: la realización del TC requiere la realización de una esternotomía, la cual en ocasiones y según criterio del equipo de trasplante se dejará abierta, dependiendo de si se considera que existe riesgo de hemorragia, la cual podría ocasionar taponamiento cardíaco o disfunción derecha del corazón.
• Hipotermia: durante la circulación extracorpórea, se induce al paciente a una hipotermia moderada (28ºC) con el fin de mantener una perfusión óptima y reducir el gasto metabólico, por lo que el paciente llegará a UCI con un estado de hipotermia.
• Denervación: la inervación autonómica (simpática y parasimpática) del corazón trasplantado ha sido denervada. Por tanto, será necesario el uso de soporte inotrópico y vasoactivo con el fin de mantener una adecuada frecuencia cardíaca.
• Marcapasos epicárdico temporal: en ocasiones puede ser necesario la implantación de cables epicárdicos en la aurícula y ventrículo del corazón implantado para ser conectados a un marcapasos externo, hasta que el ritmo del nódulo sinoauricular recupere su funcionamiento normal.

El papel que adquiere enfermería en estas unidades cuando tratan a personas

sometidas a TC, es fundamental para la correcta evolución del estado del paciente. Por ello, el equipo de enfermería debe estar capacitado para poder satisfacer todas las necesidades que requieren este tipo de personas, atendiendo no solo aquellos aspectos directamente relacionados con la intervención, sino también en el cuidado del entorno y en la satisfacción de las necesidades de la persona a partir del fundamento de la profesión, la humanización de los cuidados.

En cuanto a las competencias se identificaron principalmente: conocimientos teóricos y prácticos, atención en situaciones de alta complejidad, liderazgo, toma de decisiones, resolución de conflictos y la necesidad de formación continuada.

Los objetivos de los cuidados enfermero en UCI:
• Monitorización y mantenimiento de la hemodinámica adecuada.
• Vigilancia de la función respiratoria en la ventilación mecánica (VM).
• Recuperación de la temperatura corporal.
• Administración de soporte inotrópico e inicio terapia inmunosupresora.
• Manejo del dolor, prevención de infecciones y detección precoz de posibles complicaciones.

A la llegada a la UCI el paciente será ingresado en un box, el cual debe haber sido preparado previamente con equipos y materiales esterilizados. Debido al estado en el que se encuentra el paciente y al inicio de la triple terapia inmunosupresora, se debe llevar a cabo un aislamiento protector. El paciente deberá ser monitorizado inmediatamente y conectado a la VM del box.

Se valorará el estado general del paciente, observando signos de sangrado de la herida quirúrgica y de los drenajes torácicos, la correcta posición del tubo orotraqueal (TOT), el estado de los catéteres venosos y arteriales, la sonda vesical, la sonda nasogástrica y los cables epicárdicos para marcapasos externo.

El paciente regresará de quirófano intubado y conectado a VM portátil, por ello, a su llegada a la UCI deberá ser conectado al respirador mecánico del box. Este deberá estar intubado entre 12 y 48 horas.
• Ventilación Mecánica. Enfermería deberá comprobar la correcta posición del tubo orotraqueal (TOT), la ausencia de acumulación de secreciones y vigilar la adaptación de la persona a la VM. También deberá llevar a cabo los cuidados e intervenciones para la prevención de infecciones nosocomiales, como lo es la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM). Otro de los objetivos, será la de lograr la extubación precoz del paciente.

• Monitorización hemodinámica. A través de ella, se obtendrá información valiosa acerca del funcionamiento del órgano cardíaco trasplantado. Los cuidados de enfermería hemodinámicos estarán enfocados principalmente a la vigilancia de estos parámetros y en el mantenimiento de los catéteres.
• Monitorización electrocardiográfica. Se deberá comprobar el correcto funcionamiento de los cables epicárdicos que porta el paciente para su conexión con un marcapasos externo. También se valorará la administración de soporte inotrópico y cronotrópico para mantener una adecuada frecuencia cardiaca (90-110 latidos por minuto).

La persona trasplantada será portadora de sondaje nasogástrico hasta el momento en que se lleve a cabo la extubación y se inicie la tolerancia oral de líquidos. Los cuidados de enfermería serán:
• Administrar al menos 50 ml de agua tras la administración de alimentación.
• Higiene diaria con soluciones antisépticas de la cavidad bucal y nasal.
• Inspeccionar las fosas nasales comprobando que no existen lesiones.
• Elevar el cabecero de la cama cuando se administre alimentación y mantener está posición por lo menos durante 30 minutos.

Por otra parte, se debe controlar los niveles de glucosa, ya que en este tipo de pacientes suele producirse hiperglucemias debido al uso de altas dosis de corticoides y el estrés que genera la intervención. Además, esta hiperglucemia está relacionada con el aumento del riesgo de infección de la herida quirúrgica.

El paciente será portador de sonda vesical. De la cual enfermería deberá controlar y valorar la cantidad y aspecto de la orina. Estos controles deben llevarse a cabo cada hora. Entre los cuidados principales de enfermería se encuentras:
• El uso de sistemas de drenaje cerrados con válvulas antirreflujo.
• Fijar el catéter para prevenir la tracción uretral.
• El drenaje debe estar por debajo del nivel de la vejiga.
• Vaciado continúo de la bolsa recolectora.
• Limpieza diaria del catéter y meato uretral con agua y jabón.
• No se recomienda la irrigación para prevenir la obstrucción.

En cuanto a los cuidados del drenaje torácico, es necesario que se mantengan permeables, llevando un control de las salidas.

Los cuidados en la necesidad de moverse y mantener una postura adecuada es-

tarán enfocados principalmente al cuidado de la piel y a la higiene postural, con el fin de evitar la aparición de úlceras por presión, debido al estado de sedación del paciente, así como la presencia de dispositivos necesarios para su monitorización y tratamiento. El uso de escalas de valoración que miden el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) adquieren especial importancia en estos pacientes con el fin de evitar la aparición de lesiones en la piel.

La presencia de dispositivos, la realización de los procedimientos invasivos y la herida quirúrgica son factores que interfieren en el descanso de la persona trasplantada. Por ello, se deben llevar a cabo medidas para mejorar el confort del paciente durante la estancia en la UCI.

Como se ha comentado anteriormente el paciente ha sido inducido a una hipotermia moderada, por ello será necesario iniciar cuidados e intervenciones con la finalidad de recuperar la temperatura fisiológica (37ºC). Este proceso es conocido como recalentamiento (rewarming), y debe realizarse en un periodo lento, para no provocar en el paciente hipotensión.

El cuidado de la esternotomía debe manejarse con medidas muy estrictas, puesto que se trata de un paciente que está sometido a tratamiento inmunosupresor. Además de los cuidados habituales que requieren una herida quirúrgica la evidencia recomienda un control de la glucosa en sangre, ya que está asociada con el aumento de las infecciones en pacientes cardiacos. Entre estas recomendaciones se encontraron las siguientes:
• El apósito debe permanecer durante 48 horas, solo se deberá cambiar en caso de sangrado. En caso de la necesidad de cambiarlo se realizará con técnicas estériles y desinfección con clorhexidina.
• Se debe vigilar que el drenaje torácico y los cables del marcapasos estén limpios.
• Pasadas las 48 horas deberá retirarse el apósito y dejar la herida al aire.
• En el caso de que pasadas las 48 horas el paciente continúe con los drenajes, se deberá volver a proteger la herida con un apósito estéril.

Respecto a la necesidad de seguridad y evitar peligros, adquieren especial importancia los cuidados enfocados a la prevención de infecciones, mediante la vigilancia y observación de posibles signos y síntomas. Se deben cumplir las medidas de aislamiento protector, además de la administración de antibióticos profilácticos.

En lo que respecta a la seguridad psicológica, enfermería deberá brindar apoyo psicológico tanto al paciente como a su familia, apoyándole para afrontar su situación, llevando a cabo intervenciones que ayuden a mejorar el afrontamiento ante este acontecimiento tan importante, que significará un cambio radical en su estilo de vida.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados hemodinámicos y respiratorios serán objetivos prioritarios durante el Postoperatorio inmediato (PI) de la persona trasplantada, la monitorización de los parámetros y la detección precoz de signos y síntomas de posibles complicaciones son fundamentales durante el PI del TC.

Las medidas encaminadas a la prevención de infecciones como la prevención de NAVM, la profilaxis antibiótica, el aislamiento protector, el cumplimiento de la asepsia durante la realización de técnicas o procesos invasivos, son de imprescindible cumplimiento, ya que la persona trasplantada se encuentra vulnerable debido a su estado de inmunosupresión.

El uso de escalas de valoración, como por ejemplo las empleadas para medir el grado de dolor, el riesgo de aparición de Ulceras por presión o la Escala Ramsay para valorar el nivel de sedación, resultan de gran importancia para garantizar unos cuidados integrales a la persona trasplantada.

El control de la glucosa en sangre y la administración de perfusiones de insulina deben llevarse a cabo de una manera moderada, ya que los controles estrictos y protocolizados están asociados a la aparición de mayores complicaciones durante el postoperatorio.

La importancia que adquiere enfermería en el proceso del TC es indiscutible, pues son quienes mantienen un contacto estrecho con el paciente y su familia brindando no solo cuidados físicos si no también psicológicos, llevando a cabo intervenciones fundamentales para que la evolución de la persona trasplantada sea la más adecuada.

6 Bibliografía

- http://www.scielo.org.ar/
- http://doi.org/10.1016/S0304-5412(13)70660-7

- http://www.ont.es/prensa/.
- http://www.ont.es/infesp/Memorias/.
- http://www.revespcardiol.org/es/registro-espanol-trasplante-cardiaco-/articulo/90460057/

Capítulo 1104

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: ¿EN QUÉ CONSISTE LA POSICIÓN DE FOWLER?

SARA VEGA ESTRADA

1 Introducción

Existen algunas posiciones corporales que en el ámbito sanitario se emplean para facilitar la exploración del paciente, su tratamiento o la realización de distintas técnicas o pruebas diagnósticas, la prevención de lesiones en pacientes encamados y para su comodidad. En este caso vamos a ver en que consiste la posición de Fowler.

2 Objetivos

Conocer en que consiste la posicion ”fowler” en el ámbito sanitario como técnico en cuidados auxiliares de enfermería para su aplicación en distintos momentos se nuestra actividad diaria en un centro hospitalario.

3 Metodología

Basada en la evidencia científica, en la búsqueda de bases de datos mas importantes, asi como revisión en libros, artículos especializados y material formativo.

4 Resultados

En esta posición el paciente esta semisentado, con las rodillas ligeramente flexionadas, el respaldo de la cama estará formando un ángulo de 45°. La posición de Fowler alta es aquella en la cabecera está elevada formando un ángulo de 90° con respecto a los pies, la de semi-fowler tiene un grado de 30° de elevación.

Esta posición se usa normalmente en pacientes con problemas cardíacos y respiratorios, para facilitar sus actividades diarias y también como cambio postural.

Pueden colocarse almohadas en los siguientes puntos:
- Detrás de cuello y hombros.
- Detrás de la zona lumbar.
- Bajo los antebrazos y las manos, para evitar tensión en la zona de los hombros.
- Debajo y a los lados de la parte superior de los muslos.
- Bajo el tercio inferior de los muslos.
- Bajo los tobillos, para elevar los talones.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido cual es la posicion de Fowler, sus utilidades y también los puntos donde podemos colocar almohadas para salvar los puntos de presión que existen en esta postura, esto nos será de gran ayuda como TCAE en un centro hospitalario.

6 Bibliografía

- Posiciones anatómicas- Oposanidad web auxiliar de enfermería.
- Cambios posturales y posiciones básicas- autor web enfermería práctica.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1105

PACIENTES CON ACCIDENTES CEREBROVASCULAR

NATALIA DOMINGUEZ MONFORTE

LETICIA LÓPEZ LAMAS

1 Introducción

Los pacientes que han sufrido un ictus o accidente cerebrovascular pueden tener una serie de limitaciones o de complicaciones que impida una recuperación adecuada. Algunas veces pueden tener secuelas físicas otras veces alteraciones cognitivas y un nivel de dependencia alto o medio. La atención inmediata y rápida será la clave fundamental para la evolución de los pacientes.

2 Objetivos

Identificar los factores de riesgo de la accidente cerebrovascular.

3 Metodología

Pacientes ingresados con accidentes cerebrovasculares. Se han realizado búsquedas en libros, guías y artículos en las principales bases de datos: Medline, y Scielo.

4 Resultados

Es muy importante identificar los factores de riesgo a sufrir este tipo de lesiones para poder anticipar los cuidados y así prevenir las posibles secuelas. Éstos factores pueden ser corregibles, algunos pueden ser, el tabaquismo, el alcohol, La hipertensión arterial la diabetis mellitus y demás.

También hay factores no modificables como la edad, el sexo y los antecedentes familiares. Es primordial la valoración para establecer un pronóstico adecuado y promover la atención precoz.

5 Discusión-Conclusión

La gran mayoría de la población está en riesgo de sufrir un accidente cerebro vascular, sin embargo desarrollar un buen plan de actuación y tener conocimiento adecuado podría conseguir que se personalicen los tratamientos, y así reducir las posibles secuelas si se producen y previniendo en muchos casos la aparición de los accidentes cerebrovasculares.

6 Bibliografía

- https://www.cgcom. Es
- https://rithmi.com
- https://estacionorevenvionictus.es

Capítulo 1106

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

PAULA CASTRO PARIENTE

VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son una complicación que puede presentar cualquier paciente que tenga una movilidad reducida. Se localizan en la piel y en los tejidos subyacentes. Son una lesión de origen isquémico. Son un problema grave y frecuente, principalmente quien las sufre son las personas de edad avanzada y con movilidad reducida. Estas pueden agravarse provocando una infección que puede alargarse. La prevención es lo mejor para el tratamiento.

2 Objetivos

- Buscar evidencias actuales en la prevención de las UPP y recomendaciones.
- Analizar de cerca las UPP.
- Definir las diferentes medidas preventivas para evitar o reducir los efectos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistematizada recogiendo información sobre las UPP en diferentes bases de datos, así como en diferentes revistas científicas.

4 Resultados

Recomendaciones para la prevención:
- Valoración integral del paciente.
- Valoración y cuidados nutricionales.
- Valoración y cuidados de la piel.
- Control de la humedad.
- Manejo de presión.
- Actividad.
- Movilidad.

Recomendaciones para el tratamiento:
- Valoración integral.
- Valoración y cuidados nutricionales.
- Cambios posturales.
- Limpieza de la lesión.
- Infección.

Clasificación de las UPP:
- Estadio I: Epidermis integral (eritema).
- Estadio II: Epidermis y dermis (descamación y grietas).
- Estadio III: Tejido celular subcutáneo (proceso necrótico).
- Estadio IV: Músculo. Puede alcanzar articulaciones (tejido necrótico).

5 Discusión-Conclusión

Los conocimientos sobre el tratamiento y la prevención de las UPP que posee todo el equipo de enfermería puede ser considerado satisfactorio. En términos generales, la guía revisada reúne un número elevado de recomendaciones con una evidencia alta o moderada en cuanto al tratamiento y prevención de las UPP.

6 Bibliografía

- Hinojosa-Caballero Dolores. Conocimiento de los profesionales de urgencias sobre la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Gerokomos [Internet]. 2012 Dic [citado 2020 Feb 11] ; 23(4): 178-184.
- Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Rodríguez-Torres MC, Torres-García M, López-Medina IM. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. Gerokomos. 2007;18(4):188-96.
- Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martin-Santos F, Morilla-Herrera JC, Terol-Fernández J, Ruiz-Barbosa C. Guías de práctica clínica: ¿mejoran la efectividad de los cuidados? Enferm Clin. 2003;13(1):41-7.

Capítulo 1107

POSICIONES ANATÓMICAS. ATENCIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA UNA EXPLORACIÓN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. ATENCIÓN EN LAS FASES PRE-OPERATORIO, INTERVENCIÓN Y POSTOPERATORIO.

MARÍA DE LOS ÁNGELES SUÁREZ CONDE

1 Introducción

Todas las posiciones quirúrgicas, unas más que otras, pueden ser potencialmente peligrosas a causa de sus efectos sobre la respiración, la circulación, los nervios periféricos y la piel.

Los tipos de posiciones básicas son:
- Posición decúbito supina (modificaciones de la posición supina).
- Posición decúbito prono (modificaciones de la posición prona).
- Posición de Sims o lateral.
- Posición de Fowler o sentado.
- Posiciones para los niños.

Las complicaciones que las posiciones quirúrgicas alteran en cierto grado la circulación, la respiración, tensionan los órganos, modifican los reflejos.

La exploración médica es un conjunto de procedimientos que tienen como fin tratar de descubrir signos y síntomas que complementen el interrogatorio realizado por el médico.

El Técnico de Enfermería en la sala de exploración prepara al paciente para la exploración y el material necesario.

El proceso quirúrgico consiste en una serie de acciones manuales e instrumentales encaminadas a paliar, explorar o curar, por medio de cirugía, cuando no es viable otra acción médica.

Antes de cualquier operación, con hospitalización o en régimen ambulatorio, es necesario que tanto el médico como el paciente preparen la intervención.

Historia clínica: El cirujano debe realizar en la consulta una historia clínica. Estudios pre-operatorios, análisis de sangre, coagulación, electrocardiograma, etc.

Información: El cirujano debe informar al paciente de forma clara en que consiste el diagnóstico, riesgos, secuelas y si existen otras alternativas.

Consentimiento: La firma del consentimiento informado.

Hay varios tipos de cirugía, exploratoria, curativa, ablativa, reparadora, reconstructiva, constructiva, paliativa, estética, etc.

Según el riesgo de infección hay cirugía limpia, potencialmente contaminada, contaminada, sucia.

Según su complejidad puede ser cirugía menor o cirugía mayor.

Según su riesgo puede ser de alto riesgo o de bajo riesgo.

Según el tiempo, opcional, programada o de urgencia.

2 Objetivos

- Preparación del enfermo para pruebas diagnósticas y para una intervención quirúrgica.

3 Metodología

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

4 Resultados

El traslado del paciente hacia la sala de operaciones marca el comienzo del periodo intraoperatorio que termina cuando el paciente pasa a la unidad de recuperación post-anestésica.

En la sala de operaciones administran cuidados que garanticen la preservación del estado general de salud del paciente.

Deben comprobar que la historia clínica viene completa, si está el consentimiento informado, la identificación del paciente, valorar el estado físico y psíquico del paciente antes de la intervención. Verificar la higiene del paciente, registrar las constantes vitales, etc.

Monitorizar al paciente para detectar cambios en el estado fisiológico del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los objetivos de la atención de enfermería en el periodo post-operatorio son:
- Informar a los familiares de como ha transcurrido el acto quirúrgico.
- Cubrir las necesidades del enfermo desde que sale del quirófano hasta que marcha a su domicilio.
- Devolver al paciente la máxima funcionalidad posible.

Terminada la operación el personal auxiliar acompaña al paciente a la sala de reanimación, recoge el material y limpia el instrumental quirúrgico.

El paciente puede tener complicaciones post-operatorias como fiebre, complicaciones en la herida, respiratorias, cardiacas o renales.

6 Bibliografía

- Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE). Sindicatos de Técnicos de Enfermería. POSICIONES ANATÓMICAS. ATENCIÓN EN LAS FASES: PRE-OPERATORIO, INTERVENCIÓN Y POST-OPERATORIO.

Capítulo 1108

ACTUACIÓN Y ACTITUD DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIAR ENFERMERÍA EN EL USO DE PEG

JUAN ALFREDO CAUTADO MONTERO

1 Introducción

Una sonda PEG (Gastrostomía Endoscópica Percutánea) es un tubo flexible de silicona o poliuretano insertado quirúrgicamente por transiluminación a través de la pared abdominal hasta el estómago para administrar líquidos, nutrientes y medicamentos (idealmente líquidos)1.

Previo a su colocación se debe comprobar que está en ayunas y se prepara el material necesario. Mediante un trócar y con sedación y analgesia se localiza el punto de inserción y se ajusta la pieza de fijación externa de silicona y se coloca el adaptador para la jeringa de alimentación.

Debe comprobarse su correcta colocación y permeabilidad introduciendo agua con jeringa y visualizando la parte interna del estoma a través del endoscopio. Se limpia y cura.

En el 90% de los casos se utiliza cuando existe dificultad para la ingesta por disfagia (dificultad para tragar) por causas no obstructivas (neurológicas o musculares) con un tubo digestivo indemne, cuando las necesidades nutricionales no pueden ser cubiertas mediante una alimentación oral.

Es una técnica poco agresiva y con escasas complicaciones y es la técnica de elección para el apoyo nutricional durante periodos superiores a 3-4 semanas. Fue introducida en la práctica clínica en 1980 por Gauderer y Ponsky como alternativa a la gastrostomía quirúrgica (GQ) porque no precisa anestesia general.2

Las sondas PEG tienen buena aceptación por parte de los pacientes y son de fácil manejo, además permite el uso de tubos de mayor diámetro con un tiempo de administración de alimentos menor. 3
Para su colocación la más utilizada es la técnica de tracción o pull, aunque también se usan las técnicas push (empujar), Ponsky, Sacks, Russell y Seldinguer. 4

2 Objetivos

2) Indicaciones
En función de la intención del tratamiento se puede dividir su uso en varios grupos5:
- Pacientes con enfermedad aguda y potencialmente recuperables que precisen aporte nutricional durante más de 3-4 semanas (traumatismos, hemorragias cerebrales con traqueostomía por tiempo prolongado, grandes quemados o tumores bucofaríngeos con radioterapia, Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), pancreatitis crónica o síndrome de intestino corto. Tras la solución del problema agudo se reiniciaría la dieta oral en un 6-21% de casos.
- El grupo más numeroso es el de pacientes con enfermedades neurológicas progresivas e irreversibles que provocan disfagia neuromotora u obstructiva (ELA, EM, Alzheimer, Parkinson, arterioesclerosis…), que precisan PEG definitivas para mejorar su calidad de vida.
- En pacientes con procesos patológicos crónicos no evolutivos (estados vegetativos tras accidentes vasculares, encefalitis o postanoxia) la PEG contribuye a mantener o alargar la expectativa de vida y debe ser estudiada su indicación de forma individualizada y debe valorarse su uso porque es más cómoda, fácil de cuidar y origina menos complicaciones a largo plazo que el resto.
- Otro grupo lo constituirán pacientes con enfermedad crónica estable (disfagias posteriores a accidentes vasculares y estenosis esofágica que responden al tratamiento) y esperanza de vida larga con adecuada calidad de vida.

En todos los casos debe individualizarse la indicación, proporcionarse una amplia explicación al paciente y familiares y valorarse los factores de riesgo de presentar complicaciones.
No existen contraindicaciones absolutas a la colocación de las PEG, pero existe una serie de enfermedades (ascitis significativa, obesidad mórbida y neumonía por aspiración asociada a reflujo gastroesofágico) que se asocian a mayor riesgo de complicaciones inmediatas y fracaso de la técnica y que suponen contraindicaciones relativas.

3 Metodología

3) Complicaciones
Es necesario vigilar diariamente signos y síntomas de complicaciones:
- aumento de secreciones alrededor del tubo y si son oscuras o sanguinolentas o con mal olor.
- Fiebre superior a 38ºC.
- Pérdida más de 5 Kg en una semana sin razón aparente.
- Estreñimiento de más de 2 días o diarrea con más de 6 deposiciones líquidas al día.
- Abdomen hinchado y sensible y globuloso.
- Tiene náuseas o vómitos de más de 4 horas.

Las complicaciones7 asociadas a la PEG son en general leves y fácilmente tratables. La incidencia de complicaciones menores es de un 4-25%.
Complicaciones graves
La incidencia de complicaciones más graves es de un 1-4% y la mortalidad relacionada con la técnica es inferior al 1%. Las más severas son la broncoaspiración al colocar la PEG o iniciar la alimentación, peritonitis relacionada con su colocación, necrosis de la pared abdominal, las hemorragias por formación de úlceras o las fístulas
Complicaciones leves
La salida o rotura de la sonda, el reflujo, la fuga de contenido gástrico, las fístulas, la irritación o la infección del estoma por exceso de presión (la más frecuente) o la obstrucción son las más comunes.
Otras complicaciones leves asociadas a la técnica son la presencia de íleo paralítico que se resolverá espontáneamente en 48-72 h, fiebre, dolor abdominal y formación de un hematoma en la pared abdominal. Todas ellas ocurren en menos de un 1% de los casos 8. Complicaciones tardías son la obstrucción de la sonda y la salida de alimentación o secreción gástrica por los bordes de la herida o el deterioro de la sonda, que obligan a su recambio.
Las complicaciones9 durante el tratamiento nutricional más frecuentes fueron gastrointestinales (vómitos, diarrea y estreñimiento), luego las mecánicas (obstrucción y migración) y finalmente las infecciosas (infección leve del estoma).

Cuando existan: a) Pérdidas de contenido gástrico a través del estoma10, habitualmente debidas a desplazamiento de la sonda hacia el interior del estómago o ensanchamiento del estoma, que provocan quemaduras térmicas y el deterioro

de la integridad cutánea (erosión y heridas en la piel).
Para solucionar este problema hay que hacer tracción ligera hasta notar el tope de la sonda en la pared intragástrica y ajustar el soporte externo, pero si persiste puede ser necesario insertar una sonda de mayor diámetro.
Además es precisa una adecuada higiene con agua templada y jabón neutro más fomentos de nitrato de plata al 0,5% durante 5 minutos y finalmente dejar secar para ayudar a regenerar el tejido. Además pueden ser necesarias cremas hidratantes o barrera e incluso apósitos. b) En caso de Hemorragia se colocan gasas con agua oxigenada y debe aliviarse la presión manteniendo la zona limpia y comprobar que no refluya agua tras administrar 50 cc de agua. c) Debe vigilarse si existe tejido de hipergranulación o lesión en la piel que causa una necrosis de la piel (UPP iatrogénica) por excesiva presión y que provoca un ensanchamiento del estoma o porque la fijación está suelta.
En caso de que el soporte externo esté demasiado ajustado (aumento de peso) y oprime la piel se debe aumentar la distancia entre él y el estoma subiéndolo un poco. d) La salida de la sonda, accidental o voluntaria, precisa la inmediata colocación de otra para evitar el cierre del estoma (24-48 horas). Por ello debe colocarse a la mayor brevedad posible una sonda Foley de 14 Fr para mantener el estoma permeable hasta colocar una nueva sonda de gastrostomía. e) La pérdida o rotura del globo de la sonda causada por su cuidado inapropiado, cambios en el pH gástrico o inflado excesivo del globo ocasiona su desplazamiento al no estar adecuadamente fijada. Para evitarlo se debe verificar el volumen del globo cada 2 semanas o cuando sea necesario, aspirando con jeringa el agua o aire del balón por la entrada lateral de la sonda PEG y ajustar su volumen al prescrito o indicado por el fabricante. Si el globo tiene una rotura, la sonda debe remplazarse.
Si el volumen es adecuado se vuelve a inflar y si se desinfla, se desplaza al exterior o hay pérdida por el estoma se debe valorar la conveniencia de sustituir la sonda. Para evitar que la sonda quede adherida a la piel debemos asegurarnos de que se mueve y gira una vuelta completa. f) En caso de obstrucción al paso de la NE, que puede estar provocada por técnica der lavado deficiente, dietas de alta viscosidad que sedimentan, cambios de pH o medicamentos no diluidos correctamente, debe lavarse varias veces con 5 ml de agua templada (el uso de bebidas de cola está desaconsejada porque su acidez puede coagular la fórmula) con jeringa de 50 cc y hacer breve presión11, cerrar 5-10 minutos y aspirar cuidadosamente y lavar con agua templada hasta desobstruirla, y si no funciona hay que recambiarla.
Aclarar la sonda PEG entre comidas y antes y después de administrar medicamentos puede reducir la posibilidad de obstrucción.
No está claro si las técnicas de aclarado, enzimas pancreáticas en solución de

bicarbonato o fiador deben usarse de forma individual, secuencial o simultánea. Nunca utilizar utensilios externos (alambres u otros), para la desobstrucción de la sonda PEG g) Si hay infección del estoma debe comprobarse su estado y avisar si existe eritema, inflamación o salida de líquido alrededor del estoma. El uso de sulfadiazina argéntica puede resultar beneficiosa en el manejo de la infección de la zona de inserción de la sonda PEG.
El uso de antibióticos como profilaxis es discutible, pero el uso de pomada triantibiótica para lubrificar la sonda y la eliminación de secreciones reduce su incidencia. Su tratamiento implica reducir la presión de la sonda, limpiar bien la herida e incluso ampliar la incisión.

4 Resultados

4) CUIDADOS
4.1 Generales
- Comprobar que no hay irritación cutánea, inflamación, secreción gástrica, eritema o dolor en la zona alrededor de la incisión.
- Siempre lavarse las manos con agua y jabón cuando vaya a manipularse la sonda y usar guantes.
- Limpiar cada 24 horas con gasa estéril, agua tibia y jabón de la parte externa de la sonda, el soporte externo y la unión conector-adaptador sin presión con agua tibia y jabón suave mediante movimientos circulares hacia fuera, aclarar y secar bien.
- Comprobar diariamente que el soporte externo está bien colocado pero no oprime la piel en exceso (puede levantarse o girarse levemente sin tirar fuerte de él), si está demasiado ajustado levantarlo colocando una gasa (cambio diario) para reducir el riesgo de irritación. Secar bien y colocar una gasa abierta por la mitad sujetada por un apósito (cambio diario).
- Revisar la correcta colocación de la sonda previamente a la toma.
- Durante los primeros 15 días limpiar la zona con gasa estéril, agua y jabón suave y aplicar antiséptico desde el interior al exterior con movimientos circulares. A partir de la 3ª semana es suficiente el lavado con agua tibia y jabón.
- Tras administrar la medicación o nutrición introducir 30-50 ml de agua tibia. En nutrición continua hacerlo cada 4-6 horas.
- Vigilancia de signos y síntomas de complicaciones: secreciones en zona próxima al tubo, fiebre, pérdida de más de 5 Kg en una semana sin causa aparente, estreñimiento mayor de 2 días o diarrea, abdomen hinchado y sensible, náuseas y/o vómitos durante más de 4 horas.

- Cambiar diariamente el esparadrapo de fijación de la sonda.
- Cerrar los tapones de la sonda cuando no se usen.
- Cambiar la sonda cada 6-12 meses o si es preciso cuando esté deteriorada.
- Si tiene balón comprobar, aspirando, su volumen cada 2 semanas y volver a llenar con 10 cc de agua o suero.
- Ducha, si la piel periestomal no está irritada, 1 semana tras la intervención. Evitar la bañera para que el estoma se mantenga limpio y seco.
- No colocar apósitos salvo riesgo de arrancamiento.
- Cuidar la higiene bucal, cepillado de dientes como mínimo 2 veces/día y enjuague bucal.
- No mezclar los alimentos con los medicamentos, que van por la entrada lateral de la sonda.
- La sonda estará sujeta al cuerpo con ropa ajustada o malla de tela para evitar tirones.
- Control de peso diario y semanal.
- Debe registrarse la ingesta nutricional y del líquido consumido diariamente y hacer un seguimiento y control de la evolución del paciente mediante la toma de constantes.
- Cambio de sonda cada 6-12 meses.
- Incorporar al paciente 30-45º antes de cada toma y mantenerlo 1 hora tras ella.
- Los fármacos sólidos con cubierta entérica, de liberación retardada o fármacos sublinguales no pueden ser triturados ni extraídos de sus cápsulas. Los triturables deben deshacerse hasta obtenerse el polvo o el líquido y diluir en 10-15 ml de agua.
- Tras su colocación deben controlarse las constantes vitales cada 30' o con la frecuencia necesaria durante la recuperación.

4.2 Específicos

ALIMENTACIÓN

Habitualmente no se administra ningún alimento hasta pasadas al menos 24 horas de la colocación de la PEG, aunque puede iniciarse 6 horas tras el procedimiento siempre que haya ruidos abdominales y no exista ninguna complicación evidente, comprobando previamente su correcta colocación.

Suele iniciarse con 50 ml/h y tras 3 tomas de tolerancia se inicia la fórmula alimenticia según las necesidades de cada paciente.

Para administrar la alimentación el TCAE 12 debe:

- Lavarse las manos.
- Preparar el material
- Incorporar al paciente 30-45º y mantener en esta posición hasta 30-60 minutos tras la toma.

- no modificar la temperatura de la nutrición enteral (debe estar a temperatura ambiente sin calentar).
- Debe lavarse la sonda con 30-50 ml de agua antes y tras cada administración de medicación o NE para evitar obstrucciones.
- Administración de la comida lenta y gradual según el volumen y ritmo pautado.
- El material (jeringa y sonda) se lavará con agua y jabón.
- No deben mezclarse distintos medicamentos en una misma jeringa.
- Administrar primero las fórmulas líquidas y luego las más densas.

En la conservación de los nutrientes debe comprobarse la fecha de caducidad, manteniendo se en lugar fresco y seco y cerrado el producto (debe desecharse cualquier envase que no esté herméticamente cerrado). Se agitará el producto antes de su uso y tras ello debe cerrarse y guardarse en nevera un máximo de 24 horas, y siempre desechar los sistemas dañados con poros, grietas o caducados.
En caso de sensación de náuseas o distensión abdominal debe medirse el contenido gástrico (los jugos gástricos coagulan las proteínas de la fórmula). Antes de administrar cada toma debe comprobarse el residuo gástrico introduciendo 10 cc de aire y aspirando el contenido. Cuando es superior a 150 ml debe reintroducirse y esperar una hora para repetir el aspirado, si ha disminuido se reanuda la NE al ritmo pautado, pero si sigue siendo superior a los 150 cc se suspende esa toma. Debe limpiarse la sonda con agua antes y después de aspirar los residuos.

Tras cada toma lavar con agua y jabón y aclarar con abundante agua todo el material empleado (vaso graduado y jeringa de administración) y secarlo cuidadosamente. Guardar en un armario protegido del polvo calor o humedad todo el material destinado a la administración de la NE.

Salvo contraindicaciones, en caso de sed, puede darse agua entre tomas no siendo necesario ningún otro alimento por sonda ya que la NE cubre las necesidades nutricionales del paciente. No pueden administrarse alimentos triturados.
5.1 Formas de alimentación.
Para la selección más apropiada del método de administración se debe considerar el tipo de régimen (cíclico, continuo o intermitente), vía de administración, velocidad de infusión, tolerancia digestiva y el nivel de autonomía de la persona. Debe verificarse siempre la velocidad de infusión.

5.1.1 BOLO.
Se administra el alimento durante un corto periodo de tiempo mediante una jeringa de alimentación conectada a la parte externa del tubo o por gravedad.

Cada jeringa de 50 mL debe administrarse al menos en 3 minutos (300 mL en 20 minutos, 500 mL en 30 minutos sin exceder en ningún caso de 30 ml/minuto. Se administrará la nutrición cada 4-6 horas. Su volumen oscila entre 200-500 ml.

Si la administración es por gravedad o con bomba, se debe colgar la fórmula a una altura mínima de 60 cm por encima de la cabeza del paciente, y administrar la nutrición según pauta de infusión prescrita.

5.1.2 INTERMITENTE.
En horarios establecidos. Debe mantenerse el cabecero elevado 30-45º durante la toma y hasta 30-60 minutos después para prevenir la regurgitación y la aspiración. Se puede administrar mediante:
- Jeringa a una velocidad máxima de 20 ml/minuto con jeringa de 50-60 ml.
- Por gravedad con el sistemas de infusión colgado a unos 60 cm con el sistema purgado y regulando la velocidad de flujo.
- Con bomba de infusión.

Hay que comprobar el residuo gástrico antes de administrar la alimentación aspirando 15 cc y si el residuo supera los 120-150 mls debe esperarse una hora para dar el alimento.

5.1.3 CONTINUA (durante 12-24 horas)
- Permite una velocidad de infusión exacta.
- Muy útil en volúmenes elevados o sondas muy finas.
- Bolsa de goteo por gravedad que permite el goteo lento ajustando el flujo.
- Bomba de infusión para mantener un flujo de goteo fijo.
- Infundir agua cada 6 horas

Suele iniciarse a un ritmo de 25 ml/hora y se incrementa en función de la tolerancia (distensión abdominal y contenido de residuos gástricos).

Siempre han de lavarse las manos con agua y jabón antes y después de cada uso para prevenir infecciones.
Se debe agitar enérgicamente la bolsa para asegurar una mezcla homogénea.
Colocar el extremo distal del conector universal al conector de la bolsa y conectar el extremo proximal a la sonda tras purgar el sistema de conexión.
5.2 Fórmulas.
La selección del tipo de fórmula dependerá del estado del paciente, de sus necesidades fisiológicas, de las patologías asociadas y de su capacidad digestiva, de absorción y metabólica.
Para acortar los tiempos de infusión, que permitan una mayor libertad al paciente, es conveniente valorar la utilización de fórmulas más densas caloricamente (más

de 1 Kcal/ml) siempre que se asegure su tolerancia y el aporte hídrico. Las fórmulas no poliméricas y las especiales sólo deben indicarse si existe alteración funcional del tracto digestivo como malabsorción o patología asociada al diagnóstico de base.
Las fórmulas en polvo deben ser preparadas en el momento de su administración, el tiempo máximo de exposición a la temperatura ambiente es de 4 horas. Si se elabora con antelación a su administración se recomienda guardar refrigerada a 4℃.

En España la clasificación más completa es la aportada por Vázquez y col. 15 en el Vademecum de Nutrición Artificial: a) Dietas de nutrición completa:
Grupo 1 . Preparados poliméricos (proteína completa).
Grupo 2. Preparados monoméricos (predigeridos).
Grupo 3 . Preparados especiales. b) Módulos nutricionales: hidrocarbonados, lípidos con Triglicéridos, proteicos en forma de aminoácidos, minerales y/o vitaminas. c) Suplementos nutricionales.
5.3 Cuidados en caso de complicaciones gastrointestinales y metabólicas relacionadas con la nutrición enteral.

5.3.1 Si existen náuseas y/o vómitos se detendrá o administrará el alimento lentamente, comprobando que no haya exceso de contenido gástrico de tomas anteriores. Se dará la dieta sentado o con la cabecera a 45º si está encamado. La temperatura de la NE estará entre 30-38ºC. No debe tumbarse hasta 1 hora después de la toma.
Nunca aumentar el ritmo de infusión prescrito. En tomas en bolo administrar un máximo de 50 ml en 3 minutos y no más de 400 ml por toma. En caso de molestias o sensación de plenitud retrasar la toma 30-60'.
Cuando las molestias persisten más de un día reducir la velocidad de administración y/o el volumen de los bolos y si persiste administrar de forma continua.
Debe evitarse administrar medicamentos a través de la sonda
Los vómitos prolongados pueden conducir hacia alteraciones metabólicas debido a la pérdida de agua y electrolitos. También conllevan pérdida de peso y de medicamentos que se den por vía oral.

5.3.2 Diarrea (5 o más deposiciones diarias de cualquier volumen o característica o 2 o más con un volumen diario superior o igual a 2 litros)
Ha de confirmarse que el alimento esté a temperatura ambiente y no esté en mal estado, comprobar que la dieta sea la correcta y nunca mezclar medicación y alimentos. Asegurarse de que todo el equipo está en buenas condiciones y limpio.

Se tapará y guardará en nevera cualquier envase de dieta abierto y no acabado o usado y desecharla sino se ha consumido antes de 24 horas
Se administrará una jeringa de 50 ml como mínimo en 3 minutos ejerciendo la menor presión posible sobre el émbolo. La nutrición estará entre 30-38ºC.
Si a pesar de ello persiste avisar al médico para su valoración (revisar medicación, descartar obstrucción intestinal, impactación fecal o fecaloma).
Si persistiese la diarrea puede cambiarse la forma de administración de la NE y sino se resolviera estaría indicado el cambio de fórmula y volver al cabo de unos días a la nutrición inicial para comprobar tolerancia.

5.3.3 Estreñimiento (heces duras y de expulsión muy dolorosa). Hay que asegurarse de que la toma de fibra y líquidos es suficiente (aumentar la ingesta de agua sino está contraindicada y fibra mixta).
Intentar ante la mínima sensación de ganas de defecar, buscar una hora fija (anotar la hora), si es posible hacer ejercicio, revisar si hay medicamentos que puedan provocar el estreñimiento y valorar administrar algún laxante.

5.3.4 Deshidratación por diarrea, fiebre, insuficiente aporte de agua o laxantes.
Los signos y síntomas de deshidratación son: sed, labios secos, piel seca y caliente, pérdida de peso en poco tiempo, debilidad, fiebre y en ocasiones orina escasa y de olor fuerte y elevada sudoración.
Para evitar la deshidratación se debe administrar agua después de cada período de alimentación intermitente, o bien de una forma regular y asegurarse de que la medicación que recibe no favorece la deshidratación (diuréticos).

5.3.5 Hiperglucemia, especialmente en pacientes diabéticos o sometidos a estrés. Cuando no se trata adecuadamente puede ocasionar deshidratación. Para evitarla se debe controlar periódicamente la glucemia y observar si la diuresis es excesiva. Debe observarse si el paciente toma la cantidad de NE prescrita.

6) Cambio o retirada de sonda PEG
Para el cambio de sonda PEG se precisa: suero fisiológico de lavado y antiséptico, vaselina, guantes y gasas estériles, jeringa de 10cc que puede rellenarse con aire o agua destilada par inflar el globo, esparadrapo o apósito para fijar la sonda y sonda PEG de calibre adecuado.
El primer cambio será hospitalario y se comprueba por endoscopia o radiología.
Su retirada, distinta según su diseño, se puede hacer por endoscopia o tracción hacia fuera del tracto del estoma sin endoscopia aplicando lubricante con anestesia en la sonda y el estoma, girando e introduciendo la sonda algunos centímetros para comprobar que se mueve libremente tras quitar el tapón de la sonda y el

soporte externo cortando la abrazadera.
Para su extracción, con una mano se presiona el abdomen alrededor de la sonda y con la otra se tira con fuerza de la sonda, se dobla el dispositivo de anclaje y sale la sonda.
Si su extracción es manual, sin precisar endoscopio ni anestesia general, el estoma empieza a cerrarse en 2-4 horas y se cierra espontáneamente a los pocos días.
Vigilar si hay paso del contenido gástrico a peritoneo provocando lesiones, observando si hay signos de malestar o dolor tras su retirada.

5 Discusión-Conclusión

La sonda PEG es la mejor opción para alimentación enteral de larga duración (tiempos superiores a 3-4 semanas) porque:
- Es más fisiológica, ya que aprovecha la función motora y secretora
- Permite iniciar de manera precoz y adecuada la nutrición y permite la ingesta oral de alimentos.
- Puede mantenerse insertada durante un largo periodo de tiempo.
- Presenta menos morbilidad y mortalidad que otras técnicas.
- Reduce el tiempo de intervención, las necesidades de anestesia y el tiempo de recuperación.
- Es más cómoda y fácil de aceptar por los pacientes con mejor calidad de vida.
- Disminuye el tiempo de administración de los alimentos.
- Es de fácil manejo para el paciente y cuidadores.
- No tapona las vías aéreas.
- Cuando no es necesaria se puede retirar fácilmente, cicatrizando el estoma al poco tiempo.
- Tiene mejor tolerancia que la SNG, mayor ganancia ponderal y mejor coste-eficacia. 6

6 Bibliografía

1.- -Gastrostomía Endoscópica Percutánea.Diez años de experiencia. C. Wanden-Berghe,J. Muñoz,C. Cantó,M.ªD. Domenech,M.ªD.Reyes,C.Pérez Moya y J.Sanz Valero. Nutr Hosp. 2010;25(6):949-953
2.- Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ Jr. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. J Pediatr Surg 1980; 15 (6): 872-5.

3.- Culebras JM, Martínez J, Chasco C, De la Hoz M, Hurtado G, Alonso A. Colocación de una sonda de gastrostomía por vía endoscópica. Rev Esp Enferm Apar Dig 1985; 68: 511-515.
4.- Stiegmann GV, Goff JS, Silas D, Pearlman N, Sun J, Norton L.Endoscopic vs operative gastrostomy: Final results of a prospective randomized trial. Gastrointest Endosc, 36 (1990), pp. 1-5
5.- Baeten C, Hoefnagels J..Feeding via a nasogastric tube or percutaneous endoscopic gastrostomy. Scand J Gastroenterol, 194 (1992), pp. 95-98
6.- Gagiotti G, Sgattoni C, Orlandoni P, Ambrosi S, La Rocca R. Acces routes for long-term enteral feeding. Clin Nutrition, 14 (1995), pp. 79-83
7.- Tokumo H, Ishida K, Komatsu H, Machino H, Morinaka K. External biliary jejunal drainage through a percuataneous endoscopic gastrostomy for tube-fed patients with obstructive jaundice.J Clin Gastroenterol, 24 (1997), pp. 103-105.
8.- Mamel JJ. Percutaneous endoscopic gastrostomy..Am J Gastroenterol, 84 (1989), pp. 703-710
Medline
9.- Thorburn D, Karim SN, Soutar DS, Mills PR. Tumor seeding following percutaneous endoscopic gastrostomy placement in head and neck cancer. Postgrad Med J, 73 (1997), pp. 430-432. Medline
10.- . Pereira Cunill JL, García-Lunax PP. Gastrostomía endoscópica percutánea. Med Clin (Barc) 1998; 110: 498-500.
11.- Friginal-Ruiz, Ana Belén; González-Castillo,Sonia; Lucendo, Alfredo J. Gastrostomía endoscópica percutánea: una actualización sobre indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. Enferm Clínica. 2011; 21 (3):173-178.
12. Prado Rodríguez-Barbero, M. Cuidados del paciente con gastrostomía endoscópica percutánea. Metas de Enferm. 2009; 12(8):50-53.
13. Pereira JL, García Luna PP. Vías de acceso en nutrición enteral. Endocrinol-Nutr. 2004;51:149-57.
14. SILK D. Diet formulation and choice on enteral die' . Gut 1986 ;27 :40-6
15 Vazquez Martinez C, Santos Ruiz Ma, Riarola Moreno J . I, pez De La Torre M . Vademecum de Nutrición Artificial . 3° edición . Madrid: Jarpyo cd, 1996.
16. Sánchez Santiago T. Protocolo para el Cambio Sonda Peg y sus Cuidados en Atención Primaria Universidad de Valladolid; 2017.

Capítulo 1109

UTILIZACIÓN DE ÁCIDOS GRASOS PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

NATALIA DOMINGUEZ MONFORTE

LETICIA LÓPEZ LAMAS

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones de la piel que van apareciendo debido a una prolongada presión o una fricción entre una superficie externa y un plano óseo. Para la salud, este tipo de úlceras son un gran problema, tanto por su elevada incidencia y prevalencia como por sus repercusiones, afectan a todo tipo de pacientes en los ámbitos asistenciales.
Las úlceras por presión son así mismo un problema para el sistema sanitario, ya que hace que la estancia de los pacientes sea más prolongada en los hospitales, lo cual se traduce en un aumento del coste de los procesos y dan una imagen institucional negativa al poder atribuirse a al déficit en una calidad asistencial.

2 Objetivos

Hallar una evaluación idónea en la utilización de ácidos grasos es la prevención de las úlceras por presión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Prevención de úlceras por presión, en los pacientes, mayoritariamente encamados, observando posibles lesiones, con la utilización de ácidos grasos. Lo cual se traduce en una mejor calidad de vida de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los ácidos grasos son cada vez más utilizados como alternativa a la aparición de úlceras por presión.
Sin embargo no está exenta de complicaciones, pero sí una prevención.

6 Bibliografía

- Martínez Cuervo F., Pareras Galofre E. La efectividad de los ácidos gráficos y pero oxigenados en el cuidado de la piel perilesional, la prevención de las úlceras por presión, vasculares y de pie diabético.

Capítulo 1110

LA UTILIZACIÓN DE LA PLATA EN HERIDAS CONTAMINADAS

LETICIA LÓPEZ LAMAS

NATALIA DOMINGUEZ MONFORTE

1 Introducción

La plata es uno de los materiales más utilizados en la prevención y tratamiento de heridas infectadas.
Es considerada como el antiséptico ideal contra bacterias oportunistas y resistentes. Utilizada como profiláctico en todo tipo de lesiones, es capaz de mejorar la curación de la herida reduciendo el tiempo de cicatrización.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo consiste en estudiar la bibliografía referente a la eficacia de la plata en el tratamiento de heridas contaminadas.

3 Caso clínico

Para llevar a cabo este trabajo se realizó una revisión bibliográfica sobre heridas curadas por compuestos de plata. Se buscaron artículos publicados entre 2008-2016. Se realizaron búsquedas en bases de datos como Scielo o Pubmed.

4 Discusión-Conclusión

Despues de la revisión, se observa una valoración positiva en cuanto al tratamiento con plata, observandose una disminución de área de la herida, de la profundidad, con una rápida cicatrización y con una curación total en la mayoría de los casos.
Se ha visto también que a la hora de elegir un tratamiento con plata hay que evaluar las características de dicha herida y en muchos casos utilizarlos para otro tipo de tratamientos.

5 Bibliografía

- Cabrales R, Cobo R, Patiño Y Quintero M, Martinez J, Upegui M. Efectividad de los apositos de plata en la prevención de la Infección del Sitio Operatorio en heridas contaminadas. [Internet]. Aprendeenlinea.udea.edu.co. 2019 [cited 14 May 2019].

Capítulo 1111

UTILIZACIÓN DE ANTISÉPTICOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

MARIA SALGADO ALVAREZ DE TEJERA

1 Introducción

La utilización de antisépticos es una medida de gran eficacia para la prevención de la infección en el ámbito sanitario, sin embargo, no existe un consenso científico en la forma de utilización de estos. Salvo excepciones, como la contraindicación del uso del yodo en embarazadas y la indicación de la clorhexidina en la inserción y manejo de catéteres vasculares, no se dispone de evidencia científica y la mayoría de las recomendaciones descritas en la literatura se basan en la práctica clínica, en estudios " in vitro" y en la opinión de los expertos.
Para una correcta utilización debe conocerse la disponibilidad de cada antiséptico, el espectro de acción, tiempo de inicio y de actividad, efecto residual, actividad frente a materia orgánica, seguridad, toxicidad y contraindicaciones.
Algunos conceptos claves son:
- Técnicas asépticas: conjunto de procedimientos y actividades que se realizan con el fin de disminuir al mínimo las posibilidades de contaminación microbiana durante la atención a pacientes. Es un término amplio que incluye la higiene de manos, antisepsia de la piel, barreras de alta eficiencia, hasta la desinfección y esterilización del material.
- Desinfección: conjunto de procedimientos que tienen como objetivo destruir o eliminar los microorganismos patógenos en superficies inanimadas o inertes mediante la utilización de desinfectantes.
- Asepsia: ausencia de microorganismos y de materia séptica.

- Antisepsia: conjunto de procedimientos que tienen como objetivo destruir o eliminar los microorganismos patógenos en tejidos vivos mediante la aplicación de antisépticos.
- Antisépticos: son sustancias químicas que se aplican en tejidos vivos (piel, mucosas, tracto genital) de forma no selectiva con la finalidad de eliminar los microorganismos patógenos o inhibir su crecimiento.
- Desinfectantes: el igual que los antisépticos son sustancias químicas que se aplican para destruir los microorganismos y prevenir las infecciones, pero que se aplican sobre superficies o materiales inertes/ inanimados, resultando por ello ser más tóxicos.

Como normas generales de utilización destacan:

• Los envases deben de estar etiquetados con el nombre y la concentración. En la etiqueta debe figurar la fecha de caducidad que ha de ser respetada. Las diluciones preparadas deberán llevar en la etiqueta la fecha de preparación y fecha de caducidad.

• Los frascos deben de estar cerrados cuando no son utilizados, para evitar la contaminación y la evaporación. No trasvasar el antiséptico de su envase original. No se rellenarán los envases. Una vez consumidos se desecharán.

• Se elegirá el antiséptico adecuado, a la concentración adecuada, dejándolo actuar al tiempo adecuado. Antes de utilizar un antiséptico, averiguar posibles alergias del paciente, y en su caso utilizar uno alternativo.

• La mayor parte de los antisépticos se inactivas por materia orgánica, por lo que es necesario que la superficie corporal a tratar este limpia.

2 Objetivos

- Evitar la transmisión de microorganismos, ya sea de una persona enferma a otra, del personal a personas enfermas o viceversa.
- Aplicar de forma correcta las técnicas de asepsia en el cuidado de los pacientes y en el desarrollo del trabajo diario, así como la manipulación y el suministro de los materiales.
- Contribuir a la prevención de infecciones nosocomiales a través del uso científico y racional de desinfectantes y antisépticos, identificando sus características particulares.
- Proporcional al personal sanitario las pautas de salud para el uso adecuado de desinfectantes y antisépticos.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas seleccionadas.

Los conceptos clave utilizados son:

- Antisépticos.
- Desinfectantes.
- Asepsia.
- Antisepsia.
- Microorganismos.

Los criterios de inclusión para la búsqueda fueron los siguientes:

• Idioma español.
• Año de publicación no antes de 2010.
• Artículos científicos relacionados con la prevalencia de infecciones nosocomiales en el ámbito hospitalario.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

• Artículos escritos en otros idiomas diferentes al español.
• Artículos y publicaciones de más de 10 años de antigüedad.
• Webs de carácter no científico.

4 Bibliografía

- Guía de utilización de antisépticos. Hospital Universitario de Cabueñes. Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- www.ingesa.mscbs.gob.es.
- www.gobiernodecanarias.org.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1112

LA DERMATITIS DE PAÑAL

ABEL LOPEZ GARCÍA

INÉS ORDÓÑEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

La dermatitis de pañal es una erupción cutánea que se produce en la piel que cubre el pañal, engloba todos los procesos inflamatorios que se producen en la zona genital. Se pueden observar erosiones, fisuras y descamaciones. También se le conoce como eritema de pañal.

2 Objetivos

Haremos un análisis de los artículos que analizan la dermatitis de pañal en el adulto, haciendo hincapié en la prevalencia y el tratamiento tópico.

3 Metodología

Se revisaran artículos sobre la dermatitis de pañal, para ello se ha accedido a bases de datos como SciELO, dialnet), directorios de revistas de acceso abierto con Elsevier. Hemos utilizado como palabras clave, las siguientes, “dermatitis”, “pañal”; “prevalencia”, “adulto”.

4 Resultados

La dermatitis de pañal en el adulto está asociada a una incontinencia urinaria, fecal o mixta, la prevalencia se sitúa entre el 5,6% y el 50%. la mayoria de los casos,

el 90%, sufren una reversión completa de todos los síntomas. Siendo mínimos los casos en los que se agravan las lesiones produciendo otro tipo de patología.

5 Discusión-Conclusión

Los sanitarios cuentan con numerosos tratamientos convencionales para la dermatitis como son las pastas al agua, el óxido de cinc, han aparecido tratamientos alternativos con buenos resultados, son productos formadores de películas barrera no irritante, un ejemplo de ello es el Cavilon, usando este producto se apreció una mejoría en el 70% de los casos, tanto en la reducción del dolor en la zona de la dermatitis como al realizar la limpieza de la zona. En todos los casos es muy importante mantener la piel seca y con una buena higiene.

6 Bibliografía

- Soldevilla J, Torra J. Atención Integral a las Heridas Crónicas. Madrid: SPA S.L., 2004.
- Justo Rueda López; A. Guerrero Palmero; T. Segovia Gómez; A. M. Muñoz Bueno; M. Bermejo Martínez; C. Rosell Moreno. Dermatitis irritativa del pañal. Tratamiento local con productos barrera y calidad de vida. Gerokomos vol.23 no.1 Barcelona mar. 2012
- García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J. Efectividad de la película barrera no irritante en la prevención de lesiones de piel: Revisión sistemática. Gerokomos 2009; 20: 29-40.
- Rueda López, Justo et al. Dermatitis irritativa del pañal: Tratamiento local con productos barrera y calidad de vida. Gerokomos, Mar 2012, vol.23, no.1, p.35-41. ISSN 1134-928X

Capítulo 1113

DRENAJES.

VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

PAULA CASTRO PARIENTE

1 Introducción

Un drenaje es un método clínico, mediante el cual se inserta un tubo fino en la piel, para retirar sangre, pus, suero, linfas u otros fluidos que se acumulan en una herida. Puede estar colocado en varias regiones del cuerpo.

2 Objetivos

Conocer qué es un drenaje, qué tipos de drenaje hay, características del tipo de líquido que se recoge en ellos y sus beneficios.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos publicados en diferentes bases de datos electrónicos. Se han utilizado palabras clave como: Drenaje, cirugía, herida…

4 Resultados

Los drenajes se pueden clasificar en varios tipos:

• Según su forma de drenar:
- Pasivos (actúan por capilaridad, gravedad o diferencia de presiones).

- Activos (el drenaje de fluidos se produce mediante un sistema de aspiración).

• Según su colocación:
- Quirúrgicos.
- Punción transcutánea.

• Los drenajes más conocidos son:
- Drenaje de gasa o dedo de guante.
- Drenaje de Penrose.
- Drenaje de Jackson Pratt.
- Drenaje de Redon.
- Drenaje de Blake.
- Drenaje de Kehr.
- Drenaje de Saratoga.
- Drenaje de Abramson.
- Drenaje de Pleur-evac.
- Drenaje de Pigtail.

• El equipo sanitario lleva a cabo ciertos cuidados que precisa el drenaje, como la desinfección y limpieza, la revisión y el vaciado del líquido aspirado, apuntando su cantidad y aspecto.

• El líquido del drenaje puede ser entre otros:
- Seroso (se parece al suero, típicamente de color amarillo pálido o transparente).
- Serohemático (se parece al seroso, pero con un color más rojizo por la presencia de sangre).
- Hemático (sangre).
- Purulento (color amarillento o blanquecino y consistencia espesa).
- Biliar (color amarillento verdoso).
- Fecaloideo (color marrón).

5 Discusión-Conclusión

El drenaje es un método muy eficaz para evacuar líquidos o gases, por lo que hace que la cirugía sea mucho más segura, ya que disminuye el riesgo de complicaciones, el dolor postoperatorio y facilita la cicatrización.

6 Bibliografía

- Gómez, A. V., Michelsen, F. C., Abello, A., Caceres, S., & Torres, F. Manual: 'Drenajes en Cirugía'.
- García, M. A. G., Hernández, V. H., Arroyo, R. M., & González, R. R. (2005). Enfermería de quirófano. DAE (Difusión Avances de Enfermería).
- Valdés, A. S. (2007). Manejo de drenajes pleurales. Medwave.
- Garran, M. Tarrazo, A. Fernandez, I. Manual de procedimientos de Enfermería, Servicio de Salud, Hospital Universitaria Centra, Principado de Asturias. Drenajes Abdominales: Tipos y Cuidados.
- Instituto de Enfermería, Faculta de Medicina, Universidad Austral de Chile, SEGT. Guía de drenajes y Sondas.
- Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina. Manual de Patología Quirúrgica. Uso de Drenajes en Cirugía.
- López-Boado, M.A. Drenajes abdominales. Jano, Medicina y Humanidades [revista de internet] , ISSN-C 0210-220X Nº 1642-2007 pág. 33.
- Alcolea, M., Oter, C. & Martín, A. (2011). Fases de la Práctica Basada en la Evidencia. Nure Inv (53).

Capítulo 1114

PACIENTE INTERVENIDO DE PRÓTESIS DE RODILLA POR ARTROSIS.

MARGARITA ALVAREZ HERNANDEZ

TANIA BERNAL ALVAREZ

ROSA LUZ LEAL FERNÁNDEZ

1 Introducción

El envejecimiento, supone un cambio en el organismo. Se producen una serie de transformaciones; de tipo morfológico, fisiológicos, bioquímicos, psicológicos, funcionales y sociales.

A nivel articular la patología más común es la artrosis. Los pacientes que padecen esta enfermedad sufren un deterioro progresivo, pudiendo imposibilitarlos en su vida diaria, disminuyendo su calidad de vida. Las más incapacitantes son las artrosis de rodilla y de cadera, afectando a la deambulación y por lo tanto se ve alterado su estilo de vida, independencia, hábitos y realización de autocuidados. La articulación de la rodilla la forma el fémur, por una parte, y por otra la tibia y el peroné. Estas superficies están tapizadas por el cartílago articular. La artrosis es el deterioro de este cartílago, produciendo dolor con la actividad física, incapacidad para caminar y permanecer en pie, así como deformidad en la rodilla. En general es propia en personas mayores.
Los síntomas por lo tanto son dolor, rigidez, deformidad y pérdida de funcionalidad.

La causa de esta patología puede ser genética o ambiental, destacando en ésta, la edad, determinadas ocupaciones, o actividades laborales y el excesivo ejercicio físico. Otras veces como consecuencia de una lesión o anomalía previa.
El diagnóstico, se basa en los síntomas que señala el paciente y en la exploración de la rodilla. Para confirmar el diagnóstico se realizarán radiografías.
El tratamiento pretende minimizar el dolor, la recuperación de la articulación afectada y por lo tanto mejorar la calidad de vida. Se recurre al tratamiento farmacológico y fisioterapéutico. Los fármacos que destacan son analgésicos, antiinflamatorios de acción rápida como el paracetamol, los antiinflamatorios como la capsaicina y los opioides como el tramadol. Los corticoides administrados dentro de la articulación, mediante una infiltración, suelen ser útiles, especialmente en pacientes que presentan inflamación.
Los fármacos de acción lenta, también llamados SYSADOA, ayudan a controlar el dolor, preservar el cartílago y frenar la evolución de la enfermedad. Pueden administrarse por vía oral o mediante una infiltración de ácido hialurónico.
Cuando el tratamiento no funciona, estos pacientes son intervenidos quirúrgicamente, siendo la más realizada la prótesis total de rodilla, siempre y cuando estos pacientes cumplan los requisitos fijados tanto físicos como mentales.
En el postoperatorio, el equipo sanitario controlará los síntomas de la anestesia y la restauración fisiológica, vigilando señales de dolor, sangrado, o si realiza la micción de forma espontánea. Posteriormente se le administrarán fármacos analgésicos, antibióticos, curas en la herida quirúrgica y controlar posibles complicaciones que pueden surgir. Los riesgos son la aparición de infecciones y trombosis venosa.
Llegado el momento del alta hospitalaria, El paciente será remitido a su centro de salud, con revisiones al traumatólogo. También serán necesarias sesiones con el fisioterapeuta.
Éste iniciará el periodo de rehabilitación, con el control de la sintomatología, por medio de analgesia y electroterapia, para seguir con las primeras movilizaciones activas asistidas, intentando levantarse con ayuda de andador. Posteriormente se trabajará para conseguir el fortalecimiento del miembro, con ejercicios manuales. Para introducir al paciente en las actividades de la vida diaria, serán necesarias unas 20- 30 sesiones.

Funciones del personal sanitario que se implica en una intervención de prótesis de rodilla:
- La enfermería actuaría realizando una valoración integral del paciente, teniendo claros los objetivos marcados en el plan de cuidados anotando siempre el grado de consecución de éstos.

Al alta, se realizará una sesión de educación para la salud, haciendo hincapié en los cuidados y actividades que se deben realizar en el ámbito domiciliario.
- Los objetivos fijados por el equipo de fisioterapia son:
- Disminuir la sintomatología tras la intervención de rodilla.
- Mejorar la funcionalidad tras la intervención.
- Disminuir el tiempo de recuperación.
- Introducir las actividades de la vida diaria.
- Es necesario realizar un protocolo de trabajo, marcar unos objetivos, para conseguir la mayor recuperación del miembro intervenido, el mejor rendimiento y minimizar los efectos negativos.
- La educación preoperatoria, tanto al paciente como a su entorno, especialmente a su cuidador, disminuirá el nivel de ansiedad. Naturalmente también la posquirúrgica. Se informará al paciente y familia, del procedimiento que se le ha realizado, para que puedan identificar, prevenir o resolver posibles complicaciones.

2 Objetivos

Describir las funciones de enfermería, auxiliar de enfermería anestesistas traumas, psicólogos fisioterapeutas.

3 Metodología

Se realiza la búsqueda bibliográfica y documentación sobre el tema. Cuidados que deben realizarse tras la intervención de prótesis de rodilla. Actuación por parte del personal sanitario y fisioterapeutas
Se ha obtenido una información muy amplia, teniendo que seleccionar sobre las actividades que se realizan en nuestros días, con este tipo de patologías.
Para la revisión bibliográfica se han utilizado libros acerca de intervenciones de rodilla, prótesis de rodilla, se han revisado artículos publicados. Se utilizaron diversas bases de datos: Scopu, Pubmed, Index, Psycinfo, Elsevier, Google Académico. Se utilizaron los descriptores en español: prótesis, rodilla, cuidados domiciliarios, fisioterapia.

4 Bibliografía

- Ballesteros, S. (2007) Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
Estudio EPISER 2000 Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: MSD y Sociedad Española de Reumatología; 2001
- García Marín M. Cuidados de fisioterapia y rehabilitación post- cirugía. Evidentia 4(18).
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Empresa pública Hospital Alto Guadalquivir. Especialidad de Traumatología. Protocolo de prótesis de rodilla. OMS (2014) Envejecimiento y ciclo de vida.
- OMS (2014:9) temas de Salud: Envejecimiento.

Capítulo 1115

DELIRIUM TREMENS

MIGUEL CASTRO PÉREZ

RAQUEL FERNÁNDEZ ARIAS

DESIRÉ MARTÍNEZ GÓMEZ

SARA HAIDA SUAREZ SUAREZ

RICARDO GONZALEZ OVIES

1 Introducción

El delirium es definido como un síndrome mental transitorio de inicio agudo, caracterizado por un trastorno global de las funciones cognitivas, nivel de consciencia reducida, atención anormal, actividad psicomotora aumentada o disminuida y desorden del ciclo de vigilia- sueño (1).

Tras leer los documentos elegidos, hemos podido observar que aún queda mucho por investigar dado que no existen demasiados estudios que concluyan en una causa y mecanismos fisiopatológicos específicos.

Para conocer las causas del delirium tremens (DT), lo primero que debemos hacer es comprender la actuación de los principales neurotransmisores del sistema nervioso, y su desorden cuando se produce la abstinencia al alcohol manifestándose el delirium tremens. A pesar de ser un trastorno muy común, se desconocen con exactitud los mecanismos fisiopatológicos neuronales implicados. El DT se produce por múltiples causas en el organismo que tienen una sintomatología y clínica común (2).

El envejecimiento normal implica una serie de cambios estructurales y metabólicos cerebrales. Parece existir un menor flujo sanguíneo cerebral, hay una reducción en el metabolismo del cerebro y el número de neuronas y la densidad de las conexiones interneuronales disminuye con la edad en muchas áreas cerebrales. El locus coeruleus y la sustancia negra parecen ser las áreas más afectadas(1). Numerosos estudios han tenido como objetivo el descenso generalizado de la concentración en el cerebro de los neurotransmisores acetilcolina, dopamina, serotonina y GABA (ácido gamma aminobutírico), glutamato o triptófano (todavía se desconoce su papel) (2).

En relación al mecanismo por el que se produce el delirium tremens relacionado al alcohol, su consumo abusivo facilita la neurotransmisión producida por el ácido gama aminobutírico (GABA), el principal inhibidor del sistema neurotransmisor, que produce la sedación del individuo. La repetida ingestión de alcohol redunda en el desacoplamiento funcional del receptor GABA, lo que reduce la neurotransmisión inhibitoria. De manera análoga, el consumo acusado de alcohol inhibe los receptores N-metil-D-aspartato en el sistema de excitación del glutamato. El consumo crónico lleva a un incremento del número de receptores N-metil-D-aspartato, un incremento del calcio que incluye en consecuencia la despolarización y la neurotransmisión de excitadores añadidos. Hay pruebas de que la supresión de la neurotransmisión GABAérgica y la acentuación de la neurotransmisión de los excitadores del glutamato sustentan el desarrollo del síndrome de abstinencia provocado por el alcohol (3).

Las alteraciones de los neurotransmisores relacionados con el tálamo, la corteza prefrontal y los ganglios basales provocan síntomas de delirium cuando se ven afectados. Estos cambios propios del envejecimiento hacen que el sujeto sea más vulnerable al desarrollo de un delírium. Todo ello se resume en un término común de reserva cognitiva que determina la gran variabilidad entre distintas personas en la predisposición a desarrollar un DT. De este modo, lesiones a nivel cerebral, como las cerebrovasculares, determinan esta reserva cognitiva.

Como hemos comentado anteriormente, se producen una serie de cambios metabólicos cerebrales, con un deterioro del metabolismo oxidativo neuronal y, por tanto, una disfunción de los diferentes sistemas de neurotransmisores. El neurotransmisor que parece tener mayor importancia es la acetilcolina, que ve reducida su síntesis y liberación, también disminuye la serotonina, aumenta la secreción de dopamina y se producen neurotransmisores neurotóxicos en mayor cantidad como el glutamato. Cuando las demandas metabólicas aumentan en

una situación de estrés como supone una enfermedad aguda, una intervención o cualquier patología, el individuo con una reserva cognitiva limitada y con una alteración de neurotransmisores se ve desbordado, y ello desencadena la aparición del DT. Últimamente cobra importancia la relación entre sistemas inmunológicos y neurotransmisores (2).

El consumo de alcohol afecta a otros numerosos sistemas de neurotransmisores. La creencia aplicada a los efectos del alcohol es seguramente cierta: el alcohol o bien precipita un proceso fisiológico o lo inhibe, pero rara vez tiene efecto nulo. La neurotransmisión adrenérgica aumenta sustancialmente en los estados de abstinencia; los receptores adrenérgicos alfa, que suprimen algunas características de la abstinencia, muestran una reducida sensibilidad en las primeras etapas del síndrome. La neurotransmisión dopaminérgica aumenta durante la abstinencia, y, aparentemente, redunda en el deseo de alcohol, que es un aspecto destacable. La disponibilidad del transportador de la dopamina se reduce en las primeras etapas de la abstinencia, pero luego aumenta (3).

Se ha observado que las citocinas desempeñan un papel importante en la aparición del delirium. Citocinas como las interleucinas 2, 6 y el TNF-alfa son marcadores de envejecimiento. Estas interleucinas disminuyen la liberación de acetilcolina. Como en el mecanismo fisiopatológico del desarrollo del delírium, el neurotransmisor con un papel más determinante es la acetilcolina, debemos tener en cuenta que existen numerosos fármacos con actividad anticolinérgica capaces, por tanto, de desencadenar un DT (2).

Debido al abuso excesivo de alcohol tan generalizado en la sociedad, el gasto sanitario a largo plazo se ha visto incrementado de una manera exponencial viéndose aumentado el uso de recursos profesionales y materiales, suponiendo una gran inversión económica y un problema para la sociedad.

2 Objetivos

- Conocer las posibles causas que conducen a la situación y la forma más eficaz de tratamiento para disminuir la estancia hospitalaria y dependencia de los medicamentos, así como evitar el gasto sanitario derivado y mejorar la atención a este tipo de pacientes.
- Conocer el mecanismo fisiopatológico del delirium tremens y valorar el tratamiento indicado, además de ampliar los conocimientos sobre esta patología y exponer las causas de su aparición.

3 Metodología

Una vez elegido el tema a tratar, utilizamos la página de la Biblioteca Nacional de los Estados Unidos, donde está incluida la base de datos PubMed, dedicada a la publicación de artículos científicos de todo el mundo, para encontrar los artículos en los que basar nuestros datos. Palabras clave: delirium tremens, alcohol withdrawal, cognitions disorders.

Para ello pusimos en el buscador delirium tremens (cotejada su existencia en Mesh), apareciendo en la base de datos 2484 artículos relacionados. Debido a que es una cantidad excesiva para lo que nos compete, acotamos la búsqueda utilizando diferentes filtros. El primero fue Text availability: Free full text con el que nos quedaron 238 artículos. Después utilizamos Publication dates: 5 years y disminuimos a 67 artículos, Species: Humans del que resultaron 35 artículos y para acabar, Journal categories: Core clinical journals con el que resolvimos en 6 artículos. De éstos, elegimos dos (4, 5).

Una vez elegidos, para seleccionar la revisión, añadimos el filtro 'Review', tras lo que se quedaron tres documentos de los cuales seleccionamos uno (6).

Para corroborar la calidad de los artículos consultamos la Web of Science, donde consultamos los diferentes índices de calidad como son el factor de impacto y el cuartil de la revista en la que están publicados los artículos y el número de referencias de cada artículo.

4 Resultados

En el primer estudio, el grupo de muestra estudiado corresponde a 135 sujetos que padecen DT durante ingreso en UCI, de los que una cohorte de 75 fue tratada con BZD de forma protocolizada obteniendo una respuesta de mejoría en un período más corto que en la cohorte en la que se administraron según las preferencias del médico.

En el segundo artículo, de los 345,297 sujetos estudiados determinaron que aquellos que padecieron DT son más propensos a complicaciones sociales, comorbilidades médicas y psiquiátricas, una mayor utilización de los servicios de salud y aumento en la prescripción de medicamentos psicotrópicos.

Un dato relevante que determina la revisión es que concluye que casi un tercio de los pacientes que ingresan en UCI padijeron delirium tremens, debido a varias

causas, y que, tras el alta, tienen mayor tasa de mortalidad.

5 Discusión-Conclusión

Los artículos seleccionados tratan sobre el delirium tremens desde dos puntos de vista diferentes: los tratamientos para dicha patología y sus consecuencias socioeconómicas a largo plazo.

La forma de abordar el tema en ambos artículos son dos estudios retrospectivos en los que en uno de ellos se utilizan dos grupos de muestra con 135 sujetos en total, mientras que en el otro un sólo grupo, con un total de 342.729 sujetos estudiados.

Un dato a destacar es que en los Estados Unidos más de la mitad de los estadounidenses mayores de 12 años se declaran como bebedores actuales y 18.6 millones admiten dependencia del alcohol, lo que supone un 7.4% de la población total. Aproximadamente 18-25% de los pacientes con trastornos por consumo de alcohol ingresados en el hospital desarrollan delirium tremens (DT) (4). Consideramos que estos datos pueden ser extrapolados a España, de manera proporcional, ya que el consumo de alcohol es un hecho muy normalizado dentro de nuestra sociedad e iniciamos su consumo en edades cada vez más tempranas lo que puede afectar al desarrollo generando mayores consecuencias en la edad adulta.

En el caso del primer artículo, la finalidad es comprobar el uso del tratamiento con benzodiazepinas para pacientes ingresados en UCI, protocolizando su administración en un grupo o siguiendo las preferencias del médico en otro. En el segundo artículo, se trata de analizar el problema de la abstinencia al alcohol, identificando las consecuencias sociodemográficas, perfil adictivo y el uso y coste sanitario en pacientes con esta patología a corto y largo plazo.

El nexo común de ambos es el tratamiento del delirium tremens en función de las comorbilidades existentes y del tratamiento farmacológico con psicotrópicos. Consideran que estos pacientes necesitan consumir dichas sustancias para superar el ingreso y, además, una vez incorporados a la sociedad corren más riesgo de consumirlos de forma habitual. Coinciden también en que en los pacientes que padecen DT están asociados a mayores dificultades durante su estancia hospitalaria. Los síntomas son variados, siendo los más comunes ansiedad, temblores, alucinaciones, pérdida de la percepción temporo- espacial, sudoración, etc., que requieren a corto y largo plazo, primero de un ingreso hospitalario donde se

controle y administre medicación al paciente con el fin de estabilizar, y posteriormente un seguimiento y atención por diferentes profesionales sanitarios, lo que supone una gran inversión y gasto sanitario.

Se ha demostrado que las benzodiazepinas (diazepam) tienen buenos resultados en cuanto a la recuperación de los pacientes. En los sujetos estudiados, los resultados obtenidos para ambos grupos son similares (protocolizados o no protocolizados), teniendo estancias más cortas y necesidad de dosis de BZD junto a una menor necesidad de ventilación y menor tasa de infecciones nosocomiales en aquel grupo en el que se suministraron de manera protocolizada. Bien es cierto, que durante el uso de BZD a grandes dosis y durante largos períodos, se complementa con uso de fenobarbital.

El espectro de acción del diazepam facilita la unión del neurotransmisor GABA a su receptor y aumenta su actividad. Actúa sobre el sistema límbico, tálamo e hipotálamo. No produce acción de bloqueo del SNA periférico ni efectos secundarios extrapiramidales. La duración de sus efectos es larga, por lo que a la hora de retirar el tratamiento debe hacerse de forma paulatina. El espectro de acción del fenobarbital inhibe la transmisión sináptica mediada por GABA. Por esto se utiliza como apoyo al diazepam en el tratamiento.

Una vez conocemos el campo de acción de las BZD utilizadas, podemos comprender porque eligen este tratamiento. Como hemos visto en el apartado de introducción, la fisiopatología del delirium tras la ingesta abusiva de alcohol consiste en la facilidad de la neurotransmisión producida por el ácido gama aminobutírico (GABA), el principal inhibidor del sistema neurotransmisor, que produce la sedación del individuo(3). De esta forma, el efecto de las BZD bloquea esta transmisión.

Como podemos observar en los resultados obtenidos en el segundo artículo, de todos los sujetos estudiados durante la investigación, el porcentaje de pacientes que sufren desórdenes con el alcohol es muy elevado (97,4%) aunque su dependencia no les haya generado síndrome de abstinencia. Por otro lado, el porcentaje de pacientes que sufren síndrome de abstinencia y delirium tremens es prácticamente nulo (0,7%), en cambio su importancia es máxima. Aquellos pacientes que han sido diagnosticados con DT, y en un seguimiento prospectivo posterior, se llega a la conclusión de que tienen más probabilidades de padecer enfermedades crónicas, complicaciones patológicas, son más propensos a las adicciones y recaídas, comorbilidades psiquiátricas con el consecuente gasto sanitario derivado.

Consideramos, que el hecho de tener una muestra tan heterogénea en cuanto a comorbilidades no puede determinar de manera exacta si la intervención y el tratamiento requeridos por los pacientes son específicos del DT o de cualquier otra comorbilidad que pudiera tener el paciente previamente.

Llegamos a la conclusión de que no existe una única alteración o disfunción neuroquímica o metabólica que explique el desarrollo del DT, ya que puede ser la expresión de la disfunción de múltiples sistemas. Los estudios no revelan un mecanismo fisiopatológico único que desencadene delirium tremens, sino que hay distintas causas asociadas a diferentes neurotransmisores. Para comprobarlo, deberían realizarse estudios que discriminen a pacientes con el mismo origen de este trastorno para conseguir una asociación entre el mecanismo y un tratamiento específico. A pesar de ello, el tratamiento estudiado si tiene buenos resultados en los pacientes críticos, consiguiendo su mejoría en un período corto de tiempo.

6 Bibliografía

1. Santos, F.S., Mecanismos fisiopatológicos do delirium. Pathophysiological Mechanisms of Delirium; 2005; Revista Psiquiatría Clínica.
2. Jiménez, M.A., Santeodoro, A.G., Lancho, E.V., Delírium o síndrome confusional agudo, Capítulo 18, Tratado de geriatría para residentes.
3. Saunders, J.B. y Janca, A. Delirium Tremens: su etiología, historia natural y tratamiento, No. 36 – 2003, Revista de Toxicomanías.
4. Moore DT, Fuehrlein BS, Rosenheck RA. Delirium tremens and alcohol withdrawal nationally in the Veterans Health Administration. Am J Addict. 2017 Oct;26(7):722-730.
5. Duby JJ, Berry AJ, Ghayyem P, Wilson MD, Cocanour CS. Alcohol withdrawal syndrome in critically ill patients: protocolized versus nonprotocolized management. J Trauma Acute Care Surg. 2014 Dec;77(6):938-43
6. Salluh JI, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, Serafim RB, Stevens RD. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta- analysis. BMJ. 2015 Jun 3;350.

Capítulo 1116

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA IMPORTANCIA DEL ASEO.

MARTA MARIA VELASCO ALONSO

1 Introducción

Es sabido la importancia que tiene una buena higiene personal para mantener a raya enfermedades, es decir, para mantenerse sano, no solo a nivel del organismo si no también a nivel socio- psicológico. Una buena rutina saludable nos hace sentirnos limpios por fuera y por dentro dándonos sensación de bienestar y aceptación social.

A lo largo de la historia no siempre se ha llevado a cabo por todas las civilizaciones de igual manera, así como los romanos tenían una cultura de "Mente sana in corpore sano" y su cultura de las termas y el SPA ha llegado hasta nuestros días fomentando la higiene como actividad de ocio ayudando además a mantener controladas enfermedades, en la edad media y otras épocas la higiene apenas existía y las enfermedades se extendían en la población como plagas y epidemias.

Hoy en día, en países desarrollados la higiene es un acto rutinario que se realiza de manera sistemática y generalizado en la sociedad, pero en los países poco desarrollados, la higiene apenas se practica o es nula bien sea por los problemas para acceder al agua potable o por desconocimiento de la población de unos buenos hábitos de higiene , por lo que el control de las enfermedades es mucho más difícil.

Este es uno de los aspectos de la higiene, pero cuando el aseo no lo puede realizar la persona autónomamente, implica otra serie de aspectos emocionales.

Cuando en el reino animal una hembra da a luz a su cría, en muchas especies, la madre recién parida lame a su cría con el objetivo de limpiarlo y eliminar cualquier resto de placenta y sangre para que no atraer a depredadores y salvaguardar a la pequeña cría aún indefensa del peligro, con esto también consigue masajearlo para reactivar la circulación sanguínea proporcionándole bienestar, pero además en este primer acto del cuidado de la madre se crea un vínculo entre ellos.

Comparativamente, esto es parecido al vínculo que se establece entre el TCAE y el paciente durante el aseo pues es cuando se establece una mayor comunicación por parte de ambos.

2 Objetivos

- Profundizar y reflexionar sobre el hecho de que el momento del aseo al paciente va más allá de ser un acto meramente de higiene y que implica en nuestra profesión de TCAE otros aspectos emocionales y de bienestar al enfermo.

3 Metodología

Revisión de libro de texto específicos del grado medio de TCAE y una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano y el más sensitivo. Recubre todo nuestro cuerpo y lo protege de agresiones exteriores formando una barrera defensiva evitando que se introduzcan en nuestro organismo microorganismos patógenos al formar un manto ácido gracias al sudor y la secreción de sebo. Interviene activamente en la regulación de la temperatura manteniéndola constante

gracias a la capa de grasa que funciona como aislante y los mecanismos de sudoración. Participa en la síntesis de elementos como la vitamina D y protege de las radiaciones solares por medio de la melanina que se encuentra en la piel. Es permeable a ciertas sustancias liposolubles por lo que nos sirve también como vía de administración de medicamentos por vía tópica y cremas o aceites.

Nuestras finalidades con el aseo son las siguientes:
• Observar el estado general del paciente; que no haya lesiones en la piel que puedan favorecer la aparición de una infección o deterioro que nos indique una posibilidad de una úlcera
• Conservar el buen estado de la piel y restaurar cualquier daño que pueda tener, para esto deberemos utilizar jabones con PH neutro que respeten la acidez de la piel y mantenerla bien hidratada con cremas o lociones.
• Eliminar las células muertas y la proliferación de bacterias, evitando que se produzca el mal olor.
• Eliminar secreciones y en pacientes con incontinencia restos de orina o/y restos fecales.
• Conservar el buen aspecto y la autoestima del paciente.
• Estimular la circulación mediante el masaje con el agua de la ducha o con suaves masajes mientras se hidrata la piel.

No podemos descuidar el aspecto emocional y psicológico mientras realizamos el aseo con las técnicas requeridas para cada caso específico, procurando una buena relación con el paciente, fomentando la comunicación, respetando y preservando su intimidad, humanizando las tareas a realizar, brindando un clima de confianza. Con esto ayudaremos a conseguir nuestro principal objetivo, el bienestar del paciente y la aceptación de su enfermedad y hacerle más agradable su estancia durante su ingreso para que su recuperación sea la más rápida posible.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de las múltiples funciones que tiene que desarrollar un TCAE en su trabajo, la principal es el cuidado y la higiene del enfermo y es por todo lo que conlleva que no debemos restarle importancia, aunque en múltiples ocasiones y por el hecho de ser rutinario o por motivos ajenos a nosotros, como el poco tiempo del que a veces disponemos o que haya muchos pacientes para atender, no se le puede prestar la importancia que se merece.

Hay que tener en cuenta además, que es uno de los momentos más delicados para

el paciente, en ocasiones porque la propia enfermedad le impide hacer algo tan básico como el poder asearse por lo que le deja en una posición de vulnerabilidad ante una persona que desconoce y le recuerda las limitaciones que le está imponiendo su enfermedad, sea transitoria o crónica, en otras, o casi siempre, porque el pudor les empuja a querer preservar su intimidad y no les resulta fácil que alguien ajeno les manipule.

Es un momento también que requiere movilizarlos y si están doloridos no aceptan con mucho agrado este momento, por lo que precisa de nuestra parte mayor comprensión y esmero en esta tarea.

6 Bibliografía

- www.masqueayores.com.
- www.habitossaludablesdevida.com.
- Auxiliar de enfermería. McGraw Hill. Sexta edición.

Capítulo 1117

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES Y MANEJO DE CARGAS MEDIANTE TÉCNICAS MANUALES.

ANA BELÉN SÁNCHEZ PERICACHO

MARIA VANESSA MARGOLLES GARRIDO

FLOR MARIA HERRERO LOSADA

ANA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

SONIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La manipulación manual de cargas y por tanto la movilización manual de pacientes, es responsable, en muchos casos, de la aparición de fatiga física e incluso de lesiones que se pueden producir de una forma inmediata o por la acumulación de pequeños traumatismos aparentemente sin importancia.

Las lesiones músculo-esqueléticas se pueden producir en cualquier zona del cuerpo, pero son más sensibles los miembros superiores (hombros, brazos y manos) y la espalda, en especial la zona dorsolumbar. En los profesionales del sector sanitario y no sanitario que trabajan en posición sentada y frente a una pantalla, tiene una especial incidencia el dolor de espalda, debido a la movilización de pacientes o cargas y constituye un factor de riesgo para las lesiones de espalda.

El conocimiento de las técnicas adecuadas de movilización de pacientes y manejo de cargas, supone un elemento preventivo a la hora de evitar las lesiones en la espalda. No podemos contemplar todas las situaciones posibles, pero si nos van a poder orientar y ser de utilidad, no obstante, puede haber otras técnicas distintas de las que aquí se van a incluir y serán igualmente válidas siempre y cuando respeten los principios ergonómicos y de higiene postural. Conocer estas técnicas preventivas, unido a una serie de recomendaciones relacionadas con aspectos generales de los hábitos de vida, contribuye a que la actividad laboral no suponga una merma en la salud y calidad de vida del trabajador. Cada uno de nosotros, en cada situación, debe reflexionar y adaptarse a las circunstancias del paciente, del entorno sanitario y a las características antropométricas propias y del resto de los compañeros que colaboren en la movilización.

Veamos una serie de definiciones relacionadas con el tema a tratar:

- Mecánica corporal: Es el uso coordinado y eficaz de las diferentes partes del cuerpo con el fin de lograr el movimiento y mantener el equilibrio, de modo que la fatiga sea mínima y se prevengan posibles lesiones para la persona.
- Manipulación de cargas: Cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, la colocación, el empuje, la atracción o el desplazamiento, que por sus características inadecuadas entraña riesgo, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.
- Movilización: Es el movimiento que se realiza sobre una misma superficie implicando cambios de posición o de situación (giro en la cama), diferenciando dos tipos: activa y pasiva. a. Movilizaciones activas son las que puede realizar el paciente bajo la supervisión de un profesional. b. Movilizaciones pasivas son las que realiza el profesional en pacientes que no pueden realizar esfuerzos.
- Transferencia: Es el movimiento que se realiza de una superficie a otra o de un plano a otro.

2 Objetivos

- Proporcionar al trabajador tanto sanitario como no sanitario el conocimiento de las técnicas adecuadas de movilización de cargas, para así prevenir lesiones de espalda.
- Conocer estas técnicas preventivas, que unidas a una serie de recomendaciones relacionadas con aspectos generales de los hábitos de vida, contribuye a que la actividad laboral no suponga una merma en salud y calidad de vida del trabajador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se han revisado diferentes publicaciones en materia de ergonomía, así como la legislación vigente en materia de Prevención de Riesgos Laborales.

Como criterios de selección hemos escogido las publicaciones escritas o traducidas al español, desechando otras vías de búsqueda, sin base científica.

4 Resultados

En este apartado vamos a hablar de la manipulación de cargas tanto por parte de personal sanitario, como por parte de personal no sanitario que trabaja en el ámbito sanitario. Repasaremos las técnicas para manipulación correcta de cargas así como de pacientes, y se detallarán los principios de mecánica corporal para no lesionarnos.
También destacaremos los riesgos existentes en la manipulación de cargas, siendo éstas pacientes o no.

Comenzaremos con los principios de mecánica corporal, extensibles a cualquier trabajador:
1. Espalda recta.
2. Piernas flexionadas.
3. Carga cerca del cuerpo.
4. Agarres consistentes.
5. Pies separados. (un pie en dirección del movimiento)
6. Contrapeso del cuerpo
7. Utilización de apoyos.

Técnicas de manipulación de cargas correctas:
Levantamiento: Antes de levantar una carga, es necesario planificar y preparar la tarea.
Asegúrese de que:
- Sabe hacia donde va.
- La zona en la que se mueve está libre de obstáculos.

- Tiene un buen agarre de la carga.
- Sus manos, la carga y las asas no están resbaladizas.
- Si la carga se levanta con la colaboración de otra persona, ambos deben saber, antes de comenzar, lo que tienen que hacer. Para levantar una carga se deben seguir los pasos que se describen a continuación: a) Ponga los pies alrededor de la carga y el cuerpo sobre ella (si esto no es factible, acerque el cuerpo a la carga lo más posible). b) Flexione las piernas al efectuar el levantamiento. c) Mantenga la espalda derecha. d) Acerque la carga al cuerpo todo lo que pueda. e) Levante y transporte la carga con los brazos estirados y hacia abajo.

Empuje y tracción: Es importante recordar que:
- El empuje y la tracción de la carga se realizan utilizando el propio peso del cuerpo; inclínese hacia adelante al empujar y hacia atrás para la tracción.
- Los pies no deben resbalar al inclinarse hacia delante o hacia atrás.
- Debe evitar torcer o doblar la espalda.
- Los dispositivos de manipulación tienen asas o asideros para poder ejercer la fuerza necesaria con las manos; dichas asas deberían encontrarse entre su hombro y su cintura, de forma que el empuje y la tracción se realicen en una postura cómoda.
- Debe realizarse un mantenimiento adecuado de los dispositivos de manipulación, de modo que las ruedas tengan siempre las dimensiones correctas y giren suavemente.
- Los suelos deben ser firmes, estar igualados y limpios.

Técnicas de movilización manual de pacientes:
La movilización manual de pacientes es el movimiento y cambio de lugar del paciente. Se basa fundamentalmente en tres tareas: cargar, transportar y descargar. Se llevará a cabo en las situaciones en las que no sea posible o no se requiera el uso de ayudas mecánicas. En las situaciones en las cuales el paciente no colabora o es muy voluminoso, se recomienda utilizar una ayuda mecánica y/o solicitar ayuda a otros profesionales o compañeros.
Existen diferentes movimientos específicos para la movilización de pacientes que el trabajador debe conocer y practicar.

Principios fundamentales: Son los mismos que se tienen en cuenta en el movimiento de cargas:
- Mantener la espalda recta y no torcer el tronco.
- Aprovechar la fuerza de las piernas para descargar trabajo a la espalda.
- Mantener la carga pegada al cuerpo.

- Sujeción consistente de la carga.
- Mantener los pies separados, con un pie en dirección del movimiento. - Uso del peso del cuerpo como contrapeso durante la movilización.
- Separar los pies y colocarlos lo más cerca del paciente
- Bloquear la columna vertebral (bloqueo de pelvis)
- Flexionar las piernas
- Buscar apoyos en asideros seguros (cabeceras, pies de la cama, arcos…).
- No levantar cuando se pueda evitar, es preferible deslizar, empujar, girar, bascular.
- No utilizar la punta de los dedos para hacer fuerza; las manos se utilizarán como palas.

1.- MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO HACIA LA CABECERA DE LA CAMA:
Si colabora:
- Pedir su colaboración, flexionando las rodillas del paciente y agarrándose al cabecero de la cama.
- El paciente se impulsará hacia el cabecero de la cama, mientras la TCAE lo sujeta y realizan el movimiento los dos al mismo tiempo. Hay que evitar que el paciente se golpee la cabeza con el cabecero de la cama.
- Si el paciente se encuentra en una cama traumatológica o que la cama posea triángulo de Balkan (trapecio), se ayudará agarrándose a él.

Si no colabora:
- Con la ayuda de la entremetida, se coloca una persona por cada lado de la cama, sujetando bien la entremetida, enrollándola y bien pegada al cuerpo del paciente, y al unísono se desliza hacia la cabecera de la cama.
- Una persona por cada lado de la cama, agarrando al paciente por las axilas, deslizándolo hasta la cabecera. El celador pondrá uno de sus brazos debajo de las axilas y el otro debajo del cuello del paciente.

2.- MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HACIA UN LADO DE LA CAMA:
Con ayuda de la entremetida:
- Se coloca cada persona del lado de la cama y sujetando fuerte la entremetida y lo más cerca al paciente, se desplazará hacia el lateral de la cama que se desee movilizar al enfermo.
- Acto seguido se doblará la rodilla del paciente contraria al sentido del giro y con la entremetida llevarlo al centro de la cama.
Nos fijaremos que el brazo no quede debajo del cuerpo del paciente.

Sin la ayuda de la entremetida:
- Pasaremos un brazo bajo la cabeza y cuello del paciente hasta asir el hombro más lejano.
- Colocar el otro brazo por debajo de la zona lumbar.
- Una vez sujeto con ambos brazos, tiraremos suave y simultáneamente del paciente hacia la posición deseada.
- Cuando esa parte del cuerpo esté desplazada, situaremos uno de nuestros brazos bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos, procediendo a desplazar la otra parte del cuerpo del paciente hacia la posición deseada.

3.- SENTAR O INCORPORAR UN PACIENTE EN LA CAMA:
- Nos colocaremos al lado de la cama del paciente, a la altura de su tórax.
- Colocaremos un brazo por debajo de los hombros del paciente.
- El otro brazo debemos colocarlo debajo de la axila del paciente, sujetando por detrás de ésta, a la altura del omóplato.
- Lo incorporaremos a la posición de sentado.

4.- SENTAR AL PACIENTE EN EL BORDE DE LA CAMA:
- El TCAE adelanta un brazo, el más próximo a la cabecera, y rodea los hombros del enfermo, y el otro lo coloca en la cadera más lejana del paciente.
- Haciendo que la cadera y las piernas del paciente giren de modo que queden colgando en el borde de la cama. Con el otro brazo ayudamos a erguir el tronco (en un solo movimiento debemos elevar los hombros y rotar el cuerpo del paciente, moviendo con nuestro brazo las piernas y rodillas hasta que quede sentado con las piernas colgando en la cama).
- Una vez que el paciente está sentado en la cama, colocaremos nuestros pies y rodilla en los pies y piernas del paciente haciendo tope, para evitar que éste resbale y caiga

5.- TRANSFERENCIA DEL PACIENTE AL SILLÓN O A LA SILLA DE RUEDAS:
- Flexionaremos las rodillas para abrazar al paciente por la cintura para ayudarle a incorporarse de pie y a continuación en un cuarto de giro lo sentamos en el sillón o la silla de ruedas.
- Dejarlo bien acomodado, colocando las almohadas necesarias para ello

6.- TRANSFERENCIA DEL PACIENTE TENDIDO EN EL SUELO PARA PASARLO A POSICIÓN DE SENTADO:
Colocar la silla o sillón detrás del paciente.
Indicar al paciente que se coja de los hombros de los TCAEs que le van a sentar, siempre y cuando el paciente esté consciente.

Cogerle por las axilas, haciendo tope nuestros pies y rodillas con los del paciente para evitar que este resbale.
Levantar al paciente llevándolo hacia atrás sentándolo en la silla

7.- TRANSFERENCIA DEL PACIENTE DE PLANO A PLANO:
A).- SI EL PACIENTE COLABORA, SE PRECISA DE 1 SÓLO PROFESIONAL:
Se colocan los dos planos a la misma altura, siempre que sea posible, y paralelos. Inmovilizar ambos (frenar).
El TCAE se coloca del lado hacia el que se va a mover el paciente ayudando a éste a realizar el cambio de plano, procurando que no voltee en el movimiento.

B). SI EL PACIENTE NO COLABORA o su patología se lo impide, el movimiento lo realizarán dos profesionales.
Se colocan los dos planos a la misma altura, siempre que sea posible, y paralelos, inmovilizando ambos.
Se coloca una persona de cada lado del plano, cogiendo cada uno de ellos la sabana, agarrándola lo más próxima al paciente.
El TCAE que está en el plano más alejado del paciente apoyará la rodilla en el plano vacío para ayudarse en la movilización.
Los dos al mismo tiempo desplazarán al paciente al plano deseado.

Riesgos de la manipulación manual de cargas:
Existen diversos factores de riesgo que hacen peligrosa la manipulación manual de cargas y, por tanto, aumentan la probabilidad de que se produzca una lesión. En el caso concreto de las lesiones de espalda, los riesgos están relacionados con cuatro aspectos característicos de la manipulación manual de cargas.
1.- La carga: El riesgo de sufrir una lesión de espalda aumenta si la carga es:
- Demasiado pesada: no existe un límite de peso para que una carga sea segura, pero un peso de 20-25 kg resulta difícil de levantar para la mayoría de las personas;
- Demasiado grande: si la carga es grande, no es posible seguir las instrucciones básicas de levantamiento y transporte, como mantener la carga lo más cerca posible del cuerpo, ya que los músculos se cansarán más rápidamente;
- Difícil de agarrar: esta circunstancia puede hacer que el objeto se resbale y provoque un accidente; las cargas con cantos afilados o materiales peligrosos pueden lesionar a los trabajadores;
- Descompensada o inestable: esta situación conduce a una carga desigual de los músculos y desemboca en la fatiga, debido a que el centro de gravedad del objeto se aleja del eje central del cuerpo del trabajador;

- Difícil de alcanzar: si para alcanzar la carga hay que extender los brazos o inclinar el tronco, la fuerza muscular necesaria es mayor;
- De una forma o tamaño que dificulte la visión al trabajador, lo que aumenta las posibilidades de resbalar, tropezar, caer o chocar.

2.- La tarea. El riesgo de sufrir una lesión de espalda aumenta si la tarea:
- Es agotadora, es decir, se realiza con demasiada frecuencia o durante demasiado tiempo;
- Implica la adopción de posturas o movimientos forzados, por ejemplo inclinar o torcer el tronco, levantar los brazos, girar las muñecas o realizar estiramientos excesivos;
- Incluye una manipulación repetitiva.

3.- El entorno. El riesgo de sufrir una lesión de espalda puede aumentar si se dan las siguientes características del entorno de trabajo: - Un espacio insuficiente para la manipulación manual de cargas puede inducir a una postura forzada y favorecer un desplazamiento peligroso de la carga;
- Un suelo desigual, inestable o resbaladizo puede aumentar el riesgo de accidente;
- Con el calor, los trabajadores se sienten cansados y el sudor dificulta el manejo de las herramientas, lo que significa que se debe ejercer una fuerza mayor; por el contrario, el frío entumece las manos y dificulta el agarre de los objetos;
- Una iluminación insuficiente puede aumentar el riesgo de sufrir un accidente u obligar a los trabajadores a adoptar posturas forzadas para ver lo que están haciendo.

4.- Las personas. Algunos factores personales pueden afectar al riesgo de sufrir lesiones de espalda:
- La falta de experiencia, formación o familiaridad con el trabajo;
- La edad: el riesgo de sufrir trastornos dorsolumbares aumenta con la edad y con el número de años de trabajo;
- La complexión física, como la altura, el peso y la fuerza;
- Un historial previo de trastornos de espalda.

Riesgos de la manipulación manual de pacientes:
Los riesgos se concretan en el manejo de cargas pesadas durante largos períodos de tiempo o bien en periodos cortos pero de manera repetida (como es más habitual en el caso de la movilización de los pacientes), todo ello unido a la frecuencia con la que se lleva a cabo dicha tarea.
- La higiene postural, tanto estática como dinámica, es un factor fundamental a la hora de realizar no sólo una adecuada movilización de personas, sino para cualquier tipo de manipulación de cargas o esfuerzo.

- Los movimientos forzados de la espalda, con o sin carga, pueden llevar al límite a los mecanismos de protección y compensación. Los movimientos forzados pueden lesionar las articulaciones, lesionar ligamentos y provocar contracturas musculares.
- La debilidad de la musculatura debida al sedentarismo o falta de actividad física apropiada, supone un factor de riesgo añadido a los ya intrínsecos a las tareas de movilización de pacientes. La musculatura de la espalda ha de ser fuerte para poder afrontar las demandas de esta actividad, pero además, es fundamental que la musculatura abdominal y los cuádriceps estén en condiciones de ayudar. Siempre que no se sobrepase el límite tolerable de peso y que se emplee una técnica correcta, el trabajo de movilización de pacientes puede facilitar la adaptación muscular y ser beneficioso.
- El paciente en ocasiones, provoca movimientos bruscos no previstos o inesperados que los profesionales del sector sanitario tienen que asumir en el intento de evitar posibles lesiones o caídas del paciente con problemas de movilidad. Se produce por tanto, un sobreesfuerzo que es ejecutado de manera muy rápida y adoptando posturas que no son las adecuadas. Esta circunstancia puede aumentar el riesgo de lesión.

5 Discusión-Conclusión

Medidas de prevención en la manipulación manual de cargas:
Los accidentes y las enfermedades se pueden prevenir eliminando o, al menos, reduciendo los riesgos que entraña la manipulación manual de cargas. Para ello se deben aplicar las medidas que se enumeran a continuación, por orden de prioridad:
A. Eliminación: analizar si se puede evitar la manipulación manual de cargas, por ejemplo usando equipos eléctricos o mecánicos como cintas transportadoras o carretillas elevadoras;
B. Medidas técnicas: si la manipulación manual de cargas no se puede evitar, se debe considerar el uso de equipos de apoyo, como cabrestantes, carros y equipos neumáticos;
C. Medidas organizativas: si la eliminación o reducción de los riesgos que entraña la manipulación manual de cargas no es posible, se han de aplicar medidas organizativas, como la rotación de los trabajadores y la introducción de pausas lo suficientemente prolongadas;
D. Información sobre los riesgos y las consecuencias negativas para la salud de la manipulación manual de cargas y formación sobre el uso de los equipos y las

técnicas de manipulación correctas. La rehabilitación y reintegración de los trabajadores con trastornos musculoesqueléticos (TME) al trabajo debería ser parte integrante de la política laboral en materia de TME. Con ello se mejorará la salud y el bienestar de los trabajadores y se evitará la disminución de la productividad. La participación de los trabajadores y de sus representantes es esencial cuando se abordan los riesgos laborales.

Medidas de prevención en la movilización manual de pacientes:

- Ejercicio físico: se debe considerar individualmente el tipo de ejercicio físico que necesita cada profesional para mantener su musculatura en forma, teniendo en cuenta, en cada caso, las características personales y antropométricas, requerimientos físicos de su actividad laboral y sus hábitos individuales. Hay que tener en cuenta que el ejercicio físico mal ejecutado, puede ser incluso perjudicial. La natación es el más recomendado por sus beneficios, se realiza en descarga e intervienen casi todos los músculos.
- Organización y distribución del trabajo: es importante planificar y organizar el trabajo que requiera carga física entre el personal que ha de asumir estas tareas. Organizar cómo y qué persona llevará a cabo la movilización del paciente puede evitar riesgos.
- Planificar la movilización del paciente: antes de mover al paciente se debe de conocer su grado de dependencia (paciente dependiente total, semidependiente o autónomo) y la enfermedad o lesiones que tiene, así como valorar el espacio y los útiles disponibles.
- Planificar la actividad: cada trabajador debe conocer la técnica más adecuada a aplicar en cada momento. Es importante saber decidir si es mejor utilizar una ayuda mecánica o si se ha de solicitar ayuda de uno o más compañeros. También es importante explicar al paciente los movimientos que se van a realizar y pedir su colaboración.
- Dar una orden única, clara y precisa para el movimiento.
- Higiene postural: las lesiones producidas al realizar esfuerzos, son provocadas por ejecutarlos de manera incorrecta, por desconocimiento del método o por no seguir las normas. Los principios básicos para una correcta higiene postural son los siguientes: a) Mantener la espalda recta: Esta norma básica permite que las cargas que actúan sobre la espalda lo hagan de manera vertical para que entren en juego los mecanismos amortiguadores del disco intervertebral e impide que se produzcan contracturas musculares. Si se inclina la espalda, se pierde la verticalidad y los músculos se ponen a trabajar en unas condiciones de sobrecarga para mantener la cohesión vertebral. b) Flexionar las rodillas: Este gesto permite que trabajen, como principal motor del movimiento, los potentes músculos de las pier-

nas (cuadriceps) y de los glúteos, proporciona una mayor base de sustentación y mejora el equilibrio. c) Adecuar la altura del plano de trabajo según la tarea que vayamos a realizar (ajustar la altura de la cama,...). d) Aproximarse a la zona de trabajo y al paciente a movilizar. e) Sujetar al paciente próximo al cuerpo: A mayor distancia, el momento de fuerza resultante es mayor y, por tanto, mayor fuerza tendremos que aplicar para superar la resistencia. Así, manteniendo al paciente cerca, la fuerza a la que se somete la columna es mucho menor (porque al reducir la distancia, se reduce el momento de la fuerza realizada para manejar la carga). f) Agarrar bien al paciente: Es importante conocer, para cada técnica de movilización, el mejor agarre posible. g) Proporcionar una amplia base de apoyo: Para mantener una postura estable y mover sin problemas al paciente, se deben colocar los pies separados y uno ligeramente delante del otro. Con una buena base de apoyo se evitarán lesiones porque se aprovechará el impulso mecánico producido en la movilización. Es necesario que los pies estén orientados en el sentido del desplazamiento de la carga. h) Girar todo el cuerpo mediante pequeños movimientos de los pies para así evitar realizar torsiones del tronco. i) Siempre que sea posible, utilizar puntos de apoyo (camillas, mesas, sillas, cabezal de la cama...).

6 Bibliografía

- Directiva 90/269/CEE del Consejo, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas a la manipulación manual de cargas.
- http://osha.europa.eu/topics/msds
- http://osha.europa.eu/publications
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
- Técnicas Básicas de Enfermeria. Ed. Editex
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1118

INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

Mª ANGELES JUANES ALVAREZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales se definen como cualquier infección adquirida durante el tiempo en que el individuo hospitalizado, pudiendo manifestarse mientras esta internado o después de haber sido dado de alta. Estas infecciones deben estar relacionadas con la hospitalización o con los procedimientos realizados en el hospital .
Los tipos más comunes de infecciones nosocomiales son:
- Infección urinaria.
- Infección de la piel.
- Infección de la sangre.
- Neumonía.

Para disminuir la tasa de infección de un hospital se deben de tener los cuidados básicos, con todos los pacientes independientemente de su diagnóstico y del tratamiento realizado. Asimismo es importante incentivar el alta hospitalaria, siempre que sea posible, ya que las posibilidades de adquirir una infección aumentan con el paso del tiempo. Concienciar a los acompañantes y al personal sanitario acerca de la higienización correcta de manos.

2 Objetivos

La meta fundamental es la reducción del número de infecciones nosocomiales y su costo, elaborando unas normas y rutinas para la limpieza y desinfección de los

ambientes, estableciendo la frecuencia, tipo de desinfectante, especialmente en áreas críticas, determinación de reglas para pacientes, visitantes y profesionales para disminuir el riesgo de infecciones, estimulaciones de medidas de higiene, principalmente de las manos. Orientación para el uso correcto de antibióticos, orientación sobre el uso de productos químicos para eliminar microorganismos, como germicidas, desinfectantes, antisépticos, agentes de limpieza, vigilancia en casos de infección, para entender las causas y elaborar planes de prevención .

3 Metodología

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

4 Resultados

Precauciones estándar:
El lavado de manos es la medida más importante y efectiva para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de una persona a otra.

Precauciones de transmisión aérea:
Estos pacientes requieren una habitación individual con presión negativa individualizada, manteniendo siempre la puerta cerrada, toda persona que entre en esa habitación debe llevar mascarilla de alta eficacia.

Precauciones de transmisión por gotas:
Se requiere una buena higiene de manos, uso de guantes y de un equipo específico para el cuidado del paciente.

Precauciones de transmisión por contacto:
Se requiere una habitación individual, higiene de manos y el uso de guantes,equipo específico para el cuidado del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante para minimizar cualquier infección nosocomial será elaborando unas normas y rutinas en cuestión de limpieza e higiene, tanto para pacientes, visitantes y personal sanitario.

6 Bibliografía

- Garners JS et al.CDC definitions for nosocomial infections , 1998 . Am J Infect control,1988,16 : 128-140.
- Medicine . 2010 ;10 (49) 3293-300.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1119

RECOMENDACIONES PARA LA VUELTA A LA VIDA DIARIA TRAS UN ICTUS.

CAROLINA SUÁREZ

LUCÍA DE DEUS VEGAS

ANA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

Un ictus es una enfermedad neurológica producida por la interrupción del flujo sanguíneo.
Hay 2 tipos:
- Ictus hemorrágico: Cuando un vaso sanguíneo rompe, causando sangrado dentro del cerebro.
- Ictus isquémico: También llamado infarto cerebral, ocurre cuando una de las arterias del cerebro se obstruye (por trombo o coagulo) interrumpiendo el flujo sanguíneo a una parte del cerebro. Es el más frecuente.

Ataque Isquémico transitorio(AIT): Es un tipo de ictus isquémico producido por la interrupción del flujo sanguíneo, pero de forma temporal, siendo habitual que los síntomas duren unos minutos y que la persona se recupere totalmente en menos de 24 horas. Se considera urgencia médica.

Tras el alta hospitalaria,la adaptación a las actividades de la vida diaria es el principal reto que tienen las personas que han sobrevivido a un ictus. Tiene variedad

de limitaciones y complicaciones siendo de mayor o menor gravedad dependiendo del tipo de ictus y zona del cerebro lesionada.

2 Objetivos

El objetivo fundamental es la máxima recuperación del paciente y minimizar las posibles secuelas. Para ello proporcionaremos un cuidado organizado y eficiente encaminado a favorecer una continuidad en los cuidados, enfocados, sobre todo, a enseñar la manera de evitar las complicaciones de la inmovilidad y brindar apoyo y orientación para superar las deficiencias que conlleva esta enfermedad dirigidas a ayudar al paciente a adoptar los cambios necesarios para realizar las actividades de la vida diaria y fomentar su autonomía, así como a orientar a la familia en su cuidado.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las secuelas más comunes son:
- Ataxia: falta de coordinación
- Paresia: ausencia parcial de movimiento voluntario
- Plejia :pérdida de función motora

La más recurrente es la hemiparesia, donde la masa muscular se reduce y con ello la fuerza.
- Mover el brazo o la pierna o ambas.
- Mantener el equilibrio y caminar.
- Tragar los alimentos y comer.
- Hablar y entender el lenguaje: articular correctamente las palabras, encontrar la palabra adecuada o comprender lo que se le dice.
- Pensar y recordar.

- Ver correctamente.
- Controlar los esfínteres.
- Problemas derivados de la inmovilidad: ulceras por presión, contracturas en las articulaciones, edema (retención de líquidos) en las extremidades.
- Dolor en el hombro o en la mitad corporal afectada.
- Problemas emocionales, de estado de ánimo y del comportamiento.
- Crisis epilépticas.
- Falta de confianza en uno mismo…

Estos problemas pueden afectar a la capacidad para realizar las actividades habituales de nuestra vida como: caminar, el aseo, el vestido, hablar, leer, etc.
Propensión a caídas: ejercitaremos la musculatura y entrenaremos el equilibrio con ejercicios recomendados por terapeuta. retiraremos alfombras y obstáculos del suelo y evitaremos suelos mojados o con cera.
En el baño poner asientos o sillas de plástico adptadas a la bañera.
La casa ha de estar bien iluminada.
El calzado ha de ser antideslizante.

TRASTORNOS VISUALES: puede producirse pérdida de la mitad del campo visual,procuraremos que el paciente mire hacia el lado afectado para compensar visión.
TRASTORNOS DEL LENGUAJE: los más comunes son:
Afasia: el paciente no puede expresarse adecuadamente y no entiende lo que le dicen.
Disartria: dificultad para articular palabras.
Mutismo: no emite sonidos. para colaborar y ayudar a la persona afectada:
- Daremos instrucciones claras utilizando vocabulario sencillo
- Ayudaremos a la comunicación con gestos o mímica
- Dar poca información y a ritmo lento. No hay que facilitar demasiado las tareas que el paciente vaya a realizar sólo, así al lograrlo, aumentará su autoestima.

Recomendaciones para la vida diaria: a. Alimentación: Procurar un entorno tranquilo, acercándole todo lo necesario y retirando lo innecesario. Podemos usar platos con reborde y fondo inclinado, que facilitan la carga de la cuchara. Cubiertos con mangos gruesos que mejoran el agarre, tazas de plástico con 2 asas.
Si no puede solo.
- Sentarse al mismo nivel.
- Acercarle la cuchara de frente, no lateralmente. b. Deglución: adaptaremos la consistencia de los alimentos. c. Vestido: dejar la ropa en el orden que deba

ponérsela. Si necesita nuestra ayuda, hay que tener siempre en cuenta comenzar a vestir por la parte afectada terminando por la sana y para desvestir, al revés. d. Baño/Ducha:instalar asideros en la pared de la bañera. silla de plástico o una tabla para facilitar el acceso a la bañera. el suelo ha de ser antideslizante. comprobar antes del baño que la temperatura del agua sea adecuada. e. WC: instalar asideros de apoyo en el wc para sentarse de forma más segura. Dejar el rollo de papel higiénico accesible. f. Correcta posición en cama y silla:

- Sentado: los pies han de estar apoyados, podemos usar almohadas o cojines para colocar bajo el brazo afectado.
- En cama: invitarle a que cambie de postura, si no puede habrá que realizar cambios posturales.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con ictus necesitan una gran cantidad de cuidados debido a las discapacidades derivadas de la enfermedad. Para facilitar a los pacientes y a su familia el traslado del hospital al domicilio de una forma planificada y evitar problemas de afrontamiento e incertidumbre, es necesario hacer uso de herramientas que ayuden a la continuidad de los cuidados .Para ello se dará en el hospital un plan de cuidados individualizado.

6 Bibliografía

- Consejos y cuidados tras un ictus.guías de práctica clínica del sistema nacional de salud. rehabilitación tras un ictus. Gobierno de Cantabria
- www.guiasalud.es

libro escuela de cuidados preguntas y respuestas sobre ictus (SESPA)

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

Capítulo 1120

CAMBIOS POSTURALES EN HOSPITALES.

BÁRBARA MÉNDEZ IGLESIAS

1 Introducción

Los cambios posturales en pacientes encamados, suele ser por lo general gente anciana, y los puede realizar cualquier persona que haya aprendido a manejarlos. En el ámbito sanitario los suele realizar el celador, pero puede ser compartida entre cualquier sanitario.
Si el estado de la persona lo permite, lo ideal es realizar cambios posturales cada 2-3 horas cuando esté encamada.
Debemos evitar en lo posible apoyarla directamente sobre sus lesiones, si ya las tuviera, si está sentado y tiene autonomía para realizar cambios de postura, lo conveniente es que los realice cada 15 minutos y si es dependiente se deben realizar cada hora y si no es posible por el motivo que sea, es preferible que permanezca en cama.
Es fundamental no arrastrar a la persona para evitar lesiones por la propia fricción con las sabanas. Para ello, podemos utilizar una sábana entremetida, de este modo, evitamos el arrastre al subir a la persona, por ejemplo, cuando se ha escurrido hacia los pies de la cama, también existen colchones especiales que, junto a los cambios posturales, ayudan a prevenir las úlceras por presión, son los llamados colchones antiescaras.

2 Objetivos

- Conseguir una posición correcta del enfermo que no se moviliza solo y permitir cambios de posición para evitar ulceras por presión en la piel debido a la inmovilidad.
- Proporcionar los conocimientos necesarios para prevenir otras complicaciones, ayudando al paciente a mantener una postura adecuada para favorecer su bienestar todo ello en condiciones de seguridad y comodidad.
- Tener en cuenta el diagnóstico y la patología del paciente para evitar posturas que pudieran ser nocivas para el paciente.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Moore EH, Seamus Cowman Z. Cambios de posición para el tratamiento de las úlceras de decúbito (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.
- Técnicas Básicas de Enfermería. McMillan Education.
- Hernández Vaquero, M. Análisis de cargas y evaluación postural en la movilización de pacientes como método preventivo de TME.

Capítulo 1121

ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

MARÍA ÁNGELES REPISO VAELLO

FERMINA PROENZA ALVAREZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) se define como una enfermedad neurológica inflamatoria autoinmune y crónica del sistema nervioso central (SNC) que tiene, generalmente, su primera aparición en la tercera década de vida y que afecta más a los hombres que a las mujeres (Latimer- Cheung et al., 2013; Martín-Valero, Zamora-Pascual & Armenta- Peinado, 2014).

El principio fisiopatológico aun no es del todo conocido, pero se identificado que en la EM se atacan los axones mielinizados en el SNC, destruyendo la mielina y con ello reduciendo enormemente la funcionalidad de las neuronas (Mayo et al., 2013).

El curso clínico de la EM es muy variado e impredecible. En la mayoría de los pacientes, la enfermedad se caracteriza, inicialmente, por episodios de déficits neurológicos reversibles, que a menudo son seguidos por un deterioro progresivo a lo largo del tiempo. Como muestra se ha identificado que aproximadamente el 50% de los pacientes con EM requieren ayuda para caminar en los 15 años

posteriores a la aparición de la enfermedad y más del 15% no podrán volver a hacerlo.

Aunque existe controversia sobre ello, la mayoría de los estudios afirman que los hombres y muy especialmente aquellos de procedencia norte europea, tienen un mayor riesgo de desarrollar la patología (Ontaneda, Thompson, Fox y Cohen, 2017; Kaminsha, Koper, Piechal y Kemona, 2017). La enfermedad se diagnostica sobre la base de los hallazgos clínicos y la evidencia de apoyo de pruebas complementarias, como la resonancia magnética (RM) cerebral y el examen del líquido cefalorraquídeo (LCR) (Ontaneda et al., 2017).

La EM suele presentarse en adultos de 20 a 45 años de edad, aunque ocasionalmente, se presenta en la infancia o en la mediana edad tardía (Kaminsha et al., 2017). La causa es desconocida, pero parece implicar una combinación de susceptibilidad genética y un desencadenante no genético, como un virus, metabolismo o factores ambientales. También se ha identificado como posible causa el mantenimiento de un trastorno autoinmune que conduce a ataques inmunitarios recurrentes en el SNC (Ontaneda et al., 2017; Kaminsha et al., 2017).

1. Incidencia de la Esclerosis Múltiple

Como se ha comentado previamente, la esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria crónica del Sistema Nervioso Central (SNC) que tiene una alta tasa de discapacidad. Concretamente y a nivel mundial, es considerada como la principal patología incapacitante no traumáticaen adultos jóvenes.

El desarrollo de EM en los primeros años de vida es bastante rara, aunque algunos autores han asociado a diferentes procesos clínicos y muy ligados a la infancia como posibles predisponentes a padecer EM una vez se alcanza la edad adulta: la bronquiolitis y el sarampión. Cuando aparece en edades tempranas, las mujeres son las principales afectadas, desarrollando la enfermedad 2-3 años antes que los varones (Latimer-Cheung et al., 2013).

SI se valora incidencia por sexos, algunos estudios consideran que los hombres se ven más afectados que las mujeres, especialmente entre los 30 y 50 años de vida (Martín-Valero et al., 2014). Otras investigaciones apuntan a que las tasas son similares y que en las féminas el diagnostico puede ser enmascarado por otras patologías como la fibromialgia o el Síndrome de fatiga crónica (Latimer-Cheung et al., 2013). En la actualidad, se acepta que los casos de féminas podrían duplicar a los aparecidos en varones (Ontaneda et al., 2017).

Si se valora por países, Europa es el ámbitomás afectado, seguido de Norteamérica y Sudamérica. En el continente europeo, la tasa de prevalencia de la EM es de aproximadamente 83 afectados por cada 100.000 habitantes, y la tasa de incidencia media anual es de aproximadamente 4.3 diagnósticos por cada 100.000 habitantes (Mayo et al., 2013).

En paciente no controlados o que no responde correctamente al tratamiento, la esperanza de vida en pacientes con EM se reduce en 7-10 años. La tasa de mortalidad estandarizada se triplicó durante todo el siglo XX, pero esta ha mejorado en las últimas décadas debido a los avances en la investigación y en las mejoras de los tratamientos (Martín-Valero et al., 2014).

2. Etiología y factores predisponentes de la Esclerosis Multiple
Las investigaciones más recientes en cuanto a desarrollo de Esclerosis Multiple indican que la etiología de la enfermedad está íntimamente ligada a factores tanto genéticos como ambientales. Los primeros son un punto clave en el desarrollo de la EM, pero se ha identificado que los ambientales pueden ser el mecanismo detonante a su aparición. Concretamente, un individuo que genéticamente está predispuesto a padecer la enfermedad, no la desarrollará a no ser que existan una serie de factores a su alrededor y que activen la cascada genética responsable (Vejikonia et al. 2010).

En cuanto al aspecto genético, la EM tiene una tasa de recurrencia familiar del 20%. El riesgo de EM cambia de 2.77% en familiares de primer grado a 1.02%, en familiares de segundo grado y 0.88% en familiares de tercer grado, en comparación con 0.3 % en la población general. Estos resultados confirman la importancia del predisponente genético. Los gemelos monocigóticos son concordantes en el 24-30% de los casos, en comparación con el 3-5% en los gemelos dicigóticos, que es comparable al de los hermanos. También se ha identificado que el sexo del miembro afectado en la familia influye en el riesgo de EM (Vejikonia et al., 2010).

3. Clasificación de los pacientes según el tipo de forma clínica de la EM
La gran mayoría de los neurólogos y las asociaciones de pacientes están de acuerdo en que los pacientes pueden agruparse en 4 categorías principales según el curso de la enfermedad:

- EM recidiva remitente: es la forma más común, que afecta aproximadamente al 85% de los pacientes con EM. Está marcado por brotes (recaídas o exacerbaciones) de síntomas, seguidos de períodos de remisión, cuando los síntomas mejoran o desaparecen.

- EM secundaria progresiva: puede desarrollarse en algunos pacientes con enfermedad recurrente-remitente. Para muchos enfermos, el tratamiento con agentes modificadores de la enfermedad ayuda a retrasar dicha progresión. El curso de la patología continúa empeorando con o sin períodos de remisión o nivelación de la gravedad de los síntomas (mesetas).
- EM primaria progresiva: afecta aproximadamente al 10% de los pacientes con EM. Los síntomas continúan empeorando gradualmente desde el principio. No hay recaídas o remisiones, pero puede haber mesetas ocasionales. Esta forma de esclerosis múltiple es más resistente a los medicamentos que se usan normalmente para tratar la enfermedad.
- EM progresiva recidivante: una forma rara, que afecta a menos del 5% de los pacientes. Es progresivo desde el principio, con brotes intermitentes de empeoramiento de los síntomas. No hay periodos de remisión.

2 Objetivos

Objetivo principal
- Analizar aquellas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que pueden mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los afectados por esclerosis múltiple.

Objetivo secundario
- Conocer las características clínicas más importantes de los enfermos con EM.

3 Metodología

El presente trabajo está basado en una revision sistemática acerca de implicaciones terapéuticas que el personal sanitario debe seguir y proponer a los enfermos con Esclerosis Multiple para que puedan mejorar su pronóstico y su calidad de vida. Las bases de datos empleadas han sido PubMeD y Cochrane.
Las palabras clave utilizadas son: esclerosis múltiple, tratamiento, asistencia enfermera, evolución. Se han empleado tanto los términos en inglés como en español.

Los criterios de inclusión son: estudio avalados científicamente y con un grado de calidad superior a II-c en base a la escala USPSTF, disponibilidad de texto completo y publicaciones desde 2009 a 2019, e idioma inglés y español.

Se empleó el operador booleano AND para la obtención de las ecuaciones de búsqueda. El resultado ha sido el siguiente:
Esclerosis múltiple AND tratamiento.
Esclerosis múltiple AND asistencia enfermera.
Esclerosis múltiple AND evolución.

4 Resultados

Todos los autores consultados coinciden en afirmar la cronicidad de la enfermedad y la imposibilidad de un tratamiento curativo efectivo. Dentro de las terapias que se han desarrollado para mejorar la vida de los individuos, las farmacologías son las que más capacidad parecen tener en este tipo de pacientes (Nicholas y Rashid, 2013).

En la actualidad se están desarrollando una serie de guías terapéuticas que facilitan el conocimiento de los profesionales en cuanto al desarrollo de terapias basadas en medicamentos que son capaces de alterar el desarrollo patológico de la EM. Los objetivos del tratamiento con agentes modificadores incluyen acortar la duración de las exacerbaciones agudas, disminuir su frecuencia y proporcionar alivio sintomático (Claflin Van der Mei, Taylor 2018).

Es una práctica común tratar las recaídas agudas de la EM de un curso corto (generalmente de 3 a 5 días) con corticosteroides que tienen un inicio de acción rápido y que producen pocos efectos adversos (Claflin et al., 2018): prednisona oral de 60 a 100 mg una vez al día, disminuida durante un período de 2 a 3 semanas, o IV metil- prednisona 500 a 1,000 mg una vez al día durante 3 a 5 días. Estos mismos fármacos se usan también para tratar las exacerbaciones agudas y para acortar la duración de los ataques de EM (Claflin et al., 2018; Fernández et al., 2017).

Si bien no existe cura para la EM, ocho agentes terapéuticos aprobados por la FDA pueden reducir la actividad y la progresión de la enfermedad en pacientes con EM recurrente, incluidos los pacientes con EM progresiva secundaria que continúan teniendo recaídas(Claflin et al., 2018; Fernández et al., 2017; McGinley y Rossman, 2017).

- Interferones Beta (Avonex, Betaseron, Rebif, Extavia): citoquinas naturales secretadas por las células inmunitarias. Estos agentes inhiben la replicación viral a través de una variedad de actividades inmunomoduladoras y antivirales. Aunque los mecanismos de acción de los interferones beta-1a y beta-1b en la EM son de-

sconocidos, desempeñan funciones reguladoras en el sistema inmunitario y sus propiedades antiinflamatorias. se cree que son beneficiosos. Se ha demostrado que los interferones beta reducen la incidencia de recaídas en, aproximadamente, un tercio y se recomiendan para pacientes con EM con recaídas y con recidivas que tienen intolerancia al acetato de glatiramer.Existe evidencia de que estos fármacos mejoran la calidad de vida y la función cognitiva.

- Acetato de Glatiramer (Copaxone): mezcla polipeptídica de copolímero sintetizada que consiste en ácido L-glutámico, L-lisina, L-alanina y L-tirosina. El fármaco se diseñó originalmente para imitar y competir con la proteína básica de la mielina. Se ha demostrado que el acetato de glatirámero subcutáneo (SQ) (20 mg / día) reduce la tasa de ataques en pacientes con recaídas: EM remitente.

- Mitoxantrona (Novantrone): antes de su aprobación para el uso en la EM, se usó para tratar ciertas formas de cáncer. La mitoxantrona suprime la actividad de las células T, las células B y los macrófagos que se cree que lideran el ataque contra la vaina de mielina. Como antracenediona antineoplásica sintética, se intercala en el ADN e interfiere con el ARN. Este medicamento es un potente inhibidor de la topoisomerasa II, una enzima responsable de reparar el ADN dañado. Los estudios in vitro han demostrado que la mitoxantrona inhibe la proliferación de células B, células T y macrófagos y perjudica la presentación de antígenos, así como la secreción de interferón gamma, factor de necrosis tumoral (TNF) - alfa, e interleucina-2 (IL-2). Estos pacientes mostraron mejoras significativas en los puntajes de discapacidad, medidos por la Escala de estado de discapacidad expandida (EDSS).La dosis acumulada de por vida debe limitarse estrictamente a 140 mg / m2 o 2 a 3 años de tratamiento.

- Natalizumab (Tysabri): es un anticuerpo monoclonal de inmunoglobulina humanizada (IgG4) recombinante. Al igual que los interferones beta y el acetato de glatiramer, su mecanismo de acción no se ha definido completamente. Administrado por vía intravenosa una vez al mes, se dirige el natalizumab contra una molécula de adhesión llamada antígeno activador muy tardío 4 (VLA-4). Natalizumab reduce notablemente la tasa de ataque en pacientes con EM y mejora significativamente todas las medidas de gravedad.

- Fingolimod (Gilenya): es el primer fármaco modificador de la enfermedad administrado por vía oral aprobado por la FDA para reducir las recaídas y retrasar la progresión de la discapacidad en pacientes con formas recurrentes de MS. Fingolimod es un modulador del receptor de la esfingosina-1-fosfato que se metaboliza por la esfingosina quinasa al metabolito activo fosfato de fingolimod, que

a su vez bloquea la migración de los linfocitos de los ganglios linfáticos, lo que reduce el número de linfocitos en la sangre periférica. La terapia con fingolimod reduce significativamente el riesgo de progresión de la discapacidad durante el período de tratamiento.

- Dalfampridina (Ampyra): es el primer fármaco aprobado por la FDA que se ha encontrado que mejora la marcha en pacientes con cualquier tipo de EM. Las tabletas de dalfampridina contienen una formulación de liberación sostenida de 4-aminopiridina, que bloquea los canales de potasio en la superficie de las fibras nerviosas. Esta capacidad de bloqueo puede mejorar la conducción de las señales nerviosas en las fibras cuyo revestimiento aislante de mielina ha sido dañado por EM. Antes de la introducción de la dalfampridina, no había ningún tratamiento farmacológico disponible para la dificultad para caminar relacionada con la EM.La dosis máxima recomendada es una tableta de 10 mg, dos veces al día, tomadas con o sin comida.

En cuanto a las terapias no farmacologías, la actividad física se ha convertido en un complemento muy importante a la terapia farmacológica. Con el inicio de la enfermedad crónica progresiva o recidivante-recurrente, las personas con EM comienzan a manifestar una capacidad funcional deteriorada y reducen su actividad física en comparación con su rutina anterior a la patología (Huizinga et al. 2016). Las causas de esto son principalmente dos (Veljkonja et al. 2010):
- Miedo a un empeoramiento de la patología de base .
- Miedo a un empeoramiento de los síntomas de la enfermedad, especialmente el dolor y la imposibilidad de movimiento.

Las ventajas de la práctica deportiva en los pacientes con EM es variada, siendo las más importantes las siguientes(Mayo et al., 2013):
- Mejora la tonificación muscular y fomenta que la movilidad se vea lo menos afectada posible.
- Optimiza las capacidades orgánicas, especialmente las cardiovasculares y las respiratorias.
- Reduce el impacto en la calidad de vida de la enfermedad.
- Promueve e incita a la sociabilización y las relaciones con otros enfermos.

El ejercicio debe integrarse dentro de un enfoque multidisciplinario orientado a mejorar la discapacidad y a una mayor integración social de los afectados. En general, los tipos de ejercicios deben fomentar tanto las intervenciones pasivas hasta sesiones de entrenamiento adaptadas a las capacidades de los individuos. van desde intervenciones pasivas basadas en fisioterapia, hasta sesiones de en-

trenamiento de resistencia submáximas (Mayo et al., 2013). Los ejercicios que se suelen recomendar deben estar enfocados, principalmente a las siguientes características (Mayo et al., 2013; Veljkonja et al. 2010):

- Fortalecimiento: adquirir y ganar fuerza a través de pautas que mejoren la resistencia, ayudando a disminuir la sensación de fatiga.
- Flexibilidad: movilizar las articulaciones y que ayude a prevenir la rigidez y la debilidad y la espasticidad.
- Resistencia: mejorar la funcionalidad de los sistemas orgánicos como el cardiovascular y el respiratorio.
- Equilibrio y Coordinación: mejorar la movilidad y disminuye la perdida de precisión y de la capacidad de desarrollar movimientos finos.
- Relajamiento: Reducir la tensión física y mental, disminuir el cansancio después de una sesión de ejercicio o ayudar a manejar las tensiones.

5 Discusión-Conclusión

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad neurológica en la que influye tanto la genética como factores ambientales y que predispone al individuo que la padece a un empeoramiento progresivo de su calidad de vida (Claflin et al., 2001). El papel de la farmacología en esta situación clínica es fundamental para disminuir esta situación y que los pacientes no pierdan independencia. Aunque en la actualidad no se ha desarrollado ningún fármaco curativo, si existe una amplia variedad que se emplean en la mejora de la sintomatología y en el retroceso del avance de la enfermedad: interferones beta, acetato de glatiramer, mitoxantrona natalizumab, fingolimod, dalfampridina, etc. (Fernández et al., 2018; Mayo et al., 2013; Ontaneda et al. 2017). El papel de actividad física como complemento a los medicamentos es importante en el proceso de mejora de la EM. La evidencia muestra que el entrenamiento físico en EM tiene el potencial de obtener y mejorar en muchos componentes fisiológicos, al igual que su estado de ánimo y su capacidad social (Ontaneda et al., 2017).

6 Bibliografía

- Claflin SB, van der Mei IAF, Taylor BV. (2018)Complementary and alternative treatments of múltiplesclerosis: a review of the evidence from 2001 to 2016.Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry;89(1):34-41.
- Correale J, Gaitán MI, Ysrraelit MC, Fiol MP. (2017) Progressive múltiplesclerosis: from pathogenic mechanisms to treatment. Brain;140(3):527-546.

- Fernández O, Delvecchio M, Edan G, Fredrikson S, Gionvannoni G, Hartung HP, Havrdova E et al. (2018)Complementary and alternative treatments of múltiplesclerosis: a review of the evidence from 2001 to 2016. Journal Neurology Psychiatry; 89(1): 34-41.
- Huizinga JM, St George RJ, Spain R, Overs S, Horak FB. Postural response latencies are related to balance control during standing and walking in patients with múltiplesclerosis. Arch Phys Med Rehabil;95(7):1390-7.
- Kamińska J, Koper OM, Piechal K, Kemona H. (2017)Multiple sclerosis - etiology and diagnostic potential. PostepyHig Medical;71(0):551-563.
- Latimer-Cheung AE, Pilutti LA, Hicks AL, Martin Ginis KA, Fenuta AM, MacKibbon KA, MotlRW. (2013). Effects of exercise training on fitness, mobility, fatigue, and health-related quality of life among adults with múltiplesclerosis: a systematic review to inform guideline development. Arch Phys Med Rehabil; 94(9):1800-1828
- Mayo NE, Bayley M, Duquette P, Lapierre Y, Anderson R, Bartlett S (2013). The role of exercise in modifying outcomes for people with múltiplesclerosis: a randomized trial. BMC Neurol;13:69.
McGinley M, Rossman IT. (2017)Bringing the HEET: The Argument for High-Efficacy Early Treatment for Pediatric-Onset Multiple Sclerosis.Neurotherapeutics;14(4):985-998.
-Nicholas R, Rashid W.(2013) Multiple sclerosis.American Famacology Physician;87(10):712-4. R
Ontaneda D, Thompson AJ, Fox RJ, Cohen JA. (2017). Progressive múltiplesclerosis: prospects for disease therapy, repair, and restoration of function. Lancet; 389(10076): 1357-1366.
- Velikonja O, Curić K, Ozura A, Jazbec SS. (2010). Influence of sports climbing and yoga on spasticity, cognitive function, mood and fatigue in patients with múltiplesclerosis. Clin Neurol Neurosurg;112(7):597-601
- Waldman A, Ghezzi A, Bar-Or A, Mikaeloff Y, Tardieu M, Banwell B. (2014). Multiple sclerosis in children: an update on clinical diagnosis, therapeutic strategies, and research. Lancet Neurology;13(9):936-48.

Capítulo 1122

CUIDADOS EN APLASIA MEDULAR.

SHEILA RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La aplasia medular se produce, en la mayor parte de los casos, por el ataque del tejido hematopoyético (formador de la sangre) de la médula ósea por los linfocitos T del propio paciente, activados o no por algún agente externo (mecanismo autoinmune). Como consecuencia de la agresión, se produce un descenso del tejido hematopoyético con el consiguiente déficit de producción de los componentes celulares de la sangre: glóbulos rojos (hematíes), glóbulos blancos (leucocitos) y plaquetas.
La incidencia de la AM en nuestro medio parece estar entre 1 y 4 casos nuevos al año por cada millón de habitantes. La AM típica es una enfermedad del adulto joven, aunque existe un segundo pico de incidencia en mayores de 60 años. No existen diferencias significativas entre ambos sexos.
Deriva del déficit de los elementos formes de la sangre: el déficit de hematíes da lugar un síndrome anémico (fatiga, taquicardia, palidez, edemas, cefalea…) que puede ser bien tolerado si es de lenta instauración, el déficit de plaquetas ocasiona hemorragias (cutáneas, mucosas…) y el déficit de leucocitos da lugar a infecciones de distintas localizaciones por bacterias u hongos y úlceras de mucosas.

2 Objetivos

Realizar una revisión de la bibliografía sobre las intervenciones de enfermería en los pacientes sometidos a trasplante de médula en situación de aplasia medular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una revisión de la bibliografía científica en las bases de datos Pubmed, Scielo, Web of Science y Dialnet, desde el año 2005. Los descriptores utilizados fueron "trasplante de médula", "aplasia medular", "intervenciones enfermería" "trasplante hematopoyético".

4 Resultados

Diagnóstico NANDA [00004] Riesgo de infección r/c aplasia medular y/o catéter venoso central.
Intervenciones de enfermería:
[6540] Control de infecciones.
- Aislamiento inverso en habitación individual con sistema de ventilación dotado con filtros HEPA, que asegure renovación horaria del aire y una presión positiva entre la habitación y el exterior.
- Solo se permite la estancia de un acompañante en la habitación, el cual deberá de llevar un pijama quirúrgico, calzado dedicado a la unidad y mascarilla.
- Higiene de manos con hidroalcohol antes de la entrada a la habitación y colocación de mascarilla. No tocar los tiradores de las puertas.
- Instruir al paciente sobre técnica correcta de higiene de manos. - El personal que trabaje directamente con el paciente deberá usar un pijama limpio por turno y calzado dedicado a la unidad.
- La entrada y salida de materiales a la habitación se realiza por las esclusas.
Instruir al paciente y familia acerca de signos y síntomas de infección y cuándo debe informar sobre los mismos al personal sanitario.
[6550] Protección contra las infecciones.
- Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.
- Valorar la temperatura corporal por turno. Si superior a 38ºC se comunicará al facultativo médico. Observar signos y síntomas de infección tanto sistémica como localizada.
- Inspeccionar puntos de punción cada 24 horas.
[4054] Manejo de un dispositivo de acceso venoso central.
- Comprobar correcta colocación del catéter venoso central mediante radiografía.
- Utilización de técnica aséptica para la manipulación del catéter mediante el correcto lavado de manos, uso de guantes y limpieza del tapón bioconector con toal-

lita hidroalcohólica cada vez que vaya a manipularse.
- Uso de apósitos de clorhexidina transparentes que deben cambiarse de manera estéril cada 7 días.
- Los sistemas de infusión se cambiarán cada 72 horas, cada 24 horas si son de nutrición parenteral total.

5 Discusión-Conclusión

La situación de aplasia en los pacientes sometidos a trasplante de médula hace necesaria la toma de medidas de prevención especiales tanto por parte del personal sanitario como del paciente y acompañantes. Las intervenciones del personal sanitario en este sentido irán encaminadas a evitar la exposición a patógenos por parte del paciente aplasiado y el control de los posibles fómites y principales vías de entrada de infecciones.
Es de vital importancia el control de los materiales que vayan a estar en contacto con el paciente y su entorno, así como una adecuada educación sanitaria en cuanto a la higiene y en cuanto a la identificación temprana de signos y síntomas de infección.
Se será especialmente minucioso a la hora del manejo y mantenimiento de las vías de acceso venoso, muy especialmente de las de acceso central, donde se debe estar pendiente ante signos tempranos de infección.

6 Bibliografía

- Martín MC, Haro E, Cortés MR, Pérez E. Gestión de instalaciones, flujo de personas y materiales. Procedimiento Normalizado de Trabajo del Servicio de Hematología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.
- Carreras i Pons E, Rovira i Tarrats M, Zeberio Echechipia I. Manual de Trasplante Hematopoyético. 5ª ed. Molins de Rei (España): Editorial Antares; 2016.
- Rifón J.J.Trasplante de progenitores hematopoyéticos. An Sist Sanit Navar [revista on-line] 2006 ; 29(2).
- Clínica Universidad de Navarra [Sede Web]. Pamplona: Clínica Universidad de Navarra; 2019. Saber más sobre el trasplante de progenitores hematopoyéticos.
- Servicio de Hematología y Hemoterapia Hospital Donostia. I Curso de enfermería en el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). Donostia: Hospital Universitario Donostia; 2011
- Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular [Sede Web]. Madrid: Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular; [acceso

26 de febrero 2019]. El trasplante Hematopoyético.
- Alba Rosales MA, Bellido Vallejo JC, Cárdenas Casanova V, Ibáñez Muñoz J, López Márquez A, Millán Cobo MD et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN.1ª ed. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, España; 2010.

Capítulo 1123

INTERVENCIONES SOBRE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA

SHEILA RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La insuficiencia cardíaca, a veces llamada insuficiencia cardíaca congestiva, se produce cuando el músculo del corazón no bombea sangre como debería hacerlo. Determinadas afecciones, como las arterias estrechadas en el corazón (enfermedad de las arterias coronarias) o la presión arterial alta, dejan progresivamente el corazón demasiado débil o rígido como para llenarse y bombear de forma eficaz.

No es posible revertir todas las afecciones que provocan la insuficiencia cardíaca, pero los tratamientos pueden mejorar los signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca y ayudarte a vivir más tiempo. Los cambios en el estilo de vida (como hacer ejercicio, reducir el sodio en la dieta, controlar el estrés y adelgazar) pueden mejorar la calidad de vida.

Una manera de evitar la insuficiencia cardíaca es prevenir y controlar las afecciones que la originan, como la enfermedad de las arterias coronarias, la presión arterial alta, la diabetes o la obesidad.

La insuficiencia cardíaca puede ser constante (crónica) o puede comenzar de manera repentina (aguda).

Algunos de los signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca pueden ser los siguientes:
- Falta de aire (disnea) cuando haces esfuerzos o te acuestas.
- Fatiga y debilidad.
- Hinchazón (edema) en las piernas, los tobillos y los pies.
- Latidos del corazón rápidos o irregulares.
- Menor capacidad para hacer ejercicio.
- Tos o sibilancia constantes con flema blanca o rosa manchada de sangre.
- Mayor necesidad de orinar por la noche.
- Hinchazón del abdomen (ascitis).
- Aumento de peso muy rápido por retención de líquido.
- Falta de apetito y náuseas.
- Dificultad para concentrarse o menor estado de alerta.
- Falta de aire repentina y grave, y tos con moco rosa espumoso.
- Dolor en el pecho si la insuficiencia cardíaca es producto de un ataque cardíaco.

2 Objetivos

- Realizar una revisión de la bibliografía sobre los diagnósticos enfermeros y las intervenciones de enfermería en los pacientes que padecen insuficiencia cardíaca congestiva.

3 Metodología

Revisión de la bibliografía científica en las bases de datos Pubmed, Scielo, Web of Science y Dialnet, desde el año 2005. Los descriptores utilizados fueron: plan de cuidados, insuficiencia cardíaca y enfermería.

4 Resultados

Exceso de volumen de líquidos relacionado con proceso patológico y manifestado por edemas.
Acciones de enfermería:
- Pesar al paciente diariamente en las mismas condiciones.
- Controlar y anotar diariamente las entradas y salidas de líquido del paciente.
- Valorar la dieta del paciente. Está indicada una dieta baja en sodio. (La limitación de la ingesta de sodio reduce la retención de agua y sodio).

- Valorar diariamente la reducción de edemas.

Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno y manifestada por disnea y aumento de la frecuencia cardiaca.
Actividades:
- Elevar el cabezal de la cama a una posición de semi fowler.
- Determinar la estabilidad cardiaca evaluando la TA, ritmo y FC e indicadores de la oxigenación como nivel de conciencia y color de la piel.
- Cuando el paciente esté estable instituir un programa gradual de rehabilitación pulmonar y cardiaca que se inicia con cambios posturales regulares y ejercicios de amplitud de movimiento y que progresa a ejercicios activos (sentar en sillón, deambular por la habitación e ir al baño).
- Alternar las actividades con periodos de reposo.
- Estimular al paciente a que haga ejercicios mientras realiza las actividades rutinarias, como bañarse y vestirse.
- Evaluar la tolerancia del paciente a las actividades recién introducidas. Interrumpir la actividad si la FC del paciente aumenta más 30 lpm por encima del nivel de reposo, si aparece una nueva o mayor irregularidad en el pulso, si la TA sistólica cae 15 mmHg o por debajo del nivel de reposo, o si aparece disnea o un enlentecimiento de la frecuencia respiratoria, pierde la conciencia o experimenta una profunda debilidad.
- Enseñar al paciente a evitar la maniobra de Valsalva.

Déficit de conocimientos relacionado en su nueva situación de salud.
Actividades:
- Explicar signos y síntomas de la enfermedad.
- Explicar las razones de las restricciones dietéticas y de actividad.
- Enseñar sobre las medicaciones que hay que tomar habitualmente al alta. Proporcionar folletos de información y revisar la dosis, horario de administración y efectos secundarios de la mediación. Remarcar la importancia de tomar las dosis a la hora prescrita. Sugerir una cajita de pastillas marcada con los días y horas de las dosis.
- Remarcar la importancia del autocontrol de los signos y síntomas de insuficiencia creciente, tales como inflamación de los tobillos o piernas, falta de aliento, taquicardia y nueva o mayor irregularidad del pulso.
- Revisar con familia y paciente los cuidados de seguimiento: el médico, centro, día, hora y sitio de la siguiente visita y control.

Ansiedad relacionada con crisis situacional.

Actividades:
- Comunicación con el paciente. Ofertar disponibilidad.
- Responder las preguntas y dudas del paciente.
- Promover la expresión de sentimientos. Actuar con tranquilidad y sin prisas.
- Explicar previamente al paciente todos los procedimientos.
- Mantener un ambiente silencioso y tranquilo. Reducir estímulos personales.
-Pasar tiempo con el paciente y animarle a que solicite ayuda cuando sienta ansiedad.
- Permanecer con el paciente durante el episodio de ansiedad le ayuda a reducir la sensación de impotencia.
- Dar tiempo al paciente para que exprese sus sentimientos, expectativas y temores.
- Enseñar al paciente y familiares las rutinas hospitalarias para reducir el nivel de ansiedad del paciente.

Manejo ineficaz del régimen terapéutico personal relacionado con la complejidad del tratamiento.
Actividades:
- Identificar conjuntamente con el paciente y la familia las conductas inadecuadas, porqué resultan perjudiciales y las consecuencias previsibles en caso de mantenerlas.
- Diseñar un plan realista para incluir, hasta donde sea posible el régimen terapéutico en las actividades de la vida cotidiana, procurando que las modificaciones sean las mínimas posibles y/o introducirlas de manera progresiva.
- Revisar las ayudas institucionales o sociales disponibles para determinar si pueden ser aplicables en cada caso concreto.
- Remarcar la gravedad de la ICC y la importancia del autocuidado. Usar la propia situación del paciente para ilustrar cómo el no seguimiento del tratamiento afecta a su salud. (La incredulidad en la gravedad de la enfermedad es uno de los factores asociados al no seguimiento del tratamiento prescrito).

Complicación potencial de edema pulmonar.
Actividades:
- Valorar signos y síntomas de edema pulmonar.
- Administrar O2 suplementario según prescripción.
- Administrar medicamentos (diuréticos, agentes inotrópicos, nitratos, vasodilatadores). Según prescripción médica.
- Avisar al médico si la tos se hace continua, si aparece taquicardia o si hay un brusco aumento de la hemoptisis.

Complicación potencial de infección respiratoria.
Actividades:
- Valorar signos y síntomas de insuficiencia respiratoria.
- Observar presencia y características de las secreciones.

5 Discusión-Conclusión

La insuficiencia cardíaca congestiva es una enfermedad grave que requiere de unos cuidados diarios por parte del paciente que la sufre y por tanto el seguimiento por parte de sanitarios y del entorno del propio paciente es de vital importancia.

Buena parte de las actividades llevadas a cabo desde el ámbito sanitario una vez que el paciente está estable, se basan en la educación del paciente, para el conocimiento y toma de conciencia de su situación y su relación con su estado actual, como en la enseñanza de los cuidados que se deben llevar a cabo y las conductas que pueden ser inadecuadas.

Se debe, por tanto, educar al paciente y entorno sobre todo en conductas saludables, adherencia al tratamiento y entrenarlos en identificación de signos y síntomas de empeoramiento de la enfermedad.

6 Bibliografía

- McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica 2012. Rev Esp Cardiol. 2012; 65:938.e1-938.e59.
- Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. Heart. 2007; 93:1137-46.
- Sayago-Silva I, García López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. Rev Esp Cardiol. 2013;66:649-5
- Vázquez, García, R. et al. Consejería de Salud y Bienestar Social. Proceso Asistencial Integrado de Insuficiencia Cardiaca. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social ISBN: 84-8486-046-9; 2012
- Albert NM, Buchsbaum R, Li J. Randomized study of the effect of video education on heart failure healthcare utilization, symptoms, and self-care behaviors. Patient Educ Couns. 2007;69(1-3):129–39

- Strachan PH, Currie K, Harkness K, Spaling M, Clark AM. Context matters in HF selfcare: A qualitative systematic review. J Card Fail. 2014
Programa de IC Hospital del Mar- SAP Litoral. Protocolo de Intervención Multidisciplinaria Basada en Enfermería. Justificación de un Modelo Basado en la Intervención de Enfermería.
- Jaarsma T, Strömberg A, Ben Gal T, Cameron J, Driscoll A, Duengen H-D, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. Patient Educ Couns. 2013 Jul;92(1):114–20
- Pérez Otero R. García García M, Del Castillo Arévalo F. Atención de Enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1(2): 9-26

Capítulo 1124

ABORDAJE DE LA MUCOSITIS SECUNDARIA A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO

SHEILA RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La mucositis es una inflamación de la superficie mucosa que recubre el interior del tracto digestivo, siendo la boca, la garganta y el esófago las zonas más afectadas.

La mucositis oral se manifiesta como una sensibilidad aumentada de la mucosa de dicha zona con molestia o dolor al ingerir alimentos duros, calientes o especiados. Se enrojecen diversas áreas de la boca y, en su grado máximo, se desarrollan llagas dolorosas. Las mismas lesiones pueden observarse en la garganta y el esófago, dificultando mucho la deglución de los alimentos.

Sin duda, éste es uno de los efectos secundarios más molestos para el paciente, ya que puede ser muy doloroso e impide una adecuada ingesta de alimentos.

La mucositis es muy común, y más del 40% de pacientes que reciben quimioterapia y más del 75% de los que se someten a un trasplante de médula ósea la padecerán. La frecuencia e intensidad de la misma dependerá directamente del tipo y dosis de los agentes quimioterápicos empleados.

2 Objetivos

- Realizar una revisión de la bibliografía sobre las intervenciones de enfermería en los pacientes sometidos a trasplante de médula que padecen mucositis a nivel oral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Los descriptores utilizados fueron "trasplante de médula", "mucositis oral", "intervenciones enfermería" "trasplante hematopoyético".

4 Resultados

Diagnóstico NANDA [00247]: Riesgo de deterioro de la mucosa oral r/c mucositis secundaria al tratamiento.

Intervenciones de enfermería:
[1710] Mantenimiento de la salud bucal. Dependiendo del grado de mucositis se seguirán unas pautas diferentes:

- Grado del 0 al 1: Higiene de la boca cuatro veces al día con cepillo de cerdas suaves. Aclarar la boca con agua embotellada o agua estéril. Usar enjuagues de clorhexidina tras las comidas. No usar hilo dental para evitar hemorragias gingivales. Aplicación de vaselina en labios.
- Grado 2: Higiene bucal igual que en grados del 0 al 1. Se cambiarán los enjuagues de clorhexidina, debido a que pueden generar escozor en las lesiones, por Aloclair® realizándose cuatro veces al día. Si existe dolor a la ingesta se puede aplicar una hora antes de las comidas. Enjuagues profilácticos con nistatina tres veces al día. Retirada de prótesis dentales o reducir su uso al momento de la ingesta. Aplicación de analgesia pautada.
- Grado 3-4: Higiene bucal igual que en grados 0-1. Enjuagues de Aloclair® y nistatina igual que en el grado 2. Enjuagues con lidocaína viscosa al 2% media hora antes de las comidas para reducir el dolor. Si existen lesiones indicativas de

infección viral se iniciará tratamiento antivírico según pauta médica. Si existe sobre infección se utilizará antibioterapia de amplio espectro.

5 Discusión-Conclusión

Las intervenciones de enfermería irán encaminadas a evitar la aparición de complicaciones secundarias a la mucositis a nivel oral en pacientes comprometidos a nivel inmológico y, por tanto, fomentar una salud oral que evite que la boca sea puerta de entrada de infecciones que podrían derivar en complicaciones importantes para salud del paciente, y entorpecer una adecuada alimentación, que es una parte muy importante en la recuperación de pacientes con este tipo de patología.

6 Bibliografía

- Rifón J.J.Trasplante de progenitores hematopoyéticos. An Sist Sanit Navar [revista on-line] 2006 [acceso 26 de febrero de 2019]; 29(2).
- Clínica Universidad de Navarra [Sede Web]. Pamplona: Clínica Universidad de Navarra; 2019 [acceso 2 de marzo de 2019]. Saber más sobre el trasplante de progenitores hematopoyéticos.
- Servicio de Hematología y Hemoterapia Hospital Donostia. I Curso de enfermería en el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) [monografía en Internet]. Donostia: Hospital Universitario Donostia; 2011.
- Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular [Sede Web]. Madrid: Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular; [acceso 26 de febrero 2019]. El trasplante Hematopoyético.
- Alba Rosales MA, Bellido Vallejo JC, Cárdenas Casanova V, Ibáñez Muñoz J, López Márquez A, Millán Cobo MD et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN.1ª ed. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, España; 2010.
- Martín C, Cortés MR. Manejo de pacientes con mucositis. Procedimiento Normalizado de Trabajo del Servicio de Hematología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Capítulo 1125

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

La mayor parte de los procedimientos quirúrgicos se realizan en el quirófano de un hospital, especialmente los de cirugía mayor. Todo el personal que trabaje en la sala de quirófano debe trabajar en equipo. Dentro del equipo podemos destacar el personal facultativo (cirujanos y anestesistas) y el personal de enfermería (diplomados y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería).

Por lo general las intervenciones en quirófanos están planificadas, aunque también hay intervenciones de urgencia, por lo cual todo el equipo debe saber actuar con eficacia para superar posibles complicaciones. La cirugía menor realiza intervenciones de menor importancia. Puede realizarse en consulta o en urgencias, por ejemplo.

2 Objetivos

- Revisar la actuación de auxiliar de enfermería en el quirófano.
- Analizar las habilidades que debe tener un auxiliar de quirófano.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en diversas bases de datos y diversas publicaciones relacionados con las técnicas básicas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en quirófano.

4 Resultados

El bloque quirúrgico se define,desde el punto de vista estructural,como el espacio en el que se agrupan todos los quirófanos, con los equipamientos y características necesarias para llevar a cabo los procedimientos quirúrgicos previstos.

Para el desarrollo de una intervención quirúrgica se requiere: una preparación correcta del quirófano, adiestramiento de todo tipo de personal,adecuados métodos de desinfección y esterilización y determinadas precauciones de seguridad que deben tomarse,para que la sala de operaciones se convierta en un medio seguro para el enfermo.

El TCAE como miembro del equipo quirúrgico trabaja en coordinación con los enfermeros, dándoles apoyo en su actividad.

La cirugía se puede clasificar en mayor o menor según su complejidad y riesgo que conlleve.

Al periodo de tiempo que transcurre desde que un paciente va a ser intervenido ,se prepara para la intervención,se realiza la misma y hasta que es dado de alta se conoce como perioperatorio.

Dentro de este periodo hay tres fases:
- Preoperatorio: antes de la intervención. Empieza desde que se prepara el paciente y finaliza cuando es colocado en la mesa de operación.
- Transoperatorio: desde que se coloca el paciente en la mesa de operación hasta que abandona el quirófano
- Postoperatorio: es la fase que precede a la intervención

El quirófano debe tener separados las zonas sépticas de las asépticas para así prevenir posibles infecciones quirúrgicas. También hay espacios anexos como :
- Sala de anestesia.
- Baños.
- Sala de esterilización.

- Sala de instrumental y materiales.
- Vestuario.

El quirófano debe tener una temperatura baja entre 16 y 19 º de minima y máxima de 20 -24º para disminuir el crecimiento bacteriano la humedad tiene que ser alta. El área quirúrgico se encuentra dividido en las siguientes zonas.
- Sin limitaciones de acceso (justo a la entrada).
-De intercambio (Vestuario y salas de descanso).
- Semilimitados (en ella se requiere el uso del pijama quirúrgico ,calzado y gorro para el pelo).
- Limitadas: Aquí hay que ponerse mascarilla.

En esta zona se encuentran el antequirófano,el quirófano y los cuartos de lavado prequirurgico. El conjunto de profesionales que desempeñan su labor en el quirófano es el equipo quirúrgico. Este personal se clasifica en:
- Personal estéril.
- Personal no estéril (el TCAE pertenece a este grupo).

Podemos destacar tres actividades habituales del TCAE en quirófano: la limpieza, las revisiones y la reposición.
-La tarea de limpieza es muy importante, se debe limpiar el equipo quirúrgico, el quirófano y los aparatos.
- También hay que comprobar la existencia de material,el funcionamiento de los aparatos y la comprobación de la limpieza,desinfección y esterilización.

Estas actuaciones dependen de la patología de la persona intervenida.La intervención del TCAE no es lo mismo en una intervención programada que en una urgente.

En cuanto a las actuaciones relacionadas con el paciente hay tres fases.
- Cuando el paciente llega al antequirófano los pasos previos son identificarse y comprobar los datos, también hay que ayudar al diplomado en enfermería en la técnica de monitorización cardiaca y en la canalización venosa.
- Durante el proceso operatorio el TCAE cumple una función básica de ayuda y de disponibilidad para atender las necesidades de materiales y aparatos, puede colaborar en mayor o menor grado en actos como la inducción anestésica la apertura de equipos quirúrgicos, el montaje del instrumental, el manejo de aparatos,la recogida de material y reposición a medida que va siendo necesario (gasas, apósitos, etc.).

- Una vez acabada la intervención el TCAE traslada al enfermo a reanimación, recoge y limpia todo el instrumental, aparatos, superficies. etc.

Existen unas pautas de comportamiento del TCAE en el quirófano.
- Evitar entradas y salidas innecesarias del quirófano.
- Usar gorro, calzas, bata, guantes y mascarilla y desechar todo esto cuando se abandona la zona quirúrgica.
- Desinfectar el instrumental y llevar al servicio de esterilización.
- Poner el material desechable en bolsas adecuadas para su recogida y tratamientos posteriores. Las agujas y el material de corte se tiran en contenedores especiales.
- Limpiar las superficies de los aparatos, vitrinas, mesas de quirófano, etc.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del TCAE en los quirófanos es muy importante. Colabora en las tres etapas de la intervención.
- Preoperatorio: apoyo físico y psicológico antes de la cirugía y protocolos de preparación en colaboración con el usuario (enemas, agujas, higiene, etc.).
- Periodo intraoperatorio: mantener quirófano limpio y ordenado y el material desinfectado y esterilizado.
- Periodo postoperatorio: recuperación postanestsica del paciente, mantener constantes vitales.

Todas estas unidades y atención al paciente que realiza en TCAE son imprescindibles para que el resto de los implicados puedan mantener su colaboración al 100%. Es muy importante el trabajo en equipo. El papel del TCAE en el quirófano es muy importante, por eso es muy importante su formación. Es vital que durante el trabajo en equipo exista una gran coordinación.

6 Bibliografía

- www.aladae.com
– Tecnica del TCAE en quirófano.
- Tecnicos de enfermería básicas – Editex 2012.
- El auxiliar de enfermería en quirófano – Logoss-2017.
- McGrawHill – Higiene del medio hospitalario.

Capítulo 1126

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS Y TIPOS DE DRENAJES ABDOMINALES

MARIA JOSE BRAÑA ALONSO

CARMEN MORENO GONZALEZ

ISABEL GUTIERREZ SALAZAR

1 Introducción

Los tubos de drenaje se colocan para evitar la acumulación de líquido en el sitio de la intervención o de la herida, lo cual puede retrasar la cicatrización de los tejidos. El número y tipo de drenajes dependerá de la magnitud y la zona donde se realice el procedimiento quirúrgico. Pueden insertarse lejos de la incisión original, lo que permite curarlos de forma independiente, esto permite evitar la transmisión de infecciones entre el sitio de incisión/operación y la zona de salida del drenaje

2 Objetivos

- Dar a conocer los distintos tipos de drenajes abdominales, su correcta utilización y funcionamiento y cuidados destinados al manejo, control y ayuda en las curas junto con el enfermero.

- Detectar rápidamente complicaciones que pudieran existir como hemorragias, infecciones, pérdida excesiva de líquidos, arrancamientos involuntarios y mantener la permeabilidad del drenaje.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos y paginas web tanto del ámbito de la enfermería como de la medicina. Una vez seleccionada la información que mas se ajustó a la temática a desarrollar, se realiza un cribado de datos y contenidos mas destacados, mediante un análisis critico y reflexivo.

Se eligen diferentes bases de datos que fueron: Plumed (bases de datos bibliográficos),Medline, Cuiden y Cuidatge. Se restringe la búsqueda, mediante la utilización de operadores booleanos (AND Y NOT).

4 Resultados

Cuidados generales para la manipulación de drenajes
- Dotar de información al paciente, sobre los cuidados y recomendaciones básicas a tener en cuenta durante el tiempo que porte en drenaje.
- Observar el estado de la piel que circunda el catéter.
- Manipular siempre el drenaje con las manos lavadas, desinfectadas y con guantes.
- Realizar una cura diaria de la zona de inserción del sondaje y valorar signos de infección, filtración de exudado o hemorragias.
- Cambiar las gasas de los drenajes diariamente, o siempre que el exudado manche el apósito exterior.
- No realizar tracciones bruscas que puedan extraer de forma accidental el drenaje.
- Anotar y valorar cantidad de exudado, apariencia (seroso, serohemático, purulento, hemático, bilioso, fecaloide) color, olor, sólidos encontrados y número de veces que realizamos el vaciamiento del colector.
- Comprobar que el drenaje no ha sido extraído accidentalmente y que no se ha producido ninguna desconexión.
- Comprobar la permeabilidad de los tubos de drenaje
- En los drenajes con sistema de aspiración por vacío, comprobar que el colector mantiene el vacío.

- Vaciar el colector cuando sea necesario, una vez vaciado, restablecer el vacío.
- Mantener higiene de las luces del drenaje.
- Comprobar que el tapón del drenaje este correctamente cerrado.
- Aplicar vendaje compresivo siempre que sea necesario.
- Siempre que el sondaje lo permita intentaremos fijar el tubo a la piel paciente para su comodidad y para evitar posible desplazamiento accidental de la sonda.
- Vigilar la existencia de fugas y el nivel de agua de la cámara de recolección, en ese tipo de drenajes.
- En los drenajes por gravedad comprobar que este por debajo del nivel de inserción del drenaje, para evitar reflujo.
-Si el paciente es portador de varios drenajes numerarlos para permitir su identificación, debe mantenerse el mismo número para cada drenaje mientras permanezcan colocados.

Los drenajes se pueden dividir:
1. Según su finalidad:
- Profilácticos: tienen como finalidad evacuar líquidos o gases y evitar su acumulación tras la cirugía, ya que de no ser así, estos serían un campo de cultivo para microorganismos.
- Preventivos: al eliminar estos exudados, se previenen complicaciones.
- Terapéuticos: su objetivo es evacuar exudados nocivos o gases para el paciente que presentaba antes de la intervención quirúrgica. También se pueden administrar sustancias terapéuticas a través de ellos.

2. Según el mecanismo de actuación:
- Pasivos: Son drenaje que no necesitan aspiración para evacuar los fluidos del organismo sino que los expulsa al exterior por gravedad o capilaridad. Se utilizan cuando la cantidad de líquido que se necesita evacuar no es cuantiosa.
- Activos: Son los drenajes que emplean succión para evacuar de forma rápida los fluidos. Estos drenajes son más rígidos, de silicona o polivinilo, conectados a sistemas de succión negativa, de diversos tipos. Se utilizan para evacuar grandes cantidades y sólidos.

Cuidados de la sonda en T o Tubo de Kehr
Drenaje de Kehr (Tubo en "T"): drena por gravedad. Es un tubo de silicona con forma de T. Se utiliza en cirugía de vías biliares, colocándose las dos ramas de menor longitud de la sonda, una en el colédoco y otro en el conducto hepático, dejando el extremo de mayor longitud de la sonda para evacuar al exterior, a través de la pared abdominal. Su función principal es reducir la presión en las

vías biliares tras cirugía, drenando parte de la bilis producida por el paciente.

Este drenaje se conecta a un sistema de recolección cerrado y estéril, colocado por debajo del nivel del enfermo, donde se recoge el líquido exudado. Se suele retirar aproximadamente a los 21 días del postoperatorio. Antes de retirarse se debe pinzar la sonda y comprobar que el paciente no presenta dolor cólico o realizar una colangiografía con contraste para comprobar la correcta permeabilidad y función de las vías biliares. Para retirar el drenaje pinzaremos la sonda, soltaremos los puntos de fijación y realizaremos tracción continua hasta su total extracción.

Cuidados del drenaje de Jackson Pratt (JP)
Es un drenaje quirúrgico de succión cerrada, se utiliza para la eliminación del líquido del liquido que se acumula en la cavidad abdominal tras la cirugía.
Se compone de dos partes:
- Un tubo de goma delgado. Con orificios de salida que está colocado dentro de la cavidad abdominal.
- Una pera de silicona redonda, al comprimirla con el tapón quitado crea un vacío que succiona el líquido acumulado.

Para vaciar el contenido del drenaje: retiramos el tapón de la pera, vaciamos en una copa graduada, para medir la cantidad. Asegurándonos que el pico de la pera no toque el recipiente medidor, para evitar la propagación de gérmenes en el drenaje. Limpiamos el orificio de salida del líquido con unas gasas. Presionamos el centro de la pera con el tapón quitado para permitir la salida de aire y sin soltar volvemos a colocar el tapón, esto permitirá que siga haciendo el vacio.

Cuidados del drenaje de Blake
Tiene un extremo multiperforado, redondo y con rayas de color. Es muy parecido al Jackson Pratt.

Cuidados del drenaje de Penrouse
Tubo de latéx flexible y puede ser de diferentes longitudes, que se coloca en una herida o área de incisión quirúrgica, queda fijado a la piel y suele drenar a una bolsa de drenaje (generalmente) o a un apósito de gasas que cambiaremos diariamente o siempre que este manchado el aposito exterior. Si se quiere medir la cantidad de líquido drenado se colocara una bolsa de colostomía. La retirada de este drenaje será de forma progresiva (2cm diarios) para evitar adherencia a la piel y retirando el punto de sutura. La bolsa de drenaje debe tener una inclinación aproximada de 45º para favorecer el drenado. Drena por capilaridad.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental el conocimiento por parte de los profesionales de el manejo y control de los diferentes tipos de drenajes abdominales y en definitiva, evitar las complicaciones que pueden aparecer por la mala praxis a la hora de la manipulación de los drenajes.

6 Bibliografía

- E.M., Whyte LA., McCall J.M. procedimientos de enfermería clínica 5ª ed Elsevier.
- Berman A, Snyder S.J.,Kocier B, Erb G, Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y prácticas 8ª ed. Pearson.
- Lopez Soto R.M Procedimiento de curas abdominales. Rol de enfermería volumen 32.
- Gómez, A. V., Michelsen, F. C., Abello, A., Caceres, S., & Torres, F. Manual: 'Drenajes en Cirugía'.
- García, M. A. G., Hernández, V. H., Arroyo, R. M., & González, R. R. (2005). Enfermería de quirófano. DAE (Difusión Avances de Enfermería).
- Noble, K. A. (2003). Reconocer cada sonda o tubo de drenaje. Nursing (Ed. española), 21(8), 8-14.
- Gómez, A. V., Michelsen, F. C., Abello, A., Cáceres, S., & Torres, F. Manual: 'Drenajes en Cirugía'.
- Lombardo, S. (2012). Evaluación de las colangiografías a través de tubo en T de Kher e indicaciones actuales.
- Martín, R. M., & Gómez, M. Z. Sondas, canalizaciones y drenajes. Cirugía general para el médico general 2a, 125.

Capítulo 1127

PROTECCIÓN PARA EVITAR CONTAGIOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

ANA ISABEL VICENTE CANELA

1 Introducción

El aislamiento hospitalario se ha diseñado con el fin de prevenir que los pacientes con enfermedades infecciosas las propaguen al personal sanitario, visitas o a otros pacientes.

2 Objetivos

Determinar el tipo de contagio y la protección que debe llevar a cabo el personal que esta a cargo del paciente para evitar su propagación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es necesaria la clara identificación de los tipos de aislamiento pautados por el área médica. Antes de entrar en una habitación aislada hay que lavarse las manos con un jabón antiséptico o una solución alcohólica y realizar la misma operación a la salida de dicha habitación. Mantener siempre la puerta cerrada.Si el aislamiento es de contacto se utiliza guantes y bata. Si es de gota, se utiliza mascarilla, si es de aire, se utiliza mascarilla de protección inspiratoria. Si es inverso, guantes, bata, mascarilla antes de entrar en la habitación. Todos los pacientes aislados tendrán en su habitación, un tensiómetro y un termómetro. Los traslados de dicho paciente quedan limitados.

5 Discusión-Conclusión

Si el aislamiento se realiza correctamente, se observa que dicha enfermedad infecciosa disminuye y se evita su propagación, por lo tanto es muy importante respetar las normas de los aislamientos.

6 Bibliografía

- Protocolos de diversos centros hospitalarios. https//medlineplus.gov.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1128

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTE QUE SE VA A SOMETER A UNA ABLACIÓN CARDÍACA.

ANA ISABEL LONGORIA SIMON.

1 Introducción

La ablación cardíaca es un procedimiento que permite solucionar problemas en el ritmo cardíaco. Este funciona mediante la cicatrización o destrucción del tejido del corazón que provoca o sostiene el ritmo cardíaco anormal. En algunos casos, la ablación cardíaca evita que las señales eléctricas anormales ingresen al corazón y, de este modo, detiene la arritmia. En ella se utilizan catéteres que se introducen a través de una vena o arteria en la ingle y se deslizan hasta el corazón con el fin de aplicar energía en forma de calor o frío extremo para modificar los tejidos del corazón que provocan una arritmia.

Estas intervenciones normalmente se realizan en el hospital de dia de Cardiología. Cuando el paciente entra en el hospital para someterse a esta intervención, se le dará un camisón y se le pedirá que se lo ponga, recordandole que debe quitarse todo los objetos metálicos que lleve y si lleva dentadura postiza se le dará una caja para que la retire también. A continuación se le acostó en la cama, la enfermera le tomará las constantes y le colocará una vía venosa. Tras esto, el TCAE procederá a hacerle un electrocardiograma. Se avisará a la peluquera para que rasure la

zona por donde será intervenido. Una vez rasurado la TCAE limpiará la zona con una solución antiséptica. Así dejaremos el paciente preparado para entrar en la intervención.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE ante un enfermo que se va a someter a una ablación cardíaca.

3 Caso clínico

Paciente con displasia arritmogénica del ventrículo derecho, portador de desfibrilador automático implantable y con descargas apropiadas al que se realizan varias ablaciones endo-epicárdicas con recurrencia arrítmica posterior. Se decide realizar ablación epicárdica.

El procedimiento resultó eficaz, quedando al finalizar no inducible para arritmias ventriculares. Una vez que el paciente sale de la intervención el TCAE procederá a hacerle un electrocardiograma.

Transcurrida una hora el paciente podrá ingerir líquidos para probar la tolerancia, y si tolera bien se le podra dar algo de comer.
A las 3h levantaremos al paciente y lo sentaremos en un sillón donde estará una hora para luego poder darle el alta. Cuando el paciente ya no esté en la sala se levantará la cama, y cuando le limpie la limpiadora se hará para dejarla preparada para el siguiente paciente.

4 Discusión-Conclusión

Cuando un paciente va a someterse a un tipo de intervención así, siempre viene muy nervioso. Nuestro trabajo es muy importante en servicios así por que siempre estamos pendientes de las necesidades del paciente.

5 Bibliografía

- https://rithmi.com/que-es-una-ablacion-cardiaca/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.

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

Capítulo 1129

CUIDADOS A PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA.

ANA ISABEL LONGORIA SIMON.

1 Introducción

Una fractura de cadera es la ruptura de los huesos de su cadera. La cadera está ubicada en la parte superior de la pierna. Las fracturas de cadera pueden producirse a cualquier edad. No obstante, es más común en las personas mayores de 65 años. También es más común en las mujeres. Esto es así porque las mujeres padecen con frecuencia una enfermedad que debilita los huesos, denominada Osteoporosis.

2 Objetivos

Exponer y tratar la fractura de cadera así como su cuidado a través de un caso clínico, así como ilustrar los principales factores de riesgo que pueden conducir a este problema.

3 Caso clínico

Mujer de 70 años con antecedentes personales de hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Es ingresada en la planta de traumatología por caída accidental ocurrida durante la noche en su domicilio sobre la cadera derecha en la que presenta dolor intenso con impotencia funcional. Niega traumatismo craneal, no pérdida de conciencia así como tampoco dolor torácico ni disnea.

4 Discusión-Conclusión

Las elecciones del estilo de vida saludables durante el comienzo de la adultez construyen un pico de masa ósea mayor y reducen el riesgo de osteoporosis en los años posteriores. Las mismas medidas pueden disminuir el riesgo de caídas y mejorar la salud general si las adoptas a cualquier edad.

Para evitar caídas y mantener huesos sanos deberemos hacer ejercicio para fortalecer los huesos y mejorar el equilibrio, quitar del hogar todos los objetos que puedan ser los causantes de cualquier caída y mantener siempre las habitaciones bien iluminadas. Otra de las causas de las caídas es el levantarse rápido así que evitaremos levantarnos rápido de la cama o sofá.

5 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org
- https://es.wikipedia.org.

Capítulo 1130

CUIDADOS A NIÑO CON ANAFILAXIA

ELIZABETH LLANOS ROCA

1 Introducción

La anafilaxia es una reacción alérgica grave. Puede comenzar muy rápidamente, y los síntomas pueden ser potencialmente mortales. Las causas más comunes son reacciones a los alimentos, medicamentos y picaduras de insectos. Otras causas incluyen el ejercicio y la exposición al látex. A veces no se puede encontrar una causa.

2 Objetivos

- Conocer los síntomas más frecuentes en una reacción anafiláctica.

3 Caso clínico

Niña de 4 años que acude por dificultad respiratoria y edema labial. ITO con leche de vaca en fase de mantenimiento, actualmente toma 150ml al día. Según su madre, unos 40 minutos después de la toma de hoy, comienza con tos, rinorrea y sensación de disnea por que le administran 2 puff de salbutamol. Posteriormente inicio de edema labial y aparición de lesiones habonosas a nivel facial. No vómitos ni clínica digestiva. No fiebre no clínica catarral días previos. No otra sintomatología.

Antecedentes personales: alergia a la proteína de la leche de la vaca, inmunoterapia oral con leche de vaca en fase de mantenimiento.
Peso: 19kg
Tª: 36,8
Fc:120
TA: 105/55
Sat: 99%

Exploración física: buen color, buena perfusión periférica. Lesiones habonosas en región facial, tronco y extremidades inferiores. Angioedema facial, no edema de úvula. Leve tiraje intercostal. Abdomen blando y depresible, no dolor a la palpación.

4 Discusión-Conclusión

En este caso la clínica jugó un papel muy importante para el diagnóstico del problema, porque con los antecedentes personales y la sintomatología que tenía, se le diagnosticó muy rápido ya que ante una reacción anafiláctica es vital administrar con rapidez el tratamiento inmediato.

El tratamiento para estos casos normalmente es adrenalina intramuscular y si es un niño loo aconsejable es el ingreso para controlar su evolución.

5 Bibliografía

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

Capítulo 1131

LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

MARIA FLOR ROMERO GARCÍA

1 Introducción

La caída se define como un acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga. Las caídas son un importante problema de salud pública, tanto por la frecuencia con la que ocurren como por las consecuencias finales (lesiones, discapacidad y fracturas).

2 Objetivos

Objetivo general:
- Unificar criterios de prevención y actuación para disminuir el riesgo de caídas y aumentar la seguridad de los pacientes.

Objetivos específicos:
- Identificar factores que aumenten el riesgo de caídas durante la estancia hospitalaria: factores intrínsecos (personales de los pacientes) y factores extrínsecos (relacionados con el entorno hospitalario).
- Recomendar intervenciones para la prevención de caídas dirigidas tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios, cuidadores y pacientes.
- Unificar el plan de actuación ante caídas.
- Determinar la incidencia de las caídas que se producen en el medio hospitalario, analizando sus causas, consecuencias y la eficacia de las medidas preventivas y de actuación protocolizadas, a través de los sistemas de riesgo existentes.

3 Metodología

Para la realización de esta publicación se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema, mediante la búsqueda de publicaciones recientes en diferentes bases de datos de carácter científico, y guías sobre diferentes tipos de pacientes diana.

4 Resultados

Habiendo revisado diferentes estudios previo examen de su calidad metodológica mediante el CASPe (Programa de Habilidades de Evaluación Crítica), las principales causas por las que se producen las caídas están relacionadas con la edad, patologías (como el Parkinson, Alzheimer, demencias), medicación y el pre/postoperatorio.

De todos los estudios hay diversas intervenciones que han demostrado ser efectivas y reducir el número de caídas.

5 Discusión-Conclusión

El enfoque más común en la prevención de caídas según la opinión de los expertos es:
1. Saber qué pacientes tienen riesgos de caídas.
2. Tener un programa de prevención de caídas.
3. Aumentar la concienciación de los profesionales sobre los factores de riesgo asociados a las caídas y las potenciales estrategias de prevención.
4. Evaluar la eficacia del programa.

6 Bibliografía

- Alianza Mundial Para La Seguridad del Paciente - www.who.int/patientsafet.
- Consejería de salud de la Junta de Andalucia - www.juntadeandalucia.es/salud/seguridad/defaut.asp.
- Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caída en la atención hospitalaria OSAKINETZA.2009.
- OMS: Organización Mundial de la salud. Caidas - http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/.

Capítulo 1132

CÓMO ACTUAR ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

BEGOÑA GARCIA ORDIZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones que se producen en la piel por permanecer mucho tiempo en una misma posición. Se puede y se deben prevenir con un buen cuidado y atención al paciente por parte del personal de enfermería.

Para un buen tratamiento de las UPP se desarrollará un plan previamente organizado y conocido por todos los miembros del equipo de enfermería.

2 Objetivos

- Conocer las medidas y factores tanto intrínsecos como extrínsecos para prevenir las úlceras en los pacientes.
- Exponer las anomalías en la piel a los servicios de enfermería para que determinen lo antes posible los tratamientos pertinentes.
- Identificar y diferenciar las diferentes patologías de la piel para la detención temprana de las mismas.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Cuiden, Pubmed, Medline y en varios libros.

4 Resultados

Dentro de la bibliografía consultada podemos destacar los siguientes factores:
- Factores Extrínsecos:
- Cuidado diario de la piel, utilización de cremas hidratantes, jabón neutro, entre otros para mantener una piel intacta en el paciente.
- Utilizar medidas de protección para aliviar la presión sobre las áreas de riesgo (prominencias óseas)como colchones antiescaras, taloneras, arco de Balkan, almohadas, etc.

- Factores Intrínsecos:
- Aporte nutricional e hidratación adecuados. Valoración de la necesidad de suplementos nutricionales.
- Uso adecuado de los medicamentos para la diabetes y tensión arterial baja.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que todas las acciones propuestas relacionadas tanto con los factores intrínsecos como los extrínsecos están encaminados a la prevención de úlceras por presión.

6 Bibliografía

- Soldevilla Agreda J. Javier. STOP a las úlceras por presión. Gerokomos 2010
- Carmen Ávila, Bonias J, García L, García V, Herráiz A, Jaén Y, et al. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y tratamiento úlceras por presión y otras heridas crónicas.

Capítulo 1133

LA HIGIENE ORAL EN EL PACIENTE GERIÁTICO

BEGOÑA GARCIA ORDIZ

1 Introducción

Como consecuencia del avance de la edad se presentan complicaciones bucodentales como: Perdida dental, Prótesis mal ajustadas, caries, la estructura y apariencia de los dientes tienden a cambiar.
Estas condiciones tienen gran impacto en la calidad de vida de los adultos mayores y algunos de ellos han sido asociadas con enfermedades crónicas.

2 Objetivos

- Asociar salud bucal y calidad de vida en pacientes geriátricos
- Adquirir formación y habilidades aplicadas a la prevención, identificación e intervención de problemas relacionados con una mala higiene bucal.
- Fomentar la realización de un buen cuidado oral como practica habitual

3 Metodología

Se ha realizado búsquedas sistemticas en medios digitales a través de Google como: Pubmed, Elsevier, Scielo y obtenido datos del Instituto de Geriatria y protocolos del Hospital Reina Sofia.

4 Resultados

El estado de la salud bucal en el anciano dependerá del grado de incapacidad física, de la presencia de las enfermedades asociadas y de la concepción y valoración que se tenga de la salud bucal.

Entre las recomendaciones para la práctica diaria podemos destacar el cepillado habitual con cepillo de dientes y dentífrico fluorado, donde la motivación, los conocimientos y la destreza manual son determinantes para un cepillado efectivo de los dientes.

Una buena concienciación por parte de los profesionales cuidadores y pacientes, harán posible una buena salud oral.

5 Discusión-Conclusión

Debemos implantar investigaciones que aborden el aspecto de la calidad de vida, dado que esta se ve afectada por las condiciones de salud bucal. Entendiendo que la salud bucal es esencial para el bienestar de las personas.
Es necesario que se diseñen e implanten programas preventivos eficaces dirigidos a este grupo de la población, de tal manera que se puedan prevenir los daños y con ello disminuir los costes de la atención.

6 Bibliografía

- Meneses Gómez EJ. Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores (Tesis Doctoral). Madrid: Facultad de Odontología , Universidad Complutense de Madrid. 2010
- Higiene bucal. E: Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Madrid. Hospital Universitario Reina Sofia .2010.
- Salud Bucal en los Adultos Mayores y su Impacto en la Calidad de Vida. Instituto de Geriatría. 2007

Capítulo 1134

CÁNCER DE CÉRVIX

BÁRBARA FERNANDEZ GAREA

SONIA SUÁREZ PEREZ

PRESENTINA PULGAR GARCIA

IVAN RODRIGUEZ PULGAR

MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR

1 Introducción

El cáncer de cuello uterino también se conoce como cáncer de cervical. Como sucede con la mayoría de los cánceres, se les da el nombre por la parte en donde empiezan a desarrollarse.
La mayoría de los carcinomas de células escamosas, estas son delgadas, planas y forman la superficie del cuello uterino. Antes del desarrollo definitivo, aparecen cambios premalignos en las células, incluso años antes.

El cuello uterino tiene dos partes diferentes y está cubierto con dos tipos de células distintas: la parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocérvix. La parte próxima a la vagina, es el exocérvix y esta cubierta por células escamosas. Estas se ubican en la llamada zona de transformación (cambia a medida que se envejece y si se da a luz). La gran mayoría de este cáncer se origina en dicha zona.

2 Objetivos

Es muy importante hacerse revisiones anuales en mujeres activas sexualmente una vez al año. El ginecólogo mediante una simple prueba como es el Papanicolaou se puede diagnosticar o prevenir el desarrollo del cáncer.
Ya que las lesiones precancerosas así como las fases más tempranas normalmente no causan ningún síntoma. Si el tumor ya está en una fase más avanzada algunos de los síntomas pueden ser:
- Hemorragia vaginal anormal (entre reglas o tras las relaciones sexuales). En mujeres menopausicas cualquier sangrado debe ser signo de alerta.
- El dolor o molestias durante las relaciones sexuales. No obstante, solo algunas mujeres con precánceres padecerán cáncer, ya que se tarda varios años para que un precáncer se desarrolle hasta llegar a ser cáncer.

3 Metodología

El procedimiento para poder detectar el cáncer de cérvix es el Papanicolaou, este consiste en recolectar células del cuello uterino, el extremo inferior del útero que este arriba de la vagina.También se detectan cambios en la células que indican que en un futuro podría formarse.

Esta prueba se puede combinar con un examen para detectar el virus del Papiloma Humano, ya que también puede ser uno de los causantes de dicho cáncer.

Para garantizar que la prueba sea lo más eficaz posible se deben de seguir ciertos pasos:
- Evitar tener relaciones sexuales, realizar duchas vaginales o usar medicamentos por vía vaginal durante 2 días antes de la prueba.
- Intentar no hacerla cuando se tenga el periodo.
- Si saliese positivo se puede hacer una colposcopia para examinar los tejidos del cuello del útero, la vagina y la vulva.

4 Resultados

Si los resultados son normales se considera que el resultado es negativo. Si los resultados son anormales se dice tener un resultado positivo, esto no significa que tengas cáncer, esto depende del tipo de células descubiertas. Pueden ser:

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado: No implican necesariamente la presencia de células precancerosas, si no se encuentran virus de alto riesgo, no son de mayor importancia.
- Lesión escamosa intrapitelial: indican que pueden ser precancerosas, si los cambios son de grado bajo sugiere que si hay lesión es probable que tarde años hasta convertirse en cáncer. Si son de alto grado la lesión se puede convertir en cáncer mucho antes.
- Células glandulares atípicas: estas células producen mucosa en la abertura del cuello uterino y dentro del útero. Es necesario hacer análisis adicionales para saber el origen de dichas células.
- Carcinoma de células escamosas o célula de adenocarcinoma: Resultado de células anormales que el patólogo esta seguro de la presencia de cáncer. También una biopsia de cualquier área que parezca anormal.

5 Discusión-Conclusión

En el pasado, el cáncer de útero era una de las causas más comunes de la muerte por cáncer en las mujeres pero la tasa de mortalidad disminuyó con el aumento en el uso de la aprueba Papanicolaou. No obstante, esa tasa no ha cambiado mucho en los últimos 10 años.

Por ello, es de vital importancia llevar una vida saludable, llevar al día el calendario de vacunación y hacerse revisiones ginecológicas periódicas.

6 Bibliografía

- www.aecc.es.
- www.cancer.org.
- www.mayoclinic.org.

Capítulo 1135

INFECCIÓN URINARIA EN EL ANCIANO

BÁRBARA FERNANDEZ GAREA

SONIA SUÁREZ PEREZ

PRESENTINA PULGAR GARCIA

IVAN RODRIGUEZ PULGAR

MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR

1 Introducción

Las infecciones son las más frecuentes en la población anciana. Aumenta con la edad, puesto que el envejecimiento produce una alteración de los mecanismos defensivos frente a las infecciones. Las infecciones urinarias son las más comunes dentro de la población geriátrica, y con más prevalencia en mujeres. Es el proceso infeccioso más frecuente en los ancianos institucionalizados alcanzando cifras entre el 20 y 50% siendo la primera causa de bacteriemia.

Dadas estas cifras las enfermedades infecciosas constituyen uno de los principales motivos de hospitalización. Es muy frecuente en centros sociosanitarios y los factores son la retención urunaria, sequedad vaginal en la mujer, incontinencia, medicación mala higiene y el uso de absorbentes. Es un grave problema que con la propagación de la resistencia a los antibióticos y su aumento se ha propuesto una amenaza para la salud pública.

2 Objetivos

Informar al profesional sanitario cómo prevenir en la medida de lo posible las infecciones urinarias en la población anciana.

3 Metodología

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

4 Resultados

Desde el punto de vista médico, la infección del tracto urinario puede considerarse diferente en base a diversos parámetros:

- Localización: localización y extensión de la infección se pueden diferenciar varias clínicas

A. Tracto urinario superior: pielonefritis aguda, abceso perinefritico, pionefrosis.
B. Tracto urinario inferior: cistitis, uretritis y prostatitis.

- Forma de presentación:

A. Aguda: Aparece como un episodio aislado sin relación con otra patología.
B. Recurrente: Aparición de un segundo episodio de infección urinaria, separada a menos 3 o 4 semanas. Causado por diferentes organismos o serotipos.
C. Persistentes: Cuando se mantiene en el tiempo.

- Estado del tracto urinario:

A. Simple: no complicada
B. Complicada: Pacientes con alguna patología en el tracto urinario, o problemas en la micción u obstrucciones.

La sintomatología en las personas mayores se puede mostrar apareciendo otros signos externos en su conducta habitual que ayudan al diagnostico como pueden ser: intranquilidad, irritabilidad, decaimiento, confusión, desorientación, cansancio y entre otras como fiebre, naúseas o vómitos.

Por parte del personal sanitario sepa cómo prevenir, de esta forma, se pueden tomar medidas para poder prevenir estas infecciones, en primer lugar es muy

importante una buena ingesta de líquidos, aunque la persona no tenga sensación de sed, para lograr una correcta hidratación y de esta manera eliminar las bacterias a través de la micción. Las veces que se acude al WC, ya que hay que evitar en lo posible retener la orina más tiempo de lo necesario para evitar la proliferación de bacterias. Y no menos importante es la higiene, concretamente en la mujer es de vital importancia la limpieza de delante hacia atrás.
Ya que tratamos del anciano institucionalizado siendo la mayoría incontinentes, se debe de cambiar el absorbente frecuentemente y si llevara sonda vesical se manejara con extremo cuidado de no contaminarla. En este caso el riesgo es más frecuente, así que se incorporará la inserción de asépticos de los catéteres urinarios, minimizando al mínimo su uso. El personal sanitario también debe mantener un sistema inmunológico en buenas condiciones así como procurar una buena alimentación al paciente.

El tratamiento básico de las infecciones de orina consiste en la administración de antibióticos, normalmente en las mujeres es más corto, mientras que en el caso de los hombres puede prolongarse algo más.

5 Discusión-Conclusión

Hay que seguir haciendo esfuerzos para disminuir la prescripción de antibióticos innecesarios en ITU's (no bacteriuria asintomáticas) en personas mayores. Ya que se asociaron un aumento significativo de la infección sanguínea y causaron mortalidad en comparación con los antibióticos inmediatos.

6 Bibliografía

- www.mayoclinic.com
- www.elsevier.com
- www.segg.es
- www.larescvalenciana.org
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1136

IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA EN LA SALUD MENTAL DEL MENOR.

MARIA REYES ROMAY SUAREZ

NATALIA FERNANDEZ COLMEIRO

CARMEN MARIA VILLA GARCIA

1 Introducción

La autoestima es un factor importante en el desarrollo de los menores, como han demostrado estudios sobre salud mental en el mejor. Sobretodo aspectos que están relacionados directamente con la personalidad y la adaptación tanto social como emocional. Todo lo mencionado a su vez está íntimamente relacionado con la salud mental en general. Una disminución de autoestima tiene una asociación con estructuras de personalidad depresivas y narcisistas, con la timidez y también con la ansiedad social.

Buena o mala, la autoestima influye sobre aspectos importantes de la vida tales como, la adaptación a situaciones nuevas, nivel de ansiedad y aceptación de otros, rendimiento escolar, relaciones personales, consumo de drogas, embarazo adolescente y resiliencia o capacidad de aguante y readaptación ante situaciones estresantes.

2 Objetivos

- Obtener bibliografía que aporte comprensión del contenido, con la mayor sencillez, así como la asimilación de la salud mental relacionada con la autoestima

en el grupo de población diana que no importa.

3 Metodología

El periodo temporal contemplado en esta revisión, se ha considerado que tenga una antigüedad inferior a 30 años. Durante este tiempo se ha dirigido la búsqueda y cribado las referencias bibliográficas informándonos a través de las bases de datos de ciencias de la salud: Google Académico, Pubmed, Uninet y Scielo.

Se consideró un marco lingüístico para la búsqueda el idioma castellano y como palabras clave a la hora de acatar la búsqueda, consideramos enfermedad mental, autoestima, adolescente y salud mental. Con motivo de ampliar las referencia de la información obtenida según nuestro criterio de búsqueda, en ciertas ocasiones se empleó el marcador Booleano "and".
La búsqueda de información se realizó con la condición de que fuera una búsqueda de material gratuito, completo y la publicación de las referencias seleccionadas no hayan transcurrido más de 30 años, en el caso de que la búsqueda hubiera transcurrido más años, esta consulta solo se ha realizado para conseguir referencias relevantes sobre la materia.

4 Resultados

Por autoestima, debemos entender, la evaluación que un individuo hace sobre sí mismo, de forma persistente en el tiempo, expresado en una actitud de aprobación o reprobación que indica hasta donde él se siente capaz, significativo, exitoso y valorado.

Es fácilmente comprensible entonces que, la autoestima es un juicio de valor personal que expresa un grado valoración y aceptación relacionado con lo que las personas perciben de su propia imagen. Considerando imagen como un conjunto de percepciones, pensamientos juicios, afectos y satisfacción general sobre el sujeto mismo. La imagen personal afecta desde la primera imagen que forma el niño.

Estas percepciones incluyen la imagen de sí mismo en comparación con otros, la imagen que percibe que los otros tienen de él y la imagen de como quisiera ser.

El nivel de satisfacción que el individuo tiene consigo mismo y con los demás tendrá un impacto en el desarrollo de la identidad como persona, en la maduración

de su personalidad y en la capacidad de desarrollar estrategias para enfrentarse a las situaciones,

El temperamento desempeña un rol importante, en el desarrollo de la autoestima junto con la interacción del niño con las figuras significativas de la infancia cómo son los padres, otros familiares y amigos. Aquellos niños que desde el nacimiento tienen un temperamento difícil, se mostraran insaciables e irritables, con dificultad en la respuesta positiva ante otros, tenderán a generar en los padres sentimientos de frustración, enojo y desesperanza desesperanza propiciando una reacción que dificulta el desarrollo de un buen autoconcepto.

De acuerdo a lo expresado anteriormente observamos que la autoestima baja es un factor de riesgo importante para la salud mental adolescente, de esta manera es bastante probable que un joven con baja autoestima presente algún tipo de psicopatología.

La asociación entre autoestima y salud mental, tal como se planteó inicialmente, resultó acertada a pesar de que no había sido investigada en nuestro país, si se está considerando por la vía de los hechos, en todos los programas de prevención primaria en salud mental infanto-juvenil.

Los adolescentes que tienen una interrelación tensa frecuentemente con su familia y/o autoridades en general, pueden llegar a presentar síntomas psíquicos y somáticos para que sus necesidades sean acogidas, y que ellos no logran comunicar directamente.

5 Discusión-Conclusión

Es fácil entender que en la edad adolescente, hay un relación muy significativa entre la salud mental y la autoestima social y personal, y que las tres están íntimamente ligadas.

Los adolescentes con problemas de autoimagen, sufren el riesgo de presentar algún tipo de patología relacionado con la salud mental. Este hecho se explica por el aumento de la exigencia social que aparece en el grupo de personas con las que se desenvuelve el adolescente, que los hace sentirse y visualizarse como una persona no adaptada si no son capaces de desarrollar las habilidades sociales para pertenecer al grupo social en el que se desenvuelve o en el que se pretende desenvolver.

De acuerdo a lo indicado anteriormente es recomendable señalar que los programas de prevención primaria de salud mental para adolescentes deberían focalizar una parte de su materia en los grupos sociales, para el desarrollo de destrezas sociales, la imagen personal y en la autoestima general, no siendo menos importante evaluar y fomentar la resiliencia enfocada a la autoestima del menor.

6 Bibliografía

- S., M., & Chávez, F. (2020). Autoestima y salud mental en los adolescentes.
- Góngora, V., & Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general.

Capítulo 1137

LA CAQUEXIA.

MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR

BÁRBARA FERNANDEZ GAREA

SONIA SUÁREZ PEREZ

PRESENTINA PULGAR GARCIA

IVAN RODRIGUEZ PULGAR

1 Introducción

La caquexia o desnutrición es el resultado final en el que desencadena el déficit o carencia de uno o más nutrientes esenciales para el organismo, cuando no se sigue una dieta variada o equilibrada o simplemente por seguir los cánones de belleza establecidos y decisión propia te saltas alguna comida o simplemente te dejas influenciar por las nocivas dietas milagrosas. Se consume mucha más energía y nuestro cuerpo no llega a ver cubiertos unos mínimos aportes calóricos esenciales lo que produce un trastorno metabólico produciendo una perdida muy considerable de peso y masa muscular corporal en las personas afectadas por la desnutrición, lo que conlleva el permitir realizar de manera normal cualquier tipo de actividad física con normalidad, a nivel mental el no tener un aporte calórico adecuado a sus necesidades te hace perder la concentración, te causa trastornos en el sueño y dificultad en la atención lo que puede ocasionar muchísimas complicaciones. Las defensas del organismo se ven mermadas y puede provocas diversas complicaciones, como infecciones o fallos en órganos que podrían causar incluso la muerte del paciente.

Se suelen detectar médicamente mediante un examen o exploración físico al comprobar la talla y el peso de la persona que sufre dicha patología y también tras realizar pruebas bioquímicas en laboratorios como lo son las analíticas de sangre y también los estudios antropométricos la desnutrición puede ser de tres tipos:
- Primaria, cuando económicamente no tienes acceso a los alimentos a plantearte una buena alimentación variada o incluso el no tener una adecuada preparación de los platos.
- Secundaria, alguna patología previa dificulta que el organismo sea capaz por si mismo de aprovechar bien la ingesta alimenticia (tratamientos oncológicos, inapetencia, dentadura, malas digestiones etc.).
- Mixta, es la mezcla de las dos anteriores, ni tenemos acceso a una buena alimentación y encima la alimentación ingerida no se aprovecha.

Según el grado de desnutrición existen varios tipos de caquexia:
- Marasmo (crónica), en el transcurso de un largo periodo de tiempo no se mantuvo una dieta variada que complementase la energía y nutrientes necesarios, bien sea de manera voluntaria por pretender adelgazar y obtener un descenso de peso y talla sin llegar a pesar en las consecuencias (anorexia nerviosa). En otras ocasiones se vienen de sufrir patologías degenerativas como lo pueden ser el Parkinson y Alzheimer, donde paulatinamente va bajando la ingesta diaria y con ello aumentando la dificultad de masticas bien los alimentos y tragarlos, disfagia e incluso inapetencia, lo que va causando que la ingesta alimenticia se reduzca considerablemente.
- Kwasiorkor (aguda), bajada en la ingesta de proteína la puede causar una patología que requiere de muchos nutrientes pero esencialmente de la proteína con lo que si tenemos la alimentación habitual o la reducimos por el estado inapetente puede ocasionar una desnutrición aguda, mas problemática que el marasmo porque se presenta de manera inesperada, causando mucho descontrol en nuestro metabolismo, pueden aparecer edemas pero apenas presenta signos físicos y se puede pensar que la persona esta bien nutrida.
- Mixta, aparecen juntas las anteriores nombradas, es decir, a una patología como un estado catarral o un tratamiento oncológico se une un estado de inapetencia aún más nocivo para nuestra salud.

La caquexia se caracteriza por una perdida de peso considerable, desequilibrio físico y mental e insuficiencia progresiva de las funciones vitales y cuando aparece su reversión es muy complicada. Es muy importante intentar facilitar al paciente apoyo psicológico para que puede tener un buen equilibrio mental, insistir en la importancia de mantener un peso correcto y que este no sufra al-

teraciones de manera brusca sin querer o queriendo, aportar una información adecuada y pormenorizada y sensibilizar la importancia que tiene sobre nuestro metabolismo el seguir una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico dentro de nuestras posibilidades, así como una correcta hidratación (beber agua de 1,5/2 litros diarios).

Según la pirámide alimenticia de la sociedad española de nutrición los alimentos más recomendables suelen estar en la base de dicha pirámide, pero el consumo mas equilibrado es mezclar grupos de todos los alimentos, verduras vegetales y frutas, carnes o pescados, pasta o patatas, legumbres, leche o derivados y aceite de oliva virgen extra seria el mas recomendable y excluir el de palma.

Calcular el índice se masa corporal IMC, peso en KG entre alto en metros al cuadrado, un IMC normal esta 18,5 – 25kg/ metros al cuadrado en adultos hasta 65 y mayores de edad 22,5/27,5/metros al cuadrado.

2 Objetivos

Conocer qué es la caquexia y las consecuencias que produce.

3 Metodología

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

4 Resultados

Concienciación y educación familiar, la familia a veces intenta forzar la ingesta cuando ven que un pariente sufre una gran pérdida de peso, sin pensar los problemas que puede ocasionar, cuando una persona se encuentra en estado inapetente hay que tratar de buscar otro tipo de alimentación o alternativa complementaria a la comida habitual, como lo pueden ser alimentos fríos, purés, batidos hiperproteicos. En si cambios de textura, sabor y temperatura para favorecer la apetencia

del paciente, intentar obligar a comer le puede causar nauseas, malestar, atragantamiento e incluso agotamiento mental.

5 Discusión-Conclusión

Es importante recordar los efectos de la desnutrición sobre la mortalidad que lleva asociado a la pérdida de peso y es una de las principales causas de la morbilidad y mortalidad

6 Bibliografía

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

Capítulo 1138

LA ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL.

MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR

BÁRBARA FERNANDEZ GAREA

SONIA SUÁREZ PEREZ

PRESENTINA PULGAR GARCIA

IVAN RODRIGUEZ PULGAR

1 Introducción

Son patologías que causan lesión a los músculos, tendones, huesos, ligamentos y discos intervertebrales producidos por traumatismos o actividades repetitivas. Son habitualmente apariciones lentas y de carácter inofensivo en apariencia, se suele ignorar el síntoma se hace crónica y aparece el daño permanente.
Fase primaria, dolor cansancio durante las horas laborales, desapareciendo fuera de este.

Fases posteriores, los síntomas aparecen al empezar el trabajo y continúan por la noche (alterando el sueño y disminuyendo la capacidad de trabajo repetitivo; dolor incluso con movimientos haciéndose difícil realizar tareas).
Si se detecta de forma precoz se solucionarán con tratamiento ergonómico. Fase aguda. Médico.

Tipos de lesiones habituales:

- En mano y muñeca;
Tendinitis: inflamación de un tendón.
Tenosinovitis: se produce excesivo liquido sinovial por parte de la vaina tendinosa, produciendo dolor e hinchazón y hormigueo.
Ganglión: hinchazón de una vaina de un tendón, se llena de liquido sinovial, se hincha y aparece un bulto bajo la piel, habitualmente dorsal o radial de la muñeca.
Síndrome del túnel carpiano: presión del nervio mediano en el túnel carpiano de la muñeca. Aparece dolor y hormigueo en la mano.
Epicondilitis: desgaste de los tendones del codo produciendo dolor a lo largo del brazo.
Síndrome del túnel radial: comprensión en el nervio radial.

- En hombros y cuello;
Síndrome cervical por tensión: repetir trabajos por encima del nivel de la cabeza, cargas pesadas o el cuello doblado hacia delante.
Tendinitis del manguito de rotadores: 4 tendones unidos en el hombro. Provocados cuando los codos están en posición elevada.
Hombro congelado: impide rotación del hombro y del brazo. Causada por una inflamación.
Torticolis: rigidez y dolor en el cuello por una mala postura.
Trastornos musculoesqueléticos en brazo y codo:
Síndrome del túnel radial: movimientos repetitivos rotatorios del brazo. Comprime el nervio radial.
Epicondilitis: codo de tenista, es la inflamación de los tendones. Produciendo dolor a lo largo del brazo.
Bursitis: se produce por apoyar mucho los codos.
Epitrocleitis: inflamación de los tendones que permiten la flexión de la mano.
Trastornos musculoesqueléticos en la zona lumbar:
Lumbalgia: dolor en la zona de los lumbares. Cuando es agudo el motivo suele ser un sobreesfuerzo. El dolor desciende afectando a la parte posterior del muslo y la nalga. Puede ser crónica cuando el dolor aparee de manera gradual y persiste de manera continua.
Lumbago agudo: en la zona lumbar con impotencia funcional dolorosa. Producida por la distensión del ligamento posterior a nivel lumbar.
Lumbo-ciatalgia: aparece una hernia de disco comprendida entre la quinta vértebra y el sacro o entre la cuarta y quinta vértebra. El origen del dolor producido es una presión en el nervio ciático.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Evitar por medio de una buena higiene postural para remitir o reducir las lesiones musculoesqueléticas.

Objetivos secundarios:
- Adoptar malas posturas y efectuar giros bruscos.
- Movilizar a pacientes, o cargas pesadas y esfuerzos en general.
- No disponer de equipo correcto o utensilios y repetir las tareas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Reducción de riesgos mediante las siguientes recomendaciones:
- Procurar tener ordenadas las zonas de trabajo y las zonas de paso libres de obstáculos.
- Antes de comenzar a realizar el trabajo planificarlo para reducir la necesidad de realizar desplazamientos, disponer del material necesario lo más cerca posible para evitar viajes innecesarios y facilitar su alcance.
- El trabajador deberá colocarse siempre de frente a los elementos de trabajo para evitar giros bruscos de tronco o cuello.
- Colocar al usuario en una posición en la cama o camilla cómoda para él, facilita la realización de la tarea en una postura apropiada.
- Colocar el peso del cuerpo sobre una pierna u otra alternativamente, utilizar calzado cómodo, cerrado y plano, medias que faciliten el riesgo sanguíneo, son formas de reducir las consecuencias de estar de pie durante muchas horas.

Identificación de posturas forzadas que pueden producir lesiones:
- Piernas en cuclillas.
- Cuello inclinado.

- Tronco inclinado.
- Piernas en posición de rodillas.

Las posturas del cuerpo a coger y/o dejar la carga, la frecuencia y duración de las tareas de manipulación de cargas y la distancia de transporte son riesgos que se encuentran asociados a la manipulación de cargas manuales.
En general es preferible empujar una carga de frente que arrastrarla, el esfuerzo en la columna es menor.
Los brazos cerca del cuello y realizar la fuerza de empuje.
Usar calzado adecuado con sujeción por detrás de tejido transpirable y la suela ha de ser antideslizante.
Solicitar ayuda cuando la carga sea más de 25 kg, no realizar por una sola persona, buscar ayuda de otro trabajador.
Usar las ayudas técnicas, grúas.
Planificar el levantamiento, tratar de almacenar los materiales a la altura de la cintura asegurándose que no haya obstáculos.
La carga siempre debe de estar cerca del cuerpo.
Mantener ordenada la zona de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Una buena higiene postural y correcta colocación del cuerpo al efectuar los esfuerzos en las cargas reduce las lesiones óseas. Pero no siempre es posible cumplirlos: en caso de urgencias priorizas el estado del paciente y realizas la carga de una manera poco recomendable.

La sobrecarga de trabajo conlleva hacer las cosas rápidas y mal. Espacios reducidos y minúsculos impiden buena ergonomía e incluso utilizar medios mecánicos de carga, grúas, etc.

6 Bibliografía

- www.colfisio.org.
- www.murciasalud.com.
- www.tufisio.net.

Capítulo 1139

EL ALZHEIMER EN LA SOCIEDAD.

IVAN RODRIGUEZ PULGAR

MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR

BÁRBARA FERNANDEZ GAREA

SONIA SUÁREZ PEREZ

PRESENTINA PULGAR GARCIA

1 Introducción

La demencia no es una patología específica en sí, si no un término general en el que una gran mayoría se signos asociados a la pérdida de memoria y otras maneras de pensar, lo que produce que la persona pierda sus facultades para realizar sus actividades de la vida diaria.

El alzheimer causa casi el 80% de los casos. El segundo tipo de demencia más común es el accidente cerebrovascular, pero también existen innumerables patologías que pueden causar síntomas de demencia, incluidas algunas irreversibles, como problemas de tiroides y deficiencias vitamínicas.

Muchas veces se hace referencia de manera incorrecta a la demencia como senilidad o demencia senil, lo que refleja una creencia muy extendida pero a la vez incorrecta.

Existen varios tipos de demencia:

» La demencia vascular es una disminución en las habilidades de pensamiento causada por condiciones que bloquean o reducen el flujo de sangre al cerebro. Se considera la segunda causa más comúN de demencia después de la enfermedad de Alzheimer.
» La demencia mixta es una condición en la cual ocurren anormalidades propias de más de un tipo de demencia simultáneamente. Pueden ser similares o incluso indistinguibles de los de la enfermedad de Alzheimer u otra demencia.
» La demencia de la enfermedad de Parkinson es una alteración en el pensamiento y en el razonamiento que finalmente afecta a muchas personas con la enfermedad de Parkinson.
» La demencia con cuerpos de Lewy es un tipo de demencia progresiva que conduce a la disminución del pensamiento, el razonamiento.
» La demencia de la enfermedad de Huntington es un trastorno cerebral progresivo causado por un gen defectuoso.

2 Objetivos

Abordar el tema del alzheimer como demencia y su aspecto más social.

3 Metodología

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

4 Resultados

A veces acertar con el tratamiento adecuado no es tarea sencilla, pero existen avances farmacológicos que lo que pueden mejorar es que se avance más rápidamente y reducir los signos por medio de la medicación. Desgraciadamente alguno de los factores de riesgo para la demencia sn inmodificable porque la genética y la edad no se pueden cambiar. Pero se sigue investigando sobre otros factores que reducirían riesgos como lo pueden ser los factores cardiovascular, una actividad

física consecuente y una dieta variada. investigaciones están comenzando a revelar pistas sobre otros factores de riesgo en los que podemos ser capaces de influir. Al parecer, existe un fuerte vínculo entre una lesión grave en la cabeza y un riesgo futuro de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Es importante que se proteja la cabeza abrochándose el cinturón de seguridad, usando un casco cuando participe en deportes y modificar su casa para evitar caídas.

Para poder diagnosticar dicha enfermedad se deben seguir ciertos pasos:Revisión de la historia clínica, evaluación del estado de ánimo y del estado mental, examen físico y pruebas de diagnóstico y examen neurológico. Evitar el aislamiento en las personas que padecen dicha patología y muy importante estimulación y la rehabilitación en los déficits de atención porque así el resto de funciones cognitivas hará que trabaje mejor. Por medio de la terapia ocupacional realizando actividades grupales o individuales (manualidades, pintura, música…) actividades lúdicas para favorecer el entretenimiento y así favorecer la habilidad mental, la relajación por medio de terapias, gerontogimnasia, musicoterapia…

La concienciación sobre la enfermedad a las familias en de vital importancia ya que se necesita de su ayuda y apoyo para favorecer al paciente en su enfermedad.

Algunas personas sufren algún deterioro leve que no se considera ningún tipo de demencia, pero si puede ir encaminado a padecerla, esta enfermedad empeora la calidad y las expectativas de vida, también repercute de manera social y económica debido a los cuidados a las familias. Es de vital importancia empezar a elaborar planes legales y financieros. Un diagnóstico oportuno generalmente permite a la persona que padece de demencia participar en esta planificación. La persona también puede decidir quién tomará las decisiones médicas y financieras en su representación en las últimas etapas de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Una de las dificultades son los trabajos d seguimiento a largo plazo porque esta enfermedad no avanza siempre del mismo modo y por tanto el diagnóstico y el cuidado tiene que ser variable, tratandose de un trabajo muy laborioso y dinámico por parte de los profesionales junto a sus familiares. En la actualidad la enfermedad del alzheimer es una de las causas principales de la incapacitación en personas de avanzada edad. Es importante encontrar el origen que produjo esa demencia para prevenirla y atajarla aplicando el adecuado tratamiento una vez tenido claro el diagnóstico, se quiere obtener mediante la investigación nuevos

factores que nos ayuden a detectar la patología lo más precozmente que ésta se pueda.

6 Bibliografía

- www.dspace.umh.es
- www.mayoclinic.com
- www.alz.org

Capítulo 1140

GENERALIDADES DE LA DIABETES GESTACIONAL.

NATALIA FERNANDEZ COLMEIRO

CARMEN MARIA VILLA GARCIA

MARIA REYES ROMAY SUAREZ

1 Introducción

La diabetes gestacional va en aumento en los últimos tiempos debido en la mayoría de los casos al sobrepeso y obesidad en todo el mundo, alcanzando proporciones epidémicas, afectando casi igualmente a países en vías de desarrollo como a países ya desarrollados. Esto nos lleva a que se complicaba con el paso de los años, aumentando así las mujeres con diabetes tipo 2 en edad reproductiva, a lo que también afecta y repercute la edad cada vez más tardía de las gestantes primigenias.

2 Objetivos

Revisar el valor de la glucometría e implantar en las gestantes un plan nutricional adecuado al cuidado neonatal, haciendo más hincapié en las posibles complicaciones que conlleva sobretodo en el momento de la formación de órganos en el feto, así como evitar malformaciones e incluso la muerte súbita intrauterina.

3 Metodología

Estrategia de búsqueda.
Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Marco teórico.
El periodo temporal contemplado en esta revisión, se ha considerado que tenga una antigüedad inferior a 30 años. 2019. Durante este tiempo se ha dirigido la búsqueda y cribado las referencias bibliográficas.
Se consideró un marco lingüístico para la búsqueda el idioma castellano y como palabras clave a la hora de acatar la búsqueda, consideramos "diabetes", "gestacional" "glucometría"; con motivo de ampliar las referencias de la información, obtenida según nuestro criterio de búsqueda, en ciertas ocasiones se empleó el marcador Booleano "and".
La búsqueda de información se realizó con la condición de que fuera una búsqueda de material gratuito, completo y la publicación de las referencias seleccionadas no hayan transcurrido más de 30 años, en el caso de que la búsqueda hubiera transcurrido más años, esta consulta solo se ha realizado para conseguir referencias relevantes sobre la materia.

4 Resultados

La herramienta más importante de cara a minimizar una complicación fetal es la ecografía obstétrica, como por ejemplo la preeclampsia.
Durante las primeras semanas es necesario realizar unos controles hitos para asegurarse de que todo lo relacionado con el feto evoluciona correctamente, así durante el primer trimestre el objetivo es verificar la viabilidad del feto, en el segundo trimestre el objetivo será conseguir determinar la integridad estructural del mismo y así llegaremos al tercer trimestre donde se debe conocer el bienestar fetal. Mención especial debemos tener durante la semana 32 de embarazo donde se recomienda tomar a la madre gestante "non-stress test" dos veces por semana. Es durante las 7 primeras semanas donde la hiperglucemia puede causar mayor probabilidad de desarrollar cáncer.
Cuando hablamos de mortalidad en embarazos de madres diabéticas debemos

entender que es del orden de 3 a 6 veces mayor en la madre diabética que en la madre no diabética. Asimismo, existe literatura que apunta al aumento de casos de diabetes tipo I juvenil.
No se conoce el motivo de porque las alteraciones fetales en el recién nacido hijo de madre diabética, y se cree que el feto del hijo de madre con hiperglucemia desarrolla hiperplasia e hipertrofia de las células beta del páncreas.
El tratamiento de diabetes gestacional debe ir unido a un plan de nutricional junto con el compromiso por parte del paciente de someterse a monitorización de sus análisis glucometrías.
Uno de los objetivos del equipo médico es la mejora del estilo de vida de estos pacientes, proporcionándoles nuevas vías de manejo de su afección, como son las nuevas bombas de insulina.
La muerte fetal se produce por hiperglicemia e hiperinsulinemia fetal, lo que lleva al feto al aumento del consumo de O2 ocasionando hipoxia fetal y fallecimiento.
Las madres diabéticas sufren, durante el parto, diversas complicaciones. Una de las más generalizadas son que sus hijos nacen con peso superior a 4 kg, macrosomía y distocia de hombros por el gran tamaño del feto.
No todos los hijos de madre diabética tienen que tener un peso elevado, existe una pequeña proporción de casos en las que los fetos presenta infrapeso, sin conocer la causa de tal circunstancia actualmente.
Existen casos en los que los recién nacidos descendientes de madre diabética, presentan hipoglucemia asintomática neonatal debido a que todavía tienen reservas cerebrales de glucógeno, también se ha encontrado relación entre la madre diabética y la existencia de un mayor riesgo de padecer diabetes tipo II y el desarrollo de enfermedad coronaria por parte del neonato al llegar a la adolescencia.

5 Discusión-Conclusión

Llegado a este punto, deducimos, de lo expresado anteriormente que los casos de diabetes gestacional van en aumento en la sociedad actual. Llegando en más casos de lo deseable a ser alarmante el número de enfermos, dependiendo del país.
Está en nuestra mano, la mejora de la situación, sin necesidad de empeñar grandes recursos, principalmente basándonos en la adecuada formación del niño y los padres sobre nutrición, cuidados y hábitos alimenticios.
El uso de la ecografía 3D ha ayudado enormemente a la detección de la malformación congénita derivada diabetes gestacional que junto con la adecuada formación del médico obstetra se consigue atenuar el impacto de la enfermedad en

el feto.

6 Bibliografía

- Arizmendi, J., Pertuz, V., Colmenares, A., Hoyos, D. and Palomo, T. (2012). Diabetes gestacional y complicaciones neonatales.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1141

SONDAJE VESICAL: TÉCNICA PARA RECOGIDA DE MUESTRA DE ORINA

SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ

JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en introducir en condiciones de asepsia una sonda vesical del calibre necesario desde el meato uretral hasta la vejiga urinaria, con el propósito de drenar y recolectar la orina suficiente para dicha prueba. Esta prueba puede ser de dos tipos: urinocultivo, que debe ser en condiciones estériles, o bien para recoger un sistemático que debe estar en condiciones de asepsia total.

2 Objetivos

- Determinar el procedimiento correcto de esta técnica, evitando que se contamine la orina para poder dar diagnostico correcto al paciente.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es de gran importancia saber cómo se lleva a cabo la recogida de una muestra de orina en un paciente hospitalizado que esté sondado. Hemos de recordar siempre que es una técnica que se debe realizar en las mejores condiciones de asepsia para reducir al mínimo toda posibilidad de contaminación microbiana durante la realización de la técnica. Es importante recordar que los urinocultivos nunca deben ser recogidos directamente de la bolsa. Es muy importante una buena recogida y en las mejores condiciones posibles para poder dar un buen diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante realizar la técnica de la forma mas correcta posible y siempre en condiciones de asepsia,para evitar así cualquier tipo de contaminación que dé un diagnostico erróneo a causa de la contaminación de la muestra y el paciente no reciba el tratamiento adecuado.

6 Bibliografía

- Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos tales como Pubmed, Scielo y Dialnet. Y en la editorial MAD.

Capítulo 1142

PROYECTO ITU ZERO (INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO).

ISABEL ARTIME RODRIGUEZ

1 Introducción

El proyecto de ”Prevención de la infección del tracto urinario asociada a sondaje uretral en los pacientes críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos (ITU- ZERO)” supone un conjunto de recomendaciones guía para orientar la práctica clínica con el fin de prevenir ITU-SU en los pacientes críticos.

La ITU-SU representa el 40% de todas las infecciones hospitalarias. Un 65-70% son considerables evitables.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Reducir la ITU-SU en el Sistema Nacional de Salud.

Objetivos secundarios:
- Reducir la utilización de SU (sonda uretral).
- Reducción de los antimicrobianos utilizados en el tratamiento de las ITU-SU.
- Formación específica en el proyecto ”ITU_Zero” de menos o igual al 80% del personal asistencial de las unidades participantes en el proyecto.
- Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen una serie de recomendaciones que se agrupan en cinco paquetes de medidas con diferentes niveles de evidencia (NE) y niveles de recomendaciones (NR).

1. USO APROPIADO DE LA SONDA URETRAL:
- Utilizar SU únicamente cuando esté indicado, con sistema cerrado y punto para toma de muestras (NE II; NRAA).
- Retirar la SU si no es necesaria, valorando diariamente su indicación. (NEII; NRA).

2. INSERCCIÓN ADECUADA DE LA SONDA URETRAL:
- Realizar higiene de manos inmediatamente antes y después de la inserción o de cualquier manipulación de la SU (NE;NRA).
- Técnica estéril de inserción (NEII; NR B).

3. MANTENIMIENTO ADECUADO DE LA SONDA URETRAL:
- Mantener siempre cerrado el sistema colector (SU, tubo de drenaje y bolsa colectora). (NE II; NR A).
- Mantener el flujo de orina sin obstáculos en el circuito, y la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga . (NE II; NRB).

4. GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS:
- Los profesionales sanitarios debe recibir formación específica sobre la inserción y mantenimiento de la SU. (NEII; NR A).
- Los protocolos de inserción y mantenimiento de la SU deben revisarse y actualizarse cada 3 años y/o cuando se publique nueva evidencia . (NE III; NR A).
- Los coordinadores de la unidad informarán periódicamente al personal sobre las tasas de ITU-SU. Es preciso mantener feed-back con los profesionales sanitarios. (NE II; NR B).

5. NO HACER:
- Uso antisépticos y antibióticos en la higiene diaria . (NE I; NR B).
- Usar antimicrobianos profilácticos en la insercción, mantenimiento o retirada de la SU. (NE III; NR A).
- Cambiar de forma rutinaria y periódica la SU (NE II; NR A).
- Realizar lavados vesicales. (NE I; NR A).
- Tomar cultivos si no se sospecha infección, excepto para estudios de colonización. (No evidencia; Nivel de recomendación B).
- Utilizar de modo rutinario sondas impregnadas de antimicrobianos. (No evidencia; NR B).
- Pautar tratamiento antimicrobiano en la bacteriuria asintomática. (No evidencia; NR A).

5 Discusión-Conclusión

La ITU-SU es una de las infecciones más frecuentes asociadas a la asistencia sanitaria en todo el mundo, representando hasta el 40% de todas las infecciones hospitalarias.

La incidencia de las ITU-SU oscila entre 3,1 y 6,4 por 1000 días de sonda uretral. El riesgo de infección urinaria aumenta en relación a los días de sondaje vesical. El sondaje vesical permanente incrementa el riesgo diario de infección urinaria un 5%.
Otros factores que favorecen las ITU-SU son la calidad de los cuidados del personal sanitario en relación con la inserción y manipulación de la sonda.

5 PUNTOS CLAVE PARA PREVENIR LA ITU-SU:
1. Asegurar la indicación del sondaje uretral.
2. Insertar de forma aséptica la sonda uretral.
4. Mantener el circuito permeable, colocando siempre la bolsa por debajo de la vejiga.
3. Mantener siempre el sistema de drenaje urinario cerrado.
5. Evaluar diariamente la necesidad del sondaje urinario y retirar cuando no sea necesario.

6 Bibliografía

- www.seguridaddelpaciente.es.

- Protocolos de actuación prevención de ITU en varios hospitales.

Capítulo 1143

LA SÍFILIS.

SONIA SUÁREZ PEREZ

PRESENTINA PULGAR GARCIA

IVAN RODRIGUEZ PULGAR

MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR

BÁRBARA FERNANDEZ GAREA

1 Introducción

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual producida por una infección bacteriana que se contrae a través de las relaciones sexuales (de forma oral, vaginal o anal), se puede curar de manera sencilla mediante antibióticos, pero si no se trata adecuadamente puede ocasionar un daño permanente. Los síntomas que provoca esta patología son llagas en el área genital, suelen ser indoloras, pero son una vía de propagación de la infección a otras personas, capaz de infectar zonas como la vagina, el pene, el ano o es escroto, los labios y la boca. La manera más eficaz de prevenir la sífilis es la utilización de los preservativos cada vez que tengas una práctica sexual.
Es una patología que se puede curar de manera sencilla con tratamiento medicamentoso si se trata a tiempo, pero sin tratamiento puede conllevar a problemas graves o permanentes, como lo son la ceguera, la parálisis y el daño cerebral.

2 Objetivos

Promover y difundir la información actualizada sobre esta enfermedad de transmisión sexual evaluándola de manera especifica ya que se trata de una de ETS con mayor incidencia y debido al cambio en nuevas practicas sexuales es muy necesario que todo profesional de la salud disponga de un buen conocimiento de dicha enfermedad, para mejorar y detectar lo mas pronto posible los síntomas y garantizar una mejor y mayor atención a los pacientes afectados.

3 Metodología

Hay que tener en cuenta los estudios realizados en las identificaciones previas de los casos de sífilis con el fin de obtener múltiples fuentes y casos diferentes a modo de información posterior que se vea reflejada en algún registro.

También tener clara la población a estudio, su extensión o zona geográfica y el periodo de tiempo en el que se basó el estudio. Para las sífilis y otras ETS se debe fomentar la salud por medio de la educación sexual a través de charlas informativas y la provisión de medios diagnósticos que promuevan su uso (medidas barrera como los preservativos).

4 Resultados

Los estudios sobre los contactos infecciosos producidos por la transmisión sexual se basan en la dispensación directa de un tratamiento al paciente infectado y el uso de nuevas medidas tecnológicas. Numerosas investigaciones estudian la eficacia, la efectividad y las condiciones sociales comparando diferentes zonas geográficas y países.

5 Discusión-Conclusión

Los contactos para infecciones de transmisión sexual como lo es la sífilis son una barrera cada vez mas imprescindible dentro de la salud pública.

Cada vez se valora más dicho trabajo en esta actividad y que se incluya de manera oficial y efectiva entre las campañas de información, control y prevención de las infecciones de transmisión sexual a cargo de las diferentes comunidades autónomas. También existen proyectos de investigación en este sector para obtener más

informaciones y mejores resultados con el tratamiento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1144

LAS MOVILIZACIONES EN LOS PACIENTES ENCAMADOS

SONIA SUÁREZ PEREZ

PRESENTINA PULGAR GARCIA

IVAN RODRIGUEZ PULGAR

MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR

BÁRBARA FERNANDEZ GAREA

1 Introducción

Es de vital importancia los cambios de postura en los pacientes que por su estado no la pueden realizar por ellos mismos. Cuando una persona se encuentra inmovilizada por un largo periodo de tiempo es muy importante variar su posición corporal ya que si permanece siempre de la misma posición le puede provocar daños y lesiones como lo son las ulceras por presión, así como otro tipo de patologías musculoesqueléticas.

Información anterior a la movilización:
- Siempre explicarle al paciente el procedimiento que vamos aplicar para modificar su postura.
- Colocar la cama a la altura de la cadera en posición horizontal.
- Asegurarse de que el paciente a movilizar se encuentre en el borde contrario de la cama a la que vamos a realizar el giro, para que nos quede siempre centrado justo en el centro de la misma.

- Bajar la barandilla del lado de la cama en el que haremos el giro del paciente dependiente.
- Realizar la movilización con la espalda lo más recta posible y por el lado de la cama al que giraremos a la persona dependiente.
- Verificar que la cama este frenada si es articulada.

Procedimiento previo a la movilización:
- Colocar nuestros pies separados
- Flexionar la rodilla del paciente, la cual este mas lejos de nosotros.
- Flexionar el codo de la persona encamada que se encuentre más cerca de nosotros.
- Explicarle al paciente que gire la cabeza en el sentido del giro (si es que lo entiende y colabora).
- Pediremos al paciente dependiente que se agarre a nuestra cadera desde la mano más alejada.
- Sujetaremos al paciente colocando una mano en su cintura y otra en la parte posterior de su hombro.
- Efectuaremos el cambio postural rotando al enfermo hacia nosotros hasta obtener una posición de lado o de cubito lateral.

2 Objetivos

- Intentar proporcionar el mayor bienestar a los pacientes que tienen nula o escasa movilidad y tienen que permanecer largos periodos en la cama. Existen múltiples posturas anatómicas que logran aumentar el confort en el adulto mayor, pacientes con lesiones, inmovilidad o patologías que requieran reposo absoluto a través de tratamientos terapéuticos que promoverán la máxima comodidad en el enfermo.
- Planear y planificar todas las posiciones que se realicen en la cama serán para facilitar al auxiliar labores tales como asear, alimentar, curar, incluso participar en momento de distracción y cualquier practica que el enfermo requiera. También una de las mejores medidas en la prevención de ulceras por presión en la piel.

3 Metodología

Es muy importante saber cual es el estado real del paciente, la tolerancia de los tejidos de su piel, su grado de actividad y movilidad y su estado de salud en general, así como su tratamiento y una valuación previa de su salud. Percatarse

de que los cambios posturales no solo deben mantener la comodidad del paciente, sino que también tienen que mejorar su capacidad funcional y respetar siempre su dignidad.

Intentar evitar posturas ergonómicas que le pueden ocasionar presión o comprensión, tener siempre presente las medidas mecánicas para ayudarse, (grúas, almohadas o cojines dependiendo de su necesidad, los trapecios, las entremetidas o sabanas de movimiento, los arcos en camas articuladas e incluso reposapiés.)

4 Resultados

Los cambios de posición en un enfermo se tratan de movimientos periódicos que deben realizarse con frecuencia horaria con el fin de dar movimiento al cuerpo de un paciente que incapaz de hacerlo por sus propios medios. De este modo nos aseguramos de mejorar su calidad de vida y comodidad, así como innumerables beneficios físicos, emocionales y biológicos (produce comodidad y descanso, reduce las ulceras por presión, evita inflamación en las articulaciones, mejora el torrente sanguíneo, fortalece su estado anímico, permite la expulsión de mucosidad y previene cualquier obstrucción sanguínea por contacto directo entre el cuerpo y la capa.

5 Discusión-Conclusión

Fundamental conocer, identificar las movilizaciones o posiciones mas habituales que se utilizan en el ámbito hospitalario ya se para la exploración el tratamiento, aplicación de terapias o prevención en las lesiones cutáneas o musculoesqueléticas, tener muy clara cual es la postura mas adecuada dependiendo de la praxis a realizar (intervención quirúrgica, prueba diagnóstica, exploración o simplemente un cambio postural).

6 Bibliografía

- Varios portales de internet: www.sciencedirect.com
- www.revistamedica.com
- www.validasinbarreras.com

Capítulo 1145

PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).

IVAN RODRIGUEZ PULGAR

MARIA DEL PILAR ALONSO VILLAR

BÁRBARA FERNANDEZ GAREA

SONIA SUÁREZ PEREZ

PRESENTINA PULGAR GARCIA

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es el problema respiratorio de mayor prevalencia e impacto socioeconómico en el mundo a pesar de ser una enfermedad potencialmente prevenible. Por su elevada frecuencia, su curso clínico progresivo y sus requerimientos asistenciales constituye un problema médico de primer orden, siendo una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial y consumiendo elevados recursos sanitarios.

Esta enfermedad es con frecuencia sub-diagnosticada, mal diagnosticada y subtratada. Uno de los principales factores relacionado con estos problemas es la subutilización de la espirometría como herramienta diagnóstica fundamental de la EPOC.

2 Objetivos

El objetivo principal del tratamiento de la EPOC debe ser reducir la mortalidad y aumentar la supervivencia; otros objetivos son prevenir la progresión de la enfermedad, aliviar los síntomas, mejorar la tolerancia al ejercicio y el estado general de salud, y prevenir y tratar las complicaciones y exacerbaciones.

3 Metodología

Por definición, es necesario demostrar la presencia de limitación al flujo aéreo (obstrucción) que persiste después de la administración del broncodilatador. Otras evaluaciones contribuyen a definir la gravedad de la enfermedad, descartar diagnósticos diferenciales o hacer un seguimiento al tratamiento establecido A partir de la sospecha de EPOC, la evaluación clínica y funcional del paciente debe incluir: Historia clínica detallada que incluya factores de riesgo, presencia o ausencia de los síntomas cardinales (disnea, tos, expectoración) y de los signos clínicos descritos. Medición del índice de masa corporal (IMC=peso [kg]/talla [m]2), teniendo en cuenta que valores menores a 20 kg/m2 se han asociado con mal pronóstico en la EPOC.

Evaluación de la frecuencia e impacto de las exacerbaciones y hospitalizaciones en el año anterior, así como la coexistencia de comorbilidades. Determinación de la gravedad de la disnea con la escala mMRC. Oximetría de pulso en reposo que mide la saturación de oxígeno de la hemoglobina sanguínea (SaO2) y la frecuencia cardíaca (FC); además, permite evaluar el efecto de la administración de oxígeno. Espirometría pre y posterior al broncodilatador (400 µg de salbutamol o equivalente).

La evaluación funcional espirométrica realizada a todo sujeto con sospecha de EPOC permite descartar o confirmar el diagnóstico y ayuda a definir la gravedad de la obstrucción.

4 Resultados

Confirmado el diagnóstico de EPOC se sugiere, de forma individualizada, complementar la evaluación con algunos estudios adicionales, que además pueden ser útiles en el seguimiento del tratamiento instaurado: a- Radiografía del tórax. No se debe utilizar para hacer el diagnóstico de EPOC por cuanto puede ser normal

en etapas iniciales de la enfermedad y ningún signo radiológico se ha correlacionado con la gravedad o el pronóstico de la enfermedad.
- Gasometría arterial.
- Hemoglobina y hematocrito para descartar policitemia asociada a hipoxemia.
- Prueba de marcha o caminata de 6 minutos (C6M). Su expresión como la mayor distancia Capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO)recorrida (en metros) en ese período de tiempo, refleja la capacidad funcional del paciente.
- Electrocardiograma y ecocardiograma.
- Índice BODE.

5 Discusión-Conclusión

La EPOC es una enfermedad con un importante componente inflamatorio. Hoy en día tenemos avances importantes en terapia farmacológica . Tenemos nuevas herramientas terapéuticas no farmacológicas que tienen un importante impacto en estos pacientes y la rehabilitación debe estar dentro de los programas terapéuticos de EPOC.

El gran desafío futuro es tener terapias que impacten sobre la mortalidad por EPOC. En relación a esta enfermedad claramente hay que ser optimista. Hay evidencia para ello en este nuevo siglo.

6 Bibliografía

- www.medineplus.gov
- www.quironsalud.es
- www.cuidateplus.marca.com

Capítulo 1146

INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAJE VESICAL.

INÉS ORDÓÑEZ VÁZQUEZ

ABEL LOPEZ GARCÍA

1 Introducción

Las infecciones en el tracto urinario suponen unas de las infecciones nosocomiales más comunes, representando entre el 20 y el 40% del total de las infecciones adquiridas durante el ingreso hospitalario. La infección es introducida generalmente por dos vías:

- Vía intraluminal, por migración retrógrada del sistema de drenaje.
- Vía extraluminal, a través del "pasaje urinario", el espacio existente entre la sonda y la uretra.

También existe un alto porcentaje de pacientes que por factores intrínsecos, propios de la/del paciente, pueden facilitar la infección urinaria asociada a sondaje: edad avanzada, sexo femenino, insuficiencia renal, diabetes mellitus, inmunodepresión, malformaciones, etc.

2 Objetivos

- Implementar programas de mejora de la calidad o estrategias para mejorar el uso apropiado de las sondas vesicales y reducir el riesgo de ITU-SV (IB).

Los propósitos de estos programas deben ser:

- Asegurarse del uso apropiados de las sondas vesicales.
- Identificar y retirar sondas vesicales que no se precisan.
- Garantizar el lavado de manos y el manejo adecuado de las sondas vesicales.
- Guías y protocolos para la retirada por enfermería de las sondas no indicadas.
- Educación sobre el uso apropiado, la higiene de manos y el cuidado de la sonda vesical.
- Guías y algoritmos para el uso apropiado de las sondas vesicales perioperatorias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El 80% de estas infecciones están asociadas al sondaje vesical. Se calcula que el 10% de las/os pacientes ingresadas/os en un hospital son sometidas/os a cateterismo vesical, y de ellas/os un 10% sufrirán una infección urinaria durante su estancia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

En el proceso de realización de dicha investigación hemos llegado a la conclusión de que, con unos objetivos protocolarios claros, personal debidamente formado, una correcta esterilización del material, actividades correctas de valoración y actividades de formación/valoración se podrían evitar más de la mitad de las infecciones en el tracto urinario por sondaje vesical.

También para ello el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ha clasificado las medidas preventivas para evitar las infecciones del tracto urinario entre los pacientes con sonda vesical de corta duración, según la evidencia científica de su eficacia, en diferentes categorías, que para este protocolo se han resumido en I, II y III.

6 Bibliografía

- http://secip.com/.
- http://www.resistenciaantibioticos.es.
- https://www.sergas.es/.
- https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93227
- https://www.cdc.gov/.

Capítulo 1147

BENEFICIOS DEL CORTE TARDÍO DE CORDÓN UMBILICAL EN RECIÉN NACIDOS.

INÉS ORDÓÑEZ VÁZQUEZ

ABEL LOPEZ GARCÍA

1 Introducción

El cordón umbilical es el conducto flexible formado por dos arterias y una vena envueltas por una sustancia gelatinosa, que une la placenta con el ombligo del embrión y del feto. El pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical es el que se realiza transcurrido al menos un minuto desde el parto o cuando han cesado las pulsaciones del cordón.

2 Objetivos

- Exponer los beneficios de esta práctica respecto a la salud del bebé ya que de manera rutinaria el pinzamiento precoz del cordón umbilical es la técnica más utilizada.
- Acercar al personal sanitario los beneficios que conlleva el pinzamiento tardío del cordón umbilical en recién nacidos y la familiarización de los mismos con esta técnica.

3 Metodología

Recopilación exhaustiva de documentación acerca de los beneficios a corto y largo plazo del pinzamiento tardío de cordón umbilical a través de diferentes fuentes en las que se incluyen las recomendaciones de la OMS y diferentes webs de ensayos clínicos.

4 Resultados

- Aumenta los niveles de hemoglobina del recién nacido y mejora considerablemente las reservas de hierro.
- Mejora de la oxigenación cerebral.
- Reduce la necesidad de transfusión en el recién nacido sano.
- Disminuye las hemorragias intraventriculares.

5 Discusión-Conclusión

- La administración de sangre adicional a los recién nacidos mediante el pinzamiento tardío de cordón pareció ayudar a los mismos a adaptarse a su nuevo entorno.
- Menos recién nacidos necesitaron transfusiones por anemia y se redujo el riesgo de hemorragia cerebral (hemorragia intraventricular).

6 Bibliografía

- https://www.cochrane.org/.
- https://apps.who.int/.
- https://www.federacion-matronas.org/.

Capítulo 1148

NUTRICIÓN PARENTERAL.

BÁRBARA MÉNDEZ IGLESIAS

1 Introducción

La nutrición parenteral aporta a la persona los nutrientes que necesita. Las personas pueden vivir bien con nutrición parenteral mientras tanto lo necesiten. Muchas veces, la nutrición parenteral se usa por corto tiempo, entonces se puede retirar una vez que la persona puede comenzar a comer normal otra vez.
Estos productos absorbidos son transportados por la sangre a todas las partes del cuerpo. La nutrición parenteral no usa la digestión normal en el estómago e intestinos.
Es una mezcla de alimentación especialmente líquido que se provee a la sangre a través de un catéter intravenoso. La mezcla contiene proteínas, carbohidratos (azúcar), grasas, vitaminas, y minerales. Puede quedarse en ese lugar tanto tiempo como se requiera, la enfermera cuida del catéter y requiere cuidado especial del catéter para evitar infección y taponamiento.

Con la nutrición parenteral conseguimos:
- Alcanzar un aporte calórico/proteico suficiente en personas que no lo pueden a través del tracto gastrointestinal.
- Lograr un adecuado equilibrio hidroelectrolítico y crecimiento adecuado durante la terapéutica.
- Aportar micronutrientes de acuerdo a la edad y la patología de la persona.

2 Objetivos

Definir el funcionamiento de esta técnica.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Martínez costa c. Nutrición artificial. En: cruz m, 9ª ed. Madrid: ergón 2006; 684-90.
- Protocolo de prevención de infección relacionada con catéteres intravasculares.comité de infecciones y política de Antibióticos. Hospital general universitario gregorio marañón.
- H. Requejo, m. León. Pautas de prescripción de nutrición parenteral. Endocrinol nutr, 54 (2007), pp. 54-60
-Incidencia de infección asociada a catéter y factores de riesgo relacionados en pacientes hospitalizados con nutrición parenteral. Nutri hosp, 27 (2012)

Capítulo 1149

FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO

ANGELA HERNANDO TEMPRANA

1 Introducción

Las funciones del técnico auxiliar de enfermería (TCAE) pueden ser muy variadas según el ámbito en el que se encuentre. El equipo multidisciplinar que se encuentra en el quirófano debe estar muy compenetrado para el trabajo en equipo, y saber cuál es su función en cada momento. El auxiliar de enfermería tiene su papel en este ámbito con funciones concretas, algunas de ellas independientes y otras a cargo del equipo médico y de enfermería. Será en todo momento un apoyo en el equipo multidisciplinar atendiendo a las necesidades que puedan surgir y facilitándoles la intervención quirúrgica cuando sea requerida su ayuda. Se encargará también de la preparación del quirófano una vez que haya acabado la intervención, dejándolo todo exhaustivamente comprobado, limpio y repuesto para la siguiente.

El auxiliar de enfermería tiene responsabilidades en el ámbito quirúrgico, ya que todo debe quedar en estado óptimo en la sala de cirugía, por ello deben seguirse pautas muy concretas para no olvidar nada pues se ocupará de muchos detalles importantes que deben estar listos siempre en una intervención quirúrgica.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del auxiliar de enfermería en el ámbito quirúrgico donde colabora con el equipo médico y de enfermería.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda de material bibliográfico escrito, en publicaciones, libros y artículos. Así como buscadores de internet especializados como Google Académico.

4 Resultados

El auxiliar de enfermería interviene de diversas maneras en un proceso quirúrgico, pues éste se divide en periodo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

En el periodo preoperatorio se ocupa de:
- Informar al paciente y familiares sobre posibles dudas.
- Preparación del paciente para la cirugía en cuanto a nutrición, eliminación, oxigenación e higiene.
- Higiene del paciente según el tipo de cirugía que se le vaya a practicar.
- Comprobar la retirada de accesorios del paciente como joyas, esmalte, uñas postizas, lentillas, prótesis, etc.
- Limpieza intestinal con aplicación de enemas si la cirugía lo requiere.
- Control del ayuno del paciente seis horas antes del proceso.
- Comprobar que esté bien colocado el mobiliario y las máquinas quirúrgicas.
- Ocuparse con el equipo de enfermería de colocar el material textil-desechable y el instrumental.
- Comprobar el correcto funcionamiento del sistema de aspiración al vacío por si tuviera que ser utilizado.
- Colaborar en la colocación del paciente en la posición adecuada para la intervención quirúrgica.

Periodo intraoperatorio:
Se entiende por periodo intraoperatorio el tiempo desde que el paciente entra en la zona anterior al quirófano hasta que vuelve a la unidad de reanimación después de la intervención. En este tiempo el auxiliar de enfermería se encarga

de asistir al equipo quirúrgico en lo que necesiten, así como disminuir la ansiedad del paciente y la familia. También colaborará con el equipo médico y de enfermería en facilitarles el material que le soliciten durante la cirugía, así como prestar ayuda para la realización de técnicas si es necesario. Estará pendiente en todo momento de notificar posibles alteraciones del paciente al equipo médico, así como la colocación de manta térmica si fuera necesario y colocación de apósitos. Deben tenerse en cuenta siempre las medidas de seguridad y el protocolo estéril de quirófano.

Periodo postoperatorio
Cuando la intervención quirúrgica ha finalizado el auxiliar de enfermería se encargará del apoyo psicológico del paciente que se encuentra en recuperación de la anestesia, estado de desorientación y desconocimiento, y prestará atención a las heridas quirúrgicas para prevenir posibles infecciones.

La recogida de material, limpieza y desinfección del quirófano es muy importante y debe quedar en perfectas condiciones para la siguiente cirugía:
- Tirar todo el material desechable usado en la cirugía.
- Limpiar todo el mobiliario con detergente o desinfectante.
- Retirar las manchas de sangre con agua oxigenada.
- Limpiar las lámparas de quirófano que se encuentran precisamente encima de la mesa de operaciones.
- Limpiar con detergente o desinfectante todos los aparatos que se encuentran en la sala de quirófano.
-Comprobar el cierre y cambiar todos los sistemas de aspiración entre cada intervención.
- Según el protocolo de limpieza establecido deberá limpiar el instrumental quirúrgico y prepararlo para esterilizar.
- Comprobar que esté todo el instrumental.
- Desinfectar la mesa quirúrgica con hipoclorito sódico.
- Colaborar con el equipo de enfermería en la colocación del material estéril en su lugar.
- Reponer el material textil en la mesa quirúrgica para la siguiente intervención.

El auxiliar de enfermería se encargará después de la cirugía de la reposición de material en los distintos departamentos del quirófano, tarea muy importante para realizar la siguiente cirugía, dejándolo todo preparado y repuesto. En la zona quirúrgica deberá reponer según tengan establecido en cada centro hospitalario el material de anestesia, sutura, fungible, fármacos y material textil. Se hará cargo

del pedido de material que sea necesario según una lista establecida para el suministro del quirófano.

En la zona limpia debe preparar los equipos y reponer sábanas, cepillos, mascarillas, gorros, calzas y batas desechables, así como disponer siempre de desinfectantes para realizar la limpieza. Se encargará de reponer las estanterías con el material que se haya utilizado, revisar los calentadores de suero, repartir la ropa estéril en las distintas zonas limpias de cada quirófano y colocar el material que tenga que ser esterilizado.

En la zona de lavado de instrumental deberá reponer gomas de aspiración, filtros de esterilización, controles de esterilización, detergente, desinfectante, gasas no estériles, cepillos de limpieza, guantes no estériles desechables y gafas de protección para realizar el lavado del material. Se encargará también de limpiar los carros y reponer el material que haya sido utilizado, para tenerlos siempre preparados y llenos para la siguiente intervención.

5 Discusión-Conclusión

El equipo multidisciplinar que actúa en la zona de quirófanos debe estar muy compenetrado y saber trabajar en equipo para que todo funcione correctamente. Para ello todos deben conocer bien sus funciones y en qué momento deben estar disponibles a actuar.

El auxiliar de enfermería se encuentra siempre a disposición del equipo médico y de enfermería para asistir en cualquier momento, y tendrá funciones de responsabilidad propia en cuanto a la reposición de material y control de que todo esté correcto antes y después de una intervención quirúrgica.

6 Bibliografía

- Candel Parra E. El paciente quirúrgico. Intraoperatorio. En: De la Fuente Ramos M (coord.). Enfermería Médico-Quirúrgica. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Vol. 1. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.
- García García A, Hernández Hernández V, Montero Arroyo R, Ranz González R. Enfermería de quirófano. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005.
- Berry E, Kohn M, Atkinson L. Asepsia y principios de técnica estéril. En: Berry E, Kohn M. Técnicas de quirófano México: Interamericana.

- Arias C. Rol del Instrumentalista y circular de Enfermería en la sala de operaciones. San Francisco, CA: slideshare. net; 2009.

Capítulo 1150

IDENTIFICAR AL PACIENTE CON RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

PURIFICACION CORAL GUTIERREZ GARCIA

LORENA SUAREZ GUTIERREZ

1 Introducción

Las ulceras por presión (UPP) son lesiones de origen isquémico, producidas por la presión ejercida y mantenida de dos planos duros, y la tolerancia a esta. Por un lado, tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas fisiológicas o deformantes de la persona, y el otro plano duro generalmente externo a él representado por la cama, silla, calzado y otros objetos. Esta presión prolongada provoca un colapso de los capilares sanguíneos encargados de nutrir la piel causando una degeneración de dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso a musculo y hueso. Se clasifican en diferentes estadios según profundidad, su gravedad y otras características. El tratamiento para las UPP es la disminución de la presión en la zona afectada de la piel, cuidar las heridas, controlar el dolor, prevenir las infecciones y mantener una buena nutrición.

En la mayoría de los casos, la UPP se manifiesta en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo, como talones, los tobillos, las caderas, y el coxis. Es una complicación habitual de pacientes hospitalizados ya que aumenta el riesgo de su aparición. Pueden aparecer rápidamente, siendo su mejor tratamiento su correcta prevención ya que un 95% son evitables. Su aparición puede agravar el estado del

paciente aumentando el riesgo de infección, elevando la incidencia de mortalidad en pacientes de edad avanzada, provocando una alteración del bienestar debido al dolor y a la impotencia funcional, y aumentando la estancia y costes hospitalarios.

Los factores que favorecen el desarrollo de las UPP son: edad, malnutrición, inmovilidad, hospitalización, postración, incontinencia, piel frágil, discapacidad mental o alteración de la conciencia, mala higiene personal, enfermedades debilitantes, existencia de edemas, y flujo sanguíneo inadecuado.

2 Objetivos

- Reconocer al paciente potencialmente en riesgo de padecer UPP, a través de escalas de valoración.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se realizado una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, en bases de datos utilizando DECS en las que aparecieron textos completos sobre la nutrición enteral. Las bases de datos consultadas han sido: Scielo, DECS, Google Académico, Medline y Pubmed. Las palabras seleccionadas en la base de datos DECS fueron: úlcera, piel y nutrición. Se han seleccionado artículos en los que se incluyen sólo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas.

4 Resultados

La identificación de los pacientes que potencialmente pueden padecer este problema a través de la valoración de los factores de riesgo de ulceración, es el primer paso para la puesta en práctica de los cuidados de prevención.

Las escalas de valoración de riesgo de las UPP son herramientas de cribaje diseñadas para ayudar a identificar a los pacientes que pueden desarrollarlas. La valoración ha de realizarse inmediatamente al ingreso del paciente, y de forma periódica durante su estancia hospitalaria.

La escala Braden y la escala Norton son las mas utilizadas en el medio hospitalario, por su objetividad y sencillez en el manejo para predecir y objetivar el

riesgo en pacientes.
1. Escala Norton: cada parámetro se evalúa y puntúa del 1 al 4 (de peor estado a mejor).
- Estado general (bueno, débil, malo o muy malo).
- Estado mental (alerta, apático, confuso o estuporoso).
- Actividad (caminando, con ayuda, sentado o en cama).
- Movilidad (total, disminuida, muy limitada, inmóvil).
- Incontinencia (ninguna, ocasional, urinaria o doble incontinencia).

Así, se valorarán dichos parámetros, calculando la suma de los puntos obtenidos, de forma que, en función del total, catalogaremos el riesgo en función de la siguiente clasificación:
- Riesgo alto: igual o inferior a 8 puntos.
- Riesgo moderado: 8 a 12 puntos.
- Riesgo bajo: igual o superior a 12 puntos.

2. Escala Braden: se valoran los 6 parámetros de riesgo, otorgando a cada uno entre 1 y 4 puntos (de peor estado a mejor).
- Percepción sensorial: completamente limitado, muy limitado, ligeramente limitada, sin limitación.
- Exposición a la humedad: siempre húmeda, a menudo húmeda ocasionalmente húmeda, raramente húmeda.
- Actividad física/deambulación: encamado, en silla, deambula ocasionalmente, deambula frecuentemente.
- Movilidad: inmóvil, muy limitada, levemente limitada, sin limitación.
- Nutrición: muy pobre, probablemente inadecuada, adecuada, excelente.
- Cizallamiento y roce: riesgo máximo, riesgo potencial, sin riesgo aparente.

El riesgo según la clasificación es:
- Riesgo alto: menos de 12 puntos.
- Riesgo moderado: 13 o 14 puntos.
- Riesgo bajo: 15 o más puntos.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta utilización del protocolo de prevención de UPPS reduce significativamente su aparición. El 95% son evitables.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov
- https://www.ulceras.net
- https://www.elsevier.es
- https://www.mayoclinic.org
- https://www.cun.es
- https:/www.bbraun.es
- https:/www.sanitas.es>tercera-edad

Capítulo 1151

CUIDADOS E HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO.

MARIA SALGADO ALVAREZ DE TEJERA

1 Introducción

La higiene entendida como sinónimo de aseo, es el conjunto de actividades y procedimientos para alcanzar y desarrollar la salud, fomentando el confort.
Uno de los procedimientos realizados con más frecuencia por los técnicos auxiliares de enfermería es el aseo de pacientes en el medio hospitalario. La higiene proporciona bienestar sobre todo si el paciente debe permanecer encamado.
La higiene personal incluye los hábitos de cada persona para conservar limpia su piel, cabello, boca y uñas.
Al realizar el aseo del paciente dependiente la observación y valoración del estado de la piel es fundamental, para iniciar las medidas preventivas y evitar la aparición de las úlceras por presión. Es uno de los parámetros de calidad de cuidados, que se prestan a los pacientes. Humanizar estas técnicas mediante la comunicación con el paciente mientras son realizadas, refuerzan su seguridad.
Algunas consideraciones respecto a la higiene del paciente encamado som:
- Siempre se debe respetar la intimidad del paciente. las zonas que no están siendo aseadas deben permanecer cubiertas.
- Se debe vigilar que la temperatura del ambiente sea la adecuada para realizar el procedimiento.
- El personal que realiza el procedimiento debe de tener en cuenta la edad del paciente, el estado neurológico, cual es el grado de dificultad que presenta el paciente para realizar su propio autocuidado y el grado de movilidad.

- Se debe recordar siempre que la higiene se realiza de la zona menos contaminada a la más contaminada, para evitar contaminar zonas que no lo están,
- El personal que realiza el procedimiento debe aplicar siempre las normas de la mecánica corporal para evitar así lesiones innecesarias.
- Comprobar que la temperatura del agua es la adecuada. tener especial precaución en el manejo de pacientes portadores de sistemas intravenosos u otros mecanismos.

El material necesario para llevar a cabo las técnicas de higiene serían los siguientes:

- Guantes desechables.
- Palangana con agua templada.
- Esponjas desechables con y con jabón.
- Toallas de diferentes tamaños.
- Crema hidratante.
- Ropa limpia para el paciente (pijama, camisón, etc) y para la cama.

La higiene del paciente encamado se llevará a cabo siguiendo un orden predeterminado que será el siguiente:

- Cara, orejas y cuello.
- Extremidades superiores (brazos , manos y axilas).
- Tórax y abdomen.
- Extremidades inferiores.
- Genitales y periné.

Una vez realizado este procedimiento se consigue:

- Observar y conservar la integridad de la piel.
- Evitar la aparición de infecciones.
- Eliminar los malos olores.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Aumentar el grado de satisfacción del paciente, fomentando su autoestima.
- Promover el tono muscular mediante el ejercicio activo o pasivo.
- Favorecer la relación de ayuda.
- Evitar problemas pulmonares y úlceras por presión mediante los cambios posturales.
- Evaluar la capacidad de movimientos.
- Fomentar el autocuidado y aprendizaje.
- Favorecer la comunicación entre el paciente y el personal sanitario.
- Mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe.

2 Objetivos

Definir la importancia de la higiene en los pacientes encamados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se han analizado diferentes artículos científicos, guías de planes de cuidados y bases de datos científicas.
Los conceptos clave utilizados son:
- Higiene personal.
- Paciente encamado.
- Técnicas de aseo.

Los criterios de inclusión para la búsqueda fueron los siguientes:
- Idioma español.
- Año de publicación no antes del 2010.
- Guías y protocolos en las técnicas de aseo al paciente encamado.

Los criterios de exclusión para la búsqueda fueron los siguientes:
- Artículos en otros idiomas diferentes al español.
- Artículos y publicaciones de más de 10 años de antigüedad.
- webs de carácter no científico.

4 Bibliografía

- Protocoo de higiene del paciente encamado y otras técnicas de ayuda. Hospital de Cabueñes. Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- https://www.areasaludplasencia.es
- https://www.hospitaldejove.com
- https://www.hca.es
- https://www.sspa.juntadeandalucia.es

Capítulo 1152

RESOLUCIÓN LITIASIS RENAL.

ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

SUSANA LUIS GARCÍA

MARIA RODRIGUEZ ALVAREZ

PATRICIA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La litiasis renal es una enfermedad que se produce en el riñón, causada por la formación de piedras o sustancias que forman parte de la orina. El tamaño de estas piedras puede varias y la razón su formación puede ser diversa. El ácido úrico es el causante de la producción de estas piedras, por lo que bajar sus niveles es el medio para evitar a aparición de los cálculos. Esto se realiza a través de fármacos y posteriormente se recomienda el consumo de agua, líquidos y alimentos ricos en estas sustancias. os fármacos usados frecuentemente son bicarbonato de sodio, diuréticos de tiazida, etc.

2 Objetivos

Ver cómo se resuelve una litiasis renal.

3 Caso clínico

Mujer de 65 años que es remitida al hospital desde su Médico de Atención Primaria por diagnóstico ecográfico de litiasis renal derecha. La paciente refiere

dolor ocasional.

Antecedentes personales: Hipertensión Arterial e Hipercolesterolemia con medicación crónica para ambas (karvea 300mg y atorvastatina).

Rx en los que se visualiza cálculo de 1,8cm aproximadamente y otros más pequeños en el cáliz superior del riñón derecho.
Ecografía en la que se observa dilatación pielocalicial secundaria a dicha litiasis.

4 Discusión-Conclusión

Tras los resultados de las pruebas realizadas, se decide resolver el problema con varias sesiones de fotolitotricia extracorpórea y de no dar resultado se procederá a la cirugía (Ureteroscopia).

5 Bibliografía

- https://cuídateplus.marca.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1153

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

MARTA MUÑIZ

1 Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un trastorno pulmonar que se caracteriza por la existencia de una obstrucción de las vías respiratorias generalmente progresiva e irreversible. Se encuentra en mayor incidencia en personas expuestas al tabaco y su síntoma principal es la disminución de la capacidad respiratoria, ocasionando un deterioro de la calidad de vida de las personas afectadas, pudiendo ocasionar la muerte de forma prematura.

Las medidas más importantes para disminuir el riesgo de desarrollo del EPOC es dejar de fumar. El tratamiento farmacológico se usa para controlar los síntomas y para disminuir la frecuencia y la gravedad de las reagudizaciones; nos podemos encontrar:
- Bronco-dilatadores:
- De acción corta: Son el primer tratamiento utilizado. Son medicamentos que facilitan la respiración al relajar y ensanchar las vías respiratorias.
-De acción prolongada: Se usan si experimenta síntomas de forma regular durante el día, y cada dosis dura al menos 12 h.
- Inhaladores de esteroides: Si al utilizar bronco-dilatadores aún presenta dificultad para respirar también se pueden incluir los inhaladores esteroideos que contienen corticosteroides que pueden ayudar a reducir la inflamación en las vías respiratorias.

- Tabletas de teofilina: Abren y relajan las vías respiratorias, necesitan análisis de sangre de manera regular para así determinar la mejor dosis para controlar sus síntomas y reducir el riesgo de efectos secundarios.
- Tabletas de cápsulas muco-líticas : Cuando la tos es persistente y hay abundante mucosidad.
- Tabletas: A veces son necesarias para reducir la inflamación de las vías respiratorias, el ciclo del tratamiento va 7-14 días y que los esteroides pueden desencadenar efectos secundarios problemáticos.
- A veces el médico también puede recetar antibióticos.
- Terapias pulmonares
- Oxigenoterapia: Se utiliza sino se tiene suficiente oxígeno en sangre. Hay varios dispositivos para administrar oxígeno a los pulmones. El médico decidirá dependiendo del paciente y de su enfermedad.
-Programas de rehabilitación pulmonar: Combinan educación, capacitación sobre actividad física, recomendaciones nutricionales y asesoramiento psicológico.
- Cirugía: Solo es adecuado en los casos de EPOC más graves que no se pueden controlar con medicamentos
- Bullectomía: Extraer bolsa de aire de uno de los pulmones.
- Cirugía de reducción del volumen pulmonar: Se extrae una sección del pulmón gravemente dañado para permitir que las partes sanas funcionen mejor.
- Trasplante pulmonar: Extraer y reemplazar el pulmón dañado por un pulmón sano de donante.

Para el tratamiento del EPOC se empieza por usar bronco-dilatadores tanto de acción corta como de acción prolongada, también se usan inhaladores esteroideos, así como otros medicamentos como las tabletas de teofilina, las cápsulas mucolíticas y las esteoroideas. También nos podemos encontrar con terapias pulmonares (oxígeno-terapia y programas de rehabilitación pulmonar) Y en casos muy graves se recurre a la cirugía.

2 Objetivos

- Disminuir la progresión de la enfermedad
- Aliviar y tratar los síntomas y las reagudizaciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir la mortalidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

El EPOC es una enfermedad crónica pero con los tratamientos podemos conseguir mejorar la calidad de vida, disminuir el avance de la enfermedad, aliviar las reagudizaciones. Los tratamientos ayudan mucho a aliviar y mejorar los síntomas.

5 Discusión-Conclusión

Para los pacientes con EPOC es aconsejable para mejorar su calidad de vida:
- Dejar de fumar.
- Reducir la exposición a la contaminación ambiental y laboral.
- Cumplir con las revisiones y la medicación.
- Ir a rehabilitación pulmonar.
- Controlar la dieta.
- Realizar ejercicio.
- Hidratarse.
- Controlar los nervios.

6 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/
- https://www.webconsultas.com/epoc/epoc-519
- https://www.onmeda.es/enfermedades/epoc.html
- https://www.clinicbarcelona.org/
-https://www.saludalia.com/epoc
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1154

HIGIENE DE MANOS Y ANTISEPSIA CUTÁNEA.

MARIA SALGADO ALVAREZ DE TEJERA

1 Introducción

Las manos de los profesionales sanitarios son el vehículo más común de transmisión de microorganismos durante la asistencia sanitaria.
La higiene de manos es la medida más simple, económica y eficaz en la prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
A pesar de su importancia, el nivel de cumplimiento de esta medida es bajo, raramente supera un promedio del 40%.
La higiene de manos es un término general que se aplica a cualquier lavado de manos, lavados antiséptico de manos, antiséptico de manos, antisepsia de manos por frotación, o antisepsia quirúrgica de manos.
El lavado de manos puede ser simplemente con agua y jabón o jabón antimicrobiano.
E lavado de manos con jabón antiséptico es el lavado de manos con agua y jabón u otros detergentes que contengan una gente antiséptico.
La fricción antiséptica de manos es la aplicación de un antiséptico de manos por frotación sobre toda la superficie de las manos para reducir el número de microorganismos presentes.
En la superficie de las manos puede haber flora residente o colonizante que se encuentra habitualmente en las capas profundas de la piel, no se elimina fácilmente por fricción mecánica. También puede haber Flora transitoria o contaminante que son microorganismos que se encuentran en la casa superficial de la

piel, contaminando la, no encontrándose habitualmente en ellas pero su importancia radica en la facilidad con que se transmiten, siendo el origen de la mayoría de las infecciones.
La higiene de manos debe realizarse:
- Antes y después de la inserción, acceso o manipulación de un catéter.
- Antes y después de colocar, reemplazar o manipular los apósitos.
- Antes y después del uso de guantes.
Otros aspectos importantes en la higiene de manos serían los siguientes:
- El uso de guantes no excluye la higiene de manos.
- No llevar anillos, relojes y pulseras.
- No llevar uñas largas ni artificiales.

Con esto conseguiremos:
- Eliminar la suciedad y/o materia orgánica.
- Disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos a los pacientes.
- Disminuir el riesgo de transmisión cruzada entre pacientes.
- Disminuir el riesgo de infección entre trabajadores sanitarios.
- Disminuir el riesgo de transmisión de infección a uno mismo.
- Asegurarse que las manos están secas antes de ponerse los guantes.
- Tras fricción con solución hidroalcohólica no lavarse con agua y jabón.

2 Objetivos

Definir la importancia de la higiene en las manos de los profesionales sanitarios
.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en protocolos científicos y bases de datos específicas.
Los conceptos claves utilizados son:
- Higiene de manos.
- Microorganismos
- Infecciones nosocomiales.
Los criterios de inclusión para la búsqueda fueron los siguientes:
- Idioma español.

- Año se publicacion no antes del 2010.
- Artículos científicos relacionados con la higiene de manos en el ámbito sanitario.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Artículos en otros idiomas diferentes al español.
- Artículos y publicaciones de más de 10 años de antigüedad.
- Webs de carácter no científico.

4 Bibliografía

- Protocolo de higiene de manos y antisepsia cutánea. Hospital Universitario de Cabueñes. Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- https://www.dialnet.unirioja.es
- https://www.bbraun.es
- https://www.saludcastillayleon.es

Capítulo 1155

HEMATURIA MACROSCÓPICA A ESTUDIO.

ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

SUSANA LUIS GARCÍA

MARIA RODRIGUEZ ALVAREZ

PATRICIA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La Hematuria es la presencia de sangre en la orina.
Hay dos tipos:
- Hematuria microscópica: cuando la sangre en la orina solo puede verse con un microscopio.
- Hematuria macroscópica: cuando la sangre en la orina se puede ver a simple vista.

La hematuria macroscópica produce orina de color rosado, rojo o amarronado , esto se debe a la presencia de glóbulos rojos.La hematuria por si sola no suele ser dolorosa,salvo que vaya acompañada de la expulsión de coágulos que si podrá ser doloroso.
Por lo general la hematuria no suele ir acompañada de otro síntoma ni signo.

2 Objetivos

Mediante un caso clínico ver cómo se hace el estudio de una hematuria macroscópica.

3 Caso clínico

Varón de 52 años que acude al servicio de urgencias derivado de su centro de salud por hematuria franca con coágulos de 2 días de evolución. Refiere haber comenzado hace 2 días con hematuria en todas las micciones y en las últimas horas presencia de coágulos a mitad de la micción, no tenesmo, no disuria, ni urgencia. No dificultad para la micción ni episodio de RAO (Retención Aguda de Orina) . No presenta más clínica descrita.

4 Discusión-Conclusión

Tras citologías positivas se confirma Neoplasia Vesical por lo que el paciente será programado para cirugía, Resección Transuretral Vesical (RTU Vesical) .

5 Bibliografía

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

Capítulo 1156

PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA RECOGIDA DE UN UROCULTIVO

MAYKA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

ELENA ÁLVAREZ ALONSO

BALBINA FRANCOS GARCÍA

NURIA MENÉNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

El urocultivo o urinocultivo, es una prueba de laboratorio que sirve para diagnosticar una infección urinaria y detectar la presencia y el tipo de bacterias existentes.

2 Objetivos

Analizar los métodos para la recogida de orina. Determinar su procedimiento.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en buscadores como Google académico, bases de datos como Cochrane o Scielo, y en distintas guías hospitalarias.

4 Resultados

Para realizar un urinocultivo, se recoge una muestra de la orina del paciente. El primer paso es lavar bien las manos y a continuación la zona genital con agua y jabón; seguidamente en la mujer separar los labios y en el hombre retraer el prepucio, después de desechar la primera parte de la orina, se recogerá la siguiente parte de la micción en un recipiente estéril, sin llegar a llenarlo. En caso de niños, el primer paso se lleva a cabo de la misma forma y a continuación se coloca en los genitales una bolsa colectora. En pacientes portadores de sonda vesical, la técnica será llevada a cabo por personal sanitario. Lo más importante en todos los métodos, es hacerlo en condiciones de asepsia para evitar cualquier tipo de contaminación externa que pueda dar lugar a errores de diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

La asepsia es imprescindible y fundamental para una adecuada recogida de orina. Un diagnóstico correcto depende de una recogida de orina aséptica.

6 Bibliografía

- https://www.murciasalud.es/preevid/18301
- https://www.dinamicaips.com.co/components/com_prep_exam/files/prep-citoquimico-orina.pdf
- http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Como%20recolectar%20la%20muestra%20del%20Urocultivo%20%20Dr.%20Eduardo%20Cordova.pd

Capítulo 1157

AISLAMIENTO Y TIPOS DE AISLAMIENTO

MARIA ARACELI PEREZ GARCÍA

YOLANDA RAQUEL CASTAÑO PASTOR

MARÍA ASUNCIÓN ALVAREZ PANDO

MARÍA TERESA VAZQUEZ RUA

NATALIA VAZQUEZ RUA

1 Introducción

Entre los múltiples riesgos que corremos en el ámbito hospitalario se encuentras aquellos que nos encontramos cuando una persona acude al centro con un virus o germen que se transmite por diversas vías (vías aéreas, contacto).

2 Objetivos

Identificar los tipos de aislamiento y conocer el protocolo de actuación en cada caso.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diversas bases de datos utilizando los descriptores: aislamiento, contagio, aéreo, inverso, mascarillas, virus; y los operadores booleanos

AND Y OR.

4 Resultados

En el ámbito hospitalario es importante que aquellas personas que realizan su trabajo allí conozcan los diferentes tipos de aislamiento y su procedimiento.

Tipos de aislamiento:
- Aislamiento aéreo: es aquel que se transmite por vía aérea a través de las vías respiratorias. Ejemplo: gripe A, en este caso se utiliza mascarilla.
- Aislamiento contacto: es la que se trasmite a través del tacto de heridas y mucosas. Ejemplo: marsans, se utilizará bata y guantes.
- Aislamiento mixto: de contacto y aéreo, en este caso se utilizará bata, mascarilla y guantes. Se debe a que el virus germen es de alto riesgo de contagio. Ejemplo: tuberculosis.
- Aislamiento inverso: este aislamiento se utiliza sobre todo en personas con tratamientos oncológicos o trasplantados que se encuentran en un estado de defensas debilitado y necesitan estar protegidos de los virus y gérmenes del exterior en esta caso se utilizara mascarillas el paciente que es el más interesado y en su habitación para aliviarle a el la utilizaremos el resto de las personas.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una serie de cuidados y conocimiento de los aislamiento evitaremos el riesgo de propagación de los virus en áreas hospitalarias.

6 Bibliografía

- Wikipedia
- Medlineplus
- Redaccionmedica.com
- Saludt.es

Capítulo 1158

DOLOR AGUDO EN LA ZONA LUMBAR SIN ESFUERZO ANTERIOR APARENTE.

SILVIA FERNÁNDEZ NÚÑEZ

1 Introducción

La mayoría de las personas poseen un dolor o molestia en la espalda al menos una vez en la vida. La zona más frecuente de dolor de espalda sería la zona lumbar, ya que esta parte del cuerpo es donde recae la casi todo el peso del cuerpo.

A este dolor suele darse como nombre Lumbago, y además del dolor puedes sentir rigidez y disminución de movimiento en la zona lumbar y dificultad a la hora de mantenerse erguido.
Las principales causas del lumbago serían:
- Fracturas por compresión de la columna por causa de osteoporosis.
- Fractura en la médula espinal.
- Algún tipo de cáncer que comprometa la columna.
- Tener los músculos en continuos tensión (espasmo muscular)
- Curvaturas en la espalda desde la infancia o adolescencia (escoliosis o cifosis)
- Estrechamiento en el conducto raquídeo (Estenosis raquídea)
- Tensión o desgarro en los músculos o ligamentos que sostienen la columna
- Enfermedades artríticas, como osteoartritis, artritis psoriásica o artritis reumatoidea.
- Problemas relacionados con el embarazo.
- Infección de riñón o cálculos renales.
- etc.

2 Objetivos

Mejorar la calidad de vida de los enfermos con un tratamiento adecuado y una buena higiene postural además de recomendar algún ejercicio especifico para su dolor.

3 Caso clínico

Mujer de 22 años que acude al Servicio de Urgencias por episodio recurrente de dolor agudo en zona lumbar derecha, que irradia a zona posterior de miembro inferior derecho (MID) hasta el gemelo y dificulta la deambulación. Paciente cuyos antecedentes personales son: no alergias conocidas; intolerancia al ácido clavulánico y a la lactosa; no intervenciones quirúrgicas anteriores; no HTA ni dislipemia; y fumadora de 10 cigarrillos al día.

4 Discusión-Conclusión

Se recomienda seguir las pautas descritas en el plan de cuidados para mejorar la sintomatología actual y prevenir nuevos episodios.

5 Bibliografía

- Corwell BN. Back pain. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 32.
- El Abd OH, Amadera JED. Low back strain or sprain. In: Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD Jr, eds. Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation: Musculoskeletal Disorders, Pain, and Rehabilitation. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:chap 48.
- Grabowski G, Gilbert TM, Larson EP, Cornett CA. Degenerative conditions of the cervical and thoracolumbar spine. In: Miller MD, Thompson SR, eds. DeLee, Drez, & Miller's Orthopaedic Sports Medicine. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 130.
- Malik K, Benzon HT. Low back pain. In: Benzon HT, Rathmell JP, Wu CL, Turk DC, Argoff CE, Hurley RW, eds. Practical Management of Pain. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2014:chap 21.

- Misulis KE, Murray EL. Lower back and lower limb pain. In: Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 32.

Capítulo 1159

CUIDADOS EN EL PUERPERIO.

ISABEL ARTIME RODRIGUEZ

1 Introducción

Las manifestaciones clínicas durante el puerperio (período de 6 semanas después del parto) en general reflejan la reversión de los cambios fisiológicos que ocurrieron durante el embarazo. Estos cambios son leves y temporales y no deben confundirse con alteraciones patológicas.

Las complicaciones posparto son infrecuentes.Las más frecuentes son:
1. Hemorragia posparto.
2. Endometritis puerperal.
3. IU (cistitis y pielonefritis).
4. Mastitis.
5. Depresión posparto.

2 Objetivos

Conocer los principales cuidados en el puerperio inmediato para mejor recuperación de la mujer y poder identificar y distinguir entre alteraciones fisiológicas y patológicas

3 Metodología

Para la realización de esta revisión se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos (Medline, Cuiden, Scielo y Dialnet).

4 Resultados

Durante las dos primeras horas tras el parto la mujer debe permanecer acompañada y vigilada. Se debe controlar cada 30 minutos o al menos en tres ocasiones la tensión arterial, pulso, temperatura, sangrado, involución uterina y diuresis. En caso de epidural, puede existir globo vesical y ser necesario realizar un sondaje puntual para eliminar la orina y favorecer la involución uterina. La primera micción espontánea debe darse antes de las 6 horas postparto.

Se debe informar y favorecer una serie de medidas higiénico-preventivas tales como:
1. Deambulación precoz, la mujer debe levantarse y andar tan pronto le sea posible, generalmente a las dos horas del parto. No debe levantarse sola sino con un acompañante, especialmente en el caso de haber recibido analgesia epidural. Se debe fomentar una primera ducha lo antes posible. Esta medida es adecuada en la prevención del tromboembolismo.
2. En caso de cesárea o necesidad de permanecer encamada será necesario la profilaxis con heparina.
3. Iniciar tolerancia mediante la ingesta de líquidos y posteriormente sólidos.
4. Tratamiento del dolor a causa de la episiotomía, desgarros, entuertos… En caso de hemorroides o inflamación perineal se pondrá frío loca.
5. La higiene del periné se hará con agua y jabón. Es suficiente realizarlo una vez al día. Es importante secar bien la zona tras el lavado. Revisar el periné para valorar dehiscencias, hematomas o signos de infección
6. Se cambiarán las compresas todas las veces que sea necesario para que la zona no esté húmeda.
7. Valorar el estado de las mamas y la técnica de la lactancia materna en caso necesario.
8. Valoración estado emocional. Es frecuente cierto grado de tristeza en los primeros días que se irá pasando, pero si persiste o aumenta se debe recurrir al especialista

5 Discusión-Conclusión

Deben minimizarse los riesgos de infección, hemorragia y dolor. En general, las mujeres son controladas al menos 1 a 2 horas después del tercer estadio del trabajo de parto y durante más tiempo si se usó anestesia regional o general durante el parto (ej., por uso de fórceps, extractor de vacío o cesárea) o si el parto no fue

totalmente usual.

Se debe fomentar el contacto piel con piel con el recién nacido y el inicio de la lactancia materna cuanto antes, si es posible en la primera hora de vida del recién nacido.

Los principales acontecimientos que se producen durante este período son: involución de las modificaciones anatomo-fisiológicas que se produjeron durante el embarazo, la instauración de la secreción láctea, el reajuste psicológico de la madre y el establecimiento de la relación padres-hijo.

6 Bibliografía

- https://www.merckmanuals.com/.../infecciones-puerperales
- Enfermería Global Ene 2013, Volumen 12 Nº 29 Paginas 404 - 419.
- Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2009, Volumen 32 Paginas 169 - 175.
- Obstetricia y medicina materno-fetal / Lluís Cabero i Roura (dir.), D. Saldívar Rodríguez (dir.), E. Cabrillo Rodríguez (dir.), 2007, ISBN 978-8-49-835594-9, págs. 479-483.
- Tratado de ginecología y obstetricia / coord. por Eduardo Cabrillo Rodríguez, José Manuel Bajo Arenas, Joaquim Calaf Alsina, Vicente Cararach Ramoneda, Esteban Davi Armengol, Ernesto Fabré González, Antonio Gil Moreno, Alfonso Herruzo Nalda, F. Izquierdo, José Zamarriego Crespo; Lluís Cabero i Roura (dir.), Vol. 2, 2014 (Medicina materno-fetal), ISBN 978-84-9835-269-6, págs. 1199-1201.

Capítulo 1160

UNIDAD DEL DOLOR

DAVID GION RAMOS

1 Introducción

La Unidad del Dolor es una unidad especializada en el manejo y tratamiento de todo tipo de dolores complejos, especialmente aquellos resistentes a tratamientos convencionales, o en casos de pacientes especiales que no toleran esos tratamientos o precisan de fármacos o técnicas especiales de tratamiento.

2 Objetivos

- Aliviar total o parcialmente el dolor (no siempre es posible hacerlo), incrementando la capacidad funcional y mejorando la calidad de vida a la vez que se racionaliza la medicación analgésica.

3 Metodología

Realizamos un estudio a partir de las Unidades del Dolor ya implantadas en el sistema sanitario y de las encuestas realizadas a sus pacientes.

4 Resultados

Actualmente en nuestro país existen 180 unidades del dolor por todo el territorio nacional. En ellos vemos que 18% de la población vive con dolor crónico y solo el 2% acude a las UD. La especialidad que mas pacientes deriva es traumatología. Casi la mitad de los pacientes 43% sufren sobrepeso , y el 86% de los enfermos remitidos a la unidad sufre dolor musculoesquelético.

5 Discusión-Conclusión

No todos los pacientes precisan acudir a una unidad del dolor. La mayor parte de pacientes con dolor pueden y deben ser tratados en atención primaria. Las circunstancias que indican que nos deben derivar al servicio serian: Dolor severo en intensidad sin control de tratamiento, dolor que reduce drásticamente la calidad de vida y funcionalidad del paciente y dolor no controlado y con importantes problemas con el tratamiento médico.

6 Bibliografía

- Mscbs.gob.es
- Quironsalud.es
- Riubu.es
- Ubu.es

Capítulo 1161

IMPORTANCIA DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN HOSPITALARIAS

ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) siguen siendo uno de los mayores retos en los pacientes que permanecen inmovilizados, encamados o que por otro tipo de enfermedades se ve disminuida su función motora y tienden a tener una mayor probabilidad de sufrir este tipo de lesiones de piel.

Se dice que las UPP constituyen una de las complicaciones hospitalarias más posiblemente prevenibles, siendo la prevención el mejor método de tratamiento, por tanto, de esto surge la importancia del buen conocimiento y cuidado por parte de los TCAES.

2 Objetivos

- Hacer una revisión sobre las UPP y dar a conocer brevemente los factores que las producen, como se pueden prevenir, los niveles de úlceras por presión que

existen y la labor a desarrollar por los TCAES ante cada uno de ellos.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente y en artículos de las principales bases de datos Pubmed, Medline, Elsiever y Scielo.

4 Resultados

La piel es el órgano más grande y externo del cuerpo humano.
Consta de dos capas:
- Epidermis (capa más externa y protectora), que a su vez se dividen desde más externa a más interna en córnea, granulosa, espinosa y basal.
- Dermis (capa más interna y de mayor grosor y densidad), que se subdivide en capa papilar y reticular (la más profunda).

Las úlceras por presión son lesiones de la integridad de la piel que se manifiestan en zonas localizadas de necrosis isquémicas, se dan en tejidos que cubren prominencias óseas o en zonas de apoyo prolongado. Pueden afectar a una de las capas de la piel, a todas e incluso a tejido celular subcutáneo y tejidos más profundos.

La predisposición de los pacientes a padecerlas pueden deberse a factores:
- Extrínsecos como son la presión, la fricción, la humedad y el tiempo a lo que este sometido la actuación de los factores anteriores el paciente.
- Intrínsecos que son característicos y propios del paciente o secundarios de la enfermedad que presentan.

Se utilizan dos escalas principales para la valoración del riesgo de UPP, la escala de Norton y la escala de Braden.
Se clasifican en cuatro estadios: UPP grado I (lesiones en epidermis), grado II (lesiones en epidermis y dermis profundas), grado III (presentan necrosis y muerte celular) y grado IV (daño muscular, óseo y de otras estructuras)

Procedimientos preventivos de las úlceras por presión por parte de los TCAES:
El primero y más importante es la inspección visual de la piel y ante cualquier anomalía registrar y notificar a la enfermera encargada del paciente.

Se valorará que no haya contraindicación y se realizarán cambios posturales

cada 2-3 horas (al menos dos por turno) a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación (los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados), el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho (no sobrepasaremos los 30 grados en los decúbitos laterales), y registrando la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados.
Se evitará el contacto directo de las prominencias óseas entre si usando almohadas. Evitaremos el arrastre sobre la cama o la silla y procuraremos que la sábana bajera este lisa, sin arrugas y limpia de partículas.

Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones de aire (pacientes de peso inferior a 75 kg.), cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Solo es un material complementario no sustituye a la movilización.
Deberemos limpiar y secar meticulosamente la piel, sobre todo los pliegues cutáneos. Se hidratara la piel y se dará un leve masaje y se utilizará si procede cremas protectoras. Se evitarán los hules y se utilizarán absorbentes y colectores de orina.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión realizada para la realización de este capítulo queda objetivado que los TCAES son uno de los pilares importantes en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, ya que se encargan de la higiene, hidratación, nutrición, hidratación, cambios posturales y del conjunto de acciones necesarias para la preservación de la piel.

6 Bibliografía

- Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas.
- Validación de la escala EMINA ©: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. (2001, 1 enero).
- Bosch, Ángela. (2004, 1 marzo). Úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos desde la farmacia | Offarm.
- Hansen, J. T. (2014). Netter Cuaderno de anatomía para colorear. Barcelona, España: Elsevier.

- Pérez de la Plaza, E., & Fernández Espinosa, A. (2016). Auxiliar de enfermeria. Madrid, España: Mc Graw Hill.
SciELO - Scientific Electronic Library Online. (s.f.).

Capítulo 1162

FUNCIONAMIENTO DEL CAPNÓGRAFO COMO HERRAMIENTA ÚTIL PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS

VIRGINIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

La capnografía es una monitorización no invasiva que complementa a la pulsioximetría (ayudarnos esta última a tener una medición más exacta de la oxigenación de un paciente, mientras que el capnógrafo nos analizará la ventilación del paciente, midiendo el dióxido de carbono exhalado), pudiendo valorar la perfusión y el metabolismo del paciente en algunos casos.

Desde que viene usándose este método (ya por los años 70), es necesario una hospitalización del paciente para poder realizarle una intubación endotraqueal.

Años más tarde (2007) el uso de esta técnica fue adoptando nuevas modificaciones en cuanto a su utilidad y funcionamiento, ampliando así su abanico de posibilidades y siendo por tanto, recomendado su uso en el caso de una parada cardiorrespiratoria, donde permitía observar una recuperación espontánea de la circulación, o una correcta colocación del tubo endotraqueal. Por todo esto se valoró la importancia de esta técnica a la hora de realizar un transporte de un paciente en estado crítico y pasó a incluirse el protocolo estándar de equipamiento para las ambulancias tipo C (que corresponde a las unidades móviles de emergencia) que con los avances tecnológicos ya son capnógrafos portátiles.En estas

situaciones críticas como puede ser una obstrucción parcial de una vía aérea, esta sería detectada en unos 2 a 4 minutos si sólo utilizáramos el pulsioxímetro, mientras que combinado con el capnógrafo el tiempo se reduce y puede darse un tratamiento precoz.

También nos permite valorar el tiempo que debemos emplear en una RCP ya que nos da información sobre si estamos realizando de forma efectiva las maniobras de compresiones torácicas, al detectar rápidamente la circulación espontánea.

Lo que el capnógrafo nos indica es como está siendo la ventilación de un paciente en un tiempo determinado a través de la presión de dióxido de carbono (CO2) medidas en milímetros de mercurio (mmHg) por segundo.

2 Objetivos

- Dar información al personal sanitario sobre la técnica de la Capnografía.
- Conocer la importancia de tener conocimientos en la utilización e interpretación de las lecturas de un monitor de un capnógrafo por su importancia en casos de emergencia.

3 Metodología

Se efectúa búsqueda bibliográfica en buscadores como: Elsevier, Scielo y diferentes fuentes bibliográficas. Se utilizan palabras clave como Capnógrafo, emergencia, ventilación pulmonar, reanimación cardiorespiratoria.

4 Resultados

El capnógrafo nos permite medir el dióxido de carbono, CO2, en la ventilación de un paciente de modo no invasivo.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de la capnografia ha ido mejorando y avanzando en el tiempo ampliando sus utilizaciones en el ámbito sanitario sobretodo para casos de emergencia donde la importancia de saber interpretar los parámetros que nos da.

En este caso un capnógrafo es muy importante para actuar precozmente y poder poner un tratamiento lo antes posible.

6 Bibliografía

- Semergen: Revista Española de Medicina de Familia.
- La capnografia en los servicios de emergencia médica.
- Papel de la capnografía en la parada respiratoria extrahospitalaria.Morales,M.A (2015).
- Uso de la capnografía en urgencias. Monitorización en el paciente crítico. Doctoral dissertation: Universidad Internacional de Andalucía.
- Revista Mexicana de Anestesiología, 34 42-5.

Capítulo 1163

ATENCIÓN INMEDIATA Y CUIDADOS INICIALES DEL RECIÉN NACIDO.

MÓNICA FERNÁNDEZ CASADO

1 Introducción

Son todos aquellos cuidados que se realizan inmediatamente después del nacimiento del recién nacido en el paritorio, después de su valoración inicial y su identificación.
Se comienzan y terminan en el paritorio y si no surge ningún problema se continúa en el Servicio de Maternidad y en el domicilio particular.

Inmediatamente después del nacimiento:
1. Una primera valoración y cuidados.
2. Identificación del recién nacido en el paritorio con: la pulsera identifica, sus huellas digitales y una toma de sangre de la madre y del recién nacido.
3. Se traslada al recién nacido a la habitación de planta.
Si es posible, la valoración inicial del recién nacido se realizará sin separarlo de la madre lo que se llama contacto piel con piel. Y este contacto se procurará que sea continuo durante las dos primeras horas sin ningún otro estímulo, esto ayuda al recién nacido a estabilizar sus constantes vitales, estimula el vínculo afectivo, disminuye el tiempo de llanto y se inicia la lactancia materna.
Se determinará el índice de Apgar al minuto, a los 5mn y a los 10mn. Este índice nos va indicar la adaptación del recién nacido y que nivel de intervención profesional requerirá si fuese necesaria.
También se observará si hay alguna anormalidad morfológica, la presencia de tres vasos en el cordón umbilical, que haya presencia de meconio y de micción, se auscultará y se constatará que la respiración sea regular y efectiva.

Se producirá un primer cuidado del cordón umbilical. Se mantendrá su temperatura corporal entre 36℃ y 37℃ porque pierde calor con mucha facilidad lo que puede producir trastornos, se le aplicará una pomada para prevenir infecciones oculares graves y vitamina k para prevenir hemorragias digestivas.
El pesado y tallado del recién nacido se producirá después de las dos primeras horas ya que se prioriza que esas primeras horas descanse junto a la madre.

2 Objetivos

Identificar los requerimientos técnicos necesarios en el cuidado del recién nacido.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se obtuvo información en Google Académico con búsqueda de palabras claves como cuidados recién nacido, valoración inicial, índice de Apgar, paritorio.

4 Bibliografía

- La identificación del recién nacido: asignatura pendiente. María Concepción Sanz-Diaz, María Isabel Espinal-Ramon, Aránzazu Domínguez-Luna.
- Asociación Española de Pediatría. 2009.
- Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de Canarias. E. Domenech, N. González.

Capítulo 1164

EMBARAZO, PARTO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

HENAR BLANCO FERNÁNDEZ

MARIA ISABEL ÁLVAREZ DOS SANTOS

1 Introducción

La violencia obstétrica es aquella que ejerce el personal médico sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, deshumanizando el parto, medicalizando el embarazo, y evitando que los procesos naturales sigan su curso sin intervención alguna.
Según la OMS, todas las mujeres tienen derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y a no sufrir violencia ni discriminación.
El parto humanizado se basa en los derechos humanos, reproductivos y sexuales de las mujeres, cambiando la idea de que el embarazo y el parto son dos procesos patológicos que requieren intervención médica. Se consigue así, que tanto la naturaleza como el bebé, marquen el ritmo del parto, en consonancia con la gestante, convirtiendo el parto en un proceso íntimo, una experiencia positiva en la que la mujer tiene más control de su cuerpo, reduciendo la sensación de sentimientos negativos y proporcionándole a su vez, la autoconfianza suficiente para afrontar la situación y creando un vínculo con el equipo médico al percibir la calidad de los cuidados recibidos por el mismo.
De esta manera se favorecerá la recuperación tanto física como mental de la mujer, disfrutando posteriormente de un puerperio grato para hacerse cargo de los cuidados del bebé, sin apenas consecuencias, ya que de esta manera se reducen

las complicaciones perineales y la mortalidad materna, reforzando a su vez, el vínculo madre-hijo.

2 Objetivos

Prevenir y erradicar el trato ofensivo e irrespetuoso que sufren las mujeres durante el embarazo y el parto, haciendo de esta etapa un proceso traumático, siendo a veces incluso negligente en beneficio de la comodidad de equipo médico.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Varela N. Íbamos a ser reinas: Mentiras y complicidades que sustentan la violencia contra las mujeres. 2017.
- El concepto ”violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento.Editorial Tecnos. 2018.

Capítulo 1165

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS DE LESIONADOS MEDULARES.

MARÍA DE LOS ÁNGELES GALÁN AGUIRRE

CRISTINA ROMERO GARCIA

INES GUTIÉRREZ GÓMEZ

1 Introducción

Una lesión medular es la alteración de la médula espinal, por causa traumática o por enfermedad. La médula espinal es la gran autopista protegida por la columna vertebral, por la que circulan los impulsos nerviosos de ida y vuelta del cerebro al resto del cuerpo.

Cuando se produce una lesión medular, estos impulsos nerviosos se ven interrumpidos o alterados pudiendo producir parálisis de la movilidad voluntaria y ausencia de toda sensibilidad por debajo de la zona afectada, falta de control sobre los esfínteres, trastornos en el campo de la sexualidad y la fertilidad, alteraciones del sistema nervioso vegetativo y riesgo de sufrir otras complicaciones (úlceras de decúbito, espasticidad, procesos renales, etc…)

2 Objetivos

Exponer las principales funciones de los TCAE en el cuidado de lesionados medulares.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro del equipo de enfermería el/la TCAE, es quien está en contacto más directo con el lesionado medular durante el ingreso hospitalario y su estancia en planta, y parte fundamental de su labor es: educar, informar y concienciar de los cuidados que va a requerir el lesionado a lo largo de su vida para prevenir complicaciones.

Respecto a la incapacidad para el autocuidado relacionado con inmovilidad en cama, nuestro objetivo es realizar la acciones necesarias para cubrir las necesidades del cuidado personal del paciente, (dado el estado del paciente estas serán realizadas por el/la TCAE no dejando que participen de forma directa los familiares, aunque sí se les puede ir instruyendo para la fase crónica).

También entra dentro de nuestros objetivos que el paciente no presente alteraciones en la piel, ni úlceras por decúbito. Relacionado con la ansiedad producida por el paciente con cambios en sus hábitos de vida, intentaremos que el paciente comente sus temores y sus dudas tanto con su familia, como con el personal de enfermería.

Después de informarnos en plantas especializadas en el cuidado de lesionados medulares, se nos ofrece una lista de consejos y cuidados del TCAE hacia el paciente como pueden ser:
- Se realizará aseo completo y cambio de cama en el turno de mañanas (y cuando sea necesario).
- Se realizará higiene de la zona génito-anal una vez en cada turno o cuando sea necesario.
- Se administrará la dieta alimenticia, siempre que el estado del paciente lo permita.
- Colocación del paciente en cama de almohadas.

- Realizar cambios posturales cada 3-4 horas.
- Mantener la piel limpia e hidratada.
- Aplicar masajes en las zonas prominentes.
- Mantener protegidas las zonas susceptibles de presión (codos, rodillas, tobillos, trocánteres, etc…).
- Se intentará mantener siempre el mismo personal de enfermería para lograr un clima de confianza con el paciente.
- Se aclarará las dudas que tenga sobre su lesión, siendo reservados en cuanto a su recuperación.
- Se invitará a la familia a que dialogue con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión es que, por supuesto que las funciones protocolarias del TCAE son fundamentales en la correcta evolución de este tipo de pacientes, pero también es muy importante trabajar en salud mediante procesos educacionales, conductuales y de información, constituyendo fortalezas en el mismo paciente y su propia familia para afrontar con positividad todo tipo de percances en este tipo de enfermedades crónicos.

6 Bibliografía

- https://hnparaplejicos.sanidad.castillalamancha.es/
- https://www.guttmann.com/
- https://diarioenfermero.es
- https://www.medular.org/residencia-del-lesionado-medular/

Capítulo 1166

ASPECTOS GENERALES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ANDREA MEDINA FERNANDEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP), constituyen un problema sociosanitario que reduce considerablemente la calidad de vida del paciente, empeora su pronóstico, aumenta a si la estancia hospitalaria ocasionando importantes costes al sistema de salud, tanto desde el punto de vista de los recursos humanos como desde el de los materiales. Éstas son lesiones o trastornos de la integridad de la piel que se manifiestan como zonas localizadas de necrosis isquémicas; se manifiestan en tejidos que cubren prominencias óseas o en zonas de apoyo prolongado; Pudiendo así afectar a epidermis, dermis, tejido celular subcutáneo y tejidos más profundos.

Las incidencias de úlceras por presión es un indicador negativo vinculado a la calidad de los cuidados de enfermería. No se trata de una enfermedad, sino de una consecuencia asistencial, evitable en el 95% de los casos, que pone de manifiesto el fallo del equipo que cuida al paciente.

El mejor tratamiento es la prevención, entendida como el conjunto de cuidados que se aplican ante pacientes en riesgo de úlceras por presión o que ya las padecen. Conseguirla depende sobre todo de la calidad y de la continuidad de los cuidados que preste el equipo de enfermería.

Se sabe que la mayoría de las UPP podrían haber sido evitadas con la aplicación de un adecuado protocolo de prevención, por eso, cada vez más está teniendo repercusiones legales, ya que el hecho de que un paciente ingrese por una patología determinada y deba prolongar su estancia en el hospital debido a la aparición de

una lesión de este tipo lleva cada vez más a los familiares a denunciar la falta de cuidados adecuados para prevenirlas.
Es muy importante tener en cuenta que la prevención no sólo se debe realizar a nivel hospitalario, sino también resulta imprescindible implantar medidas de prevención en el propio domicilio del paciente, cuando sus condiciones así lo precisen.

Los objetivos principales son los cuidados y protección de la piel, teniendo en cuenta la valoración y controlando frecuentemente el estado de ésta como mínimo una vez al día, vigilando en especial las zonas de mayor riesgos; El cuidado debe de ser exquisito, secar meticulosamente y siempre teniendo en cuenta los pliegues cutáneos.
Son muy importantes los cambios posturales y fomentar la movilización. Identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar UPP.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica para un diagnóstico y tratamiento más precoz.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html.
- https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/ulceras-presion.
- https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/31_pdf.pdf.

Capítulo 1167

REANIMACIÓN NEONATAL.

SUSANA DIAZ REMIS

1 Introducción

Aproximadamente el 10% de los recién nacidos requiere algún tipo de asistencia para comenzar a respirar al momento del nacimiento. Menos del 1% requiere maniobras avanzadas de reanimación,como compresiones torácicas y medicamentos. La preparación para la reanumación neonatal requiere de la evaluación del riesgo perinatal,un sistema que organice el personal apropiado basado en ese riesgo, un método organizado para garantizar el acceso inmediato al material y equipo de reanimación y la estandarización de habilidades conductuales que ayuden a asegurar un equipo d trabajo efectivo y una adecuada comunicación. En el recién nacido se puede presentar un problema con la respiración que causa un intercambio gaseoso inadecuado(puede ocurrir antes,durante o después del parto).

Antes del parto: La placenta realiza la función respiratoria fetal. Si la placenta funciona normalmente, el oxígeno se transfiere de la madre al feto y se elimina el CO2.

La respiración placentaria falla: El feto no recibe oxígeno suficiente para mantener función celular, CO2 no se puede eliminar. Acúmulo CO2: aumento de ácidos de sangre (ph calota), el monitor fetal puede mostrar disminución en la actividad; pérdida de variabilidad y desaceleraciones de la frecuencia cardiaca. Después del parto: recién nacido no comienza esfuerzo respiratorio eficaz o no puede mantenerlo. Si la insuficiencia respiratoria persiste, el RN presentará apnea y bradicardia mantenida y por último parada respiratoria seguida de parada cardiaca.

2 Objetivos

Se analizan las genralidades sobre la reanimación neonatal. La necesidad de asistencia no siempre se puede predecir.Los equipos deben estar preparados para promocionar estas intervenciones que salvan vidas de manera rápida y eficaz, en todos los partos. Para la participación adecuada en la reanimación neonatal, es importante que todos los miembros del equipo sepan evaluar a un recién nacido y tomar decisiones sobre que acciones llevar a cabo;se adquieren conocimientos y habilidades de trabajo en equipo necesarias para reanimar y estabilizar a los recién nacidos que lo precisen y se practiquen los pasos involucrados en la reanimación. Se debe considerar una via aérea alternativa (mascarilla laríngea o intubación en algunos casos:

- La UPP con máscara facial no es eficaz o se debe prolongar.
- Se necesitan compresiones torácicas.
- Acceso a las vías aéreas más confiables en circunstancias especiales.

El diámetro del tubo se estima a partir del peso y/o la edad de gestación del RN. Es preciso preparar y comprobar metódicamente el material para la intubación. Los pasos para la intubación deben completarse en 30 segundos, tiempo en el cuál el RN no está recibiendo ventilación. Si los signos vitales del recién nacido empeoran(bradicardia grave o disminución de la saturación de oxígeno) reiniciar la VPP con mascarilla y volver a intentar después. Es necesario comprobar la situación del tubo en la tráquea, sujetarlo adecuadamente y confirmar radiológicamente siempre que sea posible. Las compresiones torácicas se indican si la frecuencia cardíaca del RN siguen siendo menor de 60 lpm tras al menos 30 segundos de VPP que insufla a los pulmones. “Un ciclo de reanimación:TRES COMPRESIONES/UNA VENTILACIÓN”.
La mayoría de los recién nacidos que necesitan reanimación mejorarán sin tener que administrar fármacos.La adrenalina es un estimulante cardíaco vascular,causa constricción de los vasos sanguíneos fuera del corazón,lo cuál redirige el flujo sanguíneo hacia las arterias coronarias.La adrenalina se indica si la frecuencia cardiaca del RN sigue por debajo de 60 lpm después de:

- Al menos 30 segundos de VPP que insufle los pulmones(mueve el tórax).
- Otros 60 segundos de compresiones torácicas coordinadas con VPP usando oxígeno al 100%.

No se indica el uso de adrenalina antes de haber establecido una ventilación que insufle los pulmones de manera eficaz..
La adrenalina debe llegar rápidamente a la circulación venosa central.Los medica-

mentos llegan rápidamente a la circulación venosa central cuando son administrados por un "cateter venoso umbilical o una aguja intraósea". No se recomienda intentar la inserción de un cateter intravenoso periférico para administrar medicamentos de emergencia debido a que es probable que no se tenga éxito, que cause la extravasación de adrenalina en el tejido y que retrase la administración de una terapia que pueda salvar la vida. Para estas técnicas se usan diluciones muy precisas.
Dosis intravenosa o intraósea:(0,01 a 0,03 mg/kg).
El fármaco debe ir seguido de un lavado de 0,5 a 1 ml de solución salina.
Dosis endotráqueal: (0,05 a 0,1 mg/kg) equivalente a 0,5 a 1 ml/kg.
Los cuidados postreanimación de los RN que requirieron oxígeno suplementário o VPP después del parto necesitarán una evaluación más minuciosa.

3 Metodología

Se trata de un curso teórico-práctico en el que destaca esencialmente la parte práctica realizada sobre maniquies con el mismo tipo de material que se utiliza en la reanimación neonatal en sala de partos.

• Autoestudio previo a la fase presencial:
La adquisición de conocimientos teóricos de la fase de autoestudio tienen por objeto que los alumnos aprendan los fundamentos teóricos de las diversas maniobras precisas para la reanimación, que se complementarán después con las clases teóricas de la fase presencial.

• Sesiones presenciales teóricas:
En las clases teóricas se expondrán por medio de diapositivas los aspectos más significativos esencialmente a base de algoritmos y esquemas, estableciendo un feed-back con los alumnos al final y si es preciso durante la exposición, para resolver las dudas que se les hayan podido plantear sobre todos los fundamentos teóricos de las maniobras y técnicas de reanimación neonatal . Cada bloque de clases teóricas va seguido de las correspondientes clases prácticas.

• Sesiones presenciales prácticas:
Se realizarán en forma de talleres con maniquíes y material similar al que se utiliza para la RCP en situaciones reales. Su objetivo es que el alumno aprenda:
- RCP básica del recién nacido en la sala de partos.
-Técnicas de RCP avanzada pediátrica: via aérea, vías de infusión y administración de fármacos y fluidos y diagnóstico y tratamiento farmacológico y eléc-

trico de las arritmias que se pueden presentar con más frecuencia en la Parada cardiorrespiratoria pediátrica.
- Finalmente sesiones de simulacro de casos clínicos para que los alumnos realicen RCP avanzada integrada pediátrica en lactantes y niños así como en situaciones especiales de PCR en el traumatizado grave y la RCP neonatal.

4 Resultados

El problema principal es la falta de intercambio gaseoso y el objetivo de la reanimación neonatal es la ventilación eficaz de los pulmones del RN.
- En la fase inicial de la insuficiencia respiratoria,la estimulación táctil puede ser suficiente para comenzar la respiración espontánea y la recuperación.
- En una fase posterior de la insuficiencia respiratoria,el recien nacido requerirá una ventilación asistida.
- Los recién nacidos más gravemente afectados pueden requerir compresiones torácicas y adrenalina para permitir que el músculo cardíaco comprometido establezca la circulación.

5 Discusión-Conclusión

Establecer la ventilación eficaz de los pulmones del recién nacido es el objetivo prioritario durante la reanimación neonatal. Después de completar los pasos iniciales,se indica ventilación a presión positiva(VPP) si el recién nacido no respira, tiene la respiración entrecortada o la frecuencia cardíaca es menor a 100 latidos por minuto(lpm). Cuando se indique, la VPP debe comenzar dentro de 1 minuto a partir del parto;lo que llaman "EL MINUTO DE ORO".Además,se puede considerar probar con VPP si el RN respira y la frecuencia cardíaca es mayor o igual a 100 lpm, pero la saturación de oxígeno no se puede mantener dentro del rango objetivo a pesar del oxígeno a flujo libre o CPAP. Una vez que comience la VPP, se necesitan al menos dos reanimadores para realizar todos los pasos necesarios de forma eficaz. Durante la ventilación, la cabeza debe estar en posición neutral o ligeramente extendida(posición de olfateo). Es esencial lograr un sello hermético entre el borde de la máscara y la cara para administrar VPP con cualquier dispositivo de reanimación. Reanimadores con pieza en t-requieren una fuente de gas comprimido, usan perillas ajustables para seleccionar la PIP y la PEEP. Se pueden usar para administrar oxígeno a flujo libre a través de la máscara. Se pueden usar para administrar la CPAP a un RN que respira expontaneamente.Durante la VPP,la concentración de oxígeno inicial para los recién nacidos con 35 semanas

o más de gestación es de 21%. La concentración de oxígeno inicial de los recién nacidos prematuros con menos de 35 semanas de gestación es de 21 al 30%. La frecuencia de ventilación es de 40 a 60 respiraciones por minuto.La presión de ventilación inicial es de 20 a 25 cm de h2o. En algunos casos las primeras respiraciones en un RN a término pueden requerir más presión. No sobrepasar los 40 cm h2o de PIP. El indicador más importante de una VPP exitosa es el aumento de la frecuencia cardiaca, verificándola después de los primeros 15 segundos de VPP. Los 6 pasos para conseguir la ventilación (MR.SOPA). A. Ajustar Máscara R. reubicar la cabeza S. succión en boca y nariz. O.boca abierta P. presión, incrementándose 5 a 10 cm h2o hasta un máximo de 40 cm ho2 A.alternar a otra vía aérea (tubo endotraqueal o máscara laríngea).

6 Bibliografía

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

Capítulo 1168

CUIDADOS EN EL PACIENTE POSTQUIRURGICO

CLARISA GARCIA AMOR

DAVID GONZÁLEZ MUÑOZ

ANA CRISTINA LORENZO GARCIA

1 Introducción

Llamamos cuidados postquirúrgicos, a la atención que se realiza en la etapa postquirúrgica del paciente. Se lleva a cabo una vez concluida su intervención quirúrgica.

Estos cuidados tienen como objetivo principal, identificar y tratar precozmente las posibles complicaciones derivadas de la cirugía y/o de la anestesia. Se trata de intervenir en el postoperatorio quirúrgico del paciente para que se realice en condiciones óptimas y garantías de seguridad.

2 Objetivos

Exponer los principales cuidados que se aplicarán a un paciente postquirúrgico tipo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se tienen que llevar a cabo una seria de cuidados/vigilancias por parte de la auxiliar de enfermería desde que el paciente abandona el quirófano.

Valoración en REA, cuando el paciente llega a reanimación la auxiliar acomodará al paciente, comprobará el timbre y la confortabilidad en cuanto luz, temperatura y ruido.

Administración de cuidados postquirúrgicos, llevar a cabo cuidados para la pronta recuperación del paciente.
- Presencia de dolor, la auxiliar de enfermería avisará a la DUE para aplicación de fármacos.
- Vigilar náuseas y/o vómitos, avisando al personal.
- Vigilancia de la micción, en caso de retención urinaria, la DUE aplicará el protocolo de prevención de retenciones con la ayuda de la auxiliar de enfermería.
- Control de constantes, se realizará por turno para ver si está estable.
- Tolerancia/dieta, mantenemos en dieta absoluta hasta la hora indicada por el anestesista. Una vez llegada la hora, comenzamos tolerancia oral con progresiva a dieta.
- Vigilar deposiciones o Sedestación/deambulación, con indicación médica, la sedestación se realiza de forma progresiva, en ausencia de ésta, el paciente permanecerá en reposo.
- Vigilar apósitos y vendajes, se revisará en caso de sangrado.
- Vigilar redón, vigilar y registrar el contenido de éste.
- Vigilar insomnio, atentos a la dificultad de conciliar el sueño o mantenerlo.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de un buen protocolo de cuidados postquirúrgicos resulta beneficiosa para la menos incidencia de complicaciones infecciosas que aumentan la estancia hospitalaria y por tanto el coste sanitario, conllevando también un problema social, psicológico y físico para el paciente.

6 Bibliografía

- www.sciencedirect.com
- www.areasaludplasencia.es
- Protocolo del hospital general universitario Gregorio Marañon
- https://www.pisa.com.mx
- Protocolo de cuidados postquirúrgicos de la Cruz Roja Española
- Google académico / The Cochrare Library

Capítulo 1169

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA.

RAQUEL MONTOYA NUÑEZ

1 Introducción

Las enfermedades nosocomiales (IN), son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital y que no están presentes ni en el periodo de incubación , ni en el momento del ingreso del paciente, las infecciones que ocurren más de 48 h después del ingreso suelen considerarse nosocomiales.

Las enfermedades nosocomiales más comunes son: Neumonía, infecciones urinarias, infecciones en la piel, infecciones de la sangre. Cualquier persona puede desarrollar una IN sin embargo tienen mayor riesgo:
-Ancianos y recién nacidos.
-Personas con inmunidad comprometida, por enfermedades como el sida o postrasplantados o que vienen con medicamentos inmunodepresores.
-Diabetes Mellitus mal controlada.
-Personas encamadas o con alteración de conciencia, ya que presentan mayor riesgo de broncoaspiración.
-Enfermedades vasculares, que dificultan la oxigenación y cicatrización de los tejidos.
-Pacientes con dispositivos invasivos, como sonda urinaria, inserción de catéter venoso, utilización de ventilación mecánica por aparatos.
-Realización de cirugías.

Actualmente, para su prevención se utilizan medidas universales, como la medida más importante en la lucha con las IN. Deben establecerse actividades efectivas,

basadas en la evidencia científica, que logren la mejor prevención y control de las IN.

Los programas frente a las IN se basan en la acción de vigilancia epidemiológica y aplicar medidas de control. Entre otras se encuentra la limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario, la higiene personal, o el uso adecuado de antisépticos y desinfectantes.

Adquiere vital importancia el aislamiento hospitalario, enfocado a la prevención de la transmisión de enfermedades, impidiendo su contagio en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

La vigilancia epidemiológica, tiene como objetivos:
- Cuantificar los niveles de infección y sus características.
- Reconocer la existencia de un brote infeccioso o la presencia de enfermedades infecciosas causadas por agentes patógenos raros o infrecuentes.
- Valorar si existe o no la necesidad de aplicar cualquier serie de medidas especiales con el objetivo de prevenir la aparición de IN o la gravedad existente.
- Evaluar la eficacia y efectividad de las medidas de prevención y control ya implantadas.
- Reducir al mínimo posible los niveles de infecciones.

Los resultados de todas estas actividades de vigilancia se expresan mediante el uso de indicadores, a través del servicio de medicina preventiva y la comisión de infecciones.

3 Metodología

-Las medidas de prevención, los encargados de la vigilancia, el control y la prevención de la IN son los servicios de medicina preventiva de cada hospital. Sus funciones son las siguientes: realizar estudios y llevar el control de la epidemiología hospitalaria-Mantener una higiene y saneamientos hospitalarios adecuados para evitar cualquier posible infección-Practicar una medicina preventiva individual acorde a cada situación-Cuidar de la microbiología ambiental, con antisépticos, desinfectantes, esterilización…Realizar una formación y educación sanitaria continuadas.

-Normas de seguridad e higiene, para el personal sanitario básico como el lavado de manos, saneamiento del medio hospitalario, procedimientos de limpieza, desinfección, etc. Normas de instrumentación, destinadas a la obtención, manipulación y eliminación de material biológico, en condiciones de máximos de asepsia y medidas de aislamiento, cuyo objetivo es reducir la contaminación de persona a persona.

-Precauciones universales, de obligada aplicación en todos los pacientes que se atienden independientemente de su patología o posible estado infeccioso. Como son; lavado de manos, uso de guantes, mascarilla y protectores oculares, bata, control medioambiental, salud ocupacional y patógena de trasmisión parenteral, ubicación de los pacientes en una habitación individual que pueda contaminar.

-Aislamiento hospitalario, es el conjunto de procedimientos enfocados a evitar la propagación de las enfermedades infecciosas durante el periodo de tiempo que puedan ser transmitidas. Podemos distinguir dos técnicas de aislamiento en función de su finalidad: Aislamiento común o de barrera, separa pacientes infectocontagiosos de pacientes sanos y aislamiento protector o inverso, separa a los pacientes inmunodeprimidos para protegerlos de una posible infección. Cada tipo de aislamiento tiene sus normas y medidas específicas, aunque hay unas normas generales comunes: Mantener la puerta cerrada especificando el tipo de aislamiento, utilizar la técnica de doble bolsa para retirar objetos o desperdicios de una habitación aislada, mantener dentro de la habitación materiales necesarios como termómetros o tensiómetro, hasta que el paciente sea dado de alta, la desinfección y limpieza de la habitación deben ser escrupulosas, realizar un adecuado lavado de mano antes y después de entrar en la habitación, usar prendas de barrera adecuadas al tipo de aislamiento, utilizar materiales desechables siempre que sea posible, aconsejar al paciente una correcta higiene, adecuar a las visitas para que sigan las normas de seguridad e higiene descritas y se deben tener en cuenta las precauciones universales. Hay que distinguir entre diferentes tipos de aislamiento: Estricto, enfermedades altamente contagiosas. Inverso o protector, adopta medidas que impiden o minimizar el riesgo de contraer una enfermedad contagiosa. Respiratorio, se propagan por vía aérea, en forma de gotas o vía aérea estrictas. Entérico, se transmiten por medio se excreciones y heces u objetos contaminados por estos excrementos. Cutaneomucoso de de contacto, por contacto de heridas o quemaduras o drenajes de líquido purulento o infectado.

4 Resultados

Se estima que el 40% de las IN podrían verse reducidas si se aplicarán las medidas de prevención adecuadas, en función del contexto y el paciente en riesgo. Aunque este prevención debe ser tratada de forma global, teniendo en cuenta la participación de todos los profesionales sanitarios del medio hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Resulta fundamental la concienciación del personal sanitario y la motivación para poner en funcionamiento todos los mecanismos de prevención, para ello se deben establecer en todos los hospitales actividades que sean eficientes y eficaces, con el objetivo de conseguir una optima vigilancia, prevención y control de la IN.

6 Bibliografía

1.https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-epidemiologia-general-las-infecciones-nosocomiales--S0213005X13000025
2.https://www.tuasaude.com/es/infecciones-nosocomiales/
3.https://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf
4.https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Cuando_y_Como_LEAFLET5WEB-2012.pdf?
ua=1
5. pdf. Descargado amirsalud.instructure.com

Capítulo 1170

EL ANCIANO.

ANDREA MEDINA FERNANDEZ

1 Introducción

El envejecimiento es un fenómeno natural dentro del ciclo vital; un proceso que conlleva una pérdida de vitalidad y condiciona un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante los estímulos del entorno. La disminución de la natalidad española, sigue aumentando la esperanza de vida. Esto determina el gran crecimiento de la población anciana respecto del total, se calcula que en el año 2050 el número de ancianos duplicará al actual por lo que se necesitarán unos cuidados que muchas veces no serán suficientes y ni mucho menos los correctos.
En general, la mayoría de especialistas en el tema definen el envejecimiento como las transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, que comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y una mayor dificultad para mantener estable el medio interno. Este proceso es continuo, irreversible e inevitable, de manera que al final llega la muerte.
La adquisición de conocimientos acerca de los ancianos y su atención adecuada e integral puede lograrse mediante el esfuerzo de un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales de muchos campos. Existe la necesidad de que todo el personal que atienda a los ancianos tenga una formación adecuada y sepa combinar los conocimientos, la experiencia y los recursos necesarios para lograr el objetivo último de la asistencia a los ancianos.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Entender qué es el envejecimiento y cuál es su imagen social.

Objetivos secundarios.
- Conocer qué cambios físicos, psicológicos y sociales produce.
- Aprender qué necesidades comunicativas, sociales, de aprendizaje, sexuales, etc. que se dan en los ancianos.
- Identificar las necesidades nutricionales de la Tercera Edad, su interacción con los fármacos y cómo diseñar una propuesta nutricional para los ancianos.
- Saber cómo es la sociedad española en términos de envejecimiento.
- Desarrollar habilidades básicas para la relación de ayuda, aprender el método basado en la persona y también los riesgos de la citada relación.
- Conocer cómo afecta la enfermedad crónica a los ancianos en todos los sentidos.
- Detectar los principales problemas de salud mental en los ancianos: depresión, ansiedad, estrés, demencias y saber cómo prestar ayuda psicológica a estos enfermos.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud
- http://scielo.isciii.es/scielo.
- https://elfarmaceutico.es/
- http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html

Capítulo 1171

LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CARMEN MUÑIZ ALVAREZ

LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ

ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son un tipo de herida crónica que afecta a la piel y tejidos blandos cuando éstos se encuentran entre dos planos duros (parte ósea y una superficie externa), durante un tiempo prolongado, provocando una disminución del aporte de oxígeno (nutrientes) por el aplastamiento de los vasos sanguíneos.

Las úlceras por presión pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo sometido a presión, pero las localizaciones más habituales suelen ser las zonas de apoyo que coinciden con prominencias óseas cuando el paciente está encamado o en una misma posición durante un largo tiempo.

Según las estructuras anatómicas afectadas las vamos a clasificar en distintos grados.

2 Objetivos

Conocer los distintos estadios por los que pasa una úlcera por presión y así aplicar el tratamiento más adecuado a cada uno de ellos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Grado 0 o preúlcera:
- Tejido afectado: no existe afectación de tejido.
- Características: aparece un eritema en la zona que desaparece tras dejar de ejercer presión.

Grado I:
- Tejido afectado: no existe afectación de tejido.
- Características: existe eritema que no desaparece cuando se deja de ejercer presión; puede aparecer en la zona, calor, dolor y endurecimiento.

Grado II:
- Tejido afectado: afectadas epidermis y dermis.
- Características: aparición de sangrado interno, pudiéndose acompañar de ampollas subepidérmicas. Aspecto de abrasión.

Grado III:
- Tejido afectado: tejido subcutáneo.
- Características: en este estadio, suele aparecer una placa negruzca muy adherida a la piel (escara).
. El paciente puede referir dolor, puesto que aún existen terminaciones nerviosas en la zona.

Grado IV:
- Tejido afectado: músculo, hueso o estructuras de sostén
- Características: gran cantidad de tejido neurótico, por el cual puede aparecer mal olor, lesiones con forma de tunelaciones o cavernas.
- El paciente no suele mostrar dolor, debido a la ausencia de terminaciones nerviosas a causa de la gran destrucción de tejido.

5 Discusión-Conclusión

Conocer los distintos estadios de las UPP por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es clave para la prevención y el tratamiento de las mismas en apoyo del resto de los demás profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

• Pérez, E. Fernández, A. M. (2013). Auxiliar de enfermería. Madrid. Mc Graw Hill Education.
• Barrero, S. (2020). Ulceras por presión. Ocromos.

Capítulo 1172

COMO TRATAR UN PACIENTE CON PARKINSON

NOELIA RODRIGUEZ ALVAREZ

ALBA FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson no se diagnostica mediante ninguna prueba específica. El neurólogo diagnostica la enfermedad de Parkinson basándose en la historia clínica, una revisión de los signos y síntomas y un examen físico y neurológico.

2 Objetivos

Analizar cómo debe ser la comunicación con el paciente diagnosticado de Parkinson para que permanezca éste la mayor parte del tiempo activo y así evitar la vida encamada.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con este trabajo intentamos que los pacientes de Parkinson se sientan mejor, para eso mejorar la comunicación verbal, expresar ideas de forma escueta, respirar antes de empezar a hablar, mirar al interlocutor, exagerar la pronunciación de las palabras.

Con este trabajo lo que en realidad se busca es tratar de llevar la enfermedad con la mejor calidad de vida posible durante esta larga enfermedad y poder movilizar al paciente lo mejor posible para él y para su cuidador.

Se activará a los pacientes adolecidos por esta enfermedad mediante gimnasia de mantenimiento, rehabilitación especifica para este tipo de gente poniéndolos a caminar entre dos personas, etc., siempre intentando motivarlos para que permanezcan el menos tiempo posible inmóviles.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Parkinson afecta al movimiento. Esta enfermedad es incurable, los medicamentos podrían mejorar los síntomas; a veces el médico puede sugerir realizar una cirugía para regular determinadas zonas del cerebro y mejorar los síntomas

6 Bibliografía

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

Capítulo 1173

ÚLCERAS POR PRESIÓN. CAMBIOS POSTURALES

CARMEN MUÑIZ ALVAREZ

LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ

ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal de un paciente que se encuentra durante largos periodos de tiempo en la cama, bien porque no puede moverse o no tiene la capacidad para realizar el mismo estos cambios.

El tiempo aconsejado para que un paciente permanezca en la misma posición es de 2 a 3 horas como máximo. Es importante que al realizar estos cambios se alternen ambos laterales (izquierdo y derecho).

2 Objetivos

Conocer las diferentes posiciones indicadas en el plan de cambios posturales para la prevención de las úlceras por presión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Decúbito supino o dorsal:
- El paciente acostado boca arriba, miembros superiores e inferiores extendidos en una posición cómoda y con las palmas de las manos hacia abajo.
- Aconsejable colocar una almohada en la zona del cuello, así como otra debajo de las pantorrillas para que no descanse sobre un punto concreto y colocar también en la zona del pie otra almohada o soporte para evitar el pie equino.

Decúbito lateral:
- El paciente acostado sobre un lateral; la pierna inferior está extendida y la superior ligeramente adelantada y flexionada. El brazo inferior flexionado; el brazo superior por delante y flexionado para que no apoye sobre el cuerpo.
- Aconsejable colocar una almohada entre las dos piernas para evitar el roce y otra en la espalda para que el cuerpo no caiga para atrás.

Decúbito prono:
- El paciente está tumbado boca abajo, pero con la cabeza hacia uno de los lados y las piernas estiradas, los brazos flexionados por encima de los codos con las palmas de las manos hacia abajo.
- Aconsejable colocar una almohada en la zona del abdomen y en la zona de las canillas para evitar el apoyo directo sobre el colchón, siempre, en el caso que no sea un colchón antiescaras.

Sims o de seguridad:
- El brazo inferior extendido hacia atrás con la palma de la mano hacia arriba y el brazo superior flexionado con la palma de la mano hacia adelante y separado del cuerpo. La pierna inferior estirada o flexionada ligeramente y la pierna superior en flexión por delante de la inferior.

- Aconsejable colocar una almohada en la zona de flexión del brazo superior y en la flexión de la pierna superior.

Fowler:
- El paciente está tumbado boca arriba con la cama elevada a 45º, los brazos a los lados con las palmas boca abajo y las piernas extendidas con una ligera flexión.
- Aconsejable colocar una almohada debajo de ambos brazos y en la zona de flexión de las rodillas.

5 Discusión-Conclusión

Realizar estos cambios de manera adecuada y según el procedimiento establecido es una de las principales medidas de prevención en las úlceras por presión.

6 Bibliografía

- Pérez, E. Fernández, A. M. (2013). Auxiliar de enfermería. Madrid. Mc Graw Hill Education.
- Martinez, J. F. TCAE en la Unidad de Cuidados Intensivos. Malaga: Publicaciones Vertices ; 2011

Capítulo 1174

ÚLCERAS POR PRESIÓN AFECTACIÓN.

NOELIA RODRIGUEZ ALVAREZ

ALBA FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son zonas de la piel lesionadas por permanecer en una posición durante un largo periodo de tiempo. En este trabajo vamos a hablar sobre factores desencadenantes, localización y grados en los que podemos encontrarnos estas lesiones.

2 Objetivos

Conocer los diferentes factores influyentes, las escalas utilizadas y los diferentes grados de las úlceras por presión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Factores desencadenantes:
- Intrínsecos; Obesidad, déficit de oxígeno, diabetes, extrema delgadez, deshidratación, incontinencia urinaria y fecal, etc.
- Extrinsecos; tiempo, presión continuada, humedad, fricción, cizalla,... para ver el grado en el que se encuentra una úlcera hay una serie de escalas : Escala de Norton, Escala de Braden,...

Estadíos
- 1º Grado; eritema no blanqueante(no desaparece a la presión) suele ser indolora, piel íntegra afectación de la epidermis y la dermis.
- 2ºGrado; piel agrietada, vesículas o flictenas, abrasión, lesión epidérmica profunda afectación de la hipodermis.
- 3º Grado; perdida de continuidad de la piel, lesión con aspecto de cráter úlcera doloros, necrosis o muerte celular extension hasta la fascia subyacente sin atravesarla , afectación total de la hipodermis.
- 4º Grado; aumento de la extensión y profundidad de la necrosis de la úlcera , daño muscular y daño óseo.

5 Discusión-Conclusión

Localizaciones mas frecuentes: talones, 28,1%, sacro 21% trocánteres 7,7% glúteos 5,1% . Para evitar la aparición de úlceras por presión haremos cambios posturales cada dos o tres horas por el día como mínimo. Si el paciente esta sentado cada 15 o 30 minutos. Por la noche haremos el cambio posturas cada cuatro horas; como conclusión queremos destacar que esta afectación podría evitarse en muchas ocasiones con una movilización del paciente adecuada.

6 Bibliografía

- Libro de Auxiliar de Enfermería Evangelina Editorial Mc Graw Hill.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1175

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.

CARMEN MARIA VILLA GARCIA

MARIA REYES ROMAY SUAREZ

NATALIA FERNANDEZ COLMEIRO

1 Introducción

La lactancia materna es considerada por organizaciones tan importantes como la OMS y UNICEF, la forma inigualable de proporcionar el alimento,incondicional e incomparable , al recién nacido, sobre todo en los primeros meses de vida , pudiendo alargarse en el tiempo hasta que la madre lo desee o pueda facilitar a su hijo este milagro de la naturaleza.

2 Objetivos

Identificar los beneficios fisiológicos y psicológicos para el niño y la madre durante el período de lactancia.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Con la lactancia materna se ha demostrado que es un factor protector contra distintas enfermedades infecto-contagiosas y cardiovasculares, así como contra la leucemia, enfermedad celíaca y enfermedades inflamatorias intestinales.
Influye en el desarrollo neurológico del recién nacido, mejorando el coeficiente intelectual y disminuyendo el riesgo de que puedan aparecer otras condiciones que puedan afectar al niño en su desarrollo como puede ser : el déficit de atención, trastornos generalizados del desarrollo y alteraciones de la conducta.
La lactancia materna puede reducir hasta en un 13% la mortalidad infantil y hasta un 36 % la muerte súbita del lactante. Es protectora, reduce en un 69 % el riesgo de infecciones gastrointestinales, incluso protege al bebé de forma residual, hasta dos meses después de haber abandonado la lactancia materna.
Hay estudios que demuestran que la lactancia materna mantenida durante los tres primeros meses de vida, reduce hasta en un 23 % el riesgo de que los lactantes adquieran infecciones respiratorias como bronquiolitis o neumonía, y si el tiempo de lactancia se mantiene durante seis meses ese porcentaje aumenta hasta en un 63 % .
Tenemos que tener presente que la leche materna sufre cambios en su composición durante las diferentes fases del período de lactancia.
Durante los primeros días produce el calostro, rico en Betacarotenos que protegen al recién nacido contra las infecciones y alergias debido a que la madre le transfiere inmunidad pasiva por absorción intestinal de inmunoglobulina.
La leche de transición tiene una concentración más elevada de lactosa y grasas que se elevan progresivamente y por el contrario disminuyen las proteínas , inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles debido al aumento de la producción.
La leche madura tiene un perfil estable. Entre sus componentes se encuentran el agua, hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y oligoelementos, adaptándose a las necesidades alimentarias del bebé.
También hay que tener en cuenta que el estado nutricional de la madre, es muy importante para poder alimentar a su hijo correctamente, para ello, es conveniente que siga una dieta rica, variada y equilibrada. Su alimentación influirá en la composición de la leche que produce, y a su vez, afectará al crecimiento y desarrollo del bebé.

Después de revisar varios artículos , se ha demostrado que la leptina, no sólo cumple con unas funciones metabólicas como por ejemplo:
- Regular el apetito y la saciedad.

Sino que también tiene un papel muy importante como agente protector ante diferentes infecciones o enfermedades, como pueden ser:
- Cáncer.
- Control y regulación de la tensión arterial.

Y juega un papel significativo y notorio en el estado emocional de la madre.
Asimismo, la leptina, influye en la producción de la prolactina, que es la hormona encargada de la producción de leche.
Otro factor importante y muy interesante dentro del período de lactancia es el contacto ” piel con piel”, también llamado método canguro.
Se trata de un comportamiento innato de iniciación, que es vital para que el recién nacido pueda desarrollarse plenamente. El bebé reconoce la voz de su madre entre distintas voces, reconoce su olor, y podemos decir que es un período de ” enamoramiento ” entre madre e hijo. El bebé busca de forma activa el contacto piel a piel con su madre.
El contacto con el cuerpo de su madre alivia el estrés del nacimiento a través del tacto, del olor y del calor de su cuerpo, creándole una especie de burbuja en la que el niño llega a un estado de relajación que le permiten retomar fuerzas para ir en busca , de forma innata, del pecho de su madre. Este contacto tan especial entre ambos, activa los reflejos de lactancia y de succión, manteniéndolos a largo plazo.
El contacto ” piel con piel ” o método canguro, crea un vínculo entre los dos, madre e hijo, que de ninguna manera puede suplir o asemejar la lactancia artificial.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna es fundamental para la supervivencia y salud infantil, debe considerarse como fuente única de alimentación, sobre todo, en los primeros seis meses de vida.
Reporta a los lactantes no solo cubrir sus necesidades nutricionales sino también beneficios inmunológicos durante el período de lactancia y a lo largo de su vida.
Por ello es muy importante que los profesionales de enfermería y expertos en nutrición, fomenten y promocionen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

6 Bibliografía

- Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2017 [citado 2020 Feb 11] ; 88(1): 07-14.
- Aguilar Cordero MJ, Madrid Baños N, Baena García L, Mur Villar N, Guisado Barrilao R, Sánchez López AM. Lactancia materna como método para prevenir alteraciones cardiovasculares en la madre y el niño. Nutr. Hosp. [Internet]. 2015 Mayo [citado 2020 Feb 11] ; 31(5): 1936-1946.
- Suarez-Villa M, Carrero C, Granadillo V, Lastre-Amell G, Orostegui MA, Delgado F. Niveles de cobre y zinc en diferentes etapas de la leche materna y la influencia del estado nutricional de madres lactantes. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2019 Oct [citado 2020 Feb 11] ; 46(5): 511-517.
- Bergman N. El modo canguro de tener el bebé. En: Sextas jornadas internacionales sobre lactancia [Internet]. París; 2005.
- Manifiesto para la recuperación de la maternidad [Monografía en Internet]. Octubre 2006.
- Coronel-Carvajal C. Factores asociados al desarrollo de la bronquiolitis. Rev Fac Med UNAM. 2019; 23 (5): 639 - 647.

Capítulo 1176

EL MANEJO DE CITOSTÁTICOS PARA EL PERSONAL SANITARIO

MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

Los citostáticos son sustancias químicas que se administran en gran medida para tratar enfermedades oncológicas y tienen la capacidad de impedir la multiplicación de las células cancerígenas. Son sustancias peligrosas que requieren de un protocolo para su manejo debido a su alta toxicidad.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos a los que se expone el personal sanitario cuando maneja citostáticos y las medidas preventivas que debe aplicar para una manipulación segura.

3 Metodología

Después de una búsqueda sistemática en varias bases de datos como Dialnet, he localizado más de 20 artículos que me han aportado la información necesaria para realizar este trabajo.

4 Resultados

La exposición a estos fármacos, no solo afecta a las personas que reciben el tratamiento, sino que todo el personal que está en contacto con esta medicación

ya sea preparándola en el servicio de farmacia, almacenándola, transportándola o siendo administrada por el personal de enfermería, está expuesto a sus efectos nocivos. Incluso el contacto con los fluidos corporales del paciente tratado y la eliminación de residuos son un riesgo.

Los citostáticos se consideran mutágenos, es decir, inducen o producen mutaciones genéticas, son tóxicos, afectan a la capacidad reproductora y pueden afectar al feto en el proceso de desarrollo y son considerados carcinógenos por su capacidad de producir cáncer o elevar la frecuencia de aparición.
Para realizar una correcta manipulación de los citostáticos usaremos:
• Guantes de látex con un grosor adecuado o doble guante y sin polvo ya que las partículas de estos fármacos se adhieren con facilidad.
• Bata con manga larga y puños, debe ser poco permeable y reforzada en la parte delantera, desechable y abierta por la espalda.
• Gafas protectoras para evitar salpicaduras.
• Mascarilla.
• Gorro.
• Calzas.

5 Discusión-Conclusión

La manipulación de citostáticos requiere unas medidas de protección por parte del personal sanitario y de todas aquellas personas que puedan sufrir en su puesto de trabajo, los efectos de una exposición accidental, deben ser conocedoras de la alta toxicidad de este fármaco y usar las medidas de protección adecuadas en cada momento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1177

CUIDADOS PALIATIVOS: EL PACIENTE TERMINAL

SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ

JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO

1 Introducción

Los cuidados paliativos son los cuidados que se aplican a pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. Normalmente se aplican a pacientes que cursan enfermedades terminales tales como el cáncer, que ya están fuera de tratamientos médicos.

2 Objetivos

Los cuidados paliativos deben de ayudar al enfermo a tener mejor calidad de vida, para ello se utilizaran fármacos tales como opiacios para poder aliviar el dolor, se ofrecerá medidas de confort para mejorar el bienestar del paciente y apoyo psicológico tanto al paciente como a la familia.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cada año mueren en España alrededor de 80.000 personas sin acceder a cuidados paliativos, el motivo es que España se ha estancado, en los últimos ocho años no se han abierto nuevos servicios e incluso en alguna comunidad autónoma a causa de los recortes en sanidad no se han renovado los equipos de profesionales, dependiendo de donde viva el paciente recibirá atención de estos cuidados o no. El 70% de los pacientes necesitados no reciben tratamientos paliativos.

5 Discusión-Conclusión

En un porcentaje muy alto de los pacientes con enfermedades terminales tienen dolor de moderado a intenso. La prevalencia del dolor aumenta a medida que aumenta la enfermedad y este es uno de los factores que mas afecta a la calidad de vida del paciente. Lo mas importante de estos enfermos es el control y el manejo de los síntomas que provoca la enfermedad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1178

MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

JORGE GONZALEZ MENENDEZ

CRISTINA PEREZ ALONSO

MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ

1 Introducción

La cadera es la articulación que une la pierna al tronco. Una fractura de cadera es una lesión grave que se produce en el tercio superior del fémur. La mayoría suelen ser consecuencia de una caída y será necesaria la cirugía para su reparación.

2 Objetivos

- Proporcionar al paciente con fractura de cadera los cuidados necesarios, prestando especial atención a las movilizaciones del mismo, tanto si ha sido intervenido quirúrgicamente, como si no ha sido necesario o no se ha podido debido a otras patologías.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las fracturas de cadera pueden producirse a cualquier edad, sin embargo, es más frecuente en personas de edad avanzada y sobre todo en mujeres, ya que éstas con frecuencia sufren de osteoporosis, una enfermedad que debilita los huesos.
Algunos de los síntomas de fractura de cadera son los siguientes:
- Sentir dolor severo en la cadera o en la zona de la ingle.
- Imposibilidad para caminar.
- Molestias al tratar de mover o rotar la cadera.
- Inflamación en la zona de la cadera.
- Incapacidad de soportar peso sobre la cadera.
- Rotación hacia afuera de la pierna lesionada. También puede verse más corta.

En ocasiones la cirugía como tratamiento no es posible debido a una edad muy avanzada o a otras patologías que pueda presentar el paciente. En estos casos se les coloca una férula antirotación en la pierna lesionada. A la hora de movilizar a estos pacientes es necesario extremar las precauciones para evitar causarles más daños. Para poder girar al paciente se debe colocar una almohada entre las piernas para mantener la cadera alineada.
Tras la cirugía se debe tener el mismo cuidado con los movimientos, aunque la rehabilitación comenzará inmediatamente para facilitar su pronta curación.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios deben prestar especial cuidado al movilizar a un paciente con fractura de cadera, para evitar producir al paciente mayores daños o dolores innecesarios.
Deben poseer la formación necesaria para manejar este tipo de situaciones y no causar complicaciones mayores.

6 Bibliografía

- Mayoclinic.org.
- Medlineplus.gov.

- Cuidateplus.com.
- Sanitas.es.
- Familydoctor.org.

Capítulo 1179

AYUDA EN LA ALIMENTACIÓN A PACIENTES CON DISFAGIA

LUCÍA DE DEUS VEGAS

ANA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

La disfagia es la alteración o dificultad en el proceso de la deglución.Generalmente aparece en personas de edad avanzada o que han sufrido un daño cerebral.

2 Objetivos

- Conseguir una alimentación e hidratación segura,además de evitar problemas respiratorios, a través de recomendaciones nutricionales y reeducación de la deglución.

3 Metodología

Lo primero es identificar la disfagia, prestando atención a detalles como:
Tos y atragantamientos frecuentes.
• Le cuesta manejar la comida en la boca o mastica con dificultad.
• Come mucho más despacio que antes.
• No controla la saliva y se le cae con frecuencia.
• Necesita tragar en varias veces pequeña cantidad.

• Se sofoca durante la comida.
• Quedan restos de alimentos en la boca después de la deglución.
• Rechaza ciertos alimentos que antes comía.
• Presenta infecciones respiratorias repetidas.

Se ha de valorar la capacidad para tragar,utizando un sencillo método que consiste en dar al paciente agua con espesantes en distintos volúmenes y viscosidad,para determinar que tipo de alimento es el más seguro y poder elegir la dieta más correcta en cada caso.

Las viscosidades que se suelen presentar:

• puding: se asemeja a una crema, yogur o gelatina
• miel: muy parecida a un yogur líquido
• néctar: similar al zumo de melocotón

Condiciones del entorno

El lugar en el que come la persona mayor debe tener un ambiente tranquilo, sin ruidos ni distracciones.

En la medida de lo posible, hay que dejar que la persona mayor coma sola, pero bajo supervisión.

Hay que procurar que coma siempre a la misma hora, evitando momentos en los que la persona esté cansada.

Intentar que la comida no dure más allá de 30 minutos.

Higiene bucal

Realizar una limpieza bucal antes y después de la comida. Tener la boca limpia es importante para mantener hidratada la mucosa, estimular la producción desaliva y evitar que el alimento se quede pegado a la boca.

Usar un cepillo eléctrico mejora la limpieza bucal y su vibración favorece que la persona mayor perciba con claridad sus encías, sus dientes y su lengua.

Hay que limpiar la dentadura postiza además de las encías y la lengua. comprobar periódicamente el ajuste de la dentadura.

Si la persona con disfagia está encamada, usaremos una gasa humedecida en agua o líquido desinfectante, y frotaremos las encías y la lengua.

Postura

Si la persona mayor que no puede tragar bien está en cama, la incorporaremos para comer al menos hasta que tenga un ángulo de 60º entre las piernas y el tronco.Si puede permanecer sentada, hay que vigilar que cabeza y tronco estén bien alineados.

Es importante que la cabeza está inclinada hacia delante en el momento de tragar,

con la barbilla hacia el pecho. Esto protege las vías respiratorias de posibles absorciones de alimentos. Si la cabeza tiende a irse hacia atrás, habrá que modificar su posición con almohadas.
Algunas recomendaciones para el proceso de alimentación de personas mayores, en especial para personas ancianas con demencia:
Si necesita que una persona le dé de comer, ésta debe decirle qué le va a dar de comer y enseñárselo. Debe mostrar calma y seguridad. No debe conversar, ya que hablar aumenta el riesgo de que la persona mayor se atragante. Debe colocarse frente a la persona mayor y a su misma altura o un poco más baja, para que la persona mayor mantenga baja su barbilla y eso le facilite la deglución.
Evitar que la cuchara toque los dientes ya que podría provocar el reflejo de morderla.
Antes de introducir en la boca una nueva porción, comprobar que la anterior ha sido tragada completamente.
No mezclar consistencias sólidas con líquidas.
Poner cantidades pequeñas en el plato y en la cuchara.

Utensilios
Hay una amplia variedad de instrumentos y utensilios que pueden facilitar el dar de comer y de beber a las personas mayores con disfagia, disminuyendo el riesgo deatragantamiento.
Es recomendable no usar pajitas o jeringuillas para los líquidos. También hay que evitar ofrecer líquidos para beber directamente de una botella, puesto que obliga a elevar su barbilla, aumentando el riesgo de atragantamiento.

Vaso con recorte (escotadura)
Gracias al recorte que tienen, el vaso puede levantarse más sin que su borde toque con la nariz,ello permite que la persona beba manteniendo la barbilla baja, sin tener que levantar la cabeza hacia atrás, lo que disminuye el riesgo de atragantamiento.

Tipos de alimentos y cantidades
Hay dos reglas importantes: no mezclar texturas utilizar cantidades pequeñas
No mezclar texturas
Es más fácil tragar consistencias homogéneas (sin “tropiezos” o trozos):
Cremas.
Purés espesados con harina o patata.
Yogur sin trozos.
Natillas.

Compotas

4 Resultados

Resaltar la importancia de la educación al paciente y/o cuidador con las recomendaciones higiénico-posturales, en función de los resultados obtenidos en la exploración del paciente, y de manera individualizada: postura correcta, adaptar el tamaño de la cuchara, necesidad o no de vaso de disfagia, higiene bucal, estimular la salivación con alimentos ácidos, evitar distracciones, evitar beber con pajita o directamente de botella, utilizar vasos bajos y anchos…

5 Discusión-Conclusión

La educación en los pacientes con disfagia mejora la calidad de vida y disminuye el riesgo de complicaciones: desnutrición, deshidratación y broncoaspiración (neumonías).

6 Bibliografía

- http://www.ehowenespanol.com/recetas-pacientes-disfagia-manera_118768/
- Jiménez Rojas, C.; Corregidor Sánchez, A. I.; Gutiérrez Bezón, C. Disfagia. En: Tratado de Geriatría para Residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2006. Guía para el manejo de la disfagia. Pautas para personas con problemas de deglución. Servicio de Daño Cerebral del Hospital Aita Menni.

Capítulo 1180

CONSEJOS PARA LA ALIMENTACIÓN A PACIENTES CON DISFAGIA

LUCÍA DE DEUS VEGAS

ANA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

La disfagia es la alteración o dificultad en el proceso de la deglución.Generalmente aparece en personas de edad avanzada o que han sufrido un daño cerebral.

2 Objetivos

Conseguir una alimentación e hidratación segura,además de evitar problemas respiratorios, a través de recomendaciones nutricionales y reeducación de la deglución.

3 Metodología

Lo primero es identificar la disfagia, prestando atención a detalles como:
Tos y atragantamientos frecuentes.
• Le cuesta manejar la comida en la boca o mastica con dificultad.
• Come mucho más despacio que antes.
• No controla la saliva y se le cae con frecuencia.
• Necesita tragar en varias veces pequeña cantidad.

• Se sofoca durante la comida.
• Quedan restos de alimentos en la boca después de la deglución.
• Rechaza ciertos alimentos que antes comía.
• Presenta infecciones respiratorias repetidas.

Se ha de valorar la capacidad para tragar,utizando un sencillo método que consiste en dar al paciente agua con espesantes en distintos volúmenes y viscosidad,para determinar que tipo de alimento es el más seguro y poder elegir la dieta más correcta en cada caso.

Las viscosidades que se suelen presentar:

• puding: se asemeja a una crema, yogur o gelatina
• miel: muy parecida a un yogur líquido
• néctar: similar al zumo de melocotón

Condiciones del entorno

El lugar en el que come la persona mayor debe tener un ambiente tranquilo, sin ruidos ni distracciones.

En la medida de lo posible, hay que dejar que la persona mayor coma sola, pero bajo supervisión.

Hay que procurar que coma siempre a la misma hora, evitando momentos en los que la persona esté cansada.

Intentar que la comida no dure más allá de 30 minutos.

Higiene bucal

Realizar una limpieza bucal antes y después de la comida. Tener la boca limpia es importante para mantener hidratada la mucosa, estimular la producción desaliva y evitar que el alimento se quede pegado a la boca.

Usar un cepillo eléctrico mejora la limpieza bucal y su vibración favorece que la persona mayor perciba con claridad sus encías, sus dientes y su lengua.

Hay que limpiar la dentadura postiza además de las encías y la lengua. comprobar periódicamente el ajuste de la dentadura.

Si la persona con disfagia está encamada, usaremos una gasa humedecida en agua o líquido desinfectante, y frotaremos las encías y la lengua.

Postura

Si la persona mayor que no puede tragar bien está en cama, la incorporaremos para comer al menos hasta que tenga un ángulo de 60º entre las piernas y el tronco.Si puede permanecer sentada, hay que vigilar que cabeza y tronco estén bien alineados.

Es importante que la cabeza está inclinada hacia delante en el momento de tragar, con la barbilla hacia el pecho. Esto protege las vías respiratorias de posibles absorciones de alimentos. Si la cabeza tiende a irse hacia atrás, habrá que modificar

su posición con almohadas.
Algunas recomendaciones para el proceso de alimentación de personas mayores, en especial para personas ancianas con demencia:
Si necesita que una persona le dé de comer, ésta debe decirle qué le va a dar de comer y enseñárselo. Debe mostrar calma y seguridad. No debe conversar, ya que hablar aumenta el riesgo de que la persona mayor se atragante. Debe colocarse frente a la persona mayor y a su misma altura o un poco más baja, para que la persona mayor mantenga baja su barbilla y eso le facilite la deglución.
Evitar que la cuchara toque los dientes ya que podría provocar el reflejo de morderla.
Antes de introducir en la boca una nueva porción, comprobar que la anterior ha sido tragada completamente.
No mezclar consistencias sólidas con líquidas.
Poner cantidades pequeñas en el plato y en la cuchara.
Utensilios
Hay una amplia variedad de instrumentos y utensilios que pueden facilitar el dar de comer y de beber a las personas mayores con disfagia, disminuyendo el riesgo deatragantamiento.
Es recomendable no usar pajitas o jeringuillas para los líquidos. También hay que evitar ofrecer líquidos para beber directamente de una botella, puesto que obliga a elevar su barbilla, aumentando el riesgo de atragantamiento.
Vaso con recorte (escotadura)
Gracias al recorte que tienen, el vaso puede levantarse más sin que su borde toque con la nariz,ello permite que la persona beba manteniendo la barbilla baja, sin tener que levantar la cabeza hacia atrás, lo que disminuye el riesgo de atragantamiento.
Tipos de alimentos y cantidades
Hay dos reglas importantes: no mezclar texturas utilizar cantidades pequeñas
No mezclar texturas
Es más fácil tragar consistencias homogéneas (sin “tropiezos” o trozos):
Cremas.
Purés espesados con harina o patata.
Yogur sin trozos.
Natillas.
Compotas

4 Resultados

Resaltar la importancia de la educación al paciente y/o cuidador con las recomendaciones higiénico-posturales, en función de los resultados obtenidos en la exploración del paciente, y de manera individualizada: postura correcta, adaptar el tamaño de la cuchara, necesidad o no de vaso de disfagia, higiene bucal, estimular la salivación con alimentos ácidos, evitar distracciones, evitar beber con pajita o directamente de botella, utilizar vasos bajos y anchos…

5 Discusión-Conclusión

La educación en los pacientes con disfagia mejora la calidad de vida y disminuye el riesgo de complicaciones: desnutrición, deshidratación y broncoaspiración (neumonías).

6 Bibliografía

http://www.ehowenespanol.com/recetas-pacientes-disfagia-manera_118768/Jiménez Rojas, C.; Corregidor Sánchez, A. I.; Gutiérrez Bezón, C. Disfagia. En: Tratado de Geriatría para Residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2006. Guía para el manejo de la disfagia. Pautas para personas con problemas de deglución. Servicio de Daño Cerebral del Hospital Aita Menni.

Capítulo 1181

ENFERMEDADES NOSOCOMIALES.

ESTEFANIA FERNANDEZ ALBA

1 Introducción

Las infecciones Nosocomiales en España, constituyen un problema relevante de salud pública de gran trascendencia económica y social, además de constituir un desafío para las instituciones de salud y el personal médico responsable de su atención en las unidades donde se llegan a presentar. Son de importancia clínica y epidemiológica ya que producen altas tasas de morbilidad y mortalidad y disminuyen la esperanza de vida de la población a la que afectan.
Las muertes producidas, en nuestro país, por IINN se estiman en 3.200 y triplican en número a las ocasionadas por los accidentes de tráfico. Una política acertada de atención y cuidado de este asunto podría ahorrar a los hospitales españoles 500 millones de euros anuales, de los cuales la mayor parte se obtendría solamente con respetar un correcto lavado de manos, coinciden en afirmar los expertos.

En el mundo se han desarrollado programas de seguimiento y control de la IN. Uno de los primeros se desarrolló en Estados Unidos mediante los Centers for Disease Control and Prevention llamado proyecto Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control y buscaba un mejor control de la IN. En una muestra de hospitales americanos, el establecimiento de la vigilancia y del control exhaustivo entre 1970 y 1976 se asoció a una importante reducción en las tasas de IN. Posteriormente, se desarrolló en este país el sistema National Nosocomial Infection Surveillance, que es un sistema voluntario y confidencial sobre el que se realizan informes mensuales de más de 300 hospitales y cuyos datos contribuyen de manera muy importante a detectar cambios en los patrones de incidencia, resistencia a antibióticos, focos, pronóstico y factores de riesgo para la infección.

En Europa se han desarrollado varios sistemas paralelos, cuya información se centralizó durante un tiempo en el proyecto europeo HELICS. De estos proyectos tienen más relevancia el Krankenhaus Infektions Surveillance System (KISS) de Alemania, el Preventie van Ziekenhuisinfecties door Surveillance (PREZIES) de Holanda o el Reseau Alerte Investigation Surveillance des Infections (RAISIN)10 de Francia. En los últimos años se han iniciado proyectos multinacionales en varios países sudamericanos como el International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC).

En España se han desarrollado principalmente 2 sistemas de vigilancia de IN: el Estudio de la Prevalencia de la IN en España (EPINE) es un estudio de prevalencia que se realiza anualmente desde 1990 y fue el primer sistema de vigilancia desarrollado en el país. Su objetivo es determinar las tendencias en las tasas de las IN en los hospitales españoles.

El Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva (ENVIN-UCI) desarrollado por el Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias desde 1994 recoge datos de las principales IN asociadas a dispositivos y llegan a participar en la actualidad más de 100 unidades anualmente. Es un sistema específicamente dirigido a la UCI y en el que son objeto de seguimiento únicamente aquellas infecciones relacionadas directamente con factores de riesgo conocidos o que se asocian a mayor morbimortalidad en pacientes críticos, como son la neumonía relacionada con la ventilación mecánica (NAVM), la infección urinaria relacionada con sondaje uretral (IU-SU), la bacteriemia primaria y relacionada con catéteres vasculares y la bacteriemia secundaria. Los datos provenientes de este estudio se han convertido durante estos años en referencia obligada para evaluar los esfuerzos de mejora que se vienen realizando en esta área.

2 Objetivos

Objetivos generales:
El área de enfermedades infecciosas, inmunes e inflamatorias tiene como objetivo fundamental el estudio de herramientas diagnósticas, inmunoterapia y el diseño de estrategias de prevención de estas las enfermedades inflamatorias e inmunes más prevalentes en nuestro medio así como de las infecciones nosocomiales. Paralelamente, es un objetivo esencial encontrar medios para contribuir al conocimiento, prevención y tratamiento de zoonosis.

Objetivos específicos: a) Conseguir un entorno de trabajo y de intercambio que permita aplicar los avances y técnicas desarrolladas a las distintas patologías en menos tiempo. b) Desarrollar técnicas de diagnóstico molecular. c) Diseñar nuevos adyuvantes para inmunoterapia que permitan nuevas vías de administración. d) Estudio de la fisiopatología de algunas enfermedades más prevalentes. e) Elaborar estudios epidemiológicos adaptados a nuestro medio. f) Desarrollar modelos animales que permitan tanto el estudio de análisis genéticos como de la efectividad y seguridad de las formas de inmunoterapia. g) Impulsar el desarrollo de ensayos clínicos promovidos por los investigadores de esta área. h) Ofrecer a países en desarrollo métodos diagnósticos y de tratamiento de bajo coste para el control de zoonosis y desarrollar estrategias de bajo coste para su prevención primaria (inmunoterapia en reservorios).

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.redaccionmedica.com/opinion/las-infecciones-nosocomiales-en-espana-3554.
- http://scielo.isciii.es/scielo.
- http://www.idisna.es/investigacion/

Capítulo 1182

ALIMENTACIÓN A PACIENTES CON DISFAGIA

CAROLINA SUÁREZ

ANA GONZALEZ GARCIA

LUCÍA DE DEUS VEGAS

1 Introducción

La disfagia es la alteración o dificultad en el proceso de la deglución. Generalmente aparece en personas de edad avanzada o que han sufrido un daño cerebral.

2 Objetivos

- Conseguir una alimentación e hidratación segura,ademas de evitar problemas respiratorios, a través de recomendaciones nutricionales y reeducación de la deglución

3 Metodología

Lo primero es identificar la disfagia, prestando atención a detalles como:
Tos y atragantamientos frecuentes.
• Le cuesta manejar la comida en la boca o mastica con dificultad.
• Come mucho más despacio que antes.
• No controla la saliva y se le cae con frecuencia.

• Necesita tragar en varias veces pequeña cantidad.
• Se sofoca durante la comida.
• Quedan restos de alimentos en la boca después de la deglución.
• Rechaza ciertos alimentos que antes comía.
• Presenta infecciones respiratorias repetidas.

Se ha de valorar la capacidad para tragar,utizando un sencillo método que consiste en dar al paciente agua con espesantes en distintos volúmenes y viscosidad,para determinar que tipo de alimento es el más seguro y poder elegir la dieta más correcta en cada caso.

Las viscosidades que se suelen presentar:

• puding: se asemeja a una crema, yogur o gelatina
• miel: muy parecida a un yogur líquido
• néctar: similar al zumo de melocotón

Condiciones del entorno

El lugar en el que come la persona mayor debe tener un ambiente tranquilo, sin ruidos ni distracciones.

En la medida de lo posible, hay que dejar que la persona mayor coma sola, pero bajo supervisión.

Hay que procurar que coma siempre a la misma hora, evitando momentos en los que la persona esté cansada.

Intentar que la comida no dure más allá de 30 minutos.

Higiene bucal

Realizar una limpieza bucal antes y después de la comida. Tener la boca limpia es importante para mantener hidratada la mucosa, estimular laproducción de saliva y evitar que el alimento se quede pegado a la boca.

Usar un cepillo eléctrico mejora la limpieza bucal y su vibración favorece que la persona mayor perciba con claridad sus encías, sus dientes y su lengua.

Hay que limpiar la dentadura postiza además de las encías y la lengua. comprobar periódicamente el ajuste de la dentadura.

Si la persona con disfagia está encamada, usaremos una gasa humedecida en agua o líquido desinfectante, y frotaremos las encías y la lengua.

Postura

Si la persona mayor que no puede tragar bien está en cama, la incorporaremos para comer al menos hasta que tenga un ángulo de 60º entre las piernas y el tronco.

Si puede permanecer sentada, hay que vigilar que cabeza y tronco estén bien alineados.
Es importante que la cabeza está inclinada hacia delante en el momento de tragar, con la barbilla hacia el pecho. Esto protege las vías respiratorias de posibles absorciones de alimentos. Si la cabeza tiende a irse hacia atrás, habrá que modificar su posición con almohadas.
Algunas recomendaciones para el proceso de alimentación de personas mayores, en especial para personas ancianas con demencia:
Si necesita que una persona le dé de comer, ésta debe decirle qué le va a dar de comer y enseñárselo. Debe mostrar calma y seguridad. No debe conversar, ya que hablar aumenta el riesgo de que la persona mayor se atragante. Debe colocarse frente a la persona mayor y a su misma altura o un poco más baja, para que la persona mayor mantenga baja su barbilla y eso le facilite la deglución.
Evitar que la cuchara toque los dientes ya que podría provocar el reflejo de morderla.
Antes de introducir en la boca una nueva porción, comprobar que la anterior ha sido tragada completamente.
No mezclar consistencias sólidas con líquidas.
Poner cantidades pequeñas en el plato y en la cuchara.

Utensilios
Hay una amplia variedad de instrumentos y utensilios que pueden facilitar el dar de comer y de beber a las personas mayores con disfagia, disminuyendo el riesgo de atragantamiento.
Es recomendable no usar pajitas o jeringuillas para los líquidos. También hay que evitar ofrecer líquidos para beber directamente de una botella, puesto que obliga a elevar su barbilla, aumentando el riesgo de atragantamiento.

Vaso con recorte (escotadura)
Gracias al recorte que tienen, el vaso puede levantarse más sin que su borde toque con la nariz,ello permite que la persona beba manteniendo la barbilla baja, sin tener que levantar la cabeza hacia atrás, lo que disminuye el riesgo de atragantamiento.

Tipos de alimentos y cantidades
Hay dos reglas importantes: no mezclar texturas utilizar cantidades pequeñas
No mezclar texturas
Es más fácil tragar consistencias homogéneas (sin “tropiezos” o trozos):
Cremas.

Purés espesados con harina o patata.
Yogur sin trozos.
Natillas.
Compotas

4 Resultados

Resaltar la importancia de la educación al paciente y/o cuidador con las recomendaciones higiénico-posturales, en función de los resultados obtenidos en la exploración del paciente, y de manera individualizada: postura correcta, adaptar el tamaño de la cuchara, necesidad o no de vaso de disfagia, higiene bucal, estimular la salivación con alimentos ácidos, evitar distracciones, evitar beber con pajita o directamente de botella, utilizar vasos bajos y anchos…

5 Discusión-Conclusión

La educación en los pacientes con disfagia mejora la calidad de vida y disminuye el riesgo de complicaciones: desnutrición, deshidratación y broncoaspiración (neumonías).

6 Bibliografía

- http://www.ehowenespanol.com/recetas-pacientes-disfagia-manera_118768/
- Jiménez Rojas, C. Corregidor Sánchez, A. I.; Gutiérrez Bezón, C. Disfagia. En: Tratado de Geriatría para Residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2006. Guía para el manejo de la disfagia. Pautas para personas con problemas de deglución. Servicio de Daño Cerebral del Hospital Aita Menni.

Capítulo 1183

EL PACIENTE UROSTOMIZADO

CONCEPCIÓN CARBAJALES ÁLVAREZ

RAMONA NOCEDA ERIGOYEN

SONIA PEREIRO ALVAREZ

1 Introducción

Una urostomía es un tipo de cirugía que permite que la orina salga del cuerpo a través de un estoma. se realiza para dar salida a la orina cuando la via urinaria normal esta obstruida,esto puede ser debido a distintos motivos:
-litiasis
-tumores
Las urostomias pueden ser:
- temporales (mientras se soluciona el problema)
- definitivas(sin opción de cerrarla)
-continente, con un reservorio interno
-incontinente

La urostomía tipo Bricker es la mas comun
-La ureteroileostomía cutánea es una técnica de derivación urinaria realizada tras una cistectomía radical. La presencia de los catéteres ureterales , las complicaciones de la ostomía y la presencia de moco producido por la porción ileal intestinal dificulta el autocuidado de este tipo de pacientes

2 Objetivos

- Actualizar el protocolo de cuidados de pacientes con urostomía e Identificar las preocupaciones del paciente ostomizado y los problemas mas habituales tanto físicos como psicologicos

3 Metodología

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

4 Resultados

La urostomia es la mejor solución a distintos problemas de las vías urinarias pero causa un fuerte impacto en el paciente,viéndose afectada su vida diaria con alteraciones biológicas(perdida del control de esfintere, cambios higienicos, etc.) y psicológicas (alteración de la imagen corporal, autoestima, integración social, etc.). En el postoperatorio inmediato pueden surgir diferentes complicaciones del estoma:
-edemas
-dermatitis periestomal
-hemorragia
-estenosis
-retracion del estoma
-granulomas
-prolapso

Es muy importante la higiene del estoma,se recomienda tener a mano todo el material necesario antes de empezar
Pañuelos de papel o toalla suave
• Esponja suave
• Jabón neutro
• Agua templada
• Dispositivos y bolsas de recambio

• Tijeras curvas
• Bolsa para desechar el material sucio
- Evitar productos para el cuidado de la piel que contengan alcohol. Estos pueden resecarla demasiado.
- No utilizar productos que contengan aceite sobre la piel alrededor del estoma. Estos pueden dificultar la fijación de la bolsa a la piel.
- Utilizar productos especiales para el cuidado de la piel. Esto hará que los problemas cutáneos sean menos probables.

Para la recogida de la orina existen distintos tipos de bolsas y sistemas; lave la piel con agua tibia y séquela bien antes de conectar la bolsa. Lo más importante es encontrar el sistema que mejor se adapte al estoma, a las necesidades del paciente y que resulte comodo y fácil de manejar para el paciente que permitan un fácil vaciado.

Por la noche el paciente usara un bolsa nocturna con mayor capacidad. Hay bolsas de una sola pieza,con el inconveniente de que hay que despegar el disco cada vez que se cambia y de dos piezas (se puede cambiar la bolsa sin despegar el dispositivo),lo ideal es que el dispositivo se cambie cada tres o cuatro días.

Según el tipo de estoma se podrá elegir entre un disco de tamaño predeterminado, un disco recortable o un disco convexo. Además existen infinidad de productos enfocados al cuidado del estoma, de la piel y a facilitar la incorporación a las AVD sin renunciar a la vida social. Se recomienda el aumento de la ingesta de liquidos y seguir una dieta equilibrada,evitando el aumento de peso.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE desempeñan un importante papel por su cercanía con el paciente y deben de estar debidamente informados y entrenados en el manejo de las urostomias ,además dado el estrecho contacto con el paciente en los primeros días del postoperatorio es problable que le aborde con sus dudas e inquietudes en la fase de reconocimiento y aceptación.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1184

CUIDADOS AL PACIENTE CON IMPÉTIGO

VANESSA CARBAJAL TEMPRANA

1 Introducción

El impétigo en una infección bacteriana por la cual la parte superficial de la piel sufre una inflamación. Se produce de manera bastante frecuente y el pico más alto de presencia se produce entre los 2 y los 6 años. Además, es una infección contagiosa y se transmite por contacto directo.

Las bacterias estafilococos y estreptococos son las causantes del impétigo, que consiste en la infección de la epidermis. Además, tiene una mayor incidencia en verano y situaciones con malas condiciones de higiene, ya que la piel queda más expuesta.

Muchos casos de esta infección necesitan ser ingresados para combatirla. Una vez ingresados debemos tener en cuenta las siguientes medidas para no transmitirla a otros pacientes:
- No compartir toallas, ropa, cuchillas u otros productos de aseo personal.
- Siempre llevaremos guantes para evitar tocar directamente las heridas que supuren.
- Siempre haremos una limpieza rigurosa de la piel para evitar futuras infecciones y mantendremos bien hidrata la piel.

2 Objetivos

DIagnosticar la enfermedad de impétigo y saber tratarla.

3 Caso clínico

Niño de 6 años que ingresa en la planta de pediatría para tratamiento de impétigo, el niño presenta heridas con costras amarillentas.

Antecedentes personales: todas las vacunas según calendario. No refieren alergias medicamentosas, intervenciones quirúrgicas previas, ni enfermedades crónicas. No antecedentes familiares de interés.

Toma de constantes:
- Temperatura: 36,7 ºC.
- Tensión arterial: 110/65 mmHg.
- Frecuencia cardíaca: 100lpm.

Exploración física: se observaba la presencia en la cara, alrededor de los ojos, de la nariz y sobre todo de la boca, de áreas eritematosas cubiertas por una fina escama laminar, con tendencia a formar fisuras radiales periorificiales. Presentaba además múltiples y pequeñas erosiones, junto con alguna pequeña vesícula flácida y de contenido claro, localizadas en la frente y en la región retroauricular. En el tronco y de forma más intensa a nivel de los pliegues del cuello, axilas e ingles, se observa un eritema difuso confluyente de color rojo muy intenso, con zonas erosivas cubiertas de costra.

4 Discusión-Conclusión

El mejor tratamiento para este tipo de infección suele ser antibiótico por vía venosa y cremas emolientes que ayudarán al mantenimiento de la barrera cutánea.

Recordar que esta infección es más común en niños debido a que el contacto físico entre ellos es muy estrecho y los hábitos de higiene todavía no están instaurados.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/impetigo.html
- https://kidshealth.org/es/parents/impetigo-esp.html

Capítulo 1185

IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES.

ESTEFANIA FERNANDEZ ALBA

1 Introducción

En ocasiones una persona no puede valerse por sí misma y debe pasar la mayoría del tiempo en la cama. En estos casos, el cambio postural es la principal medida de prevención de lesiones en la piel, como las úlceras por presión. Las claves del cambio postural:

- Si el estado de la persona lo permite, lo ideal es realizar cambios posturales cada 2-3 horas cuando esté encamada. Debemos evitar en lo posible apoyar directamente sobre sus lesiones, si ya las tuviera.
- Si está sentado y tiene autonomía para realizar cambios de postura, lo conveniente es que los realice cada 15 minutos. Si es dependiente se deben realizar cada hora y si no es posible por el motivo que sea, es preferible que permanezca en cama.
- Se debe cambiar de postura cada 2-3 horas intentando alternar diferentes posturas para ir cambiando los puntos de apoyo.

Las posturas más frecuentes son acostado boca arriba y acostado de lado (izquierdo y derecho). Hay diferentes tablas en las que se puede observar de forma detallada la posición ideal en cada una de las posturas.

Es fundamental no arrastrar a la persona para evitar lesiones por la propia fricción con las sábanas. Para ello, podemos utilizar una sábana entremetida. Es decir, una sábana que colocaremos sobre la sábana bajera y que utilizaremos para elevar a la persona desde ambos lados de la cama. De este modo, evitamos el arrastre al subir a la persona, por ejemplo, cuando se ha escurrido hacia los pies de la cama.

Los cambios de posición son actividades y ejercicios que deben realizarse diariamente con el fin de movilizar la anatomía de una persona que no puede hacerlo por sus propios medios. De este modo, no solo es posible garantizar su comodidad, sino que también tiene múltiples beneficios físicos, emocionales y biológicos:
- Mejora la circulación sanguínea en zonas de contacto: piernas, glúteos, espalda.
- Proporciona comodidad y descanso.
- Evita y/o reduce las probabilidades de úlceras por presión.
- Evita inflamación y esfuerzo en articulaciones.
- Beneficia el movimiento y la expulsión de mucosidad.
- Fortalece el estado anímico.
- Evita cualquier bloqueo de sangre por presión y contacto directa entre el cuerpo y la capa.
- Permite movilizar a la persona más fácilmente ya que los cambios de posiciones del paciente encamado se complementan entre sí.

A nivel hospitalario, nueve de cada cien pacientes ingresados, independientemente de su edad y diagnóstico. De ellos, alrededor del 20 por ciento era menor de 65 años. En Atención Primaria la prevalencia media fue de 9,11 por ciento para los pacientes mayores de 14 años incluidos en programas de atención domiciliaria y la prevalencia media en las unidades socio-sanitarias se estableció casi en el 11 por ciento.
Teniendo en cuenta el número de afectados, el grupo médico ha estimado que el coste del tratamiento de las úlceras por presión en España supera los 600 millones de euros cada año. Además, desde el GNEAUPP se ha cuantificado el coste de prevención y no costaría más de 1,7 euros al día, cuando curarla cuesta, al menos, 46 euros al día. Por otra parte, se sabe que industria de los apósitos para heridas factura 150.000.000 de euros al año.
Las úlceras por presión, conocidas popularmente como llagas, escaras o úlceras por decúbito son lesiones que afectan a la piel o trascendiendo a ésta, a nivel de hueso, músculo o estructuras de sostén, originadas por el aplastamiento de los tejidos se producen «en muchísima menor tiempo del que se puede suponer».
De hecho, aunque depende del paciente, de las defensas de su cuerpo, de las patologías que padezca, de su nivel de hidratación y de la edad que tenga, se han llegado a producir úlceras por presión en menos de 3 ó 4 horas, aunque la media podría establecerse en 8 ó 12 horas, «siempre que no se haya cuidado la higiene, ni un cambio postural».

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de los cambios posturales como principal medida de prevención de lesiones en la piel.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://saberdesalud.com/
- https://theramart.com/
- https://gneaupp.info/

Capítulo 1186

PREVENCIÓN DEL ESTREÑIMIENTO.

SUSANA ESTRADA SUÁREZ

MARÍA JOSÉ RODRIGUEZ ARIAS

1 Introducción

Se llama estreñimiento a la dificultad para evacuar heces, heces duras o sensación de que el recto no está completamente vacío después de la evacuación. está dificultad puede ser por baja frecuencia de deposición o por esfuerzo al defecar. Uno de los errores más frecuentes que se tienen es creer que se debe defecar todos los días.

El estreñimiento puede ser agudo o crónico. El estreñimiento agudo se inicia de forma repentina y manifiesta. El estreñimiento crónico puede comenzar de modo gradual y puede persistir durante meses o años.

Es normal tener desde 1 a 3 deposiciones por día hasta 2 o 3 por semana.

El estreñimiento es un síntoma no una enfermedad, como síntoma puede ser consecuencia de múltiples causas.

Se calcula que el 15% de la población sufre estreñimiento crónico, es más frecuente en mujeres que en hombres y en personas mayores de 65 años.

Alimentos que pueden provocar movimientos flojos y gases: bebidas que contienen cafeína, zumos de frutas, espárragos col, brócoli, coliflor, repollo, coles de Bruselas, cereales integrales, pan integral…

Alimentos que pueden provocar estreñimiento: Arroz, pan, patatas, pasta ternera, pollo, verduras cocidas, pescado, plátanos…

El estreñimiento puede provocar algunas complicaciones:

- Hemorroides: Un esfuerzo excesivo durante la defecación aumenta la presión sobre las venas que rodean el ano por lo que pueden aparecer las hemorroides.

-Prolapso rectal: se puede producir la protrusión del recto a través del ano debido al esfuerzo.
- Fisura anal: El paso de heces duras pueden causar una rotura en la piel del ano
- Enfermedad diverticular: es el daño producido por la presión requerida para el movimiento de las heces duras y pequeñas en las paredes del intestino grueso. Las lesiones de las paredes del intestino grueso provocan la formación de pequeños sacos en forma de globo o bolsillo invertido (divertículos), que pueden obstruirse e inflamarse (diverticulitis) Los divertículos a veces sangran y rara vez se rompen (causando peritonitis)
- Retención fecal: Endurecimiento de las heces en el recto y en la parte inferior del intestino grueso que bloquea completamente el paso a otras heces produciendo retortijones, dolor en el recto y esfuerzos intensos, aunque inútiles para defecar.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Descriptores: estreñimiento, hemorroides, impactación fecal, divertículos, diverticulitis, peritonitis, prolapso rectal, fisura anal, laxantes, enemas.

4 Resultados

Las causas más frecuentes del estreñimiento:
- Dieta pobre en fibra y agua.
- Sedentarismo.
- Tránsito intestinal lento.
- Disfunción colónica/anorrectal.
- Uso crónico/abuso de laxantes.
- Neoplasia intestinal.

- Depresión.
- Fármacos.
- Endocrinopatías (hipotiroidismo, diabetes).
- Alteraciones neurológicas del plexo sacro.
- Hipercalcemia.

La causa más frecuente del estreñimiento suele ser la dieta, no beber suficiente agua y consumir una dieta pobre en fibra ayuda a padecer estreñimiento. Otra causa frecuente es el consumo de fármacos y la inactividad

El uso de laxantes y enemas de manera habitual puede llevar a un estreñimiento crónico ya que en algunos casos si no se pone laxante no tienen deposiciones.

Motivos de preocupación en caso de estreñimiento si se da: abdomen hinchado, distendido, vómitos, sangre en heces, pérdida de peso…

5 Discusión-Conclusión

El estreñimiento es un síntoma no una enfermedad, las causas más frecuentes son dieta pobre en fibra, poca actividad física, ingesta escasa de agua y algunos fármacos.

Medidas a seguir para restaurar un patrón normal de evacuación intestinal:

- Ingesta abundante de líquidos, no beber café ni alcohol
- Dieta rica en fibra vegetal.
- Actividad física diaria. (caminar, Pilates para estimular el intestino)
- Reeducación del ritmo intestinal:

1. Responder al deseo de defecar sin tardanza
2. Iniciar una rutina que consista en intentar defecar a diario, aunque no se tenga gana, a la misma hora permanecer en el inodoro al menos 10 a 20 minutos, preferentemente 15 a 60 minutos después del desayuno o comida abundante.
3. Adoptar una posición adecuada en cuclillas o sentado, elevando los pies sobre un taburete bajo, mientras se inclina el cuerpo ligeramente hacia delante.
4. El paciente ha de encontrarse cómodo en un lugar caliente y privado.

Si con estas medidas no se soluciona el estreñimiento se puede utilizar, ocasionalmente, laxante o enemas. No es bueno habituarse al uso de ellos.

6 Bibliografía

- Guía para tratar y prevenir el estreñimiento Dra. Amparo Escudero Sanchís, Dr. Miguel Bixquert Jiménez.
- Prevención del estreñimiento de en personas mayores, 2005.

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

Capítulo 1187

LA EMPATÍA CON UN PACIENTE EN FASE TERMINAL

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los cuidados tipo Hospice o cuidados paliativos es la atención que se proporciona a los adultos y a los niños con enfermedades graves que se enfoca en aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, pero que no tiene el objetivo de curar la enfermedad en sí, sino que nos encontramos ante un paciente en fase avanzada de su enfermedad, con una esperanza de vida inferior a seis meses o incluso en situación de últimos días. Esto conlleva, en muchos casos, un sufrimiento físico, psíquico y espiritual, no solo para el paciente sino también para sus más allegados.

La OMS reconoce el derecho de las personas a morir tan dignamente como sea posible, respetando sus valores culturales. Esto es identificar sus necesidades, realizar la planificación, ejecución y valoración de los planes de cuidados, explorar las creencias, cultura y valores del paciente y su familia, conseguir una relación de confianza suficiente para que el paciente entienda que puede contarte cualquier cosa, apoyar a los equipos de atención básica, labores docentes.

Las enfermedades que necesitan de estos cuidados son; cáncer, VIH, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, etc… Según Cicely Saunders, pionera en Cuidados Paliativos, enfermera, trabajadora social y médica, "El que no se pueda hacer nada para detener la extensión de una enfermedad no significa que no haya nada que hacer".

2 Objetivos

- Abordar de una manera global el proceso final asociado a una enfermedad terminal.
- Exponer las cualidades enfermeras más importantes y fundamentales para la atención de un paciente en fase terminal.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed, utilizando como criterios de búsqueda Sensibilización, enfermo terminal, Cuidados Auxiliares de Enfermería ante los cuidados paliativos. Se encuentran 36 artículos de los cuales 12 se seleccionan por su interés. Los descriptores utilizados en la búsqueda fueron: cura, cuidados personalizados, calidad de vida, prevenir y aliviar el sufrimiento.

4 Resultados

El fin de los cuidados de enfermería a la persona con enfermedad terminal es contribuir a mantener el nivel más alto de calidad de vida y ayudarle a resolver o minimizar sus necesidades, así como brindar apoyo para que viva tan confortablemente como sea posible y contribuir a que muera con dignidad Según Virginia Henderson "el rol esencial de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo en el mantenimiento o recuperación de la salud, o bien asistirlo en sus últimos momentos para que tenga una muerte feliz". Los elementos clave en el manejo de estos pacientes son: una valoración cuidadosa, la colaboración, la planificación de intervenciones, la evaluación y la modificación del plan de cuidados.

Los diagnósticos de enfermería deben basarse en la 1872 respuesta del paciente a los síntomas físicos, psicológicos, sociales, funcionales y espirituales y en el significado que tienen para él. El plan de acción básico será: Cumplimentación de

los tratamientos médicos indicados, elaboración y realización del plan de cuidados generales y específicos, apoyo emocional, y educación del paciente y familia de cara a promover el autocuidado.

"El objetivo de la educación no es solo dar información, se trata de apoyar a los pacientes y sus familias mediante el control y el conocimiento que los capacite para afrontar las deficiencias en el autocuidado de la manera más eficaz". La fase de valoración es básica en la atención, nos va a permitir establecer un plan de cuidados adecuado. Debe realizarse de forma minuciosa e integral y comprenderá los aspectos físicos, psíquicos y socio-familiares.

Las fuentes de información van a ser básicamente el paciente y la familia a través de la entrevista; pero previo a esto se debe hacer una recopilación de datos a través de los informes clínicos y el historial, para conocer el diagnóstico con certeza, las pruebas realizadas, expectativa teórica de vida, etc. Normalmente se crea un vínculo muy especial entre el paciente, la familia y la enfermera, pero siempre que esta sea capaz de formar parte de su círculo de confianza.

Las funciones son ejercer en algunos casos de enfermera técnica, otras como amiga, guía espiritual, acompañante, cómplice, pero siempre como persona dispuesta a ayudarle y a escucharle en todo momento. Una vez realizada la valoración se elaborará un plan de cuidados que se irá adaptando según se vaya modificando la situación. Los pacientes con enfermedad terminal presentan multitud de problemas.

El grupo de síntomas más frecuente lo constituye el llamado síndrome general: astenia, anorexia y perdida de peso que está presente en el 90% de los pacientes. El siguiente es el dolor que afecta al 80% de los enfermos. Debemos plantearnos objetivos realistas y a corto plazo e ir modificándolos paulatinamente según se modifiquen las necesidades de los pacientes.

Algunos síntomas van a ser muy difíciles de controlar (debilidad, anorexia…) y de lo que se tratará es de conseguir que el enfermo se adapta a ellos lo mejor posible. Los pacientes tienen miedo a la noche por varias causas: miedo a morir por la noche, a estar solos, a las pesadillas,…La falta de descanso disminuye el umbral del dolor y esto hace más difícil conciliar el sueño. Las causas más frecuentes: mal control de síntomas. Medicación coadyuvante (corticoides, diuréticos, simpaticomiméticos,…). Ansiedad, depresión, Los problemas del sueño deben ser tratados de forma enérgica. Lo primero es intentar conocer la causa y controlarla. No se puede dar una buena atención al paciente con enfermedad terminal si no 1873

se tiene en cuenta a la familia ya que ésta es un elemento clave para el cuidado de sus necesidades físicas y emocionales.

Al comunicar a la familia el diagnóstico de la enfermedad y ésta intentar aceptar la pérdida inminente se empiezan a producir una serie de ajustes en las relaciones con el paciente. La adaptación de los sentimientos va a depender mucho de cómo se produjeron adaptaciones ante pérdidas y conflictos previos.

La familia también pasa por distintas fases de adaptación a la enfermedad:
- Negación, sin aceptar la realidad, lo que llevará a visitas a otros equipos, buscar curanderos, etc.
- Enfado, reaccionando contra el enfermo o contra los profesionales.
- Pacto.
- Depresión ante la próxima muerte.
- Aceptación.

5 Discusión-Conclusión

El equipo sanitario debe establecer una buena relación para compartir ansiedades, temores y preocupaciones. Los temores principales son: no saber que hacer cuando el enfermo se deteriore; a que sufra; a no tener ayuda profesional cuando lo necesiten; a ser responsabililizados por no cuidar bien de él; a no saber hacerlo bien; a que se encuentre solo en el momento de la muerte; al futuro.

Necesitan por tanto, una información veraz y continua, seguridad de que van a tener un buen apoyo profesional durante toda la enfermedad y un buen equipo para dar la atención necesaria y que se les proporcione apoyo emocional con comprensión y empatía, así como reconocimiento por su labor.

La escucha activa y el soporte emocional son dos instrumentos básicos de ayuda. Partimos de una persona a la que, en algunos casos hace años, pero en otras hace semanas, se le ha informado que su vida se acaba. Está claro que necesitará que sus síntomas estén controlados, no tener dolor, disnea y poder dormir por las noches, pero sobre todo lo que tienen es miedo a lo que está por venir, tristeza al dejar a sus seres queridos, una serie de sufrimientos que no pueden mejorar los fármacos.

En la gran mayoría de las unidades hay una psicóloga que puede visitar al enfermo una vez por semana y en otras ni siquiera existe ese recurso. Muchos pacientes no quieren hablar con sus familiares por no preocuparlos, por lo que

acaban sintiéndose solos además de enfermos. Por otra parte, está demostrado que la ansiedad empeora los síntomas físicos. Los profesionales enfermeros abordan este aspecto demostrando su apoyo, no haciendo juicios de 1874 valor y escuchando con atención lo que quiera contarnos.

Para conseguir una buena relación se debe: destinar un tiempo para hablar con ellos y preguntarles de forma abierta por sus preocupaciones; saber escuchar y estar atentos a la comunicación no verbal; aprender a reconocer el cansancio y dar muestras de sensibilidad ante su sufrimiento. A medida que la enfermedad progresa, los cambios de roles crean una nueva dinámica familiar que puede ayudar a afrontar el fin, esto incluye unas relaciones más honestas y habitualmente mejoran los vínculos afectivos.

Para terminar una frase de "Cicely Saunders" que encaja muy bien con el significado de cuidados paliativos: "Tú importas por ser tú y haremos todo lo que esté a nuestro alcance no solo por ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en el que mueras".

6 Bibliografía

- OJEDA MARTÍN,M. "Cuidados paliativos: Control de síntomas". Asta Médica, 1999. -"Morir con Dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida". Fundación de Ciencias de la Salud. Serie: Etica y Humanidades. Ed. Doce Calles, Madrid, 1996.
-CARPENITO L. Manual de Diagnósticos de Enfermería. McGraw- Hill. Interamericana.9º edición. Edición en español: 2003. Madrid.
-BENITEZ DEL ROSARIO, MA.; LLAMAZARES GONZALEZ, AI;GARCÍA GONZALEZ,G. "Cuidados Paliativos". Recomendaciones Semfyc. Edide. Barcelona,1998. 1875.
- "Morir con Dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida". Fundación de Ciencias de la Salud. Serie: Etica y Humanidades. Ed. Doce Calles, Madrid, 1996; SAUNDERS,C. "Cuidados de la enfermedad maligna terminal". Salvat. Barcelona, 1998.
- GOMEZ SANCHO, M. "Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales". ICEPPS, 1994.
- "Cuidados Paliativos" Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993. - "Cuidados paliativos en la fase terminal" American Academy of Family Phisicians. 1999. De la traducción, Medical Trends, Barcelona 2001.
- DE LA FUENTE, C. Y COLS. "Síndrome terminal de enfermedad". Master Line, Madrid, 2000. - GOMEZ SANCHO,M.

Capítulo 1188

CUIDADOS Y ATENCIÓN AL PACIENTE CON UNA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA.

REBECA FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

Las enfermedades mentales son alteraciones de la salud mental (trastornos psiquiátricos o psicológicos) que implican alteraciones en el pensamiento, en las emociones y/o en la conducta. Las alteraciones leves de estos aspectos vitales son frecuentes, pero cuando provocan una angustia intensa a la persona afectada y/o interfieren en su vida diaria, se consideran enfermedades mentales o trastornos de la salud mental. Los efectos de la enfermedad mental pueden ser temporales o de larga duración.

Casi el 50% de los adultos padece un trastorno mental en algún momento de su vida. Más de la mitad de estas personas experimentan síntomas graves o moderados. De hecho, cuatro de las diez causas principales de discapacidad entre los sujetos mayores de 5 años de edad corresponden a trastornos mentales, siendo la depresión la primera causa de discapacidad por enfermedad. A pesar de esta elevada prevalencia de los trastornos mentales, sólo en torno al 20% de las personas que tienen una enfermedad mental reciben ayuda profesional.

Aunque se han logrado extraordinarios avances en la comprensión y el tratamiento de las enfermedades mentales, el estigma que las rodea aún persiste. Por ejemplo, las personas con una enfermedad mental pueden ser culpabilizadas

de su propia enfermedad o ser consideradas perezosas o irresponsables. La enfermedad mental se interpreta en ocasiones como una entidad menos real o menos legítima que la enfermedad física, generando reticencias en los responsables de la salud y de las compañías de seguros en lo referente a la cobertura del tratamiento. Sin embargo, la creciente toma de conciencia de lo mucho que la enfermedad mental afecta a los costes de la atención sanitaria y el número de días de trabajo perdidos está cambiando esta tendencia.

No siempre se puede diferenciar claramente la enfermedad mental de una conducta normal. Por ejemplo, en el caso de una pérdida de un allegado próximo, como el fallecimiento del cónyuge o de un hijo, puede ser difícil distinguir una depresión del sentimiento normal de duelo porque ambos comportan tristeza y un estado de ánimo depresivo. De igual modo, la decisión de diagnosticar un trastorno de ansiedad a una persona preocupada o estresada por su trabajo puede suponer un reto, ya que la mayoría de las personas experimentan estas sensaciones en algún momento de su vida. La línea divisoria entre poseer determinados rasgos de personalidad y padecer un trastorno de la personalidad está a veces muy difuminada. Por ello, la salud y la enfermedad mentales se entienden mejor como un «continuum». Cualquier línea divisoria generalmente se basa en lo siguiente:

- La gravedad de los síntomas.
- La duración de los síntomas.
- Hasta qué punto afectan los síntomas a la capacidad de funcionar en la vida diaria.

En la actualidad, se considera que el origen de la enfermedad mental está determinado por una compleja interacción entre factores, incluyendo los siguientes:
- Hereditarios.
- Biológicos (factores físicos).
- Psicológicos.
- Ambientales (incluyendo factores sociales y culturales).

Diversos estudios han demostrado que la herencia desempeña un papel en muchos trastornos mentales. A menudo, los trastornos mentales se producen en personas cuya composición genética les predispone a dicho tipo de trastornos. Esta vulnerabilidad, combinada con las tensiones de la vida, como las dificultades familiares o laborales, puede conducir al desarrollo de un trastorno mental.

Además, muchos expertos creen que la regulación deteriorada de diversos medi-

adores químicos cerebrales (neurotransmisores) puede contribuir a los trastornos mentales. Algunas técnicas de imagen como la resonancia magnética nuclear (RMN) y la tomografía por emisión de positrones (PET), a menudo muestran cambios en el cerebro en personas con un trastorno mental. Por lo tanto, muchos trastornos mentales parecen tener un componente biológico, al igual que las enfermedades que se consideran neurológicas (como la enfermedad de Alzheimer). Sin embargo, no está claro si los cambios observados en las pruebas de diagnóstico por la imagen son la causa o el resultado del trastorno mental.

El TCAE es una pieza clave en el proceso de curación de los enfermos que tiene a su cargo. Entre sus funciones principales se encuentran la de ayudar al aseo e higiene diario, a vestirse adecuadamente, cubrir las necesidades de alimentación en caso de pacientes dependientes, hacer cumplir las medidas terapéuticas completas, vigilar los tratamientos utilizados bajo prescripción médica y proporcionar al paciente el descanso necesario.

El cuidado del paciente con enfermedad psiquiátrica requiere profesionales benévolos, justos y respetuosos, con actitud de servicio y comprometidos con el paciente y su familia. Los profesionales han de tener contacto con el paciente para saludarlo, conocerlo, y en lo posible valorar su conducta, la evolución o deterioro de su cuadro, observar su apariencia general, postura, mirada y gestos. Así, se podrá llevar un seguimiento más detallado de su posterior mejora o por el contrario de otros problemas como ideas de intentos suicidas, trastornos del sueño, etc.

2 Objetivos

Informar de las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la unidad psiquiátrica.

3 Metodología

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

Palabras clave: “trastorno mental”, “salud”, “TCAE”.

4 Bibliografía

- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders.
- https://www.hcmarbella.com/.
- https://es.m.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_mental.

Capítulo 1189

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL LAVADO DEL PACIENTE ENCAMADO.

MARÍA DE LA O GARCÍA GONZÁLEZ

MAGALY GARCIA CON

MONTSERRAT GARCÍA ALONSO

EVA BELÉN TOLEDO LLANA

1 Introducción

El aseo general de un paciente encamado es una técnica muy importante que enfermería ha ido delegando con el paso del tiempo al auxiliar, por lo que hay que recalcar que no es competencia exclusiva del auxiliar de enfermería sino que es de enfermería. Desde mi punto de vista, cuando aseamos a un paciente aprendemos muchas cosas de él, es decir, no sólo valoraremos el estado e integridad de su piel, sino que al ser un momento de gran intimidad podemos ver sus sentimientos, cómo ve su proceso de enfermedad, escucharemos sus necesidades y crearemos un clima común en el que la confianza enfermero-paciente crecerá. En muchos hospitales es una labor compartida entre el enfermero, el auxiliar y el celador. Para realizar un correcto aseo en cama se necesitan al menos dos personas.

2 Objetivos

- Conservar un buen estado en la piel, para lo cual eliminaremos las diferentes secreciones y evitamos un olor desagradable en el paciente.
- Conseguir el bien estar del paciente para sentirse más relajado y con mayor bienestar durante su estancia.
- Disminuir en casos de Pirexia la hipertermia para favorecer la regulación de la temperatura corporal.
- Estimular la circulación sanguínea de los pacientes que llevan un largo tiempo inmovilizados en la cama.
- Favorecer la estimulación de la piel con una aplicación y fricción de crema hidratante para mejorar su aspecto y evitar irritaciones, además de disminuir la aparición de úlceras por presión.
- Identificar el estado de la piel para advertir, evitar y cuidar anomalías que puedan estar apareciendo, desde el comienzo de una úlcera por presión en estadio 1 hasta cualquier tipo de enfermedad.

3 Caso clínico

Paciente que ha sufrido un ictus y tiene paralizado el lado derecho del cuerpo. Es necesario que la higiene se realice en la cama hasta que sea posible llevarlo al baño a ducharse.

4 Discusión-Conclusión

- La puesta en orden se debe realizar antes y después de realizar el procedimiento.
- Siempre se debe respetar la intimidad del paciente.
- Las zonas que no están siendo aseadas deben permanecer cubiertas.
- Se debe vigilar que la temperatura del ambiente sea la adecuada para realizar el procedimiento.
- El personal que realiza el procedimiento debe tener en cuenta la edad del paciente, el estado neurológico, cuál es el grado de dificultad que presenta el paciente para realizar su propio autocuidado y el grado de movilidad del mismo.
- Se debe recordar siempre que la higiene se realiza de la zona menos contaminada a la más contaminada, para evitar contaminar zonas que no lo están.
- El personal que realiza el procedimiento debe siempre aplicar las normas de la mecánica corporal para evitar así lesiones innecesarias.

5 Bibliografía

- Protocolo de higiene personal del paciente por la Fundación Hospital de Jove.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1190

BEBÉS A TÉRMINO, CUIDADOS QUE NECESITAN AL NACER.

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Después del parto, si el estado de la madre y el niño lo permiten, deben permanecer juntos en contacto piel con piel; en este periodo, el técnico auxiliar de enfermería debe adoptar un papel activo que favorezca el establecimiento del vínculo materno filial; en esta fase, el niño está más activo y los reflejos de búsqueda y succión son intensos, favoreciendo el éxito en la lactancia materna. El contacto piel con la piel asegura de manera óptima el mantenimiento de la temperatura corporal del niño; los focos de calor no son necesarios y además suponen la separación del niño de la madre. La revisión sistemática del neonato sano se puede posponer unas horas y realizarla en la sala de maternidad con la finalidad de no manipular en exceso al niño y dar prioridad al contacto madre-hijo en estos primeros momentos de vida.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de mantener el contacto madre-hijo inmediatamente después del parto.
- Reconocer la importancia de una correcta identificación del niño, conocer las medidas preventivas oculares y de administración de la vitamina K en el niño, realizar correctamente las medidas antropométricas.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Cochrane, Pubmed y Schoolar Google se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y libros de texto, cuyos idiomas fueras castellano e inglés. Los descriptores utilizados en la búsqueda fueron: neonato, cuidados al recién nacido, maternidad, niño sano, enfermedad hemorrágica del recién nacido, Ictericia neonatal

4 Resultados

Al identificar al niño la legislación española protege los derechos humanos y civiles del menor, el neonato salvaguarda su identidad y lo protege de peligros como la sustitución de un niño por otro o errores en la filiación. La identificación del niño junto a la madre se realiza en la sala de partos justo después del nacimiento, se le pone una pulsera identificadora para la madre y otra para el niño, una pinza de cordón umbilical y una etiqueta para la hoja del partograma, todos estos elementos llevan un mismo código identificativo y son de un mismo color. Los cuidados del recién nacido para fomentar el vínculo materno-paterno filial, padres e hijos deben cohabitar en la misma habitación; la convivencia desde el inicio familiariza a los padre en los cuidados y la asistencia del niño en la unidad de maternidad, se le practican unos controles y cuidados sistemáticos: siempre que sea posible, los cuidados se realizarán en presencia de los padres. El examen del recién nacido deben incluir los tests de Apgar y Silverman para cerciorarnos del estado del recién nacido: ausencia de procesos patológicos, distensión pulmonar adecuada, tonos cardíacos normales.. Estos tests los realizará 1904 por norma general el pediatra, enfermería tomará la frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación de oxígeno si procede y temperatura rectal, al mismo tiempo que comprobaremos la permeabilidad del ano. A la llegada el niño y la madre a la unidad de maternidad se debe verificar la correcta identificación comprobando los respectivos brazaletes, la pinza del cordón umbilical y las etiquetas

correspondiente. La correcta identificación del niño y la madre debe controlarse y mantenerse a lo largo del todo el ingreso y verificarse en el momento del alta. La administración de vitamina K y profilaxis ocular se debe administrar en dosis de 1 mg por vía intramuscular antes de las 4 primeras horas de vida. Esta medicación se administra sistemáticamente como prevención de la enfermedad hemorrágica neonatal; la punción se realizará sin separar al niño de la madre, inyectando la medicación en la cara anterolateral de la pierna siguiendo la secuencia indicada para la administración de medicación intramuscular. La profilaxis ocular del niño se realiza mediante la aplicación de pomada ocular antibiótica en ambos ojos; esta medicación protege al niño de la oftalmia gonocócica neonatal, infección que se puede producir por contacto del niño con el germen en el canal del parto; su administración puede esperar entre 1-2 horas desde el nacimiento para no interferir en el vínculo materno-filial y alterar el estado de alerta tranquila del niño.

5 Discusión-Conclusión

Está demostrado que el contacto piel con piel presenta numerosos beneficios tanto para la madre como para el recién nacido. Una madre y su recién nacido son un solo ser, el lugar óptimo y más seguro es su madre y ningún otro. Sin embargo hay ciertas dificultades en bebés que son prematuros, siendo complicado llevar a cabo este método. La estandarización de los cuidados del recién nacido (RN) desde el nacimiento y en las primeras horas de la vida posnatal son parte de los objetivos de la Sociedad Española de Neonatología. El objetivo de estas recomendaciones es aplicar la mejor evidencia científica a los procedimientos en el cuidado del RN desde el nacimiento y en los primeros momentos de la vida posnatal. Se quieren contrastar ciertas prácticas y rutinas para ajustarlas al conocimiento y la evidencia médica actuales y así mejorar la calidad asistencial y la seguridad del recién nacido. El historial completo estará disponible en el momento del nacimiento. Debe realizarse una exploración inicial básica sin necesidad de manipulación .El ambiente en el paritorio debe preservar la intimidad y la confidencialidad y facilitar el control térmico del RN. Tras el parto el RN sano puede colocarse sobre la madre, mediante el contacto piel con piel durante al menos 50 min.El pinzamiento tardío del cordón umbilical, tras 2 o 3 min o cuando cesa el latido, aumenta los niveles de hierro en los RN sanos . Cortado en condiciones de asepsia y pinzado con seguridad, el cuidado posterior de éste no precisa otras medidas que el tratamiento con asepsia. Debe ofrecerse a todos los padres información sobre la necesidad de administrar la vitamina K . La forma de prevención más eficaz y segura de la enfermedad hemorrágica es la vitamina K

IM (1 mg). La administración oral requiere administrar dosis múltiples y no representa ninguna ventaja adicional. Todo RN debe ser correctamente identificado mediante un sistema de identificación que incluya datos del RN y de su madre. El alta hospitalaria no debería realizarse antes de las 48h de vida, si el nacimiento ha sido por parto vaginal, o tras 72–96h si es tras nacimiento por cesárea. Antes del alta debe explorarse bajo la supervisión y responsabilidad de un especialista en Pediatría, y es recomendable una reevaluación a las 72h del nacimiento e incluir el riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia. La importancia que tiene el apoyo social y emocional en los cuidados de salud y la implicación familiar en la planificación y provisión de los cuidados neonatales para mejorar la calidad de vida futura de los niños nacidos y por otra, la necesidad de que dicha implicación se estructure mediante una colaboración estrecha entre padres y profesionales de la salud que se sustente sobre una nueva perspectiva: la que implica pasar del "nosotros lo hacemos para ti" al "nosotros lo hacemos contigo", según la propuesta de Zarubin, Reiley y McCarter (2008).

6 Bibliografía

Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ, 169 (2003), pp. 207-208 Medline 1906 -Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Sociedad Española de Neonatología (SEN).

- Comité de Estándares y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología.Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal.An Pediatr (Barc), 60 (2004), pp. 56-64
- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad 2007, Enciclopedia Salvat de la Salud. Tomo 7. La salud del niño. 1980.
- Segovia, Purificación et. al., Cuidados básicos en el recién nacido, Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia
- World Health Organization. Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC), Provision of effective antenatal care, en Standards for maternal and neonatal care. World Health Organization; 2006.

Capítulo 1191

CUIDADOS DEL T.C.A.E. EN LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

MARÍA DE LA O GARCÍA GONZÁLEZ

MAGALY GARCIA CON

MONTSERRAT GARCÍA ALONSO

EVA BELÉN TOLEDO LLANA

1 Introducción

El uso de enemas en el ámbito hospitalario es una práctica muy frecuente y habitual. El estreñimiento es el trastorno intestinal por el que más se administra el enema, con especial incidencia en mujeres y mayores de 65 años, considerando estreñimiento cuando se producen menos de 3 evacuaciones intestinales por semana, hay que esforzarse para evacuar en más del 25% del total de las defecaciones, las heces son de consistencia dura, seca o con forma de bola y existe sensación de una evacuación intestinal incompleta.

Pero además del estreñimiento, los enemas se administran para diferentes fines y es el personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería quien está a cargo de llevar a cabo dicha administración.

Se entiende por enema a la introducción o instilación de una solución acuosa en el recto o parte inferior del colón descendente, según el propósito que se desee

lograr. El término enema también da nombre al utensilio con que se realiza el procedimiento e incluso a la acción misma de introducir la solución acuosa en el organismo. Cabe destacar que esta práctica no es inocua, por lo que sólo debe realizarse bajo prescripción facultativa.

2 Objetivos

- Aliviar el estreñimiento: estimular el peristaltismo (movimiento del intestino) para extraer el contenido intestinal.
- Ablandar heces y lubricar recto y colon.
- Limpiar el recto y colón para prepararlo para procedimientos diagnósticos.
- Administrar medicamentos, fluidos y/o nutrientes.

3 Caso clínico

Paciente hospitalizado que lleva seis días sin evacuar. Consultado con la enfermera responsable de dicho paciente se prescribe el ponerle un enema. Tras realizar dicha acción el paciente puede evacuar. Se procede a anotar dicha acción y la fecha de la misma, así como la prescripción de un laxante diario para que no vuelva a ocurrir lo mismo.

4 Discusión-Conclusión

En la disminución del peristaltismo, la dieta baja en fibras, ingesta de líquidos insuficientes y la vida sedentaria son factores influyentes que vuelven más lenta la propulsión de heces a través de las vías intestinales inferiores, ocasionando estreñimiento, impactación fecal y obstrucción.

En los ancianos la debilidad muscular y tono del esfínter disminuido y/o presencia de algunos procesos patológicos también hace que el peristaltismo se vea disminuido.

Además, la estimulación directa o bloqueo del sistema nervioso autónomo, debilidad de los músculos intestinales y algunos medicamentos como la codeína, morfina, adrenérgicos y anticolinérgicos, hacen que se relajen los músculos lisos de las vías gastrointestinales inhibiendo así el peristaltismo.

En los problemas intestinales la valoración del Técnico Auxiliar de Enfermería

es fundamental, ya que el estreñimiento puede generar complicaciones derivadas del esfuerzo durante la defecación, incluyendo además dolor y distensión abdominal, confusión, nausea y vómito por rebosamiento, obstrucción abdominal o perforación intestinal, apertura de suturas en pacientes post operados, problemas en pacientes cardiópatas o con lesiones cerebrales que pueden conllevar a complicaciones serias.

Los Técnicos Auxiliares de Enfermería contribuyen ejecutivamente en la preparación y administración de los enemas, colaborando con el conocimiento científico y práctico en la aplicación de la técnica correcta. Por ello, tienen que actualizarse constantemente en la metodología de administración de enemas, puesto que utilizar un procedimiento correcto con el paciente hace que se obtenga un resultado satisfactorio.

Es de conocer que el uso frecuente de enemas puede llevar a la sobrecarga de líquidos, irritación y pérdida del tono muscular del intestino y del esfínter anal. Por ello, no se recomienda que los enemas sean utilizados como tratamiento de primera línea para el estreñimiento.

Además, en pacientes con trastornos gastrointestinales como diarrea, dolor abdominal, con cirugía intestinal reciente, con arritmias o reciente episodio de infarto de miocardio, la administración de enemas puede estimular el nervio vago y desencadenar bradicardias.

No hay que olvidar que se pueden producir lesiones réctales provocadas por la administración de un enema, siendo de tipo mecánico, químico o ambos. Es por eso que el Técnico Auxiliar de Enfermería debe estar perfectamente formado y preparado para llevar a cabo la administración de enemas, conociendo y reconociendo las ventajas y problemas que pueden desencadenarse de su uso.

5 Bibliografía

- Romero, V., & Isabel, M. (2009). Técnica de preparación y administración de enema de limpieza (Bachelor's thesis).
- Rodrigo, L., Teresa, M., & Giménez Maroto, A. M. (2001). Técnicas y procedimientos: Sondaje rectal. - Administración de un enema de limpieza. Extracción de fecalomas. Metas de Enfermería, 2001.

Capítulo 1192

¿ES IMPORTANTE LA HIGIENE EN EL PACIENTE ENCAMADO?

ÁLVARO FERNÁNDEZ CANTALAPIEDRA

1 Introducción

La higiene se considera importante para la conservación de la salud así como para prevenir enfermedades. Dentro de la higiene del paciente no solo tenemos un aseo correcto, sino la oportunidad de vigilar las posibles complicaciones por el paciente encamado. Para conseguir nuestro objetivo, y como labor de un TCAE deberemos llevar a cabo el aseo correcto del paciente encamado.

2 Objetivos

Prevenir la aparición de infecciones y mejora del bienestar del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

La higiene es muy importante en cualquier tipo de paciente, pero en un paciente encamado aún más si cabe. El TCAE tanto en centros hospitalarios como en residencias es el que lleva a cabo esta tarea. Siempre se debe procurar que el paciente este lo más cómodo posible explicándole en todo momento lo que se va a realizar y realizando la tarea entre dos personas para mayor seguridad del paciente. Al realizar el aseo al paciente estamos comprobando todo su cuerpo, y se pueden prevenir lesiones como úlceras por presión o infecciones en una herida. También lograremos que el paciente se sienta más cómodo después al sentirse limpio y confortable en su cama.

5 Discusión-Conclusión

A parte de realizar el aseo correctamente, durante este proceso el TCAE observará cualquier tipo de lesión o anomalía que pueda aparecer en la piel que será notificado al personal de enfermería para su correcta valoración y así poder dar un tratamiento acorde a las necesidades del paciente. Por ello, está demostrado que la importancia de la higiene en el paciente encamado es muy importante.

6 Bibliografía

- Pérez de la Plaza, Evangelina; Fernández Espinosa, Ana María: Técnicas Básicas de Enfermería Ed. Mc Graw Hill 2008.
- Martín Morano, María Dolores; Enfermería práctica.

Capítulo 1193

SONDAS VESICALES: QUE SON, TIPOS Y CUIDADOS

CARLA ELIZABETH SORIA GONZÁLEZ

1 Introducción

Una sonda vesical es un tubo delgado y flexible de composición, calibre, longitud y consistencia variable que se introduce a través de la uretra hasta la vejiga, para proporcionar un drenaje continuo de la orina. Todo paciente sometido a un sondaje vesical, está expuesto a infecciones.

2 Objetivos

En este trabajo se ha realizado una revisión de los tipos de sondas, cuidados y prevenciones a tener en cuenta en la manipulación de sondas vesicales.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo he consultado páginas web relacionadas con el manejo y cuidado de las sondas vesicales a través de los buscadores de Google académico y Clinical Key entre otros.

4 Resultados

Las sondas urinarias se utilizan para:
• Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.

• Control de la cantidad de la diuresis.
• Recoger muestra de orina estéril, cuando no se puede obtener por los medios habituales.
• Determinar si persiste orina residual después de una micción espontánea.
• Permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.
• Realizar irrigaciones vesicales en caso de hematuria (lavados), o administrar medicación.
• Mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes en situaciones especiales (úlceras o dermatitis de contacto en la región genitourinaria o sacra de difícil manejo).
• Otras afecciones como esclerosis múltiple, lesión de la médula espinal o demencia

Materiales de las sondas vesicales
Látex. De uso frecuente, sin embargo pueden provocar alergia en las personas alérgicas al látex. Para evitarlo existen sondas de látex recubierto por una capa de silicona.
Silicona: Los catéteres de silicona son los que presentan mayor biocompatibilidad y a igualdad de calibre exterior, mayor calibre funcional (luz interior), por lo que pueden ser más finas y tener por tanto mejor tolerancia.
También los hay de Polivinilo y los Poliuretanos.

Tipos de Sondas
Según calibre: deben seleccionarse según el sexo, edad y características del paciente:
• Adultos: desde el calibre 8 al 30. Los calibres que se utilizan con más frecuencia son: o Mujeres: CH 14 y 16. o Varones CH 16-18-20-22.
• Pediátricas: CH 06–10.
Según la longitud:
• Masculinas: 40 cm.
• Femeninas: 20 cm.
• Pediátricas: 20 cm.
Según el tiempo de permanencia del sondaje:
Las sondas utilizadas para el vaciado por autosondaje intermitente son diferentes a las utilizadas en el sondaje permanente.
El sondaje intermitente es el principal tratamiento de la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción. Consiste en la introducción de un catéter o sonda en la vejiga, para vaciarla de orina. La frecuencia del sondaje dependerá del volumen de orina diario y de la capacidad de

la vejiga (3-4 sondajes diarios) y se realiza por el propio paciente o sus cuidadores (autosondaje).
Sondaje permanente, la sonda es mantenida en su lugar por un balón que se hincha con aire o agua al colocarla. Está indicado en casos de intervención quirúrgica, para control de diuresis, o para mantener una vía de drenaje o de lavado continuo de la vejiga. Debe cambiarse cada 15-20 días, aunque las sondas de silicona pueden mantenerse un periodo más largo hasta de 2-4 meses. Algunas de estas bolsas se pueden amarrar a su pierna. Esto le permitirá mayor libertad de movimiento.
Sondas condón, pueden utilizarse en hombres con incontinencia. Se coloca similar a un condón sobre este. Esta sonda debe cambiarse todos los días.
BOLSAS DE DRENAJE
Mantenga la bolsa de drenaje más baja que la vejiga para que la orina no se devuelva hacia esta. Vacíe el dispositivo de drenaje cuando esté casi a la mitad y a la hora de dormir. Siempre lave sus manos con jabón y agua antes de vaciar la bolsa.
CÓMO CUIDAR LA SONDA
Limpie la zona por donde el catéter sale del cuerpo, y el catéter mismo con agua y jabón todos los días. Asimismo, limpie muy bien la zona después de todas las deposiciones para prevenir infecciones.
Si usted tiene una sonda suprapúbica, limpie la abertura en su abdomen y la sonda con jabón y agua todos los días. Posteriormente, cúbrala con gasa seca.
Tome bastante líquido para ayudar a prevenir infecciones.
Lávese las manos antes y después de manipular el dispositivo de drenaje. NO permita que la válvula de salida toque nada. Si la salida se ensucia, límpiela con agua y jabón.
Algunas veces, puede haber un escape de orina alrededor de la sonda. Esto puede ser causado por:
• Una sonda que está obstruida o que tiene un retorcimiento
• Una sonda que es demasiado pequeña
• Estreñimiento
• Tamaño inadecuado del globo
• Infecciones urinarias

Posibles Complicaciones
• Alergia al látex
• Cálculos vesicales
• Infecciones de la sangre
• Sangre en la orina (hematuria)

• Daño renal (con el uso de sondas permanentes por mucho tiempo).
• Lesión uretral
• Infecciones de las vías urinarias o renales
• Cáncer vesical (solo después del uso prolongado de sondas permanentes)

Cuidado de la sonda vesical
• Lavado de manos antes y después de cambiar la bolsa de orina.
• Limpie el área alrededor de la sonda dos veces al día, con agua y jabón y seque suavemente con una toalla. En hombres, regrese el prepucio a su posición original.
• Vigile que la sonda no se encuentra acodada y que la orina fluye hacia la bolsa colectora.
• Mantenga la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga. No llevar tirante la bolsa. Tenga cuidado de no dar tirones bruscos ya que se puede soltar la bolsa o retirar la sonda.
• En caso de que deje de salir orina hacia la bolsa y empiece a notar ”ganas de orinar” revise que no hay nada acodado. Si no es así, y continúan las molestias, deberá acudir a servicio de urgencias, ya que cabe la posibilidad de que se haya obstruido la sonda.
• En caso de extracción accidental debe acudir a urgencias. Ni la sonda ni la bolsa colectora se deben fijar a ninguna superficie (pierna, etc.). Solo se sujetarán con las cintas de goma adecuadas para ello.
• Durante el día, utilice la bolsa de pierna, le resultará más cómoda.
Consulte con su médico ante la aparición de:
• Fiebre superior a 38 grados centígrados.
• Dolor, inflamación, enrojecimiento o supuración en la zona de la sonda vesical.
• Si la orina es maloliente o tiene mucho sedimento.
• Cuando observe sangre de forma mantenida en la orina.
• Si sale orina alrededor de la sonda frecuentemente.
• Si hay un cese brusco en la expulsión de orina a la bolsa.
• Espasmos vesicales que no desaparecen.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar posibles infecciones en los sondajes vesicales es importante una buena asepsia de manos, del perímetro en el que nos movemos con la sonda y de la misma sonda. En caso de sondaje permanente cambiarla de posición (un día en cada pierna diferente) nos ayudara a prevenir infecciones y a ganar movilidad.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm
- https://www.fisterra.com/m/ficha.asp?idFicha=2335
- https://www.quironsalud.es/hospital-madrid/es/pacientes-visitantes/educacion-paciente/cuidado-sonda-vesical
- https://grupolasmimosas.com/mimoonline/sirve-sonda-vesical/
- https://enfermeriacreativa.com/2017/11/07/tipos-de-sondas-vesicales/

Capítulo 1194

ATENCIÓN HOSPITALARIA, ¿QUE ES TCAE?

JESUS GARCÍA RODRIGUEZ

ESTHER MENENDEZ BARREIRO

1 Introducción

A lo largo de la vida, bien por nosotros o bien por un familiar o amigo, en algún momento cabe la posibilidad de que tengamos que pasar un tiempo ingresados en un centro hospitalario o residencia geriátrica. Aquí nos encontraremos con personal cualificado que cuidará de nosotros y nuestra salud.
El personal que nos podemos encontrar serán médicos, enfermeras, T.C.A.E., celadores y servicio de limpieza.
Vamos a desarrollar un poco el trabajo del T.C.A.E. y que es.
El T.C.A.E., antiguamente conocido como auxiliar de enfermería, es el personal cualificado que ayudará en las funciones del servicio de farmacia y al facultativo.

2 Objetivos

- Proporcionará cuidados auxiliares al paciente y cuidará las condiciones sanitarias de su entorno bajo la supervisión de un diplomado en farmacia o un facultativo.
- Cuidará y analizará las condiciones del paciente para facilitar el trabajo del médico o enfermería.

Ayudara al personal de enfermería en sus funciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del T.C.A.E. son:
- Asear a los pacientes que no puedan hacerlo solos.
- Aplicar enemas.
- Mantener limpio y disponible el material sanitario.
- Facilitar las funciones del médico o enfermería.
- Llevar control de lencería.
- Preparar material necesario (vendas, carros de ropa,...).
- Podría administrar medicamentos con supervisión (solo orales o rectales).
- Recogerá temperaturas.
- Servirá la comida y ayudará a los pacientes no válidos.
- El T.C.A.E. nunca podra:
- Asistir en procedimientos quirúrgicos.
- Auxiliar a un médico en consultas externas.
- Administrar medicación si requiere utilizar instrumental.

5 Discusión-Conclusión

Para poder desarrollar un buen trabajo el T.C.A.E. tendrá una actitud respetuosa, responsable y amable.
Es importante que el T.C.A.E. se actualize en sus conocimientos para poder desarrollar un correcto trabajo.

Será importante poder tener habilidades de observación, fuerza emocional y física, paciencia, tacto y poder trabajar en equipo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1195

BIENESTAR Y DIGNIDAD EN LA ÚLTIMA FASE DE LA VIDA

EMMA GONZÁLEZ PÉREZ

1 Introducción

Los cuidados paleativos están orientados a proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las últimas fases de una enfermedad terminal. Intentando conseguir que el paciente sufra lo menos posible y esté libre de dolor en los últimos días de vida, de tal modo que puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo mas parecido posible y rodeados de la gente que les quiere.

2 Objetivos

Los objetivos principales son el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y sus familias, los medios terapéuticos, el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación cuando estemos delante de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades de responder a un tratamiento ni de sobrevivir a una enfermedad crónica y progresiva.

Las enfermedades que necesitan de estos cuidados son el cáncer, VIH, enfermedad pulmonarobstructiva crónica, enfermedad renal crónica,etc.

3 Metodología

La metodología usada en este campo se basa sobretodo en tener un buen conocimiento de la enfermedad para así poder ayudar y realizar un tratamiento adecuado, haciendo a la persona más llevadera su enfermedad.

Es muy importante no sólo dar al paciente medidas farmacológicas para paliar sus síntomas, sino también darle apoyo psicológico, que se sienta seguro y tranquilo.
En la fase agónica del paciente se prestará atención en:
- Disminución de las sensaciones (frialdad en las manos, palidez en la piel, somnolencia, visión borrosa)
- Pérdida del tono muscular (imposibilidad para tragar, incontinencia fecal y urinaria)
- Cambio en los signos vitales (pulso débil e irregular, disminución de la tensión arterial, respiración rápida y superficial con fases en que se hace lenta y dificultosa)
- Sequedad de mucosas
- Piel cianótica (se vuelve azulada en las partes mas distales de las extremidades)
- Sudoración intensa (fría y pegajosa)

A lo largo de la agonía van disminuyendo y desapareciendo distintas capacidades sensoriales excepto la auditiva y la táctil. Hay signos q anuncian la llegada de la muerte, son los signos de muerte inminente:
- Desaparecen los reflejos
- Cianosis intensa
- Pupilas dilatadas (midriasis)
- Disminución importante de la tensión arterial
- Respiración rápida, difícil y ruidosa, como un gorgoteo (estertores pre-mortem)
- Piel fría y pegajosa

Cuando nos encontramos con esta situación, el TCAE tiene que procurar que el enfermo se encuentre lo mas cómodo posible, prestarle ayuda y atención en todo momento y mantener su dignidad.
El TCAE atenderá sus necesidades físicas (cambios posturales , mantenerlo arropado, cuidados de higiene, cambios de ropa de cama…), necesidades emocionales (acompañar al enfermo, mostrar interés en su bienestar…), necesidades espirituales (según sus creencias se dará el apoyo que necesite), apoyo al cuidador principal y a la familia.

4 Resultados

Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paleativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano. Actualmente, a nivel mundial, tan sólo un 14% de las personas que necesitan asistencia paleativa la reciben.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia los cuidados paleativos a los pacientes, ya que es fundamental para que la persona no sufra en la etapa final de su enfermedad.

También es importante que los familiares y allegados colaboren y den apoyo al enfermo para hacer más leve sus síntomas ya que el estado de ánimo influye mucho.

6 Bibliografía

- http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/
- http://www.saludcastillayleon.es
- http://es.fsmilydoctor.org
- http://www.sjdhospitalbarcelona.org
- http://www.sergas.es

Capítulo 1196

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

ANGELES MARIA MUÑIZ CORRALES

1 Introducción

Los cuidados paliativos son definidos como asistencia total y activa a los pacientes y a sus familiares por un equipo multiprofesional. Cuando no hay esperanza de curación y el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida sino en asegurar la maxima calidad de vida posible.

2 Objetivos

Los cuidados paliativos se central en mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares al enfrentarse a una enfermedad avanzada.Conocer los principales cuidados del aux. de enfermeria en los pacientes de cuidados paliativos.
-Cambios posturales.
-Higiene corporal y bucal.
-Vigilancia de la integridad cutanea.
-Proporcinar ambiente tranquilo .
-Escucha activa al paciente.
-Actuación en crisis de ansiedad.
-Manejo de dolor.
-Realización de curas.
-Cuidados de las vias aereas.
-Sintomas de alarma para cursar al personal sanitario.
Las bases de la terapéutica en pacientes terminales serán:

1. Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos fisicos, emonionales,sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
2. El enfermo y la familia son la unidad a tratar.La familia es un nucleo fundamental del apoyo al enfermo,adquiriendo una relevancia especialen la atención domiciliaria.La familia requiere medidas especificas de ayuda y educación.
3. La promoción de la autonomia y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapeúticas.Este principio solo será posible sise elaboboran con el enfermo los objetivos terapeúticos.
4. Concepción terapeútica activa,incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el no hay nada más que hacer, nada mas lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.
5. Importante del ambiente .Una atmosfera de respeto, confort,soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de sintomas.

3 Metodología

Se ha realizado la investigación de diversos articulos cientificos por el buscador google, obteniendo una información clara fiable y precisa.

4 Resultados

Ayudar a prevenir o aliviar el sufrimiento de la persona que se encuentra en esta situación.Permiten afrontar el proceso de la muerte respetando los valores y creencias de cada persona.
-Alivio del dolor y otros sintomas.
-Comunicación e información adecuadas
-Respeto a la autonomia.
-Apoyo a la familia y cuidadores.
-Dar soporte emocional a paciente familia y cuidadores.
-Dar respuestas a sus necesidades espirituales.
-Continuidad asistencial a lo largo de su evolución.
-Atención al duelo.

5 Discusión-Conclusión

Quiero hacer ver la importacia de los cuidados paliativos a los pacientes, ya que es de suma importancia para que la persona no sufra en la etapa final de la enfermedad.

Es de gran importancia que en la etapa final de la enfermedad todos los familiares y personas mas allegadas colaboren y den apoyo para hacer mas leve sus sintomas, ya que el estado de animo influye mucho. No solo dar al paciente medidas farmacologicas para paliar sus sintomas ,si no tambien dar apoyo psicologico que se sienta seguro y tranquilo.

6 Bibliografía

- Garcia Conde, Esther Riera Muste, practicas sanitarias Ed. Everest 1996.Pag 100-105.
- Joanne c. La Rocca. Shirley E .otto.Guia clinica enfermeria. Terapia intravenosa.2 . edición Mosby Doyma 1997 Madrid. https// www.pisa.com.mx/publicidad portal/enfermeria/manual/.

Capítulo 1197

GLAUCOMA

CYNTHIA GEDDES CUETO

MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

CELIA MARTINO GONZALEZ

MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ

MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN

1 Introducción

El glaucoma es la principal causa de ceguera en personas mayores de 60 años.Es una enfermedad silenciosa, la cual no presenta síntomas en un primer momento.

2 Objetivos

- Conocer qué es el glaucoma y cómo prevenirlo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es una enfermedad degenerativa, causada por el aumento de presión intraocular que se produce por una acumulación de líquido en el interior del ojo, debido a que el humor acuoso,que normalmente entra y sale del ojo no puede drenar con normalidad.
La alta presión va deteriorando la retina y el nervio óptico,cuya salud es vital para mantener una buena vista.

Factores de riesgo:
-Persona mayor de 60 años
-Persona con antecedentes familiares de glaucoma
-Personas de raza negra y asiática
-Persona con alto grado de miopía
-Persona medicada con corticoides
-Persona con diabetes o hipertensión arterial

Tipos de Glaucoma:
-Según el origen:
Primaria:No se conoce la causa.
Secundaria:Se produce por un fármaco o una enfermedad como la diabetes o la uveitis.

-Según el momento de aparición:
Congénito
Infantil: aparece de 0 a 3 años
Juvenil: aparece después de los 3 años
Adulto
-Según la apertura del arco iridocorneal (el formado por la raíz del iris y la córnea).
Ángulo Abierto: glaucoma crónico simple, se produce pérdida progresiva de visión.
Ángulo Cerrado:glaucoma agudo, provoca enrojecimiento, mucho dolor en el ojo y la cabeza. Puede causar náuseas y vómitos.

La mejor manera de detectarlo es con revisiones periódicas. El oftalmólogo con una simple tonometría (medición de la presión intraocular),un examen del campo visual y un fondo de ojo para observar el nervio óptico puede diagnosticarlo.
Detectado a tiempo puede controlarse con gotas, láser o cirugía.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico precoz es fundamental, ya que no se puede recuperar la vista perdida debido al glaucoma. Pero sí se puede detener la evolución del glaucoma y prevenir o retardar la pérdida de visión una vez diagnosticado y medicado.

6 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org.es.
- https://www.glaucoma.org.es.
- https://medlineplus.gov.es.
- https://www,fundacionzambrano.org.

Capítulo 1198

HIGIENE DEL PACIENTE ADULTO

SONIA PEREIRO ALVAREZ

RAMONA NOCEDA ERIGOYEN

CONCEPCIÓN CARBAJALES ÁLVAREZ

1 Introducción

La higiene es una suma de procesos que permite una mejor defensa de la piel contra las enfermedades aumentando la seguridad del paciente. Sin higiene personal corporal, la enfermedad es más grave ya que el organismo se hace menos resistente. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es el responsable de la limpieza del enfermo, su papel consiste en dejarlo en las mejores condiciones de defensa posible, asegurándole una higiene perfecta.

2 Objetivos

- Mejorar la salud, conservarla y prevenir las enfermedades o infecciones.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y en distintas bases de datos: Google, Scielo.

4 Resultados

Con un correcto aseo del paciente se pretende:

- Conservar el buen estado de la piel, eliminando la suciedad y el sudor (con este procedimiento eliminamos también el mal olor). Solo con una buena limpieza e higiene se consigue que la piel realice sus funciones con normalidad y no se produzcan infecciones bacterianas, etc.
- Estimular la circulación sanguínea, al estar el paciente mucho tiempo acostado se disminuye el retorno venoso.
- Reducir la temperatura corporal en caso de fiebre o hipertermia, si se realiza el baño o ducha en agua fría.
- Cubrir parte de las necesidades de seguridad del paciente al prevenir la aparición de infecciones.
- Refrescar al paciente, para que sienta sensación de confort y bienestar aumentando así su autoestima.

Siguiendo a Kozier (Enfermería Fundamental, Interamericana-McGraw Hill), existen varios tipos de baños higiénicos:
- Baño completo en la cama: en este supuesto el TCAE es el encargado de llevar a cabo todo el procedimiento, ya que el paciente está encamado y sin movilidad. Se debe realizar siempre que sea necesario pero, como mínimo, una vez al día, por la mañana, coincidiendo al mismo tiempo con el cambio de sábanas de la cama.
- Baño en la cama: aquí el paciente conserva la movilidad pero no puede levantarse, por lo que él asume su higiene siendo auxiliado en caso necesario (espalda, pies, etc.).
- Baño parcial: en este caso solo se realizará la higiene de las zonas susceptibles de desprender olor o de causar incomodidad al paciente por su falta de higiene (cara, manos, axilas, area perineal y espalda). A veces se realiza por el propio paciente en el lavabo.
- Baño en bañera o ducha: es el más recomendable por su comodidad, siendo el lavado y sobre todo el aclarado, más fácil. Como norma general la ducha provoca unos efectos estimulantes en los pacientes, y el baño unos efectos relajantes.

5 Discusión-Conclusión

En la persona enferma la higiene debe hacerse más minuciosamente que en un individuo sano, ya que los cuidados de limpieza se efectúan con objeto de que la piel cumpla eficazmente sus funciones.

6 Bibliografía

- Editorial MAD.

Capítulo 1199

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA . TÉCNICAS BÁSICAS.

JESUS GARCÍA RODRIGUEZ

ESTHER MENENDEZ BARREIRO

1 Introducción

El Auxiliar de Enfermería forma parte del equipo Sanitario, desde el punto de vista jerárquico por debajo del Diplomado en Enfermería (DUE).
Se ocupa de atender directamente al paciente desde su ingreso hasta su alta, por este motivo es importante que conozca las cualidades y características de un buen profesional, para así poder trabajar eficazmente con el equipo.
El trabajo de un equipo de salud tiene en común el cuidado del paciente, procurando hacerle su estancia más amena, tanto en el ambiente como en el alivio de sus dolencias, ya sean físicas o psíquicas.
El auxiliar de enfermería debe de realizar correctamente esta labor, para ello se requiere:
- Formalidad, cumpliendo con seriedad y puntualidad sus obligaciones, tanto a nivel del paciente como de los compañeros.
- Consideración: tratando al enfermo con amabilidad y teniendo en cuenta sus sentimientos físicos y emocionales.
- Amabilidad: trato agradable con el paciente, controlándose su estado emotivo y sensaciones. Empatía: procurando ver las cosas desde el punto de vista del paciente y ponerse en su lugar. Integridad: es preciso que tanto los compañeros como los pacientes puedan depositarle su confianza, que se traduce en una mayor eficacia.

- Respeto: el paciente, tiene unos derechos, valores, sentimientos y creencias, que se deben respetar y no someterlos a juicio. El auxiliar debe cumplir con exactitud las órdenes e instrucciones de sus superiores.
- Cooperación: predisposición a ayudar al resto del equipo, que permite un trabajo de mayor calidad.
- Entusiasmo, delicadeza, paciencia y discreción, son bases en el ejercicio de su profesión. El auxiliar debe ser una persona práctica y ordenada, siguiendo un método en su trabajo, que le permitirá un mayor rendimiento.

2 Objetivos

Definir y dar a conocer las técnicas básicas utilizadas a diario para la atención de los pacientes mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

- Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
- Palabras claves técnicas básicas, auxiliar de enfermería, atención primaria…
- Nos apoyamos en lecturas de manual de Técnico En Cuidado Auxiliares De Enfermería (TCAE) y se aportan conocimientos adquiridos en el puesto de trabajo (TCAE).

4 Resultados

Las técnicas y protocolos más utilizadas serán:
• INGRESO - Recepción de un nuevo paciente en la Unidad
1. Acompañaremos al paciente y a su familia a la habitación indicada.
2. Nos presentaremos al mismo y a su familia, así mismo presentaremos al compañero de habitación en caso de que lo hubiera.
3. Le mostraremos el medio físico, así como la correcta utilización de timbres, luces y demás elementos del mobiliario.

4. Informaremos al paciente y familia sobre horarios de visita, normas de régimen interno, características y servicios disponibles en el centro hospitalario, etc.
5. Le proporcionaremos los utensilios de aseo personal, así como pijama o camisón.
6. En caso necesario, le ayudaremos a la colocación de dichas prendas o lo haremos nosotros mismos.
7. Pondremos en contacto al paciente y/o familiares con la Enfermera responsable de su cuidado.
8. NOTA: Algunos pacientes requerirán identificarlos con una pulsera colocada en su muñeca (caso de neonatos, lactantes, niños, puérperas, etc.).
• ALIMENTACIÓN DE ADULTOS
1. En primer lugar nos deberemos lavar las manos con agua y jabón. Indicar al paciente que también se las lave, ayudándole si fuera necesario e informándole de lo que vamos a hacer.
2. Debemos comprobar que la dieta que vamos a administrar se corresponde con la prescrita, así como la temperatura de la misma. Si existiesen alergias o intolerancias a algunos alimentos, verificar su ausencia en la dieta.
3. Colocarle al paciente una servilleta debajo del mentón para evitar que se manche. Le colocaremos la mesa con la bandeja a su alcance.
4. Debemos sentarnos al lado del enfermo y dedicarle el tiempo necesario, evitando las prisas.
5. Si le tenemos que administrar sopa, caldos u otros líquidos es sumamente importante comprobar la temperatura.
6. Colocaremos nuestra mano bajo la almohada para con ella levantar la cabeza del paciente ligeramente.
7. Sostener con la otra mano el vaso o tazón dejando que el paciente se lo acerque a la boca para beber, ayudándole en caso necesario.
8. En caso de inmovilización que impida la incorporación -aunque sea ligeramente- del paciente, debemos utilizar un "pipote" para darle los líquidos.
9. Extremar las precauciones con pacientes en estado de semiinconsciencia a la hora de administrarle los líquidos (riesgo de aspiración). En este caso sería recomendable utilizar otra vía de administración, si no fuera posible y hay que administrarle los líquidos por la boca, realizarlo muy despacio y con mucha precaución.
10. Los alimentos sólidos, tanto de cuchara como de tenedor, administrarlos también en pequeñas cantidades.
11. Que el enfermo decida el orden en que tomará los alimentos de la dieta prescrita (lo importante es que los coma, no el orden de administración).

12. Cuando el paciente pida agua, le secaremos la boca y se la administraremos con precaución.
13. Hay que anotar en la hoja de registro el tipo de dieta, así como la cantidad de la misma administrada.
14. Al terminar la comida, retirar la mesa auxiliar con la bandeja.
15. Ayudar de nuevo al paciente en el lavado de manos e higiene bucal y colocarlo en su posición inicial.

NOTAS SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE LACTANTES

1. Nos lavaremos las manos con agua y jabón.
2. Mientras alimentamos al bebé, lo sostendremos en nuestros brazos.
3. Procuraremos que eructe periódicamente para que libere el aire que queda atrapado en el estómago. Esto evitará molestias al bebé y podrá seguir comiendo con más comodidad.
4. Al terminar la administración de la dieta, acostarlo en su cuna en decúbito lateral o mejor en decúbito prono (sobre el abdomen) -si no está contraindicado-, esto también ayudará al bebé a eructar.
5. En el caso de los lactantes es muy importante darle el alimento indicado, así como la cantidad prescrita exactamente.
6. Después de la toma, le cambiaremos los pañales pues es posible que se haya hecho "caca".
7. En la hoja de registro anotar la hora, cantidad y tipo de alimento suministrado, así como cualquier incidencia que se haya producido (regurgitación, vómitos, etc.).

PREVENCIÓN DE LA ASPIRACIÓN

Para evitar la broncoaspiración durante la alimentación oral en el paciente que pueda presentar disfagia debemos tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Preguntar al paciente si presenta alguna dificultad al tragar.
- Evitar la ingesta de líquidos (utilizar Espesantes y Gelatinas).
- Ofrecer al paciente alimentos semiblandos en cantidades pequeñas.
- A los pacientes con hemiplejia les diremos que mastiquen con el lado no afectado.
- Valorar la aparición de signos de dificultad tales como tos, disnea, babeo…
- Inspeccionar suavemente la boca para comprobar que no haya restos de alimentos.
- Mantener al paciente incorporado (posición de Fowler) entre media y una hora después de la ingesta (para evitar el reflujo gastro-esofágico).

• ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO -Técnica de aseo del paciente encamado

1. Nos lavaremos las manos con agua y jabón y nos colocaremos guantes de un solo uso.
2. Preparar el material y llevarlo junto al paciente, explicándole lo que se le va a hacer.
3. Evitar que en la habitación haya corriente de aire. Que la habitación esté lo suficientemente caliente.
4. Preservar la intimidad del paciente aislándolo de su entorno (mediante biombo o cortina) y manteniéndolo desnudo el menor tiempo posible.
5. El tiempo del aseo constituye un buen momento para observar al paciente.
6. Colocar al paciente en Decúbito Supino.
7. Desnudar al paciente procurando que esté cubierto por toalla o sábana.
8. Si tiene camisón se retira primero por la cabeza y después por los brazos. Y si no se puede primero por un brazo y después por el otro.
9. En caso de que el paciente tuviera un traumatismo en la extremidad o venoclisis debe ser el miembro afectado el último en desvestirse.
10. El Orden de Lavado es el siguiente: 1º Ojos; 2º Cara; 3º Cuello y hombros; 4º Brazos, manos y axilas; 5º Tórax y mamas; 6º Abdomen; 7º Piernas y pies; 8º Espalda y nalgas; 9º Región genital.
11. Los ojos y la cara los lavaremos con agua sin jabón, luego los secaremos.
12. Lavar con agua y jabón cuello, orejas, brazos y axilas. Enjuagar y secar.
13. Acercaremos la palangana a la cama para que el paciente pueda lavarse las manos, luego se las secaremos.
14. Seguir luego lavando el tórax y el abdomen, enjuagar y secar. Poner especial cuidado en la zona submamaria de las mujeres.
15. Lavaremos las extremidades inferiores prestando mucha atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar.
16. Ahora colocaremos al paciente en decúbito lateral para lavar la parte posterior del cuello, hombros, espalda y nalgas. Enjuagar y secar.
17. Cambiamos el agua, jabón y la esponja y colocamos de nuevo al paciente en decúbito supino.
18. Por último, procederemos a lavar la región genital. La higiene de los genitales la realizaremos desde la región genital a la anal (así evitaremos el arrastre de gérmenes del ano a los genitales); utilizaremos agua y un antiséptico no irritante en vez de jabón. Enjuagar y secar bien.
19. Si el paciente tiene colocada una sonda vesical, la limpiaremos con un antiséptico desde el meato urinario hasta su extremo.
20. Secar bien toda la piel, poniendo especial atención a los pliegues cutáneos.
21. Después del baño se le cambia el pijama o camisón, de modo que, si tiene

venoclisis o traumatismo en un miembro, éste es el primero en vestir. En caso de tener suero introducir primero la botella del suero y después el miembro.
22. Peinar al paciente permitiéndole el uso de los artículos de aseo personal (desodorante, colonia, etc.).
23. Comprobar el estado de las uñas, limpiandolas y cortandolas si fuera necesario.
24. Ahora procederemos a cambiar la cama del paciente.
25. NOTA: El aseo del paciente encamado se realizará diariamente y tantas veces como sea necesario.
• CAMA HOSPITALARIA - Técnica para hacer la cama con enfermo encamado
COLOCACIÓN DEL MATERIAL EN ORDEN PARA HACER LA CAMA: El material necesario para hacer una cama se coloca en el orden inverso al de su utilización: La funda de Almohada, luego la Colcha, la Manta, la Sábana encimera, la Entremetida y la Sábana bajera.
1. Nos lavaremos las manos con agua y jabón y nos colocaremos guantes de un solo uso.
2. Prepararemos el material y lo llevaremos a la habitación; teniendo preparada la lencería y perfectamente ordenada.
3. Informaremos al paciente y preservaremos su intimidad.
4. La temperatura de la habitación debe ser la adecuada, así mismo evitaremos en lo posible las corrientes de aire.
5. Debemos proteger al paciente de posibles caídas, para lo cual es importante que esta técnica se realice entre dos personas.
6. Si no está contraindicado, colocaremos la cama en posición horizontal (paciente en decúbito supino).
7. En primer lugar, debemos aflojar la ropa de la cama.
8. Retirar la colcha y la manta. Si están sucias, depositarlas en el carro o bolsa correspondiente.
9. Dejar la sábana encimera cubriendo al paciente o colocar una toalla de baño por encima. No dejar nunca al paciente totalmente descubierto.
10. Si es posible, se retira la almohada para cambiarle la funda y se coloca encima de una silla.
11. Colocar al paciente en decúbito lateral, cercano a uno de los bordes de la cama.
12. Enrollar la ropa sucia a retirar (entremetida, salvacamas y sábana bajera) desde el borde de la cama donde nos encontramos, hacia la espalda del paciente.
13. Empezar a hacer la cama por el lado contrario al que se encuentra el paciente.
14. Colocamos la sábana bajera limpia enrollándola hasta el centro de la cama. Se fija a la cabecera y a los pies y se hace el ángulo o mitra.

15. Colocar la entremetida y el salvacamas, si se precisan, hasta la espalda de la misma forma que la sábana bajera y se fija a lo largo de la cama.
16. Dar la vuelta al paciente de manera que se sitúe encima de la ropa limpia, en decúbito lateral, y se hace la otra mitad de la cama quitando primero la ropa sucia.
17. Estirar la sábana y la entremetida limpias evitando arrugas, remetiéndolas debajo del colchón y efectuando el ángulo o mitra de las dos esquinas restantes.
18. Ayudar a colocar al paciente de nuevo en decúbito supino.
19. Extender la sábana encimera limpia sobre el paciente y retirar la sucia o la toalla empleada para taparle.
20. Después colocar el resto de la ropa (manta y colcha), remetiéndolas con holgura en los pies de la cama de forma que quede floja la ropa para que pueda moverse cómodamente y así evitar decúbitos y posturas inadecuadas.
21. Colocar la almohada limpia por debajo de la cabeza del paciente.
22. Dejar colocado al paciente en una postura cómoda y adecuada. Que tenga fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
23. Recoger el material. La ropa sucia no deberá ser aireada ni colocada en el suelo, sino echada directamente en una bolsa de ropa sucia.
24. Nos retiramos los guantes y nos lavamos las manos nuevamente.
• MEDICACIÓN - Técnica de administración de Medicación Oral
1. Lavarnos las manos y colocarnos guantes.
2. Preparar la medicación y llevarla a la habitación: comprobar que se trata de la medicación prescrita y el paciente correspondiente.
3. Colocar al paciente en Posición de Fowler o Semi-Fowler.
4. Valorar su capacidad de deglución: si está disminuida o anulada, informaremos a la Enfermera para que elija otra vía de administración.
5. Dar la medicación al paciente junto con agua u otro líquido para facilitar su llegada al estómago.
6. Una vez haya sido ingerida la medicación por el paciente, colocar a éste en posición cómoda y adecuada.
7. Recoger el material, quitarnos los guantes y lavarnos las manos.
8. Informar a la Enfermera de cualquier incidencia que se hubiera producido durante el procedimiento.
9. LOS 5 CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: 1) Paciente correcto; 2) Fármaco correcto; 3) Vía correcta; 4) Dosis correcta; 5) Hora correcta.
• OXIGENOTERAPIA - Administración de oxígeno mediante Mascarilla o Gafas.
PROCEDIMIENTO DE OXIGENOTERAPIA

1. Informar al paciente de lo que se le va a hacer.
2. Elevar la cabecera de la cama del paciente para colocarlo en la posición de Fowler (si no está contraindicado).
3. Comprobar la permeabilidad de las vías aéreas, así como la coloración de piel y mucosas.
4. Observar la frecuencia respiratoria del paciente.
5. Ajustar la concentración de oxígeno prescrito en el caudalímetro.
6. Mantener un nivel de agua adecuado en el frasco humidificador.
7. Comprobar el correcto funcionamiento de todo el sistema.
ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO MEDIANTE MASCARILLA
1. Realizar el Procedimiento de Oxigenoterapia arriba indicado.
2. Ajustar la concentración de O2 prescrito en la mascarilla.
3. Colocar la mascarilla sobre la nariz y boca del paciente (que no le oprima en exceso).
4. Evitar las fugas de O2 hacia los ojos del paciente (puede provocarle conjuntivitis).
5. Mantener la mascarilla limpia (realizar higiene diaria de la misma).
6. Informar a la Enfermera de cualquier incidencia ocurrida.
ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO MEDIANTE GAFAS
1. Realizar el Procedimiento de Oxigenoterapia arriba indicado.
2. Ajustar la concentración de O2 prescrito para gafas.
3. Verificar la correcta salida de O2 por los vástagos de las gafas.
4. Colocar los vástagos de las gafas en los orificios nasales del paciente.
5. Fijarlos correctamente con el objeto de prevenir irritaciones de la mucosa (ajustar el cable a las orejas y cuello del paciente).
6. Indicar al paciente que respire por la nariz y no por la boca.
7. En caso necesario, limpiar y humedecer la nariz del paciente.
8. Informar a la Enfermera de cualquier incidencia ocurrida.
• PULSO ARTERIAL - Técnica de medición del Pulso Arterial
1. Lavarnos las manos e informar al paciente del procedimiento a realizar.
2. Elegir la arteria de palpación: Radial, Carótida, Temporal o Femoral (utilizar preferentemente la arteria Radial).
3. Apoyar la yema de los dedos índice, medio y anular sobre la arteria elegida, haciendo una ligera presión.
4. Contabilizar las pulsaciones durante 1 minuto (si contamos las pulsaciones durante 30 segundos y multiplicamos por 2 no suele dar el número exacto de pulsaciones).

5. Anotar en Hoja de Registros: N.º de pulsaciones por minuto, Ritmo (regular o irregular) e Intensidad (fuerte o débil).
• TEMPERATURA - Control de la Temperatura del paciente.
1. Lavarnos las manos con agua y jabón.
2. Preparar el material y llevarlo al lado del paciente.
3. Informar al mismo y preservar su intimidad.
4. Bajar el mercurio del termómetro a 35º C.
5. Secar la axila del paciente en caso necesario y dejarla libre de ropa.
6. Colocar el termómetro en el centro de la axila.
7. Decirle al paciente que coloque el brazo sobre el pecho, ayudándole en caso necesario.
8. Mantener el termómetro puesto entre 3 y 5 minutos.
9. Retirar el termómetro y leer la temperatura.
10. Limpiar el termómetro retirado con agua fría y un antiséptico. Secar después.
11. Volvernos a lavar las manos.
12. Anotar en Hoja de Registro: Hora, temperatura del paciente y lugar de la medición (axila, boca, recto).

5 Discusión-Conclusión

En relación al trabajo que realizan los auxiliares de enfermería, es muy importante que en el día a día sigan todos los protocolos de actuación descritos anteriormente, ya que, se unifica la forma de actuar de ese sector de trabajadores y se facilita la forma de trabajar.
Es importante tener en cuenta una buena planificación y organización del trabajo diario.
Cada centro hospitalario o residencia geriátrica dispondrá de sus propios protocolos de actuación y organización, informando a toda la plantilla del mismo.

6 Bibliografía

- http://www.auxiliar-enfermeria.com/tecnicaS.
- Apuntes de módulo de enfermería de grado medio del año 2018.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1200

USO ADECUADO DE GUANTES NO ESTÉRILES EN EL ÁMBITO SANITARIO.

MARTA PEREZ RODRIGUEZ

PEDRO MIGUEL BRAVO MAYORAL

LAURA DÍAZ LÓPEZ

1 Introducción

El uso correcto de guantes no estériles junto con una higiene de las manos apropiada suponen medidas simples y eficientes para reducir las infecciones relacionada con la asistencia sanitaria y constituyen un factor de protección para los profesionales sanitarios. Sin embargo el uso incorrecto de los mismo puede favorecer la transmisión de dichas infecciones.

Recomendaciones.
Use guantes cada vez que vaya a tocar sangre, fluidos corporales, tejidos corporales, membranas mucosas o piel lesionada. Debe utilizar guantes para este tipo de contacto incluso si el paciente parece saludable y no tiene signos de ningún microbio.
Los recipientes de guantes desechables deben estar disponibles en cualquier sala o área donde tenga lugar la atención a pacientes.
Los guantes vienen en diferentes tamaños, así que asegúrese de escoger el tamaño correcto para que le queden bien.

- Si los guantes son demasiado grandes, es difícil sostener objetos y es más fácil que los gérmenes penetren en sus guantes.
- Los guantes que son demasiado pequeños son más propensos a rasgarse.
- No utilice lociones ni cremas para las manos a base de aceite, a menos que estén aprobadas para su uso con guantes de látex.
- Si tiene alergia al látex, utilice guantes que no sean de látex y evite el contacto con otros productos que contengan este material.

Cuando se quite los guantes, asegúrese de que la parte externa de ellos no toque sus manos desnudas. Siga estos pasos:
- Agarre la parte superior del guante derecho con la mano izquierda.
- Jale hacia las puntas de los dedos. El guante se volteará al revés.
- Sostenga el guante vacío con la mano izquierda.
- Ponga dos dedos de la mano derecha en la parte superior del guante izquierdo.
- Jale hacia las puntas de los dedos hasta que haya volteado el guante al revés y lo haya retirado de su mano. El guante derecho estará ahora dentro del guante izquierdo.
- Bote los guantes en un recipiente autorizado para desechos.

Utilice siempre guantes nuevos para cada paciente y lávese las manos entre cada paciente para evitar transmitir microbios.

2 Objetivos

- Conocer la forma en la que se utilizan los guantes no estériles.
- Elaborar un póster con el procedimiento correcto del uso de los guantes no estériles. Disminuir el riesgo de transmisión cruzada entre pacientes.
- Reforzar los conocimientos entre los profesionales sanitarios sobre el uso correcto de los guantes no estériles y disminuir el riesgo de transmisión de infección a uno mismo.

3 Metodología

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

revisadas.

4 Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) website. Personal protective equipment.
- Edmond MB, Wenzel RP. Infection prevention in the health care setting. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, Updated Edition. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 300.

Capítulo 1201

RIESGOS LABORALES EN EL ÁREA DEL LABORATORIO

BARBARA CASERO FERNANDEZ

MARÍA PILAR SAN JOSÉ TORAL

MARIA SIMON CRESPO

MARÍA LUISA GONZALEZ GARCÍA

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En un laboratorio se recibe al día millones de gérmenes por lo que como personal sanitario estamos expuestos a una serie de riesgos durante toda nuestra jornada laboral.

2 Objetivos

- Determinar los cuidados y riesgos que obtenemos durante nuestra jornada laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Descriptores; cuidados, prevención, riesgos, evaluación, salud, contagio y los operadores booleanos AND y OR.M.

4 Resultados

Cuando entramos en el área de laboratorio estamos expuestos a diversos riesgos de contagio con las muestras extraídas al paciente por ello es importante estar con bata, guantes, e incluso mascarilla.

Cuando por accidente se cae sobre cualquier superficie se deberá limpiar rápidamente en círculos de fuera hacia a dentro y repetir el proceso varias veces y después avisar al personal de limpieza para efectuar la última limpieza

Cuando a través de u a herida entramos en contacto con una muestra deberemos ir a salud laboral para realizar diversos análisis y ponernos en tratamiento si es preciso.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una serie de cuidados y prevenciones el riesgo en dicha aérea disminuye considerablemente y en caso actuando rápidamente evitaremos contagio al resto del personal.

6 Bibliografía

- Wikipedia.
- Medlineplusalud.net.
- Riesgos laborales.com.

Capítulo 1202

IMPORTANCIA DE CAMBIOS POSTURALES EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

ÁLVARO FERNÁNDEZ CANTALAPIEDRA

1 Introducción

¿Qué son las úlceras por presión? Las úlceras por presión son las lesiones en la piel producidas por una presión prolongada de la zona. Aparecen con mayor frecuencia en los tejidos que cubren las prominencias óseas.
Dependiendo de la posición podemos detallar la posición mantenida por el paciente y las zonas más propensas a su aparición:
- Decúbito supino: acostado sobre la espalda con los brazos extendidos y las piernas estiradas o algo flexionadas.

Aparición UPP: aparecen en los talones, en el sacro, en los codos, en los omóplatos y en la zona occipital.
- Decúbito lateral: acostado sobre un lado, con la cabeza apoyada sobre una almohada y el brazo inferior flexionado a la altura del codo y paralelo a la cabeza y el brazo superior se mantendrá flexionado y apoyado sobre el cuerpo. La pierna inferior se encuentra con la rodilla ligeramente doblada y la pierna superior flexionada a la altura de la cadera y la rodilla. Se puede utilizar tanto de lado derecho como hacia el lado izquierdo del paciente.

Aparición UPP: aparecen en los maléolos, el trocante mayor, el cóndilo, costillas, acromion, y en las orejas.

- Decúbito prono: el paciente se le coloca boca abajo, acostado sobre el abdomen, con la cabeza girada hacia un lado y los brazos flexionados a ambos lados de la cabeza.

Aparición UPP: senos (mujeres), mejillas, acromion, genitales (hombres), rodillas y en los dedos de los pies.
- Fowler o semifowler: el cabecero de la cama esta elevado hasta formar un ángulo de 45 grados (Fowler) o ángulo de 30º (Semifowler) El paciente esta acostado con las rodillas flexionadas.

Aparición UPP: aparecen en las apófisis espinosas, sacro, espina ciática, talones.
Las UPP las podemos dividir en grados o afectación en función de la gravedad.
GRADO 1: La piel se encuentra integra, presentando un eritema que presionándolo no se vuelve blanco. Puede ser difícil de detectar en personal con la piel oscura.
GRADO 2: puede afectar a la epidermis, dermis o ambas. Aparece como una ampolla o abrasión. Las zonas de piel anexas pueden estar enrojecidas.
GRADO 3: Afecta a todas las capas de la piel, el tejido graso y a el músculo. La úlcera aparece como un cráter profundo y es muy dolorosa.

GRADO 4: afecta a todas las capas incluyendo la destrucción de todas las estructuras de tejido blando, articulares e incluso óseas.

2 Objetivos

- El objetivo principal es la prevención en la medida de lo posible con todos los medios disponibles a nuestro alcance de la aparición de las úlceras por presión (UPP)

3 Metodología

Para intentar lograr estos objetivos en mayor medida deberemos aplicar distintas medidas:
- Mantener una buena higiene e hidratación e incidir en la aplicación de ácidos grasos en las zonas más propensas como barrera protectora.
- Aplicar cambios posturales cada 2/3h
- Utilización de superficies de alivio de la presión como pueden ser colchones antiescaras, colchones alternating y colocando almohadas y/o cojines para este fin.

- Mantener el ambiente con una humedad controlada y procurar que la ropa de cama esté limpia, seca y evitando arrugas.
- Al movilizar al paciente no arrastrarlo por las sábanas, utilizar entremetidas o ayuda externa de grúa si es necesario para evitar la fricción con las mismas.
- En el aseo utilizar jabones neutros que no dañen la piel y agua tibia.

4 Resultados

Utilizando todas las medidas protectoras que tenemos disponibles a nuestra disposición está contrastado que disminuye la aparición de UPP.

5 Discusión-Conclusión

Debemos incidir en la aplicación de todas las medidas de las que disponemos para evitar la aparición de UPP en los pacientes. Hacer especial hincapié en la realización de los cambios posturales y en una correcta higiene y protección del paciente. Todo este conjunto favorece la disminución en la posibilidad de la aparición de las úlceras por presión (UPP)

6 Bibliografía

- https://revistamedica.com/
- https://www.bbraun.es/
- Pérez de la Plaza, Evangelina; Fernández Espinosa, Ana María: Técnicas Básicas de Enfermería Ed. Mc Graw Hill 2008

Capítulo 1203

LOS CUIDADOS DEL PACIENTE POST-MORTEM

SARA MARÍA GONZÁLEZ GARCÍA

KIMBERLY YULAY SEVERINO MUÑOZ

JOSE LEONARDO MONTERO SANCHEZ

ADRIANA MARIEL VARGAS CADIMA

ANA SANCHEZ UGARTE

1 Introducción

El duelo es un proceso lento y doloroso con desviación de la conducta por falta de interés hacia el mundo externo o incapacidad de elegir un nuevo objeto amoroso.

El proceso de afiliación implica una serie de reacciones y difiere de una persona a otra. Al conocer el deceso puede presentarse emoción, incredulidad, negación, aturdimiento y sentimientos de culpabilidad o ira; si este sentimiento se agudiza, las manifestaciones más frecuentes son fatiga extrema, cambio en el estado de ánimo, insomnio, dificultad para pensar o juzgar, alteración en el apetito, llanto, disminución de la capacidad laboral, resentimiento irracionales y otros; y en la fase de estabilización aparece la fase de tristeza, nostalgia o recuerdos gratos del fallecido.

La comprensión respecto a la negación de las emociones permite aceptar y madurar en forma íntegra el proceso de duelo o conjunto de sentimientos, reacciones

y cambios que ocurren en la perdida de algo o alguien querido.

2 Objetivos

• Preparar el cadáver para su inhumación o cremación.
• Participar en el duelo de los familiares en el menor tiempo y dolor posible.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de los cuidados del paciente terminal y se han utilizado descriptores con las palabras clave como : paciente, hospitalización, duelo, dolor, paciente terminal.

4 Resultados

La información a los familiares sobre el deceso en forma respetuosa, comprensible y precisa en cuanto a trámites administrativos, de donación de órganos si el caso lo requiere y otros, estabiliza la expresión natural de sentimientos o emociones y evita su represión. Las etapas de duelo son de negación (incredulidad del hecho, confusión de ideas y vértigo); de concientización de la perdida, que se acompaña de la mayoría de las veces de llanto e ira en contra del individuo o circunstancias responsables de la muerte, de restitución a través de las practicas rituales para afrontar la perdida; de resolución mediante el reconocimiento de los atributos de las persona muerta y reminiscencias en torno a esta; de idealización, reprimiendo sentimientos hostiles y negativos hacia la persona muerta.

Las etapas de duelo varían en cada persona, dado que dependen del carácter, tipo de relaciones personales, cercanía con la familia, experiencias infantiles, sucesos diversos, tipo de muerte (súbita, lenta, natural, por accidente, por enfermedad). En toda sociedad o cultura existen costumbres, creencias y practicas rituales que gobiernan las actividades y comportamiento familiar entorno a la enfermedad o muerte. Las ceremonias de velación, de pésame y de sepelio hacen posible crear un espacio para expresar sentimientos al ser querido y a reflexionar sobre la muerte.

La inhumación, cremación y embalsamiento son algunos ritos funerarios establecidos por autoridades, costumbres o tradiciones. La rigidez cadavérica se lleva a cabo de la coagulación del plasma de los músculos y del glucógeno, así como la formación de ácido sarcoláctico en un tiempo de 3 a 12 horas después de la muerte cerebral y desaparece con la putrescencia. Se presenta progresivamente en músculos de la nuca, mesenterios, cara, cuello, extremidades y el resto del cuerpo de manera progresiva. Una posición de decúbito dorsal y ligera elevación de la cabecera, evita deformidad en la alineación corporal e hipótesis cadavérica.

La comunicación está influida por las características de la personalidad, atmósfera, ambiental, nivel educacional y duelo de los familiares. El certificado de defunción es un documento legal para fines sanitarios, legalización de bienes o beneficios a familiares. Es una constancia de muerte expedida por el médico tratante. El consentimiento bajo información en relación con donación post-mortem de órganos y tejidos o autopsia, requiere de un documento otorgado por el disponente originario (paciente) ante autoridades jurídicas. El consentimiento presunto es otorgado por los disponentes secundarios (familiares o autoridades sanitarias o jurídicas) a falta de autorizado en vía del disponente originario.

5 Discusión-Conclusión

La responsabilidad moral, constituye la forma primaria de responsabilidad y se caracteriza por tener como juez o instancia última, la propia conciencia moral, guiada por los principios de uno mismo, viéndonos abocados a rendir cuentas de nuestros actos ante nosotros mismos, ante nuestra conciencia y nuestros valores.

Ante el paciente en situación terminal, y/o agónico, la responsabilidad moral del cuidador, siempre compartida e inmersa en el equipo asistencial, es un claro ejemplo de ”la propia conciencia moral”, donde las decisiones y actividades, nacen, no sólo de su profesionalidad, sino de lo más íntimo de sus convicciones.

Es en este campo donde la responsabilidad moral encuentra los mayores problemas, cuando los intereses entran en conflicto y el cuidador debe asumir su compromiso con el paciente.

6 Bibliografía

1. Marcos Gómez Sancho. Avances en Cuidados Paliativos Tomo III.
2. Gracia, Diego. Como arqueros al blanco, Editorial Triacastela-Madrid, 2004.

3. León Felipe. El ciervo y otros poemas. Finisterre editores, México 1974. Pág. 61
4. Marcos Gómez Sancho. Instituto Canario de Estudios y promoción Social y Sanitaria, 1994. Pág. 267.

Capítulo 1204

PREVENCION DE LESIONES INFANTILES POR ACCIDENTES

ADRIANA MARIEL VARGAS CADIMA

KIMBERLY YULAY SEVERINO MUÑOZ

SARA MARÍA GONZÁLEZ GARCÍA

ANA SANCHEZ UGARTE

JOSE LEONARDO MONTERO SANCHEZ

1 Introducción

Los accidentes, tanto de tráfico como domésticos, son la causa más importante de muerte en los niños en España y en los países de la Unión Europea. La prevención es el abordaje principal para hacer frente a este gran problema de salud pública. En este trabajo se exponen las conclusiones y las recomendaciones que se desprenden de una revisión bibliográfica extensa sobre la eficacia del consejo acerca de la prevención de accidentes desde la consulta del pediatra y la enfermera de pediatría de Atención Primaria.

Es importante resaltar que, para que sea eficaz, el consejo que debemos impartir en cada momento depende de la fase del desarrollo psicomotor del niño, que le predispone a un tipo de accidente u otro y que debe, en lo posible, ser individualizado, actuando sobre los riesgos más graves que amenazan en cada edad del desarrollo del niño

2 Objetivos

Prevenir los accidentes infantiles en la medida de lo posible.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados en la prevención de accidentes infantiles se han utilizado descriptores con las palabras clave como : Accidente: prevención y control, Niño, Accidente doméstico, Accidente de tráfico, Atención Primaria.

4 Resultados

Los niños que sufren accidentes repetidamente suelen presentar factores de riesgo social y son frecuentadores del sistema sanitario.

La depresión materna es un trastorno tratable que actúa como un factor de riesgo para accidentes domésticos infantiles. Se dan más accidentes infantiles en las viviendas antiguas y en las alquiladas. Las condiciones y el diseño de las casas en barrios deprimidos son una barrera para la correcta implementación de los adecuados elementos de seguridad para el hogar. No existen pruebas de que la educación sobre seguridad doméstica sea menos efectiva en los niños con mayor riesgo de sufrir accidentes.

En España, la regulación de las piscinas de uso público se rige por normas de carácter autonómico, a las que hay que añadir las de carácter municipal en algunos casos. La heterogeneidad está servida. Las normas afectan a las condiciones higiénico-sanitarias, técnicas y de seguridad, pero sólo son aplicables a las de uso público. Las unifamiliares, donde se registran aproximadamente el 80% de las muertes por ahogamiento que se producen cada año en España, están exentas de cumplir las diferentes normativas. Las piscinas de las comunidades de vecinos no tienen un criterio común en las distintas comunidades autónomas para ser consideradas públicas o privadas: 20 viviendas en unos casos, 30 viviendas en otros, aforo para 100 personas en otros. No se han encontrado estudios que aborden específicamente si el consejo sobre la instalación de vallas en piscinas privadas es efectivo, pero dada la eficacia de dichos vallados para evitar el ahogamiento de los niños, parece prudente aconsejar en este sentido en aquellas poblaciones donde son frecuentes las viviendas unifamiliares.

Conocer la epidemiología y los factores humanos y ambientales involucrados, será el fundamento de las acciones y estrategias, en educación participativa y adherida al currículo escolar, general y permanente. Asistencia y control de las modificaciones del ambiente que correspondan. Promover una asistencia médica adecuada, desde la capacitación en los primeros auxilios por personas comunes. Procurar el desarrollo de una red nacional y regional de rescate, transporte profesional, y la apropiada habilitación del recurso humano y físico en unidades de emergencia, generales de trauma y las neuro quirúrgicas, correspondientes con la realidad epidemiológica de cada región. Incorporar el entrenamiento de la población para las actuaciones de urgencia y catástrofes.

5 Discusión-Conclusión

Los accidentes en su proceso causal son multifactoriales hay que promover en la población un cambio radical en las actitudes y conductas hacia el fenómeno del accidente y sus consecuencias. Revisar y actualizar normas y legislación apropiada a estos efectos y contar con un soporte informativo básico, que incluya datos respecto a circunstancias, naturaleza y gravedad, asistencia recibida y estimación de los daños. Estos antecedentes se utilizarán para definir prioridades en prevención y evaluar los resultados de las medidas adoptadas.

6 Bibliografía

1. Cáceres D, Adonis M, Retamal C, et al: Contaminación intradomiciliaria en un sector de extrema pobreza de la comuna de La Pintana. Rev Med Chile 2001; 129: 33-42.
2. Edwards P, Roberts I, Green J, Lutchum S: Death from injuries in children and employments status in family: análisis of trends in class especific death rates. BMJ2006; 333: 119.
3. Prado V, Solari V, Alvarez IM, et al: Situación epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos en Santiago de Chile. Período 1999-2000. Rev Med Chil 2002; 130: 495-501. [Links]
4. Dowd D, Keenan H, Bratton S: Epidemiology and prevention of childhood injuries. Crit Care Med 2002; 30: 385-90
5. Instituto Nacional de Estadísticas. Ministerio de Salud. Servicio de Registro Civil e Identificación. Anuario de Estadísticas Vitales 2000.

Capítulo 1205

ESTREÑIMIENTO Y ENEMA DE LIMPIEZA

CONCEPCIÓN CARBAJALES ÁLVAREZ

RAMONA NOCEDA ERIGOYEN

SONIA PEREIRO ALVAREZ

1 Introducción

El estreñimiento se define como la ausencia de heces durante un tiempo determinado o tenerlas pequeñas duras y secas. Generalmente se describe como el hecho de tener menos de tres evacuaciones intestinales por semana. Fecaloma es una masa de heces endurecidas, retenida en el recto o en el colon, que puede provocar molestias u obstrucción intestinal. Si lo tratamos a tiempo será suficiente un enema de limpieza (aunque en ocasiones será necesario su fragmentación manual), en cambio si lo dejamos en el tiempo puede llegar a ser necesario una intervención quirúrgica.

2 Objetivos

- Actualizar recomendaciones y consejos para el estreñimiento y determinar la actuación del TCAE en la administración de un enema de limpieza

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en distintas bibliográficas analizando los artículos encontrados y diferentes protocolos.

4 Resultados

Los enemas son unos líquidos terapéuticos que se introducen por vía rectal. Contraindicados en los pacientes con patología anorrectal (fisuras, hemorroides dolorosas y abscesos) o con intervenciones quirúrgicas recientes en la zona. Tiene como objetivo, ablandar dichas heces duras, estimular el peristaltismo, mitigar la flatulencia e inducir a la defecación de inmediato. Se extraerá por parte de personal cualificado, el fecaloma si fuese necesario en primer lugar. Se administra enema de limpieza con sonda recta. Para lo que se coloca al paciente en sims con pierna derecha flexionada con ayuda del celador. Se deja actuar 30'.

5 Discusión-Conclusión

ciertos medicamentos pueden causar estreñimiento (antidepresivos, antihistamínicos, diuréticos, etc.).Debemos acudir al médico si sentimos distensión abdominal o dolor de estómago, náuseas o vómitos o se presenta sangre en las heces.
Algunos consejos generales para evitar la formación de fecalomas son:
Hacer ejercicio con regularidad, como pasear a diario.
Ir al baño cuando sea necesario,no aguantar las ganas.
Tratar de disciplinar el intestino acudiendo al baño a la misma hora todos los días se recomienda incrementar contenido de fibra en la dieta, así como una ingesta adecuada de líquido a lo largo del día(entre dos y dos litros y medio). Lactulosa sobres hasta normalizar tránsito intestina Las personas de edad avanzada al tener menos movilidad y al ingerir menos cantidad de líquidos es frecuente la formación de fecalomas.

6 Bibliografía

- Botella M, Hernández OM, López ML, Rodríguez A. Administración de un enema de limpieza. Cuidados auxiliares de enfermería. Cuadernillo de técnicas básicas de enfermería. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias, Consejería de Educación, Cultura y Deportes; 2002. p. 61- 2.

- Esteve J, Mitjans J. Administración de medicación rectal. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 247-50.
- Esteve J, MitjansJ. Eliminación. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 473-508.
Millet M. Extracción de fecalomas. Sondaje y enema rectales. En: Espinás J et al. Guía de actuación en atención primaria. 2a ed. Barcelona: semFYC; 2002. p. 1268-70.

Capítulo 1206

CUADRO PREVIO DE AMIGDALITIS QUE DERIVA EN LESIONES EN AMBOS MMII SUBJETIVAS DE ERITEMA NODOSO

EVA BELÉN TOLEDO LLANA

MARÍA DE LA O GARCÍA GONZÁLEZ

MAGALY GARCIA CON

MONTSERRAT GARCÍA ALONSO

1 Introducción

De las enfermedades existentes lo que en gran parte angustia al paciente es el miedo a que el dolor le llegue a incapacitar funcionalmente y le bloquee mentalmente a la persona haciéndole a veces dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria (AVBS) generando inestabilidad, cambios de humor y de carácter repentinos. Incluso generando a veces un cuadro ansioso depresivo.

2 Objetivos

- Disminuir el dolor de la paciente
- Saber la causa que origina las artralgias generalizadas
- Devolverle la movilidad funcional.

3 Caso clínico

Mujer de 65 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Sin hábitos tóxicos, ni alergias medicamentosas. Que es derivada por su MAP al no ceder las lesiones que presenta en ambos MMII y MMSS que sugieren un eritema nodoso. Tras cuadro previo de amigdalitis que fue tratado con penicilina. Ingresa con un cuadro de poliartralgias generalizadas que en las últimas 48 horas le limitan totalmente la movilidad con artritis inflamatoria en hombros y rodillas, febrículas y lesiones cutáneas en MMII y MMSS compatibles con eritema nodoso. Valorada y vista por el servicio de medicina interna que decide aislarla parcialmente, hecho que incrementa la ansiedad y la salud de la paciente, al no poder moverse ni siquiera para llamar al timbre. Genera un estado de agitación y nerviosismo derivando en conflictos y continuos enfrentamientos con el personal sanitario.

4 Discusión-Conclusión

Dianóstico. Eritema nodoso
Valorada y vista por el servicio de reumatología durante el ingreso. El cuadro se pone en relación con brote de eritema nodoso ideopatico con infección de vías altas. Mas menos antibioterapia con penicilina. Se ajusto el tratamiento esteroideo con gran mejoría clínica. La paciente recupera la movilidad y tras permanecer estable reciba el alta y control ambulatorio en consultas externas. Se recomienda introducción progresiva a la vida diaria y tratamiento farmacológico.

5 Bibliografía

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

Capítulo 1207

MANEJO EN PACIENTES CON PRÓTESIS DE CADERA.

MAGDALENA FIGUEIRAS LESTON

JESSICA DIAZ ALVAREZ

MARÍA ASUNCIÓN MARTÍNEZ SÁNCHEZ

IGNACIO CRESPO MADIEDO

JACKELYN PEVIDA DÍAZ

1 Introducción

Una fractura de cadera se refiere a una fractura de la cabeza, el cuello, o la región trocantérica del fémur. las fracturas de caderas se clasifican en intracapsulares o extracapsulares. Las intracapsulares afectan a la cabeza o al cuello del fémur. Las extracapsulares afectan a la región trocantérica. Las fracturas de cadera están causadas por caídas y constituyen el tipo de lesión más frecuente en la población anciana debido a que son más susceptibles por presentar una pérdida de masa ósea propia de la edad y patología de osteoporosis. La cirugía de reemplazo de toda o parte de la articulación coxofemoral por una articulación artificial mediante una prótesis, recibe el nombre de artroplastia. La posición protectora de luxaciones postoperatorias tras una artroplastia, es la abducción. Se deben de evitar la rotación externa e interna, la hiperextensión y la flexión aguda.
Cuando un paciente presente fractura de cadera es muy típico que presente acortamiento del miembro afectado y rotación externa. después de la Intervención

quirúrgica cuando el paciente esté sentado vigilaremos la flexión ya que es el movimiento que más veces causa la luxación de cadera, se mantendrá la pierna en abducción cuando esté sentado o tumbado. Al sentarse la cadera del paciente debe de estar más arriba que sus rodillas y deben de evitarse sillas bajas, así como permanecer sentado más de 45 minutos seguidos. Por tanto, siempre se recomendarán sillas altas, se suministrará un elevador de asiento para el inodoro. Es muy importante no cruzar las piernas ni adoptar posiciones de flexión mayor de 90º, durante los primeros 4 meses.

Cuando el paciente esté tumbado no se debe de elevar la cabecera de la cama más de 60º para evitar así la flexión aguda de la cadera, se debe de colocar una almohada entre las piernas cuando el paciente se encuentre en posición supina o de costado. Colocar una férula anti rotatoria o rollo trocantéreo desde la cresta ilíaca hasta la mitad del muslo pueden ser de ayuda para mantener la pierna recta. Cuando lo ayudamos por primera vez a bajar de la cama se mantiene con la férula de abducción o las almohadas entre las piernas es, es muy recomendable levantarse de la cama por el lado de la extremidad operada a fin de evitar la rotación interna. Los pacientes deben de caminar y levantarse con ayuda desde el primer día del postoperatorio. Es muy útil también fomentar ejercicios de pie y tobillo cada hora, mientras la persona este despierta y el uso de las medias elásticas para favorecer la circulación. El riesgo de trombosis venosa profunda es particularmente elevado en pacientes con cirugía reconstructiva de cadera, con una incidencia del 45-70%, son pacientes con movilidad reducida con lo que se administrará heparinas de bajo peso molecular subcutánea tras la cirugía.

Deberán evitar viajes largos, a menos que sea posible cambiar con frecuencia de posición. Estaría desaconsejado el ejercicio excesivo el levantamiento de objetos pesados y la actividad excesiva que incluya encorvarse, agacharse o encogerse. A la hora de subir escaleras el paciente subirá con la pierna sin operar y al contrarío si lo que quiere hacer es bajar las escaleras lo hará con la operada.

2 Objetivos

Conocer las recomendaciones para evitar las luxaciones postoperatorias con el fin de que los pacientes tengan una mayor movilidad, autonomía y se evite el riesgo de trombosis venosa profunda.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Saez Moleon A Ruiz Diana .El paciente con traumatismos musculoesqueléticos partes blandas: contusiones y esguinces. Manual de Enfermería Medico Quirúrgica .Rayón E,del puerto l,Narvaiza MJ, Madrid ,síntesis .2001.652-658.
- Carpenito l.diagnósticos de enfermería .MCGRAW-HILL interamericana. Madrid 1995.

Capítulo 1208

CUIDADOS TCAE EN LA HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECANICA

MARIA BEGOÑA PRADO CUEVA

1 Introducción

La elevada incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica crea la necesidad de revisar constantemente la practica para mejorar la calidad asistencial. La neumonía es una enfermedad infecciosa prevalente que representa aproximadamente el 15% de todas las infecciones intrahospitalarias.

Los pacientes con respirador corren mayor riesgo porque sus defensas y mecanismos normales de eliminación de secreciones están alterados por los dispositivos de asistencia respiratoria. Una práctica de prevención que es necesario incorporar es, el protocolo de cuidados bucales completos en el conjunto de prácticas institucionales para la reducción de NAVM puede salvar vidas.

Diferentes estudios han demostrado que los lavados bucales tres veces al día con clorhexidina al 0,12% a enfermos intubados disminuían la colonización bacteriana
.

2 Objetivos

- Conocer los principales cuidados de TCAE en la higiene bucal del paciente con ventilación mecanica. Para favorecer el buen funcionamiento y evitar las posibles complicaciones.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de los buscadores Pubmed, Cuiden y Elsevier. Se utilizaron las palabras clave: higiene, bucal, ventilación, cuidados, TCAE, con los operadores boleanos AND Y OR.

4 Resultados

- Lávarse las manos con agua y jabón correctamente y colocarse guantes y mascarilla.
- Preparar el material y acercarlo junto al paciente.
- Si es posible, colocaremos al paciente en posición de Fowler y si no puede incorporarse, lo colocaremos en decúbito lateral a un lado de la cama.
- Colocarle una toalla alrededor del cuello
- Asegurarse de que el tubo endotraqueal esté correctamente conectado al respirador
- Limpiar la cavidad bucal con un cepillo pediátrico o de adultos suave una vez por turno.
- Utilizar hisopos bucales con solución de clorhexidina al 0.12% en cada limpieza y aplicar un humectante bucal hidrosoluble.
- Cambiar la cinta retorta que sujeta el tubo por una limpia. Si el paciente tiene un tubo nasal, limpie alrededor del t. e. con una gasa o torundas de algodón mojadas en solución salina.
- Dejar colocado al paciente en una postura cómoda y adecuada.
- Recoger el material utilizado, quitarnos los guantes y lavarnos las manos.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de un protocolo de actuación a la hora de realizar la higiene bucal del paciente con ventilación mecánica, se hace necesaria, pues no solo asegura una adecuada atención del paciente sino que agiliza el procedimiento. Por ello las actividades de TCAE deben realizarse siempre de forma sistemática con el uso de protocolos establecidos que deben ser revisados y actualizados con frecuencia.

6 Bibliografía

1. Araya Carlos. Oliva, Patricio. Canete, Eliana, Zapata, Hector: Salud Oral En Pacientes Adultos Mayores Del Programa De Postrados. Cesfam Los Volcanes,

Chillán.. nº 23, año 12, enero a junio 2009.
2. Bernal, C.:Maintenance of oral health in people with learning disabilities. Nursing
Times; 2005, 101: 6, 40-42.
3. Berry AM, Davidson PM, Masters J, K. Rolls revisión sistemática de las prácticas de higiene oral para los pacientes de cuidados intensivos que reciben ventilación mecánica. Am J Crit Care. 2007 Nov; 16 (6):552-62.
4. Brady M, Furlanetto D, Hunter RV, Lewis S, Milne V. Personal de intervenciones dirigidas a mejorar la higiene bucal en los residentes después de un ictus. Cochrane
Database Syst Rev 2006; 4.

Capítulo 1209

CUIDADOS TCAE EN EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

MARIA BEGOÑA PRADO CUEVA

1 Introducción

La higiene puede denominarse como el conjunto de actividades que se hacen para conservar y aumentar la salud y prevenir enfermedades. Pueden distinguirse dos tipos de higiene: la individual (conjunto de hábitos y normas encaminados a preservar la salud de la persona) y la social (normas que se aplican a la comunidad), y juntas contribuyen a una completa salud.
En el entorno sanitario, donde se tiene contacto constante con los enfermos, la higiene constituye la clave que se debe cuidar con todo detalle. La higiene del paciente recae en el TCAE, ayudado por el celador y con supervisión de la enfermera, y con ella, no sólo conseguimos proporcionar esa higiene necesaria, conocer estado de la piel y grado de movilidad del paciente, sino que además, permite abrir una puerta para profundizar en sus sentimientos, creando un clima de intimidad que favorece la comunicación, su bienestar y mejora su calidad de vida. Normalmente se hace una vez al día, salvo que sea necesario efectuar algunos lavados parciales durante la jornada.

2 Objetivos

- Conocer los principales cuidados de TCAE en el aseo del paciente encamado. Para favorecer el buen funcionamiento y evitar las posibles complicaciones.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de los buscadores Pubmed, Cuiden y Elsevier. Se utilizaron las palabras clave: aseo, encamado, cuidados, TCAE, con los operadores boleanos AND Y OR.

4 Resultados

En primer lugar, tendremos en cuenta varias consideraciones comunes, tales como:
- Informar y explicar al paciente lo que vamos a hacer, y si es posible, pedirle su colaboración.
- Evitar corrientes y mantener una temperatura adecuada, alrededor de 22-24 grados.
- Mantener su intimidad al máximo con biombo o cortinilla, además de procurar no desnudarlo del todo, sino por partes a medida que lavemos cada zona.
- Mover al paciente suavemente, sobre todo en casos de pacientes más graves.
- Tener mucho cuidado con dispositivos que el paciente pudiera tener conectados, como sondas, drenajes o sueros.
- Tener preparado todo el material necesario para actuar lo más rápido posible.

Con las manos limpias, se prepara el material de aseo y la ropa del paciente y de la cama en un carro: guantes desechables, palangana que llenaremos antes del aseo con agua templada, esponjas jabonosas, toallas grandes y de lavabo, ropa limpia, tanto para paciente como para la cama, crema hidratante y colonia, bolsa de desechos, cuña o botella.
- Comunicaremos al paciente lo que vamos a hacer y preservamos intimidad con biombo o cortinilla.
- Frenamos la cama y la ponemos a nuestra altura adecuada.
- Ponemos guantes.
- Colocamos al paciente en decúbito supino.
- Mojamos esponjas y escurrimos bien para no mojar la cama, empezamos por la cara, sólo con agua, la zona de los ojos se lavará desde la zona del lagrimal hacia fuera, seguimos con nariz, boca, cara y secamos con ligeros toques.

Seguidamente, retiramos pijama o camisón en la zona de arriba y lavamos orejas, cuello y hombros con esponja jabonosa bien escurrida, torso, brazo, antebrazo y mano y por último la axila, que es lo más sucio junto con la región submamaria. Secamos bien y nuestro compañero hará lo mismo desde su lado.

Tapamos con una toalla al paciente.

Descubrimos zona abdominal y jabonamos insistiendo en zona ombligo y bajamos a zona púbica, aclaramos y secamos muy bien, sobre todo ombligo, y reservamos la toalla, porque ahora podremos cubrir al paciente con la sábana de abajo hacia arriba para seguir con los miembros inferiores. Cambiaremos el agua si fuera necesario y lavamos cada extremidad descendiendo desde ingles a pies (especial cuidado en zona interdigital), mejor con las piernas flexionadas, si fuera posible, para continuar luego con el lavado genital, aclaramos y escurrimos nuevamente.

Para el lavado genital, aunque haya empapadores o entremetida, es mejor poner una cuña para que el agua escurra abundantemente. Si la paciente es una mujer, se lavará la zona con una esponja jabonosa de arriba hacia abajo, limpiando minuciosamente labios y meato urinario y se seca todo cuidadosamente con una toalla pequeña. Si el paciente es un varón, se usará una esponja jabonosa retirando el prepucio para poder lavar bien el glande y el surco balanoprepucial, aclararemos bien todo, secaremos y colocaremos el prepucio nuevamente. En ambos casos, la esponja se desecha.

A continuación, colocamos al paciente en decúbito lateral, y procedemos al lavado de espalda, cuello, glúteos y región anal. El TCAE que realice el lavado será el contrario al paciente y después del secado, se puede aprovechar para echar crema hidratante.

Una vez acabado el aseo, se procederá a enrollar la sábana entremetida, en caso de llevarla y la bajera, hacia el centro de la cama, longitudinalmente, para que sea más fácil sacarla por el otro lado e ir colocando la ropa limpia a su vez. Con el paciente en decúbito supino, terminaremos de echar crema en torso y abdomen y acabaremos de vestir la cama con la ropa limpia. Pondremos camisón o pijama, peinamos y echamos colonia si el paciente quiere y le dejamos en una posición en la que se encuentre cómodo. Dejamos todo recogido en el carro, nos quitamos los guantes e higienizamos las manos.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de un protocolo de actuación en la técnica del aseo del paciente encamado se hace necesaria, pues no solo asegura una adecuada atención de los pacientes sino que agiliza el procedimiento. Por ello las actividades de auxiliar

de enfermería deben realizarse siempre de forma sistemática con el uso de protocolos establecidos que deben ser revisados y actualizados con frecuencia.

6 Bibliografía

1. Carrascal C, Ramírez M, David J. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Enfermería Global [revista en Internet] 2015 octubre. [acceso 8 de enero de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision2.pdf
2. PAE: Virginia Henderson y el Proceso de Atención
2. Sonia R, Francisco Javier J, Maria del Rocío E. La higiene en los pacientes hospitalizados por parte de Enfermería. Revista Médica Electrónicaportalesmedicos.com [revista en Internet]. 2017 Septiembre [Acceso 12 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/higiene-pacientes-hospitalizados/
3. Mena Tudela D, Manuel González Chordá V, Cervera Gasch Á, Salas Medina P, Isabel Orts Cortés. Cuidados básicos en la higiene. Cuidados básicos de enfermería. 1ª Ed. Castellón de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I; 2016. P.93-107
4. Soriano P. Higiene al paciente inmovilizado [Internet]. 2012 Junio. [Acceso 20 de enero de 2018]. Disponible en: https://es.slideshare.net/Sdesalud/higieneal-paciente-inmovilizado

Capítulo 1210

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA

MARIA BEGOÑA PRADO CUEVA

1 Introducción

El sondaje nasogastrico puede estar indicado para:
- Drenar por aspiración el contenido gástrico por una obstrucción intestinal
- Una intervención quirúrgica del aparato digestivo
- Realizar un análisis de jugo gástrico
- Hacer un lavado de estómago tras la ingesta de tóxicos
- Vía de administración de alimentos o medicamentos.

El sondaje para alimentación más utilizado es el nasogástrico, aunque también puede llegar la sonda al duodeno, íleon. Las sondas más utilizadas son la tipo Levin y Salem, de gran calibre y muy molestas por el diámetro que tienen. La luz de las sondas y su diámetro se mide en French, a mayor número mayor calibre (1 Fr=0,33mm, por ejemplo 18 Fr=6mm).

Los materiales con los que se fabrican las sondas pueden ser: cloruro de polivinilo (PVC), poliuretano y silicona.

- LEVIN: sonda de distintos calibres, de 10 a 20 Fr y longitudes, de caucho y una sola luz con la parte más distal perforada, se utiliza para alimentar, aspirar, obtener muestras de jugo gástrico o para hacer lavados gástricos.
- SALEM: sonda de distintos calibres, de 12 a 18 Fr, dos luces, una para la entrada de aire y la otra se utiliza como cualquier otra sonda digestiva, tiene orificios laterales y una línea radiopaca para ver por Rayos X.
- ANDERSON: de doble luz, una funciona como cámara de aire. Es transparente y radiopaca.

SENGSTAKEN-BLAKEMORE: sonda de tres luces, una para drenar contenido gástrico, las otras dos, una para inflar balón en el esófago y otra para inflar balón en el estómago. Es usada en hemorragias digestivas por varices esofágicas.
- MILLER-ABBOT: sonda de dos luces, con calibre entre 12-18 Fr. y unos 3 metros de largo. Utilizada para obstrucciones intestinales y en desuso por contener mercurio.

2 Objetivos

- Conocer los principales cuidados de TCAE en la administración de alimentación por sonda nasogástrica. Para favorecer el buen funcionamiento y evitar las posibles complicaciones.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: sonda, alimentación, cuidados, TCAE

Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.

Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.

Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

-Confirme la identificación del paciente con su documentación.
-Informe al paciente del procedimiento y solicite su consentimiento.
-Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica.
-Prepare la nutrición y el material y trasládelo junto al paciente.
-Compruebe que la formula de alimentación es la prescrita, el paciente es el indicado, la dosis, vía y hora correcta, que hay ausencia de alergias y la fecha de caducidad.
-Coloque el rótulo de identificación del paciente y la fecha en el recipiente de la formula de nutrición.
-Coloque el sistema para la infusión.
Si alimentación es continua: Coloque el equipo de infusión y purgue el sistema. Verifique que la bomba de infusión funciona adecuadamente. Coloque el equipo en la bomba.
Si la alimentación es por gravedad:purgue el sistema.
Si la alimentación es por bolo se administrará con jeringas de 50 cc.

-Rotule el vaso y jeringa con el nombre del paciente y el número de la cama.
-Garantice su privacidad.
-Coloque al paciente incorporado de 30-45º o posición de Fowler.
-Colóquese los guantes.
-Verifique la correcta colocación de SNG.
-Valore la posición de la sonda nasogastrica mediante la medición del pH del aspirado, utilizando tiras de indicadores de pH / papeles y el estado de la piel de la fosa nasal en la gastrostomia valore el sitio de inserción, si eritemas, drenaje,induración u otros problemas cutáneos. Un pH <5,5 indica correcto posicionamiento en cavidad gástrica, mientras que si el pH> 5,5, la alimentación no debe administrar.

-Irrigue la sonda con agua estéril para comprobar la permeabilidad de la SNG o gastrostomía antes de iniciar la alimentación.
-Compruebe la fijación de la sonda.
-Compruebe la tolerancia antes de iniciar la alimentación verificando el residuo gástrico; éste ha de ser menor a 150ml en adultos, los ruidos intestinales y observando si hay presencia de distensión abdominal.
-Inicie la administración de la fórmula nutricional.
-Mantenga al paciente incorporado el tiempo que dure la alimentación.

-Inicie la nutrición al ritmo prescrito mediante bomba de infusión.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de un protocolo de actuación en la técnica de la administración de alimentación por sonda nasogástrica se hace necesaria, pues no solo asegura una adecuada atención de los pacientes sino que agiliza el procedimiento. Por ello las actividades de TCAE deben realizarse siempre de forma sistemática con el uso de protocolos establecidos que deben ser revisados y actualizados con frecuencia.

6 Bibliografía

1. Camarero González, E., Cao Sánchez, P., Durán Martínez R. "Complicaciones asociadas a la nutrición enteral: prevención y tratamiento. Monitorización del paciente en nutrición enteral. Especificaciones para su administración domiciliaria. En Conceptos prácticos en nutrición enteral y parenteral. Ed. Mayo, Barcelona, 2008, cap. 7, pp.89-111.
2. Chicharro Serrano, L., Rodríguez Moreno, T. "Selección, colocación, cuidados y retirada de sonda". En: Conceptos prácticas en nutrición enteral y parenteral. Ed. Mayo, Barcelona, 2008, cap. 6, pp. 77-88.
3. González Romero, S., Doménech Cienfuegos: "Nutrición enteral. Concepto, indicaciones, vías y formas de administración, material necesario." En: Manual de Nutrición Clínica y Dietética, 2ª ed.; Díaz de Santos, Madrid, 2007, capítulo 9, pp.155-171.
4. Leyes García P. "Nutrición enteral: concepto, indicaciones y fórmulas". En: Manual de nutrición artificial domiciliaria. Universidad Nacional de Educación a distancia. Madrid, 2008, cap. 11, pp. 213-216.
5. Alonso Babarro, A. "Complicaciones de la nutrición enteral: prevención y tratamiento". En: Manual de nutrición artificial domiciliaria. Universidad Nacional a Distancia, Madrid 2008, cap. 13, pp. 279-293.

Capítulo 1211

CUIDADOS A PACIENTE CON FENILCETONURIA.

VANESSA BARBON IGLESIAS

PRISCILA ROZADA IGLESIAS

ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ

1 Introducción

La fenilcetonuria es un trastorno hereditario poco frecuente que provoca la acumulación de un aminoácido denominado fenilalanina en el organismo. Este trastorno es causado por un defecto en el gen que ayuda a crear la enzima necesaria para descomponer la fenilalanina. Sin la enzima necesaria para procesar la fenilalanina, puede formarse una peligrosa acumulación si una persona con fenilcetonuria come alimentos con alto contenido de proteínas o ingiere aspartamo edulcorante artificial. Esto puede provocar, con el tiempo, graves problemas de salud.

2 Objetivos

Conocer los cuidados a un paciente con fenilcetonuria.

3 Caso clínico

Niño lactante de 10 dias de edad, es traido por los padres al servidio de urgencias por problemas respiratorios, acidosis metabólica persistente, no tolera la al-

imentación a la leche materna y presenta distensión abdominal.

4 Discusión-Conclusión

El tratamiento consiste en restricción dietética estrictade Phe y proteínas, así como aporte extra de tirosina debido a que estos pacientes no pueden convertir la Phe airosina y son deficientes en este aminoácido, volviéndose un aminoácido esencial. La tirosina es necesaria para la formación de receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos en el cerebro,principal teoría del daño neurológico.

5 Bibliografía

- https://enfermedades-raras.org.
- http://www.nutricia.es.

Capítulo 1212

EL CONCEPTO DE SHOCK Y SUS PRINCIPALES CUIDADOS.

TERESA JOSEFA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El shock es un proceso patológico amenazante para la vida, dinámico y dependiente en el tiempo. Su mención a lo largo de la historia ha sido precoz y numerosa lo que ayuda a entender su variedad causal y enfocar desde distintas vertientes su afrontamiento. Algunas de dichas menciones son:

- Morris (1867) escribió el primer Tratado práctico sobre el shock, que trata sobre el primer caso documentado de anafilaxia, en el año 2641 a. C., cuando el rey Menes de Egipto murió tras una picadura de avispa. En la era moderna, el primer caso fatal de shock anafiláctico frente a cacahuetes fue descrito por el canadiense Evans en 1988.
- Le Dran (1740), en su Traité sur les playes d'armes à feu, se refirió al shock como a un impacto o golpe violento y Latta (1795), en la traducción inglesa de ese trabajo, empleó por primera vez el término shock aplicado a estados postraumáticos.
- Gross (1872) lo definió como «derrumbamiento global de la maquinaria de la vida», diciendo que es "un bárbaro desquiciamiento de la máquina de la vida". Warren (1895) definió el shock como una «pausa momentánea en el acto de morir» y Crile (1899) realizó el primer estudio experimental sobre la base de entender el shock como un colapso vasomotor.
- Henderson (1908) reconoció el «fracaso de la circulación de retorno venoso», insistiendo en la hipoxia e hipercapnia del tejido, y Hill y McQueen (1921) estudiaron la importancia de la estasis capilar en un modelo animal experimental.

- Cannon y Catell (1920-1923) reconocieron el característico aumento del ácido láctico en sangre en los pacientes en shock, parámetro totalmente referente en los últimos años de los shocks sépticos, especialmente, midiendo su aclaramiento.
- Blalock (1940), cirujano, consideró que el shock era «el fracaso circulatorio periférico por la discrepancia entre el tamaño del lecho vascular (continente) y el volumen del líquido intravascular (contenido), especialmente dedicado al shock hemorrágico y traumático.
- Weil (1968) describió el shock como "un síndrome caracterizado por una postración duradera e hipotensión, que generalmente se acompaña de palidez, frialdad y humedad de la piel, colapso de las venas superficiales, alteraciones mentales y falta de excreción urinaria". Según dicha definición, describió seis tipos de shock: hipovolémico, cardiaco, bacteriémico, hipersensible, neurogénico y obstructivo.
- Cerra (1972) pensó en el shock como una "respuesta desordenada de los organismos a un equilibrio inadecuado del abastecimiento y la demanda de sustrato a un nivel celular".
- Para Hollenberg y Parrillo (1998), el shock es un estado en el que la imposibilidad del aparato circulatorio para mantener una perfusión celular adecuada determina consecuentemente una reducción en el aporte de oxígeno y de otros nutrientes a los tejidos. El objetivo final de la terapia hemodinámica en el shock debe encaminarse hacia restaurar la perfusión tisular efectiva y normalizar el metabolismo celular.

2 Objetivos

- Conocer el concepto de shock y sus principales variantes, así como las intervenciones más consensuadas en el manejo inicial y los principales cuidados del equipo de auxiliar de enfermería y enfermería.

3 Metodología

La elaboración del presente trabajo se ha basado en una búsqueda bibliográfica realizada entre el año 2019 y 2020 sobre el estado de Shock y su afrontamiento. En dicha búsqueda se pretendía obtener tanto datos históricos que permitieran introducir y justificar el trabajo, como informativos y epidemiológicos que facilitasen el desarrollo y la explicación de los diferentes conceptos.

Como fuentes secundarias, las bases de datos utilizadas para la búsqueda han sido:

PubMed, ClinicalKey, Lilacs y Cuiden, obteniéndose de ellas documentación útil tanto en castellano como en inglés. En cuanto a fuentes primarias se ha consultado la revista "The New England Journal of Medicine". También se ha indagado en el buscador de contenido y literatura científico-académica, Google Académico.

Para realizar la búsqueda de esta revisión bibliográfica se ha usado una terminología específica constituida por lenguaje libre y tesauros DeCS y MeSH:
• DeCS: "Enfermería", "Cuidados", "Shock", "Hipovolemia", "Hemorragia, "Terapéutica", "Sepsis", "Fluidoterapia".
• MeSH:" Nursing", "Care", "Shock", "Hypovolemia", "Hemorrhage, Therapeutics", "Sepsis", "Fluid therapy".
• Lenguaje libre: en su mayoría misma terminología que los descriptores anteriores, también se utilizaron los términos "Tratamiento", "Cardiogénico" …
• Booleanos: AND y OR

Los criterios de inclusión de las publicaciones han sido, que posean las características de texto completo, que estén redactadas en castellano o inglés, que sean artículos actuales publicados entre 5 y 10 años antes de 2019 y que se centren en la temática de este trabajo.

Estos criterios se han cumplido en la mayoría de la búsqueda salvo alguna excepción que se ha considerado necesario incluir por su utilidad y relación con la materia del trabajo, especialmente protocolos y guías.

Los criterios de exclusión son, por tanto, el no cumplimiento de las características previamente mencionadas. Para llevar a cabo este descarte se leía con atención el título, resumen y palabras claves.

4 Resultados

Concepto De Shock

El shock se caracteriza por la incapacidad del corazón y/o de la circulación periférica de mantener la perfusión adecuada de órganos vitales, secundaria a diversos problemas médico-quirúrgicos. Provoca una inadecuada perfusión tisular, la cual va a crear una disminución de la oxigenación a nivel celular (hipoperfusión celular generalizada) y una disfunción mitocondrial con alteración del metabolismo aeróbico (acidosis metabólica y una respuesta inflamatoria sistémica), es decir, existe un desequilibrio entre la demanda y la oferta de oxígeno pudiendo llegar a una hipoxia tisular y fallo metabólico celular.

En conclusión, podemos afirmar que el estado de shock supone una carencia generalizada en la perfusión de los tejidos dando lugar a un metabolismo anaerobio y a una disminución de la producción de energía. Se trata por tanto de un estado patológico (situación clínica plurietiológica) que comprende un conjunto de síntomas, signos y alteraciones analíticas y hemodinámicas que coexisten y se agrupan simultáneamente con bastante frecuencia y que precisa una rápida identificación y tratamiento agresivo para reducir su elevada mortalidad. Es dinámico y dependiente del tiempo.

Se asocia con una mortalidad elevada, incrementándose el promedio de mortalidad en un 15% por cada fallo de órgano adicional. El estado de shock constituye una situación amenazante para la vida y sus manifestaciones más frecuentes son hipotensión (aunque no siempre), taquicardia, diaforesis, palidez, cianosis, hiperventilación, oliguria y alteraciones del estado mental, viene definido principalmente por sus causas etiológicas. Las causas etiológicas del shock se resumen en una alteración de bomba (corazón), de contenido (flujo sanguíneo) y de continente (disfunción vasomotora) dando lugar a tres mecanismos de shock: Cardiogénico, hipovolémico y distributivo.

La alteración en el mantenimiento de una perfusión adecuada de los órganos vitales es el factor crucial del mecanismo fisiopatológico del shock. La perfusión de un órgano depende de la presión de perfusión que, a su vez, está determinada por dos variables, el gasto cardiaco y la resistencia vascular sistémica. Un cambio en el gasto cardiaco o en la resistencia vascular sistémica genera compensación a través del aumento del otro factor. El cambio compensatorio en el caso del gasto cardiaco depende de la frecuencia cardíaca y del volumen de eyección del ventrículo izquierdo. En cada tipo de shock estas variables tienen un factor que genera la descompensación del estado hemodinámico y otro factor que reacciona para compensar el estado.

El volumen de eyección del ventrículo izquierdo depende de la precarga, postcarga y contractilidad ventricular. Así una disminución del volumen de eyección se relaciona con disminución de la precarga, aumento de la postcarga o disminución de la contractilidad miocárdica. Por lo tanto, los estados de shock se originan de los siguientes eventos hemodinámicos:

• Descenso de la precarga: La causa más frecuente es la disminución del volumen intravascular por pérdida de sangre (hemorragia) o de otros fluidos (poliuria inapropiada, diarrea, tercer espacio, etc.). Otra causa es la pérdida del tono vasomotor del sistema venoso (venodilatación) que se traduce en un descenso del

volumen intravascular efectivo. Este último mecanismo es de gran importancia en la patogenia del shock anafiláctico y neurogénico, jugando también un papel en el shock de origen séptico. En otras ocasiones el retorno venoso y por lo tanto la precarga, se ve afectado adversamente por un aumento de la presión intratorácica, como ocurre en el neumotórax a tensión, por un aumento de la presión intrapericárdica (taponamiento cardíaco y pericarditis constrictiva) o por una alteración de la distensibilidad miocárdica y/o cambio de la geometría ventricular.
• Aumento de la postcarga: Cuando ésta aumenta disminuye la velocidad y el volumen de eyección ventricular.
• Disfunción cardiaca: Una disminución de la contractilidad miocárdica o la presencia de un flujo regurgitante se acompaña de un bajo volumen de eyección y puede llegar a producir shock. La bradicardia puede agravar un shock o ser causa del mismo en casos determinados (por ejemplo, bradicardia farmacológica).
• Descenso de las Resistencias Vasculares Sistémicas: Generaría una caída de la presión sanguínea que puede comprometer la perfusión tisular. Esta vasodilatación se produce por liberación de mediadores, como sucede en la sepsis y en la anafilaxia, o por pérdida del estímulo simpático tras una lesión medular.

Esto llevará al organismo a generar una respuesta simpático-adrenérgica como mecanismo compensador. Se producirá una mayor actividad simpática, una activación del eje renina-angiotensina-aldosterona, un incremento de catecolaminas circulantes, una liberación de la hormona antidiurética o vasopresina y secreción de factor natriurético atrial.

- A nivel celular la hipoxia celular produce un metabolismo anaerobio, cuyo resultado es el aumento de la producción de ácido láctico y la consecuente acidosis metabólica, e indirectamente, una producción reducida de ATP celular. Este agotamiento del ATP disminuye los procesos metabólicos celulares dependientes de energía y tiene como resultado la alteración de la membrana celular. En la evolución del shock se produce mayor isquemia, favoreciendo la traslocación bacteriana, que lleva a la hipoperfusión tisular con shock irreversible que se asocia a apoptosis y muerte celular, dando lugar al fallo del órgano afectado.

- A nivel pulmonar: La oxigenación puede verse comprometida de forma importante en el transcurso del shock, fundamentalmente en fases más avanzadas del síndrome. Las alteraciones de la función pulmonar van desde cambios compensatorios en respuesta a la acidosis metabólica hasta un síndrome de distrés respiratorio del adulto con manifestación clínica de un edema pulmonar no cardiogénico; dicho síndrome es la complicación pulmonar más seria del shock, con

una alta mortalidad (descrita en algunos estudios incluso mayor del 50%).

La alcalosis respiratoria es más común en las fases tempranas del shock, como resultado de la estimulación simpática. No obstante, la acidosis metabólica usualmente predomina a medida que la hipoperfusión tisular progresa. La acidosis respiratoria, motivada habitualmente por hipoventilación alveolar, puede ser secundaria a depresión del sistema nervioso central, pero con cierta frecuencia refleja fatiga de la musculatura respiratoria e implica en algunas ocasiones la necesidad de ventilación mecánica.

- A nivel neurológico: La hipotensión marcada y prolongada puede llegar a producir una isquemia global, que dará lugar a una encefalopatía hipóxica o a muerte cerebral.
- A nivel hepático: Una prolongada hipotensión produce una disfunción metabólica y necrosis hepatocelular. Pese a ello, la disfunción hepática no contribuye a la manifestación aguda de shock.
- A nivel renal: La oliguria es la manifestación más común del compromiso renal en el shock. Está presente precozmente en el shock debido a la intensa vasoconstricción renal y a un flujo sanguíneo renal disminuido.

Además, la perfusión renal cortical disminuye, mientras que la perfusión medular aumenta, resultando en una disminución de la filtración glomerular. Una hipoperfusión prolongada termina en una insuficiencia renal aguda.
A nivel intestinal: Una hipotensión prolongada puede dar lugar a isquemia intestinal y necrosis hemorrágica, con incidencias desde hemorragias de la submucosa intestinal e íleo hasta, más raramente, perforaciones intestinales.

Fases Del Shock
Un reconocimiento temprano del shock supone reversibilidad, por tanto, se disminuye la morbimortalidad:
• Shock compensado, caliente o preshock: Se caracteriza por una rápida compensación de la disminución de la perfusión tisular por diferentes mecanismos. Durante la fase inicial del shock, los mecanismos compensadores pueden permitir que un adulto joven y sano se muestre asintomático a pesar de pérdidas de hasta un 10% en el volumen arterial efectivo total. Algunos de los signos y síntomas de esta fase son taquicardia, taquipnea, vasoconstricción periférica, que condiciona sequedad de piel, de axilas, de lengua o de mucosa oral.
• Shock descompensado o shock establecido: los mecanismos compensatorios son sobrepasados, apareciendo signos y síntomas de disfunción orgánica como

taquicardia, pulsos periféricos débiles o ausentes, hipotensión, disnea, inquietud, sudoración, acidosis metabólica, oliguria, arritmias, alteraciones isquémicas en el electrocardiograma y piel fría y húmeda, alteraciones hidroelectrolíticas: hipo/hiperpotasemia, hipo/hipernatremia. En esta fase del shock empieza a disminuir el flujo a órganos vitales, aparece la disfunción orgánica, que corresponde a una importante alteración fisiológica, como una reducción del 20 al 25% del volumen sanguíneo arterial efectivo total.

• Shock irreversible o fallo orgánico: Si no se logra corregir el shock, la disfunción orgánica progresiva llega a ser irreversible, desarrollando el paciente un fallo multisistémico, produciendo finalmente la muerte. En esta fase sucede la anuria e insuficiencia renal aguda, la disminución del gasto cardiaco y el proceso de alteración metabólica celular, también la inquietud acaba en agitación, obnubilación y coma.

Clasificación Del Shock Y Factores Etiológicos

A nivel general se clasifican en cuatro grupos:

• Shock hipovolémico, es decir, el generado por una disminución del volumen circulante (hipovolemia), es el más frecuente: hemorragias, pérdida de volumen plasmático, quemaduras, peritonitis, aumento de la permeabilidad capilar, pérdida de agua y electrolitos, diaforesis, vómitos, diarreas, uso excesivo de diuréticos.

• Shock cardiogénico, es decir, causas cardíacas: pérdida de la función contráctil del miocardio, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca grave, lesión miocárdica poscirugía cardíaca, factores cardíacos mecánicos, insuficiencia mitral o aórtica aguda, rotura del tabique interventricular, arritmias graves.

• Shock obstructivo, obstrucción del flujo sanguíneo: embolia pulmonar, taponamiento cardíaco, aneurisma disecante de aorta, disfunción de prótesis cardiacas (trombos), obstrucción de cavas, neumotórax, mixomas. En este tipo de shock existe una limitación física de espacio para que el corazón pueda latir de forma eficaz.

• Shock distributivo, disfunción vasomotora: pérdida del tono vasomotor (shock neurogénico), anafilaxia, fármacos (vasodilatadores, barbitúricos), lesión medular, dolor, insuficiencia de la microcirculación, sepsis (shock séptico).

Cuidados Principales

La actividad del equipo formado por personal de enfermería y auxiliar de enfermería es imprescindible durante el estado de shock, especialmente en el tratamiento de urgencia, pues va encaminada a resolver la situación aguda mien-

tras se toman las medidas oportunas para corregir la causa.

Hay que tener siempre presentes los signos iniciales de shock, vigilando su aparición en especial en enfermos críticos: piel fría y sudorosa, palidez, cianosis distal, respiración rápida y superficial, hipotensión, pulso rápido y débil, mareo y debilidad, alteración del estado mental, fiebre o hipotermia mantenida.

Las actuaciones fundamentales ante un cuadro de shock son las siguientes:
• Colocación del paciente: Decúbito supino si presenta shock hipovolémico, distributivo o bien disminución del nivel de consciencia con las extremidades inferiores elevadas para aumentar el flujo sanguíneo cerebral; semi incorporado si muestra disnea e inmovilización cervical si existe traumatismo.
• Medidas contra la hipotermia ya que se asocia a acidosis y a coagulopatía, pero teniendo presente que no debe abrigarse demasiado ya que debe evitarse también una sudoración excesiva.
• Mantener una ventilación adecuada: permeabilización de la vía aérea (retirada de prótesis dentales, posibles cuerpos extraños, aspirar secreciones).
• Canalizar y mantener adecuadamente vías venosas de amplio calibre. Extremar las medidas de asepsia en su manipulación. Si se sospecha de infección o flebitis hay que proceder a la retirada del catéter y enviarla a microbiología para su cultivo si precisase.
• Tomar muestras de sangre siempre que así lo soliciten, incluidas pruebas cruzadas si se prevé la necesidad de transfusión de hemoderivados. Con especial cuidado, sobre todo en casos de gasometrías y hemocultivos.
• Vigilar y registrar las constantes vitales y todos los parámetros y valores hemodinámicos y respiratorios, así como la temperatura con periodicidad. Realizar mediciones de la presión venosa central con frecuencia, cada 30-60 minutos.
• Administrar los líquidos intravenosos pautados por el facultativo, dependiendo de la gravedad y causa del shock (soluciones cristaloides o coloidales).
• Realizar electrocardiograma completo y mantener una buena monitorización cardiaca del paciente.
• Llevar a cabo el sondaje vesical del paciente (con las correspondientes normas de asepsia) para tener una medición exacta de la diuresis horaria; tomar muestras para analítica urinaria siempre que se soliciten y mantener un buen cuidado del catéter.
• Administrar los medicamentos y soluciones pautadas por los médicos teniendo siempre presente el buen control de vías y de velocidad de perfusión, especialmente en medicamentos inotrópicos y vasopresores; son de gran utilidad las bombas de perfusión.

• Preparar al paciente para su paso por quirófano si fuera necesario.
• Preservar la intimidad del paciente, tratarlo con respeto, infundir seguridad y tranquilidad.
• Revisar en cada turno alarmas, conexiones y parámetros del ventilador y monitores.
• En caso de tener una sonda nasogástrica verificar por turno su permeabilidad, la existencia de peristaltismo intestinal y su colocación, esto último también en el caso de existencia de tubo endotraqueal y cambiar la cinta de retorta cuando precise o esté establecido por protocolo. A la hora del aseo procurar rotar la colocación.
• Realizar fisioterapia respiratoria según las necesidades del paciente
• Aseo diario e hidratación de la piel, cambios posturales. Lavado con suero de los ojos.
• Valorar y tratar el dolor y la ansiedad.
• Fomentar el descanso nocturno.
• Mantener en la medida de lo posible siempre informado al paciente.
• Enseñarle comunicación no verbal y hablarle aunque parezca dormido.
• Mantener la glucemia de modo que no supere los 150 mg/dl, por lo que se realizarán controles de glucemia capilar horaria.
• Se administrará analgesia en los casos que no dificulten el diagnóstico, como, por ejemplo, traumatismo grave, grandes quemados, infarto agudo de miocardio (IAM), disección aórtica, etc. Los fármacos más utilizados son los analgésicos narcóticos.

5 Discusión-Conclusión

• Por su impacto en la salud de las personas el shock ya fue reconocido y registrado precozmente a lo largo de la historia.
• Supone una situación de alto riesgo para la vida y totalmente dependiente del tiempo.
• Su clínica puede presentarse tanto en etapas tempranas como tardías dependiendo del paciente por ello se hace difícil su diagnóstico precoz.
• El diagnóstico diferencial es imprescindible para comenzar a instaurar el tratamiento más apropiado.
• El valor del ácido láctico resulta muy útil a la hora de constatar la gravedad y etapa del estado de shock, así como la monitorización cardiaca y respiratoria.
• La vigilancia y el registro de las constantes y los valores tanto hemodinámicos como respiratorios es esencial en la actividad del equipo de enfermería y auxiliar

de enfermería.
• La asepsia es la piedra angular de muchas de las intervenciones de enfermería en el cuidado a este tipo de pacientes.
• Pese a la cantidad de cuidados de este tipo de pacientes es muy importante no olvidarse de las medidas de confort y del respeto.

6 Bibliografía

1. Navío Serrano María A. Actualización del manejo del paciente en shock en urgencias. Barcelona: Área científica Menarini; 2016.
2. Sáez-Lorenzo L, Sáez-Lorenzo M, Sáez-Martin V. Revisión y actualización de la fluidoterapia de reanimación en el paciente con shock hipovolémico de origen traumático. Rev. enferm. CyL [Internet]. 2016 [Consultado en noviembre de 2019]; 8(1): 3-23. Disponible en: file:///C:/Users/Raquel/Desktop/Artículos%20shock/Revisión%20y%20 actualización%20de%20la%20fluidoterapia%20de%20reanimación%20en%20el%20paciente%20con%2
3. McLean Anthony S. Echocardiography in shock management. Critical Care [Internet]. 2016 [Consultado en noviembre de 2019]; 20(275): 1-10. Disponible en: file:///C:/Users/Raquel/Desktop/Artículos%20shock/Echocardiography%20in%20shock%20ma
4. Meza García M, Porras García W, Cornejo Valdivia C. Guía de práctica clínica en cuidados intensivos: enfoque y manejo de shock en la unidad de cuidados intensivos. Hospital Comarcal Cayetano Heredia; 2012
5. Álvarez Álvarez Florentina Mª. Manual: Manejo del shock en la UCI. Hospital Universitario de Canarias; 2012.
6. Arriegada D, Donoso A, Cruces P, Díaz F. Shock séptico en unidad de cuidados intensivos, enfoque actual en el tratamiento. Rev Chil. Pediatr. [Internet]. 2015 [Consultado en enero de 2020]; 86(4): 224-235. Disponible en: file:///C:/Users/Raquel/Desktop/Artículos%20shock/Shock%20séptico%20en%20unidad%20de
20intensivos. %20Enfoque%20actual%20en%20el%20tratamiento.pdf
7. Saugel B, Wolfgang H, Nierhaus A, Kluge S, Reuter D, Wagner J. Advanced Hemodynamic Management in Patients with Septic Shock. Biomed Research International [Internet]. 2016 [consultado en diciembre de 2019]; 2016: 1-11. Disponible en: file:///C:/Users/Raquel/Desktop/Artículos%20shock/Advanced%20Hem odynamic%20 Management%20inPatients%20with%20Septic%20Shock.pdf
8. Hatfield, Kelly M, Dantes, Raymund B, Baggs, James P, Sapiano, Mathew R, Fiore, Anthony E, Jernigan, John, Epstein, Lauren M. Assessing Variability in Hospital-Level Mortality Among U.S. Medicare Beneficiaries With Hospitaliza-

tions for Severe Sepsis and Septic Shock. Critical Care Medicine [Internet]. 2018 [consultado en enero 2020]; 46(11): 1753-1760. Disponible en: https://journals.lww.com/ccmjournal/Citation/2018/11000/Assessing_Variability_in_Hospital_Level_Mortality.6.aspx
9. Yasser Sakr, Ulrich Jaschinski, Xavier Wittebole, Tamas Szakmany, Jeffrey Lipman, Silvio A. Ñamendys-Silva, Ignacio Martin-Loeches, Marc Leone, Mary-Nicoleta Lupu, Jean-Louis Vincent. Sepsis in Intensive Care Unit Patients: Worldwide Data From the Intensive Care over Nations Audit. Open Forum Infectious Diseases [Internet]. 2018 [consultado en enero de 2020]; 5(12): ofy313. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6289022/pdf/ofy313.pdf
10. Derek C. Angus, Tom van der Poll. Sepsis severa y shock séptico. N Engl J Med [Internet]. 2016 [consultado en diciembre de 2019]; 369: 840-851. Disponible en: file:///E:/Art%C3%ADculos%20shock/Sepsis%20severa%20y%20shock%20s%C3%A9ptico%20_%20NEJM.html
11. Nistor M, Behringer W, Schmidt M, Schiffner R. A Systematic Review of Neuroprotective Strategies during Hypovolemia and Hemorrhagic Shock. Int. J. Mol, Sci. [Internet]. 2017 [consultado en noviembre 2019]; 18(11): 2247. Disponible en: file:///C:/Users/Raquel/Desktop/Artículos%20shock/A%20Systematic%20Review%20of%20Neuroprotective%20Strategies%20during%20Hypovolemia%20and%20Hemorrhagic%20Shock.pd

Capítulo 1213

CAMBIOS POSTURALES Y SUS BENEFICIOS

ROSA ANGELES GARCIA ESCOBEDO

CARMEN COSI MAMANI

NEREA NORIEGA SEBARES

MARIBEL ISABEL QUEIPO SUAREZ

MARIA PAZ SUAREZ GARCIA

1 Introducción

Los cambios de posición son actividades y ejercicios que deben realizarse diariamente con el fin de movilizar la anatomía de una persona que no puede hacerlo por sus propios medios. De este modo, no solo es posible garantizar su comodidad, sino que también tiene múltiples beneficios físicos, emocionales y biológicos.

2 Objetivos

Determinar los cuidados a realizar

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cambios posturales ayudan no solo mejorar el confort y la calidad de vida del paciente si no a prevenir las úlceras por presión o escaras. Esto se consigue cambiando la postura del paciente evitando que determinadas zonas sufran una presión constante derivada del peso del paciente y de la falta de movilidad.

Los cambios posturales son las acciones que llevamos a cabo para modificar la postura corporal del paciente encamado y ayudar a evitar las escaras o úlceras por presión.

Las personas con escasa movilidad se deberán realizar una serie de cambios posturales para evitar lesiones y producir escaras que afectará al estado de su salud.

Las posiciones se deberán intercambiar entre decúbito supino ,lateral izquierdo, lateral derecho ,semi sentado y decúbito prono.

Precauciones al realizar los cambios posturales:
- Prestar atención especial en la realización de las maniobras si el paciente es portador de sueros, sondas o algún otro dispositivo. Debemos de asegurarnos de dejarlos correctamente colocados una vez hayamos acomodado el paciente.
- Cuando realicemos las movilizaciones el paciente nunca debe de ser arrastrado en la cama. Para evitarlo realizaremos los movimientos siempre con ayuda de una sábana entremetida.
- Evitar en las distintas posturas el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Vigilar la posición correcta de las articulaciones para evitar contracturas, deformidades y rigidez.

5 Discusión-Conclusión

Contemplar los cambios de postura será una excelente medida de prevención de lesiones en la piel, escaras y úlceras por presión. Todas las posiciones que se

ejecuten en la cama deberán facilitar al cuidador labores como asear, alimentar, distraer, curar y manejar cada práctica que el paciente requiera

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una seria de cuidados con cambios posturales alternativos se podrá evitar la úlceras por presión lo que incluye obtener una piel intacta

6 Bibliografía

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

Capítulo 1214

LA LACTANCIA MATERNA.

CELIA MARTINO GONZALEZ

MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

CYNTHIA GEDDES CUETO

MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ

MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud la lactancia materna esta indicada exclusivamente durante los seis primeros meses de vida de un niño. La leche materna contiene todos los nutrientes necesarios para la alimentación del recién nacido. Es una practica que requiere de paciencia, tiempo y constancia.

2 Objetivos

- Conocer los beneficios que aporta la lactancia materna tanto para el niño como para la madre.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se

consultaron temarios y guías usando las palabras clave: lactancia materna, recién nacido y leche materna.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

La leche materna, ademas de contener los nutrientes necesarios para la alimentación del recién nacido, contiene anticuerpos que protegen al niño frente a enfermedades como son las diarreas o neumonias. La leche materna se va adaptando a las necesidades del niño, primero se llama calostro, esta leche es rica en minerales, proteínas, vitaminas y carbohidratos, aparece en el quinto mes de embarazo, por si se adelantase el parto que el niño pudiese ser alimentado.
El calostro es de color amarillo y contiene inmunoglobulina A, es laxante ,esto ayuda a expulsar el meconio y el exceso de bilirrubina. El cambio del calostro a la leche es tan lento que puede pasar desapercibido. Se aconseja la lactancia a demanda, cuando el niño lo requiera, tanto si es de día como si es de noche. La primera toma debe ser durante la primera hora de vida del niño. Hasta que la lactancia no este instaurada no se debe ofrecer al niño ni chupetes ni biberones.
Entre los beneficios de la lactancia materna para el niño están :

Bajo coste económico.
Se puede alimentar al niño a cualquier hora y en cualquier lugar.
Los niños alimentados con lactancia materna tienen menos otitis, gripes y resfriados.
La lactancia materna también tiene beneficios a largo plazo, los niños que fueron amamantados de adultos tienen menos tendencia a tener sobrepeso , diabetes de tipo 2. suelen tener la tensión arterial mas baja, menos colesterol y mejores resultados académicos.

Se suele abandonar la lactancia materna:

- Al reanudar la actividad laboral, por lo que es recomendable que las mujeres tengan en sus lugares de trabajo un lugar privado para seguir amamantando a

sus hijos.
- Por el dolor que sufren la mayoría de las mujeres en los pezones.
- Por pensar que la leche es insuficiente.

Se podría alargar la lactancia materna aumentando el tiempo de la baja por maternidad.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna de seis meses a dos años, solo un 40% de los niños reciben leche materna como alimentación. Aunque en España la lactancia materna ha aumentado en los últimos años , no llega a la recomendación de la OMS.

Cifras de la lactancia materna en España:

71% 6 semanas
66% 3 meses
47% 6 meses

No debemos olvidar que los beneficios para la madre son muchos:
- Reduce el cáncer de ovario y de mama.
- Hay mayor recuperación del cuerpo tras el parto.
- Existe menos probabilidades de padecer diabetes tipo 2.
- La lactancia libera oxitocina que ayuda a evitar perdidas de sangre, por lo que es menos probable que la madre padezca anemia ferropenica.
- Favorece la vinculación materno/filial.

Por todo esto se puede llegar a la conclusión de que la lactancia materna es lo mejor tanto para el niño como para la madre.

6 Bibliografía

- Http://www.imss.gob.mx/_maternidad2/eres-mama/lactancia-materna
-https://cuidateplus.marca.com
- https://kidshealth.org
https://search.scielo.org

Capítulo 1215

PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN (UPP)

PAULA DE RON RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones localizadas en la piel o en el tejido subcutáneo, que se producen cuando el tejido blando es comprimido entre una prominencia ósea y una superficie externa, por un periodo prolongado de tiempo.

2 Objetivos

Analizar la efectividad de la prevención como método para evitar la aparición de las úlceras por presión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cambios posturales en pacientes encamados, generalmente ancianos, son muy importantes a la hora de proporcionarles confort y de prevenir la aparición de úlceras por presión. Los cambios posturales los puede ejecutar cualquier persona que haya aprendido a manejarlos. En el ámbito hospitalario, son los celadores los que los practican, aunque es una labor compartida por todos los sanitarios. Esto se ve mejor a la hora del aseo de un paciente encamado o de curar una úlcera por presión o herida, ya que participan enfermería, auxiliar y celador.

Cuando un paciente encamado llega a la unidad de hospitalización, la enfermera, en la valoración inicial que hace al paciente, incluirá la necesidad de cambios posturales y la frecuencia de éstos. Generalmente esta información se coloca en el cabecero de la cama del paciente, para que el celador, cuando vaya a moverlo, sepa si es conveniente hacerlo o no.

La prevención es el método más efectivo para evitar la aparición de las UPP.

Las úlceras por presión se pueden evitar con cuidados generales de la piel, un adecuado ambiente (control de humedad y temperatura) en las instalaciones de la institución, control del estado nutricional, vigilancia de los pacientes de riesgo, etc.

El abordaje en la prevención y manejo debe ser multidisciplinario, además del trabajo de enfermería es importante disponer de sistemas de protección locales, de un plan de cuidados individualizado y de un protocolo de inmovilización de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un gran problema de salud: deterioran la calidad de vida de los pacientes y su familia, aumentando el coste social.

Las úlceras por presión pueden evitarse ,al menos, en un 95% de los casos, con unos cuidados integrales individualizados.

6 Bibliografía

- Beaskoetxea Gómez Paz, Bermejo Martínez Mariano, Capillas Pérez Raúl, Cerame Pérez Silvia, García Collado Francisco, Gómez Coiduras José Miguel. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA.
- Pancorbo-Hidalgo Pedro L., García Fernández Francisco, Torra I Bou Joan Enric, Verdú Soriano José, Soldevilla Agreda J.Javier. Pressure ulcers epidemiology in Spain in 2013: Results from the 4th National Prevalence Survey.
- López Casanova Pablo, Verdú Soriano José, Berenguer Pérez Miriam, Soldevilla Agreda Javier. Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura.
- Torra Bou Joan Enric, Verdú Soriano José, Sarabia Lavin Raquel, Paras Bravo Paula, Soldevilla Agreda J.Javier, García Fernandez Francisco. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente.
- Talens Belén Fernando. Formación y prevención en úlceras por presión: Prevalencia en el Hospital General de Elche.

Capítulo 1216

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA.

RAMONA NOCEDA ERIGOYEN

SONIA PEREIRO ALVAREZ

CONCEPCIÓN CARBAJALES ÁLVAREZ

1 Introducción

Una prótesis es un dispositivo que se implanta para realizar una determinada función que el cuerpo ha perdido o la realiza de forma muy defectuosa.

La articulación de la cadera es el encaje que forma la cabeza del hueso del fémur, de forma semiesférica, con el cotilo de la pelvis, que es una cavidad del hueso de la cadera en forma también de semiesfera. La prótesis de cadera se pone en el lugar que ocupa la articulación de la cadera.

2 Objetivos

Exponer los principales aspectos relacionados con la movilización de los pacientes con prótesis de cadera.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en distintas bases de datos: Scielo, Google y revistas de rehabilitación.

Las palabras claves que se han utilizado como filtro para realizar la búsqueda fueron: movilización, prótesis y cadera.

4 Resultados

Hay que asegurar que la movilización de los pacientes con prótesis de cadera se realice de forma adecuada; para evitar complicaciones relacionadas con su patología y minimizar las molestias y/o dolor que pueda producir dicha movilización.

Precauciones:
-Verificar que no existe contraindicación médica ni quirúrgica para la movilización, y que el dolor del paciente la permite.
-Edad del paciente.
-Situación previa a la intervención.
-Motivo de la intervención (colocación de la prótesis).
-Estado de salud general.
-Movilidad previa y fuerza muscular.
-Funcionalidad antes de la intervención.

Material necesario para el paciente con prótesis:
-Almohada.
-Media elástica.
-Adaptador para elevar asientos e inodoros.
-Bastones ingleses o andadores.
-Calzado cerrado sin cuña, con suela antideslizante.

Movilización del paciente con prótesis de cadera:
-En la cama, el paciente, debe de permanecer con las piernas separadas, ayudándose de una almohada y sin rotar los pies.
-Cuando sea necesario lateralizar al paciente para la higiene o cambio de ropa de cama, colocarlo sobre el lado sano, situando una mano en el tercio inferior y cara interna del muslo afecto, y la otra mano en la región sacra, manteniendo la almohada entre las piernas para evitar la aducción de la cadera.
-Colocar una media elástica antes de levantar al paciente y retirarla al acostarlo.
-Cuando el paciente se vaya a levantar, hacerle salir y entrar por el lado de la extremidad operada para evitar la rotación interna.
-Se debe levantar elevando la parte superior del cuerpo y moviéndose en bloque para bajar primero la pierna operada sin flexionarla apoyándose en la pierna

sana.
-Encaso de que el paciente vaya a sentarse, se debe apoyar sobre los brazos de la silla, con la espalda y la pierna operada rectas. Una vez sentado debe flexionar la rodilla del lado afectado.
-La altura de la silla debe permitir que las caderas estén al mismo nivel o discretamente más altas que las rodillas.
-Utilizar dispositivos de apoyo para iniciar la deambulación (andador o bastones ingleses).

Plan de cuidados
Cuando el paciente es dado de alta, se le dan una serie de recomendaciones para que tenga en cuenta a lo largo de su etapa de recuperación y rehabilitación:
- Consulta de revisión de traumatología.
- Tratamiento y recetas.
- Indicaciones de cuándo acudir a urgencias (fiebre, dolor intenso, calor e inflamación, enrojecimiento, pérdida de movilidad…).
- Cuidados de enfermería en su centro AP, a los 2-3 días tras recibir el alta para vigilar la herida.
- Retirada de puntos en su centro AP, a los 12-14 días tras el alta.

Precauciones en el hogar
-Mantener despejados los suelos (alfombras, tiestos, cables…).
-Utilizar calzado cerrado, ajustado y cómodo.
-No utilizar asientos, ni sanitarios bajos.

Ejercicios indicados
-Flexoextensión de tobillo.
-Isométricos de cuádriceps.
-Isométricos de aductores.
-Flexión de rodilla y cadera.
-Separación de la pierna hacia fuera.

5 Discusión-Conclusión

Se trata de cubrir las necesidades del paciente a lo largo de su hospitalización, hasta que haya sido dado de alta. Se trata de enseñarle los cuidados necesarios para realizar en su domicilio.

6 Bibliografía

- Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación
- Maldazo (blog de traumatología y cirugía ortopédica): http://doctoravaldazo.com/guia-para-el-paciente-con-protesis-total-de-cadera/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1217

CUIDADO DE LA PIEL CON ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

RAMONA NOCEDA ERIGOYEN

SONIA PEREIRO ALVAREZ

CONCEPCIÓN CARBAJALES ÁLVAREZ

1 Introducción

La higiene e hidratación de la piel en personas encamadas es de vital importancia, ya que la piel es un órgano fundamental que sirve de barrera frente a infecciones y otras agresiones externas. Su cuidado contribuye a conservar su vitalidad garantizando que pueda desempeñar su función protectora.

Mantener una higiene adecuada es un gran reto en el caso de las personas que se ven obligadas a pasar mucho tiempo en la cama debido a enfermedades y problemas graves de movilidad.

2 Objetivos

- Aumentar la microcirculación sanguínea, disminuyendo el riesgo de isquemia.
- Facilitar la renovación de las células epidérmicas.
- Potenciar la cohesión celular de la epidermis.
- Aumentar la resistencia de la piel frente a los agentes causales de las UPP.

- Evitar la deshidratación cutánea.
- Proteger frente a la fricción.
- Reducir la fragilidad cutánea.

3 Metodología

Se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, con las palabras clave: piel, ácidos grasos hiperoxigenados, prevención úlceras por presión.

4 Resultados

En los centros sanitarios, sociosanitarios y residenciales de España se establecen una serie de protocolos para el cuidado de la piel. Entre los procedimientos más frecuentes y, que suelen tener en común estos centros, está la aplicación de AGHO en la prevención de las UPP, en el cuidado de la piel perilesional y en la prevención de recidivas de úlceras vasculares y úlceras del pie diabético.

Si bien toda la piel del cuerpo ha de hidratarse para conservar sus funciones y favorecer su elasticidad, se ha de prestar especial atención a las zonas de apoyo, que son las que permanecen mucho tiempo apoyadas sobre la cama, y las prominencias óseas, es decir, en las zonas en las que el hueso está muy superficial (talones, zona sacra, tobillos, lateral de las rodillas, codos, hombros, caderas…).Debido a la presión que reciben, estas zonas son más propensas a sufrir lesiones denominadas úlceras por presión.

En las prominencias óseas, sobretodo en personas con una movilidad escasa o nula, conviene aplicar aceites especiales que ayudan en la prevención de úlceras por presión.Existen varias presentaciones a la venta y se denominan ácidos grasos hiperoxigenados.

Por otra parte, a la hora de aplicar cremas hidratantes es importante dar la cantidad adecuada y dejar que se seque bien para evitar lesiones por humedad u hongos.

El factor que más determina la higiene y la hidratación del paciente es su movilidad, pero también variará según la edad, ya que con el paso del tiempo la piel pierde firmeza y elasticidad por lo que los cuidados han de ser más estrictos.

Los ácidos grasos hiperoxigenados, están indicados en el tratamiento y prevención de alteraciones cutáneas de origen vascular y/o neurotrópicas, principalmente con localización en las extremidades inferiores.

Se aplica una o dos pulverizaciones del producto, dos o tres veces al día, sobre las áreas afectadas o de riesgo, extendiéndolo con la yema de los dedos para facilitar su absorción total. Es importante no frotar porque, al realizar un masaje de forma continuada y/o enérgica, se podría provocar un aumento de la rotura capilar y predisponer al paciente a una úlcera de forma involuntaria.

5 Discusión-Conclusión

La eficacia contrastada de la aplicación tópica de los ácidos grasos hiperoxigenados que incorporan una mayor cantidad de ácido linoleico y linolénico, que son los principales responsables del mantenimiento de la barrera hidrolipídica, junto con el efecto sinérgico de otros de sus componentes (aloe vera y centella asiática).

Estos ácidos grasos destacan por su eficacia en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión estadio I.

6 Bibliografía

- García Ruíz-Rosas J, Martín Mateo A, Herrero Ballestar JV, PomerMonferrer M, MasoliverForés A, Lizán Tudela L. Úlceras por Presión. Cad Aten Primaria. 2004;11(2):87- 94.
- Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2012

Capítulo 1218

ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CAROLINA MESURO BAO

1 Introducción

Un enema es una solución acuosa que se introduce en el interior del recto a través del ano buscando una finalidad específica. Este líquido se introduce en volumen variable según los casos y la edad, ya que pueden ser adultos o niños.

El uso de enemas es una práctica muy habitual y frecuente, ya que el estreñimiento es una de las mayores causas que incide sobre hombres y mujeres mayores de 65 años.

2 Objetivos

Exponer las principales indicaciones y aspectos relacionados con el uso de enemas por parte de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizando palabras clave como; enema, tipos de enema, protocolos de enemas.

4 Resultados

Entre las indicaciones de los enemas destacan:
- Limpiar el colon y recto para pruebas diagnósticas
- Ablandar heces
- Aliviar el estreñimiento
- Administrar medicamentos

Existen varios tipos de enemas según la finalidad:
* Enemas de limpieza: es uno de los más utilizados, y se administra con la finalidad de vaciar el recto y colon de heces. No se retiene la solución en el recto, ya que al cabo de unos minutos se expulsa la solución junto con materiales fecales. Se prescribe en casos de estreñimiento, pruebas o intervenciones quirúrgicas, además existen varios tipos en función de su composición: agua jabonosa, enema salino, tipo casen.

* Enemas de retención: con este tipo de enemas, el paciente tiene que retener el líquido introducido por vía rectal por un periodo no inferior a 30 minutos.
Existen varios tipos:
- Enema oleoso: su finalidad es la de reblandecer las heces y proteger la mucosa intestinal.
- Enema medicamentoso: indicado en situaciones en las que la vía oral no puede ser empleada, y el medicamento se administra a través del recto.
- Enema alimenticio: consiste en introducir sustancias nutritivas por vía rectal.
- Enema opaco: se emplea para realizar estudios radiológicos.

Los auxiliares de enfermería deben:
- Preparar y disponer del instrumental que se vaya a utilizar (lubricante, guantes desechables, gasas, esponja, cuña, empapador, toallas, palangana, enema)
- Que la habitación se encuentre a una temperatura agradable y todo esté limpio
- Explicarle el procedimiento al paciente
- Preparar la cama del paciente, para la administración del enema

- Colocarle en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada
- Ponerse los guantes y lubricar la parte final de la sonda o cánula
- Procurar que el líquido pase lentamente y decirle al paciente que respire profundamente
- Esperar 10-15 minutos que el enema haga su efecto
- Una vez terminado el enema, asear al paciente si fuera necesario y realizar la limpieza y desinfección del material
- Colocar al paciente en una posición cómoda y adecuada
- Registrar el procedimiento en la historia clínica del paciente, la efectividad y las características de las heces

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería contribuyen en la preparación y administración de enemas, es por ello que se debe estar formado y preparado para el uso correcto de la administración, y revisar correctamente la prescripción médica.

Es fundamental estar actualizado constantemente en la metodología de administración de enemas, ya que utilizar un procedimiento correcto con el paciente nos da resultados satisfactorios.

6 Bibliografía

- https://enfermera.io/enema/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://scielo.org/es/

Capítulo 1219

REVISION BIBLIOGRÁFICA DEL ARREGLO DE LA CAMA HOSPITALARIA

MARIA BEGOÑA PRADO CUEVA

1 Introducción

La cama hospitalaria es el lugar donde el paciente va a descansar durante su estancia hospitalaria y donde puede pasar, según su enfermedad, la mayor parte de las horas del día. Se convierte en algo propio del paciente, que le procura comodidad, seguridad, sueño, alivio del dolor, etc Además, facilita la realización de las diversas técnicas sanitarias. Por este motivo, debe estar en perfectas condiciones de conservación y provista con toda la ropa de cama que sea necesaria.

Es importante que las camas cumplan con los siguientes requisitos:
- Deben ser articuladas, con un plano regulable en altura.
- Tienen que resultar fácilmente manejables y desplazables, por lo que van provistas de ruedas y sistema de frenado.
- La fuente de luz no debe encontrarse frente a ella.
- En general, las camas están hechas de tubos huecos que se pueden lavar cómodamente para facilitar su limpieza y desinfección.

Existen diferentes tipos de camas que se adaptan a las necesidades específicas de los pacientes.
En general, se pueden distinguir dos grupos:
- Camillas de exploración: Sirven para la exploración y el transporte del paciente. Se utilizan en los consultorios de los hospitales, los centros de salud, etc. Antes de

colocar al paciente, deben cubrirse con una sabanilla, que será cambiada después de su utilización. Las camillas de exploración pueden ser: rígidas o articuladas.
- Camas de descanso: Están destinadas a pacientes que van a permanecer en el hospital durante largos periodos de tiempo. Los principales tipos aparecen: cama metálica de somier rígido, cama articulada, cama ortopédica, traumatológica o de Judet, cama electrocircular o circoeléctrica, cama Roto Rest, cama de esferas fluidificada, Clinitron, cama de sedestación, Gatch, Incubadora.

2 Objetivos

- Conocer las principales técnicas de TCAE en el arreglo de la cama hospitalaria para favorecer el buen funcionamiento del equipo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de los buscadores Pubmed, Cuiden y Elsevier. Se utilizaron las palabras clave: cama, hospitalaria, TCAE, con los operadores boleanos AND Y OR.

4 Resultados

Existen diferentes maneras de preparar una cama hospitalaria.
- Cama abierta: es aquella que corresponde a un paciente ingresado o que va a ingresar de inmediato. Hay dos tipos: cama abierta ocupada, cama abierta desocupada.
- Cama cerrada: cama no asignada a ningún paciente o estando asignada, está pendiente de ocupación.
- Cama quirúrgica: cuando va a ser ocupada por un enfermo procedente de quirófano o sometido a anestesia

Preparación del material:
• Guantes no estériles
• Funda de colchón, si es preciso
• Dos sábanas (encimera y bajera)
• Sábana entremetida, si es necesario
• Manta si es preciso y colcha
• Almohada forrada, si es preciso y funda de almohada
• Protector de cama de celulosa, si es preciso

• Grúa si fuera necesario
• Carro de ropa limpia
• Carro de ropa sucia

Manejo del material:
- Comprobar la identidad del paciente
- Frenar las ruedas de la cama
- Respetar la intimidad del paciente durante toda la técnica, no dejándolo nunca totalmente al descubierto. Evitar corrientes de aire.
- Retirar la ropa sucia cuidadosamente, evitando sacudirla y echándola en la bolsa adecuada.
- Tanto la ropa sucia como la limpia no deberá estar en contacto con la cama del otro paciente.
- Hacer las camas diariamente, con ropa limpia, a primera hora de la mañana y siempre que sea necesario.
- El carro de la ropa no debe entrar en la habitación, quedándose en la puerta
- Tener en cuenta posibles alergias a utensilios y materiales a utilizar.
- Disponer del personal adecuado y los recursos materiales (grúas, asideros, triángulos, barandillas, etc...) para asegurar una buena higiene postural.
- La ropa limpia a utilizar, la colocaremos de abajo-arriba según el orden de utilización, en cantidad necesaria y en la habitación.

Técnica:

CAMA ABIERTA OCUPADA
- Preparar todo el material junto a la cama del paciente
- Realizar la higiene de manos
- Colocarse guantes no estériles
- Colocar la cama en posición horizontal si las condiciones del paciente lo permiten y si fuera posible, adecuar la altura de la misma a la posición
- Este procedimiento se realizará teniendo en cuenta la seguridad, intimidad y comodidad del paciente, evitando movimientos bruscos y corrientes de aire .
- No dejar al paciente al descubierto, procurando taparle con una encimera.
- Colocarse una persona a cada lado de la cama o levantar la barandilla del lado opuesto al lugar donde se coloca el profesional, si este estuviera solo.
- Retirar la colcha y la manta
- Aflojar la sábana superior manteniendo cubierto al paciente
- Retirar la almohada, cambiar su funda colocándola encima de una silla; (en determinadas situaciones podemos dejar puesta la almohada para mejorar la como-

didad del paciente)
- Colocar al paciente en decúbito lateral, manteniendo la posición ayudado por un profesional, la barandilla de seguridad o ayudas técnicas
- Aflojar la sábana inferior doblándola junto con la entremetida a manera de abanico hacia el centro de la cama, comprobando la limpieza de la funda del colchón y cambiándola si fuera necesario.
- Colocar la sábana bajera limpia fijándola por debajo del colchón, realizando la doblez en la esquina en mitra o sobre, primero en la cabecera y después en los pies
-Colocar la sábana entremetida, si fuera necesario, encima de la sábana bajera en el tercio medio de la cama, con las costuras hacia los pies, fijándola por debajo del colchón
- Por medio de un solo movimiento, voltear al paciente hacia la parte limpia. Retirar la ropa sucia introduciéndola en la bolsa del carro sucio, estirar la sábana limpia y la entremetida, que deben quedar sin arrugas, fijando bajo el colchón las esquinas y realizando los bordes en mitra.
- Colocar al paciente en decúbito supino
- Colocar la almohada
- Colocar la sábana superior limpia encima del paciente a la vez que se retira la sucia. Dejar el embozo en la parte superior y zona holgada en los pies ajustándola bajo el colchón
- Colocar colcha y manta, si fuera necesario, sujetando las esquinas en mitra o sobre
- Acomodar al paciente, dejando a mano todo lo necesario y el timbre de llamada
- Comprobar que la cama queda frenada y al nivel más bajo posible
- Recoger y ordenar todos los útiles empleados
- Retirar los guantes
- Realizar higiene de manos

CAMA ABIERTA DESOCUPADA
- Preparar el material necesario disponiéndola según orden de empleo
- Realizar higiene de manos
- Colocarse guantes no estériles
- Colocar la cama en posición horizontal, y si fuera preciso adecuar la altura de la misma a la posición de trabajo
- Retirar la ropa sucia de la cama pieza a pieza, sin agitarla, doblándola o enrollándola sobre sí misma y depositándola en la bolsa del carro sucio
- Empujar el colchón hacia la cabecera de la cama y estirar o cambiar funda

- Colocar la sábana bajera comenzando por arriba, fijándola bajo el colchón, haciendo las esquinas en mitra y metiendo después los laterales
- Situar la sábana entremetida, si es necesaria, en el tercio medio de la cama, con las costuras hacia los pies, centrándola y fijándola bajo el colchón por los laterales
- Colocar la sábana encimera dejando entre 20 y 50 cm en la cabecera para el embozo. - Introducir la parte inferior bajo el colchón y dejar las esquinas, para hacerlas junto con la manta y la colcha. Aunque también puede hacerse pieza a pieza.
- Colocar la manta y la colcha centrándolas en la cama
- En la parte superior volver la sábana sobre la manta y la colcha, para hacer el embozo
- Con la colcha, manta y encimera juntas, se confecciona en cada esquina de la parte inferior del colchón un "borde en mitra"
- La sábana superior, la manta y la colcha deben colgar por igual a los lados de la cama y no se deben fijar bajo el colchón
- Cambiar la funda de almohada y colocarla en la cabecera de la cama
- Comprobar que la cama queda frenada y en la posición más baja posible
- Recoger, limpiar y ordenar todos los útiles empleados
- Retirar los guantes
- Realizar higiene de manos

CAMA CERRADA
Proceder de la misma forma que en la cama abierta desocupada. No es necesario utilizar guantes.

CAMA QUIRURGICA
Realizar igual que la cama cerrada teniendo en cuenta las siguientes excepciones:
- No lleva almohada para evitar posibles aspiraciones en caso de producirse vómitos. La cabecera de la cama está protegida por una entremetida o un paño de campo o un protector de celulosa.
- La lencería estará doblada a los pies de la cama, para facilitar el cambio del paciente desde la camilla, o se doblará la parte de los pies y a continuación los laterales, dando posteriormente otro doblez para dejar la ropa en un lateral de la cama y facilitar así el paso del paciente.
- La cama debe disponer de soporte de suero.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de un protocolo de actuación en la técnica del arreglo de la cama hospitalaria se hace necesaria, pues no solo asegura una adecuada atención de los pacientes sino que agiliza el procedimiento. Por ello las actividades de TCAE deben realizarse siempre de forma sistemática con el uso de protocolos establecidos que deben ser revisados y actualizados con frecuencia.

6 Bibliografía

1. López Porcel, J.B. 2008. Cuidados auxiliares básicos de Enfermería. Ed. Vértice. [Citado 27 de octubre de 2010].
2. CEP. 2009. Manual para auxiliares de Enfermería. Ciclo formativo de Grado Medio. Ed. CEP.[Citado 27 de octubre de 2010].
3. Preparación de la cama ocupada. Hospital Gil Casares. Santiago de Compostela. [Citado 27 de octubre de 2010][Actualizado Enero 2003].
4. MANUAL DE LA ENFERMERÍA. (2003). Edición Grupo editorial Océano. España. Pág. 354 –391.
5. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1991). Guía para la prevención y el control de la infecciones en el hospital. Serie Unidad de calidad total. No 4. Madrid. Pág. 167 –175.

Capítulo 1220

SÍNDROME DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS (S.O.P)

REBECA FERNÁNDEZ LÓPEZ

VERÓNICA GANSO FERNÁNDEZ

MANUELA ÁLVAREZ VELÁZQUEZ

1 Introducción

El síndrome del ovario poliquísticos se trata de una enfermedad que tiene unos niveles muy elevados de hormonas (andrógenos). Está ligado a cambios en los niveles hormonales que dificultan a los ovarios la liberación de óvulos maduros.

2 Objetivos

- Conocer los síntomas de la enfermedad, obtener un diagnóstico y tratamiento adecuados para evitar complicaciones mayores.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores síndrome de ovarios poliquísticos, problemas hormonales en las mujeres, síntomas del síndrome de ovarios poliquísticos, tratamiento para ovarios poliquísticos, complicaciones de los ovarios poliquísticos.

4 Resultados

Con el síndrome de ovarios poliquísticos, los óvulos maduros no se liberan. Permanecen en los ovarios circundados por una pequeña cantidad de líquido. Puede haber muchos de ellos.

Algunos de los síntomas de ovarios poliquísticos que se pueden dar son:
- Períodos menstruales irregulares
- Ausencia del periodo menstrual durante varios meses
- Vello corporal que crece en el pecho, el abdomen, la cara, alrededor de los pezones
- Cambios en la piel
- Acné en cara, tórax o espalda
- Agrandamiento del clítoris
- Engrosamiento de la voz
- Disminución del tamaño de las mamas
- Infertilidad

Suele diagnosticarse entre los 20 o 30 años, aunque también puede afectar a niñas adolescentes. Algunas de las pruebas para diagnosticar el síndrome de ovario poliquísticos son analíticas, ecografías, exámenes ginecológicos.

El tratamiento más habitual consiste en píldoras anticonceptivas.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el síndrome de ovarios poliquísticos no entraña un gran peligro para la salud, es importante el diagnóstico y tratamiento para evitar complicaciones tales como la esterilidad.

6 Bibliografía

- Medlineplus.gov.
- Mayoclinic.org.
- Cuidateplus.com.
- Hormone.org.
- Wikipedia.org.

Capítulo 1221

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA.

MARLENY MOLLEAPAZA CONDORI

NOEMÍ MORENO ALVAREZ

1 Introducción

Hay numerosos factores vinculados con una cirugía que pueden producir ansiedad e influir negativamente en el afrontamiento del paciente a una determinada cirugía. Para abordar la ansiedad preoperatoria y poder reducirla se pueden poner en marcha intervenciones alternativas a la administración de fármacos en las que enfermería tiene papel importante.
Palabras clave: Cuidados preoperatorios, ansiedad, enfermería, relación terapéutica.

2 Objetivos

Objetivo general
El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice la influencia de una intervención formativa de enfermería sobre un correcto manejo de la ansiedad preoperatoria.

Objetivos específicos
- Los objetivos específicos los hemos dividido en cuatro:

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de enfermería para realizar un adecuado manejo de la ansiedad preoperatoria
- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo por parte de enfermería de la ansiedad preoperatoria.
- Mejorar el abordaje multidisciplinardel paciente con ansiedad preoperatoria.

3 Metodología

Estrategia de búsqueda
Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre la contención mecánica en el servicio de urgencias. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Cuiden, Scielo, Cochrane, Scopus . Las búsquedas se realizaron entre enero y marzp de 2019.
Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2009 al 2019, si bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada, el primer barrido realizado bajo estos términos no proporcionó los suficientes resultados.
La recopilación de los artículos se hizo en base a la relevancia clínica de los mismos con respecto al objetivo del estudio.

Criterios de inclusión y exclusion

Criterios de inclusión:
- Artículos científicos a texto completo.
- Documentos publicados entrevistas científicas.
- Ensayos clínicos aleatorizados.
- Estudios de casos.
- Revisiones bibliográficas.5
- Los documentos debían estar disponibles en inglés o español.

Criterios de exclusión:
- Documentos que no cumplían los objetivos que se pretendían.
- Artículos que no fueron conseguidos a texto completo.
- Artículos cuya fecha era anterior a 2009.
-Artículos cuyas muestras no cumplían los estándares exigidos por este estudio.

Selección de documentos
Debido al gran número de documentos obtenidos tras la primera fase de búsqueda, en la primera acción se procedió a la eliminación de aquellos documentos duplicados, tras ello procedimos a identificar aquellos resúmenes cuyos descriptores en el título coincidían con los propuestos en nuestro estudio, posteriormente en una revisión preliminar de los resúmenes se identificaron muchos estudios no relacionados con el tema que fueron eliminados, para finalmente mediante la lectura profunda de los resultados de los artículos restantes nos llevó a eliminar aquellos en los que el número de la muestra era muy pequeño, y aquellos cuya muestra estaba basada en otro tipo de causa diferente de la violencia de género. El número de final de artículos seleccionados fue de 25.

4 Resultados

Las intervenciones obtenidas (musicoterapia, técnicas de relajación) son de una relevancia importancia para calmar la ansiedad preoperatoria y que no es válido cualquier tipo de preparación para poder llevarlas a cabo con éxito, ya que deben tener un contenido organizado y realizarse en el momento idóneo.

5 Discusión-Conclusión

Las intervenciones encontradas disminuyen significativamente la ansiedad preoperatoria y pueden realizarse en cualquier momento anterior a la cirugía a excepción del preoperatorio inmediato en el caso de la visita previa de enfermería.

6 Bibliografía

- López Manzano,E; Fernández Utrilla,P; Jaime Cervilla, M. Elementos principales de los métodos de contención en pacientes con agitación en el servicio de urgencias. RevistaEnfermería Docente2016. Vol. 1, núm. 106.
- Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.Documento de Consenso sobre Contenciones Mecánicas y Farmacológicas. 2014.
- Jensen CC, Lydersen T, Johnson PR, Weiss SR, Marconi MR, Cleave ML, Weber P .Choosing staff members reduces time in mechanical restraint due to self-injurious behaviour and requesting restraint. J Appl Res Intellect Disabil.2012 Jan 5 .287-7 1468-3148.2011.006

- Guzman Parra, J; Garcia Sanchez, JA; Pino Benitez, I; Alba Vallejo, M; Mayoral Cleries, F. Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish PsychiatricWard.PerspectPsychiatr Care.2015Oct; 51:260-7.

Capítulo 1222

ASEOS HOSPITALARIOS

ANGELA CARNEADO CONDE

AURORA VAZQUEZ RUA

ADRIAN PRENDES VÁZQUEZ

NATALIA VAZQUEZ RUA

MARÍA EUGENIA IGLESIAS GARCÍA

1 Introducción

Entre los multiples cuidados que se realizan en el área hospitalaria se encuentra el aseo.

2 Objetivos

Determinar la importancia de la higiene personal de los pacientes.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las diversas bases de datos utilizando los decriptore;cuidados higiene,aseo y los operadores booleanos and y or

4 Resultados

La higiene es de suma importancia en el ambito de la salud y personal.

Al proporcionar una higiene adecuada el paciente se sentirá más cómodo, cuidado y obtendrá una sensación de bienestar óptima.

Si el paciente puede realizarse el por si mismo debera realizarlo sino lo realizar el personal sanitario, se deberá hidratar la piel y peinar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una higiene adecuada el paciente se sentirá confortable y disminuiremos considerablemente el riesgos de infeciones.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1223

LA IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA DURANTE EL PREPARTO Y POSTPARTO.

PALOMA GRANA ALONSO

DANIEL GIJON NORIEGA

OLAYA GARCÍA ESCUDERO

VERÓNICA MARTÍNEZ LÓPEZ

MARÍA JESÚS SOUTO BLANCO

1 Introducción

El embarazo es esa etapa en la que la mujer sufre una serie de transformaciones en el organismo tanto a nivel fisiológico como emocional. Estas modificaciones se pueden hacer incluso más evidentes tras el parto.
Entre dichas alteraciones nombramos las siguientes: alteración del esquema corporal, alteración del sistema urinario, desestabilidad lumbo-pélvica, alteración de la pared abdominal y alteraciones del sistema cardiovascular, hematológico, respiratorio y gastrointestinal , así como un desequilibrio en el metabolismo y modificaciones dermatológicas. Nos vamos a centrar en la repercusión de la disfunción del suelo pélvico, la cual puede llegar a provocar lo siguiente (C. Walker, 2013):
- Incontinencia urinaria.

- Prolapsos.
- Disfunciones del vaciado vesical.
- Incontinencia anorrectal.
- Dolor pélvico crónico.
- Disfunciones sexuales.

El suelo pélvico es el conjunto de músculos (el más importante el elevador del ano) y fascias que cierran la cavidad abdominopélvica en su parte más inferior. Los órganos que se encuentran en esta cavidad pertenecen tanto al sistema urinario como al ginecológico-productivo y digestivo. Dividimos la pelvis en tres compartimentos diferentes: anterior, posterior y medio.

En el primer compartimento que describimos como el anterior se encuentra el sistema urinario, la vejiga y la uretra. La vejiga es una bolsa que tiene la función de almacenar la orina, y se conecta con la uretra. La uretra es un conducto de unos 3 cm responsable de la continencia urinaria gracias a la contracción de su musculatura voluntaria e involuntaria.

En el segundo compartimento o compartimento medio está el útero, órgano de tamaño variable en el que se encuentra el feto durante la gestación. La parte inferior del útero conecta con la vagina que a su vez ésta conecta con el medio externo.

El tercer compartimento o también llamado compartimento posterior está formado por el recto y el ano, por lo tanto es el responsable de la continencia fecal. Como ya hemos mencionado, el embarazo, el parto y el postparto son causas que provoca disfunciones en el suelo pélvico, pero también debemos nombrar y saber qué puede provocarlo el estreñimiento, la obesidad, la multiparidad y/o los deportes de impacto como la carrera, el crossfit, pádel, etc.

La incontinencia urinaria es una pérdida involuntaria de la orina. El afectado tiene una necesidad imperiosa y repentina de orinar, pero no logra retener la orina. Se debe a que durante la gestación se dilata la pelvis renal, cálices y uréteres inducidos por estímulos hormonales, principalmente por la progesterona, también debido a factores mecánicos como la desviación y la rotación del útero hacia el lado derecho por lo que el espacio urinario se ve aumentado. A todo esto si le sumamos el aumento de la vascularización y el mayor volumen del espacio intersticial hace que se produzca un aumento de la cantidad de orina excretada

Existen varios tipos de incontinencia urinaria:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): se define como la pérdida involuntaria de la orina a través de la uretra tras un esfuerzo o ejercicio como toser o estornudar.

Para que haya una buena continencia urinaria debe de haber una buena conexión entre tres sistemas: el sistema de soporte uretral, el sistema de estabilización lumbopélvica y el sistema de cierre intrínseco uretral. (Grewar et al.)
La uretra es un conducto formado por capas de fibras musculares estriadas y lisas, la cual es estable gracias a la pared vaginal anterior, la fascia endopélvica, el arco tendinoso de la fascia pélvica, los músculos elevadores del ano, entre otros, es decir, el sistema de soporte uretral (Achtari C, Dwyer PL.) .
Por otro lado nos ayudará a conseguir esta solidez el sistema de estabilización lumbopélvica (Pool-Goudzwaard A) y el sistema de cierre intrínseco uretral, en el cual una fibrosis podría provocar un fallo generalizado.
- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): se define como la pérdida involuntaria de la orina provocada de manera urgente. Está relacionada con el aumento de la frecuencia miccional diurna y nocturna. Cuando existe un deseo miccional difícil de controlar la llamamos vejiga hiperactiva, en este caso es posible que en 24 horas se orine ocho o más veces durante el día y en dos o más ocasiones durante la noche.
- Incontinencia urinaria mixta: pérdida involuntaria de orina asociada a la urgencia y al esfuerzo.
- Incontinencia urinaria por rebosamiento: sucede si la capacidad de almacenamiento de la vejiga es superada. Este tipo se asocia a la retención de orina provocada por una obstrucción uretral o una débil contracción del detrusor para la expulsión (vejiga hipoactiva). Se caracteriza por el goteo.
- Incontinencia urinaria continua: ausencia de deseo miccional, común en alteraciones neurológicas y en pacientes con uretras rígidas y fibrosas, así como en hombres tras prostatectomía en los primeros momentos.
- Otras: incontinencia coital, enuresis, incontinencia de la risa.

Los prolapsos son los descensos de órganos pélvicos respecto a su posición anatómica original. Existen tres tipos de prolapsos:
Prolapso del compartimento anterior: Cistocele o Cistouretrocele, cuando desciende la vejiga y la uretra.
Prolapso del compartimento medio: prolapso uterino o Histerocele.
Prolapso del compartimento posterior: Rectocele o Proctocele, cuando desciende el recto a través de la pared posterior de la vagina, y Enterocele, cuando se prolapsan las asas intestinales.
En la clasificación de los prolapsos se evalúa el descenso del órgano en reposo y después de hacer una maniobra de Valsalva. Se clasifica de 0 a 4:
0, ausencia de prolapso.
1, leve (ligero descenso visceral en el interior de la vagina).

2, moderado (el órgano desciende hasta el plano vulvar).
3, grave (sobresale en la maniobra de Valsalva).
4, muy grave (el órgano sobresale de la vagina en reposo).

Las disfunciones del vaciado vesical es un síndrome de causa no neurógena que se caracteriza por una función uretral hiperactiva durante la fase de vaciado.
Incontinencia anorrectal es la evacuación involuntaria de materias rectales líquidas, sólidas o gaseosas según la ICS (Sociedad Internacional de Continencia).
Dolor pélvico crónico .
Disfunciones sexuales, entre las disfunciones sexuales podemos encontrar la Dispareunia.
Desde el punto de vista de la fisioterapia para el tratamiento en las disfunciones del suelo pélvico encontramos:

TÉCNICAS MANUALES:
- Masaje vaginal, se usa tras el parto para tratar las cicatrices de la episiotomía y contracturas, también para flexibilizar y así preparar el tejido blando del suelo pélvico al final del embarazo.
- Masaje transversal profundo o cyriax.
- Técnicas Miofasciales.
- Estiramientos de la musculatura del suelo pélvico.
- Fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico.

TÉCNICAS INSTRUMENTALES:
- Biofeedback o retroalimentación, técnica en la que el paciente aprende a conocer su suelo pélvico gracias a información visual o auditiva, acorde a cada persona según la actividad que mida el aparato.
Encontramos biofeedback manométrico y biofeedback electromiográfico, éste último más preciso, pues hay varios tipos de electrodos según la musculatura a tratar, musculatura interna o externa (abdominal).
- Electroestimulación, como técnica antiálgica y propioceptiva.
- Bolas chinas, sirven para mejorar el tono muscular.
- Diatermia, son corrientes de alta frecuencia. Produce un aumento de la temperatura en los tejidos. Beneficioso como calentamiento previo para realizar otra técnica.
- Punción seca, se usa para tratar los puntos gatillo en los músculos. Para ello se usarán agujas de acupuntura.
- Neuroestimulación magnética, consiste en la estimulación del nervio pudendo.

TÉCNICAS AUTÓNOMAS:
- Reeducación postural ante esfuerzos.
- Ejercicios de contracción voluntaria del suelo pélvico)Kegel).
- Automatismo perineal.
- Entrenamiento abdominopélvico, como los ejercicios hipopresivos (Marcel Caufriez, 1997).
- Técnicas comportamentales: entrenamiento vesical, evitar sobrepeso, evitar ciertos alimentos o vicios como el alcohol, tabaco, cafeína…) que tienden a producir vejiga hiperactiva, incontinencias por esfuerzo ,por urgencia, etc, ingesta de líquidos, ejercicio físico.

2 Objetivos

Objetivo principal.
- Reconocer los beneficios de la fisioterapia de suelo pélvico en mujeres embarazadas.

Objetivos secundarios.
- Verificar las distintas alteraciones que puede provocar un embarazo en el suelo pélvico.
- Comprobar los beneficios que puede producir un tratamiento previo al parto.
- Reconocer las técnicas fisioterápicas indicadas en función de la patología o alteración del suelo pélvico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para este estudio hemos analizado diferentes artículos llegando a resaltar lo siguiente:

Bergmark (1989) hablaba del sistema muscular local y global en la estabilización lumpopélvica, y fue así como clasificó los músculos del tronco en dos sistemas: un sistema local, formado por músculos como el diafragma torácico, transverso del abdomen, fibras internas del músculo oblicuo interno, los multífidos y el suelo pélvico. Y un sistema global compuesto por fibras externas del músculo oblicuo interno, el oblicuo externo, los rectos abdominales, las fibras laterales del cuadrado lumbar y parte de los erectores espinales.

Son varios los autores que hablan de la coactivación entre la musculatura abdominal y el suelo pélvico, en el que gracias a estudios electromiográficos y ecográficos han demostrado esto tanto en situaciones voluntarias como involuntarias. Hablan de ello Bo K., Madill SJ., Neuman P, Sapsford RR, Hodges PW, Richarson CA, Cooper DH, Markwell SJ, Jull GA, Junginger B, Baessler K, Sapsford R, Hodges PW.
Kari Bo (1990), los ejercicios de contracción voluntaria de suelo pélvico deben de ajustarse a cada paciente en función de la fuerza, velocidad, tiempo de descanso, duración de contracción y postura adoptada, aún así existen programas estándar como el creado científicamente por Kari Bo.

Kari Bo, Sherburn M, Allen T, Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bernardes BT, Resende AP, Stupp L, Oliveira E, Catro RA, Girao MJ, Petricelli CD, Nakamura MU, Alexandre SM, Zanetti MR. Estos autores con varios estudios muestran que la intensidad de la contracción del suelo pélvico que resulta de la contracción del plano profundo abdominal no es comparable con la contracción voluntaria del suelo pélvico. A esto le añadimos los resultados de los últimos estudios sobre los hipopresivos, en los que existe un mayor incremento de la actividad del suelo pélvico durante la contracción voluntaria de éste en comparación con un hipopresivo, es decir, contracción del plano abdominal profundo.

5 Discusión-Conclusión

En el tratamiento fisioterápico del suelo pélvico en mujeres preparto o postparto los beneficios son evidentes. Por una parte, durante el preparto se consigue una mayor flexibilidad de los tejidos y una mayor consciencia para la mujer de su suelo pélvico.
A día de hoy sabemos que muchas de alteraciones provocadas tras el parto se pueden evitar o al menos reducir los efectos. Antiguamente todas estas consecuencias estaban normalizadas y apenas se llevaba a cabo un tratamiento. Podemos encontrarnos alteraciones del tipo: incontinencias, prolaspsos, disfunción

del vaciado vesical, incontinencia anorectal, dolor pélvico crónico y disfunciones sexuales. Para evitar esto es fundamental la información por parte del personal sanitario y así remitir a los profesionales correspondientes.

Un tratamiento previo al parto va a dar mayor confianza a la mujer al reconocer su propio cuerpo y sentir su suelo pélvico, va a conseguir mayor flexibilidad de los tejidos, lo cual es fundamental para prepararse para el parto.
Tras un parto traumático o con secuelas es importante que la mujer sepa que desde el ámbito de la fisioterapia puede llegar a conseguir soluciones y atajar su problema, la fisioterapeuta o el fisioterapeuta explicará a la paciente los diferentes tratamientos posibles según su alteración y así poder llevarlos a cabo.

6 Bibliografía

- Carolina Walker.2 edición. 2013). Fisioterapia en obstetricia y urogineocología, Elsevier Masson.
- Moreno, A. A. (2018). Importancia de la prevención de la disfunción del suelo pélvico a las mujeres embarazadas a través de la intervención enfermera o fisioterapeuta a lo largo de embarazo y postparto.
- Encabo-Solanas, N., Torres-Lacomba, M., Vergara-Pérez, F., Sánchez-Sánchez, B., & Navarro-Brazález, B. (2016). Percepción de las puérperas y de los profesionales sanitarios sobre el embarazo y el parto como factores de riesgo de las disfunciones del suelo pélvico. - Estudio cualitativo. Fisioterapia, 38(3), 142-151.
- Porta, O., & Espuña, M. (2016). Manual de anatomía funcional y quirúrgica del suelo pélvico. Marge Books.

Capítulo 1224

ABORDAJE FISIOTERÁPICO ANTE EL PACIENTE AMPUTADO EN EL HOSPITAL

MARLEN DE LA FUENTE FERNANDEZ

LARA ALVAREZ CAMPAL

CECILIA GONZALEZ ALVAREZ

PILAR DEL BOSQUE GONZÁLEZ

1 Introducción

La amputación consiste en la escisión total de un miembro o segmento del mismo. Puede ser traumática (amputación primaria) o puede efectuarse como técnica quirúrgica (amputación secundaria). Existe un tipo especial llamado desarticulación. La amputación de miembro inferior es mucho más frecuente que la de miembro superior. La de miembro inferior tiene más incidencia en pacientes de edad elevada, la principal causa suele ser la vascular seguida de la tumoral; mientras que en las de miembro superior, con una incidencia mayor en pacientes jóvenes, la principal causa suele ser traumática.

Esta intervención constituye un proceso grave que afecta al individuo, tanto a nivel físico como psíquico, puesto que la imagen y el esquema corporal se muestran altamente alterados. El proceso de recuperación de una amputación es largo y supone un gran desgaste, ya que aparte de la pérdida anatómica sufrida, el pa-

ciente debe hacer frente a varios estadíos: recuperación de la intervención, fase de preparación del muñón, fase de adaptación a la prótesis.

Por ello, es necesario que los pacientes sean tratados por un equipo multidisciplinar.

2 Objetivos

El muñón debe encontrarse en unas condiciones óptimas para que la adaptación de la prótesis sea lo más adecuada posible. Debe cumplir tres requisitos:

• No presentar dolor.

• Tener forma cónica.

• Estar desensibilizado.

Los cuidados de muñón se llevarán a cabo desde el momento que se ha realizado la cirugía, el fisioterapeuta acudirá a planta a iniciar el tratamiento de la fase preprotésica. Tendrá como objetivos:

• Cicatriz sin adherencias y sin zonas hipertróficas, observando también el trofismo de la piel, que haya una correcta higiene.

• Reducir la sensibilidad del muñón y así poder protetizar.

• Irrigación sanguínea óptima en toda la región.

• Recorrido articular completo, evitar posturas viciosas que favorecen las retracciones.

• Alcanzar un nivel óptimo de musculatura compatible con la protetización, fortaleciendo tronco y extremidades.

• Evitar el edema de muñón.

• Conseguir un moldeado óptimo del mismo.

• En amputaciones inferiores, trabajar capacidad para desarrollar la marcha con o sin ayudas técnicas, y conseguir un equilibrio compatible.

• Colaborar en el buen estado general y psicológico del paciente.

3 Caso clínico

Paciente de 70 años diabético, que se le ha realizado una amputación infracondílea en el miembro inferior izquierdo, secundaria a una úlcera infectada que produjo necrosis del tejido. Se encuentra en planta, han pasado 15 días de la intervención, no tiene ya puntos en cicatriz, está realizando ejercicios respiratorios, ejercicios isométricos de muñón y cinesiterapia activa de miembros superiores. El muñón tiene una forma cónica correcta, el paciente se realiza él mismo el vendaje. Va a iniciar pruebas con una prótesis provisional.

Nos encontramos, por tanto, en la fase preprotésica del tratamiento. Su duración será de unos 3 meses, hasta que el paciente presente las condiciones óptimas para la instauración de la prótesis definitiva y realizar la rehabilitación de manera ambulatoria.

Trataremos la cicatriz con masajes en zig-zag y en semicírculos, tratando de despegarla de los planos inferiores para evitar adherencias. Para estimular y desensibilizar la zona realizaremos golpeteos de intensidad y velocidad variables, que irán aumentando cuando la herida quirúrgica esté más cicatrizada.

Otro punto principal del tratamiento en esta fase será la vigilancia del edema de muñón, al igual que su modelación. Revisaremos que el paciente realice de manera adecuada el vendaje, evitando ventanas. Es recomendable que lo mantenga en el descanso nocturno y no es conveniente ponerse en bipedestación sin él. Como medida antiedema, le decimos que coloque el muñón en declive cuando se encuentre en reposo.

Hacemos masaje circulatorio en el muñón para asegurar la llegada del flujo sanguíneo. Aconsejamos al paciente que siga manteniendo una correcta higiene haciendo hincapié en el secado exhaustivo de la zona. Al incorporar la prótesis le desaconsejamos el uso de cremas, lociones o polvos de talco porque pueden reblandecer la piel y favorecer lesiones cutáneas.

Le pautamos una tabla de ejercicios isométricos e isotónicos, junto con estiramientos de la musculatura del miembro inferior. Continuará con los ejercicios que tenía para miembros superiores. Hay que evitar las retracciones musculares o contracturas comunes en periodos de sedentarismo e inactividad. Instruiremos al paciente para que evite posturas viciosas de muñón, especialmente en flexión, éstas pueden ser incompatibles con la adaptación de la prótesis. Evitará por tanto la colocación de almohadas en hueco poplíteo o entre las piernas favoreciendo

la abducción. En sedestación evitará cruzar la pierna amputada sobra la sana, así como sentarse durante largos periodos con el muñón flexionado.

Trabajaremos también el equilibrio sobre la extremidad sana, así como enseñar al paciente el uso de bastones y cómo deberá realizar la marcha con prótesis.

4 Discusión-Conclusión

Ante el reto como el de tratar un paciente amputado deben valorarse varios aspectos previos al plantearse los objetivos a conseguir en el trabajo fisioterápico. Hay que valorar el estado psicológico y físico del paciente, ya que de ello dependerán sus ganas de colaborar y de afrontar el largo proceso de rehabilitación. Hay que enfocar los objetivos a largo plazo teniendo en cuenta la edad y el entorno del paciente, así como el tipo de vida que llevaba hasta entonces.

Es muy importante iniciar el tratamiento de manera precoz para conseguir un muñón con buen moldeado y no perder fuerza muscular. Es primordial que el paciente sea autosuficiente para la elaboración del vendaje. Hay que mantenerse en constante alerta y vigilancia puesto que, tanto las actitudes viciosas articulares como las retracciones se van instaurando progresivamente, así como las lesiones cutáneas. Estas complicaciones nos pueden imposibilitar el avance en la rehabilitación o incluso incapacitar para el uso de prótesis.

Es muy recomendable la aplicación temprana de una prótesis provisional, con el fin que comience el reaprendizaje del nuevo esquema motor y además la nueva sensación de presión facilita la reorganización sensitiva en niveles superiores.

5 Bibliografía

1. Bach, S., Noreng, M.F. y Tjellden, N.U. (1988): ”Phantom limb pain in amputees during the first twelve months following limb amputation”. Pain, 33: 297-301.

2. Baron, R. y Maier, C. (1995): ”Phantom limb pain: are cutaneous nociceptoers and spin thalamic neurons involved in the signaling and maintenance of spontaneous and touch-evoked pain? A case report”. Pain, 60: 223-22.

3. Baumgartner, C. (1993): Clinical Electrophysiology of the Somatosensory Cortex. New York, Springer-Verlag.

4. Birbaumer, N., Flor, H., Lutzenberger, W. y Elbert, T. (1995): ”The corticalization

of chronic pain". En B. Bromm y J. Desmedt (eds), From nociception to cognition (pp. 331-344). New York, Raven Press.

5. Clavel S, Cohi O, Viladot R. Ortesis y prótesis del aparato locomotor. Barcelona: Masso; 2005.

6. Cohi O, Salinas F, Ximeno L. Amputaciones y prótesis de la extremidad inferior.TOI (Barc), 13 (2000), pp. 97-108.

7. Durán J, Vázquez R. Amputaciones de miembro inferior. Rol, (1997), pp. 227-8.

8. Martínez M, Alameda J, Molina E, Nuevo S. Valoración de la protetización de amputados de miembro inferior. (1989), pp. 86-9.

9. Nissen SJ, Newman WP. Factors influencing reintegration to normal living after amputation. Arch Phys Med Rehabil, 73 (1992), pp. 548-51.

10. Pillu M, Solomondis SE, Laboisse JJ, Paul JP. La marche des amputés vasculaires étudiée en situation réelle au moyen d un nouveau capteur. (1998), pp. 149-60.

11. Protocolo tratamiento paciente amputado.II parte. TOI (Barc) 1998;27-39.

12. Serra Gabriel, MR. El paciente amputado. Labor de equipo. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2001.

Capítulo 1225

TRATAMIENTO DE PUNTOS GATILLO EN EL TENSOR DE LA FASCIA LATA.

PILAR DEL BOSQUE GONZÁLEZ

CECILIA GONZALEZ ALVAREZ

MARLEN DE LA FUENTE FERNANDEZ

LARA ALVAREZ CAMPAL

1 Introducción

Los estudios respaldan los efectos negativos del sedentarismo y señalan los beneficios de practicar actividad física de manera regular.
El ejercicio es saludable pero depende de la cantidad en que se realice. Se han puesto de actualidad prácticas deportivas como el running, que en personas que no están acostumbradas a hacer deporte, puede tener efectos negativos para su salud.

Han aumentado las lesiones que nos llegan hasta la consulta derivadas del ejercicio, las más frecuentes suelen tener su origen en la sobrecarga mecánica, a veces por una técnica poco adecuada, o por una biomecánica alterada.
Entre las lesiones más comunes en ésta práctica deportiva (running) destacamos la disfunción del músculo tensor de la fascia lata, siendo ésta una fuerte banda fibrosa formada por tejido fascial del tensor de la fascia lata, de los músculos glúteos y del vasto lateral , que ocupa la zona lateral del muslo y cuyas inserciones son: proximalmente en EIAS y distalmente en la superficie medial de la parte

superior de la tibia. Tiene función de flexión, abducción y rotación interna de la cadera, así mismo ayuda a los glúteos medio y menor a estabilizar la pelvis en el plano frontal. La lesión puede ser debida a factores intrínsecos o extrínsecos y el determinarlos formará parte de nuestros objetivos.

2 Objetivos

Nuestro primer objetivo será determinar si el problema se debe a factores extrínsecos como uso de calzado inadecuado, correr sobre terreno irregular etc. o a factores intrínsecos como pronación excesiva del pie, genu varo etc.

En segundo lugar debemos de hacer un diagnóstico diferencial en el que valoraremos:
- Traumatismos, problemas miofasciales, (nuestro caso, que expondremos a continuación será de índole miofascial), problemas estructurales, etc.
Una vez conseguidos éstos dos objetivos, aplicaremos el tratamiento que consideremos más oportuno para conseguir la resolución completa del problema.

3 Caso clínico

Paciente de 40 años, corredor amater, que presenta desde hace dos meses dolor en la cadera ,cara lateral de muslo y rodilla. El paciente fué diagnosticado y tratado de tendinitis de la cintilla iliotibial con terapia física y antiinflamatorios orales, notando cierta mejoría en un principio, pero una vez volvió a correr, el dolor apareció con más intensidad, debiendo suspender de nuevo la actividad física. Además su descanso nocturno se vió alterado ya que el paciente no podía apoyarse sobre el lado afectado por aumento del dolor.
Debido a ésta situación el paciente es derivado a la consulta para revalorar la lesión.

Hay muchas patologías que pueden dar una sintomatología muy parecida, por lo que es de vital importancia realizar un diagnóstico diferencial correcto descartando:
-Neuropatía L4, debida a una disfunción lumbar o a alguna compresión nerviosa.
-Bursitis trocantérea.
-Síndrome de fricción de la cintilla iliotibial, mediante la prueba de Noble.
Una vez descartadas éstas patologías sospechamos de una restricción miofascial debida a puntos gatillo, diagnóstico que confirmamos tras la exploración del mús-

culo tensor de la fascia lata. Para realizar la palpación colocamos al paciente en decúbito supino y palpamos en plano y en dirección perpendicular a las fibras musculares, de ésta manera notamos las bandas tensas, y las zonas de hipersensibilidad dolorosa focal así como la existencia de dolor referido que el paciente identifica como “su dolor habitual”.

Es característico del aumento de tensión en la cintilla iliotibial el resultado positivo del signo de Ober , que consiste en: Estando el paciente en decúbito lateral contrario a la lesión ,la rodilla del lado afectado no llega a la camilla. También ,puede parecer el miembro del lado afecto más corto ,debido a la tirantez del tensor de la fascia lata. Así mismo se debe de explorar también el glúteo menor, ya que si aparecen puntos gatillo en él, también deben de ser inactivados ,ya que si éstos persisten, también lo harán los del tensor de la fascia lata.

4 Discusión-Conclusión

En la actualidad el runnig es un deporte con muchas personas que lo practican, ya que es fácil de practicar y económico, pero en muchas ocasiones hay personas que no están preparadas para éste tipo de entrenamiento, para una determinada intensidad o duración y esto hace que aparezcan lesiones con frecuencia, en las que el papel del fisioterapeuta es determinante para realizar un diagnóstico correcto y un tratamiento eficaz.

5 Bibliografía

- David G.Simons.Janet G.Travell. Lois S.Simons. Dolor y disfunción miofascial.Ed. Panamericana.Segunda edición 2004.
- Kottke Lehmann. Medicina física y rehabilitación. Cuarta edición. Panamericana 1995.
- M. P. Cassar. Manual de masaje terapéutico.Mc Graw-Hill-Interamericana de España,S.A.U. 2001.
- Philip E.Greenman.Principios y práctica de la medicina manual.Williams and Wilkins.2ª ed. 1996

Capítulo 1226

ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS EN TENDINITIS CALCIFICADA.

PAULA BLANCO DEL VALLE

ISIDRO TORRES PAREJO

1 Introducción

La tendinitis es una inflamación en el cuerpo de un tendón. Generalmente se producen como consecuencia de una sobrecarga muscular o por una lesión. Sin embargo, también puede producirse por el desarrollo de otra patología o por la edad, ya que con el envejecimiento los tendones pierden elasticidad y se puede producir su degeneración.
Si hay calcificaciones en el tendón se habla de tendinitis calcificante. Los depósitos de calcio en el hombro se suelen formar sobre el tendón del manguito de los rotadores y de forma particular en el supraespinoso. En la primera fase o silente, se produce la formación de material cálcico en el interior del tendón y el paciente no suele tener molestias. Con frecuencia se convierte en una patología crónica cuyos principales síntomas son, dolor con el movimiento o la realización de alguna actividad y dolor nocturno.
El tratamiento de la tendinitis calcificada se puede llevar a cabo mediante fármacos o con fisioterapia, ante cuyo fracaso, la cirugía era el último escalón terapéutico existente.

2 Objetivos

- Conocer la incapacidad producida por la tendinitis del manguitos de los rotadores.
- Determinar los beneficios de las Ondas de Choque extra-corpóreas.
- Establecer su utilidad frente a otras opciones de tratamiento disponible en la actualidad.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos ScieLo, Google Académico, Pubmed, Medline y Cochrane. Utilizando los descriptores "calcified tendonitis", "ESWT", "extracorporeal shock waves treatment" relacionándolos con los operadores booleanos "AND" y "OR". Se revisan artículos en español y en inglés.

4 Resultados

Las ondas de choque extracorpóreas son ondas de sonido con una presión y duración específicas capaces de propagarse a través de los tejidos. Se emplean para fragmentar elementos sin dañar el tejido. Estimulan la reacción metabólica del tejido, crean burbujas de cavitación, los cuales rompen o cambian la consistencia de los depósitos cálcicos.

Se revisan varios estudios que incluyen el tratamiento con ondas de choque, con enfermedades del manguito rotador (tendinitis, tendinopatías del manguito rotador, tendinitis supraespinoso, infraespinoso o subescapular) para ver la eficacia y disminución del dolor con el tratamiento de ondas de choque.
Además se incluye una revisión sistemática del uso de terapia de ondas de choque extracorpóreas para el tratamiento de la tendinits calcificada crónica del hombro. Dichos estudios muestran una disminución del dolor de hombro después del tratamiento con las ondas de choque. En algunos casos la disminución del dolor ha sido casi del 100%.
Otros estudios comparan el tratamiento de ondas de choque frente al tratamiento con un placebo, los cuales muestran que en los tratados con ondas de choque mejora la función y disminuye el dolor de hombro y además mejora la reabsorción de calcificaciones en la tendinitis calcificada.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad el tratamiento para la tendinitis calcificada de hombro consiste en tratamiento fisioterapeútico, antiinflamatorios no esteroideos, infiltraciones de esteroides y punción. A veces la tendinitis puede no responder a las terapias convencionales, para las cuales las ondas de choque extracorpóreas puede llevarse a cabo como tratamiento alternativo.

Las ondas de choque extracorpóreas son eficaces para mejorar el dolor y la función del hombro en la tendinitis calcificada crónica del hombro y resulta de mucha ayuda para resolver las calcificaciones. Por lo tanto, ha demostrado ser una alternativa a la cirugía cuando los tratamientos conservadores no logran aliviar los síntomas. Además hay que señalar que la terapia con ondas de choque extracorpóreas tiene efectos secundarios mínimos, por lo que suele ser bien tolerada y segura con una buena respuesta clínica.

6 Bibliografía

1. The midterm effectiveness of extracorporeal shockwave therapy in the management of chronic calcific shoulder tendinitis. Lee SY, Cheng B, Grimmer-Somers K. J Shoulder Elbow Surg. 2011 Jul;20(5):845-54.
2. Extracorporeal shock wave therapy for calcific and noncalcific tendonitis of the rotator cuff: a systematic review. Harniman E, Carette S, Kennedy C, Beaton D. J Hand Ther. 2004 Apr-Jun;17(2):132-51.
3. Extracorporeal shock wave treatment for chronic calcific tendinitis of the shoulder. Spindler A, Berman A, Lucero E, Braier M.J Rheumatol. 1998 Jun;25(6):1161-3.
4. Extracorporeal shock wave therapy in the supportive care and rehabilitation of cancer patients. Crevenna R, Mickel M, Keilani M.Support Care Cancer. 2019 Nov;27(11):4039-4041.
5. Efficacy of Extracorporeal Shockwave Therapy on Calcified and Noncalcified Shoulder Tendinosis: A Propensity Score Matched Analysis. Wu KT, Chou WY, Wang CJ, Chen CY, Ko JY, Chen PC, Cheng JH, Yang YJ.Biomed Res Int. 2019 Mar 14;2019:2958251.
6. Efectividad del tratamiento mediante ondas de choque extracorpóreas en tendinitis calcificadas del hombro. Fj. Juan García, C. González Movilla, AB. Cordal Lçopez

Capítulo 1227

LA UTILIZACIÓN DE LA CINESITERAPIA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

MARÍA JESÚS LÓPEZ FERNÁNDEZ

ALMA MARIA RODRIGUEZ MANJON

MARIA QUIJORNA SOLIS

1 Introducción

El órgano más grande del cuerpo humano es la piel, es un tegumento que pesa aproximadamente cinco kilogramos y tiene una extensión de unos dos metros cuadrados y su función más importante es que actúa como barrera natural protectora.
La piel como cualquier órgano del cuerpo con el paso de los años se va debilitando, sumado a las agresiones físicas internas y externas a las que está expuesto de forma repetitiva o mantenida, a lo largo del trascurso del tiempo se puede modificar esa barrera y provocar un deterioro importante de la integridad tisular y cutánea (Lever y Shaunburg, 1983).

El trabajo del personal sanitario debe conducir a establecer unos cuidados eficientes y de calidad, elaborando planes de cuidado multidisciplinar que garanticen la prevención, desarrollo y evolución (Palomar-Llatas et al, 2013).

La úlcera por presión (UPP), según el NPUAP (NationalPressureUlcerAdvisory Panel), se define como un daño localizado en la piel o el tejido subyacente generalmente sobre un reborde óseo, como fruto de la presión (incluyendo compresión en unión con la cizalla) que se tiene que solucionar con una cicatrización de segunda intención.

Una falta de movilidad prolongada unido a mantener una misma postura son los elementos que producen la aparición de UPP. La inmovilidad y presión continuada provoca que los rebordes o protuberancias óseas deterioren el tejido superficial unido a una opresión capilar, humedad, fricción y fuerzas de fricción paralelas.
Las superficies más susceptibles de formarse una UPP serían en el trocánter mayor del fémur, el sacro, la tuberosidad isquiática, el maléolo externo, la cresta ilíaca, el occipucio, el mentón, el codo, el omóplato y el calcáneo (Caple y Pravikoff, 2012).
El peligro es exponencial si es una persona encamada, si usa silla de ruedas o no puede variar la posición por sí solo. Las úlceras por presión pueden provocar graves infecciones, algunos de estos procesos pueden llegar a poner la vida en peligro del paciente (NIH Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU).

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas
(GNEAUPP), las úlceras las clasifican en 5 estadios:
•UPP Estadio I: Se observa la piel íntegra, pero se encuentra una zona eritematosa que no es capaz de restablecer su color normal en treinta minutos.
•UPP Estadio II: Daño superficial que muestra deterioro o vesículas con pérdida de la continuidad de la piel.
•UPP Estadio III: La úlcera es más profunda con bordes más claros con pérdida de la capa subcutánea y daño ya en el tejido muscular. Podemos encontrarnos con necrosis y/o exudación.
•UPP Estadio IV: Úlcera con abertura profunda, que puede tener cavernas, abscesos o recorridos sinuosos con afectación muscular hasta el sistema óseo o de sostén.

Las UPP componen un señalador de la atención proporcionado por los trabajadores sanitarios y una cuestión de salud pública considerable, debido a las importantes dificultades que ocasionan la cicatrización de la úlcera.
Las UPP es la complicación más evitable y tratable que puede presentar un paciente con una movilidad reducida. El pérdida de la continuidad cutánea y de los

tejidos de un paciente se puede dar si está en una institución como en el ámbito domiciliario, suele estar ligada a la seguridad del paciente y a los cuidados dados por los sanitarios, siendo un importante problema no solo a nivel del paciente, sino también para el cuidador y de todo el sistema.

No hay estudios donde nos muestren la incidencia de UPP en España debido a la falta de datos. Estos datos registrables no se realizan ya que aceptar una UPP puede conllevar que los cuidados realizados no han sido los adecuados (GNAUPP).
Antiguamente eran contempladas como un proceso sin importancia e inevitable en las personas mayores, sobre todo aquellos pacientes terminales o con pérdida de movilidad, para actualmente considerarse un accidente asistencial previsible y tratable (Soldevilla, Verdú y Torra, 2017).

En estos momentos representa una considerable preocupación para la salud pública por el importante impacto social; tanto para los sanitarios como para toda la sociedad del bienestar , produciendo una pérdida de la calidad de los enfermos y de su ambiente familiar acrecentando su pronóstico y situación clínica (Alonso, Barrasa y Aibar, 2015). Se considera que de 165 muertes de 100.000 han estado vinculadas con UPP (Soldevilla, Torra y Martínez Cuervo, 2004).

El 4º Estudio Nacional de Prevalencia sobre la Epidemiología de la prevalencia de UPP en España nos indica que los valores se mantienen iguales en los hospitales (8%) mientras que aumenta entre las personas en Atención Domiciliaria (ATDOM 9%) en Atención Primaria, crece en los Centros de Salud (CSS 14%). Las lesiones son de origen nosocomiales (65%) originadas durante la estancia en hospitales o Centros de Salud y nos encontramos en el perfil de los pacientes, prevalece el sexo femenino .
Existen múltiples complicaciones que se presentan al padecer una UPP, todas ellas son por la evolución de la propia úlcera o debidas a un mal tratamiento o praxis, destacando las que se producen por sobre infección tanto a nivel sistémico como local (Ministerio de Sanidad, 2015).Todos estos factores aumentan la morbilidad.

PamHibbs argumento que la gran mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse a través de las atenciones y dispositivos apropiados y pertinentes. De esta forma se contempla que la prevención es la mejor maniobra para luchar contra el obstáculo de las UPP.
1. Evaluación del peligro de desarrollar UPP.
2. Conservación de la piel. .

3. Cinesiterapia y cambios posturales.
4. Control de la presión: uso de superficies adaptadas y de fácil manejo.
5. Cuidar la nutrición. Tanto la alimentación como la hidratación (dos litros de agua) son dos puntos necesarios en el control y el tratamiento de las UPP (Dieta hiperproteicayhipercalórica).

Pancorbo y colegas ratifican en uno de sus artículos que es ”importante para la prevención y tratamiento de las UPP los protocolos o planes de actuación concretos” y que ”la protocolización de las intervenciones preventivas contribuye de forma notable a la disminución de la incidencia de UPP” (Pancorbo, Garcia y López, 2005).
Los fisioterapeutas son imprescindibles a la hora de diseñar un plan de actuación ante la prevención y el tratamiento de la UPP.
Un protocolo adecuado antes las técnicas de movilización pasivas y activas en personas con una movilidad reducida debe siempre cumplir unos ítems, buena realización y siempre bajo supervisión de un facultativo (Conselleria de Sanitat, 2012).
Las movilizaciones buscarán conseguir la máxima amplitud articular siempre con la premisa de no provocar dolor.
Si las articulaciones están edematosas o se encuentran más doloridas al realizar la movilización pasiva, ésta se suspenderá y se valorará con un facultativo o al fisioterapeuta (Torres, Pérez y Álvarez, 2014).

2 Objetivos

La finalidad de esta revisión sistemática es recoger toda la información posible para poder valorar con perspectiva el trabajo del fisioterapeuta ante la prevención y el tratamiento de las UPP a través de las movilizaciones pasivas y activas del adulto.
Los diferentes objetivos que se persigue conseguir con la realización de esta revisión:

Objetivos generales.
- Determinar la importancia de la cinesiterapia (movilizaciones).
-Comparar y valorar los estudios realizados donde las movilizaciones del paciente se realizan de forma protocolizada, así como aquellas publicaciones donde se resalte o se opine de la importancia de la cinesiterapia.
-Establecer fisioterapeuta las pautas a seguir ante la prevención por parte de los profesionales de fisioterapia, como en el tratamiento de la úlcera ya instaurada.

Objetivos específicos.
-Analizar la labor del fisioterapeuta como tratamiento y prevención en las UPP.
-Demostrar la eficacia de la cinesiterapia en comparación con la no realización de las movilizaciones pasivas y activas.

3 Metodología

La metodología desarrollada en este trabajo sobre el papel de la cinesiterapia en la prevención y tratamiento de las UPP en el adulto mayor es una revisión bibliográfica exploratoria.
El tema escogido tiene pocas referencias tras una primera búsqueda, la labor del fisioterapeuta está aún poco protocolizado y es necesario un trabajo más profundo para encontrar datos suficientes para obtener una valoración.
Se ha realizado la búsqueda en artículos, guías sanitarias y protocolos; el material ha sido adquirido de distintas bases de datos especializadas, páginas web y literatura sobre el tema a estudio.

Los valores de inclusión en el trabajo de búsqueda fueron:
- El tipo de documentos, ya que la búsqueda se basó en artículos en español e inglés.
- Documentos de más de diez años de publicación.
- Estudios realizados en pacientes adultos con UPP.
- Gratuidad al texto completo.
Los criterios de exclusión en la búsqueda fueron:
- Información no contrastada sobre la prevención y el tratamiento por UPP.
- Artículos con una antigüedad mayor de diez años.
- Datos de páginas no médicas o acreditadas.
- Artículos no gratuitos o de textos completos.

La búsqueda de información en bases de datos a través de las siguientes palabras clave:
“prevención úlceras presión”, “cinesiterapia”, “movilizaciones activas & pasivas”, “fisioterapia”, “tratamiento & prevención UPP”.
Unido a las palabras clave se han empleado los descriptores & y “” para limitar la búsqueda y concentrarnos en el tema a estudio.
En inglés las palabras claves han sido:
“pressureulcer”, “kinesitherapy”, “pressureulcerprevention”, “exercise”, “physiotherapy”.

De las bases de datos cotejadas en total se seleccionaron 12 búsquedas de los cuáles:
• 2 Estudios experimentales: Ensayos clínicos.
• 4 Revisiones bibliográficas.
• 1 Estudio de prevalencia.
• 2 Guías Clínicas.
• 3 Artículos de Revistas de Medicina, Enfermería y Fisioterapia.

4 Resultados

A continuación expondremos la información extraída de los artículos seleccionados e intentare clarificar el tema de la revisión.
La fisioterapia está formada en la biomecánica, cinesiterapia y movilización que puede minimizar el riesgo de desarrollar una UPP. La cinesiterapia ayuda aumentar el balance articular y muscular reduciendo drásticamente el riesgo de un daño tisular (RegisteredNurses´sAssociation of Ontario, 2016).

Los cambios posturales facilitan la bajada de tono muscular (espasmos) reduciendo las fuerzas de cizallamiento y fricción, dos puntos muy importantes dentro de las causas de riesgo de la aparición de las UPP.
Es indispensable protocolizar los cambios posturales a los enfermos encamados. La inmovilidad e inactividad son otros dos importantes factores de riesgo de desarrollo de UPP. Por lo tanto son vitales los cambios posturales con asiduidad para disminuir la presión en las zonas más sensibles del cuerpo mientras el enfermo esté inmóvil. La cinesiterapia temprana y los cambios posturales se emplean tanto en los cuidados como en el tratamiento de las UPP. El plan de cuidados debe ser personalizado para la postura más terapéutica del paciente haciendo referencia a todas las superficies en las que se apoya en decúbito supino como sentado, incluido los apoyos para los miembros superiores e inferiores que puedan usarse en el trascurso del día (Osakidetz, 2015).

Solo cuando exista una contraindicación médica, el facultativo asesora que sea el mismo adulto mayor quien se recoloque y si no es posible, que se le ayude a cambiar de posición. Estos cambios de posición se realizarán cada dos o tres horas cuando esté en decúbito y cada 15 minutos (pulsiones) mientras permanezca en sedestación (Alonso, Barrasa y Aibar, 2015). La frecuencia será menor o mayor en función de la respuesta de la cicatrización de la UPP. Si la persona tiene úlceras en isquion (15%) , sacro y/o cóccix (40%) y necesita estar en posición sedente,

se reducirá el tiempo que se encuentra sentada limitándose a 3 periodos de 60 minutos o menos al día(Carbonell-Fornes y Murillo-Llorente,2015).
El movimiento es un componente fundamental de las personas: actividades vitales precisan de esta acción para realizarse de manera efectiva. La acción de movernos nos ayuda a conocer el estado de salud y calidad de vida de la persona, ya que determina su independencia.El síndrome de desuso es la agrupación de peligros que genera la inmovilidad.

Por tanto la falta de movilidad y el auto cuidado, constituyen los problemas básicos de la persona encamada.
Las personas encamadas tienen una reducción de la movilidad muy acusada, esta circunstancia puede originar una cadena de complicaciones, agravando el estado general del enfermo. Efectuando las movilizaciones apropiadas de las articulaciones se llegará a una conservación del rango de movilidad (ROM) articular, consiguiendo enlentecer o evitar estas complicaciones (Allen and al, 2017).
Es muy recomendable contar con un fisioterapeuta dentro del equipo interdisciplinar para así desarrollar y aplicar conjuntamente un plan de cuidados individualizados (Torres, Pérez y Álvarez, 2014).

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar una exhaustiva revisión del material encontrado en relación de la importancia de la cinesiterapia (movilizaciones pasivas y activas) y del papel de fisioterapeuta en la prevención y tratamiento de las UPP, y sin olvidarnos de la necesidad de protocolizar estas actuaciones, podemos sacar en claro varias ideas:
Las UPP se muestran como un considerable problema de salud pública debido al enorme porcentaje de personas afectadas.
Las ulceras por presión implican un disminución importante en la calidad de vida de los pacientes que lo sufren, llegando a una discapacidad e incluso la muerte.

Como problema de salud repercuten en diferentes niveles:
• En primer lugar es un problema directo que afecta a los enfermos. (Carbonell-Fornes y Murillo-Llorente, 2015).
• En segundo punto afecta al entorno familiar y cuidadores no profesionales del enfermo.
• En tercer lugar influye sobre el sistema de salud incrementando notablemente el coste del tratamiento (Soldevilla, Vérdu y Torra, 2017)
• En cuarto lugar estaría los trabajadores de enfermería, donde hay un aumento de la carga de trabajo importante y cada vez más instituciones son una señal, a ve-

ces casi exclusivo, de la garantía de los cuidados que realiza el personal sanitario (Alonso, Barrasa y Aibar, 2015).

Es primordial establecer la incidencia y los niveles de riesgo para proporcionar estrategias preventivas para la calidad de la intervención de los trabajadores sanitarios sin olvidarnos de la importancia de la figura de un equipo multidisciplinar (Torres, Pérez y Álvarez, 2014).
Como muchos artículos y estudios así lo atestiguan, la agrupación de pautas para actuar frente a las UPP, ya sea en la previsión como en la atención, son los principios para realizar un buen trabajo (Carbonell-Fornes y Murillo-Llorente, 2015). Los datos obtenidos sobre la realización de fisioterapia y repartición de recursos en este estudio ayudan a promover la utilización de las técnicas de movilización adecuada a cada tipo de paciente y a guiar al personal enfermero y a los cuidadores domésticos a una buena realización.

Es esencial instaurar un programa de fisioterapia en todos los entornos de la práctica clínica para incrementar la movilidad funcional del paciente, garantizar un uso seguro y correcto de los equipos, contribuir a la educación sanitaria del paciente, familia y cuidadores y a la formación continuada a los sanitarios para así conseguir los objetivos marcados en los cuidados. Los programas de formación sobre la prevención de las
UPP tienen que ser estructurados, organizados e integrales y deben estar actualizados de forma periódica en base a la nueva evidencia y tecnologías.

Esta revisión bibliográfica en la que se reúne los datos y el análisis de diversos artículos y estudios científicos, podría ser un punto de salida para futuros estudios de investigación que aumenten la bibliografía existente y corrobore a través de la evidencia, la utilización de la cinesiterapia en el tratamiento de las UPP y del papel del fisioterapeuta en el equipo multidisciplinar que debería trabajar en conjunto para la prevención y tratamiento.
Es necesario desarrollar estudios coordinados, adecuadamente planteados y diseñados, de duración apropiada y con un número conveniente de pacientes para seguir avanzando sobre esta importante área.

6 Bibliografía

1. Allen Terry, Cordiner Carol, Hardman Mary, Revill Sam. (2017) January 2017.Examples of Good Practice in Pressure Ulcer Prevention in Norfolk Care Homes. In Train. Communication For All.

2. Alonso Lorente C, Barrasa Villar J, Aibar Remón C. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en un hospital de agudos de tercer nivel (2006-2013). Rev Calid Asist. 2015; 30 (3): 135-41.
3. Caple C; Pravikoff D; Úlceras de presión: descripción general; California; Cinahl Information Systems, 2012.
4. Carbonell-Fornes Paula, Murillo-Llorente Mayte. (2015) Las úlceras por presión en gerontología: prevalencia y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos vol.26 no.2.
5. Conselleria de Sanitat. Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras por Presión o Riesgo de Padecerlas. Generalitat Valenciana. 2012.
6. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) [Internet]. Vizcaya: Osakidetza; 2015.
7. Lever W F., ShaunburgLever G.: Histopathology of the Skin. Boston. J B Lippincott Company. 1983.
8. Medline Plus [Internet], Maryland: NIH Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU; 2017. Úlceras por presión.
9. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Prevención y tratamiento de úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Perth, Australia: Cambridge Media; 2014.
10. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis. Enferm Dermatol. 2013; 7(18-19): 8-13.
11. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Martínez Cuervo F, Orbegozo A, Blasco García C, San Sebastián J. Epidemiología, impacto y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Madrid: Spa; 2004.
12. Soldevilla Agreda J, Verdú Soriano J, Torra i Bou J. Impacto social y económico de las úlceras por presión. [Internet]; 2017.
13. Torres Y, Pérez MSAE, Álvarez CR, et al. Protocolo de actuación en la rehabilitación de la úlcera por presión. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2014; 6(1): 24-40.

Capítulo 1228

FISIOTERAPIA EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ

MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN

MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO

1 Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es un problema de salud pública que afecta a la calidad de vida de las personas. Esta patología es más frecuente en mujeres que en hombres, siendo habitual en las mujeres multíparas ya que el parto puede originar daños en el periné con consecuentes alteraciones como la IU.
La incontinencia urinaria de esfuerzo, representa el 50% de las mujeres con IU. Esta incontinencia se origina en la uretra, el esfuerzo que se realiza, por muy poco que sea, produce un aumento de la presión intra-abdominal, lo que desencadena la incontinencia. Tanto el embarazo como la edad provocan una pérdida de elasticidad y de tensión en el suelo pélvico, lo que hace que la vejiga y la uretra pierdan sus sistemas de soporte y se encuentren caídas. Este tipo de incontinencia no está asociada a la necesidad de orinar.

Objetivos del tratamiento a corto plazo:
Cambios en la frecuencia miccional y en la ingesta de líquidos (entrega diario miccional).

Relajar la musculatura del diafragma para disminuir el exceso de presión.
Mejorar el tono muscular en general y disminuir tono en puborrectales.

Objetivos a medio- largo plazo:
Corrección postural.
Aumentar tono en cincha abdominal para mejorar la función de sostén.
Reeducación y fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico.

2 Objetivos

Revisión de un caso clínico de IU.

3 Caso clínico

Historia Clínica:
Antecedentes: Mujer de 39 años que acude a consulta por pérdidas de orina ante el esfuerzo (tanto al toser como al levantar peso) ausencia de pérdidas durante la noche, 9-10 micciones al día ingiriendo 1 litro de agua en pequeñas cantidades a lo largo del día, también presenta estreñimiento. Este cuadro clínico imposibilita su trabajo y su vida social, de profesión, profesora de infantil en escuela rural, baja por depresión desde el inicio del curso escolar (septiembre 2019).
Enfermedades y cirugías: alérgica al polen y a los ácaros, ex fumadora desde hace 2 años.
Como antecedentes obstétricos: dos partos vaginales, parto instrumental con fórceps y el segundo parto gemelar con episiotomía. Presenta dispareunia desde el primer parto vaginal.
Realizó el cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF: obteniendo una puntuación de 18.
También realizo la escala FSFI (Female Sexual Function Index) 18,8 puntos.
No refiere dolor en SP.

Exploración física:
Inspección visual: cicatriz episiotomía perineal atrofiada en el cuadrante superior derecho en la división vaginal.
La distancia ano-bulbar es inferior a 1,5 cm (acortada). La vagina se encuentra en apertura, la coloración es normal y la secreción es óptima.
Observamos que el esfínter anal está atrofiado y los pliegues están borrados.

Solicitamos una contracción activa de la musculatura del SP: no hay respuesta y la musculatura abdominal no se contrae de forma óptima. compensándola con la activación de la musculatura glútea y los aductores.
Solicitamos que tosa: existe incompetencia abdominal (la tripa sobresale) y el periné se abomba en su totalidad.

Exámen físico: realizamos la palpación del NFCP(hipotonía), movilizó la cicatriz que presenta adherencias y una escasa movilidad en sentido lateral derecho-izquierdo. No presenta dolor en la movilización de la misma.
Tacto Vaginal: realizamos el tacto vaginal con un dedo valorando los cuadrantes inferiores, el tono y la integridad de la musculatura superficial bulbocavernoso, el transverso superficial y el profundo. El tono de la musculatura superficial es hipotónico.
Realizamos el estiramiento de las fibras musculares provocando un movimiento de separación y de tracción en el elevador del ano, siendo hipotónico.
No presenta áreas de dolor, la discontinuidad muscular está presente en el área de la episiotomía.
En la palpación de la musculatura profunda: no distinguimos la impronta del pubovaginal (hipotónico) el puborrectal está hipertónico y asimétrico (más en el lado derecho que en el izquierdo), pelvitrocantéreos hipertónicos (ambos)
Existen puntos gatillo en el obturador interno derecho, dolor a la palpación de la rama isquiática (ambas).
Valoramos la fuerza con la escala de Oxford modificada: grado 2 respuesta muscular.
Pedimos valsalva a la paciente: se nota el descenso de la pared anterior de la vagina, no prolapso. Palpamos el útero en valsalva y no desciende.
La posición del cuello del útero está en anteversión y anteflexión.
Palpamos también la pared recto-vaginal: existiendo discontinuidad del tejido. Durante la contracción del sp dificultad para palpar la acción muscular. Durante la tos o el valsalva: se acentúa la invaginación de la zona rectal hacia la zona vaginal.

Valoración Neurológica:
Reflejo bulbocavernoso: conservado, al pasar el bastoncillo se activa.
Reflejo anal: disminuido. Al pinchar la respuesta a la contracción tarda.
Reflejo perineal a la tos: disminuido.
Reflejos s2-s4: conservados.

Valoración articular: paciente con hiperlordosis lumbar y acortamiento del psoas

iliaco(test de thomas +), diafragma torácico hipertónico.

Diagnóstico fisioterápico: hipotonía muscular de la musculatura del sp en general y disminución de fuerza, hipertonía del puborrectal y puntos gatillo en musculatura profunda.
Incompetencia abdominal y torácica, que provocan incontinencia urinaria de esfuerzo y disfunción sexual.

Tratamiento a corto plazo:
Tratamiento manual para mejorar la elasticidad de la musculatura pélvica como técnicas de masaje perineal, estiramientos para provocar la concienciación de la musculatura y mejorar el tono muscular en general(solicitando contracción activa del SP), técnicas miofasciales para la episiotomía y movilización de la cicatriz. Masaje transversal profundo en puborrectales. Trabajo la tensión en diafragma torácico mediante técnicas específicas.
Biofeedback: para tomar conciencia de la contracción de los músculos del suelo pélvico. Mas adelante se utilizará para mejorar la contracción muscular.
Electroestimulación: con el objetivo de inhibir la función vesical (estimulación del tibial posterior).
Con el objetivo de mejorar la función muscular: corriente bifásica simétrica. (más adelante).
Ejercicios a domicilio: ejercicios respiratorios para disminuir el tono en diafragma torácico y de propiocepción a la contracción del SP, diario miccional.

Tratamiento a medio/largo plazo:
Tratamiento manual: con el objetivo de aumentar la fuerza muscular.
Biofeedback: para mejorar la contracción muscular.
Electroestimulación: corriente bifásica simétrica o interferencial para ganar fuerza muscular.
Trabajo abdominal hipopresivo.
Ejercicios para la corrección de la hiperlordosis lumbar y fortalecimiento de glúteo e isquiotibiales.
Cuando disminuya la frecuencia miccional a la mitad podemos introducir ejercicios activos asistidos para estimular la musculatura fásica y recomendar tratamiento a domicilio y que nos visite una vez al mes.

4 Discusión-Conclusión

Conocer la anatomía del suelo pélvico es fundamental para realizar una anamnesis y un tratamiento de fisioterapia individualizado y eficaz.

5 Bibliografía

1. Resel Estevez L. Incontinencia urinaria. Madrid: Servicio de Publicaciones, Universidad Complutense; 2000.
2. Simó AP, Izquierdo AM, Benítez RP, Porcar LC. Una revisión sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo. Enfuro. 2013;(124):9-16.
3. Espuña-Pons M, Brugulat Guiteras P, Costa Sampere D, Medina Bustos A, Mompart Penina A. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña. Med Clin (Barc). 2009; 133(18):702-705.
4. Caufriez M. Gymnastique abdominale hypopressive. Bruselas; 1997.
5. Fernández Medina IM. Abordaje fisioterápico de las lesiones perineales en el posparto. Enferm Docente. 2013;(100):28-33.

Capítulo 1229

FISIOTERAPIA EN LA LUMBALGIA MECÁNICA.

MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN

INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ

MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO

1 Introducción

El dolor lumbar es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria. Se define como lumbalgia o dolor lumbar al dolor localizado al final de la columna vertebral, en la región lumbar. El dolor lumbar puede aparecer a cualquier edad tanto en hombres como en mujeres. Se estima que el 80% de la población presentará dolor lumbar en algún momento de su vida. Si el proceso es agudo normalmente se resuelve en unas semanas, en algunos casos el proceso agudo no se resuelve y pasa a ser crónico.

2 Objetivos

Objetivo principal.
- Disminuir el dolor lumbar.

Objetivos secundarios.
- Mejorar la estabilidad de la región lumbar y abdominal.
- Enseñar normas y pautas de higiene postural.

3 Caso clínico

Hombre de 58 años de edad, conductor de autobús y por tanto pasa muchas horas sentado. Lleva 33 años como conductor de autobús y desde hace 6 años presenta dolor lumbar crónico con reagudizaciones frecuentes.

Acude a consulta de fisioterapia de atención primaria de su zona de salud, derivado por el reumatólogo. A simple vista observamos que es un paciente con sobrepeso. El paciente refiere dolor localizado en región lumbar y nalgas, dolor que no irradia a miembros inferiores, que aumenta con la posición de sedestación. A la palpación presenta dolor en ambas sacroilíacas y cuadrado lumbar. Refiere tener 6 sobre 10 en la escala EVA de medición del dolor, y que ese dolor es continuo aumentando con la sedestación prolongada. A la exploración, las maniobras de bragard y lassegue son negativas. Los reflejos osteotendinosos correspondientes a las raíces lumbares están conservados. Observamos acortamiento bilateral de isquiotibiales y también del psoas bilateral. La última radiografía lumbar muestra una rectificación de la columna vertebral lumbar.

Tratamiento de fisioterapia:

El paciente recibe un total de 15 sesiones de fisioterapia 3 veces por semana durante 5 semanas. El tratamiento consiste en aplicar Microondas, corrientes interferenciales y masaje. Al finalizar cada sesión se dedica un tiempo para mejorar la higiene postural del paciente y enseñamos una tabla de ejercicios que el paciente realiza en el domicilio.

Microondas: termoterapia profunda. Aplicación continua por su efecto analgésico y descontracturante.

Corrientes interferenciales: produce analgesia y relajación de la musculatura lumbar.

Masaje lumbar: por su efecto descontracturante.

Programa de ejercicios: una vez reducido el dolor enseñamos al paciente una tabla de ejercicios y estiramientos con el objetivo de estabilizar la musculatura lumbar y abdominal y estirar la musculatura acortada.

Higiene postural: al finalizar cada sesión dedicamos unos minutos a enseñar normas y hábitos posturales adecuados con el objeto de proteger la espalda en las actividades de la vida diaria que realiza el paciente y también en las horas de trabajo.

Tras las 15 sesiones el dolor lumbar ha disminuido. Presenta un 2 sobre 10 en la escala EVA de medición del dolor. El paciente refiere estar más ágil en todas sus AVD y continúa realizando los ejercicios aprendidos en su domicilio.

4 Discusión-Conclusión

En pacientes con dolor lumbar crónico es muy importante realizar una correcta exploración para poder abordar de manera adecuada la causa del dolor y prevenir posibles recidivas o reagudizaciones frecuentes. Una correcta higiene postural y educación para la salud es esencial para completar el tratamiento de estos pacientes.

5 Bibliografía

- J.T. MEADOWS. Diagnóstico diferencial en fisioterapia. Primera edición. Madrid. Mc GRAW-HILL interamericana, 1999
- Pérez Irazusta I., et al. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz
- LIEBENSON, CRAIG. Manual de rehabilitación de la columna vertebral. edición 2008. Badalona. Paidotribo, 2008.

Capítulo 1230

MASOTERAPIA, EL MASAJE TERAPÉUTICO. MANIOBRAS BÁSICAS Y TIPOS.

ROSANA MARTÍN MARTINEZ

PELAYO MARTÍNEZ DE LA TORRE

PELAYO SÁNCHEZ ARGÜELLES

CLAUDIA SÁNCHEZ PALACIO

INÉS MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La masoterapia es una técnica integrada en la fisioterapia que consiste en el uso de distintas técnicas de masaje con fines terapéuticos, para tratar enfermedades y lesiones. Engloba técnicas como el masaje terapéutico, el masaje transverso profundo, el drenaje linfático manual terapéutico, la liberación miofascial, el masaje del tejido conjuntivo, el masaje de periostio y/o técnicas neuro-musculares entre otras.

La masoterapia se aplica en aquellas patologías donde se busque mejorar la circulación, mejorar adherencias, aliviar el dolor, favorecer la relajación etc. Está indicada principalmente en casos de contracturas, atrofias musculares, miogelosis (zonas endurecidas o nódulos dentro de los músculos), adherencias, lesiones

musculares del deporte, rigideces, tortícolis, edemas, linfedemas, hematomas, cicatrices, procesos dolorosos periarticulares, enfermedades reumáticas, trastornos circulatorios (varices, úlceras varicosas…), enfermedades respiratorias (asma, obstrucciones bronquiales…) y enfermedades del aparato digestivo (estreñimiento, espasmos etc).

También es importante conocer en qué casos la masoterapia está totalmente contraindicada, como es en el caso de padecer afecciones tumorales, infecciones e inflamaciones agudas, quemaduras, edemas de origen renal, endocrino o cardíaco, trastornos vasculares (flebitis, trombosis, embolias…), hemorragias, fiebre, traumatismos y/o fracturas en fase aguda, roturas musculares o tendinosas agudas, cardiopatías descompensadas, fracturas no consolidadas, durante el embarazo y, en general, podemos decir que está contraindicada en todas aquellas situaciones en las que el masaje produzca dolor, reacciones adversas, rigidez y/o contractura muscular.

2 Objetivos

Conocer mediante un estudio bibliográfico qué es la masoterapia, en qué casos está indicada y contraindicada, cuáles son sus maniobras básicas y en qué consisten.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: Cuiden, Scielo, Medline y Dialnet. La búsqueda de la bibliografía se realiza usando descriptores como: "masoterapia", "indicaciones masoterapia", "beneficios del masaje terapéutico" y "técnicas de masoterapia" entre otros. Se consultan también libros y revistas sobre la masoterapia en distintas páginas de internet.

4 Resultados

Los masajes mejoran la circulación sanguínea y el flujo de la linfa, lo que ayuda a llevar nutrientes a las células y eliminar impurezas y sustancias tóxicas para el organismo, de ahí que la masoterapia tenga muchos beneficios. Estos efectos beneficiosos podemos clasificarlos en tres grupos:
Efectos fisiológicos: son los efectos que produce el masaje sobre el organismo. A su vez podemos clasificarlos sobre sus efectos sobre:

- La piel y el tejido subcutáneo: mejora el aspecto , la firmeza y la elasticidad de la piel, se devuelve la elasticidad a las capas adheridas (como pasa en las cicatrices) .
- La circulación sanguínea y linfática: aumenta el flujo arterial aportando mayor cantidad de oxígeno y nutrientes a los tejidos; la circulación de retorno se ve favorecida; a nivel linfático el masaje actúa en la reabsorción de líquido y desechos en los edemas postraumáticos y algunas cirugías.
- Sistema nervioso: efecto antiálgico, activación de los receptores cutáneos sensitivos, facilidad en la contracción muscular etc.
- Musculatura esquelética: mejora el estado nutritivo del músculo; influye en la recuperación muscular, retardando la fatiga y la atrofia; impide las adherencias; devuelve la longitud normal y la elasticidad al músculo.
- Articulaciones: el masaje actúa sobre las estructuras que forman la articulación, evitando adherencias y devolviendo la movilidad y amplitud normales.
- Aparato respiratorio: favorece la expulsión y drenaje de moco en determinadas patologías respiratorias crónicas.

Efectos mecánicos: el amasamiento produce una movilización de los tejidos y la presión aumenta el retorno venoso y linfático hacia el corazón.
Efectos psicológicos: tiene un poder relajante, disminuye la tensión y la ansiedad en el paciente; alivia o disminuye el dolor y produce una sensación de bienestar.

Como ya hemos comentado anteriormente, la masoterapia abarca un amplio abanico de técnicas, en este caso nos centraremos en explicar cuáles son las maniobras fundamentales y en qué consiste cada una de ellas.
- Técnica de roce: es la principal maniobra entre las técnicas de masaje, le permite al masajista aplicar el aceite y calentar los músculos e identificar áreas de tensión mientras el receptor se adapta a sus movimientos. Podemos diferenciar entre roce superficial (rozar o deslizar la mano suavemente sobre la piel sin producir deslizamiento de los tejidos subyacentes, se aplica siguiendo la dirección de las fibras musculares) y roce profundo (rozar o deslizar la mano ejerciendo una ligera presión para alcanzar los tejidos profundos como son los músculos, el sistema vascular, la fascia etc). Un elemento importante a la hora de aplicar un roce es su ritmo que será lento y uniforme, dejando los ritmos rápidos solo para conseguir efectos de calentamiento superficial. Este tipo de masaje tiene efectos sobre la piel, depurándose y mejorando la circulación local, ya que actúa sobre la descamación y las glándulas sudoríparas y sebáceas.
- Técnica de fricción: es un masaje que realizamos sobre tejidos más profundos con los tejidos más superficiales de la persona a la que estamos aplicando el

masaje; la mano no se desliza sobre la piel, sino que se mantiene pegada a ella mientras se realiza la presión adecuada a niveles más profundos. Podemos aplicar el masaje por medio de la fricción con toda la mano, con la palma, dedos o incluso con el antebrazo. Una de las técnicas más usadas dentro de la fricción es el masaje transversal profundo de James Cyriax. Los principales efectos que se producen con esta técnica son vasodilatación local, relajación, analgesia, despegó de adherencias y cicatrices, mejora de la elasticidad, y reabsorción de líquido intersticial.

- Técnica de amasamiento: tiene como base la compresión de la piel, tejido subcutáneo y músculos subyacentes. Consiste en coger, deslizar y levantar los tejidos musculares, intentando despegar los planos profundos y buscando desplazarse transversalmente de un lado a otro, realizando al mismo tiempo una presión y un estiramiento con ligera torsión del vientre muscular. Para realizar esta maniobra se colocan las manos sobre la zona cuyos músculos se quieren amasar, entre lo dedos se intentará coger la masa muscular a tratar, realizando con las manos un efecto de garra que sujete firmemente los tejidos para poder realizar a continuación un movimiento de despliegue seguido de una torsión y estiramiento rítmico. En general el amasamiento tiene un efecto relajante y descontracturante, mejora la elasticidad y la movilidad muscular, y moviliza los líquidos intersticiales influyendo sobre la circulación de retorno.
- Técnica de vibración: se realiza a partir de una presión estática y variando su intensidad rítmicamente se intentan producir movimientos de pequeña oscilación sobre la zona en tratamiento. Las manos nunca pierden el contacto con la piel. Esta técnica requiere de un entrenamiento y una cierta pericia manual, ya que solo de esta manera el fisioterapeuta consigue una frecuencia suficiente sin llegar a agotarse rápidamente. Las vibraciones tienen efecto descontracturante, antiálgico, relajante del sistema nervioso, estimulante sobre el tejido muscular y son de ayuda para desprender secreciones bronquiales.
- Técnica de percusión: requiere que las manos o partes de las manos administren golpes ligeros a un ritmo rápido sobre el cuerpo, las manos deben de estar en forma ahuecada (se debe escuchar un sonido hueco). Las percusiones son técnicas de masaje por excelencia estimulantes, provocando una gran irrigación a nivel muscular. Debido a su impacto en los tejidos las percusiones deben evitarse en zonas próximas a órganos abdominales (hígado, bazo, estómago etc).
- Técnica de presión: en esta maniobra se aplica una presión sobre los tejidos que puede ser superficial o profunda. Se aplica localmente a tres tiempos: aplicación de presión, mantenimiento y descompresión. Las manos se adaptarán a la zona eligiendo para ello toda la mano, las eminencias tenar e hipotenar o los

dedos. Diferenciamos dos tipos de presión: presión estática (aplicamos presión sin deslizamiento; indicada en contracturas, puntos álgidos y en patologías circulatorias); y presión deslizante (presión más o menos fuerte con deslizamiento; actúa en los planos aponeuróticos, en el drenaje de los trayectos linfáticos y en la columna ayuda a reducir contracturas musculares).

5 Discusión-Conclusión

El masaje es la aplicación de una influencia mecánica efectuada con las manos sobre la cubierta corporal, musculatura, tendones y ligamentos, en un punto concreto o zona más amplia, empleada con fines terapéuticos para alcanzar unos efectos determinados. Entre las lesiones y/o enfermedades que pueden tratar las diferentes técnicas de masoterapia anteriormente desarrolladas, encontramos: contracturas musculares, tendinopatías, linfedemas, esguinces, fracturas, roturas de fibras, lesiones deportivas etc. Es por esto que es tan importante que la masoterapia se aplique siempre bajo prescripción médica y se lleve a cabo a manos de un fisioterapeuta. Éste será el encargado de decidir qué técnica es la adecuada en cada caso y en llevarla a cabo de una manera eficaz .

6 Bibliografía

- https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/masoterapia.
- https://www.deustosalud.com/blog/rehabilitacion-quiromasaje/que-es-para-que-sirve-masoterapia.
- https://www.muysaludable.cl/muysaludable/estar-saludable/estar-activo/masaje-o-masoterapia-diferencias-y-beneficios.
- http://vitaedolor.com/tratamiento-del-dolor/masoterapia/
- https://www.ugr.es//docs/temas/TEMA%202.pdf
- Jiménez Castillo Manuela/León Castro Juan Carlos/ Arcas Patricio Miguel Ángel/ Gálvez Domínguez Diana María, Silva García María del Carmen (2018). Fisioterapeuta del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).Temario Parte Específica Volumen 3. Grupo Editorial MAD.

Capítulo 1231

FISIOTERAPIA TRAS INTERVENCIÓN ARTROSCÓPICA EN EL CHOQUE FEMORO ACETABULAR.

MARÍA JESÚS LÓPEZ FERNÁNDEZ

ALMA MARIA RODRIGUEZ MANJON

MARIA QUIJORNA SOLIS

1 Introducción

El síndrome de fricción femoroacetabular (SFFA) o choque femoroacetabular (CFA) lo podemos determinar como el "choque" o "pellizcamiento" reiterativo entre el anillo o reborde acetabular y el fémur proximal. Este choque mecánico nos lleva a una lesión gradual del labrum acetabular y del cartílago articular siendo la principal razón de artrosis precoz de la cadera, particularmente en personas jóvenes y activas. Esta enfermedad fue mundialmente aceptada en el 2003 donde se une a las patologías del Grupo Germano-Suizo para la investigación de la artrosis del adulto joven, como uno de los orígenes mecánicos principales (Hoffmann, Tschauner, Graft, 2003).

El principal signo del CFA es la relación prematura entre el acetábulo y el fémur al realizar el movimiento articular de la cadera, que al ser anómalo, restringe el arco fisiológico del movimiento.
Este síndrome fue descrito por primera vez por Ganz como una complicación por hipercorrección tras osteotomía periacetabular (Ganz, Leunig,Leunig-Ganz, Harris, 2008). Posteriormente se ha relacionado directamente el origen de la artrosis

coxofemoral con la presencia de alteraciones estructurales a nivel de la transición cabeza-cuello femoral a nivel del reborde femoro-acetabular .
Una sutil variación anatómica de cualquier lado de la articulación puede provocar la aparición de un mecanismo patológico que dé lugar al incremento de la presión que recae sobre el labrum acetabular y el cartílago articular del acetábulo. Ganz y cols. han propuesto el concepto del choque fémoro-acetabular como desencadenante de artrosis relacionada con micro-traumatismo reiterados en la unión cabeza-cuello y/o reborde acetabular (Ganz, Parvizi, Beck , Notzli , Sieben-Rock, 2003).
Se han descrito dos tipos de pinzamiento a) Tipo cam o leva: Donde la cabeza del fémur presenta una deformidad o prominencia ósea (giba) que en movimientos de flexión-rotación interna eleva el labrum acetabular realizando una compresión directa. Puede ocurrir un desgarro del labrum y en situaciones extremas una avulsión del mismo. Más habitual en hombres donde existe una relación directa con la artrosis de cadera precoz del adulto joven (Leuning, Beck , Woo , Ganz, 2003). b) Tipo pincer o tenaza: Más habitual en mujeres de mediana edad que realizan deporte frecuentemente. Este tipo se nos muestra con un cabeza femoral normal pero a nivel del cuello del fémur choca con el ligamento debido a una pared acetabular más engrosada de lo normal. A lo largo del tiempo, nos encontramos con un movimiento de contragolpe afectándose él labrum.
Nos podemos encontrar la figura del pinzamiento mixto, el más frecuente, viéndolo hasta en 86% de los casos, y que une en diferentes grado los dos tipos definidos anteriormente (Mardonde, Barrientos, Nemtala, Tomic, Salineros, 2010).
Esta lesión suele estar infradiagnosticada, el primer contacto con un paciente joven que presenta una cadera dolorosa no suele ser sencilla, se debe estudiar el origen de las molestias que nos ayudará para concretar un diagnóstico correcto. Para su diagnóstico suele realizarse:

1. Anamnesis:
Importante una correcta anamnesis y exploración física sin olvidar valorar el arco de movimiento as de las pruebas específicas oportunas.
Nos llega a la consulta un adulto de entre los 20-50 años y nos refiere un dolor que aparece lentamente, sin un antecedente traumático. La zona de dolor suele ser en la ingle, zona del trocánter mayor, glúteos y puede irradiar hacia la rodilla. Los pacientes suelen colocar el dedo pulgar e índice alrededor de la cadera ("signo de dolor en C"). El dolor al inicio suele ser intermitente y va aumentando con la actividad como marchas prolongadas, movimientos de flexión máxima (la posición de sentado y cruzar las piernas, chute del balón, salto, artes marciales, conducción

de automóviles). Por todo esto, es importante conocer la profesión del paciente y los hábitos deportivos. El CFA es la principal razón de dolor en la cadera en el deportista, según un artículo del Dr. Marc Philippon, en el American Journal of Sports Medicine, aunque no es exclusivo de deportista, puede aparecer por ejemplo tras largas horas conduciendo vehículos, sentado en el lugar de trabajo… Un estudio realizado por el Dr. Michael Leunig en Zurich afirma que un 15% de la población tiene alteraciones en la cadera con un riesgo alto de padecer choque fémoro-acetabular (Ganz, Parvizi, Beck , Notzli , Sieben-Rock, 2003) que evolucione o no dependerá de una gran variedad de factores, pero lo que conocemos al día de hoy es que:

- Al paciente que llega a consulta debe ser tratado de los síntomas con la mayor rapidez posible, pues no existe curación espontánea sin su corrección.
-No se tratará las deformidades para prevención sino hay síntomas.

Hay tres cirugías fundamentales de osteoplastia, como reconoce la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos (AAOS). La técnica quirúrgica más extendida en el mundo es conocida como la Osteoplastia por abordaje mini-invasivo de Ribas (Escuela Barcelonesa), que es una variante menos agresiva a la osteoplastia de Ganz o luxación segura de la cabeza femoral (Escuela Bernese).

La tercera opción de cirugía y cada vez más popularizada es la osteoplastia vía artroscópica.

Esta última y novedosa técnica y su posterior tratamiento fisioterápico serán abordados en este capítulo. El objetivo a conseguir el mismo nivel articular que se tenía antes de la lesión o que aparecieran los síntomas. La evolución del paciente y las fases del tratamiento de fisioterapia tras cirugía, dependerá del alcance de la intervención quirúrgica. El fisioterapeuta trabajará estrechamente con su cirujano para garantizar su correcta recuperación.

El tratamiento artroscópico de la CFA fue introducido por Sampson y desarrollado y popularizado por la escuela de Vail (Philippon y cols.) San Francisco (Sampson y cols.), Nashville (Byrd y cols.) y Villar y cols., gozando cada vez de más reconocimiento, porque no es necesaria la incisión quirúrgica, destacando principalmente la planificación de la técnica. La técnica artroscópica es una adaptación del procedimiento quirúrgico abierto, sigue los mismos pasos y precauciones de la técnica quirúrgica abierta en combinación con técnicas estándar para la artroscopia del compartimiento central y periférico de la cadera (Byrd, 2006).

En España hay profesionales de gran prestigio internacional cuyos trabajos son tomados como referentes en el ámbito de las artroscopia del CFA, como los doctores Seijas, Margalet, Tey o Ledesmas.

El fisioterapeuta debe conocer el procedimiento que el cirujano ha llevado a cabo

en la intervención, ya que existe la posibilidad de la aplicación de uno o más protocolos. Es fundamental un informe detallado de la cirugía realizada para conocer el estado clínico y evitar así una mala realización de la rehabilitación.
Por tanto es importante para el terapeuta conocer la planificación de la cirugía artroscópica.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Determinar si la intervención por vía artroscópica es la más adecuada para las restauración biomecánica, cinética y anatomía de la cadera.

Objetivos secundarios:
1. Registrar las características particulares del paciente, teniendo en cuenta el tipo de intervención, protocolo de fisioterapia, cronología y diferentes técnicas llevadas a cabo.
2. Evaluar el nivel de dolor y recuperación funcional a través de escalas de medición.
3. Constatar la evolución de los pacientes intervenidos por las dos diferentes técnicas para demostrar estadísticamente los beneficios de una terapia u otra.
4. Un examen riguroso de los casos donde se valorará el proceso en conjunto.
5. Integrar los resultados de todos los tratamientos (quirúrgicos, médicos y rehabilitadores) que el paciente ha recibido en el período de seguimiento.
6. Valorar la mejora del paciente en las primeras semanas de tratamiento y la importancia de una precoz realización de protocolos de ejercicios.

3 Metodología

Esta revisión narrativa es el resultado de una investigación en bases de datos científicas, tales como PubMed, Cochrane Library, Medline y PEDro, así como en libros de referencia sobre el tema de estudio.
Las palabras clave fueron: Choque femoroacetabular, rehabilitación de cadera, femoroacetabular impingement, sportman, sportwoman/athlete, hip arthroscopy.
Los criterios de inclusión fueron artículos escritos en inglés en los últimos diez años, casos clínicos de pacientes que se sometieron a la técnica quirúrgica artroscópica de cadera, revisiones y estudios de casos.

Como criterios de exclusión estarían aquellos artículos sin acceso al texto integral completo, revisiones completas y tratamientos conservadores.
De los 96 artículos encontrados, después de leer los resúmenes fueron seleccionados un total de 26 artículos, 9 de ellos referente a la rehabilitación de la cadera post cirugía artroscópica y el resto de artículos (Bizzini, Notzli, Maffiuletti, 2007) referente a la técnica y a la descripción de la patología.

4 Resultados

Si bien existen artículos que se han publicado sobre la rehabilitación de la cadera, después de la artroscopia, la verdad es que estos protocolos se basan en el desarrollo de cicatrización del tejido, en las evoluciones y en la experiencia clínica, no existiendo artículos que describen protocolos basados en la comparación de las técnicas de tratamiento (Cutillas, Fernández-Bravo, De Lucas, Fontoira, Pérez, 2010)
Las diferencias existentes entre los protocolos revisados destacan los distintos tiempos de las fases de rehabilitación, diferente uso de aparatos de inmovilización articular diurnos y nocturnos. También importantes diferencias en las amplitudes a conseguir en las fases del tratamiento, así como en la carga que se debe usar después de la cirugía (BizziniI, Notzli, Maffiuletti, 2007)
En la rehabilitación postoperatoria inmediata todos los autores están de acuerdo en que se inicie en las primeras 24 horas, después de la cirugía, con la realización de ejercicios isométricos, hielo y técnicas manipuladoras. Las cargas aconsejadas en esta fase serán de 9.1 kg por un periodo de 4 semanas, mientras que otros autores nos hablan de una carga inicial de 13.6 kg en un periodo de 10 a 14 días.
Para algunos autores, la progresión en el tratamiento debe basarse en criterios medibles que puedan garantizar una progresión más segura y eficiente. Los pacientes no deben presentar signos inflamatorios ni edema para que se pueda intensificar los ejercicios de carga y de fuerza después de dos semanas, a excepción en las reparaciones de la cápsula, las osteoplastias acentuadas y micro fracturas en las que sólo se deben iniciar 4 a 6 semanas después de las cirugías .
En las mujeres la realización de ejercicios más exigentes y complejos sólo se deben realizar después de las 8 semanas con algunas excepciones, así como el aumento de la resistencia cardiovascular (Stalzer, Wahoff ,Scalan, Draovitch, 2005 y Wallhoff, Briggs, Philippon, 2009). La carga de entrenamiento, así como el tiempo y la dificultad de los mismos van aumentando con el paso de las semanas y se integran ejercicios pliométricos alrededor de la semanas 10-12 . La rehabilitación de la cadera después de la artroscopia en deportistas con C.F.A puede variar sig-

nificativamente teniendo en cuenta las lesiones y los procedimientos efectuados. Así las líneas principales de actuación en los protocolos de rehabilitación se basan en los procesos y tiempos de cicatrización de los tejidos, experiencia clínica del fisioterapeuta y de la retroalimentación del paciente, siendo de extrema importancia la relación paciente/fisioterapeuta (Walhoff, Briggs, Philippon, 2009).

5 Discusión-Conclusión

Una parte fundamental en la cirugía artroscópica es seguir un programa de rehabilitación. Una buena terapia puede ser el punto de inflexión entre el logro o el fracaso de la cirugía. Por ello, ponerse en manos de un equipo de rehabilitación experimentado, incluso antes de la cirugía (pre-rehabilitación) puede ayudar a la pronta recuperación. Los programas de rehabilitación varían de acuerdo con las lesiones y procedimientos quirúrgicos. La línea que siguen y comparten la mayoría de los autores es la rehabilitación en cuatro etapas. La duración de cada fase o etapa varía según las lesiones encontradas.

La artroscopia en el CFA es una técnica reciente (2003), que ha hecho posible en muchos casos evitar la cirugía abierta. El resultado en todos los estudios ha sido satisfactorio con un menor tiempo de recuperación. Pero aún no existen estudios con un seguimiento a largo plazo, ni donde se comparen la cirugía abierta con el procedimiento artroscópico para la misma patología. Es, por tanto, precipitado decir que la artroscopia presenta un beneficio documentado y prolongado para el tratamiento CFA.

A medida que se obtenga más experiencia con la técnica artroscópica, hay que recordar que es una cirugía joven, los estudios sobre las complicaciones de la cirugía serán más numerosos y rigurosos en la rehabilitación desarrollada.

Podemos concluir que en este momento no existen estudios en los que se efectúan comparaciones de los protocolos o las técnicas de rehabilitación en pacientes.

Debemos subrayar la importancia del desarrollo de protocolos basados en evidencias científicas para que el tratamiento y retorno a la actividad por parte de los pacientes sean lo más rápido y seguro posible.

En el caso de pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante técnica artroscópica, la fisioterapia precoz es más eficaz en la disminución del dolor, recuperación funcional y retorno a la actividad deportiva que en una intervención mini-invasiva.

El objetivo general de futuras investigaciones en este campo sería la justificación mediante datos del papel tan importante y decisivo de una fisioterapia precoz y de calidad como tratamiento en la artroscopia del CFA.

Objetivos más específicos serían aquellos como:
1. Registrar las características individuales de cada paciente, considerando el tipo de intervención, protocolo de fisioterapia, cronología y diferentes técnicas llevadas a cabo.
2. Evaluar el nivel de dolor y recuperación funcional a través de escalas de medición.
3. Constatar la evolución de l los pacientes intervenidos por las diferentes técnicas para demostrar estadísticamente los beneficios de una terapia u otra.
4. Un examen riguroso de los casos donde se valorará el proceso en conjunto.
5. Incorporar los resultados de todos los tratamientos (técnica quirúrgica, médicos y rehabilitadores) que el paciente ha tenido en la etapa de seguimiento.
6. Valorar el progreso del paciente en los primeros días de tratamiento y la importancia de una precoz realización de protocolos de ejercicios.
7. Reincorporación a la vida normal y a la práctica deportiva.

6 Bibliografía

1. Bizzini, M., Notzli, H., Maffiuletti, N. A. (2007). Am J. Sports Med; 35:1954-9.
2. Byrd, J.W. (2006). Hip arthroscopy. J. Am Acard Orthop Surg. Jul.; 14(7): 433-444.
3. Cutillas, R., Fernández-Bravo, A., De Lucas, J.C., Fontoira, E., Pérez y E. (2010). Abordaje rehabilitador en el pinzamiento femoroacetabular. A propósito de un caso. Rehabilitación. 44:86-90.
4. Decker, M.J., Torry, M.R, Anstett, F., Giphart, J.E., Wahoff, M. And Philippon, M. J. (2009). Gluteus medius muscle activation during hip rehabilitation exercises. July, Denver, Colorado. AAOSM Meeting-Research Presentation.
5. Ganz, R., Parvizi, J., Beck, M., Notzli, H., Sieben-Rock, K.A. (2003). Femoroacetabular impingement: A cause for Osteoarthritis of the hip. Clin Orthop Relat Res. 417:1-9.
6. Ganz, R., Leunig, M., Leunig-Ganz, K., Harris, W.H. (2008). The etiology of osteoarthritis of the hip: an integrated mechanical concept Clin Orthop Relat Res. 466(2) 264-72.
7. Griffin, D.R., Villar, R.N. (1999). Complications of arthroscopy of the hip. J. Bone Joint Surg Br. 81: 604-606.
8. Hoffmann, S., Tschauner, CH., Graft, R. (2003). Mechanical Cause of Osteoarthritis in Young Adults. Hips Internationals. 13 Suppl. 2:3-9.
9. Lage, L.A., Costa, R.C. (1995). Artroscopia do quadril: indicações e técnica. Rev Bras Ortop. 30(8):555-8.

10. Leunig, M., Beck, M., Woo, A., Ganz, R. (2003). Acetabular rim degeneration: A constant finding in the aged hip. Clin Orthop Relat Res. 413:201-7.
11. Mardoner, R., Barrientos, V., Nemtala, F., Tomic, A., Salineros, M. (2010). Pinzamiento femoroacetabular: Conceptos básicos es una nueva causa de dolor inguinal. Revista Médica Chile, Santiago. Volumen 138:102-108.
12. O´Driscoll, SW., Giori, NJ. (2000). Continuous passive motion (CPM): theory and PHILIPPON MJ, SCHENKER ML. 2006. Arthroscopy for the treatment of femoroacetabular impingement in the athlete. Clin Sports Med. 25. 299-308.
13. Sadri, H., Hoffmeyer, P. (2006). Treatment of femoroacetabular impingement by hiparthrocopy compared to open surgery with a minimum 2 year follow- up. In Advances in Hip Arthroscopy Meeting. Paris.
14. Sampson, TG. (2005). Arthroscopic treatment of femoroacetabular impingement. Tech in Orthop. 20: 56-62.
15. Stalzer, S., Wahoff, M., Scalan, M., Draovitch, P. (2005). Rehabilitation after hip arthroscopy. Operative Techniques in Orthopaedics. 15(3): 208-289.
16. Wallhoff, M., Briggs, KK., Philippon, MJ. (2009). Hip arthroscopy rehabilitation: evidence-based practice. Orthopaedic Knowledge Update: Sports Medicine 4, chapters 23: 273-281.

Capítulo 1232

FISIOTERAPIA EN EL DOLOR PLANTAR.

JOAQUINA COSTA IGLESIAS

ARGENTINA GARCIA GARCIA

ANGEL FUEYO PRIETO

DANIEL BUENO GONZALEZ

1 Introducción

El dolor plantar o fascitis es una de las causas más comunes de dolor en el talón y zona de la fascia que afecta a un 10% de la población general. Es un proceso inflamatorio de una banda tensa de tejido fibroso que se extiende a lo largo de la parte inferior del pie y conecta con los dedos, cuya función es amortiguadora y mantiene la tensión del arco plantar. Se caracteriza por dolor punzante muy localizado habitualmente en la cara antero-interna del calcáneo y a lo largo de la fascia; como la fascia tiene tres fascículos: central, lateral y medial, el dolor puede variar. Dolor característico en el talón y sensibilidad centrada en el tubérculo medial del calcáneo al soportar el peso, especialmente después del descanso, es decir, por la mañanas, después de largo tiempo de inactividad física, muchas horas de pie o después de una actividad deportiva intensa. La fascitis se genera por crear demasiada tensión o estrés pudiendo llegar a producir desgarros por estiramientos repetitivos lo que produce la irritación o la inflamación.
Los factores de riesgo pueden ser variados, pueden estar relacionados con la edad (40-60), las actividades deportivas que impliquen mucho la repetición de flexión

del pie (maratones, saltos, ballet….) y la anatomía del pie que también juega un papel muy importante, como pies planos, arco plantar alto y una biomecánica mala de la marcha. Las complicaciones de una mala biomecánica de la marcha pueden desencadenar una fascitis plantar, pero también al revés, una fascitis puede alterar la marcha para aliviar o reducir el dolor de la planta y generar problemas en el pie, cadera y espalda.
Durante mucho tiempo se pensó que en presencia de un espolón, éste era el único causante del dolor de la fascia, pero hoy en día sabemos que el espolón no es la causa de la fascitis, sino consecuencia de la misma. Lo que duele no es el espolón, sino la fascia. El dolor provocado es como consecuencia de la excesiva tracción de la fascia plantar en su inserción proximal en el calcáneo.
Para hacer un buen tratamiento terapéutico, debemos hacer un buen diagnóstico fisioterapéutico, y tener presente:
- Una buena anamnesis.
- Una buena exploración física.

El tratamiento principal elegido para esta patología es la Punción Seca (PS), técnica de fisioterapia invasiva con la que se pretende desbloquear los puntos gatillo miofasciales (PGM) con el objetivo de relajar la musculatura afectada. A través de la aguja en el PGM se consigue generar una presión y contracción que deja de emitir acetilcolina, neurotransmisor encargado de la contracción muscular y consiguiendo la disminución del dolor. Dentro de esta patología los músculos más afectados: con un 52% el cuadrado plantar y con un 42% el aductor del dedo gordo. Pero no hay que olvidarse que en porcentajes más pequeños nos encontramos con dolor en el tríceps sural y en el tibial posterior.

Para alcanzar los objetivos con este paciente debemos hacer una buena anamnesis y una buena valoración física, ya que el problema de la fascitis puede tener causas diversas. Enfocaremos el tratamiento en la punción seca para valorar los resultados con esta técnica de fisioterapia, ya que el paciente fue tratado anteriormente con otras técnicas diferentes. Nos centraremos en:
- Disminución del dolor tanto local como general
- Tratamiento específico del pie (zonal)
- Tratamiento y valoración de estructuras colindantes que puedan estar relacionadas
- Reeducación de la marcha, aprendizaje de medidas ergonómicas y aprendizaje de estiramientos domiciliarios.
- Adaptación de nuevo a su deporte.

2 Objetivos

- Revisión de un caso clínico de dolor plantar.

3 Caso clínico

Paciente de 41 años derivado por Servicio de Rehabilitación a atención especializada con diagnóstico de dolor en el talón del pie con fascitis plantar.
Anamnesis: el paciente nos cuenta que trabaja muchas horas de pie y con zapatos de seguridad, además practica de 4-5 días /semana carrera, corre maratones. Nos comenta que empezó con molestias en la pantorrilla y tendón de Aquiles, y luego el dolor fue progresivo y acentuándose en parte inferior del talón y planta del pie. Lo que notaba era que se levantaba con mucho dolor por las mañanas y a la hora de trabajar estaba con molestias, pero cuando llegaba a casa el dolor aumentaba. Dejó de correr por las molestias posteriores a la actividad y siguió trabajando a pesar de las molestias.
Exploración fisioterapéutica: paciente en camilla, se valora de forma pasiva la flexión dorsal del pie, estiramientos pasivos de la musculatura de la pierna, apareciendo dolor en el tríceps sural, tibial y en la planta del pie a la presión, dolor en zona del cuadrado plantar y aductor del dedo gordo. En la exploración del tibial anterior y peroneos aparece dolor y están poco activos. Esto últimos nos dan mucha información, ya que si el tibial anterior y los peroneos no hacen bien su trabajo sobrecargan mucho al tríceps sural. También se valora la marcha, observando que adopta una postura antiálgica para evitar la flexión dorsal y apoyo sobre el borde externo del pie.
El juicio final fisioterapéutico es fascitis plantar por sobrecarga del tríceps sural a consecuencia de la inactividad del tibial anterior y peroneos sumado al mal apoyo sobre el talón y la mala biomecánica durante meses.
Con un diagnóstico diferencial de descarte de espolón calcáneo y sin presentación de prueba de ECO, empezamos tratamiento de fisioterapia.
Plan de trabajo: exploro los puntos gatillos miofasciales (PGM) de toda la musculatura afectada. Planteamos hacer punción seca en los PGM del cuadrado plantar, aductor del dedo gordo, tríceps sural, tibial anterior y peroneos. Cada tratamiento de PS se acompaña después de trabajo manual, ejercicios de estiramientos de toda la musculatura afectada y ejercicios domiciliarios. Fortalecimientos progresivos, sobre todo del tibial anterior y peroneos. Adaptación progresiva a su actividad deportiva. Se le trata 2 días/semana, después de un mes, se pasa a 1/semana y terminamos tratamiento en 4 meses.

4 Discusión-Conclusión

A pesar del resultado positivo, no se puede concluir si los últimos tratamientos de la PS en el tibial anterior y peroneos fueron los más efectivos, o fue por la evolución de la suma de todos los tratamientos. La bibliografía sobre este tema es muy escasa y no aporta datos concluyentes.

5 Bibliografía

• Díaz A.; Guzmán P. Efectividad de distintas terapias físicas en el tratamiento conservador de la fascitis plantar. Revisión sistemática. Rev. Esp Salud Pública 2024; 88: 157-178.

• Cole C., Seto C., Gazewood J. Plantar Fasciitis: Evidence-Based Review of Diagnosis and Therapy. University of Virginia School of Medicine, Charlottesville, Virginia. 2005 Dec. 1;72 (11): 2237-2242.

• Torrijos, A.; Abián-Vicén, J.; Abián, P.; Abián, M. (2009). Plantar fasciitis treatment. Journal of Sport and Health Research. 1(2):123-131.

• DiGiovanni BF, Nawoczenski DA, Lintal ME, Moore EA, Murray JC, Wilding GE, et al. Tissue-specific plantar fascia-stretching exercise enhances outcomes in patients with chronics heel pain: a prospective, randomized study. J Bone Joint Surg Am. 2003;85:1270-77.

• Rompe JD, Cacchio A, Weil L Jr, Furia JP, Haist J, Reiners V, et al. Plantar fascia-specific stretching versus radial shockwave therapy as initial treatment of plantar fasciopathy. J Bone Joint Surg Am. 2010; 92(15):2514-22.

Capítulo 1233

TENDINITIS ROTULIANA EN EL BALONCESTO.

MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO

INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ

MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN

1 Introducción

La tendinopatía rotuliana, también conocida como ”rodilla del saltador”, es una lesión muy frecuente en deportes como el baloncesto, donde hay un uso excesivo de la articulación de la rodilla, con movimientos repetitivos y frecuentes en el plano vertical sobre superficies planas y duras.
Describe un síndrome clínico en la que están presentes tres componentes: dolor, inflamación (difusa o localizada) e impotencia funcional. Dentro de este grupo de lesiones podemos encontrar diversos conceptos (tendinosis, tendinitis, paratendinitis, entesopatías).
El origen de las lesiones tendinosas tienen una relación directa con el tipo de fuerza que actúa sobre el tendón.
Son producidas principalmente por fuerzas de compresión, rozamiento o fricción, tracción o diferentes estímulos de leve intensidad aplicados de forma repetitiva.

2 Objetivos

Revisión de un caso de tendinitis rotuliana.

3 Caso clínico

Paciente varón, 25 años de edad, jugador de baloncesto en un equipo local. Refiere dolor en la rodilla, señalando debajo de la rótula tras 24 horas con la molestia continua pero que no le incapacita para hacer su vida diaria o para terminar el entrenamiento.
Después de valorar y diagnosticar de tendinitis aguda del tendón rotuliano procedemos a tratarlo.
Lo primero que le hacemos hincapié es en la disminución del entrenamiento tanto en intensidad como en duración. Después el tratamiento fisioterápico consiste en tratamiento manual para aliviar ese dolor con corrientes analgésicas en la zona periarticular muscular y tendinosa, desactivar los Puntos Gatillo Miofasciales como son de la musculatura del cuádriceps (vasto externo), el tensor de la fascia lata y y al aductor corto. Otra técnica que le planteamos es la hidroterapia para seguir haciendo sus entrenamientos físicos pero dentro del agua para disminuir el peso en la articulación. Al terminar se le practicarán estiramientos pasivos para evitar la pérdida de esa elasticidad del músculo-tendón.
Tras 3 sesiones de tratamiento fisioterápico le mandamos al paciente que siga haciendo un entrenamiento para volver con el equipo con ejercicios excéntricos y que varias veces al día se siga poniendo frío local sobre todo después de cada entrenamiento.

4 Discusión-Conclusión

La tendinopatía rotuliana es una lesión bastante frecuente en jugadores de baloncesto profesional, que debe seguir siendo objeto de estudio debido a un conocimiento incompleto en cuanto al diagnóstico, ya que se suele determinar la tendinopatía cuando aparece dolor y ya hay alteraciones tisulares, y a los mecanismos que producen dicha lesión.
A través de los ejercicios excéntricos los jugadores consiguen mejores sensaciones y se evita en un alto porcentaje el dolor en la zona del tendón rotuliano así como la recaída en jugadores que han sufrido la lesión anteriormente.
En cuanto al tratamiento, se hace fundamental iniciarlo al observar los primeros síntomas para reducir así las fases de desarrollo de la tendinopatía además del dolor que produce la misma ,y evitar la disminución de rendimiento en los jugadores.
Por tanto, tras analizar el tratamiento para la tendinopatía rotuliana, se puede afirmar que resulta eficaz ejecutar planes de actuación de tratamiento previos

y/o en cuanto aparezca dicha patología para:
- Combatir el dolor en la parte anterior de la rodilla, localizado en el polo inferior de la rótula, apreciado a la palpación.
- Combatir el dolor en actividades como correr, saltar, bajar escaleras, incluso caminar.
- Combatir el dolor al flexionar o extender la pierna, o estar tiempo prolongado con la rodilla flexionada.
- Potenciar la musculatura y evitar la debilidad de la rodilla.
- Evitar que se produzca la retracción de cuádriceps.
- Disminuir la inflamación y aumentar la temperatura local.

5 Bibliografía

- Jurado A, Medina I. Tendón. In: Valoración y tratamiento en fisioterapia. Barcelona: Paidotribo; 2008. Salinas, FJ; Nicolas, L. Abordaje terapéutico en las tendinopatías.
- Abellán, JF. Terminología y clasificación de las tendinopatías.
- Purdam CR, Jonsson P, Alfredson H, Lorentzon R, Cook JL, et al. A pilot study of the eccentric decline squat in the management of painful chronic patellar tendinopathy. Br J Sports Med. 2004; 38:395-7.

Capítulo 1234

EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA EASY FLOSSING+EJERCICIO ACTIVO VS EJERCICIO ACTIVO EN LA DISMINUCIÓN DE DOLOR POSTPUNCIÓN EN PUNTOS GATILLO MIOFACIALES LATENTES

MIGUEL ÁNGEL SERRANO RODRÍGUEZ

YOLANDA GARCIA ALEGRE

MARTA AGUADO GUERRA

1 Introducción

El dolor postpunción (DP) se presenta como uno de los efectos secundarios más comunes de la punción seca profunda (PS) de puntos gatillo miofasciales y se cree que es consecuencia del daño neuromuscular generado por las inserciones repetidas de la aguja en el músculo1, 2. Estudios previos han investigado la efectividad de varias terapias para reducir el DP, incluyendo la terapia manual3, ultrasonido4, ejercicio5, spray frío y estiramiento6, Pens (percutaneous electrical nerve stimulation)7, etc. Una técnica novedosa es Easy Flossing (EF) o Flossband, descrita como método terapéutico de compresión de corta duración8, usando bandas de látex alrededor de la zona del cuerpo elegida, seguida de un breve período de ejercicio9.

2 Objetivos

Comparar si la utilización de la técnica EF y ejercicio activo es más efectivo que sólo realizar ejercicio activo en la disminución del DP en puntos gatillo miofasciales (PGM) latentes del músculo vasto medial.

3 Metodología

Se realizó un ensayo clínico aleatorizado y simple ciego. 20 voluntarios sanos participaron en el estudio y fueron divididos de forma aleatoria en grupo intervención 1 (GI1) y grupo intervención 2 (GI2). Todos recibieron un tratamiento de PS, con una aguja AGUPUNT® de tamaño 0.32x40mm, durante 30'' con técnica de Hong en un PGM latente en el músculo vasto medial del cuádriceps. El GI1, inmediatamente después de la PS, realizó durante 2' ejercicio activo de flexoextensión de rodilla en sedestación a una velocidad de al menos 1 repetición por segundo. Al GI2, inmediatamente después de la PS, se le realizó el tratamiento con EF consistente en vendar el vasto medial de distal a proximal, comenzando justo por encima del polo superior de la rótula, con banda de látex morada Snactband®, al 50% de tensión, y tras ello realizó durante 2' ejercicio activo de flexoextensión de rodilla en sedestación a una velocidad de al menos 1 repetición por segundo. Los pacientes completaron la escala visual analógica (EVA) para valorar el DP en el post-inmediato, a los 5', a 1h, 6h, 12h, 24h, 48h y 72h tras realizar la PS. Los datos se gestionaron con el programa SPSS v22.0 utilizando los tests T-student o U de Mann Whitney según los test de normalidad. El criterio de significación fue de $p<0.05$.

4 Resultados

Hubo diferencias significativas a favor de la técnica EF y ejercicio activo en las mediciones a 5' (1.07 ± 0.81 pts vs 2.89 ± 1.40 pts p= 0.005) y 1h (2.08 ± 1.36 pts vs 4.52 ± 2.59 pts p= 0.035), mientras que no las hubo para 6h, 12h, 24h, 48h y 72h.

5 Discusión-Conclusión

Según este estudio, la técnica EF y ejercicio activo muestra ser más efectiva que sólo realizar ejercicio activo para disminuir la intensidad del DP a muy corto plazo (5'-1h). Sería interesante realizar el estudio con mayor número de voluntarios y que presenten PGM activos.

6 Bibliografía

1. Domingo A, Mayoral O, Monterde S, Santafe´ MM. Neuromuscular damage and repair after dry needling in mice. Evid Based Complement Alternat Med 2013;2013:260806
2. Martín-Pintado-Zugasti, A., Mayoral del Moral, O., Gerwin, R.D., Fernández-Carnero, J., Postneedling soreness after myofascial trigger point dry needling: Current status and future research, Journal of Bodywork & Movement Therapies (2018), doi: 10.1016/j.jbmt.2018.01.003.
3. Martín-Pintado-Zugasti A, Pecos-Martín D, Rodríguez-Fernández A, et al. Ischemic compression after dry needling of a latent myofascial trigger point reduces post-needling soreness intensity and duration. PM R 2015;7:1026-1034.
4. Lai M, Hong C. Additional ultrasound therapy after myofascial trigger point injection for the management of post-injection soreness. J Rehabil Med Assoc ROC 1998;26:111-118.
5. Salom-Moreno J, Jiménez-Gómez L, Gómez-Ahufinger V, et al. Effects of low-load exercise on post-needling induced pain after dry needling of active trigger point in individuals with subacromial pain syndrome. PM R 2017;9:1208-1216.
6. Martín-Pintado-Zugasti A, Rodríguez-Fernández A, Gracia-Muro F, et al. Effects of spray and stretch on postneedling soreness and sensitivity after dry needling of a latent myofascial trigger point. Arch Phys Med Rehabil 2014;95:1925-1932.e1.
7. León-Hernández JV, Martín-Pintado-Zugasti A, Frutos LG, Alguacil-Diego IM, De La Llave-Rincón AI, Fernández-Carnero J. Immediate and short-term effects of the combination of dry needling and percutaneous TENS on post-needling soreness in patients withchronic myofascial neck pain. Brazilian J Phys Ther 2016;20:422-431.
8. Robert P, Robert S, Sven M. Tissue Flossing: A new short-duration compression therapy for reducing exercise-induced delayed-onset muscl soreness. A randomized, controlled and doublé-blind pilot. Cross-Over Trial. The Journal os Sport Medicine and Physical Fitness 2018; doi:10.23736/S0022-4707.18.08701-7
9. S Andrew Cage, Brandon J Warner, Phil Stevenson, Arturo A Arce-Esquivel. Flossing bands to treat keinböck's disease in a collegiate men's basketball player: a case report. Int Phys Med Rehab J. 2018;3(2):166–168.

Capítulo 1235

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN DOLOR LUMBAR CRÓNICO.

CLAUDIA SÁNCHEZ PALACIO

PELAYO SÁNCHEZ ARGÜELLES

PELAYO MARTÍNEZ DE LA TORRE

INÉS MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ROSANA MARTÍN MARTINEZ

1 Introducción

El dolor musculoesquelético es el segundo trastorno de salud más prevalente y el segundo que provoca mayor gasto sanitario, por lo que tiene un impacto muy importante en nuestra sociedad tanto a nivel social como económico. Dentro del dolor musculoesquelético, el dolor lumbar crónico (CLBP) es el que mayor impacto tiene en cuanto a dolor, gasto farmacéutico y baja laboral. En los últimos años, las estadísticas de baja laboral debido a CLBP continúan aumentando por lo que debemos mejorar el enfoque y abordarlo desde una perspectiva más amplia y multidimensional

2 Objetivos

Los objetivos que planteamos ante un paciente con dolor lumbar crónico son:

- Evaluar estado inicial del paciente, incluyendo intensidad del dolor (escala EVA), kinesiofobia (escala Tampa), catastrofización del dolor (escala PCS) y discapacidad
(cuestionario Roland- Morris).
- Búsqueda de factores biológicos que puedan estar provocando el dolor.
- Evaluación física inicial observando calidad de movimiento y déficits neurológicos.
- Generar una buena alianza terapéutica con el paciente acordando objetivos realistas y consensuados.
- Realizar una buena pedagogía del dolor explicando los mecanismos por los que se produce y las variables que influyen sobre él.
- Graduar las actividades que provocan miedo/dolor al paciente para ir exponiéndose a ellas de forma progresiva.
- Implementar un programa de ejercicio terapéutico graduado progresivo.

3 Caso clínico

Paciente de 44 años con 8 años de evolución de dolor lumbar. Refiere episodios más y menos intensos a lo largo de estos años. El primer episodio ocurre en 2012, y el más doloroso, en 2015., año en el que está durante 9 meses con intensidad muy alta de dolor que le incapacita en las actividades de la vida diaria hasta que le realizan una infiltración epidural que le alivia completamente el dolor. Actualmente refiere dolor, rigidez e incapacidad al día siguiente de realizar ejercicio por lo que lo evita ya que necesita viajar muy a menudo por trabajo. Viene a consulta para ver si puede realizar algo para mejorar esas molestias al día siguiente.

Lo primero que hacemos es valorar su estado actual en el que no presenta dolor, y generar una alianza terapéutica con el paciente fijando unos objetivos comunes y realistas que podamos alcanzar. En este caso consensuamos la vuelta a realizar deporte en 3 a 6 meses sin sentir incapacidad al día siguiente, aunque pueda existir un grado bajo de dolor (1-2 en escala EVA) a la mañana siguiente. Analizamos su historia y observamos su movilidad y lo que concluimos es que está aumentando muy bruscamente su nivel de actividad cuando realiza deporte, ya que habitualmente lleva una vida sedentaria en la que no realiza prácticamente nada de actividad física, y cuando decide realizarla, lo hace competitivamente en partidos tanto de tenis como de fútbol con los amigos. Decidimos realizar un trabajo de exposición gradual al ejercicio planificado en el que comenzará corriendo 2-3 días a la semana y realizando 1 día de fuerza en el gimnasio.

Asimismo, pautamos un programa de movilidad lumbar que realizará en su domicilio 4 días a la semana ya que sigue protegiendo algunos movimientos de columna a pesar de no tener dolor al realizarlos.
Le recordamos que es normal que los primeros días note algo de rigidez y dolor en la zona lumbar ya que vamos a aumentar el trabajo físico que realiza a diario, pero debemos buscar un nivel de actividad que no le incapacite para su trabajo. Además, esta sensación irá disminuyendo con la habituación.

Lo volvemos a citar a la semana y nos informa de que ha realizado la pauta de ejercicios que le habíamos pautado, y aunque los primeros días tuvo dolor al amanecer, este iba desapareciendo a lo largo del día y que a partir del 4º día ya se levantó sin molestias.
Aumentamos la intensidad de carrera incluyendo dos series largas (8-10 minutos) en una de las sesiones tras el calentamiento aumentando un 10% el ritmo de calentamiento y aumentamos también la intensidad del trabajo de fuerza. Volvemos a citarlo en dos semanas.

A las 2 semanas, la evolución sigue siendo buena y el paciente sigue asimilando correctamente la carga física que hemos pautado. Le damos una planificación de un mes y le pedimos que se ponga en contacto si tiene cualquier duda o molestia a lo largo de ese mes.
De esta manera, aumentando progresivamente la intensidad de carrera y el trabajo de movilidad y fuerza, a las 14 semanas comienza a realizar otra vez su actividad física previa a 2015 con solamente una intensidad de dolor de 2 en la escala EVA a la mañana siguiente y sin provocarle discapacidad.

4 Discusión-Conclusión

Creemos que el trabajo de fisioterapia en dolor crónico no debe centrarse solamente en la parte estructural del paciente ya que muchas veces el tiempo de lesión supera el tiempo de regeneración de cualquier estructura biológica. De esta manera, debemos tener en cuenta el modelo biopsicosocial, poniendo énfasis en la experiencia multidimensional (sensorial, cognitiva, emocional y motora) que es el dolor en la que todos estos procesos interactúan en diferente medida en cada paciente, por lo que debemos estudiar profundamente la historia clínica de cada paciente e individualizar al máximo sus tratamientos porque debido a esta complejidad, no existen protocolos estructurados que podamos aplicar en todos

ellos.

5 Bibliografía

1. Andrews NE, Strong J, Meredith PJ. Activity pacing, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: a systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2012; 93:2109-2121.e7.
2. Bjorck-van Dijken C, Fjellman-Wiklund A, Hildingsson C. Low back pain, lifestyle factors and physical activity: a population based-study. J Rehabil Med. 2008; 40: 864-869.
3. Bunzli S, Watkins R, Smith A, Schutze R, O'Sullivan P. Lives on hold: a qualitative synthesis exploring the experience of chronic low-back pain. Clin J Pain. 2013; 29: 907- 916.
4. Moseley GL, Butler DS. Fifteen years of explaining pain: the past, present and future. J Pain. 2015; 16:807-813.
5. O'Sullivan P. It's time for change with the management of non-specific chronic low back pain. Br J Sports Med. 2012; 46: 224-227.
6. O'Keeffe M, Nolan D, O'Sullivan P, Dankaerts W. Ten-year follow-up of strengthening versus flexibility exercises with or without abdominal bracing in recurrent low back pain. Spine (Phila Pa 1976). 2014 Nov 15; 39 (24)

Capítulo 1236

FISIOTERAPIA EN LAS ENFERMEDADES RARAS.

PAULA BLANCO DEL VALLE

ISIDRO TORRES PAREJO

1 Introducción

Las enfermedades raras son un grupo de enfermedades muy diversas, se definen por tener una incidencia menor de una persona por cada 2000, es decir, muy pocas personas se van a ver afectadas comparado con las patologías más comunes. Hay en la actualidad unas 7000 enfermedades raras descritas, pero este número está en continuo aumento.

El 80% de ellas tienen origen genético, y las demás pueden estar causadas por factores ambientales o infecciones. No suelen ser benignas, normalmente son enfermedades graves, de curso progresivo; afectan en su mayoría a niños, tienen una mortalidad del 30% en el primer año. El 95% de ellas no tienen un tratamiento conocido; en la actualidad, los tratamientos médicos son básicamente sintomáticos y en pocas ocasiones contamos con opciones que mejoren la evolución de la enfermedad.

Desde el punto de vista social, para imaginar el sufrimiento de estas familias, a todas las consecuencias de las enfermedades desde el punto de vista motor, sensitivo, respiratorio, etc. se une el hecho de que la media para obtener un diagnóstico de estas enfermedades es de 4,8 años.

2 Objetivos

- Describir las particularidades de las enfermedades raras en su conjunto.
- Definir la situación actual de la fisioterapia en enfermedades raras.
- Búsqueda de evidencia de práctica clínica en fisioterapia sobre estas enfermedades.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica principalmente en Pubmed; también en las bases de datos Scielo y peDRo. Se han utilizado los descriptores: enfermedad rara, fisioterapia, rehabilitación. Se han revisado artículos en castellano y en inglés.

4 Resultados

Existe un conocimiento científico muy limitado en cuanto a las enfermedades raras desde el punto de vista global. La dificultad en reclutar pacientes para ensayos clínicos es una de las razones; también, el hecho de que el número de potenciales pacientes tan restringido haga que a menudo la investigación privada no sea rentable.

Muchos pacientes se sienten aislados y frustrados antes y después del diagnóstico. El impacto psicológico y emocional que se produce en las familias es muy significativo. Cobran vital importancia en estos casos los movimientos asociativos, que son una fuente de información y apoyo muy importante, aunque en el caso de enfermedades menos prevalentes la única posibilidad son asociaciones internacionales.

En cuanto a la fisioterapia, al igual que en el resto de disciplinas, no existe evidencia científica descrita. Cuando nos enfrentamos a uno de estos enfermos, normalmente no existen escalas de valoración específicas, y debemos valernos de toda la gama existente según queramos valorar el tono, la fuerza, la sensibilidad, etc. También hay inexistencia de protocolos de tratamiento o guías de práctica clínica; la planificación y las estrategias especificas de tratamiento corren a cargo únicamente del fisioterapeuta.

Existen mejores resultados cuando nuestro tratamiento comienza de manera precoz, pues es la mejor manera de prevenir deformidades. El seguimiento suele ser

en la mayoría de casos crónico. Para abordar nuestra intervención debemos estar dispuestos a utilizar un amplio abanico de técnicas según las singularidades que nos encontremos, las más utilizadas van a ser:

- Técnicas de fisioterapia para la normalización del tono y para la adquisición de patrones normales de movimiento: Bobath, Vojta, Le Métayer.
- Estiramientos, trabajo de la postura para evitar deformidades ortopédicas. Utilización de órtesis estáticas o dinámicas si fuese necesario.
- Técnicas respiratorias: para la expulsión de secreciones, entrenamiento de la musculatura respiratoria, aumento de capacidad pulmonar.

5 Discusión-Conclusión

Es sin lugar a dudas un desafío para cualquier profesional, también para los fisioterapeutas, conseguir una experiencia adecuada con estas enfermedades, ya que la base de conocimientos que tenemos es muy escasa.

Una misma enfermedad provoca unas manifestaciones clínicas muy diversas. Cobra vital importancia hacer una valoración completa e individualizada del paciente y poner el máximo esfuerzo en hacer un diagnóstico de fisioterapia detallado que nos guíe, y que nos lleve posteriormente al mejor tratamiento posible. La falta de protocolos de tratamiento de fisioterapia para estas patologías es un hándicap que el profesional debe paliar con su experiencia, motivación y dedicación máxima.

Cada paciente con enfermedad rara merece tratamiento y apoyo y los profesionales sanitarios debemos poner todo nuestro esfuerzo en conseguir una atención adecuada, aunque los objetivos sean en muchas ocasiones únicamente paliativos. La inversión en investigación pública, complementaria a la investigación privada, es la clave para mejorar el futuro de estas enfermedades.

Es necesario abordar nuestra intervención desde la perspectiva de un equipo multidisciplinar, uniendo lazos entre los diferentes profesionales para conseguir una intervención lo más íntegra posible. Neurólogo/a, genetista, psicólogo/a, enfermero/a, trabajador/a social, fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional, etc. son algunas disciplinas imprescindibles que deben trabajar codo con codo, aportando lo máximo desde su punto de vista para aumentar la calidad de vida del paciente con enfermedades raras. Compartiendo objetivos comunes para enfrentaros a problemas complejos que se solucionarán de manera más efectiva

desde un punto de vista global.

6 Bibliografía

- Austin, Christopher P. et al. (2018) Future of rare diseases research 2017-2027: an IRDiRC perspective. Clin Transl Sci, v. 11, n. 1, p. 21-7.
- Groft SC, Posada de la Paz M (2017) Preparing for the future of rare diseases. Adv Exp Med Biol 1031:641–648
- Boycott, Kym M.; Ardigó, Diego. (2018) Addressing challenges in the diagnosis and treatment of rare genetic diseases. Nat Rev Drug Discov, v. 17, n. 3, p. 151-2.

Capítulo 1237

COCCIGODINIA POST PARTO. ABORDAJE DESDE LA FISIOTERAPIA.

INÉS MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ROSANA MARTÍN MARTINEZ

CLAUDIA SÁNCHEZ PALACIO

PELAYO MARTÍNEZ DE LA TORRE

PELAYO SÁNCHEZ ARGÜELLES

1 Introducción

El coxis es un hueso situado en la base de la columna vertebral formado normalmente por 4 vértebras que se curva ligeramente hacia la pelvis. Se articula con el sacro formando la articulación sacrococcígea y permite cierto grado de movilidad limitada, siendo normal entre 5 y 25 grados cuando la persona se sienta.
La coccigodinia es un un síndrome muy molesto que puede llegar a ser invalidante para quien la padece y con mala respuesta terapéutica.
Pese a que es un síndrome poco frecuente en la población general (la coccigodinia constituye menos del 1% de las consultas no traumáticas de dolencias de la columna vertebral), la morbilidad en el post parto, a corto, medio o largo plazo, es muy frecuente como consecuencia del trauma perineal del parto vaginal. Podemos diferenciar dos causas responsables de las coccigodinias post parto: el traumatismo por impacto directo sobre el coxis por un lado y el trauma obstétrico por otro.

El objetivo principal en nuestro tratamiento es el de aliviar el dolor que presenta la paciente. De manera secundaria, trataremos de suprimir el espasmo muscular de los elevadores del ano y devolver el equilibrio funcional a la articulación sacro coccígea. Otra parte del tratamiento importante es la corrección postural tras los cambios anatómicos y fisiológicos durante el embarazo, así como la toma de consciencia y fortalecimiento de suelo pélvico.

2 Objetivos

Revisión bibliográfica de un caso de coccigodinias post parto.

3 Caso clínico

La paciente es una mujer de 30 años, primípara y cuando acude a consulta, hace dos meses que ha dado a luz a un niño de 3, 260 kg en la semana 40+6. El parto fue largo, con un expulsivo prolongado de 3 horas convirtiéndose en un parto instrumental con espátulas, en el que se produce una episiotomía y un desgarro con sus correspondientes puntos.
Se realizó una valoración inicial, en la que se encontró a nivel abdominal una hipotonía, un transverso abdominal incompetente a la tos y una leve diástasis abdominal de 1 cm aproximadamente. En la zona perianal se valoró la cicatriz de la episiotomía y el desgarro, esta presenta una dirección postero - lateral derecha y avanza por el glúteo derecho. La paciente presenta una cicatriz interna y externa queloidea en la exploración vaginal y un descenso del útero y de la vejiga. No existe reflejo a la tos y se aprecia una contracción voluntaria muy leve. Se dejó para la última parte de la exploración la valoración anorectal. Aquí, se encontró una hipotonía del esfínter anal externo, con un canal anal normal. Existía una desviación de coxis izquierda leve y bandas tensas. Palpación dolorosa en ligamentos y elevador del ano del lado izquierdo. A la contracción voluntaria, se realizó el test de Oxford encontrándose los siguientes resultados:
• Fibras fásicas 1/5
• Fibras tónicas 1+/5
Tras la exploración pudimos concluir que existía una hipotonía abdominal y del transverso abdominal, con leve diástasis. Presentaba debilidad del suelo pélvico y esfínter anal externo, histerocele y un cistocele grado 2 y coccigodinia por subluxación lateral izquierda de coxis por parto instrumental.
El plan de tratamiento que se pauto se basa en realizar 1 sesión de fisioterapia a la semana. Las sesiones de tratamiento consisten en terapia manual de coxis: en

primer lugar, se realizó una manipulación de coxis y posterior a esto, se realizó terapia manual de todas las partes blandas tanto musculares como ligamentosas para normalizar el tono. Se enseñaron dos ejercicios de Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH) en supino, y ejercicios de entrenamiento muscular de suelo pélvico (se le pauta 1 serie de 10 contracciones tónicas de 5sg, descansando 10 segundos 3 veces/día. Lo mismo para las contracciones rápidas, aunque se incide más en estas, y se le pauta que lo haga 8 veces/día). En las siguientes sesiones se le enseñaron nuevos ejercicios de GAH, en este caso introduciendo posturas asimétricas en supino, y se realizó terapia manual en la cicatriz tanto interna como externa.
Se continuó el tratamiento con la estimulación de los reflejos vía vaginal para potenciar las fibras musculares y se realizó terapia con corrientes empezando siempre con un calentamiento (se pautan 5 minutos a 2 Hz corriente continua.). Trabajamos la corrección postural y la activación del transverso con respiración en decúbito lateral.
Finalmente se pauto trabajo de electroestimulación para casa: se programaban 7 minutos con tres partes diferenciadas: 1. Calentamiento: el mismo que en la clínica, pero 1 minuto. 2. Fibras tónicas: a 20 hz con 5 segundos de trabajo y 10 de descanso durante 3 minutos. 3. Fibras fasicas: a 50 Hz con 2 sg de trabajo y 5 de descanso durante 3 minutos.

4 Discusión-Conclusión

Podemos establecer entonces, que pese a que el dolor viene precedido por un trauma obstétrico, es importante realizar una valoración global, analizando los diferentes cambios tanto fisiológicos como anatómicos que se producen durante el embarazo, así como valorar el estado de las estructuras y de la musculatura que conforman el suelo pélvico ya que cada vez más investigaciones avalan la influencia de las diferentes estructuras tanto ligamentosas como musculares del suelo pélvico , en la patología de coxis. Es importante mencionar la mejoría que experimentó nuestra paciente tras la adherencia a los ejercicios de corrección postural.

5 Bibliografía

1. Lirette LS, Chaiban G, Tolba R, Eissa H. Coccydynia: an overview of the anatomy, etiology, and treatment of coccyx pain. Ochsner J 2014; 14:84.

2. Maigne JY, Chatellier G, Faou ML, Archambeau M. The treatment of chronic coccydynia with intrarectal manipulation: a randomized controlled study. Spine (Phila Pa 1976) 2006; 31:E621.
3. Maigne JY, Chatellier G. Comparison of three manual coccydynia treatments: a pilot study. Spine (Phila Pa 1976) 2001; 26:E479.
4. Scott KM, Fisher LW, Bernstein IH, Bradley MH. The Treatment of Chronic Coccydynia and Post Coccygectomy Pain With Pelvic Floor Physical Therapy. PM R 2017; 9:367.
5. Nathan ST, Fisher BE, Roberts CS. Coccydynia. A Review of Pathoanatomy, Aetiology, Treatment and Outcome. J Bone Joint Surg (Br) 2010;92-B:1622-7
6. Trollengaard AM, Aarby NS, Hellberg S. Coccygectomy: an effective treatment option for chronic coccydynia. Retrospective results in 41 patients. JBJS Br 2010;92-B:242-5.

Capítulo 1238

CASO CLÍNICO: ROTURA COMPLETA DE TENDÓN DE AQUILES, PROPUESTA DE TTO CONSERVADOR

SANDRA VILLA SÁNCHEZ

NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ

SARA FREIJE ZAZO

MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

El tendón de Aquiles es un tendón de la parte posterior de la pierna, que relaciona directamente los gemelos y el sóleo, consiguiendo que inserten de manera conjunta en el calcáneo. Es el tendón más importante en la flexión plantar del pie, siendo víctima de numerosas patologías que pueden ser más o menos graves.

El uso de calzado inadecuado, una mala práctica deportiva o simplemente la degeneración gradual del tendón, pueden conllevar diferentes tipos de lesión, que van desde calcificaciones del tendón hasta latosas tendinopatías de Aquiles o roturas de espesor completo o parcial del mismo. Son necesarias pruebas de imagen para realizar un correcto diagnóstico diferencial, siendo la ecografía y la resonancia las más fiables para valorar las diferentes lesiones de esta estructura.

La incidencia en la rotura del tendón de Aquiles ha ido en aumento, ocupando el tercer lugar en roturas de tendón. Esto, probablemente es debido al incremento de la práctica deportiva en la población general, con una incorrecta realización de ejercicios, mala gestión de cargas y un mal calentamiento y posterior enfriamiento. También hay relación directa en deportistas habituales y de élite que han presentado previamente casos de tendinosis de Aquiles. Además, es mucho más común en hombres de entre 30 y 40 años que en mujeres, y hay un porcentaje más elevado de roturas de tendón de Aquiles izquierdo que del derecho.

La rotura más frecuente es la que afecta a la parte media del tendón. Clínicamente se presenta con un dolor agudo tras una flexión plantar forzada, como pueda ser un impulso para un salto, o un gesto de arrancada en sprint. Inmediatamente se produce una impotencia funcional para ponerse de puntillas e incluso para caminar, pudiendo aparecer o no hematoma visible en superficie.

El diagnóstico de rotura de tendón de Aquiles en la mayoría de los casos puede realizarse mediante test clínicos como el test de Thompson (con paciente en decúbito prono, hacemos compresión gemelar pero no se produce respuesta de flexión plantar) , e incluso si la rotura es de espesor completo, podemos también observar el signo del hachazo (un hundimiento en el recorrido más distan del tendón). No obstante, es necesario una prueba de imagen (ecografía o resonancia magnética) para obtener un diagnóstico válido y fiable.

El tratamiento puede ser quirúrgico o conservador, y aunque comúnmente la mayoría de las veces se decide pasar por quirófano para lograr una buena funcionalidad, no siempre es necesario ni tan siquiera la opción más correcta para el paciente.

2 Objetivos

- Proponer una alternativa al tratamiento quirúrgico del tendón de Aquiles, teniendo en cuenta las características de nuestros pacientes (edad, exigencia de carga, actividad laboral/deportiva).

3 Caso clínico

Mujer de 64 años, diagnosticada mediante ecografía de una “rotura de espesor completo del tendón de Aquiles izquierdo”. Después de pasar por las consultas

de traumatología y rehabilitación, le proponen únicamente la cirugía para la correcta recuperación de la lesión. Tras explicarle todos los "pros" y "contras", la paciente decide rechazar la intervención bajo su responsabilidad, por miedo a las complicaciones. Es entonces cuando acude a consulta, planteando el caso y convencida de probar un tratamiento conservador y agotar todas las opciones de las que disponga antes de pasar por quirófano.

Cuando la paciente llega a nosotros, han pasado aproximadamente 6 semanas desde el accidente que ha provocado su lesión. Continúa con muletas y es incapaz de hacer un apoyo total sobre el miembro afecto. Una vez realizada la valoración fisioterápica pertinente, donde todavía presentaba mucho edema e inflamación, le proponemos y explicamos el plan de tratamiento de fisioterapia descrito a continuación, que entiende y acepta.

SEMANA 1

Se reparten las sesiones en días alternos, con un total de 3 sesiones semanales, en las que aplicamos electroterapia (diatermia) como tratamiento antiinflamatorio y analgésico, mientras realizamos movilizaciones pasivas de tobillo en todo el rango articular, respetando siempre límites articulares y de dolor. Pautamos, además, ejercicios auto-pasivos con cinta para realizar en el domicilio.

SEMANAS 2 y 3

Se reparten las sesiones en días alternos, con un total de 3 sesiones semanales. Esta vez, pasamos a realizar un trabajo activo de todo el miembro inferior izquierdo, metiendo ejercicios contra resistencia para potenciar musculatura de rodilla y cadera, y sin resistencia para los movimientos de tobillo. Mientras tanto, continuamos con la electroterapia alternando entre difteria y TENS como herramienta antiinflamatoria y analgésica, esta vez sólo al final de la sesión, tratando así de que no se vaya muy molesta a casa.

Progresivamente, iniciamos trabajo en bipedestación para entrenar el reparto de cargas y reeducamos la marcha retirando progresivamente las ayudas. Al final de la segunda semana le indicamos que quite una de las muletas.

Al inicio de la tercera semana, continuamos con trabajo de potenciación de rodilla y cadera, y vamos aplicando cinesiterapia resistida también para rango articular de tobillo, teniendo especial cuidado en las movilizaciones contra resistencia en flexión plantar. Le explicamos ejercicios con theraband para que realice en su domicilio, además de trabajo gradual propioceptivo.

SEMANA 4

Seguimos incluyendo cada vez más trabajo activo en gimnasio, reeducación de la marcha y ejercicios de coordinación y equilibrio utilizando bossu, step, escalera de pliometría y pelotas para generar aún más desequilibrio. Ahora pasamos a realizar 2 sesiones esta semana e insistimos bien en los ejercicios para que realice un buen trabajo a domicilio. Al final de la cuarta semana le indicamos que puede dejar de utilizar ayuda para la marcha.

SEMANA 5 Y 6

La paciente viene dos días por semana, el trabajo es exclusivo en el gimnasio salvo una sesión en la que decidimos aplicar electroterapia analgésica para controlar el dolor. Vamos complicando los ejercicios de coordinación y readaptación a su día a día, y de esta manera conseguimos que vaya cogiendo destreza, agilidad y sobre todo confianza.

Al final de la sexta semana, consideramos que ya hemos alcanzado los objetivos propuestos en un principio por lo que procedemos a dar el alta a la paciente. No obstante, le indicamos que sería aconsejable que siguiese haciendo ejercicio a domicilio o algún tipo de trabajo coadyuvante para no perder todo el trabajo realizado hasta ahora, para lo que la paciente decide continuar viniendo a la clínica, esta vez a sesiones de ejercicio terapéutico.

Resultados:
- Mejora en el tono muscular general del miembro afecto y contralateral
- Control del dolor y la inflamación del tejido lesionado
- Buena coordinación y equilibrio
- Marcha autónoma y estable sin ningún tipo de ayuda
- Mejora en la destreza y confianza de la paciente para la realización de las actividades de su día a día.

4 Discusión-Conclusión

Aunque en la mayoría de las ocasiones resulta más efectivo para la estructura dañada el tratamiento quirúrgico de la rotura del tendón de Aquiles, lo correcto sería valorar todas las cuestiones que rodean al paciente. Esto implica tener en cuenta todo lo que concierne a la persona: rechazo a una intervención, miedo a las complicaciones, estilo de vida, edad, exigencias a posteriori.

Por esta razón, aunque perdamos en la calidad de reparación del tejido lesionado, en este caso resultó francamente interesante apostar por el tratamiento conservador, ahorrándole a nuestra paciente pasar por situaciones adversas que le generaban estrés y ansiedad, pero consiguiendo encontrar la funcionalidad óptima que esperaba para su estilo de vida.

5 Bibliografía

1. Dr. P. Diaz de Rada Lorente, Dr. Juan E Vasquez Carrasco, Dr Juan R. Valentí Nin. Ruptura de tendón de Aquiles: tratamiento quirúrgico vs conservador. Archivos de medicina del deporte. 2002; vol. XIX (92): p. 465-469.
2. Cobos Huerga C., Vega González M.L., Anguita Martínez G., Martín Peinador A. Lesiones del tendón de Aquiles, Diagnóstico por imagen. Revista Internacional de Ciencia Podológica. 2011; vol. 5 (2): p. 35-45.
3. Cotran Kumar R. Patología Estructural y Funcional 9ª ed.; S.A. Elsevier España: 2015.
4. Díaz Mancha J.A. Valoración Manual, 1ª ed.; S.A. Elselvier España: 2014.
5. Díaz Mohedo E. Manual de Fisioterapia en Traumatología, 1ª ed.; S.A. Elselvier España: 2015.

Capítulo 1239

FISIOTERAPIA EN LA SARCOPENIA.

ISIDRO TORRES PAREJO

PAULA BLANCO DEL VALLE

1 Introducción

La sarcopenia es la pérdida de masa y fuerza que se produce a nivel del tejido muscular, es una consecuencia de los cambios fisiológicos que se producen en el organismo con el envejecimiento. Provoca un descenso de la velocidad de la marcha y la disminución de la fuerza de prensión. Afecta a alrededor del 20% de la población mayor de 65 años, llegando a superar el 50% a los 80 años. Teniendo en cuenta factores tales como el envejecimiento progresivo de la población, el aumento de la esperanza de vida, el creciente sedentarismo y los malos hábitos alimentarios no debe extrañar que sea una patología que cada vez afecte a un mayor número de personas.

La sarcopenia está directamente relacionada con el aumento de la discapacidad en el anciano, con el aumento del riesgo de caídas, la pérdida de independencia y calidad de vida y el aumento de mortalidad. Entre las posibles causas que podrían explicar esta afectación se encuentran las siguientes: factores genéticos, pérdida de neuronas motoras, muerte de fibras musculares, factores ligados al estilo de vida (sedentarismo)… En la actualidad cada vez se habla más de ella como un desorden de origen endocrino. Se relaciona con niveles bajos de vitamina D y de hormona de crecimiento y con hipogonadismo.

Este carácter multifactorial hace que para abordarla se deba hacer desde un enfoque global.

En cuanto a la evaluación de la sarcopenia, la escala SARC-F es la más validada internacionalmente, que mide cinco parámetros: la fuerza, la necesidad de asistencia para caminar, la capacidad de levantarse de una silla, de subir escaleras y el número de caídas. Se asigna a cada uno una puntuación del 0 al 2, siendo significativo de sarcopenia a partir de 5

2 Objetivos

Exponer el potencial de la fisioterapia en la sarcopenia y evaluar si puede ser un medio seguro y con pocas contraindicaciones para evitarla y para evitar su progresión una vez que ésta se instaura.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica principalmente en Pubmed; también en las bases de datos Scielo y peDRo. Se han utilizado los descriptores: sarcopenia, fisioterapia, prevención. Se han revisado artículos en castellano y en inglés.

4 Resultados

La fisioterapia es una disciplina cuya participación es muy importante para la prevención y el tratamiento de la sarcopenia. El/la fisioterapeuta es un profesional que puede conducir al paciente, dándole las herramientas para luchar contra esta enfermedad.

Hay suficiente evidencia para afirmar que los ejercicios controlados que trabajen tanto la fuerza, la resistencia y la elasticidad son una herramienta útil para evitar la pérdida de fibras muscular y la disminución de volumen muscular. Los ejercicios deben ser personalizados, adaptándose a la funcionalidad de cada paciente.

La mejoría a nivel muscular se traduce en un progreso en cuanto a la prevención de caídas en los test “timed-up and go” y “Falls efficacy scales” y se manifiesta incluso en pacientes con la patología muy avanzada.

5 Discusión-Conclusión

La variabilidad de factores que afectan a la sarcopenia requiere de un enfoque multidisciplinar para su tratamiento. El tratamiento con hormonas es una de las

opciones que se ha planteado por la comunidad científica, pero hasta el momento es una terapia cuya relación entre los beneficios producidos y las complicaciones provocadas está cuestionada. Cabe recordar que la complejidad de los mecanismos de acción hormonales hace difícil que todos los efectos provocados en el organismo si suministramos una hormona sean deseados, ya que actúa a diferentes niveles. También la educación para la salud desde el punto de vista de la nutrición da buenos resultados; pero en muchas ocasiones no es fácil cambiar los hábitos en alimentación en edades avanzadas.

El ejercicio físico y la fisioterapia se presentan como una posibilidad adecuada, por su seguridad, por sus beneficios más duraderos en el tiempo y por la ausencia de efectos no deseados.

Son necesarios más estudios que evalúen los beneficios de la fisioterapia en la sarcopenia.

6 Bibliografía

- Borst, S. E. (2004). Interventions for sarcopenia and muscle weakness in older people. Age and ageing, 33(6), 548-555.
- Buch, A., Kis, O., Carmeli, E., Keinan-Boker, L., Berner, Y., & Barer, Y. et al. (2017). Circuit resistance training is an effective means to enhance muscle strength in older and middle aged adults. Ageing Research Reviews, 37, 16-27.
- Malmstrom, T., Miller, D., Simonsick, E., Ferrucci, L., & Morley, J. (2015). SARC-F: a symptom score to predict persons with sarcopenia at risk for poor functional outcomes. Journal Of Cachexia, Sarcopenia And Muscle, 7(1), 28-36.
- McKee, A., Morley, J., Matsumoto, A., & Vinik, A. (2017). Sarcopenia: an endocrine disorder?. Endocrine practice, 23(9), 1143-1152.
- Sumukadas, D. (2010). Optimal management of sarcopenia. Clinical Interventions In Aging, 2017.
- Thompson, D.D. (2007) Aging and sarcopenia. J Musculoskelet Neuronal Interact 2007; 7(4):344-345

Capítulo 1240

FISIOTERAPIA, EJERCICIO Y ARTRITIS

CELESTINO GARCIA CAPILLA

CARLOS MORGADE FERNÁNDEZ

ANA GAMUNDI OTERO

1 Introducción

La artritis es una enfermedad o cuadro sintomático muy frecuente en edades avanzadas, la cual produce dolor, rigidez matutina, fatiga o debilidad, cambios en la composición corporal (pérdida de masa muscular, aumento de tejido adiposo, etc) y, en ocasiones, deformidad estructural.

La osteoartritis es una enfermedad articular degenerativa que puede afectar a una o a varias articulaciones (más frecuentemente manos, caderas, columna vertebral y rodillas). Actualmente no hay cura para la enfermedad pero si se disponen de tratamientos paliativos para sus síntomas asociados.

2 Objetivos

- Describir las intervenciones más utilizadas actualmente, más eficaces y con mayor evidencia científica y clínica.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en las diversas bases de datos tales como Medline, Pubmed y Scielo. Como palabras clave hemos utilizado pain, arthritis, osteoarthri-

tis y exercise.

4 Resultados

De un total de 2017 artículos obtenidos en la búsqueda, se identificaron 20 estudios con indicadores altos de calidad y se analizaron sus datos. Las actuaciones basadas en tratamiento farmacológico involucran analgésicos, glucocorticoesteroides, antiinflamatorios no esteroideos (NSAIDs) y, para la artritis reumatoide, antirreumáticos (DMARDs).

Todos los artículos hacen hincapié en el tratamiento multidisciplinar y multimodal para lograr mayores beneficios involucrando al paciente. Estamos hablando de terapia ocupacional, terapia cognitiva y ejercicio terapéutico. Dentro de la prescripción de ejercicio en sujetos con artritis habría que dividir según el tipo de trabajo: fuerza, aeróbico y movilidad.

El trabajo aeróbico debería realizarse de 3 a 5 días por semana, a una intensidad moderada (40%-60% del VO2R o HRR) progresando hasta una intensidad moderada (mayor o igual al 60% VO2R o HRR). El tiempo de trabajo recomendado es de 150 minutos a la semana con una intensidad moderada y 75 minutos a la semana con una intensidad vigorosa o bien una combinación de las dos.

Se consideran mejores los ejercicios de bajo impacto articular como caminar, bicicleta, natación o ejercicio en el agua. El trabajo de fuerza debería realizarse de 2 a 3 días a la semana, con una carga entre el 60%-80% del 1RM, aunque es recomendable que la carga inicial para las primeras semanas ronde el 50%-60% en sujetos que no estén familiarizados con el entrenamiento de fuerza.
El tiempo de realización de estos ejercicios va a depender de la velocidad de ejecución de cada paciente y de la sensación de fatiga acumulada. La evidencia actual al respecto nos recomienda de 2 a 4 series de entre 8 y 12 repeticiones con descansos entre series de 90 hasta 150 segundos, intentando trabajar sobre todos los grandes grupos musculares. Se recomienda tanto este tipo de ejercicio en máquinas dirigidas como en ejercicio libre, dependiendo de las características de cada paciente.

En cuanto al trabajo de movilidad se recomienda su realización a diario, con una intensidad lo suficiente como para notar sensación de rigidez/ estiramiento, pero sin llegar despertar dolor. Trataremos de progresar en el ROM con cada ejercicio, siempre y cuando no haya dolor articular.

El tiempo de realización de estos estiramientos sería de 10 a 30 segundos en los estáticos y hasta 10 repeticiones en los dinámicos. Se recomienda una combinación de ambos tipos de estiramientos a nivel de las grandes articulaciones.
- HRR: frecuencia cardíaca de reserva.
- VO2R: Volumen de oxígeno de reserva.

5 Discusión-Conclusión

Con la evidencia actual debemos ser capaces de transmitir a nuestros pacientes que no hay curación para esta patología, pero si una modificación de los síntomas y una mejoría funcional, además de poder evitar que la enfermedad progrese.
En tanto en cuanto al tratamiento farmacológico, sólo demuestra cambios a nivel de analgesia y no de mejora funcional, con lo cual podría ser un tratamiento efectivo en fases agudas de la enfermedad o en pacientes con baja tolerancia al ejercicio, pero no como tratamiento aislado.

El ejercicio ha de ser la base del tratamiento en sujetos con artritis, pero teniendo en cuenta la necesidad de ajustar dicho ejercicio a cada sujeto de modo individualizado. Habrá que escoger el tipo de ejercicio para cada paciente atendiendo a las preferencias de éste, al tipo de ejercicio que le genere menos dolor o ausencia del mismo y monitorear sus durante y después del ejercicio con la escala de Borg CR10 y EVA. También será oportuno dejar un tiempo para el calentamiento pre-entrenamiento en los pacientes.

La importancia de este tipo de abordaje reside en las ganancias de los diferentes tipos de ejercicios. El ejercicio aeróbico va a mejorar las capacidades cardiorespiratorias y cardiometabólicas con un impacto prácticamente nulo o ausencia del mismo sobre las articulaciones.

El entrenamiento de fuerza y resistencia mejorará tanto el dolor como las funciones físicas. Por su parte, el trabajo de movilidad nos ayudará a reducir los efectos adversos de pérdida de rango articular que se producen a consecuencia de la artritis.

6 Bibliografía

1. Centers for Disease Control and Prevention. National and state medical expenditures and lost earnings attributable to arthritis and other rheumatic conditions-United States, 2003. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2007, 56:4-7.

2. Center for Disease Control and Prevention. National Chronic Kidney Disease fact sheet: general information and National Estimates on Chronic Kidney Disease in the United States, 2014. Atlanta (GA): U.S. Departament of Health and Human Services, center for disease control and prevention; 2014.4p
3. Borg GA. Scaling Pain and related subjective somtic symptoms. In: Borg GA, editor. Borg´s perceived exertion and pain scales. Champaing (IL): Human kinectics, 1988.p. 63-7.
4. Brosseau L, MacLeay L, Robinson V, Wells G, Tugwell P. Intensity of exercise for the tretment fo osteoarthritis. Cochrane Database Syst rev. 2003;(2): CD004259.
5. Deighton C, O´Mahony R, Tosh J, Turner C, Rudolf M. Management of rheumatoid arthritis: summary of NICE guidance. BMJ. 2009;338:b702.
6. Bartels EM, Juhl CB, Christensen R, Hagen KB, Danneskiold-Samsoe B. Acuatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis. Dagfinrud H, Lund H. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 23;3:CD005523
7. Dagfinrud H, Kvien TK, Hagen KB. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1) CD002822
8. de Jong Z, Munneke M, Kroon HM, van Schaardenburg D, Dijkmans BA, Hazes JM, Vliete Vlieland TP. Long-term follow-up of a high intensity exercise program in patiens with rheumatoid arthritis. Clin Reumatol. 2009 Jun;28(6): 663-71.
9. de Jong, Z, Munneke M, Zwinderman AH, Kroon HM, Jansen A, Ronday KH, van Schaardenburg D, Dijkmans BA, Van den Ende CH, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP, Hazes JM. Is a long-term high-intensity exercise program effective and safe in patiens with rheumatoid arthritis? Results of a randomized controlled trial. Arthritis Rheum. 2003 Sep;48(9):2415-24.
10. Fransen M, McConnell S, Hernández-Molina G, Reichenbach S. Exercise for osteoarthritis of the hip. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Apr 22;(4): CD007912. doi: 10.1002/14651858. CD007912. Pub2. Review.
11. Häkkinen A. Effectiveness and safety of strength training in rheumatoid arthritis. Curr Opin Rheumatol. 2004 Mar;44(3): 515-22.
12. Hootman JM, Helmick CG. Projections of US prevalence of arthritis and associated activity limitations. Arthritis Rheum. 2006 Jan; 54(1): 226-9.
13. Lemmery AB, Marcora SM, Chester K, Wilson S, Casanova F, Maddison PJ, Effects of high-intensity resistance training in patitents with rheumatoid arthrititis: a randomized controlled trial. Arthritis Rheum. 2009 Dec 15;61(12): 1726-34.
14. Metsios GS, Stavvropoulos-Kalinoglou A, Veldhuijzen van Zanten JJ, Treharne GJ, Panoulas VF, Douglas KM, Koutedakis Y, Kitas GD. Rheumatoid arthritis, cardiovascular disease and physical exercise: a systematic review. Rheuma-

tology (Oxford). 2008 Mar;47(3):239-48.

Capítulo 1241

MANEJO ENFERMERO Y FISIOTERAPÉUTICO DE UN PACIENTE CON QUEMADURAS

URSULA ORIVE ALONSO

MONICA FLOREZ NIETO

1 Introducción

Las quemaduras graves son una de las lesiones más severas que la persona puede experimentar y supone una amenaza para la vida, puesto que los principales sistemas orgánicos pueden quedar afectados.

Prevenir y tratar las secuelas en los pacientes quemados es uno de los principales objetivos de la atención sanitaria a estos heridos en la actualidad. La recuperación de las actividades de la vida diaria de los pacientes quemados depende de una atención oportuna y eficaz, incluyendo la rehabilitación física. Para minimizar la aparición de secuelas y evitar consecuencias a largo plazo es necesario iniciar una rehabilitación de manera precoz y continuada para seguidamente seguir en la consulta de atención primaria. Las secuelas pueden llegar a ser invalidantes y afectar a todas las esferas de la vida: la física, la psicológica y la social.

2 Objetivos

- Evaluar la efectividad funcional de la rehabilitación temprana en pacientes con quemaduras.

- Determinar los tipos de secuelas más frecuentes en el paciente quemado.
- Exponer los tratamientos con los que se puede combatir y explicar el papel del enfermero/a tanto en su prevención como en la rehabilitación de estos pacientes.
- Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas por quemaduras.
- Garantizar la supervivencia y la restauración de la superficie cutánea alterada.
- Reincorporación al medio familiar, social y laboral con las menores secuelas estéticas y funcionales posibles.

3 Metodología

Se realizará una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Scielo y PubMed para la identificación de los mejores niveles de evidencia y grados de recomendación acerca del manejo enfermero y fisioterapéutico del paciente quemado en sus distintas fases de recuperación.

4 Resultados

La evolución del paciente quemado se desarrolla en tres fases, aguda, subaguda y crónica, cada una de las cuales tiene sus pautas de tratamiento concretas.

La fase aguda abarca desde el momento en que se produce la quemadura hasta que la lesión epiteliza, las quemaduras superficiales y poco extensas irán acompañadas de un menor riesgo de producir retracciones, aún afectando a segmentos funcionalmente importantes. Un aspecto clave en esta fase es obtener un control óptimo del dolor facilitando así la posibilidad de cumplir con las pautas posturales y ejercicios, pasivos, activo-asistidos y activos:
- Terapia postural: Garantizando una postura correcta en cada segmento articular, evitando posturas en acortamiento e intentando flexibilizar el tejido cada día un poco más.
- Manejo del edema: Durante las 72 horas siguientes a sufrir la quemadura una terapia posicional adecuada es clave para manejar y revertir las secuelas de la edematización. La edematización es evidente en el caso de la mano, en la que puede provocar un desequilibrio mecánico entre la musculatura intrínseca y extrínseca e incluso alterar la curvatura ósea de los arcos palmares.
- Movilizaciones: Es necesario comenzar desde el primer día de la quemadura con la ejecución de una pauta de movilizaciones, adaptada a la lesión sin que sea necesario esperar la realización de la cirugía o a que la lesión haya epitelizado.

La aparición de la rigidez es común tanto en articulaciones que han sufrido quemaduras como en el resto tras un largo período de inmovilización.

La fase subaguda incluye el período de tiempo comprendido entre la epitelización de las lesiones y el asentamiento de los injertos. El objetivo es mantener y mejorar todo lo posible la movilidad de las articulaciones comprometidas, para ello se recurre a:
- Terapia postural: Con férulas pasivas y activas.
- Cinesiterapia con todo tipo de movilizaciones de mayor intensidad que en la fase anterior.
- Masoterapia.
- Estiramientos.
- Potenciación muscular.
- Reeducación de la bipedestación y marcha.
- Terapia ocupacional.

En la fase crónica el paciente puede verse sometido a intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de las secuelas, en este período las medidas a tomar seguirán centradas en la máxima recuperación de la movilidad articular, la incorporación del paciente a las actividades de la vida diaria y por supuesto a la prevención y tratamiento de la cicatrización anómala.

Será necesario con frecuencia el empleo de órtesis. Estas deben ser utilizadas la mayor parte del día y de la noche, su función será la de elongar el tejido cicatricial existente. Se utilización varía según los casos desde los seis meses hasta los dos años en función de la evolución del proceso.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado de este estudio podemos concluir que la aplicación de un protocolo de rehabilitación adecuado y estructurado es un factor crucial para lograr los mejores resultados.

La eficacia en trabajo es reflejar de manera clara y concisa la información sobre el tipo, clase y extensión de la quemadura, el estado de la función respiratoria, tiempo de encamamiento, conocimiento de zonas injertadas, así como las técnicas de fisioterapia y cuidados de enfermería necesarios en cada etapa.

La instauración de un tratamiento precoz servirá para evitar complicaciones respiratorias y secuelas funcionales que pueden llegar a ser de difícil solución.

Será muy importante medir, cuantificar, cualificar y evaluar resultados a lo largo de todo el proceso.

Fundamental coordinar el tratamiento para su seguimiento por el equipo de profesionales durante su estancia hospitalaria, así como, una vez dados de alta, continuar la atención fisioterápica y de enfermería en sus centros de atención primaria. De esta buena coordinación dependerá la calidad de los resultados que obtengan los pacientes.

6 Bibliografía

- Castañeda MA. Revisión del tratamiento de las quemaduras. Rev. SEAPA 2012;12(12):12-7
- Martin Espinosa N. M, Píriz-Campos R.M ¿Qué necesitamos saber sobre las quemaduras? Rev. Rol Enferm. 2014
- Chouza, M y col. Fisioterapia en los pacientes quemados. Quemaduras, tratamiento fisioterápico y aspectos relacionados. Rev. Iberoam. Fisioter. Kinesiol. 7(2) 107-103 2004
- Soriano, J y col. El ejercicio físico en la rehabilitación del paciente quemado. Rev. Fac. Cultura Física de Granma. 7 (27) 2010

Capítulo 1242

ABORDAJE DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA DESDE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

JAVIER GARCÍA URRUZOLA

ANA BELÉN MARTÍN GONZÁLEZ

MARTA BLANCO CARRANCIO

1 Introducción

Una de las principales causas de hospitalización e ingreso de lactantes menores de dos años es la bronquiolitis aguda. Se trata de una patología que representa el primer episodio de broncoespasmo en este tipo de pacientes. Su principal agente etiológico es el virus respiratorio sincitial, aunque puede ser producida por otros virus tales como: adenovirus, parainfluenza e influenza A y B.

La bronquiolitis aguda se caracteriza por la producción de edema, inflamación aguda, incremento de la producción de mucosidad y necrosis de las células epiteliales, que conlleva la producción de broncoespasmo. Todo esto afecta a la permeabilidad y flujo de las vías aéreas causando hiperinflación, sibilancias y atelectasia.

En cuanto al tratamiento ideal para esta patología, debería combinar tanto un aspecto farmacológico (para paliar los síntomas producidos), como un tratamiento fisioterápico (con el objetivo de restaurar una adecuada mecánica ventilatoria y

permeabilidad bronquial a través de la eliminación de las secreciones y la mejora de la oxigenación).
Dentro de la fisioterapia respiratoria aplicada a la bronquiolitis aguada encontramos dos grupos diferentes de maniobras. Las denominadas como "convencionales" (vibración, tapping, drenaje postural, etc.) y técnicas más innovadoras dentro de este ámbito (espiración lenta prolongada, desobstrucción rinofaríngea retrógrada, etc.).

2 Objetivos

El objetivo principal planteado en esta revisión sistemática fue la determinación de los efectos de la aplicación de fisioterapia respiratoria en pacientes pediátricos menores de dos años con bronquiolitis aguda. Así mismo, evaluar y comparar la eficacia de las diferentes maniobras dentro de la fisioterapia respiratoria expuestas anteriormente (técnicas convencionales e innovadoras).

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas: Medline, PEDRo, Cochrane y PubMed, con el objetivo de analizar artículos que comparasen los efectos de diferentes técnicas de fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis aguda entre si, o frente a un grupo placebo. Utilizamos los siguientes descriptores: "bronchiolitis", "infant acute bronchiolitis", "physicaltherapy", "chest physiotherapy". Establecimos un límite de diez años desde su fecha de publicación con el objetivo de obtener resultados actualizados.

Tras la búsqueda, fueron incluidos en la revisión los textos completos de un total de diez artículos, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados (8) y no aleatorizados (3). Cualquier técnica dentro de la fisioterapia respiratoria fue evaluada.

4 Resultados

Tras realizar la revisión sistemática, un total de 1243 pacientes fueron analizados. Como ha sido explicado anteriormente, dentro de las maniobras estudiadas, se encontraron tanto técnicas tanto de fisioterapia respiratoria convencional, como técnicas más innovadoras dentro de este ámbito. Cuatro de los artículos estudiados incluyeron una comparación entre ambos grupos, otros cuatro analizaron los efectos de las técnicas de fisioterapia respiratoria convencional y finalmente

dos de ellos evaluaron las respuestas de los pacientes con bronquiolitis aguda a las maniobras mas “innovadoras” de este tipo de fisioterapia.

Siete de los artículos incluidos mostraron resultados positivos en cuanto al uso de fisioterapia respiratoria, viéndose reflejados en la reducción de la estancia hospitalaria y en la mejora en la severidad de la enfermedad , la frecuencia y la dificultad respiratoria. Estos resultados fueron especialmente visibles en las técnicas más recientes.

Por otro lado, únicamente tres de ellos no indicaron efectos o mejoras lo suficientemente significativas tras su aplicación. Cabe destacar que ninguno de los estudios analizados objetivó la presencia de efectos adversos o contraindicaciones a la hora de aplicar el tratamiento fisioterápico en este tipo de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de los resultados obtenidos en esta revisión, podemos concluir que la aplicación de técnicas de fisioterapia respiratoria para el tratamiento de la bronquiolitis aguda en pacientes menores de dos años, podría presentar un claro beneficio significativo. Sin embargo, los posibles efectos beneficiosos de estas técnicas continúan siendo controvertidos. Ambos grupos de técnicas parecen mejorar las condiciones de estos pacientes, siendo estos efectos mayores en las técnicas mas recientes, frente a las de la fisioterapia respiratoria convencional.

Es necesaria la realización de un mayor número de estudios que analice dichos efectos mediante una metodología adecuada, y su utilización en este tipo de pacientes, para su posible implantación como tratamiento sistemático en el manejo de esta patología.

6 Bibliografía

- Remondini R, Zamprônio A, de Castro G, do Prado C, Ribeiro LV. Comparative analysis of the effects of two chest physical therapy interventions in patients with bronchiolitis during hospitalization period. einstein. 2014;12(4):452-8.
- Sánchez M, Martín R, Cano J, Martínez G, Gómez J, Yep G, et al. Estudio de la eficacia y utilidad de la fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis aguda del lactante hospitalizado. Ensayo clínico aleatorizado y doble ciego. An Pediatr (Barc). 2012;77(1):5-11

- Rochat I, Leis P, Bouchardy M, Oberli C, Sourial H, Friedli-Burri M, et al. Chest physiotherapy using passive expiratory techniques does not reduce bronchiolitis severity: a randomised controlled trial. Eur J Pediatr. 2012;171:457–462.
- Postiaux G, Louis J, Labasse HC, Gerroldt J, Kotik AC, Lemuhot A, et al. Evaluation of an Alternative Chest Physiotherapy Method in Infants With Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis. Respiratory Care. 2011; 66(7):989-994.
- Gajdos V, Katsashian S, Beydon N, Abadie V, de Pontual L, Larrar S, et al. Effectiveness of Chest Physiotherapy in Infants Hospitalized with Acute Bronchiolitis: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial. PLoS Medicine. 2010;7(9).
- Karina M, Gut A, Dirceu J, Elias EC. Comparison of the effects that two different respiratory physical therapy techniques have on cardiorespiratory parameters in infants with acute viral bronchiolitis. J Bras Pneumol. 2009;35(9):860-867.
- Conesa-Segura E, Reyes-Dominguez S, Ríos-Díaz J,Ruiz-Pacheco MA, Palazón-Carpe C, Sánchez-Solís M. Prolonged slow expiration technique improves recovery from acute bronchiolitis in infants: FIBARRIX randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation. 2018; 33(3):504-515.
- Jacinto CP, Gastaldi A, Aguiar DY, Maida KD, Souza HCD. Physical therapy for airway clearance improves cardiac autonomic modulation in children with acute bronchiolitis. Braz J Phys Ther. 2013; 17(6):533-540.
- Van Ginderdeuren F, Vandenplas Y, Deneyer M, Vanlaethem S, Buyl R, Kerckhofs E. Effectiveness of Airway Clearance Techniques in Children Hospitalized With Acute Bronchiolitis. Pediatric Pulmonology. 2017; 52:225–231.
- Gomes E, Postiaux G, Medeiros DR, Monteiro KK, Sampaio LM, Costa D. Chest physical therapy is effective in reducing the clinical score in bronchiolitis: randomized controlled trial. Rev Bras Fisioter. 2012;16(3):241-7.

Capítulo 1243

TRATAMIENTO DE LA EPICONDILITIS CON ONDAS DE CHOQUE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La epicondilitis lateral o codo de tenista, es un proceso degenerativo de la musculatura insertada en el epicóndilo del húmero, producido por un uso excesivo de la misma, con microtraumatismos en la inserción de los músculos extensores de la muñeca. Esta patología, tiene una prevalencia de ente el 1 y el 3% en la población general y una incidencia de 4 a 7 pacientes por cada 1000 habitantes y año. Se presenta de forma importante en el mundo laboral y actividades deportivas como jugar al tenis. Cursa con dolor en la zona del epicóndilo lateral del húmero como su manifestación clínica más importante.

El tabaquismo, la obesidad, la edad entre 45 a 54 años, los movimientos repetitivos del codo, especialmente de extensión de muñeca y supinación del antebrazo, de por lo menos 2 horas diarias, y realizar una actividad física enérgica (cargas físicas más de 20 kg), parecen ser los principales factores de riesgo en la población general para el desarrollo de epicondilitis.

La manifestación más importante es el dolor lateral de codo. La intensidad del dolor va desde mínimas molestias, hasta una impotencia funcional de gran intensidad en el deporte y actividad laboral, afectando gravemente a las actividades de la vida diaria (AVD) y el sueño. Dicho dolor suele irradiarse principalmente al tercio proximal del antebrazo, pudiendo irradiarse también al olecranon, cabeza del radio, a lo largo de la musculatura epicondílea o tres o cuatro dedos de la mano, dando sensación de debilidad a la hora de realizar agarres o levantar objetos. Los síntomas generalmente empeoran con el movimiento repetido de muñeca y codo. Al inicio, el dolor será mecánico, pero con el paso del tiempo se manifiesta también en reposo.

El diagnóstico pasa por realizar una buena historia clínica del paciente, empezando por una correcta anamnesis y realizando una exploración física combinada con pruebas complementarias, ya que se tiene que diferenciar de otros dolores en ese punto que pueden estar relacionados con la neuropatía compresiva del nervio radial.

La exploración clínica de esta patología se realiza mediante una serie de pruebas funcionales:

-Dolor a la palpación sobre el epicóndilo. Los músculos más sensibles suelen ser el extensor radial corto del carpo y los supinadores. El dolor puede irradiarse al dorso de la mano.

- Medición del rango de movimiento (ROM). Al principio puede que el rango de movimiento esté completo, pero a medida que evoluciona la patología puede que presente una contractura en extensión .

- Estiramiento pasivo de los músculos epicondíleos.

- Prueba de inestabilidad de los ligamentos coloaterales laterales del codo: para comprobar que no existe lesión de éstos. El brazo del paciente en supinación y ligera flexión se le realiza una fuerza hacia vaaro del brazo. Si hay presencia de dolor o signo de bostezo significa afectación de los ligamentos colaterales laterales.

Pruebas complementarias :

- Radiografía simple: para descartar posibles enfermedades degenerativas y fractura de hueso.

- Ecografía: para afirmar la presencia de engrosamiento de los tendones en el epicóndilo.

- Resonancia Magnética: para realizar un diagnóstico diferencial de otras patologías como: lesión del ligamento colateral cubital y diferenciar si existen desgarros o traumas en los músculos extensores de muñeca o en los supinadores..

- Electromiografía: si hay sospecha de radiculopatía cubital.

- Gammagrafía: para un diagnóstico precoz, sobre todo usada en medicina deportiva.

2 Objetivos

- Aplicar un plan de tratamiento con ondas de choque extracorpóreas en un caso clínico de una paciente diagnosticada de epicondilitis, tratada previamente con tratamiento fisioterápico conservador sin lograr mejoría, y valorar su efectividad.

La terapia de Ondas de Choque Extracorpóreas (Extracorporeal ShockWave Therapy o ESWT en inglés) es una modalidad de tratamiento relativamente nueva que se basa en la utilización de ondas sonoras de alta intensidad que se aplican de forma focal sobre las estructuras a tratar y generan daños celulares y tisulares y una respuesta inflamatoria que producirá la regeneración de los tejidos, con el fin de conseguir una homeostasis por reagudización.

3 Caso clínico

Mujer de 38 años, diagnosticada de epicondilitis en codo derecho con ocho meses de evolución, que acude al servicio de Rehabiliatación del Hospital Universitario Central de Asturias para recibir tratamiento, habiendo recibido previamente tratamiento conservador basado en un protocolo de ejercicios (estiramientos y fortalecimiento de musculatura epicondílea) sin lograr mejoría significativa.

La paciente es valorada por el fisioterapeuta que examina su historia clínica, realiza una exploración física apreciando dolor a la presión en la región lateral del codo, que se incrementa al pedirle a la paciente que apriete el puño o que realice flexión dorsal de la muñeca, así como con la dorsiflexión contra resistencia de la muñeca, con el codo en extensión.. A demás se le pasa a la paciente la Escala Visual Analógica (EVA) para cuantificar el dolor.

El fisioterapeuta apreció así mismo un ligero edema en la región del epicóndilo derecho.
La paciente recibió 4 sesiones de terapia con ondas de choque extracorpóreas, a razón de una sesión semanal (los viernes). La zona donde se aplicaron las ondas dechoque fue el epicóndilo derecho.
Los parámetros utilizados fueron: densidad de energía media: 0,22-0,27 mJ/mm2; número de pulsos por sesión: 1.500, y frecuencia de los pulsos: 3Hz.

4 Discusión-Conclusión

Por lo que se puede concluir que hubo una mejoría en la clínica de la paciente tras recibir tratamiento con ondas de choque, lo que se traduce en que el uso de ondas de choque extracorpóreas es efectivo para el tratamiento de la epicondilitis lateral rebelde al tratamiento conservador.

5 Bibliografía

1. Zimmermann MV. Estudio descriptivo de enfermedades profesionales. Estudio descriptivo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), Investigación e información; 2014. Report No.: EEPP.
2. Días Petit J. Capítulo 48: Patología de partes blandas del codo. En: Serra Gabriel Mª RJ, De Sande Carril Mª L. Compilador Fisioterapia en traumatología, ortopedia y reumatología. 2º edición. Barcelona: Masson; 2003. p. 243-244.
3. Sirvent E. Diagnóstico y reeducación de las lesiones del codo. FECLALII: Extremidad Superior. Barcelona, Febrero 2013.
4. Johnson GW, Cadwallader K, Scheffel SB, Epperly TD. Treatment of lateral epicondylitis. Am Fam Physician. 2007 Sep 15;76(6):843-8. 70.
5. Chaustre Ruiz. Epicondilitis lateral: conceptos de actualidad. Revisión de tema. Rev.fac. med. 2011. 19 (1): 74-81.
6. Dobreci DL, Dobresu T. The Effects of Extracorporeal Shockwave Therapy (ESWT) in Treating Lateral Epicondylitis in People between 40 and 50 Years Old. Procedia Soc Behav Sci. 2014; 137:32-36.
7. Vulpiani M, Nusca S, Vetrano M, Ovidi S, Baldini R, Piermattei C, Ferreti A, Saraceni V. Extracorporeal shock wave therapy vs cryoultrasound therapy in the treatment of chronic lateral epicondylitis. One year follow up study. Muscles Ligaments Tendons J. 2015; 5(3):167-174.

Capítulo 1244

TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA.

LORENA RUBIO BERDASCO

MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

El nombre tortícolis (del latín tortus collum, cuello torcido) significa inclinación o actitud viciosa de la cabeza y del cuello por diferentes causas. La tortícolis muscular congénita es aquella deformidad del cuello, relativamente frecuente, que se presenta en el recién nacido o que se manifiesta durante los dos primeros meses de vida y que se asocia a un acortamiento del músculo esternocleidomastoideo (ECM).

Este músculo se extiende oblicuamente en la región anterolateral del cuello y su acción consiste en flexionar la cabeza, inclinándose hacia el mismo lado e imprimirle un movimiento de rotación por el cual la cara se dirige hacia el lado opuesto.

La tortícolis muscular congénita se presenta en el recién nacido o se manifiesta durante los dos primeros meses de vida.

La causa de la retracción muscular es debido a una mala posición uterina o como consecuencia de lesión por estiramiento del mismo durante el parto.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Realizar tratamiento de la tortícolis mediante la normalización del tono muscular.

Objetivos secundarios:
- Disminuir la lateralización de la cabeza en sedestación y bipedestación.
- Normalizar movilidad activa del cuello y su repercusión en su interacción durante el día.
- Recuperar la movilidad articular.
- Desarrollo motor acorde con su edad.
- Realizar juegos sin que le restrinja el movimiento del lado afecto.

3 Caso clínico

Paciente de 8 meses de edad que acude al ser diagnosticado de tortícolis congénita con tendencia a lateralizar la cabeza hacia el hombro izquierdo y ligero retraso motor de buena evolución.

SÍNTOMAS
- Inclinación de la cabeza al lado izquierdo que se agudiza cuando el bebé está más fatigado. Ligera limitación activa de la rotación cuando juega o se relaciona con los padres.
- Bulto a la palpación en forma de pequeña oliva a nivel del ECM afectado.
- Ligero aplanamiento en la zona occipitotemporal del lado izquierdo (lado afecto)
- Ligera elevación del hombro izquierdo.
- Dificultad a la inclinación activa al lado derecho.

Exploración física:
- Movimientos espontáneos: Es capaz de realizar volteos por sí solo. No gatea, desplazamiento sobre glúteo.
- Reflejo acústico facial.
- Actitud con lateralización izquierda cervical.
- Rotaciones cervicales completas.
- Caderas estables con ABD 80º simétrico. Signo de Galeazzi.
- ECO: sin alteraciones relevantes.

Tratamiento fisioterápico consiste en movilizaciones pasivas y estiramientos, enseñar ejercicios a los padres(realizar 4 veces al día, repitiendo 20 veces cada ejer-

cicio). Estímulos auditivos y visuales en el sentido de la corrección. tratamiento quirúrgico: Los niños que al año de edad no han respondido satisfactoriamente pueden necesitar liberación del ECM.

Fueron intervenidos 16 pacientes cuyas edades oscilaron entre los 9 y los 32 años con un promedio de 18 años, de los cuales 11 eran mujeres y 5 varones. En 11 pacientes el lado afectado fue el derecho.

Los defectos variaron desde los 6° hasta los 32° de inclinación lateral de la cabeza. El porcentaje de corrección en cada una de las tres vistas fotográficas, promediado individualmente, mostró resultados de entre el 53 al 100%, con un promedio global de 83% (Tabla I). La cantidad de corrección no tuvo correlación con la edad ni con la severidad de la deformidad, de tal manera que obtuvimos resultados buenos aun en adultos y en deformidades graves, ya que el índice de correlación (R2) entre la edad y mejoría obtenida fue de 0,30 (Gráfico 1) y entre la severidad y la corrección fue apenas de 0,18.

Los resultados fueron cualitativamente juzgados como buenos a excelentes en todos los casos. Las cicatrices fueron poco o nada visibles; la columna anterolateral del cuello no se vio interrumpida abruptamente como se podría suponer después del corte en sus inserciones, más bien se restableció una banda continua entre la mastoides por un lado y la clavícula y el esternón por el otro, dando idea de normalidad del cuello aunque con algún grado de asimetría.

No tuvimos complicaciones en ningún paciente. El seguimiento fotográfico varió desde las 10 semanas hasta 15 años, pudiendo ver que los resultados fueron persistentes en el tiempo y que a pesar del crecimiento postoperatorio, la liberación fue suficiente para mantener la posición lograda.

El trabajo fisioterapéutico y osteopático en estos casos es muy eficaz, y se consiguen resultados muy buenos desde la primera sesión, aproximadamente en 3-4 sesiones (siempre dependiendo del grado de afectación del bebé).

4 Discusión-Conclusión

La tortícolis muscular congénita es una entidad relativamente frecuente que se estima podría estar presente en 1 de cada 250 nacidos vivos. Afecta con ligera predominancia el género masculino en proporción de 3:2 y en mayor medida al lado derecho del cuello. Es la tercera anomalía músculo-esquelética congénita,

después de la displasia de cadera y del pie equino-varo.

Todo recién nacido, dentro de su examen físico neonatal, requiere ser evaluado con el propósito de detectar la existencia de una banda fibrosa, tumor o alteraciones del movimiento del cuello y de la posición de la cabeza.
La fisioterapia sí es eficaz durante el primer año de vida en el tratamiento de la tortícolis muscular congénita. Es de gran importancia el diagnóstico y el inicio del tratamiento de forma precoz.

5 Bibliografía

- Keklicek H. A randomized controlled study on the efficiency of soft tissue mobilization in babies with congenital muscular torticollis. J Back Musculoskelet Rehabil: 2018; 31(2): 315-321.
- Carenzio, G., Carlisi, E., Morani, I., Tinelli, C., Barak, M., Bejor, M., & Dalla, E. Early rehabilitation treatment in newborns with congenital muscular torticollis. Eur J Phys Rehabil Med, 51(5), 539-45.
- Kaplan, S. L., Coulter, C., & Fetters, L. Physical therapy management of congenital muscular torticollis: an evidence-based clinical practice guideline: from the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association. - Pediatric Physical Therapy, 25(4), 348-394.

Capítulo 1245

TENOSINOVITIS DE QUERVAIN EN MADRES LACTANTES.

MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

LORENA RUBIO BERDASCO

SUSANA BLANCO DÍAZ

1 Introducción

La tenosinovitis de De Quervain es una afección dolorosa de la muñeca, provocada por el engrosamiento y atrapamiento del extensor corto y abductor largo del primer dedo, a su paso por el primer compartimento dorsal de la muñeca delimitado por la estiloides radial.

Esta patología es de carácter multifactorial, aunque condicionada de manera general por factores biomecánicos. Si bien es cierto que la principal causa es el estrés mecánico repetitivo que producen determinados trabajos manuales sobre estos tendones, también personas que padecen diabetes y/o artritis reumatoide puede sufrir este proceso de tenosinovitis.

La Tenosinovitis de Quervain es más frecuente en mujeres con edades comprendidas entre 35 y 55 años, dado que tienen mayor capacidad de angular la muñeca. Es una de las principales causas de dolor en esa zona, en mujeres durante el embarazo y el postparto. El gesto de coger al bebé, colocando la muñeca en una posición de flexión e inclinación cubital con extensión completa del pulgar, durante largos periodos de tiempo asociado a determinados factores hormonales, son la causa de esta lesión.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología que se presenta con bastante frecuencia en madres durante el embarazo y el puerperio. Este hecho hace que, aunque la principal causa de esta lesión sean el estrés mecánico y los traumatismos, se establezca una sospecha sobre la influencia de los factores hormonales en esta afección.

3 Caso clínico

Mujer de 33 años que acude a consulta por dolor, edema y crepitación en pulgar y muñeca derecha que empezó unas semanas después de dar a luz, causándole gran incapacidad, sobre todo para el manejo de su bebé, así como para manipular el móvil y ordenador. Refiere haber sufrido dicho dolor, aunque en menor medida, también durante el embarazo.

En la inspección visual se observa inflamación en la base del primer dedo y región de la tabaquera que afectan a los tendones del extensor corto y abductor largo del pulgar. A la palpación en esa zona refiere un dolor agudo que irradia a la cara dorsal del antebrazo. La movilidad del primer dedo está limitada su capacidad de hacer pinza con el resto, así como la separación y extensión. La muñeca presenta limitación y dolor al a inclinación radial. Hay una dificultad para hacer puño con la mano por dolor en el primer dedo. La prueba de Finkelstein es positiva.

4 Discusión-Conclusión

Aunque la clínica y la exploración son concluyentes e identifican claramente una tenosinovitis de De Quervain, siempre es aconsejable la realización de una ecografía que verifique el engrosamiento del tendón y una radiografía que permita descartar cualquier lesión osteo-articular (rizartrosis).

El tratamiento elegido será en un principio, un tratamiento conservador basado en medidas antiinflamatorias, fisioterapia y férula de reposo. En casos donde la sintomatología es muy aguda se puede optar por la administración de una infiltración con corticoides para disminuir el dolor. El tratamiento quirúrgico sólo estará indicado en caso del que el conservador fracase.

La tendinitis de Quervain se produce al someter a un estrés mecánico a los tendones extensor corto y abductor largo del primer dedo.

Las madres primerizas, someten a estos tendones a un sobreuso para llevar a cabo a los cuidados del bebé (cambiar pañales, coger bebé en brazos…). Sin embargo, los cambios hormonales que se producen en la mujer en el postparto y lactancia que favorecen la distensibilidad musculoligamentosa y la retención líquidos podrían causar la compresión de estos tendones en su compartimento y facilitar así la aparición de esta lesión.

5 Bibliografía

- Johnson CA. Occurrence of de Quervain's disease in postpartum women. J Fam Pract 1991;32:325–327.
- Schned ES. De Quervain tenosynovitis in pregnant and postpartum women. Obstet Gynecol 1986;68:411–414.
- Moore JS. De Quervain tenosynovitis. Stenosing tenosynovitis of the firts dorsal compartment. J Occup Environ Med 1997; 39: 990-1002.
- Schumacher HR Jr, Dowart BB, Korzeniowski OM. Occurrence of De Quervain's tendinitis during pregnancy. Arch Intern Med 1985; 145: 2083-2084.
- Nygaard IE, Saltzman CL, Whitehouse MB, Hankin FM. Hand problems in pregnancy. Am Fam Physiciam 1989; 39: 123-126.

Capítulo 1246

NEURALGIA DE ARNOLD.

MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

LORENA RUBIO BERDASCO

1 Introducción

Se define la Neuralgia de Arnold como el dolor paroxístico unilateral o bilateral, de la parte posterior del cuero cabelludo que sigue el recorrido de los dermatomas correspondientes a los nervios occipitales, mayor, menor, y tercero. Se caracteriza por un dolor punzante, que puede acompañarse de sensaciones disestésicas, que afecta a la zona suboccipital, vértex craneal, cuello y área retroocular. Los episodios de dolor pueden aparecer durante el día y la noche, y aumenta cuando se presiona el nervio y con los movimientos de rotación y extensión de la columna cervical.

La causa más frecuente es el atrapamiento del nervio occipital mayor (90%) y en menor medida el nervio occipital menor (10%) y es más frecuente en mujeres mayores de 50 años.

Su diagnóstico es clínico y debe cumplir los criterios de la IHS (International Headache Society):
- Dolor en el territorio de distribución del nervio occipital.
- Dos de los siguientes:
Paroxismos recurrentes que duran segundos o minutos.
Intensidad severa.
Dolor punzante, agudo.

- El dolor se asocia a dos de los siguientes:

Disestesia y/o alodinia aparente durante la estimulación del cuero cabelludo o cabello.
Sensibilidad en el territorio del nervio y/o en el punto de emergencia del nervio occipital mayor o en el área de distribución de C2.
-El dolor se alivia temporalmente con la infiltración anestésica del nervio.
Debido a que su sintomatología es muy diversa, déficit de visión, tinnitus, mareos, náuseas, congestión nasal, por la relación de estos nervios con otros pares craneales, y concomitante con otras afecciones, hacen que su diagnóstico no sea sencillo.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología que es frecuente en la práctica clínica y su posible resolución a través de la fisioterapia.

3 Caso clínico

Mujer de 56 años que acude a la clínica de fisioterapia por dolor en región cérvico-occipital de un mes de evolución. El dolor es paroxístico, punzante e intenso en región posterior del cuero cabelludo de predominio izquierdo, que irradia hacia hemicraneo llegando a zona frontal y temporal con molestias retrooculares. La extensión o la rotación cervical izquierda desarrollan las crisis y acusa tener sensaciones parestésicas de quemazón en zona suboccipital. Sus antecedentes personales son latigazo cervical postraumático (hace 2 meses) con rectificación cervical.

A la exploración física se observa una pronunciada rectificación cervical, con antepulsión de la cabeza y limitación a la inclinación derecha y la rotación izquierda. Presenta importante contractura muscular cervical con puntos gatillo miofasciales en trapecio y esternocleidomastoideo izquierdo. Signo de Tinel positivo a la presión del nervio occipital mayor en la línea nucal superior del lado izquierdo.

La anamnesis y la exploración clínica dirigen el diagnóstico clínico a una neuralgia occipital por compresión muscular del nervio occipital mayor. No obstante, no se pueden descartar otras posibles causas de irritación del nervio (tumores, Arnold- Chiari, inestabilidad atlanto-axoidea, esclerosis múltiple o infecciones) por lo que se aconseja la realización de una resonancia magnética que nos permita un mejor estudio de las estructuras óseas y tejidos blandos.

El alivio de la sintomatología se consigue con una infiltración anestésica del nervio, o nervios afectados a nivel subcutáneo. Este tratamiento además se considera un criterio diagnóstico de esta enfermedad. Los fármacos para el dolor neuropático, y AINES permitieron un alivio de la sintomatología.

Se le deriva a rehabilitación donde recibe tratamiento fisioterápico basado en ultrasonido y TENS en zona cervical y trapecios, corrección postural , terapia manual y ejercicios de potenciación y flexibilización de la musculatura cervical. Tras 15 sesiones la paciente refiere una clara mejoría de la sintomatología.

4 Discusión-Conclusión

La neuralgia occipital es un síndrome doloroso en el recorrido de los nervios occipitales mayor, menor y tercero con mayor prevalencia en mujeres a partir de la quinta década.

Esta neuralgia se origina por irritación del nervio en cualquier parte de su extensión, siendo la región más frecuentemente afectada la que abarca su paso a través del trapecio. Por ello no debemos obviar que importantes contracturas musculares de la región cervical pueden desencadenar este cuadro que podemos solventar con un tratamiento fisioterápico adecuado.

5 Bibliografía

- Pedraza MI, Ruiz M, Rodríguez C, Muñoz I, Barón J, Mulero P et al. Neuralgia occipital: características clínicas y terapéuticas de una serie de 14 pacientes. Rev Neurol. 2013; 57: 193-198.
- Nguyen J-P, Nizard J, Kuhn E, Carduner F, Penverme F, Verleysen-Robin M-C et al. A good preoperative response to transcutaneous electrical nerve stimulation predicts a better therapeutic effect of implanted occipital nerve stimulation in pharmacologically intractable headaches. Neurophysiol Clin. 2016: 1-7.
- Cesmebasi A, Muhleman MA, Hulsberg P, Gielecki J, Matusz P, Tubbs RS et al. Occipital neuralgia: Anatomic Considerations. 2015; 28: 101-108.
- Finiels P-J, Batifol D. The treatment of occipital neuralgia: review of 111 cases. Neurochirurgie. 2016: 1-8.
- Weiss C, Meza N, Rojo A, González-Hernández J. Neuralgia occipital (Arnold): reporte de dos casos y revisión de la literatura. Memoriza. 2009; 3: 8-16.

- Ehret J. Apport de la reconstruction posturale dans le traitement des névralgies occipitales: étude de 2 cas. Kinesither Rev. 2016: 1-9.
- Finiels P-J, Batifol D. The treatment of occipital neuralgia: review of 111 cases. Neurochirugie. 2016: 1-8.

Capítulo 1247

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DE LA LUXACIÓN DE RÓTULA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ

1 Introducción

La rótula es el hueso sesamoideo de mayor tamaño del cuerpo humano, es lugar de inserción del tendón rotuliano por lo que tiene función de aumento del brazo de palanca del cuádriceps además de servir de protección de las estructuras de la rodilla.

La rótula y el fémur tienen el mayor contacto a los 45 grados de flexión de la rodilla. Afecta en mayor medida a mujeres, siendo la mayor incidencia en el grupo de 10 a 20 años de edad y mucho menos frecuente a partir de los 30 años. Podemos decir por tanto que es observada en adolescentes o adultos jóvenes con un primer episodio o con varios episodios de luxación de rótula.

Se calcula que aproximadamente constituyen el 2 o 3% del total de lesiones de rodilla por lo que está entre las lesiones menos frecuentes ya que la rótula tiene ligamentos y musculatura que proporcionan gran estabilidad. Incluso cuando el

paciente acude al servicio de urgencias la luxación de rótula ya ha sido reducida en la mayoría de los casos. Podemos distinguir entre factores predisponentes o de riesgo anatómicos y factores de riesgo no anatómicos.
Factores de riesgo anatómicos:
- Aumento del ángulo Q.
- Rotación tibial externa excesiva.
- Rótula alta.
- Rotación interna del fémur.
- Genus valgus.
- Cavidad troclear insuficiente del cóndilo lateral.
- Atrofia del vasto medial.
- Genu recurvatum.
- Insuficiencia de los ligamentos patelofemorales mediales.
- Hipermovilidad patelar, estrechamente relacionada con la hiperlaxitud ligamentaria.
- Displasia de rótula.

Factores de riesgo no anatómicos:
- Realización de actividad física intensa.
- Género femenino.
- Síntomas bilaterales.
- Edad joven.
- Antecedentes en la historia familiar.
- Luxación o subluxación previas.

El mecanismo de producción son movimientos rotacionales asociados a contracción del cuádriceps con los factores predisponentes o bien traumatismo directo, mucho menos común y relacionado con la práctica deportiva.
La prueba de Fairbank o prueba de aprehensión de fairbank nos ayuda en el diagnóstico. El paciente se encuentra en decúbito supino con la articulación de la rodilla en extensión y la musculatura del muslo en tensión, se intenta simular una luxación presionando lateralmente la rótula con ambos pulgares y se pide al paciente que flexione la rodilla. Es positivo si aparece dolor intenso y miedo a sufrir una nueva luxación en posición de extensión así como en flexión.

2 Objetivos

- Realizar y aplicar un plan de tratamiento a través de un caso clínico en una paciente que presenta luxación de rótula para valorar la efectividad del tratamiento

especialmente de cara a reanudar la actividad deportiva.

3 Caso clínico

Mujer de 15 años de edad, diagnosticada de luxación de rótula con dos meses evolución. El episodio se produce al realizar baile en una academia y no había episodios previos de luxación. No presenta sobrepeso pero si cierta hiperlaxitud, siendo visible genu recurvatum. Acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias con la luxación ya reducida de manera espontánea. Se le pauta tratamiento farmacológico para controlar el dolor e inflamación a través de AINES, aplicación de crioterapia domiciliaria durante tres días y reposo relativo especialmente en la actividad física hasta realizar rehabilitación.

Acude para empezar la rehabilitación en dicho hospital dos meses después de producirse la lesión. El tratamiento de elección es conservador al ser la primera vez que tiene lugar la luxación y no presentar malformaciones ni complicaciones. Presenta dolor leve al realizar ciertas actividades o movimientos, ligera disminución de la flexión de rodilla y gran inseguridad por miedo a reproducir la lesión nuevamente. Debilidad muscular especialmente en cuádriceps.

La paciente realiza rehabilitación tres días a la semana, en sesiones de 30 minutos durante dos meses con el objetivo de disminuir la inflamación residual, aumentar el rango de movimiento, potenciación de la musculatura afectada y trabajo de propiocepción con el objetivo de reanudar la actividad deportiva previa, en este caso baile.
El tratamiento realizado fue:
A. Movilización de la articulación de la rodilla, empezando con pasivos y con el paso de las semanas siguiendo a activo asistidos y resistidos para restablecer el rango articular completo. También instruimos a la paciente para realizar estiramientos de cuádriceps isquios y de tensor de la fascia lata. También se realiza masaje con el fin de evitar una rótula alta y normalizar el tono de musculatura principal de la rodilla de manera que no impida la flexión de ésta.
B. Potenciación de la musculatura, en primer lugar isométricos de cuádriceps e isquios, isotónicos de flexión extensión y abducción de cadera y corrientes de potenciación, y en segundo lugar isotónicos de cuádriceps e isquios aumentando la resistencia mediante theraband y lastres, trabajo en banco de cuádriceps, resistencia manual, sentadillas (libres, con apoyo lumbar en balón, en superficie inestable y sobre una sola pierna), zancada con flexión de rodillas y zancada lateral añadiendo theraband en rodillas. Especial atención a los últimos grados de

extensión para trabajar vasto interno.
C. Reeducación de la marcha comenzando con marcha normal, marcha en punteras y talones supervisando una extensión completa de rodillas, flexión de caderas, coordinación mano-rodilla contraria, marcha en superficie inestable y añadiendo ojos cerrados con el paso de las semanas.
D. Trabajo específico de propiocepción, equilibrio sobre una pierna (añadiendo lanzamiento y recepción de pelota, ojos cerrados superficies inestables y empujes), salto con dos pies juntos, salto con apoyo de miembro inferior lesionado y salto con apoyo en superficie inestable.
E. Bicicleta y carrera en tapiz rodante.

4 Discusión-Conclusión

El tratamiento conservador ha tenido éxito y ha cumplido los objetivos planteados y ha satisfecho las necesidades planteadas por parte del paciente. El tratamiento quirúrgico no se descarta en un futuro pero se plantearía únicamente en caso de presentar luxaciones de repetición, que el tratamiento conservador no fuera eficaz y/o que se presentasen complicaciones añadidas.

5 Bibliografía

- Kapandji AI. Fisiología articular Tomo 2: Miembro inferior. 5ª edición. España: Panamericana; 1998.
- Schünke M , Schulte E , Schumacher U , Voll M . Prometheus: texto y atlas de anatomía. Médica Panamericana; 2010.
- McConnell J. Rehabilitation and Nonoperative Treatment of Patellar Instability. Sports Med Arthrosc. 2007;15(2):95–104.
- Márquez B de P, Serrés JLC. Luxación aguda de rótula. FMC. 2017;24(5):254–7.
- White BJ, Sherman OH. Patellofemoral instability. 2009;67(1):22–9.
- Schulz B, Brown M, Ahmad CS. Evaluation and imaging of patellofemoral joint disorders. Oper Tech Sports Med. 2010;18(2):68–78.

Capítulo 1248

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN EL TRATAMIENTO DE ATELECTASIAS TRAS CIRUGÍA ABDOMINAL .

SARA ESCUER LORENZO

JESSICA BUENO FERNANDEZ

1 Introducción

La atelectasia puede ocurrir cuando una vía respiratoria se bloquea y los sacos alveolares quedan sin aire (obstructiva) o por una fuerza externa al pulmón (no obstructiva).

La anestesia general supone un riesgo grande de atelectasia debido a que se altera el ritmo normal de la respiración y el intercambio gaseoso se ve afectado por lo que los alvéolos se ”desinflan”.

Un elevado porcentaje de personales sometidas a cirugía con anestesia general desarrollan cierto grado de atelectasia. El dolor que provoca una cirugía reciente da lugar a una respiración superficial que ayuda a la formación de atelectasia (no obstructiva).

2 Objetivos

- Demostrar la eficacia de la fisioterapia respiratoria como tratamiento y prevención de la atelectasia como coadyuvante a otros métodos.

3 Caso clínico

Varón de 63 años, ex fumador y asmático es operado de trasplante de hígado con éxito. A la semana de la operación comienza con tos, respiración superficial, dificultosa, sibilancias y aumento de secreciones. En la radiografía de tórax se observa una atelectasia en la base del pulmón derecho. Se solicita interconsulta con el servicio de rehabilitación respiratoria que le pauta el siguiente tratamiento:

- Respiraciones abdomino diafragmáticas.
- Expansiones basales dirigidas, sobretodo derecha.
- Técnicas de manejo de la tos con contención de la pared abdominal.
- Inspirómetro volumétrico tipo coach de 4000 ml.
- Aumento de flujo espiratorio con contención abdominal.

4 Discusión-Conclusión

En los días previos a la cirugía , el paciente debería acudir al servicio de rehabilitacón respiratoria para aprender y familiarizarse con todas estas técnicas que tras la cirugía se deberían hacer de manera protocolaria como prevención de las atelectasias

Tras las sesiones con fisioterapia respiratoria el paciente aumenta su capacidad inspiratoria, pues estaba muy reducida debido al dolor. Maneja perfectamente la técnica de la espiración forzada para movilizar secrecciones y su respiración es menos superficial y no tan dificultosa.
Hay que tener en cuenta que sus antecedentes de exfumador y el asma no han jugado a su favor.

5 Bibliografía

- Woodring JH, Reed JC. Types and mechanisms of pulmonary atelectasis. J Thorac Imaging. 1996;11:92-108
- Oliva Hernández C, Suárez López de Vergara RG, Marrero Pérez CL, Callejón Callejón A. Atelectasias. En: Cobos N,
- Pérez-Yarza EG (eds). Tratado de Neumología 2.ª edición. Madrid: Ergón; 2009. p 1007-27.

Capítulo 1249

USO DE BIPEDESTADORES EN PACIENTES NEUROLÓGICOS.

GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS

1 Introducción

A veces los pacientes neurológicos tienen dificultades o imposibilidad para obtener la posición bipedestación. Esto conlleva muchos problemas que afectan a su vida diaria, tanto físicamente como psicológicamente. Entre ellos están ulceras por presión, atrofia muscular, problemas respiratorios, etc

2 Objetivos

Conocer los beneficios del uso de bipedestadores en pacientes afectados por dolencias neurológicas.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como pubmed, scielo y medline y se seleccionan 2 articulos que cumplen los criterios de inclusión: formato a texto completo, de acceso libre y publicados en los últimos 2 años.

4 Resultados

Los beneficios de los bipedestadores son:
- Proporcionar una buena alineación corpora.l.

- Prevenir contracturas musculotendinosas.
- Facilitar la respiración y la expansión pulmonar.
- Favorecer la circulación sanguínea.
- Permitir la descarga temporal en zonas de presión para evitar las UPP.
- Beneficio psicológico.
- Previene la osteoporosis y las fracturas.
- Mejora el peristaltismo intestinal.

La bipedestación asistida:
Se realiza con ayuda del cuidador, Fisioterapeuta o del Terapeuta Ocupacional. Consiste en facilitar, mediante estímulos, la movilidad activa del paciente hasta alcanzar la bipedestación completa. Se puede aplicar más o menos asistencia en función de lo que necesite el paciente.

- Poca asistencia: El cuidador o el terapeuta se coloca en el lado más débil, con una pierna bloquea la rodilla del paciente para que no se flexione. Con sus manos agarra el brazo del paciente a nivel del hombro y del codo.
También, el cuidador o el terapeuta puede agarrar con una mano el brazo y con la otra la cinturilla del pantalón.
- Mucha asistencia: El cuidador o el terapeuta se pone en frente del paciente, este rodea con sus brazos la espalda del primero. El que asiste el movimiento coloca sus manos en las escápulas o en la zona glútea o por detrás en la cinturilla del pantalón, sus rodillas bloquean las rodillas del paciente para que no se flexionen durante el cambio de posición.

5 Discusión-Conclusión

El uso de bipedestadores en la rehabilitación fisioterapica tiene numerosos beneficios para los pacientes neurológicos, mejorando su vida diaria y previniendo complicaciones.

6 Bibliografía

- Rodríguez Hernández lyemai. El paciente neuroquirúrgico grave: Actuación de enfermería. Enferm. glob. 2011;10(21).
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.

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

Capítulo 1250

ABORDAJE DESDE LA FISIOTERAPIA TRAS AMPUTACIÓN DE LA REGIÓN TRASMETATARSIANA DE UN PIE DIABÉTICO

ANA BELÉN MARTÍN GONZÁLEZ

MARTA BLANCO CARRANCIO

JAVIER GARCÍA URRUZOLA

1 Introducción

Según la Asociación española de enfermería vascular y heridas, la diabetes es una enfermedad que afecta a un 4% de la población española. Es debido a un aumento de los niveles de glucosa en sangre a causa de una deficiencia del páncreas en la secreción de insulina, la cual contrarresta esta glucosa. Una de las consecuencias de esta alta concentración de glucosa en sangre es el pie diabético, una afectación neuropatía, acompañada o no, de una afectación isquémica, que en algunos casos puede llevar a úlceras, necrosis de los tejidos y amputación del miembro afecto.

Tras la amputación se ven alteradas diferentes estructuras, teniendo en cuanta el estado de la piel, la cicatriz, la pérdida de fuerza y sensibilidad de la musculatura afecta, así como la necesidad de aprender a caminar con una prótesis externa. Es importante trabajar todos estos aspectos en fisioterapia con el objetivo de una recuperación adecuada de la lesión.

2 Objetivos

- Conocer mediante un caso clínico cual sería un posible abordaje de fisioterapia ante una amputación de medio pie en un paciente diabético.
- Mejorar de la circulación de la zona, así como el aumento del rango de movimiento de la articulación tibioperonea-astragalina.
- Aumento de fuerza de la musculatura débil.
- Mejorar la propiocepción del muñón.

3 Caso clínico

Hombre de 67 años de raza caucásica, prejubilado por invalidez, diagnosticado de diabetes mielítica tipo 2 desde hace 18 años, acude a fisioterapia aconsejado por el psicólogo y el asistente social ya que presenta un déficit en la marcha, debido a la amputación de la región trasmetatarsiana del antepie izquierdo por necrosis y absceso de la zona. El abordaje quirúrgico fue completado con la colocación de un stent en la arteria femoral zona superior izquierda debido a una estenosis y oclusión de la misma, evitando así la apuntación de la pierna.

Tras estas intervenciones el paciente presenta debilidad de la musculatura, así como una pérdida importante de la propiocepción a la hora de la marcha. A día de hoy ha habido una alta recuperación de la marcha pero sigue teniendo perdidas de equilibrio.

Los resultados de nuestra valoración muestran una propiocepción disminuida del muñón, lo que hace que necesite un apoyo externo a la hora de subir o bajar escaleras, y que pierda con facilidad el equilibrio, produciéndole ocasionalmente caídas. Mediante la observación del paciente nos hacemos consciente que una asimetría importante, debido a que la prótesis utilizada presenta un alza de 2 cm, por lo que pedimos el cambio inmediato por otra adaptada.

El estado de la cicatriz es correcto y no dolorosa, aunque la sensibilidad de la zona es menor tanto ante la presión, la percepción térmica (sobre todo al calor) y a la percepción táctil.

Presenta un rango articular disminuido, sobretodo en la flexión dorsal, siendo dolorosa a la movilización activa debido a un bloqueo tibioperoneo-astragalino. Junto esta limitación se puede apreciar una disminución de la fuerza del musculo tibial posterior (2 de 5 Escala Daniels) y glúteo medio (3 de 5 Escala Daniels)

Trendelenburg positivo. Finalmente el estado de la piel muestra una colocación amoratada del miembro por alteración de la circulación.

Tratamiento
Terapia manual:
Movilización y decoaptación pasiva de la articulación tibio-peronea-astragalina y calcáneo- astragalina, indiciando en la ganancia de rango articular de flexión dorsal y plantar del pie.

Tratamiento aeróbico:
Consistió en entrenamiento de 30 min a una intensidad moderada, mejorando la oxigenación de la sangre, enriqueciendo así la aportación de nutrientes a los tejidos.
Para conocer si el ejercicio era adecuado, se midió la saturación pre y pos ejercicio, comenzado con una saturación del 95% y terminado con una saturación del 98%.

Plataforma vibratoria:
La vibración favorece el drenaje y arrastre de líquidos hacia el sistema linfático, tiene efectos analgésicos, mejora el trofismo de la piel y estimula la oxigenación de la sangre. Los parámetros aplicados fueron 18,5 Hz 15 minutos.
Trabajo de potenciación muscular y propiocepción:
Se realizó un trabajo general simétrico de ambas piernas, potenciando glúteos, cuádriceps, isquiotibiales, gastrocnemio.
Focalizamos el trabajo en la potenciación de glúteo medio y tibial anterior de ambas piernas, trabajando de forma monopodal ante situaciones de inestabilidad mediante superficies inestables, desequilibrios realizando ligeros toques al paciente y por último, alcances transfiriendo el peso de una pierna a otra.
Presoterapia:

La intervención consta de un programa combinado, de activación venosa y linfático, para así movilizar la linfa y ayudar a su función depuradora. Colocaremos una presión 30-40 mmHg para el drenaje linfático y de 40-60 mmHg para drenaje venoso.

Tras 2 meses de tratamiento, se le realiza una entrevista al paciente, y nos refiere que nota mayor seguridad al caminar, ya que considera que su equilibrio y coordinación ha mejorado a lo largo de estos meses.

A niveles visuales, la agilidad al realizar los ejercicios es mayor que al inicio del

tratamiento. En cuanto a la valoración muscular, el glúteo medio muestra una fuerza de 4+ sobre 5, mientras que el tibial anterior, sigue mostrando signos de debilidad, arrojando un 3 sobre 5 en la escala de fuerza.

La colocación cutánea presentando un color amoratado, pero con claros signos de mejora con respecto a la valoración inicial, pero la percepción en cuanto calor y presión sigue siendo menor que en la pierna sana.

4 Discusión-Conclusión

Como conclusión, y valorando los resultados de este caso clínico, el abordaje terapéutico propuesto puede tener efectos positivos en el tratamiento de las alteraciones con las mismas características.

Es importante la observación de nuestro paciente y la adaptación de las prótesis a cada caso. A partir de una buena alienación y una buena pisada podemos establecer un tratamiento personalizado.

Podemos afirmar que en este caso el trabajo de fuerza, tratamiento articular de las estructuras con limitación y los ejercicios de propiocepción pueden mejorar la calidad de la marcha, evitando posibles caídas.

El trabajo aeróbico, vibroterapia y presoterapia, han arrojado una mejora clara en la colocación de la piel, por lo que podemos decir que la circulación de los miembros inferiores reciben una mayor cantidad de oxigenación.

5 Bibliografía

1. Trendelenburg test. Bone & Joint Journal, 67(5), 741-746.
2. Armans Moreno, E., & Pablo, I. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas-Pie diabético.[Internet].; 2012 [citado 16 Junio 2018].
3. Buckup, K., & Buckup, K. (2007). Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular: exploraciones, signos, síntomas (No. Sirsi) a455434).
4. Arcas, M. A., Gálvez, D. M., León, J. C., Paniagua, S. L., & Pellicer, M. E. (2004). Manual de Fisioterapia: Módulo I, Generalidades. Sevilla: Mad.
5. Rodríguez-García, P. L., Rodríguez-Pupo, L., & Rodríguez-García, D. (2004). Técnicas clínicas para el examen físico neurológico. II. Función motora y refleja. Rev Neurol, 39(9), 848-59.

6. Cordero, J. E. M. (2009). Agentes físicos terapéuticos. Educación Médica Superior, 23(1), 1.
7. Serralde, Y. D. R., Barrientos, J. V. R., & Ortiz, Á. O. S. (2009). Efecto del ejercicio aeróbico en la calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2.Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 14(3), 109-116.

Capítulo 1251

EL BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS

GONZALO PRIETO CRISTOBAL

CRISTINA CRISTOBAL ALLER

MARÍA PRADO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Se conoce como síndrome de burnout a la respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales que trabajan de cara al público.

Hay muchas definiciones e interpretaciones acerca del SQT y también diversas formas de corregirlo. Pero, a pesar de ello, existe un consenso general entre los investigadores en que es muy importante tanto el diagnóstico como la promoción de programas de actuación. También se ha concluido que no hay diferencias significativas entre sexos, pero sí en cuanto a la edad del profesional, pues es más frecuente entre los 30 y los 50 años.

2 Objetivos

Conocer el estado actual de afectación del síndrome de burnout en los fisioterapeutas que se encuentran en periodo activo laboral.

3 Metodología

Se emplearon los motores de búsqueda PubMed y Scielo, empleando las palabras clave ”fisioterapia” ”burnout” ”burnout en fisioterapeutas” y ”síndrome de burnout en fisioterapia”. Se seleccionaron los artículos más actuales y considerados más adecuados para abordar el tema.

4 Resultados

El síndrome de burnout ha sido ampliamente estudiado en profesionales de la salud, aunque en su mayoría se trata de estudios en profesionales de enfermería y/o medicina.

Sin embargo, hay pocos artículos que estudian este síndrome en los fisioterapeutas, en comparación con las otras profesiones sanitarias.

Dentro de las profesiones sanitarias, la fisioterapia representa un grupo de alto riesgo frente al estrés y desgaste profesional, debido a la cantidad de estresores diarios que son inherentes al tipo de trabajo que debemos afrontar desde el desgaste por el elevado número de pacientes (en algunas clínicas se llega a tratar a más de 50 pacientes diarios), hasta la frustración por la lenta o nula mejoría de alguno de ellos. El síndrome de Burnout se caracteriza por un agotamiento emocional que no tiene por qué producirse en todos los trabajadores, aunque estén sometidos al mismo nivel de estrés, ya que depende de varios factores como la personalidad, la educación, el nivel cultural, la capacidad de responder a las demandas emocionales, etc. Está relacionado significativamente con la sobrecarga de trabajo objetiva, el tiempo total de contacto directo con los pacientes y con la conducta del trabajador en su hogar, se encuentra que las fisioterapeutas que en su hogar tienen personas a su cargo tienen una mayor resistencia a desarrollar este síndrome.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout afecta negativamente al desempeño laboral de los profesionales de la salud, en el caso de los fisioterapeutas no está tan ampliamente estudiado como en otros profesionales, se considera de especial interés ya que estos profesionales tienen una relación de contacto muy directo con sus pacientes. Es de vital importancia prevenir este síndrome y evitar sus causas, ya que las repercusiones abarcan tanto las fisiológicas, psicológicas y conductuales sobre

el profesional, como las que recaen sobre el paciente atendido por el profesional que lo sufre.

6 Bibliografía

- Alchieri J C, Araujo Silva T. Socioeconomic and demographic aspects related to stress and the burnout syndrome among Brazilian physiotherapists. Salud Mental. 2014;37:233-38.
- Gil Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista Psicología Científica. 2001;3(5):77.
- Capilla PR. El síndrome del burnout o de desgaste profesional. Revista Fundación (Facultad de Medicina). 2000;58:1334.
- Martínez Pérez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Revista de Comunicación Vivat Academia. 2010;13(112):42-80.

Capítulo 1252

PROPUESTA DE EJERCICIOS PARA LA ROTURA DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El desgarro masivo de manguito rotador es aquella condición clínica degenerativa con una ruptura de uno de los tendones tanto del supraespinoso, infraespinoso, redondo menor o subescapular de más de 5 cm, o a una lesión donde se compromete dos o más tendones del manguito rotador. Entre los síntomas y signos destacan:

- Dolor incapacitante en la cara antero externa del hombro, sobre todo por la noche, o al realizar las actividades de la vida diaria.
- Disminución del rango de movilidad activa del hombro.
- Impotencia funcional.
- Se podrá observar la cabeza humeral ascendida.

La prevalencia de esta patología es del 10 al 40 % de la población entre los 50-55 años, llegando hasta un 60% de la población en los adultos mayores de 70 años.

2 Objetivos

Valorar la efectividad del tratamiento conservador de la rotura del manguito de los rotadores a partir de ejercicios en la sala de fisioterapia.

3 Caso clínico

Mujer de 65 años, dependienta jubilada, presenta rotura degenerativa de los tendones del manguito rotador, diagnosticada por pruebas de imagen, cuyo informe nos proporciona.
La paciente presentaba anteriormente tendinitis crónica del supraespinoso, con repetidos tratamientos de la patología. Debido a su trabajo la patología se cronificó en el tiempo hasta que con el paso del tiempo se produjo la rotura de los tendones, desde hace un año. Desde entonces la paciente no consigue mejorar y antes de realizar cualquier reconstrucción quirúrgica, se quiere buscar la mejora a través del tratamiento conservador.

En la valoración, se observa como la paciente refiere dolor ante el movimiento y durante el descanso nocturno, además de no ser capaz de realizar las actividades de la vida diaria como el alcance de un objeto de un armario o el vestido y desvestido.

Se observa entonces como no es capaz de realizar tanto la flexión como la abducción activa, además de presentar limitación en la rotación externa. La actitud es a doblar el codo levantando la mano sin ser capaz de llevar el brazo al techo. Además se observa como ante el intento de movilidad activa el hombro se encuentra ascendido, junto con lateralidad homolateral de la cabeza.

Los objetivos del tratamiento se basarán en:
- Disminución del dolor.
- Ganancia de rango articular a partir de ejercicios autopasivos.
- Fortalecer la musculatura adyacente, sobre todo del deltoides, en un principio en contracción isométrica.
- Estirar la musculatura afectada.

Para ello, se pauta a la paciente rehabilitación diaria durante 15 días para el aprendizaje de los ejercicios, que posteriormente realizara en su domicilio diariamente 3-5 veces, realizándose revisiones periódicas.

Los ejercicios realizados fueron:
- Ejercicios autopasivos de hombro, con la ayuda de una pica cogida con ambas manos: (primero en decúbito supino para acabar realizándolos en sedestación y bipedestación, al igual que se irá incorporando peso)
• Flexión anterior, partiendo de codo a 90º y eleva extendiendo los codos hacia el techo.
• Flexión con los codos en extensión, lleva las manos por encima de la cabeza
• Abducción, separando el brazo del cuerpo con ayuda de la pica.
• Rotaciones, con el codo a 90º apoyado, realiza rotación interna y externa.

- Ejercicios de estabilización glenohumeral: se realizará contracción isométrica a baja carga.
• Depresores humerales: codos a 90º apoyados en un cojín, apretar este con los codos.
• Deltoides anterior y serrato mayor: empuje anterior contra una superficie dura con la mano abierta.
• Deltoides medio, se sitúa el MS a 45º de ABD y se le pide una contracción para llegar hasta los 90º.

- Ejercicios de estabilización escapular.
- Estiramiento de la cápsula anterior y posterior.
- Pendulares de Codman.
- Ejercicios de movilidad cervical, para evitar compensaciones y contracturas.

4 Discusión-Conclusión

El tratamiento propuesto ha cumplido con los objetivos planteados, existiendo una clara mejoría de los síntomas de la paciente, descartando por tanto el tratamiento quirúrgico. Este se realizaría si tras los 3 meses de tratamiento no hubiera mejoría de los síntomas. Tras esto se deberá indicar a la paciente que debe continuar con los ejercicios para que se produzca un retroceso, manteniendo el rango articular y la fuerza conseguida.

5 Bibliografía

- Pérez Manzanero M.A., Echevarrí Pérez C.bases científicas para el diseño de un programa de ejercicios para la rotura masiva completa del manguito rotador. Bases científicas, Sermef- ejercicios. 2011.
- Parres Valero M. Caso clínico: intervención fisioterápica en rotura del manguito rotador. Servicio Fisioterapia Hospital General Universitario de Elche. 2017.
- Alvarado Alvarado I.G. efectividad de las intervenciones fisioterapèuticas para tratar desgarros del manguito de los rotadores basado en la evidencia. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.2018.
- Rubio-Oyarzún D., Araya-Quintanilla F., Gutiérrez-Espinoza H., Olguín-Huerta C., Fritz Y., Arias-Poblete L.. Terapia de juicio de lateralidad e imaginería de movimiento y ejercicios de activación muscular selectiva glenohumerales en sujetos con ruptura masiva del manguito rotador: serie de casos. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2018; 25(4): 197-206.
- Ainsworth R, Lewis JS. Exercise therapy for the conservative management of full thickness tears of rotator cuff: a systematic review. Br J Sports Med. 2007; 41: 200- 10.
- Ainsworth R. Physiotherapy rehabilitation in patients with massive, irreparable rotator cuff tears. Musculoskeletal care 2006; 4(3): 140-51.
- Levy O, Mullett H, Roberts S, Copeland S. The role anterior deltoid reeducation in patients with massive irreparable degenerative rotator cuff tears. J Shoulder Elbow Surg. 2008; 17: 863-70.

Capítulo 1253

PARKINSON Y FISIOTERAPIA.

CARLOS MORGADE FERNÁNDEZ

CELESTINO GARCIA CAPILLA

ANA GAMUNDI OTERO

1 Introducción

El Parkinson es una de las enfermedades neurodegenerativas más frecuentes con 1,5 millones de casos en Estados Unidos y un aumento de 70.000 nuevos al año. Los síntomas que cursan con esta enfermedad son bradicinesia, acinesia, episodios de bloqueos durante el movimiento, inestabilidad, falta/pérdida de equilibrio, discinesia, temblores, rigidez y perdidas de capacidades aeróbicas.

Sin embargo, esta enfermedad no solo provoca déficits a nivel motor sino que tiene asociados desordenes cognitivos, insomnio, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, pérdida de memoria ,fatiga, pérdida de energía, emociones negativas y pérdida de autonomía.

La causa de esta enfermedad aún no está clara pero cada vez se achaca más a factores genéticos, mutaciones de β-glucocerebrosidase ,la proteína LRRK2 y/o SNCA (gen α-synuclein).

Además, podría haber relación con una exposición mantenida en el tiempo a metales pesados, pesticidas, fungicidas, infecciones del sistema nervioso central o traumas craneoencefálicos.

2 Objetivos

- Conocer las actuaciones con mayor coste-efectividad y revisar la literatura científica más actual.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en los diferentes bases de datos como: Scielo, Pubmed, Medline.
Las palabras clave que se han utilizado fueron “exercice” y “Parkinson”.

4 Resultados

De un total de 943 artículos obtenidos en la búsqueda, se identificaron 32 estudios con indicadores de calidad altos, sin conflicto de intereses por sus autores y se analizaron sus datos.

Hay dos tipos de tratamientos desde la medicina: tratamiento quirúrgico (estimulación cerebral profunda) y farmacológico (levodopa, agonistas de las vías dopaminérgicas). El tratamiento farmacológico puede mejorar los síntomas motores de los pacientes, pero según pasa el tiempo, los efectos sobre las vías dopaminérgicas van disminuyendo de forma progresiva.

En los últimos años han surgido dos nuevos tratamientos: trasplante celular y tratamiento con factores neurotróficos, que requieren de una cirugía muy invasiva.

En 1992, Sasco et al. fueron los primeros en relacionar ejercicio con mejorías en la enfermedad de Parkison.
Lau et al. fueron más allá y determinaron que el ejercicio podía frenar el empeoramiento de los déficits neurológicos del Parkison.

Dentro de la prescripción de ejercicio en sujetos con artritis habría que dividir según el tipo de trabajo: Fuerza, Aeróbico o movilidad.

El trabajo aeróbico debería realizarse de 3 días por semana, a una intensidad moderada (40%-60% del VO2R o HRR). El tiempo de trabajo recomendado será de 30 minutos de ejercicio continúo o acumulado.Siendo mejor ejercicios de bajo impacto articular como caminar, bicicleta, bailar o ejercicio en el agua.

El trabajo de fuerza debería realizarse de 2 a 3 días por semana, con una carga entre el 60%-70% del 1RM, aunque es recomendable que la carga inicial para las primeras semanas ronde el 40%-50% en sujetos que no estén familiarizados con el entrenamiento de fuerza. El tiempo de realización de estos ejercicios va a depender de la velocidad de ejecución de cada paciente y de la sensación de fatiga acumulada.

La evidencia actual al respecto nos recomienda de 1 a 2 series de entre 8 y 12 repeticiones con descansos entre series de 90 segundos hasta 150 segundos, intentando trabajar sobre todos los grandes grupos musculares. Se recomienda este tipo de ejercicio en máquinas dirigidas, dado que el trabajo libre puede no ser seguro para los pacientes con Parkinson.

En cuanto al trabajo de movilidad se recomienda su realización de 2 a 3 días a la semana, con una intensidad lo suficiente como para notar sensación de rigidez/estiramiento, pero sin llegar a notar dolor, intentando progresar en el ROM con cada ejercicio, siempre y cuando no haya dolor articular.

El tiempo de realización de estos estiramientos sería de 10 a 30 segundos en los estáticos y hasta 10 repeticiones en los dinámicos. Se recomienda una combinación de ambos tipos de estiramientos a nivel de las grandes articulaciones.

- HRR: frecuencia cardíaca de reserva VO2R: Volumen de oxígeno de reserva

5 Discusión-Conclusión

Con la evidencia actual debemos ser capaces de transmitir a nuestros pacientes que no hay curación de esta patología, pero sí una modificación de los síntomas y una mejoría funcional, además de poder evitar que esta enfermedad progrese.

Además, el abordaje multidisciplinar debería ser la vía de actuación escogida, dado a las implicaciones psicológicas y físicas del Parkinson.

Desde la fisioterapia solo podemos emplear el ejercicio físico como tratamiento y la importancia de este tipo de abordaje reside en las ganancias de los diferentes tipos de ejercicios. El ejercicio aeróbico va a mejorar las capacidades cardiorrespiratorias y cardiometabólicas con un muy poco o impacto nulo sobre las articulaciones, el entrenamiento de fuerza y resistencia mejorará tanto el dolor como las funciones físicas y el trabajo de movilidad nos ayudará a reducir los efectos adversos de perdida de rango articular que se producen como consecuencia del

Parkinson.

6 Bibliografía

1. Greenamyre, J. T. & Hastings, T. G., Biomedicine. Parkinson's–divergent causes, convergent mechanisms, Science (New York, N.Y.) 304(2004) 1120-1122.
2. Sidransky, E. et al., Multicenter analysis of glucocerebrosidase mutations in Parkinson's disease, The New England journal of medicine 361(2009) 1651-1661.
3. Berg, D. et al., Type and frequency of mutations in the LRRK2 gene in familial and sporadic. Parkinson's disease*, Brain : a journal of neurology 128(2005) 3000-3011.
4. Kalinderi, K., Bostantjopoulou, S. &Fidani, L., The genetic background of Parkinson's disease: current progress and future prospects, Acta neurologicaScandinavica 134(2016) 314-326.
5. Aaseth, J., Dusek, P. &Roos, P. M., Prevention of progression in Parkinson's disease, Biometals. 31(2018) 737-747.
6. Fang, F. et al., Head injury and Parkinson's disease: a population-based study, Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society 27(2012) 1632-1635.
7. Fang, F. et al., CNS infections, sepsis and risk of Parkinson's disease, International journal of epidemiology 41(2012) 1042-1049.
8. Tanner, C. M. et al., Rotenone, paraquat, and Parkinson's disease, Environmental health perspectives 119(2011) 866 872.
9. Oliveira de Carvalho, A. et al., Physical Exercise For Parkinson's Disease: Clinical And Experimental Evidence, Clin Pract Epidemiol Ment Health 14(2018) 89-98.
10. Jankovic, J., Parkinson's disease: clinical features and diagnosis, Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry 79(2008) 368-376.
11. Moon, S. et al., Effects of Qigong Exercise on Non-Motor Symptoms and Inflammatory Statusin Parkinson's Disease: A Protocol for a Randomized Controlled Trial, Medicines (Basel) 6(2019)
12. Duncan, G. W. et al., Health-related quality of life in early Parkinson's disease: the impact of nonmotor symptoms, Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society 29(2014) 195-202.
13. Gallagher, D. A. &Schrag, A., Psychosis, apathy, depression and anxiety in Parkinson's disease, Neurobiol Dis 46(2012) 581-589.
14. Morris, M. E. et al., Quantifying the profile and progression of impairments,

activity, participation, and quality of life in people with Parkinson disease: protocol for a prospective cohort study, BMC geriatrics9(2009) 2.
15. Fox, S. H. et al., The Movement Disorder Society Evidence
-Based Medicine Review Update: Treatments for the motor symptoms of Parkinson's disease, Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society 26 Suppl 3(2011) S2-41.
16. Galna, B., Lord, S., Burn, D. J. & Rochester, L., Progression of gait dysfunction in incident
Parkinson's disease: impact of medication and phenotype, Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society 30(2015) 359-367.
17. Tarazi, F. I., Sahli, Z. T., Wolny, M. & Mousa, S. A., Emerging therapies for Parkinson's disease:from bench to bedside, Pharmacology & therapeutics 144(2014) 123-133.
18. Sasco, A. J., Paffenbarger, R. S., Jr., Gendre, I. & Wing, A. L., The role of physical exercise in the occurrence of Parkinson's disease, Archives of neurology 49(1992) 360-365.
19. Lau, Y. S., Patki, G., Das-Panja, K., Le, W. D. & Ahmad, S. O., Neuroprotective effects and mechanisms of exercise in a chronic mouse model of Parkinson's disease with moderate neurodegeneration, The European journal of neuroscience 33(2011) 1264-1274.
20. Gambetta VA. Athletic Development: The Art & Science of Functional Sports Conditioning. 1st ed. 2006.
21. SHAPE America — Society of Health and Physical Educators, Ayers SF, Sariscsany MJ. Physical Education for Lifelong Fitness: the physical best teacher's guide. 3rd ed. United States: : National Association for Sports and Physical Education 2011.
22. Campbell KL, Neil SE, Winters-Stone KM. Review of exercise studies in breast cancer survivors: Attention to principles of exercise training. Br. J. Sports Med.2012. doi:10.1136/bjsports-2010-082719.
23. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, et al. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc2009;41:1510–30.
24. Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM, et al. The physical activity guidelines for Americans. JAMA - J Am Med Assoc 2018;320:2020–8.
25. Ewing C, Wilmore J, Blair S, et al. ACSM Position Stand: The Recommended Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory and Muscular Fitness, and Flexibility in Healthy Adults The position stand replaces the 1990 ACSM position paper of similar title (3). S. Med Sci Sport Exerc1998;30:975–91.

26. Kohrt WM, Bloomfield SA, Little KD, et al. Physical Activity and Bone Health. Med Sci Sport Exerc2004;36:1985–96.
27. Colberg SR, Albright AL, Blissmer BJ, et al. Exercise and type 2 diabetes: American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. Exercise and type 2 diabetes. Med Sci Sports Exerc. 2010;42:2282–303.
28. Ramazzina I, Bernazzoli B, Costantino C. Systematic review on strength training in parkinson's disease: An unsolved question. Clin. Interv. Aging. 2017;12:619
29. Thorp AA, Owen N, Neuhaus M, et al. Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults: A systematic review of longitudinal studies, 19962011. Am J Prev Med 2011;41:207–15. doi:10.1016/j.amepre.2011.05.004
30. Tremblay MS, Colley RC, Saunders TJ, et al. Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. Appl PhysiolNutrMetab2010;35:725–40.
31. Thompson PD, Funk EJ, Carleton RA, et al. Incidence of Death During Jogging in Rhode Island From 1975 Through 1980. JAMA J Am Med Assoc 1982;247:2535–8.
32. Franklin BA, Bonzheim K, Gordon S, et al. Safety of Medically Supervised Outpatient Cardiac Rehabilitation Exercise Therapy. Chest 1998;114:902–6.

Capítulo 1254

FISIOTERAPIA EN ESGUINCE DE TOBILLO RECIDIVANTE TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA REPARADORA. A PROPÓSITO DE UN CASO

JESSICA BUENO FERNANDEZ

SARA ESCUER LORENZO

1 Introducción

Al hablar de un esguince, debemos tener claro que se trata de una distensión ligamentosa, con posibilidad de rotura parcial o total de sus fibras. Esta lesión se produce por un estiramiento excesivo y se clasifica en tres grados:
- Grado I: elongación de ligamento
- Grado II: rotura parcial de ligamento
-Grado III: rotura completa de ligamento
El esguince de tobillo más frecuente se produce a nivel del ligamento lateral externo (LLE), principalmente por un movimiento forzado de inversión. El ligamento lateral externo de tobillo se divide en tres haces:
- Haz anterior o ligamento peroneo-astragalino anterior (LPAA), que se dirige desde el borde anterior del maléolo peroneo hasta el cuello del astrágalo.
- Haz medio o ligamento peroneo-calcáneo (LPC), que va desde el maléolo del peroné hasta la cara lateral del calcáneo.

- Haz posterior o ligamento peroneo-astragalino posterior (LPAP), dirigido desde el borde posterointerno del maléolo peroneo a la parte posteroexterna del astrágalo.

Se trata de una patología muy presente en la sociedad en general y más aún en el ámbito deportivo, y su tratamiento (conservador o quirúrgico) depende, entre otras cosas, del grado ante el que nos encontremos y de existencia o no de recidivas.

2 Objetivos

Se plantean con la realización de este trabajo los siguientes objetivos:

- Revisar bibliografía existente sobre tratamiento fisioterápico de esguince de tobillo para decidir las técnicas más eficaces y aplicarlas en nuestro caso.
- Comprobarla disminución en el tiempo de recuperación tras intervención quirúrgica de reparación ligamentosa de esguince de tobillo, gracias a tratamiento fisioterápico precoz.
- Demostrar la importancia de un tratamiento de fisioterapia adecuado para la vuelta a la actividad cotidiana y deportiva en las mejores condiciones.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 33 años, con episodios recidivantes de esguince de tobillo derecho. Recuerda que el primer esguince ocurre durante un partido de fútbol cuando tenía aproximadamente 10 años. A partir de este momento las lesiones se suceden con bastante frecuencia, la mayoría de ellas sin tratamiento adecuado.

Tras numerosas recidivas, acude a su médico de Atención Primaria, que le solicita una RNM de tobillo derecho, en la que se observa derrame articular considerable y cambios crónicos en ligamentos peroneo-astragalinos, con rotura fibrilar y retracción. Se deriva a Traumatología, donde deciden que el mejor tratamiento con las condiciones actuales es el quirúrgico, para recuperar la estabilidad articular. Una vez practicada la reparación ligamentosa pautan 3 semanas de inmovilización con férula de escayola y, posteriormente fisioterapia precoz.

En la valoración fisioterápica llevada a cabo en la primera sesión, objetivamos en el paciente:

- Dolor en movimientos activos y pasivos de tobillo derecho
- Disminución en el rango articular de flexión, extensión, inversión y eversión de pie.

- Cicatriz reciente pero en buen estado
- Edema en región retromaleolar
- Atrofia en la musculatura de la pierna

Organizamos las sesiones de tratamiento en 3 bloques, con un total de 20 sesiones de fisioterapia:
1. Corto plazo
- Cinesiterapia pasiva
- Descarga muscular
- Movilización de la cicatriz para evitar retracciones y adherencias.
- Isométricos
- Reeducación de la marcha con bastones ingleses

2. Medio plazo
- Cinesiterapia activo-asistida
- Baños de contraste para mejorar la circulación
- Ejercicios en cadena cinética cerrada

3. Largo plazo
- Cinesiterapia activo-resistida
- Ejercicios de propiocepción
- Reeducación de la marcha sin ayudas.

4 Discusión-Conclusión

Analizando los resultados obtenidos en nuestro caso clínico, en particular, y en la revisión de casos publicados sobre el mismo tema, podemos concluir que la fisioterapia resulta indispensable para la correcta recuperación de un esguince crónico de tobillo intervenido. De poco serviría la reparación quirúrgica sin un postoperatorio encaminado a trabajar la movilidad y, sobre todo la estabilidad articular sin la cual volvería a tener muchas posibilidades de lesionarse de nuevo.

5 Bibliografía

L. López-González, L. Rodríguez-Costa, A. Palacios-Cibriánc. Prevención de esguinces de tobillo en jugadoras de baloncesto amateur mediante programas de propiocepción. Estudio piloto de casos-controles. Fisioterapia. Volume 37, Issue 5, September–October 2015, Pages 212-222.

Ma.Cristina Rodríguez Gutiérrez, Soledad Echegoyen Monroy. Manejo conservador de los esguinces de tobillo. Rev Fac Med UNAM Vol.45 No.6 Noviembre-Diciembre, 2002

R.La Touche ArbizuK, Escalante RaventósJ.A, Martín Urrialde. Actualización en el tratamiento fisioterápico de las lesiones ligamentosas del complejo articular del tobillo. Fisioterapia. Volume 28, Issue 2, April 2006, Pages 75-86

Matsui K, Takao M, Miyamoto W, Innawi K, Matsushita T. Arthroscopic Broström repair with Gould augmentation via an accessory anterolateral port for lateral instability of the ankle. Arch Orthop Trauma Surg. 2014; 134 (10): 1461 – 7.

Vannini F, Di Matteo B, Filardo G, Kon E, Marcacci M, Giannini S. Platelet-rich plasma for foot and ankle pathologies: a systematic review. Foot Ankle Surg. 2014; 20(1): 2 – 9.

Capítulo 1255

LA PARÁLISIS CEREBRAL ENFOQUE DESDE UN PUNTO DE VISTA INTEGRAL LLEVADO A CABO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.

TERESA JOSEFA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La parálisis cerebral infantil (PCI) engloba secuelas neurológicas de muy distinta naturaleza que son la causa más frecuente de discapacidad motora en la edad pediátrica y el principal motivo de discapacidad física grave. Es un trastorno crónico, ya que aparece en la primera infancia y persiste durante toda la vida. Al trastorno motor suelen ir asociadas a menudo alteraciones en otras áreas del SNC. Es la discapacidad física más común en la infancia y afecta de 2 a 2.5 niños por cada 1,000. El diagnóstico diferencial de la parálisis cerebral incluye trastornos metabólicos y genéticos. El tratamiento del trastorno motor está fundamentado en cuatro pilares básicos: fisioterapia, ortesis, fármacos y tratamiento quirúrgico. Este tratamiento se complementa con otras terapias como logopedia, terapia ocupacional, apoyo psicológico y de otras disciplinas.

Los objetivos del tratamiento son mejorar la funcionalidad y las capacidades hacia la independencia. Los equipos de tratamiento multidisciplinar deben enfocarse en torno a las necesidades de cada paciente para proporcionar planes de atención de tratamiento integral y global continuamente actualizados.

Las complicaciones de la parálisis cerebral incluyen espasticidad y contracturas; dificultades de alimentación; babeo; dificultades de comunicación; osteopenia; osteoporosis; fracturas; dolor; y anormalidades gastrointestinales funcionales que contribuyen a la obstrucción intestinal, vómitos, y estreñimiento. Las herramientas de evaluación, válidas y confiables para establecer funciones básicas y monitorizar los avances en el desarrollo han contribuido a un creciente abanico de recomendaciones basadas en la evidencia científica en cuanto a la parálisis cerebral. Muchos de los tratamientos históricos para este trastorno están siendo cuestionados frente a nuevas terapias emergentes que presentan cierta evidencia científica.

2 Objetivos

Comprobar si estas terapias emergentes disminuyen la espasticidad, mejoran el equilibrio, aumentan la funcionalidad y como consecuencia mejoran la calidad de vida de estas personas y sus familias.

3 Metodología

Este trabajo se ha realizado llevando a cabo una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos de índole científico sanitario: MedliNE (Pubmed), Scielo, Elsevier, a través del buscador google académico, fuentes primarias como páginas web de organismos oficiales.

Filtro: Artículos en inglés y español.

Palabras clave: cerebral Palsy, Spastic diplegia, Physiotherapy, Motor alterations, Balance.

Boleanos: “AND” y “OR”

4 Resultados

El objetivo del tratamiento de la parálisis cerebral debe de ser realista, ya que no se trata de curar o lograr la normalidad, sino aumentar la funcionalidad, mejorar las capacidades y mantener la salud en términos de motricidad, desarrollo cognitivo, interacción social e independencia. Cuanto más precozmente se inicie el tratamiento mayor probabilidad de que el niño modifique las incapacidades de desarrollo o que aprenda a afrontar tareas que suponen un desafío.

El diseño de un buen programa centrado en la familia teniendo en cuenta las necesidades de los padres y cuidadores es un componente importante del tratamiento, con un intercambio abierto de información haciéndolos partícipes tanto en la toma de decisiones como de las distintas opciones de tratamiento y su implicación. El apoyo familiar y la determinación personal son dos de los factores más importantes para ayudar a estos niños a alcanzar sus metas a largo plazo.

Se debe de llevar a cabo un tratamiento dinámico, cuyo objetivo se centre fundamentalmente, en prevenir deformidades tratando la espasticidad, mejorar el patrón de marcha, lograr la independencia funcional, el bienestar de niño y en definitiva mejorar la calidad de vida.

Con el uso de técnicas de biofeedback se busca el control voluntario consciente de la musculatura hiperactivada. Por otra parte, la electroestimulación fortalece la musculatura debilitada, como es el caso de los antagonistas de la musculatura espástica.

La aplicación de crioterapia local produce la estimulación de los termorreceptores que inhiben la espasticidad y la hidroterapia en piscina facilita el movimiento coordinado.

El uso de la cinesiterapia en sus distintas modalidades, como es el caso de las movilizaciones articulares y los estiramientos musculares progresivos, previenen complicaciones ortopédicas y aumentan el rango articular; además la reeducación de la marcha se consigue con el entrenamiento repetitivo del patrón de marcha con soporte parcial de peso.
Terapias clásicas como las de neurodesarrollo, de facilitación neuromuscular como la terapia Bobath, Kabat, Brunnstrom, facilitan el movimiento voluntario e inhiben la espasticidad. El método Vojta que se fundamenta en el uso de movimientos reflejos complejos que dan lugar al volteo-reptación y otras funciones específicas, a partir de la estimulación de puntos de estimulación de carácter propioceptivo, situados en el tronco y las extremidades. El método Petö o educación conductiva es un método bien conocido.

En los últimos 25 años han surgido nuevas teorías y, como consecuencia, nuevas terapias avaladas por ensayos clínicos.
La terapia de reaprendizaje motor orientado a tareas, es una terapia funcional que incide en la práctica repetitiva, donde se da mayor importancia a la interacción entre el niño, la tarea y el entorno como base del aprendizaje y que implica a la familia para mantener el tratamiento en el hogar.

La terapia del movimiento inducido por restricción, junto con la terapia bimanual en los casos de lesión unilateral, son enfoques de terapia intensiva en el uso de las extremidades superiores encaminadas a producir cambios funcionales y de la neuroplasticidad, dependiente del uso.

La terapia de la observación de la acción se basa en la idea de que las nuevas habilidades motoras pueden ser aprendidas por las acciones motoras observadas, que se ve facilitada por la función del sistema de neuronas espejo.

Los programas de ejercicio físico aeróbico, como el entrenamiento en cinta rodante, con o sin suspensión parcial de peso corporal según el nivel motor, pueden mejorar la velocidad de la marcha y habilidades motoras. Programas de fortalecimiento muscular progresivo y de resistencia se utilizan para mejorar la fuerza y la función.

La aplicación de nuevas tecnologías, como el uso de juegos por ordenador o técnicas de realidad virtual, son una herramienta que permite integrar los procesos cognitivos y emocionales en la rehabilitación motora.

5 Discusión-Conclusión

Según la evidencia científica cada vez estos tratamientos mejoran la calidad de vida de estos niños y sus familias.

6 Bibliografía

1. Shierk A, Lake A, Haas T. Review of therapeutic interventions for the upper limb classified by manual skill in children with cerebral Palsy. Seminars in Plastic Surgery journal. 2016; 30 (1): 14-23.
2. Camacho-Salas A, Pallás-Alonso CR, De la Cruz-Bértolo J, Simón-de las Heras R, Mateos-Beato F. Parálisis cerebral: concepto y registros de base poblacional. Revista de Neurol.2007; 45 (8): 503-508.
3. Robaina-Castellanos GR, Riesgo-Rodrigez S, Robaina-Castellanos MS. Definición y clasificación de la Parálisis Cerebral: ¿Un problema ya resuelto? Rev Neurol. 2007; 45(2): 110-117.
4. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, Dan B , Jacobsson B . Un informe: la definición y clasificación de la parálisis cerebral. 2006. Dev Med Child Neurol 2007; 109: 8-14.

5. Hadders-Algra M. Early diagnosis and early intervention in cerebral Palsy. Frontiers in Neurol. 2014; 5: 185-198.
6. De la Cruz J, Pallás C. Registro de Parálisis Cerebral de Madrid. Hospital Universitario 12 de Octubre. SCPE code: C18. http://www.scpenetwork.eu/en/partners/spain-madrid/.
7. Stavsky M, Mor O, Mastrolia SA, Greenbaum S, Que NG, Erez P. Cerebral Palsy-Trends in Epidemiology and Recent Development in Prenatal Mechanisms of Disease, Treatment and Prevention. Front Pediatr. 2017; 5: 21.
8. Legido A, Katsetos CD. Parálisis cerebral: nuevos conceptos etiopatogénicos. EEUU. Rev neurol 2003; 36 (2): 157-165.
9. Odding E, Roebroeck ME, Stam HJ. The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. Disabil Rehabil. 2006; 28 (4): 183-191.
10. Badia Corbella M. Tendencias actuales de investigación ante el nuevo concepto de Parálisis Cerebral. Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. 2007; 38(3), 223: 25-38.
11. Fundación AINDACE. Disponible en: https://www.fundacionaindace.org/

Capítulo 1256

LA ADHESIÓN EN ORTODONCIA.

SONIA CASQUERO LUCENA

ALICIA DIAZ GONZALEZ

1 Introducción

Adhesión se define como el estado por el que dos superficies se mantienen juntas mediante fuerzas o energías interfaciales basadas en mecanismos químicos, mecánicos o ambos con la mediación de un adhesivo.
La adhesión debe ser un proceso reversible que no deje secuelas una vez finalizado el tratamiento
La adhesión consiste en unir dos adherentes mediante un adhesivo y una interfase bien mediante mecanismos mecánicos o químicos.
La adhesión aplicada a la ortodoncia consiste en unir dos superficies, el esmalte por un lado y la base del bracket por otro. En este proceso tiene lugar una adhesión mecánica que serían las rugosidades de la superficie del bracket y las que generamos en el esmalte tras el tratamiento previo y la adhesión química que es la que logramos con la resina y el adhesivo (es el mismo material, se considera una misma interfase).
Hay que tener en cuenta que es muy distinta la adhesión al esmalte y a dentina ya que el esmalte tiene una mayoría de componente inorgánico y un componente orgánico mínimo mientras que el esmalte tiene un componente orgánico de un 30%.
Para realizar la adhesión es imprescindible pulir la superficie para eliminar el material orgánico presente que es el gran enemigo de la adhesión.
Los cambios morfológicos y químicos que se producen debido al acondicionamiento previo con ácido son:

- Disuelve la superficie:
- Altera su topografía: irregularidades y microporos.

Hay que realizar un grabado con ácido fosfórico de un mínimo de 15 segundos y un máximo de 60 segundos. Si aplico ácido durante más de 60 segundos, se disuelve demasiada hidroxiapatita y entonces no se generan irregularidades.

En cuanto a la concentración del ácido ortofosfórico se consideran más favorables las de menor concentración por la menor posibilidad de dañar el esmalte. Lo ideal es realizar el grabado ácido durante 15 segundos y en una concentración entre el 10-60%. Si se utiliza una concentración menor del 10% o mayor del 60% se va a producir un fracaso de la interfase resina-esmalte.

Si existe esmalte aprismático, lo cual suele ocurrir en el tercio cervical del 70% de los dientes permanentes deberemos arenar la superficie del esmalte previamente con óxido de aluminio de 50 micras durante 3 segundos.

Es muy importante secar hasta dejar la superficie blanco tiza. No dejar nada de agua.

A continuación, colocaremos el adhesivo que puede ser autopolimerizable o fotopolimerizable.

El flúor cambia la hidroxiapatita a fluorapatita, por ello es importante quitar los suplementos de flúor 15 días antes de colocar los brackets.

También es importante tener en cuenta que el adhesivo para la destina siempre vale para el esmalte, pero el del esmalte no vale para dentina.

El único caso en el que polimerizo antes el adhesivo es en peligro de contaminación, por ejemplo, un canino incluido. Por norma general, si se contamina, se pule y se vuelve a empezar por el ácido.

Para la polimerización se recomienda usar lámparas LED durante 10 segundos, 5 segundos en la parte superior y 5 segundos en la parte inferior. Ante mayor polimerización, mayor contracción y mayor microfiltración. Cada segundo de polimerización puede. aumentar el riesgo de contaminación cruzada. Sin embargo, no hay diferencias estadísticamente significativas entre la polimerización 5, 10 o 15 segundos.

2 Objetivos

Analizar las técnicas de adhesión utilizadas en ortodoncia con el fin de seleccionar la más efectiva mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras claves "adhesión", "interfase", "bracket", "adherente". Aplicamos criterios de inclusión/extrusión dando preferencia a revistas indexadas en JCR con alto índice de impacto.

4 Bibliografía

- Albaladejo A. Actualización de la adhesión en ortodoncia (parte I). Ortod Clinic. 2006; 9:238-43.
- Albaladejo A, Montero J, Gómez de Diego R, López-Valverde A. Effect of adhesive application prior to bracket bonding with flowable composites. Angle Orthod. 2011; 81:716-20.
- Lobato M, Montero J, Fuentes V, Albaladejo A. Effect of adhesive application on the shear bond strength of refrigerated and pre-heated of different composite resins to orthodontic molar tubes. J Adhes Sci Tech, 2013; 0:1-14.
- Lobato M, Montero J, Ceballos L, Oyagüe R, Fuentes V, Sánchez JM, Albaladejo A. Effect of adhesive application on the shear bond strength of flowable composite resins and APC plus to orthodontic molar tubes. J Adhes Sci Tech, 2012; 27:811-9.
- Finnema KJ, Özcan M, Post WJ, Ren Y, Dijkstra PU. In-vitro orthodontic bond strength testing: a systematic review and meta-analysis. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2010; 137:615-22.

Capítulo 1257

DIAGNÓSTICO DE LAS MALOCLUSIONES TRANSVERSALES

SONIA CASQUERO LUCENA

ALICIA DIAZ GONZALEZ

1 Introducción

Se considera oclusión normal la situación en la cual las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales y triangulares de los molares y premolares inferiores. Hay un resalte posterior, ya que las piezas superiores ocluyen más hacia vestibular que las inferiores.

Las maloclusiones transversales pueden ser:
- Mordida cruzada posterior: Cuando las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores (cúspide mesiopalatina) ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores. Las piezas inferiores desbordan lateralmente a las superiores.
- Mordida cruzada posterior: Existe una situación intermedia entre la oclusión normal y la mordida cruzada que es la oclusión cúspide a cúspide. Esta relación en que no hay una oclusión cúspide-fosa, se considera una mordida cruzada incompleta.
- Mordida en tijera: Cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores están en contacto con la cara vestibular de las piezas inferiores.

No diagnosticar la discrepancia transversal puede ocasionar una respuesta periodontal adversa, inestabilidad oclusal y estética dentofacial afectada.

El problema transversal se diagnostica teniendo en cuenta la forma de la arcada, la radiografía frontal, la anchura intermolar, con el método de Schwarz o con análisis con CBCT de la Universidad de Pensilvania.
Signos que hay que tener en cuenta para diagnosticar la compresión del maxilar superior (y que tiene que cumplir al menos 3):
- Forma de ”U”.
- DOD negativa
- Protrusión alveolodentaria de las piezas anterosuperiores.
- Aspecto de paladar arrugado.

El método de Schwarz sirve para ver si el problema es maxilar, mandibular o de ambos y para saber si es de causa alveolodentaria. Si las tangentes a las superficies bucales de los premolares superiores son convergentes (se dirigen) hacia la línea media, la base apical maxilar es amplia y la compresión está localizada a nivel alveolo dentario (causa alveolodentaria).
El análisis frontal de Ricketts tiene en cuenta en una radiografía frontal la relación molar y la anchura maxilar.
Con el análisis con CBCT de la Universidad de Pensilvania se espera conocer el estado real de la sutura en los adultos jóvenes en los que se nos planteen dudas del estado de la misma. Se proponen 5 estados según el grado de maduración de la sutura: Estadío A, B, C, D y E.

2 Objetivos

Realizar un seguimiento y un diagnóstico del estado de la sutura media palatina en todos aquellos pacientes (desde niños hasta adultos) que presenten una compresión maxilar de origen esquelético utilizando y comparando la efectividad de los métodos diagnósticos expuestos anteriormente.

3 Metodología

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

Marco teórico.
Se realizará un seguimiento de todos los pacientes que encontremos en la clínica diagnosticados con una compresión maxilar esquelética y que estén dispuestos a realizarse el tratamiento propuesto. Analizaremos con todos los métodos expuestos el estado de la sutura palatina media comparándolo con su edad y comparando el resultado entre los métodos. Se realizará CBCT a todos los pacientes que accedan a participar en el estudio diagnóstico analizando todos los cortes y el análisis de Ricketts.

4 Bibliografía

- Canut JA. Ortodoncia Clínica. Ed. Salvat. Barcelona.1988.
- McNamara JA. Brudon WI. Orthodontic and orthopedic treatment in the mixed dentition. Ed. Needham Press An Arbor.
- Angelleri F and cols. Diagnostic performance of skeletal maturity for the assessment of mid palatal suture maturation. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2015. Dec; 148(6):1010-6.
- Angelleri and cols. Prediction of rapid maxillary expansión by assessing the maturation of the mid palatal suture on cone beam CT.

Capítulo 1258

TRANSFORMACIÓN DE UNA LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA EN UN LINFOMA AGRESIVO DE CÉLULAS GRANDES B (SÍNDROME DE RICHTER).

RAQUEL MADERA PAJIN

1 Introducción

La Leucemia Linfoide Crónica (LLC) es un proceso linfoproliferativo indolente, compuesta por linfocitos B clonales pequeños, redondos, ligeramente irregulares en sangre periférica, médula ósea, bazo y ganglios linfáticos, asociados con prolinfocitos y parainmunoblastos que forman centros de proliferación en tejidos infiltrados. Los síntomas típicos son la pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna, hepatoesplenomegalia moderada y linfadenopatías pequeñas y simétricas. En el momento del diagnóstico la mayoría de los pacientes con LLC (2/3) no necesitan tratamiento (1,2).

Será ante la presencia de síntomas y/o la evidencia de progresión de la enfermedad, cuando el paciente requerirá tratamiento. Uno de los casos donde ocurre esto, es la transformación maligna de la LLC en un Linfoma Agresivo de Células Grandes B, el cual se denomina Síndrome de Richter (SR)(1,2).

2 Objetivos

- Presentar un paciente con diagnóstico clínico de Leucemia Linfoide Crónica con progresión a Linfoma Agresivo de Células Grandes B.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 67 años, en seguimiento desde 2014 por linfocitosis. El inmunofenotipo en sangre periférica es compatible con un síndrome linfoproliferativo B CD5+, CD23-, con monoclonalidad IgG Kappa (score de LLC 2/5). Se le realizó un aspirado de médula ósea el cual presentaba una linfocitosis del 55% sugerente de síndrome linfoproliferativo tipo Leucemia de Células de Manto vs LLC atípica. Se realizó biopsia de médula ósea donde se objetivó una infiltración local e intersticial por un proceso linfoproliferativo B de bajo grado, compatible con una LLC-B. Además, se completó con un estudio del cariotipo de médula ósea, siendo normal 46XX, y una citogenética molecular FISH, donde se apreció la presencia de la trisomía 12 (60%), y no se detectaron las traslocaciones (11;14) ni (14;18).

En el 2019 se le realiza una analítica de rutina donde destaca la presencia de leucocitosis, ligera anemia, LDH aumentada, β2-microglobulina aumentada y proteinograma patológico con banda monoclonal en la región gamma de 0.32g/dL (IgG Kappa) como mostramos en la Tabla1. Con estos resultados se le realiza un inmunofenotipo de sangre periférica, siendo compatible con Linfoma no Hodgkin, y un TAC, donde se descubren múltiples adenopatías. Se biopsió un ganglio cervical, descubriendo una pérdida de su arquitectura con patrón de crecimiento nodular y presencia de LLC con transformación a Linfoma B de Células Grandes (SR).

4 Discusión-Conclusión

Sólo un 2-8% de los casos de LLC desarrolla un Linfoma de Alto Grado, denominado Síndrome de Richter. Este linfoma se clasifica morfológicamente como un linfoma no Hodgkin de células grandes, frecuentemente con células pleomórficas que, no sólo recuerdan a las células de Reed-Stemberg y de Hodgkin, sino que además exhiben el inmunofenotipo típico las mismas (CD15+, CD30+ y linaje negativo). El rango de edad de los pacientes oscila entre 58-70 años, con antecedentes de LLC tratada con quimioterapia combinada, y con aparición de SR 38-112 meses

después del diagnóstico de LLC. El tratamiento de elección suele ser regímenes que incluye quimioterapia combinada, como es el caso de R-CHOP (Rituximab-ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona). Recientemente se ha demostrado un control efectivo de la progresión en el SR gracias al autotrasplante de médula ósea. La supervivencia media estimada es de 12 meses, aunque puede alargarse varios años, lo que contrasta con los pacientes que desarrollan un linfoma difuso de células grandes, que en este caso es de apenas 5 meses (2-5).

Nuestra paciente completó 6 ciclos de R-CHOP, con buena respuesta hasta el momento. Se encuentra con buen estado general y tiene una analítica normal. Sigue con controles cada 6 meses en consulta de hematología.

5 Bibliografía

- 1. Löffler H, Rastetter J, Haferlach T. Atlas of Clinical Hematology. Vol. 84, European Journal of Haematology. 2004. 434 p.
- 2. Sociedad Argentina de Hematología. Guías de Diagnóstico y tratamiento. 2019. 777 p.
- 3. Swerdlow SH, Campo E, Lee Harris N, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al. WHO Classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. International Agency for Research on Cancer; 2017. 588 p.
- 4. Momose H, Jaffe ES, Shin SS, Chen Y-Y, Weiss LM. Chronic lymphocytic leukemia/small lymphocycit lymphoma with Redd-Stenberg-like cells and possible transformation to Hogdkin´s disease. Am J Surg Pathol. 1992;16(9):859–67.
- 5. Fayad L, Robertson LE, O'Brien S, Manning JT, Wright S, Hagemeister F, et al. Hodgkin's disease variant of Richter's syndrome: Experience at a single institution. Leuk Lymphoma. 1996;23(3–4):333–7.

Capítulo 1259

ANTICOAGULACIÓN COMO PROFILAXIS DE LA HIPERCOAGUBILIDAD EN EL SÍNDROME NEFRÓTICO

MARTA GUTIÉRREZ LORENZO

1 Introducción

El síndrome nefrótico es un trastorno de los glomérulos (conjuntos de vasos sanguíneos microscópicos en los riñones, que tienen pequeños poros a través de los cuales se filtra la sangre) en el que se excretan cantidades excesivas de proteínas en la orina. La excreción excesiva de proteínas conduce, de modo característico, a la acumulación de líquido en el organismo (edema), a bajas concentraciones de albúmina y a altas concentraciones de lípidos en sangre. Puede aparecer gradualmente o de forma súbita, y puede manifestarse a cualquier edad. En niños resulta más frecuente en las edades de 18 meses a 4 años y afecta más a los niños que a las niñas. A partir de esa edad, las personas de ambos sexos se ven afectadas por igual.

La excreción de un exceso de proteínas en la orina (proteinuria) conduce a una baja concentración en sangre de proteínas importantes, como la albúmina. El paciente también presenta mayor cantidad de grasas (lípidos) en sangre, una tendencia al aumento de la coagulación de la sangre y una mayor propensión a la infección. La disminución de la concentración de albúmina en sangre hace que los líquidos pasen del torrente sanguíneo a los tejidos, lo que a su vez provoca

edema tisular y mayor retención de sodio por parte de los riñones para compensar la pérdida de líquido en el torrente sanguíneo.

Los pacientes con síndrome nefrótico (proteinuria mayor de 3.5 g/día e hipoalbuminemia [menos de 3 g/dL]) tienen un mayor riesgo de trombosis venosa, particularmente trombosis venosa profunda (TVP) y trombosis venosa renal (TVR). La embolización pulmonar (principalmente asintomática) es relativamente común, y hay informes de casos de trombosis venosa cerebral. Las trombosis arteriales (p. Ej., extremidades y cerebrales) también ocurren con mayor frecuencia que en la población general.

La incidencia de trombosis tanto venosa como arterial es mucho mayor en pacientes con síndrome nefrótico en comparación con las estimaciones en la población general. La magnitud de este efecto fue ilustrada en un estudio retrospectivo de 298 pacientes (predominantemente adultos) que presentaron el síndrome nefrótico y fueron seguidos durante una media de 10 años. El riesgo absoluto de trombosis venosa fue de 1.0 por ciento por año, que es ocho veces mayor que la incidencia anual de edad y sexo reportada en el estudio Worcester DVT. El riesgo absoluto de trombosis arterial fue de 1.5 por ciento por año, también aproximadamente ocho veces mayor que el observado en una población general. El riesgo de trombosis tanto venosa como arterial fue mayor dentro de los primeros seis meses de diagnóstico (incidencia anual de 9.9 y 5.5 por ciento, respectivamente).

La causa del estado hipercoagulable en pacientes con síndrome nefrótico no se conoce bien. Los estudios que evalúan las medidas de activación de la hemostasia, como el nivel plasmático de fibrinopéptido A, que es separado del fibrinógeno por la trombina, sugieren que incluso los pacientes nefróticos asintomáticos tienen evidencia de coagulación subclínica continua. Se ha descrito una variedad de anomalías hemostáticas, que incluyen niveles disminuidos de anticoagulantes naturales como antitrombina III, plasminógeno y proteínas C y S (debido a pérdidas urinarias); aumento de la activación plaquetaria; hiperfibrinogenemia; inhibición de la activación del plasminógeno; y la presencia de restos de fibrinógeno de alto peso molecular en la circulación. La predisposición genética como factor Leiden V heterocigoto, el uso de diuréticos, la deshidratación, la inmovilización o el uso de catéteres contribuirán a la trombogénesis. La tendencia a formar trombos en la vena renal en el síndrome nefrótico puede deberse en parte a la pérdida de líquido a través del glomérulo. La consiguiente hemoconcentración en la circulación posglomerular, que empeora con la terapia diurética, puede promover

la formación de trombos en pacientes que ya son hipercoagulables.

2 Objetivos

- Determinar la idoneidad o no de anticoagular a pacientes con síndrome nefrótico como medida preventiva de tromboembolismos
- Describir las pautas posológicas y la duración de esta medida.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: Cochrane, Medline, Tripdatabase y Pubmed. Los descriptores utilizados fueron los siguientes: nephrotic syndrome, tromboembolic events, thrombosis, prophylaxis, warfarin, heparin, anticoagulation. Los criterios de inclusión fueron: publicaciones en castellano, inglés y/o alemán y en el período comprendido entre los años 1999 y 2019. En cuanto a los criterios de exclusión: estudios que no estuvieran realizados en humanos. Publicaciones que mostraran intereses financieros de empresas farmacéuticas. Casos clínicos o artículos de opinión.

4 Resultados

No se ha encontrado ningún ensayo controlado aleatorizado que compare los riesgos asociados de trombosis venosa con el riesgo de anticoagulación a largo plazo en pacientes con síndrome nefrótico, pero sí se encontró un estudio prospectivo y la última guía clínica de la Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO).

En un estudio prospectivo, no controlado, se trataron 30 pacientes con síndrome nefrótico (14 con nefropatía membranosa, 13 con glomeruloesclerosis segmentaria focal, albúmina sérica media 1,7 g / dL [17 g / L] y una excreción media de proteínas de 9 g/día), con heparina de bajo peso molecular durante una mediana de 13 meses. Los pacientes con una creatinina sérica > 2.3 mg / dL (203 micromol / L) y aquellos que pesaron menos de 40 kg recibieron la mitad de la dosis profiláctica típica de heparina de bajo peso molecular. Al inicio del estudio, los pacientes no tenían trombosis, según lo evaluado por la ecografía Doppler de las venas renales y de las extremidades inferiores y la exploración de ventilación y perfusión (exploración V / Q) de los pulmones, y la reevaluación cada tres meses no demostró trombosis durante el seguimiento. No hubo eventos graves reportados.

Las últimas guías clínicas de la KDIGO 2013 de glomerulonefritis sugieren anticoagular con warfarina en SN secundario a GNM con albúmina sérica < 2,5 g/dl y factores de riesgo asociados, como proteinuria > 10 g/día, índice de masa corporal > 35 kg/m2, historia previa de tromboembolismo, historia familiar de tromboembolismo con alteración genética predisponente documentada, insuficiencia cardíaca congestiva clase III o IV de la escala NYHA (New York Heart Association), cirugía abdominal o traumatológica reciente o inmovilización prolongada (nivel de evidencia 2C).

La dosificación inicial de heparina y warfarina de bajo peso molecular para la anticoagulación profiláctica en pacientes con síndrome nefrótico es la misma que la utilizada para tratar el tromboembolismo venoso en la población general. La heparina de bajo peso molecular debe usarse con precaución en individuos cuya función renal se reduce notablemente y/o es inestable. Si se usa (especialmente durante un período prolongado), se recomienda la monitorización intermitente del antifactor Xa. Existe una experiencia clínica mínima con los DOAC más nuevos. Estos agentes se han utilizado en algunos pacientes con efectos secundarios o efectos terapéuticos inadecuados de la warfarina y si el paciente no está dispuesto a tomar heparina de bajo peso molecular. Si se selecciona un DOAC, se requiere una cuidadosa atención a los ajustes de dosis en presencia de insuficiencia renal y se debe considerar la posibilidad de interacciones farmacológicas.

La duración óptima de la terapia de anticoagulación profiláctica en pacientes con síndrome nefrótico no está definida. Continuamos con la anticoagulación profiláctica hasta la remisión del síndrome nefrótico o cuando se logra una albúmina sérica superior a 3.0 g/dL, momento en el cual descontinuamos la terapia de anticoagulación si no hay otra indicación de anticoagulación.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con el síndrome nefrótico (proteinuria mayor de 3.5 g día e hipoalbuminemia) tienen un mayor riesgo de trombosis venosa, particularmente TVP y TVR, así como trombosis arterial, por lo que en pacientes con síndrome nefrótico que no tienen una contraindicación para la anticoagulación, la decisión de prescribir anticoagulación profiláctica debe equilibrarse con el riesgo de sangrado. Cuando el riesgo de hemorragia asociada a la anticoagulación no está claro, se puede estimar utilizando varios modelos de predicción. Sin embargo, debido a la falta de ensayos aleatorios, el enfoque óptimo para la anticoagulación profiláctica en pacientes con síndrome nefrótico no está bien definido.

6 Bibliografía

- Alkjaersig N, Fletcher AP, Narayanan M, Robson AM. Curso y resolución de la coagulopatía en niños nefróticos. Riñón Int 1987; 31: 772.
- Anderson FA Jr, Wheeler HB, Goldberg RJ, et al. Una perspectiva poblacional de la incidencia hospitalaria y las tasas de letalidad de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar. El estudio de DVT de Worcester. Arch Intern Med 1991; 151: 933.
- KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis. Kidney Int Suppl 2012;2:186-97
- Llach F. Hipercoagulabilidad, trombosis venosa renal y otras complicaciones trombóticas del síndrome nefrótico. Riñón Int 1985; 28: 429.
- López-Alemany R, Longstaff C, Hawley S, et al. Inhibición de la activación del plasminógeno mediada por la superficie celular por un anticuerpo monoclonal contra alfa-Enolasa. Am J Hematol 2003; 72: 234.
- Loscalzo J. Trombosis venosa en el síndrome nefrótico. N Engl J Med 2013; 368: 956.
- Mahmoodi BK, diez Kate MK, Waanders F, et al. Altos riesgos absolutos y predictores de eventos tromboembólicos venosos y arteriales en pacientes con síndrome nefrótico: resultados de un gran estudio de cohorte retrospectivo. Circulación 2008; 117: 224.
- Parag KB, Somers SR, Seedat YK, y col. Trombosis arterial en el síndrome nefrótico. Am J Kidney Dis 1990; 15: 176.
- Rabelink TJ, Zwaginga JJ, Koomans HA, Sixma JJ. Trombosis y hemostasia en enfermedad renal. Riñón Int 1994; 46: 287.
- Reynolds ML, Nachman PH, Mooberry MJ, et al. Tromboembolismo venoso recurrente en la nefropatía membranosa primaria a pesar de la terapia directa con inhibidores de Xa. J Nephrol 2019; 32: 669.
- Robert A, Olmer M, Sampol J, et al. Correlación clínica entre hipercoagulabilidad y fenómenos tromboembólicos. Riñón Int 1987; 31: 830.
- Sexton DJ, de Freitas DG, Little MA, et al. Anticoagulantes orales de acción directa como profilaxis contra el tromboembolismo en el síndrome nefrótico. Riñón Int Rep 2018; 3: 784.
- Singhal R, Brimble KS. Complicaciones tromboembólicas en el síndrome nefrótico: fisiopatología y manejo clínico. Thromb Res 2006; 118: 397.
- Tarry WC, Moser AJ, Makhoul RG. Trombosis arterial periférica en el síndrome nefrótico. Cirugía 1993; 114: 618.
- Thom TJ, Kannel WB, Silbershatz H, y col. Incidencia, prevalencia y mortalidad

de enfermedades cardiovasculares en los Estados Unidos. En: El corazón de Hurst, novena edición, Alexander RW, Schlant RC, Fuster V (Eds), McGraw-Hill, Nueva York 1998. p.3. en TY, Huang CC, Tsao CJ. Marcadores moleculares hemostáticos en el síndrome nefrótico. Am J Hematol 1993; 44: 276.
- Tripulación RJ, Radhakrishnan J, Appel G. Complicaciones del síndrome nefrótico y su tratamiento. Clin Nephrol 2004; 62: 245.
- Wakui H, Imai H, Komatsuda A, Miura AB. Anticuerpos circulantes contra alfa-enolasa en pacientes con nefropatía membranosa primaria (MN). Clin Exp Immunol 1999; 118: 445.
- Wei MY, Ward SM. La gama Anti-Factor Xa para tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular. Hematol Rep 2015; 7: 5844.

Capítulo 1260

ERENUMAB EN PROFILAXIS DE MIGRAÑA.

MARTA GUTIÉRREZ LORENZO

1 Introducción

La migraña es una condición médica común e incapacitante caracterizada por episodios recurrentes de cefalea moderada o grave que dura horas o días y que usualmente se acompaña de otros síntomas asociados (Smitherman, 2016). La migraña crónica (MC) se define como aquella que aparece durante 15 días o más al mes durante más de tres meses, y que, al menos durante 8 días al mes, presenta características de cefalea migrañosa. Por su parte, la migraña episódica (ME) (no recogida en la clasificación de la International Headache Society (IHS) se define como la cefalea que aparece entre 1 y 14 días al mes (Katsarava et al., 2011). La relación entre MC y ME es compleja, ya que ésta evoluciona a la primera a una tasa de 2,5% por año y a veces la MC remite a ME (26% de transición a los 2 años). La división de 15 episodios por mes como frontera entre ambos tipos de migraña es arbitraria, pero estas definiciones clínicas identifican grupos con características diferenciales (Katsarava et al., 2011).
Según la IHS (Katsarava et al., 2011) la migraña puede clasificarse también en función de sus características:
- Migraña sin aura.
- Migraña con aura.
- Migraña crónica.

Una crisis típica de migraña se caracteriza por: dolor de cabeza palpitante e incapacitante, que habitualmente se acompaña de fotofobia, fonofobia y náuseas,

generalmente unilateral, aunque puede ser bilateral. Aproximadamente un 15-33% de los pacientes presentan un aura antes de la crisis, que consiste en un conjunto de síntomas neurológicos como alteraciones visuales, hemisensoriales o anomalías del lenguaje (Smitherman, 2016).

La migraña afecta al 10% de la población mundial, con una prevalencia global del 11% (6% en hombres, 14% en mujeres). La incidencia es máxima entre las mujeres a los 20-24 años (18,2 casos por 1.000 personas y por año) y entre los hombres a los 15-19 años (6,2 casos por 1.000 personas por año). La incidencia acumulada a lo largo de la vida es de 43% en mujeres y 18% en hombres (Robbins et al., 2010). Por su parte, la MC tiene unas cifras de prevalencia global de 0,9-5,1% (estimación más probable 1,4-2,2%) (Natoli et al., 2009; Buse et al., 2012), muy variable según zonas geográficas, método de recolección de datos, población en estudio, la edad o el periodo de tiempo incluido que puede haber incluido cambios en la clasificación de las cefaleas (6). En España, se ha estimado que un 12,6% de personas entre 18 y 65 años de edad (17,2% mujeres, 8% hombres), la mitad de ellos con aura y un tercio no diagnosticados, puede padecer migraña (Matías-Guiu et al., 2010).

Los fármacos usados en la profilaxis de la migraña constituyen un conjunto muy heterogéneo de sustancias con diferentes niveles de evidencia de eficacia, entre los que pueden darse diferentes mecanismos de acción (Ezpeleta et al., 2015). Los principios activos que tienen la indicación aprobada actualmente en España son: Erenumab, Topiramato, Propranolol, Amitriptilina, Flunarizina y Toxina botulínica tipo A (OBT-A). Erenumab es un anticuerpo monoclonal humano que se une al receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) impidiendo la unión del ligando interno (EMA, 2019).

El CGRP es un péptido de 37 aminoácidos que se expresa tanto en el sistema nervioso central como periférico. Es uno de los más potentes vasodilatadores conocidos y parece representar un papel en la modulación de la nocicepción y en la patogénesis de la migraña, localizándose en lugares que son relevantes en la fisiopatología de ésta, como el ganglio trigeminal. A diferencia de otros neuropéptidos, se ha observado que los niveles de CGRP aumentan considerablemente durante la migraña y se normalizan con el alivio de la cefalea. Además, la infusión intravenosa de CGRP induce en los pacientes una cefalea de tipo migrañoso. Erenumab compite de forma potente y específica por la unión del CGRP, inhibe su función en el receptor del CGRP y no tiene una actividad significativa sobre otros receptores de la familia de las calcitoninas. La dosis recomendada es de 70 mg de erenumab cada 4 semanas por vía subcutánea, aunque algunos

pacientes pueden beneficiarse de una dosis de 140 mg cada 4 semanas.

2 Objetivos

- Revisar la literatura sobre el nuevo principio activo recientemente comercializado en España para profilaxis de la migraña en adultos: erenumab.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: Cochrane, Medline, Tripdatabase y Pubmed. Los descriptores utilizados fueron los siguientes: "migraine" y "erenumab".
Los criterios de inclusión fueron: Publicaciones en castellano, inglés y/o alemán y en el período comprendido entre los años 2017 y 2019.
En cuanto a los criterios de exclusión: Estudios que no estuvieran realizados en humanos. Publicaciones que mostraran intereses financieros de empresas farmacéuticas. Casos clínicos o artículos de opinión.

4 Resultados

Aparecieron publicadas dos revisiones (Jain et al., 2018; Zhu et al., 2018), pero solo una de ellas sistemática y con meta-análisis (Zhu et al., 2018). Zhu et al. (2018) revisaron los estudios de anticuerpos relacionados con el CGRP ensayados en la profilaxis de la ME y encontraron 8 ensayos: 3 con erenumab, 1 con eptinezumab, 2 con galcanezumab y 2 con fremanezumab. Los resultados agrupados de la reducción de días mensuales de migraña.
Se encontró una comparación indirecta publicada incluida en una evaluación general de inhibidores del CGRP del ICER (2019). En ella se compararon datos de eficacia y seguridad de los medicamentos relacionados con el CGRP de los que se dispone de información (erenumab, fremanezumab y galcanezumab) con los tratamientos habituales en ME (amitriptilina, topiramato, propranolol) y MC (amitriptilina, topiramato, propranolol y OBT-A). Con tal propósito, seleccionaron ensayos con al menos 100 participantes; si los ensayos eran cruzados, se incluyeron si se disponía de los datos antes del cruzamiento; se incluyó también estudios observacionales no comparativos de más de 100 participantes. Se recuperaron 76 referencias, de las que 69 eran ensayos comparativos (13 de CGRP y 36 de comparadores de interés), dos estudios de extensión y cinco observacionales.

De ellos, 55 eran artículos publicados (20 MC y 34 ME) y 21 resúmenes de congresos (7 MC, 14 ME).

Los autores consideraron que los estudios de inhibidores del CGRP tenían validez interna. Entre los fármacos de comparación, los de OBT-A fueron todos menos uno de buena calidad, 9 de 11 de topiramato fueron de buena calidad, y 4 de 9 de propranolol repitieron esta calificación. A continuación se exponen los principales resultados:
1. Metaanálisis en red (MAR). Disminución del nº de días de migraña mensuales en MC frente a placebo. Sólo OBT-A mostró reducción significativa frente a placebo. La desviación estándar de la estimación según efectos aleatorios no fue precisa, por lo que los efectos de los tratamientos tienen amplios intervalos de credibilidad.
2. MAR. Disminución del nº de días que se usó medicación específica para el ataque agudo de migraña en MC (comparación con placebo). Solo erenumab 140 mg y fremanezumab mostraron reducción significativa frente a placebo. La desviación estándar de la estimación según efectos aleatorios no fue precisa, por lo que los efectos de los tratamientos tienen amplios intervalos de credibilidad.
3. MAR. Disminución del nº de días mensuales de migraña en ME (comparación con placebo). Erenumab 70 mg y 140 mg, fremanezumab, galcanezumab, topiramato a 100 mg/día y 200 mg/día y propranolol a 160 mg/día mostraron reducción significativa comparados con placebo.
4. MAR. Pacientes con ME en los que se reducen los días de migraña al menos el 50% (comparación con placebo). Todas las intervenciones menos galcanezumab y amitriptilina a 100 mg/día mostraron diferencias significativas con placebo.
5. MAR. Disminución del nº de días que se usó medicación específica para el ataque agudo de migraña en ME (comparación con placebo). Todas las intervenciones fueron mejores que placebo excepto topiramato a 50 mg/día y amitriptilina a 100 mg/día.

La Agencia Canadiense publicó una revisión sistemática en la que se analizaban cuatro fármacos relacionados con CGRP, incluyendo erenumab. Concluyeron que se trata de medicamentos eficaces cuyo impacto económico podría ser elevado (CADTH, 2018). En marzo de 2019 se publicó la evaluación del Scottish Medicines Consortium (2019) que analizó la eficacia y la seguridad de erenumab, posicionándolo en el tratamiento de la migraña crónica en la que hayan fallado al menos tres tratamientos profilácticos previos.

En cuanto a guías clínicas sobre migraña que incluyeran Erenumab, se encon-

traron las siguientes:

- American Headache Society (AHS) (2019): establece los objetivos del tratamiento profiláctico de la migraña así como sus indicaciones y recomienda un plan para la implementación de las terapias preventivas clásicas. Revisa también el tratamiento de la fase aguda (indicaciones, plan) y los tratamientos mediante neuromodulación y bioconductuales.

- NICE. Headaches in over 12s: diagnosis and management. Clinical Guideline (2012). NICE (2012) recomienda para la profilaxis de las migrañas con o sin aura ofrecer propranolol, amitriptilina o topiramato de acuerdo con las preferencias del paciente, las comorbilidades y el riesgo de efectos adversos, revisando la necesidad de continuar con la profilaxis a los 6 meses del inicio. NICE (2019) publicó un informe de evaluación de erenumab recientemente.

- European Headache Federation. La European Headache Federation (Sacco et al., 2019) publicó en enero de 2019 una guía clínica sobre el uso de los anticuerpos monoclonales que actúan sobre el CGRP en la profilaxis de la migraña. Revisó sistemáticamente los estudios observacionales o ensayos clínicos y llevó a cabo un consenso DELPHI con expertos, tras aplicar metodología GRADE. Se encontraron 14 estudios: uno con eptinezumab, cinco con erenumab, cuatro con galcanezumab y cuatro con fremanezumab. Al final tomó en consideración para erenumab únicamente cuatro ensayos, ya que se descartó el estudio LIBERTY porque sólo incluyó pacientes con fallo a tratamientos anteriores.

5 Discusión-Conclusión

Según los resultados del metanálisis (Zhu et al., 2018), erenumab, galcanezumab, y fremanezumab redujeron significativamente los días mensuales de migraña. Erenumab y fremanezumab también redujeron el consumo de medicación específica para la migraña aguda. Los anticuerpos monoclonales CGRP fueron efectivos y seguros para el tratamiento preventivo de la ME.

Para los pacientes con MC para quienes otros tratamientos preventivos han fallado, a un precio de $ 5,000 por año, la rentabilidad de los inhibidores de CGRP está por debajo del límite superior de los umbrales comúnmente aceptados. Por otro lado, en pacientes con ME para quienes otros tratamientos preventivos han fallado, la relación costo-efectividad está cerca del límite superior de los umbrales comúnmente aceptados. En pacientes con migraña crónica o episódica que tienen otras opciones de tratamiento disponibles, la rentabilidad probablemente superará los umbrales comúnmente aceptados (ICER, 2019).

La guía de la European Headache Federation (Sacco et al., 2019), con respecto a erenumab, recomendó en ME erenumab 70 mg con calidad de evidencia alta y grado de recomendación fuerte y erenumab 140 mg con calidad de evidencia media y grado de recomendación fuerte. En MC, ambas dosis se recomendaron con evidencia media y grado de recomendación fuerte. De mayor interés es el posicionamiento que hace la guía de la AHS (2019) de los nuevos tratamientos profilácticos relacionados con el CGRP (erenumab, fremanezumab, galcanezumab), y cuyas ventajas radican en lo extenso del intervalo posológico (4 ó 12 semanas según el medicamento) y en la ausencia de necesidad de titular la dosis. Considerando el alto impacto económico que pueden acarrear estos nuevos agentes, la AHS propone un protocolo de inicio de tratamiento y de continuación de tratamiento con estos nuevos fármacos.

En el informe de evaluación de NICE (2019), no se recomienda el uso de erenumab en la indicación propuesta (profilaxis de migraña en pacientes con 4 o más días de migraña al mes), pero sugería que la dosis de 140 mg podía ser más eficaz que la de 70 mg en MC y ME. Para las personas cuya migraña no ha respondido a al menos 3 tratamientos preventivos orales, la evidencia del ensayo clínico muestra que erenumab 140 mg funciona mejor que la mejor atención de apoyo para prevenir la MC o ME. Suponiendo que el erenumab solo funciona tan bien como la OBT-A, las estimaciones de costo-efectividad son mucho más altas de lo que NICE normalmente considera un uso aceptable de los recursos. Para la ME, la evidencia sobre la rentabilidad de erenumab no es lo suficientemente buena.

6 Bibliografía

- Buse, D., Manack, A., Fanning, K., Serrano, D., Reed, M., Turkel, C., y Lipton, R. (2012). Chronic Migraine Prevalence, Disability, and Sociodemographic Factors: Results From the American Migraine Prevalence and Prevention Study. Headache: The Journal Of Head And Face Pain, 52(10), 1456-1470.
- EMA (2019). Consultado 20 noviembre de 2019, en https://www.ema.europa.eu/documents/product-information/aimovig-epar-product-information_es.pdf
- Ezpeleta, D., y Pozo-Rosich, P. (2015). Guía oficial de práctica clínica en cefaleas. Madrid: Luzán 5.
- ICER (2019). Consultado 20 noviembre de 2019.
- Jain, S., Yuan, H., Spare, N., y Silberstein, S. (2018). Erenumab in the treatment of migraine. Pain Management, 8(6), 415-426. doi: 10.2217/pmt-2018-0037
- Katsarava, Z., Buse, D., Manack, A., y Lipton, R. (2011). Defining the Differences

Between Episodic Migraine and Chronic Migraine. Current Pain And Headache Reports, 16(1), 86-92.
- Matías-Guiu, J., Porta-Etessam, J., Mateos, V., Díaz-Insa, S., Lopez-Gil, A., y Fernández, C. (2010). One-year prevalence of migraine in Spain: A nationwide population-based survey. Cephalalgia, 31(4), 463-470. doi: 10.1177/0333102410382794
- Natoli, J., Manack, A., Dean, B., Butler, Q., Turkel, C., Stovner, L., y Lipton, R. (2009). Global prevalence of chronic migraine: A systematic review. Cephalalgia, 30(5), 599-609.
- NICE (2012). Consultado 20 noviembre de 2019, en https://www.nice.org.uk/guidance/cg150/resources/headaches-in-over-12s-diagnosis-and-management-pdf-35109624582853
- NICE (2019). Consultado 20 noviembre de 2019, en https://www.nice.org.uk/guidance/gid-ta10302/documents/final-appraisal-determination-document
- Robbins, M., y Lipton, R. (2010). The Epidemiology of Primary Headache Disorders. Seminars In Neurology, 30(02), 107-119. doi: 10.1055/s-0030-1249220
- Sacco, S., Bendtsen, L., Ashina, M., Reuter, U., Terwindt, G., Mitsikostas, D., y Martelletti, P. (2019). European headache federation guideline on the use of monoclonal antibodies acting on the calcitonin gene related peptide or its receptor for migraine prevention. The Journal Of Headache And Pain, 20(1). doi: 10.1186/s10194-018-0955-y
- Scottish Medicines Consortium (2019). Consultado 20 noviembre de 2019, en https://www.scottishmedicines.org.uk/media/4317/erenumab-aimovig-final-march-2019-amended-030419-for-website.pdf
- Smitherman, T. (2016). Clinician's Manual on Migraine. Cham: Adis.
- The American Headache Society Position Statement On Integrating New Migraine Treatments Into Clinical Practice. (2018). Headache: The Journal Of Head And Face Pain. doi: 10.1111/head.13456
- Zhu, Y., Liu, Y., Zhao, J., Han, Q., Liu, L., y Shen, X. (2018). The efficacy and safety of calcitonin gene-related peptide monoclonal antibody for episodic migraine: a meta-analysis. Neurological Sciences, 39(12), 2097-2106. doi: 10.1007/s10072-018-3547-3

Capítulo 1261

DOLOR ÓSEO E HIPERCALCEMIA DE ORIGEN DESCONOCIDO.

RAQUEL MADERA PAJIN

1 Introducción

Mujer de 75 años que acude a su médico de atención primaria por cuadro de artralgias y dolor a nivel de la parrilla costal derecha e interescapular de un mes de evolución, en tratamiento con parches de lidocaína con alivio relativo, y pérdida de peso de unos 6 kg en el último mes. Un día antes de la consulta, se realiza un estudio radiológico donde se observa una masa a nivel escapular y lesiones osteolíticas en pelvis. Por ello, se le solicita una analítica completa en su Centro de Salud.

2 Objetivos

Presentar un caso clínico de un paciente con dolor óseo e hipercalcemia de origen desconocido.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 75 años que acude a Urgencias del hospital tras los resultados obtenidos en la analítica solicitada en su Centro de Salud en la que destaca hipercalcemia de 16 mg/dl e hiperproteinemia de 10,4 g/dl, confirmadas en laboratorio, con parathormona (PTH) disminuida, urea y creatinina aumentas. Resto de analítica normal, incluido hemograma. Dado el cuadro de la paciente, que se

encuentra estable, y tras resultados de las pruebas de laboratorio, se decide iniciar sueroterapia endovenosa y cursar ingreso para estudio de hipercalcemia y lesiones óseas.

En analítica posterior, se solicita proteinograma, proteínas en orina de 24 horas y proteinuria Bence-Jones. En el primero, se objetiva componente monoclonal en Beta 2 de 4,73 g/dl, que tras inmunofijación resulta IgA Kappa. Mediante nefelometría se cuantificaron las cadenas ligeras libres en suero, realizándose el Ratio Kappa/Lambda, y se midieron las inmunoglobulinas. El estudio de proteinuria de Bence-Jones fue positivo, tras inmunofijación, en cadenas ligeras libres tipo Kappa, donde además, se observó pérdida del componente monoclonal IgA Kappa presente en suero. El componente monoclonal se cuantificó en 13,99 mg/24h.

Se realiza aspirado de médula ósea, donde se estudia la morfología e inmunofenotipado de la misma. En el mielograma se observa médula hipercelular en la que destaca la infiltración por células plasmáticas atípicas (anisocitosis, disminución en la condensación de la cromatina con nucleolos frecuentes, núcleos irregulares, multinuclearidad ocasional, hiperbasofilia) que representan el 27 % de la celularidad con zonas de mayor infiltración. En el inmunofenotipo se identifican un 0,38% de células plasmáticas normales policlonales (1,5% del total de células plasmáticas) y un 25,05 % de células plasmáticas clonales Kappa, con coexpresión CD56, ausencia de expresión CD19, y expresión disminuida de CD45.

Con todo ello, la paciente es diagnosticada de Mieloma Múltiple, estadio IIIB, ISS-III, ISS-R-II.

4 Discusión-Conclusión

El mieloma múltiple se engloba dentro de los cuadros denominados gammapatías monoclonales. Es una neoplasia de las células plasmáticas que se distingue por la proliferación de éstas en la médula ósea y ocasionalmente fuera de ella, con la producción de manera continua y en abundancia, de un anticuerpo o componente monoclonal, el cual se puede detectar tanto en suero como en orina del paciente.

El mieloma múltiple es la segunda neoplasia sanguínea más común (en torno al 10 % de los cánceres hematológicos), únicamente superada por el linfoma no Hodgkin, la cual supone a nivel mundial el 1 % de los casos de cáncer. Presenta una marcada incidencia en personas mayores de 50 años (sólo el 15% y el 2% de

los pacientes tienen menos de 50 años y 40 años respectivamente), que aumenta con la edad y es dos veces mayor en poblaciones afroamericanas y otras etnias. En total, supone un 2 % de las muertes debidas al cáncer.

Las manifestaciones clínicas son, por un lado, lesiones esqueléticas, anemia, infiltración de diversos órganos y tejidos (debidos a la proliferación tumoral plasmocelular), y por otro lado insuficiencia renal, predisposición a las infecciones y síndrome de hiperviscosidad (por la producción de la proteína monoclonal debido a las células mielomatosas). Además, puede existir afección del estado general, con astenia y pérdida de peso. Aproximadamente el 50% de los pacientes padecen afectación renal en algún momento de la enfermedad, con deterioro de la función de ésta, secundaria a la excreción de cadenas ligeras por orina o a la hipercalcemia. Esta última puede cursar con desorientación, confusión, estreñimiento, náuseas y poliuria.

La sospecha de la presencia de una gammapatía monoclonal se establece con la clínica del paciente, salvo aquella gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI). La electroforesis de proteínas en suero y orina (proteinograma) permite separar electroforéticamente las proteínas del suero en fracciones bien diferenciadas (albúmina, α1, α2, β1, β2 y γ). Los componentes monoclonales (CM) suelen migrar mayoritariamente a la región γ, aunque también lo hacen a las regiones β, y más raramente a la región α. En el estudio del proteinograma en orina se puede detectar la proteinuria de Bence-Jones (50% de los casos) donde se descubre la presencia de cadenas ligeras, y en algunos casos la pérdida del mismo CM completo. Asimismo debe realizarse una cuantificación de las proteínas en orina de 24 horas. La medida de eliminación de cadenas ligeras por orina aporta información sobre el índice de masa tumoral y permite una monitorización de la evolución de la enfermedad.

Por otra parte, la determinación de inmunoglobulinas séricas por nefelometría o por inmunodifusión radial es una técnica obligada, ya que permite cuantificar el CM, además del descenso del resto de inmunoglobulinas (Ig). Tras haber realizado los estudios previos se determina el tipo de CM mediante inmunofijación en suero y/u orina(3). Según el tipo de inmunoglobulina que produce el mieloma se puede clasificar en varios tipos: IgG (50-60%), IgA (20-30%), de cadenas ligeras o Bence- Jones puro (10-20%), IgD (2%), no secretor (1-2%), siendo muy infrecuentes los tipos IgE e IgM. Además, es muy importante la cuantificación, mediante turbidimetría o nefelometría, de las cadenas ligeras y su relación kappa y lambda, la cual suele ser de 2/1.

El estudio histológico es fundamental, demostrándose por aspiración o por biopsia un infiltrado de células plasmáticas en médula ósea o en otros tejidos en el caso de los plasmocitomas extraóseos. El porcentaje de células plasmáticas es uno de los criterios diagnósticos del mieloma y sirve para diferenciarlo de GMSI. Habitualmente en el mieloma suele encontrarse ≥10% de células plasmáticas en médula ósea.

5 Bibliografía

1. Kyle RA, Rajkumar SV. Multiple Myeloma. N Engl J Med. 2004;351:1860–73.
2. Raab MS, Podar K, Breitkreutz I, Richardson PG, Anderson KC. Multiple myeloma. Lancet [Internet]. 2009;374(9686):324–39.
3. Rozman C, Cardellach López F. Medicina Interna. 18th ed. Elsevier, editor. 2016. 2689 p.
4. Rosenberg PS, Barker KA, Anderson WiF. Future distribution of multiple myeloma in the United States by sex , age , and race / ethnicity. Blood. 2015;125(2):410–2.
5. Oshima K, Kanda Y, Nannya Y, Kaneko M, Hamaki T, Suguro M, et al. Clinical and pathologic findings in 52 consecutively autopsied cases with multiple myeloma. Am J Hematol. 2001;67(1):1–5.
6. Bravo García-Morato M, Padilla-Merlano B, Nozal P, Espiño M, Juárez C, Villar LM, et al. Guía de laboratorio para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con gammapatías monoclonales. Rev Clínica Española [Internet]. 2016 Apr;216(3):128–34.
7. Rodríguez Zapata M, Sánchez Martínez L, Ruano Soriano E, Montes Ramírez ML. Protocolo de indicaciones e interpretación clínica de la inmunoelectroforesis de las inmunoglobulinas en la práctica clínica. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 2000;8(25):1303–6.
8. Repiso Moreno M, Vélez de Mendizábal E, Elizondo Pernaut MJ. Mieloma múltiple IgA: a propósito de un caso. MEDIFAM - Rev Med Fam y Comunitaria [Internet]. 2002;12:144–8.

Capítulo 1262

EVALUACIÓN DEL USO DE NINTEDANIB EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SEGUNDO NIVEL

MARTA GUTIÉRREZ LORENZO

1 Introducción

Nintedanib está indicado y comercializado en España para tratar a adultos diagnosticados de fibrosis pulmonar idiopática (FPI). La dosis recomendada es de 150 mg de nintedanib dos veces al día, administrado aproximadamente con 12 horas de diferencia. La dosis diaria de 100 mg dos veces al día solo se recomienda en pacientes que no toleran la dosis diaria de 150 mg dos veces al día.
Mecanismo de acción
Nintedanib es un inhibidor de molécula pequeña de la tirosina cinasa, incluidos los receptores del factor de crecimiento derivados de plaquetas (PDGFR) α y β, los receptores del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR) 1-3 y los receptores del factor de crecimiento del endotelio vascular
(VEGFR) 1-3. Nintedanib se une de forma competitiva al sitio de unión de adenosina trifosfato (ATP) de estos receptores y bloquea la señalización intracelular. Además, nintedanib inhibe las cinasas Flt-3
(proteína tirosina cinasa similar a Fms), Lck (proteína tirosina cinasa específica de linfocitos), Lyn
(proteína tirosina cinasa Lyn) y Src (proteína tirosina cinasa proto-oncogénica Src).
Efectos farmacodinámicos

Nintedanib inhibe la activación de las cascadas de señalización FGFR y PDGFR, que están estrechamente implicadas en la proliferación, la migración y la diferenciación de los fibroblastos/miofibroblastos pulmonares, las células características en la patología de la FPI. En la actualidad, no se ha logrado aclarar por completo el impacto potencial de la inhibición del VEGFR provocada por nintedanib ni la actividad anti-angiogénica de nintedanib en la patología de la FPI. En modelos preclínicos de fibrosis pulmonar, nintedanib ejerce una potente acción antifibrótica y antinflamatoria. Nintedanib inhibe la proliferación, la migración y la transformación de fibroblastos en miofibroblastos de los fibroblastos pulmonares humanos de pacientes con FPI.
Eficacia clínica y seguridad
La eficacia clínica de nintedanib se ha estudiado en pacientes con FPI en dos ensayos con diseño idéntico fase III, aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo (INPULSIS-1 (1199.32) e
INPULSIS-2 (1199.34)). Los pacientes con una CVF basal prevista inferior al 50 % o un factor de transferencia de monóxido de carbono (DLCO, corregido para la hemoglobina) prevista inferior al
30 % en el nivel basal se excluyeron de los ensayos. Los pacientes se aleatorizaron en una proporción de 3:2 entre el tratamiento con Ofev 150 mg y el tratamiento con placebo dos veces al día durante
52 semanas.
La variable principal fue la pérdida anual de la capacidad vital forzada (CVF).

2 Objetivos

- Evaluar la eficacia y seguridad de Nintedanib en pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI).

3 Metodología

Estudio retrospectivo observacional en pacientes con FPI que inician tratamiento con Nintedanib en un hospital de segundo nivel, desde Febrero 2016 hasta Febrero 2019. Se registraron variables demográficas (edad y sexo), fecha de inicio y fin de tratamiento, capacidad vital forzada (CVF) y capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO), tanto valores basales como a los 6 y 12 meses; efectos secundarios y la consecuente disminución de dosis o suspensión/ abandono del tratamiento y exitus.

Se considera falta de eficacia una reducción en la CVF > 10 % o > 15% en el DLCO, en base a los resultados obtenidos en los ensayos pivotales.
Los datos se procesaron mediante Excel®

4 Resultados

Iniciaron tratamiento 29 pacientes de los que 11 se descartan para el análisis al no disponer de pruebas respiratorias a los 6 meses por diferentes motivos: cambio de tratamiento por interacción farmacológica (n=2), diagnóstico erróneo (n=2), abandono del fármaco por efectos secundarios (n=2), exitus (n=3) e inicio reciente (n=2).
Se incluyeron en el análisis 18 pacientes (100 % hombres), edad media 75,7 años (58-85), y un tiempo medio de tratamiento de 15 meses (8-31).
Eficacia: CVF. Los 18 pacientes tenían una CVF basal entre 50 % y 101 %.
A los 6 meses, 7 pacientes tienen resultados de CVF, ninguno presenta reducción de la CVF > 10 %.
A los 12 meses, 11 tienen resultados de CVF, 1 (9,1%) presenta reducción de la CVF > 10 % DLCO. Los 18 pacientes tenían una DLCO previa entre 23% y 66 %.
A los 6 meses, 7 pacientes tienen resultados de DLCO, 2 (28,6%) presentan reducción de la DLCO > 15 %
A los 12 meses, 11 tienen resultados de DLCO, 3 (27,3%) presentan reducción de la DLCO > 15 %.
De estos 18 pacientes 3 fueron exitus por progresión de la enfermedad y son los mismos que experimentaron reducción en la CVF > 10 % o > 15% en el DLCO.
Seguridad: Pacientes con efectos adversos (EA) relacionados con el tratamiento n= 15 (83,3 %)
Gastrointestinales (nauseas, vómito, diarrea) n= 15 (83,3 %) Perdida peso n= 8 (44,4%)
Hepáticos (aumento de transaminasas o bilirrubina aislada) n= 6 (33,3 %), Otros datos de seguridad:
Pacientes con reducción de dosis n=7 (40 %) Pacientes que abandonan o cambian de tratamiento por efectos secundarios n=4 (22.2%). Pacientes que necesitan tratamiento con dieta y / o loperamida concomitante n=13 (72,2%).

5 Discusión-Conclusión

Nintedanib ha demostrado disminuir el deterioro de la CVF en pacientes con FPI. En nuestro estudio el fármaco es eficaz en el 90,9 % de los pacientes, ya que no

obtienen una reducción de la CVF > 10 % a los 12 meses.
El 83,3 % de los pacientes sufrieron efectos secundarios, destacando los gastrointestinales, a pesar de las medidas dietéticas y el uso de loperamida , la pérdida de peso y la alteración de la función hepática, coincidiendo con la evidencia publicada. Esto conlleva a reducciones de dosis en el 40 % de los pacientes y a que un 22 % decidan abandonar o cambiar de tratamiento.

6 Bibliografía

Ficha técnica Nintedanib: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/ofev-epar-product-information_es.pdf
[revisado 14/02/2020].

Capítulo 1263

EL LEUCOMA CORNEAL

MARÍA CRISTINA PELÁEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La córnea es la más importante y la primera lente del sistema óptico ocular. Su fuerza óptica (alrededor de 40 dioptrías) radica en su índice de refracción y su curvatura. Para cumplir su función óptica, la córnea debe ser transparente; cualquier alteración de la transparencia produce disminución de la agudeza visual.

La córnea se constituye principalmente de colágena. La matriz de colágena de cada una de las fibras se encuentra rodeada de mucopolisacáridos corneales y de algunos solutos intraestromales que actúan como aniones, es decir, tienden a unir agua y cationes creando la presión coloidoosmótica del tejido. Esto propicia la avidez continua de la córnea por el agua existente en el humor acuoso y la lágrima, que resulta en una tendencia natural a hincharse.

El ingreso de agua al estroma se ve limitado en su cara anterior por el epitelio corneal, constituido por varias capas de células con múltiples uniones intercelulares que actúan como barrera semipermeable. En su cara interna está limitado por el endotelio corneal, constituido por una sola capa de células hexagonales con múltiples uniones desmosómicas e interdigitaciones que le confieren las propiedades de una membrana semipermeable. A pesar de estas barreras, hay un ingreso limitado de agua y solutos al interior del estroma. Como membrana limitante al ingreso de agua al estroma, el endotelio corneal tiene una mayor importancia, pues no sólo actúa como barrera sino que es el responsable de mantener el equilibrio hidroelectrolítico. Del endotelio se han descrito al menos dos bombas metabólicas encargadas de la eliminación de moléculas de agua: la bomba de bicarbonato y la bomba de sodio y potasio.

El funcionamiento regular de estas bombas metabólicas que mantienen la deshidratación corneal requiere la formación de ATP y glucosa. El epitelio corneal es el depósito natural de glucógeno. A través de la lágrima se incorpora la glucosa, que se metaboliza en presencia de oxígeno. Para mantener su transparencia, la córnea necesita un endotelio íntegro y sano, requerimientos energéticos e integridad de la colágena.

2 Objetivos

- Describir el glaucoma córneal, a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Lactante que a los 10 meses de edad fue intervenida en 3 ocasiones produciendo 3 cicatrices en el interior de la pupila, con curas todos los días, durante el primer año de edad. El oftalmólogo afirmó que la lactante era alérgica a las vacunas y que era un riesgo si procedía a la vacunación.

Después 2 o 3 veces al año debido a úlceras y un herpes Zoster se produció el leucoma corneal. Por entonces la paciente solo veía siluetas y colores. Posteriormente a los 26 años y tras un proceso del herpes Zoster, la córnea se inflamó y se perforó. Debido a esto oftalmología decidió perforar el ojo y poner una prótesis, ya que era muy joven, pero primeramente decidieron realizar un recubrimiento conjuntival, donde ya definitivamente perdía toda la visión del ojo, pues el leucoma quedó fijo encima de la pupila. Seguidamente durante el postoperatorio, se soltaron los puntos sufriendo un desprendimiento de retina que detectaron a través de un estudio de TC.

4 Discusión-Conclusión

Existen muchas causas que pueden llegar a producir el leucoma corneal, siendo las más frecuentes: heridas cicatrizadas, quemaduras, úlceras o infecciones severas de la córnea. Como consecuencia de estos problemas se produce la formación de un tejido opaco, que dificulta o impide la visión.

En casi todos los casos, el origen del leucoma corneal o pérdida de transparencia de la córnea es una cicatriz en la córnea, la cual puede producirse por úlceras, quemaduras o infecciones muy severas. Debido a dicha cicatrización se produce

la formación de un tejido opaco que hace que la córnea pierda, en mayor o menor grado, su transparencia, perjudicando a la visión. Además de la causas señaladas, la córnea se puede volver también opaca por:
- Inflamaciones.
- Bacterias no infecciosas en ojos especialmente sensibles.
- Tracoma.
- Queratitis.
- Diversos tipos de lesiones congénitas.
- Enfermedades metabólicas hereditarias.
- Algunos casos extremos de sequedad en el ojo.
- Deficiencias graves de vitamina A.

Tener una cicatriz en la córnea puede derivar en un leucoma corneal, pero no pasa en todos los casos: traumatismos o infecciones de diversos tipos pueden provocar que aparezca una cicatriz en la córnea. Los síntomas de una cicatriz en la córnea pueden ir desde ligeras molestias a una pérdida grave de la visión, pero en cualquier caso requiere de atención médica urgente para realizar un diagnóstico mediante un fondo de ojo y las pruebas adicionales que hagan falta. Tras el diagnóstico, el especialista puede elegir entre diversos tratamientos, que pueden ser medicamentos, normalmente antibióticos, para controlar la infección o intervenciones quirúrgicas en los casos más graves.

Ecografía ocular.
Una de las pruebas diagnósticas que se puede solicitar el oftalmólogo es la Ecografía y TC. Pero la debido a la opacidad de medios (el paciente acude por cualquier motivo de consulta pero, durante la exploración, el oftalmólogo no es capaz de visualizar el segmento posterior):
- Leucoma/opacidad corneal completa.
- Catarata hipermadura.
- Catarata blanca (farmacológica, distrofias miotónicas).
- Estafiloma posterior.
- Buftalmos.

El único tratamiento posible es el trasplante de córnea.
Dado que el problema de una opacidad de la córnea no puede solucionarse con una lente intraocular ni tampoco es posible su regeneración, el único tratamiento efectivo es su substitución por una nueva mediante un transplante de córnea. El trasplante de córnea es una intervención que se realiza con anestesia local y es muy habitual. Básicamente, consiste en la sustitución de la córnea afectada de

leucoma corneal por una sana procedente de un donante que haya fallecido recientemente. Antes del trasplante, la córnea se procesa, verificándose que cumple las condiciones necesarias para poder efectuarse la cirugía. Existen varios métodos de realización de este tipo de trasplante, siendo el más común la denominada queratoplastia penetrante, un procedimiento dividido en 2 fases:
- El cirujano extirpa un pequeño trozo de forma redonda de la córnea afectada.
- Posteriormente, dentro de la abertura practicada en la córnea se sutura el tejido donado.

Últimamente, se ha desarrollado una nueva técnica, denominada queratoplastia lamenar, donde no se reemplazan todas las capas de la córnea, sino solamente algunas de ellas. Con este procedimiento se acelera la recuperación y disminuyen las posibles complicaciones. En cualquier caso, es el especialista el que debe decidir sobre el proceso más adecuado en cada caso, informando debidamente al paciente de las ventajas y los riesgos. Es, en todo caso, una operación habitual que suele realizarse con anestesia local. El principal inconveniente de las operaciones de trasplante de córnea es que en 1 de cada 3 pacientes se produce un rechazo del tejido trasplantado. Este rechazo del organismo a una córnea procedente de otro cuerpo suele producirse durante los primeros 5 años tras la intervención. En diversas ocasiones, el rechazo se puede llegar a controlar mediante la medicación adecuada: normalmente gotas oftálmicas con esteroides. Otros riesgos menos frecuentes del trasplante de córnea pueden ser: sangrado, glaucoma, infecciones en el ojo o inflamaciones.

El leucoma corneal tiene lugar cuando se produce una opacificación de la córnea. En función del grado de opacificación, la afectación a la vista puede ser mayor o menor. En los casos más leves solo se produce una pequeña disminución de la visión, pero a medida que el grado de opacificación de la córnea es mayor, puede producirse un importante déficit de la agudeza visual hasta el punto que la persona afectada prácticamente sólo puede distinguir la luz y algunos bultos.

Es similar a lo que acontece con el cristalino en la catarata. Cuando la córnea pierde su transparencia el daño visual que ocasiona es del todo similar a lo que ocurre con la catarata, pero en este caso lo que pierde la transparencia es el cristalino.

5 Bibliografía

- https://www.clinicabaviera.com

- https://www.discapnet.es
- https://www.ecured.cu
- https://www.opticageovision.com
- https://accessmedicina.mhmedical.com
- https://posterng.netkey.at
- https://www.gruporecoletas.com
- https://retinosispigmentariacuba.blogspot.com

Capítulo 1264

RADIOLOGÍA DIGITAL.

MARÍA CRISTINA PELÁEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Para poder hablar de la radiología digital, debemos remontarnos bastantes años atrás, al siglo XIX. Fue en 1895 cuando el físico Wilhelm Conrad Roëntgen, realizó experimentos intentando analizar los rayos catódicos para evitar la fluorescencia violeta que producían estos rayos en las paredes del vidrio de un tubo. Para dichos experimentos Roëntgen utilizó dos descubrimientos:

- El tubo de Crookes invención del fisicoquímico británico William Crookes, posteriormente a 1871.
- La bobina de Ruhmkorff, invención del físico e ingeniero alemán Heinrich Daniel Ruhmkorff en 1851.

De alguna manera puede decirse que la historia de los Rayos X comienza con los experimentos de William Crookes, los cuales se desarrollaban en un tubo de vacío, y electrodos para generar corrientes de alto voltaje; a este tubo le dió su nombre "Tubo de Crookes". Y con la bobina de Ruhmkorff, que es un generador eléctrico que permite obtener tensiones muy elevadas, del orden de miles o decenas de miles de voltios a partir de una fuente de corriente continua.

Roëntgen creó un ambiente de oscuridad y cubrió el tubo con una funda de cartón negro. Al conectar su equipo se sorprendió al ver un débil resplandor amarillo verdoso sobre un pequeño cartón con una solución de cristales de platino cianuro de bario. Roëntgen comenzó por alejar la solución cada vez más, comprobando que el resplandor se mantenía.

Los experimentos continuaron por varias semanas para intentar comprender las propiedades de estos rayos, hasta entonces nunca estudiados. Con posterioridad colocó una caja de madera con unas pesas sobre una placa fotográfica y el vio que el rayo atravesaba la madera e impresionaba la imagen de las pesas en la fotografía. Decidió experimentar con el cuerpo humano. Su esposa expuso su mano a los rayos y la colocó sobre la placa. Obtuvieron así la primera radiografía del cuerpo humano (incluyendo su anillo), un avance que revolucionaría posteriormente la medicina. Roëntgen llamó a los rayos que descubrió, "rayos incógnita" o "rayos X".

Los Rayos son radiaciones electromagnéticas ionizantes, para comprender su aplicación en el campo de la medicina es necesario conocer algunas de sus características:
- Pertenecen al espectro invisible, no son visibles al ojo humano.
- Poder de penetración: los rayos X tienen un elevado poder de penetración. Cuando un haz de Rx incide sobre la materia, parte de la radiación atraviesa el objeto o cuerpo.
- Efecto luminiscente: ciertas sustancias generalmente las tierras raras, que emiten luz al ser incididas por radiación, son usadas en fluoroscopia y pantallas de refuerzo
- Efecto fotográfico: los rayos x actúan sobre la emulsión fotográfica, produciendo un ennegrecimiento de la placa una vez revelada.
- Efecto ionizante: un gas eléctricamente neutro no es conductor de corriente eléctrica. Al ser incidido por un haz de Rayos x, el gas se ioniza, cambia a carga de electrones de sus átomos y se convierte en gas conductor. Permite medir la cantidad y calidad de la radiación.
- Efecto biológico: los rayos x puede ser causa de múltiples efectos biológicos, físicos y químicos. Estos efectos son nocivos para el ser humano, aunque esta propiedad es beneficiosa en radioterapia.
- Atenuación: los rayos x son atenuados al atravesar la materia, puesto que son absorbidos y dispersados viajan a la velocidad de la luz y en línea recta.
- No se pueden enfocar en un solo punto, sino que son divergentes, salen en forma de cono o haz.
- No tienen masa, ni peso.
- No presentan carga positiva, ni negativa, sino que son neutros.
- No pueden reflejarse, ni refractarse.
- Cada haz de rayos es heterogéneo, contiene rayos de distinta longitud de onda.
- Cuanto mayor sea la densidad del material que atraviesan, mayor probabilidad hay de que los rayos X choquen con la materia y transfieran a ella parte de su

energía.

Rayos X en el campo de la medicina.
Casi inmediatamente a su descubrimiento se extendió muchísimo el uso de las radiaciones en diversas aéreas. Dentro del campo industrial, la medicina, la investigación y la generación de energía, las aplicaciones son muy variadas y numerosas debido a las ventajas que presentan. En muchos casos no hay técnicas alternativas que permitan obtener los beneficios potenciales de las radiaciones. En medicina el uso de las radiaciones es muy diverso, extendido y particularmente beneficioso. Sus aplicaciones van desde la esterilización de material quirúrgico, el diagnóstico, el tratamiento de enfermedades, radiodiagnóstico, radioterapia, medicina nuclear y radioinmunoanálisis.

Tubo de rayos x.
El tubo de rayos x es un aparato sencillo, pero muy ingenioso en donde se generan los rayos s, en base a un procedimiento mediante el cual se aceleran unos electrones en primer lugar, para después frenarlos bruscamente. De esta forma se obtienen los fotones que constituyen la radiación ionizante utilizada en radiodiagnóstico. Para conseguirlo, dicho tubo consta de un filamento metálico (cátodo) que, al ponerse incandescente, produce una nube de electrones a su alrededor denominado efecto termoiónico o Edisson. Estos electrones son acelerados mediante una elevada diferencia de potencial (Kv), y se les lleva a chocar con una plancha metálica (el ánodo), en donde son frenados liberando su energía cinética como fotones con mucha energía que constituyen los rayos X utilizados en clínica.
El tubo de rayos x es una ampolla de vidrio que contiene dos electrodos. El electrodo en el cual se ocasionan los electrones llamado cátodo (electrodo negativo) y el electrodo en donde chocan los electrones llamado ánodo (electrodo positivo). El cátodo está conectado a un circuito de bajo voltaje, para la incandescencia del filamento emisor de electrones. Y ambos están conectados a un circuito de alto voltaje para la aceleración de los electrones. Una vez que conocemos todos los elementos del tubo es necesario saber cómo interactúan y funcionan para lograr la producción de rayos x. Como hemos dicho en varias ocasiones los rayos x son generados por la desaceleración o la detención súbita de los electrones de alta velocidad.

Fase de preparación del disparo:
- El equipo de rayos x recibe electricidad desde el enchufe de corriente, esta es una corriente alterna de 220 voltios, la cual llega a un transformador de baja tensión

que reduce el voltaje hasta 5 ó 10 voltios.
- Este voltaje es suficiente para producir el calentamiento del filamento ubicado en el cátodo y su posterior incandescencia, dando lugar a la liberación de electrones.
- Cuando el filamento se calienta absorbe energía térmica y algunos electrones del metal del filamento adquieren la suficiente energía para salir a las inmediaciones del filamento. Esta nube de electrones que se forma en las inmediaciones del filamento tiene carga negativa y se encuentra a la espera de un cambio de potencial que los atraiga hacia el ánodo.
- Al mismo tiempo el ánodo giratorio comienza a rotar.

Cuando presionamos a fondo el disparador del aparato de rayos x.
- Conectamos el circuito de alto voltaje entre el cátodo y el ánodo. El ánodo giratorio recibe el Kv que previamente hemos marcado en la consola, un Kv de carga positiva.
- Los electrones de carga negativa que se encontraban en las inmediaciones del filamento sientan una fuerte atracción y son fuertemente acelerados como consecuencia de la diferencia de potencial entre el cátodo y el ánodo.
- Al chocar con el blanco del ánodo y ser frenados bruscamente la energía cinética de los electrones se transforma en un 99% en energía calórica y 1% en rayos x. La radiación sale en todas direcciones, pero gracias a la forma del ánodo y su ángulo de inclinación, una cantidad sale hacia abajo atravesando la ventana del tubo de vidrio, el filtro de metal y el colimador y llegando al paciente y formando la imagen radiológica.

2 Objetivos

- Describir la radiología analógica o convencional y sus diferentes elementos.
- Analizar la radiología digital, el por qué de su surgimiento, y la diferencia con respecto a la convencional.
- Definir la radiología digital directa e indirecta.

3 Metodología

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

elo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los equipos de radiología han evolucionado a gran velocidad desde el primer equipo utilizado por Roëntgen hasta los actuales equipos, los primeros llamados analógicos o convencionales, hasta los equipos actuales de radiología digital. Los elementos del tubo de rayos x (Rx) de los equipos analógicos son los mismos que los de los equipos digitales, pero han ido evolucionando y mejorando con el tiempo. Los primeros filamentos de los tubos de radiología eran de wolframio también llamado Tungsteno, hoy día suelen fabricarse de Wolframio Toriado o de Wolframio y Cesio.

Los primeros equipos de radiología disponían de un ánodo fijo, los actuales disponen de un ánodo giratorio. Han evolucionado, son más resistentes, duraderos y fiables. Pero ninguno de estos avances o mejoras convirtió la radiología analógica en digital. Las definiciones de radiología analógica y digital dejan claras cuál o cuáles son las diferencias entre ambas:
- Radiología convencional: también llamada radiología analógica. Es una técnica de imagenología en la que se observan las estructuras internas del cuerpo humano. Se realiza con un equipo radiológico que emite unas radiaciones electromagnéticas (rayos X) que atraviesan el cuerpo en razón de la densidad de los materiales que lo componen. Se recogen los resultados en una placa radiográfica, que es como una película de cámara de fotos.
- Radiología digital: es lo mismo que la anterior, pero se obtiene imágenes directamente en formato digital sin haber pasado previamente por una placa de película radiológica.

El funcionamiento o la emisión y creación de rayos x es igual tanto en los equipos analógicos como en los digitales, es el sistema de formación de la imagen los que las diferencia y por lo tanto también la forma de procesar y tratar esas imágenes. En la radiología analógica los Rx una vez que atraviesan el paciente o la estructura a estudiar llegan al chasis, interaccionan con las pantallas de refuerzo e impresionan la películaradiográfica. Ya disponemos de una imagen latente de la estructura a estudiar, sin embargo, esa imagen aun no es visible, para ello es necesario procesar la película radiográfica.

El procesado de las películas comienza con la extracción de las mismas del chasis,

el cual se lleva a un cuarto oscuro donde se realiza la apertura y la extracción de la película radiográfica. Está se introduce en una maquina, procesadora de películas radiográficas y cuando sale de la maquina la imagen latente ya se ha convertido en una imagen visible. Pero como todo el procesado de la película fotográfica también evoluciono y se paso de los tediosos e incómodos cuartos oscuros a las procesadoras de luz día. Pero el sistema de procesado y tratamiento de la película siguió siendo igual tanto en el cuarto oscuro como en las procesadoras de luz día.
Los elementos que forman parte del sistema de captación, recepción y formación de la imagen en radiología analógica son:
- Chasis.
- Pantallas de refuerzo.
- Película fotográfica.
- Maquina de procesado.

Comentaremos algunos puntos básicos de estos elementos:

1. Chasis

Funciones:
- Procura un perfecto contacto entre las pantallas y la película durante la exposición para evitar que se produzcan zonas de borrosidad.
- Protegen de la luz a la película radiográfica, que además de ser sensible a los rayos X también lo es a la luz-visible.
- Protegen y preservan a las pantallas de refuerzo de posibles daños externos, además de protegerlas frente a la luz, que también las puede perjudicar.

Materiales: la cara anterior o cara al tubo, es la que se coloca siempre frente al haz de radiación, está fabricada con materiales con un índice de atenuación muy bajo, como puede ser el aluminio, o bien con materiales plásticos más ligeros, de carbono. En cualquier caso, sea cual sea el material utilizado, ha de ser radiotransparente para no interferir en la absorción del haz incidente. La parte posterior será igualmente de aluminio o de plástico. Se diferencia de la cara anterior en que ésta lleva por lo general un recubrimiento interno de plomo o algún otro material capaz de absorber la radiación, cuya finalidad es absorber aquella radiación residual que haya sido capaz de atravesar la película, con lo cual se evitarán posibles velamientos.

2. Pantallas de refuerzo.

Las pantallas de refuerzo capturan fotones de Rx y los convierten en fotones de lux visible, trasmiten esa luz a esa película. Aprovechan la propiedad de los Rx, de producir fluorescencia en ciertas sustancias.

- La pantalla es inseparable de la película debe existir combinación película-pantalla.
- La sensibilidad de la película a la exposición directa de los fotones de Rx es baja.
- Solo el 5% de los fotones de Rx que llegan a la película, interactúan con ella y colaboran en la formación de la imagen.
- Dosis muy altas para obtener la imagen.

3. Película radiográfica.
Es el formato en el que la radiología analógica presenta las imágenes. Debe ser una buena transmisora de luz, absorbiendo la mínima cantidad de ella posible, una vez que la radiografía revelada sea colocada en el negatoscopio.
- Debe ser flexible, y al mismo tiempo con suficiente rigidez.
- Ha de ser estable.
- Ha de ser químicamente inactiva.

Elementos de la película:
- Base: soporte físico de la imagen, poliéster.
- Emulsión: es el material con el que interactúan los rayos X y especialmente la luz de las pantallas intensificadoras. Está formada por una mezcla homogénea de gelatina y de cristales de halogenuros de plata.
- Procesadora de películas: convierte la imagen latente en una imagen visible. El procesado automático de la película radiográfica se realiza en cuatro fases bien definidas para la obtención de la imagen visible.
- Revelado: básicamente la reacción que ocurre en el tanque del revelador es una reacción REDOX (una reacción de oxidación y reducción), en donde el halogenuro de plata se reduce para formar plata metálica y el líquido revelador se va oxidando para conseguir la obtención de la plata metálica. Así pues, la plata se reduce a plata metálica y se fija al poliéster de la película radiográfica.
- Fijado: el proceso del fijado tiene lugar tras el del revelado y mediante el mismo se va a conseguir que la imagen permanezca estable y no se desvanezca con el transcurso del tiempo. Para decir que la imagen se ha fijado a la película y que la película obtenida tiene calidad de archivo, es necesario eliminar de la película los cristales no expuestos, pues de lo contrario no podríamos exponerla a la luz ya que se velaría. Durante esta fase de fijado, del procesado radiográfico se pretenden eliminar los granos de halogenuro de plata no expuestos a radiación ionizante pero que todavía permanecen en la capa de emulsión de la película radiográfica.
- Lavado de película radiográfica: el lavado en agua corriente elimina todos los residuos químicos de la película y evita la decoloración de la misma. Uno de los

requisitos básicos de la película radiográfica es que pueda ser archivada para su estudio, incluso tras mucho tiempo de su obtención. El lavado radiográfico elimina los "hiposulfitos" producidos durante el fijado de la película radiográfica y evita que, con el paso del tiempo, estos vayan provocando una decoloración de las densidades obtenidas e incluso la atenuación o desaparición de la escala de grises manifestada inicialmente durante el revelado de la película.

La radiología convencional, presenta diferentes limitaciones por este motivo surge la radiología digital: las películas en radiología convencional deben ser reveladas lo que supone un retraso diagnóstico que puede ser un problema en diferentes técnicas vasculares y de sustracción de imágenes. Una vez obtenida la imagen es difícil de mejorarla y debe ser archivada y almacenada por procedimientos manuales o mecánicos. Ocupa un espacio físico. Estas limitaciones se vio que podían resolverse mediante la informática. Las imágenes digitales se obtienen empleando detectores que reciben los Rayos X, reemplazando a las películas radiográficas convencionales
72 años después del descubrimiento de los Rx se obtuvo la primera imagen digitalizada o imagen digital, pero no se le llamo radiología digital, sino TAC (Tomografía Axial Computerizada).

En 1967 un hombre es fundamental para el desarrollo y aparición de la radiología digital Godfrey Newbold Hounsfield, el cual investiga sobre el reconocimiento de imágenes y técnicas de almacenamiento de datos en el computador. En las técnicas convencionales los rayos X forman una imagen directamente en el receptor; en cambio, cuando se utilizan técnicas digitales los rayos X definen una imagen electrónica en el detector de radiación que es manipulada posteriormente por un ordenador. Para comprender la radiología digital, debemos conocer una serie de conceptos, que hasta ahora no manejábamos. El soporte donde se crea la imagen se denomina matriz, es un concepto abstracto y matemático. Esta matriz no se ve, se ve solo la imagen.

El píxel es la representación gráfica de las operaciones matemáticas que el ordenador hace. Siendo su tamaño para todos igual, y proporcional al número de matriz empleado. Es decir, cada imagen radiológica de un paciente visualizado en el monitor, en su conjunto constituye la matriz, y a su vez esta formada por pequeños trocitos de la imagen. Cada uno de esos trocitos es un píxel, y cada uno corresponde a una porción del paciente al que se le ha realizado la imagen radiológica y va a tener un número cuantificando la cantidad de radiación que ha recibido. Tamaño de un píxel: el tamaño de un píxel está directamente rela-

cionado con la cantidad de resolución espacial o detalle en la imagen. Por ejemplo, entre menor tamaño del píxel, mayor es el detalle. El tamaño del píxel puede cambiar con una variación en el tamaño de la matriz o el campo de visión.

Profundidad del píxel: cada píxel tiene bits de información. Si un píxel tiene una profundidad de 8, la cantidad de tonos de gris que puede producir es de 2 elevada a la profundidad (8). Es decir, puede producir 256 tonos de grises (cada uno de los píxeles). Cada píxel puede mostrar entre 1 (20) y 65536 (216). La cantidad de grises va a ser el factor más importante en la determinación de la resolución de contraste de una imagen. Cuando el Haz de radiación atraviesa al paciente, llega a los detectores, cada fotón llega con un nivel de atenuación, en función de la estructura o estructuras que atraviesa, o dicho de otra forma en función de los átomos del cuerpo con los que interaccione. Esa información de los detectores, esa imagen electrónica de los detectores e enviada al ordenador, que forma una matriz compuesta de bits digitales, números informáticos que se corresponden con diferentes tonalidades de grises y da lugar a la matriz de imagen, que es visualiza en la pantalla del ordenador como una imagen radiográfica. Existen dos tipos de radiología digital:

- Radiología Digital indirecta (RDI) o radiología computerizada.
- Radiología Digital Directa (RDD): que a su vez se divide en: sistemas basados en sensores de dispositivos de carga acoplada CCD (Charge Compled Device) y sistemas basados en detectores de panel plano FPD (Flat Panel Detector) siendo estos a su vez detector de selenio o de detección directa y detectores de silicio o de detección indirecta.

Radiología digital indirecta.

Fue introducida por Fuji en 1981. Tenía la ventaja de que no era necesario desmantelar por completo las salas de radiología y adquirir equipos nuevos y distintos. Para obtener un sistema CR (Radiología computerizada) basta sustituir en un equipo de RX convencional, el chasis radiológico de película fotográfica con sus cartulinas de refuerzo, por un chasis que tiene en su interior una lámina de un fósforo foto-estimulable. Desaparecen las procesadoras de luz día, los líquidos de revelado y fijado y aparecen los lectores del nuevo tipo de chasis e impresoras adecuadas conectadas al lector de chasis, y otros elementos que mejoran y complementan el sistema.

Los negatoscopios tampoco desaparecen, puesto que la RDI muestra la imagen en una pantalla de ordenador, pero mediante una impresora láser se puede presentar en formato placa, que son visualizados en los negatoscopios que se utilizaban en

radiología analógica. Los chasis son totalmente diferentes, aunque externamente son muy parecidos.

Desaparecen las pantallas de refuerzo y la película. Pero el exterior sigue siendo igual, la cara anterior o cara del tubo, que es la que se coloca siempre frente al haz de radiación, está fabricada con materiales con un índice de atenuación muy bajo, como puede ser el aluminio, o bien con materiales plásticos más ligeros, de carbono. En cualquier caso, sea cual sea el material utilizado, ha de ser radiotransparente para no interferir en la absorción del haz incidente. La parte posterior será igualmente de aluminio o de plástico. Se diferencia de la cara anterior en que ésta lleva por lo general un recubrimiento interno de plomo o algún otro material capaz de absorber la radiación, cuya finalidad es absorber aquella radiación residual y evitar que la imagen se deteriore, perdiendo nitidez y contraste.
La placa de imagen se denomina "Plate". Tiene dos caras y debe ser colocada en el interior del chasis de forma correcta. Es decir, la capa de fósforos fotoestimulables debe quedar mirando hacia la cara anterior del chasis.

Funcionamiento del plate.
Para entender su funcionamiento es necesario saber que, muchos sólidos, cuando son expuestos a radiaciones electromagnéticas como los Rx, absorben energía, que se almacena en forma de electrones excitados en la red cristalina. Con frecuencia estos materiales se desexcitan de forma espontánea e inmediata, liberando esa energía absorbida en forma de luz visible o ultravioleta. Sin embargo, algunos de estos sólidos no se comportan de esta manera, sino que conservan al menos parte de la energía absorbida hasta que reciben un determinado tipo de estimulo. Un caso particular son los fósforos fotoestimulables, que precisan ser estimulados para liberar la energía almacenada en su red en forma de luz.

El chasis CR una vez irradiado almacena una información que se lee en equipos especiales que convierten dicha información en una imagen digital. Antes de su procesado en el equipo de lectura, la placa CR contiene una imagen latente que recuerda a la imagen latente que contiene una placa radiológica analógica irradiada y aún no revelada. El Equipo de lectura del chasis CR es similar a una reveladora luz día de los chasis de radiología analógica. Una vez que el chasis está dentro del equipo de lectura este extrae la placa de fósforo, la pone en un sistema de arrastre por rodillos y barre cada línea horizontal de la placa con un haz de luz (láser) en la banda del rojo.
La luz láser roja es la excitación adecuada para que el fósforo emita la energía

acumulada, en la irradiación con Rx, y la libera en forma de fotones de luz visible, en el espectro de luz del azul al verde.

Una guía de luz de fibra óptica la lleva a un tubo fotomultiplicador y este convierte la luz en una señal eléctrica. El ordenador construye una matriz de bits, de aproximadamente 12 bits de profundidad, lo cual da unas 4096 tonalidades de grises incluyendo el blanco y el negro. Una vez realizada el barrido con el láser es necesario borrar el PLATE para poder reutilizarlo y esto se realiza con un barrido de todo el plate con un haz de luz intensa que vacía las trampas electrónicas. Las principales características del sistema son:
- La placa de fósforo antes mencionada, también llamada imagen plate (IP), se encuentra dentro del chasis. Los mismos guardan características similares en tamaño a los utilizados convencionalmente en radiología, con lo cual, pueden emplearse en todos los equipos de rayos X existentes en el servicio.
- La IP es reusable aproximadamente cinco mil veces. Una vez que el lector digitaliza la imagen, la borra para su reutilización utilizando una luz blanca.
- La respuesta lineal a los rayos X de la placa luminiscente permite obtener imágenes útiles aún cuando los parámetros de exposición (KV, MAS) no hayan sido los óptimos para un determinado estudio.
- El hecho de tener la imagen en forma digital en la estación de trabajo permite realizar una variedad de procesamientos para mejorar la calidad de imagen (control de ventanas, filtros digitales, magnificaciones, cambio de brillo y contraste, etc.), que son imposibles de hacer en radiología convencional.

Radiología digital directa. En la radiología digital directa, existen dos grandes grupos con tecnologías diferentes:
- Los sistemas basados en sensores de Dispositivo de Carga Acoplada (CCD: Charge Coupled Device).
- Los sistemas basados en detectores de panel plano (FPD: Flat Panel Detector).

Los sistemas basados en sensores de Dispositivo de Carga Acoplada (CCD.
Estos sistemas poseen una estructura matricial formada por condensadores. Cada condensador tiene un fotodetector asociado que genera una carga proporcional al flujo de fotones que recibe. La lectura posterior de la carga almacenada en cada elemento y su conversión a un valor digital es el proceso que permite obtener una imagen digital con estos sensores.

Lectura de los sistemas CCD.
El método de lectura se basa en medir la carga del elemento que está en un

extremo de la última fila, el del extremo izquierdo. Una vez leído un píxel se desplaza la carga de cada uno de los elementos del resto de esta fila a su elemento de la izquierda y se vuelve a leer la carga del elemento del extremo izquierdo. El proceso se repite tantas veces como elementos hay en la fila, con ello se completa la lectura de la carga acumulada en cada uno de los elementos de la última fila. Una vez leída la última fila, se transfiere la carga de los elementos del resto de las filas al elemento contiguo de la fila que tiene debajo, transferencia por columnas.

Sistemas basados en detectores de panel plano.
Estos detectores son más conocidos con el nombre genérico de flat panel (FP) o también flat panel detector (FPD).
El detector cuando recibe un disparo de RX genera una secuencia de datos numéricos que transferirá al ordenador que controla el equipo. El detector obtiene directamente una imagen en formato digital. Pueden ser usados apoyando la estructura radiografiar directamente sobre el panel, lo cual sería parecido a las proyecciones en directo de la radiología analógica o bien en el interior de la mesa, como si de un chasis y un Potter Bucky se tratara. Existen dos sistemas bastante diferentes de equipos de radiología digital de panel plano:
- Detectores de silicio o de detección indirecta.
- Detectores de selenio o de detección directa.

Detectores de silicio o de detección indirecta.
Los paneles de silicio amorfo utilizan como detector una lámina fluorescente de yoduro de cesio, de sales de tierras raras o de otro material equivalente. Este tipo de materiales, ya se empleaban para las pantallas de refuerzo, cuya misión emitir luz al absorber o interaccionar con los Rx. Detrás del detector se coloca una capa de silicio amorfo fotoconductor, cuya misión es transformar la luz producida por la lámina fluorescente en cargas eléctricas mediante un fotodiodo de silicio amorfo. Esta carga eléctrica se almacena en cada píxel, hasta el momento de la lectura al finalizar el disparo de Rx.

Detectores de selenio o de detección directa.
Este tipo de dispositivo emplea un detector formado por una capa de selenio amorfo, material que presenta propiedades muy peculiares cuando interacciona con los Rx. Los fotones de energía de los Rx al interaccionar con el selenio amorfo dan lugar a la aparición de cargas negativas y positivas, es decir, dan lugar a la aparición de electrones. Si se establece un campo de intensidad suficiente, estas cargas se van a almacenar en los condensadores de cada píxel, hasta el momento

de la lectura cuando finaliza el disparo. Una vez los datos llegan al ordenador en forma de bits de información la imagen se procesa de igual manera que en la CR (radiología computerizada).

5 Discusión-Conclusión

Podemos ver que ha evolucionado de forma exponencial la radiología para ofrecer un trabajo más eficiente en el ámbito sanitario. Podemos ver las siguientes ventajas de la radiografía computarizada:

- Permite la digitalización de los sistemas de radiografía convencional sin necesidad de cambiar los equipos de rayos X: se pueden seguir utilizando los mismos generadores, tubos, mesas, estativos, etc., y basta con sustituir los chasis con la clásica combinación placa-pantalla por otros que incorporen en su lugar una lámina de fósforo fotoestimulable. Naturalmente será preciso instalar equipos lectores de CR, pero incluso éstos, son necesarios en un número relativamente reducido dado que cada uno puede dar servicio a varias salas de rayos X.
- Reducción del consumo de películas, y el consiguiente ahorro económico, puesto que la imagen digital obtenida no precisa necesariamente su impresión. Esta ventaja está asociada, más que al sistema de adquisición en sí, al desarrollo de un sistema digital completo, basado en un PACS y una red de distribución potentes.
- Ahorran también dosis al paciente. Los sistemas de CR permiten efectivamente obtener imágenes con dosis menores a las empleadas en los convencionales, pero con frecuencia, a cambio de una calidad discutible.
- La eficiencia, de los fósforos fotoestimulables no es en general mayor que la de los sistemas de placa-pantalla, de alta sensibilidad, utilizados en épocas recientes.
- Se reduce drásticamente la repetición de exploraciones. El amplio rango dinámico de cualquier sistema de radiografía digital, y en particular de la CR, hace prácticamente imposible la sobreexposición o la subexposición en una imagen, lo que evita la necesidad de repeticiones por esas causas. En muchas ocasiones, suele interpretarse esto como una reducción adicional de dosis a los pacientes. Pero debe tomarse el argumento con precaución puesto que, si bien es cierto que el sistema permite evitar repeticiones en un caso individual, también hace posible la toma sistemática de radiografías con valores elevados de dosis.
- La imagen es digital. Se dispone de una imagen con todas las ventajas que supone su carácter digital, esto es, con las posibilidades de procesado, transmisión, archivo local y remoto, visualización, anotación, etc. Como ya hemos mencionado, la tecnología digital supone separar las funciones de adquisición, gestión y visualización de las imágenes, lo que a su vez permite optimizar de

manera independiente y más eficiente el funcionamiento de cada uno de los subsistemas implicados.
- La calidad obtenida es satisfactoria. En realidad, no se ha podido demostrar hasta la fecha que la CR garantice una calidad mayor que la radiografía convencional con película-pantalla. Puede afirmarse, sin embargo, que la CR, con equipos correctamente ajustados, produce una calidad de imagen elevada y, lo que es quizás más importante, estable.

Pero también presenta limitaciones de la radiografía computarizada:
- La obtención de imágenes con la tecnología CR, debido al sistema de lectura del fósforo, tiene limitada la capacidad para registrar con fidelidad estructuras o detalles de dimensiones muy pequeñas. Dicho de otra manera, el tamaño del haz láser determina el tamaño de píxel y limita la resolución espacial máxima que puede obtenerse en la imagen final.
- Aun cuando, en principio, es posible construir láseres más finos, que darían lugar a un menor tamaño de píxel, tal incremento de la resolución implica un mayor número de píxeles para cubrir una superficie determinada, es decir, supone aumentar el tamaño de la imagen. Los sistemas actuales suelen utilizar, para radiología general, resoluciones de entre 5 y 10 píxeles por milímetro lo que, para las dimensiones habituales y con escalas de 4000 niveles de gris, da lugar a un tamaño de imagen del orden de 10 MB, que es ya un archivo considerable.
- Por otra parte, la mejora de la resolución espacial mediante la reducción del tamaño de píxel lleva aparejada la disminución de la señal neta que llega a cada píxel, lo que puede incrementar el ruido y afectar a la resolución de contraste, haciendo necesario llegar a un equilibrio entre unos factores y otros.
- Como cualquier sistema de imagen, los fósforos fotoestimulables tienden a degradarse con el uso y pueden producir artefactos similares a los que se producen en las pantallas de refuerzo. Pero, además, los artefactos pueden proceder también del sistema de lectura, por ejemplo, por desajuste del arrastre mecánico, de una rejilla uniforme.
- También hay que contar con la posibilidad de fallas en la estabilidad del lector (del láser o del fotomultiplicador de lectura) o del sistema de borrado.
- Los Rx salen del tubo atraviesan al paciente dando lugar a fotones de diferente intensidad en función de la atenuación. Cuando estos fotones llegan al Sistema CCD, cada condensador que dispone además de un fotodetector genera una carga de luz proporcional a los fotones que recibe. Cuando los fotones de luz interaccionan con el sensor CCD se liberan electrones que quedan atrapados. La lectura posterior de la carga almacenada en cada elemento y su conversión a un valor digital es el proceso que permite obtener una imagen digital.

Las ventajas de la imagen digital son:
- Los sistemas de panel plano producen una imagen inmediata, sin procesos intermedios de revelado, de lectura ni de ningún otro tipo. Hacen desaparecer los "chasis" y, con ello, permite construir un entorno puramente digital. Reducen los tiempos muertos e incrementan potencialmente el rendimiento de salas y equipos.
- Permiten una reducción de costes directos y de manipulación si conducen a la desaparición más o menos progresiva de la película como soporte de la imagen. Pero, como en el caso de la radiografía computarizada, tal ahorro está más asociado al desarrollo de un sistema de procesamiento, archivo, distribución y visualización digital de las imágenes que al proceso mismo de su adquisición.
- Suponen también una reducción de dosis a los pacientes, en este caso más real que en el de los fósforos fotoestimulables, dado que la eficiencia de los detectores empleados sí puede ser sensiblemente mayor que la de los sistemas convencionales.
- Se reduce drásticamente la repetición de exploraciones. El amplio rango dinámico de cualquier sistema de radiografía digital, y en particular de la CR, hace prácticamente imposible la sobreexposición o la subexposición en una imagen, lo que evita la necesidad de repeticiones por esas causas. En muchas ocasiones, suele interpretarse esto como una reducción adicional de dosis a los pacientes. Pero debe tomarse el argumento con precaución puesto que, si bien es cierto que el sistema permite evitar repeticiones en un caso individual, como ya hemos comentado, también hace posible la toma sistemática de radiografías con valores elevados de dosis.

Como en el caso de la radiografía computarizada, la clave reside en que la imagen obtenida es digital, con todas las ventajas que esto conlleva en cuanto a las posibilidades de procesado, transmisión, archivo local y remoto, visualización, anotación, etc. La separación entre los procesos de adquisición de las imágenes y los de su posterior archivo, transmisión y visualización sigue siendo la base para una optimización más depurada de todos esos procesos. En cuanto a la calidad obtenida, los sistemas de panel plano compiten muy ventajosamente. Es cierto que, en algunos aspectos, por ejemplo, en lo relativo a la resolución espacial, siguen sin alcanzar los altos valores teóricos de la película convencional; pero, aún así, en otros muchos y en el conjunto global, son capaces de producir imágenes de calidad muy apreciable, mucho más estable y con posibilidades muy grandes de adaptación a cada necesidad concreta. En particular, su resolución de contraste es muy superior a la de los sistemas convencionales.

6 Bibliografía

- “Radiología Digital, PACS, Telerradiología y Estrategias en Radiología”. Informática Médica Integral S.L. Parte primera.
- “Radiología Digital, PACS, Telerradiología y Estrategias en Radiología”. Informática Médica Integral S.L. Parte segunda.
- “Radiología Digital, PACS, Telerradiología y Estrategias en Radiología”. Informática Médica Integral S.L. Parte tercera.
- La captura de lo invisible Autora: Dña. Pilar Gallar. (Médico Especialista en Radiología. Hospital General Universitario G. Marañón. Madrid).

Capítulo 1265

B.A.G. (BIOPSIA CON AGUJA GRUESA) GUIADA POR T.A.C.

MARÍA CRISTINA PELÁEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La punción percutánea guiada por imagen consiste en la obtención mediante la introducción, con el apoyo de una técnica de imagen radiológica, de una aguja en el interior de una lesión con el fin de obtener material para su análisis histológico, citológico, microbiológico o analítico.

El objetivo de la técnica, y lo que definirá su éxito final, es la obtención de material suficiente para conseguir diagnosticar la lesión u obtener información suficiente para definir el manejo del paciente o su pronóstico. Dos son las técnicas que se incluyen bajo este nombre:
- Punción con aguja fina(también abreviada como PAF o PAAF). Utiliza agujas de calibres menores a 20G para obtener un aspirado.
- Biopsia con aguja gruesa (BAG). Utiliza agujas de calibres superiores o iguales a 20G para obtener especímenes de tejido.

Una biopsia podría ser necesaria cuando las pruebas por imágenes no pueden confirmar que un nódulo es benigno, o no se puede llegar a un nódulo con una broncoscopia u otros métodos. La biopsia por punción es menos invasiva que la biopsia quirúrgica y podría no requerir de anestesia general.

Indicaciones:
- Determinar si una lesiones benigna o maligna.
- Determinar el estadio de un tumor o una lesión de la que se sospecha malignidad.
- Determinar precisamente el diagnostico histológico de una lesión.

- Obtener material para análisis.
- Obtener material para cultivo microbiológico en pacientes en los que se sospecha una lesión infecciosa.
- Determinar la naturaleza y el grado de afectación ante sospecha de lesiones parenquimatosas difusas.

Contraindicaciones:
Absolutas:
- Falta de visualización del objetivo.
- La información que se puede obtener no va a ser relevante para el tratamiento o elmanejo del paciente.
- La información obtenida por la biopsia puede conseguirse por medios menos agresivos.

Relativas:
- Coagulopatía.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Falta de acceso seguro a la lesión.
- Falta de colaboración por parte del paciente.

La obtención de la muestra es un acto médico invasivo, que conlleva un cierto riesgo y, por tanto, debe ser realizado por un profesional médico con experiencia. La realización como responsable de este tipo de procedimientos requiere que el médico responsable tenga al menos la siguiente capacitación de Médico especialista.

Dicho médico deberá tener conocimientos suficientes sobre:
- Indicaciones y contraindicaciones del procedimiento.
- Valoración del paciente previa y posterior al procedimiento.
- Posibles complicaciones y su manejo.
- Técnica, interpretación y manejo de los medios de imagen que se van a usar para guiar los procedimientos.
- Radioprotección, si se van a usar TC o radioscopia.
- Farmacología de los agentes de contraste, si se van a usar, y manejo de sus posibles complicaciones.
- Técnica del procedimiento y material que se va a usar.
- Anatomía y fisiología del órgano que se va a puncionar y de aquellos que se van a atravesar para su acceso.

Dependiendo del tipo de procedimiento a realizar este personal puede variar. En

procedimientos sencillos y sin riesgo, realizados sobre lesiones superficiales, un técnico en radiodiagnóstico puede ser suficiente para asistir al radiólogo en la realización y proporcionar al paciente los cuidados precisos después del procedimiento.

Al ser los procedimientos realizados con técnicas de imagen, es preciso la presencia del o de los operadores habituales de cada tipo de equipo. Los procedimientos con mayor riesgo de complicaciones, entre los que se incluyen los realizados sobre lesiones situadas en las cavidades torácicas como la que tratamos y abdominal, requieren la presencia de personal con conocimientos suficientes de cuidado del paciente, es decir, con formación de enfermería o similar. Este personal deberá ocuparse de los cuidados previos y posteriores al procedimiento, de monitorizar al paciente durante el procedimiento y de prestar ayuda en caso de complicaciones.

2 Objetivos

- Describir en qué consiste la biopsia con aguja gruesa guiada por tomografía axial computarizada (TAC) y el material necesario para su realización.
- Analizar las consideraciones a tener en cuenta en base a la prueba.
- Definir el procedimiento a llevar a cabo durante la prueba y después de esta.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los equipos utilizados para guiar los procedimientos son: ecógrafo, TC, equipo de RM, equipo de radioscopia y deben ser tecnológicamente adecuados para alcanzar con seguridad y precisión la zona de biopsia y para evitar posibles complicaciones. En procedimientos con riesgo de complicaciones, especialmente en

aquellos en que se penetre en la cavidad torácica como es nuestro caso, se debe contar con:
- Un área apropiada para preparar al paciente y para observación después del procedimiento. Esta área debe contar con personal y equipo apropiado para resolver cualquiera de las posibles complicaciones agudas de la biopsia.
- Acceso inmediato a un equipo de resucitación de emergencia, incluyendo fármacos.
- Medicamentos apropiados para tratar las posibles complicaciones agudas.
- Equipo para tratar un neumotórax, en caso de biopsias en las que se penetre en el espacio pleural.

Se debe contar con el apropiado equipo de biopsia, el cual incluye en nuestro caso:
- Agujas: agujas gruesas de biopsia.
- Fármacos: anestesia local. Fármacos para sedación si ésta es precisa. Fármacos para el manejo de las complicaciones.
- Material de conservación de las muestras: portas y/o líquido de fijación y/o transporte en las técnicas de aguja gruesa.
- Material de protección radiológica: al TC como técnica de guiado, se debe contar con chalecos de protección, gafas, guantes y protectores de cuello que deberán ser llevados por el personal que se encuentre en el campo de dispersión de los rayos X. Asimismo se deberá contar con protectores similares para aquellas partes de los pacientes que no sea imprescindible radiar. Consiste en colocar una aguja en el interior de la lesión u órgano para obtener muestras celulares o de tejido. El guiado de la aguja se realiza monitorizándola de forma continua con la técnica radiológica de la TAC que permite asegurar la posición de la punta de la aguja.
- Biopsia con aguja gruesa: permite obtener cilindros de tejido que son susceptibles de análisis histológico, incluyendo técnicas histoquímicas o inmunohistoquímicas. En esta técnica se usan agujas más gruesas (usualmente 14–18 G). Las agujas pueden ser de manejo manual o automáticas.

Antes del procedimiento:
- Solicitud de la prueba. Se debe contar con una solicitud formal de la prueba por parte de un médico. Esta solicitud debe proporcionar información suficiente sobre el motivo de la exploración y sobre los condicionantes específicos que pueda tener el paciente. El lado del cuerpo a biopsiar debe señalarse claramente, si es pertinente.
- Es conveniente saber si el paciente tiene algún tipo de alergia, especialmente a la

anestesia. También sobre cualquier medicamento que esté tomando, incluyendo suplementos de hierbas y aspirina. Es necesario que no coma ni beba durante las ocho horas previas al procedimiento, y se le recomendará que deje de tomar aspirina o anticoagulantes durante los tres días previos a su procedimiento.

- Coagulación.En procedimientos realizados sobre estructuras que no sean superficiales y, por tanto, en las que no se pueda conseguir una hemostasia rápida mediante la compresión directa se deberán seguir una serie de precauciones: tener en cuenta la analítica. Se deberán obtener unas pruebas de coagulación recientes antes del procedimiento. Pueden ser válidas pruebas de tres meses de antigüedad en la población general. En pacientes con patología que pueda afectar a la coagulación, se debe contar con pruebas obtenidas una semana antes o menos. Los pacientes en tratamiento con dicumarínicos orales deberán completar el cambio a heparina de bajo peso molecular antes de la biopsia. Igualmente, los pacientes con tratamiento antiagregante deberán dejar el tratamiento, si esto es posible, desde cinco días antes del procedimiento. En pacientes con alteración de la coagulación, esta deberá ser corregida, incluso mediante transfusiones, antes del procedimiento.
- Información sobre el paciente. El médico que realiza la prueba debe consultar previamente la historia clínica del paciente y recabar la información relevante y pertinente para la biopsia, incluyendo los antecedentes clínicos que puedan modificar los cuidados que necesita el paciente o el riesgo del procedimiento. Igualmente debe valorar posibles alternativas a la biopsia que puedan ser de aplicación en ese caso. También debe comprobarse la identidad del paciente y que el procedimiento va a realizarse a la persona adecuada.
- Consentimiento informado. El paciente debe ser informado de en qué consiste el procedimiento, el motivo del mismo, los resultados esperados, las posibles alternativas y los riesgos. Se debe obtener su consentimiento escrito para la biopsia. Este consentimiento escrito puede obviarse en procedimientos con muy bajo riesgo, como en las biopsias de lesiones muy superficiales.
- Planificación del procedimiento. El médico que realiza la prueba debe disponer de las pruebas de imagen que le hayan sido realizadas previamente al paciente. Con ellas y con la exploración realizada en el momento de la biopsia deberá planificar antes del procedimiento el trayecto de acceso y la toma de muestras.

El procedimiento debe hacerse siguiendo estrictas medidas de asepsia para la zona de entrada de la aguja y para la propia aguja. No se deben atravesar zonas infectadas para acceder a zonas que no lo están. El número de muestras obtenido debe ser aquel que permita garantizar el resultado con el mínimo riesgo para el

paciente. El médico debe chequear las muestras para confirmar la obtención de especímenes de calidad. En estos procedimientos, está bien contar con la presencia en la sala de un citólogo que confirme la presencia de material suficiente, aunque no imprescindible, resulta útil para garantizar el resultado. El estado y el bienestar del paciente deben ser controlados, especialmente en procedimientos realizados en las cavidades torácica y peritoneal. La comunicación entre los miembros del equipo sanitario debe ser activa durante todo el proceso. En los procedimientos en los que la guía de imagen sea la TC se debe ajustar la técnica del equipo y tomar las medidas necesarias para que la exposición del paciente y del personal sean lo más bajas posibles, de acuerdo con el criterio ALARA.

En dichos procedimientos realizados en la cavidad torácica y peritoneal es conveniente que el paciente permanezca en reposo acostado sobre el punto de punción y sea vigilado directamente durante al menos la primera media hora después del procedimiento, con acceso rápido a técnicas de imagen que permitan descartar cualquier posible complicación aguda. Después, es conveniente que permanezcan en reposo durante al menos 8 horas tras el procedimiento y les sean controladas las constantes al menos cada hora hasta 5 horas después del procedimiento. Hasta entonces, no deben abandonar el centro sanitario. En procedimientos en los que se penetre en el pulmón, se deberá obtener una radiografía de tórax en espiración a los 30-60 minutos después del procedimiento, o antes si hay síntomas de sospecha de neumotórax. Se debe emitir siempre un informe del procedimiento en el que se harán constar:
- Los hallazgos en las técnicas de imagen antes del procedimiento.
- La descripción del procedimiento.
- El resultado.
- Las complicaciones o efectos adversos si los hubiera, y cualquier incidencia o información pertinente.
- En pacientes ingresados se deberá realizar una anotación en la historia clínica que incluya al menos la descripción del procedimiento y las complicaciones o efectos adversos si los hubiera. También se deben incluir las instrucciones post procedimiento.

Resultados. El procedimiento se considera satisfactorio si se logra obtener material que permita un diagnóstico patológico válido, y si ese diagnóstico coincide con el del conjunto de la lesión. Deben controlarse los resultados patológicos de las biopsias y, en caso necesario, proceder a la repetición de las biopsias no diagnósticas. El número de biopsias no diagnósticas debe estar por debajo del 20%,

aunque esta cifra puede variar dependiendo de los casos incluidos.

Complicaciones:
Comunes a todas las biopsias:
- Hemorragia.Se han publicado frecuencias del 5-10%. Su riesgo se incrementa con el grosor de la aguja empleada y la vascularización del órgano biopsiado. Requiere tratamiento específico: embolización percutánea o cirugía en casos más graves.
- Infección. Infrecuente: se estima un riesgo del 1%, excepto en las biopsias transrectales en las que es del 2,5-3%.
- Diseminación tumoral. Excepcional con una buena técnica.

Específicas de nuestro caso:
- Neumotórax. En biopsias de pulmón. Aproximadamente en el 5-10% de los pacientes se produce un neumotórax que requiere la colocación de un tubo pleural.
- Hemoptisis. En el 0,5% de las biopsias de pulmón.
Deben mantenerse por debajo del 2%, excepto en las biopsias pulmonares, en que son aceptables cifras de hasta el 20%.

5 Discusión-Conclusión

La biopsia con aguja gruesa guiada por TAC, es una técnica invasiva muy utilizada en nuestro medio para la obtención de muestras para realizar un diagnóstico precoz en casos de sospecha de patología. Es importante tener en consideración las pruebas pertinentes previas a la prueba para evitar los riesgos que puedan surgir de esta.

6 Bibliografía

- https://www.saludcastillayleon.es
- https://www.radiologyinfo.org
- https://www.seram.es

Capítulo 1266

ACTITUD DEL PERSONAL SANITARIO ANTE PACIENTE SUICIDA.

PAULA IGLESIAS PAJARES

1 Introducción

El suicidio es un problema de la salud pública a nivel mundial ya que se considera que es una de las diez causas principales de muerte siendo el grupo poblacional de los jóvenes el más perjudicado en este aspecto. En los últimos 45 años, la tasa de suicidios ha aumentado un 60% a escala mundial. Las estimaciones realizadas por la OMS indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones.

En España, el suicidio es la principal causa de muerte no natural, y representa más del doble de los muertos por accidente de tráfico y 70 veces más que la violencia de género. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), las muertes por suicidio han alcanzado una cifra récord que se mantiene desde 2011, alrededor de 4000 personas al año. (APSAS). Puede ser consecuencia de una acción impulsiva o bien de una acción con una estrategia ya madurada.

Hay dos tipos de conductas suicidas en este tipo de pacientes, se habla de una tentativa de suicidio o de suicidio consumado, siendo la primera el conocido como parasuicidio, en este caso encontramos sobre todo pacientes jóvenes que buscan atención y dedicación pero no la muerte en sí, a pesar de esto muchas de esas veces el parasuicidio no está bien controlado y estos pacientes acaban terminando con su vida sin desearlo.

Las causas son variadas, existen causas generales (sentimientos o pensamientos negativos, sentimientos de culpa o de carga para otras personas, ser víctima

de rechazos o desplantes, hecho traumático en su vida como muerte de un ser querido, desempleo), también se habla de causas clínicas ya que hay algunas enfermedades en las que está comprobado que por sí solas se relacionan con trastornos en el estado de ánimo (cáncer de mama, de páncreas), sociodemográficos y del estilo de vida, ya que cabe destacar que el ser humano es un ser biopsicosocial y ambas partes acaban yendo de la mano. Las personas que intentan o consiguen acabar con su vida buscan alejarse o evitar una situación que están viviendo y que no son capaces de manejar, puede venir por situaciones de ansiedad muy intensa y prolongada que denominamos estrés, caracterizado por un estado de agotamiento nervioso que hace que la persona no pueda o no sepa manejar las situaciones de la mejor forma.

2 Objetivos

- Analizar la conducta asertiva del personal sanitario ante la conducta suicida.
- Determinar las correctas pautas de actuación ante estas situaciones.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro se ha hecho primeramente una búsqueda de información libre en Google académico para conocer el tema y los datos del mismo en la actualidad poder concretar objetivos y el cuerpo del trabajo. En segundo lugar se han descrito los objetivos y se ha hecho una búsqueda más detallada del tema desde un punto de vista sanitario, para ello se ha recurrido a buscadores científicos como sciELO, Dialnet. También se ha buscado información en páginas de asociaciones oficiales de apoyo hacia este trastorno como APSAS. Finalmente se ha realizado una lectura crítica de todos los artículos que se habían seleccionado previamente y se enfoca hacia lo que se quería transmitir.

4 Resultados

Como personal sanitario cuando nos encontramos con un paciente con riesgo de suicidio tenemos que cumplir dos objetivos específicos básicos.
- Protegerle de su propia conducta autolesiva.
- Tratarlo médicamente y psicológicamente para evitar el daño.

También debemos de otorgar importancia a la promoción de la salud mental, para que sirva además de ayuda a estos pacientes como una medida de prevención pri-

maria. Lo que se pretende con este tipo de promoción es, no solo involucrar al equipo sanitario, sino también a otras personas del ámbito social o familiar que se relacionen con los pacientes para que realicen además de labores asistenciales labores en promoción de valores, sentimientos, desarrollo personal, solidaridad, fraternidad ya que estos aspectos son una forma de combatir el dolor y el sufrimiento y una forma de construir autoestima cualidad que este tipo de pacientes tienen muy deteriorada.

Como resultados a los objetivos planteados anteriormente se han podido definir unas pautas de actuación para todo el personal sanitario cuyos principios son:
- Garantizar la seguridad del paciente en el centro: acondicionando la habitación; retirando los materiales de posibles daños; cerrando ventanas; utilizando contención mecánica y sedación únicamente si la situación lo requiere; otorgándole una habitación para ese paciente si es posible y si no se comunicará la situación a los demás pacientes.
- Realizar una vigilancia exhaustiva.
- Observación psicológica detallada del paciente para conocer si existen factores de riesgo.
- Poner en conocimiento del médico y facultativo cualquier anomalía o novedad.
- Controlar las salidas y entradas de paciente y visitas.
- Mostrar afecto, comprensión, apoyo psicológico y estimular la conversación.
- Implicar a la familia y círculo social sin que sea perjudicial para él.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que podemos obtener tras la revisión bibliográfica es que es importante la asertividad y conocer las pautas que debemos seguir en el ámbito sanitario sobre todo ante este tipo de situaciones y con este tipo de pacientes, así como el afecto y la comprensión ante su problema. Ya que sigue siendo un problema muy común en nuestro país en edades cada vez más tempranas. Cabe destacar también la importancia de la promoción de la salud y de la ayuda familiar y social y no únicamente en los aspectos clínicos.

6 Bibliografía

- C.A Dávila Cervantes, M. Luna Contreras. Revista chilena pediatría vol.90 no.6 Santiago dic. 2019.

- M.Nizama Valladolid. Revista Peruana de Epidemiología. ISSN-e 1609-7211, Vol. 15, Nº. 2, 2011, 5 págs.
- APSAS. http://www.apsas.org/es/datos/
Datos del suicidio en España

Capítulo 1267

ANATOMÍA RADIOLÓGICA DE LOS MIEMBROS SUPERIORES

ISABEL REGO GONZÁLEZ

1 Introducción

En el estudio radiográfico de la extremidad superior, ponemos de manifiesto una serie de estructuras anatómicas, siendo las más significativos las de tipo óseo.

Las estructuras óseas que se observan en los miembros superiores son las siguientes:
- Los huesos que forman la cintura escapular, la escápula, la clavícula y la zona proximal del húmero.
- Los huesos del brazo: el número.
- Los huesos del antebrazo: el cúbito y el radio.
- Los huesos que conforman la muñeca y la mano que son las cadenas de huesecillos del carpo, los metacarpianos y las falanges.

2 Objetivos

- Describir el objetivo de la radiografía en la extremidad superior y las proyecciones más utilizadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se va a llevar a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científi-

fica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también se consultarán artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

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

Capítulo 1268

TAC DE TORAX

MARIA LUISA TOCINO SANCHEZ

1 Introducción

La tomografía axial computerizada (TAC) de tórax está indicado en aquellos casos donde se observa alguna anomalía en la radiografía corriente o bien con el fin de obtener una explicación alguna sintomatología pulmonar no observándose nada en la radiografía.

2 Objetivos

- Describir para qué sirve el TAC de tórax.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos sobre el TAC de tórax publicados en revistas indexadas en las bases de datos de Pubmed y Scielo. Las palabras clave utilizadas han sido: TAC de tórax, pulmones, anomalías.

4 Resultados

El TAC de tórax sirve para:
- Mostrar trastornos de los pulmones como neumonía nueva o antigua, tuberculosis, enfisema, bronquiectasias y enfermedad pulmonar intersticial difusa.

- Aclarar la situación cuando los hallazgos clínicos y la radiografía de tórax corrientes no son concluyentes.
- Observar inflamación otras enfermedades de la pleura.

El tac de tórax es muy útil en aquellos casos donde se quiera delimitar u obtener más información sobre un hallazgo encontrado en un estudio radiológico corriente, este estudio se hace determinante en ciertas patologías, como es el caso del cáncer de pulmón, es muy útil en la valuación de la extensión tanto de tumores pulmonares como todos aquellos que se encuentran en el mediastino. También se emplea para comprobar que un tratamiento aplicado a un tumor está respondiendo correctamente.

Al igual es muy útil en casos en los cuales se detecta la presencia de tejido anormal y se recomienda practicar una biopsia, ya que puede ser de gran ayuda a la hora de guiar una biopsia por aspiración percutánea. Otra exploración que también se puede emplear es el angiotomografía, se realizan aquellos casos en los que se quiere hacer una evaluación de los vasos sanguíneos incluyéndose tanto arterias como venas. En esta prueba se pone una inyección de yodo y se visualizan cortes más delgados y numerosos que los obtenidos mediante el tac.

5 Discusión-Conclusión

El TAC de tórax es un método diagnóstico para detectar patologías frecuentes pulmonares, donde es importante instaurar un tratamiento para la pronta recuperación del paciente.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 1269

ECOGRAFIA INTERVENCIONISTA PAAF DE MAMA

CARMEN NIÑO ANTOMIL

1 Introducción

La ecografía es la técnica radiográfica que utilizan los ultrasonidos para obtener una imagen. El equipo necesario para obtener esa imagen es el ecógrafo. Los equipos empleados en la actualidad son de tiempo real y se utilizan transductores de alta frecuencia.

2 Objetivos

- Describir en qué consiste la mamografía y para qué se utiliza.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos sobre la mamografía publicados en revistas indexadas en las bases de datos de Pubmed y Scielo. Las palabras clave utilizadas han sido: mamografía, mamas, lesiones.

4 Resultados

En el caso de la mamá, la ecografía se utiliza como complemento de la mamografía, como respuesta a dudas surgidas después de realizarla, ya que es muy útil

para diferenciar estructuras sólidas de líquidas. También tras una exploración clínica, en pacientes menores de 35 años a los que no debe realizarse una mamografía, en mujeres embarazadas que necesiten estudio de mama etc. La ecografía intervencionista es muy usada para el diagnóstico y tratamiento en lesiones mamarias, con ella podemos realizar citologías de lesiones como nódulos sólidos y quistes líquidos a la técnica empleada en este estudio se la denomina punción con aguja fina (PAAF). El PAAF es una aspiración con aguja fina, que se utiliza para extraer células de una lesión y analizarlas patológicamente.

Para esta extracción se realiza un barrido sobre la mama afectada localizando la lesión, y luego se introduce una aguja fina en la zona más cercana a la misma con la ayuda del traductor, una vez que la aguja ha llegado a la lesión se procede, con la jeringuilla, a la extracción de la muestra celular, que se deposita en un portal y se manda a laboratorio para su diagnóstico. Si se tratara de líquido se extrae igualmente una muestra del mismo y se deposita en un tubo de muestras para su envío a laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

La mamografía es un método diagnóstico para detectar lesiones benignas o malignas de las mamas, donde es importante instaurar un tratamiento precoz.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 1270

INFECCIONES NOSOCOMIALES

INMACULADA PEREZ MONTIEL

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son aquellas que se han adquirido durante el periodo de hospitalización y pueden aparecer mientras se está hospitalizado o incluso después de haber sido dado de alta.

2 Objetivos

- Conocer qué son las infecciones nosocomiales, cuáles son las situaciones y el entorno en el que se producen, y la importancia de la prevención de estas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos sobre las infecciones nosocomiales publicados en revistas indexadas en bases de datos como Scielo y Cochrane.

4 Resultados

Durante el tiempo que conlleva estar en situación de paciente hospitalizado por diversas causas, es probable que se puedan producir producir situaciones en la que el sistema inmunológico se encuentre más vulnerable y pueda estar expuesto a agentes que en estas condiciones pueden ocasionar enfermedades graves. Son las denominadas infecciones nosocomiales. Estas son adquiridas en el ámbito

hospitalario y pueden desarrollarse mientras se está hospitalizado o incluso después.

Algunos de los factores que pueden predisponer su aparición son:
- Disminución de la flora bacteriana, por el uso de antibióticos.
- Disminución del sistema inmunológico, por neutropenia y uso de inmunosupresores.
- Realización de procedimientos invasores como cirugías, catéter y pruebas diagnósticas.

Los microorganismos que causan estas infecciones, son oportunistas, es decir, que en condiciones normales no producen ningún daño. Además suelen ser multirresistentes a los antibióticos, lo que dificulta el tratamiento. En España el control de la frecuencia con la que se dan estas enfermedades se realiza mediante la recogida de datos del Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España (EPINE). En 2018 hubo un total de 60435 pacientes que contrajeron una infección hospitalaria de este tipo. Las que se registraron con mayor frecuencia fueron las infecciones quirúrgicas, seguidas de las respiratorias, urinarias y bacteriemias asociadas a catéter. Los agentes causales más frecuentes fueron las enterobacterias seguidas de los cocos gramos positivos (Staphilococcus aureus). Es cuestión de formación continuada para todo el personal sanitario en contacto con los pacientes susceptibles de padecer estas enfermedades, y de respetar y llevar a cabo de manera multidisciplinar medidas higiénicas generales y específicas que en cada caso se deban aplicar.

5 Discusión-Conclusión

Los programas de seguridad en los hospitales de en ser claros y respetados por todo el personal para conseguir reducir al máximo estos daños colaterales al paciente, ya que la prevención es la mejor forma de combatir estas infecciones.

6 Bibliografía

- https://www.google.es/amp/s/www.tuasaude.com/es/infecciones-nosocomiales/amp/
- https://www.epine.es/docs/public/reports/esp/2018%20EPINE%20Informe%20España.pdf

- http://medintensiva.org/es-prevencion-infecciones-nosocomiales-estrategias-mejorar-articulo-S0210569108709471

Capítulo 1271

ABORTOS DE REPETICIÓN RELACIONADOS CON EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y SU DIAGNÓSTICO EN EL LABORATORIO CLÍNICO

LETICIA VANESSA COELLO MENDEZ

MÓNICA GARCÍA RODRÍGUEZ

NATALIA VENTOSELA NOVOA

1 Introducción

El síndrome antifosfolípidico (SAF) o síndrome de Hughes es una enfermedad autoinmune multisistémica de etiología desconocida que se asociada a la presencia persistente de títulos elevados de anticuerpos antifosfolipídicos (AAF). El SAF se caracteriza por un estado de hipercoagulabilidad que puede provocar trombosis arterial y venosa. Particularmente, en mujeres embarazadas, el tema que nos ocupa, da lugar a complicaciones obstétricas como la pérdida gestacional, la muerte fetal, la preclampsia grave precoz, la restricción del crecimiento intrauterino, el desprendimiento precoz de placenta y los partos prematuros .

Existen tres tipos de SAF:
- Primario: no asociado a otras enfermedades autoinmunes.

- Secundario: si se asocia a otras enfermedades autoinmunes, más frecuentemente con el lupus eritematoso sistémico (LES).
- Catastrófico: se produce fallo multiorgánico simultáneo con oclusión de pequeños vasos.

Los AAF son un tipo de autoanticuerpos que se dirigen contra fosfolípidos, que son los principales constituyentes de las membranas celulares. Se han descrito anticuerpos AFF dirigidos directamente contra estos fosfolípidos o contra las proteínas asociadas a ellos. La demostración de la existencia de estos anticuerpos es obligatoria para el diagnóstico del SAF. Entre estos anticuerpos se encuentran:
- Anticuerpos anticardiolipinas (ACL), que atacan componentes de la membrana de las mitocondrias, la cardiolipina.
- Anticoagulante lúpico (AL): grupo heterogéneo de anticuerpos dirigidos contra complejos fosfolípido-proteína. Estos han demostrado una alteración en la cascada de coagulación en ensayos in vitro dependientes de fosfolípidos. Entre los anticoagulantes lúpicos destacan los anticuerpos anti apolipoproteína H (Anti-ApoH), también llamados anti-β2 glicoproteína I (anti-β2-GPI). Estos anticuerpos se unen específicamente a la ApoH, que a su vez inhibe a la proteína C, una glucoproteína clave en la vía común de coagulación.

2 Objetivos

- Conocer como se realizaría la determinación de los AAF, concretamente haremos mención al procedimiento de actuación desde el punto de vista del laboratorio del Hospital Comarcal de Laredo.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diversos artículos publicados en Scielo, el Hospital Universitario Clínico de Barcelona, entre otros. Así como la página oficial de la Sociedad Española de Reumatología. También nos basamos en los protocolos de actuación y en nuestra propia experiencia diaria como técnicos de laboratorio en el Hospital Comarcal de Laredo.

4 Resultados

A pesar de la importancia de su diagnóstico, debido a los altos costes que implicaría su análisis, sólo se justificará el estudio de SAF en gestantes cuando se

cumplan alguna de las siguientes circunstancias:
- Dos o más abortos en el primer trimestre.
- Muerte fetal sin explicación aparente durante el segundo o tercer trimestre.
- Trombosis arterial o venosa, accidente vascular encefálico (AVE), accidente isquémico transitorio (TIA), o amaurosis fugax (pérdida temporal de la visión en un ojo debido a la ausencia de circulación de sangre en la retina).
- Lupus eritematoso sistémico (LES) u otra enfermedad del tejido conectivo.
- Preeclampsia con inicio anterior a las 28 semanas de gestación.
- Restricción del crecimiento intrauterino severo (RCIU): percentil de crecimiento inferior a 5.
- Resultados positivo falso en la determinación de sífilis mediante VDRL: prueba serológica no treponémica para la determinación de la sífilis con resultado positivo falso. Los anticuerpos antifosfolípidos se unen inespecíficamete a los lípidos presentes en el ensayo.
- Tiempo de tromboplastina parcial activado prolongado: valores superiores a 40 segundos.
- Trombocitopenia autoinmune: hallazgo de número de plaquetas inferior a la normalidad, debido a la presencia de anticuerpos contra sus propias plaquetas destruyéndolas.

En el Servicio Cántabro de Salud, basándose en los criterios anteriores, el clínico podrá realizar la petición del estudio de tres maneras diferentes mediante volante, según el aspecto que le interese conocer. Al laboratorio, concretamente del Hospital Comarcal de Laredo, nos ha de llegar en mano el volante de petición junto con las muestras debidamente identificadas. En dicho volante, estructurado según diferentes departamentos (bioquímica, hematología, inmuno, etc.), el clínico nos podrá solicitar:
- Estudio inmunológico de los anticuerpos antifosfolípidos en el que se nos enviará una muestra de suero con gel separador.
- Estudio de coagulación de anticoagulante lúpico, en el que nos han de remitir 3 muestras de plasma citratado en proporción 1:9.
- Estudio de hipercoagulabilidad, el cual incluye el perfil inmunológico de anticuerpos antifosfolípidos (anticardiolipina y B2 glicoproteína) y perfil de coagulación que incluye, entre otras, pruebas de mezclas y la determinación del anticoagulante lúpico, en el cual precisamos una muestra de suero, una de plasma con EDTA K3 y cinco tubos de plasma citratados.

Dado que la mayoría de las pruebas incluidas en el síndrome antifosfolípido no se encuentran dentro de la cartera de servicios del Laboratorio del Hospital Co-

marcal de Laredo, las muestras serán enviadas al laboratorio del Hospital Universitario del Hospital Marqués de Valdecilla. El envío de las muestras se realizará en el mismo día de la extracción en refrigeración entre 4-8ºC y el tubo de suero centrifugado 10 minutos a 3500rpm . En caso que el envío se demore al día siguiente, los tubos de coagulación han de separarse el plasma tras centrifugación a 3700rpm 20 minutos y congelar a -20ºC hasta el día del envío. En este caso, previa a la centrifugación, realizaremos en el laboratorio de Laredo la determinación del número de plaquetas en citrato para descartar que la causa de la trombopenia sea debida a la agregación plaquetaria que el ETA K3 produce en muestras de algunos pacientes (con la sangre entera y homogeneizada) y el APTT en el plasma centrifugado, como norma general 15 minutos a 3500rpm.

Una vez llegadas las muestras al laboratorio del Hospital de Valdecilla, se procederá a su análisis, preferentemente en el mismo día de su recepción. Si esto no fuese posible, se procederá a su conservación de forma análoga a como se describió anteriormente en el laboratorio de Laredo.

En el análisis de laboratorio se trata de averiguar la presencia o no, asi como su titulación en caso positivo, de los principales anticuerpos antifosfolipídicos (AFF) anteriormente citados. Para entender este análisis de laboratorio, se hace necesario aclarar que el término AFF agrupa a una familia de autoanticuerpos de especificidad amplia, descubiertos, bien por la prolongación in vitro de los tiempos de coagulación dependientes de los fosfolípidos o bien por pruebas inmunológicas. De esta manera, podemos clasificar los análisis de laboratorio en métodos inmunológicos o coagulométricos.

Detección de anticuerpos AFF por métodos inmunológicos:
En las pruebas inmunológicas, primero se estudian los anticuerpos ACL, que se fijan a la cardiolipina, fosfolípido constitutivo de la membrana interna de las mitocondrias. Estos anticuerpos se analizan a través del método ELISA, ensayo que consiste en la detección de los anticuerpos IgG o IgM del suero diluido del paciente a través de su unión a cardiolipinas fijadas en una placa en presencia de suero bovino. Esta técnica puede detectar tanto a aquellos anticuerpos capaces de fijar directamente a la cardiolipina, como a aquellos que reconocen a la β2-GP1 bovina unida a la cardiolipina. Los resultados positivos se expresan como:
- Débil (+) > 16 GPL (IgG) o > 18 MPL (IgM).
- Moderado (++) > 30 GPL (IgG) o MPL (IgM).
- Muy intenso (+++) > 45 GPL (IgG) o MPL (IgM).

Los anticuerpos anti-β2-GP1 también se determinan por técnicas de ELISA, pero

a diferencia del anterior, los resultados se expresan de manera semicuantitativa. Se expresan como: títulos débilmente positivos, positivo moderado o fuertemente positivo. Se considera positiva para SAF la presencia de títulos moderados y altos por un período prolongado de más de 12 semanas.

Detección de anticoagulante lúpico por métodos coagulometros:
El AL se determina mediante técnicas coagulométricas según recomendaciones del subcomité de la sociedad internacional de trombosis y hemostasia. A partir de plasma muy pobre en plaquetas, primeramente se realizarán unos ensayos a modo de screening para comprobar si hay alargamiento en los tiempos de coagulación, como son el tiempo parcial de tromboplastina activada (TTPa), el test de inhibición de la tromboplastina tisular diluida (TTI) o el test de veneno de víbora de Rusell diluido (dRVVT).

- Tiempo parcial de tromboplastina activada (TTPa): en el caso de la detección del AL, se realiza a través de la prueba comercial PTT-LA, que mide el tiempo de recalcificación plasmática en presencia de cefalina y activador. La presencia de anticuerpos AL se traduce en un alargamiento de este tiempo de coagulación, con tiempos superiores a 40 segundos. Si presenta tiempos de coagulación alargados, se procede a realizar prueba de mezclas del plasma del paciente con plasma de un paciente normal en proporción 1:1. Si el paciente contiene AL o algún otro inhibidor de la coagulación (como heparina), la prueba seguirá prolongada. En caso de que el tiempo se normalizara, el alargamiento se debería a la deficiencia de algún factor de coagulación que será aportado por el plasma del sujeto normal. Para ello es importante realizar dichos ensayos antes de iniciar el tratamiento anticoagulante.
- Test de inhibición de la tromboplastina tisular diluida (TTI): el tiempo de protrombina es normal ante la presencia de inhibidores debido a la alta concentración de fosfolípidos del reactivo. Por esta razón, para poder evidenciar la presencia de estos inhibidores se hace necesario la dilución de los reactivos para reducir la concentración de los mismos. Si la muestra presenta AL, estos actúan sobre la tromboplastina aumentando el tiempo necesario para formar el coágulo de fibrina. Se considera positivo cuando la relación entre el tiempo en segundos del paciente y el tiempo del control normal es mayor o igual a 1,3.
- Tiempo de veneno de víbora Russell diluido (dRVVT): esta prueba de diagnóstico in vitro se basa en la capacidad del veneno de víbora de Russell para inducir trombosis. El veneno, activador del factor X, en presencia de calcio desencadena la coagulación y elimina la interacción de los factores implicados en etapas anteriores, con lo que no se ve afectada por anomalías en la fase de contacto ni a las relacionadas con los factores VIII y IX, ya sea por su déficit o inhibidores

dirigidos hacia los mismos. La prueba inicial se realiza en presencia de bajas concentraciones de fosfolípidos lo que, en presencia de AL, alarga el tiempo de coagulación. Ante resultados alargados en los ensayos anteriores se procederá a pruebas confirmatorias:

- Tiempo de veneno de víbora Russell diluido (dRVVT) confirmatorio: un resultado anormal para el ensayo dRVVT inicial debe ser seguido por un dRVVT confirmatorio. En el ensayo confirmatorio, a diferencia del anterior, se adiciona un exceso de fosfolípidos que neutralizan los AL presentes en el plasma a analizar. Los tiempos de coagulación en el ensayo inicial dRVVT y el confirmatorio, están normalizados y son utilizados para determinar un cociente entre los tiempos sin exceso de fosfolípido y con exceso de fosfolípido. Como norma general, un cociente mayor que 1,2 se considera un resultado positivo e implica que el paciente puede presentar anticuerpos AFF.
- Prueba de neutralización con plaquetas (PNP): los AL están dirigidos hacia los fosfolípidos contenidos en la membrana de las plaquetas. Estos inhibidores prolongan el TTPa del paciente pero también puede haber falsos positivos si hay heparina en la muestra del paciente. En esta prueba, al realizar un lisado plaquetario los fosfolípidos de membrana se neutralizan los anticuerpos antifosfolipídicos, produciendo acortamiento de los tiempos de coagulación. Ante un TTPa alargado y un acortamiento del tiempo en 3 segundos se considera el resultado como positivo.

Estas pruebas deben ser llevadas a cabo un mínimo de dos veces con al menos 12 semanas de mediación entre una y otra, demostrando una positividad persistente en ambas ocasiones para permitir el diagnóstico de síndrome antifosfolípido.

5 Discusión-Conclusión

Aunque se trata de una enfermedad poco frecuente (0,5-1% de la población en el caso de SAF primario), dada las devastadoras consecuencias que pueden acarrear tanto a las mujeres embarazadas como al feto se hace necesario su estudio. Precisamente es en mujeres donde presenta mayor incidencia en proporción 3:1 respecto a los varones, siendo la proporción 7:1 si la paciente presenta previamente LES. El retraso cada día más de la edad de maternidad parece ser uno de los factores determinantes para el aumento del número de casos, ya que, aunque puede aparecer a cualquier edad, su incidencia y morbimortalidad aumenta con la misma.

De todo lo anterior se desprende la importancia del laboratorio clínico, siendo

imprescindible el análisis de las muestras para el diagnóstico de SAF. A modo de resumen, podemos concluir el resultado positivo de la enfermedad basándonos en los siguientes resultados:

- Hallazgo de anticoagulante lúpico en plasma, al menos en dos muestras diferentes con un tiempo mínimo de 12 semanas entre la toma de las mismas, determinado según las guías de la International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH).
- Presencia de anticuerpos anticardiolipina IgG y/o IgM en suero o plasma, determinados mediante ELISA, en títulos mayores de 40 GPL o MPL ó del percentil 99, al menos en dos muestras diferentes con un tiempo mínimo de 12 semanas entre la toma de las mismas.
- Presencia de anticuerpos anti-β2 glicoproteína-I IgG y/o IgM en suero o plasma, determinados mediante ELISA, en títulos superiores al percentil 99, al menos en dos muestras diferentes con un tiempo mínimo de 12 semanas entre la toma de las mismas.

La existencia de anticoagulante lúpico o la triple positividad (asociación de AL con niveles medio/alto de aCL y aβ2GP1), se relacionan con peores pronósticos obstétricos. A partir de estos resultados, el clínico podrá valorar los riesgos que la existencia de la enfermedad pueda conllevar tanto a la mujer gestante como al feto, pudiendo iniciar el tratamiento adecuado para cada paciente.

Generalmente el SAF se trata prescribiendo aspirina para inhibir la activación plaquetaria o warfarina como anticoagulante, intentando mantener el INR del paciente entre 2,0 y 3,0. En mujeres embarazadas el tratamiento de elección será la heparina de bajo peso molecular y la aspirina en bajas dosis en lugar de warfarina, debido a que esta es capaz de atravesar la placenta y presenta actividad teratogénica. Así mismo, a las mujeres en búsqueda de embarazo que hayan tenido abortos espontáneos previamente, en cuanto desaparece su ciclo menstrual se les aconseja el comienzo de la toma de aspirina y el tratamiento con heparina de bajo peso molecular.

6 Bibliografía

- https://www.reumatologiaclinica.org/
- https://www.gfmer.ch/Guidelines/Esterilidad_aborto_espontaneo_embarazo_ectopico_es/Aborto-espontaneo-recurrente-sindrome-antifosfolipido.htm
- https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14-antifosfolipido.pdf
- https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v67n3/art05.pdf

- https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/saf%20y%20embarazo.pdf
- https://www.cochrane.org/es/CD002859/prevencion-del-aborto-espontaneo-recurrente-en-mujeres-con-anticuerpos-antifosfolipidos
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892015000400002
- https://es.wikipedia.org/wiki/Anticuerpos_anticardiolipinas
- https://www.fisterra.com/guias-clinicas/sindrome-antifosfolipidico/
- https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Anticoagulante-lupico.pdf

Capítulo 1272

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARCOS SANCHEZ CASERO

1 Introducción

Podemos definir la radiación como la transferencia de energía a través del espacio o la materia en forma de onda electromagnética o partícula subatómica. Los trabajadores pueden estar sometidos a diversas exposiciones:
- Exposición externa, provocadas por fuentes de radiación externa al individuo.
- Exposición interna, existe cuando el radionúclido se incorpora al organismo por ingestión. Inhalación o contacto.

2 Objetivos

- Describir las medidas a llevar a cabo en la protección radiológica.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se realiza una búsqueda sistemática de artículos científicos en el buscador científico Pubmed, utilizando palabras clave como género, salud, prevención. Y se realiza una búsqueda en bibliografía especializada.

4 Resultados

Riesgos en la aplicación de radioterapia.
- Sobre los pacientes. Todos los pacientes son tratados de acuerdo con los protocolos y los operadores deben revisar el plan de tratamiento y las instrucciones sobre cada paciente
- Sobre los visitantes. La sala de tratamiento de la unidad 60Co se encuentra en zona prohibida para visitantes. A ningún visitante se le permite estar en la sala de tratamiento.
- Sobre los trabajadores. A ningún profesional se le permitirá estar en la sala de tratamiento durante el mismo.

Para reducir los riesgos hay que: prevenir los efectos no estocásticos, limitar la probabilidad de efectos estocásticos y asegurar la justificada aplicación de las radiaciones ionizantes y su beneficio neto.

Se establecen como principios de protección radiológica:
- Justificación de la práctica. No se realizará ninguna práctica con radiaciones ionizantes que no produzca un beneficio neto.
- Optimización de la actividad. Toda exposición se debe mantener tan baja como sea razonablemente posible.
- Limitación de dosis. La dosis equivalente de los individuos no debe superar los límites establecidos.

Las claves para reducir la exposición a radiaciones ionizantes son las siguientes:
- Reducir el tiempo de trabajo cerca de la fuente de radiación.
- Aumentar la distancia de trabajo desde la fuente de radiación.
- Utilizar blindaje adicional cuando sea necesario.
- Emplear la técnica más adecuada para que la dosis por exploración sea lo más baja posible compatible con el resultado diagnóstico.

Con este protocolo se conseguirá:
- Prevenir y limitar la posible patología producida por las radiaciones ionizantes.
- La detección precoz de determinados síntomas y signos, la identificación de factores de riesgo concomitantes y el despistaje y diagnóstico precoz de determinadas alteraciones.
- Facilita una adecuada y temprana intervención de forma que se prevenga la aparición de ciertas patologías. También evita que se pueda agravar una patología previamente existente.

Este protocolo se aplicará a todas las prácticas que impliquen un riesgo derivado de las radiaciones ionizantes, que procedan de una fuente artificial, o bien, de una fuente natural de radiación cuando los radionucleidos naturales son o han sido procesados. Entre las actividades que deben ser sometidas a dicha revisión se incluyen las siguientes: actividades laborales en que los trabajadores estén expuestos a la inhalación de descendientes de radón o a la radiación gamma o a cualquier otra exposición en lugares de trabajo tales como establecimientos termales, cuevas, minas, lugares de trabajo subterráneos o no subterráneos en áreas identificadas; actividades laborales que impliquen el almacenamiento o la manipulación de materiales que habitualmente no se consideran radiactivos pero que contengan radionucleidos naturales que provoquen un incremento significativo de la exposición de los trabajadores; actividades laborales que generen residuos que habitualmente no se consideran radiactivos pero que contengan radionucleidos naturales que provoquen un incremento significativo en la exposición de los trabajadores; actividades laborales que impliquen exposición a la radiación cósmica durante la operación de aeronaves.

5 Discusión-Conclusión

El principal objetivo es que la exposición a radiaciones ionizantes se mantenga tan baja como sea razonablemente posible para todos los profesionales, pacientes y miembros del público en el hospital. Se deben de seguir las siguientes normas:
- Reducir el tiempo de trabajo cerca de la radiación.
- Aumentar la distancia de trabajo desde la fuente de radiación.
- Utilizar blindaje adicional cuando sea necesario.
- Emplear la menor actividad y dosis posible, compatible con la calidad de los resultados a obtener

Es importante tener en cuenta estas medidas para reducir la exposición a radiaciones ionizantes, debería haber un protocolo establecido en todos los hospitales por la gravedad de estos a lo largo del tiempo.

6 Bibliografía

- Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº 112, 29/4/1986.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269, 10/11/1995.Se observará a los pacientes a través del

circuito cerrado de TV. e intercomunicador.

- CE. Colección protección radiológica nº 100. 1999. Guía para la protección del feto y de los niños pequeños irradiados debido a la exposición médica de sus progenitores.
- CE. Colección protección radiológica nº 109. 1999. Guía sobre los niveles de referencia para diagnóstico (NRD) en las exposiciones médicas.
- CE. Colección protección radiológica nº 118. 2000. Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de radiodiagnóstico por imagen.
- CE. Colección protección radiológica nº 91. 1997. Criterios para la aceptabilidad de instalaciones radiológicas (incluyendo radioterapia) y de medicina nuclear.
- Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de radiodiagnóstico por imagen.

Capítulo 1273

ESTUDIO DE LA FRACTURA DE COLLES: DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

MARIA OCHOA VARELA

MARIO TORO LORENZO

1 Introducción

La articulación de la muñeca, que constituye la parte móvil entre el antebrazo y la mano, está formada por las porciones distales de radio y cúbito, los huesos del carpo y entre éstas, los medios de unión (cápsula y ligamentos). Desde el punto de vista funcional podemos nombrar tres grandes articulaciones: radiocarpiana, mediocarpiana y radiocubital distal. Como en otras articulaciones del cuerpo humano, como por ejemplo la articulación de la cadera (coxofemoral) o la articulación del hombro (escapulo-humeral), pueden producirse fracturas en algunos de los huesos que las forman. Aquí vamos a hablar de la fractura más común en la articulación de la muñeca: la fractura de Colles.

El término fractura de Colles, el cuál lleva este nombre por su descubridor en 1814 (antes de la llegada de los Rx), (1773-1843), es típicamente usado para describir una fractura del extremo distal del radio, en su unión córtico-médular. Sin embargo, en la actualidad tiende a utilizarse para referirse a cualquier fractura de radio distal, con desplazamiento dorsal de los fragmentos de la fractura. La clásica fractura de Colles tiene como características lo siguiente: es una fractura del radio, y tiene desplazamiento y angulación dorsal, pudiendo también desplazarse en lateral (radial), proximal (impactación) y en rotación (supinación).

La causa más común por la que se produce este tipo de fractura es por una caída hacia delante sobre una superficie dura extendiendo las manos como mecanismo de defensa para amortiguar el golpe, lo que hace que todo el peso del cuerpo caiga sobre ellas. Se denomina mecanismo de bisagra. Una cortical metafisaria falla debido a la tensión y la cortical opuesta tiene un cierto grado de conminución. Este tipo de fractura es común en personas con osteoporosis o de avanzada edad. Se reconoce por la deformación que se observa en la muñeca, conocida como deformidad en horquilla o en tenedor, debido a que el hueso roto se desplaza hacia la zona posterior de la muñeca y quedando una especie de escalón que se observa a simple vista. Los pacientes que la padecen presentan dolor intenso e inflamación en la zona de la fractura, incapacidad para mover la muñeca incluso hematoma.

2 Objetivos

- Describir el diagnóstico de la fractura de Colles y tu tratamiento.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de información en diferentes fuentes documentales de internet y bases de datos como Medline o Pubmed, Wikipedia o Google académico usando como palabras clave “fractura muñeca”, ”colles”, “fractura radio”, además de la experiencia laboral en el servicio de radiodiágnostico del Hospital Universitario Central de Asturias.

4 Resultados

El/la paciente que presenta una posible fractura de Colles deberá acudir al servicio de urgencias para proceder a su valoración, diagnostico y tratamiento. El facultativo tras un examen físico y visual solicitará una radiografía de muñeca en dos proyecciones, anteroposterior y lateral, para confirmar la presencia de la fractura y valorar su grado. El diagnóstico de la fractura de Colles puede sospecharse por el antecedente de caída en la posición de antebrazo y muñeca en extensión y por la deformidad de la muñeca. Con la radiografía se obtiene un diagnóstico definitivo. Los hallazgos en la radiografía más típicos son: inclinación del fragmento del hueso fracturado hacia la parte posterior y radial de la muñeca, radio

acortado debido al desplazamiento. Además puede asociarse a una fractura de la apófisis estiloide del cubito.

Una vez que el facultativo ha realizado la valoración y tiene el resultado de las radiografías procede a dar el diagnóstico y exponer el tratamiento adecuado. Dependiendo del resultado de la radiografía se pondrá un tratamiento u otro. Si la fractura no tiene desplazamiento solo se necesitar colocar un yeso, sin manipular la fractura. Si está desplazada, se aplicará anestesia local, generalmente en la zona donde esta la deformidad, y se reducirá-manipulará la fractura con un movimiento suave y mantenido en la dirección opuesta para su colocación. Se colocará un yeso para inmovilizarlo y se realizará un control radiográfico para asegurarse de que la reducción es correcta.

Si la fractura tiene gran desplazamiento también será necesario reducirla ya que los nervios y los vasos que riegan la mano pueden verse comprometidos y producir una inervación o vascularización. Dependiendo del desplazamiento que se presente el paciente podrá ser trasladado a quirófano (en el caso de que coloquen yeso la intervención puede demorarse). En el quirófano para corregir la fractura y facilitar su unión se realizará una de estas técnicas quirúrgicas: colocación estratégica de agujas para una buena sujeción, placa con tornillos o el menos utilizado en la actualidad, fijador externo (una especie de esqueleto que es fijado al hueso y mantiene la fractura unida desde el exterior).

Este tipo de fracturas, en ocasiones, presenta complicaciones. En algunos casos no ocasionan dificultad en el día a día, pero en otros casos es difícil realizar trabajos cotidianos. Algunas complicaciones, dependiendo del tipo de fijación que se haya utilizado, son las siguientes: desplazamiento secundario de fracturas inestables, mala consolidación con rigidez y dolor, seudortrosis y retardo de consolidación, síndrome doloroso regional complejo, síndrome compresivo del nervio mediano y lesiones tendinosas.

5 Discusión-Conclusión

La fractura de Colles, con la fractura de cabeza humeral o de cadera, es una de las fracturas más típicas de la extremidad superior en pacientes de avanzada edad. Es una fractura dolorosa que puede presentar varios grados si se produce desplazamiento del hueso fracturado. Un buen diagnóstico y un tratamiento adecuado son cruciales para evitar complicaciones en el periodo de consolidación. Más, en algunos casos (entre el 20% y el 50%), hay complicaciones que pueden desfavorecer

al paciente a no llevar una vida normal.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/Fractura_de_Colles
- https://www.medicinatv.com/enfermedades/fracturadecolles/
- https://mirandatrauma.com/fractura-de-colles/
- Barreiro, G. C., Bilbao, B. M., Bestilleiro, A. P., & García, J. D. (2010). Fracturas de la unidad radiocubital distal. Revista Iberoamericana de Cirugía de la Mano, 38(02), 136-156.

Capítulo 1274

HISTEROSALPINGOGRAFIA POR TAC EN EL ESTUDIO DE INFERTILIDAD FEMENINA

MARIA OCHOA VARELA

MARIO TORO LORENZO

1 Introducción

Infertilidad es un término que se utiliza cuando una pareja sexualmente activa que no utiliza anticonceptivos no ha podido quedarse embarazada tras haberlo intentado como mínimo un año. También se conoce como infertilidad cuando una mujer ha tenido varios abortos espontáneos. La infertilidad femenina puede ser causada por problemas físicos, hormonales, por un mal estilo de vida o factores ambientales.
Aproximadamente un 25 por ciento de las mujeres con infertilidad ovulan poco o nunca. Suelen tener periodos irregulares o la ausencia de ellos. La ovulación se puede ver alterada debido a cambios en la forma en que la glándula pituitaria libera la hormona luteinizante (HL) y la hormona folículo-estimulante (HFS), que envían una señal al óvulo para que se desarrolle y el ovario lo libere.

Existen además varios problemas que interfieren con la liberación normal de la HL y HFS: lesiones en el hipotálamo, tumores en la pituitaria, peso demasiado bajo o alto, exceso de ejercicio físico o estrés extremo. Por lo que la mayoría de los casos de infertilidad femenina son causados por problemas de ovulación. Un problema es la insuficiencia ovárica primaria, cuando los ovarios dejan de funcionar antes de la llegada de la menopausia natural. Otro problema es el síndrome

de ovario poliquístico, que se produce cuando los ovarios no liberan óvulos regularmente o no son sanos.

Asimismo la capacidad de quedarse embarazada también puede verse afectada por la edad, ya que el número y la calidad de los óvulos disminuye gradualmente a partir de los 35 años. Y añadiremos también otros causas: trompas de Falopio bloqueadas o dañadas, tejido cicatrizal en el revestimiento uterino, pólipos o fibromas en el útero, endometriosis, enfermedades de trasmisión sexual, tomar bebidas alcohólicas o el consumo de drogas, uso de antidepresivos, tranquilizantes, antagonistas del calcio, estupefacientes y medicamentos anti cancerígenos o afecciones médicas crónicas. Un tercio de los problemas de infertilidad son causa de la mujer; otro tercio es causado por el hombre; y el ultimo tercio…se desconocen las causas. Afortunadamente, dos tercios de las parejas tratadas por infertilidad terminan pudiendo tener hijos. Existen exámenes diagnósticos que ayudan a determinar si hay un problema de infertilidad. Aquí hablaremos de uno en concreto: la Histerosalpingografía por Tomografía Axial Computerizada.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento de la histerosalpingografía.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de información en varias webs documentales, base de datos como Medline, Scielo, Google Académico utilizando como palabras clave “infertilidad femenina”, “histerosalpingografía”, “diagnóstico infertilidad”. Además de la experiencia personal en la realización de esta prueba diagnóstica.

4 Resultados

El objetivo principal de la realización de esta prueba es ver si existen obstrucciones en las trompas de Falopio u otro problema en el útero y las trompas. También se puede hacer después de una ligadura de trompas para confirmar que estas estén completamente bloqueadas. Si el estudio transcurre con normalidad y las trompas son totalmente permeables puede que el problema de infertilidad venga de otro sitio y no de la propia paciente. en caso contrario los resultados anormales pueden deberse a trastornos del desarrollo de estructuras del útero o de

las trompas de Falopio, presencia de tejido cicatricial, obstrucción de las trompas de Falopio, presencia de cuerpos extraños, o tumores/pólipos en el útero.

Para la realización de la prueba se aportará un test negativo de embarazo. El facultativo recetará antibióticos para tomar antes y después del examen para prevenir infecciones. También medicamentos para que la paciente los tome el día del procedimiento y lo ayuden a estar mas relajada durante el procedimiento. Es importante avisar al facultativo si tiene alergia al contraste o si ha tenido alguna reacción alérgica con anterioridad. La paciente no necesitara hacer ayuno ni dieta especifica para su realización.

El momento mas adecuado para realizar el examen es durante la primera mitad del ciclo menstrual lo que permite al realizador ver la cavidad uterina y las trompas con más claridad. Ademas reduce el riesgo de infección, y garantiza la ausencia de embarazo. Una vez en la sala de exploración la paciente se colocará en decúbito supino sobre la camilla del tomógrafo con los pies hacia el gantry. Las rodillas flexionadas con los pies apoyados en los extremos de la camilla. El facultativo limpiara el cuello uterino, e introducirá una sonda (catéter) delgada a través de este. Una vez colocada la sonda en el lugar correcto se "fijara" hinchando el globo que ésta lleva incorporado en su extremo y se introducirá el medio de contraste yodado no iónico, con un volumen aproximado de 10 cm3 en la cavidad uterina, inyectándose de forma lenta pero continua hasta lograr su repleción y la visualización de las trompas de Falopio. El técnico realizara un barrido desde la parte superior de la cavidad pélvica hasta la sínfisis púbica. Durante la inyección de contraste la paciente puede sentir molestias o dolor leve si éste sale de la sonda o si esta se mueve de sitio.

El radiólogo hará una valoración visualizando las imágenes, pudiendo hacer reconstrucciones en 3D y realizará un informe que el especialista utilizará para proponer un tratamiento adecuado, si lo hay. Aunque sea una prueba poco invasiva, siempre existen una serie de inconvenientes y riesgos: la dosis efectiva de radiación puede variar de un paciente a otro, la exposición a la radiación siempre se asocia con una leve probabilidad de sufrir cáncer, aunque se trata de un riesgo mínimo, puede tener consecuencias graves en caso de padecer una enfermedad inflamatoria crónica, infección pélvica o enfermedad de transmisión sexual en el momento de la prueba, alergia al contraste, dolor o molestias abdominales tras la prueba, sangrado o incluso infección.

5 Discusión-Conclusión

La histerosalpingografía es uno de los métodos de diagnóstico principales y más fiable para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de infertilidad y a su vez para la visualización interna de la cavidad uterina. Cada vez son más las mujeres que se someten a esta prueba diagnostica por infertilidad. Es una prueba poco invasiva, que aporta mucha información. Es importante que el radiólogo este familiarizado con las técnicas diagnosticas y con la anatomía a estudiar para una buena valoración de las imágenes.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/femaleinfertility.html
- https://www.hormone.org/pacientes-y-cuidadores/infertilidad-y-la-mujer
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003404.htm
- Buenrostro-Aldana, M., & Kimura-Fujikami, K. (2015, September). El papel de la histerosalpingografía en los problemas de infertilidad. In Anales de Radiología, México (Vol. 14, No. 3, pp. 327-335).
- https://histerosalpingografia.net/tipos-de-histerosalpingografia/#riesgos

Capítulo 1275

EFICACIA DE LA RADIOLOGÍA Y LA MEDICINA NUCLEAR EN EL TRATAMIENTO DE DOLOR ÓSEO EN LA METÁSTASIS.

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

VANESA OLAY VALDES

ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ

1 Introducción

El hueso es una de las localizaciones más frecuentes en la metástasis de tumores sólidos, lo que indica que el microambiente del tejido óseo constituye un terreno fértil para el crecimiento de muchos tumores. Los tumores que más metastatizan en el tejido óseo son: el cáncer de mama, el cáncer de pulmón, el cáncer de próstata y el cáncer de tiroides. El dolor óseo debido al crecimiento neoplásico metastático está causado por la infiltración tumoral y la expansión de las membranas del periostio que están inervadas con nociceptores, pero también por la inestabilidad mecánica por el debilitamiento neoplásico del hueso y por la difusión neoplásica de las estructuras neurológicas contiguas, como la médula espinar, los nervios y el plexo lumbosacro. El tratamiento del dolor agudo y crónico representa uno de los mayores problemas en la práctica clínica oncológica. En el ámbito de este trabajo multidisciplinar, al radiólogo le compete, en base a diversas técnicas diagnósticas, identificar la metástasis ósea, mediante técnicas como

la Tomografía Computarizada (TC) o la Resonancia Magnética (RM); por otro lado, al médico nuclear se le adjudican dos papeles: diagnóstico y estadificación junto a terapia1.

2 Objetivos

Debido al que dolor agudo y crónico en la metástasis ósea representa uno de los mayores problemas en la práctica clínica oncológica, hasta tal punto que requiere de un trabajo multidisciplinar, el presente trabajo tiene como objetivo principal analizar la eficacia del diagnóstico convencional y de la medicina nuclear, en la identificación, evaluación y tratamiento del dolor óseo de la metástasis.

3 Metodología

Se ha procedido a una revisión bibliográfica sobre el estado de la cuestión del diagnóstico y tratamiento del dolor óseo de la metástasis, utilizando palabras clave al respecto en varias plataformas de reconocido prestigio científico como: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect. El resultado ha sido la identificación de una serie de artículos científicos que han permitido analizar la eficacia de este trabajo multidisciplinar.

4 Resultados

Las metástasis óseas desde el punto de vista clínico-radiológico se pueden presentar como lesiones osteolíticas, debido a un aumento de la actividad osteoclástica, lesiones osteoblásticas, por un incremento de la función osteoblástica, o lesiones mixtas2. Desde el punto de vista clínico, la metástasis ósea provoca dolor debido al estiramiento perióstico, el aumento de la presión intramedular, la invasión local, las fracturas patológicas y la estimulación de bradicinina de las terminaciones nerviosas. La evaluación de la enfermedad ósea metastásica es crucial para la estadificación y las decisiones terapéuticas, en cuanto conllevan un tratamiento local, con cirugía o radioterapia, y requiere un tratamiento sistémico con quimiohormo terapia3.

La metástasis ósea está acompañada de numerosos síntomas, siendo los principales el dolor óseo, las fracturas, la compresión de la médula espinal, hipercalcemia, invasión de médula con destrucción de líneas celulares. Se va a focalizar

la atención sobre el dolor óseo, que es el síntoma más común de la metástasis ósea, de hecho, es el primer síntoma detectado por los pacientes. Al principio el dolor puede ser transitorio, tendiendo a empeorar por la noche o durante el descanso en la cama. Con el tiempo se puede hacer agudo y persistente, aunque no todos los dolores son síntoma de metástasis1.

El diagnóstico de la metástasis ósea se puede llevar a cabo con múltiples técnicas instrumentales y de laboratorio. La técnica de imagen estándar comprende la radiografía y la gammagrafía ósea con Tecnecio-99m (99mTc). Para la detección de la metástasis y para la evaluación de la respuesta a la terapia, la técnica más utilizada es la gammagrafía ósea, altamente sensible siendo capaz de anticipar la evidencia radiológica de las metástasis esqueléticas en semanas y meses. Los radiofármacos más empleados son los hidroxi-difosfonatos (HDP) y los metilen-difosfonatos (MDP), todos ellos marcados con 99mTc. Son moléculas que se acumulan en hueso enlazándose con los cristales de hidroxiapatita y al colágeno de la matriz orgánica. La elevada captación de difosfonatos por parte de las lesiones en rápido crecimiento y la escasa respuesta del tejido para regenerar, permiten a la gammagrafía ósea proporcionar información funcional sobre las lesiones esqueléticas. Esta técnica es capaz de detectar variaciones en el metabolismo óseo desde el principio del proceso osteolítico u osteoblástico; tal es la sensibilidad de la técnica a nivel del cráneo, de las costillas y de los huesos largos, que permite una visualización de estas áreas con mucha más resolución que las técnicas de radiografía tradicional o la RM. Además, la gammagrafía ósea permite estudiar el esqueleto entero con una dosis de radiación inferior respecto al necesario para hacer el mismo estudio con radiografías. Por otro lado, la gammagrafía ósea no es capaz de diagnosticar la naturaleza de las lesiones, mostrando una baja especificidad en este caso. Algunos factores como el número, la posición espacial o la morfología de las lesiones pueden contribuir a aumentar la especificidad de esta técnica4,5.

La gammagrafía ósea puede identificar también patologías distintas de la metástasis como, por ejemplo, artrosis, infecciones o fracturas antiguas, debido a que las morfologías de éstas se distinguen de las del cáncer. Ulteriores test pueden distinguir la metástasis de otras patologías. En comparación con la Radiología, la Gammagrafía es capaz de identificar el compromiso neoplásico del esqueleto de manera más precoz, debido a que las alteraciones metabólicas se producen antes que las morfoestructurales. Esta técnica entre en los protocolos de estadificación, seguimiento, evaluación de la eficacia terapéutica y pronóstico de la enfermedad1.

Existen otras técnicas diagnósticas para la metástasis ósea en el campo de la medicina nuclear como es el caso de la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) con el radiofármaco conocido como Fluorodesoxiglucosa (18F-FDG). Éste se acumula en las células de manera proporcional al requerimiento se mu metabolismo glúcido, que en tejidos neoplásicos está aumentado. El rendimiento diagnóstico de la PET con 18F-FDG depende del tipo de lesión ósea: máxima para lesiones líticas puras, pero menos sensible para las mixtas u osteoblásticas. Sí es importante el papel de la PET con 18F-FDG para el monitoreo de la respuesta a las terapias6,7.

Respecto al tratamiento radiometabólico son candidatos los pacientes con el síndrome de dolor por metástasis ósea. Los radiofármacos utilizados se conocen como fármacos para la terapia paliativa del dolor. Este tipo de terapia tiene como objetivo aliviar el dolor, reducir el empleo de anestésicos y favorecer un tratamiento ambulatorio, con el empleo de radiofármacos. El radiofármaco ideal es aquel que permita obtener la mayor concentración de éste en el punto de interés. En otras palabras, debe impartir la mayor dosis de radiación en la lesión y afectar lo menos posible al resto de estructuras corporales. En el caso del tratamiento de la metástasis ósea debe ser el menos lesivo para la médula ósea. Desafortunadamente, actualmente todos los radionúclidos conocidos son trazadores óseos, con lo cual debemos buscar la dosis ideal en base a su período de semidesintegración, el tipo de radiación emitida y el recorrido medio que tiene ésta8.

La respuesta a la terapia consiste en la disminución o desaparición de la sintomatología dolorosa, evaluable de manera subjetiva o a través de la reducción o cese del suministro de fármacos analgésicos. La duración de la respuesta es más variable: dos meses para 186Re, tres meses para el 153Sm y hasta cuatro meses para el 89Sr. La diferencia en el tiempo de desaparición de la respuesta, la duración del efecto y la localización biológica de los radiofármacos, han hecho pensar la posibilidad de suministrarlos como un cocktail, para obtener efectos más precoces y largos1.

Los efectos agudos son casi inexistentes. Por ejemplo, después de la administración de 89Sr puede aparecer enrojecimiento con la posibilidad de coagulación intravascular diseminada. Entre los efectos precoces cabe señalar la "flare reaction"9 o lo que es lo mismo un aumento temporal de la sintomatología dolorosa que aparece 24/48 horas después de la administración y que dura entre 4 y 6 días. Este tipo de reacción no es exclusivo de esta terapia, si no de otras también. Es

importante decir que muchos efectos colaterales, sobre todo los precoces, también se manifiestan después de la administración de placebo. Los efectos tardíos se deben fundamentalmente a la mielotoxicidad, consecuencia directa de la irradiación medular, que es elevada con el 32P, 89Sr y más reducida con el 153Sm, 186Re y 117mSb. El efecto analgésico es hasta cierto punto dependiente de la dosis, al contrario que el mielotóxico10.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día la medicina nuclear tiene un papel consolidado no sólo en el diagnóstico, caracterización biológica y seguimiento de la metástasis ósea, sino también en el tratamiento paliativo del dolor11,12. El uso de radioisótopos para trazar vías metabólicas y cambios fisiopatológicos del organismo, permite un diagnóstico precoz y un enfoque terapéutico agresivo, pero al mismo tiempo menos perjudicial desde el punto de vista biológico13.

Como se deduce de los datos estadísticos y de la literatura, la terapia radiometabólica, por muchas razones, no se está utilizando en toda su potencialidad. Ésta no sólo tiene que ver con su eficacia paliativa sino al control de la metástasis respecto al isotipo tumoral. Además, la introducción de nuevos fármacos pone continuamente en discusión también la elección del radioisótopo ideal para este tipo de tratamiento.

Como se propuso en el objetivo principal del trabajo, que es analizar la eficacia del diagnóstico convencional y de la medicina nuclear, en la identificación, evaluación y tratamiento del dolor óseo de la metástasis, se puede afirmar, después haber hecho un breve repaso al estado de la cuestión, que los objetivos de los radiofármacos son el de paliar el dolor y paliar y controlar la enfermedad. Se puede afirmar que el tratamiento es selectivo hacia la metástasis y, respecto a la radioterapia convencional, se caracteriza por una menor irradiación de los tejidos sanos circundantes, provocando menos mielotoxicidad. De todas formas quedan muchos problemas abiertos como cual es el mejor radiofármaco y la dosis más adecuada o si a una primera dosis ineficaz se puede esperar efectos en una segunda.

6 Bibliografía

1. Genovese, E.A., Mallardo, V., Vaccaro, A., Santagata, M., Raucci, A., D'Agosto, G., Fontanarosa, A., Schilliró, F. (2013). Efficacia della radiodiagnostica convenzionale e della medicina nucleare nel trattamento del dolore osseo da metastasi. Recenti Prog Med 104. 350-355.
2. Mundy, O.R., Yoneda, T. (1996). Mechanisn of bone metastasis. In: Orr FW, Singh ON (eds). Bone metastases: mechanism and pathophysiology. Austin, Texas: Landes.
3. Kossman, S.E., Wiess, M.A. (2000). Acute myelogenous leukemia after exposure to strontium89 for the treatment of adenocarcinoma of the prostate. Cancer, 88. 620-624.
4. Cuccurullo, V., Cascini, G., Rossi, A., Tamburrini, O., Rotondo, A., Mansi, L. (2011). Pathophysiological premises to radiotracers for bone metastases. Q J Nucl Med Mol Imaging, 55. 353-373.
5. Raucci, A., Gatta, G., Cuccurullo, V. (2012). DW-MRI e scintigrafia ossea con difosfonati nella valutazione del trattamento con radioterapia a fasci esterni delle metastasi ossee. Recenti Prog Med, 103. 438-443.
6. Colella, G., Cappabianca, S., Gerardi, G., Mallegni, F. (2012). Homo neanderthalensis; first documented benign intraosseous tumor in maxillofacial skeleton. J Oral Maxillofac, 70. 373-375.
7. Rybak, L.D., Rosenthal, D.I. (2001). Radiological imaging for the diagnosis of bone metastases. Q J Nucl Med, 45. 53-64.
8. Ferreira, S., Dormehl, I., Botelho, M.F. (2012). Radiopharmaceuticals for bone metastasis therapy and beyond: a voyage from the past to the present and a look to the future. Cancer Biother Radiopharm, 27. 535-551.
9. Van Scheiven, W.D., Pawels, E.K.J. (1994). The flare phenomenon: far from fair and square. Eur J Nucl Med, 21. 377-80.
10. Cuccurullo, V., Faggiano, A., Scialpi, M., Cascini, G.L., Piunno, A., Catalano, O., Colao, A., Mansi, L. (2012). Questions and answers: what can be said by diagnostic imaging in neuroendocrine tumors? Minerva Endocrinol. 37(4). 367-377.
11. Christensen, M.H., Petersen, L.J. (2012). Radionuclide treatment of painful bone metastases in patients with breast cancer: a systematic review. Cancer Treat Rev, 38. 164-171.
12. Grassi, R., Rambaldi, P.F., Di Grezia, G., Mansi, L., Cuccurullo, V., Cirillo, A., Riegler, G., Cappabianca, S., Rotondo A. (2011). Inflammatory bowel disease: value in diagnosis and management of MDCT-enteroclysis and 99mTc-HMPAO labeled leukocyte scintigraphy. Abdom Imaging., 36(4). 372-381.

13. Rambaldi, P.F., Cuccurullo, V., Cascini, G.L., Mansi, L. (2010). Our experience in thymic hyperplasia using 67Gacitrate, 111In-pentetreotide and 201Tl-chloride. Eur J Nucl Med Mol Imaging, 37. 1616.

Capítulo 1276

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA PROMOVER EL FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO DE LAS PERSONAS CON ALZHEIMER

BEATRIZ RAMOS LORENZO

1 Introducción

La demencia resulta de la cognición deteriorada, debido al daño al cerebro. La mayoría de los casos de demencia (60% a 80%) se clasifican como enfermedad de Alzheimer (Alzheimer's Association, sf). Los signos de demencia generalmente incluyen, entre otros, disminución de la memoria a corto plazo, disminución de las habilidades de resolución de problemas, disminución de las habilidades de percepción, problemas de comunicación y lenguaje, y cambios de personalidad. El inicio de la demencia es gradual y el curso de la enfermedad abarca varios años o más. En la enfermedad de Alzheimer, la persona progresa a través de varias etapas que coinciden aproximadamente con los niveles de desarrollo inversos, y aquellos en las etapas finales dependen completamente de los demás.

Los profesionales de la terapia ocupacional, a través de sus planes de estudio académicos, su experiencia en el análisis de actividades y su trabajo con personas mayores en diversos entornos, abordan la demencia como una condición que afecta el desempeño laboral. Los profesionales pueden trabajar con miembros de la familia, otras personas preocupadas e incluso aquellos en las primeras etapas

de la enfermedad para abordar las implicaciones funcionales de la demencia. Los terapeutas ocupacionales evalúan a las personas con demencia para determinar sus fortalezas, impedimentos y áreas de desempeño que necesitan intervención (Schaber y Lieberman, 2010). Aunque la recuperación del rendimiento cognitivo es poco probable, la persona puede demostrar una función mejorada a través de la compensación o la adaptación. Los profesionales de la terapia ocupacional también ayudan a los cuidadores a hacer frente a este papel difícil, pero a menudo gratificante.

Los profesionales de la terapia ocupacional ayudan a las personas con demencia en entornos de atención a largo plazo y de salud diurna para adultos a mantener la función existente durante el mayor tiempo posible. Durante todo el proceso de atención, intervienen como cuidadores y como consultores. En la comunidad, los profesionales pueden ayudar a las personas con demencia a vivir en sus propios hogares de forma segura durante el mayor tiempo posible a través de la evaluación ambiental y la adaptación. Los profesionales también pueden ofrecer programas de bienestar, como prevención de caídas y sesiones educativas para cuidadores.

Las intervenciones de terapia ocupacional para las personas con demencia incluyen: Promoción de la salud. Al centrarse en las fortalezas mantenidas de los clientes y promover el bienestar de los cuidadores, los profesionales pueden enriquecer sus vidas al promover el máximo rendimiento en las actividades preferidas.

Remediación. Aunque no se espera la recuperación de las habilidades cognitivas, los profesionales pueden incorporar el ejercicio de rutina en sus intervenciones para mejorar el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) y la movilidad funcional, y para ayudar a restaurar el rango de movimiento, la fuerza y la resistencia (Forbes, Forbes , Blake, Theissen y Forbes, 2015).
Mantenimiento. Los profesionales pueden brindar apoyo para los hábitos y las rutinas que funcionan bien para la persona con demencia, y que pueden mantenerse para prolongar la independencia.

Modificación. Esta es quizás la intervención más utilizada para las personas con demencia, ya que garantiza entornos seguros y de apoyo a través de la adaptación y la compensación, incluidas las indicaciones verbales, la asistencia personal y / o el apoyo social.

2 Objetivos

Identificar las intervenciones de terapia ocupacional para promover el funcionamiento óptimo de las personas con demencia y sus familias.

3 Metodología

Buscamos en las bases de datos PUBMED y Google Académico y realizamos una búsqueda manual de artículos. Se seleccionaron los trabajos publicados en los idiomas español e inglés. En la búsqueda se emplearon los siguientes descriptores: "Demencia", "terapia ocupacional", "familia ", "Alzheimer", "memoria", "lenguaje" y "cuidadores". Con los criterios de búsqueda se obtienen 35 referencias, de las que se consideran actualizadas e interesantes para el presente trabajo un total de 3.

4 Resultados

Algunos ejemplos específicos ilustran posibles intervenciones de terapia ocupacional para promover el funcionamiento óptimo de las personas con demencia, sus familias y los cuidadores. Estos ejemplos están algo simplificados, porque durante la intervención real, los terapeutas ocupacionales realizan evaluaciones en profundidad individualizadas y análisis de actividad para determinar las demandas típicas de cualquier actividad pertinente. También usan el pensamiento crítico para garantizar que la persona tenga el entorno más favorable para mejorar el funcionamiento, al tiempo que promueve las fortalezas y habilidades de la persona.

Los siguientes son comportamientos problemáticos comunes entre las personas con enfermedad de Alzheimer y la terapia ocupacional potencial y la intervención del equipo:

- La persona olvida qué temporada es cuando selecciona la ropa : Ayude al cuidadora establecer selecciones limitadas de ropa para adaptarse a la temporada, lo que ayuda a evitar conflictos y al mismo tiempo respalda la elección y la autoeficacia del cliente.
- La persona se desorienta y deambula : configure el entorno para mejorar la actividad diaria, incluida la movilidad dentro de confines seguros, y use la tecnología para garantizar la seguridad. A veces, un patio cercado con señales de alto en las puertas podría ser todo lo que se necesita para mantener a la persona orientada

a su propio patio; para otros, se pueden instalar alarmas para que suenen cuando la persona abre una puerta o una puerta.
- La persona tiene problemas para comunicarse, junto con arrebatos frecuentes y poco característicos: ayude a los cuidadores a identificar señales no verbales. Enseñe los conceptos de técnicas de respuesta atentas y no defensivas, y trabaje para determinar la emoción subyacente que puede haber precipitado los arrebatos de comportamiento del cliente. Evite corregir errores de hecho.
- La persona camina o muestra otro comportamiento repetitivo no productivo: brinde oportunidades para participar en tareas ocupacionales que satisfagan la necesidad de la persona de ser productivo y ayudar a apoyar las relaciones con los demás. Por ejemplo, si la persona alguna vez disfrutó de crucigramas, tal vez los acertijos simplificados o las búsquedas de palabras aún serían divertidos. Las tareas simples y repetitivas como doblar la ropa pueden generar sentimientos de logro.

En las primeras etapas de la demencia, cuando la persona está teniendo dificultades con las habilidades ejecutivas de alto nivel, puede ser derivada a terapia ocupacional para evaluación e intervención para abordar la conducción, el trabajo y la seguridad. En las etapas intermedias, la seguridad en el hogar y la participación en tareas personalmente significativas se convierten en el foco principal. Durante las últimas etapas, cuando la persona puede tener dificultades con las AVD básicas (p. Ej., Alimentación, uso del baño, movilidad), el enfoque puede cambiar para disminuir la carga del cuidador y mejorar la atención básica (p. Ej., Transferencias seguras, protección de la piel, evitar contracturas, disfrute sensorial estímulo).

5 Discusión-Conclusión

Mejorar la función, promover las relaciones y la participación social y encontrar formas para que las personas con demencia disfruten de la vida son las claves para una intervención exitosa de terapia ocupacional (Schaber y Lieberman, 2010). Brindar educación y apoyo para la familia, cuidadores y los clientes (como pueden entender) y promover las fortalezas de la persona garantizará que las personas con demencia y sus cuidadores tengan el apoyo necesario para vivir la vida al máximo.

6 Bibliografía

- Asociación de Alzheimer. (Dakota del Norte). ¿Qué es la demencia? Recuperado de http://www.alz.org/what-is-dementia.asp
- Forbes, D., Forbes, SC, Blake, CM, Thiessen, EJ y Forbes, S. (2015). Programas de ejercicios para personas con demencia. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas, 4 . Art. No. CD006489.
- Schaber, P. y Lieberman, D. (2010). Pautas de práctica de terapia ocupacional para adultos con enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados . Bethesda, MD: AOTA Press.

Capítulo 1277

EL ESTUDIO DE PATOLOGÍAS DE CADERA MEDIANTE ARTRO-RESONANCIA.

MARIA OCHOA VARELA

MARIO TORO LORENZO

1 Introducción

La cadera forma parte de la cintura pelviana. La articulación de la cadera esta formada por los siguientes elementos: Elementos óseos, dos coxales y las zonas proximales de los fémures; Elemento articular, formado por la unión de los coxales y de los fémures (articulación coxofemoral); Otros elementos como pueden ser ligamentos, aponeurosis, fascias,...

Con el paso de la edad, los huesos van perdiendo poco a poco su densidad mineral ósea, por lo que se vuelven mas frágiles. También las articulaciones y los cartílagos se vuelven mas débiles. Uno de los principales problemas que surgen con la edad, pueden ser dolores en la articulación de la cadera.

Uno de los métodos diagnósticos más fiables en la actualidad en la artrografía por resonancia magnética (ArtroRM). sus principales indicaciones son: Lesiones de meniscos, lesiones en los fibrocartílagos, lesiones tendinosas, roturas traumáticas de labrum que es el menisco o fibrocartílago de la cadera, lesiones del ligamento redondo o inestabilidad de la cadera, síndrome de la cadera impactada y displasia de cadera.

La Artro-resonancia (ArtroRM) es un método semiinvasivo de diagnóstico por imagen en donde se distiende la cavidad articular por medio de una punción articular e inyección de contraste paramagnético. El líquido produce una distensión de la articulación y delimita las estructuras que forman la cadera. Tiene una duración aproximada de unos 50 minutos, siempre y cuando el paciente colabore. En caso contrario la prueba podría retrasarse mas de lo debido por la repetición de las secuencias que no han sido consideradas como óptimas para su diagnóstico.

2 Objetivos

Analizar las patologías de cadera mediante la prueba complementaria de la artroresonancia.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de información en varias webs documentales y bases de datos como Scielo o Medline, utilizando como palabras clave "artroresonancia" "artroRM" "Resonancia de cadera", "estudio del Labrum". Además de la propia experiencia en la realización de esta prueba diagnostica.

4 Resultados

En la cadera la principal indicación es la evaluación del labrum acetabular, habitualmente en pacientes con sospecha de síndrome de pellizcamiento femoroacetabular anterior. Este síndrome se presenta en adultos jóvenes, con dolor referido a la región inguinal. Al examen físico destaca la presencia de dolor a la rotación interna de la cadera cuando está en flexión de 90º. La porción anterosuperior del labrum es la que se lesiona con más frecuencia en estos pacientes. La lesión puede consistir en rotura o desinserción. La rotura se puede evidenciar como ausencia de la estructura normal del labrum o identificarse como una imagen lineal en el espesor de este fibrocartílago.

La desinserción se manifiesta como una separación anormal del labrum con respecto al reborde óseo acetabular. El empleo de resonancia magnética implica un mejor diagnostico y tratamiento de la patología que esté presente en la cadera. Esta prueba es de gran utilidad, ya que, dependiendo de los resultados obtenidos,

el facultativo podrá determinar si el paciente puede necesitar un tratamiento farmacológico o quirúrgico.

La Artroresonancia consta de dos partes fundamentales; la primera corresponde a la inyección intra-articular del contraste paramagnético, y la segunda a la obtención de las imágenes. La punción articular se realiza bajo radioscopia u ecografía. La ecografía suele ser mejor ya que no posee radiación y las imágenes son más concretas. Posteriormente se inyecta el contraste paramagnético usando dilución de gadolinio. Una dilución adecuada y recomendada es de 1 a 2 cc de gadolinio en 200-250 cc de suero fisiológico, con lo cual se obtiene una concentración de aproximadamente 0.5 - 2 mmo/l. Es importante que el facultativo tenga buena precisión en la punción para evitar que el contraste este en el sitio correcto.

A continuación , en no mas de 20 o 30 minutos para evitar una re-absorción del contraste, se llevara al paciente a la sala de resonancia, donde se colocara en decubito supino sobre la mesa de exploración con los pies hacia el interior del imán. Se colocara unas vendas de sujeción alrededor de la pierna a estudiar para después colocar un peso para favorecer la tracción de la cadera. Una vez introducido dentro de la resonancia se le aplicara una leve tracción para producir una separación de la cabeza del fémur y así poder ver con claridad el espacio articular. Posteriormente se colocara el peso para mantener esa separación sin que el paciente sufra dolor.

El protocolo básico del estudio, consta de secuencias T1 habitualmente con supresión de la grasa en los tres planos; axial, coronal y sagital, en donde la dilución de gadolinio tiene alta señal. Es necesario incluir en ,al menos un plano, una secuencia potenciada en T2, con el objeto de hacer evidente alguna alteración no evidente en T1, como por ejemplo la presencia de gangliones quísticos periarticulares. Es muy importante que el paciente se mantenga inmóvil para evitar ruido en las imágenes obtenidas.

5 Discusión-Conclusión

La artroresonancia es un método de diagnóstico por imagen que ha demostrado ser de gran utilidad en la evaluación de algunas condiciones intraarticulares, considerándose la prueba estándar en algunas de ellas. Es un procedimiento que se tolera sin dificultades y que no altera la vida habitual del paciente, ya que puede realizar sin dificultad a sus tareas cotidianas. La artroresonancia tiene indicaciones precisas, conocidas por los médicos traumatólogos y que surgen del ben-

eficio de demostrar lesiones que pueden pasar desapercibidas en estudios de RM tradicionales. Además, como alternativa, en pacientes que presentan irritación de la sinovial o derrame en la articulación a estudio, el contraste puede administrarse por vía endovenosa.

6 Bibliografía

1. Temario especifico de técnico especialista en n radiodiagnóstico del Servicio de Salud de la comunidad de Madrid. Editorial MAD, volumen 2.
2. http://www.dmcantabria.es/artro-rm.html.
3. http://www.teknon.es/es/pruebas-diagnosticas/.
4. https://www.artroscopiaycadera.es/es/artroscopia-de-cadera/artro-resonancia.
5. https://www.corachan.com.

Capítulo 1278

LA CONTRIBUCIÓN DE LA PET/TC CON 18F-FDG EN LA VASCULITIS DE GRANDES VASOS: APLICACIONES Y LÍMITES.

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

VANESA OLAY VALDES

ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ

1 Introducción

Las vasculitis constituyen un heterogéneo grupo de condiciones morbosas caracterizadas por la inflamación de las paredes de los vasos sanguíneos. Puede verse afectado por este proceso inflamatorio cualquier tipo de vaso en cualquier lugar anatómico. Esto explica el extremo polimorfismo del cuadro clínico, que hace difícil encuadrarlo en un diagnóstico, sobre todo en la fase precoz1. De manera común, las vasculitis se clasifican en base al calibre de los vasos afectados: vasculitis de vasos grande, mediano y pequeño calibre2.

El papel del diagnóstico por la imagen no es sólo el de contribuir al diagnóstico de la enfermedad determinando la localización, distribución y extensión del proceso patológico, si no también el de guiar correctamente en la toma de la biopsia del vaso de interés, momento crucial para alcanzar el diagnóstico definitivo y evitar resultados con falsos negativos3. Las técnicas de imagen anatómicas no invasivas empleadas para el diagnóstico de la vasculitis incluyen la ecografía Doppler, la

Angio-RM y la Angio-TC, que permiten la visualización tridimensional de los vasos, ofreciendo información sobre su espesor y sobre la eventual presencia de trombos, calcificaciones, estenosis vascular y lesiones valvulares3-7. La técnica de imagen considerada ideal para evaluar el estado de la enfermedad del vaso es la Angiografía. Esta técnica es invasiva y asociada a morbilidad, exposición a radiaciones ionizantes y posible toxicidad en el uso del medio de contraste3,8.

Considerando que las alteraciones funcionales preceden a las alteraciones anatómicas, las diversas técnicas de imagen morfológicas probablemente identifican las alteraciones estructurales en un momento avanzado, con lo cual, seguramente, irreversible en su proceso inflamatorio. Su contribución, fundamental en el diagnóstico de la enfermedad, está limitado para un diagnóstico precoz. Además, la evaluación de la respuesta a la terapia médica y el seguimiento podrían resultar difíciles debido a las persistentes alteraciones anatómicas que implican el vaso y les tejidos contiguos3.

Algunas técnicas nucleares pueden desenvolver un papel importante para diagnosticar precozmente las alteraciones funcionales que se establecen en la pared del vaso en el momento que se está iniciando el proceso inflamatorio, antes de que se puedan identificar alteraciones anatómicas, con lo cual en una fase reversible de la enfermedad9.

La gammagrafía con 67Ga-Citrato y leucocitos marcados con 111In y 99mTc fueron las primeras técnicas utilizadas para el proceso inflamatorio de las vasculitis. Algunos problemas, como la exposición del paciente a radiaciones ionizantes y la compleja preparación radiofarmaceútica, han limitado su uso rutinario9-11.

En el ámbito de la imagen funcional, en los últimos años ha destacado el papel potencial de la Tomografía por Emisión de Positrones/Tomografía Computarizada (PET/TC), con fluorodesoxiglucosa marcada con 18F (18F-FDG), radiofármaco análogo a la glucosa, en la evaluación de pacientes con vasculitis12.

2 Objetivos

La 18F-FDG junto a la técnica de imagen PET/TC juega un papel fundamental en la práctica clínica oncológica, pero está tomando cada un papel mas importante en el diagnóstico, caracterización y seguimiento de enfermedades inflamatorias, incluida la vasculitis. El objetivo principal de este trabajo es el de sintetizar, en base a los datos presentes en la literatura especializada, las posibles aplicaciones

de la PET/TC con 18F-FDG en la vasculitis y las posibles limitaciones de esta técnica.

3 Metodología

Se ha procedido a una revisión bibliográfica sobre el estado de la cuestión de las posibles aplicaciones de la PET/TC con 18F-FDG en la vasculitis y las posibles limitaciones de esta técnica, utilizando palabras clave al respecto en varias plataformas de reconocido prestigio científico como: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect. El resultado ha sido la identificación de una serie de artículos científicos que han permitido sintetizar las aplicaciones y limitaciones de esta técnica en el caso de las vasculitis.

4 Resultados

La PET/TC con 18F-FDG tiene un papel fundamental en la gestión de pacientes afectados por enfermedades oncológicas, pero un número cada vez mayor de trabajos científicos demuestra que también tiene un destacado protagonismo en el estudio de procesos inflamatorios, incluida la vasculitis13. Esta técnica resulta ser menos compleja y laboriosa respecto a la gammagrafía con leucocitos marcados, presenta una mayor resolución espacial y una elevada sensibilidad9. Una de las desventajas de la PET/TC con 18F-FDG respecto a la gammagrafía con leucocitos marcados, en el ámbito de los procesos inflamatorios, es la baja especificidad. De hecho, la hiperacumulación del trazador de metabolismo glucídico no permite discriminar entre procesos inflamatorios inespecíficos y brotes sépticos o procesos neoplásicos14,15.

Está demostrado que esta técnica es capaz de diagnosticar efectivamente vasculitis en fases metabólicamente activas, sobre todo en los casos que se presenta con síntomas inespecíficos como fiebre, malestar general o pérdida de peso16. Estudios posteriores han demostrado valores elevados de sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de vasculitis de grandes vasos en pacientes con los marcadores de inflamación elevados17,18. Concretamente, la PET/TC con 18F-FDG consiente un diagnóstico de vasculitis más precozmente que otras técnicas de imagen convencional, permitiendo la puesta en marcha del tratamiento17.

Una ventaja indiscutible de esta técnica es la posibilidad de hacer un examen de

cuerpo entero y poder ver de manera detallada la extensión de la enfermedad. Esto permitiría detectar precozmente los individuos que tienen mayor riesgo de complicaciones potencialmente letales, como por ejemplo la disección aórtica19.

Se han destacado las ventajas de la PET/TC con 18F-FDG, pero es necesario tener bien presentes sus limitaciones en la evaluación de las vasculitis. En particular, esta técnica no se puede emplear para el diagnóstico y el seguimiento de la inflamación de la arteria temporal, el vaso que está afectado de manera característica en los pacientes con GCA, debido a la limitada resolución espacial. Por ello, la PET no puede sustituir a la biopsia invasiva20.

Por otro lado, el papel de esta técnica para el diagnóstico de vasculitis de vasos de calibre pequeño y mediano no está bien definido, debido a que en la literatura científica no hay suficientes estudios al respecto. Algunos autores afirman que la vasculitis de calibre pequeño y mediano se pueden diagnosticar con la PET/TC sólo si la enfermedad se ha extendido de tal manera que implicado a los vasos de calibre grande o si ha habido daño a tejidos adyacentes. La reducida sensibilidad de la PET/TC en las vasculitis de los vasos pequeños y medianos se debe a la baja resolución espacial de la técnica, que no permite identificar los vasos de estos tamaños21.

Se han reportado casos de falsos positivos debido a la placa aterosclerótica debido a que los vasos ateroscleróticos, sobre todo los de mayor diámetro, tienden a captar el trazador debido al componente macrófago de la placa aterosclerótica (los macrófagos activados son células que pueden presentar un elevado consumo de glucosa). A esto se debe la dificultad de distinguir entre una aterosclerosis y una vasculitis, sobre todo en pacientes con elevado factor de riesgo en la producción de placas ateroscleróticas como la edad, la hipertensión, la diabetes, el tabaco, etc22.

Las limitaciones de esta técnica deben ser considerados durante la interpretación de cada estudio PET/TC, sobre todo la contribución de esta técnica se debe encuadrar en concordancia con los datos clínicos, de laboratorio y los resultados de las otras técnicas de imagen, de tal manera que se consiga el mejor enfoque terapeutico23.

5 Discusión-Conclusión

En la literatura científica existe la suficiente evidencia para sugerir el empleo de la PET/TC con 18F-FDG en pacientes con vasculitis de grandes vasos en los siguientes casos:
- Para el diagnóstico inicial en sujetos con sospecha de vasculitis, sobre todo cuando los síntomas iniciales son inespecíficos o el paciente se presenta con fiebre de origen desconocido.
- Para detectar los sitios con elevada captación del trazador metabólico y de esta manera guiar para la toma de la biopsia que llevará al diagnóstico histopatológico.
- Para evaluar la extensión de la enfermedad y guiar hacia el correcto encuadramiento de la enfermedad y detectar los órganos con mayor riesgo de complicaciones.

La técnica parece tener un papel prometedor en la evaluación de la respuesta al tratamiento, pero los datos a disposición aún son escasos.

En cuanto a las principales limitaciones estas son:
- La escasa resolución espacial de la PET/TC que no permite visualizar detalladamente el compromiso con la enfermedad que tiene los vasos de pequeño y mediano calibre.
- La dificultad en el diagnóstico diferencial entre vasculitis y aterosclerosis, sobre todo en sujetos ancianos.
- La persistente acumulación del radiofármaco en las paredes de los vasos en el caso de remodelaciones vasculares.

6 Bibliografía

1. Montecucco, C. (2008). Vasculiti. In: Valesini, G., Velentini, G., Montecucco, C.M., Matucci, M., Ferraccioli, G.F., Cutolo, M., et al (a cura di). Reumatologia. Napoli: Idelson-Gnocchi.
2. Jennette, J.C., Falk, R.J., Andrassy, K., Bacon, P.A., Churg, J., Gross, W.L., Hagen, E.C., Hoffman, G.S., Hunder, G.G., Kallenberg, C.G., et al. (1994). Nomenclature of systemic vasculitides. Proposal of an international consensus conference. Arthritis Rheum., 37(2). 187-192.
3. Gotthardt, M., Bleeker-Rovers, C.P., Boerman, O.C., Oyenm, W.J. (2010). Imaging of inflammation by PET, conventional scintigraphy, and other imaging techniques. J Nucl Med 51(12). 1937-1949.

4. Schmidt, W.A., Kraft, H.E., Vorpahl, K., Völker, L., Gromnica-Ihle, E.J. (1997). Color duplex ultrasonography in the diagnosis of temporal arteritis. N Engl J Med, 337(19). 1336-1342.
5. Schmidt, W.A., Blockmans, D. (2005). Use of ultrasonography and positron emission tomography in the diagnosis and assessment of largevessel vasculitis. Curr Opin Rheumatol 17(1). 9-15.
6. Atalay, M.K., Bluemke, D.A. (2001). Magnetic resonance imaging of large vessel vasculitis. Curr Opin Rheumatol 13(1). 41-47.
7. Kissin, E.Y., Merkel, P.A. (2004). Diagnostic imaging in Takayasu arteritis. Curr Opin Rheumatol 16(1). 31-37.
8. Moriwaki, R., Noda, M., Yajima, M., Sharma, B.K., Numano, F. (1997). Clinical manifestations of Takayasu arteritis in India and Japan-New classification of angiographic findings. Angiology 48(5). 369-379.
9. Basu, S., Zhuang, H., Torigian, D.A., Rosenbaum, J., Chen, W., Alavi, A. (2009). Functional imaging of inflammatory diseases using nuclear medicine techniques. Semin Nucl Med 39(2). 124-145.
10. Reuter, H., Wraight, E.P., Qasim, F.J., Lockwood, C.M. (1995). Management of systemic vasculitis: contribution of scintigraphic imaging to evaluation of disease activity and classification. QJM 88(7), 509-516.
11. Genereau, T., Lortholary, O., Guillevin, L., Cacoub, P., Galezowski, N., Cherin, P., et al. (1999). Temporal 67gallium uptake is increased in temporal arteritis. Rheumatology (Oxford) 38(8). 709-713.
12. Treglia, G., Cason, E., Fagioli, G. (2010). Nuove applicazioni della medicina nucleare in ambito diagnostico. II parte. It J Med 4(3). 159-166.
13. Kok, J., Lin, M., Patapanian, H., Shingde, M., Lin, P., Chu, J. (2009). [18F]FDG PET/CT in the diagnosis of large vessel vasculitis. Intern Med J 39(4). 267-269.
14. Signore, A., Soroa, V.A., De Vries, E.F. (2009). Radiobelled white blood cells or FDG for imaging on inflammation and infection? Q J Nucl Med Mol Imaging 53(1). 23-25.
15. Bleeker-Rovers, C.P., Vos, F.J., Corstens, F.H., Oyen, W.J. (2008). Imaging of infectious diseases using [18F] fluorodeoxyglucose PET. Q J Nucl Med Mol Imaging 52(1). 17-29.
16. Otsuka, H., Morita, N., Yamashita, K., Nishitani, H. (2007). FDG-PET/CT for diagnosis and follow-up of vasculitis. J Med Invest 54(3-4). 345-349.
17. Zerizer, I., Tan, K., Khan, S., Barwick, T., Marzola, M.C., Rubello, D., et al. (2010). Role of FDG-PET and PET/CT in the diagnosis and management of vasculitis. Eur J Radiol 73(3). 504-509.
18. Webb, M., Chambers, A., AL-Nahhas, A., Mason, J.C., Maudlin, L., Rahman,

L., et al. (2004). The role of 18F-FDG PET in characterizing disease activity in Takayasu arteritis. Eur J Nucl Med Mol Imaging 31(5). 627-634.
19. Walter, M.A., Melzer, R.A., Schindler, C., Müller-Brand, J., Tyndall, A., Nitzsche, E.U. (2005). The value of [18F]FDG-PET in the diagnosis of large-vessel vasculitis and the assessment of activity and extent of disease. Eur J Nucl Med Mol Imaging 32(6). 674-681.
20. Brodmann, M., Lipp, R.W, Passath, A., Seinost, G., Pabst, E., Pilger, E. (2004). The role of 2-18F-fluoro-2-deoxy-D-glucose positron emission tomography in the diagnosis of giant cell arteritis of the temporal arteries. Rheumatology (Oxford) 43(2). 241-242.
21. Blockmans, D., De Ceuninck, L., Vanderschueren, S., Knockaert, D., Mortelmans, L., Bobbaers, H. (2007). Repetitive 18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography in isolated polymyalgia rheumatica: a prospective study in 35 patients. Rheumatology (Oxford) 46(4). 672-677.
22. Belhocine, T., Blockmans, D., Hustinx, R., Vandevivere, J., Mortelmans, L. (2003). Imaging of large vessel vasculitis with (18)FDG PET: illusion or reality?. A critical review of the literature data. Eur J Nucl Med Mol Imaging 30(9). 1305-1313.
23. Mattoli, M., Treglia, G., Leccisotti, L., Giordano, A. (2011). Il contributo della PET/TC con 18F-FDG nelle vasculiti dei grossi vasi: applicazioni e limiti della metódica nella pratica clínica. Italian Journal of Medicine 5. 249-254

Capítulo 1279

NUEVAS FRONTERAS DE LA MEDICINA NUCLEAR EN LA IMAGEN MULTIMODAL DE LAS METÁSTASIS ÓSEAS.

VANESA OLAY VALDES

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ

1 Introducción

El esqueleto es una de las principales sedes de metastatización de los tumores sólidos y la enfermedad de la metástasis ósea es la patología maligna más común del hueso1. Al esqueleto sólo lo superan los pulmones y el hígado en incidencia de metástasis. La metástasis ósea está presenta en las fases más avanzadas del cáncer y comporta una serie de complicada de eventos moleculares2. Las complicaciones de la metástasis ósea incluyen dolor, fracturas, hipercalcemia, supresión medular, compresión de la médula espinal y lesiones en las raíces nerviosas. El dolor puede estar relacionado por el aumento de las dimensiones de la metástasis ósea o por la destrucción del tejido óseo3.

Las metástasis esqueléticas pueden presentarse en el paciente de una manera multifacética y se puede identificar en estudios de rutina, entre ellos la gammagrafía ósea. Son clínicamente evidentes por la aparición de dolor o disfunciones4. Por estas razones, el diagnóstico y la evaluación de las metástasis óseas requieren

de un estudio con diferentes técnicas diagnósticas, incluyendo tanto los radionúclidos como técnicas comunes tales como Rayos X, Tomografía Computarizada (TC) y Resonancia Magnética (RM)5.

El diagnóstico de la metástasis ósea mediante técnicas de imagen se basa en la visualización directa de la lesión o mediante el monitoreo de la reacción del tejido óseo a la lesión maligna6. La sensibilidad de una simple radiografía es baja. La TC es soporte para otras técnicas de imagen para la evaluación de la metástasis. La mayor limitación de la TC de cuerpo completo está en la alta dosis de radiación suministrada al paciente. La RM se utiliza para evaluar el compromiso metastásico del raquis, donde se ha demostrado una técnica superior a la TC. La sensibilidad de la RM permite visualizar los tumores del hueso y la invasión de la médula ósea7.

En este escenario la medicina nuclear tiene un significativo aporte para la evaluación de las metástasis esqueléticas8.

2 Objetivos

Como se ha expuesto en la introducción, el esqueleto es una de las principales sedes de metástasis de tumores sólidos. El diagnóstico y la evaluación de la metástasis ósea requiere siempre de una combinación de varias técnicas diagnósticas, incluyendo a los radionúclidos y a las técnicas radiológicas como los Rayos X, la TC y la RM. La medicina nuclear supone una importante contribución para la evaluación de esta patología. El presente trabajo tiene como objetivo principal analizar los principales enfoques, partiendo de los principios fisiopatológicos para la acumulación de los distintos radiofármacos hasta llegar a las indicaciones de sus diferentes aplicaciones.

3 Metodología

Se ha procedido a una revisión bibliográfica sobre el estado de la cuestión las principales aportaciones que puede ofrecer la medicina nuclear en la evaluación de la metástasis ósea, utilizando palabras clave al respecto en varias plataformas de reconocido prestigio científico como: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect. El resultado ha sido la identificación de una serie de artículos científicos que han permitido analizar los diferentes radiofármacos empleados en este tipo

de patologías.

4 Resultados

Se pueden distinguir dos principales categorías de radiofármacos: la primera comprende los trazadores que revelan la reacción del hueso (agentes osteotrópicos), la segunda engloba a los agentes que detectan las células metastásicas (agentes oncotrópicos)9.

Los trazadores osteotrópicos son agentes capaces de identificar la reacción osteoblástica, independientemente de la causa, sea por tumores benignos que por malignos. Estos trazadores proporcionan una sensibilidad muy elevada en la búsqueda de metástasis óseas, aunque son poco específicas. De hecho, una intensa captación se puede observar no sólo en las lesiones secundarias de tumores como el cáncer de próstata, mama o pulmón, sino también en condiciones benignas como un traumatismo o flogosis10.

Esta clase de trazadores es históricamente la más importante. La gammagrafía ósea o la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), pueden cambiar significativamente la estadificación, la restadificación y como consecuencia las elecciones terapéuticas que, pueden estar determinadas por el estudio de lesiones desconocidas o para aquellas que deben ser ulteriormente caracterizadas. Viceversa, la gammagrafía ósea es positiva sólo en la presencia de una significativa reacción osteoblástica. Esto significa que, en muchas metástasis derivadas de tumores como el carcinoma de tiroides, del siñón o el mieloma, la gammagrafía ósea puede estar influenciada por una baja sensibilidad, debido a la limitada reacción osteoblástica debido al tardío compromiso perióstico11.

Los trazadores oncotrópicos incluyen a un grupo heterogéneo de radiotrazadores que tiene un mecanismo de captación dependiente de las células neoplásicas. A diferencia de los radiofármacos osteotrópicos, éstos están caracterizados por una posible elevada especificidad por la neoplasia, pero normalmente acompañada de una baja sensibilidad9.

Como agentes osteotrópicos tenemos el 99mTc-Difosfonato (DP) y son de los radiofármacos más utilizados para la gammagrafía ósea y por lo tanto para la búsqueda de metástasis óseas. Los DP son compuestos orgánicos sintéticos con una estructura química similar al Pirofosfato inorgánico, que es el regulador endógeno de la mineralización ósea9. Los dos principales factores que regular

la absorción del DP en el hueso son el flujo de sangre y la eficiencia de extracción, que a su vez depende de la permeabilidad capilar del volumen de sangre. Por tanto, la cantidad de trazador que se acumula sobre un área específica no depende sólo de su suministro de sangre12.

Una segunda variable principal que influye en la absorción es la avidez del hueso por el trazador: las áreas metabólicas más activas capturan un mayor volumen de trazador. La acumulación observada en gammagrafía ósea resulta más elevada en las zonas de formación de nuevo tejido óseo respecto a las áreas normales, como respuesta a una agresión local, que estimula una reacción osteoblástica o como expresión de un crecimiento fisiológico13. Un tercer factor condiciona la cinética de los DP y consecuentemente la relación entre el hueso o lesión y el aclaramiento renal. Su importancia radica en la elección del tiempo de escaneo, que no se debe efectuar, si es posible, antes de dos horas14. Sobre la base de sus ventajas respecto a otros compuestos con Tc, los DP son actualmente los radiofármacos más utilizados para la gammagrafía ósea por su eficacia, bajo coste, fácil disponibilidad y dosimetría favorable9.

Algunos decenios antes de la introducción de los modernos equipos PET, el NaF marcado con 18F era reconocido como un óptimo radiofármaco para el estudio en imágenes del esqueleto. El 18F Fluoruro es una radiocompuesto estable, fácilmente reproducible en grandes cantidades a un coste relativamente bajo. Respecto a los DP tiene una mayor semejanza con el Ca. La difusión a través de los capilares en el líquido óseo extracelular lleva a un lento intercambio de iones fluoruro con cristales de hidroxiapatita, formando fluorapatita. Debido a que la renovación ósea es mayor en la superficie, el fluoruro se almacena principalmente en la superficie ósea9. El interés por el 18F para aplicaciones de imagen del esqueleto, además de por la elevada afinidad por el tejido ósea, es que es relativamente fácil de producir en un reactor nuclear de elevada actividad específica15.

Una limitación de la gammagrafía con 18F es la elevada energía relativa de los fotones de aniquilación (511keV) producidos en el decaimiento de este isótopo. Una ventaja importante respecto a los 99mTc-DP deriva de su más elevada extracción en el primer pasaje. Se ha demostrado que la extracción regional de fluoruro de plasma a hueso es cerca de tres veces superior en las lesiones metastásicas respecto al tejido óseo normal16. La disponibilidad de una elevada resolución obtenida por equipos PET permite un aumento de la sensibilidad respecto a la gammagrafía ósea para detectar metástasis, con particular énfasis en el número de lesiones9.

Destacar como agente oncotrópico el 131I (emisor beta y gamma), como otros dos de interés clínico: 123I (emisor gamma) y 124I (emisor de positrones). Éste es captado selectivamente por los tirocitos a través del intercambio sodio/yodo (NIS). Este mecanismo es similar en la glándula normal sea para el Yodo nutricional que, para el radiactivo, que se conserva también en las células tiroideas neoplásicas diferenciadas17. La imagen funcional con Yodo tiene un papel importante en la detección, localización y evaluación del cáncer de tiroides metastásico, pero, además, en la detección de lesiones óseas ávidas de Yodo, lo que conlleva importantes consecuencias en términos de mejora del pronóstico y de las elecciones terapéuticas. Las metástasis óseas de cáncer de tiroides pueden no ser diagnosticadas con la gammagrafía con 99mTc, o aparecer como pequeñas lesiones líticas sin una reacción osteoblástica significativa. Por tanto, tanto la radiografía como la gammagrafía ósea presentan un elevado número de falsos negativos9. Mejores resultados se pueden obtener con la tomografía de cuerpo entero después de terapia con 131I, la cual ofrece una mayor sensibilidad que una diagnóstica efectuada con 131I o 123I. De todas maneras, no existe un acuerdo del balance del coste/beneficio de estas dos18.

5 Discusión-Conclusión

Las metástasis esqueléticas tienen son complejas y tienen implicaciones devastadoras en los tumores malignos y en el manejo de los pacientes. La metástasis ósea representa un importante campo de investigación. Respondiendo al objetivo principal del presente trabajo, en el estado actual del arte se poseen diferentes técnicas de imagen para el estudio de las metástasis esqueléticas, pero la calidad de las imágenes, la mayor comodidad para el paciente y para su médico de referencia y un mejor uso de los recursos, sugieren el empleo de la medicina nuclear como primera elección en el estudio de metástasis óseas.

6 Bibliografía

1. Coleman, R.E. (2011). Bone cancer in 2011: prevention and treatment of bone metastases. Nat Rev Clin Oncol 9. 76-8.
2. Greco, C., Forte, L., Erba, P., Mariani, G. (2011). Bone metastases, general and clinical issues. Q J Nucl Med Mol Imaging 55. 337-352.
3. Clezardin, P., Teti, A. (2007). Bone metastasis: pathogenesis and therapeutic implications. Clin Exp Metastasis 24. 599-608.

4. Coleman, R.E. (2001). Metastatic bone disease: clinical features, pathophysiology and treatment strategies. Cancer Treat Rev 27. 165-176.
5. Talbot, J.N., Paycha, F., Balogova, S. (2011). Diagnosis of bone metastasis: recent comparative studies of imaging modalities. Q J Nucl Med Mol Imaging 55. 374-410.
6. Cuccurullo, V., Cascini, G., Rossi, A., Tamburrini, O., Rotondo, A., Mansi, L. (2011). Pathophysiological premises to radiotracers for bone metastases. Q J Nucl Med Mol Imaging 55. 353-73.
7. Cascini, G., Falcone, C., Greco, C., Bertucci, B., Cipullo, S., Tamburrini, O. (2008). Whole-body magnetic resonance imaging for detecting bone metastases: comparison with bone scintigraphy. Radiol Med 113. 1157-1170.
8. Kitson, S.L., Cuccurullo, V., Ciarmiello, A., Salvo, D., Mansi, L. (2009). Clinical applications of Positron Emission Tomography (PET) Imaging in medicine: oncology, brain diseases and cardiology. Curr Radiopharm 2. 224-253.
9. Vaccaro, A., Prisco, M.R., Gatta, G. (2012). Imaging multimodale delle metastasi ossee: le nuove frontiere della medicina nucleare. Recenti Prog Med 103. 397-403.
10. Atkins, H.L., Srivastava, S.C. (1996). Radiolabeled bone-seeking radiopharmaceuticals. Q J Nucl Med 40. 285-289.
11. Subramanian, G., McAfee, J.G., Blair, R.J., Kallfelz, F.A., Thomas, F.D. (1975). Technetium-99m-methylene diphosphonate: a superior agent for skeletal imaging: comparison with other technetium complexes. J Nucl Med 16. 744-575.
12. Francis, M.D., Ferguson, D.L., Tofe, A.J, Bevan, S.A., Michaels, S.E. (1980). Comparative evaluation of three diphosphonates: in vivo adsorption (C-14 labeled) and in vivo osteogenic uptake (Tc-99m complexed). J Nucl Med 21. 1185-1189.
13. Charkes, N.D. (1980). Skeletal blood flow: implications for bone scan interpretation. J Nucl Med 21. 91-98.
14. Potsaid, M.S., Guiberteau, M.J., McKusick, K.A. (1977). Quality of bone scans compared with time between dose and scan. J Nucl Med 18. 787-789.
15. Cook, G.J., Fogelman, I. (2001). Detection of bone metastases in cancer patients by 18F-fluoride and 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography. Q J Nucl Med 45. 47-52.
16. Grant, F.D., Fahey, F.H., Packard, A.B., Davis, R.T., Alavi, A., Treves, S.T. (2008). Skeletal PET with 18F-fluoride: applying new technology to an old tracer. J Nucl Med 49. 68-78.
17. Hingorani, M., Spitzweg, C., Vassaux, G., et al. (2010). The biology of the sodium iodine symporter and its potential for targeted gene delivery. Curr Cancer Drug Targets 10. 242-267.
18. Ambrosetti, M.C., Colato, C., Dardano, A., Monzani, F., Ferdeghini, M. (2009).

Radioiodine ablation: when and how. Q J Nucl Med Mol Imaging 53. 473-481.

Capítulo 1280

TRATAMIENTO RADIOMETABÓLICO DEL CÁNCER DE TIROIDES EN EDAD PEDIÁTRICA.

VANESA OLAY VALDES

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ

1 Introducción

El tumor de la tiroides en edad pediátrica es una enfermedad rara, casi excepcional por debajo de los 10 años. La incidencia anual, según datos de los EEUU, es de cinco individuos por millón. Este tumor en niños es casi siempre diferenciado y se presenta frecuentemente con metástasis de ganglios linfáticos, invasión local y metástasis pulmonar. En el momento del diagnóstico está más avanzado conforme menor es en edad1. La difusión de la metástasis viene generalmente por la vía linfática: las primeras estaciones en cuestión son los ganglios linfáticos en el cuello, seguido de los mediastínicos y el pulmón. La linfangitis neoplásica del pulmón se detecta en la radiografía convencional de tórax solamente cuando se forman los aglomerados discretos de células, con el aspecto de una tuberculosis. También cuando se presenta en fase avanzada, el carcinoma de tiroideo en niños un pronóstico bueno, mejor que en los adultos. No está claro todavía porque la edad influencie en el pronóstico: una de las razones puede ser que la metástasis en los niños es capaz de captar el Yodo radiactivo (131I) empleado para la terapia2.

2 Objetivos

El carcinoma tiroideo diferenciado en niños y en adolescentes se presenta normalmente en un estado avanzado con infiltración local y metástasis a distancia, aunque suelen responder bien a la terapia con 131I. La complicación más frecuente de la terapia con 131I es la fibrosis pulmonar que surge en los individuos con metástasis pulmonar difusa. Por ello el objetivo general del presente trabajo es analizar el estado de la cuestión en la literatura científica para mostrar como es el manejo terapéutico en este tipo de pacientes.

3 Metodología

Se ha procedido a una revisión bibliográfica sobre el estado del arte en el tratamiento y manejo terapéutico con 131I del cáncer de tiroides en individuos de edad temprana, utilizando palabras clave al respecto en varias plataformas de reconocido prestigio científico como: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect.

4 Resultados

Respecto al protocolo terapéutico del carcinoma tiroideo es similar en el niño que en el adulto. El primer paso es la intervención quirúrgica. Después de 30 a 60 días se ejecutan de manera contemporánea la primera evaluación postquirúrgica y la terapia con 131I para destruir el tejido tiroideo residual de la intervención quirúrgica. Los objetivos de la ablación del residuo son tres. En primer lugar, la posibilidad de usar la Tg como marcador tumoral: en ausencia de tejido tiroideo normal, un valor medible de Tg indica la presencia de metástasis. Después, la terapia con 131I permite destruir eventuales microfocos de tumor anidados en el residuo, hecho probable visto que el tumor diferenciado de tiroides es multicéntrico. Después de haber eliminado el tejido sano, se mejora la precisión diagnóstica en la gammagrafía de cuerpo entero, estimulando la capacidad de captación de Yodo de eventuales metástasis2.

Las células tiroideas captan el Yodo de la sangre mediante el sistema enzimático Sodium Iodine Symporter (NIS) y con el mismo mecanismo el Yodo radiactivo entre en las células neoplásicas tiroideas. El 131I es el isótopo radiactivo del Yoso más eficaz para alcanzar el efecto citotóxico gracias a la emisión de sus partículas beta negativo (electrones), que son capaces de ceder su energía y lograr el

efecto deseado, en el radio de 1-2 milímetros desde el lugar de la desintegración del radionúclido. El 131I tiene otra ventaja que lo hace especialmente útil desde el punto de vista diagnóstico: también emite radiación gamma de elevada energía (364 keV), detectables en el exterior del cuerpo. De esta manera, se obtiene una gammagrafía que demuestra la distribución en el cuerpo del tejido capaz de captar 131I. La gammagrafía es por lo tanto morfológica y funcional a la vez, siendo también un índice predictivo de éxito terapéutico. Por esta razón, después de la gammagrafía de cuerpo entero le sigue siempre la terapia con 131I. La terapia ejecutada en condiciones de hipotiroidismo se hace para obtener un aumento del TSH y por lo tanto estimular la capacidad de captación de Yodo de las células tiroideas sanas y metastásicas2.

En la literatura especializada no existen indicaciones específicas sobre la dosis de 131I para suministras a niños para la ablación del residuo3. Por la literatura consultada para ser que se obtienen unos buenos resultados con dosis para niños igual que para los adultos (1110 Bq – 30mCi), aunque más reducidas para los niños más pequeños2. Cuando en el momento de la ablación hay metástasis, el objetivo de la terapia es destruir el residuo y la metástasis a la vez. En estos casos la elección de la dosis resulta crítica, porque de un lado se debe lograr un efecto tumoricida, pero por otro existe el riesgo de otra enfermedad por la emisión de radiación. En el caso de una dosis excesiva de 131I se pueden tener reacciones generales, como grave malestar, vómitos y diarrea, y reacciones locales como tumefacción del cuello con disfagia. En presencia de metástasis se recomienda no superar los 37 MBq (1mCi) /kg de peso corporal. Empíricamente las dosis de 131I sucesivas a la ablación pueden ser aumentadas sin riesgos significativos. De hecho, cuando el residuo ha sido destruido, la cantidad de 131I retenida en el cuerpo y su tiempo de permanencia son menores con lo cual menor es la dosis de radiación recibida por órganos y tejidos2.

Un aspecto importante de la terapia con 131I en niños es la estancia en régimen de aislamiento. Cuando se programa esta terapia en niños es fundamental la colaboración entre los servicios de medicina nuclear, de oncología y física sanitaria con la implicación de la familia. Para hacer compañía al paciente, un progenitor puede ser admitido en la habitación de estancia protegida, aunque sería mejor que fueran los abuelos los que hicieran compañía, que no están en edad fértil. La normativa en cuanto a la protección radiológica de la población establece que quien voluntariamente asiste a un paciente tratado con fuentes radiactivas no encapsuladas, no tiene límite de dosis, mientras que para la población en general es de 1 mSv por año. En todo caso, la información proporcionada a quien asiste

al niño debe ser pormenorizada: esta persona debe llevar un dosímetro y vestir con ropa desechable para evitar contaminar zonas exteriores, además de que se le debe mejor la radiactividad corporal al salir de la habitación protegida por si hubiera riesgo de contaminación superficial2.

La gammagrafía de cuerpo entero después de la terapia con 131I es un paso fundamental en tratamiento del tumor tiroideo, debido a que permite, con la evaluación clínica, de laboratorio y ecográfica, obtener un cuadro preciso del estado de la enfermedad. La calidad de las imágenes es esencial. El 131I, debido a la elevada energía de sus rayos gamma, es un radioisótopo difícil de detectar por la gammacámara, que debe estar equipada con cristales y colimadores para altas energías. El tiempo de ejecución de la prueba se debe elegir de manera cuidadosa y en función de la captación del residuo. Para el posterior seguimiento, 24 horas después de la terapia con 131I, se inicia la terapia con l-tiroxina, que hasta el final de la enfermedad debe ser suministrada. Cuando al paciente se le declara curado, la dosis de l-tiroxina se va reduciendo hasta ser sustituida. La primera evaluación después de la ablación se ejecuta seis meses después. Si los datos excluyen la presencia de la enfermedad, se remite al paciente a realizar un test de estímulo con rhTSH, en caso contrario se programa una segunda terapia con 131I. No existen evidencias que indiquen una respuesta diversa a la terapia en adultos y niños, aunque los datos son escasos. Las metástasis pulmonares responden a repetidas administraciones de 131I según un esquema general que pretende, sobre todo, hacer desaparecer las micronódulos en la radiografía estándar de tórax. En los casos en os que exista la evidencia bioquímica de la enfermedad, pero en los exámenes instrumentales los resultados salgan negativos, se puede adoptar una política de vigilancia en espera y repetir el test de estímulo en los 3 a 5 años siguientes2.

La administración de 131I a niños plantea el problema de los efectos de las radiaciones ionizantes sobre organismos inmaduros y con lo cual especialmente sensibles4. Estos efectos se pueden manifestar pasados muchos años y los niños están en especial riesgo por ser muy larga su expectativa de vida. Las radiaciones provocan sobre los tejidos biológicos dos efectos: deterministas y estocásticos. El efecto determinista es el daño directo que las células reciben por la radiación, con lo cual depende de la dosis absorbida por tejidos. Se la dosis de radiación es suficientemente elevada se tiene la muerte celular y una respuesta inflamatoria que termina en fibrosis. Normalmente esta fibrosis tiende a progresar, porque también implica a los capilares, con la consiguiente isquemia y necrosis tisular, que provoca más fibrosis. El efecto estocástico es independiente de la dosis recibida,

tiene que ver con el patrimonio genético celular y se puede manifestar de manera tardía. Son efectos estocásticos la inducción de un tumor secundario y las mutaciones que se manifiesten en la prole2.

Desde los primeros tratamientos con 131I se he planteado el problema de proteger la fertilidad de los niños, que tienen un buen pronóstico, y el derecho a una vida normal, incluyendo la posibilidad de tener hijos. En la literatura hay numerosos ejemplos de la ausencia de efectos contrarios a la fertilidad, sobre todo en mujeres. Embarazos en mujeres tratadas con 131I al menos un año antes de concebir, han concluido satisfactoriamente y no se han encontrado anomalías somáticas en los hijos5. Al contrario, en el hombre adulto se ha descrito un aumento del FSH, que está considerado el mejor marcador de insuficiencia germinativa y, con lo cual, de incapacidad reproductiva. Después del primer tratamiento con 131I, este aumento es transitorio, pero después de repetidos tratamientos es permanente6.

La metástasis pulmonar difusa, si es de discreta entidad, tiene asociadas insuficiencia respiratoria de tipo restrictivo que en teoría se reduce con la respuesta al 131I. Pero la respuesta a las radiaciones provoca fibrosis que puede conllevar a su vez a insuficiencia respiratoria. Ésta se puede agravar por parálisis postquirúrgica del nervio recurrente, relativamente frecuente en niños con estado avanzado de la enfermedad. El tumor de tiroides, en los adolescentes más que en los niños, es con cierta frecuencia secundario a tratamientos con radiaciones o de quimioterapia por un primer tumor. Pero, por otro lado, la inducción de un segundo tumor por el tratamiento de un carcinoma de tiroides, parece ser un caso excepcional. Por último, en la literatura se han reportado casos de leucemia sólo en adultos con edades superiores a 50 años que habían recibido dosis acumulativas superiores a 800 mCi (29.600 MBq) en el curso de dos años2.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha expuesto a lo largo del trabajo, el carcinoma tiroideo diferenciado en niños y en adolescentes se presenta normalmente en un estado avanzado con infiltración local y metástasis a distancia. De todas las posibles complicaciones, la más frecuente es la fibrosis pulmonar, que surge en los individuos con metástasis pulmonar difusa. El objetivo general del presente trabajo era analizar el estado de la cuestión en la literatura científica para mostrar como es el manejo terapéutico en este tipo de pacientes y se ha logrado exponer, de manera somera como se prepara el tratamiento, como se aplica, de que manera se hace el seguimiento, los protocolos que se deben respetar, las normas de protección radiológica más

relevantes y las posibles complicaciones que pueden traer este tipo de terapia.

6 Bibliografía

1. Ceccarelli, C., Pacini, F., Lippi, F., Elisei, R., Arganini, M., Miccoli, P., Pinchera, A. (1988). Thyroid cancer in children and adolescents. Surgery 104.1143.
2. Ceccarelli, C., Bianchi, F., Brozzi, F. La terapia radiometabolica del carcinoma tiroideo in età pediátrica. L' Endocrinologo Vol. 7, nº 2, 76-82.
3. Jarzab, B., Handkiewicz-Junak, D., Wloch, J. (2005). Juvenile differentiated thyroid carcinoma and the role of radioiodine in its treatment: a qualitative review. Endocr Relat Cancer 12. 773.
4. World Health Organization: Health effect of the Chernobyl accident and special health care programmes – Report of the UN Chernobyl forum export group "Health" (EGH) – Working draft, August 331, 2005, p. 36.
5. Schlumberger, M., DeVathaire, F., Ceccarelli, C., De Lisle, M.J., Francese, C., Couette, J.A., Pinchera, A., Parmentier, C. (1996). Exposure to radioactive Iodine-131 for scintigraphy or therapy does not preclude pregnancy in thyroid cancer patients. J Nucl Med 37. 606.
6. Pacini, F., Gasperi, M., Fugazzola, L., Ceccarelli, C., Lippi, F., Centoni, R., Martino, E., Pinchera, A. (1994). Testicular function in patients with differentiated thyroid carcinoma treated with radioiodine. J Nucl Med 39: 1418.

Capítulo 1281

CITOLOGÍA MAMARIA

MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO

1 Introducción

La citología constituye un medio importante, y quizá clave, en el diagnóstico temprano de los tumores malignos de la mama. Es de gran importancia que todo médico citólogo-patólogo tener una idea clara de los posibles cambios evolutivos de la mama. Los estudios con microscopio de Salazar y cols. han aclarado muchos aspectos .La mama es una estructura especializada de la piel, por tanto de origen ectodérmico.

Gracias al estudio citológico, las posibilidades diagnósticas de muchas afecciones mamarias, han mejorado, se puede decir que este estudio es indispensable en el estudio de la patología mamaria.
La glándula mamaria fisiológicamente produce calostro y leche y, por lo tanto, secreta; esta secreción dio pie al comienzo del estudio de los componentes celulares normales de la glándula mamaria.

Simón y cols. han realizado un estudio exhaustivo de la citología de la leche, pormenorizando las células epiteliales, las células espumosas (que ellos consideran como macrófagos), los monocitos, los linfocitos y los granulocitos, valorando su presencia en el calostro, la leche madura y la leche de la mastitis. Pero también es conocido que hay una serie de procesos o circunstancias que pueden producir derrame por el pezón o telorrea, y estas secreciones han permitido iniciar los estudios citológicos de una serie de procesos patológicos, que posteriormente se ampliaron no sólo a los derrames espontáneos o provocados, sino a la toma directa por punción-aspiración citológica de las zonas suspectas de posible patología.

2 Objetivos

Exponer la utilidad de la citología de mama. Técnica y consideraciones más importantes.

3 Metodología

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

4 Resultados

A través de aplicar la citología mamaria, en manos de citólogos se proporcionará, en un 96-97% un diagnóstico correcto de benignidad o de malignidad, que en definitiva es lo que interesa al clínico, pero no terminan aquí las posibilidades diagnósticas de esta rama de la medicina.

Dentro de la patología mamaria se pueden emitir diagnósticos de compatibilidad con procesos de origen funcional, inflamatorio, displásico, seudotumoral .

Las técnicas que más se utilizan en un estudio citológico son:
- DERRAME- se consigue por presión dela mama hacia el pezón. El problema es que sólo producen secreción el 10% de los procesos benignos y el 4% de los malignos.
- PUNCIÓN-ASPIRACIÓN con aguja fina-Cuando por presión no se obtiene secreción y existe una zona tumoral o sospechosa, se procede fijando la zona con una mano, previa aseptización del campo, y con una jeringa y aguja fina o con pistola especial. (Cameco)), se realiza la punción de la zona. La ventaja de este sistema estriba en que con él se puede estudiar todo nódulo palpable.
- IMPRONTA PREOPERATORIA- Se raspa con el bisturí la superficie del corte, y el material obtenido se desliza sobre el portaobjeto, procediendo a la fijación y a una tinción rápida.

Podemos decir que la citología es exacta en el 95% de los diagnósticos que se

producen, de un 5 a un 10% de diagnósticos falsos negativos frente a los tumores benignos y de 2 a un 4% de diagnósticos falsos positivos ante los tumores malignos. El porcentaje de frotis no valorables será cada vez menor en los distintos servicios, y mucho más en aquellos en que sea un mismo personal el que realiza las tomas, dentro de una unidad de patología mamaria. En orden de exactitud con los mayores aciertos están la toma por impronta, le siguen las punciones y por último las tomas por derrame. Por lo tanto, la idea muy extendida de que la punción-aspiración sólo es útil para la evacuación de los quistes mamarios es un error monumental que por desgracia sigue existiendo en la mente de muchos médicos.

5 Discusión-Conclusión

La citología mamaria supuso un avance fundamental en el diagnóstico de la patología mamaria, ya que el pronóstico mejora cuanto antes se diagnostique la patología. Con la exploración para palparlo debe tener un tamaño de más o menos 1 cm, pero con la citología mamaria vemos los cánceres cuando aún son milimétricos, diagnostico precoz, lo que supone un mejor pronóstico.

Si bien es cierto que no es el papel fundamental de la citología el tipificar las características histológicas de las neoplasias malignas de mama, en algunos casos las extensiones citológicas traducen una serie de características que permiten orientar hacia un tipo de tumor.

6 Bibliografía

- Aranda F, Peiró G, Niveiro M, Seguí J. Neoadyuvancia en cáncer de mama: Papel del patólogo.
- Revista Española de Patología 2010; 43(2): 90-93.
- Fernández, Jéssica González, and Carlos E. Ugalde Ovares. "La glándula mamaria,embriología, histología, anatomía y una de sus principales patologías, el cáncer de mama." Revista médica de costa rica y Centroamérica LXIX (2012): 317-320.
- Harvey JA, Mahoney MC, Newell MS, et al. ACR appropriateness criteria palpable breastmasses. J Am Coll Radiol. 2013; 10:742-9.e1-3. PMID: 24091044.
- López Ruiz JA. , Zabalza Estévez I, Mieza Arana J.A. Cáncer de mama: determinación del perfil genético a partir de la biopsia percutánea ecoguiada diagnóstica. Radiología 2016; 58(3): 214-220.

- Masood S. Expanded role of cytopathology in breast cancer diagnosis, therapy and research:The impact of fine needle aspiration biopsy and imprint cytology. Breast J, 18 (2012)
- Tresserra F, Castellá M, Fernández-Cid C, Fabra G, Domínguez M, Ramos C, Martínez-Lanao
- M.A. Encuesta nacional sobre el estado actual del estudio citológico de la patología mamaria. Revista Española de Patología 2014; 47(3): 142-148.
- Tresserra F, Fabra G, Castella M, Domínguez M.A, Fernandez-Cid C, Martínez-Lanao M. Á.Punción-aspiración con aguja fina en patología mamaria: evaluación de la utilizaciónde citología líquida. Revista de Senología y Patología Mamaria, 2015, pp. 66-72.

Capítulo 1282

PIE EQUINOVARO

ANA MARÍA MUÑIZ CASTRILLON

1 Introducción

El pie equinovaro es una deformidad congénita en la que el pie presenta una deformidad en equino, varo de retropié, y aducción del antepié y cavo. Su tratamiento ha variado con el tiempo, se trataba mediante distintas técnicas quirúrgicas que permitían corregir todas las deformidades pero que generaban frecuentes complicaciones a corto y largo plazo. Actualmente el tratamiento más extendido de esta deformidad es el tratamiento conservador mediante la técnica de Ponseti que consiste en la aplicación de una secuencia específica de manipulaciones y yesos, una tenotomía del tendón de Aquiles, el uso de una ortopedia y estrategias para tratar posibles recaidas.

El pie equinovaro puede presentarse con distintos grados de severidad, desde flexible a muy rígido. Puede ocurrir como una deformidad aislada, pie equinovaro con causa desconocida, o formar parte de algún síndrome, siendo en estos casos más difíciles de tratar. El pie equinovaro no tratado hace que el niño camine sobre el dorso y el borde lateral del pie, desarrollando callos hipertróficos, siendo asi imposible el uso de zapatos y produciendo gran incapacidad para la marcha.

Parece que el origen del pie equinovaro es multifactorial pero el origen genético es cada vez más claro .
El diagnóstico del pie equinovaro se realiza a través de ecografía durante el embarazo a partir del segundo trimestre, aunque no se conocerá con exactitud qué grado de rigidez o de irreductibilidad posee el pie hasta que el bebe nazca.

En los últimos 10 años ha habido una tendencia a abandonar el tratamiento quirúrgico del pie equinovaro y ha tomado más auge el tratamiento conservador mediante la técnica de Ponseti.
Esta técnica consiste en una secuencia de manipulación del pie y yesos , una cirugía mínima, un tratamiento prolongado con ortopedia y estrategias para tratar las posibles recaidas.

Lo ideal es empezar el tratamiento en las primeras semanas de vida pero se puede utilizar en niños más mayores.
El varo del retropie, la aducción del antepie y el equino se corrigen simultáneamente con la utilización de yesos mediante abducción del pie en supinación ejerciendo una presión opuesta en la cabeza del astrágalo. Cuando se consigue una abducción de 50º y se ha corregido el varo del retropie, generalmente tras 4-8 yesos, se realiza la tenotomía percutánea de Aquiles, que puede realizarse con anestesia local si el niño es pequeño. Finalmente se aplica un yeso en 70º de abducción y 5-10º de dorsiflexión.
Cuando se retira el último yeso se coloca la ortopedia compuesta por dos zapatos unidos por una barra. Los zapatos se colocan en una rotación externa de 70º del pie equinovaro y 40º del pie normal. La ortesis se debe llevar a tiempo completo 24 horas durante 3 meses y luego en las horas de sueño 12-14 horas hasta los 4 años. Es importante contar con la colaboración de los padres para que el uso de la ortopedia sea el adecuado, ya que su abandono está relacionado con las recidivas.

La intolerancia a la ortopedia es la principal causa pero también pueden aparecer en pacientes que la han realizado bien. La mayoría de las recidivas se producen en el retropie con equino y varo del talón. Generalmente se resuelven mediante el uso de yesos y repetición de la tenotomía de Aquiles si la dorsiflexión es menor de15º. En los niños mayores de 3 años que presentan una supinación dinámica del antepié se puede realizar una transferencia del tibial anterior a la tercera cuña.

2 Objetivos

Los objetivos del tratamiento son dar mayor funcionalidad al pie equinovaro del recién nacido. Si no se trata este pude causar una deformidad importante.

3 Metodología

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

4 Resultados

El pie equinovaro es una deformidad congénita que puede presentarse de forma aislada o en el contexto de otra patología. Su etiología es desconocida pero cada vez se defiende más un origen congénito poligénico y multifactorial.
Actualmente el tratamiento más utilizado es la técnica de Ponseti.Su abandono está directamente relacionado con las tasas de recidiva. La cirugía debe reservarse, actualmente para el tratamiento de las deformidades residuales que la técnica ponseti no es capaz de solucionar.

5 Discusión-Conclusión

El método Ponseti es el elegido para el tratamiento del pie equinovaro en la mayoría de los casos, consiguiéndose mejores resultados, mayor movilidad y menores recaídas si es comparado con otras técnicas .El éxito en la corrección de un pie equinovaro depende de la rigidez del pie, la experiencia del médico, y la colaboración de la familia. En la mayoría de los casos se pueden esperar más de un 90% de éxitos en la corrección. Los fallos se deben a que el pie es muy rígido y con un surco plantar muy acentuados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1283

IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN ENFERMEDADES PERICÁRDICAS.

PAULA PAVON MORAN

VANESA GRANDA SOLAR

VANESA OLAY VALDES

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

1 Introducción

Las enfermedades pericárdicas son patologías frecuentes y la imagen para el diagnóstico se convierte en un paso fundamental a la hora de elegir el mejor tratamiento y hacer un seguimiento óptimo de la enfermedad. De hecho, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en los países desarrollados (Bastarrika et al., 2005).

La técnica más utilizada para el diagnóstico es la Ecocardiografía que proporciona información sobre la naturaleza de la enfermedad con sus repercusiones hemodinámicas, guiando sobre el tratamiento farmacológico a seguir. Sin embargo, muchas veces no es suficiente con esta técnica y se debe recurrir a otras como la Tomografía Computarizada o la Resonancia Magnética (Savino, 2017).

Las pericarditis son patologías que pueden aparecer aisladas o formar parte de otras enfermedades sistémicas que pueden tener múltiples causas y desarrollos (Adler et al., 2015). La respuesta del pericardio frente a cualquier agresión es la inflamación y/o aumento del contenido del fluido pericárdico. Los grados de

reacción de la inflamación en su formación son diversos, al igual que su entidad y rapidez (Savino, 2017).

Las técnicas más utilizadas son el ecocardiograma, la tomografía computarizada y la resonancia magnética (Sagristá, 2003). La más grave es la pericarditis constrictiva crónica que es altamente incapacitante pudiendo ser fatal (Gentille, 2013). Además, suele no tener síntomas con lo cual su diagnóstico es tardío (Santos et al., 2010).

La Ecocardiografía es la técnica de imagen más utilizada para el estudio de enfermedades pericárdicas, alcanzando una buena calidad para la interpretación diagnóstica (Klein et al., 2013). Según Hendel et al. (2006) la facilidad y rapidez de la técnica permite un diagnóstico precoz y es la única utilizada en la mayoría de los casos para un correcto seguimiento del paciente.

En cambio, en algunos casos concretos, se presentan limitaciones utilizando este método, para los cuales se debe recurrir a otras técnicas de diagnóstico por imagen como la Tomografía Computarizada o la Resonancia Magnética Cardiaca. Por ejemplo, la Tomografía Computarizada tiene una alta resolución espacial que permite la observación de las arterias coronarias (Bitar, 2013). En ciertas ocasiones las imágenes ecocardiográficas no son buenas y se recurre a la Resonancia Magnética, que ofrece imágenes de gran calidad (Pérez et al., 2006).

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente sobre las distintas patologías del pericardio.
- Determinar las técnicas diagnósticas más adecuadas para la detección, tratamiento y seguimiento de la enfermedad, atendiendo a las ventajas y desventajas que pueden presentar a la luz de los actuales conocimientos científicos.
- Fomentar un precoz y acertado diagnóstico ya que permite una correcta gestión de los pacientes con pericarditis.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se realiza mediante palabras clave en diversas plataformas que se relatan a continuación: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect. Las palabras clave fueron pericarditis para la patología, por ser la más frecuente, y las técnicas de imagen para el diagnóstico más utilizadas para su detección, control

y seguimiento, que se ha comprobado son la Ecografía, la Tomografía Computarizada y la Resonancia Magnética.

Además, los operadores booleanos han sido inclusivos del tipo: Ecocardiografía AND Enfermedades AND Pericárdicas, Resonancia Magnética AND Enfermedades AND Pericárdicas, Tomografía Computarizada AND Enfermedades AND Pericárdicas, Ecocardiografía AND Pericarditis, Resonancia Magnética AND Pericarditis y Tomografía Computarizada AND Pericarditis.

La selección de las publicaciones se basa en que éstas trataran el tema objeto de estudio desde un punto de vista de estado de la cuestión o del arte, pero sin entrar en casos concretos con muestra de pacientes. Se trata de tener una visión global de la idoneidad de cada prueba diagnóstica para cada tipo de enfermedad del pericardio. En cuanto al período se han elegido las de más reciente publicación, intentando que fueran dentro de los últimos 10 años al menos cinco de ellas, aunque se han encontrado más.

4 Resultados

Antes de pasar a describir las principales patologías pericárdicas y la aplicación de las técnicas de diagnóstico por imagen más adecuadas, es necesario describir la anatomía y fisiología normal del pericardio. Savino (2017) nos lo describe como un saco seroso que rodea al corazón y tiene el objetivo de lubrificar, preservar de infecciones, encajar el corazón en el mediastino y protegerlo de desplazamientos excesivos. Es una estructura relativamente elástica y estirable, constituido por folleto visceral de células mesoteliales con un sutil tejido conectivo fibroso y poca elastina.

En condiciones normales la ecocardiografía identifica el pericardio como una fina línea que rodea al corazón con un espesor de menos de 2 milímetros. Tanto en 2D como en M-mode se reconoce como una sola línea que a veces puede presentar alguna pequeña separación (Nicolosi, Canterin y Pavan 2008). El límite de la técnica de la Ecocardiografía es que no es capaz de visualizar el pericardio entero, perdiéndose información en la parte posterior (Savino, 2017).

Tanto la Tomografía Computarizada como la Resonancia Magnética Cardiaca tienen la ventaja de adquirir imágenes multiplanares y tridimensionales del pericardio con mucha precisión (Savino, 2017). La Tomografía Computarizada de al menos 64 cortes lo identifica en las imágenes tanto sin como con la inyección del

medio de contrast

En la Resonancia Magnética Cardiaca aparece como una membrana en forma de curva, hipointensa, con un espesor de unos 1,5 milímetros y rodeada de grasa pericárdica que en la imagen se puede observar como hiperintensa en las secuencias de sangre negra (Hoey, Shahid y Watkin, 2016). Respecto a la Ecocardiografía las dos técnicas anteriores tienen la ventaja de visualizar el pericardio posterior (Savino, 2017).

En primer lugar, se tienen las pericarditis agudas, que como se ha expuesto son la respuesta, mediante inflamación del pericardio y derrame pericárdico, frente a una infección. El pericardio inflamado se convierte en edematoso y se activa el proceso de la angiogénesis con formación de tejido vascularizado. El derrame pericárdico tiene las características de un exsudado rico en células inflamatorias con depósitos de fibrina. La entidad, la extensión y la rapidez de estos procesos influyen en la hemodinámica del corazón.

Cuanto mayor es la reacción inflamatoria del pericardio y la angiogénesis mayor es la rigidez del pericardio. Cuanto mayor es la formación del derrame pericárdico mayor es la presión que ejerce sobre el corazón ya que el pericardio es una membrana que se relaja lentamente con las variaciones de volumen, por ello necesita un tiempo para adaptarse al derrame (Nicolosi et al., 2008; Savino, Pontone y Colonna, 2017). Identificar esta fase temprana de compresión significa dirigir al paciente hacia el tratamiento más idóneo antes de que se produzca un taponamiento cardiaco (Savino, 2017).

En la Ecocardiografía el pericardio se hace hipercoico y se identifica por la presencia de un espacio libre de eco debido al derrame pericárdico. La entidad de éste se estima mediante el método semicuantitativo midiendo su espesor máximo, clasificándose en leve, moderado o severo (Savino, 2017).

Tanto la Tomografía Computarizada que la Resonancia Nuclear Cardiaca son exploraciones diagnósticas de segundo nivel, más precisas que la Ecocardiografía para identificar la presencia y extensión del derrame pericárdico y su reacción inflamatoria. La tomografía Computarizada, dependiendo de la entidad del coeficiente de atenuación del derrame, los caracteriza mejor. Después de la inyección de contraste la inflamación del pericardio se identifica con una mejora en la señal (Ironi, Barbera y De Cobelli, 2017; Bogaert y Francone, 2013).

La Resonancia Magnética Cardiaca estima con precisión la presencia, la entidad

y la localización del derrame, basándose en la intensidad de la señal identifica mejor los trasudados, con alta intensidad en las secuencias T1 y baja intensidad en las secuencias T2, de los exudados, baja intensidad en T1 y alta intensidad en T2, y de los derrames hemorrágicos donde la señal depende del estado de degradación de la hemoglobina (Bogaert y Francone, 2009; Savino, 2017).

Esta mejor caracterización de la anatomía del pericardio y de las repercusiones hemodinámicas de la inflamación que se obtienen mediante la Tomografía Computarizada y la Resonancia Nuclear Magnética no justifican su uso de manera rutinaria tanto porque son más costosas como porque son menos reproducibles, cuando la Ecografía responde bien a los requisitos de información diagnóstica (Savino, 2017).

Por otro lado, se tiene la pericarditis crónica constrictiva que es una patología relativamente rara y secundaria a enfermedades inflamatorias pericárdicas agudas o crónicas. Estas alteraciones estructurales son segmentarias, pero con el paso del tiempo se extienden, afectando el llenado diastólico normal del corazón (Savino, 2017). El diagnóstico es complicado debido a que los síntomas son los típicos de la insuficiencia cardiaca y puede suceder, en ausencia de sospecha de pericarditis crónica constrictiva, que el paciente sea tratado con un diagnóstico erróneo. Este hecho se agrava debido a que al no detectarse la patología correctamente no se da el tratamiento idóneo (Pinamonti et al., 2016).

La Ecocardiografía es una técnica útil para la pericarditis constrictiva. El modo 2D y M estudia la inflamación y la técnica Doppler resalta la alteración del relleno ventricular y permite hacer diagnóstico diferencial entre formas constrictivas y aquellas restrictivas (Rajagopalan, García y Rodríguez, 2001).

En el caso de la Tomografía Computarizada se trata de una técnica muy precisa para la detección de la presencia y extensión de las calcificaciones del pericardio, que son evaluables sin necesidad de inyectar contraste, la eventual presencia de inflamación residual en el pericardio, con un aumento de la señal después de inyectar contraste, y la relación que presenta el pericardio respecto a las estructuras circundantes. La exploración con Tomografía Computarizada tiene la ventaja de delimitar la extensión de la patología gracias a una evaluación global del tórax, tejido pulmonar y estructuras vasculares (Francone et al., 2011). Las desventajas es la utilización de radiaciones ionizantes y la imposibilidad del estudio hemodinámico cardiaco (Savino, 2017).

La Resonancia Nuclear Cardiaca es la técnica que mejor sirve para una evalu-

ación multiparamétrica. Las secuencias en T1 visualizan la presencia, la extensión y el espesamiento del pericardio: más de 4 milímetros es indicativo de pericarditis constrictiva. El estudio funcional con las secuencias de la cinética visualiza el movimiento anormal intraventricular y la interrupción brusca del relleno diastólico ventricular. Las limitaciones de esta técnica es que el tiempo de adquisición de la imagen es largo, aunque se puede abreviar el protocolo usando protocolos que clarifiquen aquello que no ha podido evidenciar la Ecocardiografía (Aquaro et al., 2015; Hoey et al., 2016; Kim, Kim y Yoon, 2007; Zurick et al., 2011).

Son raros los casos en los que los síntomas de pericarditis constrictiva son transitorios con una buena respuesta a la terapia o por una resolución espontánea. Se han identificado dos formas particulares con o sin derrame pericárdico: la pericarditis efusivo-constrictiva y la pericarditis constrictivo transitoria (Savino, 2017). Representan formas poco frecuentes de pericarditis agudas y en estos casos está presente una notable inflamación y neoangiogénesis del pericardio que acentúa la interdependencia ventricular (pericarditis constrictivas transitorias) y que se asocia al derrame pericárdico (pericarditis efusivo-constrictiva).

Estos síntomas mejoran con una terapia antiinflamatoria que permita un control del edema del pericardio y del derrame (Aquaro et al., 2015; Savino, 2017; Zurick et al. 2011).

5 Discusión-Conclusión

Las pericarditis son patologías que están bien cubiertas en su diagnóstico por la Ecocardiografía. Esta técnica de imagen permite en la mayoría de los casos una detección precoz de la enfermedad para el comienzo inmediato del tratamiento farmacológico. Su amplia disponibilidad y bajo coste permite un excelente seguimiento de la dolencia para verificar la respuesta a la terapia (Savino, 2017).

La Tomografía Computarizada y la Resonancia Magnética Cardiaca son técnicas de segundo nivel que se deben usar en todos los casos en los cuales la Ecocardiografía no ofrezca la información necesaria para cubrir un diagnóstico completo que cumpla con todos los supuestos clínicos. La Tomografía Computarizada y, sobre todo, la Resonancia Magnética Cardiaca representan técnicas de gran ayuda para los casos de pacientes con pericarditis constrictiva, las cuales pueden redirigir la paciente hacia el tratamiento con antiinflamatorios más que hacia una pericardiectomia (Savino, 2017).

Se puede afirmar que en el presente trabajo se ha cubierto de manera satisfactoria una revisión bibliográfica sobre las principales técnicas de imagen para el diagnóstico en las patologías del pericardio. Es evidente que en el balance coste-beneficio la técnica más extendida y que ofrece una información suficiente para un diagnóstico precoz es la Ecocardiografía.

En el caso de recurrir a las técnicas de segunda línea, aunque presentan imágenes más precisas y en las que se pueden hacer estudios más profundos, presentan costes más elevados: en el caso de la Resonancia Magnética Cardiaca es el tiempo elevado que se necesita para las secuencias y en el caso de la Tomografía Computarizada es el detrimento en la salud del paciente ya que utiliza radiaciones ionizantes.

6 Bibliografía

- Adler, Y., Charron, P., Imazio, M., Badano, L., Barón- Esquivias, G., Bogaert. J., Brucato, A., Gueret, P., Klingel, K., Lionis, C., Maisch, B., Mayosi, B., Pavie, A., Ristic, A.D., Tenas, M.S., Seferovic, P., Swedberg, K., Tomkowski, W. (2015). ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: the Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J, 36, 2921-2964.
- Aquaro, G.D., Barison, A., Cagnolo, A., Todiere, G., Lombardi, M., Emdin, M. (2015). Role of tissue characterization by Cardiac Magnetic Resonance in the diagnosis of constrictive pericarditis. Int J Cardiovasc Imaging, 31, 1021-1031.
- Bastarrika1, G., Sprengel, U., Sáenz de Buruaga, J., Romero, C., Alegría, E., Benito, A. Barba, J. (2005). Resonancia magnética cardíaca: aplicaciones clínicas. Anales Sis San Navarra vol.28 no.1, 49-58.
- Bitar, P. (2013). Evaluación cardiaca con tomografía computada y resonancia magnética. Revista Médica Clínica Las Condes Volume 24, Issue 1, 54-62.
- Bogaert, J., Francone, M. (2009). Cardiovascular magnetic resonance in pericardial diseases. J Cardiovasc Magn Reson, 11, 1-14.
- Bogaert, J., Francone, M. (2013). Pericardial disease: value of CT and MR imaging. Radiology, 267, 340-356.
Francone, M., Carbone, I., Agati, L., Bucciarelli, C., Mangia, M., Iacucci, I., Catalano, C., Passariello, R. (2011). Utility of T2- weighted short-tau inversion recovery (STIR) sequences in cardiac MRI: an overview of clinical applications in ischaemic and non-ischaemic heart disease. Radiol Med, 116, 32-46.

- Gentille, D.I. (2013). A propósito de la pericarditis constrictiva. INSUFICIENCIA CARDIACA Vol. 8, Nº 4, 195-201.
Hendel, R., Patel, M., Kramer, C., Poon, M., Carr, J., Gerstad, N., Gillam, L., Hodgson, J., Kim, R., Lesser, J., Messer, J., Redberg, R., Rubin, G., Rumsfeld, J., Taylor, A. (2006). Appropriateness Criteria for Cardiac Computed Tomography and Cardiac Magnetic Resonance Imaging: A Report of the American College of Cardiology Foundation Quality Strategic Directions Committee Appropriateness Criteria Working Group, American College of Radiology, Society of Cardiovascular Computed Tomography, Society for Cardiovascular Magnetic Resonance, American Society of Nuclear Cardiology, North American Society for Cardiac Imaging, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Interventional Radiology. Journal of the American College of Cardiology Volume 48, Issue 7, 1475-1497.
Hoey, E.T., Shahid, M., Watkin, R.W. (2016). Computed tomography and magnetic resonance imaging evaluation of pericardial disease. Quant Imaging Med Surg., 6, 274-284.
- Ironi, G., Barbera, M., De Cobelli F. (2017). Le masse cardiache e le malattie del pericardio: ruolo della TC. En Manuale di imaging non ultrasonografico. Roma: Il Pensiero scientifico editore.
- Kim, JS, Kim, HH, Yoon, Y. (2007). Imaging of pericardial diseases. Clin Radiol, 62, 626-31.
- Klein, A.L., Suhny, S., Agler, D.A., Appleton, C.P., Asher, C.R., Hoit, B., Hung, J., Garcia, M.J., Kronzon, I., Oh, J.K., Rodriguez, E.R., Schaf, H.V., Schoenhagen, P., Tan, C.D., White, R.D. (2013). American Society of Echocardiography Clinical Recommendations for Multimodality Cardiovascular Imaging of Patients with Pericardial Disease Endorsed by the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance and Society of Cardiovascular Computed Tomography. J Am Soc Echocardiogr, 26, 965-1012.
- Nicolosi, L., Canterin, A., Pavan, D. (2008). Manuale di ecocardiografia clinica. Padova: Piccin Editoriale.
Pérez, E., García, M., García, M.A., Zamorano, J.L., Ferreirós, J., Lafuente, J. (2006). Utilidad de la resonancia magnética en el estudio de las masas cardiacas y de la afección pericárdica. Revista Española de Cardiología Suplementos Volume 6, Issue 5, 30-40.
- Pinamonti, B., Habjan, S., De Luca, A., Proclemer, A., Morea, G., Abate, E., Vitrella, G., Sinagra., G. (2016). Inquadramento e gestione della pericardite costrittiva: revisione critica. G Ital Cardiol, 14, 197-207.
Rajagopalan, N., Garcia, M.J., Rodriguez, L. (2001). Comparison of new Doppler

echocardiographic methods to differentiat constrictive pericardial heart disease and restrictive cardiomyopathy. Am J Cardiol, 87, 86-94.
Sagristá, J. (2003). Diagnóstico y guía terapéutica del paciente con taponamiento cardíaco o constricción pericárdica. Revista Española de Cardiología Volume 56, Issue 2, 195-205.
- Santos, J., Casabe, J., Gabe, E., Viglianio, C., Abud, J., Guevara, E., Favaloro, R., Gurfinkel, E. (2010). Clínica y seguimiento de la pericarditis constrictiva crónica. MEDICINA (Buenos Aires), 70, 316-320.
- Savino, K. (2017). Le masse cardiache e le malattie del pericardio: ruolo della RMC. In Manuale di imaging non ultrasonografico. Roma: Il Pensiero scientifico editore.
- Savino, K., Pontone, G., Colonna, P. (2017). Manuale di imaging non ultrasonografico. Roma: Il Pensiero scientifico editore.
- Savino, K. (2017). Ruolo dell'imaging nelle malattie del pericardio. The imaging in pericarditis. Cardiologia Ambulatoriale, 3, 174-181.
- Zurick, A.O., Bolen, M.A., Kwon, D.H., Tan, C.D., Popovic, Z.B., Rajeswaran, J., Rodriguez, E.R., Flamm, S.D., Klein, A.L. (2011). Pericardial delayed hyperenhancement with CMR imaging in patients with constrictive pericarditis undergoing surgical pericardiectomy: a case series with histopathological correlation. JACC Cardiovasc Imaging, 4, 1180-1191.

Capítulo 1284

LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA MULTIDETECTOR EN LA EVALUACIÓN DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

PAULA PAVON MORAN

VANESA GRANDA SOLAR

VANESA OLAY VALDES

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

1 Introducción

Siempre ha sido prerrogativa de la coronariografía invasiva la evaluación anatómica de la circulación coronaria, cualquier indicación de procedimiento para la revascularización y el seguimiento de pacientes revascularizados, presentando limitaciones diagnósticas (De Agustín et al., 2012). La introducción en los últimos años de la Tomografía Computarizada con sistemas de multidetector asociados a tubos de rayos X de alta velocidad y sincronizados, ha permitido un incremento de la resolución espacial y temporal tal que esta técnica se presenta como una firme alternativa a la coronariografía invasiva para el estudio de enfermedades coronarias (Pontone, Bertella, Andreini, Mushtaq y Pepi, 2010).

La cardiopatía isquémica representa la principal causa de mortalidad y hospitalización en Estados Unidos y Europa (Manghat, Morgan y Roobottom, 2005). Las

pautas que marcan el "American College of Cardiology" y el "American Heart Association" recomiendan el uso del test de esfuerzo como primera fase de evaluación en pacientes con sospecha de padecer Cardiopatía Isquémica (Gibbons et al., 2003).

Debido a la poca especificidad del test de esfuerzo en el diagnóstico de la Cardiopatía Isquémica, se hacen necesarias otro tipo de pruebas, como el ecocardiograma de esfuerzo después de estímulo farmacéutico o pruebas nucleares, para decidir que pacientes serán evaluados posteriormente mediante coronariografía invasiva (Marwick, Shaw, Case, Vasey y Thomas, 2003).

Pese a la correcta aplicación de estos protocolos, casi el 25% de los pacientes estudiados mediante coronariografía invasiva no presentaban una patología coronaria significativa (Papaconstantinou, Marshall y Burrell, 1999). Se trata de un porcentaje alto de pacientes expuestos a los riesgos de esta técnica debido a que los test previos no fueron determinantes en su diagnóstico.

Hoy en día existen una gran variedad de pruebas diagnósticas no invasivas para el estudio del paciente con sospecha de cardiopatía isquémica (Makan y Pérez, 2003). De hecho, se conoce como "técnicas de imagen híbridas en cardiopatía isquémica" al conjunto de técnicas de imagen que se emplean para el diagnóstico en este contexto clínico (Giannopoulos y Gaemperli, 2018).

La introducción en la práctica clínica de la Tomografía Computarizada Multidetector puede constituir una alternativa válida en el diagnóstico de pacientes con sospecha de padecer cardiopatía isquémica, debido a que se pueden identificar a los sujetos los cuales no padecen ninguna patología coronaria, evitando que sean sometidos a una técnica invasiva, y hacer un seguimiento de aquellos que están siendo sometidos una revascularización coronaria percutánea o quirúrgica (Pontone et al., 2010). Un marcador significativo, detectado por la Tomografía Computarizada Multidetector, es la cuantificación y detección de calcio parietal coronario en paciente con riesgo bajo o medio (Descalzo et al., 2013).

Destacar, a parte de la Tomografía Computarizada Multidetector, que en los últimos años ha aparecido una de las técnicas más novedosas y atractivas de la Radiología actual, como es la Tomografía Computarizada de doble energía, que permite una excelente caracterización de los tejidos (Delgado, Martínez y Trinidad, 2013).

2 Objetivos

- Contrastar mediante una revisión bibliográfica las ventajas que supone el método diagnóstico de la Tomografía Computarizada Multidetector para los casos de cardiopatía isquémica, exponiendo sus aplicaciones clínicas en este campo y la problemática que presenta desde el punto de vista de la protección radiológica.

3 Metodología

Para la presente revisión bibliográfica se han usado una serie de descriptores o palabras clave en diversas plataformas de reconocido prestigio científico, las cuales se exponen a continuación: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed y ScienceDirect.

Las palabras clave o descriptores utilizados fueron operadores booleanos inclusivos: tomografía computarizada AND cardiopatía isquémica, coronariografía invasiva AND cardiopatía, técnicas de imagen no invasivas AND cardiopatía y tomografía computarizada multidetector AND cardiopatía isquémica. A partir de las primeras publicaciones se pudo rastrear en sus bibliografías otras publicaciones destacadas.

La selección de las publicaciones que se incluyen se basa en que éstas tratan el tema objeto de estudio desde un punto de vista de estado de la cuestión o del arte, pero sin entrar en casos concretos con muestra de pacientes. Se trata de tener una visión global de la idoneidad de esta prueba diagnóstica en el caso de pacientes con sospecha de padecer cardiopatía isquémica. El período de las publicaciones ha sido amplio, en los últimos 20 años, para poder ver como ha evolucionado el diagnóstico desde la coronariografía invasiva hasta las actuales técnicas de imagen no invasivas.

4 Resultados

Recientes estudios han demostrado que la frecuencia cardiaca juega un papel fundamental en el diagnóstico por imagen de la Tomogarfía Computarizada Multidetector. A pesar de la implementación de la resolución temporal en los equipos de nueva generación, es deseable a la hora de hacer la prueba una frecuencia cardíaca de 65 pulsaciones por minuto de máxima para limitar la aparición de artefactos de movimiento. De hecho, está demostrado que los grupos de pacientes

con una frecuencia cardiaca baja presentan mayor calidad en las imágenes y mayor fiabilidad en el diagnóstico, que los grupos con frecuencias cardiacas altas (Andreini, et al.2007).

Por ello, se hace necesario el uso de protocolos farmacológicos previos al examen diagnóstico para reducir la frecuencia cardiaca. El método más utilizado es el suministro oral o endovenoso de betabloqueantes para reducir la demanda de oxígeno del corazón, de 60 a 90 minutos antes de la prueba (Giesler et al., 2002). En los pacientes que presentan contraindicaciones al tratamiento con betabloqueantes, se puede utilizar la ivabradina que reduce la frecuencia cardiaca sin ningún efecto adverso. De hecho, ha abierto las puertas de la Tomografía Computarizada Multidetector a las personas taquicárdicas (Riccioni, 2009).

Algunos autores han demostrado la mejora en la calidad de las imágenes gracias al empleo de nitratos sublinguales suministrados justo antes de la tomografía para aprovechar la máxima vasodilatación coronaria (Dewey, Hoffmann, y Hamm, 2006).

Numerosos estudios han demostrado una elevada fiabilidad y precisión de la Tomografía Computarizada Multidetector en el diagnóstico de la cardiopatía isquémica. Andreini et al. (2007) han demostrado, en un estudio con 500 pacientes diagnosticados de manera consecutiva mediante Tomografía Computarizada Multidetector, una fiabilidad del 97%. En cuanto se refiere a precisión diagnóstica, centrando la atención en los principales estudios multicéntricos, el dato más destacable es que con la implementación tecnológica del escáner se ha observado una progresiva mejora en el valor predictivo negativo, estimado en el 90%, que demuestra como la técnica es muy precisa a la hora de descartar la patología, más que en su confirmación (Pontone et al., 2010).

La capacidad de esta técnica está estrechamente ligada a la tipología de paciente y a la probabilidad del test previo de coronariopatía. Hoffman et al. (2004) demostraron por otra parte que, en una población con elevada incidencia de cardiopatía isquémica, la Tomografía Computarizada Multidetector presenta un modesto valor predictivo positivo y negativo: un 60% y un 75% respectivamente. Esto sugiere un papel limitado en este contexto clínico. Por el contrario, en poblaciones con probabilidad de cardiopatía isquémica media o baja, el valor predictivo positivo asciende al 81% y el negativo al 99% (Leber et al., 2007).

Un segundo ámbito clínico de aplicaciones de la Tomografía Computarizada Multidetector está representado por pacientes afectados por miocardiopatía dilatada

en un primer diagnóstico. En este tipo de pacientes es fundamental definir la etiología isquémica o idiopática de la miocardiopatía dilatada (Pontone et al. 2010).

Numerosos trabajos con escáner de 16 cortes (Andreini et al., 2007) y con escáner de 64 cortes (Andreini et al., 2009) han demostrado una fiabilidad y precisión cercana al 100% y superior respecto a la obtenida con la población de función sistólica normal. Además, en los pacientes con miocardiopatía dilatada, la disfunción sistólica que caracteriza esta patología ayuda a la reducción de artefactos de movimiento, que, junto a las placas calcificadas, son los principales responsables de la reducción en la precisión diagnóstica (Andreini et al. 2007).

El tercer ámbito clínico en el que la Tomografía Computarizada Multidetector ha demostrado ser fiable es en el de los pacientes asintomáticos con probabilidad baja o media de padecer cardiopatía isquémica y candidatos a intervención quirúrgica no coronaria (Pontone et al., 2010). Del mismo modo de cuanto se ha demostrado para la miocardiopatía dilatada. Pundziute et al. (2007) han documentado el caso de 145 pacientes consecutivos hospitalizados para ejecutar una intervención quirúrgica valvular, una sensibilidad y precisión para el valor predictivo positivo del 100% y del negativo del 92%.

Hasta ahora se ha visto un resumen de como la introducción de la Tomografía Computarizada Multidetector permite un diagnóstico no invasivo del sistema coronario, alternativo a la coronariografía invasiva. Sin embargo, el empleo de matrices de multidetectores con vóxel de pequeñas dimensiones ha hecho necesario el empleo de unos haces de radiación con elevados voltajes, con lo que conlleva de exposición a radiaciones ionizantes del paciente (Pontone et al., 2010).

De hecho, basándose en la tecnología empleada y según la modalidad de tomografía, se han reportado lecturas de hasta 29 mSv (miliSievert) para un estudio cardiaco completo (Einstein, Henzlova y Rajagopalan, 2007). Para dar valor a estos datos se ha estimado que a una dosis efectiva de 10 mSv se asocia un riesgo de cáncer de 1/2000. Este parámetro es una media ponderada por edad y sexo, siendo el grupo más radiosensible las mujeres jóvenes (incidencia del 0,70%) y el grupo más radioresistente los ancianos varones (Einstein et al., 2007).

Aún considerando que se trata de estimaciones y no de eventos reales y documentados, además de que en el ámbito cardiovascular la población examinada en su mayoría son hombre de edad media o avanzada, adoptar procedimientos de protección radiológica aparece como algo obligatorio en observación del criterio ALARA (As Low As Reasonable Achievable o lo más bajo razonablemente

posible) (Pontone et al., 2010). Con tal fin existen numerosas estrategias, combinables entre ellas, que son utilizables como la optimización de los parámetros de la tomografía, el empleo de escáner con velocidades tomográficas elevadas, como la Tomografía Computarizada Multidetector de doble fuente (Wang et al., 2008) o con una matriz con elevado número de detectores como el de 256 o 320 cortes (Mori et al., 2008) o con el empleo del ECG-gating proespectivo (Pontone et al., 2009).

Esta última opción es la que ha obtenido los resultados más prometedores. El descenso de la dosis efectiva se obtuvo por dos mecanismos principales: la ausencia de superposición y la reducción de la radiación dispersa gracias a la modalidad de tomografía axial y no helicoidal, reduciendo el tiempo de exposición solamente a la fase diastólica (Pontone et al., 2010). Pontone et al. (2009) han logrado una reducción de la dosis efectiva a 5,7 mSv conservando una sensibilidad y precisión en los valores predictivos positivos y negativos elevadas.

Además, la introducción de algoritmos iterativos de reconstrucción que actúan sobre el ruido de fondo en las imágenes, es posible aplicar a la tomografía con ECG-gating prospectivo voltajes menores y colimaciones del haz mayores, tales para reducir la exposición y la dosis efectiva a valores de 2 mSv, asegurando la fiabilidad diagnóstica (Pontone, 2010).

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido comprobar la Tomografía Computarizada Multidetector representa una alternativa válida y no invasiva para la evaluación del círculo coronario por sospecha de cardiopatía isquémica. La virtud de su elevado valor predictivo negativo y su mayor potencialidad se apoyan en su capacidad de excluir la patología más que en identificarla. Su poder diagnóstico está vinculado a una atenta selección de los candidatos para este tipo de exploración: deben satisfacer ciertas características del ritmo cardiaco y clínicas (Pontone, 2010).

En este escenario clínico y con la posibilidad de aplicar protocolos de reducción de la exposición a radiaciones ionizantes, es muy probable que la Tomografía Computarizada Multidetector vaya teniendo un papel destacado en el diagnóstico, la evaluación pronóstica y el seguimiento de esta patología coronaria (Pontone, 2010).
Finalmente, se ha podido comprobar que existe una rica bibliografía internacional sobre este campo para el diagnóstico de la cardiopatía isquémica. Por lo

expuesto entre los profesionales y los autores el objetivo es descartar la coronariografía invasiva proponiéndose la alternativa de una técnica que utiliza radiaciones ionizantes para diagnosticar.

Se trataría de una desventaja importante que pondría en duda la justificación de esta práctica pero que puede verse compensada con la optimización (ALARA) mediante algunos ajustes en la técnica que han expuesto los autores en sus publicaciones. Esta limitación en el campo de la radioprotección tiene como prospectiva que se puede mejorar en varios puntos, por ejemplo mayor velocidad en la toma de datos, un elevado número de detectores con un mayor número de cortes o mejorar las dimensiones de la ventana del haz de radiación.

6 Bibliografía

- Andreini, D., Pontone, G., Ballerini, G., Quaglia,C., Nobili, E., Magini, A., Bertella, E., Pepi, M. (2007). Feasibility and diagnostic accuracy of 16-slice multidetector computed tomography coronary angiography in 500 consecutive patients: critical role of heart rate. Int J Cardiovasc Imaging, 23, 789-801.
- Andreini, D., Pontone, G., Bartorelli, A.L., Agostoni, P., Mushtaq, S., Bertella, E., Trabattoni, D., Cattadori, G., Cortinovis, S., Annoni, A., Castelli, A., Ballerini, G., Pepi, M. (2009). Sixtyfour-slice multidetector computed tomography: an accurate imaging modality for the evaluation of coronary arteries in dilated cardiomyopathy of unknown etiology. Circ Cardiovasc Imaging, 2, 199-205.
- Andreini, D., Pontone, G., Pepi, M., Ballerini, G., Bartorelli, A.L., Magini, A., Quaglia, C., Nobili, E., Agostoni, P. (2007).
- Diagnostic accuracy of multidetector computed tomography coronary angiography in patients with dilated cardiomyopathy. J Am Coll Cardiol, 49, 2044-2050.
- De Agustín, J.A., Marcos-Alberca, P., Fernández-Golfín, C., Bordes, S., Pozo, E., Macaya, C., Zamorano, J. (2012). Técnicas de imagen no invasivas para el estudio de los aneurismas coronarios. Radiología Volume 54, Issue 4, 357-362.
- Delgado, C., Martínez, C., Trinidad, C. (2013). La tomografía computarizada de doble energía: ¿para qué la quiero? Radiología Volume 55, Issue 4, 346-352.
- Descalzo, M., Leta, R., Rosselló, X., Alomar, X., Carreras, F., Pons-Lladó, G. (2013). Enfermedad coronaria subclínica por tomografía computarizada multidetector en población asintomática estratificada por nivel de riesgo coronario. Revista Española de Cardiología, Vol. 66. Núm. 6, 504-505.
- Dewey, M., Hoffmann, H., Hamm, B. (2006). Multislice CT coronary angiography: effect of sublingual nitroglycerine on the diameter of coronary arteries.

Rofo,178, 600-4.
- Einstein, A.J., Henzlova, M.J., Rajagopalan, S. (2007). Estimating risk of cancer associated with radiation exposure from 64-slice computed tomography coronary angiography. JAMA, 298, 317-23.
- Giannopoulos, A., Gaemperli, O. (2018). Técnicas de imagen híbridas en cardiopatía isquémica. Revista Española de Cardiología, Volume 71, Issue 5, 382-390.
- Gibbons, R.J., Abrams, J., Chatterjee, K., Daley, J., Deedwania, P.C., Douglas, J.S., Ferguson, T.B., Fihn, S.D., Fraker, T.D., Gardin, J.M., O'Rourke, R.A., Pasternak, R.C., Williams, S.V. (2003). ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina–summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee on the Management of Patients with Chronic Stable Angina). J Am Coll Cardiol, 41(1), 159-618.
- Giesler, T., Baum, U., Ropers, D., Ulzheimer, S., Wenkel, E., Mennicke, M., Baurz, W., Kalender, W.A., Daniel, W.G., Achenbach, S. (2002). Noninvasive visualization of coronary arteries using contrast-enhanced multidetector CT: influence of heart rate on image quality and stenosis detection. AJR Am J Roentgenol, 179, 911-916.
- Hoffmann, U., Moselewski, F., Cury, R.C., Ferencik, M., Jang, I.K., Diaz, L.J., Abbara, S., Achenbach, S. (2004).
- Predictive value of 16-slice multidetector spiral computed tomography to detect significant obstructive coronary artery disease in patients at high risk for coronary artery disease: patient-versus segment-based analysis. Circulation, 110, 2638-2643.
- Leber, AW., Johnson, T., Becker, A., Von Ziegler, F., Titus, J., Nikolau, K., Reiser, M., Steinbeck, G., Becker, C.R., Knez, A. (2007). Diagnostic accuracy of dual-source multi-slice CT-coronary angiography in patients with an intermediate pretest likelihood for coronary artery disease. Eur Heart J, 28, 2354-2360.
- Makan, M., Pérez, J. (2003). Perspectivas sobre la utilización de las modalidades de imagen de estrés en la valoración inicial de la cardiopatía isquémica. Revista Española de Cardiología Volume 56, Issue 10, 1010-1015.
Manghat, N.E., Morgan, G.J., Marshall, A.J., Roobottom, C.A. (2005). Multidetector row computed tomography: imaging the coronary arteries. Clin Radiol, 60, 939-52.
- Marwick, T.H., Shaw, L., Case, C., Vasey, C., Thomas, J.D. (2003). Clinical and economic impact of exercise electrocardiography and exercise echocardiography in clinical practice. Eur Heart J 24, 1153-1163.
- Mori, S., Nishizawa, K., Kondo, C., Ohno, M., Akahane, K., Endo, M. Effective

doses in subjects undergoing computed tomography cardiac imaging with the 256- multislice CT scanner. Eur J Radiol, 65, 442-8.
- Papaconstantinou, H.D., Marshall, A.J., Burrell, C.J. (1999). Diagnostic cardiac catheterisation in a hospital without on-site cardiac surgery. Heart 81, 465-469.
- Pontone, G., Andreini, D., Bartorelli, A.L., Cortinovis, S., Mushtaq, S., Bertella, E., Annoni, A., Formenti, A., Nobili, E., Trabattoni, D., Montorsi, P., Ballerini, G., Agostoni, P., Pepi, M. (2009). Diagnostic accuracy of low-dose coronary CT angiography: comparison between prospective and retrospective ECG triggering. J Am Coll Cardiol, 54, 346-355.
- Pontone, G., Bertella, E.; Andreini, D., Mushtaq, S., Pepi, M. (2010). Ruolo della tomografia computerizzata multidetettore nella valutazione della cardiopatia ischemica: principi tecnologici e applicazioni cliniche. Recenti Prog Med 2, 1, 490-500.
- Pundziute, G., Schuijf, J.D., Jukema, J.W., Boersma, E., De Roos, A., Van der Wall, E.E., Bax, J.J. (2007). Prognostic value of multislice computed tomography coronary angiography in patients with known or suspected coronary artery disease. J Am Coll Cardiol, 49, 62-70.
- Riccioni G. (2009). Focus on ivabradine: a new heart ratecontrolling drug. Expert Rev Cardiovasc Ther, 7, 107-13.
Wang, M., Qi, H.T., Wang, X.M., Wang, T., Chen, J.H., Liu, C. (2008). Dose performance and image quality: dual source CT versus single source CT in cardiac CT angiography. Eur J Radiol., Dec72(3), 396-400.

Capítulo 1285

LA TÉCNICA DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN CIRUGÍA VASCULAR.

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

VANESA OLAY VALDES

VANESA GRANDA SOLAR

PAULA PAVON MORAN

1 Introducción

La Tomografía Computarizada desde su introducción a principio de los años Setenta del siglo XX (Gutiérrez et al., 2014), ha revolucionado no sólo la Radiología sino la Medicina en general, siendo el más importante descubrimiento desde los rayos X en 1895 (Cartaya y Breijo, 2016). Fue la primera técnica que se benefició de la fusión de un ordenador y en equipo médico que visualizaba imágenes anatómicas del cuerpo humano en secciones trasversales. El principio en el que se basa la Tomografía Computarizada es que posee un sistema rotante constituido por un tubo de rayos X de un lado y una fila de detectores del lado opuesto. La rotación de este sistema entorno al paciente permita adquirir la imagen radiológica en una escala de grises, desde el negro hasta el blanco. Los primeros equipos tenían previsto la adquisición de varios estratos seguido de posteriores desplazamientos de la camilla con el paciente dentro del gantry (Gualdi y Bertini, 2012).

Un paso más se dio en los primeros años de la década de los 90 con la introducción de la Tomografía Computarizada en espiral. Con ésta se lograba por primera vez tomar imágenes del paciente de forma continuada, sin pausas entre desplazamientos. De esta manera se podían tomar datos del paciente sin lagunas entre una sección anatómica y la sucesiva. La adquisición volumétrica se convirtió en la base para se convirtió en la base para las futuras aplicaciones de la Tomografía Computarizada, lo que revolucionó las pruebas diagnósticas no invasivas de las patologías vasculares (Kalender, Seissler, Klotz, Vock, 1990).

La posibilidad de tomar datos de modo volumétrico ha despejado el camino al desarrollo de las técnicas de elaboración de imágenes de tipo tridimensional como la reconstrucción multiplanar, las proyecciones de máxima intensidad, las visualizaciones de la transparencia o la técnica para el renderizado de volúmenes, que son hoy en día parte esencial del diagnóstico por imagen. La adquisición volumétrica ideal se caracteriza por la isotropía o lo que es lo mismo que cada elemento de datos de la imagen (voxel) debe presentar las mismas dimensiones en los tres planos del espacio, de tal modo que la visualización tridimensional de la imagen sea fiel a la realidad (Flohr et al., 2005).

A finales de los años 90 se ha demostrado que tal tipo de adquisición no se podía obtener en el ámbito clínico con un equipo de Tomografía Computarizada de espiral simple, constituido por una sola fila de detectores, por lo cual se introdujo la técnica Multislice (Kalender, 1995). Ésta se caracteriza porque dentro del gantry se colocan varias filas de detectores dispuestas en el eje de avance de la tomografía. De esta manera se obtienen simultáneamente las secciones que correspondan, lo que conlleva, además, una velocidad mayor en todos los parámetros (Flohr et al., 2005).

Con este mayor número de filas de detectores se he aumentado las prestaciones de la técnica. La primera ventaja de este sistema es la velocidad en la ejecución de la tomografía, que permite examinar amplias zonas anatómicas en poco tiempo. Además, esta rapidez de escaneo influye beneficiosamente sobre la calidad de la imagen ya que se reducen los desplazamientos debidos a la respiración o los latidos del corazón. Por último, esta velocidad en la tomografía es fundamental cuando se hacen estudios de tipo vascular en los cuales el escaneo tiene que ser lo suficientemente rápido para poder seguir el desplazamiento del contraste dentro de las arterias antes de que pase al sistema venoso, diluyéndose y reduciendo la concentración arterial (Rubin, Schmidt, Logan y Sofilos, 2001).

La Tomografía Computarizada Multislice ha ampliado su campo a aplicaciones

que antes parecían estar fuera de su alcance, como la imagen cardiaca junto a una sincronización electrocardiográfica (Ohnesorge et al., 2000). También ha supuesto una revolución en el campo de estudio de la aorta y los grandes vasos (García, García y Bret, 2016), junto al estudio radiológico de las arterias coronarias (Fernández, Costas, Delgado, Velasco y Tardáguila, 2004). Actualmente, con los equipos de última generación que utilizan programas especializados en el estudio del corazón, pueden adquirir el volumen cardiaco entero durante la fase telediastólica de un único latido con una elevada resolución. Esto permite un estudio detallado de las arterias coronarias, distinguiendo también la composición de la placa fibrosa, calcificada y lipídica, además de la evaluación de la permeabilidad de los stent. En cuanto a la caracterización tisular se ha introducido recientemente una nueva tecnología: la Dual Source TC (Godoy, Naidich y Marchiori, 2009).

2 Objetivos

Con todo lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente trabajo es, mediante una revisión bibliográfica, mostrar cuales son las principales indicaciones de la Tomografía Computarizada en Angiografía, mostrando también los principales riesgos de esta técnica.

3 Metodología

Se ha procedido a una revisión bibliográfica sobre las principales indicaciones de la Tomografía Computarizada en Angiografía, detectando también los inconvenientes que puede presentar la técnica. Utilizando palabras clave se buscaron publicaciones al respecto en varias plataformas de reconocido prestigio científico como: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect. Los operadores booleanos se emplearon de manera inclusiva: Angiografía AND estudio del corazón, Tomografía Computarizada AND estudio del corazón, Tomografía Computarizada Multislice AND estudio del corazón, Angiografía AND cirugía vascular, Tomografía Computarizada AND cirugía vascular, Tomografía Computarizada Multislice AND cirugía vascular. El período de búsqueda fue el más reciente posible, con preferencia en las publicaciones de los últimos 15 años.

4 Resultados

Gracias a la elevada velocidad de la Tomografía Computarizada Multislice se pueden hacer detallados estudios de las estructuras vasculares sin sacrificar la resolución espacial. Junto a este desarrollo se ha producido también el de software especializados con los cuales se pueden aislar y visualizar de modo tridimensional las estructuras vasculares. Seguramente las patologías vasculares hayan sido las más beneficiadas de la evolución de la técnica diagnóstica (Duddalwar, 2004).

El empleo cada vez mayor de la Angiografía por Tomografía Computarizada Multislice ha traído consigo una continua mejora en los algoritmos diagnóstico-terapéuticos en los departamentos de cirugía vascular y de emergencias, dejando las prácticas más invasivas relegadas a lo puramente terapéutico. El examen de Angiografía por Tomografía Computarizada comienza con una tomografía ejecutada en condiciones normales, antes del suministro del medio de contraste, que es útil en condiciones agudas y de urgencia para relevar concentraciones de sangre, evaluación de calcificaciones, detectar hematomas y para preparar la extensión de la tomografía desde el punto desde el cual seguir el contraste. El momento de su suministro es el punto fundamental en el que pivota que se den unos resultados óptimos en el examen. El objetivo es obtener una impregnación de tipo puramente arterioso, sin contaminación venosa, sincronizada con la tomografía (Gualdi y Bertini, 2012).

Los factores que afectan para obtener unos buenos resultados en el examen son múltiples, entre los cuales se pueden dar los siguientes (Fleischmann, Rubin, Bankier y Hittmair, 2000):
- la buena calidad del acceso venoso (una cánula de buen calibre en una vena antecubital del brazo es la mejor solución);
- la administración de un bolo de solución fisiológica inmediatamente después del contraste (útil no solo para reducir la cantidad de contraste necesaria pero también para reducir el artefacto de la concentración excesiva de medio de contraste que ocurre en los vasos venosos de las extremidades superiores);
- un alto flujo de administración de medio de contraste (para alcanzar la meseta de concentración vascular);
- el uso de técnicas de inicio de escaneo automático al paso del medio de contraste (seguimiento de bolo), para hacer que el escaneo comience en el momento justo.

La Angiografía por Tomografía Computarizada ha ido sustituyendo con el tiempo a la Angiografía Digital en la mayor parte de los exámenes diagnósticos ya que

poseen indudables ventajas respecto a la Angiografía tradicional, el primero de todos la baja invasividad (Gualdi y Bertini, 2012).

La Angiografía-TC ha sustituido a la Angiografía tradicional en la evaluación diagnóstica primaria de patologías aórticas. Representa la prueba de referencia para la evaluación y clasificación de una disección aórtica y para posibles eventuales complicaciones, resultando superior a la tradicional debido a la mayor resolución espacial. Además, con la sospecha de una disección aórtica, es una prueba rápida y fácilmente aplicable en los departamentos de emergencias, resultando una excelente herramienta para evaluar complicaciones como taponamiento cardíaco, rotura, extensión de una disección, hipoperfusión de órganos o formación de aneurisma, siendo también fundamental para la programación terapéutica y para el seguimiento de los pacientes tratados. Resulta importante también para evaluaciones postraumáticas de la aorta torácica y abdominal para revelar disecciones, pseudoaneurismas o roturas postraumáticas (Prokop, 2000).

Si existe sospecha de aneurisma aórtico torácico o abdominal la Angiografía-TC permite evaluar la sede, las dimensiones y posibles señales de rotura. La presencia de trombos y su morfología se evidencian bien con la técnica, así como la presencia de calcificaciones parietales. La morfología del aneurisma, el diámetro y la distancia de las arterias renales son datos que se obtienen de manera precisa y reproducible. En pacientes con aneurismas inflamatorios esta técnica permite, gracias a las adquisiciones en fase venosa y tardía, detectar la impregnación de las paredes aórticas, dado que permite un diagnóstico diferencial. La Angiografía-TC también se utiliza para el seguimiento, después de excluir aneurisma debido al posicionamiento de endoprótesis, del posicionamiento de endoprótesis, del diámetro del saco aneurismático, lesiones estructurales de endoprótesis y perfusión de los órganos (Gualdi y Bertini, 2012).

La Angiografía-TC de las arterías pulmonares es actualmente la prueba de referencia en los pacientes con sospecha de embolia pulmonar. La Tomografía Computarizada Multislice permite relevar émbolos en las arterias pulmonares principales, segmentarias, subsegmentarias con alta precisión. También permite distinguir la embolia pulmonar aguda de la crónica, evaluar el grado de oclusión basal, lesiones por infarto y revelar eventuales señales de descompensación cardíaca asociadas. Con la Tomografía Multislice las carótidas pueden ser analizadas de manera completa desde el origen hasta el tramo intracraneal. Permite relevar la presencia de placas ateromatosas demostrando la composición y, por tanto, distinguiendo las placas duras de las placas blandas. Gracias al elevado detalle

anatómicos es posible ver la presencia de ulceraciones y la cuantificación del grado de estenosis (Gualdi y Bertini, 2012).

La alta resolución espacial revela, en caso de un evento isquémico agudo, la presencia de oclusiones en los vasos del círculo intracraneal, extendiendo a la misma vez el examen a las carótidas, para revelar la presencia de placas o ulceraciones que puedan ser origen del evento embólico. Un escaneo del parénquima cerebral en condiciones de base permite descartar una hemorragia intracraneal. El estudio del sistema venoso es útil para el diagnóstico de trombosis en los senos venosos. Otra de las principales indicaciones de urgencia es la evaluación de pacientes con hemorragia subaracnoidea y la búsqueda de aneurismas de los vasos del círculo intracraneal. En los aneurismas de mayores dimensiones la Angiografía-TC permite relevar la presencia de calcificaciones parietales, depósitos trombóticos endoluminales y evaluar las relaciones con los vasos aferentes y eferentes del aneurisma (Gualdi y Bertini, 2012).

Hemos podido ver como la Tomografía Computarizada ha visto expandida su utilización, pero esto también comporta un respectivo aumento de la dosis de radiación en la población. Precisamente, la tecnología Multislice es la que más ha aumentado la dosis en los pacientes sea por causas de origen técnico, como por ejemplo la amplia superposición de tejidos irradiados, la posición cercana del tubo al paciente y la gran cantidad de radiación dispersa debido a la gran amplitud del haz, sea por causas de origen comportamental como la facilidad y rapidez de escaneo que favorecen un eso excesivo y a veces exagerado de estos exámenes. Según los datos de los estudios de supervivencia de las bombas atómicas de Hiroshima y Nagasaki, el rango de dosis por el cual aumenta la posibilidad de desarrollar una neoplasia es de 50-200 mSv. Si se considera un examen de Tomografía Computarizada de tórax-abdomen-pelvis, resulta una dosis de 24-50 mSv, lo que nos da una idea de los riesgos a los que se somete a los pacientes (Gualdi et al., 2008).

En la práctica clínica existen algunas medidas técnicas de orden general que se pueden adoptar para reducir significativamente la dosis con dispositivos de Tomografía Computarizada: limitar el volumen examinado a lo indispensable; utilizar corrientes bajas y voltajes bajos del tubo de rayos X; reducir la velocidad de rotación del gantry; proteger órganos radiosensibles durante el examen; usar protocolos específicos para el tipo de paciente; mantener un registro de los parámetros de exposición y emplear un control automático de la exposición a radiación proporcionado por el equipo (este tipo de sistema el control está pre-

sente en todos los equipos de Tomografía Computarizada y consiste en ajustar automáticamente la cantidad de radiación dependiendo de la densidad y complejidad anatómica del paciente revelada en la exploración preliminar). Usando este tipo de parámetros se pueden obtener importantes reducciones de dosis (hasta 60-70%) sin afectar la calidad de las imágenes (Bertini, Andreoli y Lanciotti, 2006).

Por último, los estudios de las estructuras vasculares mediante Tomografía Computarizada no pueden prescindir de la utilización de medios de contraste. Esta sustancia farmacológica contiene Yodo que, dentro del organismo, modifica el número atómico medio de determinadas estructuras tisulares, entre los cuales los vasos, y corporales, determinando la absorción de los rayos X: el contraste en la imagen es proporcional a la concentración de Yodo del medio de contraste utilizado. La utilización del medio de contraste está ligado a la posibilidad de reacciones adversas. Éstas son proporcionales a la osmolaridad del medio de contraste y por ese motivo hoy en día se utilizan principalmente medios de contraste de baja osmolaridad (no iónicos), los cuales provocan menor daño endotelial. Los medios de contraste pueden, en pacientes predispuestos, provocar reacciones alérgicas. Una eficaz prevención de estas reacciones al medio de contraste consiste en individualizar los pacientes de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Respondiendo al objetivo del trabajo, después de revisar el estado del arte sobre la técnica de la Tomografía Computarizada aplicada en Cirugía Vascular, se ha podido comprobar que es la técnica más indicada para este tipo de patologías (Duddalwar, 2004). En el presente capítulo se han expuesto las principales con todas las ventajas que presentan, las principales la alta resolución espacial, la rapidez de ejecución y la precisión en la reconstrucción de la imagen (Gualdi y Bertini, 2012). También se han detectado una serie de inconvenientes a los que hay que prestar atención y optimizar en la práctica: que el paciente recibe dosis considerablemente altas de radiación (Gualdi et al., 2008) y que los medios de contraste utilizados pueden causar reacciones alérgicas. Optimizando la técnica y los parámetros de uso de las radiaciones y desarrollando medios de contraste más inocuos se pueden disminuir los efectos adversos de la Tomografía Computarizada (Sartori et al., 2013).

6 Bibliografía

- Bertini, L., Andreoli, C., Lanciotti, S. (2006). Problemi di doce in emergenza. En: Gualdi, G.F. Imaging dell'emergenzaurgenza. Roma: Società Editrice Universo.
- Cartaya, P., Breijo, C. (2016). Ciencia, técnica y tecnología de la salud en tomografía computarizada. Revista Cubana de Tecnología de la Salud, 58-65.
- García, P., Breijo, C. (2016). Ciencia, técnica y tecnología de la salud en tomografía computarizada. Revista Cubana de Tecnología de la Salud, Volumen 7, Número 2, 58 – 65.
- Duddalwar, V.A. (2004). Multislice CT angiography: a practical guide to CT angiography in vascular imaging and intervention. Br J Radiol, 77, 27-38.
- Fernández, G., Costas, M.I., Delgado, C., Velasco, M., Tardáguila, F. (2004). Estudio de las arterias coronarias mediante tomografía computarizada multidetector. Radiología Volume 46, Issue 2, 67-76.
- Fleischmann, D.S., Rubin, G.D., Bankier, A.A., Hittmair, K. (2000). Improved uniformity of aortic enhancement with customized contrast medium injection protocols at CT angiography. Radiology, 214, 363-371.
- Flohr, T.G., Schaller, S., Stierstorfer, K., Bruder, H., Ohnesorge, B.M., Schoepf, U.J. (2005). Multi-detector row CT systems and image-reconstruction techniques. Radiology, 235, 756-773.
- García, L., García, E., Bret, M. (2016). Tomografía computarizada con multidetectores en las anomalías congénitas del arco aórtico: anillos vasculares. Revista Española de Cardiología Volume 69, Issue 7, 681-693.
- Godoy, M.C., Naidich, D.P., Marchiori, E.J. (2009). Basic principles and postprocessing techniques of dual-energy CT: illustrated by selected congenital abnormalities of the thorax. Thorac Imaging, 24, 152-159.
- Gualdi, G.F., Bertini, L. (2012). Tomografía Compuuterizzata. SICVE, 116–123.
- Gualdi, G.F., Bertini, L., Lanciotti, S., Colaiacomo, M.C., Campagnano, S., Polettini, E. (2008). The radiation dose problem in computed tomography. Actual data and strategies for a corrected use of ionizing radiation in computed tomography. Ann Ig, 20, 131-139.
- Gutiérrez, A.C., Ojeda, J.L., Mendizábal, A.L., Valdez, G., Millán, S., Gutiérrez, Z., Ruiz, L.S., Celis, A., Carrillo, C. (2014). Tomografía computada de corazón, una herramienta invaluable. Rev Sanid Milit Mex, 68 (1), 36-41.
- Kalender, W. (1995). Thin-section three-dimensional spiral CT: is isotropic imaging possible? Radiology, 197, 578-580.
- Kalender, W., Seissler, W., Klotz, E., Vock, P. (1990). Spiral volumetric CT with single-breath-hold technique, continuous transport, and continuous scanner ro-

tation. Radiology, 176, 181-183.
- Ohnesorge, B., Flohr, T., Becker, C., Kopp, A.F., Schoepf, U.J., Baum, U., Knez, A., Klingenbeck-Regn, K., Reiser, M.F. (2000). - Cardiac imaging by means of electrocardiographically gated multisection spiral CT: initial experience. Radiology, 217, 564-571.
Prokop, M. (2000). Multislice CT angiography. Eur J Radiol, 36, 86-96.
- Rubin, G.D., Schmidt, A.J., Logan, L.J., Sofilos, M.C. (2001). Multi-detector row CT angiography of lower extremity arterial inflow and runoff: initial experience. Radiology, 221, 146-158.
- Sartori, P., Rizzo, F., Taboeda, N., Anaya, V., Caraballo, A., Saleme, C., Carrizo, R., Mabel, C., Peña, A. (2013). Medios de contraste en imágenes. Revista Argentina de Radiología, vol. 77, núm. 1, 49-62.

Capítulo 1286

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.

VANESA CANDANO GARRIDO

CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ

BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

Los traumatismos, incluyendo el neurotrauma, constituyen un serio problema de salud. La mortalidad de los pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) grave está entre el 36 y 50 %, aun en centros con gran experiencia. Pero puede duplicarse, o más, si en algún momento de su manejo la tensión arterial sistólica desciende por debajo de 90 mmHg, situación controlable por cirujanos generales, pediatras y anestesiólogos, en hospitales municipales, o por médicos especialistas en atención primaria y personal de ambulancias, con acciones que podrían salvar muchas vidas.

2 Objetivos

- Conocer los riesgo del traumatismo craneoencefáico.

3 Caso clínico

Paciente de 90 años acude a urgencias tras presentar una caída por las escaleras, con un traumatismo cráneo-encefálico a nivel occipital presenta mareos y nau-

seas. Se realiza exploración física del paciente: presenta herida abierta pero no focalidad neurológica aparente, por lo que se solicita TAC craneal para descartar patología intracraneal. Tras realizar TAC craneoencefalíco se observa fractura craneal con hematoma subdural a nivel occipital

4 Discusión-Conclusión

Este tipo de casos son muy frecuentes en pacientes de edad avanzada ya que se ve reducida su movilidad y sus reflejos.

5 Bibliografía

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

Capítulo 1287

POSIBLES CAUSAS EN EL DIAGNÓSTICO DE FALSOS NEGATIVOS EN MAMOGRAFÍA.

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

VANESA OLAY VALDES

VANESA GRANDA SOLAR

PAULA PAVON MORAN

1 Introducción

La Mamografía, aunque no es una prueba diagnóstica perfecta y es una experiencia normal que un resultado negativo no excluya con certeza la presencia de un carcinoma mamario, salva la vida a miles de mujeres al año en el mundo (Guerrero, 2011). La sensibilidad de la Mamografía se encuentra entre el 85% y el 92%, reduciéndose en el caso de mamas de elevada densidad entre el 48% y el 70% (Giess, Frost y Birdwell, 2012).

El porcentaje de falsos negativos es del 8-10% llegando en algunos estudios hasta el 25% (Majid, de Paredes, Doherty, Sharma y Salvador, 2003). La posibilidad de un diagnóstico fallido de carcinoma en Mamografía es un hecho inevitable porque está relacionado con los límites de la sensibilidad de la misma técnica, además del posible error humano. Las consecuencias de este diagnóstico fallido son de orden ético y médico-legal. El falso negativo puede darse tanto en el ámbito de

los programas de cribado como durante el examen clínico de los senos (Cucci, Restaino, Barrassi, Di Gesú y Sallustio, 2017).

En el ámbito de los programas de cribado la Mamografía es la prueba de primer nivel y se hace con una periodicidad bianual a mujeres asintomáticas de edades comprendidas entre los 50 y los 69 años. Existe la posibilidad de extender este programa de control hasta los 74 años mientras, aunque no haya una evidencia científica significativa, es posible extender el programa a mujeres con edades comprendidas entre los 40 y los 49 años (Distante et al., 2007).

En la actualidad se están mejorando las tecnologías existentes para las mamografías (Chevalier, 2013), teniendo en cuenta la dosis glandular para evitar cánceres radioinducidos (Comunidad Europea, 2006; SEFM, SEPR y SERAM, 2012). De hecho, la mamografía digital imparte un 25% menos de dosis que la analógica (Hendrick et al., 2010; Gennaro y Maggio, 2006).

2 Objetivos

- Analizar qué tipo de errores incurren en los diagnósticos de falsos positivos, tanto técnicos como de la propia interpretación del diagnóstico, y relacionarlos con la técnica de la Mamografía y sus diferentes variables. Además, se hará un breve repaso a las nuevas técnicas que se están introduciendo para mejorar los exámenes mamográficos.

3 Metodología

Se ha procedido a hacer una revisión bibliográfica sobre cuáles son las causas en los casos de los falsos positivos en el diagnóstico de carcinoma mamario. Utilizando palabras clave o descriptores se buscaron publicaciones al respecto en varias plataformas de reconocido prestigio científico como: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect.

Las palabras clave o descriptores, utilizando operadores booleanos inclusivos (AND) son: cáncer de mama, falsos positivos, errores técnicos, errores diagnósticos, imagen digital e imagen en 3D. Respecto al período se han buscado las más recientes publicaciones.

4 Resultados

La posibilidad de identificar un carcinoma en una mamografía depende sobre todo de la calidad diagnóstica de las imágenes. Por lo tanto, un error en el posicionamiento del pecho, en la compresión de los tejidos o en la elección de los factores de exposición, pueden hacer que una lesión pueda no estar incluida en el volumen de estudio o puede no ser perceptible.

Consecuentemente es indispensable una escrupulosa y atenta observación en la aplicación correcta de la metodología del examen. Mientras por un lado la evolución técnica de los equipos ha permitido optimizar la compresión y los factores de exposición, el correcto posicionamiento del pecho es competencia del técnico de radiología médica y que hoy en día representa la causa más frecuente de errores técnicos alcanzando el 20% (Berg y Yang, 2014).

También, es trabajo del técnico radiólogo evaluar la calidad de las imágenes a través de la evaluación de los criterios de garantía de calidad (Farria, Bassett, Kimme-Smith y DeBruhl, 1994; Sardanelli et al., 2000).
Normalmente las dos proyecciones fundamentales que se aplican para el estudio mamario son la medio lateral oblicua (de 30° a 60°) y la cráneo-caudal (0°). En ambas proyecciones mamográficas es necesario incluir el mayor volumen posible de la mama examinada evitando que aparezcan pliegues de la piel o que se superpongan tejidos o cuerpos extraños.

En particular, para la proyección medio lateral oblicua es importante verificar varios puntos: la simetría de las imágenes; el músculo pectoral debe ser apreciable al menos por el plano que pasa por pezón; la mama no debe colocarse caída si no posicionada delicadamente hacia arriba y hacia fuera, para evitar el estiramiento hacia debajo de los tejidos lo que produciría un aspecto similar al de una cabeza de camello con ausencia en la imagen los tejidos de la región inferior y posterior; el pezón de perfil; visibilidad del surco inframamario evitando la superposición con región superior del abdomen (Cucci et al., 2017).

En la proyección cráneo-caudal los indicadores de calidad son los siguientes: la simetría de las imágenes, el pezón de perfil, la visualización del tejido adiposo retro-glandular y, si es posible, el músculo pectoral; se considera indicador de calidad la distancia entre el pezón y el margen posterior de mamografía en la proyección cráneo-caudal y el pezón y el margen anterior del músculo pectoral en la proyección medio lateral oblicua (tal distancia en la proyección cráneo-caudal debe ser no inferior a 10 mm respecto a la evaluada para la medio lateral

oblicua). La ausencia de estos criterios de calidad puede perjudicar el diagnóstico de carcinoma en la mamografía incluso en presencia de señales clínicas (Cucci et al., 2017).

Mientras, como hemos visto, en el error técnico la lesión puede no estar presente en el volumen de estudio a causa de un inadecuado posicionamiento de la mama o puede no ser identificada por compresión o por parámetros técnicos inadecuados, en el error de diagnóstico la alteración no es identificada por el radiólogo porque no la percibe o, aun percibiéndola, no la interpreta de un modo correcto (Cucci et al., 2017).

En primer lugar, la ausencia de percepción de una lesión representa la primera causa entre los errores de tipo diagnóstico. En particular, entre las eventualidades que pueden darse remarcar:

- La alteración es perceptible pero no es identificada por el radiólogo por falta de atención, cansancio, interrupciones repetidas durante el estudio del informe o una caída en la atención por haber ya individuado un descubrimiento (benigno o maligno) con la consecuente falta de visualización de ulteriores descubrimientos. Las alteraciones que más frecuentemente pueden ser no identificadas son aquellas con señales mamográficas poco perceptibles de malignidad (pequeñas opacidades, distorsiones, asimetrías o pequeñas inclusiones de microcalcificaciones), alteraciones que se visionan de manera más frecuente en una sola proyección, que crecen lentamente y de las cuales, en el momento del descubrimiento, no se tiene la disponibilidad de mamografías precedentes para poder confrontarlas (Cucci et al., 2017).

- La alteración, aunque comprendida en el volumen de estudio, está enmascarada por la elevada densidad de la mama por tejido superpuesto. Como ya se ha escrito la densidad mamaria representa un límite a la sensibilidad de la mamografía. Las mamografías se clasifican en base a la proporción de mama ocupado por densidad fibro-glandular en cuatro grados de densidad, en línea con los BIRADS (Breast Immaging Reporting and Data System): D1= 0%-25% (fibro-adiposo), D2=26%-50% (fibro-glandular), D3=51%-75% (no homogéneamente denso), D4=76%-100% (difusamente denso). Berg et al. han constatado una sensibilidad del 70% en el caso de mamas D3 y del 45% en el caso de mamas D4.

También han documentado como para cualquier tipo de mama, la mamografía es menos sensible para identificar el carcinoma lobular infiltrante respecto al carcinoma ductal infiltrante (Berg et al., 2004). El carcinoma lobular infiltrante es el segundo isotipo más frecuente de carcinoma mamario después del carcinoma

ductal infiltrante y representa entre el 10% y el 15% de todos los carcinomas invasivos (Berg y Yang, 2014; Farria et al., 1994).

La escasa identificabilidad de la lesión es atribuible a sus características histopatológicas, lo que es decir células tumorales pequeñas, uniformes, con núcleo redondeado y una modesta cuota citoplasmática. Entre el 45% y el 65% de los casos de carcinoma lobular infiltrante puede presentarse como una masa espiculada o con márgenes mal definidos, con densidad similar o inferior al parénquima de alrededor; entre el 10% y el 34% de los casos se presenta como una distorsión parenquimatosa y en el 1%-14% como asimétrica (Lopez y Bassett, 2009). El 24,9% de las lesiones son apreciables sólo con una proyección, que suele ser la cráneocaudal (Porter, Evans, Foxcroft, Simpson y Lakhani, 2014).

El error de interpretación es un evento que se verifica cuando:
- La alteración se percibe, pero es considerada normal o benigna: una asimetría patológica se puede interpretar como tejido fibro-glandular normal, calcificaciones sospechosas son consideradas benignas o las opacidades bien circunscritas se interpretan como hallazgos benignos. Sólo el 39% de los carcinomas no palpables se presentan con el clásico aspecto claramente patológico, esto es como una masa espiculada o grandes calcificaciones. Puede haber carcinomas que se presenten como lesiones bien circunscritas como por ejemplo el carcinoma medular, el carcinoma mucinoso o el carcinoma papilar (Majid et al., 2003).
- La lesión se percibe, pero se confunde con intervenciones quirúrgicas o liponecrosis (Cucci et al., 2017).
- La lesión, pese a tener características sospechosas, es considerada benigna por su estabilidad mamográfica en el tiempo. El tiempo de duplicación de un cáncer puede variar desde 44 a 1869 días. Las microcalcificaciones malignas pueden ser estables hasta 63 meses. Por tanto, una alteración con características sospechosas, aunque sea estable 1 o 2 años, debe someterse a una biopsia (Majid et al., 2003).
- La lesión identificada sugiere ser un carcinoma, pero la interpretación del radiólogo no es correcta (Cucci et al., 2017).

La mamografía tiene un papel principal en el diagnóstico precoz del carcinoma de mama y su utilización en los programas de cribado organizado han llevado a una reducción de la mortalidad por esta causa del 40% (Lauby-Secretan et al., 2015). Pero la mamografía no es una prueba perfecta y su límite principal es el enmascaramiento de una lesión por parte de otras estructuras superpuestas, sobre todo en el caso de una mama densa.

La difusión de la mamografía digital en sustitución de la analógica, ha traído

para algunos autores una mejora en el rendimiento el caso de las mamas más densas y en mujeres con edades inferiores a 50 años, aunque no ha comportado una reducción significativa en la detección de cánceres en el intervalo de control entre los 50 y los 69 años (Knox, O'Brien, Szabó y Smith, 2015).

Con la difusión de la imagen digital se ha asistido por otra parte a una modificación del patrón radiográfico. Pese a que la resolución espacial es inferior a la analógica, presenta una mayor resolución de contraste que consiente una mejor identificación de las microcalcificaciones incluso mejorando los resultados en mamas densas (Del Turco et al., 2007). La experimentación de estos equipos asistidos por ordenador, como instrumento complementar de lectura de cribado, ha llevado a un aumento de la sensibilidad, pero también a una reducción de la especificidad con un alto repertorio de falsos positivos señalados para cada examen mamográfico (Houssami, Lord y Ciatto, 2009).

Mas optimista parece el nuevo horizonte con la utilización de la Tomosíntesis, un tipo de mamografía digital tridimensional que se basa en la adquisición de múltiples exposiciones a baja dosis de la mama a través de la oscilación de un tubo de rayos X a lo largo de un arco de 10 a 20 grados. Esas exposiciones adquiridas por el equipo son elaboradas a través de un software que permite obtener una serie de imágenes de un espesor máximo de un 1 mm representativos de varios estratos de la mama según planos paralelos al detector (Nguyen et al., 2015).

Por último, el esfuerzo de los fabricantes es el de optimizar los parámetros de adquisición y los algoritmos de reconstrucción con la posibilidad de obtener imágenes reconstruidas en dos dimensiones partiendo de una única proyección en tres dimensiones, con la ventaja de reducir la dosis de exposición además del tiempo de compresión de la mama. El rendimiento de la mamografía en tres dimensiones asociada a las imágenes en dos dimensiones parece que sea superponible a la asociación de la mamografía en dos y tres dimensiones estándar (Nguyen et al., 2015).

5 Discusión-Conclusión

En el presente trabajo se ha respondido a las cuestiones planteadas en el objetivo principal. Hemos podido ver a través de la literatura especializada como existen varios factores que influyen en los falsos negativos a la hora de detectar carcinomas mamarios. Unos son técnicos, como el posicionamiento de la paciente por el técnico (Berg y Yang, 2014), que a veces no es del todo correcto, y otras debido

a factores humanos por parte del radiólogo, como es el caso de la no detección del carcinoma debido a varios factores como es la densidad mamaria (Berg et al., 2004) que lleva a la superposición de estructuras u otros factores humanos como puede ser una simple distracción (Cucci et al., 2017).

Otro de estos factores humanos se ha podido demostrar que es la sí detección de la lesión, pero en este caso el diagnóstico no es correcto, el más normal parece ser el confundirlo con un tumor benigno (Majid et al., 2003). También se ha podido comprobar como se están intentando hacer mejoras en la técnica de diagnóstico con la mejora tecnológica de los equipos con la introducción de la imagen digital y en tres dimensiones, que parecen ser opciones esperanzadoras a la hora de reducir los falsos positivos en el caso de los carcinomas mamarios (Nguyen et al., 2015).

6 Bibliografía

- Berg, W.A., Yang, W.T. (2014). Diagnostic Imaging: breast. Canadá: Lippincott Williams.
- Berg, W.A., Gutierrez, L., NessAiver, M.S., Carter, W.B., Bhargavan, M., Lewis, R.S., Ioffe, O.B. (2004). Diagnostic accuracy of mammography, clinical examination, US and MR imaging in preoperative assessment of breast cancer. Radiology, 233, 830-849.
- Chevalier, M. (2013). Nuevas tecnologías en mamografía y su impacto en los valores de dosis. Radiología Volume 55, Supplement 2, 25-34.
- Comunidad Europea (2006). European protocol for the quality controlof the physical and technical aspects of mammography scree-ning. En: Perry, N., Broeders, M., de Wolf, C., Törnberg, S., Holland, R.,von Karsa, L., editors.
- European guidelines for quality assurancein breast cancer screening and diagnosis. 4 th edition. Chapter2. Luxemburgo: European Communities; 57-165.
- Cucci, E., Restaino, G., Barrassi, M., Di Gesú, C., Sallustio, G. (2017). Falsi negativi alla mammografia. Il giornale italiano di Radiologia Medica 4, 1091-1099.
- Del Turco, M.R., Mantellini, P., Ciatt, S., Bonardi, R., Martinelli, F., Lazzari, B., Houssami, N. (2007). Full-field digital versus screen-film mammography: comparative accuracy in concurrent screening cohorts. AJR Am J Roentgenol, 189, 860-866.
- Distante, V., Ciatto, S., Frigerio, A., Naldoni, C., Paci, E., Ponti, A., Rosselli del Turco, M., Vettorazzi, M., Zappa, M. (2007). Sull'opportunità di estendere lo screening mammografico organizzato alle donne di 40-49 e 70-74 anni di età. Epi-

demiol Prev, 31(1), 1-8.
- Farria, D.M., Bassett, L.W., Kimme-Smith, C., DeBruhl, N. (1994). Mammography quality assurance from A to Z. Radiographics, 14, 371-385.
- Gennaro, G., di Maggio, C. (2006). Dose comparison betweenscreen/film and full-field digital mammography. Eur Radiol. 16, 2559-2566.
- Giess, C.S., Frost, E.P., Birdwell, R.L. (2012). Difficulties and errors in diagnosis of breast neoplasms. Semin Ultrasound CT MR, 33, 288-299.
- Guerrero, J. El rol de la mamografía en el diagnóstico del cáncer de mama. Carcinos, Volumen 1, Número 2, 68-75.
- Hendrick, R.E., Pisano, E.D., Averbukh, A., Moran, C., Berns, E.A., Yaffe, M.J., Herman B., Acharyya, S., Gatsonis C. (2010).
- Comparison of acquisition parameters and breast dose in digital mammography and screen-film mammography in the American College of Radiology Imaging Network digital mammographic imaging screening trial. AJR Am J Roentgenol. 194(2), 362-369.
- Houssami, N., Lord, S.J., Ciatto, S. (2009). Breast cancer screening: emerging role of new imaging techniques as adjuncts to mammography. Med J Aust., 190, 493-497.
- Knox, M., O'Brien, A., Szabó, E., Smith, C.S. (2015). Fenlo ital mammography on the classification and mammographic characteristics of interval breast cancers. Eur J Radiol, 84, 1056-1061.
- Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D., Benbrahim-Tallaa, L., Bouvard, V., Bianchini, F., Straif, K. (2015). International Agency for Research on Cancer Handbook Working Group. Breast-cancer screening–viewpoint of the IARC Working Group. N Engl J Med. Jun 11, 372, 2353-2358.
- Lopez, J.K., Bassett, L.W. (2009). Invasive lobular carcinoma of the breast: spectrum of mammographic, US, and MR imaging findings. Radiographics, 29, 165-176.
- Majid, A.S., de Paredes, E.S., Doherty, R.D., Sharma, N.R., Salvador, X. (2003). Missed breast carcinoma: pitfalls and pearls. Radiographics, 23, 881-895.
- Nguyen, T., Levy, G., Poncelet, E., Le Thanh, T., Prolongeau, J.F., Phalippou, J., Massoni, F., Laurent, N. (2015). Overview of digital breast tomosynthesis: Clinical cases, benefits and disadvantages. Diagn Interv Imaging., 96, 843-859.
- Porter, A.J., Evans, E.B., Foxcroft, L.M., Simpson, P.T., Lakhani, S.R. (2014). Mammographic and ultrasound features of invasive lobular carcinoma of the breast. J Med Imaging Radiat Oncol, 58, 1-10.
- Sardanelli, F., Zandrino, F., Imperiale, A., Bonaldo, E., Quartini, M.G., Cogorno, N. (2000). Breast biphasic compression versus standard monophasic compression

in X-ray mammography. Radiology, 217, 576-580.
- SEFM, SEPR y SERAM (2012). Equipos de mamografía. En: Protocolo español de control de calidad en radiodiagnóstico. Revisión2011. Cap. 3. Madrid: Senda Editorial, SA.

Capítulo 1288

TÉCNICAS ECOGRÁFICAS EN LAS URGENCIAS TRAUMÁTICAS DEL ABDOMEN.

VANESA GRANDA SOLAR

PAULA PAVON MORAN

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

VANESA OLAY VALDES

1 Introducción

Los traumatismos son hoy día la principal causa de muerte en las primeras cuatro décadas de vida y está muchas veces asociado a discapacidad permanente (Van Beeck, Van Roijen y Mackenbach, 1997). En Europa la patología traumática es muy frecuente, predominando los traumatismos cerrados. La causa principal son los accidentes de tráfico, pero también son un número relevante los accidentes laborales y domésticos. Debido a que se trata de un problema socioeconómico destacado es necesario mejorar su gestión (Bode, Edwards, Kruit y van Vugt, 1999).

El traumatismo abdominal cerrado es una realidad frecuente en los pacientes con politraumatismos (Dinamarca, 2013) y, en ciertas ocasiones, el examen clínico no ofrece siempre información suficiente sobre la presencia y extensión de las lesiones abdominales. Por ello es de máxima importancia el empleo de técnicas de imagen rápidas y fiables (Miele et al., 2016).

La Ecografía y la Tomografía Computarizada son actualmente las técnicas de imagen más utilizadas para el diagnóstico y estadificación de los traumatismos abdominales cerrados. La Ecografía en particular es una excelente herramienta para la detección precoz de un politraumatismo (Nogué, 2008), independientemente del estado hemodinámico. De hecho, gracias a su elevada sensibilidad en la detección de derrames libres intraabdominales, ha sustituido al lavado peritoneal, convirtiéndose en la primera técnica utilizada en pacientes hemodinámicamente inestables. La conocida en inglés como Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST), consiente obtener rápidamente información sobre la presencia de fluido peritoneal que es señal indirecta de hemorragias agudas y de lesiones en los órganos intraabdominales (Miele et al., 2016).

Con el objetivo de que se produzca una ejecución correcta de la técnica el paciente debe colocarse en decúbito supino y la profundidad del haz de ultrasonidos debe ser de al menos 20 centímetros, lo que hace necesario una sonda "convex" de 3,5 a 4 MHz.

Además, se necesitan cuatro exploraciones para un examen clínico correcto: exploración axial de la región subxifoidea para el diagnóstico de derrame pericárdico; exploración longitudinal del receso hepato-renal y receso espleno-renal para evaluar la presencia de derrame en la bolsa de Morrison y en el espacio espleno-renal; exploración longitudinal y axial de la región suprapúbica para revelar la presencia de fluido en el fondo de saco de Douglas. Complementariamente se pueden efectuar otras exploraciones longitudinales de la base torácica izquierda y derecha para descartar derrame pleural (Poletti, Wintermark, Schnyder y Becker, 2002).

En un estudio constituido por 1090 pacientes se ejecutó el FAST por parte de un experto radiólogo y los resultados fueron confrontados con un seguimiento clínico de 12 horas. Esta técnica alcanzó una sensibilidad del 94% y un valor predictivo negativo del 100% en la detección de lesiones abdominales importantes.

Hay que tener en cuenta que el predominio de lesiones viscerales en esta serie era relativamente bajo y se debieron llevar a cabo 124 tomografías computarizadas, sobre todo en presencia de resultados ecográficos positivos o indeterminados y en cuatro pacientes con empeoramiento clínico después de un FAST negativo (Poletti et al., 2003).

Como consecuencia de este estudio se puede pensar que se sobreestima la eficacia de la Ecografía ya que otros trabajos han evidenciado los límites de esta técnica

en la identificación de lesiones abdominales sin hemoperitoneo concomitante, desde el momento que se han descrito lesiones viscerales intraabdominales con ausencia de líquido libre intraperitoneal tanto con Tomografía Computarizada como por lavado peritoneal en el 34% de los pacientes (Lee, Ornsby, McGahan, Melendres y Richards, 2007).

Por lo tanto, el FAST es útil en el contexto de un traumatismo cerrado y es esencial en el cribado inicial de los pacientes hemodinámicamente inestables con grave hemoperitoneo que serán sometidos a una intervención quirúrgica abdominal inmediata (Giraldo y Serna, 2015). En los pacientes que hayan sufrido un traumatismo menor se utiliza siempre la Ecografía como técnica inicial debido a las ventajas que la caracterizan como son la rapidez, la disponibilidad, el bajo coste, el no uso de radiaciones ionizantes ni necesidad de sedación y la comodidad en la camilla.

Por otro lado, existen una serie de limitaciones que se deben tener en cuenta, que son típicos del examen ecográfico, como el no tener una elevada sensibilidad en la detección de los órganos sólidos, considerando que entre el 29 y el 34% de las lesiones por traumatismos no están acompañadas de hemoperitoneo, de las lesiones pélvicas y de la columna lumbar (Miele et al., 2016).

En los últimos años se ha hecho frente a estas limitaciones con una nueva técnica ecográfica mediante el uso de un medio de contraste a base de microburbujas de hexafluoruro de azufre que amplifica la señal ecográfica y resalta la diferencia entre tejido sano y patológico (Miele et al., 2016). La Ecografía con medio de contraste, en inglés Contrast-Enhanced Ultrasound (CEUS), es capaz de analizar las señales de resonancia originadas por los medios de contraste de segunda generación sin destruir las burbujas, permitiendo llevar a cabo una ecografía en tiempo real durante la perfusión de éste (Poletti et al., 2003).

La baja solubilidad del medio de contraste asociada a la alta resistencia de su membrana frente al afecto mecánico del haz de ultrasonidos, le confiere una larga duración, lo que conlleva que pueda ser utilizado para evaluar toda la fase vascular en tiempo real (Miele et al., 2016).

Respecto a los medios de contraste de segunda generación suelen ser bien tolerados con una tasa de eventos adversos muy bajo del 0,014% (Piscaglia y Bolondi, 2006). No son nefrotóxicos, no interactúan con la glándula tiroides, aunque no se han autorizado aún para mujeres embarazadas y en el ámbito pediátrico (Pinto, Miele, Scaglione y Pinto, 2014).

2 Objetivos

- Analizar la idoneidad de las técnicas ecográficas para el diagnóstico y estadificación de los traumatismos abdominales cerrados, mediante una revisión bibliográfica del estado de la cuestión.

3 Metodología

Se ha procedido a una revisión bibliográfica del estado del arte respecto a las técnicas de imagen para el diagnóstico más relevantes para el caso de politraumatismos. Indagando se evidencia el hecho de que los traumatismos cerrados de abdomen destacan en esta casuística y las técnicas más utilizadas son la Ecografía y la Tomografía Computarizada.

Los descriptores o palabras clave utilizadas mediante operadores booleanos inclusivos han sido: traumatismo abdominal cerrado AND ecografía, técnicas ecográficas AND traumatismo de abdomen, técnicas de imagen AND urgencias traumáticas de abdomen, técnicas ecográficas AND urgencias traumáticas de abdomen. La búsqueda se realizó en diversas plataformas de reconocido prestigio científico como son: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect.

Una vez revisado los artículos consultados, buscando en las publicaciones más recientes posible, se ha podido comprobar como en los traumatismos cerrados de abdomen menores la técnica indicada no es la Ecografía de base sino el CEUS, que utiliza los ultrasonidos, pero suministrando al paciente medios de contraste que intensifican la señal en el lugar de interés. Estos carecen prácticamente de efectos secundarios ofreciendo la técnica múltiples ventajas.

4 Resultados

Existen varios órganos afectados por traumatismo abdominal. En primer lugar, el hígado es uno de los órganos más frecuentemente implicado por traumatismo cerrado de abdomen, sobre todo el lóbulo derecho respecto a los segmentos posteriores. En un tercio de los casos se asocian lesiones a otros órganos, sobre todo el bazo (Miele et al., 2016).

Diversos estudios han demostrado la eficacia del CEUS en la estadificación de las lesiones hepáticas aisladas. En un caso en el que se compararon las presta-

ciones entre el CEUS, la Ecografía y la Tomografía Computarizada con medio de contraste en 203 pacientes, el CEUS identificó correctamente todas las lesiones diagnósticas con la Ecografía reconociendo lesiones hasta tres centímetros en dos pacientes que no se detectaron con ésta; ha identificado compromiso capsular en 14 pacientes, siendo no reconocidos por la Ecografía en 3 de ellos.

Además, respecto a la metodología tradicional, con el CEUS las lesiones aparecen más desmarcadas respecto al parénquima sano con márgenes mejor definidos y mayores dimensiones para una mejor nitidez de los componentes periféricos (Miele et al., 2004).

El bazo es el órgano más implicado en el proceso de los traumatismos cerrados de abdomen, representando el 45% de estas lesiones viscerales. Cuando es sintomático el traumatismo esplénico se manifiesta con dolor en el hipocondrio izquierdo o es generalizado, a veces irradiado en la parte izquierda de la espalda debido a la irritación del nervio frénico o diafragmático. Señales de irritación o shock hipovolémico pueden estar dando aviso sobre un hemoperitoneo secundario al traumatismo esplénico. Los datos clínicos son poco específicos, especialmente en los pacientes pediátricos que se caracterizan por una amplia reserva hemodinámica. Como consecuencia el diagnóstico por imagen cumple un papel fundamental en la detección precoz de una lesión esplénica.

En el pasado este tipo de lesiones se trataba quirúrgicamente pero hoy se tiende más hacia tratamientos más conservativos, con toda una serie de ventajas como la reducción de los riesgos quirúrgicos, de los costes, de la hospitalización, además de la prevención de infecciones postoperatorias. Con el amparo de estos datos aparece como fundamental el papel de la imagen diagnóstica desde el momento que puede dar indicaciones sobre como proceder (operatorio o conservativo), sugiriendo también la duración del seguimiento clínico y las restricciones en la actividad (Miele et al., 2016). Las laceraciones en la imagen aparecen con aspecto lineal o ramificado; las lesiones complejas se caracterizan por la fragmentación o la destrucción; pueden concomitar hematomas intraparenquimales o subcapsulares.

El hemoperitoneo se produce en un 25% de los casos (Lynn et al., 2009). Hay que destacar que con el CEUS es posible explorar zonas más difíciles como el polo superior del bazo, zona escasamente accesible con la Ecografía normal. Diversos estudios demuestran que el CEUS llega a tener casi la misma precisión diagnóstica que la Tomografía Computarizada con medios de contraste en diversas lesiones de órganos sólidos (Catalano, Lobianco, Sandomenico y Siani, 2003).

Los riñones son el tercer órgano más frecuentemente afectado después de un traumatismo abdominal cerrado, sea por impacto directo, con lesiones parenquimales, se después de un traumatismo que termina en lesiones vasculares y del aparato excretor. Mientras el riñón derecho es fácilmente evaluable con la Ecografía, el análisis del riñón izquierdo resulta más complicado debido a la superposición de los gases intestinales, considerando también que en la mayor parte de los casos resulta difícil posicionar al paciente de forma prona con el fin de obtener una ventana acústica mejor.

Como en los otros casos conocer la extensión de la lesión es importante para plantear la terapia a seguir: traumatismos que implican al aparato excretor son de difícil individualización con la Ecografía y con el CEUS, debido a que los medios de contraste no se eliminan por vía renal, pero se pueden documentar bien con Tomografía Computarizada con medios de contraste en fase excretora, hasta tal punto de identificar el punto exacto de rotura y su entidad (Miele et al., 2016).

En cambio, el CEUS obtiene resultados en caso de traumatismos parenquimales: los dos riñones deben ser explorados después de 2 o 3 minutos después de la inyección del medio de contraste. Las lesiones aparecen como áreas avasculares con ausencia de perfusión. En caso de trombosis o de lesión de una arteria renal el segmento de interés aparecerá sin perfusión; un trasvase activo con el medio de contraste indica una hemorragia activa (Cagini et al., 2013).

Los traumas pancreáticos son relativamente raros, manifestándose en menos de un 2% de los traumatismos abdominales cerrados. Considerando la posición retroperitoneal la mortalidad es alta, llegando a un 70/80%, en asociación con lesiones de la aorta, la arteria mesentérica superior o la vena cava. Su posición dificulta el examen clínico. La Tomografía Computarizada es la prueba diagnóstica empleada en las lesiones pancreáticas debido a la escasa sensibilidad de los ultrasonidos en este campo, sólo siendo capaz de evidenciar el líquido peripancreático (Korner et al., 2008).

5 Discusión-Conclusión

Después de este breve repaso la primera conclusión es que en los pacientes víctimas de traumatismos mayores la Ecografía basal es una técnica válida por su rapidez y no invasividad, ya que se puede llevar a cabo en la camilla del paciente sin interferir con las maniobras de reanimación, caracterizándose por una elevada

sensibilidad para detectar derrames libres en el abdomen (Poletti et al., 2003). Si los pacientes logran la estabilidad hemodinámica deben ser sometidos a la Tomografía Computarizada con medio de contraste para diagnóstico y la estadificación de la gravedad de la lesión (Miele et al., 2016).

Pese a todo la Ecografía se caracteriza por una escasa sensibilidad para detectar lesiones parenquimales, siendo de entre el 27% y el 68% (Poletti et al., 2004). Debido a esto, en presencia de un traumatismo menor, el CEUS se encuentra con un amplio consenso ya que consigue completar los límites de la Ecografía gracias al suministro de los medios de contraste con las ventajas expuestas que caracterizan esta técnica, la más importante de todas es que no se aplican radiaciones ionizantes, especialmente indicado para el paciente pediátrico.

En los traumas esplénicos, considerando la escasa sensibilidad de la Ecografía de base y del elevado riesgo de hemorragias tardías en caso de lesiones no detectadas, el CEUS debería ser la primera técnica de diagnóstico por imagen aplicada a todos los pacientes. Así es como el CEUS encuentra su sitio entre los traumas menores en lugar de la Ecografía de base, no tan fiable por su escasa sensibilidad. Si el diagnóstico es negativo no hace falta recurrir a la Tomografía Computarizada. En los casos positivos del CEUS sí que se procedería a ésta para una mejor definición del pronóstico de las lesiones (Miele et al., 2016).

6 Bibliografía

- Bode, P.J., Edwards, M.J.R., Kruit, M.C., van Vugt, A.B. (1999). Sonography in a clinical algorithm for early evaluation of 1671 patients with blunt abdominal trauma. AJR Am J Roentgenol, 172, 905-911.
- Cagini, L., Gravante, S., Malaspina, C.M., Cesarano, E., Giganti, M., Rebonato, A., Fonio, P., Scialpi, M. (2013). Contrast enhanced ultrasound (CEUS) in blunt abdominal trauma. Crit Ultrasound J, 5, (Suppl. 1).
- Catalano, O., Lobianco, R., Sandomenico, F., Siani, A. (2003). Splenic trauma: evaluation with contrast-specific sonography and a second generation contrast medium: preliminary experience. J Ultrasound Med, 22, 467–477.
- Dinamarca, V. (2013). Ecografía abdominal dedicada al trauma (FAST). Revista Médica Clínica Las Condes Volume 24, Issue 1, 63-67.
- Giraldo, J.A., Serna, T.J. (2015). Examen FAST y FAST extendido. Revista Colombiana de Anestesiología Volume 43, Issue 4, 299-306.
- Korner, M., Krotz, M.M., Degenhart, C., Pfeifer, K.J., Reiser, M.F., Linsenmaier,

U. (2008). Current role of emergency US in patients with major trauma. Radiographic, 28, 225–42.
- Lee, B.C., Ornsby, E.L., McGahan, J.P., Melendres, G.M., Richards, J.R. (2007). The utility of sonography for the triage of blunt abdominal trauma patients to exploratory laparotomy. AJR Am J Roentgenol 188, 415-421.
- Lynn, N.K., Werder, G.M., Callaghan, R.M., Sullivan, A.N., Jafri, Z.H., Bloom, D.A. (2009). Pediatric blunt splenic trauma: a comprehensive review. Pediatr Radiol, 39, 904–916.
- Miele, V., Buffa, V., Stasolla, A., Regine, G., Atzori, M., Ialongo, P., Adami, L. (2004). Contrast enhanced ultrasound with second generation contrast agent in traumatic liver lesions. Rad Med 107, 82- 91.
- Miele, V., Piccolo, C.L., Pallottino, A.A., Galluzo, M., Ianniello, S., Trinci, M. (2016). Ruolo dell'ecografia e della CEUS nelle urgenze traumatiche dell'addome. Il giornale italiano di Radiologia Medica, 3, 632-640.
- Nogué, R. (2008). La ecografía en medicina de urgencias: una herramienta al alcance de los urgenciólogos. Emergencias, 20, 75-77.
- Pinto, F., Miele, V., Scaglione, M., Pinto, A. (2014). The use of contrast-enhanced ultrasound in blunt abdominal trauma: advantages and limitations. Acta Radiol 55, 776–84.
- Piscaglia, F., Bolondi, L. (2006). Italian Society for Ultrasound in Medicine and Biology (SIUMB) Study Group on Ultrasound Contrast Agents. The safety of Sonovue in abdominal applications: retrospective analysis of 23188 investigations. Ultrasound Med Biol 32, 1369–1375.
- Poletti, P.A., Kinkel, K., Vermeulen, B., Irmay, F., Unger, P.F., Terrier, F. (2003). Blunt abdominal trauma: shoud US be used to detect both free fluid and organ injuries? Radiology 227, 95-103.
- Poletti, P.A., Mirvis, S.E., Shanmuganathan, K., Takada, T., Killeen, K.L., Perlmutter, D., Hahn, J., Mermillod, B. (2004). Blunt abdominal trauma patients: can organ injury be excluded without performing computed tomography? J Trauma, 57, 1072–1081.
- Poletti, P.A., Wintermark, M., Schnyder, P., Becker, C.D. (2002). Traumatic injuries: role of imaging in the management of the polytrauma victim (conservatice expectation). Eur Rad 12, 969-978.
- Van Beeck, E.F., Van Roijen, L., Mackenbach, J.P. (1997). Medical costs and economic production losses due to injuries in the Netherlands. J TRAUMA, 42,1116-1123.

Capítulo 1289

LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN TUMORES CARDÍACOS.

VANESA GRANDA SOLAR

PAULA PAVON MORAN

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

VANESA OLAY VALDES

1 Introducción

El hallazgo accidental de una masa cardíaca o paracardíaca en el transcurso de exploraciones ecocardiográficas rutinarias puede ser algo ocasional para el cardiólogo, pero no es infrecuente (Sutsch, Jenni, von Segesser y Schneider, 1991). Si bien el predominio de tumores cardíacos primitivos es relativamente baja, estimado en un 0,008% (Oliveira, Al-Kindi, Hoimes y Park, 2015) con un 75% de los casos constituidos por tumores de naturaleza benigna (Sutsch et al, 1991), los tumores cardiacos de carácter secundario son de 20 a 40 veces más frecuentes (Burke y Virmani, 1996). De hecho, el 15% de los pacientes afectados por cualquier forma de neoplasia puede presentar un compromiso cardíaco metastásico oculto (Paydarfar et al., 2001) y, en el 55% de los casos una localización pericárdica al nivel de las venas cavas (Paraskevaidis, Michalakeas, Papadopoulos y Anastasiou-Nana, 2011).

La sintomatología es totalmente inespecífica: fiebre, artralgia, rápida fatigabilidad y disnea son los síntomas más comunes, mientras que los fenómenos trom-

boembólicos, propios de la mayor parte de las neoplasias, pueden ser engañosos y provocar retrasos en el diagnóstico (Paraskevaidis et al., 2011).

Las manifestaciones clínicas, más que del tipo histológico, dependen sobre todo de las dimensiones de la masa, de su localización y de la eventual infiltración en los tejidos adyacentes (Kasper et al., 2014). De esta manera, los tumores intramurales o intracavitarios, si son de pequeñas dimensiones, raramente producen síntomas y puede pasar inobservados en la Ecografía Transtorácica. Por el contrario, si se han infiltrado por zonas extendidas del miocardio ventricular pueden determinar alteraciones en la contractilidad, alteraciones en el sistema de conducción o arritmias (Baikoussis et al., 2015). Nuevas formaciones voluminosas y protuberantes en las cavidades cardíacas pueden llevar a enfermedades valvulares y causar fenómenos obstructivos en la sección de entrad o salida ventricular. Masas y pseudomasas (cardíacas o paracardíacas) pueden producir fenómenos compresivos extrínsecos o pueden favorecer derrames pericárdicos, conllevando fácilmente a complicaciones como pericarditis o taponamiento cardíaco (Pennell et al., 2004).

Además, es una opinión generalizada que un deterioro del rendimiento cardíaco de un paciente afectado por patología metastásica no se debe exclusivamente a fenómenos de cardiotoxicidad consecuencia de la quimioterapia, pero, sobre todo si éste está afectado por linfomas, melanomas, tumores renales, pulmonares y mamarios, es lógico sospechar un secundarismo cardíaco (Smith et al., 2010).

2 Objetivos

La técnica más utilizada en el estudio de masas cardíacas es la Ecocardiografía, por su bajo coste y fácil accesibilidad. Pero, por otro lado, la Resonancia magnética pese a su mayor coste y tiempo empleado, proporciona imágenes de gran calidad con un excelente contraste (Pérez et al., 2006). El objetivo del presente trabajo es identificar y contrastar las distintas técnicas diagnósticas de imagen para la detección de tumores cardíacos, prestando especial atención a la Resonancia Magnética.

3 Metodología

Se ha procedido a una revisión bibliográfica del estado del arte respecto a las técnicas de imagen para el diagnóstico más relevantes para el caso de tumores

cardíacos. Se trata de una patología rara pero no infrecuente debido a que se han encontrado numerosas publicaciones y recientes. Las plataformas de búsqueda bibliográfica y de reconocido prestigio científico han sido las siguientes: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect.
En la búsqueda se han empleado operadores booelanos de manera inclusiva: Técnicas de imagen AND Diagnóstico AND Tumores Cardíacos, Ecocardiografía AND Tumore Cardíacos, Tomografía Computarizada AND Tumores Cardíacos y Resonancia Magnética Cardíaca AND Túmores Cardíacos.

4 Resultados

El diagnóstico de un tumor cardíaco suele representar un desafío para el médico especialista (Uenishi et al., 2015). De hecho, los tumores cardíacos son difíciles de diagnosticar a causa de su rareza, variedad y total inespecificidad en los síntomas, mientras que la anamnesis, el examen clínico y el test de laboratorio raramente dan un diagnóstico inmediato (Nijjar et al., 2014).

La radiografía del tórax como exploración de primer nivel en el ámbito oncológico tiene un campo de aplicación muy limitado: puede detectar masas de discretas dimensiones y ofrecer información anatómica indirecta como el aumento de las dimensiones de la sombra cardíaca y la presencia de calcificaciones o de derrame pleural o pericárdico (Tumma, Dong, Wang, Litt y Han, 2016).

Los ultrasonidos, mediante la Ecocardiografía, constituye actualmente la técnica de imagen más fácilmente ejecutable, tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio. Ha demostrado desde hace tiempo un buen compromiso entre sensibilidad y precisión diagnóstica, teniendo la ventaja de que es fácilmente reproducible tanto en el seguimiento como en el estudio de pacientes agudos o inestables (Mugge, Daniel, Haverich, y Lichtlen, 1991).

La Ecografía Transtorácica es útil para describir la forma, dimensiones y eventual movilidad de una masa; ofrece una comparativa inmediata de la función cardíaca y las consecuencias hemodinámicas que la misma masa puede determinar, pero, a veces, puede resultar una técnica limitada en presencia de ventanas acústicas que no son óptimas o de masas que impliquen el ventrículo derecho (Saric et al., 2016).

La Ecocardiografía Transesofágica es superior a la Ecografía Transtorácica en

términos de resolución espacial, por lo cual es útil para identificar tumores de pequeñas dimensiones (menos de 5 milímetros) o localizados a nivel de los segmentos cardíacos posteriores (Kuhl, y Hanrath, 2004). La Ecocardiografía Tridimensional contribuye principalmente para una evaluación morfológica más precisa y para proporcionar información precisa de las relaciones que tiene con las estructuras adyacentes (Binder et al., 1996).

Para finalizar con esta técnica, la Ecocardiografía con medio de contraste es útil en el diagnóstico diferencial entre un tumor y un trombo (Mulvagh et al., 2008). De hecho, a diferencia de los trombos, los tumores malignos, ricamente vascularizados, sufren una intensificación en la imagen de ultrasonidos después de aportar el medio de contraste. Los tumores cardíacos benignos, como por ejemplos los mixomas, están caracterizados muchas veces por una escasa vascularización, con lo cual la intensidad de la señal ecográfica es menor a la del miocardio que lo rodea y por eso el diagnóstico diferencial puede resultar difícil (Uenishi et al., 2015).

La Tomografía Computarizada supone la exploración de segundo nivel mas empleada en el campo oncológico y se considera la técnica de imagen más precisa en definir la morfología de una lesión neoplásica en virtud de la alta resolución espacial intrínseca que tiene (Araoz, Mulvagh, Tazelaar, Julsrud y Breen, 2000). Ésta permite evaluar las relaciones de las masas con las estructuras adyacentes y proporciona información que tiene que ver con la naturaleza misma del tumor mediante la atenuación de los rayos X, revelando la presencia de calcificaciones y de grasa en el contexto de lesiones como teratomas y lipomas. Además, puede definir lesiones muy pequeñas y por ello es una técnica válida para la estadificación de los tumores malignos (Tumma et al., 2016). En el ámbito de la imagen cardíaca, la Tomografía Computarizada también sirve para estimar la sede de la lesión, si ésta es cardíaca o pericárdica, y las relaciones que tiene con las estructuras adyacentes. A través de un medio de contraste yodado es posible, por otro lado, evidenciar la presencia de repeticiones múltiples y evaluar el grado de vascularización de la masa (Dorsay, Ho, Rovira, Armstrong y Brissette, 1993). Las únicas desventajas unidas al empleo de la Tomografía Computarizada son secundarios y ligados a las radiaciones ionizantes y los medios de contraste nefrotóxicos, que impiden su reproducibilidad en el corto plazo, pero sobre todo la imposibilidad de obtener un análisis de la función cardíaca (Bianco et al., 2017).

La Resonancia Magnética es una técnica multiparamétrica de diagnóstico por imagen considerada la técnica que cumple con todos los estándares de calidad para

la caracterización no invasiva de tejidos blandos (Bianco et al., 2017). Esto es posible por el comportamiento distinto de la señal que se emite cuando, dentro de un campo magnético, viene devuelta por los tejidos orgánicos expuestos a secuencias de radiofrecuencia (Pennell et al., 2004). La intensidad de la señal depende principalmente de la densidad protónica de cada tejido y de sus tiempos de relajación, los cuales se conocer como T1 y T2. Tiempos distintos de adquisición de la señal permite potenciar la señal en T1, T2 o Densidad Protónica (Bogaert, Dymarkowski, Taylor, A y Muthurangu, 2012).

La Resonancia Magnética Cardíaca permite sobre todo determinar las características morfológicas de una masa, pero también su posición, las dimensiones, las relaciones con las estructuras circunstantes, la naturaleza infiltrante y la eventual presencia de derrame pleural y/o pericárdico asociados. Además, después de la inyección del medio de contraste paramagnético de Gadolinio, es posible evaluar la vascularización del tumor, información fundamental a la hora de determinar la malignidad o benignidad (Pennell et al., 2004).
Las diversas secuencias de la Resonancia Magnética Cardíaca se deben utilizar en primer lugar para la localización de la masa y para definir si esta cardíaca o pericárdica. Posteriormente determinar si es una masa o pseudomasa y proceder a la caracterización tisular. Por este motivo, el protocolo para el estudio de una masa cardíaca debería incluir, además de las secuencias fast spin echo, una evaluación morfofuncional a través de secuencias dinámicas steady-state free precession, una evaluación del gadolinium enhancement de los tejidos con medio de contraste con Gadolinio y el estudio de perfusión con el primer pase del medio de contraste (Aquaro et al., 2014).
Como prospectivas de futuro la Resonancia Magnética Cardíaca es una técnica en continua evolución. Nuevas secuencias, como la medida directa del T1 y T2 tisular, están actualmente en fase de validación. El uso adicional de un equipo de Tomografía por Emisión de Positrones combinada con la Resonancia Magnética para el diagnóstico de tumores cardíacos está en proceso de estudio. Tales innovaciones podrán simplificar y reforzar la capacidad de caracterizar los tejidos y mejorar el diagnóstico diferencial de las masas cardíacas de la Resonancia Magnética Cardíaca (Bianco et al., 2017).

Después de exponer los resultados de la investigación sobre el estado del arte en técnicas diagnósticas para tumores cardíacos, se ha podido identificar y contrastar como la Resonancia Magnética es la que ofrece mayores ventajas por su excelente resolución, calidad en la imagen y ausencia de peligros, como puede pasar en la Tomografía Computarizada, que es una técnica sencilla, accesible y

rápida pero utiliza radiaciones ionizantes.

5 Discusión-Conclusión

La Resonancia Magnética Cardíaca representa actualmente la técnica de imagen no invasiva más precisa para diagnosticar la posible malignidad de una masa, consintiendo una mejor evaluación de la relación entre el tumor y las estructuras adyacentes, favoreciendo la elección de la mejor técnica quirúrgica para aplicar. Además, permite revelar el grado de infiltración o la expansión de la masa en el pericardio con una mayor precisión que otras técnicas (Zhu, Yin y Cheng, 2016).

Por todos estos motivos es esperable que se aplique siempre en el recorrido diagnóstico de una masa cardíaca, con excepción del estudio de masas de pequeñas dimensiones o extremadamente móviles. Durante la redacción del informe se debe utilizar la prudencia, expresándose en términos probabilísticos a la hora de caracterizar las lesiones, con excepción de masas que no tengan naturaleza neoplásica como trombos, pseudomasas, tumores benignos como lipomas y fibromas, o en los casos en los que es posible hipotetizar la naturaleza maligna del tumor identificando una segura invasividad. Implementar y difundir el conocimiento del papel diagnóstico de la Resonancia Magnética Cardíaca ayudará a los cardiólogos y al equipo oncológico en el recorrido diagnóstico y en el seguimiento no invasivo de los pacientes afectados por neoplasia, reduciendo la exposición a radiaciones ionizantes con sus posibles complicaciones a largo plazo y reduciendo el número de pruebas y los costes que conllevan pasa los sistemas sanitarios (Bianco et al., 2017).

6 Bibliografía

- Aquaro, G.D., Todiere, G., Strata, E., Barison, A., Di Bella, G., Lombardi, M. (2014). Usefulness of India ink artifact in steady-state free precession pulse sequences for detection and quantification of intramyocardial fat. J Magn Reson Imaging, 40, 126-32.
- Araoz, P.A., Mulvagh, S.L., Tazelaar, H.D., Julsrud, P.R., Breen, J.F. (2000). CT and MR imaging of benign primary cardiac neoplasms with echocardiographic correlation. Radiographics, 20, 1303-1319.
- Baikoussis, N.G., Papakonstantinou, N.A., Dedeilias, P., Argiriou, M., Apostolakis, E., Koletsis, E., Dougenis, D., Charitos, C. (2015). Cardiac tumors: a retrospective multicenter institutional study. J BUON, 20, 1115-1123.

- Bianco, F., Bucciarelli, V., Todiere, G., Barison, A., Festa, P., Ait-Ali, L., Gallina, S., De Caterina, R., Donato, G. (2017). Tumori cardiaci: il ruolo della risonanza magnética. G Ital Cardiol, 18(4), 286-294.
- Binder, T., Globits, S., Zangeneh, M., Gabriel, H., Röthy, W., Koller, J., Glogar, D. (1996). Three-dimensional echocardiography using a transoesophageal imaging probe. Potentials and technical considerations. Eur Heart J. 1996 Apr;17(4), 619-628.
- Bogaert, J., Dymarkowski, S., Taylor, A.M., Muthurangu, V. (2012). Clinical Cardiac MRI. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Burke, A., Virmani, R. (1996). Tumors of the heart and great vessels. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology.
- Dorsay, T.A., Ho, V.B., Rovira, M.J., Armstrong, M.A., Brissette, M.D. (1993). Primary cardiac lymphoma: CT and MR findings. J Comput Assist Tomogr, 17, 978-981.
- Kasper, D., Fauci, A., Longo, D., Hauser, S., Jameson, J., Loscalzo, J. (2014). Harrisons Manual of Medicine. New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Kuhl, H.P., Hanrath, P. (2004). The impact of transesophageal echocardiography on daily clinical practice. Eur J Echocardiogr, 5, 455-468.
- Mugge, A., Daniel, W.G., Haverich, A., Lichtlen, P.R. (1991). Diagnosis of noninfective cardiac mass lesions by two-dimensional echocardiography. Comparison of the transthoracic and transesophageal approaches. Circulation, 83, 70-78.
- Mulvagh, S.L., Rakowski, H., Vannan, M.A., Abdelmoneim, S.S., Becher, H., Bierig, S.M., Burns, P.N., Castello, R., Coon, P.D., Hagen, M.E., Jollis, J.G., Kimball, T.R., Kitzman, D.W., Kronzon, I., Labovitz, A.J., Lang, R.M., Mathew, J., Moir, W.S., Nagueh, S.F., Pearlman, A.S., Perez,
J..E, Porter, T.R., Rosenbloom, J, Strachan, G.M., Thanigaraj, S., Wei, K., Woo, A., Yu, E.H., Zoghbi, W.A. (2008). American Society of Echocardiography Consensus Statement on the Clinical Applications of Ultrasonic Contrast Agents in Echocardiography. J Am Soc Echocardiogr. Nov;21(11), 1179-1201.
- Nijjar, P.S., Masri, S.C., Tamene, A., Kassahun, H., Liao, K., Valeti, U. (2014). Benefits and limitations of multimodality imaging in the diagnosis of a primary cardiac lymphoma. Tex Heart Inst J, 41, 657-659.
- Oliveira, G.H., Al-Kindi, S.G., Hoimes, C., Park, S.J. (2015). Characteristics and survival of malignant cardiac tumors: a 40-year analysis of over 500 patients. Circulation, 132, 2395-2402.
- Paraskevaidis, I.A., Michalakeas, C.A., Papadopoulos, C.H., Anastasiou-Nana, M. (2011). Cardiac tumors. ISRN Oncol, 2011, 208929.
- Paydarfar, D., Krieger, D., Dib, N., Blair, R.H., Pastore, J.O., Stetz, J.J., Symes,

J.F. (2001). In vivo magnetic resonance imaging and surgical histopathology of intracardiac masses: distinct features of subacute thrombi. Cardiology, 95, 40-7.
- Pennell, D.J., Sechtem, U.P., Higgins, C.B., Manning, W.J., Pohost, G.M., Rademakers, F.E., van Rossum, A.C., Shaw, L.J., Yucel, E.K. (2004). Society for Cardiovascular Magnetic Resonance; Working Group on Cardiovascular Magnetic Resonance of the European Society of Cardiology. Clinical indications for cardiovascular magnetic resonance (CMR): Consensus Panel report. Eur Heart, 25, 1940-1965.
- Pérez, E., García, M., García, M.A., Zamorano, J.L., Ferreirós, J., Lafuente, J. (2006). Utilidad de la resonancia magnética en el estudio de las masas cardiacas y de la afección pericárdica. Revista Española de Cardiología Suplementos Volume 6, Issue 5, 30E-40E.
- Saric, M., Armour, A.C., Arnaout, M.S., Chaudhry, F.A., Grimm, R.A., Kronzon, I., Landeck, B.F., Maganti, K., Michelena, H.I., Tolstrup, K. (2016). Guidelines for the use of echocardiography in the evaluation of a cardiac source of embolism. J Am Soc Echocardiogr, 29, 1-42.
- Smith, L.A., Cornelius, V.R., Plummer, C.J., Levitt, G., Verrill, M., Canney, P., Jones, A. (2010). Cardiotoxicity of anthracycline agents for the treatment of cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Cardiotoxicity of anthracycline agents for the treatment of cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMC Cancer, 10, 337.
- Sutsch, G., Jenni, R., von Segesser, L., Schneider, J. (1991). Heart tumors: incidence, distribution, diagnosis. Exemplified by 20,305 echocardiographies. Schweiz Med Wochenschr, 121, 621-629.
- Tumma, R., Dong, W., Wang, J., Litt, H., Han, Y. (2016). Evaluation of cardiac masses by CMR-strengths and pitfalls: a tertiary center experience. Int J Cardiovasc Imaging, 32, 913-920.
- Uenishi, E.K., Caldas, M.A., Tsutsui, J.M., Abduch, M., Sbano, J., Kalil, R., Mathias, W. (2015). Evaluation of cardiac masses by real- time perfusion imaging echocardiography. Cardiovasc Ultrasound,13, 23.
- Zhu, D., Yin, S., Cheng, W., (2016). Cardiac MRI-based multi-modality imaging in clinical decision-making: preliminary assessment of a management algorithm for patients with suspected cardiac mass. Int J Cardiol, 203, 474-481.

Capítulo 1290

LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES PARA EL DIAGNÓSTICO DE IMÁGENES CEREBRALES.

VANESA OLAY VALDES

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

PAULA PAVON MORAN

VANESA GRANDA SOLAR

1 Introducción

La Tomografía por Emisión de Positrones (PET) es una técnica de medicina nuclear en la que se utilizan trazadores marcados con un isótopo radiactivo (Valk, Bailey y Townsend, 2003). Permite la realización de estudios dinámicos con medidas de actividad metabólica celular (Borrajo y Cabrero, 2010), pudiendo realizar reconstrucciones tridimensionales de la distribución del radioisótopo en el organismo (Ruiz, 2007).

El primer uso en humanos se hizo en 1973 (Cantero, 2003), consistiendo el equipo clásico en un anillo con cristales, dependiendo de su tamaño la resolución espacial (Brix et al., 1997), que recogen la señal de las parejas de fotones de alta energía que se producen en las desintegraciones beta positivo (Hammers, 2015).

Estos equipos poseen una resolución espacial del orden de 5-6 mm, siendo las mejores cámaras las empleadas en el diagnóstico cerebral, con una resolución

espacial del orden de 3 mm (de Jong et al., 2007).

Una desventaja, en el caso de los PET con Tomografía Computarizada en neurología, es que los túneles son más largos generando más reacciones claustrofóbicas y con la utilización del electrocardiograma, práctica empleada desde hace mucho tiempo (Bartenstein et al., 1993), genera importantes artefactos generados por los electrodos durante la medida de la TC a rangos de 40-140 keV (Lemmens et al., 2008).

En cambio, cuando se une la PET con la Resonancia Magnética, tiene otra serie de ventajas como es un contraste superior y obtener información estructural y funcional. El inconveniente sería que la corrección de la atenuación se tendría que hacer con el auxilio de las medidas de Resonancia Magnética frente a la ausencia de una fuente radiactiva (Schramm et al., 2013).

La Tomografía por Emisión de Positrones es una técnica de diagnóstico por imagen cerebral de considerable importancia tanto en Neurología clínica como de investigación. De hecho, la práctica de la Neurología ha sido, sin lugar a dudas, revolucionada por esta técnica nuclear ocupando un lugar importante. Se presentarán en el presente trabajo los principios de la PET, los isótopos utilizados, los principales radiotrazadores y las características principales de los equipos (Hammers, 2015).

2 Objetivos

- Analizar el principio y las aplicaciones de la PET, así como las características de los equipos, los isótopos y radiofármacos empleados con sus ventajas y desventajas, la metodología de análisis de imágenes y el uso complementario de ésta con la Resonancia Magnética (RM) para el diagnóstico en Neurología.

3 Metodología

Para poder explicar los principios, aplicaciones, isótopos, metodología de análisis e interpretación de imágenes de la PET se ha procedido buscando artículos relevantes a través de distintitas plataformas de reconocido prestigio científico como las siguientes: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect.

Las palabras clave o descriptores utilizados según operadores booleanos inclu-

sivos han sido: imagen para el diagnóstico AND imágenes cerebrales, tomografía por emisión de positrones AND imágenes cerebrales, tomografía por emisión de positrones AND neurología clínica, tomografía por emisión de positrones AND neurología investigación, tomografía por emisión de positrones AND tomografía computarizada AND neurología y tomografía por emisión de positrones AND resonancia magnética AND neurología.

El período de búsqueda ha sido lo más reciente posible, con un número considerable de publicaciones dentro de los últimos 15 años.

4 Resultados

La PET es una técnica de medicina nuclear en la que se utilizan moléculas trazadoras marcadas con un isótopo radiactivo, esto es un átomo inestable nuclearmente y que se desintegra emitiendo positrones (la antipartícula del electrón). Estas moléculas pueden ser incorporadas por las neuronas como substrato energético (es el caso de la FDG o Fluorodesoxiglucosa) o pueden unirse de modo reversible o irreversible a receptores como la serotonina u otros péptidos y proteínas (Hammers, 2015).

La cámara PET detecta las parejas de fotones gamma emitidos simultáneamente en dos direcciones opuestas de 180º. Éstos se producen cuando los positrones emitidos en la desintegración nuclear se aniquilan con electrones libres presentes en la materia. La detección se realiza mediante cristales centelleadores dipuestos en anillo dentro de la cámara; estos datos son usados a continuación para reconstruir imágenes tomográficas. Finalmente, se procede con correcciones para homogeneizar la eficacia de cada bloque de datos, eliminando los fotones que no pertenecen al mismo proceso de aniquilación y corregir la atenuación que se produce en los tejidos (Valk, Bailey, Townsend y Maisey, 2003).

El equipo clásico de la PET consiste en varios anillos de cristales que detectan las parejas de fotones de alta energía (511 keV), originados en la aniquilación entre el positrón emitido por el núcleo del isótopo y un electrón, transformando su energía en luz. Debido a que la luz de una señal muy baja se utilizan fotomultiplicadores. La corrección por la atenuación de los fotones debido a los tejidos se realiza, la mayoría de las veces, por medida directa de transmisión colocando una fuente sólida externa emisora de fotones gamma de 511 keV girando alrededor de la cabeza del sujeto midiendo su atenuación directamente (Hammers, 2015).

Existen equipos en los que se combina la PET con la Tomografía Computarizada (TC). Se trata un PET clásico al que se adosa en el mismo equipo un escáner TC. Se trata de imágenes para el diagnóstico por imágenes secuenciales que tuvo mucho éxito ya que permitían una mejora considerable en la visibilidad de la anatomía en oncología.

Además, las medidas con TC permiten una corrección de la atenuación mucho más rápida que usando la fuente sólida. No se han hecho grandes esfuerzos para la resolución espacial en PET-TC ya que la estándar es suficiente para los exámenes oncológicos, que representan el 95% de las aplicaciones clínicas de la PET. Para la Neurología la PET-TC no solo ha aportado beneficios, sino que también presenta inconvenientes como es el caso de que tiene los túneles son más largos generando más reacciones claustrofóbicas (Hammers, 2015).

La utilización al mismo tiempo del electroencefalograma sufre las interferencias de importantes artefactos generados por los electrodos durante la medida de la TC a 40-140 keV (Lemmens et al., 2008).

Para la Neurología es mucho más interesante una combinación de la PET con la RM que con la TC ya que su contraste es superior en tejidos blandos como el cerebro, la utilización de la RM está muy difundida en este campo y la posibilidad de adquirir informaciones no sólo estructurales sino también funcionales (Hammers, 2015).

Las limitaciones que presenta son debidas al hecho de la corrección de la atenuación ya que esta debe hacerse con la ayuda de medidas RM, en cuanto la PET no tiene ni fuente radiactiva ni TC (Schramm et al., 2013). Además, debido al hecho de la presencia del fuerte campo magnético que se aplica se excluye la utilización de fotomultiplicadores para la adquisición de las imágenes PET.

Una solución consiste en alejar lo suficiente la PET de la RM, solución adoptada por la casa Philips para su equipo Ingenuity TF, lo que implica tomas secuenciales de las dos modalidades (Lemmens et al., 2008).
Las imágenes estáticas y las dinámicas son adquiridas después de la inyección del radiofármaco. Después este se distribuye por el cerebro y empieza a emitir radiación. Para el metabolismo cerebral medido con la FDG y para la mayor parte de los estudios de activación del agua marcada con 15^{o}, se utilizan imágenes estáticas. Por el contrario, para estudios de receptores o de otras proteínas que se basan en la utilización de radioligandos que se unen a la molécula blanco, requieren generalmente adquisición de imágenes dinámicas de unas 15 a 30 imágenes sobre 60

a 90 minutos.

Estas imágenes dinámicas son de duración creciente: las primeras que se adquieren poco después de la inyección, duran de 10 a 30 segundos para reflejar las rápidas variaciones asociadas a la distribución de los radioligandos; las intermedias tienen una duración del orden de 2 a 5 minutos: las tardías, que se adquieren cuando ya se producen pocas variaciones del radioligando y el número de fotones emitidos es inferior debido al decaimiento en la radiactividad, tienen una duración de 10 a 15 minutos (Hammers, 2015).

La resolución espacial de las imágenes PET es del orden de algunos milímetros, lo que es equiparable a la mayoría de las secuencias de RM funcional, pero inferiores a las secuencias de RM anatómicas. Por el contrario, la sensibilidad de la PET es de seis órdenes superior que la de la RM (milimolar) y permite medidas de concentraciones nanomolares de radiofármaco. Esto permite obtener imágenes de la disponibilidad de receptores para sus neurotransmisores y así poder deducir la función de un neurotransmisor en un ejercicio fisiológico (Hammers, 2013) o en una condición patológica (Hammers et al., 2007a).

La limitada resolución espacial de las imágenes PET genera efectos en el volumen parcial. Son efectos no lineares que hace que aparezcan las concentraciones de radiofármaco más bajas de lo que en realidad son, lo que afecta a la mayor parte de las estructuras cerebrales (Hummers, 2015). Aunque existan diferencias sistemáticas en la anatomía de los pacientes y las que se utilizan como control, pueden aparecer falsas diferencias.

Es posible hacer una corrección utilizando métodos que cuantifican las interacciones entre las regiones de interés (Aston et al., 2002; Shidahara et al., 2008) o sobre la base de la imagen misma (Richardson et al., 1997; Tohka y Reilhac, 2008). Estas correcciones son útiles en Neurociencia cuando se pide una cuantificación exacta (Hammers et al., 2001), siendo de menor importancia en la práctica clínica ya que la mayor parte de las anomalías exploradas están acompañadas de atrofia en las estructuras cerebrales afectadas (Hammers, 2015).

Los isótopos utilizados en la PET son producidos en un Ciclotrón, acoplándose a la molécula utilizada como radiofármaco (vector información más vector selección). Los dos isótopos más utilizados con el Flúor 18, con un período de semidesintegración de 110 minutos, y el Carbono 11, con un período de semidesintegración de 20 minutos. Los ejemplos principales utilizados en Neurología son

el 18F-FDG, que permite visualizar el consumo de glucosa por parte de los tejidos, y, en el caso del Carbono 11, se pueden marcar neurotransmisores y otras proteínas (Hammers, 2015).

La PET ha cosechado sus primeros grandes éxitos gracias a los estudios de activación cerebral, en particular con el agua marcada con 15º, lo que ha provocado muchos descubrimientos fundamentales. La FDG tiene una amplia utilización, sobre todo en oncología. También tiene importancia clínica en el estudio de epilepsias farmacoresistentes y de las demencias. Las aplicaciones de la PET son extremadamente diversificadas: siempre que haya un radiofármaco adecuado, cada molécula blanco en el cerebro puede ser visualizada y cuantificada (Hammers, 2015).

Se deben observar una serie de criterios para el desarrollo de un radiofármaco: la molécula debe unirse a su blanco y no a otros; la molécula debe ser lipófila y no debe ser substrato de la P-glicoproteína, que elimina las sustancias xenobióticas del cerebro; el radiofármaco debe tener una alta afinidad y con una alta actividad específica para que no ocupe más del 5% de los receptores y no interferir con el sistema; idealmente el radiofármaco no debe ser metabolizado en el cerebro; el 15O y el 11C sólo se pueden utilizar en el lugar donde también se producen cerca de un ciclotrón debido a sus cortos períodos de semidesintegración, mientras que el 18F se puede transportar desde otro centro (Hammers et al., 2007b).

Cada inyección de radiofármaco provoca una exposición a las radiaciones ionizantes y el uso de la PET está encuadrado dentro de la especialidad de medicina nuclear. La exposición muchas veces está sobreestimada: por ejemplo, una exploración con un radiofármaco marcado con 11C provoca una exposición del orden de 2 miliSievert (mSv) o menos si es una inyección estándar con una actividad radiactiva de 370 MegaBequerelios (MBq). En principio la exposición cambia según la distribución exacta del radiofármaco en el cuerpo, pero, como los dos rayos gamma de 511 keV atraviesan fácilmente los tejidos sin depositar su energía, en la práctica las diferencias entre radiofármacos son mínimas (Laymon et al., 2012; Ahmad et al., 2013; Scheinin et al., 2007).

Un examen con FDG cerebral con inyección estándar de 180 MBq de radiofármaco provoca una exposición de aproximadamente 4 mSv (Mettler, Huda, Yoshizumi y Mahesh, 2008). Para comparar una radiografía de tórax son 0,05 mSv, una TC cerebral para examen anatómico son 2 mSv, la exposición media anual mundial son 2,4 mSv (Green, Hughes, Lomas y Janssens, 1992).

El tipo de análisis de imágenes más simple es la visual: es rápida y reproducible (Didelot et al., 2008). Es la con la que mejor se evidencian asimetrías o anomalías que contrastan con el tejido adyacente, aunque existe menos probabilidad para detectar anomalías más sutiles o simétricas. El análisis mediante la interacción de regiones de interés permite evaluar toda una región, homogénea por su señal, definida en basa a sus límites anatómicos o por una anomalía. El análisis vóxel por vóxel de la totalidad de la imagen puede ser extremadamente útil debido a que a veces la sede de una anomalía no es reconocida con certeza y ésta puede traspasar las fronteras del análisis mediante la interacción de regiones de interés (Hammers, 2015).

Por último, con los escáneres combinados PET-TC se tiene disponible de manera instantánea una localización anatómica aproximada, pero insuficiente en la mayoría de las aplicaciones neurológicas, por lo cual es preferible una RM para un mejor acercamiento anatómico. Estos dos exámenes, RM y PET, facilitan información complementaria y son normalmente utilizados conjuntamente. Además, su confrontación mejora el rendimiento diagnóstico.

El análisis de datos PET conjuntamente con la RM del mismo paciente es también muy importante en cuanto al análisis estadístico (Chassoux et al., 2010; Lee y Salamon, 2009). Con técnicas que permiten el reajuste automático de imágenes RM y PET de aspecto muy distinto permiten unir fácilmente los datos PET y las imágenes RM obtenidas con campos de 1,5 Tesla (T) (Kiebel, Ashburner, Poline, J.B y Friston, 1997).

Las imágenes obtenidas con 3 T sufren distorsiones espaciales importantes, lo que hace necesaria la verificación de la coincidencia espacial. Los equipos híbridos RM-PET facilitan el análisis conjunto de las dos modalidades (Hammers, 2015).

5 Discusión-Conclusión

En el presente trabajo se había planteado el objetivo de, mediante un rastreo bibliográfico en las principales plataformas científicas, analizar el principio y las aplicaciones de la PET, así como las características de los equipos, los isótopos y radiofármacos empleados con sus ventajas y desventajas, la metodología de análisis de imágenes y el uso complementario de ésta con la Resonancia Magnética (RM) en el campo de la Neurología.

Se ha visto como las aplicaciones son muy diversas y amplias ya que la PET es

una prueba diagnóstica única que combina una sensibilidad nanomolar con una buena resolución espacial y con una resolución temporal del orden de algunos minutos, determinada por las propiedades biológicas del radiofármaco utilizado (Hammers, 2015).

También se ha podido comprobar cómo el desarrollo de la instrumentación ha sido constante y ha culminado con la unión de las dos pruebas diagnósticas más importantes en Neurología en un solo equipo: RM-PET (Chassoux et al., 2010; Lee y Salamon, 2009).

Además, el número de radiofármacos disponibles no deja de aumentar. Por último, destacar que las dos vías de investigación principales de la Neurología tienen un sólido respaldo científico: la medida del metabolismo de las neuronas mediante PET-FDG tiene una base fundamentada en la práctica clínica, sobre todo en demencias y epilepsias, y que las medidas de la neurotransmisión y de lo receptores parece que tendrán un espacio cada vez más importante en la práctica clínica, todo ello facilitado por la técnica conjunta de la RM-PET (Hammers, 2015).

6 Bibliografía

- Ahmad, R., Koole, M., Evens, N., Serdons, K., Verbruggen, A., Bormans, G., Van Laere, K. (2013). Whole-body biodistribution and radiation dosimetry of the cannabinoid type 2 receptor ligand [11C]-NE40 in healthy subjects. Mol Imaging Biol, 15, 384–390.
- Aston, J.A., Cunningham, V.J., Asselin, M.C., Hammers, A., Evans, A.C., Gunn, R.N. (2002). Positron emission tomography partial volume correction: estimation and algorithms. J Cereb Blood Flow Metab, 22, 1019–1034.
- Bartenstein, P.A., Duncan, J.S., Prevett, M.C., Cunningham, V.J., Fish, D.R., Jones, A.K., Luthra, S.K., Sawle, G.V., - Brooks, D.J. (1993). Investigation of the opioid system in absence seizures with positron emission tomography. J Neurol Neurosurg Psychiatry 56, 1295–1302.
- Borrajo, J., Cabrero, F.J. (2010). Tomografía por emisión de positrones (PET): fundamentos y limitaciones tecnológicas. Arch Soc Esp Oftalmol vol.85 no.4, 129-130.
- Brix, G., Zaers, J., Adam, L.E., Bellemann, M.E., Ostertag, H., Trojan, H., Haberkorn, U., Doll, J., Oberdorfer, F., Lorenz, W.J. (1997). Performance evaluation of a whole-body PET scanner using the NEMA protocol. National Electrical Manufacturers Association. J Nucl Med. 38(10), 1614-1623.

- Cantero, M. (2003). Tomografía por emisión de positrones (PET): aspectos técnicos. Radiobiología, 3:47-58.
- Chassoux, F., Rodrigo, S., Semah, F., Beuvon, F., Landre, E., Devaux, B., Turak, B., Mellerio, C., Meder, JF., Roux, F.X., Daumas-Duport, C., Merlet, P., Dulac, O., Chiron, C. (2010). FDG-PET improves surgical outcome in negative MRI Taylor-type focal cortical dysplasias. Neurology, 75, 2168–2175. de Jong, H.W., van Velden, F.H., Kloet, R.W., Buijs, F.L., Boellaard, R., Lammertsma, A.A. (2007). Performance evaluation of the ECAT HRRT: an LSO-LYSO double layer high resolution, high sensitivity scanner. Phys Med Biol 52,1505–1526.
- Didelot, A., Ryvlin, P., Lothe, A., Merlet, I., Hammers, A., Mauguiere, F. (2008). PET imaging of brain 5-HT1A receptors in the preoperative evaluation of temporal lobe epilepsy. Brain, 131(Pt 10), 2751–2764.
- Green, B.M., Hughes, J.S., Lomas, P.R., Janssens, A. (1992). Natural radiation atlas of Europe. Radiat Protect Dosim, 45, 491–493.
- Hammers, A. (2015). Diagnostica per immagini cerebrale tramite tomografia a emissione di positroni in neurologia: dalla misurazione del flusso sanguigno e del metabolismo all'esplorazione della neurotrasmissione. EMC - Neurologia Volume 15, n◦2, 1-16.
- Hammers A. (2013). L'IRM-TEP hybride. Quelles applications en neurologie? Neurologies,16, 244–249.
Hammers, A., Asselin, M.C., Hinz, R., Kitchen, I., Brooks, D.J., Duncan, J.S., Koepp, M. J. (2007). Upregulation of opioid receptor binding following spontaneous epileptic seizures. Brain, 130, 1009–1016.
- Hammers, A., Asselin, M.C., Turkheimer, F.E., Hinz, R., Osman, S., Hotton, G., Brooks D.J., Duncan, J.S., Koepp, M.J. (2007). Balancing bias, reliability, noise properties and the need for parametric maps in quantitative ligand PET: [11C]diprenorphine testretest data. Neuroimage, 38, 82–94.
- Hammers, A., Koepp, M.J., Labbé, C., Brooks, D.J., Thom, M., Cunningham, V.J., Duncan J.S. (2001).
- Neocortical abnormalities of [11C]flumazenil PET in mesial temporal lobe epilepsy. Neurology, 56, 897–906.
Kiebel, S.J., Ashburner, J., Poline, J.B., Friston, K.J. (1997). MRI and PET coregistration a cross validation of statistical parametric mapping and automated image registration. Neuroimage, 5, 271–279.
- Laymon, C.M., Narendran, R., Mason, N.S., Carney, J.P., Lopresti, B.J., Mathis, C.A. (2012). Human biodistribution and dosimetry of the PET radioligand [11C]flumazenil (FMZ). Mol Imaging Biol, 14, 115–122.
- Lee, K.K., Salamon, N. (2009). [18F] fluorodeoxyglucose-positron-emission to-

mography and MR imaging coregistration for presurgical evaluation of medically refractory epilepsy. AJNR Am J Neuroradiol, 30, 1811–1816.
- Lemmens, C., Montandon, M.L., Nuyts, J., Ratib, O., Dupont, P., Zaidi, H. Impact of metal artefacts due to EEG electrodes in brain PET/CT imaging. Phys Med Biol, 53, 4417–4429.
- Mettler Jr, F.A., Huda, W., Yoshizumi, T.T., Mahesh, M. (2008). Effective doses in radiology and diagnostic nuclear medicine: a catalog. Radiology, 248, 254–263.
- Richardson, M.P., Friston, K.J., Sisodiya, S.M., Koepp, M.J., Ashburner, J., Free, S.L., Brooks, D.J., Duncan, J.S. (1997). Cortical grey matter and benzodiazepine receptors in malformations of cortical development. A voxelbased comparison of structural and functional imaging data. Brain, 120(Pt11), 1961–1973.
- Ruiz, J.A. (2007). Tomografía por emisión de positrones (PET): evolución y futuro. Radiobiología 7,148-156.
Scheinin, N.M., Tolvanen, T.K., Wilson, I.A., Arponen, E.M., Nagren, K.A., Rinne, J.O. (2007). Biodistribution and radiation dosimetry of the amyloid imaging agent 11C-PIB in humans. J Nucl Med, 48, 128–133.
- Schramm, G., Langner, J., Hofheinz, F., Petr, J., Beuthien-Baumann, B., Platzek, I., Steinbach, J., Kotzerke, J., v an den Hoff, J. (2013). Quantitative accuracy of attenuation correction in the Philips Ingenuity TF whole-body PET/MR system: a direct comparison with transmission-based attenuation correction. MAGMA, 26, 115–216.
- Shidahara, M., Tsoumpas, C., Hammers, A., Boussion, N., Visvikis, D., Suhara, T., Kanno, I., T urkheimer, F.E. (2008). Functional and structural synergy for resolution recovery and partial volume correction in brain PET. Neuroimage, Jan 15, 44(2), 340-348.
- Tohka, J., Reilhac, A. (2008). Deconvolution-based partial volume correction in Raclopride-PET and Monte Carlo comparison to MR-based method. Neuroimage, 39, 1570–1584.
- Valk, P.E., Bailey, D.L., Townsend, D.W., Maisey, M.N. (2003). Positron emission tomography. Basic science and clinical practice. Berlin: Springer Verlag.

Capítulo 1291

TÉCNICAS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN TRAUMATISMOS ABDOMINALES GRAVES.

VANESA OLAY VALDES

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

PAULA PAVON MORAN

VANESA GRANDA SOLAR

1 Introducción

Los traumatismos abdominales o los cerrados del abdomen representan un gran desafío para el cirujano de los servicios de Urgencia (Pacheco, 2011). Además, son muy frecuentes (Huber-Wagner et al., 2009), ya que dos de cada tres pacientes tratados en los servicios de traumatología presentan lesiones intraabdominales.

Su mortalidad es elevada (Mamani, Rojas, Choque y Caero, 2012; Leonher et al., 2013), entre el 12% y el 18% (Harrois, Figueiredo, Costaglioli y Duranteau, 2015), y, al mismo tiempo, está ligada a la gravedad de las lesiones hemorrágicas abdominales de órganos como el bazo, el hígado, los riñones, el mesenterio (Colegio Americano de Cirujanos, 2004; Frankel, Boone y Peitzman, 2002) o debido al riesgo de perforación de órganos huecos como el colon o el duodeno, cuyo difícil diagnóstico radiológico retarda la posterior gestión terapéutica (Castrillón y Soto, 2011).

Esto es debido a que en estos traumatismos entran en juego una combinación variada de fuerzas físicas (compresión, deformación, estiramiento y corte), que, dependiendo de su aceleración y desaceleración, comprometen su gravedad (Preswalla, 1978).

De esta manera, en el caso de monotrauma abdominal, la dificultad radica en proponer un diagnóstico de gravedad que confronte esta contusión abdominal aislada. En un contexto de politraumatismo, la dificultad se debe a la existencia de otras lesiones, torácicas o endocrinas, que requieren una gestión global por personal especializado en evaluar la urgencia terapéutica del traumatismo abdominal tras las lesiones asociadas al politraumatismo. La evaluación inicial sirve para definir la posterior estrategia terapéutica mediante cirugía o radiología intervencionista (Harrois, et al., 2015).

2 Objetivos

- Identificar y contrastar cuales son las técnicas diagnósticas por imagen más adecuadas para traumatismos abdominales graves ya que la correcta evaluación inicial marcará el posterior tratamiento terapéutico, en la cual las imágenes constituyen una herramienta fundamental (Enríquez, 2013).

3 Metodología

Para la búsqueda bibliográfica sobre pruebas de imagen para el diagnóstico empleadas en traumatismos abdominales graves se buscaron publicaciones al respecto en varias plataformas de reconocido prestigio científico como: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect.

Las palabras clave o descriptores empleados con operadores booleanos, buscando de manera inclusiva fueron en este orden lógico de: trauma abdominal grave AND técnicas diagnósticas, trauma abdominal grave AND imagen para el diagnóstico, trauma abdominal grave AND ecografía, trauma abdominal grave AND tomografía computarizada.

Respecto al período se intentó contar con las publicaciones más recientes, dentro de lo posible ya que son fuentes primarias.

4 Resultados

Las contusiones abdominales son traumatismos cerrados, en contraposición a los traumatismos abdominales penetrantes. La epidemiología de las lesiones traumáticas de los órganos intraabdominales está dominada por las contusiones abdominales. Existe una tendencia en la que crece el porcentaje de los traumas cerrados, afectando sobre todo al bazo y lesiones hepáticas, muy por delante de los traumas penetrantes (Richardson, 2005).

Las causas de los traumatismos abdominales son en su gran mayoría accidentes de tráfico, pero las contusiones pueden llegar por caídas accidentales o intencionadas desde gran altura o por lesiones deportivas o accidentes en el trabajo. Sea cual sea la causa existe un predominio masculino y de pacientes jóvenes sobre los 30 años de media (Tinkoff et al., 2008).

Los traumatismos abdominales cerrados son frecuentes ya que se detecta una lesión de al menos un órgano intraabdominal en un elevado número de los casos de los pacientes que se reciben en los centros especializados (Huber-Wagner et al., 2009).

El riesgo letal de las lesiones abdominales está ligado al mismo tiempo al riesgo hemorrágico inmediato por lesiones en los vasos o en órganos como el bazo, el hígado, los riñones y el mesenterio, además del riesgo de infección por rotura de un órgano hueco que puede llevar a una peritonitis. De esta manera, según McAnena, Moore y Marx (1990), las lesiones más frecuentes son del bazo, del hígado, del mesenterio, de los riñones y vejiga, del intestino delgado, del colon y del duodeno y páncreas, y la mortalidad crece cuando las lesiones afectan de uno a cuatro órganos respectivamente.

Las contusiones abdominales se verifican la mayoría de las veces en contextos de traumatismos de alta velocidad. Como la energía cinética es directamente proporcional al cuadrado de la velocidad, la intensidad de la energía liberada en el momento del choque contra la pared abdominal depende sobre todo de esta velocidad. Después se tienen en cuenta otros parámetros como la posible amortiguación del golpe, que es nulo para puntos fijos o terrenos duros, en los cuales la energía cinética se libera al instante.

De esta manera los equipamientos de air-bag de los coches limitan la disipación inmediata y completa de esta energía cinética mitigando la violencia del golpe. También la dirección de la onda del golpe influye en el traumatismo, siendo los

golpes laterales más perjudiciales que los frontales en accidentes de tráfico (Yoganandan, Pintar, Gennarelli y Maltese, 2000).

La búsqueda de un distress vital es la primera operación llevada a cabo, en concreto un distress hemodinámico unido a una hemorragia intraabdominal. El interrogatorio, si es posible, tiene como objetivo buscar las circunstancias del traumatismo, que pueden ser completadas por testigos o por el equipo de emergencias presente en el sitio. El examen clínico propiamente dicho comprende la inspección, que se lleva a cabo sobre el paciente desnudo, para la búsqueda de heridas y hematomas. Las lesiones de cintura abdominal o torácica son testigos de una deceleración violenta y se asocian a la aparición de lesiones abdominales un importante número de casos (Velmahos, Tatevossian y Demetriades, 1999).

La palpación busca una defensa o contractura muscular cuya validación se hace difícil con un paciente con dolor y muchas veces ansioso. De todas formas, la asociación entre signos cutáneos de impacto de un cuadrante abdominal y las lesiones de un órgano por debajo de él no son constantes. De hecho, en las desaceleraciones bruscas, sin traumatismo abdominal directo, de las lesiones graves tipo laceración vascular del menesterio pueden aparecer sin una lesión directa de la pared tipo hematoma.

De todas maneras, en un paciente tranquilo y consciente, un dolor abdominal a la palpación es una señal que reclama la necesidad de pruebas radiológicas más precisas, en concreto una con Tomografía Computarizada. La semiología del dolor puede ser a veces atípica, con dolores proyectados hacia la espalda que pueden ser señal de irritación peritoneal. La exploración vaginal y rectal se realizará sistemáticamente para evaluar irritación peritoneal al nivel del saco de Douglas.

También se hace de manera sistemática frente a cualquier dolor vertebral buscando desordenes esfinterianos relacionados con lesiones de la médula espinal. La hematuria macroscópica se traduce en un trauma renal o de los tractos excretores urinarios, aunque esta hematuria puede estar ausente de los traumatismos renales graves. El examen se debe completar en busca de lesiones extraabdominales asociadas al impacto como las craneales, torácicas y ortopédicas (Harrois et al., 2015).

Entre las técnicas de diagnóstico por imagen la Ecografía abdominal se ha convertido en fundamental para la exploración de traumas intraabdominales. Ésta se integra en la FAST (focused assessment for sonography with trauma), que incluye también el examen ecográfico pleural y del pericardio. La Ecografía abdom-

inal permite detectar rápidamente la presencia de un hemoperitoneo, tratándose de una información preciosa para orientar al paciente hacia una laparotomía en hemostasia en caso de inestabilidad hemodinámica importante (Harrois et al., 2015).

La sensibilidad de la Ecografía abdominal en la búsqueda de un hemoperitoneo varía cuando el criterio de juicio es la presencia de sangre en el peritoneo (Miller, Pasquale, Bromberg, Wasser y Cox, 2003; Dolich et al., 2001; McKenney et al. 2001), la sensibilidad sube en los pacientes inestables, con una alta especificidad (Lee, Ormsby, McGahan, Melendres y Richards, 2007). Se acerca al más alto porcentaje, también en su precisión, cuando se considera aplicar una laparotomía terapéutica (Bode, Edwards, Kruit y van Vugt, 1999; Rozycki, Ballard, Feliciano, Schmidt y Pennington, 1998).

La Ecografía es un examen fiable en las situaciones de inestabilidad hemodinámica para confirmar el diagnóstico del hemoperitoneo. La Ecografía abdominal se realiza de manera normalizada en tres proyecciones: en el cuadrante derecho para buscar líquido perihepático o en el espacio interrenal, en el cuadrante izquierdo para ver si hay derrame periesplénico y, por último, la ventana suprapúbica que explora la zona del saco de Douglas. Además, en el caso de hemoperitoneo asociado a la vacuidad de los espacios pleurales y pericárdicos en la Ecografía, la inestabilidad hemodinámica suele darse debido a la hemorragia intraabdominal (Harrois et al., 2015).

Es importante conocer las limitaciones que presenta la Ecografía abdominal. Esta técnica es poco sensible a la hora de determinar el origen del hemoperitoneo, así como para evidenciar perforaciones en órganos huecos. El segundo inconveniente es la ausencia de la posibilidad de explorar el retroperitoneo, que puede ser la causa de lesiones abdominales hemorrágicas.

De esta forma, los traumatismos renales, mesentéricos y retroperitoneales están en el origen de falsos negativos (Hoffman, Pierce y Puumala, 2009; Brown, Casola, Sirlin, Patel y Hoyt, 2001). Al final, la localización anatómica de un hemoperitoneo no es patognomónica de una lesión del órgano adyacente, ya que una hemorragia esplénica se puede traducir en un hemoperitoneo perihepático aislado.

Además, un importante porcentaje de las lesiones en los órganos aparecen en ausencia de hemoperitoneo. De todas formas, la Ecografía no se utiliza para la aceptación de pacientes traumatizados para describir con precisión las lesiones en los órganos. Este examen rápido, fiable e imprescindible, junto a la búsqueda

de un hemoperitoneo, permite más bien orientar sobre la terapia inmediata que deben recibir los pacientes con traumatismos abdominales inestables (Shackford et al., 1999).

La Tomografía Computarizada abdominal es el examen de referencia que permite determinar un balance exhaustivo de las lesiones de pacientes con sospecha de traumatismo abdominal. La realización del examen después de la inyección del medio de contraste permite ver también las perdidas de éste, sinónimo de sangrado activo, cuyas consecuencias pueden ser una embolia arterial o una hemostasia (Murakami et al., 2009).

A nivel peritoneal, la embolia arterial es interesante por las lesiones arteriales hepáticas y puede ser útil en causa de traumatismo esplénico. A nivel retroperitoneal, las lesiones arteriales renales y del bazo son excelentes indicaciones de embolia arterial. Las imágenes se toman en el tiempo arterial (30 segundos después de la inyección del medio de contraste), dentro de la fase portal (90 segundos después de la inyección) para determinar las pérdidas activas de medio de contraste.

Para completar se pueden tomar imágenes tardías (5 minutos después de la inyección) para averiguar si se producen pérdidas en el aparato urinario. La adquisición de imágenes es rápida con los equipos de nueva generación, pero requiere el traslado del paciente a una unidad de Radiología, lo que no está privado de riesgos para una persona inestable hemodinámicamente. Es por esa razón que su realización puede ser recomendada solamente después de haber excluido la necesidad de una intervención quirúrgica de hemostasis abdominal urgente (mediante Ecografía abdominal) en un paciente estabilizado en el plano hemodinámico.

En caso de hemostasis urgente, la Tomografía Computarizada se hará posteriormente. Esta técnica permite una buena visualización del hemoperitoneo y, sobre todo, del foco hemorrágico: bazo e hígado en primer lugar, pero también mesenterio. También el retroperitoneo se visualiza con la Tomografía Computarizada, en particular para comprobar traumatismos en el riñón. La Tomografía Computarizada tiene un rendimiento menor sobre lesiones de los órganos huecos debido a que los signos clásicos de neumoperitoneo o de derrame asociado pueden estar ausentes en las fases iniciales (Holmes et al., 2004; Brody et al., 2000).

En el caso de politraumatismo, la Tomografía Computarizada de cuerpo entero explora también las regiones cerebral, torácica y pélvica, en busca de lesiones extraabdominales frecuentemente asociadas. El valor predictivo negativo de la

Tomografía Computarizada en espiral y de cuerpo entero es superior al máximo porcentaje (Livingston et al., 1998) y su realización está asociada a una mejora de la supervivencia (Huber-Wagner et al., 2009).

Para finalizar, la Tomografía Computarizada es un examen muy sensible ya que su realización en pacientes estables desde el punto de vista hemodinámico, sin sospechas de lesiones abdominales en el examen clínico, pero que el mecanismo traumático es significativo, revela presencia de lesiones abdominales en un pequeño porcentaje de los casos (Salim et al., 2006). En los casos de traumatismos por energía cinética elevada, la Tomografía Computarizada debe ser ampliamente empleada, aunque la sospecha clínica de lesión sea baja (Yu et al., 2010).

5 Discusión-Conclusión

Como se ha podido comprobar en la búsqueda bibliográfica sobre la cuestión, los traumas abdominales graves requieren una gestión racional cuyos objetivos son el retorno a una perfusión adecuada a la espera del control rápido de la hemorragia. Estos objetivos sólo se pueden lograr a través de un protocolo bien establecido y una sólida colaboración entre los profesionales sanitarios del hospital que se hacen cargo del herido. Además de esta cooperación se deben tener una dotación técnica en los centros que permita hacer las pruebas correspondientes (Harrois et al., 2015).

Respondiendo al objetivo del trabajo se ha podido identificar y contrastar que las dos técnicas principales que se aplican en este tipo de pacientes con traumatismos graves de abdomen son la Ecografía y la Tomografía Computarizada (Harrois et al., 2015).

Pese a la alta sensibilidad, precisión y máximo valor predictivo negativo, de esta última, sólo se podrá emplear cuando la persona está estable hemodinamicamente (Holmes et al., 2004; Brody et al., 2000). Por otro lado, se ha podido comprobar que la Ecografía abdominal es el instrumento indispensable para orientar hacia una laparotomía urgente (Bode, Edwards, Kruit y van Vugt, 1999; Rozycki, Ballard, Feliciano, Schmidt y Pennington, 1998).

6 Bibliografía

- Bode, P.J., Edwards, M.J., Kruit, M.C., van Vugt, A.B. (1999). Sonography in a clinical algorithm for early evaluation of 1671 patients with blunt abdominal trauma.

AJR Am J Roentgenol, 172, 905–911.
- Brody, J.M., Leighton, D.B., Murphy, B.L., Abbott, G.F., Vaccaro, J.P., Jagminas, L., Cioffi, W.G. (2000). CT of blunt trauma bowel and mesenteric injury: typical findings and pitfalls in diagnosis. Radiographics, 20, 1525–1536.
- Brown, M.A., Casola, G., Sirlin, C.B., Patel, N.Y., Hoyt, D.B. (2001). Blunt abdominal trauma: screening us in 2,693 patients. Radiology, 218, 352–358.
- Castrillón, G.A., Soto, J.A. (2011). Traumatismo intestinal y mesentérico. Radiología, 53(1), 51-59.Colegio Americano de Cirujanos (2004). Programa avanzado de Apoyo Vital en Trauma Para Médicos: Manual del Curso. 7ª Ed. Chicago: American College of Surgeons.
- Dolich, M.O., McKenney, M.G., Varela, J.E., Compton, R.P., McKenney, K.L., Cohn, S.M. (2001). 2,576 ultrasounds for blunt abdominal trauma. J Trauma, 50, 108–112.
- Enríquez, O. (2013). Imaginología en trauma. Revista Médica Clínica Las Condes Volume 24, Issue 1, 68-77.
- Frankel, H., Boone, D., Peitzman, A. (2002). Abdominal injury. The trauma manual. 2ª Ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Eilkins.
- Harrois, A., Figueiredo, S., Costaglioli, B., Duranteau, J. (2015). Contusioni addominali gravi: strategia diagnostica e terapeutica. EMC - Anestesia-Rianimazione Volume 20 > n◦1 > febbraio, 1-13.
- Hoffman, L., Pierce, D., Puumala, S. (2009). Clinical predictors of injuries not identified by focused abdominal sonogram for trauma (FAST) examinations. J Emerg Med, 36, 271–279.
- Holmes, J.F., Offerman, S.R., Chang, C.H., Randel, B.E., Hahn, D.D., Frankovsky, M.J., Wisner, D.H. (2004). Performance of helical computed tomography without oral contrast for the detection of gastrointestinal injuries. Ann Emerg Med, 43, 120–128.
- Huber-Wagner, S., Lefering, R., Qvick, L.M., Korner, Mñ, Kay, M.V., Pfeifer, K.J., Reiser, M., Mutschler, W., Kanz, K.G. (2009). Effect of whole-body CT during trauma resuscitation on survival: a retrospective, multicentre study. Lancet, 373, 1455–1461.
- Lee, B.C., Ormsby, E.L., McGahan, J.P., Melendres, G.M., Richards, J.R. (2007). The utility of sonography for the triage of blunt abdominal trauma patients to exploratory laparotomy. AJR Am J Roentgenol, 188, 415–421. Leonher, R.K.L., Jiménez, G.J.A., Ramírez, G.L.R., Sandoval, S.M., Gil, V.J.J., Tello, B.I.M. (2013). Trauma abdominal cerrado y penetrante con lesión a órganos abdominals.
- Livingston, D.H., Lavery, R.F., Passannante, M.R., Skurnick, J.H., Fabian, T.C., Fry, D.E., Malangoni, M.A. (1998). Admission or observation is not necessary

after a negative abdominal computed tomographic scan in patients with suspected blunt abdominal trauma: results of a prospective, multi-institutional trial. J Trauma, 44, 273–280.
- Mamani, Y., Rojas, E.G., Choque, M.C., Caero, R.I. (2012). Características epidemiológicas del trauma abdominal en el Hospital Viedma, Cochabamba, Bolivia. Gac Med Bol v.35 n.2, 67-71.
- McAnena, O.J., Moore, E.E., Marx, J.A. (1990). Initial evaluation of the patient with blunt abdominal trauma. Surg Clin North Am, 70, 495–515.
- McKenney, K.L., McKenney, M.G., Cohn, S.M., Compton, R., Nunez, D.B., Dolich M, Namias, N. (2001). Hemoperitoneum score helps determine need for therapeutic laparotomy. J Trauma, 50, 650–654.
- Miller, M.T., Pasquale, M.D., Bromberg, W.J., Wasser, T.E., Cox, J. (2003). Not so FAST. J Trauma, 54, 52–59.
Murakami, A.M., Anderson, S.W., Soto, J.A., Kertesz, J.L., Ozonoff, A., Rhea, J.T. (2009). Active extravasation of the abdomen and pelvis in trauma using 64MDCT. Emerg Radiol, 16, 375–382.
- Pacheco, A. (2011). Trauma de abdomen. Revista Médica Clínica Las Condes, Volume 22, Issue 5, 623-630.
- Preswalla, F., (1978). The pathophysics and pathomechanics of trauma. Med Sci Law 18 (4), 239-246.
- Richardson, J.D. Changes in the management of injuries to the liver and spleen. (2005). J Am Coll Surg, 200, 648–669.
- Rozycki, G.S., Ballard, R.B., Feliciano, D.V., Schmidt, J.A., Pennington, S.D. (1998). Surgeon-performed ultrasound for the assessment of truncal injuries: lessons learned from 1540 patients. Ann Surg, 228, 557–567.
- Salim, A., Sangthong, B., Martin, M., Brown, C., Plurad, D., Demetriades, D. (2006). Whole body imaging in blunt multisystem trauma patients without obvious signs of injury: results of a prospective study. Arch Surg, 141, 468–473.
- Shackford, S.R., Rogers, F.B., Osler, T.M., Trabulsy, M.E., Clauss, D.W., Vane, D.W. (1999). Focused abdominal sonogram for trauma: the learning curve of nonradiologist clinicians in detecting hemoperitoneum. J Trauma, 46, 553–562.
- Tinkoff, G., Esposito, T.J., Reed, J., Kilgo, P., Fildes, J., Pasquale, M., Meredith, J.W. (2008). American Association for the Surgery of Trauma Organ Injury Scale I: spleen, liver, and kidney, validation based on the National Trauma Data Bank. J Am Coll Surg, 207, 646–655.
- Velmahos, G.C., Tatevossian, R., Demetriades, D. (1999). The "seat belt mark" sign: a call for increased vigilance among physicians treating victims of motor vehicle accidents. Am Surg, 65, 181–185.

- Yoganandan, N., Pintar, F.A., Gennarelli, T.A., Maltese, M.R. (2000). Patterns of abdominal injuries in frontal and side impacts. Annu Proc Assoc Adv Automot Med, 44, 17–36.
- Yu, J., Fulcher, A.S., Wang, D.B., Turner, M.A., Ha, J.D., McCulloch, M., Kennedy, R.M. (2010). Frequency and importance of small amount of isolated pelvic free fluid detected with multidetector CT in male patients with blunt trauma. Radiology 2010, 256, 799–805.

Capítulo 1292

EXPLORACIÓN DEL MALTRATO FÍSICO INFANTIL.

ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ

JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Según la OMS se denomina maltrato infantil o abuso infantil a cualquier acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el trato hacia un menor, por parte de sus padres o cuidadores, que le ocasiona daño físico o psicológico y que amenaza su desarrollo tanto físico como psicológico.

El maltrato infantil físico se puede detectar por medio de pruebas radiológicas, ya que sus características son las fracturas costales, fracturas en huesos largos entre otras.

2 Objetivos

El objetivo que nos ponemos es saber cómo detectar, mediante pruebas radiológicas, el maltrato físico del niño.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando detectamos lesiones en distintas fases de curación, tanto en lesiones crónicas como agudas, en un mismo niño suele ser un trauma no accidental. Del mismo modo, cuando nos encontramos con fracturas en huesos largos, en niños que aún no caminan, también es alarma de maltrato.

Es recomendable para las extremidades, tanto inferiores como superiores, que:
- Las valoremos realizando tres proyecciones distintas.
- Utilicemos una baja dosis de radiación.
- En medida de lo posible, siempre colocar protección radiológica al menor.

La principal causa de muerte del niño maltratado es la lesión craneoencefálica, esta es diagnosticada en un primer lugar con la tomografía computarizada y, para una mejor aportación diagnostica, se utiliza la resonancia magnética.

5 Discusión-Conclusión

La radiología pediátrica es muy importante, puesto que nos da un resultado inmediato del maltrato infantil.

Las radiografías son la técnica más utilizada ya que son de alta resolución y se utiliza baja dosis de radiación. También son los más utilizadas porque para un niño es más fácil aguantar quieto los segundos que se tarda en disparar una radiografía.

La atención primaria del personal sanitario es fundamental para el diagnóstico del maltrato infantil.
Después de la búsqueda de información realizada, hemos aclarado muchas dudas en torno al tema del maltrato infantil y conseguido nuestros objetivos, siendo un tema muy importante, ya que lo principal es proteger al menor.

6 Bibliografía

- U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health.

Capítulo 1293

MEDIOS DE CONTRASTE

YESICA FERNANDEZ

1 Introducción

Los agentes de contraste o medios de contraste son utilizados para mejorar las fotografías del cuerpo producidas por TAC, RM, rayos X (rx) o ultrasonidos. Ayudan al diagnóstico ya que mejoran la visibilidad de órganos específicos, vasos o tejidos.

Existen 2 tipos:
-Positivos: tienen número atómico elevado, absorben fácilmente los rx y son radiopacos.
-Negativos: tienen número atómico similar, absorben menos los rx y son radiotransparentes.

Combinando los dos medios nos encontramos con la técnica del doble contraste.

2 Objetivos

El objetivo de los medio de contraste es mejorar la visibilidad de estructuras o fluidos dentro del cuerpo.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las tres principales formas de administración de contraste son:
- Tragados: tomados por vía oral.
- Administrados por enema: vía rectal.
- Inyectados a un vaso sanguíneo: de forma intravenosa o por arteria.

Los tipos de contrastes que nos podemos encontrar en el campo de la medicina pueden ser naturales o artificales:
- Contraste natural: encontramos aire, fósforo y calcio.
- Contrastes artificales: a su vez pueden ser positivos o negativos.

Dentro de los contrastes positivos se encuentran los siguientes:
- Sulfato de bario: es el más utilizado para estudios del aparato digestivo, se elimina por excreción.
- Yodados: que a su vez se dividen en Hidrosolubles (utilizados en arteriografías, flebografías, vías urinarias y conductos mamarios), se eliminan por riñón y vías biliares; y Liposolubles (casi en desuso utilizados en sialografías).
- Gadolinio: el más utilizado en resonancia magnética.

Dentro de los contrastes negativos se pueden encontrar lo siguientes:
- Aire: dura varios días su reabsorción.
- Oxígeno: dura cinco o seis horas su reabsorción.
- Anhídrido carbónico: dura de diez a veinte minutos de reabsorción.

Las reacciones de los medios de contraste se deben a una serie de efectos como la liberación de instamina o la inhibicion encimática. Puede haber reacciones realmente graves, leves o moderadas:
- Leves: entre 7-8% de los pacientes. Suelen presentarse en el momento de la inyección, suelen durar poco y no precisan tratamiento. Lo más importante es dar al paciente una sensacion de seguridad y tranquilidad y es muy útil explicar al paciente lo que va a notar y como va a evolucionar.
- Moderadas: entre 1-7% de los pacientes. No suele ser una amenaza para la vida. Se presenta como urticaria, edema, vómitos o bronco espasmo leve.

- Graves: Pueden aparecer en un 0,1% de la población. Pueden ser edema de laringe, hipotension, bronco espasmo severo o shock. Pueden llevar a muerte por insuficiencia cardiorespiratoria, hipotensión e hipoxia.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día los medios de contraste son una herramienta fundamental en los estudios de imágenes diagnósticas. Se utilizan de maneras y formas diversas, por lo que nos permiten tener un amplio rango en la elección del medio de contraste adecuado para cada paciente.

La correcta utilización de los medios de contraste requiere un conocimiento integral de sus características, acción y reacciones adversas, junto con su correspondiente tratamiento, tanto por el especialista en Diagnóstico por Imágenes, como por el profesionales.

6 Bibliografía

- Sartori, P., Rizzo, F., Taborda, N., Anaya, V., Caraballo, A., Saleme, C., ... & Peña, A. (2013). Medios de contraste en imágenes. Revista argentina de radiología, 77(1), 49-62.

Capítulo 1294

ESTUDIO RADIOGRÁFICO DENTAL

YESICA FERNANDEZ

1 Introducción

También llamada Ortopantomografía o radiografía panorámica. Consiste en una panorámica de maxilar y dientes en una sola película. Se obtiene mediante rayos X y es una técnica que conlleva una carga radiológica baja. Entre 70 y 80 kV. Se utiliza en cirugía maxilofacial, bucal y odontológica.

Es un estudio radiológico muy cómodo para el paciente que se utiliza de forma rutinaria y permite apreciar dientes y estructuras adyacentes.

2 Objetivos

Exponer la técnica para una correcta realización de un estudio radiográfico dental.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es una radiografía bidimensional, es decir, una imagen plana de un objeto tridimensional. Las imágenes se pueden ver superpuestas, esto impide que a veces se visualicen con detalle ciertas patologías, siendo necesario otro examen para hacer un diágnostivo preciso.

Esta radiografía no necesita tratamiento médico. El procedimiento es muy rápido y es una técnica no invasiva.

La radiografía panorámica se realiza con un aparato anclado al suelo a través de un brazo y una columna vertical. Realiza un escaneo de boca girando alrededor de la cabeza del paciente.

Para la realización de esta prueba se debe de llevar a cabo el siguiente método:
-El paciente puede estar de pie o sentado, cubierto por un chaleco de plomo.
-Se deben retirar joyas, aparatos bucales, gafas, pendientes o cualquier otro objeto metálico.
-El paciente debe estar recto y morder una pequeña pieza de mordida oclusal que servirá para la inclinación del nivel de mordida.
-Se deben evitar movimientos, para ello el aparato dispone de un reposa barbillas y apoyasienes ajustables.
-Se centra el plano axial, sagital y coronal del paciente y tras el escaneo el dispositivo genera una imagen digital

Se utiliza en trastornos de la articulación temporo-mandibular, sospecha de tumores, fracturas faciales o maxilares, antes y después de intervenciones quirúrgicas, diagnóstico precoz de defectos, enfermedad del seno maxilar, falta de erupción en una pieza, búsqueda de infecciones, presencia de caries dentales y lesiones de hueso

5 Discusión-Conclusión

Es el método diagóstico para el tratamiento integral de toda la boca. Son de muchisima utilidad en el área de odontología.

De este modo, se puede realizar un diagnostico integral del paciente en la primera visita, se recomienda realizarse una en cada revisión anual para valorar cambios relevantes y para descartar cualquier patología importante.

6 Bibliografía

- Mora, B., & Mariotto, S. (2017). Indicaciones odontológicas para radiografías panorámicas digitales. In II Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas (SEPOI-PPS)(La Plata, 2017).
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1295

MÉTODO DE LABORATORIO DE BANDEO CON GIEMSA

VÍCTOR ADRIAN RODRÍGUEZ DIAZ

SERGIO MURILLO DIAZ

1 Introducción

El método de bandeo con Giemsa es una de las técnicas para el estudio citogenético más utilizadas en el laboratorio. Este tipo de técnica nos permite en grandes rasgos, la investigación de la herencia genética a nivel celular mediante la tinción de cromosomas.

2 Objetivos

Conocer y determinar la importancia del método de bandeo con Giemsa en el laboratorio clínico como método de prevención y detección de posibles afectaciones genéticas.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Dialnet, Google académia y Pubmed. Los descriptores utilizados fueron en español: Bandeo de Giemsa, laboratorio, método, clínico, cromosómico, importancia y, en inglés: Giemsa banding, laboratory, method, clinical, chromosomal, importance. Se utilizaron filtros de búsqueda

para una mayor especificidad, la búsqueda se acotó a los últimos 5 años (2015-2020), se buscó artículos de revisión científica, con acceso a texto completo e idioma tanto en español como en inglés.

4 Resultados

Tras la revisión bibliografía queda reflejada la gran importancia del método de bandeo Giemsa en los análisis citológicos, ya que permite la clasificación de cada uno de los pares cromosómicos y, también la detección de las alteraciones cromosómicas que puedan afectar al número o a la estructura de los cromosomas. Existen otros métodos de bandeo cromosómico que no se utilizan de manera rutinaria como el Giemsa, solo si se detecta una alteración cromosómica que requiera de una investigación adicional y más en profundidad para descubrir y clasificar de manera más especifica su caracterización.

5 Discusión-Conclusión

Es un método rutinario en el laboratorio clínico importante para la detección de posibles afectaciones cromosómicas que puedan derivan en una enfermedad o un síndrome y, en general, un método de prevención para la población gracias su gran especificidad y sensibilidad durante la evaluación para conocer el origen etiológico de la afectación.

6 Bibliografía

- Balajee, A. S. & Hande, M. P. (2018). History and evolution of cytogenetic techniques: Current and future applications in basic and clinical research. Mutation Research/Genetic Toxicology and Environmental Mutagenesis. Doi: 10.1016/j.mrgentox.2018.08.008
- Kwak, D. W. & Ahn, H. K. (2017). Prenatal diagnosis of 4p deletion syndrome: A case series report. Journal of Genetic Medicine, 14(1), pp. 38-42. Doi: 10.5734/JGM.2017.14.1.38

Capítulo 1296

COLONOSCOPIA VIRTUAL

ANA MARÍA MUÑIZ CASTRILLON

1 Introducción

La colonoscopia virtual por tomografía computerizada es un método no invasivo, para obtener una visión interna de la totalidad del colon. Puede llegar a encontrar pólipos u otras lesiones clínicamente significativas con una sensibilidad similar a la obtenida por la colonoscopia convencional. La colonoscopia virtual explora el intestino grueso de forma mínimamente invasiva, sin que exista la necesidad de ingresar a los pacientes, ni sedarlos o anestesiarlos.

El cáncer colorrectal es una patología muy predominante en nuestro medio en la que resulta fundamental un diagnóstico precoz, lo que ha llevado a implantar programas de cribado.
La colonoscopia virtual TC es un excelente método de estudio, sobretodo en aquellos pacientes en los cuales la colonoscopia convencional resulta fallida o incompleta.

Realizamos estudio que incluye todo el colon con baja dosis en posición decúbito supino y decúbito prono.Se le coloca una sonda rectal a través de la cual se insufla aire para distender el colon.

La preparación intestinal es un paso muy importante en la colonoscopia virtual consta de una dieta nula en alimentos ricos en fibra y la toma de líquidos el día antes de la prueba así como la utilización de laxantes. Un colon bien preparado facilita la detección de lesiones y minimiza los falsos positivos, mientras que la materia residual intraluminal puede simular o enmascarar lesiones colónicas.

La colonoscopia virtual permite el diagnóstico en fases aguda y crónica de las enfermedades inflamatorias de colon por diversas etiologías. Posibilita el diagnóstico de las complicaciones extraintestinales, en especial aquellas de origen tumoral y la presencia de lesiones pseudo-tumorales, que pueden detectarse con alta sensibilidad y especificidad.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia de un diagnóstico precoz, lo que ha llevado a implantar programas de cribado.

3 Metodología

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

4 Resultados

La colonoscopia virtual permite el diagnóstico en fases aguda y crónica de las enfermedades inflamatorias de colon.

Posibilita el diagnóstico de las complicaciones extraintestinales, en especial aquellas de origen tumoral y la presencia de lesiones pseudo-tumorales, que pueden detectarse con alta sensibilidad y especificidad.

5 Discusión-Conclusión

Sirve para una rápida detección del cáncer colorrectal y de lesiones precursoras y de pólipos.
Sirve para realizar un estadiaje previo a la cirugía colorrectal.

Sirve para prevenir complicaciones durante la cirugía en paciente que tenga un estrechamiento o algún proceso inflamatorio.

La colono-TC es una exploración fácil de realizar, segura y económica,

6 Bibliografía

- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-93082006000200005&script=sci_arttext&tlng=e.
- https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=colocarcinoma.

Capítulo 1297

RADIOLOGÍA DE URGENCIA EN PACIENTE ACCIDENTADO.

YESICA FERNANDEZ

1 Introducción

Un paciente politraumatizado es aquel que sufre múltiples lesiones con afectación en diversas áreas anatómicas, como resultados de un traumatismo biomecánico (arma blanca, tráficos, explosión, aplastamiento, étc.) que pone en peligro su vida.

Puede haber dos tipos de politraumatismo, que son:
- Politraumatismo leve: cuyas lesiones son superficiales sin heridas ni fracturas
- Politraumastismo moderado: con lesiones o heridas que generan algún tipo de incapacidad

2 Objetivos

-Conocer el método de intevención desde la llegada del paciente a urgencias.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los facultativos deben valorar lesiones vitales, y explorar en tiempo inferiores a 30 segundos. Una de las cosas más importantes es la vía áerea con control cervical, control de la respiración, control de la circulación (pulso, sangrado), valoración neurológica inicial y desnudo del paciente.

Una vez el paciente ha sido valorado, se procede al traslado a la sala de RX donde se le realizará el estudio con equipos convencionales. En la sala de RX se decide donde se realiza el estudio, el tipo de estudio y el estado del paciente teniendo en cuenta por supuesto lo que el facultativo nos pide en cada momento. Posicionaremos al paciente procurando no incrementar las lesiones. Es preferible realizar movimientos de chasis o de tubo antes que del paciente. La posición deberá resultarle cómoda.En el caso de que no se pueda trasladar se acudiría a realizar la prueba con los equipos portátiles.

Las proyecciones que se realizan para descartar lesiones son:
- Columna lateral cervical: siempre con collarín ante sospecha de una lesión.
- AP de pelvis: debe de verse estructuras óseas y partes blandas así como las cabezas femorales de ambas extremidades.
- AP de tórax: para descartar neumotórax, hemotórax o contusión pulmonar.

El objetivo de estas es determinar la estabilidad, el tipo de lesión y el grado de afectación medular.

Otras proyecciones para complementar el estudio pueden ser:
- Proyecciones oblicuas de pelvis.
- RX de columna torácica y lumbar.
- Otras proyecciones de tórax.
- AP y lateral de las zonas lesionadas.

5 Discusión-Conclusión

Los TSID y la radiología convencional siguen teniendo un papel muy importante en pacientes muy inestables, tanto en las necesidades físicas como psíquicas. Se debe tener rapidez y precisión a la hora del estudio.

6 Bibliografía

- Muñoz, A., Betancourt, M., & Hernández, B. (2003). Atención al paciente politraumatizado. Salus. Agosto, 7(2), 34-38.
- Gómez Martínez, V., Ayuso Baptista, F., Jiménez Moral, G., & Chacón Manzano, M. (2008). Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. Medicina de Familia-SEMERGEN, 34(7), 354-363.

Capítulo 1298

EL ENEMA OPACO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ

RAQUEL RUIZ TURRADO

ELIZABET GARCIA GRANDA

ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO

ESTEFANIA BLANCO GARCÍA

1 Introducción

El enema opaco es un estudio minucioso del Colon, se puede realizar con técnica de enema simple introducción por el recto de unos 300 o 500 ml de suspensión baritada, o de doble contraste que consiste en la introducción de contraste y aire (técnica de Fisher).

Es importante que el colon esté libre de residuos fecales por ello es muy importante llevar una dieta pobre en residuos unas 48h ante, y administración de laxantes y enemas simples o de agua caliente.

Antes de introducir el contraste se comenzará con una radiografía simple de abdomen que tiene gran utilidad porque nos mostrará calcificaciones o lesiones óseas, que tras la administración del bario quedarían oscuras. El bario se introduce con el paciente en decúbito prono por una sonda que tiene 3 cánulas una para inflar el balón, otra para insuflar aire y otra por donde entra y sale el bario

y se va viendo como se llena: colón ascendente, colon transverso y colon descendente.

2 Objetivos

- Identificar la eficacia del enema opaco con la técnica de doble contraste como método para diagnosticar enfermedades del colon o alteraciones del mismo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática en diversas bases de datos: Scielo y PubMed.
Empleando los siguientes descriptores: colon, sigma, recto, obstrucción intestinal.
No obstante, también se ha buscado información en otras fuentes, como revistas científicas o libros.

4 Resultados

Es un estudio realizado el servicio de radiología en una sala con un telemando con radiaciones ionizantes que tras la introducción del enema a través del ano y con la técnica de doble contraste que también se introduce aire, se puede valorar de forma detallada todo el colon, sigma y recto con el fin de descartar masas, obstrucciones, enfermedades inflamatorias, divertículos.

5 Discusión-Conclusión

El enema opaco es una gran contribución al diagnóstico de las enfermedades del colon.

6 Bibliografía

- Cristina Medina Menéndez. El bario: ese gran desconocido. MoleQla: revista de Ciencias de la Universidad Pablo de Olavide, ISSN-e 2173-0903, Nº. 8, 2012, págs. 91-93.

- Dr. Richard Ruiz O. Ordoñez Guamán, Jenny Margoth- Repositorio Universidad Nacional de Loja Área de la Salud Humana Biblioteca A.S.H. "Protocolo para la realización del examen radiológico de colon por enema". 2009.
- Hawkins S, Bezuidenhout P, Shorvon P, Hine A. Barium enema preparation: a study of low-residue diet, "Picolax' and 'Kleen-Prep'. Australas Radiol. 1996 Aug;40(3):235-9.
-Jordi Galimany. Verifique sus conocimientos sobre radiología. Enfermero. Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.
- Plucnar BJ. Colonoscopy in infancy and childhood with special regard to patient preparation and examination technique. Endoscopy. 1981 Jan;13(1):14-8.

Capítulo 1299

RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO: MEDIDAS PREVENTIVAS.

NOEMI LOBO ROSARIO

ANA GARCÍA ROSARIO

1 Introducción

El trabajo es el esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza. Es una actividad que se realiza para satisfacer unas necesidades y que requiere de recursos tanto humanos como materiales.
La actividad sanitaria se realiza mayoritariamente en hospitales, atención primaria, laboratorios, centros de rehabilitación. En este ámbito sanitario existen diferentes profesionales desarrollando una actividad que implica un riesgo.
La salud laboral se construye en un medio ambiente de trabajo adecuado, con condiciones de trabajo justas, donde los trabajadores y trabajadoras puedan desarrollar una actividad con dignidad y donde sea posible su participación para la mejora de las condiciones de salud y seguridad.
En el sector sanitario existen unos riesgos derivados de ese trabajo. Es importante garantizar la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores. Este tema estará legislado tanto nacional como internacionalmente para intentar conseguir un ambiente saludable y libre de riesgos.
El personal sanitario está expuesto a riesgos como consecuencia de su actividad entre otros; agresión por parte de pacientes y familiares, sobreesfuerzos físicos, fatiga física y mental, estrés, exposición a agentes químicos, exposición a radiaciones. También influyen diferentes factores:
- Físicos: radiación, ruido, iluminación, temperatura, etc.

- Químicos: gases, aerosoles, humo, polvo, etc.
- Biológicos: virus, bacterias, hongos, etc.
- Psicosocial y ergonómico: jornada de trabajo, estabilidad en el puesto, equipos, esfuerzo físico, etc.

Todos estos factores han de ser evaluados por un servicio de prevención de riesgos, que puede ser externo o de la propia empresa y se regirá por la Ley de prevención de riesgos laborales.

La prevención de riesgos en el medio sanitario es fundamental para una buena salud de los trabajadores tanto psicológica, social y física. Para ello tiene que haber una seguridad en el lugar de trabajo y unas condiciones óptimas que aseguren este bienestar, con todo ello conseguiremos un mayor compromiso, productividad, eficacia, reducción de absentismo, confort laboral entre otras.

2 Objetivos

- Dar a conocer los riesgos en el lugar de trabajo orientando e informando a los trabajadores y formándoles en materia de seguridad para que tengan todos los recursos a su alcance en materia de prevención.
- Identificar los factores de riesgo laborales derivados de las condiciones de trabajo.

3 Metodología

Búsqueda sistemática realizada en diversas bases de datos científicas y bibliográficas.

4 Resultados

Se deben de imponer protocolos para evitar daños derivados del trabajo y evitar así accidentes que son las lesiones corporales que se producen por desempeño del trabajo y enfermedades profesionales, contraídas a consecuencia del trabajo ejecutado.

En ocasiones hay incidentes que advierten de un probable accidente de trabajo por el contrario la enfermedad profesional necesita un tiempo para desarrollarse, una continuidad a la exposición, pudiendo aparecer después de varios años.

La finalidad del servicio de prevención es lograr un mayor nivel de protección, para ello tendrá que desarrollar un conjunto de actividades y medidas y deben

cumplirse de lo contrario podrá haber consecuencias graves para la salud.
Tiene que haber cuatro disciplinas básicas en el servicio de prevención del ámbito sanitario:
1. Medicina del trabajo: promover medios diagnósticos, tratamiento, rehabilitación, patología producida por el trabajo.
2. Seguridad: estudiar las condiciones materiales que pueden resultar peligrosas para el trabajador (detección, eliminación, disminución, investigación del riesgo).
3. Higiene: prevenir factores ambientales perjudiciales.
4. Ergonomía y psicosociología aplicada: adaptar el trabajo a la persona y evaluar factores psicosociales como la inadaptación de los puestos.

Las medidas preventivas deben tener las siguientes etapas:
- Acciones preventivas: evitar riesgo.
- Acciones de protección: evitar las consecuencias.
- Acciones reparadoras: evitar la gravedad.

Los mecanismos de protección colectiva abarcarían a un conjunto de trabajadores como por ejemplo señalizaciones, limpieza, extintores, etc. Para una correcta utilización de los extintores es necesario instruir a los trabajadores y también conocer y participar en los planes de emergencia del centro sanitario para minimizar así las consecuencias de un posible siniestro.
El personal sanitario tiene que poseer conocimiento acerca de la adecuada utilización, limpieza y desinfección del instrumental y equipos.
Los mecanismos de protección individual están destinados a ser sujetados por el trabajador como son mascarillas, guantes, batas, protección ocular utilizándolos evitaremos la contaminación de la ropa y de la piel.
El personal que trabaja en el ámbito sanitario ha de cumplir una serie de normas de higiene personal; lavado de manos (muy importante), cubrir heridas de las manos, no comer en el lugar de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Un ambiente laboral saludable y exento de riesgos constituye una prioridad indiscutible y velada por la ley de prevención de riesgos laborales (31/1995) y por la directiva europea.
Ha de integrarse en el sistema general de gestión de la empresa un servicio de prevención de riesgos laborales que haga la labor de evaluación de riesgos, información y participación de los trabajadores, actuación en caso de emergencia, vigilancia de la salud para poder cumplir estas normativas.

6 Bibliografía

- Boletín oficial del estado (http://www.boe.es).
- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) (http://www.istas.ccoo.es).
- Comisiones obreras (http://www.sanidad.ccoo.es).
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Formación continuada logoss (http://www.logoss.net).
- Reglamento de los servicios de prevención, Real Decreto 39/1997.

Capítulo 1300

LA RADIACIÓN DISPERSA. FACTORES DE REDUCCIÓN.

COVADONGA DE LA HERA RAPOSO

1 Introducción

Para realizar una radiografía correctamente hay dos tipos de rayos X que son los responsables de la densidad óptica y del contraste en una radiografía: aquellos que pasan a través del paciente sin interactuar y aquellos que se dispersan dentro del paciente por interacción Compton.

Cuando la radiación dispersa incrementa, la radiografía pierde resolución de contraste y aparece la imagen gris y emborronada por una aparente niebla causada por la dispersión.

En la intensidad relativa de la radiación dispersa influyen tres factores: kVp (kilovoltios pico), tamaño del campo y grosor del paciente.

2 Objetivos

- Determinar la importancia de restringir la radiación dispersa y qué componentes se pueden utilizar para minimizarla.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de: CSN, Scielo y Google Académico con las palabras clave ”rayos x”, ”radiación dispersa”. Y

búsqueda de información en libros y revistas. Se han seleccionado aquellos documentos que cumplen con los siguientes criterios de inclusión: textos gratuitos, idioma castellano e inglés.

4 Resultados

Los factores que contribuyen a aumentar la proporción de radiación dispersa que llega al detector son el kilovoltaje (cuanto más alta sea la energía del fotón de rayos X, más probabilidades hay de que un fotón disperso llegue al detector) y el volumen irradiado (cuanto mayor sea el volumen irradiado, mayor cantidad de fotones sufrirán dispersión).

Por tanto, un objetivo importante de cara tanto a la protección radiológica como a la calidad de la imagen es la eliminación completa o al menos una reducción importante de la componente de radiación dispersa.

Existen diversas formas de reducir dicha radiación dispersa:
Reducción de kVp, trabajar con valores bajos de kilovoltaje va a implicar mejoras de contraste y disminuciones de la radiación dispersa aunque, si se desea obtener un número de fotones adecuado en el sistema de imagen hay que aumentar drásticamente la carga de disparo. Ambas modificaciones (disminución de la tensión y aumento de la carga) dan lugar a incrementos de dosis para el paciente, puesto que se absorberá en él más radiación dispersa y el haz será más intenso. Por ello debe alcanzarse un compromiso entre una dosis mínima con una calidad de imagen compatible con el diagnóstico.

Reducción del volumen irradiado, hay dos posibles formas de minimizar el volumen del paciente sometido a radiación: limitar el tamaño del haz al mínimo posible (irradiar sólo la anatomía del paciente de la que se desea obtener una imagen) y reducir el espesor del paciente mediante compresión.

- Limitación del tamaño del haz (colimación): La cantidad de radiación dispersa producida en el paciente se disminuye si se restringe el campo de radiación al área de interés. Esto se consigue utilizando los sistemas de limitación del haz o colimadores. Los colimadores están formados por varios niveles de láminas de plomo, cada uno de los cuales consta de dos pares de láminas planas y perpendiculares entre sí. Las láminas pueden moverse a voluntad para agrandar o reducir el tamaño del haz de radiación. El sistema incorpora también un haz luminoso para simular la geometría del haz de rayos X.

- Compresión de tejidos: Se emplea fundamentalmente para disminuir el espesor del paciente. Se utiliza fundamentalmente en estudios de digestivo y en mamografía, y requiere el uso de algún instrumento de compresión. Además de su utilidad para inmovilizar al paciente y disminuir el espesor, presenta como ventajas adicionales la obtención de una exposición más uniforme y una cierta mejora de nitidez en la imagen por estar el objeto más próximo a la película.

Separación entre el objeto y el detector , como la radiación dispersa se produce fundamentalmente en el cuerpo del paciente, si se aleja el detector del mismo, llegará a ella menos radiación dispersa. El principal inconveniente proviene del aumento excesivo del tamaño de la imagen. Esto puede evitarse aumentando también la distancia foco-paciente, con el inconveniente añadido de que hay que aumentar la radiación empleada para obtener la imagen.

Uso de las rejillas. La rejilla es un componente muy efectivo para la reducción del nivel de radiación dispersa que alcanza el receptor. Está formada por na serie de secciones de material opaco a la radiación (septos de la rejilla) alternadas con material transparente a la radiación (material intermedio). Está diseñada para trasmitir solamente los rayos x cuya dirección está en línea resta con la fuente y el receptor de imagen. Los rayos X son absorbidos por el material de la rejilla. Existen diferentes tipos de rejillas: paralela, cruzada, móvil, focalizada.

5 Discusión-Conclusión

A partir de lo expuesto, se concluye que el haz de radiación tiene una gran importancia en la calidad de imagen final del estudio radiológico y en la dosis recibida por el paciente como consecuencia de dicho estudio. Una correcta colimación del haz de rayos x tiene un efecto primario por el que se reduce la dosis al paciente, pues se restringe el volumen de tejido irradiado y también mejora el contraste de la imagen, evitando así la radiación dispersa.

Un incremento de la radiación dispersa es la primera causa de un aumento de los niveles de dosis ambientales y por tanto de las dosis recibidas por los profesionales en aquellas exploraciones que requieran la presencia de éstos a pie de tubo.

6 Bibliografía

- Stewart C. Bushong. Manual de radiología para técnicos. Octava Edicion. Madrid; Elsevier.
- El haz de radiación. Tema 4. CSN 2009.

Capítulo 1301

PRUEBAS DE LABORATORIO PREOPERATORIAS O ANTES DE UNA CIRUGÍA.

MACARENA RODRIGUEZ RICO

1 Introducción

Cuando el paciente va a someterse a una cirugía y tras pasar por el anestesista, este le manda una serie de pruebas analíticas. Se realizan exámenes de sangre e incluso de orina.

2 Objetivos

- Conocer la finalidad de cada uno de los exámenes preoperatorios para así evitar problemas mayores en la recuperación del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar y tras pasar por los especialistas necesarios en cada caso, el cirujano solicitará algunos exámenes preoperatorios como la realización de una radiografía de tórax, un electrocardiograma, un análisis de sangre que contenga el conteo sanguíneo a través de un hemograma, el estado de coagulación de la sangre a través de una prueba de coagulación e incluso un análisis bioquímico en el que observe el estado del azúcar en sangre, el riñón e incluso el hígado.
El hemograma es una prueba que realiza un conteo celular de las principales células: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Con este conteo tenemos la posibilidad de confirmar el diagnóstico de algunas enfermedades o respuestas adversas a diferentes tratamientos.
En cuanto a los glóbulos rojos, analizaremos la hemoglobina (células que transportan el oxígeno a través de la sangre). Cuando esta se encuentra fuera de los valores nos indica una anemia. Los glóbulos blancos o leucocitos, son componentes celulares que combaten infecciones en el organismo. Un trastorno de estos puede estar asociado a una infección e incluso a virus. Por último encontramos las plaquetas que son fundamentales para la prevención de hemorragias y para la coagulación. En este conteo, encontramos también información sobre el tamaño promedio de los glóbulos rojos (VCM), la cantidad de hemoglobina por glóbulo rojo (HCM) y la cantidad de hemoglobina relativa al tamaño de la célula (concentración de hemoglobina) por glóbulo rojo (CHCM). Los valores de estos tres parámetros varían según sexo, edad etc.
En cuanto a la prueba de coagulación se realiza un estudio sobre el tiempo de sangrado, esta evalúa el tiempo que tardan los vasos en contraerse y las plaquetas en sellar el orificio. En esta prueba se realiza el estudio del tiempo de protrombina o TP que mide la rapidez con la que se coagula la sangre, la actividad de protrombina que se deriva de la anterior y se calcula sobre una curva, el ratio Internacional Normalizado T.Protrombina (INR) que es la forma más exacta de informar de la anticoagulación de una persona, el tiempo de tromboplastina parcial (PTT), el radio del PTT o el fibrinógeno que estudian también la coagulación sanguínea.
En la prueba de bioquímica observan valores como glucosa (azúcar), colesteroles, aspartato aminotransferasa (AST/GOT) y alanina aminotransferasa (ALT/GPT) y gamma-glutamil transferasa (GGT) que son enzimas del hígado, así como el Hierro y lo que el médico considere oportuno.
Algunas veces se realizan también exámenes de orina en el que se analiza el sedimento y se le realiza una tira reactiva para ver valores de Ph, leucocitos etc.

El cirujano debe contrastar con los resultados de estas pruebas para determinar que el paciente esta apto para la operación para así evitar problemas mayores.

5 Discusión-Conclusión

Estos análisis se realizan con el fin de tener al paciente más controlado en la cirugía y poder comprobar la analítica preoperatoria y postoperatoria en la que se observará si el paciente ha tenido una perdida excesiva de sangre en cuanto a otros trastornos y con ello poder poner un tratamiento o simplemente para controlar que el paciente mantiene los niveles normales.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003642.htm
- https://www.clinicauandes.cl/shortcuts/novedades/--que-es-un-hemograma
- https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish-bundle&query=ggt
- https://kidshealth.org/es/parents/test-pt-esp.html

Capítulo 1302

MÉTODO DE LABORATORIO: TEST DE LA D-XILOSA

VÍCTOR ADRIAN RODRÍGUEZ DIAZ

SERGIO MURILLO DIAZ

1 Introducción

Es un tipo de método de rutina utilizado en el laboratorio clínico con el objetivo de medir la capacidad de absorción del intestino delgado proximal, determinando el estado de absorción del monosacárido D-xilosa. Es una de las técnicas más utilizadas en el durante la práctica clínica.

2 Objetivos

- Determinar y conocer la importancia de la prueba de absorción de la D-xilosa en el laboratorio clínico como una prueba de prevención y detección de posibles afectaciones en el intestino delgado.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Medline, Google académia y Pubmed. Los descriptores utilizados fueron en español: ”Absorción de la D-xilosa”, ”laboratorio”, ”método, clínica” y, en inglés: ”D-Xylose Absorption”, ” laboratory”,

"method", "clinic". Se utilizaron filtros de búsqueda para una mayor especificidad, la búsqueda se acotó a los últimos 5 años (2015-2020), se buscó artículos de revisión científica, con acceso a texto completo e idioma tanto en español como en inglés.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica queda reflejada la gran importancia del test de la D-xilosa en el laboratorio clínico. La prueba consiste en la preparación de una suspensión al 5% de D-xilosa, la cual debe ingerir el paciente después de realizar ayuno y 24 hora sin ingerir alimentos que sean altos en pentosa, que sería un tipo de azúcar similar a la D-xilosa. El objetivo, es recoger una muestra de sangre una vez pasen 60 minutos después de la ingesta del preparado y, medir la concentración de D-xilosa. 6 horas después, se recoge una muestra de orina como segunda muestra de medición para la concentración del preparado. Dependiendo del resultado de las concentraciones, nos puede indicar una posible malabsorción del intestino y, por tanto, una probable enfermedad asociada a la mucosa intestinal entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Es un método rutinario en el laboratorio clínico importante para la detección de posibles afectaciones digestivas que puedan derivar en una enfermedad asociada a una mala absorción de carbohidratos. En general, es un método objetivo de prevención para la población, que da a conocer la posible etiología de una enfermedad y la realización de una intervención precoz en el paciente.

6 Bibliografía

• Frago Larramona, S. García López. S. (2016). Síndrome de malabsorción. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 12(4), pp. 159-167. Doi: 10.1016/j.med.2016.02.009

• Dueñas Disotaur, S. & García Luna, P.P. (2016). Técnicas diagnósticas en malabsorción y maldigestión de macronutrientes. Nutrición Clínica en Medicina, 10(1), pp. 40-53. Doi: 10.7400/NCM.2016.10.1.5036

• Pfützner, A.et al.. (2016). Impact of Xylose on Glucose-Dehydrogenase-Based Blood Glucose Meters for Patient Self-Testing. Journal of Diabetes Science and

Technology, 11(3), pp. 577–583. doi:10.1177/1932296816678428
• Nikaki, K. & Gupte, G. L. (2016). Assessment of intestinal malabsorption. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, 30(2), pp. 225–235. Doi: 10.1016/j.bpg.2016.03.003

Capítulo 1303

RADIOLOGÍA PORTÁTIL EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

PAULA IGLESIAS PAJARES

1 Introducción

Los estudios de radiología con equipo portatil de rayos X se realizan a pacientes que no pueden ser trasladados a la sala de radiodiagnóstico, en pacientes con aislamientos o en cirugías.

En cualquiera de los casos el principio que deben de seguir todos ellos es el "ALARA", As low as reasonably achievable. Este principio postula que a la hora de realizar el disparo la radiación que emitamos debe ser la mínima posible.
Otros factores que intervienen en este proceso y que como técnico de rayos debemos de prestar real atencion es la distancia, el tiempo y el blindaje los tres forman parte de una buena optimizacion a la hora de realizar el estudio radiológico.

En el caso del quirófano el aparato más usado es el "Arco en C", acompañado de un monitor en el que el médico visualizará la imagen.
Este aparato consiste en un generador que es el encargado de producir Rayos X, y un detector que capta esos rayos X y los convierte en una imagen visible que posteriormente se proyectará en el monitor. Este arco como su nombre indica tiene forma de C quedando en el interior de él la mesa de operaciones, este aparato nos permite un margen de movimiento para poder realizar proyecciones desde distintas perspectivas.
El equipo de rayos quirúrgico tiene dos formatos de obtención de imagen.

Este método de radiodiagnóstico tiene una serie de inconvenientes:

- Mayor dosis de radiación al personal.
- Calidad más baja comparada con los equipos de radiología convencional.
Menos control sobre los factores técnicos.
A pesar de ello es una técnica muy útil y en muchas cirugías realmente necesaria sobretodo en cirugía traumatológica, implante de prótesis, artrodesis para garantizar el buen resultado de la misma.

2 Objetivos

- Conocer las medidas de protección y actuación a seguir con estudios radiográficos en el paciente quirúrgico con el equipo portátil.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como resultado a nuestro principal objetivo planteado en esta revision bibliográfica nos encontramos con ciertas pautas de actuación a la hora de realizar un estudio de radiodiagnóstico en una cirugía, independientemente de la especialidad de la misma.
Estas son:
- Limitar el número de personas presentes en la sala a la hora de realizar el disparo
- Uso de delantales plomados, guantes y protecctor de tiroides por todos los profesionales presentes
- Dirigir el haz de rayos X a la zona del paciente que queremos examinar
- Mantener una distancia de al menos 2 metros con el arco a la hora del disparo
- Colimar todo lo que sea posible para evitar radiación dispersa
- Que todo el equipo sanitario involucrado tenga unos conocimientos mínimos de protección radiológica
- Guardar la asepsia y esterilizacion del quirófano en todo momento

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de esta revisión bibliográfica podemos destacar que los equipos de radiodiagnóstico en intervenciones quirúrgicas han supuesto un gran avance y una ventaja a la hora de realizar ciertas cirugías, facilitando el trabajo de los profesionales. Sin olvidarnos de la importancia que requiere el cumplimiento de las medidas de protección así como de los protocolos de actuación ya que de la misma forma un uso excesivo de radiación en nuestro organismo puede desembocar en el desarrollo de patologías.

6 Bibliografía

- Jiménez Fernández-Blanco JR, Comienzos de la radiología intervencionista en España
- Pérez Velo G, Metas de Enfermería 2012;15(1): 63-68, Riesgos y protección frente a los rayos X en el quirófano.
- Hernández García JM , Vidal Marcos A , Gasco García C. Revista Española de Anestesiología y Reanimación 2012;59(8): 430-435
- Niveles de referencia de dosis en radiología intervencionista. Vañó Carruana E , Fernández Soto Jm , Sánchez Casanueva Rm, Ten Morón JI. Radiología 2013;55(Supl.2): 17-24
- Radiología intervencionista. Problemas actuales y nuevos caminos. Santos Martín E , Crespo Vallejo E Radiología 2014;56(2): 103-106

Capítulo 1304

PACIENTE CON REACCIÓN ALÉRGICA CRUZADA.

MARIA RODRÍGUEZ GARCÍA

LUCÍA SANJURJO ABAD

1 Introducción

En una reacción inmune se liberan mediadores inflamatorios produciendo un aumento de la permeabilidad vascular de las células que causan la inflamación en los tejidos. La hipersensibilidad describe el daño tisular secundario a una reacción inflamatoria exagerada. Estas reacciones pueden ser en respuesta a la exposición a antigénicos externos, una respuesta inadecuada a un patógeno o incluso al propio tejido del individuo.

2 Objetivos

- Realizar las pruebas necesarias para identificar y resolver los problemas de salud alérgicos que nos presenta un paciente.

3 Caso clínico

Paciente varón que desde los 6 años en épocas de polinización, padece rinitis y conjuntivitis. Tras realizar las pruebas de alergia se confirma su sensibilización al abedul.

Años más tarde, cuando el paciente tiene 16 años, comienza a presentar reacciones locales cuando comía cacahuetes. Se realizan pruebas basadas en extractos completos (prick test) dando positivo para los cacahuetes, por ello su médico le indicó que se abstuviera por completo de comerlos.

En una revisión posterior en el hospital se le realizó un análisis basado en componentes y los resultados mostraron que estaba sensibilizado frente a los tres componentes específicos de los cacahuetes, lo que demuestra una alergia primaria al cacahuete. Como estas proteínas (Ara h 1, Ara h 2 y Ara h 3) son estables y están presentes en grandes cantidades en los cacahuetes, porque son proteínas de almacenamiento, los resultados indican que el paciente corre un gran riesgo de presentar reacciones sistémicas posteriores (anafilaxia) en el caso de que coma este alimento.

Por lo tanto debe abstenerse por completo de comer cualquier alimento que pueda contener trazas de cacahuetes y debería llevar siempre encima un autoinyector de adrenalina.

4 Discusión-Conclusión

Si los resultados hubieran sido negativos para Ara h 1, Ara h2 y Ara h 3 pero sí positivos para Ara h 8, la alergia al cacahuete estaría relacionada con la alergia al polen por reactividad cruzada (entre Bet v 1 del polen de abedul y Ara h 8 del cacahuete).
Las proteína PR-10 son proteínas lábiles al calor y a la digestión, por lo que en este caso solo se producirían reacciones locales (no son graves).

5 Bibliografía

- Kidshealth.org. (2020). Alergia a los frutos secos y a los cacahuetes (para Niños).
- Nemours KidsHealth. [online] Available at: https://kidshealth.org/es/kids/nut-allergy-esp.html.

Capítulo 1305

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA. LÍMITE DE DOSIS EQUIVALENTE.

COVADONGA DE LA HERA RAPOSO

1 Introducción

La protección radiológica es el conjunto de medidas establecidas por los organismos competentes para la utilización segura de las radiaciones ionizantes y garantizar la protección de los individuos, de sus descendientes, de la población en su conjunto, así como del medio ambiente, frente a los posibles riesgos que se deriven de la exposición a las radiaciones ionizantes.

La protección radiológica tiene un doble objetivo: proteger a las personas y el medio ambiente de los efectos nocivos de la radiación, pero sin limitar indebidamente las prácticas que, dando lugar a exposición a las radiaciones, suponen un beneficio para la sociedad o sus individuos.

2 Objetivos

- Establecer controles de la radiación recibida tanto por los pacientes como por los trabajadores.

3 Metodología

Se realizaron búsquedas en las bases de datos de Scielo y Google Académico con los descriptores “rayos X” “dosis máxima” ”limite de dosis”. Se realizó búsqueda en libros específicos.

4 Resultados

Para conseguir cumplir el objetivo fundamental de la protección radiológica se establecen tres principios básicos:
• Justificación: Toda actividad que pueda incrementar la exposición a radiaciones ionizantes debe producir el suficiente beneficio a los individuos expuestos o a la sociedad como para compensar el perjuicio debido a la exposición a la radiación.
• Optimización: Para cualquier fuente de radiación, las dosis individuales, el número de personas expuestas, y la probabilidad de verse expuestas, deben mantenerse tan bajas como sea razonablemente posible, teniendo en cuenta consideraciones sociales y económicas.
• Limitación de dosis: La exposición individual al conjunto de las fuentes de radiación susceptibles de control, ha de estar sujeta a límites en la dosis recibida y, en el caso de exposiciones potenciales, a cierto control del riesgo. Estos límites son diferentes para el público y para los trabajadores profesionalmente expuestos. Una persona se considera profesionalmente expuesta si como consecuencia de su actividad laboral, está expuesta a radiaciones ionizantes con una probabilidad de recibir 1/10 de los límites de dosis. El resto de las personas se consideran miembros del público.

Para controlar los riesgos de la radiación, En España, el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) controla las dosis de radiación que reciben los trabajadores y limita el impacto radiológico en las personas y el medio ambiente. La Comisión Internacional de Protección Radiológica (CIPR o ICRP, por sus siglas en inglés) es el organismo que regula a nivel internacional las prácticas del uso de radiación médica. Este organismo, en conjunto con diversas organizaciones, asociaciones, sociedades médicas y organismos estatales a nivel mundial, ha logrado establecer lo que se ha conceptualizado como Dosis Máxima Permitida, término que en la actualidad ha sido cambiado a Límite de Dosis Equivalente, o LDE.

Para medir esta LDE se ha establecido una unidad científica estándar llamada milisievert (mSv). Adicional a esta unidad se utilizan algunas otras: rad, rem, roentgen, sievert y el gray. Es importante saber que existen algunas fuentes de radiación natural de fondo (RNF), provenientes de fuentes naturales con las cuales mantenemos contacto de forma habitual, como el caso del gas radón que se utiliza para cocinar en las casas (aproximadamente 2 mSv por año).

De forma natural a través de la RNF recibimos un aproximado de 1 mSv (100 mrem) por año. Se llama dosis efectiva (DE) a la dosis de radiación recibida por

todo el cuerpo. La DE considera cuán sensibles son los tejidos corporales a la radiación y permite evaluar el riesgo de que más adelante el paciente o el trabajador expuesto desarrolle algún posible efecto secundario al compararla con la RNF.

El límite de dosis de radiación para un paciente:
La OMS asume que "ninguna cantidad de radiación se considera excesiva para un paciente, siempre que el procedimiento esté justificado por un facultativo médico. Los médicos valorarán los beneficios contra los riesgos".
Sin embargo, los organismos internacionales encargados de la protección radiológica como la CIPR han logrado establecer dosis estándar de radiación efectiva para los diferentes estudios radiológicos que se realizan en pacientes.

De manera general podemos resumir que:
• La DE de una tomografía computarizada se encuentra entre 2 y 20 mSv, dependiendo de la región corporal donde se realice el estudio, equivalentes a entre 8 meses y 7 años de RNF.
• La DE de una angiografía coronaria por TC es de 12 mSv, equivalentes a 4 años de RNF.
• La DE de un enema de bario (Colon por enema) es de 8 mSv, equivalentes a 3 años de RNF.
• La DE de una mamografía es de 0,4 mSv (7 semanas de RNF).
• La DE de una radiografía de tórax es de 0,1 mSv (10 días de RNF)
• La DE de una densitometría ósea es de 0,01 mSv (3 horas de RNF).

Límite de dosis para trabajadores expuestos:
En el caso de los trabajadores expuestos la situación es diferente pues sí se han establecido pautas y regulaciones internacionales a fin de reducir al máximo el nivel de exposición radiológica de éstos.

La CIPR ha fijado el LDE (Límite de dosis equivalente) en 50 mSv (o 5 rem) en un año. En concreto, recomienda que no se superen 20 mSv al año como media en un periodo de 5 años y que ningún año supere los 50 mSv. En este último caso la CIPR calcula que un trabajador cumplirá un promedio de 50 semanas de trabajo al año, por lo que se debe limitar su exposición a 1 mSv (o 100 mrem) por semana.

1. Sin embargo, si en una jornada laboral el trabajador expuesto recibe 1 mSv, se establece no exponer más al trabajador a radiación durante una semana a fin de no exceder ese límite establecido. Por su parte, la Comunidad Europea de Energía Atómica (EURACOM) recomienda como límite de dosis para trabajadores

expuestos 20 mSv por año. Adicionalmente, la CIPR ha establecido una serie de recomendaciones generales para la protección de los trabajadores expuestos: No debe adoptarse ninguna práctica que involucre radiación a menos que produzca un beneficio neto.
2. Las exposiciones a la radiación deben mantenerse tan bajas como sea razonablemente posible (en idioma inglés se usan las siglas ALARA, que vienen de As Low As Reasonably Achievable).
3. El equivalente de dosis que reciba cualquier individuo no debe exceder los límites determinados por la CIPR para cada circunstancia.

5 Discusión-Conclusión

Se establecen unos criterios de control de la radiación recibida tanto para el paciente como para el trabajador.

Manteniendo siempre el principio ALARA, no se considera nunca una cantidad de radiación excesiva si el beneficio que se obtiene lo justifica.

6 Bibliografía

- Fernando García Escandón, María Amparo Fernández González, Rafael Castell Salvá.,
Agustín Valls Fontanals. Radiaciones ionizantes. Comisión de salud pública.
- Stewart C. Bushong. Manual de radiología para técnicos. Elsevier. Madrid.
- Consultor. Límite de dosis en radiología: dosis máximas en pacientes y profesionales expuestos. CSN. 2018.
- Rincón educativo. Protección radiológica. Foro de la industria nuclear española.
- CSN. Dosimetría de la radiación. 2013.
- D. Andisco, S. Blanco, A.E. Buzzi. Dosimetría en radiología. Vol 78. Revista argentina de radiología. Junio 2014.

Capítulo 1306

PACIENTE CON SENSIBILIDAD AL HUEVO.

MARIA RODRÍGUEZ GARCÍA

LUCÍA SANJURJO ABAD

1 Introducción

El sistema inmunitario es el encargado de combatir las infecciones, en este caso contra las proteínas del huevo. Si la persona come algún producto alimenticio que contiene huevo, su sistema interpreta que esas proteínas del alimento son invasores nocivos, reaccionando contra estas negativamente causando una reacción alérgica.

2 Objetivos

- Realizar las pruebas necesarias para identificar y resolver los problemas de salud que nos presenta un paciente.

3 Caso clínico

Paciente de 3 años. Cuando el paciente tenía un año de edad, tras recurrentes problemas de eccema, le fue diagnosticada la alergia al huevo. Por consejo médico, los padres del niños retiraron el alimento de su dieta dando como resultado la mejora del problema.

Con dos años y medio, los padres lo llevaron al médico para realizarle las pruebas de alergia. Se obtuvo como resultado un nivel de anticuerpos de 7kU/L en el InmunoCAP.

A día de hoy, con 3 años y el comienzo a la guardería, a los padres les gustaría saber si su hijo correrá algún riesgo a pequeñas cantidades de huevo.

Para valorar el riesgo de alergia al huevo se realizó una prueba con el ImmunoCAP para f1 (clara de huevo) y nGal d 1 (ovomucoide). Se observó que el nivel de anticuerpos IgE frente a la clara de huevo se ha reducidos de 7 a 3 kU/L.

4 Discusión-Conclusión

La ausencia de IgE ovomucoide específicos indica que presenta un bajo riesgo de reacción alérgica tras la ingesta accidental del huevo en alimentos cocinados.

5 Bibliografía

- Kidshealth.org. (2020). Alergia a los frutos secos y a los cacahuetes (para Niños).
- Nemours KidsHealth. [online] Available at: https://kidshealth.org/es/kids/nut-allergy-esp.html.
- Mayoclinic.org. (2020). Alergia al huevo - Síntomas y causas.
- Mayo Clinic. [online] Available at: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/egg-allergy/symptoms-causes/syc-20372115.

Capítulo 1307

SUSTITUTO AL FORMOL PARA FIJAR LOS TEJIDOS EN ANATOMÍA

HENAR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El formaldehído es el compuesto orgánico básico utilizado por excelencia para la fijación de tejidos en los laboratorios de anatomía patológica. Durante muchos años, se ha subestimado el potencial lesivo de este carcinógeno, lo que propició una posición de tolerancia y aceptación al tiempo que se mantenía una prolongada controversia sobre su efecto carcinógeno, que finalmente la ciencia concluyó proporcionando suficientes evidencias.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es, proponer la utilización en los laboratorios de anatomía patológica de fijadores de tejidos sustitutos al formaldehído. Y por otra parte, demostrar la toxicidad de este producto.

3 Metodología

Para hacer este trabajo me he basado en revistas científicas y publicaciones online como PUBMED y Google Scholar.

4 Resultados

El formaldehído es el aldehído más simple que existe ya que está constituido por sólo un átomo de carbono. A bajas concentraciones el formaldehído provoca irritación ocular y del tracto respiratorio, siendo también sensibilizante de la piel. La inhalación de formaldehído a altas concentraciones provoca severa irritación del tracto respiratorio, pudiendo llegar a provocar la muerte.
La industria actual nos provee de alternativas. Tres son los fijadores alternativos de los que se tiene conocimiento, por orden alfabético, Fine-Fix® (Milestone), Green-Fix® (DiaPath) y Molecular Fixative® (Sakura). De estos, el primero y el último han aparecido en el mercado como soporte para el desarrollo de una nueva línea de procesadores de tejidos que, basados en la tecnología microondas, se proponen acortar significativamente los tiempos de inclusión en parafina. Independientemente de este objetivo, los mencionados fijadores se presentan como una alternativa a la fijación formólica cuyo potencial es preciso indagar.

5 Discusión-Conclusión

1. Ninguno de los posibles sustitutos del formaldehído presenta propiedades cancerígenas.
2. Existen sustitutos al formol.

6 Bibliografía

- http://www.seapcongresos.com/
- https://www.cancer.gov/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1308

MÉTODO DE LABORATORIO: SOUTHERN BLOT

VÍCTOR ADRIAN RODRÍGUEZ DIAZ

SERGIO MURILLO DIAZ

1 Introducción

El método de Southern Blot es una técnica de laboratorio para la extracción y fragmentación del ADN. Este método de extracción se combina con una separación de los fragmentos por electroforesis en agarosa, lo que facilita su estudio en el laboratorio de manera más específica junto a otros procedimientos para la detección de posibles anomalías genéticas.

2 Objetivos

- Conocer y determinar la importancia del método Southern Blot en el laboratorio clínico como método de prevención y detección de posibles anomalías o afectaciones genéticas en la población actual.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Dialnet, Google académica y Pubmed. Los descriptores utilizados fueron en español: Southern Blot, laboratorio, método, clínico, importancia y, en inglés: Southern Blot, laboratory, method, clinical, importance.

Se utilizaron filtros de búsqueda para una mayor especificidad, la búsqueda se acotó a los últimos 5 años (2015-2020), se buscó artículos de revisión científica, con acceso a texto completo e idioma tanto en español como en inglés.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica queda reflejada la gran importancia del método de Southern Blot en el laboratorio clínico. El primer paso en la realización de la prueba esta en la extracción del ADN de células o de tejidos del paciente en cuestión. Para continuar, se fragmenta el ADN con el uso de encimas de restricción (este tipo de encimas se encargan de romper la doble hélice del ADN en zonas específicas).

Una vez terminada la fragmentación, el ADN fragmentado es colocado en un gel de agarosa, que sumergiremos en una solución alcalina para desnaturalizar el gel de agarosa y asegurar que los fragmentos se encuentren en un estado simple, para posteriormente, ser sometidos a la técnica de electroforesis.

El objetivo de la técnica de electroforesis es trasladar los fragmentos de un gel de agarosa hacia una membrana de nailon (en su defecto una membrana de nitrocelulosa), dicha membrana de nailon la sumergiremos en una solución que contenga un ADN monocatenario (este tipo de ADN es una sonda cuya secuencia es complementaria al ADN a analizar). Al terminar la técnica de electroforesis, usaremos soluciones tampón para los lavados y, por último, fijaremos los fragmentos finales utilizando calor ultravioleta.

Debemos medir las secuencias, los fragmentos que contengan secuencias del ADN monocatenario (sonda) por medio de una autorradiografía y con ello la podremos realizar una valoración que nos permita la detección de posibles anomalías en la secuencia que nos indique una afectación genética.

5 Discusión-Conclusión

Es un método de uso específico en el laboratorio clínico para la detección de posibles enfermedades de origen genético. En general, es un método importante en el laboratorio ya que permite la detección y también la prevención de ciertas anomalías en la población actual, por tanto, nos ayuda a conocer no solo la etiología de la causa, sino también el poder ofrecer una intervención precoz y especifica en cada caso.

6 Bibliografía

- Tarik, M. Ramakrishnan, L. Sachdev, H. S. Tandon, N. Roy, A. Bhargava, S. K. & Pandey, R. M. (2018). Validation of quantitative polymerase chain reaction with Southern blot method for telomere length analysis. Future Science OA, 4(4). Doi: 10.4155/fsoa-2017-0115.
- Pierce, B. L. et al. (2016). Telomere length measurement by a novel Luminex-based assay: a blinded comparison to Southern blot. International journal of molecular epidemiology and genetics, 7(1), pp. 18-23.
- Wang, W. Zheng, L, Zhou, N. Li, N. Bulibu, G. Xu, C. Zhang, Y. & Tang, Y. (2017). Meta-analysis of associations between telomere length and colorectal cancer survival from observational studies. Oncotarget, 8(37), pp. 62500-62507. Doi: 10.18632/oncotarget.20055.
- Du, J. Cao, J. Shen, L. Bi, W. Zhang, X. Liu, H. Lu, H. & Zhou, T. (2016). Molecular epidemiology of extensively drug-resistant Klebsiella pneumoniae outbreak in Wenzhou, Southern China. Journal of medical microbiology, 65(10), pp. 1111-1118. Doi: 10.1099/jmm.0.000338.
- Park, J. Tefsen, B. Heemskerk, M. J. Lagendijk, E. L. van den Hondel, C. A. van Die, I. & Ram, A. F. (2015). Identification and functional analysis of two Golgi-localized UDP-galactofuranose transporters with overlapping functions in Aspergillus niger. BMC microbiology, 15(1), pp. 253-264. Doi: 10.1186/s12866-015-0541-2.

Capítulo 1309

DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN DEL MALTRATO INFANTIL

ELIZABETH TRILLO GONZALEZ

EUGENIA MARINA ROLDAN QUINTANS

PABLO MACHO JUNQUERA

VANESA ARJONA TUYA

1 Introducción

Se podría definir el maltrato infantil como aquella forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, que como consecuencia origine un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Este fenómeno establece uno de los problemas más graves que afecta a nuestra sociedad. Dentro de los maltratos físicos graves, están los traumatismos cráneo encefálicos.

A consecuencia de dichos traumatismos se pueden originar lesiones cerebrales severas que en menores de 2 años son la causa más común de muerte y son frecuentemente secundarias a maltrato. Sus manifestaciones clínicas pueden ser dudosas o incluso pasar desapercibidas, por eso es fundamental que haya una sospecha clínica, estudiarla debidamente y conocer el abanico de hallazgos imagenológicos con los que nos podremos encontrar, en ocasiones muy sutiles.

La tomografía axial computarizada representa la primera técnica de neuroimagen en el trauma no accidental . La resonancia magnética craneal nos aporta además una caracterización mas especifica de los hallazgos obtenidos en la tomografía así como una mejor estimación de la cronología de la lesiones.
Estudios estiman que el maltrato infantil es un problema de primer orden a nivel internacional que en España se calcula afecta a cerca de 12.000 niños/año.

El concepto de malos tratos infantiles tuvo desde sus inicios la participación de figuras de la radiología pediátrica. El Radiólogo Pediátrico John Caffey en 1946 describió un cuadro clínico de hematoma subdural en niños afectados y fracturas múltiples de origen probablemente traumático. F. Silverman reconoce siete años más tarde por primera vez que los causantes de los traumatismos podrían ser los padres por una actitud negligente o un descuido, cuando no fuese por agresión deliberada. Describe las típicas fracturas del maltrato denominadas en esquina y en asa de cubeta en 1957 Caffey y en 1972 introduce el término de ”niño sacudido”. Muchos han sido los autores que han colaborado en la mejor catalogación radiológica de los malos tratos infantiles, destacando Merten Swischuck, y Kleinman. Henry Kempe se encargó de organizar un simposio interdisciplinario en la Reunión Anual de la Academia Americana de Pediatría en 1961 sobre el síndrome del niño golpeado y en 1962 el Journal of the American Medical Association publica una descripción completa del síndrome desde el punto de vista pediátrico, psiquiátrico, radiológico y legal. Su denominación ”síndrome del niño apaleado” (Battered Child Syndrome) queda acuñada en la literatura médica mundial.

En muchas ocasiones el radiólogo supone el facultativo responsable de dar la voz de alarma sobre el abuso debido a ser el primero en descubrir hallazgos como la tríada formada por fracturas metafisarias hematoma subdural, y fracturas costales posteriores, la cual se ha demostrado como muy característica del llamado síndrome del “niño zarandeado”. Estas lesiones pueden ser difíciles de demostrar radiográficamente y estan con frecuencia clínicamente ocultas. El hallazgo de lesiones tanto agudas como crónicas, o que se encuentren en diferentes estadios de curación, en un mismo paciente es un indicio muy específico de trauma no accidental. También la presencia de fracturas de huesos largos en niños que aún no deambulan son lesiones que deben darnos signos de alarma en el diagnóstico del maltrato.

La ACR o American College of Radiology recomienda que cada extremidad, superior e inferior del niño con sospecha de maltrato, sea valorada en tres radiografías distintas. Debemos tener en cuenta la importancia de utilizar sistemas radiográ-

ficos de alta resolución con bajo kilovoltaje entre 50-70 kvp y miliamperaje adecuado.

En todos los niños menores de 2 años con sospecha de maltrato se recomienda el estudio mediante seriada esquelética y seriada esquelética de seguimiento sobre las 2 semanas del estudio inicial para la detección de nuevas fracturas y para valorar la consolidación de otras, lo que facilitaría la datación de las lesiones.

Los medios diagnósticos gracias a las técnicas de imagen en el maltrato infantil son sin dudarlo muy importantes, pero no debemos olvidar que siempre hay que valorar estos casos en el contexto de una historia clínica, y social, y siempre después de una exploración física muy exhaustiva. Por ello el diagnóstico y seguimiento de estos niños maltratados es labor de un Equipo Multidisciplinario en el que el personal de Radiología debe estar comprometido e integrado.

2 Objetivos

- Valorar todos los hallazgos de imagen que nos hagan sospechar indicios de un maltrato infantil.
- Identificar las lesiones físicas cuando se han producido los malos tratos.
- Establecer un diagnóstico seguro y evitar errores diagnósticos.

3 Metodología

Realizamos una revisión sistemática de bibliografía así como revisión de diferentes artículos en referencia al tema expuesto, se han realizado búsquedas en bases de datos como Pubmed, Scielo, Lilacs o Medline,. El buscador empleado ha sido Google académico con un margen de búsqueda en bibliografía entre los años 1990 hasta la actualidad. Hemos empleado descriptores como “maltrato infantil”, “pruebas radiológicas”, “hematoma subdural”, “TAC”, “RMN”, “tomografía axial computerizada” y “lesiones oseas”

4 Resultados

A menudo cuando aparece una historia clínica no compatible con las patologías, retardo en las consultas o visitas reiteradas por traumas, lesiones antiguas no tratadas o en sitios poco habituales podríamos sospechar un maltrato infantil. Además puede venir acompañada de cuadros en el niño de irritabilidad, crisis

de cianosis, vómitos, convulsiones o encefalopatía recurrente. Si el examen neurológico esta alterado en un niño, debemos tener en consideración la posibilidad de maltrato, sobretodo en menores de dos años. Se recomienda incluir el estudio de fondo de ojo para descartar la presencia de hemorragia retiniana que en un alto porcentaje se asocia con zarandeos o sacudidas violentas. Es por ello que los estudios neuroradiológicos representan un rol muy importante en el diagnóstico de maltrato. Los más habituales son la radiografía simple de cráneo, la tomografía axial computerizada o TAC y la resonancia magnética nuclear o RMN.

RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO: de elección para detectar fractura craneanas aunque cabe destacar que la ausencia de fracturas no implica excluir la presencia de otras alteraciones o lesiones. La fractura lineal simple no es sugestiva de indicador de maltrato ya que esta aparece en traumas tanto accidentales como provocados. Las más asociadas a traumas indicativos de maltrato o de origen no accidental, son las fracturas múltiples que suelen ir relacionadas con traumas reiterados, las fracturas conminutas que presentan más de un fragmento, las fracturas estrelladas normalmente tras un impacto con un objeto, la fractura occipital relacionada con una gran fuerza de impacto y las fracturas asociadas a signos de hipertensión endocraneal.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TC): es el método de elección para sospecha de trauma craneal de origen no accidental. Esta técnica posee la ventaja que tiene fácil disponibilidad y presenta alta sensibilidad en la detección de sangre fresca y/o edema. Las lesiones más comunes que se suelen detectar son la hemorragia, el edema y la encefalopatía hipóxico-isquémica.
Clasificaremos las hemorragias en cerebrales o extracerebrales. Las extracerebrales suelen ser hemorragias subaracnoídeas o hematomas subdurales. Los hematomas subdurales presentan distintas densidades en función de su antigüedad. Aparecen hiperdensos o más blancos que la sustancia gris, los agudos. Los subagudos normalmente entre 7 y 20 días, se muestran isodensos y los crónicos de más de 20 días, se presentan hipodensos en relación al parénquima o tejido cerebral. Normalmente la alta densidad es signo representativo de coágulo y la baja densidad de sangre no coagulada. Si además estas alteraciones se observan en niños sin antecedentes de lesión accidental de alto impacto, se debe considerar la opción de que fuese un trauma provocado.
Otro hallazgo pueden ser los hematomas subdurales que se localizan entre los hemisferios o infratentorialmente. Los interhemisféricos o entre los hemisferios, si aparecen como único hallazgo son muy sugestivos de trauma provocado. Al igual que los bilaterales sin presencia de fractura craneal y asociados a hemorra-

gia retiniana. Además si nos encontramos ante un caso de más de un hematoma subdural y se visualizan en distintas etapas de antigüedad, se incrementa altamente la sospecha de trauma craneal no accidental.
El edema cerebral suele tener un diagnóstico complicado, debido a que la sustancia blanca inmadura en los niños dificulta su interpretación. Normalmente sus signos iniciales son difíciles de ver y es fundamental el seguimiento para su comprobación. Los hallazgos típicos son la pérdida de la diferenciación entre la sustancia gris y blanca, con disminución de la atenuación de la corteza. El edema cerebral puede ser reversible o evolucionar a la isquemia. Habitualmente los hallazgos son reversibles cuando no hay desviación de la línea media u oclusión de vasos.
La encefalopatía hipóxico isquémica, puede ocasionar infartos con distribución de uno o múltiples territorios arteriales o todo un hemisferio.

RESONANCIA MAGNÉTICA (RM): prueba altamente sensible para detectar pequeñas hemorragias subdurales, contusiones y laceraciones corticales invisibles al TAC. Presenta una resolución anatómica superior y ausencia de artefactos provocados por la fosa posterior del cráneo habitualmente. Indicada cuando hay sospecha de trauma no accidental y previamente el TAC no demuestra alteraciones.
Gracias a la RMN podemos determinar con exactitud la edad de los hematomas subdurales y además diferenciar los crónicos de higromas quísticos formados por líquido cefalorraquídeo muy similares en la TC. Si aparecen hemorragias con nivel líquido esto pone de manifiesto la sospecha de la presencia de un trauma repetido por lo que aumentan las sospechas de encontrarnos ante un niño maltratado.

5 Discusión-Conclusión

Como personal sanitario nos enfrentamos a una gran responsabilidad en el reconocimiento precoz y el diagnóstico del maltrato infantil. Debemos emplear nuestro esfuerzo y trabajo para sensibilizar tanto al personal de salud como al resto de la población a tomar conciencia de este problema y coordinar nuestros esfuerzos con otras instituciones y medios que permitan establecer un protocolo claro para tomar las decisiones más correctas y más adecuadas para el beneficio del niño y su familia.

No debemos olvidar que algunos niños gravemente maltratados pueden diagnosticarse erróneamente con enfermedad neurológica casual. La patología más

frecuente es el hematoma subdural, que puede ir asociado o no a otros signos sugestivos de malos tratos. Diagnosticar el maltrato es vital para evitar futuras repeticiones de las lesiones y daños.

Sospecharemos en todo niño y especialmente en aquel menor de 2 años que presente una historia poco clara, asociado o no a alteración del examen neurológico. Siempre realizaremos un exhaustivo examen físico incluido fondo de ojo, radiografía de cráneo y del resto del esqueleto así como TC y RM cerebral. Normalmente realizaremos de nuevo pruebas de imagen transcurridos de 10 a 14 días, para demostrar lesiones óseas en fase de consolidación.

6 Bibliografía

- Gómez de Terreros, I., Serrano Urbano, I., & Martín, M. (2006). Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles. Cuadernos de Medicina Forense, (43-44), 21-37.
- Ríos, A., Casado-Flores, J., Porto, R., Jiménez, A. B., Jiménez, R., & Serrano, A. (2009, July). Maltrato infantil grave en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. In Anales de pediatria (Vol. 71, No. 1, pp. 64-67). Elsevier Doyma.
- Álvarez, I. D., de la Torre, I. B. M., & Méndez, É. V. (2016). El papel del radiólogo ante el niño maltratado. Protocolo de imagen y diagnóstico diferencial. Radiología, 58, 119-128.
- Pose G. Lesiones cerebrales en el maltrato infantil. Revista Chilena de Radiología 1997; 3 (2): 74-83

Capítulo 1310

BIOPSIA PULMONAR GUIADA POR TC

M ANA DÍAZ CUETO

1 Introducción

La biopsia transtorácica es un procedimiento invasivo para el estudio de lesiones intratorácicas, consiste en la obtención de una muestra ayudándonos mediante técnica radiológica y de una aguja en el interior de la lesión para obtener material y luego proceder a su análisis histológico, citológico, microbiológico o analítico.

2 Objetivos

Obtener el material para diagnosticar la lesión y definir el tratamiento y pronóstico al paciente.

3 Metodología

El paciente se coloca en la mesa del Tc permitiendo que la zona a biopsiar se encuentre en el trayecto más corto y vertical a la lesión. Una vez localizado el sitio el punto es marcado en la piel del paciente.

Después de realizar medidas de asepsia y antisepsia en el sitio donde la aguja será posicionada se coloca anestesia en la piel, se localiza la lesión mediante Tc, se introduce la aguja y se saca una muestra que posteriormente se analizará para su posterior valoración.

Se utilizan dos tipos de técnicas:
- Punción con aguja fina (PAAF);

Utiliza agujas de calibre menor de 20G par obtener un aspirado.
- Biopsia con aguja gruesa (BAG)
Utiliza agujas de calibres superiores o iguales a 20G para obtener muestras de tejido.

Para realizar este tipo de pruebas se debe de dar consentimiento informado al paciente y explicarle el procedimiento se debe de comprobar la coagulación para prevenir riesgos de sangrado.

Después de realizado el procedimiento es conveniente que el paciente permanezca acostado sobre el punto de punción y sea vigilado, deben de permanecer en reposo durante más menos 8 horas.

Se debe de realizar una radiografía de control en espiración forzada para comprobar que no haya neumotórax o hemorragia.

La utilización de esta técnica se utiliza para:
- Determinar si una lesión es benigna o maligna, también se utiliza para estadiaje de un tumor o una lesión que se sospecha de malignidad, determina el diagnostico histológico de una lesión.

4 Resultados

La obtención de muestras citológicas e histopatológicas a través de punción percutanea del tórax es el procedimiento de elección para el diagnostico de las lesiones torácicas con la ventaja de que pueden realizarse de manera ambulatoria.

5 Discusión-Conclusión

La biopsia torácica percutánea constituye un procedimiento barato, rápido, sencillo, seguro y de alto rendimiento diagnóstico con una recuperación del paciente rápida y un bajo porcentaje de complicaciones.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003860.htm
- https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?.

Capítulo 1311

LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA.

RAQUEL RUIZ TURRADO

ELIZABET GARCIA GRANDA

ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO

ESTEFANIA BLANCO GARCÍA

PATRICIA MARTINEZ GARCÍA

1 Introducción

La histerosalpincografía es una exploración mediante rayos x, una radiografía del útero y las trompas de falopio. Utiliza una forma especial de rayos x denominada fluoroscopia y un material de contraste.

Esta prueba permite conocer si existen obstrucciones en las trompas de Falopio u otros problemas en el útero.También se utiliza para investigar abortos espontáneos debidos a problemas en el útero.

2 Objetivos

- Posibles causas de infertilidad.
- Determinar la presencia de alteraciones congénitas, inflamatorias o tumorales de la cavidad uterina.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es una prueba sencilla que se realiza idealmente en los primeros 10 días del ciclo. Durante la realización de la misma, se pueden notar síntomas parecidos a los mestruales. No requiere ingreso hospitalario y su duración varía entre los 15 y 30 minutos.
Consiste en introducir una pequeña cánula hasta la entrada del útero a través de la cual se administrará el contraste radiopaco líquido que llenará la cavidad uterina, las trompas de Falopio y la cavidad peritoneal.
A continuación, se realizan varias radiografías para detectar irregularidades u obstrucción de la estructuras.
Este examen causa un pequeño malestar y algunas mujeres experimentan sangrado vaginal ligero durante unos pocos días después del examen.

5 Discusión-Conclusión

La HSG sigue siendo una prueba de gran valor diagnóstico y proporciona información muy valiosa acerca de posibles causas de infertilidad, y es el método ideal para la evaluación de posibles afecciones tubarias.

6 Bibliografía

- Oviedo Moreno, Oscar http://www.reproduccionasistida.org/histerosalpingografia/.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1312

APLICACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN LAS LESIONES DEPORTIVAS ÓSEAS.

SILVIA RODRÍGUEZ ALGORA

1 Introducción

El progresivo interés por conservar un buen estado de salud hoy en día ha producido un gran aumento del ejercicio físico. Aunque, por otra parte, el incremento de entrenamientos no orientados por expertos ha terminado en un crecimiento de patologías como esguinces, luxaciones, torceduras, fracturas…

La gran parte de las afecciones en músculos y huesos estudiadas hoy en día proceden del deporte. En esta rama de la medicina, los estudios radiológicos han conseguido una representación muy importante debido al acelerado progreso de las máquinas de adquisición de imágenes (ultrasonido y resonancia magnética por encima del resto) junto con la tecnología.

Para la localización y control de afecciones de los huesos derivadas de actividades deportivas, la radiografía convencional continúa siendo muy útil, sobre todo en cuestiones de fracturas claras. Aunque este tipo de estudio no es suficiente para realizar diagnósticos sobre pequeñas fracturas que no se ven tan claramente o fracturas múltiples en un mismo hueso. La prueba de elección para estos dos últimos tipos de lesiones es la tomografía computerizada.

En el ámbito deportivo, los estudios ecográficos son indispensables para diagnosticar y controlar el desarrollo de afecciones musculares y, si hablamos de los miembros inferiores, para una visualización precisa de problemas vasculares o taponamientos provocados por traumatismos o degeneración de los tejidos.

2 Objetivos

- Detección precoz de las lesiones

- Tratamiento adecuado .

- Rehabilitación para una pronta recuperación.

3 Caso clínico

Futbolista con una edad de 27 años que decide ir a la consulta con un dolor de 2 semanas de evolución en la cara lateral del tercio inferior de la pierna izquierda. El paciente declara que el dolor es debido a un traumatismo contuso sufrido durante la práctica de un entrenamiento.

El paciente proporciona en consulta una radiografía postero anterior y lateral de la pierna izquierda que fue realizada durante las primeras 72 horas.

4 Discusión-Conclusión

En casos como este se pone de manifiesto que, si nos encontramos ante una lesión traumática que afecte a un hueso superficial, se hace necesaria la realización tanto de una prueba radiológica como de una ecográfica, sobre todo en situaciones en las que la radiología no sea suficiente para el estudio de lesiones óseas.

Por otro lado, se hace necesario ser conscientes de que los estudios ecográficos para diagnosticar lesiones óseas también son útiles en otras partes corporales como los arcos costales, el escafoides del carpo u otros huesos de los miembros superiores e inferiores.

Por tanto, las indicaciones de la técnica ecográfica en el diagnóstico de lesiones derivadas de la práctica deportiva son:

- Lesiones de origen traumático.
- Lesiones que afecten a zonas óseas superficiales.
- Lesiones que producen dolor persistente cuando la radiografía ha sido negativa.

5 Bibliografía

- https://www.ecografiadeportiva.com
- https://www.archivosdemedicinadeldeporte.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1313

ERITEMA DEL PAÑAL EN EL RECIÉN NACIDO.

LAURA CAMAFREITA BEATO

MARIA DEL CARMEN CUERVO ALVAREZ

1 Introducción

La denominada dermatitis del pañal, se conoce también como la descamación o enrojecimiento que se producen en las zonas cubiertas por el pañal .El exceso de humedad produce un maceramiento en la delicada piel del recién nacido, hecho que puede derivar en la erosión y afectación de la piel del bebé, principalmente en periné, nalgas y genitales. Pudiendo posteriormente alcanzar la zona del ombligo y parte superior de los muslos.

El vermix o unto sebáceo presente en los recién nacidos desempeña un papel fundamental a la hora de proteger al recién nacido contra las infecciones, porque además de formar una barrera protectora, nutre la piel (desaparece a medida que el bebé se desarrolla). Hay que tener en cuenta que la piel del bebé al poseer un menor grosor es muy permeable. Nunca se debe retirar dicho unto

2 Objetivos

Evitar lesiones en la piel del recién nacido.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con el fin de evitar lesiones en la piel del recién nacido, es aconsejable hacer una higiene adecuada, los bebés no deben recibir su primer baño, hasta pasadas 24 horas desde el nacimiento y los baños posteriores no han de superar los 5 minutos.

La prevalencia del eritema del pañal oscila entre el 7% y el 35% de niños menores de 2 años.

La incidencia es mayor en niños de 6 a 12 meses y en los alimentados con leches artificiales. La probabilidad se cuadriplica en niños con diarrea.

Los expertos recomiendan una serie de cuidados básicos centrados en el cuidado e higiene de la zona afectada, tales como cambios frecuentes de pañal ,buscando mantener al bebé lo más seco y limpio posible, utilizando siempre pañales, cremas y productos adecuados para bebés exentos de perfumes y aditivos que puedan producir reacciones alérgicas.

5 Discusión-Conclusión

Las recomendaciones actuales se basan en la experiencia local:
- Cambio frecuente de pañal.
- Cuidados lo más naturales posibles.
- Utilización de productos sin perfumes ni parabenos, ecológicos e hipoalergénicos.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 1314

TÉCNICAS DE IMAGEN EN EL LINFOMA DE OVARIO.

ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ

CARLOS MENENDEZ CEREIJIDO

VANESA OLAY VALDES

1 Introducción

La implicación ovárica por parte de un linfoma maligno ocurre con una frecuencia entre el 7% y el 23% y más del 25% de las pacientes fallecidas por este linfoma presenta infarto tumoral ovárico en la autopsia(1). El proceso del linfoma ovárico puede ser de tipo primario o secundario. Frecuentemente las masas ováricas son manifestaciones de una patología linfomática ampliamente difundida, mientras que es insólito que un linfoma oculto se presente de manera primaria en el ovario(2,3). Un linfoma ovárico primario es raro, representa sólo el 0,5% de todos los linfomas No Hodgkin (NHL) y el 1,5% de todas las neoplasias ováricas(4). La presentación clínica no es específica (distensión y dolos abdominal) y el examen objetivo puede revelar la presencia de una masa pélvica(3). Las técnicas de imagen para el diagnóstico como son los ultrasonidos (US), la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), se utilizan generalmente para el estudio de pacientes afectadas por trastornos abdominales2. Un correcto diagnóstico diferencial entre linfoma ovárico primario y secundario es esencial para el tratamiento, porque uno quimioterápico es una elección óptima en el primer caso mientras que en el segundo se efectúa una resección quirúrgica con citorreducción(3-7).

2 Objetivos

El objetivo principal del presente trabajo es analizar el repertorio radiológico propio de los linfomas ováricos a través de una revisión bibliográfica de la literatura científica, para intentar ayudar al especialista a familiarizarse con esta patología y orientar correctamente el diagnóstico.

3 Metodología

Se ha procedido a una revisión bibliográfica sobre el estado de la cuestión de las diferentes técnicas de diagnóstico por la imagen para la patología del linfoma ovárico (LO), utilizando palabras clave al respecto en varias plataformas de reconocido prestigio científico como: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect. El resultado ha sido la identificación de una serie de artículos científicos que han permitido analizar las diferentes técnicas en esta enfermedad en concreto.

4 Resultados

La patología LO es rara, aunque los ovarios son el sitio del tracto genital femenino donde más se presentan los linfomas(2). Los ovarios, de manera normal, no presentan tejido linfoide. Se ha constatado que una inflamación crónica puede predisponer al desarrollo de un LO primario, que seguramente se origine de los linfocitos presentes en los vasos sanguíneos afluentes, dispersos en el estroma ovárico en el interior de los folículos ováricos(5,8). El linfoma diseminado compromete secundariamente el ovario con una incidencia del 7%, y este compromiso, normalmente bilateral, aparece en el 25% de las autopsias sobre pacientes afectadas por el linfoma(1). El LO puede presentarse en cualquier franja de edad, pero las mujeres que entran en su cuarta década son las más afectadas(9).
Estableces si un LO es primario o secundario es difícil. Los LO secundarios se presentan generalmente como una manifestación de un linfoma ampliamente diseminado. Ocasionalmente el compromiso del LO es la primera presentación clínica de un linfoma oculto extra-ovárico y el diagnóstico resulta difícil. La presentación clínica de un LO puede ser similar a las más comunes neoplasias ováricas o a otras localizaciones metastásicas ováricas. Síntomas como dolor abdominal, masa pélvica detectada en el examen objetivo y parámetros serológicos pueden ser engañosos, siendo comunes, pero no específicos de neoplasias epiteliales de ovario(5,10).

Los niveles séricos de CA-125 son elevados en tumores uterinos y ováricos y en muchas otras patologías benignas con implicación de la serosa peritoneal(5,11). Del mismo modo este marcador es elevado en el linfoma, de hecho, el 43% de las pacientes afectadas por NHL tienen altos niveles de CA-1255,12. Algunos autores han utilizado el CA-125 como factor pronóstico de NHL: altos niveles están relacionados con una patología avanzada, baja respuesta al tratamiento y baja tasa de supervivencia(13).

Respecto al papel del diagnóstico por la imagen, la ecografía suprapúbica y transvaginal representa la primera prueba diagnóstica en la evaluación de desordenes pélvicos y abdominales. Las masas ováricas identificadas con US son después estudiadas con TC y/o RM. La PET/TC con 18F-FDG se emplea para la estadificación y el control a la respuesta terapéutica de los linfomas sistémicos, pareciendo útil en la evaluación de LO, aunque la literatura es escasa al respecto. Actualmente están en activo estudios sobre la utilidad de la Whole-Body Diffusio Magnetic Resonance en la estadificación y seguimiento de los pacientes con linfoma maligno(14).

Esta última es una técnica no ionizante que demuestra un alto potencial como método alternativo al PET/TC en el estudio del linfoma, sobre todo en los NHL de bajo grado (que no captan la FDG) y en las pacientes jóvenes. Es razonable pensar que esta técnica podrá tener un papel en la caracterización del LO, satisfaciendo los resultados mostrados en la evaluación del linfoma hacía una más alta calidad en las imágenes radiológicas diagnósticas en la patología ovárica(14).

La ecografía ejecutada con una sonda transabdominal y transvaginal ha demostrado una precisión del 90% en la caracterización de las masas ováricas(15). El LO en la imagen ecográfica aparece como una masa bien definida, homogénea, hipoecogénica, con una completa transmisión del sonido. La prevalencia de una morfología de tipo sólido se ha documentado que es más alta en los linfomas y en los desórdenes metastásicos respecto a las neoplasias ováricas primitivas(5,16,17). En el Power Doppler las masas aparecen altamente vascularizadas(10,16). La ecografía suprapúbica puede mostrar un pedúnculo entrante desde la periferia hacia el centro de la masa. La Eco-TV Color-Doppler identifica de manera óptima el pedúnculo como vaso principal desde el cual parten ramas de un calibre menor(14).

Se ha propuesto que este vaso pueda ser el pedúnculo ovárico (difícilmente visible en ovarios normales) o el resultado de un proceso neoangiogénico propio del tumor, que aparece de manera más común en las metástasis ováricas sólidas, que parten desde el estómago, los senos o linfomas y neoplasias uterinas(18). En algún caso se observa la presencia de vasos arborizados del linfoma ovárico en

imágenes de TC multiplanar. La TC muestra el LO como una masa sólida y homogénea con perfiles bien definidos y escindida de las estructuras circundantes, con modesto contraste después del suministro del medio de contraste(14).
Algunas veces se ha reportado algunas áreas quísticas de orden del centímetro, arregladas linealmente en la periferia del tumor y que estaban referidas a folículos ováricos conservados. Como se reporta en la literatura especializada, en las imágenes RM T1, el LO aparece como una masa homogénea con baja intensidad de señal, que presenta avidez por el contraste después de suministrar gadolinio. En las secuencias T2 el LO se visualiza como una masa sólida con intensidad de señal intermedia y septos hiperintensos que muestran una discreta mejora después del suministro del medio de contraste paramagnético en las secuencias T15,10,19. La RM visualiza mejor que los US y la TC los folículos ováricos que aparecen como pequeñas formaciones redondeadas, de densidad líquida y dispuestas en corona en la periferia con una señal alta en T2. Con las imágenes de RM la masa tiene una zona central de baja intensidad en las secuencias T1 y de modesta intensidad en las secuencias T2, con ausencia de mejora después de suministrar medio de contraste paramagnético en las secuencias T1. Se ha identificado esta zona central como un área de necrosis que puede ser una posible pero inusual característica del linfoma. Diversas áreas centrales necróticas se han reportado con US y RM en un caso de LO6.
Respecto a la utilidad de la PET con 18F-FDG, existen muchos estudios que demuestran su utilidad en la gestión del linfoma sistémico. Komoto et al.20 han demostrado la eficacia de esta técnica en la estadificación y evaluación a la respuesta terapéutica en un caso de NHL primario de ovario donde se evidencia la reducción de la masa abdominal desde el primer de tratamiento quimioterápico.

5 Discusión-Conclusión

La presentación clínica y serológica del LO puede ser similar a otras neoplasias ováricas primarias. Como respuesta al objetivo del presente trabajo se han analizado y se ha constatado que las técnicas de imagen juegan un papel fundamental ya que algunos aspectos radiológicos son indicativos de un compromiso linfomatoso ovárico: presencia de masas ováricas sólidas y homogéneas, con perfiles bien definidos y escindidas de las estructuras circundantes; modesta vascularización con vasos arborizados en el Power-Doppler; modesto mejora del contraste después del suministro del medio tanto en RM como TC; tendencia a la conservación de las características estructurales del ovario que en en TC y RM se puede asociar con la evidencia de folículos ováricos bien conservados en la

periferia de la lesión.

6 Bibliografía

1. Ferry JA, Young RH (1991) Malignant lymphoma, pseudolymphoma and hemopoietic disorders of the female genital tract. Pathol Annu 26:227–63.
2. Crasta J A, Vallikad E (2009) Ovarian Lymphoma. Indian Journal of Medical Pediatric Oncology 30(1): 28-30.
3. Yun J, Kim SJ, Won JH, Choi CW, Eom HS, Kim JS, Kim MK, Kwak J, Kim WS, Suh (2010) Clinical features and prognostic relevance of ovarian involvement in Non-Hodgkin's lymphoma: a consortium for improving survival of lymphoma (CISL) report. Leukemia Research 34: 1175-1179.
4. Dimopoulos MA, Daliani D, Pugh W, Gershenson D, Cabanillas F, Sarris AH (1997) Primary ovarian non-Hodgkin's lymphoma: outcome after treatment with combination chemotherapy. Gynecol Oncol 64:446–50.
5. Crawshaw J, Sohaib S A, Wotherspoon A, Shepherd J A (2007) Primary non-Hodgkin's lymphoma of the ovaries: imaging findings. British Journal of Radiology 80:155-158.
6. Weingertner AS, Roedlich MN, Hamid D, Baldauf JJ (2004) Non-Hodgkin malignant lymphoma revealed by an ovarian tumor: a case report and review of the literature. Gynecol Oncol 95: 750-754.
7. Signorelli M, Maneo A, Cammarota S, et al. (2007) Conservative management in primary genital lymphomas: the role of chemiotherapy. Gynecol Oncol 104: 416-421.
8. kodras G, Fields V, Kragel PJ (1994) Ovarian lymphoma and serous carcinoma of low malignant potential arising in the same ovary: A case report with review of literature of 14 primary ovarian lymphomas. Arch Pathol Lab Med 118: 647–50.
9. Koyama T, Mikami Y, Saga T, Tamai K, Togashi K (2007) Secondary ovarian tumors: spectrum of CT and MR features with pathologic correlation. Abdom Imaging 32: 784-795.
10. Ferrozzi F, Catanese C, Uccelli M, Bassi P (1998) Ovarian Lymphoma findings with ultrasonography, computerized tomography and magnetic resonance. Radiol Med 95: 493-497.
11. De Gregorio N, Schmitt W, Kreienberg R, Wulff C (2009) Ovarian metastasis of a lymphoma presenting as primary ovarian cancer. Oncologie 32: 752-753.
12. Zidan J, Hussein O, Basher W, Zohar S (2004) Serum CA125: a tumor marker for monitoring response to treatment and follow-up in patients with non-Hodgkin's lymphoma. Oncologist 9: 417–21.

13. Gui W, Wang T, Wang J, Wang L, He J, Yang B, Zhao Z, Zhang H, Zhang Q (2008) An improved prognostic parameter for non-Hodgkin's lymphoma based on the combination of three serum tumor markers. Int J Biol Markers 23(4):207-13.
14. Donatello D (2017) Tecniche di imaging nel linfoma a localizzazione ovarica. Il giornale italiano di Radiologia Medica 4: 1131-38.
15. Gu J, Chan T, Zhang J, Leung AYH, Kwong Y, Khong P (2010) Wholebody diffusion-weighted imaging: the added value to whole-body MRI at initial diagnosis of lymphoma. AJR Am J Roentgenol 197: 384-391.
16. Testa AC, Ferrandina G, Timmerman D, Savelli L, Ludovisi M, Holsbeke CV, Malaggese M, Scambia G, ValentinL (2007) Imaging in gynecological disease: ultrasound features of metastases in the ovaries differ depending on the origin of primary tumor. Ultrasound Obstet Gynecol 29: 505-511.
17. Guerriero S, Alcazar JL, Pascual MA, Ajossa S, Olartecoechea B, Hereter L (2012) The pre-operative diagnosis of metastatic ovarian tumors is related to the origin of primary tumor Ultrasound Obstet Gynecol 39(5):581-6.
18. Testa AC, R Mancari, A Di Legge, F Mascilini, V Salutari, G Scambia, G Ferrandina (2008) The "lead vessel": a vascular ultrasound features of metastasis in the ovaries. Ultrasound Obstet Gynecol 31: 218-221.
19. Mitsumori A (1999) MR appearance of Non-Hodgkin's Lymphoma of the Ovary. AJR Am J Roentgenol 173: 245.
20. Komoto D, Nischiyama Y, Monden T, Yamamoto Y, Sasakawa Y, Toyama Y, Satho K, Ohono M, Kanenischi K, Ohkawa M (2006) A case of Non-Hodgkin's lymphoma of the ovary: usefulness of 18F-FDG PET for staging and assessment of therapeutic response. Annals of Nuclear Medicine 20: 157-160.

Capítulo 1315

LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN NEFROLOGÍA.

ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ

CARLOS MENENDEZ CEREIJIDO

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

1 Introducción

Las patologías pulmonares implican constantemente al nefrólogo que utiliza de manera rutinaria la radiografía de tórax como diagnóstico instrumental de primera instancia. En la fase inicial los pacientes nefropáticos son evaluados clínicamente y, sólo de manera sucesiva, enviados al servicio de Radiología para una radiografía de tórax que, en algunos casos, no resulta diagnóstica por problemas técnicos y/o ligados al paciente.

La técnica de imagen más utilizada para no recurrir a los rayos X, escasamente aclaratorios, es la Tomografía Computarizada (TC), que muchas veces no se puede emplear para tiempos breves y en paciente ambulartorios. Otros límites de esta técnica son los costes elevados, los tiempos de preparación y transporte del paciente a la unidad de Radiología, la exposición a radiaciones ionizantes (sobre todo en pacientes pediátricos y mujeres en edad fértil) y el eventual suministro endovenoso de medios de contraste en pacientes con las funciones renales alteradas.

2 Objetivos

- Analizar la utilidad de la Ecografía en la gestión rutinaria del paciente nefropático.

3 Metodología

Se ha procedido a una revisión bibliográfica sobre el estado de la cuestión sobre el empleo de la ecografía como técnica de imagen para el diagnóstico y seguimiento del paciente nefropático, utilizando palabras clave al respecto en varias plataformas de reconocido prestigio científico como: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect. El resultado ha sido la identificación de una serie de artículos científicos que han permitido analizar las diferentes técnicas en esta enfermedad en concreto.

4 Resultados

Cualquier equipo ecográfico dotado con una sonda convex de 2-5 MHz o microconvex de 4-8 MHz o linear de 8-12 MHz puede ser utilizada para el estudio pulmonar. No son necesarios softwares ecográficos especiales, pero es aconsejable un ajuste de base personalizado para regular el ecógrafo a cada paciente9. Puede ser preferible emplear una sonda linear que se adapta bien a los espacios intercostales, ofrece un campo de visión rectangular (o trapezoidal) y una imagen más definida: con el fin de obtener también una mejor evaluación de los planos pulmonares más profundos es aconsejable el uso de bajas frecuencias, mientras que para maximizar lo formación de los artefactos (la base de la ecografía diagnóstica pulmonar) puede ser útil desconectar algunos "upgrade" que están presentes en los modernos ecógrafos, que tienden a eliminarlos.

Durante el examen ecográfico el paciente se puede colocar en posición supina, sentado o en decúbito lateral, según las condiciones clínicas y la necesidad del técnico. De hecho, mientras un neumotórax se evalúa mejor en posición supina, el derrame pleural se estudia más fácilmente con el paciente sentado. Se pueden realizar exploraciones intercostales, longitudinales y oblicuas respecto a las costillas, con el estudio del tórax anteriormente, posteriormente y lateralmente a lo largo de las líneas anatómicas paraespinales, axilares posterior, media y anterior, hemiclavear y parasternal, siguiendo un preciso esquema metodológico (desde

arriba hacia abajo y viceversa). El estudio se debería efectuar sobre los dos pulmones para comparar posibles diferencias ecográficas.
La semiótica ecográfica de pulmón está basada sobre los movimientos pleurales y sobre los artefactos generados por el parénquima pulmonar durante el pasaje de los ultrasonidos (US), así como por las características ultrasonográficas de las consolidaciones parenquimales y de los posibles derrames. La pared torácica está formada por tejido cutáneo y subcutáneo, bandas y estructuras musculares parietales e intercostales, por las costillas y la pleura. Las costillas, constituidas fundamentalmente por tejido ósea, deben ser evitadas por la sonda ya que reflejan completamente los US, determinando el cono de sombra posterior.

La compleja estructura de pulmón determina la formación de artefactos de reverberación, generados por la presencia contemporánea de espacios muy pequeños de agua y aire. La semiótica ecográfica pulmonar se basa en la interpretación de estos artefactos que, aun siendo característicos, constantes y reproducibles, permiten la identificación de cuadros clínicos diferentes. En condiciones fisiológicas estos artefactos tienen origen en dos folletos pleurales (visceral y parietal), que forman la conocida línea pleural, ecógena, regular y de espesor global menor a 2 mm12: ésta representa la interfaz parieto-pulmonar entendida como superficie pulmonar.

El aspecto normal pulmonar se evidencia debajo de la pleura y está constituido por artefactos de tipo horizontal (líneas A) y de tipo vertical (líneas B). Las líneas A son artefactos de reverberación que repiten a intervalos regulares la línea pleural. Las línieas B son artefactos "ring down" causados por la elevada diferencia de impedancia acústica entre aire y agua: representan reverberaciones ecogénicas con curso vertical que, dirigiéndose en profundidad, borran las líneas A y son consensuales de una dinámica pulmonar normal. El número de las líneas B se considera patológico cuando son más de tres y resulta proporcional al contenido de agua intersticial, a los niveles de péptido natriurético cerebral, al grado de descompensación cardíaca y a la severidad de la disfunción diastólica. Las líneas E representan también artefactos verticales, que tienen origen en el tejido subcutáneo: son expresión de enfisema subcutáneo y obstaculizan el examen ecográfico. Las líneas Z representan ulteriores artefactos verticales evanescentes y mal definidos que se encuentran en el 80% de los pacientes: no representan un repertorio patológico y se reconocen fácilmente porque no cancelan las líneas A y no alcanzan el fondo del monitor.

Respecto a los cuadros clínicos se pueden dar varios. En el transcurso de un trau-

matismo se pueden evidenciar mediante la ecografía, lesiones en la pared torácica, hematomas, fracturas costales y de los cartílagos, además de neumotórax agudo y/o derrame pleural. La ecografía permite detectar lesiones no evaluables con la radiografía de torax como contusiones pulmonares, lesiones con laceraciones y roturas del diafragma.
Por otro lado, la Ecografía B-mode permite un fácil reconocimiento de un derrame pleural y su precisión diagnóstica es comparable a la de la TC. El derrame se muestra como una colección anecoica tras la pleura parietal y la visceral: en caso de trasudado la colección es completamente anecoica, mientras que en el caso de exudado están presentes ecos internos más o menos finos. En los derrames con baja viscosidad es posible que se encuentre en la ecografía M-mode la característica señal de la sinusoide, determinado por el desplazamiento del pulmón hacia la pared torácica durante la inspiración.

El neumotórax suele ser un evento agudo en curso de canalización venosa central al nivel de la vena subclavia y, más raramente, de la yugular interna. Puede ser espontáneo justo después de un trauma o toracocentesis: las formas iatrogénicas se han reducido gracias al uso de la eco-guía. La radiografía de tórax no siempre permite un fácil diagnóstico debido a que tiene una baja sensibilidad (50-70%) en relación a la entidad y proyección empleada. La TC es la técnica standard en el diagnóstico de un neumotórax, requiere cierto tiempo de ejecución, mientras que la ecografía permite un rápido diagnóstico en base a tres evidencias: ausencia del movimiento "lung sliding", ausencia de las líneas B y presencia de "lung points".

El artefacto denominado línea B deriva del engrosamiento del intersticio pulmonar, sea de naturaleza inflamatoria o congestiva. En las formas leves de intersticiopatía las líneas B están aisladas y no son confluentes, mientras que en las formas masivas son numerosas hasta el punto de confluir enmascarando las líneas A, poseyendo una especificidad y sensibilidad del 93%. El síndrome intersticial presenta un cuadro ecográfico con líneas B confluentes que enmascaran la estructura normal de los pulmones. Cuando el incremento de agua intersticial es sólo del 30% la radiografía torácica es negativa. Es capaz de identificar el edema pulmonar con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 93%. Las líneas B no son específicas del edema intersticial, pero se encuentran en el transcurso de enfermedades intersticiales difusas, edemas lesionales, fibrosis pulmonar: deben por tanto ser interpretadas en relación al contexto clínico del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la radiografía torácica sea la técnica diagnóstica de primera elección para las patologías torácicas, no siempre permite un diagnóstico certero. La ecografía, gracias a la posibilidad de análisis en tiempo real permite, por el contrario, la inmediata identificación de los movimientos pleurales ("lung sliding" y "lung pulse") y, a través de la evaluación de la presencia o ausencia de artefactos, como las líneas B, consiente identificar rápidamente neumotórax. Los derrames pleurales son ágilmente evidenciables con la ecoghrafía B-mode, que presenta una mayor sensibilidad que la TC para reconocer características del derrame. La presencia de líneas B múltiples y difusas permiten diferenciar el inicio de un edema pulmonar intersticial.

Como respuesta al objetivo principal del trabajo se puede afirmar que también la ecografía torácica, al menos en sus nociones básicas, debería formar parte de las posibles elecciones del nefrólogo, ya que presenta numerosas y peculiares ventajas en el estudio de los pulmones. De hecho, la ecografía torácica se puede realizar en la cama del paciente, en el ambulatorio, en diálisis, en terapia intensiva, se puede realizar varias veces en una jornada y permite un seguimiento en tiempo real con un monitoreo de la eficacia terapéutica.

6 Bibliografía

- Lichtenstein D, Goldstein I, Mourgeon E et al. Comparative diagnostic performances of auscultation, chest radiography, and lung ultrasonography in acute respiratory distress syndrome. Anesthesiology 2004 Jan;100(1):9-15.
- Ivatury RR, Sugerman HJ Chest radiograph or computed tomography in the intensive care unit? Critical care medicine 2000 Apr;28(4):1234-5.
- Lichtenstein D, Mézière G, Biderman P et al. The comet-tail artifact. An ultrasound sign of alveolar-interstitial syndrome. American journal of respiratory and critical care medicine 1997 Nov;156(5):1640-6.
- Lichtenstein D, Meziere G. A lung ultrasound sign allowing bedside distinction between pulmonary edema and COPD: the comet tail artifact. Intensive Care Med 1998; 24:1331-4.
- Neff MA, Monk JS Jr, Peters K et al. Detection of occult pneumothoraces on abdominal computed tomographic scans in trauma patients. The Journal of trauma 2000 Aug;49(2):281-5.
- Tocino IM, Miller MH, Fairfax WR et al. Distribution of pneumothorax in

the supine and semirecumbent critically ill adult. AJR. American journal of roentgenology 1985 May;144(5):901-5.
- Lichtenstein DA Ultrasound in the management of thoracic disease. Critical care medicine 2007 May;35(5 Suppl): S250-61.
- Soldati G, Copetti R, Gargani L et al. [Lung sonography for the cardiologist]. Giornale italiano di cardiologia (2006) 2007 Mar;8(3):139-47.
- Koenig SJ, Narasimhan M, Mayo PH et al. Thoracic ultrasonography for the pulmonary specialist. Chest 2011 Nov;140(5):1332-41.
- Fiorini F, Zanforlin A, D'Amelio A et al. L'ecografia polmonare in nefrología. G Ital Nefrol 2014; 31 (3): 1-11.
- Anantham D, Ernst A. Ultrasonography. In: Mason RJ, Broaddus VC, Murray JF, Nadel JA, editors. Murray and Nadel's textbook of respiratory medicine. 5th ed. Philadelphia: Saunders-Elsevier; 2010. p. 445-60.
- Reissig A, Copetti R, Kroegel C et al. Current role of emergency ultrasound of the chest. Critical care medicine 2011 Apr;39(4):839-45.
- Gargani L Lung ultrasound: a new tool for the cardiologist. Cardiovascular ultrasound 2011 Feb 27; 9:6 (full text).
- Lichtenstein DA, Mezière G, Lascols N et al. Ultrasound diagnosis of occult pneumothorax. Critical care medicine 2005 Jun;33(6):1231-8.
- Joyner CR Jr, Herman RJ, Reid JM et al. Reflected ultrasound in the detection and localization of pleural effusion. JAMA: the journal of the American Medical Association 1967 May 1;200(5):399-402.
- Lichtenstein D, Hulot JS, Rabiller A et al. Feasibility and safety of ultrasound-aided thoracentesis in mechanically ventilated patients. Intensive care medicine 1999 Sep;25(9):955-8.
- Zanobetti M, Poggioni C, Pini R et al. Can chest ultrasonography replace standard chest radiography for evaluation of acute dyspnea in the ED? Chest 2011 May;139(5):1140-7.
- Eisen L, Doelken P. Ultrasound evaluation of the pleura. In: Levitov A, Mayo PH, Slonim AD, editors. Critical care ultrasonography. New York: McGraw-Hill; 2009. p. 245-50.
- Vezzani A, Brusasco C, Palermo S et al. Ultrasound localization of central vein catheter and detection of postprocedural pneumothorax: an alternative to chest radiography. Critical care medicine 2010 Feb;38(2):533-8.
- Lichtenstein D, Mezière G A lung ultrasound sign allowing bedside distinction between pulmonary edema and COPD: the comet-tail artifact. Intensive care medicine 1998 Dec;24(12):1331-4.
- Bouhemad B, Liu ZH, Arbelot C et al. Ultrasound assessment of antibiotic-

induced pulmonary reaeration in ventilator-associated pneumonia. Critical care medicine 2010 Jan;38(1):84-92.
- Bouhemad B, Brisson H, Le-Guen M et al. Bedside ultrasound assessment of positive end-expiratory pressure-induced lung recruitment. American journal of respiratory and critical care medicine 2011 Feb 1;183(3):341-7.

Capítulo 1316

LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN LA CARDIOMIOPATÍA HIPERTRÓFICA O MIOCARDIOPATÍA.

ALBERTO IGLESIAS GONZALEZ

CARLOS MENENDEZ CEREIJIDO

ADRIAN MENENDEZ CEREIJIDO

1 Introducción

La cardiomiopatía hipertrófica o miocardiopatía (CH) es la patología cardíaca hereditaria más común, con un predominio de 1:500 en la población general y es la causa principal de muerte súbita en los jóvenes y en los jóvenes atletas(1). La CH es una enfermedad autosómica dominante, causada por mutaciones en los genes encargados de codificar proteínas sarcoméricas. Se describen también formas autosómicas recesivas, X-linked y mitocondriales por transmisión matrilineal(2). La penetrancia de la hipertrofia ventricular (HV) es muy variable y relacionada con la edad(3). El control de los familiares de primer grado está recomendado(4,5). La mortalidad anual de la CH en la población general es menos del 1%, mientras que en centros de referencia de tercer nivel puede llegar al 6-8%6. La historia natural de la enfermedad puede ser benigna, permitiendo a los pacientes vivir una vida prácticamente normal(7,8,) o tener un camino complicado caracterizado por tres aspectos:
1) muerte súbita causada por arritmias ventriculares, más frecuente en jóvenes asintomáticos de menos de 35 años, incluidos jóvenes atletas profesionales(9,10.11.)

2) descompensación cardíaca con disnea, aún en presencia de función sistólica conservada (12.)
3) aparición de fibrilación auricular, sea paroxística que persistente, asociada a varios grados de descompensación cardíaca y con aumento de la incidencia de eventos tromboembólicos(13.)
El diagnóstico de la CH se basa en parámetros determinables a través de técnicas de imagen cardiaco no invasivo: espesor parietal diastólico del ventrículo izquierdo o relación entre espesor del septo y la pared lateral, en un ventrículo no dilatado, en ausencia de causas secundarias de hipertrofia ventricular(14.)
La resonancia magnética cardiaca (RMC) cumple un papel fundamental en el estudio de los pacientes afectados por cardiomiopatía hipertrófica (CH). Desde el punto de vista diagnóstico consigue identificar formas localizadas de hipertrofia, de evidencia más complicada con la ecocardiografía, consintiendo la distinción de formas fenotípicamente similares, pero de naturaleza diversa, como la amiloidosis. La RMC, además, puede contrastar precozmente anomalías en los familiares de los pacientes afectados por la CH. Por último, la RMC puede representar un instrumento válido para la planificación y el monitoreo post-operatorio de los pacientes sometidos a miectomía septal(14.)

2 Objetivos

Debido a que el número de pacientes con CH a aumentado se necesita una técnica acorde que ofrezca múltiples informaciones con un simple examen. Es por esto que el objetivo principal del presente trabajo es evaluar la utilidad en el empleo de la Resonancia Magnética Cardíaca (RMC) para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con CH.

3 Metodología

Se ha procedido a una revisión bibliográfica sobre el estado de la cuestión sobre el empleo de la RMC como técnica de imagen para el diagnóstico y seguimiento de las personas que sufren la CH, utilizando palabras clave al respecto en varias plataformas de reconocido prestigio científico como: Dialnet de la Universidad de La Rioja, Google Académico, ResearchGate, Academia.Edu, Medline, Pubmed, ScienceDirect. El resultado ha sido la identificación de una serie de artículos científicos que han permitido analizar los parámetros que se han marcado en el apartado de objetivos.

4 Resultados

La característica histopatológica típica de la CH es el desorden de los miocitos y de las miofibrillas. Para que se produzca un diagnóstico certero es necesario evaluar entre un 5% y un 10% de los miocitos15. Otros aspectos histopatológicos están representados por la hipertrofia de las células miocárdicas y por la presencia de fibrosis intersticial y fibrosis cicatrizante sustitutiva, macroscópicamente evidente16. Un ulterior aspecto que caracteriza la CH es la displasia de los pequeños vasos coronarios, que presentan hipertrofia de las células musculares lisas de la media y de la íntima, con reducción de la luz del vaso. Además, la densidad de los vasos se reduce a causa del aumento de la cuota de tejido fibrótico perivascular. Tales alteraciones unidas al aumento del estrés sub-endocárdico secundario a la obstrucción al eflujo, pueden ser responsables de la reducción del flujo coronario en esta población de pacientes y representa el substrato para arritmias ventriculares y la muerte súbita(17.) Una severa disfunción microvascular está de manera más presente en pacientes con mutaciones de las proteínas sarcoméricas que en los que tienen un genotipo negativo(18.)

La RMC se está confirmando cada vez más como técnica de imagen fundamental en la evaluación de los pacientes afectados por la CH, gracias a la multiplicidad de resultados que se obtienen en una sola prueba:

- Un cuidadoso estudio morfofuncional ventricular. La RMC es la técnica idónea para determinar los volúmenes cardíacos, de la fracción de eyección y de la masa cardíaca(19,20.)
- Mejor determinación del espesor parietal, que puede ser subestimado hasta en el 10% de las ecocardiografías en pacientes con severa hipertrofia (más de 30 mm)(21), con posibles implicaciones referentes al pronóstico de riesgo de muerte súbita.
- Mejor capacidad para identificar respecto a la ecocardiografía la variante apical de la CH22 y las formas focales, con espesamiento parietal localizado del ventrículo izquierdo; en estos casos la RMC puede ofrecer información determinante para distinguir la hipertrofia focal de formas tumorales(23,24); capacidad de identificar cuidadosamente la presencia de aneurisma apical, que representa un marcador negativo(25.)
- Estudio de la deformación miocárdica a través del empleo de secuencias especiales, que permiten analizar las posiciones de los marcadores miocárdicos (tags) durante el ciclo cardíaco, ofreciendo información muy precisa relativa a la función sistólica y diastólica; tales informaciones se obtienen mediante un análisis postprocesual con software especializados(26.) Más inmediata es la identificación

visual de áreas que presentan una reducida deformación sistólica, muy característica de las áreas miocárdicas interesadas por la patología de la hipertrofia del miocardio.
- Identificación y cuantificación del obstáculo al reflujo ventricular izquierdo mediante imágenes con contraste de fase in-plane y through-plane, que ofrecen datos comparables a los obtenidos con el estudio ecocardiográfico(27.)
- Identificación del movimiento sistólico anterior mitral y cuantificación de la entidad del regurgito mitral, mediante la diferencia entre el stroke-volumen del ventrículo izquierdo y el rango sistólico calculado en las imágenes con el contraste(14.)
- Identificación de las áreas focales con edema/flogosis mediante el empleo de secuencias en T2 STIR; tal colección está correlacionado directamente con la entidad de la hipertrofia miocárdica y su génesis no está clara; entre las posibles hipótesis esá la presencia de fenómenos isquémicos, de miocarditis o las características intrínsecas del colágeno depuesto en los pacientes afectados por CH28.
- Estudio de la perfusión miocárdica durante estrés con adenosina: la severidad de los defectos de la perfusión está directamente relacionados con las áreas de máximo espesor parietal y con la presencia de fibrosis(29.) Estos estudios sugieren que la presencia de alteraciones de la perfusión microvascular pudría preceder la fibrosis miocárdica y ser una causa; la hipótesis de perfusión por estrés está considerada como un marcador de pronóstico negativo(14.)
- Identificación de áreas patológicas miocárdicas en las cuales se acumula el gadolinio, medio de contraste paramagnético utilizado en los estudios de resonancia magnética, con importantes implicaciones pronósticas y de estratificación del riesgo de eventos adeversos(14.)

Los datos ofrecidos por un simple examen son muy numerosos y por ello la RMC se utiliza normalmente en varios escenarios clínicos, suministrando información esencial para un correcto enfoque diagnóstico, pronóstico y terapéutico en esta población de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La RMC representa un instrumento fundamental en la definición del diagnóstico, de la planificación terapéutica y del pronóstico en pacientes afectados por la CH y de sus familiares, además de ofrecer elementos fundamentales para una mejor comprensión de la fisiopatología de la enfermedad. Una mayor difusión y disponibilidad del método son por estas razones deseable. Por ello, se da por cumplido el objetivo del presente trabajo de evaluar la idoneidad de la técnica aplicada

a los pacientes con CH de manera positiva por las múltiples y fundamentales informaciones que ofrece y que se han expuesto en el apartado de resultados.

6 Bibliografía

1. Maron BJ. Hypertrophic cardiomyopathy: a systematic review. JAMA 2002; 287: 1308-1320.
2. Judge DP, Johnson NM. Genetic evaluation of familial cardiomyopathy. J Cardiovasc Transl Res 2008; 1: 144-154.
3. Charron P, Carrier L, Dubourg O, et al. Penetrance of familial hypertrophic cardiomyopathy. Genet Couns 1997; 8: 107-114.
4. Rose AG. Evaluation of pathological criteria for diagnosis of hypertrophic cardiomyopathy. Histopathology 1984; 8: 395-406.
5. Dawson DK, Maceira AM, Raj VJ, et al. Regional thicknesses and thickening pf compacted and trabeculated myocardial layers of normal left ventricle studied by cardiovascular magnetic resonance. Circ Cardiovasc Imaging 2011; 4: 139-146.
6. Towbin JA. Hypertrophic cardiomyopathy. Pacing Clin Electrophysiol 2009; 32 Suppl 2: S23-31.
7. Cannan CR, Reeder GS, Baiey KR, et al. Natural history of hypertrophic cardiomyopathy: a population-based study. 1976 through 1990. Circulation 1995; 92: 2488-95.
8. Cecchi F, Olivotto I, Montereggi A, et al. Hypertrophic cardiomyopathy in Tuscany: clinical course and outcome in an unselected regional population. J Am Coll Cardiol 1995; 26: 1529-36.
9. Maron BJ. Contemporary insights and strategies for risk stratification and prevention of sudden cardiac death in hypertrophic cardiomyopathy. Circulation 2010; 121: 445-56.
10. Maron BJ, Olivotto I, Spirito P, et al. Epidemiology of hypertrophic cardiomyopathy-related death: revisited in a large non-referral-based patient population. Circulation 2000; 102: 858-64.
11. Maron BJ, Doerer JJ, Haas TS, et al. Sudden deaths in young competitive athletes: analysis of 1866 deaths in the United States, 1980-2006. Circulation 2009; 119: 1085-92.
12. Harris KM, Spirito P, Maron MS, et al. Prevalence, clinical profile, and significance of left ventricular remodeling in the end-stage phase of hypertrophic cardiomyopathy. Circulation 2006; 114: 216-25.
13. Olivotto I, Cecchi F, Casey SA, et al. Impact of atrial fibrillation on the clinical course of hypertrophic cardiomyopathy. Circulation 2001; 104: 2517-24.

14. Pedrotti P. La risonanza magnetica cardiaca nella cardiomiopatia ipertrofica. Cardiology Science. Vol 11 2013: 70-81.
15. Davies MJ. The current status of myocardial disarray in hypertrophic cardiomyopathy. Br Heart J 1984; 51: 361-63.
16. Factor SM, Butany J, Sole MJ, et al. Pathologic fibrosis and matrix connective tissue in the subaortic myocardium of patients with hypertrophic cardiomyopathy. J Am Coll Cardiol 1991; 17: 1343-51.
17. Maron BJ, Wolfson JK, Epstein SE, Roberts WC. Intramural ("small vessel") coronary artery disease in hypertrophic cardiomyopathy. J Am Coll Cardiol 1986; 8: 545-557.
18. Olivotto I, Girolami F, Sciagrà R, et al. Microvascular function is selectively impaired in hypertrophic cardiomyopathy patients with sarcomere myofilament gene mutations. J Am Coll Cardiol 2011; 58: 839-48.
19. Ichikawa Y, Sakuma H, Kitagawa K, et al. Evaluation of left ventricular volumes and ejection fraction using fast steady-state cine MR imaging: comparison with left ventricular angiography. J Cardiovasc Magn Reson 2003; 5: 333-342.
20. Myerson SG, Bellenger NG, Pennell DJ. Assessment of left ventricular mass by cardiovascular magnetic resonance. Hypertension 2002; 39: 750-755.
21. Rickers C, Wilke NM, Jerosch-Herold M, et al. Utility of cardiac magnetic resonance imaging in the diagnosis of hypertrophic cardiomyopathy. Circulation 2005; 112: 855-61.
22. Moon JC, Fisher NG, McKenna WJ, Pennell DJ. Detection of apical hypertrophic cardiomyopahy by cardiovascular magnetic resonance in patients with non-diagnostic echocardiography. Heart 2004; 90: 645-49.
23. Hansen MW, Merchant N. MRI of hypertrophic cardiomyopathy: part I, MRI appearances. Am J Roentgenol 2007; 189: 1335-43.
24. Bergey PD, Axel L. Focal hypertrophic cardiomyopathy simulating a mass: MR tagging for correct diagnosis. Am J Roentgenol 2000; 174: 242-44.
25. 2011 ACCF/AHA guideline for the diagnosis and treatment of hypertrophic cardiomyopathy: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2011; 58: 1-49.
26. Zerhouni EA, Parish DM, Rogers WJ, et al. Human heart: tagging with MR imaging – a method for non-invasive assessment of myocardial motion. Radiology 169: 59-63.
27. Schultz-Menger J, Abdel-Aty H, Busjahn A, et al. Left ventricular out flow tract planimetry by cardiovascular magnetic resonance differentiates obstructive from non-obstructive hypertrophic cardiomyopathy. J Cardiovasc Magn Reson

2006; 8: 741-6.
28. Abdel-Aty H, Cocker M, Strohm O, et al. Abnormalities in T2-weighted cardiovascular magnetic resonance images of hypertrophic cardiomyopathy: regional distribution and relation to late gadolinium enhancement and severity of hypertrophy. J Magn Reson Imaging 2008; 28: 242-5.
29. Petersen SE, Jerosch-Herold M, Hudsmith LE, et al. Evidence for microvascular dysfunction in hypertrophic cardiomyopathy: new insights from multiparametric magnetic resonance imaging. Circulation 2007; 115: 2418-25.

Capítulo 1317

LINFOCITOSIS POR UN LINFOMA DEL MANTO Y SU MORFOLOGÍA EN SANGRE PERIFÉRICA

VERÓNICA FERNANDEZ NUÑEZ

1 Introducción

El linfoma del manto constituye el 7-10% de todos los LNH, y generalmente, van acompañados de la translocación. La mayoría se diagnostican en estadios avanzados (III-IV). Tienen tendencia a afectar localizaciones extranodales sin embargo la presentación como derrame pleural en poco frecuente (Cakir E. Cytojournal 2011;8:13). La médula ósea se encuentra infiltrada en la mayoría de los casos y hasta en el 50% existe expresión periférica.

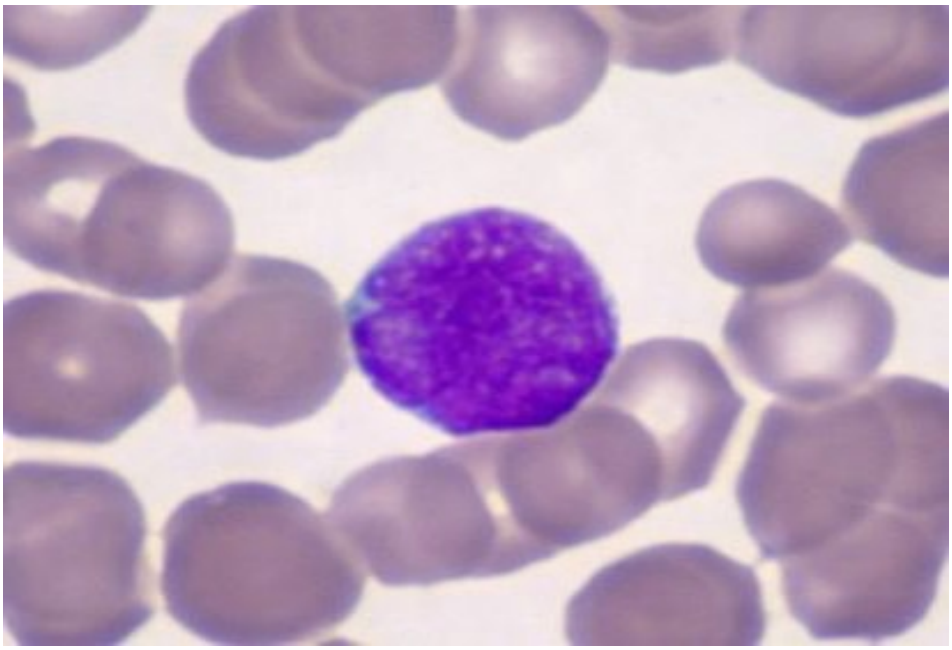
2 Objetivos

- Presentar el Caso Clínico de un linfoma del manto.
- Describir la morfología en la extensión de sangre periférica.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 73 años en estudio por disnea, derrame pleural, en sangre periférica se detecta linfocitosis. En TAC se describen múltiples adenopatías supraclaviculares y torácicas de pequeño tamaño y abdominales de mayor tamaño con esplenomegalia. Debido al riesgo anestésico por cardiopatía

se rechaza biopsia ganglionar y, dado que el derrame pleural progresa pese a tratamiento diurético, se realiza toracocentesis diagnóstica. En citometría de flujo del líquido pleural se detecta positividad para CD19, CD20, CD5, CD79b, CD38, CD22; negatividad para CD23, CD10, CD43, CD7 y FMC; con monoclonalidad lambda. Mediante FISH se detecta la traslocación t(11;14)(q13;q32) en el 79%. Se diagnostica de linfoma del manto con afectación pleural que se confirma por infiltración de médula ósea.



4 Discusión-Conclusión

Es de gran utilidad la valoración de líquidos biológicos en los pacientes con sospecha de neoplasias con técnicas actuales de estudios citogenéticos y morfológicos.La afectación pleural es poco frecuente en los linfomas del manto, confiere mal pronóstico y requiere tratamiento local añadido para su resolución.

5 Bibliografía

- Novel therapies under investigation for mantle cell lymphoma, DOI:10.1517/13543784.2016.1152259, Tadeusz Robak Expert, Opinion on Investigational Drugs, Volume 25, Issue 4, 2016 , 26 de febrero de 2016

Capítulo 1318

ACOSO LABORAL: MOBBING.

NOEMI LOBO ROSARIO

ANA GARCÍA ROSARIO

1 Introducción

El acoso laboral es una situación que afecta a numerosas personas. Las actitudes y los comportamientos agresivos en el trabajo son más frecuentes de lo que parece.

Hay pocos estudios epidemiológicos que evalúen las amenazas, coacciones y vejaciones dentro del ámbito sanitario con el que se pueda cifrar este problema social, ya que es difícil objetivar este tipo de conflictos laborales y personales. Sin embargo, si hay datos de incidencias violentas.

Existen sentencias que consideran el acoso psicológico como un delito penal.

2 Objetivos

Analizar el predominio del acoso psicológico en el lugar de trabajo, así como las principales características asociadas.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La diferenciación entre acoso laboral y conflicto laboral es imprescindible ya que son situaciones fáciles de confundir. El principal objetivo es identificar ambos hechos y la intencionalidad que hay detrás de cada uno. En algunas ocasiones, el acoso es la consecuencia de un conflicto. Por eso es importante hacer un análisis, un seguimiento y especialmente una prevención.

Las conductas que indican acoso laboral desde el punto de vista de la psicología son:

- Aislar, incomunicar.
- Privar a la víctima de la capacidad de expresión.
- Desacreditar a la persona.
- Amenazar con instrumentos disciplinarios.
- Poner en peligro la salud del trabajador.
- Humillar y despreciar en público.
- Desestabilizar mentalmente.
- Controlar aspectos del trabajo de forma malintencionada.

El agrupamiento de los comportamientos clásicos es:
- Aislamiento de la víctima
- Trato desigual frente a otros compañeros.
- Desacreditación del acosado.

Para que exista acoso laboral han de producirse varias de estas situaciones y de forma continuada. Estas conductas de acoso provocan en la víctima cambios en su personalidad volviéndose obsesivo, depresivo y resignado.

El abuso verbal, el acorralamiento y el aumento de la carga laboral son las estrategias de acoso más utilizadas.

El acoso laboral es una situación que desgasta psicológicamente a la víctima y como consecuencia el rendimiento en su puesto de trabajo y causa un mayor número de bajas por enfermedad.

La víctima constantemente tendrá sentimientos de fracaso, frustración, apatía y

baja autoestima. Trasladará esa ansiedad en el trabajo a su vida personal, incapacitendole su vida diaria.

Sanidad es uno de los sectores donde más intensidad hay de mobbing.

5 Discusión-Conclusión

Lo mejor para evitar el acoso laboral es cortarlo desde su inicio, esto es posible si se saben reconocer las primeras maniobras propias de un acosador y se responde ante ellas de forma activa y pública.

La victima ha de poner en conocimiento la situación de acoso al servicio de prevención, ya que muchas veces es difícil que lo hagan por vergüenza. El entorno laboral (jefes, compañeros) están en la obligación de no mirar para otro lado si son conscientes de la situación de acoso.

No existe ninguna justificación para hacer mobbing.

En el código penal el mobbing se encuentra dentro de los delitos de torturas y contra la integridad moral, a través de la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica en el código penal la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre.

Esta nueva modificación visualizó, por primera vez en nuestro país, el acoso laboral o mobbing desde un punto de vista legal. Lo que supone un avance significativo desde un marco penal, que, a su vez, también puede resultar en términos preventivos, como un estímulo para una deseada regulación del riesgo psicosocial.

6 Bibliografía

- Masaro abogados https://masaro.es/legislacion-del-mobbing-en-espana/
- Sanitas https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/
- Abógalo https://www.abogalo.com
- El derecho.com https://elderecho.com/el-mobbing-o-acoso-moral-en-el-trabajo
- Formación continuada logoss www.logoss.net

Capítulo 1319

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO

1 Introducción

La anatomía patológica (AP) es la rama de la medicina que se ocupa del estudio, por medio de técnicas morfológicas, de las causas, el desarrollo y las consecuencias de las enfermedades. El fin último de esta especialidad es el diagnóstico correcto de biopsias, piezas quirúrgicas, citologías y autopsias.

La Patología Infecciosa, es una patología frecuente en nuestros hospitales y en todos nuestros lugares de trabajo. A pesar de los avances científicos, de los nuevos fármacos específicos, de los nuevos procesos de diagnóstico, de las múltiples herramientas de prevención como son las nuevas vacunas, la patología infecciosa sigue estando bien presente en muchos pacientes que llegan a nuestros hospitales y a nuestros servicios.

Los cultivos, técnicas moleculares, PCR o bien técnicas de inmunohistoquímica son muy importantes para la realización del diagnóstico de las patologías infecciosas.

Los estudios citológicos, las biopsias y desafortunadamente las autopsias son campos de trabajo en los que se debe y puede hacer un rápido y más que correcto diagnóstico

2 Objetivos

• Diagnóstico de la enfermedad.

• Establecer factores pronósticos de la misma.

• Incidir en la elección terapéutica.

• Un buen diagnóstico, muchas veces no es necesario llegar a disponer de sofisticados aparatos o tinciones/técnicas muy desarrolladas, basta con buenas tinciones de histoquímica o de inmunohistoquímica para lograr el objetivo.

• La meticulosidad es norma básica. Disponer de profesionales que desean trabajar de forma específica favorece mucho el obtener buen material en el que buscar la patología.

• El diagnóstico de biopsias, piezas quirúrgicas, citologías y autopsias que se generan en la actividad de un hospital y en su área sanitaria. Por lo que es un Servicio con finalidad fundamentalmente diagnóstica.

3 Metodología

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

4 Resultados

La Anatomía Patológica es parte fundamental de estudio para un diagnóstico correcto.

Biopsias, piezas quirúrgicas, citologías… cualquier alteración o modificación anatómica que aparezca en los órganos o en los tejidos como consecuencia de una enfermedad se detecta en su departamento.

Anatomía Patológica supone, por lo tanto, uno de los servicios con mayor actividad, del que dependen miles de diagnósticos y tratamientos, desde las patologías más banales hasta las más complejas como un tumor maligno.
De su prontitud en los resultados depende un diagnóstico precoz y las oportunidades de curación.

5 Discusión-Conclusión

El patólogo debe cumplir y hacer cumplir las leyes, las normas, las ordenanzas que le atañen.

Se deben dotar correctamente los servicios y se deben aportar los recursos necesarios con los que poder llegar al diagnóstico más preciso posible.

La rapidez del diagnóstico que se puede hacer con la citología y la biopsia es muy importante ante procesos graves que necesitan de un diagnóstico de prontitud, que no se consigue con los cultivos.

La patología infecciosa es un campo de trabajo muy importante para los patólogos.

Con técnicas rápidas y económicas, basándonos en morfología y en cambios en el tercer sistema o matriz extracelular, se obtienen diagnósticos muy específicos.
- Hay que tener prudencia y no aventurarse a realizar diagnósticos “de oido”.

Hay que ir en consonancia y en coordinación con otras especialidades como por ejemplo microbiología, medicina interna, cirugía, para conseguir una concordancia diagnóstica.

6 Bibliografía

- Pruras A, Montes M, Fernández P et al. Expresiones morfológicas de las infecciones fúngicas graves. Participación del patólogo en el diagnóstico. Rev Iberoam Micol
- Powers CN. Diagnosis of infectious diseases. A cytopathologist’s perspective. Clin Microb Rev 1998;
- De Berker D. Fungal nail disease. N Engl J Med 2009;
- Schofield DA, Westwater C, Pauling EE et al. Detection of Candida albicans mRNA from formalin-fixed, paraffin-embedded mouse tissues by nested reverse transcription-PCR. J Clin Microbiol 2003;
- Artal R, Ágreda B, Serrano E et al. Mucormicosis rinocerebral: a propósito de ocho casos. Acta Otorrinolaringol Esp 2010. Martino M, Villoria F. Proceso infeccioso en paciente inmunodeprimido. REA: EJAutopsy 2011;9:7-8.
- Chojniak R, da Costa RA, Lopes A, et al. Intestinal paracoccidioidomycosis simulating colon cancer. Ver Soc Brás Méd Trop 2000;

- Libro_Blanco_Anatomia_Patologica_2015.indd 76 08/05/2015 9:54:18 Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España 2015 77 Requisitos básicos para los estudios de Patología Infecciosa. 8. Gerhard R, Carrasco P, Villas T et al. Fine-Needle aspiration biopsy of disseminated sporotrichosis.

Capítulo 1320

EXTRACCIÓN MUELAS CORDALES INCLUIDOS INFERIORES.

JENNIFER GARCÍA LÓPEZ

1 Introducción

Los cordales o muelas de juicio son los terceros molares, son las muelas que salen entre los 16 y los 25 años. Sin embargo, en muchas personas estas muelas no se forman bien o no llegan a salir porque no cuentan con espacio suficiente para su erupción y de ahí la siguiente patología que se va a tratar.

Anatomía:
Los molares tienen la siguiente estructura:
Se puede decir que los dientes son unas piezas duras y resistentes insertadas en los maxilares y que se encargan de cortar, desgarrar y triturar los alimentos. En cada diente se distinguen tres porciones:
La corona: parte blanca visible que sobresale de la encía. Está formada por el esmalte dental, es el tejido más duro de todo el organismo.
El cuello: es la parte intermedia, recubierta por encía.
La raíz: la parte interna, insertada en el hueso maxilar. (1).
A la hora de hablar de los cordales inferiores también es muy importante mencionar el sistema nervioso que enerva nuestras piezas dentarias. Hablando del maxilar inferior tenemos que hablar del "nervio mandibular".
Desde el punto de vista práctico, para la anestesia odontológica sólo interesa conocer la rama gruesa del nervio trigémino que después de formar el ganglio De Gasser se subdivide en tres ramas: los nervios oftalmológicos, maxilar superior y mandibular. Es el nervio de los dientes, la mandíbula, el mentón y la lengua. Por supuesto también es el de la masticación.

El nervio alveolar inferior (dentario inferior) entra en el interior de la mandíbula por el agujero mandibular; éste está situado en la cara interna de la rama ascendente, protegido delante de la espina de Spix y continúa por el conducto alveolar inferior. Se divide a su vez en dos terminales, el nervio mentoniano que proporciona la sensibilidad de la mucosa el labio inferior y del mentón y el nervio incisivo inferior que inerva la estructuras periodontales de la región canina y las pulpas de los dientes (2).

Los cordales su pueden clasificar según su inclinación en cordales mesio-angulados, tienen inclinación hacia adelante, disto-angulares, con inclinación hacia atrás, verticales u horizontales.

La clasificación según su erupción:

- No erupcionados: no se ve la muela del juicio en la cavidad oral, es decir, no se rompió la encía.
- Cordales erupcionados: la corona está completamente fuera de la encía y la raíz en el hueso.
- Cordales semierupcionados: (han salido parcialmente) lo más común es que se quede un espacio entre la corona y la encía, en donde se cuelan los restos de comida que pueden provocar infecciones, denominadas pericornalitis.
- Cordales incluidos: (el diente que permanece totalmente dentro del hueso) pueden ser ectópicos, es decir, con una posición anómala pero cerca de su lugar, o heterópica si se encuentra en una posición anómala y alejada de su sitio(3).

Aunque cuando se habla de cordales incluidos se hace referencia tanto a los superiores como a los inferiores, la mayor parte de las dificultades se refiere a los cordales inferiores, de ahí que este estudio se centre en ellos. Los cordales superiores suelen dar menos problemas, suelen ser más sencillos de extraer, por norma general erupcionan como una muela más y no presenta tanta morbilidad post-operaroria.

2 Objetivos

- Describir el sistema de extracción de los cordales.
- Saber identificar los motivos de una posible extracción.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cordales se pueden extraer en clínicas dentales privadas o en los hospitales mediante cirugías ambulatorias, pueden ser extraídas de una en una o más de una a la vez dependiendo de la anestesia utilizada.
Los pasos imprescindibles para una muela del juicio inferior y tanto en una clínica privada como en el hospital con anestesia local son los siguientes:
La realización de RX o Scanner para valorar la cercanía de la muela del juicio con el nervio Trigémino y concretamente con el nervio alveolar inferior para no tener problemas a la hora de la anestesia y/o extracción.

Se debe prestar atención a:
- El tipo de orientación del cordal y acceso quirúrgico al mismo.
- El tamaño y condición de la corona.
- El número y morfología de las raíces, con especial atención a gancho apicales.
- El nivel óseo alveolar.
- Relación con el canal dentario (4).

Anestesia local, es aplicada por el dentista o cirujano oral aplicando una o más inyecciones cerca del lugar de la extracción. Se permanece despierto durante la extracción, lo que puede llegar a sentir el paciente en algo de presión y el movimiento pero nunca dolor.
También es muy utilizada la llamada anestesia "troncular" es el nombre que se ha impuesto popularmente quedando sobreentendido que es del nervio alveolar inferior.

Depende de la posición de la muela el cirujano oral realizará una incisión con un bisturí en la encía para exponer el hueso y la muela. También se puede hacer una sindesmotomía, que consiste en meter alrededor del cuello del diente un sindesmotomo o periostotomo para separar la encía y romper las fibras supracrestales, rompiendo así la inserción y/o una luxación con un botador, dando movilidad a la pieza al introducir el botador debajo de la encía y haciendo poco a poco palanca, rompiendo el ligamento periodontal.

Si de la manera anterior no se es capaz de realizar la extracción se realizará una

incisión en la corona de la muela para poder acceder mejor a la misma o se realizará una odontosección (ruptura o fractura intencionada de una pieza dentaria para realizar o facilitar un tratamiento posterior) para sacar la muela por partes que a veces es más fácil.

Se rasca y se limpia bien la zona con una legra, que no quede nada de tejido blanco que pueda dar lugar a una infección y/o inflamación tras la extracción.

Se da forma al hueso, el hueso alveolar suele quedar cortante o con crestas, se cortará con la gubia o se redondeará con fresas redonda de cirugía.

Se sutura la herida para una mejor cicatrización y aproximación de los bordes (este paso no es necesario siempre).

Se colocar una gasa para que presione una media hora y así se forme el coagulo e impida que la zona sangre (5 y 6).
Cabe mencionar que en el paso de la anestesia (3.2) existen más variantes, como la anestesia general realizada ya en centro hospitalario y poder realizar la extracción de más de una muela a la vez. Y que todo proceso de este tipo requiere un consentimiento informado por escrito previo a cualquier intervención.

La extracción de los cordales puede ser debía a diferentes motivos, que por falta de espacio no salga bien y moleste o pueda provocar caries fácilmente, que su no evolución este perjudicando las piezas de al lado, en ciertos casos de ortodoncia, cuando ha habido múltiples intentos de tratamiento conservador, en pacientes con problemas médicos específicos, cuando existe la formación de bolsa periodontal entre el tercer molar impactado y el segundo molar. La extracción de estas muelas puede ser simple, como una pieza dentaria más, puede ser semierupcionado, es decir que se vea una parte y la otra esté incluida o incluida completamente.
Tras la revisión sistemática realizada para este trabajo podemos decir que no todas las muelas del juicio siendo superiores o inferiores tienen la misma dificultad ni la misma reacción post-extracción siendo incluso en una misma persona. Que la aplicación de unas u otra anestesias (locales, tronculares, generales…) depende de muchos factores y que siempre se debe escoger el mejor para el paciente.
También influye que sean incluidas completas o semiincluidas, así como la posición de las mismas.

5 Discusión-Conclusión

Se debe realizar el máximo esfuerzo para minimizar o evitar complicaciones y efectos secundarios, tanto durante la anestesia como durante la extracción.
Gracias a la evolución la ausencia de las muelas del juicio está a la orden del día, esto es debido a los cambios de hábitos en los productos que consumimos que no requieren una masticación tan intensa como antiguamente, esta ausencia no perjudica en nada a nuestra vida diaria.
En la actualidad es muy importante usar todos aquellos recursos que puedan estar en las manos del cirujano oral y que puedan prevenir consecuencias post-extracción tanto en aparatos de rayos, como bisturís eléctricos que nos permiten una mejor y más rápida cicatrización, tipos de sutura.

6 Bibliografía

1. Átlas básico de fisiología, Parramón página 19.
2.https://atheneainstitute.com/nervio-mandibular-formacion/y
http://www.odn.unne.edu.ar/tema8.pdf
3. https://www.institutomaxilofacial.com/es/tratamiento/cirugia-oral-y-maxilofacial-cirugia-de-cordales-o-muelas-del-juicio/
4. http://www.secom.org/wp-content/uploads/2014/01/cap03.pdf
5. https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/wisdom-tooth-extraction/about/pac-20395268.
6. Apuntes módulo en CEMD (centro de estudios múltiples dentales).

Capítulo 1321

RIESGOS EN UNA SALA DE AUTOPSIAS.

HENAR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Uno de los primeros casos conocidos de infección fatal fue en 1849 cuando el médico austríaco Jakob
Kollestcka (1803-1847) se cortó una mano mientras realizaba una autopsia contrayendo una infección estreptocócica. Durante la realización de las necropsias, patólogos, técnicos y personal subalterno están expuestos a diversos riesgos, como caídas al mismo nivel, sobreesfuerzos, cortes con herramientas, contactos eléctricos, agentes químicos, radiaciones y riesgos biológicos.

2 Objetivos

El objetivo principal que se pretende conseguir con este trabajo, es identificar el riesgos que supone realizar una necropsia y establecer unas normas claras y básicas para poder ejecutar el trabajo minimizando al máximo los riesgos.

3 Metodología

Este trabajo se ha realizado bajo la propuesta de acciones preventivas encaminadas a evitar o controlar riesgos, se ha realizado en base a directrices legislativas. El método concreto de evaluación de riesgos que se ha seguido, es el diseñado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, en su guía “Evaluación de Riesgos Laborales”.

4 Resultados

Dentro de los riesgos que se han mencionado en la introducción cabe destacar sobre todo uno:
- Los riesgos biológicos: Es conocido el riesgo del personal que realiza autopsias a contraer enfermedades infecciosas, ya sea por inhalación de aerosoles, contacto con gotas o por accidentes inciso-punzantes con objetos contaminados con fluidos biológicos potencialmente infectantes. Son muchos los microorganismos a los que pueden estar expuestos patólogos y sus ayudantes durante la autopsia. Mycobacterium tuberculosis (especialmente las cepas multi-resistentes), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Hepatitis B (VHB) y Hepatitis C (VHC), de la Rabia, Influenza H1N1, Hantavirus, virus hemorrágicos altamente letales (Ebola, virus de Lassa, fiebre de la montañas rocosas), así como hongos, Treponema pallidum y Salmonella typhi.

En los últimos años han aparecido otros agentes infecciosos, los priones, causantes de la encefalopatía espongiforme, que puede transmitirse por exposición percútanea del autopsista.
El control del riesgo biológico exige la adopción de medidas, entre las que se pueden destacar las siguientes: Medidas relativas a las instalaciones, inmunización, medidas higiénicas, equipos de protección individual (EPI), disminución de la formación de aerosoles y precauciones relativas a objetos cortantes y punzantes.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, la diversidad de peligros existentes en la autopsia y su nivel de riesgo, exigen una correcta gestión en la que es fundamental la implicación de la organización, que debe dotar de los medios necesarios, y la concienciación del patólogo y sus ayudantes en la necesidad de proteger su salud.

6 Bibliografía

1- Hernández Calleja A. NTP 700: Precauciones para el control de las infecciones en centros sanitarios. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España
2- Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en

el Trabajo. España.
3- Martí Solé MC, Alonso Espadalé RM, Constans Aubert A. NTP 571: Exposición a agentes biológicos: equipos de protección individual. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España
4- Martí Solé MC, Alonso Espadalé RM, Constans Aubert A. NTP 572: Exposición a agentes biológicos. La gestión de equipos de protección individual en centros sanitarios. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España

Capítulo 1322

CULTIVO Y BIOPSIA DE TEJIDO GÁSTRICO.

LAURA CAMAFREITA BEATO

MARIA DEL CARMEN CUERVO ALVAREZ

1 Introducción

Para la realización de esta prueba el paciente precisa una preparación previa, ha de estar en ayunas de al menos ocho horas, también es posible que deba suspender o ajustar medicación para no alterar los resultados del cultivo de muestras biológicas
La biopsia de tejido gástrico se toma directamente del estómago para su análisis a través del procedimiento de gastroscopia de vías digestivas altas. Se realiza mediante un gastroscopio, un tubo flexible, con una cámara en el extremo distal. Posteriormente se conserva en un frasco de formol para ser enviada y examinada en el laboratorio, en búsqueda de bacterias y otros microorganismos, además también sirve para detectar cáncer u otros problemas.

Un cultivo de biopsia de tejido gástrico es de gran ayuda para detectar: cáncer, Infecciones como el Helicobacter Pylori (bacteria causante de úlcera gáSi una muestra de tejido gástrico que no da resultado de cancerosa ni arroja resultados de daño en la pared del estómago, además de no estar infectada por microorganismos. Esta se considera normal en ausencia de determinadas bacterias.
El resultado del cultivo de muestras tarda entre 24 y 96 horas.

Es importante que la muestra biopsiada tenga un tamaño adecuado para poder ser analizada. Tan importante como el tamaño de la muestra, es el lugar donde se toma la muestra, para evitar tener que repetir la prueba.
Gracias a la acidez del estómago, se evita la proliferación de bacterias, excepto el Helicobacter Pylori, que se encuentra en el estómago, su medio ideal.

2 Objetivos

Describir las pautas previas a una biopsia de tejido gástrico.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se haempleado descriptores como: cultivo, biopsia y gastroscopia, cultivo tejido gástrico

4 Bibliografía

- ElsevierSaunders, Gastrointestinal and Liver Disease, SEED
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1323

SECRETO PROFESIONAL EN SANIDAD.

NOEMI LOBO ROSARIO

ANA GARCÍA ROSARIO

1 Introducción

El secreto profesional es una obligación de confidencialidad, que se impone por la necesidad de que exista una absoluta confianza entre el profesional y quienes acuden a solicitar sus servicios, un respeto a la intimidad del paciente.

Encuentra su fundamento en la Constitución española (art. 18.1 y 20) y también goza de regulación en los diferentes sectores del ordenamiento jurídico interno (administrativo, civil, laboral, procesal y penal), así como en el Derecho internacional y comunitario.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia del secreto profesional en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El secreto profesional en el ámbito sanitario es uno de los pilares básicos sobre los que se asienta la relación médico-paciente ya que los profesionales sanitarios acceden a datos personales y de salud pertenecientes a la esfera íntima de la persona, cuya divulgación podría suponer señalar o discriminar a la persona.

El secreto no es una simple obligación de una persona (profesional sanitario) hacia otra (paciente), sino que es una característica del conjunto de las profesiones sanitarias: la sociedad necesita confiar en que la información que se revela con motivo de la asistencia sanitaria no va a ser divulgada.

Por eso, el secreto profesional es un compromiso ético y legal que adquieren los sanitarios, frente al paciente y la sociedad, de no dar a conocer aquello que les ha sido confiado por el enfermo. Sin embargo, en ocasiones, el médico se ve en el compromiso de tener que saltarse esta obligación debido a circunstancias que se anteponen al juramento hipocrático (juramento ético) por ser excepciones que dan prioridad al bien colectivo, por encima de los intereses del individuo.

Este deber de guardar secreto, tiene una serie de limitaciones. En algunos casos los profesionales sanitarios pueden revelar datos del paciente bajo el amparo de la ley, sin que sean sancionados:

-Cuando el paciente lo autorice: en este caso entran por ejemplo pacientes que pidan al médico que explique a sus familiares o acompañantes los detalles de su diagnóstico o su tratamiento, otro ejemplo sería un paciente que necesite una licencia deportiva.

-Imperativo Legal: cuando se exija colaborar con la justicia los profesionales sanitarios están la obligación de revelar determinados datos o informaciones relativas a un paciente. Art 262 “los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente”. El profesional sanitario obligado a actuar como testigo deberá poner en conocimiento del juez su deber de secreto.

-Cuando se encuentre un riesgo para terceros: el profesional sanitario sabe que

el estado de salud de uno de sus pacientes puede constituir un peligro para otras personas. El profesional ha de ofrecerse a mediar en el proceso de información o informar al paciente de las consecuencias legales que tiene el contagio de una enfermedad a sabiendas. Si la negativa persiste se ha de romper el secreto profesional.

Fuera de estos contextos el secreto profesional no puede ser quebrado.

5 Discusión-Conclusión

Infringir el secreto profesional es un delito, que se castiga con la pena de prisión de uno a cuatro años, multas e inhabilitación especial para la profesión por un tiempo de dos a seis años.

Esta obligación se ampara en la Constitución Española, que recoge el derecho a la intimidad, en el artículo 18.1. También aparece en normas sanitarias, como en la Ley General de Sanidad y en la Ley Básica de Autonomía del Paciente y de Documentación Clínica.

La obligación de secreto profesional dura toda la vida del profesional sanitario.

6 Bibliografía

- Constitución Española.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Información jurídica inteligente https://libros-revistas-derecho.vlex.es
- https://www.berri.es/pdf/manual
CTO de oposiciones de medicina.

Capítulo 1324

COLANGIOGRAFÍA POR RESONANCIA.

M.CRUZ ALVAREZ ALONSO

1 Introducción

La colangioresonancia, es una resonancia abdominal, para el estudio de hígado, vías biliares y páncreas, no hace falta inyectar contraste al paciente, ya que la bilis dentro de los conductos, sirve como contraste, si es conveniente dar al paciente un zumo de piña, para borrar la silueta del duodeno. Será necesario inyectar contraste , si hay que estudiar el hígado, el páncreas, o hay que estudiar alguna lesión sospechosa.
No requiere sedación y no produce radiación.
Tiempo de duración del estudio aproximadamente entre 30 y 45 minutos.

2 Objetivos

- Determinar en qué consiste el método colangioresonancia.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Marco teórico.
Paciente se le pasa a una cabina, para que se quite la ropa y donde dejará todos los objetos personales para pasar a la sala del estudio.
Tumbaremos al paciente , en la posición decúbito supino, en ayunas de 6 horas.
Se debe colocar al paciente un navegador , sobre la parte superior del abdomen o encima del tórax, para poder monitorizar la respiración desde la estación de trabajo.
El punto de centraje es sobre apófisis xifoides. También se puede utilizar como referencia, crestas iliacas , quedando el límite inferior de la antena justo por debajo de estas, abarcando desde crestas iliacas hacia arriba.El software nos indicará con una ventana de advertencia cuando debemos indicar al paciente que aguante la respiración(ápnea respiratoria), se pueden variar los tiempos dependiendo del número de cortes.

Protocolo:
• Survey o localizador.
• T2 TSE CORONAL.
• T2 TSE AXIAL.
• T2 SPAIR AXIAL.
• Difusión
• SS MRCP RADIALES.
• SS MRCP 3D HR.
Las tres primeras secuencias (coronales y axiales) se programan igual que un estudio de hígado, con el paquete centrado aproximadamente en la línea media.
Las secuencias de supresión grasa, deben tener activado el SHIMMING(homogeneizar el campo).
Se pueden variar los tiempos de apnea en cada secuencia, si el paciente tiene poca capacidad pulmonar.
Los RADIALES se centrarán en la vía biliar lo mejor que se pueda, mirando que no pasen por el canal medular, ésta secuencia posee 6 periodos de apnea, en los que hay que indicar al paciente que no respire en cada uno de ellos. Es importante explicar al paciente como debe hacer las respiraciones, para que el estudio pueda ser realizado correctamente.
La secuencia de 3D vienen definidos 120 cortes ,es mejor disminuirlos para re-

ducir el tiempo, es una secuencia sincronizada (navegador), que depende del ritmo respiratorio del paciente, no requiere colaboración por parte de éste.

4 Resultados

La colangio- RM es un método de diagnóstico por imagen excelente para evaluar la anatomía, las variantes anatómicas y la patología del árbol biliar.
Es la técnica de elección para el estudio de la vía biliar intra y extrahepática.
Sustituye a la CPRE en la valoración de la anastomosis biliar .
Mayor sensibilidad que la ecografía y el TAC.

MATERIAL

- Resonancia de alto campo 1´5 T Philips.
- Consentimiento firmado por el paciente.
- Zumo de piña para borrar la silueta del duodeno.
- Antena cuadratura Torsopa , para estudios abdomino- pélvicos, procurando que la zona de estudio quede en el centro de la antena.

5 Discusión-Conclusión

Técnica relativamente nueva de 1991, no invasiva, con una elevada exactitud diagnóstica, no necesita sedación, no produce radiación y se realiza aproximadamente en unos 30 minutos.

6 Bibliografía

- J.A. Soto, O. Álvarez, J.E. Loper. Billary obstrucion: findings at MR cholangiography and cross- sectional MR Imaging. Radiographics 2000.
- Federle M. Los 100 diagnósticos principales en abdomen. Serie radiológica clínica Elsevier. Edición en español 2004.
- Protocolos en resonancia magnética Philips, autor Pedro Garrido.

Capítulo 1325

TÉCNICA MAMOGRÁFICA EN PACIENTES CON PRÓTESIS MAMARIAS.

M.CRUZ ALVAREZ ALONSO

1 Introducción

La técnica de mamografía para pacientes con prótesis mamarias , dificulta la detección del cáncer de mama , debido a la silicona y a la solución salina de la que están rellenas las prótesis dando imágenes que alteran los resultados y que son muy poco fiables.
En pacientes sin prótesis mamarias, como protocolo se realizan dos proyecciones de cada pecho, la cráneo- caudal y la oblícua. En los últimos años los pacientes con prótesis mamarias se realiza la técnica de Eklund.

2 Objetivos

Mostrar la realización de mamografías en pacientes con prótesis mamaria, a través de la técnica de Eklund , cuyo nombre se debe al médico que la descubrió en 1898.

3 Metodología

Un mamógrafo digital, en el que se obtienen imágenes en tomosíntesis 3D,con baja dosis tomo HD. El equipo cuenta con un sensor (CAE) aplicable, cuando realizamos la proyección específica Eklund, centrándonos en el área de interés, en

éste caso, la parte de tejido mamario, permitiéndonos mejorar la imagen y disminuyendo la dosis de exposición, asimismo usamos el modo manual buscando el equilibrio entre los dos espesores (prótesis y tejido).
La técnica consiste en el desplazamiento de la prótesis hacia la pared torácica, quedando fuera de la pala de compresión y comprimiendo solo el tejido mamario. Se realizan las proyecciones protocolarias: Cráneo- caudal y oblícua medio lateral de ambas mamas de 2 formas, mamografía sin incluir la prótesis o lo menos posible con técnica de Eklund y mamografía incluyendo la prótesis

4 Resultados

Obtención de imágenes de la anatomía mamaria en pacientes portadora de prótesis ya sea retroglandular o retropectoral, con la finalidad de conseguir la evaluación del tejido mamario (detección del cáncer de mama) como de la prótesis (rotura o posibles alteraciones).

5 Discusión-Conclusión

Los T.E.R. juegan un papel muy importante en la realización de ésta técnica, ya que de ellos depende la obtención de una imagen óptima, siendo dificultoso en algunos casos por la poca cantidad de tejido glandular delante de la prótesis.

6 Bibliografía

- Técnica radiológica en mamografía de Linda Lee y colaboradores, Marban 1998, cap 1.
- La mama en imágenes de Kopans. D, Ed Marban cap. 5 pág105.

Capítulo 1326

RESONANCIA MAGNÉTICA EN TRAUMATOLOGÍA DEPORTIVA.

SILVIA RODRÍGUEZ ALGORA

1 Introducción

La resonancia magnética es una técnica de imagen muy importante en el campo de la traumatología deportiva y está siendo cada vez más utilizada por los traumatólogos deportivos.

Esta técnica permite visualizar con mucho detalle las articulaciones, tejidos blandos y huesos, por lo que es la mejor opción cuando se quiere localizar lesiones como, por ejemplo:
• Lesiones óseas: fracturas o edema óseo.
• Lesiones ligamentosas: roturas o esguinces de ligamentos.
• Lesiones en los meniscos: meniscopatía o rotura meniscal.
• Bursal: bursitis.
• Lesiones tendinosas: rotura del manguito rotador, tenosinovitis…
• Lesiones cartilaginosas: actualmente este tipo de lesiones aún no se visualiza con claridad, aunque están apareciendo nuevos modelos de resonancia magnética que son capaces de localizar lesiones en el cartílago.

Grado 0: Sin hallazgos.
Grado 1: Señal hipointensa T1, hiperintensa T2 y STIR.
Grado 2: Señal hipointensa T1, hiperintensa T2 y STIR + factores de mal pronóstico. O bien, señal hiperintensa T1 e hiperintensa T2.
Grado 3: Señal hiperintensa T1, hiperintensa T2 y factores de mal pronóstico

2 Objetivos

- Detectar anomalías en articulaciones producidas por traumatismos
- Detectar problemas en los discos de la columna vertebral, infecciones óseas, tumores en huesos y tejidos blandos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La resonancia magnética consiste en una exámen no invasivo que emplea un campo magnético potente , ondas de radio y una computadora para crear imágenes detalladas de las estructuras internas del cuerpo.

Es importante recalcar que no emplea radiación (rayos x) son ondas de radiofrecuencia realinean los átomos de hidrógeno que existen naturalmente dentro del cuerpo., no causando ningún daño en los tejidos.

En ocasiones es preciso administrar un contrate, por lo que es importante saber alergias del paciente, aunque el contrate en la RMN es el gadolinio y tiene menos probabilidades de causar reacción alérgica que los materiales yodados utilizados para los rayos X y las exploraciones por tomografia computerizada.

L a unidad de RMN tradicional es un gran tubo de forma cilíndrica rodeado por un imán circular , el paciente se acuesta sobre una mesa que se desliza hacia el centro del imán.

Esta técnica permite la visualización de pequeñas lesiones en articulaciones, ligamentos y músculos. Además, podemos combinar los datos que nos proporciona un estudio con resonancia magnética con los datos que nos proporciona una ecografía muscular. De esta manera, podremos conocer cuál será la duración de la lesión aproximadamente. Esto último es de especial relevancia en caso de que

se trate de deportistas profesionales, ya que, en estos casos, es importante prever con la mayor aproximación posible la duración del reposo y cuándo va a ser posible la vuelta a la actividad deportiva.

5 Discusión-Conclusión

La RMN por su alta resoluciónanatómica y capacidad multiplanar, es el método de elección para la detección de lesiones musculares de localización atípica o profunda.

Posee una alta sensibilidad para brindar imágenes de gran contraste en tejidos blandos y en planos profundos, así como, una gran especificidad para el disagnóstico diferencial de un desgarro muscular frente a un proceso infiltrativo primario.

Entre sus desventajas destaca:
- Costo elevado
- Difícil acceso
- Requiere actitud estática

6 Bibliografía

- www.radiologyinfo.org
- www.elsevier.es
- www.mayoclinic.org
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1327

EL USO DE LA GAMMAGRAFÍA EN LAS ENTESOPATÍAS.

SILVIA RODRÍGUEZ ALGORA

1 Introducción

Las entesopatías son lesiones esqueléticas producidas por sobrecarga que se asientan en la entesis. Por otro lado, las entesopatías que tienen origen en la práctica de alguna actividad deportiva consisten en la inflamación de la unidad músculotendinosa en la zona de inserción ósea y son provocadas por una sobrecarga muscular repetida. Si se aplica demasiado estrés a la unión anteriormente mencionada con tracción reiterada en la interfase perióstica, las fibras de Sharpey terminan siendo afectadas, lo que desencadena un incremento de la actividad osteoblástica focal que puede ser visualizado a través de una gammagrafía ósea.

2 Objetivos

- Detectar alteraciones en la fijación del trazador radiactivo al hueso para identificar o descartar diferentes patologías osteo-articulares.
- Detectar precozmente cualquier alteración que se produzcan en el hueso.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La gammagrafía ósea puede utilizarse para detectar aquellas entesopatías que afectan al aparato extensor de la rodilla, ya que las imágenes muestran una reacción osteogénica patológica en el área de inserción. En estas imágenes, se observa hipercaptación del radiotrazador en el área de inserción del músculo cuádriceps en la rótula o del tendón rotuliano en el vértice rotuliano o en la tuberosidad tibial anterior. Este último caso, en pacientes adolescentes, debe diferenciarse de la enfermedad de Osgood-Schlatter.

La técnica consiste en la inyección intravenosa del trazador radioactivo (compuestos fosfatados marcados con tenecio 99mm) el cual se fija al hueso.

Tras la administración, se procede a la obtención de imágenes que puede ser desde los 5 o 10 minutos, hasta 2 horas post-inyección.

- Síndrome de estrés tibial medial, síndrome de la espinilla dolorosa o shin splints: consiste en dolor y pesadez en la mitad distal de la pierna de los deportistas. la gammagrafía ósea muestra una imagen activa lineal de intensidad variable característica de la fase tardía, localizada a lo largo del borde posteromedial del tercio medio o distal de la tibia. En muchas ocasiones, esta lesión es bilateral.

La gammagrafía ósea también permite diferenciar esta lesión de lesiones de otro tipo como las fracturas por estrés y el sd. compartimental.

- Rodilla del saltador o tendinitis infrapatelar: esta lesión afecta al aparato extensor de la rodilla, específicamente a la inserción del tendón rotuliano en el polo inferior de la rótula. Es frecuente encontrar este tipo de entesopatía en deportistas que practican deportes de salto y lanzamiento, voleibol, baloncesto y halterofilia. En este tipo de lesión, la gammagrafía ósea se utiliza en la evaluación preoperatoria.

- Entesopatía aquílea o tendinopatía de inserción aquílea: en la fase aguda de la lesión, la gammagrafía ósea muestra una imagen con aumento de captación en la zona de inserción en el calcáneo del tendón de Aquiles
Esta afección se produce tras largos periodos de entrenamiento intenso con dorsi-

flexión excesiva o mecánica defectuosa. Por ejemplo, en deportistas que realizan recorridos con pendiente hacia abajo.

Realizar un diagnóstico cuando la lesión se encuentra en la fase aguda es de crucial importancia para evitar que el tendón siga sufriendo daños y, por consiguiente, sufra una rotura.

- Fascitis plantar: esta lesión se produce por sobrecarga. En la gammagrafía se muestran imágenes con un aumento focal de la captación del radiotrazador en el borde inferior de la tuberosidad calcánea, en la zona de origen de la fascia plantar y, en ocasiones, en la inserción de la fascia plantar en las bases de las falanges proximales.

- Tendinitis del tibial posterior: lesión frecuente en bailarinas y gimnastas. También se relaciona con enfermedades reumatológicas.

- Epicondilitis lateral o codo de tenista: lesión que afecta a la inserción de los músculos epicondíleos.

- Epicondilitis medial o epitrocleitis: lesión provocada por sobrecarga en las inserciones de los músculos flexores y pronadores en la epitróclea.

- Lesión de Ringman o periostitis humeral: la gammagrafía ósea muestra imágenes con hipercaptación lineal en el tercio proximal medio de la diáfisis humeral debido a la lesión producida en la zona de inserción del músculo pectoral mayor.

- Entesopatía en área de inserción del tendón bicipital: lesión que se produce en la tuberosidad bicipital del radio.

- Entesitis en la inserción del tendón braquioradial: lesión que se produce en la apófisis estiloides del radio.

- Osteopatía de pubis o sínfisis púbica de estrés: esta lesión se produce por sobrecarga en el origen de los músculos aductores largos, del músculo gracilis o recto interno y de los rectos abdominales, que provocan fuerzas de tensión en la sínfisis del pubis. Mediante una gammagarfía ósea se observa un incremento bilateral de la captación del radiotrazador en las ramas púbicas y en la sínfisis con estrechamiento de la sínfisis fibrocartilaginosa.

Para obtener unas imágenes de buena calidad es necesario adquirirlas con la vejiga urinaria vacía.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la resolución de las imágenes de medicina nuclear podría no ser tan buena como la de la tomografia computerizada o de la RMN. Sin embargo , las exploraciones por medicina nuclear son más sensibles que otras técnicas para una variedad de indicaciones y la información funcional que proporcionan es por lo general , imposible de obtener mediante otras técnicas de diagnóstico por imagen

6 Bibliografía

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

Capítulo 1328

ENFERMEDAD HEMOLÍTICA; ERITROBLASTOSIS FETAL.

MÓNICA GARCÍA RODRÍGUEZ

LETICIA VANESSA COELLO MENDEZ

NATALIA VENTOSELA NOVOA

1 Introducción

Es una afección inmunologica autoinmunitaria, en la que la vida de los hematíes se acorta.
Las incompatibilidades mas frecuentes son las del sistema ABO, pero con mayor transcendencia clínica es el sistema RH.

• ABO

Suele darse en madres grupo "O" y con descendencia A o B. Anti-A y ANTI-B, son IGM, con lo que no atraviesa la placenta.
Madres "O" son las aptas para formar IgG anti-A, anti-B y anti-AB.

Al realizar CD: sera positivo, hay que hacer el titulo de IgG materno y ver los resultados de la bilirrubina.

En general causa ictericia entre 24 y 48 horas de vida. Rara vez es necesaria exanguinotransfusión por anemia o hiperbilirrubinemia.

Hiperbilirrubinemia: coloración amarillenta de piel y mucosas. Bilirrubina serica en RN >5mg/dl (ictericia)

Exanguinotransfusión: retira el mayor número de eritrocitos hemolizados y cubiertos con Acs, así como aquellos Acs no unidos y mueve la bilirrubina del plasma. Indicaciones:corrige rápidamente anemia e insuficiencia cardíaca RN con eritroblastosis severa. Trata la hiperbilirrubinemia indirecta cuando alcanza cifras de riesgo tóxico para SNC, cuando la fototerapia no logra controlarla.

• RH

Siempre con madres RH (-).Debido a anti-D solo o asociado a otros Ags del sistema RH como
(anti-c, anti-E)
RH: es un proteína que se encuentra en la superficie de los hematíes de la mayoría de la población 85%.
El sistema RH (>50 Ags) hay 6 Ags determinantes de la mayoría de los fenotipos D,d,C,c,E,e
D es el mas inmunogeno.
El RH es dominante aunque se una a un RH(-) prevalece el (+) si eres DD= Rh (+) homocigoto si eres Dd = Rh (+) heterocigoto si eres dd = Rh (-) homocigoto
El feto hereda 1 antígeno del padre no presente en ella madre.
Madre Rh (-) + Padre (+) = RN Rh (+)
Padre transmite set de 3 Ags. Los más comunes:
-Cde
-cde
-cDE
Padre homocigoto DD: los hijos 100% Rh (+)
Padre heterocigoto Dd: los hijos 50% Rh(+) y el otro 50% Rh(-)

Madre RH(-) si el embarazo llega a termino o no.El RN o posible RN Rh(+) se produce la isoinmunización materna que es el proceso por el cual la madre desarrolla Acs IgM en respuesta al contacto con el Ag del feto. Cuando hay un 2º embarazo de un feto Rh(+) la madre produce Acs IgG que pasan al feto a través de la placenta y destruyen los hematíes fetales(>16 semanas de gestación) entonces se produce la enfermedad hemolítica perinatal.

2 Objetivos

- Revisar la sistemática actual en los casos de enfermedad hemolítica en el recién nacido.

3 Metodología

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

4 Resultados

Determinación
-Identificar mujeres Rh(-) que deben recibir la profilaxis anti-D. Embarazo a término o no: Grupo(hematico y serico) + Rh
-Detectar e identificar y monitorizar los Acs irregulares que pueden afectar al feto o RN.
-Realizar grupo RN en tarjeta o tubo con sangre de cordón por lo general: Grupo hematico + Rh. No serico.
-Si madre Ac irregulares positivos durante embarazo: Coombs directo en la sangre del cordón RN.
-Si madre Rh(-) y RN Rh(+): tinción hemoglobina fetal(Kleihauer-Betke) para determinar la cantidad de dosis de inmunoglobulina anti-D que debe de ponérsele a la paciente.

Procedimiento: Teñir extensión de sangre periférica de la madre.

Control de calidad: ! Extensión sangre de adulto normal que sera el control(-) ausencia de hemoglobina fetal(HbF) y otra del RN sangre del cordón con EDTA que sera el control (+) con HbF. Se observan las tinciones 1000X: HbF(se ve color rojo brillante las células) y Ausencia de HbF(presencia de células fantasma"sin coloración")

Sangre materna: contar el numero total de hematíes en 5 campos y determinar el promedio por campo. Contar numero de hematíes con HbF en unos 30 campos y determinar el promedio por campo. Calcular % de hematíes HbF basándose en el numero total de hematíes por campo. Resultado %HbF presente.
Tratamiento: Administración de gammaglobulina anti-D
Profilaxis: Hacer la tinción para calcular la dosis a administrar a las 72 horas siguientes al parto de feto Rh (+), aborto(inducido o espontaneo) ,embarazo ectopico o metrorragia.

28 semanas gestante si el padre Rh(+). Durante la 1º mitad del embarazo en mujeres previamente sensibilizadas o con factores de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Es una patología que a ido en descenso pero todavía existe. Gracias a la inmunoprofilaxis de la gammaglobulina anti-Rh la isoinmunización a ido descendiendo. Con el diagnostico precoz permite el control de la patología y evitar casos de enfermedad grave. Gracias a los obstetras, hematólogos y a una buena práctica de los protocolos consensuados y a los avances en las técnicas inmunohematologicas.

6 Bibliografía

- SETS(marzo 2008) protocolo de diagnostico y prevención de la enfermedad hemolítica del feto y RN
- Harvey G. Klein MD ,David J. Anstee PhD. "Mollison´s blood transfusion in clinical medicine". 2014, John Wiley & Sons, Ltd.
- Villegas Cruz, Débora et al. "Enfermedad hemolítica del recién nacido por incompatibilidad ABO". Revista Cubana Pediatría v.79 n.4. Habana, Oct.-Dic. 2007
- Hemoglobina fetal Sigma-Aldrich. Procedimiento número 285

Capítulo 1329

POLICITEMIA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL SIGLO XXI Y PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

TAMARA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

¿Qué es la policitemia?
La Policitemia vera (PV) es una enfermedad de la médula ósea que lleva a un aumento anormal de la cantidad de células sanguíneas. Principalmente afecta los glóbulos rojos.
Es un trastorno mieloproliferativo crónico caracterizado por un aumento del número de eritrocitos, leucocitos y plaquetas morfológicamente normales; la eritrocitosis es típica. El 30% de los pacientes eventualmente desarrollan mielofibrosis e insuficiencia de la médula ósea; la leucemia aguda ocurre espontáneamente en 1 a 2,5%. Existe un mayor riesgo de hemorragia y trombosis arterial o venosa. Las manifestaciones comunes incluyen esplenomegalia, eventos microvasculares (p. ej., ataques isquémicos transitorios, eritromelalgia, migraña ocular) y prurito acuagénico (picazón provocada por la exposición al agua caliente).
Nombres alternativos
Policitemia primaria; Policitemia rubra vera; Trastorno mieloproliferativo; Eritremia; Policitemia esplenomegalia; Enfermedad de Vaquez; Enfermedad

de Osler; Policitemia con cianosis crónica; Eritrocitosis megaloesplénica; Policitemia criptógena.

Fisiopatología
La policitemia vera implica una mayor producción de todas las líneas celulares: eritrocitos, leucocitos y plaquetas. Por lo tanto, la PV a veces se denomina panmielosis, debido a las elevaciones de los 3 componentes de la sangre periférica. La hiperproducción limitada a los eritrocitos se denomina eritrocitosis; la eritrocitosis aislada puede observarse en la policitemia vera, pero es más frecuente que se deba a otras causas (eritrocitosis secundaria). En la policitemia vera, la producción de eritrocitos es independiente de la eritropoyetina.
La hematopoyesis extramedular tiene lugar en el bazo, el hígado y otros sitios con potencial para la formación de células sanguíneas. En la PV, a diferencia de lo que ocurre con las eritrocitosis secundarias, el aumento de la masa eritrocítica a menudo se enmascara inicialmente por un incremento en el volumen de plasma que deja el hematocrito en el rango normal. Este es particularmente el caso en las mujeres, que con mayor frecuencia se presentan con trombosis de la vena hepática y Hto normal.
La deficiencia de hierro eventualmente puede ocurrir debido a la mayor necesidad de hierro para producir glóbulos rojos. En presencia de deficiencia de hierro de cualquier tipo, los eritrocitos se vuelven cada vez más pequeños (eritrocitosis microcítica) porque la concentración de hemoglobina de los eritrocitos (CHCM) se defiende a expensas del volumen de eritrocitos (VCM). Aunque los pacientes con deficiencia de hierro por otras causas se vuelven anémicos, los pacientes con PV tienen mayor producción de eritrocitos y, por lo tanto, incluso con deficiencia de hierro, el Hto es en principio normal, pero con índices microcíticos de los eritrocitos; esta combinación de hallazgos (hematopoyesis limitada por hierro) es un sello distintivo de la PV.
Finalmente, la progresión puede conducir a una fase tardía, con un fenotipo indistinguible del de la mielofibrosis primaria.
La transformación a una leucemia aguda es rara, aunque el riesgo aumenta en caso de exposición a agentes alquilantes, como clorambucilo, fósforo radiactivo (principalmente de importancia histórica) y posiblemente hidroxiurea.

Causas.
Existen múltiples causas de esta anomalía en la producción de glóbulos rojos que se han relacionado con la policitemia vera:

- Mayor sensibilidad de las células al estímulo que desencadena el proceso de

creación de glóbulos rojos.
- Una alteración de los receptores de la proteína (trombopoyetina) que provoca el crecimiento de las células sanguíneas de forma incontrolada.
- Anomalías en determinados cromosomas. En concreto, se ha identificado una mutación en el gen Jak2 en el 90% de los casos de policitemia vera4. La causa de esta anomalía genética se desconoce y no es una afección hereditaria.

La PV es una afección poco común que se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. Normalmente no se ve en personas menores de 40 años. Por lo regular, el problema está asociado con una anomalía en un gen llamado JAK2V617F.Existen casos en los que la producción de glóbulos rojos no se puede asociar a ninguna de las causas anteriores y se desconoce, por tanto, cuál es el origen de la patología.

Base genética.
La policitemia vera es causada por hematopoyesis clonal debido a una mutación en una célula madre hematopoyética.
Las mutaciones del gen de Janus cinasa 2 (JAK2) son responsables en una alta proporción de casos de policitemia vera. JAK2 es un miembro de la familia de enzimas tirosina cinasa y está involucrado en la transducción de señales para eritropoyetina, trombopoyetina y G-CSF entre otras. En forma específica, la mutación JAK2V617F o la del exón 12 JAK2 está presente en casi todos los pacientes con policitemia vera. Sin embargo, recientemente se han encontrado mutaciones en calreticulina (CALR) en pacientes con PV que carecen de una mutación en JAK2 y se han encontrado mutaciones en la proteína adaptadora linfocítica (LNK) en pacientes con eritrocitosis aislada. Estas mutaciones inducen la activación sostenida de la JAK2 cinasa, que causa una producción excesiva de células sanguíneas independiente de la eritropoyetina.

Tipos de policitemia.
La policitemia primaria (polycythemia vera) involucra una sobreproducción de los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas por una anormalidad de la médula ósea. Generalmente afecta a adultos mayores de 40 años (pero varía en edad de los 15 a los 90 años) y es ligeramente más común en los hombres.
La policitemia secundaria (policitemia reactiva) involucra una sobreproducción de glóbulos rojos en la sangre debido a una enfermedad (en vez de una anormalidad en la médula ósea).
La policitemia relativa (a veces llamada pseudopolicitemia) involucra una sobreproducción de glóbulos rojos que se debe a una disminución del plasma sanguí-

neo.

Síntomas.
Muchas personas con policitemia vera no tienen signos ni síntomas. Otras pueden presentar:
-Picazón, especialmente luego de un baño o una ducha caliente.
- Dolor de cabeza.
- Mareos.
- Sangrado o hematomas, en general, menores.
- Debilidad.
- Fatiga.
- Visión borrosa.
- Sudoración excesiva.
- Hinchazón dolorosa de una articulación, generalmente el dedo gordo del pie.
- Dificultad para respirar.
- Entumecimiento, hormigueo, ardor o debilidad en las manos, los pies, los brazos o las piernas.
- Sensación de saciedad o hinchazón de la parte superior izquierda del abdomen debido al agrandamiento del bazo.
- Fiebre.
- Adelgazamiento sin causa aparente.

Diagnóstico.
Análisis de sangre.
Si tienes policitemia vera, el análisis de sangre puede revelar lo siguiente:
- Un aumento en la cantidad de glóbulos rojos y, en algunos casos, un aumento en las plaquetas o los glóbulos blancos.
- Un aumento en el porcentaje de glóbulos rojos que componen el volumen sanguíneo total (medición de hematocritos).
- Niveles elevados de la proteína rica en hierro de los glóbulos rojos que transporta oxígeno (hemoglobina).
- Niveles muy bajos de una hormona que estimula la médula ósea para que produzca nuevos glóbulos rojos (eritropoyetina)

Biopsia o aspirado de médula ósea.
En el aspirado y la biopsia de médula ósea, un médico o un enfermero usan una aguja delgada para extraer una pequeña cantidad de médula ósea líquida, generalmente de un punto en la parte posterior del hueso de la cadera (pelvis). En

la segunda parte de este procedimiento, se extrae una pequeña porción de tejido óseo con la médula incluida.
Si el médico sospecha que tienes policitemia vera, podría recomendar una biopsia o un aspirado de médula ósea para extraer una muestra de médula ósea y analizarla. Una biopsia de médula ósea implica tomar una muestra de material sólido de la médula ósea.
Generalmente, el aspirado de médula ósea se realiza al mismo tiempo. Durante la realización de un aspirado, el médico extrae una muestra de la parte líquida de la médula.

Pruebas para la mutación genética que ocasiona policitemia vera.
Si tienes policitemia vera, un análisis de la médula ósea o de sangre también puede revelar la mutación JAK2 en las células que está asociada a la enfermedad.

Tratamiento
La policitemia vera es una enfermedad crónica que no tiene cura. El tratamiento se centra en la reducción de la cantidad de células sanguíneas. En muchos casos, el tratamiento puede reducir el riesgo de tener complicaciones a partir de la policitemia vera y aliviar los signos y síntomas.
El tratamiento puede comprender:
- Extraer sangre de las venas. Por lo general, la primera opción de tratamiento para las personas que padecen policitemia vera es la extracción de un poco de sangre de las venas en un procedimiento llamado «flebotomía». Esto reduce la cantidad de células sanguíneas y disminuye el volumen de sangre, lo que hace más fácil su funcionamiento. La frecuencia con la que necesitas una flebotomía depende de la gravedad de tu enfermedad.
- Dosis baja de aspirina. El médico puede recomendarte que tomes una dosis baja de aspirina para reducir el riesgo de que se formen coágulos. Las dosis bajas de aspirina también podrían ayudar a reducir el ardor en los pies o las manos.
- Medicamentos para disminuir las células sanguíneas. Las personas con policitemia vera que no obtienen resultados con la flebotomía solamente, podrían usar medicamentos, como la hidroxiurea (Droxia, Hydrea), para inhibir la capacidad de la médula ósea de producir células sanguíneas.
El interferón alfa puede usarse para estimular el sistema inmunitario con el fin de combatir la producción excesiva de glóbulos rojos. Podría utilizarse en personas que no responden bien a la hidroxiurea. Se está estudiando en ensayos clínicos.
- Medicamentos para destruir las células cancerosas. El ruxolitinib (Jakafi) está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para tratar a personas con policitemia vera que no responden a la hidroxiurea o que no pueden

tomarla. Ayuda al sistema inmunitario a destruir las células cancerosas y puede mejorar algunos de los síntomas de la policitemia vera.
- Terapia para disminuir la picazón. Si sientes una picazón molesta, el médico puede recetar medicamentos, por ejemplo antihistamínicos, o recomendarte un tratamiento con luz ultravioleta para aliviar el malestar.
Los medicamentos que suelen utilizarse para tratar la depresión, llamados «inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina», ayudaron a aliviar la picazón en los ensayos clínicos. Los ejemplos de ISRS comprenden la paroxetina (Paxil) o la fluoxetina (Prozac).

2 Objetivos

- Revisión de la evolución de la enfermedad de policitemia en el siglo XXI

3 Metodología

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

4 Resultados

Aunque no es una enfermedad curable, por su carácter crónico se acostumbra a manejar de manera eficaz durante largos períodos prolongados. A pesar de ello, el aumento del número de glóbulos rojos y plaquetas en la sangre puede originar las complicaciones hemorrágicas y/o trombóticas antes mencionadas. Al cabo de los años los pacientes con PV pueden evolucionar hacia una mielofibrosis con agotamiento medular (déficit de todos los elementos normales de la sangre). De igual modo, y en especial tras muchos años de tratamiento con hidroxiurea, puede producirse una evolución a leucemia mieloblástica aguda.
La policitemia vera es una enfermedad crónica. Aunque no es curable, la policitemia vera generalmente se puede manejar de manera eficaz durante largos períodos de tiempo, incluso por décadas. Sin embargo, puede acortar la esperanza de vida en algunos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Evolución de la enfermedad en el siglo XXI:
Aunque hace muchos años se conocían diversas anomalías celulares y fisiológicas en esta enfermedad, el descubrimiento más importante tuvo lugar en el año 2005 al detectar cuatro grupos diferentes de investigadores, que en muchos pacientes con distintas EMPC, existía un cambio o (mutación) adquirido (no hereditario), de un gen llamado Jak2 que tiene un importante papel en la multiplicación de células que como las sanguíneas regulan está a través de receptores en la cubierta celular que son sensibles a factores estimulantes (por ejemplo, los precursores de hematíes poseen un receptor para la eritropoyetina o EPO).

La importancia de esta mutación en el desarrollo de las EMPC estriba en que si en condiciones normales el estímulo de la EPO sobre la proliferación celular es limitado en el tiempo, y por tanto dependiente de las necesidades mayores o menores del organismo, cuando Jak2 está mutado, se produce su activación sin necesidad de EPO, y de forma constante. Las otras enfermedades mieloproliferativas crónicas presentan la mutación en aproximadamente la mitad de los casos, pero la PV la tiene en el 95 a 100 %. A pesar de la gran trascendencia de este fenómeno, algunos aspectos aún no están bien aclarados, y se piensa que aún deben encontrarse otras explicaciones.

6 Bibliografía

- Leukemia & lymphoma society disponible en: https://www.llscanada.org.pdf
- Mayoclinic.org, policitemia disponible en: https://www.mayoclinic.org/
- Fundación Josep carreras org, policitemia vera. Disponible en: https://www.fcarreras.org
- AEAL, (Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia), síndromes mieloproliferativos, España. Disponible en: http://www.aeal.es

Capítulo 1330

PRUEBAS DE SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA POR DIFUSIÓN.

VIRGINIA LINARES FERNANDEZ

MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ

MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El antibiograma define la actividad in vitro de uno o varios antibióticos frente a un microorganismo determinado y refleja su capacidad para inhibir el crecimiento de una bacteria o población de bacterias. Los resultados pueden ser cualitativos, indican si la bacteria es sensible o resistente o cuantitativos que determinan la concentración mínima inhibitoria (CMI), es decir, la menor concentración de antimicrobiano capaz de inhibir el crecimiento bacteriano.

2 Objetivos

- Evaluar en el laboratorio la respuesta de un microorganismo a uno o varios antimicrobianos con el fin de instaurar un tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los principales métodos de sensibilidad antimicrobiana por difusión son el método disco-placa y el E-test.

• El método disco-placa consiste en inocular el microorganismo a estudiar en una placa generalmente de Muller Hinton y posteriormente colocar discos impregnados con distintos antibióticos que al entrar en contacto con el medio difunden sobre el agar. Posteriormente se incuban las placas durante 24 horas a 37ºC. Tras la incubación se mide con una regla el diámetro del halo de inhibición y se compara con unos patrones estándares que permiten clasificar los microorganismos en sensible, intermedio o resistente.

• El método E-test consiste en una tira de plástico con un gradiente definido de antibiótico equivalente a 15 diluciones. Se inocula una placa con el microorganismo a estudiar y se coloca la tira E-test sobre su superficie, de forma que el antibiótico difunde sobre el agar creándose un gradiente de concentración de antibiótico. Tras incubar las placas durante 24 horas a 37ºC se observará una zona de inhibición en forma de elipse.

5 Discusión-Conclusión

El método disco-placa no permite una lectura directa de la CMI, sino que nos permite clasificar los microorganismo en sensible, donde la infección puede ser tratada a dosis habituales; intermedio, la infección necesita un incremento de las dosis habituales o resistente donde el antimicrobiano es ineficaz a las dosis habituales.

El método de E-test nos proporciona directamente el valor de la CMI, viene impreso sobre la tira y será el punto de intersección ente el extremo de inhibición y la tira de E-test.

6 Bibliografía

- www.elsevier.es
- www.msdmanuals.com

Capítulo 1331

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN; UNA PETICIÓN, OCHO ESTUDIOS.

ANDREA GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

Ante la petición de los TC de abdomen que llegan al departamento de radiología se abre un amplio abanico de posibilidades que condicionan el tipo de estudio dependiendo de la patología descrita en la petición y del servicio que lo solicita.

2 Objetivos

- Debemos saber que queremos ver y qué servicio lo solicita para determinar el tipo de estudio.

3 Caso clínico

Un estudio de TC de abdomen con contraste, requiere al paciente en ayunas, se le administra el contraste incontravenoso a los 70 segundos de retardo y se visualiza desde las bases pulmonares hasta la sínfisis del pubis.

Suele ser solicitado por el departamento de de Urología o digestivo.

- Un abdomen bosniak, el paciente también debe estar en ayunas ya que también lleva contraste intravenoso, cuenta con cuatro fases, fase sin contraste, fase arterial, fase portal y fase de equilibrio. Suele ser un estudio para categorizar lesiones renales y suele ser solicitado por el servicio de Urología.

- El abdomen bifasico, el paciente también requiere ayunas y lleva dos tipos de contraste, el oral y el intravenoso, tiene dos fases una arterial y otra portal. Suele ser un estudio solicitado por el departamento de digestivo para estudio y estadiaje de lesiones hepáticas.

- El estudio de abdomen multifasico, requiere ayunas por la administración de contraste intravenoso y contraste oral, cuenta con tres fases: una fase arterial una fase portal y una fase de equilibrio punto y aparte suele ser un estudio solicitado por el servicio de digestivo para ver lesiones de hígado y sangrados abdominales. El estudio sin contraste no requiere ayunas del paciente va de bases pulmonares a sinfisis púbica muy importante cogiendo la pared abdominal. Es un estudio de primera aproximación al diagnóstico clínico suele realizarse por dolor abdominal, hernias, diverticulitis, apendicitis, cólico renal. el estudio de urotac es un estudio con contraste por lo que requiere ayunas del paciente también se le debe administrar un litro de agua una hora antes de realizar el estudio cuenta con una fase sin contraste coma una fase a los 70 segundos de retardo tras la administración de contraste intravenoso, y una fase de eliminacion después de esperar 8 min.

- El colonotac es un estudio que requiere preparación unos días antes de la realización se le administra aire insuflado por vía rectal IVA de bases pulmonares sinfisis del pubis. Cuenta con dos fases una fase en decúbito supino y una fase en decúbito prono. Es un estudio solicitado por digestivo para ver intestino grueso y para colonos incompletas punto y aparte enterotac es un estudio con contraste oral se administra al paciente solución Bohm,se le da a beber una hora antes de la realización del estudio dando el último vaso en la mesa del TC también lleva contraste intravenoso . Y seguido es un estudio de digestivo, solicitado para la visualización de intestino delgado.

4 Discusión-Conclusión

Una vez hemos leído y consultado con el radiólogo la petición que tenemos del estudio de TC abdominal debemos ser capaces de saber qué estudió tenemos que realizar.

5 Bibliografía

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

Capítulo 1332

DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE LEGIONELLA PNEUMOPHILA EN ORINA.

VIRGINIA LINARES FERNANDEZ

MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ

MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La legionella pheunophila es una bacteria ambiental que vive en aguas superficiales, aerobia, gram negativa, en forma de bacilo y móvil. Existen 48 especies con más de 70 serogrupos, de los que los 1, 4 y 6 son los que más frecuentemente producen legionelosis. La enfermedad se puede presentar de dos formas, como enfermedad del legionario que es una forma grave de neumonía con fiebre alta o como fiebre de Pontiac que es la forma más leve de la infección.

2 Objetivos

- Detectar antígeno de legionella pneumophila serogrupo 1 en orina de pacientes con síntomas de neumonía.

3 Metodología

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

4 Resultados

El test de detección de antígeno de legionella pneumophila es un ensayo inmunocromatográfico de membrana. En la línea de test de la membrana de nitrocelulosa hay fijados anticuerpos antiserogrupo 1 de legionella pneumophila y en la segunda línea hay adsorbidos otros anticuerpos para la formación de la línea de control.

La técnica consiste en mezclar en un vial 2 gotas de reactivo con 3 gotas de muestra de orina, añadirlas al test y esperar 15 minutos.
La muestra se mueve por la membrana por capilaridad, en caso de que en la orina exista antígeno se unirá a los anticuerpos antirserogrupo 1 formando una línea visible.

5 Discusión-Conclusión

El resultado es positivo si son visibles la línea de test y la de control, negativo si solo aparece la línea de control e inválido si no aparece ninguna línea o solo aparece la línea de test.
Este test en una prueba rápida y fácil y cuenta con la ventaja de que en la orina no existen anticuerpos que alteren los resultados.

6 Bibliografía

- www.cfnavarra.es
- www.aepap.org

Capítulo 1333

HEPATITIS C EN LA SANIDAD ESPAÑOLA.

CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ

MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ

LUCIA GÓMEZ GONZALEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

1 Introducción

La Hepatitis C es una enfermedad del hígado que se transmite por la sangre contaminada. En España afecta al 2% de la población.En la actualidad tiene cura pero si no se trata es mortal.
Hace unos años la prevalencia de contraer este tipo de enfermedad era mayor ya que muchas personas se habían contagiado antes de los años 90 por transfusiones de sangre. Desde que se conoció esta enfermedad hay un control estricto a nivel de prevención e higiene en el ámbito sanitario.

Tipos de Hepatitis C:
- Aguda: De corta duración (6 meses).
- Crónica: De larga duración, si no se trata puede durar toda la vida y causar graves problemas de salud incluso la muerte.

Propensos a contraer la Hepatitis C:

- Drogadictos.
- Transfundidos de sangre u órganos antes de 1992.
- Hemofílicos.
- Personas tatuadas o con perforaciones.
- Madre con hepatitis C.
- Personas con VIH o SIDA.
- Personas con enfermedades de transmisión sexual.
- Personas que practiquen sexo con hombres.
- Tener varias parejas sexuales.

Síntomas:
- Orina de color amarillo oscuro.
- Fatiga.
- Fiebre.
- Heces grises o color arcilla.
- Dolor en las articulaciones.
- Pérdida de apetito.
- Náuseas y vomitos.
- Dolor abdominal.
- Ictericia.

2 Objetivos

- Promover desde la administración sanitaria programas de cribado y de información para que las personas que tienen Hepatitis C, y no lo saben sean diagnosticadas y puedan curarse.

- Ofrecer tratamiento a todas las personas infectadas para reducir el reservorio del virus y foco a partir del que se producen nuevas infecciones con lo cual se obtendría un ahorro económico, ya que se evitaría la atención médica a largo plazo de estas personas. Con esta medida preventiva erradicaríamos la infección y las futuras enfermedades derivadas de ella.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se ha comprobado que siguiendo correctamente las pautas a los 12 meses de tratamiento el paciente puede considerarse curado.
Los programas de criba desde los centros médicos han demostrado ser altamente eficaces, ya que han ayudado a reducir el número de personas infectadas y a detectar a otras que no sabían que padecían la enfermedad, pudiendo así iniciar su tratamiento y reduciendo así el avance de la enfermedad y sus posibles complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Es importante promover dese la administración sanitaria información de esta enfermedad. La OMS calcula que en el año 2030 será erradicada, pero para conseguirlo se deben diagnosticar los casos ocultos y ofrecer tratamiento a todas las personas diagnosticadas.

Gracias a los avances en la investigación de la Hepatitis C se han elaborado varios fármacos para sus tratamiento los cuales poseen una alta respuesta viral sostenible.
Llevando un seguimiento médico y siguiendo correctamente las tomas de las dosis pautadas, el tratamiento es 100% eficaz.

6 Bibliografía

- AASLD-IDSA HCV Guidance Panel. Hepatitis C Guidance 2018 Update: AASLD-IDSA recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C virus infection. Clin Infect Dis. 2018;67(10):1477-1492. PMID: 30215672.
- Centers for Disease Control and Prevention website. Hepatitis C. www.cdc.gov/hepatitis/hcv/cfaq.htm.
Updated November 2, 2018. Accessed June 22, 2019.
- Jacobson IM, Lim JK, Fried MW. American Gastroenterological Association Institute clinical practice update-expert review: care of patients who have achieved

a sustained virologic response after antiviral therapy for chronic hepatitis C infection. Gastroenterology. 2017;152(6):1578-1587 PMID: 28344022 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28344022.
- Ray SC, Thomas DL. Hepatitis C. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, Updated Edition. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 156.
- Wedemeyer H. Hepatitis C. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 80.
- Tratamiento de personas infectadas con virus de hepatitis B o hepatitis C. Informe de recomendaciones 2014. Editado por. Pr Daniel Dhumeaux y bajo los auspicios de ANRS y AFEF
- Criterios de diagnóstico y evaluación inicial de la cirrosis no complicada – Informe de HAS – Diciembre de 2006
Métodos de evaluación de la fibrosis hepática en enfermedades hepáticas crónicas – Informe HAS – Diciembre de 2006

Capítulo 1334

RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ

ADELINA LUENGO FERNANDEZ

MARIA PILAR GONZÁLEZ TORRE

SERGIO CASADO GONZALEZ

ALEJANDRO VIEJO PEDROSA

1 Introducción

La Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales (PRL), junto con el Real Decreto 39/97 que aprueba los servicios de prevención, tienen como misión principal proteger aplicando medidas y actividades preventivas ante los riesgos que se ocasionen en el entorno laboral, y promover la seguridad y salud de los trabajadores e incluso de pacientes y familiares, cuando se trata de riesgos biológicos.
Se define (1) "prevención" al grupo de medidas o actividades que se adoptan o prevén para evitar o disminuyen los posibles riesgos laborales que se producen durante la actividad laboral. Se considera "riesgo laboral" a la probabilidad o posibilidad que tiene el trabajador de sufrir un daño durante el desempeño de su actividad laboral, valorando tanto el daño que pueda producir, como la severidad de este. A su vez, "daño" producido por el trabajo, se considerará a cualquier lesión, enfermedad o patología que se desencadene como consecuencia del trabajo que se realiza.

Según el Real Decreto 39/97 (2), la empresa garantizará la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos que se relacionen con el desempeño de sus funciones. Es por este motivo que las empresas deberán implantar un plan de prevención donde también, además de prevenir, se evaluarán los riesgos, y siempre con la participación y formación de sus trabajadores, actuando de forma inminente ante emergencias o riesgos graves. Desde hace unos años se realizan también acciones de vigilancia en la salud del trabajador a través de los controles médicos anuales.

Este tipo de actividades preventivas se puede realizar mediante alguna de estas formas por parte del empresario, realizando personalmente las mismas, que la ejecute un trabajador o varios a los que designe él, creando una unidad de prevención laboral propio, o servirse de una empresa externa para que realice esta función. El plan de riesgos se realizará después de identificar y valorar todos los riesgos que rodean el entorno laboral, por ejemplo, en un hospital la persona que se encuentra trabajando con un paciente con tuberculosis, se encontrara ante un riesgo biológico que le puede llevar a subir dicha enfermedad, para ello deberá poseer un equipo de protección individual (bata, guantes, mascarilla, gorro) que le proteja, a la vez que en los días posteriores deberá vigilar que no se manifieste algún síntoma de la misma.
Los riesgos biológicos son aquellos que se producen por agentes vivos o derivados de los mismos, entre ellos se encuentran virus, bacterias, parásitos (helmintos, protozoos, artrópodos) y hongos.

2 Objetivos

- Tratar de determinar los principales riesgos biológicos que se pueden presentar en el entorno de un centro hospitalario.
- Determinar cuales son las principales causas que los originan y explicar brevemente las consecuencias que pueden provocar sobre la salud de los trabajadores sanitarios como no sanitarios.

3 Metodología

Se realizo una búsqueda bibliográfica a través de distintas bases de datos como Medline, Wok, Psicoinfo, SciELO, Dialnet y PudMed, además de en los buscadores Google Académico y Jurn. La búsqueda la centramos en un periodo que va desde

2000 hasta la actualidad.
Para la estrategia de búsqueda hemos utilizado las siguientes palabras clave en castellano riesgo laboral, riesgo laboral biológico, riesgos biológicos en hospitales, prevención hospitalaria, enfermedad nosocomial y riesgo biológico, virus hospitalarios y las siguientes en inglés, occupational hazard, hospital worker, biological labor risk.
Tras obtener más de doscientas publicaciones hemos excluido aquellos que solo se referían a opiniones, o todas las que no se referían al ámbito sanitario.

4 Resultados

Según el Real Decreto 1299/2006, del 10 de noviembre los riesgos biológicos dan lugar a enfermedades profesionales (3) del grupo III y a las que el personal que se encuentra en centros asistenciales de salud se encuentra mucho mas expuesto que otros trabajadores.
Sin embargo, se define (4) como agente biológico al microorganismo, incluyendo los genéticamente modificados, al cultivo celular y a los endoparásitos humanos, capaces de producir una infección, alergia o toxicidad. Así mismo, un microorganismo es aquella unidad microbiológica, celular o no, capaz de transmitir material genético o de reproducirse.

Los agentes biológicos se clasificarán en cuatro grupos en función del riesgo de infección sobre un individuo sano, es decir que no tenga ninguna patología previa que pueda aumentar los síntomas o signos de una posible infección. En la tabla siguiente lo dejamos brevemente explicado, según la legislación actual.
Según algunos estudios (5) los accidentes por riesgos biológicos son los más frecuentes entre el personal sanitario, pues les provocan con mucha más prevalencia enfermedades infecciosas que a otros sectores laborales. El trabajo continuo con líquidos orgánicos con elevado potencial infeccioso, o la manipulación de materiales cortopunzantes son un riesgo para su salud.

Las infecciones (6) pueden ser desde agudas, crónicas o toxicas a una simple reacción alérgica, estas a su vez pueden deberse a virus, bacterias, hongos, parásitos o plásmidos.
También hay distintos mecanismos de transmisión:
• Transmisión directa: pasa directamente de una fuente de infección al individuo sano. Puede producirse por contacto físico directo, como en el caso de

las mordeduras de algún animal (ejemplo, la rabia), arañazos por personas enfermas, por contacto sexual (sida, sífilis, candidiasis…), contacto de mucosas (besos), por manos sucias o contaminadas (sarna…) o a través del aire, no hay contacto directo, pero si debe existir una distancia mínima entre el individuo sano y la fuente, ejemplos son la gripe, tuberculosis, sarampión. Pequeñas gotitas contaminadas de microorganismos quedan suspendidas en el aire.

• Transmisión indirecta: entre la persona sana y la fuente de infección hay un mediador como puede ser el agua que facilita que se transmitan enfermedades por vía digestiva. Alimentos también transmitirán enfermedades digestivas, pueden estar contaminados desde su origen o por una mala manipulación durante su manipulación o conservación. Fómites, como son la lana o piel de algunos animales, o en el caso de los hospitales la ropa de cama, los cubiertos, los pomos de puertas, material de quirófano, etc. Artrópodos (moscas, mosquitos, piojos, pulgas, arañas) que transportan desde una fuente de infección a la persona sana los microorganismos, también se les conoce como vectores y conllevan enfermedades como la malaria o la peste.

Las principales vías de entrada suelen coincidir con las vías de salida desde el portador, las principales son la vía respiratoria, a través de la respiración por la nariz; por la vía digestiva, a través de la boca; por vía urinaria; vía cutaneomucosa, por la piel o mucosas genitales; vía hemática, por mordeduras, picaduras, cortes o pinchazos y por vía placentaria, por la circulación entre la madre y el feto (rubeola, sida…).

De las enfermedades infecciosas a las que se encuentran más expuestos los trabajadores sanitarios y no sanitarios (celadores, limpiadoras…), sobresalen algunas víricas como las Hepatitis B, C y Delta, o el SIDA, sin olvidar otros virus o enfermedades producidas por microorganismos como la tuberculosis, rubeola, tétanos…

Dentro de los hospitales (7) este tipo de riesgos tienen mayor prevalencia en las zonas destinadas a quirófanos, servicios de extracción de sangre y los laboratorios. La mayor parte de los accidentes alrededor de un 87% se producen por pinchazos (a veces por no tener cerca un contenedor adecuado) o cortes con material punzante, durante la realización de practicas de sutura, la recogida de material, administrando medicación, o recogiendo los restos de material tras las mismas. Muchos de los pequeños accidentes no son notificados a los servicios de Prevención por lo que las estadísticas tampoco son del todo correctas, se cree que aumentarían exponencialmente si todas fuesen registradas.

La prevención se basa generalmente en el siguiente tipo de medidas:
- Barreras físicas: dentro de estas podemos incluir los EPI (Equipo de Protección Individual) como pueden ser los guantes, las mascarillas, batas…
- Barreras químicas: desde los biocidas para limpiar los conductos de ventilación, hasta los desinfectantes como la clorhexidina, la povidona yodada, el formaldehido, o el hipoclorito sódico o lejía como se conoce comúnmente.
- Precauciones universales: Basadas en que el mayor riesgo en el ámbito sanitario es contaminarse con sangre contaminada de una persona enferma, se considera potencialmente a todos los pacientes posibles focos de infección. Dentro de estas se encuentran:
• Vacunación del personal de la Hepatitis B.
• Higiene personal adecuada, retirar joyas, cubrirse las posibles heridas de la piel, y lavarse las manos antes y después de realizar alguna técnica con los pacientes.
• Utilizar elementos barrera, guantes para el manejo de fluidos del paciente o sangre, de objetos, o al hacer procedimientos invasivos. Mascarillas, en caso de existir riesgo de salpicaduras.
• Mantener cuidado para manejar los objetos cortantes o punzantes, eliminándolos adecuadamente en contenedores especiales, no encapuchar las agujas…
• Señalar adecuadamente las muestras que se creen infectadas.
• Proceder al aislamiento de enfermos con diarreas profusas, hemorragias incontroladas o con enfermedades infecciosas como la tuberculosis.
• Esterilizar y desinfectar adecuadamente el material, aunque es preferible utilizar, si los medios lo permiten, material de un solo uso.
Es importante la utilización de guantes no estériles en cada uno de los trabajos citados, así como el adecuado lavado de manos.
- Barreras Biológicas: Vacunas, inmunoglobulinas y quimioprofilaxis.

Dentro de los centros hospitalarios las enfermedades producidas por riesgos biológicos, es decir por estar expuestos a los agentes que las producen son:
Infecciones víricas, dentro de este grupo las hay que pueden provocar una enfermedad grave como el SIDA o las Hepatitis B, C, D, E, G, que se deben a agentes biológicos del grupo 3, y otras menos dañinas como sarampión, rubeola, varicela, gripe, parotiditis que son causadas por agentes víricos del grupo 2.
Infecciones bacterianas, las provocadas por agentes biológicos del grupo 3, tuberculosis, salmonelosis o las causadas por bacterias del grupo 2, como hemos explicado menos peligrosas para el trabajador como el tétanos, la meningitis meningocócica o la tosferina.
Infecciones por hongos, como la candidiasis o aspergilosis.

En todos los riesgos laborales también hay otros factores que influyen a que se produzcan como puede ser el cansancio del trabajador por la sobrecarga de trabajo, la falta de un buen entorno de trabajo (no hay contenedores en todas las habitaciones, se comparten manguitos de tensión…), o el trabajo a turnos que cambia el ritmo biológico, provocando que el trabajador no este alerta en ocasiones.

Grupo del Agente biológico	Riesgo infeccioso	Riesgo de propagación	Tratamiento o profilaxis
1	Poco probable que cause enfermedad	No	Innecesario
2	Pueden causar enfermedad y ser un peligro para los trabajadores	Poco probable	Existe generalmente
3	Puede provocar una enfermedad grave y constituir un peligro para los trabajadores	Probable	Existe generalmente
4	Provocan una enfermedad grave y constituyen un serio peligro para los trabajadores.	Elevado	No existe generalmente

5 Discusión-Conclusión

Esta claro que el principal aliado para evitar cualquier tipo de riesgo laboral es la Prevención. Ofrecer una vacunación activa a los trabajadores por parte del empresario puede impedir que enfermen en muchas ocasiones; elaborar un adecuado plan de seguridad, con normas y procedimientos correctos para la manipulación, obtención y como no procesamiento de las muestras; gestionar de manera conveniente la recogida, almacenamiento y evacuación de los residuos que se originan en enfermos infecciosos; formar e informar a los empleados y proveer de medidas de contención, como los aislamientos adecuados serán la forma mas adecuada de evitar este tipo de riesgo laboral.

6 Bibliografía

1. https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con
2. https://www.boe.es/eli/es/rd/1997/01/17/39/con
3. https://www.lmee-svmt.org/archivos/20170515_3409_ORI_GUIAVALORACIONEP.pdf
4. https://www.boe.es/buscar/pdf/1997/BOE-A-1997-11144-consolidado.pdf
5. https://sid.usal.es/idocs/F8/ART7040/riesgo.pdf
6. Diaz, A., Reyes, M., Reyes, C., & Rojas, R. (2004). Generalidades de los riesgos biológicos. Principales medidas de contención y prevención en el personal de

salud. Recuperado en Julio, 25(2009), 12-14. http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/relcrim12/12-14.pdf
7. http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15617/doc68466_Guia_de_Prevencion_de_Riesgos_Biologicos.pdf

Capítulo 1335

DETERMINACIÓN DE INMUNOGLOBULINA ESPECÍFICA EN LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ALERGIAS ALIMENTARIAS.

NATALIA VENTOSELA NOVOA

MÓNICA GARCÍA RODRÍGUEZ

LETICIA VANESSA COELLO MENDEZ

1 Introducción

La respuesta inmune es el conjunto de reacciones y mecanismos de defensa que tienen lugar en el organismo cuando éste entra en contacto con un cuerpo extraño o antígeno (Ag) con el fin de eliminarlo. Después de la estimulación antigénica, los linfocitos B se transforman en plasmocitos, que sintetizan inmunoglobulinas o anticuerpos y los vierten al suero.

La Ig esta compuesta por cuatro cadenas polipeptídicas. Tiene dos cadenas largas o pesadas, (H o Heavy chain) y dos cadenas cortas o ligeras, (L o Light chain). Las cuatro cadenas están unidas entre si por puentes disulfuro.
Las cadenas pesadas y ligeras poseen dos regiones: una región variable (V) y una región constante (C). Es en las regiones variables en donde se localiza la especificidad del anticuerpo (Ac).

La Ig se divide en dos fragmentos importantes: el fragmento Fab y el fragmento Fc.
• Fragmento Fab: es el que reconoce un antígeno específico y lo fija.
• Fragmento Fc: posee una serie de receptores no específicos, que permiten a la Ig fijarse a una sustancia química, a un complemento, o a una membrana celular. El fragmento Fc puede asi mismo fijar un colorante fluorescente o un cuerpo radioactivo, pudiendo utilizarse como marcador.

Según la composición de las cadenas pesadas y su estructura, podemos distinguir:

- IgA (defensa de las mucosas), con una cadena pesada α. Ayuda a anclar los patógenos a la superficie de células epiteliales. Abunda en secreciones: leche, lágrimas, etc.
- IgM (defensa inmediata contra las infecciones), con una cadena pesada μ. Sirve como receptor de linfocitos B. Es la primera en aparecer en una reacción inmune.
- IgG (defensa general), con una cadena pesada γ. Está libre en plasma, cruza la placenta y confiere inmunidad pasiva.
- IgD (¿defensa?), con una cadena pesada δ. Anclada en la superficie de las células B. Función poco conocida, pero se cree que colabora en la activación de las células B.
- IgE (alergia), con una cadena pesada ε. Está presente en el individuo en cantidad muy pequeña.
Se fija a la superficie de ciertas células, fundamentalmente al mastocito y al basófilo.

La IgE es la responsable de las reacciones alérgicas de tipo I. La combinación entre IgE y un antígeno específico para ésta sobre la membrana del mastocito, provoca la liberación de los gránulos por parte de este último (fenómeno de degranulación).
Los niveles de IgE están sobre todo elevados en el eczema atópico y en las parasitosis intestinales. Encontramos también un aumento de la IgE en ciertos mielomas y en enfermedades que van acompañadas de un déficit de linfocitos T: rubéola, la mononucleosis, la enfermedad de Hodgkin o las disglobulinemias.
En el individuo normal la formación de IgE está en general suprimida. Sin embargo cuando el mecanismo supresor está temporalmente "fuera de servicio" (infección viral (rinovirus, mononucleosis infecciosa), el contacto con un alérgeno potente puede dar lugar a la producción de IgE de una manera prolongada. Esto es lo que se denomina el "escape alérgico" ("alergic breakthrough") que explica el porqué ciertos individuos pueden volverse muy alérgicos a un alérgeno aislado

que hasta el momento habían tolerado siempre.

La regulación de la producción de la IgE sería la siguiente:
1. Los linfocitos B indiferenciados y llevando solamente IgM sobre su superficie (B) se diferencian en células productoras de IgE tras la emisión de una primera señal producida por la IL-4, seguida de una segunda señal que hace intervenir al receptor llamado CD40.
2. EI resultado de estas dos señales es la expresión intranuclear de ARN mensajeros para la IgE, que son de dos tipos: un ARN de cadena corta y un ARN de cadena larga que codifica la molécula de IgE.
3. El linfocito B activado y transformado para la producción de IgE secreta también un receptor de baja afinidad para la IgE (FcεRII) conocido bajo el nombre de CD23. La expresión de este receptor está regulada por diversas citocinas, tales como IL-2 e IL-4 o por diversos factores inflamatorios como LTB4 Y PAF.
4. Las citocinas producidas por los linfocitos T helper de clase Th2 estimulan la producción de IgE, mientras que algunas citocinas producidas por los Iinfocitos Th1, en particular IFNγ, actúa como un potente inhibidor de la expresión de los ARN mensajeros para la IgE.
Por tanto, los principales reguladores de la producción de IgE son:
• Si predomina IL-4 ——>IgE aumenta.
• Si predomina IFN γ——> IgE disminuye.

Los tipos de alergias alimentarias son:
A) Alergia a los alimentos de clase 1 o alergia clásica: el alérgeno ingerido sensibiliza por vía gastrointestinal. Hablamos de un alérgeno completo, ya que es capaz de inducir la producción de IgE. Son glicoproteínas hidrosolubles, estables y resistentes al calor, a los ácidos y a las proteasas del tubo digestivo.
Se trata de una alergia muy característica de los niños, siendo los alérgenos más importantes las proteínas de la leche de vaca, del huevo y de las legumbres.

B) Alergia a los alimentos de clase 2:. Se requiere que el individuo se sensibilice primero por vía respiratoria con alérgenos presentes en el ambiente (polen, ácaros, hongos). Después, el alérgeno alimentario que se ingiere, interacciona por vía digestiva con el sistema inmunitario, desencadenando una reacción alérgica en un individuo ya sensibilizado (sensibilización secundaria) frente al alérgeno similar estructuralmente al ingerido (reacción cruzada). Estos antígenos de clase 2 son proteínas termolábiles y susceptibles a la degradación enzimática y por tanto menos capaces de interaccionar con el sistema inmunitario intestinal. A este tipo pertenecen los alérgenos incompletos, que son incapaces de sensibilizar

por sí mismos.
Las alergias alimentarias también se pueden dar por fenómenos de reactividad cruzada, por los que se puede reaccionar frente a un alérgeno sin que haya existido exposición previa al mismo, debido a una sensibilización preexistente a un alérgeno muy similar.
Para que exista reactividad cruzada entre dos alérgenos, sólo se necesita una similitud parcial de ambas proteínas o incluso el reconocimiento de un solo epítopo.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas disponibles en el laboratorio clínico para la determinación de la IgE específica, y determinar cúal es la técnica de referencia.
- Averiguar cuáles son los principales alérgenos alimentarios en nuestro país.

3 Metodología

Búsqueda de artículos, capítulos, revisiones bibliográficas… en bases de datos de publicaciones científicas (Scielo, Dialnet) y en ediciones digitales de revistas (Journal of Allergy and Clinical Inmunollogy). Palabras clave: IgE, alergia alimentaria, laboratorio.
Una vez recopilada la información, se procederá a su análisis, seleccionando la información que nos interesa y contrastando los datos aportados.

4 Resultados

Los principales alimentos responsables de alergias alimentarias en España son:

- Leche de vaca: Los principales componentes alergénicos se encuentran en las proteínas séricas de la leche de vaca (beta-lactoglobulina, alfalactalbúmina y, en menor medida, seroalbúmina bovina) y en las caseínas (alfa, beta y kappa).
- Huevo: El principal alergeno del huevo, presente en la clara, es el ovomucoide (Gal d 1). Es un inhibidor de tripsina y representa el 10% del contenido proteico de la clara. La principal característica del ovomucoide es su resistencia a la degradación por proteasas y la termoestabilidad, por lo que resulta alergénico en cantidades mínimas.
- Crustáceos y mariscos : el mayor alérgeno presente es la tropomiosina, la cual es responsable de la existencia de reacciones cruzadas con otros mariscos.

-Pescado: el principal alérgeno es el Gad c 1, que se encuentra en el bacalao (Gadus callarias). Pertenece a un grupo de proteínas del músculo conocidas como parvalbúminas, que controlan el flujo de calcio a través de la membrana celular y sólo se encuentran en el músculo de anfibios y pescado. Gad c 1 es muy termoestable y resistente a la proteolisis.
-Legumbre : entre las más alérgenas se encuentran el cacahuete (principal alérgeno: Ara h 1), la soja y la lenteja (principal alérgeno: Len c 1).
-Cereales : los principales alérgenos observados en harina de trigo, cebada y centeno son hidrosolubles (albúminas y globulinas) y están realcionados con síntomas derivados de exposición inhalatoria y no con la ingestión.
-Frutas y hortalizas : tomate, apio y las familias Rosaceae (manzana, pera, melocotón, albarcoque, ciruela, cereza), Cucurbitaceae (melón, sandía,pepino, calabaza, calabacín), plátano y el kiwi son los principales responsables de muchas reacciones alérgicas cruzadas y del síndrome de alergia oral.
-Mostaza : es una de las especias más alergénicas, tanto por su prevalencia como por la potencia alergénica. Posee proteínas de almacenaje con un elevado contenido en glutamina.

La determinación en sangre de IgE específica se inició en 1974, cuando el laboratorio Pharmacia (Upsala, Suecia) comercializó un test que se denominó RAST (Radioallergosorbent test), que posteriormente se perfeccionó con la tecnología InmunoCAP (Pharmacia CAP System, 1992) y hoy se considera el método de referencia para la medición de IgE específica. A continuación expondremos las alternativas existentes a InmunoCAP:

A. Rida allergyscreen:

Se trata de un enzimoinmunoensayo con membrana de nitrocelulosa (inmunoblot) para la identificación semicuantitativa de anticuerpos específicos IgE contra un panel de alérgenos individuales en suero humano.
1. El suero del paciente se deposita en el canal de la reacción y se incuba en la temperatura ambiente. Durante este tiempo, los anticuerpos-IgE reaccionan con los alérgenos unidos a la nitrocelulosa.
2. Se agrega un anticuerpo Anti- IgE humano unido a biotina y se incuba en temperatura ambiente.
3. Después, se agrega una estreptavidina conjugada con fosfatasa alcalina y se incuba en la temperatura ambiente. Entre cada paso se realiza un lavado.
4. Se observa una reacción de color enzimática específica de la fosfatasa alcalina que da lugar a la formación de precipitados en las tiras de prueba. La evaluación

semicuantitativa se puede llevar a cabo por medio de la escala de colores en base a 4 categorías.

B. Sistema alastat- immulite 2000:

Es un enzimo-quimioinmunoanálisis en fase sólida. Incorpora la tecnología de alérgenos en fase líquida, que están fijados a polímeros solubles.
La unión a la fase sólida del alérgeno es a través de la elevada afinidad de la biotina (fijada al polímero que porta al alérgeno) por la estreptavidina (que recubre la bola de poliestireno).
El conjugado anti-IgE está marcado con fosfatasa alcalina y el sustrato es el ester fosfato de admantil-dioxetano, originando luminiscencia, que será directamente proporcional a la cantidad de IgE presente en el suero problema.

C. Sistema advia- centaur (siemens)

Posee un diseño de sandwich invertido: Es la Anti-IgE (y no el alérgeno) la que está fijada a la fase sólida (partículas paramagnéticas) capturando sólo la totalidad de IgE que presenta el especímen del paciente.
Es el alérgeno el que va a portar el marcaje luminiscente, pero no de forma directa, sino a través de la interacción biotina-estreptavidina.
El ester de acridinio sometido a un cambio de pH emite luminiscencia.

D. Citometría de flujo:

La citometría de flujo se basa en medir características de cada elemento en una suspensión (principalmente celular), cuando le incide un rayo de luz. Mide los parámetros celulares de forma individual (célula a célula) pero de forma rápida, midiendo muchas células a la vez.
La técnica necesita un equipo complejo, formado por:
-Sistema lumínico: rayo de luz de tipo láser y una combinación de espejos, filtros y cristales que llevan la señal luminosa hasta receptores fotomultiplicadores.
-Sistema fluídico: las células en suspensión y sin que se agrupen, son transportadas en circuito líquido a una cámara de flujo, en la que se define un flujo laminar en el que cada célula se coloca de manera precisa y estable frente al rayo láser.
-Sistema informático: recoge, representa y cuantifica los parámetros recogidos.

Su uso en el campo de las alergias se limita a la realización del test de activación de basófilos (TAB), por el que se mide la IgE específica frente a alérgenos usando el cultivo de sangre (que contiene basófilos con la IgE específica en su superfi-

cie) con alérgenos y la valoración de marcadores de activación de éstos (CD63 o CD203c) en un ensayo citométrico.
El TAB tiene especial utilidad para valorar IgE específica frente alérgenos para los que no hay ensayos convencionales, como por ejemplo, muchos fármacos.

E. Microarrays:

Es un inmunoensayo en fase sólida donde los alérgenos se inmovilizan en un microarray (portaobjetos).Este tiene cuatro chips donde se pueden analizar cuatro muestras de suero a la vez. En cada chip hay 112 pocillos, cada uno con un componente alergénico distinto, unido a la matriz sólida.
Los alérgenos del microarray reaccionan con la IgE específica del suero del paciente (30µl) y son detectados por un anticuerpo secundario (Anti-IgE) marcado con un fluorocromo. Posteriormente, se mide la fluorescencia mediante un scanner de microarrays.
La intensidad de la señal fluorescente va del azul (menos intensa) al rojo (más intensa). Los resultados se evalúan SEMICUANTITATIVAMENTE en 4 niveles.

El Fluoroenzimoinmunoanálisis como técnica de referencia para la detección de IGE específica:

Es una técnica de inmunoanálisis con una fase sólida, que consiste en una estructura tridimensional de celulosa, a la que va unida de manera covalente el alérgeno estandarizado. Esta estructura tridimensional consiste en un polímero hidrofílico de un derivado de celulosa que está activado con bromuro de cianógeno (CNBr) el cual está recubierto por una cápsula, llamada ImmunoCAP.
La fase sólida se pone en contacto con el suero del paciente, cuya IgE reaccionará con el alérgeno. Para poner visualizar la reacción antígenoanticuerpo, se añade una mezcla de anticuerpos anti-IgE marcados con la enzima ß-galactosidasa, que reaccionan con la IgE unida al alérgeno.
Después de una incubación, los anti-IgE marcados no unidos se eliminan.
Se añade el sustrato de la enzima (4-metilumbeliferil-beta-D-galactosa), que lo hidroliza liberando el producto fluorescente, la 4-metil-umbeliferona. Se mide la fluorescencia y se compara con una curva de referencia de IgE. Cuanta más fluorescencia, habrá mayor cantidad de IgE específica frente a ese alérgeno.
Los resultados obtenidos estarán entre 0,34-100 kU/L.

5 Discusión-Conclusión

Los principales alérgenos de nuestro país son muy variados, por lo que se hace necesario tener un mayor control en las comidas ofertadas a colectividades (comedores de colegios, residencias de ancianos…). En el sector de la hostelería es obligatorio indicar la presencia de éstos alérgenos en los platos de la carta, por lo que en este sentido, se ha avanzado en los últimos años.

La alergia afecta a centenas de miles de personas en nuestro país, pero muy pocas son diagnosticadas de forma correcta debido a su peligro de confusión con otras enfermedades similares.
El hecho de contar con una técnica avanzada como es la del fluoro enzimoinmunoanálisis para poder llevar a cabo un diagnóstico efectivo, mejora las posibilidades de mejora de la calidad de vida de los que padecen alergias alimentarias. Además, su análisis llevado a cabo en muestras de suero del paciente hace más efectivo el diagnóstico, sobre todo en pacientes que poseen una hipersensibilidad en la piel (facilidad para que se le formen "granitos", eritema, etc) en los que el diagnóstico por el clásico Prick test sería nulo.

En los Laboratorios de Análisis Clínicos, irrumpe con fuerza el uso de la Citometría de Flujo y de los Microarrays, técnicas muy avanzadas y precisas, pero con costes más elevados, por lo que hoy en día todavía no se ha extendido en los laboratorios de los Hospitales.

6 Bibliografía

- Fireman, Philip (dir.). "Atlas de alergia e inmunología clínica". Madrid: Elsevier, 2007. ISBN 978-84-8174-943-4
- Centner, Jacques; De Weck, Alain L. "Atlas de Inmunoalergología" (3ª Ed) Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers, 1995. ISBN 0-88937-145-8
- Roitt, Iván M.; Brostoff, Jonathan; Male, David K. "Inmunología" (5ª Ed) Madrid: Harcourt-Brace, 2000. ISBN 84-8174-497-2
- Cultek. Fundamentos y tipos de ELISAs. Madrid: Cultek, Febrero 2006.
- Herrero, M.D.; Gómez, M.; Ojeda, P.; Moneo, I. y Alday, E. "Hipersensibilidad a crustáceos y detección de IgE específica". Alergol Inmunol Clin 2001, Nº 16, pp. 13-17.
- Artaza Álvarez, Carlos. "Determinación de la IgE específica en el laboratorio"
- Brugaletta Mateus, Dorimar. "Técnicas diagnósticas in vitro II". Alergomurcia.com, Noviembre 2009. http://alergomurcia.com/pdf2009/Tecnicas_

Diganosticas_II.pdf
- Flores Martin, Isabel M. "Técnicas diagnósticas "in vitro". Producción de sulfidoleucotrienos (CAST), cuantificación de ECP y de triptasa". Alergomurcia.com, Noviembre 2009. http://alergomurcia.com/pdf2009/Tecnicas_diagnosticas_in_vitro_ISA_2009.pdf
- López Hoyos, Marcos. "Estandarización de IgE específica. Documento consenso del comité de Inmunología Clínica de la SEAIC".
- Sanz Laruga, María Luisa. "Nuevas técnicas de laboratorio en el diagnóstico de las enfermedades alérgicas"
- Martin Esteban, Manuel (coord.). "Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) sobre Alergias Alimentarias"
- García, B.E. et al. "Guidelines on the Clinical Usefulness of Determination of Specific Inmunoglobulin E to foods" Journal of Allergy and Clinical Inmunology. 2009, Vol.19, Nº6, pp.423-432.
- Ibáñez Sandín, MªDolores. "Metodología diagnóstica en la alergia a alimentos" Alergología e Inmunología Clínica. Abril 1999. Vol.14, Nº2, pp.50-62.
- Fernández Rivas, M. "Food Allergy in Alergológica-2005" Journal of Allergy and Clinical Inmunology. 2009, Vol.19, Suppl.2, pp.37-44.
- Yunginger et al. "Quantitative IgE antibody assays in allergic diseases" Journal of Allergy and Clinical Inmunology. Junio 2000. Vol. 105, pp.1077-1084.
- Williams et al. "Analytic precision and accuracy of commercial inmunoassays for specific IgE: Establishing a standard". Journal of Allergy and Clinical Inmunology. Junio 2000, Vol. 105, pp.1221-1230.
- Phadia AB. ImmunoCAP® Specific IgE. Edición 1. Uppsala, Suecia: Phadia AB, Octubre 2011. http://www.dfu.phadia.com
- R-Biopharm AG. RIDA® AllergyScreen. Darmstadt, Alemania: R-Biopharm AG, Julio 2005.
- HITACHI CHEMICALS DIAGNOSTICS,INC. Prospecto internacional Prueba para determinación de IgE alergeno-específica CLA®. Mountain View, California: HC Diagnostics, 2000.

Capítulo 1336

ANTICOAGULANTES ORALES: SINTROM.

AINOA MARTINEZ PEREZ

PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

El Acenocumarol es un principio activo más conocido como Sintrom. Este es un anticoagulante oral muy similar va la warfarina y derivado de la cimarrona que posee una elevada acción anti vitamina K. Esto provoca la formación de varios factores de la coagulación
(dependientes de esta vitamina) que no pueden ser activados y, por tanto, no participan en la coagulación.
Este fármaco ayuda a prevenir la formación de coágulos en los vasos sanguíneos, casi 700.000 mil personas reciben este tratamiento en España, de las que el 75% lo hacen a causa de alguna afección cardíaca.
Su cuantificación se lleva a cabo en el laboratorio de hematología, concretamente en la sección de hemostasia; aunque a día de hoy se utilizan máquinas con punción digital que facilitan el tiempo de respuesta y que se llevan a cabo por parte de los servicios de Atención Primaria.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo son desarrollar y conocer las técnicas y métodos más usados hoy en día para la cuantificación de los tiempos de coagulación; así como la correcta manipulación de la muestra para su posterior análisis

por parte del laboratorio e interpretación de los resultados emitidos por parte de los facultativos de Atención Primaria.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de los aspectos más relevantes en distintas bases de datos como son: SciELO,SciencieDirect,MetLine o CuidenPlus; que me han servido de gran utilidad y ayuda para desempeñar el trabajo final.
Los descriptores más usados han sido: "Sintrom", "anticoagulantes orales" y "coagulación". Además se han utilizado revistas médicas nacionales como Ciber Revista; también manuales y protocolos de laboratorio de las técnicas más actuales.

4 Resultados

Los análisis de coagulación se llevan a cabo en el laboratorio de hemostasia, donde la muestra utilizada se obtiene mediante venopunción y en un tubo de citrato sódico; para ello el paciente deberá mantener un ayuno de alimentos seis horas antes de la extracción. Posteriormente en el laboratorio se procederá a su correcta identificación, registro de petición , centrifugación a 3000 r.p.m. y posterior cuantificación antes de treinta minutos; o por el contrario el espécimen se conservará a 5 ℃. El Técnico Especialista deberá asegurarse de que todos los requisitos necesarios para el procesamiento de la muestra son los correctos, y sino es así deberá rechazarlo de tal manera que así garantizaremos unos resultados completamente fiables.

Para poder ajustar un correcto tratamiento el facultativo necesita conocer el resultado del Tiempo de Protrombina o también llamado tiempo de Quick; el cual nos va a dar los resultados del INR (ratio normalizado internacional); que es la razón entre sí se hubiera realizado con la primera tromboplastina de referencia humana de la OMS, donde el ISI es el índice de sensibilidad internacional. De forma resumida diríamos que:
INR= (Tp problema/ Tp control) ISI

Los valores de INR de forma generalizada deben oscilar entre 2 y 3. Los controles se realizarán al cuarto y séptimo día de iniciar el tratamiento, y posteriormente se irán distanciando hasta realizar controles mensuales.Una persona que no toma Sintrom ni ningún otro fármaco con actividad antivitamina K normalmente tiene un INR de 1.

A día de hoy existen equipos portátiles que mediante un sistema de punción capilar permiten tomar la muestra en los centros de salud, consultorios locales e incluso en domicilios de los enfermos; lo que permite realizar desde hace años la mayor parte de los análisis manteniendo en el hospital únicamente las pruebas especiales. De esta forma se ha mejorado la comodidad de los pacientes que residen en ls zonas periféricas de las provincias, ya que se veían obligados a realizar continuos desplazamientos al hospital. Estos modernos coaguloneteos portátiles utilizan sistemas como el "Coagucheck" o el " Protime".

Respecto a la administración de la dosis diaria de Sintrom correspondiente se tomará siempre de una vez y a la misma hora del día; y se evitará tomarla desde una hora antes de las comidas importantes , hasta dos horas después con el fin de una correcta adsorción.
Una de las mayores complicación de la toma de anticoagulantes orales bson las hemorragias, ya que los pacientes pueden tardar más tiempo en dejar de sangrar que las personas sanas.
Además si tiene que empezar a tomar ACO debe de informar a su médico de la toma de otros medicamentos ya que el Sintrom puede alterar el efecto de otros fármacos.
Respecto a la alimentación se aconseja una dieta mediterránea, evitar los cambios bruscos de peso, el exceso de alcohol y el hábito de fumar; ya que el tabaco es muy rico en vitamina K por lo que puede frenar el efecto del Sintrom.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible y necesario el control del paciente anticoagulado para adecuar el fármaco a sus necesidades; ya que el margen terapéutico es muy estrecho.
Actualmente se están asumiendo en los centros de Atención Primaria y con el paso del tiempo nos deberíamos de plantear el propio autocontrol de los pacientes previamente entrenados por el personal de enfermería, ya que los citados coagulometros portátiles ofrecen de manera rápida y sencilla un resultado de INR para el posterior ajuste de la medicación.

En excepciones los pacientes son derivados al hospital donde se les realiza una extracción de sangre para su cuantificación. Estos casos suelen darse cuando los valores del INR obtenidos en en centro de salud son elevados o no detectables y hay que administrar vitamina K para su normalización.

6 Bibliografía

- https://trombo.info/tratamiento/antivitamina-k/
- https://www.saludadiario.es/centros-de-salud/pinchazo-dedo-mantener-raya-sintrom
- https://ffpaciente.es/2012/11/recomendaciones-para-para-pacientes-con-anticoagulantes-orales-sintrom/
- Salwen MJ. Vitamins and trace elements. In: McPherson RA, Pincus MR, eds. Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods. 23rd ed. St Louis, MO: Elsevier; 2017:chap 26.
- Técnico Especialista en Laboratorio. Editorial MAD. Volumen 2

Capítulo 1337

PLASMA RICO EN PLAQUETAS.

GRACIELA PEÓN MARTÍNEZ

VERÓNICA FERNÁNDEZ SUÁREZ

MARIA DEL CARMEN SANCHO ORTIZ

VERONICA COSTA COSSIO

1 Introducción

El plasma rico en plaquetas (PRP) también lo podemos encontrar con el nombre de plasma rico en factores de crecimiento.
En el PRP se encuentra una elevada concentración de trombocitos, y esto se consigue gracias a la centrifugación de la sangre total y de una serie de procesos que suelen ser llevados a cabo en el laboratorio en cabinas específicas de centros privados.
Después de su obtención se puede llegar a multiplicar de 4 a 6 veces el número de plaquetas normales que se tiene. Esa gran concentración de factores que se encuentran, contribuye a estimular la aceleración o regeneración de diversos tejidos.
La primera aplicación del PRP fue en 1980 para el tratamiento de úlceras cutáneas, después han sido varios terrenos de la medicina los que la han usado.

2 Objetivos

-Identificar el proceso de obtención del plasma en los laboratorios, así como los principales campos en la sanidad donde se recurre a su utilización.

3 Metodología

Se realizo una revisión bibliográfica para obtener información del Plasma rico en Plaquetas, y sobre el uso que se da del mismo en la rama sanitaria.
Realizando varias búsquedas, en diferentes artículos y páginas de Internet, utilizando las palabras:
- ”PRP”
- ”Proceso de obtención del PRP”
- ”Utilidad del PRP”
- ”Resultados de la utilización del PRP”

De todos los artículos encontrados se ha plasmado los más importantes, según el contenido del que disponían.

4 Resultados

Para el procesamiento del PRP se obtienen normalmente entre 10-60ml de sangre dependiendo del tipo de cirugía que se vaya a realizar. Se realiza la extracción del mismo paciente al que se le va a tratar, de esta manera se evita el mínimo riesgo de transmisión de enfermedades, así como de reacciones inmunológicas.
La muestra de sangre se debe de recoger en un tubo estéril con EDTA o citrato sódico al 3.8%. Se utilizan estos aditivos, ya que de esta manera conseguimos que la muestra del paciente no se coagule.
Podemos encontrar varios procedimientos para la obtención del PRP, dependiendo de las veces que se centrifugue la misma y del tiempo que se emplee en ello.

Procedimiento 1: en él la muestra es centrifugada dos veces. Con la primera centrifugación de la muestra, a la que denominan giro de separación y el que se hace a más revoluciones (unas 5600rpm), se consigue separar los glóbulos rojos del resto de componentes de la sangre, después se le aplica una segunda centrifugación, al que se le denomina giro suave, con él se consigue tanto separar como unir más fuertemente las plaquetas a las células blancas y a algunas células rojas residuales del plasma. Con este último paso conseguimos los concentrados del plasma rico en plaquetas.

Procedimiento 2: en este procedimiento solo se centrifugaría la muestra una sola vez. Después de la obtención de la muestra de sangre venosa del paciente, esta, se centrifuga y se separan las plaquetas del resto de las células sanguíneas que

podemos encontrar en ella. Con este proceso de centrifugación se pueden llegar a obtener 80% de las plaquetas del volumen se sangre procesado.
Cuando ya tenemos los PRP preparados, se clasifican según la presencia de unos u otros elementos en ellos, los principales que podemos encontrar son:
• P-PRP: puro
• L-PRP: PRP que contiene leucocitos
• P-PRF: PRP con fibrina activada
• L-PRF: PRP con leucocitos y fibrina activada
Tanto el P-PRP como el L-PRP son concentrados de plaquetas líquidos, en el que en el primero de ellos no encontramos leucocitos, pero en el segundo sí. Para administrárselo en forma de suspensión inyectable al paciente tiene que encontrarse como un gel de fibrina, y para ello se activa utilizando trombina, cloruro cálcico, batroxobina u otros agente.
Luego también encontramos el P-PRF y la L-PRF que son biomateriales de fibrina sólidos, con y sin leucocitos respectivamente. En ambos casos la activación de las plaquetas se produce sin ningún tipo de aditivo, lo que hace que quede como una estructura de fibrina más fuerte.

Aplicaciones en sanidad.
En la actualidad son muchas las ramas que utilizan el PRP como tratamiento. A continuación vamos a hablar de alguno de ellos:
• Odontología: se utiliza en el campo de la cirugía y la implantología oral, el PRP acelera la regeneración del tejido tanto blando como óseo, y este también ayuda en la homeostasis. El PRP se utiliza sobretodo en pacientes que tengan algún trastorno de coagulación, o algún trastorno que interfiera en la cicatrización del mismo.

• Oftalmología: el formato que se utiliza en este caso es en forma de colirio, para la fácil administración del mismo en el paciente. Se utiliza en las lesiones de úlceras en córneas de carácter persistente.

• Cirugía: en muchos casos se utiliza para la regeneración de los tejidos cutáneos, donde se ha producido una quemadura. El PRP actúa sobre ese tejido, haciéndole cicatrizar más rápidamente.

• Traumatología: es una de las ramas donde se mas utiliza en la actualidad. En ella podemos encontrar la utilización del PRP en lesiones de ligamento, de tendón, lesiones musculares, para la regeneración de cartílagos, etc.

• Y no nos podemos olvidar de mencionar, el uso que se hace del PRP en las úlceras, ya que fue el primer uso que se dio del mismo en 1980. Se utiliza sobre todo en aquellas úlceras crónicas siendo casi del 100% efectivo según varios estudios.

• Medicina estética: se utiliza para la bioestimulación de las células, y como tratamiento antienvejecimiento tanto de la cara como del cuello. Con ello se consigue una gran hidratación de la piel, luminosidad y piel más compacta y turgente.

5 Discusión-Conclusión

Después de todos los estudios, revistas, información leída sobre el plasma rico en plaquetas, se puede decir que aún hay mucho que estudiar sobre ello, pero es un gran método de ayuda para regenerar y cicatrizar tejidos en personas. La utilización del PRP ayuda a que muchas patologías, puedan llegar a curarse en menos tiempo, e incluso en personas con dificultad para cicatrizar, es un tratamiento que podría serle de utilidad, por lo que se puede considerar un gran avance para ciencia.

6 Bibliografía

- Raquel Moreno, Marisa Gaspar Carreño, José Jiménez Torres José María Alonso Herreros, Ana Villimar y Piedad López Sánchez.
- J. González Lagunas. Revista española de cirugía oral y maxilofacial: Publicación Oficial de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Carrillo-Mora P, González-Villalva A, Macías-Hernández SI, Pineda-Villaseñor.Plasma rico en plaquetas. Herramienta versátil de la medicina regenerativa.
- García R. Luis Alberto. Odontólogo, Universidad Central de Venezuela.
- Nuevas tendencias en regeneración tisular: fibrina rica en plaquetas y leucocitos.
- Plasma rico en plaquetas. Indicaciones en lesiones deportivas. Dr Alfredo Rienzi, Dr . Andrew Miller, Dr. Ignacio Cuevas. Especialista en Medicina del Deporte Médico Residente de Anestesiología
- Bioestimulación cutánea con plasma rico en plaquetas autólogo. Estudio controlado con ecografía. AnaFernández-Tresguerres CentenoaFernandoAlfageme RoldánaIsabelBurón ÁlvarezaRaquelRodríguez SánchezbCristinaVillegas Fernándeza.

Capítulo 1338

PRUEBA RPR PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ASOCIADOS A SÍFILIS

MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ

VIRGINIA LINARES FERNANDEZ

MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ

1 Introducción

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ETS) causada por la bacteria Treponema pallidum. Se trata de una espiroqueta que pierde rápidamente viabilidad cuando esta fuera del cuerpo humano y no se conoce otro reservorio distinto de la población humana.

La enfermedad afecta principalmente a adultos sexualmente activos entre 20 y 35 años de edad. Se desarrolla en etapas que pueden durar semanas, meses o incluso años. Las etapas pueden estar separadas por largos períodos de aparente buena salud.

La transmisión de la bacteria ocurre durante las relaciones sexuales vaginales, anales u orales. Las mujeres embarazadas que tienen esta enfermedad pueden transmitírsela al feto en cualquier etapa del embarazo; hablándose, en ese caso, de sífilis congénita. . Una infección de sífilis puede causar complicaciones graves, y a veces mortales, a los bebés.

La sífilis pasa de una persona a otra a través del contacto directo con una de las lesiones que la bacteria provoca, llamadas chancros. Tras el contacto, la bacteria penetra a través de mucosa sana o piel dañada y rápidamente se disemina en el organismo a través del torrente sanguíneo, por lo que desde etapas precoces la infección es sistémica, pudiéndose diagnosticar en sangre.

La prueba de RPR (reagina plasmática rápida) puede usarse para detectar sífilis. Se usa para examinar a personas que tengan síntomas de infecciones de transmisión sexual y de manera rutinaria para examinar a mujeres embarazadas en búsqueda de la enfermedad.

Es una prueba no treponémica, que mide los anticuerpos presentes en la sangre de personas que pueden tener la enfermedad. Detecta anticuerpos producidos frente a lípidos de las células dañadas por procesos infecciosos, por lo que no son exclusivos de la sífilis, ya que también son producidos en otras enfermedades infecciosas como son el sarampión, varicela, hepatitis, mononucleosis infecciosa, lepra, tuberculosis, malaria, leptospirosis, tripanosomiasis, linfogranuloma venéreo, o por personas con enfermedades autoinmunes, drogadictos, individuos que han recibido alguna inmunización recientemente, embarazo y en edad avanzada.

El RPR es una prueba diseñada para detectar reagina en el suero de manera rápida, no requiere inactivación por calor y no hay necesidad del uso de microscopía para la visualización de los resultados. La reacción se realiza en una tarjeta de plástico, donde se adiciona el suero del paciente y seguidamente la muestra se mezcla con una suspensión que posee cardiolipina, lecitina y colesterol en partículas de carbón. Si la muestra es positiva se observa pequeños grumos negros (floculación).

El resultado se reporta como reactivo o no reactivo; todos aquellos reactivos deben ser diluidos seriadamente para realizar la titulación, y se reporta la dilución más alta que exhibe reacción. Estas pruebas son baratas y se usan como prueba de cribado poblacional, aunque durante la sífilis primaria y la sífilis tardía se pueden producir un considerable número de falsos negativos.

La prueba también se usa para ver cómo está funcionando el tratamiento para la sífilis. Después del tratamiento con antibióticos, los niveles de anticuerpos contra la sífilis deben disminuir. Estos niveles pueden vigilarse con otra prueba de RPR. Los niveles inalterados o crecientes pueden significar que la infección persiste.

2 Objetivos

- Describir del procedimiento de la prueba RPR para la detección de forma rápida en el laboratorio de anticuerpos que nos permiten establecer la presencia de sífilis en el paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los kits RPR usan partículas de carbón cubiertas con una mezcla de antígenos lipídicos, que se combinarán con el anticuerpo reagínico presente en el suero o plasma del paciente. Las partículas están suspendidas en un medio que contiene componentes para eliminar las reacciones no específicas. Las reacciones positivas se muestran mediante la aglutinación macroscópica (grumos) de las partículas.

Las muestras de suero o plasma (EDTA, citrato sódico, heparina de sodio y ACD) no deben contener células de sangre. Pueden almacenarse a +2-8 ℃ hasta un máximo de 7 días antes de la prueba. Las muestras que requieran un almacenamiento superior deberán congelarse a -20 ℃ o menos. Las muestras congeladas deben descongelarse y mezclarse bien antes de la prueba.

Aunque el kit está previsto para su uso principalmente como una prueba cualitativa, los niveles de anticuerpos pueden valorarse duplicando la dilución. Los patrones de aglutinación se interpretan a simple vista.
Reactivoas utilizados:
Antígeno RPR: Partículas de carbón cubiertas con antígeno de colesterol, lecitina y cardiolipina en tampón de fosfato.
Control positivo: Suero humano con anticuerpos asociados a T.pallidum, negativo para antígeno de HB, anticuerpos anti-VIH1/2 y anti-VHC diluido en tampón de fosfato
Control negativo :Suero de conejo en tampón de fosfato

Botella dispensadora (reutilizable)
Aguja dispensadora (reutilizable)
Placas de prueba (10 círculos)
Solución salina al 0,9% (para el procedimiento semi-cuantitativo).

Procedimiento del ensayo.
Prueba cualitativa:
1. Colocar 50 µl de muestra o control en un círculo en la placa de prueba.
2. Distribuir la muestra y los controles uniformemente por el área del círculo de la prueba.
3. Agitar el vial de antígeno RPR para asegurar que se mezcla bien, justo antes del uso para evitar la sedimentación.
4. Acoplar la aguja de goteo en la botella de goteo y tomar el antígeno RPR mediante succión.
5. Invertir el cuentagotas y apretar suavemente para expulsar el aire de la aguja.
6. Con la botella de goteo en vertical sobre la muestra de prueba, dispensar una sola gota de antígeno RPR.
7. Colocar la placa de prueba en el rotador de placas y girar a 100 rpm durante 8 minutos.
8. Leer inmediatamente e interpretar los resultados visualmente con buena luz.
Nota: Si no es posible la lectura inmediata, la placa tiene que mantenerse en el rotador de placas hasta 15 minutos.
9. Devolver el antígeno no utilizado de la botella de goteo al vial de cristal.
10. Limpiar la botella de goteo y la aguja con agua destilada y dejar que se sequen antes de volverlas a utilizar.

Prueba semi-cuantitativa:
1.Hacer diluciones dobles de no diluido a dilucciones 1:2,1:4,1:8,1:16,1:32,etc en solución salina al 0,9%.
2. Colocar 50 µl de cada dilución y controles en un círculo separado en la placa de prueba.
3. Distribuir cada dilución uniformemente por el círculo de la prueba.
4. Continuar como se indica a partir de la sección 3 de la prueba cualitativa.

El valor de la muestra se expresa como el recíproco de la dilución más alta que muestra aglutinación de las partículas de carbón. Si la dilución más alta probada (1:16) es reactiva, proceder con otra serie de diluciones, preparando diluciones dobles de la muestra de 1:32 a 1:512 usando una solución salina al 0,9%. Mezcle bien y continúe como se indica desde el paso 2 de la prueba semi-cuantitativa.

Para el control de calidad utilizar el control positivo y el control negativo en cada realización de la prueba para validar el ensayo.

Interpretación de los resultados de las muestras y criterios de validación de la prueba+
- Fuertemente reactiva (FR): Grumos grandes de partículas de carbón con un fondo transparente.
- Reactiva (R): Grumos grandes de partículas de carbón algo más dispersas que en el caso "fuertemente reactivo".
- Débilmente reactiva (DR): Grumos pequeños de partículas de carbón con un fondo gris claro.
- Reactiva con trazos (RT): Ligeros grumos de partículas de carbón, típicamente vistos como un botón de agregados en el centro del círculo de la prueba o dispersos alrededor del borde del círculo de la prueba.
- No reactiva (NR): Normalmente es un ligero patrón gris o un botón de partículas de carbón no agregadas en el centro del círculo de la prueba o un círculo grande de partículas de carbón sin grumos en su interior.

Las muestras reactivas deberían registrarse como positivas a anticuerpos y tienen que someterse a otras pruebas como es la VDRL. Si ambas son positivas se realiza la TPHA para determinar la presencia o ausencia de anticuerpos treponémicos específicos.

Para que el ensayo sea válido, el control positivo tiene que mostrar un patrón fuertemente reactivo y el control negativo, un resultado claramente no reactivo.

Algunas afecciones pueden ocasionar un examen falso positivo, incluyendo:
• Consumo de drogas intravenosas
• Enfermedad de Lyme
• Ciertos tipos de neumonía
• Malaria
• Embarazo
• Lupus eritematoso sistémico y algunos otros trastornos autoinmunitarios
• Tuberculosis

5 Discusión-Conclusión

No hay disponible ninguna prueba única ni ningún estándar de referencia definitivo para cada etapa de la enfermedad. Por lo tanto, el diagnóstico de sífilis se basa

predominantemente en la prueba serológica, que requiere resultados de métodos tanto treponémicos como no treponémicos.

Se pueden observar resultados de falso positivo cuando la lectura no se realiza inmediatamente después de la rotación.

La prueba de carbono RPR no es específica para la sífilis, mide simultáneamente inmunoglobulinas IgG e IgM frente a estas sustancias que son producidas en los tejidos dañados por el treponema o por otras enfermedades. Puesto que no miden anticuerpos específicos frente a T. pallidum su positividad no asegura la enfermedad sifilítica.Todas las muestras reactivas deberían volverse a comprobar con métodos treponémicos, tales como TPHA para confirmar los resultados.

Interpretación de resultados.
• RPR negativo: No se detectan anticuerpos frente a Treponema pallidum. No se realizan más determinaciones si el paciente no presenta sospecha clínica de sífilis primaria o terciaria
• RPR positivo y TPHA >1/160: El paciente presenta anticuerpos frente a Treponema pallidum. .
• RPR positivo y TPHA negativo: Puede ser un falso positivo o una sífilis primaria. Se realiza ELISA IgM y FTA. Si el paciente tiene FTA positivo, presenta anticuerpos frente a Treponema pallidum. Si presenta Ig M positiva, la infección es reciente (meses). Además, se recomienda seguimiento serológico
• RPR positivo y TPHA ≤ 1/160: Debido a que el TPHA tiene título bajo, se realiza FTA. Si el paciente tiene FTA positivo, presenta anticuerpos frente a Treponema pallidum.
• RPR negativo y TPHA > 1/160: El paciente presenta anticuerpos frente a T. pallidum.
• RPR negativo y TPHA ≤ 1/160: Debido a que el TPHA tiene título bajo, se realiza FTA y se amplía el estudio realizando ELISA IgM. Si el paciente tiene FTA positivo, presenta anticuerpos frente a Treponema pallidum. Si presenta Ig M positiva, la infección es reciente (meses)
• Seguimiento del tratamiento: Si el tratamiento ha sido correcto, los títulos de RPR se negativizan o descienden. Sin embargo, La positividad de este marcador no desaparece en todos los pacientes tratados aunque el tratamiento haya sido efectivo. El TPHA sigue siendo positivo aunque el paciente esté tratado y curado

6 Bibliografía

- Mandel, Bennett and Dolin. Enfermedades infecciosas principios y prácticas. Editorial Panamericana, 4ª edición; Madrid, España.
- Hernandez Aguado y C Alvarez Dardet. Serología de la sífilis, fundamento e interpretación.Octubre-Diciembre 1987.
- Harris A, Rosenberg AA, Riedel LM. A microflocculation test for syphilis using cardiolopin antigen: preliminary report. J Vener Dis Inform 1946.
- LARSEN SA. A manual of test for syphilis. American Public Health Association. Whasington DC, 1990.
- Luger A, Smidt Bl, Steyrer K, Wider G. Screening for syphilis with the AMHA-TP test. Eur J Sex Trans Dis 1982.

Capítulo 1339

SERVICIO DE RADIOLOGÍA: SEGURIDAD DEL PERSONAL Y USUARIO.

LLARA LOBO BARRO

1 Introducción

La radiación ionizante es un tipo de energía liberada por los átomos en forma de ondas electromagnéticas (rayos gamma o rayos X) o partículas (partículas alfa y beta o neutrones). La desintegración espontánea de los átomos se denomina radiactividad, y la energía excedente emitida es una forma de radiación ionizante. Los equipos de rayos X, usados para radiografía y radioscopia. En radiografía los tiempos de exposición son muy cortos, inferiores a 1 segundo, y solamente existe radiación mientras el operador oprime el botón de disparo.

El riesgo de exposición a radiaciones ionizantes depende del tiempo de exposicion, la distancia entre la fuente y la persona o la materia interpuesta entre ambos. Puede darse en diferentes áreas de clínicas o centros sanitarios: áreas de radiodiagnóstico, árenas de radioterapia, áreas de medicina nuclear, plantas donde se encuentren pacientes tratados con elementyos radioactivos, areas de residuos radioactivos, salas de esterilización mediante rayos gamma etc.
Los efectos de las radiaciones ionizantes dependen de la dosis recibida y tiempo de exposición. Por encima de los valores establecidos de irradiación, pueden aparecer alteraciones de la salud, que pueden ser agudas (altas dosis en poco tiempo) dermatitis, alteraciones digestivas, neurológicas o bien alteraciones a

largo plazo (dosis no muy altas en largo tiempo), que pueden implicar alteraciones cromosómicas y genéticas.

Los equipos son operados por personal formado y acreditado para ello, según lo contemplado en el RD
1891/1991 sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico y en la Resolución del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) de 5 de noviembre de 1992 (BOE 14 de no- viembre) .

2 Objetivos

- Reducir al mínimo la dosis que pueda recibir el personal expuesto, cumpliendo en todo momento las medidas de seguridad establecidas en la norma ISO.
- Realizar mediciones ambientales y un control dosimétrico individual en función del tipo de radiación y de la clasificación de la zona.
- Evitar la sobre exposición a los rayos a través de un sobrediagnóstico del paciente.

3 Metodología

Se consultan cuatro bases de datos : Medline, Embase, Social Sciences Citation Index e Índice.
Se realizó además una búsqueda de estudios y revisiones recientes de capítulos de textos y guías, ademas de legislación.
Se restringió la búsqueda solo para español.
Se usaron descriptores como: rx, rayos, peligro exposición, seguridad servicio rayos, cancer…

4 Resultados

La OMS ha establecido un programa sobre las radiaciones para proteger a los pacientes, los trabajadores y la población contra los riesgos para la salud de la exposición planificada, existente o de emergencia a la radiación. El programa se centra en los aspectos de salud pública de la protección contra la radiación y abarca actividades relacionadas con la evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos.

La alta tecnificación del los Servicios de Radiología, obliga a extremar las medidas de seguridad de pacientes y profesionales.
Es necesario aplicar medidas de protección radiológica para protegerse frente a la radiación producida por los equipos emisores de rayos X y rayos gamma, así como frente a la radiación y contaminación originada por las sustancias radiactivas.
Gestionar los riesgos , con la finalidad de prevenir, asociados a la getión de procesos permite abarcar todo el ámbito asistencial desde la cita a la llegada del informe al médico.

5 Discusión-Conclusión

En los hospitales se utilizan equipos de rayos X y fuentes radiactivas para el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades. Los trabajadores del hospital que prestan servicio en radiología, medicina nuclear, oncología radioterápica o en algunos laboratorios poseen una preparación específica en la utilización de las máquinas de radiación o en la manipulación de fuentes radiactivas. Son los denominados “trabajadores expuestos”. Sin embargo, otros trabajadores del hospital que se hallen en las cercanías de las fuentes de radiación pueden verse expuestos a las radiaciones en el desempeño de su trabajo (enfermeras, mantenimiento, seguridad, administrativos…). Además los celadores, y el personal de quirófano y reanimación pueden también entrar en contacto con pacientes de medicina nuclear.

La instalación de rayos X dispondrá de las condiciones de seguridad exigibles legalmente (blindajes, controles de calidad, etc.). Así, por ejemplo, los equipos y aparatos de radiodiagnóstico dispondrán en el generados de doble temporizador de seguridad, un sistema de presentación de las condiciones de funcionamiento que impedirán la repetición no deseada de disparos.
En lo que se refiere a las instalaciones, la dispsicion de las salas dispindrá de zonas protegidas con las distancias necesarias. Las superficies de estructuras, instalaciones y lugares de trabajo deben ser lisas, eexentas de poros y fisuras y que permitan su facil descontaminación. Deberán dispones además de detectores de contaminación en las salidas de las zonas controladas.

6 Bibliografía

- Reglamento de Protección Sanitaria contra Radiaciones Ionizantes (BOE 26 de julio de 2001). RD 1891/1991 sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico (BOE 3 de enero de 1992).
- Resolución del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) de 5 de noviembre de 1992 (BOE 14 de noviembre).

Capítulo 1340

TRATAMIENTO DE TUMORES MALIGNOS CON RADIOTERAPIA

YOLANDA BALSERA FERNÁNDEZ

ARIANA GONZALEZ OBESO

KATRINA ESPINAR HERRANZ

1 Introducción

La radioterapia es una modalidad de tratamiento basada en el uso de radiaciones ionizantes (fotones o electrones) de alta energía para la destrucción de células tumorales.
Las células cancerígenas se dividen y crecen de forma rápida, la radiación daña el ADN de estas células evitando su reproducción y causandoles la muerte. Durante este proceso las células sanas circundantes pueden verse afectadas, sin embargo, los tejidos normales no son tan sensibles a la radiación y pueden reparar los daños producidos.
La radioterapia se viene utilizando desde hace un siglo, un tiempo después de que Roentgen descubriera los rayos X en 1895 y Curie el radio en 1898 se realizó en 1899 el primer informe de una curación por radioterapia. Esta ha ido evolucionando gracias a los avances en la tecnología, informática, física y oncología.
La radioterapia es uno de los pilares fundamentales en la lucha contra el cáncer junto con la cirugía y la quimioterapia, esta se diferencia de la quimioterapia en que la radioterapia es un tratamiento de administración local mientras que la quimioterapia tiene un efecto sistémico.

El objetivo de la radioterapia es la eliminación de células tumorales, unas veces los radioncólogos la recomiendan como primer tratamiento, otras antes de la cirugía para disminuir el volumen tumoral (neoadyuvante), otras en complementación con otras terapias como la quimioterapia (concomitante) o después de la cirugía para controlar los residuos que hayan podido quedar (adyuvante).
La radioterapia según su finalidad clínica la dividimos en tres clases:
• Radioterapia curativa: es aquella susceptible de conseguir la curación de un paciente.
• Radioterapia paliativa: es aquella que busca el retraso en el avance de la enfermedad neoplásica.
• Radioterapia sintomática: aquella que tiene como finalidad el control de uno o varios síntomas.

El proceso radioterápico consta de las siguientes etapas:
1. Evaluación inicial:
El oncólogo radioterapeuta hace una valoración de la enfermedad del paciente y de las posibles armas terapéuticas que se pueden llevar a cabo.

2. Decisión terapéutica:
El radioncólogo decide la opción de tratamiento que más se adapta al paciente. Normalmente esta decisión se realiza de manera conjunta con otros especialistas en comités donde se presenta cada caso. Una vez tomada la decisión se le comunica al paciente, informándole de todas las alternativas disponibles y del tratamiento seleccionado. Antes de comenzar debe dar su consentimiento por escrito.

3. Localización:
Se determina la mejor posición para el tratamiento y los inmovilizadores que se vayan a usar para conseguir dicha posición, una vez conseguido esto, se adquieren las imágenes anatómicas mediante la realización de un TAC.
Posteriormente se tatuarán unas marcas en la piel del paciente que nos indicarán el origen de los desplazamientos en los tres ejes del espacio para ir al isocentro de tratamiento, que es el punto en torno al cual gira el origen de la irradiación.
Finalmente se pasa a delimitar los órganos de riesgo que se quieran proteger y el volumen blanco que se quiere tratar para luego proceder a la planificación del tratamiento. Esta etapa la realiza el radioncólogo junto con el técnico especialista en radioterapia.

4. Plan de irradiación:
Esta etapa consta a su vez de varias fases:

• Prescripción provisional: Se deben definir el tipo y la calidad de la radicación, volúmenes blancos, dosis por fracción, tasa de dosis, número de fracciones, número de días de tratamiento a la semana, dosis totales etc. Una vez definidos estos parámetros se procede con la planificación del tratamiento a cargo del físico especialista en radiofísica hospitalaria.
• Optimización: Conjuntamente el físico y el médico revisan la planificación haciendo los reajustes que fuesen necesarios.
• Prescripción definitiva: El radioncólogo escoge el plan de radiación definitivo.

5. Simulación o verificación del tratamiento:
Se reproduce la posición en la que fue adquirido el TAC en la etapa de localización y las condiciones dosimétricas del tratamiento prescrito, se revisarán los parámetros geométricos de irradiación como DFS, volúmenes, posición de la mesa de tratamiento y tamaño del campo entre otros. Antes de iniciar el tratamiento se debe verificar mediante placas radiográficas o imágenes digitales que está bien localizada la región a tratar, si fuese necesario se realizarán las correcciones de la mesa que nos indique el radioncólogo. Esta etapa es responsabilidad del médico, del físico y del técnico especialista en radioterapia y se realiza en la máquina de tratamiento.
Las máquinas que se usan en la actualidad para los tratamientos radioterápicos son los llamados aceleradores lineales de electrones, mediante ondas electromagnéticas de una alta frecuencia, aceleran partículas con carga eléctrica en una estructura aceleradora de forma lineal. Los electrones se pueden utilizar para tratar tumores superficiales o también se les puede enfrentar con un blanco de un material específico para producir fotones de altas energías. Estos fotones penetran más en el paciente y permiten tratar tumores a una mayor profundidad. Los aceleradores son capaces de producir distintas energías de electrones y fotones dependiendo de las necesidades de la planificación.

6. Aplicación del tratamiento:
Durante los días que dure el tratamiento se coloca al paciente siempre de la misma forma, centrando los láseres de la sala de tratamiento con las marcas del origen de coordenadas tatuadas en piel o en la máscara del paciente, acto seguido se aplican diariamente los desplazamientos de la mesa que se han definido en la planificación dosimétrica para tratar el volumen de tratamiento. Esta fase es responsabilidad del técnico especialista en radioterapia.

7. Control del tratamiento:
En este proceso se le hace un seguimiento al enfermo mientras dure el

tratamiento, los posibles efectos adversos, tolerancia, respuesta de la enfermedad…estos aspectos los controla enfermería y el médico radioterapeuta, mientras que el técnico especialista se encarga de los aspectos más técnicos. Verifica semanalmente o cuando lo considere el médico oportuno mediante imágenes digitales la correcta posición y administración del tratamiento, así como que no existan variaciones en la anatomía del paciente que puedan requerir la repetición del TAC y replanificación de la dosimetría.
Los físicos por su parte son los encargados de realizar controles diarios, semanales y mensuales para corroborar el correcto funcionamiento de las unidades de radioterapia.

8. Evaluación final:
El radioncólogo revisa la respuesta al tratamiento y sus efectos secundarios y toxicidades, valora la actitud terapéutica a seguir.

9. Seguimiento del paciente después del tratamiento:
Se realiza un seguimiento continuado al paciente para determinar el estado de la enfermedad, efectos tóxicos agudos y tardíos, evaluar la calidad y eficacia de la terapia realizada.

2 Objetivos

Describir el proceso de un tratamiento con radioterapia de forma generalizada, sus etapas, objetivos, modalidades, personal implicado etc.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es una terapia compleja en la que intervienen un buen número de profesionales, a parte de los citados anteriormente, forman parte del equipo enfermeras, auxiliares en enfermería, trabajadores sociales, psicólogos. Es un proceso bien definido en una serie de etapas que dan lugar a un tratamiento personalizado para cada paciente y que, gracias a los avances en los últimos años, los tratamientos con radioterapia son mucho más precisos, permitiendo dar altas dosis de radicación a los tumores dañando cada vez menos los tejidos sanos y con mucha menos toxicidad.

5 Discusión-Conclusión

Algunas de las últimas técnicas que hacen posible depositar dosis ultra precisas al tumor son:
• IGRT: Se realiza una exploración por TAC durante el tratamiento para identificar el volumen blanco, esto facilita los ajustes en zonas del cuerpo susceptibles al movimiento.
• Radiocirugía estereotáxica craneal: Se depositan altas dosis de radiación y en pocas sesiones en volúmenes cerebrales muy pequeños.
• Radioterapia estereotáxica extracraneal (SBRT): Tratamiento similar al anterior, pero que se realiza en otras zonas del cuerpo como pulmones o hígado.
• Control respiratorio mediante gating: Se administra el tratamiento en una fase concreta del ciclo respiratorio.
• Control respiratorio mediante dampening: Consiste en la compresión controlada del abdomen para minimizar el desplazamiento del diafragma.
Se considera que más del 50% de los pacientes con cáncer necesitarán tratamiento con radioterapia radical o paliativa en algún momento de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Cornejo, J. «La lucha contra el cáncer: las armas de la Física.» Revista Ciencia e Investigación, ISSN 0009-6733, 62 (1), pp. 43-55, Buenos Aires, Argentina, 2012.
- Colaboradores de Wikipedia. Radioterapia.
- REAL DECRETO 1566/1998, de 17 de julio por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia.
- Guillet JP. Manual de Física de Radioterapia. Barcelona: Masson. 1996.

- Rusthoven KE, Kavanagh BD, Burri SH, Chen C, Cardenes H, Chidel MA, et al. Multi-Institutional Phase I/II Trial of Stereotactic Body Radiation Therapy for Lung Metastases. J of Clinical Oncology 2009; 27: 1579-84.

Capítulo 1341

FRACTURAS OCULTAS DE RODILLA Y CADERA.

SAMUEL ARANGO RIAL

MARIA GRACIELA LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Una fractura oculta es aquella que, a pesar de una clínica compatible, no es evidente con una radiografía convencional o que muestra anomalías sutiles que pueden pasar desapercibidas en las exploraciones iniciales.
La prevalencia es de un 2-10% del total de las fracturas de cadera.
No se visualizan mediante la observación directa por artroscopia.
Afectan al hueso trabecular y/o rompen la cortical adyacente o la superficie osteocondral.
Su no diagnóstico puede conducir a diferentes complicaciones (necrosis avascular de fractura parcial a completa, mayor riesgo de artroplastia, dolor innecesario).

¿TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA O RESONANCIA MAGNÉTICA?
Ante la persistencia de dolor osteomuscular, incapacitante ¿qué método de imagen se debe utilizar para descartar lesiones ocultas a los Rx?

2 Objetivos

Revisión de dos casos de fractura oculta de rodilla y cadera.

3 Caso clínico

CASO Nº 1
- Mujer, 69 años, sin antecedentes previos de interés.
- Cayó desde su propia altura sobre rodilla izquierda.
- Inmediatamente dolor infrapatelar asociada edema de partes blandas y limitación funcional.
- Se solicita RX AP y lateral en las que no se evidencian lesiones óseas traumáticas.
- Se le prescriben analgésicos vía oral y alta.
- Tras una semana de evolución, la paciente continúa con dolor, por lo que acude a su médico y le solicita una RM.
- El informe médico de la resonancia reveló una fractura no desplazada hacia porción anterior y central de la tibia con extensión a la superficie articular.

CASO Nº 2
- Mujer 77 años, acude a urgencias con dolor persistente en cadera derecha tras caída accidental desde su altura.
- Se realiza una RX simple aun TC que no revelaron ninguna factura.
- Como persistía la clínica se realiza RM evidenciándose edema óseo en el cuello femoral.
- Tratada mediante osteosíntesis para estabilizar el cuello y a los 6 meses recuperó la capacidad funcional previa a la caída.

4 Discusión-Conclusión

Las fracturas ocultas que no son detectadas inicialmente conllevan un aumento de la morbimortalidad.
Los últimos estudios han presentado datos comparables pero NO IGUALABLES entre TC y RM, en el diagnostico de fracturas ocultas en RX simple.
Cuando existe una presunción clínica importante de fractura ningún estudio ha podido excluir como gold standard a la RM, es la técnica adyuvante mas útil para el manejo del paciente con síndrome fracturado de difícil diagnostico

5 Bibliografía

- Deleanuu et al. World Journal of Emergency Surgery (2015) 10:55.
- Yoshida N, et al. BMJ Case Rep 2017.
- Emily M. Vinsion M.D. N. engl j med 359;26 www.nejm.org

december 25, 2008.
- Verbeeten KM, Hermann KL, Hasselqvist M, et al. The advantages of MRI in the detection of occult hip fractures.
- European Radiology. 2005;15(1):165–169.
- Cabarrus MC, Ambekar A, Lu Y, Link TM. MRI and CT of insufficiency fractures of the pelvis and the proximal femur. American Journal of Roentgenology. 2008;191(4):995– 1001.
- Beloosesky Y, Hershkovitz A, Guz A, Golan H, Sa- lai M, Weiss A. Clinical characteristics and long-term mortality of occult hip fracture elderly patients. Injury. 2010;41(4):343–347.

Capítulo 1342

ENEMA OPACO

ANA MARÍA MUÑIZ CASTRILLON

1 Introducción

El enema opaco es una prueba diagnóstica con contraste que permite obtener imágenes del intestino grueso, colon y recto, mediante rayos X.
Para obtener estas imágenes es necesario administrar un contraste de bario por vía rectal, lo que permite visualizar el colon, y las imágenes son valoradas por el radiólogo.
Esta prueba permite diagnosticar y realizar el seguimiento de enfermedades como enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa o detectar lesiones intestinales como estrechamientos o divertículos.

La realización de esta prueba requiere una preparación previa por parte del paciente. Esta preparación consiste en llevar una dieta específica durante los dos o tres días previos a la realización de la prueba y la ingestión únicamente de líquidos la noche anterior a la misma. Además, el paciente deberá ingerir una solución evacuante o laxantes para la integral limpieza del intestino grueso entre 10 y 15 horas antes de la realización de la prueba, tal y como se indica en el prospecto de la misma. El mismo día de la prueba se debe de ir en ayunas.

Las paredes del tubo digestivo son muy delgadas, para visualizarlas se necesita un medio de contraste.
El tipo de contraste utilizado es sulfato de bario y se puede realizar:
- Enema opaco simple: que utiliza bario como medio de contraste para resaltar el intestino grueso y permitir una mejor visualización del mismo.

- Enema opaco de doble contraste: que utiliza bario como medio de contraste y aire insuflado dentro del colon para expandirlo, lo cual permite obtener mejores imágenes que el enema simple.

Se empieza el estudio utilizando un sistema de bario, se le añade agua tibia y se conecta a una sonda Foley.
Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo inclinado hacia adelante 35ºo 40º se apoya en la mesa la rodilla derecha flexionada, por encima y por delante de la izquierda, en posición de Sims.
Se coloca la bolsa aproximadamente 61 cm por encima del ano y se procede a introducir la cánula.Tranquilizar al paciente para que esté relajado, se introducen unos 10 cm la cánula, la ampolla rectal se va llenando y luego seguirá al sigmoide y al descendente. Se le pedirá cambiar de postura varias veces durante la prueba y se le indicará que la camilla se puede inclinar y que apriete levemente el abdomen para facilitar el movimiento del contraste.
Las proyecciones habituales que se utilizan son:
Proyección P.A o Paciente en decúbito prono. Rayo central perpendicular al plano sagital medio y a la altura de las crestas ilíacas. Se observa todo el colon.
Proyección A.P: Paciente en decúbito supino. Resto igual que la PA. Sirve para observar todo el colon.
Posición P.A oblicua (O.A.D): Paciente en decúbito prono. Con el brazo derecho del paciente a un lado del cuerpo y la mano izquierda junto la cabeza, se gira al paciente hacia la cadera derecha en una rotación de 35º-45º en relación con la mesa. Rayo central perpendicular a la altura de las crestas ilíacas. Se observa la flexura cólica derecha el colon ascendente y el colon sigmoideo.
Posición P.A oblicua (O.A.I): Paciente en decúbito prono. Con el brazo izquierdo del paciente a un lado del cuerpo y la mano derecha junto la cabeza, se gira al paciente hacia la cadera izquierda en una rotación de 35º-45º en relación con la mesa. Rayo central perpendicular a la altura de las crestas ilíacas. Se observa la flexura cólica izquierda y el colon descendente.
Proyección axial P.A.: Paciente en decúbito prono. Rayo central con angulación caudal de 30º-40º, dirigido a la línea media a la altura de las espinas ilíacas anterosuperiores. Se observa el área rectosigmoidea.
Proyección axial A.P.: Paciente en decúbito supino. Rayo central con angulación cefálica de 30º-40º, entrando en la línea media a 5 cm. por debajo de las espinas ilíacas anterosuperiores. Se observa el área rectosigmoidea.

Otras proyecciones complementarias son:
Lateral: Paciente de lado sobre el costado derecho o izquierdo. Se flexionan las

rodillas para mejorar la estabilidad. Rayo central perpendicular a la altura de las espina iliaca anterosuperior. Se visualizan muy bien el recto y el colon sigmoide distal.
Decúbito lateral izquierdo: Paciente apoyado sobre el costado izquierdo. Se observa una proyección lateral del colon lleno de contraste. Se visualiza muy bien la parte lateral "superior" del colon ascendente y la parte medial del colon descendente cuando el colon está lleno de aire.
Decúbito lateral derecho: Paciente apoyado sobre el costado derecho. Se observa una proyección lateral del colon lleno de contraste. Se visualiza muy bien la parte medial "superior" del colon ascendente y la parte lateral del colon descendente cuando el colon está lleno de aire.

2 Objetivos

Obtener información sobre el estado general del intestino grueso colon y recto del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

El enema opaco nos da información sobre el estado general del intestino grueso, colon y recto del paciente. Es una prueba que permite visualizar alteraciones en la morfología habitual tanto de las paredes del colon como de su luz, estrechamientos, dilataciones, tumores benignos, úlceras o tumores malignos .
Su finalidad es el estudio del intestino grueso tanto en su morfología como en su función.

5 Discusión-Conclusión

- El enema opaco es un procedimiento mínimamente invasivo que rara vez presenta complicaciones.
- Proporciona información suficiente para evitar más procedimientos invasivos como la colonoscopia.
- El bario no es absorbido en sangre, las reacciones alérgicas son muy poco comunes.
- No queda radiación en el cuerpo de un paciente después de realizar el examen de rayos X.

6 Bibliografía

- https://www.educainflamatoria.com/enema-opaco
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003817.htm
- https://es.slideshare.net/EmmanuelTorres11/anatoma-del-intestino-grueso

Capítulo 1343

LA HEPARINA

ANGELA EMMA RIESGO ALVAREZ

ROBERTO PEREDA GUTIERREZ

DAVID MARTIN VILLALON

SARAI MARTIN VILLALON

PILAR GRANADOS SUÁREZ

1 Introducción

La heparina es un glucosaminoglicano compuesto por cadenas con residuos altamente de glucosamina D y ácido hialurónico.
La molécula de heparina varía en la longitud de la cadena, y por tanto en el peso molecular. La heparina que se dispone para su uso clínico es una mezcla de moléculas que varían en su masa entre 5000 y 30000 daltons, con una media de 15000 daltons. Este peso molecular se corresponde con una longitud de cadena aproximadamente de 50 unidades de monosacáridos. La masa longitud de la cadena de la molécula de heparina es un importante determinante de la actividad anticoagulante y de las propiedades farmacocinéticas.
La heparina ejerce un efecto anticoagulante potenciando la inactivación por parte de la antitrombina III de la trombina, del Factor Xa y del factor Ia. Los efectos anticoagulantes mayores se deben a un pentasacárido que tiene una alta afinidad por la antitrombina III. Este pentasacárido está presente en un tercio de las mezclas moleculares de heparina en la práctica clínica. El pentasacárido se ha

sintetizado y es precisa su evaluación en ensayos clínicos como agente antitrombótico.
La inhibición de la trombina por parte de la heparina es diferente a la inhibición del Factor Xa1. La heparina potencia la inhibición de la trombina formando complejos ternarios en los cuales la heparina se une directamente con la antitrombina III y la trombina. La inhibición del Factor Xa por parte de los complejos heparina/antitrombina III no requiere que la heparina se una al Factor Xa en complejos ternarios. Las moléculas de heparina que contienen menos de 18 unidades de sacáridos son capaces de unirse a la trombina y a la antitrombina simultáneamente. Las heparinas BPM son capaces de aumentar la inhibición de la trombina y la antitrombina III, y conservan la capacidad de aumentar la inhibición del factor Xa.
El complejo heparina antitrombina III es un potente inhibidor de la trombina unida la fibrina y del factor Xa cuando se incorpora con el complejo de la protrombinasa. Estas propiedades que presenta en vitro se han sugerido como explicación a la limitación de la actividad antitrombótica de la heparina en los estudios clínicos en angioplastias coronarias de alto riesgo, pero debe ser confirmado.
La farmacocinética de la heparina después de su administración intravenosa en forma de bolo puede ser descrita como un modelo de dos compartimentos qué consiste en una fase de orden cero, seguida de una fase de primera eliminación, más lenta. Se piensa que la fase primera de orden cero es debida a la rápida unión de la heparina a las células endoteliales y a los macrófagos. Estas células internalizan la heparina y la despolimerizan en fracciones de heparina BPM. Este proceso es saturable con el rango de dosis de heparina empleando en la práctica clínica, y, por tanto, la vida media de la heparina en el plasma es dosis-dependiente.
La vida media de la heparina en el plasma se incrementa en 30 minutos aproximadamente después de la administración intravenosa de 25 unidades/kg a los 150 minutos después una dosis de 400 unidades/kg. La segunda fase de la eliminación de la heparina del plasma refleja el aclaramiento renal de las moléculas de la heparina BPM.La heparina se une a las proteínas plasmáticas, incluyendo la glucoproteína rica en histidina, vitronectina, fibronectina, fibrinógeno y lipoproteínas. La heparina también según el factor 4 plaquetario y un factor Von Willebrand de alto peso molecular.

2 Objetivos

Identificar el uso clínico,los efectos adversos y el antidoto de la heparina como fármaco.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes libros especializados y en bases de datos como dialnet, pubmed y google académico. Se han empleado descriptores como: heparina, uso clínico, tratamientos adversos, antídoto. Se han empleado como criterios de inclusión textos gratuítos en castellano e inglés.

4 Resultados

Uso clínico de la heparina.
La heparina es el tratamiento inicial estándar de la trombosis aguda profunda o del embolismo pulmonar y se utiliza ampliamente para tratar a pacientes con síndromes coronarios agudos. La heparina también se emplea para prevenir tromboembolismos venosos después de intervenciones quirúrgicas y en pacientes con problemas médicos.
La dosis de la heparina necesarias para tratar a pacientes con trombosis venosas establecidas o tromboembolismos arteriales son superiores a dosis que se precisan para prevenir los tromboembolismos en pacientes de riesgo. Una dosis baja de heparina de 5000 unidades administrada por vía subcutánea cada 12 horas es una de las maneras más frecuentes de prevenir tromboembolismos moderados en pacientes de alto riesgo que van a ser sometidos a una cirugía abdominal o torácica en pacientes con accidentes cerebrovasculares, con parálisis en las extremidades inferiores, y en general pacientes médicos. Se han publicado revisiones con evidencias sobre el empleo de la heparina en cirugía cardiovascular y angioplastia coronaria.

Efectos adversos de la heparina.
La clave de los efectos adversos y el tratamiento a corto plazo con heparina son la hemorragia y la trombocitopenia. La osteoporosis es una complicación potencial del tratamiento a largo plazo. La heparina produce una elevación de los niveles de transaminasas, pero estas elevaciones carecen de significación clínica y generalmente revierten con la suspensión de la heparina. El conocimiento de estos efectos adversos bioquímicos es importante para evitar la interrupción innecesaria del tratamiento con heparina o biopsias hepáticas en pacientes que pueden presentar elevaciones de las transaminasas. Otros efectos adversos incluyen necrosis, alopecia e hiperpotasemia debido al hipoaldosterismo.

Antídoto de la heparina.
El efecto anticoagulante de la heparina puede ser neutralizado rápidamente con

la administración intravenosa de sulfato de protamina. Está indicado en pacientes seleccionados con riesgo alto de hemorragia. La dosis precisa depende de la dosis de heparina administrada, de la vía de administración, y del tiempo transcurrido desde la última dosis.

5 Discusión-Conclusión

La heparina es uno de los tratamientos más empleados para tratar pacientes con síndromes coronarios agudos y para prevenir tromboembolismos venosos.
Además, es muy utilizado en la práctica clínica diaria, ya sea para pacientes hospitalizados, para prevención de tromboembolismos como tratamiento profiláctico, así como en muchas ocasiones se emplea en pacientes anticoagulados de forma temporal antes de realizar algunas pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas. Es por ello, que es muy importante que todo profesional sanitario conozca su utilidad y función así como su antídoto.

6 Bibliografía

- James k.Brennan, MD Associate Professor of Medicine Hematology Oncology Unit.
- Wyndham Wilson, MD Senior Investigator Medicine Branch National Cancer Institute.
- Alan Saven adjunt professor Department of Molecular and Experimental Medicine, Division of Hematology/Oncology.
- Graham F. Pineo. Medicine and Oncology.

Capítulo 1344

ENTEROBIUS VERMICULARIS

ANGELA EMMA RIESGO ALVAREZ

SARAI MARTIN VILLALON

DAVID MARTIN VILLALON

ROBERTO PEREDA GUTIERREZ

PILAR GRANADOS SUÁREZ

1 Introducción

Es una enfermedad parasitaria que tiene predilección en los niños de edad escolar. Es producida por el nematelminto Enterobius Vermicularis, también conocido como Oxiuro. Son las conocidas lombrices: pequeños gusanos blancos que producen parásitos intestinales.

2 Objetivos

- Identificar las principales causas de propagación del Enterobius Vermicularis.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos de pubmed,update y preevid con las palabras claves:oxiuros, factores de riesgo, causas.

Criterios de inclusión que se han empleado:población adolescente, idioma inglés y castellano y texto gratuito. Como criterios de exclusión: trabajos realizados con anterioridad al 2010.

4 Resultados

Se observa que la infestación tiene lugar tras la ingestión de huevos con el desarrollo de las larvas en la mucosa intestinal. Los gusanos adultos hembras miden 1 centímetro y los machos de 2 a 3 milímetros. Habitan en el colón y ciego, desde donde la hembra emigra al ano durante la noche y pone los huevos en la piel perianal.

La transmisión es por vía fecal-oral, siendo fácil la diseminación del gusano ya que los huevos se hacen infectivos rápidamente después de ser expulsados y presisten largos periodos en los fomites, como por ejemplo: ropa interior, ropa de cama o juguetes. También pueden sobrevivir en el polvo de puertas y alfombras de habitaciones de personas infectadas. El polvo, con los huevos, puede ser inhalado o deglutido y producir la infección.

El intenso purito anal debido a la irritación causada por la migración de las hembras provoca frecuentemente el rascado de la región y los niños al llevar las manos contaminadas con los huevos fértiles a la boca pueden perpetuar así la autoinfección. La infestación es muy común en la infancia, siendo muchas veces asintomática. Los síntomas son prurito anal, más frecuente por la noche, insomnio, cansancio e irritabilidad.

Ante un caso clínico, el diagnóstico se hace por observación al microscopio de los huevos en preparaciones realizadas tomando muestras perianales con papel adhesivo transparente, conocido también como test de Graham. Puede ser necesario repetir el examen durante tres días para poder descartar con certeza el parasitismo por oxiuros.

El fármaco de elección para el tratamiento es el pamoato de pirantel y como alternativa el mebendazol. No se requiere tratamiento en ausencia de síntomas, pero se recomienda el tratamiento simultáneo de todos los miembros de la familia, si hay un paciente sintomático, para evitar la reinfección.

También es recomendable lavar en programa de agua caliente a 60 grados centígrados la ropa interior y de cama para eliminar los huevos de Enterobius que puedan quedar. Además hay que limpiar y desinfectar bien aquellos objetos sus-

ceptibles de ser fomites de este parásito, como por ejemplo, algunos juguetes. El tratamiento repetido a las 2 semanas puede tener utilidad para prevenir la reinfección.

5 Discusión-Conclusión

El método Graham es el más efectivo en el diagnóstico del Enterobius vermicularis, motivo por el que es el método más utilizado en el laboratorio y habrá de realizarse siempre que haya sospechas clínicas y prurito anal. La hora adecuada para la toma de muestra será en la noche o de madrugada, cuando la larva hembra haya emigrado hacia el ano para poner sus huevecillos. El sitio indicado para la toma de muestra será la región perianal.

6 Bibliografía

- Wallach J. Interpretation of Pediatric Test. Boston: Little, Brown.
- Baron Ej and Finegold Scott´s Diagnostic Microbiology.
- Green A and Morgan I. Neonatal and Clinical. London: ACB Venture Publications.
- Stein Jh. Infernal Medicine. St Louis: Mosby Yr Bk.

Capítulo 1345

CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ

MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ

LUCIA GÓMEZ GONZALEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

1 Introducción

La protección de datos personales es un derecho fundamental recogido en el Art. 18.4 de la Constitución Española. Esta normativa afecta a todos los profesionales que operan en el sector sanitario.
La recogida y el trato de los datos de salud persiguen una finalidad muy clara: Garantizar una asistencia adecuada al paciente.

Es obligatorio la existencia de una hoja de información al paciente en la que se solicita el tratamiento de sus datos. El secreto profesional (confidencialidad) es de obligatorio cumplimiento por el personal sanitario que tenga acceso a los datos del paciente, incluso cuando haya finalizado su relación.

2 Objetivos

El principal objetivo es facilitar la protección de la intimidad de las personas cuando entran en contacto con los servicios sanitarios.

Es muy importante saber que estos derechos a la intimidad tienen límites y excepciones que justifican el acceso a terceras personas a los datos de carácter personal o su revelación sin vulnerar la intimidad o la confidencialidad, por ejemplo cuando se hace para proteger la salud individual o colectiva.

Los centros sanitarios deben cumplir las medidas de seguridad establecidas por la ley para la protección de datos de sus pacientes y para que se eviten accesos no autorizados a las historias clínicas.

3 Metodología

Elaboración de programas cuyas actuaciones deben realizarse, las cuales serian:
- Realizar un registro de actividades del tratamiento.
- Elaborar un análisis de riesgos.
- Firmar los contratos con terceros.
- Incluir textos legales en la pagina web.
- Solicitar el consentimiento de los pacientes.
- Facilitar los derechos a los usuarios.

Los documentos que contengan datos de carácter personal deberán destruirse por completo.

Elaborando las historias clínicas informatizadas donde figuran todos los datos de los pacientes de forma concisa y clara, lo cual ha servido para facilitar la asistencia sanitaria adecuada facilitando a los facultativos la información necesaria para proporcionar al paciente una buena asistencia.

4 Resultados

La información de las historias clínicas han sido valoradas positivamente y se consideran un arma fundamental para el tratamiento y diagnóstico del paciente.

El uso de guías de información sobre la protección de datos también ha sido muy positivo ya que hasta hace poco había un gran desconocimiento sobre este tema.

Esta información ha servido para sensibilizar a todos los implicados en la sanidad y para proporcionar a los profesionales sanitarios las claves para que actúen de forma respetuosa con los derechos de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La buena valoración de la sanidad en España y la calidad de la formación de todos los profesionales y gestores sanitarios lleva a los usuarios a tener la certeza de que sus datos están en buenas manos y son usados de forma correcta.

Debemos tener en cuenta que vivimos en una sociedad donde hay mucha facilidad para obtener información con gran capacidad técnica que al tiempo que beneficia la buena asistencia sanitaria podría suponer una amenaza para la intimidad de las personas de ahí la importancia de la información sobre este tema para que se pueda hacer buen uso de ella.

6 Bibliografía

- Boletín Oficial de las Cortes Generales, Serie A, núm. 13-1, de 24 de noviembre de 2017.
- El anteproyecto de Ley Orgánica incorporaba la disposición adicional novena en la que mandaba al Gobierno que en el plazo de dos años desde su entrada en vigor remitiera a las Cortes Generales un proyecto de ley en el que se regulasen las condiciones adicionales y, en su caso, las limitaciones al tratamiento de datos genéticos, biométricos o relativos a la salud. Sin embargo, en el proyecto de Ley Orgánica el contenido de esta disposición adicional ha desaparecido.
- DE MIGUEL SÁNCHEZ, N., "Principios de la protección de datos: datos especialmente protegidos. Datos de carácter personal relativos a la salud: una obligada remisión a la normativa del sector sanitario" en Comentario a la ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, Civitas Ediciones, 2010, pp. 708-734.
- El artículo 12.1 de la LGSP establece que "la vigilancia en salud pública es el conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan, con el objetivo de fundamentar las actuaciones de salud pública."
- 9 Artículos 41 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública y 16.3 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente.
- UTIÉRREZ, J.A. y CARRASCO, M. "Gestión de investigación biomédica" en: Gutiérrez, J.A. y Puerta, J.C., editores. Reflexiones sobre la ciencia en España. El caso particular de la biomedicina. Madrid: Fundación Lilly, 2003; 137-66.
- Universidad de Barcelona. Observatorio de Bioética y Derecho, 2015, p. 42.

Capítulo 1346

ECOGRAFIA ABDOMINAL

ELENA FERNANDEZ RIVERA

GRACIELA GARCIA SUAREZ

NEREA DIAZ ALVAREZ

SARA MARTÍNEZ GARCÍA

ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La ecografía abdominal es una técnica que se realiza a través del uso de ondas ultrasónicas, que proporciona examinar los órganos y las disposiciones que se ubican en el interior de la cavidad abdominal. Se trata de una prueba imagenológica. A desigualdad de los rayos x o las tomografías, la ecografía no expone al paciente a radiación ionizante.

Por lo general, la prueba no suele tener una duración de más de media hora. Es totalmente indolora. Se permiten ver estructuras internas como por ejemplo el hígado, la vesícula biliar, el bazo, el páncreas y los riñones.

También permite elaborar de forma sincronizada intervenciones como drenajes de abscesos o la recaudación necesaria para realizar biopsias, ya que es factible regir las punciones a las regiones exactas de manera fiable. Además, posibilita inspeccionar el flujo en el interior de los vasos sanguíneos a través de una ecografía particular llamada ecografía doppler.

2 Objetivos

- Descubrir un aneurisma de la aorta abdominal en varones de entre 65 y 75 años.

3 Caso clínico

El Tcae puede cooperar con el médico a descubrir la causa de alguna dolencia o dolor abdominal que padezca el paciente. Permite localizar cálculos renales, tumores o algún tipo de dolencia hepática entre otros. Se utiliza para favorecer la evaluación del dolor o la dilatación de los riñones, el hígado o la vesícula biliar entre otros órganos abdominales. Si se trata de una ecografía doppler, permite diagnosticar muchas dolencias o lesiones en las arterias o a inspeccionar concretos procedimientos para la resolución en las venas o arterias.

El paciente se acuesta sobre la camilla y permanecerá echado durante todo el examen con el abdomen al descubierto. Durante todo el proceso estará acompañado del médico que realice la prueba y será este quien le dé las instrucciones al paciente de como debe colocarse en cada momento. Se le aplicará un coloide que sirve de conductor de color cristalino que está compuesto a base de agua en la piel sobre la zona abdominal.

Las ecografías siempre las realiza un médico especializado en radiología (ecografista). Se aplica el coloide sobre el abdomen que, junto con el transductor (instrumento del ecógrafo) el doctor pasa sobre todo el abdomen A veces, puede resultar un poco incómodo incluso puede causar dolor si el especialista calca demasiado en la zona, llegando incluso a provocar algún hematoma.

4 Discusión-Conclusión

La ecografía abdominal sigue siendo el método por excelencia en el análisis de sospecha de dolencia hepática y en el acecho de enfermos con riesgo de desenvolver CHC. Puede reconocer enfermedades como el cáncer de riñón, páncreas o hígado.

Las imágenes por ultrasonido son extremadamente seguras y aún no se tiene constancia de ningún efecto nocivo por el uso de ultrasonido a través de ecografía en humanos.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003777.htm
- https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/ecografia-abdominal-8732
- https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/abdominal-ultrasound/about/pac-20392738.

Capítulo 1347

FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR LUMBAR DE CAUSA DEGENERATIVA.

SAMUEL ARANGO RIAL

MARIA GRACIELA LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

¿Qué es la lumbalgia?
Dolor desde la 12ª costilla, hasta la región glútea con o sin irradiación hacia extremidades inferiores.
El 75% de la población la padece alguna vez en su vida.
- Agudo cuando dura menos de 6 semanas se presenta tras un intervalo libre de 6 meses.
- Subagudo cuando tras un intervalo libre de 6 meses presenta y dura entre 6 semanas y tres meses y
- Crónico cuando no cumple el intervalo libre de 6 meses, o bien dura más de 3 meses.

La unidad funcional de la columna está compuesta por dos vértebras, su disco interpuesto y el aparato ligamentario. Juntos constituyen una articulación tipo anfiartrosis.
La columna lumbar tiene cinco unidades funcionales que poseen una función estática o postural que permite el soporte de la carga axial en posición erecta, y una función dinámica que permite realizar movimientos.
Los cuerpos vertebrales se encargan de la transmisión de la mayor parte de la carga. Los elementos posteriores son estabilizadores estáticos y dinámicos.

El disco invertebral es una estructura avascular más grande del cuerpo, cuya nutricionalmente depende de mecanismos de difusión. Está compuesto por un anillo fibroso de lámelas colágenas concéntricas y fibroblastos embebidos en matriz extracelular acuosa, y el núcleo pulposo ovoideo de colágeno y elastina Entre el núcleo y el anillo hay una zona de transición. El núcleo es el principal absorbente y transmisor de carga, ésta es recibida directamente él y distribuidas homogéneamente por la matriz discal hasta el anillo fibroso que actúa como elemento estabilizador. Gracias a la disposición las lamelas se comportan como un cuerpo elástico. El rango total de movilidad del disco se denomina rango de moción (ROM).
La meseta de la curva es la llamada zona neutral es de máxima capacidad elástica, la aplicación de pequeñas cargas genera grandes desplazamientos. En un disco normal, la zona neutral permite un rango de movilidad dentro de un intervalo libre de dolor. Si la movilidad se incrementa por la aplicación de cargas anormales, excede el intervalo de dolor y aparece la lumbalgia.

El cuerpo vertebral está integrado por la cortical ósea, los platillos terminales cartilaginosos y el hueso esponjoso. Reciben la carga del disco por lo que, para contenerla la cortica vertebral tiene una distribución estratégica: es más gruesa en la región anterior, lo que permite soportar la potente fuerza compresiva durante la flexión del tronco, y en la región posterior gracias al esfuerzo de la inserción pedicular.

La orientación de las articulaciones interapofisarias varía en los distintos segmentos espinales para obtener diferentes patrones de resistencia a los movimientos :
- En la columna lumbar alta orientación parasagital permite movimientos flexo extensión a la vez que limita la rotación.
- En los segmentos más bajos las facetas articulares son oblicuas para limitar tanto la rotación como flexoextensión y evitar listesis y preservar el canal medular.

2 Objetivos

- Revisión de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente de 34 años mujer con dolor lumbar de varios años, en los últimos meses la clínica se ha exacerbado. Al principio eran simples molestias a nivel lumbar bajo, pero el dolor se incrementado de manera que por las noches se despierta y se ve obligada a cambiar de posición. Deportista practica el esquí, escalada, ciclismo una hora diaria y más durante el fin de semana.

4 Discusión-Conclusión

El elevado coste sociosanitario del dolor lumbar de causa degenerativa convierte a esta patología en un reto multidisciplinar que genera pruebas diagnósticas . Conocer ciertos aspectos biomecánicos y su traducción radiológica permite una mejor comprensión del origen del dolor y distinguir entre lo patológico y lo fisiológico.

5 Bibliografía

- Kirkaldy-Willis WH, Wedge JH, Yong-Hing K, J. R. Pathology and pathogenesis of lumbar spondylosis and stenosis. Spine.1978;3:319-28.
- D. García Casado , J. Á. Santos Sánchez , O. Montesinos Sánchez-Girón , D. Vicente Mérida , C. Santos Montón , T.González de la Huebra Labrador ; Salamanca/ES, Segovia/ES DOI 10.1594/seram2014/S-0520.

Capítulo 1348

EL CLORO EN ORINA EN EL LABORATORIO

PILAR GRANADOS SUÁREZ

SARAI MARTIN VILLALON

DAVID MARTIN VILLALON

ANGELA EMMA RIESGO ALVAREZ

ROBERTO PEREDA GUTIERREZ

1 Introducción

El cloro en orina es el principal anión extracelular y expresa el nivel de este ion en el organismo. Están presentados principalmente los iones por los de sodio y potasio, y accesoriamente por el calcio y el magnesio. El objetivo principal de todos ellos es mantener la neutralidad eléctrica (especialmente en el caso del sodio) y actúa como tampón en el equilibrio ácido básico.

2 Objetivos

- Identificar la utilidad de la prueba de cloruro de orina y cómo se lleva a cabo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes libros especializados y en bases de datos como: Dialnet, PubMed y Google académico. Se han empleado como descriptores: el cloro en orina, equilibrio ácido base, alcalosis en orina, acidosis en orina. Se han empleado como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Esta prueba es de utilidad para evaluar en orina de 24 horas la composición electrolítica de ésta y los desequilibrios ácidos básicos. En la alcalosis metabólica, esta prueba ayude a identificar si el cloro es el responsable del trastorno.

- RANGOS NORMALES

En el adulto la eliminación de orina de 24 horas fluctúa entre 110 a 250 mEq/L 24 horas. En los niños la concentración es de 15 a 40 mEq/L 24 horas y en los lactantes de 2 a 10 mEq/L 24 horas.

- INTERPRETACIÓN

Los niveles pueden estar aumentados cuándo existe profunda sudoración e ingestión de sal. También con la administración de bromuros, diuréticos y esteroides. Por otro lado, pueden verse disminuidos en casos como enfermedad de Addison, succión gástrica prolongada, diarrea, obstrucción pilórica y enfisema.

- TOMA DE MUESTRA

La orina se debe recoger durante las 24 horas, sin ningún preservativo y guardada en refrigeración.

- PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Durante el tiempo de recolección, el paciente debe ingerir abundantes líquidos.

5 Discusión-Conclusión

La prueba de cloro en orina es importante para determinadas patologías, sin embargo, también es importante conocer bien cómo se recoge ya que se necesita una orina de 24h, por lo que es necesario explicar bien al paciente la necesidad de realizar esta prueba de manera adecuada, pues cualquier descuido de éste podría alterar el valor de la prueba y confundir el diagnóstico diferencial por el que esta se solicita.

6 Bibliografía

- BatleDC,HizonM,Cohen E .The use of the urinary anión gap in the diagnosis of hiperchlorrmic metabolic acidosis.
- Home testing of friend chloride to estimase dietary sodium instale.Jeffery RW,Mullenbach.
- Urinary sodium and chloride during renal salto retención.kidney Dis.

Capítulo 1349

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RADIOLÓGICAS DEL NEUROMA DE MORTON DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO EN RADIODIAGNÓSTICO

JOSEFA TEIJIDO CALVO

NATALIA MIRANDA ALVAREZ

1 Introducción

Un tercio de la población adulta padece problemas de pies. Los pies son aplastados cada día y los efectos de este fenómeno son dolorosos e innecesarios. Es una de las causas más frecuentes de asistencia a traumatología y rehabilitación.

El neuroma de Morton, es una neuropatía de los nervios digitales comunes plantares que provienen del nervio plantar medial, caudal y distal al ligamento metatarsiano transverso. Esta patología no es un verdadero neuroma o tumor, sino un engrosamiento del nervio que está producida por la compresión del nervio plantar medial y lateral en el espacio intermetarsal. Afecta a adultos, sobre todo a mujeres. Los pacientes acuden a la consulta del médico de atención primaria y a los servicios de urgencias por dolor en el pie en la zona de las cabezas de los metatarsos. El dolor que dicen tener es una sensación de quemazón que se irradia hasta los dedos y persiste en reposo.

La exploración se realiza con el paciente en bipedestación, para visualizar una separación de los dedos. Se continúa sentando al paciente y realizándose la prueba del Click de Mulder, que consiste en apretar sobre las cabezas de los metatarsos y si se percibe una crepitación dolorosa nos sugerirá la presencia de un neuroma de Morton.

Existen casos en los que hay más de un neuroma, en el segundo y el tercer espacio intermetatarsiano.
Cuando comenzamos la búsqueda para la realización de este trabajo nos encontramos con que la primera descripción fue realizada por el profesor de anatomía de Pisa, Filippo Civinni en 1835 y más tarde por el cirujano quiropedista, Lewis Durlacher en 1845. Pero es Thomas G. Morton quien va a dar su nombre a la patología, descubriendo en 1876 una afectación de la 4ª articulación metatarsofalángica y del 3º espacio sin hablar de neuroma. Posteriormente en 1979, en Francia, Gauthier describe el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad.

Anatomía del pie
El esqueleto del pie se divide en tarso, metatarso y dedos. Los siete huesos del tarso son el astrágalo o talo, calcáneo, escafoides o navicular, cuboides y las tres cuñas.

Las articulaciones subtalar, entre el astrágalo y el calcáneo, y talocalcaneonavicular, aunque anatómicamente distintas, conforman una unidad funcional. Las articulaciones restantes del tarso y del metatarso son las calcaneocuboides, la cuneonavicular (entre las cuñas y el escafoides tarsiano), las tarsometatarsianas y la cuboidea.

El dolor en la región del antepié es una afección frecuente, debe valorarse la cortical de los metatarsianos para excluir la posibilidad de fracturas por estrés. Posteriormente, deben explorarse las articulaciones metatarsofalángicas para determinar la existencia de derrame o sinovitis y explorar también los espacios entre las cabezas de los metatarsianos en busca de bursitis.

Aunque el neuroma de Morton puede ser diagnosticado en la mayoría de las ocasiones por los hallazgos clínicos, el diagnóstico por imagen pude ser útil cuando se observan síntomas anormales o si se está considerando el tratamiento quirúrgico.

Las pruebas complementarias:
- La radiografía estándar del antepié descarta un diagnóstico diferencial y busca

una causa (hallux valgus, pies cavos).
- La ultrasonografía y la resonancia magnética son las pruebas que suelen solicitarse por parte de los médicos.
- La ecografía se considera una prueba buena para confirmar el diagnóstico de neuroma de Morton, su tamaño y localización. Es una prueba que se realiza por vía dorsal y plantar con transductores de alta frecuencia de 14Mhz. Permiten la detección del neuroma de Morton mostrándose en corte transversal, como una masa redondeada, hipoecoica, más o menos homogénea, de bordes nítidos. Se dispone paralela al eje longitudinal de los metatarsianos, y reemplaza a la grasa de morfología triangular y aspecto hiperecoico que existe entre ellos, siendo causa dolorosa a partir de los 5mm de diámetro.
- La resonancia magnética es en la actualidad la técnica de imagen de elección para el diagnóstico de la patología del tobillo y del pie en general tanto a nivel óseo como de partes blandas. Se debe realizar un cuestionario por parte del técnico especialista en radiodiagnóstico al paciente antes de proceder a realizar la resonancia magnética. En este cuestionario debe constar toda la información que haga referencia a intervenciones quirúrgicas previas y la posibilidad de que existan clips o implantes metálicos.
También se especificará la posibilidad de cuerpos extraños metálicos. La posibilidad de embarazo se debe notificar y también los antecedentes alérgicos del paciente por si fuera necesario poner contraste intravenoso.

Habitualmente se realiza la exploración del antepié y del mediopié con el paciente en decúbito prono de manera que los dedos estén en posición neutra, se debe comprobar que el centraje en la antena sea correcto y que el pie esté adecuadamente inmovilizado. El protocolo básico del antepié incluye secuencias potenciadas en T1 en los tres planos y STIR en plano transversal y sagital.

Anatomía normal del antepié en T1 de orientación axial
- El plano coronal se planifica sobre el topograma axial de manera que sea paralelo al segundo o tercer metartasiano. Las imágenes mostraran desde las puntas de los dedos hasta el astrágalo sin incluir a este último.
- El plano sagital también se planifica sobre el topograma axial y debe ser perpendicular al segundo o tercer metatarsiano.
- El plano axial se planifica sobre una imagen sagital a la altura de la segunda articulación tarsometatarsiana, debe ser perpendicular al plano coronal y paralelo a la segunda articulación tarsometatarsiana. La serie de imágenes debe incluir todo el antepié y el mediopié.

La combinación de secuencias T1 con supresión de grasa y administración de contraste, proporcionan imágenes muy fiables debido a la captación de contraste por el neuroma, pero generalmente no son necesarias.

Se considera relevante el diagnóstico de neuroma mediante resonancia magnética cuando el diámetro transverso es mayor o igual a 5mm.

La realización de la prueba es competencia del Técnico en Imagen para el Diagnóstico y el informe por parte de los radiólogos especialistas.

2 Objetivos

- Analizar las diferentes técnicas que existen para poder diagnosticar el neuroma de Morton.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se llevo a cabo una búsqueda bibliográfica retrospectiva en las bases de datos de Pubmed, Google académico y mediante ClinicalKey. Los descriptores utilizados fueron: neuroma, Morton, dolor, tratamiento, ecografía, resonancia.

4 Resultados

El objetivo de estudio de este trabajo era realizar una revisión de la información que está publicada sobre esta patología y los tratamientos utilizados y contarlo de forma sencilla y comprensible. No es fácil determinar que la causa del dolor es un neuroma de Morton, a no ser que la lesión sea mayor de 5mm. Las dos técnicas tienen sus ventajas e inconvenientes, por una parte, la ecografía tiene un bajo coste y la ausencia de efectos perjudiciales sobre el organismo y que depende de la experiencia del médico que la realiza. La resonancia magnética destaca el hecho de que no utiliza radiaciones ionizantes se expone al paciente a un fuerte campo magnético y aprovechando que la mayor parte de nuestro cuerpo esta formado por agua, utilizamos los protones de hidrógeno para conseguir una imagen anatómica, dotando la posibilidad de ayudar a los cirujanos ortopédicos a la toma de decisiones.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que es una patología bastante extendida entre la población, cuyo diagnóstico pasa por la realización de ecografía y/o resonancia magnética, teniendo el inconveniente que delelevado coste y el largo tiempo de realización de esta última (entre 30 a 45 minutos), y que algunos pacientes rechazan el realizarla por ser un sitio cerrado y tener problemas de claustrofobia.

El tratamiento consiste en primer lugar en el uso de calzado amplio y acolchado en la zona de los dedos y tacones no superiores a 2,5 cm actividad física, masaje de pies y medicación analgésica tipo paracetamol e ibuprofeno. Existen también los tratamientos por medio de infiltraciones de corticoides (de una a tres con un mes de intervalo) bajo anestesia local y guiadas con ecografía. Y si todo esto no funciona quedaría la opción del tratamiento quirúrgico, que consistiría en la liberación del nervio (neurolisis) y la sección del nervio afectado (neurectomía).

6 Bibliografía

- Larsen, C. (2007). Pies sanos. Paidotribo.
- Bernal, S. S., Bolado, A. G., Trueba, H. V., Perez, M. D., Concha, S. T., & Pérez, M. R. G. B. (2014). ¿ Seguro que es un neuroma de Morton?.
- Hernández, C., & González, M. L. V. (2010). Neuroma de Morton : Diagnóstico por Imagen. Revista Internacional de Ciencias Podológicas, 4(1), 37-43.
- Acordagoitia Saavedra, S. (2019). Eficacia de los tratamientos conservadores en la enfermad de Morton: revisión sistemática.
- Muñoz, P. T., Sánchez, E. M., Martínez, A. G., Santiago, F. R., & Paniza, M. R. (2018). Diagnóstico por la imagen y opciones terapéuticas intervencionistas del neuroma de Morton. Seram.
- García, A. E., Tufet, C. J., Blázquez, A. M., & Bordeta-Magraners, A. B. S. Neuroma de Morton. (2016). Elsevier Interactive Patient Education © 2019 Elsevier Inc.. Last revised: November 20, 2019.
- Mendoza, I. G., Almejo, L. L., Correa, J. F. C., Becerra, E. N., Sahagún, J. Á. V., Rivera, J. J. Z., & Heredia, J. Á. M. (2014). Neuroma de Morton. Ortho-tips, 10(2), 117-123.
- González, P. G., & Morís, A. R. M. (2016). ¿ Es necesaria la resonancia magnética en la patología musculotendinosa?. Radiología, 58(1), 2-6.
- Vázquez, J. M. F., Galindo, J. C., & Palomo, L. J. F. (2002). Neuritis interdigital en el pie : Resultados en el Centro Médico ABC.

- Rodríguez, J.J. (2012). Diagnóstico por imagen del neuroma de Morton.Tecnología Radiologíca www.aetr.net
(10-12).
E. L. P. Temas de actualización. Las modernas Técnicas de Imagen en la patología del pie. Revista de medicina y cirugia del pie.pg (79).
- Juárez , M., & CMª, C. T. Neuroma de Morton en atención primaria. (2017).176-181.
- Hélix-Giordanino, M. ; Piclet-Legré, B. ; Ferrari-Portafaix, (2015). Volume 17, Issue 4. 1-7.

Capítulo 1350

ECOGRAFÍA HEPÁTICA.

SUSANA DIAZ REVUELTA

LAURA DIEZ GONZALEZ

1 Introducción

El hígado es el órgano de mayor tamaño en el abdomen superior y la mayor parte de su superficie se encuentra por detrás de la parrilla costal derecha, esto hace que no se pueda estudiar ecográficamente en una solo posición del transductor ni con un abordaje directo sino que necesitamos varios cortes con direcciones diferentes y con un abordaje sobre todo por debajo del reborde costal o intercostal.
El hígado presenta una cara diafragmática y una cara visceral. Estas dos caras se unen arriba y atrás en la porción fija del diafragma y abajo y delante formando el borde hepático inferior que es agudo.
Anatómicamente el hígado se divide en lóbulo derecho y lóbulo izquierdo y están separados por el ligamento falciforme.
El lóbulo cuadrado (segmento IV) y el lóbulo caudado (segmento I) pertenece desde el punto de vista fisiológico al lóbulo izquierdo.
Podemos determinar cómo valores normales el diámetro hepático craneocaudal medido sobre la línea media clavicular entre 12 y 14 cm y la profundidad sobre la aorta en el nivel del tronco celíaco unos 4 cm.

La técnica se realiza con el paciente tumbado en decúbito supino, con los brazos en alto en la cabeza para evitar que interfieran durante la exploración.
Se realizan cortes longitudinales, transversales e intercostales.

1. CORTES LONGITUDINALES:

Comenzamos la exploración hepática en secciones longitudinales desde epigastrio a hipocondrio derecho apreciando la zona de transición entre el lóbulo hepático derecho y lóbulo hepático izquierdo con los segmentos I, II y III, la arteria suprahepática izquierda, cava inferior, aorta, tronco celíaco y arteria mesentérica.
Nos desplazamos con el transductor hacia la zona lateral y visualizamos los segmentos V y VIII.
Si nos desplazamos más hacia el hipocondrio derecho visualizamos imagen del parénquima hepático junto a riñón derecho. La ecogenicidad del parénquima hepático debe de ser similar a la del riñón. Si hay una diferencia notable indicará un proceso patológico hepático.

2. CORTES TRANSVERSALES OBLICUOS:
En estos cortes visualizamos los segmentos II, III, IV y VIII, la vena cava inferior, suprahepática izquierda y suprahepática media.
Si desplazamos la sonda a la derecha siguiendo el reborde costal visualizamos los segmentos II, III, IV, VIII y VII, la vena cava inferior, la vena suprahepática izquierda la suprahepática media y la suprahepática derecha.
Seguimos con una angulación del transductor cranealmente para visualizar una imagen de la cara costal anterior hepática correspondiente al segmento VIII.
Al aparecer el riñón derecho apreciamos el segmento V coincidiendo con el polo inferior renal.
Cuando el hígado desciende mucho más que el polo inferior renal puede corresponder a una variable anatómica llamada lóbulo de Riedel, en cuyo caso el hígado puede incluso descender hasta la fosa ilíaca derecha.
En estos casos hay que distinguir entre una hepatomegalia o un lóbulo de Riedel. Si el aspecto del hígado no es homogéneo y los bordes son globulosos hay que pensar en hepatomegalia. El lóbulo de Riedel puede verse sobre todo en mujeres delgadas.

3. CORTES INTERCOSTALES:
Cuando en el estudio sistemático no visualizamos el parénquima hepático en toda su extensión realizamos cortes intercostales, donde podremos valorar el ángulo costofrénico y las porciones posteriores del diafragma.

2 Objetivos

1. Conocer las características adecuadas para el estudio ecográfico del abdomen.
2. Aprender los diferentes tipos de cortes ecográficos y las zonas de exploración hepática.

3. Reconocer las características ecográficas de las diferentes patologías del hígado.

En general la ecografía representa junto con el estudio radiográfico la primera etapa del diagnóstico por imagen que debe aplicarse siempre, antes de proceder a otras técnicas con mayor coste (RM) o más cruentas (artroscopia).

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 1351

DETECCIÓN PRECOZ DE LA OSTEOARTROSIS DE RODILLA MEDIANTE LAS RADIOGRAFÍAS DE RODILLAS EN CARGA.

VANESSA GARCIA PINTUELES

IRENE VIVAS PAREDES

JAVIER CABEZA ANTUÑA

1 Introducción

Gracias a los avances en la sanidad pública la calidad de vida aumenta, y el envejecimiento de la población va también elevandóse. Entre las enfermedades más comunes en la población de mediana y mayor edad está la osteoartritis de la rodilla.(Szabo, Kustos, Bernera.2000)

Esta enfermedad, es de las que más afectan al sistema musculoesquelético, tienen un elevado coste económico para la sanidad debido a que requiere bastantes consultas médicas así como la realización de pruebas de diagnóstico. Esta enfermedad también puede llegar a desarollarse debido a factores metabólicos, genéticos, mecánicos y traumáticos.(Rigñack-Ramirez, Brizuela-Arias, Reyes-Llerena, Guibert-Toledano, Hernandez-Cuellar.2013) (Solis-Cartas, Garcia-Gonzalez, De armas-Hernandez.2014). Dicha enfermedad cursa con un dolor de tipo mecánico que se vincula a rigidez y que viene asociado a una pérdida de la función articular.

Ésta, es incurable, escalonada y en la que invertienen varios factores, donde diferentes noxas pueden producir y propagar el daño sobre el cartílago articular produciendo así una respuesta en la membrana sinovial y el hueso subcondral.(Bijlsma, Berenbaum, Lafeber.2011) De esta manera, cuando la matriz extracelular condral se expone, se ocasiona un descenso en la facultad de retención de agua produciéndose una pérdida de tejido, de elasticidad y de resistencia frente a la compresión acrecentando el daño del tejido circundante.(Poole.2001) (Borelli, Ricci.2004). A causa de la disminución de recambio celular y a la mínima capacidad de reparación de el cartílago no se compensan los daños sufridos manifestándose así el fenómeno de osteoastrosis. El término osteoastrosis fue referido por primera vez por Fiedrich Von Muller, médico alemán. Se expone que quizás es la princial causa de discapacidad dentro de las enfermedades crónicas. Ambos sexos son afectados de forma parecida pero la aparición de los síntomas y su severidad son mas tempranos en el sexo femenino. Más del 70% de personas mayores de 50 años poseen rasgos radiológicos de osteoastrosis.

Esta enfermedad en muy poco común en menores de 45 años. Es más común en mujeres y se relaciona con la obesidad. Según donde se encuentre el problema, el dolor será generalizado, en los lados o en la zona posterior si se centra en el comportamiento femorotibial, y si se centra en la zona femoropatelar el dolor se agravará al subir o bajar escaleras o arrodillarse. Ocasionalmente, pueden desencadenarse bloqueos por la existencia de algún cuerpo libre intraarticular. En la palpación, aparece dolor y dificultad en la flexión, desplazamiento rotuliano y tumefacción articular. Sería conveniente comprobar la presencia de varo o valgo. Un signo firme en fases ya evolucionadas es la atrófia del cuádriceps.(Blanco-Garcia,Hernandez Rayo,Trigueras,Gimeno Marqués, Fernandez Portal, Badia Llanch,2003)

La osteoastrosis es un artropatía degenerativa que se genera al transportarse las propiedades mecanicas del cartílago y el hueso subcondral concirniendo la estructura articular completa. Los síntomas de esta enfermedad se desarollan con lentitud y sufren empeoramiento con el tiempo. Los signos y síntomas de la osteoartrosis son los siguientes: Las articulaciones afectadas pueden doler durante o después del movimiento. La rigidez en las articulaciones puede ser más notoria al despertar o después de estar inactivo. La sensibilidad puede ser más apreciable cuando aplicas cierta presión sobre dicha articulación; es posible que se produzca pérdida de flexibilidad en todo el rango de movimiento de la articulación. Se puede producir sensación chirriante al efectuar el movimiento de la

articulación y que se oigan chasquidos.

Alrededor de la articulación puede formarse osteoatos que son pedazos adicionales de hueso que se sienten como huesosduros. La inflamación de los tejidos blandos alrededor de la articulación da lugar a una hinchazón. Aunque la artrosis puede dañar cualquier articulación, la enfermedad afecta más comúnmente a las articulaciones de las manos, rodillas, caderas y a la columna vertebral. Los síntomas de la artrosis en general se pueden controlar, aunque el daño en las articulaciones es irreversible. Seria recomendable que el paciente se mantenga en activo, dentro de un peso saludable y algunos tratamientos podrían retrasar el avance de la enfermedad así como ayudar a aliviar el dolor y la función de las articulaciones.

El dolor y la rigidez de las articulaciones pueden ser tan intensos como para dificultar las tareas de la vida cotidiana y como consecuencia pueden aparecer depresión y transtornos del sueño.
Para poder realizar un diagnóstico adecuado de esta enfermedad, se utiliza como primer método de elección las radiografías. Estas se realizan gracias a un tubo de rayos X el cual, fue descubierto por Wilhelm Conrad Röntgen en 1985. Este físico fue uno de lo más importantes del siglo XIX sin embargo, su nombre es mundialmente conocido por el descubrimiento de los rayos que él denomino RAYOS X.

2 Objetivos

- Diagnosticar la osteoartrosis de rodilla mediante radiografias.

3 Metodología

Se realizan búsquedas en Google Académico, artículos, revistas como Scielo, utilizando descriptores de búsqueda como: Osteoatrosis,rodillas, radiografia, posición, metodo, valoraciión, índice, síntomas, articulaciones.

4 Resultados

Para poder realizar este estudio, realizaremos la toma de radiografías en carga AP(antero-posterior) en extensión completa y con el paciente en bipedestación y la PA(postero-anterior) en carga con una flexión de 45 grados. La radiografía

antero-posterior en carga es más adecuada para evaluar el espacio articular en vez de realizarla con el paciente en decúbito supino. En cambio, la proyección posterior-anterior en carga con flexión de 45 grados tiene mayor sensibilidad para el diagnóstico precoz ya que, permite visualizar la disminución del espacio articular, cuando aún no es visible en la proyección antero-posterior. Por este motivo, esta técnica es imprescindible para visualizar prematuramente la disminución del espacio articular femorotibial como signo inequívoco de la presencia de osteoartrosis.

Para la colocación del paciente, primero, le pediremos que se desvista de cintura para abajo excluyendo la ropa interior. Le facilitaremos una bata para preservar su intimidad. Le pediremos que acceda a la sala de rayos y le colocaremos en el bucky mural de espaldas a él para realizar la proyección antero-posterior. El paciente, debe estar en bipedestación con las rodillas completamente extendidas, pies rectos y paralelos y separados unos 10-15 centímetros aproxidamente. La distancia foco-película es de un metro y el rayo central irá digirido al centro de las rótulas en un punto medio entre ambas rodillas. Marcaremos el lado derecho en el bucky-mural para evitar errores diagnósticos y protgeremos la zona gonadal del paciente. El resultado de la radiografía debe visualizarse la articulación completa de ambas rodillas incluyendo la parte distal del fémur y la proximal de tibia y peroné incluyendo así, las partes blandas por ellos, también es importante una buena colimación.

La técnica que utilizaremos para realizar esta proyección será de 65 kvp(kilovoltio-pico) y 50 mAs (miliamperios-segundo), en pacientes con una estructura anatómica amplia, incrementaremos los kilovoltios. Mientras efectuamos el disparo le pediremos al paciente que se mantenga lo más quieto posible. Después volveremos a recolocar al paciente para realizarle la proyección posterior-anterior. Le pondremos a la inversa, mirando al bucky-mural y flexionando las rodillas 45 grados. La distancia del foco-película sera también de un metro y con una angulación del tubo de 10 grados caudal. El rayo central irá dirigido al borde inferior de la rótula. Los pies deberán también estar rectos paralelos y separados unos 10-15 centímetros. Marcaremos el lado derecho para evitar posibles confusiones.

Ajustaremos la colimación para visualizar en el resultado la articulación de ambas rodillas, en concreto el espacio articular. También se deben ver los ejes lon-

gitudinales del femúr y de la tibia. La técnica que utilizaremos para realizar esta radiografia es de 65 kilovoltios-pico y de 50 miliamperios-segundo pudiendo así modificarse en función de la estructura anatómica del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El estudio mediante radiografías es fundalmental para la detección de la osteoatrosis de la rodilla como método primario. En casos en lo que el diagnostico no sea muy claro sería recomendable utilizar otros métodos de imagen mas específicos como es TC.

6 Bibliografía

- Reyes GA, Guibert M, Penedo A, Pérez A, Báez M. Community based study to estimate Prevalence and burden of illness rheumatic diseases in Cuba: A COPCORD study. Journal of clinical rheumatol. 2009;15(2):51-5.
- Zuart-Alvarado, Ruben & Martinez-Torres, Jorge(2011). Osteoartrosis y patologias crónicas asociadas en pacientes de una unidad médica del primer nivel. Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguron Social,49(6),637-642.
- Norio Y, Toshiaki T, Norikazu, Hiroshi Y. Posterior-anterior weight-bearing radiograph in 15° knee flexion in medial osteoarthritis. Skeletal Radiol [Internet]. 2003 [citado 10 junio 2015];32(1):28-34.
- T D Rosenberg, L E Paulos , R D Parke , D B Coward , S M Scott. The fortyfivedegree posteroanterior flexion weight-bearing radiograph of the knee. The Journal of Bone & Joint Surgery. 1988 diciembre; 70(10).
- Blanco-Garcia, Hernandez Rayo, Trigueras, Gimeno Marques, Fernandez Portal, Badia Llanch. Guía de práctica clínica en osteoartrosis de rodilla.SER.Madrid.Editorial Youfius;2003
- Buzzi, A. (2012). El descubrimiento de los Rayos X.
- Bushong S.C. Manual de radiología para técnicos. Editorial Elsevier
- Cole BJ,Harner CD. Degenarative arthritis of the knee in active patients. Evaluation and managemer. J Am Acad Orthop Surg. 1999;7(6):389-402.
- Rigñack-Ramírez L, Brizuela-Arias L, Reyes-Llerena G, Guibert-Toledano Z, Hernández-Cuellar I. Estudio preliminar de pacientes con diagnóstico de osteoartritis en servicio de atención ambulatoria del Centro de Reumatología. Rev Cuba Reumatol. [Internet]. 2013 [citado 2014 Jul 23];15(3).
- Solis-Cartas U, Garcia-Gonzalez V, de-Armas-Hernandez A. Rasgos demográficos en la osteoartritis de manos. Rev Cuba Reumatol.

Capítulo 1352

DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL METACARPIANO MEDIANTE RAYOS X.

JAVIER CABEZA ANTUÑA

VANESSA GARCIA PINTUELES

IRENE VIVAS PAREDES

1 Introducción

Una de las lesiones más usuales que sufren los nervios periféricos es el atrapamiento. Según el nervio comprimido o su ubicación anatómica recibirá su nombre. El más común de ellos es el síndrome del túnel metacarpiano, del túnel carpiano o del túnel del carpo. Este síntoma adopta este nombre por ejercer una compresión prolongada sobre el nervio mediano en su recorrido a través del carpo. Al lesionarse el nervio mediano daña a la vaina de mielina (lipoproteína que constituye la vaina de las fibras nerviosas) y por consiguiente se produce un desgaste de la misma. Como consecuencia se sufrirá una degeneración del axón que afectará en primer lugar a las fibras sensoriales y más tarde a las fibras motoras, incluso llegando a afectar a las fibras nerviosas. El daño es producido por el aumento de la presión sobre el túnel del carpo, causando obstrucción del flujo venoso, edema y finalmente isquemia del nervio.

Es muy importante para entender el síndrome del túnel carpiano conocer la anatomía del carpo. El carpo lo forman los huesos carpianos que es un conjunto

de ocho huesos que forman la muñeca. Su distribuyen en dos hileras, una proximal y otra distal. Los huesos de la fila proximal son el escafoides, el semilunar, el piramidal y el pisiforme dispuestos de afuera hacia dentro. El hueso pisiforme está situado encima del piramidal. Mientras que la fila distal, dispuestos en el mismo orden, son el trapecio, el trapezoide, el grande y el ganchoso. Cada hueso se articula con los huesos adyacentes. El carpo, es decir el conjunto de los ocho huesos que lo forman, tiene una cara posterior convexa y una cara anterior cóncava en su superficie flexor. Esta última cara está cubierta por una banda fibrosa que se extiende desde el escafoides y el trapecio hasta el pisiforme y el gancho del ganchoso llamada el retináculo flexor. Este ligamento permite la mayoría de los movimientos de flexión de la mano. El túnel contiene al nervio mediano y a los nueve tendones flexores de los dedos y el pulgar. Los ocho tendones flexores de los dedos están cubiertos por la misma vaina sinovial mientras que el tendón flexor del pulgar tiene su propia vaina. El diámetro del túnel del carpo se estrecha al nivel de gancho del hueso ganchoso. El síndrome del túnel metacarpiano se produce por compresión de ese nervio mediano al aumentar su tamaño. Dicho aumento está ocasionado por infecciones, luxaciones, procesos inflamatorios u otras causas.

Los síntomas incluyen la aparición de sensaciones punzantes, de hormigueo, de picor, de entumecimiento o de quemazón en la trayectoria del nervio mediano. Siendo los más frecuentes: - Debilidad y adormecimiento de las manos.
- El efecto de paso de corriente o quemadura en las mismas.
- Parestesias de ellas.
- Pérdida de sensibilidad en la zona del nervio medio. - Piel seca, edemas y cambio de coloración en las manos.
- Aparición de los síntomas durante el sueño por tener las manos o brazos en la misma posición durante mucho tiempo.
- Mejoría de los síntomas al cambiar de posición la mano o sacudir la muñeca.

A lo largo de la enfermedad los síntomas van variando. En un principio al paciente le molesta la parte sensitiva del nervio mediano para ir quejándose según avanza la enfermedad de las fibras motoras. La enfermedad suele afectar al dedo pulgar, al dedo índice, al dedo anular y a la mitad radial del cuarto dedo, ya que son los dedos inervados por el nervio mediano. Raramente afecta al quinto dedo ya que este está inervado por el nervio central. También se puede extender por antebrazo, codo y hombro llegando hasta el cuello. Suele darse en personas que realizan movimientos repetitivos de manos y muñecas. Esto puede ser debido a una mala postura de la muñeca o por realizarse movimientos de flexión y exten-

sión repetitivos. Puede producirse a causa de una fractura o luxación.

Este síndrome del túnel carpiano es más frecuente en adultos de cuarenta a sesenta años y también se da en mayor cantidad de mujeres que hombres. Puede darse tanto en la mano dominante, como en la no dominante o en ambas.

Algunas de las profesiones más afectadas por el síndrome del túnel del carpo son aquellas con tareas repetitivas que conllevan sobrecarga muscular durante parte de la jornada laboral. Estos movimientos repetitivos, continuados y mantenidos durante el trabajo que dañan al carpo terminan creando fatiga, sobrecarga, dolor y lesión. La exposición a vibraciones transmitidas por las herramientas tanto portátiles como fijas, así como rotativas o percutoras también afectan a los huesos del carpo. La realización de gran cantidad de movimientos con la extremidad superior origina pequeños traumatismos repetitivos que provocarán la patología. Ejemplos de dichas profesiones son las relacionadas con el uso del ordenador, higienistas, dentistas, deportistas, músicos, etc.

2 Objetivos

- Conocer qué es el Síndrome del Túnel Carpiano.
- Estudiar cómo se evalúa el Síndrome del Túnel Carpiano.

3 Metodología

Tras una revisión bibliográfica, se empleó Google Académico y diferentes bases de datos usando los siguientes descriptores de búsqueda: túnel metacarpiano, síndrome, rayos, diagnóstico, paciente.

4 Resultados

Para evaluar el síndrome del túnel metacarpiano realizaremos una proyección tangencial usando el método de Gaynor-Hart. Antes de su realización se deberá de comprobar que el paciente no sufre un traumatismo de la muñeca, para ello se efectuará una proyección postero-anterior y una proyección lateral de muñeca incluyendo el antebrazo distal.

Se situará al paciente sentado junto a uno de los extremos de la mesa de exploraciones. Al paciente se le protegerá con un protector colocado en su regazo

para evitar dañar las gónadas. Sobre dicha mesa se colocará el chasis y sobre este la mano y muñeca del paciente en pronación (la palma de la mano hacia abajo). Se alinearán la mano y la muñeca en el eje longitudinal del receptor. Se le pedirá al paciente que efectúe una hiperextensión al máximo de la muñeca mientras sujeta los dedos de la mano afectada con la mano no afectada. Se intentará con la hiperextensión de la muñeca llegar a formar un ángulo de 90º entre los metacarpianos, lo más verticalmente situados, y el antebrazo. Todo ello sin separar la muñeca ni el antebrazo del chasis. Se rotará la muñeca y mano del paciente 10º hacia el lado radial (dirección interna) para evitar una superposición de los huesos pisiforme y ganchoso.

El rayo central estará angulado respecto del eje longitudinal de la mano entre 25º y 30º. Se dirigirá al centro de la palma de la mano, a un punto separado unos 3 centímetros de la línea media de la base del tercer metacarpiano. Se colimará. La técnica a utilizar será de 65 KV y 5 mAs.

5 Discusión-Conclusión

En la imagen obtenida se deberán visualizar los huesos del carpo formando un arco o túnel. El hueso pisiforme y la apófisis unciforme del ganchoso estarán separados y sin superposición. También deberán de verse las caras palmares del hueso grande y del escafoides. Así como la cara del trapecio que articula con el primer metacarpiano. Se deberían de ver las partes blandas y las posibles calcificaciones.

El Síndrome del Túnel Carpiano es una enfermedad cuya frecuencia va en aumento, en muchos casos debido a los trabajos realizados por las personas. Como técnica complementaria en el diagnóstico del túnel metacarpiano es muy importante la resonancia magnética. La ecografía, por su bajo coste y su menor duración, se está realizando con mucha frecuencia.

6 Bibliografía

- http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2113
https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/155/
- https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/155/140
https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/413/
https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/413/397

Capítulo 1353

INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

JORGE SAL GARCIA

1 Introducción

La radiografía de tórax es la radiografía más realizada. Es una prueba básica a realizar ya que con la sospecha de alguna patología torácica se podría visualizar con una radiografía de tórax.

2 Objetivos

El objetivo principal es analizar como realizar correctamente una serie de radiografías de tórax (posteroanterior PA y latera L)

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras la lectura y análisis de los diversos artículos se llega a ver que dicha radiografía es más utilizada debido a que se pueden analizar diversas patologías desde en análisis de las clavículas, tráquea, arcos costales posteriores, aorta, corazón y cúpula diafragmática. También se podrían realizar unas proyecciones complementarias que son las proyecciones oblicuas para obtener unos resultados más fiables.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, para la realización de esta prueba diagnostica se realizara una serie de proyecciones (PA y L) como las más utilizadas pudiendo llegar a usar las proyecciones oblicuas para disponer de mas información.

Para la realización de la proyección tanto PA como L se pueden realizar decúbito supino o bipedestación para PA y decúbito lateral y bidepestación para lateral, para ambas se usará una distacia foco-película de unos 2 metros con la máxima inspiración y con la respiración suspendida, se usara un kilovoltaje alto en torno a 120-140KVP.

6 Bibliografía

- https://es.slideshare.net/RubenDarioFonsecaBarrios/tcnica-realizacin-de-realizacin-de-una-radiografa-de-torax
- https://www.slideshare.net/DabertoMD/tecnica-exploracion-torax-presentation
- Radiología de tórax para atención primaria, 2 ediccion. C. Melero Moreno, A. Bayo Berzosa, L. Sanchez Hernandez.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish

Capítulo 1354

ESTUDIO GASTRODUODENAL

JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ

ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ

1 Introducción

El estudio gastroduodenal es una prueba diagnóstica con contraste que permite obtener imágenes del esófago,estómago e intestino delgado. Es un proceso ambulatorio. Requiere preparación los dias previos en cuanto a dieta , y dieta aboluta las 8 horas previas. Se necesita que la parte superior del aparato digestivo esté vacia y la retirada de cualquier objeto metálico. Imprescindible también la firma del consentimiento informado. Para comenzar la prueba al paciente se le da una bebida con bario, se tumbará en la camilla y se tomarán imágenes en varias posiciones. La duración de la prueba va desde 30 min hasta 2 horas aproximadamente.

2 Objetivos

Conocer en qué consiste un estudio gastroduodenal, cómo se prepara al paciente, cómo se lleva a cabo la prueba y los riesgos y beneficios que conlleva.

3 Metodología

Para obtener información sobre el estudio gastroduodenal hacemos una búsqueda bibliográfica en páginas web relacionadas con radiología y digestivo. De todos éstos artículos encontrados y revisados nos quedamos con 5 para un estudio y comparación más en profundidad.

4 Resultados

La prueba generalmente no produce ninguna molestia , más tarde podrá notar el abdomen hinchado y/o naúseas. La eliminación del contraste de bario se realiza a través de las heces, es importante la ingesta abundante de líquidos. Los únicos riesgos y condiciones que presenta son los que conlleva la radiacción que emite la prueba.

Este tipo de estudio nos puede dar información o encontrar la causa de vómitos, dolor abdominal, problemas de deglución,adelgazamiento sin causa aparente..tambien puede mostrar la presencia de varices esofágicas, tumores, hernias…

5 Discusión-Conclusión

Es una prueba minimanente invasiva que nos puede llevar a la causa de muchas molestias gastrointestinales y poder asi poner el tratamiento requerido.

6 Bibliografía

- www.niddk.nih.gov/health-information
- www.pubmed.es
- www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/pruebas-diagnosticas.
- www.seram.es

Capítulo 1355

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

ANA MEDIO PÉREZ

1 Introducción

Los casos de ETS en nuestro país no solo no descienden, sino que se han multiplicado en los últimos 16 años. Cada año a nivel global se presentan 376 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual, es decir más de un millón al año, unas cifras muy alarmantes que van en aumento pese a toda la información y los medios de los que dispone la sociedad para poder evitarlo. Las ETS se han convertido en un grave problema de salud pública por las complicaciones y las secuelas que provocan, a no ser que un diagnóstico precoz y un tratamiento idóneo corten el problema en su inicio.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual. Las causas de las ETS son las bacterias, parásitos y virus. Existen más de 20 tipos de enfermedades de transmisión sexual, entre las que se incluyen: la clamidia, el herpes genital, la gonorrea, el VIH/SIDA, la sífilis o la tricomoniasis.

Estas infecciones pueden conducir a problemas de salud graves, como infertilidad, trastornos neurológicos y cardiovasculares, muertes pre y neonatales y aumento del riesgo de contraer otras infecciones. Sin embargo, a menudo pasan desapercibidas porque sus síntomas son invisibles.

2 Objetivos

- Saber identificar las enfermedades de transmisión sexual.
- Sensibilizar y prevenir a los jóvenes sobre las ETS.
- Promover la educación sexual y la importancia de la prevención.
- Concienciar a todas las personas y sobre todo a los jóvenes para el uso adecuado de los medios anticonceptivos.
- Descubrir la manera correcta de llevar una vida sexual saludable.
- Contribuir a que los jóvenes adopten una actitud respetuosa respecto a su sexualidad, de manera que la asuman con naturalidad, disfruten y tomen decisiones respecto a ella con suma responsabilidad.

3 Metodología

Se han consultado diversas bases de datos y buscadores, tales como: Medline Plus, SciELO, PubMEd, Pubgle, Fisterra, Google Académico, así como distintas páginas web relacionadas con las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y orientadas a prevenirlas. Las palabras clave que se han utilizado han sido: enfermedades de transmisión sexual, prevención de ETS, prevalencia de ETS, tipos de ETS, métodos de barrera, métodos anticonceptivos, tratamiento de las ETS, infecciones sexuales, educación sexual.

4 Resultados

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), su magnitud, trascendencia y repercusión para el paciente, la familia y la sociedad en su conjunto, han adquirido una gran importancia para la salud pública mundial por la alta morbilidad que se asocia a estas infecciones en los países en desarrollo, como las secuelas de las infecciones genitales, el cáncer cervicouterino, la sífilis congénita, la infertilidad, lesiones en genitales y trastornos psicológicos. Afectan a la sociedad en todos los niveles sociales y en casi todos los grupos de edades, con más frecuencia a adultos jóvenes.

Estas ETS imponen a los países una carga enorme de morbilidad y mortalidad, ya sea de forma directa, por la repercusión que tienen en la calidad de vida y la salud reproductiva, o indirecta, por su función facilitadora de la transmisión sexual del virus de inmunodeficiencia humano (VIH). A escala mundial, todas

estas infecciones imponen también a las personas y a los países una pesada carga económica y sanitaria.

Además las ETS no tratadas a tiempo pueden tener una repercusión muy importante en la salud reproductiva, materna y neonatal. Estas infecciones son la principal causa prevenible de infertilidad, sobre todo en la mujer. Las personas con una o más infecciones de transmisión sexual no tratadas o con un tratamiento no adecuado puede desarrollar a su vez, otras complicaciones como:
- Presentar lesiones en cuello uterino y otros genitales internos.
- Presentar lesiones o deformación de los genitales externos.
- Asociarse con cáncer de cuello uterino.
- Trastornos psicológicos.
- Tener niños pretérmino, de bajo peso al nacer o mortinatos.

Muchas de las ETS pueden transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.
Las personas deben saber que estas enfermedades pueden pasar desapercibidas y que si no usan un método de barrera en sus relaciones sexuales pueden contraerlas o transmitirlas.

5 Discusión-Conclusión

El uso de métodos de barrera ha decaído y esta tendencia ha motivado un aumento generalizado de las infecciones de transmisión sexual, a su vez el uso incorrecto del preservativo, el tener múltiples parejas sexuales, el uso de redes sociales que facilitan los contactos sociales, han desencadenado las consecuencias que se están sufriendo en la sociedad actual respecto a las infecciones de transmisión sexual.

Es muy importante una concienciación por parte de toda la sociedad sobre este tema, ya que es un problema de salud pública actual. Es necesario que todas las personas, especialmente los jóvenes, reciban información, orientación y educación sexual con el fin de minimizar el riesgo de poder contraer una ETS. El sector de la educación juega un papel muy importante en la preparación de los niños/as y jóvenes para asumir roles y responsabilidades también en el ámbito sexual. Es por eso que los programas de salud en la escuela son un pilar muy importante en la educación sexual, ya que pueden reducir de manera significativa los comportamientos sexuales de riesgo entre los jóvenes. También es un punto importante a tener en cuenta el promover la comunicación entre los adolescentes

y sus padres.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud OMS. Infecciones de transmisión sexual (ITS),Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/.
- Medline Plus. Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2014. Disponible en:http: //www.nlm.nih.gov/medlineplus/.../sexuallytransmitteddiseases.html.
- Enfermedades de Transmisión Sexual en Adolescentes. 2015. Disponible enhttp://www.drugs.com/.../enfermedades-de-transmisión-sexual-enadolescentes.html.
- Programa Nacional de Prevención de VIH/SIDA. BVS. Disponible en:http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/prosida.html

Capítulo 1356

EL PAPEL DEL TECNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNOSTICO EN EL ESTUDIO DE ANGIOGRAFIA CORONARIA POR TAC

NATALIA MIRANDA ALVAREZ

JOSEFA TEIJIDO CALVO

1 Introducción

La angiografía coronaria por tomografía ha sido adaptada rápidamente para la evaluación de la enfermedad coronaria, siendo una técnica no invasiva que sirve para hacer un estudio tanto anatómico como morfológico del Árbol coronario. Con este estudio angiográfico se puede permitir la adquisición de la imagen en un solo latido cardíaco, lo cual permite obtener resultados de alta calidad y de manera uniforme en presencia de arritmias leves. También tiene importancia para la evaluación de la perfusión y viabilidad del miocardio y cuantificar la calcificación en arteria coronaria.

No obstante, existen algunas limitaciones para realizar el estudio, como el dolor torácico agudo, arritmias importantes, calcificación coronaria extensa, obesidad, alergia y contraste yodado.

El papel del TER en la realización del estudio es básico para la obtención de imágenes del estudio con una calidad óptima para el diagnóstico de patologías coro-

narias. La colaboración del paciente es muy importante, y para ello el TER debe de trasmitir al paciente tranquilidad y darle las instrucciones de manera que nos pueda entender. En primer lugar le explicaremos las apneas, ya que son muy importantes y repetiremos con el el proceso unas cuantas veces para que se familiarice y pueda realizarlo bien durante el estudio se le informara de que se le va a administrar medicación y contraste durante la prueba , Con el contrate puede que sienta calor o incluso sabor metálico durante la administración de este. Así mismo el TER debe de conocer los protocolos técnicos y anatómicos para poder realizar el estudio Angiografico coronario. El radiologo supervisará el estudio.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del técnico especialista para la realización del estudio angiográfico coronario por tomografía.

3 Metodología

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

4 Resultados

Analizando la técnica angiográfica cardiaca por TAC nos damos cuenta de la importancia del personal técnico tanto con el paciente como en la realización del estudio, para que este pueda servir para que el radiólogo realice un buen diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Las dolencias cardíacas son unas de las grandes preocupaciones de la sociedad. En medicina cada vez se está avanzando más en esta materia y son muchos los

profesionales que se preparan para la realización de pruebas que sirvan para diagnosticar las dolencias cardíacas. En el caso de la angiogrfia cardiaca, el técnico especialista tiene que tener los conocimientos tanto anatómicos como técnicos para el desarrollo de la prueba médica.

6 Bibliografía

- Raff, G. L., & Chinnaiyan, K. M. (2009). Papel del angio-TAC coronario en la clasificación precoz de los pacientes con dolor torácico agudo. Revista Española de Cardiología (English Edition), 62(9), 961-965.
- Vázquez Muñoz, E., Ríos Blanco, J. J., Gómez Cerezo, J., & Barbado Hernández, F. J. (2003, July). Diagnóstico con TAC helicoidal y ecocardiografía de la hipertensión pulmonar por tromboembolismo pulmonar crónico. In Anales de medicina interna (Vol. 20, No. 7, pp. 35-38). Arán Ediciones, SL.
- Flores Flores, D. D., Surt Alvarenga, S. C., Squillante Manau, F. A., & Velázquez Brea, I. G. (2013). La angiografía y la angiotomografía cardíaca como técnicas empleadas para el diagnóstico de enfermedades coronarias (Bachelor's thesis).

Capítulo 1357

NEUMOTÓRAX.

ROSANA FERNANDEZ PEREZ

SARA MÉNDEZ GARCÍA

EVA GONZALEZ LOPEZ

MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN

LUCÍA LÓPEZ SAMA

1 Introducción

El neumotórax se produce cuando el aire se filtra dentro del espacio que hay entre los pulmones y la pared torácica. Cuando esto sucede el aire hace presión en la parte externa del pulmón y lo colapsa medianamente o por completo.
Cuando el paciente presenta dolor torácico repentino y dificultad para respirar puede ser originado por:

- Lesión en el pecho: Cualquier contusión o lesión penetrante en el pecho puede provocar el colapso pulmonar. Algunas lesiones pueden producirse durante agresiones físicas o accidentes de automóvil, mientras que otras pueden producirse por accidente durante procedimientos médicos que implican la inserción de una aguja en el pecho.
- Enfermedad pulmonar: Es más probable que el tejido pulmonar dañado colapse. El daño pulmonar puede originarse en muchos tipos de enfermedades ocultas, entre ellas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la fibrosis quística y la neumonía.

- Ampollas de aire rotas: Se pueden manifestar pequeñas ampollas de aire (bullas) en la parte superior de los pulmones. Estas bullas a veces revientan, dejando que el aire se filtre en el espacio que rodea los pulmones.
- Ventilación mecánica: Se puede producir un tipo grave de neumotórax en personas que necesitan asistencia mecánica para respirar. El respirador puede crear un desequilibrio de presión de aire dentro del pecho. El pulmón puede colapsar por completo.

Para verificar que existe neumotórax se realizará una radiografía de tórax previa petición del médico. Será una AP de tórax,en algunas ocasiones podría ser necesario una exploración tomográfica.

2 Objetivos

Verificar que existe neumotórax.

3 Metodología

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

4 Resultados

En general, los hombres tienen mayor probabilidad de tener neumotórax que las mujeres. El tipo de neumotórax provocado por ampollas de aire rotas tiene más probabilidad de ocurrir en personas entre los 20 y los 40 años, en especial, si la persona es muy alta y tiene bajo peso.

Entre los factores de riesgo de un neumotórax, se encuentran:
- Tabaquismo: El riesgo se incrementa con la cantidad de tiempo y con la cantidad de cigarrillos fumados, incluso cuando no hay enfisema.
- La genética: Ciertos tipos de neumotórax tienden a ser hereditarios.
- Enfermedad pulmonar: Tener una enfermedad pulmonar de fondo, en especial, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hace más probable la aparición de un colapso pulmonar.

- Ventilación mecánica: Las personas que necesitan ventilación mecánica para asistir su respiración corren un mayor riesgo de padecer un neumotórax.
- Neumotórax previo: Cualquier persona que haya tenido un neumotórax corre mayor riesgo de tener otro.

5 Discusión-Conclusión

Muchas personas que han tenido un neumotórax pueden tener otro, habitualmente después de uno a dos años del primero.
A veces, puede seguir filtrándose aire si la abertura en el pulmón no se cierra. Es posible que sea necesario hacer una cirugía para cerrar la fuga de aire.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1358

FARMACOGENÓMICA: LA MEDICINA PERSONALIZADA.

SARA FERNÁNDEZ MALLO

1 Introducción

Los medicamentos constituyen hoy día una de las causas de reacciones adversas, que resultan en una importante morbilidad y mortalidad en pacientes, así como en un aumento de los costos de salud. Esto es debido a que los actuales sistemas de I + D (Investigación y Desarrollo) presuponen que los pacientes son un conjunto homogéneo y que, por consiguiente, los medicamentos eficaces y bien tolerados en unos lo serán también en el resto. La experiencia clínica, sin embargo, nos muestra una realidad distinta: medicamentos que funcionan bien en algunos pacientes, son ineficaces o causan reacciones adversas en otros, incluso mortales.
La farmacogenómica es una disciplina que estudia el efecto de la variabilidad genética de un individuo en su respuesta a determinados fármacos.

La farmacogenómica ha tenido un gran desarrollo en los últimos años debido a las tecnologías de la era de la genómica.
El objetivo de la farmacogenómica es la creación de fármacos a medida para cada paciente y adaptados a sus condiciones genómicas. Entender el funcionamiento del genoma y la influencia que podría tener en la efectividad de ciertos fármacos se cree será la ”clave” para crear drogas personalizadas que tengan una gran eficacia y efectos secundarios mínimos.

Es importante tomar en cuenta, que además de factores genéticos, el medio ambiente, la dieta, el estilo de vida y el estado de salud, pueden influir sobre la respuesta de una persona a un fármaco.

En 1959 Frederich Vogel usó por primera vez el término farmacogenética, para designar el estudio del papel que juega la variación de los genes individuales en la respuesta a los medicamentos.
Existe un matiz conceptual entre la farmacogenómica y la farmacogenética. Mientras que la farmacogenómica se refiere a abordajes que tienen en cuenta las características de todo el genoma, mediante una visión integrativa, la farmacogenética queda circunscrita a la detección de modificaciones de genes individuales en la respuesta a fármacos. Ambas disciplinas intentan descubrir la contribución del genotipo de un individuo en la eficacia o toxicidad que tiene una droga en el mismo, sólo que a diferentes niveles.

En el 2003, se consiguió secuenciar por completo el código genético humano. Esto ha supuesto una gran revolución para el campo de la farmacogenética y farmacogenómica. Así, se podrán establecer las relaciones de secuencia (genes) con determinadas enfermedades.
Recientemente, el desarrollo de la bioinformática (integración de la biología molecular y las técnicas informáticas) es una ciencia imprescindible para el desarrollo de la farmacogenética y farmacogenómica.

En un futuro, un diagnóstico farmacogenómico permitirá elegir una terapia individualizada o "a la carta" para cada paciente, optimizando la eliminación de los fármacos y evitando efectos secundarios, mejorando la calidad de vida del paciente.
Sin embargo, a día de hoy este tipo de tratamientos es un campo con más esperanzas que realidades.
La eficacia completa de un tratamiento aplicado a un individuo concreto se ve condicionada por numerosos factores. Realmente es la valoración conjunta de todos los factores individuales lo que determina un buen tratamiento.

Sin embargo, no todos son beneficios. Uno de los principales bloqueos al desarrollo de los estudios de farmacogenética y farmacogenómica es el coste económico que traería no sólo el desarrollo de un test genético a los pacientes sino la contratación del personal cualificado. Por lo tanto, estos estudios sólo

serán coste-efectivas en algunas combinaciones de enfermedades, medicamentos, polimorfismos genéticos y características de los test genéticos a realizar (enfermedades con alta mortandad, de gran coste en su tratamiento…)

En conclusión, pese a las barreras económicas y hasta en algunos casos morales del desarrollo de la farmacogenómica y farmacogenética es importante. En el futuro se prevé que será posible el desarrollo de fármacos específicos de etiología genética. También posibilitará el desarrollo de fármacos para enfermedades hereditarias infrecuentes (entre el 0,1 y el 0,001% aunque globalmente de relevancia ya que existen más de 1400 fenotipos descritos). Finalmente, la farmacogenómica nos lleva a un tratamiento personalizado donde el genotipo precederá a la administración del fármaco.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es exponer al lector todas las posibilidades que abarca este campo. (farmacogenómica)

3 Metodología

SNPs, Un polimorfismo de nucleótido simple o SNP (Single Nucleotide Polymorphism) es una variación en la secuencia de ADN que afecta a una sola base (adenina, timina, citosina o guanina) de una secuencia del genoma. Sin embargo, algunos autores consideran que cambios de unos pocos nucleótidos, como también pequeñas inserciones y deleciones pueden ser consideradas como SNP. Para que esto se considere así, una de estas variaciones debe darse al menos en un 1% de la población, en caso contrario se considerará mutación puntual.

Los SNP constituyen hasta el 90% de todas las variaciones genómicas humanas y aparecen cada 1300 bases, de media, a lo largo del genoma humano. Dos tercios de los SNP corresponde a la sustitución de una citosina por una timina.
La mayoría de los SNP se encuentran dentro de una secuencia codificante, siendo los de mayor interés para los investigadores ya que son más propensos a alterar la función biológica de las proteínas. Dentro de estos SNP podemos distinguir dos tipos: los no-sinónimos, que modifican la cadena de aminoácidos, y los sinónimos o mutaciones silenciosas que no los modifican.

Los SNP que se encuentren en regiones no codificantes pueden tener consecuencias en el proceso de traducción, sobre todo en procesos como el splicing, la unión de factores de transcripción o modificando la secuencia de ARN no codificante.

En los últimos 20 años, los investigadores biomédicos han desarrollado una serie de técnicas que permiten que la búsqueda de cambios en un solo nucleótido en el genoma humano sea mucho más exitosa. Cada técnica utiliza un método diferente para comparar regiones seleccionadas de una secuencia de ADN obtenido a partir de una pluralidad de personas que comparten un rasgo común. En cada prueba, el resultado muestra una diferencia física en las muestras de ADN sólo cuando un SNP se detecta en una persona y en otra no. Un método extendido para la detección de SNPs es el de polimorfismo en la longitud de fragmentos de restricción (SNP-RFLP). Si un alelo contiene un punto de reconocimiento para un enzima de restricción mientras que otro no, la digestión de los dos alelos genera fragmentos de diferente longitud. Si no existe este punto discriminatorio para la enzima de restricción, puede introducirse mediante una reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Muchas enfermedades comunes en los seres humanos no son estrictamente causadas por una variación genética dentro de un solo gen, pero se ven influidas por las complejas interacciones entre múltiples genes, factores ambientales y el estilo de vida. Respecto a estos dos últimos es muy difícil medir el grado de influencia en una persona para padecer o no una enfermedad y por lo tanto en referencia a los SNP sólo hablaremos de la predisposición genética de un individuo a sufrir una enfermedad, es decir, el potencial de un individuo de desarrollar una enfermedad basándonos en los genes y factores hereditarios. Cabe mencionar que de la misma manera que el ADN es hereditario, los SNP se transmiten de generación en generación de la misma manera.
Los factores genéticos aportan también información acerca de la susceptibilidad o resistencia a una enfermedad, así como la progresión de la misma en un individuo.

El material genético de cada persona contiene un único patrón de SNP que se compone de muchas variaciones genéticas diferentes. Los investigadores han encontrado que la mayoría de los SNPs no son responsables de las enfermedades, sino que sirven como marcadores biológicos de las mismas, ya que suelen estar cerca de los genes que se asocian con una determinada enfermedad. Pero tam-

bién, aquellos SNPs que sí provocan enfermedades concretas sirven para buscar y aislar ese gen.
Además de todo lo relacionado con prevención y seguimiento de las enfermedades, los SNPs también están asociados con la absorción y eliminación de agentes terapéuticos pudiendo así ayudar a los investigadores a determinar por qué los individuos difieren en su capacidad para absorber o eliminar ciertos medicamentos, así como por qué un individuo puede experimentar efectos secundarios adversos de un medicamento en particular. En la actualidad, no hay ninguna manera sencilla de determinar cómo responderá un paciente a un medicamento concreto, ya que un tratamiento demostrado eficaz para un individuo puede ser ineficaz para otro.

MICROARRAYS MICROMATRICES DE DNA
El monitoreo simultáneo de la expresión de miles de genes simultáneamente es posible con el análisis de micromatrices de DNA o microarrays. Una micromatriz de DNA consiste en miles de secuencias específicas de genes individuales estrechamente comprimidas adheridas a la superficie de un portaobjetos de vidrio para microscopio. Al acoplar los análisis de micromatrices con los resultados de los proyectos de secuenciación de genomas, los investigadores pueden analizar los patrones globales de la expresión génica de un individuo durante respuestas fisiológicas específicas.

Preparación de micromatrices de DNA:
En un método para preparar micromatrices de DNA. Se amplifica individualmente por PCR una porción de más o menos 1kb de la región codificadora de cada gen analizado. Se utiliza un dispositivo robótico para aplicar cada muestra amplificada de DNA a la superficie del portaobjetos, el cual es sometido luego a procesamientos químicos para adherir permanentemente las secuencias de DNA a la superficie del vidrio y desnaturalizarlas.

4 Bibliografía

- Genética médica; Rafael Oliva Virgili, Francisco Ballesta, Josep Oriola, Joan Claria; Editorial UB;71, 3º edición.
- http://www.actionbioscience.org/esp/genomica/barash.html
- http://www.analesranf.com
- http://www.ornl.gov

- Genoma humano. Nuevos avances en investigacion, diagnostico y tratamiento; Rafael Oliva Virgili, Jose Manuel Vidal Taboada. Pulicaciones y ediciones de la universidad de Barcelona. (2006).
- http://www.genomica.es
- http://www.gen-es.org
- http://www.23andme.com/gen101/snps
- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/about/.../snps.html
- http://www.snpmedia.com
- http://www.genalia.es
- http://www.wikipedia.com
es.wikipedia.org/wiki/Farmacogen%C3%B3mica
- www.euroespes.com/tarjeta_farmacogenetica.
- http://www.blogfarmacia.net/tarjeta-farmacogenetica

Capítulo 1359

ANEMIA DE FANCONI.

SARA FERNÁNDEZ MALLO

1 Introducción

El pediatra Zueco Guido Fanconi fue el primero en descubrir la anemia de Fanconi (AF). En 1927, el doctor Fanconi publicó sus observaciones clínicas sobre dos hermanos que habían heredado varias anomalías físicas y quienes además mostraban fallo de la médula ósea. Estos niños sufrían de una grave anemia aplásica. Sus sistemas sanguíneos no eran capaces de combatir las infecciones. Además, como resultado de la anemia, padecían de fatiga crónica. Sufrían de hemorragias espontáneas debido al descenso en su nivel de plaquetas.
Gracias a las investigaciones se ha determinado que:
- La anemia de Fanconi es una de las múltiples anemias hereditarias mortales.
- Ambos padres tienen que ser portadores del gen recesivo para que el niño nazca padeciendo la enfermedad. Si ambos padres comparten esta característica cabe la posibilidad de que uno de cada cuatro hijos herede la enfermedad. Los científicos identifican el patrón de herencia como autosómico recesivo.
- Los pacientes con AF pueden presentar diversas anomalías congénitas que varían de insignificantes a muy serias. Estas anomalías pueden afectar a cualquiera de los sistemas del cuerpo. Otros pacientes no muestran problemas obvios excepto el fallo último de la médula ósea.
- Los pacientes con AF tienen una alta incidencia de leucemia (18-20%).
- Los pacientes con AF tienen una incidencia de cáncer mucho más alta que el resto de la población.
- Los cromosomas de las células de los pacientes con AF sufren rupturas y translocaciones fácilmente.
SÍNTOMAS:

Las personas con AF tienen conteos de leucocitos, eritrocitos y plaquetas por debajo de lo normal. La insuficiencia de leucocitos puede llevar a que se presenten infecciones y la falta de eritrocitos puede causar fatiga. Una cantidad de plaquetas por debajo de lo normal puede llevar a sufrir hemorragias.

La mayoría de personas con AF tienen alguno de estos síntomas:

- Tubo digestivo, corazón y pulmones anormales.
- Problemas óseos.
- Cambios en el color de la piel, como áreas cutáneas oscurecidas y vitíligo.
- Sordera.
- Problemas en ojos o parpados.
- Formación incorrecta de los riñones.
- Estatura baja.
- Cabeza pequeña.
- Testículos pequeños y cambios genitales.

Otros síntomas posibles son:

- Retraso en el desarrollo.
- Problemas de aprendizaje.
- Bajo peso al nacer.
- Discapacidad intelectual.

DIAGNÓSTICO:

1. Pruebas generales de diagnóstico.

Entre los exámenes comunes que se llevan a cabo para la anemia de Fanconi están:

- Biopsia de la MO: ayuda a determinar exactamente cuántas células se encuentran en la médula. También ayuda a determinar si el tamaño y la forma de las células es normal o anormal.
- Conteo sanguíneo completo.
- Pruebas del desarrollo.
- Audiometrías.
- Tipificación tisular para HLA (donantes compatibles de MO).
- Ecografía de los riñones.

2. Rupturas cromosómicas y otras pruebas.

La prueba más común para diagnosticar la AF es una prueba sanguínea, en la cual se combinan los linfocitos con agentes químicos como el diepoxibutano (DEB) o la mitomicina C (MMC). En el laboratorio, los cromosomas de las células de AF muestran rupturas y translocaciones después de ser expuestos a estos agentes destructivos; los cromosomas de las células normales son más estables. Si los

resultados son negativos pero el paciente exhibe otros síntomas de AF, se deben examinar las células de la piel (fibroblastos).
Además, mediante citometría de flujo se pueden detectar anómalas en el ciclo celular de las células de AF.
Se puede diagnosticar la AF incluso antes de que nazca el niño. El diagnóstico se basa en tomar una muestra de las vellosidades coriales (CVS) entre 10-12 semanas de embarazo o haciendo una amniocentesis entre las 15-17 semanas de embarazo.
3. Presencia de defectos congénitos.
La mayoría de los pacientes presentan defectos congénitos. Estos defectos pueden afectar a cualquier sistema del cuerpo. El número de anomalías es variable. Debido a la gran variedad de características clínicas, los médicos se refieren a la AF como de naturaleza heterogénea.
4. Diagnóstico por medio de la aparición de anemia aplásica o fallo de la médula ósea.
En muchos de los pacientes, el primer indicio de AF es la presencia de anemia aplásica, condición en la cual la médula ósea no produce suficientes glóbulos rojos, leucocitos o plaquetas.
5. Diagnóstico por medio de la aparición de mielodisplasia o leucemia.
En un porcentaje muy pequeño de casos, la presencia de AF se detectó cuando el paciente desarrolló el síndrome mielodisplásico. El diagnóstico, a través de un examen de la médula ósea, describe la producción, maduración y apariencia anormal de las células de la sangre, lo cual a menudo causa deficiencia de glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas. A veces los síndromes mielodisplásicos se convierten en leucemia. Algunos pacientes han sido diagnosticados con AF tras desarrollar leucemia mieloide crónica (AML).
TRATAMIENTO:
1. Trasplante de médula ósea.
Los problemas relacionados con la médula ósea pueden corregirse a través de un trasplante exitoso de médula ósea o de células madre. Aun así, el paciente con AF mantiene un riesgo elevado de desarrollar tumores sólidos y podría tener problemas relacionados con otros órganos antes de llevarse a cabo el trasplante se destruye o anula la médula ósea del paciente para permitir que crezca la médula nueva de forma saludable. Para evitar el rechazo del injerto, se suprime el sistema inmunológico del paciente.
2. Farmacoterapia.
Entre un 50-75% de pacientes con AF responden al grupo de drogas conocido como andrógenos. Los andrógenos, como la oximetolona, son hormonas masculinas sintéticas que frecuentemente estimulan la producción de uno o más tipos de

células sanguíneas por periodos de tiempo prolongados. Son efectivos en el incremento de glóbulos rojos y con frecuencia también aumenta la producción de plaquetas. El incremento de glóbulos blancos solo ocurre en algunos pacientes. Puede haber efectos secundarios con el uso de andrógenos, pero, ajustando la dosis adecuada, estos remiten.

3. Factores de crecimiento hematopoyético.

Al suministrarse estos factores se estimula la producción de células vitales para el sistema sanguíneo. Existen numerosos estudios que demuestran su eficacia, pero a la larga se desconocen los riesgos de usar estos factores en pacientes con AF o la capacidad que tienen para estimular la producción de sangre

TERAPIA GÉNICA:

Numerosos ensayos clínicos con firma española han utilizado la terapia génica para el tratamiento de la AF. Para llevar a cabo estos ensayos clínicos se extrajeron células madre de la sangre periférica de los pacientes y se expusieron sus células a un vector terapéutico para facilitar la inserción del gen terapéutico en las células madre de los pacientes. Una vez corregidas, las células se transfundieron en los pacientes como si se tratara de una simple autotransfusión sanguínea. En este trabajo los investigadores demostraron que el procedimiento de corrección génica desarrollado permite la generación de células sanguíneas de los pacientes en ratones inmunodeficientes análogamente a como está observando ahora en la sangre de los propios pacientes.

2 Objetivos

Informar al lector sobre el diagnóstico, el tratamiento y la utilidad terapéutica de la terapia génica en el estudio de la anemia de Fanconi.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000334.htm.
- http://fanconi.org/images/uploads/other/SpanishHandbook31.pdf.
- https://revistageneticamedica.com/2017/09/28/terapia-genica-anemia-fanconi/.

Capítulo 1360

DETERMINACIÓN DE LA DENSIDAD DE UNA MUESTRA DE ORINA POR DISTINTOS MÉTODOS

GIORDANA LÓPEZ VALLE

1 Introducción

La capacidad de los riñones para reabsorber agua desde el filtrado glomerular es una de las funciones más importantes del organismo. El proceso de reabsorción suele ser una de las primeras funciones renales en verse afectadas por una patología. La densidad de la orina es una medida de la densidad de las sustancias disueltas en ella y depende del número de partículas y de la masa de las mismas.

2 Objetivos

Exponer cuatro métodos no automatizados de medida de la densidad de una muestra de orina y cuáles de ellos son más fiables en caso de tener que recurrir a técnicas más manuales, bien sea por falta de medios o en situación de emergencia ante una indisposición del aparataje que realiza estas técnica de forma automatizada.

3 Metodología

El método del cálculo matemático consiste en obtener el peso de un volumen determinado de orina. Se pesa una probeta vacía y seca (wo), después se llena con

la muestra de orina y se mide el volumen del líquido problema y luego se pesa todo el conjunto (wf). La diferencia wf - wo corresponde a la masa del líquido. Como la densidad es la división de la masa por el volumen, podemos hayas el valor de la densidad dividiendo la diferencia wf - wo entre el volumen.

El densímetro o urinómetro se basa en el Principio de Arquímedes. El procedimiento consiste en pasar la muestra de orina a una probeta, introducir el urinómetro en la orina y leer en la parte graduada del mismo el nivel inferior del menisco de orina. El método del refractómetro se basa en el índice de refracción de la luz al incidir sobre una sustancia líquida.

Para la medida de la densidad de una muestra de orina con un refractómetro es necesario realizar una calibración con una gota de agua destilada, esto es lo que se conoce el blanco. Cerrar la tapa. A través del visor se coloca la línea que separa la parte azul de la parte blanca a 1.000 Kg/cm3en la graduación de la derecha (agua), mediante el tornillo colocado en la parte superior. Una vez calibrado se procede con la medida de la densidad de la muestra. Para ello se coloca una gota de la muestra de orina y se comprueba el valor del visor.

El método de la tira reactiva consiste en sumergir la tira en la muestra de orina. Una vez extraída se deja que las reacciones tengan lugar (cambios de coloración) y se comparan los colores que aparecen con la escala cromática provista por el fabricante. Esta prueba se basa en el cambio de la constante de disociación (pKa) de un polielectrolito aniónico que en medio básico que se ioniza y libera iones hidrógeno en proporción al número de cationes presentes en la solución. Cuanto mayor es la concentración de cationes en la orina, más hidrógenos se liberan con lo que disminuye más el pH. La almohadilla incorpora un colorante indicador, el azul de bromotimol que refleja este cambio en el pH. Los colores varían de azul oscuro a lectura 1.005 kg/m3 hasta amarillo a lectura 1.030 kg/m3.

4 Resultados

Se comparan los resultados de la medida de tres muestras diferentes de orina por los cuatro métodos.

- La muestra 1 da unos valores con la técnica del cálculo matemático de 1.018 g/cm3, con el urinómetro de 1.023 g/cm3, con el refractómetro de 1.019g/cm3 y con la tira reactiva de 1.030g/cm3.
- La muestra 2 da unos valores con la técnica del cálculo matemático de 1.013 g/cm3, con el urinómetro de 1.021 g/cm3, con el refractómetro de 1.040g/cm3 y

con la tira reactiva de 1.050g/cm3.
- La muestra 3 da unos valores con la técnica del cálculo matemático de 1.007 g/cm3, con el urinómetro de 1.018 g/cm3, con el refractómetro de 1.020g/cm3 y con la tira reactiva de 1.025g/cm3.

Como puede observarse los resultados son similares utilizando cualquiera de esos dos métodos. Sin embargo, la tira reactiva no da resultados tan exactos. Este último es instrumento de diagnóstico básico, que tiene por finalidad detectar durante un examen rutinario de orina, algunos de los cambios patológicos que pueden aparecer en la orina de un paciente.

5 Discusión-Conclusión

La densidad dependerá de la concentración de solutos en la orina del paciente. Esto nos aproximará al conocimiento del estado fisiológico de los riñones puesto que son, junto con los pulmones, los principales órganos reguladores del equilibrio ácido-base del organismo por medio de la excreción controlada de moléculas hidrógeno en forma de ion amonio, fosfato monohidrogenado y ácidos orgánicos débiles; así como de la reabsorción de bicarbonato a partir del filtrado glomerular.

6 Bibliografía

1. Campuzano Maya, G.; Arbeláez Gómez, M; El Uroanálisis: Un gran aliado del médico. Sociedad Colombiana de Urología, 2007.
2. Costa, Christian Elías, et al. Medición comparativa de la densidad urinaria: tira reactiva, refractómetro y densímetro. Archivos argentinos de pediatría, 2010, vol. 108, no 3, p. 234-238. https://healthtools.aarp.org/es/health/analisis-de-densidad-de-la-orina

Capítulo 1361

LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA.

ROBERTO RECHE LÓPEZ

JAVIER AGUADO SALAMANCA

1 Introducción

Los rayos X son un tipo de radiación llamada ondas electromagnéticas. Las imágenes de rayos X muestran el interior de su cuerpo en diferentes tonos de blanco y negro. Esto es debido a que diferentes tejidos absorben diferentes cantidades de radiación. El calcio en los huesos absorbe la mayoría de los rayos X, por lo que los huesos se ven blancos. La grasa y otros tejidos blandos absorben menos, y se ven de color gris. El aire absorbe la menor cantidad, por lo que los pulmones se ven negros. En quirófano es habitual el uso de aparatos de rayos X y fuentes radioactivas para facilitar las intervenciones ya sean de vascular, urología, traumatología,... Estos utilizan unos aparatos de Rx que son los arcos en C con los que pueden superar tiempos de escopia largos y una dosis a los pacientes relativamente altas que hacen que aumenten los riesgos de padecer otras enfermedades relacionadas con la radiación como por ejemplo cáncer.

2 Objetivos

- Identificar los diferentes EPIs (equipos de protección individual) apropiados para minimizar la exposición radiológica.
- Analizar los medios físicos con los que cuenta el área quirúrgica como el uso de paredes plomadas.

3 Caso clínico

Personal sanitario del hospital universitario central en el área quirúrgica de traumatología.

4 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que el uso de los EPIs plomados en el área quirúrgica (gafas, guantes, chaleco, falda, collarín y gafas plomadas) hace disminuir la exposición. Es importante concienciar el personal sanitario de todo el protocolo a seguir y la utilización de dichos EPIs.

5 Bibliografía

- www.sepr.es
www.csn.es.
- www.insst.es
www.medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1362

CALIBRADORES DE ESCALA O SIMPLES EN RADIODIAGNÓSTICO PARA PRE OPERATORIOS DE RODILLA Y CADERA

IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ

ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN

1 Introducción

A la hora de planificar una operación de cadera o rodilla es necesaria una serie de pruebas preoperatorias, entre ellas radiografías de la zona a estudio con el uso de calibradores. Dichos calibradores facilitan la referencia de medidas para una posterior planificación de la cirugía a realizar. Estos calibradores denominados de escala o simples suelen tratarse de esferas metálicas con un diámetro de 25 ó 30 mm.

2 Objetivos

- Estudiar la finalidad y el método de uso de estos marcadores en el servicio de radio-diagnóstico a la hora de planificar una operación, en este caso de cadera o rodilla a modo de ejemplo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Lo resultados obtenidos sobre el tema en cuestión nos indican la importancia de estos calibradores en la planificación de ciertas operaciones traumatológicas, ya que con estos se puede conocer la magnificación de la región a estudio para posterior colocación de prótesis.

El uso de estos calibradores requiere de la colocación de estos por parte del técnico en imagen para el diagnóstico. Este debe ser colocado antes de realizar la radiografía en la zona indicada según el tipo de preoperatorio, y se debe procurar que el calibrador salga completo en la radiografía para medir su diámetro y circunferencia de manera exacta.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión podemos decir que encontramos varios tipos de calibradores radiográficos, desde algunos más básicos (como monedas metálicas), hasta algunos más novedosos (calibración de doble marcación), pero la utilización de estos calibradores de escala esféricos son todavía utilizados en la actualidad debido a su sencillez de uso, precio y resultado.

6 Bibliografía

- Protocolos de actuación en el servicio de radiodiagnóstico del HUSA,
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1363

LA UTILIZACIÓN DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA PARA LA EVALUACIÓN DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS.

NURIA GARCÍA RUBIO

DIANA GONZÁLEZ GARCÍA

PAULA LARA ANDRADE

MARTA DÍAZ FERNÁNDEZ

ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Resonancia Magnética es un examen imagenológico que utiliza imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes del cuerpo. No se emplea radiación ionizante (rayos X).

Las imágenes por resonancia magnética (IRM) solas se denominan cortes. Se pueden almacenar en una computadora o imprimir en una película. Un examen produce docenas o algunas veces cientos de imágenes.

Actualmente existen más de 1500000 personas afectadas por patologías neurodegenerativas en España.

Las enfermedades neurodegenerativas afectan varias actividades que el cuerpo realiza, como el equilibrio, movimiento, hablar, respirar y funciones del corazón. Muchas de estas enfermedades son genéticas. Las causas pueden ser alcoholismo, un tumor o un ataque cerebrovascular (ACV). Otras causas incluyen toxinas, químicos y virus. Otras veces, las causas se desconocen.

Algunas enfermedades neurodegenerativas son el Alzheimer, la esclerosis lateral amiotrófica, ataxia de Friedreich, enfermedad de Huntington, demencia con cuerpos de Lewy, Parkinson o atrofia muscular espinal.

Las enfermedades neurodegenerativas pueden ser serias o poner la vida en peligro. Depende del tipo. La mayoría de ellas no tiene cura. El tratamiento puede ayudar a mejorar los síntomas, aliviar el dolor y aumentar la movilidad.

2 Objetivos

- Evaluar la conectividad funcional a partir de imágenes de resonancia magnética funcional en estado de reposo en adultos mayores como posible biomarcador para la enfermedad de Alzheimer.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, utilizando como descriptores las palabras clave mencionadas. Se consultaron distintas bases de datos, búsquedas por Internet, así como revistas con acceso abierto y revistas de investigación científica.

4 Resultados

Las resonancias magnéticas de la cabeza se realizan en el hospital o en un centro de radiología.

El paciente se acostará sobre una mesa, la cual se desliza dentro de un escáner grande similar a un túnel.

Algunos exámenes de resonancia magnética requieren de un tinte especial, llamado medio de contraste. El tinte por lo regular se administra durante el examen a través de una vena (IV) en la mano o el antebrazo. Este medio de contraste ayuda al radiólogo a observar más claramente ciertas zonas.

Durante la resonancia magnética, la persona que opera la máquina lo vigila desde otro cuarto. El examen casi siempre dura de 30 a 60 minutos, pero puede demorar más tiempo.

La resonancia magnética no utiliza radiación. Hasta la fecha, no se ha informado de efectos secundarios a causa de los campos magnéticos y las ondas de radio.

El tipo de medio de contraste (tinte) utilizado más común es el gadolinio. Es muy seguro. Rara vez ocurren reacciones alérgicas a esta sustancia. Sin embargo, puede ser dañino para pacientes con problemas renales que requieran diálisis.

Los fuertes campos magnéticos que se crean durante una resonancia magnética pueden provocar que los marcapasos cardíacos y otros implantes no funcionen igual de bien. También pueden provocar que otros pedazos de metal dentro del cuerpo se desplacen o cambien de posición.

Las imágenes de RM de pacientes reales, tanto sanos como afectados por Alzheimer, se obtuvieron de la base de datos ADNI (Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative). ADNI posee una gran cantidad de imágenes médicas de pacientes americanos y voluntarios. Todos los pacientes utilizados tienen entre 60 y 80 años de edad, con un peso habitual de entre 50 y 90 kg. Se emplearon cinco imágenes de cerebros con Alzheimer y cinco de cerebros sanos. Los datos clínicos postulan que un cerebro sano tiene un volumen promedio de unos 1260 cm cúbicos, y un peso de unos 1.5 kg, mientras que uno con Alzheimer sufre una reducción de aproximadamente un 20% en su volumen, con un peso inferior a unos 0.9 kg. Estos datos son el punto de partida del algoritmo propuesto.
Utilizando ImageJ® y el añadido anteriormente referido, se puede medir la capacidad volumétrica del cerebro. Se empleó la herramienta de selección para identificar las regiones de interés del cerebro humano. De acuerdo con los datos clínicos, solo es necesario medir el tejido cerebral, sin incluir agua u otras substancias. Este proceso se llevó a cabo manualmente capa a capa para la imagen RM total.

Para mejorar la exactitud y velocidad del análisis, y para reducir su complejidad, se puede agregar el estudio de los ventrículos cerebrales. En un cerebro típico afectado por Alzheimer los ventrículos sufren un incremento de volumen debido a la pérdida de materia.

5 Discusión-Conclusión

La relevancia de la imagen médica para la investigación y la innovación en patologías neurodegenerativas es creciente. Entre ellas, se pueden mencionar como más relevantes el Parkinson, la Esclerosis Lateral Múltiple o el Alzheimer. El diagnóstico preciso de estas enfermedades lleva acarreadas ciertas dificultades. La Resonancia Magnética se postula como una herramienta clave en el diagnóstico avanzado de este tipo de patologías.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1364

TÉCNICA DE PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE PULMÓN MEDIANTE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA

IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ

ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN

1 Introducción

Mediante Punción Aspiración Aguja Fina también denominada PAAF de pulmón lo que se intenta conseguir es una muestra de tejido para descartar alguna patología pulmonar mediante una punción a través de la caja torácica. Para ello uno de los principales métodos de guiado para ayudar a la biopsia del lugar exacto es el escáner (tac) utilizando determinado material (tanto para técnicos de rayos, enfermería y radiologos) y un estudio concreto para esta prueba.

2 Objetivos

- Determinar como se procede y se realiza una PAAF de pulmón guiada por tomografía computerizada.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para realizar una punción aspiración con aguja fina necesitaremos ciertos materiales que serán utilizados por el personal sanitario responsable del escáner, algunos de estos materiales son:
Paños verdes, guantes estériles, gasas, jeringas de 10 cc y 20cc, aguja IM, Scandicain 2%, aguja espinal 22G y de 8,9 o 15 cm, portas, bote con alcohol 90%, frasco de citología liquida, aguja surecut 18g, frasco de orina con formol, kameko PAAF.

También es necesario un protocolo propio del escáner: colocar al paciente, colocar el marcador si sabemos la zona, centrar al paciente en escotadura yugular, seleccionar el programa de biopsia, hacer los scouts y seleccionar los cortes, realizar el estudio, apuntar el corte que quiera el radiólogo, en el gantry el plano de corte que queremos, encender el láser interno del escáner y marcar la zona deseada para su posterior punción y comprobación.

5 Discusión-Conclusión

La utilización del escáner para la realización de punciones de pulmón es una técnica muy utilizada y precisa para el guiado y la ayuda de la obtención de muestras, pese a tener desventajas como son la radiación que recibe el paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1365

PLAN FORMATIVO PARA TRABAJADORES ESPECIALMENTE VULNERABLES A LOS PROCESOS ANSIOSOS.

REBECA HEVIA ALVAREZ

1 Introducción

La ansiedad ha pasado de ser un término utilizado en el ámbito profesional a ser un término de uso coloquial y en ocasiones sobreutilizado por tertulianos y medios de comunicación. Por ello, primero queremos aclarar el término ansiedad.

La ansiedad no es una enfermedad , sino, que se trata de un proceso natural que si es desadaptativo lleva a un conjunto de síntomas conocido como síndrome ansioso.

En estos momentos y en etapas anteriores los problemas causados por los problemas ansiosos y otros problemas psicológicos que se ha actuado siempre a posteriori de la presentación evidente y muchas veces en forma de baja laboral del problema.

2 Objetivos

En éste trabajo , intentaremos demostrar que la identificación temprana de los trabajadores especialmente vulnerables a sufrir procesos ansiosos así como es-

tablecer un plan de actuación dirigido especialmente a ellos, aporta beneficios tanto individuales a los afectados como colectivos al ecosistema hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dada la limitación en recursos que existe en la actualidad realizaremos una sencilla prueba de screening pero con valor psicométrico fiable.

Una vez realizado éste cribado podremos determinar la población de riesgo basado en su perfil psicológico a ésta población de riesgo se le facilitará posteriormente un plan formativo de dos semanas sobre el manejo de la ansiedad tanto en el ámbito laboral y personal .

También se creará un canal de comunicación con el departamento de prevención de riesgos laborales que facilite que las personas en especial riesgo reciban apoyo psicológico para el manejo de las situaciones más diarias y particulares así como las adaptaciones laborales por trastornos ansiosos pre y post intervención.

Después de realizar todo el proceso descrito siendo necesario para ello un periodo de seis meses , se ha logrado comprobar de una manera estadísticamente significativa la reducción de bajas laborales por los motivos ya planteados.

Debiendo tenerse en cuenta además que el beneficiario observando es más acusado en aquellas personas que a las que primero se les aplicó el proceso mostrando ésto a nuestro entender el beneficio añadido de contar con los procesos madurativos , tanto de la formación recibida como del apoyo continuado recibido desde salud laboral.

5 Discusión-Conclusión

A modo conclusión podemos resumir éste trabajo con la tesis de que prevenir en salud psicológica es rentable laboralmente , humanamente y económicamente .

Es fácil entender los beneficios de aplicar una prueba económica de cribado un plan de formación de dos semanas y una intensificación de la comunicación con el departamento de salud laboral. frente a los costes personales y económicos de cada baja laboral por ansiedad y en su media se sitúa en dos meses.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1366

PROYECCIONES PARA REALIZAR UNA MAMOGRAFÍA

BEATRIZ GARCÍA SAMPEDRO

1 Introducción

Es una prueba por imagen con rayos X que puede llegar a detectar un tumor en la mama antes de que sea perceptible al tacto. Es unos de los métodos más eficaces por su sensibilidad y su especificidad.

2 Objetivos

La densidad de la mama, tanto tejido glandular, fibroso como graso requiere una mayor resolución para obtener imágenes de estructuras delgadas, para poder localizar y estudiar las microcalcificaciones que se puedan producir por el cáncer de mama.
Al estirar la mama todo lo que sea posible alejándola de la pared torácica, algunos de los beneficios pueden ser estos:
• Aplanar el grosor de la mama para que puedan verse todos los tejidos
• Extender bien el tejido de manera que si hay alguna anormalidad pequeña al extenderse pueda verse claro y no oscurecida por culpa del tejido superior de la mama.
• Se recibe una dosis más baja de rayos X y menor tiempo de exposición.
• Mantener la mama rígida hace que se pueda eliminar el artefacto de movimiento, que puede derivar en una imagen borrosa.
• Reduce la dispersión de rayos X para aumentar la agudeza de la imagen.

3 Metodología

Las placas compresoras son de plástico para dejar pasar la radiación, tiene un borde anterior recto y romo para que puedan tocar lo más posible con la pared torácica, en ángulo recto al plano de comprensión para evitar lesiones. La base de la mama, es la porción cercana a la pared torácica y es la mas gruesa, posee tejidos mas densos que el vértice (área cercana del pezón). Hay diferentes proyecciones para el posicionamiento de la mama, a saber:
1. Proyección craneocaudal: la mama se comprime desde la parte superior mientras se encuentra apoyada en la superficie caudal. Las costillas deben tocar el borde del chasis al mismo nivel que el surco inframamario. La pala de compresión va empujando los tejidos contra el chasis para poder oprimir la mama y si hay alguna lesión en un área determinado. La compresión depende un poco de como sea la mama, si bajamos mucho la pala de compresión podemos perder parte de la imagen y no ver alguna lesión.

Esta proyección recoge la mayor parte de la mama a excepción de la parte medial mas extrema y parte de la cola de la mama, como técnicos en imagen para el diagnostico debemos observar que en la proyección se vea el pezón de perfil apuntando hacia la línea media, el tejido medial, la mayor parte del tejido lateral, a excepción de la cola axilar en determinados casos hasta el musculo pectoral, dentro de los parámetros de calidad para que este bien debemos ver el musculo pectoral en el margen de la imagen, el tejido graso retroglandular, tejido medial, tejido glandular lateral y el pezón centrado.
2. Proyección mediolateral oblicua: Esta proyección esta rotada sobre unos 45º respecto al suelo, en este plano observamos desde el cuadrante superoexterno al cuadrante inferointerno pasando por el pezón. La esquina de chasis debe quedar tocando la axila y el borde contra las costillas y la placa de compresión desde la clavícula hasta el hueco infra clavicular. Es una de las proyecciones mas utilizadas tanto para el estudio de mama sintomática como para el screening de mama, ya que recoge casi toda la mama. Para que la imagen cumpla los criterios de calidad, debe observarse en ella el musculo pectoral y verse la altura hasta el pezón (incluido), el ángulo inframamario, visualización clara del tejido glandular superior y del tejido graso retroglandular.

Existen una serie de proyecciones complementarias que se llevan a cabo en situaciones en las que las dos citadas anteriormente no nos ayudan a ver lo que realmente necesitamos, estas siempre se realizan complementarias a las dos citadas anteriormente, nunca solas. Hay diversos tipos:

1. Localizadas: la proyección que utilizamos cuando en otra mamografía observamos en un punto exacto algo raro que no se vea muy bien, para verla correctamente comprimimos la mama en el punto exacto para ver la zona a explorar mucho mas nítida.
2. Magnificada: permite ampliar la mama o una parte de la mama para descartar cualquier patología.
3. Magnificada localizada: combinan las dos anteriores, se utiliza el portachasis que separa la mama de la placa y la pala de compresión mas pequeña.
4. Craneocaudal exagerada: es una complementaria a la craneocaudal cuando los pechos son excesivamente grandes y no se llega a ver toda la mama con la primera. La diferencia que existe con la craneocaudal es la rotación 10º-15º de la paciente hacia el medio.
5. Proyección del Valle: podemos observar la zona medial de ambas mamas, esta se suele hacer para mujeres con mamas grandes y que en la proyección craneocaudal no pueda verse todo el pecho.
6. Proyección de la cola axilar: si se sospecha alteración de los ganglios axilares, se eleva a cabo como si realizásemos una oblicua mediolateral de 45º pero metiendo más a fondo el portachasis en la axila, suele realizarse cuando queremos observar con mayor exactitud el musculo pectoral.
7. Proyecciones laterales: existen dos tipos
• Lateromedial: en el que el portachasis se colocará en la zona del esternón y el rayo penetra por la zona lateral.
• Mediolateral: el portachasis se sitúa en la axila y el rayo entra por la zona esternal, se debe rotar ambas a 90º.

4 Bibliografía

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

Capítulo 1367

SENOS PARANASALES; DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: RADIOLOGÍA CONVENCIONAL Y TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA.

ALBERTO FERNÁNDEZ ALLANDE

1 Introducción

Se exponen diferentes métodos de pruebas de imagen (Rx y TC) para el estudio de los senos paranasales, extrayendo características cómo: indicación, procedimientos y dosis efectiva.

2 Objetivos

Conocer el estado de los senos paranasales.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se han realizado búsquedas en bases de datos tales como MedLine , Google Académico, Cuiden.
Las palabras claves mas utilizadas han sido : senos paranasales , huesos del cráneo ,exploración ,sinusitis esfenoidal, tomografía computarizada craneal.

4 Resultados

La exploración por TC es indolora, no es invasiva y es precisa. Es también la técnica por imágenes más confiable para determinar si los senos paranasales están obstruidos, y es la mejor modalidad de toma de imágenes para la sinusitis.

Rx: Paciente en bipedestación o sedestación.

Proyecciones habituales:
- Proyección Lateral: Se observan los cuatro grupos de senos.
- Proyección PA axial (Método Cadwell): Senos frontales y etmoidales anteriores.
- Proyección de Waters (Parietoacantial): Senos maxilares
- Proyección de Waters (Parietoacantial) con boca abierta: Senos maxilares y esfenoidales.
- Proyección submentovertical: Seno etmoidal y esfenoidal.

TC:
- Paciente en decúbito supino, introduciendo cabeza primero.
- Centraje: Línea infraorbitomeatal
- Scout: Lateral

Extensión:
- Axial: Desde la pared superior de los senos frontales hasta la arcada dentaria del maxilar superior.
- Coronal: Desde la pared anterior del seno maxilar a la pared posterior del seno esfenoidal.

FOV: 25mm.
- Adquisición: Partes blandas y hueso.
- Reconstrucciones: Coronal y axial de hueso y partes blandas.

Resultados:
- Indicaciones Rx: niveles hidroaéreos.
- Indicaciones TC: anomalías congénitas, enfermedad inflamatoria nasosinusal, lesiones óseas, mapa previo a cirugía nasosinusal endoscópica o planifiacion radioterápica y tumoraciones. Se puede llegar a conocer el tamaño real, la forma y su posición dentro del cráneo.

Dosis efectiva media:
Rx TC
0.01mSv 0.68mSv

5 Discusión-Conclusión

Debido a los avances en TC, prácticamente ya no son necesarias muchas de las proyecciones sinusales. La TC constituye la técnica de elección para la valoración de los senos paranasales y las estructuras adyacentes, pues permite diferenciar mejor entre hueso, aire y partes blandas.

6 Bibliografía

- RadiologyInfo.org: https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=sinusct
- Medline Plus: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007349.htm
- ScieLo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000100006
- Gordts F, Clement PA, Buisseret T. Prevalence of sinusitis signs in a non ENT-population. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec 1996; 58: 315-9.
- Haimi-Cohen Y, Amir J, Zeharia A, Danzinger Y, Ziv N, Mimouni M. Isolated sphenoidal sinusitis in children. Eur J Pediatr 1999; 158: 298-301.

Capítulo 1368

HEMOCOMPONENTES Y LAS CONDICIONES ADECUADAS PARA SU CONSERVACIÓN.

PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ

AINOA MARTINEZ PEREZ

LOURDES BELEN PEREZ LORENZO

1 Introducción

La mejora en los procesos de obtención y conservación de los diferentes componentes sanguíneos, han hecho posible la administración separada de las distintas fracciones hemáticas.
Los procedimientos de obtención son:
- Por fraccionamiento de las unidades de sangre total (centrifugación)
- Por aféresis, es decir, mediante separadores celulares mecanizados.

Los componentes sanguíneos obtenidos necesitan diferentes condiciones de conservación, para asegurar su función y su viabilidad.

2 Objetivos

- Establecer las condiciones óptimas de conservación de la sangre, así como de sus fracciones y hemocomponentes, así como las condiciones para su uso, para evitar su deterioro y pérdida de funcionalidad y viabilidad.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed, y Scielo, así como en la editorial Elsevier. Google Academic, MedlinePlus y Dialnet. Para la búsqueda se utilizaron los descriptores: hemoderivados, hemocomponentes, conservación de sangre y fracciones de sangre.

4 Resultados

Hay diferentes tipos de hemocomponentes:
- Sangre total.
- Concentrado de hematíes.
- Concentrado de plaquetas.
- Plasma fresco congelado.
- Crioprecipitado.

Se emplean diferentes soluciones anticoagulantes para su almacenamiento:
- ACD Adenina-Citrato-Dextrosa.
- CPD Citrato-Fosfato-Dextrosa.
- CPD-A Citrato-Fosfato-Dextrosa-Adenina.
- SAG-M Salina-Adenina-Glucosa-Manitol.

Concentrado de hematíes.
Se obtiene cuando a una unidad de sangre total se le retira el plasma por centrifugación (aproximadamente 200-300 ml) antes de los 35 o 42 días de su caducidad. La capacidad aproximada es de 300cc y un hematocrito alrededor del 65%.
Los leucocitos que contaminan a los hematíes pueden ocasionar efectos indeseables, como reacciones postransfusionales. Pueden ser retirados por métodos de centrifugación o filtración.
Se conserva a una temperatura entre 1-6ºC, durante 35 días si se ha extraído con CPD-A o 42 días si se extrae con SAGM.
Si se abre el sistema, el periodo se reduce a 24 horas si esta a temperatura entre 1-6ºC o 6 horas si esta a 20-24ºC.

Plasma fresco congelado
Se separa de la sangre de un donante por centrifugación o aféresis y congelado a -30ºC (aproximadamente 200-300 ml). Debe tener al menos 0,7 UI/ml de Factor VIII y una contaminación de plaquetas menor a 40x109 /l, así como de hemoglobina final inferior a 0,05 g/dl.

La caducidad es de hasta 36 meses a menos de -25ºC en función del procesamiento. Una vez descongelado caduca a las 24 horas, mantenido en nevera. Si se abre el sistema, dura 24 horas a 1-6ºC o 6 horas si esta a 20-24ºC.

Crioprecipitado.
Es un concentrado de proteínas plasmáticas, de entre 15 y 20 ml. Se obtiene al descongelar entre 4-6ºC el plasma fresco congelado, centrifugarlo, eliminar el sobrenadante y volviéndolo a congelar entre -18º-20ºC. Se conserva durante un año.

Pool de plaquetas.
Es una suspensión de plaquetas, en una pequeña cantidad de plasma autólogo, o en una solución isotónica, y son obtenidas mediante centrifugación de sangre recién extraída (aproximadamente 50-100 ml). Se conservan en incubadores o a temperatura ambiente, entre 20-24ºC y en agitación horizontal continua suave. La caducidad es de 5 días. Sin agitación duran 24 horas a 20-24ºC y si se abre el sistema, duran un máximo de 6 horas.
Habitualmente se resuspenden en una misma unidad cinco concentrados de plaquetas, para dar lugar a lo que se llama pool de plaquetas.
También se puede obtener un concentrado de plaquetas por aféresis, mediante un equipo de separación automático, que retiene las plaquetas, y una cantidad adecuada de plasma, volviendo el resto de componentes sanguíneos al donante.

Sangre total.
Es una unidad de sangre extraída con un anticoagulante y bolsa autorizados y sin fraccionamiento posterior. Contiene aproximadamente 450 ml de sangre mas 63 ml de solución anticoagulante, con lo que su volumen final esta en torno a los 500 ml. El hematocrito está entre el 35%-45%.
La sangre total puede ser almacenada refrigerada, entre 1º-6ºC, durante 35 a 42 días dependiendo de la solución anticoagulante utilizada. Las plaquetas y leucocitos dejan de ser funcionales al cabo de pocas horas después de la extracción, se produce una reducción gradual de la viabilidad de los hematíes y disminuyen los factores de coagulación. Prácticamente solo se utiliza en el caso de autotrasfusión.

5 Discusión-Conclusión

La conservación de los hemocomponentes depende en gran medida de la temperatura de almacenamiento. Y por este motivo es necesario un control estricto de

las condiciones en las que se conservan, por lo que es muy importante la existencia de un sistema de alarma que nos indique cualquier tipo de variación.

6 Bibliografía

- https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-sangre/transfusi%C3%B3n-de-sangre/hemoderivados
- López Picado, Ana Jennifer y Sánchez Larios, Héctor Ricardo (2017) Estándares de calidad en la producción de crioprecipitados obtenidos mediante fraccionamiento. Otra thesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
- Cruz Obregón, William José (2019) Uso de paquetes globular y plasma fresco congelado, en pacientes del servicio de medicina interna del Hospital Dr. Fernando Vélez Paíz, período Enero a Agosto 2018. Otra thesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Salazar, Mauricio (2003) Guias para la transfusión de sangre y sus componentes. Revista Panamericana de Salud Pública. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Venezuela.
- Barbolla, L.; Pujol, M.M. Donación de sangre y componentes sanguíneos. https://www.bancsang.net

Capítulo 1369

PET-TC PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.

IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ

TANIA GONZÁLEZ ORTIZ

ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN

1 Introducción

PET: constituye un tipo de diagnóstico por imágenes de medicina nuclear utilizando material radioactivo para diagnosticar o para tratar una variedad de enfermedades, como el cáncer, dándonos información funcional de la zona a estudio.

TC: nos dará información anatómica de la zona a estudio utilizando equipos especiales de Rayos X tomando gran número de imágenes.

PET –TC: que proporcionan ambos tipos de información a la vez, en un mismo equipo, sin necesidad de fusionar las imágenes tomadas por ambos equipos por separado.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de esta técnica PET-TC en la detección del cáncer de próstata antes de ponerle tratamiento y en su posible recurrencia.

3 Metodología

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

Revisión sistemática de literatura científica analizando estudios y trabajos sobre efectividad del PET-TC en el diagnóstico del cáncer de próstata.

4 Resultados

El diagnóstico precoz del cáncer de próstata se basa en medir la PSA (antígeno prostático específico) en el suero y el tacto rectal.

El PET-TAC con 11c colina (radiofármaco) según diversos estudios es muy útil en el estadiaje del cáncer primario y en su posible recurrencia, teniendo ligera superioridad respecto al TC en el diagnóstico de recidiva de partes blandas, monitorizando la respuesta al tratamiento, detecta antes las metástasis óseas, pero presenta una menor sensibilidad que la gammagrafía y una menor sensibilidad para detección de recidiva cuando el PSA es menor de 5 mg/ml.

También permite localizar áreas con tejido viable de carcinoma de próstata y diferenciarlas de los tejidos benignos adyacentes al no presentar eliminación urinaria. A su vez, también podría ser útil en la estatificación preoperatoria de los ganglios linfáticos, pudiéndose reducir el número de linfadenectomías en pacientes de bajo riesgo (aunque en este campo se necesita más experiencia).

Según la FACC se debe utilizar el PET-TAC en base a la evidencia disponible: en pacientes con metástasis o posibilidad de recidiva.

5 Discusión-Conclusión

El PET-TC es útil en el diagnóstico de la recurrencia de cáncer de próstata tras tratamiento radical con intención curativa pero según la mayoría de los estudios consultados realizados con PET-TC y 11C-colina se puede comprobar una alta capacidad de detección en niveles de PSA superiores a 5ng/ml en el 90,6% de los

pacientes siendo inferior del 20% en pacientes con niveles inferiores a 1ng/ml debido al escaso volumen de tejido tumoral.

6 Bibliografía

- https://www.Radiologinfo.com,
revista especializada en medicina nuclear.
- https://www. Cáncer.org.
- F.A.C.C (federación de avances contra el cáncer).
- https://www.Seicat.org.

Capítulo 1370

ESTUDIO DE CARDIO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA.

BEATRIZ GARCÍA SAMPEDRO

1 Introducción

El estudio de la patología del sistema cardiovascular por resonancia magnética (RMC) es una de las aplicaciones más actuales de esta técnica diagnóstica, ya que permite estudiar la anatomía y función del corazón y grandes vasos de forma exacta y reproducible.

La sincronización del ciclo cardíaco y respiratorio con la adquisición de las imágenes, resulta fundamental para la obtención de imágenes sin artefactos de movimientos . La obtención de imágenes de óptima calidad, exige una serie de consideraciones previas a la realización del estudio.

- Advertir al pacientes sobre el elevado tiempo de duración de la prueba (entre 30/60 minutos) recomendando que realice una micción previa.
- Adiestrar al paciente respecto a las peticiones de apnea que se irán formulando.
- Valorar (cuadros de ansiedad) la administración de ansiolíticos, ya que estos estados aumentan la frecuencia cardíaca.

Para el estudio cardíaco se utilizan dos tipos de antenas:

SYNERGY BODY: antena de múltiples elementos conectados en fase, puede estar compuesta de cuatro antenas, distribuidos dos en la parte superior y dos en la parte inferior del paciente. La disposición de sus antenas permite el estudio de planos profundos(técnica de adquisición en paralelo)

SENSE CARDÍACO: esta tiene la misma antena synergy, compuesta por cinco elementos distribuidos, dos en la parte superior y tres en la parte inferior. La disposición de esta antenas también permite aplicar técnicas de adquisición en paralelo. Debido al diseño y al tamaño suele ser la antena mas recomendada para estudios del corazón.
El estudio cardíaco engloba dos modalidades: el estudio anatómico y el estudio funcional.

Estudio anatómico: se aplican secuencias SE, produce el efecto (sangre negra) debido al movimiento constante de la sangre con un TR y TE largo. Al aplicar contraste al tiempo que suprimimos grasa, podemos estudiar tumores, tejidos inflamados. La aplicación de pulsos de inversión previos a la adquisición de la secuencia, permite anular la señal emitida por la grasa.

Estudio funcional: se aplican secuencias EG T2 de modo que la sangre se manifiesta hiper-intensa(sangre blanca). La valoración funcional se logra en un mismo corte, de forma repetida a lo largo de todo el ciclo cardíaco, viendo el movimiento del corazón, con esto el radiólogo podrá ver el funcionamiento valvular, identificar si existen trombos y diferenciarlos de falsas imágenes provocadas por el paso de flujo lento. Dentro del estudio funcional del corazón, se encuentran las técnicas de perfusión y la supresión miocárdica.

Perfusión: consiste en la inyección de un bolo de contraste de GD, variable en función del peso corporal del paciente seguido de suero fisiológico a idéntica velocidad de inyección, para evitar que la embolada de contraste se diluya desde el punto de inyección hasta la llegada del corazón cuando se administra el contraste se llevan a cabo la adquisición de secuencias EGT1 con TR y TE ultra cortos o TSE T1 con llenado del espacio K EPI, procurando un barrido en el eje corto que abarca todos los segmentos del miocardio. El paciente debe permanecer en apnea el mayor tiempo posible que coincida con el primer paso de contraste.Mediante este método de adquisición de imágenes, es posible valorar las alteraciones de las micro vascularizaciones del miocardio, si afecta a uno o a más segmentos, su localización, cuantificar el flujo y obtener medidas de velocidad de eyección. Algo que se hace que pueda observarse si existe alguna anomalía es el que el miocardio sano tiene un espacio intersticial muy pequeño debido a la compactación de las fibras musculares mientras que el tejido infartado no se muestra tan compacto, debido a la pérdida de la integridad de las membranas en las células musculares.

Supresión cardíaca: esta técnica permite detectar la presencia y la zona necrosada después de un infarto de miocardio, diferenciando la disfunción contráctil re-

versible de la irreversible. Mediante la aplicación de un pulso de preparación tisular y la aplicación de un tiempo de inversión adecuado, es posible anular la señal del miocardio sano, para que se lleve a cabo esto han de pasar entre 10 a 15 minutos desde la introducción de contraste. El efecto del GD sobre la cicatriz, produce un acortamiento del tiempo de relajación de sus protones (hiperintensa), destacando frente al resto del musculo sano que ha sido anulado por el pulso de inversión y el TI aplicados.El miocardio aparecerá con una señal hipointensa frente al tejido cicatricial, que se mostrará con una señal hiperintensa debido a la presencia de tejido fibrótico de sustitución ya que este tiene una captación tardía en GD. Esta captación es un indicador de un daño irreversible del miocardio. Para la aplicación de esta técnica se emplean secuencias EGT! adquiridas en 2D o 3D, a las que se le añade un pulso de preparación tisular y un T1 definido. La captación del tejido cicatricial comienza a ser visible a los cinco minutos tras la inyección.

Planificación de los cortes: El estudio cardíaco por RM se basa en la adquisición de planos oblicuos orientados sobre el eje principal del corazón. Los planos más comunes aplicados al estudio cardíacos son. dos cámaras, cuatro cámaras y eje corto. Para poder conseguir las imágenes en cada uno de los planos se han de realizar cuatro pasos repetidos de manera sistemática en cualquier estudio de cardio RM, partiendo de imágenes localizadoras en los tres planos ortogonales.
1º paso: sobre una imagen axial y coronal localizadas sobre el ventrículo izquierdo, se programa un plano oblicuo a lo largo del eje longitudinal que cruce el ápex y por la mitad de la válvula mitral.
2ºpaso: eje corto. Sobre la imagen obtenida en el primer paso(imagen longitudinal). Se propone un barrido perpendicular a las paredes miocárdicas paralela a la válvula mitral, incluyendo el ápice. Se comprueba en el plano axial que los cortes son perpendiculares a la pared del miocardio. La imagen obtenida mostrará ambos ventrículos (en su eje corto). En modo multicorte se puede estudiar la masa, los volúmenes y la función ventricular, siendo este el plano de elección para estudiar la viabilidad de la masa.
3º paso: cuatro cámaras. Sobre la imagen longitudinal vertical, programar barrido a las paredes del miocardio, haciendo coincidir el corte central con el máximo diámetro del ventrículo derecho y con el ápex. Sobre la imagen obtenida en el segundo paso (donde se muestra ambos ventrículos en su eje corto) hace coincidir el corte central con el centro del ventrículo derecho y el ápex. En la imagen podrá observarse tanto las dos aurículas como los dos ventrículos.
4º paso: dos cámaras. Sobre una imagen que muestre las cuatro cámaras (obtenidas en el paso anterior) se programa un barrido que atraviese los segmentos anterior e inferior. Hay que procurar un barrido del ventrículo izquierdo

haciendo coincidir el corte central con la mitad de la válvula mitral y con el ápex. Con estas imágenes podremos valorar la función valvular.

2 Objetivos

- Revisión bibliográfica de los estudios cardíacos mediante resonancia magnética.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 1371

EL QUISTE DE BAKER, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO POR ECO-ESCLEROSIS

LAURA DIEZ GONZALEZ

SUSANA DIAZ REVUELTA

1 Introducción

El quiste de Baker, es una acumulación de líquido sinovial que se forma en la parte posterior de la rodilla, también conocido como hueco popliteo. En la mayoría de los casos se trata de una bola sinovial distendida. Para que se forme tiene que haber una comunicación entre la bolsa y la cavidad articular, además de una alteración articular que sea capaz de producir una efusión que haga que la bolsa se distienda.

Es una patología muy común, para su diagnóstico la prueba más utilizada es la ecografía, también se puede utilizar la eco-doppler y la resonancia magnética nuclear (RMN). El quiste de Baker se puede producir por la edad, por procesos degenerativos como la artrosis, lesiones del menisco, etc.

2 Objetivos

- El objetivo de la ecografía es un diagnóstico y tratamiento eficaz de la patología

3 Metodología

- Para el tratamiento y diagnóstico del quiste de baker, colocaremos al paciente en decúbito prono sobre la camilla con una ligera flexión de la pierna sobre el muslo.

- Con la ayuda del ecógrafo localizaremos el quiste (eco doppler) y así obtendremos un volumen exacto del mismo.

- Hay que preparar el campo estéril para la punción del quiste en el que colocaremos el material necesario (agujas, jeringas , polidocanol, etc.).

- Se realiza la punción del quiste guiada por ecografía y también su aspiración. Se retira la jeringa, pero no la aguja interquiste y a través de ella se inyecta el polidocanol al 3%.

- La ecoesclerosis del quiste es una punción ecodirigida en la que se introduce una sustancia que produce un cuadro de irritación y fibrosis de la pared.

4 Resultados

Los resultados del tratamiento del quiste mediante esta técnica son muy satisfactorios, además de ser una técnica de bajo coste, que apenas necesita preparación para el paciente. También es una técnica poco agresiva para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El Quiste de Baker no es una patología grave aunque si ocasiona muchas molestias en el paciente que la padece, alguna de ellas son: dolor y limitación de movimientos. El dolor aumenta cuando la rodilla se encuentra extendida y disminuye cuando la articulación esta flexionada.

También se puede dar el quiste de Baker de forma asintomática y asociarse con dolor o tirantez en la parte posterior de la rodilla. Es por ello que hay que hacer un correcto diagnóstico y posterior tratamiento.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 1372

ESTUDIO DEL TÓRAX POR RESONANCIA MAGNÉTICA.

BEATRIZ GARCÍA SAMPEDRO

1 Introducción

La resonancia de tórax se realiza para esta serie de estudios/controles:
- Estudio de lesiones focales, mediastinicas y de la pared torácica.
- Estiaje tumoral y valoración pre-quirúrgica.
- Control post- quirúrgico.
- Estudios angiográficos.

El centrado se realiza sobre el tercio medio del esternón. Resulta imprescindible obtener las imágenes en apnea o usando sistemas de monitorización de la respiración que permiten adquirir imágenes en un determinado ciclo de la respiración (generalmente al término de la espiración). También puede ser necesario la sincronización cardíaca(dependiendo de la localización de la patología).

Opcionalmente se puede suministrar oxígeno a aquellos pacientes con dificultades para contener la respiración y subdividir la adquisición de imágenes de una misma secuencia en dos o más partes para minimizar el tiempo en el que el paciente deba permanecer en apnea. Es importante adiestrar al paciente antes de comenzar el estudio advirtiéndole que a lo largo de la exploración se va a solicitar que permanezca en apnea.

Para el estudio de tórax se utilizan dos tipos de antenas:
- ANTENA DE CUERPO: es la antena de cuadratura ubicada en el interior del imán que permite el estudio de grandes volúmenes.

El tamaño de la antena y la distancia entre la antena y el paciente disminuyen la relación S/R frente a otras antenas de menor tamaño que pueden colocarse prácticamente en contacto con el paciente. La antena de cuerpo no permite el uso de técnicas de adquisición en paralelo.

- SYNERGY BODY: es una antena de múltiples elementos conectados en fase (4 elementos o antenas de cuadratura independientes), distribuidas dos en la parte superior y dos en la parte inferior del paciente, permitiendo el estudio de planos profundos. Permiten la aplicación de técnicas de adquisición en paralelo, contribuyendo a la reducción del tiempo de obtención de imágenes. Es la antena de elección para el estudio de tórax.

Secuencias:
Localizador 3 planos: se realiza una secuencia rápida y de baja resolución (EG T1) para localizar la región anatómica a estudiar. Seguidamente se presentan algunas de las secuencias que puedan realizarse. Pueden ser diferentes según los equipos.

Coronal EG T2: esta técnica se basa en secuencias EG con un TR y TE ultra cortos. Precisa un campo de gradiente muy homogéneo y unos GR muy potentes. El TA de cada imagen es tan reducido (0.6 a 0.3) que incluso se puede adquirir las imágenes sin precisar apnea del paciente. Se programan los parámetros de la prueba: campo de visión, grosor de corte e intervalo.

Coronal EG T1 adquirido en fase y respiración sostenida: se usarán los mismos parámetros referidos a la imagen que se utilizaron en la secuencia anterior (campo de visión, grosor e intervalo).

Axial EG T1 con respiración sostenida: Barrido axial sobre la zona comprometida adquirido en apnea (preferiblemente al término de la segunda espiración).

Aial TSE T2 adquirido con sincronización respiratoria: Aplicaremos los mismos parámetros a la imagen utilizados en la secuencia anterior (campo de visión, grosor de corte e intervalo).

Axial STIR adquirida con sincronización respiratoria: Aplicaremos los mismos parámetros referidos a la imagen utilizados en la secuencia anterior (campo de visión, grosor de corte e intervalo). La supresión del tejido graso permite caracterizar la composición de la lesión. Con esta secuencia se suprime el tejido graso y se realza el liquido, lo que facilita la localización de las lesiones.

Estudio dinámico axial de la lesión adquirida con respiración sostenida: se ob-

tiene una secuencia 3D EG T1, centrando sobre el área de la lesión.

El estudio consta de 4 adquisiciones:

- La primera adquisición es previa a la administración de contraste.
- La segunda adquisición se realiza unos segundos después de la administración del bolo de contraste , seguido de otro bolo de suero fisiológico de idénticas características.
- La tercera adquisición se realiza a los 60 segundos del comienzo de la administración de contraste.
- La cuarta a los 180 segundos .

Opcionalmente puede ser sincronizada la adquisición de la fase arterial mediante técnicas de adquisición de imágenes en tiempo real (Bolus track) que permiten visualizar la llegada del contraste a la región estudiada.

2 Objetivos

- Ofrecer una descripción adecuada del estudio del tórax por resonancia magnética.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Diagnóstico por Imagen. ED. Logos.
- Posiciones Radiológicas y Correlación Anatómica. Bontrager. ED Panamericana.

Capítulo 1373

DESHABITUACIÓN DE LAS BENZODIAZEPINAS .

REBECA HEVIA ALVAREZ

1 Introducción

Las benzodiazepinas (clonacepan, diazepam…) son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en todo el mundo, el uso prolongado de éstos fármacos provoca dependencia , por lo tanto , la deshabituación es el paso más importante para evitar este tipo de efectos adversos.

2 Objetivos

- Analizar la evidencia empírica disponible acerca de las pricipales actuaciones para la correcta deshabituación, siendo necesario que el personal sanitario que trabaja en unidades de salud mental o de atención primaria de salud, puedan instruir correctamente al paciente y ofrecerle la atención necesaria en todo momento.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las pautas a seguir para una correcta deshabituación son varias.
- El descenso de la dosis debe de estar entre un 10% mínimo y un 25% máximo de la dosis total diaria en intervalos de dos - tres semanas.
-Apoyo psicológico durante el proceso.
-Cambiar las benzodiazepinas de acción larga para evitar fluctuaciones de la dosis previas al comienzo de la redución.

5 Discusión-Conclusión

La deshabituación de benzodiazepinas es un paso muy importante en la recuperación del paciente y se debe de hacer de la mejor manera posible para evitar recaídas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1374

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA DISFAGIA.

LUIS AMADO

1 Introducción

La disfagia significa dificultad para deglutir, por lo general siempre va acompañada de odinofagia que es el dolor que se produce en la deglución, no hay que confundir el término con la afagia que significa incapacidad total a la deglución debido a una obstrucción completa esofágica.

El alimento se mastica y se mezcla con la saliva formando el bolo alimenticio, la lengua empuja el bolo hacia la faringe, activando una respuesta de deglución en el sistema nervioso central elevándose la laringe ehioides, seguido se cierra la laringe dando lugar a la apertura del esfínter cricofaringeo y con la ayuda de los movimientos de la pared faríngea y las ondas peristálticas, el bolo alimenticio llega al estómago. Si el principio del proceso falla da lugar a una disfagia o a una afasia.

Cuando se produce la disfagia, el proceso deglutorio es difícil y complicado, pudiendo incluso obligar a pacientes graves a buscar vías alternativas para mantener una nutrición básica. Existen dos tipos de disfagia:
• Disfagia orofaringea: Se origina en la faringe, dificultando el paso de los alimentos tanto solidos como líquidos, desde el primer momento de la deglución, pueden causar casos de aspiración dejando pasar los alimentos hacia la tráquea causándole al paciente atragantamiento. Las causas pueden ser causadas por faringitis,

laringitis y candidiasis, divertículo faríngeo, condiciones neurológicas desde la enfermedad del Parkinson y esclerosis múltiple a derrames cerebrales y lesiones. Cáncer y tumores en la zona de la faringe, la radioterapia para tratar tumores, tratamientos que podrían causar inflamaciones en los tejidos de la zona.

• Disfagia esofágica: El proceso deglutorio lleva los alimentos sólidos y líquidos más allá de la faringe, produciéndose dificultades en su descenso por el esófago. En casos graves, se producen vómitos constantes imposibilitando por completo la nutrición. Las causas pueden ser hernia de hiato, acalasia, espasmos esofágicos, reflujo gastroesofágico, estenosis, esofagitis, esclerodermia, función inadecuada del anillo esofágico, cáncer y tumores de estómago y esófago.

Síntomas más frecuentes de la disfagia:
• Dificultad para tragar alimentos sólidos y líquidos.
• dolor al tragar (odinofagia).
• Crisis de tos con asfixia durante las comidas.
• Acidez severa y vómitos.
• Ardor de estómago.
• Pérdida de peso.
• Regurgitaciones.
• Babeo.
• Ronquera al dormir.

También existe la disfagia en niños, en estos casos deberemos estar más alertas a las señales, ya que un niño pequeño no puede explicar lo que le está ocurriendo. Los síntomas en la disfagia en niños son:
• Rechazo a los alimentos sólidos.
• Tensión corporal durante las comidas.
• Crisis de tos y dificultad para respirar durante el momento de comer.
• Pérdida de peso.
• Irritación y llanto.

Para llevar a cabo un buen diagnóstico de la disfagia, el médico especialista deberá llevar a cabo una exploración muy minuciosa y obtener la respuesta de porque se está produciendo la disfagia. Y solo el medico podrá dar el tratamiento más efectivo para la causa, a fin de evitar complicaciones más graves, no por la enfermedad en sí, sino por las consecuencias que se puedan desencadenar.

El otorrino es el especialista que llevara a cabo dicho trabajo, recogiendo toda la información posible de cómo y cuándo sucede la disfagia. Si es preciso el otorrino

podrá solicitar pruebas más precisas como: Rayos X, endoscopia y manometría. En la prueba de rayos X el paciente se tomara una solución inofensiva de bario, que permitirá ver el movimiento del fluido dentro de la faringe y esófago, para poder ver o descartar todo tipo de obstrucciones.

2 Objetivos

Detectar las anomalías y causas que puedan producir una disfagia para saber tratarla a tiempo y evitar complicaciones importantes para la salud como son la desnutrición, deshidratación y complicaciones respiratorias que puedan comprometer la vida del paciente.

3 Metodología

El tratamiento para la disfagia siempre apuntará en primer lugar a evitar que esta empeore, para seguidamente tratar la causa que origina la disfagia y buscar que el paciente mejore hasta lograr que los síntomas desaparezcan. A pesar de lo difícil que resulta conseguir el tratamiento adecuado, por la gran cantidad de causas existentes que motivan la enfermedad:
- En una disfagia por infección el tratamiento será la prescripción médica de antibióticos.
- En disfagia por problemas neurológicos, la terapia motora suele ser el recurso más eficiente.
- En casos por acidez estomacal y reflujo se recurrirá a la administración de fármacos.
- En los casos de acalasia y estenosis esofágica los médicos suelen tratar los casos con
Dilataciones manuales con l ayuda de un endoscopio adecuado con un balón que va ensanchando el esófago.

Sea cual sea el tipo de disfagia, los casos de cáncer y tumores solo serán tratados con cirugías. Si la disfagia ha alcanzado un estado muy severo, el médico podría verse obligado a utilizar una sonda de alimentación a través del abdomen para poder permitirle al paciente una nutrición apta.

Se recogen y se analizan datos a tener en cuenta como son: gravedad, edad, tipo de la disfagia, aspiraciones, penetraciones, tratamiento prescripto… para poder proporcionar un buen abordaje sobre el tema y conseguir una mejoría absoluta

en lo que se refiere a la respiración y nutrición del paciente. La prevalencia de disfagia y dificultades de la alimentación es muy elevada en residencias. Las medidas estándar para el control de la disfagia son poco efectivas en pacientes con dependencia severa o demencia avanzada.

Tras alcanzar un tratamiento correcto, gracias a la prueba diagnóstica (VFC), esta prueba debería de ser implantada en servicios pediátricos para diagnosticar la sospecha de disfagia en niños pequeños, porque no solo aparece disfagia en las personas adultas. La disfagia es un síntoma de alarma donde tendremos que estar muy alertas a sus posibles complicaciones.

4 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dysphagia/symptoms-causes/syc-20372028
- https://www.manualsalud.com/disfagia/
https://www.mdsaude.com/es/gastroenterologia-es/disfagia-dificultad-para-tragar/
- https://www.onmeda.es/sintomas/disfagia-tratamiento-9656-4.html
- https://www.es.familydoctor.org/condicion/disfagia/

Capítulo 1375

PROTOCOLO DE MASA RENAL POR TC

MARTA GARCIA MENDEZ

1 Introducción

Es la técnica de elección para la caracterización de las lesiones renales, tanto en los procesos benignos como en malignos, como las formaciones quísticas, pseudotumores, enfermedades inflamatorias, neoplasias y lesiones traumáticas.

Es muy rápida y tiene una mayor accesibilidad respeto a otras técnicas. Presenta un índice de sensibilidad y especificidad superiores del 87% y una fiabilidad diagnóstica superior al 90 % en las masas renales (quísticas simples o complejas).

2 Objetivos

- Detección, seguimiento y estatificación de la masa renal mediante TC.
- Planificación quirúrgica y seguimiento de la eficacia del tratamiento.
- La tomografía computarizada es fundamental para detectar y diagnosticar los tumores, así como estudiar la extensión de estos y su caracterización.

3 Metodología

Cualquier masa renal presenta cambios de la forma y volumen, presentando alteraciones vasculares.
Protocolo TC SIEMENS 125
Técnica: 120 kc / 35mA

Abdomen superior sin cte o basal: duración 5,15s / retardo 5s
Corte 20.0 mm / Adq 32X12m / ventana: abdomen.
- Precontrol
Se administra contraste por vía intravenosa a 4 ml/sg.
- Control: que se colocará el ROI en la aorta descendente.
Abdomen superior en fase arterial o fase corticomedular: retardo de 2s.
Abdomen completo en fase venosa: retardo de 25 sg.
Abdomen en fase excretora o fase nefrográfica: Esta es a criterio del radiólogo. Con un retardo de 120 sg.
- Estudio basal:
Sirve para cuantificar el realce de las lesiones y la visualización de la calcificación.
- Fase corticomedular:
Sirve para diagnosticar las metástasis y masas cuando sus coeficientes de atenuación esta por encima de 20 uH. También valora los vasos renales y variantes anatómicas.
- Fase nefrográfica:
- Sirve para el estudio de las masas renales de pequeño tamaño.
- Se visualiza un realce del parénquima renal.
- Fase excretora:
Se realiza en caso de invasión del sistema excretor

4 Bibliografía

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

Capítulo 1376

COLONOGRAFÍA POR TC

MARTA GARCIA MENDEZ

1 Introducción

La colonografía por TC o también llamada colonografía virtual permite la visualización tridimensional y bidimensional del colon mediante la toma secuencial de imágenes captadas con TC.

Tiene unas tasas de detección similares a la colonoscopia tradicional para el cáncer y la mayoría de los tipos de pólipos. También detecta anomalías en los riñones, hígado o páncreas, ya que se realiza un abdomen. Es "el estudio de la pared del colon mediante TC tras la insuflación de aire por vía rectal con el fin de detectar lesiones".

• Ventajas frente a la colono tradicional:

- Nos permite visualizar todo el intestino grueso, a pesar de su longitud, su tortuosidad en el recorrido.
- Nos permite visualizar el bazo, el hígado, riñones, columna etc.
- Es una técnica menos complicada para el paciente que no requiere de ningún tipo de ingreso, ni uso de anestesia.

• Esta técnica se utiliza cuando:

- Es imposible realizar la colono convencional completa, debido a que el paciente presente una estenosis, adherencias, colon redundante, bucles…
- Seguimiento en paciente con cáncer colorrectal que ya haya sido intervenido quirúrgicamente.
- Pacientes que presenten contraindicaciones para realizar la colonoscopia óptica.
- Cuando existe el riesgo de sufrir complicaciones, como sangrado excesivo, por tener una tasa de coagulación baja.

- Por la imposibilidad de introducir la sonda del colonoscopio virtual.
• No se recomienda la colono virtual:
- Cuando el paciente tenga antecedentes de cáncer de colon o pólipos en el colon.
- Enfermedades intestinales inflamatorias como Crohn o colitis ulcerosa.
- Diverticulitis aguda.

2 Objetivos

- Permitir la visualización del interior del colon e intestino grueso y también el diagnóstico de malformaciones, pólipos, divertículos o tumores.

3 Metodología

• Preparación del paciente:
El día que se le da la cita, se le entrega una hoja con la preparación que debe realizar y un bote de contraste de "Gastrografin".
1º día: Tiene que seguir una dieta pobre en residuos. Arroz, pastas, sopas, carne y pescado a la plancha o al horno, huevos, zumos filtrados, infusiones, caldos, té… No puede tomar: frutas, verduras, legumbres, pan integral, leche ni derivado lácteos.
2º día: Tiene que seguir con dieta pobre en residuos, igual que al día anterior. Deberá tomar una cucharada sopera de "Gastrografin" antes de cada comida (desayuno, comida y cena) disuelto en un vaso de Aquarius.
3º día: Tomará solamente una dieta líquida. Deberá tomar una cucharada de "Gastrografin "antes de cada comida disuelta en un vaso de Aquarius.
4º día: Es el día de la prueba, y deberá acudir en ayudas desde 6 horas antes de la hora de la cita.
Técnica: El paciente se desvestirá y se pondrá una bata con la abertura hacia atrás. Se coloca sobre el costado derecho. Se le introduce una fina sonda que es flexible en la ampolla rectal, a través del ano. A continuación, con una pera se procede a la insuflación con aire, hasta que el paciente refiera estar molesto. Esto se realiza para lograr la total distensión de la pared del colon. Se le coloca en posición de supino, y se realiza la primera hélice.
A continuación, se le coloca en prono, y se le vuelve a insuflar un poco mas de aire, y se realizar la segunda hélice.

• Protocolo de la colonoscopia virtual en un TC Siemens 125:
1. Se realiza un topograma de todo el abdomen en decúbito supino.

2. Se realiza una hélice del abdomen:
- mesa: craneocaudal
-Técnica de 100 kv y 35mA.
- duración 6,99s / retardo 5s / corte 1.0 mm- Adq 128Xo,6 mm
- Corte 1.0mm/ Filtro de recon: B20fhomogéneo
- Ventana: abdomen
- Fov 416mm
3. Se realiza un topograma de todo el abdomen en decúbito prono.
4. Se realiza una hélice del abdomen: Duración 7,3s / retardo 5s .

La disección virtual se visualiza el colon como si hubiera sido abierto y desplegado visualmente toda la superficie colónica. El contraste que el paciente ha tomado en casa sirve para teñir las heces y poder reconocerlas fácilmente. Las heces presentan un densidad heterogénea y burbujas de gas en su seno. Se realiza la hélice en prono para diferenciar las heces de los pólipos, estos muestran una densidad de partes blandas homogénea sin gas en su interior. Además, las heces cambian de posición en relación con la hélice realizada en supino.

El cáncer se visualiza con la típica imagen de corazón de manzana. La sensibilidad en la detección de pólipos depende del tamaño de las lesiones, 100% en lesiones grandes, y alta para la detección de pólipos intermedios (6-9 cm.) Con esta técnica se diagnóstica la mayoría de los adenocarcinomas avanzados.

4 Bibliografía

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

Capítulo 1377

RESONANCIA MAMARIA PROTOCOLO A SEGUIR

M.CRUZ ALVAREZ ALONSO

1 Introducción

La resonancia mamaria , es un estudio que se utiliza cada vez con más frecuencia para detectar el cáncer de mama y otra enfermedades de las mamas.

Su utilidad está demostrada en los siguientes casos:
- Después de haber hecho una biopsia de mamaria con un resultado positivo y es necesario valorar su extensión.
- Por una sospecha de fuga o rotura de implante mamario.
- Evaluar con más detállelas anormalidades observadas en un mamografía
-Tejidos mamarios muy densos.
- Después de someterse el paciente a tratamientos de radiación y seguimientos de quimioterapia.

2 Objetivos

Descripción del protocolo utilizado para el estudio de la mama, en tumoraciones benignas, malignas, abcesos, cribado de pacientes con alto riesgo, prótesis mamarias etc.

3 Metodología

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

4 Resultados

El estudio incluye desde la región supraclavicular, hasta el pliegue inframamario, ajustando el número de cortes , sin modificar el grosor, el FOV debe ser rectangular, y ajustarse de tal forma que incluya ambas mamas y axilas.

Muy importante el ajuste de la frecuencia de agua en la secuencia T2w SPAIR, una véz programadas y lanzadas las primeras secuencias de nuestro estudio , pasaremos a realizar éste ajuste imprescindible para el estudio, en el cual indicaremos al sistema cual es la frecuencia exacta del agua, así podrá diferenciar entre agua o silicona en el caso de las mamas con prótesis, asignando tonos de grises diferentes a cada sustancia, una véz hecha ésta modificación y justo en el momento antes de lanzarse, el sistema abrirá una ventana en la que veremos una gráfica, el primer pico es el de la frecuencia del agua y el segundo pico es el de la silicona, colocamos la línea amarilla en el pico del agua y aceptamos.

También son muy importantes el estudio dinámicos dyn e THRIVE, o los estudios con contraste, está compuesto de siete series dinámicas, con los tiempos programados , ésta secuencia se lanza y en cuanto se forme la primera imagen se mete el contraste mediante la bomba de perfusión, en las resonancias más antiguas se programaban manualmente mediante una fórmula , en las más nuevas ya no hace falta.

Las imágenes obtenidas en los estudios realizados , indican que los hallazgos por resonancia magnética aportaron elementos importantes para el posterior manejo y tratamiento de las pacientes así como una relevante importancia en la evaluación de los ganglios linfáticos.

5 Discusión-Conclusión

La resonancia magnética constituye un método diagnóstico muy potente, siempre que se utilice conjuntamente con la información proporcionada por la mamografía y la ecografía.

Su aplicación clínica vá en aumento, convirtiéndose en una técnica habitual en los servicios de radiología.

6 Bibliografía

- Sociedad Española de Radiología Médica. J. Azpeitia. J. Puig. R. Soler.
- Protocolos de resonancia magnética Philips Pedro Garrido.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1378

ARPÓN POR ESTEREOTAXIA.

M.CRUZ ALVAREZ ALONSO

1 Introducción

Localización con arpón de lesiones mamarias no palpables. Hay muchas técnicas para estudiar las mamas y en las que se pueden realizar biopsias, pero cuando los resultados son anormales , cuando no son palpables por el médico, como microcalcificaciones, zonas de simetría etc., se utiliza ésta técnica.

2 Objetivos

- Colocar de una guía metálica en la mama para localizar una lesión no palpable, que será intervenida quirúrgicamente y analizada posteriormente.

3 Metodología

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

Marco teórico.
Tendremos previamente preparada la sala del mamógrafo , con el siguiente material:

- Compresor localizador fenestrado.
- Gasas, paños estériles, betadine, arpón 90 mm 20G, jeringa 5 o 10 cc y aguja intramuscular.
- Consentimiento previo paciente , etiquetas etc.

- La paciente previo ingreso, se la trasladará al servicio de radiodiagnóstico, "sala de mamografía", donde se confirmarán todos sus datos y se le dará un consentimiento para realizar la prueba, le mandaremos que se quite la ropa de cintura hacia arriba.
- Localización de la lesión con el radiólogo que nos indica la mamografías a realizar, dependiendo de la situación de la lesión.
-CC Y Oblícua. Se elige el abordaje más cercano a la piel.
- Colocar la pala fenestrada (codificada con el equipo) y se configura para que no se descomprima automáticamente tras la proyección.
- Colocaremos al paciente sentado en la silla de mamógrafo, limpiando la mama a pinchar con betadine, después comprimiremos la mama, haciendo coincidir la superficie de ésta con la lámina alfanumérica de la pala, realizaremos una imagen para comprobar que la zona a marcar , sea la correcta.
- El radiólogo con la imagen , calcula las coordenadas y después pondrá el arpón lo más perpendicular posible, inmovilizándolo mediante un fijador de plástico o esparadrapo.
Se recomienda no comprimir mucho la mama y atravesar la lesión completamente con el arpón, para que cuando se descomprima el arpón no quede fuera de la zona a marcar. El método , ya estaría hecho por el radiólogo con la ayuda del T.E.R., se remitirá al paciente a quirófano para ser intervenida.

Más tarde se envía desde quirófano al servicio de Radiodiagnóstico, la pieza quirúrgica para realizar la mamografía de la pieza del tumor y comprobar que esté incluida, ya para finalizar, se mandará al servicio de anatomía patológica, donde marcarán los bordes del especimen con tinta china.

4 Resultados

Localización prequirúrgica de una lesión con arpón guiado por mamografía, que sirve de guía al cirujano.

5 Discusión-Conclusión

- Técnica adecuada prequirúrgica para una exéresis tumoral , lo más precisas posible.

- El arpón se puede localizar en mamografía en caso de microcalcificaciones o mediante ecografía.

6 Bibliografía

- Guía básica del mamógrafo Selenia dimensión 6000.
- Manual para técnico Superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear Seram.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1379

EL USO DE LAS MASCARILLAS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ

EDITA MARTÍNEZ SANTIAGO

ENCARNACIÓN SÁNCHEZ TOLEDANO

ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Para ver la importancia que tienen las mascarillas en el ámbito sanitario se procederá a buscar información sobre las infecciones nosocomiales y aclarar conceptos importantes a tener en cuenta para tomar consciencia de tal importancia.
Las infecciones nosocomiales son todas aquellas que puede coger un paciente cuando está dentro de una instalación sanitaria. El personal que trabaja en las instalaciones también es sensible a estas infecciones. Estas ocasionan un importante problema tanto a nivel de salud mundial como económico ya que originan un gran aumento de gastos adicionales y un mayor número de días de ingreso.
Se han hecho numerosos estudios y adoptados protocolos de actuación para reducir al máximo este tipo de infecciones. Los estudios realizados ponen en evidencia que las infecciones nosocomiales requieren primero de una fuente de infección donde se encontraran los cuerpos microbianos, que puede ser endógena del propio paciente o exógena al paciente. Luego necesitan un huésped con

el sistema inmunológico deprimido y sensible a esos microbios, que se pueden localizar en heridas, drenajes, prótesis y también en la piel sana de los pacientes donde están sin causas ningún problema de salud, pero al ser transportados a otras zonas si producen infecciones, algunos de estos patógenos son el Staphylococcus aureus, E. Coli. Proteus mirabilis, enterobacterias BLEE, Acinetobacter spp…Y por último se requiere de una forma de transmisión de eso patógenos.
Para evitar estas infecciones se establecieron precauciones a distintos niveles:
- Precauciones estándar: a las que se someten todos los pacientes para evitar la transmisión de microorganismos infecciosos al torrente circulatorio y a los demás fluidos corporales. Para esta precaución estándar se procede a la esterilización, desinfección, vacunación y a una buena higiene personal.
- Precauciones debidas a la transmisión: Se realizará a los pacientes con infección o altamente potenciales a tenerla. En este tipo de precauciones pueden ser:
- Por contacto: Para evitar el paso de los gérmenes por contacto con el paciente tanto de forma directa como indirecta, el personal antes de entrar en la habitación se pondrá bata y guantes, que se quitaran inmediatamente cuando salgan de ella.
- Por gotículas: Para evitar la transmisión de gérmenes por vías respiratorias el personal llevará mascarillas siempre que estén dentro de la habitación del paciente y la desecharán al marcharse de ella.
- Por vía aérea: Para evitar la transmisión de gérmenes que flotan por el aire donde está el paciente, se pasará al paciente a un área donde se pueda hacer un tratamiento especial del aire. Y en este caso el personal tendrá que hacer uso de la mascarilla.

En las precauciones debidas a la transmisión tanto por gotícula como por vía aérea el uso de mascarillas es primordial.
Las mascarillas pueden ser de varios tipos según su finalidad:
- Mascarillas de alta eficacia FFP: Protege al usuario de respirar aerosoles y patógenos ambientales. Impiden la transmisión de microorganismos que hay en las vías altas de la persona que la lleva, así como de gérmenes y fluidos de dentro a fuera. Según el diseño la mascarilla puede ser vertical, cónica y horizontal o pico-pato. Y según su poder de filtración por la EN149 se establecen tres tipos de mascarillas FFP1, FFP2 y FFP3

La OMS aconseja el uso de mascarillas FFP2 para casos de riesgos bajos o medios. Mientras que las mascarillas FFP3 las aconseja para situaciones de alto riesgo.
Este tipo de mascarillas de FFP pueden poseer válvula de exhalación que facilitara la respiración del usuario al bajar el grado de humedad. No se podrán usar estas mascarillas con válvula en zonas estériles.

- Mascarillas quirúrgicas: Se utilizarán para la filtración de la respiración producida por el usuario evitando que salga cualquier resto que pudiera ser contaminante fuera de la mascarilla. Estas mascarillas evitan también que al usuario le lleguen fluidos externos. Son siempre de un uso solo. Están diseñadas de forma que hacen confortables su uso y se encuentran varios modelos en el mercado.

Existe un protocolo para la colocación de la mascarilla que se debe seguir para que sea eficaz el uso de esta:
Colocación: Se atarán los cordones de la mascarilla en mitad de la cabeza y por detrás del cuello, se ajustará la banda en la nariz y se colocará por la cara y por debajo de la mandíbula.
Retirada: Se cogerá la mascarilla por abajo, después los cordones, se quitará y desechará.
Para ver si está bien colocada la mascarilla se hará una prueba que consiste en expulsar fuertemente el aire y con las manos ver si hay fugas, luego se hará una inspiración forzada y se mirará el colapso del PRP.

2 Objetivos

- Intentar concienciar al personal sanitario de la gran importancia del usos de las mascarillas en los centros de salud.
- Informar sobre el uso de estas y dar a conocer todos los protocolos que hay sobre el correcto uso de las mascarillas al ser estas primordiales para evitar la transmisión de microorganismos o al menos reducirla.
- Informar sobre los distintos tipos de mascarillas que hay según su finalidad. Explicar al personal, tanto sanitario como no sanitario, como deben hacer uso de las mascarillas y en qué momento.

3 Metodología

Para poner de manifiesto el importante papel que tiene el uso de mascarillas en el ámbito sanitario se realizó una búsqueda exhaustiva en manuales que habitualmente son usados en el ámbito de formación sanitaria, así como bases de datos de información científica contrastada como PubMed, ScienceDirect, MedLine y el buscador Google Académico.
Para la realización de esta búsqueda se utilizaron los descriptores: mascarillas sanitarias, infecciones nosocomiales, infecciones microbianas, medicina preventiva, prevención y control de las infecciones, riesgos biológicos.

Para este estudio se establecieron unos criterios de inclusión de los manuales más utilizados por los estudiantes de la rama de sanidad frente a los riesgos biológicos y laborales. Así como numerosos estudios realizados por las áreas de prevención de riesgos laborales del personal sanitario y numerosos trabajos realizados en estos últimos años siempre con rigor científico.
Como criterios de exclusión se decidió no tener en cuenta manuales que ya no son de uso actualizado.

4 Resultados

Al existir abundante información sobre todo lo que se refiere a protección y prevención, así como numerosos estudios realizados de medicina preventiva, nos facilitó mucho poner en evidencia la gran importancia que tiene el uso de mascarillas en el ámbito sanitario para la prevención de enfermedades. Así como la existencia de varios tipos de ellas según su fin específico.
Las medidas de protección del personal sanitario son fundamentales para que la salud de los pacientes tenga un buen pronóstico. El personal sanitario es un importante foco de propagación de infecciones al estar en contacto con gran número de pacientes, los cuales tienen problemas de salud de muy variada índole. Todos los pacientes están con un sistema inmunológico deprimido por su estado de salud, lo que los hace más sensibles a coger infecciones. Por otra parte, el personal sanitario corre riesgo de contraer fácilmente enfermedades infecciosas al estar en contacto directo con el paciente y en un medio ambiente cargado de microorganismos.
Este tipo de búsqueda sistemática nos demostró que la utilización de equipos de protección individual (EPI), entre los que se encuentran las mascarillas, protegen al personal sanitario de contraer y propagar enfermedades infecciosas.

5 Discusión-Conclusión

Durante esta búsqueda se pudo observar la numerosa bibliografía que hay sobre la importancia del uso de mascarillas. Se encontró toda una serie de protocolos para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas y se pudo constatar que, en la actualidad, hay programas de prevención en los centros sanitarios.
Después de realizar este estudio se llegó a la conclusión que el uso de la mascarilla es esencial para evitar la transmisión de enfermedades infecciosa por gotículas y por vías aéreas. Existiendo varios tipos de mascarillas según su propósito.

En los centros sanitarios hay manuales para la buena praxis del uso de equipos de protección individual, dentro de los cuales están las mascarillas, así como póster de cómo se deben usar y colocar dichos elementos que configuran el equipo.
Mediante este estudio que pone de relevancia la importancia de las mascarillas, pasamos a debatir ente un grupo de personas porque se siguen propagando enfermedades nosocomiales. Y llegamos a la conclusión que a pesar de tanta información que hay y de la existencia de equipos de protección y protocolos para su uso, los profesionales sanitarios no cumplen siempre estas medidas. Bien porque la información les llega tarde para adoptar las medidas oportunas y ya tuvieron contacto directo con el enfermo sin estar protegidos, bien porque se relajan y cometen errores en el uso de ellas. También puede ser que están en una situación de mucho estrés y poco tiempo y no reparan en protegerse adecuadamente.
Ante este problema el sistema sanitario tendrá que lograr una adhesión de las medidas de prevención por parte del personal, así como facilitarles el cumplimiento de estas medidas.

6 Bibliografía

- Ayora Torres MP, Castilla Sánchez C, Cuadrado Muñoz R y cols. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, España, 2011.
- Catálogo 3M Productos de Protección Personal. Madrid 2014
- Catálogo de Protección Respiratoria Irudex. San Sebastián 2000.
- Centers for Disease Control. Guidelines for preventing the transmission of tuberculosis in health-care settings, with special focus on HIV-related issues. MMWR, 1999, vol. 39 (RR17):1-29.
- Center for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in healthcare settings. Recommendations of the Healthcare Infection Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR, 2002, vol. 51 (No. RR16):1-45.
- Comisión de Infecciones del Hospital Donostia. Medidas de aislamiento y otras precauciones para pacientes con enfermedades transmisibles. Hospital de Donostia, San Sebastián, España., 2007
- Directiva 93/42/CEE del Consejo, de 14 de junio de 1993, relativa a los Productos Sanitarios
- Garner JS. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee: Guidelines for Isolation Precautions in Hospitals. Infection Control and Hospital Epidemiology, 1996, 17(1): 53–80.

- Haley RW. Measuring the costs of nosocomial infections: methods for estimating economic burden of the hospital. Am J Med; 1991, 91 (suppl 3B) 32-38.
- Informe EPINE-EPPS 1990-2015; 2014; 2015; 2016. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH).
- NTP 700: Precauciones para el control de las infecciones en centros sanitarios. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2006.
- Precauciones y aislamientos ante patología infecciosa. Servicio de M. Preventiva del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, 2002.
- Protocolo de colocación de guantes, mascarilla y bata. Aislamiento en el paciente inmunodeprimido. Técnicas de aislamiento, España, 2011.
- Real Decreto 414/1996, de 1 de marzo, por el que se regulan los Productos Sanitarios
- Scout A, Ritchie K, Macpherson K. Clinical effectiveness of alcohol-based products in increasing hand hygiene compliance and reducing infection rates: a systematic review. Journal of Hospital Infection, 2007, 66, 308-312 – UNE-EN 149:2001+A1:2010. Dispositivos de protección respiratoria. Máscaras filtrantes de protección contra partículas. Requisitos, ensayos, marcado. AENOR, Madrid 2010.
- Vaqué, J., Roselló, J. Proyecto Epine. Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. Evolución Epine 1990-1999. Eds. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, Madrid, 2001
- Widmer, A., Perschmann, M., Gasser, T. C., Frei, R., Alcohol vs. chlorhexidine gluconate for preoperative hand scrub: a randomized cross-over clinical trial. American Society for Microbiology, Washington, DC, 1994. B
- Fuente: Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, CDC June 2007.

Capítulo 1380

ANÁLISIS PATOLÓGICO DE NEOPLASIA PAPILAR INTRADUCTAL DE PÁNCREAS CON DIFERENTE FENOTIPO.

VERÓNICA PIEDRA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las neoplasias papilares mucinosas intraductales (NPMI) del páncreas se definen como tumores macroscópicos(≥1cm) de estirpe epitelial (quísticas o formación de masa) con diferenciación ductal que característicamente crecen dentro del sistema ductal en el conducto principal pancreático y/o en sus ramas laterales.

Constituye una entidad mucho menos común que otros tumores mucinosos. Afecta a hombres y mujeres por igual y habitualmente entre las edades de 50-70 años. Está comúnmente asociada con patrones de crecimiento papilares desde el punto de vista histológico y con la constante acumulación de mucina, fundamentalmente expresión de mucina epitelial de la mucosa gástrica superficial.

Cuando llega una muestra de este tipo de tumores al laboratorio de anatomía patológica lo primero que tendremos que averiguar a qué fenotipo pertenece ya que existen 4 fenotipos diferentes (el pancreático-biliar (el más común), intestinal, oncocítico y gástrico (los 2 últimos tipos mucho menos frecuentes). Para luego clasificar el grado de atipia celular y nuclear en bajo, moderado o alto.

2 Objetivos

- Explicar y estudiar la afectación por NPMI del páncreas y la metodología a seguir.

3 Caso clínico

Llega a laboratorio de anatomía patológico la muestra cogida a un varón de 49 años que acudió al hospital por orden médica para recoger biopsia por padecer antecedentes de poliposis intestinal y síndrome de «Peutz-Jeghers». Múltiples resecciones anteriores de pólipos hamartomatosos en Intestino delgado, colon y estómago. Ingresos previos por suboclusión intestinal y otra posterior por polipectomía en intestino delgado, colon y estómago.

4 Discusión-Conclusión

El análisis de una muestra de neoplasia papilar intraductal de páncreas es complejo, y aún se debate mucho sobre cómo el patólogo puede abordarla mejor.

5 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com
- https://www.aegastro.es.

Capítulo 1381

BIENESTAR Y SALUD LABORAL EN SANIDAD.

DOLORES GÓMEZ VELASCO

MARIA JESUS COSTOYA BELLO

1 Introducción

La salud laboral se construye en un ambiente de trabajo adecuado. El trabajo es una fuente de salud, ya que nos aporta aspectos positivos y favorables, como el sueldo que nos permite adquirir todo lo que necesitamos, también contribuye al desarrollo de las relaciones sociales, la actividad física y aumenta la autoestima. Salud laboral es aquella actividad cuya finalidad es mantener el más alto nivel de bienestar físico, psíquico y social, así como prevenir todo daño a la salud derivado de las condiciones del trabajo- Una mejor forma de conseguirla está en la prevención de riesgos, puesto que al aplicar esta, se consigue minimizar tanto los accidentes, como la enfermedad laboral.
El trabajo puede ser un patógeno o un promotor privilegiado de la salud. La salud es una dinámica que no solo pone en práctica la defensa contra las agresiones (lucha contra las condiciones patógenas) sino que también pasa por una dimensión positiva (satisfacción, estima de sí mismo, inyección social etc). El trabajo aparece como un integrador social importante y la insatisfacción en el trabajo salpica el conjunto de las condiciones que hacen posible la construcción de la salud .

A nivel social la salud se considera un bien de primordial importancia al que todas las personas, sea cuales sean sus condiciones sociales o laborales, tiene derecho.

En el ámbito sanitario confluyen diferentes profesionales que están en contacto directo con el paciente y sus familias, formando parte del sistema sanitario y actuando de modos muy diferentes que en ocasiones van acompañadas de situaciones con unas consecuencias que repercuten tanto en el paciente como en el entorno de trabajo, lo que requiere un aumento de los esfuerzos para poder dar la respuesta adecuada. En algunas ocasiones este sobreesfuerzo provoca que los profesionales se saturen por diferentes motivos. Sería muy conveniente que las Administraciones Sanitarias incrementasen las plantillas de los trabajadores para que de este modo se viesen aseguradas la salud de los trabajadores/as y la calidad de la atención clínico-asistencial del paciente sin que ambas puedan ver afectadas de forma negativa. Los riesgos psicosociales de los trabajadores sanitarios (burnout, sufrimiento moral, fatiga por compasión y estrés postraumático secundario) deben ser vigilados de cerca .

El trabajador sanitario, como cualquier otro trabajador tiene pleno derecho a trabajar sin sufrir daño en su salud.

Todos pasamos largas horas de nuestra vida en nuestro trabajo, por eso este se convierte en una parte muy importante de nuestra vida. En este sentido los problemas en el trabajo afectan a nuestra vida cotidiana y determinan en cierto modo nuestro grado de felicidad. Un claro ejemplo son las tareas monótonas que pueden provocar estrés y eso afectará de un modo directo a nuestro día a día causando en algunas ocasiones trastornos psicológicos como ansiedad y depresión .

Son muchos los factores que pueden afectar a nuestro bienestar en el trabajo bien por las tareas que realizamos, por que el trabajo no nos llena o por nuestra relación con los compañeros .

Cuando hablamos de bienestar estamos hablando del completo bienestar físico, psíquico y social y no solo de la ausencia de enfermedad, la ausencia de enfermedad por sí sola NO es salud. Además de nuestra forma física tenemos que tener en cuenta la emocional y la social para conseguir una vida saludable .

La salud laboral tiene como objetivo proteger al trabajador/a de los riesgos que entraña el desempeño de su trabajo, independientemente de cual sea su profesión, así como favorecer y mantener el mayor grado de bienestar. Un modo de conseguirlo sería mantener a la persona en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas. Adaptar el trabajo a la persona y no la persona al trabajo.

La salud laboral no debe ser solo un motivo de preocupación para el trabajador, sino que también debe preocupar al empresario. Si el trabajador no está bien, la empresa va a sufrir consecuencias: menor rendimiento, mayor absentismos,

bajas más continuadas, etc.
Los elementos que afectan al bienestar del trabajador/a puede aparecer en diferentes fuentes, es lo que conocemos como ”condiciones laborales ” (coger excesivo peso,soportar excesivo ruido, estar sometido a algún tipo de radiación ionizante o no ionizante, etc.), influye también la organización (largas jornadas de trabajo, mala comunicación con los superiores, etc.) y el nivel psico-social (situación socioeconómica, expectativas de mejora en la empresa, etc.)
La salud laboral se construye con un ambiente de trabajo adecuado, con una condiciones de trabajo justas donde los trabajadores y trabajadoras puedan realizar sus funciones con dignidad y donde sea posible su participación para conseguir mejoras en salud y seguridad .
Se puede evitar que el trabajo dañe la salud, tanto los accidentes como las enfermedades laborales son evitables, si se adopta una adecuada prevención.
Cuando se produce una situación de bienestar y salud laboral, beneficia tanto al trabajador/a como a la empresa, algunas de las ventajas que obtenemos con esta situación son:
- El aumento de la productividad lo que repercute en la la rentabilidad de la empresa.
- Se disminuye el absentismo laboral.
- Mejora no sólo de la salud, sino también del bienestar y satisfacción de los trabajadores/as.
- Se fomentan los vínculos y la fidelidad entre trabajador/a y la empresa.
- Se mejora el clima laboral, la participación y la motivación.
- La sociedad se beneficia bajan los costes de gasto sanitario y las indemnizaciones por accidentes.

El bienestar laboral es vital par la salud del trabajador/a.El estado de satisfacción del trabajador/a en el ejercicio de sus funciones, produce un ambiente laboral agradable y repercute en un beneficio familiar y social. Cuando en el trabajo tenemos una buenas condiciones económicas y laborales podremos :
- Conciliar nuestra vida laboral y familiar.
- Nuestra salud mejora.
- Nos sentimos más felices.
- Somos más positivos ante los problemas.

El trabajo puede ser una fuente de salud y bienestar, pero para lograrlo se necesita un planteamiento multifactorial capaz de mejorar a un tiempo los factores de trabajo y la calidad de vida de las personas, incluyendo las relaciones interpersonales. Todo ello debe ser percibido de una forma positiva por el trabajador/a.

El principal objetivo de la seguridad y salud laboral es la aplicación de las medida necesarias para evitar, o al menos minimizar, los riesgos en el trabajo y promocionar la salud entre los trabajadores/a. El objetivo se dirige hacia una meta concreta y precisa, elaborando para ello una guía del trabajo desde una hipótesis planteada y de acuerdo con los problemas encontrados y dirigidos hacia una finalidad:

- Determinar el trabajo a realizar.
- Identificar las partes principales del problema y la relación que pueda existir entre ellas.
- Seleccionar el método adecuado para poder resolverlas.

Los objetivos dirigirán la idea principal hacia un buen fin, mejorando el aprovechamiento del trabajo y coordinando los esfuerzos hasta alcanzar unos resultados óptimos. Lo que se busca es el bienestar social y laboral.

El medio laboral respetará al trabajador/a como persona y promociona los medios adecuados para que pueda realizarse como tal.

Hoy en día se sabe que es posible sentirse a gusto en el trabajo y que, como consecuencia directa, la productividad aumenta. Por lo tanto el encontrar la felicidad en nuestro trabajo, también será un objetivo. La felicidad es algo fundamental, en todos los ámbitos de la vida incluso en el laboral. Si se consigue la felicidad, se evoluciona en el ámbito personal, en el colectivo y el los resultados finales .

2 Objetivos

Dar a conocer las condiciones laborales de los trabajadores/a en el sector de sanidad permite identificar los problemas y detectar las posibles enfermedades o accidentes laborales antes de que se produzcan, de este modo impediremos que las tareas a realizar se conviertan en inadecuadas.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se llevó a cabo una labor de revisión, investigación y lectura existente en torno a los estados de bienestar, así como de salud laboral y de prevención de riesgos. En un primer momento se realizó la recopilación, búsqueda y selección de diferentes fuentes, en manuales, tesis, informes etc que sirvieron de gran ayuda para el desarrollo y planificación de este trabajo.

4 Bibliografía

- Organización ,gestión y prevención de los riesgos en el ámbito sanitario 7º edición. Alcalá.
- Economía de la salud -ediciones Pirámide.
- Medidas de seguridad en el ámbito laboral sanitario S.I.T.
- Manual salud laboral en el entorno sanitario editorial CEP www.sanidad.ccoo.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
htpp://www.gestión-sanitaria.com

Capítulo 1382

RESONANCIA MAGNÉTICA FETAL

ELENA DÍAZ ALONSO

MONICA VILELA GAFO

1 Introducción

La Resonancia Magnética es una técnica no invasiva que utiliza el fenómeno de la resonancia magnética nuclear para obtener información sobre la estructura y composición del cuerpo a analizar. Esta información es procesada por ordenadores y transformada en imágenes del interior del cuerpo de lo que se ha analizado.

A diferencia de la Tomografía computarizada (TC), no usa rayos X, sino campos magnéticos que alinean la magnetización nuclear de los núcleos de hidrógeno en el cuerpo. Estos núcleos resuenan a una frecuencia proporcional al campo magnético del imán utilizado, se aplica un campo de radiofrecuencia (RF) para alterar sistemáticamente el alineamiento de los espins, creando un momento magnético rotacional detectable por el ordenador. Esa señal puede ser manipulada con campos magnéticos adicionales y así poder reconstruir imágenes del cuerpo.

La resonancia magnética fetal es una técnica de exploración que utiliza el electromagnetismo para obtener una imagen diagnóstica del feto, es inofensiva y permite obtener imágenes de mayor calidad que las de una ecografía.

Además, los equipos actuales poseen la capacidad para realizar los estudios rápidamente y mostrar una imagen nítida, aunque el feto esté en movimiento.

El uso de la resonancia Magnetica en el diagnóstico de la patología fetal cada vez tiene mas aplicaciones, algunas de ellas son:

• Diagnóstico más profundo en alteraciones detectadas mediante ecografía, para comprobar el grado de afectación.
• Casos de obesidad materna.
• Para detectar una posición inadecuada del feto o escasa cantidad de líquido amniótico.
• Diagnóstico y evaluación de fetos que presentan un riesgo elevado de malformaciones cerebrales, como infecciones fetales o daño isquémico.
• Preparación de una cirugía fetal, que puede hacerse a través de punciones o catéteres guiados por la imagen que ofrece la resonancia.

La resonancia magnética fetal es muy útil para el estudio de patologías cerebrales, así como de enfermedades torácicas, gastrointestinales y genitourinarias, por lo que además de servir en unas determinadas circunstancias donde el procedimiento rutinario de la ecografía no es capaz de profundizar, sirve, con mucha frecuencia, para estudiar patologías y complicaciones como la hernia diafragmática congénita, la malformación adenomatoidea quística, el secuestro broncopulmonar y las malformaciones intestinales y de columna.

También puede proporcionar información útil de la placenta, el cordón umbilical, el líquido amniótico y el útero.

La patología que más frecuentemente requiere cirugía de urgencia es la apendicitis aguda, diagnóstico que se puede descartar mediante la utilización de Resonancia Magnética (RM).

Aunque la ecografía sigue siendo el método de evaluación fetal más rápido y económico, la resonancia magnética se utiliza cada vez más para completar el estudio anatómico de las dudosas malformaciones diagnosticadas por ecografía, permite obtener imágenes mucho mejores de las estructuras anatómicas y una mejor evaluación del feto.

La RM proporciona imágenes de buena calidad de la mayoría de los órganos fetales. Se recomienda la realización del estudio en RMde 1,5 Tesla, ya que los de mayor campo magnético pueden generar mayores alzas en la temperatura.

El estudio se realiza con la paciente en posición supina con una antena de superficie cubriendo el abdomen y la pelvis. El campo de estudio se debe extender desde el diafragma hasta la sínfisis del pubis.

El protocolo incluye adquisición de imágenes en los distintos planos (coronal, sagital y axial) en secuencias ponderadas en T2 Single-Shot, Fast Spin-Echo, secuen-

cias sensibles a líquido (T2 con saturación de la grasa) en corte axial, secuencias rápidas Estado Estacionario (steady-state) en corte axial, secuencias gradiente ponderadas en T1 dentro y fuera de fase en corte axial y secuencia difusión en adquisición axial.

Los equipos de RM cuentan con mediciones de la energía depositada, pero utilizando estándares en base a pacientes no embarazadas. Las ondas de radiofrecuencia no emiten radiación ionizante pero sí depositan su energía en forma de calor, aunque la elevación de la temperatura fetal y del líquido amniótico no alcanzaría los niveles teratogénicos. Estudios con modelos han demostrado que la mayor elevación de temperatura sería alcanzada en la madre y no en el feto.

Bajo el conocimiento actual, a pesar de que no hay evidencia de teratogenicidad, existe un acuerdo en no utilizar la RM durante el primer trimestre de la gestación. Si bien no existe impedimento técnico para realizar antes el examen, es necesario tener en cuenta que las imágenes obtenidas de fetos muy pequeños son de menor calidad, aunque no se recomienda la utilización de medio de contraste (Gadolinio) durante la realización del estudio, ya que éste atraviesa la barrera placentaria.

2 Objetivos

- Distinguir entre RM y ecografía.
- Saber apreciar bajo el conocimiento adecuado cuando ha de usarse la RM.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

• Martín, C., Darnell, A., Durán, C., Mellado, F., & Corona, M. (2003). Resonancia magnética fetal: técnica, aplicaciones y anatomía normal del feto.

• Barahona, D., Schiappacasse, G., Labra, A., & Soffia, P. (2015). Abdomen agudo en el embarazo: Evaluación por resonancia magnética. Revista chilena de radiología, 21(2), 70-75.
• MUÑOZ, Hernán, et al. Consenso latinoamericano sobre resonancia magnética fetal. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2013, vol. 78, no 2, p. 139-141.
• Huertas, M. G., Casas, M. C., García, F. M., Badillo, M. C., & Pons, E. P. (2016). Papel complementario de la resonancia magnética en el estudio del sistema urinario fetal. Radiología, 58(2), 101-110.

Capítulo 1383

CUIDADOS EN PACIENTES CON COREA DE HUNTINGTON

MARÍA MONTSERRAT GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad de Huntington (EH), también conocida como enfermedad de Corea de Huntington es una enfermedad hereditaria que ocasiona el desgaste progresivo de las neuronas del cerebro.

Esta enfermedad tiene un amplio impacto en las capacidades funcionales del paciente y, generalmente, ocasiona trastornos del movimiento, pensamiento y psiquiátricos.

La mayoría de las personas que padecen la enfermedad de Huntington presentan signos y síntomas a los
30 ó 40 años. No obstante, la misma puede aparecer antes o después de éstas cifras.

Cuando la enfermedad se presenta antes de los 20 años, se la denomina enfermedad de Huntington juvenil.
El comienzo más temprano suele provocar un grupo de síntomas algo distintos y una progresión más rápida de la enfermedad.

Cuidar a un enfermo de Huntington no siempre es sencillo, sobre todo porque muchas veces el mismo enfermo no admite su enfermedad y con ello nuestros cuidados.

Las personas que padecen esta enfermedad presentan cambios de conducta. Éstos cambios pueden pueden ser:
- Cambios que el cerebro sufre con la enfermedad.
- Falta de comprensión ante la presencia de la enfermedad que ocasiona una incapacitación y una pérdida de autonomía personal.

Es por ello por lo que habrá que ofrecer apoyo psicológico a los pacientes, animándoles a participar en actividades que ayuden a aumentar su actividad física.

2 Objetivos

Conocer a groso modo la enfermedad de Corea de Huntington.

3 Caso clínico

Mujer de 16 años de edad con antecedentes por parte de su abuela paterna de enfermedad de Huntington.

Inicia su padecimiento seis años previos a su ingreso al presentar de manera insidiosa con falta de interacción con el medio, pobre concentración, inatención y dificultad para el aprendizaje de las actividades escolares. De manera intermitente la paciente manifiesta cambios en el comportamiento como irritabilidad y agresividad.

Examen físico: presenta rigidez de músculos axiales, de extremidades izquierdas, también bradicinecia en extremidades superiores. Se detecta disartria hipocinética y dificultad para la marcha, presentando una marcha lenta con pasos cortos y disminución del braceo.

Resonancia Magnética de Encéfalo: evidencia una notable pérdida del volumen del núcleo caudado y putamen bilateral.

El análisis genético para el gen IT15 en el Cromosoma 4p16.3, en el cual se evidenciaron 75 repeticiones del codón CAG.

4 Discusión-Conclusión

La Enfermedad de Huntington debuta con manifestaciones psiquiátricas en aproximadamente el 30% de los casos, siendo la sintomatología más frecuente

cambios en la personalidad, depresión y graves alteraciones conductuales como desinhibición y agresividad.

Dado que numerosas enfermedades, tanto neurológicas como sistémicas, cursan con clínica psiquiátrica, la recogida de una buena historia clínica, incluyendo siempre los antecedentes familiares, así como la realización de las pruebas complementarias necesarias, reduce la probabilidad de errores diagnósticos como en el caso expuesto en el presente artículo, demorando tanto la adopción de medidas terapéuticas adecuadas, como la búsqueda de recursos intrahospitalarios y/o extrahospitalarios de apoyo psicosocioeconómico que precisen.

5 Bibliografía

- https://www.discapnet.es

Capítulo 1384

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ

1 Introducción

Es una patología que afecta a los tejidos que rodean y dan soporte a los dientes. Es una patología infecciosa causada por bacterias presentes en la boca. Estas bacterias se encajan en la encía rápidamente, causando una infección bacteriana. La enfermedad periodontal comienza cuando las toxinas se encuentran en comienzo de la placa para atacar el tejido suave o gingival que rodeaba los dientes. Existen dos tipos de enfermedades periodontales: gingivitis y periodontitis.

La gingivitis afecta únicamente a la encía y es un proceso reversible. La principal señal de alerta es el sangrado. Si el proceso continúa en el tiempo podría desembocar en una periodontitis.

En la periodontitis se produce una inflamación de la encía y una destrucción más profunda que afecta a todos los tejidos que soportan el diente. La periodontitis, además, puede afectar a la salud general ya que aumenta el riesgo cardiovascular, diabético o de partos prematuros.

La enfermedad periodontal es la causa más común de pérdida de dientes en la población Española y actualmente una de las mayores amenazas para la salud dental de nuestro país. La enfermedad periodontal tiene un inicio alrededor de los 30 a 35 años de edad y su gravedad aumenta con el paso del tiempo. La progresión de la enfermedad periodontal es lenta y tiene periodos de exacerbación y remisión, pero puede llegar a fases irreversibles. La enfermedad periodontal

provoca la pérdida de hueso que soporta los dientes. El hueso perdido no se puede recuperar pero sí que se puede detener su pérdida. Es importante tratar para detener la pérdida de hueso y evitar que se pueda llegar a perder todos los dientes. Por eso es necesario visitar su dentista una o dos veces al año de forma rutinaria, ya que muchas veces la periodontitis no provoca ningún dolor y solo puede ser detectada por los profesionales.
Los factores que favorecen la evolución de gingivitis a periodontitis son:
- Bacterias con mayor capacidad patogénica.
- Factores genéticos.
- Estrés.
- Consumo de alcohol.
- Sobrepeso.
- Tabaco.
- Enfermedades sistémicas (diabetes, osteoporosis, etc.).
- Medicamentos que producen un sobrecrecimiento gingival.
- Malos hábitos de higiene bucal.
- Piezas dentarias mal posicionadas.
- Empastes mal ajustados.

El propósito de este proyecto es ayudar a las personas a llevar una higiene y salud oral correcta que permita prevenir la gingivitis y posterior periodontitis, con técnicas y conocimientos que ayuden a combatirla en nuestro día a día. Con esto se quiere hacer una promoción de salud en el ámbito odontológico. La promoción de la salud en la enfermedad periodontal consiste en proporcionar a los pacientes los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

2 Objetivos

- Prevenir la enfermedad periodontal en la población diana.
- Participar en las charlas de prevención de enfermedad periodontal.
- Construir educación y conocimientos sobre la prevención de la enfermedad periodontal.
- Lograr una concienciación sobre la importancia de esta enfermedad en personas, mediante proyectos que promuevan el cambio de actitudes en estos grupos que empiezan a ser de riesgo.
- Aprender a las poblaciones de riesgo expuestas a padecer enfermedad periodontal nociones básicas (qué son, por qué se produce y cómo prevenirla).

- Fomentar la idea de la necesidad de una correcta higiene dental.
- Establecer estrategias para poseer una buena higiene bucodental en pacientes con predisposición a padecer enfermedad periodontal (técnica del cepillado, frecuencia, dieta, etc.).
- Reducir los niveles de placa bacteriana en la población de riesgo (reveladores de placa, etc.).
- Crear un ámbito agradable en cada clínica para poder dar estas charlas, con vídeos y técnicas de cepillado dental y de encías para la prevención de enferme.

3 Metodología

Búsqueda de referencias bibliográficas en Google Académico para encontrar evidencias científicas que nos permitan realizar un protocolo de hábitos y cuidados:
- Buena higiene dental.
- Evitar tabaco.
- Evitar el consumo de alcohol y drogas.
- Visitando al dentista de forma regular.

4 Resultados

La prevención de la enfermedad periodontal debe realizarse primeramente por nosotros mismos, practicando día a día la información aportada por los profesionales de nuestras clínicas dentales, que nos den pautas para como prevenirla, cuales son los factores de riesgo que causan periodontitis, qué técnicas de cepillado nos convienen una vez la tenemos etc. Es una tarea conjunta de paciente y profesional.

5 Discusión-Conclusión

Tener unos hábitos de higiene y conocimientos sobre los riesgos de padecer enfermedad periodontal desde antes de padecerla, como tema de prevención para evitar esta enfermedad, ya que es de vital importancia para nuestra salud y estética dental. Enseñarles correctas técnicas de cepillado y hábitos saludables para su salud oral es primordial. De esta manera veremos lo importante que es la prevención de la salud bucodental en el ámbito privado para evitar este tipo de enfermedades.

6 Bibliografía

- http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf
- http://www.colgate.cl/
- http://www.clinicaferrusbratos.com/tratamiento-de-gingivitis/
- https://www.nidcr.nih.gov/oralhealth/Topics/GumDiseases/Enfermedad.htm

Capítulo 1385

EXPLORACIÓN DE CAVUM EN LA HIPERTROFIA ADENOIDEA.

JENNIFER RODRÍGUEZ APARICIO

1 Introducción

Las adenoides es un tejido linfático que se encuentra en las vías respiratorias altas entre la nariz y la paste posterior de la garganta. Cuando esta se inflama, se habla de hipertrofia de adenoides.

Aunque años atrás se creía que ni las amígdalas ni las adenoides jugaban un papel importante, hay varios estudios que demuestran que ambos tienen una gran importancia en la barrera de defensa. Por tanto, son órganos inmunológicamente activos que refuerza la inmunidad del tracto aerodigestivo superior de los niños a temprana edad. Se sabe que las adenoides tienen una etapa de mayor crecimiento dado entre los 3 y 6 años de edad.

Cuando el crecimiento es excesivo y es anterior o posterior a esta etapa, habría que hacer estudios al respecto.
Una manera de conocer el tamaño de esta glándula, es realizando un estudio radiológico. Es la exploración comúnmente llamada “cavum”.

2 Objetivos

- Conocer qué es y por qué se produce la hipertrofia adenoidea.
- Conocer cómo el técnico radiológico puede realizar un buen estudio para obtener un buen diagnóstico.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos en castellano en la base de datos pubmed, sCielo, google académico utilizando como descriptores las palabras “cavum”, “hipertrofia adenoidea”, “radiografía lateral de columna”.

4 Resultados

Cuando se sospecha que un niño puede padecer de hipertrofia adenoidea, es muy común que el pediatra le solicite una exploración de cavum, aunque es cierto, que generalmente no es la prueba determinante para la realización de una extirpación, es una técnica barata y rápida para asemejarse a un diagnóstico.

Como estamos trabajando con pacientes pediátricos, los padres, al menos, uno de ellos, podrá estar en la sala de exploración mientras se le realiza el estudio. En muchos casos será muy útil, pues el acompañante le brindará tranquilidad por lo que el niño estará más quieto, algo muy importante en este tipo de estudios.

- Se protegerá, en medida de lo posible, a ambas personas de la radiación, mediante chalecos plomadas o faldas.
- Se colocará al paciente el el bucky mural en bipedestación, lateral y con una distancia foco-objeto de 1m.
- Se colocará la cabeza del paciente bien lateral y se centrará el foco en el área preauricular.
- Se le pedirá al niño que extienda el cuello para que el área paravertebral no se confunda con patología retrofaríngea.
- Se le pedirá que respire despacio por la nariz para que entre aire por la faringe y conseguir contraste con la densidad del aire y la densidad de los tejidos del paciente.
- Se centrará en parte blanda y se disparará en automático. Con ello, conseguiremos una radiografía en proyección lateral de cráneo-cuello para valorar todas las zonas.

Para la valoración del tamaño de la adenoides se mide desde la base craneal, perpendicular a la máxima convexidad y para obtener el de la nasofaringe, se mide la distancia desde la sincondrosis esfenooccipital al extremo del paladar duro. La relación se obtiene dividiendo el diámetro de la adenoides por el de la nasofaringe.

Se considera normal hasta un valor de 0,6. Si es mayor de 0,8 se considera au-

mento y, menos de 0,4 , una adenoides pequeña. El radiólogo será el encargado de valorar la radiografía y el pediatra o médico responsable del niño será el que decidirá el método terapéutico a seguir.

5 Discusión-Conclusión

Una radiografía bien realizada ayuda eficazmente a la valoración del niño. Además, al trabajar con este tipo de pacientes, es importante realizarlo bien en el primer intento pues aunque aparentemente la exploración es inocua e indolora, estamos trabajando con radiación y por tanto hay que cumplir los criterios básicos de ALARA. Es la mejor manera de proteger al niño frente a este tipo de radiaciones.

6 Bibliografía

- Maite López G,Rev. chil. pediatr. v.72 n.3 Santiago mayo 2001. Adenoides y amígdalas.
- Víctor Pérez Candela Servicio de Radiologia. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.Las Palmas de Gran Canaria Profesor Titular de Radiologia de la ULPGC,canariaspediátrica · vol. 37, nº1 ¿Cómo interpretar un estudio radiológico de cavum en pediatría.
- M. Bartolomé Benito1, Mª T. Hernández-Sampelayo Matos, Evaluación radiológica de la nasofaringe en niños sanos de nuestro medio.

Capítulo 1386

TÉCNICA DE FROTIS SANGUÍNEO Y TINCIONES HEMATOLÓGICAS.

NURIA PELÁEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Un frotis sanguíneo consiste en examinar con un microscopio una muestra de sangre, con el fin de determinar el tamaño, la forma y el número de los diferentes tipos de células de la sangre (1). Los cambios particulares en la forma de las células, sugieren la identificación de un conjunto de enfermedades en general, pero otros, en cambio, tienen cierta especificidad como sucede en algunas anemias hemolíticas, las leucemias, en las enfermedades infecciosas virales y bacterianas (2-6). Además de establecer una evaluación de su gravedad, evolución, potenciales complicaciones y recuperación (2-6).

Este, junto con el cálculo de las concentraciones de hemoglobina y hematocrito, proporcionan el 90% de la información diagnóstica que se puede esperar en el hemograma. Los frotis teñidos con wright son la mejor metodología de estudio de la morfología de las células sanguíneas. Está indicada en todos los hemogramas que muestran alguna desviación en los recuentos directos, indirectos, calculados o cuando se sospeche clínicamente de una enfermedad hematológica o con manifestaciones hematológicas (2-6).

La veracidad de la información obtenida por los frotis sanguíneos depende de la calidad de la toma, la preparación y el análisis de la muestra. Por lo tanto es necesario que el portaobjetos y el cubreobjetos estén limpios y desengrasados (preferentemente nuevos), la gota de sangre no debe ser muy grande ni pequeña, de preferencia del tamaño de la cabeza de un alfiler (entre 2 y 3 mm), obtenida

por punción capilar y que la sangre no haya tenido contacto con anticoagulante, ya que podría modificar la morfología celular (2-6).

Aun hoy, el frotis sanguíneo sigue siendo considerado el estándar gold del diagnóstico hematológico, pese a tener que competir con los grandes avances tecnológicos de los hemogramas en especial de los derivados de los autoanalizadores, cada vez más sofisticados. Pero a pesar de esto, la interpretación humana sigue siendo insustituible en la detección de alteraciones morfológicas, por lo que se considera el complemento ideal en el diagnostico hematológico (2-4).

De acuerdo a la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia esta técnica está indicada en todos los hemogramas que muestren alguna desviación en los recuentos directos, indirectos o calculados, o cuando se sospeche clínicamente una enfermedad de origen hematológico o de origen no hematológico con manifestaciones hematológicas, aun con parámetros entre los rangos esperados (5).

2 Objetivos

Objetivo general:
- Describir las técnicas de extensiones sanguíneas y tinciones hematológicas.

Objetivos específicos:
- Conocer las técnicas para la realización de extensiones y tinciones hematológicas.
- Diferenciar las partes de una extensión para la visualización microscópica.
- Conocer las diferentes tinciones hematológicas.
- Identificar y clasificar los elementos formes de la sangre.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio de tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos; cuiden, scielo, Medline, proquest, pubmed, elsevier y Google académico.

Para la realización de la búsqueda se utilizó las siguientes palabras claves: extensiones sanguíneas, extendido de sangre, frotis de sangre, protocolo, técnica, procedimiento. Se encontraron artículos en inglés y español y se han utilizado los artículos de los 10 últimos años.

4 Resultados

La extensión sanguínea o frotis es una técnica utilizada para la visualización de una muestra de sangre periférica y médula ósea mediante microscopía. La técnica consiste en extender una gota de sangre sobre un portaobjetos para obtener una capa muy fina (una sola capa de células ligeramente separadas entre sí) en la que se puedan ver los diferentes elementos sanguíneos de una forma muy homogénea. Esto permite hacer un estudio sobre el número y la morfología de los diferentes tipos celulares. El frotis de sangre es un elemento crucial en el diagnóstico de laboratorio, de ahí la importancia de una correcta ejecución (4-8).

Respecto a la muestra, se suele utilizar sangre (obtenida mediante venopunción) recogida en tubos con anticoagulante EDTA (ácido etilendiaminotetraacético), que se emplea por ser el que mejor preserva la morfología celular. Solo en casos aislados se puede producir agregación plaquetar por EDTA, lo cual se traduce en una pseudotrombocitopenia ("falsa" disminución del número de plaquetas). En este caso se observan los agregados plaquetares en la extensión o adheridos a la superficie de neutrófilos. La recogida de muestras de sangre se realiza en una serie de tubos con aditivos. De esta forma se obtienen muestras sanguíneas adecuadas a cada tipo de análisis. Los aditivos aparecen en una cantidad preestablecida y los tubos suelen estar recubiertos de silicona para evitar la hemólisis (4-8).

La ventaja principal de hacer extendidos con sangre anticoagulada con EDTA es que pueden disponerse varios portaobjetos si es necesario y no tienen que prepararse de inmediato luego de extraer la sangre. En el 95% de los casos, el EDTA además impide la aglutinación de las plaquetas en el portaobjetos de vidrio, lo que hace que la estimación de las plaquetas sea más exacta durante la evaluación del extendido. No obstante, en alrededor del 5% de los pacientes, la sangre con EDTA sufre un fenómeno in vitro denominado "satelitosis plaquetaria" que no es más que la adherencia de las mismas a los neutrófilos, lo que puede generar una pseudo-plaquetopenia cuando se usan métodos automáticos. Como consecuencia de lo anterior, este fenómeno puede dar lugar a recuentos bajos de plaquetas falsos y recuentos elevados de leucocitos falsos (pseudo-leucocitosis) como resultado de la grumificación plaquetaria de tamaño similar a un leucocito y que los analizadores automáticos no pueden distinguir (4-8)
Otros métodos para obtener sangre para los extendidos son las punciones digitales, de un talón o un tubo de microhematocrito (no heparinizado para la sangre con EDTA o heparinizado para la sangre capilar).

En general, los extendidos se hacen de inmediato, a la cabecera del paciente. Sin embargo, estos métodos tienen algunas limitaciones: a) Se presente cierta aglutinación de plaquetas si los extendidos se hacen directamente a partir de una gota de sangre del dedo o del talón, o si la sangre se recoge en tubos de microhematocrito heparinizados. No obstante, esto no interfiere con el recuento absoluto de plaquetas. b) Sólo puede hacerse un número limitado de extendidos directamente a partir de una punción cutánea antes de que el sitio deje de sangrar. Sin embargo, si se hace con rapidez y en forma correcta, la distribución y la morfología celular se mantienen adecuadas (4-8)

Técnica para realizar una extensión sanguínea :
Generalmente, se utilizan muestras de sangre anticoagulada con EDTA. El procedimiento consta de los siguientes pasos:
1. Con la ayuda de una pipeta, se deposita una gota de sangre en el extremo de un portaobjetos (aproximadamente a 1 cm del borde).
2. Se coloca otro portaobjetos delante de la gota de sangre y se arrastra hasta tocar la gota.
3. Una vez que el portaobjetos toca la muestra, la sangre difunde por todo el ancho del portaobjetos. Justo cuando la sangre está llegando al final de los bordes, se empuja rápida y cuidadosamente hacia el otro extremo para extender la muestra sanguínea.
4. Se rotula la extensión escribiendo el nombre del paciente en el extremo del portaobjetos (en la zona más cercana a la parte gruesa del extendido) (4-8).
Tanto la presión ejercida como el ángulo con el que se sostiene el portaobjetos van a influir en la distribución celular. Para obtener una buena extensión se recomienda colocar el portaobjetos a un ángulo aproximado de 30-45° y realizar la extensión sujetando el portaobjetos con firmeza, pero ejerciendo una presión moderada y uniforme a lo largo del todo el extendido.
Para que una extensión sanguínea se considere adecuada para su estudio en el laboratorio ha de contar con una serie de características. A continuación se detallan algunas de estas características que permiten identificar una "buena extensión": a) Debe tener forma de dedo (el borde final debe presentar una forma redondeada y uniforme). b) Ha de darse una transición gradual desde la zona más gruesa a la más fina. c) En el último tramo de la extensión se aprecia que el extendido se hace cada vez más fino,por lo que es progresivamente más transparente. d) Cuando se observa a contraluz, sobre la zona más fina de la extensión aparece un efecto en "arco iris" (4-8).

Importante:

El tamaño de la gota es muy importante para conseguir un buen resultado, ya que la finalidad de la extensión es obtener una zona (monocapa de células) donde visualizar la morfología celular y poder realizar el recuento de los diferentes tipos celulares. ⍰ Gota muy grande: se va a obtener un extendido muy largo y grueso. ⍰ Gota muy pequeña: se obtiene un extendido corto y delgado (4-8).

Una vez realizada la extensión, se debe secar lo más rápido posible para evitar la formación de artefactos. Normalmente, se deja secar al aire o se agita suavemente el portaobjetos. También se puede secar utilizando un ventilador pequeño, para que el proceso sea más rápido. En la figura se muestran varias imágenes con extensiones sanguíneas inaceptables.

Nota:
Para el estudio de muestras de médula ósea, además de las extensiones finas realizadas con dos portaobjetos, se suelen realizar preparados por presión. Para ello se depositan los grumos de médula ósea en un portaobjetos y, con la ayuda de otro portaobjetos colocado transversalmente, se presiona con cuidado sobre la muestra y se arrastra sobre la superficie del portaobjetos (4-8).

Partes de una extensión sanguínea:
La extensión sanguínea se caracteriza por presentar una degradación progresiva en su grosor. Se pueden diferenciar tres zonas en función del grado de concentración celular:
1. Cabeza: zona inicial, caracterizada por su gran grosor. En esta zona hay una cantidad tan grande de células que no permite realizar un análisis adecuado (evaluación de la morfología celular y recuento diferencial). Al amontonarse las células unas encima de otras puede darse una distorsión de su morfología, por lo que la clasificación celular y la evaluación morfológica pueden ser erróneas si el análisis se realiza en esta zona (4-8)
2. Cuerpo: corresponde a una zona intermedia en la que las células se van separando progresivamente. A su vez, existe una zona al final del cuerpo y justo antes de la cola en la que las células aparecen separadas y distribuidas de manera uniforme, con algunas tocándose entre sí pero sin apilarse. Es conocida como zona óptima o zona ideal de observación por ser la recomendada para el estudio morfológico y el recuento diferencial.
3. Cola: es la parte final de la extensión; en ella, el grosor de la muestra es demasiado delgado. Aparecen células muy separadas, con agujeros en el extendido y cierta distorsión celular que hacen que esta zona sea inadecuada para el estudio (4-8).

Importante:
La finalidad de una buena extensión es obtener una amplia zona óptima o zona ideal de observación en la que las células sanguíneas aparecen separadas de manera uniforme, con algunas tocándose entre sí pero sin apilarse. Esta zona es la recomendada para el estudio morfológico y el recuento de los diferentes tipos celulares porque no se da distorsión celular y las células están lo suficientemente separadas como para examinar su morfología con facilidad (4-8).
Para las muestras sospechosas de contener parásitos sanguíneos (p. ej., malaria, tal como se ilustra en la figura) se recomienda hacer, además de la extensión fina, otra denominada extensión de gota gruesa. Para ello se colocan tres gotas pequeñas de sangre sobre un portaobjetos. Con la esquina de otro portaobjetos se mezclan las tres gotas mediante movimientos circulares (durante unos 30 segundos) sobre una superficie de, aproximadamente, 2 cm de diámetro. Se deja secar y, sin fijar, se tiñe con Giemsa diluido en agua durante 30 minutos. Al no fijar la preparación, los eritrocitos se lisan con la solución de Giemsa diluida en agua; de esta forma se ven más parásitos por campo (4-8).
Tinciones hematológicas:
Para visualizar las muestras sanguíneas es necesario realizar tinciones. Los hematíes tienen un color rojo característico debido a la presencia de hemoglobina, pigmento que da color ala sangre. Sin embargo, los glóbulos blancos y las plaquetas carecen de pigmentos, por lo que es necesaria su coloración para poder identificarlos al microscopio (4-8).
Las tinciones más utilizadas para teñir extensiones sanguíneas y de médula ósea son las de Giemsa, May Grünwald-Giemsa, Wright y panóptico rápido. Estas tinciones son modificaciones de las tinciones de Romanowsky, las cuales contienen colorantes ácidos (eosina) y colorantes básicos (azul de metileno y sus derivados, estos últimos corresponden a los colorantes tipo azur). Los colorantes básicos tiñen las estructuras ácidas, como los núcleos y los gránulos de los basóflos; mientras que los colorantes ácidos tiñen las estructuras alcalinas de las células, como la hemoglobina y los gránulos de los eosinóflos.
Tipos de tinciones:
Las tinciones que más comúnmente se utilizan en hematología son las de panóptico rápido, Giemsa y Wright. Las tres son tinciones diferenciales y basadas en el método de Romanowsky. Son tinciones diferenciales aquellas que utilizan varios colorantes y ponen de manifiesto estructuras diferentes en función de su afinidad por estos colorantes. A continuación se describe cada una de ellas (4-8).
Panóptico rápido:
Es una de las tinciones más utilizadas en la actualidad porque combina la calidad

de los métodos clásicos (Giemsa, etc.) con una gran rapidez (tan solo 15 segundos). El procedimiento se basa en realizar una serie de inmersiones sucesivas de la extensión en las diferentes soluciones, de una manera rápida y sencilla (4-8).
El método consta de tres soluciones diferentes.
La solución n.º 1 corresponde al fijador (contiene metanol). La solución n.º 2 (color rojo) contiene eosina rápida y la solución n.º 3 (color azul) contiene azul rápido.

TÉCNICA:
1. Preparar la extensión de sangre del modo habitual y dejar secar al aire.
2. Preparar 3 cubetas con cada solución.
3. Sumergir 5 veces (1 segundo cada inmersión) el portaobjetos en la cubeta con la solución n.º 1.
4. Sumergir 5 veces (1 segundo cada inmersión) el portaobjetos en la cubeta con la solución n.º 2. Escurrir el exceso de colorante.
5. Sumergir 5 veces (1 segundo cada inmersión) el portaobjetos en la cubeta con la solución n.º 3.
6. Lavar con agua destilada y dejar secar en una posición inclinada para que escurran los restos de colorante (4-8).
7. Observar al microscopio.
8. Recomendaciones sobre su uso:
Las cubetas que contienen las soluciones colorantes deben guardarse tapadas, especialmente la 1, para evitar la evaporación de algunos de sus componentes.
Para mantener un nivel adecuado de colorante se añade nueva cantidad de la solución cuando se considere oportuno. Cada cierto tiempo hay que renovar el contenido para evitar la formación de artefactos sobre las muestras (4-8).

Importante:
Las estructuras ácidas de la célula (ADN, ARN, etc.) se tiñen con colorantes básicos (p. ej., azul de metileno). A estas estructuras se las denomina basóflas y adquieren un color azulado tras la tinción. Los colorantes tipo azur tiñen las estructuras basóflas de color púrpura o lila (4-8).
Las estructuras básicas de la célula (p. ej., la hemoglobina) se tiñen con colorantes ácidos (p. ej., eosina, en cuyo caso se llaman eosinóflas). En general, se las denomina acidóflas y adquieren un color rosado tras la tinción (4-8).

Precauciones en la recogida y procesamiento de las muestras:
Los procedimientos de recogida y procesamiento de las muestras son fundamentales para la obtención de unos resultados fables. A continuación aparecen algunas de las recomendaciones más importantes que se han de tener en cuenta:

1. Anticoagulante insuficiente o en exceso. Los tubos tienen marcado un nivel que indica el volumen correcto de llenado. Por ejemplo, el llenado del tubo con EDTA, por debajo de lo normal (exceso de EDTA), afecta a hematíes y leucocitos (produce tanto encogimiento como cambios degenerativos). Uno de estos cambios es la espiculación o crenación (los bordes celulares no aparecen redondeados sino en forma estrellada) de eritrocitos a las pocas horas. Las plaquetas también se ven afectadas; el exceso de EDTA hace que se hinchen y se fragmenten (fragmentos suficientemente grandes para clasificarlos como plaquetas) por lo que el recuento de plaquetas aparece falsamente elevado.
2. Mezcla inadecuada de la sangre con el anticoagulante. Tras el llenado de los tubos, es necesario realizar una serie de inversiones repetidas para asegurarse de que la sangre se mezcla adecuadamente con el anticoagulante.
3. Efectos del almacenamiento. Pasadas 3 horas de la recogida de la muestra comienzan a darse cambios morfológicos que tras 12-18 horas son especialmente llamativos. Este efecto se puede retardar manteniendo la sangre refrigerada a 4 ℃. Los cambios producidos son, generalmente, hematíes espiculados o núcleos lobulados.
4. Proceso de extensión en sí. Provoca un ligero daño mecánico a las células. Durante el secado se produce un cierto aplanamiento celular y durante el proceso de fijación y tinción se exponen las células a metanol y agua, lo que puede alterar la morfología celular. Si se realiza una buena técnica se pueden reducir al mínimo estas alteraciones. Además es muy importante realizar el estudio en la zona óptima y evitar las zonas gruesas o demasiado finas; si bien es cierto que para determinados tipos de estudios se utilizan las zonas gruesas (cabeza) y la cola de la extensión (p. ej., para la identificación de parásitos, macroplaquetas o agregados plaquetarios).
5.Orden de llenado inadecuado. Las normas básicas establecen un orden de llenado de los tubos para evitar contaminaciones de aditivos de unos tubos a otros. Normalmente se recogen en el siguiente orden: a) Hemocultivos. b) Tubo para suero (sin anticoagulante). c) Tubo con anticoagulante citrato, para pruebas de coagulación. d) Tubos restantes con anticoagulantes: EDTA, heparina, etc. (4-8).

5 Discusión-Conclusión

El frotis sanguíneo se constituye como uno de los estudios de laboratorio esencial para el diagnóstico de múltiples enfermedades, en especial de las hematológicas, además de su demostrada utilidad en la determinación de la etiogenesis de algu-

nas alteraciones hematológicas, el seguimiento y control de estas (2-3). Diversos autores destacan la utilidad clínica del frotis sanguíneo (2-3) sin embargo otros no están de acuerdo con esta afirmación, refutando su utilidad clínica, afirman que no representa beneficios reales en la etapa diagnóstica y en el seguimiento de las enfermedades hematológicas, frente a otras pruebas más sensibles y específicas (6).

La técnica de extendido sanguíneo transversal se considera como la técnica costo efectiva más importante en la actualidad (2-4), en este sentido ofrece numerosos beneficios entre los cuales se destaca su rapidez, se necesita de poca cantidad de muestra, permite una mejor distribución celular de muestras provenientes de pacientes con leucopenias importantes, 0ofrece dos tipos de lecturas que permite identificar de forma precoz y critica las alteraciones morfológicas de todas las líneas celulares, determinando anormalidades en forma, tamaño, color e inclusiones citoplasmáticas, dando una medida cuantitativa y cualitativa de los elementos que lo conforman (2-8).

El objetivo de una adecuada extensión sanguínea, es poder establecer una amplia zona óptima de análisis, en la que las células sanguíneas se presenten separadas de manera uniforme, con algunas tocándose entre sí pero sin aglomerarse (2-8) esta reúne las condiciones óptimas para el análisis morfológico y el recuento de los diversos elementos corpusculares sanguíneos ya que se anula por completo la distorsión celular y las células están lo suficientemente separadas como para examinar su morfología con facilidad (2-8).

6 Bibliografía

1. National cáncer institue (NCI) [website]. Diccionario de cáncer.
2. Huerta J, Cela E. Hematología práctica: interpretación del hemograma y de las pruebas de coagulación. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 507-528
3. Terry N, Mendoza C. Importancia del estudio del frotis de sangre periférica en ancianos. Cuba; Rev. Medisur. ISSN 1727-897X.
4. Murray R, Orozco M. Manual Básico de Prácticas para Análisis Clínicos. México; 2017. Ed. ECORFAN; ISBN: 978-607-8534-13-5
5. Escobar A, Barrero L, Gómez J. Técnicas de análisis hematológico. España; 2017. ISBN: 978-84-9171-027-1
6. Grinspan Salomón. El estudio del frotis de sangre periférica. Honduras. Rev. Med. HONDUR. VOL. 53-1985.

7. Mejía M, Alzate M, Rodríguez J. Clasificación automática de glóbulos rojos en frotis de sangre periférica. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(3): 311-319.
8. AGREGA2 [website]. Frotis de sangre.

Capítulo 1387

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS PARA EL ANÁLISIS DEL GANGLIO CENTINELA DE MAMA POR EL MÉTODO OSNA

FABIOLA FEITO RODRIGUEZ

1 Introducción

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha sufrido importantes cambios evolutivos en favor de la paciente dejando atrás el uso técnicas quirúrgicas (1) como la mastectomía y linfadenectomía axilar de forma sistemática o la mastectomía radical descrita por William Halsted (1852-1922) para dar paso a métodos más fiables y menos agresivos para la paciente como el OSNA.

La técnica OSNA comienza a usarse en el HUCA (Hospital Universitario Central de Asturias) a principios del año 2014. Anteriormente se usaba una técnica combinada de cortes seriados (cortes del ganglio centinela incluido en parafina cada 100 micras) y tinciones de hematoxilina eosina. Se pasa así de un método dificultoso y con una menor capacidad diagnostica que solo permite analizar el ganglio en cada corte y no en su totalidad a un modelo de análisis del ganglio centinela totalmente reproducible y cuantificable.

Un ganglio centinela se define como el primer ganglio que recibe el drenaje linfático de un tumor, y por lo tanto sería el punto orgánico (o los puntos, ya que

puede haber más de uno) en el que podemos encontrar con más probabilidad la presencia de células tumorales. El centinela ayuda a determinar si las células cancerosas han podido diseminarse a otras partes del cuerpo, por lo que la información que se obtiene con la biopsia del ganglio centinela puede ayudar al médico a determinar el estadio del cáncer y a formular un plan adecuado de tratamiento. El ganglio centinela se extrae en la misma operación quirúrgica que el tumor de mama y se procesa y analiza en el laboratorio de anatomía patológica mediante una técnica rápida denominada intraoperatoria, mientras la paciente se encuentra en quirófano.

El método OSNA (One Step Nucleic Amplification) es un sistema de detección de células tumorales basado en la medición cuantitativa del ARN mensajero (ARNm) de la CK 19 presente en los ganglios linfáticos. Gracias a la técnica OSNA, el centinela puede ser analizado y diagnosticado en la misma operación en la que se realiza la extracción del tumor de mama evitando así una posterior intervención quirúrgica para la paciente.

La citoqueratina 19 es un marcador celular epitelial que normalmente no está presente en el tejido de los ganglios linfáticos. En condiciones normales, no se encuentra en las células de los ganglios, por lo que en este caso se usa como marcador tumoral.
El ARN mensajero (ARNm) es la molécula que permite copiar la información contenida en el ADN y transportarla a las estructuras celulares encargadas de sintetizar proteínas (ribosomas).

Se analiza la técnica del ganglio centinela realizada de manera intraoperatoria por los Técnicos de Anatomía Patológica en el HUCA.

Se parte del registro de la muestra a su llegada a las dependencias del laboratorio procedente del quirófano para comprobar el proceso de análisis del ganglio mediante el aparato de OSNA RD 100i de la marca Sysmex.

Se realiza un análisis detallado de las principales características del equipo, de los reactivos usados en la técnica y de los resultados obtenidos (2). Se describen las ventajas más destacables de este método de análisis frente al método usado con anterioridad en el HUCA y se mencionan los pasos a seguir para realizar la calibración del equipo antes de analizar las muestras de ganglio.

2 Metodología

- Conocer el procedimiento de la biopsia de ganglio centinela por el método OSNA.
- Saber interpretar los resultados del método OSNA.

3 Resultados

La principal característica del sistema RD 100i es la incorporación de una innovadora técnica de amplificación isotérmica denominada RT-LAMP (3) (Reverse Transciption Loop Mediated Isothermal Amplification). la tecnología RT-LAMP utiliza seis Primers distintos, específicamente diseñados para evitar la amplificación de pseudogenes de la CK19 o de sus productos de transcripción, así como para acelerar la reacción del ensayo. Se produce una detección indirecta a tiempo real por turbidimetría que consiste en la detección cuantitativa de pirofosfato de magnesio y la medición de la turbidez en nanómetros.

Una vez recibido el ganglio en el laboratorio, preferiblemente en hielo, es identificado con su número de biopsia correspondiente para comenzar el procesado de la muestra lo más rápido posible evitando en la medida de lo posible la destrucción del ARN.
La Sociedad Española de Serología y Patología Mamaria recomienda incluir la grasa adyacente al ganglio en un bloque de parafina para proceder al estudio posterior y confirmar que el ganglio se ha procesado en su totalidad en el método OSNA.

El primer paso consiste en separar el ganglio de la grasa contigua. Este proceso es llamado repelado y se realiza con material estéril para no contaminar la muestra. Conviene pesar el ganglio en una balanza ya que el rango de peso aceptado para OSNA se sitúa actualmente entre 50 mg y 600 mg.

Una vez repelado el ganglio, este se homogeneiza durante 60 segundos junto con el reactivo de homogeneización llamado Lynorhag. El Lynorhag debe conservarse en nevera, a una temperatura de entre 2º y 8º y permite estabilizar las moléculas de ARNm y protegerlas de la acción de las ribonucleasas. Una vez homogeneizado, se traslada 1 ml de la muestra resultante a un tubo eppendorf que se centrifuga durante 60 segundos a 10000 revoluciones por minuto (rpm). Este proceso se hace por duplicado para tener una copia de seguridad que en nuestro caso se guardará para el banco de ARN del hospital. Se trasladan 500 microlitros

de la parte central del centrifugado, que es la parte de la muestra que contiene el ARN, a otro eppendorf. Por último, se pipetean 20 microlitros de ARN que se añaden a 180 microlitros de Lynorhag, se vortea (mezcla) la muestra obteniendo así una muestra concentrada. De esa muestra concentrada se toman de nuevo 20 microlitros que se mezclan con 180 microlitros de Lynorhag para obtener la muestra diluida.

Tanto la muestra concentrada como la diluida se introducen en el sistema automatizado de detección en tiempo real RD-100i junto con los reactivos llamados Lynoamp. El Lynoamp debe conservarse en el congelador a -20ºC. Está formado por los reactivos de amplificación que son la Enzima y el Primer, los controles tanto positivo como negativo y los calibradores C1, C2 y C3. Estos reactivos se utilizan por filas y una vez que se acaba el Primer de una fila, se debe desechar la fila entera. Cada vial se puede descongelar un máximo de 5 veces. Para no llevar a equívocos, es importante marcar con una raya encima de cada vial el número de descongelaciones a las que se ha sometido.

La calibración del equipo se realiza antes de introducir la muestra de ganglio centinela en la máquina de OSNA. Para ello se descongelan los reactivos C1 C2 y C3 y los controles positivo y negativo, se vortean el Primer, los controles y los calibradores y se centrifugan todos los reactivos incluyendo el enzima durante 15 segundos. Una vez finalizada la calibración, el OSNA está preparado para introducir la muestra de ganglio.

La principal ventaja del OSNA es la posibilidad de analizar el ganglio centinela de una manera íntegra, permitiendo un estudio completo del mismo frente al método usado con anterioridad que no permite el análisis total del ganglio.
El análisis del ganglio centinela por método OSNA proporciona la detección molecular de la totalidad de las células tumorales existentes en el/los ganglios analizados, permite el diagnóstico del estadío del tumor de forma precisa posibilitando un diagnóstico definitivo para un tratamiento más personalizado que permite prescindir de segundas cirugías y proporciona el resultado cuantitativo de la afectación ganglionar (4) conocido como Carga Tumoral Total (TTL). La Carga Tumoral Total es la suma de copias de ARNm de CK19 de todos los ganglios centinela positivos.

Los resultados se muestran en la pantalla de datos una vez haya finalizado el análisis. Están disponibles en aproximadamente 30–45 minutos después de la llegada de la muestra, dependiendo del número de ganglios analizados. Como máximo

se pueden analizar cuatro ganglios linfáticos en un mismo análisis aunque en el HUCA es habitual procesar solamente un ganglio.

La medición cuantitativa del marcador CK19 no solo permite la diferenciación entre un resultado positivo y uno negativo, sino que también proporciona una indicación del grado de la metástasis permitiendo la distinción entre micrometástasis y macrometástasis.

La reacción de amplificación se produce a los 16 minutos y se monitoriza en tiempo real, los resultados se visualizan en tres categorías diferentes presentando una relación directa con el número de copias de ARNm de CK19. De este modo, la presencia de 5000 o más copias (++) indica macrometástasis, de 2500 a 5000 copias (+) indica micrometástasis y menos de 2500 copias (-) expresa un resultado negativo o ausencia de metástasis.

4 Discusión-Conclusión

La biopsia de ganglio centinela por el método OSNA se ha establecido en el HUCA como el procedimiento quirúrgico de referencia para el estudio de metástasis en pacientes con cáncer de mama en fase temprana con ganglios clínicamente negativos.

OSNA presenta una mayor sensibilidad frente al método de Hematoxilina-Eosina usado en épocas anteriores, debido a que con OSNA se permite un análisis completo del ganglio y con Hematoxilina no es técnicamente posible analizar el ganglio en su totalidad. A consecuencia de ello, existe un riesgo considerable de obtener falsos negativos, resultados negativos en el análisis intraoperatorio que son identificados como positivos en el estudio postoperatorio, haciendo que sea necesaria una segunda intervención quirúrgica para realizar el vaciamiento axilar.

El análisis OSNA constituye un nuevo enfoque diagnóstico que permite analizar la totalidad del ganglio linfático de manera intraoperatoria. De esta forma es posible tomar una decisión clínica definitiva sin necesidad de realizar un segundo procedimiento quirúrgico o un análisis histopatológico confirmatorio.

Además, hallazgos recientes relativos a la relevancia clínica de la presencia de metástasis en ganglios centinela demuestran que conocer exactamente la magnitud de la metástasis mediante la carga tumoral total y trabajar resultados fiables y normalizados permiten obtener una estadificación más precisa.

5 Bibliografía

1. Universidad de Cantabria, Principios del tratamiento quirúrgico en cáncer de mama, https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1081/course/section/1286/Mod6_1%2520Principios%2520del%2520tratamiento.pdf
2. https://www.sysmex.es/fileadmin/media/f117/OSNA/OSNA_RD-100i_6p_ES.pdf
3. RD 100i, Guía del curso de formación, septiembre 2012
4. https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-aplicacion-tecnica-osna-el-analisis-S0009739X1000521X

Capítulo 1388

TEST DE HODGE MODIFICADO EN EL ESTUDIO DE BACTERIAS RESISTENTES A ANTIBIÓTICOS CARBAPENÉMICOS.

VERÓNICA FERNÁNDEZ SUÁREZ

GRACIELA PEÓN MARTÍNEZ

MARIA DEL CARMEN SANCHO ORTIZ

ÁNGELA JORGE ÁLVAREZ

1 Introducción

El incremento de las infecciones provocadas por bacterias resistentes al tratamiento con antibióticos constituye uno de los principales problemas de la salud pública. En el Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos 2019-2021, se señala que alrededor de 3.000 personas mueren cada año en España como consecuencia de infecciones hospitalarias causadas por bacterias resistentes.

Una de las clases de antibióticos más prescritos, tanto en atención primaria como hospitalaria son los β-lactámicos, cuyo mecanismo de acción es la inhibición de la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana2. La característica fundamental de este grupo de antibióticos es la presencia en su composición química del anillo β-lactámico, de ahí que las bacterias que generen enzimas β-lactamasas

sean resistentes a estos antibióticos. Por otro lado, este anillo β-lactámico se asocia a otros anillos, dando lugar a diferentes grupos de β-lactámicos entre los que se encuentran los carbapenémicos.

Los antibióticos carbapenémicos poseen un amplio espectro de actividad y son altamente potentes contra bacterias Gram negativas y Gram positivas. Esto les hace imprescindibles cuando se sospecha de un patógeno multirresistente y en las terapias dirigidas contra las infecciones producidas por bacterias gram negativas multirresistentes o productoras de β-lactamasas de amplio espectro y espectro extendido.

Las enterobacterias han desarrollados mecanismos de resistencia a los antibióticos carbapenémicos gracias a la producción de unas enzimas que hidrolizan la práctica totalidad de los antibióticos β-lactámicos; las carbapenemasas4. Dentro de la rutina del laboratorio se establecen algunos procedimientos para determinar las presencias de carbapenemasas en microorganismos resistentes, una de estas técnicas es el Test de Hodge Modificado.

2 Objetivos

Explicar el fundamento del Test de Hodge Modificado para detectar la presencia de carbapenemasas. Señalar cuáles han sido sus modificaciones, y establecer un criterio sobre sus puntos débiles y fuertes para su utilización.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda en dos buscadores Google Académico y Scielo, los términos de búsqueda fueron:
1. “Antibiótico Carbapenémicos”.
2. “Resistencias antibióticos carbapenémicos”.
3. “Test de Hodge modificado fundamento”.
4. “Test de Hodge variaciones”.

De todos los artículos encontrados se seleccionaron aquellos que se hubieran publicado en los últimos 5 años.

Por otro lado se consultaron guías e informes de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).

4 Resultados

El Test de Hodge modificado, está basado en el diseñado por Gots et al. en 1945 para detectar la producción de penicilinasa en S.aureus, y fue recomendado por primera vez en el año 2009 por el CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute) como test fenotípico de confirmación de presencia de carpenemasas5. Los pasos para su realización son los siguientes:
1. Se realiza un siembra en sabana sobre una placa de Mueller-Hinton a partir de una suspensión de la cepa E.coli ATCC 25922 en solución salina con una turbidez equivalente a 0.5 McFarland.
2. Colocamos un disco con un antibiótico carbapenémcio (imipenem, meropenen o ertapenem) en el centro de la placa. No utilizar ertapenem en P. aeruginosa porque es intrínsecamente resistente.
3. Inoculamos 3-5 colonias de la cepa problema formando una estría radial desde 2-3 mm del disco con antibiótico hacia el borde de la placa.
4. Es importante inocular de la misma forma que la cepa problema un control positivo y un control negativo.
5. Incubar a 35±2°C durante 16-20 horas.

La interpretación de resultados sería la siguiente:
• Positivo: Un resultado positivo se pondrá de manifiesto por el crecimiento de E.coli en la parte de intersección entre el halo de inhibición que genera la difusión del antibiótico y la estría de la cepa que era objeto de nuestro estudio, formándose una hendidura en la parte próxima del disco. Esto se debe que nuestra muestra problema produce carbapenemasas que han sido liberadas al medio y permiten el crecimiento de E.coli.
• Negativo: En el punto de intersección de la estría problema y el halo de inhibición del antimicrobiano no se presenta crecimiento. Es decir, alrededor del disco de antibiótico se va observar un halo perfecto a su alrededor.

5 Discusión-Conclusión

El Test de Hodge Modificado es una técnica sencilla y muy útil en el laboratorio de rutina para determinar si una bacteria resistente al tratamiento con antibióticos carbapenémicos está produciendo enzimas carbapenemasas. Aunque no sirve para determinar de qué tipo concreto de enzimas carbapenemasas se trata. Por otro lado, no se debe tener en cuenta sus resultados como concluyentes ya que se han obtenido falsos negativos por la baja expresión de la carbapenemasa, sobre

todo con cepas con metalobetalactamasas y oxacilinasas. También hay referencias de falsos positivos con cepas productoras de CTX-M-15 y pérdida de porinas y con las cepas hiperproductoras de Ampc.

Todo ello ha llevado, a la utilización de otros métodos cómo el colorimétrico o a pequeñas variaciones del Test de Hodge. Por ejemplo, los falsos negativos pueden evitarse añadiendo sulfato de cinc al medio que incrementa la expresión del enzima en la metalo-betalactamasas. También se recomienda el uso de discos meropenem y ertapenem frente al imipenem.

En conclusión, debemos tener presente que el Test de Hodge Modificado es un método rápido y sencillo, cuya finalidad es orientarnos ante un posible microorganismo productor de carbapenemasas pero sus resultados no son definitivos. Para obtener un resultado concluyente, debemos utilizar otras técnicas que nos identifican el tipo concreto de carbapenemasa que provoca que una bacteria sea resistente al tratamiento con antibiótico. En concreto la PCR es la técnica usada para determinar qué tipo de carbapenemasa se está produciendo.

6 Bibliografía

- Bou Arevalo G, Chaves Sánchez F, Oliver Palomo A, Oteo Iglesias J. Métodos microbiológicos para la vigilancia del estado de portador de bacterias multirresistentes. 55. Oteo Iglesias J (coordinador). Procedimientos en Microbiología Clínica.Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2015.
- Calderón, R.G., AguilarU.L. Resistencia antimicrobiana: microorganismos más resistentes y antibiótico con menor actividad. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.2016; 73(621).
- Calvo Rafael,Cantón,R.Fernández Cuenca,F., Mirelis,B.,Navarro F. Detección fenotípica de mecanismos de resistencia en gramnegativos .Procedimientos en Microbiología Clínica Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica Editores.
- Cercenado, E. Detección de enterobacterias productoras de carbapenemasas en la rutina del laboratorio. Rev Esp Quimioter 2015; 28 (Suppl. 1): 8-11.
- Coronado,R., Friz D.,Troncoso, D.,Yañez, J.Identificación de Carbapemenasas por Test de Hodge Triton. Mejoras al Test de Hodge Modificado. Universidad Diego Portales. Caso Clínico de Microbiología. https://es.scribd.com/document/319508501/Identificacion-de-Carbapenemasas-Por-Test-de-Hodge-Triton

- Marín,M. Gudiol,F.Antibioticos β-lactámicos. Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica.21(1):42-55.2003.Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0213-005X(03)72873-0
- Moreno Monge, K.M. Revista de Costa Rica y Centroamérica LXX. (608) 599 - 605, 2013. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc134i.pdf
- 6Ocampo-Ríos, A.M., Giraldo-Gómez,L.M., Melo-Alvarez,K.L.F, Obando-Agreda, A.C.,Jiménez-Quiceno, J.N. Variaciones al Test de Hodge modificado para la detección de carbapenemasas en Pseudomonas aeruginosa. Medicina & Laboratorio.Volumen21, Números 11-12, 2015.
- 4Otea-Iglesias, Comprendiendo la resistencia a antibióticos.2019. RIECS, 4, 2; ISSN: 2530-2787.
- Pasteran, F. Gonzalez L.J., Albornoz,E., Bahr.G.,Vila,A.J.,Corsoa, A.Triton Hodge Test: Improved protocol for Modified Hodge Test for enhanced detection of NMD and other carbapenemase producers. 2015. Journal of Clinical Microbiology March 2016 Volume 54 Number 3.
- Plan Nacional Frente a la Resistencia de Antibioticos. http://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/field/files/pran_2019-2021_0.pdf?file=1&type=node&id=497&force=0
- Protocolo del Servicio Antimicrobianos, Laboratorio Nacional de Referencia en Antimicrobianos, INEI-ANLIS "Dr.CarlosG.Malbrán" Triton Hodge Test (THT).
- Suárez, C. Gudiol,F. Antibióticos β- Lactámicos. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clinica.27 (2):116–129. 2009.
- Vanesa Estepa, Beatriz Rojo-Bezares, Jose Manuel Azcona –Gutiérrez, Inés Olarte, Carmen Torres, Yolanda Sáenz. Caracterización de mecanismos de resistencia a carbapenémicos en aislados clínicos de Pseudomonas aeruginosa en un hospital español. Enfermedades Infecciosa y Microbiología Clínica.2017:35(3): 141-147.

Capítulo 1389

BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA GRUESA

AURORA RAMOS BOBES

1 Introducción

La biopsia de mama con aguja gruesa o ”tru-cut”, es el método de elección ante la necesidad de análisis histológico de las lesiones de mama que puedan resultar sospechosas o sin signos concluyentes en las pruebas de imagen.

2 Objetivos

Estudiar las técnicas de biopsia mamaria con aguja gruesa; materiales empleados, procedimientos, casos en los que se aplica y complicaciones posibles.

3 Metodología

Búsqueda de información en diferentes textos escritos y en artículos digitales utilizando buscadores académicos. Se utilizan como palabras clave ”mamografía”, ”biopsia”, ”intervencionismo de mama”. Se establece cómo criterio de inclusión/exclusión el idioma, tomando únicamente en consideración textos en castellano.

4 Resultados

La biopsia mamaria con aguja gruesa emplea, para la toma de muestras de tejido, agujas con un calibre que oscila entre los 12-14G, montadas normalmente en un

dispositivo automático.

Tras la administración de anestesia local, se introduce la aguja a través de una pequeña incisión hecha con un bisturí y se efectúa un "disparo" del dispositivo, que empuja la aguja hacia delante para coger la muestra. Se extraen entre 3 y 5 muestras de tejido que tendrán forma de pequeños cilindros. Las muestras obtenidas se introducen en alcohol y, debidamente rotuladas, se envían al servicio de anatomía patológica para su análisis.

La biopsia puede guiarse por ecografía o por estereotaxia. En la biopsia guiada por estereotaxia, se calculan las coordenadas de situación de la lesión a partir del cálculo de su desplazamiento entre dos imágenes mamográficas, que son obtenidas con una angulación de +15° y -15° de la vertical sobre la lesión. La biopsia guiada por ecografía es más cómoda para la paciente, ya que evita la compresión de la mama, requerida en la estereotaxia, y la exposición a la radiación ionizante; Tiene la limitación de ser sólo aplicable a lesiones visibles con ecografía, lo cuál excluye, por ejemplo, las microcalcificaciones.

Para realizar una biopsia, es necesario tomar ciertas precauciones previas con el paciente: recabar información sobre alergias o tratamientos actuales con anticoagulantes, en caso de estos últimos, deberán ser suspendidos unos días antes de la biopsia. Una vez finalizada la prueba, se le darán al paciente indicaciones encaminadas a evitar complicaciones:

- No realizar esfuerzos con el brazo ni movilizarlo excesivamente en las siguientes 24 horas.
- Dormir de espaldas o sobre el lado contralateral, al menos la primera noche. - Poner frío local sobre la mama afectada a intervalos regulares también durante las primeras 24 horas.
- En caso de necesitar analgesia, no deberá tomar aspirina para evitar, en lo posible, la aparición de hematoma (principal complicación de la biopsia mamaria).

La biopsia con aguja gruesa se realiza de forma ambulatoria, es decir, observando los cuidados y precauciones descritas anteriormente, el paciente podrá irse a casa una vez finalizado el procedimiento.

La biopsia reduce considerablemente el porcentaje de pacientes que pasa por una cirugía mamaria. Los pacientes que, a pesar de la biopsia, deban realizar dicha cirugía, lo harán ya con un diagnóstico.

Las lesiones mamarias susceptibles de ser biopsiadas serán aquellas catalogadas en las categorías 3, 4 y 5 del sistema BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System):

- BIRADS 3 = Lesión probablemente benigna, valor predictivo para malignidad entre 2 y 5%
- BIRADS 4 = Lesión sospechosa, valor predictivo para malignidad menor del 25%
- BIRADS 5 = Lesión maligna valor predictivo para malignidad entre el 75 y el 80%

5 Discusión-Conclusión

La biopsia de mama con aguja gruesa, utiliza una aguja tipo ”tru-cut” montada sobre pistola automática con el fin de extraer varias muestras de tejido de una lesión susceptible de malignidad para su posterior análisis histológico. Puede realizarse guiada por ecografía o por estereotaxia. El sistema de guía se elegirá en función de las características de la lesión y su mejor visualización con uno u otro método.

Se trata de una técnica relativamente sencilla que se puede realizar de forma ambulatoria y sin apenas riesgo de complicaciones importantes. Resulta muy ventajosa ya que reduce significativamente el porcentaje de pacientes que necesita pasar por quirófano.

6 Bibliografía

- Torres Tabanera M. Técnicas de exploración de la mama. Anatomía radiológica, semiología general e indicaciones. En: Del Cura JL, Pedraza S. Radiología esencial. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010 p. 938-940.

- Gil Ramos JM., Andrades Romero H., Martínez Torres FJ., Hidalgo Cordero V. Mamografía: Estudio radiológico de la mama diagnóstico e intervencionismo. En: 7 Editores. Temario parte específica vol 3 Técnico especialista en radiodiagnóstico. Sevilla. Editorial MAD; 2019 p. 180- 211.

Capítulo 1390

LESIONES EN RESONANCIA MAGNÉTICA.

MARIA COMINO IGLESIAS

ELENA GONZÁLEZ MAYO

1 Introducción

La resonancia magnética es una técnica que combina la acción de un gran campo magnético creado por un imán con la aplicación de ondas de radiofrecuencia y un ordenador avanzados para la adquisición de imágenes de gran sensibilidad en todos los planos del espacio. Es una técnica que no usa radiación ionizante. Al día se realizan muchos exámenes de RM, y aunque éstos se consideran seguros, los pacientes no están exentos de un riesgo significativo. Más del 70% de las complicaciones de la RM vienen dadas por quemaduras térmicas.
Hemos conocido varios casos interesantes de lesiones por quemaduras causada por la resonancia magnética.
Uno de ellos, es el causado por un pantalón para correr. En un principio, la lista de los materiales por los que estaba compuesto el pantalón, no indicaba ningún metal. Sin embargo, se utilizaron fibras metálicas muy ligeras y delgadas para su confección.
En este caso, fue una mujer de 40 años la que se sometió a un examen por RM dermatomiositis para evaluar los músculos de los muslos. Cuando se comenzó el examen en un máquina Siemens de 3T y una bobina de matriz de fase corporal, se observaron artefactos en el exterior de los muslos, pero ante la negativa queja de la paciente, se continuó con el estudio. Después de 15 minutos de examen y con diferentes parámetros, la paciente presentaba un leve enrojecimiento en ambos

muslos, coincidiendo la zona con los artefactos antes observados en la imagen. Este enrojecimiento fue en crecimiento hasta convertirse en ampollas.
Otro caso es el de las lentes de contacto de color, un tipo de lentes cosméticas, que en general no se sabe que contienen óxido de hierro junto con otros metales, lo que significa que su uso en RM es un peligro potencial. La diferencia entre las lentes de contacto regulares y las cosméticas, está en que las segundas están teñidas no solo en el área que cubre el iris, sino que tienen un borde fuera de este área de un color más oscuro para dar apariencia de un ojo más grande. Este borde externo, generalmente contiene óxido de hierro, y aquí es donde se encuentra el problema.
Una mujer de 28 años con un desmoide cervical se sometió a una RM de seguimiento. La resonancia mostró un artefacto en los globos oculares. Se le preguntó a la paciente y no sentía ninguna molestia en sus ojos, ni calor local ni dolor en ellos durante la prueba, pero sí informó del uso de lentes de contacto al finalizar el examen. La paciente no tuvo ninguna sintomatología durante su seguimiento.
Las quemaduras cutáneas inducidas por RM causadas por tatuajes son muy raras. Los materiales delineadores contienen sustancias metálicas que causan artefactos en los estudios, pero el paciente raramente se ve afectado, sin embargo hay cosméticos como los delineadores permanentes que sí causan lesiones en los pacientes puesto que están elaborados con óxido de hierro y dióxido de titanio.
Una mujer de 24 años que se delineó de manera permanente los párpados 5 meses antes de realizarse una RM, informó de una sensación de ardor en la zona al poco de empezar el estudio. En este caso la prueba se suspendió por la aparición de un eritema instantáneo que desapareció a las 2h.

2 Objetivos

Aumentar la conciencia del personal y comunicarse y cumplir con los controles de seguridad previos al tratamiento.

3 Metodología

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

elo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los artefactos de susceptibilidad magnética hallados en imágenes de resonancia magnética, son un indicativo de presencia de algún material ferromagnético en el cuerpo del paciente.
Al realizar una resonancia magnética de lentes de contacto de color que contienen fantasmas de gelatina, se observa un artefacto de susceptibilidad consistente en el aumento del tamaño del borde externo de las lentes. A pesar de que las lentes no se deformen ni se muevan, después de un examen de 8 minutos de duración, éstas aumentaron en un grado centígrado la temperatura.

5 Discusión-Conclusión

Antes de realizar un examen de RM, sería de gran importancia el uso de una varita detectora de metales. Esto es importante para evitar el tipo de lesiones mencionadas anteriormente, donde en un principio, no parece que haya ningún material metálico que pueda producir daños.
Los servicios de resonancia magnética deben tener en cuenta las lentes de contacto como fuente de disminución de la calidad de imagen así como del riesgo de quemaduras.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003335.htm.
- https://www.researchgate.net/.
- https://ecocardio.com/.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3616822/.
- https://radiologiaclub.com.

Capítulo 1391

ESTUDIOS POR IMAGEN PARA LA DETECCIÓN DE ANOMALÍAS EN LA TIROIDES.

MARIA COMINO IGLESIAS

ELENA GONZÁLEZ MAYO

1 Introducción

La glándula tiroides es una glándula endocrina, un órgano impar, medio y simétrico, situado justo debajo de la nuez de Adán, junto al cartílago tiroides sobre la tráquea. Pesa entre 15 y 30 gramos en un adulto y mide 3 mm de largo por 18 mm de grueso. Tiene forma de mariposa, de color marrón y de consistencia firme.
La función de la glándula tiroides es la de regular el metabolismo del cuerpo, producir proteínas y regular la sensibilidad del cuerpo a otras hormonas (T3 y T4).
Los problemas que puede presentar la tiroides incluye:
- Bocio: agrandamiento de la tiroides.
- Hipertiroidismo: ocurre cuando la glándula tiroides produce más hormona tiroidea de lo que el cuerpo necesita.
- Hipotiroidismo: lo contrario al hipertiroidismo. Ocurre cuando la glándula tiroides produce menos hormona tiroidea de lo que el cuerpo necesita.
- Cáncer de tiroides.
- Nódulos: bultos en la tiroides.
- Tiroiditis: hinchazón de la tiroides.

Es muy importante estar bien informados de los diferentes síntomas que puedan aparecer como consecuencia de la tiroides y así proceder a un diagnóstico precoz. El riesgo se incrementa especialmente a partir de los 40 años y se recomiendo hacerse controles periódicos cada cinco años. Las mujeres embarazadas deben tener un control especial para prevenir complicaciones durante o después del embarazo, tanto para ellas como para el bebé debido a los cambios hormonales que se producen durante la gestación.

2 Objetivos

El objetivo principal es el hallazgo de nuevas formas para buscar anomalías en el tiroides.

3 Metodología

En primer lugar se efectuará una inspección visual de la zona anterior del cuello para determinar si la tiroides es visible y para detectar la presencia de circulación lateral e ingurgitación yugular.
La palpación de la glándula debe realizarse con el paciente sentado, relajado y con el cuello estirado, de forma que los dedos anulares se apoyen en las articulaciones esternoclaviculares. Las yemas de los dedos se colocan encima del área traqueal y por debajo del cartílago cricoides, el paciente deberá deglutir pequeños tragos de agua para así precisarse la consistencia, sensibilidad y movilidad de la tiroides. Se habla de aumento del tamaño de tiroides cuando con la palpación se delimitan los lóbulos mayores.
Los estudios por imagen se pueden usar para detectar el cáncer, saber cómo de lejos se ha propagado y saber si el tratamiento está surtiendo efecto.
- Laringoscopia: procedimiento mediante el cual el facultativo examina la laringe con un espejo. Este estudio se realiza para ver si las cuerdas vocales se mueven con normalidad.
- Ecografía: usa ondas sonoras para crear imágenes. Para el estudio de tiroides, se utilizará una sonda lineal de alta frecuencia. La prueba incluirá tanto el tiroides completo como los diferentes compartimentos cervicales. Las imágenes serán cortes longitudinales y axiales de lóbulos tiroides y un corte axial que incluya la zona del istmo tiroideo. Gracias a este estudio, se puede determinar si un nódulo es sólido o está lleno de líquido.
- PAAF: técnica mediante la cual se procede a una punción con aguja fina de la glándula guiada bajo ecografía y se obtienen células y unas gotas de líquido con

una jeringuilla.
- Tomografía computarizada: esta prueba consiste en la toma de imágenes transversales y nos ayudará a determinar la localización y el tamaño de la glándula.
- Gammagrafía con yodo radioactivo: en este estudio se administra una pequeña cantidad de yodo radioactivo por vía oral o intravenosa. Las células tiroideas captan el yodo y se observa con una cámara especial la cantidad de radiactividad que contiene la glándula siendo las áreas con menos radioactividad las anormales.
- PET: es una técnica no invasiva de diagnóstico in vivo donde es posible medir la actividad metabólica del cuerpo humano. Da muy buena información funcional pero no anatómica.

4 Resultados

Es de gran importancia el papel del técnico de rayos a la hora de realizar un buen examen así como de una correcta preparación previa por parte de los pacientes. Una mala imagen o un estudio incorrecto, podría dar lugar a confusión o a falsos positivos a la hora de realizar un diagnóstico preciso.

5 Discusión-Conclusión

Según la información obtenida y la aparición de un número mayor de personas diagnosticadas con nódulos tiroideos, podemos deducir que es necesario encontrar otros métodos de screening como es la ecografía. Con este método, se incrementó hasta un 49% la detección de nuevos casos. Por eso, una buena idea para valorar la patología nodular tiroidea sería que a todo paciente se le solicite una ecografía si tiene bordes anormales y textura heterogénea.
Cualquier tipo de anomalía en la tiroides provoca alteraciones en nuestro metabolismo, causando a su vez otros trastornos en nuestros órganos y derivando problemas serios de salud.

6 Bibliografía

- https://www.medlineplus.gov/spanish/thyroiddiseases.html
- https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-tiroides/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/deteccion.html
- https://www.thyroid.org

- https://www.humanhealth.iaea.org
- https://mejorconsalud.com/como-detectar-tiempo-anomalias-en-la-tiroides/

Capítulo 1392

BIOÉTICA EN EL ÁMBITO SANITARIO.

ELENA GONZÁLEZ MAYO

MARIA COMINO IGLESIAS

1 Introducción

La Bioética es un neologismo cuyo significado es difícil de determinar. Para los médicos es una deontología, para los biólogos implica la conciencia de la amenaza que suponen las personas para los ecosistemas, para la religión es el respeto absoluto por la vida, y en otras éticas también tienen en cuenta la calidad de la vida y el bienestar. Se puede definir la bioética como el estudio de los aspectos éticos de las ciencias de la vida, así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos.

La Bioética no es sólo ética, implica también legalidad ya que generalmente los acuerdos a los que se llega en las discusiones de bioética también se reflejan en la legalidad, así como estas discusiones tienen implicaciones y los actos derivados de ellas, consecuencias legales.

La Bioética surge por dos principales razones:

- Los avances en la biotecnología: surge una preocupación entre los científicos por las implicaciones de los avances. Con el descubrimiento del código genético, se plantea la cuestión de cuál es su alcance, futuro y consecuencias. El peligro ecológico que venía siendo por el impacto de la actividad humana en el ambiente, ahora también tiene un impacto desde "dentro" al manipular las especies genéticamente.
- La revolución médico- sanitaria: la propia Medicina sufre transformaciones en el sentido de que la aplicación de la ciencia da lugar a nuevas tecnologías médicas que solucionarán problemas, se dispara el gasto en tecnologías y surgen nuevos

problemas éticos. A día de hoy ya no hay desahuciados, sino que existen las UCIs y el soporte vital y se diferencia entre pacientes terminales, críticos…pero siempre se puede hacer algo, incluso alargar la vida más allá de lo que antes era posible. En este momento aparece el término de "encarnizamiento terapéutico" que consiste en la aplicación de la tecnología para alargar la vida de una persona, incluso por motivos ajenos a esa persona como por ejemplo, para mantener en buen estado sus órganos para un trasplante.
También surgen cambios en el modelo de la asistencia sanitaria. Si bien ésta se universaliza, debido a la crisis económica y a la escasez de recursos, solo se cubren las necesidades básicas. Los conflictos éticos se multiplican tanto por el acceso igualitario a todos los servicios de salud, como por la distribución equitativa de los recursos limitados y escasos.

El Comité Nacional para la protección de los seres humanos de la experimentación biomédica con la misión de identificar los tres principios éticos básicos que deberían dirigir la investigación con seres humanos (independientemente de su religión) son los siguientes:
- Respeto por las personas:
Los sujetos deberían ser tratados como entes autónomos a la hora de deliberar sobre los objetivos personales y actuar según la dirección de esa deliberación.
Las personas cuya autonomía está disminuida, deberían ser protegidas.
- Beneficencias:
No hacer daño.
Extremar los beneficios y minimizar los riesgos.
- Justicia:
Selección equivalente de los sujetos de experimentación para que exista imparcialidad en la distribución de riesgos y beneficios.

2 Objetivos

- Intentan no dejar de lado ninguno de los factores a tener en cuenta para tomar decisiones para la protección de los seres humanos de la experimentación biomédica .

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La Bioética sirve para tomar decisiones complejas, no solo en situaciones agudas, sino también en casos crónicos en los que tal vez hubiera que tener en cuenta antes la calidad de vida de los pacientes que las decisiones puramente médicas.

5 Discusión-Conclusión

La Bioética, a diferencia de la ética, no se limita al campo de la especulación, ni a la pura investigación, sino que se conecta a la actividad concreta, en cuanto ésta afecta a la persona. Del mismo modo que el cultivo se relaciona con la promoción de la vida, la bioética, aunque debe educarse, esa educación, se relaciona eminentemente con la praxis que promueve la vida humana, como un cultivo.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11653036.
- https://www.monografias.com/trabajos82/importancia-bioetica-salud-publica/importancia-bioetica-salud-publica2.shtml
- Diego Gracia Guillén (2007). Fundamentos de bioética.

Capítulo 1393

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN RADIODIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR.

ELENA GONZÁLEZ MAYO

MARIA COMINO IGLESIAS

1 Introducción

La protección radiológica es una actividad multidisciplinar, de carácter científico y técnico, que tiene como finalidad la protección de personas y del medio ambiente contra los efectos nocivos que pueden resultar de la exposición a radiaciones ionizantes.

Las radiaciones ionizantes son aquellas que debido a la energía que poseen, al interaccionar con la materia producen ionizaciones en la misma, es decir, modificaciones tanto a nivel atómico como molecular.

La Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) se basa en tres principios básicos:

- Justificación: la práctica que implique la exposición a las radiaciones ionizantes siempre debe suponer un beneficio para la sociedad. Deben considerarse los efectos negativos y las alternativas posibles, siendo siempre competencia del médico especialista correspondiente.
- Optimización- Principio ALARA: el termino ALARA corresponde a las siglas inglesas de la expresión “tan bajo como sea razonablemente posible”. Todas las exposiciones a la radiación deben ser mantenidas a niveles tan bajos como sea razonablemente posible, teniendo en cuenta factores sociales y económicos.

- Limitación de dosis: las dosis de radiación recibidas por las personas no deben superar los límites establecidos en la legislación vigente.

Los límites para trabajadores expuestos son en total 100 mSv (5años), en el cristalino 150, en la piel 500 y en las extremidades 500 mSv.
Los límites para las mujeres embarazadas son de 1 mSv (feto).
Los límites para los estudiantes mayores de 18 años son como en los TE; 100 mSv en total (5años), en el cristalino 150, en la piel 500 y en las extremidades 500 mSv.
Los límites para los estudiantes menores de 18 año son 6 mSv/año, 50 en el cristalino, 150 en la piel y 150 en las extremidades.
Los límites para el público son de 1 mSv/año, en el cristalino 15 y en la piel 50.

Existen dos categorías de Técnicos Expuestos (TE):
- Categoría A: personas que por razones de su trabajo pueden recibir una dosis efectiva superior a 6 mSv por año oficial o una dosis equivalente superior a 3/10 de los límites de dosis equivalente para cristalino, piel y extremidades.
- Categoría B: personas que por su trabajo es muy improbable que reciban una dosis efectiva superior a 6 mSv por año oficial o una dosis equivalente superior a 3/10 de los límites de dosis equivalente para cristalino, piel y extremidades.

Clasificación y delimitación de zonas: se dividen en dos grupos importantes, zona vigilada y zona controlada; dentro de ésta última encontramos la zona de permanencia limitada, la de permanencia reglamentada y la zona de acceso prohibido.
Zona vigilada. Trébol gris. Posibilidad de recibir dosis efectivas >1 mSv año o dosis equivalente >1/10 para cristalino, piel y extremidades.
Zona controlada. Trébol verde. Posibilidad de recibir dosis efectivas >6 mSv año o dosis equivalente >3/10 para cristalino, piel y extremidades.
Zona de permanencia limitada. Trébol amarillo. Existe riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis.
Zona de permanencia reglamentada. Trébol naranja. Existe riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis en cortos períodos de tiempo.
Zona de acceso prohibido. Trébol rojo. Existe riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis en una exposición única.
Zona vigilada. Trébol gris. Posibilidad de recibir dosis efectivas >1 mSv año o dosis equivalente >1/10 para cristalino, piel y extremidades.
Zona controlada. Trébol verde. Posibilidad de recibir dosis efectivas >6 mSv año o dosis equivalente >3/10 para cristalino, piel y extremidades.
Zona de permanencia limitada. Trébol amarillo. Existe riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis.

Zona de permanencia reglamentada. Trébol naranja. Existe riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis en cortos períodos de tiempo.
Zona de acceso prohibido. Trébol rojo. Existe riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis en una exposición única.
Zona vigilada. Trébol gris. Posibilidad de recibir dosis efectivas >1 mSv año o dosis equivalente >1/10 para cristalino, piel y extremidades.
Zona controlada. Trébol verde. Posibilidad de recibir dosis efectivas >6 mSv año o dosis equivalente >3/10 para cristalino, piel y extremidades.
Zona de permanencia limitada. Trébol amarillo. Existe riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis.
Zona de permanencia reglamentada. Trébol naranja. Existe riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis en cortos períodos de tiempo.
Zona de acceso prohibido. Trébol rojo. Existe riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis en una exposición única.

2 Objetivos

La protección radiológica tiene por finalidad la protección de los individuos, de sus descendientes y de la humanidad en su conjunto, de los riesgos derivados de aquellas actividades que debido a los equipos o materiales que utilizan suponen la presencia de radiaciones ionizantes.

3 Metodología

Los riesgos de irradiación a los que están sometidos los individuos se reducen aplicando las siguientes medidas generales de protección:
- Distancia: aumentando la distancia entre el individuo y la fuente de radiaciones ionizantes, la exposición disminuye en la misma proporción en que aumenta el cuadrado de la distancia. En muchos casos bastará con alejarse suficientemente de la fuente de radiación para que las condiciones de trabajo sean aceptables.
- Tiempo: disminuyendo el tiempo de operación todo lo posible, se reducirán las dosis. Es importante que las personas que vayan a realizar operaciones con fuentes de radiación estén bien adiestradas, con objeto de invertir el menor tiempo posible en ellas.
- Blindaje: en los casos en que los dos factores anteriores no sean suficientes, será necesario interponer un espesor de material absorbente, blindaje, entre el individuo y la fuente de radiación.

En esta medida de protección incluimos las EPI, que son lentes, guantes y delantales plomados, cuellos tiroideos, biombos y vidrios plomados, protectores de bismuto y dosimetría personal.

4 Resultados

Para poner en práctica la protección radiológica de los trabajadores, hay que establecer medidas de control y vigilancia para prevenir su exposición a radiaciones ionizantes y que no se superen los límites de dosis antes mencionados. Entre estas medidas se encuentran:

- Evaluar las condiciones laborales.
- Clasificar y señalar los lugares de trabajo según la cantidad de radiación que pueda existir.
- Clasificar a los trabajadores en diferentes categorías según sus condiciones de trabajo.
- Realizar una vigilancia radiológica de los trabajadores profesionalmente expuestos, mediante dosímetros.
- Establecer programas de información y formación en protección radiológica.
- Aplicar las normas y medidas de vigilancia y control de las diferentes zonas.
- Hacer una vigilancia médica periódica por servicios de prevención autorizados.

5 Discusión-Conclusión

Si como consecuencia de la irradiación se produce un daño muy severo, la célula morirá. Si el número de células que muere es pequeño, no habrá consecuencias ya que nuestro cuerpo tiene capacidad para reponer estas células. Sin embargo, si el número de células que muere en un tejido u órgano como consecuencia de la irradiación es alto, se producirá un efecto perjudicial, que dependerá del tejido u órgano mayormente afectado por la radiación. Estos efectos se producen tras exposiciones a dosis altas de radiación y se conocen como efectos deterministas. Pero no siempre la exposición a radiación produce la muerte de la célula. A dosis bajas, el daño producido es más leve y normalmente implica una alteración en la molécula de ADN, es lo que se conoce como mutación genética. Determinadas mutaciones pueden favorecer el desarrollo de un cáncer o de enfermedades genéticas heredables (es decir,que se pondrían de manifiesto en la descendencia de la persona irradiada). Estos efectos, denominados estocásticos, se producen tras exposición a dosis bajas de radiación y, lo que es muy importante, son de naturaleza probabilística. Esto implica que al aumentar la dosis de radiación

recibida no aumenta la gravedad del efecto, sino la probabilidad de que dicho efecto ocurra. Por ejemplo, si pensamos en el desarrollo de un cáncer, una dosis mayor haría que exista mayor probabilidad de que se desarrolle, pero no implica que el cáncer vaya a ser más grave.

6 Bibliografía

- https://www.csn.es/documents/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32030128
- https://www.csn.es/proteccion-radiologica
- http://csn.ciemat.es/MDCSN/
- http://rinconeducativo.org/contenidoextra/radiacio/6proteccin_radiolgica.html

Capítulo 1394

ESTUDIO DE MAMA EN RADIODIAGNÓSTICO MEDIANTE MAMOGRAFÍA.

ANDREA PAREDES ROZA

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar sobre la mamografía, explicando en que consiste dicha prueba y los criterios a seguir para realizar este tipo de estudio. Durante mi período de prácticas, he recogido datos de varios pacientes, los cuáles analizaré para poder explicar el objetivo de dicha prueba y si, en ciertas ocasiones, es necesario complementar el estudio con otro tipo de prueba.

1.1. Historia del mamógrafo:

- Albert Salomón, en 1913, comenzó a informar mediante radiografía realizadas en piezas de mastectomía los signos de cáncer de mama y su afectación axilar.
- Raul Leborgne, en 1949, describió la presencia, en el 30% de los casos de cáncer de mama, de micro calcificaciones y reconoció la importancia de la compresión, con conos comprimiendo el área de interés, para obtener una buena calidad de la imagen.

Describe también la semiología radiológica de los signos de tumores mamarios.

- En 1963, Robert Egan realizó cambios en el equipo de rayos adaptándolo al estudio de mama, fue entonces cuando surgió la mamografía como una especialidad de la radiología.
- Charles Gros, en 1965, fue el primero en diseñar el primer prototipo de senógrafo con un ánodo de molibdeno.

- Entre los años 1963 y 1966, la Health Insurance Plan (HIP) patrocinó el primer screening de mama observando la disminución de la mortalidad por cáncer de mama.
- En 1981, el screening de mama se extendió por todo el mundo.
-Entre los años 1990 y 2000, se logró desarrollar la mamografía digital, siendo en el 2000 el desarrollo del primer mamógrafo de campo completo.
- Actualmente apareció la tomosíntesis, como la evolución de la mamografía digital, que obtiene planos paralelos al detector, evitando, así, la superposición de estructuras, lo que ayuda a mejorar el diagnóstico de patologías.

1.2. ¿Qué es la mamografía?:
La mamografía es un tipo de prueba de imagen para el diagnóstico, que utiliza rayos x, para la obtención de imágenes del interior de la mama. Un estudio de mamografía ayuda a la detección temprana de patologías mamarias. Dependiendo de la densidad de la mama que se estudie, ya sea fibroglandular, fibroadiposa o adiposa y de más criterios, se puede complementar la mamografía con la ecografía.

1.3. Anatomía de la mama:
La mama se define como la estructura anatómica en la que se encuentra la glándula mamaria, parénquima glandular formado por alvéolos y conductos de soporte.
Cada célula funciona como unidad de secreción produciendo leche y transportando sus componentes desde el plasma sanguíneo. Las glándulas mamarias se encuentran en ambos sexos. En el hombre no se desarrollan mientras que en la mujer se mantienen poco desarrolladas hasta la pubertad que es cuándo comienzan el proceso de maduración, su mayor desarrollo se consigue durante el embarazo y lactancia.

Las mamas están formadas por tejido fibroadiposo y por un sistema de conductos que unen las glándulas mamarias con el exterior. Los conductos galactóforos más grandes están situados en el pezón y se ramifican en el interior de la mama desembocando en pequeños ductos y acínos glandulares.En la base del conjunto areola-pezón se localizan las células mioepiteliales y el resto está compuesto por tejido conjuntivo, tejido adiposo y los ligamentos de Cooper.

Proporcionan la mayoría del soporte de las mamas, por lo que cuando a ciertas edades se empieza a perder su posición, es debido a que estos ligamentos pierden su elasticidad. Respecto a los ligamentos de Cooper es importante señalar que si se ven afectados por un tumor, presentan una clara depresión en esa zona visible

a simple vista.
Es importante tener en cuenta los grupos ganglionares relacionados con la mama: en los grupos ganglionares axilares, se diferencian 3 grupos:
- Externo son los axilares.
- Posterior.
- Interno y superior.

Los grupos también se clasifican en orden de afectación por metástasis, I el que más y III el último.
En ocasiones se puede saltar una de las estaciones del recorrido linfático llenado.

Existen líneas imaginarias que dividen al pecho en cuadrantes:
- CSI, cuadrante superior interno.
- CSE, cuadrante superior externo.
- CII, cuadrante inferior interno.
- CIE, cuadrante inferior externo.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo se basa en conseguir más información a cerca de la mamografía, cuáles son sus diferentes funciones y a su vez, trata de explicarnos un poco la anatomía de la mama y las distintas partes en las que está dividida.

3 Metodología

El material utilizado para el desarrollo de este estudio ha sido sacado de las preguntas habituales, realizadas, en la prueba de mamografía a cada paciente. Los datos recogidos son:
- Edad del paciente.
- Motivo de la consulta.
- Si el paciente tiene o no antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Si ha realizado o no mamografías previas.

Los datos se recogen en la sala de mamografía a la recepción del paciente, antes de comenzar la realización del estudio.
Una vez tomado todos los datos se da paso al desarrollo de la prueba de mamografía.
A través de los datos obtenidos mediante encuestas realizadas a los diferentes pacientes que realizan esta prueba, pudimos realizar varias gráficas

Gráfica 1:En esta gráfica se analiza el grupo de edades de los pacientes que se van a realizar un estudio de mamografía.
De los pacientes que acuden a un centro sanitario a realizar un estudio de mama en radiodiagnóstico, más concretamente mamografías, el 17% tienen entre 60 y 80 años y el 83% tienen entre 40 y 60 años.
Dentro del grupo de pacientes (en su totalidad mujeres), entre los 40 y 50 años, 7 de ellos se realizaron sus primeras mamografías y 11 ya tienen mamografías previas realizadas.
Entre los 50 y 60 años, 1 se realizó su primera mamografía, las 5 restantes se habían realizado mamografías con anterioridad.
Del intervalo de edades de entre los 60 a 80 años ya se han realizado alguna mamografía.
Gráfica 2:Dado que la causa más importante que un paciente desarrolle un cáncer de mama es el factor genético, motivo por el cual se comienzan a realizar este tipo de prueba a edades tempranas.
De los pacientes que fueron a realizarse una mamografía sin sintomatología, el 17% de ellos tenía antecedentes familiares de cáncer de mama y el 83% no tenía antecedentes, no por ello significa que no estén exentos de padecer dicha enfermedad ya que entre otros motivos, a parte del factor genético, están los factores hormonales, sobrepeso, falta de ejercicio, fumar y no tener una dieta saludable, etc.

Conclusión:
Según hemos visto en la gráfica nº 5, NO siempre que se realiza una mamografía se complementa con una ecografía, esto se debe a que se considera suficiente con el estudio de mamografía para realizar el diagnostico.
Tampoco está demostrado que con la prueba complementaria de ecografía se reduzca el riesgo de un diagnóstico erróneo, ya que la ecografía aumenta la especificidad de rellamada y biopsias.

Entre las limitaciones de la ecografía se encuentra una alta tasa de falsos positivos, la necesidad de realizar ecografía manual de hallazgos indeterminados dificultad en la valoración de mamas grandes y el tiempo requerido para revisar un gran número de imágenes y no es tampoco la primera técnica diagnóstica elegida debido a su baja tasa de detección de microcalcificaciones.

Todo esto se comprueba enfrentando los porcentajes obtenidos en la gráfica nº5. Un 77% de pacientes que no necesitan realizar la prueba complementaria, frente al 23 que si la necesitan.

4 Bibliografía

- Breastcancer.org
- http://muysaludable.sanitas.es/salud
- https://www.stanfordchildrens.org/es
- Asociación Española Contra El Cáncer https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama
- American Cancer Society.
- Centro de patología de la mama (fundación Tejerina)
- https://www.radiologyinfo.org/sp/pdf/galactogram.pdf
- https://www.corachan.com/

Capítulo 1395

ESTUDIOS DE MAMA EN RADIODIAGNÓSTICO MEDIANTE ECOGRAFÍA

ANDREA PAREDES ROZA

1 Introducción

¿Qué es el screening de mama?:

Es un examen rutinario, de mamografía, realizado, cada 1-2 años, a una población asintomática con el fin de una detección precoz de enfermedades mamarias. Para realizar un screening de mama hay que cumplir unas determinadas características: hay que ser mayor de 40 años, ser asintomática, ser menor de 40 años si tienes antecedentes familiares de cáncer de mama, no estar embarazada, ni en periodo de lactancia, no haber realizado mamografías en los últimos 11 meses y vivir en el área definida para el centro de screening determinado.

¿Qué es la ecografía de mama?:

Es una prueba para la obtención de imágenes mediante ultrasonidos que suele ser utilizada para obtener información adicional a otras pruebas. Es una prueba no invasiva y exenta de riesgos para la salud del paciente, ya que no utiliza radiación ionizante. No requiere ningún tipo de preparación previa, a excepción de la aplicación de cremas u otros productos en el pecho el día de la exploración.

El paciente debe colocarse en la camilla, tumbado boca arriba, quitándose la ropa de cintura hacia arriba. Una vez colocado, el radiólogo comenzará el estudio, apli-

cando un gel frío en la mama, sobre el cual se deslizará un dispositivo manual, denominado transductor o sonda, para explorar el interior del pecho.

Suele utilizarse como complemento a la mamografía para recopilar información más detallada cuando se ha detectado algún tipo de patología o alteración en la morfología de la mama.

En esta fotografía se puede apreciar la diferencia entre una imagen obtenida por mamografía (imagen de la izquierda) o por ecografía (imagen de la derecha).

Los especialistas recomiendan la realización de la autoexploración a través de la palpación de los pechos mensualmente, acudir a una revisión médica anual y someterse a un estudio de mamografía al año a partir de la edad de 40 años.

Diagnóstico y tipos de patologías:

El diagnóstico de una patología se basa en:
- Sintomatología
- Palpación
- Mamografía
- Biopsia

La búsqueda más frecuente en un diagnóstico de mama son las lesiones benignas o malignas/tumorales.

Para realizar un diagnóstico se utiliza Anamnesis:
Es la información recogida por un especialista a través de preguntas específicas, formuladas al propio paciente o tutor para obtener datos útiles y elaborar información valiosa para formular el diagnóstico y tratar al paciente.

Los datos recogidos:
- Edad
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares

- Métodos de ayuda al diagnóstico:

1. Biopsia con aguja gruesa:
Es un método de diagnóstico clínico con el que se extrae fragmentos de tejido mamario de un área en la que se ha identificado mediante estudio de ecografía y mamografía para realizar posteriormente un estudio citológico de la tumoración, permitiendo también diferenciar entre masas sólidas y quísticas.

La punción con aguja gruesa se realiza mediante la localización de patología a biopsiar utilizando coordenadas, que una vez determinadas, el radiólogo activa los dispositivos automáticos que llevan a cabo esta punción.

Tiene varios inconvenientes ya que es un procedimiento muy doloroso, con bastante riesgo de hematoma y con un riesgo de diseminación. Es una técnica de elección cuando se maneja estereoataxia, ya que el procedimiento se lleva a cabo con mayor precisión y se utiliza en tumores y microcalcificaciones

2. Punción Aspiración con Aguja Fina:
Es un método, mediante la inserción de una aguja fina guiada por ecografía o palpación, por el que se aspira material contenido en la mama para ser estudiado por el patólogo. Suele ser utilizada para lesiones como los quistes y lesiones fibroquísticas.

3. Galactografía:
Es un estudio que utiliza la mamografía y la inyección de contraste radiológico para obtener imágenes del interior de los conductos galactóforos.

Se realiza cuando un paciente ha tenido secreción transparente o con sangre en el pezón, aunque haya obtenido una prueba mamográfica normal.
Contraindicaciones para la realización del estudio:
- Que el derrame sea lechoso o amarillento.
- Un derrame que sea de ambas mamas que no haya tenido hijos.

4. Arpones:
Se utiliza para la localización e indicación en la zona de la patología mamaria que tenga que ser extirpada.
Mediante la realización de una mamografía se detecta la zona donde se coloca el arpón, se le pide al paciente que no se mueva, mientras sigue con la mama comprimida, para limpiar la zona y administrarle anestésico local (opcional). Se coloca el arpón y se realiza una mamografía para comprobar que esté en el sitio correcto y se fija el arpón para evitar su movimiento.
Llevan al paciente al quirófano para extirparle la zona marcada con el arpón.

Patologías:
Las patologías más frecuentes que veremos en las mamografías son:
- Microcalcificaciones:
Las calcificaciones mamarias son depósitos de calcio al interior del tejido mamario. Son hallazgos frecuentes en la mamografía, más comunes en mujeres post-

menopáusicas, la mayoría de ellas son originadas por patología benigna.

- Cáncer:

Se denomina cáncer de mama al tumor producido en las células y estructuras de la mama, por ello el cáncer de mama es un Adenocarcinoma.

- Fibroadenoma:

Son bultos sólidos, suaves, firmes y benignos que pueden aparecer a cualquier edad siendo más comunes en mujeres de 20 años.

No suelen causar dolor, se mueve mucho pudiendo ser detectado por la propia paciente y suelen variar con gran frecuencia de tamaño en cualquier parte del tejido mamario.

Por lo general no se extirpan pero en ocasiones si puesto que aumentan de tamaño durante el embarazo y la lactancia.

- Nódulo:

Es importante que los pacientes que tienen displasia mamaria se sometan a autoexámenes mamarios y acudan revisiones físicas regularmente, ya que la presencia de nódulos en el tejido mamario hace más difícil el diagnóstico de tumores reales.

Es de gran importancia el conocimiento sobre la forma y textura de sus propias mamas, sobre todo cuando se realizan exploraciones para detectar alteraciones en las mamas.

- Quistes:

Es un saco lleno de fluido que se desarrolla en el tejido de la mama, que se agrandan con frecuencia, convirtiéndose en molestos y dolorosos justo antes del período menstrual y puede parecer que aparecen de la noche a la mañana. Son la causa más común de bultos en los pechos de adolescentes y rara vez son malignos, siendo su origen por el posible bloqueo de las glándulas mamarias. Si el quiste es superficial suele ser suave a la palpación y lleno de líquido en su interior, pero cuando están profundos se vuelven duros.

- Ectasias:

La secreción en el pezón se presenta en el 10-15% en enfermedades benignas y en el 2-3% en los cánceres. Puede ser espontánea o provocada.

Con los datos obtenidos en las encuestas realizadas a los pacientes conseguimos realizar varias gráficas:

- Gráfica 1: basada en el motivo de estudio.

En esta gráfica se representan los distintos motivos por los que se suele llegar a realizar una ecografía de mama.

Como podemos observar en esta gráfica, el mayor porcentaje de pacientes que se

realizan una mamografía, es por screening de mama, examen rutinario realizado a una población asintomática para la detección de un tumor mamario; el screening de mama se lleva a cabo entre los 50 años y los 70 en la seguridad social, pero por causas de colapso de las listas de espera de la sanidad pública, muchas de las pruebas se derivan a centros sanitarios privados. Una vez sobrepasada la edad de los 70 años los pacientes salen del screening de mama, acudiendo a revisión de forma privada.

Otros de los motivos, por los que un paciente acude a realizarse dicha prueba, siendo uno de los más vistos por la palpación de algún nódulo o bulto en la zona de la mama, siendo minoritarios las razones por dolor, calcificación o secreción.

- Gráfica 2: Dado que la causa más importante que un paciente desarrolle un cáncer de mama es el factor genético, motivo por el cual se comienzan a realizar este tipo de prueba a edades tempranas.
De los pacientes que fueron a realizarse una mamografía sin sintomatología, el 17% de ellos tenía antecedentes familiares de cáncer de mama y el 83% no tenía antecedentes, no por ello significa que no estén exentos de padecer dicha enfermedad ya que entre otros motivos, a parte del factor genético, están los factores hormonales, sobrepeso, falta de ejercicio, fumar y no tener una dieta saludable, etc.

- Gráfica 3: en esta gráfica analizamos la hipótesis del presente capítulo que son las mamografías que se complementan con ecografía, dicho complemento viene determinado por diferentes razones que se explican a continuación:
1. Mamas fibrosas, cuyas lesiones mamarias son más difíciles de detectar con la mamografía.
2. Presencia de nódulos
3. Calcificaciones
4. Como comparación de la primera mamografía: situación dada en la clínica en la que he realizado las prácticas
5. Para determinar las características de lesiones de las mamas y su área.
6. Establece si una alteración detectada en la mamografía es benigna o cancerosa.
7. Para poder establecer una diferencia entre las masas o los tumores no cancerosos con quistes o tumores benignos.
8. Como guía de una aguja durante una biopsia de mama.
9. Para la detección de tumores pequeños que todavía no se han propagado hacia los ganglios linfáticos, sin poder diferenciar todos los tipos de cáncer.

Como se puede observar, 7 de cada 30 mamografías se complementan con

ecografía comprendida entre las edades de 40 a 50 años

El responsable de decidir si se realiza la ecografía complementaria al estudio de mamografía es el radiólogo, basándose en diferentes motivos para ello.

Según hemos visto en la gráfica nº 5, NO siempre que se realiza una mamografía se complementa con una ecografía, esto se debe a que se considera suficiente con el estudio de mamografía para realizar el diagnostico.
Tampoco está demostrado que con la prueba complementaria de ecografía se reduzca el riesgo de un diagnóstico erróneo, ya que la ecografía aumenta la especificidad de rellamada y biopsias.

Entre las limitaciones de la ecografía se encuentra una alta tasa de falsos positivos, la necesidad de realizar ecografía manual de hallazgos indeterminados dificultad en la valoración de mamas grandes y el tiempo requerido para revisar un gran número de imágenes y no es tampoco la primera técnica diagnóstica elegida debido a su baja tasa de detección de microcalcificaciones.

Todo esto se comprueba enfrentando los porcentajes obtenidos en la gráfica nº5. Un 77% de pacientes que no necesitan realizar la prueba complementaria, frente al 23 que si la necesitan.

2 Objetivos

- Analizar si "¿El estudio de mamografía esta complementado siempre con ecografía? ¿Cuáles son los motivos para ello?
Este objetivo se conseguirá mediante el análisis de diferentes datos recogidos durante el periodo de prácticas.

3 Metodología

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

Otro material utilizado para el desarrollo de este estudio ha sido sacado de las

preguntas habituales, realizadas, en la prueba de mamografía a cada paciente. Los datos recogidos son:
- Edad del paciente.
- Motivo de la consulta.
- Si el paciente tiene o no antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Si ha realizado o no mamografías previas.

Y también se utilizaron casos en los que al paciente se le tuvo que realizar una ecografía para poder conseguir un mejor diagnóstico.

4 Bibliografía

- Breastcancer.org https://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores?gclid=CjwKCAjw__fnBRANEiwAuFxETxFOAgQTkthbvbetl6m5mT7kPR7mfad20qlvkcZEXSmUe8FQBwE.
- Sanitas http://muysaludable.sanitas.es/salud/ecografia-de-mama-que-es-y-para-quien-se-recomienda/.
- Stanford https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=patologasmamarias-90-P04689.
- Patología Mamaria https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-27-Patologia%20mamaria.pdf.
- Asociación Española Contra El Cáncer https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama.
- American Cancer Society https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/biopsia-del-seno/biopsia-del-seno-por-puncion-con-aguja-gruesa.html.
- Centro de patología de la mama (fundación Tejerina) https://www.cpm-tejerina.com/el-diagnostico-en-el-centro/radiologia-intervencionista/puncion-aspiracion-aguja-fina/.
-RadiologyInfo.org https://www.radiologyinfo.org/sp/pdf/galactogram.pdf.
- Clínica Corachan https://www.corachan.com/es/marcaje-de-mama_15139.

Capítulo 1396

VENTAJAS DEL UROTC EN SPLIT BOLUS PARA LA VALORACIÓN DE UROLITIASIS Y PATOLOGÍAS DE LA VÍA URINARIA

PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

ELSA VARELA FUERTES

LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ

Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Las litiasis renales son depósitos de cristales que se forman en la orina en forma de masa endurecida, más comunmente conocidas como cálculos renales o piedras. Esta enfermedad tiene una mayor incidencia en hombres que en mujeres y es la tercera enfermedad urológica más frecuente.

Las causas de su aparición pueden ser muy diversas, entre ellas se encuentran factores genéticos, una baja ingesta de líquidos, el clima donde nos encontramos, una dieta con exceso de proteínas y la toma de diversos medicamentos, entre otros.

Dependiendo de la situación del cálculo, el paciente puede permanecer asintomático durante mucho tiempo pero si la litiasis se mueve hacia el uréter puede

propiciar un cuadro de tipo cólico muy doloroso, que presenta varios síntomas tales como dolor en los flancos, en la parte baja de la espalda a la altura de los riñones, dolor irradiado hacia ingle y parte inferior del abdomen, escozor al orinar, náuseas, vómitos, presencia de sangre macroscópica o microscópica en la orina, aumento de la frecuencia miccional y fiebre si se presenta infección.

Existen diferentes tipos de litiasis renales:
1. Cálculos de calcio: el más frecuente es el formado por oxalato de calcio, este compuesto se encuentra en ciertos alimentos y se presenta en el 65% de los cálculos a estudio.
2. Cálculos formados por fosfato de calcio, causado por trastornos metabólicos.

3. Cálculos de estruvita. Suelen producirse por infecciones, en especial las infecciones de vías urinarias

4. Cálculos de cistina. Seroducen por un aminoácido segregado en exceso llamado cistina, es de carácter hereditario.

5. Cálculos de ácido úrico. Pueden ser producidos por consumo excesivo de proteínas o por una baja ingesta de líquidos.

Conocer la composición de los cálculos es de gran utilidad para abordar una solución al problema por lo que es recomendable llevar a analizar la piedra una vez expulsada. No obstante, existen diversas pruebas radiológicas que nos aportan información muy valiosa tales como la radiografía simple, la ecografía, el TC o la urografía intravenosa. Estas pruebas nos facilitan en gran medida la visualización de la localización de la piedra, su forma, tamaño y composición. Una de estas pruebas destaca sobre las demás en cuanto a sensibilidad para detectar cálculos y demás patologías de la vía urinaria, el urotac con split bolus.

La aparición en los años 20 del contraste yodado propició el estudio del sistema excretor, siendo la urografía intravenosa el método más utilizado hasta los años 70, cuando empezó a extenderse el uso de la ecografía.

La UIV consiste en el estudio del aparato urinario mediante una serie de radiografías realizadas tras la inyección de un bolo de contraste yodado por vía intravenosa. Este procedimiento ha sido uno de los mas utilizados hasta el momento para el diagnóstico de las patologías urinarias por su sencillez y bajo coste aunque tiene como desventajas el tiempo de realización de la prueba, la preparación del paciente los días previos y la superposición de estructuras y gas que pueden dificultar la visualización de la piedra, entre otras. Actualmente esta prueba ha caído

en desuso en detrimento de nuevas técnicas.

La ecografía abdominal presenta varias ventajas sobre el resto de pruebas diagnósticas ya que no utiliza radiaciones ionizantes y es un estudio dinámico a tiempo real en el que podemos comprobar el jet ureteral o salida de orina a la vejiga, muy útil para descartar la obstrucción completa del uréter. Es una técnica muy sensible para la detección de litiasis superiores a 5 mm, siendo los cálculos muy pequeños más difíciles de detectar, especialmente los situados en el tercio medio del uréter.
La radiografía simple de abdomen es la prueba inicial más demandada para el diagnóstico de los cálculos debido a su rapidez y sencillez en la realización aunque, como gran desventaja, sólo son visibles las litiasis radioopacas (calcio y estruvita) que constituyen alrededor de un 60% de las mismas.

El TC ha avanzado a pasos agigantados en los últimos tiempos y se ha convertido en el método de elección para el estudio y visualización de los cálculos renales. Es una prueba muy sensible y específica que nos permite un estudio rápido de todo el abdomen sin necesidad de contraste y nos permite ver todo tipo de litiasis. Los TC de última generación realizan la prueba con bajas dosis de radiación ionizante lo que supone una ventaja añadida.

Una desventaja del estudio mediante TC sin contraste es que se trata de un estudio estático y dificulta la distinción entre flebolitos y litiasis ureterales, para paliar estas desventajas podemos realizar un urotac con contraste intravenoso en split bolus que nos permita visualizar el tracto urinario en sus diferentes fases de manera simultánea obteniendo imágenes de alta resolución y permitiendo un estudio global del abdomen en busca de otras posibles patologías que causen el cuadro de dolor.

2 Objetivos

- Determinar en qué consiste el urotac con split bolus y sus ventajas frente a otros estudios de imagen para el diagnóstico de litiasis renales y valoración de vías urinarias.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de numerosos artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Seram, Pubmed, Ncbi, Ajr y Medline.

4 Resultados

Para realizar esta prueba el paciente deberá encontrarse en ayunas de al menos 6 horas. Se le proporcionará un consentimiento informado sobre los riesgos que conlleva la inyección de contraste y procederemos a tumbar al paciente sobre la camilla de exploración después de haber quitado las prendas de ropa correspondientes.

Se canaliza una vía periférica, preferentemente en el brazo, para la administración del contraste yodado y comenzamos el estudio. Cogeremos un rango de adquisición que comprende desde cúpulas diafragmáticas hasta sínfisis del pubis. Este estudio consta de varias fases, primero realizamos un barrido sin contraste de baja dosis, posteriormente inyectaremos un bolo de contraste de unos 150 ml seguido de una solución salina dividido en dos tiempos para obtener simultáneamente la fase nefrográfica y la excretora. Primero inyectaremos un bolo de 75 ml seguido de suero, esperamos unos 10 minutos y procedemos a inyectar el resto del bolo de contraste, otros 75 ml, seguidos de suero. Con un retardo de unos 100 segundos procedemos a realizar otro barrido en apnea del tracto urinario pudiendo observar las dos fases en una sola exploración. Posteriormente puede ser necesario una eliminación tardía a los 10 minutos dependiendo de la valoración del radiólogo.

5 Discusión-Conclusión

El protocolo split bolus rebaja en gran medida la radiación efectiva recibida por el paciente ahorrando barridos y permitiéndonos la visualización simultánea de las fases nefrográfica excretora frente a la técnica convencional multifase.

El urotac con contraste tiene una mayor efectividad en el diagnóstico de litiasis inferiores a 3 mm frente a otras técnicas de imagen y brinda al radiólogo una imagen global del abdomen pudiendo valorar otras patologías tales como hematurias, neoplasias, pielonefritis, abscesos y lesiones que se encuentren fuera del tracto urinario.

6 Bibliografía

1. Cálculos renales. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000458.htm
2. Paula Baquedano Droguett. Manual de urología esencial.

3. McNicholas MM, Raptopouols VS, Schwartz RK, et al. Urografía por TC de fase excretora para la opacificación del sistema colector urinario. AJR 1998; 170: 1261-1267 [Resumen] [Google Scholar]
4. Nolte-Ernsting C, Cowan NC (2006) Comprensión de las técnicas de urografía por TC multicorte: muchos caminos conducen a Roma. Eur Radiol 16: 2670–2686
5. Chow LC, Kwan SW, Olcott EW, Sommer FG (2007) Split urografía de MDCT en bolo dividido con mejora de la fase nefrográfica y excretora síncrona. AJR Am J Roentgenol 189: 314–322
6. Desai V, Cox M, Deshmukh S, Roth CG. Contrast-enhanced or noncontrast CT for renal colic: utilizing urinalysis and patient history of urolithiasis to decide. Emergency Radiology. 2018; 25(5):455-460.
7. Ferreira Núñez1, M. Centeno Regueira1, O. Moreda Saa1, J. A. Vergara Viudez1, C. Martínez Rodríguez1, E. Santos Armentia2; 1Vigo/ES, 2Vigo (Pontevedra)/ES. Lo que el técnico debe saber sobre los protocolos de tomografía computarizada en la patología urinaria. SERAM 2014 / S-0703.

Capítulo 1397

RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

ANAIS NEIRA AZOR

1 Introducción

Definimos riesgo biológico como aquel riesgo derivado de la manipulación o exposición a agentes biológicos patógenos.
El real decreto 664/1997 , de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores ante agentes biológicos los define como microorganismos , incluyendo los genéticamente modificados , cultivos celulares y endoparásitos susceptibles de originar cualquier tipo de infección ,alergia o toxicidad.
El decreto anteriormente citado obliga a la realización de una evaluación de los riesgos biológicos en los centros de trabajo.
Toda muestra biológica o material posiblemente contaminado debe de ser tratado como susceptible de transmitir enfermedad. El contacto con los pacientes debe de realizarse siempre con la posibilidad de encontrarse ante un posible transmisor de enfermedad transmisible.
Según el listado de las enfermedades de declaración obligatoria los agentes biológicos presentes con mayor frecuencia en nuestro medio de trabajo hospitalario son:

- Virus de la gripe.
- Herpes virus varicela – zoster.
- Virus de la hepatitis A.
- Virus de las paperas.
- Neisseria meningitidis.
- Bordetella pertusis.

• Virus de la hepatitis B.
• Virus de la hepatitis C.
• Virus de la hepatitis D.
• Virus de la inmunodeficiencia humana.
• Streptococcus grupo A.
Los agentes biológicos susceptibles de producir enfermedad son similares en todos los puestos.

2 Objetivos

Conocer los tipos de riesgo biológicos que existen y su forma de contagio.
Los riesgos biológicos los podemos clasificar por:
Clasificación según su especie:
• Bacterias: organismos unicelulares simples, visibles al microscopio óptico capaces de vivir en un medio adecuado sin necesidad de otros organismos.
• Virus: son partículas formadas por ácidos nucleicos rodeados de proteínas, con capacidad para reproducirse a expensas de las células que invaden, no son capaces de sobrevivir por sí solos necesitan una célula huésped para poder reproducirse.
• Hongos: Formas complejas de vida con estructura vegetal.
• Parásitos: organismos animales que desarrollan una parte de su ciclo vital dentro del organismo humano.
Clasificación según su peligrosidad:
Para hacer esta clasificación se tienen en cuenta:
- Grado de infectividad.
- Facilidad de propagación.
- Existencia de vacuna o tratamiento eficaz.
• Grupo 1.
Agente biológico que resulta poco probable que cause enfermedad en el hombre.
• Grupo 2.
Agente biológico que puede causar una enfermedad grave en el hombre y que puede suponer un peligro para los trabajadores, es poco probable que se propague a la colectividad, existen profilaxis y/o tratamientos eficaces.
• Grupo 3.
Agente biológico que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, existe el riesgo de que se propague a la colectividad, pero existen generalmente profilaxis y/o tratamiento eficaz.
• Grupo 4.

Agente patógeno que causa enfermedad grave en el hombre y supone un grave peligro para los trabajadores, existen muchas probabilidades de que se propague a la colectividad, no existen generalmente profilaxis ni tratamientos eficaces.
Clasificación según el mecanismo de contagio: Es el conjunto de estrategias (mecanismos) que utiliza el germen para ponerse en contacto (transmisión) con el huésped.
Pueden ser directos, indirectos o aéreos:
- Los directos son por trasferencia inmediata de persona a persona por gotitas de pflügge , por contacto.
- Los indirectos son las que entre la fuente y el huésped hay un intermediario que puede ser un vehículo o un vector.
- Los aéreos se producen cuando un residuo de gotas evaporadas pueden permanecer en el aire durante largos tiempos.

3 Metodología

Existen métodos para prevenir los riesgos biológicos comentados anteriormente. Las prevenciones generales son las más importantes y las que todos los trabajadores del hospital deberían llevar a cabo siempre sin ninguna excepción.
La profilaxis mediante la vacunación de todas las enfermedades de las que exista vacuna, es la mejor forma de prevenir la enfermedad.
Una de las más importantes en un buen lavado de manos, se necesita un lavabo grande que exija poco mantenimiento con dispositivos anti salpicaduras y que se pueda accionar sin usar las manos, jabón o solución antiséptica, sistemas de secado sin contaminación y desinfectantes específicos de manos.
La higiene persona es otra parte muy importante a tener en cuenta, todo el personal debe mantener una buena higiene personal. Debe tener las uñas limpias, cortas y sin pintauñas. El pelo debe de ir corto o atado. La barba o el bigote deben de estar limpios y cortos, no se deben usar anillos, pulseras ni ningún objeto que pudiera contaminarse. La ropa de trabajo debe estar limpia y en buen estado ya que es un medio físico de protección el calzado debe de ser el adecuado.
Usar guantes siempre que toquemos secreciones, excreciones, u otros líquidos u objetos contaminados. También en el trato con el paciente. Cambiar los guantes después de su uso antes de tocar cualquier superficie u objeto o entre pacientes.
Usar la mascarilla siempre que se considere necesaria durante procedimientos o cuidados que puedan generar salpicaduras o inhalaciones de gases.
Uso de bata para proteger la ropa en procedimientos que puedan ocasionar salpicaduras o contacto con pacientes con alguna enfermedad transmisibles.

Limpieza y desinfección del área de trabajo.
Material punzante y cortante siempre manejar con precaución desechar en los cubos habilitados para ello.
Material biológico manipularlo bajo todas las medidas de protección ya descritas y desechar en los medios habilitados para ello.
Todo el personal sanitario debería de formarse en prevención de riesgos laborales para su ámbito de trabajo, y haciendo una actualización anual ya que la prevención es lo más importante para evitar los riesgos laborales.

4 Bibliografía

- Biological hazards in health institutions. Medwave.cl
- Ministerio de ciencia, innovación y universidades.
- Real decreto 664/ 1997 ,sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
- Organización mundial de la salud.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1398

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

GRACIELA PEÓN MARTÍNEZ

VERÓNICA FERNÁNDEZ SUÁREZ

MARIA DEL CARMEN SANCHO ORTIZ

VERONICA COSTA COSSIO

1 Introducción

El VPH es el principal agente asociado al cáncer de cuello uterino. El VPH se clasifica en:
- Virus de ADN pequeños
- Simetría icosaédrica
- Forman verrugas o papilomas.

El cáncer de cuello uterino es el resultado de la aparición progresiva de anomalías leves epiteliales, estas reciben el nombre de neoplasias epiteliales (NIC).
Se suelen diagnosticar entre los 20 y los 30 años. Entre los 25 y los 35 años ya pasa a carcinoma in situ y en personas mayores de 40 años a carcinoma invasivo.
Se considera hoy en día una de las primeras enfermedades de transmisión sexual. Muchos de los casos positivos, a lo largo de dos años, se negativizan, aquellos casos en los que repite o tiene una persistencia, son en los que se tiene mayor riesgo de padecer cáncer cervical.

2 Objetivos

Identificar la clasificación de los principales VPH, sus características, y las pruebas para el diagnóstico del mismo, prevención y tratamiento.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica para obtener información sobre el Virus del Papiloma Humano, su manera de actuar y las formas que se tiene de diagnóstico.

Se realizaron varias búsquedas en diferentes páginas de internet y libros, y se encontraron diferentes artículos utilizando una serie de palabras clave:
- Virus
- Papiloma humano
- Transmisión sexual
- Diagnostico VPH
- Tratamiento contra el VPH

De todos los artículos encontrados se ha reseñado, aquellos que se han encontrado más importantes, según la información que se encontraba en ellos.

Se emplearon como criterios de inclusión textos escritos en idioma castellano e inglés, excluyendo aquellos que carecían de acceso gratuito.

4 Resultados

Características del VPH:
- Contiene ADN de doble banda.
- Pertenece a la familia de Papovaviridae.
- No posee envoltura.
- Tiene un diámetro aproximado de entre 52-55mm.

Podemos encontrar más de 100 tipos del VPH, de estos unos 60 infectan el epitelio del tracto genital y mucosa.
Estos virus pueden causar:
- Infecciones asintomáticas.
- Infecciones latentes.
- Displasias.
- Carcinomas invasivos del cuello uterino.

Su prevalencia ha ido en aumento y se estima que más del 60% de la población sexualmente activa, tiene pruebas positivas para el VPH. El 99% de los casos en que se encuentra el VPH en el cuello del útero, están vinculados a una infección anterior, aunque la mayoría son asintomáticas y transitorias y suelen curarse a los dos años.

Los factores que hacen que la infección permanezca en el tiempo, y el tipo de VPH que se pueda encontrar son:
- El tabaquismo.
- Alteración en la defensa de los microorganismos.
- El elevado número de embarazos.
- Toma prolongada de anticonceptivos.

El virus del VPH, no presenta síntomas, se puede decir que es un virus asintomático.

Diagnóstico y tratamiento del VPH:
- El VPH se diagnostica con una muestra de la secreción del cuello uterino, con ello se consigue detectar la presencia del virus o de alteraciones celulares en el mismo.
- Cuando la citología da positivo, y repite, entonces se realizan unos estudios más detallados, como una colposcopia (es una exploración del cuello del útero más precisa) y se debe realizar una biopsia del mismo.
- No existe ningún tratamiento para el VPH, en ocasiones es eliminada por el propio sistema inmune de la persona, y si esto no es así, se recurren a técnicas, como puede ser la extirpación de la lesión con un proceso eletroquirurgico o su destrucción, que se realiza mediante congelación o vaporización.

Prevención frente al VPH:
- Los principales ensayos clínicos hablan de la vacuna bivalente (VPH 16/18) y tetravalente (VPH 6/11/16/18), y la última que ha sido aprobada ha sido la (VPH 6/11/16/18/31/33/45/52/58).
- Los estudios hablan de eficacia para el virus en los casos en los que se administra en adolescentes.
- En España se incluyó la vacuna normalente frente al VPH en el año 2006, en el que se le administra a niñas de 11 años, esta vacuna incluye 9 tipos de VPH 6/11/16/18/31/33/45/52/58.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de un método de barrera, como el preservativo es muy importante, a la hora de tomar medidas frente al VPH, también es muy importante hacer un seguimiento y revisiones periódicas, para poder detectar posibles lesiones en el epitelio.
La vacunación en adolescentes es muy importante para poder prevenir posibles casos.

6 Bibliografía

- Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Dalgy Rodríguez González,I Dra. C. Julia Pérez Piñero,II Dr. C. Miguel Sarduy Nápoles.
- Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino.
- Virus del Papiloma Humano. José G. Sanabria Negrin.
- Infección Por El Virus De Papiloma Humano (VPH) En Mujeres: Características Epidemiológicas, Clínicas Y Patológicas
Ana María Pulido, Ana Graciela Angulo, Mayra Ávila, María Eugenia Cavazza, Lucibel Crespo, William Vásquez, Nayrin Súnico.
- Vacuna frente al virus del papiloma humano. Eficacia y seguridad.

Capítulo 1399

ANÁLISIS PATOLÓGICO DE TUMORACIÓN EN UN HOMBRO.

VERÓNICA PIEDRA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El hibernoma es un tumor infrecuente de estirpe adiposa que se origina en la grasa parda, remanente de la grasa parda fetal. Gery en 1914 lo denominó hibernoma por la similitud entre el tumor y el tejido graso termogénico hallado en los animales hibernadores. Sus localizaciones más comunes en el humano son: área interescapular, cuello, mediastino y retroperitoneo. Presentamos un caso de hibernoma en un adulto joven, diagnosticado en el estudio histológico de un supuesto lipoma.

Para el análisis patológico debemos saber que el tejido que se extrae en la biopsia o la cirugía se debe seccionar en cortes delgados, colocar en portaobjetos y teñir antes de poder examinarlo en el microscopio. Se usan dos métodos para asegurarse de que el tejido sea lo suficientemente firme para poder obtener cortes delgados: cortes congelados y cortes incluidos en parafina (permanentes). Todas las muestras de tejido se preparan como cortes permanentes, pero en ocasiones también se preparan cortes congelados. Los cortes permanentes se preparan al colocar el tejido en un fijador para preservarlo (generalmente formol), luego se trata con varias soluciones adicionales y, por último, se coloca en parafina. Una vez que la parafina se endurece, se corta el tejido en secciones bien delgadas, las cuales se colocan en portaobjetos y se tiñen. Generalmente, el proceso demora varios días. Un corte permanente proporciona la mejor calidad para que el patólogo pueda hacer el examen y, además, arroja resultados más precisos que los

cortes congelados. Los cortes congelados se preparan congelando y cortando las muestras de tejido, y se utilizan cuando se debe obtener una respuesta inmediata; por ejemplo, para determinar si el tejido es canceroso y así guiar al cirujano durante el curso de la operación.

2 Objetivos

- Exponer las causas y el tratamiento del hibernoma así como los métodos de detección del mismo a partir del ejemplo expuesto en el caso clínico.

3 Caso clínico

Varón de 50 años, de profesión palista, que acudió a nuestra consulta por presentar desde hace más o menos un año un bultoma en hombro derecho, con crecimiento rápido en los últimos dos meses.No refería dolor ni otra sintomatología relacionada.
Se remite al servicio de cirugía general, donde es intervenido con laimpresión diagnostica de lipoma subfascial, el cual decide intervenir realizando incisión vertical, apertura muscular y extracción del bulto-ma remitiendo la pieza a anatomía patológica.

4 Discusión-Conclusión

El paciente es diganosticado de Hibernoma intramuscular. Esta patología clínicamente suele ser asintomática, presentándose en generalcomo una masa móvil, no dolorosa y con mayor o menor grado defijación a estructuras vecinas, que podría producir síntomas por desplazamiento o compresión. Se han descrito casos de asociación a un adelgazamiento intenso del paciente que se debería a una termogénesis excesiva del tejido tumoral.

5 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org
- https://www.cancer.gov.

Capítulo 1400

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN QUIRÓFANO

MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ

CARMEN MARIA LOPEZ MANCEBO

1 Introducción

La utilización de rayos x en el área de quirófano da lugar a importantes enfermedades para los pacientes y los profesionales implicados. A día de hoy existe un conjunto de procedimientos y medidas que hace que el equipo quirúrgico pueda trabajar y se garantice la protección del personal expuesto en el quirófano Las características que hay que tener en cuenta a toda exploración radiológica implica ciertas medidas de control:

- Todos los trabajadores deberán conocer los riesgos de las radiaciones ionizantes que utilizan.
- En la jornada laboral el profesional deberá usar un dosimetro personal y un delantal plomado y protectores de tiroides (cuya protección equivale al menos 0'25 mm de Pb)
- El acceso al quirófano debe ser controlado, y se cerrará las puertas antes de empezar la operación.
- El equipo radiológico (arco C) se protegerá de fundas.
- Optimizar la dosis usando la técnica más adecuada.

2 Objetivos

- Reducir la exposición a radiaciones ionizantes.

- Conocer la importancia de los efectos biológicos.
- Conseguir que la dosis recibida por el paciente y los profesionales sea tan baja como sea posible.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo se ha realizado una búsqueda en bases de datos como: Pumbed, Google académico, Scielo, Cuiden, utilizando como criterios de búsqueda palabras clave: radiación ionizante, protección, quirófano.

4 Resultados

El uso de rayos x en el área del quirófano ha avanzado en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Todo ello nos lleva a q nos enfrentemos a riesgos para los profesionales y los pacientes expuestos por culpa de la radiación.

La protección radiológica debe primar en todo el proceso quirúrgico, y seguir una serie de normas para cumplir las condiciones de seguridad adecuadas; el profesional recibirá menos dosis si el paciente recibe menos dosis.

5 Discusión-Conclusión

La protección radiológica debe ser lo primero en todo el proceso quirúrgico asique no olvide:
- Proporcionar la necesaria formación.
- Evitar el haz primario.
- Tiempo de fluoroscopia lo más corto posible.
- Intensificador lo más cerca del paciente.
- Tubo de rayos x por debajo del paciente.
- Colimar la zona de interés lo máximo posible.
- Usar delantal plomado y protector de tiroides, esto reduce la radiación una décima parte.

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/es-revista-tecnicas-quirurgicas-ortopedia-traumatologia-41-articulo-uso-rayos-x-cirugia--

especializada-X1132195412554597
- https://es.m.wikipedia.org/wiki/Protecci%C3%B3n_radiol%C3%B3gica

Capítulo 1401

FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN UNA BIOPSIA DE PULMÓN MEDIANTE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TAC)

PAULA DE LA BALLINA HERNANDEZ

SILVIA FIDALGO MARTINEZ

YOLANDA FERNANDEZ GUTIERREZ

PATRICIA CUERVO VEGA

1 Introducción

Para realizar éste procedimiento el paciente deberá estar hospitalizado o bien deberá de ser ingresado en hospital de día el mismo día de la prueba.

Deberán de realizarle una analítica con el fin de comprobarle la coagulación, además deberán administrarle una premedicación que consiste en una sedación muy suave para que esté tranquilo a la hora de realizar la prueba pero que tenga capacidad de colaborar (no se utiliza la anestesia general). Igual de importante es que el paciente firme un consentimiento informado donde estará detallado todos los posibles efectos adversos que pudieran surgir como consecuencia de la biopsia (neumotórax, sangrado…) también debe de autorizar la colocación de un tubo de pleurotomía en caso de neumotórax. Una vez que el paciente haya hecho todos

los pasos anteriormente descritos, irá al servicio de radiología, concretamente a la sala del scanner donde comenzará el procedimiento.

Dependiendo de dónde se localice la lesión se colocará en decúbito supino o en decúbito prono, se le quitará toda la ropa de cintura para arriba y los pies en dirección al gantry, los brazos colocados de tal forma que interfieran lo mínimo posible. Es muy importante explicar al paciente en qué consiste la prueba e intentar que se sienta lo más cómodo posible ya que una vez que empecemos el procedimiento no podrá moverse nada y su colaboración es imprescindible para realizarla con éxito.

Se comienza realizando un scout del tórax completo, en éste caso no le indicaremos nada de la respiración, simplemente que respire lo más suave y tranquilamente posible. Con la imagen del scout en anteroposterior y lateral seleccionaremos un rango donde localicemos la lesión, se deben de realizar adquisiones tanto por encima como por debajo de la lesión. A continuación se coloca un marcador metálico por encima de piel para localizar la lesión y mediante la consola del ordenador y gracias a programas del scanner, el radiólogo decidirá desde que punto es más factible realizar la biopsia.

Se prepara un campo estéril donde pondremos el material necesario para realizar la biopsia, como son guantes estériles, gasas, jeringa de 10ml, aguja intramuscular, ampolla de anestésico, ampolla de bicarbonato, aguja subcutánea, betadine, un coaxial y una aguja de biopsia del tamaño que nos indique el radiólogo dependiendo del tamaño y profundidad de la lesión. Una vez anestesiada la zona se coloca el coaxial, y se realizan cortes axiales de la zona para comprobar que el coaxial se encuentra dentro de la lesión, se introduce la aguja de la biopsia en el coaxial y se toman varias muestras, en éste momento se le indica al paciente que debe mantenerse en apnea. Los fragmentos extraídos se depositan en un frasco con formol y se derivan al departamento de anatomía patológica para su estudio.

Se tomarán nuevas imágenes de control post biopsia para comprobar que no haya ningún sangrado o neumotórax. El paciente permanecerá en vigilancia unas horas y pasadas aproximadamente 3 horas se le realizará una radiografía de tórax de control.

2 Objetivos

Conocer los pasos a seguir que debe realizar el técnico ante una biopsia de pulmón

3 Metodología

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

4 Resultados

Procedimiento indicado para realizar un diagnóstico definitivo de cualquier lesión en pulmón, pleura y mediastino detectado por imágenes.

5 Discusión-Conclusión

Escasas contraindicaciones, se realiza con anestesia local y sedación muy suave. Es el procedimiento más usado para éste tipo de lesiones, es seguro y sensible para lesiones de pulmón, pleura y mediastino.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1402

URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA EN NIÑOS.

ANA MARIA FERNANDEZ GARCIA

SUSANA MENDEZ REDONDO

ANDREA CASTRO APARICIO

LAURA MAJO RODRIGUEZ

1 Introducción

Técnica de radiodiagnóstico empleada en el estudio de la vejiga y el tracto urinario del niño. Para ello se obtendrán imágenes en tiempo real y se introducirá un medio de contraste en la zona anatómica objeto de estudio para una mejor valoración de la misma.

Teniendo en cuenta la dificultad añadida de la realización de este estudio en un niño, el objetivo principal es conseguir un estudio válido al diagnóstico. El radiólogo habrá de ser capaz de identificar la causa o causas de las anormalidades en el flujo de la orina a través del tracto urinario inferior. Para ello el papel del técnico en radiodiagnóstico, su trato al menor y su dominio de la técnica asociada a este estudio será fundamental para su correcta consecución; sin olvidarse del papel y labor que enfermería habrá de desempeñar a la hora de conseguir un sondaje correcto y en la mayor brevedad y con la menor molestia posible para el niño.

Siendo este un proceso ambulatorio y que no requiere de preparación alguna, habremos de tener en cuenta que el menor vendrá en la mayoría de los casos

con cierto nerviosismo y tal vez los padres también, por lo que será necesario un trato amable y cercano que nos permita gozar de la confianza del niño y conseguir así nuestros objetivos en cuanto a un estudio completamente valorable. En caso de que el menor no atienda a razones y la validez diagnóstica del estudio corra peligro y aunque esto suceda en raras ocasiones, podría recurrirse a la sedación. En ambos casos y por norma general, se permitirá que uno de los progenitores permanezca en la sala para una mayor tranquilidad del niño. Claro está que previamente a la prueba se habrá comprobado y valorado posibles alergias del paciente, y en caso de que tomara alguna medicación, que esta no conlleve riesgo alguno.

Se posicionará al niño en decúbito supino sobre la mesa de exploración. Se limpiará y esterilizará correctamente la zona genital, se introducirá una sonda a través de la uretra, por la que meteremos el contraste que llenará la vejiga para su estudio. Se harán imágenes con la vejiga llena, mediada y vacía, así como durante la micción, y se seguirá el curso del contraste para comprobar si hubiera algún tipo de reflujo que afecte a uno o ambos uréteres y pueda provocar afectación a nivel renal.

Ya con los resultados en la mano, se podrá determinar las causas que han llevado a realizarlo, pudiendo prevenir en algunos casos daños renales, optar por un tratamiento adecuado a la patología o incluso valorar la opción quirúrgica.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

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

Capítulo 1403

DEFECOGRAFÍA MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA: ESTUDIO ANATOMICO Y FUNCIONAL DEL SUELO PÉLVICO FEMENINO.

PATRICIA CUERVO VEGA

PAULA DE LA BALLINA HERNANDEZ

SILVIA FIDALGO MARTINEZ

YOLANDA FERNANDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Las anomalías del suelo pélvico son una serie de alteraciones estructurales y funcionales de los órganos pélvicos que afectan a un porcentaje significativo de la población femenina, disminuyendo notablemente su calidad de vida. Se debe a la alteración de los mecanismos de soporte (fascias y músculos) que pierden la función de soporte de las estructuras pélvicas.

Son varias las anomalías más habituales:
- Descenso del suelo pélvico
- Contracción del músculo elevador del ano
- Cistocele
- Prolapso uterino y vaginal
- Enterocele

- Peritoneocele
- Sigmoidocele,
- Rectocele
- Invaginación rectal

Entre los síntomas que provocan se encuentran: incontinencia urinaria/fecal, dolor, estreñimiento, presión y disfunción sexual.
Entre otros se consideran factores de riesgo la edad, la menopausia, la obesidad, el embarazo, antecedentes de múltiples partos, antecedentes de cirugía pélvica y EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Un estudio realizado en 1997 muestra que los antecedentes de histerectomía resultan muy significativos, dado que la extirpación uterina conlleva la disección de segmentos de la fascia intraperitoneal, ligamentos y tejido conjuntivo, cuya ausencia, daño o debilitamiento produce un porcentaje alto de casos de enteroceles y descenso del suelo pélvico.

2 Objetivos

- Describir la tecnica de RM empleada en nuestro hospital para valoración del suelo pélvico, incluyendo preparación del paciente y secuencias, en especial secuencia cine.
- Repasar de la anatomía normal del suelo pélvico femenino y patologías mas frecuentes.

3 Metodología

En nuestro hospital empleamos una RM de 1.5 Teslass para la realización de estos estudios. El paciente debe acudir a nuestro servicio tras la aplicación de un enema de limpieza rectal a las 7:00 horas del mismo día de la prueba. Responder a un cuestionario en el que descartaremos todo tipo de material metálico, clips, grapas, prótesis de oído, marcapasos, pendientes, piercings, etc. y valoración de cirugías previas, contacto con material metálico, alergias, claustrofobia, etc.

Se administra 240 ml de gel ecográfico por vía rectal y en pacientes de sexo femenino 100ml en vagina por medio de una jeringa, con el fin de delimitar las paredes vaginales y destacar el septo rectovaginal. Se coloca a la paciente en decúbito supino con los pies hacia el gantry (carcasa de imán con forma de tubo) y nosotros utilizaremos la antena CARDIAC, alrededor de la pelvis.

4 Resultados

La pelvis femenina queda dividida en tres compartimentos funcionales:
- compartimento anterior (vejiga y uretra)
- compartimento medio (vagina, cervix, útero y ovarios)
- compartimento posterior (recto y canal anal)

Las alteraciones del suelo pélvico son por lo general procesos complejos que afectan a uno o más compartimentos. Se realizan secuencias convencionales en los tres planos oblicuos al suelo pélvico potenciados en T2, sin administrar contraste intravenoso paramagnético y con secuencia CINE sagital en línea media en : reposo, contención, valsalva sin evacuación y defecación.

5 Discusión-Conclusión

Tradicionalmente la evacuación de la debilidad del suelo pélvico se ha basado en la evaluación clínica pero ésta frecuentemente subestima el número de compartimentos afectados, contribuyendo a un aumento de las intervenciones fallidas.En las últimas dos décadas la RM ha demostrado ser una técnica de imagen muy útil en la evaluación de la debilidad del suelo pélvico. La defeco RM es una técnica adecuada para el diagnóstico frente a la defecografía convencional, aporta mejoras como la visualización de los tres compartimentos pélvicos simultáneamente y la obtención de imágeness anatómicas del hiato pélvico, todo ello sin emplear radiación ionizante.

6 Bibliografía

- Técnicas de nuestro servicio de RM en Hospital de Cabueñes, seram y web técnicos en radiología.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1404

CLASIFICACIÓN Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN ZONAS DE RADIACIONES IONIZANTES EN LOS SERVICIOS DE RADIOTERAPIA, RADIODIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR.

DANIEL MARTINEZ MENENDEZ

SONIA SUAREZ RODRIGUEZ

MARIA TERESA MORAL GORGOJO

MARIA CRISTINA SANTIRSO MENENDEZ

MARCOS ALVAREZ BLANCO

1 Introducción

La radiación se define como una emisión de energía, esta energía se puede emitir y propagar a través de un medio material o del vacío. Esta energía se puede liberar en forma de ondas electromagnéticas (RX, rayos gamma), también se puede liberar en forma de partículas (alfa, beta y protones).

La radiación puede ser de origen natural o artificial, en medicina se emplea radiación artificial que se obtiene de aceleradores lineales de electrones que son utilizados para tratamientos de radioterapia, por aparatos de RX utilizados para el diagnóstico, o bien por concentrados de radioisótopos utilizados en medicina nuclear y radioterapia tanto para tratamientos como para diagnóstico.

2 Objetivos

- Describir las diferentes zonas en las que se utilizan radiaciones ionizantes y sus medidas de prevención.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos hablar de zonas en las que existe riesgo de irradiación externa, son aquellas en las que el organismo puede recibir radiación producida por una fuente que se encuentra fuera del organismo. También existen otras zonas en las que existe riesgo de contaminación, la contaminación puede ser interna cuando un isotopo radiactivo emite la radiación desde el interior del cuerpo bien sea por que se a inhalado, porque se ha ingerido. O se puede hablar de contaminación externa cuando el isotopo radiactivo lo tenemos en la superficie del cuerpo.

Para clasificar y señalizar las zonas se tiene en cuenta el riesgo de irradiación que existe y la dosis que se pueden recibir. La clasificación es la siguiente:
- Zona vigilada: es la que se puede recibir dosis efectivas superiores a 1mv/año. Esta señal se encuentra por ejemplo en salas de espera.
- Zona controlada: es aquella en la que se puede recibir dosis efectivas superiores a 6mv/año.

La zona controlada se divide en tres:

- Zona de permanencia limitada: se pueden recibir dosis superiores a los límites fijados para trabajadores expuestos.
- Zona de permanencia reglamentada: es aquella en la que se puede superar la dosis en periodos cortos de tiempo.
- Zona de acceso prohibida: es aquella en la que en una única exposición podemos superar los límites de dosis.

La señalización de estas zonas será mediante una señal de un trébol, con un marco rectangular del mismo color del trébol y fondo blanco. Los colores del trébol dependen de la zona: gris azulado para la zona vigilada, verde para la zona controlada, amarillo para la zona de permanencia limitada, naranja para la zona de permanencia reglamentada y rojo para la zona de acceso prohibido.

Además según el tipo de riesgo deben ir acompañado de los siguientes símbolos, si existe riesgo de irradiación externa se pondrán unas puntas radiales, si el riesgo es de contaminación se pondrá un fondo punteado y si existen ambos riesgos irán con el punteado y las puntas radiales. Las medidas de prevención principales en la irradiación externa son tiempo, distancia y blindaje. Las medidas de prevención para la contaminación es el aislamiento y confinamiento de la fuente no encapsulada, si esto no se consigue es el personal el que se debe de proteger para evitar el contacto.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad las radiaciones ionizantes son muy utilizadas en medicina de forma beneficiosa tanto en tratamientos como en diagnóstico. El uso se tiene que hacer de forma correcta ya que pueden producir riesgos para la salud, estos riesgos pueden ser tanto a largo como a corto plazo. Por todo ello es importante tener claro la zona en la que se está trabajando y los riesgos que existen para poder tomar las medidas de prevención adecuadas.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ionizing-radiation-health-effects-and-protective-measures
- http://www.unavarra.es/digitalAssets/146/146686_100000Radiaciones-ionizantes.pdf

- http://csn.ciemat.es/MDCSN/recursos/ficheros_md/1334206567_2411200913439.pdf
- https://www.boe.es/buscar/pdf/2001/BOE-A-2001-14555-consolidado.pdf

Capítulo 1405

CRIBADO NEONATAL

SOLEDAD MARÍA CUEVAS GÓMEZ

MONICA RIESGO FERNANDEZ

ANA HUERTA PONTON

JOANNA CARDÍN GARCÍA

1 Introducción

Los inicios del cribado neonatal se remontan a la década de los años 60, con el desarrollo de una prueba bacteriológica capaz de detectar en una gota de sangre seca, recogida en papel de filtro, una elevación de los niveles de fenilalanina (test de Guthrie). En España, los diferentes PCN (prueba de cribado neonatal) se inician en la década de los años 70, y en 1978, desde el Ministerio de Sanidad, se formaliza a nivel estatal el Programa de Detección Precoz Neonatal de Fenilcetonuria e Hipotiroidismo Congénito.

El cribado neonatal (más comúnmente conocido como la prueba del talón) se realiza de forma sistemática a todos los recién nacidos en nuestro país, para la detección precoz de los errores congénitos o innatos del metabolismo (ECM) antes de su manifestación clínica, evitando así la aparición de daños físicos y psíquicos (retraso mental, retraso en el crecimiento, discapacidades permanentes o incluso la muerte prematura del niño en las primeras semanas de vida).

Dentro de todas las enfermedades metabólicas se buscan aquellas que son más frecuentes y que disponen de un tratamiento que, aplicado precozmente, mejore considerablemente el pronóstico de la enfermedad.

Estas enfermedades se caracterizan por un mal funcionamiento de la química interna (metabolismo) del organismo, lo que da lugar a un aumento o una falta de determinadas sustancias, provocando un mal funcionamiento de diversos órganos, retraso mental y trastornos del crecimiento y del desarrollo.

Las enfermedades que se buscan con esta prueba no son las mismas en todas las comunidades autónomas. La fenilcetonuria y el hipotiroidismo congénito están en todos los programas de cribado metabólico. En bastantes comunidades se incluyen también la fibrosis quística del páncreas y la hiperplasia suprarrenal congénita. Unas pocas disponen de tecnologías, como la espectometría de masas, que permiten detectar muchas más enfermedades metabólicas. En tres comunidades existe programa de cribado de hemoglobinopatías congénitas, que son enfermedades que se tienen al nacer y que producen anemia de diversa gravedad. Hay, por lo tanto, una considerable variabilidad incluso también entre los diferentes países de la Unión Europea.

Las principales Sociedades Científicas (Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Química Clínica, American College of Medical Genetics, etc) recomiendan realizar un cribado neonatal ampliado, (hasta 40 enfermedades) con el fin de identificar un número superior de niños con enfermedades susceptibles de ser tratadas precozmente. Sin embargo, en nuestro país no existe un consenso entre las Comunidades Autónomas sobre las enfermedades a incluir en el Programa de Detección Precoz de Metabolopatías, lo que implica que la supervivencia y la calidad de vida de los recién nacidos españoles depende del lugar de nacimiento. Solamente el hipotiroidismo congénito y la hiperfenilalaninemia se diagnostican en todas las Comunidades Autónomas.

En la actualidad, en España, está recomendado realizar el cribado neonatal en muestra de sangre impregnada en papel para, al menos, 8 entidades: hipotiroidismo congénito (HC), fenilcetonuria (PKU), deficiencia de acil CoA deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena media (MACDD), deficiencia de 3-hidroxiacil CoA deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena larga (LCHADD), aciduria glutárica tipo I (AG-1), deficiencia de biotinidasa (BTD), fibrosis quística (FQ) y anemia de células falciformes (AF). También está indicado realizar cribado de hipoacusia congénita y existe la recomendación de incluir la enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce (MSUD), acidemia isovalérica (IVA) y homocistinuria (HCY).

Dicha prueba consiste en, los primeros días del recién nacido (2/3 día de vida), recoger unas gotas de sangre del talón mediante una punción con una lanceta

realizada por personal especializado (en este caso sería personal de enfermería). Posteriormente se comprime un poco y se deja gotear sangre, impregnando un papel especial que se remite luego al laboratorio. Los padres recibirán los resultados en su domicilio por carta.

Una prueba del talón positiva no implica que se padezca necesariamente una enfermedad. En los niños con un resultado positivo suele ser necesario repetir la determinación para confirmarlo y realizar otras pruebas para diagnosticarlo. Si finalmente se confirma el diagnóstico de una enfermedad metabólica, estamos ya es otra situación y la información y el tratamiento dependerán de cada caso.

Muchas tienen un tratamiento de sustitución de la sustancia que falta o de depuración de la que se acumula. En otros casos, el tratamiento es una dieta especial, como en el caso de la fenilcetonuria. Como regla general, todas las enfermedades incluidas, y por lo tanto buscadas en un programa de cribado metabólico neonatal, tienen tratamiento.

La incorporacion de lo laboratorios de cribado de técnicas analíticas basadas en la espectrometría de masas en tándem (MS/MS), ha condicionado cambios significativos en el número de enfermedades potencialmente despistadas, lo que ha dado lugar al denominado cribado metabólico expandido. La MS/MS es una tecnología que detecta y cuantifica de forma simultánea más de 50 metabolitos presentes en la muestra de gota de sangre seca, lo que posibilita el cribado simultáneo de más de 40 errores congénitos del metabolismo (ECM).

La espectrometría de masas en tándem (MS/MS) es una técnica de laboratorio que se utiliza para muchos propósitos diferentes. En la detección sistemática de recién nacidos, el MS/MS se utiliza para determinar cuáles bebés pueden tener un mayor riesgo de tener ciertas enfermedades metabólicas hereditarias. Estas enfermedades, las cuales son poco comunes, se organizan en tres diferentes categorías bioquímicas: enfermedades de aminoácidos, enfermedades de ácidos orgánicos, y enfermedades de la oxidación de los ácidos grasos. La prueba de MS/MS mide e identifica sustancias (aminoácidos y acilcarnitinas) en la sangre del recién nacido. A partir de los resultados de esta prueba, se puede identificar a un bebé que tenga un mayor riesgo de tener una de estas enfermedades metabólicas hereditarias. Debido a este mayor riesgo, se le debe administrar al bebé pruebas de seguimiento para confirmar o refutar una diagnosis.

El propósito de los análisis utilizados en el cribado neonatal es identificar a todos los RN presuntamente positivos y clasificarlos respecto a la probabilidad de

que tengan un trastorno concreto, con un mínimo aceptable de resultados falsos positivos. Esto implica establecer un punto de corte arbitrario para los analitos/marcadores cuantificados. Establecer un punto de corte muy elevado significa perder de forma inaceptable una proporción del grupo diana, mientras que establecer uno demasiado bajo significa exponer a demasiadas personas a la investigación, la mayoría no afecta.

2 Objetivos

- Prevención de discapacidades asociadas a la enfermedad.
- Tratar precozmente y evitar así que aparezcan los síntomas de la enfermedad.
- Concienciar en la identificación permite proporcionar a las familias consejo genético acerca de si los hijos sucesivos pueden padecer el mismo problema.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las siete enfermedades que se pueden detectar son las siguientes:
- Hipotiroidismo: es una alteración de la glándula tiroides que provoca una producción insuficiente de hormonas tiroideas.
- Fenilcetonuria: consiste en una alteración genética que impide la transformación el aminoácido fenilalanina de las proteínas, lo que puede provocar alteraciones neurológicas.
- MCADD (Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media): se trata de una enfermedad que provoca la mala descomposición de algunas grasas provenientes de alimentos.
- LCHADD (Deficiencia de 3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena larga): se conoce como una patología que provoca que el organismo tenga dificultad para extraer la energía que obtiene de los ácidos grasos de los alimentos.

- Acidemia glutárica tipo 1: es un trastorno que dificulta la descomposición de proteínas, lo que provoca que se acumulen sustancias dañinas en la sangre y en la orina.
- Fibrosis quística: en este caso, surge una disfunción de la proteína CFTR que provoca un mal funcionamiento de las glándulas exocrinas. Esto genera problemas pulmonares y disfunción del páncreas.
- Anemia de células falciformes: provoca una malformación de glóbulos rojos, lo que impide el correcto transporte de oxígeno al producirse acumulaciones.

En una segunda fase del diagnóstico también pueden detectarse otras tres enfermedades como la hiperplasia suprarrenal congénita, la galactosemia y el déficit de biotinidasa. Existen además patologías que se pueden detectar en caso de llevar a cabo otras pruebas adicionales mediante tecnología como la espectrometría de masas. Esto depende del utilitario que posea cada uno de los laboratorios dedicados a estos cribados.

5 Discusión-Conclusión

El cribado neonatal supone un beneficio para el niño, su familia y la sociedad en general, pues de otra manera se condenaría a ese niño al padecimiento de una enfermedad que supondría una discapacidad, una gran invalidez o incluso la muerte prematura. En el caso de las enfermedades que suponen gran invalidez, se justifica sobradamente su detección temprana, pues la inversión que ha de realizar el sistema sociosanitario es mínima en comparación con los gastos que genera la atención a una persona gravemente discapacitada. En muchas de estas enfermedades metabólicas raras que además son hereditarias, la detección en el primer hijo supone un beneficio incuantificable para el resto de los hijos.

En el año 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el trabajo Efectividad clínica del cribado neonatal de los errores congénitos del metabolismo mediante espectrometría de masas en tándem. Revisión sistemática. En él se afirmaba que todo programa de cribado neonatal debería garantizar el acceso equitativo y universal de todos los recién nacidos (cobertura del 100%). En lo que respecta al cribado de enfermedades metabólicas raras, reconocía como objetivo principal facilitar una mayor calidad y expectativa de vida a los niños afectados, teniendo también en cuenta el impacto que estas enfermedades produce sobre los padres, los hermanos e incluso otros familiares. Asimismo dicho informe recoge en sus recomendaciones la necesidad de homogeneizar los diferentes aspectos de los programas de cribado existentes actualmente en España, con la definición de cri

terios comunes en lo que respecta a las variables de resultado, los índices de control de calidad, el almacenamiento de muestras y la incorporación de nuevas patologías al cribado.

El 25 de Junio de 2010 se presentó en la Facultad de Ciencias de la Universidad Autónoma de Madrid el documento de consenso Programas de Cribado Neonatal en España. Actualización y Propuestas de Futuro, elaborado por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios (pediatras, bioquímicos, farmacéuticos, etc.) expertos en enfermedades metabólicas hereditarias, implicados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes, bajo el auspicio de la Asociación Española para el Estudio de los Errores Congénitos del Metabolismo, la Sección de Errores Innatos del Metabolismo de la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad Española de Clínica y Patología Molecular, y el apoyo del Real Patronato sobre Discapacidad. En dicho documento los autores afirman que un programa de cribado neonatal ha de estar basado en principios éticos y debe garantizar el acceso equitativo y universal de todos los recién nacidos, lo cual sigue sin cumplirse en nuestro país. Algunas propuestas del documento son la definición de las enfermedades a incluir en el cribado de todas las Comunidades Autónomas y la homogeneización de los programas de las mismas.

Finalmente, señalar que los PCN no son procedimientos de diagnóstico definitivo, identifican grupos de personas de alto riesgo a las que se les ofrece un diagnóstico. Los individuos que presenten un resultado positivo requerirán procedimientos diagnósticos posteriores y, para ello, los PCN deben integrarse con unidades clínicas y de laboratorio especializadas en el diagnóstico y el tratamiento de cada una de las enfermedades sometidas a cribado. En general, el objetivo de los PCN es establecer el diagnóstico correcto e inicio de tratamiento de los trastornos objeto de cribado en los primeros 10 días de vida.

6 Bibliografía

1. semfyc.es
2. aeped.es.
3. programadeformacióncontinuadadepediatria.es.
4. endocrinologiapediatrica.org.
5. wikipedia.org.

Capítulo 1406

CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN Y RECHAZO DE MUESTRAS

ANA ESMERALDA LÓPEZ TERRAZAS

1 Introducción

Las muestras que recibimos en el laboratorio deben ser de buena calidad para que se puedan garantizar unos resultados fiables. Si se aceptan muestras de baja calidad, los resultados del laboratorio serán defectuosos aunque el proceso de análisis se haya realizado de forma correcta, por lo que el primer paso para garantizar que el proceso de análisis se ejecuta correctamente y produce un resultado de calidad será contar con una unidad de recepción de muestras que se encargue de comprobar la calidad de cada muestra y de rechazar aquellas de mala calidad.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son los criterios para el rechazo de muestras en una unidad de recepción de muestras para así excluir aquellas que no sean de la calidad adecuada para asegurar un resultado fiable después de su análisis, y así mejorar nuestra labor como técnicos de laboratorio.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La unidad de recepción de muestras debe comprobar que todas las muestras cumplen unos criterios mínimos para poder ser analizadas. Si una muestra no cumple con estos criterios, debe rechazarse. En ese caso será necesario enviar a la unidad que nos ha enviado la muestra un aviso o hacer una nueva petición para tomar de nuevo la muestra al paciente. Esos criterios básicos son:

- El correcto embalaje de la muestra.
- El embalaje no presenta fugas de ningún tipo.
- La muestra se ha transportado en condiciones adecuadas.
- La muestra se ha transportado dentro del plazo de tiempo necesario.
- El material de la muestra debe ser de buena calidad, y se rechazarán este tipo de muestras:
- Muestra hemolizada .
- Muestra lipémica .
- Muestra ictérica.
- Muestra insuficiente.
- No ayunas.
- Extraído en hora no adecuada (ritmo circadiano).
- El volumen de la muestra es adecuado.
- La cumplimentación de la hoja de petición.
- La concordancia de los datos de la hoja de petición con los de la muestra.
- La muestra está identificada correctamente.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido cuáles son los criterios para el rechazo o aceptación de las muestras en una unidad de recepción de muestras como técnicos de laboratorio, y debemos saber que en caso de que no se pueda identificar al paciente al que corresponde la muestra debemos de rechazarla y hacer una nueva petición de extracción de muestra.

6 Bibliografía

- Procedimiento de recepción, registro, distribución de muestras y/o material biológico del centro nacional de salud pública. Javier Vargas Herrera, José Casquero Cavero, Miguel Cobos Zelada, Julia Espinosa.
- Criterios de rechazo en muestras de laboratorio, autor web clinica davila.

Capítulo 1407

DIAGNÓSTICO DE LA PANCREATITIS POR RESONANCIA MAGNÉTICA PREVIA ESTIMULACIÓN POR SECRETINA

PATRICIA CUERVO VEGA

PAULA DE LA BALLINA HERNANDEZ

SILVIA FIDALGO MARTINEZ

YOLANDA FERNANDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

La visualización del conducto pancreático normal o mínimamente dilatado es difícil debido a su pequeño calibre, y con frecuencia existe dificultad para la visualización de la porción de la cola y los conductos prancreáticos secundarios. La administración de secretina mejora la visualización de los conductos pancreáticos en resonancia. La secretina es una hormona que estimula la secrección de agua y bicarbonato por las células ductales pancreáticas y también aumenta el tono del esfínter de Oddi durante los primeros 5/6 minutos tras su administración. Como resultado aumenta el contenido de fluidos dentro de los conductos pancreáticos, y por lo tanto su tamaño.

Principalmente la S-CPRM (colangiopancreatorresonancia con secretina) es la principal elección de imagen para el diagnóstico etiológico de la pancreatitis

aguda recurrente de origen no filiado, ya que puede visualizar alteraciones anatómicas como pancreas divisum o conducto pancreático dorsal dominante, detecta estenosis, dilataciones o irregularidades del conducto pancreático indicativas de pancreatitis crónica y se la ha señalado como un método no invasivo de diagnóstico de la disfunción del esfinter de Oddi. Es útil también en el diagnóstico y seguimiento de los tumores mucinosos papilares intraductales. También permite evaluar la función pancreática exocrina.

En la preparación del paciente se requiere un periodo de ayuno de al menos 4 horas para tratar de minimizar el contenido del tracto gastrointestinal. Se completa con la administración de un contraste oral negativo que elimine la señal de los fluidos restantes en el tubo digestivo. En nuestro hospital administramos zumo de piña o arándanos 100% de concentración y unos 320 ml de cantidad, media hora antes de cada estudio.

2 Objetivos

- Explicación del método de diagnóstico por S-CPRM.

3 Metodología

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

4 Resultados

Primero se realizan secuencias morfológicas que permiten tener una visión general del área hepatobiliopancreatica. Se obtienen imágenes con técnica FSE potenciadas en T2 en los planos axial y coronal. T1 en fase y fase opuesta, posteriormente estudio dinámico en secuencia colangiográfica de bloque grueso, sin y tras la administración de secretina intravenosa, a una dosis de 1U/kg de peso, practicando secuencias cada 30 sg hasta 10 minutos. El tiempo total de la exploración es de unos 30-35 minutos. La secretina puede producir efectos secundarios

muy infrecuentemente, siendo los efectos adversos mas frecuentes molestias abdominales, naúseas, vómitos, hinchazón, bradicardia, hipotensión, sudoración y diarrea.

5 Discusión-Conclusión

La S-CPRM es un método de diagnóstico por la imagen que no irradia y no es invasivo, que valora la morfología ductal pancreática y biliar. Se basa en secuencias altamente potenciadas en T2, posibilitando que el líquido estacionario o de flujo muy lento contenido en los conductos biliar y pancreático aparezcan muy brillante, relativo a la baja intensidad de señal de los tejidos blandos de alrededores.

6 Bibliografía

- Técnicas de nuestro servicio de Resonancia Magnética en el Hospital de Cabueñes.
- Elselvier imagen diagnóstica.

Capítulo 1408

LA GESTIÓN DE TURNOS Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO.

MARÍA ISABEL ALONSO RODRÍGUEZ

MARÍA DEL ROSARIO CARBAJAL GONZALEZ

1 Introducción

Con la nueva ley de protección de datos se hace difícil hacer una llamada al paciente en espera para que éste entre en consulta sin que se sepan ninguno de sus datos personales. Es por ello que muchos hospitales ya han optado por la introducción de pantallas y códigos para ello.

2 Objetivos

Optimizar el trabajo en el personal administrativo y de tiempo de espera para los pacientes.

3 Metodología

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

Marco teórico.
Son muchos, si no todos, los hospitales que han optado por implementar en sus consultas una forma diferente de gestión de turnos.

Anteriormente era el personal administrativo el que hacía llegar la lista de los turnos diarios al personal sanitario siendo estos los que debían ir llamando a los pacientes uno a uno, teniendo en muchos casos que salir de la consulta para hacerlo y perder el tiempo cuando un paciente no se había personado.

Las nuevas tecnologías hacen que mediante un sistema informático la gestión de turnos diaria deje de estar de manos del personal administrativo y aunque siga siendo su trabajo gestionar las citas futuras, en el día a día puede centrarse más en la atención al paciente.

¿Cómo funcionan estas tecnologías?
- Cuando un paciente llega a las consultas de un centro hospitalario lo primero que se encuentra es un mostrador o módulo de recepción, allí es donde el paciente, introduciendo su tarjeta sanitaria o su número de DNI, le será registrada su llegada a la consulta y le asignará un código de números y letras dejando a un lado sus datos personales mediante un ticket. Este ticket le servirá además para saber dónde está sala de espera y cuál será la pantalla o módulo de espera, al que deberá estar atento o atenta para saber en qué momento deberá pasar a consulta.

- Al llegar a la sala de espera de su consulta, el paciente tendrá una pantalla en la que además de salir información relevante a temas de salud además de los turnos anteriores y el actual. En el momento en que sea llamado un nuevo paciente, habrá un aviso sonoro además de un cambio visual sobre la pantalla, indicando el código de números del paciente llamado y la sala a la que deberá de asistir.

Con este nuevo método de gestión de turnos, el personal sanitario, sabrá si el paciente a llamar está en la sala de espera, el número de pacientes que tiene al día y los que le quedan por pasar consulta.

4 Bibliografía

- https://www.digitalavmagazine.com/2014/03/18/la-espanola-plexus-introduce-su-solucion-de-gestion-de-turnos-y-pantallas-en-hospitales-del-sistema-publico-escoces/
- http://www.quenda.es
https://www.tecnologiasplexus.com/es/productos/quenda-medicr

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

Capítulo 1409

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA EN ASTURIAS

SONIA REIMONDO SORDO

1 Introducción

El cáncer de mama es el tumor más frecuente que encontramos en mujeres en Asturias y la primera causa de muerte por tumores.

Las medidas que poseemos para enfrentarnos a él es un diagnóstico precoz y el tratamiento del mismo.
Para ello, disponemos de varios métodos de imagen en los servicios de radiodiagnóstico, la mamografía, como herramienta principal, y la ecografía y la resonancia magnética como métodos complementarios para el apoyo al diagnóstico.

En 1991 comienza en Asturias el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama y desde 2001 ya se realiza en todos los hospitales de la Comunidad Autónoma.

Es un programa que invita a todas las mujeres residentes en la Comunidad Autónoma con edades comprendidas entre los 50 y 69 años a realizarse mamografías cada dos años.

En el año 2005 el rango de edad se amplió desde los 65 años, que hasta entonces comprendía , hasta los 69 años.

El programa se organiza según el mapa sanitario de la provincia, dividido en 8 áreas sanitarias, una unidad en cada área sanitaria gestionada por la dirección

del hospital donde se ubica, y que realiza mamografías a la población de riesgo establecida por cada área.

La Consejería de Sanidad cita a 65000 mujeres cada año para participar en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama instalado en todo el Principado de Asturias, ofreciéndoles una garantía de calidad en el diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento.

2 Objetivos

- Mantener la atención homogénea en todas las áreas sanitarias, aumentar la seguridad y la satisfacción de los pacientes y reducir la mortalidad.
- Ofrecer, estimular la participación y la continuidad en el programa de las mujeres es un objetivo de este programa mediante la difusión por medio de los Centros de Salud de cada área, medios informativos, paneles y folletos explicativos, así como la información necesaria a cada mujer que no sea susceptible por rango de edad de pertenecer al mismo.

3 Metodología

Desde los 50 años cada mujer recibe una carta en su domicilio invitándola a participar o bien por primera vez en el programa, o bien para continuar cada dos años con el mismo, realizándose una mamografía en el servicio de radiodiagnóstico de su hospital de referencia.

El día de la cita, el técnico en imagen para el diagnóstico que le va realizar la mamografía, le realizará un breve cuestionario, si se trata de su primera visita, si ya se trata de visitas sucesivas, solo la paciente deberá de comunicar si ha surgido algún cambio desde la última cita. En este cuestionario el técnico le preguntará sobre cual fue la fecha de su primera regla, de su menopausia (si ya ha pasado por ella), si ha tenido embarazos y número de ellos, si ha dado el pecho y durante cuanto tiempo, si ha tomado algún tipo de medicación hormonal tanto anticonceptivos como medicación para la menopausia y su extensión en el tiempo, si posee antecedentes de cáncer de mama en su familia, alguna cirugía o estudio previo en la mama, y para terminar si se observa algún bulto, secreción a través del pezón, lunar, verruga o cicatriz en alguna de sus mamas que puedan ser relevantes a la hora de observar la mamografía.

Tras ello, la paciente se dirigirá a una cabina a desvestirse de cintura para arriba,

y quitando objetos tales como cadenas largas o gafas que puedan interferir en la realización o posicionamiento para la mamografía.

Se procederá a realizar la mamografía, dos proyecciones básicas por cada mama, la craneo-caudal (CC), en la que la paciente se colocará de frente al aparato y el técnico con la mano irá estirando suavemente la mama a la vez que aplica la compresión, y la oblicua medio-lateral (OML), con el aparato colocado en oblicuo a 45 grados, la paciente se colocará de frente y un poco oblicua al aparato, con el brazo de la mama a examinar elevado y colocado sobre una agarradera o soporte que el aparato posee, y el técnico con la mano procederá a la colocación de la mama y a su compresión.

El técnico en imagen para el diagnóstico le indicará el posicionamiento adecuado y le transmitirá la tranquilidad y el apoyo necesario para la correcta realización de la prueba.

Posteriormente, el radiológo observará e informará las mamografías, cuyo resultado se enviará por correo postal al domicilio transcurridos 15 días. Si el resultado no es el esperado, o bien es dudoso, o las mamografías no son de la calidad suficiente como para visualizarse con claridad, se avisará a la paciente por medio telefónico para acudir a una nueva cita, y repetir la mamografia, o complementar con otro tipo de proyecciones en posiciones distintas o con otro tipo de compresores, como una mamografía magnificada, una localizada o una lateral, o con otro tipo de estudios como una ecografía.

Si tras todo ello o de manera inicial el resultado de la mamografía es positivo, a la paciente se le comunicará a la mayor brevedad posible, para continuar con más pruebas y proceder a un diagnóstico concreto para adaptar una cirugía y un tratamiento personalizado a cada caso. El tiempo desde la sospecha diagnóstica hasta la confirmación de un cáncer de mama no debe superar los 15 días y la demora para su tratamiento no excederá de los 30 días.

4 Resultados

El Principado de Asturias ha indicado que a las mujeres que se les ha diagnosticado un cáncer de mama durante el Programa de Detección Precoz tienen una esperanza de vida más larga frente aquellas que no acuden al screening.

Según los datos publicados por la Consejería de Sanidad en 2019, la información obtenida en las mujeres que se han unido al cribado durante los últimos 20 años,

la probabilidad de un diagnóstico positivo es de 39 de cada 1000, que nos resume que de cada 25 mujeres participantes 1 obtendrá un diagnóstico de cáncer de mama.
En 29 casos de cada 1000, se detectan a través de una mamografía, mientras el resto de los casos (10 de cada 1000) son cánceres de intervalo, ocurren en el periodo comprendido entre esos 2 años que distancia una cita de la otra. En estos casos los tumores detectados suelen encontrarse en estadíos poco avanzados lo que nos lleva a un mejor pronóstico.

Entre los años 2006 y 20015, se citaron a más de 675.000 mujeres y el porcentaje de participación fue del 79,5% .

Se detectaron 1732 tumores, lo que supone una tasa de 3,23 por cada 1000 participantes. La tasa de cánceres de intervalo se situó en 1,15 de cada 1000, con un resultado de 620 casos. En la mayoría de los casos (1114), el diagnóstico se realizó en fases precoces y no había afectación de ganglios en el momento de la detección en un 75%.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres que participan en el Programa de Detección de Cáncer de Mama tienen más esperanza de vida, ya que en las dos décadas que lleva el programa en funcionamiento, la probabilidad de fallecer de cáncer de mama antes de llegar a cumplir los 71 años de edad, o bien antes de cumplir los 10 años desde el diagnóstico inicial, es de 4 mujeres de cada 1000 participantes. Mientras que comparado con las que no participan, este número se dobla a 8 de cada 1000.

Por cada fallecimiento que se evita de una mujer a través del cribado de mama se diagnostican y se tratan dos casos más.

El cribado de mama posee riesgos y beneficios. El mayor beneficio es el diagnóstico precoz y éste mejorará el pronóstico de la enfermedad de algunas personas. A alguna paciente se le puede detectar alguna alteración que deba ser vigilada e indicarle un control a corto plazo, o complementar el estudio con otro tipo de pruebas.

Un gran inconveniente son los falsos resultados: falsos positivos, mujeres que están sanas y serán sometidas a pruebas innecesarias y los falsos negativos, mujeres que están enfermas y que se retrasará su diagnóstico y su posterior tratamiento.

La mamografía es una prueba radiológica que emite radiación, pero con los aparatos digitales actuales la dosis de radiación que recibe es muy baja.

Un inconveniente de la realización de una mamografía es la molestia que puede ocasionar la compresión necesaria sobre la mama. El técnico apoyará e informará a la paciente paso a paso en la realización de la prueba para favorecer la relajación del estado de nerviosismo al que pueda estar sometida la paciente por el miedo al resultado o al dolor que pueda provocarle la compresión, la cuál el técnico puede minimizar en casos en que la paciente posea una alta sensibilidad en sus mamas.

Los estudios realizados demuestran que el cribado de mama es muy útil para reducir las muertes provocadas por cáncer de mama.

6 Bibliografía

- www.astursalud.es
PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA. GUÍA RÁPIDA PARA PROFESIONALES.
- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN PARA EL ESTUDIO DE LA MAMA EN RADIODIAGNÓSTICO. Carlos Padrón Pérez, AETR 2006.

Capítulo 1410

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA IMPORTANCIA DE LA FASE PREANALÍTICA PARA EL LABORATORIO.

EMMA BARREIRO GARRIDO

1 Introducción

Los procesos desde la solicitud de análisis de una muestra por el facultativo hasta el procesamiento de la misma, son de suma importancia para la elaboración del informe final del laboratorio. No solo en cuanto a la rapidez de los resultados, sino en la fiabilidad de ellos, puesto que en su precisión y exactitud, es directamente proporcional a la preparación del paciente para la recogida o extracción de la muestra, su procesamiento y transporte.

2 Objetivos

Identificar el procedimiento que debe de seguir el paciente para una recogida adecuada de la muestra, pues es una etapa fundamental en la obtención de los resultados, pues de ella depende gran parte del proceso de confirmación o descarte del diagnóstico para el paciente.

3 Metodología

He realizado la búsqueda en diferentes bases de datos, como google académico, dialnet y scielo. además de determinadas páginas web específicas de laboratorio. Con las palabras clave ”aceptación de resultados en el laboratorio” , ”fase preanalítica”, ”aceptación de resultados en el laboratorio” como criterios de inclusión he empleado: idioma inglés y castellano. De exclusión: trabajos previos al año 1990.

4 Resultados

Para que el laboratorio pueda garantizar unos resultados fiables y precisos, las muestras deben de ser de buena calidad, de lo contrario los resultados no serán los adecuados, a pesar de que la calidad del proceso de análisis sea el óptimo.

Existen dos clases de factores preanalíticos que pueden interferir en la aceptación de los resultados. Los factores inmodificables como puede ser el sexo, la raza, embarazo…. y los modificables en los que se incluyen la preparación previa del paciente, recogida adecuada de la muestra, que el recipiente sea el adecuado, que su transporte sea en las condiciones que precisa y en el tiempo necesario. En los primeros, con una simple indicación en el volante ayuda a una correcta interpretación de los resultados. En los segundos, dependemos de la información previa que se le da al paciente, pues en ocasiones realiza él mismo la recogida en su domicilio.

Por norma general, antes de realizar una extracción sanguínea es recomendable que el paciente esté en ayunas en las 8-12 horas previas. Dado que tras una comida existen variaciones en las concentraciones de ciertos parámetros, como pueden ser la glucosa, la urea, los triglicéridos. Aumentando considerablemente sobre los valores basales, también se producen interferencias en la medida de alguno de los parámetros por la presencia de los quilomicrones. En el caso de desnutrición o un ayuno prolongado también observaremos como se verán aumentados las concentraciones de urea, el ácido úrico e iones.

También es conveniente que se produzca la extracción en las primeras horas de la mañana, sobre todo para la determinación de ciertos parámetros como el cortisol, el hierro, hormonas… que ven afectado su valor dependiendo a la hora del día a la que se analicen.

Además, en este periodo partimos de un cuerpo que ha estado en reposo, ya

que, la actividad física reciente nos puede alterar los resultados en la bioquímica, incluso en la hematología variando las concentraciones de hematocrito, etc.

Un dato que tampoco podemos pasar por alto cuando realizamos la interpretación de los resultados de los análisis, es si el paciente ingiere alcohol de forma habitual, es fumador o consume drogas de abuso, pues interfienren en la mayoría de las determinaciones en una analítica rutinaria.

Ante la imposibilidad del técnico que analiza las muestras de conocer estos datos sería conveniente la anotación en el volante de petición de la muestra, pues en la mayoría de los casos, agilizaría el proceso.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años ha mejorado la información y la preparación del paciente para la obtención de muestras, cada vez nos cuesta más encontrar los recipientes que nos encontrábamos hace unos años cuando nos traían directamente al laboratorio sus especímenes. Sin embargo, nos encontramos con profesionales encargados de realizar las extracciones en el área de urgencias o en hospitalización, que no son conscientes de la importancia de realizar bien la fase preanalítica de las muestras, no prestan atención en el orden correcto de llenado de los tubos, si la cantidad de la muestra en el tubo de coagulación es la correcta para que la proporción entre anticoagulante y muestra sea el idóneo, el envío inmediato de las muestras al laboratorio, la correcta preparación del paciente para la extracción (en cuanto a postura, uso prolongado del compresor, etc.) obtención de muestras para coagulación por catéteres heparinizados, esta falta de atención obstaculiza la realización del informe del laboratorio. Tampoco debemos de olvidar que las peticiones por parte de los facultativos solicitantes son bastante carentes en cuanto a datos, como pueden ser: motivo de la solicitud, la toma o administración de algún fármaco o anticoagulante antes de la extracción que que pueda interferir en ciertos resultados y que el desconocimiento a nivel del laboratorio, como es obvio, retrasa el proceso de interpretación de los resultados obtenidos para la validación y envío del informe final del laboratorio.

6 Bibliografía

- Albert L. Lehninger. Bioquímica. 2º Edición. Editorial omega S.A. Barcelona, 1994.

- Bernard Henry, Jonh. Masson-Salvat. Diagnóstico y tratamiento clínicos por el laboratorio. 9ª. Edición. 1993.
- Burnertt, David. Acreditación del laboratorio clínico. Editorial Reverte S.A. Barcelona, 1998.

Capítulo 1411

BIOPSIA CON AGUJA GRUESA GUIADA POR ECOGRAFÍA DE ADENOMA PLEOMORFO

PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

ELSA VARELA FUERTES

LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ

Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Las glándulas salivales son estructuras anatómicas situadas en el interior de la boca que tienen como función principal producir y excretar saliva a su interior.

Existen dos grupos de glándulas salivales de acuerdo a su tamaño: las glándulas mayores y las glándulas menores. Las glándulas mayores se dividen en parótidas, submaxilares y sublinguales. El grupo de las glándulas menores está conformado por palatinas, labiales, linguales y genianas.

Dentro de las patologías de las glándulas salivales se encuentran los adenomas o neoplasias benignas. Estos tumores se producen por un crecimiento anormal de células produciendo una masa fibrosa de tejido. Los tumores salivales son poco frecuentes y suponen un tanto por ciento muy bajo con respecto al resto de tumores existentes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la clasificación de los tumores benignos salivales es la siguiente:
- Adenoma pleomorfo.
- Adenoma canalicular
- Tumor de Warthin.
- Papiloma ductal.
- Mioepitelioma.
- Adenoma de células basales.
- Cistoadenoma.
- Oncocitoma.
- Adenoma sebáceo.

La tasa de incidencia de los tumores salivales es mucho mayor en las glándulas salivales mayores que en las menores, siendo en su mayoría neoplasias benignas. El adenoma pleomorfo es el tumor más común de los anteriormente mencionados, casi un 80% de estas neoplasias se encuentran en la parótida pudiendo localizarse a su vez en el lóbulo superficial o en el lóbulo profundo de la misma. Su cuadro clínico es el de un nódulo de consistencia firme que crece lentamente y sin dolor para el paciente, salvo raras ocasiones en las que su gran tamaño comprime el nervio facial. No obstante, no suelen ser mayores de 5 cm y la sensación al tacto es la de un bulto móvil que no suele adherirse a planos profundos.

El diagnóstico precoz del adenoma pleomorfo es muy importante ya que es un tipo de tumor que tiende a malignizarse con el paso de los años. Su tratamiento es la extirpación quirúrgica con márgenes amplios ya que su enucleación puede dar lugar a una retirada incompleta del adenoma y a una diseminación de las células tumorales. Para diagnosticar esta enfermedad es preciso realizar una biopsia de aguja gruesa (BAG) que confirme el diagnóstico. Es una prueba segura, rápida y eficaz que se realiza de forma ambulatoria y sin apenas molestias para el paciente.

2 Objetivos

Describir qué es un adenoma pleomorfo y cómo se realiza la biopsia de aguja gruesa (BAG).

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes artículos con los descriptores adenoma pleomorfo, biopsia, glándulas salivales, parótida, ecografía, en buscadores como Scielo, Medigraphic, Revista Cubana de Oncología, Pubmed, AJR y Elsevier.

4 Resultados

En primer lugar, proporcionamos al paciente un consentimiento informado en el que se explica en qué consiste la prueba y sus riesgos asociados. A continuación, tumbamos al paciente en una camilla y el radiólogo realiza una búsqueda del adenoma con control ecográfico para poder comprobar la localización, tamaño y profundidad de la lesión. Posteriormente, limpiamos la zona donde el radiólogo va a realizar la punción y colaboramos con él en la preparación del material, asistiéndolo en todo momento. Después de administrar al paciente anestesia local, procedemos a tomar muestras de la neoplasia para comprobar si es benigno o maligno. Para ello, usamos una pistola automática 18G de aguja hueca que, con un movimiento rápido hacia adelante y hacia atrás, corta un cilindro del tejido que queremos estudiar.

El número de pases que se van a realizar depende en gran medida del tamaño de la lesión, siendo lo habitual unos tres pases por biopsia. La muestra se descarga en un bote con una solución de formol y se envía al servicio de anatomía patológica para su posterior análisis. Comprimimos la zona donde se ha realizado la punción para evitar hematomas y tapamos con un apósito.

5 Discusión-Conclusión

La biopsia con aguja gruesa (BAG) es el método más seguro para la toma de muestras de un tejido ya que garantiza el envío de suficiente de material para poder determinar su estructura histológica, evitando la biopsia abierta de la lesión que incluye el riesgo de diseminación de células tumorales del nido. Es un proceso rápido e indoloro donde no suele haber complicaciones, los pacientes suelen abandonar la sala asintomáticos y por su propio pie.

6 Bibliografía

1. Gómez-Martínez LR. Adenoma pleomorfo. Tesis Profesional. UNAM. México. 1998.
2. Martínez I, Fernández MA, Vilaú PL, Camacho R, Pichs V. Adenoma pleomorfo. Algunos aspectos clínicos y terapéuticos. Rev Cub Oncol 1986; 2: 139-43.
3. Song IH, Song JS, Sung CO, Jong LR, Choil SH, Naml SY, et al. Accuracy of Core Needle Biopsy Versus Fine Needle Aspiration Cytology for Diagnosing Salivary Gland Tumors. Journal of Pathology and Translational Medicine. 2015; 49: 136-143.
4. Witt BL, Schmidt RL. Ultrasound-Guided Core Needle Biopsy of Salivary Gland Lesions: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Laryngoscope. 2014;124:695-700.
5. SERAM Sociedad Española de Radiología Médica. Ed. Médica Panamericana, 15 de dic. de 2010.
6. Howlett DC, Menezes LJ, Lewis K, Moody AB, Violaris N, Williams MD. Sonographically Guided Core Biopsy of A
Parotid Mass. AJR 2007; 188:223-27.

Capítulo 1412

ACONDICIONAMIENTO PRETRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA CON RADIOTERAPIA (TBI).

MARCOS ALVAREZ BLANCO

DANIEL MARTINEZ MENENDEZ

MARIA TERESA MORAL GORGOJO

MARIA CRISTINA SANTIRSO MENENDEZ

SONIA SUAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Realizar la preparación de un tratamiento de irradiación total corporal (TBI) y determinar los efectos secundarios tempranos y tardíos

2 Objetivos

Los principales objetivos que persigue la ICT, es la inmunosupresión del paciente para evitar el rechazo del trasplante de médula ósea; erradicación de células malignas y poblaciones celulares con alteraciones genéticas

3 Metodología

Estrategia de búsqueda.
Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Marco teórico.
Con la irradiación total corporal distribuimos de manera uniforme en todo el cuerpo (exceptuando algunos órganos críticos como son los pulmones), la dosis prescrita para erradicar esas células cancerosas y conseguir la inmunosupresión del paciente;
En la simulación, se coloca al paciente de la misma posición en que después se le administra el tratamiento (en este caso será tumbado en una camilla con las piernas flexionadas), se le toman las medidas antropométricas necesarias para calcular la dosis y realizar la protección de los pulmones con bloques de cerrobend. El médico, también valorará en caso de que sea necesario el uso de anestesia.
Durante el tratamiento, aparte de los TERT contaremos con la presencia necesaria del médico, enfermería y los físicos, que serán los que ubiquen dosímetros en diferentes localizaciones del paciente para controlar la dosis recibida (dosimetría in vivo).
Usaremos compensadores para la parte del cuello y piernas, además de una mampara de metacrilato para homogeneizar la dosis en piel.
La técnica de tratamiento será con el acelerador lineal angulado a 270ºo 90º, colimador 45º, un campo de 40x40 y la camilla del paciente a una distancia de unos 3.5 -4 metros del acelerador.
Se tratarán campos AP-PA-LD-LI (en los campos AP y PA es necesario normalmente el uso de la protección de pulmones).
El fraccionamiento de la ICT son normalmente dos sesiones diarias (mañana – tarde con un margen de 6h. aproximadamente entre cada sesión), durante tres días, con una dosis total de 12 Gy.
Las complicaciones producidas, están íntimamente relacionadas con las características radiobiológicas de las células.
Efectos secundarios tempranos: Vómitos, diarrea, náuseas…
Efectos tardíos: Inducción a tumores secundarios, disfunción endocrinológica, displasia esquelética

Es importante mantener el contacto constante con el paciente, durante el tratamiento, por lo general según se van administrando las sesiones están más débiles y aguantan mal la posición.

4 Resultados

La ICT es una técnica muy compleja dentro de la radioterapia cuyo procedimiento es irradiar con fotones de alta energía todo el cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

Ésta técnica está asociada a la quimioterapia y aunque se ha demostrado a lo largo del tiempo su eficacia como parte del tratamiento de múltiples enfermedades en el acondicionamiento previo para el trasplante de médula ósea o enfermedades autoinmunes, es necesario hacer un seguimiento de estos pacientes ya que no están exentos de efectos secundarios adversos.

6 Bibliografía

-Zúñiga Orlich Arnoldo. Oncología Médica. Generalidades sobre la irradiación corporal total (ICT).Costa Rica y Centro América. 2014.
-University of Washington Medical Center. Radiation Oncology.2007.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1413

ENTEROGRAFÍA A TRAVÉS DE RESONANCIA MAGNÉTICA.

SUSANA MENDEZ REDONDO

ANDREA CASTRO APARICIO

LAURA MAJO RODRIGUEZ

ANA MARIA FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

La enterografía por resonancia es una técnica muy utilizada en la práctica clínica actual. Es una herramienta para valorar el estado del intestino en diferentes patologías abdominales y muy concretamente en la Enfermedad de Crohn. Es una técnica que requiere de preparación previa del paciente y aunque ha ido implantándose en muchos centros hospitalarios no siempre se puede llevar a cabo, bien sea por reacciones adversas del paciente o falta de colaboración ya que se requiere la distensión del tubo digestivo para evaluar toda la cavidad abdominal y pélvica y muchos pacientes debido a su estado no toleran de manera adecuada dicha preparación ya que el agente utilizado puede producir náuseas, vómitos y diarreas.

2 Objetivos

- Definir el funcionamiento de esta técnica para obtener un estudio de la mejor calidad posible donde el facultativo pueda valorar las diferentes patologías.

- Estudio y evolución de enfermedades inflamatorias intestinales del tipo de la colitis ulcerosa y sobre todo Enfermedad de Crohn, tumores, sangrados, abscesos y fístulas obstrucciones intestinales.

3 Metodología

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

Marco teórico.
Se realiza en equipos de 1,5 o 3T. Se cita al paciente unos 60 minutos antes de la realización de la prueba, con el fin de suministrarle la solución con la que conseguirá una adecuada distensión abdominal. Debe acudir en ayunas de 4 horas mínimas y cerciorarse que el paciente no tiene ninguna contraindicación para la realización de un estudio a través de resonancia magnética mediante una entrevista protocolaria.
Es necesario la canalización de una vía para la administración de fármacos para disminuir el peristaltismo(tipo buscapina) y el contraste intravenoso utilizado en las últimas secuencias de la prueba.
Una vez que el paciente está adecuadamente preparado se le da acceso a la sala del imán y se coloca sobre la camilla de exploración en posición de decúbito supino. El área de estudio debe estar correctamente cubierta tanto de manera inferior como superior con las bobinas habilitadas para ello.
Existen diferentes protocolos de adquisición , tantos como hospitales o criterios de médico radiólogo.
Comenzamos el estudio con un localizado en 3 planos (axial, coronal y sagital) y un campo de visión (FOV) lo más grande posible según el tamaño del paciente.
Se continua con secuencias single-shot en los planos coronal y axial con el fin de comprobar el correcto relleno de asas intestinales y la correspondiente distensión abdominal para el adecuado diagnóstico por parte del médico radiólogo.
Diversas secuencias t1,t2, y Eco de gradiente con y sin saturación grasa.
Cabe destacar la secuencia de difusión que es de gran ayuda en este tipo de estudios.

Se usa gating respiratorio ya que unas secuencias son realizadas en apnea y otras con sincronización respiratoria.
La colaboración del paciente en la realización correcta de apneas es fundamental para la obtención de un estudio de calidad.

4 Bibliografía

- Enterografía por resonancia.Guía práctica para técnicos en radiología y radiólogos.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1414

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

SANDRA VIEJO BARROSO

MARGARITA COSTALES GARCIA

1 Introducción

La terapia de presión negativa (TPN) o VAC® es un sistema de cicatrización no invasivo que utiliza una presión negativa localizada y controlada para estimular la curación de heridas agudas y crónicas.

2 Objetivos

- Acelerar la cicatrización de la herida en un ambiente húmedo y controlado.
- Propiciar el cierre de la herida.

3 Caso clínico

Mujer de 72 años q es remitida por el servicio de cirugía plástica a la Unidad de Heridas Crónicas para seguimiento de TPN con pico en pérdida de sustancia de rodilla derecha. Presenta lesión postraumática en cara anterior de rodilla derecha, desbridada.

Acude con dispositivo funcionante, saturado al 20% con exudado seroso de color amarillento. Lecho con tejido de granulación, biopelícula y fibrina adherida. Bordes a nivel de la piel perilesional sin alteraciones.

La lesión ha disminuido de tamaño respecto al control previo. Se realiza higiene con agua jabonosa y aclarado con suero salino fisiológico. Se aplican fomentos con Prontosan durante unos minutos y se realiza desbridamiento cortante, retirando el tejido no viable. Se repiten los fomentos con Pontosan al finalizar.

Tras aclarado con salino y secado cuidadoso, se protegen bordes y la piel perilesional con PBNI y se repone apósito PICO quedando sellado y funcionante. No precisa cambio de apósito PICO hasta revisión en nuestra consulta.

4 Discusión-Conclusión

La TPN favorece la cicatrización de las heridas crónicas y agudas.

5 Bibliografía

- Consulta de Enfermeria de Heridas Cronica, HUCA.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 1415

NEO DE RECTO

SANDRA VIEJO BARROSO

MARGARITA COSTALES GARCIA

1 Introducción

El cáncer de recto es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos del recto. Los antecedentes médicos afectan el riesgo de cáncer de recto. Los signos de cáncer de recto son cambios en los hábitos intestinales o la presencia de sangre en las heces.

2 Objetivos

- Identificar la evidencia disponible que nos permita elaborar y proporcionar un plan de actuación diagnóstica y terapéutica.

3 Caso clínico

Varón de 63 años,raza blanca, intervenido de cáncer de recto bajo.Se realizó RAR con colostomía terminal. Patología perianal con fístula compleja e induración importante en margen perianal derecho. Acude a revisión por molestias anales precisando analgesia. Nota supuración anal escasa. Ayer febrícula. Exploración: colostomia buen aspecto, con mejoría del edema. Tacto rectal: muñón abierto con salida de contenido turbio maloliente. Solicito TAC pélvico para descartar colección pélvica residual postquirúrgica.

Imagen seudonodular en base izquierda ya presente en estudios previos, sin cambios. No se aprecian otras alteraciones significativas en el hemitórax inferior incluido. Hígado, bazo, riñones, páncreas y suprarrenales no muestran lesiones focales ni alteraciones formológicas. Vesícula y vías biliares sin imágenes de litiasis ni dilatación. Cambios postquirurgicos secundarios a resección rectal con colostomia terminal funcionante.

4 Discusión-Conclusión

Colección presacra en continuidad con el muñón rectal de aproximadamente 4,7 cm con nivel hidroaéreo en su interior.

5 Bibliografía

- Unidad Colorectal, Hospital Universitario de Cabueñes.

Capítulo 1416

FIBROADENOMA MAMÁRIO

SANDRA VIEJO BARROSO

MARGARITA COSTALES GARCIA

1 Introducción

Los fibroadenomas son tumores benignos (no cancerosos) de los senos comunes y compuestos por tejido glandular y de tejido estromal (conectivo). Estos tumores benignos son más frecuentes en mujeres de 20 a 39 años de edad, aunque pueden presentarse en mujeres de cualquier edad.

2 Objetivos

Dar a conocer la enfermedad y los medios más eficaces para su diagnóstico y tratamiento.Establecer un plan de actuación para discriminar el fibroadenoma de cualquier otra patologia mamaria.

3 Caso clínico

Paciente que acude a la unidad de mama por palparse un bulto en cuadrante inferio de la mama izquierda cerca de la areola.Con axilas normales.Antecedentes familiares de cáncer de mama. Se aconseja control por resonáncia magnética.

El estudio muestra unas mamas con moderada cantidad de tejido fibroglandular con imagen nodular ya conocida en cuadrante superior externo de mama izquierda, sin cambios significativos.Tras la administración de contraste intravenoso se objetiva una captación de fondo moderada bilateral y bastante

simétrica sin signos de sospecha en ninguna mama.Captación de tipo masa de 1,1 cm en cuadrante superior externo de mama izquierda, ovalado, bien definido y con una curva progresiva, aspecto morfológico y dinámico sugestivo de benignidad y además estable.

4 Discusión-Conclusión

Aparente distorsión del cuadrante inferointerno de la mama derecha, sin captaciones sospechosas y sin cambios.

Ganglios axilares bilaterales inespecificos.

No se aprecian ganglios patológicos en las cadenas mamarias internas.

5 Bibliografía

- Unidad de Mama, Hospital Universitario de Cabueñes.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1417

VACUNACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

CARLOTA ÁLVAREZ CARBAJAL

1 Introducción

La Organización Mundial de Salud (OMS) define en su informe sobre la salud en el mundo de 2006, al personal sanitario como "todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad proteger y mejorar la salud en sus respectivas comunidades"

El personal sanitario está en riesgo de ser contagiado de ciertas enfermedades prevenibles mediante vacunación y puede ser fuente de contagio para los pacientes a su cuidado y para sus compañeros de trabajo, es importante evitar ambas circunstancias. El programa de vacunación de los trabajadores sanitarios ha de realizarse de forma reglada e integrada en la vigilancia sanitaria de su estado de salud.

2 Objetivos

-Proteger a los trabajadores del riesgo de contraer determinadas enfermedades transmisibles.
- Evitar que los trabajadores puedan ser fuente de contagio para los pacientes a los que atienden, para otros trabajadores sanitarios y para la comunidad.
- Predicar con el ejemplo, pues difícilmente se puede proponer un tratamiento preventivo a la población que, al mismo tiempo, los profesionales de la salud rechazan.

- Evitar el absentismo laboral como consecuencia de enfermedades infecciosas adquiridas por los trabajadores en el desempeño de sus funciones.

3 Metodología

Búsqueda de datos en páginas web y diferentes libros, así como artículos o estudios contrastados con médicos. Después de recopilar la información sobre el tema tratado se reconstruye un resumen con todos los datos.

4 Resultados

Existen numerosas evidencias científicas que hacen incuestionable la recomendación de vacunación frente a la gripe en el personal sanitario. Las más importantes se resumen y agrupan a continuación en tres argumentos fundamentales:
- El argumento de necesidad, la autoprotección en un colectivo más expuesto.
- El argumento de ética, la conciencia de posible fuente transmisora para pacientes en los que la gripe puede expresarse con mayor gravedad y ser causa de muerte con mayor frecuencia.
- El argumento de ejemplaridad, el convencimiento científico de su utilidad y seguridad por el sanitario aporta confianza a la población general y grupos de riesgo lo que redunda en mejores coberturas vacunales.

El personal sanitario se encuentra incluido cada año entre los grupos de riesgo con indicación para vacunarse frente a la gripe. No obstante, las coberturas vacunales entre el personal sanitario en nuestro país son muy bajas no superando el 25%.

Diecinueve Sociedades Científicas y Asociaciones Profesionales que agrupan a los profesionales sanitarios más directamente relacionados con la gripe como problema de salud, así como el Consejo General de Enfermería, se han reunido para debatir y elaborar un documento de consenso con el objetivo de concienciar al personal sanitario sobre la conveniencia de su vacunación frente a la gripe y de los beneficios que de ella se derivan para sí mismos, para sus pacientes y para el resto de la población.

5 Discusión-Conclusión

Los motivos más frecuentes del personal del hospital para vacunarse de gripe son proteger su salud, la de su familia y la de los pacientes. Los motivos más frecuentes para no vacunarse se basan en los posibles efectos derivados de su administración, la percepción de bajo riesgo y dudas sobre su efectividad. Muchos de los motivos se basan en creencias erróneas y deben ser considerados para el diseño de estrategias que incrementen las coberturas vacunales de gripe en personal sanitario.

6 Bibliografía

- Vacunación de gripe en trabajadores sanitarios. Por qué se vacunan y por qué no se vacunan - Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante - Agosto 2006- Enlace web: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-vacunacion-gripe-trabajadores-sanitarios-por-13091777
- Manual de vacunas en línea de la AEP - Comité Asesor de Vacunas de la AEP- Actualizado en enero de 2020 – Enlace web https://vacunasaep.org/printpdf/documentos/manual/cap-19
- Campaña de la gripe: ¿Por qué se debe vacunar el personal sanitario? – Redacción médica- 24 OCTUBRE 2019- Enlace web: https://www.redaccionmedica.com/la-revista/noticias/campana-de-la-gripe-porque-se-debe-vacunar-el-personal-sanitario--5076
- Consenso sobre la vacunación frente a la gripe en el personal sanitario- SEQ, AEES, AEP, AEV, ANDE, ANMTAS, CGE, SEGG, SEGO, SEHH, SEIMC, SEMERGEN, SEMES, SEMFYC, SEMG, SEMI, SEMICYUC, SEMPSPH, SEOM, SEPAR, UCM. 2012- Enlace web: https://www.sempsph.com/es/documentos-sempsph/medicina-clinica-preventiva/article/117164-consenso-sobre-la-vacunacion-frente-a-la-gripe-en-el-personal-sanitario

Capítulo 1418

LA RADIOGRAFÍA

SANDRA RIESGO ÁLVAREZ

1 Introducción

Una radiografía es una técnica exploratoria- diagnóstica que consiste en someter a un paciente a la acción de los rayos X para obtener una imagen sobre una placa fotográfica.

2 Objetivos

Los haces de rayos X pasan a través del cuerpo y se absorben en diferentes cantidades según la densidad del material a través del cual pasan. Los materiales densos, como huesos y materiales, aparecen de color blanco en las radiografías. El aire en los pulmones aparece de color negro. La grasa y los músculos aparecen como sombras de color gris. En algunos tipos de radiografías, se introduce un medio de contraste (como yodo o bario) en el cuerpo para poder observar más detalles en las imágenes.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos de pubmed , update y preevid. Criterios de inclusión que he empleado: Documentos gratuitos escritos en castellano. Como criterios de exclusión: Documentos publicados en idiomas distintos del castellano.

4 Resultados

Las fracturas e infecciones en los huesos y dientes aparecen con claridad mediante esta técnica, las radiografías de las articulaciones, pueden revelar signos de artritis, y las tomadas a para buscar caries. Algunos tipos especiales de radiografías pueden medir la densidad ósea lo largo de los años pueden ayudar a tu médico a determinar si la artritis diagnosticada está empeorando. Los dentistas usan radiografías para tomar imágenes de los dientes y mandíbula y también pueden revelar tumores en los huesos.

Mediante una radiografía de tórax, se puede detectar la presencia de neumonía, tuberculosis o cáncer de pulmón. También se pueden ver los cambios en el flujo sanguíneo hacia los pulmones y el corazón.

Un tipo de radiografía especial muy común es la mamografía, que se utiliza para examinar el tejido mamario.

5 Discusión-Conclusión

Las radiografías se guardan de forma digital en el ordenador y se pueden ver en la pantalla en minutos, dotando así de mucha información al facultativo para esclarecer o descartar un diagnostico. Generalmente, un radiólogo observa e interpreta los resultados y envía un informe al facultativo. Estas radiografías se guardan siempre, en la historia clínica del paciente que generalmente ahora está digitalizada.

6 Bibliografía

- www.mayoclinic.org
- KongA,Barnett G,Mosteller F,et al. How medical professionals evaluate expressions of probability.N Engl J Med.1986;315:740-4.
- Madrid G. Programas de calidad integral para servicios de radiología. (tesis doctoral) Zaragoza: Facultad de Medicina de la Universidad 1990. www.radiology-courses.com
- Taveras JM,Ferrucci JT:Radiology:Diagnosis,Imaging,INTERVENTION,2002ed.on CD-ROM.Philadelphia,Lippincott Williams& Wilkins,2002.

Capítulo 1419

LA RESONANCIA MAGNÉTICA: REALIZAR LA PRUEBA CON SEGURIDAD

SANDRA RIESGO ÁLVAREZ

1 Introducción

La resonancia magnética es una técnica que nos permite ver el interior del cuerpo sin la necesidad de realizar una intervención quirúrgica. La máquina de resonancia emplea magnetismo por lo que no se estará expuesto a ningún tipo de radiaciones como sucede con los rayos X; pero ello no implica que descuidemos las consideraciones básicas de seguridad.

2 Objetivos

Aunque este tipo de prueba no emite radiaciones ionizantes, no por ello se debe olvidar que existen una serie de riesgos. La resonancia magnética se origina en un campo magnético generado por un imán, la interacción de los distintos campos electromagnéticos tanto del sistema de resonancia, como son el campo magnético estático, pulsos de radiofrecuencia y gradientes, unido al cuerpo del ser humano puede ocasionar algunos riesgos.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos de pubmed , update y preevid. Criterios de inclusión que he empleado: Documentos gratuitos escritos

en castellano. Como criterios de exclusión: Documentos publicados en idiomas distintos del castellano.

4 Resultados

Debemos tener en cuenta que el paciente tendrá molestias auditivas en el caso de secuencias de medición ruidosas originadas por los gradientes y sensación de claustrofobia y ansiedad al encontrarse en un lugar cerrado con un mínimo espacio y sin posibilidad de moverse.

Hay que limitar la exposición del paciente a campos magnéticos variables en el tiempo, con intensidades menores que las requeridas para producir cualquier tipo de estimulación nerviosa.

Las intensidades del CM estático que no excedan de 2T se encuentran por debajo del nivel de riesgo, en el caso que sea superior el fabricante tendrá la obligación de proporcionar las pertinentes garantías adicionales de seguridad.

Los niveles de ruido acústico deberán permanecer por debajo de los niveles de riesgo establecidos: 65 dB a 95 Db.

5 Discusión-Conclusión

Para una total seguridad y evitar posibles lesiones o molestias se deben cumplimentar los cuestionarios para detectar a los portadores de objetos metálicos, tanto externos como internos, y distintos implantes sensibles al electromagnetismo, como pueden ser marcapasos, las bombas de medicación, o cualquier obstáculo metálico de riesgo para la prueba y el paciente.

Asegurarse que el paciente acude a la sala de exploración en ropa interior que no contenga nada metálico y cubierto por una bata, que se le proporcionará en el momento de realizar la prueba.

Comprobar que todo el material clínico que se vaya a utilizar no contiene componentes ferromagnéticos (silla de ruedas, pies de suero, bombas de inyección, carros de anestesia).

Los rótulos de seguridad deberán encontrarse en lugares visibles tanto dentro como fuera de la sala de exploración.

Visibilidad de todos los interruptores de emergencia (desconexión de emergencia, parada de imán, parada de la mesa).

Comprobar el buen funcionamiento del sistema interfónico.

En caso de precisarse una reanimación, el empleo del desfibrilador se realizará fuera de la sala.

Al paciente se le facilitará protección auditiva (auriculares no magnéticos, tapones).

6 Bibliografía

- SOBEJANO, A., TOMÁS JM, MUÑOZ C. Manual de resonancia magnética. Ed JMS. Barcelona 1992
- MARTÍ-BONMATÍ, L, CELDA B. Resonancia magnética. Diagnóstico por la imagen. Ed Salvat. Barcelona 1991.
- ARMANDOS T. EQUIPO OSATEK. Guía práctica para profesionales de resonancia magnética. Ed. Osatek Bilbao 2003.
- www.mrisafety.com

Capítulo 1420

BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA Y OSNA.

MARIA PURIFICACIÓN FERREIRO MIRAGAYA

1 Introducción

En la actualidad el cáncer de mama se considera la principal causa de muerte por cáncer en el sexo femenino, además de ser el tumor más frecuente en las mujeres. Su presencia en el sexo masculino cada vez es más extendido.
A principios de la década de los 90 Giuliano y Krag introdujeron la biopsia selectiva del ganglio centinela a fin de estadificar los pacientes con cáncer de mama que no se beneficiarían de una linfadenectomía axilar, de forma que se evita realizar, reduciendo la comorbilidad en el paciente. La aplicación de esta técnica intraoperatoria ha marcado la tendencia general del tratamiento del cáncer de mama durante los últimos 30 años, dirigiéndose hacia la conservación de la mama y la axila.

2 Objetivos

Realizar una descripción y evaluación de la aplicación de la biopsia del ganglio centinela junto el método OSNA, durante estos últimos 10 años, así como objetivar la posibilidad de nuevas aplicaciones.

3 Metodología

Para la realización del presente artículo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos ClinicalKey y Pubmed; filtrándose los resultados en una

horquilla temporal de los últimos 10 años. Además se han utilizado operadores boléanos como AND, OR y NOT, a fin de combinar los resultados temporales con existencia de las palabras claves utilizadas, dentro de los estudios hallados, para ajustar la selección de los trabajos al objetivo del presente estudio.
Palabras clave: "Ganglio centinela", "cáncer de mama", "Biopsia intraoperatoria", "Biopsia intraoperatoria", "OSNA"

4 Resultados

La biopsia selectiva del ganglio centinela nació con el objetivo de disminuir la comorbilidad de los pacientes con cáncer de mama; dado su baja tasa de falsos negativos (5%) permite intentar evitar linfadenectomía axilar innecesaria. Gracias a esto, se ha convertido en el patrón oro de la estadificación del cáncer de mama en pacientes con axila clínicamente negativa.
A la hora de realizar la técnica primeramente ha de identificarse el ganglio centinela a través de una inyección subdérmica, intra/peritumoral (normalmente ecoguiada) y/o subdérmica de un trazador o nanocoloide. También puede usarse una técnica mixta de radiotrazador con colorante. Esta última técnica está considerada como patrón oro dado su baja tasa de falsos negativos como su mayor tasa de identificación.
Los colorantes normalmente usados son azul de metileno, azul patente y azul de isosulfan. En cuanto a los radiotrazadores nos encontramos con el 99mTc-coloide de azufre 99mTc-nanocoloides, trazadores fluorescentes ICG, partículas de óxido de hierro superparamagnético y microburbujas.
A partir de esta identificación del ganglio centinela, se toma la muestra correspondiente de él y se envía en fresco al laboratorio de Anatomía Patológica. Aquí las técnicas convencionales de diagnóstico de impronta y tinción de cortes histológicos seriados por congelación se han ido quedando restringidas a casos muy concretos, debido a la irrupción de la técnica molecular intraoperatoria OSNA.
Este es un procedimiento cuantitativo y cualitativo altamente específico, puesto que posee una mayor sensibilidad que las pruebas anteriormente citada, así como una alta concordancia, sensibilidad y especificidad comparándolo con al análisis histopatológico postoperatorio. Esta técnica permite un análisis intraoperatorio de forma precisa, evitando reintervenciones posteriores.
Estas características propias del método OSNA se traducen en una reducción de días de ingreso del paciente y una disminución del tiempo dedicado a la cirugía, lo que conlleva una reducción del gasto sanitario, que los actuales estudios lo vienen cuantificando en 439,67€ de ahorro por paciente.

Esta técnica no requiere extracción ni purificación del ARNm previas al análisis e incluye 6 "primers" específicamente diseñados para excluir la amplificación de pseudogenes o sus transcritos (falsos positivos). Los últimos equipos permiten el estudio de hasta 14 ganglios en el mismo run. En este análisis se medirá la carga tumoral total dado que es el mejor predictor de metástasis con mayor potencia que el número de ganglios positivos. Se entiende por carga tumoral total como la suma de del número de copias de ARNm-CK19/uL de cada ganglio centinela de un paciente. Esta carga tumoral hace dividir a los pacientes en 2 grupos: uno de bajo riesgo de metástasis con los ganglios no centinela y otro de alto riesgo de metástasis con los ganglios no centinelas; situando el punto de corte en 25.000 copias.

El proceso normalmente es el siguiente 12:

- Separación de la grasa del ganglio y sección del ganglio si pesa más de 600 mg.
- Lisado las muestras y se añaden 4 ml de Lynorhag R
- Centrifugado de la muestra.
- Colocación de la fase líquida de la mezcla en el OSNA, donde se realiza automáticamente el pipeteo, amplificación y detección para su análisis de forma automática.

El tiempo necesario para el diagnóstico con este método oscila alrededor de 30 minutos dependiendo del número de ganglios estudiados. Es aconsejable la inclusión de grasa periganglionar en parafina para su estudio histológico posterior, tras la disección del ganglio.

Ante esto se puede decir que las indicaciones de estos métodos son:

- Cualquier carcinoma de mama, salvo carcinoma inflamatorio, objetivando específicamente la ausencia de infiltración axilar en el diagnóstico inicial o tras la terapia sistémica primaria.
- Carcinomas infiltrantes T1,T2 y T3, siempre que la axila sea clínica, ecográfica y patológicamente negativa.
- Carcinoma intraductal con indicación de mastectomía o alto riesgo de microinfiltración/infiltración en base a diámetro mayor o igual a 3 cm, palpable, alto grado histológico, comedonecrosis.
- Carcinoma de mama en el varón se siguen los mismos criterios que en las mujeres

Como contraindicaciones de la biopsia del ganglio centinela nos encontramos con:

- Carcinomas inflamatorios T4d.
- Carcinomas infiltrantes con metástasis ganglionares.
- Radioterapia previa a dosis de 50 Gy.

- Carcinoma localmente avanzado con afectación ganglionar con ausencia de tratamiento sistémico primario.

No se tomarán como contraindicaciones, la terapia sistémica primaria, la recidiva mamaria, pacientes gestantes, pacientes puérperas lactantes si se retira dicha lactancia 24 horas antes, carcinoma mamario T4b con infiltración focal de la piel, radioterapia de mama o axila previa, cirugía mamaria plástica de aumento o reducción previa, ni la biopsia escisional previa.

Otras consideraciones a tener en cuenta son:

- El diagnóstico del ganglio centinela tras la terapia sistémica primaria se puede realizar a través del método OSNA.
- Ante un carcinoma "in situ" la biopsia del ganglio centinela está indicada en todos los casos susceptibles de cirugía conservadora, con criterios de alto riesgo y, en todos los casos que requieran mastectomía.
- En caso de pacientes con adenopatías axilares clínicamente positivas, tratados con terapia sistémica primaria puede hacer la biopsia del ganglio centinela tras finalizar dicha terapia. De tal manera, que es aconsejable el marcaje previo de los ganglio sospechosos, así como la extirpación de por lo menos 2 ganglios centinelas.

5 Discusión-Conclusión

La biopsia del ganglio centinela junto con el método OSNA se ha demostrado como un método intraoperatorio de estadificación de los pacientes con cáncer de mama, que es seguro, rápido, cuantitativa y cualitativamente altamente específico y sensible. Además de ser un método que conlleva una reducción de gasto sanitario por la disminución del tiempo de estancia hospitalaria y quirúrgica.

Por ello, se ha convertido en el patrón oro de estadificación del cáncer de mama en pacientes con axila clínicamente negativa. Así como, se está demostrando útil en otras situaciones del carcinoma de mama.

6 Bibliografía

1.- Arroyo Yustos M, Martín Angulo M, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de mama. Medicine. 2017; 12(34):2011-2023.

2.- Martín-Marcuartu JJ, Álvarez-Pérez RM, Sousa Vaquero JM, Jiménez-Hoyuela García JM. Biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama del varón. Rev. Esp Med. Nucl Imagen Mol. 2018; 37(3):146-150.

3.- Giulano AE, Kirgan DM, Guenther JM, Morton DL. Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer. Ann Surg. 1994; 220(3):391-398.
4.- Torres C Soledad, Acevedo B Juan Carlos, Aguirre D Bernardita, Aliaga M Nuvia, Cereceda G Luis, Dagnino U Bruno, Gutiérrez Jorge, Ibarra V Álvaro, Paredes F Hernando, Reyes v José Miguel, Robert M Verónica, Sola V Antonio, Schwartz J Ricardo. Estado del arte el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Revista Médica Clínica Condes. 2013; 24(4): 588-609.
5.- Bernet Laia et al. Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Revista Española de Patología. 2014; 47(1):22-32.
6.- García-Peláez Beatriz, Verdú Montse, Román Ruth, Rodón Natalia, Pubill Carme, Díaz Olga, Puig Xavier. Expresión inmunohistoquímica de CK19 en variantes del carcinoma de mama y en subtipos histológicos infrecuentes. Revista Española de Patología. 2015; 48(2):67-74.
7.- Palacios Calvo et al. Consenso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y la Sociedad Española de Oncología Médica sobre biomarcadores en cáncer de mama. Revista Española de Patología. 2018; 51(2): 97-109.
8.- Dueñas Rodríguez Basilio et al. Eficacia de la biopsia intraoperatoria del ganglio centinela mediante el método one step nucleic acid amplification para evitar la linfadenectomía axilar en mujeres con cáncer de mama tratadas previamente con quimioterapia neoadyuvante. Revista de Senología y Patología Mamaria. 2012; 25(4):139-146.
9.- Tamayo Carabaño D., Álvarez Pérez R, De Bonilla Damiá A., Acevedo Bañez I, Pachón Garrudo VM, Jiménez-Hoyuela García JM. Biopsia selectiva de ganglio centinela en carcinomas de mama N+ convertidos a N0 después de quimioterapia neoadyuvante. Revista Española Med Nucl Imagen Mol. 2019; 38(3):140-146.
10.- Sabaté-LLobera A, Notta PC, Benítez-Segura A, López-Ojeda a, Pernas-Simon S, Boya-Román MP, Bajén MT. Biopsia selectiva del ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama y biopsia escisional previa: ¿cambia la fiabilidad de la técnica según el tiempo transcurrido desde la cirugía?. Rev Esp Med Nucl Imagen Mol. 2015; 34(1):9-12.
11.- Bañuelos Andrío Luis, Rodríguez Caravaca Gil, Argüelles Pintos Miguel, Mitjavilla Casanova Mercedes. Biopsia selectiva del ganglio centinela en cáncer de mama: si recurrencias axilares tras un seguimiento medio de 4,5 años. Rev Esp Med Nucl Imagen Mol. 2014; 33(5):259-263.
12.- Guillén-Paredes María Pilar, Carrasco-González Luis, Cháves-Benito Asunción, Campillo-Soto Álvaro, Carrillo Andrés, Aguayo-Albasini José Luis. El análisis molecular intraoperatorio (one-step nucleic acid amplification) del ganglio

centinela como alternativa al estudio histopatológico diferido en el cáncer de mama: análisis coste-beneficio. Cirugía Española. 2011; 89(7): 456-462.
13.- T Rubio Isabel, Roca Isabel, Sabadell Dolors, Xercavins Jordi. Beneficio de la biopsia del ganglio linfático centinela en pacientes con 6.- García-Peláez Beatriz, Verdú Montse, Román Ruth, Rodón Natalia, Pubill Carme, Díaz Olga, Puig Xavier. Expresión inmunohistoquímica de CK19 en variantes del carcinoma de mama y en subtipos histológicos infrecuentes. Revista Española de Patología. 2015; 48(2):67-74.
7.- Palacios Calvo et al. Consenso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y la Sociedad Española de Oncología Médica sobre biomarcadores en cáncer de mama. Revista Española de Patología. 2018; 51(2): 97-109.
8.- Dueñas Rodríguez Basilio et al. Eficacia de la biopsia intraoperatoria del ganglio centinela mediante el método one step nucleic acid amplification para evitar la linfadenectomía axilar en mujeres con cáncer de mama tratadas previamente con quimioterapia neoadyuvante. Revista de Senología y Patología Mamaria. 2012; 25(4):139-146.
9.- Tamayo Carabaño D., Álvarez Pérez R, De Bonilla Damiá A., Acevedo Bañez I, Pachón Garrudo VM, Jiménez-Hoyuela García JM. Biopsia selectiva de ganglio centinela en carcinomas de mama N+ convertidos a N0 después de quimioterapia neoadyuvante. Revista Española Med Nucl Imagen Mol. 2019; 38(3):140-146.
10.- Sabaté-LLobera A, Notta PC, Benítez-Segura A, López-Ojeda a, Pernas-Simon S, Boya-Román MP, Bajén MT. Biopsia selectiva del ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama y biopsia escisional previa: ¿cambia la fiabilidad de la técnica según el tiempo transcurrido desde la cirugía?. Rev Esp Med Nucl Imagen Mol. 2015; 34(1):9-12.
11.- Bañuelos Andrío Luis, Rodríguez Caravaca Gil, Argüelles Pintos Miguel, Mitjavilla Casanova Mercedes. Biopsia selectiva del ganglio centinela en cáncer de mama: si recurrencias axilares tras un seguimiento medio de 4,5 años. Rev Esp Med Nucl Imagen Mol. 2014; 33(5):259-263.
12.- Guillén-Paredes María Pilar, Carrasco-González Luis, Cháves-Benito Asunción, Campillo-Soto Álvaro, Carrillo Andrés, Aguayo-Albasini José Luis. El análisis molecular intraoperatorio (one-step nucleic acid amplification) del ganglio centinela como alternativa al estudio histopatológico diferido en el cáncer de mama: análisis coste-beneficio. Cirugía Española. 2011; 89(7): 456-462.
13.- T Rubio Isabel, Roca Isabel, Sabadell Dolors, Xercavins Jordi. Beneficio de la biopsia del ganglio linfático centinela en pacientes con6.- García-Peláez Beatriz, Verdú Montse, Román Ruth, Rodón Natalia, Pubill Carme, Díaz Olga, Puig Xavier. Expresión inmunohistoquímica de CK19 en variantes del carcinoma de

mama y en subtipos histológicos infrecuentes. Revista Española de Patología. 2015; 48(2):67-74.
7.- Palacios Calvo et al. Consenso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y la Sociedad Española de Oncología Médica sobre biomarcadores en cáncer de mama. Revista Española de Patología. 2018; 51(2): 97-109.
8.- Dueñas Rodríguez Basilio et al. Eficacia de la biopsia intraoperatoria del ganglio centinela mediante el método one step nucleic acid amplification para evitar la linfadenectomía axilar en mujeres con cáncer de mama tratadas previamente con quimioterapia neoadyuvante. Revista de Senología y Patología Mamaria. 2012; 25(4):139-146.
9.- Tamayo Carabaño D., Álvarez Pérez R, De Bonilla Damiá A., Acevedo Bañez I, Pachón Garrudo VM, Jiménez-Hoyuela García JM. Biopsia selectiva de ganglio centinela en carcinomas de mama N+ convertidos a N0 después de quimioterapia neoadyuvante. Revista Española Med Nucl Imagen Mol. 2019; 38(3):140-146.
10.- Sabaté-LLobera A, Notta PC, Benítez-Segura A, López-Ojeda a, Pernas-Simon S, Boya-Román MP, Bajén MT. Biopsia selectiva del ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama y biopsia escisional previa: ¿cambia la fiabilidad de la técnica según el tiempo transcurrido desde la cirugía?. Rev Esp Med Nucl Imagen Mol. 2015; 34(1):9-12.
11.- Bañuelos Andrío Luis, Rodríguez Caravaca Gil, Argüelles Pintos Miguel, Mitjavilla Casanova Mercedes. Biopsia selectiva del ganglio centinela en cáncer de mama: si recurrencias axilares tras un seguimiento medio de 4,5 años. Rev Esp Med Nucl Imagen Mol. 2014; 33(5):259-263.
12.- Guillén-Paredes María Pilar, Carrasco-González Luis, Cháves-Benito Asunción, Campillo-Soto Álvaro, Carrillo Andrés, Aguayo-Albasini José Luis. El análisis molecular intraoperatorio (one-step nucleic acid amplification) del ganglio centinela como alternativa al estudio histopatológico diferido en el cáncer de mama: análisis coste-beneficio. Cirugía Española. 2011; 89(7): 456-462.
13.- T Rubio Isabel, Roca Isabel, Sabadell Dolors, Xercavins Jordi. Beneficio de la biopsia del ganglio linfático centinela en pacientes con carcinoma in situ de mama. Cirugía Española . 2009; 85(2): 92-95.

Capítulo 1421

EFECTOS TÓXICOS TARDÍOS PRODUCIDOS POR LOS TRATAMIENTOS CON RADIOTERAPIA

YOLANDA BALSERA FERNÁNDEZ

ARIANA GONZALEZ OBESO

1 Introducción

Uno de los muchos usos que tienen las radiaciones ionizantes es la lucha contra el cáncer, la radiación inhibe el crecimiento y reproducción de las células cancerígenas, al irradiar la parte del organismo afectada, la radiación destruirá a su paso células tanto tumorales como normales. Las células normales tienen mayor capacidad de recuperación con respecto a las células cancerígenas, que son mucho más sensibles a la acción de la radiación, este es el principio biológico que explica como la radioterapia es un arma eficaz contra los tumores.

Los tratamientos con radioterapia están condicionados por los posibles efectos secundarios producidos en los tejidos sanos que son irradiados. Estos efectos tóxicos se dividen en agudos y tardíos, cuando su aparición se produce durante el tratamiento o en los 90 primeros días desde la finalización del mismo, hablamos de efectos agudos, cuando son posteriores a los 90 días hablamos de efectos tardíos. Las lesiones agudas tienen buen pronóstico evolucionando hasta la curación mientras que las tardías no tienen un resultado favorable.

Dichas complicaciones tardías producidas por la radioterapia siguen siendo hoy día la principal preocupación a la hora de la planificación de los tratamientos, a

pesar de los grandes avances de los últimos años en cuanto a técnicas y aparataje, se sigue produciendo una elevada toxicidad.

2 Objetivos

- Determinar, catalogar y desarrollar los efectos tóxicos tardíos relacionados con las terapias radioterápicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente.
Descriptores: radioterapia, toxicidad, tratamiento, cáncer.

4 Resultados

Es en el año 1984 cuando se elaboró la primera escala de toxicidad producida por la radioterapia y que estudiaba unos 30 criterios en su totalidad. Posteriormente, en el año 1995 se introdujo una nueva escala sobre toxicidad tardía (LENT-SOMA) que analizaba 152 criterios con mayor precisión. En 1998 se hizo pública una versión complementaria sobre la toxicidad aguda con un análisis de 250 criterios.

Por último, es en 2003 cuando se detalló la tercera versión (CTCAE v3.0) que recoge y clasifica todo aquel suceso adverso producido durante el tratamiento y el seguimiento del paciente cuando ha finalizado la terapia. Esta escala supone una forma de clasificación multimodal de todas las complicaciones agudas o tardías provocadas por los tratamientos contra el cáncer.

Los procesos inflamatorios y las fibrosis como consecuencia de la radioterapia generan pérdida de elasticidad y de una induración por la retracción de los tejidos. Según los tejidos afectados se observarán hipoplasias, sequedad, ulceración pudiendo llegar a necrosis, oclusión de estructuras vasculares o fibrosis de estructuras nerviosas. Algunas de las manifestaciones clínicas por toxicidad tardía son:
• Aparición de fibrosis del tejido subcutáneo, el impacto clínico dependerá de las estructuras subyacentes.

• Obstrucción de vasos linfáticos. El linfedema es un tipo de inflamación producida por la acumulación de linfa en alguna parte del organismo.
• Crecimiento de segundos tumores como consecuencia del tratamiento del tumor primario, este es uno de los efectos secundarios más graves en la oncología radioterápica.
• La irradiación craneal se ha relacionado con trastornos cognitivos como déficit de atención, reacciones lentas, dificultad en el aprendizaje, demencia etc. Estos trastornos son más frecuentes en niños tratados con menos de 10 años, sobre todo en los primeros 3 años de vida debido a la inmadurez de algunas estructuras.
• Daños oculares pueden producirse por irradiación de los ojos y sus anexos tales como sequedad, cataratas o retinopatía post radioterápica.
• Disminución de la audición por lesión coclear o neuronal.
• Atrofia de las glándulas salivales inhibiendo la producción de saliva.
• Daños dentales por dosis altas de radiación que se traducen en afectación de la pulpa dental dificultando la vascularización de las piezas y favoreciendo infecciones.
• Alteración del tiroides de carácter primario por irradiación directa del tiroides o secundario por déficit hormonal tras irradiación de hipófisis.
• Estrechamiento de la luz del esófago en mayor o menor grado debido a la fibrosis de la submucosa.
• La neumonitis tardía se caracteriza por disnea de evolución durante meses o años, pudiendo precisar soporte con oxígeno y corticoesteroides.
• Miocardiopatías, pericarditis, valvulopatías, anomalías en la conducción y otras alteraciones.
• Cuadros de dispepsia, úlceras, gastritis por fibrosis de la submucosa radioinducida en el estómago.
• Toxicidad tardía en el intestino mucho menos frecuente que la aguda, pero de elevada morbimortalidad. No hay una buena motilidad que desemboca muchas veces en intervenciones quirúrgicas.
• Cuadro semejante a cirrosis por irradiación hepática.
• Proteinuria e hipertensión arterial que puede desarrollar una insuficiencia renal.
• La toxicidad rectal crónica es habitual en pacientes tratados con cáncer de próstata, los efectos dependen de la porción más afectada, desde heces con sangre hasta disfunción del esfínter.
• Ulceras y fístulas vesicales.
• Menopausia prematura por irradiación ovárica en mujeres y oligoespermia, azospermia o disfunción eréctil en hombres.

El superóxido dismutasa fue la primera sustancia que resultó ser beneficiosa para disminuir las fibrosis radioinducidas. Otras sustancias utilizadas para el tratamiento de efecto tardíos por radioterapia son pentoxifilina, corticoesteroides, sucralfato, ácido hialurónico, amifosfina etc.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario conocer exactamente la incidencia y prevalencia de la toxicidad tardía radioinducida de forma global y específica para cada órgano, el impacto sobre la calidad de vida del paciente y sus consecuencias médicas y económicas que estas complicaciones van a suponer. Se debe seguir evolucionando en el tratamiento y sobre todo en la prevención de los efectos crónicos graves, con las modernas unidades de tratamiento y técnicas de radioterapia se han mejorado considerablemente.
Además, la aparición de mayor o menor toxicidad también depende de factores como:
• Intencionalidad del tratamiento, si es curativo o paliativo, teniendo en cuenta si el paciente por su esperanza de vida va a llegar a desarrollar tales efectos.
• Dosis total de radiación, los órganos y tejidos tienen una dosis de tolerancia a partir de la cual comienzan a presentar signos.
• Dosis por fracción y fraccionamiento, es importante el tiempo que transcurre entre una sesión y otra.
• Volumen irradiado y zona de tratamiento.

6 Bibliografía

- Bentzen SM, Dorr W, Anscher MS, et al. Normal tissue effects: Reporting and analysis. Semin Radiat Oncol. 2003;13(3):189-202.
- Delanian S, Martin M, Housset M. Iatrogenic fibrosis in cancerology (1): descriptive and physiopathological aspects. Bull Cancer. 1993;80(3):192-201.
- . Rubin P, Constine LS, Fajardo LF, Phillips TL, Wasserman TH. RTOG Late Effects Working Group. Overview. Late Effects of Normal Tissues(LENT) scoring system. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1995;31(5):1041-2.
- Trotti A, Colevas AD, Setser A, et al. CTCAE v3.0: development of a comprehensive grading system for the adverse effects of cancer treatment. Semin Radiat Oncol. 2003;13(3):176-81.
- Coleman CN, Harris JR. Current scientific issues related to clinical radiation oncology. Radiat Res. 1998 Aug;150(2):125-33

Capítulo 1422

OBSOLENCIA DEL PARQUE TECNOLÓGICO EN HOSPITALES DE ESPAÑA

ALEJANDRA GARCÍA APARICIO

1 Introducción

La Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) en colaboración con empresas del sector de Tecnología y Sistemas de Información Clínica, llevó a cabo un estudio donde se analiza la situación de los equipamientos tecnológicos a día de hoy en cada Comunidad Autónoma de España. El informe "Perfil tecnológico hospitalario y propuestas para la renovación de tecnologías sanitarias" pone de manifiesto el alto nivel de obsolencia en equipamiento hospitalario que nuestro país. Refleja que en muchos aspectos está a la cola de Europa en renovación de la tecnología sanitaria. Exactamente en la penúltima posición en cuanto a la antigüedad de parques tecnológicos.

La existencia de equipos obsoletos repercute negativamente en la prestación sanitaria al no haber un beneficio de los sistemas de diagnóstico y tratamientos más innovadores que permitan: un diagnóstico más certero, uso de menores dosis de radiación y de medios de contraste, el seguimiento y la explotación de datos, así como el acceso a los tratamientos y monitorización más avanzados.

Esta obsolencia queda reflejada en los informes que demuestran que el 28% de los equipos tecnológicos de los hospitales de nuestro país supera los 10 años de antigüedad. Este dato contraviene la normativa europea del Comité Europeo de

Coordinación de la Industria Electromédica y Radiológica (COCIR), que limita al 10% el máximo de equipos con una década de antigüedad.

España como miembro de la Unión Europea debe cumplir las directivas emitidas por la Comunidad Europea de la Energía Atómica (EURATOM). Basándose en las recomendaciones hechas por la Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP), en 2013 se aprobó la directiva europea sobre Protección Radiológica 2013/59/EURATOM que regula los nuevos requisitos sobre justificación, optimización y límite de dosis de radiación. Se estableció un tiempo de carencia de 5 años para que los estados miembros de la Unión Europea adaptaran sus infraestructuras a la nueva legislación que entró en vigor el 6 de febrero de 2018. Dicha normativa está encaminada a informar mejor a la población de lo que implica hacerse una prueba radiológica y a proteger más a pacientes y trabajadores.

Para la implantación de dicha normativa es necesaria la implicación de las administraciones públicas y las gerencias de los hospitales. Siendo el mayor problema el alto coste y la inversión necesaria para cambiar o adaptar los equipos. España no ha cumplido el objetivo marcado por las instituciones europeas, que coincidió en plena crisis en nuestro país, y a día de hoy se encuentra lejos de hacerlo.

Hay que señalar que, cuando se habla de obsolencia tecnológica en los hospitales no solo se ha de tener en cuenta los equipos de radiología y radioterapia empleados para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades sino también otro tipo de equipos como pueden ser: equipos para medida de constantes vitales del paciente (electrocardiograma, saturación de oxígeno, presión arterial…), desfibriladores, incubadoras, bombas de inyección de contraste,……

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es poner de manifiesto la situación de antigüedad en la que se encuentra nuestro parque tecnológico, con un número muy elevado de equipos que poseen 10 o más años. Esta situación no solo supone que se esté contraviniendo las recomendaciones internacionales sino además se está perjudicando a la población beneficiaria de prestaciones sanitarias y en muchos casos también al personal expuesto que maneja los equipamientos hospitalarios.

En España no existe una normativa específica que fije periodos de reemplazo o vida útil de este tipo de tecnología, aunque en Europa si se han fijado regulaciones relacionadas con dicha actividad. Para la evaluación del perfil tecnológico de los

centros hospitalarios españoles se tiene en cuenta el informe de COCIR "Age Profile 2009" que aborda el estado de obsolencia de las tecnologías en Europa. Fija unos criterios para la evaluación de la edad tecnológica del equipamiento sanitario. La clasificación es la siguiente:
• Al menos el 60% del equipamiento médico tendrá una antigüedad de instalación inferior a 5 años.
• Menos del 30% del equipamiento tendrá una antigüedad entre 6 y 10 años.
• Como máximo el 10% de la base instalada tendrá una antigüedad superior a 10 años.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistémica de información llevada a cabo con el análisis de informes presentados por varias entidades, directivas europeas y decretos relacionados con la problemática que supone el envejecimiento y deterioro del equipamiento sanitario hospitalario, los pocos avances que se están produciendo al respecto y las medidas que son necesarias tomar.

El Informe 2019 "Perfil tecnológico hospitalario y propuestas para la renovación de tecnologías sanitarias" señala que los últimos datos sobre la antigüedad del equipamiento sanitario de la alta tecnología instalado en España son coincidentes en poner de relieve la elevada obsolencia existente. Además, constata la falta de evidencia de los pertinentes mantenimientos preventivos en un elevado porcentaje de equipos, que varía entre un 20% y un 60% en función de las familias tecnológicas. Dichos mantenimientos son recomendaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en su circular 3/2012 sobre el mantenimiento de equipos.
Esta dejadez en el parque tecnológico de los hospitales se ha visto alimentada por la crisis en la que ha estado sumida España y que trajo consigo una reducción en el gasto sanitario público desde el año 2008. En España se invierte un 6% del PIB en sanidad pero solo un 1% va destinado a tecnología sanitaria.

Los equipos más antiguos poseen menor precisión y mayor tardanza en los diagnósticos. También presentan más averías lo que supone parones que se traduce en gasto económico y aumento de las listas de espera. Por tanto, la antigüedad tecnológica de los equipos afecta a la eficiencia, seguridad y calidad del sistema sanitario.
Los avances y novedades en la práctica clínica en cada una de las diversas familias tecnológicas ya sean equipos de diagnóstico, tratamiento, monitorización, so-

porte a la vida, sistema de inyección de medicamentos y contrastes o sistemas de información clínica para la gestión de procesos asistenciales, entre otros, presentan enormes beneficios tanto para pacientes como para profesionales sanitarios. Algunos de los beneficios de los nuevos métodos y tecnologías innovadoras son:
•Equipos de diagnóstico que permiten una reducción de dosis al paciente por encima del 80%. Beneficioso a la hora de realizar programas de cribado para anticipar la detección de lesiones y mejorar su pronóstico e incorporar aplicaciones en estudios pediátricos.
•Avances en los detectores de la imagen y en los softwares de los sistemas de post-procesado que proporcionan una mejor calidad de imagen, mejorando la sensibilidad y especificidad para detectar y diagnosticar lesiones más pequeñas. Al haber mayor precisión y proporcionar mejor definición de la imagen repercute en una predicción y detección temprana de patologías. Además se reduce el número de repeticiones de pruebas.
•Presentan sistemas de corrección de movimientos, lo cual permite llevar a cabo estudios donde se producen movimientos intrínsecos del propio paciente. Por ejemplo estudios de cardio-TC diagnóstica.
•Presentan la posibilidad de eliminar los artefactos provocados por prótesis implantadas.
•Incorporan unidades de procesamiento gráfico que poseen algoritmos más complejos para una reconstrucción de imágenes de mayor calidad y rapidez permitiendo el procesamiento de imágenes tridimensionales.
•Posibilitan la creación, en estudios de Intervencionismo guiado de imágenes tridimensionales de la anatomía que facilitan la planificación y guiado de los mismos.
•Permiten una adquisición de estudios más rápida, lo que repercute en la mejora del flujo de trabajo y facilita la reducción de las listas de espera.
•Los equipos de tratamiento más novedosos permiten que se pueda dibujar el contorno de la lesión a tratar de forma más precisa para evitar así dañar tejidos sanos.
•La digitalización de los sistemas permite hacer una gestión de datos de los pacientes permitiendo almacenar sus estudios en un PACS, pudiendo recuperarlo rápidamente cuando sea necesario para hacer comparativas entre estudios pasados y presentes. Además permite realizar un envío de datos entre distintos gabinetes o distintas áreas asistenciales de manera rápida.
•Los nuevos avances en terapias de calor mejoran notablemente los tiempos y la calidad de recuperación de los neonatos
Los beneficiarios de la implantación y renovación del parque tecnológico en hos-

pitales y centros sanitarios serian:
•Los pacientes: dispondrían de diagnósticos más tempranos, los procedimientos serían más seguros, se reducirían la repetición de pruebas y se mejoraría el pronóstico de los resultados.
•Los profesionales: dispondrían de herramientas de trabajo más exactas y rápidas, la información concluyente seria más precisa y los procesos serían más seguros.
•El sistema sanitario: implantarían procesos más eficientes y seguros que mejorarían los flujos de trabajo para la mejora asistencial y reducirían los costes sanitarios.
Estas son solo algunas de las ventajas que presentan las nuevas tecnologías

4 Resultados

En los últimos informes publicados por Fenin, los equipamientos tecnológicos de la sanidad en España superan los 5 años de antigüedad en un 70% en el caso de los TAC, en el 69% para los ecógrafos y en el 81% de los equipos de soporte vital. Estos porcentajes no concuerdan con el modelo de referencia a nivel europeo publicado por el COCIR que hemos expuesto anteriormente.

En España la mitad del equipamiento tecnológico supera los diez años de antigüedad. Fenin realizó el informe teniendo en cuenta 13 familias tecnológicas que son solo una parte de todas las existentes.

Señala una obsolencia del 72% en los equipos de terapia de calor, del 67% en equipos de soporte vital básico, del 61% en equipos de radiología convencional, del 55% en equipos de monitorización, del 54% en los sistemas digitales de inyección de contraste, del 44% en las resonancias magnéticas, del 41%en los mamógrafos, del 38% en los PET, del 34% en los sistemas de intervencionismo, del 34% en los equipos TC, del 34% en los aceleradores lineales de partículas, del 29% en los ecógrafos y del 20% en los equipos de endoscopias.

La antigüedad de los equipos tecnológicos sanitarios no es igual en todas las comunidades autónomas. Presenta un porcentaje, en general, de mayor obsolencia Castilla La Mancha seguido de Extremadura. A continuación reflejamos cada una de las tecnologías analizadas en el estudio y las comunidades donde es superior la edad de estos equipos. En el informe, solo se han analizado aquellas Comunidades Autónomas que tengan más de 10 unidades instaladas de modalidades de imagen y/o más de 6 centros sanitarios superiores a 150 camas. Quedan excluidos del estudio los datos de Cantabria, La Rioja, Navarra, Ceuta y Melilla por tener una

muestra muy pequeña. De este modo el porcentaje de antigüedad superior a 10 años en las Comunidades Autónomas donde más destaca será:
- TC; Castilla La Mancha(52%) y Extremadura(45%)
- RM; Castilla León(60%) y Extremadura(52%)
- Sistemas Intervencionismo; Extremadura (67%) y Castilla La Mancha (53%)
- Aceleradores Lineales; Extremadura (67%) y Andalucía (44%)
- Radiología Convencional; Castilla La Mancha(77%) y Extremadura(72%)
- Mamografía; Comunidad Valenciana (50%) y Extremadura (45%)
- Ecografía; Castilla La Mancha (40%) y Extremadura(40%)
- Monitorización; Madrid (64%) e Islas Canarias (63%)
- Soporte Vital; Extremadura(39%) y Castilla León (38%)
- Terapias de Calor, Extremadura(55%) y Pais Vasco(55%)
- Tomografía por Emisión de Positrones; Castilla La Mancha (100%) y Extremadura(100%)
- Sistemas Inyección de Contraste, Murcia (69%) y País Vasco (57%)
- Endoscopia; Cataluña(34%) y Madrid(32%)

Desde el año 2015 la Fundación Amancio Ortega desarrolla un programa de apoyo a la renovación del equipamiento tecnológico en los hospitales públicos que favorece, principalmente, a las áreas de diagnóstico y tratamiento radioterápico del cáncer. Estas donaciones se han distribuido por las diferentes Comunidades Autónomas del territorio español y han permitido la renovación entre otros equipos de mamógrafos y aceleradores lineales.

5 Discusión-Conclusión

Las inversiones llevadas a cabo para la renovación del equipamiento tecnológico no han sido suficientes durante estos años para cubrir la necesidad de sustitución de equipos obsoletos. Por ello, es urgente desarrollar un plan de acción que permita reemplazar el equipamiento obsoleto y garantizar un mantenimiento del parque de equipos sanitarios de forma planificada. La SERAM en colaboración con la Fundación Signo elaboró una "Guía para la renovación y actualización tecnológica en radiología que pretende servir de ayuda a las organizaciones sanitarias para determinar cuándo y cómo actualizar o reemplazar los equipos de tecnología sanitaria. Sería primordial elaborar y mantener actualizado un registro completo de todo el equipamiento donde se reflejase la fecha de adquisición, actividad anual, mantenimientos realizados, controles de calidad, inventario de averías, etc.

Después habría que fijar los criterios objetivos para la renovación de los equipos. Según señalan la SERAM y la Fundación Signo en su guía a la hora de planificar debería tomarse como ejemplo a países que posean gran experiencia en este campo como son Canadá que cuenta con una excelente base bibliográfica basada en la monitorización completa de indicadores de utilización y guías de renovación en las diferentes provincias, y el Estado australiano de Victoria que trabaja sobre los resultados de una auditoría sobre tecnología sanitaria que obliga a disponer de un plan de gestión de la tecnología médica que incorpore los fondos requeridos para una planificación a 5 años y de un registro de la tecnología con su clasificación y documentación esencial.

El mayor problema es que el criterio de renovación o sustitución muchas veces está condicionado por la disponibilidad de los recursos económicos, la lista de prioridades que tenga cada hospital o centro sanitario y no tanto a un criterio de eficiencia de planificación de vida útil y segura necesaria para una asistencia sanitaria eficiente, segura y de calidad.

6 Bibliografía

- Guía para la renovación y actualización tecnológica en radiología elaborado por la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) en 2017
- Informe “Age Profile” del Comité de Coordinación Europea de la Industria Radiológica, Electromédica y Sanitaria (COCIR) publicado en 2019
- ”Perfil Tecnológico Hospitalario en España” publicado en 2016 por la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria
- Recomendaciones aplicables en la Asistencia Técnica de Productos Sanitarios (AEMPS) circular 3/2012
- Directiva Europea sobre Protección Radiológica 2013/59/EURATOM

Capítulo 1423

RADIOEMBOLIZACIÓN EN UN CARCINOMA HEPATOCELULAR

CARMEN MAQUEDA VILLAREJO

FELIPE MERINO IGLESIAS

BEATRIZ GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El carcinoma hepatocelular es la neoplasia hepática más frecuente, un cáncer muy común en todo el mundo y la primera causa de muerte en pacientes afectados por metástasis . Aunque la resección quirúrgica y el trasplante hepático son los principales tratamientos curativos, sólo un 20% de los pacientes con carcinoma hepatocelular temprano se pueden beneficiar de estos tratamientos.

El uso de la radiación para el tratamiento de dicha enfermedad y producir la muerte celular no interacciona con otros tratamientos y permite administrar la dosis necesaria para obtener la necrosis tisular disminuyendo la afectación del hígado.

Para ello se utiliza la radioembolización. Esto es un procedimiento mínimamente invasivo que consiste en la administración de radioisótopos por vía intraarterial, quedando en la circulación tumoral.

2 Objetivos

- Dar a conocer la técnica correcta de la radioembolización en un carcinoma hepatocelular.
- Contrastar la bibliografía con el fin de mostrar los datos más recurrentes sobre dicha técnica.

3 Metodología

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

4 Resultados

La radioembolización es la combinación de la embolización y la radioterapia para tratar el cáncer de hígado. La embolización es un tratamiento en el cual los vasos sanguíneos o malformaciones dentro de los mismos son bloqueadas para prevenir el flujo de la sangre.

La radioterapia es una técnica que consiste en el uso de radiación ionizante para liquidar las células cancerígenas y disminuir el tamaño del tumor. En la radioterapia externa los haces de los rayos x generados por la máquina son dirigidos al tumor desde fuera, sin embargo en la radioembolización se utiliza la radioterapia interna donde se introduce un material radioactivo que se coloca en la afectación. En la radioembolización se colocan dentro de los vasos sanguíneos microesferas de vidrio o resina que contienen el radioisótopo Itrio-90. Estas esferas alimentan al tumor para bloquear el suministro de sangre a las células cancerosas e irradian con una dosis alta al tumor.

Esta técnica se usa como tratamiento paliativo, para ayudar a disminuir el crecimiento de la enfermedad y aliviar los síntomas de los tumores que se forman en el hígado o que se han diseminado hacia él desde otras partes del cuerpo. El procedimiento de la radioembolización se realiza inicialmente con una arteriografía hepática para estudiar en detalle la anatomía arterial del hígado e identificar los vasos que irrigan el tumor, usando imágenes de rayos x y contraste para visualizar mejor los vasos sanguíneos. Después se inserta el catéter a través de la

arteria femoral hasta llegar a la arteria hepática. Una vez está el catéter bien posicionado, se inyectan las microesferas de Itrio-90 y son desplazadas por vía intraarterial hasta el lugar deseado. En el interior de la arteria hepática se liberan las microesferas que emitirán la radiación en el tumor durante los 10-15 días próximos. Las microesferas bloquearan el flujo de sangre al tumor, privando a las células de oxígeno y nutrientes para crecer.

Es una técnica casi indolora y algunos pacientes pueden experimentar efectos secundarios como nauseas, vómitos, cansancio y fiebre que suelen desaparecer entre los 3 y 5 días después. Durante unos 10 días se debe evitar el contacto con otras personas (sobre todo niños y embarazadas), hasta que la radiación del cuerpo disminuya.

La radioembolización no se recomienda cuando existe una disfunción severa del hígado o de los riñones, cuando hay coagulación anormal de la sangre o un bloqueo de los conductos biliares.

5 Discusión-Conclusión

Este procedimiento es un tratamiento, no una cura. Frena el crecimiento de la enfermedad y entre el 70 y el 90% de los pacientes experimenta una mejora del hígado y de la calidad de vida. Hasta el 95% de los pacientes con metástasis colorrectales y hasta un 97% de los pacientes con tumores neuroendocrinos se benefician con la radioembolización.

Este tratamiento permite que el tejido hepático que todavía queda en el hígado sin tumores crezca lo suficiente como para plantearse intervenciones quirúrgicas que inicialmente eran imposibles, aumentando en un 30% los pacientes en los que sería posible realizar la resección quirúrgica del tumor. Además, gracias a la arteriografía hepática, el procedimiento es muy preciso y hay una buena protección de los tejidos sanos.

6 Bibliografía

- Protocolos del Hospital General Universitario Gregorio Marañon.
- Brandi G, de Rosa F, Agostini V, et al. Metronomic capecitabine in advanced hepatocellular carcinoma patients: a phase II study. Oncologist. 2013;18(12):1256-7. Epub 2013 Nov 13.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31629683

- http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=01/12/2016-c47efc2c7f

Capítulo 1424

HUMANICEMOS EL HOSPITAL CON INFORMACIÓN… Y UNA SONRISA.

CARMEN MÉNDEZ GONZALEZ

TATIANA GARCÍA DÍAZ

LAURA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La comunicación es una necesidad humana básica, como profesional sanitario debemos formarnos en habilidades técnicas que nos permitan una buena comunicación entre profesional/paciente, esta debe de ser empática y asertiva. Utilizando un lenguaje sencillo , que entiendan todos los pacientes , adaptándolo a los distintos niveles de comprensión. Debemos de asegurarnos de que han entendido todo lo que les hemos explicado. Durante el tiempo que permanezcan en el Servicio de radiología somos, en algunos casos, entre otras los que estaremos en último lugar con el paciente, es por ello importante la atención al paciente llevándola a cabo con claridad, empatía y asertividad. Pondremos especial interés en el trato con pacientes que puedan tener dificultades, como puede ser de escucha o entendimiento. Una persona con las capacidades disminuidas, simplemente por estar en un lugar desconocido, con la incertidumbre de un diagnóstico, hace mermar los sentidos. ¿Cuántas veces hemos recibido a un paciente y le hemos dado las instrucciones necesarias para la realización de la prueba y ha hecho todo lo contrario? ¡Infinitas veces! Por todo esto, tenemos que estar totalmente seguros de que nos ha entendido, es decir, si existe conectividad. Una buena comunicación y atención con el paciente es beneficiosa para ambas partes. El TSID no

tendrá que repetir la prueba, si el paciente ha entendido todo lo que tiene que hacer, ahorrando por tanto tiempo. También mejorará la autoestima de ambos, uno al sentirse entendido y otro de ser capaz de comprender. La imagen adquirida en la prueba tendrá mejor calidad, lo que será beneficioso para el responsable del diagnóstico.
Un aspecto muy importante de la comunicación es la información; de nada sirve la comunicación si lo que decimos no proporciona un conocimiento a la otra persona de lo que se le va hacer y responder a todas sus dudas, es por ello que nuestra información irá encaminada a la tranquilidad que proporciona el saber y esta será distinta según las pruebas que tenga que realizar.
Para llevar una buena atención y preparación del paciente tendremos que disponer de un claro protocolo de trabajo donde el TER tiene un papel muy importante para que esto sea llevado a buen fin.
Según el tipo de exploración podemos clasificarlo en:
- Radiología convencional.
- Tomografía Computarizada (TAC).
- Resonancia Magnética (RM).
- Medicina Nuclear Convencional y en PET con sus variantes.
- Áreas Especiales de Radiología como Intervencionistas, radiología portátil, radiología tele mandada, en histerosalpingografía en mamografía, en radiología pediátrica, etc.

Comenzaremos con la radiología simple no por ello menos importante: se recepciona al paciente, estando seguro de que es la persona y la prueba solicitada, se le pasará al vestuario y se le darán las indicaciones pertinentes como prendas y ornamentos que se tengan que quitar . A continuación se le darán todas aquellas explicaciones sobre la posición, control de movimiento y respiración así como se adoptaran las medidas necesarias para la protección radiológica adecuada. En todo momento se le llamará por su nombre y apellidos y se tendrá contacto visual en todo momento preguntándole si comprendió nuestras explicaciones y atendiendo a sus dudas.
Con el fin de obtener una imagen de calidad, sin necesidad de repetir y utilizando la dosis más baja posible de radiación es indispensable que el TER tenga el conocimiento suficiente en el manejo del aparato así como utilización, en caso necesario, de dispositivos de inmovilización. Estos exámenes duran muy poco y es en este momento cuando el paciente tiene que hacer lo que se le ha explicado. En las radiografías que llevan contrastes tienen una preparación previa que se les dará por escrito. Se preguntara si son alérgicos a los medios de contraste,

fármacos o alimentos y se preguntará por enfermedades y tratamientos para evitar reacciones adversas. Al igual que las radiografías simples el TER explicara las posiciones que adoptará durante el examen y con el fin de controlar la borrosidad cinética en la imagen se adoptarán técnicas para controlar la respiración. Dado que estos exámenes duran más tiempo deberemos adoptar medidas de posicionamiento lo más cómodas posibles y que el paciente colabore siempre dentro de lo posible. Se le explicará al paciente como se le va a administrar el medio de contraste y se le advertirá de reacciones adversas conocidas como leves escozores, calor o sabor metálico que desaparecen al poco tiempo y que se le tendrá ante toda la prueba para su mayor tranquilidad. Se mantendrá un diálogo continuo para que esté relajado y a la vez para poder detectar los primeros síntomas de reacción adversa, que es el acorchamiento de la lengua.
Tras la exploración permanecerá en la sala de espera unos quince minutos para controlar reacciones adversas.
En los exámenes con TAC necesitan una información clara de que es lo que se les va hacer y por qué, para conseguir que el paciente esté tranquilo y colabore para obtener los mejores resultados.
Cuando llega el paciente se comprueba que es la persona correcta y la prueba solicitada e informamos clara y sencillamente de lo que se le va hacer.
Como en algunos casos se administra contraste me remito a lo anterior explicado. Recomendamos que beba mucho líquido para facilitar la expulsión del contraste.

La atención y preparación del paciente para la realización de una Resonancia Magnética es muy importante por el desconocimiento y mal información sobre tubos y ruidos que producen claustrofobia. Estaremos abiertos a todo tipo de preguntas, aclararemos que no utilizamos rayos x para la obtención de imágenes que para ello utilizamos imanes y ondas de radiofrecuencia que no se han descrito efectos secundarios para la salud. Explicaremos que la prueba no es dolorosa, que los ruidos son la señal de que se está realizando la prueba y que podrá atenuarlos con unos tapones específicos para ello, que debe permanecer quieto y que en todo momento estará en comunicación visual y oral por el personal así como que tendrá un timbre a su disposición en caso de necesidad.
En este tipo de estudios también se utilizaran contrastes , aunque es bueno recalcar que, como no son contrastes yodados producen muchas menos reacciones adversas. En pacientes obesos tenemos que tener en cuenta el peso límite que soporta la máquina.
Para la realización de exámenes con contraste necesitamos un consentimiento informado que es un documento clínico mediante el cual se explica al paciente los beneficios y riesgos de la exploración a la que se va a someter y para ello

necesitamos su aprobación.
La comunicación con los pacientes tiene que ser escrita y oral .Mediante el consentimiento informado establecemos la comunicación por escrito que queda patente en el documento pero que es complementaria a la comunicación oral para disipar dudas y preguntas que no es igual para todas las personas si no que tiene que ser adaptada a la edad, cultura, educación estados de ánimo en que se encuentre el paciente.
Se hablará sencillamente, con tono de voz normal, sosegadamente, y utilizando palabras sencillas, evitando tecnicismos evitando el exceso en la información. Se mirara en todo momento a la cara del paciente, es decir, nuestro lenguaje corporal debe de estar en acorde con nuestro interés .Actuando de este modo comunicaremos confianza y tranquilidad. También tener en cuenta los pacientes claustrofóbicos que en la mayoría de los casos pueden llevarla a cabo con mucha paciencia.
Preparación del paciente en PET que es una prueba diagnóstica que proporciona imágenes funcionales del organismo, con el fin de obtener imágenes que ayudarán al médico para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad ,empleándose un aparato llamado tomógrafo de positrones.
Para su realización, es necesario inyectar un material radiactivo, que dura muy poco tiempo en nuestro cuerpo. Hay que permanecer en la sala de inyección 1 hora en reposo y una hora más en la detección o adquisición de las imágenes en la sala de exploración.
La radiación que se recibe es similar a un TAC abdominal. Antes de la realización de la prueba es muy importante toda la información necesaria para implicar la colaboración.
En la Mamografía diremos más de lo mismo pues la información es indispensable sobre todo en pacientes que acuden en un estado de ansiedad agudizado muchas veces por diagnósticos anteriores.
Normalmente se hacen una serie de preguntas de un cuestionario:
- Datos personales.
- Realización de estudios previos o ecografía.
- Síntomas en alguna mama o en ambas (prótesis ,pezón hacia dentro, liquido o exudados, dolor, bultos….etc.)
- Enfermedades anteriores.
- Tratamiento hormonal.
- Antecedentes familiares.
- Toma de medicamentos.
- Fecha primera y última regla.

- Métodos anticonceptivos.

No puede llevar ni cremas ni desodorantes. Se dará la información de la prueba que se comprimirá la mama sintiendo presión y algo de dolor pero que es necesario para la obtención de una buena imagen,(siendo un parámetro variable).
Hay casos en que se tiene que repetir la prueba, bien por qué no ha salido bien o por que el radiólogo pide otras proyecciones complementarias, es en estos casos que el TER tiene que comunicarlo tratando de tranquilizar y explicar de una manera clara que no genere duda, pero dentro de nuestras competencias y limitaciones para mitigar la reacción de miedo e incertidumbre que esto genera.
Los estudios de radiología pediátrica requieren una preparación especial y específica donde los sistemas de inmovilización tienen un papel muy importante como las esponjas, bandas de comprensión de velcro, tiras de velcro ,sujeta libros ,adaptadores, bolsas de arena, etc.
Estos dispositivos tienen que ser de sencillo manejo y habrá que explicar a los padres el objetivo de los mismos, que no es otro que hacer la radiografía sin hacer daño alguno aunque lo parezca, en algunos momentos. Colimar lo máximo posible y proteger el resto del cuerpo todo lo que se pueda.

2 Objetivos

Definir pautas para una buena comunicación profesional/paciente con el objetivo de que el hospital se perciba como un sitio más acogedor para los pacientes y para los profesionales.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.

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

Capítulo 1425

LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO

KATRINA ESPINAR HERRANZ

YOLANDA BALSERA FERNÁNDEZ

ARIANA GONZALEZ OBESO

1 Introducción

"El tratamiento de una enfermedad debe ser totalmente impersonal, y el cuidado del paciente totalmente personal" (Sánchez, 2002)

Existe una amplia literatura científica en torno a los beneficios de una relación positiva entre los diferentes trabajadores del sistema sanitario y de los pacientes oncológicos. No obstante, apenas existe aquella que se centre en el personal sanitario cuyos estudios se corresponden con un Grado Medio o Superior de Formación Profesional.

De esta manera, podría afirmarse que existe una oportunidad de estudio en torno a la presente cuestión pues, todo ellos, como técnicos, realizan tareas en relación a su área de formación que también, se dirigen al estadio socioemocional del paciente oncológico. Es decir, que el objetivo de los mismos no es sólo contribuir con el tratamiento oncológico del paciente sino que pretenden incurrir de manera positiva en su bienestar, aportando un enorme e imprescindible valor al trabajo en equipo.

De esta manera, la literatura científica se centra principalmente en la relación médico-paciente (García, 1999; Lifschitz, 2000; Girón et al., 2002; Almanza, 2003; Fernández, 2004) o en la relación del personal de enfermería con el paciente oncológico (Peplau, 1990; Simpson, 1992; Gioiella, 1998; Otto-Shirley, 1999; Fisch, 2003; McClain, 2003). Pero no hemos encontrado literatura científica en torno al técnico en radioterapia o en radiodiagnóstico, por ejemplo, que viene a ser la tarea que nos ocupa.

Con la experiencia clínica cabe afirmar que el diagnóstico de cáncer, su tratamiento y los controles oncológicos posteriores afectan al bienestar psicológico no sólo del paciente sino que también de su familia y allegados. Esto, por ende, tendrá consecuencias en su calidad de vida.

2 Objetivos

El objetivo principal de la presente investigación es resaltar la importancia de la relación del personal sanitario con el paciente oncológico, destacando especialmente la relación de los pacientes con los técnicos de grado medio y superior.

3 Metodología

En lo concerniente a la metodología empleada, partiendo de las aportaciones de Denzin (1970, 1975, 1989), Morse (1991), Cowman (1993) o Creswell (1994, 2002), se puede afirmar que la triangulación en el campo de la sanidad consiste en una estrategia de investigación mediante la cual un mismo objeto de estudio pedagógico es abordado desde diferentes perspectivas de contraste o momentos temporales donde la triangulación se pone en juego al comparar datos; contraponer las perspectivas de diferentes investigadores; o comparar teorías, contextos, instrumentos, agentes o métodos de forma diacrónica o sincrónica en el tiempo. Nosotras nos centraremos en la comparación de datos y contextos de forma sincrónica.

El desarrollo de procedimientos autóctonos en cada campo disciplinar está aún lejos de ser tipificado desde una estructura lineal y estándar que marque tendencias y destaque patrones, pues existen tantas modalidades de triangulación como desarrollos y necesidades de uso haya reconocido el ser humano en la historia de su existencia en los diferentes ámbitos gremiales, prácticas profesionales, tecnológicas y científicas. Blaikie (1991:131) argumenta que el término "triangulación significa cosas diferentes para diferentes investigadores", de modo que nosotros

plantearemos el modelo de investigación desde esta perspectiva en base a nuestras necesidades. De modo que pretendemos que la investigación que se lleva a cabo para este proyecto contribuya a la mejora educativa de nuestro sistema educativo.

Emplearemos, por ende, un diseño de investigación mixto de tipo triangulación en base a la clasificación de diseños mixtos de Creswell y Plano (2007), dado que con este podremos aunar diferentes métodos de investigación cualitativos. Además, este método, entendido como una técnica de confrontación y herramienta de comparación de diferentes tipos de análisis de datos con un mismo objetivo, va a contribuir a validar nuestro estudio y potenciar las conclusiones que de él se deriven.

Por su parte, Massey (1999:184) reconoce que algunos estudios que hacen uso frecuente de la idea de multiplicidad metodológica incurren de forma sistemática en errores conceptuales enmascarados bajo el término triangulación.

La idea de emplear métodos combinatorios es compartida por Hartley (2004), quien señala que "many case study researchers (…) will use a combination of methods, partly because complex phenomena may be best approached through several methods, and partly deliberately to triangulate data and theory (and thereby improve validity)".

Por este motivo, siguiendo la línea de lo planteado por Espinar et al. (2014) y atendiendo a las posibilidades metodológicas, epistemológicas y cognoscitivas que nos ofrecen los métodos cuantitativos y cualitativos, vamos a realizar un estudio textual -análisis de contenido- de los datos provenientes del análisis documental de diferentes fuentes dado que consideramos sumamente interesantes tanto los aspectos denotativos y descriptivos que nos pueden aportar las mismas, así como los matices derivados de las prácticas discursivas (intercambios dialógicos) y no discursivas que nos ofrecen los procedimientos y recursos cualitativos.

4 Resultados

La revisión de la literatura científica o review nos muestra que existe una oportunidad de estudio cuyos resultados podrían contribuir a la mejora del sistema sanitario. De esta manera, no hemos encontrado ningún artículo científico donde se haga referencia a los técnicos de grado medio o superior y su relación con el paciente. Si bien la práctica clínica nos indica lo necesario e importante que

resultaría su estudio, el escaso estudio del mismo nos lleva a pensar que dicha importancia no es tenida en cuenta debido a la propia importancia que se da a los técnicos dentro del equipo de tratamientos oncológicos.

5 Discusión-Conclusión

A la luz de los resultados y en base a la ya mencionada importancia, existe una importancia acuciante sobre el estudio del paciente oncológico y su relación con todo el personal sanitario que lo atiende, esto es, incluyendo aquellas relaciones con los técnicos que han cursado estudios de Grado Medio y Grado Superior. La razón principal, como hemos nombrado anteriormente, es que estos tienen una incidencia directa, por lo general positiva, en el bienestar del paciente en su más amplio espectro.

Por tanto, dentro del marco de la investigación de los estudios oncológicos, se debería ahondar en este estudio, el cual sin duda hará una notable contribución a la mejora del sistema sanitario para alcanzar, de forma sucinta, el status quo del mismo.

6 Bibliografía

- Almanza, J. (2003). La comunicación de las malas noticias en la práctica médica. Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, 36(4), 165-176.
- Blaikie, N. (1991). A critique of the use of triangulation in social research. Quality and Quantity, 25, 115-136.
- Cowman S. (1993). Triangulation: a mean of reconciliation in nursing research. Journal of Advanced Nursing, 18, 788-792.
- Cresswell, J. W. (1994). Research design. Qualitative and quantitative approaches. Thousand Oaks: Sage.
- Creswell, J.W. (2002). Educational Re-search: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research. New Jersey: Merrill/ Prentice Hall.
- Creswell, J. W., & Plano, V. L. (2007). Designing and conducting Mixed Methods research. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Denzin, N. K. (1970). The research act. Chicago: Aldine Publishing.
- Denzin, N. K. (1975). The research act. A theoretical introduction to sociological methods. New York: McGraw Hill.
- Denzin, N. K. (1989). Strategies of Multiple Triangulation. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods. New York: McGraw Hill.

- Espinar, K. et al. (2014). "Las TICs en el aula: el uso del iPad como recurso educativo orientado hacia el aprendizaje significativo en el contexto escolar. Implementación de un proyecto en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria" publicado en Conference Proceedings CIMIE14 by AMIE licenciado bajo Creative Commons 4.0 International License.
- Fernández , S. C. (2004). Relación Médico-paciente con cáncer. Revista CONAMED, 9(1), 8-11.
- Fisch, M.J. et al. (2003). Assessment of quality of life in outpatients with advanced cancer: the accuracy of clinician estimations and the relevance of spiritual wellbeing-a Hoosier OncologyGroup Study. Journal of Clinical Oncology, 21(14).
- García, J.L. (1999). Relación médico-paciente en un modelo de comunicación humana. Revista médica IMSS, 37(3), 213-220.
- Girón, M., Begoña, B., Medina, E., et al. (2002) Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Revista Española de Salud Pública, 76, 561-575.
- Gioiella, M.E., Berkman, B. & Robinson, M. (1998). Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients. Cancer Practice, 6(6), 333-338.
- Hartley, J. (2004). Case study research. En Cassell, Catherine and Symon, Gillian eds. Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research. London: Sage Publications Ltd.
- Lifschitz, A. (2000). La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Espinar, K. et al. (2014). "Las TICs en el aula: el uso del iPad como recurso educativo orientado hacia el aprendizaje significativo en el contexto escolar. Implementación de un proyecto en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria" publicado en Conference Proceedings CIMIE14 by AMIE licenciado bajo Creative Commons 4.0 International License.
- Massey, A. (1999). Methodological triangulation, or how to get lost without being found out. En Massey, A. & Walford, G. (Eds.). Explorations in methodology, Studies in Educational Ethnography (vol.2, pp.183-197). Stamford: JAI Press. Disponible en: http://www.freeyourvoice.co.uk/htm/triangulation1.htm [febrero, 01, 2020].
- McClain, C., Rosenfeld, B. & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-oflife despair in terminally ill cancer patients. Lancet, 361(9369).
- Morse, J.M. (1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. Methodology Corner. Nursing Research, 40(1), 23-45.
- Otto-Shirley, E. (1999). Enfermería oncológica. 3a ed. Madrid: Harcourt Brace.

- Peplau, E. (1990). Relaciones interpersonales en enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat.
- Simpson, H. (1992). Modelo de Peplau: Aplicación práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.

Capítulo 1426

RESONANCIA DE RODILLA.

ANDREA PAREDES ROZA

1 Introducción

La resonancia magnética es quizás la técnica más compleja de entender y la más completa de las técnicas de diagnóstico por imagen.
-¿Qué es la resonancia magnética?
La resonancia magnética es una técnica que utiliza propiedades magnéticas de los núcleos atómicos del organismo humano, usando generalmente el Hidrógeno, que es el más abundante en nuestro cuerpo. La RMN contiene imanes que crean un gran campo magnético que al someter a los protones de nuestro cuerpo a dicho campo logramos obtener información de los tejidos (2)
Cuando se administra un pulso de radiofrecuencia a través de un paciente, los protones se estimulan y giran posicionándose en posición antiparalela al campo magnético. Al cesar el pulso de radiofrecuencia los protones dejan de estar estimulados y vuelven a posicionarse en la dirección del campo, pudiendo captar en el trayecto de relajación, la energía liberada de los protones. El tiempo que tardan en realinearse con el campo y la energía liberada, depende del entorno y de la naturaleza química de las moléculas.
La RMN es una prueba no invasiva que produce imágenes del interior del cuerpo, que, a diferencia del escáner o las radiografías no usa de radiaciones ionizantes. Es la prueba más frecuentemente que se realiza tanto para detectar patologías como para el diagnóstico y el monitoreo de tratamientos.
Los estudios de cerebro, médula espinal, nervios, músculos, ligamentos y tendones se aprecian mucho mejor con resonancia que con una radiografía o el Tac; por lo que la resonancia magnética nuclear se utiliza con gran frecuencia para el estudio de lesiones de rodilla y de hombro.

- Tipos de resonancia y sus componentes:

Resonancia Magnética de Alto Campo. Ideal para visualizar órganos internos y zonas operadas. Suelen ser cerradas y consiste en un anillo que mide 2 metros de alto y dos metros de ancho. Son equipos con un campo magnético homogéneo y potente, teniendo la desventaja de que algunas personas que padecen claustrofobia no pueden aguantar.

Engloba los estudios: o RMN Cerebral. o RMN de Cuello. o RMN de Tórax. o RMN Abdomen. o RMN de Pelvis. o Zonas operadas: rodilla operada, columna operada, hombro operado, muñeca operada…

- Resonancia Magnética Abierta (No Claustrofóbica). Si eres una persona claustrofóbica, siempre pregunta al centro sí disponen de la máquina abierta para tu tipo de RMN. Su campo magnético no es tan homogéneo y se reduce la relación señal ruido, por lo que hay que compensar con tiempos más largos de adquisición.
- Resonancia Magnética Articular. Solamente se puede hacer el estudio de las extremidades superiores e inferiores del cuerpo, ni hombro ni cadera.

COMPONENTES:

- El imán:

Es el componente básico de un equipo de RM que proporciona intensidad, homogeneidad y estabilidad del campo que determinan la sensibilidad y resolución. La potencia del campo magnético se mide en unidades Tesla y oscila entre 0,2 y 3,0 T en imanes utilizados en la práctica clínica. El imán puede ser permanente, resistivo o superconductor. En la mayoría de los equipos de RM los imanes utilizados son superconductores que operan a la temperatura del helio líquido, por la cual, las bobinas, conducen la electricidad sin resistencia y con un consumo mínimo de corriente eléctrica. El mayor inconveniente es el consumo de helio líquido y nitrógeno.

- Gradientes de campo:

Un gradiente de campo es una variación de la magnitud del campo a lo largo de una distancia, que se crea activando unos electroimanes dispuestos en los tres planos del espacio e incluidos en el túnel del imán.

- Generador de la radiofrecuencia:

Es el encargado de generar ondas de radiofrecuencia necesarias para que se exciten los protones.

- Antenas o bobinas:

En cada estudio de resonancia magnética es necesario el uso de antenas para la recepción de la señal recogida de los tejidos del cuerpo.

- Receptor-amplificador:

Es un detector de señales de RF que amplifica las señales liberadas por los protones.

- Sistema de adquisición de datos:

Tras amplificar, el receptor, la señal de RF, pasa a un conversor que la transforma en una gama de grises, determinando la intensidad de cada píxel de un plano tomográfico.

- Consola principal, consola auxiliar y almacenamiento de imágenes:

La consola principal es el centro donde planificas y adquieres el estudio. Los estudios obtenidos pueden manipularse y pos-procesarse en otra consola de trabajo, la consola auxiliar, sin tener que interferir en la consola principal. Las imágenes recopiladas y procesadas se pueden enviar a un sistema de impresión en soporte físico, o transferir a una red, almacenándolas en el sistema que disponga el propio equipo.

- MEDIDAS DE SEGURIDAD:

No todos los pacientes son conocedores de los objetos que pueden entrar o no en la sala de resonancia magnética. Daremos una pincelada sobre seguridad en la sala de resonancia y veremos por qué no pueden entrar objetos metálicos.

Para mantener la homogeneidad del imán, obtener imágenes diagnósticas y evitar accidentes no está permitido la entrada de objetos metálicos, sobre todo de materiales ferromagnéticos.

Es necesario dejar en el vestuario relojes, llaves, gafas, monedas, teléfono móvil, bombas de infusión de medicamentos, insulina, electroestimuladores, audífonos que pueden además de provocar accidentes dañarse.

Es por eso que las personas que llevan marcapasos no pueden entrar en la sala de resonancia magnética.

Los pacientes que contengan clips de aneurisma y las válvulas cardiacas metálicas antiguas no deben exponerse a resonancia Magnética. El potente imán puede movilizarlos y causarían graves daños. Los piercings no pueden entrar en la sala tampoco.

Si es portador de proyectiles metálicos en el interior del cuerpo pueden movilizarse durante la exploración causando lesiones. No debe entrar en una máquina de RM.

Es muy importante que nadie entre en la sala de resonancia magnética con grandes objetos metálicos como pueden ser habituales en un hospital: camillas, sillas de ruedas, camas de hospital o bombonas de oxígeno y elementos cotidianos como un bisturí, pinzas o una simple linterna ya que pueden convertirse en un verdadero proyectil debido a la fuerza con la que el imán atrae estos objetos.

Es importante que pacientes y personal sanitario sean conscientes de la impor-

tancia que tiene esta sala en cuestión de seguridad.
Las prótesis metálicas como las de rodilla o cadera no son un riesgo para la exposición en la sala pero generan un importante artefacto que pueden dificultar la obtención de la imagen. Es importante informar al técnico antes de entrar en la sala.
También es importante seguir el protocolo establecido antes de entrar en la sala de la resonancia, incluye:
- El paciente debe rellenar el documento de consentimiento informado.
- Hay que revisar dicho documento.
- Supervisar al paciente antes de que entre en la sala del imán.

2 Objetivos

Saber si el estudio de rodilla es el más utilizado en Resonancia magnética ¿Por qué? Y cuál es la patología más frecuente.
Para dar respuesta a esas preguntas hemos recogido datos de los pacientes sometidos a resonancia magnética, entre el 2 de Diciembre de 2019 hasta el 25 de Enero 2020, en las que se explicaran los diferentes motivos de cada estudio.

3 Metodología

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

Marco teórico.
El material que he utilizado para el desarrollo de este trabajo, ha sido obtenido mediante las preguntas que se realizan a cada paciente antes de entrar en la sala de la resonancia y comenzar el estudio. Esas preguntas son un soporte de información de las causas del paciente de realizarse este tipo de pruebas.
Las preguntas que se han hecho por las cuales hemos recogido los datos son las siguientes: a.- Qué estudio se realiza. b.- Edad. c.- Sexo. d.- Por qué se solicita la prueba. e.- Ha tenido algún traumatismo, caída, tirón, torsión. f.- Ha sido operado con anterioridad. g.- Algún estudio previo de la zona.

- Resultados:

1. Anatomía de la rodilla:

La rodilla es la articulación más grande y compleja del organismo y está preparada para sostener el peso del cuerpo mientras se corre, se camina o se está en pie, por lo que es necesario que tenga una gran estabilidad, porque los músculos que se insertan en ella son los que facilitan el movimiento entre flexión y extensión, así como una mínima rotación de 14o y desarrollan una gran fuerza.

2.- Estudio de rodilla.

Las lesiones de rodilla constituyen una causa muy frecuente de dolor e incapacidad en deportistas y población en general.

Su tratamiento eficaz está facilitado por un diagnóstico rápido y preciso. Está demostrada la utilidad la resonancia magnética para la evaluación de lesiones meniscales, ligamentosas y óseas, por lo que es la prueba de elección para complementar a la exploración física en el diagnóstico de las lesiones de rodilla y otro tipo de patologías.

Es muy útil para distinción y caracterización de la patología adquirir imágenes en los tres planos ortogonales.

Los meniscos se evaluan inicialmente en el plano sagital, pero su morfología y señal se valoran en imágenes del plano coronal. Los ligamentos cruzados se estudian mejor en el plano sagital, mientras que los ligamentos laterales se valoran en imágenes coronales y axiales. El cartílago articular interno y externo se valoran en imágenes de los planos coronal y sagital y la articulación fémoro-patelar se visualiza correctamente en los planos axial y sagital.

3. Lesiones más típicas.

Hay diversas lesiones producidas en la rodilla, aunque las más típicas son:

1. Rotura de los ligamentos cruzados
2. Rotura de menisco, que hay tres tipos:

- Horizontal, que es la más común.
- Vertical
- Mixta

3. Esguince lateral, hay de 3 tipos:

- Leve
- Parcial
- Moderado

4. Contusión de la meseta tibial.

Comparativa tipos de estudios

Del total de pacientes que a lo largo del día van a realizarse una prueba de radiodiagnóstico en la clínica donde he realizado las prácticas, en el horario de 8

de la mañana a 9 de la tarde, el 51% de los pacientes se realizan un estudio de resonancia magnética, el 20% se realizan un estudio de mamografía, el 16% una radiografía, el 8% una tomografía axial computerizada y el 5% restante una ortopantomografía. Estos estudios son citados o derivados de mutuas, de médicos de la propia clínica o de forma privada.

Motivo de la prueba

Los diferentes motivos por los que los pacientes acuden a la clínica a realizarse una RM, vienen causados por los síntomas que padecen.

La mayoría de los pacientes, un 58%, el motivo por el que se realizan un RM, viene determinado por dolor en las rodillas, como por ejemplo en la cara internar o externa, en la cara anterior o posterior, etc, y al mismo tiempo puede irradiarle el dolor a lo largo de la pierna o tener al mismo tiempo otro síntoma a parte del dolor.

El siguiente porcentaje mayoritario, 20%, han sufrido una lesión deportiva. Le sigue, con un 7% la inestabilidad, el 6% por chasquido, el 5% se realizan una resonancia, tras haber sido sometidos a un tratamiento, y de esta manera tener un comparativo con el estudio previo antes del tratamiento y el 4% por hinchazón de la rodilla.

Causas que producen una lesión.

Las diferentes causas por los que un paciente acude a realizarse este tipo de estudios son:

- Traumatismos.
- Caídas.
- Tirones.
- Torsiones.
- Sin una causa justificada, pudiendo ser desgaste entre otros.

Comparativa de estudios previos.

En algunas ocasiones los pacientes ya se han sometido a algún tipo de estudio previo. En algunos casos aun no encontrándose hallazgos o patologías en el estudio previo el dolor o el síntoma que perdura en el tiempo por lo que se opta por realizar otro estudio a mayores.

Hay otro tipo de casos en los que se han realizado estudios previos y si se ha encontrado patología, añadiendo en este caso una resonancia magnética, o bien para comparar estudios previos tras haber recibido tratamiento, o bien como revisión/seguimiento de la patología. Estos son un 9% de los casos.

En la mayoría de los casos, abarcando el 77%, no se han realizado ningún tipo de estudio previo, siendo esta prueba la primera para estudiar las molestias del paciente.

Causas de lesiones en función del sexo del paciente.
Se puede observar que en mujeres la mayor causa de lesión es producida por un traumatismo, siendo otra causa común la caída, tirón y torsión.
En el sexo masculino, lo más frecuente son las lesiones que no tienen una causa específica en su origen, seguida de las caídas, traumatismos y terminando por torsiones y tirones.
Pacientes que se realizan una resonancia de rodilla.
Entre los estudios más realizado en resonancia está el estudio de rodilla, con un 33%, seguido de la columna lumbar que tiene el 23%, a continuación, están el conjunto de otros, que abarca diversos estudios cuya realización es más pequeña en comparación con los señalados, con un 9% está el estudio de cráneo y, finalmente, con un 7% los estudios de hombro y columna cervical.
De entre todas las regiones anatómicas, es la rodilla la más estudiada en resonancia magnética, ya que, de las regiones anatómicas analizadas, alrededor de unas 15, es la rodilla con un 33% la prueba más realizada, repartiendo el 67% restante entre 14 regiones anatómicas, como por ejemplo tobillo, pie, muñeca, pelvis femenina, próstata, abdomen, etc.
Debido a la complejidad de la articulación de la rodilla, se demuestra el objetivo deseado, ya que la RM esté indicada por obtener imágenes más claras de las partes blandas y del hueso de la articulación en diferentes planos del espacio, permitiéndonos hacer un mejor diagnóstico de la posible patología, ayudando al facultativo para prescribir un tratamiento y realizar un seguimiento.

4 Bibliografía

- https://pilarmanchon.es/2017/02/14/como-funciona-la-resonancia-magnetica/.
- Grupo Gamma, red integrada de salud https://www.grupogamma.com/historia-resonancia/.
- http://sirfreakthemighty.wikidot.com/mri:basics.
- http://trabajosmedicos.blogspot.com/2012/08/principios-fisicos-de-la-resonancia.html.
- https://pilarmanchon.es/2017/02/14/como-funciona-la-resonancia-magnetica/.
- https://www.clinicpoint.com/blog/263/tipos-resonancia-magnetica-rmn.
- http://www.revespcardiol.org/es/conocimientos-basicos-necesarios-realizar-resonancia/articulo/13092054/.
- https://www.tuasaude.com/es/resonancia-magnetica/.
- https://pilarmanchon.es/2017/03/21/seguridad-en-la-sala-de-resonancia/.

- https://peru21.pe/mundo/hombre-murio-extrano-accidente-maquina-resonancia-magnetica-fotos-393706.
- https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/anatomia-rodilla.html.

Capítulo 1427

AGENTES BIOLÓGICOS EN CENTROS SANITARIOS Y PREVENCIÓN.

MARCOS MACHO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Se define agente biológico (o bioagente) como un organismo que puede generar un cambio climático en nuestro planeta, con la capacidad de afectar negativamente la salud de los seres humanos en diversos modos, desde reacciones alérgicas leves, hasta emergencias sanitarias graves que pueden inducir incluso a la muerte. Son capaces de generar toxinas (sustancias generadas por microorganismos que desencadenan enfermedades).
Existen más de 1200 tipos de agentes biológicos, y se clasifican en:
- Hongos: presentes en agua, suelo o restos orgánicos en descomposición.
- Protozoos: sus patógenos (entre los que se encuentran la Entomoeba histolytica, la Giardia lamblia, el Baluntidium coli y especies de Isospora, parásitos del tracto gastrointestinal) son transmitidos por la ingestión de cistos, en donde sobreviven y contaminan los alimentos y el agua. Es por ello que la ingestión de carne incompletamente cocinada puede ser una fuente de infección. También la inhalación de polvo contaminado puede ser un medio de transmisión.
- Helmintos: Son parásitos macroscópicos, formados por tejidos diferenciados y órganos con desarrollo de aparatos y sistemas.
- Artrópodos: Animales invertebrados, capaces de transmitir enfermedades infecciosas.
- Bacterias: Microorganismos procariotas. Se encuentran en todos los hábitats, tanto terrestres como acuáticos.

- Virus: Agente infeccioso microscópico acelular, que solo puede multiplicarse dentro de las células de otros organismos.

La mayoría de los organismos considerados agentes biológicos se encuentran presentes de manera natural en el medio ambiente, en el agua, en la vegetación, en la tierra o en los animales. Debido a su rápida reproducción, y los escasos recursos necesarios para su supervivencia, representan un riesgo potencial en muchas ocupaciones y actividades.

El riesgo biológico consiste en la presencia de un organismo, o de una sustancia derivada de uno, que pueda suponer un peligro o amenaza para la salud humana. Esto incluye los residuos sanitarios, muestras de microorganismos, virus o toxinas de una fuente biológica.

Para que el agente biológico haga efecto en un organismo, este debe penetrar en el mismo, y lo puede hacer a través de varias vías:

- Vía respiratoria: por inhalación. Las partículas se encuentran suspendidas o difundidas en el ambiente, gases, vapores, aerosoles…
- Vía dérmica: por contacto con la piel. En la mayoría de ocasiones no llegan a causar alteraciones en la misma, por lo que son difíciles de detectar.
- Vía digestiva: por la ingestión de alimentos o bebidas que contengan estas partículas. Fumar en el puesto de trabajo también es una situación de riesgo de contagio por esta vía.
- Vía parenteral: por contacto con heridas no protegidas debidamente.

Una vez la sustancia alcanza el organismo puede penetrar al torrente circulatorio, donde se puede difundir por todo el organismo (pudiendo provocar una infección).

El proceso o enfermedad infecciosa es la enfermedad que precisa de la participación de un agente causal, vivo y exógeno, con una respuesta orgánica y que se pueda transmitir. Esta transmisión puede ocurrir hombre a hombre, o desde un animal (zoonosis).

El agente causal (o biológico) es un organismo vivo, que requiere de unos mecanismos de transmisión y de un huésped (o víctima) susceptible, donde se pueda reproducir. Constan de una serie de características:

- Contagiosidad: capacidad del agente para extenderse.
- Infectividad: capacidad del agente para multiplicarse en los tejidos del huésped.
- Patogenicidad: una vez infectado, capacidad del agente para producir una enfermedad.
- Virulencia: Grado de enfermedad que el agente provoca en el huésped.
- Antigenicidad o inmunogenicidad: Habilidad del agente para producir una reacción inmunológica en el huésped.

A su vez, para que se produzca una enfermedad son necesarios una serie de elementos:

- Agente causal (biológico).
- Reservorio: Lugar donde el agente causal se reproduce, vive y desarrolla, y del que depende para su supervivencia. Pueden ser tanto lugares inanimados (como por ejemplo el suelo), como animados (animales domésticos, o incluso el propio huésped). Los más frecuentes son: reservorio humano enfermo (la persona presenta la enfermedad y esta debe ser eliminada del organismo), reservorio humano portador (el individuo, sin presentar signos ni síntomas de enfermedad tiene un agente que puede ser eliminado por sus secreciones y transmitido a otras personas), reservorio animal (los agentes se encuentran en los animales y estos los pueden transmitir a las personas) y el reservorio telúrico (suelo, agua y fómites).
- Fuente de infección: Lugar en el que se produce la infección. Lugar inanimado o animado en el que la infección pasa directa o indirectamente al huésped. Suele ser la misma que el reservorio.
- Mecanismo de transmisión: Conjunto de mecanismos que utiliza el agente para entrar en el huésped. Esta transmisión puede ser directa (transmisión sexual, por mucosas, por las manos, intrapartum, por mordeduras, transplacentaria, por arañazo o aérea) o indirecta (con separación en el tiempo y el espacio entre el agente y el huésped (por el aire, por vehículos de transmisión como el agua, alimentos, fómites…, desde el suelo, aerosoles, baños o artrópodos). A su vez, pueden ser únicos o variados, y sucesivos o no.
- Sujeto susceptible: Todo sujeto sano y capaz de enfermar. El grado de susceptibilidad del individuo está condicionado por una serie de factores (edad, sexo, raza, profesión o lugar de residencia). Otros aspectos a tener en cuenta en el sujeto son la puerta de entrada del germen (piel, genitales, vía urinaria…etc.) y la inmunidad, humoral y celular.

Ante los evidentes riesgos que los agentes biológicos plantean, se hacen necesarias una serie de normas o leyes que obliguen a empresarios y responsables a un plan de prevención y seguridad en el trabajo.

Actualmente, a nivel básico en España, existe la ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales, la cual tiene por objeto "promover la seguridad y la salud de los trabajadores, mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo".

Dicha ley "establece los principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preven-

tiva".
A nivel específico, en cuanto a los riesgos biológicos, existe el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
Actuando en el marco de la presente ley de prevención de riesgos laborales, el Real Decreto 664/1997: Tiene por objeto la protección de los trabajadores contra los riesgos para su salud y su seguridad derivados de la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, así como la prevención de dichos riesgos. También establece las disposiciones mínimas aplicables a las actividades en las que los trabajadores estén o puedan estar expuestos debido a la naturaleza de su actividad laboral y clasifica los agentes biológicos, dependiendo de su naturaleza y peligro, en 4 grupos diferentes:
- Agente biológico grupo 1: poco probable que cause una enfermedad.
- Agente biológico grupo 2: puede causar una enfermedad en el hombre y suponer un peligro para los trabajadores, siendo poco probable que se propague a la colectividad y existiendo profilaxis o tratamiento eficaz.
- Agente biológico grupo 3: puede causar una enfermedad grave en el hombre, presentando un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad, y existiendo una profilaxis o tratamiento eficaz.
- Agente biológico grupo 4: aquél que causando una enfermedad grave en el hombre supone un serio peligro para los trabajadores, con muchas probabilidades de que se propague a la colectividad y sin que exista generalmente una profilaxis o un tratamiento eficaz.
Por otro lado, en su segundo capítulo, establece las obligaciones del empresario en cuanto a la prevención, mediante la información y evaluación de los riesgos, la sustitución de los agentes biológicos, reducción de riesgos, medidas higiénicas, vigilancia de la salud de los trabajadores, documentación, notificación a la autoridad laboral y la información, formación y consulta de los trabajadores.

Una vez conocida la importancia y peligros de los agentes biológicos sobre los seres humanos, se hace necesario, primero, determinar unas medidas preventivas en el centro de trabajo, y después, establecerlo por ley para su obligado cumplimiento.
El INSHT, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, es el órgano científico-técnico especializado de la Administración General del Estado que tiene como misión el análisis y el estudio de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, y de la promoción y apoyo a la mejora de las mismas.
Para ello desarrolla una metodología en cuanto a la prevención de riesgos en el trabajo. Esto lo hace siguiendo diferentes etapas y afirmando que "para prevenir

y controlar tales riesgos es necesaria la evaluación inicial de los mismos":
- Clasificación de las actividades de trabajo: Identificación de tareas a realizar, con su duración y frecuencia, lugar donde se van a realizar, quien realiza el trabajo, la formación que han recibido esas personas, sustancias y productos utilizados…etc.
- Análisis del riesgo. Identificación de peligros: Peligros de golpes, cortes, caídas, condiciones, sustancias, espacio inadecuado… etc.
- Análisis del riesgo. Estimación del riesgo: Se estima el riesgo, analizando la potencial severidad del daño, y la probabilidad de que este ocurra.
- Análisis del riesgo. Valoración de riesgos: Este punto está ligado al anterior. Se decide si los riesgos son tolerables, si se requiere de mejorar los controles existentes o implantar unos nuevos, así como la temporización de las acciones y la urgencia con la que deben adoptar estas medidas.
- Preparar un plan de control de riesgos: Tras el resultado de la evaluación de riesgos se realiza un inventario de acciones, con el fin de diseñar, mantener o mejorar los controles de riesgos establecidos, teniendo en cuenta los siguientes principios: combatir los riesgos en su origen, adaptar el trabajo a la persona (elección de equipos, métodos de trabajo y de producción, atenuando al máximo posible el trabajo monótono y repetitivo, y a reducir los efectos del mismo en la salud), tener en cuenta la evolución de la técnica, sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro, anteponer la protección colectiva a la individual, y dar las debidas instrucciones a los trabajadores.
- Revisar el plan: Revisar el plan antes de su implantación, valorando si se han solucionado los problemas y si no se han creado otros nuevos.

A nivel específico, la prevención de los riesgos biológicos requiere (como cualquier sistema de gestión de la prevención), de una evaluación previa específica, identificando primero los agentes biológicos implicados, y luego la propia valoración del riesgo.
La identificación y evaluación de riesgos biológicos se realiza en dos partes, una primera teórica, y una segunda práctica.
- Parte teórica: Es la fase inicial, y se denomina "identificación del riesgo".
Debe proporcionar al técnico de prevención la información necesaria sobre el agente biológico al cual puede estar expuesto el trabajador, y cuáles son los datos sobre el mismo que le permitan valorar el riesgo de exposición, y así planificar las actividades preventivas correspondientes.
A la hora de valorar el agente, y el riesgo de exposición, se pueden presentar tres situaciones diferentes: Existe una manipulación deliberada del agente (se conoce el agente en cuestión y el peligro que este conlleva), no existe una manipulación deliberada, pero se conoce el agente (se sabe el riesgo que puede existir dado que

se conoce el agente), o que no exista una manipulación deliberada ni constancia de la exposición (por ejemplo, en laboratorios de análisis clínicos). En este último caso, para la prevención nos debemos basar en datos epidemiológicos, o en estudios ambientales realizados.
Toda la información sobre el agente biológico en cuestión debe ser recogida en un documento: nombre del agente biológico, clasificación, fuente de exposición, reservorio, grado de virulencia, modos de transmisión, vías de entrada…etc.
- Parte práctica: Esta fase está dirigida a la recopilación de información teniendo en cuenta dos aspectos, las condiciones del puesto de trabajo, y el trabajador en riesgo de exposición.
Se deben estudiar las características del lugar de trabajo y donde se puede producir la exposición (alcance de las medidas preventivas, características que este debe cumplir, existencia y frecuencia de la exposición, cantidad, volumen y concentración del agente en el puesto de trabajo…etc.).
También, respecto al trabajador expuesto, verificar si concurren en él circunstancias especiales, (alguna enfermedad, situaciones de inmunodepresión o inmunosupresión, embarazo…etc.), su grado de información y formación respecto al agente biológico al que pudiera estar expuesto, las características de la enfermedad que pudiera ocasionar y los medios para evitar o reducir la exposición al agente biológico.
Igual que en el apartado anterior, toda esa información debe ser recogida en el pertinente documento.
Finalmente, tras el estudio de los resultados obtenidos, se deben aportar las medidas de protección necesarias, tanto colectivas (colocación de barreras físicas como vallas o mamparas, sistemas de limpieza específicos…), como individuales (formación de los trabajadores, selección y utilización de equipos de protección individual…).

Metodología de evaluación de riesgos BIOGAVAL: Surge con el propósito de proporcionar al Personal Técnico de Prevención un instrumento para evaluar el riesgo biológico. Este método tiene en cuenta más variables, proporcionando una información más detallada.
En este método identifica el agente biológico, y luego las variables determinantes del riesgo: Clasificación del daño que este puede provocar (provocando o no una enfermedad en el individuo, y la gravedad de esta), la vía de transmisión, la tasa de incidencia en el año anterior, la vacunación de los trabajadores, la frecuencia de realización de estas tareas de riesgo, y las medidas higiénicas adoptadas. Todas ellas aportándole una puntuación de 1 a 5 dependiendo del nivel de riesgo.
Después se calcula el nivel del riesgo biológico, aplicando la fórmula siguiente:

R = (D * V) + T + I + F, en donde:
R = Nivel de riesgo, D = Daño con el valor obtenido de las medidas higiénicas, V = Vacunación, T = Vía de transmisión, I = Tasa de incidencia y F = Frecuencia de realización de tareas de riesgo.
Posteriormente se interpretan los resultados.
Se pueden obtener dos niveles:
- Nivel de acción biológica (NAB): deberán tomarse medidas preventivas para intentar disminuir la exposición, aunque la situación no llegue a plantear un riesgo manifiesto. Valores entre 12 y 17.
- El límite de exposición biológica (LEB): aquel que en ningún caso y bajo ninguna circunstancia debe superarse, ya que supone un peligro para la salud de los trabajadores y representa un riesgo intolerable que requiere acciones correctoras inmediatas. Valores superiores a 17.

2 Objetivos

Dar a conocer la necesidad de una serie de normas o leyes que obliguen a empresarios y responsables a un plan de prevención y seguridad en el trabajo para proteger a los trabajadores contra los riesgos para su salud y su seguridad derivados de la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, así como la prevención de dichos riesgos.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- MAD. Tecnico especialista en radiodiagnóstico. Volumen 1
- https://www.wikipedia.es.
- https://www.boe.es.
- https://www.insst.es.

- https://www.istas.net
,
- https://www.riojasalud.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1428

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX URGENTE EN LA SALA DE CRÍTICOS.

CARMEN MÉNDEZ GONZALEZ

LAURA FERNANDEZ FERNANDEZ

TATIANA GARCÍA DÍAZ

1 Introducción

El estudio radiográfico de tórax urgente en la sala de críticos, es una radiografía portátil que se realiza cuando el paciente no puede acudir a la sala. Es el estudio más solicitado por el servicio de urgencias debido a las complejas características que presentan los pacientes críticos, de ahí que una rápida actuación por parte del técnico para facilitar un diagnóstico a la mayor brevedad posible.

Consiste en la obtención de una imagen de calidad en el tiempo más breve posible evitando repeticiones innecesarias. Para ello es necesario conocer el funcionamiento del equipo portátil de rayos así como dominar las distintas técnicas y adoptando las medidas de protección necesaria tanto para el personal como las distintas personas se encuentren cercanas ; todo esto se hace efectivo con la estrecha colaboración de todo el personal sanitario y no sanitario como es el celador, que ayudará al transporte del aparato portátil así como al levantamiento del paciente para poner el receptor de imagen debajo de la espalda si la cama o camilla no dispusiese de mecanismo de bandeja.
Gracias a una buena imagen se pueden diagnosticar y facilitar el mejor tratamiento para el paciente así como la localización de sondas nasogástricas,

catéteres, vías y tubos traqueales así como el estudio del aparato respiratorio, vía aérea y parénquima pulmonar, localización de líquido (derrame o neumotórax), neumotórax o tumoraciones…etc. También la valoración de la silueta cardiaca y del mediastino que permite descartar un posible fallo, lesiones óseas en cuerpos vertebrales y arcos costales.

La calidad de las radiografías de tórax portátil, pueden dar información clínica incorrecta debido al estado crítico del paciente, sin movilidad. La radiografía AP en decúbito supino, el corazón se ve magnificado con ensanchamiento del mediastino de un 10% a un 15% al estar más alejado del detector.

Con la tecnología digital el paciente recibe menos radiación, menos repeticiones de radiografías y un diagnóstico rápido y preciso.
Estos equipos digitales permiten corregir las imágenes antes de su envío al PACS, efectuar los cambios necesarios y modificarlas, el poder aceptarlas o eliminarlas resulta de gran ayuda, pues permite mejorar la calidad de las imágenes reduciendo el número de exposiciones y la radiación que reciben los pacientes, el personal de la unidad y el propio técnico.

2 Objetivos

Definir el funcionamiento de esta técnica.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 1429

PREVENCIÓN DE RIESGOS. LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO.

NEREA LEON SUAREZ

1 Introducción

En los últimos años se ha producido un incremento de la violencia hacia los profesionales del sector hospitalario sin precedentes. En épocas anteriores, este sector era muy respetado socialmente y, por lo tanto, era un acontecimiento rarísimo las agresiones a este personal. Debido a la eclosión de la violencia en España hacia el personal sanitario que comenzó en los años 80, siguió aumentando en los 90 y ha alcanzado proporciones preocupantes en el siglo XXI. Por ello, no ha habido registro de agresiones al personal del sector sanitario y no sanitario hasta hace poco.

2 Objetivos

- Describir los problemas de violencia ocupacional comunicados por los técnicos de prevención de los centros sanitarios. El análisis permite identificar los factores de riesgo y establecer estrategias preventivas. Se pretende aumentar la sensibilización frente al fenómeno de la violencia en el ámbito laboral.
- Abordar la violencia laboral que y los efectos de esta violencia. - Detectar/percibir los distintos elementos que la componen.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de estudios científicos en distintas bases de datos: Scielo, Medline y el buscador Google Académico.

4 Resultados

El tipo de agresión más frecuente es la verbal acompañada en algún caso de agresión física. Más frecuente es la agresión a mujeres y los agresores hombres en su mayoría. El agresor suele ser el paciente y el lugar donde se produce más habitualmente en la zona de urgencias.

De entre todos los actos de violencia laboral los que afectan a la mujer con mayor frecuencia son: el acoso sexual, la inequidad salarial y mobbing o acoso moral. Los sujetos activos de actuaciones violentas por razón de género en cualquiera de sus manifestaciones, pueden ser compañeros, superiores inmediatos, directivos, o incluso inferiores jerárquicos. Junto con el acosador directo, pueden actuar dos tipos de sujetos, los cómplices, que colaboran de forma activa en el proceso.

Los servicios de prevención juegan un papel central dentro del esquema de la prevención de accidentes, registrando todas las agresiones y actualizando las actividades preventivas frente a los mismos, así como organizando formación continuada del personal en relación a la prevención de este problema. Asesora y recomienda a la Dirección frente a las medidas a tomar para evitar agresiones y se encarga junto a ella de divulgar el protocolo de actuación ante agresiones a todos los profesionales.

En la evaluación de riesgos quedará constancia de las medidas de seguridad que tiene el centro ante situaciones conflictivas .También debe comprobar que el personal hospitalario conoce y puede acceder al protocolo de actuación ante agresiones.

A los trabajadores les ofrece el seguimiento de las posibles repercusiones sobre su salud, siendo el encargado de ofertarles apoyo psicológico o el tratamiento de los especialistas que necesiten .Asimismo, debe asesorar e informar sobre la adaptación de puesto laboral o reubicación si fuera necesario del trabajador.

- En el caso de las agresiones verbales porcentaje hasta el 69%
- La mayoría de estas agresiones son realizadas por un familiar del paciente (52%)
- La mayoría de las agresiones sucede en atención especializada (53%)

• La causa principal de las agresiones es por no satisfacer sus expectativas en cuanto a tiempos de espera/pruebas realizadas (41%).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera que las profesiones relacionadas con el sector servicios, por el estrecho contacto que mantienen con usuarios y clientes, tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los ciudadanos. Además, define violencia laboral como "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante la cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma".

En los últimos años se ha producido un incremento de la violencia hacia los profesionales del sector hospitalario sin precedentes. En épocas anteriores, este sector era muy respetado socialmente y, por lo tanto, era un acontecimiento rarísimo las agresiones a este personal. Debido a la eclosión de la violencia en España hacia el personal sanitario que comenzó en los años 80, siguió aumentando en los 90 y ha alcanzado proporciones preocupantes en el siglo XXI. Por ello, no ha habido registro de agresiones al personal del sector sanitario y no sanitario hasta hace poco.

5 Discusión-Conclusión

Los efectos de la violencia de género en el trabajo son similares en todas sus manifestaciones y calificados como devastadores: ansiedad, tensión, irritabilidad, depresión, incapacidad de concentración, insomnio, fatiga, dolores de cabeza. El 69% de las víctimas de acoso presentan un cuadro depresivo severo que justifica una atención médica y que implica un alto riesgo de suicidio. Si el objetivo es poner fin a la violencia sobre todo de género,la acción ha de dirigirse a los tres elementos que la componen: la violencia directa, estructural y cultural. Se hace inevitable una profunda transformación del ámbito cultural que, de otra forma, continuará justificando el mantenimiento de relaciones de dominación y de violencia.

Para prevenir estas agresiones es necesario: aumentar la sensibilidad sobre la problemática derivada de los abusos, intimidación y amenazas. Dotación de personal adecuado en número y cualificación en períodos de máxima actividad. Reforzar la comunicación entre dirección y unidades de trabajo. Fomento del trabajo en equipo y discusión de los casos especialmente conflictivos. Conocer las sanciones aplicadas en respuesta a estos casos de violencia.

6 Bibliografía

1. Martínez León MM, Queipo Burón D, Martínez León. C, Torres Martín H. Aspectos médico-legales de las agresiones al personal sanitario y su consideración como delito de atentado. Sideme. 2010;5:1-11.
2. Ortells Abuyé N, Muñoz Belmonte T, Paguina. Marcos M, Morato Lorente I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. Enferm Global.
2013;12:196-207.
3. Gutiérrez L, Hernández MJ, Molina L. Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). Arch Prev Riesgos Labor. 2016;19:166-74.
4. Martínez-León M, Queipo Burón D, Irurtia Muñiz MJ, Martínez-León C. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). Rev Esp Med Legal. 2012;38:5-10.
5. Serrano Vicente I. Análisis de las agresiones al personal trabajador registradas en los servicios de salud laboral de los Sectores Sanitarios II y III de Zaragoza. Cuid salud. 2018;15:5-32.

Capítulo 1430

HIPERSENSIBILIDAD DENTAL

ALBA FERNANDEZ RODRIGUEZ

NOELIA RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

La hipersensibilidad dental es una afección caracterizada por la percepción de sensaciones molestas o incluso dolorosas, en los dientes, desencadenadas por estímulos táctiles, térmico , químico …. habituales en nuestra vida diaria.

Básicamente, la hipersensibilidad dental está ocasionada por una exposición de la dentina ya sea a nivel de la corona del cuello y de la raíz. En condiciones normales, la encía recubre totalmente tanto la destina como el propio cemento dental, quedando ambos protegidos frente a los estímulos externos. Sin embargo en determinados trastornos , como la enfermedad periodontal causan retracción con lo cual originan sensibilidad dental.

2 Objetivos

Exponer los principales aspectos relacionados con la hipersensibilidad dental.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para reducir en lo posible este riesgo se utilizan diversas técnicas que estandarizan al máximo el estímulo utilizado para provocar el dolor:
- Estimulación mecánica: Se realiza con un explorador dental, que golpea el cuello del diente a estudiar.
- Estimulación térmica. Por aire frío: es un sistema más fiable. Se usa una jeringuilla de exploración con la que se aplica una corriente de aire frío.

Mecanismos de producción de hipersensibilidad dental.
Las terminaciones nerviosas, que se encuentran en la pulpa dental, no llegan hasta la dentina. Se han propuesto diversas teorías para explicar cómo se transmite la sensación dolorosa desde la dentina hasta las terminaciones nerviosas de la pulpa. Actualmente se acepta la denominada ”teoría hidrodinámica”.

En el interior de la dentina existen múltiples túbulos dentinarios, rellenos de un fluido que la atraviesan transversalmente. El movimiento del fluido dentinal, ya sea hacia dentro o hacia el exterior, produce unos desplazamientos en los extremos dentinales de unas células llamadas odontoblastos que se encuentran en la pulpa. Estos activan las terminaciones nerviosas provocando la hipersensibilidad.

Existen dos grupos de sustancias que se utilizan actualmente en el tratamiento de la hipersensibilidad dental:
1. Las que actúan ocluyendo los túmulos dentinarios
2. Las que actúan bloqueando las transmisiones de impulsos a través de las fibras nerviosas
3. Las sustancias más utilizadas son: hidróxido cálcico, Oxalato potásico, Cloruro de estoico y Nitrato potasio. Siendo este último el más útil.
4. Flúor: debido a su conocida acción remineralizante, que permite reforzar distintas estructuras dentales.

La utilización de las diversas sustancias desensibilizantes debe contemplarse con diversos tipos de medidas que dificulten la aparición de hipersensibilidad dental:
- Los dentífricos empleados deben de se de baja agresividad

- Se debe evitar, en lo posible , el consumo de alimentos que favorezcan la estimulación de las terminaciones nerviosas: cítricos, azúcares, alimentos muy fríos, calientes……

5 Discusión-Conclusión

La hipersensibilidad dental, esta ocasionada por una exposición de la dentina ya sea a nivel de La Corona o del cuello y de la raíz . En condiciones normales, la encía recubre totalmente tanto la dentina como el propio cemento dental, quedando ambos protegidos frente a los estímulos externos.
La hipersensibilidad se presenta con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad periodontal, existen muchos otros individuos que presentan molestias sin padecer dicha enfermedad. factores implicados que determinan o favorecen la hipersensibilidad serian:
Herencia
Caries dental
Traumatismos mecánicos
Clima Húmedo
Cambios hormonales
Otros: consumo habitual y abundante de cítricos

Capítulo 1431

IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFIA EN BEBÉS

SILVIA CAMPA RODRIGUEZ

1 Introducción

La ecografía es un tipo de imagen que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para ver las distintas estructuras del interior del cuerpo y no se exponer a radiación.

Se realiza a través de un dispositivo llamado transductor que envía ondas sonoras al cuerpo, recoge las ondas que rebotan y las manda a un ordenador que crea las imágenes.

Hay varios tipos de ecografía: transfontanelar, cadera, abdominal, transrectal, vaginal, etc. pero en este artículo nos vamos a centrar en las más comunes de los bebés que son transfontanelar y cadera.

2 Objetivos

- Facilitar información sobre el estado y desarrollo del bebé incluyendo la detección temprana de malformaciones, evaluar el desarrollo anatómico del feto, su crecimiento, su posición, calcular su edad gestacional, evaluar los ritmos cardíacos, observar el estado de la placenta, del líquido amniótico, estimar el peso del bebé y detectar anomalías o patologías del embarazo.

3 Metodología

Se realizó una revisión de guías de práctica clínica, artículos científicos, publicaciones y consultas Ena bases de datos como PubMed, Scielo, Cochrane, y Medline usando como descriptores: protección radiológica, rayos X, radiología intervencionista y prevención.

4 Resultados

Algunas veces se realiza un examen de seguimiento porque una posible anormalidad necesita una evaluación más exhaustiva con vistas adicionales o con una técnica especial de toma de imágenes. También se podría hacer un examen de seguimiento para ver si ha habido algún cambio en una anormalidad a lo largo del tiempo. Los exámenes de seguimiento, a veces, son la mejor forma de ver si el tratamiento está funcionando o si una anormalidad está estable o ha cambiado.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes de talla muy grande presentan más dificultades para obtener imágenes por ultrasonido debido a que una mayor cantidad de tejido atenúa (debilita) las ondas acústicas mientras penetran más profundamente en el cuerpo y necesitan volver al transductor para su análisis.

6 Bibliografía

1. Botero J. Obstetricia y Ginecología. Cuarta edición 1990, 419.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) Estadística de Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
3. Organización Mundial de la Salud (1985), Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento.
4. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y a servicios Sanitarios del Principado de Asturias (2018) Atención maternal y neonatal.

Capítulo 1432

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL SANITARIO.

ANAIS NEIRA AZOR

1 Introducción

Vamos a dar a conocer los principales accidentes y su forma de prevención.
Riesgos de accidentes de trabajo riesgo de caída de personas al mismo nivel.
Este riesgo se puede dar durante los desplazamientos a lo largo de la jornada, debido al mal estado del suelo (baldosas, sueltas, moqueta levantada o irregular, suelo resbaladizo, etc.) por falta de orden y limpieza, etc. Los daños que pueden producirse son lesiones como: heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, etc.…o bien, lesiones graves como fracturas, etc.…, en función del tipo de caída.

Riesgo de caída de personas a distinto nivel.
Las caídas a diferente nivel se dan en trabajos que requieren el empleo de algún medio (escaleras, banquetas, etc.…) para llegar a zonas elevadas de estanterías o armarios, principalmente cuando éstos son inadecuados o se hallan en mal estado. También puede darse durante el uso de las escaleras fijas que presenten deficiencias (escalones resbaladizos, desgastados o rotos, contrahuellas de altura variables, barandillas flojas o inexistentes) o debido a la presencia de obstáculos en su recorrido. Los daños que pueden producirse son: lesiones leves como heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, etc.; o bien, lesiones graves o muy graves, en función del tipo de caída y de la altura de la misma.

Riesgo de caída de objetos por desplome o manipulación.
Este riesgo puede darse por inestabilidad, falta de anclaje, sobrecarga o mal estado de las estanterías, o por materiales indebidamente ubicados. Puede darse también durante la manipulación y transporte de monitores y equipos de trabajo principalmente en situaciones de emergencia. Los daños que pueden derivarse de este riesgo son: heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, etc., o bien lesiones graves como fracturas en función del peso del objeto y de la altura de la caída. En estos casos hay que considerar además la posibilidad de sufrir cortes por rotura de material de vidrio en el mismo accidente y de contacto accidental con el contenido del mismo (producto químico tóxico o corrosivo, contaminación biológica, etc.

Golpes, cortes o pinchazos por objetos o herramientas.
Se considera un accidente por golpes, cortes o pinchazos producidos por objetos o herramientas, cuando la persona tiene un contacto repentino y violento con algún material, utensilio u elemento con el que trabaja, pudiendo dar lugar a lesiones que no suelen ser graves como arañazos, heridas, cortes, infecciones, etc. El riesgo de cortes o pinchazos puede generarse por algunos equipos y objetos que son utilizados de manera habitual durante el desarrollo de la tarea del personal administrativo, como pueden ser accesorios cortantes (tijeras, grapadoras, cúter, papel, guillotinas, vidrios rotos, etc.). Los golpes pueden ser causados porque el espacio libre de trabajo es insuficiente, por una mala distribución del mobiliario, porque los materiales estén almacenados de forma inadecuada o fuera de sitio (en el suelo de los pasillos, en las inmediaciones al puesto, etc.), por puertas o tabiques de cristal transparente sin señalizar, por cables por el suelo, cajones abiertos, etc.

Riesgo de contacto eléctrico.
El riesgo de contacto eléctrico puede originarse en los centros sanitarios por fallos en las instalaciones eléctricas (transformadores, grupos electrógenos, etc.), equipamientos electromédicos (aparatos de lectura y control de diagnóstico, de reanimación, etc.) así como equipos de oficinas (ordenadores, impresoras, etc.). Los accidentes producidos por riesgo de contacto eléctrico pueden producir lesiones leves como calambres, contracciones musculares, irregularidades cardiacas o bien, lesiones graves o muy graves.

Riesgo de incendios y / o explosión.
Se definen los incendios como la reacción química de oxidación-reducción que se caracteriza por ir acompañada de desprendimiento de calor, humos, gases y

en algunos casos llamas. El riesgo de incendio está presente en cualquier tipo de actividad, es necesario, por tanto, que todos conozcamos cómo puede originarse un fuego, cómo se propaga y cómo prevenirlo, extinguirlo y controlarlo. Causas Los factores de inicio de un incendio son el conjunto de condiciones que ponerse en contacto los materiales combustibles con las fuentes de ignición, comenzando así el conato de un incendio. Por norma general, el lugar de trabajo del personal administrativo suele ser la oficina. En ella, puede iniciarse un fuego debido a los numerosos materiales que se almacenan como papeles, libros, cartones, etc., (elementos combustibles), próximos a fuentes de calor. Para que el fuego se origine necesita al menos tres elementos: combustible, aire y calor, sobre los cuáles podemos actuar para evitarlo. Por otra parte, para que el fuego se mantenga es necesaria una reacción en cadena. Combustible Toda sustancia capaz de arder, ya sea sólida, líquida o gaseosa. Aire Es necesaria la presencia del oxígeno que reaccione con el combustible para que se dé la combustión. Calor No basta con tener aire y combustible, sino que es necesario que exista un foco que proporcione el calor suficiente para que el fuego se produzca, como un cigarrillo, un cortocircuito eléctrico, una chispa, etc. Reacción en cadena Elemento que permite que, una vez iniciado el fuego, se mantenga.

Riesgo de sobreesfuerzos por movilización de pacientes y manipulación de cargas.
El riesgo de sobreesfuerzos es muy común en el personal sanitario (principalmente en el trabajo de auxiliares de clínica, cuidadores, celadores, personal de rehabilitación, etc.) ya que una gran parte de su trabajo se basa en posibilitar la movilización de personas con limitaciones físicas (trasladar, ayudar a caminar, realizar cambios de posición, mejorar el confort de pacientes, etc.). Los factores que inciden en la aparición de lesiones músculo esqueléticas en este colectivo suelen ser factores individuales (posibles enfermedades, sedentarismo, hábitos de la vida, etc.), factores físicos de la tarea (posturas forzadas, inclinaciones, torsiones de espalda en realización de curas, reacciones imprevisibles por pérdida de equilibrio de pacientes, transporte y manipulación de cajas, carros, etc.) o factores organizacionales (ritmo de trabajo acelerado, exceso de pacientes, medios insuficientes, movilización sin ayuda de terceras personas, etc.) Los daños que pueden derivarse de la movilización de personas con limitaciones físicas suelen ser alteraciones musculoesqueléticas, como patologías dorsolumbares, lumbalgias. ciática, hernia discal, etc. La probabilidad de que aparezca una lesión depende entre otras causas de la intensidad del esfuerzo, número de pacientes a movilizar, duración de la movilización, secuencias de una tarea a desempeñar, adopción de posturas forzadas, etc.

Medidas preventivas frente a caídas.
Mantén un buen nivel de orden y limpieza, dejando los pasillos y áreas de trabajo libres de obstáculos. Utiliza calzado sujeto al pie, con suela antideslizante y homologado con marcado CE. Limpia inmediatamente cualquier producto derramado accidentalmente. Presta especial atención cuando el suelo haya sido tratado con productos deslizantes. El suelo debe ser un conjunto homogéneo, fijo y estable; de pavimento no resbaladizo, y correctamente iluminado. Ante cualquier deficiencia, extrema las precauciones e informa al personal de mantenimiento. Los cables deben distribuirse de forma que queden fuera de las zonas de paso. En caso contrario, deberán protegerse y/o fijar los cables en el suelo con tal de evitar tropiezos.

Equipos de protección individual (EPI's)
Guantes, mascarillas, protecciones oculares ,batas o delantales.

Prevención de lesiones dorsolumbares en el manejo de cargas.
Las lesiones de espalda pueden producirse en tareas de manipulación manual de cargas cuando:
Se realizan de forma incorrecta ,se supera la capacidad física del trabajador o se realizan de forma repetitiva durante un tiempo prolongado.
Aproximarse a la carga. Apoye los pies firmemente separándolos a una distancia igual a la de sus hombros. Agáchese doblando las rodillas para recoger la carga. Coja la carga por la parte más segura y sujétela de forma equilibrada. Mantenga la espalda recta durante toda la maniobra. Levante suavemente la carga enderezando las piernas. No realice tirones bruscos. Mantenga la carga lo más próxima posible a su cuerpo con los brazos extendidos. Si el peso o las dimensiones de la carga son excesivos, pida ayuda a un compañero. Nunca eleve una carga de forma manual por encima de los hombros no realice giros de cintura mientras levanta y/o transporta una carga .

Normas de protección ante exposiciones casuales de sangre y/o fluidos corporales.
Todo el personal sanitario deberá utilizar de forma rutinaria las medidas de protección adecuadas para prevenir el contacto de piel y mucosas con sangre y/o fluidos corporales de cualquier paciente. Las medidas de protección individual se utilizarán tanto para realizar cualquier técnica como en la manipulación, el transporte y la limpieza de objetos posiblemente contaminados por sangre y/o fluidos corporales. Antes de comenzar la tarea, se protegerá convenientemente cualquier erosión o herida para evitar cualquier posible contacto. Se deberá ac-

tuar con precaución al manipular objetos punzantes o cortantes para evitar sufrir heridas. No se deberán enfundar de nuevo las agujas ya utilizadas en el capuchón protector, ni se doblarán ni se separarán manualmente de las jeringas. Las agujas ya utilizadas, así como los objetos punzantes o cortantes de un solo uso, se depositarán en los correspondientes contenedores de seguridad para la eliminación de residuos de grupo III. Siempre deberán desecharse los guantes utilizados después de cada contacto y siempre que se rompan o perforen. Cualquier zona corporal que haya estado en contacto con sangre y/o fluidos corporales deberá lavarse inmediatamente a fondo, utilizando la técnica necesaria.

Consejos para la prevención del estrés.
- No trabajes más de diez horas al día.
- Descansa entre tareas.
- Duerme de 7 a 8 horas al día.
- Cultiva el hábito de escuchar música relajante.
- Practica un pasatiempo ("hobby") creativo.
- Realiza ejercicios moderados regularmente.
- Evita el uso de drogas (incluyendo el alcohol) y de otros medios artificiales utilizados para evitar el estrés.
- Reserva uno o dos días a la semana para descansar de toda rutina del trabajo.
- Planea cada año unas vacaciones, lejos del trabajo y del ruido.
- Visita al médico cuando sea necesario.
- Expresa tus sentimientos, sin antagonismos ni hostilidad.
- Discute sobre tus problemas con alguna persona de confianza.
- Pide ayuda cuando la necesites y visita a grupos que te puedan ayudar.
- Sigue la ley amor, amistad y cariño.
- Planifica y ordena tu trabajo.
- Lleva a cabo una cosa a la vez y establece un orden de prioridades.
- No estés pendiente siempre de la hora.
- Haz las cosas sin prisa (al caminar, hablar, comer, etc.)
- Evita las discusiones.
- Olvida los resentimientos, agravios y odios (terapia del perdón).
- Evita la competencia en el trabajo y en los juegos.
- Concéntrate en el presente.
- Dedica objetivos reales (alcanzables) en tu vida.
- No hagas cambios en tus patrones de vida que te afecten mucho (poco o nada).
- Nunca pierdas la fe en ti mismo y en tus facultades.
- Disfruta de la vida de forma sana.

2 Objetivos

Dar a conocer las leyes sobre prevención de riesgos laborales y su aplicación en el ámbito del trabajo.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Manual de Seguridad en el Trabajo ,manual de Higiene Industrial , manual de ergonomía de la fundación mapfre.

Capítulo 1433

EVALUACIÓN DEL PISO PÉLVICO CON RM

YOLANDA CORRO BLANCO

PAULA ALVAREZ GARCIA

1 Introducción

El DEFECORM es un estudio diagnóstico mediante resonancia magnética que permite estudiar el suelo pélvico. Tiene muchas utilidades, ventajas e indicaciones. Requiere de unos conocimientos necesarios para poder realizar la prueba con seguridad que se comentan en el capítulo.

2 Objetivos

Exponer las peculiaridades y características de la prueba complementaria DEFECORM.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con este estudio conseguimos ver las partes blandas perirrectales, el suelo pélvico y su musculatura. Nos permite ver toda la anatomía de la zona además de su funcionalidad.

Utilizaremos una resonancia magnética de 1,5 Teslas, sonda rectal, jeringa de 50ml de cono ancho, empapadores y 50 ml de gel ecográfico

Pediremos al paciente que se despoje de toda la ropa y le daremos una bata para cubrirse, además le realizaremos una entrevista por si pudiera ser portador de algún material incompatible con un campo magnético, como marcapasos, implantes cocleares,etc.

Pasamos al interior de la sala, donde colocamos al paciente sobre un empapador en decúbito lateral para introducir la sonda rectal y poco a poco se va introduciendo el gel, con el que conseguiremos un contraste muy bueno en las imágenes. Después se pasa al paciente a la posición decúbito supino, y colocamos una antena de cuerpo de 18 canales en este caso, cubriendo toda la pelvis. Le colocamos unos auriculares por los que nos comunicaremos con el paciente durante la prueba y le daremos las instrucciones.

Las secuencias que vamos a realizar principalmente son potenciadas en T2,TSE (turbo spin eco), aunque se incluyen unas series dinámicas, donde el paciente tiene que realizar maniobras de valsalva, se mostrarán en el plano sagital orientadas siempre al canal anal. Durante la secuencia se le pedirá que empuje como si fuera al baño, y se le irá pidiendo que cada vez ejerza más fuerza durante unos segundos, y cuando quede poco para finalizar la secuencia le pedimos que se relaje, que deje de empujar. En estos momentos la mayoría de los pacientes defecan, pero es lo normal, es la manera de ver “en vivo” su problema.

Se trata de obtener un buen diagnóstico sobre las alteraciones orgánicas o del suelo pélvico, como puede ser el rectocele, afecciones funcionales anorrectales, etc.

Con el uso de la resonancia evitamos radiaciones ionizantes en pruebas como el TC, o la inyección de un contraste, ya que en esta prueba no es necesario ni coger una vía intravenosa.

5 Discusión-Conclusión

Es un estudio de mucha utilidad, dura poco tiempo,y con una buena explicación por parte del TSID lograremos mucha colaboración y por tanto muy buen resultado del estudio. Es importante invertir tiempo en la explicación con estos pacientes, ya que nos interesa que colaboren pero además lleva mucho pudor añadido y es un poco desagradable cuando se les escapa heces u orina, pero ya les explicamos que es absolutamente normal y no pasa nada.

6 Bibliografía

-https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-incontinencia-fecal-el-adulto-un-S0716864013701561
-webcir.org/…/1_febrero/argentina/diagnostico_imagenes/RM_dinamica.pdf
- pdf.posterng.netkey.at/download/index.php?module=get_pdf_by_id&poster
-https://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&task=viewsection&pi=113563&si=1146
(SERAM)
- seram2010.seram.es/modules/posters/files/protocolo_de_enterorm.pdf
- https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=bodymr

Capítulo 1434

EMBRIOLOGÍA DENTAL

NURIA ALVAREZ ALVAREZ

LIDIA FERNANDEZ VILLABRILLE

MARIA BELEN VEGA MENENDEZ

1 Introducción

Los dientes se forman por un proceso continuo y complejo denominado odontogénesis, que es la ciencia que se encarga de estudiar este proceso, un proceso embrionario mediante el cual células del estomodeo o boca primitiva, se invaginan para formar estructuras que junto con el ectomesénquima formarán los dientes.
Este proceso empieza en la sexta semana en el embrión humano (cuando se forma la lámina dentaria; la lámina dentaria es una banda de tejido epitelial vista en cortes histológicos del desarrollo del diente y además es la primera evidencia del desarrollo del diente). A la octava semana de vida intrauterina se forman los gérmenes dentarios de los dientes deciduos y posteriormente se va dando la morfodiferenciación de los dientes.
Los gérmenes dentarios siguen su evolución en una serie de etapas o estadios denominados:
- Brote macizo o yema.
- De casquete.
- De campana.
- De folículo dentario.

El ectodermo es la capa más externa y la primera en formarse, las otras dos capas se llaman mesodermo y endodermo. El ectodermo se diferencia para formar el

sistema nervioso, el esmalte, la epidermis, también forma el revestimiento de la boca, ano, fosas nasales, glándulas sudoríparas, pelo y uñas.
El ectodermo tiene tres partes:
• Ectodermo externo o superficial – se diferencia en los tejidos epiteliales
• Cresta neural – se forman los melanocitos, sistema nervioso periférico, cartílago y dientes.
• Tubo neural – se diferencia en los tejidos del sistema nervioso (cerebro, médula espinal, nervios y neurohipófisis).
El mesodermo se forma a partir de un proceso llamado gastrulación, este proceso es previo a la formación del mesodermo, existen dos capas, el hipoblasto y el epiblasto. Las células epiteliales del epiblasto se transforman en células mesenquimatosas con capacidad migrante, se invaginan y dan lugar a las 3 capas embrionarias, empujando al epitelio del hipoblasto hacia el saco vitelino.
El mesodermo se divide en cinco partes:
• Mesodermo cordado - Este tejido dará lugar a la notocorda, órgano transitorio cuya función más importante es la formación del tubo neural y el establecimiento del eje antero-posterior.
• Mesodermo dorsal somítico - Las células de este tejido formarán las somitas, bloques de células mesodérmicas que están situadas a ambos lados del tubo neural y que se desarrollarán para dar lugar a otros tejidos como el cartílago, el músculo, el esqueleto y la dermis.
• Mesodermo intermedio - Formará el aparato excretor.
• Mesodermo latero/ventral - Dará lugar al aparato circulatorio y va a tapizar todas las cavidades del organismo y todas las membranas extraembrionarias importantes para el transporte de nutrientes.
• Mesodermo precordal - Dará lugar al tejido mesenquimal de la cabeza que formará muchos de los tejidos conectivos y la musculatura de la cara.
El endodermo es la capa de tejido más interno de las tres capas en las que se divide los tejidos del embrión.

A partir del endodermo se forma el aparato digestivo (excepto boca faringe y la porción terminal del recto y respiratorio). Forma también las células que tapizan las glándulas que drenan en el tubo digestivo, incluyendo las del hígado y páncreas. También da origen a la vejiga urinaria y parte de la uretra, el epitelio que reviste los folículos de la glándula tiroides .

2 Objetivos

Adquirir unos conocimientos sobre la organización morfofuncional del cuerpo humano durante su desarrollo, desde el momento de la fecundación hasta el nacimiento.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 1435

CASO CLÍNICO: RADIOGRAFÍA DE NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO

ADRIAN ANTUÑA SUAREZ

1 Introducción

Aparato cardiorrespiratorio con movimiento conservado en el lado izquierdo y anulado en hemitórax derecho, sin signos de resoplos ni edemas. Se deriva para radiografía de tórax, donde no se evidencia cardiomegalia, ni condensaciones. Se observa neumotórax que ocupa todo el hemitórax derecho.

Los pulmones poseen dos membranas que los recubren denominadas pleura parietal, que está en contacto con el tórax, y pleura visceral, que directamente envuelve a los pulmones.

Un neumotórax es un colapso de uno o ambos pulmones, causado por la entrada de aire en el espacio entre ambas pleuras. Se le denomina ”primario espontáneo” al neumotórax en individuos aparentemente sanos, sin enfermedades pulmonares conocidas.

Como consecuencia del colapso del pulmón, los primeros síntomas suelen ser dificultad respiratoria y dolor repentino en el área torácica del pulmón que está sufriendo el neumotórax, puede empeorar con la respiración. Esta enfermedad suele ser más frecuente en varones, de entre los 20 y 40 años de edad, con predilección por individuos altos y delgados, y habitualmente fumadores.

2 Objetivos

Realizar las pruebas necesarias para detectar el problema y resolverlo.

3 Caso clínico

Paciente varón de 20 años acude a urgencias ambulatorias por dolor torácico opresivo a nivel de campo superior de hemitórax derecho que se irradia a región inferior, que varia con la respiración, de unas tres horas de evolución.

4 Discusión-Conclusión

Tras realizar un primer diagnóstico el diagnóstico es confirmado con una radiografía de tórax, en la que se aprecia el colapso del pulmón. Tras este hallazgo, el paciente es derivado al hospital donde se le realizará un drenaje para poder evacuar el aire y conseguir la expansión del pulmón colapsado.

5 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/respiratorias/neumotorax.html
- https://www.europeanlung.org/assets/files/es/publications/psp-spanish.pdf
- https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/neumotorax
- https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/caso-clinico-radiografia-de-neumotorax-espontaneo-primario/

Capítulo 1436

EL TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS.

EMMA BARREIRO GARRIDO

1 Introducción

El transporte y almacenamiento de las muestras biológicas desde su recogida hasta su posterior análisis, es de vital importancia para no alterar la calidad del espécimen y que los resultados sean lo más precisos y fiables. Por ello, debemos de cerciorarnos de que el transporte de la muestra se realiza de la forma más adecuada y en el tiempo óptimo para que se siga preservando su calidad. En el ámbito hospitalario se recogen todo tipo de muestras y en todas las franjas horarias, las muestras de hematología y bioquímica que se obtienen de carácter urgente, son analizadas por el laboratorio de urgencias, nos debemos por tanto centrar solo en que el transporte de la muestra sea adecuado y rápido, pero no en su almacenamiento y conservación. Sin embargo, el laboratorio de microbiología, tiene un horario determinado, fuera de ese horario debemos de preocuparnos además de que las muestras están almacenadas y conservadas en las condiciones adecuadas para que la muestra no se deteriore en esa espera hasta su análisis.

No debemos de olvidar tampoco las muestras obtenidas en atención primaria. Son muestras procedentes de los pacientes de los distintos centros de salud que abarca el área sanitaria. Los pacientes, recogen la muestra (orina, heces, esputos, etc) en su domicilio, en los contenedores adecuados para tal fin, se los entregan a las enfermeras que les realizan la extracción en dicho centro y son enviados junto con los tubos que les hayan extraído, al hospital. Para ello, se introducen de manera ordenada y segura, en neveras portátiles que deberán mantener la

temperatura adecuada para las muestras que se introduzcan, las congeladas en contenedores específicos, los tubos en gradillas, los portaobjetos que se utilizan para el test de Graham en sobres o cajas portaobjetos… Organizadas de tal manera que en caso de movimientos bruscos no se derramen las muestras o se rompan los tubos. Deben de ser opacas, para preservar las muestras de la luz, dado que se pueden alterar determinaciones como puede ser el caso de la bilirrubina. Además el transporte de las neveras, nos debe garantizar la llegada al laboratorio a la mayor brevedad posible para que la demora en el análisis no afecte a los resultados obtenidos.

2 Objetivos

Identificar los aspectos que debemos tener en cuenta a la hora de transportar y conservar la muestra hasta su llegada al laboratorio en las condiciones adecuadas para preservar su calidad.

3 Metodología

He realizado la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, como: google académico, dialnet y scielo, además determinadas páginas web específicas de laboratorio. Con las palabras clave "almacenamiento y transporte de muestras biológicas", como criterios de inclusión he empleado idioma inglés y castellano. De exclusión: trabajos anteriores a 1990.

4 Resultados

El transporte de muestras en el ámbito hospitalario se suele realizar de dos maneras, en mano o a través del tubo neumático. Las muestras de microbiología siempre se deben de llevar en mano, puesto que por el tubo neumático, los fluidos impregnan las tapas de los contenedores por el movimiento del tubo por los conductos hacia el laboratorio, pudiendo con ello contaminar el espécimen, también para evitar su posible derrame con la consecuente pérdida de muestra o porque al tratarse de un laboratorio que no es de urgencias, la muestra debe de ser almacenada en la nevera (orinas, esputos para el estudio de virus…) en la estufa (fundamentalmente hemocultivos) o a temperatura ambiente como los hisopos de heridas, los vaginales, etc. (recogidos y metidos en los medios de transporte adecuados tipo stuart- amies), hasta su análisis.

En la zona destinada para el almacenamiento de muestras, se indica según el tipo de muestra, qué lugar es el correcto para dejarla y que su conservación sea óptima.

También es muy recomendable entregar en mano los líquidos, cefalorraquídeo , ascítico, pleural, sinovial… porque dado a su costosa extracción sobre todo, en el caso del cefalorraquídeo, no nos podemos arriesgar a tener ningún contratiempo y tener que solicitar nueva muestra.

Las gasometrías deben de ser llevadas al laboratorio nada más realizarse la extracción, recomendándose el uso de un contenedor de transporte en frío para su mejor conservación y fiabilidad de los resultados. Por tanto, mejor el transporte en mano.

El tubo neumático es más utilizado en el laboratorio de urgencias, agiliza mucho la obtención de los resultados de las analíticas puesto a que el tiempo que se emplea desde la extracción de la muestra hasta su llegada al laboratorio es mucho menor que si se llevan en mano, en la mayoría de las ocasiones. Además las muestras solicitadas en urgencias suelen ser tubos de bioquímica, hematología, coagulación y sedimentos urinarios, ideales para que puedan ser enviados por este método, puesto que si se siguen una serie de precauciones no tienen por qué verse afectados los resultados.

Normalmente, en el departamento de extracciones del hospital se recepcionan las muestras que llegan de los centros de salud. Se procede a la apertura de las neveras cerciorándose de que vienen a la temperatura adecuada. Lo podemos comprobar con una sonda que registra la temperatura y que viene dentro de la nevera junto con las muestras. También comprobaremos que llegan los volantes y las muestras. Se suele tener una hoja de incidencias donde se registran si no se corresponde la muestra con el volante, si la muestra está mal recogida, en un recipiente inadecuado, si no trae volante y todo aquello que no nos permita seguir adelante con el análisis. Una vez hechas las comprobaciones, se procede a separar las muestras para los diferentes laboratorios. Las muestras de bioquímica serán centrifugadas y todas, serán enviadas a los laboratorios correspondientes con la mayor brevedad posible. Debido al volumen de las muestras, se suelen llevar en mano.

5 Discusión-Conclusión

El tubo neumático es recomendable para reducir los costes de personal y el tiempo de transporte, aminorando la tardanza en los análisis, pero tiene sus riesgos, que se produzcan contratiempos y que se pierdan muestras bien por la rotura de tubos si no se colocan de la forma correcta en las mantas con las que se envuelven los tubos para impedir el movimiento por el tubo a lo largo del recorrido desde su origen a su destino y que se produzca la rotura de los mismos, la aparición de hemólisis si se envían antes de que se retraiga el coágulo en los tubos que tienen separador, o bien por el envío a una estación errónea que ocurre con cierta frecuencia, con el trastorno que se produce desde el envío erróneo hasta que nos percatamos de lo acontecido, también las averías o atascos son contratiempos que pueden retrasar el transporte, estos entre otras precauciones deberíamos cuidar porque nos altera el resultado y por tanto nos retrasará el diagnóstico por tener que solicitar nueva muestra en la mayoría de las situaciones anteriormente citadas.

Por lo tanto, el método que mejor se ajusta para el correcto envío de las muestras desde su origen hasta su recepción en el laboratorio es que se entreguen en mano, pues en ese caso se pueden subsanar los pequeños detalles que hacen que la analítica se retrase o que la muestra pierda parte o toda la calidad que tenía.

6 Bibliografía

- Albert L. Lehninger. Bioquímica. 2ª Edición. Editorial Omega S.A. Barcelona, 1994
- Burnett, David. Acrediación del laboratorio clínico. Editorial Reverte S.A. Barcelona, 1998.

Capítulo 1437

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: LOS CAMBIOS POSTURALES

NEREA LEON SUAREZ

1 Introducción

Úlcera por presión puede definirse como cualquier área dañada en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intenso e independiente de la posición. Es un problema común en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo en ancianos con movilidad limitada, con importante mortalidad y elevada repercusión económica y social.

Las úlceras pueden ser causa de dolor, infecciones y aumento de la inmovilidad. Suelen provocar graves dificultades a las familias para mantener a la persona mayor en el domicilio y en algunos casos conducen a la muerte. La aparición de úlceras por presión se ve favorecida por la edad, aunque ésta no sea un factor de riesgo en sí, otro factor puede ser el envejecimiento cutáneo que hace que la piel sea delgada, frágil y menos elástica.

Se calcula que su incidencia en la población general es del 1.7% entre los 55 y 69 años y del 3.3% entre los 70 y 75 años. No existen datos fiables de su incidencia en atención primaria. En alguna serie se estima que el 60% se desarrollan en el hospital. Más del 70% de las úlceras por presión ocurren en mayores de 70 años. Lo más importante es que el 95% de las úlceras por presión son evitables y por ello es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifican factores de riesgo y que ayudan a predecir la afectación de los tejidos.

Los cambios posturales en pacientes encamados, generalmente ancianos, son muy importantes a la hora de proporcionarles confort y de prevenir la aparición de úlceras por presión. Los cambios posturales los puede ejecutar cualquier persona que haya aprendido a manejarlos. En el ámbito hospitalario, son los celadores los que los practican, aunque es una labor compartida por todos los sanitarios. Esto se ve mejor a la hora del aseo de un paciente encamado o de curar una úlcera por presión o herida, ya que participan enfermería, auxiliar y celador.

2 Objetivos

- Prevenir la aparición de las úlceras por presión.
- Aliviar su sintomatología.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando un paciente encamado llega a la unidad de hospitalización, la enfermera, en la valoración inicial que hace al paciente, incluirá la necesidad de cambios posturales y la frecuencia de éstos. Generalmente esta información se coloca en el cabecero de la cama del paciente, para que el auxiliar, cuando vaya a moverlo, sepa si es conveniente hacerlo o no.

La aparición de una úlcera por presión (UPP) es un suceso que está ligado a la seguridad clínica del paciente, y la información epidemiológica disponible indica que estas lesiones son un problema importante en las Unidades Críticas.

Cuando un paciente encamado llega a la unidad de hospitalización, la enfermera, en la valoración inicial que hace al paciente, incluirá la necesidad de cambios posturales y la frecuencia de éstos. Generalmente esta información se coloca en

el cabecero de la cama del paciente, para que el auxiliar, cuando vaya a moverlo, sepa si es conveniente hacerlo o no.

La aparición de una úlcera por presión (UPP) es un suceso que está ligado a la seguridad clínica del paciente, y la información epidemiológica disponible indica que estas lesiones son un problema importante en las Unidades Críticas.

En ocasiones una persona no puede valerse por sí misma y debe pasar la mayoría del tiempo en la cama. En estos casos, el cambio postural es la principal medida de prevención de lesiones en la piel, como las úlceras por presión.

- Si el estado de la persona lo permite, lo ideal es realizar cambios posturales cada 2-3 horas cuando esté encamada. Debemos evitar en lo posible apoyarla directamente sobre sus lesiones, si ya las tuviera.
- Si está sentado y tiene autonomía para realizar cambios de postura, lo conveniente es que los realice cada 15 minutos. Si es dependiente se deben realizar cada hora y si no es posible por el motivo que sea, es preferible que permanezca en cama. Los cambios posturales en pacientes encamados, generalmente ancianos, son muy importantes a la hora de proporcionarles confort y de prevenir la aparición de úlceras por presión. Los cambios posturales los puede ejecutar cualquier persona que haya aprendido a manejarlos. En el ámbito hospitalario, son los celadores los que los practican, aunque es una labor compartida por todos los sanitarios. Esto se ve mejor a la hora del aseo de un paciente encamado o de curar una úlcera por presión o herida, ya que participan enfermería, auxiliar y celador.

5 Discusión-Conclusión

Se debe cambiar de postura cada 2-3 horas intentando alternar diferentes posturas para ir cambiando los puntos de apoyo. Las posturas más frecuentes son acostado boca arriba y acostado de lado (izquierdo y derecho). Hay diferentes tablas en las que se puede observar de forma detallada la posición ideal en cada una de las posturas.

Es fundamental no arrastrar a la persona para evitar lesiones por la propia fricción con las sabanas. Para ello, podemos utilizar una sábana entremetida. Es decir, una sábana que colocaremos sobre la sabana bajera y que utilizaremos para elevar a la persona desde ambos lados de la cama. De este modo, evitamos el arrastre al subir a la persona, por ejemplo, cuando se ha escurrido hacia los pies de la cama.

6 Bibliografía

- Ayello E, Braden BJ. ¿Por qué la valoración del riesgo de úlceras por presión es tan importante? Nursing 2002; 20 (5): 8-13
- Verdú J, Motilla R, Oriola R. (). Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Escuela Universitaria de Enfermería (España). Universidad de Alicante. 2000

Capítulo 1438

ENFERMEDAD PERIODONTAL

ALBA FERNANDEZ RODRIGUEZ

NOELIA RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

La enfermedad periodontal ha recibido numerosas denominaciones a lo largo de la historia: periodontoclastia, paradentosis, alveoloclasia, etc. incluso ”piorrea” que ha quedado como la denominación popular de estas alteraciones.
Consideramos que las enfermedades periodontales son aquellas alteraciones de origen infeccioso que se caracterizan por la inflamación de la encía, provocada por la colonización bacteriana de la superficie dental adyacente a la encía y que a través del periodonto de inserción , llega a colonizar y destruir estas estructuras y provocar la formación de bolsas, con la posible movilidad y caída de los dientes.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES:
La gingivitis es el primer estadio de la enfermedad periodontal. Se caracteriza por el enrojecimiento , edema y cambio en la posición del margen gingival. Ademas las encías sangran con facilidad.Se inicia una cierta retracción de la encía y progresivamente va aumentando la profundidad del surco gingival.Si la gingivitis se trata adecuadamente , la destrucción del tejido conectivo gingival provocada por la inflamación es reversible, es decir, la encía vuelve a ser normal.

En las Periodontitis la inflamacon se extiende a los tejidos de soporte, destruyendo el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Con lo cual se ha producido la destrucción de la unión de la encía al diente. Se produce la aparición de las bolsas periodontales llegando a presentarse la movilidad dental.

La infección en una periodontitis, no produce la recuperacion total del soporte perdido, por lo que la lesión que se ha producido es irreversible, aunque se detenga y se cure la enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo, que deseamos alcanzar en dicha patología es un periodonto sano. definimos al periodonto como la unidad anatómica compuesta por todos aquellos tejidos y estructuras que protegen y dan soporte a la raíz del diente.

El periodonto está constituido por la encía, el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar.
El color de la encía se describe como ”rosa coral”, considerándola una encía sana. Sin embargo hay personas que presentan una encía de color negro, esta peculiaridad se denomina Melanosis gingival, se debe al aumento de melanocitos. La paca supragingival en estado de salud está formada por los llamados colonizadores tempranos, principalmente por estreptococos.

3 Metodología

Medidas higiénicas:
- Cepillado dental: Considerado la primera arma para combatir la enfermedad periodontal.
- Reveladores de placa: El uso de reveladores de la placa permite la detección de las zonas de mayor acúmulo y donde se deberá realizar cepillado mas cuidadoso.
- Higiene interproximal: los cepillos interproximales y el hilo dental permiten la higiene de las zonas de mas difícil acceso, facilitando un arrastre completo de la placa.

Además de lo nombrado anteriormente, debemos añadir sustancias con acción antiséptica que les permite inhibir o eliminar las bacterias causantes de la gingivitis y periodontitis:
- Clorhexidina: Es un antiséptico altamente eficaz en el control de la placa dental. su inconveniente es ocasionar una tincion reversible en dientes y lengua y alteraciones en la percepción del sentido del gusto.
- Triclosan: Antiseptico también eficaz en el control de la placa. Actua como agente antimicrobiano que presenta una elevada eficacia frente a bacterias aerobías y anaerobias.
- Sales minerales: diversas sales metálicas como por ejemplo, el nitrato de zinc.

- Antibióticos: fármacos como las tetraciclinas, la amocicilina o el metronidazol. Actuan también como buenos agentes antiplaca.
- Enzimas: Existen en diversas pastas dentífricas. Consideradas con una eficacia antiplaca inferior a las citadas anteriormente.
- Fluor: Ejerce una acción antiplaca mediante dos mecanismos.
1. Inhibe el metabolismo bacteriano
2. Retarda la formación y crecimiento de la placa dental.

4 Resultados

La causa principal de la Enfermedad Periodontal es la Placa dental, consideramos la placa dental aquellos depósitos blandos que forman una biopelícula que se adhiere a la superficie de los dientes y a otras estructuras duras en la boca. Esta estructura crea un nicho ecológico que puede aportar ventajas a los microorganismos que la componen y modificar algunas de las propiedades de las bacterias que la constituyen.

- Gingivitis: En países desarrollados, menor incidencia y prevalencia, por posible relación con mejores hábitos de higiene bucal de la población. En países no industrializados alta prevalencia en todos los grupos de edad.
- Periodontitis: En el adulto es elevada, la severidad es moderada y sólo un pequeño porcentaje de personas presenta formas graves de enfermedad.
Los factores que influyen sobre las distribuciones y severidad de las enfermedades periodontales son:
- Factores determinantes: Sexo, edad, raza, factores genéticos, nivel cultural y socioeconómico
- Factores de riesgo: Exposiciones medioambientales o circunstancias del individuo que aumentan la susceptibilidad de padecer la enfermedad. Donde se incluye: hábitos higiénicos, enfermedades sitémicas, tabaco estrés, nutrición.

5 Discusión-Conclusión

La extensión de la inflamación desde la encía hacia las estructuras que componen el periodonto de inserción marca la transiciónde la gingivitis a la periodontitis.

Entre los síntomas que los pacientes periodontales suelen relatar destacan el sangrado de encía, la sensación de hormigueo o quemazón gingival, la movilidad de los dientes, halitosis, o bien la presencia de placa o cálculo.

Se ha demostrado que la periodontitis tiene unos efectos sintémicos que podrían jugar un papel importante en el parto prematuro y en la enfermedad cardiovascular. La causa estaría en el aumento de mediadores proinflamatorios que acompañan a la periodontitis.

En relación al embarazo, se ha observado que las mujeres embarazadas que tienen periodontitis, presentan con mayor frecuencia partos prematuros y recién nacidos de bajo peso. En cuanto aquellos pacientes con problemas cardiacos podrían verse afectados por la aparición de ateroesclerosis, infarto de miocardio y accidente vascular cerebral.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1439

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE MAMA.

MARIA JESUS VARELA RIESGO

JUANA MARÍA MÉNDEZ ESCUDERO

1 Introducción

La resonancia magnética nuclear no utiliza radiación ionizante y es una prueba que se utiliza como complemento a la mamografía o ecografía de senos.
Se utiliza para obtener imágenes detalladas de las estructuras mamarias. La resonancia magnética nuclear de mamas es una técnica de exploración no invasiva. Se utiliza para la atención temprana en mujeres con alto riesgo de cáncer y para evaluar la extensión del mismo. También se utiliza para ver si los implantes mamarios de silicona se han roto.

2 Objetivos

Conocer el uso de la resonancia magnética en la mama.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La paciente se colocará boca abajo sobre una plataforma diseñada para este procedimiento, dicha plataforma tiene unos huecos para introducir ambos senos sin compresión ninguna. Es muy importante que la paciente permanezca inmóvil durante el examen. La paciente debe estar tranquila y relajada para no moverse durante la prueba, para ello puede pedirle a su médico que le dé un sedante moderado antes del examen. Permite un diagnóstico de patologías, incluyendo la detención del cáncer de mama. Evalúa detalladamente las anormalidades observadas en la mamografía que son difíciles de aclarar.

5 Discusión-Conclusión

El radiólogo es el encargado de interpretar el examen realizado y analizar a las imágenes en diferentes planos, y será el encargado de enviar el informe médico con el diagnóstico.

6 Bibliografía

- www.radiologyinfo.org.
- www.cancer.org.
- www.elservier.es.

Capítulo 1440

HISTEROSALPINGOGRAFÍA.

JUANA MARÍA MÉNDEZ ESCUDERO

MARIA JESUS VARELA RIESGO

1 Introducción

la histerosalpingografía es un método diagnóstico en el que se utiliza radiación ionizante llamada fluoroscopia y un método de contraste soluble al agua. Se realiza en mujeres que hayan tenido abortos espontáneos o dificultad para quedar embarazadas.

2 Objetivos

- Valorar la permeabilidad de las trompas de Falopio y cualquier problema que tuviera el útero.

3 Metodología

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

4 Resultados

La paciente que llega al servicio de radiodiagnostico tiene que informar al radiólogo de posibles enfermedades, si tiene algún tipo de alergia a los contrastes ionizantes. La paciente podrá tomar medicación que habitualmente toma y si quiere también antes del estudio el médico le puede recetar tanto antibiótico para prevención como algún tranquilizante para estar más tranquila durante el estudio. Se pondrá una bata con la abertura hacia atrás, se tumbara en la camilla con las piernas separadas, las rodillas flexionadas y los pies apoyados como si se hiciera un estudio ginecológico.

El médico introducirá el especulo en la vagina de la paciente y a continuación un catéterpor el que se introducirá el contraste en la cavidad uterina se rellenan las trompas de Falopio y la cavidad peritoneal. Todo este proceso se realiza con fluoroscopia, cuando se haya completado el estudio el médico quitar catéter. Este examen dura alrededor de 30 minutos. El estudio es algo molesto pero no durante mucho tiempo, puede haber una pequeña irritación del peritoneo. Los días posteriores a este examen la mujer puede experimentar sangrado vaginal.

El radiólogo es el encargado de supervisar e interpretar estos exámenes.Aanalizará las imágenes y enviará un informe firmado al médico; que lo solicitó que en la mayoría de los casos suele ser ginecología. Este examen al no ser un examen invasivo no presenta muchas complicaciones y brindan mucha información respecto a los problemas de la paciente para quedar embarazada o llevar un embarazo a termino. Este estudio puede abrir las trompas de Falopio para permitirle a la mujer quedar embarazada en el futuro. La histerosalpingografía es un estudio no invasivo por lo que la paciente no debería de tener mayor problemas en realizarse, No tiene efectos secundarios aunque haya habido dosis de radiación, puesto que es muy baja.

5 Discusión-Conclusión

La histerosalpingografía es un método no invasivo y aunque haya dosis de radiación recibida durante el estudio no tiene porqué afectar a la salud de la mujer. Los riesgos de desarrollar un cáncer son menores, ya que la realización de esta prueba con radiación es mínima.
Los beneficios que pueden suponer está prueba siempre serán mayores que el riesgo que pueda suponer en si la prueba. La histerosalpingografía es limitada

para ver otros órganos como son los ovarios, la pared uterina y otras estructuras pélvicas. Por lo que para completar el estudio de la zona pélvica, se recomendaría hacer resonancia magnética o ultrasonidos.

6 Bibliografía

- www.vitafwrtilidad.com
- www.institutobernabeu.com

Capítulo 1441

LA IMPORTANCIA DEL TSID EN LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA DEL BOLUS TRACKING EN UN ANGIO TC

PAULA ALVAREZ GARCIA

YOLANDA CORRO BLANCO

1 Introducción

La técnica de Bolus Tracking , también llamada ROI, precontrol, test bolus, corte de prueba, se basa en la detección del realce arterial mediante un detector "ROI" (region of interest) colocado en la estructura vascular que se quiera realizar en una imagen previa sin contraste y transcurrido un determinado tiempo de retraso, por disparo automático del equipo TC, comienza la adquisición (1).

La Angio TC (angiografía mediante TC helicoidal) utiliza una inyección de contraste los vasos sanguíneos y la tomografía computarizada (TC) para diagnosticar y evaluar enfermedades de los vasos sanguíneos o condiciones relacionadas, tales como los aneurismas o bloqueos. Además, supone un gran avance debido a la rapidez, capacidad volumétrica de adquisición de los datos y manipulación posterior de los mismos en una estación de trabajo mediante técnicas de reconstrucción multiplanar, 3D y de máxima intensidad de proyección, consiguiendo de esta manera mostrar la anatomía y patología vascular tanto de la luz como de la pared y de los tejidos circundantes (2). La calidad de las imágenes generadas por los nuevos y cada vez más modernos equipos TC han revolucionado el campo del diagnóstico, clínico y quirúrgico.

La angiografía convencional fue considerada como el mejor método para obtener información anatómica y patológica acerca de la anatomía vascular. Sin embargo, se conocen las potenciales complicaciones entre el 3 y el 5% asociadas a la realización de este procedimiento como son: oclusión arterial, pseudoaneurisma, fallo renal y hematoma,... Además, la angiografía convencional es mucho más cara, requiere la presencia de personal médico durante todo el procedimiento y requiere un largo periodo de recuperación. En los pacientes pediátricos, la probabilidad de que haya complicaciones con este procedimiento aumenta considerablemente (3).

Estudios previos han demostrado que la calidad de las imágenes del Angio TC son equivalentes a las obtenidas por la angiografía convencional y además tiene varias ventajas (3):
A. Obtiene imágenes por reconstrucción 3D que son más exactas para visualizar la red vascular tanto arterial como venosa.
B. Permite añadir selectivamente imágenes de los tejidos blandos y óseos de gran utilidad para el planeamiento quirúrgico y de gran importancia como información de la zona de la lesión.
C. Es un procedimiento menos invasivo, más barato y el paciente se expone a menor radiación.
D. Como es una prueba rápida, disminuye los artefactos por movimiento del paciente, permitiendo así una mayor cobertura anatómica y mejor resolución.

El uso de medios de contraste en los estudios de TC ha supuesto un importante avance en el diagnóstico médico. Son fármacos que modifican de forma temporal la densidad de los órganos o tejidos dónde se distribuye, permitiendo así, definir mejor sus alteraciones y alcanzar una mayor precisión diagnóstica (4).

La capacidad para diferenciar dos estructuras en una imagen de TC viene determinada por el contraste entre esas dos estructuras, es decir, que tengan diferentes densidades o Unidades Hounsfield (UH). Esto ocurre porque cada estructura produce una atenuación diferente del haz de rayos X que depende de su densidad. Los medios de contraste ayudan a aumentar el contraste entre las dos estructuras modificando la atenuación de los tejidos, permitiendo una mejor diferenciación entre ellas, modificando temporalmente la densidad y la atenuación de los órganos y tejidos, aumentándola (contraste positivo) o disminuyéndola (contraste negativo).
Cuando se administra un contraste positivo, se obtiene un aumento de la densidad en dicha zona consiguiendo una mayor atenuación del haz de rayos X cuando

atraviesa dicha zona; este cambio se traduce como un aumento de las UH en la imagen, es decir, se verá más claro el órgano dónde se haya distribuido el contraste; para los contrastes negativos ocurrirá los contrario (4). Las UH de cada pixel de la imagen TC (cada celda de una matriz), están relacionadas con la atenuación de los rayos X del tejido del voxel (unidad mínima cúbica procesable de una matriz 3D) correspondiente. Cada pixel se representa en el monitor como un nivel de brillo. Dichos niveles se corresponden con un rango comprendido entre -1000 y + 1000 para cada pixel (4).

Existen diversos factores de los que depende el realce arterial precoz tras la administración de un medio de contraste yodado intravenoso (4):

1) Factores que dependen del paciente: gasto cardíaco, acceso vascular, variaciones de flujo locales, fisiológicas o patológicas, hidratación, edad, peso, raza, género,… Para el gasto cardíaco, el realce es inversamente proporcional. Aumentar o disminuir el volumen y la velocidad de inyección en función del gasto cardíaco ayuda a conseguir un realce más homogéneo entre los distintos pacientes. El gasto cardíaco podrá ser obviado mediante la técnica de Bolus tracking (ROI) adquiriendo así, las imágenes en el pico de realce de contraste arterial. Es posible adaptar los parámetros de inyección de contraste a las características de cada paciente.

El realce arterial es inversamente proporcional al peso del paciente. También hay que destacar que la enfermedad renal crónica (ERC) es un problema muy importante de salud pública y la administración de contraste yodado no ayuda a este problema, con lo que a la hora de calcular la cantidad de contraste hay que tener siempre en cuenta el valor de creatinina y el filtrado glomerular el paciente, este último se calcula con la siguiente fórmula: FGe = 186 × (creatinina) − 1,154 × (edad) − 0,203× 0,742 (si mujer) × 1,21 (si raza negra). Queda claro con dicha fórmula que es muy significativo tanto el género y/o raza del paciente.

Existe también otra fórmula para calcular la cantidad de contraste: Contraste = duración hélice + tiempo de retardo x flujo + 10 . A mayor osmolaridad (concentración de yodo) mayor tasa de liberación de yodo, mayor probabilidad de reacciones adversas y nefropatías para los pacientes.

2) Factores que dependen de la inyección de contraste: El realce arterial es proporcional a la velocidad de administración de yodo (El realce es mayor cuanto mayor sea la velocidad de inyección y/o también mayor sea la concentración de yodo).

A mayor tasa de inyección aumenta el realce arterial pero disminuye la duración del realce. Al aumentar el realce arterial es posible reducir el volumen de contraste, sin embargo existe una serie de limitaciones ya que no es factible aumentar indefinidamente la tasa de inyección por riesgo de extravasación de contraste, porque es necesario un realce arterial lo suficientemente prolongado como para adquirir las imágenes y porque se requiere un mínimo volumen de contraste que genere un nivel de realce arterial útil para el diagnóstico.

2 Objetivos

Exponer algunos de los aspectos más importantes de los técnicos en imagen para el diagnóstico en la realización de la técnica de bolus tracking en un angio TC.

3 Resultados

Es conveniente, que el Técnico superior en imagen para el diagnóstico (TSID) tenga claro los parámetros anatómicos y técnicos que ha de manejar para obtener un estudio de calidad. El objetivo es conseguir imágenes con un realce arterial homogéneo desde la aorta hasta todos los segmentos estudiados, evitando la opacificación venosa (1).

Para que dichas imágenes sean de calidad, el TSID debe conocer perfectamente la anatomía radiológica y la trayectoria o recorrido de la inyección del contraste yodado desde la vía intravenosa de entrada hasta su llegada al corazón y cómo éste lo distribuye por todo el sistema arterial. Además de los parámetros técnicos del aparataje (TC).

La utilidad de la Angio TC no sólo radica en el estudio de la luz arterial, sino también en los procesos que afecten a la pared de los vasos, bien sean de tipo ateroscleróticos, inflamatorios, traumáticos, así como anomalías morfológicas. Tras la administración de contraste yodado, mediante bomba de infusión, se obtiene información volumétrica que es procesada y posteriormente tratada en la estación de trabajo (2).

El resultado de todo esto tiene un claro objetivo que es conseguir imágenes con un realce arterial homogéneo desde la aorta hasta todos los segmentos estudiados, evitando la opacificación venosa (1).

Se demuestra que el Angio TC es un procedimiento capaz de proporcionar imá-

genes de alta resolución de todo el sistema vascular y de los tejidos blandos y óseos adyacentes siempre y cuando el estudio esté correctamente realizado, nuestro papel como TSID es muy importante ya que el diagnóstico y seguimiento del sistema arterial constituye una situación en la que la calidad y fiabilidad de un Angio TC supone el punto clave para el posterior manejo de los pacientes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): "Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo. Cada año mueren más personas por alguna de estas enfermedades que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2012 murieron 17,5 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, lo cual representa el 30% de las defunciones registradas en el mundo. De esas defunciones, aproximadamente 7,4 millones se debieron a cardiopatías coronarias, y 6,7 millones a accidentes cerebrovasculares. Afectan en mucha mayor medida a los países de ingresos bajos y medios: más del 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países y afectan casi por igual a hombres y mujeres. De aquí a 2030, casi 23,6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. Se prevé que estas enfermedades sigan siendo la principal causa de muerte". (6). Un perfecto y rápido diagnóstico es la base fundamental para combatir estas enfermedades, además de una vida sana y saludable.

El TSID para planificar un estudio Angio TC debe conocer perfectamente las estructuras anatómicas, cómo funcionan y sobre todo cómo se ven radiológicamente, en un plano axial del eje anatómico del cuerpo humano.

La vía de entrada del contraste yodado es intravenosa y suele colocarse en alguno de ambos miembros superiores (antebrazo) aunque también pueden usarse ambos miembros inferiores (tobillo o antepié) o una vía central si el paciente acude con ella puesta. La tasa de administración de contraste yodado debe ser constante durante toda la inyección (Monofásico).

Patrón de inyección:
La técnica de Bolus Tracking se basa en la detección del realce arterial mediante un detector "ROI" colocado en la estructura vascular que se quiera realzar en una imagen previa sin contraste. Se asigna, automáticamente, un umbral de densidad arbitrario en Unidades Hounsfield a dicho "ROI"; cuando se detecta un aumento de densidad que sobrepasa el umbral determinado (habitualmente entre 100 y 150 UH), y transcurrido el tiempo de retraso, por disparo automático del equipo TC, comienza la adquisición (1).

El tiempo de retraso es la suma del tiempo que tarda el equipo TC en ordenar al paciente "coger aire no respire" (5 segundos) y tiempo añadido extra (5 a 10 segundos). Este último es opcional, es decir, se puede añadir o no.

Como la vía de entrada, es una vía venosa, la primera estructura vascular en cambiar su densidad y "teñirse" de contraste yodado es la VENA CAVA SUPERIOR, seguidamente, entra en el corazón por la AURÍCULA DERECHA, pasando, a través de la válvula tricúspide, al VENTRÍCULO DERECHO, sale por la ARTERIA PULMONAR, para volver a la AURÍCULA IZQUIERDA, pasando por la válvula bicúspide (mitral) al VENTRÍCULO IZQUIERDO para salir por la AORTA ASCENDENTE, CAYADO AÓRTICO y AORTA DESCENDENTE, continuando al mismo tiempo tanto caudalmente por la ARTERIA TORÁCICA, ABDOMINAL, MESENTÉRICA, bifurcación FEMORAL hasta los pies, como cranealmente hacia las ARTERIAS CARÓTIDAS y ARTERIAS CEREBRALES (Polígono de Willis).

Un buen TSID debe conocer perfectamente la anatomía radiológica y dicho recorrido o trayectoria para obtener un estudio de calidad, porque es crucial disparar el estudio durante el pico de realce. Además será necesario determinar el tiempo de retraso para el inicio de la prueba y por si acaso se tuviera que "lanzar" el estudio apretando el botón de disparo de manera manual. Un estudio no puede "lanzarse" ni antes ni después, sino cuando debe ser.

Existe una serie de situaciones en las que se tendrá que tener especial cuidado con la Técnica de Bolus Tracking (1):
1. Debemos tener muy en cuenta que cada paciente "por dentro" es un mundo no todos "somos exactamente iguales" y a veces hay imágenes que pueden darnos lugar a error y colocar el ROI dónde no es, o sea, no solo por colocar el corte de prueba por debajo de la carina por "arte de magia" siempre está la arteria pulmonar, pero si debemos saber, por ejemplo, que si vemos el cayado aórtico y buscamos la carina debemos bajar el corte de prueba y viceversa.

2. La colocación del ROI en territorio demasiado proximal y la falta de retraso en la adquisición pueden condicionar un realce arterial no homogéneo con artefactos de "pseudodisección" (1). Para colocar el ROI correctamente hay que tener especial cuidado con el artefacto, a modo de destello, que genera la vena cava superior (véase en la figura 4 imágenes B y C) ya que es en la primera zona anatómica en llegar el contraste con mucha velocidad. Esto se puede solucionar ayudando a empujar el contraste con un bolo de suero fisiológico inyectado después de entrar todo el contraste yodado. Y también suelen aparecer placas de

calcio en las arterias (ateromas), dichas placas tienen unas UH altas, o sea, blancas con mucho brillo, y puede parecer a la vista del ojo humano como hueso, metal o contraste yodado, debemos colocar el ROI sobre una zona libre de ateromas, para que el equipo "lance" el estudio con las UH correctas.

3. En un aneurisma de aorta, el flujo deja de ser laminar para formar turbulencias y vórtices. Si se coloca el ROI proximal al aneurisma o en el interior del mismo, se obtendrá una buena opacificación únicamente en los segmentos proximales al aneurisma. Esto ocurre porque el contraste yodado tarda más tiempo en recorrer el segmento aneurismático debido al flujo turbulento, mientras que la imagen se adquiere a una velocidad continua, de forma que en los segmentos distales al aneurisma no da tiempo a que llegue suficiente contraste para alcanzar un realce óptimo. Para solventar este problema basta con colocar el ROI distal al cuello inferior del aneurisma.

4. Ante la sospecha de síndrome aórtico agudo (SAA) se corre el riesgo de colocar el ROI en la falsa luz de una disección; Por ello es conveniente colocar el ROI fuera del paciente y comenzar la adquisición manualmente, una vez se consiga la máxima opacificación de la aorta.

5. En los pacientes con problemas vasculares es muy común que sean portadores de endoprótesis, stent,… elementos metálicos que cuando colocamos el ROI tenemos que tenerlos muy en cuenta, para así evitarlos.

6. En pacientes con bajo gasto cardíaco, por una insuficiencia cardiaca severa, el contraste puede quedar remansado formando un nivel sangre - contraste en la luz aórtica, por lo que también será conveniente colocar el ROI fuera del paciente y comenzar la adquisición de forma manual.

7. En pacientes con pericarditis hay que tener especial cuidado al colocar el ROI, ya que aparece una imagen gris rodeando el corazón. Esto ocurre cuando el pericardio se inflama. El pericardio es una membrana de doble capa con forma de saco que recubre el corazón y lo protege de las estructuras vecinas. Entre ambas capas hay una pequeña cantidad de líquido que actúa como lubricante favoreciendo que puedan deslizarse la una sobre la otra. Hay que destacar que la pericarditis aguda es una inflamación súbita y generalmente dolorosa del pericardio y la más frecuente condición que afecta al pericardio, caracterizado por un derrame de líquido y productos de la sangre como la fibrina, glóbulos rojos y glóbulos blancos en el espacio,… esto origina que aparezca esa gran imagen radiológica gris rodeando al corazón. Además, debemos tener en cuenta que la pericarditis puede

ser crónica con lo que dicha imagen gris es permanente y se vuelve en tonos más oscuros (UH negativas).

8. Es muy importante que el paciente realice la maniobra de "coger aire no respire" correctamente ya que puede producirse una maniobra de Valsalva y el contraste queda retenido en el corazón y la opacificación de la arteria no es del todo la correcta. La maniobra de Valsalva es cualquier intento de exhalar aire con la glotis cerrada o con la boca y la nariz cerradas y tiene como resultado un notable aumento de la presión dentro del espacio interior de las vías respiratorias y espacios conectados con ellas, tales como las trompas de eustaquio y el oído medio. El paciente puede hacer maniobras de Valsalva involuntariamente y sin darse cuenta cuando hinchan un globo o un balón o cuando hacen fuerza al pujar. El aumento de la fuerza torácico abdominal también se da al toser, comer, tragar, estornudar o defecar (5).

4 Discusión-Conclusión

Como se ha mencionado anteriormente, la técnica de Bolus Tracking se basa en la detección del realce arterial mediante un detector ROI colocado en la estructura vascular que se quiera realzar en una imagen previa sin contraste, por este motivo es muy importante que el TSID conozca muy bien tanto la anatomía radiológica, como el recorrido de la inyección del contraste desde la vía intravenosa de entrada hasta su llegada al corazón y cómo este lo distribuye por todo el sistema arterial, para obtener imágenes de alta calidad diagnóstica.

Además de conocer perfectamente las características técnicas del equipo TC dónde vamos a realizar el estudio, y que los equipos actuales cada vez son más rápidos, con más razón, un buen TSID tiene que saber la trayectoria o secuencia de llenado de contraste ya que si hay que "lanzar" el estudio en modo manual, depende que todo salga correcto si disparamos a tiempo, nunca ni antes ni después sino cuando debe ser. El TSID juega un papel muy importante a la hora de realizar el estudio radiológico, ya que para su correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento depende directamente de ello. Actualmente, la Angio TC es la técnica más utilizada ya que además de no ser invasiva, es indolora, rápida, de alta calidad diagnóstica y fácilmente accesible en casi la totalidad de los centros sanitarios de atención hospitalizada.

5 Bibliografía

1. http://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&task=viewsection&ti=365232
2. http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-angio-tc-aplicaciones-protocolos-especificos-13004458
3. www.bdigital.unal.edu.co/2476/1/597511.2010.pdf
4. Costa Subias. J; Soria Jerez, JA. Tomografía Computerizada dirigida a Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico. Elsiever 2015. 1: 8; 7: 73; 13: 181 – 185.
5. https://es.wikipedia.org/wiki/Maniobra_de_Valsalva
6. https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/

Capítulo 1442

CONTRASTES RADIOLOGICOS

JUANA MARÍA MÉNDEZ ESCUDERO

MARIA JESUS VARELA RIESGO

1 Introducción

Los medios de contraste introducidos en el cuerpo ayudan a distinguir las áreas del cuerpo seleccionadas de los tejidos de alrededor ayudan al médico radiólogo a diagnosticar.

Los contrastes tiñen los órganos y hace que se visualice mejor cuando un órgano tiene algún tipo de patología. Ayudan a contrastar a las áreas del cuerpo seleccionadas y así el radiólogo puede diagnosticar con mayor precisión ya que mejora la visibilidad de los órganos, vasos y tejidos.

Se utilizan tanto en resonancia, escáner, ultrasonido etcétera.

Los contrastes se administran por diferentes vías en el cuerpo humano.
Algunos son por vía oral punto otros por vía rectal, también pueden ser vía intravenosa.
Este contrato este es absorbido por el cuerpo y se elimina a través de la orina.

Hay diferentes tipos de contraste:
Los hay yodados y los de sulfato de bario que son usados en rayos x y en la tomografía axial computada. Los yodados se administran vía venosa y el sulfato de bario se puede tomar tanto por vía oral como por vía rectal estos contrastes limita la capacidad de los rayos x para pasar a través de ello y hace que estos cambien su apariencia en los rayos x.

En la resonancia magnética se utiliza el gadolinio, qué altera las propiedades magnéticas de las moléculas de agua y eso hace que de mejor calidad a las imágenes de la resonancia magnética. y por último está la solución salina y el gas como por ejemplo el aire también usados como medios de contraste en los exámenes por imagen.

2 Objetivos

- Presentar las características de las pruebas de contraste.

3 Metodología

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

4 Resultados

Todos estos medios de contraste ayudan al diagnóstico de diferente manera.

En el caso de los contrastes intravenosos cómo son los yodados y el gadolinio mejoran las imágenes pero es órganos internos y cómo puede ser el corazón, el hígado, la vesícula, el útero, la vejiga.

También el tracto gastrointestinal incluyendo el estómago el intestino delgado y el intestino grueso y por último las arterias y las venas tanto del cuerpo como del cerebro, abdomen, etcétera.

5 Discusión-Conclusión

Los medios de contraste utilizados también pueden producir efectos secundarios y reacciones adversas no deseadas.

En algunos casos pueden ser efectos secundarios leves cómo puede ser calor, náuseas, urticaria pero en otros casos pueden ser muy peligrosas cómo puede ser

dificultad para respirar, convulsiones, e incluso paro cardíaco. Por ello el paciente debe informar siempre todo tipo de alergias, medicamentos que esté tomando, historiales enfermedades recientes, si es diabético tiene algún problema de enfermedad renal, de ahí la importancia que tengan una analítica reciente para poder comprobar todos estos datos.

6 Bibliografía

- www.radiolgyinfo.org.
- www seram.es.
- www revistamedica.com.

Capítulo 1443

BIOPSIA LÍQUIDA

MARIA PURIFICACIÓN FERREIRO MIRAGAYA

1 Introducción

Desde hace tiempo se tiene conocimiento que de la existencia de una pequeña cantidad de ADN genómico en la fracción sanguínea plasmática libre de células (cfDNA). Esto unido al avance tecnológico ha posibilitado el desarrollo de análisis genómicos para la detección precoz del cáncer, detección de recurrencia del cáncer, cambios en el espectro de mutaciones y la expansión clonal.

Esta nueva posibilidad de detección del cáncer ha tenido su expresión en la realización de biopsias líquidas, que no dejan de ser unas pruebas seriadas muy útiles, especialmente en linfomas y otros tumores sólidos que anteriormente requerían biopsias sólidas.

2 Objetivos

Realizar un análisis de la aplicación actual y utilidad de la biopsia líquida, como método de detección precoz del cáncer. Así como, objetivar el coste-efectividad que tiene.

3 Metodología

Para la realización del presente artículo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos ClinicalKey y Pubmed; filtrándose los resultados en una horquilla temporal de los últimos 5 años. Además se han utilizado operadores

boléanos como AND, OR y NOT, a fin de combinar los resultados temporales con existencia de las palabras claves utilizadas, dentro de los estudios hallados, para ajustar la selección de los trabajos al objetivo del presente estudio.
Palabras clave: “biopsia”, “biopsia líquida”, “cáncer”, “biomarcadores”.

4 Resultados

La biopsia líquida se basa en el aislamiento de material genómico en cualquier líquido corporal (esencialmente sangre periférica, pudiendo ser también lavado broncoalveolar, orina y otros fluidos corporales). Actualmente, su uso principal está en la detección del cáncer, el material que se va a buscar es ctDNA o DNA liberado de células tumorales, y representa una alternativa a los procedimientos invasivos convencionales.

El principal valor de la biopsia líquida es el fácil acceso a las muestras, pudiendo ser obtenidas de forma seriadas deurante la evolución del tumor, aportando una visión más global del mismo, puesto que contienen material originario de diferentes focos tumorales existentes en los pacientes. Estas cualidades la hacen realmente útil en el manejo del cáncer de pulmón, hígado, mama y próstata.

Dentro de la biopsia líquida los principales valores que se estudian son la caracterización molecular de células tumorales circulantes (CTC) y el escrutinio del ADN libre circulante (cfDNA) en el suero. Los últimos estudios indican que esta prueba tiene una alta sensibilidad en la detección de mutaciones activadores en el cáncer de pulmón (95%), y en líneas generales una sensibilidad óptima (60%) y una especificidad alta (80%) para otros tipos de cáncer (mama, próstata, hígado,...).

La bibliografía consultada muestra como la Sociedad Española de Anatomía Patológica y la Sociedad Española de Oncología Médica consensúan que el estudio de determinados marcadores a través del CTC y cfDNA, son fiables y menos invasivos a la hora del diagnóstico de cáncer, que otras pruebas convencionales. También pueden usarse como método de seguimiento de un paciente oncológico, incluso aunque haya recibido o esté recibiendo terapias neoadyuvantes; dando una fotografía más rápida y actual que otras pruebas, sobre la evolución de dicho paciente. Las principales indicaciones de la biopsia líquida halladas hasta el momento, son el cáncer de pulmón, hígado, próstata y de mama.

Desde el punto de vista económico, los artículos encontrados muestran como

la biopsia líquida resulta una prueba rápida, fácil, que no requiere material específico para su realización ni ingreso hospitalario. Estas cualidades la hacen poco costosa en comparación con otras pruebas convencionales, como puedan ser broncoscopias o cualquier biopsia sólida en términos generales. Por tanto, resulta costo-beneficiosa para el sistema de salud.

Esto puede indicar su posible implementación como pruebas de cribado oncológico en grupos de riesgo, consiguiendo una detección precoz.

Una vez que la biopsia líquida se ha mostrado útil y eficaz en la detección y seguimiento de determinados tipos de cáncer, las actuales investigaciones y estudios intentan demostrar su posible utilidad tanto en la detección de otros tipos de cáncer como en la detección y seguimiento de enfermedades no oncológicas como el EPOC; aunque esta última vía todavía es muy incipiente.

5 Discusión-Conclusión

Los nuevas tecnologías han permitido la realización del estudio de células tumorales circulantes (CTC) y el escrutinio del ADN libre circulante (cfDNA) en el suero, originando la biopsia líquida.

La biopsia líquida se ha mostrado como una prueba rápida, eficaz, segura y económica para la detección y seguimiento del cáncer, especialmente en el cáncer hepático, de pulmón, de mama y prostático. Bajo estas características faltaría determinar una posible implementación de ella dentro de un programa de detección precoz del cáncer en grupos de riesgo.

6 Bibliografía

- Alcazar Navarrete Bernardino, Romero Palacios Pedro J, ISLB. Biopsia líquida no tumoral: aplicación en neumología. Archivos bronconeumol. 2019; 55(11):555-556.
- Munielo-Romay, García-González Jorge, León Mateos Luis. Cáncer de pulmón y biopsia líquida: realidades y retos en la práctica. Archivos de Bronconeumología. 2019; 55(6): 289-290.
- Lopez-Rios Fernando, de Castro Javier, Concha Ángel, Garrido Pilar, Gómez Román Javier, Isla Dolores et al. Actualización para la determinación de biomarcadores en el carcinoma de pulmón avanzado de célula no pequña. Consenso

Nacional de la sociedad Española de Anatomía Patológica y de la Sociedad Española de Oncología Médica. Revista Española de Patología. 2015; 48(2): 80-89.
- Gil Mayte, Valero Diana. Nuevas tecnologías para el diagnóstico genético. Revista Médica Clínica Condes. 2017; 28(4): 538-545.
- Jaureguízar Oriol a, Arrieta Narváez PL. Cáncer de Pulmón. Medicine. 2018;12(65):3803-38011.
- Forner Alejandro, Reig María, Varela María, Burrel Marta, Feliu Jaime, Briceño Javier et al. Diagnóstico y tratamiento del carcinoma hepatocelular. Actualización del documento de consenso de la AEEH, SEON, SERAM, SERVEI y SETH. Medicina Clínica. 2016; 146 (11): 511-522.
- Matías-Guiu Xavier, Fusté Victoria, Iglesias Lara, Balañá Carmen, Concha Ángel, de la Cruz-Merino Luis et al. Consenso 2018 de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y la Sociedad Española de Oncología Médica sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer de origendesconocido. Revista Española de Patología. 2019;52(1):33-44.
- Palacios Calvo José, Albanell Joan, Rojo Federico, Ciruelos Eva, Aranda-López Ignacio, Cortés Javier et al. Consenso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y la Sociedad Española de Oncología Médica sobre biomarcadores en cáncer de mama. Revista Española de Patología. 2018; 51(2):97-109.

Capítulo 1444

FUNCIONES DEL CELADOR.

YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA

NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ

MARIA ARANTZAZU RENDUELES IGLESIAS

ESMERALDA MEANA PIÑERA

1 Introducción

Las funciones del celador están reguladas en el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de trabajo de 5 de julio de 1971 en el artículo 14.2. Las funciones son las tareas que realiza el celador dentro de un equipo multidisciplinar para que el engranaje de un hospital o centro consiga su buena marcha. Porque si el celador por ejemplo no lleva al paciente al quirófano, el cirujano no puede operar, el enfermero no podrá cogerle la vía, el anestesista no podrá sedarlo, etc. Por ello, cada categoría de profesionales es imprescindible para que el resto haga su trabajo, a lo que llamamos trabajar en equipo.

2 Objetivos

- Establecer las funciones generales del celador y las específicas, dentro del ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Funciones generales del celador:
- Ayudar y orientar a los pacientes y familiares.
- Colaborar con personal sanitario facultativo y no facultativo.
- Vigilancia de accesos a los centros de salud y hospitales de personas.
- Transmitir comunicaciones verbales.
- Trasladar aparatos, mobiliario, documentación.

Funciones específicas del celador:
Realizan funciones de vigilancia:
- Nunca dejará la puerta de la entrada sin vigilancia
- Controlará la entrada de las personas que no estén autorizadas en los servicios
- Vigilancia y prohibirá la entrada de personas que originen alboroto, tengan muestras de embriaguez, etc.
- Intentará conseguir orden y silencio tanto en los centros de salud como los hospitales.
- En las habitaciones de los pacientes permitirá la entrada al número de personas autorizadas.
- Velará porque en las habitaciones se cumplan las normas como no fumar, sentarse en las camas de los pacientes, etc.
- Vigilará la salida de pacientes del hospital comprobando que tienen autorización para salir.
- Vigilará la apertura y cierre y las luces de los centros de salud y los hospitales.

Realizan funciones de asistencia al personal sanitario facultativo y no facultativo:
- Ayudarán a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en los aseos de los pacientes, controles de esfínteres y realizar la cama a encamados, cambios posturales, transferencias de pacientes que requieran más de una persona para realizar estas actividades básicas de la vida diaria.

- Ayudar a colocar sujeciones mecánicas a pacientes que estén muy agitados.
- Ayudar al técnico de rayos para colocación de paciente y dispositivos portátiles para placas.
- Ayudará al fisioterapeuta a iniciar deambulaciones con pacientes.
- Trasladará a pacientes desde las plantas o urgencias a quirófanos.
- Ayudará al anestesista a colocar al paciente para la sedación.
- Ayudará a las enfermeras y médicos en el quirófano a colocar a los pacientes en las mesas de operaciones para la intervención quirúrgica dependiendo la posición que se precise.
- Ayudará a las enfermeras a sujetar los miembros de los pacientes para ser pintados.
- En ausencia del peluquero debe de rasurar a los pacientes para las intervenciones quirúrgicas.
- Ayudar a sacar pacientes de ambulancias para urgencias.

Realizan funciones de trasladar:

- Los celadores trasladarán información de comunicaciones verbales.
- Trasladarán documentos como historias clínicas.
- Trasladarán muestras a laboratorios desde quirófanos, plantas, etc.
- Trasladarán aparatos como puede ser camas, aparatos de rayos portátiles…con cuidado no deteriorarlos.
- Trasladará a pacientes para realizar pruebas en los servicios como diálisis, rayos o para altas, cambio de plantas, traslados a quirófanos, traslados a reanimación, traslados desde triaje a urgencias, etc.
-Traslado de medicaciones desde farmacia a plantas o servicios que lo precisen.
-Traslado de botellas de oxígeno.

Realizan funciones en información a familias y pacientes:

- Informarán sobre ubicaciones de servicios y unidades en el centro.
- Informarán sobre horarios de los servicios.
- Informarán sobre horarios de visitas.
- Informarán sobre planta o servicio que se encuentre el paciente.
- Localizarán a familiares por megafonía para luego información sobre ingresos, avisos, etc.
- Informar del uso de los ascensores.

Realiza funciones en mortuorio y sala de autopsias:

- Ayudarán a la hora de amortajar un cadáver y luego será el responsable de llevarlo hasta el mortuorio.

- Ayudarán al personal de Anatomía Patológica en las autopsias en las funciones que no requieran instrumental.
- Tendrá a su cargo los animales experimentales de los laboratorios en tema de comida y limpieza.

Realizará funciones en lavandería y almacenero:

- Cuidará el orden del almacén y registrará las entradas y salidas de los productos.
- Cargar, descargar y pesar ropa que venga de otros centros.

5 Discusión-Conclusión

El celador al finalizar cada turno de trabajo por la mañana, tarde o noche debe de hacer un parte de incidencias para su superior. Dando cuenta a sus superiores de cualquier anomalía. El celador siempre estará localizado en el servicio donde esté su puesto de trabajo. El celador tiene alguna función que es específica de asistencia personal sanitaria es siempre ayudar, nunca realizarlo solos. Hay muchos servicios donde trabajan los celadores y pueden ser: celador de puerta, de urgencias, de planta, de quirófano, de Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), de rehabilitación, de necropsias, de ambulancia, de centro de salud, de lavandería, de almacenero, de dependencias administrativas, de encargado de turno.

El celador nunca dará información a los familiares o acompañantes sobre el estado de salud, diagnóstico, tratamiento… de un paciente, ante cualquier pregunta se le remitirá al médico que lleva el paciente. Al igual que nunca hablará de un paciente con compañeros o cualquier otra persona, todo paciente tiene derecho al secreto profesional. El celador debe de conocer el estado del paciente para someterle a algunas posiciones tanto en los traslados como los cambios posturales, por si hay algún inconveniente o prohibición por ejemplo en colocar a un paciente en decúbito supino, lateral, etc. El celador como todo el personal que trabaja en la Sanidad debe de tener habilidades sociales para poder relacionarse con los pacientes y sus familias. Por tanto, el trabajo del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- https//www.opositor.com.
- https://www.amirasalud.com.

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

Capítulo 1445

NECESIDADES DE LOS PACIENTES EN LA UCI.

BELÉN FONT VILLEN

1 Introducción

El paciente que ingresa en la UCI es aquel que se encuentra en una situación clínica en la que puede presentar graves alteraciones fisiopatológicas. Cada año ingresan en la UCI alrededor de 240.000 personas en España en esta unidad y un 87% de ellos sobrevive, pero un ingreso en la unidad de cuidados intensivos da lugar a una desconexión de la persona con el entorno lo que produce unos grandes niveles de estrés tanto en los pacientes como en familiares. Por eso es muy importante que todo el personal conozca esta situación y enfoque la atención a estas necesidades psicológicas y sociales de manera individualizada para intentar hacer de estos una mayor humanización interaccionando de la misma manera con familiares y personal. El estrés del paciente crítico está originado no solo por el dolor físico o la incapacidad para moverse o comunicarse con el exterior sino por la inadecuada información que se le ofrece y la escasa preocupación por aspectos psicológicos.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Descubrir las necesidades de los pacientes durante su estancia en la UCI.

Objetivos específicos:
- Analizar todas aquellas causas que durante ese periodo les produce estrés.
- Averiguar las necesidades de los familiares.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes ingresados presentan una acentuada falta de seguridad, además las personas expresan que la información recibida es escasa y de difícil comprensión. También se observa la necesidad de decisión del paciente afectado y la necesidad de estar acompañado de familiares para que su estancia sea más beneficiosa aportándole además mayor seguridad. Por lo tanto las necesidades más relevante son: estar informados sobre su proceso y poder decidir sobre el mismo. La comunicación con familiares y profesionales. Tener un buen descanso sin despertares frecuentes.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la mayoría de los pacientes están satisfechos con el tratamiento y los cuidados que se aplican, estar en la UCI es una experiencia altamente estresante y potencialmente traumática, porque los pacientes se enfrentan a situaciones que comprometen la vida y se enfrentan al miedo a la muerte. Las necesidades que el paciente manifiesta son, la información adecuada y comprensible, la toma de decisiones,el descanso con las menos interrupciones posibles, sentirse seguro por la preocupación de muerte inminente que padecen además de reclamar poder pasar mayor tiempo con sus seres queridos ya que ambos manifiestan que puede ser beneficioso en cuanto al bienestar del paciente. También se incrementaría la calidad percibida por este. Se señala a la familia como una valiosa herramienta en la atención del paciente crítico pues disminuye el estrés y el delirio derivados de la enfermedad y en algunos casos incluso podría contribuir a la reducción del tiempo de estancia en la UCI. Se concluye también que con una mejora en la formación del personal en las habilidades interpersonales de comunicación sería beneficioso para ambas partes.

6 Bibliografía

1. Gomez Rubí J.A Medicina Intensiva.
2. Gomez-Calcerrada Pérez P. Detención de las necesidades percibidas y niveles de ansiedad en las familias del paciente adulto.
3. Atencion integral del paciente crítico (Rocío Aragonés Manzanares, Juan Pablo Rojas).
4. Bernat-Adell, Ballester-Arnal R. Es el paciente crítico competente para tomar decisiones? Razones psicológicas y psicopáticas de la alteración cognitiva.

Capítulo 1446

LA PULSERA IDENTIFICATIVA Y SU VALOR PARA EL CELADOR.

JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Durante la jornada laboral el celador tiene que interactuar con infinidad de pacientes/usuarios, acompañándolos, trasladándolos a las distintas del centro, para intervenciones, pruebas, diagnósticos, etc., para ello a de verificar correctamente a cada paciente y en este caso la pulsera identificativa es un elemento fundamental en el que se puede visualizar, nombre, apellidos, habitación y nº de historia clínica del paciente. Tomando como rutina la verificación de estos datos, se pueden evitar complicaciones y errores en la movilización y traslado de los pacientes.

2 Objetivos

Valorar el beneficio que supone el empleo de la pulsera identificativa, y la garantía que supone para el celador el disponer en todo momento de la información que aporta para la correcta ejecución de su trabajo.

3 Metodología

Se ha procedido a revisar bibliografía en bases de datos como: Dialnet, Google Académico, Springerlink, así como publicaciones relacionadas con el ámbito sanitario. Sean utilizando como descriptores de referencia: pulsera identificativa, se-

guridad, paciente, celador y centro sanitario. En un periodo de tiempo acotado a últimos 10 años (2010/2020).

4 Resultados

Tras el estudio realizado a través de la bibliografía se puede destacar la mejora que supone para los celadores y el resto de personal la utilización de la pulsera identificativa como medio de identificación de los pacientes/usuarios, reducción en gran medida los errores producidos con incorrecta identificación del paciente en todas las áreas de la sanidad, así como el beneficio que supone para el paciente en lo relativo a su seguridad. Cabe destacar también, que de nada sirve tener a los nuestros pacientes/usuarios bien identificados sino cumplimos escrupulosamente con los protocolos de identificación establecidos.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente nuestros centros sanitarios se tiende a fomentar y enfatizar la búsqueda de un trato más humano y cercano del personal respecto al paciente/usuario, la pulsera identificativa a parte de la seguridad que aporta al paciente/usuario a lo largo de todo el proceso asistencial, encuanto a los procesos científicos-técnicos, también nos sirve a los celadores para tener acceso a su nombre y apellidos en todo el momento y así poder dirigirnos a él de una manera más cercana y fomentar una comunicación más humana.

6 Bibliografía

- Celadores en las Instituciones Sanitarias del INSALUD (Editorial MAD).
- Conocimientos basicos y funciones del celador (Formación continuada LOGOSS, Edición decima).
- Identificación inequivoca de pacientes ingresados en hospitales del sistema nacional de salud.
- Evalución de la identificación de pacientes en un hospital universitario.
- Evidencia cientifica sobre la reducción de los eventos adversos con el usu de brazaletes identificativos.
- www.sspa.juntadeandalucia.es
Procedimiento identificación de pacientes.
- www.areasaludbadajoz.com

Protocolo identificación inequivoco de pacientes.

Capítulo 1447

EL LAVADO DE MANOS COMO MÉTODO DE BARRERA.

JOSE LUIS RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

El lavado de manos es la medida más básica para prevenir y reducir las infecciones intrahospitalarias que se producen en el ámbito hospitalario. Dicho conocimiento data de 1847, siendo Semmelweis el verdadero precursor de la antisepsia, descubriendo la relación existente entre la sepsis puerperal y la falta de lavado de manos.

2 Objetivos

- Disminuir la contaminación de las manos y prevenir la propagación de microorganismos patógenos.
- Identificar cuales son los principales factores de riesgo existentes al no lavarse las manos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pasos para una técnica correcta de lavado de manos según la OMS son:
1. Mojarse las manos.
2. Aplicar suficiente jabón para cubrir toda la mano.
3. Frotar las palmas entre sí.
4. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
5. Frotar las palmas de las manos entre sí,con los dedos entrelazados.
6. Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta,manteniendo unidos los dedos.
7. Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha,frotarlo con un movimiento de rotación,y viceversa.
8. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda,haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
9. Enjuagar las manos.
10. Secarlas con una toalla de un solo uso.
11. Utilizar la toalla para cerrar el grifo.

Campañas como la estrategia multimodal de la OMS y la Alianza Mundial para la seguridad del paciente fomentan una correcta práctica de la higiene de manos. El lavado de manos es una medida muy eficaz para evitar la transmisión de patógenos multiresistentes reduciendo las tasas de infecciones nosocomiales.

5 Discusión-Conclusión

La realización de una práctica tan básica como la higiene de manos es baja en muchas instituciones sanitarias, por lo que deberíamos llevar a cabo líneas dd trabajo para incrementar las tasas de adherencia.

6 Bibliografía

- Procedimientos de Enfermería H.K. Hamilton/M.B. Rose.Interamericana.
- Control de las Infecciones en Enfermería. Ediciones Doyma.

Capítulo 1448

COMETIDOS DEL CELADOR DE QUIRÓFANOS.

MARIA DEL CARMEN GUTIERREZ GONZÁLEZ

SUSANA MENENDEZ BLANCO

ROSA ANA FERNÁNDEZ PIECHO

1 Introducción

El área quirúrgica está integrada por el conjunto de estancias hospitalarias donde están localizados, según la especialidad de la intervención, los diferentes bloques de cirugía (generalmente están próximos a las unidades de vigilancia intensiva y cuidados críticos), el ante quirófano, los vestuarios, los pasillos, la línea de lavado y de esterilización.

Esta zona presenta un alto riesgo de transferir una infección nosocomial al paciente, para evitarlo el personal tiene que cumplir los protocolos de asepsia y extremar las restricciones de circulación de materiales y enfermos. El celador de quirófano además de realizar las funciones de un celador de planta realiza unas labores específicas.

2 Objetivos

Describir la actuación del celador en el entorno quirúrgico.

3 Metodología

Se inicia con la selección de las palabras clave relacionadas con las funciones y ámbitos de actuación del colectivo de celadores en el área quirúrgica, que orientaron la búsqueda bibliográfica en Dialnet y webs específicas de formación continua para el personal no sanitario. Posteriormente, se seleccionaron y estudiaron las publicaciones afines a nuestro objeto de estudio.

4 Resultados

Los celadores son los que más entradas y salidas realizan en el área quirúrgica, por este motivo, deben ir uniformados convenientemente según el bloque quirúrgico en que se encuentren y cumplir con las normas de asepsia de la unidad quirúrgica.

Las funciones que realiza el celador en el quirófano son específicas de estos servicios. También pueden cumplir otras tareas ordenadas por los médicos, supervisoras, enfermeras o superiores. Atendiendo a las particularidades de los cometidos que ejecutan los celadores se distinguen las siguientes materias:

Colaboración con el resto del equipo: debe permanecer en el antequirófano, por si es requerido en el transcurso de la intervención. Colabora, ocasionalmente, en el rasurado y aseo de pacientes ingresados graves y con limpieza deficiente.

Traslado: de pacientes y historia clínica, desde la unidad de hospitalización hasta el quirófano y de este a la sala de reanimación junto con el anestesista y la enfermera circulante. de pacientes fallecidos en la intervención quirúrgica y los miembros amputados al mortuorio bajo autorización del cirujano de aparatos, mobiliario y al transporte de documentos, objetos, materiales, biopsias, etc.

Movilización: coloca al enfermo en la camilla en la anestesia y en la mesa de operaciones en la posición adecuada; sujeción durante la intervención según las indicaciones de sus superiores

Mantenimiento: regular la iluminación del quirófano; fijar y elevar la cama quirúrgica; ordenar y limpiar las camillas, los transfers de traslado y soportes utilizados en las mesas.
Examinar, al final de la jornada, los quirófanos para que no falten los dispositivos necesarios para la siguiente intervención.

5 Discusión-Conclusión

En este ámbito sanitario hay que subrayar las labores específicas que realizan los celadores (ayuda al equipo de cirugía, traslados, movilizaciones y mantenimiento) para conseguir mantener la eficacia de la unidad de cirugía.

El reto para los próximos años radica en reducir el riesgo de las infecciones nosocomiales en el área quirúrgica, para ello, es preciso la concienciación de todo el personal sanitario y no sanitario para cumplir las buenas prácticas de seguridad y sostenibilidad que previenen las enfermedades en su entorno laboral y promocionan la calidad asistencial.

6 Bibliografía

- Cordón Llera, F. EL celador en quirófano. El celador en los distintos ámbitos sanitarios. Formación continuada Logoss, S.L. 2000.
- Cruz Roja Española. Técnicas de inmovilización, movilización y traslado del paciente: aseguramiento del entorno de trabajo para equipo asistencial y el paciente. Editorial Cruz Roja Española. Madrid. 2012.
- Rico Cruz, C. Navarro López, N. y Cabrera García, N. Movilización e inmovilización del paciente hospitalizado. El olivo de papel de Andalucía, S.L. Jaén. 2011.

Capítulo 1449

SÍNDROME DEL BURNOUT EN CELADORES

BRAULIO GARCIA SANCHEZ

1 Introducción

Según el modelo de Maslach y Jackson es una respuesta psicológica prolongada debido a estresores crónicos del lugar de trabajo e incluye tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y disminuida realización profesional.

Durante las dos últimas décadas, el estudio del estrés laboral es uno de los que mayor atención ha despertado en Psicología del trabajo.

El término se introduce en 1974 por el psiquiatra Freudenberger que lo define como “El agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás “. Dos años más tarde es Maslach quien lo da a conocer como “ síndrome de l estrés laboral asistencial”.

En el ámbito hospitalario los celadores suelen ser uno de los grupos con mayor prevalencia del síndrome, siendo un factor fundamental en un alto porcentaje de las bajas laborales según la Agencia Europea para la salud.

En 2019 la OMS incluye el síndrome del Burnout en la guía de enfermedades asociada al empleo, es decir, como enfermedad laboral.

Aunque no existe un perfil de la persona que puede padecer esta afección, sí existen algunas cualidades y rasgos personales que si los tiene una persona indica que ese trabajador es más propenso a tener el síndrome. Así, las personas con-

formistas, inseguras y dependientes tienen más posibilidades de sufrir depresión y ansiedad si tienen que enfrentarse a situaciones estresantes.

Este síndrome es un proceso crónico y presenta una sintomatología clínica. Las personas que lo tienen
- Sufren agotamiento emocional y de energía en el contexto laboral.
- Despersonalización o cinismo (sentimientos negativos relacionados con el puesto de trabajo).
- Baja realización personal.
- Eficacia profesional reducida.

Los síntomas pueden ser fisilógicos, psicológicos y conductuales.

Igualmente los síntomas pueden clasificarse en leves, moderados, graves y extremos.

2 Objetivos

- Dar a conocer el Síndrome de Burnout entre los celadores.

3 Metodología

Suele ocurrir en celadores que se encuentran en contacto directo con usuarios, siendo, en definitiva, una situación que afecta de forma directa al compromiso laboral, la dedicación y el interés por el trabajo, creándose un estado de apatía asociado a la depresión y la desilusión en el trabajador.

Diversos estudios han demostrado que a también puede producirse por un trabajo no estresante pero altamente desmotivador, que inhiba las capacidades del sujeto.

La insatisfacción se asocia al absentismo laboral, la agresividad en el trabajo y el bajo rendimiento. La estructura organizativa parece ser también un aspecto fundamental a la hora de conseguir el bienestar de los profesionales celadores.

Las plantillas, los salarios, los horarios de trabajo, el entorno físico y los métodos de incentivación productiva y profesional, turnos rotatorios y el trabajo en fin de semana que suelen tener la mayoría de de celadores, la presión asistencial, dificultades en las relaciones con pacientes y familiares, falta de autonomía…

Los trabajadores de la salud constituyen uno de los colectivos profesionales con

mayores niveles de estrés laboral y consecuencias negativas. Según la Agencia Europea para la Salud, un 28% de los trabajadores sanitarios padece estrés laboral, siendo un factor fundamental en el 50% de las bajas laborales.

4 Bibliografía

- http://www.medicosypacientes.com.
- Guía de Prevención de Riesgos Laborales “Riesgos Psicosociales”. UGT Navarra.
- Maslach, C., Schaufeli , W.B. Y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. Annual Review of Psychology 52, 397-422.

Capítulo 1450

EL USO ADECUADO DE LOS GUANTES.

JOSE LUIS RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

Los guantes son una medida de prevención primaria ante los riesgos biológicos,y aunque no evita los pinchazos, reduce en gran cantidad el volumen de sangre transferida.

Convirtiéndose así los guantes en una de las medidas de protección más importante para prevenir la contaminación con material biológico, potencialmente infeccioso como sería la sangre, fluidos corporales, secreciones y membranas mucosas de los pacientes, reduciendo la probabilidad de transmisión de microorganismos del personal sanitario y no sanitario.

2 Objetivos

- Proteger al trabajador de un riesgo para la salud como Equipo de Protección Individual.
- Proteger a los pacientes de una posible transmisión de agentes biológicos portados por el usuario del guante.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se utilizara siempre guantes ante:
- La manipulación de objetos,materiales o superficies contaminados con sangre o fluidos biológicos.
- En el manejo de lencería,desechos u otros materiales.
- Curas o cualquier otro tipo dd procedimiento invasivo que implique penetración quirúrgica en tejidos,órganos u cavidades.
- Obtención de muestras de sangre,aspiración o intubación,colocación de catéteres.
- Cuando exista indicación expresa en un procedimiento.
- Aislamientos hospitalarios.
- Manipulación de agentes citostáticos.
- Administración de medicación vía intravenosa,subcutánea,intramuscular,endotraqueal e intraósea.
- En manipulación de productos químicos o contacto con residuos biosanitarios.
- En procedimientos con técnica esteril.

No hay que olvidar que debemos de lavarnos las manos antes y despues de usar guantes,y entre un paciente y otro.

Los resultados obtenidos en el área de servicio de coronaria del Hospital Universitario Central de Asturias:
- Un 70% utiliza guantes no esteriles para la extracción de sangre y canalización de vías.
- Un 35% utiliza guantes no esteriles para la retirada de vías.
- El 100% utiliza guantes para curas,sondajes vesicales y hemocultivos.
- Un 40% cambia los guantes entre un paciente y otro.
- Un 25% utiliza guantes para la toma de constantes.
- Un 17% se lava las manos antes de la colocación de los guantes.

5 Discusión-Conclusión

En el caso de técnicas no estériles, el personal de Enfermería tiene muy claras las normas que debe seguir y utiliza los guantes de forma correcta. Cuando son técnicas que no requieren asepsia, existen errores respecto a la utilización de los guantes. Es necesario mejorar la formación del personal mediante talleres para una mayor concienciación.

6 Bibliografía

- https://www.osakidetza.euskadi.eus.
- https://www.fistwrra.com/salud/3procedt/guantes.asp
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1451

DETECCIÓN EN CENTRO DE SALUD DE VIOLENCIA DE GÉNERO

MARIA ROSARIO CASERO DÍAZ

1 Introducción

La violencia de género, el maltrato repercute en la salud y en el bienestar de las mujeres a corto y a largo plazo. No sólo afecta a la propia persona que sufre el maltrato sino también a la salud física y mental de sus hijos. No solo existe la violencia física grave y visible, que hoy en día se hace eco en los medios de comunicación sino también aquella violencia, que aún sigue siendo invisible.
Este tipo de violencia es provocada en la mayoría de los casos por las parejas o exparejas.

La violencia no solo es el maltrato visible, sino que comprende también el insulto, la amenaza, el control, el aislamiento social, el ignorar los deseos y necesidades, el obligarla a realizar actos que no desea. Reconocer estas situaciones de violencia en las consultas, es muy importante para que inicien un proceso de recuperación de salud y bienestar.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la detección de la violencia de genero en centros de salud así como maneras de reconocerla.

3 Metodología

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

4 Resultados

DETECCIÓN PRECOZ EN LA CONSULTA
Es en Centro de Salud de Atención Primaria, donde primero se detecta la violencia, ya que repercute en su salud. La mujer maltratada puede presentarse en consulta con diferentes síntomas físicos y psíquicos , en un principio es muy probables que nos pase desapercibida , ya que los síntomas son inespecíficos, sin embargo con el paso del tiempo podemos asociar datos.

Es importante que los profesionales no se centren sólo en los síntomas, sino que es importante escuchar cómo se siente, cómo piensa y cómo se relaciona, para comprender a la paciente como persona integrada en un medio familiar social. Para realizar una buena valoración es importante la entrevista que se haga y su valoración psicosocial.

RECONOCER LAS SEÑALES DE ALARMA
- Si los síntomas que nos comenta son crónicos, vagos y no nos cuadran con un diagnóstico de enfermedad física clara.
- Cuando existe aislamiento social y la mujer no tiene acceso al dinero, al coche, a su propia familia
- Al referirse a su pareja lo muestra como colérico, agresivo, temperamental o muestra celos por cualquier relación amistosa con otros hombres.
- Si muestra síntomas de depresión, ansiedad, ingesta crónica de tranquilizantes o consumo excesivo de alcohol, e incluso intentos de suicidio
- Cuando ante un tratamiento de enfermedad física , cefaleas , intestino irritable , infecciones urinarias no responde al tratamiento
- Cuando la pareja presenta conducta excesivamente controladora y no quiere dejar a la mujer sola.
- En relación con los embarazos, acuden tardíamente a control prenatal o lesiones físicas durante el embarazo.

- Cuando las lesiones no se corresponde con la explicación que nos da.

Expondremos las principales ventajas de cómo a través de la detección precoz en la consulta y el conocimiento de las señales de alarma, podremos abordar el problema de violencia de género.

El entorno influye en gran manera para que la mujer empiece a hablar de su problema, es importante la confianza que le demos y debemos escuchar , sin interrupciones , sin juzgar.

La escucha activa y comprensiva y el dar unas informaciones básicas constituyen una intervención terapéutica que puede resultar de gran ayuda para la mujer.
Es importante preguntar, ya que como profesionales de atención primaria, somos el primer contacto con una institución pública, y así podremos detectar violencia y el riesgo, buscando siempre el bienestar de la mujer.

Es importante estar formado, para saber cómo abordar el tema, nos dará seguridad y comodidad, esta formación debe incluir las propias creencias , nuestras actitudes y nuestra forma de relacionarnos.

Debemos ver a la persona de manera global, ya que sino puede ser un obstáculo en la detección y abordaje de la violencia.

5 Discusión-Conclusión

Ya que algunos de los obstáculos con los que debemos luchar son los estereotipos culturales, la falta de tiempo y también la vergüenza de muchas mujeres a revelar su situación. Nuestras creencias y actitudes personales son las que determinan habitualmente nuestra actuación. Igualmente nos resulta más difícil descubrir el maltrato en pacientes de nivel sociocultural similar al nuestro, ya que nuestra creencia es que el maltrato sólo se da en las capas socioeconómicas más inferiores.

A pesar de todas las dificultades para preguntar, merece la pena hacerlo. Es necesario realizar un seguimiento en consulta ya que el profesional en quien la mujer se ha confiado constituye persona de referencia a quien la mujer puede acudir ante cualquier duda.

Para realizar el seguimiento es necesario que la orientación vaya encaminada hacia la trabajadora social del centro o derivemos hacia centro de atención de

mujeres. Los profesionales deberán valorar si está en situación de peligro para su vida, preguntándole directamente si cree que es seguro volver a su casa e informándola de la Orden de Protección. Es importante, hacer el registro en la historia clínica, si la mujer está de acuerdo, de cómo lo percibimos , ya que puede constituir una aportación importante si la mujer decide emprender acción judicial en ese momento o más adelante

6 Bibliografía

- Página web-https;/www.boe.es/legislación/codigos.php?id=038_Codigo_Penal y legislación_complementaria
- https;/www.interior.gob.es/
- https;/www.violencia de genero. Msssi.gob.es/home.htm
- https;/www.inmujer.gob.es/conoceDerechos/preguntas/delitos.htm#diferencia
- CABRERA ESPINOSA, MANUEL (2011) ¿Usted por qué pega? La violencia de género a través del maltratador :Editorial Académica Española
- ESPAÑA, MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012).Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género Madrid: Gobierno de España

Capítulo 1452

INTERVENCIÓN ERGONÓMICA EN CENTROS HOSPITALARIOS.

JOSE ANDRÉS MARCOS SALA

1 Introducción

En la ley de prevención de riesgos laborales ley 31/1995 en sus artículos 14 y 15 se detalla el derecho de los trabajadores a una protección eficaz frente a los riesgos laborales, así como el deber del empresario de proteger a los trabajadores frente a los riesgos laborales.

2 Objetivos

- Reubicar a un puesto mejor adaptado para el trabajador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Estos métodos han llevado a la mejora de la gestión en el que están involucrados los delegados de prevención las diferentes direcciones y el servicio de prevención de riesgos laborales.

- Mejora de espacios en el hospital.
- Formación en movilización de pacientes.
- Uso de grúas y camas eléctricas.
- Limpieza de suelos con mapas sin agua. introducción de linea fría en las cocinas.
- El responsable del ámbito comunica al profesional las posibles soluciones planteadas, acordando con el la mejor alternativa.

5 Discusión-Conclusión

Con la implantación de adecuaciones laborales para trabajadores sensibles por problemas de salud se ha conseguido la adaptación a los puestos de trabajo con resultados positivos.

6 Bibliografía

- Instituto nacional de seguridad, salud y bienestar en el trabajo. Ley 31/1995 prevención de riesgos laborales.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1453

GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

JAVIER SANTOVEÑA SUÁREZ

1 Introducción

En un entorno de creciente complejidad de las organizaciones hospitalarias, con un incremento de la demanda asistencial, surge la necesidad de articular estructuras que faciliten la ordenación, coordinación y priorización de las actividades que se producen alrededor de la asistencia médica, con el fin de mantener la eficiencia en la utilización de recursos y la cohesión de la organización frente al paciente y su proceso asistencial, garantizando el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva. Se hace necesario, además, disponer de sistemas de información homogéneos, fiables y suficientes, que posibiliten los procesos de gestión, la elaboración de indicadores de rendimiento y utilización, los controles de calidad asistencial y la confección de información epidemiológica, morbilidad, mortalidad y demanda asistencial, garantizando la protección de los datos y el derecho a la intimidad de los pacientes.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) constituye esta estructura de apoyo en el hospital, basada en tres ejes: gestionar pacientes, tramitar su documentación clínica, y la información asistencial generada.

2 Objetivos

- Definir el modelo organizativo y de funcionamiento para los Servicios de Admisión y Documentación Clínica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud.
- Desglosar la multiplicidad de funciones que se desarrollan en los mismos.
- Proponer medidas para mejorar su gestión, adaptándola a los nuevos retos existentes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en enero de 2020, con búsqueda en las bases de datos de "Scielo" y "Dialnet", así como en el buscador Google académico, utilizando las palabras clave "admisión", "atención hospitalaria", "documentación clínica" e "historia clínica". Asimismo se han consultado textos legales y guías informativas publicadas por organismos oficiales.
Como criterios de inclusión se han empleado: centros hospitalarios de España, idioma castellano y texto gratuito; de exclusión: trabajos publicados previamente al año 2010.

4 Resultados

El Servicio de Admisión y Documentación clínica (SADC) es un Servicio no asistencial encargado de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria especializada en régimen ambulatorio o de hospitalización, así como de gestionar la historia clínica. El Servicio de Admisión tiene un carácter multidisciplinar.
Entre sus funciones básicas destacan:
- Organizar los circuitos administrativos de los procesos asistenciales.
- Apoyo a la actividad asistencial para conseguir una mayor eficacia de los procesos.
- Facilitar información y acceso a la asistencia.
- Gestión y adecuación de la oferta y la demanda.
- Desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información asistencial.

El SADC contempla:
- Admisión de hospitalización.
- Admisión de urgencias.
- Admisión de asistencia ambulatoria (consultas externas, gabinetes, hospitales de día, etc) de atención especializada.

- Archivo de historias clínicas.
- Documentación.

Las funciones de admisión de hospitalización, urgencias y pacientes ambulatorios, integran el área de gestión de pacientes. Las funciones de archivo de HC y documentación constituyen el área de gestión de la documentación clínica. Como resultado de ambas áreas y producto de ambas gestiones (pacientes y documentación) se configura el Sistema de Información Asistencial.

Pasamos a continuación a detallar las actividades que desarrolla cada una de las áreas:

Gestión de usuarios.

Organización y gestión de:

- El acceso de los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en el ámbito correspondiente.
- La demanda de asistencia especializada en régimen ambulatorio, incluyendo consultas externas, exploraciones y unidades especiales (hospital de día, cirugía ambulatoria, etc…)
- La demanda de hospitalización: solicitud de ingreso, programación de ingresos, control y autorización de traslados y altas, gestión de camas.
- La demanda quirúrgica: registro, mantenimiento y comunicación de pacientes en espera de intervención, coordinación de la programación quirúrgica y registro de las intervenciones.
- El registro de los pacientes atendidos en Urgencias.
- Gestión y coordinación con otras instituciones sanitarias para la tramitación y autorización de traslados de/a otros centros y el correspondiente transporte sanitario.
- Establecimiento de vías de comunicación y coordinación necesarias con atención primaria.

Gestión de la documentación clínica.

- Gestión y organización del archivo de documentación e historias clínicas, asegurando que su configuración y uso se ajuste a las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Establecer la normativa sobre localización, préstamo y devolución de historias clínicas, estableciendo mecanismos que aseguren su disponibilidad y que velen por su confidencialidad.

- Normalización de la documentación clínica del centro para su correcta homogeneización en colaboración con la Comisión de Historias clínicas.
- Codificación clínica: elaboración del índice, codificación, análisis y difusión de la información extraída de las historias clínicas, elaboración del conjunto mínimo básico de datos y sistemas de clasificación de pacientes y desarrollo de medidas que garanticen su fiabilidad.

Gestión de la información asistencial.
- Coordinación con los diferentes servicios y/o unidades del hospital para la recogida de los datos necesarios para una mejor planificación y gestión del centro, elaborando los informes necesarios.
- Colaboración con el área de gestión del hospital en la recogida de datos para la facturación.
- Clasificación, integración y coordinación de toda la información clínica y asistencial generada.
- Desarrollo de sistemas de recuperación de la información clínica para usos asistenciales, docentes, de investigación…

La distribución de las unidades administrativas que gestionan todas estas actividades varía en función de las dimensiones de cada hospital, aunque no debería diferir en exceso de la que se expone seguidamente:
- Admisión de Hospitalización: se encarga de la gestión de los ingresos, las altas y de dar soporte administrativo necesario que surja durante el episodio de hospitalización del paciente.
- Admisión de Urgencias: se encarga de la gestión administrativa en la demanda de atención asistencial en el Servicio de Urgencias hospitalarias.
- Programación Quirúrgica: se encarga de la programación quirúrgica y de centralizar y mantener actualizado el registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica.
- Sistemas de información: se encarga de la recogida y explotación de los datos estadísticos que se generan en el hospital.
- Agendas y Citaciones: regula y programa el acceso a la atención especializada de forma ambulatoria, incluye la gestión de los pacientes en consultas externas así como determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos de carácter ambulatorio.
- Documentación Clínica: se encarga de gestionar la Historia Clínica.
- Secretarías de Planta: realizan las tareas administrativas relacionadas con los pacientes ingresados.

5 Discusión-Conclusión

Para el desempeño de las actividades asignadas, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica se configura como un servicio multidisciplinar en el que tienen cabida profesionales sanitarios y no sanitarios de distintas categorías y estamentos: médicos, profesionales de enfermería, profesionales del cuerpo técnico y de gestión, administrativos, personal subalterno, etc. El personal de los distintos grupos profesionales debe estar integrado en el mismo equipo de trabajo, con una única dependencia funcional en el responsable del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

Para la organización del servicio resulta imprescindible disponer de una serie de instrumentos y requisitos básicos de infraestructura y organización: formación continuada de la plantilla, definición y creación de ficheros y registros de acuerdo a la información que se desea manejar, establecimiento de los circuitos internos de comunicación y control de los procesos y por último, la utilización de un software básico de apoyo a la actividad interna del servicio, abierto y modificable en el tiempo para su adaptación a las necesidades de cada momento.

Al igual que el resto de servicios del hospital, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, puede y debe ser evaluado en función de los productos que obtiene y más en concreto en función de su capacidad y rendimiento. La identificación de productos permitirá normalizar las actividades que se llevan a cabo diariamente en un Servicio de Admisión y Documentación Clínica con el fin de permitir una mejor organización de los mismos y la comparación entre servicios de distintos hospitales. Por otro lado, la evaluación continua a través de indicadores de actividad y de calidad, que involucran también a los servicios clínicos favorece un clima de gestión compartida entre el Servicio de Admisión y Documentación Clínica y las unidades asistenciales.

Sin perjuicio de las relaciones funcionales que la realidad cotidiana aconseje en cada momento, la asunción de todas las responsabilidades antes citadas por parte de un único servicio, se constituye en un instrumento muy valioso en el seno de la organización hospitalaria actual para resolver determinados problemas relacionados con la prestación de servicios, así como con los relacionados con la custodia, confidencialidad y utilidad de la información que genera la presencia del paciente en las instituciones propias de la asistencia especializada.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Coordinación Administrativa (2010). Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.
- M.L. Tamayo Canillas, R. Romero Serrano (2011). Gestión Hospitalaria: Servicios de Admisión y Documentación Clínica.
- Portal del Servei de Salut de les Illes Balears (2020). Cartera de Servicios. Admisión y Documentación Clínica.
- S. Sañudo García, T. Paniagua Tejo, J.J. Jiménez González, A.B. Hernández Sánchez, M.J. Briz Fraile (2016). El sistema de información de un hospital: nuevo camino en la mejora de su disponibilidad y transparencia.
- A. Silva Belito, S.R. Tejada Soriano (2010). La Historia Clínica como instrumento de calidad.
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 de 15/11/2002.

Capítulo 1454

LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

JOSE LUIS RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales, también denominadas como ”hospitalarias”, son aquellas que adquiere el paciente durante la estancia en el hospital o durante un tratamiento hospitalario que no estaba presente y es contraída no estando ni en el período de incubación ni en el ingreso.

Son consideradas como infecciones nosocomiales a las adquiridas después de las 48 horas del ingreso hospitalario, 3 días después del alta o durante los 30 días después de una intervención quirúrgica.

2 Objetivos

- Fomentar el lavado de manos.

- Utilizar mascarillas,batas y guantes en los aislamientos.

- Limpiar todos los utensilios y superficies en cada alta hospitalaria y desechar materiales de uso personal y todas las veces que sea necesario.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una de las medidas más eficaces para evitar la propagación de las infecciones es el lavado de manos frecuente.

Otra de las medidas adoptadas por las instituciones sanitarias son las técnicas de asepsia, el control de visitas y los aislamientos de pacientes con infecciones, para evitar la llegada de microorganismos patógenos.

En la actualidad en España, las infecciones nosocomiales son un problema para la salud pública con un gran impacto económico y social.

La mortalidad asciende a unos 3200 triplicando el número de las ocasionadas por accidentes de tráfico, esto supone un elevado coste anual, hablaríamos de unos 500 millones anuales.

Uno de cada 18 pacientes contrae una infección con una estadística del 1% de mortalidad.

Estas infecciones alargan la estancia en el hospital de entre 8 y 10 días aumentando a 1660 € por paciente. De estos 500 millones anuales se reduciría enormemente con la medida del lavado de manos como protección de barrera.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales es un asunto de máxima relevancia sanitaria debido a su fuerte impacto económico.
Para su cálculo nos basamos en diferentes variables: geográficas, institucionales, personales y, a su vez, por el tipo de infección nosocomial.

Es un gran desafío para las instituciones de salud y el personal médico por su importancia clínica y epidemiológica, ya que se producen altas tasas de morbilidad y mortalidad disminuyendo la esperanza de vida de la población a la que afectan.

6 Bibliografía

- https://www.revista-portalesmedicos.com

- https://www.who.int

- https://www.uninet.edu

Capítulo 1455

FUNCIONES DEL CELADOR EN UN QUIRÓFANO.

SARA JARDÓN PEDRERO

1 Introducción

Un quirófano, es una estructura independiente en la cual se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación necesarias para el buen desarrollo de una intervención y de sus consecuencias que tienen lugar en general en el exterior del mismo.

Los hospitales disponen de varios quirófanos, cada uno de ellos está diseñado para un tipo específico de cirugía, es lo que se denomina bloque quirúrgico o área quirúrgica. Debe estar ubicado lo más cerca posible de la unidad de vigilancia intensiva o de cuidados críticos.

La figura del Celador es muy importante ya que el celador destinado en este servicio, tendrán a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad donde se encuentren hasta el quirófano, sala de reanimación y viceversa, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe su historia clínica, entregada al celador por la enfermera de la unidad de procedencia.

Ayudará al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones. Colaborará con el anestesista en posicionar al enfermo en la posición adecuada. Primero se coloca al paciente para ser anestesiado, y cuando el anestesista indique, se procederá a la colocación adecuada para la cirugía del paciente.

Ayudará a la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran, siempre que el médico, supervisora o enfermera encargada lo solicite. Trasladará los

aparatos o mobiliario precisos para la intervención. Moverá dentro del quirófano el aparato de RX, ecógrafo, arco de anestesia, torre de laparoscopia, etc. Durante las intervenciones quirúrgicas, el celador permanecerá en el antequirófano por si precisaran de sus servicios. Trasportará documentos, analíticas, pruebas, que se realicen durante la intervención, al laboratorio, al banco de sangre (concentrado de hematíes y plaquetas), al servicio de anatomía patológica (biopsias), etc.

Al igual que en todas las unidades de la Institución Sanitaria, el celador debe cumplir y respetar todas las normas internas establecidas para el área quirúrgica, prestando especial atención en la higiene o asepsia.
Hará los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
Dará cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontrarán en la limpieza y conservación del edificio y material. Trasladará al mortuorio a los pacientes fallecidos durante la intervención. En caso de amputación de algún miembro al paciente, el celador transportará dicho miembro al mortuorio, siempre con la autorización del cirujano.

En el traslado del paciente del quirófano a la sala de reanimación, éste irá con la cabeza lateralizada para evitar que los vómitos le ahoguen si no está despierto, los brazos y los codos irán por encima del cuerpo, nunca deben sobresalir de la cama, la cama la deslizará con suavidad.

Rasurará al paciente en caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requieran.

Los celadores deben trabajar coordinadamente con médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería para conseguir que los pacientes reciban la mejor atención posible, de tal modo que deben obedecer las órdenes del resto de personal sanitario para facilitarles sus trabajos.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Adquirir un mayor conocimiento sobre los movimientos y traslados de los pacientes.

Objetivos secundarios:

- Conocer la importancia de una correcta colocación del paciente en la cama quirúrgica.
- Recordar la importancia de su función enumerado sus actividades, haciendo especial énfasis en el trabajo en colaboración con el equipo del que forma parte.
- Conocer y diferenciar las labores del personal que se encuentra a su alrededor.
- Reconocer los conceptos de asepsia y la importancia de su aplicación en dicho ámbito.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica empleando bases de datos como PUBMED, GOOGLE ACADEMY con los descriptores; celador, funciones, quirófano, área quirúrgica.

4 Bibliografía

- https://www.ecured.cu/Quir%C3%B3fano
http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html.
Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971 (publicado en el B.O.E. del 22 de Julio de 1971).
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1456

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE PACIENTE GERIÁTRICO

SARA JARDÓN PEDRERO

1 Introducción

A medida que nos hacemos mayores, la velocidad de procesamiento de la información y comprensión de la misma se ralentiza. Es por ello que es necesario tener en cuenta las peculiaridades de la persona con la que vamos a interaccionar, adaptando a ella nuestro lenguaje verbal y no verbal.

Hay que tener en cuenta que, en principio, las necesidades básicas son las mismas que las del adulto más joven, no obstante, hay que contemplar que la forma de manifestarse son diferentes y, por tanto, la manera de satisfacerlas también va a variar. Es necesario realizar los cuidados al anciano, comenzando por la necesidad de comunicación y relación con la persona mayor y/o con la familia, de manera que la obtención de los datos necesarios para ejercer el cuidado se realice en las condiciones óptimas.

El Celador debe tener siempre en cuenta que no hay dos personas iguales en el mundo e intentar comprender a quién está tratando. Esta actitud del Celador hacia las personas es de suma importancia, pues para el público ese empleado representa a la Institución misma y el concepto que tenga de él, es el que tendrá de la propia Institución.
Por la peculiaridad del trabajo del Celador, debe tener en cuenta que en determinados momentos llega a ser alguien vital para quien le consulta o necesita, y sea este familiar o paciente, por lo tanto debe tener muy en cuenta el efecto de sus actos hacia dichas personas.

2 Objetivos

Identificar las pautas a seguir para mejorar la comunicación de celador con el paciente geriátrico.
Prestar los cuidados básicos necesarios para mantener la calidad de vida y evitar, o al menos retardar, los síndromes geriátricos.

Determinar las características comunes de estos pacientes en el momento del ingreso nos posibilita la realización de un plan de cuidados estandarizado, para su posterior puesta en práctica durante su estancia hospitalaria.
Dada la variabilidad de patologías del paciente geriátrico, es muy importante conocer su perfil, para así poder aplicar unos cuidados con criterios uniformes de calidad y seguridad.

El celador siempre debe tener muy presente que va a tratar en muchos casos a personas que sufren y que por lo tanto su comportamiento delante de ellos o sus familiares ha de ser siempre muy humano y delicado.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica empleando bases de datos como PUBMED, bibliotecas electrónicas como Scielo, Elsevier, Editorial electrónica y Google Academy con los descriptores: anciano, paciente geriátrico, celador, funciones, cuidados.

4 Bibliografía

- http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/.
- Manejo del paciente anciano.
- Celador ante paciente geriátrico.

Capítulo 1457

ATENCIÓN PERSONALIZADA EN LA VEJEZ.

M. DEL CARMEN CASTRO ALVAREZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte. Las personas mayores son un grupo de riesgo ante la aparición de ciertas enfermedades crónicas relacionadas con la edad. Son el sector más frágil que requiere de más cuidados. Envejecimiento, enfermedad y discapacidad son procesos interrelacionados que forman parte del desarrollo vital de las personas.
La presencia de ancianos enfermos en los servicios de urgencias, en las unidades de hospitalización médica y quirúrgica o en las consultas externas de nuestros hospitales es una realidad creciente y preocupante . Los ancianos utilizan los hospitales con mayor frecuencia que los jóvenes, requieren más internamientos prolongados y utilizan más recursos sanitarios.
En la atención al anciano, el celador está presente en gran parte de su actividad diaria. Conocer sus dolencias, estado de ánimo y necesidades, así como respetar sus demandas, favorece su autoestima y bienestar.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir y dar a conocer el funcionamiento de esta técnica mediante una revisión bibliográfica.
Objetivos específicos:
- Conocer las necesidades y enfermedades que afectan a la población anciana para mejorar sus cuidados.
- Identificar cómo favorecer la autoestima en los ancianos a través de la consideración y el respeto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Se han empleado para ello los descriptores: vejez, atención personalizada, bienestar, dignidad
Como criterios de inclusión se han utilizado textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

Las diferentes etapas de la vida tienen características únicas y peculiares. La etapa del envejecimiento lleva asociados cambios en las esferas física, social y psicológica.
En el aspecto físico, el anciano ve mermadas facultades como la movilidad, los sentidos de la vista y del oído, el equilibrio, etc., y paulatinamente van apareciendo enfermedades y malestares inherentes a la edad, como problemas respiratorios, cardiovasculares y traumatismos.

En el terreno social, las personas ancianas sufren cambios importantes relativos a los aspectos económicos, a su círculo social que se ve disminuido, y a la muerte de seres queridos y cercanos, entre otros. Todo ello supone el desarrollo de problemas que van a repercutir de forma negativa en su estado de ánimo, a nivel psicológico.
La soledad, depresión, los trastornos mentales y diversas patologías van apareciendo, haciendo más difícil la socialización y la interacción con los demás.

El conocimiento de todos estos factores estimula la sensibilidad de los profesionales responsables del cuidado de los ancianos, mejorando la atención integral e individualizada en sus obligaciones diarias y aportando así un mayor grado de empatía y adaptabilidad ante las diferentes necesidades de los ancianos.
Según el enfoque del modelo de atención centrada en la persona (ACP) presenta especial relevancia atender de manera individualizada a los ancianos, considerando sus gustos, hábitos, rutinas, preferencias, etc.
El celador, al igual que el resto del personal sanitario, debe tener capacidad de trabajar en equipo y una especial empatía con las personas ancianas, con la finalidad de aumentar su autoestima, influyendo en todo lo posible de forma positiva a su estado psíquico durante su estancia en centros hospitalarios. El trabajo en equipo es fundamental para valorar necesidades, objetivos, y planes de actuación.

En la atención al anciano, el celador está presente a la hora de realizar las distintas actividades de la vida diaria. Así, dependiendo de los cuidados que el anciano demande, el celador colabora en el traslado del paciente a la habitación, para ayudar al personal auxiliar a encamarle si fuera necesario. Ayudan a la movilización del anciano, bien sea levantándole, haciendo cambios posturales para evitar la aparición de las úlceras por presión o ayudándole a caminar para evitar las caídas También colaboran en el aseo con los ancianos que sufren incontinencia ayudando en la colocación y retirada de cuñas. Cuando sea necesario el celador trasladará a los pacientes ancianos a realizar las pruebas complementarias, los llevará al área de rehabilitación ayudando al fisioterapeuta en lo que este precise, etc.

Mejorar la autoestima del anciano es necesario para su bienestar tanto psíquico como físico. Pequeñas acciones como llamar a la persona por su nombre, explicarle lo que se le va a hacer, escuchar activamente al paciente, considerar sus comentarios o intentar solucionar sus dudas, favorecen su integración en el entorno, su sentimiento de pertenencia al mismo y su sensación de bienestar. Además, es importante tener en cuenta sus limitaciones, para comunicarse o moverse, intentando en todo momento proporcionarle las ayudas necesarias en función de la patología que presente.

En el transcurso de la vida, las personas van adoptando determinadas formas de hacer, relacionarse y comportarse, que se han ido interiorizando con el paso de los años hasta llegar a convertirse en pautas de comportamiento menos flexibles y con un carácter más marcado. Tener en cuenta las peculiaridades de cada persona y modificarlas en la menor medida posible facilita la socialización del anciano y mejora su autoestima.

5 Discusión-Conclusión

Envejecer es un proceso inevitable e irreversible, pero no necesariamente negativo. Las distintas estrategias en el ámbito sanitario pueden ayudar a reducir el deterioro funcional y a mejorar la atención de los pacientes ancianos. Esto junto al trabajo en equipo de los profesionales que interactúan con el paciente anciano y la puesta en común de los tratamientos es fundamental a la hora de llevar a cabo el plan de cuidados individualizados con el objetivo de mantener la autonomía y dignidad del paciente Los logros de la promoción de la salud y la atención socio sanitaria respaldan la teoría de que reducir la morbilidad e incapacidad de las poblaciones que envejecen constituye el principal y prioritario reto de la salud pública.

6 Bibliografía

- Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía (2009) Ministerio de Salud. Programa Salud del Adulto Mayor y Semana. Chile.
- Manual de Gerontología: Pamela Babb Stanley Arte y Tipografía "Dr. Santiago Sapiña" Renard y Guillermo Bobadilla Domínguez Trabajo enviado porLic. Sergio Sáliche
- sefh.es › bibliotecavirtual › fhtomo2 › CAP08 Geriatría – SEFH
- deustosalud.com/blog/teleasistencia-dependencia/guia-atender-personas-mayores

Capítulo 1458

IMPORTANCIA DE LAVADO DE MANOS HIGIÉNICO.

MARIA DEL PILAR DE LA COBA ACEÑA

1 Introducción

El lavado de manos con agua y jabón es una de las maneras más efectivas y económicas para prevenir enfermedades infecciosas, las cuales son la principal causa de morbilidad y mortalidad. Se entiende como lavado de manos higiénico la técnica que consiste en eliminar la suciedad, materia orgánica y microorganismos transitorios de las manos.

Está indicado al iniciar y terminar cualquier procedimiento, antes y después de tocar a un paciente, cada vez que vayamos al baño, tosemos o estornudamos, antes y después de la colocación de los guantes, y al iniciar y finalizar nuestra jornada de trabajo.

Existen una serie de recomendaciones para que el lavado de manos sea aún más efectivo:

- Mantener las uñas cortas y limpias. Las uñas largas son más difíciles de limpiar y aumentan el riesgo de rotura de guantes. No llevar uñas artificiales.
- No usar anillos, relojes, ni pulseras. Estos elementos pueden actuar como reservorio y dificultan la limpieza de manos y antebrazos.
- El uso de emolientes y lociones protectoras de la piel, después de la actividad laboral, se considera deseable e incluso recomendable en la práctica diaria, porque pueden aumentar la resistencia de la piel a los gérmenes y, por tanto, disminuir la infección cruzada. Sin embargo, hay que tener en cuenta que algunos antisépticos se inactivan en presencia de algunos de estos productos.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Definir y dar a conocer el funcionamiento de esta técnica mediante una revisión bibliográfica.

Objetivos específicos:
- Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos.
- Evitar alargar la estancia en hospitales debido a las infecciones nosocomiales.
- Disminuir riesgos entre trabajadores.
- Comprender la importancia de prevenir enfermedades mediante el lavado de manos higiénico.

3 Metodología

Estrategia de búsqueda.
Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Marco teórico.
Para una correcta higiene de manos es necesario: agua, jabón líquido de pH neutro y toalla papel desechable.
Los pasos a seguir son los siguientes:
1. Humedecer las manos con agua corriente, preferiblemente templada.
2. Aplicar jabón líquido con dosificador.
3. Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas, durante al menos 10 minutos.
4. Aclarar con abundante agua corriente.
5. Secar las manos con toallas de papel.
6. Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada para el secado.

4 Resultados

Las manos contaminadas del personal sanitario son una de las vías mas importantes de transmisión de microorganismos.

En ocasiones, el uso de guantes no es bastante como medida de protección frente a determinadas infecciones.
El lavado de manos con agua y jabón es la forma más económica y efectiva, para preservar la seguridad y prevenir las enfermedades infecciosas.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia la concienciación de los beneficios de realizar un adecuado lavado de manos.

6 Bibliografía

- Guía de la OMS.
- Revistas de enfermería.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1459

AISLAMIENTO HOSPITALARIO

JOSE ANDRÉS MARCOS SALA

1 Introducción

El aislamiento hospitalario es un conjunto de normas para evitar la propagación de las enfermedades. Tiene como finalidad impedir la transmisión de microorganismos entre pacientes, personal y visitantes.

Conjunto de elementos que se precisan para que ocurra una enfermedad transmisible:
- Agente casual: Virus o bacteria.
- Reservorio: Ser animado o inanimado donde se reproduce.
- Fuente: Desde donde pasa la infección directa o indirectamente al huésped.
- Mecanismo de trasmisión: Lo que utiliza el germen para para ponerse en contacto con el huésped.
- Trasmisión directa.
- Trasmisión indirecta.
- Huésped susceptible.

Recomendaciones para evitar la propagación de infecciones: vacunarse contra la hepatitis B, lavado de manos, evitar heridas por accidente laboral, evitar contacto por fluidos, transporte de muestras en contenedor adecuado. Técnica doble bolsa, estaría una bolsa en la habitación y otra fuera.

En unidades que exigen aislamiento se debe usar: bata, guantes y mascarilla.

La técnica de aislamiento se basa en la desinfección continua durante la enfermedad y desinfección final cuando el paciente es dado de alta.

Tipos de aislamiento
- Estricto: Prevención de la transmisión de infecciones que son muy contagiosas o virulentas. Se propagan por contacto directo o gotitas.
Precauciones: Habitación cerrada, uso de mascarilla, bata, guantes y lavado de manos
Respiratorio: Tuberculosis pulmonar, meningitis, sepsis meningocócica, sarampión parotiditis ,tos ferina , rubeola

- Material contaminante: Secreciones respiratorias. Gotas de Flügge.
Precauciones: Habitación individual, mascarilla y guantes. Se limitaran las visitas.Aislamiento contra la tuberculosis: habitación privada ,puerta cerrada, mascarilla, bata y lavado de manos. Los guantes no serian necesarios.
Entérico: se contagia por vía digestiva.Las enfermedades a aislar serían: gastroenteritis, cólera, hepatitis A ,fiebre tifoidea.Material contaminante: Heces y vómito.

Precauciones: habitación individual, bata, guantes y lavado de manos. Cuñas y botellas de uso exclusivo. Aislamiento de piel y heridas: Quemaduras, gangrena, impétigo, sepsis puerperal, herpes zoster local, dermatitis y heridas infectadas.
Precauciones: Habitación individual,bata, guantes y lavado de manos.

2 Objetivos

- Aplicar barreras higiénicas para prevenir la transferencia de contaminantes y reducir infecciones nosocomiales.
- Prevención de transmisión de riesgos biológicos en los trabajadores en el cuidado de los pacientes infecciosos .Hay pacientes no contagiosos y hay que tomar estas medidas para no transmitirle ninguna infección. Seria un aislamiento inverso.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando el paciente esta sometido a un aislamiento pueden desarrollar problemas como: falta de interacción social, aburrimiento, lentitud, pánico, alucinaciones, ansiedad y disminución de autoestima.

Para que el aislamiento de resultados positivos se deben de fortalecer las políticas institucionales como son: educación, comunicación y sensibilización.

5 Discusión-Conclusión

Estas precauciones no se suspenderán hasta que no se hayan obtenido al menos dos o tres muestras consecutivas con un intervalo de una semana, que releven resultados negativos con ausencia de factores de riesgo.

La responsabilidad será del equipo de control de infección nosocomial.

6 Bibliografía

- Manual del celadores editorial MAD.
- Alvarez Tuñon (2007). Guía de aislamientos para pacientes con infecciones transmisibles edición reducida.

Capítulo 1460

EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES.

JOSE ANDRÉS MARCOS SALA

1 Introducción

El celador tiene que tener formación para realizar sus funciones. Una de ellas seria la movilización de pacientes. Para ello deben de conocer las posiciones anatómicas mas usadas en pacientes encamados.

2 Objetivos

- Desarrollar las técnicas de movilización en pacientes encamados y ser conocedores de las herramientas y equipos mas usados por los celadores.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador junto a la auxiliar y la enfermera es el encargado de realizar la movilización de pacientes y colocarlo en la posición idónea como puede ser cambios posturales para exámenes médicos o cirugías. Hay que destacar dos tipos:
A. Posiciones anatómicas no quirúrgicas:
- Decúbito supino: Acostado sobre su espalda.
- Decúbito prono: Acostado sobre su abdomen.
- Decúbito lateral derecho o izquierdo.
- Posición Fowler : Semisentado.
- Posición Sims: posición intermedia entre prono y lateral.

B. Posiciones quirúrgicas:
- Litotomia o ginecológica.
- Morestin.
- Genupectoral.
- Roser.
- Punción lumbar.

En pacientes no colaboradores o dependientes a veces hay que usar grúas y arneses, transfers, sabanas,trapecios, cuñas, cojines y protectores de protuberancias. Las sábanas deben de estar limpias secas y estiradas.

5 Discusión-Conclusión

Para el celador es fundamental saber las técnicas de movilización y seguir las normas de riesgos laborales tanto para la movilización como para hacer traslados de pacientes y así evitar lesiones y dar mayor comodidad y seguridad al paciente.

6 Bibliografía

- Jiménez, S.P. Antón, M.P Manzano,S.T.(2004).
- Posiciones quirúrgicas: Cuidados de enfermería y prevención de complicaciones.
- Manual del celador editorial MAD.

Capítulo 1461

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL TRASLADO DEL PACIENTE

RICARDO ALONSO SUAREZ

1 Introducción

El Celador ayudará en la movilización, cuando sea necesario, al personal de enfermería, buscando mover y acomodar al paciente en la cama, de forma que se sienta confortable y cómodo.

Con cambios posturales frecuentes y buenas posiciones se evitan, además, las Úlceras por Presión o de Decúbito (escaras).

Las movilizaciones frecuentes mejoran el tono muscular, la respiración y la circulación.

Para movilizar al paciente encamado debemos tener en cuenta su estado y conocer si puede colaborar con nosotros o no es posible su ayuda para cambiarlo de postura

2 Objetivos

- Proporcionar los conocimientos necesarios para ayudar parcial o totalmente en el traslado del paciente de la camilla a la cama, en condiciones de seguridad y comodidad tanto para el paciente como para el profesional.

- Conjunto de actividades que se realizan para movilizar al paciente de la camilla a la cama.

3 Metodología

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

4 Resultados

PACIENTE NO COLABORADOR: Realizar la movilización entre 2 personas.

1. Colocarse cada persona a un lado de la cama, frente al enfermo.

2. Debemos colocar los pies separados así como las rodillas ligeramente flexionadas.

3. Retirar la ropa superior de la cama así como la almohada del paciente.

4. Las auxiliares o celadores introducen un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro debajo del muslo. Sujetan al paciente y lo levantan con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada.

NOTA: A la hora de movilizar al paciente a la posición deseada es preciso evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas para lo cual el paso 4 es mejor realizarlo con la ayuda de una entremetida.

También se pueden colocar las dos personas al mismo lado de la cama, de esta forma:

1. La primera persona coloca un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo del tórax.

2. La segunda persona desliza sus brazos a la altura y por debajo de la región glútea.

3. Entonces elevan cuidadosamente al paciente hacia la posición requerida.

PACIENTE COLABORADOR: En este caso con una sola persona basta.

1. Nos colocaremos junto a la cama del enfermo, frente a él y a la altura de su cadera.

2. Decirle al enfermo que se agarre a la cabecera de la cama y flexionando sus rodillas, coloque la planta de los pies apoyando sobre la superficie de la cama.

3. Entonces colocamos nuestros brazos por debajo de las caderas del paciente.

4. Se le pedirá al paciente que haciendo fuerza con sus pies y brazos intente elevarse.

5. Es entonces cuando la auxiliar o el celador -con sus brazos- deben ayudar al enfermo a subir hacia la cabecera.

Si el paciente se encuentra bastante ágil, puede realizar él solo esta movilización.

5 Discusión-Conclusión

Antes de realizar cualquier traslado de pacientes, ya sea en su propia cama, camilla o silla de ruedas, el celador deberá tener en cuenta:

1. Explicarle al paciente el recorrido que van a realizar y cómo lo van a hacer.

2. Elegir el medio de transporte más adecuado, atendiendo a las indicaciones del personal sanitario sobre la movilidad del paciente.

3. Si lo que vamos a movilizar es una cama eléctrica, comprobar que no está enchufada a la red.

4. Antes de mover la camilla, cama o silla de ruedas debemos verificar que todos los componentes, sueros, bombas, sondas, bala de oxígeno, etc., están en el lugar adecuado y asegurarnos que no nos van a entorpecer el traslado cuando entremos en un ascensor, atravesemos una puerta, etc.

5. Cuidar que el paciente no pase frío en el trayecto.

6. El paciente debe estar bien sujeto para evitar caídas en su desplazamiento.

7. Los movimientos en el traslado deben ser rápidos y coordinados.

8. Una vez llegado al destino, planta de hospitalización, servicio de radiología, quirófano, etc., no abandonar al paciente hasta que no se hagan cargo de él el personal correspondiente.

6 Bibliografía

- www.celadoresonline.blogspot.com
- Www.elblogdelcelador.com

Capítulo 1462

SALUD LABORAL EN EL ENTORNO HOSPITALARIO.

SANDRA MARÍA ARGÜELLES PINIELLA

NELIDA MARTÍNEZ PALOMARES

1 Introducción

Entendemos por riesgo laboral: la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo y por prevención: son todas las actividades o medidas que debemos adoptar en las actividades de cualquier empresa para disminuir o evitar cualquier riesgo derivado del trabajo. Todas estas definiciones vienen recogidas en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 de 8 Noviembre. Estas son las dos palabras clave a tener en cuenta en cuanto a seguridad y salud laboral en cualquier empresa y sobre todo en las instituciones sanitarias donde el riesgo es mayor.

Como personal de gestión que trabaja al servicio de las instituciones sanitarias debemos de aplicar unas medidas de seguridad laboral que nos permitan mantener nuestra salud en unas condiciones optimas para desempeñar de una manera correcta nuestro trabajo.

El uso indebido de determinadas herramientas necesarias para ejecutar el trabajo y una mala praxis hacen que nos podamos ver afectados a la hora de desempeñar determinadas tareas.

El estrés, la carga laboral, el exceso de pesos, estar expuesto a determinados productos contaminantes, los golpes, los ruidos, la fatiga; son factores que influyen de manera directa en nuestra salud. A través de unas adecuadas normas de pre-

vención y unas correctas medidas de seguridad podemos llegar a minimizar los riesgos en muchas ocasiones y en otras podemos llegar a evitarlos.

2 Objetivos

- Recibir una formación e información correcta para poder llevar a cabo las diferentes medidas de seguridad laboral.
- Conocer los riesgos laborales a los que podemos estar expuestos en nuestro centro de trabajo.
- Saber dar un uso adecuado a los diferentes métodos de prevención.
- Informar a nuestros superiores de cualquier riesgo al que podamos estar expuestos o que pueda derivarse de nuestro puesto de trabajo afectando a nuestra seguridad, a la de cualquier compañero o a la de cualquier usuario de los centros sanitarios.

3 Metodología

Como material principal hago referencia a la Ley de Prevención de riesgos Laborales donde vienen recogidas todas la medidas a adoptar y riesgos a los que está expuesto cualquier trabajador y en la Guía Básica de Riesgos Específicos en el sector sanitario elaborada por comisiones obreras para Castilla León, donde más concretamente se desarrolla lo anterior dicho pero referido a las instituciones sanitarias. A partir de aquí se debería de aplicar una metodología abierta, flexible y sistemática a lo largo de nuestra vida laboral y sin descuidar en ningún momento nuestra salud. Se formaría a los trabajadores y se les informaría de cualquier riesgo antes de comenzar su actividad laboral y durante, también se les proporcionarían los equipos de protección individual y colectiva necesarios en cualquier caso y de como actuar en caso de que peligre su salud.

4 Resultados

Como resultado de lo anteriormente expuesto se deberían de minimizar muchos riesgos en su origen y evitar muchos accidentes derivados de una mala actividad laboral. Se lograría también, que los trabajadores realizaran sus tareas de una manera más segura y como no, minimizar el absentismo laboral derivado de las bajas por enfermedad como consecuencia de la actividad laboral.

5 Discusión-Conclusión

La única vía de acabar con la siniestralidad laboral y la exposición a las enfermedades profesionales es a través de la información y la formación a los trabajadores y trabajadoras y el cumplimiento de los nueve principios de la acción preventiva, tal y como vienen recogidos en el artículo 15 de la Ley:
• Evitar los riesgos.
• Evaluar los riesgos que no se pueden evitar.
• Combatir los riesgos en su origen.
• Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras en particular a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
• Tener en cuenta la evolución de la técnica.
• Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
• Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
• Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
• Dar las debidas instrucciones a los trabajadores. Todos y todas tenemos derecho a no sufrir daños en nuestra salud.

6 Bibliografía

- J.J. Gestal Otero. Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. Ed. Interamericano. McGraw-Hill. 2003.
- Guía de Prevención de Riesgos Laborales en el Sector Sanitario. Secretaría de Salud
Laboral de CCOO de Madrid. 2007.
- Guía Básica de Riesgos Laborales Específicos en el Sector Sanitario. Secretaría de
Salud Laboral de CCOO de Castilla León. 2011.
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Editorial Tecnos. Grupo Anaya Publicaciones
Generales. Edición 8 de Octubre de 2013.

Capítulo 1463

CUALES SON LAS COMPETENCIAS DE UN CELADOR.

JOSE GUSTAVO CARBAJOSA FERNANDEZ

1 Introducción

La palabra celador en muchos diccionarios viene definida como persona que tiene por oficio vigilar.
Con esta explicación no es de extrañar que mucha gente no sepa que existe celador de puerta, urgencias, planta, Uvi, rehabilitación, lavandería, de almacén, de necropsias, etc, etc.

Mucha otra gente no sabe si es personal sanitario o no sanitario, no sabe cuáles son sus funciones ni sus competencias y otra gente piensa que es un grupo de gente que ayuda y que posee pocos conocimientos lo cual sería hace años ya que en la actualidad los celadores cada vez tienden a estar mejor formados ya sea a través de cursos de formación, practicas u otros.

2 Objetivos

- Definir y dar a conocer las funciones de los celadores y hasta dónde llegan sus competencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Todas las funciones de este colectivo vienen recogidas en el Estatuto del Personal no Sanitarios al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad Social; orden del Ministerio de trabajo de 1971 y concretamente en el articulo 14.2.

El celador tiene distintas competencias:
- Funciones de vigilancia: vigilan las entradas de las instituciones, vigilancia nocturna del interior y exterior del edificio, vigilan comportamiento de enfermos y visitantes , vigilan apertura y cierre de puertas , vigilan accesos de proveedores, transportistas o mensajeros.
Funciones de control: Requiere identificación a las personas mediante DNI y controla a qué lugar se dirigen , entrega pases de visita al visitante, controla bultos o paquetes sospechosos. Desde admisión son los celadores los que conducen a los usuarios a las dependencias donde deban dirigirse.

- Funciones de asistencia al personal sanitario facultativo y no facultativo: aquí se dedican a auxiliar o apoyar a dicho personal y serán labores bajo dependencia del personal sanitario.

Sus labores básicas en esta función de asistencia son muchas y muy variadas las cuales vamos a ir enumerando a continuación.
- Lavan, asean o bañan a enfermos encamados siempre atendiendo a las indicaciones de la supervisora.
- Ayudan a enfermeras o auxiliares en movimientos de enfermos encamados.
- En los quirófanos auxilian de acuerdo a sus conocimientos.
- Ayudan en la mortaja de fallecidos y los trasladan al mortuorio.
- Ayudan a enfermeras y auxiliares a poner y quitar cuñas a paciente encamados.
- Ante la ausencia del peluquero llagan a rasurar enfermos.
- En las autopsias hacen funciones auxiliares y limpian mesa de autopsias e incluso la propia sala.
- Cuidan, alimentan y limpian a los animales en los quirófanos experimentales o laboratorios.
- Levantan, sientan o trasladan a pacientes a las distintas zonas de la institución.

- En la realización de placas prestan ayuda a personal técnico.
- Colaboran con las parturientas cuando les colocan la anestesia epidural o hay que pasarlas a la mesa del quirófano.
- Ayudan al personal de enfermería o médico cuando necesitan inyectar, medicar o curar a pacientes no colaboradores.
- Colaboran en la ayuda para reducir a pacientes psiquiátricos agitados.
- Ayudan al fisioterapeuta a iniciar deambulación con los pacientes.
- En las habitaciones instruyen a pacientes y acompañantes en el uso y manejo de persianas, cortinas o cualquier otro útil.
- Serán extremadamente reservados y no harán comentarios ni con enfermos ni con visitantes o acompañantes sobre diagnósticos, tratamientos, pronósticos o exploraciones a las que pudieran haber tenido acceso.

5 Discusión-Conclusión

El celador es una pieza más de este engranaje sanitario y este tiene una función de cooperancia y ayuda total, sus funciones son variadas y a la vez realiza gran cantidad de ellas pues hace casi de todo. Mueve, coloca, traslada, ayuda, sujeta, limpia, baña, asea, empuja, etc, etc y es por otra parte uno de los profesionales mas cercanos al usuario con lo cual si causa una buena imagen esta se proyecta sobre la Sanidad en su conjunto.

6 Bibliografía

- Https://dialnet.uniroja.es.
- Https://www.boe.es.
- Https://www.logoss.net.
- Https://www.fysa.es.

Capítulo 1464

EL CELADOR FRENTE EL AMORTAJAMIENTO

CASTO BARRO FERNÁNDEZ

GRANDELINA MIGUEL GARCIA

ALFREDO JOSE ÁLVAREZ VEGA

ANA MARÍA BALLESTEROS PEREZ

ADRIANA BUENO PRIETO

1 Introducción

Amortajar a un enfermo fallecido es una tarea habitual en cualquier centro hospitalario, que es llevado a cabo diariamente por los profesionales encargados de ello (enfermeros o enfermeras que pueden delegar dicha función en auxiliares de enfermería), y en la que también participa el celador.

Según el artículo 14.2 del antiguo Estatuto de Personal no Sanitario, (los celadores se rigen por el estatuto marco, pero en lo que refiere a sus funciones todavía siguen siendo las que refleja la orden preconstitucional del 5 de julio de 1971 (como así lo establece la disposición transitoria sexta de la Ley 55/2003) los celadores ayudarán a las enfermeras o a las personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo también a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.

2 Objetivos

- Conocer y desarrollar las funciones del celador durante el proceso de amortajamiento y traslado del cadáver y su actuación frente a los familiares y amigos del fallecido.

3 Metodología

Estudio del antiguo Estatuto de Personal no Sanitario aprobado por Orden Ministerial de 28 de Junio de 1968 y revisión y actualización de publicaciones y bibliotecas electrónicas.

4 Resultados

El amortajamiento del fallecido consiste en la preparación del cuerpo del fallecido, y que se debe realizar lo antes posible, antes de que aparezca el rigor mortis pero siempre después de la autorización del personal facultativo, para que este pueda ser velado por sus familiares.

La operación de amortajamiento es una función en la que el celador siempre colaborará realizando varios pasos:
• Se solicitará a la familia que abandone la habitación mientras dure el amortajamiento.
• También se procederá a trasladar al paciente compañero del fallecido si lo hubiese.
• Se verificará y confirmará antes del comienzo el éxitus (fallecimiento) en el parte médico.
• Para comenzar se lavará las manos y se pondrá guantes de un solo uso.
• Preparará el material necesario (mortaja o sudario, material de aseo, toallas, vendas, bolsas de basura, y la etiqueta identificativa.
• Se pondrá la cama en horizontal para proceder a colocar el cuerpo del fallecido en decúbito supino, con los brazos a los lados con las palmas hacia abajo o con los brazos cruzados sobre el abdomen y se dejará una almohada debajo de la cabeza para evitar el estancamiento de la sangre.
• Se desconectarán y retirarán sondas y drenajes y se ayudará a la enfermera en el taponamiento de posibles sangrados o secreciones.
• Se procederá a lavar, realizar la higiene completa al fallecido (lavar e incluso si fuera necesario se le afeitará y se le cortará el pelo),

• Dejar el cuerpo estirado y completamente alineado, ponerle la dentadura si se le hubiese quitado y cerrarle los ojos y la boca sujetando la mandíbula con un vendaje alrededor de la cabeza.
• Se le entregarán a la enfermera los objetos retirados del fallecido para que luego sean entregados a sus familiares,
• Finalmente se le pondrá un sudario, se le cubrirá por completo con una sábana y se le pondrá la etiqueta de identificación.

Una vez finalizado el amortajamiento se podrá permitir a la familia permanecer con el fallecido durante el tiempo que se considere oportuno.

Antes del traslado el celador se asegurará de que las puertas de las otras habitaciones están cerradas y de que no hay pacientes por el pasillo. El traslado será efectuado por dos celadores (uno de ellos el del servicio donde ha sucedido el deceso), pero en ningún caso irán acompañados por amigos o familiares del fallecido.

El traslado comenzará una vez recibido el parte de traslado, y se realizará por lugares poco frecuentados, de la manera más discreta posible e invitando a las personas que puedan hallarse en los pasillos a que entren en las habitaciones.

Se dejará en la cámara frigorífica con la cabeza del fallecido a la puerta de la cámara y dejando en la misma la etiqueta con sus datos.

Una vez realizados todos estos trabajos el celador regresará a su puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Llegado el momento del amortajamiento, la labor del celador, aunque debe de ser discreta, es laboriosa y de vital importancia, tanto por el tipo de trabajo a realizar, como por la delicadeza con la que inevitablemente tiene que afrontar ese momento ante familiares y amigos del fallecido.

Es un momento de gran dificultad para las personas más cercanas al fallecido, y en el que por su situación el celador se encuentra inmerso en un proceso muy personal, en el que debe de saber entender, comprender y empatizar sin herir en ningún momento los sentimientos de estas personas, respetando su dolor, escuchando y hablando de forma sincera, transmitiendo apoyo y mostrando disposición para cualquier necesidad.

6 Bibliografía

- Estatuto de Personal no Sanitario aprobado por Orden Ministerial de 28 de Junio de 1968, REBISALUD (Red de Bibliotecas Virtuales de Salud).
- Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria.
- Temario oposiciones celador del Servicio de Salud del Principado (SESPA).
- www.cgtsanidadlpa.org.
- www.celadoresonline.blogspot.com.

Capítulo 1465

EL TRATAMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

VERÓNICA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los profesionales sanitarios tienen acceso a la historia clínica de los pacientes, ella está compuesta por datos personales tanto sanitarios como no sanitarios, es decir, forman parte de la misma todos los documentos que contienen información sobre la situación y la evolución de los pacientes. El personal de administración de los centros solo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones, pudiendo ser en el caso de los auxiliares, las citas, la admisión del paciente…

La plantilla administrativa debe mantener oculto y guardar el secreto de todos los datos y hechos que conozcan en el ejercicio de su profesión, teniendo siempre presente en todo momento que esto es una obligación.
La ley regula el tratamiento de datos y este se ha de garantizar en todo el ámbito sanitario. Deben guardar secreto no solo de la historia clínica de los pacientes, sino que también de cualquier dato relacionado con la salud de los mismos.

Si salieran a la luz datos protegidos de la historia clínica se vulnerarían los derechos de los pacientes y se estaría incumpliendo el secreto profesional.

2 Objetivos

- Identificar los problemas que puedan surgir si no se guarda el secreto de la historia clínica de los pacientes.
- Conocer la normativa sobre protección de datos y aplicarla para garantizar la privacidad.
- Identificar, analizar y disminuir los riesgos en la protección de datos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica documental de diferentes revistas científicas sobre el tratamiento de datos de la historia clínica por el personal auxiliar administrativo en el ámbito sanitario en la última década. Se consultaron diferentes bases de datos que fueron: Ibecs / Cuiden / Cochrane así como en revistas electrónicas Elsevier.

En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos se limitó la búsqueda por idioma al castellano. Encontradas 16 referencias con contenidos relacionados de los que se analizaron 9 en profundidad.

4 Resultados

La historia clínica ayuda a aumentar la calidad y la seguridad en todo el proceso sanitario. Actualmente, la modernización del sistema cada vez deja más obsoleto depender de un expediente físico, ya podemos encontrar en soporte electrónico la mayoría de los datos de los pacientes, lo que da lugar a muchos más beneficios, como por ejemplo que la información se encuentra más ordenada, legible y accesible. Si la historia clínica es electrónica se podrá acceder a ella las 24 horas del día y desde diferentes localizaciones. Como mínimo se deberá conservar 5 años desde la fecha de alta del último proceso asistencial.

La información ha de estar disponible en todo momento, debiendo ser esta una información íntegra (completa), pero el acceso ha de estar restringido, ser confidencial, a través de unas normas que permitan identificar al personal que tiene acceso a ella. Es de vital importancia que se disponga de un plan de seguridad que contenga las medidas necesarias para su protección.

Si se incumple el secreto profesional por parte de los auxiliares administrativos las consecuencias serían nefastas causando daños no solo a los propios traba-

jadores, sino también a la empresa y a terceros. Está prohibido divulgar la información, ya que es propiedad privada, a menos que esté autorizada por una ley, por los propios pacientes o por requerimiento de un juez.

Los administrativos deben tener ética profesional y ofrecer a los pacientes garantías suficientes de que la confidencialidad está garantizada como un derecho más a los pacientes.

En los casos en los que la ley se incumpla podría dar lugar a infracciones que traen consigo la imposición de sanciones, se debe de evitar cualquier riesgo que ponga en peligro la seguridad de los mismos.

La normativa indica que la conservación de la historia clínica tiene que hacerse en condiciones en las que se garantice su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, debiendo garantizar las medidas de protección adecuadas en cuanto al acceso a la misma.

La información clínica estará al alcance de todos los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso, todos ellos han de ser conscientes de que la violación de la protección de datos tendría consecuencias muy negativas causando daños no solo a los profesionales, en este caso más concretamente a los trabajadores administrativos, sino que también al organismo (empresa) y a terceros.

Los equipos de almacenamiento y las medidas de seguridad para el acceso a ellos deben ser muy avanzados para que no existan riesgos ante un ataque informático, del mismo modo, los auxiliares administrativos tienen la obligación de guardar el secreto de cualquier hecho que conozcan en el ejercicio de su profesión.

La confidencialidad ha de estar garantizada y en parte esto es gracias a la ética profesional de los auxiliares administrativos de los hospitales que saben que dicha protección, es un derecho fundamental de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El paciente tiene derecho a que en los centros sanitarios se impongan medidas de custodia activa de las historias clínicas, esta historia servirá para futuros procesos o intervenciones por las que la persona en concreto tenga que pasar.

Mantener el secreto profesional sobre la historia clínica es una obligación del personal auxiliar administrativo, el incumplimiento del mismo puede dar lugar

a la inhabilitación profesional, sanciones administrativas e incluso hasta penas mayores como la condena penal por imprudencia.

La protección de los datos es una obligación y merece plena confidencialidad. El acceso a esos datos se protegerá con medidas y normativa para minimizar todos los posibles riesgos, se deben almacenar los datos correctamente cumpliendo las normas vigentes y preservando la privacidad de los mismos. Es importante garantizar la conservación y el registro de los datos en un formato adecuado.

Se deberán impartir cursos de formación para la concienciación de los auxiliares administrativos sanitarios, de esta forma, ellos mismos tomarán conciencia sobre este tema y conseguirán así que la seguridad sea la máxima posible. Su actualización en este tema ha de ser constante, con evaluaciones periódicas para garantizar la máxima protección mediante el conocimiento de la materia.

6 Bibliografía

1. Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado de 29 de abril de 1986, núm. 102.
2. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y Documentación Clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado núm. 274. (15/11/2002)
3. Zurro AM, (1994). Atención primaria. Historia clínica, sistema de registro e información. Pags. 150-153.
4. Zurro AM, (1994). Atención primaria. Historia clínica, sistema de registro e información. Pags. 140-142.
5. LEÓN SANZ, P.: La implantación de los derechos del paciente, Eunsa, Pamplona 2004.
6. ROMEO CASABONA, C. y CASTELLANO ARROYO, M.: «La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica», Revista Derecho y Salud, volumen 1, núm. 1.

Capítulo 1466

LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

VERÓNICA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La realización de la actividad diaria en el ámbito hospitalario está condicionada por determinados factores materiales (escaleras, rampas, armarios, equipos eléctricos…), cuando estos factores no están en óptimas condiciones, se deben adoptar las medidas necesarias para tener bajo control el riesgo que suponen.

En el ámbito sanitario los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, esto se consigue con la formación y la información en temas de materia preventiva.

Los auxiliares administrativos deben tratar de evitar los riesgos laborales antes de que se materialicen, esto se consigue siguiendo una serie de pautas y normas. Existen numerosas técnicas y procedimientos para reducir o hacer nulo el riesgo de que sucedan accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

La prevención proporcionará a los auxiliares la protección adecuada en cuanto a situaciones que pongan en peligro su seguridad y salud en el trabajo.

La finalidad más importante es que este tipo de patologías derivadas del trabajo no se lleguen a producir.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Proteger a los auxiliares administrativos de riesgos en el lugar de trabajo que empeoren su salud.

Objetivos secundarios:
- Conservar y fomentar el bienestar mental, social y físico de los auxiliares administrativos.
- Prevenir daños a causa de las condiciones laborales.
- Asignar y mantener a los auxiliares administrativos en los puestos adecuados a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas.

3 Metodología

Revisión sistemática de publicaciones científicas, así como estudios relacionados en las diferentes bases de datos vinculadas con los objetivos de esta propuesta. Tras la lectura de múltiples artículos, investigaciones, publicaciones se han asentado las bases de este trabajo.

Las diferentes bases de datos consultas fueron: Cuiden/ Cochrane/ Dialnet, en todos los casos se limitó la búsqueda por tiempo (desde 2016 hasta la actualidad). Fueron encontrados 20 referencias de las que se analizaron 8 en profundidad.

4 Resultados

Si se analizan en profundidad todos los factores de riesgo, se puede decir que las caídas tanto en el mismo nivel (suelo) como en distinto nivel (escaleras), son uno de los más importantes, las consecuencias y los daños producidos pueden llegar a ser desde heridas hasta fracturas en función de la altura de la caída.

Si en el día a día se detecta algún factor de riesgo y siempre que esté en la mano del trabajador corregirlo, se deberán adoptar las medidas oportunas para su eliminación, de no ser posible, se avisará al responsable de prevención.

Los accidentes con el mobiliario son la siguiente causa más problemática en los centros sanitarios, tropezar con los picos de las mesas, con las sillas… pueden llegar a ser causas que desencadenen accidentes muy aparatosos.

De igual forma, es conveniente informar de cualquier situación insegura que se observe en armarios o estanterías. La normativa indica como medidas importantes para evitar problemas de este tipo, entre otras muchas, repartir el peso en los estantes (se llenarán siempre los cajones inferiores antes que los superiores y se fijarán los diferentes elementos a la pared), de esta forma, se conseguiría una mayor prevención de trastornos.

La limpieza y el orden deben formar parte del trabajo diario, esto implica que los puestos de trabajo estén recogidos y que solo las cosas necesarias estén encima de las mesas.

Adaptar el lugar de trabajo y la tarea a la persona para evitar riesgos en su salud es lo que se llama ergonomía, y esta es otro punto clave en la prevención de riesgos laborales. Los riesgos ergonómicos implican tanto las cargas físicas (molestias en brazos, en espalda…) como cargas mentales por estrés o fatiga.

Las dimensiones de las mesas, las características de las sillas o la disposición de los elementos de trabajo, es fundamental que todo esté controlado para así realizar el trabajo de la forma más eficiente posible, aportando seguridad y confort al día a día.

Los auxiliares administrativos hospitalarios trabajan la mayor parte del tiempo sentados en una mesa y delante de un ordenador, por ello, la correcta ubicación de la pantalla sobre la mesa permite evitar muchos de los problemas posturales relacionados con su trabajo. No forzar posturas y no realizar movimientos imposibles a la hora de alcanzar algunos elementos ayudará de forma considerable a tener mejor salud. Trabajar con la espalda recta y apoyada de forma correcta en una silla regulable en altura es la clave para evitar dolores musculares.

Existen otras patologías como dolores en manos y brazos por el mal uso o la mala ubicación del teclado y el ratón, a veces, adquirir hábitos que a priori consideremos más cómodos pueden ocasionar graves problemas a lo largo del tiempo.

La fatiga visual es otro punto relevante que no podemos pasar por alto, son muchas las horas delante de la pantalla del ordenador, por ello, realizar un buen ajuste de la imagen, evitar reflejos en la pantalla o descansar la vista de vez en cuando son pautas que siempre se han de seguir.

Loa auxiliares administrativos hospitalarios manejan mucha documentación de expedientes de pacientes que habitualmente tendrán que trasladar de un lado a otro en cajas, la manipulación de estas cajas de material de oficina se ha de hacer

siempre levantándolas lo más cerca del cuerpo posible, flexionando a su vez las piernas y poniendo la espalda recta. A la hora de situarlas en los estantes, las cargas más pesadas irán siempre en las estanterías de niveles inferiores.

La posición estática del trabajo de los auxiliares se contrarresta con la práctica de ejercicio, este supone un gran beneficio para el cuerpo. El ejercicio físico aumenta la circulación sanguínea, la actividad mental y la sensación de bienestar. Del mismo modo, diremos que disminuye la tensión muscular, la ansiedad, el estrés, el riesgo de lesiones musculares y la fatiga.

Finalmente, indicaremos que existen otros factores como el exceso de ruido, una temperatura no adecuada o una mala calidad del aire que también podrían influir y aumentar la fatiga mental o física.
Se espera que todas estas medidas tengan una influencia positiva en los servicios y en la calidad de la asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que todo el personal trabaje con los mayores niveles de seguridad, salud y confort.
Este cúmulo de medidas mejora la seguridad y producción, evita peligros, ahorra tiempo, amplía espacio, mejora la imagen exterior y gracias a ello se trabaja en un ambiente mucho más agradable.

Son de vital importancia pautas tales como, trabajar con la iluminación adecuada, no obstruir las zonas de paso, no correr al desplazarse, cerrar los cajones si no se usan, usar equipos electrónicos en buen estado, ajustar los elementos regulables del puesto de trabajo y usar escaleras de mano para situar cosas en estantes altos. Muchas veces, la falta de orden, organización y limpieza en los puestos de trabajo, puede dar lugar a accidentes y entorpecer el trabajo diario.

Los hábitos en el trabajo han de ser revisados frecuentemente porque las circunstancias pueden ir cambiando a lo largo del tiempo, de esta forma se detectarán mucho antes los riesgos a los que se pudiera estar expuesto. Todo el personal ha de estar implicado en la prevención de riesgos, esta no es tarea únicamente de los responsables de prevención o de la empresa. Las obligaciones y derechos en temas de prevención deben ser conocidas por todos los trabajadores, para ello, se fomentarán los cursos y las formaciones relacionadas con esta materia.

Para alcanzar los objetivos planteados necesariamente se han de cumplir todas

las condiciones, solo así el diagnóstico de los riesgos será el adecuado. Un modelo ineficaz o que no funciona en un centro hospitalario solo es posible solventarlo facilitando al personal herramientas o conocimientos más concretos sobre la materia.

Un buen sistema de prevención es aquel, que es capaz de evitar los daños en la salud de los trabajadores y para ello tiene que estar implicada y deberá de participar activamente la dirección del centro hospitalario, así como los trabajadores que aplicarán siempre buenas prácticas de cualquier actividad preventiva.

6 Bibliografía

1. España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, 10. de noviembre de 1995, núm. 269. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-24292
2. Cortés, JM. (2017) Técnicas de Prevención de Riesgos Laborales. Madrid: Editorial Tébar, S.L.
3. S.L. Sauter y otros. Factores psicosociales y de organización. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo; OIT.
4. Agustín González Ruíz. Pedro Mateo Floría. Diego González Maestre. Manual para el técnico en prevención Riesgos Laborales. (5º Edición). Edit. FC EDITORIAL.

Capítulo 1467

EL CELADOR EN LOS CUIDADOS AL ENFERMO PALIATIVO

ALFREDO JOSE ÁLVAREZ VEGA

CASTO BARRO FERNÁNDEZ

ADRIANA BUENO PRIETO

GRANDELINA MIGUEL GARCIA

ANA MARÍA BALLESTEROS PEREZ

1 Introducción

El cuidado paliativo es la atención que se proporciona a los adultos y a los niños con enfermedades graves que se enfoca en aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, pero que no tiene el objetivo de curar la enfermedad en sí.
La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en su introducción a la historia de los Cuidados Paliativos y del movimiento Hospice los define como "un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal".

Los cuidados paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados sanitarios y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal y en un entorno que incluye el hospital o el hogar, la familia y los amigos.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Cuidados Paliativos se definen como "el cuidado activo total de los enfermos cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo".
Estos cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes, tanto adultos como niños, que afrontan los problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Además, también mejoran la calidad de vida de sus allegados.

Los cuidados paliativos se concretan en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la detección precoz y la correcta evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas, ya sean de orden físico, psicosocial o espiritual.

¿Paciente con cuidados paliativos y terminal es lo mismo?
En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica.

Los elementos fundamentales son:
1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida limitado inferior a seis meses.

Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que debemos responder adecuadamente. Por tanto, podemos afirmar que el paciente con cuidados paliativos es un paciente terminal.

2 Objetivos

- Aliviar el dolor y otros síntomas, y mejorar la calidad de vida.

La OMS declara que los objetivos de los cuidados paliativos son fundamentalmente:
- Aliviar del dolor y otros síntomas
- No alargar ni acortar la vida
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual
- Reafirmar la importancia de la vida
- Considerar la muerte como algo normal

- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo

Estos objetivos se sustentan sobre tres pilares fundamentales: COMUNICACION EFICAZ, CONTROL DE LOS SINTOMAS Y APOYO A LA FAMILIA

3 Metodología

Para la realización de este trabajo ha sido aplicado una estrategia de búsqueda bibliográfica.
La búsqueda bibliográfica se ha realizado en diversas bases de datos: Scielo, Dial net, medline, Cochrane Plus y google académico.

Además se han consultado diferentes libros sobre los cuidados paliativos en enfermería y diversas páginas webs oficiales como lo son SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), OMS (Organización Mundial de la Salud) y FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería), así como, protocolos de planes de cuidados de diferentes hospitales.

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed utilizando los descriptores: Paciente terminal, cuidados paliativos, empatía, duelo, unidad del paciente, celador.

4 Resultados

El papel del celador ante el paciente terminal es muy importante, ya que forma parte del equipo (médicos, enfermero/as, auxiliares de enfermería, psicólogos, etc…) que proporciona los cuidados paliativos o de confort al paciente y por ello debe ser muy cauteloso y profesional en su trabajo.

Es el profesional que está en mayor contacto con el enfermo acompañando al auxiliar de enfermería durante el aseo, movilización y traslado a las diferentes pruebas que se le deban realizar.

Debe ser muy prudente en los comentarios que haga, pues a menudo, el enfermo terminal aun tiene su consciencia plenamente capaz, así que debe abstenerse de hacer comentarios sobre el estado del paciente o evitar gestos de desagrado por lo que vea en su presencia.

Muchas veces pensamos que el enfermo terminal no es consciente de lo que se habla y es algo en lo que estamos los profesionales muy equivocados, la PRUDENCIA y el RESPETO debe ser ante todo una prioridad en la labor del celador y resto de equipo.

El comportamiento del celador deberá ir enfocado a mejorar la calidad de vida del paciente, proporcionándole una atención continua e individualizada, fomentando la dignidad del paciente, manteniendo una higiene diaria y continua tanto del enfermo como de la unidad del paciente. (Es el conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el centro hospitalario).

También deberá extremar el comportamiento ante los familiares. El celador deberá desarrollar su empatía (capacidad de ponernos en el lugar de alguien y comprender lo que siente o piensa) y atender las necesidades psicológicas del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras éste análisis llegamos a la conclusión de que el Celador es una parte muy importante dentro los profesionales que atienden al paciente en estado terminal en sus últimos días de vida.

El confort del paciente en fase terminal debe ser el objetivo principal del celador, para ello deberá conocer porqué etapas puede pasar ante la aceptación de la muerte y ponerse en lugar de él (Empatía) para ofrecer unos cuidados efectivos.

Una formación específica en cuidados paliativos o de confort sería de gran ayuda para un correcto trato profesional a las familias y al paciente terminal por parte del celador y el resto del equipo sanitario.

Por desgracia, los celadores, al no ser personal sanitario, no gozan de una formación específica como tienen el resto de categorías, en ocasiones, acceden a su puesto de trabajo en el mejor de los casos, tras haber superado una oposición donde deben alcanzar unos conocimientos y en el peor de los casos acceden al puesto por llamamiento de los servicios públicos de empleo y es en este supuesto donde se encuentran con unas funciones que desconocen así como unas situaciones que para ellos pueden ser traumáticas como es encontrarse con un enfermo terminal.

Por ello sería necesario que se les formase previamente con el fin de ayudarles a desempeñar su trabajo en cualquier situación y máxime en enfermos como el paciente terminal.

6 Bibliografía

- Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 33(Supl. 1), 97-106. Recuperado en 09 de diciembre de 2017, de scielo.isciii.es.
- Sobre la muerte y los moribundos – On death and Dying – 1969 Elizabeth Kübler Ross.
- Ley 5/2018, de 22 de Junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Título II Deberes de los profesionales que atienden a la persona durante el proceso del final de su vida.
- David Blanco. Cuidados paliativos en enfermería.2011.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos Madrid;2014
- Página web de la OMS, Secpal y Fuden a través del buscador Google.
- Declaración sobre la atención médica al final de la vida (documento). Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Enero 2002.

Capítulo 1468

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.

ADRIANA BUENO PRIETO

ANA MARÍA BALLESTEROS PEREZ

CASTO BARRO FERNÁNDEZ

ALFREDO JOSE ÁLVAREZ VEGA

GRANDELINA MIGUEL GARCIA

1 Introducción

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.
La OMS (Organización Mundial de la Salud), en 1948, define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Englobando en este concepto a la salud mental.
En 1986, a través de la Ley General de Sanidad, es cuando en España se produce la plena integración y equiparación del enfermo mental en el sistema sanitario general. Desarrollando servicios de rehabilitación y reinserción social para una adecuada atención integral de los problemas del paciente mental, teniendo una consideración especial la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

Entendemos por PSIQUIATRÍA, la rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales.

2 Objetivos

- Dar a conocer el modo de actuación del celador ante pacientes con problemas mentales.
- Informar sobre los tipos de medidas a emplear ante este tipo de pacientes.
- Evitar consecuencias por mala actuación por parte del personal celador en situaciones tensas con pacientes psiquiátricos.
- Mantener la calma en el puesto de trabajo ante situaciones complicadas con pacientes del área psiquiátrica.
- Conocer diferentes trastornos psiquiátricos.
- Ver las funciones del personal celador en el área de psiquiatría.
- Conocer los diferentes tipos de reducción y contención mecánica.
- Entender la curva de la hostilidad.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica empleando bases de datos tales como pubmed, Cochrane, bibliotecas electrónicas como Scielo, Editorial electrónica Elsevier y Google Academy.

4 Resultados

La psiquiatría trata ciertos trastornos de la personalidad y la conducta y también trata de evitar y poner remedio a ciertas variantes psíquicas anormales como la Psicosis y la Neurosis.

- Neurosis: trastorno psíquico donde la persona conserva el juicio de la realidad, se da cuenta de sus problemas, es consciente de su enfermedad y solicita ayuda psicológica o psiquiátrica. En este grupo se encuentran los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos disociativos, trastornos de personalidad, la depresión, las fobias, el síndrome de Burnout, el síndrome de pánico, etc.
- Psicosis. Enfermedad mental grave caracterizada por la deformación de la realidad. Las personas que padecen este tipo de enfermedad o trastorno necesitan tratamiento psiquiátrico y algunas de ellas también internamiento. Las más características son la esquizofrenia y el trastorno de afecto bipolar.

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA:

1. Vigila la puerta de acceso a la unidad controlando las entradas y salidas, no permitiendo el acceso más que a personas autorizadas y cuidando no introduzcan comidas, bebidas u objetos que pudieran resultar peligrosos o no autorizados.

2- Colabora con el resto del personal de que los enfermos no hagan un uso indebido de los enseres, de la ropa, evitando su deterioro.

3.Tramitará y conducirá sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos y objetos que les sean confiados por sus superiores.

4. Trasladarán de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se le indique.

5. Cuida del entorno del paciente creando un buen ambiente de luz y sonido,levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche.

6. Vigila el orden y la armonía de los pacientes.

7. Cuidará continuamente por conseguir el mayor silencio posible en todas las dependencias de la unidad, respetando los horarios de sueño.

8. Controla la estancia y la circulación de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos y en las zonas comunes, evitando toda aquella acción que perjudique al propio paciente o al orden de la unidad.

9. Ayuda al aseo de los pacientes que no puedan hacerlo solos.

10. Vigila que todos los pacientes realicen el aseo personal fomentando una correcta adecuación en el vestido y maquillaje.

11. Estará encargado de acudir al servicio de farmacia a recoger el pedido, incluyendo el traslado de medicamentos de la planta de hospitalización a la farmacia.

12. Acompaña a los pacientes, junto con el personal sanitario, a los paseos por el exterior del recinto hospitalario.

13. Estimula la actividad física de los pacientes.

14. Controla el suministro y consumo de tabaco. (Está permitido fumar en la Sala de Fumadores y en las zonas ajardinadas externas)

15. Se abstendrá de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los pacientes sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos y mucho menos sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo.

16. Colaborará con el personal sanitario a la contención mecánica de pacientes agitados.

17. Traslada pacientes a las unidades y consultas del centro como a otras instituciones que sea preciso.

CLASIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DE PSIQUIATRÍA:

La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalazación parcial y la atención a domicilio con el fin de reducir al máximo la hospitalización.

Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general estarán en coordinación con los servicios sociales para cubrir la prevención primaria y atender los problemas psicosociales que conllevan la perdida de la salud.

Los recursos asistenciales en salud mental son todos los dispositivos disponibles para la asistencia y la rehabilitación del paciente psiquiátrico.

A. DISPOSITIVOS SANITARIOS

- Centro de salud. Los centros de salud de atención primaria serán la vía de acceso a las diferentes estructuras en atención psiquiátrica.
- Unidad de hospitalización. Las unidades de hospitalización son plantas asistenciales situadas en los hospitales generales para el ingreso del paciente psiquiátrico agudo. Se denominan unidades de corta estancia.
- Hospital de día. Se trata de una hospitalización parcial donde se presta una atención terapéutica (psicoterapia, terapia ocupacional, socio-terapia, etc.). El tratamiento suele durar de 6 a 12 meses y se realiza, por lo general, en horario de 9 a 17 horas, permaneciendo el resto del tiempo en el domicilio.

B. DISPOSITIVOS INTERMEDIOS REHABILITADORES

- Centro de Día y Centro de Noche. Centros que ofrecen una atención integral del paciente durante el periodo diurno o nocturno, dedicados a la rehabilitación psicosocial del paciente crónico en situación de dependencia o con medio sociolaboral desestructurado, con el fin de recuperar la autonomía y así poder incorporarse a la sociedad.
- Centro de media estancia. Centro rehabilitador, cuyo objetivo es la rehabilitación del paciente tras pasar por un ingreso de 6 a 12 meses.
- Centro de larga estancia. Centro dedicado a la atención de pacientes que no pueden seguir ningún tratamiento rehabilitador, pacientes sin autonomía y sin recursos socio-familiares.
- Talleres ocupacionales. Centros donde se ofrece terapia ocupacional a pacientes derivados de otros recursos asistenciales con el fin de orientarlos y acercarlos al mundo laboral alcanzando así la independencia funcional de la persona.
- Pisos protegidos. Recurso rehabilitador de carácter terciario, donde en régimen

de convivencia de grupo y bajo la supervisión de un trabajador social, los pacientes llevan una vida completamente autónoma, aunque la estancia tiene carácter transitorio, para algunas personas puede llegar a ser permanente, debido a la falta de recursos sociales, laborales y familiares.

MODO DE ACTUACIÓN DEL CELADOR FRENTE A UN PACIENTE AGITADO.
El celador en la unidad de psiquiatría ante la situación de un paciente agitado o agresivo deberá adoptar las siguientes normas generales de actuación:
- Llamar inmediatamente a la enfermera de la unidad.
- Separar al paciente agitado del resto de enfermos.
- Cuidar que la habitación del paciente esté iluminada suavemente.
- Se evitará en lo posible el exceso de voces y timbres (se hablará en un tono bajo).
- Mantener la seguridad, tanto del paciente como del personal sanitario y no sanitario.

TIPOS DE REDUCCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO
Al paciente psiquiátrico se le puede reducir de tres formas posibles:

1. Reducción farmacológica, se realiza a través de medicación suministrada al paciente, y puede ser:
- Paliativa, al paciente se le administra por vía oral o intramuscular un medicamento que reduce parcialmente su estrés, ansiedad, angustia, agitación o agresividad.
- Resolutiva, al paciente se le administra un fármaco generalmente por vía intravenosa. (El celador destinado en la unidad de psiquiatría nunca administrará medicación al paciente).

2. Reducción física, procedimiento de inmovilización del paciente psiquiátrico violento que con su actitud puede causar daño a sí mismo o a los demás, debe realizarse siempre por varias personas.
El paciente reducido puede que también precise de una reducción farmacológica y contención mecánica, siendo el facultativo quien lo prescriba.

3. Reducción verbal, se realiza a través de la comunicación con el paciente, interviniendo dos o más participantes y haciendo uso tanto del lenguaje verbal como del no verbal.

Actitud que se debe tomar frente al paciente agitado:
- Hay que mostrar una actitud positiva, ganarse se confianza, mostrarles sus cualidades y habilidades fortaleciendo su autoestima, para que de esta forma tenga

la necesidad de comunicarse con su interlocutor y siempre manteniendo un tono de voz a un ritmo relajante, controlando el volumen y la modulación de la voz.
- No se debe cortar la conversación, ni generalizar.
- Se evitarán en todo momento las amenazas, tanto con la palabra como con la acción de las manos.
- Se debe hablar con claridad, sin hacer uso de palabras técnicas.
- Realizar una escucha activa, pidiéndole su criterio realizando preguntas y específicas.
- Se debe respetar en todo momento el círculo de seguridad del paciente.
- Se evitará hacer movimientos bruscos.

Ante una actitud verbalmente hostil, nos encontramos con varias fases o estados, es los que se llama la Curva de la Hostilidad, descrita como "una actitud hostil o agresiva denotando una activación emocional del que podemos predecir su evolución que sigue un patrón determinado" por Allaire y Mc Nelly en 1983.

Fases de la Curva de la Hostilidad
1.Fase Racional. La mayor parte de los pacientes suelen tener una actitud razonable, manteniendo un nivel emocional adecuado para discutir cualquier problema.
2.Fase de Disparo o Salida. Sucede cuando un acontecimiento imprevisto aparece y la persona se dispara, surgiendo sus emociones y sentimientos, mostrando irritación, enojo, enfado, etc. Cualquier intento por hacer razonar a la persona enojada suele fracasar, la mejor opción es escuchar.
3.Fase de Enlentecimiento. La irritación no suele durar siempre, si no existe una provocación posterior, la reacción de disparidad o contrariedad se va agotando y el paciente comienza a venirse abajo.
4.Fase de Afrontamiento. Es el momento en el que la persona que ha estado escuchando al paciente puede intervenir, sin juzgar. El interlocutor debe empatizar y reconocer el estado emocional del paciente, todo ello puede contribuir a que se extinga la hostilidad y aparezca la fase de calma.
5.Fase de Enfriamiento. Si se ha dicho algo empatizante, la persona se enfriará y llegará a calmarse. El paciente se enfría, se calma en el momento que se ha visto escuchada y reconocida en su sentimiento.
6.Fase de Solución. El paciente vuelve al nivel raciona del que salió. Es el momento adecuado para afrontar el problema.
Para afrontar cualquier hostilidad en un paciente hay que intentar:
- Escuchar -escucha activa.

- Empatizar.
- Preparar la situación.
- Ser recompénsante.
- Expresar sentimientos.
- Emplear mensajes ”yo”.

Las cuatro primeras actitudes reducen la hostilidad, las dos últimas pretenden hacer ver al paciente el daño que puede producir su actitud hostil en las relaciones interpersonales.

El plan de actuación a seguir ante un paciente psiquiátrico se determinará atendiendo a la información recogida en la exploración psiquiátrica.

CONTENCIÓN MECÁNICA:

En ocasiones es preciso inmovilizar a un paciente debido a la conducta agresiva, violenta y agitada que muestra, siendo una amenaza para él o para el resto de las personas, en estos casos será el médico quien prescriba la sujeción mecánica. Dicha actuación la debe realizar todo el personal. El celador debe colaborar en la sujeción del paciente.

La inmovilización o contención mecánica (sujeción mecánica) es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o total de la mayor parte del cuerpo de un paciente que lo precise, se realiza para garantizar su seguridad o la de las demás personas que están a su lado (familia, pacientes, personal sanitario, personal no sanitario, etc.) y cuando las demás medidas de contención hayan fracasado (farmacológica y verbal).

Será necesaria la implicación de 4 o 5 personas, ocupándose cada uno de ellos de un miembro del paciente (mínimo 4 personas). Para proceder a la retirada de la sujeción mecánica -autorizada siempre por el facultativo- será necesaria la colaboración de 4 personas y se hará de forma escalonada.

Se precisa para ello un juego de correas homologadas, compuesto por:
- Cinturón ancho abdominal
- 2 sujeciones para los miembros superiores (muñecas)
- 2 sujeciones para los miembros inferiores (tobillos)
- Alargaderas para poder fijar mejor las contenciones a la cama
- Botones o anclajes suficiente para todas las sujeciones anteriores
- Botones de sujeción y sus correspondientes cierres de imán o de muelle

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia conocer bien las funciones del personal celador en el ambito psiquiatrico con el fin de actuar del mejor modo posible en cada momento, conociendo las diferentes alteraciones psiquicas podemos actuar del modo conveniente y asi dar una mejor calidad del senvicio asistencial sanitario en psiquiatria. Además lo es conocer la clasificacion de las unidades psiquiatricas y los modos de reduccion en caso de ser necesario y de contencion para actuar en consecuencia a cada caso. Es muy importante conocer en que etapa de la curva de la hostilidad se encuentra el paciente para saber tambien como abordarlo en cada momento.

6 Bibliografía

- Feedman MA, Kaplan H, Sacoch IB. Tratado de psiquiatría. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987.
- Lemkan IP. Enseñanza de la salud mental. Seminario Latinoamericano. La Habana: Editorial Científico- -Técnica, 1990.
- Leyva Marín Y. Comunidad terapéutica y psiquiatría de la comunidad. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 1989.
- Rahar M, Rivera JJ, Nuttbrock L. Characteristics and treatment of homeles, mentally ill, chemical-abusing men. J Psychoactive Drugs 1995.

Capítulo 1469

EL CELADOR Y SU LABOR EN EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ

MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA

1 Introducción

Uno de los procedimientos realizados con frecuencia realizado por auxiliares de enfermería y ayudado por celadores es el aseo del paciente cuando este debe permanecer encamado. Con este aseo logramos proporcionar al paciente higiene y bienestar, mejorando su calidad de vida a través de la mejora de la circulación, la hidratación de la piel y la presencia e imagen del paciente. Para realizarlo debemos conocer y aplicar el protocolo de las técnicas establecidas para este proceso, ciñiendonos a él y procurando respetar el orden en todo momento.
Debemos tener en cuenta tan bien tanto el entorno en el que vamos a realizar el proceso (temperatura ambiente, corrientes de aire), como cuidar la intimidad del paciente cubriéndolo y preservando su intimidad, tanto como sea posible y fomentar la independencia del paciente haciendo que este colabore en la medida que lo permita su patología.

2 Objetivos

- Destacar la importancia que supone para el paciente la realización de los procedimientos de aseo de manera adecuada.
- Concienciar al celador de la importancia del buen proceder en estas labores.

3 Metodología

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

Se ha buscado información en publicaciones y bases de datos relacionadas con el ámbito sanitario, como springerlink, dialnet, google académico, researphgate.net y scienceresearch.com.
Utilizando como descriptores de referencia: protocolo, higiene, aseo, paciente, encamado y salud.
En un periodo de tiempo acotado de los últimos 5 años (2015/2020).

4 Resultados

Podemos constatar que existe un consenso unificado en el ámbito sanitario respecto a los protocolos de procedimiento de aseo del paciente y la importancia que supone para la prevención, la higiene y el bienestar del paciente. Es de destacar también la importancia de la labor del celador como apoyo de los enfermeros y auxiliares en la ejecución de estas tareas.

5 Discusión-Conclusión

Esta contrastado la necesidad de mantener el aseo e higiene del paciente de una forma regular y siguiendo las pautas marcadas por los estudios más relevantes, la obligación del celador es conocer y aplicar estos procesos para apoyar con garantías los requerimientos de los sanitarios, pero no obstante e independientemente de nuestra habilidad y capacidad técnica no debemos olvidar que todos estos procesos pueden repercutir negativamente e el estado emocional del paciente, sino cuidamos de ejecutarlos manteniendo en todo momento la intimidad del mismo, informándole de lo que vamos hacer, fomentando su participación y aumentando su autoestima. Este aspecto quizá sea en el que más debemos mejorar si queremos mejorar en nuestros pacientes un mayor grado de satisfacción y confianza, encaminándonos así al objetivo de lograr una sanidad parar todos más humanizada.

6 Bibliografía

- Reconocimientos básicos y funciones del celador. (Formaión continuada LOGOSS S.L)
- La intimidad desde una perspectiva global: Pacientes y profesionalesgobal (Seca Revista de calidad asistencia. Volumen 23, ISSUE2)
- Webibliogría:
- El celador y su relación con los enfermos (www.editorialcep.com>disample)
- enfermeriapractica.com/procedimientos/aseo-general-del-paciente-encamado
- La importancia de las relaciones interpersonales en enfermeria. Un cuidado más humanizado (https://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/2786)
- celadoresonline.blogspot.com/p/aseo-del-paciente-entre-los-hábitos-y.html

Capítulo 1470

COMETIDOS Y FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ

MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ

MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ

1 Introducción

Los quirófanos son salas donde se realizan operaciones quirúrgicas de diferentes tipos de cirugía, siempre ubicados lo más cerca posible de la unidad de vigilancia intensiva o de cuidados críticos.

2 Objetivos

Determinar la importancia de las funciones del celador en la dinámica compleja del funcionamiento del quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen varias y diferentes misiones del celador en quirófano, tales como trasladar al paciente con su documentación clínica desde la unidad correspondiente hasta el quirófano, introducir y sacar a los enfermos para la intervención quirúrgica, colocarlos y retirarlos de la mesa de operaciones con la ayuda del personal auxiliar sanitario, movilización y sujeción del paciente, asearlos si fuese necesario, transportar documentos, aparatos y muestras.

En ocasiones, podrán rasurar en ausencia del peluquero o por necesidades urgentes. Deberá llevar un uniforme aséptico con mascarilla, gorro y calzas, mantener las medidas de higiene y cambiarse el uniforme cada vez que salga del quirófano. Durante la intervención se mantendrá en el antequirófano por si necesitan sus servicios.

5 Discusión-Conclusión

Auxiliarán en todas las labores propias del celador destinado en estos servicios y las que les sean encomendadas por los Médicos, Supervisoras o Enfermeras, en definitiva, cumplen una función complementaria y auxiliar del trabajo del personal sanitario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1471

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE TERMINAL

ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ

MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ

MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ

1 Introducción

El paciente terminal presenta una enfermedad avanzada, activa, progresiva e incurable con un gran impacto emocional en el enfermo y en sus familiares y con un pronóstico de vida limitado.

2 Objetivos

Conocer la correcta técnica de asistencia al paciente terminal proporcionándole cuidados de confort o paliativos, físicos y psicológicos, tanto a él como a la familia.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador deberá ser correcto, respetuoso, colaborador y mostrará empatía tanto con el enfermo como con la familia. Atenderá las necesidades psicológicas del paciente escuchándolo, hablando con él y compartiendo sus sentimientos.

Deberá ser cauteloso con sus comentarios ya que mantendrá una buena comunicación verbal con un diálogo comprensible y una comunicación no verbal mediante gestos y el tacto.

Le proporcionará mejorar su calidad de vida mediante una higiene profunda, diaria y continuada y le ayudará a establecer un ambiente agradable, de confort y bienestar tanto emocional, físico, social y espiritual al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El celador forma parte del equipo de Médicos, Enfermeras, Auxiliares, Psicólogos y demás sanitarios que les proporcionan cuidados paliativos o de confort al paciente y cuidados psicológicos a la familia, ya que no es posible la curación se intentará, en todo lo posible, mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

- https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2011/12/celador.
- https://es.scribd.com.
- Auxiliar Enfermería-TCAE-Recursos.
- El blog del celador.files.wordpress.com/2012/17.
- Revistamédica.com/celador-paciente-terminal.
- https://www.juntadeandalucía.es/export/drupaljda/salud.
- Essaeformación.com/blog/noticias-essae/celador-pacientes-terminales.

Capítulo 1472

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ

MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ

MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ

1 Introducción

La UCI es un servicio altamente especializado en la asistencia, vigilancia y control de los pacientes en estado crítico, en el que se monitoriza, se diagnostica, se ayuda a mantener las funciones vitales y se administran tratamientos a éstos pacientes.

2 Objetivos

Proporcionar las habilidades y técnicas funcionales del celador para implicarse eficazmente en el funcionamiento del servicio de la UCI.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador de la UCI debe saber realizar, de manera adecuada, los cambios posturales de éstos pacientes encamados y, a veces, inconscientes.

Deberán estar uniformados con batas asépticas cada vez que entren y salgan del box, evitarán ruidos innecesarios, trasladarán los aparatos y material que les indiquen, también a los enfermos.

Les asearán, harán trabajos de fuerza si se lo requieren, amortajarán al fallecido y lo trasladarán al mortuorio y tramitarán comunicaciones que les pidan.

5 Discusión-Conclusión

Por las características de los enfermos ingresados, el celador de UCI debe ayudar a la Enfermera y Auxiliares en la movilidad del paciente siguiendo sus indicaciones en todo momento ya que la gravedad de los pacientes lo exige.

6 Bibliografía

- https://www.fisiostar.com/celador/funciones-UVI.
- https://www.faeditorial.es/editorial/celador.es/UCI-libro.
- Celadorsanitario.wordpress.com/2011/11/28/6-actuación-del-celador-en-UCI.

Capítulo 1473

LA NECESIDAD DE SABER COMUNICAR DEL PERSONAL NO SANITARIO.

JOSE GUSTAVO CARBAJOSA FERNANDEZ

1 Introducción

La palabra comunicación proviene del latín (communicatio, onis) y que significa una acción de intercambiar información entre dos o más personas para transmitir o recibir una información.
Muchas veces nos encontramos en la sanidad con profesionales que hacen muy bien su trabajo pero sin embargo oímos a los usuarios decir: es un gran profesional pero no sabe hablar, no sabe explicarse, no sabe como tratar a la gente. Este capítulo veremos como debe comunicarse el celador y cuales son los elementos básicos de la comunicación.

2 Objetivos

- Conocer formas de comunicar.
- Definir técnicas para comunicar.
- Definir cómo debería comunicar el celador y el resto de profesionales sanitarios y no sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Lo primero que tenemos que decir es que hay dos comunicaciones. La verbal y la no verbal.

La comunicación verbal puede ser escrita u oral. Nosotros nos centraremos en la oral y es en esta comunicación donde tenemos varios elementos y todos ellos son importantes; contamos básicamente con:
- EMISOR es el que transmite el mensaje al receptor.
- CANAL es el medio por el que se transmite el mensaje al receptor.
- CANAL es el medio por el que viaja el mensaje.
- MENSAJE es la información que se quiere dar.
- RECEPTOR es quien recibe el mensaje, este lo descodifica e interpreta normalmente va a ser el usuario.
- CODIGO es el conjunto de signos que se emplean para codificar y descodificar el mensaje.
- CONTEXTO son las circunstancias en las que se produce la comunicación.

La comunicación oral es una forma de expresión del lenguaje humano y esta es innata e instintiva, esta comunicación es por sonidos articulados emitidos por los organos fonadores. El mensaje en la comunicación oral se puede ir modificando según se va emitiendo o una vez ya ha sido emitido.

La comunicación no verbal es aquella información que se transmite sin emplear la palabra y normalmente se refiere al lenguaje corporal.
Las posturas, los gestos, la espresión facial, el contacto visual, movimientos de brazos y manos, la inflexión de la voz, la secuencia de las palabras. el ritmo de las palabras, la cadencia de las palabras forman parte de esta información no verbal. Estos signos no verbales complementan o apoyan o por el contrario contradicen la comunicación no verbal. Se tiene que tener mucho cuidado con la expresión

de la cara de ahí que se diga que la cara es el espejo del alma. Nuestra cara puede transmitir seis expresiones:
Alegría, tristeza, desprecio, miedo, enfado y sorpresa.
Se tiene que tener cuidado de movimientos de manos incluso de la postura en que posicionamos nuestro cuerpo, si es una postura abierta o cerrada.
Otro rasgo de la comunicación es la mirada y concretamente la frecuencia del parpadeo, el numero de veces que miramos a nuestro entrelocutor, nuestra forma de mirar, mantener la mirada en nuestro receptor puede demostrar tranquilidad o confianza. La sonrisa es importantisima esta manifiesta alegría, felicidad, simpatía y por ultimo otro aspecto fundamental en esta comunicación no verbal es la vestimenta y aspecto físico.Un profesional con el uniforme limpio, perfectamente aseado, con su tarjeta identificativa a la vista da aspecto de confianza, de profesionalidad y así empieza a transmitir buenas vibraciones.

5 Discusión-Conclusión

Con todo lo visto anteriormente podemos llegar a la conclusión de que la primera impresión salta a la vista y es normalmente con la que nos quedamos. Cualquier profesional de la sanidad bien uniformado, tranquilo, amable, sonriente, que en el primer contacto nos saluda e incluso nos llama por nuestro nombre ya nos da una sensación de seguridad y con esto nos esta dando una buena imagen de la sanidad. El saber expresarnos, la manera de expresarnos es siempre observado por quien demanda nuestra atención.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1474

LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO CON EL PACIENTE. LA IMPORTANCIA DEL LENGUAJE NO VERBAL EN RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

MARÍA JESÚS GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La comunicación consiste en un acto mediante el cual un individuo establece con otro u otros un contacto que le permite transmitir una determinada información. Según definiciones del Diccionario de la Real Academia la comunicación es la acción y efecto de comunicar o comunicarse, el trato o correspondencia entre dos o más personas, y también la transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.

Definimos al emisor como el sujeto que produce el acto de comunicación y al receptor como el sujeto que descodifica y recibe el mensaje.

Comunicar es compartir una información racional y emocional, poniéndola realmente en común, acordando con la otra persona su significado y valoración. Y eso no se consigue plenamente sin la intervención de la conducta no verbal.

La comunicación ocurre de dos formas específicas: la comunicación verbal y la no verbal.

La comunicación verbal se puede entender como aquella que se transmite a través del lenguaje escrito o dicho, por medio de los sonidos y de las palabras.

La comunicación no verbal entiende las expresiones emitidas por las actitudes corporales, que no se puede transmitir con palabras. Esta forma de comunicación es, en la mayoría de las veces, emitida por el cuerpo sin que nosotros seamos conscientes.
Las principales características de la comunicación no verbal:
-Mantiene una estrecha relación con la comunicación verbal, pues suelen emplearse juntas.
-En muchas ocasiones actúa como reguladora y moduladora del proceso de comunicación, contribuyendo a ampliar o reducir el significado del mensaje.
-Los sistemas de comunicación no verbal presentan escasas variaciones según las culturas.
-Generalmente cumple mayor número de funciones que la comunicación verbal, pues en ocasiones la acompaña, completa, modifica o sustituye.

2 Objetivos

- Evaluar la importancia del lenguaje no verbal en relación con la satisfacción del usuario.

3 Metodología

Para realizar este capitulo se ha realizado una búsqueda sistemática de los factores del lenguaje no verbal que intervienen en el proceso de comunicación, centrándose en el lenguaje corporal, en su uso, en los errores o en la mala utilización de este tipo de lenguaje.
Se han consultado páginas sobre análisis de conducta, y referencias sobre la comunicación no verbal de Knapp y Poyatos.
Poniendo además en valor las propias experiencias derivadas del uso del Servicio de Salud Público del Principado de Asturias, las cuales han variado en nivel de satisfacción debido en gran medida a la aplicación o no de estas técnicas por el personal que forma parte de una u otra manera del hospital.

4 Resultados

El objetivo del lenguaje no verbal es actuar como refuerzo del lenguaje verbal en la trasmisión de un mensaje y así conseguir aumentar la satisfacción del usuario,

que esté se encuentre con el servicio que necesita y sea atendido de la forma que esperaba.
Para llegar a conseguir aumentar la satisfacción del usuario sería necesario seguir algunas indicaciones a la hora de mantener una comunicación como pueden ser:
Mantener el contacto visual: hace que el receptor vea que sentimos interés por lo que nos está comunicando. Mirar hacia abajo mientras hablamos resta fuerza a nuestra argumentación y nos hace parecer débiles o inseguros sin embargo las personas que miran son mas creíbles que las que no lo hacen.
Al iniciar las relaciones comunicativas, así como en situaciones tensas la sonrisa es un arma profusamente usado, mayoritariamente porque cuando se sonríe se produce un "efecto espejo" en el interlocutor y que, gracias a la sensación de causa-efecto genera sentimientos positivos en ambos interlocutores.
Mantener una postura adecuada: La postura corporal expresa básicamente el grado de interés y apertura hacia los demás. Una postura encorvada da imagen de baja autoestima y falta de confianza. Si se está sentado/a en una mesa inclinarse hacia adelante cuando escuche y mantenerse erguido/a cuando hable. Mantener siempre los brazos sobre la mesa.
No cruzar los brazos: cruzar los brazos puede apreciarse como una barrera, un bloqueo o falta de trasparencia.
Utilizar los gestos de asentimiento triples al hablar y el gesto de ladear la cabeza al escuchar. Mantener la barbilla hacia arriba.
Utilizar gestos que acompañen al discurso y faciliten la comprensión como, por ejemplo, indicar con gestos una medida o una distancia, señalar una dirección.
No mostrar inquietud: manosear objetos o partes de nuestro cuerpo indica nerviosismo o ansiedad.
No invadir el espacio íntimo: mientras mantienes una comunicación no tocar objetos personales ni ocupar el espacio íntimo te presentara como alguien respetuoso.
No mirar el reloj: consultar el reloj mientras alguien nos habla puede comunicar desinterés y arrogancia.
No fruncir el ceño: aunque muchas veces se hace de manera inconsciente puede interpretarse como desacuerdo o desaprobación.

Si el lenguaje no verbal que utilizamos para trasmitir el mensaje es bueno actuara como refuerzo de la comunicación verbal y destacara el significado del mensaje. Aumentará la satisfacción del receptor en este caso el paciente, familiar o usuario con respecto al servicio de salud.
Algunas conductas nocivas para la comunicación pueden contradecir lo que queremos trasmitir mediante las palabras y el receptor se llevara una mala percepción

tanto del emisor como del servicio que se le está prestando.
Albert Mehrabian, un prestigioso antropólogo, concluyó que cuando alguien está hablando solamente se recibe el mensaje de sus palabras en un 7%, mientras que por el tono de voz y otros detalles vocales nos transmite hasta un 38%, mientras que el máximo del contenido de la comunicación lo transmite el lenguaje corporal de los gestos, con un 55%.

5 Discusión-Conclusión

El lenguaje no verbal cobra especial importancia en el ámbito sanitario donde nos podemos encontrar con pacientes con actitudes muy diferentes ante las situaciones relacionadas con su salud. En el contexto médico expresar e interpretar el lenguaje no verbal adecuadamente impacta de diversas maneras. Por ejemplo, los profesionales de la salud y su entorno que son más sensibles a las señales no verbales y que expresan más empatía generan mayor satisfacción general en el paciente y reciben menos demandas legales.
Aunque no es una ciencia exacta y ninguna señal del lenguaje corporal es un indicativo definitivo, ya que habría que observar el conjunto de conductas, debería existir la necesidad de despertar en los profesionales de la Sanidad el interés en la comunicación no verbal, como un instrumento fundamental de comunicación con el paciente o usuario. Aumentar la conciencia en relación a todo lo que comunicamos con el cuerpo, los gestos, la mirada, el tono de las palabras…
No podemos saber lo que piensa una persona a través de su conducta no verbal, pero el lenguaje corporal nos permite inferir cómo se siente, qué rasgos dominan su personalidad o cuáles son sus intenciones, una información que en ocasiones resulta mucho más valiosa que las palabras. Como ocurre con la comunicación verbal, debemos ser muy precisos en la expresión de nuestro propio lenguaje corporal, y flexibles en la interpretación del ajeno, condicionado siempre por una diversidad de factores intrínsecos y ambientales que a veces escapan a nuestra capacidad de percepción.
En conclusión, atender al comportamiento no verbal en el contexto de la sanidad puede mejorar la comunicación tanto en relaciones simétricas (compañeros) como en relaciones asimétricas (profesionales-paciente o usuario). La consecuencia más directa sería el aumento de la efectividad de las prácticas médicas y, no menos importante, el aumento de la satisfacción de todas las partes implicadas.

6 Bibliografía

- www.analisisnoverbal.com.
- www.psicoactiva.com/blog/comunicación-lenguaje-no-verbal.com.
- www.comportamientonoverbal.com.
- www.divulgaciondinamica.es.

Capítulo 1475

RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL CELADOR.

MARIA MAR TALAVÁN GARCÍA

GUILLERMO VAQUERO PIEDRA

CRISTINA MUÑIZ FERRERO

MONTSERRAT BARRERO

ELENA SUÁREZ TALAVÁN

1 Introducción

La ergonomía tiene como principal objetivo adaptar el puesto de trabajo a la persona, reduciendo los efectos negativos sobre la salud del trabajador, por lo que podemos decir que la ergonomía se ocupa del confort posicional del trabajador.

La manipulación manual de cargas es el riesgo ergonómico que más afecta al celador. Se entiende por manipulación manual de cargas cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como puede ser el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción o el desplazamiento, que por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas entrañe riesgo para el trabajador. Las lesiones músculo-esqueléticas se pueden producir en cualquier zona del cuerpo, pero son más sensibles los miembros superiores y la espalda, en especial la zona dorso lumbar, como las lumbalgias, entre otros por sobreesfuerzo.

La manipulación de pacientes es, en muchas ocasiones, responsable de la aparición de fatiga física, así como de lesiones que se pueden producir bien de forma inmediata o bien por la acumulación de pequeños traumatismos, concretándose tras realizar la movilización de enfermos en periodos cortos y de manera repetitiva.

2 Objetivos

Conocer los riesgos ergonómicos a los que se expone el celador, especialmente aquellos debidos a la manipulación de cargas y movilización de pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

La movilización de los pacientes comprende técnicas para colocarlos y moverlos correctamente en la cama, así como el movimiento que debe realizar en la habitación o el transporte a otros lugares del hospital a través de sillas de ruedas, camillas o en la propia cama. Asimismo, los riesgos que se pueden sufrir en la manipulación manual de pacientes pueden ser:

- La higiene postural, tanto estática como dinámica, es un factor fundamental a la hora de realizar no sólo una adecuada movilización de personas, si no para cualquier tipo de manipulación de cargas o esfuerzo.
- Los movimientos forzados de la espalda, con o sin carga, pueden llevar al límite a los mecanismos de protección y compensación. Los movimientos forzados pueden lesionar las articulaciones, lesionar ligamentos y provocar contracturas musculares.
- La debilidad de la musculatura debida al sedentarismo o falta de actividad física, supone un factor de riesgo añadido a los ya intrínsecos a las tareas de movilización de pacientes.

- Por último, el paciente en ocasiones puede provocar movimientos bruscos no previstos o inesperados que el celador, así como el resto de personal que ayude a la movilización, tiene que asumir en el intento de evitar posibles lesiones o caídas del paciente con problemas de movilidad.
En estos casos, se produce un sobreesfuerzo que es ejecutado de manera muy rápida y adoptando posturas que no son las adecuadas. Esta circunstancia puede aumentar el riesgo de lesión. Por otro lado, es importante destacar las medidas de prevención que se deben de adoptar para la manipulación manual de pacientes, que serían las siguientes:
- Mantener la espalda recta y no torcer el tronco.
- Aprovechar la fuerza de las piernas para descargar trabajo a la espalda.
- Mantener la carga pegada al cuerpo.
- Una sujeción consistente de la carga.
- Mantener los pies separados, con un pie en la dirección del movimiento.
- Uso del peso del cuerpo como contrapeso durante la movilización.
- Separar los pies y colocarlos lo más cerca del paciente.
- No levantar cuando se pueda evitar, es preferible deslizar, empujar, girar o bascular.

Del mismo modo, es importante destacar que los accidentes por movilización de pacientes suponen un 24% del total de los accidentes de trabajo, en su mayoría causados por sobreesfuerzos que han afectado a espalda (44%) y extremidades superiores (35%), siendo celadores y auxiliares de enfermería los trabajadores con mayor tasa de incidencia.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de los riesgos ergonómicos en los hospitales, cuando se trabaja con pacientes en situación de dependencia, está relacionada, fundamentalmente con problemas de carga física. La ausencia de formación específica y la realización de movilizaciones sin ayuda de equipos de trabajo son los principales factores determinantes de riesgo, por ello la movilización de enfermos requiere el estudio y el aprendizaje de la técnica, y por tanto, un entrenamiento y formación continuados a fin de conseguir una actitud y hábitos correctos.

6 Bibliografía

- Editorial MAD,convocatoria 2018-2019

- http://dspace.umh.es/
- https://ruc.udc.es/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1476

HISTORIA CLÍNICA DIGITAL Y PERSONAL SANITARIO ADMINISTRATIVO.

NURIA SUAREZ ALVAREZ

CARLA GARCÍA SUÁREZ

CRISTINA GÓMEZ ITURBE

ANA BELÉN BRAVO MENÉNDEZ

COVADONGA FERNANDEZ MARCOS

1 Introducción

La historia clínica digital también conocida como historia clínica electrónica, es un registro informatizado de los datos sociales preventivos y médicos de un paciente. Habitualmente es un profesional del mundo de la salud, como un médico, un dentista, un psicólogo o un fisioterapeuta quién recoge estos datos del paciente mediante una entrevista, llamada técnicamente anamnesis, la ventaja que tiene una historia clínica digital es que evita los errores tan frecuentes de no entender la letra de otro profesional médico y que ocasionaba un porcentaje muy alto de negligencias, incluso muertes de pacientes. Asimismo permite mantener toda la información ordenada de forma cronológica, fácilmente legible y asociada a las imágenes de los enfermos.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de la historia clínica digital.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente configurándose como un estudio tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en Google Académico. Para la realización de la búsqueda se utilizó las siguientes palabras clave: historia clínica digital ,paciente, hospital

4 Resultados

En definitiva un expediente electrónico es un registro unificado y personal en el que se archiva en un soporte digital, toda la información referente al paciente y de las diferentes atenciones médicas que ha recibido, accesible por diferentes profesionales de la salud de diferentes servicios dentro de un mismo centro médico, como puede ser la consulta, la urgencia, el área quirúrgica o el área de hospitalización, la historia clínica digital debe integrar toda la información multimedia qué se utiliza en la práctica clínica.

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica digital es una tecnología dedicada a facilitar la vida del médico junto a mejorar la asistencia del paciente y evitar errores médicos. Actualmente hemos conseguido con la historia clínica digital un sistema que permite empezar a trabajar en pocos minutos, un sistema más satisfactorio y que produce un mejor resultado de trabajo para todo el equipo administrativo, médico y los pacientes .

6 Bibliografía

- http://www.dricloud.com.
- http://www.ayudayprotecciondedatos.es.
- http://www.gestionmedica.org.

Capítulo 1477

HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN EN SANIDAD: UNA VÍA DE ENTENDIMIENTO.

SANDRA MARÍA ARGÜELLES PINIELLA

NELIDA MARTÍNEZ PALOMARES

1 Introducción

Entendemos la comunicación como el proceso por medio del cual se transmite una determinada información entre una o varias personas, pero para que exista dicha comunicación deben de estar en juego una serie de elementos propios de este proceso: un emisor, un receptor, un mensaje, un canal un código y un contexto. Así por medio de la comunicación podemos compartir y expresar nuestras ideas, sentimientos, informar y conseguir nuestros propósitos. La comunicación puede ser: verbal a través de las palabras y el tono de voz y no verbal a través del gesto, movimiento, postura, distancia; para comunicarnos eficazmente deben de coincidir entre si los mensajes verbales y no verbales, ya que muchas dificultades se producen cuando no hay consonancia entre lo que se dice y lo que expresa nuestro cuerpo.

En los centros hospitalarios, los usuarios están continuamente demandando información, nosotros como personal de gestión somos la toma de contacto que les debemos de proporcionar dicha demanda, de la manera de como ellos se dirijan a nosotros y dependiendo del estilo comunicativo que nosotros utilicemos: asertivo, pasivo y agresivo; obtendremos distintas consecuencias en nuestras relaciones, por eso es de suma importancia para poder entendernos emplear unas

herramientas comunicativas que hagan posible llegar a una vía de entendimiento entre los usuarios y el personal sanitario y no sanitario que trabaja en los centros hospitalarios.

2 Objetivos

- Ofrecer posibles soluciones o vías alternativas de solución a las dudas planteadas por los usuarios.
- Empatizar con el usuario, familiares y compañeros en el entorno laboral.
- Dar respuestas claras y de manera correcta.
- Mantener la calma y no alterarse ante posibles conflictos.
- Conocer las herramientas de comunicación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para poder explicar mejor que herramientas utilizaremos a la hora de tratar al paciente y como las emplearemos me baso en una búsqueda activa por diversas páginas web donde se hace hincapié de la importancia de una buena comunicación en nuestras vidas
Hay que hacer mención otra vez a los 6 elementos para obtener una comunicación efectiva: emisor, receptor, mensaje, canal, código y contexto.
Las principal herramienta que utilizaremos para obtener una comunicación efectiva y eficaz, será la escucha activa, es importante escuchar a la persona que nos está hablando así como entender lo que nos está intentando transmitir. Debemos también empatizar, es decir, ponernos en el lugar del otro para saber como se siente. Parafrasear, también es un signo de que estamos atentos, ya que volvemos a repetir lo que el emisor nos está diciendo y si lo acompañamos de palabras de

refuerzo, halagando y haciendo cumplidos estamos haciendo ver que estamos totalmente involucrados en la conversación. Además de la escucha activa, están las habilidades sociales que se adquieren principalmente a través del aprendizaje por observación, imitación, ensayo e información y que son un conjunto de hábitos o estilos que nos permiten mejorar nuestras relaciones interpersonales.
Desde los centros hospitalarios existe personal cualificado para formar a los trabajadores, donde les enseñan las distintas técnicas que deben de utilizar con los usuarios agresivos, pasivos, desorientados,...; para así reconducirlos hacía la vía del entendimiento.

Mediante técnicas en habilidades sociales, una comunicación clara, concisa y concreta, mostrando empatía con el paciente se consigue una asistencia sanitaria completa para el personal. Para ello es necesario la formación continuada y sensibilización del personal respecto a los pacientes construyendo un entorno que aumente su confianza y tranquilidad potenciando el autocuidado.

5 Discusión-Conclusión

Como personal de gestión que trabaja al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social somos la primera y ultima toma de contacto con el paciente, por eso es de suma importancia que la persona que se dirija a nosotros se lleve una buena imagen de la institución y como no una respuesta adecuada y correcta ante las posibles dudas que se le planteen, recibiendo un trato cordial y amable. También es primordial la forma que nosotros empleemos para comunicarnos con los demás, en el ámbito sanitario se repiten continuamente situaciones que pueden alterar de manera significativa las relaciones con los otros, si aprendemos a controlar estas situaciones y disponemos de unas herramientas comunicativas adecuadas podremos dar un servicio de calidad a los usuarios del sistema sanitario.

6 Bibliografía

- https://www.saludadiario.es/opinion/comunicacion-efectiva-herramientas-buena-comunicacion.
- https://www.psicologia-online.com/tecnicas-para-la-comunicacion-eficaz-3124.html.
- http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/2018/Modulo%201-%20La%20comunicacion.pdf.

Capítulo 1478

EL USO DE GRÚAS HOSPITALARIAS PARA LAS TRANSFERENCIAS A PACIENTES

PABLO NIETO PEREZ

1 Introducción

Las grúas hospitalarias son un elemento auxiliar que tiene a su disposición el personal sanitario y que permite realizar las transferencias a aquellos pacientes que necesitan ayuda para la movilidad, proporcionando mayor seguridad y un menor riesgo de lesiones tanto para el paciente como para dicho personal. También son de mucha utilidad para realizar el aseo personal al paciente encamado, ya que permite elevarlo sin cambiar de postura por lo que facilita poder realizarle las curas y el cambio de cama.

2 Objetivos

Analizar el uso de grúas hospitalarias para realizar transferencias a pacientes encamados o que por sus circunstancias no pueden realizarlas por ellos mismos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en google académico y en las bases de datos de: Pubmed y Scielo, utilizando como palabras clave “grúas hospitalarias”

"transferencia de pacientes" "movilización". Como criterios de inclusión he empleado: textos gratuitos y en castellano; de exclusión: aquellos trabajos anteriores al año 2000. Se ordenaron los artículos por relevancia y fueron analizados.

4 Resultados

Una grúa es una ayuda técnica que permite realizar las transferencias de forma más segura y cómoda para las personas dependientes y con menos esfuerzo para el trabajador que las transferencias hechas de forma manual, se emplean para realizar cualquier tipo de transferencia, de la cama a la silla, a la bañera, a una camilla o a una mesa de exploraciones complementarias, también se pueden realizar desplazamientos como por ejemplo de la habitación al baño.

Hay tres tipos fundamentales:

- Eléctricas

- Mecánicas

- Hidráulicas

Y, dependiendo de la movilización que se vaya a realizar, hay diferentes modelos, los más habituales son:

- Móviles (con ruedas): Está compuesta de una base con dos patas que se pueden abrir para aumentar la estabilidad (estas tienen ruedas para poder transportarla), y una columna vertical por la que se eleva o desciende un brazo provisto de una percha en la que se coloca el arnés que sostiene al paciente, el mecanismo para su manejo , depende si es hidráulica o eléctrica, estas últimas suelen llevar un cuadro de mandos mientras que en la hidráulica por ejemplo para la apertura de las patas se suele realizar mediante un pedal.

- De techo fijas: están compuestas por uno o varios raíles fijados en el techo de los que cuelga una percha en la que va sujeto el paciente mediante el arnés, y son accionadas por un motor y se manejan con un mando eléctrico, su traslado se limita a lo largo de los raíles por lo que solo suelen ser utilizadas en hospitales.

- De techo móviles: está compuesta por dos columnas verticales elevadoras unidas entre sí por otra horizontal en la parte de arriba, en esta va colocada la percha que sostiene al paciente y consta de un raíl por el que se desliza la percha horizontalmente bien de forma manual o automática, esta grúa tiene ruedas por lo

que es posible trasladarse por la habitación.

- De bipedestación: esta grúa está destinada a mantener al paciente en posición de bipedestación, está compuesta por una plataforma en la que el paciente apoya los pies, a la altura de las rodillas tiene unos soportes acolchados para impedir que estas se doblen y luego un arnés que lo sujeta por debajo de la axilas.

5 Discusión-Conclusión

La grúa es un elemento esencial dentro del ámbito sanitario, ya que el uso de estas reduce considerablemente las lesiones de espalda de los trabajadores y las transferencias son más seguras y cómodas tanto para el trabajador como para el paciente que es movilizado, evitando riesgos de caídas y lesiones.

6 Bibliografía

- Pavón Solano Lennin. Diseño y construcción de una grúa para la transferencia de personas con discapacidad motríz. Vive la ciencia, nº 1 Diciembre 2016

- Centro de accesibilidad y ayudas técnicas. Instituto cántabro de servicios sociales.

- Nuria Aja Rábago, Esperanza Álvarez Miranda, Jaime González Garzón Núñez, Emilio Pariente Rodríguez. Manejo de grúas en centros de atención a personas dependientes. revista electrónica de terapia ocupacional, nº 25, vol14, marzo 2017.

- Temario celador Sespa, CEP S.L. septiembre 2018.

Capítulo 1479

EL PAPEL DEL ADMINISTRATIVO EN ADMISIONES DE UN HOSPITAL.

ANA BELÉN BRAVO MENÉNDEZ

NURIA SUAREZ ALVAREZ

CRISTINA GÓMEZ ITURBE

CARLA GARCÍA SUÁREZ

COVADONGA FERNANDEZ MARCOS

1 Introducción

El auxiliar administrativo desarrolla funciones administrativas que son muy importantes dentro de la organización del entorno sanitario. es decir, atención al público recepción de llamadas, preparación y tratamiento de los datos informáticos de pacientes, organización de expedientes, mecanografía de documentos y otras tareas administrativas. Los administrativos de la salud como pieza del engranaje del sistema que son, resultan fundamentales en algo de lo que se habla mucho pero que, a veces parece que se espera que surja por generación espontánea: la calidad del servicio,el personal administrativo, no sanitario en general, aporta al sistema, tanto a nivel general como en la práctica del día a día ,ingredientes como: la eficiencia de la gestión, empatía con el paciente, gestión económica de la organización, asesoramiento legal, infraestructura informática, confortabilidad ,selección de gestión de los recursos humanos, gestión de la calidad y de la investigación.

2 Objetivos

- Describir el papel del administrativo en admisiones de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal administrativo de las plantas de hospitalización y los servicios centrales, laboratorios radiodiagnósticos, bloque quirurgico y Anatomía Patológica ,forma parte del conjunto de profesionales de la Unidad de Atención al Usuario ,y apoyo ,a la gestión administrativa asistencial del hospital, en conjunto estos profesionales tienen como funciones comunes las de hacer de puente entre la organización y el usuario al tiempo que coordinan sus tareas con las del resto de profesionales del hospital para el logro de los objetivos comunes .
Los administrativos de admisiones en un hospital se encargan, entre otras tareas, de gestionar los trámites derivados de la estancia hospitalaria, ya sea antes del ingreso, durante la estancia hospitalaria, o tras el alta médica .También gestiona los análisis de laboratorio, planificación y asignación de quirófanos a servicios quirúrgicos el control y la información sobre la cirugía programada y urgente a los profesionales de los quirófanos,o la captura de las prótesis implantadas en intervenciones quirúrgicas, informe por carta al paciente, entre otros en el ámbito del radiodiagnóstico los administrativos y administrativas se encargan de diferentes cuestiones como la programación de las peticiones solicitadas por el personal médico, cursan toda la tramitación correspondiente ,al ingreso del paciente cuando la prueba lo requiere, se encargan de la programación y control de todos los productos intermedios. Por su parte el equipo administrativo de Anatomía Patológica tiene asignadas diferentes funciones como la realización de informes de las muestras de las biopsias, citologías y autopsias clínicas que llegan diariamente a este servicio.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva el personal de la unidad hospitalaria gestiona y trabaja con el objetivo de la mejora continua de la calidad del servicio que presta a los usuarios y a los profesionales del hospital.

6 Bibliografía

- https.//www.ehub.cat.el.personal.administrativo.
- https.//www.opoinnova.com.
- https.//www.bibliohfir.wordpress.com.

Capítulo 1480

LESIONES DE ESPALDA EN EL PERSONAL SANITARIO

PABLO NIETO PEREZ

1 Introducción

Las lesiones de espalda son uno de los mayores problemas que sufre el personal sanitario, ya que muchas especialidades como la de enfermeros, TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería) o celadores puede exigir mucho esfuerzo a nivel de la espalda debido a que estos trabajadores tratan con personas con diferentes niveles de dependencia física, al movilizarlos sin una técnica adecuada se exponen a sufrir alteraciones musculo-esqueléticas sobre todo a nivel de la espalda.

2 Objetivos

Analizar los factores de riesgo para la producción de lesiones de espalda e identificar el manejo de las cargas para prevenir este tipo de lesiones en el ámbito laboral.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, Scielo y dianlet, utilizando como palabras clave “riesgo de carga” “personal sanitario” “dolor de espalda” “musculo-esquelético” “manipulación manual de cargas”. Como criterios de inclusión he empleado: textos gratuitos y en castellano; de

exclusión aquellos trabajos con una antigüedad de más de 10 años. Se ordenaron los artículos por relevancia y fueron analizados.

4 Resultados

La prevención será sin duda la mejor medida a adoptar para evitar este tipo de lesiones, por lo cual a la hora de realizar nuestro trabajo a parte de hacer uso de los medios auxiliares de los que dispongamos es necesario ser conocedor de las medidas a adoptar para evitar las posibles lesiones que se derivan de una incorrecta práctica, por lo que es de suma importancia tener conocimientos sobre la manipulación manual de cargas.

El Real Decreto 487/1997, de 14 de abril regula las disposiciones mínimas de seguridad y salud referente a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorso-lumbares, para los trabajadores.

A continuación vamos a exponer una serie de indicaciones relativas a la manipulación manual de cargas, en el levantamiento y traslado.

Como norma general, es preferible manipular las cargas cerca del cuerpo, a una altura comprendida entre la altura de los codos y los nudillos, ya que de esta forma disminuye la tensión en la zona lumbar.

Si las cargas que se van a manipular se encuentran en el suelo o cerca del mismo, se utilizaran las técnicas de manejo de cargas que permitan utilizar los músculos de las piernas más que los de la espalda.

Para levantar una carga, por regla general, se pueden seguir los siguientes pasos:

1. Planificar el levantamiento.

- Utilizar las ayudas mecánicas precisas.

- Mantener el centro de gravedad estable.

- Solicitar ayuda si el peso es excesivo o se deben adoptar posturas incómodas.

- Tener prevista la ruta de transporte.

2. Colocar los pies.

- Separar los pies para proporcionar una posición estable y equilibrada para el

levantamiento, colocando un pie más adelantado que el otro en la dirección del movimiento.

3. Adoptar la postura de levantamiento.

- Doblar las piernas manteniendo en todo momento la espalda derecha, no flexionar demasiado las rodillas.

4. Agarre firme.

- Sujetar firmemente la carga empleando ambas manos y pegarla al cuerpo.

5. Levantamiento suave.

- Levantarse suavemente por extensión de las piernas, manteniendo la espalda derecha.

6. Evitar giros.

- Procurar no efectuar nunca giros, es preferible mover los pies para colocarse en la posición adecuada.

7. Carga pegada al cuerpo.

- Mantener la carga pegada al cuerpo durante todo el levantamiento.

8. Depositar la carga.

Como vimos en lo expuesto anteriormente, es fundamental el mantenimiento de una buena higiene postural y la aplicación de medidas ergonómicas en el puesto de trabajo, para prevenir y reducir este tipo de lesiones.

5 Discusión-Conclusión

El tema de las lesiones de espalda preocupa en el ámbito hospitalario, tanto por las consecuencias que tiene para la salud de los afectados como por su incidencia en el absentismo laboral, y en definitiva en la calidad de la asistencia al usuario del hospital.

6 Bibliografía

- Álvarez Casado Enrique, Hernández Soto Aquiles, Rayo García Verónica. El riesgo asociado a la movilización de pacientes. Nº 67, página 20, enero 2010.

- Ana Gómez, Riesgo de carga y dolores de espalda en personal sanitario. Formación de seguridad Laboral.

- Técnicas de movilización manual de pacientes para prevenir los trastornos musculo esqueléticos en el sector de la atención sanitaria. Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo. http://osha.europa.eu
- Patricia Azcona Santacilia, residente de medicina del trabajo del H.U. La Princesa y Francisco Peñalver Rojo, residente de medicina del trabajo de MEDYCSA. Prevención del dolor lumbar en el personal sanitario.

- Real Decreto 486/1997 de 14 de abril

Capítulo 1481

CONDICIONES AMBIENTALES EN LOS HOSPITALES

PABLO NIETO PEREZ

1 Introducción

Las condiciones ambientales de trabajo son las circunstancias físicas en las que el empleado se encuentra cuando desempeña su trabajo. Es el ambiente físico que rodea al empleado mientras desempaña una tarea.

La exposición a las condiciones ambientales en los hospitales no debe suponer un riesgo para la seguridad y la salud ni de los trabajadores ni de los propios usuarios.

2 Objetivos

Conocer las condiciones ambientales que pueden influir en el desempeño de nuestro trabajo en el hospital y en la recuperación de los pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, Scielo y Medline, así como consultado en google académico, utilizando como palabras calve “condiciones ambientales” “hospital” “temperatura” “ruido” “humedad” “iluminación”.

Como criterios de inclusión he empleado: textos gratuitos y en castellano; de exclusión: aquellos trabajos anteriores a 2010. Se ordenaron los artículos por relevancia y fueron analizados.

4 Resultados

Algunas de las condiciones ambientales que más influyen en los hospitales son:

1. ILUMINACIÓN:

La iluminación es una de las condiciones ambientales que nos encontramos los trabajadores de los hospitales, ya que una iluminación adecuada es fundamental para llevar a cabo muchas tareas que requieren de un específico nivel de percepción para realizarlas, como puede ser en quirófanos o salas de curas. Por tanto, una iluminación adecuada es fundamental no solo para realizar nuestro trabajo con más facilidad si no, que también es importante para no dañar la salud de los trabajadores, ya que si nos exponemos durante mucho tiempo a una iluminación tanto excesiva como deficiente puede ocasionarnos trastornos visuales.

2. RUIDO:

La exposición al ruido en el trabajo puede ser perjudicial para la salud de los trabajadores. El efecto más conocido es la pérdida de audición, esta es provocada por una exposición prolongada a ruidos intensos. Sin embargo, también puede afectar al equilibrio psíquico y de alguna manera al bienestar de los propios pacientes. Por lo cual, es necesario que haya un control de ruidos bien sea eliminándolos o al menos reducirlos lo más posible, si no puede amortiguarse la siguiente medida consistirá en proteger al personal proporcionándole equipos de protección individual como pueden ser: tapones, audífonos o cascos.

3. TEMPERATURA Y HUMEDAD:

Es evidente que la instalación de climatización en un hospital debe obtener más objetivos que los habituales de mantener unas condiciones óptimas de confort, y esto es lo que en gran medida los hace diferentes de las instalaciones normales de otros edificios.

Ha sido demostrado por diferentes equipo médicos la influencia de unas buenas condiciones ambientales en la curación de enfermos, en general temperatura y humedad, ya que estas pueden influir significativamente en la curación de de-

terminadas patologías como por ejemplo: los enfermos cardíacos, pacientes con enfermedades pulmonares, con traqueotomías, con terapia de oxigeno o grandes quemados.

5 Discusión-Conclusión

Al ser los hospitales instituciones en los que concurren circunstancias específicas, las condiciones ambientales no solo influyen en el confort y salud de los propios trabajadores, si no que se ha de tener muy en cuenta que influyen también en el tratamiento y curación de los propios pacientes. Por lo que es de suma importancia un buen control tanto de la iluminación, el ruido y la temperatura y humedad de estas instituciones.

6 Bibliografía

- Maika Broncano. El ambiente térmico en el puesto de trabajo. unidad de accesibilidad de COCEMFE, 22-2-2016.

- Los efectos del ruido en el trabajo. Agencia Europea para la Seguridad y la salud en el trabajo. FACTS, nº57.

- Real decreto 486/1997 de 14 de abril. Por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.

Capítulo 1482

AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y LA PROTECCIÓN DE DATOS EN UN HOSPITAL.

CRISTINA GÓMEZ ITURBE

ANA BELÉN BRAVO MENÉNDEZ

CARLA GARCÍA SUÁREZ

NURIA SUAREZ ALVAREZ

COVADONGA FERNANDEZ MARCOS

1 Introducción

Tratar los datos del paciente como querrías que trataran los tuyos, aconseja la Agencia Española de Protección de Datos.(AEPD) en su decálogo.

Durante los últimos meses y ante la plena aplicación a partir del 25 de mayo de 2018 del Reglamento Europeo de Protección de datos, las advertencias sobre la falta de cautelas y las necesarias mejoras que tienen que emprender el sistema sanitario español y sus profesionales en el tratamiento de la información personal de los pacientes se ha multiplicado.

De hecho, en un reciente informe, la Agencia Española de Protección de datos (AEPD) ha advertido que “se deben y se pueden mejorar” aspectos relacionados

con la calidad y la confidencialidad de los datos conservados, la información ofrecida a los pacientes así como a los sujetos participantes en los ensayos clínicos, la obtención de los consentimientos en todos los casos en los que sean necesarios, y el reforzamiento de las medidas de seguridad, potenciando con carácter general los mecanismos de control de acceso. El documento de recomendaciones, cuando salgas del despacho, asegúrate de cerrar la sesión abierta en tu ordenador. No facilites a nadie tu clave y tu contraseña, si necesitas un acceso urgente contrata con el servicio de informática. Todo paciente tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el Servicio de Salud .

2 Objetivos

La protección de datos personales es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y regulado por el reglamento europeo de protección de datos (RGPD),la LOPD y su reglamento de desarrollo. Los objetivos principales de esta Ley básicamente sería: regular de manera uniforme el tratamiento de los datos, los datos tienen significativos de contacto de paciente o representante del mismo incluida: firma, imagen, Tarjeta Sanitaria, número de la Seguridad Social o Mutualidad ,datos relativos a la salud integrados en la historia clínica del paciente, características personales, circunstancias sociales, los datos pueden provenir del propio interesado o en su caso de su representante legal o voluntario personal sanitario. Los datos personales pueden ser tratados con los responsables del tratamiento con las siguientes finalidades: prestación de asistencia sanitaria, investigación científica, atención de solicitudes de información, queja ,sugerencia y reclamación, ejercicio de derechos de protección de datos, cumplimiento de obligaciones legales ,videovigilancia. Los datos recogidos se tratarán para las finalidades específicas y en ningún caso de manera incompatible con dichos fines, le recordamos que el tratamiento con fines de investigación científica o estadísticos no se consideran incompatibles con el inicial, en todo caso tratamos sus datos para atenderle siempre con el mismo nivel de calidad asistencial con independencia del canal que utiliza para comunicarse con nosotros :acceso sanitario ,página web del Centro ,aplicaciones móviles ,ya sea de forma presencial ,telefónica o telemática .

3 Metodología

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

4 Resultados

Cualquier hospital que trate datos de carácter personal sobre pacientes tiene obligación de cumplir con el Reglamento General de Protección de Datos. El Reglamento General de Protección de Datos ,exige además un principio de responsabilidad proactiva ,todos los hospitales o empresas deberán adoptar medidas preventivas dirigidas a reducir los riesgos de incumplimiento y demostrar que estas son efectivas. El derecho a la protección de datos personales corresponde al derecho derivado de la vida privada y la intimidad de las personas ,que se vio amenazado con la aparición de las nuevas tecnologías, porque modificaron la forma de almacenar y distribuir la información que debía ser guardada.

5 Discusión-Conclusión

En la búsqueda del bien común, el derecho y la comunicación operan como herramientas indispensables para la creación de leyes y políticas públicas que establezcan límites a la libertad humana dentro de un orden y armonía, como principios básicos de toda la sociedad. los derechos humanos han tenido que evolucionar al paso de las circunstancias y las épocas, es así como ahora se habla de una tercera generación de derechos relacionados con el uso de las nuevas tecnologías en una cultura postmaterialista que vislumbra la necesidad de reconocer los derechos y libertades mediante leyes específicas.

6 Bibliografía

- http://www.redaccionmedica.com
- https://protecciondatos.lopd.com
- https://hgvillalba.es
- https://www.ionos.es

Capítulo 1483

GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS

JOSE ANDRÉS MARCOS SALA

1 Introducción

La ley 22/2011 de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados establece la previsión de medidas para reducir su generación y para evitar o minimizar los impactos adversos sobre la salud humana y el medio ambiente.

Definición de residuos: ”Cualquier sustancia u objeto que su poseedor deseche o tenga la intención o la obligación de desechar”.

Residuo domestico: Se generan en los hogares, industrias y servicios.

Residuos peligrosos: Materiales que contienen sustancias nocivas o peligrosas para el medio ambiente o la salud humana o recursos naturales.

2 Objetivos

- Establecer una clasificación alternativa de agentes biológicos siguiendo los criterios establecidos en la legislación vigente de prevención de riesgos laborales, y en el acuerdo europeo sobre transporte internacional de mercancías peligrosas.

- Estudiar las clasificaciones alternativas que existen, así como los criterios en los que se basan.

3 Metodología

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

4 Resultados

El análisis de residuos sanitarios, su situación y la mejora en la gestión han desarrollado una metodología cuantitativa y cualitativa.

Clasificación de residuos sanitarios:

- No peligrosos:

Grupo 1: Residuos generales asimilables a domésticos.

Grupo 2: Residuos sanitarios asimilables a domésticos.

- Peligrosos:

Grupo 3: Residuos peligrosos sanitarios.

Grupo 3 A: Residuos biológicos.

Grupo 3 B: Residuos de medicamentos citotóxicos y citostáticos.

Grupo 3 C: Residuos químicos.

Grupo 4: Residuos peligrosos NO SANITARIOS.

Los residuos radiactivos están regulados mediante normativa específica. Se encuentran en el grupo 5.

Esta guía corresponde al Principado de Asturias, la legislación Actual presenta diferencias dependiendo de la comunidad autónoma que tenemos por referencia.

Un 85% de residuos generados son residuos no peligrosos asimilables a domésticos y residuos sanitarios asimilables a domésticos. El 15% restante se considera

peligroso por ser infeccioso, toxico o radioactivo. De estos residuos sanitarios pueden derivarse riesgos para la salud, tales como intoxicación y contaminación por liberación del medio ambiente.

5 Discusión-Conclusión

El sistema de gestión de residuos sanitarios debería estar basado en una definición clara de cada grupo de residuos en función de toda la legislación aplicable. Se debieran introducir tratamientos mas adecuados y respetuosos con el medio ambiente y la reducción de residuos en origen.

6 Bibliografía

- Universidad complutense de Madrid (facultad de medicina).

- Ley 22/ 2011 de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados.

- Ley 31/ 1995 prevención riesgos laborales.

- Base de datos scielo.

- Manual básico de gestión de residuos sanitarios del SESPA.

Capítulo 1484

EL CELADOR EN QUIRÓFANO

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

1 Introducción

El celador es personal no sanitario ,pero si una figura esencial en la unidad de quirófanos, sus labores y funciones son variadas e importantes para el buen funcionamiento del quirófano.

El quirófano tiene que estar situado en un lugar de fácil y rápido acceso. Suele estar cerca de urgencias y en un punto intermedio del hospital. Las instalaciones deben de ser un lugar cerrado , con el fin evitar la contaminación de salas, pasillos, almacenes ... Las paredes, mobiliario, suelos y otros utensilios necesarios,deben de ser de fácil limpieza, la temperatura suele ser unos grados inferior al resto del hospital, con el fin de evitar el crecimiento de microorganismos. Dentro de la unidad de quirófanos debe de haber camas, camillas, sillas de ruedas, para el traslado de los pacientes, el vestuario de el celador y del personal sanitario.

El celador es el encargado del transporte de los pacientes dentro de la unidad de quirófanos así como la movilidad de estos, antes y después de las intervenciones. Resultará de gran ayuda para el personal sanitario ya que será el encargado de llevar cualquier orden verbal en la menor brevedad posible, siempre que se ha indicado por el personal sanitario.

Gracias a la figura del celador los pacientes serán colocados en la camilla del quirófano en la posición que se precise para la intervención posterior. Además, ayudarán a contener a pacientes cuando el personal sanitario lo requiera y se quedarán durante toda la intervención en la sala de quirófano por si se requiere su colaboración o de sus servicios. Los celadores se colocaran al igual que el resto del personal sanitario y debe realizar una correcta higiene de manos para colocar los guantes, siendo obligatorio el uso de gorros quirúrgicos , calzas y batas desechables también en su caso.

Es importante reconocer las posiciones quirúrgicas más comunes y utilizadas en el área de quirófano para las movilizaciones de los pacientes. Los celadores son los encargados de dichas movilizaciones de camilla a camilla, de silla de ruedas a camilla, y por regla general después de una operación la movilización será de camilla a cama o camilla. En las movilizaciones el celador se va a sentir arropado por el personal sanitario sobre todo por los TCAE (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería), en otras ocasiones también es importante la participación de enfermeros o enfermeras.

Posiciones:

- Posición decúbito dorsal: es la posición en la que el paciente se encuentra en decúbito supino es decir recostado sobre su espalda (boca arriba), los brazos se colocaran sobre los apoyabrazos en un ángulo de 90 grados respecto al resto del cuerpo. Las piernas deben de estar rectas. Es necesario la colocación de cinturones o cintas para la sujeción de brazos y piernas. La colocación del paciente se realizará al ser posible entre dos celadores siempre vigilado por el personal sanitario y colaboración de los TCAE.

- Posición trendelenburg: el paciente se debe colocar en decúbito supino, la cabeza y el torso estará más baja que las extremidades inferiores. Después gracias a la articulación de la camilla se pondrá en el grado de inclinación elegido por el personal sanitario y apropiado para la intervención. Es importante tener en cuenta que las rodillas tienen que tener cierta flexura para evitar la presión en los miembros inferiores por lo que el cinturón se colocará por encima de la rodillas. Al igual que la posición decúbito dorsal o supino se colocaran cinturones en brazos (colocados en forma de cruz sobre los reposa-brazos). Otra diferencia respecto a la anterior posición, es que se deben colocar topes acolchados sobre los hombros.

- Posición trendelenburg invertida: es la posición contraria a la posición anterior (trendelenburg). El paciente se colocará en decúbito supino o dorsal solo que la

diferencia a la anterior posición,será que el torso y cabeza quedarán elevados respecto a los miembros inferiores, dicha inclinación se realizará gracias a la articulación de la camilla y se elegirá el grado adecuado qué pida el personal sanitario. Las cintas o cinturones que sujeten las piernas serán colocadas por debajo de las rodillas y las extremidades superiores (brazos) serán colocados paralelos al torso sobre los reposabrazos si es necesario se colocará cinturón para su sujeción.

- Posición de fowler: el paciente se debe colocar en decúbito supino pero a diferencia de la posición decúbito supino o dorsal convencional en esta posición se debe colocar sentado o recostado según el grado de inclinación por regla general se suele utilizar fowler 45°, es la más común aunque puede ser en otros grados gracias a la ayuda de la articulación de la camilla.

- Posición de litotomia o ginecológica: el celador debe colocar al paciente en decúbito supino, colocar los estribos en la parte inferior de la camilla para poner sobre estos las piernas del paciente, con la ayuda de los estribos las piernas serán elevadas formando un ángulo recto respecto al torso. Las nalgas deben de estar situadas en el borde inferior de la camilla.

- Posición decúbito ventral: el paciente debe ser colocado en decúbito prono (boca abajo), hay que ladear la cabeza hacia la derecha o izquierda, los brazos descansarán sobre el apoya-brazos y las extremidades inferiores estarán estiradas y rectas.

- Posicion kraske o navaja: el celador debe colocar al paciente en posición decúbito prono, la cadera quedará elevada respecto a las extremidades inferiores y superiores ,la cabeza debe posicionarse ladeada. Se deben colocar los cinturones o cintas en brazos y piernas (en las piernas se pondrán por encima de las rodillas).Se puede optar por la colocación de almohadas bajo las extremidades inferiores si el personal sanitario lo requiere.

- Posicion genupectoral: el paciente será colocado por el celador sobre la camilla sobre sus rodillas y apoyándose sobre sus antebrazos la cabeza hacia abajo y elevando todo lo posible la cadera. Las piernas se sujetarán con la cinta o cinturón sobre los gemelos.

- Posición de Sims lateral: se colocará al paciente sobre su costado ya se ha izquierdo-derecho dependiendo de la decisión tomada por el personal sanitario y la intervención que se va a realizar.En cuanto a la colocación de miembros inferiores la pierna que queda en la parte inferior se debe acomodar flexionada

mientras que la superior quedará .Los brazos descansarán sobre los apoya-brazos , quedando paralelos uno del otro con las cintas o cinturones sujetándolos.

El celador debe realizar las movilizaciones oportunas así como el traslado del paciente transmitir comunicaciones verbales que le pida el personal sanitario estar atento durante la intervención por si se necesitáis algún aparato o instrumental requerido, también responsable del transporte de documentos u objetos.

2 Objetivos

Revisión de la figura del celador en quirófano.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 1485

EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS.

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos se realizan a pacientes cuyo diagnóstico nunca será genérico si no que se amoldará a cada paciente. Se realizarán los cuidados de confort oportunos para que la persona se encuentren en condiciones confortables. Estos cuidados no hacen que la muerte se acelere pero tampoco pueden evitarla. El celador debe demostrar empatía, utilizar la psicología ya que en estos duros momentos son primordiales para el paciente familiares o acompañantes con el fin ayudarlos enfrentarse a la muerte de una forma lo más llevadera posible.

2 Objetivos

- Conocer el papel que desempeña el celador en paciente terminales.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Libro el celador en cuidados paliativos (Formación continuada Logoss)
- Área del servicio de cuidados paliativos H.M.N (Hospital Monte Naranco)

Capítulo 1486

EL CELADOR EN AUTOPSIAS.

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

1 Introducción

Cuando el paciente ha fallecido si es necesario la realización de una autopsia esta se realizará en la sala de autopsias.
El personal en la sala de autopsias será el médico forense representante del personal sanitario y el celador como personal no sanitario que ayudará en todo lo posible al médico. Se realizará el aseo del fallecido siempre que las circunstancias lo requieran así como las movilizaciones que sean oportunas para el buen trabajo del forense.

2 Objetivos

- Describir la función del celador en la sala de autopsias.

3 Bibliografía

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

Capítulo 1487

EL CELADOR EN LA PLANTA DE REHABILITACIÓN.

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

1 Introducción

En planta de rehabilitación, es necesario la figura de los celadores, ya que hablamos de pacientes que necesitan o demandan mucha ayuda, pacientes tetrapléjicos ,que provienen de la unidad del ictus. En la mayoría de casos, el celador colabora junto al TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería), en la higiene en debido a la escasa colaboración voluntaria o involuntaria del paciente.
La unidad de rehabilitación en hospitalización suele estar dotada de grúas que son de gran ayuda y se encargan de pacientes que por su estado no pueden colaborar en las movilizaciones.

Los cambios posturales en este tipo de pacientes es primordial, suelen realizarse cada tres horas , a demanda del paciente o petición del personal sanitario. Hay que tener presente que las movilizaciones deben de realizarse de forma correcta para evitar un daño o lesión al paciente o a nosotros mismos como trabajadores. Es necesario mantener la postura correcta a la hora de mover al paciente si es

necesario podemos ayudarnos de las grúas. Se trasladará al paciente siempre que sea requerido por el personal sanitario ya sea en cama o silla de ruedas para realizar las pruebas oportunas, nos indicaran cómo se debe hacer y mantendremos la seguridad y protocolo en caso de pacientes que se encuentren en ese momento aislados. Cuando tenemos que realizar aseos traslados o movilizaciones a pacientes aislados es importante que el personal sanitario nos indique qué tipo aislamiento es para si asegurar nuestra salud o en caso de aislamiento inverso la salud del paciente. En estos casos el uso de guantes batas desechables mascarillas y un correcto lavado de manos es importante para no dispersar los microorganismos, bacterias etc , que causan este tipo de actuaciones cómo son los aislamientos.

En la unidad de rehabilitación el celador ayuda al paciente con el fin de qué pueda ganar autonomía. Se realizarán también traslados al gimnasio ,piscina, servicio de logopeda, terapia ocupacional dependiendo del tratamiento que tenga cada paciente, el celador será informado de como cuando y dónde debe de ser trasladado el paciente.
Las movilizaciones de cada paciente pueden ser distintas y algunas posiciones contradictorias para la recuperación del enfermo, es necesario que el personal sanitario nos informe.
El celador velará para mantener en orden y cumplir las normas de la unidad tanto para pacientes como para familiares o acompañantes.
Se debe prestar especial cuidado a pacientes con movilidad reducida , ya que si no se hacen de la forma correcta pueden originarse úlceras, debido a la presión de la zona del cuerpo que se ejerce sobre el plano o cama durante un largo periodo de tiempo en la misma posición.

2 Objetivos

- Describir la figura del celador en la planta de rehabilitación.

3 Metodología

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

elo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Unidad de hospitalización del servicio de rehabilitación del HUCA (Hospital Universitario central de Asturias) 4ºc.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1488

INTEGRACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO.

ANTONIO BARBA GALLEGO

1 Introducción

Según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios: los hospitales con 100 o más camas contarán con servicio de farmacia hospitalaria bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria.

Los de más alto nivel y aquellos que se determinen, deberán disponer de servicios o unidades de farmacología clínica.

Deben lograr un uso racional de los medicamentos.

El titular y responsable de la farmacia será un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria.

Los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria con arreglo a las condiciones mínimas establecidas. Los hospitales que no deseen establecer servicios farmacéuticos podrán solicitar de las Comunidades Autónomas autorización para mantener un depósito de medicamentos bajo la supervisión y control de un farmacéutico. Las condiciones, requisitos y normas de funcionamiento de tales depósitos vendrán determinadas por la autoridad sanitaria competente.

Dependiendo del volumen, actividades y tipo de hospital, la necesidad de farmacéuticos adicionales en la farmacia de un hospital vendrá determinado por normativa reglamentaria.

El servicio de farmacia en un hospital está integrado por Farmacéuticos, FIR (Farmacéutico Interno Residente), DUE, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Administrativos y CELADORES.

2 Objetivos

Abordar las competencias del celador en el servicio de farmacia hospitalario. Para ello, se expondrán los objetivos y actividades que se desarrollan en el servicio de farmacia y de que manera actúa el celador en cada uno de ellos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de diferentes publicaciones relacionadas con los servicios de farmacia de los hospitales utilizando búsquedas en google scholar, con las palabras clave celador, farmacia yhospital, así como, la revisión de contenidos de diferentes temarios específicos para la categoría de celador.

4 Resultados

Los servicios de farmacia de los hospitales, centros de salud y las estructuras de atención a la salud, están obligadas a suministrar o a dispensar los medicamentos que se les soliciten en las condiciones legal y reglamentariamente establecidas.
Para ello, deben cumplir una serie de objetivos, que son:
- Conseguir que cada paciente reciba la medicación adecuada a sus necesidades.
- Control mediante la Farmacovigilancia.
- Coordinación con otros profesionales implicados en la asistencia sanitaria.
- Informar permanentemente sobre los avances farmacéuticos y sobre los medicamentos para mejorar la práctica profesional.
- Realizar investigación para mejorar la terapéutica medicamentosa.

Las actividades que se realizan en un servicio de farmacia son:
- Control y dispensación de estupefacientes y psicótropos.
- Preparación y dispensación de fórmulas magistrales, soluciones desinfectantes, nutriciones enterales, nutriciones parenterales, citostáticos, etc.
- Control y dispensación de medicamentos extranjeros.

- Control de los botiquines existentes en las unidades de hospitalización y demás servicios del hospital.
- Propuesta de adquisición de determinados medicamentos, material de curas o productos.
- Envasados y reenvasados en dosis individuales de los medicamentos sólidos y líquidos orales.
- Establecimiento de sistemas de información para control de consumos, gastos y costos.
- Adquisición, clasificación, conservación, control y dispensación de medicamentos y demás productos de uso farmacológico.

La dispensación de los medicamentos y demás productos de la farmacia se hará por el método de dosis/día o por el método de unidosis.

Las funciones del celador en el almacén de farmacia:

- Recepción del material: el celador es el encargado de recepcionar los paquetes, bultos y envases que los proveedores suministran a la farmacia.
- Acondicionamiento del material: una vez recepcionado lo entregará al personal sanitario para que contabilicen su entrada, lo clasifiquen,ordenen y coloquen en estantes. Algunos productos como las garrafas de alcohol, botes de suero fisiológico, etc… son acondicionados directamente por el celador.
- Transporte de material dentro de la farmacia: entregar los bultos, paquetes y envases de medicamentos hasta la zona de clasificación del personal sanitario y mover bultos y cajas de gran volumen cuando así se le requiera.
- Distribución de medicación y demás productos galénicos a las unidades del hospital: la tarea del celador consiste en transportar carros con medicamentos o con otros productos o carritos de unidosis de medicación, desde la farmacia hasta los puestos de enfermería de las plantas o de otras unidades, entregando y recogiendo del personal autorizado los documentos de comprobación de suministro y entrega de los pedidos.
- Transporte de productos desde otras unidades del hospital hasta la farmacia: determinados productos que puedan recepcionarse en el almacén general del hospital, deberán ser transportados hasta la farmacia por el celador.
- Dispensación de determinado material: el celador de la farmacia se encarga de dispensar botes de suero o alcohol.
- Preparación de alcohol: el alcohol que se utiliza en las unidades del hospital está rebajado porque se mezcla con agua destilada, por ser más conveniente en el uso terapéutico, suministrándose a 70 grados. Esta tarea corresponde al celador.
- Controles e inventarios: el celador de farmacia debe realizar los recuentos periódicos del material del que sea responsable, prestará atención a los tipos de pro-

ductos a y a su fecha de caducidad y colaborará con el inventario que se puede hacer en farmacia para conocer la existencia real del material almacenado.
- Custodia de las dependencias de la farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del celador en el servicio de farmacia se centran básicamente en el transporte de productos dentro o fuera de la farmacia aunque también participa de una manera fundamental para lograr los objetivos marcados para este servicio, tales como el control del almacén, la seguridad de que los pacientes reciban su medicación, asegurar la coordinación con los sanitarios de otras unidades para una óptima distribución de los medicamentos apropiados, o el control periódico de los suministros.

6 Bibliografía

1. http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-22-funciones-del-celador-en-la.html
2. Temario específico categoría celador del servicio de salud del Principado de Asturias. Págs 350-361.
3. Temario celador Consellería Sanidad Comunitat Valenciana.
4. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.html.

Capítulo 1489

EL CELADOR Y LOS TRASLADOS HOSPITALARIOS EN SILLA Y A PIE.

LIDIA GONZÀLEZ RODRÍGUEZ

JOSÉ MIGUEL MILLÁN DURÁN

1 Introducción

Dentro de un hospital los celadores desarrollamos múltiples funciones. Una de las más importantes es la de trasladar a los pacientes, guiándolos cuando pueden hacerlo por sus medios o trasportándolos cuando no pueden hacerlo, tanto por el interior del hospital, como a las dependencias exteriores o puertas de acceso y salida para el público en general. Pero como todas las tareas que desempeñamos, y aunque pudiera parecer algo muy básico y sencillo, el traslado de pacientes, a pie o en silla, también tiene sus particularidades que vamos a explicar aquí, puesto que existe una manera concreta de realizarlos y un porqué.

2 Objetivos

Nuestros objetivos son explicar detalladamente qué causas motivan los métodos de traslados de pacientes en silla, y así mismo clarificar de una manera exhaustiva el proceso de principio a fin con la intención de servir de ayuda a los celadores noveles.

3 Metodología

Básicamente el método es la experiencia práctica, la formación in situ prestada por los compañeros más veteranos, la formación continua y el estudio del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

4 Resultados

Aquí vamos a hablar de traslados intrahospitalarios y para explicarlo vamos a poner los ejemplos que se dan en el día a día de un hospital.
Por supuesto antes de nada advertir que durante estos desplazamientos nuestra profesionalidad debe ser absoluta y mantener clara la idea de que una conversación ayuda a que se haga más amena lla asistencia. Sin embargo, debemos respetar las reglas del decoro para con los usuarios del sistema de salud y asumir la restricción que tenemos como celadores a la hora de responder a preguntas de naturaleza clínica o de otra índole que no nos está permitido comentar.

Los pacientes con capacidad ambulante.
Aquí conviene apuntar que el traslado suele ser bastante sencillo, ya que el usuario puede caminar con mayor o menor soltura, y de esta manera la autonomía del mismo hace que sea innecesaria la colaboración de más de un celador. Incluso si el caminante necesitase nuestro apoyo este se podría prestar cogiéndole del brazo por ejemplo y adaptando nuestro paso al suyo para hacer que su deambulación sea algo más confortable y segura. En este tipo de traslados simplemente nos será suficiente con conocer el itinerario a seguir dentro de las instalaciones y la prestación de una correcta asistencia. Puede ocurrir que el paciente recurra a algún tipo de apoyo mecánico para caminar como son muletas o andadores, pero esto no representa mayor dificultad para nosotros. Es pues este tipo de traslado el más cómodo y sencillo para los celadores.

Los pacientes en silla de ruedas.
Cuando caminar resulte demasiado incómodo para el paciente, o represente un esfuerzo no recomendable debido al estado de salud del enfermo, incluso siendo factible, y que además se dé la circunstancia de que no sea necesario el transporte en cama, utilizaremos la silla de ruedas por su maniobrabilidad manifiestamente superior a la de las camas hospitalarias.
Las sillas de ruedas suelen traer unos accesorios que son de una gran utilidad a la hora de trasladar pacientes con sueros o que necesiten alguna ayuda para su

correcta respiración. Hablamos de palos de gotero incorporados a la propia silla y de porta balas de oxÍgeno que permiten los desplazamientos sin necesidad de interrumpir la administración de sueros y oxígeno que es necesario en el caso de enfermos con dificultad respiratoria. También vienen provistas de unos frenos que se activan manualmente y que ejercen presión directa sobre las ruedas evitando así el giro de estas y la inestabilidad de la silla cuando el paciente se levanta o se sienta.
Pero además debemos tener una serie de normas en mente a la hora de entrar en ascensores y movernos por pasillos o salidas exteriores.
Debido a que los ascensores suelen tener espejos es recomendable adquirir la costumbre de entrar con el paciente marcha atrás para evitar que se vean en un estado demacrado o deteriorado que pudiera afectar a su estado anímico. Naturalmente no siempre será así, no siempre afectará a su propia percepción y por consiguiente a su estado anímico y emocional, pero sí es cierto que en determinados casos, como pueden ser los enfermos que acuden a hemodiálisis por ejemplo, o que terminan una sesión de otros tratamientos aún más agresivos, pueden llegar a sufrir estos efectos psicológicos de los que hablamos. Es por ello una buena costumbre aunque no sea siempre necesaria.

Para bajar escalones, bordillos u otras barreras arquitectónicas deberemos emplear siempre la técnica de la marcha atrás en el caso de las bajadas, para sujetar durante los descensos e incluso usar nuestro propio cuerpo como freno de emergencia en caso de llegar a tener una pérdida de control sobre el conjunto de la silla y el paciente. Para subir bordillos las sillas de ruedas constan de unos salientes metálicos donde se puede pisar para ejercen una fuerza que sumada al peso de nuestro cuerpo hará elevarse la parte delantera de esta facilitando así la subida de escalones u otros impedimentos que pudieran superarse mediante la utilización de este recurso básico.
Sería deseable poner una entremetida o sábana o cualquier pieza textil a nuestro alcance para evitar el roce directo del paciente con el material de la silla, tan expuesto al contacto de las personas. También es recomendable cubrir a los pacientes con sábanas en caso de que las corrientes de los pasillos, o las diferencias en las temperaturas al atravesar las diversas dependencias hospitalarias, lleguen a representar molestia o perjuicio para la salud de la persona que estamos trasladando.

Concluimos por lo tanto que incluso las funciones más elementales de un celador deben ser objeto de estudio para perfeccionar el servicio y la atención para con

las personas que precisan de nuestra básica pero a la vez imprescindible labor.

5 Discusión-Conclusión

Hemos profundizado en los procedimientos de traslado y en las causas que motivaron sus protocolos específicos dentro de los hospitales. Y además sirve nuestro trabajo y experiencia de ayuda a quien necesite orientación en su primer día de trabajo trasladando pacientes.

6 Bibliografía

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Capítulo 1490

ESTRÉS LABORAL EN EL MEDIO HOSPITALARIO. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

RUBÉN HUERTA FERNÁNDEZ

CECILIA HUERTA FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La OMS define el estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades.

En cuanto a los principales estresores laborales, y aunque existen muchas formas de clasificación, podíamos considerar como más relevantes, el ambiente físico, demandas del propio trabajo, estructura de la organización, relaciones interpersonales, inseguridad laboral, organización del trabajo, conflicto de roles y factores externos al trabajo (Peiro 1999).

Según la OIT, el 30% de la población activa sufre estrés laboral, siendo esta cifra mayor en los países en vías de desarrollo. En Europa, la Tercera Encuesta sobre Condiciones de Trabajo de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo (EUROFOUND 2000) identifica el estrés como la segunda enfermedad más frecuente. Se puede decir que el estrés laboral es uno de

los principales problemas para la salud y la seguridad en el trabajo que nos encontramos en Europa, y casi el 25% de los trabajadores se ven afectados por él y según la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA), entre un 50-60 % de las bajas laborales se encuentran relacionadas con el estrés laboral.

Además de que el estrés puede provocar enfermedades y sufrimiento en las personas, la repercusión de este problema en término de pérdida de productividad, enfermedad y deterioro de la calidad de vida es muy alta, contribuir a la aparición de otros problemas de salud laboral, como frecuentemente son los trastornos musculo-esqueléticos y puede poner en peligro la seguridad en el lugar de trabajo.

Por tanto, el estrés laboral es uno de los riesgos psicosociales más importantes en nuestra sociedad y entre los principales retos relacionados con su estudio, deberán encaminarse hacia la identificación de nuevos estresores presentes en el entorno laboral y a la necesidad de atender simultáneamente el bienestar del empleado y de la organización.

Muchas profesiones se encuentran sometidas a niveles elevados de estrés, y dentro de ellas, el ámbito sanitario, y más en concreto los médicos y enfermeras, son considerados como uno de los sectores profesionales más expuestos niveles elevados de estrés, tanto de forma puntual como mantenida. (Adán Mingote) 1, 2, 3.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio se centra en conocer el estado actual del estrés en el personal sanitario y no sanitario en el medio hospitalario, así como identificar los principales métodos de evaluación del estrés que actualmente se encuentran utilizando.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada durante el periodo 2019-2020, abordando el estrés en personal sanitario que desarrolla su trabajo en el medio hospitalario. La búsqueda se realizó entre el 6 de diciembre de 2019 y el 10 de enero de 2020, consultando las siguientes bases de datos: MEDLINE, PubMed, Ibecs, Lilacs, Scirus.

La búsqueda bibliográfica en bases de datos, fue completada con los resultados obtenidos de repositorios como Dialnet, SciELO y Google académico.

Para realizar la búsqueda bibliográfica utilizaron descriptores y términos libre DeCS y MeSH, estableciéndose la siguiente estrategia de búsqueda:

- Términos libres: work stress, occupational stress, job stress, work related stress, stress, assessment, hospital, hospital worker, evaluacion de riesgos y estrés laboral.

- Descriptores: personnel hospital, risk assessment, stress psychological, evaluación, evaluation, burnout.

Dado que en el DeCS y MeSH, el término ”Burnout” se encuentra clasificado dentro de la estructura jerárquica del término ”estrés laboral” y otras bases de datos los consideran como términos sinónimos, se optó por utilizar la estrategia ”estrés = work stress NOT Burnout” para obtener una selección de artículos más precisa.

Una vez obtenida la colección bibliográfica, se realizó un análisis de pertinencia cotejando la idoneidad de los artículos para el estudio a partir de la revisión de los títulos y el resumen de los mismos.
Posteriormente, a los artículos seleccionados, se les aplicó los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Estudios en humanos de ambos sexos.
- Estudios de trabajadores activos.
- Estudios sobre el estrés laboral.
- Estudios en personal hospitalario.
- Escrito en inglés y castellano.
- Publicados en el periodo 2009-2012.
- Estudios con abstract disponible.

Criterios de exclusión:

- Estudios sobre el Burnout exclusivamente.
- Estudios de personal no sanitario.
- Estudios sobre estrés no relacionado con el ámbito laboral.
- Libros, protocolos, revisiones, editoriales, comunicaciones, o cartas al director,

notas técnicas o a propósito de un caso.

4 Resultados

A partir de la estrategia de búsqueda se obtuvo un total de 690 artículos. Una vez eliminados los duplicados, se procedió a un análisis de pertinencia y a aplicar los criterios de inclusión y exclusión, obteniéndose una colección final de 26 artículos que conforman la base del estudio
Todos los artículos encontrados se correspondían con estudios descriptivos transversales y en varios estudios la población supera los 1000 sujetos.

En cuanto a la distribución y tendencia temporal de las publicaciones, encontramos que el mayor número de artículos publicados se corresponden con 2009 y posteriormente presenta una tendencia decreciente progresivo y constante hasta el último año de estudio correspondiente a 2020, lo que parece indicar una disminución de interés progresivo en el estudio del estrés en el personal sanitario durante los últimos años.

Los trabajos realizados en personal de enfermería, representan el 46%. El 39% de los estudios se realizaron en trabajadores no sanitarios del ámbito de la salud y sólo un 15% de estudios fueron realizados en médicos.

Entre los principales resultados encontrados en artículos que evalúan de forma específica el grado de estrés en el personal sanitario, este se corresponde con un nivel moderado-elevado y parecen existir diferencias de nivel de estrés según las condiciones de trabajo, el área de estudio y el apoyo de los superiores y compañeros.

Algunos artículos señalan una correlación directa entre el estrés con la depresión, alteraciones psicosomáticas, lesiones músculo esqueléticas, así como con el Burnout.

Los factores individuales tanto objetivos como subjetivos tales como la percepción personal del estrés, las variables fisiológicas emocionales y mentales, el apoyo familiar y las demandas del propio trabajo, también parecen ser condicionantes e influir en el grado de estrés.

En el estudio realizado por Akizumi et al, se compararon varios países utilizando escalas de esfuerzo-recompensa estandarizadas encontrándose diferencias particularmente significativas entre los resultados obtenidos en Japón y países de

Europa como Holanda, Francia y Suecia en contraste con los resultados que comparan China, Japón y España, donde las diferencias son menos evidentes.

El conflicto de rol aparece en varios estudios como factor predisponente al estrés, así bien, la formación, las técnicas de afrontamiento se muestran como protectores. Se encontró moderada relación entre el espacio físico y el estrés entre enfermeras, y sólo se encontró un estudio realizado en España.

Uno de los estudios realizados en China, encontró diferencias entre profesionales de la salud masculinos y femeninos, en relación a los principales factores asociados al estrés, encontrándose las fronteras del rol, que valora el grado en que el individuo experimenta demandas de rol y lealtades conflictivas en su ambiente de trabajo, más comúnmente asociado al estrés en los varones. La insuficiencia de rol, que valora el grado en que el nivel de especialización, la educación, las habilidades y la experiencia del individuo se encuentran ajustadas a los requerimientos del trabajo y más asociado al estrés en las mujeres. Para este estudio se empleó una versión China del Personal Strain Questionnaire (PSQ).

Un modelo general lineal mostró que el PSQ estaba asociado con la siguiente secuencia; las fronteras de rol, la insuficiencia de rol, la responsabilidad, el soporte social, las técnicas de afrontamiento cognitivo-racionales, la relación médico-paciente y la sobrecarga de rol, esto en el caso de los hombres, mientras que en las mujeres las secuencia sería la siguiente: la insuficiencia de rol, las fronteras del rol, el soporte social, la responsabilidad, el autocuidado, la sobrecarga de rol, las enfermedades crónicas, y la relación médico paciente, por lo que en cuanto a los factores que afectan al estrés, parece encontrarse diferencias entre ambos sexos.

Finalmente el estudio concluye que la educación en salud ocupacional y los programas de entrenamiento ocupacional con el propósito de mejorar el conocimiento y las habilidades para adquirir técnicas de que permitan afrontar a cada individuo sus tareas, deberían tenerse en cuenta para disminuir el estrés ocupacional entre los médicos chinos. 4

5 Discusión-Conclusión

La mayor parte de los autores coinciden en que los niveles de estrés a los que se encuentran sometidos los trabajadores sanitarios del ámbito hospitalario son elevados y repercuten negativamente sobre su salud.29

Los principales síntomas que se presentan asociados a situaciones de estrés son los trastornos músculo-esqueléticos, depresivos y alteraciones psicosomáticas y el Burnout 30.

El número de estudios realizados en personal de enfermería es superior a los que se han llevado a cabo en médicos, lo que parece indicar una mayor preocupación o interés de este colectivo por los riesgos psicosociales derivados de situaciones de estrés en el ámbito laboral.

En el estudio realizado por Dendaas20 mediante un test de congruencia ambiental realizado en personal de enfermería, concluye que las características del empleo o ambiente físico como el mal diseño del puesto, las condiciones ergonómicas precarias o la dificultad del ámbito de trabajo para generar buenas relaciones entre compañeros, contribuían negativamente favoreciendo un entorno laboral más estresante.

Como señalan Virtamen15 y Dorevich30, además de las áreas más estresantes definidas por Shaherl54, algunas situaciones especiales de tensión y responsabilidad a las que se puede enfrentar el personal sanitario, como tener que abordar situaciones de emergencia o epidemias, que pueden alterar las relaciones interprofesionales e incrementar el tiempo de dedicación, pueden comportarse como agravantes de un ámbito laboral y repercutir incrementando más los niveles de estrés y las patologías asociadas.

Estudios realizados por Dorevitch30 sobre los riesgos laborales a los que se encuentran sometidos los médicos de emergencias, señalan el estrés emocional como uno de los principales peligros inherentes a la profesión y lo relacionan con una mayor posibilidad de asociación al Burnout.

Por otra parte, encontramos diferentes niveles de exposición al estrés en distintas especialidades, áreas o servicios del hospital 30-32. De esta forma, Shaherl54 diferencia entre áreas estresantes y no estresantes siguiendo una serie de características demográficas y organizativas del trabajo en las que además se tienen en cuenta la edad, la experiencia, el género, el trabajo a turnos y la carga de trabajo. Al comparar los resultados de diferentes estudios y autores, encontramos variaciones geográficas en cuanto a los efectos producidos sobre las poblaciones estudiadas. Estudios realizados por Smetl33 encontraron niveles similares de estrés entre los profesionales japoneses, chinos y españoles. Estos datos también se encuentran respaldados por los resultados encontrados por Kawakam34 al comparar grupos de profesionales de Japón con los de los países del sur de Europa.

La mayoría de los métodos utilizados en la evaluación de los riesgos psicosociales, se encuentran basados en las teorías de Karasek 37 y Siegrist 39 (JCQ,ERI), los cuales presentan un elevado nivel de fiabilidad abalado por estudios de validación previos 4, no existe un consenso internacional en el método de evaluación, si bien, los más utilizados son el Job Content Questionnaire, Effort Reward Imbalance y Nursing Stress Scale.

El apoyo social y las características individuales son moderadores de los riesgos psicosociales, lo que se encuentra descrito en diferentes trabajos incluidos en esta revisión. Voltmerl35 señala que el mantener buenas relaciones personales y profesionales entre colegas, participación en foros profesionales en la red, el mantener relaciones de pareja, grupos de amistad y de apoyo, podrían contribuir a la prevención de situaciones como Burnout y la aparición de diferentes patologías o síntomas derivadas de las situaciones de estrés.

Podemos concluir que la mayoría de estudios revisados encuentran un elevado nivel de estrés en el personal sanitario de hospitales y este nivel es mayor cuando el trabajo se desempeña en áreas como urgencias, oncología, anestesia y cuidados intensivos. En circunstancias especiales de mayor carga de trabajo, responsabilidad, fatiga o situaciones de emergencia, los niveles de estrés se incrementan de forma considerable.

Los niveles de estrés y afectación de los profesionales españoles podría compararse al de países como Japón y China, siendo más elevados que en otros países del entorno de la Unión Europea.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los autores coinciden en que los ambientes laborales estresantes terminan provocando algún tipo de alteración física y psicológica en el personal sanitario del hospital, convendría realizar un análisis más exhaustivo de nuestro entorno, centrándose en el personal médico del ámbito hospitalario, por tratarse de una profesión que parece encontrarse sometida a elevados niveles de estrés, apenas se han encontrado estudios que aborden el tema y nos permitan conocer suficientemente la situación. Más aún cuando parece que nos encontramos entre los países de mayor nivel de riesgo para el estrés, como pueden ser Japón o China y con niveles más alejados de los que se encuentran en otros países del norte de Europa.

Desde el punto de vista práctico el conocimiento de los riesgos psicosociales en general y del nivel de estrés en particular junto con sus posibles características y peculiaridades son necesarias como base para una intervención sobre estos y la

toma de medidas preventivas eficaces. 9

En este sentido encontramos algunas iniciativas y recomendaciones institucionales orientadas hacia la prevención de situaciones favorecedoras de estrés en el ámbito profesional, como puede ser y a título de ejemplo, la nota técnica El estrés: Proceso de generación en el ámbito laboral, del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo (NT 318, INSHT), pero aún parece que queda mucho camino por recorrer, no sólo en cuanto al conocimiento de la situación laborar en nuestro país y sus repercusiones, sino también a establecer medidas eficaces de prevención de riesgos relacionados con ambientes estresantes como en la prevención de patologías derivadas en los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad en el ámbito hospitalario.

6 Bibliografía

1. Mingote Adán C y Antón A. El Estrés del médico. Ed. Díaz de Santos. 1999. ISBN: 847989-407-5.
2. Mingote Adán C, Moreno B y Galvez M. El desgaste del médico. Ed. Díaz de Santos. 2009. ISBN: 978-84-7978-919-0.
3. Mingote Adán C y Gálvez Herrer M. El estrés del médico. masdermatología. 2011; 15:16-19. Doi:10.5538/1887-5181.2011.15.16.
4. Wu H, Zhao Y, Wang JN, Wang L. Factors associated with occupational stress among Chinese doctors: a cross-sectional survey. Int Arch Occup Environ Health. 2010 Feb;83(2):155-64. doi: 10.1007/s00420-009-0456-z. Epub 2009 Aug 22.
5. Roman-Hernandez. S. Estres y burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención. Rev. Cubana Sal Pub 2003:29(9):3281.8.
6. Dorevitch, Samuel / Forst, Linda Hazard of emergency physicians The American Journal of Emergency Medicine, 18 (3), p.300-311, mayo 2000.
7. Dendaas N. Environmental congruence and work-related stress in acute care hospital medical/surgical units: a descriptive, correlational study. HERD. 2011 Fall;5(1):23-42.
7. 8. Virtanen, Marianna, Kurvinen, Tiina, Terho, Kirsi, Oksanen, Tuula, Peltonen, Reijo, Vahtera, Jussi, Routamaa, Marianne, (…), Kivimäki, Mika. Medical care Work hours, work stress, and collaboration among ward staff in relation to risk of hospital-associated infection among patients., 47 (3), p.310-318, Mar 2000. [
8. 9. Shaher H, Ali A. Comparing Jordanian nurses jod stressors in stressful and non-stressful clinical areas.Contemporary Nurse (2011)37(2):173-187.

10. Cevik, Arif Alper, Holliman, C James, Yanturali, Sedat. Burnout and emergency physicyans. Ulusal travma he acil cerrahi Dergisi journal = turco de la cirugía traumatológica y de emergencia: TJTES, 9 (2), p.85-89, 04 2003.
11. Oates, R. K., Oates, P.. Stress and mental health in neonatal intensive care units. Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition, 72 (2), p.F107-F110, Mar 1995.
12. De Smet, P, Sans, S, Dramaix, M, Boulenguez, C, de Backer, G, Ferrario, M, Cesana, G, (...), Kornitzer. Gender and regional differences in perceived job stress across Europe. M, European journal of public health, 15 (5), p.536-545, Oct 2005.
13. Kawakami, Norito, Haratani, Takashi, Kobayashi, Fumio, Ishizaki, Masao, Hayashi, Takeshi, Fujita, Osamu, Aizawa, Yoshiharu, (...), Araki, Shunichi. Occupational class and exposure to job stressors among employed men and women in Japan. Journal of epidemiology / Japan Epidemiological Association, 14 (6), p.204-211, Nov 2004.
14. KaraseK K, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics.
15. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J. Occupational Healt Psycohology 1996, Vol 1, No 1, 27-41.
16. Voltmer, Edgar, Spahn, Claudia. Social support and physicians' health. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 55 (1), p.51-69, Jan 2009.
17. Albini E, Zoni S, Parrinello G, Benedetti L, Lucchini R. An integrated model for the assessment of stress-related risk factors in health care professionals. Industrial Health. 2010; 49:15-23.
18. Diaz A, Feldman l. Validación preliminar del cuestionario de estrés laboral (desbalance-esfuerzo/recompensa) en una muestra de trabajadores de la salud venezolanos. Ciencia & trabajo 2010 No 36 320-326.
19. Palacios ME, Paz MP. Estrés y manifestaciones psicosomáticas en médicos de hospitales de la ciudad de México. 1o Congreso Internacional y 4o Foro de las Américas en Investigación sobre factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo. Oct. 2012. Bogotá
20. Valecillo M, Quevedo AL, Lubo A, Dos Santos A, Montiel M, Camejo M et al. Síntomas musculoesqueléticos y estrés laboral en el personal de enfermería de un hospital militar. Salud de los trabajadores 2009 v. 17 No 2 85-95.
21. Colunga-Rodriguez AC, Enriquez-Hernandez CB, Angel-Gonzalez M, Dominguez-Diaz R. Desarrollo científico enfermero. 2009 ago. No 17(7).
22. Choobineh A, Movahed M, Tabatabaie SH, Kumashiro M. Perceived demands

and musculoskeletal disorders in operating room nurses of Shiraz city Hospitals. Industrial Health. 2010: 48: 74-84.
23. Arimura M, Imai M, Okawa M, Fujimora T, Yamada N. Sleep, mental heath status, and medical errors among Hospital nurses in Japan. Industrial Health. 2010; 48: 811-817.
24. Wu SY, Li HY, Tian J, Zhu W, Li J, Wang XR. Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. Industrial Health. 2011: 49: 158-165.
25. Mehrad R, T Dennerlein JT, Haghighat M, Aminian O. Association between psychosocial factors and musculoskeletal symptoms among Iranian nurses. American Journal of Industrial Medicine. 2010; 53:1032-1039.
26. Mc Carthy VJC, Power S, Greiner BA. Perceived occupational stress in nurses working in Ireland. Occupational Medicine. 2010; 60: 604-610.
27. Warming S, Precht DH, Suadicani P, Ebbehoj NE. Musculoeskeletal complaints among nurses related to patient handling tasks and psychosocial-based on logbook registrations. Applied Ergonomics. 2009; 40: 569-576.
28. Espinoza Guerrero, Marianela, Valverde hidalgo, Sharon, Vindas Salazar Hellen. Holistic experience of stressing nursing professionals. Rev.enfermeria Actual en Costa Rica (en Línea) 2011. no 20.
29. Kawasaki, Kazuyoshi, Sekimoto, Miho, Ishizaki, Tatsuro, Imanaka, Yuichi. Work stress and workload of full-time anesthesiologists in acute care hospitals in Japan. Journal of anesthesia, 23 (2), p.235-241, Jan 2009.
30. Bagaajav, Ariunsanaa, Myagmarjav, Sugarmaa, Nanjid, Khuderchuluun, Otgon, Saranchuluun, Chae, Young Moon. Burnout and job stress among mongolian doctors and nurses. Industrial health, 49 (5), p.582-588, Jan 2011.
31. Wang LJ, Chen CK, Hsu SC, Lee SY, Wang CS, Yeh WY. Active job, healthy job? Occupational stress and depression among hospital physicians in Taiwan. Ind Health. 2011; 49(2):173-84. Epub 2010 Dec 16.
32. María Pilar López Layos, Gemma Torrejón Mora, Antolín Martín Marcos, Jaime Martín Morcillo, Francisco Pleite Gómez, María Angustias Torres Alaminos. Estrés y satisfacción laboral de las enfermeras de hospitales toledanos. Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 14, No. 8, 2011, págs. 8-14.
33. Bathia N, Kishore J, Anand T, Jiloha RC. Occupational stress Amongst Nurses of two Tertiary Care hospitals in Delhi. AMJ 2010, 3, 11,731-738.
34. Monalisa de Cássia Fogaça, Werther Brunow de Carvalho, Vanessa de Albuquerque Cítero, Luiz Antonio Nogueira-Martins. Estudio preliminar sobre el estrés ocupacional de médicos y enfermeros en UTI pediátrica y neonatal: el equilibrio entre Esfuerzo y recompensa. Latino-americana enfermagen 18(1) (07 pan-

tallas) ene-feb-2010.
35. Tsutsumi A, Iwata N, Watanabe N, de Jonge J, Pikhart H, Fernández-López JA, Xu L, Peter R, Knutsson A, Niedhammer I, Kawakami N, Siegrist J. Application of item response theory to achieve cross-cultural comparability of occupational stress measurement. Int J Methods Psychiatr Res. 2009; 18(1):58-67.
36. Lindo JL, Lagrenade J, McCaw-Binns A, Eldemire-D Shearer. Estado de salud y las prácticas de mantenimiento de la salud entre médicos y enfermeras en dos hospitales de Jamaica. West Indian J. Med. 2009 DEC; 58 (6):539-45.
37. Hamaideh SH, Ammouri A. Comparing Jordanian Nurses' job stressors in stressful and non-stresful clinical areas. Contemporary Nurses. 2011 Feb; 37 (2):173-87. Doi: 10.5172/conu.2011.37.2.173.
38. Wells, John, Denny, Margaret, Cunningham, Jennifer. 2011 Work related wtress and European policy - A comparative exploration of contextual stressors in the rehabilitacion sector in five European countries. Journal of mental Health 20 (2), p.165-173, abril.
39. Elizabeth Dougherty, et al. Factors Associated whith work stress and Professional Satisfaction in oncology staff. American journal of hospice & palliative medicine 26(2)2009 105-111.
40. Comité mixto OIT/OMS. Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo. Ginebra 1984.
41. 2.o Foro de las Américas en Investigación sobre factores psicosociales. Chile 22-28 octubre 2008.
42. Mas R, Escribá V. La versión castellana de la escala "The nursing stress scale" Proceso de adaptación transcultural. Rev. Esp. Salud Pública vol.72 no 6 529-538.
43. Wollfgang AP. The healt professions stress inventory. Psycological Reports 1998, 62, 220-222.
44. Ros S, Comas A, Garcia-Garcia M. Validación de la versión española del cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA. Actas Españolas de Psiquiatría. 2010, Dic, 38 (6):345-357.
45. Golberg D. Manual of the general health questionnaire-28 (GHQ-28). Windsor: NFER- Nelson. 1978.
46. Aranaz J, Mira J. Cuestionario Font Roja. Un Instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. Todo Hospital 1988, 52: 63-6.
47. Blegen MA. Nurses'job satisfaction: a meta-analysis of related variables. Nur Res. 1993. 42(1): 36-41.
48. Zangaro CA, Soeken KL. A meta-analysis of studies nurses'job satisfaction. Res Nurs Health 2007 30(4): 445-58.

49. Enfoque multidimensional y transversal, Peiró 2001-2008.
50. ILO Introductory report: global trends and challenges on occupational safety and healt. XIX World Congress on Safety and Health at Work: Istanbul Turkey, 11-15 sep. 2011.
51. Joensuu M, Vaananen A, Koskinen A, Kivimaki M, Virtanen M, Vathera J. Psychosocial Word environment and hospital admissions due to mental disordes: a 15-year prospective study of industrial employees. J Affect DISORD. 2010 Jul; 124 (1-2): 118-25.
52. Aldana SG. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. Is J Health Promot? 2001 May-Jun; 15(5):296-320.
53. Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y literatura de apoyo. 2010 6(6) 53-56.
54. Institute for Work & Health. Are workplace prevention programs effective? Sharing best evidence: highlights of a systematic review. Ago. 2008.
55. Niveles de evidencia del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) www.sign.ac.uk/guidelines.

Capítulo 1491

RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CECILIA HUERTA FERNÁNDEZ

RUBÉN HUERTA FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Todas las profesiones llevan implícito un riesgo inherente a la naturaleza misma de la especialidad y al ambiente donde se desenvuelve. Los riesgos de salud de quienes trabajan en hospitales constituyen un tema que cada vez cobra mayor importancia. Existen estudios que demuestran la existencia de riesgos físicos, químicos, biológicos e incompatibilidades ergonómicas que de modo abierto o encubierto afectan a los profesionales que prestan servicios de salud.

Las enfermedades infecciosas tienen mayor relevancia para el personal de la salud que para cualquier otra categoría profesional, ya que su práctica involucra una alta manipulación de elementos corto-punzantes, así como por el manejo de líquidos orgánicos potencialmente infecciosos que pueden representar un riesgo para la salud del trabajador. Debido a esto, el personal de la salud (enfermeras, médicos, personal de laboratorio, auxiliares y personal de mantenimiento y limpieza), están potencialmente expuestos a una concentración más elevada de patógenos humanos que la población general, por ello han de conocer y seguir una serie de recomendaciones en materia de seguridad biológica.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Analizar los principales riesgos biológicos a los que pueden estar expuestos los profesionales sanitarios.

Objetivos específicos:

- Describir las principales vías de transmisión de los agentes biológicos.

- Enumerar las actuaciones que se deben llevar a cabo para conseguir una correcta identificación y evaluación de los riesgos biológicos.

3 Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica de estudios basados en evidencia científica así como de protocolos que abordan el tema de riesgos biológicos. Para ello he utilizado bases de datos (Dialnet , PubMed y Scielo) utilizando como descriptores las palabras clave: riesgo, biológico, sanidad, accidente biológico. También he utilizado fondos bibliográficos de editoriales como Elsevier y Guías de práctica clínica. Se seleccionaron estudios publicados tanto en castellano como en inglés en los últimos diez años.

4 Resultados

1. Definición de riesgo biológico:

• El R.D. 664/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, define a dichos agentes como ”microorganismos, con inclusión de los genéticamente modificados, cultivos celulares y endoparásitos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad.

• En la práctica esta definición contempla dos categorías en los contaminantes biológicos: o Agentes biológicos vivos o Productos derivados de los mismos

Ya que ambos pueden generar una enfermedad como consecuencia de la exposición de los trabajadores a tales agentes, en definitiva la definición formal de agente biológico incluye bacterias, hongos, parásitos y virus.

Entre los productos derivados de los agentes biológicos y que transmitidos fundamentalmente por vía aérea, pueden generar trastornos de tipo tóxico, alérgico o irritativo se incluyen; micotoxinas , endotoxinas , ergosterol y glucanos.

• En el medio sanitario, el riesgo biológico es el que más frecuentemente encontramos, siendo los profesionales más expuestos el personal sanitario que presta asistencia directa a los enfermos, el personal de laboratorio que procesa muestras contaminadas o posiblemente contaminadas y el personal que trabaja con animales o con derivados de éstos.

• Se entiende por exposición a agentes biológicos la presencias de éstos en el entorno laboral , pudiendo distinguirse , en general tres grandes categorías de exposición a los mismos: o Exposiciones derivadas de una actividad laboral con intención deliberada de utilizar o manipular un agente biológico, actividades de este tipo serían las desarrolladas con animales deliberadamente infectados o en los laboratorios de diagnóstico microbiológico, cuya actividad principal constituye el trabajar con agentes biológicos. o Exposición que surge de la actividad laboral, pero dicha actividad no implica la manipulación, ni el trabajo en contacto directo o el uso deliberado del agente biológico. En definitiva en estos casos la exposición es incidental al propósito principal del trabajo. o Exposición que no se deriva de la propia actividad laboral, por ejemplo el caso de un trabajador que sufre una infección respiratoria contagiada por otro.

2. Agentes infecciosos y vías principales de transmisión:
Las enfermedades infecciosas están producidas por microorganismos como:

• Bacterias

• Hongos

• Protozoos

• Virus

La posibilidad de infección depende en parte de las características de los microorganismos, la virulencia intrínseca, la infectividad y la cantidad de material infeccioso (inóculo). El término infección expresa la invasión y multiplicación de un agente infeccioso en un huésped humano o animal.

La transmisión de la infección requiere de tres elementos que componen lo que llamamos cadena epidemiológica:

• Una fuente infecciosa: pueden ser los pacientes , el personal sanitario e incluso los propios acompañantes pueden ser personas con una enfermedad aguda , en periodo de incubación , colonizadas por un agente infeccioso pero que no presenta sintomatología , o portadores crónicos de un agente infeccioso.

• Un huésped susceptible: la susceptibilidad a los microorganismos patógenos varía mucho en la población. Algunas personas pueden ser inmunes a determinadas infecciones, o bien establecer una relación simbiótica con ellos y convertirse en portadores asintomáticos, mientras que otros pueden desarrollar la enfermedad clínica.

• Una vía de transmisión de microorganismos : existen 5 vías principales de transmisión. o Transmisión por contacto: es la vía más importante y frecuente de transmisión de enfermedades nosocomiales hospitalarias y puede ser también importante en el ámbito extrahospitalario. Se puede distinguir el contacto directo y el indirecto :

- Transmisión por contacto directo: ejemplo, cuando una persona tiene que movilizar a un paciente, bañarlo o cualquier otra actividad del cuidado del paciente que requiera un contacto muy estrecho.

- Transmisión por contacto indirecto: ejemplo, instrumentos contaminados, manos o guantes contaminados. o Transmisión por gotitas: las gotitas son generadas por una persona fuente a través de la tos , el estornudo , el habla y durante la realización de ciertos procedimientos diagnósticos o terapéuticos (por ejemplo en aspiración). o Transmisión por aire: los microorganismos transportados por vía aérea pueden ser dispensados, a través de corrientes de aires. o Transmisión por vehículo común: se produce a través de objetos contaminados (fómites) tales como comida, agua, medicamentos y equipamiento. o Transmisión por vectores: ocurre cuando vectores como tales como mosquitos , moscas , ratas y otros animales son capaces de transmitir los microorganismos ; esta vía de transmisión es de menor importancia en nuestros centros sanitarios.

3. Enfermedades infecciosas a las que está expuesto el personal sanitario/no sanitario:

- Transmisión sérica (VIH, VHB, VHC) .

- Transmisión entérica (VHA, Rotavirus, Salmonella).

- Transmisión respiratoria (Tuberculosis, Gripe, Sarampión, tos ferina, parotiditis, rubeola, Virus respiratorio sincital , infección meningocócica , Parvovirus B19.

- Transmisión por contacto: (Herpes simple, Herpes varicela –zóster, Staphylococcus aureus , Streptococcus grupo A, Escabiosis , conjuntivitis vírica.

4. Clasificación de los contaminantes biológicos:

Los agentes biológicos se clasifican en función del riesgo de infección en cuatro grupos:

- Grupo 1: aquél que resulta poco probable que cause una enfermedad en el hombre, no es necesario profilaxis, riesgo de propagación a la colectividad nulo
.
- Grupo 2: aquél que puede causar una enfermedad en el hombre y puede suponer un peligro para los trabajadores, siendo poco probable que se propague a la colectividad y existiendo generalmente profilaxis o tratamiento eficaz.

- Grupo 3: aquél que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad y existiendo generalmente una profilaxis o tratamiento eficaz.

- Grupo 4: aquél que causando una enfermedad grave en el hombre supone un serio peligro para los trabajadores, con muchas probabilidades de que se propague a la colectividad y sin que exista generalmente una profilaxis o un tratamiento eficaz.

5. Estrategias preventivas:

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre), en su artículo 14 convierte al empresario y a las Administraciones Públicas respecto de personal a su servicio, en el garante de la Seguridad y la Salud de los trabajadores. En esta línea, deberá adoptar cuantas medidas sean necesarias para la protección permanente de estas condiciones de seguridad y salud.

Las estrategias generales de prevención se basan en el establecimiento de una serie de barreras:

• Barrera física: destinadas a evitar el contacto con los agentes , sobre las bases de: confinamiento (cabinas de seguridad biológica), barreras frente al contacto dérmico o mucosas (guantes , pantallas faciales y gafas) y barreras frente a la

entrada por vía respiratoria (máscaras y mascarillas con filtro o autofiltrante). Algunos autores incluyen dentro de este último tipo de medidas la utilización de medios físicos para desinfección y esterilización, como son el calor, las radiaciones ultravioleta y las radiaciones ionizantes.

• Barrera química : desinfectantes como hipoclorito sódico , formaldehído , glutaraldehído , povidona yodada , así como biocidas en la limpieza del conductos del aire.
• Barreras biológicas: vacunas, inmunoglobulinas y quimio profilaxis.

Otro aspecto importante es inculcar a los trabajadores la necesidad de notificar a Medicina Preventiva, al Servicio de Prevención o, en su defecto, al responsable inmediato, todos y cada uno de los accidentes que se produzcan, así como conseguir que estos Servicios encargados de la actividad preventiva, se encuentren operativos las 24 horas del día, ya que el accidente biológico puede precisar de tratamiento inmediato y puede ocurrir en cualquier momento.

Otro pilar fundamental donde se asienta la consecución de unos adecuados niveles de seguridad y salud en lo que a la exposición a agentes biológicos se refiere, lo constituye el cumplimiento de las Precauciones Universales o estándar y de las recomendaciones específicas por áreas o unidades; es fundamental la elaboración y adecuada difusión de protocolos preventivos y la actuación ante situaciones específicas.

6. Identificación y evaluación de los riesgos:

Los principios de bioseguridad se basan en la aplicación sucesiva de las medidas siguientes:

• Determinación de los peligros.

• Evaluación de los riesgos si se pone al descubierto un peligro y cálculo del efecto combinado de las consecuencias y la probabilidad del que el peligro se concrete.

• Gestión del riesgo, cuando indiquen los resultados de la evaluación, mediante la aplicación de estrategias adecuadas de control, incluido el diseño de procedimientos para reducir al mínimo los riesgos y sus consecuencias.

La identificación y evaluación del riesgo por exposición a agentes biológicos conlleva una serie de estudios y actuaciones que se pueden agrupar en dos etapas sucesivas:

• Identificación teórica de los riesgos, lo que supone la recogida general de información científica

• Evaluación de los puestos de trabajo con riesgo y de los trabajadores expuestos.

Dentro de la primera etapa de la identificación teórica de los riesgos, se deberían incluir los puntos que mejor permitan la identificación de al menos, los citados a continuación:

• Identificación teórica de los agentes biológicos más probables, considerando sus fuentes de exposición, reservorios, información científica y posibles estudios epidemiológicos.

• El grado de virulencia, expresado como dosis infectiva mínima (DIM) que representa la cantidad más pequeña de agente biológico necesaria para provocar una infección, facilidad de propagación, gravedad de las infecciones así como eventuales tratamientos profilácticos y curativos.

Puesto que la clasificación de los agentes no ha tenido en cuenta más que el riesgo infeccioso, y la evaluación ha de tener en cuenta el efecto global, se deben considerar también los posibles efectos inmuno-alérgicos y tóxicos de los agentes biológicos como riesgo adicional a los mismos.

• Conocimiento de los modos de transmisión: aerosoles, por contacto directo e indirecto, lesiones, vectores, huéspedes intermediarios.

• Vías de entrada: respiratoria, digestiva, a través de la piel o mucosas, por heridas, parenteral.

• Cantidad, volumen o concentración del agente en el material que se maneja.

• Datos epidemiológicos: presencia y grado de propagación del agente, frecuencia de infecciones, inmunización de la población y papel de los reservorios Conocimiento de enfermedades que puedan ser contraídas como consecuencia de la actividad laboral, así como en concreto las enfermedades detectadas en el trabajo directamente relacionados con él, o la inclusión de dichas enfermedades en la lista de Enfermedades Profesionales (RD 1995/1978 de 12 de mayo por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de Seguridad Social), como son carbunco, tétanos, leptospirosis, brucelosis, tularemia, tuberculosis bovina, anquilostomiasis y anguilulosis y paludismo.

• Resistencia del agente biológico, supervivencia en las condiciones ambientales

de trabajo (radiación ultravioleta, desecación,...).

• Posibilidad de presentación de cepas multirresistentes.

• Posibilidad de desinfección

La segunda etapa sería la evaluación del puesto de trabajo y del trabajador expuesto. Esto implica un estudio preciso de dicho puesto que incluiría:

• Descripción del puesto de trabajo.

• Probabilidad de diseminación del material infectado tanto en el proceso habitual, como si ocurre un accidente.

• Vías de penetración: a través de heridas, contacto por proyección de líquidos contaminados, inhalación de aerosoles.

• Frecuencia de la exposición.

• Factores relativos a la organización y procedimientos de trabajo.

• Conocimiento de los posibles riesgos por parte del trabajador, según su formación inicial y la recibida sobre su puesto de trabajo.

• Posibilidad de establecimiento de medidas preventivas, así como del seguimiento de su aplicación.

• Posibilidad de evaluación de los niveles de exposición, en aquellos casos en que sea posible la medida o identificación del agente biológico en el puesto de trabajo.

Cuando la exposición resulta de actividades en las que los microorganismos pueden estar presentes de forma incidental, la evaluación de riesgos será más compleja ya que algunos de los puntos contemplados anteriormente quedarán bajo la forma de probabilidades.

Esta evaluación deberá repetirse periódicamente y, en cualquier caso, cada vez que se produzca un cambio en las condiciones que pueda afectar a la exposición de los trabajadores a agentes biológicos.

Asimismo, se procederá a una nueva evaluación del riesgo cuando se haya detectado en algún trabajador una infección o enfermedad que se sospeche que sea consecuencia de una exposición a agentes biológicos en el trabajo. La evaluación se efectuará teniendo en cuenta toda la información disponible, y en particular: a.

La naturaleza de los agentes biológicos a los que estén o puedan estar expuestos los trabajadores. Cada agente biológico que pueda dar lugar a una exposición relacionada con una actividad laboral debe estar necesariamente incluido en un grupo de riesgo. b. Las recomendaciones de las autoridades sanitarias sobre la conveniencia de controlar el agente biológico a fin de proteger la salud de los trabajadores que estén o puedan estar expuestos a dicho agente en razón de su trabajo. c. La información sobre las enfermedades susceptibles de ser contraídas por los trabajadores como resultado de su actividad profesional. d. Los efectos potenciales, tanto alérgicos como tóxicos, que puedan derivarse de la actividad profesional de los trabajadores. e. El conocimiento de una enfermedad que se haya detectado en un trabajador y que esté directamente ligada a su trabajo. f. El riesgo adicional para aquellos trabajadores especialmente sensibles en función de sus características personales o estado biológico conocido, debido a circunstancias tales como patologías previas, medicación, trastornos inmunitarios, embarazo o lactancia. Se considerará el riesgo adicional de trabajadores especialmente sensibles, como serían las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia. Deberán tenerse en cuenta todas aquellas condiciones que puedan predisponer al trabajador a padecer una enfermedad infecciosa, como por ejemplo:

• Inmunocomprometidos: neoplasias, neutropenias, terapia con esteroides o inmunosupresora.

• Algunas enfermedades de la piel.

• Enfermedades hemolíticas.

• Asplenias.

• Antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

5 Discusión-Conclusión

Los factores de riesgo laboral se encuentran en el ámbito específico del desarrollo del trabajo y pueden depender de la forma organizativa, de proceso productivo o derivarse de una compleja red de elementos que constituyen el sistema social en cual están insertas las actividades profesionales demostrando la necesidad creciente de identificación de los riesgos potenciales en el puesto de trabajo.

La transmisión de agentes patógenos por sangre y otros fluidos corporales (“agentes biológicos”) constituye uno de los principales riesgos del ámbito sani-

tario .Aunque hay más de 20 patógenos transmisibles por esta vía , los más importantes son los virus de la hepatitis B, seguido de la hepatitis C y la infección por VIH, constituyendo un serio problema de salud laboral, por lo que es de vital importancia minimizarlo estableciendo medidas de protección tanto individuales como colectivas , además de procedimientos de trabajo adecuados.

Los estudios demuestran que el sector de enfermería de entre 35 y 45 años con más de 10 años de experiencia profesional es el más afectado por contaminación biológica de los profesionales sanitarios, siendo el turno de mañana el más afectado.

El área quirúrgica es la más afectada, y en concreto la habitación del paciente.

La mayor parte de los accidentes se producen; durante la manipulación del material corto-punzante, mientras se retira el objeto corto-punzante o también puede deberse al movimiento del paciente que desplaza o golpea el dispositivo.

6 Bibliografía

(1) España. Ministerio de trabajo y asuntos sociales .Ley 664 /1997, 12 de mayo por la cual se dicta para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos .BOE,124.
(2) Clemente Mª ,Guzmán C, Martínez M, Álvarez Mª C , Sagües Mª J. Accidentes percutáneos con riesgo biológico , producidos por dispositivos de seguridad en la comunidad de Madrid. Med Segur Trab[en línea].2012 abril-junio;58(227)[82-97].
(3) Comunidad de Madrid. Prevención y control de las enfermedades transmisibles en atención primaria 2006.Madrid, Dirección general de calidad, acreditación, evaluación e inspección.

(4) M.Campins Martí. La vacunación del personal sanitario. Recomendaciones y realidades. Enfer infecc Microbiol Clin. [Internet].2006,Jul; 24(7):411-2.

(5) Cristóbal. D, Parrón. T, Carreño. F º J . Análisis de los riesgos de exposición biológica en los centros de salud. Instituto nacional de seguridad e higiene del trabajo.2003; 24:[18 -26].
(6) Díaz A., Reyes M., Reyes C., & Rojas, R. Generalidades de los riesgos biológicos .Principales medidas de contención y prevención el personal de salud. [en línea]2006.
(7) Junta de Castilla y León, Acción en salud laboral, Comisiones obreras de Castilla y León. Guía sobre exposición laboral a Riesgos Biológicos. Secretaria

de Salud Laboral CC.OO. Castilla y León; 2010.
(8) Collado S. Prevención de riesgos laborales: principios y marco normativo. Dirección y Administración de empresas 2008;(15):[91-177].
(9) Constans A, Espadalé RMª, Pérez N .Utilización de los equipos de protección individual frente al riesgo biológico por el personal sanitario. Med Segur Trab, [en línea] 2008 Marzo[acceso 22 abril 2013];LIVnº210:[35-45].

(10) Caetano J.A, Soares E., Braquehais AR, Rolim, K. Accidentes de trabajo con material biológico en el cotidiano de enfermería en unidad de alta complejidad. Enfer global[en línea] 2006[acceso el 14 de abril 2013];5(2):[1-12].
(11) Alterio G, Pérez H, Medina C. Nivel de conocimiento y percepción de riesgos biológicos laborales en el personal de enfermería del hospital central universitario "Dr Antonio María Pineda".Barquisimeto, Estado de Lara .2004.Bol Med de postgrado 2005; 21(4):[1-7].

Capítulo 1492

CITACIÓN DE PACIENTES ESPECIALIZADA

ROSALIA ÁLVAREZ TURRADO

1 Introducción

La solicitud de citas para primeras visitas se realiza a través de los centros de Atención Primaria, dichos centros disponen de acceso directo informático a las agendas del hospital y de los centros de especialidades.
También tienes información on-line de las pruebas realizadas a los pacientes,así como de la Historia Clínica.
Las interconsultas solicitadas en pacientes ambulatorios vistos por cualquier servicio de los centros de especialidades dependientes del hospital, se realizan a través del servicio de citaciones, que le proporcionará la cita en el mas breve tiempo posible. Asimismo, las citas sucesivas o las solicitudes de exploraciones y pruebas complementarias que el paciente requiera, se le facilitarán de la misma manera.
Excepto las solicitudes de Preoperatorio e inclusión en las lista de espera Quirúrgica que se realizarán en los mostradores de Admisión del centro que corresponda.

2 Objetivos

- Valorar las ventajas de la modernización de los programas informáticos.

3 Caso clínico

Paciente que acude por Primera vez a una Consulta en el Centro Hospitalario de Referencia.
Una vez que sale de la consulta tiene que ser citado para otro servicio en el propio Centro, acude a la secretaria del servicio del servicio a que se le remita y se procede a citar con los siguientes pasos:
1º- Desde el icono en la barra de herramientas "libro de citas" se gestiona una nueva cita al paciente.
2º- Si accedemos desde la historia del paciente, abre la pantalla del libro de citas ya con los datos del paciente (nº de Historia y comprobar los datos del paciente).
3º- Registrar los campos obligatorios.
4º_ Hacer clic en Mover, se abre la ventana atributos de cita, doble clic y se elige uno.
5º- La información se vuelca en el panel de trabajo en curso: a) La opción sugerir permite citar en los primeros huecos libres de la agenda. b) La opción programar permite citar en un día determinado.
6º- Aceptar y el paciente estaría ya citado en la agenda del Medicó que le corresponda.
7º- Avisar al paciente (Correo postal, Teléfono).

4 Discusión-Conclusión

La modernización del sistema informático ha hecho que los Hospitales dejen atrás las peticiones por papel y la posibilidad de extraviar las peticiones. Así como la agilización de las citas. A mi parecer es un avance la modernización del programa. La actualización de los programas informáticos no solo agiliza a la hora de obtener una cita de revisión y pruebas, así como de solicitar cambio o cualquier duda que pueda plantearse, si no que también disminuye las listas de espera.

5 Bibliografía

1. Reveco s;r, Gutiérrez P,H y Riedemann G, JP. Impacto de diferentes métodos de asignación de costos indirectos estructurales de hospitales públicos, en el ranking costo-efecividad de 47 intervenciones en salud/ Impact of differente overhead cos allocation methods of public hospitals on th cos-effectiveness ranking of 47 health programs. Rev Méd Chile. 2017;145(10):1276-1288.

2- Torres-Salgado, MK. Arquitectura de procesos con indicadores estratégicos en los servicios médicos de consulta externa en hospitales de alta especialidad. Gac Med Mex. 2019; 576-584

Capítulo 1493

GESTIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO. EL CIUDADANO COMO CENTRO DEL SISTEMA SANITARIO.

MARÍA JESÚS GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

En la Sanidad existen numerosos nombres para determinar a las personas que atendemos entre ellos usuarios o clientes. Son tanto los pacientes como los familiares de los pacientes.

Al igual que en otras áreas de la economía y del consumo, en sanidad la orientación al cliente, al usuario o al ciudadano es uno de los valores que ha de presidir las estrategias que se lleven a cabo desde cualquier organización. Esta visión centrada en el usuario busca la calidad en sus prestaciones y servicios, pero también lo hace corresponsable en la toma de decisiones que le afectan y en la sostenibilidad y eficiencia de los sistemas.

El usuario de la Sanidad tiene una serie de necesidades que demanda le sean cubiertas entre ellas son: respuesta, atención rápida, atención individualizada, fiabilidad, formación y conocimiento por parte del profesional, ser tratado con respeto y dignidad, confort físico, orientación, afecto, aspecto adecuado del personal, empatía… Teniendo en cuenta estas necesidades lo que se debe hacer para crear una imagen de profesionalidad frente al usuario es actuar con naturalidad,

ser sincero, mantener informado al ciudadano , tener toda la información relevante a disposición, emplear el nombre del usuario, así como identificarnos ante él.
La ley General de Sanidad explica que la información sobre el servicio sanitario debe ser clara sencilla, comprensible, completa, detallada tanto en derechos como en deberes que incluyan los tramites administrativos y acompañados de un trato agradable y tranquilizador.
Estamos ante una sociedad cada vez más compleja por lo que se plantea la necesidad de puntos de vista que involucren varios aspectos para identificar y dar respuesta a los cambios que se producen en la sociedad cada vez con mayor rapidez. Por tanto, las organizaciones sanitarias y sociales, como parte integrante de la sociedad, han de ser sensibles a dichos cambios y contar con mecanismos que permitan detectar los nuevos requerimientos que hacen los ciudadanos. Es aquí donde los servicios de atención al usuario vienen desarrollando diariamente su función.
Las últimas décadas han sido objeto de enormes avances en el campo de la información y la comunicación lo que ha propiciado que existan ciudadanos más informados que reclaman tomar decisiones con mayor nivel de participación.
Por otra parte, las líneas estratégicas básicas en atención al usuario según la definición de la Sociedad Española Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS) son:
• Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos y los aspectos éticos derivados de su aplicación.
• Accesibilidad a profesionales, centros, servicios y prestaciones.
• Información y Comunicación en todos sus aspectos.
• Opinión del usuario y su satisfacción.
• Personalización de la atención en todos los niveles organizativos y personales.
• Mejora continua de la calidad, tanto técnica como percibida.
• Formación, Investigación y Docencia en la materia.

2 Objetivos

- Concienciar al personal administrativo sobre cómo ofrecer atención de calidad al ciudadano.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de los planes de atención al usuario contenidos en las áreas de gestión Sanitaria de los diferentes hospitales del territorio español, poniendo en común los objetivos y las actuaciones que consideran más relevantes.
Se ha revisado bibliografía sobre la atención al usuario en sanidad y artículos sobre la influencia de las nuevas tecnologías de la información en los usuarios y en la relación con el entorno sanitario.
Se ha consultado la información disponible de la Sociedad Española Atención al Usuario de la Sanidad, a través de su página y de otros motores de búsqueda.

4 Resultados

El concepto de atención al usuario lleva inherente la autonomía de las personas en la toma de decisiones, para lo cual se hace necesario la individualización en la prestación de los servicios y la orientación al ciudadano en las actuaciones que se desarrollen desde cualquiera de los espacios de la organización. Para ello, es imprescindible contemplar la necesidad de participación y de implicación de los usuarios en el sistema sanitario, así como su corresponsabilidad en la sostenibilidad y eficiencia del mismo.
El Servicio de Atención al Ciudadano (SAC) es el Servicio de referencia para la realización de la práctica totalidad de los trámites relacionados la atención sanitaria que las personas precisen dentro del Área Sanitaria, tanto en la atención primaria como en la hospitalaria. Con la creación del Servicio de Atención al Ciudadano, se fija el objetivo de mejorar la información y orientación a pacientes y familiares, dando respuesta a sus necesidades y abriendo nuevas vías de comunicación que logren agilizar la resolución de sus procesos.
Dentro de un hospital el SAC realiza sus funciones a través de distintos departamentos: información de consultas externas, admisión, facturación, documentación clínica y codificación, admisión de hospitalización, información y atención al usuario (SAU).
El Servicio de Información Y Atención al Usuario(SAU), es el Servicio que desarrolla funciones de apoyo a la asistencia en el Hospital y colabora en la mejora de la calidad de servicio. Está a disposición de pacientes y familiares para orientarles en todas sus gestiones, trámites o dudas relacionadas con la asistencia sanitaria dentro o fuera del Área Sanitaria. Es el servicio al que debe dirigirse para comunicar cualquier deficiencia que observe en el Hospital y canalizar sus

Reclamaciones, Quejas, Sugerencias, Agradecimientos etc.
Desde los Servicios de Atención al Usuario se pulsan las áreas de mejora que los ciudadanos consideran necesarias para los sistemas y se realizan gestiones para los usuarios orientadas a mejorar la accesibilidad y aportar confort con el fin de dar la respuesta más satisfactoria.

En cada área sanitaria existirá un Servicio de Atención al Ciudadano, que dependerá directamente de la Gerencia del Área. Su ámbito fundamental de actuación será informar y orientar al ciudadano, con el objetivo de comprender, responder y anticiparse a las expectativas del mismo, adaptando la actividad para la mejor satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de mejoras que aporten valor y persigan la garantía de eficacia y de servicio público.
El Servicio de Atención al Ciudadano desarrollará las funciones siguientes: a) Atención al usuario. b) Admisión y gestión de la documentación clínica. c) Facturación a terceros obligados al pago. d) Información. e) Actividad administrativa en los centros de salud. f) Orientación del trabajo social.

Todos los hospitales tendrían que disponer de un Plan de Atención al Usuario:
EL Plan de Atención al Usuario debería de constituir un instrumento útil a la organización sanitaria y permitir contribuir a mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los ciudadanos. Además, debería definir la misión de los servicios de atención al usuario y plantear una visión de dichos servicios como referentes, tanto para la organización como para los ciudadanos, en la provisión de información fiable y en la transmisión de la opinión, necesidades y expectativas de los usuarios través de la comunicación y la gestión.
Otro objetivo que debería de cumplir sería el de poner al servicio de los usuarios los recursos que ofrecen las Tecnologías de la Información y la Comunicación para facilitar la accesibilidad al sistema sanitario, que estas tecnologías aporten accesibilidad y transparencia.
Para ello, el Plan propondría estrategias de actuación referentes a: los derechos y deberes de los usuarios; la información, sistemas de información y tecnologías de la información y la comunicación; accesibilidad; participación; organización y funcionamiento de los servicios y unidades de atención al usuario.
Este Plan invita a todos a trabajar para lograr mejoras encaminadas a cumplir la misión de la atención al usuario y aportar su trabajo para que la organización consiga sus objetivos y metas.
De este reto participarían, además de los ciudadanos, los profesionales que trabajan en atención al usuario, los profesionales de los sistemas sanitario y social

y los gestores. Para ellos, los datos cualitativos y cuantitativos recogidos desde son de gran utilidad ya que representan la percepción que tienen los ciudadanos del sistema y las necesidades expresadas y sentidas por los usuarios.

5 Discusión-Conclusión

Desde los inicios de su creación, los servicios de atención al paciente de los hospitales y ambulatorios, han evolucionado permitiendo su consolidación. Hoy es un hecho innegable que se han llenado de contenido y de nuevos conceptos determinados por la propia evolución de la sociedad y, en consecuencia, de la organización. Estos servicios y unidades han permitido disponer de puntos de atención al usuario para recoger y gestionar las necesidades del ciudadano.

La organización sanitaria o social carecería de sentido si sus objetivos no se orientaran a dar respuesta a las necesidades que en cada momento tienen los ciudadanos, con los máximos niveles de calidad, seguridad y eficiencia posibles. La perspectiva de atención al usuario ha de estar presente en los niveles de planificación y de gestión de los Sistemas Sanitarios.

Además de seguir trabajando para la continuidad de los servicios prestados en cuanto a información, comunicando y coordinando las unidades y servicios de atención al usuario, se ve la necesidad de desarrollar y adecuar el actual sistema organizativo de los servicios de atención al usuario en el sistema sanitario y avanzar a un modelo de sector.

La principal misión del empleado será identificar las principales pautas del comportamiento del usuario, sus motivaciones y necesidades y adaptar su comportamiento para atenderle de la forma más satisfactoria.

Desde el Servicio de Atención al Usuario hay que tratar de buscar la máxima eficiencia, si no podemos dar una respuesta, es preciso remitir al ciudadano a la persona que sí puede. Hay que hacer esta remisión correctamente, cerciorándonos de quién puede contestarle, en qué unidad se encuentra, cuál es su dirección, horario…Debemos evitar a toda costa el enviar a la gente al sitio incorrecto y que vaya pasando de oficina en oficina o de teléfono en teléfono sin obtener la solución a su problema.

El cliente de la sanidad puede presentar su descontento mediante quejas o reclamaciones ante lo cual el profesional debe de tratar con objetividad la reclamación. El usuario satisfecho es aquel que encuentra el servicio que necesita y ha sido atendido de la forma que esperaba. Es muy importante proporcionar una buena atención tanto a los pacientes como a los familiares solucionando todas sus quejas y objeciones a fin de evitar su insatisfacción.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986 ley General de Sanidad.
- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 1/1992, de 2 de julio, del servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Sociedad Española de Atención al Usuario de Sanidad (SEAUS) www.seaus.net-www.hca.es
- Zaldívar Laguía, Isabel. Claves para la gestión de la atención al usuario en los servicios de salud, de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Revista Tessela ISSN 1887-2255.

Capítulo 1494

HISTORIA CLINICA Y SU IMPORTANCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA TODO EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.

MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

HÉCTOR FERNÁNDEZ REA

SONIA BARREIRO SUÁREZ

1 Introducción

La historia clinica de un paciente, su historial médico o su historial clínico, son distintas formasI de referirse al "conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial" (art, 3 Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de informacón y documentación clínica (BOE n. 274 de 15 de nov de 2002)).

2 Objetivos

Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos

asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada. La historia clínica engloba todos los procesos asistenciales sanitarios en la vida del paciente.
Este concepto de historia clínica se gestiona en España a nivel de las Comunidades Autónomas, que tienen transferidas las competencias de salud por la administración central y que trabajan por el reconocimiento mutuo esté el paciente donde esté, y es bastante similar al concepto de historia social única electrónica en los servicios sociales.

La historia clinica tiene como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud de una persona o paciente.

La historia clinica comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro .

La historia clinica incorpora la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, la cual deberá estar ordenada de forma secuencial, y como mínimo :
- La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- La autorización de ingreso.
- El informe de urgencia.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas
- La hoja de la interconsulta.
- Los informes de exploraciones complementarias.
- El consentimiento informado.
- El informe de anestesia.
- El informe de quirófano o de registro del parto.
- El informe de anatomía patológica
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.
- El informe clinico de alta.

La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la

asistencia directa al paciente, será responsabiidad de los profesionales que intervengan en ella.
La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración en cada institución asistencial como mínimo para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada Los ciudadanos se desplazan fuera de su Comunidad Autónoma de origen y cuando requieren asistencia sanitaria se hace preciso que sus datos de salud estén accesibles para los profesionales que deben atenderlos.

3 Metodología

Se ha hecho revisión bibliográfica en la que se han consultado; el Decreto 51/2019, de 21 de junio, por el que se regulan la historia clinica. B.O.E. Núm. 130 de 8-VII-2019. La historia clínica digital del SNS.Instituto de Información Sanitaria (SNS). La Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. La Ley 14/1986 de 25 de abril,General de Sanidad. B.O.E. Núm. 102 de 29 de abril de 1986.

4 Resultados

Tanto la Ley 14/1986 General de Sanidad en sus artículos 3.2. 3.3 y 40.16 cómo la -Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS en su artículo 23 invocan el derecho de los ciudadanos a recibir una atención sanitaria de calidad en condiciones de igualdad efectiva. Para que éste mandato pueda ser cumplido se requiere que la información esencial pueda estar disponible.
En la Ley General de Sanidad(14/1986 de 25 de abril), señala que el paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso (en una historia clinica)así como a recibir un informe de Alta al finalizar su estancia hospitalaria y al informe de consulta externa.
Soporte fìsico: puede ser en papel o electrónico.
Una serie de formularios que se ordenan en una carpeta, puede ser individual o familiar.Contiene una anamnesis que es la información surgida de la entrevista clinica proporcionada por el propio paciente (o familiares en el caso de menores de edad o en alteraciones de la conciencia del propio paciente), exploración física, exploraciones complementarias, diagnósticos presuntivos, juicios de valor que el propio médico extrae o de documentos que él elabora para fundamentar un

diagnóstico, prescribir el tratamiento y finalmente dejar constancia del curso de la enfermedad y tratamiento instaurado.
La denominada historia clinica electrónica almacenada en ordenadores mediante la utilización de programas informáticos.
La Historia Clinica Digital garantiza al ciudadano el acceso por vía telemática a los datos de salud, propios o de sus representados que se encuentren disponibles en formato digital en alguno de los Servicios de Salud que se integran en el Sistema Nacional de Salud siempre que cumplan los mìnimos requisitos de seguridad establecidos para proteger sus propios datos contra la intrusión ilegítima de quiene no hayan sido facultados para acceder.

La arquitectura del sistema se apoya en el Nodo Central de Intercambio del Ministerio de Sanidad y Política Social y en los estándares tecnológicos, definidos por un grupo de trabajo con representación de todas las Comunidades Autónomas, en el marco del proyecto HCDSNS.
Instituto de Información Sanitaria, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Se conocen al menos tres distintos procedimientos de archivado: correlativo(por números correlativos empezando desde el uno), por dígito terminal(por ejemplo a partir de la fecha de) del paciente y por valor posicional dinámico asistido por ordenador.
Los dos primeros corresponden a diseños realizados en la era predigitalización y se caracterizan por ocupar grandes espacios y generar mucho trabajo para su rearchivado. De todos modos sonlos más difundidos en éste momento. Ambos implican la existencia de Ubicación Univoca (un lugar para cada carpeta y cada carpeta en su lugar) en perfecto ordenamiento.

La Historia Clinica se identifica con un número único por cada paciente y debe ser almacenada de forma centraizada en un único lugar.
El Real Decreto 63/1995(BOE 10-2-95)El paciente tiene derecho a la comunicación o entrega a petición del interesado de un ejemplar de su historia clinica o de determinados datos contenidos en la misma sin perjuicio dela obligación de su conservación en el centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El Sistema Público debe preservar y garantizar la confidencialidad de los datos contenidos en la Historia Clínica "El paciente tiene derecho a la confidencialidad

de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas o privadas que colaboren con el sistema público".

El acceso a la historia clínica sin autorización, en perjuicio de un tercero, está tipificado como delito grave y está castigado con penas de prisión. gualmente el profesional que revele o divulgue datos de la historia clinica será castigado con las mismas penas. Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre).

La Historia Clinica debe ser un reflejo veraz del curso de la enfermedad. Los datos incluidos entre sus documentos no pueden ser alterados, falseados ni simulados, lo cual constituiría un delito de falsedad documental que está penado por el mismo Cuerpo Legal.
La aprobación del Reglamento (UE) 2016/679del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/ 46 CE (Reglamento general de protección de datos) y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, suponen la necesidad de revisar los procedimientos de acceso a la historia clínica para garantizar una especial cautela en el tratamiento de los datos de salud, al tratarse de categorias especiales de datos.

Por su parte, la Ley del Principado de Asturias 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias en su artículo 49, recogía los derechos de los ciudadanos y en su apartado 11 declaraba que éstos tienen derecho a que quede constancia, por escrito o en soporte adecuado, de todo su proceso asistencial.

6 Bibliografía

- DECRETO 51/2019, de 21 de junio, por el que se regulan la historia clínica y otra documentación clínica. B.O.E. NÚM.130 DE 8-VII-2019.
- LA HISTORIA CLINICA DIGITAL DEL SNS. INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA (SNS)
- LEY 41/2002 DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.
- LEY 14/ 1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD. B.O.E. NÚM 102 DE 29 DE ABRIL DE 1986.

Capítulo 1495

HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

1 Introducción

En el año 2008, el ministerio de sanidad de España junto a las comunidades autónomas, creo el programa de higiene de manos en el sistema Nacional de salud con el objetivo de evitar y prevenir la propagación de enfermedades así como microorganismos mediante una transmisión cruzada.
Es importante que esta medida se emplee de una forma correcta ya que es la prevención más efectiva y barata aconsejado para el personal sanitario y sanitario.

2 Objetivos

Definir y dar a conocer el funcionamiento de esta técnica mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

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

4 Resultados

La higiene de manos consiste en una técnica muy sencilla, siendo el jabón y el agua los principales protagonistas del programa.
El agua preferiblemente estará a una temperatura templada más bien fría , evitando el agua caliente ya que beneficia a la reproducción y resistencia de los gérmenes.
En el ámbito hospitalario existen tres formas de lavado de manos más importantes :
Lavado de manos doméstico: se realizará lavado de manos con agua y jabón de celadores y personal sanitario así como pacientes familias acompañantes consiste en un lavado de manos común.
Lavado de manos clínico: es el lavado de manos que se realizará antes y después del contacto con un paciente. Es importante después de lavado con la colocación de guantes desechables que solo se utilizara con un único paciente después se desecharán.
Lavado de manos quirúrgico: es el lavado de manos más complejo que debe realizarse de la misma manera tanto celadores como el personal sanitario de quirófano. Debe de ser minucioso ya que vamos a entrar en contacto con una zona material, instrumental ,estéril previo a una intervención.
Dicho lavado de manos se realizará antes de entrar a la unidad de quirófanos y posteriormente en el antequirófano. Este lavado no solo comprende las manos sino que hay que lavar hasta la altura del codo para colocar posteriormente guantes.
Técnica de lavado de manos qué se debe emplear en el trabajo del celador o personal sanitario.
1. se mojaran ambas manos con abundante agua tibia o fría.
2. se deben de enjabonar con el jabón ambas manos.
3. comenzaremos por las palmas de las manos, enjabonandolas.

4. intercalar los dedos para frotar entre los espacios interdigitales. No olvidarnos de la zona distal y proximal de los dedos especialmente zona de uñas.
5. frotar las caras externas de las manos.
6. Añadir al enjabonado también las muñecas.
7. aclarar con abundante agua
8. Utilizar papel desechable,para el sacado.
Este método es recomendable realizarlo antes y después del contacto con el paciente,así mismo se empleará a la hora que necesitemos ir al baño.

5 Discusión-Conclusión

Es importante recalcar, que el uso de guantes nunca debe reemplazar por el lavado de manos.
Con el programa de higiene de manos el objetivo primordial es la disminución de la contaminación y prevención con el fin de la propagación de enfermedades.
En el ambiente hospitalario está medida es importante que la emplee tanto los celadores cómo personal no sanitario cómo el personal sanitario así he recomendado que también practique este programa pacientes acompañantes y familiares de estos.
Gracias a una correcta higiene de manos se realiza la prevención de muchas de las infecciones en el ambiente hospitalario.
Es recomendable no solo realizarlo en el ámbito hospitalario sino también fuera de el a todas las personas de cualquier edad y sexo.
El celador como el resto de trabajadores del hospital dará información sobre la higiene de manos cómo medida preventiva de propagación de enfermedades.

6 Bibliografía

- Programa de higiene de manos del SNS (Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social de España)
- Programa del World Health Organization (Patient safety según la OMS)
- Google académico

Capítulo 1496

EL CELADOR Y LOS MEDIOS MECÁNICOS PARA LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES

MARÍA CARMEN MONTOTO LLERA

1 Introducción

El correcto desempeño de un puesto de trabajo, entendido en términos de su contribución efectiva a los resultados de la organización, implica el conocimiento y el dominio de las competencias que le son propias.

El personal celador debe conocer los medios mecánicos de movilización del enfermo dependiente es un elemento auxiliar que dispone este profesional para desarrollar su labor con la mayor seguridad y menor riesgo.

2 Objetivos

Aprender a movilizar mediante medios mecánicos a los pacientes que requieren ayuda total con menor esfuerzo para el personal celador.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las más importantes bases de datos científicas y en buscadores especializados como Google Scholar, Dialnet.

Hemos utilizado para nuestra búsqueda los términos: “celador”, “movilización”, “hospital”, “traslado” y “medios mecánicos”, “grúas”, “arnés”, “transfer”.

Se han empleado como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

Los principales medios mecánicos con los que cuenta el celador para la movilización de pacientes son los siguientes:

LAS GRÚAS

Las grúas están equipadas con un arnés que nos ayuda en el movimiento del paciente.

Hay algunos modelos que incorporan un sistema de camillas de cintas para levantar horizontalmente al paciente y realizarle el aseo y/o curas.

Se emplea en las unidades de hospitalización para la movilización de pacientes impedidos o demasiado pesados, garantizando así mayor seguridad y menor riesgo de lesiones para el paciente y para el personal de enfermería y celador.

Podemos encontrar tres tipos de grúas:

- Mecánica

- Hidráulica

- Eléctrica

Primero debemos colocar el arnés al paciente, para después proceder a enganchar el mismo a la grúa para movilizar al paciente a la posición deseada.

Colocación del arnés al paciente.

Se colocará en función de las instrucciones del fabricante.

Desde la posición de Decúbito lateral: colocar al enfermo en Decúbito Lateral, pasar el arnés por debajo de la entremetida, moverlo hacia Decúbito lateral contrario, estirar el arnés y la entremetida para finalizar en decúbito supino.
Colocación del arnés en la grúa

Una vez colocado el arnés al enfermo por uno u otro método, acercar la grúa a la cama o silla desde donde se desee movilizarlo, colocando las bandas en los

enganches correspondientes según cada modelo de grúa. Enganchando en primer lugar la zona del tronco o cuerpo y posteriormente los enganches de las piernas.

Elevar con suavidad, hasta una altura de separación entre la cama y el enfermo, abrir las patas de la grúa para aumentar el radio de estabilidad de la misma y procurar mayor seguridad en el traslado; transportar al enfermo, hasta el sillón, bañera, etc., o viceversa; situar encima del sillón y descender, de tal forma que quede bien sentado ayudándonos para ello con las agarraderas del arnés.

ARNÉS

Dispositivo de elevación del paciente con poca movilidad.

Se utiliza para mover al paciente de la cama a la silla.

Se coloca debajo del paciente. Según el tipo del arnés y siguiendo las instrucciones del fabricante se cruzará o no por debajo de las piernas.

Normas generales:

- Revisar antes de cada uso.

- No utilizar si está deshilachado.

- Uso individual, tras el alta del paciente enviar a la lavandería.

- Las correas nunca deberán estar retorcidas durante el soporte del peso.

- Evitar el contacto del paciente, directamente con el arnés, mediante una sábana travesera, se le puede añadir un empapador, si vemos que nos lo puede manchar.

Ubicación:

- Planta de hospitalización.

- Almacén.

- Otras dependencias que en cada Organización se determine.

Existen diferentes tallas según el peso del paciente y tipos según la patología

TRANSFERS

Los transfers, han supuesto una ayuda importante para el movimiento de pa-

cientes, evitando movimientos dolorosos para ellos y esfuerzos físicos para el personal, ya que la capacidad de carga es muy elevada y su utilización muy simple.
Sirve para deslizar de un plano a otro al paciente.

- Transfers fijos: El transfer fijo, es en realidad un rolón eléctrico, con desplazamientos horizontales y verticales
Funciona introduciendo una plancha forrada con un material antideslizante, por debajo del paciente y girando sobre sí misma (cinta sin fin) transporta al paciente desde la cama al tablero quirúrgico o viceversa (generalmente en quirófanos).

La utilización de éstos es sencilla, una persona maneja el mando del transfer, y otra sitúa la cama del paciente paralela al mismo, haciéndola coincidir con los sensores que contiene la mesa del transfer, para su reconocimientos y una tercera coloca la mesa de quirófano.

Una vez realizada esta operación, comenzamos los movimientos indicados en los mandos, tienen señaladas todas las posiciones para su manejo, una pequeña pantalla nos indica los movimientos que se están realizando y con el mínimo esfuerzo (levantar al enfermo un poco lateralmente para introducir la plancha) trasportamos al paciente. No permitiéndonos ningún movimiento, si detecta fallos en el posicionamiento de la cama o mesa de operaciones, evitando así errores en el traslado.

El problema más significativo suele ser el tamaño de las camas, todas las camas que se utilicen tienen que tener las mismas dimensiones, para que los sensores reconozcan si la cama está bien posicionada.

- La Rampa o Chapa.

En caso de ser a distintos niveles, nos dispondremos una persona a cada lado de los dos planos para mantener la horizontalidad en el desplazamiento del paciente.

- Rolón/Rollbord

Es un elemento que consiste en una chapa, recubierta de una tela, que hace las veces de cinta sin fin.

Se ponen los dos planos paralelos, quedando la chapa en medio y tapando el hueco entre ambos planos.

Se ladea un poco al paciente apoyándolo en el borde del rolón.

Nos colocaremos uno a cada lado de los planos, y simultáneamente deslizaremos al paciente hacia el plano vacío.

En el desplazamiento deberemos mantener el eje cabeza-pies recto.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos de movilización de pacientes, el celador debe tener en cuenta en primer lugar la seguridad, tanto para el paciente como para el mismo. Los medios mecánicos ayudan al celador en la correcta movilización de los enfermos.

6 Bibliografía

- Álvarez Infante J I, Castaño Azkargorta Y, Díaz Gallardo A, González Fernández V, López Martínez F. Manual para el personal celador de Osakidetza. Gasteiz: Osakidetza; 2011

- Ayala Martínez E. Prevención de riesgos laborales en la movilización de enfermos [Trabajo fin de Master]. Alicante: Universidad Miguel Hernández; 2016

- Nieto Morales C, Nieto Cabrera L, Jiménez Peña M M. Los efectos del trabajo en el personal sanitario. Dykinson, S.L.; 2015

Capítulo 1497

EL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

1 Introducción

En cada zona básica de salud existe un ambulatorio. El centro de salud tiene las funciones de prevención curación y rehabilitación de la salud de las personas. En este tipo de instituciones sanitarias la figura del celador es menor que en el centro hospitalario ,puesto que solo abra un celador por turno. El centro de salud suele constar de la zona de pediatría ,consultas para los adultos así como consulta dentista, matrona…

2 Objetivos

Exponer las principales funciones del celador en Atención Primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador será de gran ayuda en el centro de salud apoyando el trabajo del personal sanitario.

Trasladará enfermos que lo requieran así cómo comunicaciones verbales o documentos (ejemplo llevará a las consultas las historias clínicas que sean demandadas así como las guardará al final del día de trabajo o cuando ya no sean necesarias para el personal sanitario).

Facilitará la información necesaria a las personas que acudan al centro sobre el lugar donde están las consultas demandadas así como el uso del ascensor o demás estancias del centro de salud.

Realizará otras acciones que sean requeridas por el personal sanitario.

Dará la información que necesitan las personas que acuden al centro a la excepción que nunca se deberá dar ni revelar información diagnósticos de ningún paciente esto está reforzado con la nueva ley de protección de datos.El celador repondrá los materiales que sean requeridos en las consultas por el personal sanitario siempre se cogerán los pesos con la mejor ergonomía posible , evitando las posibles lesiones.repartir a las historias clínicas que sean pedidas por el personal sanitario en este caso médicos o enfermeras al final del turno la recogerá de cada consulta para archivarlas y guardarlas. Rara vez es la que el celador en un centro de salud tiene que realizar un aseo aunque hay que tenerlo en cuenta por si sucediera será de ayuda al TCAE(técnico en cuidados auxiliares de enfermería).

Ayudará al personal sanitario a la movilización de un paciente siempre que sea requerido. el celador realizará los traslados dentro del centro de salud a los pacientes que no puedan moverse por sí mismos, generalmente se realizarán en sillas de ruedas. Ayudarán al personal sanitario siempre que sean requeridos. Realizará el traslado de aparatos o instrumentos.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de las funciones a realizar permitirá un mejor desarrollo de la asistencia sanitaria, consiguiendo como resultados una mejor atención global.

6 Bibliografía

- Curso comunicación y trato al usuario imagen del hospital. (Hospital general de especialidades ciudad de Jaén del 9 al 18 de diciembre de 1997 Jaén)
- El celador en distintos ámbitos sanitarios (celador en trato a paciente y familia)
- Libro el celador marco legal y funcionalidad

Capítulo 1498

COMUNICACIÓN NO VERBAL.

M. DEL CARMEN CASTRO ALVAREZ

1 Introducción

La Comunicación según Martin Serrano (VV.AA., 1982) es la "capacidad que poseen algunos seres vivos de relacionarse con otros seres vivos intercambiando información" En el ámbito sanitario hay una continua interacción entre el paciente y los profesionales sanitarios, al igual que entre el equipo de profesionales entre sí.

Este proceso de dar y recibir información es continuo. Es imposible no comunicarse, incluso cuando no se habla, se está transmitiendo información.

La primera condición para comunicarnos con el paciente y también entre nosotros, los profesionales del ámbito sanitario, es saber escuchar. Debemos primero observar y luego consecuentemente actuar. Esto pone de manifiesto la importancia que tiene la comunicación no verbal a la hora de recabar información y poder ayudar al paciente.

Según los expertos más del 60% de nuestra comunicación es no verbal. Albert Mehrabian afirma que en situaciones en las que lo prioritario son las emociones, la comunicación no verbal alcanza al 93% del mensaje. En el entorno sanitario y hospitalario donde el aspecto emocional está continuamente presente, cobra especial relevancia todo lo referido al lenguaje no verbal como fuente de información, así como la puesta en práctica de una serie de habilidades enmarcadas en lo que se ha denominado inteligencia emocional: empatía, asertividad, escucha activa, etc.

2 Objetivos

- Definir los beneficios del uso de las habilidades de inteligencia emocional.
- Identificar los aspectos de la comunicación no verbal como transmisores de información.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en internet con bases de datos como: Google Académico, Biblioteca virtual Scielo.org, Dialnet y PubMed.
Se han empleado para ello los descriptores: interacción, inteligencia emocional, empatía, comunicación,
Como criterios de inclusión se han usado textos en inglés y castellano y como criterios de exclusión aquellos textos que no son accesibles por no ser gratuitos.

4 Resultados

-Cuando hablamos de inteligencia emocional, nos estamos refiriendo a la puesta en práctica de habilidades como la escucha activa, la empatía, asertividad, etc.,
La escucha activa hace referencia a la habilidad de "escuchar" los sentimientos, ideas, preocupaciones que están en el fondo de lo que la persona expresa con sus palabras. En la escucha activa, la empatía, es fundamental. El profesional sanitario debe intentar ponerse en el lugar de la otra persona, sin juzgarle y a la vez transmitiéndole que le entiende. El paciente cuando lo percibe se siente más comprendido, seguro y colaboradora la hora de comunicarnos sus inquietudes. Esto repercute favorablemente en la relación terapéutica y en el seguimiento del tratamiento. Un elevado nivel de empatía favorece tanto al enfermo y sus familiares como a los profesionales que ven su trabajo recompensado. Esto hace que todos participen de lo que se llama comunicación asertiva, donde podemos expresar lo que sentimos, de una forma respetuosa con la de los demás, aunque no compartamos sus puntos de vista.

-El paciente enfermo no siempre es capaz de expresar claramente lo que le pasa. Por eso debemos atender a todas las señales que nos manda, verbales y no verbales porque ello va a suponer una excelente fuente de información. Entre los componentes no verbales de la comunicación hay que tener en cuenta la expresión facial, mirada, movimientos posturales y gestuales, entre otros, que hacen

referencia a sentimientos como afectividad, miedo, ansiedad, dolor, etc. La mirada y la expresión facial por ejemplo proporcionan una gran cantidad de información. La expresión facial nos revela rasgos no solo de las emociones: alegría, tristeza, sorpresa, etc., sino también de las disposiciones o actitudes: colaboración, aceptación, rechazo, desacuerdo, etc.
Las vacilaciones, repeticiones, silencios, hablar muy rápido o muy despacio son componentes de la comunicación para-verbal y también nos pueden trasmitir información acerca de las actitudes o disposiciones del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En el proceso de interacción con el paciente, el celador, al igual que el resto de los profesionales que le atienden debe utilizar el repertorio de habilidades comunicativas que favorezcan su bienestar. El lenguaje no verbal es una fuente inagotable de información. Transmite nuestros sentimientos, aunque intentemos muchas veces esconderlos. Hay que estar atento a todas las señales que el paciente proporciona: verbales, no verbales, lenguaje corporal, etc., con habilidades como la escucha activa, empatía, asertividad, para favorecer el entendimiento y crear un clima de confianza para el paciente Podemos concluir entonces que todas las acciones que favorezcan una buena comunicación a nivel sanitario, repercutirán positivamente en la satisfacción del paciente, en el cumplimiento de las indicaciones médicas y en el desarrollo de iniciativas que mejoren la calidad de vida de las personas y del sistema sanitario en general.

6 Bibliografía

-www.comsegovia.com
› paf › cursos › Modulo 1.
-Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería, Carlos J. Vander Hofstadt Román Doctor en Psicología. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Hospital Vega Baja.
-Comunicación Paciente-Profesionales Sanitarios www.msdsalud.es
› recursos-salud › guías-para-pacientes › comunica.
-Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente J A. Flórez Lozano P C. Martínez Suárez C. Valdés Sánchez Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo www.elsevier.es
› es-revista-medicina-integral-63-articulo-analisis-comu.

Capítulo 1499

EL CELADOR EN EL TRASLADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

1 Introducción

El celador es el responsable del traslado de los pacientes dentro del hospital. Estos suelen realizarse para llevar a pacientes a realizar pruebas diagnósticas (TAC, ecografías…), así como traslado a quirófano, o simplemente el traslado por un alta hospitalaria. Según el estado en el que se encuentre el paciente se realizará el traslado en silla de ruedas cama camilla o si la distancia y el paciente pudiese a pie siempre acompañado del celador.
El celador deberá ser informado por el personal sanitario sobre la hora, lugar y tipo de prueba o consulta donde se debe trasladar al paciente.
A la hora de realizar el traslado, el celador ha de tener en cuenta si el paciente se encuentra aislado, pidiendo información al personal sanitario y poniendo todas las medidas de prevención oportunas dependiendo del tipo de aislamiento. El traslado de estos pacientes aislados debe realizarse con la máxima seguridad para evitar la propagación de los gérmenes causantes del aislamiento por el resto del hospital.

Se utilizará para el traslado de pacientes, ascensores de personal sanitario evitando los ascensores públicos, lo mismo ocurrirá con los pasillos siendo los pasillos interiores los utilizados para el traslado.
En muchas ocasiones durante el traslado del paciente el celador debe de llevar algún tipo de documento del paciente siendo el responsable de la custodia le he dicho documento puesto que en el hay datos de carácter personal del enfermo.
Las movilizaciones se deben realizar de forma correcta, cuando se trata de traslados hospitalarios se utilizan las sillas de ruedas, camillas, camas, o a pie si el paciente lo permite y si la distancia es corta siempre será acompañado del celador.
Es importante llamar o informarse previamente si la unidad dispone de sillas de ruedas, si no las tuviera disponibles habrá que llevar una en caso de que el traslado se realizará en esta.
El celador debe de ser prudente en cuanto a la custodia del paciente ya que quedará bajo su responsabilidad durante el traslado. Si el paciente estuviese nervioso durante el traslado el celador utilizara la empatía y tranquilizara lo más posible para que el nivel de estrés del paciente disminuya o desaparezca.
Si el paciente colabora y está físicamente correcto para el traslado en silla de ruedas, siempre y cuando sea decidido y aprobado por el personal sanitario se realizará en silla de ruedas. Si el paciente se encontraba acostado en la cama se le explicara lo que se le va a hacer y a dónde se le va a llevar (por norma general el paciente suele estar avisado previamente por el personal de enfermería).
En caso que el paciente necesitase bala de oxígeno previamente es necesario proveerse de una silla que lleve la aplicación correcta para incorporar la bala de oxígeno en la silla. En este caso será el personal de enfermería el que colocará las gafas nasales y los litros adecuados al tratamiento del paciente, pero es el celador el que tiene que indicar cuando llegue al destino los litros de oxígeno necesarios para el paciente. Otro caso que nos podemos encontrar es que el paciente tenga suero por ello debemos llevar una silla de ruedas que contengan palo de gotero incorporado en ella. Generalmente los traslados en silla de ruedas los suele realizar un solo celador.
Para el traslado de paciente en su propia cama hospitalaria, se avisará al personal de enfermería. En ese tipo de traslados suele realizarlo dos celadores, uno se colocará a los pies de la cama y otro en la cabecera, al igual que el traslado en silla de ruedas ha de tenerse en cuenta si el paciente necesita oxígeno o va provisto de suero.

2 Objetivos

- Revisión del papel del celador en el traslado del paciente hospitalizado

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- Servicio de hospitalización del HUCA (Hospital Universitario central de Asturias).
- Servicio de hospitalización del HMN(Hospital Monte naranco Asturias).
- Blog celadores online.

Capítulo 1500

EL CELADOR EN HOSPITAL DE GERIATRÍA.

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

1 Introducción

La geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de las patologías de la vejez. Actúa para la prevención , diagnóstico,tratamiento y rehabilitación de las enfermedades de las personas de la tercera edad.
El celador en geriatría debe de formar un buen equipo junto al personal sanitario para dar los cuidados oportunos que necesitan este tipo de pacientes. España al ser país envejecido contamos con muchos pacientes de este tipo, por lo que es necesario reconocer el tipo de necesidades que necesitan nuestros mayores.

El celador deberá realizar las movilizaciones y traslados empleando técnicas especiales para que las movilizaciones no sean bruscas ni traumáticas para este tipo de pacientes. El celador junto a el TCAE(técnico en cuidados auxiliares de enfermería), trabajarán en equipo en movilizaciones ,aseos etc.
Para este tipo de pacientes es aconsejable dos celadores más el TCAE, ya que presentan en muchos de los casos diversas patologías. Hablamos de pacientes de avanzada edad qué en muchas ocasiones no colaboran física ni mentalmente (pueden sufrir algún tipo de demencia, Alzheimer problemas de movilidad…).

La paciencia y la empatía son primordiales en este tipo de enfermos así cuando sea posible el celador debe de tener una comunicación con el paciente positiva.

Es importante respecto a las movilizaciones que este tipo de paciente tengan en la cama la entremetida (sábana doblada a la mitad que se colocará debajo del paciente y ayudar a de forma activa en la movilización).

- El celador acostará y levantará al paciente siempre que sea indicado por el personal de enfermería y no sea contradictorio para el su patología, lo acompañara el TCAE. Para este tipo de pacientes sería conveniente el trabajo de 2 celadores más la presencia del TCAE, aunque no siempre es posible y se reduce a un celador y a un TCAE.
- Es el celador el responsable de conducir a los enfermos a rehabilitación si lo tuvieran pautado siguiendo las órdenes del personal de enfermería, ya que en rehabilitación las pautas las marcará el fisioterapeuta.
- En muchos casos el celador quedará en la sesión de rehabilitación para ayudar al fisioterapeuta dependiendo del número de personal si lo permite era también estaría presente un TCAE.
- El celador realizará los traslados del paciente para pruebas exploratorias o diagnósticas(TAC, radiología entre otras). El paciente geriátrico será trasladado en silla de ruedas cama o camilla dependiendo de las circunstancias individuales de cada enfermo.
- En cuanto al aseo cuando el paciente no es muy colaborador debido a las circunstancias personales el celador estará presente junto al TCAE, para realizar las movilizaciones oportunas para una correcta higiene.
- Los cambios posturales también correrán a cuenta del celador en caso de pacientes que no se levanten de la cama durante el día se realizarán cada 3 horas o cuando el personal de enfermería crea oportuno. Los cambios posturales nocturnos serán más generales para los todos los enfermos a no ser que tengan la movilidad y autonomía suficiente y no tengan pautados los cambios posturales, se realizarán cada 3 horas o a petición del personal de enfermería bajo las circunstancias de cada paciente. Debido a la escasa movilidad de la mayoría de este tipo de pacientes son importantes para la prevención de las UPP (úlceras por presión) que tendrá mayor probabilidad de padecer aquellos pacientes que sea escasa o nula la movilidad.

El tipo de posición a la que se debe colocar el paciente debe de estar controlado por el personal de enfermería ya que hay algunas posiciones que para cierto tipo de pacientes son contradictorias. El celador también estará presente , junto

al TCAE,durante cambio del pañal o colocación de cuña en pacientes que lo requieran.
Debido a la demanda qué pueden necesitar los pacientes geriátricos es necesario que el celador opte por las posiciones correctas de su cuerpo para evitar lesiones.

2 Objetivos

- Resaltar el papel fundamental que desempeña el celador en el servicio de geriatría.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Libro el celador ante el paciente geriátrico (formación continuada logoss)
- Libro metodología del trato actuaciones y vivencias del celador en geriatría (por Sergio Tineo Rodríguez)

Capítulo 1501

EL CELADOR EN ALMACÉN GENERAL HOSPITALARIO

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

1 Introducción

La figura del celador en el almacén está recogida en el consejo ministro 26/06/1990, qué modifica el Real Decreto ley 3/1987.
El almacén es el lugar donde se guarda la mercancía necesitada por las distintas unidades del hospital. Cada hospital posee un tipo distinto de distribución ya que está dependerá de el espacio que se haya dado para el almacén. son los celadores los que están presentes para la recepción preparación y almacenaje de la mercancía.
Las funciones del celador en el almacén son muy diversas: este es el encargado de la recepción de la mercancía y posteriormente la prepara si fuese necesario para la distribución al departamento oportuno (el celador deberá mantener un control de calidad de la mercancía a la hora de preparar los pedidos) .La finalidad del almacén, en cualquier institución de salud es tener el abastecimiento apropiado según las demandas creadas por las distintas unidades del hospital.

En cualquier hospital podremos encontrar dos tipos de almacén:

- Almacén farmacológico o de farmacia.
- Almacén general.

El celador es el encargado de la recepción del producto es importante comprobar el albarán con la mercancía recibida y el estado de la misma. En caso que la mercancía llegaste defectuosa o rota se deberá proceder a la devolución al proveedor. Los celadores son también los encargados de repartir los suministros internos a las diversas plantas y servicios hospitalarios, teniendo presentes el inventario general que estará fijado dependiendo de cada hospital.
El celador ha de ser una persona resolutiva, y en cuanto a la distribución de la mercancía lo realizará con gran rapidez.

2 Objetivos

- Revisión del papel y funciones del celador en el almacén general hospitalario.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- Blog celadores online.
- Google académico.
- Almacén general del HUCA(Hospital Universitario central de Asturias).

Capítulo 1502

RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL TRABAJO DEL CELADOR.

JAVIER SANTOVEÑA SUÁREZ

1 Introducción

En el sector sanitario se dan gran parte de los riesgos que pueden aparecer en un entorno laboral, debido a la gran variedad de ambientes en los que se desarrolla el trabajo de los profesionales. Contamos con laboratorios, lavanderías, talleres, consultas, hospitalización, quirófanos, centrales de esterilización, radiología, urgencias, cocinas, archivos, bibliotecas, calderas, almacenes, departamentos administrativos, etc.

Por lo tanto, los riesgos laborales existentes son de toda índole: biológicos, químicos, físicos, psicosociales y ergonómicos. Éstos últimos adquieren especial significación para los celadores porque recordemos que entre sus funciones están la movilización y traslado de pacientes, así como también de objetos, aparatos o mobiliario de unos servicios a otros.

2 Objetivos

- Definir el concepto de riesgos ergonómicos y sus efectos.
- Conocer los factores asociados a dichos riesgos.
- Exponer las medidas preventivas para evitarlos o disminuirlos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en enero de 2020, con búsqueda en las bases de datos de "Scielo" y "Dialnet", así como en el buscador Google académico, utilizando las palabras clave "celador", "prevención de riesgos laborales", "ergonomía" "manipulación de cargas" y "movilización de pacientes". Asimismo se han consultado textos legales y guías informativas publicadas por organismos oficiales.

Como criterios de inclusión se han empleado: centros hospitalarios de España, idioma castellano y texto gratuito; de exclusión: trabajos publicados previamente al año 2010.

4 Resultados

La Ergonomía es el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona.

Los Riesgos Ergonómicos están asociados a lesiones osteomusculares principalmente, siendo éstas las enfermedades profesionales más frecuentes y la primera causa de invalidez permanente.

Las alteraciones musculoesqueléticas incluyen un gran número de lesiones en músculos, tendones, nervios, articulaciones, ligamentos, etc. localizadas generalmente en la espalda, cuello, hombros, codos y muñecas.

Pueden producirse por un esfuerzo único suficiente (accidentes de trabajo) o por el sumatorio de varios esfuerzos con efectos acumulativos (enfermedades relacionadas con el trabajo y causa de un pequeño grupo de enfermedades profesionales).

El síntoma predominante es el dolor, la contractura muscular, la inflamación y la disminución o la incapacidad funcional de la zona afectada.

Las causas de las lesiones derivadas de los riesgos ergonómicos pueden ser variadas: adopción de posturas inadecuadas y forzadas, movimientos repetitivos, manipulación de cargas y de pacientes o trabajos con pantallas de visualización de datos en condiciones ergonómicas inadecuadas.

En el sector sanitario y sociosanitario los riesgos ergonómicos aparecen principalmente por:

• Manipulación manual de cargas: Destacando la movilización de pacientes ya que es una de las tareas más frecuentes en el ámbito sanitario.

• Higiene postural: Una correcta higiene postural es fundamental para evitar lesiones cuando se lleva a cabo cualquier actividad y aún más en el caso de la manipulación de cargas.

• Movimientos forzados: Con o sin carga, pueden provocar contracturas musculares y lesiones de articulaciones y ligamentos.

• Sedentarismo: La falta de actividad física y el sedentarismo provocan debilidad muscular y supone un factor de riesgo añadido.

• Movimientos imprevistos: Si el paciente realiza un movimiento brusco no esperado, es necesario que el trabajador o trabajadora lleve a cabo un sobreesfuerzo que, además, suele hacerse rápidamente y con posturas inadecuadas con lo que aumenta el riesgo de producirse una lesión.

• Uso de pantallas de visualización de datos: El uso cada vez más frecuente de ordenadores, el espacio reducido o la mala ubicación o colocación del equipo informático, las malas posturas, el sedentarismo de la actividad, etc., son factores de riesgo añadidos causantes de lesiones osteomusculares.

A continuación analizamos, de entre las que realizan habitualmente los celadores, las dos tareas con mayores riesgos ergonómicos, que son la manipulación de cargas y la movilización de pacientes.

MANIPULACIÓN DE CARGAS

En la manipulación de cargas interviene el esfuerzo humano, tanto de forma directa (levantamiento, colocación) como indirecta (empuje, tracción, desplazamiento). También es manipulación manual transportar o mantener la carga alzada. Incluye la sujeción con las manos y con otras partes del cuerpo, como la espalda y lanzar la carga de una persona a otra.

Los factores de riesgo en esta actividad pueden ser múltiples:

- Características de la carga (peso, tamaño, volumen, colocación, consistencia)

- Esfuerzo físico necesario (grado de esfuerzo, torsión o flexión del tronco, posi-

ción inestable del cuerpo, necesidad de modificar el agarre)

- Características del medio de trabajo (espacio libre insuficiente, suelo irregular, plano de trabajo con desnivel, punto de apoyo inestable, temperatura, humedad, ventilación o iluminación inadecuadas, exposición a vibraciones)

- Exigencias de la actividad (esfuerzos muy frecuentes o prolongados, periodo insuficiente de recuperación, grandes distancias de transporte, ritmo que el trabajador no pueda modular)

- Factores individuales de riesgo (falta de aptitud física, ropa o calzado inadecuados, formación insuficiente, existencia de patologías previas)

Hay varios métodos de evaluación de estas tareas; seguidamente exponemos el del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), de acuerdo con el cual se consideran factores de riesgo:

- Manipular cargas que superen los 3 Kg. en condiciones ergonómicas desfavorables (giro del tronco durante la manipulación, desplazamiento vertical de la carga superior a 25 cm., manipulación por encima de la cabeza, etc.).

- Manipular cargas de más de 25 Kg. (peso máximo recomendado en condiciones ideales) en cualquier tipo de condición ergonómica, disminuyendo a 15 Kg. si se trata de mujeres o trabajadores y trabajadoras jóvenes o si se quiere proteger a la mayoría de la población.

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

La movilización manual de personas puede derivar en riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores. Unos peligros a los que están expuestos de manera frecuente los profesionales del sector sanitario, y en concreto los celadores, que a diario tienen que ayudar a moverse a pacientes que carecen de autonomía funcional, ya sea para su traslado como para tareas de rehabilitación, tratamiento e higiene.

Las operaciones más habituales que requieren esta movilización son el desplazamiento hacia la cabecera de la cama, la transferencia del lecho a la silla de ruedas o a la camilla y viceversa, el traslado de la silla de ruedas al cuarto de baño y a la inversa, la rotación en la cama y/o cambio postural y el levantamiento de la posición sentada a la postura de pie.

Los pacientes no autónomos se clasifican en relación a sus capacidades motrices

y a su tipo de enfermedad en: no colaboradores, que son aquellos que no pueden utilizar las extremidades superiores ni inferiores, y que, por lo tanto, deben ser completamente levantados; y, parcialmente colaboradores, que son los que tienen una capacidad motora residual y que, consecuentemente, en las operaciones en las que se requiere moverles sólo son parcialmente elevados.

En base a todo ello se identifican varios factores de riesgo:
- Carga asistencial debida a la presencia de pacientes no autónomos. Se debe considerar el número de celadores que realizan la movilización de pacientes presentes por turno y el número de camas a atender.
- Tipo/grado de discapacidad motora de los pacientes. Se considera el número promedio de pacientes no autónomos parcialmente colaboradores y no colaboradores.
- Aspectos estructurales del entorno de trabajo. Pueden incrementar la frecuencia de movilizaciones y/o exigir posturas más forzadas al realizarlas.
- Disponibilidad y adecuación de los equipos de ayuda. Son los elementos que socorren al celador en la movilización del paciente, como elevadores, grúas, camas y camillas regulables en altura, y ayudas menores, como sábanas deslizantes, cinturones ergonómicos y tablas corredizas, entre otros.
- Formación de los celadores para una correcta movilización de los pacientes. Es necesario desarrollar formación periódica teórico-práctica sobre técnicas que minimicen la exigencia biomecánica y el uso correcto de los equipos de ayuda.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar exponemos una relación de las principales medidas preventivas que tienen como objetivo evitar o disminuir los riesgos ergonómicos y que son aplicables a la actividad de los celadores:
• Evitar la manipulación manual de cargas mediante el uso de dispositivos mecánicos o modificando la tarea de manera que no sea necesaria esa manipulación.
• Modificar las tareas (bien disminuyendo el peso de la carga o la frecuencia del trabajo), el entorno o las condiciones de la propia carga con el fin de facilitar la manipulación.
• Adaptar las cargas a las condiciones de los trabajadores y trabajadoras que realizan el trabajo y dar formación adecuada teórica y práctica en técnicas de manejo.
• Levantamiento de la carga en equipo.
• Manejar la carga pegada al cuerpo y con la espalda recta.

• Recordar que siempre es mejor empujar que tirar (sillas, camillas, carros, carritos, etc.)
• Organización y distribución del trabajo: es importante planificar la movilización del paciente teniendo en cuenta las características del mismo, el espacio y los útiles disponibles. Se debe organizar la actividad claramente de manera que cada uno sepa qué tiene que hacer en cada momento, la mejor técnica para realizarlo y, si es posible, conseguir la colaboración del paciente.
• Correcta higiene postural: algunos principios básicos para ello son:
- Mantener la espalda recta
- Flexionar las rodillas
- Adecuar la altura y la distancia del plano de trabajo
- Sujetar al paciente próximo al cuerpo y agarrarlo bien
- Mantener una postura estable separando los pies y colocando uno ligeramente delante del otro
- Girar todo el cuerpo
- Usar puntos de apoyo si es posible
• Formación específica en la movilización de pacientes, principalmente práctica, sobre las diferentes técnicas.
• Uso de ayudas mecánicas, siendo necesario recibir formación sobre el uso, elegir la más adecuada y planificar la tarea previamente.
• Movilización en equipo.

6 Bibliografía

1. E. Álvarez Casado, A.C. Hernández Soto, V. Rayo García (2010). El riesgo asociado a la movilización de pacientes.
2. L. Ruiz Ruiz (2011). Manipulación manual de cargas. Guía Técnica del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
3. M.A. Tejado Alamillo, B. Rodríguez Ortuño, A. Redondo Crespo (2012). Funciones del celador en la atención sanitaria.
4. Secretaría de Salud Laboral. CC.OO. de Castilla y León (2011). Guía Básica de Riesgos Laborales específicos en el sector sanitario.
5. Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.

Capítulo 1503

EL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ AZCARATE

ENRIQUE SUAREZ DIAZ

BEGOÑA ORTEGA FERNANDEZ

1 Introducción

La medicina física y rehabilitación es la especialidad médica que estudia el diagnós-tico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad, encaminadas a facilitar, mantener o devolver el máximo grado de capacidad funcional e independencia posible.

El celador es este área se encargara de la vigilar la entrada y salida enlas dependencias, aclarar alguna duda a pacientes cuando estos no conozcan las instalaciones sobre a donde se tienen que dirigir.. etc ,también ayudaran aquellos pacientes que necesiten ayuda. También se encargan de recoger de las ambulancias a pacientes en sillas que vienen en sillas de ruedas y llevarlos hasta el area del hospital que necesiten (hemodiálisis, alguna consulta, etc.).

2 Objetivos

Informar de las funciones del celador en el área de rehabilitación.

3 Metodología

Para realizar este texto me he basado en experiencias en el hospital, así como búsqueda de información en libros de cursos que se basan en la Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. nº 174, de fecha 22 del mismo mes), en el buscador Google…etc.

4 Resultados

Funciones del celador en el área de rehabilitación:
- Ayudar al fisioterapeuta, en casos que, según el tratamiento, ejercicio o manipulación, lo requiera para colocar y sujetar algún paciente el celador ayudara en los que se necesite. Sera imprescindible saber manejar al paciente atendiendo a su patología, la figura del fisioterapeuta será de gran ayuda, ya que será quien aconseje realizar el traslado del paciente de una manera u otra.
- Cuando el paciente que es dependiente, por ejemplo, en silla de ruedas, con escasa movilidad , ayudara al auxiliar de enfermería a sentarle en el baño, a levantarlo y a ponerlo de nuevo en la silla de ruedas.

El personal celador es importante en rehabilitación, es de gran utilidad tanto para vigilancia como para ayuda del personal del área.

Una vez finalizado, los tratamientos en casos de pacientes que vienen en silla de ruedas en ambulancia al hospital, se ayuda una vez llegue la misma, al técnico de ambulancias a subirles a esta.

5 Discusión-Conclusión

Dentro del servicio de rehabilitación de un hospital, aparece la figura de distintos pro-fesionales, entre ellos el médico rehabilitador, el fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, logopeda, terapeuta ocupacional, celador. . . . todos ellos trabajando de forma coordina¬da dentro del servicio con el objetivo de conseguir un óptimo tratamiento del paciente.

Con esto quiero concluir este trabajo que el celador forma parte del equipo en rehabilitación y es muy necesaria su ayuda para personal ya que tiene una labor necesaria allí.

6 Bibliografía

-Libro de cursos de formación “carpe diem” PACK CELADOR EDICION 2007
-https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-area-rehabilitacion
- Lectura de la las funciones del celador en el el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social

Capítulo 1504

IMPORTACIA DE LA ILUMINACIÓN DE LAS OFICINAS EN HOSPITALES

FLORINDA HUERTA MARTINO

1 Introducción

Dentro de las actividades que realiza el ser humano a lo largo de su vida, donde transcurre la mayor parte de su tiempo es en el trabajo. Por ello la iluminación es una parte principal en el acondicionamiento ergonómico del puesto de trabajo. Aunque el ojo humano tiene capacidad para habituarse a distintas calidades lumínicas, una alteración de la misma puede producir multitud de daños, como: fatiga visual, dolores de cabeza, agotamiento, falta de atención estrés y desmotivación. Estas molestias afectan directamente al rendimiento en el trabajo, el incremento de errores e incluso accidentes.

Además en los centros hospitalarios, la iluminación debe garantizar las óptimas condiciones para realizar las tareas y contribuir a una atmósfera confortable para los pacientes.

Por ello, para que pueda desarrollarse la actividad laboral de manera eficaz hace falta que la luz y la visión se complementen. Un tratamiento adecuado del ambiente visual, permite mejorar los aspectos de confort, seguridad y productividad.

2 Objetivos

- Realizar un adecuado análisis de las características que deben disponer los sistemas de iluminación en hospitales, para facilitar al máximo las tareas que de-

sempeñan los empleados de oficina y evitar las molestias producidas por el mal uso de la luz.

- Racionalizar el uso de la energía con instalaciones de mayor eficiencia energética.

3 Metodología

Recoger las indicaciones sobre la iluminación en los centros de trabajo de la guía técnica publicada por el Instituto nacional de seguridad e higiene. Complementada la información con la guía técnica de eficiencia energética en iluminación en hospitales y centros de atención primaria, publicada por el ministerio de ciencia y tecnología.

Recomendaciones de diseñadores de interiores y equipamiento integral de oficinas.

Consulta de documentos divulgativos editados por el ministerio de empleo y seguridad social acerca de los criterios para la evaluación y acondicionamiento de los puestos de trabajo.

4 Resultados

Una iluminación perfecta es aquella que permite distinguir los colores, las formas, apreciar relieves, objetos en movimiento y que además lo pueda hacer sin fatiga, asegurando un confort visual constante.

En el análisis ergonómico de la iluminación hay que tener en cuenta la capacidad visual y edad de la persona, además de los condicionantes del entorno y de la tarea que debe realizar. Así sabremos que iluminación es más idónea para un individuo y lugar determinado.

La actividad visual, también depende del espacio. Dentro de los hospitales hay distintos grupos clasificados según el nivel de percepción visual que precisa en función de la tarea a realizar.

Las oficinas, están catalogadas como espacios de visualización normal.

Para asegurar el confort visual hay que tener en cuenta un óptimo nivel de iluminación, el recomendado en oficinas es de 300 lux. También los deslumbramientos,

los brillos excesivos ocasionados por visión directa de la fuente de luz o reflejo de ella, para evitarlos se recomienda utilizar superficies de trabajo mates y usar lámparas y luminarias que se adapten para orientarlas correctamente. Es preciso además un equilibrio de luminancias, la del objeto y las de las distintas superficies encuadradas dentro del campo visual.

En los trabajos con pantallas de visualización de datos, una de las principales dificultades es que hay que realizar dos tareas: lectura de documentos y de pantalla. Y esto exige características visuales distintas. La iluminación general media sería de unos 400 lux y la de la pantalla 150 lux.

Como normas generales para diseñar la iluminación en oficinas se recomienda aprovechar al máximo la luz natural, evitando los deslumbramientos. Utilizar lámparas fluorescentes, que emiten menos calor que las incandescentes. La instalación de las luces del techo debe hacerse a los lados del puesto de trabajo, dirigida oblicuamente. También el uso de luminarias blancas que favorecen la concentración, ya que la luz amarillenta invita al relax.

También es muy importante la utilización de iluminación eficiente con equipos de bajo consumo, ya que se estima que un ahorro del 30% en hospitales de atención primaria, supondría reducir 180.000 toneladas de dióxido de carbono al año.

5 Discusión-Conclusión

Para crear espacios de trabajo bien iluminados y donde se pueda trabajar con total bienestar, la adaptación a las tareas y a las características individuales de los profesionales, son aspectos fundamentales a considerar.
Además la adecuada iluminación en estas instalaciones, puede influenciar en la atmósfera de los hospitales contribuyendo al proceso de recuperación de los enfermos.

6 Bibliografía

-Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Criterios para la evaluación y acondicionamiento de los puestos.

-Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Iluminación en los centros de trabajo.

-SOLIDA. Equipamiento integral de oficinas.

-Ricardo Chavarría Cosar. Ingeniero Técnico Eléctrico.

-Ministerio de ciencia y tecnología. Guía técnica de eficiencia energética en iluminación.

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

- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1505

ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL, ACTUACIÓN DEL CELADOR

SERGIO BRAOJOS MENÉNDEZ

SANTIAGO DIAZ CANOSA

1 Introducción

Paciente Terminal, según la OMS y la Sociedad Española de cuidados Paliativos, es el paciente con enfermedad muy avanzada, activa en progresión y con un pronóstico vital limitado.

Cuando un paciente está en esta situación el objetivo médico no es ”curar” sino ”cuidar” al paciente tanto física como psicológicamente. Sin olvidarnos de sus familiares.

2 Objetivos

Conocer la actuación del celador en la atención a pacientes terminales.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en varios libros especializados en la materia y en bases de datos tipo: google académico, dismed... con palabras clave como: paciente terminal, cuidados paliativos, duelo, personal sanitario, celador...

4 Resultados

La psiquiatra Kúbler Ross describe la Aceptación de la Muerte en 5 etapas:
1. Negación.
2. Ira.
3. Negociación.
4.Depresión: Reactiva o Preparatoria.
5. Aceptación.

El paciente terminal puede pasar por las 5 etapas del duelo, también se dan casos que no pasan por todas. Las personas sufren el duelo de distinta manera, el celador debe tratar de forma individual a cada paciente respetando sus creencias religiosas.

El papel del celador es muy importante ya que forma parte de un equipo multidisciplinar formado por: médicos/as, enfermeros/as, TCAE, psicólogos… Todos ellos proporcionan cuidados de confort o paliativos, por ello deben ser muy profesionales en su trabajo.

El celador deberá actuar mejorando la calidad de vida del paciente, fomentando la dignidad del paciente, manteniendo una higiene diaria y continua tanto al paciente como a la estancia donde está ingresado, el mobiliario y el material que se utiliza en sus cuidados.

Es muy importante ser prudente en sus comentarios y comportamientos ante los familiares. Tener empatía y atender las necesidades psicológicas del paciente escuchando y hablando con él.

5 Discusión-Conclusión

Una formación específica en cuidados paliativos o de confort es imprescindible para ser un buen profesional y cubrir las necesidades de las familias y del paciente terminal.

El Celador es una parte importante dentro del equipo de profesionales que atienden al paciente terminal en sus últimos días de vida, el confort debe ser el objetivo principal del celador, debe de conocer las etapas de aceptación de la muerte y ponerse en su lugar para ofrecer unos cuidados de calidad y efectivos.

6 Bibliografía

- Esteban Pérez García, Fco Javier Medina Aragón, Juan Gómez Salgado: "Cuidados específicos del paciente terminal. Cuidados paliativos".
- Elizabeth Kübber Ross: "Sobre la muerte y los moribundos". 1969
- Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Ian Back: "Manual Oxford de Cuidados Paliativos". 2008

Capítulo 1506

RIESGOS ERGONÓMICOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.

BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

MAQUELINA FREITAS RUIZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

Son aquellos riesgos que se producen cuando el trabajador interactúa con su puesto de trabajo y cuando las actividades laborales presentan movimientos, posturas o acciones que pueden producir daños a su salud. Los clasificamos en:
- Manipulación de cargas.
- Manipulación de pacientes.
- Empujes y arrastres.
- Posturas forzadas.
- Repetitividad.
- Esfuerzos.
- Riesgos ambientales (térmicos, acústicos, iluminación y calidad de aire interior).

Medidas preventivas:

• Límites de peso manipulado, y utilizar unas técnicas adecuadas en el manejo de cargas si se va a manipular la carga manualmente y utilizar medios mecánicos cuando sea necesario tanto en el manejo de cargas o movilización de pacientes.

• Medidas organizativas, como, por ejemplo, la rotación de puestos de trabajo si la tarea las tareas son monótonas y repetitivas. Los turnos rotatorios son una manera de que el profesional de la salud no se sienta cansado y tedioso ejerciendo siempre la misma tarea.

• Tener descansos o pausas el puesto de trabajo. Cambiar de postura periódicamente, si el esfuerzo o movimientos son muy repetitivos. Una pequeña pausa en el trabajo es saludable psicológicamente, desconectar unos minutos y poder relajarse para empezar de nuevo es importante, ya que los trabajadores de la salud sean del ámbito que sean tienen una carga emocional implícita.
• Tener el mobiliario adecuado y los materiales a utilizar a una distancia adecuada del propio empleado. Es primordial tener un mobiliario conveniente en todos los espacios hospitalarios y utilizarlos a la medida correcta.

•Emplear equipos adecuados y mantenerlos en buen estado, sin desperfectos. Es necesario tener unos equipos en pleno funcionamiento y utilizarlos de forma correcta.
• Reconocimientos médicos periódicos que faciliten la detección de posibles lesiones musculoesqueléticas. Con esto evitaremos lesiones graves o que se vayan agravando en el tiempo.
• Lugar de trabajo, adecuando espacios, iluminación, sonoridad… El lugar de trabajo debe tener suficiente espacio, iluminación adecuada, calidad del aire, tener una proporcionada sonoridad, (evitar ruidos) temperatura apropiada.

2 Objetivos

En este capítulo trataré de enumerar algunos de ellos relacionados sobre todo en el entorno hospitalario con los trabajadores de la sanidad, para así poder evitarlos y mermar las lesiones derivados de ellos. Conociendo los riesgos es la mejor manera de prevenirlos, y también de seguir unas pautas de aplicación en cada uno.

3 Metodología

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

elo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Universidad nacional de la plata. Invassat. ERGO/ IBV
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1507

RIESGOS BIOLÓGICOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.

BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

MAQUELINA FREITAS RUIZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

El riesgo Biológico es aquel riesgo derivado de la manipulación o exposición a agentes patógenos que existe en todos los ambientes, pero es mayor a nivel de hospitales y centros de investigación biomédica. En algunas ocasiones la infección se transmite directa o indirectamente de un paciente a otro; además los trabajadores sanitarios están en riesgo de adquirir infecciones a partir de los pacientes y a su vez contagiarlos a ellos, de forma que pueden actuar como fuentes, vectores u hospederos. Su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas.

Las medidas preventivas se tienen que tomar desde el origen, pero también en los elementos difusores y trabajadores en riesgo. Utilizar las medidas correctas y necesarias en cada caso.
Sustitución del agente biológico por otro elemento que no sea peligroso o lo sea en menor medida.

Señalizar las zonas de trabajo susceptibles de riesgo biológico , y controlar el acceso exclusivo de personal autorizado con los equipos apropiados y medidas necesarias.
Procedimientos de trabajo específicos para aquellas funciones o áreas que puedan tener un mayor riesgo o exposición al agente biológico.
Limpieza, desinfección, control de áreas y equipos de trabajo. Tanto la limpieza como la desinfección es una de las primeras barreras para el control de infecciones, ya que con ello elimínanos agentes patógenos que puedan causarla, además un buen control de áreas y de equipos con más riesgo de infección, como quirófanos.

2 Objetivos

- Tratar de informar y prevenir ese tipo de riesgo en el entorno sanitario, y con ello disminuir infecciones derivadas de ellos. Las infecciones hospitalarias son numerosas en el ámbito hospitalario, para eso es imprescindible conocerlas y prevenirlas, utilizar las medidas correctas tanto en pacientes como en profesionales, haciendo uso de las barreras adecuadas en cada caso, como guantes, mascarillas etc. También los contenedores apropiados para su destrucción como agujas, sondas.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 1508

EL CELADOR EN FARMACIA.

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

1 Introducción

Los hospitales cuentan con farmacia dentro del edificio, dónde trabaja en grupo el personal sanitario (farmacéuticos, enfermeras, TCAE) , junto al personal no sanitario es decir los celadores . El titular y responsable de la farmacia es el farmacéutico. la existencia de las farmacias en hospitales entran en funcionamiento a partir de la segunda mitad del siglo XX.

• El celador será el encargado de la distribución de los medicamentos atendiendo a las órdenes del personal sanitario. A su vez este mismo será el encargado de recepcionar la mercancía a su llegada también la trasladará adentro de la farmacia.

• Realizará la custodia de la zona de farmacia, y colaboradora en los inventarios de la misma. El celador trabajará en equipo junto al personal sanitario siendo el farmacéutico el principal responsable de la farmacia.

• Recepciona la mercancía cuando llega a farmacia (comprobará que ha llegado en correctas condiciones).

• Los celadores trasladarán los medicamentos que han sido demandados por el personal de las plantas del hospital, también transportá el carro de unidosis,

se suele preparar durante la mañana para el traslado de este durante la tarde para los posibles cambios de medicación que se hayan originado por la mañana. Trasladará otros productos de otras unidades hasta la farmacia.

• Participará junto al resto del personal sanitario en la elaboración de inventarios. Los celadores trasladaran la farmacia ligera y la farmacia pesada.

• Son los encargados de la preparación del alcohol rebajado al 70°, qué es el utilizado en el hospital.
Las soluciones magistrales también correrá a cargo del celador.

• Realizarán la custodia de la farmacia restringiendo el paso de personal no autorizado a la misma.

2 Objetivos

- Conocer el papel que desempeña el celador en el área de farmacia de un hospital.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Farmacia del HUCA (Hospital Universitario central de Asturias.)
- Libro funciones del celador (logoss formación continuada.)

Capítulo 1509

FUNCIONES GENERALES DEL CELADOR.

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

1 Introducción

El celador es personal no sanitario y sus funciones están recogidas en el Estatuto preconstitucional de 1971.
Con la ley 55/2003 del 16 de diciembre es declarado personal estatutario tanto el celador como el jefe de personal subalterno.

- Los celadores en el hospital tienen funciones variadas dependiendo donde estén destinados. Si el celador está destinado en planta de hospitalización realizará funciones de movilización de enfermos (atendiendo las indicaciones del personal sanitario con las posturas adecuadas para cada paciente), también realizará el aseo junto al TCAE, traslado de los enfermos (siempre respetando las pautas que dé el personal sanitario), y ayudarán al personal sanitario en todo lo posible. en algunos casos el celador será el encargado de realizar el aseo o baños a pacientes masculinos.

- Rasurar a un paciente que va a ser sometido a una intervención.

- Cuando el celador se encuentra en farmacia, trasladar a la farmacia ligera y pesada así como la recepción hará organizara y llevará los carros de unidosis a las plantas.

- En centros hospitalarios pequeños serán los celadores los encargados de abrir y cerrar las puertas vigilando la entrada y salida de las personas. Vigilara que se mantenga el orden y el silencio, y que las personas que acudan a la institución sanitaria cumpla las normas.

- Dará información a las personas que acudan a la institución sanitaria que necesiten bien sea para guiarles por el hospital, cómo explicar cualquier tipo de duda que tengan los que acudan al centro. Los celadores son encargados de trasladar comunicaciones verbales así como documentación que se le haya dado por el personal sanitario haciéndolo de una manera rápida y eficaz.

- Los celadores realizarán el traslado de enfermo apoyándose de las movilizaciones junto a los TCAE (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería). El celador realizará el aseo de paciente ayudando con las movilizaciones a los TCAE.

- Mantendrán el horno y en silencio las instituciones sanitarias manteniendo y haciendo que los pacientes y acompañantes hagan un uso correcto de las instituciones.

- Trasladaran aparatos que sean necesarios para el personal sanitario.

- En algunas instituciones sanitarias son los celadores los encargados de la vigilancia de las puertas de entrada y, deberán abrirlas o cerrarlas dependiendo de los horarios que tengan establecidos los centros.

- Si están destinados en el almacén general serán encargados de recibir almacenar y distribución de la mercancía.

2 Objetivos

- Resaltar las funciones que realiza el celador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Libro funciones del celador (logoss formación continuada).
- Celadores online (blog).

Capítulo 1510

EL CELADOR EN EL ANIMALARIO DEL HOSPITAL

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

1 Introducción

El artículo 14-2.21 del Estatuto sobre el personal no sanitario establece las funciones de los celadores.
Los celadores deberán cuidar a los animales y los custodiarán así como serán los encargados de la limpieza y preparación del animal.
Los celadores cuidaran de los animales dándoles un buen trato y garantizando su bienestar. Serán los encargados de alimentación y de qué tengan agua limpia y fresca y además, los encargados de asear a los animales antes y después de acudir al quirófano experimental.
En cuanto a la alimentación de los animales son los encargados de proporcionar la alimentación sobre la rejilla metálica, que será la que haya decidido el veterinario.
La limpieza de las jaulas de los animales correrán a cargo del celador manteniendo a los animales en buenas condiciones, retirando los excrementos de los animales así como los cadáveres de los animales que hayan fallecido en la jaula avisando a su superior de dicho acontecimiento.

2 Objetivos

Revisión del papel de los celadores en el cuidado del animalario del hospital.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- Real decreto 53/2013 del 1 de febrero, se recogen las normas básicas de la protección y bienestar de los animales.
- Blog celadores online (funciones del celador en el animalario).
- Google académico.

Capítulo 1511

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS LABORALES ASOCIADOS A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

EVA SECADES RODRÍGUEZ

1 Introducción

No se puede cuestionar que las nuevas tecnologías avanzan vertiginosamente, siendo indispensables en cada una de las características de la vida, por la rapidez y magnitud con la que se generan, difunden y expanden los conocimientos (Cobo J, 2009). En el ámbito sanitario ocurre otro tanto, cada día se producen nuevos adelantos tecnológicos orientados a una mejor calidad de la vida del paciente y a una manera de reducir y facilitar el trabajo del Auxiliar Administrativo y del resto de profesionales sanitarios.

Es indudable que para el Auxiliar Administrativo las tecnologías de la información y comunicación (TICS) son herramientas básicas de trabajo, herramientas que permiten procesar información y datos, su almacenamiento y recuperación, ofertando nuevas maneras de realizar el trabajo (Fernández A, 2018) y que puede ser utilizado con dos finalidades: como medio de comunicación o como búsqueda/Introducción de información.

Los auxiliares administrativos son el punto central de unión en cuanto a información y comunicación entre los trabajadores del sector, los órganos de recur-

sos humanos y el universo exterior (Junta de Andalucía, 2019). Las funciones a realizar por este son variadas: desde un primer contacto con el paciente cuando llega al área de admisión o al punto de información, cuando este requiere citas, cuando tiene que presentar quejas o reclamaciones, es el administrador de los documentos generados en el centro y el encargado de su archivo…

La transformación que han sufrido los métodos de trabajo gracias a los progresos en los avances de las tecnologías han provocado cambios en la seguridad y la salud, limitando riesgos en procedimientos tradicionales, pero creando un riesgo emergente, es decir un riesgo que no existía antes y está causado por nuevos procesos, tecnologías, lugares de trabajo, cambios sociales u organizativos (EU-OSHA, 1994).

2 Objetivos

Objetivo General:
- Identificar los riesgos laborales relacionados con las TIC.

Objetivo Específico:
- Definir las medidas necesarias de protección y prevención.

3 Metodología

Para realizar el trabajo hemos hecho una búsqueda sistemática en distintas bases de datos como: Pubmed, Scielo, Elservier, Dialnet… y en buscadores como google Académico.

Como datos de Inclusión en la búsqueda, se utilizan: textos avalados científicamente, en idioma español e inglés y traducido al castellano, realizados en los últimos 10 años, de un gran número de artículos encontrados se excluyen la mayor parte por su escaso rigor científico.

Como palabras claves de búsqueda se utilizan: riesgos, laborales, tecnologías, prevención.

4 Resultados

A los ya conocidos riesgos asociados al trabajo ante un ordenador y dispositivos de última generación como pueden ser la fatiga visual, ojos rojos y malas posturas

hay que añadir nuevos riesgos que aumentan a medida que la exposición al riesgo aumenta, o que los efectos sobre la salud de los trabajadores empeoran.

Así, podemos citar:
- El tecnoestrés, es el estrés laboral relacionado con el uso de las tecnologías, siendo el riesgo más generalizado causado por el uso de las nuevas tecnologías, que se pone de manifiesto bien por el rechazo que genera o por la dependencia total que produce.
- La tecnoansiedad o tecnofobia, es el sentimiento que se produce en el trabajador, que le hace sentirse incapaz de hacer frente a las características de las TIC en el trabajo, generando rechazo, malestar, pensamientos negativos sobre las capacidades personales.
- La tecnofatiga, es el síndrome de fatiga informática que genera el uso continuado y la carga excesiva de contenidos que hacen difícil asimilar el exceso de datos pudiendo llegar a la fatiga y al cansancio mental.
- La tecnoadicción es una necesidad obsesiva, compulsiva que se vuelve en la necesidad de utilizar las TICS en todo momento y que afecta negativamente en la persona con comportamientos incontrolables.
- El síndrome Fomo, es la necesidad de estar enlazado siempre, pendiente de todo aquello que sucede en la red, que genera la sensación de riesgo a perderse alguna situación que acontezca.

Es un hecho que para que las TICS sean un éxito dependen de un conjunto de variables principalmente relacionadas con el ser humano, por tanto, es necesario adoptar todas las medidas posibles para minimizar los riesgos sobre el trabajador (Prevención de Riesgos laborales, 2016):

1. Distribución ergonómica del área de trabajo:
- La mesa de trabajo será holgada, donde se podrá tener todos los utensilios y herramientas necesarias, pudiendo alcanzarlas sin realizar posturas forzadas.
- La silla de trabajo será ergonómica y deberá garantizar la correcta postura, el asiento permitirá sentarse cómodamente, será ajustable en altura e inclinación que ayude al usuario a la adaptación a la mesa de trabajo , con los codos en un ángulo de 90º y las muñecas rectas en línea con los antebrazos. El respaldo será reclinable, regulable y deberá adaptarse a las curvas naturales de la espalda, principalmente a la lumbar, e incorporará un reposapiés antideslizante.

2. Ergonomía en los equipos de trabajo:
- La inclinación de la pantalla de visualización de datos estará a nivel de los ojos del trabajador ligeramente inclinada, la imagen deberá estar libre de parpadeos.

- El teclado estará frente a nosotros y el ratón alineado con nuestro antebrazo, dejando, como mínimo, un espacio libre de 10 cm desde el borde de la mesa.

3. Ergonomía ambiental:
- La iluminación artificial a ser posible se combinará con la natural garantizando el nivel suficiente de iluminación y su distribución uniforme, evitando el reflejo y deslumbramiento.
- El color preferiblemente se utilizarán tonos pastel y mates que disminuyen de forma notable la fatiga visual.
- El ruido debe ser lo más bajo posible en aquellas tareas que requieran concentración y comunicación, para su optimización se utilizarán los aislamiento acústico necesarios, los ruidos no excederán de 55 dB(A).

De los trabajos estudiados, podemos decir que el principal riesgo que generan las TICS es el estrés que generan los nuevos programas y su falta de conocimiento, siendo imprescindible un correcto adiestramiento que permita el trabajo con aquellas herramientas con las que ha de trabajar.

Según la Ley de prevención de Riesgos Laborales 31/1995, el artículo 16, "cuando cambien las condiciones de trabajo, por ejemplo, debido a la introducción de nuevas tecnologías" se realizará una Evaluación de Riesgos. Ley que se viene a cumplimentar con el Real Decreto 39/1997, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, especificando que la evaluación de riesgos deberá repetirse cuando las condiciones de trabajo "puedan verse afectadas por la introducción de nuevas tecnologías".

5 Discusión-Conclusión

No se puede cuestionar que la esfera social y sanitaria está sufriendo un cambio radical, en gran medida influenciado por las constantes innovaciones tecnológicas y la irrupción en el mercado de nuevos dispositivos, que nos obligan a una nueva adaptación en la vida diaria.

Las TCI, en el entorno sanitario, suponen herramientas cada vez más poderosas que causan nuevas oportunidades, como acceso rápido a información, aumento de la productividad con menos tiempos, aumento de las capacidades de desarrollo y en general mejorando los servicios básicos, de una manera más equitativa y más transparente (Navarro M, 2018) .

Es indudable el beneficio que ofrece las TIC en el trabajo del Auxiliar Administrativo, el registro de datos a través de un sistema informático se realiza de manera más rápida y económica que a través del sistema tradicional, el papel, permite contrastar datos y reduce el riesgo de errores (Elsevier conectar, 2019); además, los registros digitalizados pueden realizarse a través de instrumentos portátiles, siendo más accesibles en momentos puntuales. Cabe destacar el importante ahorro que se reduce al pasar de la digitalización en papel a la digital.

Si bien es cierto que las TIC ofrecen grandes beneficios, no se deben menoscabar las consecuencias negativas (Sanidad CCOO, 2011) que pueden producir en el personal: el estrés, la fatiga visual, cansancio, falta de concentración.. Son algunos de los riegos laborales a los que se ve sometido el trabajador, estas consecuencias pueden variar según las habilidades personales de adaptación a las nuevas tecnologías.

Podemos concluir el trabajo afirmando las Nuevas Tecnología de la Información y Comunicación representa un valor importante en la Sociedad actual en que vivimos, y un pilar en el trabajo que rodea al ámbito sanitario (Manuel M, Gordo M, Laso S, 2016), sin menoscabar con ello el grave perjuicio que puede producir sobre el trabajador, su entorno y la propia institución, siendo necesario implantar las medidas necesarias para su prevención.

6 Bibliografía

1. Cobo, J. El concepto de tecnologías de la información Benchmarking sobre las variables de las TIC en la sociedad del conocimiento. Revista de estudios de la Comunicación. 2009; 27 (ISSN-e 1137-1102) : 295-318.
2. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (EUOSHA).Riesgos emergentes.
3. Euosha. Estudio prospectivo sobre los riesgos nuevos y emergentes para la seguridad y la salud en el trabajo asociado a las tecnologías de la información y la comunicación y la ubicación del trabajo para 2025.
4. Prevención de riesgos laborales y universidad Jaume I.2016 Informe ObservaPRLorg sobre Tecnoestrés.
5. Ministerio de sanidad y consumo. Protocolos de vigilancia sanitaria. Comisión de Salud Pública Consejo interterritorial del sistema Nacional de Salud.
6. Junta de Andalucía. Algoritmos de salud laboral, vigilancia de la salud del personal con perfil administrativo.

7. Sanidad CCOO. Guía Básica de Riesgos Laborales específicos en el Sector Sanitario. Secretaria de Salud Laboral CCOO.
8. Estela, A. NCBI. Del papel a las nuevas tecnologías en comunicación con nuestros pacientes.
9. Fernández, A. Nuevas tecnologías, nuevas organizaciones de salud. Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial Servicio Navarro de Salud.
10. Elsevier conectar. El paciente, palanca principal hacia la transformación digital en salud.
11. Manuel M, Gordo M, Laso S. Enfermería y Salud 20: Recursos TIC en el ámbito sanitario. Index Enferm.
12. Navarro, M. Las TIC en el sector salud y su impacto sobre el sistema sanitario.2018.

Capítulo 1512

CONTENCIÓN MECÁNICA.

JOSE ANDRÉS MARCOS SALA

1 Introducción

La contención mecánica es una técnica que consiste en la inmovilización parcial o generalizada del cuerpo, con objeto de garantizar la seguridad de un paciente y/o de los que le rodean. El paciente agitado crea una situación de riesgo, por ello hay que realizar correctamente la técnica.

2 Objetivos

- Aplicar la contención como recurso terapéutico, garantizar la seguridad del propio paciente y otras personas.
- Prevenir daños al entorno. Prevenir complicaciones que se deriven de su uso.

3 Metodología

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

4 Resultados

La realización de la contención mecánica implica una formación especifica del equipo que la lleva acabo, para unificar criterios de su aplicación y para una buena ejecución de la misma.

Se utiliza fundamentalmente para evitar caídas, arrancamiento de vías u obstrucciones posturales de las mismas que dificulten el paso de la medicación. Sólo se realizara por orden expreso del facultativo.
Correas de sujeción:
- Sujeción abdominal: Permite al paciente mayor libertad de movimientos en la cama.
- Sujeción lateral: Se puede regular individualmente, impide que el cuerpo ruede de un lado a otro.
- Sujeción de manos: Sirven para sujetar una o ambas manos. Las muñequeras tienen un almohadillado blando.
- Sujeción de pies :Fija de forma relajada o firme uno o ambos pies.
- Sujeción mecánica parcial: Limita la movilidad bien del tronco, bien de una extremidad.

Contención mecánica total: Solo en pacientes muy agitados, es una inmovilización global.
Contención farmacológica: Administración de psicofármacos.
Contención verbal: Tiene la finalidad de controlar la situación disminuyendo la ansiedad, hostilidad y agresividad.

5 Discusión-Conclusión

Entendemos por contención al uso de procedimientos preventivos verbales, farmacológicos y/o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos parciales o totales de un paciente a fin de controlar su actividad física y protegerlo de las lesiones que para si mismo y para otras personas pudiera infringir.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- Protocolo Hospital Universitario de Asturias.

Capítulo 1513

EL CELADOR EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE INFECTO-CONTAGIOSO Y LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS

WENCESLAO LOBATO VERDES

1 Introducción

Uno de los varios frentes de batalla en los hospitales es el control de las infecciones y de los contagios, la forma de evitarlos y eliminarlos o reducirlos, minimizando su incidencia a través de protocolos de aislamiento y extremando las precauciones que el personal sanitario y no sanitario debe tener presentes en el cuidado de los/las pacientes infectocontagiosos. La implementación de estos protocolos y precauciones es conseguir, no solo la curación de la/el paciente eliminando el microorganismo patógeno que provoca la infección, si no conseguir romper la cadena epidemiológica o de transmisión de estos microorganismos patógenos, además de proteger del riesgo de infección por parte del personal sanitario y no sanitario.

Así, a modo de introducción, podemos definir:
• Cadena epidemiológica como la secuencia de elementos que intervienen en la transmisión de un agente infeccioso desde una fuente de infección a un huésped susceptible, o sea los pasos que sigue un agente causal, desde su hábitat natural (reservorio), hasta el huésped susceptible.
• Paciente infectocontagioso como aquellos que padecen alguna enfermedad de origen infeccioso y que el manejo inadecuado puede derivar en transmitir la infección y/o enfermedad al personal sanitario y no sanitario, o este servir de vector (transmisor) a otra persona.

• Aislamiento hospitalario como la separación de una persona enferma que sufre una enfermedad que se puede transmitir mediante microorganismos patógenos, creando una barrera para cortar la transmisión de dichos microorganismos a otras personas y evitar el contagio de la enfermedad.

El celador o la celadora es una parte del personal que atiende a los pacientes infecto-contagiosos y para ello en ocasiones debe realizar su trabajo en lugares donde el paciente se encuentra sometido a algún tipo de aislamiento. No por ello debe bajar el nivel o la calidad de sus trabajos. Debe realizar sus funciones (ayudar en los aseos, cambios posturales, traslados, etc.) con la misma profesionalidad solo que extremando las precauciones a tomar y respetando los protocolos y medidas de aislamiento, y la mejor forma de hacerlo es conocer las precauciones y los aislamientos hospitalarios.

2 Objetivos

- Concienciar de que mediante la correcta aplicación de los protocolos de aislamiento hospitalario, sumado a una buena praxis y atendiendo a las precauciones que, en cada caso, se deben seguir son un potente arma para luchar contra las infecciones y su transmisión que se pueden dar en los hospitales.
- Dar a conocer, también, qué es la cadena epidemiológica, las vías de transmisión y los tipos de aislamiento hospitalario, así como las precauciones que debemos adoptar, tanto por el personal sanitario como no sanitario.

3 Metodología

Se han consultado publicaciones, artículos, protocolos, manuales y páginas web referidas al tema, así como consultas al personal sanitario y no sanitario del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y mi experiencia laboral y profesional como celador en dicho hospital.

4 Resultados

Se podría decir que las infecciones y transmisión son uno de los frentes abiertos que tienen los hospitales. Aplicar correctamente las precauciones necesarias y los protocolos de aislamiento hospitalario es la principal manera de luchar contra ellas y combatirlas. Para ello, es necesaria la implicación tanto del personal sanitario y no sanitario, como del enfermo y de las personas relacionadas con

él. El enfermo recibirá los mismos cuidados que otro tipo de enfermos y nunca se le debe mostrar rechazo por su situación ya que esto podría producirle angustia, ansiedad, etc. Para evitar esto, es fundamental explicarle al paciente y a las personas relacionadas con el, las medidas que se le van a aplicar para revertir su situación, hacerles entender y concienciarles que las precauciones, protocolos y las recomendaciones y órdenes emanadas del personal sanitario, que es fundamental que deban ser respetadas y acatadas escrupulosamente.

En los enfermos infectocontagiosos pueden darse dos casos, que el enfermo ingrese infectado en el hospital o que por diferentes causas se infecte en el hospital, en este caso estaríamos hablando de "infección nosocomial".

Para que una infección se produzca debe haber una cadena de epidemiológica, esta cadena está formada por eslabones que unen al agente causal (microorganismo patógeno o infeccioso que pueden ser virus, bacterias, hongos y parásitos) y el huésped susceptible. Los eslabones serán los siguientes:
1. Agente causal: es el agente infeccioso que produce la enfermedad.
2. Reservorio: También se le denomina fuente, es el hábitat donde está el agente causal o infeccioso. El reservorio puede ser animado (personas o animales) o inanimado (objetos).
3. Puerta de salida: por donde el agente infeccioso sale del reservorio o fuente.
4. Vía de transmisión: el camino o mecanismo que usa el agente causal para transmitirse.
5. Puerta de entrada: por donde el agente infeccioso entra en el huésped.
6. Huésped susceptible: Persona sana donde se deposita el agente infeccioso pudiendo llegar a producir una enfermedad.

Puede darse el caso haya personas que porten el agente infeccioso y no desarrollen ni sintomatología ni enfermedad pero si la pueden transmitir a otros. Podría decirse que esa persona es un vector.

Uno de los eslabones de cadena epidemiológica es la vía de transmisión, es decir el modo, el medio o la manera que los microorganismos patógenos o agentes causales (agentes infecciosos) tiene para propagarse y llegar al huésped.

Podemos decir que existen cinco vías o modos de transmisión, que son:
• Transmisión por contacto: Se divide en dos, por contacto directo (cuando se tiene contacto directo con piel, sangre, excreciones, secreciones o fluidos corporales de la persona infectada) y por contacto indirecto (cuando se tiene contacto con objetos contaminados).

• Transmisión por gotas: Cuando gotas de un tamaño superior a 5 micras procedentes de la persona infectada se posan en las mucosas o piel no integra del huésped. Esas gotas son producidas por la persona infectada cuando tose, estornuda o habla, y suelen recorrer una distancia de 1 m.
• Transmisión por vía aérea: Cuando gotículas de un tamaño menor a 5 micras (llamadas también aerosoles o núcleos goticulares) o de partículas que contienen agentes infecciosos y entran en contacto con el huésped. Estas partículas en determinadas condiciones ambientales pueden recorrer grandes distancias y permanecer en suspensión.
• Transmisión por vehículo común: Cuando el agente infeccioso entra en contacto con el huésped, a través de elementos contaminados por el agente infeccioso como pueden ser alimentos, agua, medicamentos, aparatos sanitarios, instrumental médico, etc.
• Transmisión por vectores: Cuando el agente infeccioso entra en contacto con el huésped por medio de seres vivos como insectos, perros, roedores, etc, mediante picaduras, mordeduras, arañazos, etc.

Para hacer frente a estas situaciones y ante la aparición de algún tipo de infección, para minimizar riesgos, a modo de prevención y para disminuir la transmisión del agente infeccioso entre pacientes, personal sanitario y sanitario, visitantes y equipos, se han diseñado una serie de precauciones (que serán de obligado cumplimiento) que buscan básicamente:
• Cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso.
• Disminuir la incidencia de las infecciones.
• Prevenir y/o controlar brotes.
• Racionalizar recursos y mantener la calidad en la atención hospitalaria.

Estas precauciones de dividen en dos grupos que son las precauciones estándar y las precauciones basadas en la transmisión. Los tipos de aislamiento van relacionados con el tipo de transmisión. La indicación de aislar a un paciente infectado, es decir, someter a dicho paciente a un determinado tipo de aislamiento como parte de su tratamiento recae y es decisión del médico. En la puerta de la habitación de un paciente aislado debe colocarse un cartel indicando el tipo de aislamiento, el tipo precauciones a tomar y los elementos barrera a usar (guantes, bata, mascarilla, etc.).

Precauciones estándar:

1. Lavado de manos:

Una medida para prevenir infecciones, las manos pueden servir como vehículo para transportar gérmenes. El lavado de manos debe realizarse:
• Antes y después de retirase los guantes.
• Antes y después de tener contacto con el paciente y entre un paciente y otro.
• Antes y después de practicar algún procedimiento invasivo.
• Después de tener contacto con sangre, excreciones, secreciones y/o fluidos corporales de un paciente infectado.
• Entre procedimientos con el mismo paciente (manipulación de catéter vascular y urinario, curación de heridas, aspiración de secreciones, y artículos o equipos contaminados).

2. Guantes:

El uso de guantes por parte del personal es principalmente para reducir los riesgos de transmisión de agentes infecciosos al personal y de estos a los pacientes. Los guantes deben ser limpios y descartables . El uso de guantes estériles se especifica en procedimientos que requieren técnica estéril. Las recomendaciones precisan lo siguiente:
• Usar guantes limpios no estériles cuando existe posibilidad de contacto con sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones, membranas mucosas, piel no intacta o después de tener contacto con material contaminado.
• Cambiarse los guantes entre los procedimientos en un mismo paciente y entre un paciente y otro. También entre acciones y procedimientos sobre el mismo paciente, tras pasar de una zona contaminada a otra más limpia.
• Quitar los guantes después de su uso, antes de tocar superficies ambientales o antes de tener contacto con otro paciente.
• Lavado de manos después del quitarse los guantes.
• El uso de guantes no sustituye nunca al lavado de manos.

3. Batas:

Cuando se realicen procedimientos que pueden producir salpicaduras de sangre y otros fluidos. Esta deberá estar limpia e integra y debe cubrir brazos y antebrazos y alcanzar hasta el cuello y rodillas. Recomendaciones:
• Uso de batas limpias, no necesariamente estériles permitiendo la protección corporal y de la ropa de trabajo.
• Quitarse la bata lo antes posible, especialmente si se manchó, y luego lavarse las manos para evitar la transferencia de microorganismos a otros pacientes y al

medio ambiente.

4. Mascarilla, gafas y pantallas faciales:

Para la protección de ojos, nariz y boca durante procedimientos que puedan ocasionar salpicaduras de sangre o fluidos corporales. Las mascarillas deben quedar bien ajustadas y tapar completamente nariz y boca.

5. Artículos y equipamientos de asistencia del paciente:

Deben ser manipulados con cuidados si están manchados con sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones de un paciente infectado. Una vez usados se debe proceder a su limpieza, desinfección o esterilización en función de su reutilización en otros pacientes, es recomendable que sean de uso individual.

6. Control ambiental y limpieza de la habitación:

Los procedimientos para la limpieza y desinfección de suelos y de superficies como camas, sillas, mesas de comida, barandillas y otras superficies que se toquen con frecuencia, seguirán los protocolos establecidos por el hospital.

7. Lencería:

La ropa limpia se guardará en un lugar limpio y protegido de contaminantes. La ropa sucia o contaminada se manipulará, transportará y eliminará de acuerdo a los protocolos del hospital, no se aireará para evitar la dispersión de agentes infecciosos y siempre evitando el contacto con las mucosas, piel no integra y cualquier objeto no contaminado.

8. Salud laboral:

Prevenir accidentes cortopunzantes mediante el cuidado en su uso, manipulación, limpieza y descarte de agujas, bisturís y otros materiales. En caso de retirar objetos cortantes y/o punzantes debemos ayudarnos de una pinza. Nunca se debe separar las agujas usadas de las jeringas, no reencapsularlas, ni doblarlas. Estos materiales deben ser recogidos en envases o recipientes según la normativa en vigor.

9. Eliminación de residuos:

Se llevara a cabo atendiendo a la legislación y normativa vigente al respecto así como a los protocolos específicos del hospital.

Precauciones según el tipo de transmisión y el tipo de aislamiento:

Estas precauciones específicas según el tipo de transmisión se añadirán a las precauciones estándar.

1. Precauciones de transmisión por contacto: Aislamiento por contacto.
• Ubicación del paciente: Habitación individual aunque no necesariamente.
• Lavado de manos: Con jabón antiséptico o con base hidroalcohólica. Siempre tras el contacto con pacientes o muestras contaminadas, se hayan utilizado o no guantes. Entre procedimientos en el mismo paciente, para prevenir la contaminación cruzada entre diferentes partes del cuerpo. No tocar superficies contaminadas con las manos limpias.
• Guantes limpios: No necesariamente estériles. Cada vez que se entre en la habitación para prestar cuidados al paciente. Se debe cambiar de guantes tras el contacto con material infectado y antes de tocar una zona más limpia. Se retirarán antes de salir de la habitación del paciente y se lavarán las manos con un jabón antiséptico.
• Bata limpia, no necesariamente estéril, no se precisa obligatoriamente pero si es muy aconsejable, sólo cuando se prevea contacto estrecho con el paciente, superficies u objetos potencialmente contaminados (por ejemplo al realizar curas, higiene personal del paciente). Quitarse la bata antes de salir de la habitación del paciente y lavarse las manos.
• Traslado del paciente: Se limitará a lo imprescindible. Si es posible, se taparán las zonas contaminadas y las lesiones cutáneas no cicatrizadas con apósitos limpios, o se cubrirá al paciente con bata y sábanas limpias antes de proceder al traslado. Se informará al celador que realiza el traslado y al servicio a dónde va el paciente de esta situación y de las medidas a adoptar. Así mismo, se recordará al celador que sólo debe utilizar guantes y bata si va a estar en contacto directo con el paciente.

2. Precauciones de transmisión por gotas: Aislamiento por gotas.
• Ubicación del paciente: Habitación individual, si no se dispone de ésta, y tras valoración médica, se utilizará habitación compartida con otro paciente manteniendo, como mínimo, un metro de separación entre el paciente y otros pacientes o las visitas.
• Lavado de manos: Con jabón antiséptico o con base hidroalcohólica. Siempre tras el contacto con pacientes o muestras contaminadas, se hayan utilizado o no guantes. Entre procedimientos en el mismo paciente, para prevenir la contaminación cruzada entre diferentes partes del cuerpo. No tocar superficies contami-

nadas con las manos limpias.
• Guantes limpios: No necesariamente estériles. Cada vez que se entre en la habitación para prestar cuidados al paciente. Se debe cambiar de guantes tras el contacto con material infectado y antes de tocar una zona más limpia. Se retirarán antes de salir de la habitación del paciente y se lavarán las manos con un jabón antiséptico.
• Mascarilla: Se deberá usar mascarilla de tipo quirúrgico, bien ajustada a la superficie facial, cuando se vaya a estar a menos de 1m. del paciente. Aunque por prevención sería recomendable no quitársela.
• Bata limpia, no necesariamente estéril. No se precisa sistemáticamente, sólo cuando se prevea contacto estrecho con el paciente, superficies u objetos potencialmente contaminados (por ejemplo al realizar curas, higiene personal del paciente). Quitársela antes de abandonar la habitación del paciente y lavarse las manos.
• Traslado del paciente: Se limitará a lo imprescindible. Si es necesario el traslado se colocará una mascarilla quirúrgica al paciente, bien ajustada a la superficie facial, dentro de la habitación (antes de proceder al traslado) para evitar la dispersión de gotas. Se informará al celador que realiza el traslado de que es suficiente con aplicar las medidas estándar, manteniendo al paciente con la mascarilla quirúrgica bien colocada. Se informará al Servicio a dónde va el paciente del tipo de precauciones a adoptar.
Precauciones de transmisión por vía aérea: Aislamiento aéreo.
• Ubicación del paciente: Se debe colocar al paciente en una habitación individual con presión de aire negativa, se deben mantener la puerta y la ventana cerradas. Si no se dispone de una habitación de estas características, abrirá la ventana. Excepcionalmente, y sólo tras valoración individualizada del equipo médico, se podrá colocar en la misma habitación a otro paciente con la misma infección.
• Lavado de manos y guantes: Es suficiente con realizar un lavado higiénico. No es necesario el uso de guantes, pero si recomendable.
• Mascarilla de alta eficacia (FFP2): Se colocarán fuera de la habitación y se desecharán al salir, en un recipiente cerrado colocado en el exterior de la misma.
• Traslado del paciente: Se limitará a lo imprescindible. Si es necesario el traslado se colocará una mascarilla quirúrgica al paciente, bien ajustada a la superficie facial, dentro de la habitación para evitar la dispersión de gotas. Se informará al celador que realiza el traslado de que, , es suficiente con aplicar las medidas estándar y mantener al paciente con la mascarilla quirúrgica bien colocada. Se informará al servicio a dónde va el paciente del tipo de precauciones a adoptar.

En los tipos de aislamiento y las precauciones a tener en cuenta según el tipo de

transmisión añadiremos la siguiente serie de precauciones que se pueden considerar comunes. Son las siguientes:
• El médico o la enfermera explicarán los motivos del aislamiento al paciente y a sus familiares.
• Se colocará un cartel en la puerta con las medidas de protección a adoptar.
• Los elementos de protección personal se colocarán al lado de la puerta, fuera de la habitación, introduciendo en la misma sólo lo que se vaya a utilizar.
• Visitas: Serán restringidas y las visitas deben adoptar las medidas de protección indicadas en el cartel colocado en la puerta de la habitación. Deben lavarse las manos antes de salir de la habitación.
• Equipo de cuidado del paciente: Dentro de la habitación se dejará sólo el material que vaya a ser utilizado. Si es posible, el equipo de cuidados no críticos lo usará un único paciente (ejemplo: caudalímetro, fonendoscopio, termómetro, etc.). El material reutilizable debe ser desinfectado y esterilizado antes de volver a usarlo con otro paciente. Todo el material desechable utilizado, tanto para el cuidado del paciente como para la protección del trabajador, se eliminará dentro de la habitación en bolsas o recipientes colocados a tal efecto.
• Tratamiento de residuos: Se procederá según la legislación y normativa vigente, así como los protocolos del hospital.
• Limpieza y desinfección de la habitación: La habitación se debe dejar la última para limpiar y desinfectar siguiendo los protocolos del hospital.
• En el traslado de pacientes si se tiene dudas sobre sobre los elementos de protección a usar, se deberá pedir información al Servicio de Medicina Preventiva del hospital de como realzar el traslado.

5 Discusión-Conclusión

El aislamiento hospitalario es la medida preventiva más importante para evitar y controlar la propagación y contagio de enfermedades, producidas por microorganismos infecciosos en los hospitales. La infección, el contagio y la posibilidad de sufrir una patología o enfermedad debido a la transmisión de agentes infecciosos no solo afecta a los enfermos, si no que puede afectar al personal sanitario y al personal no sanitario (como los celadores). Para que el aislamiento sea efectivo es importante conocer, respetar y cumplir las precauciones, los protocolos de actuación y las medidas y ordenes establecidas por el personal médico y sanitario.

6 Bibliografía

- who.int (página web de la OMS)
- uvadoc.uva.es (Página web de la Universidad de Valladolid). “Medidas de aislamiento en enfermedades transmisibles dentro del ámbito hospitalario”. Trabajo fin de grado curso 2015/16. Autor: Raúl Villanueva Rábano.
- revista-portalesmedicos.com
- medlineplus.gov
- saludcastillayleon.es
- osakidetza.euskadi.eus
- aemps.gob.es (Página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios). “Recomendaciones sobre precauciones estándar y precauciones basadas en la transmisión de microorganismos”. Junio 2017.

Capítulo 1514

EL CELADOR EN LA HIGIENE Y ASEO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

WENCESLAO LOBATO VERDES

1 Introducción

Podemos definir higiene como la limpieza y aseo para conservar la salud y/o prevenir enfermedades, por lo que el aseo del paciente es un protocolo necesario e importante que consiste en la limpieza y el lavado del cuerpo, piel y mucosas, del paciente. Aunque en un principio el aseo de los pacientes era una función de enfermería, con el paso del tiempo, esta función ha ido recayendo en las/los auxiliares de enfermería con ayuda de los/las celadores/as siendo en ocasiones la supervisión de un/a enfermero/a.

Cuando procedemos al aseo de un paciente además de realizar dicha función de higiene y debido a la intimidad de este acto también entramos en una relación más personal con el/la paciente. Es decir se crea como un vínculo, un clima de confianza común que nos servirá (aparte de para valorar el estado de la piel y de su buena o mala integridad y conservación.) para conocer un poco más a la/el paciente, conocer sus sentimientos y necesidades así como conocer su opinión sobre el proceso y evolución de su enfermedad.

Entre las funciones a realizar por los celadores en un hospital, recogidas en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula el personal estatutario, las funciones del Celador y del Jefe de Personal Subalterno, dice que los celadores:

• Bañaran a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por si mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las supervisoras de plantas o servicios o personas que las sustituyan.

• Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de las Supervisoras de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias.

• También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

2 Objetivos

• Valorar la importancia del aseo de los pacientes y el modo de realizarlo como un factor fundamental en la conservación de la piel, evitar lesiones e infecciones y proporcionar confort y bienestar al paciente.

• Conocer los protocolos de actuación y los pasos a seguir para realizar esta actividad de higiene y aseo en sus distintas variables y según las características de la/el paciente, es decir, si esta encamado, si no está encamado, si son aseos parciales, si se ducha o si se baña.

3 Metodología

Se han consultado publicaciones, artículos, protocolos, manuales y páginas web referidas al tema, así como consultas al personal sanitario y no sanitario del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y mi experiencia laboral y profesional como celador en dicho hospital.

4 Resultados

La piel es el órgano de mayor tamaño que existe en el cuerpo humano actuando como barrera protectora, envolviendo al organismo y aislándolo del medio que lo rodea, de ahí la importancia del aseo. Cabe reseñar que esta importancia también puede hacerse extensible a aspectos emocionales y psicológicos debido a que el aseo produce estímulos positivos como el bienestar.

El aseo y el modo de realizarlo viene condicionado por la patología o dolencia de la/el paciente, de su mayor o menor dependencia de otros para hacerlo y también puede estar condicionado por ciertas indicaciones médicas (en ocasiones el/la

paciente tiene capacidad para moverse por si mismo pero por decisión medica debido a su estado o patología debe permanecer encamado.). Según lo anterior, se podría decir que existen dos tipos de aseo: aseo en ducha o bañera (para pacientes válidos y poco dependientes.) y aseo en cama (para pacientes encamados, no válidos y dependientes.). Ocasionalmente y por situaciones concretas también se puede realizar aseos parciales, es decir el aseo de alguna parte del cuerpo que debido a una situación específica o sobrevenida ha de ser aseada.

Antes de comenzar el aseo, que deberá realizarse por la mañana, diariamente y las veces que sea necesario, es importante comunicarle al paciente la necesidad de realizarlo, le explicaremos el procedimiento y como lo vamos a hacer, además de pedirle su colaboración en lo posible. Siempre se preservará su intimidad, cerrando la puerta de la habitación o del baño y si es necesario se colocará un biombo o una cortina.

El aseo en pacientes válidos y/o poco o nada dependientes que tengan movilidad y se puedan levantar de la cama el aseo se hará en ducha o bañera, aunque la bañera (salvo para funciones terapéuticas) no suele existir en los baños de las habitaciones hospitalarias. En este tipo de aseo la auxiliar acompañara al paciente hasta la ducha, la ayudara a desvestirse si es necesario y lo proveerá, acercándoselo lo más posible, de todo el material necesario como es el jabón, esponjas, cepillo de dientes, dentífrico, un vaso, peine o cepillo, tijeras de punta roma, colonia, crema hidratante y una silla (si fuera necesaria), la ropa de baño (dos toallas, una para el cuerpo y otra para la cara), ropa para el paciente (pijama o camisón, zapatillas y bata) y una bolsa para la ropa sucia. Si tiene vías intravenosas deben ser fijadas o cubiertas si es necesario. Mientras dure la ducha la/el auxiliar de enfermería, deberá estar pendiente del paciente por seguridad o por si necesita ayuda y le comunicara que no cierre la puerta con pestillo, terminado el aseo lo ayudara a vestirse si es necesario.

Para pacientes no válidos, dependientes o encamados, en este caso se realizara el aseo en la cama por parte de el/la auxiliar de enfermería ayudado/a por el/la celador/a (colocándose cada uno a cada lado de la cama) siguiendo la secuencia enjabonado, enjuagado/aclarado y secado, y siguiendo el orden: ojos(se lavaran con unas gasas con agua o con suero salino desde la zona del lagrimal hacia el exterior), cara (se lavara solo con agua), cuello y hombros, axilas, brazos y manos, tórax, abdomen, piernas, pies, espalda, nalgas, zona genital y zona anal, aunque en ocasiones la zona genital se lava antes de cambiar de posición a la/el paciente es decir antes de proceder al lavado de espalda y nalgas y la zona anal cuando

se realiza el lavado de espalda y nalgas. Antes de empezar el aseo se lavaran las manos, se colocaran los guantes y se preparara todo el material necesario como jabón, esponjas, una palangana con el agua a la temperatura adecuada, peine o cepillo, tijeras de punta roma, colonia, crema hidratante, protectores para no mojar la cama (puede ser hule, una toalla grande, una entremetida, etc.), ropa de baño (una toalla grande y otra pequeña), popa del paciente (camisón o pijama) y ropa de cama para cambiarla después del aseo (sábana bajera, sábana encimera, sabana entremetida si es necesaria, colcha y almohadón.), así como pañal y empapadores si fueran necesarios. La posición adecuada para este tipo de aseo es decúbito supino para el lavado por delante y decúbito lateral para el lavado por detrás. Se procederá a desvestir a la/el paciente protegiendo siempre la intimidad del paciente, es decir tapando con una toalla o una entremetida aquellas partes que están por lavar y tapando las partes limpias una vez lavadas y secas, dejando solo expuesta la parte que se va a lavar. Para quitarle el camisón o la parte superior del pijama si el/la paciente tiene colocada una vía intravenosa en alguno brazo se procera a quitarlo empezando por el brazo libre y siguiendo por el brazo con la vía, lo mismo que si tiene algún tipo de traumatismo en alguno de los brazos (para vestirlo se procederá al revés). Una vez preparado el/la paciente y colocado en la posición adecuada se procederá a realizar el aseo siguiendo la secuencia y el orden anteriormente citado, una vez aseado y con la piel limpia se puede proceder a la aplicación de crema hidratante o ácidos grasos para mantener un nivel óptimo de hidratación cutánea, realizado esto se procederá a vestir a la/el paciente, se le peinara, se le cambiara la cama y se le acomodara en ella. Durante el aseo se cambiara el agua y las esponjas siempre que sea necesario y obligatoriamente antes y después del lavado de las zonas genitales y anales.

Para la higiene bucal si es un/a paciente consciente se pondrá en posición Fowler si esta inconsciente la posición será decúbito lateral sin almohada con la cabeza ladeada (también se puede poner en posición semi-Fowler con la cabeza ladeada) y en ambos casos se usarán torundas empapadas en una solución bucal antiséptica. En caso de que el/la paciente sea válido se le proporcionara lo necesario para que lo haga.

Para el lavado de cabeza, que se hará como mínimo una vez a la semana, si no el/la paciente no tiene alguna patología que lo impida se colocara en posición Roser, se colocara una bolsa o un recipiente bajo su cabeza para recoger el agua sobrante de lavado y se procera a realizarlo.

Para el lavado de genitales la posición será decúbito supino con las piernas abier-

tas y flexionadas. Se lavara de arriba hacia abajo, es decir de los genitales hacia el perineo nunca al revés, así evitaremos posibles infecciones por microorganismo procedentes de la zona anal. En las mujeres lavar la zona de arriba abajo, limpiando cuidadosamente labios y meato urinario. En los hombres lavar los genitales de arriba abajo retirando el prepucio para un lavado minucioso de glande y surco balanoprepucial.

Es importante señalar que el aseo de pacientes ha de ser minucioso y metódico pero eso no implica que el tiempo necesario para hacerlo se deba alargar innecesariamente, pues en ocasiones puede producir fatiga e incomodidad a la/el paciente debido a sus dolencias, su estado cognitivo, su edad, los cambios posturales para hacerlo, etc. Ha de ser minucioso y metódico ya que el lavado, aclarado y secado ha de ser así, si no se lava bien no se limpia bien, si no se aclaran bien los restos de jabón pueden producir irritaciones y resecar la piel y si no se seca bien pueden aparecer hongos en los pliegues cutáneos, hay que prestar una especial atención a los pliegues cutáneos como pueden ser axilas, pliegues mamarios, ingles, espacios interdigitales en pies y manos, etc, que son lugares sensibles y propicios para la aparición de lesiones cutáneas.

5 Discusión-Conclusión

El aseo ofrece al paciente buenos hábitos de higiene mejorando su calidad de vida y eleva su autoestima, estimula la circulación sanguínea, ayuda al bienestar tanto físico como psíquico, conserva la integridad de la piel y reduce el desarrollo bacteriano, elimina células muertas y suciedad evitando malos olores, sirve para observar el estado de la piel y controlar lesiones cutáneas en cualquiera de sus formas, en caso de fiebre disminuye la temperatura corporal. Una piel sana y limpia evita complicaciones como infecciones, hongos o lesiones cutáneas y realiza lo más eficazmente posible su función de proteger al organismo. Ayudar en estas tareas es función de los celadores.

6 Bibliografía

- enfermeriapractica.com

- hospitaldejove.com

- revista-portalesmedicos.com

- hca.es

- medlineplus.gov

- Protocolos de cuidados auxiliares de enfermería. Autores: Luisa Mostazo Rodríguez y Esther Lozano Carrasco, Editorial Síntesis. Madrid 2018.

- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula el personal estatutario, las funciones del Celador y del Jefe de Personal Subalterno

Capítulo 1515

EL CELADOR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL

WENCESLAO LOBATO VERDES

1 Introducción

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos "es un paciente terminal aquel paciente que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable con falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico, cuyo pronóstico de vida será inferior a seis meses". De manera muy similar define la Organización Mundial de la Salud (OMS) al paciente terminal definiéndolo como "aquel o aquella paciente con una enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico vital limitado" (de forma general inferior a seis meses).

Para contrarrestar el sufrimiento tanto físico como psicológico en este tipo de pacientes y sus familias existen los llamados "cuidados paliativos". Ya en el año 1990 la OMS adoptó la propuesta de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos y definió los cuidados como «los cuidados totales activos de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial». Más tarde la propia OMS amplió esta definición en los siguientes términos: «Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales.

El celador o la celadora es una parte del personal que atiende a los pacientes terminales y para ello en ocasiones debe realizar su trabajo en situaciones donde el paciente y su familia se encuentran en una situación difícil y dolorosa con fuerte carga emocional y psicológica, situación esta que puede afectarle también en el desempeño de sus funciones. No por ello debe bajar el nivel o la calidad de sus trabajos. Debe realizar sus funciones con la misma profesionalidad, incluso añadiéndole un plus de empatía en el trato con el paciente y su familia, así como manteniendo con ambos una comunicación positiva. Siendo en todo momento correcto, respetuoso, colaborador, escuchándole, compartiendo sus sentimientos y respetando sus creencias y necesidades espirituales.

2 Objetivos

- Concienciar de la importancia de los cuidados paliativos y valorar la importancia de estos en los enfermos terminales y sus familias, enfermos y familias que por su situación deben recibir un trato más específico, no solo en las cuestiones y los aspectos médicos de la propia enfermedad sino también en aspectos más afectivos, emocionales y psicológicos.
- Exigir a los poderes públicos que formulen una legislación común y adecuada para la regulación de estas actividades.
- Así como que, por parte de las autoridades sanitarias y los servicios de salud, se creen unidades y equipos especializados para aplicar los protocolos y actividades necesarias para la administración de los cuidados paliativos de forma eficaz y eficiente.

3 Metodología

Se han consultado publicaciones, artículos, protocolos, manuales y páginas web referidas al tema, así como consultas al personal sanitario y no sanitario del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y mi experiencia laboral y profesional como celador en dicho hospital.

4 Resultados

En un artículo publicado en el diario ABC con fecha 06/04/2019 la Dra. Yolanda Zurarriaín decía que “En España había unos 150.000 pacientes con dolencias terminales y solo la mitad estaba recibiendo cuidados paliativos.”

La muerte, a pesar de la evolución social y los grandes cambios habidos en la sociedad, aún sigue siendo en muchos aspecto un tema tabú, un tema que se deja apartado en una esquina sin darnos cuenta que es parte del ciclo vital de las personas, es algo de lo que nos resistimos a hablar y que no terminamos de entender que es algo que en algún momento debe ocurrir, siendo algo natural e inexorablemente unido o formando parte de la vida.

La muerte puede llegar de varias maneras, una de ellas es a través de una enfermedad progresiva, incurable, que no responde a tratamiento médico conocido (puede haber tratamiento conocido pero por la agresividad de este, lo avanzado de la enfermedad y el estado del paciente se desaconseja o se desestima su aplicación) y que además la esperanza de vida es generalmente inferior a seis meses. En este caso estamos hablando de "paciente terminal" y es entonces cuando aparece la figura de "los cuidados paliativos" que también podríamos denominar "cuidados de confort", cuidados que no pretenden curar la enfermedad sino evitarle el sufrimiento físico, psíquico y emocional durante esta etapa de la enfermedad, hasta el desenlace que puede durar días, semanas o algunos meses, proporcionándole una muerte digna. Cuidados que se han de hacer extensibles a la familia, para quienes emocionalmente serán momentos difíciles e inexorablemente necesitaran algún tipo de ayuda.

Comunicar al paciente y/o su familia de que se encuentran ante una situación de enfermedad terminal que desembocara en un desenlace fatal, no es fácil ni para estos ni para el personal médico que lo atiende. Enfrentarse y aceptar el diagnostico de esta situación y la proximidad de la muerte produce un fuerte impacto emocional y psicológico en el paciente terminal y su familia. Llegar a aceptar la muerte según la Dra. Kübler Ross consta de 5 etapas (negación, ira, negociación, depresión y aceptación.), por lo cual en la aplicación de los cuidados paliativos se ha de prestar atención al paciente terminal pero no podemos olvidar a la familia que también deberá recibir atenciones.

Aplicar los cuidados paliativos es un derecho de los pacientes (derecho a vivir con la máxima dignidad posible los últimos días de su vida, así como el derecho a una muerte digna, todo ellos sin dolor ni sufrimiento). Llegados a esta situación, llega el momento de informar al paciente y/o familiares sobre su situación (derecho recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Cap. II, art. 4 y 5.) y un deber médico.

La información ha de ser veraz y comprensible, respetando la decisión del en-

fermo de ser informado o no y si consiente que se informe a otros, debiendo darse de forma continuada y paulatina siguiendo el ritmo del paciente y sus dolencias. El momento de informar se procurará estar en un ambiente tranquilo y sin interrupciones, se usará tanto la comunicación verbal, como la no verbal transmitiendo afectividad, se usará un lenguaje sencillo y comprensible, se respetaran los silencios, se verificará que la información que se está dando es comprendida, se contestará a las preguntas y dudas, se mostrará disponibilidad para seguir contestándolas en un futuro a medida que al paciente le vayan surgiendo. Una vez informado el paciente y/o su familia, comprobada la capacidad del paciente o familia (en caso de incapacidad de este) de tomar decisiones, que estas decisiones sean tomadas de forma voluntaria y libre habiendo sido tomada tras comprender y ponderar la información recibida, llega el momento de recoger el consentimiento informado de estos para proceder a la aplicación de los cuidados paliativos, consentimiento que se ha de dar de forma explícita, implícita o delegada.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), los cuidados paliativos:
• Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes.
• Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
• No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
• Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
• Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
• Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo.
• Utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado.
• Mejoran la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad.
• Pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor complicaciones clínicas angustiosas.

La finalidad de los cuidados paliativos en pacientes terminales no es la curación, es controlar tanto los síntomas como calmar el malestar y el dolor, buscando su bienestar físico, psicológico, social y espiritual. Sin olvidar a la familia a la que se proporcionara el apoyo y las atenciones necesarias. Estos cuidados podrán realizarse es casa, hospitales, residencias gerontológicas y centros especializados

en este tipo de cuidados, siendo necesario un trabajo coordinado entre diferentes recursos sanitarios que podemos encontrar en atención primaria, atención hospitalaria, dispositivos de urgencia y equipos avanzados de cuidados paliativos. A la hora de establecer el plan de cuidados más adecuado al paciente y su situación es muy importante realizar, por parte del equipo médico, una serie de valoraciones integrales lo más minuciosas posibles: valoración física, valoración psíquica y valoración social y familiar, recabando información a través del propio enfermo, su familia, informes clínicos e historial.

El tratamiento para controlar los síntomas, aliviar el dolor y el sufrimiento y proporcionar el bienestar y confort que se busca para el paciente terminal, puede aplicarse mediante vía intravenosa, vía oral y/o vía cutánea, en función de la necesidad y el estado del paciente. Algunos de esos síntomas pueden ser: dolor, náuseas y vómitos, estreñimiento, sudoración, obstrucción intestinal, caquexia, deterioro de la mucosa oral, disnea, deterioro del sueño, deterioro de la integridad cutánea, ansiedad, depresión, fatiga, sufrimiento espiritual, tos, hipo, xerostomía, síndrome confusional, anorexia, fiebre, exceso de secreciones orales y faríngeas, estertores premortem, hipertensión endocraneal, y deshidratación entre otros.

Los cuidados paliativos deben ser llevados a cabo por equipos pluridisciplinares formados por profesionales de distintos ámbitos, pues no se trata solo de centrar en el paciente terminal los cuidados paliativos, no debemos olvidar a la familia que también necesitara ayuda para superar la situación a la que se ha de enfrentar y de la que también es parte muy importante. Estos pueden estar formados por: personal médico, personal de enfermería, celadores, cuidadores familiares, asistentes de atención domiciliaria, psicólogos, farmacéuticos, trabajadores sociales, voluntarios, y consejeros espirituales entre otros. Para complementar la administración de estos cuidados podemos mencionar algunas pautas de comportamiento y acciones a realizar en la persona del paciente por parte de o de las personas a su cuidado como pueden ser: mantener un buena imagen del paciente mediante hábitos de higiene que fomenten su dignidad personal, Proporcionarle un ambiente agradable y una atención integral, individualizada y continua, acompañar al paciente y evitar su soledad ante la muerte, proporcionarle confort y bienestar físico, emocional, social y espiritual, atender a las necesidades psicológicas del paciente, escuchándolo y hablando con el tratando de entenderlo y compartiendo sus miedos, sus temores, sus ansiedades, sus emociones y respondiendo a sus dudas, mejorar en lo posible su calidad de vida, desarrollar en lo posible su autonomía, proporcionarle terapias físicas y terapias ocupacionales que, entre otros objetivos, le distraigan y le evadan por unos momentos de su

realidad.

Según los datos recogidos por el Atlas de Cuidados Paliativos en Europa 2019, coordinado por la Universidad de Navarra, parece ser que los cuidados paliativos en España en los últimos ocho años no solo ha sufrido un estancamiento si no un retroceso, situando a nuestro país a la cola de Europa. Muy lejos de las recomendaciones internacionales sobre el tema. Algunos de esos datos son los siguientes:
• España está en el puesto 31 de los 51 países europeos analizados en cuanto a servicios por habitante, al mismo nivel que Georgia o Moldavia, y en séptimo lugar en número de servicios especializados, con 260.
• Europa cuenta con 6.388 servicios especializados en cuidados paliativos, de ellos España cuenta con 260 servicios especializados en cuidados paliativos, superada por Alemania (914), Reino Unido (860), Francia (653), Polonia (587), Italia (570) y Rusia (321), países que concentran el 47 por ciento del total de servicios.
• En España de las 228.00 personas que fallecen anualmente con necesidad de cuidados paliativos, alrededor de 80.000 personas lo hacen sin acceder a cuidados paliativos.
• La Sociedad Europea de Cuidados Paliativos recomienda dos servicios especializados por cada 100.000 personas., el ratio en España se sitúa en el 0,6, al mismo nivel que otros países con menor PIB per cápita como, por ejemplo, Rumanía, Letonia o República Checa, y por debajo de Portugal, Croacia, Eslovenia o Bulgaria. Cuidados paliativos pediátricos: 38 países cuentan con programas y España se encuentra entre ellos al disponer de diez, ocho domiciliarios y dos hospitalarios. Sin embargo "en España el 85% de los niños que necesitan esta asistencia no lo reciben" según palabras del coordinador de la UCPP del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid, Ricardo Martino Alba.
• El 50% de las facultades españolas de Medicina y casi el 60% de las de Enfermería ha incorporado esta enseñanza de manera obligatoria.
• La especialización en Medicina Paliativa se encuentra reconocida como especialidad, subespecialidad o área de competencia específica en Portugal, Francia, Italia y la mayoría de los países de Europa occidental.
• El 63% de los estados europeos analizados tiene alguna ley o decreto que regula los cuidados paliativos.

5 Discusión-Conclusión

Podríamos llegar a la conclusión, después de analizar el trabajo, que los cuidados paliativos, tanto si se prestan en hospitales o en casa, son la mejor opción

médica a aplicar a estos enfermos para preservar su dignidad y proporcionarle cuidados de bienestar y confort en sus últimos momentos de vida, cuidados proporcionados por parte del equipo de atención (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, etc.), sin olvidar el apoyo psicológico a su familia. Una enfermedad se pueden sufrir y diagnosticar en cualquier etapa de la vida, desde la edad infantil hasta una edad muy avanzada con la consiguiente necesidad de este tipo de cuidados. La esperanza de vida en algunos países (entre ellos España) cada vez es mayor, cada vez vivimos más y no siempre se llega al final en unas condiciones vitales optimas, por lo que cada vez serán más necesarios los cuidados paliativos y para ello harán falta más profesionales especializados para cubrir esta necesidad.

6 Bibliografía

- medlineplus.gov
- mayoclinic.org
- seapaonline.org
- bioeticacs.org
- who.int (página web de la OMS)
- Atlas of Palliative Care in Europe 2019. EAPC Press, 2019.
- Aecc.es

Capítulo 1516

EL CELADOR Y EL TRANSPORTE SANITARIO TERCIARIO O INTRAHOSPITALARIO.

WENCESLAO LOBATO VERDES

1 Introducción

Uno de los servicios que forman parte de los servicios asistenciales de la sanidad es el transporte sanitario. Según aparece publicado en el B.O.E. 241 de 1990, transporte sanitario es el que se realiza para el desplazamiento de personas accidentadas, enfermas o por otras razones sanitarias o médicas, que no pueden valerse por sí mismas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte o no puede utilizar vehículos no sanitarios sin un riesgo para su salud o para la de la colectividad. y que se realiza en vehículos especialmente acondicionados para ello. Además será accesible a las personas con discapacidad. Este servicio, independientemente de otras clasificaciones en función de sus finalidades que más adelante veremos, podemos básicamente clasificarlo en transporte sanitario terrestre, transporte sanitario marítimo y transporte sanitario aéreo.
Podemos considerar por ello, que en función de para qué se precisa el transporte sanitario, el factor más importante es el tiempo de respuesta por lo que una buena coordinación de diferentes organismos o entidades como pueden ser hospitales y centros sanitarios, centros coordinadores de emergencias (112), policía, bomberos, guardia civil o Cruz Roja entre otros, es fundamental.
Del mismo modo, en lo que se refiere al transporte terciario o intrahospitalario, función que corresponde a los celadores y que consiste en trasladar a los pacientes dentro del hospital entre las diferentes áreas y servicios, el tiempo y la

coordinación son factores fundamentales para conseguir unos resultados eficaces y satisfactorios en la prestación de dicho servicio.

2 Objetivos

- Dar a conocer el servicio o prestación de transporte sanitario, las clasificaciones de los diferentes transportes sanitarios en función de sus características, dando a conocer también el tipo de transporte que implica directamente a los celadores, el transporte terciario o intrahospitalario, comúnmente llamado traslado intrahospitalario o simplemente traslados, como se le conoce entre estos trabajadores. Así como algunas de sus características y peculiaridades.

3 Metodología

Se han consultado publicaciones, artículos, protocolos, manuales y páginas web referidas al tema, así como consultas al personal sanitario y no sanitario del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y mi experiencia laboral y profesional como celador en dicho hospital.

4 Resultados

La OMS (Organización Mundial de la salud) define el transporte sanitario como: "El medio por el cual desplazamos personas que sufren un trastorno de su salud". En el Real Decreto 619/1988 de 17 de abril, se considera como paciente de traslado a aquellas personas enfermas, accidentadas que no pueden valerse por ellas mismas, o por otra razón sanitaria, que se efectúa en vehículos especialmente acondicionados para este fin.

El transporte sanitario es un derecho y un servicio o prestación reconocidos en la legislación sanitaria, que a continuación se exponen. Las prestaciones de servicios sanitarios mínimos las regula el Ministerio de Sanidad. Esta prestación, es competencia de las comunidades autónomas, y cada una de ellas las organiza según sus necesidades.
Real Decreto 63/95, de 20 de Enero, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, incluye al transporte sanitario en el apartado de prestaciones complementarias, que se define como sigue:

La prestación de transporte sanitario comprende el transporte especial de enfermos o accidentados cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:
• Una situación de urgencia que implique riesgo vital o daño irreparable para la salud del interesado y así lo ordene o determine el facultativo correspondiente.
• Imposibilidad física del interesado u otras causas médicas que, a juicio del facultativo, le impidan o incapaciten para la utilización de transporte ordinario para desplazarse a un centro sanitario o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente
La evaluación de la necesidad de la prestación de transporte sanitario corresponderá al facultativo que presta la asistencia y su indicación obedecerá únicamente a causas médicas que hagan imposible el desplazamiento en medios ordinarios de transporte.

Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que:

• El transporte sanitario, que necesariamente deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación los impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte.

• En su artículo 19 dice que esta prestación se facilitará de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por las administraciones sanitarias competentes.

Recordar que la solicitud de esta prestación puede hacerse a través de los centros de coordinación de emergencias mediante comunicación telefónica y evaluando la situación por parte del personal facultativo y también puede solicitarse a través los médicos de Atención Primaria y Especializada, que pueden prescribir esta prestación ante la necesidad de asistir al enfermo.

Elegir un medio de transporte sanitario u otro depende de tres variables a tener en cuenta que son la gravedad del paciente, la distancia a recorrer y el tiempo previsto para el traslado. Estos traslados deberán realizarse con el medio más idóneo, en el menor tiempo posible, por la ruta más adecuada y en las mejores condiciones técnicas, sanitarias y de confort para los pacientes. La movilización del paciente dependerá de su estado y naturaleza de la lesión, del lugar donde está, la peligrosidad del medio y el número de personas que la van a realizar. Hay que tener en cuenta también que las posiciones del traslado dependerán de la patología del paciente, como son:

• Fowler alta en casos de insuficiencia respiratoria, disnea de origen cardiaco.
• Semi-fowler adecuada para pacientes estándar y embarazadas en situación de parto, en este caso la cabeza irá en sentido contrario a la marcha.
• Trendelenburg en casos de hipotensión o shock (hipovolémico y hemorrágico), embarazadas con hemorragia vaginal.
• Anti-trendelenburg en casos de traumatismo cráneo encefálico, sospecha de hipertensión intracraneal.
• Decúbito lateral izquierdo en embarazadas a partir de la 26 semana.
• Decúbito supino (una de las posiciones más habituales en el traslado) sin almohadas en casos de pacientes traumatizados.
• Decúbito lateral de seguridad pacientes con bajo nivel de conciencia o con vómitos continuados.
• Decúbito prono (menos habitual) posición indicada para quemaduras o heridas en la espalda, problemas vertebrales.
• Decúbito supino con piernas flexionadas (almohada debajo de las rodillas) en casos de dolencias abdominales.
• Sedestación, la más idónea para pacientes con edema agudo de pulmón, insuficiencia cardíaca.
La clasificación del transporte sanitario puede obedecer a variables y/o criterios muy diferentes, en función de estas podemos citar, la que en principio es la más aceptada y básica que se divide en: transporte sanitario en función de la asistencia prestada, por el carácter del transporte, por el medio utilizado y por la urgencia vital.

Clasificación en función de la asistencia prestada:
• No asistencial: se puede dividir en dos grupos. a) Transporte colectivo: Destinado a transportar un número máximo de siete pacientes, con una mínima disminución, lesiones leves o impedimentos físicos o limitaciones fisiológicas y que necesitan acudir a consultas externas de un hospital o bien recibir un tratamiento de rehabilitación o hemodiálisis. b) Trasporte individual: Se hace a criterio facultativo en aquellos pacientes que presenten un tipo o grado de patología que aconseje el transporte individual.
• Asistencial (urgente): Que se presta a aquellos enfermos en situación de urgencia vital o emergencia, con cualquier tipo de medicación (pacientes críticos). Se realiza desde el lugar donde sucede la emergencia hasta el centro hospitalario.

Clasificación por el carácter del transporte:

• Primario o extrahospitalario: Desde el lugar donde se produce la emergencia (extrahospitalaria) hasta el centro hospitalario donde la persona es atendida.
• Secundario o interhospitalario: Desde un centro hospitalario a otro.
• Terciario o intrahospitalario: El que se realiza dentro del propio hospital.

Clasificación por el medio utilizado:
• Transporte terrestre: Realizado en ambulancias.
• Transporte aéreo: Realizado por medios aéreos como helicópteros de salvamento, aviones medicalizados, etc.
• Transporte marítimo: Realizado por barcos hospital, lanchas de salvamento marítimo, etc.
Dependiendo de la distancia que se deba recorrer, se recomendará y usará un medio u otro de transporte:
• Distancia <150 km.: Terrestre o aéreo.
• Distancia entre 150 km. y 300 km.: El helicóptero será el más apropiado en función de la gravedad y estado de la persona, sin descartar el avión.
• Distancia entre 300 km. Y 1000 km.: El más apropiado será el avión
• Distancias >1000 km.: Avión regular adaptado.
• El barco se usará en circunstancias muy especiales.

Clasificación por la urgencia vital:
• Transporte de emergencia: Transporte de prioridad absoluta, debe realizarse de inmediato y sin demora debido al riesgo vital de la persona.
• Transporte de urgencia: Transporte para personas con posible riesgo vital de la persona, pudiendo demorarse minutos u horas en función de la estabilidad de la persona.
• Transporte demorable o programado: La persona no necesita asistencia inmediata por lo que el transporte se puede programar.

Nota: Entre los tipos de transporte sanitarios expuestos anteriormente en la clasificación de estos, podríamos citar otros dos, que aunque no sean explícitamente transportes sanitarios de personas sí podrían considerarse como tales. Estos tipos son el transporte de órganos para trasplantes y el transporte tanto de material sanitario como de material farmacéutico y personal sanitario especializado a zonas de desastres/catástrofes y a zonas de conflictos bélicos.

Los celadores y el transporte de pacientes.

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula el personal estatutario, las funciones del Celador y del Jefe de Personal Subalterno que siguen siendo las que refleja la orden preconstitucional del 5 de julio de 1971, en su artículo 14 punto 2 establece las funciones propias de los celadores. Entre ellas encontramos las siguientes:
• Tendrán a su cargo el traslado de los enfermo, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias.
• Trasladarán los cadáveres al mortuorio.

Entre todas las clasificaciones que hemos visto anteriormente encontramos la clasificación por el carácter del transporte, entre las recogidas en ella encontramos el transporte terciario u intrahospitalario que es que se realiza dentro del propio hospital y que es función de los celadores el realizarlo. Este transporte, llamado traslado, en función del origen y el destino pueden ser:
• Traslado entre distintas habitaciones o plantas de hospitalización
• Traslado de una habitación a alguna consulta, unidad o servicio del hospital (UCI, unidades de reanimación, servicio de consultas y exploraciones médicas, servicio de radiología, servicio de hemodiálisis, etc.) y viceversa.
• Traslado entre distintas consultas, unidades o servicios del hospital.
• Traslados a la puerta de hospitalización cuando el paciente es dado de alta.
• Traslado al servicio de ambulancias para su traslado, por ejemplo, a otro hospital o si es dado de alta y necesita este servicio.
• Traslado del servicio de ambulancias a alguna consulta, unidad o servicio del hospital.
• Traslado de cadáveres al mortuorio.

Estos traslados han de realizarse por circuitos diseñados y establecidos por el hospital con el fin de preservar en todo momento la intimidad y seguridad del paciente, previniendo riesgos y buscando la comodidad del paciente.
Cuando se realizan los traslados intrahospitalarios podemos encontrar básicamente dos tipos de pacientes:
• Pacientes no críticos: Pacientes que sufren alguna lesión, dolencia o patología pero mantienen sus constantes vitales controladas, están conscientes y no necesitan un cuidado especial. Estos pacientes en algunas ocasiones pueden tener conectada alguna vía intravenosa para sueros y/o medicación (con o sin bomba de infusión), además de drenajes, sonda vesical o bala de oxígeno. El traslado de estos pacientes, salvo excepciones, son los celadores los encargados de realizarlo.
• Pacientes críticos: Esto pacientes se pueden dividir en tres grupos.

1. Grupo 1: Pacientes en situación hemodinámica estable con sólo la necesidad de monitorización básica. El traslado lo realizan los celadores acompañados de una enfermera.
2. Grupo 2: Pacientes en situación inestable y monitorización invasiva, pulsioximetría y perfusión continua de fármacos. El traslado lo realizan los celadores acompañados de un médico y una enfermera.
3. Grupo 3: Pacientes del Grupo 2 que necesitan además de ventilación mecánica. El traslado lo realizan los celadores acompañados de un médico y una enfermera.
En ocasiones los pacientes críticos, por motivo del traslado, corren el riesgo de sufrir alteraciones como pueden ser neurológicas, cardiovasculares y respiratorias.

Los traslados intrahospitalarios, en función de la patología que sufre el paciente y su nivel de gravedad, se puede realizar en cama, camilla o silla de ruedas. Los celadores en función de qué medio de traslado se va a usar y de donde esté el paciente tendrán que proceder a su movilización. Movilizarlo de la cama a la camilla o viceversa, movilizarlo de la cama a la silla de ruedas o viceversa y/o movilizarlo de camilla a la silla de ruedas o viceversa, para ello pondrán en práctica sus conocimientos de movilización de pacientes.
Antes de comenzar el traslado es importante tener en cuenta una serie cuestiones o consideraciones al respecto.
• Explicarle al paciente el recorrido que van a realizar y cómo lo van a hacer.
• El personal sanitario nos indicará el medio de transporte más adecuado en función del estado del paciente.
• Si es una cama eléctrica se debe desenchufar de la red.
• Antes de iniciar la marcha en cama, camilla o silla de ruedas el paciente deberá estar bien sujeto para evitar caídas. Se subirán los laterales de seguridad de la cama y si es necesario se le colocará un cinturón para asegurarlo en la silla de ruedas.
• Se deberá comprobar que todos los aparatajes del paciente (sueros, bombas de infusión, drenajes, sondas, bala de oxígeno, etc.) están seguras y sujetas para que no entorpecer el traslado.
• Evitar corrientes de aire, abrigarlo si tiene frio.
• Una vez llegado al destino (habitación, planta, unidad, consulta o servicio hospitalario) no abandonar al paciente hasta que no se hagan cargo de él el personal correspondiente.
• Si el paciente tiene orden de aislamiento se deberá consultar al Servicio de Medicina Preventiva el protocolo a seguir.

Ya sea en cama, camilla o silla de ruedas el traslado no se realiza de la misma manera. Si se realiza en cama o camilla se procederá de una manera y si se realiza en silla de ruedas se procera de otra. Hay que tener en cuenta que aunque los itinerarios y recorridos están planificados para causar la menor molestia al paciente, en ellos podremos encontrar puertas batientes, ascensores y rampas, ante los cuales la forma de abordarlos es diferente, como a continuación veremos.

• En cama o camilla:

1. En el caso del traslado de pacientes no asistidos se empujará la cama por el cabecero, será el piecero quien abra la marcha.
2. En el caso del traslado de un paciente asistido (paciente monotorizado) se empujará la cama por el piecero, siendo el cabecero quien abra la marcha y donde se colocara el personal sanitario para atender al paciente.
3. Para entrar en un ascensor se tirará del cabecero, entrando primero el celador, después el cabecero, entrando por último el piecero.
4. Para salir de un ascensor se tirará del piecero, saliendo primero el celador, luego el piecero y por último el cabecero, a continuación se volverá a empujar por el cabecero. Si el ascensor es suficientemente amplio se puede girar la cama en su interior para salir tirando del cabecero.
5. Para subir una rampa se empujará por el piecero y el cabecero abrirá la marcha.
6. Para bajar una rampa el celador se colocará en el piecero y caminará hacia atrás de espaldas a la pendiente, mirando de vez en cuando para evitar obstáculos.

• En silla de ruedas:

1. Se empujará la silla desde atrás, agarrando las empuñaduras, mirando el paciente para el sentido de la marcha.
2. Para entrar en un ascensor se girará la silla entrando el celador tirando de la silla, quedando el paciente mirando para la puerta.
3. Para salir de un ascensor se girara la silla dentro y saldrá el celador tirando de la silla.
4. Para subir una rampa se empujara la silla desde atrás quedando el paciente mirando para el sentido de la marcha.
5. Para bajar una rampa el celador caminará hacia atrás mirando de vez en cuando para evitar obstáculos. El paciente quedará mirando para el sentido contrario de la marcha.
6. Para cruzar una puerta batiente el celador se pondrá de espaldas a ella y tirando de la silla la cruzara el primero caminando de espalda para abrirla.

También en el servicio de urgencias deben existir celadores cuya función será bajar de la ambulancia a una camilla o a una silla de ruedas a los pacientes y trasladarlos a la unidad de urgencias correspondiente (o viceversa). Estando

junto al paciente, pendiente de su seguridad y avisando al personal sanitario de cualquier incidencia o anomalía.

5 Discusión-Conclusión

Entre las prestaciones sanitarias, recogidas en el Real Decreto 63/95, de 20 de Enero, de 20 de enero, y en la Ley 16/2003, encontramos el transporte sanitario, un derecho y un servicio de enorme importancia que abarca y cubre cantidad de situaciones sanitarias diferentes. Desde un traslado de una persona o un paciente desde su habitación en una planta de hospitalización hasta un servicio hospitalario para hacerle una prueba médica e hasta un accidente, un desastre o una catástrofe donde podemos encontrar múltiples heridos que hay que atender y trasladar por diferentes medios. Un servicio tan importante necesita una correcta organización y coordinación con medidas de uso racional del transporte sanitario por parte de las personas implicadas, desde quien gestiona el servicio o prestación hasta el celador.
Elegir el medio de transporte adecuado depende de muchas variables, como pueden ser la gravedad del paciente, el número de víctimas, la distancia, del lugar donde está, la peligrosidad del medio, la orografía, la climatología, etc. La coordinación entre los diferentes actores que intervienen ha de ser minuciosa y eficaz, también es fundamental la preparación y capacitación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en el desempeño de su profesión y en el manejo de los diferentes medios técnicos y materiales, labores que en ocasiones realizan en situaciones adversas.

6 Bibliografía

• Saceco.es
• Aeropuertodebarcelona.net. Servicio médico del aeropuerto de Barcelona.
• Uninet.edu
• Auxiliar-enfermeria.com
• Celadoresonline.blogspot.com
• Real Decreto 63/95, de 20 de Enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
• Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
• Real Decreto 619/1998, de 17 de abril, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.

• Artículo 14, punto 2 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula el personal estatutario, las funciones del Celador y del Jefe de Personal Subalterno.

Capítulo 1517

EL CELADOR EN LOS CUIDADOS POST-MORTEM AL PACIENTE FALLECIDO Y SU TRASLADO AL MORTUORIO

WENCESLAO LOBATO VERDES

1 Introducción

Cuando un paciente ha fallecido se dice que le llegó la hora de su muerte. La muerte es el término de la vida a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático. Se trata del final del organismo vivo que se había creado a partir de un nacimiento, algunos sinónimos de muerte son deceso, defunción, fallecimiento, óbito, expiración, perecimiento, éxitus, fenecimiento o cesación. Generalizando, se podría decir que hay dos tipos de muerte:
• Muerte natural: Causada generalmente por enfermedad o por procesos degenerativos propios del envejecimiento.
• Muerte violenta: Asociada a aquellas muertes por homicidio, suicidio o accidentes de cualquier tipo.

Una persona no está oficialmente muerta hasta que un médico la certifique. Hay que mencionar también que el cadáver o cuerpo del fallecido pertenece por ley a su familia, salvo que este haya dispuesto de forma explícita y por escrito otra cosa o que su familia lo done con fines científicos o para trasplante de órganos, en este último caso una vez extraídos los órganos del cadáver, este, se devuelve a la familia. Una vez certificada la muerte de un paciente se procederá a realizar una serie de protocolos entre los que encontramos los cuidados post-mortem, el

amortajamiento, el traslado al mortuorio y, si existe alguna solicitud motivada, se procederá a realizar la autopsia del cadáver.

Entre las funciones a realizar por los celadores en un hospital, recogidas en el artículo 14 punto 2 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula el personal estatutario, las funciones del Celador y del Jefe de Personal Subalterno, se encuentra: ayudarán a las Enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.

2 Objetivos

- Dar a conocer los cuidados post mortem a realizar al cadáver de un paciente fallecido desde que se certifica su muerte hasta el traslado de su cuerpo al mortuorio, donde será recogido por la funeraria para llevarlo al tanatorio.
- Concienciar que el cadáver de una persona fallecida debe ser tratado con el mismo respeto y dignidad que si de una persona viva se tratase. Así mismo debe tenerse en cuenta a su familia, a la que será necesario ofrecerle y prestarle ayuda, además de contestarle a las dudas y cuestiones que planteen acerca del proceso.

3 Metodología

Se han consultado publicaciones, artículos, protocolos, manuales y páginas web referidas al tema, así como consultas al personal sanitario y no sanitario del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y mi experiencia laboral y profesional como celador en dicho hospital.

4 Resultados

Según un estudio, publicado por Alberto Jiménez-Puente, Emilio Perea-Milla y Francisco Rivas-Ruiz el Revista Española de Salud Pública, más de mitad de las personas que mueren en España al año lo hacen en un hospital. A pesar que la muerte es un proceso natural y que ocurre a nuestro alrededor continuamente, hoy en día dentro de la sociedad el tema de la muerte es un tema delicado y casi tabú, lo mismo ocurre en los hospitales y en los profesionales que en ellos trabajan. Esta situación complica abordar el tema como se debiera, e intentar convertir los protocolos y trabajos post-mortem en un acto profesional de calidad.

Para comenzar es importante conocer los signos de muerte, son signos cuya presencia que hay que valorar pues es necesario comprobar que realmente se ha producido el fallecimiento o éxitus. Estos signos de la muerte se clasifican en dos grupos, que a continuación veremos.

- Signos precoces de la muerte: Aparecen inmediatamente después de la muerte:
1. Ausencia de movimiento respiratorio.
2. No se ausculta el latido cardiaco.
3. Electrocardiograma y electroencefalograma planos.
4. Midriasis: Aumento del diámetro o dilatación de la pupila del ojo.
5. Ausencia de tono muscular.
6. Perdida de sensibilidad cutánea.

- Signos tardíos de la muerte: Aparecen un tiempo después de la muerte:
1. Algor Mortis: Enfriamiento y pérdida gradual de la temperatura del cuerpo. En la primera hora posterior al fallecimiento el cuerpo pierde 2o C. y luego se pierde 1o C. por cada hora que pasa.
2. Rigor Mortis: Rigidez cadavérica, agarrotamiento muscular y perdida de elasticidad. Suele aparecer entre 2 y 3 horas después de la muerte, alcanza su máxima intensidad a las 19 horas y el proceso comienza a desaparecer a las 36 horas desapareciendo unas cuantas horas después.
3. Libor Mortis: Livideces cadavéricas, manchas de color rojo-violáceo en las partes declives del cuerpo. No se encuentran en la zonas sometidas a presión, como los pliegues de la ropa en contacto íntimo con el cadáver.

En los hospitales el personal sanitario y no sanitario son los encargados de proporcionar cuidados y atenciones a los/as pacientes, dichos cuidados y atenciones van encaminados en primer lugar a curar la enfermedad o patología que afecta al paciente, también tenemos los cuidados paliativos que van encaminados, ante el diagnóstico de una enfermedad terminal con resultado de muerte en poco tiempo, a proporcionar al paciente en sus últimos días cuidados para aliviar su dolor y proporcionarle confort y bienestar. Por último tenemos los cuidados que se proporcionan a la persona en los momentos posteriores a su muerte, son los llamados cuidados post-mortem del paciente fallecido, haciéndolos extensibles a la familia y/o personas con quien tenga relación emocional o afectiva.

Aunque los cuidados post-mortem se deben realizar en los hospitales, por personal de enfermería con ayuda de los celadores, cada vez es más normal, desde la instauración generalizada de los tanatorios, que algunos cuidados como preparar, vestir o amortajar al paciente fallecido, llamados tanatopraxia, se realicen en los

tanatorios. De todos modos sea en los hospitales o en los tanatorios el trato al cadáver ha de ser de esmerado respeto y cuidado. Los cuidados post-mortem no se deben efectuar, ni comenzar a realizarse, hasta que el médico certifique el fallecimiento. En estos cuidados se debe actuar con respeto, discreción y silencio, evitando realizarlos con la familia presente. En caso de que el paciente fallecido compartiera habitación con otro paciente, deberán colocarse biombos, cortinas o estores que impidan que este vea el proceso y evitarle situaciones que puedan provocar situaciones emocionalmente traumáticas, otra opción sería el traslado de dicho paciente a otra habitación.
Entre los objetivos de los cuidados post-mortem podemos citar:
• Garantizar un aspecto digno e íntegro del fallecido y proceder al adecuado amortajamiento del cadáver para su posterior traslado al mortuorio, al tanatorio o al lugar donde será velado.
• Informar a los familiares y/o personas con quien tenga relación emocional o afectiva de la técnica que vamos a llevar a cabo, así como apoyarles emocionalmente e informarle, dentro de lo posible, de procedimientos y aspectos legales tras el fallecimiento.
• Respetar la religión y cultura del fallecido y su familia y/o personas con quien tenga relación emocional o afectiva, así como respetar su voluntad de donar órganos, entre otras voluntades.
• Cumplir con los requisitos de traslado.
• Garantizar el cumplimiento de las leyes que regulan este proceso.

Antes de los cuidados post-mortem, una vez que el médico haya certificado su muerte e informado a la familia y/o personas con quien tenga relación emocional o afectiva, se les puede permitir pasar a la habitación (durante un tiempo prudencial) para que se puedan despedir y mostrar sus emociones a su ser querido ,esto también se les puede permitir una vez realizado los cuidados post-mortem antes del traslado. También algunos hospitales permiten y facilitan (si se solicita) que el fallecido sea vestido por estos con su propia ropa. Así mismo se podrá permitir, por respeto a sus creencias religiosas y por petición familiar, la presencia de un representante de su religión. Después de todo esto y antes de que comience el rigor mortis se procederá a realizar los cuidados post-mortem.

No existe un procedimiento general ni específico que unifique en un documento la prestación de los cuidados post-mortem, cada hospital establece sus propios protocolos de actuación al respecto, aunque si se puede decir, después de buscar y contrastar la información al respecto, que todos ellos establecen unos pasos a seguir casi idénticos o con unas mínimas diferencias que no son muy signi-

ficativas. Esto también ocurre cuando nos referimos a la información sobre los materiales necesarios para ello.

Materiales necesarios:
• Mortaja o sudario. En algunos casos bolsa para cadáveres.
• Guantes, batas y en ocasiones mascarilla.
• Material de aseo e higiene y toallas.
• Sábanas y empapadores.
• Gasas, vendas, apósitos, algodón y esparadrapo.
• Pinzas de Kocher y tijeras.
• Sonda de aspiración si se necesita.
• Bolsa para la lencería sucia.
• Bolsa para residuos.
• Bolsa para objetos personales.
• Pulseras y tarjetas identificativas.
• Camilla.

Equipo humano necesario:
• Médico que certificara el fallecimiento.
• Enfermera y auxiliar de enfermería.
• Celador, para ayudar a la enfermera y a la auxiliar de enfermería desempeñando las funciones que le sean propias y para trasladar el cadáver al mortuorio.

Procedimiento:
• Preparar y colocar a nuestro alcance todo el material necesario.
• Lavar las manos y poner la bata, los guantes y la mascarilla.
• Retirar de la habitación todos los aparatos y objetos que ya no se utilicen.
• Retirar los objetos personales de su cuerpo (anillos, medallas, prótesis dentales, etc.).
• Guardar las pertenencias del enfermo (ropas, joyas…) en una bolsa. correctamente identificada que entregaremos a la familia más tarde.
• Poner la cama en la posición horizontal a una altura adecuada, retirar todas las almohadas dejando únicamente la que está bajo la cabeza. Retirar toda la ropa dejando únicamente la sábana bajera y coloca el cadáver en decúbito supino.
• La enfermera o enfermero retirará todas las vías, sondas, drenajes, catéteres, etc, colocando apósitos para evitar la salida de sangre en los puntos de aplicación.
• Taponar con algodones o apósitos todos los orificios naturales (oído, fosas nasales, boca, vagina y recto) introduciéndolos con unas pinzas de Kocher. De este modo no se manchará la mortaja. En los varones se recomienda anudar una

tira de venda de gasa en la parte proximal del pene para evitar la salida de orina que pudiera haber en la vejiga.
• Bañar el cadáver procurando eliminar las manchas que tenga la piel y secarlo a continuación. Peinarlo y afeitarlo si procede.
• Coloca las prótesis si las tuviere (oculares, dentales, alguna extremidad…).
• Si hay lesiones en la cara, cubrirlas con gasa y esparadrapo como si de una cura se tratase.
• Cerrarle ojos y boca.
• Colocarle una pulsera de identificación si no la tiene, se deterioró la que tenia o se perdió.
• Colocar el cadáver en la mortaja o en bolsa de cadáveres (según proceda). Para ello se deberá poner el cadáver en decúbito lateral, extendiendo el sudario o bolsa para cadáveres (según proceda) y colocar un empapador a la altura de las nalgas. Devolver el cadáver a la posición de decúbito supino y ponerlo en el decúbito lateral contrario al anterior para acabar de extender el sudario o bolsa para cadáveres (según proceda) y el empapador. Volver a la posición de decúbito supino con piernas y brazos en extensión (palmas hacia abajo) de forma alineada sobre la cama, también se puede cruzar las manos sobre el abdomen, sujetando tobillos y muñecas con una venda o esparadrapo. A continuación amortajar el cadáver según la técnica de amortajamiento escogida. En caso de usar bolsa para cadáveres se deberá cerrar la cremallera.
• Colocar una tarjeta de identificación por dentro y/o fuera de la mortaja o bolsa para cadáveres (según proceda). Los datos del paciente fallecido que constan en la pulsera de identificación y en la tarjeta deben coincidir.
• Entregar a la enfermera los objetos personales retirados del fallecido para su entrega a los familiares.
• Recoger toda la ropa usada y sucia para su lavado.
• Recoger todos los residuos producidos para su correcta eliminación.
• Recoger todo el material, utensilios y aparatos usados para su correcta eliminación o, en su caso, su lavado/limpieza, desinfección y/o esterilización.
• Avisar al servicio de limpieza para limpiar y desinfectar el mobiliario usado por el paciente y la habitación.
• Documentar todos los procesos realizados en los registros de enfermería.
• Cumplimentar, por quien proceda, toda la documentación que la ley exige en caso de fallecimiento de una persona.
• Si el hospital lo permite, invitar a los familiares y/o las personas con quien tenga relación emocional o afectiva que lo deseen a permanecer en la habitación junto al cadáver mientras se prepara su traslado al mortuorio. Así como apoyarles en

el duelo y facilitarles la información que soliciten.
• Comunicar a quien corresponda que se puede proceder a trasladar el cadáver al mortuorio. El traslado es función del celador.
• Avisar al servicio correspondiente de la disponibilidad de una cama libre.

Consideraciones sobre el procedimiento:

• Pacientes Judiciales: Actuar igual que en los cuidados generales excepto:
1. No lavar el cuerpo ni retirar pertenencias si existe indicación policial o judicial para evitar una posible destrucción involuntaria de pruebas.
2. Adjuntar tarjeta y certificado judicial de defunción.

• Cuando el fallecido tuviera indicación de autopsia:
1. Adjuntar la autorización en la historia clínica,
2. Seguir órdenes específicas del facultativo. En lugar de retirar los catéteres, sondas y drenajes se deben cortar y pinzar.

En caso de fallecidos por enfermedades infecto-contagiosas, se tendrá especial consideración a la hora de retirar residuos y de mandarlos a los lugares específicos de eliminación. Utilizar para el amortajamiento las medidas indicadas para cada tipo de aislamiento y las medidas de precaución universal.

En caso de que el paciente fallecido fuera donante de órganos, hubiera dejado constancia de donar sus órganos o su familia y/o personas con quien tenga relación emocional o afectiva accedan a ello, se avisará al coordinador de trasplantes para proceder al protocolo de actuación más adecuado.

En pacientes portadores de marcapasos, se debe extraer la pila por si el paciente es incinerado posteriormente, puesto que puede provocar explosión. La extracción debe realizarse por el médico que corresponda, mediante incisión en zona subclavia extrayendo el dispositivo y procediendo a su posterior cierre.

Traslado del paciente fallecido al mortuorio:

Una vez realizado el procedimiento de los cuidados post-mortem se procederá al traslado del cadáver del paciente fallecido al mortuorio, no debemos olvidar que el traslado se deberá mantener el mismo respeto y discreción con que se trató el cadáver en los procesos anteriores.

El traslado es función del celador y ha de seguir unas normas de traslado como son:

• Colocar el cadáver en la camilla de traslado y cubrirlo por completo con una sábana.
• Realizar el traslado con respeto, discreción y el máximo silencio posible.
• Comprobar que las puertas de las habitaciones de los demás pacientes están cerradas.
• Comprobar que no hay pacientes ni acompañantes de estos circulando por los pasillos.
• Usar los circuitos de traslado diseñados por el hospital para esta situación, evitando circular por zonas donde es habitual el paso continuo de personas, tanto personal sanitario y no sanitario, usuarios del hospital o familiares.
• Una vez en el mortuorio se introducirá en el lugar que corresponda en la cámara frigorífica para su conservación durante la estancia en el mortuorio, comprobando su identidad se colocara una tarjeta de identificación en la puerta de la cámara. Al introducirlo en la cámara se tendrá en cuenta que la cabeza ha de quedar a la puerta de la cámara por si hubiera necesidad de reconocer el cadáver.
• Cumplimentar, por quien proceda, toda la documentación que la ley exige en este proceso.
• Una vez terminado el traslado al mortuorio se procederá a avisar a la empresa funeraria que corresponda, para su posterior recogida y traslado al tanatorio, al lugar donde vaya a ser velado o su traslado a otra localidad diferente a la que ocurrió el fallecimiento.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de lo mucho que la civilización y las sociedades humanas hayan evolucionado desde la noche de los tiempos, la muerte y todo lo que le rodea sigue siendo un tema delicado y de fuertes connotaciones éticas , culturales, espirituales y religiosas. Desde el primer enterramiento hasta el día de hoy todas las civilizaciones y culturas trataron de manera especial la muerte con diferentes ritos y costumbres, pero de una u otra manera todas ellas tenían algo en común que eran y son los cuidados que se prestaban al cuerpo de la persona fallecida y su preparación para su tránsito al más allá y reunirse con sus antepasados y sus dioses, así como el respeto en la realización de dicha labor y a la persona fallecida.

Esos ritos y costumbres han ido evolucionando con el paso del tiempo y de las sociedades, por eso podríamos decir que en nuestra sociedad evolucionaron a lo que hoy llamamos cuidados post-mortem. En los hospitales, cuando un paciente

fallece, es el lugar donde se realizarán estos cuidados. Aunque no hay un criterio común y único para hacerlos, básicamente y salvo alguna pequeña diferencia, los hospitales en general proceden de la misma manera. El médico certifica el fallecimiento y luego enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores realizaran el trabajo, con el mismo esmero, cuidado y respeto hacia la persona fallecida que todas las civilizaciones y culturas hicieron y hacen.

Los cuidados post-mortem no se ciñen o deben ceñirse solamente a los cuidados al paciente fallecido, si no que se hacen extensibles y deben hacerse extensibles a su familia a quienes se prestara apoyo y ayuda en el duro trance del duelo por la muerte de un ser querido. También se les debe responder a sus dudas y cuestiones que estos planteen acerca de estos cuidados y acerca de aspectos legales que regulan el proceso, así como dejarles un tiempo de intimidad para el adiós y la despedida del ser querido.

6 Bibliografía

- coggle.it
- cuidandote.net
- chospab.es (Complejo Hospitalario Universitario de Albacete).
- madrid.org (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid).
- congresoenfermeria.es
- auxiliar-enfermeria.com
- enfermeria1014.com (Universidad de Alicante).
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula el personal estatutario, las funciones del Celador y del Jefe de Personal Subalterno.

Capítulo 1518

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES

LORENA PALACIN CARRO

YAIZA CANGA SÁNCHEZ

AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El traslado intrahospitalario es el desplazamiento que se hace del paciente dentro del propio hospital con los dispositivos adecuados(cama,camilla,silla…) ya sea desde una unidad de hospitalización a otra o dentro de la misma unidad con el objetivo de realizar alguna prueba diágnostica, ingreso en la propia unidad o reubicarlo en el servicio al que pertenece dicho paciente. Es importante mencionar que hay otra modalidad de trasporte, que tanto su origen y destino se hayan dentro de las instalaciones del propio hospital pero no el trayecto: el traslado se hace por el exterior y en el cual se utilizan ambulancias, a este tipo de traslado se le conoce como traslado interhospitalario.

2 Objetivos

- Realizar el traslado de pacientes en condiciones óptimas de seguridad y comodidad para el paciente y el propio celador.

- Indicar pautas más adecuadas para el traslado de pacientes evitando o reduciendo posibles riesgos que puedan surgir.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de diferentes artículos de interés en distintas bases de datos como Pubmed, Elsevier y Dialnet. Para ello se utilizaron los siguientes descriptores: traslado intrahospitalario, celadores y unidad de hospitalización. Se han incluido aquellos artículos que contarán con algunas de estas palabras clave en el título.

4 Resultados

El protocolo que debe llevarse a cabo para dicho fin se llevará a cabo de la siguiente manera:
• Informar al paciente y a la familia del traslado que se va a realizar y en la medida de lo posible cuales son las causas o motivos por los que debe llevarse a cabo(traslado aquirófano,al servicio de diálisis,endoscopia,radiología…).
• Se prepara al paciente procurando en la medida de lo posible su seguridad y comodidad.
• Valorar cuales son los dispositivos más adecuados para su traslado (cama o silla de ruedas): aquellos pacientes con necesidades de oxígeno irán en cama y el resto de pacientes que no tengan ningún tipo de necesidad especial su traslado se le hará en silla.
• Recoger objetos personales o ayudarlo en la recogida de los mismos.
• Utilizar todo el material que el paciente pudiese necesitar (bala de oxígeno, palo de gotero,arco…).
• Se comprobarán todos los elementos que tenga el paciente (sondas, redones,oxígeno entre otros).
• Se recogerá la historia clínica del paciente y se verificara su identidad a través de la pulsera identificativa.
• Al finalizar el traslado, debe preocuparse de devolver el equipo utilizado al lugar que corresponda, limpio y en buenas condiciones, la camilla o silla utilizada deberá quedar en óptimas condiciones de limpieza para el próximo traslado.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el celador tenga una nociones básicas en cuanto al traslado de pacientes para asegurar la seguridad, integridad y comodidad del paciente.

El celador deberá tener en cuenta el tipo de paciente al que va a trasladar y las necesidades que le paciente tenga en cada momento

6 Bibliografía

• Protocolo para el Translado Intrahospitalario del paciente (HUCA)
• https://www.scielo.org/es/
• https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1519

EL PAPEL DEL CELADOR ANTE LOS DISTINTOS TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS.

LORENA PALACIN CARRO

YAIZA CANGA SÁNCHEZ

AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los aislamientos hospitalarios son la separación del paciente que padece una enfermedad transmisible del resto de personas que se hayan en contacto con el mismo.
Los diversos tipos de aislamiento se utilizan como medidas preventivas para evitar la propagación de enfermedades infecciosas.
Las finalidades de adoptar este tipo de medidas serían:
- Reducción del riesgo de infección para el paciente y todas las personas que tengan contacto con él.
- Reducción de la incidencia de infecciones nosocomiales (aquellas que son adquiridas en el entorno sanitario).

Todas las normas de aislamiento deben ser cumplidas tanto por el personal sanitario y no sanitario como por parte de las familias y visitantes hasta que desaparezca la enfermedad.
Debido a que el celador dentro de las instituciones sanitarias tiene como funciones la movilización y traslado de pacientes, es importante que conozca las

medidas a adoptar en caso de contacto con pacientes sometidos a algún tipo de aislamiento.

2 Objetivos

• Prevenir la propagación de las enfermedades transmisibles entre pacientes, personal ,familiares y personas que entren en contacto con el paciente.
• Determinar cuales son los tipos de aislamiento existentes y su actuación ante cada uno de ellos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los distintos tipos de aislamientos existentes y que por tanto debe de conocer y manejar el celador dentro de la unidad de hospitalización son los siguientes.

A. Aislamiento estricto
Se debe de llevar a cabo cuando se sospeche de la presencia de aerosoles en el aire con alto rango de difusión y que quedan en suspensión.
Es llevado a cabo para evitar la transmisión de enfermedades muy contagiosas y agresivas
Características
La habitación será siempre individual y la puerta es de suma importancia que permanezca cerrada
• Lavado de manos antes y después del contacto con el paciente
• Uso obligatorio de guantes y bata
• La mascarilla será de uso obligatorio desde antes de entrar en la habitación hasta la salida de la misma
• Utilización de gafas en caso de que se prevean salpicaduras

• Antes de salir de la habitación se depositarán las prendas contaminadas en un contenedor destinado a tal fin
Algunas de las enfermedades que exigen este tipo de aislamiento son :herpes zoster,difteria faríngea y fiebres hemorrágicas

B. Aislamiento respiratorio
Se aplica cuando se sospeche la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de difusión (hasta 1 metro)
Características
• Habitación separada aunque aquellos pacientes con el mismo microorganismos pueden compartir habitación
• Uso obligatorio de mascarilla
• Lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente o materiales contaminados.
• Los materiales contaminados se desechan utilizando la técnica de la doble bolsa.
Enfermedades que cabe destacar que precisan este tipo de aislamiento son : sarampión, meningitis,neumonía meningocócica y parotiditis.

C. Aislamiento de contacto
Se utiliza cuando se sospecha de una enfermedad transmisible por contacto directo tanto con el paciente como elementos que haya en el ambiente

Se aplica a las enfermedades infecciosas que se propagan por contacto directo y que se dividen en:
1. Contacto con heridas y lesiones cutáneas.
2. Contacto con secreciones orales

Características:
• Habitación Individual: si es posible.
• Lavado de Manos
• Guantes
• Gafas (en caso de riesgo de salpicaduras)
• Bata desechable
• Todas las personas que entren en contacto directo con el enfermo vestirán bata, mascarilla y guantes según el tipo de lesión.
• Todo el material necesario para vestirse debe de encontrarse preparado dentro de la habitación.
• Antes de salir de la habitación se depositarán las prendas contaminadas en un contenedor preparado al efecto.

• Habitación individual con lavabo (aconsejable).
• Los pacientes contaminados con el mismo microorganismo pueden compartir habitación.

Las enfermedades que cabe destacar que precisan el uso de este tipo de aislamiento son: herpes simple, neumonías (Staphylococcus aureus, Streptococcus del grupo A) y sarna

D. Aislamiento protector o inverso
Se aplica en pacientes inmunodeprimidos y no infectados
Características:
• Habitación individual en la medida de lo posible (debe contar con lavamanos) o aislamiento espacial de 1 metro.
• Lavado de Manos:Se debe usar jabón antiséptico.
• Mascarilla: Si se acerca a menos de un metro del paciente.
• Guantes de procedimiento: Siempre ante contacto con el paciente.
• Gafas
• Mantener la puerta siempre cerrada.
• Depositar las ropas utilizadas en un contenedor preparado al efecto cuando se salga de la habitación.
Este tipo de aislamiento se utilizará con grandes quemados,trasplantados,pacientes sometidos a tratamientos de quimioterapia y afectados por sida entre otros

E. Aislamiento entérico

Se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas y en algunos casos por objetos contaminados.

Características:
• Lavado de manos.
• Habitación individual con lavabo (Aconsejable).
• La bata es obligatoria para la persona que esté en contacto directo con el enfermo.
• Se usarán guantes cuando se manipule material contaminado.
• Dentro de la habitación habrá guantes y batas.
Este aislamiento está indicado en enfermedades como hepatitis A,cólera y fiebre tifoidea entre otras

F. Aislamiento parenteral

Este tipo de aislamientos están indicados para evitar la propagación de enfermedades transmisibles por sangre o por fluidos orgánicos u objetos contaminados con los mismos.

Características:
• Habitación compartida solo con pacientes infectados por el mismo germen
• Lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente.
• Precauciones con las agujas y demás objetos punzantes.
• Uso obligatorio de guantes.
• Uso de bata, mascarilla y gafas, cuando haya que manipular líquidos corporales o sangre.
Está indicado en enfermedades como: malaria,sida y hepatitis

5 Discusión-Conclusión

El celador debe de conocer el tipo de aislamientos existentes y las medidas de precaución que debe de llevar a cabo con cada uno de los distintos tipos de aislamientos para evitar la propagación de enfermedades tanto en beneficio del paciente como en el suyo propio.

6 Bibliografía

- Precauciones y aislamientos ante patología infecciosa. Servicio de M. Preventiva del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. 2002
- Fariñas-Álvarez, C., Teira-Cobo, R., & Rodríguez-Cundín, P. (2010). Infección asociada a cuidados sanitarios (infección nosocomial).Medicine,10(49), 3293-3300.
- Álvarez Tuñón Z (2007). Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles edición resumida. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Hospital Valle del Nalón Asturias.

Capítulo 1520

DISPOSITIVOS UTILIZADOS POR EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES DEPENDIENTES DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO.

LORENA PALACIN CARRO

YAIZA CANGA SÁNCHEZ

AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

En infinidad de ocasiones los pacientes que se encuentran en un hospital tiene reducida o limitada su movilidad debido a su patología o enfermedad , por lo que va a ser necesario que tengamos que colaborar en su movilización para ayudarles en los movimientos básicos .

Hay dos variedades en cuanto a movilización de pacientes se refiere; por un lado existe la movilización manual que consistiría a todas aquellas tareas en las que se precisa la fuerza humana(el celador) para levantar, empujar, sostener o arrastrar al paciente en su totalidad o parte de su peso.
Por otro lado existe elementos o dispositivos mecánicos de ayuda para facilitar la movilización en aquellos pacientes que sea imposible mover mediante movilizaciones manuales ya sea por el tipo de lesión que presentan,patologías asociadas,obesidades...) Hay varios elementos mecánicos pero cabe resaltar las grúas y el transfer

2 Objetivos

• Identificar cuales son los principales dispositivos de ayuda mecánica para el celador en las movilizaciones.
• Conocer su uso y manejo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las grúas: Se emplean en las unidades de hospitalización para la movilización de pacientes incapacitados o demasiado pesados, asegurando y minimizando el riesgo de lesiones para el paciente y el celador.

Antes del manejo de la grúa se deben de tener en cuenta una serie de pautas:

• Usar siempre el equipo siguiendo las instrucciones y normas de seguridad.
• Verificar que la grúa se encuentra en perfectas condiciones de funcionamiento.
• Asegurarse de que las partes del aparato que vayan a estar en contacto con el paciente estén en condiciones adecuadas y no puedan causar lesiones en la piel del paciente Una vez que se verifica que la grúa está lista para su uso se procederá a su manejo para la movilización pertinente siguiendo el protocolo que se detalla a continuación: • Informar al paciente de lo que se le va a hacer
• La cama se colocará en posición horizontal y se procederá a su frenado
• Colocar al paciente en decúbito lateral y se colocará el arnés de tal manera que una mitad del mismo recoge la espalda los hombros y debajo de los glúteos como si de una entremetida se tratase
• Se gira al paciente hacia el decúbito contrario y se estira el arnés . Después cogemos las bandas de las piernas y las pasamos por debajo de las piernas entrecruzándolas de tal manera que la pierna derecha cuelga del gancho izquierdo y la izquierda del gancho derecho

• La grúa debe encontrarse lo más próxima al paciente para permitir el enganche de las cinchas del arnés.
• Se acerca la grúa y enganchan las cinchas del arnés a los ganchos de la percha de sujeción de la grúa.
• A través del mando, se levantar lentamente al paciente hasta quedar por encima de la cama y asegurando que haya el suficiente espacio para la movilización que se va a realizar.

Tablas de transferencia: Son un tablero rígido o semi-flexible que puede usarse para mover usuarios desde una superficie a otra que se encuentren en alturas similares. Suelen estar fabricadas en plástico con un lado deslizante y el otro antideslizante. La finalidad de las tablas de transferencia(transfer)es evitar los movimientos que puedan causar dolor en el paciente y reducir los esfuerzos físicos en el celador.
Su uso y manejo es muy sencillo Funciona introduciendo una plancha forrada con un material antideslizante, por debajo del paciente y girando sobre sí misma que transporta al paciente desde la cama al tablero o viceversa.

5 Discusión-Conclusión

La movilización de pacientes debe llevarse a cabo siguiendo unas pautas recomendables para evitar riesgos y a su vez favoreciendo la comodidad del paciente, por lo que se hace necesario que le celador tenga unas nociones de mecánica corporal y conozca los mecanismos de ayudas mecánicas al paciente.

6 Bibliografía

- https://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-movilizacion-y-transferencias-pacientes.
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-10-movilizacion-del-paciente.html.
- https://revistamedica.com/celador-movilizacion-pacientes-posiciones-anatomicas/.

Capítulo 1521

UNIDAD DE CIRUGÍA, ANESTESIA Y REANIMACIÓN HOSPITALARIA. ATENCIÓN AL CLIENTE.

PALOMA LOPEZ RODRIGUEZ

Mª TATIANA PÉREZ AGUINACO

1 Introducción

La cirugía es una de las razones más importantes de admisión para muchos pacientes que ingresa en un hospital, la cual conlleva una serie de procedimientos llamados "procedimientos quirúrgicos" más o menos complejos.

Es importante destacar los dos tipos de cirugía que se realizan en los hospitales, y estos son:

- La cirugía mayor1, juega un papel importante en este capítulo ya que hace referencia a los procedimientos quirúrgicos más complejos, con más riesgo, frecuentemente realizados bajo anestesia general o regional (anestesia epidural, lumbar o espinal) y asistencia respiratoria, con cierto grado de riesgo para la vida del paciente o de grave discapacidad. Su preparación como su recuperación puede tomar varios días o semanas, además de estar asistidos por un equipo multidisciplinar formado por profesionales que intervienen, además de la cirugía en sí, en otros procesos no menos importantes y como la anestesia y la recuperación.
Son en estos servicios "anestesia y reanimación" donde haremos más hincapié a lo largo del capítulo.

Cualquier penetración de la cavidad corporal (cráneo, tórax, abdomen o extensas cirugías de extremidades.) es considerada una Cirugía Mayor.

- Cirugía menor1, no menos importante y por eso la señalo, es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja complejidad y sencillos, que habitualmente no requieren reanimación postoperatoria, que se practican en régimen ambulatorio en pacientes sin problemas médicos coexistentes de riesgo, habitualmente con anestesia local, nada agresiva y con un período mínimo de observación postoperatoria.
Es necesario señalar La diferencia entre la cirugía menor ambulatoria realizados en centros de atención primaria y la cirugía menor realizada en unidades hospitalarias aunque en ambos sitios pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos similares, los que se realizan en unidades hospitalarias pueden admitir pacientes con patologías más complejas, con médicamente más complejos, porque ante cualquier complicación siempre se puede contar con el apoyo del resto de la dotación del hospital.

La programación de los quirófanos7 como herramienta fundamental de la gestión de un Centro Hospitalario ya que tiene una gran repercusión sobre el hospital, los profesionales y los pacientes.
Entre las preferencias que se deben marcar los responsables de la programación están la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, además de utilizar con eficacia los recursos necesarios para conseguir un resultado eficiente.

2 Objetivos

• Describir principalmente el proceso de atención al paciente, desde que llega al área hospitalaria hasta que sale de ella, así como el plan de atención de cuidados dentro del área de preparación quirúrgica e inducción anestésica del paciente.
• Describir el proceso que conlleva "La programación quirúrgica" como componente más importante para conseguir junto con los recursos disponibles unos resultados eficientes.

3 Metodología

Revisión sistemática de diferentes libros científicos relacionados con la Atención Hospitalaria, Cirugía, Anestesia y Reanimación. Además de una búsqueda sis-

temática de diversos artículos y revistas científicas relacionados con el mismo tema vía internet, todos ellos nombrados posteriormente.

4 Resultados

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud6 (SNS , establece, en sus artículos 27, 28 y 29, la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las Comunidades Autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

El objetivo fundamental de toda área asistencial dentro de un centro sanitario es una óptima organización y gestión de cada unidad, que contribuyan a la mejora en las condiciones de calidad y seguridad en la prestación de los servicios, así como para su diseño y equipamiento para con sus pacientes.
Aspectos como Los derechos y garantías de los pacientes, La seguridad del paciente, Los criterios organizativos, gestión y la calidad asistencial cobran una gran importancia dentro de estos centros sanitarios.
La descripción de la organización de un centro sanitario engloba todo proceso que comprende todas aquellas actividades asistenciales y de apoyo encaminadas a la realización de un acto quirúrgico, desde el momento en que el paciente accede al área de recepción hasta la recuperación y posterior alta médica.

El proceso de atención al paciente dentro de la Unidades de Cirugía, Anestesia y Reanimación hospitalaria, se produce desde que el paciente accede al centro sanitario, por las diferentes vías de acceso, pasando por el traslado al área prequirúrgica, la cual puede realizarse andando, en silla de ruedas, en camilla o en la cama de hospitalización convencional.

Cualquiera que sea la procedencia del paciente, antes de su acceso al área prequirúrgica o en esta, el cirujano responsable de la sesión quirúrgica como el área de atención quirúrgico deben de seguir un protocolo llamado “ Protocolo de Recepción de Pacientes” que incluya la comprobación de la identidad del paciente (pulsera identificativa: datos del paciente, diagnóstico y procedimiento quirúrgico), y la revisión de la historia clínica completa y pruebas complementarias

fundamentales para comenzar con buen pie el proceso quirúrgico.

En el proceso de inducción anestésica, la anestesia se realizará de acuerdo con la forma de organización elegida (antequirófano, quirófano, etc.). En general se tiende a realizar la inducción anestésica en quirófano, no siendo preciso, en este caso, la existencia de un antequirófano.
El anestesiólogo estará presente, según el protocolo y las características particulares de riesgo.
Será además el encargado de cumplimentar el Registro de Anestesia2, en el que quedarán recogidos estos datos, entre otros:

• Tipo de intervención.
• Facultativos que realizan el procedimiento quirúrgico y anestésico.
• Tipo de anestesia
• Dispositivos de control utilizados (mascarilla facial, laríngea, intubación o otros).
• Nivel de invasividad
• Vía de administración del fármaco inductor (inhalatoria, intramuscular, endovenosa) y dosis empleada.
• Vía de administración de los fármacos anestésicos y no anestésicos empleados durante la fase de mantenimiento (inhalatoria, intramuscular, endovenosa) y dosis empleadas de los mismos.
• Vía de administración de los fármacos empleados durante la fase de reversión y dosis empleadas de los mismos.
• Incidencias en la inducción, el mantenimiento y la reversión anestésica.
• Balance de fluidos tanto electrolíticos como de hemoderivados.
• Posibles complicaciones perianestésicas que necesiten vigilancia posterior.
• Comentario anestésico final.

El cirujano cumplimentará el protocolo quirúrgico.

La finalización de las actuaciones anestesiológicas4 en quirófano y la salida del paciente se realizarán a juicio del anestesiólogo quien decidirá la reversión o no de la anestesia general y el traslado a una u otra unidad postoperatoria de acuerdo a las condiciones del paciente y cirugía practicada.
El anestesiólogo se encargará de anotar las aclaraciones oportunas en el registro de anestesia, así como el anestésico y la técnica utilizados, como he dicho anteriormente.

En la Unidad de Recuperación o Reanimación, todos los pacientes que hayan sufrido un procedimiento anestésico deberán tener planificado previamente por parte del anestesiólogo: a) El área de destino más probable tras la intervención. b) El protocolo específico de recuperación anestésica.

Importante:
Cada paciente será trasladado a la unidad en la que pueda recibir el nivel de cuidados adecuado dependiendo de su situación y la intervención realizada para evitar traslados posteriores y si la estancia es más prolongada de lo previsto en una unidad no dificulte el acceso a la misma de otros pacientes y sea imposible la realización de otras cirugías.
El traslado a esta unidad, deberá realizarse en posición de decúbito acompañado por la enfermera y el anestesiólogo. Este último indicará los criterios de monitorización y oxigenoterapia que deben suministrarse. El traslado se realizará siempre junto con la documentación clínica.

Actividades a desarrollar dentro de la Unidad de Reanimación5:

Valoración del paciente según protocolo de ingreso en la Unidad de Reanimación.
2. Monitorización del paciente según el protocolo de monitorización.
3. Plan de cuidados de acuerdo con los protocolos establecidos en la Unidad de Reanimación. Se actuará en función de la situación clínica del paciente.
4. Revisión y continuación de la cumplimentación del Historial clínico del paciente.

• El anestesiólogo, indicará el alta del paciente cuando este cumpla los criterios definidos en el protocolo de la Unidad de Reanimación, que deberá tener en consideración las características del centro (el nivel de cuidados de las distintas unidades del centro concreto).

• Se prescribirá el tratamiento médico adecuado a la cirugía realizada ya la situación clínica del paciente.
• Se entregará el informe de alta del cirujano, del anestesiólogo y el informe enfermero al alta a fin de poder realizar el seguimiento del paciente hasta la resolución de su proceso quirúrgico en la planta de hospitalización.
• Se cumplimentarán los datos necesarios para el registro de quirófano y el alta del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En mi opinión, seguir los protocolos necesarios que cada profesional dentro de un equipo multidisciplinar tienen que emplear en una "Programación quirúrgica", son las herramientas fundamentales y necesarias para conseguir el bienestar y seguridad del paciente en la realización de cualquier operación quirúrgica y así llegar a conseguir un resultado óptimo y de calidad en la atención al paciente dentro de la unidad de Cirugía, Anestesia y Reanimación hospitalaria.

6 Bibliografía

1. http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/cirugias_mayor_y__menor.pdf
2. Guia práctica de Anestesiología y Reanimación Sociedad Española. https://chguv.san.gva.es/documents/10184/42574/SEDAR2008_GUIA_PRACTICA_CLINICA_EN_ANESTESIOLOGIA.pdf/207e7b78-36af-4157-9039-8fac8c558f81
3. Funciones de un anestesiólogo
4. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301190.
5. Estructura u funcionamiento de reanimación Hospital General http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/77d78a278b5c138d3db4ae55b14616ac.pdf
6. https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf
7. Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad.

Capítulo 1522

ERGONOMÍA PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

MARTA MARIA BESADA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Principales riesgos asociados al trabajo de auxiliar administrativo y Celador.
1. Trastornos musculo esqueléticos.
2. Problemas visuales.
3. Fatiga mental.

Tenemos que tener en cuenta que la posibilidad de experimentar estos riesgos está relacionada directamente:
1. Con la frecuencia y duración de los períodos de trabajo ante la pantalla.
2. Intensidad y grado de atención requeridos por la tarea.
3. El alto ritmo de trabajo y poca formación.
4. Trabajos repetitivos, monótonos y sobre esfuerzos.

2 Objetivos

- Dar a conocer un resumen de los riesgos ante los que está expuesto el personal no sanitario y las medidas preventivas para disminuir en lo posible, dichos riesgos.

3 Metodología

Se ha Realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y en bases de datos: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, Google Académico, Dialnet. Se emplearon como descriptores: riesgos laborales, PVD, salud, pantallas de visualización, trabajos con cargas.

4 Resultados

De los textos leídos nos encontramos con que si no tomamos medidas adecuadas para impedir los riesgos ante los que están expuestos los auxiliares administrativos y celadores en el trabajo pueden producir producen estos tipos de trastornos:

- Físicos.
- Psicológicos.

Unido a estos riesgos nos encontramos con:

- Trastornos musculo esqueléticos. Estos los podemos asociar a:
• La adopción de malas posturas.
• Al mantenimiento de posturas estáticas prolongadas.
• Los movimientos repetitivos debidos al manejo habitual e intensivo del teclado y el ratón
. Levantamiento de pesos o cargas.
Estos trastornos pueden terminar generando tendinitis, lumbalgias, tortícolis. Contracturas, problemas circulatorios, artritis, artrosis, síndrome del túnel carpiano, ciática, lesiones de vertebras, similares…

Las medidas preventivas ante los trastornos musculo esquelético serían las siguientes:
- Buscar posturas correctas que eviten estas malas prácticas.
- Intentar tener un buen tono físico general, realizando un ejercicio físico moderado. Un buen deporte para ésto sería la natación ya que trabaja la espalda y otras articulaciones.
- Revisar y garantizar que el puesto de trabajo cumple con los requisitos ergonómicos.
- Procurar organizarnos el trabajo de tal manera que podamos alternar actividades.

- Información y formación a los trabajadores sobre riesgos y sus medidas preventivas.
- Ante los pesos de objetos o pacientes, procurar no exceder los 25kg, ni intentar levantar más de lo que podamos, siguiendo siempre una correcta técnica de levantamiento de carga, o pidiendo ayuda si fuese necesario.

- Entre los problemas visuales podemos experimentar estos síntomas:
• Miopía temporal que sería la incapacidad para enfocar claramente objetos distantes durante unos cuantos minutos y hasta unas cuantas horas después de usar el ordenador.
• Tensión o fatiga ocular, de los párpados o la frente.
• Visión borrosa, rara vez doble visión o imágenes superpuestas.
• Que se nos sequen los ojos, se nos irriten o nos lloren.
• Desarrollar una sensibilidad a la luz.
• Dolores de cabeza, de cuello, de espalda, por la postura ante la pantalla.
A continuación vemos los principales factores que pueden provocar dichos síntomas:
El brillo de la pantalla, la cantidad de luz emitida, una mala distancia entre nosotros y la pantalla. Un tiempo excesivo de exposición a la pantalla, no tener pausas o descansos para refrescar los ojos.

Medidas preventivas ante la Fatiga o problemas Visuales.
- Establecer pausas de unos 10 minutos por cada hora y media de de trabajo con la pantalla, parar algún momento y mirar a lo lejos para relajar los ojos parpadeando.
- Si notamos sequedad utilizar colirios para una correcta hidratación de los ojos.
- Con los ojos cerrados mirar arriba, abajo, derecha e izquierda durante unos segundos en cada posición.

- Fatiga mental.
A día de hoy cualquier puesto nos hace trabajar con una gran cantidad de información y tener que elaborar rápidamente una determinada respuesta, dando situaciones que requieran una elevada carga mental.

Factores destacables, que aumentan la fatiga mental del trabajador:
• Ritmos de trabajo muy alto y contenidos de la tarea no acordes a la formación de los trabajadores.
• Monotonía o repetitividad en las tareas.

• Tipo de supervisión del trabajo que se realiza por parte de los superiores.
• Valoración del trabajo por otros trabajadores de la organización.
• Satisfacción con el sueldo, estabilidad del empleo, etc.
El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo nos da unas recomendaciones orientadas a evitar las siguientes situaciones:
• Situaciones de sobrecarga o sub-carga de trabajo.
• La repetitividad que da monotonía e insatisfacción.
• La presión indebida de tiempos.

Medidas preventivas:
Para este caso concreto la mayoría de acciones preventivas deben enfocarse desde la perspectiva de una buena organización del trabajo:
• Adecuar el puesto de trabajo a las necesidades intelectuales del trabajador.
• Ritmos de trabajo y contenidos de la tarea adecuados. Fomentar la formación.
• Evitar la monotonía y repetitividad en las tareas.
• Reconocimiento del trabajo.
• Proporcionar niveles de autonomía en el trabajo.
• Sueldo justo, estabilidad del empleo.

5 Discusión-Conclusión

A parte de las medidas preventivas descritas también podemos adoptar otras directrices generales:

- Garantizar que en los puestos de trabajo se cumplen los requisitos.
- Intentar en la media de lo posible organizar el trabajo de tal manera que el trabajador pueda realizar pausas.
- Aumentar la formación y adecuarla al trabajo que se desarrolla.
- Proporcionar la hoja de riesgo existentes y la forma de prevenirlos.

No olvidemos que con la formación y los medios adecuados estas situaciones estos trastornos se pueden aminorar mejorando la calidad de vida del trabajador.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- El Real Decreto 488/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.

Capítulo 1523

EL CELADOR Y LOS RESIDUOS SANITARIOS.

MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ

ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ

MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ

1 Introducción

Entendemos por residuos sanitarios todos los residuos , cualquiera que sea su estado, generado en centros sanitarios incluidos los envases y residuos de envases que los contengan o hayan contenido.

2 Objetivos

- Distinguir los distintos tipos de residuos que se generan en las instituciones sanitarias, ya que suponen un riesgo de producir infecciones si su manejo es inadecuado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en el libro de logas celador en servicios especiales y también se han consultado artículos en las principales

bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: celador , sanitario , residuos. Buscando en el libro de logas celador en servicios especiales

4 Resultados

La clasificación de residuos sanitarios según la OMS es:
. Infecciosos
. Patológicos
. Punzantes
. Farmaceuticos
. Genotóxicos
. Sustancias químicas
. Con alto contenido en metales
. Envases presurizados
. Radiactivos
. No peligrosos comunes

.

5 Discusión-Conclusión

En la gestión de residuos sanitarios el primer paso a seguir es conocer su clasificación para poder depositarlos en los recipientes adecuados.
Se recomienda no mezclar residuos sanitarios en un mismo envase. Los envases no deben compactarse.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1524

EL CELADOR EN RADIODIAGNÓSTICO

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

1 Introducción

El celador apoyara en todas las funciones posibles y que se le sean requeridas por el personal sanitario.
La unidad de radiodiagnóstico es bastante amplia, abarca TAC, ecografías, resonancias electromagnéticas, radiografías. Gracias a los rayos x, se obtienen las imágenes requeridas para un diagnóstico más efectivo en determinadas patologías. Los rayos x son energía radiante por lo cual hay que tener la máxima seguridad a la hora de trabajar con ellos. Esta unidad tiene un protocolo de seguridad para los trabajadores y pacientes el cual deberemos seguir minuciosamente para mantener la seguridad adecuada.
El celador es el responsable del traslado de los pacientes, lo realizará dependiendo de la necesidad de estos en sillas de ruedas, camillas, camas o a pie.
Las movilizaciones consisten en pasar al paciente del medio en el que fue transportado al lugar donde le vayan a realizar la prueba. El celador debe de ser prudente y realizar las movilizaciones con la mejor ergonomía posible para evitar

una posible lesión al paciente o a el mismo. Ya en el lugar de la prueba se colocará al paciente en la posición que demande el personal sanitario.
Las comunicaciones verbales y traslado de documentos serán en función del celador el cual lo realizará rápido y eficazmente.
Nunca facilitarán información de exploraciones o diagnóstico a pacientes o familiares.
Los celadores pueden desempeñar otras funciones siempre y cuando sean ordenadas por el personal sanitario o superiores.
Ayudarán al personal sanitario que lo requiera a preparar o trasladar aparatos.
Cuando el paciente por razones diversas no pueda acudir a la unidad de radiología será el celador y el técnico de radiología, los que se desplacen al lugar donde se encuentre el paciente, el celador transportarán la máquina de rayos x portátil siempre junto a la presencia del técnico en radiología.

2 Objetivos

- Ayudar en todo lo necesario en la unidad, facilitando el trabajo a el resto del personal sanitario gracias a sus funciones.
- Trasladar a pacientes de planta de hospitalización y de urgencias hasta radiología, y retornar a sus lugares de origen siguiendo siempre las pautas del personal sanitario. Las movilizaciones también son función del celador.
- Conocer las normas de la unidad de radiología.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Unidad de radiología del hospital universitario central de Asturias (HUCA).
- Google académico.
- Blog funciones del celador según las áreas donde desempeñe su trabajo.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

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

Capítulo 1525

EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ

ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ

MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ

1 Introducción

La autopsia es una prueba en la práctica clínica que se utiliza para averiguar o investigar la causa de la muerte se estudian y examinan los órganos, tejidos o huesos de un cadáver.Realizar una autopsia consiste en la apertura de cráneo, tórax, abdomen y raquis.

La sala de autopsia es el local donde se realizan las autopsias ,deben tener una superficie mínima de 20 metros cuadrados y una mesa de autopsias dotada de agua corriente fría y caliente y fría, sistema de aspiración, desagüe accesible con mecanismo antiretorno.La sala deberá tener iluminación eléctrica adecuada, ventilación directa o forzada, extractores de aire directos al exterior.

Las salas deberán tener refrigeradores de cadáveres con capacidad para 2 cadáveres cada 200 camas de hospitalizados

2 Objetivos

Las autopsias son realizadas por médicos anatomopatológicos con la colaboración del celador y otros médicos especialistas.El celador colaborará con el per-

sonal sanitario en todo aquello que no requiera utilizar instrumentos sobre el cadáver.

3 Metodología

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

4 Resultados

En este servicio el celador ,se denomina Celador Auxiliar de autopsias. El celador de anatomía patológica traslada el cadáver desde el depósito a la sala de autopsias colocándolo en la mesa, preparará el cuerpo para la autopsia.Recompone y aseado al cadáver una vez finalizada. Amortaja y coloca el cuerpo en el mortuorio cuidando del aspecto del difunto. Limpia la mesa , el instrumental y la sala. Entrega las muestras orgánicas u otro material que tenga que ser analizado en los servicios correspondientes . Todos las superficies de trabajo y los instrumentos contaminados deben introducirse en una solución de hipoclorito de sodio durante 20 minutos y luego lavarse con agua y jabón y si puede ser esterilizarlos en óxido de etileno o calor húmedo.

5 Discusión-Conclusión

La actuación en la autopsia es manejar el cadáver como si fuera potencialmente infectado por lo que se usa delantal de caucho grueso, doble guante de goma y látex, tapabocas y gafas de protección cuando se realizan procedimientos postmorten

6 Bibliografía

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

Capítulo 1526

EL CELADOR: LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL PERSONAL NO SANITARIO.

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

1 Introducción

Según el artículo 40.2 de la Constitución española, queda registrada la seguridad e higiene en el trabajo. Este artículo será desarrollado por la ley 31/1995 del 8 de noviembre, como prevención de riesgos laborales.
El celador como figura no sanitaria deberá emplear todas las medidas de prevención que se requieran en su puesto de trabajo para minimizar lesiones o enfermedades laborales.
La prevención de daños ocasionados por el entorno de trabajo es:
-Accidentes de trabajo.
- Enfermedades profesionales.
- Otras patologías que se originan en el puesto de trabajo.
El trabajador estará obligado a cuidar su seguridad y salud en su trabajo. Se deben utilizar los aparatos y maquinaria debidamente, según sus normas establecidas.

Informará a su superior, cuando observe cualquier circunstancia que desencadene un riesgo para su seguridad o salud.
La ergonomía es de carácter muy importante en el trabajo del celador, optando por posturas correctas a la hora de manipular o trasladar cargas.
El celador, cuando realiza una movilización a un paciente, debe saber y emplear unas técnicas de tal manera que guarde su seguridad y la del paciente.
Antes de una movilización, nos aseguramos si el paciente colabora o por el contrario no lo hace. Mantendremos una base amplia de apoyo. La distancia que tendremos ante el paciente será corta, ya que, a mayor distancia, mayor esfuerzo. No doblar la espalda de forma incorrecta y utilizar los músculos mayores (brazos y piernas) para la movilización. Los agarres se harán de forma firme sin lastimar al paciente. La altura frente a una movilización será siempre y cuando las circunstancias lo permitan la adecuada.
Más de forma general el Moobing, podemos encontrarnos en cualquier trabajador de la institución sanitaria como en otra empresa agenda. Se define como el acoso al que es sometido un trabajador durante un cierto tiempo ante actuaciones de violencia verbal. No menos importante que la anterior hemos de erradicar dichos comportamientos, cuando los hayamos detectado aun no siendo hacia nuestra persona y así ayudar a un compañero. Ya que esto desencadena en enfermedades mentales tales como la depresión entre otras.
Golpes o caídas son otro riesgo al que debe de estar precavido el trabajador, respecto a las caídas es necesario el uso correcto del calzado, que será cerrado y regulado según la normativa UNE en 347-1. Ante los choques es necesario que los pasillos o estancias estén libres de objetos que dificulten su paso, así como una iluminación adecuada.

2 Objetivos

- Prevención hacia el trabajador originado en el entorno laboral: los trabajadores han de seguir las instrucciones sugeridas para evitar un daño hacia su persona, no poniéndose en peligro o riesgo.
- Cumplir la normativa vigente tanto por parte del empresario como del trabajador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica ex-

istente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Hospital Universitario central de Asturias (HUCA).
- Google académico.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1527

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

MARTA FERNÁNDEZ LOBO

1 Introducción

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es la Unidad (Atención Primaria y Especializada) encargada de la coordinación, configuración y priorización de las actividades que se generan entorno a la asistencia sanitaria. Tiene como fin de mantener la eficiencia en la utilización de recursos y la cohesión de la organización frente al paciente y su proceso asistencial.

2 Objetivos

- Unificar las diversas funciones que el auxiliar administrativo ha de desempeñar realizar una correcta ejecución de su trabajo dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

3 Metodología

Se han realizado búsquedas bibliográficas de la literatura en diferentes bases de datos tales como Scielo, Medline, PubMed y Google Academy introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar. Se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio.

4 Resultados

El auxiliar administrativo el es personal encargado de gestionar la admisión de los pacientes en los diferentes centros sanitarios así como el encargado de manejar la documentación clínica de los mismos.
El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es una unidad de apoyo que se basa en el concepto de gestión de pacientes, siendo el área responsable de gestionar el flujo de los mismos por los distintos servicios que la Gerencia de Atención Integrada ofrece, así como tramitar su documentación clínica, y la información asistencial generada.

Para organizar el servicio es imprescindible disponer de una serie de instrumentos y herramientas de organización e infraestructura: existencia de formación continuada del personal auxiliar administrativo, la creación de ficheros y registros conformes a la información que se desea manejar, el establecimiento de sistemas internos de comunicación y control de procesos y el desarrollo de sistemas informáticos de gestión.
Es necesario disponer de sistemas de información homogéneos, íntegros e idóneos, que posibiliten los procesos de gestión garantizando la protección de los datos personales y el derecho a la intimidad de los pacientes.

Atención Ambulatoria
Se llevan a cabo registros de actividad, programación y gestión de agendas, gestiones del sistema de citas y coordinación organizativa del proceso asistencial.

Gestión de pacientes
El auxiliar administrativo debe integrar todos los contactos y los movimientos asistenciales . Sus funciones están orientadas hacia la coordinación de acciones alrededor de la asistencia del usuario.
En las diferentes áreas básicas de atención, como pueden ser hospitalización, urgencias y atención ambulatoria, deberá desarrollar funciones y tareas encaminadas a: gestionar los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial, organizar y evaluar el proceso asistencial y obtener datos que proporcionen información sobre la demanda existente y la actividad asistencial realizada.

Hospitalización
Se han de regular los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización, así como la actividad de las unidades asistenciales (programación de ingresos, gestión de camas, coordinación organizativa del proceso asistencial, etc).

Actividad quirúrgica
Posee la responsabilidad de centralizar y mantener actualizado el registro de los pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente, ha de facilitar el soporte organizativo e informativo a los servicios, para agilizar el proceso asistencial del paciente y favorecer una utilización adecuada y eficiente de los recursos. Además, realizará la coordinación y evaluación del proceso asistencial, gestión operativa de la programamción quirúrgica, etc).

Urgencias
Desde el Servicio de Admisión y Documentación Clínica se presta apoyo organizativo a la unidad de urgencias del centro hospitalario. Proporciona el soporte organizativo e informativo preciso para garantizar una adecuada asistencia de los pacientes.

Derivaciones intracentros
Debe coordinar las solicitudes de asistencia urgente y programada entre centros y debe valorar la adecuación de las mismas a las normas de derivación y a los procedimientos vigentes en cada momento, facilitando el soporte organizativo e informativo necesario que permita mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente.

Gestión y archivo de la documentación e Historia clínica.
Ha de gestionar toda la información clínica generada por un paciente, independientemente del centro sanitario en el que sea atendido. Ha de organizar, custodiar, conservar y administrar la documentación generada a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales. Ha de recuperar y difundir la información clínica demandada por los diferentes usuarios.
Se ha de garantizar la accesibilidad, el control de calidad, el diseño y mantenimiento y la identificación de la historia clínica.
El archivo autoriza y realiza los movimientos y préstamos de la documentación clínica manteniendo actualizada su localización, y asegurando su disponibilidad y confidencialidad.

5 Discusión-Conclusión

Se hace necesaria la creación de una guía que contribuya a la unificación y normalización de las funciones que los auxiliares administrativos sanitarios han de desempeñar dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Se deben promover nuevas líneas de actuación en la esfera relativa a la admisión y la doc-

umentación clínica. La información aportada puede proporcionar una base para la formación y distribución de los recursos humanos de una forma impecable.

6 Bibliografía

- Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
- Bonet, R. P., Pérez, I. A., García, M. A., Benavent, R. A., Vernis, M. M., & De La Cueva, A. (2001). La Documentación Médica. Papeles Médicos, 10(1), 24-31.
- López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.

Capítulo 1528

PREPARACIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO.

MAGDALENA HERRERO FERNANDEZ

1 Introducción

La preparación preoperatoria del paciente se define como el conjunto de maniobras realizadas al paciente previamente al acto quirúrgico, encaminadas a detectar posibles alteraciones en la condición física o psíquica del paciente que pudieran influir en los resultados no sólo de la intervención a la que va a ser sometido, sino también en el posoperatorio del mismo previniendo así posibles complicaciones.

La antisepsia se puede definir como un "conjunto de maniobras encaminadas a erradicar o eliminar los agentes patógenos en todo aquello que no puede ser esterilizado".
La piel de los pacientes es la principal fuente de gérmenes patógenos responsables de las infecciones del campo quirúrgico.

2 Objetivos

El objetivos es eliminar el riesgo de infección, optimizando la antisepsia operatoria de la piel, estableciendo los criterios homogéneos necesarios para garantizar una asistencia ordenada y sistemática a todos los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento que precise la preparación de un campo quirúrgico.
Va dirigido a todos los pacientes que necesitan preparación del campo quirúrgico para su intervención, independientemente de cual sea su procedencia.

3 Caso clínico

Paciente que precisa quirofano:

Medidas generales

1- Identificar y tratar todas las infecciones alejadas de la zona quirúrgica. No realizar intervenciones programadas hasta que la infección se haya resuelto. (Categoría IA).

2- Valoración global del estado nutricional y de la hidratación del paciente. (Categoría IA).

3- Control adecuado de los niveles de glucosa sérica en todos los pacientes diabéticos antes de la intervención, evitando la hiperglucemia perioperatoria. (Categoría IB).

4- Si se introduce la cama del enfermo dentro del área quirúrgica debe ser limpiada según protocolo establecido por el hospital y hecha con ropa de cama limpia.

Medidas generales de higiene del paciente:
Día anterior:

1- Ducha/Baño con jabón antiséptico de clorhexidina al 4%

Día de la intervención:

1- Ducha/ Baño con jabón antiséptico de clorhexidina al 4% (incluido pelo).
2- Uñas limpias, cortas. No esmalte ni uñas postizas.
3- Lavado de dientes, Enjuague bucal con colutorio.
4- Retirar joyas, prótesis dentales, lentillas…
5- no utilizar cremas hidratantes ni maquillajes.
Retirada del Vello (anexo I):

1- Se retirará el vello sólo si se considera esencial para la aplicación de la técnica quirúrgica correspondiente, Únicamente se eliminará el vello si interfiere con la cirugía.
2- de ser necesario, el vello se eliminará lo más cercano posible, en el tiempo, a la incisión quirúrgica y se realizará con rasuradora que corte el pelo.
3- Nunca se rasurará con cuchillas.

4- Posteriormente se realizará una ducha e higiene prequirúrgica según norma anterior.

Lavado previo de la zona de incisión:

Se lavará y limpiará cuidadosamente con jabón antiséptico (clorhexidina al 4%) la zona de incisión y su entorno para la eliminación de contaminantes gruesos antes del pintado con antiséptico.

Antisepsia de la Piel del campo (anexo I):

- Se realizará el pintado del área de incisión extendiendo a áreas donde se prevean nueva incisiones o colocación de drenajes.
- El antiséptico a utilizar será Clorhexidina en solución alcohólica al 2%, en caso de alergia utilizar Povidona Yodada.

4 Discusión-Conclusión

El estafilococo es el principal causante de Infección Quirúrgica.
El estudio de la asepsia, antisepsia han demostrado el beneficio en la evolución clínica de los pacientes y la reducción de muchas infecciones. Se introdujeron medidas de mejora, entre ellas Rasuradoras eléctrica para servicios Quirúrgicos y salas de operaciones.
El corte del vello con una máquina eléctrica provocan menos ICQ que el rasurado con maquinilla de afeitar.
A mayor número de bacterias contaminantes mayor es el riesgo de Infección.

5 Bibliografía

- http://es.slideshare.net/ntahal21/mesa-de-mayo-y-rinon
bery y kohn(1988). Tecnicas de Quirófano ciudad de Mexico. de. Interamerica MCGRAW-HILL, p.p.30y-309.
- Metodos actuales para la Prevención de Infecciones del sitio quirúrgico.
- Flormans, Nichols RL, Tulane abdominal Transplant Institul. Cruse P. Food R. the epidemiology of wound infection:a 10year prospective study of 62959 wouds. Surg Clinic North M 1980;60:27-40

Capítulo 1529

LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN LA ACTUACIÓN DEL CELADOR.

SUSANA MENENDEZ BLANCO

ROSA ANA FERNÁNDEZ PIECHO

MARIA DEL CARMEN GUTIERREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La finalidad de la higiene de manos es evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales e impedir las infecciones contraídas durante estancia en un centro hospitalario que pueden causar la muerte de los pacientes más susceptibles.

El celador, como parte integrante del equipo de atención sanitaria, también debe incluirla en su práctica laboral.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de lavados de manos y el momento adecuado para realizar la higiene de manos.

3 Metodología

Se consultaron las publicaciones referidas a la higiene de manos e infecciones nosocomiales de la web de la Organización Mundial de Salud. Los trabajos de la OMS consultados se contrastaron con otras investigaciones de temáticas relacionadas en el buscador de Dialnet de la última década.

El análisis de los diferentes estudios seleccionados amplió el conocimiento sobre el objetivo de estudio referido en el apartado de resultados.

4 Resultados

A grandes rasgos se distinguen los siguientes tipos de lavados de manos:
1. higiénico o rutinario, realizado con agua y jabón se consigue eliminar la suciedad, la materia orgánica y los microorganismo que infectan la piel.
2. antiséptico, se utiliza jabón líquido bactericida o antiséptico, se eliminan , además de los elementos citados en el punto anterior, los gérmenes que no se han podido matar con el lavado rutinario.
3. quirúrgico estéril, incluye el lavado de manos y antebrazos con jabón antiséptico, dura cinco minutos y evita las infecciones causas durante la intervención quirúrgica.

La OMS señala la importancia de lavarse las manos en los siguientes cinco ”tiempos”:
1. antes de tocar al paciente, cuando nos acerquemos a él, para protegerle de gérmenes nocivos que podemos tener en las manos
(por ejemplo antes de ayudar a un paciente a cambiar de lugar, de darle la mano, etc.)
2. antes de realizar una tarea limpia o aséptica , para no ocasionar un riesgo grave al paciente, es decir, evitar infectarle con gérmenes perjudiciales, ya sean del propio paciente o de otras personas .
3. después de estar expuestos a líquidos corporales, para proteger al celador y su entorno.
4. después de tocar al paciente y la zona que lo rodea, para proteger al personal y al medio que lo rodea.
5. después del contacto con el entorno inmediato del paciente, para proteger a los sanitarios de los gérmenes del paciente

5 Discusión-Conclusión

Simplemente con una higiene adecuada de manos se podría reducir, con facilidad y mínimo coste, el número de casos provocados por infecciones nosocomiales o infecciones cruzadas y, por lo tanto, incrementar el nivel de calidad asistencial en nuestro sistema sanitario.
En conclusión, es preciso continuar con la formación continua y con la campañas de concienciación de todo el personal hospitalario y en concreto, del colectivo de celadores para evitar que la desidia o negligencia, en la adopción de estas prácticas, favorezcan la propagación de los microorganismos patógenos en el ámbito hospitalario. Asimismo, hay que promover la cultura de lavado de manos entre los usuarios y sus familiares debido a la repercusión de esta medida en la seguridad del enfermo y de su entorno.

6 Bibliografía

- Martos García R, García Pacheco L y Martos García M. Guía sobre la higiene de manos para profesionales en el ámbito de la salud. Editorial FA.
- Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización.
- Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria.
- Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo?.

Capítulo 1530

TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CON OXIGENOTERAPIA, REALIZADO POR EL CELADOR.

SERGIO BRAOJOS MENÉNDEZ

SANTIAGO DIAZ CANOSA

1 Introducción

Las funciones del celador están recogidas en el artículo 14.2 del Estatuto del Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971.
El celador es la persona que vigila que todos los cumplimientos del centro hospitalario se lleven a cabo de forma correcta, apareciendo en el artículo 14.2.12, que tendrá a su cargo el traslado de enfermos, tanto dentro de la institución como en el servicio de ambulancias.

2 Objetivos

- Conocer las responsabilidades del celador ante el traslado intrahospitalario de pacientes con oxigenoterapia y qué precauciones debe tomar.

3 Metodología

Se a realizado una búsqueda bibliográfica en varios libros especializados en la materia. También se hace una revisión sistemática en bases de datos como: Amed y Medline, utilizando descriptores como: Oxigenoterapia, Hipoxia, Gafas Nasales, Celador, Traslado de pacientes.

4 Resultados

Los pacientes que tienen Hipoxia (Déficit de oxígeno en el organismo), necesitan oxigenoterapia, por lo tanto si necesitan realizar algún tipo de traslado, esta es tarea del celador.
Los pacientes deben ir en posición Fowler, porque es la más adecuada para pacientes con problemas respiratorios ya que permite la expansión del tórax en una inclinación de 45 a 60 grados.

El personal de enfermería es el encargado de desconectar al paciente de la toma de oxígeno de la pared y conectarlo a la bala de oxígeno marcando los litros/min pautados por el facultativo.
Las partes de la bala de oxígeno son: equipo-regulador-manorreductor de oxígeno, manómetro y caudalímetro.
En ningún caso podrá ir colocada en forma horizontal encima de la cama, siempre irá colocada en posición vertical, en al cabeza de la cama (entre colchón y cabecera).

Es muy importante extremar la precaución al manipular la bala de oxígeno evitando caídas, golpes, choques. Cuando no se usen se guardarán posición vertical, con la válvula cerrada y en zonas secas, frescas y no inflamables.
El celador debe explicar al paciente el recorrido que va a hacer, como lo va a hacer, obedeciendo las indicaciones del personal sanitario. Comprobará que las barandillas de seguridad están subidas para evitar caídas. Evitará corrientes de aire, los movimientos no deben ser bruscos, para mantener la comodidad del paciente en todo momento. Cuando llegue a su destino nunca dejará solo al paciente hasta que el personal responsable se haga cargo.

5 Discusión-Conclusión

El celador trasladará al paciente con oxigenoterapia, el personal de enfermería desconectará el oxígeno de la toma general de la pared y lo conectará a la bala

portátil.
Hay que comprobar antes del traslado que la bala de oxígeno tiene carga suficiente para realizar el traslado completo y que el oxígeno llega al paciente por las gafas de oxígeno.
El celador nunca colocará la bala de oxígeno en posición horizontal y menos encima de la cama, siempre se colocará en posición vertical y en el cabecero de la cama. Evitará golpes y caídas de la misma
Ante cualquier incidencia o problema en el traslado deberá informar al personal facultativo.

6 Bibliografía

- Concepción Rguez Lozano, Sergio Pablo Lorenzo Montalvo, Rafael Navarro Iváñez, Estrella Fdez Fabrellas: "Guía para pacientes con oxigenoterapia", 2014.
- Rosa Mª Fdez Ayuso, David Fdez Ayuso: "Manual de ayuda a la oxigenación. Dispositivos y procedimientos", 2007.
- Artículo 14.2.12 del Estatuto del Personal No Sanitario al servicio de la Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971.

Capítulo 1531

EL CELADOR Y EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CON BALA DE OXÍGENO.

MONTSERRAT LÓPEZ PÉREZ

1 Introducción

Se puede definir al celador de hospital como la persona que vigila que todos los cumplimientos del centro se lleven a cabo de forma correcta. Las funciones del celador están recogidas en el artículo 14.2 del Estatuto del Personal No sanitario del Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971.
En el artículo 14.2.12 se especifica que "tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la institución como en el servicio de ambulancias.

El celador tiene a su cargo el traslado de pacientes dentro del centro hospitalario (traslado intrahospitalario), muchas veces estos necesitan de oxigenoterapia " es una medida terapéutica que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las que se encuentran en el aire ambiente, con la intención de prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia".
La postura más adecuada cuando trasladamos a un paciente con problemas respiratorios es la Fowler, esta postura permite la expansión máxima del tórax en una inclinación de 45 a 60 grados. Antes de proceder al traslado, se debe desconectar al paciente del respirador de la cama y si se va a desplazar con bala de oxígeno conectarlo a ésta, el personal facultativo es el responsable de desconectar el oxígeno de la toma de la pared y conectarlo a la bala de oxígeno portátil marcando los litros/ minuto adecuados a los que debe ir el paciente en el traslado.

El celador será el encargado de transportar al paciente con la bala de oxígeno.
Se deberá comprobar antes del transporte que la bala de oxígeno está cargada lo suficiente para realizar el traslado completo, y que el oxígeno llegue al paciente por la cánula nasal (gafas nasales) de manera correcta.
El celador deberá extremar las precauciones evitando golpes y caídas de la misma.
Ante cualquier incidencia en el traslado deberá dar cuenta inmediata al personal facultativo.

2 Objetivos

- Abordar las competencias del celador ante el traslado intrahospitalario con pacientes con bala de oxígeno y qué precauciones se debe tomar.

3 Metodología

Se ha examinado una revisión sistemática en la base de datos Pubmed, utilizando descriptores: celador, traslado intrahospitalario, bala de oxígeno, oxigenoterapia, hipoxia, cánula, gafas nasales.

4 Bibliografía

• Jindal S. Oxygen Therapy: Important Considerations. Indian J Chest Dis Allied Sci 2008; 50: 97-107.
• McGloin S (2008) Administration of oxygen therapy. Nursing Standard. 2008: 22(21): 46-48.

Capítulo 1532

CLASIFICACIÓN DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS Y FUNCIONES BÁSICAS DEL PINCHE.

VANESA GARCÍA VALERO

AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO

LORENA PALACIN CARRO

BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO

1 Introducción

La restauración hospitalaria tiene como objetivo primordial que el paciente se encuentre bien lo antes posible. Para lograr esto, es necesario proporcionar alimentos de buena calidad que hayan sido preparados y cocinados cuidadosamente para retener el máximo valor nutritivo.

Cocina hospitalaria.
El personal del servicio de alimentación de un hospital está integrado por:
-Dirigentes y personal de gestión: Realizan suministros y supervisan la preparación, cocinado y servicios de comidas. Son también responsables de la formación y de la seguridad.
-Jefes y encargados de cocina: Responsables ante los dirigentes sobre el funcionamiento de las cocinas.

-Cocineros, pinches y personal auxiliar: Están supervisados por jefes de cocina y encargados y realizan la preparación, cocinado, servicio y distribución de las comidas. También se ocupan de la higiene del menaje, vajilla e instalaciones.

Los fines del personal de cocina son fundamentalmente elaborar y suministrar una restauración total o parcial a los pacientes y presentar la comida con un aspecto higiénico y agradable. También se ocupan de facilitar el control de dietas y controlan los costes de explotación con una calidad y cantidad adecuadas.

Responsabilidades del pinche de cocina.
La figura del pinche cumple un papel básico dentro del ámbito de la cocina que podemos englobar en:
-Apoyar en las tareas de almacenaje.
-Colaborar en las tareas de elaboración y preparación de alimentos.
-Distribución y recogida de bandejas.
-Realizar labores de limpieza en la cocina.

Dietas hospitalarias.
Las dietas hospitalarias son planes de alimentación mediante los cuales se seleccionan los alimentos más adecuados, para garantizar que un enfermo hospitalizado mantenga o alcance un estado de nutrición óptimo. Los menús de las dietas hospitalarias tienen que ayudar a mejorar la salud del paciente y mantener un estatus nutricional óptimo, incurrir en la menor cantidad posible de costes y ser del agrado de la persona hospitalizada.
Los tipos de dietas que ofrece cada centro pueden variar, pero siguen fundamentalmente estos grupos:

Dieta basal.
-Dieta Basal: Es una dieta sin restricción de nutrientes o alimentos específicos. Indicada para enfermos que no necesitan un régimen dietético especial. Mantienen un estado de nutrición óptimo y se tiene en cuenta las preferencias del paciente dentro de lo posible.
Dieta basal pediátrica: Adaptada a cada rango de edad. De consistencia más blanda.
Dieta basal para adultos: Encaminada a adultos sin patología específica que no precisa modificaciones en la dieta, ni en cuanto a cantidad ni a composición.

Dieta terapeútica.

-Dieta Terapéutica: Es una modificación de la dieta basal para adaptarla a las necesidades de los pacientes con patología concreta. En ocasiones, puede ser la solución para una determinada anomalía o complementaria a un tratamiento o pauta dentro de una actuación multidisciplinar. En este tipo de dieta diferenciamos varios tipos:

Dieta absoluta: El paciente no ingiere alimentos. Posteriormente, el paciente seguirá una dieta progresiva, pasando por las siguientes fases: Absoluta, líquida, semilíquida, blanda, hasta llegar a la basal.

Dieta líquida: El paciente sólo toma agua, infusión, zumo y caldo.

Dieta semilíquida o túrmix: Incluye líquidos y alimentos triturados, como los purés.

Dieta blanda: La consistencia de los platos es modificada para que tengan una textura blanda y faciliten la masticación, deglución y digestión. (Verdura cocida, fruta cocida, carnes tiernas, tortilla francesa y jamón cocido).

Dieta hipocalórica: Se reduce el aporte calórico, ya sea por disminución de la actividad o reducción de peso. Se recomienda el aumento del consumo de agua. Necesario tomar suplementos vitamínicos.

Dieta hipercalórica: Se aumenta el aporte calórico y proteico por aumento del gasto energético basal. Es una dieta muy variada y debe mantener el equilibrio de nutrientes,

Dieta hiposódica: Se reduce el uso de la sal.

Dieta diabética (hipoglucémica) : Se pretende con esta dieta normalizar el nivel de glucosa en sangre. Por ello, se reduce el aporte de hidratos de carbono, proteínas y grasa.

Dieta hipoprotéica: Es una dieta con un contenido proteico restringido, entre 50-60 de proteínas de origen mixto.

Dieta hipograsa: Se trata de una dieta de muy bajo contenido en grasas con un promedio de ácidos grasos monoinsaturados. Puede ser necesaria la suplementación con vitaminas liposolubles y/o triglicéridos grasos de cadena media.

Dieta para estreñimiento: El aporte de nutrientes es el mismo que la dieta basal, pero se prima el consumo de frutas y zumos, verduras, yogur, pan integral, cereales integrales y frutos secos. Se limita el consumo de alimentos que no aportan fibra, azúcar y arroz.

Dieta astringente: El paciente debe tomar muchos líquidos y, poco a poco, se introducen alimentos como el arroz hervido, zanahorias y patatas hervidas para continuar con la dieta semilíquida y blanda.

Dietas terapeúticas especiales.
-Dieta exenta de lactosa.
-Dieta exenta de gluten.
-Dienta exenta de proteínas de vaca.
-Dieta pobre en purinas.
-Dieta pobre en oxalatos.
-Dieta pobre en calcio.
-Dietas para inmunocomprometidos.
-Dieta pobre en potasio.
-Dietas para pacientes en tratamiento con IMAO.
-Dieta rica en residuos: Aporte de fibra superior a la basal 35g.
-Dieta pobre en residuos: Aporte de fibra inferior a 15g al día.
-Dieta para el paciente dializado: Dieta normocalórica hiperproteica con un contenido de potasio de 1.800mg.

Fines de la dieta terapéutica.
La utilización de dietas terapéuticas son aconsejables en diversas situaciones tales como:
-Presencia de un peligro vital.
-Como complemento de otro tratamiento médico.
-Para remontar estados nutricionales deficitarios.
-Para compensar efectos secundarios motivado por otros tratamientos.

2 Objetivos

-Conocer a grandes rasgos las personas que participan en la cocina hospitalaria y las funciones básicas que desarrolla un pinche de cocina dentro de ella.
-Seleccionar con las dietas los alimentos más adecuados para garantizar que un enfermo mantenga o alcance un estado nutricional óptimo.
-Cubrir los requerimientos de energía y nutrientes del paciente hospitalizado, teniendo en cuenta su situación fisiológica y patológica.
-Ajustar cada dieta según la dolencia o patología que presente el paciente.
-Alcanzar y mantener el mejor estado de salud compatible con la situación de cada paciente.

3 Metodología

Se han consultado diversas bases de datos y buscadores, tales como: Google Académico y Scielo.
Las palabras claves han sido: "Dietas Hospitalarias", "Dietas Terapéuticas", "Alimentación Hospitalaria", y "Cocina Hospitalaria".
Todo ello se ha complementado con publicaciones asociadas a la temática desarrollada y, diferentes páginas que hacen referencia a las distintas dietas.

4 Resultados

Está reconocido que una dieta adecuada constituye una parte fundamental del tratamiento del paciente hospitalizado.
El cumplimiento terapéutico, en términos de seguir las dietas o realizar cambios en el estilo de hábitos alimentarios, desempeña un papel fundamental en la práctica clínica porque su incumplimiento condiciona la eficacia de los tratamientos y existen estudios que han evidenciado su relación con el aumento de la mortalidad en determinados procesos.
La frecuencia del incumplimiento terapéutico se sitúa en torno al 40% de los pacientes que realizan tratamientos crónicos.

5 Discusión-Conclusión

Cuando nos enfrentamos a una enfermedad determinada, unas de las cosas que suele cambiar es nuestra alimentación. Todo cambio en la alimentación debe resultar beneficioso para la salud del individuo y, especialmente, para controlar o curar cierta patología o enfermedad.
En general, toda dieta o régimen alimenticio debe ser adaptado por un médico especialista una vez se realicen los estudios clínicos y diagnósticos correspondientes.

6 Bibliografía

I. Elia M. Nutrition, Hospital Food and in-hospital mortality, 2009, 28: 481-483.
II. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, et al. Decrease food intake is a risk factor for mortality in hospitalized patient: The nutrition Day survey 2006; Clin Nutr 2009; 28: 484-91.

III. Alimentación Hospitalaria. Tomo 2. Dietas Hospitalarias. ISNB: 9788499696614.

Capítulo 1533

GESTIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS DERIVACIONES ENTRE CENTROS SANITARIOS.

SONIA GONZÁLEZ IGLESIAS

MIGUEL ANGEL ALVAREZ SAN JUAN

MARIO GARCÍA TRAPIELLO

ANGELICA GARCIA CORDERO

1 Introducción

El proceso administrativo de gestión de derivaciones entre centros sanitarios se basa en la coordinación de distintos niveles asistenciales. Estas derivaciones pueden ser urgentes o programadas, y atienden a causas diversas. Este procedimiento conllevará la implicación de múltiples figuras profesionales, entre ellas el auxiliar administrativo, que se encargará de tramitar dichas solicitudes a otros centros, así como recibir las propias (García, Castilla, García y Mora, 2011).
Las derivaciones entre centros son frecuentes y habituales, reflejando la diversificación de funciones sanitarias en áreas y niveles de atención. Esto, precisará de una gran cooperación entre estos niveles y entre todos los profesionales que trabajan en ellos, debiendo haber una continua comunicación, que ha de ser fluida y colaborativa. Esto garantizará que el paciente perciba como satisfactoria la

atención que se le dispensa, apoyará a que el proceso sea más rápido e influirá de forma indirecta en la gestión de otras áreas de salud (Vicuña, 2006).

La bibliografía manejada coincide en establecer que los factores que más negativamente influyen en una mala coordinación entre niveles y centros, son las siguientes: baja capacitación por parte de los profesionales encargados y sistemas informáticos diferentes, sin registros unificados. Por otro lado, habrá aspectos que faciliten la colaboración: una adecuada comunicación y habilidades sociales, respeto y relación cordial, capacitación y conocimiento en profundidad del funcionamiento de los distintos niveles asistenciales (Sánchez, 2011).
La estandarización de los procesos de derivación entre centros evita tiempos de espera largos y costes añadidos. Sin embargo, las derivaciones no siempre se pueden prever, ya que una de las causas más habituales que ponen en marcha este proceso son las derivaciones de carácter urgente. En estos casos, estandarizar las gestiones administrativas se vuelve fundamental, y su agilidad y rapidez es especialmente importante (Miró et al., 2006).

Por todo lo anteriormente mencionado, el auxiliar administrativo debe estar capacitado para afrontar dichas situaciones, con una formación y actualización permanente que le permita adecuarse a los nuevos sistemas de gestión que, cada día con más asiduidad, conllevan el manejo de tecnología y sistemas informatizados, registros y ficheros cuyo manejo puede llegar a ser complejo (Pais et al., 2006; García, Castilla, García y Mora, 2011).

2 Objetivos

- Objetivo principal: describir qué funciones desempeña el auxiliar administrativo en las derivaciones entre centros sanitarios.
- Objetivo secundario: analizar las formas más habituales de valoración en relación a la calidad de este servicio y del desempeño de este profesional en sus funciones.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de

fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, gestión, derivación, sanidad, función.

A través de estos tópicos, se encontraron 11 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.
De este modo, se eliminaron 4 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 7 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debió eliminar uno más por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 6.

4 Resultados

A. Funciones del auxiliar administrativo en las derivaciones de pacientes entre centros sanitarios
Para responder al objetivo planteado se han analizado 6 documentos referentes al objeto de estudio, que concuerdan en determinar las funciones del auxiliar administrativo en la gestión de derivaciones de pacientes entre centros sanitarios. Las mismas son las siguientes:
• Recibir al paciente y llevar a cabo el registro de las solicitudes presentadas por ellos, así como las provenientes de otros centros. Gestionar dichas solicitudes.
• Comunicarse de forma directa con otros centros asistenciales y de salud, y coordinarse con otros profesionales, de cara a que las derivaciones no sean masivas, sino equilibradas y en función de la disponibilidad real.
• Tener en cuenta criterios de urgencia, localización y clínicos de cara a jerarquizar las prioridades de las derivaciones.
• Gestionar y tramitar los documentos relacionados con las derivaciones en cooperación con el personal sanitario, que podrá establecer sus propios criterios que han de ser tenidos en cuenta.
• Garantizar la intimidad y secreto profesional con respecto a los datos del paciente durante todo el proceso administrativo.
• Mantener el contacto con el paciente de forma permanente, actualizando sus datos, incidencias y otras particularidades del proceso, informando de las fechas acordadas para las derivaciones o posibles anulaciones.
• Resolver las dudas de forma empática y asertiva de todo el procedimiento administrativo.

B. Evaluación de la calidad de los procesos administrativos en las derivaciones
La calidad de los procesos administrativos se valorará de forma continuada, y se tendrán especialmente en cuenta el número de solicitudes de derivaciones a otros centros sanitarios. Por otro lado, también se contabilizarán las recibidas por otros centros y se hará un cómputo total que analizará la demanda y las derivaciones. Todo ello afectará a los protocolos puestos en marcha y servirá de base para analizar posibles descompensaciones no previstas.
En este sentido, y a modo de indicadores, se tendrán en cuenta indicadores de actividad (número de tramitaciones) e indicadores de calidad (tiempos medios en las tramitaciones o solicitudes no resueltas).

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el auxiliar administrativo debe coordinar las solicitudes de asistencia urgente y programada entre centros y debe valorar la adecuación de las mismas a las normas de derivación y a los procedimientos vigentes en cada momento, facilitando el soporte organizativo e informativo necesario que permita mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente.

Los objetivos perseguidos son el cumplimiento de los protocolos y criterios de derivaciones establecidos por la administración, así como establecer una cooperación permanente tanto a nivel intracentro como intercentro. Para conseguir alcanzar estos objetivos será preciso un adecuado registro de los datos de los pacientes y un correcto archivo de las solicitudes para derivación, tanto de salida como de llegada.

6 Bibliografía

- Bermejo, P. G., Platero, J. M., LÓPEZ, J. L. R., Soria, J. M., Serrano, C. T., & Ginés, E. T. (2008). Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria. Emergencias, 20, 8-14.
- García, M. A., Castilla, A. N., García, C. C., & Mora, S. M. (2011). Modelo de unidad de gestión clínica interniveles: Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Rehabilitación, 45, 38-47.
- Granja Romero, E., Trinidad San José, J. C., González Rivero, C., Romero, R., Moreno Fernández, A., & López Soto, A. (2004, February). Estudio de las derivaciones a una consulta externa de Medicina Interna: ¿se puede gestionar la lista

de espera? Anales de medicina interna (Vol. 21, No. 2, pp. 28-30). Arán Ediciones, SL.
- Miró, Ò., Salgado, E., Tomás, S., Espinosa, G., Estrada, C., Martí, C., ... & Sánchez, M. (2006). Derivación sin visita desde los servicios de urgencias hospitalarios: cuantificación, riesgos y grado de satisfacción. Medicina clínica, 126(3), 88-93.
- Moreno-Martínez, F., Casals-Sánchez, J. L., Sánchez-Rivas, J. M., Rivera-Irigoin, R., & Sánchez, M. V. (2008). Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre Atención Primaria y Especializada. SEMERGEN-Medicina de Familia, 34(5), 218-223.
- Pais, M. G., Veloso, M. R., Ledo, P. R., Fernández, C. R., Muriel, A., Abraira, V., ... & Vales, E. C. (2006). Idoneidad de las derivaciones de Atención Primaria a especialidades médicas hospitalarias. SEMERGEN-Medicina de Familia, 32(8), 376-381.
- Pilar, M. (2003). Estudio de calidad de información de los partes de interconsulta (PIC) utilizados en las derivaciones de atención primaria a una unidad de salud mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (85), 125-135.
- San Martín, A. C. (2010). Funciones administrativas en centros sanitarios. Editorial Vértice.
- Sánchez, C. C. (2011). La comunicación en el hospital: la gestión de la comunicación en el ámbito sanitario (Vol. 42). Comunicación Social.
- Vicuña, S. (2006). Proyecto para la implantación y evaluación de la eficacia de un programa de coordinación de Enfermería interniveles (Hospital y Centro de Salud Mental). Rev. Presencia.

Capítulo 1534

ACTUACIÓN DEL PINCHE EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS.

VANESA GARCÍA VALERO

AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO

LORENA PALACIN CARRO

BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO

1 Introducción

El término de manipulador de alimentos hace referencia a una persona la cual tiene contacto directo con los alimentos durante su preparación, fabricación, transformación, elaboración, envasado, almacenamiento, transporte, distribución, venta, suministro y servicio.
Los manipuladores de más riesgo son aquellos cuyas prácticas de manipulación pueden ser determinantes en relación con la seguridad y salubridad.
La manipulación de alimentos es una actividad en la que los alimentos están expuestos a una serie sucesiva de riesgos de contaminación en cualquiera de las fases de producción.
El profesional de la alimentación que trabaja en el ámbito hospitalario, como los pinches, que están en continuo contacto con los alimentos, elaborando y participando en las dietas establecidas, tiene la responsabilidad de proteger la salud de los pacientes por medio de una manipulación cuidadosa de manera que los alimentos que maneja sean totalmente higiénicos y aptos para ser consumidos sin causar intoxicación alimentaria. Para lograr tal objetivo, el manipulador debe

adquirir los conocimientos necesarios en materia de su trabajo: El manejo de los alimentos.
Asimismo, los trabajadores debe desarrollar actitudes de conducta personal que beneficien su función: Higiene personal y organización en el trabajo.

Dentro de las prácticas higiénicas más importantes se encuentran:
- Usar un tipo de ropa adecuado al trabajo.
- Lavado de manos, muñecas y uñas cada vez que el manipulador cambie de actividad.
- Guardar la ropa y el calzada de trabajo separados del entorno laboral donde desarrollan su trabajo.
- No usar joyas ni relojes durante la manipulación de alimentos.
- Emplear guantes de gomas para disminuir la difusión bacteriana.
(Destacar la importancia de que no estén gastados, ya que albergarían gran cantidad de microorganismos).
- Empleo de gorros y cubrecabezas.
- Cubrirse cualquier tipo de herida con apósitos impermeables.

El lavado de manos cumple un papel fundamental, pues es uno de los medios de transmisión de enfermedades por excelencia. El lavado de manos tiene como objetivo eliminar la suciedad y los agentes patógenos que pueden entrar en contacto con los alimentos mediante su manipulación. El pinche que manipule alimentos debe lavarse las manos antes de iniciar el trabajo, cuando haga uso de servicios higiénicos, al manipular material contaminado y una vez finalizada la jornada. Es un hábito imprescindible, siendo necesario tantas veces como se requiera.

Resposabilidades del manipulador de alimentos en el puesto de trabajo:
Debido a su importancia, existen una serie de exigencias y prohibiciones que deben cumplir.

Obligaciones del manipulador:
- Poseer una formación específica en la manipulación de alimentos.
- Higiene escrupulosa en su aseo personal.
- Comunicar al responsable de la empresa, cualquier tipo de dolencia, diarrea, o heridas.

Prohibiciones del manipulador:
- Fumar, masticar chicle, ingerir alimentos o bebidas en su puesto de trabajo.
- Estornudar o toser sobre los alimentos.

- Usar prendas de ropa distintas a las reglamentarias.
- Realizar cualquier otra actividad que pueda ser causa de contaminación de los alimentos manipulados.

Contaminación de los alimentos:
Las principales fuentes de contaminación de los alimentos son el hombre y los microorganismos. La contaminación provocada por el hombre disminuye con buenas prácticas de higiene personal. Por otro parte, la contaminación por microorganismos es más complicada.
Los microorganismos causantes de trastornos alimentarios son, mayoritariamente, de origen endógeno, es decir, proceden de la contaminación derivada de la obtención o el procesado de alimentos.
Las enfermedades de transmisión alimentaria se pueden clasificar en: Infecciones alimentarias e Intoxicaciones alimentarias. Al conjunto de estas enfermedades se les conoce como: Toxiinfecciones alimentarias.

Principales microorganismos patógenos en los alimentos.
Escherichia Coli. Salmonella. Staphilococos Aureus. Estreptococos Fecales. Clostridium Sulfito Reductores. Bacillus Cereus. Shigella. Campilobacter. Yersinia.

Asimismo, los pinches implicados en esta actividad pueden poner en peligro su salud, y padecer determinadas enfermedades o alteraciones orgánicas, que son necesarias conocer y prevenir.

Enfermedades profesionales de los trabajadores.
Podemos clasificar los riesgos de los manipuladores de alimentos en:
- Enfermedades transmisibles. Zoonosis.
- Enfermedades cutáneas profesionales.
- Enfermedades respiratorias.
- Heridas y traumatismos.

Los trabajadores del ámbito hospitalario presentan una serie de riesgos laborales que varían según el puesto que ocupan. En el ámbito de la cocina hospitalaria, la mayor incidencia corresponde a las toxi-infecciones alimentarias, la dermatitis de contacto y las heridas.
Para evitar el riesgo de contraer una enfermedad profesional es recomendable utilizar medidas de prevención primaria y hacer hincapié en otros aspectos tales como:
- Estudio del puesto de trabajo.

- Control de la exposición a sustancias químicas.
- Educación e información en materia de salud pública.
- Higiene del ambiente laboral.
- Higiene personal.
- Diseño de las instalaciones en base a su seguridad.

2 Objetivos

- Desarrollar las buenas prácticas de manipulación de alimentos en el ámbito hospitalario, especialmente en la cocina.
- Conocer las normas de higiene personal que requiere un manipulador de alimentos.
- Conocer las causas de intoxicaciones alimentarias.
- Saber cómo prevenir las intoxicaciones alimentarias.
- Evitar la contaminación cruzada, elaborar y conservar los alimentos de forma segura.
- Fomentar actitudes correctas en la higiene de los alimentos.
- Realizar las tareas de limpieza de forma segura e higiénica.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión actualizada sobre el tema en bases de datos como Cuiden y Google Académico, adaptándose la búsqueda de una manera específica. Se utilizaron los siguientes descriptores: “Manipulador de Alimentos”, “Seguridad e Higiene Hospitalaria”, “Salud Laboral “, “Enfermedades Hospitalarias” e “Higiene de los Alimentos”.

4 Resultados

Está demostrada la relación existente entre una inadecuada manipulación de los alimentos y la producción de enfermedades transmitidas a través de éstos. Las medidas más eficaces en la prevención de enfermedades son las higiénicas, razón por la cual muchas veces el manipulador interviene como vehículo de transmisión en la contaminación de los alimentos.
La Organización Mundial de la Salud declara al año miles de casos de enfermedades, de origen microbiano, causada por la contaminación de alimentos, a

pesar de ello, sólo se declara el 10% de los casos producidos. Hay numerosas circunstancias que favorecen la contaminación alimentaria y, entre todas ellas, la más importante es la propia complejidad de la cadena alimentaria.

5 Discusión-Conclusión

En un hospital se preparan y sirven un gran volumen de comidas que se destinan a enfermos en los que concurren grados variables de inmunodepresión y desnutrición. La población hospitalaria se encuentra en riesgo de contraer una enfermedad transmitida por alimentos contaminados sin el control oportuno. Deben existir unas pautas de actuación ante brotes de ETA que permitan identificar los alimentos causantes y las personas afectadas con el fin intervenir y corregir las desviaciones detectadas en los procesos de elaboración y manipulación de alimentos.

El sistema APPCC constituye un nuevo enfoque como herramienta para asegurar la calidad de los alimentos y por tal razón, el Comité de Higiene del Códex Alimentarious ha señalada su aplicación por parte de las autoridades sanitarias.

6 Bibliografía

1. Carrera Vara JA, Márquez Rodríguez H, Castro Domínguez A, Mitidieri Jorge D. Análisis de las enfermedades transmitidas por los alimentos, 1980-1998.Rev Cubana Higiene Epidemiol 2000; 38: 167-74.
2. Kipps M, Middleton V. Hospital catering. Nutrition Food Science 1990; 90:5-7.
3. Santana Porbén S, Barreto Penié J. Grupos de Apoyo Nutricional en un entorno hospitalario. Tamaño, composición, relaciones, acciones. Nutrición Hospitalaria (España) 2007; 22:68-84.
4. Seguridad e Higiene Alimentaria. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. (AESAN) Manual de Salud Laboral. ISBN 84-07-00129-5
5. CODEX ALIMENTARIOUS. Normas Internacionales De Los Alimentos. http: //www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/es/
6. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. AECOSAN.

Capítulo 1535

EL TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO; UNA ACTUACIÓN QUE PERSIGUE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.

MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON

ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO

1 Introducción

En los últimos años debido a los avances de la ciencia y de la tecnología en el campo de la medicina, se ha producido un aumento significativo tanto en el volumen como en la variedad de los residuos que se generan en los centros sanitarios, como consecuencia de: Actuaciones para la prevención y el tratamiento de enfermedades, procedimientos de diagnóstico y estudios de investigación.
Por esta razón es muy importante que la sociedad se conciencie de su trascendencia y ayude en lo posible a lograr una gestión adecuada.
La gestión de residuos está regulada por las distintas comunidades autónomas.

2 Objetivos

- Llevar a cabo un conjunto de actividades en los centros sanitarios para el tratamiento y la eliminación de los residuos que se generan, teniendo en cuenta sus características.

3 Metodología

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

4 Resultados

Protocolo según el tipo de residuo:

A) Residuos de grupo I (Sólidos no específicos de la actividad asistencial que no suponen riesgo para la salud):
- se recogen en dos bolsas de color y tamaño homologados una dentro de la otra y cerradas.
-Se depositan en contenedores homologados.
-No requieren identificación externa.

B) Residuos de grupo II (Sólidos como resultado de la actividad sanitaria):
-Se recogen en bolsas de color y capacidad homologadas y a su vez se introducen en otras de mayor resistencia.
-Se depositan en contenedores homologados.
-No requieren identificación externa.

C) Residuos de grupo III (Suponen riesgo de infección o contaminación):
-Traumáticos (Residuos cortantes o punzantes): Se recogen en contenedor rígido, impermeable, imperforable; se señalan con indicación residuos de riesgo.
-No traumáticos, se recogen en contenedores rígidos y cierre hermético, se destruyen por esterilización al vapor o por incineración.

D) Residuos de grupo IV (No son infecciosos pero representan un peligro para la salud o medio ambiente si no se eliminan con los controles específicos). Pueden ser:
-Residuos químicos, indicación en contenedor: Residuo químico peligroso.
-Residuos citostáticos, indicación en contenedor: Material contaminado químicamente citostático.
-Residuos dadiactivos, indicación en el contenedor: Material contaminado químicamente (y rotular precaución).

-Restos anatómicos humanos con entidad, se almacenan en contenedores de un solo uso.

Los resultados de una correcta gestión de residuos son:
Se Disminuye la generación de los mismos, se eliminan riesgos que presentan para la salud de las personas, que haya un mayor control y reducción de riesgos para la salud pública, reducir al máximo los riesgos para el medio ambiente, se entra a valorar la posibilidad de reciclarlos para disminuir costes de almacenamiento y eliminación.

5 Discusión-Conclusión

La gestión de residuos está regulada por las distintas comunidades autónomas. Conocer la legislación que regula la gestión de los residuos en los centros que trabajan con productos sanitarios es fundamental para que los empleados puedan cumplir con el compromiso medioambiental. Por eso es recomendable la formación en la materia, y que cada vez exista mayor compromiso en esta formación tanto por los centros públicos como por los privados.

6 Bibliografía

- Ley 22/2011 de 28 de Julio que regula el régimen jurídico de los residuos y suelos contaminados.
- Ley 10/1998, de 21 de Abril de Residuos.
- Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias, 5 de Abril de 2017. Edita: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

Capítulo 1536

FUNCIONES DEL CELADOR EN LOS CAMBIOS POSTURALES.

JAVIER OROZA CORDIDO

1 Introducción

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado.

Es una de las tareas de las que se encarga el celador y es de gran importancia sobre todo en los pacientes que han de permanecer encamados por largos periodos de tiempo, puesto que es más fácil que aparezcan úlceras y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que desempeña el celador con los pacientes encamados de larga duración y que tienen poca movilidad o ninguna.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cambios posturales en pacientes encamados, son muy importantes a la hora de proporcionarles confort y de prevenir la aparición de úlceras por presión. Los cambios posturales los puede ejecutar cualquier persona que haya aprendido a manejarlos, pero en el ámbito hospitalario, son los celadores los que los practican, aunque la labor se comparte con el resto de personal sanitario. Esto se observa sobre todo, a la hora del aseo de un paciente encamado o de curar una úlcera por presión o herida, ya que participan enfermería, auxiliar y celador.

Cuando un paciente encamado llega a la unidad de hospitalización, la enfermera, en la valoración inicial que hace al paciente, incluirá la necesidad de cambios posturales y la frecuencia de éstos. Generalmente esta información se coloca en el cabecero de la cama del paciente, para que el celador, cuando vaya a moverlo, sepa si es conveniente hacerlo o no.

Por norma general se realizan cambios cada 2-3 horas en horario diurno y cada 4 horas en horario nocturno, siempre que sea posible. La secuencia usada de movilización del paciente es: decúbito supino, decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo y decúbito supino.

Antes de movilizar a un paciente encamado se debe tener en cuenta su estado y saber si puede colaborar o no. En función de ello se determina la forma más adecuada de llevar a cabo la movilización.

- Actuación ante un paciente que no colabora: serán necesarios como mínimo dos celadores , o en su defecto un celador y otro sanitario, que actuarán de la siguiente forma:
. Poner la cabeza de la cama en posición plana o en la que el paciente pueda tolerar.
. Los celadores se colocaran uno a cada lado del paciente.
. Los pies del celador estarán separados y las rodillas ligeramente flexionadas.
. Se retira la almohada del paciente.
. Cada celador introduce un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro brazo por debajo del muslo.
. Finalmente, se sujeta al paciente y se va levantando con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la tarea del celador con respecto a los pacientes que presentan poca movilidad es fundamental para su bienestar y para disminuir el riesgo de complicaciones por su inmovilización. El celador debe tener una formación adecuada en posiciones anatómicas, ya que es algo fundamental para el cuidado integral del paciente dentro del equipo de cuidados de enfermería.

6 Bibliografía

- https://enfermeriapractica.com/procedimientos/cambios-posturales-y-posiciones-basicas
- http://celadoresonline.blogspot.com.

Capítulo 1537

AMBIENTE SANITARIO: RELACIÓN PACIENTE-PROFESIONAL.

CARMEN CANO DIAZ

MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO

IRENE ÁLVAREZ GARCÍA

ANA INÉS GAVADIAN SERANTES

CARMEN IGLESIAS GARCÍA

1 Introducción

La organización internacional del trabajo (OIT) define violencia laboral como ”toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable,mediante la cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”.
En los últimos años se ha producido un incremento de la violencia hacia los profesionales sanitarios sin precedentes. Entre los sitios donde más se producen destacan los centros sanitarios de atención primaria y los servicios de urgencias.

2 Objetivos

- Descripción de los problemas de violencia ocupacional comunicados por los técnicos de prevención de centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El tipo de agresión más frecuente es la verbal acompañada en algún caso de agresión física. El personal femenino ha sufrido mayor porcentaje de agresiones: discriminación de género, maltrato psicológico,etc. En lo referido al personal masculino destacan las agresiones físicas junto con denuncias y demandas falsas. Los médicos/as suelen ser los más afectados seguidos por el personal de enfermería y después el personal auxiliar. El agresor es el paciente en la mayor parte de las ocasiones y el lugar más frecuente es la zona de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

Un aspecto fundamental en la prevención de agresiones es la parte preventiva que trata de modificar las situaciones conflictivas.Incidir sobre la información que se da la ciudadano, debe de ser clara, comprensible, cercana y basarse en la mutua confianza. Otro punto sería aumentar la dotación de personal en periodos de máxima actividad. Fomentar el trabajo en equipo y la discusión de los casos especialmente conflictivos. Conocer las sanciones aplicadas en respuesta a estos casos de violencia.

6 Bibliografía

- Goodman RA,Jenkins EL,Mercy JA (1994)
- NIOSH (1996).Current intelligence bulletin 57:violence in the workplace,risk factors and prevention strategies (NIOSH)Publication 96-100.
- Seguridad laboral.es
- OMC Organización médica colegial de España.

Capítulo 1538

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA DOCUMENTACIÓN SANITARIA.

NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ

CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO

MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ

MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ

VANESA GARCÍA VALERO

1 Introducción

La Documentación sanitaria es el conjunto de documentos administrativos y clínicos, que recogen la información sobre la asistencia y la evolución clínica de los pacientes, y constituye un medio de comunicación entre profesionales.
Es útil para la gestión, organización y coordinación de los recursos del centro sanitario asociado.

Puede ser clínica y no clínica.

-La documentación no clínica es el conjunto de documentos administrativos para la gestión, organización y coordinación de los recursos del centro sanitario. Se dividen en 2 grupos: a) Intrahospitalarios: Circulan entre profesionales que trabajan en el mismo hospital (Petición al servicio de farmacia, Petición material

de esterilización, Petición de lencería y lavandería…) b) Extrahospitalarios : El emisor, el receptor, o ambos, no son trabajadores del hospital (Receta médica, Justificante de visita médica…)
-La documentación clínica es la relacionada directamente con la atención sanitaria proporcionada al paciente. Los documentos que recogen la información sobre la situación y la evolución de un paciente a lo largo de la asistencia que se le presta, forman la historia clínica.

En este capítulo nos centraremos en ella.

2 Objetivos

Los objetivos Generales de la Historia Clínica:

- Recoger datos del estado de salud de los pacientes para facilitar la asistencia.
- Evaluar la eficacia y eficiencia de los servicios prestados.
- Registrar datos e información de los procesos de atención.

En cuanto a los Objetivos Específicos, hablaríamos de:
- Conseguir información de los procesos clínicos y quirúrgicos del paciente.
- Evaluar la calidad de los procesos de atención, investigación, docencia y administración.
- Servir de elemento principal de análisis para los comités de historias clínicas, calidad y auditoria médica.

3 Metodología

Se ha realizado unas búsqueda en las siguientes bases de datos: Science Direct, Scielo y Dialnet.
Las palabras claves que se han utilizado han sido: Historia Clínica Sanitaria; y los filtros: Colección: España, y Revistas: “Revista Española de Salud Pública”, “Anales del Sistema Sanitario de Navarra”.
- Se ha recurrido también al temario del SESPA, y a apuntes de la asignatura “Extracción de diagnósticos y procedimientos” del ciclo “Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitaria”.

4 Resultados

La Historia Clínica comprende el conjunto de documentos que recogen la información asistencial y la evolución clínica del paciente. Es el documento primario por excelencia, el más importante de cualquier paciente. Y, es un medio de comunicación entre profesionales.
Puede ser hospitalaria-HCH, o de Atención Primaria-HCAP, según el centro en el que se preste el servicio. Esta última, la HCAP, recoge toda la información relativa a la salud de un paciente, y su evolución a lo largo de su vida.

En la historia clínica hospitalaria hay dos tipos de documentos: los que hacen referencia a la asistencia prestada por los médicos (registros médicos) y los relativos a la asistencia prestada por el personal de enfermería (registros de enfermería).
La HCH (historia clínica hospitalaria) se abre en el momento en que el paciente toma contacto con el hospital, bien por una urgencia, por una consulta externa o por un ingreso.
Los documentos que forman parte de la historia clínica hospitalaria recogen tres tipos de información:
• A) Información médica relativa a intervenciones quirúrgicas, exploraciones pruebas realizadas…
• B) Información administrativa sobre datos del paciente con su identificación, órdenes del médico, autorizaciones… Asociada a datos relativos del centro sanitario o asistencial como nombre, dirección, código del Catálogo Nacional de hospitales, identificación de la Unidad o servicio que de alta al paciente y la identificación del facultativo responsable…
C) Información de enfermería relativa a la valoración y plan de cuidados, gráfica de constantes, informe de alta…

La historia clínica deberá incluir los siguientes datos:

I.– Datos de identificación del paciente. Administrativos (hoja clínico estadística)
II.– Datos clínico-asistenciales que vayan generándose en el curso de la asistencia, que se pueden estructurar en función del tipo de asistencia:
1) Antecedentes de interés. Anamnesis y exploración física.
2) Evolución clínica de la enfermedad.
3) Órdenes médicas. Tratamiento. farmacológico.
4) Parte de Interconsulta: solicitud e informe.
5) Hoja de exploraciones complementarias.
6) Consentimientos informados.

7) Información clínico de alta.
8) Información de anestesia: valoración pre, per y postoperatoria.
9) Información quirúrgica.y/o parto.
10) Información de urgencia.
11) Información de anatomía patológica.
12) Evolución y planificación de cuidados de enfermería.
13) La aplicación terapéutica de enfermería.
14) Gráfico de constantes.
III.– Datos sociales que sean pertinentes para la asistencia sanitaria
Un ejemplo de los datos que se registran como datos clínicos y que deben figurar en el Informe de alta son: a) Motivo de ingreso:
Causa o causas que hacen que un paciente acuda a un centro para ser atendido o ingresado. El ingreso puede ser: Urgente, programado o intrahospitalario
Puede ser una enfermedad médica, quirúrgica o síntomas que presenta el paciente. Es muy importante conocer el motivo de ingreso, puesto que de ello depende la asignación del diagnostico principal. b)Antecedentes:

Los antecedentes personales (AP) o familiares (AF) figuran en el informe de alta, y el médico los extrae de la anamnesis y de otros registros de la historia clínica. Mediante los antecedentes, se obtiene información de enfermedades personales y/o familiares, que pueden ayudar al diagnóstico e influir en la asistencia.

AP -Antecedentes personales NAMC:
-Hábitos fisiológicos: sueño, apetito, peso habitual, bajadas o subidas de peso, etc.
-Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, otras drogas…
-Enfermedades propias de la infancia. Nacimiento, peso al nacer…
-Enfermedades, cirugías o traumatismos previos, así como fármacos que toman, transfusiones recibidas, etc.
-RAMC (reacciones adversas médicas conocidas) a medicamentos o NRAMC (no reacciones adversas médicas conocidas). Alergias a alimentos, polen, ácaros…
-En mujeres, antecedentes gineco- obstétricos, FUR (fecha de la última regla), GAV(gestaciones, abortos y vivos), menarquia, menopausia, etc.
-Inmunizaciones, como hepatitis B, neumococos, etc. En niños se recogen todas las vacunas recibidas.

- Si es dependiente o no- IABVD (independiente actividades básicas de la vida diaria)
AF_Antecedentes familiares:

Enfermedades como Hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL), asma, diabetes mellitus, neoplasias, Ictus o ACV… que hayan sufrido miembros de su familia, así como el motivo de fallecimiento de familiares mas próximos. En general, todas aquellas patologías relevantes que puedan influir en el estado del paciente.

Historia Clínica en Atención Primaria (HCAP)
1-Hoja de exploración y evaluación física
• Datos de la exploración inicial ,haciendo una revisión por aparatos y sistemas.
2-Lista de condicionantes y problemas. Biografía sanitaria de las áreas integrales, con problemas activos (actuales) e inactivos (resueltos).
3-Hoja de evolución o seguimiento (SOAP) incluye datos subjetivos, objetivos, plan de actuación que incluye educación sanitaria y solicitud de pruebas para diagnostico. Y la impresión diagnóstica.
4-Hoja pediátrica y de crecimiento.

La HC es un documento vivo y abierto, dispuesto para su utilización en un plazo de tiempo mínimo, y debe incorporar nueva información siempre que el paciente reciba asistencia. El médico es quién decide qué datos deben formar parte de la Historia Clínica.
El paciente podrá acceder cuando quiera (le darán copia) y tendrá derecho a confidencialidad. Sólo él podrá autorizar a otras personas. La familia podrá acceder sin su permiso, sólo si él no pude darlo, y siempre que sea por su bien. El personal de administración y gestión, sólo puede ver los datos relacionados con sus funciones. En cuanto al personal sanitario, sólo tienen permiso si tienen relación asistencial con el paciente. Cada centro sanitario archivará las historias de sus pacientes, independientemente del soporte en el que estén. Y deberán conservarlas al menos durante 5 años después de cada alta. El archivo y custodia es la función primordial del Área de Documentación clínica en los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.

HC Electronica-Digital
Hoy, todas las Comunidades Autónomas tienen sistemas de Historia Clínica (o de Salud) Electrónica (o Digital) (HCE), completa en Atención Primaria (Selene/Millenium-OMI AP). El acceso a esta información viene quedando restringido al ámbito de la Comunidad Autónoma y cuando el paciente debe ser atendido fuera.

5 Discusión-Conclusión

La Historia Clínica siempre ha sido fundamental. Como ya dijimos, es el documento primario por excelencia, pero, actualmente, la Sanidad está viviendo un importante y positivo cambio debido a la Historia Clínica Electrónica. Especialmente en Urgencias. Sin este documento (la HC), estaríamos perdidos, así que cualquier método, cualquier medio a nuestro alcance para ir mejorando, y avanzando en su elaboración y archivo, es bienvenido, pero hay que destacar, que nosotros como Auxiliares Administrativos, al igual que el resto de personal que tiene alguna misión en este apartado de recogida de datos, archivo… tenemos también una labor importante que hacer.

6 Bibliografía

- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716304681
- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X11002557
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200009&lang=es
- https://clinic-cloud.com/blog/la-historia-clinica-paciente-sirve/
- https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/12/historia-clinica-su-significado-en-la-asistencia-sanitaria/
- https://www.comgi.eus/es_decalogo_de_la_historia_clinica.aspx

Capítulo 1539

PREVENCIÓN DE RIESGOS ELÉCTRICOS EN PERSONAL DE MANTENIMIENTO

ÁNGEL MANUEL ÁLVAREZ ABELLA

1 Introducción

Dentro de los riesgos que los trabajadores del personal de mantenimiento pueden sufrir, cabe destacar la importancia de los "Riesgos Eléctricos" a los que se pueden enfrentar en la realización de su actividad diaria, definiéndolo como la posibilidad de circulación de una corriente eléctrica a través del cuerpo humano.
Para que exista posibilidad de circulación de corriente eléctrica es necesaria:
• Que exista un circuito conductor cerrado.
• Que en el circuito exista una diferencia de potencial.
• Que el cuerpo humano forme parte del circuito.
• Que el cuerpo humano haga de conductor.
• Que entre los puntos de entrada y salida de la corriente eléctrica en el cuerpo humano exista una diferencia potencial.
Factores que afectan a la gravedad del accidente:
Estos valores y, por tanto, la gravedad del accidente, se verán influenciados por una serie de factores, entre los que destacan:
- Intensidad de la corriente que circula por el cuerpo.
- Tiempo de contacto.
- Tensión de contacto o Diferencia de Potencial de contacto.
- Resistencia del cuerpo entre los puntos de contacto.
- Trayectoria de la corriente.

- Grado de humedad de la piel.
- Frecuencia de la corriente.

Dentro de dichos riesgos están incluidos los producidos por electrocución, por quemaduras al estar en contacto con la electricidad al igual que explosiones o incendios que se produzcan como consecuencia de la misma y también las caídas a consecuencia de una descarga eléctrica.
Para evitar que se produzcan dichos accidentes eléctricos es necesario llevar a cabo una evaluación y prevención del riesgo eléctrico en los trabajos que se realicen en las instalaciones eléctricas o en la proximidad de las mismas.
La Administración es la responsable de adoptar las medidas necesarias para que los trabajadores que realizan sus funciones utilizando energía eléctrica o en presencia de la misma en sus lugares de trabajo, se expongan al mínimo riesgo en perjuicio para su salud y seguridad y cuando no sea posible evitarlo, conseguir al menos que tales riesgos se reduzcan.
Dentro de los accidentes eléctricos más comunes que nos podemos encontrar, es cuando estamos trabajando con algún enchufe, por ejemplo cuando debemos desconectar algo de la corriente no tenemos que tirar del cable, sino desenchufarlo directamente de la clavija, evitar sobrecargar los enchufes, así como no conectar nada a ninguna toma eléctrica que esté defectuosa.
En el caso de hacer empalmes no emplear cinta aislante, sino utilizar regletas destinadas a tal fin.
No debemos de llevar objetos metálicos que puedan entrar en contacto con elementos de tensión.
Si tenemos que utilizar escaleras para la realización de nuestro trabajo, éstas deben de ser aislantes, no se deben usar las que sean de madera o plástico, ya que corremos el riesgo de que se puedan incendiar.
Otro factor de riesgo extremadamente importante es combinar agua y electricidad, es imprescindible no realizar ninguna tarea eléctrica con las manos mojadas o sobre una superficie con agua, al igual que no se debe dejar regletas ni aparatos eléctricos cerca del agua, ya que lo único que conseguimos es aumentar el riesgo de electrocución.
En lo que se refiere a las secuelas producidas por accidente eléctrico pueden ser de diferentes tipos dependiendo de la intensidad y del tiempo de exposición al mismo, como pueden ser quemaduras térmicas debido al contacto con la fuente eléctrica, contracción involuntaria de los músculos ocasionando que el trabajador quede “pegado” al objeto que lo electrocuta o puede darse el caso contrario y es que salga disparado, asfixia y finalmente paro cardiaco, llegando a ocasionar la muerte del trabajador.

Por todo ello es imprescindible recordar una vez más la importancia de la formación en prevención de riesgos eléctricos a todo el personal que trabaja con electricidad, así como la obligación de mantener las instalaciones en condiciones seguras para prevenir dichos accidentes y en caso de que se produzcan que ocasionen las mínimas secuelas en el trabajador.

2 Objetivos

Identificar el riesgo eléctrico al que se ven sometidos los trabajadores y adoptar las conductas necesarias para reducir el impacto que este puede ocasionar en los mismos.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Decreto 614/2001, de 8 de junio (BOE nº 148, de 21 de junio), regula las condiciones de trabajo que se deben cumplir para la protección de los trabajadores frente al riesgo eléctrico en los lugares de trabajo.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1540

RIESGOS DERIVADOS DE LA MANIPULACIÓN DE CARGAS EN EL MEDIO SANITARIO. ERGONOMÍA EN EL TRABAJO.

BEATRIZ RODRÍGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Carga es cualquier objeto que es necesario mover, así como el traslado de personas en el ámbito sanitario.
También serán consideradas como cargas los materiales que se manejan con medios mecánicos como es el caso de las grúas que precisan del esfuerzo humano para su acomodación.
La manipulación manual de cargas hace referencia al transporte o sujeción de una determinada carga por parte de uno o varios trabajadores.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Trabajar de la forma más ergonómica posible.

Objetivos secundarios:
- Evitar lesiones físicas y fatiga.
- Evitar cualquier accidente inesperado.

3 Metodología

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

4 Resultados

Transportar, mantener la carga alzada, la sujeción de ésta con las manos, etc. de manera incorrecta es responsable de la aparición de múltiples daños, que pueden parecer leves pero que, acumulados, pueden dañar la columna vertebral y articulaciones.

Las lesiones que suelen aparecer son: cortes, heridas, contusiones, fracturas, aunque las más frecuentes son las que afectan a los miembros superiores y la espalda, principalmente en la zona dorso lumbar (lumbago, hernias discales, etc.).

El riesgo dorsolumbar se produce cuando la carga es excesivamente pesada o grande, cuando es colocada a distancia del tronco… También es debido a las características del individuo, falta de aptitud física, el calzado…

Las características del medio de trabajo también influyen cuando hay poco espacio, cuando el suelo es irregular o resbaladizo, etc.

Por eso es muy importante proporcionar una buena formación/información a los trabajadores sobre la correcta manipulación de cargas y sobre los riesgos que corren de no hacerlo correctamente.

A la hora de manipular una carga ha de ir indicado en la misma la información sobre el peso, de no ser así, se debe informar de dicho dato.

Se recomienda que el peso de la carga no exceda de 25 kg, salvo en el caso de la mujer, trabajador joven o de edad avanzada que no debe exceder de 15 kg.

Los trabajadores sanos y bien entrenados, podrían manipular hasta 40 kg si la tarea se hace de forma esporádica y segura.

La superficie de la carga no debe tener bordes cortantes o resbaladizos. El centro de gravedad no puede estar desplazado de su centro geométrico ya que aumentaría el riesgo lumbar, por eso el centro de gravedad debe estar fijo y centrado.

Uno de los aspectos causantes de la aparición de riesgo por la manipulación de cargas es el alejamiento de estas del centro de gravedad por parte del trabajador.

Por eso, cuanto más alejada esté la carga del cuerpo, mayor serán las fuerzas comprensivas en la columna vertebral.
A la hora de realizar un desplazamiento vertical de una carga, esta no superará los 25 kg. Además, no se deberán manejar cargas por encima de los 175 cm., límite de alcance para muchos trabajadores.
Una carga debe tener buenos agarres, si carece de ellos, la manipulación se hace más difícil. Lo ideal es no transportar una carga más de 1 metro.
Para el levantamiento manual de una carga es importante separar los pies para adquirir una postura estable, doblar las piernas, mantener la espalda recta, así como no adoptar posturas forzadas. Se deberá agarrar la carga firmemente y mantenerla pegada al cuerpo hasta depositarla.
La movilización de pacientes también necesita de una buena ergonomía y habilidades para que sea realizada con el menor esfuerzo posible.
Por eso se deberán utilizar una serie de técnicas para la correcta movilización de los pacientes que influya de forma positiva tanto en él como en el trabajador, evitando lesiones. Distinguiremos las siguientes:
Para mover a un paciente encamado que no colabora, se podrá hacer con una sábana hacia arriba o hacia los lados, para ello, se colocarán dos personas, una a cada lado de la cama.
Otra situación ante la que el personal se puede encontrar es que se quiera trasladar al paciente que no colabora de la cama a la silla de ruedas, para la cual también se necesitarán dos personas. Se sentará al paciente en la cama y se colocará un auxiliar a un lado y un celador al otro del paciente, se pasará un brazo por debajo de la axila de éste y el otro por debajo de los muslos, se cogerán por las manos y se pondrán de acuerdo para levantarlo y pasarlo a la silla.
Cuando el enfermo está sentado en el sillón y se quiere poner en pie, se introducirán los brazos por debajo de los suyos y se le pedirá que ponga uno de sus brazos en la cintura del trabajador y a continuación flexionando las rodillas, levantaremos al paciente, manteniendo la espalda recta.
Para la realización de estas maniobras, será importante adoptar una posición corporal correcta, así se evitará dañar algunas partes del sistema músculo-esquelético.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia aplicar una buena ergonomía en el trabajo diario para así lastimar el cuerpo lo menos posible.

Será igual de imprescindible informar al trabajador sobre una correcta utilización de las técnicas de manipulación de las cargas, así como de la movilización de pacientes para así prevenir y eliminar la mala praxis en las tareas a realizar por los trabajadores. Con ello conseguiremos disminuir las lesiones más frecuentes: las músculo-esqueléticas.

6 Bibliografía

- www.auxiliar-enfermeria.com
https://osha.europa.eu/es/publications/e-fact-28-patient-handling-techniques-prevent-msds-health-care.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1541

EL CELADOR EN FUNCIONES DE VIGILANCIA.

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

1 Introducción

El celador intervendrá en diversas situaciones la institución sanitaria, aun no siendo personal sanitario tiene un gran papel con sus funciones en los centros sanitarios. las funciones de los celadores vienen recogidas en el Estatuto del personal no sanitario que prestan servicio a las instituciones sanitarias de la seguridad social, orden del ministerio de trabajo del 5-julio de 1971, recogiéndose en el artículo 14.2.
El celador cuidará de que el orden y las normas se cumplan por pacientes y acompañantes, informando educadamente de las reglas que se deben cumplir en la institución sanitaria. Evitará que cualquier persona que se encuentre en una zona donde no debe de estar o no sea autorizada la abandone explicándole la razón y evitando cualquier tipo de conflicto. El celador controlará la entrada del centro sanitario de cualquier persona ajeno al centro ya sea mensajeros, proveedores, etc. (deberán anotar nombre, apellidos y DNI en el libro de registro) e indicar al servicio dónde van a dirigirse. Tendrá que vigilar que los pacientes que vayan a abandonar su estancia hospitalaria en el servicio de hospitalización le muestren

el alta o autorización para irse de la institución sanitaria, en caso de que el paciente no lo tenga, tendrá que avisar a su supervisor o superior explicándole lo sucedido.
Cuidarán que en el turno nocturno los accesos al centro sanitario se encuentran cerrados, garantizando la seguridad a pacientes y trabajadores.
El celador nunca dejará la vigilancia de la puerta de entrada.
Procurará mediar en situaciones conflictivas, evitando que el conflicto no vaya a mayor, en caso de no poder manejar la situación se avisará a su superior.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Vigilancia tanto diurna como nocturna las instituciones sanitarias. El orden y el silencio debe de ser primordial en este en estas instituciones para que el descanso y seguridad de los pacientes y del trabajador sea positivo en todos los ámbitos.

Objetivos secundarios:
- Al realizar supervisiones en los centros sanitarios los celadores avisarán a sus superiores de desperfectos o defectos que se puedan encontrar.
- Evitar que se fume dentro de los centros sanitarios, así como en las instalaciones exteriores de estos mismos.
- Controlar la entrada y salida de personas que él no tenga autorizadas a estar en un determinado lugar del centro sanitario, se pedirá acreditación para ello, en el caso de no tenerla se le pedirá educada y respetuosamente que abandone el lugar.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.

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

Capítulo 1542

EL CELADOR Y SU LABOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS.

MARIA NOELIA CALDERÓN DÍAZ

ALBA SÁNCHEZ GARCÍA

JUANA MARIA TESTÓN RUIZ

MARIA ANGELES BARCENA MEDIO

ALBERTO FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Tal vez una de las tareas más desconocidas de las funciones que realiza el Celador, sea la actuación que realiza este con el paciente fallecido y de ayuda al personal facultativo en la Sala de Autopsias.

El Celador pertenece a la categoría de personal no sanitario, pero realiza su labor dentro de las Instituciones Sanitarias y es una pieza fundamental del entramado sanitario necesario para su correcto funcionamiento, ya que ayuda en numerosas tareas al equipo sanitario.

La función del Celador en la Sala de Autopsias y Mortuorios, viene recogido en el artículo 14.2.20 de la Orden Ministerial de 5 Julio de 1971, Estatuto del personal no sanitario que, aunque esté derogado por la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, sigue estando vigente por la disposición transitoria del Estatuto Marco, en tanto no sea regulada por cada Servicio de Salud.

A lo largo de este capítulo intentaremos pues dar a conocer y analizar más a fondo esta función más desconocida del Celador en relación con el paciente fallecido y la Sala de Autopsias.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Dar a conocer la actuación del Celador y su función en la Sala de Autopsias.

Objetivos específicos:

- Revisar en profundidad la labor del Celador con el paciente fallecido y sus funciones de ayuda al personal de enfermería o al encargado del amortajamiento.

- Dar a conocer su ayuda al personal facultativo forense en la realización de la autopsia al fallecido.

3 Metodología

Se realiza una exhaustiva búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases y bancos de datos como: Google Académico, Dialnet y Latindex. Se han empleado como descriptores las palabras clave: "celador" "autopsia" y "mortuorio".

También se hace una consulta del manual "El Celador en Cuidados Paliativos" de Formación Continuada Logoss.

Se han empleado como criterios de inclusión aquellos textos con idioma en castellano e inglés, excluyendo aquellos que carecieran de acceso gratuito para su análisis.

4 Resultados

En referencia a la labor del Celador con los pacientes fallecidos, el Estatuto de Personal no Sanitario indica que los Celadores deberán de ayudar al personal que se encargue de amortajar a los fallecidos, además deberán de ser los que se encarguen del traslado del cadáver al mortuorio.

El Celador actuará en la ayuda al personal sanitario para la movilización, aseo y amortajamiento del fallecido y también será el encargado del traslado del cadáver

al servicio correspondiente.

Al hablar de amortajamiento nos referimos a la preparación del cadáver para el velatorio, que debe ser realizado en la mayor intimidad posible y cuanto antes, por la llegada del rigor mortis (rigidez del cadáver), lo cual dificultaría considerablemente el aseo y la preparación del cuerpo del fallecido.

El Celador colaborará en todo el proceso de amortajamiento con el Personal Sanitario. Es importante destacar que los fallecidos por ciertas enfermedades contagiosas deben ser amortajados de forma especial y siguiendo un protocolo distinto.

Los pasos a seguir en el amortajamiento son: primero verificar y confirmar el fallecimiento en el parte médico; solicitar a la familia si estuviese presente que salga de la habitación mientras realizamos el amortajamiento y blindarle ayuda en todo momento en estas circunstancias tan difíciles; si el fallecido compartiese habitación con otro paciente, se le trasladará de habitación o aislará mediante un biombo o cortina; nos lavaremos las manos y colocaremos guantes desechables; se retirarán todos los drenajes, catéteres y sondas que pudiese tener el fallecido y también se le quitarán y custodiarán sus pertenencias personales; se aseará el cadáver con agua y jabón, posteriormente se le taponarán los orificios naturales con algodón o gasas; se procederá a cerrarle ojos y boca con el uso de vendas o esparadrapo si fuera necesario; se colocará el cadáver en decúbito supino sobre una sábana con las manos y las piernas estiradas quedando de este modo alineado; finalmente se cubrirá el cadáver con una sábana y se le pondrá la etiqueta de identificación.

Una vez esté listo el cadáver se le trasladará al mortuorio, lo más recomendable en este caso sería realizarlo por dos Celadores, e intentando hacerlo de la forma más discreta posible. Una vez en el mortuorio y si fuese preciso practicarle la autopsia al cadáver este se depositará en una cámara frigorífica.

El Celador Auxiliar de autopsias es el que realiza el servicio en la Sala de Autopsias y su función es la de auxiliar y ayudar al Personal Facultativo (Forense o Anatomopatólogo), en la realización de la autopsia.
Antes de todo es importante señalar que el Celador debe tener unas Medidas de Prevención recomendables en las autopsias, antes de la realización de la misma como son: el uso de guantes desechables y si durante el proceso estos se rompiesen, el Celador deberá lavarse inmediatamente las manos y colocarse otros nuevos; también se colocará bata, mascarilla por las posibles salpicaduras de sangre o fluidos y realizará un lavado de manos antes y después del proceso.

Los cometidos del Celador en el servicio de autopsias son: llevar al fallecido desde el depósito o cámara frigorífica hasta la mesa de autopsias; adecuar el cadáver para la realización de la autopsia y efectuar los movimientos necesarios para su realización; el cadáver se colocará en decúbito supino en la mesa de autopsias y durante la autopsia se realizarán los movimientos necesarios para su práctica. Debe mantenerse un ambiente de respeto, libre de personal ajeno con finalidad distinta a la profesional y tener las mismas consideraciones que cuando el fallecido estaba vivo; se auxiliará al Forense durante el proceso de autopsia en todas aquellas prácticas que no impliquen hacer uso de instrumental sobre el cadáver; realizará el pesaje de órganos, hará anotaciones y meterá los restos humanos en botes herméticos para su traslado e incineración por la empresa autorizada para ello.

En determinados caso si fuese necesario rellenar el cadáver lo hará el Celador con papel antes de que el forense proceda al cierre del cuerpo; aseará y recompondrá el cadáver una vez terminada la autopsia; limpiará la sala, la mesa y el material utilizado, este último con detergente y luego aplicará una desinfección con lejía durante 10 minutos por inmersión, y cada cierto tiempo se enviará el instrumental a esterilizar (si la autopsia pudiese ser de riesgo se utilizará instrumental esterilizado); realizará cualquier otra cosa de carácter auxiliar que le encomendase el Forense en relación a la práctica de la autopsia; llevará las muestras al servicio de anatomía patológica y realizará el reparto de resultados de biopsias y citologías.

El Celador debe mantener unas medidas preventivas en la sala de autopsias que incluyen medidas higiénicas y ciertas precauciones (precaución para la transmisión aérea y de contacto), también se recomienda el uso de vacunación especialmente contra la hepatitis B; precaución en el manejo de materiales cortantes o punzantes (agujas y bisturís); lavarse las manos, usar guantes, no comer ni beber en zonas de trabajo, utilizar ropa específica para sus funciones y no llevarla a casa; mantener los equipos de protección en buen estado; y disponer de cuarto de aseo con productos de limpieza y antisépticos.

5 Discusión-Conclusión

En el Sistema Sanitario la figura del Celador que, aunque está regulada como personal no sanitario, es una pieza importante de ayuda y apoyo al personal facultativo, y tiene de diversas funciones, no solo en el ámbito del Mortuorio, sino en todas las áreas dentro del ámbito sanitario.

Por ello el Celador debe tener una adecuada y actualizada preparación y formación, que le permita realizar una buena labor en cada uno de los servicios en los que esté destinado en cada momento de su carrera profesional. También debe tener cualidades de empatía, de respeto y saber estar para el trato tanto con los pacientes como con los familiares de estos.

Dentro de esta amplia variedad de funciones que tiene el Celador, tal vez la más desconocida de todas sea la actuación con el paciente fallecido y con su labor de apoyo al médico forense durante la realización de la autopsia.

6 Bibliografía

- www.cgtsanidadlpa.org
- www.celadoresonline.com
- www.fisiostar.com
- Manual “El Celador en Cuidados Paliativos” de la plataforma online Logoss

Capítulo 1543

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL.

MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ

ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ

MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ

1 Introducción

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de contribuir con su comunidad.
La ley de 1986 del 25 de abril general de sanidad supuso que el enfermo mental gozará de los mismos derechos a la atención sanitaria que cualquier otro paciente.
La atención a los problemas de la salud mental de la población se realiza potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención a domicilio con el fin de reducir al máximo la hospitalización.
Las funciones que en los antiguos manicomios recaían en los llamados “mozos” serán las que ahora realicen los celadores en las unidades de salud mental. Son funciones muy variadas y una gran parte suponen contacto directo con el paciente. Por eso y tratándose de pacientes con características conductuales especiales la figura del celador es de importancia capital y para nada exenta de responsabilidades.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- La atención a los problemas de la salud mental.
Objetivo secundario:
- Reducir al máximo la hospitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones de los celadores en la unidad de salud mental (USM) específicas serán:
- Cuidar el entorno ambiental de los pacientes, como levantar las persianas por la mañana y bajándolas por la noche. Favorecer el descanso nocturno controlando los ruidos.
- Vigilar a los pacientes ante posibles agresiones y auto lesiones. Colaborará con el equipo de profesionales de la unidad en la reducción de pacientes agitados, utilizando los medios adecuados.
- Animar y acompañan a los pacientes con prescripción médica por las zonas ajardinadas contiguas al centro sanitario. Es importante recomendar la realización de ejercicio físico.
- Controlar el suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, aparte de las funciones generales de cualquier otro celador, el celador psiquiátrico se encarga de otras específicas de un valor fundamental.
El paciente psiquiátrico es a menudo una persona que requiere más paciencia y compresión que el paciente común por lo que el celador debe entender las peculiaridades de este tipo de pacientes.

El ambiente es muy importante en el buen curso de toda enfermedad mental y dado que el celador psiquiátrico no deja de ser parte importante de ese ambiente, es fundamental que sepa trabajar a favor del mismo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1544

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE CONTAGIOSO (EN AISLAMIENTO)

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

1 Introducción

El aislamiento es la medida de prevención que se realiza para que el paciente no propague su enfermedad o para que no sea contagiado por otros. Se evitará con esta medida que la enfermedad no se transmita a otros pacientes o personas visitantes de las instituciones hospitalarias. En fin del aislamiento es evitar un contagio.

2 Objetivos

- Conocer el tipo de aislamientos y prevención de enfermedades transmisibles.

3 Metodología

El celador debe realizar las funciones que le corresponden ante un paciente aislado, por lo que debe comprobar la identificación del tipo de estamento que encontrará en la puerta de acceso a la habitación del paciente. En caso de no encontrarla

se dirigirá al personal sanitario para que le informen sobre el procedimiento preventivo y pautas que debe tomar al entrar en contacto con el paciente aislado.

Tipos de aislamiento:
1. Estricto.
- Debemos lavarnos las manos.
- Será obligatorio el uso de guantes, mascarilla, bata y calzas desechables mientras nos encontremos dentro de la habitación. Este material lo encontraremos por lo general en torres dentro de la habitación del enfermo aislado. El material preventivo se colocará durante la estancia en la habitación excepto la mascarilla que se colocará antes de entrar.
- Cuando se proceda a salir de la habitación, tiraremos las prendas contaminadas en un contenedor especial estimado para este fin que se encontrará en un lugar visible dentro de la habitación.
- Cerraremos la puerta puesto que cualquier tipo de aislamiento debe mantenerse cerrada
2. Aislamiento protector o inverso.
Protege a pacientes inmunodeprimidos con el fin de que no sean contagiados.
- Se realizará un lavado de manos minucioso.
- Colocaremos bata, guantes, gorro, mascarilla y calzas desechables antes de entrar en la habitación.
- La ropa se desecharán en un contenedor dentro de la habitación antes de abandonarla.
- La puerta debe de estar cerrada en todo momento.
3. Aislamiento de contacto.
- Lavado de manos.
- El celador evitar a tocar heridas o lesiones del paciente.
- Nos debemos vestir con bata mascarilla y guantes (la mascarilla no en todas las ocasiones es obligatoria nos debemos de informar sobre el uso).
- El material se encontrará dentro de la habitación.
- Depositaremos antes de salir de la habitación las prendas contaminadas en un contenedor preparado para este fin.
4. Aislamiento respiratorio.
- Enfermedades que se transmiten por vía aérea.
- Lavado de manos.
- Uso de mascarilla y se ve a cambiar con la adecuada frecuencia. Las mascarillas anda desecharse antes de abandonar la habitación en el contenedor dentro de la misma habitación.
- La puerta debe estar cerrada.

5. Aislamiento parenteral.
- Prevención de enfermedades que se transmiten por sangre y líquidos orgánicos así como objetos contaminados.
- Lavado de manos.
- Guardar mucha precaución con objetos punzantes cómo agujas.
- Uso obligatorio de guantes.
- Vestirse con bata mascarilla y gafas si es aconsejado por el personal sanitario.
6. Aislamiento enterico.
- Prevención de transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto.
- Lavado de manos y uso obligatorio de bata y guantes desechables.
- Antes de abandonar la habitación se desecharán en el cubo dentro de la habitación. En todos los aislamientos es importante el lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente.

4 Bibliografía

- Google académico.
- HUCA (Hospital Universitario central de Asturias) distintas plantas de hospitalización.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://scielo.org/es/.

Capítulo 1545

SÍNDROME DEL DESGASTE POR EMPATÍA EN LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD

IRENE ÁLVAREZ GARCÍA

ANA INÉS GAVADIAN SERANTES

JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ

CARMEN IGLESIAS GARCÍA

MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO

1 Introducción

La empatía es una cualidad necesaria en sanidad debido al estrecho trato personal que se requiere. Se puede definir como ”la capacidad de una persona de ponerse en el lugar de su interlocutor” , con el objeto de entenderlo mejor y así ser capaz de proporcionarle una ayuda más efectiva al problema que plantea.

2 Objetivos

- Dar a conocer este ”síndrome” para reconocer los primeros indicios y así tomar medias para minimizar sus efectos y así beneficiar a todos los implicados en el proceso sanitario (tanto profesionales sanitarios como no sanitarios y usuarios).

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando un usuario del sistema de salud acude al mismo, solicita una petición de ayuda. No siempre dicha petición es explícita y tácita, ni siempre es verbal; el lenguaje no-verbal, lejos de parecer superfluo, a menudo cobra una importancia extraordinaria, y será un detonante de la alarma que desencadene la estructuración de una respuesta.

En los últimos años se ha adoptado el término ”burnout” para referirnos a una persona que ”está quemada”. Es un agotamiento físico, mental y emocional, provocado por desgaste por su trabajo y sometimiento a situaciones estresantes. Los profesionales en sanidad, al estar en constante contacto con personas que sufren experiencias estresantes y/o traumáticas , sufren desgaste por empatía, fatiga por compasión, o Síndrome del espejo.

Se trata de un cúmulo de residuos que los profesionales de la sanidad van almacenando en su interior, y que les va intoxicando tanto a nivel psicológico como físico (puesto que finalmente se somatiza).

Los síntomas de este síndrome son:

1.- Reexperimentación: el profesional puede tener traumas no resueltos que reflotan cuando se ve reflejado en el paciente.

2.- Saturación emocional, irritabilidad y frustración: Como medida defensiva, el profesional comienza a aislarse, ser frío y descuidado en las relaciones, se vuelve de hielo, insensible, y tratará de evitar situaciones y/o personas que desencadenen esos malos sentimientos y destapen su ”caja de Pandora”.

3.- Fatiga, ansiedad, desmotivación: también insomnio, falta de concentración, pánico, etc., por una lucha continua provocada por el desequilibrio interior que

padece.

Este síndrome puede ir fraguándose y apareciendo poco a poco, o por el contrario, brotar de repente igual que estalla una bomba.

5 Discusión-Conclusión

Es importante e imprescindible reconocer los primeros síntomas para tomarse un ”break”, es decir, establecer una distancia o espacio de seguridad para lograr el reequilibrio. Sería aconsejable:

- Formarse para desarrollar la resiliencia (capacidad para aceptar y superar adversidades).

- Realizar actividades de ocio al aire libre desconectadas del trabajo.

- Disponer en nuestro trabajo de la ayuda y orientación de profesionales en psicología, a los que acudir para recibir pautas sobre cómo afrontar la carga emotiva que subyace al trato tan personal en este trabajo.

- Entender que tener empatía no significa asumir el control de todas las situaciones de todas las personas que muestran o dejan entrever algún problema.

- Practicar técnicas de relajación y/o meditación.

- Aprender a desconectar del trabajo para no sobrecargarnos.

6 Bibliografía

- https://www.centropsicologicocpc.es
.
- https://www.alcer_caceres.org .
- https://www.deantonapsicologa.com
(la empatía como arma de doble filo).
- https://psicologiadebarrio.com
(la empatía un arma de doble filo).
- https://www.psicoglobal.com
(¿Qué es la empatía y cómo desarrollarla?).
- https://www.josecarlosbermejo.es
(La cara oscura de la empatía).

Capítulo 1546

EL CELADOR EN FARMACIA HOSPITALARIA.

ALBA SÁNCHEZ GARCÍA

JUANA MARIA TESTÓN RUIZ

MARIA NOELIA CALDERÓN DÍAZ

MARIA ANGELES BARCENA MEDIO

ALBERTO FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Los hospitales de más de 100 camas deben contar un servicio de farmacia hospitalaria, el farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria será el encargado de supervisar y controlar toda la farmacia.
Este servicio cuenta con un farmacéutico, con un auxiliar de enfermería o enfermera, y también en esta área se encuentran celadores de farmacia.
La farmacia hospitalaria deberá garantizar la adquisición, calidad, conservación, custodia, preparados oficiales y dispensación de medicamentos para las actividades hospitalarias. La distribución de los medicamentos se realiza por día y dosis que utiliza cada uno de los pacientes. Es lo que se llama dispensación unidosis.
Debe establecer un sistema eficaz de distribución a todo el hospital y debe estar vigilada en todo momento.
¿De qué se encarga el celador en este servicio?,¿Es importante su papel dentro de una farmacia hospitalaria? El celador es personal no sanitario, aunque esta

figura trata directamente con el paciente, lo traslada, lo ayuda y distribuye todo lo necesario para una buena atención. En todos los departamentos sanitarios se necesita de él.

2 Objetivos

- Mostrar más específicamente las funciones que tiene el celador en el servicio de farmacia hospitalaria, quedando reflejado todas tareas y responsabilidades que tiene en este servicio.

3 Metodología

Para realizar esta publicación en un primer lugar consulto el Estatuto Marco que es donde vienen reflejadas todas las funciones que debe realizar un celador. En segundo lugar, a través de Google académico me informo de como es una farmacia hospitalaria y los requisitos que debe cumplir para un buen funcionamiento.
A continuación, empiezo una búsqueda a través de palabras clave, tales como: celador, farmacia hospitalaria, desarrollo de competencias del celador.
A partir de aquí, realizo una investigación seleccionando los artículos más actualizados y empiezo a realizar un resumen de partes más importantes.
Como criterios de inclusión he empleado: idioma español y texto gratuito. Como criterio de exclusión artículos publicados antes del 2010 para que todo lo expuesto sea lo más actualizado posible.

4 Resultados

La principal función de una farmacia hospitalaria es tener disponible siempre los medicamentos y materiales básicos de un hospital. El celador es el encargado de recepcionar estos pedidos. Debe comprobar que el material servido coincide con el material pedido y que llega manteniendo todas las condiciones especiales de seguridad o termo labilidad. Si algún medicamento o producto no estuviera en perfectas condiciones deberá comunicárselo al farmacéutico para que realice la devolución. Recogerá el albarán y lo entregará al personal sanitario o administrativo para su correcta clasificación.
Debe entregar el pedido al personal sanitario, el celador solo colocará algunos materiales, como el alcohol y los botes de suero, en ningún debe hacerse cargo

de los medicamentos. Pero sí se encargará de transportar dentro de la farmacia todo material voluminoso y pesado.
La farmacia ligera consiste en la cantidad diaria de medicación que se le debe suministrar a un paciente ingresado, que se le denomina unidosis, que quiere decir dispensación del producto individualizado para cada enfermo.
La distribución de estos medicamentos unidosis se realiza a diario a través de unos carros con cajetines enumerados, cada número corresponde a un paciente. Estos ¨carros unidosis¨ son transportados por el celador desde la farmacia hasta la planta correspondiente. Este traslado suele realizarse por la tarde, después de que se hayan registrado todos los cambios oportunos de medicación. Cada carro contiene la medicación correspondiente al turno de tarde, noche y mañana del día siguiente de cada paciente, bien especificado para que no pueda haber ningún tipo de error. El celador debe entregar el carro al personal encargado de enfermería.
Otra función del celador es transportar mercancía que le pidan desde alguno de los almacenes del hospital hasta la farmacia. Dado a que puede que algunos materiales se guarden en algún almacén de una unidad y estos sean requeridos por el personal de farmacia. También debe trasladar de nuevo los recipientes vacíos a la farmacia, prepararlos de nuevo y volver a repartirlos. Y aparte, abastecer al laboratorio de agua destilada.
Actualmente la preparación de alcohol rebajado a 70º ya suele venir preparada, pero en algún momento dado puede que se necesite realizar, entonces será el celador el encargado de realizar esta tarea. Para ello debe verter el alcohol en un recipiente con agua destilada correspondiente para una correcta proporción. Siguiendo siempre instrucciones del personal sanitario.
La farmacia debe tener un exhaustivo control de todas las existencias. Siempre que un material o medicamento salga de la farmacia hospitalaria debe quedar reflejado. El celador es el encargado de la custodia de la farmacia.
El celador realizará recuentos periódicos para comprobar que las existencias reales coinciden con los datos obtenidos en las dispensaciones. Además, ayudará en el recuento de los inventarios generales que se realicen en la farmacia.
En la farmacia hospitalaria se dispensan medicamentos a pacientes que vienen a buscarlos o bien, a través de peticiones de planta o en urgencias. Cuando entra una petición a la farmacia hospitalaria, bajo la supervisión del farmacéutico, el celador puede dispensarla, aunque sea una mediación. Lo más habitual es que el celador sea el encargado de distribuir siempre el alcohol y suero a todas las unidades y/o almacenes.

5 Discusión-Conclusión

El celador juega un papel fundamental en este servicio, ya que como explica anteriormente, sin él no llegaría la medicación a los pacientes ingresados, y ésta en la función principal del servicio de farmacia hospitalaria.
Debe ser muy riguroso a la hora de realizar sus tareas, entre ellas la recepción, ya que es muy importante la farmacovigilancia. Los medicamentos sobre todo llevan un control muy exhaustivo por parte de las autoridades, y nuestro trabajo como celador es que todo lo que entre en este servicio esté correctamente controlado.
En este servicio al ser el encargado de transportar las cajas o material más voluminoso o pesado, deberá seguir siempre las pautas de ergonómicas para levantar o mover pesos.
Constituye un elemento esencial realizando una labor muy necesaria, por lo que debe de realizarla con esmero y responsabilidad, y es indispensable que sepa conozca bien sus funciones y las desarrolle lo mejor posible. Siempre consultar con el farmacéutico para que no haya ningún tipo de alteración.

6 Bibliografía

- Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Funciones de una farmacia hospitalaria.
- https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/docs/AcreditacionUltimo/FARMACIAHOSPITALARIA.pdf.
- https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/legislacion/leyes/indice/titulo06cap4.htm.
- www.logoss.net
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-22-funciones-del-celador-en-la.html.
- https://www.goconqr.com/es/mindmap/7159054/actuaci-n-del-celador-en-el-servicio-de-farmacia
https://fisiostar.com/celador/el-celador-en-el-servicio-de-farmacia-sus-funciones
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm.

Capítulo 1547

LOS RIESGOS DEPORTIVOS.

JAVIER AGUADO SALAMANCA

ROBERTO RECHE LÓPEZ

1 Introducción

Las luxaciones son lesiones traumáticas que afectan al aparato locomotor. Estas lesiones se producen normalmente por caídas,accidentes laborales o como consecuencia de la práctica deportiva.

Una luxación es la lesión de una articulación en la que las caras articulares dejan de estar en contacto anatómico. Cuando la pérdida de contacto entre las superficies articulares es parcial, se denomina subluxación. Sin embargo, fisiopatológicamente y en lo que se refiere a la valoración y tratamiento, esta diferenciación no es relevante. Cuando la lesión excede más allá de los límites de la cápsula articular, o cuando están involucradas otras estructuras, se pueden encontrar:

- Luxaciones extracapsulares: cuando las caras articulares se salen de la cápsula articular, y ésta se rompe.
- Luxaciones complicadas o abiertas: cuando, además de la rotura de la cápsula articular, existe solución de continuidad de la cavidad articular conel exterior del organismo.
- Fractura-luxación: además de ser una luxación complicada-abierta, hay asociación con la fractura de alguno o ambos huesos que conforman la articulación afectada.

Las luxaciones y subluxaciones suelen ser consecuencia de una caída o golpe que causa el desplazamiento de los extremos de los huesos en dirección contraria a la

posición anatómica de los mismos, dentro de la cápsula articular. Dependiendo del mecanismo de producción de la luxación, pueden clasificarse de la siguiente forma:

- Luxación congénita: es aquella luxación que se produce durante el nacimiento, por ejemplo, es muy frecuente la luxación de la cadera del recién nacido.
- Luxación espontánea o patológica: es consecuencia de lesiones preexistentes en órganos articula- res y periarticulares, que predisponen y precipitan una luxación.
- Luxación traumática: es aquella luxación producida por un mecanismo traumático a lo largo de la vida, por ejemplo, durante la práctica deportiva.

2 Objetivos

- La realización de distintas pruebas radiológicas con el fin de descartar todas las posibles lesiones producidos por una caída deportiva.

3 Caso clínico

Varón de 39 años que acude en ambulancia al servicio de urgencias del hospital de la zona, tras caída accidental en una carrera cicloturista en el descenso de un puerto de montaña. El paciente refiere dolor en toda la extremidad superior derecha, impotencia funcional y presenta erosiones y abrasiones cutáneas.

Tras valoración por facultativo de la urgencia se solicitan las siguientes pruebas radiográficas: Parrilla costal Anteroposterior (AP), Clavicula Ap, Hombro Ap y transtorácica, Humero Ap y Lateral, Codo Ap y lateral, Antebrazo Ap y Lateral, Muñeca Ap y lateral, Mano Ap y oblicua.

4 Discusión-Conclusión

Ante una sospecha de luxación de cabeza humeral tenemos que tener en cuenta las proyecciones radiográficas que se solicitan y que se realizan por parte de los técnicos en radiología, puesto que de ello depende la correcta visualización de la lesión y su posterior colocación correcta. Un buen manejo desde el momento inicial evitará la disfunción articular.

5 Bibliografía

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

Capítulo 1548

MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.

BEATRIZ RODRÍGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Cuando un paciente llega a las puertas de urgencias o cualquier centro de salud, el celador será el primer eslabón entre el paciente y la consulta del médico. Por ello el celador recibirá la primera información sobre el estado del paciente, lo cual deberá transmitir al resto de personal para el correcto manejo y posterior tratamiento del paciente. Debido a esto es de gran importancia tener unos conocimientos básicos sobre como movilizar al paciente y como utilizar los materiales de inmovilización existentes. En este caso nos vamos a centrar en los materiales de inmovilización primordiales utilizados y su adecuado manejo, para así conseguir una movilización correcta del paciente.

2 Objetivos

- Desplazar al paciente desde el lugar en el que se halla, hasta otro punto, sin que se acrecienten sus lesiones.
- Lograr la anulación de los movimientos de un miembro o de una determinada parte del cuerpo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científi-

fica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para la correcta movilización del paciente debemos tener en cuenta la utilización de diversos materiales de inmovilización fundamentales con los que nos encontraremos. Podemos distinguir los siguientes:

1. Collares cervicales, indispensables para una inmovilización primaria de la columna. Impiden los movimientos bruscos de cabeza. Lo primero que hay que tener en cuenta para una colocación efectiva del collarín es su tamaño, ya que uno demasiado grande no realizará su función de inmovilización y uno más pequeño puede oprimir los vasos sanguíneos. Se colocará el collarín alrededor del cuello de la víctima colocando para ello la columna cervical en una posición neutral.
2. Dama de Elche o inmovilizador tetracameral, su objetivo primordial es lograr que, durante el traslado del paciente en la camilla, la cabeza no se mueva hacia los laterales. Se utiliza de forma complementaria con el collar cervical.
3. Férulas de inmovilización de extremidades, se usan para la inmovilización de las extremidades. Existen diferentes modelos entre los que encontramos:

- Férulas neumáticas, están compuestas por cámaras de aire que logran que el miembro doliente esté mejor acomodado. Si la férula dispone de cremallera, se colocará totalmente abierta y después se cerrará. En el caso contrario, se pondrá como un calcetín. Seguidamente se abrirá la válvula y se hinchará por medio de los pulmones del sanitario o mediante cualquier dispositivo requerido para ese fin. Por último, se cerrará la válvula. Son utilizadas para inmovilizar de manera provisional de lesiones como fracturas, esguinces y luxaciones.
- Férulas de vacío, tiene el mismo cometido que la anterior, la única diferencia es que ésta es más eficaz. Una de sus ventajas es que comprime las zonas sangrantes en los miembros afectados, debido al uso de la técnica de vacío.
- Férulas de tracción, son rígidas y de metal y ofrecen el mismo servicio que las anteriores solo que efectúan una tensión lineal de la extremidad dañada. Está compuesto por un cojinete que se deberá apoyar en la ingle y un correaje que será fijado al tobillo, el cual será sometido a tracción por medio de una polea hasta que se consiga que el miembro esté alineado y estabilizado. Está indicada de manera especial en las fracturas distales de fémur y proximales de tibia.
- Colchón de vacío, tiene el mismo funcionamiento que el de las férulas de vacío.

Es uno de los mejores mecanismos de inmovilización que se utiliza especialmente cuando existe la creencia de que existe una fractura en la columna vertebral, pelvis, cadera. Debido a que está formado por bolas de poliespán permite que se forme un molde completo del cuerpo del paciente.
Es el sistema de inmovilización más usado en traslado terrestre y aéreo, ya que gracias al vacío que se forma en el colchón consigue absorber gran parte de las vibraciones, aislando al paciente e inmovilizando las lesiones. Se indica su uso especialmente ante el presagio de lesiones en la columna vertebral, pelvis y extremidades.

- Tabla larga, se utiliza para la inmovilización de cuerpo entero. Su uso deberá ir acompañado siempre por un collarín. Para una buena colocación del paciente sobre ésta se podrá recurrir a la técnica de Volteo Lateral (pasar al paciente en decúbito prono a decúbito supino) o al Puente Holandés (levantamiento en bloque de la víctima).
- Camilla de palas o cuchara, se divide en dos partes longitudinalmente, con lo que será muy fácil colocarla por debajo del paciente sin que este se mueva. Para su correcto uso se necesitarán por lo menos tres celadores. Para su correcta utilización se procederá a separar las palas y se encajarán por el lateral de la víctima. Si para ello se hubiera de mover al paciente, se haría en bloque. Se cerrará en primer lugar el anclaje de la cabeza y posteriormente el de los pies. Por último, se ejecutará la inmovilización cervical y se inmovilizará al paciente con los anclajes de cinturones.

5 Discusión-Conclusión

Una buena inmovilización del paciente repercutirá de manera positiva a la hora de movilizarlo. Por eso es de gran importancia que el celador conozca las técnicas de movilización sobre el paciente tanto como el uso de los materiales de inmovilización, para así lograr realizar la tarea de la forma más satisfactoria posible.

6 Bibliografía

- Www.iberomed.es/blog/2018/06/05/tipos-de-collarines-cervicales-y-uso/.
- Www.emergenciasysalud.wordpress.com/2015/06/07/dama-de-elche-o-inmovilizador-de-cabeza/.
- Www.ajibarra.org/D/post/capitulomaterialdeinmovilizaciony/.
- Www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/606_06.htm.

- Www.formacionenemergencias.blogspot.com/2012/05/volteo-de-pacientes.html.
- Www.proteccioncivilribadesella.es/uso-de-camillas-en-el-traslado-de-accidentados/.

Capítulo 1549

RIESGOS ORIGINADOS EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA.

JULIO CÉSAR GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) conocida tb con el nombre de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio de alta especialización en lo que se refiere a la asistencia , vigilancia y control de los pacientes en estado crítico .
UVI/UCI : Se define como el área específica del hospital donde se puede monitorizar , realizar los procedimientos diagnósticos y ayudar de forma controlada al mantenimiento de las funciones vitales , así como a administrar el tratamiento adecuado a aquellos pacientes cuya vida esté en peligro a causa de enfermedades potencialmente reversibles .
Los celadores destinados en este servicio deberán tener además de una formación adecuada , una experiencia profesional suficiente en lo referido a las técnicas más adecuadas de movilización de pacientes , así como mantener actualizados sus conocimientos . Es importante que dichos celadores conozcan las normas existentes en la Uci (horarios de visitas, vestimenta a usar por las visitas de los pacientes y las normas generales de aislamiento)

Los riesgos más habituales en la UVI son los siguientes :
- Riesgos psicosociales : Estos riesgos vienen ocasionados por el estrés derivado de la situación de gravedad que padecen los pacientes que se encuentran destinados en la UVI .
- Exposición a agentes biológicos : Pueden ser debidos a accidentes originados por materiales cortopunzantes , por la exposición a agentes que se transmiten por vía sanguínea o por vía aérea .

Las enfermedades transmisibles más comunes son : hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis, gripe, rubeola, citomegalovirus, rabia, tétanos, varicela, herpes simple y sarampión .
- Por ruido : En ocasiones en la UVI se genera un ruido que es difícil de soportar
- Riesgo eléctrico : Este riesgo viene asociado al uso de máquinas que se utiliza en dicha unidad .
- Riesgo radiactivo : Tanto el celador como el resto de personal que trabaja en la Uvi están expuestos a radiaciones

2 Objetivos

Dar a conocer los riesgos inherentes y asociados al personal sanitario y no sanitario destinado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La correcta utilización de los medios, materiales y medidas preventivas son una parte fundamental para mitigar los riesgos inherentes en dicha unidad.
Cabe destacar la utilización de las batas asépticas (la cual es de obligatoria utilización en la UVI y que se debe renovar cada vez que se abandona el recinto), así como el lavado de manos .
En algunos casos y dependiendo de la enfermedad asociada al paciente , el personal deberá utilizar calzas, mascarilla, guantes y gorro .
Para la manipulación de cargas y pesos es fundamental utilizar ayudas mecánicas, adoptar posturas correctas para el levantamiento y solicitar ayuda cuando sea necesario.
En cuanto al riesgo eléctrico es conveniente hacer revisiones de los aparatos de la unidad (desfibriladores, electrocardiógrafos monitores, pulsioxímetro...) y de

la instalación eléctrica .
El riesgo de radiación se puede mitigar permaneciendo el menor tiempo posible cerca de la fuente de radiación , poner la mayor distancia posible con respecto a dicha fuente y utilizar una protección adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que una correcta utilización de los medios disponibles para la minimización de riesgos ayudan al personal destinado en la UVI a mitigar el número de accidentes. Por lo tanto todo celador destinado en la UVI ha de seguir las pautas expuestas anteriormente para conseguir llevar a cabo un buen trabajo .

6 Bibliografía

- Haro Casado, Mª Carmen y Aguilar Colmenero, Mª Carmen – La Unidad de Cuidados Intensivos. Aspectos Básicos (2013).
- Briones , T.L y Carty, J.L Cuidados intensivos en el adulto, McGraw-Hill Interamericana (1998).
- Comas Hermoso, Ángela y Cano Iñiguez , Virginia – Los accidentes laborales en el celador. Cómo actuar ante ellos (2001).

Capítulo 1550

MANEJO Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y POSTQUIRÚRGICOS.

BEATRIZ RODRÍGUEZ FERNANDEZ

MÓNICA BUSTELO FERNÁNDEZ

1 Introducción

En los centros hospitalarios se realizan intervenciones quirúrgicas programadas o de urgencia. Se hará clara la necesaria intervención del celador para la correcta colocación del paciente sobre la mesa de intervención. Durante la intervención quirúrgica se encargarán del traslado del paciente hacia el quirófano, así como de movilizarlo desde la camilla a la mesa de quirófano y colaborar con el resto de personal en su colocación en la posición adecuada sobre la misma.

Una vez terminada la intervención se movilizará al paciente de la mesa de quirófano a la cama. Ya en la cama se traslada al paciente a la Unidad de Reanimación Postanestésica. El celador es sumamente importante en todo el proceso.

2 Objetivos

-Trasladar al paciente a la unidad quirúrgica.
-Movilizar al paciente de la camilla o cama a la mesa quirúrgica.
-Colocar al paciente en la mesa quirúrgica.
-Movilizar al paciente de la mesa quirúrgica a las mesa.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la que hemos consultado diversos libros en bases de datos y páginas web.

4 Resultados

La intervención quirúrgica, precisa para su correcta realización, la colocación del paciente de una manera u otra sobre la mesa quirúrgica, dependiendo del tipo de intervención que se vaya a realizar. Existen diferentes posiciones quirúrgicas según las intervención que se vaya a realizar:

- Posición de trendelenburg: el paciente se encuentra apoyado sobre la mesa y con una angulación de ésta, se hace que su cabeza quede más baja que el tronco y los pies. Se utiliza para intervenciones de abdomen inferior, pelvis, especialmente en laparoscopias e intervenciones biliares con colangiografía intra-operatoria.
- Posición de Morestin o antitrendelemburg: con el paciente sentado en decúbito supino sobre la mesa, se eleva ésta de modo que la cabeza quede más alta que los pies. Se utiliza en intervenciones de cuello, cara y cráneo, en tiroidectomías.
- Posición de roser: el paciente se encuentra en decúbito supino con la cabeza colgando fuera del tablero. Indicada para intubación traqueal, intervenciones quirúrgicas de bocio y faríngeas.
- Posición ginecológica o de litotomía: el paciente se encuentra en decúbito supino, con la pelvis apoyada en el borde de la mesa, las piernas elevadas y flexionadas, los pies colocados en estribos y los muslos en abducción. Indicada para exámenes ginecológicos, vaginales, rectales y vesicales así como partos y cirugía ginecológica.
- Posición genupectoral o mahometana: se coloca al paciente de rodillas inclinando el cuerpo hacia adelante hasta que el tórax se apoye en la cama, con los brazos flexionados y la cabeza ladeada, las rodillas deben estar ligeramente separadas. Indicada para exploraciones de recto y extracción de fecalomas. También es utilizada en cirugía de la zona rectal.
- Posición de Kraske o Jakknife: el paciente parte de la posición en decúbito prono, al cerrar la mesa la cabeza y las piernas quedarán por debajo del nivel del sacro (forma de navaja). Indicada para intervenciones rectales y de la zona sacra.
- Posición de laminectomía: se eleva el tronco de la mesa para que se arqueé la espalda, partiendo de la posición de decúbito prono. Indicada en intervenciones lumbares y torácicas.
- Posición raquídea o lumbar: se coloca al paciente en decúbito lateral con las

rodillas flexionadas hacia el abdomen y la barbilla hacia el pecho. Indicada para punción lumbar, anestesia (epidural), extracción de líquido cefalorraquídeo.
- Posición de Fowler: el paciente se coloca en decúbito supino sobre la mesa, apoyado sobre su espalda. Se levanta el tórax quedando éste a una angulación de 90º. Indicada en intervenciones de cráneo, maxilofacial,…
- Posición de craneotomía: el paciente está situado en posición de decúbito prono con la cabeza sobresaliendo del borde de la mesa y la frente apoyada en un soporte. Indicada en intervenciones quirúrgicas craneales.
- Posición de nefrectomía: se flexiona la mesa y la cresta iliaca queda ubica en la porción media de la mesa, descansando el riñón sobre el pilé. Indicada para la realización de cirugía renal.

Después de la intervención quirúrgica debemos tener en cuenta que no se movilizará al paciente ni se transferirá a la cama sin la autorización y supervisión del médico anestesista, que será su médico responsable desde la finalización de la intervención hasta que sea dado de alta en la unidad de reanimación.

Tras la intervención quirúrgica, se encontrarán en la sala diversos dispositivos como sueros, drenajes,… por eso se debe extremar las precauciones necesarias para evitar desconexiones accidentales que puedan agravar las lesiones del paciente.

A la hora de movilizar al paciente en la mesa, en primer lugar se moverá a éste desde la posición en la que se encuentre hacia la posición de decúbito supino. Cuando se indique, se pasará a la camilla, poniendo en paralelo y al mismo nivel la camilla con la mesa quirúrgica y se asegurará que ambos estén frenados. Se colocará en transfer de modo que el borde quede en contacto con todo el largo del cuerpo del paciente.

Se eleva al paciente, se introduce el transfer y se tira hacia uno mismo. Una vez se encuentre el paciente en la camilla, se procederá a colocar los diferentes soportes y dispositivos (bolsas de drenaje, sueros,…). Se recogerá la documentación del paciente se trasladará a la unidad de reanimación.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia que el celador sepa como movilizar a un paciente y que el personal que se encuentre en el momento de la movilización colabore con el celador para evitarle cualquier daño y tener los recursos materiales necesarios

para hacerlo de la manera más ergonómica posible.

6 Bibliografía

www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_posiciones.htm

Capítulo 1551

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EVITAR ACCIDENTES EN EL TRABAJO DEL CELADOR.

CONSUELO RODRÍGUEZ SOMIEDO

MARIA DEL PILAR MENENDEZ ALONSO

1 Introducción

Un accidente laboral puede decirse que es un hecho inesperado no previsto que puede dar lugar a lesiones o accidentes no esperados en la jornada laboral. El celador a lo largo de su jornada laboral está expuesto a múltiples riesgos de todo tipo.

2 Objetivos

- Evaluar los riesgos más frecuentes en el trabajo relacionado con la seguridad del trabajador.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como resultado de los riegos de seguridad tenemos: caidas por tropiezos, suelo mojado, cortes por objetos, quedarse atrapados entre algún mobiliario, lesiones de espalda por esfuerzo mayor del que puede soportar. Éste esfuerzo no se debe sólo al peso al levantar o mover sino también a la forma en la que se realiza la tarea. También en incendios y en riesgos eléctricos.

Lo que podemos hacer para evitar éstos accidentes es, si no queremos caernos deberíamos ir despacio y mirar siempre los objetos que nos puedan obstruir el paso, no pisar suelos mojados para evitar caidas, no manipular equipos, enchufes o instalaciones eléctricas sino se está autorizado para ello. Tener mucho cuidado de no manipular con las manos o pies mojados. Tendremos siempre el acceso de los equipos de extinción y salidas de emergencia libre de cualquier impedimento que obstruya el paso.

El celador mantendrá las siguientes medidas: utilización de calzado adecuado, almacenar los materiales, quedando seguros sin riesgo de caerse, nunca utilizará agua para fuegos eléctricos, respetará siempre los símbolos que nos indiquen algún peligro, cuidaremos que nuestro centro de trabajo esté ordenado y limpio. Utilizaremos guantes adecuados para protegernos ante sangre o distintos fluidos corporales de los pacientes haciendo los cambios oportunos siempre por la prevención de ambos.
El celador en su trabajo diario debe respetar las medidas de prevención de riesgos laborales y el estatuto del personal no sanitario respetando, las normas, e higiene recomendadas.

5 Discusión-Conclusión

Un celador puede estar en distintas zonas de un hospital, pero tiene la obligación de tomar las medidas de prevención adecuadas en cada situación para evitar en todo lo posible accidentes, y poner en riesgo su salud.

6 Bibliografía

- Manual de seguridad y salud en el sector de hospitales.
- Ley de prevención de riesgos laborales.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1552

PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES QUE TRABAJEN EN EL AMBITO HOSPITALARIO.

MARTA MARIA BESADA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Para evitar en la medida de lo posible los accidentes de trabajo que puede ocasionar algún tipo de daño contra la salud, surge la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 8 de noviembre de 1995 y posteriormente es desarrollada por el RD 39/97 de 27 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. .

Estas normas se basan en las líneas de actuación para llevar a cabo un control adecuado de factores de riesgo para poder asegurar la salud del trabajador. Los objetivos serían combatir la siniestralidad laboral, fomentar la prevención, integrar la prevención de riesgos laborales y mejorar el cumplimiento de la normativa.

El trabajo se define como la organización de medios técnicos y humanos para conseguir un producto o servicio.

La salud la definimos como el estado de bienestar en el que la persona adquiere lo que se ha dado en llamar calidad de vida.

2 Objetivos

- Conocer los factores que afectan tanto al personal sanitario y no sanitario dentro de un centro hospitalario.
- Conocer las medidas preventivas que puedan llevar a aminorar esos riesgos en el trabajo.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo he hecho una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado búsqueda en manuales sobre salud laboral y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline , Scielo y Google Académico.

4 Resultados

Los factores de riesgo serían aquellas situaciones o condiciones de trabajo que pueden perjudicar la salud del trabajador.

Distinguimos 4 grupos:

- Agentes físicos: Al personal sanitario y no sanitario le pueden afectar en su trabajo diario aspectos como el ruido, la temperatura, la iluminación, el entorno y la movilización, las radiaciones ionizantes y no ionizantes. Dentro de éstos podemos encontrar:

. El ruido puede llegar a ser muy molesto y para prevenirlo la manera de intervenir sería actuar sobre el foco emisor. La protección individual sería la última medida a tener en cuenta.

. La temperatura: Aunque en los centros sanitarios no llega a alcanzar niveles extremos si puede ocasionar malestar y disminución del rendimiento laboral. Para prevenirlo se recomienda instalar climatizadores de aire frio o caliente. Si el calor proviene de las radiaciones solares también se pueden instalar persianas o cristales tintados.

. La iluminación es fundamental tanto para el personal sanitario como para él no sanitario y debe de ser la adecuada en función de la tarea a desarrollar. El mantenimiento tiene que incluir no solo la limpieza periódica sino también el cambio de las unidades estropeadas.

. El entorno: Muchos de los pacientes pueden estar conectados a máquinas y esto puede dar lugar que produzcan caídas y tropezones para ello es aconsejable llevar un calzado seguro, cerrado y antideslizante.

. Las radiaciones pueden ocasionar muerte o modificación celular que afectan al funcionamiento de órganos y tejidos. Para ello algunas medidas entre otras serían la utilización de guantes y mandil emplomado, la señalización de las zonas y las pantallas de protección.

- Agentes biológicos: El RD 664/1997, de 12 de mayo, de protección de los trabajadores contra riesgos relacionado con la exposición de agentes biológicos clasifica los riesgos de infección en 4 grupos según el riesgo que pueda llegar a causar. La exposición a estos agentes puede ser derivada de la manipulación de un agente biológico propio de la actividad o por una exposición accidental, o bien por un contagio por ejemplo de una infección respiratoria.
Para atajarlos hay que tomar las siguientes precauciones: vacunación, higiene personal, uso de elementos de barrera, cuidado con objetos cortantes y esterilización y desinfección de instrumentos y superficies.

- Agentes químicos: En un hospital se utilizan productos químicos que pueden ocasionar efectos tóxicos, alérgicos y anestésicos como los gases anestésicos residuales, el óxido de etileno, el glutaraldehído y los citostáticos. Para paliar los efectos adversos que pueden generar es aconsejable el uso de equipos de protección individual, protocolos de mantenimiento y controles medioambientales.

- Agentes que pueden causar riesgos psicosociales: En el mundo sanitario tanto el personal sanitario como el no sanitario puede sufrir el riesgo de padecer carga mental, estrés laboral, síndrome de Burnout, mobbing o violencia dentro del centro. Esto puede ocasionar grandes problemas a nivel fisiológico, cognitivo, motor o profesional. Para ello es importante prevenir a través de técnicas de apoyo social, reducir el estrés o poner en mano de los responsables del centro en prevención de riesgos estas situaciones para poder ejecutar medidas que eviten estos casos.

5 Discusión-Conclusión

He tratado de resumir los agentes que pueden provocar riesgos en los centros sanitarios y como poder aminorarlos. Considero que la prevención es un tema muy importante y que no hay que olvidar para no llegar a estas situaciones. Una buena formación para todo el personal tanto sanitario como no sanitario es un pilar fundamental para poder evitar o por lo menos disminuir esos riesgos derivados del trabajo. Para que la prevención sea realmente efectiva hay que encargarse de evaluar todas aquellas situaciones que pueden desencadenarlo y anticiparse con medidas de seguridad en todos los ámbitos.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales
- RD 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

Capítulo 1553

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO: CONCEPTO, TIPOS ESPECÍFICOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS

SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO

MARIA NORMA SÁNTIBÁÑEZ MORANTE

SILVIA BENAVIDES DIEZ

VANESA SUAREZ MENDEZ

1 Introducción

El aislamiento hospitalario es el conjunto de procedimientos o medidas de protección que se aplican en un hospital (existe también el aislamiento domiciliario, más difícil de practicar)sobre un paciente con enfermedad infecciosa (sospechada ó confirmada), al que se separa o "aísla" de los agentes externos con el doble objetivo principal de reducir el riesgo de infección en el propio paciente (en el caso de aislamiento preventivo: enfermedad sospechada) y de evitar o prevenir la propagación de dicho agente infeccioso(en el caso de aislamiento declarado: enfermedad confirmada) a otras personas en contacto directa ó indirectamente con el enfermo; esto es: el personal que le atiende (sanitario y no sanitario), los demás pacientes, los acompañantes o familiares, el resto de visitantes del centro hospitalario, etc, y todo ello durante el período de tiempo necesario en que

tales agentes patógenos pueden transmitirse. Y es que, según la OMS, toda enfermedad infecciosa es, básicamente, una enfermedad susceptible de ser transmitida…de manera que las precauciones de aislamiento buscarán interrumpir dicha cadena de transmisión o cadena epidemiológica al bloquear eficazmente uno de sus eslabones (y sabemos que cuando uno de los eslabones se corta, la infección no se produce/reproduce): el de la vía de transmisión del agente infeccioso o agente causal en cuestión. El fin del aislamiento procederá cuando tenga lugar la curación total del enfermo, tanto clínica como microbiológica (sin rastro de la infección).

Los procedimientos de aislamiento son aplicables prácticamente en todo el hospital, pero existen zonas en las que, por sus especiales características, resultan de riguroso cumplimiento: áreas quirúrgicas, UCIS, servicios de neonatología u oncología, hemodiálisis y, por supuesto, determinadas habitaciones en las diversas plantas de hospitalización. Nos centraremos en este último caso, que será el objeto del presente capítulo.



2 Objetivos

- Conocer y reconocer qué es el aislamiento hospitalario y describir su importancia para prevenir la diseminación de microorganismos infecciosos en paciente afectado, personal que le atiende y acompañantes o visitantes, en general.
- Identificar las distintas categorías de aislamiento hospitalario (tipología del aislado) y describir las medidas de protección que es necesario adoptar siempre, tanto las estándar o genéricas como las propias de cada tipo concreto de aislamiento.
- Poner en valor la obligación de practicar con celo todas las medidas preventivas,

tanto las universales como las específicas según tipología del aislamiento, y tomar conciencia de que cumplir un buen protocolo de aislamiento frente a pacientes será determinante para lograr resultados positivos a todos los niveles: se evita la difusión de la enfermedad al cortarse la vía de transmisión del agente infeccioso y, secundariamente, disminuye así la incidencia de las enfermedades nosocomiales (presentes en un nada desdeñable 5% de la población)y, por tanto, el alto coste sanitario que las mismas representan; se racionalizan los recursos; se previene y controla la posibilidad de brotes, y se mantiene, en suma, la calidad de atención del hospital, que es, a la postre, otro objetivo importante.

- Subrayar la importancia no solo de conocer las medidas de barrera, sino también y, sobre todo, de saber usarlas correctamente, tanto por parte del personal (sanitario y no sanitario) que atiende al enfermo, como de acompañantes , familiares y visitas en contacto directo con él: cómo se visten las prendas protectoras, orden de colocación, cómo se desvisten , cómo y dónde se desechan y nociones generales sobre la gestión de todos aquellos residuos que se generen en la habitación, etc. A este respecto, el celador deberá instruir u orientar acerca de todos estos detalles a los visitantes, así como incidir en los objetivos que se persiguen con las medidas a adoptar y por qué es tan importante saber hacer un uso correcto de las mismas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente al respecto. Se realizó una búsqueda académica vía Schoolar Google de manuales y misceláneas, así como de publicaciones relativas al tema en diferentes páginas web; igualmente, se consultaron artículos en las principales bases de datos sanitarias (PubMed/Medline, Scielo…), seleccionando las piezas científicas procedentes de publicaciones académicas revisadas. Criterios de inclusión: Texto completo y gratuito en español. Sin restricción en año; Criterios de exclusión: Texto en idioma distinto a castellano. Descriptores utilizados: “aislamiento”, “protocolos de aislamiento”, “medidas de barrera”, “enfermedad nosocomial”, “procesos infecciosos”.

4 Resultados

1.- Avance de la tipología del aislamiento

Se documenta la existencia de 7 categorías básicas de aislamiento, que se han ido modificando y adaptando a los resultados de las nuevas investigaciones: aislamiento estricto o total, aislamiento de contacto o cutáneomucoso, aislamiento entérico , aislamiento aéreo, aislamiento por gotas , aislamiento parenteral y aislamiento protector o inverso. Los seis primeros son aislamientos comunes o de barrera, es decir, separan pacientes infectocontagiosos de pacientes sanos para que aquéllos no transmitan la enfermedad ; por el contrario, el último de ellos no es de barrera porque el enfermo no contagia, sino que se le puede contagiar a él (por tanto, las prendas protectoras se podrán desechar fuera de la habitación). En cualquier caso, ante todos estos tipos de aislamiento se guardarán varias clases de medidas preventivas: las medidas universales o estándar(que se aplican siempre, y de forma genérica, a todo enfermo, sea cual sea su patología, infecciosa o no, y que se universalizaron a raíz de la incidencia del SIDA y Hepatitis B allá por los años 80), las medidas específicas basadas en la transmisión y asociadas al tipo en concreto de aislamiento detectado(vid. infra, Tipología del aislamiento) y, por último, y asociadas a éstas específicas, estarían unas terceras medidas adicionales.

2.- Medidas universales o estándar

Son precauciones genéricas de protección universal que han de tomarse con todos y cada uno de los pacientes de un hospital, considerándolos en este sentido a todos como potencialmente infecciosos, con independencia de su diagnóstico. Sea cual sea su patología, infecciosa o no, siempre que entremos en contacto con sangre, fluidos corporales, piel no intacta ó membranas y mucosas(ojos-nariz-boca), procederá lavado de manos (con jabón líquido antiséptico); uso obligatorio de Equipos de Protección Individual (en adelante, EPIS) como guantes, mascarillas y protectores oculares, así como bata de forma rutinaria si riesgo de salpicaduras de sangre, secreciones y excreciones; sumo cuidado con objetos cortantes y punzantes (nunca reencapuchar agujas usadas y desechar todo estos útiles en los receptáculos específicos para ello); control medioambiental (desinfección y/o esterilización de materiales).

Dentro de las medidas genéricas, merece la pena detenerse e insistir en la medida preventiva por excelencia, el lavado de manos, ya que éstas son la principal vía de transmisión de cualesquiera infecciones. Una medida tan básica que, si se cumple según protocolo, representa el método más eficaz para evitar o prevenir la diseminación de patógenos: con una duración de entre 40 y 60 segundos según OMS, es obligatorio antes de entrar en una habitación, antes y después de tocar

al paciente aunque sea piel intacta; después de contacto con piel no intacta o excreciones, materiales y objetos potencialmente contaminados; entre paciente y paciente o cuando se practican varios procedimientos diferentes a un mismo enfermo ;y, por supuesto, después de salir de la habitación.

3.- Medidas específicas basadas en la transmisión y asociadas a los distintos tipos de aislamiento (vid. infra, Tipología del aislamiento)
Son precauciones concretas que se adoptan ante la sospecha o diagnóstico de infecciones por patógenos epidemiológicamente importantes o altamente transmisibles. Destacamos aquí(e igualmente siempre en secuencia posterior al lavado de manos según protocolo), el uso de los EPIs, pero especificando cuáles de ellos se usarán y en qué contexto. Dependerá todo ello, una vez más, del tipo de aislamiento de que se trate.

4.- Tipología del aislamiento
4.1 Aislamiento estricto o total (en adelante, AST). Procede para infecciones muy contagiosas o virulentas y transmisibles por aire o por contacto físico (varicela, viruela, herpes diseminado, peste, rabia, difteria, fiebres hemorrágicas, neumonía estafilocócica y por estreptococo). Material contaminante: secreciones rinofaríngeas o bronquiales, exudados cutáneos y gotas de saliva. Habitación individual: obligatoria siempre, y con lavabo. Puerta y ventana, cerradas. Medidas de barrera: calzas, gorro, mascarilla, bata y guantes, que se colocarán siempre antes de entrar, siguiendo el orden adecuado, y se quitarán antes de salir (depositandolos en un contenedor específico para ello dentro de la habitación), excepto la mascarilla (que se tirará fuera, en otro habitáculo dispuesto en el exterior, junto a la puerta). Son obligatorios estos EPIs mientras se permanezca dentro, tanto para el personal como para las visitas.

4.2 Aislamiento de contacto o cutáneo mucoso (en adelante, AC). Prescrito para enfermedades altamente infecciosas o transmisibles que no requieren el AST (gangrena gaseosa, pediculosis, conjuntivitis, clostridium difficile o diarreas infecciosas, infecciones cutáneas serias, heridas abiertas, quemaduras por debajo del 25%) y que:
A) o bien se propagan por contacto directo con pacientes (piel-piel), distinguiéndose en este caso dos subtipos: aislamiento de contacto por heridas y lesiones cutáneas, y aislamiento de contacto por secreciones y drenajes.
B) o bien se propagan por contacto indirecto por objeto contaminado (piel-objeto-piel) , es decir, superficies, equipos usados en el cuidado del enfermo, objetos personales suyos, etc.

Para los AC, es aconsejable la habitación individual (y provista de lavabo), aunque no obligatoria; pero, si se comparte con pacientes afectados por la misma patología, habrá entre ellos una distancia mínima de 1 metro. Puerta, siempre cerrada. Aunque en todo los tipos de aislamiento es obligado seguirlo, el lavado de manos según protocolo resulta especialmente riguroso aquí .Medidas de barrera: Solo bata (si es posible ensuciarse) y guantes (si entramos en contacto directo con paciente ó manipulamos material infectado) , que se vestirán antes de entrar , pero obligatoriamente se desvestirán antes de salir, desechando las prendas contaminadas en el contenedor que hay a tales efectos dentro de la habitación. Resaltar que no se precisa mascarilla (excepto si estamos ante un aislamiento híbrido del tipo "aislamiento aéreo y de contacto"). En cuanto al equipo de cuidado del paciente ,y siempre que sea posible, éste se dedicará a un paciente único, aunque la habitación se comparta. El material de uso clínico, como termómetros, esfigmomanómetros (=tensiómetros) y estetoscopios, será de uso exclusivo de estos pacientes, y permanecerá siempre dentro de la habitación mientras dure el aislamiento. El termómetro estará sumergido en una solución "desinfectante, y esfigmomanómetro y estetoscopio se desinfectan al final de la estancia del enfermo.

4.3 Aislamiento entérico (en adelante, AE).Diseñado para prevenir infecciones por contacto directo o indirecto con heces (también vómitos) y, en algunos casos, por objetos contaminados . Aplicable para gastroenteritis bacteriana ó vírica, enterocolitis, E.Coli, cólera, diarrea, fiebre tifoidea, meningitis viral y hepatitis A . Puerta, siempre cerrada. En los AE no es obligatoria la habitación individual (solo aconsejable), salvo en los casos de paciente con malos o pobres hábitos de higiene (no se lava las manos después de tocar el material infectado, contamina ambientalmente con dicho material la habitación…); en general, pues, los pacientes infectados con el mismo tipo de microorganismos pueden compartir la habitación, pero las cuñas y útiles similares serán desinfectados , de uso exclusivo, y esterilizados en autoclave al alta del aislado. Como en los AC, también en el AE el lavado de manos es especialmente riguroso (y con jabón antiséptico), y similares son las medidas de barrera: bata (para la persona que esté en contacto directo con el paciente y solo si es posible mancharse) y guantes (cuando se manipula material infectado). Las prendas de protección se visten antes de entrar en el cuarto, pero se desvestirán siempre dentro, antes de salir. No se requiere mascarilla.

4.4 Aislamiento respiratorio o aislamiento aéreo (en adelante, AR). Indicado para enfermedades infecciosas transmisibles por vía aérea a corta distancia (1 m,

aprox.); se intenta evitar así la diseminación de minúsculas gotitas con partículas de polvo (igual o inferiores a 5 micras) que contienen el agente infeccioso y que permanecen suspendidas en el aire por largos períodos de tiempo. Ejemplos: tuberculosis pulmonar o TBC, sarampión, varicela, Herpes Zóster. La habitación individual con lavabo es obligatoria casi siempre, y ha de tener presión negativa. Si el hospital no dispusiera de un sistema de este tipo, quedaría justificado el abrir las ventanas, aunque siempre con la puerta de la habitación cerrada. Medidas de barrera: solo es obligatoria la mascarilla (que se colocará antes de entrar en la habitación, pero se desechará DESPUÉS DE SALIR, depositándola en una papelera con tapa que se colocará fuera, al lado de la puerta), y será, en el caso de que se permanezca más de 10 minutos dentro, siempre de alta resolución o filtrante tipo FFP2 (respirador de partículas); éstas últimas son mascarillas reutilizables, a diferencia de las mascarillas quirúrgicas o estándar de papel (un solo uso), de manera que pueden no desecharse fuera y guardarlas para algunos usos más. Bata y guantes no son necesarios, salvo riesgo de contacto con secreciones respiratorias.

4.5 Aislamiento por gotas (en adelante, AG). Es similar al anterior, pues combate también la transmisión de infecciones por vía aérea, pero es a media distancia y se trata de partículas superiores a 5 micras generadas al hablar, toser, estornudar (gotitas de Pflügge o núcleos goticulares de Wells) , que quedan suspendidas en el aire hasta 1 m de distancia al hablar, y hasta 4 m al toser o estornudar. Se prescribe un AG para gripe A, meningitis meningocócica, difteria faríngea, tosferina, escarlatina, rubeóla, parotiditis (paperas), neumonías por H Influenza. Puerta, siempre cerrada ; y no es obligatoria(aunque sí aconsejable) la habitación individual, de manera que pacientes infectados por los mismos gérmenes pueden compartirla, y siempre y cuando se guarde entre ellos una distancia prudencial mínima de 1 m. Medidas de barrera: como en el AR, es obligatoria solo la mascarilla (pero en este caso, es suficientemente eficaz una mascarilla quirúrgica o de papel), colocándola antes de entrar y retirándola después de salir; igualmente, bata y guantes solo si riesgo de manchado o al realizar cualquier procedimiento en el paciente.

4.6 Aislamiento parenteral o aislamiento de sangre y líquidos corporales. Es el aplicado ante enfermedades de transmisión por sangre, fluidos corporales, líquidos orgánicos u objetos contaminados con los mismos: sida, hepatitis vírica B y C, sífilis, paludismo, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (“vacas locas”) o malaria. Medidas de barrera: bata y guantes(al tocar piel no intacta o bien sangre y derivados y otros fluidos; al manipular artículos manchados de sangre o bien ante procedimientos de venopunción), mascarilla (ante riesgo de salpicaduras de sangre u

otros fluidos) y gafas (protegemos así la mucosa conjuntiva). Especial cuidado con agujas y material punzante, así como con la gestión de los residuos que los mismos generan (no doblar agujas sin usar , no volver a colocarles la tapa a las usadas, desecharlas en un contenedor amarillo específico para este tipo de materiales y que nunca puede rebosar, llenándolo solo unos 2/3 de su capacidad, etc). Es importante añadir que, debido a que el examen médico y la historia clínica no pueden identificar de manera segura a todos los pacientes infectados por VIH u otros patógenos contenidos en la sangre, las precauciones adoptadas para este tipo de aislamiento por derivados de la misma, y por fluidos orgánicos en general, deberán ser empleadas de manera constante para todos los pacientes de un hospital, es decir, se universalizarán, serán medidas estándar.

4.7 Aislamiento protector o inverso (en adelante, AI). Se llama "inverso" porque, a diferencia de los demás tipos de aislamiento, que tienen la misión de evitar que el paciente infecte a los demás, en este caso somos los demás quienes podemos infectar al paciente. Es reglamentario para proteger a pacientes inmunodeprimidos e inmunosupresores de infecciones; y a pacientes febriles, de posibles sobreinfecciones. Indicado para grandes quemados (más del 25%), enfermos oncológicos con quimioterapia, o bien trasplantados. Como en el caso del AST, la habitación individual es obligatoria siempre, y la puerta cerrada. Medidas de barrera: gorro, calzas, mascarilla y bata…prendas protectoras que se colocarán en todo caso (es decir, se vaya a mantener contacto directo o no con el paciente) siempre antes de entrar en la habitación, y se desvestirán siempre después de salir. El uso de guantes solo es necesario si se practican curas, y no serán guantes desechables sin más (como en el resto de los tipos de aislamiento que hemos visto), sino guantes estériles. El traslado de estos pacientes por parte del celador ha de limitarse al máximo y, de producirse, es el paciente quien deberá ir protegido con mascarilla por sus bajas defensas (el celador, no)

5.- Medidas adicionales a las específicas

Sea cual sea la tipología del aislamiento y, por tanto, las medidas específicas a adoptar, si hay algo común en todos los casos es la habitación, y todo lo que ello implica. Todo el cuarto, incluidas las puertas, será considerado zona contaminada; por eso, es tan importante una correcta señalización a través de carteles colgados a la puerta, identificando el tipo concreto de aislamiento, y codificados normalmente por colores. Se advierte así a todo el personal que le atenderá que sobre ese paciente específico aplicaremos, además de medidas estándar, medidas también específicas(pues es un paciente aislado) y qué tipo concreto de medidas

específicas. Aunque la advertencia visual es la más inmediata, toda señal es poca, de manera que el médico habrá hecho constar por escrito la circunstancia también en las órdenes, en el historial del paciente y, si fuera necesario, notificará un caso de EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria) al servicio de Medicina Preventiva.

Antes de entrar en la habitación:
- Verificaremos que se cuenta con el equipo y materiales necesarios ya dentro, antes de realizar la acción directa sobre el paciente (p.e, toallas y esponjas para proceder, como celadores, a ayudar en el aseo diario). Si hubiera que salir a buscar algún elemento, desvestimos las prendas de barrera (desechándolas dentro, excepto en el caso de AI), y procederemos a vestirnos con otras nuevas para entrar.
- Llevar a cabo el prescriptivo lavado de manos, en primer lugar.
- Seguidamente, colocarnos los EPI indicados para cada caso, y siguiendo el orden correcto. Los tendremos siempre dispuestos (junto con esterillium o solución antiséptica para las manos), en una mesilla auxiliar a la entrada de la habitación, junto a la puerta.

Otras consideraciones de interés:
- Jamás debe introducirse en la habitación de un aislamiento la historia clínica, pues son numerosas las manos por las que puede haber pasado y, por tanto, una fuente de contacto de primer orden.
- Tiene que prestarse especial atención a la gestión de los residuos que diariamente se generan en una unidad de aislamiento. Dentro de la habitación, habrá un pequeño contenedor hermético amarillo para desechar agujas y material corto-punzante empleado en las curas; un contenedor con bolsa verde, para desechar las prendas de barrera de un solo uso (bata, guantes…), y un tercer contenedor con bolsa roja para depositar el material textil usado en las rutinas del aseo(toallas, sábanas y demás ropa de la cama).
- Los platos, vasos y demás utensilios del paciente serán preferiblemente desechables.
- Los libros y otros enseres personales nunca deben salir del cuarto, pues son potenciales fómites .En el momento de recogerlos porque sobrevenga el alta del aislado, se practicará (si fuera preciso), la técnica del doble embalaje .
- Las visitas están seriamente restringidas (1 acompañante por paciente), quedando rigurosamente prohibida la entrada de niños.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que es fundamental el papel del celador y su diligente actuación en el trabajo del día a día hospitalario a la hora de poder controlar y/o evitar la difusión de las enfermedades de transmisión o enfermedades infecciosas, para las que se prescriben los distintos aislamientos. El celador, puesto que se mueve por todo el hospital y está en contacto directo con todo tipo de enfermos, resulta un vehículo esencial de transporte de microorganismos patógenos que pueden dar lugar a la propagación de infecciones a otros pacientes, a otro personal que trabaja en el mismo entorno, a visitantes o acompañantes, además de a sí mismo. Por todo ello, debe conocer qué son los aislamientos y adoptar escrupulosamente las medidas profilácticas y de barrera necesarias para prevenir la antedicha transmisión. Son muchas las situaciones que se le presentan al celador: cuando colabora en el aseo diario de un encamado en aislamiento o le practica movilizaciones, con o sin grúa; cuando forzosamente se le ha de trasladar (la norma es evitar les desplazamientos en la medida de lo posible) para la realización de una prueba(endoscopias, escáner, placas…) o cuando realiza un alta de este tipo de pacientes mediante ambulancia(transferencia cama a camilla…), por poner solo algunos ejemplos; casos todos ellos, por cierto, en los que debe advertir (previamente a ponerse en marcha) al personal del servicio al que se dirige(ambulancieros, técnicos de Rx…)acerca de tal circunstancia para que también allí adopten las precauciones necesarias; igualmente, durante el propio traslado, celador y paciente infeccioso irán vestidos con las prendas-barrera necesarias (si es un paciente inverso, solo el enfermo llevará mascarilla). Sin una buena formación en aislamientos, todos estos extremos pasarían inadvertidos al celador, con el grave perjuicio que ello acarrearía a todos los niveles.

Por último, y no menos importante, queremos destacar la dimensión emocional del tema que nos ocupa: El enfermo "contagioso" ha de recibir los mismos cuidados que otro tipo de enfermos, aunque siempre cumpliendo estrictamente las normas de aislamiento acordes con su caso. Pero no son raros, no son especiales: son pacientes, eso es todo. No debemos contribuir al estigma del aislamiento, sino normalizar, relativizar y explicarle que es una situación transitoria. Para reducir su ansiedad (y la de sus familias), debemos explicarle/s las características y objetivos del aislamiento. Siempre se evitará una actitud de rechazo para no hacerle sentir culpable, angustiado, avergonzado o juzgado, sentimientos todos ellos que suele tener aunque no los verbalice. Seamos emocionalmente inteligentes con él, hagamos nuestro trabajo aún mejor.

6 Bibliografía

1.- Precauciones y aislamientos en patología infecciosa, Sacyl, Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero. Disponible en https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa
2.- López Curto, Sonsoles, Manual/Temario Específico para la preparación de las oposiciones de celadores para todos los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónoma, 2019. Disponible en http://celadoresonline.blogspot.com/
3.-Temario oposiciones celador SESPA 2018 elaborado por Corriente Sindical Izquierda (CSI)
4.-Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud, Organización Panamericana de la Salud, OMS.
5.-Aislamientos hospitalarios según categorías, 2003, revista biomédica Medwave. Disponible en https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/abr2003/2806
6.-Valdivia Pérez, Antonio, Aislamientos hospitalarios. Importancia y Tendencias, 2007-2008, Servicio Medicina Preventiva Hospital La Princesa de Madrid.
7.- Higiene de los centros sanitarios: Medidas de prevención de la infección hospitalaria. Normas de seguridad e higiene. Concepto de asilamiento en el hospital: procedimientos de aislamiento y prevención de enfermedades transmisibles. Disponible en pdf www.amirsalud.instructure.com
(Tema 16)
8.- Experiencia personal como celadora en Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias.

Capítulo 1554

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL CENTRO HOSPITALARIO.

IRIS MARIA CAO RODRIGUEZ

1 Introducción

Los celadores pertenecen a la escala general. Dentro de sus funciones podemos destacar que realizan una labor muy necesaria para el buen funcionamiento del hospital. Es la primera persona que nos encontramos cuando llegamos a una institución sanitaria.

2 Objetivos

- Controlar todas las normas que haya dentro del centro sanitario.
- Ser un profesional multidisciplinario el cual logra el bienestar de cada uno de los pacientes.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliografía sobre el tema de estudio, además de un consenso con los profesionales implicados. Una vez redactado el protocolo, fue revisado y dado por bueno.

4 Resultados

Podemos observar que se a producido un aumento notable en las funciones de celador. Entre ellas destacan:

- Movilizar y trasladar al paciente cuando sea necesario.
- Control de entrada en la institución sanitaria.
- Sustituir los distintos materiales.
- Distribuir pruebas e historias clínicas.
- Apoyar en situaciones de emergencia.
- Controlar las salas de espera y las visitas.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que los celadores sepan las funciones y obligaciones que tienen que realizar en los distintos servicios de la institución sanitaria para que pueda funcionar lo mejor posible

6 Bibliografía

- https://www.ifp.es/blog/que-es-un-celador-y-que-hace.
- https://www.campustraining.es/noticias/funciones-celador/.
- http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_2.pdf.
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.
- https://scielo.org/es/.
- https://dialnet.unirioja.es/.

Capítulo 1555

EL CELADOR EN RELACIÓN A LA GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HOSPITAL.

IRIS MARIA CAO RODRIGUEZ

1 Introducción

Los residuos se definen como sustancias u objetos que su poseedor deseche o tenga la intención o la obligación de desechar.
La Ley indica que los residuos peligrosos tienen que separarse de los no peligrosos en el momento de su producción.
Se entiende por residuos sanitarios aquellos que se generan en el desarrollo de las actividades sanitarias llevadas a cabo en centros o servicios médicos, farmacéuticos, veterinarios, incluidos los envases y residuos de envases, que los contengan o los hayan contenido.
Quedan por tanto incluidos en los mismos los que se generan en: hospitales, clínicas, centros de atención primaria, clínicas dentales, clínicas veterinarias, oficinas de farmacia, laboratorios etc.

2 Objetivos

- Concienciar y formar a los profesionales sanitarios sobre los riesgos, producción y gestión de los residuos sanitarios.
- Valorar los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre residuos sanitarios.

- Clasificación del origen de los residuos, de acuerdo a las categorías establecidas en función de los riesgos que representen.

3 Metodología

La información fue recogida mediante una entrevista con el personal de cada unidad, responsables de enfermería, servicio de medicina preventiva y servicios de mantenimiento y limpieza. En todos los casos la información fue verificada con la observación directa en cada unidad llevada a cabo siempre por la misma persona.

4 Resultados

Cada año en el mundo se administran 16.000 millones de inyecciones y no todas las agujas ni jeringas son eliminadas de forma correcta.
En los países de rentas elevadas se generan hasta 0,5 kg de residuos peligrosos por día y cama hospitalaria. En los países de renta baja la cantidad disminuye hasta el 0,2 kg, pero en estos últimos no se separan los residuos peligrosos del resto de residuos.

Gran parte de los desechos sanitarios se incineran, lo que puede dar lugar a la emisión al medio ambiente de agentes patógenos y contaminantes tóxicos. De los residuos sanitarios pueden derivarse riesgos para la salud de la población, tales como intoxicaciones y contaminacion por liberación al medio ambiente de productos farmacéuticos como antibióticos y fármacos citotoxicos.

5 Discusión-Conclusión

Una gestion ineficiente derivara en graves consecuencias para la salud de las personas y la degradación del medio ambiente, por ello se deben elaborar políticas responsables para la gestion de los residuos y la correcta clasificación de los mismos.

6 Bibliografía

- https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Guia+Residuos+Sanitarios.pdf/cb834a6d-21dd-d000-09ef-ef2b77657ec6.

- http://zaguan.unizar.es/record/14062/files/TAZ-TFG-2014-300.pdf.
- https://tecnoeraser.es/recogida-de-residuos-biosanitarios-en-asturias.
- http://www.chospab.es/enfermeria/Documentos/Protocolo_Residuos.pdf.
- http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/as-pbgr140601-ma.html.

Capítulo 1556

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS (UCI).

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

1 Introducción

El trabajo del celador en la UCI de gran apoyo para el personal sanitario (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y enfermería). En los pacientes que se encuentran en la UCI, su salud se encuentra en un estado crítico, lo cual conlleva múltiples cuidados especializados en este tipo de pacientes. La unidad de la UCI, suele tener un número reducido de pacientes para así ofrecer cuidados de garantía. Una vez pasado el tiempo crítico, el paciente será ingresado en hospitalización para seguir su mejoría; aquí hay una restricción de visitas de familiares dependiendo del protocolo de cada hospital. En estas unidades solo hay personal de enfermería por cada dos o tres pacientes, así como TCAES y celadores que se encargarán movilizaciones y demás apoyo al personal sanitario.
El celador debe realizar las movilizaciones siguiendo las pautas y consejos del personal sanitario puesto que este tipo de pacientes suelen estar intubados y conectados a máquinas que velan por su salud. Se realizarán los cambios posturales que están pautados por personal sanitario y las posiciones que sean convenientes para cada paciente. Las camas que se presentan en esta unidad suelen

ser diferentes al resto de las camas que podemos encontrar en unidades de hospitalización. Debemos realizar las movilizaciones sin producir ningún tipo de lesión al paciente realizándolas suavemente. Atenderemos todas las pautas que nos ordene el personal de enfermería. En cuanto al aseo del paciente se realizará en presencia del TCAE y en muchas ocasiones de personal de enfermería se realizará un trabajo en equipo para que el resultado sea positivo para el paciente.
Realizarán los traslados de los pacientes a otras unidades de hospitalización siempre que se han requerido por el personal sanitario, no suelen dejar sacar las camas de la UCI por lo que es conveniente pasar el paciente de la cama a la cama que va a ser utilizada para el traslado, en esta operación solemos está reforzados con dos o más celadores, así como todo el personal sanitario.
Los celadores se encargarán de traslado de aparatos y maquinaria que se necesite para la unidad.
Serán los encargados los celadores de trasladar muestras a laboratorio. importante conocer el protocolo que tiene el hospital ante un caso de defunción, para actuar de forma correcta.
En esta unidad son los celadores los encargados de recoger y llevar el material estéril de la unidad la esterilización.
Ayudará en las pruebas radiodiagnósticas como rayos x, a la colocación del paciente o del aparato.
Trasladaran cualquier mensaje verbal o traslado de documentos que el personal sanitario le pida, realizándolo en la menor brevedad posible.
Mantendrá las medidas de prevención que se le recomiende por el personal sanitario ante casos de pacientes aislados.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Encargarse de las movilizaciones de los pacientes junto al personal de enfermería, ya que este tipo de pacientes requieren múltiples cuidados a diferencia de pacientes de hospitalización.

Objetivos secundarios:
- Estar presente durante el aseo y cura de heridas de los pacientes.
- Velar por el orden de la unidad evitando las visitas a deshora, explicando los familiares las horas de visita y el motivo por el cual no se le deja acceder a la unidad fuera de estas horas.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- UCI de HUCA (Hospital Universitario central de Asturias).
- Formación Alcalá, paciente crítico funciones del celador.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1557

EL CELADOR Y EL USO CORRECTO DE GUANTES NO ESTÉRILES.

IRIS MARIA CAO RODRIGUEZ

1 Introducción

Los guantes constituyen una medida de prevención primaria frente al riesgo biológico. De este modo se reduce significativamente el riesgo de los trabajadores ante la posibilidad de infección con agentes biológicos.
El uso de guantes reduce la probabilidad de transmisión de los microorganismos presentes en las manos, ya que, se trata de evitar el contagio del personal sanitario a los pacientes o de impedir que se produzca contaminación entre los mismos pacientes.

2 Objetivos

- Disminuir la transmisión de microorganismos de las manos del personal al paciente durante los procedimientos
- Concienciar para mantener la técnica estéril mediante guantes.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se realiza una investigación de 13 estudios que abarcan 11.071 pacientes que se sometieron a procedimientos ambulatorios con guantes estériles o no estériles. De esos 11.071 pacientes, 228 tuvieron una infección de sitio quirúrgico, 107 de ellos estaban en el grupo de guantes no estériles y 121 estaban en el grupo de guantes estériles.

Mediante esta investigación, se han podido argumentar una serie de resultados y conclusiones generales.

4 Resultados

Los profesionales utilizan los guantes no estériles de manera subestima. Los errores mas habituales son: no cambiarse de guantes entre procedimientos en el mismo paciente, y la no realización de la higiene de manos después de quitarse los guantes. Hay oscilaciones en las que el uso de los guantes esta más condicionada por factores de socialización y de emoción como miedo y aversión, que por las indicaciones basadas en la evidencia.

5 Discusión-Conclusión

En el caso de técnicas estériles, el personal tiene muy claras las normas que debe seguir y utiliza los guantes de forma correcta. Cuando son técnicas que no requieren asepsia, existen errores respecto a la utilización de guantes. Es necesario mejorar la formación del personal sanitario mediante la realización de talleres.

6 Bibliografía

- https://www.maz.es/Publicaciones/Publicaciones/manual-guia-de-higiene-de-manos-y-uso-del-guante-sanitario.pdf
- http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/USO%20DE%20GUANTES.pdf
- https://books.google.es/booksid
- https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Central_de_Esterilizacion.pdf

Capítulo 1558

PREDOMINIO DE LOS TURNOS DE JORNADA Y LAS GUARDIAS EN LOS CELADORES.

AVELINO MANUEL PEREZ PEREZ

MARTA MESA GARCÍA

MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA

AMPARO GONZALEZ SERRANO

1 Introducción

Los turnos de jornada y las guardias en el sector sanitario, trae problemas tanto de productividad, atención al paciente, aumento del ausentismo y efectos sobre el bienestar de los trabajadores.

2 Objetivos

- Estudiar la evidencia científica del predominio de los turnos de jornada y las guardias nocturnas, comprobando los resultados sobre la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se escogierón 61 artículo científicos que cumplían los criterios de inclusión, 18 artículos tratan sobre los turnos de jornada de celadores y del desarrollo del síndrome de burnout, 20 estudios de accidentes laborales y 21 estudios sobre los efectos en la salud a turno nocturno o rotatorio.

4 Resultados

El horario de noche puede producir desde un estado de ánimo negativo el día después de la guardia, como un estado de síndrome de burnout o síndrome del trabajador quemado (más de 4 guardias mensuales).

El cansancio disminuye la capacidad psicofísica de las personas que trabajan a turnos o por la noche traduciéndose en incremento de la cantidad de errores y disminuyendo el rendimiento, manifestándose en forma de accidentes. El riesgo de accidentes en trabajadores a turnos o nocturno es 3,1 y 2,1 veces mayor en comparación con los trabajadores de día.

En la revisión de artículos explican varios efectos sobre la salud del trabajador, algunos se limitan a mencionar que la turnicidad afecta al ritmo cardiaco y por tanto provoca efectos negativos.

5 Discusión-Conclusión

Adoptar medidas preventivas para mejorar la salud y la calidad de vida de estos profesionales como la programación de las guardias con antelación y con tiempo adecuados permitiría la recuperación del trabajador, contribuyendo a disminuir el estrés y otorgando mayor autonomía del tiempo.

6 Bibliografía

- https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis38.pdf
- http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/tesisUIB/index/assoc/TDX-0204.dir/TDX-0204105-085658.pdf

Capítulo 1559

ESTUDIO DE LA POSTURA DE LOS FAMILIARES SOBRE LA COMUNICACIÓN AL ENFERMO EN 2013 Y 2018.

AVELINO MANUEL PEREZ PEREZ

MARTA MESA GARCÍA

MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA

AMPARO GONZALEZ SERRANO

1 Introducción

La información de malas noticias es un momento de carga emocional para el profesional, el paciente como la conspiración del silencio o el retraso en la aplicación de cuidados paliativos

2 Objetivos

Precisar los cambios elaborados entre los años 2013 y 2018, en la postura de los familiares ante la información del diagnóstico de los pacientes atentidos en la unidad de cuidados paliativos.

3 Caso clínico

Análisis de 757 pacientes atendidos durante los años 2013 (n= 402) y 2018 (n=355), con la información recogida en la historia clínica. Se analizaron variables sociales y clínicas y la actitud de los familiares ante la información en la historia clínica

4 Discusión-Conclusión

Aunque la evolución sea modesta, los modos de pensamiento sobre el proceso de fallecer están cambiando. El reconocimiento del derecho a decidir sobre la propia muerte y el debate social asociado parecen estar relacionados con estos cambios. Sin embargo otros estudios mostraron un alto porcentaje de familiares contrarios a aplicar la legalidad vigente sobre derechos y capacidad de decisión del enfermo.

La situación en otros países y contextos culturales analizados señala que sigue existiendo una fuerte resistencia a la revelación del diagnóstico y pronostico en pacientes terminales. Parece necesario y urgente definir el papel del familiar en el contexto de la autonomía del paciente, y desarrollar intervenciones que regulen su participación en el proceso.

5 Bibliografía

- https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/02-LA-COMUNICACION-DE-LAS-MALAS-NOTICIAS-Rodriguez-Salvador_1.pdf
- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100007

Capítulo 1560

LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN PERSONAL DE MANTENIMIENTO DE CENTROS SANITARIOS

ÁNGEL MANUEL ÁLVAREZ ABELLA

1 Introducción

La prevención de riesgos laborales es muy importante en toda actividad laboral y, como no, en las funciones que se desarrollan en centros hospitalarios, sea cual sea la categoría profesional de dichos trabajadores. En los centros sanitarios, el personal de mantenimiento realiza funciones muy diversas y por tanto está expuesto a todo tipo de riesgos. Dependiendo de la categoría que tengan, realizarán distintas funciones como puede ser el mantenimiento de instalaciones, mantenimiento mecánico, eléctrico, así como lo referente a la gestión de residuos, y por tanto, se exponen a distintos factores de riesgos. Es muy importante destacar lo referente al mantenimiento de instalaciones ya que se pueden encontrar con depuradoras de aguas residuales, instalaciones de gases, fluidos térmicos, así como emisiones radiactivas, sistemas de agua fría y caliente sanitaria. Esto origina en una serie de riesgos como pueden ser caídas, golpes con objetos, contactos térmicos, así como la exposición a agentes biológicos como puede ser la "legionella" cuando realizan instalaciones de agua, así como cuando realizan trabajos de fontanería en las habitaciones de los pacientes, en quirófanos o cuando reparan equipos médicos o de laboratorio. En estos supuestos es muy importante establecer medidas higiénicas y utilizar equipos de protección como pueden ser gafas, mascarillas o guantes que eviten ese contacto directo.

También hay que tener mucho cuidado con los equipos de trabajo que se utilizan ya que pueden ocasionar cortes, quemaduras o golpes que se pueden producir cuando utilizamos amperímetros, voltímetros, sierras, etc.

El artículo 8 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece como función del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, entre otras, la realización de actividades de información y divulgación en materia de prevención de riesgos laborales. Por ello, es imprescindible una buena prevención. Esta se consigue con una formación teórica-práctica que todo trabajador debe de realizar, no solo cuando empieza a trabajar, sino también mediante actualizaciones periódicas de dichos conocimientos, así como cuando se produzcan cambios en las tareas que desempeña. Lo mismo debe ocurrir con la incorporación de nuevas tecnologías o cuando se produzcan cambios en su equipo de trabajo, además de para formarle específicamente para el puesto que desempeñe, para así lograr identificar los beneficios que puede aportar una buena prevención en dicha materia.

2 Objetivos

- Promover la seguridad y salud de los trabajadores en los centros sanitarios.
- Minimizar los efectos negativos y potencias los positivos del ambiente de trabajo.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión sistemática realizando una búsqueda en buscadores científicos como son Scielo y PubMed, así como haciendo uso de palabras claves tales como: prevención, formación, salud y seguridad. Así mismo, se consulta la Ley de prevención de Riesgos Laborales (LPRL), imprescindible para el conocimiento de todo lo relacionado con la salud de los trabajadores.

Con la prevención de riesgos laborales se adoptan las medidas de seguridad y de salud necesarias para evitar en la medida de lo posible los accidentes de trabajo. Dentro de dichas medidas podemos mencionar la planificación de los trabajos a realizar, disponer de equipos de trabajo en buenas condiciones, establecer una comunicación entre el personal de mantenimiento y el personal donde se van a efectuar los trabajos, disponer de equipos de protección individual necesarios para cada situación, así como adoptar las medidas higiénico sanitarias que sean necesarias y mantener las zonas de trabajo limpias y ordenadas.

Con todo esto, lo que se pretende es lograr un ambiente de trabajo más seguro que repercute en una mejoría de la salud de los trabajadores, consiguiendo una reducción del absentismo laboral y por tanto una disminución de los costes en la Administración.

4 Bibliografía

- Ley de Prevención de riesgos Laborales (Ley 31/1995 de 8 de noviembre).
- Manuales de Prevención de riesgos laborales como "El trabajo y tu salud" editado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, de 1989.
- http://www.scielo.org.co
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 1561

RIESGOS LABORALES EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES.

NURIA DEL VALLE ZALDÍVAR

1 Introducción

La movilización es el acto de ayudar a una persona o paciente para que pueda llevar a cabo una serie de actividades que él, haría solo, si tuviera los conocimientos necesarios o si tuviese la capacidad o la fuerza suficientes.
Los trastornos musculoesqueléticos en el sector sanitario constituyen uno de los principales problemas de salud entre el personal que moviliza pacientes con dificultades motoras, siendo las lesiones dorsolumbares las más frecuentes.
Existen diversas técnicas para realizar el traslado de los pacientes, así como también podemos encontrar gran variedad de formas para llevar a cabo su movilidad.
Se trata de movilizar cargas pero siempre con el menor esfuerzo posible.

2 Objetivos

- Mejorar las condiciones de trabajo de las personas que cuidan de otras.
- Incrementar la calidad asistencial, la seguridad y la dignidad en el trato a los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La aplicación de métodos correctos para levantar y cambiar de posición a los pacientes, puede contribuir de forma importante, a la reducción de lesiones de origen laboral y de los costes de los accidentes de trabajo. Además puede producir otros beneficios como la reducción de la rotación del personal, de los gastos de formación y administrativos y el absentismo laboral; el aumento de la productividad y la mejora del estado de ánimo de los trabajadores.

Dependiendo del estado del paciente, su grado de dependencia, tamaño y peso, enfermedad y patología que influya en la movilización, se seleccionará el método de asistencia:

- Métodos de traslado manual, realizado por los profesionales con su propia fuerza y la colaboración del paciente.
- Métodos de traslado con pequeños dispositivos, sábanas, cinturones ergonómicos, triángulo d Balkan….
- Métodos de traslado con dispositivos más grandes, equipos de elevación electromecánicos.

La metodología MAPO, Movimiento y asistencia de los Pacientes Hospitalizados, es el
único método que considera todos los factores de riesgo incluidos en la norma ISO 12296, que realiza una evaluación integral y exhaustiva del riesgo de sufrir trastornos musculoesqueléticos en la movilización de pacientes en el sector sanitario.
La metodología ergonómica MAPO, plantea un análisis integrado de todos los factores de riesgos asociados a la movilización de pacientes, facilitando la valoración precisa y global de las condiciones, y permitiendo medidas preventivas ajustadas a la situación real del trabajo.

En el artículo 2 del Real Decreto 487/1997, se entiende por manipulación manual de cargas: “cualquier operación o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción

o el desplazamiento que por sus características inadecuadas, entraña riesgos, en particular dorsolumbares para los trabajadores."
La Guía Técnica del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) considera carga: cualquier objeto susceptible de ser movido, incluyendo persona y animales.
A la hora de manipular a un paciente tenemos que distinguir la movilización activa y la movilización pasiva.
- La movilización activa, conlleva una serie de riesgos, no tanto para el paciente como para el profesional, si no sabemos hacerlo de forma adecuada o no tenemos el material necesario para llevarla a cabo.
- La movilización pasiva, no va a suponer ningún tipo de riesgo al ser la que se realiza a enfermos encamados con el fin de mantener activas sus articulaciones.

Hay varios factores que determinan que en la movilización de pacientes se aumente el riesgo de que se produzcan daños, y se refieren a distintos aspectos:
- Riesgos relacionados con la tarea: Fuerza, Repetición, Posiciones forzadas
- Riesgos relacionados con el paciente: No se puede levantar a un paciente como si fuera una carga, de modo que no siempre son aplicables las normas para levantar cargas de forma segura.
-Riesgos relacionados con el entorno: Resbalones, caídas, limitaciones de espacio, irregularidades.
- Otros Riesgos: Equipos inadecuados, falta de formación, ropa y calzados inadecuados…

5 Discusión-Conclusión

"La evaluación del riesgo es uno de los pilares de la estrategia preventiva y debe ser capaz de proveer elementos útiles para la gestión del riesgo" ISO TR 12296.
Teniendo en cuenta todas estas precauciones y estrategias a seguir mejorarán las condiciones de trabajo de los cuidadores y también la calidad, seguridad, dignidad y privacidad de la atención de los pacientes.

6 Bibliografía

- Real Decreto 487/1997, de 14 Abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.

-Agencia Europea para la Seguridad y salud en el trabajo. Disponible en: https: //osha.europa.eu/es/publication/efacts/efact28/view
- Prevencionar.com. Octubre 2017. Prevención de riesgos en la movilización de pacientes. Disponible en: https://prevencionar.com/2017/10/16/prevencion-riesgos-la-movilizacionpacientes/
- ISO/TR 12296:2012 Ergonomía: manejo manual de personas en el sector sanitario.

Capítulo 1562

EL CELADOR EN EL TRASLADO DE OBJETOS Y DOCUMENTOS.

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

1 Introducción

Una de las funciones del celador es el traslado de comunicaciones verbales así como de documentos dentro te las instalaciones hospitalarias. Lo deberá realizar en la máxima brevedad posible. El celador tendrá toda la responsabilidad cuando se le da una orden verbal para que sea trasladada a la persona que se le haya indicado por el personal sanitario. La misma responsabilidad la tendrá a la hora de trasladar documentos así como objetos.

Los traslados de comunicaciones verbales que deben realizar los celadores serán realizados en la máxima brevedad posible garantizando el éxito final de dicho traslado. En general las comunicaciones verbales suelen ser ordenadas por personal sanitario o superiores, siempre se ejecutarán con eficacia.

Traslado de documentos
El traslado de documentos entrará dentro de las funciones del celador como por ejemplo pueden tratarse de:

Historias clínicas, peticiones ambulatorias, hojas de interconsulta, partes de quirófano… Entre otros muchos documentos. Es importante que el celador realice el trabajo de forma efectiva y con la seguridad máxima para que dichos documentos lleguen a su destino, guardando la confidencialidad que se le debe dar a este tipo de documentos puesto que contienen informaciones de carácter personal de los pacientes. Se realizará el reparto de correspondencia dentro de la institución sanitaria.

Traslado de aparatos y mobiliario.
En caso de que hubiera en la institución sanitaria la categoría de peones que está fundada por el Real decreto ley 3)1987 del 11 de septiembre, el trabajo del traslado de aparatos inmobiliarios se dividirá entre celadores y peones. Pero en todas los centros hospitalarios no requieren no necesita esta categoría refiriéndonos a los peones, por lo que el peso del trabajo recaerá en el celador. Y será el encargado del traslado de dichos aparatos o mobiliario que se le sea ordenado por un superior o personal sanitario.

Ejemplo el traslado del aparato portátil de Rx , será el celador que esté ubicado en la unidad de radiodiagnostico el encargado de trasladar el aparato a la unidad a la que se le haya asignado por el personal sanitario,suele ir acompañado por un técnico de rayos que será el encargado de realizar la prueba al paciente. No se lo realizará el traslado sino que también será el encargado de realizar la movilización del paciente si el técnico de radiodiagnostico lo necesite para realizar la prueba.

2 Objetivos

- Repasar la función del celador en el traslado de objetos y documentos.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

Temario de celadores por CGT
- Funciones del celador blog celador online.

Capítulo 1563

ERGONOMÍA PARA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

JESSICA VEGA SUÁREZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) pasan gran parte de su jornada sentados, esto puede generar una serie de patologías y consecuencias negativas sobre la salud. De acuerdo con la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales, los empresarios deben velar porque se cumplan unos atributos mínimos de calidad ergonómica, disminuyendo así los riesgos asociados al trabajo desempeñado (movilidad restringida, postura inadecuada, iluminación deficiente, etc.).

De acuerdo con la Asociación Internacional de Ergonomía, podemos definir la ergonomía como el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona. Mediante esta técnica se pretenden analizar las condiciones laborales y las posibles lesiones que las posturas, los movimientos y la fuerza pueden provocar. Así mismo se pretende controlar la introducción de las nuevas tecnologías en las organizaciones, su adaptación a las capacidades y aptitudes del trabajador.

La ergonomía se puede clasificar en diferentes áreas (de puestos o de sistemas, de concepción o de corrección, geométrica, ambiental, temporal o cronoergonomía,

e informática). Durante este capítulo describiré los factores de riesgo y las pautas que los auxiliares administrativos deben llevar a cabo para evitarlos.

2 Objetivos

- Analizar, identificar y reducir los riesgos ergonómicos a los que se encuentra expuesto el personal auxiliar administrativo del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

- Contribuir a la evolución de las situaciones de trabajo, desde sus aspectos socio-organizativos, con el objetivo de que el trabajo se realice salvaguardando la salud y la seguridad de los trabajadores, con el mayor confort, satisfacción y eficacia posibles.

- Proponer una serie de pautas o recomendaciones para evitar los riesgos ergonómicos.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como Medline. Los criterios de inclusión empleados fueron documentos en España publicados durante los últimos 10 años. Se han seleccionado los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. La búsqueda se complementó con la revisión de la normativa existente en prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995, de de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales) y con buscadores como google, libros y revistas científicas.

Las palabras clave empleadas son: ergonomía, auxiliar administrativo y ámbito sanitario.

4 Resultados

El personal no sanitario, entre los que se encuentran los auxiliares administrativos, puede desarrollar una serie de patologías derivadas de factores de riesgo en su trabajo. Entre estos factores podemos destacar:
- Desarrollo del trabajo en posturas forzadas, provocado que los músculos se contraigan y generando que el cuerpo soporte cargas mecánicas mayores.

- Movimientos repetitivos de muñeca, o trabajo con las muñecas en posturas desviadas.
-Trabajo prolongando sin descansos establecidos.
- Iluminación deficiente.
- Diseño inadecuado de las herramientas empleadas.
- Calor excesivo que provoca un aumento del estado de cansancio general.
- Trabajo monótono o a ritmo elevado por las exigencias de tiempo.
- Uso de sillas sin asiento regulable, sin respaldo ni movilidad.
- Empleo de mesas no regulables, demasiado grandes o pequeñas, con una altura inadecuada y sin reposapiés.

Todos estos factores dan lugar a los principales riesgos ergonómicos que afectan a los auxiliares administrativos. Por un lado, el uso de pantallas de visualización de datos, cada vez más importante, ya que con las nuevas tecnologías el uso de equipos informáticos se ha generalizado. Por otro lado, la higiene postural, dado que el personal administrativo, como ya he comentado, realiza la mayor parte de la actividad en sedestación.

Adoptando una serie de pautas se pueden prevenir numerosas patologías músculo esqueléticas, las más frecuentes son el síndrome del túnel carpiano (afecta a los nervios de la mano y de la muñeca), tendinitis y tenosinovitis (inflamación de músculos y tendones), lumbalgias (dolor en la parte inferior de la espalda), problemas de columna y molestias en el cuello, hombros y piernas. Las pautas o recomendaciones que se establecen son las siguientes:

-Distancia visual. La pantalla del ordenador, teclado o documentos escritos deben encontrarse a una distancia óptima entre los 450 y los 550 mm. La pantalla del ordenador debe estar a una distancia de entre 60 y 80 centímetros, y la línea superior de la misma no debe encontrarse por encima de la altura de los ojos.
-Iluminación. El trabajo con pantallas de visualización de datos requiere una iluminación no demasiado intensa para evitar posibles deslumbramientos. La pantalla debe estar alejada de las ventanas y permitir el giro y las inclinaciones necesarias para evitar tensiones musculares.
- El teclado del ordenador ha de ser móvil, con una altura respecto al suelo de 60 o 75 cm. El ratón por su lado debe tener un movimiento fácil evitando posiciones forzadas de la muñeca.
- Emplear un atril para colocar los documentos y situarlo al mismo nivel y junto a la pantalla del ordenador, así se puede conseguir evitar problemas cervicales derivados de posturas incorrectas.

- Regular la altura de la silla o de la superficie de trabajo, quedando los antebrazos paralelos al suelo, sin que se doblen las muñecas. Los pies deben colocarse de forma plana sobre el suelo y la zona lumbar cómodamente apoyada. La posición adoptada ha de ser relajada y erguida, evitando realizar inclinaciones hacia delante o hacia detrás.
- La silla de trabajo debe tener cinco pies de apoyo y ruedas que faciliten el desplazamiento. El asiento ha de ser flexible y regulable. Es importante contar con un reposapiés que permita graduarse a tres alturas diferentes.
- Establecer pausas o descansos. Es muy importante para evitar la fatiga física y mental hacer pausas cada 60-90 minutos de trabajo, pausas breves que permitan un estiramiento de los músculos.
- Mantener un ambiente térmico agradable, la temperatura recomendada oscila entre los 19 y 24 grados centígrados, con una humedad de en torno al 40 %o 70%.

5 Discusión-Conclusión

Si seguimos todas las pautas y recomendaciones descritas lograremos una correcta ergonomía e importantes beneficios para nuestra salud y bienestar en el trabajo. Los beneficios más destacados son:
- Se reducen las molestias físicas y la fatiga del trabajador.
- Se disminuye el absentismo laboral y las bajas por enfermedad, con ello se mejora la estabilidad laboral.
- Se logra una mayor productividad y un buen ambiente organizacional.
- Se crea una mejor cultura de seguridad. La ergonomía permite a la Administración Pública demostrar su compromiso con la seguridad y la salud de los trabajadores como valores principales.

Como conclusión final, pretendo destacar cómo invertir en organización y en formación de los trabajadores en este ámbito beneficia a todas las partes implicadas, se evitan riesgos innecesarios para la salud de los trabajadores, se mejora el ambiente laboral y con ello se consigue una mayor motivación. La Administración Pública se beneficia de un menor absentismo laboral y una mejor calidad del servicio prestado y satisfacción en el trabajo.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. «BOE» núm. 269, de 10/11/1995.

- https://medlineplus.gov/spanish/ergonomics.html
- http://www.ergonomos.es/ergonomia.php
- https://salud.nih.gov/articulo/sentarse-derecho/
- https://prevencionar.com/2012/02/28/ergonomia-en-trabajos-de-oficina/

Capítulo 1564

FUNCIONES DEL CELADOR EN MATERNIDAD

MARÍA BELEN SANCHEZ ANTOLINEZ

MONTSERRAT MONTES GUTIÉRREZ

MÓNICA PEÑOS SÁNCHEZ

SERGIO ALVAREZ SANCHEZ

1 Introducción

La unidad de maternidad se encuentra situada cerca de quirófanos especialmente del quirófano de cesáreas. Bien situado para el acceso a las salas de dilatación y salas de partos.
Maternidad es una planta especializada en salud ginecológica y de cuidados del recién nacido.
Las habitaciones en la unidad de maternidad son individuales aunque no en todos los hospitales tienen esta opción. Es una ventaja para las mujeres que se encuentran en condición de pacientes está en una habitación individual ya que les proporcionan la tranquilidad intimidad adecuada en el momento de nacimiento del bebé.

2 Objetivos

- Entender y determinar el trabajo del celador.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Planta de maternidad del HUCA (Hospital Universitario central de Asturias).
- Google académico.

Capítulo 1565

PREVENCIÓN DE RIESGOS: EL USO DE MASCARILLA FRENTE A LOS CONTAGIOS.

LORENA MARTINEZ SUAREZ

1 Introducción

Tal como se indica en el articulo 17 de la ley de prevención de riesgos laborales, cuando los riesgos no se pueden evitar o no pueden limitarse suficientemente por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización de trabajo, tal como ocurre en el ámbito sanitario frente a riesgos biológicos, el empresario deberá proporcionar a sus trabajadores equipos de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones.

Son varias las enfermedades producidas por agentes biológicos que pueden contraerse en el ámbito sanitario (hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis, etc..), por lo que se hace imprescindible la implantación de una prenda de protección individual que frene esta situación y controle las posibilidades de contagio de estas enfermedades. En este sentido se hace fundamental el uso de mascarilla como barrera frente a los contagios por vía respiratoria.

El uso de mascarilla como equipo de protección frente al contagio de enfermedades biológicas se hace imprescindible , ya que las enfermedades de trasmisión respiratoria tiene una alta incidencia en el ámbito sanitario a pesar de todos los avances técnicos.

La correcta utilización de las mascarillas es imprescindible para garantizar su eficacia. Es esencial usarlas y desecharlas adecuadamente para evitar que sean

ineficaces y que su uso incorrecto agrave el riesgo de contagio. Por ello deberían de seguirse la siguientes pautas:

- Asegurarse que la mascarilla cubre la boca y la nariz, sujetándola firmemente para reducir al mínimo la separación entre la mascarilla y la cara.
- Mientras se esté utilizando, evitar tocarla. Siempre que se toque una mascarilla usada, lavar las manos con agua y jabón.
- Sustituirla en cuanto se noten síntomas de humedad, cambiándola por una limpia y seca.
-No reutilizar nunca las mascarillas de un solo uso.
-Después de atender a un enfermo hay que quitarselas y cambiarla por una nueva.
-Lavarse las manos inmediatamente después de quitarse la mascarilla.

2 Objetivos

Conocimiento adecuado del uso de la mascarilla por parte del personal para poder controlar estas enfermedades de transmisión respiratoria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se demuestra en varios estudios que el uso correcto de la mascarilla previene en gran medida la transmisión de virus por vía respiratoria, con lo cual se hace imprescindible la correcta formación del personal tanto sanitario como no sanitario en el uso de mascarilla. Esta formación debe ser continuada y actualizada conforme a las necesidades que se desencadenan en cada centro de atención sanitaria. Una buena formación e información tanto en el personal como en los pacientes del adecuado uso de las mascarillas cuando hay una epidemia frena su transmisión dentro de los centros y en el entorno de los afectados.

5 Discusión-Conclusión

La mascarilla se utiliza para impedir el paso de los agentes patógenos cuando el personal habla, estornuda, tose…Filtran el aire inspirado y espirado y no deben de ser usadas durante más de dos horas seguidas, ya que pierden su eficacia. Deben de colocarse adecuadamente, tapando boca, nariz y mentón, procurando no hablar , toser o estornudar. Siguiendo unas adecuadas pautas a la hora de utilizar la mascarilla se reducirán riesgos tanto en el personal como en los pacientes y se podrán evitar las infecciones y el contagio de enfermedades de trasmisión por vía aérea. Todos los estudios realizados demuestran que es imprescindible la correcta colocación y utilización de la mascarillas para que su eficacia sea correcta.

6 Bibliografía

- https://www.amirsalud.com
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
- Infección asociada a cuidados sanitarios.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1566

EL CELADOR ANTE LA INFECCIÓN HEPÁTICA CONTAGIOSA

PAULA TORAÑO IGLESIAS

VERÓNICA LÓPEZ GARCÍA

FERNANDO TOMÁS GAMASA

RICARDO MERLAN REY

1 Introducción

Las hepatitis, son un grupo de enfermedades caracterizadas por producir inflamación en el hígado. El dato que en principio lleva al diagnóstico, es el aumento de los niveles en sangre de las transaminasas, enzimas que son liberadas a la sangre por la muerte celular producida por la inflamación del hígado. Esta elevación puede ser muy importante en las hepatitis agudas, y es leve y moderada en las hepatitis crónicas. Para el diagnóstico definitivo es necesario en muchos casos realizar una biopsia hepática. A efectos prácticos, podemos hablar de varios grupos como los causantes de hepatitis: agentes vivos, fármacos o tóxicos y un grupo de enfermedades de causa desconocida. Podemos hablar de 5 tipos de hepatitis vírica:

1.Hepatitis A

1'4 millones de personas afectadas.

Vías de transmisión:

- Por vía fecal/oral, ya sea por contacto de persona a persona o por contaminación de agua o alimentos con materias contaminadas que contengan el virus.

- Estrechamente asociada a un saneamiento deficiente y una mala higiene personal.
- Cursa leve.

Para la Hepatitis A sí existe vacuna. Es prevenible con dicha vacuna.
Las medidas más eficaces para combatirla son la mejora del saneamiento, la inocuidad de los alimentos y la vacunación.

2.Hepatitis B
257 millones de personas en el mundo.
Vías de transmisión:
- Por vía parenteral y sexual.
- Transmisión a través del contacto directo con sangre y fluidos corporales infectados (semen, saliva, fluidos vaginales y menstruales).

Para la Hepatitis B sí existe vacuna. Es prevenible con dicha vacuna. Se recomienda ponerla a todos los lactantes lo antes posible tras el nacimiento según la Organización Mundial de la Salud.

3.Hepatitis C
150 millones de personas afectadas (71 millones crónicas).
Vías de transmisión:
- A través del contagio directo con sangre infectada.
- Transfusiones de sangre y hemoderivados (anteriores al 1992).
- Hemodiálisis.
- Trasplantes de órganos.
- Acupuntura, piercing, etc.
- Esterilización inadecuada de equipo médico.
- Jeringuillas.

Para la Hepatitis C no existe vacuna. Como no existe vacuna, hay que reducir el riesgo de exposición al virus.

4.Hepatitis D
15 millones de casos en el mundo.
Vías de transmisión:
- Requiere estar infectados por el VHB para su replicación y extensión.
- Mismas vías de transmisión que el virus de la Hepatitis B

Para la Hepatitis D no existe vacuna hay que reducir el riesgo de exposición al virus.

5.Hepatitid E
20 millones de casos en el mundo.

Vías de transmisión:
- Como el VHA, se transmite por vía fecal/oral, ya sea por contacto de persona a persona o por consumo de alimentos y agua contaminada por el virus.
- Generalmente cursa leve y se resuelve sin problema.
Generalmente cursa leve y se resuelve sin problemas. Para la Hepatitis E no existe vacuna hay que reducir el riego de exposición al virus.

2 Objetivos

- Evitar las exposiciones laborales capaces de originar algún tipo de infección, toxicidad o alergia.
- Prevenir el riesgo biológico en el medio laboral para evitar daños a la salud originados por agentes biológicos con capacidad infecciosa presentes en el medio laboral, aplicando los principios de la acción preventiva.

3 Metodología

Se hace una revisión bibliográfica, compuesta por base de datos como Scielo y Pubmed, libros, revistas, páginas web, protocolos y manuales. Se realiza un análisis sobre cuáles son las medidas de prevención de las distintas hepatitis, sobre todo para las personas que trabajan en el ámbito hospitalario ya sea personal sanitario, o no sanitario. Se hace hincapié en las medidas de prevención que se han de tomar para evitar posibles contagios.

4 Resultados

Dadas las diferencias en la distribución geográfica, la transmisión, el diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis A, B, C, D y E, las estrategias de control y prevención deben ser específicas. Un enfoque integral de prevención de las hepatitis virales incluye distintas estrategias.

La OMS está proporcionando a los países asesoramiento, orientación y apoyo técnico dirigidos a asegurar la inocuidad, calidad y disponibilidad de sangre y hemoderivados para cubrir las necesidades de todos los pacientes que precisan una transfusión de sangre.

El Programa de Precalificación de Medios de Diagnóstico de la OMS evalúa la calidad y eficacia de los medios de diagnóstico que se comercializan para realizar

el cribado y la vigilancia de la sangre y los hemoderivados

Actualmente se dispone de nuevos tratamientos con medicamentos antirretrovíricos para las personas con infección crónica activa por el VHB y el VIH, que la OMS recomienda en sus directrices. La OMS establece 3 puntos clave para evitar contraer la hepatitis:
- Mejorar el saneamiento, la inocuidad de los alimentos y la vacunación.
- El diagnóstico se establece mediante la detección en sangre de anticuerpos IgM e IgG dirigidos específicamente contra el VHA.
- Otra prueba es la reacción en cadena de la polimerasa, que detecta el ARN de virus de la Hepatitis A.

5 Discusión-Conclusión

La minimización del riesgo de transmisión iatrogénica por parte del personal sanitario o no sanitario infectado, garantiza la seguridad del paciente. Esto es posible adaptando tanto las precauciones universales como ciertas medidas de ajuste individualizadas cuando sea preciso. La categorización según las actividades laborales que desempeña añadido al valor de carga viral en sangre, es importante para la valoración de aptitud, la cual será valorada individualmente en el Comité de Evaluación del trabajador.
Dadas las características de la hepatitis y sabiendo como se contagia, todos los trabajadores del área hospitalaria que de una manera u otra vayan a estar en contacto con el paciente, deben de tomar las medidas necesarias de protección.

6 Bibliografía

- Libro blanco de la Hepatología en España. ”Juan Turnes” Liderada por la Asociación Española para el estudio del hígado.
- Hepatitis víricas, ”Federico Villamil, Nelia Hernández”.
- Hepatitis B ”Joaquín Balanzó Tintoré, Jaime Enriquez”. www.salamanca24horas.com
www.cun.es
- https://scielo.org/es/.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

Capítulo 1567

HIGIENE DE LAS MANOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA.

ESTEFANÍA MARÍA GARCÍA VILLAMIL

1 Introducción

La higiene de las manos en la atención sanitaria ha salvado millones de vidas en los últimos años.
Se trata de la medida más importante para evitar la transmisión de infecciones en la atención sanitaria. Lavarse las manos salva vidas, ya que las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria.
Algunos ejemplos de enfermedades en las que la transmisión se puede reducir mediante el lavado de manos son los resfriados comunes, la gripe, la hepatitis A, algunas gastroenteritis, infecciones con microorganismos resistentes y no resistentes a antibióticos, herpes, tos ferina, entre otras.

Es importante concienciar a la población de lavarse las manos siempre que estén sucias visiblemente, tras ir al baño, tras comer, antes de preparar alimentos, entre otros momentos. Asimismo, es muy importante tener higiene respiratoria, esto es, estornudar en pañuelos desechables y nunca en las palmas de las manos, toser hacia el codo, taparse la boca al toser, entre otras medidas a tomar.

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las mismas, previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante.
Con ello se pretende eliminar, además de diferentes tipos de suciedad, los microbios que forman parte de la ”flora transitoria” (aquellos que se adhieren a nuestra piel cuando entramos en contacto con los objetos ó están en el ambiente) y los microbios que forman la ”flora residente” (microorganismos cuyo hábitat natural

es nuestra propia piel o las mucosas) y así, evitar la transmisión de los mismos de persona a persona.

Se está imponiendo la solución hidroalcohólica (desinfectante a base de alcohol) en el ámbito hospitalario como medio habitual preferente para desinfectar las manos cuando éstas no estén visiblemente sucias. Es más rápido, más eficaz y mejor tolerado por las manos que lavarlas con agua y jabón.

2 Objetivos

• Mejorar la higiene de manos de los profesionales, pacientes y familiares con el fin de reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
• Promover el desarrollo de la estrategia multimodal de la OMS a nivel del SNS.
• Promover información y formación de profesionales, pacientes y familiares.
• Consensuar actividades e indicadores comunes.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- ”Una atención limpia es una atención más segura”, de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
- “ La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración” (OMS).
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1568

PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL.

ESTEFANÍA MARÍA GARCÍA VILLAMIL

1 Introducción

Los riesgos psicosociales perjudican la salud de los trabajadores y trabajadoras, causando estrés y a largo plazo enfermedades cardiovasculares, respiratorias, inmunitarias, gastrointestinales, dermatológicas, endocrinológicas, musculoesqueléticas y mentales. Son consecuencia de unas malas condiciones de trabajo, concretamente de una deficiente organización del trabajo.

La evaluación de riesgos psicosociales debe realizarse utilizando métodos que apunten al origen de los problemas (principio de prevención en el origen), es decir, a las características de la organización del trabajo y no a las características de las personas.

• Contenido del trabajo: monotonía, tareas sin sentido, fragmentación, falta de variedad, tareas desagradables, por las que se siente rechazo.
• Carga y ritmo de trabajo: carga de trabajo excesivo o insuficiente, presión de tiempo, plazos estrictos.
• Tiempo de trabajo: horarios muy largos o impredecibles, trabajo a turnos, trabajo nocturno.
• Participación y control: falta de participación en la toma de decisiones, falta de control (por ejemplo sobre el método o el ritmo de trabajo, los horarios, el entorno, etc.)

• Cultura organizacional: comunicaciones pobres, apoyo insuficiente ante los problemas o el desarrollo personal, falta de definición de objetivos.
• Relaciones personales: aislamiento, relaciones insuficientes, malas relaciones, conflictos, conductas inadecuadas.
• Rol: ambigüedad de rol, conflicto de rol, responsabilidad sobre personas.
• Desarrollo personal: escasa valoración social del trabajo, inseguridad en el trabajo, falta o exceso de promoción.
• Interacción casa-trabajo: problemas de la doble presencia, conflicto de exigencias.

2 Objetivos

Identificar, evaluar y valorar los riesgos psicosociales presentes en una situación de trabajo para eliminar o atenuar tales riesgos y establecer las medidas preventivas que resulten oportunas sean relativas a la organización del trabajo, a los aspectos sociales del trabajo o a los aspectos relativos a la persona sobre los que sea viable y adecuado actuar.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Nogareda Cuixart,C.: "Psicosociología del Trabajo". INSHT. Barcelona, 1995.
- Cuenca Álvarez, R.: "Introducción a la Prevención de Riesgos laborales de Origen Psicosocial". INSHT. Madrid, 1996.
- "Riesgos Psicosociales: Estrés Laboral y Burnout. Condiciones de riesgo y medidas de prevención." UGT-Andalucía. Sevilla, 2003.

Capítulo 1569

RIESGOS QUÍMICOS HOSPITALARIOS.

ESTEFANÍA MARÍA GARCÍA VILLAMIL

1 Introducción

El riesgo químico es aquel riesgo susceptible de ser producido por una exposición no controlada a agentes químicos la cual puede producir efectos agudos o crónicos y la aparición de enfermedades.
Los establecimientos de salud utilizan habitualmente decenas de compuestos químicos que pueden ser peligrosos tanto para el ambiente como para la salud de los trabajadores y de la comunidad.

Algunos de ellos se han relacionado, entre otras enfermedades con malformaciones congénitas, cáncer y asma.
Estos compuestos alteran la calidad del aire interior de los hospitales y en muchos casos, una vez usados, se convierten en residuos peligrosos que, de no manipularse adecuadamente, tienen un alto impacto ambiental.
Los efectos de algunos de estos compuestos químicos sobre la salud de las personas y el ambiente son conocidos y han sido objeto de esfuerzos para eliminar o, al menos, minimizar su utilización.

Evaluación de los productos químicos de uso en el trabajo y de los desechos que puedan producirse a fin de determinar los riegos que presentan.

Poner en práctica programas eficaces de protección de los trabajadores contra los riegos de los productos químicos.

Proporcionar a los trabajadores información acerca de los productos químicos utilizados en sus lugares de trabajo y acerca de las medidas adecuadas de prevención:
• Antes de usar cualquier producto lee su etiqueta e indicaciones de peligro.
• No uses productos sin etiquetar.
• Evita el contacto directo con productos químicos. Usa guantes y gafas
• Mantén en la mesa la cantidad de producto indispensable.
• Cuando manipules productos peligrosos usa las vitrinas de gases.
• Mantén los envases cerrados, evitarás derrames accidentales.
• No reutilices envases: son residuos.
• Al terminar recoge todos los materiales, productos, utensilios, etc.
• Almacena los productos adecuadamente. Evita su incompatibilidad.
• Al acabar los trabajos desconecta los equipos y servicios (agua, gas, etc.).

2 Objetivos

- Reconocer las sustancias químicas a partir del estado y la forma como se presentan en los ambientes de trabajo.

- Identificar el riesgo para la salud de los trabajadores que utilizan y manejan sustancias o productos químicos.

- Aplicar medidas de seguridad e higiene necesarias para prevenir los accidentes y enfermedades laborales.

- Crear conciencia de auto cuidado y la no contaminación del medio ambiente.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Real decreto 374/2001, de 6 de abril, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo
- Real decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo. BOE no 124 24/05/1997 (Modificado por: REAL DECRETO 349/2003, de 21 de marzo)
- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales

Capítulo 1570

EL PERSONAL NO SANITARIO Y LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN CON EL USUARIO

MÓNICA SÁNCHEZ ANTUÑA

1 Introducción

La comunicación es la base de las relaciones sociales. Este acto nos permite intercambiar cualquier información con las demás personas.

Cuando observamos las distintas encuestas sobre la valoración que los ciudadanos dan a los distintos servicios, vemos como el elemento más valorado, es el trato que reciben por parte del personal que les atiende. Los servicios de salud son conscientes de este hecho, y apuestan por mejorar la atención que el personal no sanitario debe ofrecer a los usuarios.

Es muy importante saber qué decir y cómo hacerlo, ya que de ello va a depender en gran medida la relación entre el personal no sanitario y el usuario. No sólo es importante la comunicación con el usuario, sino también con su entorno y con el resto del equipo multidisciplinar para así lograr unos cuidados de calidad.

De todos es sabido que muchas personas, de manera innata, tienen más destreza para establecer relaciones interpersonales que otras. Desarrollar una comunicación efectiva es un proceso complejo y que requiere de cierto entrenamiento. Mediante las técnicas oportunas es posible desarrollar y mejorar la capacidad comunicativa.

La prestación de una asistencia sanitaria de calidad y centrada en el paciente exige atender a una amplia serie de cuestiones. Es importante tener en cuenta características tales como la edad, el sexo, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y la religión. Conociéndolas, podemos definir como acercarnos a él y que términos utilizar para lograr una comunicación adecuada para obtener una mejor relación asistencial.

La calidad de la atención, se consigue mediante la escucha activa y el diálogo. El personal no sanitario dedica una gran parte de su trabajo diario en el trato de tú a tú del usuario y su entorno y para ello es imprescindible saber comunicar.

2 Objetivos

- Mostrar la importancia de establecer una comunicación adecuada y eficaz con el usuario como pieza fundamental del trato con el personal no sanitario.
- Mejorar la comunicación, para que ésta sea eficaz y así lograr los objetivos del usuario.
- Enumerar los pilares fundamentales en los que debe basarse la comunicación personal no sanitario-usuario.

3 Metodología

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica centrada en la importancia de la comunicación entre el personal no sanitario y los usuarios.

Se establece una estrategia de búsqueda en bases de datos específicas del tema en cuestión. Además, también se utilizó el motor de búsqueda Google.

4 Resultados

Para que las personas utilicen los servicios de salud con confianza, estos deben ser eficientes, seguros y eficaces. La atención debe estar basada en la comunicación interpersonal entre el personal no sanitario y los usuarios, puesto que eso constituye uno de los componentes fundamentales de la calidad del servicio.

La Calidad de la Atención está vinculada a la satisfacción de las necesidades y exigencias del usuario, de su entorno familiar y de la sociedad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las

prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de los centros sanitarios.

Todas las personas que asisten a un servicio de salud merecen respeto, comprensión y apoyo. Es importante que el personal no sanitario sepa comunicarse con los usuarios, para poder aliviar la ansiedad y obtener una mayor cooperación durante la comunicación. Esta se considera decisiva para asegurar grados óptimos de satisfacción hacia su situación.
Los usuarios se sienten más satisfechos al ser escuchados y percibir un ambiente de confianza y sinceridad, lo que facilita un mejor conocimiento para ellos de los trámites que deben seguir según las explicaciones del profesional. Hacerse entender, mostrarse cercano y ofrecer un trato agradable son actitudes que los usuarios agradecen cuando acuden a un centro sanitario.

La empatía es un elemento clave en la comunicación. Y todavía lo es más en los centros sanitarios, cuando cada día vienen tantos usuarios. A veces, el exceso de trabajo nos lleva a no prestar la atención necesaria a cada uno de ellos. Los usuarios pueden sentirse muy frustrados cuando no se les dedica el tiempo necesario ni se deja que se expresen.

El usuario espera encontrar en el personal no sanitario a una persona que le explique de manera sencilla cómo resolver ciertas dudas y no alguien que le hable en unos términos confusos que por mucho que lo intente no va a entender.

Se especifican algunos elementos a tener en cuenta para una eficaz comunicación:
-Comprender la importancia de desarrollar profesionalmente habilidades de comunicación.
-Mejorar la empatía como herramienta fundamental en la humanización de la atención, y en la mejora de la calidad asistencial.
-Mejorar la asistencia en la atención prestada incrementando, siempre, la satisfacción del usuario y su entorno.
-Tener objetividad al valorar el problema del usuario.
-Explicarse correctamente de forma clara y concisa y preguntar al usuario si lo ha entendido.
-Emplear un lenguaje adecuado al nivel cultural del paciente.
-Mirar a los ojos del usuario al comunicarse con él.
-Mantener una actitud agradable.
-Utilizar el tiempo necesario para la comunicación.

5 Discusión-Conclusión

El éxito o fracaso de cualquier tipo de atención en salud depende de las habilidades y destrezas de comunicación interpersonal que el personal no sanitario pueda tener para proporcionar un adecuado servicio a los usuarios.

La comunicación es clave para realizar una mejor atención al usuario. Por tanto, si se le escucha se podrá ofrecer una atención de calidad. Nuestro trabajo es hacer que los usuarios se sientan satisfechos con el servicio.

La comunicación es un elemento clave y por ello los profesionales deben adquirir conocimientos y habilidades en esta materia para un buen desarrollo de la atención.

Los usuarios demandan un trato cercano, personalizado, humano, profesional, cálido y paciente, acompañado de la calidad de la información recibida, ya sea oral o escrita. Además, también consideran relevantes otros aspectos como que se les escuche y se les dedique más tiempo. Esto radica en el hecho de que actualmente la sociedad exige una mayor calidad en su atención.

Cabe destacar que la mayoría de los usuarios dan mayor importancia al trato recibido por el personal no sanitario que a sus competencias profesionales, lo que pone de manifiesto lo importante que es una comunicación efectiva en la relación profesional-usuario.

De la forma en la que se establezca la comunicación con el usuario va a depender su propio bienestar, ya que una comunicación efectiva es imprescindible para encaminar cualquier resolución de sus trámites. Así se consiguen objetivos tan necesarios para calmar su ansiedad o resolver sus dudas, entre otros.

Tratar de concienciar sobre la trascendencia de establecer una relación más comunicativa entre el personal no sanitario y el usuario que favorezca unas mayores garantías, satisfaciendo sus necesidades, creando disposición para el diálogo, ser asertivo, generarle confianza y darle seguridad.

6 Bibliografía

- http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf
- https://revistamedica.com/lenguaje-correctopaciente-auxiliar-administrativo-

celador-personal-sanitario/
- https://www.novartis.es/sites/www.novartis.es/files/PDF-Comunicacion-profesional-sanitario-paciente.pdf
- https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-comunicacion-profesionales-sanitarios-pacientes-mejora-orientacion-diagnostica-20190410140907.html
- https://pdfs.semanticscholar.org/6e95/06c88bbfd3f583a0d11716a08566ce17c2eb.pdf
- https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/13605

Capítulo 1571

ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL PARA CELADORES EN LA MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES Y ENSERES EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.

MARIA NORMA SÁNTIBÁÑEZ MORANTE

SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO

1 Introducción

Una de las principales funciones del trabajo de celador en las Instituciones Sanitarias consiste en la movilización y traslado de pacientes y en la manipulación de cargas y traslado de enseres y objetos dentro las mismas. El celador debe conocer las técnicas y saber utilizar los equipos y todo tipo de materiales accesorios, para poder garantizar en el ejercicio de sus funciones, la integridad y seguridad tanto de él, como de los pacientes, cumpliendo con los protocolos y con la normativa establecida en los centros sanitarios.

La Asociación Española de Ergonomía, define esta disciplina preventiva como el conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios, optimizando la eficacia, seguridad y bienestar. En definitiva, la ergonomía es una ciencia interdisciplinar que analiza,

evalúa y estudia las relaciones entre el hombre y su puesto de trabajo. Su objetivo es adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del ser humano.

La higiene postural es el conjunto de normas que tienen por objetivo mantener la correcta posición del cuerpo, bien sea en posición estática o en movimiento, a la vez que evitar posibles lesiones o dolores, que permitan proteger principalmente la columna vertebral. En el trabajo que desarrolla el celador en las instituciones sanitarias, una mala planificación del mismo desde el punto de vista ergonómico produce desmotivación, cansancio, fatiga, falta de concentración y una disminución del rendimiento y de la satisfacción laboral. Así mismo, una mala praxis en la aplicación de la higiene postural puede producir lesiones físicas en el trabajador. Por ello, es fundamental conocer, aplicar y asociar estos dos conceptos a la hora de realizar las funciones de celador.

2 Objetivos

- Adaptar el puesto de trabajo a las características del trabajador.
- Contribuir al desarrollo y evolución de las situaciones de trabajo, con el fin de que este pueda ser realizado con las mayores garantías, salvaguardando la integridad, la salud y la seguridad, con el máximo nivel posible de eficacia, confort y satisfacción.
- Establecer prescripciones de carácter ergonómico para la adquisición de útiles, herramientas y materiales diversos.
- Aumentar la motivación y la satisfacción en el trabajo.
- Prevenir el riesgo de sobreesfuerzos por movilización de pacientes y traslado de objetos, mediante un adecuado conocimiento de las técnicas de higiene postural, para evitar lesiones musculo- esqueléticas y accidentes en el ejercicio de sus funciones.
- Identificar y analizar los factores de riesgo a los que se ve expuesto el trabajador y analizar las causas de dichos factores de riesgo.
- Proponer y desarrollar acciones y medidas preventivas concretas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre literatura de carácter científico-técnico y sanitario, realizando una búsqueda exhaustiva en publicaciones y diferentes bases de datos como Scielo, PubMed y Cochrane, entre otros.

4 Resultados

La movilización de pacientes y la manipulación de cargas es una actividad frecuente en el trabajo de celador, suponiendo un elevado esfuerzo físico en el trabajador. Por ello, debemos elaborar protocolos y pautas concretas para prevenir lesiones musculo-esqueléticas, (las más frecuentes en el ámbito del trabajo de celador), realizando acciones formativas mediante la aplicación de programas en educación e higiene postural. Entre ellas, cabe destacar a grandes rasgos:
- Mantener la espalda recta, evitando así posibles contracturas musculares o lesiones más grave, mantener los pies separados, uno ligeramente por delante del otro, proporcionando una buena base de apoyo donde se aumenta la estabilidad. Las rodillas deben de estar ligeramente flexionadas, la movilización ha de ser por partes, moviendo las zonas más pesadas una tras otra, y con pequeños movimientos. No se debe de realizar una movilización complicada y dolorosa. Contraer músculos de piernas y glúteos para evitar sobrecargar la zona lumbar, usar siempre calzado antideslizante, no realizar giros ni movimientos bruscos. Evitar la manipulación de cargas durante el embarazo.

Es importante a su vez, realizar una evaluación de riesgos, identificando aquellos que puedan interferir en la seguridad del trabajador, corrigiéndolos o minimizándolos en caso de no poder ser eliminados. Se identifican los siguientes riesgos respecto a la movilización, traslado y manipulación de cargas:
1. Caídas al mismo nivel.
2. Choques contra objetos inmóviles.
3. Sobreesfuerzos por manipulación de cargas.
4. Sobreesfuerzos por movilización de personas con movilidad reducida.
5. Riesgo de carga física por manejo de cargas.
6. Riesgo de carga física por movilización de personas con movilidad reducida.

Uno de los factores más importantes a tratar sobre el trabajador, es la concienciación de utilizar equipos de ayuda que faciliten la movilización del paciente y la manipulación de cargas, al igual que trabajar colaborando entre más personas, también el uso de grúas, carretillas elevadoras, estanterías rodantes, camas eléctricas, transfer y todo aparataje que facilite la labor y reduzca el esfuerzo físico.

Aplicando medidas ergonómicas en los puestos de trabajo se pueden conseguir mejoras en la comodidad, la productividad, la salud, y la seguridad de los trabajadores. Los cambios ergonómicos en el diseño de los lugares de trabajo, producen mejoras significativas. Es recomendable, hacer partícipes a los trabajadores re-

specto a los cambios a realizar. Actuar en el diseño ergonómico del puesto de trabajo para reducir o eliminar los riesgos es necesario, ya que los puestos de trabajo deben diseñarse para adaptarlos a las características de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Respecto a todo lo citado anteriormente, debemos concluir con el objetivo de realizar todo tipo de acciones encaminadas a facilitar al celador un entorno de trabajo seguro y que garantice su salud laboral, evitando riesgos y lesiones en el ejercicio del mismo, mediante la combinación efectiva de acciones de prevención, formación y planificación de su puesto de trabajo.

6 Bibliografía

- Prevención de lesiones de espalda en la manipulación manual de cargas – Egarsat Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 276.
- Portal del Instituto Nacional Seguridad y Salud en el Trabajo, Prevención de trastornos musculo-esqueléticos en el sector sanitario. https://www.insst.es/documents/94886/96076/Libro3HOSPIT-120613.pdf/1dd28132-7b4b-4414-a83d-ca4db55788a5
- Álvarez Casado, E.; Hernández Soto, A.; Rayo García, V. "El riesgo asociado a la movilización de pacientes" Gestión Práctica de Riesgos Laborales, nº 67,
- M Kovacs, F., (2011): Cómo cuidar su espalda. Barcelona: Paidotribo México.
- Galindo, C., (2000): Técnicas básicas de enfermería. España: Macmillan Ibérica
- Ferreras Remesal, A. (2003). Evaluación de las condiciones ergonómicas en el sector sanitario. Valencia. Azul editorial.
- ASEPEYO. Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 151. "POSERG: Evaluación Ergonómica de la Carga Postural". Marzo 2009. España.
- Manual básico de información sobre riesgos laborales para los empleados públicos de las instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud. Sacyl. 2008.

Capítulo 1572

CAMBIOS POSTURALES Y ÚLCERAS POR PRESIÓN, SU ORIGEN Y PREVENCIÓN.

ANA ISABEL MATEOS ALVAREZ

1 Introducción

La piel tiene múltiples funciones:
• Regula la temperatura corporal
• Sirve como sistema sensorial y de excreción
• Protege la estructura interna del cuerpo de los efectos dañinos del ambiente y de gérmenes potencialmente patógenos

La integridad de la piel puede verse afectada cuando se produce una estancia hospitalaria prolongada y se tienen dificultades para la actividad y movilidad, es entonces cuando se propicia la aparición de las llamadas escaras por decúbito, úlceras por presión o heridas de la cama. Evitar este tipo de heridas es uno de los aspectos más relevantes que hay que tener en cuenta a la hora de ofrecer una atención de calidad al paciente.

La ubicación de estas úlceras son áreas que rodean las prominencias oseas: occipucio, escapula, codos, sacro, trocánter, isquion, rodillas, tobillos y talones.(1)

Para evitar este tipo de heridas son sumamente importantes los cambios posturales, los principales son los llamados decúbito.

Decúbito significa posición del cuerpo cuando está en horizontal. Con el dorso hacia abajo es supino, posición tumbado sobre la espalda y con la cara mirando hacia arriba. Prono es lo contrario, echado sobre el abdomen hacia abajo, tumbado sobre el pecho y vientre o la cara hacia abajo. Entonces las posiciones decúbito son:

1. Decúbito supino o dorsal: posición tumbado horizontalmente sobre la espalda, las piernas del enfermo están extendidas y sus brazos reposan alineados a lo largo del cuerpo.
El plano del cuerpo descansando sobre la espalda es paralelo al plano del suelo. Esta posición es en la que le enfermo permanece la mayor parte del tiempo.
Se suelen colocar elementos almohadillados de protección para evitar la aparición de las úlceras por presión, como son coderas, taloneras y almohadas para aumentar la comodidad y favorecer la alineación del cuerpo.
Colocaremos las almohadas o cojines , bajo la cabeza, bajo la zona lumbar, bajo la corva de la rodilla, bajo el extremo distal de las piernas para elevar los talones o favorecer el retorno venoso, y bajo las plantas de los pies para evitar el equinismo (extensión forzada del pie)

2. Decúbito prono o ventral: posición tumbada horizontalmente sobre el pecho y vientre y la cabeza vuelta hacia un lado. Las piernas permanecen extendidas y los brazos flexionados a ambos lados de la cabeza, pero también pueden estar alineados a los largo del cuerpo. El plano del cuerpo echado sobre el abdomen es paralelo al plano del suelo.
No suele emplearse mucho puesto que es incómoda. Colocaremos almohadas bajo la cabeza, bajo el diafragma para facilitar la respiración, y bajo el extremo distal de las piernas para disminuir el rozamiento de los dedos de los pies.

3. Decúbito lateral izquierdo y derecho: posición tumbado horizontalmente sobre un lado del cuerpo, izquierdo o derecho, con la espalda recta, el muslo de la pierna superior levantado y flexionado a la altura de la cadera, y la pierna inferior, con la rodilla levemente doblada, en estado de extensión. El brazo superior se apoya sobre el cuerpo o una almohada, flexionado por el codo.
Se colocaran almohadas bajo la cabeza, bajo el brazo superior, bajo el muslo y la pierna superior, y detrás de la espalda, de sujeción, para así mantener una buena alineación.

4. En ocasiones se utiliza la posición de Fowler: semisentado en la cama formando un ángulo de 450, las piernas del paciente están semiflexionados por las rodillas y los pies en flexión dorsal. Colocaremos almohadas bajo la cabeza y hombros,

zona lumbar, bajo los brazos, bajo la corva de la rodilla y bajo la planta de los pies.
Hay 2 variaciones de esta posición:
Semifowler: el respaldo se pone a 300
Fowler alto: el respaldo está a 900

En un plan de cambios posturales la posición prescrita se mantendrá por 2-3 horas como máximo, según el riesgo de cada paciente.

2 Objetivos

- Dar especial relevancia a los cambios posturales en la prevención de UPP.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con estos cambios posturales prevendremos las complicaciones consecuentes de la inmovilidad del paciente en la cama:
• Prevenir las ulceras por presión
• Favorecer el retorno venoso
• Prevenir problemas vasculares, como trombosis venosas
• Evitar la aparición de hipotensión ortostática (disminución de la presión arterial por debajo de lo normal debido al cambio de postura de decúbito supino a la posición erguida)
• Conservar el tono muscular
• Evitar infecciones respiratorias
• Estimular la eliminación intestinal
• Favorecer la comodidad y bienestar del enfermo

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener en cuenta que existen distintos grados de úlceras por presión:
Grado Descripción
I Eritema que no palidece
II Espesor parcial
III Perdida de piel total
IV Perdida total del espesor del tejido

Los recursos humanos de los que se disponen para la realización de los cambios posturales son, según el nivel de complejidad del paciente:

- Enfermeras
- Auxiliares de enfermería
- Celadores

Y los recursos materiales:
- Sabanas
- Almohadas
- Guantes para el personal sanitario y no sanitario que participe
- Barandillas
- Pueden ser necesarios otros elementos , como gruas, andadores,..

6 Bibliografía

1. León M del RJ de, Hernández EG, Gallegos MBL, Miguel RL, Luna AL. Úlceras por decúbito, valoración por escala de Norton. Rev Enferm IMSS. 2002;10(2):89-91.
2. Llorca DA. Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario; 2013. 222 p.
3. Leal LC. Actualización de los cuidados de enfermería al paciente encamado. :59.

Capítulo 1573

EL ASEO DEL PACIENTE

ANA ISABEL MATEOS ALVAREZ

1 Introducción

Los cambios ocurridos en los hábitos y condiciones de higiene de la población han modificado el patrón de aseo en los pacientes ingresados, siendo las necesidades actuales diferentes de las de hace décadas.
Hay que tener en cuenta que el envejecimiento de la población y la complejidad de las enfermedades hacen que aumente el número de pacientes con una dependencia total o parcial para las actividades diarias del aseo. El auxiliar de enfermería es quien realiza la higiene del paciente, pero los celadores participan activamente en esta tarea ayudando al auxiliar sujetando al paciente.

2 Objetivos

- Estimular la circulación sanguínea.
- Hacer que la autoestima del paciente mejore.
- Conservar la integridad de la piel.
- Evitar la acumulación de suciedad y secreciones.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando el paciente está impedido o carece de autonomía suficiente para levantarse de la cama, lo más seguro para él es el aseo en la cama, que lo realizará el auxiliar de enfermería con la ayuda del celador.
Necesitaremos una palangana con agua, esponjas desechables jabonosas, toalla de baño, guantes desechables, crema hidratante, pijama y ropa de cama limpia.
El protocolo deberá ser el siguiente:

- Desnudaremos al paciente, procurando dejar expuesta solo la parte del cuerpo que vamos a lavar, para ello el auxiliar lavara y el celador puede ir secando para así tardar menos y evitar el enfriamiento del paciente. Se seguirá un orden, y cada zona del cuerpo se hará por separado.
- Empezaremos por la cara, extremidades superiores, abdomen y extremidades inferiores, y por último región genital. Desechar la esponja.
- Ladearemos al paciente hasta ponerlo en decúbito lateral , y con una esponja nueva se lavaría la parte posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y región anal.
- Se cambiaran agua y esponjas tantas veces como sean necesarias.
- Con el paciente decúbito lateral, se enrollará la sabana bajera sucia longitudinalmente hacia el centro de la cama y se ira sustituyendo por la limpia poco a poco. Se pondrá al paciente decúbito supino ya sobre la sabana bajera limpia y se retirará la sucia.
- Se acabará de hacer la cama evitando que queden arrugas en la ropa de cama, ya que estas podrían provocarle úlceras si tuviera que permanecer sin moverse durante largo rato, se le pone el pijama limpio (la ropa sucia va a una bolsa, nunca se dejara en el suelo o sobre el mobiliario) y se recogerá el material utilizado, se quitarán los guantes y se lavaran las manos.

Lavado de cabello:
- Se hará al menos 1 vez a la semana, coincidiendo con la higiene diaria.
- Se retirará el cabecero y la almohada, colocar al paciente decúbito supino con la cabeza en hiperextensión al borde de la cabecera (posición de Roser) y colocar un lavabo portátil debajo del cuello y cabeza del paciente, si no tenemos lavabo pondremos un hule desde la espalda del paciente hasta el interior de la palangana

que usaremos, procurando que los lados del hule queden algo elevados para que el agua caiga dentro de la palangana.
- Hay que acordarse de poner una toalla entre el hule y la espalda y cuello del paciente, así no mojaremos su cuerpo.

Lavado de genitales
- La posición del paciente será decúbito supino con rodillas flexionadas, se hará siempre en la dirección de los genitales a la región anal. Tanto en mujeres como en varones se colocará una cuña, se lavaran los genitales con la esponja jabonosa, se aclarará y se secará.

Higiene de la boca
- Usaremos una pinzas Pean o Kocher, guantes desechables, torundas o gasas y antiséptico bucal.
- Si el paciente puede hacerlo solo, se le dará todo el material necesario para que lo haga él mismo, para ello estará semisentado (posición de Fowler) o en decúbito lateral si no pudiera incorporarse. Con las pinzas cogeremos la torunda impregnada en la solución antiséptica para limpiar encías, dientes, paladar, lengua y cara interna de la boca.
- Hay que evitar movimientos que puedan producir nauseas al paciente, y hacerlo todo con suavidad para no hacerle llagas en las encías o mucosas.
También se le puede poner vaselina en los labios para evitar que se resequen.
- Si llevase prótesis dental extraíble, sacarlas antes de realizar la limpieza. Las prótesis se lavaran con un cepillo adecuado y se desinfectaran metiéndolas en clorhexidina acuosa o hexetidina.

Higiene de uñas
- Usaremos guantes desechables, cepillo de uñas, toalla, tijeras de uñas,..
- Si el paciente lleva esmalte se le retirará con algodones impregnados en quitaesmaltes.
- Cortar las uñas de las manos en forma ovalada y las de los pies en forma recta.
- Lavar manos y pies con agua jabonosa y secar minuciosamente entre los dedos.

Ducha del paciente no encamado
- Debe ser diaria. Dependiendo del grado de dependencia que pueda tener se le facilitará ayuda o supervisión durante el proceso.
- Se le dará todo el material necesario y las medidas de seguridad que haya, como alfombrilla antideslizante, para evitar caídas accidentales y se le recordará la existencia de timbre para llamar por si necesitara ayuda.

- Se puede concluir con el tema del aseo, después de realizar una serie de estudios monitorizando a los pacientes, que el aseo en la UCI está caracterizado por una serie de efectos adversos para el paciente.
- Unos son más frecuentes que otros, entre los que se dan con más frecuencia son la desaturación, la hipertensión e hipotensión arterial y la desadaptación de la ventilación mecánica. Los menos habituales son la aparición de algún episodio de parada cardiorrespiratoria y de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, que preciso de cardioversión.

5 Discusión-Conclusión

Viendo esto habrá que decir que en la UCI es labor fundamental del personal de enfermería valorar los riesgos que para este tipo de pacientes críticos supone la realización del aseo, por lo tanto, la técnica a realizar deberá hacerse bajo estricta monitorización y control.
Igualmente, los pacientes ingresados en planta tendrán sus patologías personales, y su aseo dependerá de ellas, no se puede generalizar en este aspecto, cada paciente debe ser valorado independientemente.

6 Bibliografía

- Llorca DA. Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario; 2013. 222 p.
- Gallego TC, Rangil PR, Ruiz FM, Cuesta YC de la, Lizcano MT. Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. Enfermería intensiva. 2002;13(2):47-56.

Capítulo 1574

EL CELADOR EN LA UCI

ANA ISABEL MATEOS ALVAREZ

1 Introducción

El celador destinado en la UCI debe estar muy bien preparado y formado, debido a las características de los pacientes ingresados en esta zona, sobre todo en lo que se refiere a cambios posturales. Hay que tener en cuenta que la mayoría de ellos se encuentran en estado inconsciente, conectados a máquinas, monitorizados y sondados.
Se debe prestar especial atención al estado del uniforme, debiendo saber que cada vez que se abandone la unidad para trasladar documentación o muestras, deberemos ponernos una bata encima del uniforme. Así mismo cada vez que entremos en contacto con los pacientes usaremos guantes desechables, batas asépticas desechables y mascarilla en la mayoría de los casos, ya sea para protegernos nosotros o para proteger al paciente.

2 Objetivos

- Trasladar al paciente desde la UCI hasta cualquier sección que necesite, ya sea por ejemplo rayos, aquí en el traslado iremos acompañados por el médico y la enfermera.
- Movilizar al paciente para realizar los cambios posturales, pronar o despronar, debido a la complejidad del estado de las personas ingresada en la unidad estas manipulaciones se deben hacer con sumo cuidado extremando al máximo la seguridad del paciente.
- Ayudar al auxiliar a realizar los aseos.

- Trasladar toda aquella documentación y objetos que nos indiquen nuestros superiores.

3 Metodología

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

4 Resultados

La UCI está en el escalón más alto de la atención especializada. Aquí se proporcionan las prestaciones más sofisticadas de la medicina, las cuales son imprescindibles para superar las situaciones críticas que se suelen dar en esta unidad.
Está claro que los pacientes aquí ingresados tienen un alto riesgo de sufrir un acontecimiento adverso, que incluye complicaciones graves y posiblemente mortales.
Estas pueden ser debidas a muchos factores:
- A la propia gravedad de la enfermedad padecida.
- Al efecto agresivo que puede tener en ellos el tratamiento al que son sometidos.
- Al uso de fármacos con efectos secundarios no beneficiosos.
- A la falta de interacción fluida y multidireccional entre las personas que concurren allí (médicos, enfermeras, celadores, familia, paciente,..).

El alta clínica total no suele darse en la UCI, lo habitual es que cuando el paciente se estabilice se le pase a planta a continuar su cuidado.
La UCI dentro de un hospital debe situarse en una zona claramente diferenciada del resto de las unidades, con acceso restringido y controlado. Aun así debe tener conexión directa con el resto de los servicios que ofrece el hospital y situarse lo más cerca posible de las unidades de urgencia y del quirófano.

Hay 3 tipo de UCI:
- La neonatal: se vigila a los recién nacidos antes de término. Los padres suelen tener acceso libre las 24 horas del día.
- La pediátrica: pacientes menores de 18 años.

- La adulta: pacientes mayores de 18 años, es la más frecuente y la hay en todos los hospitales.

La distribución de esta unidad puede ser.
- Abierta, las habitaciones o boxes están en el mismo espacio, sin divisiones físicas.
- Cerrada, los cubículos están separados entre sí por cristaleras o paredes, diferenciando así cada zona que corresponde a cada paciente.

La estructura física debe ser adecuada para que el equipo asistencial pueda trabajar de forma cómoda y eficiente. Así mismo también tienen que encontrarse a gusto tanto los pacientes, como el personal no sanitario para hacer su labor o los visitantes .
El hospital que tenga servicio de UCI debe tener disponibilidad las 24 horas del día los 365 días del año, tanto de servicios asistenciales como de soporte clínico o no clínico. Esta unidad debe ser gestionada por médicos especialistas en Medicina Intensiva, que es una parte de la medicina que ofrece una atención integral o global de los enfermos pluripatológicos con diagnósticos difíciles.

5 Discusión-Conclusión

El ingreso en la UCI se vive como una experiencia cruda y muchas veces traumática, no solo para los enfermos sino para todo el personal que se ve involucrado en esta unidad y para la familia del enfermo. La familia para este tipo de pacientes es fundamental, a veces hasta terapéutica, pero la familia también sufre un desgaste y está sometida a un padecimiento al ver a su ser querido en esas circunstancias, por eso desde el punto de vista sanitario se debería incorporar como un nuevo objetivo el cuidado al familiar, que incluya un apoyo emocional, unas estancias, como las salas de espera de la UCI, confortables que les faciliten su estancia y estudiar el régimen de visitas, porque la mayoría de las veces solo se les deja visitar al enfermo nada más que un par de horas.
Lo que está claro, es que cualquier persona que trabaje en la UCI es importante, pasando por el médico hasta el personal de limpieza, en un estudio realizado por personal de enfermería sobre esta unidad, se realizó entrevistas a diferentes personas que se vieron involucradas de la vida en la UCI, a un enfermo que estuvo consciente durante todo el ingreso, a una enfermera destinada a esa unidad, a un familiar,.. Todos ellos coincidían en que cualquier gesto , una sonrisa, cualquier palabra de apoyo era importante, daba igual que profesional te la diera, así como

que no se puede menospreciar el trabajo que cualquiera de ellos realiza en la UCI. Copio el comentario de Jaume, un enfermo de la unidad, acerca de los celadores: Jaume: "Nunca en la vida me habría imaginado que el celador fuese un peso pesado tan importante en el organigrama de un hospital, yo pensaba que el más importante era el médico, pero el médico una vez te ha dado el tratamiento para la enfermedad… pero a mí, si no venían los celadores no había quien me moviera y yo los esperaba como agua de mayo. ".

6 Bibliografía

- Núñez DM. Manual Básico del Celador. Lulu.com; 2009. 90 p.

- Lacoma F. Seguridad del paciente crítico: la cultura de seguridad más allá de la UCI. Revista de Calidad Asistencial. julio de 2008;23(4):145-7.

- Sánchez MB del R. Manual. Cuidados enfermeros en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (SANT028PO). Especialidades formativas. EDITORIAL CEP; 2017. 129 p.

- Rubio Rico L, Aguarón García MJ, Ferrater Cubells M, Toda Savall D. Vivir la UCI: diferentes perspectivas. 2002 [citado 3 de febrero de 2020]; Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/4831.

Capítulo 1575

EL CELADOR Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

LUIS ANTONIO NOVAL PEAGUDA

1 Introducción

El Art. 20 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo.
La Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, establece los principios relativos a: *La prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y la salud.* La eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo. * La información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva.

Derechos de los trabajadores según la LPRL:
- Derecho a la protección frente a los riesgos laborales (Art. 14)
- Derecho a equipos de trabajo y medios de protección adecuados (Art 17)
- Derecho de información, consulta y participación (Art. 12, 18, 33 y ss.)
- Derecho a medidas de emergencia en la empresa (Art. 20)
- Toma de medidas en caso de riesgo grave e inminente (Art. 21)
- Derecho a la vigilancia de la salud (Art. 22)
- Protección de los trabajadores especialmente sensibles (Art. 25) maternidad (Art.26) y menores (Art.27). Derecho a formación (Art.19).

Obligaciones de los trabajadores según la LPRL:
Las obligaciones de los/las trabajadores/as quedan contempladas en el Art. 29 y en caso de no cumplirse, supone una falta disciplinaria. Estas obligaciones son:

- Velar por su propia seguridad y salud en el trabajo y por las personas a las que pueda afectar su actividad. .
- Usar adecuadamente todos los equipos y medios con los que desarrollen su actividad.
- Utilizar adecuadamente los dispositivos de seguridad existentes.
- Informar acerca de cualquier situación que entrañe un riesgo para la seguridad.
- Contribuir al cumplimiento de las obligaciones establecidas por la autoridad competente.
- Cooperar con el empresario.

2 Objetivos

- Conocer la relación entre el puesto de trabajo de Celador y la Prevención de Riesgos Laborales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Google Académico, Dialnet, SciELO y Medline. Las palabras clave empleadas han sido: Celador; Prevención; Riesgos laborales; Salud laboral.

4 Resultados

En el sector sanitario se dan gran parte de los riesgos laborales que pueden aparecer en un entorno laboral, ya que cuenta con: laboratorios, lavanderías, talleres, depósitos de gases, consultas, hospitalización, quirófanos, centrales de esterilización, radiología, urgencias, cocinas, etc.

Los estudios sobre la prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario arrojan los siguientes datos: Los trabajadores de la asistencia sanitaria tienen la cuarta tasa más alta de problemas graves de salud relacionadas con el trabajo. Las mujeres del sector de la sanidad tienen más probabilidades de sufrir al menos un accidente o de padecer una enfermedad profesional que las trabajadoras de otros sectores. La exposición a riesgos biológicos y químicos más prevalente es la que se da en el sector de la asistencia sanitaria. En la relación con los riesgos posturales, el sector sanitario ocupa la quinta posición. Es el sector donde hay un

mayor grado de preocupación por los riesgos psicosociales tales como el estrés laboral, la amenaza de violencia y el acoso laboral.

En el sector Sanitario nos encontramos con uno de los aspectos peor tratados y más difícil de atajar y prevenir, las enfermedades profesionales, donde las consecuencias pueden aparecer después de años de haber desempeñado la actividad.
Si bien el puesto de trabajo de Celador estaría encuadrado dentro de todos los riesgos que se han expuesto anteriormente, además su labor llevaría emparejada los siguientes:
Químicos:
Anestésicos
Citostáticos
Agentes esterilizantes(óxido de etileno)

Físicos:
Radiaciones Ionizantes
Radiaciones no ionizantes (ultravioleta, láser, radiofrecuencias, ultrasonidos)

Ruidos (máx. 25 decibelios)

Biológicos
VHI-sida
Tuberculosis
Tétanos
Hepatitis B y C

Ergonómicos
Posturas viciosas durante el trabajo de pie/sentado
Manipulación de cargas

Psicosociales
Estrés (rotación turnos).

5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar que en el ámbito sanitario existen cada vez más medidas preventivas, pero aún falta concienciación en prevención de riesgos laborales, tanto por parte de los profesionales(Celadores incluidos) como por parte de las direcciones y gerencias.

Los Celadores deberían tener más formación e información sobre como movilizar de forma adecuada a los pacientes, para evitar lesiones de la zona dorsolumbar.

6 Bibliografía

- Temario de Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Edit. MAD, sie7e Editores, 2019.
- Ana Nieto Jácome; El Celador en Instituciones Sanitarias; Edit. Escuela de Gestión Sanitaria de Galicia, S.L.
- Actualización Integral para Celadores; Edit. Formación y Sanidad FYSA, 2010.

Capítulo 1576

LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

ANDREA RAMOS CUETOS

1 Introducción

La comunicación implica algún tipo de relación o de unión entre dos partes que se conectan o se corresponden entre sí de algún modo.
Comunicar es establecer una conexión con el paciente a través del diálogo, escuchando (escucha activa) no sólo oyendo y comprendiendo lo que nos cuenta con atención.

Las habilidades relacionales son fundamentales en el cuidado y la atención que se le proporciona al paciente, por lo que es necesario sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre éstas.
Saber comunicarse es una de las principales habilidades que deben desarrollar los profesionales de la salud.
Comunicarnos de forma adecuada es absolutamente necesario en las relaciones humanas y por ello debemos centrarnos en el emisor, potenciar la conversación y ceder la palabra. Tengamos especial cuidado con las barreras de comunicación, intentando no interrumpir, juzgar, acusar, imponer, generalizar, exigir o menospreciar.

Cobra mucha importancia la comunicación no verbal, es el lenguaje que acompaña a las palabras.
Los gestos se pueden expresar gran variedad de sensaciones, pensamientos y estados de ánimo. Acompañar la escucha de la persona con una sonrisa o con gestos de asentimiento transmitirá empatía y comprensión.

Las principales que repercuten en la comunicación son la empatía, la resolución de conflictos, la cooperación, el autocontrol, la asertividad, la comprensión de situaciones, el apego y la comunicación.

Existen distintos tipos de comunicación:
- Comunicación verbal, que se caracteriza por el uso de las palabras en la interacción entre el emisor y el receptor. Existen dos tipo, pues se las palabras o el lenguaje puede ser expresado de manera hablada o escrita:
.Comunicación oral: se realiza a través de signos orales o palabras habladas. Los gritos, el llanto o la risa también son comunicación oral.
.Comunicación escrita: se realiza a través de códigos escritos. Los jeroglíficos, alfabetos o logotipos también pertenecen a este tipo de comunicación.

- Comunicación no verbal, se lleva a cabo sin el uso de palabras y, en muchos casos de forma inconsciente. Los movimientos corporales, las posturas, la mirada, la forma de sentarse o de andar son algunos ejemplos.

Según el número de participantes podemos enumerarla comunicación:
- Individual
- Colectiva
- Intrapersonal
- Interindividual
- Intragrupal
- Intergrupal
- Comunicación masiva

2 Objetivos

- Fomentar las habilidades sociales para mejorar la relación con el paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos distinguir algunas claves que pueden ayudar a mejorar la relación con el paciente como son:
- Cuidar lo que se trasmite al paciente: físicamente, psicológicamente, verbalmente.
- Evitar la altivez.
- Evitar la timidez.
- Escuchando y entendiendo al paciente
- Valorando al paciente en todas sus facetas: es una persona
- Tener en cuenta al entorno, familia, acompañante viendo de que manera han influido, están influyendo o pueden influir en el proceso del paciente.
- Permitiendo y facilitando que el paciente exprese todo lo que desee
- Ofreciendo seguridad y perspectivas reales.
- Favoreciendo conexión de ida y vuelta: "Pregúnteme sus dudas","Coménteme sobre el tratamiento"
- Cuidando la información conflictiva
- Contar siempre lo mismo en cuanto a información emitida por los distintos sanitarios
- No perder nunca la pasión por su profesión.
- En los tiempos que corren con los avances tecnológicos no olvidarnos de la humanización de la medicina, somos personas y trabajamos para personas.
- Es fundamental hacer consciente al paciente de que él es el responsable y el protagonista de su salud y que el profesional es mero administrador y apoyo.

Se pueden seguir los siguiente métodos y pautas a la hora de comunicarse con los pacientes:
- Hablar: Si hablamos con ellos de forma frecuente evitaremos que se aíslen. Pero debemos recordar algo muy importante y es que debemos evitar hablar con los pacientes cuando estamos nerviosos por algo, puesto que esto hace que tengamos menos paciencia y repercutirá negativamente en la comunicación.

-Hay pacientes que por su enfermedad pueden tener dificultades para hablar, por lo que no hay que forzarlo, pues eso solo generará frustración. Debemos buscar métodos de comunicación alternativos como dibujos, signos..

- Para mejorar la calidad de la relación paciente-trabajador podemos preguntarle sobre diversos temas para conocerlos mejor como gustos personales, sobre su

oficio, esto hará que sienta que nos preocupamos por él como persona y no solo como un paciente más.

- Mirarle siempre a los ojos mientras le hablamos lo que le dará la sensación de que realmente queremos hablar con él y estar con él.

- Prestar mucha atención al lenguaje corporal e incluso a veces facilita la buena comunicación el contacto físico como cogerle de la mano.

-Dosificar la información a medida que el paciente pueda ir asimilando

-No hacerle varias preguntas a la vez. Si queremos que la información sea realmente efectiva, hagámosle una pregunta, esperemos la respuesta, escuchándole con atención y después preguntémosle otra.

- Si el paciente tiene algún problema de visión o tiene dificultades con el reconocimiento de personas, presentémonos antes de empezar a hablar, esto le dará mucha seguridad.

- Un error muy común en el que caen muchas personas es hablarle a los pacientes (sobre todo a los más mayores) como si fueran niños. Nunca debemos olvidar que aunque estén enfermos, son adultos y debemos tratarles como tal. Podemos mostrarles afecto y cariño sin necesidad de tratarlos como a niños pequeños.

- Cuando queramos que recuerde cosas, como la medicación, los horarios, etc., apuntémosle lo que debe recordar en alguna libreta de notas o algún papel, siempre con palabras y listados sencillos y claros. Si al enfermo le cuesta leer, podemos apuntarle las cosas que debe recordar con dibujos o fotos.

- Quitar dramatismo a los errores, cogiéndose todas las situaciones con sentido del humor, pero siempre con el máximo respeto y sin ridiculizar.



5 Discusión-Conclusión

La comunicación dentro del ámbito hospitalario está orientada a alcanzar la satisfacción de sus pacientes, proporcionando con eficiencia el mejor nivel de atención sanitaria especializada, contando para ello con profesionales implicados, comprometidos con la docencia, la investigación y la excelencia.
Pretende con ella merecer la confianza de los pacientes con ayuda de distintos valores como la integridad, la humanidad, el trabajo en equipo, el respeto, la confianza y la responsabilidad.

6 Bibliografía

- https://we-doctor.com/habilidades-y-tecnicas-relacionales-en-el-ambito-sanitario/
- http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/2018/Modulo%201-%20La%20comunicacion.pdf
- https://psicologiaymente.com/social/tipos-comunicacion-caracteristicas

- http://www.topcomunicacion.com/noticia/1614/comunicacion-sector-salud-mejorar-la-comunicacion-interna-en-los-hospitales

Capítulo 1577

LA IMPORTANCIA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE.

MARÍA YOLANDA GARCÍA VILLABRILLE

SONIA LÓPEZ MARTÍN

1 Introducción

La Unidad del Paciente es el espacio que ocupa el paciente durante su estancia en el hospital, es decir, su habitación, el mobiliario que hay en ella y los materiales que utiliza el enfermo durante el tiempo que esté hospitalizado. Habrá tantas unidades de pacientes como camas existan en una habitación. Hay que procurar que la habitación sea lo más agradable, cómoda y limpia posible.

El estado de ánimo del paciente puede verse afectado como consecuencia de las características del espacio que ocupa, por lo tanto, la limpieza y la seguridad son dos factores trascendentales que ayudan y facilitan el proceso de curación del paciente.

2 Objetivos

- Enumerar las características que debe presentar una unidad del paciente y sus condiciones ambientales.
- Identificar y describir el mobiliario y los medios materiales que componen la Unidad del Paciente.
- Definir cama hospitalaria, sus tipos y accesorios.

3 Metodología

Revisión bibliográfica. Páginas utilizadas: Dialnet, Scielo, Dspace. Metabuscadores: Google
Académico. Estrategia de búsqueda: unidad del paciente, tipos de camas hospitalarias y tipos de colchones hospitalarios.

4 Resultados

Tipos de Unidades del Paciente
Cada unidad hospitalaria se diseña teniendo en cuenta el tipo de paciente que va a acoger.
1. Unidad pediátrica. Debe estar diseñada y pintada en colores y con motivos que llamen la atención de los niños.
2. Unidad de geriatría. Las habitaciones deben disponer de mayor espacio y de un acceso a la habitación y al baño adecuados para que puedan pasar sillas de ruedas, carros, camillas, grúas de arrastre, etc.
3. Unidades con característica especiales. En estas unidades debido a las características especiales de estos pacientes, hay que adaptar todos o parte de los equipos (traumatología, obstetricia, quemados etc.)
4. Resto de unidades. Son unidades de paciente tipo.

Características de la unidad del paciente
El número de camas por habitación varía de unos hospitales a otros, pero principalmente son de 2 o 3 camas. Es importante poder disponer en cada planta de hospitalización de habitaciones tanto individuales como compartidas para poder utilizarlas en función del tipo de paciente a ingresar. Las medidas de las habitaciones dependiendo del número de pacientes será:
-Individuales, 1 cama, 10 m2
-Dobles, 2 camas, 14 m2
-Triples, 3 camas, 18 a 20 m2

El máximo de camas por habitación no superará las 4 camas. En habitaciones compartidas las unidades de paciente podrán estar separadas por cortinas o biombos para preservar la intimidad del paciente. En todo caso el tamaño será el suficiente para poder distribuir ordenadamente el mobiliario y permitir la limpieza con facilidad.

El espacio entre camas se establece como mínimo en 1,20 m. y entre cama y pared

de 1,10 m., lo que permitirá acceder al paciente desde cualquier lado y permitirá también el acceso de una camilla cuando fuese necesario. La altura de los techos será de 2,5 metros como mínimo.
Temperatura:
- Unidad del paciente 20-22 grados Celsius,
- Pasillos 20-21 grados
- Consultas externas 21-23 grados
- Quirófanos 25-28 grados

Humedad
Se regula mediante termostatos, será de entre el 40% y el 60% (en algunos estados patológicos como afecciones respiratorias, la unidad debe estar a un grado relativamente bajo entre 10 y 20 %).

Ventilación y pureza de aire
La ventilación se realiza, abriendo las ventanas y la puerta durante cortos espacios de tiempo (10 a
15 min), para renovar el aire de la habitación. Si se realiza de forma artificial se llevará a cabo mediante un circuito cerrado de ventilación. Los hospitales actuales disponen de un circuito cerrado de aire acondicionado o sistema de climatización, en este caso no se abrirán ventanas para ventilar, ya que el aire está en constante renovación y, si se abriera una de ellas se produciría una descompensación en el circuito del aire. Para ventilar la habitación se evitarán las corrientes de aire de forma directa al paciente.

La iluminación
Repercute de forma directa sobre la evolución y el bienestar del paciente. La iluminación puede ser:
- Natural: Es la producida por los rayos solares. Por sus propiedades curativas, desinfectantes, térmicas, etc., es la más indicada para el cuidado y la recuperación de los enfermos.
- Atificial: (iluminación eléctrica). Está diseñada de forma que pueda ser utilizada según las necesidades. Puede adaptarse para que proporcione luz indirecta, como luz de foco directo para el examen del paciente, luz para leer o luz de menor intensidad.

Además de todas las cuestiones anteriores tiene gran importancia el mantenimiento de la unidad del paciente en condiciones óptimas de limpieza e higiene, ya que la eliminación de secreciones por parte del paciente (orina, vómitos, heces,

sudor…) aparte de producir un olores desagradables para el paciente y personal, pueden suponer un posible foco de infecciones.

El mobiliario de la Unidad del Paciente
El mobiliario que debe formar parte de una unidad del paciente depende del tipo de unidad de la que se trate. Debe ser de color claro y de fácil limpieza y desinfección. Existen grandes diferencias entre las habitaciones de servicios especiales (quemados, UVI, coronarias…) y una de hospitalización general. El mobiliario más habitual que forma parte de la unidad del paciente es:
-Cama hospitalaria
- Accesorios para la cama: colchón, almohada, barandilla, etc.
- Lencería de cama: cubierta de colchón, sabanas (bajera y encimera), hule impermeable, mantas, colcha y funda de almohadas.
- Mesilla de noche. Situada de manera accesible al paciente, permite dispensar cualquier objeto y además convertirla en una mesa extensible para colocar la bandeja de la comida.
Son regulables en altura.
- Sillón o silla para el paciente, silla o sillón para el acompañante.
- Armario, individual, cerrado y con una manta de repuesto.
- Pie o soporte de suero.
- Biombo.
- Timbre, para la comunicación con el control de enfermería.
- Tomas de oxígeno y sistema de vacío. En la pared se dispondrán dos tomas, una de oxígeno y otra de vacío para aquellos pacientes que puedan requerir administración de oxígeno o aspiración de secreciones.

Cama hospitalaria
La cama es una de las piezas más importantes que comprende la Unidad del Paciente, sirve para acoger al paciente y por ello posee unas características adaptadas específicamente a sus dolencias.Deben estar en perfectas condiciones, para que la persona que la ocupa se sienta cómoda, ya que en ella pasará la mayor parte de las horas del día.

Se situará en la habitación de manera que tenga tres de sus lados libres (accesible desde los laterales y los pies de la cama), con el cabecero en contacto con la pared, y nunca ponerla debajo de una ventana, ni próxima a la puerta de acceso, frente a ella no habrá ninguna fuente de luz. Por regla general son de colores claros y fabricadas de tubos huecos, para facilitar su limpieza y desinfección Las medidas más comunes son de 1,90- 2,00 m. de largo, 90-105 cm. de ancho y 70-75 cm. de

alto (sin colchón).

En un hospital podemos encontrar varios tipos de camas como son las hidráulicas, las eléctricas con mando (el paciente es el que tiene la autonomía para manejarlas) y las mecánicas (accionadas mediante manivela).
Las camas están equipadas de:
- Ruedas móviles, serán de goma para que no realicen ruido en su traslado y aíslen tanto la electricidad estática como la humedad.
- Freno, se encuentra debajo del piecero, permite además de frenar la cama, ponerla en posición de bloqueo, para facilitar el desplazamiento por los pasillos del hospital.
- Muchas de las camas hospitalarias ya disponen de una 5ª rueda central que facilita la dirección y el giro.
- Trapecio o barra de tracción, dispositivo a través del cual el paciente se ayuda para moverse
- Barandillas laterales, evitan que el paciente se caiga, protectores de metal que se sujetan en los laterales de la cama. Generalmente poseen un mecanismo que permite bajarlas para que se pueda acceder cómodamente al paciente.
- Protectores de barandillas. También llamadas centinelas, suelen ser bolsas de polietileno hinchadas de aire, almohadas, etc. Su función es evitar que los pacientes se lesionen por atrapamiento.
- El cabecero de la cama debe permitir que se quite y se baje, para facilitar que el médico llegue a las vías respiratorias del paciente en caso de reanimación, intubación, etc.
- El piecero será extensible, para alargar la longitud de la cama.
- El somier puede ser: rígido (cada vez menos utilizado) o articulado, dividido en 1, 2 o 3 segmento móviles (cabeza y espalda, pelvis, extremidades inferiores)
- Soporte o pie de suero. Sirve para colocar las botellas de suero o de determinada medicación, adaptado a la cabecera de la cama.
- Cuadro balcánico o de Balkan. Armazón metálico utilizado en camas traumatológicas del que penden un juego de poleas, pesas, etc., permitiento cierta movilidad al paciente.
- Soporte sujeción del triángulo. Algunas camas poseen una barra metálica lateral que sujeta el triángulo de Balkan o estribo. Permite al paciente moverse o cambiar de posición.
- Arco protector de cama. Evita el rozamiento de la ropa con la piel del paciente.
- Soporte para bolsa de orina. Puede ser de metal o plástico. Se utiliza para sujetar la bolsa de diurésis.

Tipos e cama
- Cama rígida, con un somier rígido, sin articulaciones, puede ser móvil o inmóvil (las podemos ver en las unidades de psiquiatría).
- Cama articulada, es la más utilizada en los hospitales. El somier se divide en dos, tres o cuatro articulaciones móviles, encargados cada uno de ellos de alojar diferentes zonas del cuerpo. Cada articulación permite dividir la cama en segmentos. Los distintos segmentos del somier se mueven mediante la utilización de una manivela situada en los pies o en los laterales de la cama, o bien, mediante un sistema eléctrico en las camas motorizadas. Este tipo de cama facilita la adaptación y autonomía del paciente y los cambios posturales.
- Cama ortopédica, traumatológica o de Judet. Indicada para pacientes con fracturas, luxaciones, parálisis, etc. Posee un armazón metálico que se acopla a la cama con la finalidad de sujetar las poleas y el equipo de tracción (técnica terapéutica que aplica fuerzas sobre un hueso, músculo o articulación, para la alineación o inmovilización del miembro afectado), llamado marco de Bolkan, provisto de un estribo o triangulo de Balkan, que permite que el paciente se pueda mover para incorporarse o para cambiar de postura.
- Cama electrocircular o de Stryker. Formada por dos armazones metálicos circulares, unidos entre sí por un plano rígido que gira sobre los anteriores. Puede adoptar cualquier posición: horizontal, vertical, inclinada en todos los ángulos y boca abajo, ya que permite giros de 180º. Provista de un interruptor que permite un movimiento lento en sentido circular y que puede ser manejado por el propio paciente. Indicada para pacientes con lesiones o fracturas de columna vertebral, con lesiones medulares, politraumatizados y grandes quemados.
- Cama libro. Variante de la cama articulada, con la peculiaridad de que esta permite la angulación lateral y por lo tanto, la modificación de las zonas de apoyo del cuerpo. Es la ideal para pacientes que deben permanecer largos periodos de tiempo inmovilizados. Estas camas las podrás ver en las unidades de UVI o UCI.
- Cama de levitación. Consta de dos armazones, utiliza un flujo continuo e intenso de aire caliente (chorros de aire) que permite que el paciente permanezca en suspensión (elevado un centímetro sobre la cama), de esta forma se evita el contacto con cualquier accesorio de la cama.Es utilizada para pacientes grandes quemados, epidermólisis extensas (trastorno en el que se forman ampollas en la piel después de una lesión).
- Cama roto-test. Mantiene al paciente sujeto, pero girando constantemente, por lo que distribuye los puntos de presión. Para este tipo de camas se emplean armazones o sujeciones laterales, de la cabeza y de los pies para el giro, así como almohadillas amortiguadoras. Permite giros y cambios de posición lateral y lon-

gitudinal. Se utiliza para prevenir la aparición de úlceras por presión.
- Cama Gatch. Cama articulada eléctrica que permite una movilización del paciente de decúbito supino a posición de sentado.

Colchón hospitalario
Tiene que ser compatible con las posiciones y posturas que adopte el paciente encamado. Tiene que estar diseñado para permitir la elevación, tanto de la cabecera como del piecero de la cama. El colchón que dispongamos encima de cada cama tendrá que ser el adecuado para cada una de ellas.

Tipos de colchones.
- De muelles: Cada vez menos utilizado en los hospitales, puede constar de una única pieza o varias. Estará cubierto por una funda semipermeable y reforzado por los bordes para que el paciente no se deslice por los lados.
- De látex: el látex es un material que se adapta perfectamente a la morfología del cuerpo proporcionando un descanso reparador. Es el más utilizado.
- De espuma: Puede ser de una pieza o estar seccionado en bloques. Favorece la comodidad del paciente, repartiendo la presión del cuerpo evitando una excesiva fricción y roces en la piel.
- De aire o colchón antiescaras: utilizado como sistema de tratamiento y prevención de las úlceras de decúbito, gracias a la alternancia de los puntos de presión que evita la compresión vascular prolongada de pacientes encamados durante largos periodos de tiempo y con alto riesgo de escarificación. Posee unos tubos neumáticos que se hinchan alternativamente con aire gracias a un compresor que regula los ciclos de insuflado de aire.
- De esferas fluidificado: Formado por esferas de vidrio muy finas que se mantienen en movimiento, gracias al aire insuflado entre ellas, lo que permite repartir la presión que ejerce el peso del cuerpo del paciente, dando sensación de estar flotando.

El cuarto de baño
Dispondrá de todos los elementos necesarios para el aseo y la eliminación de excretas de los pacientes. Los suelos serán antideslizantes y dispondrán de medidas de seguridad como asideros o barras de sujeción en la pared. Se proporciona a cada paciente el material necesario para su higiene personal.

5 Discusión-Conclusión

Es evidente la importancia y el grado de influencia que el entorno físico ejerce en la calidad de vida y experiencia de los pacientes ingresados. El ambiente influye en gran medida y se relaciona con el comportamiento de los pacientes. Es importante crear ambientes que proporcionen tanto bienestar físico como psicológico, ambientes adecuados partiendo desde la arquitectura y el diseño integrando luz, espacio, formas, color, texturas etc., ofreciendo óptimas condiciones que generen efectos beneficiosos en la salud. De otro modo, un mal ambiente en las áreas de estancia hospitalarias puede producir efectos nocivos que den lugar a síntomas o patologías relacionadas con sensación de fatiga, malestar etc.

6 Bibliografía

- https://books.google.es/books?
hl=es&lr=&id=u6sWLCPgdZIC&oi=fnd&pg=PA1&dq=tipos+de+colchones+en+hospitales&o
SEgIr&sig=8z1J7i9vVLIrNqHWNk9PnRrtE74#v=onepage&q=tipos%20de%20colchones%20en
- http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2614/1/09802.pdf
http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/2614.
- https://bdigital.uncu.edu.ar/7868
https://es.slideshare.net/maaRiiieLa/fundamentosssss.
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-3.html
hthttps://www.mheducation.es/bcv/guide/capit/8448177002.pdf.
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-2.html.

Capítulo 1578

TRASLADO DEL PACIENTE A LA UNIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO.

MARÍA BEGOÑA CÁRCABA SUÁREZ

1 Introducción

La radiología es una especialidad médica cuya finalidad es el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Médicos, enfermeras, técnicos de radiodiagnóstico y celadores configuran el equipo humano de trabajo.

El celador tiene como función principal el traslado de los pacientes desde la unidad de hospitalización hasta el servicio de radiología y su posterior retorno.

2 Objetivos

- El celador de radiodiagnóstico, debe conocer muy bien su misión
- Tener capacidad para trabajar en equipo y seguir sus instrucciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han utilizado buscadores lógicos y se han usado como palabras clave: radiología, celador y traslados de pacientes.

4 Resultados

El paciente hospitalario requiere una serie de pruebas complementarias, entre ellas, las que se realizan en el servicio de radiología. La misión del celador es muy específica, siendo el encargado de ir a buscar al paciente .

Tanto al iniciar el traslado como al finalizarlo, se debe comunicar en el control de enfermería y recoger la documentación clínica si fuera necesaria. Es importante informar al paciente de su traslado y comprobar su nombre y apellidos a través de la pulsera identificativa, evitando errores de identidad entre pacientes.

El traslado se realizará en silla de ruedas o en su propia cama, dependiendo del grado de movilidad o por indicación médica, respetando en cualquier caso la dignidad y el confort del paciente. es fundamental prestar especial atención en todo momento al material sanitario que lleve consigo el enfermo (bolsas, drenajes, vías, suero, oxígeno etc.) para evitar accidentes indeseados, así como mostrar empatía y hablar con el paciente durante el traslado le ayuda a tranquilizar. Asimismo es fundamental abstenerse de hacer comentarios sobre su diagnóstico, tratamiento o pronóstico de su enfermedad, orientando las consultas hacia el médico encargado de su asistencia.

No se abandonará ni dejará solo al paciente hasta que no regrese a la unidad de planta. El contacto visual debe estar presente en todo momento. Auxiliará al personal sanitario en la colocación y movilización del paciente para la realización de la prueba, utilizando equipos de transferencia si fuese necesario. Una vez finalizada la prueba, se lleva de nuevo al paciente a su habitación, se le acomoda y se avisa de su regreso.

5 Discusión-Conclusión

El celador de radiología desempeña una labor de apoyo fundamental, garantizando que el resto del personal pueda llevar a cabo también su trabajo. Por otro lado, al tratarse de un trabajo muy activo que requiere levantar peso y caminar mucho, tener una buena condición física ayudará en gran medida.

6 Bibliografía

- Estatuto del Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971 (BOE

del 22 de julio de 1971).
- Manual de actuación del celador en los distintos ámbitos sanitarios. Disponible en: http//www.elblogdelcelador.com.

Capítulo 1579

TRANSPORTE DEL ENFERMO EN CAMILLA

CARLOS JULIO FERNÁNDEZ DÍAZ

PATRICIA FERNÁNDEZ ANTUÑA

MARIA JESÚS FERNÁNDEZ ANTUÑA

1 Introducción

Cuando la situación o el tipo de desplazamiento lo requiera, el transporte del enfermo se ha de realizar mediante la propia cama o camilla por parte del celador. Para ello deberemos tener en cuenta una serie de Consideraciones Generales que nos ayudarán a minimizar los riesgos para el paciente.

2 Objetivos

- Conocer una serie de normas generales que nos ayudarán a realizar un correcto traslado del paciente en camilla minimizando posibles riesgos para el paciente y también para nosotros.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En todos los traslados llevaremos al enfermo de cara al lugar hacia el que nos dirigimos, es decir, lo llevaremos con los pies hacia delante y la cabeza por detrás. Con esta forma de traslado evitaremos cualquier posible golpe del enfermo en la cabeza.

Avisaremos a la enfermera si antes del traslado es necesario asegurar sondas, drenajes o catéteres para evitar reflujos o arranques durante el proceso del traslado en camilla.
Intentaremos que durante el proceso el paciente vaya lo más cómodo posible, de forma segura y sin posibilidad de caídas, sin realizar movimientos bruscos realizando un traslado lento, nunca debemos abandonar al paciente durante el traslado, no lo dejaremos ante corrientes de aire.
Tambien intentaremos realizar el traslado con la camilla a una altura adecuada para nosotros, evitando trabajar en contra de la fuerza.
En el caso de que el traslado se lleve a cabo por un solo celador, éste se colocará en la parte de la cabecera, en el caso de que se realice por parte de dos uno se colocará en la zona de la cabecera de la camilla y el otro en los pies.
- En el ascensor de entrada: en el pasillo el celador se situa en la cabecera del paciente, de manera que lo primero que avanza son los pies. Cuando llega al ascensor debe abrir la puerta e ir introduciendo la camilla por la parte de la cabecera, de forma que primero es el celador quien entra al ascensor y esté tirará de la camilla haciendo que la cabecera entre en primer lugar.
- En el ascensor de salida: el celador abrirá la puerta y comenzará a sacar la camilla por el lado de los pies (si el ascensor es lo suficientemente amplio, se gira la camilla en su interior y se saldrá tirando de la cabecera) evitando al enfermo golpes de cualquier clase. Una vez en el pasillo se colocará en el lado de la cabeza del paciente desde la cual empujará hacia delante, de tal manera que los pies del paciente van abriendo camino.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido cual es la forma correcta de hacer un traslado de un paciente en camilla, de forma segura, evitando golpes y caidad, y la forma correcta de salir y entrar a un ascensor si fuera necesario, sabiendo en todo momento donde colocarnos para salvaguardar la integridad del paciente.

6 Bibliografía

- Traslado y movilización de enfermos- Santi Badosa - Año 2012 - disponible en: https://www.google.com/amp/s/celadorsanitario.wordpress.com/2011/12/03/12-traslado-y-movilizacion-de-enfermos/amp/.
- Movilización de pacientes- Redacción opositatest web - 28 de Mayo de 2019- disponible en: https://blog.opositatest.com/movilizacion-de-pacientes-os-explicamos-los-tipos-de-traslados/.

Capítulo 1580

LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ

ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR

JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ

CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.
El uso de soluciones alcohólicas para el lavado de manos constituye una alternativa a tener seriamente en cuenta en la higiene de las manos en la actualidad.
Flora residente: también llamada colonizante. Son microorganismos que se encuentran habitualmente en la piel. No se eliminan fácilmente por fricción mecánica.
Flora transitoria: también llamada contaminante o "no colonizante". Son microorganismos que contaminan la piel, no encontrándose habitualmente en ella. Su importancia radica en la facilidad con la que se transmiten, siendo el origen de la mayoría de las infecciones nosocomiales.

Con el lavado de manos logramos:
1. Disminuir la contaminación de las manos y prevenir la propagación de gérmenes patógenos a zonas no contaminadas.
2. Prevenir la transmisión de infecciones en el medio sanitario.
3. Proteger al paciente, personal sanitario y cuidadores.

Dada la importancia del lavado de manos encontramos el programa de la OMS «Una atención limpia es una atención más segura»:
- La higiene de las manos en el momento adecuado salva vidas.
- La higiene de las manos en la atención sanitaria ha salvado millones de vidas en los últimos años.
- La higiene de las manos es un indicador de calidad que destaca la seguridad de los sistemas de salud.
- Las infecciones pueden ser evitadas por medio de una buena higiene de las manos, y el daño a la salud de los pacientes y del personal de la atención de la salud se puede prevenir .
Existe tecnología de bajo costo para salvar vidas. La solución desinfectante a base de alcohol, puede prevenir las IAAS y millones de muertes cada año.

2 Objetivos

- Validar la técnica y orientaciones necesaria para el lavado de manos, y promover guías de lavado, así como recomendar las situaciones en las cuales es necesarios su utilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, y Revista de portales médicos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Usando como descriptores infección nosocomial, gérmenes, colonización, microorganismo,solución alcohólica, etc…

4 Resultados

Los cinco momentos para higiene de manos son:
1. Antes del contacto con el paciente.
¿Cuándo? Lávese las manos al acercarse al paciente (al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico).
¿Por qué? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tenemos depositados en nuestras manos (libres o con guantes)
2. Antes de realizar tarea aséptica.
¿Cuándo? Inmediatamente antes de realizar la tarea (curas, inserción de catéteres, preparación de alimentos o medicación, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).
¿Por qué? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluido los gérmenes del propio paciente.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
¿Cuándo? Inmediatamente después de exposición a fluidos orgánicos aunque se lleven guantes (extracción y manipulación de sangre, orina, heces, manipulación de desechos, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).
¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.
4. Después del contacto con el paciente
¿Cuándo? Después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea (al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico).
¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.
¿Cuándo? Después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, incluso si no se ha tocado al paciente (cambiar la ropa de cama, ajustar la velocidad de perfusión).
¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Procedimiento
Equipo necesario: Idealmente llave o grifo a pedal, solución jabonosa, toalla desechable.
Subir las mangas de la ropa sobre los codos, y retirar reloj y todas las joyas.

Adoptar posición cómoda frente al lavamanos.
Abrir la llave del agua y mojar manos y muñeca.
Jabonar ambas manos hasta cuatro dedos sobre el pliegue e la muñeca.
Friccionar con movimientos de rotación, las manos para obtener espuma, haciendo énfasis en espacios interdigitales y uñas y reborde cubital “Las manos se mantienen más arriba que los codos para evitar contaminación desde antebrazos”.
El jabón debe permanecer en las manos de 15 a 30 segundos.
Enjuagar las manos con abundante agua corriente, por dos veces.
Secar las manos, terminando en las muñecas con toalla deseable de un solo uso.
Cerrar la llave con toalla desechable sin tocar la perilla.
Desechar toalla
Por lo tanto, con un buen lavado de manos evitamos transmitir todo tipo de microorganismos incluidos los que no afectan en condiciones normales a personas sanas, pero sí que pueden producir enfermedad a personas inmunodeprimidas o ingresadas en un hospital y sometidas a tratamientos médicos agresivos.
Por consiguiente, se debe de fomentar tanto al personal sanitario, como en la comunidad .

6 Bibliografía

- https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/lavado-higienico-manos.
- https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=153157.
- https://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/mayoria-de-enfermedades-se-evita-con-lavado-de-manos-noticia-639666.
- https://es.slideshare.net/patricio2008/taller-sobre-higiene-de-manos
- https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/higiene-de-manos-nivel-hospitalario/.
- https://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/higieneManos.asp.

Capítulo 1581

LA EMPATÍA EN LA RELACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO-PACIENTE

NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ

VANESA GARCÍA VALERO

MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ

CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO

MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ

1 Introducción

Mucho se ha oído hablar de la Empatía, pero, ¿qué significa realmente este término?

Podríamos resumirla de la siguiente manera: la empatía es la capacidad que tienen las personas de ponerse en el lugar de los demás, lo que conocemos coloquialmente como "ponerse en los zapatos del otro", para así, entender cómo este piensa, y captar cómo se siente. Por todo ello, es una competencia fundamental en cualquier campo, pero especialmente en el terreno sanitario, desde el mismo momento en que la persona cruza la puerta del hospital y se dirige al mostrador.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de evitar la cosificación.
- Describir medidas de actuación que favorezcan la transmisión de confianza y seguridad.
- Fomentar un ambiente de trabajo relajado.
- Exponer la importancia de ayudar y facilitar, de buen grado, todo tipo de trámites al paciente, a su llegada al hospital o Centro.
- Fomentar una actitud de escucha activa.

3 Metodología

Se realizó unas búsquedas en las bases de datos: Science Direct, Dialnet y Scielo (los filtros en este último fueron: Colección España, e Idioma: Español); blogs y páginas varias de Internet.

Palabras clave: empatía, empatía emocional, atención al paciente, relaciones profesional-paciente, calidad asistencial.

Todo ello combinado con información recogida de apuntes personales de la Licenciatura de Psicología.

4 Resultados

Se insiste mucho en la condición psicológica y social del paciente, cuya dimensión humana debe cuidarse mediante una comunicación emocional eficiente. La comunicación con los pacientes no sólo se da con palabras. De hecho, lo importante no son tanto las palabras sino el tono, porque la diferencia de tono en una misma palabra puede hacer que su significado varíe completamente; además, los pacientes con dificultades para la comunicación verbal pueden captar la expresión que acompaña las palabras mas fácilmente que las palabras en sí.

Por ello, podemos decir, que las expresiones no verbales y el silencio también son formas de comunicación.

Para darnos cuenta de cómo el paciente asume el trato que le damos, nos debemos poner en su lugar, es decir, por unos momentos adoptar el papel de dicha persona, e intentar "vivir" esa situación de incertidumbre o preocupación que él siente. Para que exista una buena relación profesional - paciente que disminuya

la sensación de soledad e indefensión de este último, se le debe proporcionar la comunicación adecuada y un trato oportuno.

Por todo ello, la empatía es totalmente beneficiosa para la relaciones interpersonales, y, en concreto, en la del auxiliar administrativo con el paciente o visitante. Ambas partes se benefician de ella, pero, se puede ver, que es un terreno a mejorar. En muchos casos, hay dificultades de comunicación, un menosprecio a la empatía que hace que en ocasiones se trate a las personas como "cosas", haciendo que se sientan como "un número más". Está comprobado que en la preparación del personal, se hace hincapié en los conocimientos prácticos, pero casi nunca en la labor emocional. Sería una apuesta importante en las facultades de medicina, y en todo tipo de estudios.

También hay que tener en cuenta que a consecuencia de la presión asistencial, profesionales y pacientes se encuentran con frecuencia en un escenario de distanciamiento, de mero intercambio de servicios, en el que la falta de tiempo dificulta la comunicación interpersonal y pone trabas.

La organización del sistema sanitario no siempre favorece.

Por ello, planteamos aquí algunas propuestas para mejorar y fortalecer la comunicación con los pacientes son:
- replantearnos nuestra práctica y adaptarnos a las necesidades del usuario. Para ello es necesario no sólo la enseñanza de conceptos teóricos sino también de principios y valores, que hagan de la práctica del auxiliar administrativo una profesión humanizada. Fomentar una relación cálida, en la que el paciente se sienta priorizado por nosotros, quienes estaremos dispuestos a atenderlo en todo momento.
- Posibilitar el diálogo, trabajar con sencillez y humildad, ponerse en el lugar del otro, escuchar y comunicarse cordialmente.
- Llamar al paciente por su nombre.

5 Discusión-Conclusión

Siempre queremos que nos traten bien cuando acudimos a un hospital o centro, pero, ¿nos molestamos en hacer lo mismo cuando estamos tras el mostrador? Afortunadamente, hay casos en que se encuentran buenos profesionales, con gran competencia emocional. Pero, sabemos que también hay, en bastantes oca-

siones, una gran deshumanización en el trabajo. Esto es negativo en todos los ámbitos pero sobre todo, en el sanitario, donde acuden las personas con sus miedos, tristezas, y en el mejor de los casos, "despistados". Por ello, se debería fomentar la sensibilidad, el tacto… en definitiva, la empatía.

6 Bibliografía

- https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=699832
- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000100010&lang=es
- https://scielosp.org/article/resp/2011.v85n5/459-468/
- https://www.psiara.cat/view_article.asp?id=4727

Capítulo 1582

RIESGOS ERGONÓMICOS POR LA MANIPULACIÓN DE CARGAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

ANA MARÍA GARCIA LÓPEZ

1 Introducción

Los riesgos ergonómicos son riesgos asociados a lesiones músculo- esqueléticas, que son las más frecuentes como causa de invalidez permanente dentro del mundo laboral, debidas a múltiples factores como pueden ser el trabajo repetitivo o la postura forzada durante la jornada laboral.

Por otra parte se entiende por manipulación de cargas, según el Real Decreto 487/1997, a "cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción o el desplazamiento, que por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas entrañe riesgos, en particular dorso lumbares, para los trabajadores".

Los principales riesgos ergonómicos están producidos generalmente por la adopción de posturas forzadas, la realización de movimientos repetitivos, por la manipulación manual de cargas y por la aplicación de fuerzas durante la jornada laboral.

2 Objetivos

- Evaluar los riesgos ergonómicos y sus medidas preventivas.

- Conocer cómo realizar una correcta manipulación de cargas para evitar lesiones y por ende enfermedades profesionales.

3 Metodología

Búsqueda de bibliografía en distintas publicaciones especializadas, libros y bases de datos, como son: Google Académico, Dialnet, Scielo, Latindex, Medline, Cinahl, Cuiden y Lilacs. Los descriptores utilizados fueron: causas, medidas, preventivas, prevención, cargas, riesgos, ergonómicos. Se han empleado como criterios de inclusión: textos en idioma español e inglés, y de exclusión: aquellos con acceso gratuito.

4 Resultados

La ergonomía tiene como principal objetivo adecuar el puesto de trabajo a la persona para reducir los efectos negativos que sobre la salud de aquel pudiesen ocasionarse.

Los sobreesfuerzos pueden producir trastornos o lesiones músculo- esqueléticos, originadas fundamentalmente por la adopción de posturas forzadas, la realización de movimientos repetitivos, por la manipulación manual de cargas y por la aplicación de fuerzas.

En cuanto a las posturas forzadas son las posiciones que adopta un trabajador dejando de estar en posición natural. Varias partes del cuerpo se encuentran en este caso en una postura poco natural que genera tensiones, flexiones y/o hiperrotaciones en distintas partes de su cuerpo. Los factores de riesgo en este caso son, la duración de la postura, posturas del tronco, cuello o extremidades.

En cuanto a los movimientos repetitivos, son aquellos que se repite en ciclos inferiores a 30 segundos o cuando más del 50% del ciclo se emplea para efectuar el mismo movimiento y sus factores de riesgo se pueden señalar: la frecuencia del movimiento, el uso de la fuerza, posturas y movimientos forzados.

En la manipulación de cargas interviene el esfuerzo humano tanto directa como indirectamente. Se consideran factores de riesgo en este caso: levantar pesos que superen los 3 kg. en condiciones desfavorables (con giros, elevarlo por encima de la cabeza…); manipular cargas de más de 25 kg. (15 kg. si se trata de mujeres). Se consideran así pues factores de riesgo en la manipulación: la frecuencia del lev-

antamiento, la postura que hay que adoptar, la duración del trayecto con carga, la fuerza necesaria empleada para tal y la velocidad con la que se realice la manipulación.

Las lesiones más frecuentes que se pueden producir en los trabajadores debido a los sobreesfuerzos, son las siguientes: tendinitis, dedo de gatillo, hernia, lumbalgia, síndrome cervical por tensión, síndrome del túnel carpiano,etc.

Las medidas preventivas podrían resumirse en las siguientes: rotación en los puestos de trabajo, realizar pausas durante la jornada laboral, adoptar el mobiliario a las características personales de cada individuo.

5 Discusión-Conclusión

Cabe recalcar que para realizar una buena manipulación de carga y evitar los sobreesfuerzos se debe: planificar el levantamiento de la carga mediante ayuda mecánica, de otros compañeros…; adoptar la postura de levantamiento con la espalda recta doblando ligeramente las rodillas; sujetar con firmeza; evitar los giros; mantener la carga pegada al cuerpo; depositar la carga con cuidado y recordando siempre que es mejor empujar que levantar.

Para evitar sufrir lesiones o patologías más importantes, se deben aplicar las medidas preventivas y hacer un estudio sobre los riesgos del puesto de trabajo con el fin de que el trabajador o trabajadora realice su labor sin tener que realizar constantemente sobreesfuerzos.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995 de Prevención De Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10 de noviembre de 1995, páginas 32590 a 32611.
2. ALVAREZ-CASADO, E., HERNANDEZ-SOTO, A., TELLO, S. 2009. Manual de evaluación de riesgos para la prevención de trastornos musculo esqueléticos. Factors Humans. Barcelona.
3. Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de los riesgos relativos a la Manipulación Manual de Cargas, del INSHT, 2012. [internet]. Disponible en: www.mtas.es/insht
3.
4. Organización Internacional del Trabajo - OIT- La prevención de las enfermedades profesionales. [internet]. Primera edición. 2013. Disponible en: www.

ilo.org/wcms5/groups/public
5. NOGAREDA. Evaluación de las condiciones de trabajo: carga postural. Método REBA (Rapid Entire Body Assessment). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; nota técnica de prevención 601, 2003. [internet] disponible en: http//www.insh.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NT
P/Ficheros/601a700/ntp_601.pdf
6. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INHST: Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas. 1999
7. Miralles RC. Historia natural del dolor lumbar. Medicina integral 1990; 16: 436437.
8. Hernández A. C. Valoración De La Carga Física Ediciones. UPC

Capítulo 1583

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

ROSA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA

MARTA FERNANDEZ COSMEA

1 Introducción

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es un servicio no asistencial que se encarga de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria especializada en régimen ambulatorio de hospitalización, además de gestionar la historia clínica. El servicio de admisión tiene un carácter multidisciplinar.

El auxiliar administrativo es el personal encargado de gestionar la admisión de los pacientes en los diferentes centros sanitarios así como el encargado de manejar la documentación clínica de los mismos.

Las funciones de admisión de hospitalización, urgencias y pacientes ambulatorios, conforman el área de gestión de pacientes. Las funciones de archivo de la historia clínica y documentación constituyen el área de gestión de pacientes. Las funciones de archivo de la historia clínica y documentación constituyen el área de gestión de pacientes. Las funciones de archivo de la historia clínica y documentación constituyen el área de gestión de la documentación clínica.

Como resultado de ambas áreas y producto de ambas gestiones pacientes, y documentación, se configura el Sistema de información asistencial.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del personal administrativo en el servicio de admisiones.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un trabajo tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas en las bases de datos y Google Académico. Se han utilizado las palabras clave: documentación clínica, admisión, información.

4 Resultados

El servicio de Admisión y Documentación clínica es la unidad encargada de articular en el ámbito de la atención primaria y especializada del área de salud, la ordenación, coordinación, y priorización de las actividades que se producen en torno a la asistencia médica. Su finalidad es mantener la eficiencia en la utilización de recursos y la cohesión de la organización frente al paciente y su proceso asistencial, garantizando así el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.

5 Discusión-Conclusión

Sería necesario crear de una guía donde se establezcan las funciones que el auxiliar administrativo de la sanidad debe desempeñar dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, y promover nuevas líneas de actuación en el campo profesional de la admisión y la documentación clínica. Con dicha guía se podría unificar y normalizar los contenidos de la actuación profesional.

6 Bibliografía

- https://revistamendica.com
https://appf.edu.es
https://inycom.es

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

Capítulo 1584

LA IMPORTANCIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN UN HOSPITAL.

MARTA FERNANDEZ COSMEA

ROSA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

La gestión de las citas de los pacientes, el orden de los datos en el sistema informático, el apoyo material prestado, las tareas asistenciales que exige la institución correspondiente…las funciones de un auxiliar administrativo en sanidad son más que necesarias, sus obligaciones pueden parecer sencillas, y sin embargo, la carga y el sin fin de cometidos a los que hacer frente hacen que su figura sea imprescindible. En buena medida, el correcto funcionamiento de un hospital o centro de salud depende también de su trabajo.
Sumergidos en un mundo de papeleo, los auxiliares administrativos sanitarios tratan de poner la burocracia en orden de forma correcta para evitar los problemas del futuro. El Servicio de Admisión y documentación clínica, servicio no asistencial que se encarga de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria especializada o de hospitalización, además de gestionar la historia clínica, el Servicio de Admisión tiene un carácter multidisciplinar.

El auxiliar administrativo es el personal encargado gestionar la admisión de los pacientes por los diferentes centros sanitarios, así como encargados de manejar la documentación clínica de los mismos. las funciones de admisión de hospitalización, urgencias y pacientes ambulatorios conforman el área de gestión de

pacientes. Las funciones de archivo de la historia clínica y documentación constituyen el área de gestión de la documentación clínica. Como resultado de ambas áreas y producto de ambas gestiones: pacientes y documentación se configura el sistema de información asistencial. Además, es necesario disponer de sistemas de información homogéneos, fiables y suficientes, que posibiliten los procesos de gestión, la elaboración de indicadores de rendimiento utilización de los controles de demanda asistencial, garantizando la protección de los datos y el derecho a la intimidad de los pacientes. Establecer las diferentes funciones que el auxiliar administrativo tiene que desarrollar para llevar a cabo un correcto trabajo dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital.

2 Objetivos

Revisión del las funciones de un auxiliar administrativo en sanidad.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este trabajo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos, y Google Académico. Tras llevar a cabo la búsqueda, se han encontrado artículos en inglés, portugués y español. Finalmente se han seleccionado los artículos que más se ajustaban a la información establecida.

4 Resultados

El auxiliar administrativo de la salud como parte del Servicio de Admisión y documentación clínica de un hospital tiene que integrar los contactos y movimientos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su área de atención especializada, sus funciones están orientadas hacia la coordinación de acciones y recursos alrededor de la asistencia al usuario, teniendo una función moduladora y facilitadora de las tareas asistenciales de los servicios clínicos. en las diferentes áreas básicas de atención: hospitalización, urgencias y atención ambulatoria, deberá desarrollar funciones y tareas encaminadas a:

- Organización y evaluación del proceso asistencial.
- Obtención de datos que ofrezcan al hospital información .

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo como parte del Servicio de Admisión y documentación clínica tendrá que regular los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización, así como la actividad de las unidades asistenciales.

6 Bibliografía

- https://www.revistamedica.com
- https://www.agorastur.es
- https//www.appf.edu.es

Capítulo 1585

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

ARÁNZAZU ANDRÉS GALLARDO

MARIA PILAR ROCES ABRIL

1 Introducción

Un equipo de trabajo es un grupo de personas que trabajan juntas de forma coordinada para lograr un objetivo común. Para que un equipo sea eficiente, todos sus integrantes deben contar con un ambiente de apoyo, basado en la organización, confianza, comunicación y conocimiento de los roles de cada uno de los componentes del equipo y claridad de las funciones a desempeñar por cada uno de ellos.

El trabajo en equipo implica que todas las personas involucradas tengan una meta común, alcanzando la sinergia que les permita llegar mejor y más rápido que si cada uno hace una parte de trabajo. La sinergia es la integración de elementos que obtiene como resultado algo más grande que la simple suma de éstos, es decir, que todos trabajando juntos en equipo somos más eficaces que la suma de nuestros trabajos individuales.

En los equipos las jerarquías se disuelven. Existe un responsable, pero dentro del equipo todas las categorías laborales funcionan con igualdad porque comprenden que todas son necesarias para conseguir el objetivo. El trabajo en equipo tiene una serie de beneficios:

- Disminuye la carga de trabajo, al ser varias personas las que colaboran y todas ellas responsables del mismo.

- El trabajo, la reflexión y la discusión conjunta producen mejores resultados que los aportes individuales, al unir conceptos y técnicas se evitan contradicciones entre los distintos profesionales que forman el equipo.
- Permite una mejor organización.
- Se desarrolla el respeto y la escucha.
- Aumenta la motivación de los profesionales.
- Proporciona mayor satisfacción laboral a los miembros del equipo
- Mejora la calidad de los resultados, con una mayor satisfacción percibida por el paciente y su familia.
- Se optimiza los recursos materiales y humanos.

Son primordiales las reuniones, la reflexión y el consenso para conseguir la coordinación, comunicación, compromiso, motivación, confianza y cohesión de todo el equipo. Además, trabajar en equipo favorece el aprendizaje, aportando cada miembro sus conocimientos y adquiriendo los de sus compañeros. Se libera la carga de trabajo y de responsabilidades, lo que produce una disminución del estrés laboral. Por todo esto, tanto paciente como familiares advierten una atención mejor.

Equipo multidisciplinar en el área de la salud es el conjunto de profesionales de distintas categorías, tanto sanitarias como no sanitarias, con diversas formaciones académicas y prácticas profesionales, cuya organización está encaminada a formar una unidad de trabajo, con la realización de actividades interrelacionadas, durante un tiempo determinado, para resolver un problema de salud. Todos asumen un objetivo común: el cuidado del paciente. Cada miembro del equipo es una parte primordial, conocedor del papel que debe realizar, siempre coordinado por unas normas y directrices. Resaltamos el papel del celador como parte indispensable de esos equipos. Se destaca su capacidad de trabajo y su polivalencia.

2 Objetivos

- Concienciar sobre los beneficios del trabajo en equipo.
- Analizar el rol del celador dentro del equipo multidisciplinar.
- Instaurar equipos en los que la figura del celador sea tenida en cuenta y reconocida por el resto del personal.

3 Metodología

Este capítulo está basado en una revisión bibliográfica. La herramienta utilizada ha sido la búsqueda de información en diferentes bases de datos informatizadas, libros, legislación y artículos de revistas especializadas. Las palabras clave o descriptores utilizados han sido celador sanitario, rol del celador, equipo multidisciplinar. La revisión bibliográfica efectuada sobre los agentes que afectan a la organización del trabajo en equipo multidisciplinar de asistencia sanitaria, al que pertenece el celador/a como personal no sanitario, así como el estudio sus diferentes funciones, nos ha permitido examinar y alcanzar conclusiones sobre cómo puede un conjunto tan variado, de personal sanitario y no sanitario, ejecutar una labor profesional de calidad.

4 Resultados

Las funciones del celador se definen en el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Este estatuto fue derogado por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, manteniendo vigente los artículos relativos a las funciones del celador. Éstas son, entre otras, de manera resumida, las siguientes:

- Tramitar o conducir sin tardanza comunicaciones verbales, objetos y documentos.
- Realizar excepcionalmente labores de limpieza.
- Cuidar de que los enfermos no hagan uso indebido de la institución.
- Servir de ascensoristas.
- Vigilar las entradas de la institución; el acceso y estancia de familiares y visitantes; el comportamiento de enfermos y visitantes.
- Vigilancia nocturna interior y exterior del edificio.
- Velar por conseguir el mayor orden y silencio posible.

Hay, además, otras funciones que el celador desarrolla como miembro activo de un equipo multidisciplinar, que tienen carácter asistencial y de ayuda y colaboración estrecha con el personal sanitario, para la correcta atención al paciente. Debe tener la habilidad de intervenir en el equipo participando y colaborando con las distintas personas y los diferentes servicios, con el objetivo de que en la realización de su trabajo se llegue a conseguir el máximo beneficio de todo el conjunto. Esta colaboración implica el respeto y la responsabilidad de cada miembro

del equipo.

El celador forma parte de varios equipos de trabajo dentro de una institución sanitaria, siendo su labor tan importante como la de los demás profesionales que integran el equipo. A menudo es la primera persona con la que se encuentran los enfermos y familiares al llegar a la institución. Esta es la primera toma de contacto con el equipo. La manera en la que se realice este primer encuentro puede originar una buena o mala impresión. Por ello, además del conocimiento de sus funciones propias, el celador deberá poseer empatía con el paciente, ser discreto, agradable y amable.

El celador en planta ayuda en el aseo de pacientes hospitalizados. Cuando por circunstancias especiales del enfermo, no pueda ser movido sólo por el personal de enfermería o TCAE, ayuda en la colocación y retirada de cuñas. Ayuda al traslado y movimiento de enfermos encamados que requieran un trato especial a causa de sus dolencias para hacerles las camas. Acompaña al personal de enfermería cuando traslada niños ingresados fuera de las unidades infantiles. Realiza traslados dentro de la Institución entre servicios para la realización de pruebas complementarias (radiología, rehabilitación, diálisis, radioterapia, etc.). Traslada pacientes tras ser dados de alta, con el medio de transporte adecuado (silla de ruedas, cama, etc.). Ayuda al personal de Enfermería o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.

En urgencias, el celador recibe al paciente a su llegada al centro, lo lleva a la consulta asignada, lo acompaña a las pruebas que le han sido solicitadas, ayudando a los técnicos a colocar al enfermo en el sitio correspondiente para su realización, hace ingresos en planta; ante una urgencia traslada al paciente a la UVI, siempre acompañado por médico y personal de enfermería.
En el quirófano, el celador deberá montar la mesa de operaciones con el utillaje correspondiente según la intervención a realizar, llevar el paciente al quirófano, dejarlo en la mesa quirúrgica de forma correcta y segura con la ayuda del personal sanitario, en la postura que el cirujano disponga, trasladar el material que sea necesario para la operación y estar alerta durante la misma por si se requieren nuestros servicios. En caso de llegar al hospital un paciente grave que precise de inmediato intervención quirúrgica y su estado de limpieza no sea adecuado, ayudará al lavado y preparación del mismo, incluso al rasurado, procurando moverlo lo menos posible.

El celador de Rehabilitación hace el trabajo de planta ayudando al movimiento de

los enfermos en los ejercicios de rehabilitación, ayudando a los Fisioterapeutas. Se requieren para este puesto condiciones físicas suficientes dado el esfuerzo a realizar.

El celador de Necropsias trasladará los cadáveres al mortuorio y en caso de precisar autopsia, colocará el cuerpo en la mesa en la que tengan que practicarla. Ayudará en la misma en todo aquello que no requiera hacer uso de instrumental sobre el cadáver y lo aseará, cuidando el aspecto externo del difunto colocándolo en el mortuorio de tal forma que parezca dormido, siendo de su competencia la limpieza de la mesa y la propia sala.

El celador en la UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva), deben estar muy bien preparados en el movimiento de los enfermos, ya que su movilidad no puede hacerse bruscamente.

En la unidad de psiquiatría ayuda al aseo personal de los pacientes que lo precisen. Acompaña a los pacientes y al resto del personal sanitario a pasear por las zonas ajardinadas contiguas del Centro sanitario. Traslada pacientes a las Unidades y Consultas del Centro que sea preciso, siempre que no haya un compañero expresamente para esas funciones. Ayuda al personal sanitario en la administración de inyectables y tratamiento de pacientes incapaces que se niegan a colaborar. Colabora con otros profesionales de la Unidad en la reducción de pacientes agitados, ayudando al personal sanitario a sujetar a los pacientes alterados a los que hay que aplicar una sujeción mecánica.

5 Discusión-Conclusión

El rol del celador dentro del equipo multidisciplinar está relacionado con la colaboración al resto del personal sanitario para la correcta atención al paciente.

La necesidad del papel del celador ha aumentado considerablemente, debido a la carga asistencial que padecen, en general, todas las áreas hospitalarias. El crecimiento en la asignación de personal debido a mencionada carga debe ir acompañado de una mejor cualificación en el cometido de sus funciones, por lo que es muy importante que el celador tenga conocimientos y competencias en las distintas áreas de la salud para la realización de sus actividades, ante todo aquellas que realiza en común con otros profesionales.

La figura del celador es continuamente más visible en los sistemas sanitarios, lo que nos posibilita integrarnos de manera determinante en los distintos equipos

de trabajo, siendo reconocidos de manera indiscutible por las diferentes profesiones sanitarias. Un ejemplo de ello ha sido el premio recibido en 2017 por dos celadores de quirófano del Hospital Nacional de Parapléjicos, Ángel Luis López y Ricardo García, quienes diseñaron unos módulos realizados con material viscolástico, recubiertos de una tela de fácil esterilización, los cuales mejoran la posición del lesionado medular en la mesa quirúrgica. Realizaron un estudio observacional en 117 pacientes en el que han participado neurocirujanos, anestesistas, traumatólogos y cirujanos plásticos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, y sus conclusiones han sido las siguientes: el 94,2 % de los profesionales quirúrgicos han estimado que los dispositivos presentan una gran mejoría, mientras que el 5,48% restante consideran que mejora el acceso quirúrgico.

Este trabajo colaborativo resalta el valor del celador en el equipo multidisciplinar. Por medio de la confianza, coordinación, complementariedad, comunicación y compromiso de todos los componentes de los equipos de trabajo que hay en un centro hospitalario, independientemente de su categoría profesional, se conseguirá el mayor rendimiento de cada una de ellas, siendo el rendimiento del proceso el más eficiente posible.

6 Bibliografía

- Ministerio de Educación Cultura y Deporte (2019). Comunicación efectiva y trabajo en equipo. Online. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Visión general del celador como profesional del sistema sanitario público. Los profesionales y la Sanidad. El trabajo en equipo. El celador como integrante de los equipos de trabajo del Sistema Sanitario. Temario específico de celadores del Servicio Andaluz de Salud.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Disponible en www.boe.es
› buscar › pdf › BOE-A-2003-23101-consolidado.
- Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Disponibles en www.boe.es
› boe › dias › 1971/07/22 › pdfs
- Equipo de trabajo. Disponible en celadoresonline.blogspot.com › trabajo-e. Tema 7
- Trabajo en Equipo. Disponible en celadores2014.files.wordpress.com › 2015/04Untitled - WordPress.com

- Funciones del celador en las distintas áreas o servicios. Disponible en www. auxiliar-enfermeria.com
› funciones_celador1
- Un estudio demuestra la eficacia de la idea de dos celadores del Hospital Parapléjicos que mejora la posición del lesionado medular en la mesa quirúrgica. Disponible en www.castillalamancha.es
› actualidad › notasdeprensa › un-estudio-de…

Capítulo 1586

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD: INGRESO Y HOSPITALIZACIÓN

AIDA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

AIDA BERTRAND GONZÁLEZ

ESTHER ALVAREZ-SALA PRIETO

1 Introducción

La hospitalización supone una fractura en la vida cotidiana de la persona ingresada que puede afectarle de forma negativa a múltiples niveles (social, emocional, familiar, económico…). Esto, sumado a diversos factores que afectan al sistema nacional de salud tales como grandes listas de esperas en la realización de pruebas o cirugías, pueden conllevar consecuencias que se pueden sumar a las previamente mencionadas. Por ello, una adecuada atención al momento del ingreso, que la atención administrativa y sanitaria sea humanizada y empática, y que los trámites a llevar a cabo se realicen de manera eficiente, podrían suplir, en cierto modo, dichos aspectos negativos. Sin embargo, el desequilibrio notable entre la demanda por parte de la población a nivel sanitario, los recursos de los que se dispone y un número bajo de altas hospitalarias, pueden ser un hándicap que impedirá una atención de calidad (Mira et al., 1998; Asenjo et al., 1999).

En este sentido, el auxiliar administrativo es el profesional que más directamente percibirá dichas problemáticas, pues será (junto a otro personal sanitario y no

sanitario) quien las abordará y sufrirá en primera persona. Una adecuada gestión por parte de este profesional ayudará a minimizar el impacto (Vaillancourt, y Schull, 2011).

Uno de los factores que hace años influía directamente en que los tiempos de espera fueran largos y costosos, era la complejidad de los procedimientos administrativos. Sin embargo, en la última década estos se han aligerado de forma notable, creando nuevas categorías profesionales y sistemas de registro que simplifican todos estos procesos. La incorporación de la informática, y el rechazo del papel, ha supuesto un hito a nivel administrativo y de gestión (Leegon, Jones, Lanaghan, y Aronsky, 2005).

Por lo tanto, hoy en día, uno de los principales retos en el área de hospitalizaciones y para el personal administrativo será gestionar, de forma conjunta y al mismo tiempo, distintas variables, tales como: el número de camas disponibles o el número de ingresos que previsiblemente se van a producir, debiendo considerar en muchas ocasiones que habrá variables incontrolables que afectarán a dichas previsiones (decisiones inmediatas por parte de los facultativos o los niveles de gravedad que llegan desde triaje) (Martínez et al., 2012).

2 Objetivos

Describir qué funciones desempeña el auxiliar administrativo en el área de hospitalizaciones e ingresos de un centro sanitario, así como de qué recursos dispone y precisa para el desarrollo de las mismas.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, gestión, hospitalización, ingreso, hospital, recursos. A través de estos tópicos, se encontraron 15 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 8 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 7 artículos que recogían los criterios de inclusión de la

investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 2 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 5.

4 Resultados

A. Funciones del auxiliar administrativo en el ingreso y hospitalización de pacientes

Tras analizar los artículos y material bibliográfico seleccionado, se encuentra que el auxiliar administrativo, en el área de hospitalización de pacientes, va a tener una serie de funciones específicas y bien diferenciadas.

• En primer lugar, se encargarán de administrar las solicitudes de ingresos, así como su posterior programación, gestionando de esta manera la demanda y el volumen de ingresos en el centro sanitario, organizando los mismos en función de criterios base previamente establecidos. Asimismo, deberá realizar una adaptación en tiempo real de dicha demanda, pues será cambiante al depender directamente de otras áreas como las urgencias.

• Relacionada con la función anterior, se encargará de gestionar el número de camas disponibles y de asignar las mismas a las unidades de enfermería, debiendo tener en cuenta en este procedimiento criterios clínicos, de autonomía y cuidados del paciente. La opinión del personal sanitario y sus recomendaciones al respecto también han de ser tenidas en cuenta por este profesional. Por otro lado, esta gestión dependerá a su vez de la cantidad de altas hospitalarias que, previsiblemente, se van a producir, por lo que todo el proceso ha de ser verificado y valorado en el momento para que los ingresos y altas no se lleguen a solapar. En este sentido, el tiempo que precisa el personal TCAE para preparar camas y habitaciones, también ha de ser tenido en cuenta.

• Finalmente, el auxiliar administrativo se encargará de registrar de forma fehaciente todo el periodo de la hospitalización del paciente, realizando una clasificación del mismo, actualizando datos en caso de ser preciso y registrando los documentos relativos al ingreso y alta, de modo que todo el episodio quede almacenado adecuadamente. Estos registros no solo formarán parte de la historia clínica del paciente, sino que serán objeto de valoración asistencial posteriormente.

Todas estas tareas se valorarán a través de una serie de indicadores de calidad,

tales como el número de camas gestionadas al día, tiempos manejados en la gestión y organización, grados de error a la hora de realizar las previsiones de camas disponibles/ocupadas…

B. Material y recursos necesarios

Para que el auxiliar administrativo lleve a cabo las tareas descritas, precisará de una serie de recursos básicos y protocolos que han de estar constantemente disponibles para que pueda desempeñar sus funciones con eficacia. Algunos de dichos recursos, son los que siguen:

• Sistemas informáticos específicos del área de gestión de ingresos y hospitalización.

• Registros permanentes y actualizados que se puedan modificar en tiempo real acerca del número de ingresos, altas y camas disponibles, así como de posibles eventualidades no previstas que puedan modificar la programación realizada (ingresos por urgencias, epidemias, etc).

• Guías y normas protocolizadas que permitan al profesional acudir a las mismas en caso de necesidad.

• Capacitación continua y actualizada en la gestión de pacientes y en nuevos sistemas informáticos.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que una de las tareas fundamentales del auxiliar administrativo en la gestión de pacientes de cara a su hospitalización será la programación y priorización de su asistencia sanitaria, debiendo tener en cuenta diversos criterios individuales, así como otros de carácter clínico. La distribución que este personal llevará a cabo deberá ser equilibrada y equitativa.

Por otro lado, el auxiliar administrativo deberá estar en continua coordinación y comunicación con el resto de personal sanitario y no sanitario que trabaje en el centro, favoreciendo así una adecuada atención y funcionamiento asistencial. Esta coordinación también proporcionará apoyo, de manera indirecta, a la gestión de otras áreas. Su funcionamiento final servirá de base para implementar mejoras en el funcionamiento de los servicios y actualizará los procesos y

protocolos existentes, lo que supondrá una mejora en los procedimientos administrativos y en la carga de trabajo final.

6 Bibliografía

- Alonso, D. G., Enguix, N., Valverde, L., Castells, M., Pascual, I., Esquerda, A., & Sarlé, J. (2011). Resultado de un proceso para la mejora de las altas hospitalarias precoces. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 23(1), 29-34.
- Amarasingham, R., Swanson, T. S., Treichler, D. B., Amarasingham, S. N., & Reed, W. G. (2010). A rapid admission protocol to reduce emergency department boarding times. BMJ Quality & Safety, 19(3), 200-204.
- Asenjo, M. A., Bohigas, L. L., Trilla, A., Prat, A., Arbués, M. T., Ballesta, A. M., ... & Lobo, A. (1999). Gestión diaria del hospital. Revista española de salud pública, 73(3), 417-419.
-Leegon, J., Jones, I., Lanaghan, K., & Aronsky, D. (2005). Predicting hospital admission for Emergency Department patients using a Bayesian network. In AMIA... Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium (Vol. 2005, pp. 1022-1022). American Medical Informatics Association.
- Martínez, E., Fernández, C., González del Castillo, J., González-Armengol, J. J., Villarroel, P., & Martín-Sánchez, F. J. (2012, August).
- Modelo predictor de ingreso hospitalario a la llegada al servicio de Urgencias. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 35, No. 2, pp. 207-217). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodriguez-Marín, J., Aranaz, J., & Sitges, E. (1998). La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial, 13(3), 92-7.
- Ovens, H. (2010). Saturación de los servicios de urgencias: Una propuesta desde el sistema para un problema del sistema.
- Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 22(4), 244-246.
- Romero, F. B., Macías, J. B., Gil, D. G., & Álvaro, J. L. (2010). Tiempo de demora para la hospitalización tras la implantación del ingreso directo a cargo del Servicio de Urgencias. Revista clinica espanola, 210(4), 159-162.
- Vaillancourt, S. D., & Schull, M. J. (2011). ¿ Puede la investigación con bases de datos administrativas ayudarnos a proporcionar una mejor atención a nuestros pacientes?. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 23(4), 329-332.

Capítulo 1587

LOS CAMBIOS POSTURALES EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

FLORENTINA SUÁREZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

Los cambios posturales son aquellos que se deben de realizar a aquellos pacientes que por sus patologías de carácter intrínseco o por otras causas ajenas a ellos se encuentran inmovilizados por largos periodos de tiempo y con riesgo de que se produzcan lesiones en los tejidos presionados de graves consecuencias para su salud. Los profesionales que se encargan de estos cuidados son los auxiliares de enfermería junto con la "no menos importante" figura del celador,sin la cual estos cambios serían difíciles de desarrollar por una sola persona debido a la escasa o nula colaboración por parte de este tipo de pacientes.

En las unidades de hospitalización, tanto en turno de día como de noche, el celador colabora con toda clase de asistencia sobre el paciente que requiera cualquier tipo de movimiento. Por eso debe de conocer todas las posiciones y pautas de actuación sobre los pacientes, incluida también la movilización de aquellos que tienen pautados por el facultativo cambios de cama a sillón o traslado a rehabilitación o pruebas de radiodiagnóstico. Por este motivo, están formados también en el uso de la aparatología empleada para ello. El mayor y más difícil problema de solucionar de la inmovilidad sería el daño colateral de una escara, que es una lesión o hinchazón producida por la presión prolongada en cualquier parte del cuerpo, generalmente afectan a partes sobre áreas con hueso y escaso tejido subcutáneo.

Los pacientes con más riesgo de sufrir una úlcera por decúbito son aquellos que se encuentran ingresados durante largos períodos de convalecencia. Éstos precisan estar encamados y con escasa o nula movilidad por su patología o también por la afluencia de demencias que muchos de ellos padecen. También son candidatos los pacientes con obesidad y aquellos pacientes incontinentes que continuamente tienen un ambiente húmedo por sus continuas micciones. De ahí la necesidad de implementar los cambios posturales a los pacientes inmovilizados o con problemas de movilidad considerable.

El mayor y más difícil problema de solucionar de la inmovilidad sería el daño colateral de una escara. Estos cambios consisten en modificar la postura corporal de los pacientes encamados y son de varios tipos: DLD, DLI, DS, DP. Todos estos cambios realizados convenientemente evitan la aparición de escaras por decúbito.

2 Objetivos

- Determinar la cooperación del celador con el auxiliar en los cambios posturales y la importancia de éstos en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Identificación de documentos en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud: Medline, Cinhal, Scielo, COCHRANE y Cuiden. Los descriptores introducidos en la búsqueda fueron :úlcera necrosa, cambios posturales, aparatología de movilización, ayudas técnicas, con operador boléano y AND. Los criterios de inclusión fueron: textos españoles desde 1996. Como criterios de exclusión se estableció: pacientes desconectados con evidencia de escasas horas de vida.

4 Resultados

Para reducir el riesgo del individuo de desarrollar Úlceras por Presión (UPP), es importante reducir el tiempo y la cantidad de presión a los que está expuesto y además mantener ciertos cuidados:
- Aseo general cada 24 horas y parcial cuando se precise. Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.

- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca. Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
- Examinar el estado de la piel a diario, (durante el aseo, cambios posturales, etc.) buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o induraciones.
- Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración, lesiones)
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol, Linovera o Mepentol) o emulsión cutánea suavizante (Epaderm) , procurando su completa absorción con un masaje suave.
- Valore la posibilidad de utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de úlceras por presión, cuya piel esté intacta.
- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los trocánteres, proteger las prominencias óseas aplicando un apósito hidrocoloide, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras con velcro.

1. Exceso de Humedad
Objetivo: Evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas.

Cuidados del paciente: sondaje vesical si es necesario, colocar pañales absorbentes o colectores. Para prevenir el deterioro de la piel de la persona incontinente, es fundamental, en el caso de uso de absorbentes, que éste sea:
- Transpirable para que ayude a mantener un microclima de la piel adecuado, para prevenir el deterioro de la misma.
- Que la capa que está en contacto con la piel esté siempre seca, para lo que el absorbente debe tener un bajo retorno de humedad, es decir, que la humedad que entra en el absorbente no retroceda para que la piel del paciente esté lo más seca posible. (Ver sección de Lesiones por Humedad).
• Asear al paciente lo antes posible en caso de incontinencia para evitar maceraciones de la piel.
• Reeducar en lo posible los esfínteres.
• En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar productos bar

2. Movilización:
Objetivo: Aliviar la presión sobre las áreas de riesgo (prominencias óseas).

Cuidados:
-Realizar cambios posturales. Todo paciente detectado como de riesgo debe ser cambiado de posición si no hay contraindicación por su patología de base. El periodo de tiempo entre cada cambio no debe exceder generalmente de dos horas y deberá estar definido en el plan de cuidados o historia del paciente. Los pacientes, en los que sea posible, deberán ser educados para cambiar de posición ellos mismos.

En general se darán cambios posturales cada 2-3 horas (al menos dos por turno) a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho, y registrando la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados (ver posiciones terapéuticas y colocación de almohadas).
- Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
- En pacientes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre si usando almohadas.
- Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
- En decúbito lateral, no sobrepasar los 30 grados.
- Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
- Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones de aire (pacientes de peso inferior a 75 kg.), cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Sólo es un material complementario no sustituye a la movilización.

Posiciones terapéuticas para los cambios posturales. Decúbito supino,las almohadas se colocarán:
- Una debajo de la cabeza.
- Una debajo de la cintura.
- Una debajo de los muslos.
- Una debajo de las piernas.
- Una apoyando la planta del pie.
- Dos debajo de los brazos (opcional).

- Deberán quedarse libres de presión:Talones, glúteos, zona sacro-coxígea, escápulas y codos.

Precauciones:
- Las piernas deberán quedar ligeramente separadas.
- Los pies y manos deben conservar una posición funcional.
- Evitar la rotación del trocánter

Decúbito lateral,las almohadas se colocarán:
- Una debajo de la cabeza.
- Una apoyando la espalda.
- Una entre las piernas.

Precauciones:
La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45 60°.
Las piernas quedarán en ligera flexión.
Los pies formando ángulo recto con la pierna.
Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30º.
En pacientes que pueden realizar algún movimiento en la cama se deberá animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.
Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

Sentado,las almohadas se colocarán:
-Región cervical.
-Región lumbo-sacra.

Precauciones:
Es importante que estén sentados correctamente manteniendo el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- No utilizar roscos de caucho o flotadores.
- Los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
- Evitar la hiperflexión cervical, la cifosis lumbar, la compresión de los huecos poplíteos que impide un correcto retorno venoso, el pie equino y el estrangulamiento de la sonda urinaria bajo la piel.

3. Superficies especiales de apoyo o de manejo de presión:
Las superficies especiales son aquellas diseñadas específicamente para el manejo de la presión, reduciéndola o aliviándola, incluyen camas, colchones, colchonetas

y cojines de asiento.

4. Nutrición e Hidratación:
Es necesario asegurar un estado de nutrición e hidratación adecuados, ya que la desnutrición/deshidratación son considerados por diversos estudios como factores de riesgo de formación de úlcera por presión. El aporte para un estado nutricional adecuado deber ser: calórico (30-35 Kcl / Kgr), proteico (1-1,25 gr / Kgr) y de vitaminas y minerales.
Los pacientes en riesgo de desarrollo de UPP o que ya la presentan requieren de una dieta hiperproteica y el aporta de nutrientes que faciliten la cicatrización. La incidencia de escaras por decúbito constituye uno de los indicadores del nivel de cuidados instaurados en un hospital habiéndose registrado en 2013 una prevalencia del 0,44% en atención primaria entre mayores de 65 años y del 8,51% en atención domiciliaria y de un 7,87% en adultos en hospitales, de un 3,36% en unidades de pediatría y de un 13,41% en centros geriátricos. La prevalencia es aún mayor en UCI con un 18%. El uso de apósitos preventivos reduce la tasa de úlceras por presión en un 71%.

5 Discusión-Conclusión

La adecuada valoración global de la clínica del paciente permitirá identificar los riesgos y ventajas del tratamiento a establecer y los cuidados específicos para minimizar lesiones y optimizar el esfuerzo terapeútico del equipo mulitidisciplinar y de los familiares.

Tener en cuenta la etimología de la úlcera lleva a una mejor elección del tratamiento reparador a indicar por los facultativos y a un programa establecido individual para cada tipo de paciente y lesión.

6 Bibliografía

- Landis E. Micro-injection studies of capillary blood pressure in human skin. Heart.Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.
- Guía de cuidados enfermeros del INSALUD. (Madrid 1996).
- European pressure Ulcers Advisory Panel: Directrices sobre la prevención de úlceras por presión del

Grupo Europeo de Úlceras por presión. Gerokomos.1999.
- Best Practice. Pressure Sores. Part 1: Prevention of Pressure Related Damage. The Joanna Briggs Instituted for Evidence Based nursing and Midwifery. 1997.
- Rodríguez M. et al. Cuidados de Enfermería al paciente con upp. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004.
- Rodríguez Piñero M. Epidemiología,repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras .

Capítulo 1588

GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA AMBULATORIA: PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

AIDA BERTRAND GONZÁLEZ

ESTHER ALVAREZ-SALA PRIETO

AIDA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Uno de los principales objetivos del sistema nacional de salud (en adelante SNS) es otorgar al ciudadano una atención sanitaria de calidad, equitativa y segura, atendiendo siempre a la satisfacción del paciente con el servicio prestado. Por ello, se compone de diversas modalidades de atención sanitaria, a las que la persona acudirá dependiendo de la necesidad específica que tenga. Por lo tanto, el paciente ha de estar informado y formado en los diversos servicios que se encuentran a su disposición, de cara a seleccionar el que mejor le convenga (Thielscher, 2010).

En este sentido, la atención ambulatoria es uno de los servicios clave del SNS. Se encarga de recibir y atender a los pacientes de manera que estos no pernoten en cama de hospital. Incluye modalidades heterogéneas, y tiene su base en la atención primaria de los centros de salud (Billings, Anderson y Newman, 1996).

La atención ambulatoria es uno de los principales recursos de los que el ciudadano dispone, ya que no solo funciona como un contacto rápido y sin me-

diadores para dolencias de baja gravedad o para afecciones crónicas que no precisan de atención especializada, sino que incidirá de manera indirecta en la demanda de los servicios de urgencias y reducirá el número y temporalidad de las hospitalizaciones (Salinas-Martínez et al., 2002).

Dada la catedral importancia de este recurso, una correcta y adecuada gestión del mismo será fundamental. Una mala administración podrá derivar en problemas organizativos en todos los servicios que componen el SNS, ya que sus distintos niveles se encuentran interrelacionadas y en comunicación constante. Por ello, el auxiliar administrativo, que será el profesional que se encargará de las tareas organizativas y administrativas en la atención ambulatoria, debe estar convenientemente formado y capacitado para hacer frente a las exigentes demandas de este puesto de trabajo (Amador-Porro y Cubero-Menéndez, 2010).

2 Objetivos

- Analizar las principales funciones del auxiliar administrativo que trabaja en un centro de salud, específicamente en el servicio de atención ambulatoria.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Google Scholar, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, atención primaria, centro de salud, gestión, administración, sanidad, centro sanitario. A través de estos tópicos, se encontraron 9 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 3 salidas de la web. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 6.

4 Resultados

A. Funciones del auxiliar administrativo en la atención ambulatoria
Entre las principales funciones del auxiliar administrativo en este ámbito, se encuentra la programación y administración del calendario, actualizando los servicios sanitarios disponibles a nivel ambulatorio en función de la demanda y actividad realizada.

En segundo lugar, el auxiliar administrativo se encargará de realizar las debidas gestiones adyacentes a las solicitudes de cita. De este modo, el profesional deberá valorar de manera individual las solicitudes realizadas por la ciudadanía y procesarlas y aceptarlas en función de su adecuación a criterios base establecidos por el centro de salud. Asimismo, se encargará de asignar, en colaboración con el personal sanitario, las fechas previstas para la cita, así como la hora a la que se producirá la misma. En determinadas situaciones, también se encargará de contactar con el paciente para recordar la cita programada, así como las características de esta.

El auxiliar administrativo también deberá encargarse de enviar a los distintos servicios que componen su hoja de ruta las programaciones y calendarios generados. Del mismo modo, informará a la dirección y a los responsables y supervisores directos acerca de la cantidad de usuarios en lista de espera, así como con cita ya organizada.

Todo el movimiento que se produzca en esta unidad asistencial deberá ser debidamente registrado, incluyendo en dicho registro todas aquellas intervenciones ambulatorias realizadas de manera efectiva. Las no realizadas también han de ser detalladas, así como su motivación. En caso de prestaciones ejecutadas por urgencia, también se describirán. Este profesional podrá encargarse de organizar la coordinación de esta área con otros servicios o centros asociados.

Finalmente, se encargará de informar al paciente o usuario de manera adecuada acerca del catálogo de servicios y su forma de tramitación, funcionando como figura de referencia a nivel formativo.

B. Recursos necesarios
Para desempeñar todas las funciones previamente mencionadas, el trabajador debe disponer de una serie de recursos para que el desempeño de las mismas se produzca de la manera más adecuada posible. Los principales son los siguientes:
. Capacidad organizativa de alto nivel, coordinando las agendas y calendarios a tiempo real.
- Capacidad comunicativa, informando tanto al usuario como a los compañeros y superiores de la información que se le requiera.
- Disponer de recursos materiales y tecnológicos suficientes y actualizados que le permitan desempeñar sus funciones eficientemente.
- Atender a las normas de seguridad y procedimiento base establecidos por el centro de salud a la hora de desempeñar su actividad laboral.

Todos estos recursos permitirán que, en las evaluaciones continuadas realizadas sobre este servicio, se obtengan altos índices de calidad en la gestión documental y del propio servicio.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el auxiliar administrativo es uno de los principales responsables de que el servicio de atención sanitaria ambulatoria se encuentre adecuadamente gestionado. Asimismo, deberá organizar a los pacientes, atender a sus solicitudes y tramitar las mismas. Una conveniente atención al paciente por parte de este profesional, así como un correcto manejo y programación de citas, descongestionará esta área de salud. Además, un correcto desempeño de sus funciones incidirá, de manera indirecta, en los servicios de urgencias hospitalarias.

La carga de trabajo en este servicio puede suponer un hándicap en la salud del auxiliar administrativo. Por ello, realizar un seguimiento periódico a su salud, prevendrá bajas laborales causadas por factores propios del puesto de trabajo.

6 Bibliografía

- Amador Porro, C. O., & Cubero Menéndez, O. (2010). Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. Revista cubana de salud pública, 36(2), 175-179.
- Arcelay, A., Lorenzo, S., Bacigalupe, M., Mira, J. J., Palacio, F., Ignacio, E., ... & Velasco, V. (2000). Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario. Rev calidad asistencial, 115, 184-91.
- Beltrán, D. O., Carbonell, V. P., Guillén, V. G., Erades, I. P., Montés, M. R., & Cánovas, P. M. (2004). Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). Atención Primaria, 33(2), 69-77.
- Billings, J., Anderson, G. M., & Newman, L. S. (1996). Recent findings on preventable hospitalizations. Health Affairs, 15(3), 239-249.
- Guarga, A., Gil, M., Pasarín, M., Manzanera, R., Armengol, R., & Sintes, J. (2000). Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. Atención primaria, 26(9), 600-606.
- Lohr, K. N., & Schroeder, S. A. (1990). A strategy for quality assurance in Medicare. New England Journal of Medicine, 322(10), 707-712.
- McMahon, R., Barton, E., & Piot, M. (1997). Guía para la gestión de la atención primaria de salud. OPS.

- Piñeiro, J. Á., Mallou, J. V., & Bubeta, A. R. (2006). El análisis de importancia-valoración aplicado a la gestión de servicios. Psicothema, 18(4), 730-737.
- Salinas-Martínez, A. M., Sandoval-Espinosa, D., Núñez-Rocha, G. M., Garza-Elizondo, M. E., & Villarreal-Ríos, E. (2002). Impacto de la atención ambulatoria del primer nivel de atención en la hospitalización de población asegurada con diabetes mellitus tipo 2. Atención Primaria, 30(10), 611-617.
- Saturno, P. (2005). Modelos de gestión de la calidad aplicados a la Atención Primaria. Opina la Universidad. Modelos de calidad asistencial en atencion primaria, 2.
- Thielscher, C. (2010). How to find the right approach to quality measurement: determinants of quality and its measurement in healthcare. World Medical & Health Policy, 2(1), 375-385.

Capítulo 1589

EFECTOS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN LA SANIDAD PÚBLICA SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

AIDA BERTRAND GONZÁLEZ

ESTHER ALVAREZ-SALA PRIETO

AIDA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los riesgos laborales no han sido estáticos a lo largo de la historia, adecuándose al contexto particular y a variables fundamentales como la socioeconómica. Su concepción no llega hasta hace unas décadas, cuando aparece el reconocimiento al trabajo en todas sus vertientes, así como la protección al trabajador y a su salud, mental y física. Sin embargo, a pesar de las medidas adoptadas desde entonces, los riesgos laborales siguen existiendo, siendo entendidos como aquellas situaciones o conductas de origen laboral que tienen consecuencias nocivas sobre el trabajador (Moreno-Jiménez, 2011).

Relacionado con lo anterior, los factores laborales que afectan a la vida del trabajador son múltiples y con diversos orígenes. Estos pueden clasificarse en dos grupos: los positivos y los negativos. Los primeros serían aquellos que tienen unas consecuencias positivas sobre el trabajador, mientras que los segundos tendrían repercusiones negativas. Los riesgos laborales se enmarcarían en estos segundos (Benavides et al., 2002).

En este sentido, cobran especial relevancia, desde hace unos años, los llamados factores psicosociales. Estos tienen que ver con diversos aspectos: la estructura organizacional, el clima de trabajo, la cooperación, el liderazgo… La manera en que estos aspectos se desarrollen desencadenará en el trabajador bien sentimientos de logro y desarrollo personal, o tensión y estrés cronificado. En el caso de la segunda opción, los aspectos que pueden provocar dichas consecuencias son innumerables: falta de control sobre las tareas a realizar, muchas horas de dedicación, alta intensidad en el desempeño de las funciones, trabajo a turnos, una mala comunicación con el resto de personal (tanto de forma horizontal como vertical)…Sus efectos, asimismo, pueden ser múltiples y dependerán de cómo el trabajador los afronte, así como de otras herramientas y estrategias de las que disponga, tanto a nivel psicológico, como físico, social o económico (Cooper, Dewe, O'Driscoll y O'Driscoll, 2001; Taris y Kompier, 2005).
Por todo lo anterior, los mecanismos de prevención puestos en marcha son esenciales. De forma previa, analizar los principales factores de riesgo y diferentes efectos que se producen sobre distintas categorías profesionales y distintos ámbitos laborales, es fundamental y está cobrando cada día más importancia, habiendo múltiples estudios empíricos que analizan dicha cuestión.

2 Objetivos

Describir qué efectos tiene, sobre la salud del auxiliar administrativo que trabaja en centro de salud, la existencia de riesgos psicosociales en su ámbito laboral-
Diferenciar entre efectos psicológicos, físicos y de otra tipología, y describir los mismos de manera exhaustiva.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, efectos, consecuencias, riesgos psicosociales, sanidad, centro sanitario, hospital. A través de estos tópicos, se encontraron 12 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis sólo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.
De este modo, se eliminaron 4 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 8 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debió eliminar

uno más por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 7.

4 Resultados

Tras analizar los estudios seleccionados, se halla que los efectos de exponerse de manera continuada a riesgos psicosociales, tiene efectos diversos sobre la salud del auxiliar administrativo. Entre otros, se encuentran los descritos a continuación:

A. Psicológicos.

Uno de los principales efectos es la aparición de estrés, como consecuencia de una descompensación entre la capacidad de la persona de manejar situaciones demandantes y la situación propiamente dicha. La cronificación del estrés dará lugar a niveles altos de ansiedad, que pueden derivar en el "síndrome de estar quemado en el trabajo" (burnout).

El burnout es una respuesta desadaptada al estrés cronificado, y que se caracteriza por conductas, actitudes y sentimientos negativos por parte del profesional hacia el entorno laboral y hacia las personas que lo integran. Sus tres dimensiones principales, son: agotamiento emocional, despersonalización y baja autorrealización en el trabajo. Los principales factores que llevan al desarrollo de este síndrome son múltiples: desde aspectos organizacionales, hasta sociales y personales.

B. Físicos.

Una exposición permanente a factores de riesgo psicosociales y laborales, podrá conllevar patologías a nivel de salud física. En muchas circunstancias, estas se derivan de la categoría anterior. Así, problemas cardiovasculares y/o endocrinos, fatiga o cansancio extremo, pueden generarse o agravarse en caso de estar expuesto de forma continuada a los mismos. Esto, puede llevar a una sobre medicación del auxiliar administrativo, tanto para paliar los síntomas psicológicos como los físicos, con la dependencia que - en muchas ocasiones - ello conlleva.

C. Otros.

Un último efecto sobre la salud del auxiliar administrativo, y que se deriva de los riesgos psicosociales, es la violencia ejercida sobre el trabajador. En este sentido, la violencia puede llegar desde múltiples frentes:

• Procedente de los pacientes, usuarios del servicio o familiares: la bibliografía manejada avala que determinadas circunstancias dan lugar a violencia ejercida por estos colectivos. Entre otras, encontramos la nocturnidad, los tiempos en las esperas, pocos recursos humanos o una atención deficiente.

• Procedente de superiores o compañeros del entorno laboral: la competitividad en el entorno de trabajo de estos profesionales puede favorecer el acoso, la discriminación, el abuso sexual y, en último término, la violencia sobre el profesional.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que una exposición continua a riesgos psicosociales provocará en el trabajador auxiliar administrativo diversos efectos a corto y largo plazo. A corto plazo, niveles altos de estrés y ansiedad; trastornos del sueño; trastornos alimentarios; déficit en las funciones ejecutivas; problemas familiares; problemas en las relaciones sociales. A largo plazo: trastornos psicosomáticos; consumo de alcohol y drogas; automedicación; trastornos del sistema inmunitario, digestivo, respiratorio y cardiovascular; problemas de piel y capilares; trastornos osteomusculares. Por otro lado, las consecuencias repercutirán en la vida social y familiar del profesional. Del mismo modo, incidirá en la calidad de su trabajo y retroalimentar sus problemas de salud, agravándose.
Por todo lo anterior, adecuados protocolos de detección temprana en estos casos deben ser puestos en marcha, identificando con prontitud síntomas y signos físicos, psicológicos o de violencia, abordando la situación antes de que derive en consecuencias de mayor gravedad.

6 Bibliografía

- Benavides, F. G., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J. M., Jarque, S., Berra, A., & Devesa, J. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. Gaceta sanitaria, 16, 222-229.
- Camacho Ramírez, A., & Mayorga, D. R. (2017). Riesgos laborales psicosociales. Perspectiva organizacional, jurídica y social. Prolegómenos, 20(40), 159-172.
- Collado Luis, S. (2008). Prevención de riesgos laborales: principios y marco normativo.
- Cooper, C. L., Cooper, C. P., Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P., & O'Driscoll, M. P. (2001). Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications. Sage.
- Moreno Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. Medicina y Seguridad del trabajo, 57, 4-19.
- Rodríguez, M. (2009). Factores psicosociales de riesgo laboral:¿ nuevos tiempos, nuevos riesgos?. Observatorio laboral revista venezolana, 2(3), 127-141.

- Romeral Hernández, J. (2012). Gestión de la seguridad y salud laboral, y mejora de las condiciones de trabajo: El modelo español. Boletín mexicano de derecho comparado, 45(135), 1325-1339.
- Rosa, M. A. S., Albiol, L. M., & Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos. Anales de Psicología/Annals of Psychology, 25(1), 150-159.
- Taris, T. W., & Kompier, M. A. (2005). Job demands, job control, strain and learning behavior: Review and research agenda. Research companion to organizational health psychology, 17, 132-150.
- Velandia, J. H. M., & Pinilla, N. A. (2013). De la salud ocupacional a la gestión de la seguridad y salud en el trabajo: más que semántica, una transformación del sistema general de riesgos laborales. INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales, 23(48), 21-31.

Capítulo 1590

LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

GRACIELA ORDIZ VILLAR

BEGOÑA ARIAS ÁLVAREZ

RUBEN CHARRO GARCIA

IRENE GARCÍA IBASETA

1 Introducción

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADOC) es un servicio no asistencial que facilita el acceso del paciente al servicio de atención especializada, además encargarse de gestionar la historia clínica. Se trata del servicio del hospital donde se concentra el mayor número de contactos con los ciudadanos y donde el paciente consigue la información sobre el acceso al servicio deseado.

Constituye una estructura de apoyo al hospital basada en la gestión de pacientes, donde se tramita la documentación clínica y la información asistencial que se va generando.

La labor del auxiliar administrativo consiste en gestionar la admisión de los pacientes y el manejo de su documentación clínica, que se traslada posteriormente a los profesionales sanitarios especialistas para una correcta asistencia clínica al paciente. Además, hay que tener en cuenta que, apoyándose en el desarrollo

de las actuales nuevas tecnologías, se debe de disponer de sistemas de información fiables que faciliten esta gestión, garantizando siempre debida protección de datos y preservar el derecho a la intimidad de los pacientes, conforme a la normativa legal vigente.

2 Objetivos

- Poner de manifiesto las funciones llevadas a cabo por el auxiliar administrativo en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, para que el trabajo se desarrolle de una manera correcta y eficaz.
- Adecuar y la optimizar la utilización de recursos tales como las camas de hospital, la utilización de quirófanos, las salas consultas externas, etc.

3 Metodología

El método a seguir es la búsqueda de artículos y libros publicados relacionados con el tema específico a tratar, seleccionando los que se ajustaban en mayor medida a la información y los objetivos propuestos.
Se han utilizado buscadores introduciendo palabras clave relacionadas con el SADOC, seleccionando la información más ajustada al tema en cuestión.

4 Resultados

El auxiliar administrativo debe regular los ingresos, traslados y altas en el área de hospitalización. Respecto a la hospitalización sus principales funciones son:
- Solicitud y programas de ingresos.
- Gestión de camas.
- Registro del episodio de hospitalización.
- Coordinación organizativa del proceso asistencial

En referencia a las derivaciones inter-centros, el auxiliar administrativo debe dar recepción y registrar las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o desde éste a otros, así como gestionar las solicitudes de asistencias dirigidas al propio centro u otros según las necesidades establecidas por el hospital.

En cuanto a la documentación clínica de los pacientes, el auxiliar administrativo debe gestionar la información clínica que se va generando en cada etapa del proceso asistencial, organizando toda la documentación en la historia clínica

correspondiente de cada paciente. Asimismo debe custodiar, conservar y administrar la documentación que se va generando a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales de los pacientes.

Respecto a la gestión de la historia clínica, el auxiliar administrativo debe de identificar la historia correcta de cada paciente admitido, llevar el mantenimiento de la misma, control de la calidad y garantizar la accesibilidad.

5 Discusión-Conclusión

La gestión integral de pacientes, administrativa y asistencial, es el objetivo principal de los hospitales. La atención a los pacientes se enmarca como la gestión asistencial en torno a los mismos. El SADOC se puede definir como los ojos a través de los cuales los equipos directivos ven la gestión asistencial. El sistema de información clínico-asistencial es una de las razones fundamentales para su existencia, ya que concreta toda la información en un solo punto, permitiendo la creación de una base de datos asistencial. El SADOC centra sus funciones en la gestión de pacientes de la atención especializada, donde se constituye una relevancia tanto en la gestión clínica como económica en los hospitales y la escasez de recursos se contrapone a la exigencia social, provocando que haya que redefinir objetivos y técnicas de gestión para dar respuestas a las necesidades cambiantes de la sociedad. Sus líneas de actuación son: la gestión administrativa, la atención a pacientes y la información asistencial.

El auxiliar administrativo asignado a este servicio debe tener acceso a una formación continuada, para actualizar sus conocimientos a las nuevas demandas. Asimismo, sus funciones deben estar orientadas hacia la coordinación de acciones y recursos. Por todo lo anteriormente expuesto, podemos concluir que las funciones del SADOC se centran en:
- Autorización de ingresos, altas y su programación.
- La gestión de camas hospitalarias.
- La coordinación con otros centros asistenciales.
- La gestión de listas de espera.
- Citaciones de consultas externas.
- Custodia y préstamos de historias clínicas.
- Remisión de información a los servicios centrales del servicio de salud.
- Colaboración en la creación de los cuadros de mando.

6 Bibliografía

-Orencio López Gestión de pacientes hospitalarios (edición Olalla 1997).
- Hernández, J.M (2006) Historia clínica.
- Álvarez, M.T (2007) documentación clínica.
- RD 866/2001, 20 de Julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias.
- Echeverría Echarri, Lorenzo "foro sistemas de información del SNS en el S.XXI" (18/10/2017).
- AcessMedicina; M.A Luisa Tamayo Canillas, Ramón Romero Serrano.

Capítulo 1591

EFECTOS DEL TRABAJO EN HORARIO NOCTURNO

MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ

ANA BELEN RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

En este estudio se analizan los efectos de la nocturnidad laboral permanente y de la rotación de turnos en el bienestar personal, material, laboral y sexual-afectivo, en la satisfacción familiar y en el rendimiento perceptivo-visual de los trabajadores.

Se estudian las relaciones existentes entre el dominio familiar y el laboral, y también la incidencia de los problemas médicos, el salario, consumo de medicamentos, conductas de salud, tipología circadiana, duración de la jornada laboral, realización de actividades deportivas, duración total del sueño y de la siesta, número de hijos a cargo, gestión del tiempo personal y familiar, consumo de sustancias adictivas y realización en pareja de las de tareas domésticas, entre otras variables.

2 Objetivos

Mitigar los efectos del trabajo nocturno sobre los trabajadores y mejorar así el ámbito familiar y laboral.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica y sistemática de artículos científicos del área de salud, publicaciones de organismos oficiales del Estado y la página del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España.

4 Resultados

Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años muestran la presencia de numerosas repercusiones negativas sobre la salud de los trabajadores afectados. Desde una perspectiva psicológica destacan los trastornos del sueño, el síndrome de fatiga crónica, el estrés laboral, la sintomatología depresiva y diversos problemas familiares y sociales. Asimismo, se ha observado un mayor número de problemas laborales (absentismo, menor rendimiento y accidentes de trabajo) en este tipo concreto de población laboral, en comparación con los trabajadores con un horario convencional. Por último, se analizan las variables que influyen en la tolerancia al trabajo por turnos.

5 Discusión-Conclusión

La presencia de sujetos con edades de menores promedio y moda en los turnos irregulares y nocturnos, constituye un hallazgo positivo en la organización del trabajo. Las evidencias sugieren que los mayores efectos negativos para la salud relacionados con la turnicidad laboral, ocurren con el aumento de la edad.

Se considera como edad promedio crítica la comprendida en el intervalo de 40 a 50 años.

Se ha comprobado una adaptación más lenta a los trabajos por turnos en los trabajadores de edad media que en los jóvenes. En cuanto al tipo de jornada y la exposición a nocturnidad, se encontró que la frecuencia de trastornos del sueño referidos fue mayor dentro de la jornada irregular.

6 Bibliografía

- García B, Renovell F. Síndrome de Agotamiento profesional en las especialidades hospitalarias. Ann Med Interna 2000;17:118-122.
- http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3899

- https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/

Capítulo 1592

LAS HABILIDADES SOCIALES Y LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO: CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO

BEGOÑA ORTEGA FERNANDEZ

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ AZCARATE

ENRIQUE SUAREZ DIAZ

1 Introducción

Hoy en día tenemos una gran necesidad de entendernos y para eso hay que conseguir una comunicación y un lenguaje adecuado a cada situación y circunstancia. Hay que diferenciar entre habilidades sociales y comunicación puesto que existe alguna diferencia importante que hay que destacar.

En cuanto a las habilidades hay que tener claro que no es un riesgo de la personalidad sino que estamos ante un comportamiento aprendido y adquirido. La comunicación es un proceso de intercambio de información entre un emisor y un receptor a través de un medio o canal basado en el lenguaje de un código verbal o no verbal.

La comunicación verbal representa aquella en la que utilizamos las palabras, los signos sonoros y auditivos, por el contrario la no verbal es aquella en la que usamos gestos o incluso la escritura. En cuanto a las habilidades podemos citar las

generales, aquellas que están preparadas para la comunicación, hay que tratar de no caer en aspectos negativos ni en emociones que puedan repercutir de manera contraria a lo que se intenta transmitir como celador o personal auxiliar administrativo.

Como habilidades especificas comentar la famosa "asertividad" definiéndola como la capacidad de poder expresar nuestros deseos ideas u opiniones de forma directa pero no a expensas ni a costa de los demás. Con ella conseguimos menos conflictos interpersonales y grupales a la hora de desempeñar el trabajo.

2 Objetivos

- Mejorar las relaciones y la comunicación en el entorno sanitario así como conocer la importancia de las mismas.
- Comunicar la información de manera veraz, concreta, con vocabulario accesible y utilizar expresiones claras, directas, evitando ambigüedades y suspicacias.

3 Metodología

Para realizar este texto me he basado en la búsqueda de información sobre la importancia y la presencia en el ámbito sanitario de una buena comunicación por parte del personal no sanitario como es el caso del personal administrativo y celador hacia el usuario. También he de comentar que me informe de las posibles barreras de comunicación que pueden surgir como pueden ser físicas, culturales, organizativas cognitivas etc., las cuales hay que suprimir o intentar minimizar.

4 Resultados

Tenemos que tener claro que una buena comunicación o tener habilidades sociales nos permite obtener aquello que queremos, a comunicarnos satisfactoriamente con los demás y facilitar incluso una buena autoestima, entre otros aspectos.

Conseguir la ansiada empatía es un aspecto muy importante a la hora de trabajar en Sanidad. Se trata de conseguir ponernos en el lugar del usuario o paciente. El entrenamiento de la comunicación es fundamental a la hora de facilitar la comunicación con los pacientes, o usuarios como con los compañeros de trabajo.

La manera en la que se establece la comunicación entre los compañeros de trabajo repercute en que se haga un equipo de trabajo organizado y de este modo su funcionamiento interno sea tan perfecto que repercutirá en la atención al paciente de manera satisfactoria.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos citar que el objetivo del personal sanitario y no sanitario es que el paciente y el usuario obtengan un bienestar en el más amplio sentido de la palabra. En nuestro caso dirigiremos nuestros esfuerzos a garantizar que se cumplan las medidas que favorezcan un lenguaje adaptado a las necesidades de los usuarios, además de que sea comprensible por todos ellos.

Las encuestas así como indicadores de calidad que se realizan para medir la satisfacción de los pacientes por la atención recibida por parte del personal no sanitario muestran claramente mucha evolución y mejoría en los últimos años.

6 Bibliografía

- Diversos artículos encontrados en buscadores como Google.
- Ley 21/2002 14 de Noviembre Autonomía del paciente y obligaciones en materia de información.
- www.deutosalud.com
- Revista medica.com
- Información en curso EGS, admisión, información y documentación clínica para personal auxiliar administrativo

Capítulo 1593

LAVADO DE MANOS

ANA BELEN RODRIGUEZ FERNANDEZ

MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ

1 Introducción

La higiene en el trabajo es fundamental para la salud del trabajador y para el mismo paciente, lo cual sería beneficioso para el entorno hospitalario, evitando la transmisión de patógenos y enfermedades por transmisión. El trabajador debe estar siempre bien formado para poder evitar en lo máximo posible infecciones o contagios al resto de personas o al mismo trabajador. El hospital debe estar provisto de todo tipo de protecciones y el trabajador debe tener en cuenta el lavado de manos antes y después de cada manipulación que haga.

2 Objetivos

El objetivo principal del trabajador, es disminuir la contaminación de las manos y prevenir la propagación de gérmenes patógenos a zonas no contaminadas, prevenir la transmisión de infecciones en el medio sanitario y proteger al paciente, personal sanitario y cuidadores.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática para analizarlo, se ha buscado en 1542 documentos encontrados en la base de datos Dialnet.

4 Resultados

Un buen lavado de manos es imprescindible para evitar la propagación de gérmenes a nivel del trabajador y de los pacientes. Siempre debemos lavarnos las manos antes y después de ponernos los guantes. y tener mucha precaución de protegernos ante cualquier contacto de fluidos corporales (sangre, orina, etc) y con la manipulación de material de cualquier tipo.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacamos de todo ésto, es que a mayor protección, ya sea en lavado de manos o protección de cualquier tipo, menor riesgo de infecciones en el ámbito sanitario, tanto a nivel profesional como personal.

6 Bibliografía

- HOGSTON Richard, MARJORAN Bárbara A; Fundamentos de la Práctica de Enfermería. Tercera. Edición. México 2008.
- ORTEGA Suarez María Carolina. SUAREZ Vásquez María Guadalupe. Manual de evaluación del servicio de calidad en Enfermería. Estrategias para su aplicación. Primera edición.
- FULLER Joanna Ruth. Instrumentación quirúrgica. Principios y Práctica. Tercera edición. Editorial Panamericana. México. 2001.
- Alianza mundial para la seguridad del paciente; Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención Sanitaria (OMS 2005).Consultado Junio de 2011

Capítulo 1594

EL USO DE LA SILLA DE RUEDAS POR EL CELADOR.

MARÍA BEGOÑA CÁRCABA SUÁREZ

1 Introducción

Las sillas de ruedas están diseñadas para el traslado de pacientes dentro del hospital cuando estos, por sus propios medios, no pueden realizarlo. Todos los servicios de hospitalización están abastecidos con sillas de ruedas, y será el celador quien se ocupe de su reposición cundo sea necesario.

2 Objetivos

- Conocer el manejo y situaciones especiales durante el traslado con silla de ruedas y actuar en consecuencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Análisis de diferentes bases de datos a través de operadores lógicos. Se han usado como palabras clave para la búsqueda: silla de ruedas, hospital y celador.

4 Resultados

Entre otras funciones que el celador tiene se encuentra el traslado de pacientes. Una de las formas más habituales es mediante el uso de la silla de ruedas. Las sillas de ruedas que se utilizan en los hospitales suelen ser ligeras y plegables para facilitar el manejo y almacenaje de las mismas. Generalmente vienen provistas de porta suero, porta bala de oxígeno e incluso porta documentos para poder transportar de manera adecuada el material sanitario que lleve consigo el paciente.

Son de fácil manejo para el celador, aunque es necesario atender a una serie de recomendaciones para que su empleo se más eficaz y seguro.
Por norma general la silla de ruedas se empujará por atrás, con el paciente en el sentido de la marcha, a excepción de las puertas abatibles y hojas elásticas que entonces, estas se atravesarán pasando primero el celador y de espalda. Esta norma general del manejo de la silla de ruedas también puede variar en determinadas situaciones. El celador actuará de la siguiente manera:

- AL ENTRAR EN EL ASCENSOR: el celador empujando la silla hacia atrás, entrará él primero y de espalda.
- AL SALIR DEL ASCENSOR: dentro del ascensor, si es posible, se le dará la vuelta a la silla y el celador saldrá de espalda, tirando de la silla hacia afuera .
- AL SUBIR UNA RAMPA: se empujará la silla de ruedas en dirección a la subida.
- AL BAJAR UNA RAMPA: el celador bajará de espalda sujetando la silla y con mucha precaución.

Siempre durante el traslado en silla de ruedas, es importante circular con cuidado y maniobrar con suavidad en cualquier tipo de situación

5 Discusión-Conclusión

La silla de ruedas puede ser una forma sencilla de traslado para el celador, pero que también conlleva una gran responsabilidad. En el medio hospitalario nos encontramos multitud de obstáculos, personas, objetos, puertas y muebles que, si no somos conscientes de ellos , podrían ocasionar algún accidente al paciente o incluso al propio celador.

6 Bibliografía

- La silla de ruedas-EcuRed. Disponible en: http//www.ecured.cu.
- Traslados en sillas de rueda.Disponible en http//www.auxiliar-enfermeria.com.

Capítulo 1595

CÓMO SER MÁS PRODUCTIVO Y CONSEGUIR UN MEJOR ENTORNO LABORAL EN 5 PASOS: EL MÉTODO JAPONÉS 5S PARA EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS DE CENTROS SANITARIOS Y HOSPITALARIOS

RUBEN CHARRO GARCIA

GRACIELA ORDIZ VILLAR

BEGOÑA ARIAS ÁLVAREZ

IRENE GARCÍA IBASETA

1 Introducción

El campo de trabajo del auxiliar administrativo sanitario abarca un amplio espectro de funciones y áreas de trabajo, desde las unidades administrativas en los centros de salud de Atención Primaria, hasta las unidades de atención al usuario y de admisión en hospitales, pasando por los departamentos de contabilidad, almacén y logística, nóminas y personal, informática, contratación administrativa, etc. Disponer de una experiencia profesional y de unos conocimientos precisos y actualizados, según el área o departamento al cual el auxiliar administrativo esté asignado, dependerá en buena medida de que su trabajo se realice con eficacia,

rapidez y saber hacer, ya sea de manera interna en los departamentos administrativos de gestión interna de los centros sanitarios, o bien de cara al paciente, ofreciéndole una atención y un servicio de calidad.

Sin embargo, la experiencia y la formación continua no son sinónimo exclusivo de la productividad de un auxiliar administrativo y, en general, de cualquier profesional dentro de una organización. En el caso de un auxiliar administrativo, éste puede llegar a trabajar con una gran variedad de documentos (formularios diversos, historias clínicas, contratos, facturas, albaranes, nóminas, folletos informativos para el paciente, etc.) así como multitud de herramientas de trabajo (bolígrafos, clips, post-it, grapadoras y grapas, correctores, selladores diversos, recambios de equipos informáticos tales como tóneres para impresoras, fax, etc.). El orden y la limpieza en un centro sanitario, con todos y cada uno de los elementos anteriormente citados, constituyen factores fundamentales para mejorar la organización de los lugares de trabajo y, con ello, mejorar la eficacia, la efectividad y productividad de los empleados.

En este capítulo analizaremos una técnica de gestión japonesa, muy fácil de entender y sencilla de implementar en los lugares de trabajos administrativos. Mediante la adopción de una serie de reglas y hábitos sencillos, esta técnica permitirá incrementar la productividad del auxiliar administrativo, desempeñando mejor y más rápido sus funciones, así como su satisfacción al trabajar en entornos de trabajo más limpios y ordenados.

2 Objetivos

- Garantizar entornos o lugares de trabajo mucho más ordenados, higiénicos y eficientes, lo que redunde en una mayor satisfacción y bienestar de los propios trabajadores.
- Incrementar la productividad del personal administrativo, mejorando la rapidez y la eficacia en el desempeño de sus funciones.
- Mejorar la seguridad en el trabajo, minimizando los riesgos de accidentes laborales, así como reducir el número de averías en los equipos electrónicos, causados por el desorden y la suciedad.
- Mejorar la calidad de los procesos administrativos y de la atención directa a los pacientes y usuarios del sistema sanitario, que repercuta a su vez en un mayor nivel de satisfacción de los mismos y en una gestión de los recursos humanos sanitarios más eficaz y eficiente.

3 Metodología

En este apartado explicaremos el funcionamiento de la metodología propuesta para alcanzar los objetivos propuestos en el apartado anterior. Para realizar nuestro análisis aplicado al caso de los auxiliares administrativos sanitarios, realizamos búsquedas bibliográficas por Internet, de referencias y casos prácticos, en el campo administrativo y sanitario, utilizando buscadores como Google, Google Académico, PubMed, así como consulta de libros específicos en la materia.

El método de las 5S, impulsado originariamente por la empresa automovilística Toyota en los años 60, es una técnica de gestión japonesa que busca la mejora continua de la calidad en el trabajo, mediante la identificación y aplicación de cinco principios básicos que, a su vez, se sustentan en dos pilares fundamentales: el orden y la limpieza. Se trata de una técnica muy difundida y aplicada en organizaciones de diversa índole, tales como centros de salud y hospitales, empresas, grandes almacenes o centros educativos, entre otras muchas.

La técnica de las 5S se denomina así porque son las iniciales, en japonés, de los cinco principios básicos: SEIRI (Clasificar), SEITON (Ordenar), SEISO (Limpieza), SEIKETSU (Estandarización) y SHITSUKE (Disciplina). Su finalidad es gestionar de forma sistematizada los distintos elementos de un área de trabajo (documentos, material de oficina, herramientas, material sanitario, recambios de oficina, etc.) de acuerdo a estos cinco principios o fases, conceptualmente muy sencillos de comprender y que no requieren de una formación compleja de los trabajadores, aunque sí exigen un esfuerzo continuo, responsabilidad y disciplina para mantenerlas en el tiempo.

Pasemos a continuación a explicar cada uno de las cinco fases o principios básicos en los que se basa la aplicación de la metodología 5S:

1. SEIRI (Clasificación): separar y eliminar elementos innecesarios.
Se trata de un proceso que consiste en hacer una primera selección, clasificando por un lado los elementos que se van a utilizar en el trabajo (distinguiendo a su vez, dentro de éstos, los que van a tener mucho uso de los que no), y por otro lado, eliminando aquellos otros que resulten totalmente innecesarios o que nunca se vayan a utilizar en el trabajo. Básicamente, se trata de mirar alrededor e identificar los elementos que realmente se necesitan, clasificándolos si van a ser útiles ahora o en el futuro, y separándolos de todos aquellos otros que resulten completamente innecesarios para el trabajo y que solo ocupan espacio. Como norma general, se suele eliminar aquellos objetos o elementos que no se hayan

utilizado en el último año, si bien el plazo dependerá de un criterio propio dentro del centro. Tampoco se puede aplicar a aquellos documentos que, por ley, se deban guardar por un tiempo determinado en su archivo correspondiente.

De esta manera, a partir de esta clasificación solo quedarán aquellos elementos que serán objeto de la siguiente fase, que es la de ordenar y elegir el mejor sitio para cada cosa.

2. SEITON (Ordenar): ordenar y situar los elementos necesarios de más cerca a más lejos según su frecuencia de uso.
La segunda fase se caracteriza por la organización. De los elementos que hemos seleccionado y clasificado como útiles en la etapa anterior, ahora toca ordenarlos situándolos en los lugares correctos, etiquetándolos o señalizándolos, e identificando los imprescindibles para colocarlos en los lugares más accesibles o cerca del trabajador. Básicamente, lo que se trata es ordenar las cosas para que se puedan encontrar fácil y rápido cuando se necesiten y volverlas a colocar en su sitio cuando ya no se necesiten, así como establecer un orden por frecuencia de uso, de tal manera que los elementos que se usen más frecuentemente estén más a mano del trabajador (en bandejas de sobremesa o cajones cercanos), y los que no se usen frecuentemente o no se espera usarlos en un tiempo (como el material de reposición), en las estanterías de la oficina o almacén correspondiente.

3. SEISO (Limpieza + inspección): suprimir suciedad y obstáculos. Inspeccionar equipos.
En esta tercera fase lo que se pretende es mantener libre de basura, suciedad y obstáculos nuestra área de trabajo y, con ello, lograr un buen ambiente de trabajo. También se propone inspeccionar el buen funcionamiento de las máquinas o equipos electrónicos, vigilando su estado. Asimismo, es ideal identificar lo que ocasiona la suciedad para ponerle remedio lo antes posible.

4. SEIKETSU (Estandarización de la limpieza): señalizar anomalías.
La cuarta S de este método trata de identificar y señalizar las anomalías, con el fin de resolverlas y evitar así que surja de nuevo el desorden y la suciedad que se eliminó en las tres etapas anteriores. Para ello, es indispensable el establecimiento de estrictas normas y procedimientos estandarizados, como pueda ser la elaboración de manuales o instrucciones a modo de esquema que permitan consultar cómo hacer una determinada tarea (guías de buenas prácticas, avisos de peligro, advertencias, etc.). Básicamente, lo que se trata es lograr que la limpieza sea un hábito que hay que mantener y que cada trabajador sea responsable de mantener limpia y segura su área de trabajo.

5. SHITSUKE (Disciplina): seguir mejorando.
La quinta y última etapa se centra en el objetivo de seguir mejorando en el día a día, a través de la disciplina. Dicha disciplina consiste, en esencia, en adquirir la responsabilidad y convertir en hábito el empleo y la utilización de los métodos descritos en las etapas anteriores. Para ello, resulta importante controlar las normas aplicadas en las anteriores etapas y hacer un seguimiento continuo para no perder la eficacia de los resultados conseguidos.

4 Resultados

La aplicación del método de las 5S tiene un impacto a largo plazo y su éxito en el futuro se basará en la disciplina y en un seguimiento estricto y liderado por personas rigurosas. En líneas generales, de la aplicación del método de las 5S se esperan los siguientes resultados para cada una de sus cinco etapas o fases:

1. Clasificación (SEIRI):aAyuda a mejorar la calidad de los procesos administrativos y a reducir las pérdidas de tiempo, al liberar espacio eliminando todo lo innecesario y ahorrar tiempo dedicado a buscar documentos o herramientas concretas en el trabajo administrativo. De esta etapa se extraen los siguientes beneficios:
- Mayor espacio en el área de trabajo.
- Mejor organización de los recursos y reducción de las pérdidas de tiempo en los procesos.
•- Aumento de la seguridad laboral.

Aspectos clave de esta etapa:
- Determinar qué elementos son innecesarios en nuestro trabajo o que no se vayan a utilizar nunca más, y e liminarlos para liberar espacio.
- Clasificar por grupos homogéneos los elementos que se consideran necesarios para el trabajo, diferenciando progresivamente entre los que serán útiles ahora (imprescindibles) o en el futuro (no imprescindibles).

Ejemplos prácticos de esta etapa para un auxiliar administrativo:
- Seleccionar y clasificar lo que se necesita: Seleccionar y juntar en grupos el material de oficina (bolígrafos, correctores, paquetes de folios, etc.), la documentación (formularios oficiales, documentos contables tales como facturas o albaranes, contratos, etc.), el material informático de reposición (cartuchos de tinta, tóneres, tambores de impresora, cajas de folios…), etc., distinguiendo dentro de esos grupos lo que se va a utilizar pronto de lo que no.

- Eliminar lo innecesario: Desechar tóneres usados y equipos informáticos averiados o en desuso total, eliminar formularios caducados, folletos y carteles anticuados, herramientas de oficina en desuso como selladores anticuados, bolígrafos secos, folios en mal estado, etc. Es importante recalcar que no entraría, bajo ningún concepto, la eliminación de aquellos documentos que por imperativo legal deban conservarse en los archivos correspondientes (caso de las historias clínicas de personas fallecidas, determinados documentos contables y contractuales, etc.).

2). Ordenar (SEITON): esta técnica ayuda a delimitar y etiquetar áreas específicas en las que se guarden las cosas, de manera que ayudará al trabajador a ser más rápido a la hora de encontrar las cosas y de ejecutar el trabajo con más claridad y seguridad propia. De esta fase se extraen, en esencia, los siguientes beneficios:
- Mayor accesibilidad a los elementos necesarios para realizar el trabajo.
- Mejora de la seguridad laboral.
- Aumento de la productividad y del bienestar personal de los trabajadores al encontrar más rápido las cosas ordenadas.

Aspectos clave de esta etapa:
- Establecer un lugar concreto para cada artículo.
. Definir qué cantidad operativa debe existir de cada artículo (guardando los stocks de reposición en el almacén de oficina habilitado).
- Asegurarse de que cada artículo esté listo para ser usado (reponiendo más cantidad cuando sea necesario).
- Crear los medios y normas para asegurar que cada artículo sea devuelto a su lugar cuando no se utilice.

Ejemplos prácticos de esta etapa para un auxiliar administrativo:
- Tener sobre la mesa solo lo imprescindible, es decir, aquello con lo que se va a trabajar en el día (como por ejemplo, las facturas que se van a contabilizar ese día o los formularios más habituales de entrega al paciente, clasificados en carpetas transparentes y bien etiquetadas, disponer de selladores de registro de entrada o salida a mano, bolígrafo, etc.).
- Tener el resto de cosas ubicadas y bien señalizadas en los cajones, estanterías y almacenes habilitados a tal efecto, de manera que las que tienen un mayor uso estén siempre más cerca de la mesa de trabajo (como por ejemplo, las facturas con vencimiento de pago a corto plazo, grapas, corrector, etc.), las que tienen un menor uso en las estanterías más próximas a la mesa de trabajo (formularios secundarios, facturas con vencimiento de pago a más largo plazo, folletos

informativos, dos o tres paquetes de folios, etc.) y las que tienen un carácter de reposición o de uso muy ocasional, en el almacén de oficina (cajas de folios, tóner de repuesto para impresoras, cajas de bolígrafos de repuesto, paquetes de formularios concretos para reponer, etc.).
- Resultará imprescindible devolver siempre a su lugar aquello que, por algún motivo, se ha cogido y llevado a la mesa de trabajo (por ejemplo, coger un archivador AZ para guardar las facturas contabilizadas en el día y devolver el AZ a su sitio).
- También será importante diferenciar los documentos con vencimiento, ubicando los que sean a corto plazo más cerca que los de largo plazo.
- Puede resultar práctico elaborar carteles o notas indicado claramente cómo se debe proceder en el uso y archivo de los diferentes elementos y documentos. Lo que resulte obvio para algunos, puede que no lo sea para otros.

3. Limpieza (SEISO): Esta técnica facilitará mejorar el nivel de limpieza de las áreas de trabajo y, con ello, mejorar tanto la seguridad laboral (al reducir los accidentes por suciedad u obstáculos) como reducir el número de averías en los equipos eléctricos. En esencia, de esta etapa se deriva:
- Una mayor seguridad laboral.
- Una reducción de las averías de los equipos electrónicos existentes.
- Un aumento de la satisfacción del personal al trabajar en una zona limpia y ordenada.

Aspectos clave de esta etapa:
- Utilizar materiales apropiados para la limpieza del área de trabajo.
- Establecer lugares adecuados a cada artículo empleado para mantener limpia el área de trabajo.
- Establecer normas preventivas para evitar que el área de trabajo se ensucie.
- Establecer como rutina las actividades de limpieza e inspección de posibles averías.

Ejemplos prácticos de esta etapa para un auxiliar administrativo:
- Mantener la limpieza general efectuada por los servicios de limpieza en el centro.
- Guardar los elementos que puedan manchar fácilmente (tóneres de impresora agotados, cargadores de tinta, etc.) en lugares adecuados para evitar que ensucien el área de trabajo.
- Revisar o inspeccionar el buen funcionamiento de las máquinas (que no tengan desperfectos, estén rotas o sin alimentación eléctrica), tratando de identificar posibles fallos o averías.
- Identificar fuentes de suciedad y ponerles una solución pronta y definitiva (por

ejemplo, sustituir una maceta rota que pierda tierra).

4. estandarización de la limpieza (SEIKETSU): la limpieza y su estandarización mediante normas y procedimientos estrictos ayuda a prevenir el desorden, evitar accidentes y permitirá una mayor velocidad en la toma de decisiones, lo que redundará en una mayor productividad en el trabajo conjunto del centro.

Aspectos clave de esta etapa:
- Utilizar métodos estandarizados y hacer que sean visibles para todos (avisos de peligro, advertencias, etc.).
- Desarrollar y aplicar métodos que faciliten el cumplimiento de los anteriores estándares de limpieza (manuales o guías).

Ejemplos prácticos de esta etapa para un auxiliar administrativo:
- Procurar limpiar inmediatamente derrames de agua, café o, en el caso de productos peligrosos, conforme a la normativa o instrucción específicamente diseñada a tal efecto.
- Quitar obstáculos que puedan entorpecer el paso de los trabajadores y pacientes.
- Señalizar siempre por norma cuando el suelo esté mojado y haya riesgo de caída para otros compañeros o para los propios pacientes del centro.

5. Disciplina (SHITSUKE): la disciplina rígida permitirá sacar el máximo aprovechamiento de los beneficios que suponen la aplicación de las técnicas aplicadas en las anteriores etapas. El mantenimiento de esta disciplina será la clave del éxito de los resultados obtenidos por el método de las 5S, y para ello se requerirá un riguroso control y un seguimiento continuo en su aplicación y sus resultados.

Aspectos clave de esta etapa:
- Hacer ver a todos los empleados los resultados y beneficios de la aplicación de todas las fases del método de las 5S.
- Fomentar la crítica constructiva para la mejora continua.
- Promover el cumplimiento responsable y disciplinado del método a todo el personal.
- Favorecer la participación de todo el mundo para la aportación de nuevas ideas que lleven a una mejora continua y constante.

Ejemplos prácticos de esta etapa para un auxiliar administrativo:
- Formación práctica de las nuevas incorporaciones de personal para el desempeño del método implantado.

- Favorecer reuniones y mecanismos de sugerencias de mejora.

5 Discusión-Conclusión

Resulta un hecho probado que la mayoría de las personas trabajan peor en un entorno sucio y desordenado, al encontrar peor las cosas y gastar mucho tiempo y energía, provocando una sensación de desbordamiento que provoca situaciones negativas como estrés o inseguridad. El método japonés de las 5S viene a ser una técnica de gestión que pone solución a este problema, estableciendo pautas concretas para organizar y controlar los espacios de trabajo y optimizar el tiempo.

La técnica de las 5S es un proceso de mejora continua para la que no se exigen un nivel de conocimientos elevado, al tratarse de temas elementales y de sentido común que se estructuran en 5 fases: clasificar lo útil y eliminar lo innecesario, ordenar y guardar lo útil según su nivel de uso, limpiar e inspeccionar, estandarizar con normas y procedimientos concretos y favorecer una disciplina y responsabilidad para mantener el cumplimiento de todos los pasos anteriores, siendo esta última etapa clave para el éxito o fracaso en la aplicación del método.

El método de las 5S es una técnica de fácil aplicación y con enormes resultados a largo plazo, para lo cual se exige un seguimiento continuo que deberán realizar personas rigurosas, con capacidad de observación y mente analítica. Siempre y cuando esto se cumpla, los beneficios esperados de la aplicación del método de las 5S pueden ser, en líneas generales, los siguientes para un centro sanitario y sus auxiliares administrativos:
- Incremento de la productividad de los empleados al reducirse las pérdidas de tiempo buscando cosas y optimizar el espacio del área de trabajo.
- Mayor nivel de satisfacción de los empleados al trabajar en entornos limpios, ordenados y seguros.
- Mejores niveles de seguridad laboral al trabar en lugares limpios y ordenados.
- Mejor uso de los equipos y herramientas, prolongando su vida.
- Generación de un ambiente de compromiso entre los trabajadores del centro, motivándolos a participar en el diseño de su espacio de trabajo y en su mantenimiento continuo.

La implantación de este método siempre debe realizarse de una manera acotada y controlada, midiendo sus resultados y trasladando poco a poco el éxito de sus medidas al resto de áreas del centro sanitario o incluso a otros centros de la organización sanitaria.

6 Bibliografía

- Hirano, H. “5s para todos”. Hiroyuki Hirano. Productivity Press. 1º edición (1997)
- ELG Asesores. “Implementación del sistema 5S Modelo japonés”. Artículo extraído en la URL https://www.elg-asesores.com/index.php/implementacion-de-sistema-5s-modelo-japones
- Faulí Marín, A., Ruano Casado, L., Latorre Gómez, M. E., & Ballestar Tarín, M. L. (2013). “Implantación del sistema de calidad 5S en un centro integrado público de Formación Profesional”. Revista Electrónica Interuniversitaria De Formación Del Profesorado, 16(2), 147-161. https://doi.org/10.6018/reifop.16.2.181081
- “Implementation of ”5S” methodology in laboratory safety and its effect on employee satisfaction”. Dogan Y, Ozkutuk A, Dogan O. Mikrobiyol Bul. 2014 Apr; 48(2):300-10. Turkish. PMID: 24819267 (FUENTE: Base de datos PubMed)
- “Introducing the ”5S-KAIZEN-TQM” approach into public hospitals in Egypt”. Ishijima H, Nishikido K, Teshima M, Nishikawa S, Gawad EA. Int J Health Care Qual Assur. 2019 Dec 17; 33(1):89-109. Doi: 10.1108/IJHCQA-06-2018-0143. PMID: 31940154 (FUENTE: Base de datos PubMed)

Capítulo 1596

LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO.

ÁNGEL MANUEL ÁLVAREZ ABELLA

1 Introducción

Con la utilización de los EPI lo que se pretende es proteger al trabajador del riesgo al que se expone a la hora de realizar su actividad diaria, cuando este riesgo no se puede evitar o no se puede limitar mediante técnicas de protección colectiva o introduciendo cambios en la organización del trabajo. La protección individual es suplementaria de la protección colectiva, y no se debe de anteponer a ésta. Se trata por tanto de una "barrera física" que protege al personal de mantenimiento de los riesgos a los que se expone en su trabajo cotidiano.

La definición legal de Equipo de Protección Individual sería: "Cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos, que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin".

Hay distintos equipos de protección individual dependiendo la zona de nuestro cuerpo que queramos proteger, como pueden ser:
• Protectores de la cabeza: cascos
• Protectores del oído: tapones, orejeras.
• Protectores de ojos y de la cara: gafas, pantallas faciales, pantallas para soldadura.

• Protectores de las vías respiratorias: equipos filtrantes de partículas nocivas, tóxicas, radiactivas, equipos filtrantes para gases y vapores, equipos aislantes con suministro de aire.
• Protectores de manos y brazos: para prevenir lesiones de origen eléctrico, térmico, cortes, como es el uso de guantes y manguitos específicos para cada tarea.
• Protectores de pies y piernas: calzado de seguridad, frente a la electricidad, rodilleras.
• Protectores de la piel: cremas de protección y pomadas.
• Protectores del tronco y el abdomen: chalecos, chaquetas, para protegernos contra las agresiones mecánicas, químicas, mandiles para protegerse contra los Rayos X.
• Protectores totales del cuerpo: arneses, cinturones de seguridad, dispositivos caídos antideslizantes, equipos de protección contra las caídas de altura, etc.

Como vemos hay una gran variedad de EPIs dependiendo del trabajo que realicemos y el riesgo al que nos exponemos, pero todos ellos tienen la misma finalidad, que es "proteger" al trabajador, ante situaciones de riesgo en las que se pueda encontrar a la hora de realizar su labor diaria.

Referente a los EPI hay que tener en cuenta dos Reales Decretos que son muy importantes ya que en ellos se normaliza la comercialización y la utilización. Dichos RD son: en lo referente a la comercialización (RD 1407/1922) y en cuanto a la utilización (RD 773/1997).

Esta obligación viene reflejada en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, estableciéndolo como una obligación por parte de la Administración que es quien debe de adoptar las medidas necesarias para que dichos trabajadores reciban la información. Esta se debe de proporcionar antes de la utilización de dichos equipos, para que el trabajador esté informado de cuándo y cómo los debe de usar.

La información que se facilita debe ser clara y sencilla, y también se les dará instrucciones, (preferentemente por escrito), de cómo cuidar dichos equipos, ya que no sólo es la Administración la que tiene obligaciones (informar y formar), sino también el propio trabajador, que tiene la obligación de utilizar correctamente los equipos, de devolverlos a su lugar una vez que deje de utilizarlos, así como de informar a su superior jerárquico, de cualquier anomalía que pudiera detectar en los mismos.

Volviendo a la normativa mencionada (RD 1407/1992), los EPI se clasifican en categorías dependiendo de la magnitud del riesgo a los que nos exponemos.
Nos encontramos tres categorías distintas:

- Los de Categoría I, son modelos sencillos que protegen al trabajador frente a riesgos de efecto gradual, por lo que dicho trabajador se puede percatar del riesgo al que se expone sin que esto llegue a afectar a su salud. Entre estos nos encontramos por ejemplo guantes, cascos, calzado ligero para protegernos de pequeños choques y vibraciones que no afecten a órganos vitales y con ello no se produzcan lesiones irreversibles.
- Los de Categoría II, son modelos intermedios entre la I y la III, como podría ser por ejemplo la protección auditiva.
- Y dentro de la Categoría III, están los quipos destinados a proteger riesgos de gran magnitud para evitar daños que puedan provocar secuelas irreversibles en el trabajador, o incluso la muerte. Entre ellos estarían los que nos protegen contra riesgos eléctricos, para los trabajos que se realizan como aislantes de alta tensión, los que protegen contra agresiones químicas o contra radiaciones ionizantes, así como los que protegen contra aerosoles, gases, etc.

Para proceder a la venta de cualquier equipo de protección individual, éstos deben de pasar ciertos controles y deben de llevar el marcado CE, que debe de estar presente en dichos equipos, así como un folleto informativo donde se detalla que cumplen los requisitos exigidos por la Ley. Con dicho marcado lo que se garantiza es una marca de seguridad, calidad y confianza en el producto que se adquiere y que por tanto reúne los requisitos indispensables para protegernos del riesgo al que nos exponemos.

En el caso de que lleven el marcado CE y que son utilizados de acuerdo con su finalidad, pero que puedan poner en riesgo la salud del trabajador, estos equipos serán retirados del mercado y se prohibirá su comercialización.
En lo que se refiere a su utilización (RD 773/1997), es muy importante la elección de los equipos necesarios, que en este caso correspondería a la Administración que sería la encargada de analizar y evaluar los riesgos existentes y así definir las características que deben de reunir dichos equipos de protección dependiendo de los riesgos a los que se expongan los trabajadores.

2 Objetivos

- Informar y formar a los trabajadores de los EPIs disponibles para proteger su integridad física ante situaciones de riesgo laboral.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud, relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.
- La Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 1407/1922, referente a la comercialización de los EPIs.
- Real Decreto 773/1997, referido a la utilización de los EPIs.

Capítulo 1597

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.

LUIS ANTONIO NOVAL PEAGUDA

1 Introducción

Las modernas concepciones de salud, han sido recogidas en la década de los setenta, a través de la OMS y formuladas a raíz de la conferencia de Alma-Ata(1978). A partir de este momento, se define la salud como una yuxtaposición de grados de bienestar en los tres campos siguientes: psíquico, físico y social, y no sólo como ausencia de enfermedad. Estos diferentes grados de salud potencial permanecen por tanto, vinculados a variables biológicas, psicológicas y del entorno.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.
Con la Ley General de Sanidad en el año 1986, se produjo la plena equiparación del enfermo mental con los demás pacientes y usuarios que requieren servicios sanitarios y sociales, sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la Salud Mental en el sistema sanitario general.

Se entiende por Psiquiatría aquella rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, así

como de ciertos trastornos de la personalidad y de la conducta. También trata de evitar y poner remedio a ciertas variantes psíquicas anormales.

2 Objetivos

- Conocer la actuación del Celador en relación al paciente psiquiátrico, especialmente ante una urgencia psiquiátrica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Google Académico, Dialnet, SciELO y Medline. Las palabras clave empleadas han sido: Funciones; Celador; Paciente; Psiquiátrico.

4 Resultados

Ante una Urgencia psiquiátrica al paciente se le puede reducir de tres formas posibles:

- Reducción farmacológica: se realiza a través de medicación suministrada al paciente, y puede ser:

Paliativa; al paciente se le administra por vía oral o intramuscular un medicamento que reduce parcialmente su estrés, ansiedad, angustia, agitación o agresividad.*

O Resolutiva; al paciente se le administra un fármaco generalmente por vía intravenosa. (El celador destinado en la unidad de psiquiatría nunca administrará medicación al paciente).

- Reducción física, procedimiento de inmovilización del paciente psiquiátrico violento que con su actitud puede causar daño a sí mismo o a los demás, debe realizarse siempre por varias personas. El paciente reducido puede que también precise de una reducción farmacológica y contención mecánica, siendo el facultativo quien lo prescriba.
- Reducción verbal, se realiza a través de la comunicación con el paciente, interviniendo dos o más participantes y haciendo uso tanto del lenguaje verbal como del no verbal.

Actitud que se debe mostrar frente al paciente agitado:
Hay que mostrar una actitud positiva, ganarse se confianza, mostrarles sus cualidades y habilidades fortaleciendo su autoestima, para que de esta forma tenga la necesidad de comunicarse con su interlocutor y siempre manteniendo un tono de voz a un ritmo relajante, controlando el volumen y la modulación de la voz.
No se debe cortar la conversación, ni generalizar.
Se evitarán en todo momento las amenazas, tanto con la palabra como con la acción de las manos.
Se debe hablar con claridad, sin hacer uso de palabras técnicas.
Realizar una escucha activa, pidiéndole su criterio realizando preguntas específicas.
Se debe respetar en todo momento el círculo de seguridad del paciente.
Se evitará hacer movimientos bruscos.

La inmovilización o contención mecánica (sujeción mecánica) es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o total de la mayor parte del cuerpo de un paciente que lo precise, se realiza para garantizar su seguridad o la de las demás personas que están a su lado (familia, pacientes, personal sanitario, personal no sanitario, etc.) y cuando las demás medidas de contención hayan fracasado (farmacológica y verbal). Será necesaria la implicación de 4 ó 5 personas ,ocupándose cada uno de ellos de un miembro del paciente (mínimo 4 personas).
Para proceder a la retirada de la sujeción mecánica ,autorizada siempre por el facultativo, será necesaria la colaboración de 4 personas y se hará de forma escalonada.

Se precisa para ello un juego de correas homologadas, compuesto por:
Cinturón ancho abdominal; 2 sujeciones para los miembros superiores (muñecas); 2 sujeciones para los miembros inferiores (tobillos); Alargaderas para poder fijar mejor las contenciones a la cama ; Botones o anclajes suficiente para todas las sujeciones anteriores; Botones de sujeción y sus correspondientes cierres de imán o de muelle.

5 Discusión-Conclusión

El celador en la unidad de psiquiatría, ante una Urgencia psiquiátrica, deberá actuar siguiendo las siguientes medidas:

- El médico y la enfermera responsable del paciente deben ser avisado de inmediato
- El resto de pacientes no deben colaborar en el procedimiento de reducción, por lo que se pedirá que se retiren.
- Cuidar que la habitación del paciente esté iluminada suavemente.
- Informar al paciente de todo el procedimiento que se va a realizar de forma clara y simple, si es posible, antes de actuar.
- Mantener la seguridad, tanto del paciente como del personal sanitario y no sanitario.

En esta era de preocupación por los derechos humanos y las libertades civiles, las sujeciones mecánicas o el aislamiento deben aplicarse con suma discreción y la máximas garantías de seguridad y debe estar siempre recomendada por un facultativo médico.

6 Bibliografía

-Temario de Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Edit. MAD, sie7e Editores, 2019.
-Montserrat Burgos Hernández, Isabel Pablo Jarque. Cuidados del paciente psiquiátrico hospitalizado, Edit. Escuela de Gestión Sanitaria de Galicia, S.L.
-Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. –Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría 2005; 89: 67-79.
- Bobes García J, Casas Brugué M (coord.). Manejo clínico del paciente con patología dual. Valencia: Ed. Socidrogalcohol. 2009.

Capítulo 1598

LA COMUNICACIÓN: LA ESCUCHA ACTIVA

SONIA BARREIRO SUÁREZ

MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

HÉCTOR FERNÁNDEZ REA

1 Introducción

La comunicación es una necesidad primaria y más en el ámbito sanitario que tiene que fluir en ambos sentidos (profesional y paciente), para un correcto desarrollo del trabajo. La calidad de la atención sanitaria no sólo ha de centrarse en lo científico, sino también es muy importante las habilidades de comunicación para una completa satisfacción por parte del paciente y para un diagnóstico más certero.

2 Objetivos

- Utilizar la escucha activa (que no es más que atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al cómo se dice).
- Exponer que escuchar requiere esfuerzo y concentración. El silencio es un componente esencial en la escucha activa, además de mantener la mirada durante la conversación.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda en las principales bases de datos científicas: Scientific electronic Library online (Scielo), Pubmed y Cochrane library. Se utilizaron las palabras clave como descriptores y se encontraron 2 artículos. Además de un curso impartido por Fysa Formación llamado "Agresiones en centros sanitarios. Planes de actuación".

4 Resultados

Para escuchar activamente es necesario hablar poco, practicar el silencio, eliminar distracciones, escuchar con las manos y mirada, mantener postura atenta y relajada, ser paciente, mostrar empatía, ser asertivo, ser paciente, atender a la totalidad del mensaje y emplear un lenguaje sencillo.

5 Discusión-Conclusión

El entrenamiento en las habilidades sociales proporciona los profesionales sanitarios más recursos para un eficaz diagnóstico, para mantener una alta calidad asistencial y de satisfacción, con especial incidencia en la escucha activa, poder englobar toda la comunicación verbal y no verbal.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013&lang=es.
- Fysa Formación, Agresiones en centros sanitarios. Planes de actuación.

Capítulo 1599

LA CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ÁMBITO SANITARIO.

ANDREA RAMOS CUETOS

1 Introducción

La Ley 41/2002 de 14 de noviembre regula los derechos y obligaciones en materia de información de los pacientes, usuarios y profesionales, también de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

En sus distintos capítulos esta Ley regulación los siguiente aspectos:
- El derecho de información sanitaria
- El derecho a la intimidad
- El respeto de la autonomía del paciente
- La historia clínica
- Informe de alta y otra documentación clínica

Podemos definir la ”Confidencialidad” como un derecho fundamental cuyo objetivo es garantizar la intimidad de cualquier dato personal frente a la acción y conocimiento de los demás. Este derecho se regula en el articulo 7 de la citada Ley.

A su vez en los artículos 15,16,17,18 y 19 de la Ley 41/2002 viene regulada la ”Historia clínica” del paciente que podemos definir legalmente como conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier

índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

El paciente que acude a un centro sanitario establece una relación "quid pro quo" en la que deberá ceder información a cambio de una adecuada atención, siendo libre de revelar la cantidad de datos que estime oportunos.
Los profesionales tienen la obligación de guardar el debido secreto llamado "secreto profesional" y de no revelar los datos sin su consentimiento, siendo los centros sanitarios los que tienen la obligación de adoptar las medidas oportunas para garantizar el derecho a la confidencialidad de los datos personales.

La Ley de Autonomía del Paciente establece que el acceso a la historia clínica es libre por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios, pero sólo y exclusivamente como instrumento fundamental para su adecuada asistencia en cada caso concreto.
También se contemplan fines de administración, de inspección, de evaluación, de acreditación y de planificación en base al acceso de la historia clínica.

Los principales objetivos a tener en cuenta en cuanto a la protección de la intimidad y de los datos de los pacientes y usuarios son:
- No pueden revelarse datos de salud u otros datos personales del paciente sin su expreso consentimiento o sin que una norma lo establezca.
- Se deben evitar los comentarios sobre la salud de los pacientes realizados en lugares públicos incluso aunque el interlocutor sea un profesional sanitario o no sanitario que participe en el proceso asistencial del paciente
- No se le dará información a ningún profesional que no esté involucrado en la atención directa del paciente ya que no ha sido autorizado por el propio paciente.
- La información asistencial sólo se facilitará al paciente o a aquellas personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho que aquél permita de manera expresa o tácita.
- El paciente puede prohibir que se dé información asistencial sobre su proceso a cualquier persona y debe constar por escrito.
- Si es preciso adjuntar información clínica para otro destinatario se enviará en sobre cerrado.
- El personal que acceda a información que contenga datos de carácter personal, ya sea de ficheros automatizados o de otro tipo, no podrá realizar copias para uso privado o personal.

2 Objetivos

- Detallar las consecuencias que conlleva vulnerar los principios de confidencialidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se vulneran estos derechos siempre que se accede a los datos personales sin estar autorizado, ya sea porque se entra en una base de datos informatizada o se consulta la documentación en soporte papel, y que, igualmente, se vulneran cuando se revelan los datos del paciente sin estar autorizado, tanto si se conocen porque el propio paciente nos los ha facilitado o de cualquier otra forma legítima, como si han sido conocidos sin estar autorizado.

Puede conllevar consecuencias graves la vulneración de la confidencialidad de los datos de un paciente o usuario, pudiendo tener responsabilidades administrativas, civiles, penales o pudiendo concretarse en una indemnización exigida por vía civil o incluso también si la infracción es constitutiva de delito, en la imposición de una pena que implique prisión e inhabilitación.

El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:
- La documentación relativa a la hoja clínico -estadística.
- La autorización de ingreso.
- El informe de urgencia.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas.
- La hoja de interconsulta.
- Los informes de exploraciones complementarias.

- El consentimiento informado.
- El informe de anestesia.
- El informe de quirófano o de registro del parto.
- El informe de anatomía patológica.
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.
- El informe clínico de alta.

Existen unos principios muy implicados en el respeto a la confidencialidad y la protección de los datos sanitarios de dicho contenidos de la historia clínica y éstos son:
- La responsabilidad, íntimamente ligada con la no maleficencia por las consecuencias para el paciente de errores u olvidos en el registro o la difusión de datos privados.
- La sobriedad en cuanto a consignar sólo las informaciones realmente necesarias para la atención sanitaria.
- La transparencia en la gestión y acceso a la historia clínica incluido también para el paciente.
- La protección universal de todos los datos de todos los pacientes en todos los centros sanitarios.

El derecho a la confidencialidad de los datos de carácter personal supone que el paciente (titular de los datos), puede disponer lo que estime oportuno sobre la comunicación o difusión de sus datos a un tercero.
Debemos tener en cuenta que a la hora de dar información asistencial de los pacientes, el único que puede decidir a qué persona o personas se pueden informar es el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Surgen las diferentes conclusiones en cuánto al tema tratado y es que:
- La confidencialidad es imprescindible para conseguir la plena confianza de los pacientes.
- Sólo pueden tener acceso a los datos de un paciente aquellos profesionales que estén implicados en su atención.
- Compartir información con otros profesionales (secreto compartido) puede ser necesario y beneficioso para la buena atención de un paciente.
- No podemos transmitir datos a los familiares sin la autorización del interesado.

- Los menores, si tienen capacidad para comprender y decidir, tienen derecho a ser atendidos sin la presencia de sus familiares.
- La informática es un arma de doble filo ya que puede ser a su vez una herramienta y un peligro para el mantenimiento de la confidencialidad.

6 Bibliografía

- https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100008
- https://www.saludinforma.es/portalsi/bioetica-salud/dignidad-intimidad-y-confidencialidad
- http://www.enfermerialeon.com/docs/comision_deo/GuiaConfidencialidadDatosJCyL.pdf

Capítulo 1600

EL CELADOR CON PACIENTES TERMINALES, FALLECIDOS Y EN MORTUORIOS.

MARIA PILAR ROCES ABRIL

ARÁNZAZU ANDRÉS GALLARDO

1 Introducción

El celador forma parte del equipo que proporciona los cuidados paliativos o de confort al paciente terminal, por ello debe extremar su actitud con él. Deberá ser correcto, respetuoso ,colaborador, mostrará empatía tanto con el enfermo como con la familia, escuchará al paciente, compartiendo sus sentimientos y siempre respetando sus creencias y necesidades religiosas.

Es importante que el celador tenga, tanto una correcta comunicación verbal, utilizando un diálogo compresible y veraz, como una comunicación no verbal , extremando el tacto, los gestos, el comportamiento y la actitud ante el paciente y los familiares.
El celador deberá ser muy cauteloso con los comentarios que hace y nunca dará respuestas evasivas a las preguntas del paciente o de las de los familiares.

Términos que usaremos en este capítulo:
Finado: Difunto.
Éxitus: Palabra que proviene del latín y que significa muerte. Existen otros sinónimos como defunción, deceso u óbito.

Tanatopraxia: Toda práctica mortuoria que permita la conservación y exposición del cadáver con las debidas garantías sanitarias.
Tanatoplastia: Adecuación del cadáver por técnicas de reconstrucción.
Tanatoestética: Técnica que se utiliza para mejorar la apariencia del cadáver.
Tanatopsia(autopsia o necropsia post-morten): disección y examen del cuerpo de la persona fallecida para determinar la causa de la Defunción o la presencia de un proceso patológico.
Cadáver: Todo cuerpo humano durante los cinco años posteriores a la muerte. Pasado esos cinco años se consideran restos cadavéricos.

2 Objetivos

- Determinar la forma de actuar del celador con pacientes y familiares.

3 Metodología

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

4 Resultados

El paciente en estado terminal es el que sufre una enfermedad cuyo fin es una muerte próxima, en un tiempo máximo de seis meses.
La medicina paliativa en la encargada de su tratamiento, tratando de ayudar al enfermo terminal a pasar sus últimos días con dignidad, mediante una atención continua, individual e integral, que cubra todas sus necesidades sociales, físicas y psíquicas.

La actitud que debemos tomar ante un paciente moribundo se puede resumir en :
- Vigilar constantemente al enfermo.
- Siempre que sea posible llevarlo a una habitación individual.
- Mantener al paciente limpio y cómodo.
- Evitar la soledad del paciente.

- Intentar aliviar su dolor colocándole en la posición adecuada así lo solicite.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y estirada
- Procurar reposo y descanso.
- Procurar que el resto de los pacientes se mantengan al margen de la situación.
- Atender las necesidades psicológicas del paciente, escuchándolo y hablando con él.

El amortajamiento consiste en la preparación del fallecido para que pueda ser velado por los familiares. El celador colabora en la práctica del amortajamiento ayudando a las enfermeras o personas encargadas de amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.

El traslado del paciente cadáver corre a cargo del celador acompañado de otro celador, concretamente del celador del servicio donde se ha producido el deceso. El traslado del cadáver se hará en camilla cubierta o la camilla debe protegerse con una sábana y el cuerpo debe cubrirse con otra, que lo cubrirá por completo desde el servicio en el que se produjo el "exitus" (fallecimiento) hasta el depósito. Nunca irán acompañados de los familiares del difunto. Antes de salir de la habitación con la camilla debemos asegurarnos de que el pasillo se encuentre despejado de enfermos y visitantes. En caso contrario les invitaremos a entrar en sus habitaciones y luego saldremos con la camilla.

5 Discusión-Conclusión

Autopsia es el examen post-morten del cadáver. Se realizará para examinar los órganos del cadáver con el objetivo de averiguar las causas de la muerte. El celador ayudará en la sala de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala.

Es importante las medidas de prevención. Se recomienda el uso de guantes de látex y desechables. Éstos son la protección de barrera más importante en este servicio. Si durante el trabajo los guantes se deterioran o se rompen, el celador se lavará inmediatamente las manos y se colocará un par nuevo. Se colocará bata, que suelen ser desechables, para impedir que las salpicaduras de sangre alcancen el tronco o las extremidades del celador. Mascarilla y gafas, para prevenir salpicaduras de los fluidos corporales. Lavado de manos ordinario, es uno de los pilares básicos para evitar la contaminación a través de microorganismo.

6 Bibliografía

- http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_5.pdf
- www.academitamargo.com

Capítulo 1601

SALUD MENTAL , ACTUACIONES DEL CELADOR

JULIO CÉSAR GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Salud Mental : Es definida por la OMS como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades , puede afrontar la tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Las enfermedades psíquicas son definidas por la OMS como la alteración del funcionamiento mental , suficientemente manifiesta y específica en sus caracteres clínicos para ser uniformemente identificable por referencia a un modelo claramente definido y lo suficientemente grave como para provocar una pérdida de capacidad profesional o adaptación social que se traduzca concretamente por ausencia de trabajo o por intervenciones judiciales o sociales .

Por tanto la Psiquiatría es la rama de la medicina que estudia, diagnostica, trata o previene las enfermedades mentales así como los transtornos de personalidad y conducta.

A partir de la Ley General de Sanidad (ley 14/1986 del 25 de Abril) el enfermo mental pasa a considerarse como un usuario más del Sistema Nacional de Salud .

2 Objetivos

Dar a conocer los diferentes recursos asistenciales en salud mental (dispositivos sanitarios y estructuras intermedias o rehabilitadoras), así como el papel que desempeña el celador en dichas instituciones .

3 Metodología

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

4 Resultados

La salud mental en nuestro país está conformada como habíamos citado anteriormente por dispositivos sanitarios y por dispositivos intermedios o rehabilitadores.

Dispositivos Sanitarios:
- Centros de Salud Mental : Buscan la atención psiquiátrica especializada de pacientes remitidos desde la atención primaria o de otros niveles sanitarios . Se caracteriza por una atención continuada
- Unidades de hospitalización psiquiátrica tb llamadas unidades de corta estancia : Son unidades que están adecuadas para la hospitalización de pacientes con enfermedades mentales. Suelen estar en Hopitales Generales y se encuentran atendidas por personal multidisciplinar las 24 horas del día
- Hopital de día : Es una alternativa al ingreso total . El horario suele ser de 9 a 17 horas, permaneciendo el paciente en su propio domicilio el resto del tiempo. El tratamiento suele tener una duración de 1 a 6 meses

Dispositivos Intermedios o rehabilitadores :
- Centro de día :Tb se les conoce como centros de rehabilitación psicosocial . Trabajan con pacientes crónicos en situación de dependencia o con medio sociolaboral desestructurado

- Centro de media estancia : Pertenecen al nivel terciario y su objetivo es la rehabilitación del paciente después de un ingreso que suele oscilar entre 6 y 12 meses
- Centros de larga estancia : Son centros para pacientes que tengan una carencia de recursos socio-familiares y por tanto son pacientes que no pueden seguir ningún tratamiento rehabilitador
- Talleres ocupacionales : Proporcionan a los pacientes una formación y una orientación por mediación de talleres protejidos .
- Pisos protejidos : Son de carácter terciario . Su objetivo es que los pacientes lleven una vida autónoma en convivencia de grupo y bajo la supervisión de un trabajador social. Suelen ser de carácter temporal salvo en los casos en que el paciente no disponga de recursos sociales o familiares (en dicho caso suelen tener carácter permanente) .

5 Discusión-Conclusión

El antiguo Estatuto de Personal No Sanitario no hacía referencia a las tareas relacionadas con respecto a los enfermos psiquiátricos . A partir de la ley 14/1986 se pueden distinguir una serie de funciones a realizar en dichos centros :
-Cuida del entorno ambiental ,levantando persianas por la mañana y bajándolas de noche
- Ayuda al aseo personal de los pacientes que lo precisen
- Controla las puertas de acceso a la unidad
- Recoge medicación y otros productos de la farmacia
- Vigila el orden y la compostura entre los pacientes
- Acompañará a los pacientes en sus paseos en las zonas destinadas para tal fin
- Colabora con otros profesionales de la Unidad en la reducción de pacientes agitados . En caso de un paciente sobresaltado lo primero sería avisar al médico y a la enfermera y separar posteriormente al paciente agitado del resto , manteniéndolo en una habitación individual. En casos de crisis agudas se pasará a realizar una contención de tipo verbal , farmacológica o reducción física. El celador no decidirá en ningún caso el tipo de contención ya que esta sólo la puede pautar el médico .
-Colabora con el personal sanitario en la administración de medicamentos en aqullos pacientes que se niegan a colaborar
- Controlar el suministro de tabaco de aquellos pacientes que lo tengan permitido
- Trasladar pacientes a las Unidades y Consultas del Centro cuando sea preciso
- Acompaña a los pacientes en los traslados en ambulancia

Cabe destacar que todas las funciones anteriormente expuestas pueden ser completadas por los Protocolos de actuación y las Normas de Régimen Interno de cada centro

- Velar por el orden y silencio en todos las dependencias y en el uso adecuado del mobiliario

6 Bibliografía

- Morales Pérez , Raquel y De los Ángeles Arnau Barragán María – El celador de servicios específicos (2001)
- Cárdenas Antón , David – El celador : aislamiento, psiquiatría y control de residuos biosanitarios (2002)
- Gardón Fernández, Álvaro - El celador en Salud Mental (2018)

Capítulo 1602

EL TRABAJO A TURNOS EN SANIDAD

SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ

AROA MUÑOZ MENENDEZ

SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ

1 Introducción

El trabajo a turnos es una modalidad de organizar el trabajo en la que el trabajador realiza tareas durante las 24 horas del día y, dependiendo del turno que le corresponda según el día o semana en que se encuentre, trabajará en un horario de mañanas, tardes o noches. De esta forma el día queda dividido en diferentes intervalos de tiempo, lo que supone que el grupo de trabajadores realice las tareas en momentos diferentes.

El trabajo a turnos puede ser, según el ritmo en el que se desempeñe, continuo o discontinuo, lo que implica que el trabajador ocupe sucesivamente el mismo puesto en horas diferentes en un periodo determinado de días o semanas.

2 Objetivos

- Evaluar el impacto en la salud del auxiliar administrativo en sanidad del trabajo a turnos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, como: Dialnet, Pubmed y google académico. Se han empleado como descriptores: trabajo, turnos, desgaste profesional, sanidad, horarios. Se han empleado como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

En los centros de salud, los trabajos a turnos suelen ser tediosos y largos. Esta situación repercute en auxiliares administrativos, celadores, enfermeros o médicos, ocasionando perjuicios tales como: baja productividad, alteraciones del ritmo cardíaco, problemas cognitivos, diabetes, obesidad y alteraciones respiratorias y dermatológicas, entre otras patologías. El trabajo por turnos puede también tener repercusiones en las relaciones conyugales, familiares y personales.

Otro aspecto negativo que acarrea el trabajo a turnos es el mayor ausentismo laboral, siendo sus causas más comunes: la falta de motivación laboral, la falta de estímulo y las malas condiciones en el trabajo. Por otro lado, cada vez tiene mayor incidencia la aparición del Síndrome de Burnout (síndrome del quemado, apareciendo en aquellos trabajadores expuestos a situaciones estresantes de un modo continuado), que se muestra cada vez en mayor medida en los profesionales de los servicios sanitarios debido a las excesivas cargas de trabajo, así como a la frustración laboral. Las alteraciones más relevantes como consecuencia de este síndrome son:

- Alteraciones en la salud a nivel emocional: ansiedad, depresión, desmotivación, desconcentración, entre otros.
- Alteraciones laborales: absentismo laboral, deterioro de la calidad del servicio prestado, disminución de la productividad, etc.

5 Discusión-Conclusión

Se puede observar que el trabajo con turnicidad afecta de manera negativa a la salud de los trabajadores sanitarios, acarreando una serie de consecuencias negativas y destacando entre ellas: alteración del ciclo circadiano por alteración del sueño, estrés laboral, síndrome de fatiga crónica, aumento de síntomas depresivos e incremento de los problemas en el ámbito social y familiar del profesional.

6 Bibliografía

- Deschamps Perdomo, Olivares Román 2, De la Rosa Zabala, & Asunsolo del Barco, 2011.
- https://definicion.de/burnout/.
- Ortega Ruiz & López Rios, 2004.

Capítulo 1603

COMUNICACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON PACIENTES Y SUS FAMILIARES.

SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ

AROA MUÑOZ MENENDEZ

SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Por parte del auxiliar administrativo es necesario, conocer el contexto sociocultural del paciente, ya que esto da muchas pistas para mantener un contacto más directo y claro. La comunicación del auxiliar administrativo al igual que el resto del personal sanitario con el paciente o sus familiares debe hacerse utilizando un lenguaje claro.

2 Objetivos

- Conocer los factores necesarios para una buena comunicación con pacientes y familiares.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, como: Dialnet, Pubmed y google académico. Se han empleado como descriptores: atención,

paciente, centros sanitarios, comunicación, familiares. Se han empleado como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Ante todo, para una buena comunicación, el auxiliar administrativo debe prestar atención al tono de voz, pues los pacientes/familiares pueden expresar cualquier emoción, duda, sentimiento ante el tono percibido. El tono de voz ha de ser el adecuado para cada momento, puesto que el auxiliar administrativo en el entorno sanitario se enfrenta con diferentes situaciones (pacientes quirúrgicos, psiquiátricos, pediátricos…).

Reglas esenciales para dirigirse a los pacientes/familiares:
• Simplicidad: escoger las palabras más simples sin utilizar tecnicismos.
• Brevedad: para una comunicación efectiva el mensaje ha de ser corto y conciso.
• Credibilidad: no dar lugar a contradicciones es imprescindible.

Además de estas reglas esenciales en la comunicación con pacientes y familiares para una buena comunicación se deberá:
• Escuchar activamente: estar atento y mostrar interés a lo que nos están contando.
• Demostrar empatía: ponerse en el lugar del paciente/familiar.
• Estar en silencio cuando nos hablan: no se debe interrumpir al paciente/familiar cuando nos están preguntando sobre dudas, problemas…
• Los pacientes/familiares no deben percibir desinterés sobre cualquier duda, problema que tengan en cualquier momento.

Por último y por ello no menos importante se deberá eliminar cualquier tipo de barrera para la comunicación.
Algunas estrategias para evitarlas son:
• Expresarse de forma clara, que el mensaje se entienda con facilidad.
• No hablar deprisa, dar tiempo para la correcta recepción del mensaje.
• Controlar las emociones para no entorpecer la comunicación.
• No hacer juicios de valor.
• No dar opiniones.

5 Discusión-Conclusión

Para una buena comunicación por parte del auxiliar administrativo sanitario con los pacientes y sus familiares, es fundamental escuchar activamente, tratar de ponerse en el lugar del paciente y sus acompañantes, e intentar entender lo que siente esa persona. Sin embargo, no significa aceptar ni estar de acuerdo con la posición del paciente o sus familiares, pero debe intentar hacerle ver que como profesional del ámbito sanitario, se pueden apoyar en él para plantearle cualquier duda o consulta.

6 Bibliografía

-comunicar.tripod.com
- https://sergimateo.com/

Capítulo 1604

FUNCIONES GENERALES DEL CELADOR

ADRIÁN SÁNCHEZ LÓPEZ

ANA ISABEL GARCÍA CASTRO

1 Introducción

Las funciones del celador y del resto de personal no sanitario vienen contempladas en el Estatuto de Personal no Sanitario del Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado en Orden Ministerial de 5 de Julio de 1971.

2 Objetivos

Determinar las funciones generales que debe llevar a cabo un celador en su puesto de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas desde el año 2015.

4 Resultados

- Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencias u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se le requieran.
- Harán servicios de guardia que les corresponda dentro de los turnos que se establezcan.
- Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando, su realización por determinado personal, no sea idónea o decorosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.
- Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de los mismos.
- Servirán de ascensoristas cuando se les asigne excepcionalmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran.
- Vigilarán las entradas a la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a personas autorizadas para ello.
- Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como del exterior del edificio, cuidando de que estén cerradas las puertas de servicios complementarios.
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
- Darán cuenta a sus superiores de los desperfectos o anomalías que se encuentren en la limpieza y conservación del edificio y material.
- Vigilarán el acceso y estancia de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, y cuidando de que no introduzcan en las instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.
- Vigilarán, asimismo, el comportamiento de los enfermos y de los visitantes, evitando que estos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución. Cuidarán de que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.
- Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos.
- Ayudarán, asimismo, a la enfermeras y ayudantes de planta, al movimiento y

traslado de los enfermos encamados que requieren un trato especial en razón de sus dolencias.

- Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de las supervisoras de planta o servicio, o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias.
- En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requieran.

En los quirófanos, auxiliarán en todas aquellas labores propias del celador destinado en estos servicios, así como en las que le sean ordenadas por los médicos, supervisoras o enfermeras.

- Bañaran a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por sí mismo, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las supervisoras de planta o servicios o personas que las sustituyan.
- Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo no pueda este ser movido sólo por la enfermera o ayudante de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.
- Ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.
- Ayudarán a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala.
- Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidaran alimentándolos, aseándolos y limpiando sus jaulas, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquellas y siempre bajo indicación que reciba de los médicos, supervisores o enfermeros que les sustituyan en sus ausencias.
- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, así como informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del paciente.
- Todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñada.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta todas estas premisas, vemos como un celador debe tener un comportamiento y una actitud en el trabajo de esfuerzo y ayuda siendo en todo momento amable y respetuoso tanto con los pacientes a su cargo como hacía familiares. Asimismo, es imprescindible una buena comunicación entre los mimos trabajadores, así como con los familiares y pacientes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1605

LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO

ADRIÁN SÁNCHEZ LÓPEZ

ANA ISABEL GARCÍA CASTRO

1 Introducción

La confidencialidad es un derecho del paciente. Sin embargo, en los últimos años y con el avance apoteósico de las nuevas tecnologías que, por un lado, a supuesto una mejora en la calidad asistencial y ,por otro, han generado situaciones nuevas que pueden hacer tambalear los derechos básicos del paciente.

2 Objetivos

- Definir el termino 'confidencialidad'.
- Determinar actuaciones para preservar la confidencialidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente de las bases de datos biomédicas. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas desde el año 2012.

4 Resultados

Confidencialidad significa “lo que se hace o dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas”. De esta forma, se determina el derecho del paciente a que cualquier profesional que pueda acceder o conocer datos sobre su persona, debido a su participación de forma directa o indirecta en el ejercicio de su profesión, es responsable de garantizar la protección de dichos datos. El término de confidencialidad es relativamente nuevo, está presente en nuestra lengua desde los años 70.

Hay que diferenciar entre confidencialidad y secreto profesional como hemos dicho anteriormente: confidencialidad es un derecho del paciente, mientras que el secreto profesional es un deber del profesional; esto significa que los profesionales tenemos el compromiso de preservar la información del paciente a la que accedemos por nuestra actividad, y preservarla incluso después de terminar nuestra actividad profesional.

La confidencialidad está íntimamente ligada a los principios bioéticos de la autonomía (el paciente debe ser respetado) y el principio de la no-maleficiencia y el de justicia (evitar daño al propio paciente o un tercero).

• Actuaciones por parte de los profesionales para preservar la confidencialidad del paciente:
- Limitarse al acceso de datos estrictamente necesarios para la realización de sus funciones.
- Solo accederán a la historia clínica los aquellos profesionales que para la ejecución de sus funciones lo requieran.
- No deben divulgar datos de carácter personal que hayan obtenido a través de la historia o de cualquier otro método con consentimiento del propio paciente.

Asimismo, existen tres casos en los que no existe incumplimiento reserva:
- Para evitar un daño al paciente.
- Por imperativo legal.
- Para evitar un daño a terceras personas.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de la presencia de las nuevas tecnologías que facilitan la asistencia sanitaria, no hay que olvidar el cumplimiento de los deberes como profesionales del ámbito sanitario y velar por los derechos de los pacientes.

La confidencialidad es un derecho básico del paciente, además de una herramienta con lo que los profesionales logramos que los mismos nos confíen datos del carácter personal, por ello es imprescindible que los trabajadores llevemos a cabo actuaciones para preservar y proteger la confidencialidad del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1606

LA INTIMIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO

ADRIÁN SÁNCHEZ LÓPEZ

ANA ISABEL GARCÍA CASTRO

1 Introducción

En el ámbito sanitario es común ,y muchas veces estrictamente necesario que el paciente se enfrente a situaciones en las que los profesionales invaden su intimidad, aunque debería hacerse con sumo respeto, en ocasiones la carga de trabajo, las prisas o la rutina con la que nos enfrentamos a estas situaciones, pueden hacer que perdamos la perspectiva de cómo lo está viviendo el paciente. Los profesionales somos quienes debemos de velar por mantener la intimidad del paciente.

2 Objetivos

- Definir el concepto de la intimidad y su legislación.
- Describir actuaciones que ayude a preservar la intimidad del paciente.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La intimidad es el aspecto más interno que cada uno tiene o posee, todo aquello que no quiere que los demás sepan que ha sido reservado libremente por la propia persona. Procede del término latino "intimus", en sus inicios hacía referencia a un aspecto religioso o moral, y ha evolucionado en las últimas décadas hasta el concepto tal y como lo entendemos hoy. Actualmente no hace sólo referencia a las creencias o valores de la persona sino también a su cuerpo y vida privada, así como relaciones personales, relaciones sexuales, relativos a la salud.Del derecho a la intimidad deriva la confidencialidad como atributo y valor de la información formada por datos personales.

Legislación:
- La intimidad es un derecho fundamental históricamente reconocido explícitamente desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.
- El art. 18 de la Constitución Española cita tres derechos fundamentales para la privacidad del individuo: el derecho a proteger su imagen, el derecho al la intimidad y al honor.
La Ley Orgánica 1/1982 del 5 de mayo consolida la protección civil de estos derechos.
- El RGPD o Reglamento Europeo para la Protección de Datos es una nueva ley de aplicación obligatoria en todo el territorio europeo. Entró en vigor el 25 de mayo de 2018. Su principal objetivo es unificar criterios para la protección de datos, poniendo especial énfasis en el tratamiento de la información en el ámbito digital.

Sanciones:

Las leyes que regulan el derecho a la privacidad en España establecen multas y sanciones que pueden llegar a penas de cárcel. Estas sanciones vienen definidas en el artículo 197 del Código Penal:
- Prisión de 1 a 3 años y multa de 12 a 24 meses: Difundir hechos sobre una persona sin su consentimiento, aunque no se haya participado en la obtención de dicha información.
- Prisión de 1 a 4 años y multa de 12 a 24 meses: Apoderarse de documentos

o efectos personales de una persona sin su consentimiento. Usar aparatos de grabación, transmisión o difusión sin permiso del individuo. Tratamiento de la información de una persona sin su consentimiento en ficheros informáticos o registros telemáticos:
- Prisión de 2 a 5 años: Obtener y difundir información de terceros por cualquiera de los métodos anteriores.
- Prisión de 3 a 5 años: Se impone cuando los delitos de intromisión y revelación de información han sido cometidos por los responsables o encargados del tratamiento de los ficheros, o por sus representantes. Difundir datos que revelen la raza, ideología, religión o condición sexual de la persona. Revelar datos relativos a menores de edad o personas incapacitadas.
- Prisión de 4 a 7 años: Cometer los delitos anteriores con fines lucrativos.

Actuaciones para preservar la intimidad del paciente:
- Privacidad en los lugares de atención.
- Si el paciente debe mostrar su cuerpo, tratar de descubrir sólo aquellas que son estrictamente necesarias.
- El uso de biombos, cortinas, puertas cerradas.
- Llamar a la puerta antes de entrar en la habitación del paciente.
- Explicar al paciente previamente lo que se le va hacer.
- Tratar de evitar de entrar en habitaciones donde están realizando procedimientos que invaden la intimidad si no es estrictamente necesario.
- No comentar aspectos físicos del paciente.
- Velar por el vestido correcto de los pacientes ingresados, manteniendo su dignidad, por ejemplo los camisones abiertos por detrás ayudaremos al paciente a cubrirse.
- En los momentos que el paciente requiere de ser trasladado por los pasillos del centro salvaguardar su intimidad con el vestuario adecuado, o por ejemplo colocar una sabana sobre las piernas que le cubra.

5 Discusión-Conclusión

Queda demostrado la importancia de velar por la intimidad del paciente por parte de todo el equipo interdisciplinar que forma parte de la asistencia sanitaria, y no sólo por las posibles consecuencias legales, sino sobre todo para proporcionar una asistencia de calidad y humanizada.

6 Bibliografía

- https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/buscador/guia-intimidad-confidencialidad-proteccion-datos-caracter-p.ficheros/433965-confidencialidad.pdf
- https://ayudaleyprotecciondatos.es/2018/11/13/derecho-privacidad-espana/
- http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:RDUNED-2016-19-7230/pag_715.pdf
- http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/numero%205/01.pdf

Capítulo 1607

IMPACTO DE LA SOBRECARGA DE TRABAJO Y LOS TURNOS EN LOS CELADORES

LUIS ANTONIO NOVAL PEAGUDA

1 Introducción

La sobrecarga de trabajo ocurre cuando el trabajador percibe que las demandas de trabajo exceden sus habilidades y recursos para cumplir con sus obligaciones laborales de manera exitosa y en un período de tiempo establecido.

La continuidad asistencial durante las 24 horas se hace necesaria en el caso de los trabajadores sanitarios, por lo que es preciso realizar turnos rotatorios, incluidas las noches. El celador, como parte integrante del equipo interdisciplinar, también sufre esta sobrecarga.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar el impacto que la sobrecarga de trabajo y los turnos tienen los celadores.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Dialnet y Google Académico y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras clave empleadas han sido: sobrecarga laboral; celadores; trabajo turnos; calidad de vida laboral.

4 Resultados

- La sobrecarga laboral es un riesgo que disminuye la calidad de vida y la productividad.
- El aumento de las jornadas de trabajo provocan una mayor exposición a riesgos laborales: Eleva la probabilidad de tener un accidente de trabajo, es un factor de peligro para los movimientos repetitivos y un factor fundamental en la exposición a riesgos psicosociales.
- El trabajo a turnos comporta una contradicción entre los sincronizadores sociales y el organismo, lo que da lugar a la llamada "patología de la turnicidad" que se caracteriza por astenia, nerviosismo y dispepsia.
- Además el trabajo a turnos produce: alteraciones del sueño, repercusiones sobre la vida familiar y social e insatisfacción laboral.

5 Discusión-Conclusión

La sobrecarga laboral, el aumento de las jornadas de trabajo, la falta de descanso entre jornadas, la fatiga provocada por el trabajo a turnos, o la dificultad para conciliar la vida familiar y laboral, son factores que pueden provocar graves problemas en la salud de los Celadores.

Es necesario analizar en profundidad esta realidad y realizar más investigaciones en este campo.

6 Bibliografía

1. Juana Patlán Pérez , Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo; Science Direct.
2. Temario de Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Edit. MAD, sie7e Editores, 2019.
3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

4. https://www.scielo.org/es/
5. https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1608

LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL PERSONAL NO SANITARIO: CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO

BEGOÑA ORTEGA FERNANDEZ

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ AZCARATE

ENRIQUE SUAREZ DIAZ

1 Introducción

La prevención de riesgos laborales es fundamental en la sociedad en la que vivimos puesto que su correcta implantación y funcionamiento ayuda a eliminar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. (Ley 31/1995 de 8 de Noviembre).

Conceptos como seguridad y salud dentro del trabajo sanitario no pueden pasar desapercibidos y hay que definir la salud como el estado de bienestar o de equilibrio a nivel objetivo (ausencia de enfermedades) y a nivel subjetivo (el estado en el que una persona se encuentra).

El personal no sanitario está expuesto a accidentes como caídas, golpes, esfuerzos, cortes, entre otros además de enfermedades profesionales provocadas por ruidos, radiaciones, entre otros. También pueden estar expuestos a enfermedades relacionadas con el trabajo, como la carga física, la insatisfacción, turnicidad, nocturnidad, entre otros. Todo ello tiene que ser respaldado con las medidas correc-

tivas adecuadas para que las causas que lo originan desaparezcan o su impacto se vea disminuido.

2 Objetivos

La política de prevención de riesgos laborales tiene como objeto promover la mejora de las condiciones de trabajo de cara a elevar el nivel de protección de seguridad y salud de los trabajadores.

Se pretende que no solo sea el personal sanitario el que tenga conocimientos de sanidad si no que el celador como el auxiliar administrativo tengan unos conocimientos de primeros auxilios básicos que pueden servir de ayuda en caso de que una persona haya sufrido un accidente o una enfermedad inesperada. De ahí el llamado procedimiento PAS (Proteger, Avisar, Cocorrer) que interesante conocer e incluso practicar previamente.

Se debe conseguir conocer el control de riesgos y planes de emergencia y evacuación en el caso de que se produzca algún accidente y en definitiva despertar una motivación por parte de todo el personal tanto sanitario como no para fomentar comportamientos profesionales seguros.

3 Metodología

La búsqueda de este texto se ha basado principalmente en el estudio de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales donde se nos detalla las normas que en cuanto a seguridad y salud se refiere deben cumplirse.
El personal no sanitario debe estar previsto de uniforme, el cual no debe llevar un coste adicional, así como de los EPIS que sean necesarios para desarrollar su trabajo.

Por ejemplo, un celador en quirófano deberá ir provisto de mascarilla, guantes o calzas además de su bata. En el caso de un auxiliar administrativo, su uniforme será una bata o pantalón y camisa dependiendo del centro hospitalario. Los celadores deberán tener una correcta posición a la hora de mover una cama, trasladar a un enfermo o manipular algún tipo de peso para no tener repercusiones posteriormente en su salud.

La carga de trabajo en el personal no sanitario produce estrés, fatiga o insatisfacción, por ello una buena planificación del trabajo, una correcta formación, así

como un trabajo en equipo ayudará a que este tipo de problemas no aumenten. Hay que hacer mención a la vigilancia de la salud que será puesta a disposición del empleado de manera voluntaria y con completa confidencialidad.

4 Resultados

Una buena prevención de riesgos laborales en el más amplio sentido de la palabra hará que la productividad de la sanidad sea mejor y que los trabajadores desempeñen sus funciones de la mejor manera posible.

Para bajar la factura de la salud hay que gastar en prevenir, esto es tan sencillo como conocer que las enfermedades profesionales y los accidentes suponen unos costes económicos muy importantes. Estos costes se detallan en costes humanos, familiares, costes de cuentas públicas y hasta costes sociales.
Dichos costes puede ser que a corto plazo no sean tan visibles pero a la larga se demuestra que así es.

5 Discusión-Conclusión

- Hay que tener claro que la seguridad en el trabajo es la responsabilidad y el beneficio de todos.
- La implantación y el respeto ante un sistema de prevención de riesgos laborales asegura unas condiciones de trabajo seguras y saludables para todo el personal sanitario y no sanitario.

6 Bibliografía

-Ley de prevención de riesgos laborales 31/1995 de 8 de Noviembre.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1609

EL PACIENTE CON ALZHEIMER: CUIDADOS DEL CELADOR

MÓNICA MÉNDEZ IBIAS

NOELIA CRESPO MÉNDEZ

1 Introducción

La demencia es un síndrome que se caracteriza por un deterioro progresivo de las funciones intelectuales, acompañado por una disminución de la habilidad para realizar las actividades cotidianas, siendo incurable. Es de carácter plurietiológico. Es la primera causa de discapacidad en ancianos, y la que genera mayor dependencia, necesidad de cuidado y sobrecarga económica, resultando necesaria la educación sanitaria de los cuidadores de dichos pacientes. Su causa más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, que constituye un importante problema de salud pública. Su prevalencia se ha incrementado en los últimos años de forma significativa.

2 Objetivos

- Definir las repercusiones de la enfermedad de Alzheimer.
- Averiguar los cuidados del celador en pacientes con dicha enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Los cuidadores de los pacientes con Alzheimer están sometidos a una situación estresante, lo que afecta de forma importante a su salud y calidad de vida, ya que resulta una tarea agotadora sobre todo si se prolonga durante muchos años. La mayoría de las cuidadoras suelen ser mujeres, especialmente esposa o hija.
- Los cuidados del celador para este tipo de pacientes se centrarían en mantener las mejores condiciones posibles durante su traslado.

5 Discusión-Conclusión

Esta enfermedad ha aumentado en las últimas décadas debido a la mayor esperanza de vida de la población. No obstante, no existe una cura definitiva, por lo que se tendría que seguir investigando. Además, también deberían facilitarse a los cuidadores de dichos pacientes, ya que están sometidos a un elevado por el estrés psicológico, pudiendo llegar a sufrir el síndrome de burnout, caracterizado por agotamiento emocional principalmente.

6 Bibliografía

- http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/6682
- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200009&script=sci_arttext
- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902006000300014&script=sci_arttext
- http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n94/v25n2a09.pdf?iframe=true&width=90%&height=90%
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008

Capítulo 1610

EL CELADOR EN QUIRÓFANO: RIESGOS RELACIONADOS

MÓNICA MÉNDEZ IBIAS

NOELIA CRESPO MÉNDEZ

1 Introducción

Dentro de un hospital, el servicio de quirófano es considerado uno de los más complicados, debiendo estar colocado de forma céntrica y bien comunicado con los otros servicios especiales del hospital.

Para la realización de procedimientos quirúrgicos, es necesaria la actividad y colaboración de muchos profesionales de varias categorías, y a menudo nos encontramos con ciertas prácticas que pueden suponer una disminución de la calidad asistencial, tanto para el paciente como para los profesionales. Es necesario un correcto control de asepsia, limpieza y esterilidad. El mayor número de riesgos suele suceder cuando el paciente está dentro del quirófano.

2 Objetivos

- Identificar los malos hábitos que pueden ser perjudiciales para el paciente en el área quirúrgica.
- Definir los riesgos principales para un celador en el servicio de quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

- La mayoría de los malos hábitos es hacer comentarios inapropiados en presencia del paciente, que le pueden causar ansiedad e inseguridad.
- La principal tarea del celador en quirófano es la manipulación manual de pacientes, lo que requiere una buena formación para evitar lesiones relacionadas, como fatiga física, contusiones o lesiones músculo-esqueléticas.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar los riesgos que pueden derivarse de una intervención quirúrgica, es fundamental la correcta preparación del paciente antes de su entrada a quirófano y la adecuada preparación de todo el personal presente durante la misma. Además, es fundamental también evitar los accidentes biológicos, muy habituales en el hospital.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://uvadoc.uva.es/handle/10324/12058
- https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5606409

Capítulo 1611

TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA EN EL CELADOR

MÓNICA MÉNDEZ IBIAS

NOELIA CRESPO MÉNDEZ

1 Introducción

La lumbalgia es un tipo de dolor localizado en la parte baja de la espalda. Constituye un importante problema a nivel mundial, socio-económico y de salud pública. Causa incapacidad para la realización de las actividades laborales, y se encuentra asociado a las actividades cotidianas. Provoca alteraciones en los músculos, tendones y vainas tendinosas. Se debe a procesos infecciosos, inflamatorios, tumorales o traumáticos, entre otras, aunque la mayoría es inespecífica. Puede ser aguda, subaguda o crónica, en función de su duración. También puede clasificarse como mecánica, no mecánica y psicogénica.

2 Objetivos

- Determinar los efectos que puede causar la lumbalgia.
- Averiguar de qué forma afecta la lumbalgia a la población general.
- Definir cómo prevenir la lumbalgia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Dicha patología puede causar deformidades posturales y defectos genéticos que afecten a la estructura y función. Es una de las principales causas de absentismo laboral.
- La lumbalgia afecta aproximadamente, a un 70-80% de la población general en algún momento de su vida.
- La prevención de la misma consiste principalmente en higiene postural, evitar el sedentarismo y hacer ejercicio.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de dicha patología incluye la realización de ejercicio físico, especialmente de la musculatura de abdomen y espalda. Además, resulta esencial su prevención, realizando un adecuado calentamiento antes de comenzar la actividad física y la utilización de calzado adecuado para la misma, entre otras. También puede realizarse tratamiento psicológico, utilizando técnicas de modificación de conducta. Asimismo, las personas aquejadas de lumbalgia pueden beneficiarse de tratamiento con fisioterapia.

6 Bibliografía

- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000600008&script=sci_arttext&tlng=es
- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563805734489
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-215X2006000200010&script=sci_abstract&tlng=fr
- https://sid.usal.es/idocs/F8/ART9375/absentismo.pdf
- https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38753986/Cervicalgias_y_Lumbalgias.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DCORRESPONDENCIA_Jose_Cid_Calzada_Servici.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-

Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200205%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200205T195916Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=d8bcc26bcd0e86c65073f1f40b6746aed2ca6ed264caeae0cfad0b65a645b663
- https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenMainOrto.cgi?DREVISTA=9&IDARTICULO=24420&IDPUBLICACION=2493

Capítulo 1612

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES POR PARTE DEL CELADOR

MÓNICA MÉNDEZ IBIAS

NOELIA CRESPO MÉNDEZ

1 Introducción

La movilización de pacientes constituye una parte importante en el trabajo del personal sanitario, y también del celador. Debe ayudar al personal de Enfermería cuando sea preciso, para evitar las úlceras por presión de los pacientes y mejorar su tono muscular, respiración y circulación. Se encuentra a menudo relacionada con trastornos musculo esqueléticos para el personal por el esfuerzo que esto supone, sobre todo en la zona lumbar y los miembros superiores. Existen ciertos factores que pueden dificultar la movilización de los pacientes, como son: edad, limitación de la movilidad, estado neurológico y emocional o estado físico. También pueden influir los factores ambientales (iluminación, mobiliario, limpieza o dispositivos utilizados para deambular) y tratamiento farmacológico de dichos pacientes.

2 Objetivos

- Averiguar la mejor forma de realizar la movilización de pacientes.
- Definir las lesiones derivadas de la movilización de pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Para la óptima movilización, la carga máxima debería ser de 25 kg, o 15kg en mujeres o personas de mayor edad. Además, se deberían realizar cursos de formación para su adecuada realización.
- Las lesiones derivadas pueden ser causadas inmediatamente o por acumulación de pequeños traumatismos.

5 Discusión-Conclusión

Para la adecuada movilización de los pacientes es de vital importancia la utilización de equipos auxiliares simples o mecanizados. Además, se deben realizar las movilizaciones entre dos personas o más para repartir adecuadamente el peso del paciente, y manejar las normas generales para la elevación de cargas, para evitar trastornos musculo esqueléticos del personal que realiza dichos cambios. Se debe aplicar el principio de Ergonomía, y adaptar el trabajo a las capacidades de cada persona.

6 Bibliografía

- https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5476839
- https://seguridadlaboral.castillalamancha.es/sites/seguridadlaboral.castillalamancha.es/files/pagina/descargas/ntp_907.pdf
https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4049882.pdf
- http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/1974
- https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/12015/TFM-P-199.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Capítulo 1613

EL CELADOR Y LAS POSICIONES DEL PACIENTE ENCAMADO.

MARÍA BEGOÑA CÁRCABA SUÁREZ

1 Introducción

La inmovilización prolongada de un paciente encamado puede llegar a provocar diferentes trastornos fisiopatológicos como: alteraciones en el sistema locomotor, sistema respiratorio, sistema circulatorio, sistema génito-urinario, sistema digestivo, sistema nervioso y sistema tegumentario.

2 Objetivos

-Tratar de reducir los efectos de la inmovilización prolongada.
-Saber identificar las diferentes posiciones en las que se colocará al paciente encamado.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una de las funciones del celador, es ayudar al personal sanitario en la movilización del paciente encamado, cuando sea necesario, bien durante el aseo, la comida, por la comodidad del paciente, para realizar exploraciones o para prevenir lesiones.

La pérdida de movilidad en los enfermos encamados requiere una serie de cuidados y cambios posturales, se recomienda realizarlos cada dos o tres horas ya que a partir de ese tiempo la piel podría verse afectada.

Cuando el celador junto con el personal sanitario procedan a un cambio postural, es necesario conocer las limitaciones físicas del paciente, se debe actuar con suavidad, evitando los movimientos bruscos, y se debe poner especial interés a todo los dispositivos que el paciente lleve consigo o tenga conectados como: vías, sueros, bolsas, drenajes, oxígeno, etc., para evitar que el paciente sufra cualquier accidente.

Las posiciones más habituales del paciente encamado son:
- Decúbito supino, dorsal o anatómica: al paciente se le acostará sobre su espalda con las piernas extendidas y los brazos alineados al cuerpo.
- Decúbito prono o ventral: al paciente se le acostará sobre su abdomen y pecho, con la cabeza ladeada y los brazos y piernas extendidos.
- Decúbito lateral, izquierdo y derecho: al paciente se le colocará tumbado sobre su costado izquierdo o derecho, con las piernas extendidas, brazo superior encima del cuerpo y el brazo inferior desplazado hacia delante.
- Flowler: al paciente se le colocará semisentado, en ángulo de 45 grados, con las extremidades semiflexionadas.
- Sims, inglesa o semiprona: posición parecida a la decúbito lateral, el brazo inferior se le colocará hacia atrás y el superior flexionado por el codo. Las dos extremidades estarán flexionas y la cadera y pierna superior flexionadas hacia el pecho.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe estar cualificado, tener los conocimientos suficientes y la técnica adecuada para realizar los cambios posturales que el paciente necesita, con seguridad, tanto para el paciente como para él mismo.

La carga física que soporta el celador, durante la jornada de trabajo, es muy elevada, por lo que son frecuentes las lesiones musculoesqueléticos. Una buena higiene postural y aplicar los principios de la mecánica corporal, ayudará a reducir riesgos.

6 Bibliografía

- Cambios posturales y posiciones básicas. Disponible en: http//www.enfermeriapractica.com
- Movilización en el paciente encamado. Disponible en: http//www.revista-portalmedicos.com

Capítulo 1614

FILOSOFÍA DEL CELADOR FRENTE AL IMPACTO FÍSICO Y PSICOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

VERÓNICA LÓPEZ GARCÍA

FERNANDO TOMÁS GAMASA

PAULA TORAÑO IGLESIAS

RICARDO MERLAN REY

1 Introducción

Los cuidados paliativos, en el final de la vida, están orientados a la atención en la persona, con el fin de aliviar el dolor y el impacto emocional que le supone tanto a él como a su familia. Y es que los cuidados paliativos trabajan con temas tan delicados como el sufrimiento, la dignidad de la persona, el cuidado de las necesidades humanas y la calidad de la vida de la persona que padece alguna enfermedad crónico degenerativa o que está en la fase final de la vida. Los cuidados paliativos se aplican progresivamente según va avanzando la enfermedad y teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes, y también se procura la ayuda a la familia y amigos frente al sufrimiento por la pérdida de su ser querido. Por otro lado, los cuidados paliativos deben generalizarse para todos los pacientes que los precisen, incluyendo pacientes crónicos no oncológicos y la población pediátrica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la siguiente definición de los cuidados paliativos (2010): "El enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales". Esta definición se centra en el paciente, destaca la naturaleza múltiple de la condición humana e identifica la calidad de la vida como su objetivo último. Según la OMS son objetivos de los cuidados paliativos:

- Alivio de dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

Los cuidados paliativos se centran fundamentalmente en el paciente más que en la propia enfermedad, en la sanación más que en la curación. El paciente se integra psicológica y espiritualmente como un todo, cuerpo y alma deben ir de la mano, y le permite un análisis de sí mismo más completo, con el fin de conseguir alivio. La sanación consistiría en alcanzar una relación apropiada con uno mismo, con los demás y con Dios o el Ser Superior según las creencias de cada uno.

Los cuidados paliativos no aceleran intencionadamente el proceso de morir, pero tampoco posponen de manera intencionada la muerte. Así los cuidados paliativos se presentan bajo el siguiente precepto: "no se puede morir curado, pero se puede morir sanado", de aquí la enorme importancia que adquiere la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo de cuidados paliativos.

Se debe conseguir mejorar la calidad de la atención prestada a estos pacientes y sus familias, promoviendo la respuesta integral y coordinada del sistema sanitario a sus necesidades y respetando su autonomía y valores. Objetivo también importante de los cuidados paliativos es la atención al duelo, con presencia de psicólogos y trabajadores sociales.

Hay que desarrollar programas de cuidados paliativos con recursos específicos de apoyo psicosocial a pacientes y familias, donde se impliquen profesionales de los equipos de cuidados paliativos pero también profesionales de la psicología, del trabajo social y del voluntariado.

Los talleres formativos y el desarrollo de materiales escritos y audiovisuales, tanto para profesionales como familiares, que puedan contribuir a una mayor serenidad y mejores cuidados a los pacientes; la formación, extender las enseñanzas paliativas en los estudios de grado y apoyar la investigación en este campo son, entre otros, objetivos importantes a conseguir para seguir avanzando en los cuidados paliativos. Igual que necesitamos ayuda para nacer, también necesitamos ayuda para morir.

Los sentimientos de las personas ante el final de su vida pueden ser de miedo, ansiedad, negación, soledad, poca autoestima, etc., por ello, además de la atención y control de los síntomas físicos, la filosofía de los cuidados paliativos se preocupa de la calidad, valor y sentido de la vida. Vivimos en una sociedad que nos prepara para muchas cosas excepto para cómo afrontar el final de la vida, de aquí la importancia que están adquiriendo cada día más los cuidados paliativos.

Especial relevancia tiene destacar en este campo la figura de Cicely Saunders que fue la primera especialista en el manejo de síntomas de pacientes moribundos e inició en Gran Bretaña el Movimiento Hospice que fue pionero en enfrentarse a una gran variedad de síntomas y al sufrimiento que experimentan los enfermos terminales. Este movimiento nació en Christopher´s Hospice en Londres y luego se extendió por todo el mundo. Defendió la muerte con dignidad, oponiéndose a la eutanasia y argumentando que la muerte puede ser una experiencia positiva a la que todo el mundo tiene derecho.

En la actualidad Cuidados paliativos es un concepto amplio que considera, dado el nivel de complejidad, la intervención de un equipo interdisciplinario en el cual deben trabajar codo a codo médicos, psicólogos, enfermeros, celadores, asistentes sociales etc. Todos, independientemente de su función, han de desarrollar habilidades tales como la escucha activa, la empatía y la aceptación.

Los servicios de cuidados paliativos incluyen: Unidades Móviles de apoyo intrahospitalario, Unidades de Cuidados Paliativos intrahospitalarios, Casas de reposo para pacientes terminales, Unidades hospitalarias diurnas, Equipos de control ambulatorio y de apoyo domiciliario.

Por último destacar una frase de W. Osler que resume muy bien la filosofía de los cuidados paliativos: “Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”.

2 Objetivos

- Reducir el fuerte impacto físico y psicológico de la enfermedad a niveles tolerables.

3 Metodología

Se introducen en el buscador de Google términos de búsqueda sobre cuidados paliativos y se seleccionan páginas web, así como algunos artículos de revistas y protocolos con información relevante que se ajustan al tema concreto que nos atañe. También se lleva a cabo una revisión bibliográfica compuesta por bases de datos (Scielo, Google académico), descartando los artículos que no nos interesan en cuanto al enfoque de nuestro trabajo, orientado, especialmente, a la filosofía en cuidados paliativos.

Por otro lado, se hace una revisión del libro de bioética que señalamos en la bibliografía, ya que hoy día no podemos hablar de cuidados paliativos ni de nada relacionado con la medicina en general sin tener en cuenta los principios de la bioética. Los conflictos éticos que se generan en la atención al paciente están a la orden del día e implican tanto al paciente como al profesional e institución. Igual que la medicina y los cuidados han evolucionado, la ética también recorre caminos distintos a los de hace algunos años y ha ganado en importancia. Se hace, por tanto, indispensable que tanto el celador como el resto de profesionales relacionados con la salud, sepan considerar los valores éticos para conocer en todo momento el sentido de las actuaciones ante los pacientes.

4 Resultados

Se consigue para estos pacientes una atención integral, individualizada y continuada que permite proporcionar al paciente una mejor calidad en la fase terminal de su vida, a la vez, que ayudar a los familiares a sobrellevar la situación y el duelo.

Los cuidados paliativos se extienden más allá del alivio de los síntomas físicos, se integran las diferentes dimensiones del cuidado: física, psicológica, social y espiritual, con el fin de facilitar al paciente no sólo morir en paz, sino vivir tan activamente como sea posible hasta el momento final (Kearney M, 2000).

Muchos pacientes con enfermedad grave tienen muchos síntomas, a parte del

dolor, que los cuidados paliativos pueden ayudar a controlar: las náuseas, el delirio, la fatiga, la disnea. Los equipos de cuidados paliativos experimentados en el manejo de tales síntomas no dolorosos, no sólo pueden ayudar a identificar y abordar la gran cantidad de síntomas que afectan la calidad de vida del paciente durante una enfermedad, sino que también pueden mejorar el efecto que los síntomas tienen sobre los cuidadores. Se consigue mejorar el estado de ánimo mediante el control de los síntomas, así como el apoyo psicosocial y espiritual. El mejor manejo de otros síntomas como el dolor severo o las náuseas intratables puede mejorar notablemente el estado de ánimo del paciente, la sensación de esperanza y la calidad de vida.

Por otro lado, está la importancia que adquiere una buena comunicación entre paciente, familia y equipo de cuidados paliativos que da como resultado que el paciente tenga la oportunidad de compartir emociones, preocupaciones, estados de ánimo ,etc., que le sirven como terapia para sanar su alma y así poder llevar mejor el avance de su enfermedad hasta lo que es inminente, su propia muerte. Así muchos de estos pacientes son capaces de lograr un alto grado de aceptación tanto de su enfermedad como su inevitable muerte.

La necesidad de los cuidados paliativos ha dado como resultado la aparición de principios bioéticos que todos los profesionales del ámbito sanitario tienen que cumplir respecto al paciente: autonomía (libertad de elección de la persona), no maleficiencia (no producir daños intencionadamente), beneficiencia (obligación de actuar en beneficio del paciente, ayudándole a promover sus legítimos intereses) y justicia (distribución equitativa entre todos los miembros de la sociedad de los recursos sanitarios, de los beneficios que ofrece el sistema sanitario y de las cargas previas para mantenerlo como pago de impuestos, etc.).

La integración de cuidados paliativos es la aproximación más racional a la atención de personas con enfermedades avanzadas y ha demostrado que reduce el sufrimiento, mejora la satisfacción, disminuye costes y facilita las transiciones entre los distintos estadios de progresión de la enfermedad ya que los cuidados paliativos se van adaptando a las necesidades del paciente y la familia a medida que va avanzando la enfermedad, brindando enormes beneficios a pacientes, familiares y cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos en la actualidad son entendidos como una necesidad social, médica y humanitaria. Su enfoque principal es mejorar la calidad de la vida de los pacientes graves en cualquier etapa de la enfermedad, adaptándose a las necesidades del paciente y la familia. La organización de cuidados paliativos debe incluir medidas de recursos específicos con las de la mejora de los servicios existentes, para permitir que en todos los ámbitos sea posible una atención de calidad.

En los últimos años se han publicado numerosos planes autonómicos de cuidados paliativos. Se ha acordado un modelo asistencial basado en la atención integral a las necesidades de los pacientes y familias y también un modelo organizativo, con un nivel básico orientado a todos los pacientes y un nivel más específico para los que requieren un trato más complejo. El mapa de estructuras y recursos de cuidados paliativos muestra un aumento significativo en los últimos años. Pero sigue habiendo mucha diversidad de los mismos, con diferencias de acceso e igualdad.

Los cuidados paliativos aún son bastante desconocidos para la población. Hay bastante incertidumbre respecto a cómo funcionan, qué ofrecen y cómo acceder a los mismos. Sería muy importante que la población tuviera suficiente información al respecto, sobre los beneficios que aportan a pacientes y familias y quién puede ser derivado.

Destacar también que aún sigue siendo muy reducida y escasa la financiación de proyectos e investigación sobre cuidados paliativos.

6 Bibliografía

- http://www.secpal.com/%5C%5CDocumetos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf
- Sánchez González, M.A. Bioética en Ciencias de la Salud. Madrid. Elsevier, 2012.
- http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/04/EVOLUCION HISTORICA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS. REVISION BIBLIOGRAFICA pdf.
- https://www.astursalud.es/astursalud
- www.agetd.com/phpfm/documentos/publicos/paliativos/Historia_de_los_Cuidados_Paliativos.pdf.
- [HTML]conicyt.cl. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos.
- Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas. [pdf]pallium.com.ar.

- In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los cuidados paliativos.
- La importancia de los cuidados paliativos-Artículos-IntraMed.

Capítulo 1615

FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

BEATRIZ AZEVEDO CANADO

1 Introducción

Los quirófanos son una zona del hospital donde se van a realizar las operaciones quirúrgicas y las anestesias. En estas áreas hospitalarias se exigen unos niveles elevados de higiene y asepsia, eficiencia, organización, flexibilidad, adaptabilidad y destreza manual. También es importante conocer y saber utilizar el mobiliario, aparataje, material y todos los instrumentos disponibles en un quirófano.

El celador forma parte integrante del equipo interdisciplinar que trabaja en un quirófano, compuesto por el cirujano, el primer ayudante, el segundo ayudante, enfermera instrumentista, anestesista y enfermera circulante. Todos están involucrados y coordinados armónicamente en el área quirúrgica, aplicando cada uno sus conocimientos antes, durante y después de la cirugía.

El celador en el quirófano realiza tareas complementarias y auxiliares en el trabajo del personal sanitario (anestesista, enfermera, cirujano…) y muchas veces son las mismas funciones que realiza en otro servicio, como en la planta hospitalaria.

2 Objetivos

- Detallar las funciones realizadas por el celador necesarias antes.

3 Metodología

Se revisa el Estatuto de Personal No Sanitario del año 1971, recogido en la Orden Ministerial del 5 de julio, en él se enumeran y detallan las funciones del celador en quirófano. Ampliamos la información con la búsqueda en Google Académico en distintas páginas web, utilizando como descriptores las palabras quirófano, funciones y celador.

4 Resultados

El celador será el encargado de conducir a la sala de quirófano al paciente desde la unidad en la que se encuentra, puede ser su habitación en planta o en el servicio de urgencias. En todo momento el paciente debe ir acompañado de la documentación clínica que la llevará el celador, previamente entregada por la enfermera en la unidad donde estaba el paciente.
Con la ayuda de la enfermera circulante, el celador colocará al enfermo en la mesa quirúrgica. Éste ayudará en todos los trabajos de fuerza, sujeción y movilización de los pacientes.

El anestesista le indicara en qué postura tiene que colocar al paciente antes y después de la intervención, la postura final la ordenará el cirujano y el celador será quién la ponga en práctica.
Es el celador el que moverá el aparataje o mobiliario dentro de la sala de operaciones, también traerá a quirófano lo que el cirujano, enfermera u otro superior le solicite.

Mientras dure la operación, el celador se quedará en el antequirófano, siempre disponible por si fuera necesaria su presencia en el quirófano para prestar ayuda al resto de personal sanitario. El antequirófano es una estancia al lado de la sala de operaciones, el celador y la cama del paciente permanecerán allí hasta que acabe la operación. Esta sala es una zona limitada, llamada también zona blanca, está restringida solo a personal autorizado que esté uniformado obligatoriamente con el pijama aséptico en color verde (casaca y pantalón), gorro, calzas y mascarilla quirúrgica.

Las calzas deberán de cubrir todo el calzado, serán de papel o tela. Es lo primero que habrá que colocarse. Estará permitido el uso de calzado específico para el quirófano, de fácil limpieza, desinfección y se usará únicamente en el quirófano, cambiándose de calzado para salir al exterior.

El gorro, cubrirá todo el cabello para evitar que nuestros posibles microorganismos acaben en el paciente provocándole una infección nosocomial. Se pondrá antes que la parte de arriba del uniforme, para no contaminarlo al vestirnos, ya que es inevitable que al colocarnos la casaca no roce con el cabello. Podrán ser de tela o papel.
La mascarilla quirúrgica, cubrirá la boca, la nariz y la barbilla. En caso de los hombres que tengan barba, ésta tendrá que quedar cubierta completamente. Se anudarán detrás de la nuca, también las hay con gomas elásticas. Podrán ser de tela o papel y serán renovadas por otra nueva cuando se humedezca.
Los guantes, serán la principal medida para evitar el contagio de microorganismos. Normalmente serán de látex, aunque en la actualidad se podrán usar de vinilo o nitrilo en caso de alergia al otro material. Se usarán obligatoriamente si hubiera contacto con sangre, tejidos y secreciones orgánicas. Es lo último que se colocará al ponerse el uniforme. Es fundamental que se conozca que el uso de guantes no exime del lavado de manos, será obligatorio hacerlo antes y después del uso de éstos. El celador pertenece a la parte del equipo no estéril, no necesitará realizar un lavado de manos quirúrgico (estéril). La manera más adecuada será empleando agua y jabón neutro durante mínimo 30 segundos, frotándolas entre sí. Se aclararán con agua hasta que no queden restos de jabón y se secarán con toallas de papel desechables.
En caso que las muestras y/o documentos que se generen durante la operación hubiera que llevarlos a otro departamento, como al laboratorio, será el celador quien se encargue de su vigilancia y reparto. También será el responsable de acudir al banco de sangre en caso necesario.

Harán guardias en el turno que le corresponda, impidiendo la entrada a quirófano a personas y objetos del exterior no autorizadas. Además si percibieran desperfectos o insuficiencias en la limpieza, en el edificio o material se lo comunicarán a sus superiores.
Una vez que se termine la intervención, trasladará al paciente a la sala de reanimación, o a donde le ordenen. En caso de fallecimiento en la mesa de operaciones, lo conducirá al mortuorio, cuando el desplazamiento sea autorizado por el cirujano. En este traslado a la sala de reanimación, el celador no irá solo, va acompañado por el anestesista y la enfermera circulante que es quien se encarga y se mantiene en todo momento al lado de la persona operada. Estos profesionales sanitarios forman parte del equipo quirúrgico no estéril junto al celador.
Al finalizar la operación quirúrgica el celador controlará que el quirófano dispondrá de todos los aparatos e instrumentos para la siguiente intervención.

Prestará ayuda para ajustar la iluminación, ajustará la cama quirúrgica, mantendrá limpios y ordenados los aparatos para trasladar a los pacientes, también los soportes que se colocan en la mesa de operaciones. Éstos elementos se guardarán en un almacén con estanterías.
En caso de necesidad urgente, ayudará en el aseo del paciente que haya ingresado de urgencia y se tenga que preparar inmediatamente para entrar en quirófano. También puede ocurrir, que no estuviera disponible la peluquera y debido a la urgencia de la situación, el celador rasurará al enfermo masculino en la zona a intervenir. Para rasurar, lo primero se lavarán las manos, se usarán guantes, se preparará el material que se vaya a necesitar (guantes, batea, cuchilla desechable, jabón, esponja, tijeras, toalla, esparadrapo adhesivo), se colocará al paciente en la postura adecuada y informaremos de lo que le vamos a hacer de forma clara, adaptaremos el lenguaje según el receptor. En caso de que existieran verrugas, lunares o heridas en la piel en el lugar a rasurar, será la enfermera quien lo realizará. Se cortará con tijeras antes de rasurar el pelo en la cabeza, cuando sean intervenciones de neurocirugía. Se rasurará en sentido del crecimiento del vello y de zona limpia a sucia, para evitar infecciones, el vello rasurado se retirará con un esparadrapo o apósito adhesivo, así quedará pegado en estos materiales y la zona quedará limpia de pelo. Por último, se retirarán los guantes y se lavarán de nuevo las manos.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad y eficiencia en el trabajo realizado por el celador en un quirófano se genera con la práctica, la veteranía proporciona conocimientos y destreza en la movilización de pacientes, en la preparación de todo el quirófano, sabiendo qué aparatos y demás elementos se necesitan en cada operación. No todos los quirófanos son iguales, ni en todos los equipos se trabaja de la misma manera, tampoco el material es el mismo. Por eso, el celador tiene que ser capaz de ser un trabajador flexible y adaptarse con facilidad y rapidez de manera eficaz y eficiente a cualquier situación que se genere en el área quirúrgica. En las operaciones pueden surgir imprevistos y hay que solucionarlos sobre la marcha, a pesar de que en las operaciones todo el proceso está estudiado y programado paso a paso. El celador seguirá las instrucciones del personal sanitario y deberá preguntar al anestesista y al facultativo si ha colocado bien al paciente y/o si el material que está disponible es el que necesitan, porque ellos son quiénes tienen la última palabra.
En la colocación del uniforme, de los EPI'S y en la higiene de manos el celador

será riguroso para conseguir la asepsia necesaria dentro y fuera del área quirúrgica.

6 Bibliografía

- BOE n°174. Orden del 5 de julio de 1971. Estatuto de Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. España, 22 de julio de 1971.
- Celadores Online de Instituciones Sanitarias. (2018). Sonsoleslc@. Recuperado en http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema14.html?m=1
- Fisiostar. Funciones del celador en quirófano.(s.f.). Recuperado en http://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-quirofano
- Martínez, M°.L. (s.f.). Guía de buenas prácticas para la circulación en el bloque quirúrgico. Hospital Universitario de Ceuta.

Capítulo 1616

PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN ADMISIONES.

ISABEL MARTOS VILLA

ROCIO BARREIRO LOPEZ

CRISTINA RODRIGUEZ RIVERA

MARÍA LUISA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

LUZ ESTER PÉREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El servicio de admisión hospitalaria es la puerta de entrada y salida de los pacientes en el área de hospitalización. Sirve como enlace entre lo puramente administrativo y la función clínica y de servicios profesionales.
La admisión del paciente es el proceso mediante el cual se facilita el acceso a los usuarios a la asistencia sanitaria especializada, tanto en régimen ambulatorio como ingreso.
Normalmente, implica el ingreso del paciente en alguno de los servicios del centro asistencial que, dependiendo de sus características, podría ser: admisión ambulatoria (consultas externas), admisión de urgencias u hospitalización.

2 Objetivos

-Establecer un ambiente de cordialidad durante el proceso de admisión.

-Recibir al paciente y orientarlo en el ambiente hospitalario.
-Proporcionar atención: médica, obstétrica, odontológica o de enfermería; en un ambiente donde se dispone de los medios necesarios para brindarle atención.
-Mejorar la calidad de los servicios bajo los criterios de una atención centrada en el usuario con calidad y calidez.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal administrativo realiza la identificación del paciente solicitando alguna información personal (nombre, apellidos, etc..) de forma verbal y, en algunos casos, se pide alguna documentación acreditativa de identidad.
Esta información sirve para comprobar si el paciente ya ha estado con anterioridad en el centro y si se tiene una historia clínica del mismo. En caso negativo se realiza el proceso de filiación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una vez hecho todo este proceso de admisión del paciente y que todo esté correcto, es cuando se le asigna al paciente un número identificador. Este servirá para identificarlo en cada punto del proceso asistencial.
En muchos centros de salud, hospitales y clínicas privadas, se suelen utilizar datos, como el número de historia clínica del paciente, el número de habitación o de su cama, el nombre y apellidos, la fecha de ingreso, o combinaciones de estos y otros datos.

6 Bibliografía

- Guía de gestión de los servicios de admisión y documentación clínica. slideshare.net

Capítulo 1617

ATENCIÓN AL PACIENTE EN URGENCIAS.

CRISTINA RODRIGUEZ RIVERA

MARÍA LUISA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

LUZ ESTER PÉREZ FERNÁNDEZ

ISABEL MARTOS VILLA

ROCIO BARREIRO LOPEZ

1 Introducción

Las áreas de Urgencias de los Hospitales se estructuran como una sección que, junto con la Sección de Intensivos, constituyen el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Ambas secciones dependen orgánica y funcionalmente del citado servicio.
La Sección de Urgencias ostenta la responsabilidad de la atención de todos los enfermos que demanden en ella atención sanitaria urgente.
El personal administrativo de Urgencias tiene como funciones comunes las de hacer de puente entre la organización y el usuario, al tiempo que coordinan sus tareas con las del resto de profesionales del Hospital para el logro de los objetivos comunes.

2 Objetivos

- Mejorar los tiempos de atención a los pacientes en base a la gravedad de su proceso.
- Resolver las situaciones de aglomeraciones de pacientes en las salas de espera de las urgencias que se producen en determinadas ocasiones.
- Mejorar la información y la comunicación con los pacientes y familiares o acompañantes.

3 Metodología

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

4 Resultados

La admisión en el Servicio de Urgencias es aquella que sirve para resolver una problemática urgente de salud.
Admisión programada: se determina cuando el paciente presenta una orden de internamiento.
Admisión referida o traslado: es aquel paciente que llega de otra institución.

5 Discusión-Conclusión

El plan funcional de la sección de urgencias debe orientarse a organizar la actividad, con el objetivo de garantizar una asistencia integral y de calidad al ciudadano que demanda atención urgente y modular la asistencia de los procesos no urgentes, en un marco de continuidad asistencial, promoviendo una interrelación activa con los distintos niveles de atención.
El fin último de la Sección de Urgencias es atender a cualquier ciudadano que demande asistencia sanitaria urgente, en el menos tiempo posible y con la mayor eficiencia.

Mirará para que las prestaciones sanitarias para que sean eficaces, efectivas y eficientes y su organización interna para que esté centrada en el ciudadano como usuario y en la comunidad como referente.

6 Bibliografía

- Plan funcional de la sección de urgencias del servicio de cuidados críticos y urgencias.
- Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad

Capítulo 1618

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA UVI / UCI

ENRIQUE SUAREZ DIAZ

BEGOÑA ORTEGA FERNANDEZ

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ AZCARATE

1 Introducción

El papel del celador en la UVI/UCI es de vital importancia, ya que sin esta figura presente no podría ser capaz de funcionar de una manera adecuada el conjunto hospitalario. Siendo este servicio muy especializado en la asistencia de sus pacientes debido a la gravedad de su salud, la función del celador en este área es una pieza imprescindible, la cual deberá ser llevada a cabo con rigurosa forma en su proceder.

2 Objetivos

- Exponer la importancia del trabajo del celador en la UVI/UCI.
- Explicar la metodología del trabajo del celador en dichas unidades y su trato con el paciente.

3 Metodología

El trabajo de este capitulo esta basado en la información extraída en mis conocimientos personales de la materia así como diversas páginas de internet y

libros de funciones de celador haciendo un resumen de lo más importante tanto a nivel técnico como humano en el desarrollo de la función acometida.

4 Resultados

Los celadores trasladarán los aparatos y materiales necesarios dentro del área. Transportarán las botellas de oxígeno y harán los cambios posturales necesarios para preservar la buena salud de los pacientes ingresados. También serán trasladados aquellos pacientes al quirófano si fuese necesario o a distintas áreas hospitalarias para la realización de diversas pruebas médicas acompañados por su documentación clínica correspondiente.

Los celadores destinados en la unidad de cuidados intensivos deberán estar uniformados con batas asépticas cumpliendo las normas pertinentes y seguirán las instrucciones del equipo de enfermería tanto con el material como en las movilizaciones. En el traslado de los pacientes se evitarán los movimientos bruscos y se realizarán de forma efectiva y pausada, prestando especial cuidado al material y la aparatología que esté en contacto con el cuerpo del paciente. Se evitará cualquier tipo de ruido innecesario mientras se trabaja en la unidad, creando un ambiente saludable tanto para pacientes como para los profesionales que allí estén trabajando.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador el la UVI / UCI es un eslabón imprescindible sin el cual seria imposible que el conjunto del hospital funcione, por lo tanto el buen actuar y la profesionalidad como celadores cumpliendo escrupulosamente el trabajo en una unidad tan delicada como la de cuidados intensivos se torna imprescindible.

6 Bibliografía

https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-transporte-intrahospitalario-del-paciente-grave--S1130239910001033
http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_3.pdf
https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-urgencias-uci-uvi

Capítulo 1619

EL CELADOR EN EL AREA DE MATERNIDAD

ENRIQUE SUAREZ DIAZ

BEGOÑA ORTEGA FERNANDEZ

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ AZCARATE

1 Introducción

El área de maternidad es un área compleja en la cual el trabajo desempeñado por los celadores es una pieza imprescindible e importantísima para el correcto funcionamiento del área de maternidad y mas teniendo en cuenta que la figura del celador es el primer contacto que recibe el paciente en el hospital.

2 Objetivos

El papel del celador en el área de maternidad será el de cumplir las directrices comunicadas por sus superiores para cubrir la asistencia a los pacientes que así lo requieran.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas..

4 Resultados

Las funciones más importantes dentro del área de maternidad de los celadores son los traslados y recogida de pacientes desde su llegada a la sala, área, quirófano, salas de lactancia o salas de parto correspondientes para su tratamiento.

También se realizaran traslados de neonatos con su correspondiente documentación como en los pacientes mencionados anteriormente.

Haremos transporte de analíticas y muestras al servicio que nos sea indicado por nuestros superiores.

Traslado y recogida de aparatos y maquinas.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta la importancia que tiene el buen hacer del celador en maternidad en todo momento debemos ser lo mas profesionales posibles cumpliendo escrupulosamente con nuestro deber tanto en nuestra funciones como en el trato con las personas que estemos atendiendo.

6 Bibliografía

- https://cvpepemoreno.files.wordpress.com/2011/11/tema-64.pdf
- https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad

Capítulo 1620

EL CELADOR EN QUIRÓFANO Y NORMAS DE HIGIENE.

MARIA PILAR ROCES ABRIL

ARÁNZAZU ANDRÉS GALLARDO

1 Introducción

El quirófano es el área de la Institución Sanitaria donde se realizan las operaciones quirúrgicas. La cirugía es la parte de la medicina que tiene por fin curar, paliar o diagnosticar enfermedades así como reparar o mejorar sus posibles secuelas por medio de intervenciones manuales.

Los quirófanos son área hospitalaria con mayor grado de tecnología y complejidad, que requiere unas condiciones especiales de limpieza, baja o nula contaminación microbiana y seguridad. Los celadores desempeñan funciones propias en el quirófano y al ser una unidad más compleja, requiere una serie de normas en el desarrollo de su actividad.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en el quirófano.
- Determinar las medidas higiénicas que han de cumplir los celadores en quirófano.

3 Metodología

El área quirúrgica es una zona funcional y físicamente diferenciada del resto del hospital, zona del hospital tranquila y bien comunicada con el resto del hospital. Atendiendo a las normas de asepsia y antisepsia, se divide en varias áreas:
- Área de intercambio. Zona de recepción de pacientes, despachos, vestuarios y sala de estar del personal.
- Área limpia. Pasillo limpio y almacén de materiales estéril. Necesario gorro y papis(calzas).
- Área estéril. Quirófanos, zona de lavado quirúrgico y áreas de preparación del instrumental estéril. Necesario gorro, papis y mascarilla.
- Área sucia o séptica. Área adyacente al quirófano o pasillo de circulación.
- Antequirófano. Sala anexa al quirófano. Lugar donde el celador debe permanecer durante la intervención.
-Sala de reanimación. Recepción, cuidado y asistencia hasta recuperación de la anestesia de los pacientes intervenidos.

Las funciones del Celador en los Quirófanos serán las siguientes:
1. Tendrán a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad correspondiente a quirófanos, reanimación y viceversa, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe toda la documentación clínica precisa que debe ser facilitada por el enfermero de la unidad de procedencia.
2. En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los médicos, supervisoras o enfermeras/os.
3. El celador introduce y saca a los enfermos del área quirúrgica para las intervenciones, colocándoles y retirándolos de la mesa de operaciones ayudados por el personal sanitario.
4. Ayudarán, a requerimiento del médico o la supervisora o persona responsable, a la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran.
5. Durante las intervenciones quirúrgicas, el celador permanecerá en el antequirófano por si precisaran de sus servicios.
6. Transportarán a los servicios correspondientes los objetos y documentos que les sean confiados por sus superiores.
7. Trasladarán los aparatos o mobiliario que se requiera.
8. Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
9. Observarán las normas internas del Servicio de Quirófano generales para toda la Unidad, en especial las referidas a la asepsia o higiene.

10.Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.
11. También serán misiones del celador todas aquellas funciones similares a las anteriores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

Además el celador tiene como tareas:
- Traslado de pacientes.
- Colocación y retirada de los pacientes de la mesa de operaciones.
- Traslado a REA o UCI(donde proceda).
- Traslado a mortuorio si el paciente fallece.
- Traslado a mortuorio de miembros amputados.
- Transporte de muestras al servicio de Anatomía Patológica.
- Transporte de concentrados desde el banco de sangre.
- Transporte de aparatos diagnósticos.

4 Resultados

Higiene en el área quirúrgica:
Es una zona de especial riesgo para la adquisición de una infección hospitalaria, por cuanto supone de instrumentación, manipulación, y de ruptura de barreras naturales del enfermo, por lo que es muy importante cumplir las normas higiénicas en este área.

Se ha de limitar estrictamente la circulación y permanencia de personal innecesario, así como la conversación dentro de los quirófanos. Todo el personal que entre en el área deberá utilizar la ropa exclusiva para la zona, debiendo cambiarse cada vez que salga de la misma. Las puertas de los quirófanos deberán permanecer cerradas durante las intervenciones. La circulación inadecuada del personal y material favorece la propagación de microorganismos patógenos.

La principal medida para evitar la transmisión de infecciones ya que es el medio de transmisión de microorganismos más importante es el lavado de manos.
1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea limpia/séptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después de tocar al paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La higiene hospitalaria es uno de los aspectos fundamentales para evitar contagios en los pacientes. El medio ambiente en el hospital afecta directamente a la transmisión de enfermedades, llegando a ser en muchas ocasiones causa directa de la infección de los enfermos. Dentro de la higiene hospitalaria, el quirófano es una estancia clave, así que lógicamente es imprescindible el cumplimiento de ciertas normas higiénicas.

Las áreas quirúrgicas no están exentas de las llamadas infecciones nosocomiales o intrahospitalarias y, por ello, se debe prestar especial atención a la prevención dentro del quirófano. Ya desde el acondicionamiento, el quirófano tiene que disponer de unas barreras específicas para aislarlo del resto del hospital y del exterior. Debe estar correctamente señalizado con carteles que impidan el acceso al personal ajeno y aislado del ruido. Además, necesita de aire acondicionado y una climatización aislada del exterior. Las paredes serán lisas para que se puedan lavar y limpiar fácilmente y el suministro de agua debe ser independiente con filtros especiales. Las puertas deben permanecer cerradas y, para abrirlas, se hará de forma suave para impedir las corrientes de aire.

6 Bibliografía

- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc04
- http://entornosaludable.com/23/08/2013/la-seguridad-y-la-higiene-en-el-quirofano/salud/
- www.academiatamago.com

Capítulo 1621

ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN UN PLAN DE CATÁSTROFES

PATRICIA FERNÁNDEZ ANTUÑA

CARLOS JULIO FERNÁNDEZ DÍAZ

MARIA JESÚS FERNÁNDEZ ANTUÑA

1 Introducción

Las situaciones de catástrofes son situaciones por lo general inevitables e impredecibles. Medidas adecuadas de seguridad y organización puede minimizar sus consecuencias, entre las cuales, la correcta atención sanitaria a las víctimas humanas constituye una prioridad, por encima de cualquier otro valor. Dentro de esta jerarquización, suele ser el Hospital el destinatario de la mayor parte de las víctimas procedentes de la catástrofe.

Por otra parte, los hospitales, por su peculiar ocupación, dotación tecnológica y superpoblación, precisan de medidas de autoprotección que garanticen su seguridad.

En este caso vamos a ver la organización de los celadores ante un plan de catástrofes.

2 Objetivos

Conocer como debe organizarse la plantilla de celadores ante una situación de catástrofe dentro del hospital, para actuar de forma ordenada de forma que po-

damos ayudar a minimizar en todo momento los riesgos para los pacientes y el personal.

3 Metodología

Basada en la evidencia científica, en la búsqueda de bases de datos mas importantes, asi como revisión en libros, artículos especializados y material formativo.

4 Resultados

Al recibir una alerta de catástrofe la misión del celador será:
1. Celadores componentes del equipo de segunda intervención: Recoger la máxima información de la emergencia procedente de la centralita. Aprovisionarse del equipo necesario y acudir al lugar de la emergencia, atacando el fuego bajo las órdenes directas del jefe de intervención.
2. Resto de celadores: Coordinados por el Jefe del personal subalterno, que en el momento de la alerta acudirá al lugar de la emergencia donde recibirá instrucciones claras del jefe de intervención para la utilización de ascensores y vias de evacuación así como para analizar el personal disponible, la distribución de los mismos para poder paralizar los ascensores de la planta inferior, convertir en monta camas los ascensores y destinar un celador para cada ascensor para la utilización desde el interior.

5 Discusión-Conclusión

Hemos conocido como deben de organizarse los celadores según estén dentro del equipo de segunda intervención así como los que serán organizados por el jefe de personal subalterno para realizar correctamente la evacuación ante una situación de catástrofe, de forma organizada para minimizar los daños posibles.

6 Bibliografía

1. Situaciones de catástrofes ¿qué debemos saber y hacer? - Abril 2011- C. Parra Cotanda, C. Luaces Cubells - disponible en https://www.analesdepediatria.org
2. La prevención y los riesgos laborales en las instituciones sanitarias- Servicio Riojano de Salud -Diciembre 2016- disponible en https://books.google.es/

Capítulo 1622

EL CELADOR EN PSIQUIATRÍA

JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ

CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ

ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ

ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como el estado completo de bienestar físico, psíquico y mental, y no solamente la ausencia de enfermedades.

La psiquiatría aquella rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, así como de ciertos trastornos de la personalidad y la conducta. La actuación del celador en la red psiquiátrica puede ser tanto en Centros de Salud Mental, como en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica o en estructuras intermedias.
1. En Salud Mental: se constituye con un equipo multidisciplinar en el que se incluyen psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares de psiquiatría y celadores principalmente.
2. Unidades de especialización psiquiátrica: están sectorizadas, y se coordinan con el resto de los recursos de salud mental y asistencia psiquiátrica. Se encuentran atendidas por un equipo multidisciplinar.
3. La actuación del celador en unidades intermedias también es primordial, tanto en hospital de día, como en centros de día, centros de media estancia, centros de larga estancia, talleres ocupacionales y pisos protegidos.

Una de las principales funciones del celador es la comunicación, mostrar una actitud positiva, ganarse se la confianza de el paciente, mostrarles sus cualidades y habilidades fortaleciendo su autoestima, para que de esta forma tenga la necesidad de comunicarse con su interlocutor y siempre manteniendo un tono de voz a un ritmo relajante, controlando el volumen y la modulación de la voz.

- No se debe cortar la conversación, ni generalizar.
- Se evitarán en todo momento las amenazas, tanto con la palabra como con la acción de las manos.
- Se debe hablar con claridad, sin hacer uso de palabras técnicas.
- Realizar una escucha activa, pidiéndole su criterio realizando preguntas y específicas.
- Se debe respetar en todo momento el círculo de seguridad del paciente.
- Se evitará hacer movimientos bruscos.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en el área de psiquiatría.
- Destacar aquellas medidas más importantes a la hora del trato del celador con los pacientes ingresados en psiquiatría.

3 Metodología

Se consultaron libros y revistas disponibles de manera gratuita sobre el tema en distintas buscadores de internet. Se utilizan descriptores como psiquiatría, enfermo mental, salud mental, centro de día, talleres ocupacionales, etc.

4 Resultados

En la unidad de psiquiatría el celador tiene las siguientes funciones:
- Vigila la puerta de acceso a la unidad controlando las entradas y salidas, no permitiendo el acceso más que a personas autorizadas y cuidando no introduzcan comidas, bebidas u objetos que pudieran resultar peligrosos o no autorizados.
- Colabora con el resto del personal de que los enfermos no hagan un uso indebido de los enseres, de la ropa, evitando su deterioro.
- Tramitará y conducirá sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos y objetos que les sean confiados por sus superiores.
- Trasladarán de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se le indique.

- Cuida del entorno del paciente creando un buen ambiente de luz y sonido,levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Vigila el orden y la armonía de los pacientes.
- Cuidará continuamente por conseguir el mayor silencio posible en todas las dependencias de la unidad, respetando los horarios de sueño.
- Controla la estancia y la circulación de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos y en las zonas comunes, evitando toda aquella acción que perjudique al propio paciente o al orden de la unidad.
- Ayuda al aseo de los pacientes que no puedan hacerlo solos.
- Vigila que todos los pacientes realicen el aseo personal fomentando una correcta adecuación en el vestido y maquillaje.
- Estará encargado de acudir al servicio de farmacia a recoger el pedido, incluyendo el traslado de medicamentos de la planta de hospitalización a la farmacia.
- Acompaña a los pacientes, junto con el personal sanitario, a los paseos por el exterior del recinto hospitalario.
- Estimula la actividad física de los pacientes.
- Controla el suministro y consumo de tabaco. (Está permitido fumar en la Sala de Fumadores y en las zonas ajardinadas externas)
- Se abstendrá de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los pacientes sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos y mucho menos sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo.
- Colaborará con el personal sanitario a la contención mecánica de pacientes agitados.
- Traslada pacientes a las unidades y consultas del centro como a otras instituciones que sea preciso.

5 Discusión-Conclusión

La actuación correcta del celador frente al enfermo psiquiátrico es fundamental para el correcto funcionamiento de la unidad. Su actuación debe encaminarse a medidas generales:

1. Llamar inmediatamente a la Enfermera de la unidad.
2. Separar al enfermo agitado de otros enfermos.
3. Mantener su seguridad, no oponiéndonos al delirio, sino aceptándolo con calma.

4. Pueden ser necesarios medios de contención física.
5. Deberá observar gestos, expresiones y propósitos del enfermo y anotarlo.
6. Cuidar que la habitación del enfermo este iluminada suavemente, incluso por la noche.
7. Evitar en lo posible toda clase de estímulos.
8. Demostrar mucho interés y confianza, es decir, escuchar al enfermo.
9. Prevenir el agotamiento del agitado.

Medidas fisiológicas:
Se inmovilizará al paciente agitado. Todo ello se realizará evitando cualquier riesgo tanto para el paciente como para el personal sanitario.

6 Bibliografía

- http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_9.pdf
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-25-actuacion-del-celador-en.html
- https://celadorsanitario.wordpress.com/2011/11/30/actuaciones-del-celador-en-las-unidades-de-psiquiatria/#more-192

Capítulo 1623

FUNCIONES DEL JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO Y DE LOS CELADORES

MARTA DÍAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La persona subalterna es aquella que en su trabajo desempeña tareas no técnicas y que tiene un cargo inferior a la de otra persona, que le da órdenes para que se cumplan. En la sanidad española existe un grupo de personal denominado subalterno y que se divide en dos escalas que son escala general y de servicio a continuación nombraremos la general. Escala general:
- Jefes de personal subalterno.
- Celadores.

2 Objetivos

- Explicar las principales funciones del Jefe de Personal Subalterno y las principales funciones de los celadores.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo he realizado búsquedas a través de buscadores como Google Académico, Medline Plus, Dialnet, Pubmed, Scielo, también en páginas web. Hacer las búsquedas mediante conceptos clave como: personal subalterno, celador y funciones.

4 Resultados

1. Funciones del jefe de personal subalterno:
- Actuará, por representación de la jefatura del personal de Celadores y dirigirá el cumplimiento de su cometido.
- Informará al personal a sus órdenes para que su trabajo sea rápido y de calidad.
- Demostrará que el personal de oficio y subalterno cumpla su horario establecido y tiene que permanecer en su puesto de trabajo.
- Se encargará de vigilar la limpieza de la Institución.
- Ejercerán el control de paquetes y bultos de que sean portadoras las personas ajenas a la Institución que tengan acceso a la misma.
- Mantendrá el régimen establecido por la Dirección para el acceso de enfermos, visitantes y personal a las distintas dependencias del Hospital.
- Cuidará del orden del edificio, dando cuentas de los desperfectos al Administrador.
- Atenderá la compostura y aseo del personal a sus órdenes, revisando y exigiendo que vistan el uniforme reglamentario.
- Informará a los familiares de los fallecidos sobre las gestiones precisas para llevar a cabo los enterramientos, llamará a la oficina administrativa correspondiente para concluir la información.
- Se encargará de realizar funciones de entidades análogas a las expuestas que les sean ordenadas por el Director Gerente y Servicios Generales del Hospital.

2. Funciones del celador
- Trasladará con la mayor brevedad las comunicaciones, documentos, objetos que les sean recibidos por sus superiores, aparatos o mobiliario que sea necesario.
- Se encargará de labores de limpieza en excepciones cuando el personal no pueda realizarlas.
- Controlarán que los enfermos no hagan uso indebido de pertenencias y ropas del Hospital.
- Trabajarán como ascensoristas cuando se les asigne esa tarea.
- Se encargará de vigilar las entradas al hospital, y no dejarán acceso a sus dependencias solo a las personas autorizadas para ello.
- En los turnos nocturnos se encargará de visualizar tanto el interior como el exterior del edificio.
- Avisará a los superiores de los desperfectos que encuentren sobre limpieza conservación del edificio y materiales.
- Controlarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los pacientes, no permitirán la entrada nada más que a las personas

autorizadas.
- Se encargará de controlar el comportamiento tanto de los pacientes como de los familiares, evitando que fumen, traigan alimentos, se sienten en las camas en definitiva evitar todo aquello que perjudique al paciente.
- Ayudarán a las enfermeras y auxiliares de enfermería al movimiento y traslado de los pacientes encamados que requieran un trato especial.
- Algunas veces de forma ocasional lavarán a pacientes masculinos encamados o a los que no puedan hacerlo por sí mismos, siempre atendiendo a las indicaciones de una supervisora.
- Se encargará de rasurar a pacientes masculinos que vayan a ser sometidos a una operación en ausencia de peluqueros.
- En los quirófanos ayudarán en todas las labores propias del celador destinado en estos servicios, así como las que sean ordenadas por los médicos o enfermeras.
- Ayudará a las enfermeras o auxiliares a amortajar a los pacientes fallecidos y se encargarán del traslado.
- En ocasiones cuando no se necesite ningún instrumental ayudarán a realizar autopsias y una vez finalizada la misma se encargará de limpiar la mesa y la sala.
- Evitarán de hacer comentarios con las familias de los paciente sobre diagnósticos, tratamientos, exploraciones y menos dar información sobre los pronósticos de su enfermedad, ya que esa información es el médico quien debe darla.

5 Discusión-Conclusión

El celador suele ser la primera persona con la que contactan pacientes y familiares al llegar a un Hospital, hay que guardar compostura ya que este contacto puede guardar una buena o mala impresión de los mismos. Es necesaria una buena formación de este personal, es imprescindible en todo el hospital por los múltiples servicios que presta. El celador es una persona muy importante, ya que ayuda a otros trabajadores sanitarios a cumplir su trabajo y sin esa ayuda sería imposible el funcionamiento del hospital.

6 Bibliografía

- https://www.youtube.com/watch?v=J6-pJ55-iSg
- https://www.youtube.com/watch?v=_j1v4p3IaRg
- https://www.youtube.com/watch?v=J6-pJ55-iSg
- https://www.youtube.com/watch?v=02pGxdypQnY
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm

Capítulo 1624

INFECCIONES NOSOCOMIALES: SU ORIGEN E INFLUENCIA SOBRE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO. CONSECUENCIAS LABORALES, MÉTODOS PARA EVITARLAS Y ÚLTIMAS INVESTIGACIONES.

ROBERTO NAVA ALONSO

1 Introducción

En cualquier Institución Sanitaria es de obligado cumplimiento establecer unas normas básicas para mantener una buena higiene tanto para el personal paciente que recibe cuidados en las Instituciones, como para el personal que trabaja diariamente en ellas.
Dicha higiene consiste en un conjunto de acciones encaminadas a conseguir y conservar la salud utilizando agentes físicos y químicos que permitan disminuir las infecciones hospitalarias, también llamadas nosocomiales.

Es por ello, que el profesional que mantiene un contacto continuado con pacientes, debe extremar las medidas de higiene con el objetivo de prevenir las infecciones nosocomiales. Dentro de estas medidas a tomar existen tres tipos de

eficacias que a lo largo de los años y según las investigaciones llevadas a cabo por los servicios de prevención de cada Institución Sanitaria tienen diferentes eficacias. Los celadores por el empeño de su labor diaria, se encuentran en contacto continuo con dichas infecciones, por lo que son los primeros que deben aplicar cualquier método conocido y contrastado que evite el contagio y proliferación de enfermedades infecciosas.

Hay otro factor muy importante a tener en cuenta referido al riesgo de contagio de los Celadores a la hora de realizar sus labores asistenciales, y es el del desconocimiento del tipo de patología que puede presentar un paciente a su ingreso o a la hora de su consulta, ya que el facultativo puede que aún no haya resuelto el diagnóstico de la enfermedad que pueda padecer. Ante esto, el personal Celador debe extremar las precauciones y poner en práctica todos los métodos de prevención aprendidos o asimilados tanto a lo largo de su experiencia laboral como por su formación.

La infección nosocomial o infección hospitalaria es una complicación frecuente de la enfermedad crítica y representa un grave problema en la asistencia de los pacientes que se encuentren en dicha situación. La diferencia de criterios diagnósticos y la variación de datos demográficos del paciente hacen una estimación imprecisa de la prevalencia de hasta qué punto pueden afectar dichas infecciones en los pacientes. Ésta prevalencia viene asociada a un aumento de la morbilidad, mortalidad y costos sanitarios.
Gracias a los avances científicos y tecnológicos, nuevos microorganismos han sido documentados y las infecciones pueden tratarse cada vez con mayor rapidez y seguridad.

El gran incremento en la incidencia de infecciones hospitalarias causadas por un tipo de microorganismos multiresistentes y la ampliación de los conocimientos en materia de prevención a la hora de transmisión de estos organismos, ha creado la necesidad de realizar recomendaciones específicas y adoptar medidas más amplias de abordaje para vigilar y controlar estos elementos patógenos.

En varios estudios se ha comprobado que la implantación de protocolos de actuación ante las infecciones, así como en las medidas de control y prevención de las mismas que llevan a cabo el personal sanitario y no sanitario, se reducen considerablemente las infecciones nosocomiales y los brotes epidémicos de las mismas, lo que conlleva mayor seguridad para el paciente, el personal trabajador

del centro y al propio centro.

Curiosamente, ningún estudio habla de la importancia que tiene la intervención realizada por los profesionales no sanitarios en relación con las medidas de aislamiento. La mayoría de los estudios están centrados en los profesionales sanitarios, ya que la mayor actividad con el paciente es realizada por este colectivo.

2 Objetivos

- Lograr una cultura de comportamiento de todo el personal sanitario y no sanitario tendente a evitar o reducir los riesgos de infección para los pacientes, el personal y la comunidad en general.

3 Metodología

Para llevar a cabo dicho capítulo se realizaron búsquedas relacionadas con el tema asociadas al grado de afectación que el personal sanitario y no sanitario pueden padecer.

Según estudios elaborados por los Servicios de Prevención de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud, reconocen que los profesionales del sector no sólo están expuestos a todo tipo de infecciones hospitalarias, sino que existen otros riesgos inherentes como el contagio del VIH/SIDA o Hepatitis víricas por una exposición accidental como también se dan casos de transmisión de VIH, Hepatitis B o Hepatitis C desde el personal sanitario y no sanitario al paciente.

Para estudiar el impacto que existe en relación con las enfermedades nosocomiales en los hospitales españoles, se han tomado como referencia los estudios de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) elaborados en 2010 por la Sociedad de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Dichos estudios afirman que un 6,7% de la población que ingresan en un centro hospitalario en España contraen alguna infección nosocomial. El porcentaje ha ido disminuyendo desde el 8,45% del año 1990, pero los expertos afirman que es casi imposible bajar esta proporción hasta el 5%.

Consultado los datos del Ministerio de Sanidad, se reconoce que el 65% de estas infecciones se producen en el quirófano o en el postoperatorio y que las vías

de contagio más frecuentes son las sondas urinarias y las prácticas quirúrgicas, seguidas por el uso de respiradores.

Según el EPINE, hay medidas importantes que los hospitales pueden tomar para evitar estos contagios. La medida fundamental y más importante es el lavado de manos del personal, seguida por el cuidado en la esterilización y desechado de materiales utilizados, así como el uso de guantes, mascarillas aislar perfectamente al enfermo si es necesario y dar antibióticos precisos en dosis exactas.
Teniendo una especial consideración a las medidas preventivas en relación con las enfermedades nosocomiales, podemos considerar que algunos casos de dichas infecciones son inevitables pero sí previsibles, por lo que se deberán extremar las medidas de precaución aplicando no sólo las medidas específicas para cada situación sino también medidas de prevención generales. Tres de esas medidas específicas utilizadas como protocolo estandarizado en todos los Hospitales del Sistema Nacional de Salud serían las:

- Medidas de eficacia probada, entre las que encontramos métodos como la esterilización, el lavado o desinfección de manos y los métodos de barrera como son guantes, batas, mascarillas, etc. sin descartar nunca los métodos de vacunación del personal sanitario y no sanitario.
- Medidas de eficacia razonable o eficacia lógica: Dentro de éstas, encontramos las técnicas de aislamiento, la educación sanitaria, la información y formación y las normas para controlar las contaminaciones microbianas en estancias concretas donde son indispensables como son los quirófanos.
- Medidas de eficacia dudosa o desconocida, como pueden ser la desinfección de suelos, paredes y superficies que no son tan eficaces para combatir las infecciones microbianas pero sí ayudan a mantener un centro sanitario limpio de gérmenes.

Los estudios recogen también los daños por contagio intrahospitalario desde la perspectiva jurisprudencial, es decir, los tribunales de justicia consideran como causa de condena de la Administración la infección nosocomial.

De las resoluciones que en los últimos años se han dictado, dos son las conclusiones que se extraen: No se puede presumir que la infección nosocomial resulte inevitable y esta circunstancia no puede ser considerada como fuerza mayor y, por tanto, causa que exima de responsabilidad. Existe jurisprudencia al respecto como la resolución de la sala 3º del Tribunal Supremo, de 6 de febrero de 1996, la del 24 de septiembre de 2001 o la del 25 de enero de 2003. Tanto el Tribunal Supremo como la Audiencia Nacional no admiten que la infección hospitalaria

sea considerada como un hecho inevitable.

4 Resultados

La ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales ha venido a introducir un cambio importante en el esquema de la prevención en España. Esta Ley supuso la transposición de las Directivas Europeas sobre Seguridad y Salud en el trabajo, definiendo como estructura especializada en la prevención de riesgos laborales al Servicio de Prevención, con funciones de asesoramiento y apoyo del empresario, los trabajadores o sus representantes. Este marco general habrá de ser concretado y matizado por vía reglamentaria en su aplicación en el medio laboral sanitario.

La Prevención de Riesgos exige un cambio de cultura en las instituciones sanitarias. Los centros sanitarios no cuantifican los costes que provocan la no prevención, ya que además del coste directo, incluimos el absentismo laboral, las consecuencias sociales etc. En este sentido se tiene adoptada la idea de que la seguridad, la salud y la calidad de vida de los trabajadores y los pacientes es más un gasto que una inversión cuando debería ser justamente lo contrario, por lo que dichas premisas se han convertido hoy en día en demandas básicas de los trabajadores del sector asistencial.

Introduciendo demandas profesionales se podría comprobar cómo se incrementa la productividad laboral y la mejora de la protección social de la salud. Para ello se necesita dotar al personal sanitario y no sanitario no sólo de los máximos recursos y conocimientos tecnológicos de mejores niveles de formación y capacitación, sino también de posicionar la seguridad y la salud en el trabajo en el lugar que le corresponde a cada categoría.

Las directrices de un programa para el personal sanitario y no sanitario deben incluir:
- Hacer resaltar los hábitos de higiene personal (lavado de manos, uso de desinfectantes, etc.) y la responsabilidad individual en el control de infecciones.
- Seguimiento y control de las enfermedades contagiosas, exposiciones potencialmente perjudiciales y brotes epidémicos entre el personal trabajador.
- Proporcionar atención y profilaxis a los trabajadores expuestos laboralmente.
- Identificar los riesgos de infección no evitables.

- Formar e informar al personal sanitario y no sanitario en las tareas a desempeñar.
- Conocer las causas más frecuentes de infección nosocomial en el personal que trabaja en las Instituciones Sanitarias.
- Conocer en qué medida puede prevenirse dicha infección con la realización correcta de una higiene de manos que produzca resultados favorables.
- Estudiar los diferentes motivos que llevan al personal celador a ser reacios a poner en práctica este gesto tan importante para evitar la transmisión de microorganismos.
- Conseguir un entorno de trabajo que permita aplicar los avances y técnicas desarrolladas a las distintas patologías en el menor tiempo posible para evitar su propagación.
- Disminuir las tasas de incidencia y prevalencia de las infecciones asociadas a servicios hospitalarios que hagan que la calidad asistencial mejore mediante estrategias de prevención y desarrollo de programas integrados.
- Poner en desarrollo un programa activo de control de la infección, tanto en pacientes como en el personal sanitario incluyendo todos los métodos contrastados hasta hoy para seguridad de pacientes y personal.
- Por último, diseñar un programa de prevención de las infecciones en el personal sanitario eficaz que evite daños en la salud y absentismo laboral provocado por dichas infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones fundamentales que sacamos de todo lo anterior expuesto son:
- El hospital y los centros sanitarios en general constituyen un espacio y medio laboral para la intervención en prevención y seguridad clínica.
- La necesidad de crear una cultura de prevención y de seguridad clínica sobre aspectos generales y específicos relacionados con el medio sanitario, especialmente en lo relativo a las enfermedades nosocomiales, ya que no se está cumpliendo el pronóstico que auguraba el final de este tipo de enfermedades transmisibles.
- Se requiere la evaluación de las consecuencias y costes económicos de las patologías especialmente asociadas a la falta de medidas de prevención como el SIDA, la Hepatitis y resto de patologías infecciosas intrahospitalarias, ya que suponen absentismo laboral del personal de la salud e indemnizaciones para los pacientes que se ven afectados.
- Es preciso informar a los profesionales sanitarios sobre las repercusiones de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales desde una perspectiva interdisciplinar,

multidimensional e integral e igualmente formar al personal sanitario y también al no sanitario en prevención a través de cursos de formación específicos.

- Es imprescindible sensibilizar a los profesionales de los distintos niveles asistenciales sobre los riesgos en la población trabajadora sanitaria de las enfermedades infectocontagiosas y de la gravedad de los efectos que se derivan para el trabajador.

Solamente con la colaboración de profesionales, sindicatos e instituciones sanitarias se conseguirá mejorar la seguridad y la salud laboral en los centros asistenciales.

- La participación de expertos y especialistas formados específicamente en los campos de la vigilancia de la salud en el medio sanitario se hace indispensable para la mejora de la salud y la calidad de vida de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, así también como la de los pacientes.
- La formación adecuada de los profesionales.
- Establecer un protocolo de profilaxis y las guías clínicas adecuadas conforme a las recomendaciones europeas de calidad intrahospitalaria (Norma UNE 100-030-94).
- Proveer al personal sanitario de información puntual sobre la evolución de las infecciones y las resistencias para que se tomen las medidas correctoras oportunas.
- Extremar las medidas de limpieza de los quirófanos después de cada intervención.
- La revisión frecuente de los filtros de agua y calefacción.
- La colocación de contenedores con antisépticos basados en derivados del alcohol al lado de todas y cada una de las camas del hospital.
- Vigilar que el personal sanitario y no sanitario cumplan eficazmente el protocolo de lavado de manos.
- La dotación de más camas para que enfermos con distintas patologías no tengan que compartir habitación en épocas de mayor presión asistencial.
- Promover la creación de un Registro centralizado de infecciones hospitalarias donde se recojan los datos de mortalidad, los factores de riesgo de los pacientes y los patrones de resistencia a los antibióticos.

Podemos concluir que con todas estas medidas tomadas en consideración por todo el personal trabajador de un Hospital pueden llegar a reducir los casos de infecciones nosocomiales por debajo de un 5%, lo que sería un gran logro para todos los implicados en dicha tarea.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud -O.M.S.- (Epidemiología básica. Vigilancia Epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud)
- Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene-SEMPSPH
- EPINE (Estudio de Prevalencia de la Infecciones Nosocomiales en España)
- Biblioteca –Fundación Index http://www.indexf. com/lascasas/lascasas.php
- Formación del Profesional No Sanitario en el ámbito Hospitalario, en materia de medidas de aislamiento y su relación con la Prevalencia de Infecciones Nosocomiales. 2010, Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales, 21º estudio, Informe global de España, Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, 2010
- García Murcia, J.: "La Ley de Prevención de Riesgos Laborales: su aplicación en el medio laboral sanitario", en Libro de Ponencias de "I Congreso sobre Prevención en el Medio Laboral Sanitario. SIDA, Hepatitis y otros complejos infecciosos. Aspectos médicos y jurídico-legales", Fundación MAPFRE Medicina y Fundación Méjica, Oviedo, 1999, páginas 13 a 17.
- "Algunas conclusiones para un sistema de prevención en el medio laboral sanitario", en Libro de Ponencias de "I Congreso sobre Prevención en el Medio Laboral Sanitario.
- SIDA, Hepatitis y otros 36 complejos infecciosos. Aspectos médicos y jurídico-legales", Fundación MAPFRE Medicina y Fundación Méjica, Oviedo, 1999, pagínas 233 a 263.
- Monge Jodra, V.: "Enfermedades infecciosas (SIDA y nosocomiales) en los profesionales sanitarios: implicaciones y soluciones", en Libro de Ponencias de "I Congreso sobre Prevención en el Medio Laboral Sanitario. SIDA, Hepatitis y otros complejos infecciosos. Aspectos médicos y jurídico-legales", Fundación MAPFRE. Medicina y Fundación Méjica, Oviedo, 1999, páginas. 19 a 44.

Capítulo 1625

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE. PERSONAL NO SANITARIO. EL CELADOR

MARIA MONTSERRAT ABAD RODRIGUEZ

BEATRIZ SÁNCHEZ ROZADA

NATIVIDAD MIGUEL LÓPEZ

BEATRIZ IGLESIAS VALBUENA

VANESA GARCÍA VALERO

1 Introducción

El celador es una pieza fundamental en los centros sanitarios, todos los días deben de mover a numerosos pacientes que están ingresados, ingresan o se deben mover dentro del recinto hospitalario para pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas.
Los celadores realizan continuamente tareas de movilización de pacientes y con ello me refiero a todas las tareas que necesitan de la fuerza humana para levantar, sostener, cambiar de postura o empujar a un enfermo.

Muchos pacientes son capaces de caminar o moverse solos pero otros no, y es necesario ayudarles en estas actividades. Esta es una tarea no exenta de riesgos si se realiza de forma inadecuada.

De ahí la necesidad de saber mover a los pacientes.

NORMAS BÁSICAS:

Las normas básicas que un celador debe conocer para llevar a cabo su trabajo de forma correcta y segura son:
-Adoptar las medidas de higiene necesarias antes y después del contacto con el paciente.
- Seguir las instrucciones del personal sanitario.
- Preparar bien la zona para realizar el traslado, retirando todos aquellos objetos que lo puedan interrumpir.
-Conocer el estado del paciente y dialogar con él explicándole el procedimiento, solicitar su ayuda en la medida de lo posible y saber hasta qué punto puede colaborar.
- Frenar la cama o silla , adecuar la altura y colocar al paciente en la posición adecuada.
- Precaución con el manejo de pacientes que porten sistemas intravenosos u otros dispositivos.
- Evitar movimientos bruscos evitando producirle dolor y procurando su tranquilidad
- Guardar en todo momento la intimidad del paciente.
- Hacer uso del centro de gravedad, requerirá menos fuerza.
- Mantener la postura estable, separando los pies y colocando uno ligeramente delante del otro.
- Hacer uso de los músculos de las piernas en caso de tener que mover o levantar.
- Contraer los músculos abdominales y glúteos y estabilizar la pelvis antes de la movilización.
- Espirar en el momento de hacer fuerza.
- Cuando sea necesaria la intervención de más de un celador trabajar de forma coordinada.

Estarán de acuerdo en los pasos a seguir.

Uno de los participantes deberá dirigir la maniobra.
- Espalda recta. Si es necesario agacharse flexionar las rodillas y mantener la espalda recta.
- Siempre es mejor empujar que tirar.
- Corregir movimientos forzados, utilizar si es posible puntos de apoyo exteriores.
- Utilizar los medios mecánicos disponibles.

- No abandonar en ningún momento al paciente.

Por último debe :
- Dejar acomodado al paciente.
- Volver a colocar los sistemas intravenosos y demás dispositivos,
- Verificar la seguridad del paciente.

Además para poder realizar este trabajo de forma efectiva y segura, el celador debe de conocer las diferentes posiciones anatómicas más frecuentes que se utilizan para facilitar la exploración, tratamiento y prevención de lesiones:
Decúbito supino, decúbito prono o ventral, decúbito lateral, Bipedestación,Fowler, sims , trendelemburg, antitrendelemburg, Fowler, ortopneica, ginecológica, genupectoral, Roser.

Una mala técnica puede provocar una lesión importante en la espalda o en otra zona del cuerpo.

Estas lesiones de columna son relativamente frecuentes entre el personal sanitario, generando un alto porcentaje de absentismo laboral y bajas de larga duración que nos lleva a una importante deficiencia en la calidad asistencial.

De ahí la importancia de una buena formación en la movilización de pacientes.

2 Objetivos

Entender la importancia del cuidado de la movilización del celador.

3 Metodología

La elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo consultando bases de datos científicas como Cochrane, Google Académico y Dialnet, y varias páginas de internet incluyendo artículos relacionados con posiciones anatómicas y movilización de pacientes.

Con las palabras clave : movilización, paciente ,celador ergonomía. Utilizando filtros de búsqueda en español

4 Resultados

La ergonomía es el estudio científico de la relación entre el ser humano y sus condiciones de trabajo, es decir, hay que adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del individuo. Y entre sus dedicaciones está la mejora de las actitudes posturales.
Los riesgos laborales relacionados con la ergonomía en los centros sanitarios son originados por varios factores, entre ellos, la postura, la fuerza y la movilización de cargas y pacientes.

Una vez contrastadas varias publicaciones y textos sobre seguridad y riesgos laborales en los centros sanitarios, las lesiones musculo-esqueléticas , Lesiones lumbares, hernias y accidentes relacionados con la movilización de pacientes son entre otras las principales causas de baja laboral, debido a la movilización de enfermos y también la falta de ayuda de equipos de trabajo.
Principalmente se debe a posturas incorrectas, movimientos repetitivos, equipamientos obsoletos, número inadecuado de trabajadores y espacios limitados.

Según algunos estudios el 40% de los accidentes por sobreesfuerzos se deben a la manipulación manual de cargas y movilización de pacientes en celadores, auxiliares de enfermerías y enfermeras.

La mayor accidentalidad se produce en la manipulación de pacientes al incorporar y rotar un paciente en la cama, con un 36%.
Por otro lado los estudios nos arrojan datos importantes pues las fracturas vertebrales por sobreesfuerzos son, de una incidencia del doble en hombres y el triple en mujeres en el sector sanitario.

En la actualidad existen diferentes métodos de para analizar en riesgo en la movilización de pacientes como el MAPO (Movilización asistencial de pacientes hospitalarios) que permite conocer el tipo de riesgo ergonómico al que pueden estar expuestos los profesionales relacionados con la movilización de pacientes. Mediante dicho método se puede comprobar en qué condiciones está el personal y darles las recomendaciones oportunas para su mejoría.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado final de todo lo expuesto en este tema nos quedamos con la importancia de la figura del celador en cualquier centro o unidad sanitaria.

Su labor es realmente importante a la hora de buscar la satisfacción, tranquilidad y comodidad del paciente ingresado.
Esta labor no está exenta de riesgos tal y como hemos comprobado en esta exposición especialmente en lo relativo a su movilización.

Los riesgos laborales relacionados con la ergonomía en los centros sanitarios son originados por varios factores entre ellos, la postura, la fuerza, y la movilización de cargas y pacientes.

La formación por sí sola no es la única medida preventiva, pero la ausencia de formación adecuada es un riesgo importante.

6 Bibliografía

- Ocronos, revista médica y de enfermería
- Revista de enfermería del trabajo
- Manual básico del celador de la Agencia valenciana de salud. Demetrio Alonso Llora. ISBN: 8499487688, 9788499487687
- Manual básico para celadores. Daniel Mera Nuñez. ISBN: 9781-4452-5373-2
- Efectos del trabajo en el personal sanitario. Concepción Nieto Morales, Lourdes Nieto Cabrera, Maria Mercedes Jimenez Peña. ISBN: 978-84-9085-504-1
- Salud Laboral: Prevención de Riesgos Laborales. ISBN: 978-84-15764-98-4

Capítulo 1626

EL CELADOR Y LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE.

NATIVIDAD MIGUEL LÓPEZ

BEATRIZ IGLESIAS VALBUENA

VANESA GARCÍA VALERO

MARIA MONTSERRAT ABAD RODRIGUEZ

BEATRIZ SÁNCHEZ ROZADA

1 Introducción

Este capítulo se centrará en la comunicación con el paciente, la cual es fundamental para un trabajo eficiente y la adaptación a los diferentes pacientes con sus enfermedades.

La comunicación es el proceso por el que se transmite información y hace que se relacionen entre personas.

Es importante adquirir conocimientos para la comunicación verbal, no verbal y paralingüística con el paciente. Conocer los factores que influyen en la comunicación, así como los obstáculos y sus estilos.

El Feedback o retroalimentación es una respuesta, reacción u opinión que nos da un interlocutor como retorno sobre un asunto. Por tanto, en la relación de

ayuda en un paciente esta retroalimentación es importante y se caracterizará en centrarnos en el usuario, fomentar la capacidad, su confianza y respeto.

La relación de ayuda tiene unas fases:
- Fase previa a la relación: es la primera fase para determinar el tipo de relación celador- paciente.
- Fase preliminar: identificar necesidades, determinar la ayuda, aclarar el problema.
- Fase de trabajo: analizar y comprender las ideas y los sentimientos, la empatía.
- Fase de terminación: es conveniente ir preparando al paciente con tiempo para finalizar la relación de ayuda para que pueda ser efectiva.

La escucha activa se centra en el interlocutor con atención verbal y no verbal con escucha de los sentimientos. Con empatía hacia el enfermo, con un silencio y un ambiente cálido de cercanía.

ESCUCHA ACTIVA = ESCUCHA ATENTA = CALIDAD

La importancia de una buena comunicación entre paciente y celador será clave para una buena atención y una buena estancia en el hospital o centro sanitario y hacerla lo más amena y llevadera posible.

El conjunto de habilidades sociales para la comunicación se incluye temas como la asertividad, la empatía, el saber escuchar.

La comunicación es el proceso por el cual se transmite información. Y esta es muy importante.

Denominamos comunicación verbal aquella que se realiza usando el verbo, la forma hablada o escrita. Mientras que la no verbal se basa en el lenguaje corporal, como los movimientos de las manos que es uno de los elementos más expresivos.

O también la expresión de la cara, la mirada, la posición.

Se define comunicación como el proceso por el cual se transmite información.

2 Objetivos

- Posibilitar un diálogo constante y fluido entre celador y paciente.
- Personalizar el servicio, humanizar la estancia lo máximo posible.
- Mejorar las relaciones interpersonales y colectivas.

- Aprender a ser asertivos, empatizar con el paciente.

3 Metodología

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

Palabras clave: Comunicación, asertividad, celador, paciente, lenguaje.

4 Resultados

La comunicación es una de las bases para aportar un buen beneficio al paciente en su tranquilidad y entender tantos términos técnicos que se utilizan en el mundo Hospitalario. Con esta medida podemos llegar a que el paciente y el celador tengan un buen entendimiento y facilitarse una buena convivencia.

Con esto se pretende lograr que el lector adquiera conocimientos teóricos que le permitan entender y analizar al paciente en diferentes estados, expresiones o comportamientos.

Siendo así capaz de actuar en diferentes estilos de comunicación.

Identificar habilidades sociales y comunicativas:
- La Asertividad: Forma de actuar que permite que permite a una persona se movilice en base a su interés más importante.
- La Empatía: Nos permite comprender y experimentar el punto de vista del otro.
- Saber Escuchar: Es saber lo que la otra persona trata de comunicarnos y transmitir que hemos recibido su mensaje.
- Negociación: Comunicación dirigida a encontrar una solución por ambas partes.
- Definir un Problema: Analizar la situación, teniendo en cuenta los elementos, así como los sentimientos y necesidades.
- Disgusto: Manifestar de forma adecuada y respetuosa con los demás, de sentimientos negativos.

Elementos que componen la comunicación:

- Emisor: Persona que emite el mensaje.
- Mensaje: La información que se transmite.
- Canal: Medio por el cual se transmite el mensaje.
- Receptor: Persona que recibe el mensaje.
- Código: Sistema de señales que se usa para transmitir y recibir el mensaje.

También el reconocer obstáculos para una comunicación eficaz; como el idioma, la cultura, la afasia, que son dificultades para la comprensión o expresión verbal. O déficits de los sentidos como la vista, el oído influyen en una buena comunicación y llegar a un buen entendimiento.

También hay estilos de comunicación como el asertivo, el pasivo y el agresivo todos estos influyen en una buena comunicación. Con todos estos conceptos lo que se quiere conseguir entre un celador y un paciente será:
1. Posibilitar un diálogo constante y fluido entre celador y paciente.
2. Personalizar el servicio, humanizar la estancia lo máximo posible.
3. Mejorar las relaciones interpersonales y colectivas.
4. Aprender a ser asertivos, empatizar con el paciente.
5. Es más beneficioso causar las menores molestias y la rápida recuperación a un paciente convaleciente.

Una buena comunicación traerá unos buenos beneficios para el profesional en su entorno de trabajo y así podrá desempeñar mejor sus tareas con los pacientes.

Una tranquilidad emocional tanto para el paciente como para el trabajador. Ya que los dos en todo momento sabrán si tienen entendimiento. El paciente podrá incluso ayudar en cierto modo al Celador en su trabajo. Los dos tendrán menos estrés emocional y más empatía uno hacia el otro. Sin lugar a duda la forma de hablar con fácil nitidez y transmitir la información que se desea da lugar a que el paciente se haga una idea perfectamente de la información. Una buena comunicación permite influenciar y transmitir actitudes que se traducirán en acciones o comportamientos positivos.

Un buen celador cuando domine la técnica de transmisión de información generará inquietud y deseo que motive al paciente.

Proporcionará una idea positiva del celador que transmitirá a través de los conocimientos. Seguridad en el trabajo y en el paciente.

Se logrará una interacción positiva entre el profesional y el paciente. Eliminando los malos entendimientos y las falsas interpretaciones.

Todo lo contrario pasaría si tenemos una mala comunicación.

Esto influiría directamente en el trato paciente-celador; donde primero se notaría sería en un malestar en el ambiente de trabajo también con el deterioro de la eficiencia del trabajo, con la falta de motivación, con confusión, estrés, desconfianza del paciente hacia el celador y llevaría a sentimientos negativos o incluso a insatisfacción por ambas partes.

5 Discusión-Conclusión

- La buena comunicación se hace con una buena escucha.
- Se demuestra al estar atentos y demostrar interés por el paciente.
- Comprenderlo y adaptarnos a sus necesidades.
- La comunicación se convierte en un elemento de apoyo al paciente. Se requiere un entrenamiento del profesional en habilidades comunicativas para que la información sea comprensible.
- Acompañada siempre de asertividad.

En conclusión con una buena comunicación Celador-Paciente se consigue buenos beneficios tanto para el profesional a la hora de ejercer su trabajo como para el paciente para llegar a tener las menos molestias posibles sobre sus tratamientos, traslados, cambios posturales, etc.

6 Bibliografía

- Cátedra gestión sanitaria y políticas de salud. Comunicación entre profesional sanitario y pacientes. [en línea]. Instituto Universitario de Pacientes Josep trueta, s/n 0815.San Cugat del vallés. Instituto Universitario de pacientes. [4/02/2020] URS. http:// www.novartis.es.
- Libro electrónico. La Gestión de la comunicación en el ámbito sanitario. La comunicación en el hospital. [4/02/2020] URS. http://ccsanchez-2011-books.google.com-books.google.es/books?hl=es&lrth.
- Carmen Casariego Magadan, Nuria Martínez Ranires. La importancia de la comunicación celador paciente. Hospital Universitario Central de Asturias. Revista electrónica de Portales Medicos.com [5/02/2020] URS. http:// www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/la-importancia-de-la-comunicacion-paciente/.

- Demetrio Alonso Lorca. Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud. [I.S.B.N: 978-84-9948-277-4] Valencia. Editorial Club Universitario,22 octubre 2013-220 páginas. [5/02/2020] Biblioteca Pública S.M.R.A.

Capítulo 1627

LA IMPORTANCIA DEL USO DE GUANTES EN EL CELADOR

MARÍA BEGOÑA CÁRCABA SUÁREZ

1 Introducción

Las infecciones intrahospitalarias son infecciones adquiridas por los pacientes durante su permanencia en el hospital o centro sanitario, sin ser estas el motivo del ingreso. El personal laboral también puede verse afectado por estas infecciones ya que están relacionadas con las prácticas asistenciales.

Los guantes son la barrera de protección más importante para prevenir la contaminación y minimizar el riesgo de contraer una infección intrahospitalaria y de transmitir los microorganismos patógenos del personal sanitario a los pacientes y viceversa.

2 Objetivos

- Prevenir la contaminación de las manos y evitar la transmisión de microorganismos patógenos.
- Atender a las normas de higiene.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

- Los guantes forman parte de los equipos de protección individual, crean una barrera entre las manos y los microorganismos, siendo una medida de eficacia probada.
- Los guantes más usados por el celador, en su trabajo diario, son los desechables de látex, vinilo o nitrilo.
- Se debe elegir siempre un tamaño adecuado a la mano, sin son pequeños se corre el riesgo de rotura y si son demasiado grandes, se pueden soltar con facilidad dejando expuestas las manos.
- El celador debe de hacer uso de los guantes, cuando lo aconseje la situación, sobre todo durante el aseo y movilización del paciente, por posible contacto con fluidos corporales, sangre, secreciones, piel afectada, objetos o ropa manchados, etc.
- Si al celador, realizando una manipulación se le rompen los guantes, los desechará, se lavará las manos y los reemplazará por unos nuevos.
- Se deben cambiar los guantes cada vez que se finalice una tarea, se cambie de paciente o según la necesidad del momento.

Para retirar los guantes de una manera segura hay que seguir los siguientes pasos:
1. Por el anverso de la mano y a la altura de la muñeca, se sujeta el guante y se tira de el hacia atrás, saldrá del revés y se recogerá con la otra mano.
2. Para retirar el otro, introducir los dedos en el interior del guante, a la altura de la muñeca, y por el anverso de la mano tirar hacia atrás, saldrá del revés y envolverá al otro guante.

Nunca se guardarán los guantes usados en el uniforme de trabajo, se arrojarán al contenedor de deshecho que corresponda y se procederá al lavado de manos.

5 Discusión-Conclusión

El celador, durante su jornada de trabajo, está expuesto a unos riesgos específicos. Conocer y utilizar bien los equipos de protección individual hace más seguro el trabajo, disminuyendo la propagación de gérmenes patógenos.

El uso de los guantes, de todos modos, no sustituye al lavado de manos, es necesario lavarse las manos antes y después del uso de los guantes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1628

EL CELADOR Y LA CONTENCIÓN MECÁNICA

ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR

JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ

CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ

ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La contención mecánica es un procedimiento utilizado en el ámbito hospitalario por los profesionales de el equipo multidisciplinar. En muchas unidades de Salud Mental o unidades de Psicogeriatría, se realiza de manera rutinaria, siendo aceptada ésta por todo el equipo sanitario y por parte de pacientes y familiares.

Por contención física y/o mecánica se entiende la utilización de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o de su totalidad, con el fin de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en riesgo o peligro de lesión a la persona enferma o a otras personas de su entorno.

La contención mecánica se podría definir como una terapia consistente en la supresión de toda posibilidad de movimientos de una parte móvil del organismo o de su totalidad para favorecer la cura, utilizada en la agitación psicomotriz o en la falta de control de impulsos .Pero cualquier intervención ha de basarse en

el respeto a la persona, la libertad de movimientos, la seguridad y la salud que hemos de considerar en todo momento.

Las contenciones mecánicas son pautadas por facultativos. Según la Joint Comission, si la situación es de carácter de urgencia, puede ser aplicadas por otros profesionales que el centro sanitario acredite, pero estas han de ser reevaluadas por un facultativo, tal y como requiere la norma provisional de CMS para los derechos de los pacientes.

Indicaciones
- Control de la agitación y alteraciones de la conducta que supongan daño para el propio paciente, terceras personas o elementos del entorno.
- Instauración y aseguramiento de medidas necesarias para evitar alteraciones en el plan terapéutico como sondajes, uso de vía parenteral, oxigenoterapia y otros sistemas de soporte vital.
- Existencia de riesgos de autolesiones y suicidio.
- Existencia de riesgo de caídas.
- Cuando lo solicite el propio paciente y haya causa justificada clínica y/o terapéutica.
- Como parte de un programa de modificación de conducta, previamente explicitado.

Contraindicaciones
- Ausencia de una adecuada valoración de la situación por personal sanitario.
- Imposibilidad de prestar supervisión de la contención y cuidados complementarios.
- Como sustitución de tratamientos previos.

Otras consideraciones
No debe aplicarse en caso de:
- Déficit de formación en los profesionales.
- Como castigo o como método para controlar una transgresión o conducta molesta.
- Por comodidad del equipo asistencial o conveniencia de los demás pacientes.
- Asistencia defensiva frente a reclamaciones o demandas judiciales.

2 Objetivos

- Conocer cómo y cuándo se lleva a cabo la contención mecánica.

3 Metodología

Consultado Máster de gestión de especialista de Salud Mental de diferentes hospitales y añadiendo una búsqueda exhaustiva en distintas paginas de internet relacionadas con la salud mental y distintas publicaciones científicas.
Consultados protocolos de actuación buscados en internet .

4 Resultados

Teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente se va a proceder a realizar un desglose del tipo de contenciones, características, usos, etc.
A. Contención mecánica o física:
La contención mecánica o física es una medida terapéutica excepcional con el objetivo de inmovilizar total o parcialmente el cuerpo del paciente que lo necesite, para intentar garantizar su seguridad y la de los de alrededor.
Tipos:
- Cinturón abdominal, torácico y perineal.
- Pulseras, muñequeras, tobilleras.
- Manoplas.

B. Contención verbal.
Consiste en la utilización de la comunicación verbal y no verbal para favorecer la relajación del paciente, orientarle, disminuir la tensión de la situación y así ir disminuyendo su agresividad y ansiedad previniendo posibles ataques violentos.
C. Contención farmacológica.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de la contención mecánica deber ser evaluada en cada caso particular. Decidir si es o no necesaria, evaluar las consecuencias y los riesgos, y aplicarla como última opción después de una correcta contención verbal y farmacológica es muy importante para una buena praxis. Las contenciones son una medida terapéutica, pero deben ser la última opción.

En algunos casos la contención no es aplicada como una terapia, sino como una medida de prevención, y en estos hay que valorar opciones alternativas. En otras situaciones, donde haya una agitación psicomotriz o un riesgo de auto o heterolesión, la contención mecánica será imprescindible, y siguiendo la evidencia científica, el equipo de enfermería debe saber cómo llevarla a cabo.

Es importante realizar un abordaje del equipo multidisciplinar para una buena praxis en la utilización de las medidas de contención. Cuando el paciente está en contención ha de establecerse un protocolo para supervisar los signos de las lesiones asociadas a la aplicación de la contención, como son las constantes vitales, la hidratación, higiene, circulación, movilidad de las extremidades, etc.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100007&lng=es&nrm=iso
- https://www.nuestraenfermeria.es/contencion-mecanica-que-es-y-como-la-utilizamos/
- https://www.astursalud.es/documents/31867/234596/ContencionPacientes.pdf/aff3e9b1-a517-f17f-f0aa-dbde01e6ddb1
- https://www.enfermeriadeciudadreal.com/analisis-de-las-sujeciones-o-contenciones-479.htm

Capítulo 1629

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN Y EN LA SALA DE FISIOTERAPIA.

MARTA DÍAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La rehabilitación estudia el diagnóstico, valoración, organización y tratamiento de la invalidez, orientadas a facilitar, mantener o devolver el grado de capacidad eficaz y de independencia posible. La disposición geográfica de este personal dentro del Servicio varía de un hospital a otro, así como la inclusión o no de algunos de estos profesionales.

En el Servicio de Rehabilitación de un Hospital, existen varios profesionales, Médico rehabilitador, el Fisioterapeuta, Auxiliar de Enfermería, Logopeda, Terapeuta Ocupacional y Celador todos ellos trabajando de forma coordinada dentro del Servicio con el objetivo de conseguir un buen tratamiento para el paciente.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en el área de rehabilitación y en la sala de fisioterapia.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo, he llevado a cabo una revisión bibliográfica en Internet. A través de bases de datos Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet y también en páginas Web como Google académico.
Búsqueda con palabras claves como “rehabilitación” “sala de fisioterapia” “pacientes” “funciones”

4 Resultados

Funciones en el área de rehabilitación
No permitirán el paso a las personas que no estén autorizadas para ello.
Se encargará de coger a los pacientes ya bien sea desde la ambulancia, coches, o cualquier otro transporte.
Se encargará de los pacientes hasta que los recoja el responsable.
Controlarán la entrada y salida de familiares y visitantes y también procurarán que no se introduzcan en el Hospital paquetes que no estén autorizados.
No abandonaran la puerta de entrada.
Si se visualiza algún problema entre visitantes se avisará a Seguridad.
A veces harán otras funciones que nos les pertenecen siempre y cuando el Supervisor lo mande.
No harán comentarios con los familiares de los pacientes sobre los diagnósticos y sobre los tratamientos.
Serán funciones del Celador todas aquellas que sean mandadas por los superiores a ellos.

Funciones en la sala de fisioterapia.
Mientras el celador traslade al paciente seguirá siempre las instrucciones del personal sanitario y se hará responsable tanto del paciente como de la documentación que lleve.
Algunas veces tendrán que hacer limpiezas que se les ordene.
Ayudarán al Fisioterapeuta, siempre que sea necesario, tanto en la colocación y sujeción del paciente en su lugar de tratamiento.
Intentarán estar siempre localizados en el área para cualquier circunstancia.
Al igual que en rehabilitación el celador no les dará información a los familiares sobre diagnósticos ni tratamientos.
Tampoco dejarán que los enfermos hagan uso indebido de las instalaciones del Hospital.

En caso de ver desperfectos avisar siempre a los superiores y si se ve algún altercado avisar a Seguridad siempre.

5 Discusión-Conclusión

La función del Celador en estas áreas es fundamental, ya que se trasladan a los pacientes y documentos.
Las tareas más importantes que se realizan es ayudar al Fisioterapeuta con el enfermo durante su tratamiento.
Es muy importante saber cómo manejar al paciente, hay que atender muy bien a la fisioterapia ya que es quien nos va dar las órdenes de cómo realizar el traslado.

6 Bibliografía

- https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2011/11/que-es-un-celador-y-tipos-de-celadores.pdf
- https://essaeformacion.com/blog/posts-enfermeria/tipos-de-celadores
- https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2011/11/el-celador-marco-legal-y-funcionalidad.pdf
- https://www.opositor.com/funciones-y-tareas-de-un-celador/36782

Capítulo 1630

CRITERIOS DE ORDENACIÓN DEL ARCHIVO

ARTURO MUÑIZ BAIZAN

1 Introducción

El concepto de archivo proviene del latín archivum, y se refiere al conjunto de documentos producidos por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, en ejercicio de su actividad.

Vamos a definir de qué formas se pueden ordenar los archivos.

2 Objetivos

- Conocer los aspectos relacionados a la ordenación y clasificación de los archivos como auxiliar administrativo en el ámbito sanitario para mejorar nuestra atención en el trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La idea de organización documental esta ligada al principio archivístico fundamental, aceptado de forma universal, conocido como principio de respeto al origen de los fondos o principio de procedencia, según el cual los fondos documentales de los archivos deben conservarse manteniendo su organización original, no introduciendo modificaciones ajenas a los procedimientos y trámites utilizados en ella.

Las dos operaciones fundamentales que incluimos bajo el término de la ”ordenación” son:
1) CLASIFICAR
Consiste en separar o dividir un conjunto de documentos estableciendo clases o grupos. Estos pueden ser algunos de ellos:
- Fondo documental: Documentación total
- Sección: Documentos de una división administrativa importante.
- Serie: Documentos agrupados según actividades concretas.
- Pieza documental o unidad archivística.

2) ORDENAR
Consiste en unir documentos dentro de un grupo ya definido, de acuerdo a un orden elegido de antemano.
Tipos de ordenación:
- Ordenación cronológica: hay tres tipos de fechas (cronológica, tópica e histórica) La utilización de la data cronológica para ordenar los documentos se hará expresando el siguiente orden: año, mes, día y fecha tópica, que suele ser el inverso al que figura en el propio texto de los documentos. Para los expedientes se ordenarán en función de la fecha de resolución.
- Ordenación alfabética: tipos (onomástica(apellidos y nombre) geográfica o topográfica y temática.
- Ordenación numérica.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como clasificar los archivos dividiéndolos o separándolos según el grupo al que pertenezca y a ordenarlos después según su cronología, orden alfabético o numérico, para hacer una correcta clasificación de todos los archivos sin producir errores.

6 Bibliografía

1. ¿qué es un archivo? - Camilo- 27 mayo 2019- disponible en https://www.neoguias.com/archivo/.
2. ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS: CLASIFICACIÓN, ORDENACIÓN, INSTALACIÓN- lia gonzalez- diciembre 2018- disponible en https://www.bibliopos.es/organizacion-archivos-clasificacion-ordenacion-instalacion/.

Capítulo 1631

IMPORTANCIA DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

SONIA ALONSO NUÑEZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales (NS) son una problemática importante y actual del sistema sanitario mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las define como una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección que se presenta a un paciente internado en un hospital, o en otro establecimiento de atención sanitaria y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del ingreso.

Comprende las infecciones contraídas en el hospital pero manifestadas después del alta hospitalaria y también infecciones ocupacionales del paciente del personal hospitalario. Toda hospitalización de un paciente conlleva el riesgo de padecer una infección nosocomial, sobre todo si el paciente posee ciertas características conocidas como factores de riesgo. Existen dos tipos de factores de riesgo:

- Factores intrínsecos, son aquellas cualidades inherentes del paciente y que sufren una mayor probabilidad de padecer una infección nosocomial. La edad es un factor intrínseco de las infecciones nosocomiales. En la última década, la edad de los pacientes con IN ha aumentado en 2012. Más del 50% eran mayores de 60 años y con patologías previas como inmunosupresores. Son también factores de riesgo intrínsecos la diabetes, las patologías asociadas y la hipoalbuminemia.
- Factores extrínsecos, si los factores son externos al paciente y derivan de la hospitalización, se denominan factores extrínsecos de riesgo. Los principales factores de riesgo son la intubación por la ventilación mecánica, el catéter urinario,

el catéter vesicular central, el catéter vascular periférico e intervención quirúrgica. Otro factor que sobresale en las infecciones nosocomiales es la antibioterapia .El 45% de los pacientes ingresados en hospitales reciben antimicrobianos que disminuyen la flora e infectan las heces. Hay más pacientes con infecciones nosocomiales en la UCI. Un 25% más, ya que el 68% de los pacientes toman antibiótico.

2 Objetivos

- Concienciar de la importancia del gran problema sanitario que suponen las infecciones nosocomiales.
- Dimensionar la importancia de las infecciones nosocomiales en el entorno hospitalario de España prevalencia, incidencia y mortalidad.
- Comparar los aspectos epidemiológicos relevantes en las infecciones nosocomiales y el impacto económico entre España y Estados Unidos.
- Identificar los principales patógenos nosocomiales en España así como las infecciones que causan.
- Explicar las características por las que las Pseudomonas Aeruginosa es un patógeno nosocomial tan relevante los factores de la virulencia el proceso infeccioso y la resistencia antibiótica.
- Estudiar la problemática del tratamiento de pseudomonas aeruginosa (produce las infecciones en quirógranos o grandes quemados).
- Identificar los comités especialistas en infecciones nosocomiales y las medidas de control de infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de revistas y artículos a través de plataformas on-line como Pubmed y Google Académico. Además se consultaron diferentes libros sobre microbiología procedentes de la biblioteca y el vademécum.

4 Resultados

En España, la prevalencia de las enfermedades nosocomiales es del 8% en los últimos años. En estos últimos años el porcentaje se ha mantenido estable. Se evalúa la gravedad de este problema a través de la puntuación obtenida a través

de la clasificación realizada por McCabe, que diferencia entre enfermedad fatal y enfermedad no fatal a estas infecciones nosocomiaes.

Esta escala determina que en el periodo entre 2012 y 2016 la mortalidad por infección nosocomial supuso un 20%, lo que equivale a enfermedad fatal. Además se alargó la estancia hospitalaria entre 4 y 9 días. Así nos encontramos a este tipo de infeccioón entre las diez primeras causas de muerte en España. En cuanto al impacto al impacto económico, en el aspecto de infecciones nosocomiales nos encontramos que la cifra más alta 50.000 euros por episodio y paciente pertenece a la sepsis (cuidados en medicina intensiva).

Medidas de prevención y contol:
- Primer nivel: actuar en el foco dela infección. Este foco puede ser la macrobiótica del paciente (foco interno) o el ambiente hospitalario (foco externo).
- Segundo nivel donde actuar es la interrupción de la vía de transmisión (de persona a persona) o por fómites. Por eso se hace tanto hincapié en el lavado de las manos, aislamiento del paciente o el uso de material específico de protección como guantes, mascarilla, calzas y bata.

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia de las infecciones nosocomiales se han mantenido durante el periodo de 2008 a 2016 con un 8% de pacientes afectados del total de hospitalizados. La mortalidad de un 20% de los pacientes y el impacto económico que asciende a 1000 millones de euros al año. Esto hace que sea una problemática importante en el Sistema Sanitario Español.

Loa factores de riesgo extrínseco son determinantes para la aparición de un tipo u otro de infección nosocomial, siendo mayoritariamente las infecciones respiratorias, quirúrgicas y bacterianas las más comunes.

A causa de la relevancia de las infecciones nosocomiales en España se ha establecido cuatro sistemas para su vigilancia y control: EPINE, ENVIN, PREVINE, VICANOS. Estos sistemas elaboran protocolos bajo las directrices de la OMS y el CDC.

6 Bibliografía

- Ducel G Fabry J Nicolle L Prevención de las infecciones nosocomiales Guía práctica 2ª edición OMS 2012.
- Bajo J.A Bajo J.M Lailla J.M 2007 Vigilancia de la infección nosocomial indicador de calidad.
- Pujol M.limon.E Epidemiologia general de las infecciones nosocomiales, sistemas de vigilancia. Enfermedades infecciosas y bacterianas.

Capítulo 1632

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL SISTEMA HOSPITALARIO

SONIA ALONSO NUÑEZ

1 Introducción

El termino Burnout se utilizó por primera vez en 1974 siendo mencionado por el psicólogo Herbat J.Freudenberger al observar que los profesionales que trabajaban en una clínica de jóvenes drogodependientes, no veían a los pacientes como personas que necesitan ayuda, esto le llevo a descubrir personas desmotivadas, poco comprensivas, con trato distante y deshumanizado con los usuarios
Marlasch y Jackson, en 1979, identificaron los tres aspectos básicos de este síndrome, que se desarrolló secuencialmente siendo estos: cansancio emocional despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan principalmente desarrollando una relación de ayuda. Estos autores crearon un instrumento de evaluación (MBI), que permitió sentar las bases para la realización de estudios sobre este síndrome.

Lo primero que aparece es el cansancio emocional, observándose manifestaciones físicas, psíquicas o una combinación de ambas, la despersonalización se caracteriza por la insensibilidad emocional del profesional, simulando afecto y con conductas clínicas con la consiguiente instalación de la fatiga y por último se manifiesta la baja realización personal, relacionada con una autoevaluación negativa asociada a la insatisfacción, el desánimo en el trabajo, moral baja, irritabilidad, etc. El Burnout es la fase final de este proceso, con la sensación de no ser adecuado para el puesto de trabajo, disminuye la capacidad para resolver el problema, falta de recursos para hacer frente al trabajo e insuficiencia en la formación.

2 Objetivos

- Determinar el nivel de desgaste emocional e identificar qué hacer si se nos presenta una situación susceptible de producir desgaste emocional tanto para el personal sanitario como el personal no sanitario.
- Señalar la influencia de las variables sociodemográficas y laborales tanto en nivel de desgaste emocional como en relación al tipo de estrategia de afrontamiento utilizada.

3 Metodología

Observar los estilos de afrontamiento actualmente la mayoría de las investigaciones considera la existencia de dos tipos de afrontamiento que son:
1. Afrontamiento centrado en el problema o directo. El individuo trata de definir el problema que vive requiriendo información o asesoramiento de otras personas, o buscando soluciones o alternativas y ejecutando acciones que resuelvan el problema por último el individuo desarrolla recompensas alternativas y crea otras fuentes de satisfacción.
2. Afrontamiento centrado en la emoción o afrontamiento indirecto, el individuo intenta regular la respuesta emocional que surge como consecuencia de la situación. Se utiliza en situaciones que el sujeto valora como desafiantes y sin posibilidad de cambio (incluyendo casos en los que la persona no tiene control sobre el agente estresante.

4 Resultados

- En los últimos años hemos asistido al incremento del interés por el fenómeno de estrés laboral. Esto se debe a que es el segundo problema de salud más frecuente relacionado con el trabajo en la Unión Europea (EU), después de los dolores de espalda, y afecta a casi uno de tres trabajadores. Actualmente, el estrés supone según diversas estimaciones un costo de 20.000 millones de euros en la UE.

- Los trabajadores sanitarios en los hospitales no son ajenos a esta problemática, de hecho el personal celador es uno de los colectivos más afectados por el estrés derivado de su trabajo. Esto es debido a múltiples factores, entre los cuales podemos citar: intensas y largas jornadas de trabajo, la vivencia de la muerte y el sufrimiento o la atención de la saltas demandas emocionales por parte de los pacientes.

- Observamos como resultado que el estrés no es un problema en sí mismo, sino una manifestación que releja la existencia de otros problemas. Conocer sus causas puede ayudar a solventar los efectos negativos que ocasiona al individuo, manifestando trastornos físicos psíquicos o conductuales. Esto a la vez puede dar lugar a problemas a nivel colectivo, entre los que podemos citar el aumento del absentismo laboral, disminución de la calidad del trabajo por ende disminución de la productividad.

- El absentismo provocado por el estrés laboral ha ido en aumento, cifrándose en 10.2 millones de jornadas laborales perdidas en 1999 hasta situarse en el año 2004 en 12.3 millones por otra parte, la disminución de la productividad por estrés laboral supuso un gasto al Estado Español de 32.000 millones de euros en el 2007 Definiendo estrés laboral por la OMS como una reacción del individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad de afrontamiento.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout en los profesionales del ámbito hospitalario ha sido estudiado y tenido en cuenta de manera importante en los últimos años debido al gran auge que ha sufrido por las carencias sufridas a nivel personal y humano.

El estrés laboral es una problemática muy compleja ya que cada vez se ve más aumentado debido a las exigencias del mundo laboral actual. Hoy en día los trabajadores deben hacer grandes esfuerzos emocionales, físicos y psicológicos con la conciliación de la vida familiar para desarrollar tanto actitudes como aptitudes que le permitan sobrellevar la presión que el trabajo pudiera ocasionarles.

En el caso de aquellos que trabajen en el ámbito de la salud estos factores desencadenantes del síndrome de Burnout podrían ser fácilmente manejables, si fuesen informados y prevenidos sobre los mismos, también enseñándoles como tolerar o hacerse a todas aquellas situaciones que generan emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas que están en el círculo más cercano (directivos, amigos, personal de igual o mayor rango).

La salud mental del trabajador es básica para conseguir unos niveles de trabajo optimo, pero no solo eso, sino lo que es más importante una estabilidad emocional que le ayude a manejar todas las dificultades presentes en el día a día.

6 Bibliografía

1. G.Z.D.&M,L. (2000) El síndrome de Burnout en los hospitales públicos
2. Revista médica Bs.As 41-43 Maslach,(2017) comprendiendo El Burnout (vol.19)
3. Repositorio de la universidad de Oviedo

Capítulo 1633

BARRERAS DE PROTECCIÓN EN EL PERSONAL NO SANITARIO: EL CELADOR

BEATRIZ SÁNCHEZ ROZADA

NATIVIDAD MIGUEL LÓPEZ

BEATRIZ IGLESIAS VALBUENA

VANESA GARCÍA VALERO

MARIA MONTSERRAT ABAD RODRIGUEZ

1 Introducción

La higiene es una premisa que estar siempre presente en todos los aspectos de la vida. En el caso de las instituciones sanitarias, ha de hacerse especial hincapié en ella, cumpliendo además con la normativa reguladora vigente, puesto que el personal no sanitario (y en concreto el celador), transporta documentos, objetos o enfermos que pueden ser portadores de agentes microbianos. La higiene personal se regula en el Estatuto de Personal no Sanitario a través de la ley de Salud Laboral (ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales) y también por el Real Decreto 486/1997, de 4 de abril en el que se establecen las condiciones mínimas de seguridad y salud en el lugar de trabajo. En base a esto, el celador deberá:

• cuidar su aseo personal diario (físico y de su ropa de trabajo)

• cuidar y conservar los espacios comunes
• realizar reconocimientos médicos y tomar medidas preventivas (también llamadas precauciones estándar)

Lo que persiguen estas normas de higiene para el personal no sanitario, es disminuir el riesgo de desarrollar una infección microbiana, y que el paciente no sea afectado de una infección nosocomial. Este tipo de infecciones son las adquiridas en el entorno hospitalario y que no estaban presentes en el paciente en el momento del ingreso. La OMS la define como: "cualquier enfermedad microbiana, reconocible clínicamente, que afecta a los pacientes como consecuencia de haber sido admitidos en el hospital o atendidos para tratamiento, y que afecta también al personal como consecuencia de su trabajo". Infección nosocomial será la que se produce a las 72 horas desde el ingreso o hasta las 72 horas tras un alta hospitalaria. El causante directo de este tipo de infecciones es el microorganismo, pero hay una serie de factores que ayudarán en el proceso:
• ausencia de medidas higiénicas en el centro hospitalario
• mala higiene del personal sanitario y no sanitario
• pacientes con enfermedades infecciosas

1. Barreras higiénicas o de protección
Son mecanismos mecánicos o físicos que impedirán que el agente microbiano entre en contacto con el huésped susceptible y que se transmita. Todo el personal debe conocer el protocolo y aplicarlo de forma estricta sin saltarse ningún paso.
- Lavado de manos: la forma principal de transmitir infecciones es a través de las manos (infección cruzada). A la entrada y salida de la jornada laboral, el personal no sanitario deberá realizar un lavado de manos. La duración del lavado, según la OMS, será de 40-60 segundos, y de 20-30 segundos, si se realiza con una solución hidroalcohólica. Se usará jabón normal para el lavado rutinario, y uno antiséptico para circunstancias específicas. También debe hacerse antes y después de quitarse los guantes.

2. Barreras físicas protectoras
Son equipos de protección personal que utiliza el personal no sanitario a la hora de trasladar pacientes, documentos u objetos, evitando así la transmisión de microorganismos. Son los siguientes:
- Guantes
Los guantes son idóneos para proteger las manos. Las manos pueden entrar en contacto con objetos punzantes y cortantes contaminados o con fluidos. Hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones con el objetivo de evitar contagios

a profesionales:
• Quitarlos justo después de usarlos, antes de tocar objetos limpios o superficies y sobre todo antes de trasladar a otro paciente. Recordar lavarse las manos después de quitarse los guantes.
• Cambiar los guantes si ha habido contacto con materiales que puedan estar contaminado, entre tareas realizadas en el mismo paciente,
• Utilizarlos sin anillos, uñas postizas o muy largas.

Es de muy importante que el trabajador use los guantes diseñados para la tarea correspondiente a su puesto de trabajo, pues si no podrían no protegerle correctamente. La utilización de guantes sanitarios viene regulada por la siguiente normativa específica:
• La relativa a los EPI, según RD 1407/1992 que regula las condiciones para la comercialización y la libre circulación intracomunitaria de los EPI y sus posteriores modificaciones.
• La normativa de AENOR UNE 455 para guantes médicos de un solo uso

- Mascarillas

Son piezas de un solo uso que actúan como filtro para el aire exhalado y que deben cubrir boca, nariz y mentón. Una máscara quirúrgica ayuda a detener la propagación de los microbios de la nariz y la boca. Evitan inhalar microbios. Pueden ser de:
• tela: estériles, para el área quirúrgica
• papel: más baratas, pero no se adaptan bien a la cara y se humedecen fácilmente
• sintéticas: se acoplan perfectamente y su eficacia es de varias horas

- Protectores oculares

La protección de los ojos incluye cubiertas para la cara y gafas. Protegen de la sangre y otros líquidos corporales. Son de material plástico transparente. Con las gafas se protege el ojo y con la pantalla, el resto de la cara.
- Gorros y pañuelos de cabeza: piezas de papel o tela en los que solo se deja libre el oído.
- Bata: protege la piel y el uniforme del material no sanitario.

3. Después de usar el equipo de protección personal

Es importante quitar el equipo de forma segura y desecharlo siguiendo el protocolo del centro hospitalario, poniéndolo en los recipientes de lavandería o de residuos especiales.

2 Objetivos

- Prevenir al personal (sanitario y no sanitario) y a los pacientes de posibles infecciones intrahospitalarias, prevenir la transmisión de microorganismos que se propagan a través del aire y aquellos cuya puerta de entrada y salida pueden ser el aparato respiratorio.
- Disminuir la transmisión de gérmenes a través de infección cruzada, proteger los ojos del personal no sanitario de salpicaduras y prevenir la contaminación a través de la mucosa ocular.
- Cuantificar los niveles de infección, definir sus características y reducir al mínimo posible los niveles de infecciones, así como reconocer la existencia de cualquier brote infeccioso y/o epidémico o la presencia de enfermedades infecciosas causadas por agentes patógenos raros.
- Poder evaluar la eficacia y efectividad de dichas medidas de prevención, ya implantadas, y si es necesario, mejorarlas.

3 Metodología

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

Palabras clave: barreras de protección, infección nosocomial, higiene sanitaria, transmisión de microorganismos

4 Resultados

En los hospitales, la prevalencia de las infecciones nosocomiales varía de un 5,7% a un 19,1% siendo la prevalencia global de 10,1%. En los países del primer mundo, dichas infecciones afectan al 5% hasta el 15% de los pacientes hospitalizados. En Europa, unos 4 millones de personas cada año están afectadas por infecciones que se asocian a la asistencia sanitaria. Esto ocasiona unas 37.000 muertes, 16 millones de días extra en la estancia hospitalaria unos siete billones de sobrecostes.

Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria son a menudo difíciles de tratar por la aparición de microrganismos multirresistentes a los antibióticos, pero la

evidencia muestra que alrededor del 50% se pueden prevenir con prácticas seguras.

5 Discusión-Conclusión

Cada año mueren miles de personas por la diseminación de infecciones en los hospitales. Los trabajadores en las instituciones sanitarias, pueden tomar medidas para evitar la diseminación de estas enfermedades infecciosas. Estas medidas son parte del control de las infecciones nosocomiales.

Todo esto podría evitarse realizando correctamente el protocolo de lavado de manos y utilizando conscientemente las barreras de protección. Por este motivo, la prevención y la lucha contra estas infecciones y la resistencia a los antibióticos es una prioridad clave que debe tenerse presente en las instituciones hospitalarias.

6 Bibliografía

- https://amyts.es/er103-salud-laboral-el-uso-de-guantes-en-la-profesion-sanitaria-son-vestuario-son-proteccion/

Gaspar Carreño M y cols. Revisión sobre el uso de guantes en los hospitales. El Farmacéutico Hospitales. 2011; 197, 6-23. https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000447.htm

- Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2003. Prevención de las infecciones nosocomiales (2ª ed). Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf
- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. www.zonates.com/es/revista-zona-tes/menu-revista/numeros-anteriores/vol-3--num-4--octubre-diciembre-2014/articulos/los-guantes-de-proteccion-como-barrera-ante-riesgos-biologicos-en-emergencias-extrahospitalarias.aspx

https://www.franrzmn.com/barreras-higienicas-en-la-infeccion-nosocomial/#Barreras_Higienicas_en_la_Infeccion_Nosocomial

Capítulo 1634

PREVENCIÓN DE RIESGOS DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO

MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN

1 Introducción

El sector sanitario presta y es un servicio esencial para la sociedad.

En nuestro sector se dan gran parte de los peligros que pueden aparecer en un entorno laboral, por no decir todos, ya que contamos con laboratorios, lavanderías, talleres, depósitos de gases, consultas, hospitalización, quirófanos, centrales de esterilización, radiología, urgencias, cocinas, archivos, bibliotecas, centrales de transformación eléctrica, calderas, almacenes, departamentos administrativos.

En estos y otros lugares de trabajo no citados, estos peligros que sin apenas darnos cuenta nos rodean, pueden provocarnos accidentes de trabajo debidos a caídas, golpes, contactos eléctricos, contactos térmicos, incendios, explosiones, atrapamientos, golpes con vehículos, salpicaduras, agresiones, sobreesfuerzos, cortes, pinchazos.

También pueden causarnos enfermedades profesionales, ya sean producidas por agentes físicos; (ruidos, vibraciones, radiaciones), agentes biológicos, agentes químicos…Y también acarrearnos otro tipo de enfermedades relacionadas con el trabajo, causadas por los peligros de origen ergonómico y psicosocial: la carga física, la carga mental, la insatisfacción, la turnicidad, la nocturnidad, los elevados ritmos de trabajo, la precariedad laboral, la mercantilización de la sanidad.

No podemos olvidar los riesgos relacionados con los agentes químicos, sus efectos para la salud, las sustancias químicas más peligrosas en los centros sanitar-

ios, las obligaciones de la empresa (Gerencia) y, completando la información, la importancia de las fichas de datos de seguridad y la simbología utilizada para identificar las sustancias peligrosas.

En los riesgos físicos nos centramos, por su potencial peligroso, en las radiaciones.

Hemos diferenciado las fuentes de radiación destacando sus riesgos y sus efectos para la salud, las medidas de protección ante la exposición de radiaciones no ionizantes y las medidas de protección, clasificación de las zonas y de los trabajadores expuestos, vigilancia de la salud y recomendaciones básicas de seguridad y salud en la exposición a radiaciones ionizantes.

En los distintos puestos de trabajo y funciones que realizamos encontramos riesgos ergonómicos, para los cuales proponemos medidas preventivas frente a la manipulación de cargas, la movilización de enfermos y el manejo de las pantallas de visualización de datos (ordenadores principalmente).

También hemos analizado los riesgos psicosociales que tienen que ver con la mala organización en el trabajo y que pueden traer graves consecuencias para la salud de los trabajadores y trabajadoras que los sufren.

Y en un sector tan fuertemente feminizado como el que nos contempla, no podíamos dejar de dedicar un capítulo a los riesgos para la reproducción y la maternidad, como tampoco otro dedicado a la turnicidad y a la nocturnidad. Ya se sabe, un hospital no descansa nunca, abierto las 24 horas los 365 días del año.

2 Objetivos

- Reforzar y fomentar la prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

Hemos buscado palabras clave, como prevención de riesgos laborales en la sanidad, se hace una búsqueda en Google Academic, Plumbed y en textos en español anteriores al 2007.

4 Resultados

No podemos olvidar los riesgos relacionados con los agentes químicos, sus efectos para la salud, las sustancias químicas más peligrosas en los centros sanitarios, las obligaciones de la empresa (Gerencia) y, completando la información, la importancia de las fichas de datos de seguridad y la simbología utilizada para identificar las sustancias peligrosas.Las denominadas "precauciones universales" constituyen la estrategia fundamental para la prevención del riesgo laboral frente a todos los microorganismos vehiculizados por la sangre.

Las personas que integran la plantilla tendrán que aplicar el principio fundamental de que todas las muestras deben manipularse como si fueran infecciosas. El cumplimiento de una determinada precaución universal no te exime o no te excluye de seguir o de realizar las otras.

Son precauciones universales:
• La vacunación (es una inmunización activa).
• Las normas de higiene personal:
- Cubrir con apósito impermeable las heridas y lesiones de las manos al iniciar la actividad laboral. Evitar la exposición directa cuando existan lesiones que no se puedan cubrir.
- No utilizar anillos, pulseras, cadenas ni otras joyas.
- El lavado de manos debe realizarse al comenzar y al terminar la jornada, y después de realizar cualquier técnica que pueda implicar el contacto con material infeccioso. Dicho lavado se realizará con agua y jabón.

5 Discusión-Conclusión

Se considera importante una buena educación y formación en prevención de riesgos laborales en el sector sanitario, ya que nosotros los profesionales, estamos expuestos a diferentes riesgos y no se da la debida importancia a una buena formación a este sector, ya que se prioriza otro tipo de formaciones. Aquí también entraría una educación postural, movilizaciones seguras para el paciente y el

profesional, sillas aptas para pasar varias horas frente al ordenador un buen ambiente de trabajo.

Todo esto nos llevará a una mejor calidad asistencial y una mejora de la salud del profesional a lo largo de la vida laboral.

6 Bibliografía

- Guía de Prevención de Riesgos Laborales en el Sector Sanitario. Secretaría de Salud
Laboral de CCOO de Madrid. 2007.
- La Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo. ISTAS. 2007.
- Agentes Químicos en el Ámbito Sanitario. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.
2010.
- Boletín BOICCOOT a la siniestralidad laboral números 85, 96. Secretaría de Salud
Laboral de CCOO de Castilla y León. 2011.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

Capítulo 1635

EVACUACIÓN DE HOSPITALES Y CENTROS SANITARIOS ANTE CATÁSTROFES

ROBERTO NAVA ALONSO

1 Introducción

Los planes de Emergencias Hospitalarios han cobrado una especial relevancia en los últimos años, debido en gran parte a la iniciativa impulsada desde la OMS y la OPS (Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud), denominada "Hospitales Seguros". Esto conlleva a que, en la actualidad, la mayor parte de los centros sanitarios hayan desarrollado planes de emergencia ante situaciones internas como incendios, explosiones, derrumbes, etc. Sí hay que señalar que pocos son los Hospitales y Centros Sanitarios en general que se han preparado en nuestro país para afrontar catástrofes externas como sería el caso de recibir una cantidad extraordinaria de víctimas provocadas por una catástrofe externa. Este tipo de planes actúan designando una estructura organizativo-funcional, que deberá ser distinta de la habitual en la actividad asistencial ordinaria y define perfectamente la estructura de mando que hay que adoptar ante situaciones de movilización de recursos humanos y materiales necesarios.

Podemos definir una Catástrofe como un evento natural o humano que actúa como detonante de una crisis, siendo el desastre el fenómeno usado para definir el impacto de la catástrofe sobre la población o los elementos que la sufren. Por otra parte, el Desastre, según define el Comité de Expertos de la Estrategia de

Naciones Unidas para la Reducción de Desastres, un desastre sería una interrupción seria del funcionamiento de una sociedad o comunidad, causando extensas pérdidas de vidas humanas, bienes materiales y económicos o ambientales que excedan la capacidad de la comunidad para hacerle frente con sus propios recursos.

Las situaciones de catástrofes son una realidad, por lo general inevitable e impredecible. Tomar medidas adecuadas de seguridad y organización, pueden paliar sus consecuencias, entre las cuales, la correcta atención sanitaria a las víctimas humanas constituye la máxima prioridad por encima de cualquier otro valor. Son los hospitales, por su peculiar ocupación, dotación tecnológica y superpoblación, los que precisan de medidas de autoprotección que garanticen su seguridad, por lo que tomaremos 3 factores indispensables para llevar a cabo un exitoso plan de evacuación ante una catástrofe imprevista: la Organización, la Seguridad y la Coordinación.

Para hacer frente a todas estas premisas expuestas anteriormente se crean los planes de emergencia, dentro de un marco orgánico-funcional que permiten la movilización de los recursos humanos y materiales necesarios para la protección de personas, bienes y medio ambiente en casos de grave riesgo, catástrofes o calamidades públicas, conteniendo un esquema de coordinación entre las distintas Administraciones Públicas obligadas a intervenir.

2 Objetivos

La finalidad primordial de una evacuación hospitalaria es la proteger la vida y la salud de las personas, así como la integridad de bienes y documentos indispensables e irremplazables. Para ello, el objetivo será elaborar un Plan de Emergencia ante Catástrofes que prevea la adecuación de los recursos sanitarios y no sanitarios que optimice los existentes y garantice su actuación coordinada, la formación y el entrenamiento del personal de una Institución Hospitalaria. Estos son los objetivos:

- Prevenir y actuar ante un riesgo de incendio o de cualquier otro incidente que ponga en peligro a personas, actividades o bienes.
- Garantizar la intervención inmediata.
- Garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria.
- Prever la posible evacuación parcial o total del Centro.
- Promover la resolución de dichos problemas con el menos coste posible.
- Preparar la posible intervención de ayudas externas.

3 Metodología

Para la elaboración de un Plan de Emergencia ante catástrofes en un Hospital, analizamos primero los factores de riesgo que justifiquen la implantación de dicho plan en los edificios o espacios públicos de gran concurrencia. Para ello estudiaremos varios puntos primordiales:
- Densidad de ocupación del edificio.
- Característica de los ocupantes del hospital.
- Número y formación específica del personal que trabaja en el hospital.
- Limitaciones lumínicas que pueden darse en casos de incendios y no permitan visibilizar correctamente las señales de accesos, salidas de emergencia, escaleras externas anti-incendios, etc.

A continuación revisaremos en la legislación vigente las directrices que nos da sobre cómo elaborar dicho Plan de Emergencia para sea implantado con garantías de eficacia. Para ello acudimos a la Orden de 29/11/1984 del Ministerio del Interior (Manual de Autoprotección. Guía para el desarrollo del plan de emergencia contra incendios y evacuación de locales y edificios. Dicho manual nos especifica que debemos estructurar en cuatro los documentos para su correcta aplicación:
- Documento 1: Evaluar los riesgos.
- Documento 2: Medios de protección disponibles.
- Documento 3: Plan de Emergencia.
- Documento 4: Implantación.

• Documento 1. Evaluar los riesgos:
- Definir los riesgos potenciales: Emplazamiento del establecimiento y su entorno.
- Situación de los accesos, anchura de las vías públicas o privadas, accesibilidad de vehículos de bomberos, ambulancias, etc.
- Ubicación de medios exteriores de protección: bocas de incendios, hidrantes, etc.
- Características constructivas y años de construcción del edificio.
- Actividades que se desarrollen en cada planta, con su situación y la superficie que ocupen.
- Número máximo de personas a evacuar en cada área con el cálculo de ocupación según los criterios de la normativa vigente.
• Documento 2. Medios de protección disponibles:
- Inventario de medios técnicos como detectores de alarmas, equipos de extinción de incendios, alumbrados especiales en caso de corte de suministro eléctrico y los

medios de socorro y rescate.
- Inventario de medios humanos: Describir detalladamente los medios humanos necesarios y disponibles para participar en las acciones de autoprotección. Se especificará el número de equipos necesarios con el número de componentes por equipo en función de sus cometidos. Los equipos abarcaran toda el área del hospital, cada uno en sus zonas de trabajo habitual.
• Documento 3. Plan de Emergencia:
En este documento se elaborará el esquema de actuaciones a realizar en casos de Emergencias. Una vez que se hayan estudiado los potenciales riesgos y los medios de protección disponibles, se derivarán las actuaciones que se plasmarán en el Plan de Emergencia.

Dentro del plan de Emergencia, incluiremos la siguiente información relevante: a) Plano del edificio por plantas en formato manejable y escala adecuada que contengan como mínimo la siguiente información: b) Compartimentación y medios efectivos de aislamiento contra el fuego. c) Vías de evacuación principales y alternativas. d) Sistemas de detección y alarma. e) Sistemas de extinción fijos y portátiles, manuales y automáticos. f) Señalización y alumbrado de emergencia. g) Almacén de materias inflamables y otros locales de especial peligrosidad (quirófanos). h) Ocupación de personas por zonas. i) Situación de interruptores generales de suministro eléctrico, válvulas de cierre de las instalaciones de suministro de gas, etc. j) Ubicación de los medios materiales para los equipos de emergencia.
• Documento 4. Implantación:
La implantación del Plan de Emergencias es el conjunto de medidas a tomar o secuencia de acciones a realizar para asegurar la eficacia operativa del mismo. Es responsable de la implantación el titular de la actividad. El personal Directivo, Técnico, Mandos intermedios y trabajadores del establecimiento participarán activa y coordinadamente en la implantación de dicho plan:
- Se organizarán y coordinarán las acciones necesarias para no solo la implantación del Plan de
- Emergencia, sino también para su mantenimiento a través de un jefe de emergencias o de un comité de emergencias en los casos que se considere necesario.
- Adecuar el mantenimiento de las instalaciones y zonas peligrosas a los medios de prevención y protección exigibles según la legislación vigente.
- Adecuar también, los medios humanos a las necesidades del plan además de a la constitución de equipos. Para ello se celebrarán reuniones informativas a las que asistirán todos los ocupantes habituales del edificio, en las que se explicará el Plan de Emergencia entregando por escrito las consignas generales de autoprotección

a tomar y a conocer. Tanto o más importante será dar a conocer todas estas medidas y medios al personal visitante o usuario a través de carteles, consignas, pantallas digitales, etc. al efecto de que estén continuamente informados.

4 Resultados

Lo que se pretende con la implantación de un Plan de Emergencia específico para cada Hospital o Centro de Salud es llevar a cabo con éxito en el mayor tiempo posible y con el mínimo coste posible la acción de salvar la vida humana lo primero, seguido de la documentación clínica y de gestión básica para el funcionamiento del Centro y terminando por los bienes.

Aplicando dicho Plan de Emergencia con las directrices marcadas a través de simulacros frecuentes conseguimos librar la batalla más difícil que se nos puede sobrevenir en un Centro donde la asistencia sanitaria no puede interrumpirse y los pacientes y usuarios deben estar a salvo de cualquier contingencia.

Para todo ello, además de seguir a rajatabla la normativa vigente y el Plan de Emergencia, se ha demostrado que el trabajo en equipo y la coordinación de todo el personal que trabaje en el Hospital independientemente de su rango, profesión u oficio, son hechos fundamentales para lograr sofocar con éxito una situación de Emergencia o Catástrofe dentro de dicho Centro Sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Se hace completamente necesario tener en cuenta que un Hospital o centro público o privado sanitario donde se albergan cientos de personas con el único propósito de vigilar y reponer su salud, así como el personal facultativo, técnico y no sanitario que participan en ello puede ser objeto de una catástrofe o emergencia imprevista.

Es por tanto, que la mejor manera de poder controlar y minimizar los efectos devastadores que una catástrofe de esta índole puede provocar en dichos centros, es realizando un estudio en profundidad de los posibles riesgos que pueda haber, trazar un plan adaptado a las instalaciones sobre el que se implantará y mantener perfectamente formados al personal que en ellas trabajan, todo ello siguiendo rigurosamente las normativas legislativas de ámbito nacional y de Comunidad Autónoma. Sólo así podremos garantizar que la atención sanitaria permanente que se presta en estos centros puede estar garantizada.

6 Bibliografía

- OPS. Programa Hospitales Seguros frente a los desastres “reducir el riesgo, proteger las instalaciones de la salud, salvar vidas. Disponible en: http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1026&Itemid=911.
- https://encolombia.com/medicina/guiasmed/emerghospitalarias/anexo4evaluacionexpancion/
- https://www.boe.es/eli/es/o/1984/11/29/(2)
- Trabajo Fin de Máster en Análisis y Gestión de Emergencias y Desastres. Autor: Ángel Bernardo Gutiérrez. http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/3942/6/TFM_%C3%81ngel_Bernardo_Guti%C3%A9rrez.pdf
- Guía para la elaboración de planes de catástrofes en hospitales.
- http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_plan_catast_hospital.pdf

Capítulo 1636

GESTIÓN Y SERVICIOS: LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES

MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO

JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES

1 Introducción

Históricamente, la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud no ha ocupado un papel relevante en el entorno sanitario. Frente a las habilidades para interactuar con el paciente, han primado más hasta ahora las competencias técnicas de los profesionales sanitarios. Sin embargo, desde hace unos años la tendencia está cambiando ya que, por un lado, el paciente ha evolucionado y demanda más información, y por otro lado, existe un mayor interés de los profesionales sanitarios por aprender estrategias de comunicación que les permitan conectar mejor con los usuarios de los sistemas de salud. Y es que proporcionar a los pacientes una información clara puede darles a estos la oportunidad de tomar decisiones importantes e informadas a lo largo del proceso de su enfermedad, facilitando que se sientan más partícipes del mismo y minimizando en muchos casos el sufrimiento que conlleva padecer una enfermedad.

Hoy en día tiene mucha importancia la empatía y la asertividad. Definimos empatía como la capacidad de comprender e interiorizar los sentimientos del otro. Sin duda, acudir a un centro sanitario pone al paciente y a su familia en una

situación de vulnerabilidad e incertidumbre por lo que el entendimiento y la comprensión que los profesionales muestren hacia el paciente aliviarán el estrés e incluso el dolor de éste. La empatía terapéutica favorece una buena alianza entre el paciente y los profesionales que le asisten, posibilitando que los pacientes den más información sobre sus síntomas, disminuyendo su ansiedad hacia la enfermedad y se mostrarán más comprometidos con el tratamiento. Algunos de los elementos que favorecen la empatía terapéutica son: la formulación de preguntas, la escucha activa, respetar la confidencialidad, comprender las percepciones del paciente sobre su enfermedad y estimularle a expresar sus sentimientos.

La comunicación asertiva supone un conocimiento previo de nuestras limitaciones y un esfuerzo por superarlas además de una autorreflexión sobre el comportamiento personal. Algunas personas poseen buenas habilidades sociales de forma innata. De no ser así podemos trabajar la empatía y mejorar la conducta asertiva. Este tipo de comunicación aumenta el nivel de confianza y credibilidad ante el usuario al mostrar con claridad nuestros criterios. Por otro lado, ser más abiertos a criterios diferentes en nuestro ámbito laboral nos permite conocer nuevas perspectivas que nos podrán ayudar en nuestro crecimiento personal y profesional.

2 Objetivos

- Sensibilizar al personal sanitario y no sanitario de la importancia de establecer una relación empática con el paciente y su entorno.

- Dar a conocer la comunicación asertiva y difundir las ventajas de su uso en el ámbito hospitalario, tanto entre el personal como con usuarios o pacientes.

- Tener una comunicación asertiva muestra que nuestros objetivos y propósitos son claros, pero siempre teniendo como base el respeto hacia los demás.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando una persona va a la consulta del profesional de la salud lo hace porque precisa una solución frente a ciertas necesidades que le han surgido relacionadas con su bienestar. Ante esta situación y en primer lugar, requiere de información clara y veraz por parte de los profesionales sanitarios: qué le ocurre y cómo puede afrontarlo. Así podrá asumir con responsabilidad su situación y los cuidados a los que ha de someterse.

Paralelamente, a veces el paciente busca una explicación afectiva y humana de lo que le está ocurriendo, un acompañamiento e incluso, en ocasiones, consuelo por parte de los profesionales sanitarios. Y es que la visión que tienen los pacientes de su propia enfermedad, así como sus sentimientos y percepciones respecto a su salud se están convirtiendo en un aspecto fundamental en este nuevo escenario en que nos encontramos.

Entre las nuevas habilidades exigidas a los profesionales sanitarios, los pacientes destacan la necesidad de que éstos indaguen y profundicen en sus preocupaciones no expresadas, así como que les enseñen a evaluar la información y a elegir las medidas adecuadas en cada caso, haciéndoles recomendaciones más individualizadas. Concretamente, los factores que determinan la satisfacción por parte de los pacientes de los profesionales sanitarios son:

- Accesibilidad: los pacientes valoran poder contactar fácilmente con los centros de salud y, sobre todo, con los profesionales sanitarios para plantearles sus necesidades.
- Capacidad de respuesta: uno de los aspectos más apreciados por parte de los usuarios de los servicios sanitarios es una abierta disposición para atender, así como un servicio eficiente, por parte de los profesionales sanitarios, sin esperas injustificadas.
- Comprender al paciente: los pacientes manifiestan una serie de necesidades que, para poder ser satisfechas, han de ser previamente comprendidas y valoradas.
- Comunicación: los pacientes valoran especialmente que los profesionales sanitarios les escuchen y establezcan con ellos una comunicación afectiva y asertiva en un lenguaje comprensible por ambas partes.
- Cortesía: durante la prestación del servicio, los pacientes desean que los profesionales de la salud sean atentos, considerados, respetuosos y amables con ellos.
- Credibilidad: hace referencia a la imagen que el personal sanitario proyecta en los pacientes. En este sentido, los pacientes buscan que los profesionales que les atienden sean competentes y trasmitan credibilidad y veracidad.

- Implicación: el paciente quiere percibir que su problema es importante para el profesional sanitario, que es tratado con la dignidad que merece y que empatiza con él.
- Profesionalidad: la profesionalidad es imprescindible para la prestación de servicios de calidad.

A estos factores se los conoce como variables intangibles, ya que son las conductas, aptitudes y actitudes individuales o grupales que contribuyen decisivamente tanto a la conformación de las percepciones del paciente y su satisfacción, como al valor que para él adquiere el centro sanitario: comportamiento y motivación del personal, creencias, normas y formas de pensar de la organización, etc.

Por otro lado, el paciente percibe la calidad de los servicios sanitarios a través de variables tangibles, que pueden añadir o restar valor a la prestación sanitaria. Estas hacen referencia a todos los aspectos materiales que influyen en la percepción global del centro sanitario donde se le atiende, tales como la ambientación del centro (estructura del edificio, decoración, iluminación, limpieza, olores, confortabilidad, etc.) o la apariencia física de quienes prestan el servicio.

En la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes colaboran, por tanto, muchas circunstancias: individuales y colectivas, materiales, físicas y personales, relativas al conocimiento, entre otros, pero también y, sobre todo, referentes a la actitud con que se encara la relación por ambas partes.

5 Discusión-Conclusión

La empatía es un elemento clave en la relación asistencial y modifica positiva o negativamente la percepción del paciente en cuanto a la calidad de los cuidados recibidos. Por tanto, se deben aunar la parte estrictamente técnica (los conocimientos médicos) con la predisposición personal del profesional para lograr el más alto nivel de calidad asistencial. Ventajas de una comunicación asertiva:
- Favorece nuestra confianza en la capacidad de expresarnos con el usuario.
- Aumenta la autoestima y promueve el sentido de eficacia personal.
- Mejora la imagen social, promueve el respeto de los demás.
- Favorece las negociaciones y el logro de objetivos que dependan de la comunicación.
- Elimina la ansiedad.
- Disminuye la posibilidad de conflictos.

- Mejora la expresión de sentimientos, derechos y deseos de forma eficaz.

Los pacientes necesitan confiar en los profesionales sanitarios que están a cargo de su enfermedad. De hecho, está demostrado que la adherencia al tratamiento del paciente es mucho mayor cuando la relación con los profesionales que le atienden es fluida, ya que, además de entender las indicaciones a seguir, mejora su predisposición psicológica para afrontar la enfermedad. Por otro lado, una noticia no comunicada bien puede conllevar consecuencias muy negativas tanto para el profesional sanitario que la comunique como para la organización sanitaria a la que pertenece.

6 Bibliografía

- Moore, G. Gómez, S. Kurtz.
- Comunicación médico-paciente, una de las competencias básicas pero diferente.
- F. Borrell Carrió.
- Empatía un valor troncal en la práctica clínica.
- P. Moore, G. Gómez, S. Kurtz.

Capítulo 1637

ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE AGRESIVO

AROA MUÑOZ MENENDEZ

SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ

SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Por naturaleza la mayoría de las personas prefieren evitar el conflicto; no obstante, el auxiliar administrativo en su trabajo debe tratar a enfermos y familiares, quienes, normalmente se encuentran calmados pueden llegar a alcanzar rápidamente el clímax cuando el dolor y el miedo incrementan el estrés, mismo que puede derivar en la ira y la pérdida de control.

2 Objetivos

Evaluar la forma de actuar ante pacientes agresivos en los centros sanitarios.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, como: Dialnet, Pubmed y google académico. Se han empleado como descriptores: atención, paciente, centros sanitarios, sanidad, agresivo, comportamiento. Se han empleado como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

El trato con pacientes por lleva a situaciones incómodas para el personal sanitario. Se pueden clasificar como: pacientes manipuladores (amenazan con el objetivo de conseguir su cometido y es difícil llegar a un acuerdo con ellos), pacientes agresivos (gritan e intentan hacer sentir mal al personal) y pacientes enojados (suelen estar simplemente asustados o a la defensiva, siendo lo más importante en estos casos empatizar con ellos).

El protocolo de actuación del personal sanitario ante pacientes agresivos se basa fundamentalmente en:
• Escuchar activamente al paciente para comprender lo que verdaderamente siente.
• Utilizar declaraciones convincentes y buscar soluciones.
• Como auxiliar administrativo se debe permitir que el paciente hable sin interrupciones, pues escuchar favorece la retroalimentación en la comunicación y las habilidades comunicativas.
• Escuchar activamente también significa ponerse en el lugar de la otra persona y concentrarse en lo que está diciendo, con conciencia plena, centrándose de esta forma en el mensaje. La escucha activa, por lo tanto, necesita de empatía porque es importante situarse en el lugar del otro y entender lo que quiere expresar.
• Tomar nota de lo que se está diciendo y trata de retener la información.

Para el auxiliar administrativo la comunicación directa y la creación de un clima relajado en el trato con este tipo de pacientes es uno de los aspectos más importantes, teniendo además, que ser honesto con el paciente, estar disponible y responder a sus dudas, sin permitir que se sienta ignorado, de esta forma será más fácil lograr una comunicación efectiva.

Ante todo ello, una forma de actuar es:
• Prestar atención al lenguaje corporal.
• Mirar a la cara.
• No iniciar movimientos bruscos con los que pueda sentirse amenazado.
• Responder amablemente, de forma pausada sin perder el control de la situación.
• Evitar crear situaciones violentas.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo una buena actuación ante pacientes agresivos se debe adoptar una actitud calmada evitando así que la ira se convierta en una crisis conductual.

En lugar de ponerse a la defensiva, es más prudente responder con calma al paciente y tratarlo con respeto. Las personas serenas establecen la paz y son lo suficientemente fuertes como para mantener la calma y mostrarse moderados incluso cuando se enfrentan a situaciones difíciles.

6 Bibliografía

- https://www.saludiario.com/como-tratar-con-pacientes-agresivos-o-enojados/
- https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/funcionamiento/protocolos-frente-a-conductas-agresivas-en-residencias-geriatricas.pdf

Capítulo 1638

ESTUDIO ERGONÓMICO EN EL PERSONAL NO SANITARIO. MÉTODO MAPO

MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO

JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES

1 Introducción

La lumbalgia o dolor de espalda es un problema de salud muy generalizado en la población mundial. En el sector sanitario y asistencial es frecuente que en la actividad profesional se requiera movilizar a pacientes debido a la ausencia de autonomía funcional, ya sea para su traslado como para tareas de rehabilitación, de tratamiento y de higiene. Muchos estudios epidemiológicos realizados al personal involucrado en la asistencia del paciente evidencian la importante presencia de la Lumbalgia aguda (LBI), con una mayor prevalencia respecto a otras poblaciones de trabajadores expuestos a riesgos físicos.

La metodología MAPO (Movilización Asistencial de Pacientes Hospitalizados) permite conocer el nivel de riesgo del daño de la columna lumbar en la manipulación de pacientes en cualquier tipo de unidad o servicio sanitario. Este método ha sido validado mediante el estudio epidemiológico de 419 unidades hospitalarias y cerca de 6900 trabajadores y está incluido como método preferente en el ISO TR 12296 "Ergonomics- Manual handling of people in the healthcare sector"que se publicará a finales del 2011.

En España, MAPO se ha aplicado en varias salas de hospitalización y servicios de cirugía de algunos hospitales de Valencia, Galicia y Catalunya; por otra parte, OSALAN inició un proyecto el año pasado de adaptación y aplicación del método MAPO en residencias geriátricas..

2 Objetivos

- Realizar una Evaluación de Riesgos cuando exista manipulación manual de pacientes resultará imprescindible para gestionar el riesgo, y sus objetivos serán tanto mejorar las condiciones de trabajo como implementar una mejora de la calidad asistencial para evitar en lo máximo posible las lesiones dorso-lumbares que son las más comunes.

3 Metodología

Aplicación del "Método Mapo" que evalúa el nivel de exposición al riesgo de la manipulación del paciente (elaborado por la Unidad de Investigación y Ergonomía de la postura y movimiento de Milán). Revisión de datos relativos a legislación: Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales

4 Resultados

El Método Mapo ofrece mediante diferentes indicadores cuantitativos en nivel de riesgo. Los valores del índice son:
- De 0 a 1,5 (riesgo bajo / despreciable)
- De 1,51 a 5 (riesgo moderado)
- Más de 5 (riesgo alto)

• Los factores que se miden son:
1. Número de trabajadores y pacientes
2. Factor de elevación
3. Factor de ayudas menores
4. Factor silla de ruedas
5. Factor ambiente
6. Factor formación

Una vez calculado el nivel de riesgo de cada factor se implementarán las medidas preventivas, como pueden ser, entre otras las siguientes: utilizar las medidas

mecánicas disponibles, proporcionar el número suficiente de equipos de ayuda, adecuar los espacios en el lugar de trabajo y enseñar técnicas seguras impartiendo formación específica a los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Reducción del absentismo y de los gastos de asistencia para la organización, así como una mejora de la calidad en la atención a los pacientes. Aumento de la eficacia del trabajo y mejora del entorno laboral.

6 Bibliografía

- Nogareda Cuixart, S; Álvarez-Casado, E y Hernández Soto, A. (2012). "NTP 907: Evaluación del riesgo por manipulación manual de pacientes: Método MAPO". INSHT
-Álvarez-Casado, E.; Hernández-Soto, A.; Rayo García, V. (2010). "El riesgo asociado a la movilización de pacientes". Gestión Práctica de Riesgos Laborales
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (1998). "Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la Manipulación manual de cargas".
- Ley 31/1995, del 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.
- Real Decreto 39/1997, del 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención.
- Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.
- Directiva 90/269/CEE del Consejo, de 29 de mayo de 1990, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.

Capítulo 1639

EL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN DE ENFERMOS

SANDRA DIEZ GARCÍA

BORJA CANAL CERVERA

NATALIA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

MARIA JOSE ZAPICO MORALES

1 Introducción

La Orden 15 de Julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regula las funciones propias del celador.

El Celador suele ser la primera persona con la que contactan enfermos y familiares al llegar a la Institución, este aspecto es muy importante, ya que de la forma en que se establezca este contacto se puede originar una buena o mala impresión de los mismos. Por esto es tan importante una buena formación de este personal. El trabajo de los Celadores es tan necesario que sin el apoyo de los mismos se llegaría a paralizar la marcha de la Institución.

Las funciones que se encuentran relacionadas con las de rehabilitación van a requerir que el celador posea unas condiciones físicas aptas dado el esfuerzo que va a realizar. Son funciones en las que se ayudará al personal requerido para ello, como son los fisioterapeutas, a realizar los movimientos de los enfermos en los

ejercicios de rehabilitación. En resumen, las tareas que les corresponden a los celadores en estas áreas serán las siguientes:

• Se encontrarán siempre localizables durante lo que dura toda su jornada de trabajo, ya que podrán ser requeridos en cualquier momento para realizar alguna de las funciones que les pertenecen.

• Al igual que ocurre en otras áreas de los centros sanitarios u hospitales, serán los que se encargarán de que exista el máximo silencio posible en las dependencias, procurando que todo se encuentre en orden.

• Podrán encargarse de la limpieza de las zonas que les sean encomendadas excepcionalmente, siempre teniendo en cuenta la zona en concreto, la dificultad del manejo, el peso de los objetos…

• Al igual que los demás celadores de otras áreas, también se encargarán de transportar la documentación que les dejen a su cargo, así como también trasladarán las comunicaciones verbales que les confíen con la mayor brevedad que sea posible.

• Tendrán como función el traslado de determinados materiales de una zona a otra, como pueden ser algunos muebles o algún aparato que se requiera en otra zona.

• Cuidarán de que los pacientes y el resto de personas que se encuentren visitando a estos cuiden de todas las instalaciones y de los objetos que se encuentren en ellas, para evitar el deterioro de los mismos.

• Informarán del uso de los objetos que estos puedan usar para que así su manejo no produzca deterioro o rotura.

• Cuando se encuentren con algún desperfecto en las instalaciones o en el mobiliario que lo componen, serán los que se encargarán de avisar a sus inmediatos superiores para que quede constancia de los mismos. También informarán acerca de las anomalías que puedan encontrarse en la zona en cuanto a la limpieza para que esta sea solucionada en la mayor brevedad posible.

• Una de las funciones más específicas de esta zona, es la de ayudar a los fisioterapeutas y demás personal que trabaje en la zona a movilizar a los pacientes para colocarlos de la forma adecuada y así puedan los profesionales trabajar bien. También ayudarán a la sujeción de los enfermos.

• Se encargarán de avisar al personal de seguridad cuando se produzcan situaciones embarazosas con algún visitante o algún intruso que pueda causar algún conflicto.

• Siempre tendrán en cuenta, como sucede en las demás secciones donde pueden trabajar, que no se les permitirá informar a ningún paciente ni a ningún familiar de éstos, sobre ningún proceso relacionado con su enfermedad como puede ser

su diagnóstico, el tratamiento y mucho menos se les dará información acerca de su pronóstico.
• Se les podrá asignar otras enfermedades que les puedan mandar sus superiores y que no se encuentren descritas en los puntos que hemos desarrollado anteriormente.
• Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia al enfermo.

2 Objetivos

- Evaluar la ergonomía del puesto de trabajo del celador en la unidad de medicina interna.
- Identificar y y realizar un análisis de los factores de riesgo a los que se ve expuesto el trabajador, analizar las causas de dichos factores de riesgo.
- Proponer y desarrollar acciones y medidas preventivas.

3 Metodología

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

Descriptores: prevención, rehabilitación y funciones celador.

4 Resultados

Entre las profesiones sanitarias, los celadores son especialmente los profesionales más afectados por trastornos musculo-esqueléticos, pues su trabajo está directamente vinculado a la manipulación manual tanto de pacientes como de cargas y su trabajo se realiza especialmente estando de pie durante las 8 horas de la jornada laboral.

Se llevó a cabo la evaluación de riesgos identificando aquellos a los que el trabajador está expuesto y pueden causar un daño para su salud.
Para determinar los riesgos a los que el celador está expuesto se tienen en cuenta diversos factores, entre los que destacan: medio ambiente físico del trabajo, contaminantes químicos y biológicos, condiciones de seguridad y carga física.

-Atendiendo a las condiciones de seguridad, dado que el trabajo del celador requiere un tránsito constante por el hospital y pueden producirse golpes contra objetos o inmobiliarios propios del hospital al empujar camillas o al trasladar objetos.

Se identifican los siguientes riesgos:
1. Caídas al mismo nivel.
2. Choques contra objetos inmóviles.

-La manipulación de cargas y la movilización de los pacientes ya sean debidas al empuje, levantamiento, arrastre pueden originar daños y/o lesiones importantes en el trabajador.

Respecto a ello se identifican los siguientes riesgos:
1. Sobreesfuerzos por manipulación de cargas.
2. Sobreesfuerzos por movilización de personas con movilidad reducida.

5 Discusión-Conclusión

Debemos de considerar de manera importante los factores físicos pero también otros factores que están influyendo en las tareas de manipulación de pacientes y en la incidencia de trastornos músculo-esqueléticos, como el número de pacientes a cargo.

¿Por qué se producen estas lesiones? Los huesos, articulaciones y músculos pueden dañarse al someterlos a un esfuerzo mayor del que pueden soportar. Este esfuerzo es debido no sólo al peso a levantar o transportar, sino también a la forma en que se realiza la tarea.

Las necesidades de un paciente de Medicina Interna, son mayores que las de otros muchos sectores del hospital, dado a que la mayoría de ellos son dependientes, presentan multipatologías, y la mayoría de ellos presentan alteraciones en la conciencia y nula colaboración.

En cuanto al apoyo del personal en la realización de una tarea es muy importante,

ya que cuantas más personas haya involucradas y realizando la movilización, menor será la carga que tiene que soportar un trabajador realizando la misma tarea sin ayuda de nadie.

Las lesiones de espalda pueden producirse en tareas de manipulación manual de cargas cuando:
-Se realizan de forma incorrecta.
-Se supera la capacidad física del trabajador.
-Se realizan de forma repetitiva durante un tiempo prolongado.

El uso de elementos móviles de ayuda como es el caso de grúas, disminuye el riesgo a la aparición de dichos trastornos, pero durante el tiempo en el que se observó al trabajador realizar sus actividades, no se llevó a cabo la utilización de dichos equipos a pesar de que la unidad si cuente con ellos.

Dado que el riesgo al que está expuesto el trabajador a la hora de realizar las movilizaciones y manipulación de pacientes, constituye un riesgo alto, se debe de implantar unas medidas preventivas lo antes posible, entre las que destaca:
- Enseñanza en técnicas seguras de manipulación de pacientes y como ha de hacerse la movilización de una manera adecuada de enfermos dependientes y semidependientes ya sea de la cama a la silla, decúbito lateral, desplazamiento longitudinal o la incorporación en la cama.
- Respetar las pausas de descanso establecidas, aprovechando para relajar los músculos que son sometidos a mayor nivel de tensión.
- Acondicionar los espacios de trabajo y solicitar la ayuda de otro compañero, siempre que sea necesario para llevar a cabo las tareas.
- Utilizar ayudas mecánicas, como es el caso de grúas, mesas móviles, carrito, etc.
- Normas preventivas básicas en cuanto a la manipulación de cargas: aproximarse a la carga, apoye los pies firmemente separándolos a una distancia igual a la de sus hombros, agáchese doblando las rodillas para recoger la carga, coja la carga por la parte más segura y sujétela de forma equilibrada, mantenga la espalda recta durante toda la maniobra, levante suavemente la carga enderezando las piernas. No realice tirones bruscos, mantenga la carga lo más próxima posible a su cuerpo con los brazos extendidos, a la hora de transportar, es mejor empujar que tirar de la carga, deslizar un objeto requiere menos esfuerzo que levantarlo, revise que la superficie sobre la que va a realizar el desplazamiento de la carga sea lo más lisa posible.
- Realizar reconocimientos médicos en función de los riesgos.

Todas las prevenciones nos ayudan a mejorar la calidad de nuestro trabajo, a

disminuir las lesiones graves y las lesiones más leves, se pueden tratar con mayor rapidez por los especialistas.

6 Bibliografía

1. Álvarez Casado, E.; Hernández Soto, A.; Rayo García, V. "El riesgo asociado a la movilización de pacientes" Gestión Práctica de Riesgos Laborales.
2. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo." Prevención de los Trastornos Musculo-esqueléticos de origen laboral". 2001. Disponible en : https://osha.europa.eu/es/publications/factsheet-4-preventing-work-related-musculoskeletal-disorders.
3. Manual básico de información sobre riesgos laborales para los empleados públicos de las instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud Sacyl. 2008.
4. Funciones de celador en el área de rehabilitación. Disponible en: https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-area-rehabilitacion

Capítulo 1640

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS Y LOS AISLAMIENTOS

IYÁN PRESNO GRANDA

OLIVER GARCÍA IGLESIAS

1 Introducción

En los centros sanitarios, son un problema frecuente las enfermedades contagiosas causadas por las infecciones transmisibles intrahospitalarias de unos pacientes a otros pacientes o al personal que allí trabaja.

Estas infecciones son potencialmente controlables, a través de medidas de aislamiento llevadas a cabo por el personal sanitario y no sanitario encargado de atender al enfermo, en este aspecto los celadores mantienen un cercano contacto con el paciente puesto que son los responsables de los traslados y de sus los movimientos si están encamados.

La efectividad de asilamientos son medidas que se demuestran científicamente válidas para evitar la propagación de las enfermedades. Según el diccionario del al RAE aislamiento es dejar algo solo y separado de otras cosas o apartar a alguien de la comunicación y trato con los demás.

El aislamiento en enfermedades contagiosas se ha practicado desde la antigüedad. A finales del siglo XIX y principios con la separación de los instrumentos utilizados de la persona contagiada y el uso de desinfectantes, más tarde en los centros hospitalarios el sistema evoluciona y comienzan a realizarse aislamientos de los enfermos en un solo cuarto.

Para que ocurra un contagio han de confluir estas cuatro variables: que existe un foco de infección, un microorganismo infectante, un vehículo de transmisión y una persona susceptible de infectarse porque no es inmune a ese microorganismo en concreto.
En los centros sanitarios vamos a encontrarnos con pacientes contagiosos que requerirán de algún tipo de aislamiento según su enfermedad.

Este enfermo recibirá las mismas atenciones y debemos de ser cautos, no debe sentirse rechazado o culpable o avergonzado. Para ello hay que explicar al paciente y al entorno familiar los motivos del aislamiento, las características de la enfermedad y las medidas así como de las precauciones que deben seguir cuando permanecen con él y de la duración estimada del aislamiento. Se informará además, de la conveniencia de restringir las visitas a las mínimas posibles mientras dure el aislamiento o de restringir totalmente estas.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de aislamientos según las enfermedades.
- Evitar la propagación de las enfermedades contagiosas.

3 Metodología

Para realizar esta revisión se ha llevado a cabo una búsqueda en profundidad de literatura relevante respecto al tema a estudio, recabando información de fuentes autorizadas en el tema (CDC, OMS, OPS), de guías clínicas ampliamente sustentadas teóricamente y de diversos trabajos de investigación extraídos de motores de búsqueda especializados (Pubmed, Scielo, Google Académico, Medline, etc.).

Para realizar la revisión primeramente se identificaron los conceptos clave a investigar: aislamiento, hospital, enfermedades contagiosas y seguidamente se realizo una amplia búsqueda y lectura de documentos relacionados y apropiados. Organizando y utilizando los más pertinentes para a continuación redactar el estudio utilizando las referencias bibliográficas que aparecen en el último apartado de este trabajo.

4 Resultados

Las enfermedades contagiosas constituyen un problema relevante de salud pública en los centros sanitarios, suponen un desafío para todos los que allí desarrollan su actividad laboral. Por ello los aislamientos son fundamentales para el control de estas patologías con el fin de evitar su diseminación una epidemia. Una enfermedad infecciosa se propaga cuando el sistema inmunitario es incapaz de protegernos frente a los microrganismos. Dada la incidencia e importancia de estas enfermedades por sus consecuencias, el mejor control de las patologías infecciosas es el establecimiento de una profilaxis adecua Según Álvarez Tuñón, se pueden reconocer siete áreas fundamentales para el control de las infecciones intrahospitalarias:

- Limpieza, desinfección y esterilización hospitalaria.
- Uso racional de antisépticos y desinfectantes.
- Uso racional de antimicrobianos.
- Vigilancia de las Resistencias bacterianas.
- Manipulación adecuada de residuos.
- Vigilancia epidemiológica de las IN.

Medidas de aislamiento hospitalario.

Cada centro sanitario cuenta con sus recomendaciones de aislamiento propias, estableciendo protocolos de actuación específica ante las enfermedades transmisibles, lo que da una idea de la importancia del control de las mismas. Para impedir la transmisión debemos proceder en tres ámbitos: la fuente, el huésped y el medio.

La fuente de microorganismos infecciosos: seres humanos, objetos inanimados del ambiente que se hayan contaminado y la flora endógena del propio paciente. Según las diferentes personas varía la resistencia frente a estos microrganismos, influyen: la edad, los tratamientos antimicrobianos, las enfermedades, los tratamientos que haya estado sometido: irradiación o corticoides etc. La escasez de defensas derivadas de heridas, anestesias, quemaduras son medio de transmisión para el microorganismo.

1. Medidas generales para evitar la transmisión

El lavado de manos es el procedimiento más importante y simple para prevenir las infecciones intrahospitalarias. Y debe efectuarse:

- Antes y después del contacto con un paciente.
- Antes y después de las situaciones en que probablemente exista contacto con sangre, fluido corporal, secreciones y excreciones del paciente o de cualquier artículo que haya utilizado el mismo paciente.

- Antes y después de utilizar guantes.
- Antes y después del contacto con material contaminado.
- El uso de guantes no deberá permutar al lavado de manos, este será una medida complementaria.
- La atención al paciente infectado por gérmenes desde que existen los hospitales comenzaron la segregación de estos enfermos con estas patologías.
- El aislamiento es la separación de personas infectadas de los huéspedes susceptibles durante el período de transmisibilidad. Esta medida de barrera para prevenir y controlar su transmisibilidad debe aplicarse con cualquier paciente que se sospeche que albergue una enfermedad infecciosa. Se separarán en habitaciones individuales.

2.Principios fundamentales del aislamiento

En personas con patología sospechosa de transmisión según Álvarez Tuñón:
- Conocer el objetivo del aislamiento del paciente: ¿qué se espera lograr aislando al paciente infectado?
- Conocer el mecanismo de transmisión del agente infeccioso.
- Prevenir riesgos de transmisión de infecciones entre un paciente y otro, entre el paciente y el equipo de salud, y viceversa.

En los años 70 y 80 aparecen las primeras guías de precauciones de aislamiento. El nuevo modelo de aislamiento es propuesto en 1996 por una comisión de los CDC y ha sido revisado en años posteriores. Basado en la epidemiología de las infecciones y en el reconocimiento de la importancia de todos los fluidos, secreciones y excreciones en la transmisión de patógenos nosocomiales.
Deberá contener precauciones adecuadas para infecciones transmitidas por vía aérea, gotitas y contacto.

Será fácil de aprender y de aplicar, y se utilizan nuevos términos para evitar la confusión con el control de la infección existente y los sistemas de aislamiento. Los pacientes hospitalizados estarán categorizados con diversas modalidades de aislamientos.

4. Modalidades de aislamiento

Existen varias modalidades de aislamientos:

4.1. Aislamiento estándar según T. Rubio, J. y otros se aplicará a todos los pacientes, sin considerar su patología o diagnóstico. Minimizan el riesgo de transmisión de microorganismos desde fuentes de infección conocidas o desconocidas. Estas medidas se basan en medidas simples, de fácil aprendizaje y manejo, que van a disminuir gran parte de las Infecciones. Todo el personal de salud deberá

utilizar, de manera rutinaria, estas precauciones destinadas a prevenir la exposición a sangre y a líquidos orgánicos.

La OMS recomienda: debe tenerse en el cuidado de todos los pacientes. Comprenden limitación del contacto de los trabajadores de salud con todas las secreciones y los humores biológicos, las lesiones de la piel, las membranas mucosas o la sangre y otros humores corporales.

- Medidas del aislamiento estándar:
Los trabajadores de salud deben usar guantes para cada contacto que pueda ocasionar contaminación, batas, mascarilla y protección para los ojos cuando se prevea que habrá contaminación de la ropa o la cara. Estas medidas incluyen:
- Lavado de manos
- Uso de guantes
- Instalación del paciente en habitación individual
- Medidas en el transporte de pacientes infectados
- Uso de medidas de protección: mascarillas, protección ocular, protector facial
- Uso de medidas de barrera: bata e indumentaria de protección
- Medidas respecto a equipos y artículos de asistencia al paciente
- Medidas respecto a la ropa decama y lavandería
- Medidas respecto a vajilla y utensilios de comida
- Limpieza rutinaria
- Transporte de pacientes infectados. Teniendo en cuenta que el celador es el encargado del transporte. El transporte de pacientes infectados se ha de limitar en lo posible. El paciente llevará o utilizará protectores adecuados (mascarillas, vendajes impermeables). Se informará al personal de la zona de destino de las precauciones que se han de adoptar. Se informará a los pacientes de los modos en que pueden ayudar a evitar la transmisión de sus microorganismos a otras personas.
4.2. Aislamiento inverso: proteger a pacientes de un posible contacto con microorganismos patógenos durante su ingreso hospitalario. Los pacientes que deben ser protegidos son:
- Pacientes con rotura extensa de la piel como grandes quemados.
- Pacientes con terapia inmunosupresora.
- Pacientes con neutropenia severa.
Los principios de este aislamiento son los que se consiguen con habitaciones con presión positiva: el objetivo es mantener el aire circulante de la habitación libre de contaminación exterior.

Las medidas habitación individual con puerta cerrada. Lavado de manos al entrar y salir de la habitación. Uso de guantes para toda persona que tenga contacto directo con el paciente. Mascarilla desechable para toda persona que entre en la habitación, bata, restricción de visitas.
4.3. Aislamiento estricto
Se aplica cuando se prevea la presencia de aerosoles en el aire con alto rango de difusión y que quedan en suspensión.
4.4. Aislamiento respiratorio
Se aplica cuando se prevée la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de
4.5. Aislamiento por contacto. Las enfermedades que son transmitidas de esta manera incluyen colonización o infección con microorganismos resistentes a múltiples antibióticos, infecciones entéricas y enfermedades dermatológicas. Se indicarán las mismas medidas en los compañeros de habitación de un paciente infectado que hayan permanecido más de 48 horas junto a él.

Ubicación del paciente, preferentemente el paciente estará en una habitación individual, o en su defecto el paciente estará en una habitación con otros pacientes con la misma infección. Higiene de manos y uso de guantes y bata. Transporte de pacientes es preciso limitar los movimientos del paciente y asegurarse que se cumplen las medidas indicadas. Uso de equipo para la atención del paciente.
4.6. Aislamiento por gotas. Precisa un contacto cercano entre la persona infectada y el huésped susceptible, ya que estas partículas no quedan suspendidas en el aire demasiado tiempo ni pueden viajar largas distancias, por lo que se extremaran las precauciones a una distancia menor a 1 metro.
Las medidas utilizadas son: ubicación del paciente: preferiblemente en habitación individual, o si no fuera posible compartiendo habitación con otros pacientes con la misma patología.

Correr las cortinas para separar las camas en una habitación con varios pacientes con infecciones transmitidas por gotas es especialmente importante. La puerta de la habitación puede quedar abierta. Uso de mascarilla y bata a menos de 1 m. El paciente portará mascarilla también siempre que sea preciso su traslado.
4.7 Aislamiento por transmisión aérea. Se requerirá mucho cuidado con la ventilación y el aire porque las partículas transmisoras pueden trasladarse muy lejos. Las medidas utilizadas son: ubicación del paciente: preferiblemente en habitación individual, o si no fuera posible compartiendo habitación con otros pacientes con la misma patología. Uso de mascarilla y bata a menos de 1 m. El paciente portará mascarilla también siempre que sea preciso su traslado al igual que el personal

sanitario.
4.8. Aislamiento empírico: Este tipo de aislamiento se produce cuando un paciente es ingresado sin un diagnostico definitivo, pero existe una sospecha suficiente de que tenga una infección considerada de riesgo, en cuyo caso se aplicarán, además de las precauciones estándar, las precauciones basadas en la transmisión que se estimen oportunas.

La duración de este tipo de aislamiento será variable, en función del tiempo que tarden las pruebas de laboratorio que confirmen o desmientan el diagnóstico o bien en función de la decisión del profesional responsable basándose en la clínica presentada por el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El aislamiento es una herramienta muy útil para mantener a raya y evitar la propagación de las enfermedades contagiosas, como se está haciendo estos días con las personas contagiadas o susceptibles de serlo, del coronavirus.

La higiene de las manos continúa siendo la medida más importante en la prevención de las infecciones hospitalarias. La responsabilidad en la prevención de las infecciones hospitalarias compete y depende de todo el personal que trabaja en el hospital.

Los diferentes tipos de aislamientos se ajustan al tipo de enfermedades contagiosas y muy importante conocerlos bien y aplicar las medidas establecidas en cada modalidad para salvaguardar la salud y evitar la propagación de las patologías infecciosas.

6 Bibliografía

- T. Rubio, J. García de Jalón, F. Sanjuan, M.A. Erdozain, J.I. Sainz de Murieta, E. Escobar. Control de infección. Precauciones estándar. Política de aislamientos. Anales Sis San Navarra. 23 (Supl. 2). 2000
- Álvarez Tuñón Z, Fernández Muñiz P, Martinez Ortega MC et al. Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Hospital Valle del Nalón, Asturias, España; 2007.
- Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre que crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Protocolo de precauciones estándar y específicas (basadas en la transmisión). Grupo de trabajo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón Madrid, España. 2010
- Dialnet: Las enfermedades infecto-contagiosas importancia de la toma de medidas de precaución estándar del personal sanitario en el ambiente hospitalario.
- Dialnet artículo Protocolo para el manejo del paciente infeccioso en el área quirúrgica. Revista de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica, ISSN 1885-2548, Nº. 39, 2016 https://www.msdsalud.es/cuidar-en/infecciones/infecciones-bacterianas/se-transmiten-infecciones-bacterianas.html
- MEDlineplus. Precauciones de aislamiento https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000446.htm
- Precauciones y aislamientos en patología infecciosa https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infeccios
- Revista biomédica MEDWave. Aislamientos hospitalarios según categorías https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/abr2003/2806

Capítulo 1641

EL CELADOR EN LAS UNIDADES DE URGENCIAS.

ANA BEATRIZ FERNÁNDEZ ABAD

1 Introducción

Las unidades de urgencias hospitalarias deben funcionar con una colaboración entre todos los trabajadores adscritos a ellas. El carácter de los servicios ofrecidos responde a una necesidad tanto sanitaria como social, y en este sentido, el personal no sanitario como los celadores cumplen con unos cometidos de apoyo tanto al resto de profesionales como de asistencia, información y ayuda a los usuarios de dichas unidades.

2 Objetivos

-Analizar cuáles son las funciones que deben desempeñar los celadores en los servicios de urgencias hospitalarias.
-Investigar cuales son más importantes.
-Destacar la necesidad de promover actitudes colaboradoras dentro de un equipo multidisciplinar.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Google Académico los días 28,29 y 30 de Diciembre de 2019, utilizando las palabras clave :" celador, urgencias".

Se limitó la búsqueda a citas en español, referidas a trabajos sobre hospitales españoles.
Se excluyeron aquellos trabajos que no se refiriesen al tema a tratar y los anteriores a 2006.

4 Resultados

No es posible separar el trabajo auxiliar al servicio de los celadores del del resto de profesionales, ya que todos ellos pueden necesitar su ayuda o colaboración en un momento dado. Es muy importante destacar la adecuada formación, pero también el talante dispuesto, colaborador y empático de estos trabajadores permite aumentar en gran medida la calidad percibida por los usuarios.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores constituyen un puente muy destacable entre los usuarios y el personal sanitario, percibidos por los usuarios como muy cercanos y confiables.
Por otro lado, su colaboración facilita el trabajo del resto del equipo y son profesionales que pueden constituir una base muy importante para el adecuado discurrir de las obligaciones personales y laborales.
Debe insistirse en la necesidad de formación continuada tanto en los aspectos específicos que les atañen como en la mejora de las habilidades de comunicación interpersonal.

6 Bibliografía

- Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. PP Hidalgo, RMB Alegría, AM Castillo.
- Gaceta Sanitaria, 2012 - Elsevier
- El celador en el área de urgencias
- JF Martínez López - Málaga: Vértice, 2011
- El celador en el área de urgencia. JF Martínez López - Málaga: Vértice, 2011
- Normas de actuación en urgencias. MM Mir - 2008 - books.google.com
- Propuesta de mejora: tiempo de espera para ingresar del paciente de urgencias. A Izco Larrañeta - 2014 - academica-e.unavarra.es

Capítulo 1642

CRITERIOS GENERALES DE ACTUACIÓN FRENTE A LA GRIPE A EN UN CENTRO HOSPITALARIO

ANA GARCÍA MARTÍNEZ

LORENA HURLE MARRERO

MONICA ALVAREZ MERINO

1 Introducción

El objetivo de este trabajo, es presentar unas medidas higiénicas y de prevención ante las enfermedades infecciosas, en este caso, la gripe A (H1N1) en centros hospitalarios para reducir la transmisión del virus entre los trabajadores del propio centro así como en el resto de pacientes.

El virus (H1N1) es un subtipo del virus de la gripe estacional , ante el que no somos inmunes, su transmisión se realiza principalmente por el aire, en las microgotas de saliva que se expulsan al toser, al hablar, al estornudar.

- Periodo de transmisión: el comprendido entre las 24 horas antes del inicio de los síntomas hasta siete días después de la aparición de dichos síntomas.
- Periodo de incubación: el periodo normal de incubación suele estar entre uno y siete días tras haberse infectado.
- Síntomas: fiebre mayor de 38 grados, tos frecuente e intensa, dolor de cabeza, falta de apetito, congestionamiento nasal, malestar general y síntomas digestivos (nauseas, vómitos y dolor abdominal).

2 Objetivos

- Crear un protocolo de actuación en el ámbito hospitalario para prevenir y evitar el contagio del virus de la gripe A (H1N1) entre pacientes infectados y el personal sanitario.

3 Metodología

Una vez que tenemos diagnosticado al paciente como positivo en gripe A, se procederá a seguir el protocolo adecuado de actuación ante un aislamiento por gotas.

En la puerta de la habitación del paciente se colocará un cartel con letras grandes mayúscula y en color rojo 'Aislamiento por gotas', con seis pictogramas bien identificados donde se indique la obligatoriedad de: uso de guantes, uso de mascarilla, uso de bata, puerta cerrada, lavado de manos y visitas restringidas.
- Al lado de la puerta se instalará una mesa auxiliar en la que deberán estar disponibles tres paquetes de guantes , uno de cada talla. Una caja de mascarillas, batas desechables y un bote de esterillium.
- Una vez dentro de la habitación, se destinará un contenedor amarillo para desechar, después de su uso, el material utilizado.
- Se instalará en el baño , otro contenedor de color rojo , para toda la ropa utilizada por el paciente:ropa de cama, toallas, camisón, etc.
- Dentro de la estancia se dejará todo el material necesario para tomar las constantes al paciente, fonencio, termómetro, glucómetro, saturador, así como material de curas, ropa de cama y aseo.
- Hay que tener en cuenta que al ser un aislamiento no se podrá sacar nada de la habitación que no sea a través de los contenedores, al haber estado en contacto con el paciente infectado.
- Se informará al personal del centro hospitalario y visitas del procedimiento a seguir a la hora de acceder y abandonar la habitación.
- Una vez que el paciente sea dado de alta se procederá a una correcta limpieza y desinfección de la habitación.
- Todo el material que haya estado en dicha estancia ,será desechado , salvo el instrumental médico utilizado para medir las constantes del paciente. La desinfección de la habitación correrá a cargo del equipo de limpieza del hospital .

4 Resultados

Siguiendo este protocolo de actuación se consigue evitar la transmisión de la gripe A al personal sanitario del centro hospitalario, obteniendo excelentes resultados, tanto con el personal sanitario como con el resto de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El aislamiento por gotas ,demuestra ser el más eficaz para prevenir la infección de la gripe A (H1N1).
Los aislamientos están pensados para crear barreras entre las personas y los microorganismos, este tipo de medidas ayudan a prevenir la transmisión de microorganismos en el hospital. Siguiendo una correcta aplicación de estas normas establecidas en el protocolo de aislamiento, evitaremos que el personal sanitario y el resto de pacientes entren en contacto con el virus.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1643

FUNCIONES DEL CELADOR EN HOSPITAL .

IVÁN PEREIRA GONZÁLEZ

1 Introducción

Se conoce como celador hospital a la persona que tiene por oficio vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden en un hospital así como la realización de otras tareas de apoyo en este.El trabajo de un hospital sería inviable sin los celadores, son uno de los motores más importantes para el buen funcionamiento del mismo. Realizan un gran número de tareas.(Crespo, ALAMILLO y ORTUÑO,2012).

Las funciones del celador se encuentran recogidas en el articulo 14.2 de la Orden Ministerial del 5 de julio de 1971, Estatuto del personal NO sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Si bien éste estatuto está derogado por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, junto al Estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social (1966) y al Estatuto del personal sanitario no facultativo (1973), las funciones de los celadores siguen estando vigentes por la disposición transitoria sexta de dicha Ley (Estatuto Marco), en tanto no se proceda a su regulación por cada Servicio de Salud.(Hernández-García,González,Carmen, Sáenz-González,2008).

Entre las funciones del celador más comunes:

Tramitar o conducir comunicaciones verbales, documentos u objetos que son ordenados por sus superiores: aparatos, mobiliario, expedientes, etc.. En sus horarios de trabajo sean habituales o durante los servicios de guardias. De manera excepcional ejecutar labores de limpieza que se les encomienden.(Melo,2018).

Entre las funciones del celador está el cuidar de que los enfermos o sus acompañantes no hagan uso indebido de los enseres y ropas del centro para evitar su deterioro. Si es preciso, instruyéndoles en el uso y manejo de las persianas, cortinas y útiles de servicio en general.(Pérez,2015). Harán las veces de ascensoristas cuando si se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran en un momento dado..

Los celadores se encargarán de vigilar las entradas de la Institución para permitir únicamente el acceso a sus dependencias a las personas autorizadas para ello. Esta vigilancia podrá ser nocturna, en la que se encargarán de que permanezcan cerradas las puertas de servicios complementarios.Velarán continuamente porque exista un ambiente de orden y silencio en todas las dependencias. Con atención preferente a aquellas que lo precisen de manera especial.(Polanco,2014).

Estarán encargados de señalar a sus inmediatos superiores los desperfectos o anomalías de limpieza y conservación de materiales o del propio edificio.(Núñez,2009). Vigilarán el acceso y estancia de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos. Estos no deben introducir elementos prohibidos. De igual modo el celador debe evitar comportamientos prohibidos que perjudiquen a los enfermos o al personal del hospital.(Martí,1995).

Entre las principales funciones del celador, encargarse del traslado de los enfermos dentro del recinto, así como en el servicio de ambulancias. Proporcionarán ayuda al personal de Enfermería y Ayudantes de Planta para el movimiento y traslado de los enfermos encamados que por su estado de salud precisen de un trato especial para hacerles las camas.
Aunque estas no son las únicas funciones del celador son las principales. Para conocerlas en detalle puedes consultar la mencionada ley en la que se desgranan estas punto por punto. Si bien ciertos matices que hacen referencia a personal masculino o femenino han quedado obsoletos, el fondo de cada norma sigue vigente actualmente en lo que a las funciones del celador se refiere.

2 Objetivos

- Hacer más visible el trabajo de los celadores en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

Recabando datos sobre todo en Español.

4 Resultados

Las funciones del celador son múltiples y variadas y están recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (5/7/1971). Estas pueden variar ligeramente según en qué área hospitalaria esté ejerciendo su labor profesional como sanitario.

No quiere decir que todos los celadores deban ejercer todas estas tareas. Dependerán del puesto concreto que ocupen. Sí deberán estar capacitados para ejercer estas funciones de celador si sus superiores les asignan estas tareas.

5 Discusión-Conclusión

El celador o celadora es, de forma general, la primera persona con la que contactamos cuando acudimos a un establecimiento sanitario, tanto sea como paciente o como acompañante. Por ello, es muy importante que los profesionales que ejercen este puesto conozcan correctamente sus funciones y cómo llevarlas a cabo.

A pesar de desempeñar funciones de atención directa al paciente se le considera un trabajador de categoría inferior, pero nada más lejos de la realidad, el celador

tiene un papel fundamental en el ámbito sanitario.Existen diferentes tipos de celadores, aunque en este capitulo nos centramos en los celadores de hospital en planta y las funciones que desempeñan.

6 Bibliografía

- Crespo, A. R., Alamillo, M. A. T., & Ortuño, B. R. (2012). El celador y el trabajo en equipo. Lulu. com.
- Hernández-García, I., González-Celador, R., & del Carmen Sáenz-González, M. (2008). Características de los efectos adversos detectados en una unidad de cuidados intensivos de adultos. Revista de calidad asistencial, 23(4), 150-157.
- Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.
- Núñez, D. M. (2009). Manual Básico del Celador. Lulu. com.
- Polanco Serna, M. (2014). Análisis ergonómico del puesto de trabajo de celador en la unidad de medicina interna del Hospital Río Hortega de Valladolid.
- Melo Jara, O. (2018). Manual intermedio para celadores de organizaciones de usuarios de aguas.
- Martí, J. S. (1995). Aprovechamientos y funciones del bosque en ocho siglos de historia forestal en Els Ports (Castelló). Millars: espai i historia, 18, 79-93.

Capítulo 1644

ATENCIÓN A LOS USUARIOS POR PARTE DEL PERSONAL NO SANITARIO

FERNANDO GONZALEZ SUAREZ

1 Introducción

En gran parte del desarrollo profesional, nos encontramos con que la labor desempeñada por el personal no sanitario tiene un importante componente de atención al paciente o usuario y de atención al público en general.

Es evidente que resulta de elevada importancia la manera de comunicarse con los pacientes, ya que una comunicación correcta, ayuda al intercambio de información efectivo y puede resultar una labor auxiliar que contribuya a satisfacer las necesidades de las personas usuarias de la atención en los diferentes servicios de salud.

2 Objetivos

- Identificar las técnicas, pautas o métodos a aplicar por el personal no sanitario a fin de ofrecer una buena y efectiva atención a los pacientes o usuarios con los que deban tratar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Uno de los métodos o escalas para medir o evaluar la satisfacción del paciente es la escala SERVPERF que se fundamenta en las percepciones (satisfacción); mide la calidad del servicio mediante cinco factores, que son:

- Tangibilidad: comprende los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución, relacionados con la apariencia de las instalaciones, equipos, personal y medios para comunicar.
- Fiabilidad: habilidad para ejecutar el servicio previsto, de forma confiable y cuidadosa.
- Capacidad de respuesta: disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.
- Seguridad: conocimientos y atención mostrados por todo el personal y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza (conocimiento, privacidad, profesionalidad y cortesía).
- Empatía: interés y atención individualizada que ofrecen las instituciones a los usuarios de un servicio. Es ponerse en el lugar del paciente para identificar sus necesidades y atenderlas adecuadamente.

En cuanto a la atención, que interviene en la mayoría de los aspectos medidos en la escala anteriormente mencionada SERVPERF (cosa que indica su importancia), hace que las pautas que deberán ser observadas por el personal no sanitario sean encaminadas a los usuarios. Puede ocurrir frecuentemente el caso de ejercer la labor de orientación en la localización de diferentes lugares como consultas, pruebas, oficinas, etc. También es corriente la tarea de facilitar información y resolver dudas sobre trámites, requisitos o documentos necesarios para los diferentes procedimientos, bien administrativos o bien asistenciales:

- Será necesaria una actuación, ágil, rápida, sencilla y simple ante situaciones de urgencia.

-Se evitará el uso de lenguaje inapropiado. También se evitará el uso excesivo de tecnicismos y lenguaje excesivamente complicado.
- Prestaremos especial atención a la transmisión del mensaje, intentando que sea claro, directo y prescindiendo de proporcionar información accesoria e innecesaria.
- Se usará un tono adecuado para el receptor.
- Se debe mantener un correcto contacto visual con la persona con la que estamos interactuando, mostrando coherencia en el momento de proporcionar la información, sin contradicciones y con naturalidad.

5 Discusión-Conclusión

El personal no sanitario mantendrá una actitud correcta en la tarea de atención al público, focalizando su objetivo a conseguir la satisfacción del usuario, lo cual contribuirá a reforzar su confianza en la institución y obtendrá por tanto una sensación de seguridad a la hora de realizar sus consultas. Y todo ello redundará en una mejora sensible de la atención recibida tanto perceptualmente como en la realidad palpable.

6 Bibliografía

- Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. Psicothema, 2003, 15(4), p. 656-661
- Diseccionando la satisfacción de los usuarios con los servicios de atención hospitalaria del sistema sanitario público andaluz. Praxis Sociológica 1: 101- 116 (2014)
- Calidad del servicio del personal administrativo y satisfacción del paciente en el departamento de hospitalización del Hospital Belén Trujillo año 2015. Melendez Saldaña, José Luis . Universidad Nacional de Trujillo. Tesis.
- VIZCAINO, Antonio de Jesus; VIZCAINO MARIN, Vanessa del Pilar y FREGOSO JASSO, Gabriel Salvador. Análisis de la satisfacción de pacientes del servicio de urgencias en un hospital público de Jalisco. Horiz. Sanitario [online]. 2019, vol.18, n.1 [citado 2020-02-07], pp.27-36. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592019000100027&lng=es&nrm=iso>.
ISSN 2007-7459. http://dx.doi.org/10.19136/hs.a18n1.2103.

Capítulo 1645

EL POR QUÉ DE LA ASISTENCIA SANITARIA ESPECIALIZADA

EMILIO RIBAS GARCÍA

ANDREA RIBAS ÁLVAREZ

MARTA MARIA ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

El Sistema Nacional de Salud debido a su carácter universal y solidario, necesita asegurar la equidad en el acceso a los servicios para todos los ciudadanos.

La Ley General de Sanidad en su artículo 18, sostiene que las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán actuaciones sanitarias en dos niveles:
- Primer nivel o Atención Primaria Integral de la salud , que incluye además de las acciones rehabilitadoras y curativas las que tiendan a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.

Se caracteriza por una gran accesibilidad para los usuarios y por la suficiente capacidad de resolución técnica como para abordar íntegramente los problemas de salud de presentación frecuente.

- Segundo nivel o Asistencia Especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación. Esta cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y coste dentro del sistema, cuya eficiencia es

muy baja si no se concentran , y a los que se accede, en primera instancia, por indicación de los facultativos de Atención Primaria.

Se estructura este nivel como secundario, es decir, se tiende a evitar su acceso directo por parte de la población (dada su especialización, tecnicidad y, por tanto, carestía de mantenimiento) y se establece que como regla general, se acceda una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria y por indicación del médico de AP.

A su vez, el artículo 104 del Decreto 2065/1974, de 30 de Mayo, se aprueba el texto refundido de la Ley de Seguridad Social, aún vigente, establece que la asistencia médica podrá prestarse en el domicilio del enfermo, en régimen ambulatorio (o consultas) o de internado, de acuerdo con lo establecido en la legislación de desarrollo.

Según el RD 1030/2006 de 15 de Septiembre, la atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas , terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La AE (Atención Especializada) garantizará la continuidad de la atención integral , una vez superadas las posibilidades de la AP y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel.

La atención sanitaria especializada comprenderá:
- La asistencia especializada en consultas.
- La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgica.
- La hospitalización en régimen de internamiento
- El apoyo a la AP en el alta hospitalaria precoz y en su caso la hospitalización a domicilio.
- La indicación o prescripción y la realización en su caso, de procedimientos diagnósticos terapéuticos.
-La atención paliativa a enfermos terminales.
-La atención a la salud mental.
-La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La atención especializada se prestará siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.

Este tipo de asistencia realizará sus servicios de distintas maneras:
A. Asistencia domiciliaria, que no es una modalidad exclusiva de la AP, también

es propia de la atención especializada.
B. Asistencia hospitalaria, este tipo de atención , según el artículo 65 de la LGS , se presta en el hospital, que es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia. El hospital es la estructura física donde se presta esta asistencia, que comprende lo que todos conocemos como hospital y además los centros de especialidades (antiguos ambulatorios), que deben considerarse a todos los efectos como un servicio más del hospital, a pesar de que puedan estar separados físicamente. Esta asistencia se presta de tres maneras diferenciadas:

- Ambulatoria: el paciente no queda ingresado, pero es diagnosticado y se prescribe un tratamiento. Se realiza tanto en los centros de especialidades, como en las consultas externas donde el paciente es diagnosticado y tratado sin necesidad de ingreso.

- En régimen de internamiento: si la asistencia ambulatoria no es suficiente, o existe urgencia, se puede decretar el internamiento o ingreso del paciente.

- Urgencias: es una especie de pequeño hospital dentro del mismo hospital, dado que según la legislación actual debe prestar sus servicios las 24 horas del día, y en sí se considera la urgencia generada por un paciente no ingresado, excluyéndose de este concepto la generada por pacientes ya ingresados que recibirán la asistencia urgente en su planta correspondiente.

Además de las funciones principales como promoción de la salud y prevención de las enfermedades, complementariamente se realizan las de investigación (puede ser pura o aplicada, esta última muy desarrollada en los hospitales y de utilización inmediata) y docencia (el hospital es el elemento fundamental en la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios a través de los programas de formación continuada). Por ello podemos concluir que la actuación del hospital se centra en tres frentes :asistencial, docente e investigadora.

Todo ingreso o consulta en el hospital se realizará siempre a través del Servicio o Unidad de Admisión. Los pacientes no beneficiarios de la Seguridad Social tendrán idéntico acceso a los hospitales que los beneficiarios. La lista de espera será única, sin distinción entre unos y otros. En ningún caso el personal del hospital podrá recibir directamente honorarios o ingresos por servicios prestados por el hospital a los pacientes. El director Gerente, oídas la Comisión de Dirección y la Junta Técnico- Asistencial, determinará el horario de funcionamiento más adecuado para cada servicio o unidad de acuerdo con la normativa vigente. Las

consultas externas de los hospitales comprenderán la policlínica- consulta externa, dentro del recinto hospitalario, en la que recibirán atención los pacientes que necesiten métodos especiales de diagnóstico o terapéuticos. Igualmente comprenderán la consulta ambulatoria periférica dentro del ámbito del Área de Salud.

2 Objetivos

- Conocer qué es la asistencia sanitaria especializada.
- Establecer cómo funciona la asistencia sanitaria especializada.
- Apuntar qué servicios comprende la asistencia sanitaria especializada y cómo funcionan.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión y estudio de diversos trabajos, artículos y bibliografía, en diferentes bases de datos como: buscador de Google Académico , Medware, Pubmed, Manuales del celador y guías prácticas en el entorno sanitario. Las fórmulas de búsqueda introducidas fueron: paciente , atención especializada.

4 Bibliografía

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

Capítulo 1646

PREVENCIÓN DE RIESGOS. AGRESIONES AL PERSONAL HOSPITALARIO

JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES

MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO

1 Introducción

En los últimos años se ha producido un incremento de la violencia hacia los profesionales del sector hospitalario sin precedentes. En épocas anteriores, este sector era muy respetado socialmente y, por lo tanto, era un acontecimiento rarísimo las agresiones a este personal. Debido a la eclosión de la violencia en España hacia el personal sanitario que comenzó en los años 80, siguió aumentando en los 90 y ha alcanzado proporciones preocupantes en el siglo XXI. Por ello, no ha habido registro de agresiones al personal del sector sanitario y no sanitario hasta hace poco.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera que las profesiones relacionadas con el sector servicios, por el estrecho contacto que mantienen con usuarios y clientes, tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los ciudadanos. Además, define violencia laboral como "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante la cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma".

2 Objetivos

- Analizar y describir de los problemas de violencia ocupacional comunicados por los técnicos de prevención de los centros sanitarios.
- Identificar los factores de riesgo y establecer estrategias preventivas. Se pretende aumentar la sensibilización frente al fenómeno de la violencia en el ámbito laboral.

3 Metodología

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

4 Resultados

El tipo de agresión más frecuente es la verbal acompañada en algún caso de agresión física. Más frecuente es la agresión a mujeres y los agresores hombres en su mayoría. El agresor suele ser el paciente y el lugar donde se produce más habitualmente en la zona de urgencias.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de prevención juegan un papel central dentro del esquema de la prevención de accidentes, registrando todas las agresiones y actualizando las actividades preventivas frente a los mismos, así como organizando formación continuada del personal en relación a la prevención de este problema. Asesora y recomienda a la Dirección frente a las medidas a tomar para evitar agresiones y se encarga junto a ella de divulgar el protocolo de actuación ante agresiones a todos los profesionales.

En la evaluación de riesgos quedará constancia de las medidas de seguridad que tiene el centro ante situaciones conflictivas. También debe comprobar que el personal hospitalario conoce y puede acceder al protocolo de actuación ante

agresiones. A los trabajadores les ofrece el seguimiento de las posibles repercusiones sobre su salud siendo el encargado de ofertarles apoyo psicológico o el tratamiento de los especialistas que necesiten. Asimismo, debe asesorar e informar sobre la adaptación de puesto laboral o reubicación si fuera necesario del trabajador.

• En el caso de las agresiones verbales porcentaje hasta el 69%
• La mayoría de estas agresiones son realizadas por un familiar del paciente (52%)
• La mayoría de las agresiones sucede en atención especializada (53%)
• La causa principal de las agresiones es por no satisfacer sus expectativas en cuanto a tiempos de espera/pruebas realizadas (41%)

- Para prevenir estas agresiones es necesario:
- Aumentar la sensibilidad sobre la problemática derivada de los abusos, intimidación y amenazas.
- Dotación de personal adecuado en número y cualificación en períodos de máxima actividad.
- Reforzar la comunicación entre dirección y unidades de trabajo.
- Fomento del trabajo en equipo y discusión de los casos especialmente conflictivos. Conocer las sanciones aplicadas en respuesta a estos casos de violencia.

6 Bibliografía

- MM León - Revista bioética, 2010 - revistabioetica.cfm.org.br
- M Yancán, I Arturo, S Lucena García… - Medicina y seguridad …, 2013 - SciELO Espana
- CN Morales, LN Cabrera, MMJ Peña - 2015 - books.google.com
- G. Cervantes, J.M. Blanch, D. Hermoso.
- Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009).
- M. Bernaldo-de-Quirós Aragón, J.C. Cerdeira, M.M. Gómez, A.T. Piccini, M. Crespo, F.J. Labrador. Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid: diferencias entre los servicios de urgencias y emergencias.M inisterio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Ordenación Profesional, Subdirección General de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Informe, de 14 febrero 2014. Grupo de Trabajo de Agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud. Comisión de Recursos Humanos del SNS; 2014.

Capítulo 1647

EL CELADOR: TRASLADO Y MOVILIDAD DE LOS PACIENTES

IVÁN PEREIRA GONZÁLEZ

1 Introducción

Las funciones del Celador están recogidas en el artículo 14.2 del Estatuto del Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971.(Hernández-García,González-Celador y del Carmen Sáenz-González,2008).

Los cambios posturales, son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado.(Crespo,Alamilo y Ortuño, 2012). Para realizar estos cambios, se deben seguir unas normas generales tales como: Preparar el área donde se va a trabajar, quitando aquellos elementos que puedan entorpecer nuestra acción.(Núñez,2009). Cuando la situación o el tipo de desplazamiento lo requieran, el transporte del enfermo se ha de realizar mediante la propia cama, camilla o silla de ruedas (de la Hucha Celador,2004).

Si para su traslado, es necesario usar la camilla se colocará ésta, paralela a la cama, poniendo el freno a ambas. Si el paciente puede desplazarse, se le ayudará a colocarse en la camilla, si no pudiera moverse se le desplazará con la ayuda de dos o tres personas, las cuales colocarán los brazos del paciente sobre su tórax, y le sujetarán colocándole uno de los brazos bajo el cuello, otro bajo los hombros, otro bajo la cintura y otro bajo los glúteos. Primero desplazarán al enfermo al unísono, a la orilla de la cama (como vimos anteriormente) y posteriormente, de la misma forma a la camilla, donde se le colocará cómodamente, y se le tapará.(de Ezquerro,1793).

En todas la áreas del hospital se necesitan celadores para relaizar traslados o cambios como un la uci,por las características de los enfermos ingresados en ella, los celadores, deben estar muy bien preparados para realizar los cambios posturales de los pacientes de manera adecuada ya que su movilidad no puede hacerse bruscamente (ver técnicas de movilización de pacientes).(Palazón-Cabanes,López-Picazo-Ferrer,Morales-Ortiz y Tomás-García,2016).Por otra parte,dado el estado de los pacientes, los celadores deben permanecer debidamente uniformados con bata asépticas cada vez que entren y salgan. Además, los celadores destinados a la unidad de vigilancia intensiva ayudarán a la enfermera y a las auxiliares en la movilización de los pacientes siguiendo sus indicaciones ya que la gravedad de estos pacientes lo exige (Llorca,2013).

El celador deberá explicar al paciente el recorrido que va a hacer y como lo va hacer, atenderá siempre a las recomendaciones del personal sanitario, comprobará que la cama esté desenchufada si es eléctrica, verificará que todos los componentes (sondas, bala de oxígeno, sueros…) estén en lugar adecuado para asegurar que no entorpecen el traslado, comprobará que el paciente está bien sujeto y que las barandillas de seguridad estén subidas para evitar caídas.(Blanco-Carnero,Martínez-Román,Iniesta-Capel,Armero-Barranco,García-Aroca y Cidrás-Pidre,2016). Como Norma General, empujaremos la Cama o Camilla desde la cabecera de la misma, de tal manera que los pies del paciente sean los que vayan abriendo camino. Igualmente la Silla de Ruedas se empujará desde la parte de atrás de la misma, agarrándola por las empuñaduras.

El celador ayudará en la movilización, cuando sea necesario, al Personal de Enfermería, buscando mover y acomodar al paciente en la cama, de forma que se sienta confortable y cómodo. Con cambios posturales frecuentes y buenas posiciones se evitan, además, las Úlceras por Presión o de Decúbito (escaras). Las movilizaciones frecuentes mejoran el tono muscular, la respiración y la circulación.Para movilizar al paciente encamado debemos tener en cuenta su estado y conocer si puede colaborar con nosotros o no es posible su ayuda para cambiarlo de postura.

2 Objetivos

- Abordar las competencias del celador ante el traslado intrahospitalario de pacientes con bala de oxígeno y que precauciones debe tomar.Es el transporte del paciente de un lugar a otro de la sala o a otro servicio del hospital.
- El traslado del enfermo puede hacerse de varias formas, dependiendo de su

estado de salud:
- En silla de ruedas.
- En camilla.
- En la cama hospitalaria.
- Por su propio pie.
- Se tendrá en cuenta una serie de medidas de seguridad para evitar lesiones en el paciente;para ello deberá estar bien sujeto y acomodado para evitar caídas. Así, también el traslado del paciente de la cama a la silla, o a una camilla o viceversa, debe realizarse entre varias personas para evitarle daños y evitarnos nosotros mismos lesiones al hacer manipulaciones y esfuerzos incorrectos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La mayoría de las personas que acuden a los centros hospitalarios o los que se encuentran internadas en los mismos, tienen disminuidas sus capacidades a causa de su enfermedad, por lo que no pueden movilizarse por ellos mismos, con lo cual necesitan de la ayuda del personal sanitario para realizar los movimientos imprescindibles. Dichos movimientos, deber ser realizados siguiendo unas normas mínimas establecidas para disminuir los riesgos y favorecer la comodidad. La movilización de los enfermos comprende las técnicas para colocarles y moverles correctamente en la cama, así como el movimiento que deban realizar en la habitación o el transporte a otros lugares del hospital, a través de sillas de ruedas, camillas o en la propia cama.

5 Discusión-Conclusión

Se deberá comprobar antes del transporte que la bala de oxígeno esté cargada lo suficiente para realizar el traslado completo, y que el oxígeno llegue al paciente

por la cánula nasal (gafas nasales) de manera correcta.
Deberá extremar las precauciones, evitando los golpes y caídas de la misma. Ante cualquier incidencia en el traslado deberá dar cuenta inmediata al personal facultativo.Los pacientes que se encuentran encamados exigen la intervención de otras personas para ser movilizados, las cuales han de estar entrenadas para que sus movimientos no afecten negativamente ni al paciente ni a sí mismos.

6 Bibliografía

- Hernández-García, I., González-Celador, R., & del Carmen Sáenz-González, M. (2008). Características de los efectos adversos detectados en una unidad de cuidados intensivos de adultos. Revista de calidad asistencial, 23(4), 150-157.
- Núñez, D. M. (2009). Manual Básico del Celador. Lulu. com. de la Hucha Celador, F. (2004). El Concierto Económico del País Vasco y el Convenio Económico de Navarra: relaciones horizontales y conflictos potenciales. Revista española de Derecho Financiero, (123).
- Llorca, D. A. (2013). Cuestionario comentado del Celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario. de Ezquerro, V. D. J. M. (1793). Real Cédula de SM y Señores del Consejo por la qual se declara a los guardas celadores de montes de Marina la misma exêncion de cargas concejiles que se concedió á los celadores de los demas del Reyno por el Capitulo 26 de la Ordenanza del año de 1748...
- Blanco-Carnero, J. E., Martínez-Román, M. C., Iniesta-Capel, V. E., Armero-Barranco, M., García-Aroca, M., & Cidrás-Pidre, M. (2016). Via clínica de atención al parto normal y puerperio en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
- Palazón-Cabanes, B., López-Picazo-Ferrer, J. J., Morales-Ortiz, A., & Tomás-García, N. (2016). ¿ Por qué se retrasa el tratamiento de reperfusión en pacientes con código ictus? Un análisis cualitativo. Revista de Calidad Asistencial, 31(6), 347-355.
- Planas, M., Castellá, M., García Luna, P. P., Chamorro, J., Gómez Candela, C., Carbonell, M. D., ... & Bobis, M. (2003). Nutrición enteral domiciliaria (NED): Registro Nacional del año 2000. Nutrición Hospitalaria, 18(1), 34-38.
- Crespo, A. R., ALAMILLO, M. A. T., & ORTUÑO, B. R. (2012). El celador y el trabajo en equipo. Lulu. com.
- Hidalgo, P. P., Alegría, R. M. B., Castillo, A. M., Montesinos, M. D. H., Cebrián, R. G., & Urra, J. E. C. (2012). Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. Gaceta Sanitaria, 26(2), 159-165.

Capítulo 1648

COMPETENCIAS DEL CELADOR Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LA SALA DE AUTOPSIAS Y MORTUORIOS

BORJA CANAL CERVERA

NATALIA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

SANDRA DIEZ GARCÍA

MARIA JOSE ZAPICO MORALES

1 Introducción

Según el Estatuto del Personal no Sanitario en su artículo 14.2.19. y en el artículo 14.2.20 los celadores son parte del personal que interviene ayudando a las enfermeras o TCAE encargados de amortajar a los pacientes que han fallecido para después trasladar al cadáver al mortuorio o sala de autopsias, donde también realizarán unas técnicas específicas y de su competencia.

El artículo 14.2.20 del Estatuto del personal no sanitario establece que los celadores "Ayudarán en la sala de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala". Para ello debe estar perfectamente capacitados y seguir unos pasos según se dirija a una autopsia o mortuorio.

2 Objetivos

-Dar a conocer las competencias esenciales para desempeñar las funciones propias del celador en la sala de autopsias y mortuorios y sus medidas de prevención.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador trasladará al fallecido al mortuorio una vez recibido el parte de traslado de notificación de EXITUS debidamente cubierta y firmada por el médico de guardia, se hará por triplicado, de la cual el celador entregará una copia en admisión y otra al encargado de turno. Y nunca informará de las causas de fallecimiento del paciente a los familiares,pues corresponde al facultativo.

El celador se va a encargar de trasladar al fallecido hacia el mortuorio con absoluta discreción. Para ello:
- En el traslado se tapará con una sábana al cadáver totalmente.
- Se intentara pasar por lugares poco frecuentados y de forma discreta frente al resto de los enfermos y familiares que los visitan.

Las funciones específicas del celador que se encuentra en el mortuorio son:
- Anotar y Comunicar en el libro de registro los datos del paciente fecha y hora de entrada y salida del mortuorio.
- Limpiar y asear a los fallecidos de forma periódica.
- Se encargará de subir a los cadáveres a la cámara frigorífica cuando sea necesario.
- En el caso de que los pacientes se encuentren en la cámara frigorífica, los celadores los sacarán 2 horas antes de que los servicios funerarios se los lleven para su inhumación o incineración.

- Los restos humanos serán introducidos en tubos herméticos para su posterior traslado e incineración.
- Traslado a la sala de autopsias
La autopsia o necropsia del cadáver es el examen post-mortem que se realiza en la sala de autopsias para confirmar o determinar la causa de la muerte, pudiendo ser:
• Autopsia Clínica (anatomía patológica): se realizará bajo consentimiento de los familiares, para realizar un estudio anatómico-patológico del cuerpo y donde colabora el celador de autopsias.
• Autopsia Médico-Legal (judicial): se realizará por mandato judicial.
- Funciones de Colaboración del celador en la autopsia: a) Antes de la Autopsia:
1. Extraer el cadáver de la cámara frigorífica (o del lugar donde se encuentre, si no está en las cámaras) y conducirlo a la sala de Anatomía Patológica
2. Desamortajar el cadáver, si procede, y prepararlo sobre la mesa de necropsias, en posición adecuada para la realización de la autopsia (generalmente en posición de decúbito supino)
3. Preparar el instrumental y los elementos auxiliares.Para ello debe conocer bien el material que le solicite el facultativo.

- Durante la Autopsia:
El celador ayuda al personal facultativo en el manejo del cadáver, cuando éste lo solicite (especialmente en operaciones que exijan esfuerzo): eliminación de vello, facilitación de material e instrumental, eliminación de restos, irrigación de la mesa, todo aquello que no requiera la utilización de instrumental sobre el cadáver. c)

- Después de la Autopsia:
1. Limpieza externa e interna del cadáver y rellenado de los huecos viscerales (generalmente con papel de celulosa).
2. Colaborar con el médico en el cerramiento del cadáver que se realiza mediante cosido de la piel y ayudará al taponamiento de los orificios con salida al exterior.
3. Amortajamiento y acondicionamiento del cadáver. Traslado del mismo hasta la cámara frigorífica o velatorio.
4. Limpieza minuciosa del instrumental y material auxiliar, la mesa y los anexos y limpieza de la sala.Las camillas y todas las superficies deben lavarse con agua y jabón y posteriormente desinfectarse con solución de hipoclorito de sodio a una concentración de 5000 ppm durante 20 minutos y luego enjuagar con abundante agua.
5. Conducción de las muestras orgánicas y otro material (carretes fotográficos,

historial clínico…) a los correspondientes departamentos, en las condiciones de conservación y manejo establecidas por el personal facultativo.

- Medidas de prevención en la sala de autopsias:
. El trabajo del celador en la sala de autopsias conlleva una serie de actuaciones que hacen necesario tener un conocimiento preciso sobre las medidas de prevención y seguridad.
- Guantes: es la protección de barrera más importante en este servicio, pues el celador al encargarse de la limpieza y transporte de instrumental y movilización del cadáver corre el riesgo de tener accidente biológico al tocar sangre y fluidos corporales y físicos (cortes, pinchazos,etc.).
- Batas: la colocación correcta de batas impermeables con manga larga y puños ajustados a la muñeca y desechables son necesarias frente al riesgo de salpicaduras de fluidos o agentes químicos de conservación de muestras anatómicas.
- Mascarillas de alta resolución y gafas: para prevenir también las salpicaduras de fluidos y aerosoles,así como la transmisión de enfermedades respiratorias (tuberculosis).
- Lavado de manos: es el procedimiento básico y más efectivo para evitar la contaminación a través de microorganismos.
- Equipos de movilización: existen diversos equipos para la manipulación mecánica, como las grúas o los “sistemas de transfer”. Estos últimos se apoyan entre la camilla y la mesa de autopsias, y actúan como una cinta transportadora, facilitando que la movilización sea rápida, cómoda y segura.
- Calzado: el calzado además de ser antideslizante para proteger de posibles caídas, debe ser cerrado, impermeable, de fácil limpieza y resistente a desinfectantes. Es recomendable que el calzado vaya unido con las prendas impermeables de las piernas, se aconseja utilizar botas altas.

5 Discusión-Conclusión

- El celador como profesional sanitario realiza una función muy importante en muchos y distintos servicios de las Instituciones Sanitarias.

- Por ello, es importante e indispensable conocer sus competencias y desarrollarlas lo mejor posible, sobre todo cuando el puesto de trabajo es tan específico como la sala de necropsias o autopsias.

- En este servicio es fundamental la formación del celador en medidas de prevención y seguridad.

- Deben conocer las fuentes de riesgos y cómo prevenirlas, los equipos de protección adecuados y las técnicas seguras de trabajo.

6 Bibliografía

1.Fisioterapia - Lesiones - Tratamientos - Cursos Fisioterapia. (2020). Actuación del CELADOR con Pacientes Fallecidos [Sala de Autopsia y Mortuorios] | TEMARIO de CELADOR GRATIS. [online] Disponible en: https://fisiostar.com/celador/actuacion-celador-con-pacientes-fallecidos-sala-autopsia-y-mortuorios
[Consultado 7 Feb. 2020].
2. Cgtsanidadlpa.org. (2020). [online] Disponble en: http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_5.pdf
[Consultado 7 Feb. 2020].
3. Orellana, A., Muñoz, J., Sánchez, J., Serrano, T. and García, E. (2020). Seguridad y salud laboral en autopsias. [online] Rea.uninet.edu. Disponible en: http://rea.uninet.edu/index.php/ejautopsy/article/view/33
[Consultado 7 Feb. 2020].
4. Elblogdelcelador.files.wordpress.com. (2020). [online] Disponible en: https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/07/manual-de-actuacic3b3n-del-celador-en-los-distintos-c3a1mbitos-sanitarios.pdf
Consultado 7 Feb. 2020].
5. world, P. (2020). Autopsias, los vivos no cuentan - Actualidad Prevención de Riesgos Laborales. [online] Actualidad Prevención de Riesgos Laborales. Disponible en: https://prevention-world.com/actualidad/articulos/autopsias-vivos-no-cuentan/
[Consultado 7 Feb. 2020].

Capítulo 1649

ASPECTOS FUNDAMENTALES QUE LOS CELADORES HAN DE TENER EN CUENTA PARA LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES.

RUBÉN FERNÁNDEZ BUENO

1 Introducción

En los hospitales son muy frecuentes los traslados de enfermos para realizar pruebas diagnósticas y tratamientos. Los celadores son las personas competentes para realizar este tipo de traslados. Es muy importante que posean grandes conocimientos en la movilización de pacientes, por cuanto que son procedimientos que suponen un alto riesgo de lesiones corporales si no se realizan correctamente. Existen distintos tipos de movilización en función de si el paciente puede realizar los movimientos por si solo o no.

2 Objetivos

- Tener claros los aspectos fundamentales que los celadores han de tener en cuenta a la hora de movilizar a los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Existen una serie de principios elementales que los celadores han de tener en cuenta con la finalidad de realizar una correcta movilización de los pacientes, sin que así suponga un riesgo ni para la seguridad de los enfermos, ni de los propios celadores.

Algunos de estos principios son los siguientes: Preparación del área donde se va a movilizar al enfermo, retirando todos aquellos elementos que puedan entorpecer su práctica y sabiendo qué enfermedad o lesión tiene el paciente para saber por donde se le puede coger; Realización del esfuerzo por parte de los celadores, siempre que sea posible, con aquellos músculos más fuertes (muslos y piernas) y, a poder ser, por parte de más de un celador, proporcionando una amplia base de apoyo, separando los pies y flexionando las piernas y espirando en el momento de hacer fuerza; Mantenerse lo más cerca posible del enfermo para que el esfuerzo sea menor y con la espalda lo más erguida posible, dando preferencia siempre que sea posible a la movilización del enfermo mediante el desplazamiento, que mediante su levantamiento; Colocar la fuerza de la gravedad a favor del cuidador, utilizando el contrapeso del propio cuerpo para aumentar la fuerza y buscando apoyos y presas sólidas.

En función del tipo de exploración que se vaya a realizar del paciente o del tratamiento que necesite, se ha de colocar al enfermo en posición de decúbito supino o dorsal, en posición de decúbito prono o ventral, en posición de decúbito lateral, en posición de sims o semiprono, en posición de fowler, en posición de trendelemburg, en posición de antitrendelemburg, en posición roser, en posición ginecológica o en posición genupectoral o mahometana.

El celador puede emplear diferentes dispositivos y materiales para aportar ayuda en la movilización: sábanas, grúas y arneses, transfer, taburete, discos giratorios, rolón o trapecio.

5 Discusión-Conclusión

Muchas de las personas que acuden a los hospitales tienen mermadas sus capacidades de movimiento, por lo que requieren la ayuda del personal sanitario para

realizar sus traslados. La movilización de los pacientes por parte de los celadores se ha de realizar de forma correcta para no producir ningún tipo de lesión o agravamiento de la enfermedad de los enfermos.

6 Bibliografía

- El celador en los distintos ámbitos sanitarios. Primeros auxilios. Formación continuada Logoss, S.L.
- https://revistamedica.com/celador-movilizacion-pacientes-posiciones-anatomicas/
- Transporte sanitario y movilización de enfermos. Editorial Argos.
- García Conde E, Riera Muste N. Prácticas sanitarias. Editorial Everest; 1990.
- Cano Pozo A, García García J, Carrascosa García I. Movilización del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias.
- Saturno, P. J. (2009). Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. Revista de Calidad Asistencial, 24(3), 124-130.

Capítulo 1650

EL CELADOR EN EL ALMACÉN: EN EL CORAZÓN DEL HOSPITAL

ANA VAL IRIARTE

1 Introducción

En un centro hospitalario conviven multitud de áreas y servicios diferentes, que a su vez deben de coordinarse perfectamente entre sí y con otros servicios exteriores. Es por ello que podríamos considerar el entorno hospitalario como un ser vivo compuesto de numerosos órganos, todos ellos necesarios y de entre los cuales siguiendo con la analogía el almacén sería el corazón, ya que se encarga de regar tanto de material sanitario como no sanitario al resto de zonas, originando un mal funcionamiento o gestión del mismo graves problemas o deficiencias.

La figura del celador encargado del almacén se rige por el Estatuto Marco de Personal Estatutario, que vino a derogar el Real Decreto 3-87 sobre régimen retributivo del personal estatutario que a su vez modificaba el Acuerdo de consejo de ministros de 26/06/1990.
Son funciones del celador de almacén las siguientes:
- Recibirá las mercancías, comprobando que se ajustan a lo contemplado en el albarán de entrega.
- Revisará el material recibido, cargando y descargándolo para colocarlo ordenadamente en su lugar.
- Se encargará de la distribución del material en las distintas áreas y zonas del hospital.
- Tomará parte del inventario general.

- Informará al responsable del almacén sobre las entradas y salidas del almacén, así como cuantas otras cuestiones fueran necesarias para el correcto funcionamiento del mismo.

2 Objetivos

- Establecer los diferentes tipos de suministro, fases en las que tiene lugar así como los principales modelos de gestión de stock. Se tendrán en cuenta las normas de seguridad e higiene aplicadas a este tipo de espacios en los centros sanitarios

3 Metodología

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

4 Resultados

• Tipos de almacén:
Primeramente, haremos una clasificación somera de los tipos de almacén, pudiendo clasificarlos en función de diferentes parámetros:
• Almacenes según la cantidad de material:
- Almacenes centrales
- Almacenes generales
- Almacenes pequeños
• Almacenes según tipo de material:
- De comida
- De farmacia
- De lencería
• Almacenes según el funcionamiento
- Cerrados
- Abiertos

• Tipos de material:

- El material sanitario: Material de laboratorio, osteosíntesis, radiodiagnóstico, esterilización…
- Material no sanitario: Material de mantenimiento y reparación, limpieza y aseo, papelería, etc.

De igual modo el material se puede clasificar a su vez como material fungible, no fungible, estéril, material labil, peligroso, no peligroso, etc.

• Los suministros:

Se entiende como suministros al conjunto de tareas que tienen como finalidad aprovisionar de materiales tanto al almacén como a os servicios sanitarios, pudiendo ser estos;

- Suministro interno: Es aquella tarea encaminada a proveer desde el almacén a los diversos Servicios o unidades del material necesario.
- Suministro externo: Su finalidad es la de abastecer al almacén desde los distintos proveedores de la mercancía que previamente ha sido solicitada.

• Fases en la tarea de suministro:

- Previsión de aprovisionamiento: Mediante un procedimiento reglado se procederá a la compra del material necesario a proveedores externos una vez establecidas las necesidades de los servicios y unidades del centro hospitalario.
- Planificación de adquisiciones: Se trata de la elaboración de un plan para la adquisición de mercancías y materiales.
- Procedimiento administrativo de adquisición: Ha de regirse por la Ley 9/2017, de 8 de noviembre de contratos del servicio público.
- Será la sección administrativa de suministros la que procederá a petición de la mercancía prevista una vez gestionada la compra.

• Almacén de la mercancía:

El Almacén es el lugar físico donde se efectúa la función de almacenaje, debiendo de ser suficiente y con sus respectivas zonas de recepción y control de entradas, así como de maniobra para la preparación y salida de artículos.

Conceptos básicos:

- Entradas: llegadas de mercancía proveniente de los proveedores.
- Almacenaje: estancia provisional en el almacén, lo cual implica colocación, conservación y control de existencias.
- Salidas: Distribución y consumo de materiales para los servicios.
- Stock: Información que permite conocer en todo momento las entradas, salidas, así como las existencias.

- Inventario: Es la función de contar las existencias del almacén en un momento determinado.

• Gestión de stock:
Es con toda probabilidad la tarea mas importante en la gestión de un almacén, consistiendo en el control de las existencias para así evitar desabastecimientos u otro tipo de problemas, definiéndose el stock como la cantidad de producto presente en el almacén.
Existen diferentes tipos de stock como podrían ser el stock de seguridad, stock de ciclo stock mínimo o máximo, etc. Teniendo cada almacén en función de su funcionamiento unas u otras clasificaciones para el mismo. Existen varios modelos de gestión de stock, siendo los más habituales los siguientes:
- Método FIFO: First in - first out, el producto que primero entra primero es el primero en salir.
- Método LIFO: Es totalmente, al contrario, el último en llegar es el primero en salir.
- Método Pareto o ABC: Se clasifican los productos como A,B o C en función de su grado de consumo y utilización, colocándolos en función de eso en diferentes lugares según su grado de proximidad y acceso.

De igual modo existen diferentes métodos de almacenamiento según la ubicación de la mercancía, pudiendo ser localización preasignada en caso de que todos los productos tengan su lugar de colocación o localización aleatoria, cuando ningún producto tiene su espacio predeterminado. Ambos sistemas tienen sus pros y sus contras que deberán ser valorados en función del tipo de almacén y de sus características concretas.

• El inventario:
Es el recuento de los artículos en stock presentes en el almacén. Para la realización del inventario el almacén debe de estar cerrado y todas las operaciones de entrada y salida interrumpidas.
Existen varios tipos de inventarios, siendo una posible clasificación de los mismos la siguiente:
- Inventario inicial: Es el que se realiza al comienzo de las operaciones en un nuevo almacén.
- Inventario físico: Consiste en el conteo real, anotando las existencias reales en un momento dado en la fecha del inventario.
- Inventario final: Se realiza al cierre del ejercicio económico, anual, por cierre del almacén. Etc.

- Inventario intermitente: Se realiza varias veces al año por diversas razones.

• Normas de seguridad e higiene en almacenes sanitarios
Se informará de los materiales que entrañen un riesgo para la seguridad o la salud, observando las etiquetas dispuestas a tal efecto en los respectivos embalajes, así como en las fichas de expedición de las diferentes mercancías.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto la gestión del almacén es una de las tareas más importantes, por lo que cada centro hospitalario o de salud tendrá su propio sistema de gestión. Como el trabajo del celador es en general de una gran rotación entre las diferentes áreas y servicios en los diferentes centros sanitarios, la finalidad de este capítulo es introducir una visión general de la gestión y funcionamiento de los almacenes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1651

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

VANESA SUAREZ MENDEZ

SILVIA BENAVIDES DIEZ

SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO

1 Introducción

En la actualidad, el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, regula la farmacia hospitalaria en el artículo 85 del Capítulo III del uso racional de los medicamentos en la atención hospitalaria y especializada dentro del Título VII Del uso racional de los medicamentos de uso humano.

La farmacia hospitalaria, presente en hospitales con cien o más camas, estará bajo la responsabilidad y la titularidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria y en ella trabajarán personal farmacéutico, diplomados universitarios en enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores. De las funciones de estos últimos nos vamos a ocupar en este capítulo.

2 Objetivos

- Determinar las funciones del celador en el servicio de farmacia hospitalaria para conocer con exactitud la dimensión operativa de este puesto de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre las funciones del celador en farmacia consultando artículos en las bases de datos Google Académico y Scielo utilizando descriptores como: farmacia hospitalaria y funciones celador, búsqueda de la cual se ha seleccionado un total de 14 entradas en el periodo comprendido entre 2018 hasta la actualidad, cuya información se ha analizado y sistematizado junto con la legislación vigente en la materia extraída de la página web del Boletín Oficial del Estado.

4 Resultados

La función principal del servicio de farmacia hospitalaria es la de tener disponibles medicamentos y productos galénicos para ser administrados a los pacientes, tanto a los ingresados en las unidades de hospitalización como a aquellos en régimen ambulatorio. A cargo de ella está un facultativo especialista en farmacia. En la Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León se sintetizan sus funciones de manera muy descriptiva:

1. Participar en el proceso de selección de medicamentos y productos para alimentación artificial bajo criterios de eficacia, seguridad, calidad y economía.
2. Editar y distribuir, en colaboración con los profesionales, la guía farmacoterapéutica del hospital.
3. Encargarse de la compra y el abastecimiento de medicamentos y productos para alimentación artificial, controlando su calidad, la cobertura de las necesidades, el correcto almacenamiento, custodia, conservación y caducidades.
4. Elaborar y dispensar fórmulas magistrales o preparados como nutriciones parentales o soluciones desinfectantes cuando razones de disponibilidad o eficiencia lo hagan necesario o conveniente.
5. Establecer un sistema racional de distribución de medicamentos con tres objetivos: seguridad, la rapidez y el control del proceso.

6. Dispensar y controlar los medicamentos, especialmente los botiquines existentes en los distintos servicios y asegurar su correcta conservación y utilización.
7. Implantar un sistema de información sobre medicamentos con datos objetivos.
8. Establecer un sistema de farmacovigilancia intrahospitalaria, para trasladar al Sistema Nacional de Farmacovigilancia las sospechas de efectos adversos relevantes.
9. Realizar estudios relativos a la utilización de medicamentos en el hospital.
10. Desarrollar programas de farmacocinética clínica.
11. Participar en los programas de garantía de calidad asistencial del hospital.
12. Desarrollar programas de investigación.
13. Realizar actividades educativas dirigidas a los pacientes.
14. Colaborar en la formación de pregrado y posgrado de profesionales relacionados.
15. Desarrollar cuantas funciones puedan influir en el mejor uso y control de los medicamentos y productos sanitarios.
16. Colaborar con las estructuras de atención primaria y especializada.
17. Informar del gasto farmacéutico.
18. Velar por el cumplimiento de la legislación sobre estupefacientes y psicótropos o cualquier medicamento que requiera control especial como los medicamentos extranjeros.

Como se comentó en la Introducción, numerosos profesionales de distintas especialidades trabajan en equipo para que la farmacia hospitalaria funcione de manera eficaz. Dentro de ellos, el celador, desarrolla una serie de tareas indispensables para la buena marcha de la unidad. Sus funciones serán las siguientes:
- Recepción del material: el celador se encarga de comprobar que el material servido corresponde con el que figura en los albaranes de entrega. En caso de que no coincida no debe recogerlo o debe consultar con el responsable de farmacia dejando constancia en el albarán de la discrepancia entre lo solicitado y lo servido.
- Acondicionamiento del material: el celador entrega el material y una copia del albarán al personal sanitario para que lo clasifique y lo coloque. Sin embargo, algunos materiales, especialmente los pesados, son colocados por los celadores. Transporte de materiales dentro de la farmacia.
- Distribución de medicación y otros productos, como alcohol o nutriciones parentales, al personal de enfermería de las unidades de hospitalización.
- Transporte de productos desde otras unidades hasta la farmacia, como sucede en el caso de aquellos productos que se encuentran en el almacén.

- Preparación y acondicionamiento de alcohol rebajado al 70%, de suero y dispensación de los mismos.
- Elaboración y ayuda en el desarrollo de controles e inventarios.
- Custodia de la farmacia.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de farmacia hospitalaria, integrado por una gran variedad de profesionales, es un elemento fundamental en los hospitales, ya que muchas de sus funciones están íntimamente relacionadas con la operativa de otras unidades que dependen de la farmacia para su adecuado funcionamiento. Dentro de ella, el celador desarrolla una amplia serie de funciones imprescindibles para la buena marcha de la misma.

6 Bibliografía

- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8343&p=20180730&tn=2
- Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-977
- Actividad del farmacéutico hospitalario: su incidencia sobre el personal médico. Caridad Sedeño Argilagos, María Antonieta Arbezú Michelena, Rogelio Fernández Argüeyes y Sol Amalia Fernández Monagas. Revista Cubana de Farmacia. Versión impresa ISSN 0034-7515, versión On-line ISSN 1561-2988. Rev. Cubana Farm. v.34 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2000. Instituto de Farmacia y Alimentos. Universidad de La Habana. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152000000100003

Capítulo 1652

EL CELADOR Y LA HIGIENE EN EL QUIRÓFANO

IYÁN PRESNO GRANDA

OLIVER GARCÍA IGLESIAS

1 Introducción

En la antigüedad no existía salas reservadas para las intervenciones quirúrgicas, muchas se realizaban en las propias casas. Existe constancia escrita que el siglo XVI a un paciente se le intervino en su casa de una herida abierta en el cráneo y se salvó. Los hospitales primitivos eran edificios para pasar la noche y albergar enfermos.

En el años 589 se data el primer Hospital fundado en España, por el obispo Mosova, la Iglesia es la primera institución en tomar conciencia de la asistencia sanitaria.

Hasta el siglo XIX se intervenía en sillas o mesas de madera. Es principios de este siglo en Viena, donde nace el concepto de higiene (asepsia) hospitalaria. Ignacio Semmelweis, ayudante de la cátedra de obstetricia observa que las infecciones y las muertes se incrementan en las salas quirúrgicas donde acudían los estudiantes. Semmelweis prohíbe que se toque los pacientes sino se han lavado las manos y lograr minimizar el porcentaje las infecciones y las muertes. En Estrasburgo un ginecólogo Eugenio Koeberlé era conocido por sus operaciones ginecológicas hacia lavar los instrumentos en agua hervida y pasarlos por alcohol. También mandaba hervir los campos, compresas, telas; o los trataba con carbonato de cal.

A principios del siglo XX, durante la Primera Guerra Mundial, el equipo quirúrgico se lavaba con agua y jabón para operar, terminando el aseo con alcohol iodado. Era una liturgia de 10 minutos de duración y la esterilización de instrumentos, se hacía al autoclave otras veces con calor seco(Poupinel) o remojándolos en alcohol o desinfectante; se metían a veces en recipientes con ambiente de formol seco por más de 24 horas, o en caso de urgencia se flameaban con alcohol, el atuendo del personal ya y consistía en delantales, guantes, gorros, mascarillas y botas.
En los últimos años, varios organismos internacionales han reflexionado sobre la seguridad del paciente y los riesgos sanitarios: las infecciones postoperatorias y han creado recomendaciones, protocolos y estrategias para mitigar los sucesos adversos derivados de la mala praxis en la higiene del quirófano.

El celador entra y auxilia al personal que realiza la intervención quirúrgica por lo tanto deberá conocer exhaustivamente las normas de higiene del entorno quirúrgico.

2 Objetivos

- Conocer las normas, recomendaciones, estrategias e instrumentos relacionadas con práctica del entorno asistencial quirúrgico.
- Concienciar de la importancia que tiene la higiene en las salas donde se realizan intervenciones quirúrgicas.
- Conocer el protocolo Lista de Verificación de la seguridad Quirúrgica (LVSQ) de la OMS.

3 Metodología

Este capítulo se fundamenta metodológicamente en una revisión bibliográfica de la literatura científica, seleccionándose referencias de diferentes libros, artículos y publicaciones, procedimientos técnicos y guías de actuación profesional relacionadas con la seguridad quirúrgica del paciente.

Las bases de datos de Ciencias de la Salud utilizadas han sido: Pubmed, Cuiden, Cochrane, Cinhal, IME biomédica, Dialnet. También se han utilizado las páginas Web y servidores especializados de los diferentes organismos e instituciones públicas nacionales e internacionales, con responsabilidades en la seguridad de los pacientes y en la calidad de la asistencia sanitaria (OMS, Consejo de Europa,

Ministerio de Sanidad, Sistema sanitario de las distintas CCAA, Organizaciones científicas sanitarias, etc).

Se han utilizado como parámetros clave: enfermería, quirófano, seguridad, LVSQ, efecto adverso, checklist quirúrgico o sus respectivos términos ingleses (Nursing, operating room, security, LVSQ, adverse effect, surgical checklist), dependiendo de la base de datos utilizada.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008 lanza un Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, bajo el lema "La cirugía salva vidas" para mejorar la seguridad del paciente durante la práctica quirúrgica, estableciendo protocolos científicamente validados en cuatro áreas:
- Prevención de las infecciones de la herida quirúrgica.
- Seguridad de la anestesia.
- Seguridad de los equipos quirúrgicos.
- Medición de los servicios quirúrgicos

La finalidad de la cirugía es salvar vidas, pero la falta de higiene puede provocar daños adversos al paciente intervenido llegando a producirse en escasas ocasiones la muerte. En países como España surgen complicaciones durante la cirugía que prolongan entre 3% a 16% el tiempo de ingreso, y entre 0,4% y 0,8% la mortalidad durante o justo después de la operación, así como la secuela de una discapacidad permanente.
La OMS crea la lista de Verificación de la Seguridad Quirúrgica (LVSQ) en 2009 y establece como actuación primordial de la estrategia de Seguridad del Paciente. Es una herramienta a utilizar por el equipo quirúrgico para reducir los daños respecto a la seguridad del paciente. Está basada en tres principios:
- Simplicidad: está basado en la aceptación de las normas establecidas mediante su fácil aplicación, permitiendo su ampliación y mayor efecto de su uso.
- Amplitud de aplicación para aplicar el procedimiento en varios ambientes, debido a que en todos los entornos se producen los mismos errores.
- Mensurabilidad, la importancia de medir el impacto del material utilizado.

Dicha lista divide la operación en tres fases, con su tiempo correspondiente, esperando unos segundos entre cada fase, permitiendo la verificación al profesional correspondiente:
1. Entrada: periodo de comprobación del paciente, material y anestesia, anterior a la inducción.

2. Pausa quirúrgica: basado en la fase posterior a la inducción por anestesia y previamente a la incisión.
3. Salida: periodo de cierre de la herida quirúrgica y/o verificación del material utilizado previamente a la salida del quirófano.

En la fase de entrada, es el celador es el que introduce los aparatos y mobiliario necesarios: ecógrafo, arco de anestesia, torre de laparoscopia etc., también es el que traslada el paciente a la sala de quirófano y el encargado de colocarlo en la mesa de operaciones en la posición correcta para su anestesia y posteriormente para la realización de la cirugía que corresponda. Es el encargado del rasurado a los pacientes varones en caso de ausencia del peluquero.

En la fase de salida, del traslado de paciente de la mesa de operaciones a la sala de reanimación. Los expertos en esta materia aseguran que su uso reducirá la aparición de daños graves, así como evitará lesiones y costes irrazonables.
Área quirúrgica
Es la zona del centro sanitario donde se realizan las intervenciones quirúrgicas consta de vestuarios, quirófanos, pasillo, zona de lavado y zona de esterilización. Es una zona de alto riesgo de transmisión de infección hospitalaria, debemos extremar las medidas de higiene. Se divide en dos zonas: la séptica o zona sucia y la aséptica o zona limpia.
- Zona negra sin limitaciones, es una zona donde se deposita la vestimenta de la calle, no hay restricciones. Es un lugar de intercambio allí se encuentran los vestuarios del personal que trabaja en el quirófano también es el área de descanso de dicho personal.
- Zona gris semilimitada, es restringida y zona limpia. El personal accederá con el uniforme adecuado, obligatorio gorro y calzas. Están ubicadas las zonas de limpieza y desinfección del instrumental: empaquetado a esterilización, del descanso del personal y los almacenes del quirófano.
- Zona blanca, espacio limitado y restringido y estéril. Solo personal autorizado. Es obligatorio el uso de gorro, calzas y mascarilla quirúrgica. En este área están ubicados los quirófanos, el antequirófano, zona de lavado de manos, almacén de material estéril y la sala de recuperación. En el antequirófano es donde permanece el celador durante la operación y allí se coloca la cama del paciente.

El celador forma parte del equipo quirúrgico no estéril, no realiza el lavado quirúrgico. Acompaña al paciente en la sala de reanimación.

Vestimenta quirúrgica
Es obligatorio vestirse con el atuendo adecuado: calzas, gorro, mascarilla, bata,

gafas protectoras y guantes en este orden.
Muy importante el uso de guantes estériles es los procedimientos quirúrgicos, partos vaginales, procedimientos vasculares, acceso vascular, etc. Deben lavarse las manos cada vez que se quiten los guantes, después del contacto con pacientes.

Lavado de mnos
Las manos son la primordial vía de transmisión de infecciones en la atención sanitaria.
- Lavado rutinario. Elimina la suciedad, la materia orgánica, y los microrganismos hay que usar agua y jabón durante 1 minuto aproximadamente.
- Lavado antiséptico. Elimina la suciedad, la materia orgánica, los microrganismos. Lavado de manos con agua y un jabón que contenga algún agente antiséptico.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, a pesar de los grandes avances quirúrgicos producidos en los últimos años, siguen existiendo errores relacionados con la seguridad del paciente. La calidad de la atención sanitaria se mide teniendo en cuenta la seguridad del paciente y debe basarse en la prevención y en el análisis y revisión sistemáticos, a partir de los diferentes sistemas de información y de la comunicación de los incidentes por los profesionales sanitarios.

El listado de verificación de la seguridad quirúrgica (LVSQ), según las fuentes revisadas, constituye una herramienta de seguridad del paciente conocida, validada, efectiva y eficiente. Y es de vital importancia que sea conocida por todo el personal que interviene en el área quirúrgica

6 Bibliografía

- Raoul H. Steimlé. El quirófano, historia, evolución y perspectivas. www.medigraphic.com
Mexico, 2008.
- Beauchamp RD, Higgins MS. Seguridad del paciente quirúrgico. En Sabiston. Tratado de Cirugía (19a edic.). Barcelona: Elsebier.
- Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. Med Clin. 2010.
- Ceriani JM. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la seguridad del paciente". Arch Argent Pediatr. 2009.

- Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Turnes, Antonio L. Historia de la evolución de los hospitales en diferentes culturas., 2009, https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf

Capítulo 1653

MÁS VALE MAÑA QUE FUERZA.

BEATRIZ VILLA SEOANE

1 Introducción

Porque las funciones de nuestro trabajo muchas veces es manipulación manual de carga más vale tener muy claro además de como hacerlo ¡hacerlo bien!
Carga: cualquier objeto susceptible de ser movido cuyo peso exceda de 3 kg.
Se entiende por manipulación manual de cargas, cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, la colocación, el empuje, etcétera.
Las cargas que pesen más de 25 kg muy probablemente constituyan unos riesgo en sí mismas, aunque no existan otras condiciones ergonómicas desfavorables.
Si se trata de un trabajador joven, mayor o mujeres lo idóneo son 15 kg.
Pautas generales:
• Utilizar ayudas mecánicas siempre que sea posible.
• Solicitar ayuda de uno o más compañeros según se necesite cuando el peso sea excesivo para una sola persona, coordinando entre ellos, contando uno, dos, tres arriba.
• Cuando se proceda a movilizar a una persona enferma, está puede realizar movimientos con los que no contamos, cambiando su centro de gravedad. Lo mejor para estas movilizaciones es hacerlas en equipo.
• Usar los EPIs correctamente es muy importante (calzado antideslizante y ropa adecuada).
Busca el equilibrio:
• Separar bien los pies, de esta forma se consigue una estabilidad en la postura, es decir un pie al lado del objeto y el otro por detrás y las rodillas flexionadas. De

esta forma el peso del cuerpo está concentrado sobre los pies. Se debe comenzar el levantamiento con un empuje del pie trasero.
Nos preparamos para el levantamiento :
• Doblar las piernas manteniendo la espalda recta, no flexionar demasiado las rodillas. Levantar gradualmente por extensión las piernas.
• Proteger la espalda. Una espalda recta hace que la espina dorsal, los músculos y los órganos abdominales estén en una alineación correcta.
• El cuello y cabeza deben seguir la alineación de la espalda.
• Hacer buen uso de los músculos más grandes y fuertes de las piernas para moverse y levantarse, ya que no se fatiga tan rápido como los pequeños.
Agarrar con firmeza:
• Sujeta con firmeza la carga, agarrarla con las dos manos. El objeto debe ser levantado con las palmas de las manos, empleando solo los dedos el agarre no es seguro.
Levantamiento suave:
• No dar tirones a la carga.
• No ser bruscos con la carga, mejor tardar un poco más y hacerlo bien.
• Levantarse suave, usa los músculos de las piernas y la espalda mantén la recta.
Mantener la carga pegada al cuerpo
• De esta forma, la fuerza a la que se somete la columna es mucho menor.
• Los brazos los mantenemos pegados al cuerpo para que sean estos los que soportan el peso.
No levantes nunca la carga pesada por encima de la cintura en un solo movimiento.
Recuerda trabajar en la medida de lo posible a una altura adecuada. Demasiado alto, hipertensión lumbar. Demasiado bajo, espalda arqueada.
Para depositar la carga, cuando el levantamiento de la misma vaya desde el suelo hasta la altura de los hombros o más, apoya la carga a medio camino para poder cambiar el agarre.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de hacer bien nuestro trabajo para así no perjudicar a nuestro cuerpo y de esta forma empeorar nuestra salud, así como la importancia de cumplir con la legislación vigente en materia de prevención.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la principal base de datos, Google Académico utilizando palabras clave, en nuestro caso:
- Prevención de riesgos laborales.

4 Resultados

Las lesiones derivadas de los trabajos de manipulación manual de cargas están reconocidos hoy en día como una de las principales causas de absentismo laboral. La importancia es tal, que aproximadamente el 33% de los accidentes que se producen en el mundo laboral son el resultado de una mala manipulación manual de cargas, este es el resultado de que este movimiento no se hace de una forma correcta. A veces por desconocimiento y otras por hacer caso omiso a las normas de seguridad.

La manipulación manual de cargas es responsable en muchos casos, de la aparición de fatigas, pinzamientos, hernias, lumbalgias y un largo etcétera. Las lesiones más frecuentes son:
- Contusiones.
- Cortes y heridas.
- Fracturas.
- Lesiones músculo – esqueléticas.

Con más información y formación en las empresas se reducirían en consideración estos accidentes algunos de ellos incluso se podrían evitar.
En la formación y la educación está la prevención.

5 Discusión-Conclusión

Legalmente los empresarios deberán evaluar los riesgos para la salud y la seguridad a los que están expuestos los trabajadores. Los pasos para realizar una evaluación de riesgos eficaz son sencillos:
- Identificación de los riesgos que pueden provocar accidentes, lesiones o enfermedades.
- Análisis de las personas que puedan resultar lesionadas y del modo en el que se produce la lesión.
- Estudio de si la medidas de prevención existentes son suficientes o si se deberían ampliar.

- Control de los riesgos y revisión de las acciones preventivas adoptadas.

En cuanto a la manipulación manual de cargas es evidente que no se cumplen las medidas preventivas suficientes, ya que un alto porcentaje de los accidentes, el 33%, se produce por las malas costumbres ergonómicas. Con esta premisa se deduce que el trabajador no tiene, en general, suficientes conocimientos de la materia, es decir no se aplican los suficientes recursos a la formación de los trabajadores.

La rehabilitación y reintegración de los trabajadores con trastornos musco esqueléticos al trabajo debería de ser parte integrante de la política laboral.

La participación de los trabajadores y sus representantes es esencial cuando se abordan los problemas sobre riesgos laborales.

6 Bibliografía

- https://www.riesgoslaboralessaludlaboral.org.
- https://www.celadoresonline.blogspot.com.

https: www.ibermutua.es

Capítulo 1654

LAS CAMAS QUE MEJOR DEBES CONOCER.

BEATRIZ VILLA SEOANE

1 Introducción

En un hospital existen dos grupos de camas: o
Las camillas: Que se utilizan para el transporte o las exploraciones del paciente, las encontraremos en consultorios, hospitales o ambulancias.
Las camas hospitalarias: Están pensadas para el buen descanso del paciente, donde es posible que permanezca largos periodos de tiempo, mientras se encuentra hospitalizado. Existen gran variedad de camas con distintas finalidades y adaptadas a las distintas patologías.

Tipo de camillas
- Rígida: tiene una estructura de tubo metálico hueco, sobre la que se asienta un colchón con base rígida, recubierto de material de fácil limpieza. Pueden llevar ruedas para facilitar su desplazamiento y un sistema de frenado para bloquearlas.
- Articulada: lo más normal es que tengan una sola articulación situada en el cabecero, se puede elevar hasta noventa grados respecto al plano de la cama. En la actualidad existen camillas con varios puntos de articulación.
- Potro ginecólogo: consiste en un colchón duro que se cubre con una sabana, existe un modelo articulado y otro no articulado. Dispone de estribos para colocar las piernas y se usa en partos y revisiones ginecológica
- De tijera, cuchara, palas o espátula: se utilizan para la movilización de pacientes con traumatismo para desplazarlo hasta la camilla de transporte, disminuyendo así los movimientos de columna y manteniendo alineado el eje longitudinal del

cuerpo. Suelen ser de aluminio, aunque también existen las de plástico, permitiendo someter al paciente a los rayos X, sin necesidad de cambiar de camilla. Está formada por dos partes simétricas longitudinales que se unen. La camilla es ligeramente cóncava y se adapta a la longitud del paciente, está articulada en su extremo superior e inferior, con un fácil sistema de anclaje.
La camilla de cuchara o tijera sólo se debe usar para movilizar al herido hasta la camilla de traslado.
- Transfer: Sistema de transferencia del paciente de un plano a otro, en los quirófanos existen transfer fijos y eléctricos (uso a través de un mando). Serán necesarias tres personas para su manejo. La utilización de estos es sencilla, una de las personas, maneja el mando del transfer, otra sitúa la cama del paciente paralela al mismo, haciéndola coincidir con los sensores que contiene la mesa del Transfer, para su reconocimiento y una tercera coloca la mesa de quirófano .
Resumiendo se mete una plancha forrada con un material antideslizante por debajo del paciente y girando sobre si misma, transportando al paciente de la cama al tablero quirúrgico o viceversa.
Una vez realizada esta operación, se realizan los movimientos como los mandos indican, tienen señaladas todas las posiciones para su manejo, eso simplifica las cosas bastante. Una pequeña pantalla indica los movimientos que se están realizando y con el mínimo esfuerzo se mueve al paciente, se levanta un poco lateralmente para introducir la plancha. No permite ningún movimiento si detecta fallo en la posición de la cama o mesa de operaciones, evitando así errores en el traslado.
Normalmente el problema suele ser el tamaño de las camas, todas las camas que se utilicen tienen que tener las mismas dimensiones para que los sensores reconozcan si la cama está bien posicionada.

Tipos de camas:
1. Rígida
2. Articulada
3. Ortopédica, traumatológica o de judet
4. Electrocircular
5. De libro
6. De levitación
7. Roto-test
8. Gatch
9. Incubadora
10. Camas especiales
11. Mesas de quirófano

Nos concentramos en las que más se usan en el día a día del Celador.
- Cama Articulada: está sería la más utilizada en los hospitales. Están hechas de tubos huecos que se pueden lavar cómodamente para facilitar su limpieza. Tiene un somier metálico que se puede articular en diferentes planos, ya que está formado por dos, tres o cuatro segmentos móviles.
- La cama con una articulación tiene dos segmentos.
- La cama con dos articulaciones tiene tres segmentos.
- La cama de tres articulaciones tiene cuatro segmentos.

La articulación superior es para la cabeza y la espalda, la central para la pelvis y la inferior para las extremidades inferiores.
Son ideales para personas con movilidad reducida y que pasan gran parte del día en la cama.
Generalmente están prepararlas para soportar un peso de hasta 140 kilos, aunque existen algunos modelos que soportan hasta 350 kilos.
Los distintos segmentos del somier se mueven por manivelas (casi en desuso), que estaría situada en los pies o en los laterales de la cama. Actualmente los modelos más modernos están provistos de sistemas eléctricos en las camas motorizadas.
Este tipo de camas facilitan los cambios posturales. Además cuentan con una barandilla protectora en los laterales de la cama, que puede alcanzar todo el lateral o solo la mitad superior, evitando así las caídas de los pacientes de la cama.
- Cama Ortopédica, traumatológica o de Judet: indicada para pacientes con fracturas o parálisis en las piernas.

Forma parte de este tipo de cama, el cuadro Balsámico o de Balkan , su finalidad es sujetar las poleas, pesas y el resto del equipo que cuelgan de él
Este equipo de tracción o Barra de Tracción tiene como finalidad aplicar presión sobre los huesos, músculos o articulaciones para alinear Fracturas, evitar deformaciones o disminuir el dolor. También están previstas de un estribo o triangulo de Balkan, que permite al paciente moverse ligeramente para incorporarse o cambiar de posición. Lo colocara el Celador ya que no requiere herramientas para su montaje.

2 Objetivos

Análisis de las camas tratando en profundidad cómo es su funcionamiento y así familiarizarse con ellas.
Conocer mejor el entorno laboral, así como manejar unas herramientas de trabajo, que a lo largo de la vida laboral como Celador se manipulará constantemente.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo con la búsqueda de bibliografía en una de las principales base de datos, Google Académico, utilizando las palabras claves: Tipos de camas hospitalarias.

4 Bibliografía

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

Capítulo 1655

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

ANA MARIA PEREZ GONZALEZ

MARÍA PILAR MENÉNDEZ GONZÁLEZ

RAIMUNDA ALVARINA MONTES DIAZ

SONIA GUTIÉRREZ FUENTE

MARÍA INÉS LLAMAZARES GONZALO

1 Introducción

La unidad de hospitalización es aquella parte del hospital destinada al ingreso de pacientes que requieren un diagnóstico, un tratamiento o curación, hasta el momento en que se les de el alta. Esta unidad está constituida por varios espacios: habitaciones del paciente, office, aseos, zona de sucio, zona de lencería, zona de enfermería, sala de descanso, almacén, etc.

2 Objetivos

- Realizar los traslados de los pacientes entre las distintas unidades del hospital.
- Conservar las mejores condiciones de temperatura, informando al paciente de su destino, siempre debe de acompañarlo, hasta que otro profesional se haga cargo de su cuidado, nunca dejarlo solo.
- Seguir las ordenes de sus superiores.

3 Metodología

La metodología del trabajo se ha basado en la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas como son Google Académico y Scielo . Se ha utilizado en la búsqueda DeCs y lenguaje libre siendo las palabras clase hospitalización, celador, etc. Se han empleado una serie de limitadores: idioma español, texto completo y documentos de menos de 5 años de antigüedad .

4 Resultados

Los celadores en la unidad de hospitalización llevaran a cabo las siguientes funciones:

- Tramitaran o conducirán las comunicaciones verbales, documentos, objetos, aparatos y mobiliario que se les sean confiados por sus superiores.
- Excepcionalmente realizaran aquellas labores de limpieza que se les encomiende en función de la situación, bien sea por dificultada del manejo, peso, etc.
- Cuidaran de que los enfermos o personas que acudan a esta unidad hagan el uso indebido de enseres y ropas, incluyendo el uso de cortinas y persianas para así evitare su deterioro.
- Velaran por conseguir el mayor orden o silencio posible dentro de la unida de hospitalización.
- Permitirán sólo el acceso a esta unidad a personas autorizadas en los horarios establecidos y cuidaran de que no se introduzcan paquetes o comida que no sea autorizado por dirección.
- Trasladaran a los enfermos a realizar pruebas o consultas.
- Darán apoyo y ayudaran a enfermeros y auxiliares al aseo, movilización y traslado de pacientes encamados .
- Trasladaran los cadáveres desde la unidad a mortuorios .
- Se abstendrán de hacer comentarios ni a familiares ni a enfermos sobre tratamientos, exploraciones o diagnósticos, limitándose a informales sólo hacia donde les van a llevar y cómo será su traslado.
- También es misión del celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que se les sean encomendadas por sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de los celadores es tan necesario que sin la participación de los mismos llegarían a paralizar la marcha de la institución. Por todo lo expuesto anterior-

mente, podemos concluir que hoy en día la importancia del celador/a en ámbito sanitario es cada vez mas importante, y por ello necesita preparación y formación para poder desempeñar su labor con calidad y profesionalidad.

6 Bibliografía

- celadoresonline.blogspot.com
-www.fabis.org
-www.amirsalud.com

Capítulo 1656

EL CELADOR: PARTE CLAVE DEL EQUIPO DE UNA UNIDAD QUIRÚRGICA.

MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ VALLINA

AMELIA REYES AMADO AMADO

BEGOÑA MENENDEZ FERNANDEZ

BEATRIZ MAESTRE CARRACEDO

1 Introducción

La primera operación quirúrgica que se conoce data del año 3000 a.C. donde las heridas y traumatismos se producían en el curso de la vida nómada. Como anestesia se conocía el alcohol pero había otras, como el opio, el extracto de cannabis.

Destacamos como figura médica por excelencia de la civilización griega a Hipócrates. A partir de él tanto la medicina como la cirugía ha avanzado de tal modo que actualmente existen unos grandes avances en la microcirugía permitiendo disminuir los tiempos de recuperación postoperatoria y las estancias hospitalarias.

Definiremos cirugía como la parte de la medicina que tiene como fin curar, paliar o diagnosticar enfermedades así como reparar o mejorar sus posibles secuelas por medio de intervenciones manuales.

2 Objetivos

- Adquirir un mayor conocimiento sobre los movimientos y traslados de los pacientes.
- Conocer la importancia de una correcta colocación del paciente en la cama quirúrgica.
- Recordar la importancia de su función enumerado sus actividades, haciendo especial énfasis en el trabajo en colaboración con el equipo del que forma parte.
- Conocer y diferenciar las labores del personal que se encuentra a su alrededor.
- Conocer los conceptos de asepsia y la importancia de su aplicación en dicho ámbito.
- Funciones del celador en el pre y post-quirúrgico.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en Estatutos de Personal no Sanitario y bases de datos informatizadas, añadiendo los conocimientos adquiridos durante nuestra práctica profesional en los quirófanos del Hospital Universitario de Cabueñes en Gijón (Asturias).
- Texto completo y gratuito en idioma español.
- Palabras clave: celador, quirófano, mesa operaciones, asepsia, funciones, unidad quirúrgica.

4 Resultados

La parte principal de la unidad quirúrgica es el quirófano (área del hospital donde se realizan operaciones quirúrgicas) y donde hay mayor grado de tecnología y complejidad. Se requieren unas condiciones especiales de limpieza, baja o nula contaminación microbiológica y seguridad.

Uno de los requisitos que debe reunir la unidad quirúrgica es la limitación de zonas, es decir, la separación de áreas consideradas limpias y áreas sucias fundamental para mantener una asepsia correcta en las zonas llamadas restringidas o estériles.
La cantidad de quirófanos depende de la capacidad del hospital. Estarán situados cerca de la zona de urgencias y la UCI y de fácil acceso a los servicios de esterilización, anatomía patológica, laboratorios, banco de sangre, rayos, etc. El área

quirúrgica está dividida en zonas atendiendo al grado de asepsia que mantenga, estas son:
- Zona de servicios (vestuarios)
- Zona sucia (almacén de limpieza, vertedero y montacargas)
- Zona limpia (sala de estar, despachos y almacén de material)
- Zona estéril (quirófanos, antequirófano y sala de lavado quirúrgico)

Los celadores son los encargados de buscar al paciente hospitalizado junto con su historia, llevarlo al quirófano, introducirlo en la sala de operaciones, acomodarlo en la mesa con la ayuda del personal Auxiliar de enfermería y posteriormente una vez finalizada la intervención trasladarlo a la sala de reanimación, al URPA o donde proceda (UVI,etc.)

El uniforme es diferente al utilizado por el resto del personal del hospital. Deberá ser aséptico (mascarilla, gorro, calzas y guantes). Los colores más usados son el verde quirófano, azul verdoso y verde aceituna. Permanecerá durante la intervención en la zona de los antequirófanos atento a aquello para lo que se le pueda requerir.

Es muy importante el buen conocimiento por parte del celador del funcionamiento y mecánica de las distintas partes de la mesa, la retirada o colocación de las partes móviles y sus accesorios así como las distintas posiciones del paciente a la hora de la intervención.
El celador necesita de unas habilidades y competencias comunicativas, organizativas y de atención al paciente necesario para desempeñar las funciones propias del puesto.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de los cuidados, el éxito de una intervención y la satisfacción del paciente va depender del equipo que la forma tanto de personal sanitario como no sanitario y siempre en beneficio de él. Las responsabilidades y funciones de cada miembro del equipo quirúrgico están claramente definidas tanto en normas de quirófano como en el manual de protocolos del hospital.

Es fundamental la labor que desempeñan estos profesionales ya que para la mayoría de sus pacientes son su única esperanza, bien sea para mejorar su nivel de salud o incluso para salvar su vida.

6 Bibliografía

- ¨Manual básico de celador¨ Demetrio Alonso Llorca disponible en:https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es&id=JKc0DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=celador+quirofano+mesa+operaciones+asepsia&ots=HaSPIZRjYe&sig=DhZuWbMD4GDbOAiD_a3ySqH1MYo#v=onepage&q=celador%20quirofano%20mesa%20operaciones%20asepsia&f=false
- ¨Funciones de celador según las áreas donde desempeñe su trabajo¨ disponible en http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
- ¨El celador en quirófano¨ Formación continuada Logoss, S.L. Primera edición.
- ¨Celadores de las instituciones sanitarias del Instituto Nacional de Salud¨. Sevilla, diciembre 2001.Editorial MAD, S.L.
- ¨Protocolo de actuación del celador en la área quirúrgica¨ Hospital Universitario de Cabueñes Gijón (Asturias). Año 2016.

Capítulo 1657

LA REPERCUSIÓN DEL USO DE LAS TIC EN LA SANIDAD DEL FUTURO

FLORINDA HUERTA MARTINO

1 Introducción

La sigla TIC hace referencia al concepto de las nuevas tecnologías de información y comunicación que giran de forma interactiva e interconexionada sobre tres medios básicos: la informática, la microelectrónica y las telecomunicaciones permitiendo nuevas realidades comunicativas.

La incorporación de estas tecnologías en sanidad impacta en todos los participantes del sector. Los ciudadanos son cada vez más proactivos en su uso, convencidos de que mejoran la respuesta a sus necesidades. Se multiplican las formas de acceso: smartphones, dispositivos y apps, funcionan como instrumentos a favor de la salud conectada.

Favorece la sostenibilidad del sistema, racionalizando el consumo de recursos. Mejora la gestión y comunicación entre pacientes y profesionales, ofreciendo soporte al almacenamiento, tratamiento y transporte. Lleva la asistencia a zonas aisladas, con el consiguiente ahorro en desplazamientos. Además supone un apoyo en la actividad de los profesionales asistencial y formativa, que reduce la posibilidad de errores como la prescripción médica.

No obstante, se debería agilizar e impulsar el cambio necesario para implantar de forma masiva estas tecnologías, que muchas veces se encuentran con las barreras de rigidez organizativa del sistema de salud o la resistencia al cambio de sus trabajadores.

2 Objetivos

- Destacar que el futuro de la sanidad pasa por incentivar el uso de las TIC en el sector, como una herramienta de valor que mejora la eficiencia y ahorra costes. Y la participación conjunta en este proceso de adaptación entre profesionales y pacientes. También entender la labor de los trabajadores sanitarios en la transformación digital del sector salud.

3 Metodología

- Consulta bibliográfica en prensa especializada: revista de la sociedad española de la informática y la salud.
- Recoger opiniones de expertos; observatorio nacional de las telecomunicaciones y de la sociedad de la información (ONTSI) y Mª Ángeles Molina, vicepresidenta de la asociación salud digital.
- Estudio sobre opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de la tecnología de la información.

4 Resultados

Más del 60% de la población española utiliza internet para informarse sobre salud, siendo los jóvenes con estudios universitarios e hijos menores a su cargo, los que más uso hacen de las TIC. La cita previa telemática, es uno de los servicios más conocidos y utilizado por el 44,4% de los usuarios. Los wearables, están desempeñando un papel muy importante para controlar sus hábitos de vida, detección, prevención y seguimiento de la enfermedad lejos de centros médicos.

Aun así, hace falta vencer algunas barreras que impiden el avance de estas tecnologías. Sería necesario promover la interoperabilidad de bases de datos para facilitar el acceso a la información integrada y compartida. Diseñar programas de desarrollo e implantación de las TIC, mostrando su impacto a través de programas de investigación. Flexibilizar las estructuras sanitarias, formando a los profesionales en su uso. Además mayor implicación política e inversión.

Este proceso de transformaciones del papel a la vida digital, es uno de los grandes retos de los profesionales de la salud ante el incremento de la demanda de atención sanitaria de los ciudadanos, los avances tecnológicos y científicos y la necesidad de garantizar la calidad y sostenibilidad del sistema.

5 Discusión-Conclusión

La nueva tecnología, la cultura digital y los avances científicos, están provocando cambios en la forma de trabajar los profesionales de la salud, que aunque es un sector innovador y acostumbrado a los cambios, requiere permanentemente una labor de formación.

Entendemos que la cooperación es la forma para avanzar en la transformación real y eficiente del sector. Una estrecha colaboración de los profesionales sanitarios, las sociedades científicas y los colegios profesionales.
Apostar por el desarrollo en investigación aplicable a la gestión de las buenas prácticas y la seguridad de pacientes y profesionales, conjugando tecnología con la humanización de la atención sanitaria.

6 Bibliografía

- Revista de la sociedad española de informática y salud.
- Mª Ángeles Medina. Vicepresidenta de la asociación salud digital.
- L. Ruiz. Los p
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/rofesionales
sanitarios ante las TICS.

Capítulo 1658

FUNCIONES DEL CELADOR EN PSIQUIATRÍA

RAQUEL GONZALEZ MELEIRO

1 Introducción

En los últimos años la asistencia psiquiátrica ha cambiado en muchos aspectos. Se han creado centros de salud mental, hospital de día, pisos protegidos, comunidades terapéuticas y unidades de agudos y crónicos. En todas ellas la figura del celador es de gran importancia para todo el personal, TCAEs, médicos, enfermeras, auxiliares administrativos, etc.

2 Objetivos

- Dar a conocer al celador información importante sobre sus funciones en las unidades psiquiátricas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Funciones del celador en la Unidad de Psiquiatría
En una Unidad de Psiquiatría el celador realiza las siguientes funciones:
- Cuida del entorno ambiental de los pacientes, levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Ayuda al aseo personal de los pacientes que lo precisen.
- Vigila a los pacientes que no quieren asearse para que lo hagan.
- Controla el acceso y la circulación de las personas por la Unidad.
- Recoge medicación y otros productos de la Farmacia.
- Acompaña a los pacientes y resto de personal sanitario a pasear por las zonas ajardinadas contiguas del Centro sanitario.
- Vigila a los pacientes en sus paseos o cuando salen al exterior en recintos acotados.
- Vigila el orden y la armonía entre los pacientes.
- Ayuda al personal sanitario en la administración de inyectables y tratamiento de pacientes incapaces que se niegan a colaborar.
- Colabora con otros profesionales de la Unidad en la reducción de pacientes agitados. Por ejemplo sujetando a los pacientes alterados a los que hay que aplicar sujeción mecánica.
- Vigila la puerta de acceso a la Unidad. Control de entradas y salidas.
- Controla el suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.
- Traslada pacientes a las Unidades y Consultas del Centro que sea preciso.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones a desarrollar en las Unidades de Psiquiatría se recogen en los Protocolos de actuación y Normas de Régimen Interior que, basándose en las necesidades asistenciales de este tipo de enfermos, han de tener en cuenta también las previsiones de los Estatutos de Personal de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

6 Bibliografía

- http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/guia-ayuda-celadores.pdf
- https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2011/11/que-es-un-celador-y-tipos-de-celadores.pdf

- https://www.scribd.com/document/395821279/el-celador-y-sus-funciones-pdf
https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/22/pdfs/A12015-12024.pdf

Capítulo 1659

TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA CELADORES EN EL HOSPITAL

RAQUEL GONZALEZ MELEIRO

1 Introducción

El manejo y transporte incorrecto de material biológico constituye un riesgo para las personas en contacto con la muestra, para el medio ambiente y para la comunidad en general. El transporte del material, independientemente de su categoría, compete a todas las personas involucradas en el proceso: profesionales de la salud y celadores.

2 Objetivos

- Conocer la importancia y algunos aspectos clave para el manejo de muestras por parte del celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando se transportan muestras dentro del hospital los recipientes que las contienen deben ser herméticos y a prueba de fugas de líquidos. Pueden ser de plástico o de vidrio debidamente identificados y sin restos de material biológico en la superficie externa del envase.

Toda indicación con el nombre, número de historia clínica, tipo de análisis y/o breve descripción del cuadro clínico no se debe envolver alrededor del tubo, se coloca por separado preferentemente en bolsas plásticas. Si el recipiente es un tubo, debe tener cierre hermético con tapa a rosca o a presión y se debe colocar en gradillas de manera que siempre conserve su posición vertical.

Los recipientes con las muestras se colocan en una caja resistente, a prueba de fuga de líquidos, con una cubierta segura y cierre ajustado. Esta caja debe tener el rótulo de identificación visible del material que transporta.

5 Discusión-Conclusión

El transporte eficiente de materiales infecciosos y muestras de diagnóstico requiere de una buena comunicación, coordinación y logística entre el servicio del hospital remitente y su destino final, para asegurar que éste material que a de ser movilizado con una serie de precauciones, sea transportado en forma segura y que llegue a destino oportunamente y en buenas condiciones.

6 Bibliografía

- https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2012/10/recogida-preparacic3b3n-conservacic3b3n-y-transporte-de-muestras-biologicas-al-laboratorio.pdf
- http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/
- https://medicina.udd.cl/files/2013/07/4b.-Transporte-muestras-biol%C3%B3gicas.pdf
- https://www.mscbs.gob.es/va/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/muestras_Biologicas.htm

Capítulo 1660

FUNCIONES DEL CELADOR EN UNA PLANTA HOSPITALARIA

BEATRIZ MAESTRE CARRACEDO

BEGOÑA MENENDEZ FERNANDEZ

AMELIA REYES AMADO AMADO

MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ VALLINA

1 Introducción

Una vez pasado por Admisión o por urgencias, el paciente que no es dado de alta es destinado a una cama de una determinada planta para su posterior recuperación. Es ahí donde juega un papel importante el celador.

El celador será la primera persona con la que contacten los enfermos y familiares al llegar al hospital y será el celador el que traslade al paciente acompañado de sus familiares hasta la planta en la que vaya a ser institucionalizado.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en una planta hospitalaria.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en Estatuto de personal no sanitario y en bases de datos como Dialnet y Scielo, utilizando como descriptores las palabras clave: celador, planta, paciente y trasladar.

4 Resultados

El celador está en el primer escalón dentro de un hospital y en su día a día en la planta hará junto con el reto del personal sanitario que la vida de los pacientes y sus familiares sea lo más amena y tranquila posible.

Entre sus funciones tiene la de estar en planta:
- Ayudarán a las auxiliares y enfermeras de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que por sus dolencias requieran ser ayudados en el aseo. El celador ayudará a mover de un lado a otro al paciente para que la auxiliar pueda realizar el aseo al completo.
- Colocará al paciente en la cama con la posición adecuada para que pueda comer bien.
- Ayudarán a las auxiliares a la colocación y retirada de las cuñas de aquellos pacientes que por sus dolencias no puedan acudir al baño.
- Cuidará para que los familiares y los visitantes tengan un comportamiento adecuado y en el mayor silencio posible tanto dentro de las habitaciones como en las salas de espera.
- Tramitarán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos o correspondencia que les sea confiado tanto por los médicos como por la supervisora y su superior.
- Trasladarán a los pacientes cuando tengan que ir a realizar una prueba complementaria de imagen, tac, resonancia, endoscopia, rehabilitación, no dejándolos solos hasta que la persona responsable del servicio se haga cargo de ella.
- Darán cuenta a sus inmediatos supervisores de las anomalías que puedan encontrar en la planta.
- Vigilarán que el acceso a la planta sea a la hora correcta y no permitiendo su acceso más que a las personas autorizadas, así como vigilar que no se fumen en las habitaciones.
- Trasladarán al mantenimiento todos aquellos enseres que hayan podido sufrir algún tipo de avería, de ruptura.

- Acudirán a los distintos almacenes a por aquellos objetos o materiales que sean necesarios en planta debido a que se han terminado.

5 Discusión-Conclusión

El celador es una pieza importante dentro del equipo de planta ya que será una de las personas que, a parte de ayudar al resto del personal, se encargará del bienestar del paciente y de que los materiales sean abastecidos en planta para su pronta recuperación.

6 Bibliografía

- Estatuto de personal no sanitario 1971.
- Temario oposiciones MAD celador año 2018.
- Funciones del celador y su perfil sanitario AMIRSALUD.
- Campus training. Funciones de un celador: la cara humana de los hospitales.

Capítulo 1661

FUNCIONES DEL CELADOR EN PLANTA

GLORIA DANIELA MENÉNDEZ PÉREZ

BLANCA FLOR CARRETERO PALOMO

AMOR CONDADO MENÉNDEZ

1 Introducción

Las funciones del celador en una planta hospitalaria se caracterizan por su variedad. Por esta razón, requiere de las siguientes actitudes: dinámico, sensible, asertivo, y con facilidad para cooperar con el resto del equipo.

2 Objetivos

- Conocer el trabajo que realiza el celador en una planta hospitalaria.

3 Metodología

Se basa en el examen de los diferentes documentos encontrados en la revisión bibliográfica y en diversas webs específicas (celadoresonline.blogspot.com, www.amrsalud.com,
celadors.club y blog.mad.es).

4 Resultados

Las competencias de los celadores están reguladas por el Estatuto de Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones de la Seguridad Social (artículo 14.2), por Orden Ministerial de 5 de julio de 1971. La Ley 55/2003, de 16 de diciembre deroga los estatutos anteriores pero las funciones que figuran en el primer Estatuto continúan vigentes.

Las funciones de los celadores en planta son:
• recibe a los paciente procedentes de urgencias y de pacientes de nuevo ingreso, los acompaña a los pacientes a la habitación destinada, ayuda a los auxiliares a encamarlo y seguidamente devuelve el carro o camilla a su origen
• reposiciona a los enfermos, cambia de posición, para evitar úlceras por presión
• traslado a los pacientes en la cama al lugar indicado
• ayuda a lavar y afeitar (en ausencia del peluquero) a los enfermos masculinos
• coloca y quita cuñas cuando la enfermera no puede hacerlo
• desaloja a familiares de las habitaciones antes de que el médico pasé visita
• distribuye la ”farmacia pesada” según órdenes de los facultativos
• retira material autorizado para entregar en desecho
• conserva y vigila el material y enseres de la institución
• vela a los enfermos y acompañantes para que respeten el horario de visita médica, no perjudiquen el material y se comporten con educación
• Vigila la entrada-salida de visitantes y el uso de los ascensores
• traslada con diligencia informes verbales y escritos
• traslada aparatos y materiales
• trasporta y coloca las balas de oxígeno si no hay una instalación centralizada de oxígeno. Adapta el manómetro según indicaciones de enfermería
• ayuda a las enfermeras a amortajar a los fallecidos. Traslada al cadáver, adecuadamente identificado, con discreción al cadáver
• informa por escrito a sus superiores sobre las anomalías en la conservación del edificio o material
• controla las visita de mañana y procurará que no hay acompañantes en el horario de visita médica

5 Discusión-Conclusión

El celador en planta hospitalaria, al igual que en el área de urgencias, realiza gran diversidad de tareas, todas ellas son indispensables para el correcto

funcionamiento de esta unidad hospitalaria. Para desarrollar estas funciones el celador ha de conocer las técnicas de movilización e inmovilización, los dispositivos y aparatos más utilizados en esta unidad y las medidas preventivas.

Asimismo, ha de ser enérgico , eficaz en el cumplimiento de sus funciones y recurrir a las habilidades sociales para tratar con asertividad tanto a los pacientes y familiares como, al resto del equipo interdisciplinar.

6 Bibliografía

- Del Castillo Torres L, Martos Navarro F, Gómez Martínez D, González Rabanal JM, Vidal Ramírez R, Alex Reina M. Celadores de las Instituciones Sanitarias del Insalud. Octava edición; Sevilla; Editorial MAD; diciembre, 199.
- Rodríguez Castilla F. Tema 4. El celador en planta. El celador en los distintos ámbitos sanitarios. Formación Continuada Logoss, S.L;2000

Capítulo 1662

EL CELADOR ACTUACIÓN CON PACIENTES AGITADOS

PABLO MURCIA IGLESIAS

1 Introducción

La agitación es un sistema psiquiátrico que se expresa en forma de inquietud, nerviosismo e hiperactividad y la violencia se circunscribe en el campo de la conducta humana y denota una planificación de conducta expresa.

La agitación psicomotriz o es una enfermedad, sino una conducta y como tal puede ser la manifestación de una variedad de trastornos tanto psiquiátricos como somáticos.

2 Objetivos

- Dar a conocer las buenas prácticas con relación a la atención y cuidados del paciente, minimizar los problemas del paciente agitado y solventar las dificultades que pueden suceder en las prácticas diarias.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de pubmed, uptodate, google académico con las palabras clave “paciente”, “agitación” y “síntomas” como criterios de inclusión he empleado el idioma inglés y castellano y texto gratuito de exclusión aquellos trabajos publicados previamente al año 2000.

4 Resultados

El papel del celador ante un paciente agitado cobra una gran importancia ya que es el encargado de velar por la seguridad del paciente y de todo su entorno. El celador debe de seguir una serie de medidas para garantizar su seguridad. Dichas medidas son desde la contención verbal a la contención mecánica. En el caso de esta ultima deberán realizarla al menos 5 personas.

CONTENCIÓN VERBAL
La actitud del celador será la de mostrar una actitud tranquilizadora firme, manteniendo en todo momento la calma, deberá de mantener una conversación tranquila, no elevando la voz y practicando la escucha activa

CONTENCIÓN FARMACOLOGICA
Este tipo de contención será previa a la contención mecánica y deberá ser indicado por un facultativo.

CONTENCIÓN FISICA O MECÁNICA
Esta medida se tomará en último recurso si las otras estrategias han fallado. Se empleará esta situación de agitación grave o de riesgo inminente. Este tipo de contenciones consisten en asegurar la inmovilización de las grandes articulaciones (rodillas, hombros etc.). Para este tipo de contención es necesaria la presencia de al menos cinco personas.

5 Discusión-Conclusión

Después de exponer los anteriores puntos podemos decir que las prácticas de escucha activa manteniendo una conversación tranquilizadora podemos abordar a pacientes agitados que en el caso de que sean pacientes con riesgo siempre podemos acudir a la práctica de las contenciones farmacológicas siempre realizadas por facultativos y en los casos más extremos la contención mecánica para la cual hace falta más personal. Con ello decimos que el papel del celador es determinante en este tipo de acciones.

6 Bibliografía

• Decreto Foral 221/2011 del 28 de Septiembre de 2011 por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales

residenciales de la comunidad foral de Navarra. BON nº 204 de 14 de octubre de 2011.
• Molina AB. La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. Revista de Enfermería Neurológica 2011; 10(1):53-55.
• Gallego VF, Pérez EM, Aquilino JS, Angulo CC, ESTARLICH MCG. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias 2009; 21:121-132.
• Bustos JI, Capponi I, Ferrante R, Frausin MJ, Ibañez B. Excitación psicomotriz:"manejo en los diferentes contextos". Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 2010; 16(3):291-304
• E. Escobar, C. Cruz. Urgencias Psiquiátricas (2° Edición), Editorial Mediterráneo (2011) ISBN: 978-956-220-326-5

Capítulo 1663

EL CELADOR CON EL PACIENTE FALLECIDO

M. CONCEPCIÓN PUGA ALVAREZ

EVA BEGEGA SANCHEZ

ANTONIO CASADO MENENDEZ

PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS

ADELINA ANTONIA FERNANDEZ PAREDES

1 Introducción

Los celadores cumplen diversas labores en los centros sanitarios, siendo su principal función la de facilitar el desempeño de las tareas al resto del equipo de sanitarios, el cual está compuesto por médicos, enfermeros y por auxiliares de enfermería. Esto hace que su trabajo no sea especializado, pero sí multifuncional y, por supuesto, fundamental.

El celador está en contacto continuo con los pacientes, desde su llegada al hospital hasta, en determinados casos, su fallecimiento. En esta dramática circunstancia, el celador debe tratar al paciente con tanto, o incluso más, respeto y ser discreto. Por ello, es esencial que el celador tenga un conocimiento claro de qué papel juega en este tipo de circunstancias, que sepa cómo debe actuar y, más importante aún, qué no debe hacer. En este documento se analiza el papel del celador frente a pacientes fallecidos.

El rol de los celadores en los hospitales es muy importante, debido al carácter facilitador de todas sus funciones de cara al resto del equipo sanitario. El celador no solo se encarga del traslado de pacientes por el hospital para la realización de pruebas diagnósticas, sino que también deben ayudar en tareas relacionadas con la higiene, o portar documentos. Sin embargo, los celadores también tienen sus funciones incluso cuando, desgraciadamente, un paciente ha fallecido. Estas tareas engloban tanto el momento de la autopsia como la estancia en el mortuorio. En ambos casos y, dada la particular circunstancia de la muerte del paciente, el equipo médico y los celadores deben extremar la cautela, el respeto y la privacidad de la víctima.

En este trabajo se hace una revisión de las funciones a desempeñar por el celador ante el paciente fallecido y se citan buenas prácticas aconsejables para la mejora en el desarrollo de su trabajo.

2 Objetivos

- Analizar las funciones que desarrolla un celador cuando tiene que trabajar con pacientes fallecidos.
- Extraer un conjunto de buenas prácticas a tener en cuenta por el trabajador para que pueda mejorar en el desarrollo de sus funciones.

3 Metodología

Para realizar este trabajo la metodología que se ha seguido es, primeramente, definir unos objetivos para el trabajo (ver en el epígrafe anterior) y, segundo, realizar una revisión bibliográfica relacionada con los puntos más importantes de la investigación. Toda la información recopilada, es analizada, sintetizada y ordenada para, posteriormente, poder arrojar unas conclusiones.

Para la revisión bibliográfica se han utilizado diversas fuentes. Por un lado, se ha accedido a artículos de investigación en bases de datos en castellano como PubMed o Scielo. Por otro lado, se han revisado diversas contribuciones a congresos sobre la temática bajo estudio. Además, se ha consultado contenido audiovisual (como vídeos didácticos), se han leído blogs online y se han revisado apuntes sobre el temario de los celadores, de distintas fuentes. Las palabras clave utilizadas durante la fase de documentación han sido: celador, fallecido, autopsia y mortuorio.

Con los objetivos anteriormente definidos, se ha seleccionado y extraído la información más relevante de las fuentes anteriores y se ha generado el presente trabajo. Algunas conclusiones se han extraído directamente de las fuentes y otras han sido de elaboración propia tras el análisis de la información.

4 Resultados

Las labores del celador cuando tiene que trabajar con pacientes fallecidos se pueden dividir esencialmente en dos grandes grupos. Por un lado, el celador que traslada al fallecido a la sala de autopsias y el que colabora con el médico forense en dicha sala. Por otro lado, el celador que traslada el fallecido al mortuorio y que trabaja allí.

Antes de centrarse en las tareas que engloban dichos grupos, es fundamental recordar que un paciente no se le considera legalmente muerto hasta que su muerte no es certificada por un facultativo. Una vez certificada su muerte, la hora quedará anotada.

A partir de este momento, puede ser necesario realizar una autopsia al fallecido, en cuyo caso, un celador será el encargado de trasladar el cadáver a la sala de autopsias, que es donde se analizará el cuerpo para averiguar las causas del fallecimiento. Una vez allí, los celadores que han trasladado el cadáver serán ayudados por el celador de anatomía patológica para poder colocar al fallecido en la mesa. Asimismo, el celador de la sala de autopsias ayudará en la sala en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Además, limpiará la mesa de autopsias y la propia sala (1, 5-7).

Otra de las tareas en las que participa el celador en colaboración con los enfermeros es en la fase de amortajar al fallecido. El amortajamiento es la preparación del cadáver de cara a ser velado por sus familiares o seres queridos en su posterior entierro o incineración (2). En esta tarea existen diversas funciones en las que se mueve el cadáver o se le asea, de ahí que el celador tenga un papel importante. El amortajamiento se puede realizar siguiendo los pasos que se resumen a continuación (3-4):

- Celadores y enfermeros deben lavarse las manos correctamente y usar guantes para evitar contagiarse de alguna enfermedad.
- El celador colocará el cuerpo en forma supina y alineará los miembros superiores e inferiores para evitar que la sangre se pueda estancar y provoque cambios de

color de la piel en el cadáver.
- Se retirarán: vendajes, tubos, catéteres y cualquier otro tipo de elemento que se haya utilizado con el paciente y que aún lleve puesto (el celador colaborará).
- El personal debe asegurarse de que el fallecido haya expulsado todos los fluidos corporales y, en su defecto, deben provocarse éstos mediante presión abdominal (el celador colaborará).
- Se realizará el aseo de todo el cuerpo (el celador colaborará).
- Se taponará cualquier herida que pudiera tener el fallecido con un nuevo apósito (el celador colaborará).
- Se podrán de nuevo las prótesis dentales si es que el fallecido las portaba y se le dejará la boca cerrada (el celador colaborará).
- Se taponarán con algodón todos y cada uno de los orificios naturales (el celador colaborará).
- Se cerrarán los ojos bajando con suavidad los párpados al fallecido y, en caso de que éstos no se mantengan cerrados, se le colocará una gasa húmeda (el celador colaborará).
- Aunque opcional, se puede colocar una compresa enrollada bajo la mandíbula con el fin de impedir que se le deformen los rasgos faciales.
- El celador colocará una sábana limpia en la camilla bajo el cadáver.
- El celador colocará los brazos del fallecido en el abdomen y se sujetarán las muñecas con una venda, al igual que los tobillos.
- Se doblará la sábana y se atará con vendas o tela adhesiva en la parte de las rodillas, el tórax y la cintura (el celador colaborará).
- El celador volverá a etiquetar el cadáver por fuera de la mortaja con los datos personales, la fecha y hora en la que falleció y el nombre del médico que le trata.
- Finalmente, se tapará el cadáver con otra sábana y se colocará dentro de una bolsa con cremallera (el celador colaborará).

También existe un celador cuya función es la de trasladar al fallecido al mortuorio, tarea que deberá hacer de forma discreta. Una vez allí, el celador debe consignar los datos del fallecido en el Libro de Registro de Movimientos en Mortuorio, y debe hacerlo en letras mayúsculas y perfectamente legibles, con el fin de evita cualquier error.

El celador del mortuorio, además de sus tareas generales como celador, tiene asignadas otras específicas, que se pueden descomponer en tres bloques: anotaciones y comunicaciones, limpieza y aseo, y transporte. Respecto al primer bloque, el celador de mortuorio deberá llevar el libro de registro con todos los datos relativos al fallecido, en el que se incluirá la fecha y la hora de entrada al mortuorio,

así como la fecha y hora de salida de él. También será su responsabilidad el informar a los representantes de los servicios de funeraria de que conduzcan a los fallecidos de forma discreta.

Respecto a limpiar y asear, el celador de mortuorio será el encargado de asear a los fallecidos de forma periódica.

Finalmente, el celador de mortuorio tendrá asignadas tareas de transporte, entre las que están: subir los cadáveres a la cámara frigorífica cuando sea necesario, sacar los cadáveres de las cámaras frigoríficas dos horas antes de que los servicios de funeraria se los lleven para su incineración o entierro, e introducir los restos humanos en tubos herméticos para su posterior traslado.

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizadas todas las funciones que debe realizar un celador que trabaje con pacientes fallecidos, bien en la sala de autopsias, o bien en el mortuorio, cabe decir que su trabajo es muy importante y que debe seguir una serie de pautas para hacerlo de forma correcta.

La primera conclusión que se extrae de estas funciones es la de que el celador debe mostrar el máximo respeto hacia el paciente, y ello se debe mostrar no sólo en su transporte entre las dependencias del hospital, sino en las tareas de preparación del cadáver o amortajamiento. Es de destacar que la preparación del cadáver da como resultado la forma en que los familiares y seres queridos van a ver al difunto por última vez y es por ello por lo que se deben cuidar todos los detalles, pues supondrá una imagen difícil de olvidar y deberá ser tan parecida como sea posible con su aspecto antes de fallecer. Por ello, la dedicación de los celadores en emular un buen aspecto del cadáver es fundamental, y algo que los familiares agradecerán.

Por otro lado, los celadores serán los encargados de llevar la información con los datos del fallecido a la sala de autopsias o el mortuorio y de hacer el seguimiento de dicha documentación. Dado que en este trabajo se concluyen unas buenas prácticas para que los celadores realicen mejor su trabajo, cabe destacar un factor que, en ocasiones, y no intencionadamente, se puede olvidar, que es la discreción. El celador debe ser consciente de que los familiares de la víctima podrían no querer desvelar su fallecimiento, en cuyo caso el celador no debería comentar nada sobre su identidad. Un caso relacionado, pero con consecuencias peores

es el de que, en ocasiones, la familia del fallecido no ha sido aún avisada de la muerte del paciente -por diversas razones-. En estos casos es fundamental la discreción del celador con su entorno, pues no es la persona que debe informar a los familiares del trágico desenlace.

En relación con el punto anterior, el celador que se halla en la sala de autopsias debe ser discreto también. No sólo no debe revelar la identidad del fallecido, ni informar a los familiares, los cuales lo más probable es que ya estén enterados, sino que tampoco debe comentar las causas del fallecimiento. Esto es en especial importante cuando, precisamente, se trata de una persona públicamente conocida y no se quieren desvelar las razones por diversos motivos. En estos casos, puede que no se quiera revelar el resultado de la autopsia porque sea un caso mediático que esté siendo investigado o, simplemente, porque haya probabilidades altas de que la causa del fallecimiento sea por haber contraído una enfermedad de transmisión sexual, lo que puede dar lugar a multitud de teorías, cuyo único resultado es negativo para los familiares.

En resumen, las tareas del celador son fundamentales en la circunstancia de tener un fallecido en el hospital. Por ello, el celador no sólo tiene sus tareas generales diarias, sino que aquellos que trabajan en la sala de autopsias o en el mortuorio, tiene que saber realizar una serie de tareas específicas que se han recopilado en este trabajo. Para todas ellas deben destacarse dos valores a tener en cuenta por el personal celador: respeto y discreción.

6 Bibliografía

- Artículo 14.2 del Estatuto del personal no sanitario. Consultado el 30/01/2020.
- J. Jonj et al., "Death anxiety, exposure to death, mortuary preferences, and religiosity in five countries", Sci Data, 2019 Agosto, (1): 154.
- celadoresonline.blogspot.com
- Actuación del celador en relación con los pacientes fallecidos. Actuación en las salas de autopsias y los mortuorios (Tema 5). Temario Celadores. Confederación General del Trabajo – Sindicato de Sanidad de Las Palmas.
- D.A. Llorca, "Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud".
- D.M. Núñez, "Manual básico del Celador", ISBN: 978-1-4452-5373-2.
- A.R. Crespo, M.A. Tejado Alamillo, B. Rodríguez Ortuño, "Funciones del celador en la atención sanitaria", Primera edición, ISBN: 978147127354.

Capítulo 1664

ASEO DE UN PACIENTE ENCAMADO

ROSA MARÍA VALDÉS DÍAZ

JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ

MARIA ANGELINA GARCÍA RUBIO

ARAMI GARCÍA BORJAS

PATRICIA MONTES GAMEZ

1 Introducción

Según la Real Academia Española se define la higiene como:
1. Parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades.
2. Limpieza o aseo.
Cadencia de aseo:
• El cabello, al menos una vez a la semana
• Pies, diario
• Baño de limpieza en ducha, cama o bañera, diario
El aseo de un paciente, que por su patología no puede levantarse, se realiza en la cama, tarea que como norma general realiza la persona auxiliar de enfermería con ayuda del celador y supervisado por el personal de enfermería, (en ocasiones es el celador quien realiza la tarea en solitario).
Tomando como referencia el Estatuto de Personal no Sanitario, al celador se le atribuye en relación a este tema lo siguiente:

“Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de los supervisores de planta o personas que los sustituyan legalmente en sus funciones”.

El aseo se realizará preferentemente por la mañana, coincidiendo con el cambio de sábanas. En caso de necesidad se repetirá cuantas veces sea preciso.

Para realizar esta función es importante que los celadores conozcan los tipos de aseo y la forma correcta de llevarlos a cabo.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Preservar la salud de la piel eliminando la suciedad, el sudor y el mal olor; con una buena higiene se consigue que la piel realice eficazmente sus funciones :protección, absorción, secreción, regulación de temperatura corporal, y sensibilidad.

Objetivos secundarios:
- Reducir la posibilidad de desarrollo de bacterias, previniendo así la aparición de infecciones.
- Proporcionar bienestar al paciente, mejorar su calidad de vida y aumentar su autoestima.
- Estimular la circulación sanguínea favoreciendo el retorno venoso.

3 Caso clínico

Aseo de un paciente varón que por su patología tiene pautado reposo absoluto, por lo que éste debe de realizarse en la cama. El paciente es de avanzada edad, colaborador en la medida de sus posibilidades, portador de una vía intravenosa en el brazo derecho conectada a suero.

Las pautas a seguir, por parte del celador, en relación al aseo del paciente son:
• Lavarse las manos antes de iniciar el procedimiento.
• Preparar todo lo necesario con anterioridad al inicio del procedimiento: guantes no estériles, esponjas, jabón PH neutro, toallas, palangana con agua caliente, (37-40 grados, salvo indicación contraria), cepillo y pasta de dientes, vaso desechable, colonia, peine, tijera o tenacillas para uñas, crema hidratante, pijama y ropa de cama limpia, gasas no estériles,…etc.
• Cerrar puertas y ventanas. Evitar corrientes de aire.

• Ponerse guantes de un solo uso.
• Informar al paciente de lo que se va a hacer y solicitar su colaboración, en la medida de lo posible, estimulando así su autoestima y su autonomía.
• Respetar la intimidad del paciente, colocando un biombo o similar para preservarla.
• Sustituir la ropa sucia de la cama por una toalla.
• Durante el aseo respetará el pudor del paciente exponiendo sólo la zona del cuerpo que se está aseando, cubriendo el resto con una toalla o sabanilla.
• Posicionar al paciente, lo más cómodo posible, reducir al máximo los movimientos y realizar éstos con el máximo cuidado, teniendo especial precaución con la vía intravenosa. Para quitarle la chaqueta del pijama el celador debe de comenzar por el brazo que no porta la vía (izquierdo.), y para ponérsela lo hará al contrario, es decir, vestirá primero el brazo portador de la vía (derecho), pasando previamente el suero por la manga.

El aseo se efectuará en este orden: ojos, orejas, cara, cuello y hombros, brazos, manos y axilas, tórax, abdomen, piernas y pies, (cambio de agua) espalda, nalgas y región anal, (cambio de agua), y por último los genitales (esto se realizará siempre en la dirección de los genitales a región anal, y nunca a la inversa, para prevenir el arrastre de gérmenes).

El secado ha de ser minucioso, incidiendo en los pliegues (interdigitales, inguinales…etc.) para evitar la maceración de la piel que puede provocar la formación de úlceras. La humedad puede también facilitar la aparición de hongos.

El celador dará cuenta al personal de enfermería de cualquier anomalía detectada en el cuerpo del paciente: rojeces, úlceras, prurito…etc.

4 Discusión-Conclusión

Realizar una higiene diaria, y hacerlo de forma correcta, ayuda a preservar la integridad del sistema tegumentario (que está formado por la piel y sus anexos o faneras: pelo, uñas, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas), estimula el sistema circulatorio y reduce el desarrollo de bacterias previniendo la aparición de infecciones, proporciona confort y bienestar al paciente y aumenta su autoestima.

5 Bibliografía

1. Definición de “Higiene”, Real academia Española. https://dle.rae.es.
2. Archivo PDF “Aseo del paciente encamado”. Área de Salud de Plasencia. https://www.areasaludplasencia.es.
3. “Aseo del Paciente”, Celadores Online, 2017 http://celadoresonline.blogspot.com.
4. Varios Autores, “Manual del Celador de Instituciones Sanitarias; Editorial Mad S.L.; 1ª Edición revisada, Junio 2012. ISBN: 978-84-676-7921-2.

Capítulo 1665

LA CONVIVENCIA DE LOS PRODUCTOS TÓXICOS CON LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO

CRISTINA FERNANDEZ-SANZ ALVAREZ

1 Introducción

Estamos rodeados de productos tóxicos en la vida diaria y en el ámbito sanitario también. Estos peligros se deben por lo general a la contaminación de materiales tóxicos. Los productos tóxicos son sustancias que pueden ser absorbidas por el organismo y producir efectos dañinos inmediatos o demorados como quemaduras, reacciones alergicas, inflamaciones oculares, sistema nervioso, pulmonares etc.

2 Objetivos

- Analizar los productos tóxicos que afectan a los trabajadores del ámbito sanitario, sus efectos y sus consecuencias.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La realidad actual nos lleva a darnos cuenta que estamos rodeados de cada vez mas peligros tóxicos en el ámbito sanitario.
Para mitigar y paliar estos factores tóxicos debemos:
- Atender a las recomendaciones que se recogen en cada centro de trabajo u hospital sanitario.
- A los planes de actuación del centro sanitario
- A el buen estado del material del centro de trabajo sanitario
- A la seguridad de los equipos de trabajo que utiliza el trabajador sanitario en su centro de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Con todo ello, aplicando y respetando unas medidas de prevencion y una pautas a seguir podremos evitar que el profesional sanitario sufra lesiones físicas y psiquicas a corto y medio largo plazo, ya que unas buenas condiciones de seguridad en el centro de trabajo del personal sanitario y no sanitario es una premisa imprescindible para asegurar a los trabajadores sanitarios su salubridad y seguridad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1666

LAS TAREAS DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Mª LOURDES PÉREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La unidad de hospitalización es la parte del hospital destinada al ingreso del paciente. Consta de varios espacios: habitaciones para los pacientes, aseos, zonas sépticas, sala de curas, zona de enfermería y control, etc.

El celador realiza los traslados de los pacientes que son encomendados por el personal de enfermería. Estos traslados se realizan entre las distintas unidades de hospitalización a otros servicios del hospital (zonas de consultas o pruebas medicas). Durante el traslado el celador nunca debe abandonar al paciente y debe de tener en cuenta una seria de medidas de seguridad para evitar lesiones. El paciente debe estar bien sujeto y acomodado para evitar caídas.

La unidad del paciente es el conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el centro hospitalario. Por lo tanto, el numero de unidades del paciente será igual al numero de camas que tenga el hospital.

2 Objetivos

- Conocer y concretar las funciones y el rol del celador en la unidad de hospitalización.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador desempeña un papel fundamental en el área de hospitalización. Sus funciones vienen recogidas en el articulo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Dicho estatuto se plasmo en la Orden del Ministerio de Trabajo del 5 de Julio de 1971.
Cuando un celador comienza a trabajar en una unidad de hospitalización lo primero que debe hacer es presentarse a la supervisora/o de enfermería , ya que es el responsable principal del funcionamiento de la planta.
Una vez que le indican su cometido, se observa que las funciones a realizar por los Celadores en las habitaciones de los enfermos y zonas comunes de las Instituciones son muy variadas, pudiendo destacar, entre ellas:

- Cuidarán, al igual que el resto de personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de las persianas, cortinas y útiles de servicio en general.
- Servirán de ascensoristas cuando se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran.
- Realizar excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando la realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y ssilenco posible en tosas las dependencias de la Institución.
- Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material. Si detectaran que algún artículo del mobiliario (cortinas, persianas, mesilla, sillón…) de la Institución estuviera dañado lo pondrían en conocimiento de sus superiores.
- Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada mas que a las personas autorizadas,

cuidando que no introduzcan mas que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.
- Cuidaran que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que los necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.
- Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos para la realización de pruebas complementarias o consultas, no abandonándoles hasta que la persona responsable de las citadas pruebas o consultas se haga cargo de ellos.
- Ayudarán a las enfermeras y auxiliares de planta al movimiento, aseo y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón de sus dolencias, para hacerles la cama.
- Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por si mismos, atendiendo a las indicaciones de los Supervisores de planta o servicio o personas que los sustituyan legalmente en sus ausencias.
- Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo no pueda este ser movido solo por el enfermero o el auxiliar de enfermería, ayudaran en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de esos pacientes.
- Ayudarán al personal Sanitario o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.
- Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se requiera.
- Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
- Se abstendrán de hacer comentario con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Medico encargado de la asistencias al enfermo.
- También serán misiones del celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por su superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene como función principal la de vigilar y trasladar a los pacientes, cumpliendo con las normas y el mantenimiento del servicio.

Como se deduce de lo anteriormente expuesto, es esta una función extremadamente delicada en donde se ponen en juego los "valores humanos" de la persona del Celador, ya que debe informar, permitir o prohibir accesos, vigilar, inspeccionar, impedir comportamientos o acciones, etc. y a veces pueden parecer contradictorios con los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

6 Bibliografía

- Manual Celador de Instituciones Sanitarias (Editorial Mad)
- INSALUD. Celadores temario 1. Centro de estudios Adams. Temas 11, 12, 13, 14, 18.
- El celador en servicios especiales y centros de salud. Formación continuada Logoss. 13 edición. Temas 6,7,10.

Capítulo 1667

EL ROL DEL CELADOR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA NORMA SÁNTIBÁÑEZ MORANTE

1 Introducción

Durante la realización del trabajo de celador en las instituciones sanitarias nos encontramos con enfermos en una situación de enfermedad terminal. En la misma, concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la acción terapéutica.

Por las características del paciente nos encontramos ante una situación compleja que produce una gran demanda de atención y de apoyo, no sólo para él sino también para sus familiares, y a los que debemos responder adecuadamente.
Según la definición de la Organización Mundial de la Salud y de la Sociedad española de cuidados paliativos, "Enfermedad en fase terminal" es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses).

La Organización Mundial de la Salud también define la denominación general de "Cuidados Paliativos" como el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físico-psíquicos y las necesidades sociales.

Los elementos fundamentales que caracterizan la enfermedad terminal son:
- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.

- Ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y variables.
- Fuerte impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia del final de la vida.

2 Objetivos

En las situaciones de enfermedad terminal, la finalidad de la atención médica y del resto de profesionales que intervienen en la misma no es "el curar" sino el de "cuidar" al paciente, puesto que la enfermedad se presenta ya irreversible y se encamina, en un breve periodo de tiempo, a un desenlace que finaliza con la muerte del paciente.

Se trata, por tanto, de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que se produzca el deceso.
El objetivo principal del equipo multidisciplinar de atención al paciente paliativo, entre los que se encuentra la figura profesional del celador, debe estar coordinado y actuar en los siguientes objetivos fundamentales:
- Atención integral del paciente y su familia.
- Organización de la atención.
- Bienestar y confort del paciente durante todo el proceso asistencial.
- Control de los síntomas.
- Tratamiento del dolor.
- Apoyo emocional y comunicación.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha realizado una revisión sistemática de bibliografía científica y médica relacionada con el enfermo terminal y los cuidados paliativos: Scielo, Publimed, Cochrane, etc.

4 Resultados

En la "atención en cuidados paliativos" participa un amplio equipo profesional , especializado y multidisciplinar, (médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, psicólogos, celadores, etc.) que garantizan la finalidad de la acción paliativa.

Respecto al trabajo del celador, integrado en el equipo humano multidisciplinar de atención, éste deberá conocer los aspectos específicos relativos a este tipo de enfermos. El celador deberá dominar las técnicas adecuadas para su intervención con los mismos, siguiendo las instrucciones del resto del equipo respecto a las movilizaciones.

Deberá conocer las diferentes fases de la enfermedad terminal, tanto a nivel físico como psicológico, estableciendo como uno de los objetivos fundamentales la importancia de la "Comunicación" con el paciente y su familia, teniendo en cuenta aspectos de la comunicación tanto verbal como no verbal, actuando de forma respetuosa y amable.

5 Discusión-Conclusión

En esta situación tenemos que tener en cuenta las dificultades y la problemática que afecta, no solo al enfermo, sino a los familiares que se enfrentan a estas duras circunstancias, valorando la enorme carga psicológica que ello supone.

Por ello el celador deberá actuar mostrando respeto y empatía hacia ellos, ayudándoles en todo lo que sea necesario, guardando discreción, creando un clima de respeto, manteniéndo el confort y proporcionándole tranquilidad y descanso.

Deberán comunicarse con el enfermo, evitando que se sienta solo, apoyándole psicológicamente tanto a él como a su familia. En proceso asistencial se adoptarán todos los recursos y medidas necesarias disponibles para buscar el bienestar del paciente, con el menor sufrimiento posible, minimizando también así el sufrimiento de la familia, que podrá sentirse respaldada y reconfortada

6 Bibliografía

1.Sociedad española de Cuidados paliativos (SECPAL) . Guías clínicas SECPAL. www.secpal.com
2.Sanz Ortiz, J. Principios y Práctica de los Cuidados Paliativos(Editorial) Medicina Clínica (Barcelona) 3.Montoro J.G. El enfermo terminal y la asistencia sanitaria. Recursos para atender al enfermo crónico avanzado (servicios y programas).
Cursos de medicina paliativa en atención primaria. Universidad M.Hernández. Alicante, 2000.

4.Castejón Bolea R; Alemany Agullo J.; Blanquer Gregori J.J. et al. La atención al paciente con cáncer en sus últimos días de vida. (II): Apoyo emocional y comunicación. Revista valenciana de medicina de familia, 2000
5.Rodrigues, A. (2010). El cuidador y el enfermo en el final de la vida. 27/01/2020, de SCielo Sitio web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=
sci_arttext&pid= S1695- 61412010000100022
6. Sanz Ortiz, J. La comunicación en Medicina Paliativa (Editorial) Medicina Clínica (Barcelona), 1992.
7. Estrategia en Cuidados Paliativos Del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Capítulo 1668

MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS EN EL ÁMBITO FUNCIONAL DEL CELADOR.

MARIA ONELIA ALVAREZ ALVAREZ

MARÍA DEL CARMEN VILLAR ÁLVAREZ

1 Introducción

Entre las funciones que el artículo 14.2 del Estatuto del Personal no Sanitario confiere al celador se encuentran la participación en el movimiento, traslado, aseo y baño de enfermos encamados; tareas éstas que requieren en muchos casos esfuerzo físico por parte del personal, y que de ser ejecutadas de forma incorrecta son susceptibles de dar lugar a lesiones en el sistema musculoesquelético.

2 Objetivos

- Conocer y aplicar las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañen riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.
- Saber los protocolos de actuación frente a la movilización de pacientes para evitar lesiones en el sistema musculoesquelético que puedan afectar a la salud del trabajador, y para evitar bajas por accidente de trabajo, habida cuenta de la notable repercusión que los sobreesfuerzos tienen en el conjunto de accidentes de trabajo registrados en nuestro país.

3 Metodología

Se ha procedido a una investigación consistente en una revisión sistemática de los estudios estadísticos publicados en relación a la siniestralidad laboral en España durante el año 2018, atendiendo a la naturaleza y origen de los accidentes, así como a su distribución por sectores.

4 Resultados

Para la realización de dicho capítulo se ha observado que durante el año 2018 tuvieron lugar un total de 532.977 accidentes de trabajo con baja, de los cuales 195.852 tuvieron por causa el sobreesfuerzo físico sobre el sistema musculoesquelético, es decir, un 36,75% del total de los accidentes de trabajo con baja que tuvieron lugar durante el citado año tuvieron su origen en esta causa.

El sector de actividades sanitarias acredita un total de 10.242 accidentes de trabajo con baja motivados por sobreesfuerzo, es decir un 5% del total de accidentes de trabajo que tienen su origen en esta causa.

Se han estudiado las funciones que el artículo 14.2 del Estatuto del Personal no Sanitario confiere al celador entre las cuales se encuentran las definidas en los puntos 13, 14 y 17 que implican la movilización de enfermos encamados y que son susceptibles de producir lesiones en el sistema musculoesquelético.

El celador deberá conocer y aplicar los protocolos de actuación frente a la movilización de un paciente y a la movilización/elevación de cargas de forma que cuando sea requerida su ayuda para la movilización, traslado, aseo o baño de enfermos encamados, tenga el conocimiento necesario y esté en disposición de hacer las tareas indicadas de forma que suponga la mayor comodidad para el enfermo y garantizando la salud e integridad física del celador, evitándose de esta manera la pérdida de horas de trabajo por motivo de baja médica.

5 Discusión-Conclusión

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece en sus artículos 18 y 19 las obligaciones en materia de formación e información al trabajador, el celador debe asegurarse por tanto de recibir, en el caso que nos ocupa, la información y formación relevante en materia de movilización de enfermos y manipulación

manual de cargas, esta formación deberá de ser teórica e incluir también las correspondientes prácticas con el fin de que el celador quede en disposición de hacer frente a estas tareas con la máxima comodidad para el enfermo y garantizado su integridad física.

6 Bibliografía

- Estatuto del personal no Sanitario.
- Estadística de Accidentes de Trabajo durante el año 2018. Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social.
- R.D. 487/1997 sobre disposiciones mínimas de Seguridad y Salud relativas a la manipulación manual de cargas.
- Guía Técnica de Manipulación Manual de Cargas del INSHT.
- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.
- Traslado y Movilización de Enfermos. Fco. Javier Soriano Narvaez. Fco Javier Soriano Delgado. Rafael Barrales Fernández.

Capítulo 1669

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE CONTAGIOSO

MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ

MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ

ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ

1 Introducción

Las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos patógenos como bacterias, virus, hongos y parásitos. Un paciente contagioso es aquel que tiene una enfermedad que puede transmitir fácilmente a otra persona, ya sea a personal sanitario o a las propias visitas Por lo tanto, es muy importante conocer las medidas de prevención y aplicarlas correctamente. Para ello, debemos separarlos del resto de las personas (exceptuando al personal sanitario). Se le colocará en habitación y condiciones adecuadas con la finalidad de evitar contagios. Estas personas permanecerán aisladas hasta que desaparezca la enfermedad, la curación debe ser total, tanto clínica como microbiológica.

Las precauciones específicas o aislamiento, son precauciones basadas en la transmisión de agentes específicos y están diseñadas para pacientes conocidos o sospechosos de estar infectados o colonizados por dichos patógenos altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes, para los cuales, además de las precauciones estándar, son necesarias otras adicionales para evitar la transmisión en el hospital.

El aislamiento tiene como finalidad interrumpir la cadena epidemiológica, separando la fuente o reservorio y cortando el mecanismo de transmisión. Pretende lograr los siguientes fines:
- Si el paciente padece una enfermedad infecciosa, evitar que la transmita.
- Si el paciente presenta un estado de inmunosupresión, evitar que se contagie con algún germen del ambiente.

2 Objetivos

- Evitar la transmisión de enfermedades, tanto a pacientes como a trabajadores a través de medidas razonables y efectivas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y libro de estudios Logos.

4 Resultados

El celador ante los pacientes contagiosos debe colaborar en la movilización y aseo con las enfermeras y auxiliares. Para ello deberá estar uniformado para entrar en contacto con los distintos tipos de aislamiento, que pueden ser:

Aislamiento estricto: se transmite por contacto directo y por vía aérea.
El protocolo a seguir:
- Lavado de manos al entrar y al salir de la habitación.
- Habitación individual e instrumental individual.
- Colocación de bata, guantes, gorro, mascarilla y calzas.
- La ropa se depositará en contenedores preparados a la salida de la habitación, si es posible, habiendo antesala.
- Puerta cerrada con letrero aislamiento estricto.

Aislamiento protector o inverso: destinado a pacientes inmunes, como son, trasplantados o tratamiento de quimioterapia.
El protocolo incluye:
- Lavado de manos al entrar y al salir de la habitación.
- Habitación individual e instrumental individual.
- Colocación de bata, guantes y mascarilla.

- Las visitas estarán controladas y protocolizadas.
- La ropa se depositará en contenedores preparados a la salida de la habitación, si es posible, habiendo antesala.

Aislamiento entérico: es la transmisión a través del contacto con heces infectadas o de objetos contaminados por heces.
El protocolo incluye:
- Lavado de manos al entrar y al salir de la habitación.
- Colocación de bata y guantes cuando haya contacto directo con heces.
- Se utilizará lejía para desinfectar el inodoro, la cuna, etc.
- Las ropas para su limpieza se transportan en bolsas de papel y luego se sumergen en soluciones antisépticas.
- Vajilla y cubiertos individuales.

Aislamiento respiratorio: la vía de transmisión es el aire o las gotas al toser o estornudar.
El protocolo incluye:
- Lavado de manos al entrar y al salir de la habitación.
- Habitación individual y puerta cerrada.
- Los enfermos que estén contaminados por el mismo germen pueden compartir habitación.
- Uso de mascarillas.
- El traslado de pacientes siempre debe ir cubriendo la boca y nariz de enfermo con mascarilla.

Aislamiento cutáneo-mucoso: se transmite por contacto directo con grandes heridas infectadas, grandes quemados y drenajes purulentos.
El protocolo incluye:
- Lavado de manos al entrar y al salir de la habitación.
- Colocación de bata, guantes y mascarilla.
- Las curas se realizan en último lugar.
- La ropa de cama se trata como contaminada.
- Se aconseja habitación individual.

5 Discusión-Conclusión

Por las características del enfermo contagioso, el celador debe ayudar a la enfermera y auxiliares en la movilidad y aseo del paciente. Este tipo de enfermos ha

de recibir los mismos cuidados que otro tipo de enfermos y a veces incluso mayores, siempre teniendo en cuenta mantener las normas de aislamiento que sean necesarias. Nunca debemos tomar una actitud de rechazo, puesto que esto podía hacerle sentir culpable, angustiado o avergonzado.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1670

CELADORES ANTE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES Y DE TRANSMISIÓN SANGUÍNEA

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

FRANCISCO JAVIER PEREZ CASTRO

MARTA JURADO PARAMAS

1 Introducción

El celador está expuesto en su puesto de trabajo al contagio de diversas enfermedades al contactar, durante el desarrollo del mismo, tanto con sangre y derivados como con el instrumental susceptible de estar contaminado, así como directamente con enfermos cuyas patologías, en ocasiones, resultan difíciles de anticipar y consecuentemente, evitar sus riesgos. Esto se hace especialmente patente en servicios como urgencias donde el celador suele ser el primer contacto del enfermo con el medio sanitario. En ese primer contacto desconocemos qué enfermedad le hace acudir al hospital o si ésta es contagiosa. Hablamos de todo tipo de patologías, siendo las más frecuentes las víricas, como hepatitis B y C, Delta y el VIH (sida). Asimismo, las enfermedades nosocomiales, aquellas que son propias de los hospitales, contagian anualmente a un 6,7 de los usuarios de los mismos, siendo un foco de riesgo para todo el personal sanitario.

2 Objetivos

- Examinar tanto los riesgos ante los que se enfrentan los celadores en contacto con pacientes como las medidas de las que disponen para evitarlos.

3 Metodología

Analizamos tanto la bibliografía existente sobre las enfermedades nosocomiales y el contagio de las enfermedades víricas más comunes, como la abundante información que las autoridades sanitarias se encargan de difundir sobre las mismas, así como algunas ponencias sobre derecho sanitario en las que se ven reflejados tanto los riesgos inherentes al trabajo en centros hospitalarios como la legislación aplicable en caso de contagio o accidente. Todo ello con el fin de crear un mapa tanto de los peligros como de las soluciones o elementos preventivos con los que contamos los celadores. La mayor parte de estos textos se consiguen gracias a la búsqueda de textos relacionados con el tema a través de motores de búsqueda como Medes o Google Académico.

4 Resultados

Tras analizar las distintas vías de contagio, vemos que las enfermedades de etiología vírica son las que tienen más posibilidades de contagiar al personal celador, haciendo necesario que este siga las normas de bioseguridad recomendadas, utilice las profilaxis estipuladas y sea totalmente consciente de la importancia de los hábitos de higiene en el desarrollo de su trabajo, así como de la responsabilidad individual que tiene en todo el proceso de infección. Si bien no podemos evitar totalmente las enfermedades nosocomiales, sí podemos hacer todo lo posible por evitarlas y debemos conocer sus riesgos. El celador está expuesto en su trabajo a las enfermedades de transmisión, especialmente a las víricas, así como a la sangre de pacientes infectados.

Por contacto directo, puede contagiarse de:
- Infecciones respiratorias como la influenza, los rinovirus y gastrointestinales como los norovirus.
- Hepáticas como la Hepatitis, al contactar con sangre o secreciones de personas infectadas.
- El SIDA , causado por el VIH, por contacto directo con sangre.

El celador está en riesgo de contraer enfermedades nosocomiales, aquellas que son específicas de los hospitales y se adquieren en el. Pueden tener su origen en virus, hongos y parásitos, y el medio de contagio para el trabajador sanitario o aquel que desarrolle su labor en ese ambiente suele ser la infección cruzada: contraído por contacto con otra persona.

Las enfermedades nosocomiales, al estar en un ambiente pleno de antibióticos y donde se congregan multitudes de personas con distintas patologías desarrollan una gran resistencia , especialmente a antibióticos.

Los agentes patógenos más comunes en las enfermedades nosocomiales:
- Bacterias comensales: se encuentran en la flora de las personas sanas. Por ejemplo, los estafilococos cutáneos pueden llegar a causar infección urinaria (escherichia coli intestinal).
- Bacterias patógenas: más agresivas, como las grampositivas que colonizan piel y nariz dando lugar a múltiples enfermedades, algunas de ellas resistentes a antibióticos.
- Virus: Hepatitis, Ébola, herpes, influenza, enterovirus, VIH.
- Parásitos como la Candida albicans , hongos como el Aspergillus spp, o el arador de la sarna.

Cabe indicar que la resistencia bacteriana, causada por un uso irracional de los antibiótico, hace que cada año casi 700.000 personas fallezcan a causa de infecciones que tienen su base en bacterias resistentes a los medicamentos actuales. Muchas de las bacterias que sólo existen en el medio hospitalario pertenecen a esta distinción, por lo que, como celadores, habrán de extremar la limpieza de manos y, en general, extremar las medidas higiénicas en todas sus funciones para procurar frenar, en lo posible, la diseminación de estas bacterias.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe tener formación específica sobre las enfermedades de contagio, la obligación de conocer su modo de expansión, cómo evitarlo, así como del uso de los elementos Epis que hacen de barrera entre el trabajador y la enfermedad.

El lavado de manos, así como otras medidas higiénicas es imperativo en el día a día del trabajo del celador, tanto por evitar el contagio como para evitar ser un foco de contagio para los pacientes.

El celador tiene derecho a recibir información puntual sobre evolución de infec-

ciones y posibles resistencias de las mismas, con el fin de poder determinar qué medidas de protección individual adoptar para salvaguardar su seguridad.

Medidas a tomar :
- La formación de todo el personal, incluidos por supuesto, celadores, sobre estas enfermedades y vías de contagio de las mismas.
- El lavado de manos, que es la principal profilaxis que podemos tomar para evitar contagiarnos.
- Tener siempre a mano antisépticos al lado de camas y puntos estratégicos.
- Uso de elementos de protección individual según sean requeridos: mascarillas, guantes y batas.
- Revisiones médicas periódicas del personal.

6 Bibliografía

1. VArgas Ciro M. Infecciones nosocomiales. Perú.; 2016. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000300001&lng=es
2. Serrano Martínez S. Estudio sobre el uso de dispensador de gel alcohólico entre profesionales sanitarios a lo largo de la jornada laboral. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/176854/TFG_2018_SerranoMartinezSara.pdf?sequence=1
3. Endrino Heredia S. Prevención y riesgos asociados a enfermedades nocosomiales. Disponible en : http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1286/1/TFG_EndrinoHeredia%2cSonia.pdf

Capítulo 1671

SALUD EMOCIONAL.

ROSALIA VILLABRILLE MARTÍNEZ

MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ

1 Introducción

La existencia de un gran número de dolencias psicosomáticas, producto de la exigencia de la sociedad actual, y en lo referido al ámbito laboral, sujeto a las constantes transformaciones en la organización y en las demandas del trabajo, ha facilitado la difusión y la popularización de un término con el que se define esta situación: el estrés.

No todo el estrés es perjudicial por definición, dependerá del tipo de situación que origina, lo llamaremos situación estresora o estresor, de la interpretación que hagamos podemos valorarlo como un reto o como una amenaza y de nuestra respuesta y, consecuentemente, del nivel de estrés que experimentemos.
Hablaremos entonces de dos tipos de estrés:

EUSTRÉS:
Es el nivel de activación del organismo necesario y óptimo para llevar a cabo nuestras actividades cotidianas, especialmente aquéllas que requieren una respuesta inmediata.
Sería el nivel de respuesta proporcional al estímulo, que cumpliría con una función adaptativa y ayudaría al individuo a enfrentarse con éxito a la situación.

DISTRÉS:
Es un nivel de activación del organismo, a nivel físico y psicológico, excesivo o inadecuado a la demanda de la situación, y que si se prolonga puede tener conse-

cuencias negativas para la persona. En ello tienen mucho que ver las demandas del entorno y los recursos propios para afrontarlas, así como nuestra propia valoración al respecto.

2 Objetivos

Revisión bibliográfica sobre las consecuencias cognitivas y las consecuencias físicas del estrés laboral.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Consecuencias cognitivas:
Algunos estudios se han focalizado más en las consecuencias cognitivas que implican problemas de memoria (lapsus y olvidos selectivos de información relacionada con el ámbito laboral), dificultad para centrar la atención en temas laborales, problemas de concentración y un decremento en la capacidad para realizar varias tareas a la vez

- Consecuencias físicas:
Otros trabajos se han interesado más por las consecuencias físicas del estrés laboral y han propuesto que la persona a menudo se queja de insomnio, indicadores cardiovasculares anormales, padecimiento de hipertensión y diabetes, problemas de tiroides, y en una gran mayoría, surge sintomatología de enfermedades dermatológicas, así como dolores de cabeza y cefaleas tensionales

5 Discusión-Conclusión

En general, se puede concluir que el estrés laboral no es siempre negativo sino que depende de la intensidad, la duración y la función adaptativa de la respuesta de estrés en sí misma. Además, son muchas las investigaciones destinadas a esta temática por lo que podemos usar de forma proactiva el conocimiento actual de sus causas, síntomatología y consecuencias con el fin de intervenir tempranamente y evitar que el estrés laboral interfiera en nuestra salud, física y psicológica.

6 Bibliografía

- https://www.mc-mutual.com
- https://blog.neuronup.com/estres-laboral/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1672

EL CELADOR Y LA ERGONOMÍA APLICADA A LA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS

SANTIAGO DIAZ CANOSA

SERGIO BRAOJOS MENÉNDEZ

1 Introducción

La Ergonomía Ciencia que estudia la capacidad fisiologica y psicología del hombre en relación con su trabajo y la maquinaria o equipo que maneja, y trata de mejorar las condiciones que se establecen entre ellos.En términos mas sencillos es la ciencia de la adaptación del trabajo al hombre.

Derivado del griego ἔργον (ergon, 'trabajo') y νόμος (nomos, 'ley'), el término denota la ley o norma del trabajo. Es una disciplina sistemáticamente orientada, que ahora se aplica a todos los aspectos de la actividad humana con las máquinas.

La ergonomía como disciplina que se encarga del diseño de lugares de trabajo, herramientas y tareas, de modo que coincidan con las características fisiológicas, anatómicas, psicológicas y las capacidades de los trabajadores que se verán involucrados tiene una transcendencia integral en la manipulación manual de cargas en la búsqueda de la optimización de los tres elementos del sistema (humano-máquina-ambiente), para lo cual elabora métodos de la persona, de la técnica y de la organización.

2 Objetivos

- Establecer una relación directa entre la ergonomía,como ciencia interdisciplinar, y la correcta manipulación manual de cargas así como implantar unas disposiciones mínimas de seguridad y salud aplicando correctos métodos de trabajo relativos a prevenir o reducir los factores de riesgo derivados de la manipulación manual de cargas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La ergonomía actualmente tiene carácter interdisciplinar ya que evalúa y analiza diversos campos científicos como medicina,estudiando las lesiones,enfermedades o riesgos derivados del trabajo;la anatomía,aplicando una correcta mecánica corporal y estableciendo normas higiénico-posturales o ciencias como la piscología o sociología analizando la conducta humana,así como leyes o principios matemáticos o físicos que rigen fenómenos o acciones.

A la hora de planificar y diseñar un puesto de trabajo,no se tiene en cuenta a las personas,ya que son diferentes unas a otras. Cada vez que realicemos un estudio ergonómico de un puesto de trabajo tendremos en cuenta las características de la persona:peso,talla,edad,sexo,resistencia física etc.

Una de las funciones del celador,consiste en el traslado de los pacientes de un lugar a otro del centro sanitario,así como la manipulación y movilización de enfermos o cargas en numerosas ocasiones durante la jornada laboral.
Entendemos por carga cualquier objeto susceptible de ser movido o trasladado.

Uno de los factores mas importantes,a la hora de evaluar el riesgo en la manipulación manual,es el peso de la carga, considerando cargas los objetos que pesen mas de 3 kg.El peso máximo que se recomienda no sobrepasar

es de 25 kg,siempre en condiciones ideales de manipulación(carga pegada al cuerpo,agarre firme,levantamientos suaves y espaciados y condiciones ambientales favorables).

El mayor peso teórico recomendado es de 25 kg, bajo condiciones ideales,que corresponde a la posición más favorable de la carga,es decir pegada al cuerpo y a una altura comprendida entre los codos y los nudillos.
Existen circunstancias especiales,trabajadores sanos y entrenados ,en la cual,podrían manipular cargas de hasta 40 kg,siempre que se realice en condiciones seguras.

Es preciso que el celador en el ejercicio de esta función conozca las medidas a adoptar para evitar las posibles lesiones que se derivan de una incorrecta práctica. La manipulación de manual de cargas puede ser responsable de la aparición de múltiples lesiones o accidentes laborales y enfermedades en la columna vertebral y en las articulaciones.

Las lesiones más frecuentes son daños en los miembros superiores y la espalda,especialmente dorsolumbares y el riesgo puede presentarse en los siguientes casos:
Según Características de la Carga:
- Cuando la carga es demasiado pesada o demasiado grande
- Cuando ésta en equilibrio inestable o su conetindo corre el riesgo de desplazamiento
- Cuando es voluminosa o difícil de sujetar
- Cuando la manipulación de la carga exige la adopción de posturas de torsión o inclinación del tronco
- Cuando la carga debido a sus características y condiciones exteriores puede ocasionar lesiones al trabajador,en particular golpes o impactos.
- En función de las condiciones y características del medio de trabajo los riesgos pueden aumentar en los siguientes casos:
- Cuando el espacio libre resulta insuficiente,en especial espacio vertical para el ejercicio de la actividad
- Cuando el suelo es irregular,con apoyos inestables o el plano de trabajo presenta desniveles,puede dar lugar a tropiezos o resbalones.
Cuando la temperatura,humedad,iluminación o la circulación del aire no son adecuadas.
Debemos tener en cuenta un componente de riesgo asociado directamente a las características de cada persona que realiza la acción y que constituyen los fac-

tores individuales de riesgo:
- La falta de aptitud fisica para realizar las tareas.
- La inadecuación de ropas,calzado u otros efectos personales que lleve el trabajador.
- La insuficiencia o inadaptación de los conocimientos o de la formación.
- La existencia previa de patología dorsolumbar.

5 Discusión-Conclusión

La formación en esta materia será indispensable, pues de ello dependerá la salud del profesional.Se deberá fomentar la correcta y continua formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en esta materia.
El ahorro en bajas laborales y los beneficios evidentes en calidad y eficiencia en el propio trabajo serán las aportaciones indiscutibles de esta medida.
Modo de realizar una correcta manipulación manual de cargas.
Como norma general es preferible manipular las carags cerca del cuerpo,a una altura comprendida entre la altura delos codos y los nudillos,ya que de este modo disminuye la tensión en la zona lumbar.
Si las cargas que deben ser transportadas están en el suelo o situadas cerca del mismo se usarán las técnicas de manejo de cargas que permitan utilizar los músculos de las piernas más que los de la espalda.
Método general para el levantamiento de cargas en situaciones normales:
1. Planificar Levantamiento
2. Colocación de los pies:Separar los pies proporcionando una postura estable y equilibrada
3. Adoptar la postura de levantamientro:Doblar las piernas manteniendo la espalda derecha y mantener el mentón metido.(de esta manera nos permite utilizar los músculos de las piernas)
4. Agarre firme.El mejor agarre es probablemente el agarre de “gancho”,aunque dependerá de cada trabajador,lo importante es que sea seguro
5. Levantamiento suave;alzarse suavemete,por extensión de las piernas,manteniendo la espalda derecha.Evitar dar tirones o movimientos bruscos.
6. Evitar giros
7. Carga pegada al cuerpo.Mantenerla pegada al cuerpo durante todo el proceso de levantamiento
8. Depositar la carga

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo(Centro Nacional de Nuevas Tecnologías) Manipulación manual de cargas,Guía Técnica del INSHT.
- Guía Técnica sobre manipulación manual de cargas(ed 2003)Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad en el trabajo
- Guía sobre manipulación manual de cargas.Secretaría de Industria, Innovación, Salud Laboral y Medio Ambiente de UGT Aragón(ed 2009)
- Estatuto personal no Sanitario al servicio de las instituciones de la seguridad social(EPNS 22 julio 1971 14.2)
- Ley 31/1995 8 de Noviembre de prevención de riesgos Laborales
- Real Decreto 487/1997 14 de Abril de manipulación manual de cargas
- Bases de datos de Mutuas y servicios de prevención(Fremap)www.preveniónFremap.es Plan de Actividad de la Seguridad Social 2019/2020

Capítulo 1673

EL CELADOR COMO MIEMBRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LA UVI

YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ

NURIA SANCHEZ LOBO

PABLO ALVAREZ MURCIANO

1 Introducción

Un equipo multidisciplinar es aquel formado por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, donde uno es el responsable, aunque necesita del resto para llegar a su fin, en este caso el celador junto con auxiliares, enenfermeras/os y medicas/os forma parte del equipo de la UVI.

El celador en la UVI debe de tener un buen conocimiento de las técnicas de movilización de pacientes, manejarse bien con los distintos equipos de transferencia e integrarse en un equipo de sanitarios siendo él parte del personal no sanitario.

Para que el equipo multidisciplinar de la UVI funcione es imprescindible la participación e integración de todas y cada una de las personas que lo forman incluyendo al celador. La perfecta integración de todos en este equipo hara que el

funcionamiento sea en cadena de manera ágil y eficaz mejorando la calidad del servicio.

2 Objetivos

Como ya hemos dicho un equipo multidisciplinar es aquel que esta formado por diferentes profesionales de distintas disciplinas, donde uno esta al mando pero necesita al resto para conseguir su objetivo. Por eso es tan importante el aporte del celador especialmente en lugares tan peculiares y delicados como la UVI.

Para lograr un buen funcionamiento y una buena atención de la UVI es necesaria la participación y plena integración de todas y cada una de las personas que forman el equipo. El celador como parte de ese equipo deberá:
-Tener un buen conocimiento de las técnicas de movilización de pacientes.
-Conocer y manejar bien los distintos equipos de transferencia como grúas, transfer, etc.
-Manejarse en sincronización con los distintos miembros del equipo.

3 Metodología

Basado en una revisión bibliográfica ampliado con la experiencia adquirida como celador en la UVI del hospital universitario de Cabueñes.

4 Resultados

La UVI es un área específica donde el celador debe ser especialmente conocedor de sus funciones para así integrarse perfectamente en el equipo multidisciplinar de la UVI de manera ágil y eficaz. La calidad y eficacia de este servicio depende de todos y cada uno de sus miembros.

5 Discusión-Conclusión

La perfecta integración del celador como miembro del equipo multidisciplinar en la UVI ayuda a mejorar la eficacia y calidad del servicio prestado a pacientes tan delicados como podemos encontrar en este servicio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1674

EL PERSONAL EN EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS.

JUAN JESÚS GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El aislamiento es un grupo de procedimientos que junto a otras medidas se aplica a los pacientes que padecen una enfermedad transmisible para evitar su contagio.

Todo el personal está en la obligación del cumplimiento de las normas que se deben de tomar en el hospital para evitar la propagación de las enfermedades infecciosas en las distintas estancias y servicios hospitalarios.

La fuente de infección se separa de la persona susceptible de enfermar, para obstaculizar el paso del agente causal se interpondrán barreras mecánicas y los tipos de aislamientos que se aplicarán en cada caso y estarán acreditados por los servicios de medicina preventiva.

Todas las obligaciones indispensables que tanto el personal no sanitario, como el resto de personal debe de cumplir se tienen que respetar en el momento de tratar con el paciente. Cualquier técnica mal realizada puede desencadenar en un empeoramiento y un grado de peligrosidad tanto para el paciente como para el personal sanitario.

2 Objetivos

- Reducir el riesgo de infección para pacientes, personal sanitario, no sanitario y los visitantes.
- Mermar la incidencia de las infecciones nosocomiales.
- Prever y controlar los posibles brotes epidemiológicos.
- Mejorar la calidad del paciente.
- Predeterminar los protocolos del personal sanitario y no sanitario. Todos esto llevado a cabo los diferentes tipos de aislamientos para cortar la vía de trasmisión.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en base de datos : Medline y Scielo. También se empleó el buscador de Google Académico, consulta exhaustiva de guía y protocolos hospitalarios.

4 Resultados

El aislamiento podrá contener dos finalidades que darán lugar a dos técnicas diferentes de aislamiento en las cuales el personal debe estar preparado para llevarlas correctamente a cabo. La primera será el aislamiento común o de barrera que separa pacientes contagiosos para no transferir enfermedades a personas sanas. La segunda es el aislamiento protector o inverso que separa al paciente inmunodeprimido para protegerlo de las posibles enfermedades transmisibles. Este tipo de medidas se emplean para proteger al propio paciente ya que sufre una deficiencia en su sistema de defensa, lo que se conoce como paciente inmunodeprimido o con depresión inmunológica.

El paciente estará en una habitación individual con lavabo en su interior, la puerta permanecerá cerrada, tendrá todo el material clínico exclusivo para él y la presión de la habitación será positiva impidiendo así la entrada de algún germen al abrir la puerta. Será obligatorio el lavado de manos antes de entrar a la habitación al igual que el uso de bata, guantes, gorro, mascarilla y calzas. Toda la ropa y guantes serán retirados al salir de la habitación en el contenedor especial preparado para ello.

Existe un tipo de normas generales en relación a estos tipos de aislamiento respecto a la habitación que serán: puerta cerrada, técnica doble bolsa. Dentro de las normas generales respecto al personal sanitario y no sanitario encontramos:

lavado de manos, bata, guantes, mascarilla, gorro y calzas. En cuanto al paciente cabe destacar el uso de servicios de comidas desechables, materiales y objetos fáciles de desinfectar, indicar al paciente medidas higiénicas adecuadas y explicar a las visitas las normas que deben cumplir.

5 Discusión-Conclusión

Tratar de reducir la transmisión de enfermedades transmisibles es un objetivo prioritario. El personal tomaá las medidas de una correcta utilización de los equipos de protección que mitigan y eliminan el riesgo de contagio y conocer lo importante que es la participación del personal sanitario y no sanitario en el desarrollo de los protocolos o medidas protectoras en los aislamientos ya que podrán participar de forma activa en la creación de nuevos protocolos y en el buen mantenimiento de éstos.

El paciente contagioso debe de percibir los mismos cuidados que otro tipo de paciente e incluso mayores ya que su situación respecto a los demás no es la misma. Nunca se deberá de tomar ninguna aptitud de rechazo ante un paciente de este tipo y al igual que con él actuaremos ante sus familiares demostrando empatía y afinidad.

6 Bibliografía

- www.adeci.org.ar.normasmedidasdeaislamientoparahospitales.
Parte4. Alvarez Tuñon 2 (2007).guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Consejería de salud y servicios sanitarios hospital del Valle del Nalón. Asturias.

Capítulo 1675

EL PACIENTE CRÍTICO. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA UCI

AMELIA REYES AMADO AMADO

MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ VALLINA

BEATRIZ MAESTRE CARRACEDO

BEGOÑA MENENDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La primera concentración de enfermos críticos en un área común dotada de mayores recursos se remonta a la guerra de Crimea (1854-1856). Esta idea fue evolucionando hasta que en los años 50-60 se crearon las primeras Unidades de Cuidados Intensivos.

En España, la primera UCI se creó en 1966 en la Clínica de la Concepción de Madrid. La Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) o también identificada como Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio especializado en la asistencia y vigilancia a pacientes críticos. Está formada por un equipo de especialistas en Medicina Intensiva, diplomados en Enfermería, auxiliares de clínica y personal celador que tiene unas funciones especificas relativas a este ámbito. Son servicios que atienden tanto a pacientes médicos como quirúrgicos, con el factor en común de su carácter crítico y potencialmente recuperable.

La ubicación de la UVI debe tener fácil acceso tanto al servicio de Quirófano, como desde el servicio de Urgencias. El paciente critico es una persona cuyo

estado de salud está en situación de inminente peligro de muerte por lo cual debe acceder a un tratamiento que requiere una atención exhaustiva y constante por parte de un equipo de profesionales sanitarios.

A menudo también implica el uso de equipamiento especializado como monitores, sondas de alimentación, catéteres y respiradores que pueden ser necesarios para mantener al paciente con vida, por estos motivos y ante la vigilancia continua que su estado requiere el tratamiento se realiza en una Unidad de Cuidados Intensivos.

2 Objetivos

- Determinar la función de actuación del celador en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Describir la función del servicio de UCI.
- Conocer la estructura de la UCI.
- Describir la relación de comunicación paciente, personal de la UCI y familia.
- Valorar el beneficio de estos cuidados en pacientes críticos.

3 Metodología

Se realizo una búsqueda bibliográfica sobre las funciones y actuación del celador con relación al paciente crítico en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos. Para ello se utilizaron diferentes publicaciones en páginas web, junto con artículos de revistas y manuales de celador, así como bases de datos informatizadas (Pubmed y Dialnet). Se aplicaron varios filtros y criterios de inclusión y exclusión: texto completo y gratuito en idioma español. Palabras clave: Critico, celador, paciente, funciones, UCI, familia.

4 Resultados

Ante estos pacientes críticos el celador debe cumplir una serie de funciones y responsabilidades:

- Realizara labores de colaboración en la higiene, con los auxiliares de enfermería y enfermería.
- Realizara el traslado de pacientes a otros servicios intrahospitalarios, siempre acompañado por el personal de enfermería.

- Ayudara a la movilización de pacientes siendo el encargado del funcionamiento de la grúa para la movilización del enfermo.
- Traslado de aparatos, equipamiento y material.
- Serán los encargados de comprobar que las balas de oxigeno estén llenas.
- Se encargaran del traslado de muestras al laboratorio, anatomía patológica.
- Ayuda a la colocación de RX.

Ayudaran a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.

- Son los encargados de asegurar la entrada de los familiares a las horas de visita y la disponibilidad de batas y calzas.
- Encargados de avisar la finalización de las visitas.

El personal celador de las unidades de cuidados intensivos debe cumplir unas normas de vestuario que implica un uniforme reglamentario compuesto por calzas, mascarilla, guantes y gorro.

El paciente crítico ingresado en la UCI está sometido a una alta vigilancia y cuidados, así como también le ofrece la posibilidad del manejo del dolor y la agitación mediante la administración de analgesia y sedación en el caso de necesidad.

En los primeros momentos en la UCI la familia era considerada como un componente poco relevante en la recuperación del paciente. Hoy en día en cambio es considerada como una ayuda importante para contribuir a la buena evolución del paciente con lo cual el personal de la UCI debe de tener una comunicación abierta y cordial con la familia del paciente crítico. En reconocimiento de la importancia de los familiares en los cuidados de los pacientes, muchos hospitales están ampliando los horarios de visita y fomentando la presencia de la familia y la participación de esta en los cuidados.

5 Discusión-Conclusión

Las familias valoran la habilidad del personal de UCI en lo que destacan, la comunicación eficaz. Los pacientes desean el contacto humano que permite que el paciente se sienta persona y no solo un problema médico. El ingreso del paciente crítico en la UCI proporciona, además de unos cuidados intensos y especializados al paciente, a los familiares una tranquilidad al comprobar los recursos humanos y técnicos disponibles.

Por las características de los enfermos ingresados en la UCI, los celadores re-

quieren una contrastada experiencia profesional y deben estar muy bien preparados para realizar los cambios posturales de los pacientes de manera adecuada ya que su movilidad no puede hacerse bruscamente y siempre ayudaran a la enfermera y a las auxiliares en la movilización de los pacientes siguiendo sus indicaciones ya que la gravedad de los mismos lo exige.

El celador de UCI como tal, ejercerá de refuerzo al personal de la unidad y es el nexo de unión con otros servicios del hospital. La figura del celador se ha convertido en una de las más importantes dentro del sector sanitario, debido a que engloba muchas actividades vitales para el buen funcionamiento de la sanidad y proporcionar unos cuidados asistenciales de la mayor calidad posible.

6 Bibliografía

- "Manual básico del celador". Daniel Mera Núñez disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es&id=5UnuAQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=funciones+celador+uci+y+paciente+critico&ots=o02ImFsf-X&sig=ddYO-HtUo2NXzDFI8vDH66ZSfRc#v=onepage&q&f=false
- "Ámbitos de trabajo del personal Celador", Instituto Asturiano Adolfo Posada.
- Estatuto del Personal No Sanitario. Disponible en http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/personal_estat4.pdf
- Instituto Aragonés de ciencias de la Salud. El enfermo critico. Breve historia de la Medicina Intensiva. Disponible en: http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf
- Unidad Cuidados Intensivos Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Disponible en: http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/Protocolos
- Teresa González Gil. Introducción al paciente critico. Disponible en :https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2152.pdf

Capítulo 1676

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LOS RIESGOS DE SOBRECARGA Y FATIGA EN EL CELADOR

AMOR CONDADO MENÉNDEZ

GLORIA DANIELA MENÉNDEZ PÉREZ

BLANCA FLOR CARRETERO PALOMO

1 Introducción

En el ámbito sanitario, el celador es el profesional que, siguiendo las indicaciones del personal facultativo, realiza los traslados, las movilizaciones o coloca al enfermo para una exploración, un tratamiento o cirugía.

El celador para desarrollar las funciones descritas, debe seguir los protocolos de actuación que favorecen la comodidad de los pacientes y la prevención de accidentes. Asimismo, es conveniente que tenga conocimientos de mecánica corporal, posiciones anatómicas y aquellas técnicas necesarias para trasladar, movilizar y realizar las transferencias de manera reiterada a lo largo de su jornada laboral.

2 Objetivos

- Identificar las medidas que previenen los riesgos que causan las movilizaciones que realiza el celador en su actividad laboral.

3 Metodología

Se consultó en el buscador Google académico. La palabras clave elegidas fueron: celadores, movilización, salud laboral. Seguidamente se seleccionaron los documentos afines a nuestra temática de estudio. Los pasos anteriores nos permitieron llegar a los siguientes corolarios.

4 Resultados

Entre las causas que originan los accidentes y las enfermedades laborales, al colectivo de celadores, figuran las características de los pacientes (peso, movimientos inesperados) las particularidades del medio de trabajo (falta de espacio para realizar las maniobras, deslizamientos, temperatura elevada) el esfuerzo que requiere la actividad que realizan estos trabajadores (escaso tiempo de recuperación, la frecuencia de los esfuerzos, etc.).
Los riesgos laborales que afectan, según su incidencia son: sobreesfuerzos, fatiga (física - mental), caídas, atrapamientos, contaminación biológica y agresiones - físicas y verbales- ocasionadas por los pacientes y/u sus familiares.
Para minimizar las externalidades negativas descritas es preciso aplicar las siguientes medidas preventivas en la movilización del paciente:
• antes de iniciar la actividad comprobar la ayuda disponible, priorizando los dispositivos o medios mecánicos (grúas, transfer, trapecio, rolón, discos giratorios, etc.), en caso contrario, pedir apoyo a otro compañero.
• preparar el material necesario; conocer la movilidad del paciente, explicarle la maniobra y motivarle para que colabore. Cuidar su intimidad.
• concienciarse del movimiento a realizar, adoptar una posición mecánica adecuada (espalda recta, piernas separadas y flexionadas, acercar la carga al cuerpo, utilizar los músculos mayores; un pie mirando al enfermo y el otro en la dirección que vaya a realizar el movimiento).
• despejar el espacio, frenar la cama, silla, etc.
• vigilar los mecanismos que pueda tener colocado el paciente (sondas, apósitos, etc.)
• vestir ropa adecuada y calzado antideslizante, con el pie sujeto. Lavarse las manos, colocarse guantes y cuando sea necesario también los equipos de protección individual.
• indicar al paciente con movilidad que avise cuando quiera levantarse para evitar caídas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, para evitar el absentismo laboral y prestar una atención asistencial de calidad a el paciente, es preciso que los celadores cumplan con los protocolos de actuación, las técnicas de higiene postural y las medidas preventivas expuestas, todas ellas determinantes en su actividad laboral.
Asimismo, la formación continua permite actualizar las competencias y sensibilizar a los celadores del papel de la prevención, protección y seguridad en la reducción de los accidentes y de las enfermedades profesionales.

6 Bibliografía

- Cruz Roja Española. Técnicas de inmovilización, movilización y traslado del paciente: aseguramiento del entorno de trabajo para equipo asistencial y el paciente. Editorial Cruz Roja Española. Madrid. 2012.
- Escuela Nacional de Medicina del trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y competitividad Ciencia. (2015). Guía práctica de Salud Laboral para la valoración de: Aptitud en trabajadores con riesgo de exposición a carga física".
- Hernández Vaquero, M. (2012). Análisis de cargas y evaluación postural en la movilización de pacientes como método preventivo de TME.

Capítulo 1677

LA CAMA HOSPITALARIA PARA CELADORES

RAQUEL GONZALEZ MELEIRO

1 Introducción

La cama hospitalaria es el lugar de reposo en el que un paciente puede pasar, según su enfermedad, la mayor parte de las horas del día. En ella se descansa y se permanece convaleciente, a veces por largos periodos de tiempo, por lo que la cama se convierte en algo propio del paciente, que le procura comodidad, seguridad, sueño, alivio del dolor, etc.

2 Objetivos

- Dar a conocer al celador información fundamental sobre la cama hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Suelen estar hechas de tubos huecos, que se pueden lavar cómodamente para facilitar su limpieza y desinfección.
Están equipadas con ruedas móviles en cada pata y con un sistema de freno para bloquearlas; esto facilita el desplazamiento, tanto en el interior de la unidad en que esté ingresado el paciente como en su traslado de un servicio a otro.
El somier puede estar dividido en 1, 2 o 3 segmentos móviles, que pueden cambiar de posición al ser accionados con una manivela.
Las dimensiones de la cama suelen ser:
– 90-105 cm de anchura.
– 190-200 cm de longitud.
– 70 cm de altura (sin colchón).
– El colchón más utilizado es, generalmente, de muelles de una sola pieza y semirrígido, con refuerzos laterales que sirven de soporte al cuerpo. Existen, sin embargo, otro tipo de colchones que se utilizan en situaciones especiales.
– Se suele cubrir el colchón con una funda semipermeable y flexible para protegerlo de las posibles secreciones del paciente.
– La ropa de cama ha de ser lo suficientemente amplia para poder sujetarla correctamente al colchón. Debe ser resistente a los lavados frecuentes, pero no áspera.

5 Discusión-Conclusión

Una cama hospitalaria que reúna unas buenas condiciones favorecerá el bienestar general del paciente y satisfacer su necesidad de descanso y sueño. Por lo tanto, es importante mantener la cama limpia, sin arrugas, con el fin de que proporcione comodidad al paciente y le permita moverse sin sensación de agobio. Además, se contribuye a favorecer el descanso si la habitación está limpia, sin malos olores, sin ruidos ni estímulos molestos y con unas condiciones ambientales apropiadas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1678

EL PACIENTE AISLADO.

MARÍA DEL MAR ALONSO MENÉNDEZ

1 Introducción

Un paciente aislado es aquel paciente hospitalizado del cual se llega a documentar un proceso infeccioso. Hay varios tipos de aislamiento según su vía de transmisión. Estos son: aéreo, por gotas, por contacto y aislamiento inverso.

2 Objetivos

- Disminuir los riesgos de infección para el paciente y el personal sanitario.
- Conocer los métodos de protección frente a la transmisión de infecciones.
- Concienciar en el uso de los distintos métodos de barrera disponibles.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre los tipos de aislamiento que existen en un hospital, así como de los métodos de protección para interrumpir la cadena de transmisión.

4 Resultados

Tipos de transmisión:
- Transmisión por vía aérea: los microorganismos pueden ser dispersados por el aire. Es necesario el uso de mascarilla.
- Transmisión por gotas: hay riesgo de salpicaduras por secreciones respiratorias. Es necesario el uso de mascarilla y guantes.
- Transmisión por contacto: existe riesgo al tocar tanto la piel de un paciente (contacto directo) como al tocar objetos del paciente que estén contaminados (contacto indirecto). En este caso es obligatorio el uso de bata y guantes.
- Aislamiento inverso: este tipo de aislamiento es para la protección de pacientes inmunodeprimidos. Son pacientes con las defensas bajas y, por ello, el riesgo de infección es mayor. Al estar en contacto con ellos será necesario usar mascarilla, bata, guantes e, incluso, gorro.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos que conocer la vía de transmisión de las infecciones hospitalarias para que nos ayuden a tomar decisiones sobre el método de barrera más eficaz para interrumpir la cadena de transmisión.
Con una protección adecuada disminuiremos el riesgo de contagio de enfermedades entre pacientes y profesionales sanitarios/no sanitarios.

6 Bibliografía

- Manual del celador de instituciones sanitarias. Editorial MAD.
- https://www.elsevier.es/en-revista-journal-healthcare-quality-research-257-articulo-precauciones-transmision-por-contacto-riesgo-S2603647918300800.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1679

EL CELADOR ANTE LA MUERTE. MORTUORIO Y AUTOPSIA

OLIVER GARCÍA IGLESIAS

IYÁN PRESNO GRANDA

1 Introducción

La muerte es el final o destrucción de la vida, del organismo vivo, que se había creado a partir del nacimiento. En medicina se utiliza también otras palabra como sinónimos de muerte como son exitus, deceso u óbito. A partir de esta situación, el celador desarrollará una serie de funciones en un área hospitalaria como es mortuorios además tendrá unas responsabilidades en una acto médico como es la autopsia.

La palabra autopsia (necropsia, tanatopraxia, tanatopsia sinónimos también utilizado), proviene del griego"αυτοψια" que significa "ver con los propios ojos". En el lenguaje común se define como "examen anatómico de un cadáver" o "examen analítico minucioso".

Ya antiguas civilizaciones como la egipcia, china, griega y romana se interesaron en examinar cuerpos humanos fallecidos en las guerra o que eran sometidos a rituales lo que se podría llamar autopsia es posiblemente la intervención más antigua que existe, lo cual ha permitido aumentar el conocimiento tanto sobre la muerte, como de fisiología del cuerpo humano y como las enfermedades actúan sobre él.

La autopsia es hoy en día una manera no sólo proporcionar un diagnóstico, que en la mayoría de los casos se conoce con anterioridad gracias a los enormes

avances en medicina, sino una manera para favorecer el estudio y la formación del personal sanitario incluso ayudar a una investigación judicial o criminal.

Las autopsias tienen diferentes clasificaciones según la causa por el que se realice:
- Judicial o médico forense: son aquellas ordenadas por la autoridad judicial en casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad y que tienen como finalidad la obtención de resultados que ayuden a esclarezcan las causas de la muerte y de la cual se obtienen pruebas para perseguir o encausar posibles delitos.
- Clínicas: son aquellas que realizan los facultativos hospitalarios para saber cuál han sido las causas del fallecimiento de un paciente por causas naturales o enfermedad, son actos científico de interés que contribuyen y ayudan a conocer diferentes aspectos de la muerte, sirven para la investigación y formación. Las autopsias fetales son las autopsias clínicas las practicadas a los fetos fallecidos en fase fetal intermedia o tardía y también la ecopsia mediante la utilización de ecografías. Existen otras clasificaciones diferente como autopsia clínica parcial o total, hospitalaria o extrahospitalaria , neuropatológica(estudia el sistema nervioso) .

Para realizar la autopsia sobre el cadáver se aplicaran una serie técnicas o actuaciones como son la apertura de cráneo, tórax, abdomen, raquis, endopsia y radiopsia, la evisceración, disección el amortajamiento o la embalsamación. Todos estos procedimientos se llevaran a cabo en una área hospitalaria llamada mortuorios.

2 Objetivos

Describir los procedimientos, locales, instrumentación de los mortuorios, los trabajos que el celador debe realizar antes y después del fallecimiento de un paciente y conocer las precauciones e higiene que se deben adoptar.

3 Metodología

Para realizar una búsqueda sistemática en bases de datos como Elsevier, Scielo, Teso, Medline o Lilacs de artículos, revistas, tesis, manuales ,webs y temarios de oposiciones buscando en profundidad literatura relevante respecto al tema a estudio. Los descriptores utilizados o palabras clave fueron muerte, decesos, exitus, anatomía patológica, cadáver, mortuorio, instrumental, autopsia, tanatopsia o necropsia.

4 Resultados

En cuanto se certifique por el médico el fallecimiento paciente y antes de la aparición del rigor mortis (endurecimiento y rigidez del cadáver entre 2 y 4 horas después de la muerte) en el cadáver el celador se centrara en ayudar al personal de enfermería o los encargados de amortajar.
1. Amortajar: antes de comenzar se debe aislar al fallecido para preservar su intimidad y que no esté a la vista de las personas utilizando biombos, cortinas o si es necesario vaciando de gente la habitación en ese momento. Se preparara todo el material que sea necesario para el procedimiento como son la mortaja, vendas, algodones, utensilios de aseo, bolsas de basura y jabón. Tras realizar un lavado rutinario de manos el celador debe utilizar como medidas de protección guantes, batas, mascarilla y gafas. El celador ayudará en el proceso de la retirada objetos personales para ponerlos en una bolsa y entregarlos a los familiares desconexión y retirada de sondas, drenajes, catéteres, vías, etc., se asea al fallecido y se le taponan todos orificios naturales con algodones o gasas y se le sujetan los tobillos con una venda, y se le cierran párpados y boca. En posición de decúbito supino con piernas y brazos extendidos o cruzados sobre el pecho se colocara al fallecido sobre una sábana (sudario) y se cubre procurando dejar una expresión en la cara que sea natural. A partir de aquí y tras colocar los pertinentes papeles que identifiquen al fallecido, sobre el pecho o una etiqueta en las muñecas el celador trasladara el cuerpo al área de mortuorios entregándolo al celador de mortuorios .En la habitación se llevara a cabo una serie métodos de desinfección.

2. Mortuorios y anatomía patológica: es el área hospitalaria formada por varios lo locales con una serie de características estructurales y de dimensiones, con los materiales necesarios para llevar acabo todo las acciones relacionadas con la autopsia. Normalmente se encuentran en los sótanos siempre que cumplan unas normas de aislamiento frente a otros servicios que prestan en el hospital (cocina, lavandería, mantenimiento). Dentro encontraremos varios espacios destinados a diferentes usos ,deben estar diferenciados y aislados unos de otros procurando que no se crucen los límites entre zonas sucias y limpia.
- Estancia de espera para los familiares.
- Almacenes, despachos, WC, vestuarios y duchas para los trabajadores.
- Cámaras refrigeradoras para los cadáveres con una capacidad de 2 cadáveres por cada 200 camas. Pueden ser frontales o laterales, herméticas, contar con luz, regulación de temperatura y camillas con ruedas para facilitar la carga, traslado y descarga.
- Laboratorio para análisis de muestras.

- La sala de autopsias.
- Área de observación para estudio de las autopsias.

Contará con accesos tanto desde el hospital como desde el exterior para poder sacar los cadáveres hacia los coches fúnebres.
A. Sala de autopsias: se encontrara cerca de las cámaras frigoríficas, contara con una serie de características como son superficie mínima de 2 metros cuadrados, deberá estar aislado de los demás departamentos; tanto suelo, techos como paredes serán lisas y de un material adecuado y resistente que permita ser lavados además de un sistema de ventilación y extracción. Sin duda la mesa de autopsias será el objeto más importante en la sala que reunirá una serie de características:
- Impermeable de fácil limpieza y desinfección.
- Altura regulable y unas medidas aproximadas de más de 2m y una anchura de 0,75.
- Incorporar pila de agua corriente fría y caliente.
- Sistema de ranuras y declives.
- Sistema de aspiración.
- Iluminación (lámpara escialítica).
B. Instrumental y materiales:
- Vitrinas para material e instrumentación.
- Mesitas auxiliares para la colocación de instrumentos.
- Instrumentación para seccionar partes blandas y cartílagos como cuchillos de varia dimensiones, bisturí de hojas desechables y escalpelo.
- Instrumentos para sección de partes duras, cizalla, sierra de mano, legras, martillo con gancho.
- Tijeras acodadas, curvas, mixtas, con puntas romas o con una aguda, Littauer, etc.
- Instrumentos de prensa pinzas de disección, de dientes de ratón, de forcipresión, clamps o enteróstatos, erinas.
-Instrumentos de medición, reglas graduadas, cinta métrica, compás de espesor, cucharón, copa graduada, tubos de ensayo graduados, balanza, sondas metálicas, sonda acanalada, etc.
- Medios de sutura, agujas rectas y curvas, hilo de sutura, porta agujas, pinzas Michel grapadora y grapas.
- Material de recogida de muestra, jeringas, tubos de ensayo, asas de platino, torundas, placas peltri , botes y líquidos de fijación.
- Materiales accesorios, separadores, estiletes, zócalo para la nuca, sistemas de aumento (estereomicroscopio), grabadora, atril , material de papelería.

- Enterótomo tijera especial que se utiliza para la apertura de intestinos, estomago o traque.
-Sierra eléctrica para cortar la bóveda craneal, los cartílagos costales y extraer vertebras.
- Costotomo tijera grande para cortar los cartílagos costales.

El celador
Sera el encargado de recibir a los fallecidos y llevar su registro tanto de la entrada como de las salidas haciendo entrega de los mismos a sus familiares o aseguradoras.

En la autopsia su papel será el de ayudar en todo lo que se le indique siempre que no requiera hacer uso de instrumental sobre el cadáver. Por lo tanto deberá mantener unos protocolos de higiene como son el lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el cadáver y el uso de guantes, bata, mascarillas y gafas. Deberá preparar la mesa de autopsias y el instrumental, colocar el fallecido sobre ella desamortagarlo y también preparará el cadáver (eliminación del vello). Ayudará durante la autopsia en las movilizaciones y en las prácticas instrumentales no específicas de profesionales titulados facilitando el material. Una vez que terminada la autopsia limpiara el cadáver y lo amortajara. Deberá limpiar la sala y el instrumental. Por ultimo dentro de su función de conducir documentos repartirá los informes, historias clínicas y muestras.

5 Discusión-Conclusión

La muerte es un trago amargo por el que con el tiempo todas las familias acaban pasando. Respecto a ellos el trato que deben recibir de todo el personal tanto sanitario como no sanitario debe ser escrupulosamente correcto. Un buen profesional debería tener una actitud empática, que sirviera para mitigar el dolor en lo posible. El celador jamás les trasmitirá información médica pero las forma de comportarse debe estar en consonancia con el momento.

Debido a la televisión y el cine en este hoy día cuando alguna persona corriente escucha autopsia de inmediato pensara en asesinatos y muertes violentas pero la anatomía patológica, las autopsias y el estudio de los cadáveres ha sido fundamental para que la medicina avanzará y comprendiese como las enfermedades actuaban sobre los humanos y animales.

Respecto al celador de mortuorios, es un lugar de trabajo que implica un gran

conocimiento tanto de instrumental, técnicas, higiene y comunicación por lo que los desafíos que se le presentan requieren de una buena formación en estas materias. Junto con los quirófanos sin duda podría ser uno de los puestos más complicados y duros.

6 Bibliografía

- Nogales, A (2004) Aproximación a la historia de las autopsias.
- Diccionario de la Real Academia Española.
- Arce, F.P., Jano Medicina y Humanidades. 2008.
- Gisbert Calabuig, J. A. Villanueva, E. (2004): Medicina Legal y Toxicología.
- F. P. ARCE, F. Á. FERNÁNDEZ, M. M. MAYORGA, J. GÓMEZ y J. F. VAL Libro Blanco 2009 de la Anatomía Patológica en España la Ley 29/1980 de 21 de junio reguladora de las autopsias clínicas http://www.patologia.es

Capítulo 1680

CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE.

MARÍA DEL MAR ALONSO MENÉNDEZ

1 Introducción

Ante personas que pasan la mayoría del tiempo en la cama a causa de que no pueden valerse por sí mismas es necesario hacer cambios posturales como principal medida de prevención de lesiones en la piel como pueden ser las úlceras por presión.
El celador ayudará a la movilización cuando sea necesario con el objetivo de acomodar al paciente en la cama para que se sienta confortado y cómodo.

2 Objetivos

- Mejorar el tono muscular, la respiración y la circulación del paciente.
- Prevenir las úlceras por presión.
- Confortar al paciente.
- Conservar la integridad de la piel a pacientes encamados.

3 Metodología

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

Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Es necesario cambios posturales cada 2 o 3 horas si el estado de la persona lo permite. Debemos evitar apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones. Si éste está sentado y puede él solo realizar los cambios posturales es conveniente que los realice aproximadamente cada quince minutos.
Los cambios posturales más frecuentes que se deben realizar cada 2 o 3 horas son:
- Decúbito supino.
- Decúbito lateral izquierdo.
- Decúbito lateral derecho.

Se debe de evitar la fricción con las sábanas para no incrementar las lesiones cutáneas para ello utilizaremos una sábana entremetida para elevar el cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

Conociendo todas las posiciones en las que podemos movilizar a un paciente que se encuentra encamado podemos prevenir posibles daños en la piel y problemas de circulación. Con ello mejoraremos la salud psíquica y física global del paciente y su calidad de vida mientras se encuentre en el centro hospitalario.

6 Bibliografía

- Https://saberdesalud.com/paciente-encamado-cambio-postural/.
- El celador en el sistema nacional de salud (Antonio Tercero Igualada).
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1681

EL BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL ÁMBITO DE LA SALUD

MARIO GARCÍA TRAPIELLO

ANGELICA GARCIA CORDERO

SONIA GONZÁLEZ IGLESIAS

MIGUEL ANGEL ALVAREZ SAN JUAN

1 Introducción

La ansiedad y el estrés forman parte indiscutible de nuestra vida cotidiana, incluyendo la esfera laboral. Recordemos que la ansiedad tiene la función evolutiva de prepararnos para la acción y que un estrés moderado influye positivamente en el desarrollo laboral (eustrés) (Tesillo y Martínez, 2018). Si bien no es algo malo pero, si se da de forma prolongada en el tiempo pueden acarrear consecuencias negativas para el trabajador.

Una de estas consecuencias es el Síndrome de Burnout. Aunque a lo largo de los años el término burnout haya aparecido alguna vez en la literatura de la mano de Greene (1960) y Freudenberger (1974), no fue hasta 1976 cuando Christina Maslach presentó este concepto en un congreso de la American Psychological Association (APA).

En 1981 lo definió como un síndrome tridimensional, siendo estas dimensiones: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). El burnout forma de estrés crónico que se da en personas que suelen trabajar de cara al público y/o que tienen interacciones intensas y duraderas con otras personas.

Para medir estos efectos, Maslach y Jackson crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI, 1981). Este cuestionario costa de 22 ítems tipo Likert con 7 grados de frecuencia y cada ítem carga en una de las tres subescalas que comparten nombre con las tres dimensiones del burnout:
1. Agotamiento emocional (AE): 9 ítems. Mide la fatiga mental de la persona, la fatiga emocional, la desmotivación, las actitudes negativas, el desgaste.
2. Despersonalización (DP): 5 ítems. Mide la falta de empatía del profesional hacia los pacientes o usuarios, también se manifiesta en forma de cinismo, sarcasmo y falta de tacto. Dicho de otra manera, mide cuán frío e impersonal es el trato que da el trabajador.
3. Realización personal (RP): 8 ítems. Esta subescala mide la realización personal que siente el profesional con respecto a su trabajo. Es un factor protector frente al burnout, a mayor sentimiento de realización personal (puntuaciones bajas en esta escala), mejor, más útil y capacitado se sentirá el trabajador.
4. Una vez explicado esto, debemos diferenciar el estrés del burnout. El estrés es un proceso breve y en ocasiones deseable para el desempeño laboral. El burnout siempre es negativo y además se da de forma prolongada en el tiempo (Amigo Vázquez, 2017).

2 Objetivos

- Estudiar los efectos y posibles causas el burnout en los auxiliares administrativos en el ámbito de la salud y su relación con algunas variables sociodemográficas.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, ansiedad, estrés, burnout, factores de riesgo. A través de estos tópicos, se encontraron 36 documentos, de los que se eliminaron 21 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 15 artículos que recogían los criterios de inclusión

de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 8 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 7.

4 Resultados

Tras repasar la bibliografía analizada lo primero que salta a la vista es que el burnout se ha estudiado ampliamente en el ámbito de la salud con personal sanitario, pero no tanto con personal administrativo.

El auxiliar administrativo es un profesional que, por su tipo de trabajo, entra dentro del perfil de riesgo para padecer el síndrome de burnout.

En algunos estudios en los que se comparan los resultados del MBI entre personal sanitario y personal administrativo aparecen algunas cuestiones curiosas. Una de ellas es que los administrativos puntúan más alto en la escala despersonalización (en adelante DP) que los sanitarios, lo que quiere decir que hay más cantidad de auxiliares administrativos que tratan de forma más cínica y deshumanizada a los pacientes, con actitudes más frías y distantes. Esto se traduce en insatisfacción en el profesional, en el paciente y afecta negativamente a la percepción que este último tiene de los servicios de salud.

Si bien los altos porcentajes en DP de los auxiliares administrativos son consistentes en otros estudios (De los Ríos, Ocampo, Laneros, Ávila y Tristán, 2007; Tesillo y Martínez, 2018), las explicaciones al respecto no lo son.

Existen una serie de variables sociodemográficas que podrían ser consideradas como factores de riesgo para el burnout que se enumeran a continuación:

- Ser mujer: existen más administrativas con burnout que administrativos. La segunda diferencia entre sexos es que las mujeres puntúan más alto en agotamiento emocional, mientras que los hombres lo hacen en despersonalización. Una posible explicación es que las mujeres compaginan su jornada laboral con una carga de trabajo más alta en casa.
- No tener pareja: las personas solteras son más propensas al burnout. Esto puede deberse a que la pareja funciona como soporte emocional. Al llegar a casa, el hecho de tener a una persona que te escuche y con la cual liberar tensión reduce en gran medida el estrés y, por ende, la probabilidad de padecer burnout.
- No tener hijos o tener más de dos: siendo el número óptimo un hijo, en cuanto a burnout se refiere. A más hijos, mayor es el estrés al que está sometida la persona.

Sorprende el hecho de que tener cero hijos también influya negativamente, quizás serían interesantes más estudios al respecto.
- La edad: la gente más joven es más propensa al burnout, probablemente porque aún carezcan de mecanismos de afrontamiento suficientes contra el estrés.
- Llevar muchos años trabajando en el mismo puesto: a partir de los 10 años aumenta la probabilidad de burnout. Puede ser debido a que la persona ya esté cansada de hacer siempre el mismo trabajo, a aspiraciones y ascensos frustrados, a falta de reconocimiento de su trabajo, etc.
- Ser fijo en el trabajo: muy relacionada con la anterior, tal y como está planteada la sanidad actualmente un trabajador fijo suele tener muchos años de trabajo a sus espaldas.
- Número de horas trabajadas: largas jornadas y descansos insuficientes promueven el burnout, parece lógico que así sea.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos pueden padecer burnout en el trabajo, lo cual es altamente negativo para el trabajador, para el paciente y para el buen funcionamiento de los servicios de salud.

Conocemos algunos de los factores de riesgo que inciden en el burnout y, aunque algunos de ellos sean incontrolables, sabiendo esta información se podrían tomar medidas de prevención y/o amortiguación del síndrome en los trabajadores que cumplan estas características.

Como propuesta para el futuro, sería interesante ver más estudios comparativos entre personal sanitario y administrativo en relación al burnout y sus variables ya que, aunque trabajen en los mismos centros, sus labores y su contacto con los pacientes son diferentes.

Siguiendo esta misma línea, también resultaría de interés desarrollar estudios sobre burnout en los diferentes puestos de trabajo que los auxiliares administrativos desarrollan en sanidad, con el objetivo de detectar qué diferencias y similitudes se encuentran, y así poder acotar aún más las conclusiones. Por ejemplo, entre administrativos del registro sanitario, administrativos de nóminas, administrativos de citaciones, etc.

Respecto a las limitaciones del presente estudio, decir que el burnout en auxiliares administrativos en el ámbito de la salud es un tema poco estudiado y ex-

isten pocos artículos específicos al respecto. Históricamente, el burnout se ha analizado casi exclusivamente en personal sanitario y, aunque comparten aspectos en común con el personal administrativo, son dos poblaciones diferentes con variables incidentes también diferentes.

6 Bibliografía

- Amigo Vázquez, I. (2017). Manual de Psicología de la Salud. Comercial Grupo ANAYA, SA.
- De los Ríos C., J.L., Ocampo M., M., Landeros L., M., Ávila R., T.L. y Tristán A., L.A. (2007). Burnout en personal administrativo de una dependencia gubernamental: Análisis de sus factores relacionados. Investigación y Ciencia, 37, 26-34.
- Duque Ossa, L. M., & Rendón Álzate, S. M. (2018). Factores de riesgo desencadenantes del síndrome de burnout, en trabajadores de la salud, en dos instituciones de la ciudad de Cartago, una clínica oftalmológica y una IPS de atención a pacientes crónicos, en el primer bimestre del 2018.
- Falgueras, M. V., Munoz, C. C., Pernas, F. O., Sureda, J. C., López, M. P. G., & Miralles, J. D. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. Atención Primaria, 47(1), 25-31.
- Gallegos, W. A., & Valdivia, J. Z. (2013). Clima organizacional, síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de un hospital oncológico de Arequipa. REVISTA DE PSICOLOGÍA/Journal of Psychology, 15(1), 37-54.
- García, G. M. (2001). Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las Administraciones Públicas. Dirección y Organización, (25).
- Maslasch C, Jackson S, Leiter MP. Maslasch Burnout InventoryManual. 3.a. ed. Palo Alto: Consulting Phychologist Press; 1996.2.
- Tesillo, S. Y. F., & Martínez, A. O. R. (2018). Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. Psicología y Salud, 28(1), 63-72.

Capítulo 1682

NORMAS DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO.

MARÍA DEL MAR ALONSO MENÉNDEZ

1 Introducción

Un quirófano es aquella habitación acondicionada para la práctica de operaciones quirúrgicas. El celador auxiliará en todas aquellas labores propias del celador destinado en estos servicios, así como en las que se le sean ordenadas por los médicos supervisores o enfermeras.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador dentro de un quirófano.
- Conocer las características y protocolos de actuación en una zona estéril.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del celador dentro del área quirúrgica son:
- Ayudar al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones.
- Colaborar con el anestesista en posicionar al enfermo en la posición adecuada.
- Ayudar a la sujeción de los pacientes que lo requieran.
- Trasladar los aparatos o mobiliario precisos para la intervención.
- Mover el aparato de rayos X, ecógrafo, arco de anestesia, etc…
- Transportar documentos, analíticas, pruebas que se realicen durante la intervención al laboratorio, banco de sangre, etc.
- Trasladar al mortuorio a los pacientes fallecidos.

Durante las intervenciones quirúrgicas el celador permanecerá en el antequirófano por si se precisaran sus servicios.
Es necesario que el celador conozca y respete todas las normas internas establecidas en el área quirúrgica, prestando especial atención en la higiene y asepsia.

5 Discusión-Conclusión

El área quirúrgica es una zona especial de riesgo para la transmisión de una infección hospitalaria (infección nosocomial) por lo que hay que extremar las medidas de higiene. El celador ha de conocer cuáles son.
El celador está obligado a conocer el protocolo a seguir en un área quirúrgica.

6 Bibliografía

- http://celadoresonline.blogspot.com/.
- http://www.cuidandoenquirofano.com/partiendo-de-lo-basico-en-quirofano-recomendaciones-para-una-tecnica-esteril/.
- Manual del celador opositor.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1683

RIESGOS PSICOSOCIALES Y AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN EL ENTORNO DEL CELADOR

BEGOÑA MENENDEZ FERNANDEZ

BEATRIZ MAESTRE CARRACEDO

MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ VALLINA

AMELIA REYES AMADO AMADO

1 Introducción

Los factores de riesgo psicosocial en el trabajo son aquellas características de las condiciones de trabajo, y de su organización que tienen la capacidad de afectar a la salud del trabajador y al desarrollo de su trabajo. Son el origen de estrés laboral y tienen la capacidad de causar en el individuo daño psicológico, físico o social.

En el terreno laboral, las relaciones entre compañeros pueden llegar a ser el origen del estrés, si las relaciones con los usuarios o compañeros de igual o superior categoría son conflictivas aumentan los sentimientos de quemarse por el trabajo. La ausencia de apoyo por parte de compañeros y superiores puede considerarse un estresor laboral que tiene importantes efectos sobre el denominado Síndrome de Burnout o del trabajador quemado.

El Síndrome de Burnout es un tipo de estrés laboral crónico que provoca un estado de agotamiento emocional y psicológico en los trabajadores que lo sufren.

Se diferencia del estrés como riesgo psicosocial en que presenta mayores efectos sobre el agotamiento emocional más que en el físico, y conlleva la pérdida de la motivación laboral . Este síndrome afecta a los profesionales relacionados con la asistencia y especialmente a las profesiones consideradas de ayuda. Los celadores constituyen un colectivo susceptible de padecer este síndrome ya que desempeñan su actividad en el sector de la sanidad y diariamente se encuentran sometidos a un desgaste no sólo de tipo físico, sino también emocional, ya que se implican con el sufrimiento de los pacientes, en conflictos con los usuarios, exceso de trabajo, los turnos, etc.

2 Objetivos

- Conocer cómo afecta el desgaste profesional (Burnout) en la vida de los profesionales que lo padecen y sus síntomas.
- Identificar los factores que influyen en su desarrollo y las estrategias para prevenirlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diversas bases de datos: Dialnet, Scielo, y el buscador de Google Académico. Se han utilizado las palabras claves como descriptores.

4 Resultados

Para la Organización Internacional del Trabajo, los factores psicosociales de riesgo son condiciones que conducen al estrés laboral y a otros problemas referidos a la salud y a la seguridad laboral.

El síndrome de Burnout surge por la exposición crónica a factores de riesgo de tipo psicosocial se presenta como una respuesta al estrés crónico laboral y se caracteriza por tres dimensiones:
- Agotamiento emocional: sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás acompañado de manifestaciones como el abatimiento, irritabilidad y la ansiedad.
- Despersonalización: se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia los usuarios y los compañeros, se les culpa de la fustración en el cumplimiento de los compromisos laborales.

- Baja realización personal: referida a las experiencias de fracaso y baja autoestima.

Los profesionales con una mayor predisposición a padecer el Síndrome de Burnout son aquellos relacionados con la asistencia como la sanitaria entre los que podemos incluir a los celadores ya que realizan su trabajo formando parte de un equipo multidisciplinar donde cada uno aporta su contribución.

Los celadores conviven diariamente al igual que el resto de los profesionales sanitarios con el dolor físico, la angustia, el miedo, la impotencia tanto de pacientes como usuarios, todos estos factores ocasionan unas consecuencias negativas en estos profesionales. Los síntomas son variados: de tipo físico (fatiga crónica, cansancio, pérdida de apetito, migrañas, problemas gastrointestinales, etc.); de tipo mental (baja autoestima, pérdida de la ilusión, nerviosismo, agotamiento emocional y físico, deterioro de la relación con los pacientes y familiares y sentimiento de culpa, etc.).

Los factores de riesgo para desarrollar el síndrome son múltiples: falta de apoyo social y colaboración entre compañeros, trato problemático con usuarios, sobrecarga de trabajo, falta de formación, turnicidad, etc. Todos estos factores conducen a una idea de fracaso profesional que termina afectando a otras áreas de la vida como son el entorno familiar, social y a la propia autoestima. Si el desgaste laboral aumenta, el trabajador se desilusionará provocando un continuo estado de agotamiento lo cual le puede inducir al consumo de alcohol, somníferos, psicofármacos.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout va en aumento y puede tener consecuencias lamentables para la persona que lo sufre si se vuelve crónico, tratado a tiempo tiene solución. Es conveniente dotar al personal de mecanismos de control para prevenir el síndrome, crear un ambiente de trabajo positivo y fomentar el apoyo social y emocional. Hay que tener en cuenta que ciertas personas son más vulnerables a padecer el síndrome, debido a su inestabilidad emocional y a sus altos niveles de ansiedad. Las estrategias de afrontamiento para solucionar el problema resultan ineficaces, por ello es necesario hacer un examen sobre los niveles de estrés que permita detectar aquellas personas que muestran un mayor riesgo.

Se pueden utilizar varias técnicas para prevenir el burnout que pueden ir desde

la realización de ejercicio físico que ayuda a reducir los niveles de estrés, utilizar técnicas de relajación, mejora en las condiciones ambientales del puesto de trabajo, fomento de la comunicación a todos los niveles, mejorar las habilidades sociales, aprender a diferenciar los ámbitos laboral, familiar y social para poder dedicarles tiempo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye el 25 de mayo de 2019 este síndrome en su catálogo de enfermedades profesionales y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022. Con este reconocimiento se aporta visibilidad a un síndrome nocivo con los profesiones que cuidan de personas y realizar actividades de prevención.

6 Bibliografía

- Cano, A (2003): Epidemiología y costes del estrés laboral. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés.
-García Izquierdo, M (1991ª). Una escala para la evaluación del burnout profesional en las organizaciones. Comunicación presentada en el III Congreso Nacional de Psicología Social. Santiago de Compostela.
- Gil-Monte, P.R. (2005).El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. Departamento de Asistencia Técnica para la prevención de Riesgos Laborales UGT Andalucía- Pedro R. Gil –Monte .Riesgos psicosociales y Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) http://www.uv.es/gilmonte
- Mansilla Izquierdo F. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo. Teoría y práctica. Disponible en http://www.psocología-online.com/ebooks/riesgos.
- Martinez M, Guerra M. P. Síndrome de Burnout. El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y cambios 1998,23:45.

Capítulo 1684

EL CELADOR, MIEMBRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN URGENCIAS.

BEGOÑA MENENDEZ FERNANDEZ

BEATRIZ MAESTRE CARRACEDO

MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ VALLINA

AMELIA REYES AMADO AMADO

1 Introducción

El Servicio de Urgencias es un área que forma parte del hospital, sigue una distribución basada en la funcionalidad y la operatividad. Está ubicado próximo a la puerta de acceso al mismo y comunicado con servicios especiales U.C.I, farmacia, etc. para una correcta y rápida atención al enfermo.
Cada profesional que trabaja en el Servicio de Urgencias ya sea médico/a, enfermero/a…es imprescindible. Es de suma importancia la labor que tiene, que desempeña siempre coordinado y supervisado por unas normas. El celador es una pieza básica que forma parte de este equipo multidisciplinar, se integra dentro del personal no sanitario y sus funciones están recogidas en el Estatuto de personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, el número de tareas que realiza es de gran amplitud y sus funciones serán distintas en función del lugar en el que se encuentre trabajando.
El celador es la primera persona con la que contacta el enfermo o los familiares al llegar al centro hospitalario, la imagen que proyecta un hospital viene determinada, en gran parte, por labor de estos profesionales. El celador debe ser una

persona con facilidad de palabra, empática, amable, dinámica, resolutiva y con espíritu de equipo.
En la unidad de Urgencias el celador se encarga de:
- Recepción del paciente.
- Asistencia y apoyo al personal sanitario.
- Vigilancia.

2 Objetivos

Analizar las funciones que debe desempeñar el celador en el Servicio de Urgencias e identificar sus competencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador es el primer profesional que tiene contacto con el paciente cuando este llega solicitando asistencia sanitaria. La entrada del paciente en Urgencias puede ser a través de distintos medios: por su propio pie, en silla, o en ambulancia. Si el celador está desempeñando su labor en la puerta de Urgencias su actuación tiene una doble dirección: recepción del paciente (recibir, ayudar, transportar) y control de personas (vigilar la puerta de entrada no permitiendo el acceso más que a las personas autorizadas para ello, vigilar el comportamiento de pacientes y acompañantes para que se respeten las normas de convivencia básicas tales como no fumar, mantener el orden, etc.) Además, en caso de necesidad debe avisar al personal sanitario para que actúen y ayudar en la medida de sus posibilidades. El celador debe mantener un número suficiente de sillas y camillas a la entrada del servicio. Nunca facilitará información sanitaria ni administrativa y debe preservar la confidencialidad en todo lo relacionado con la asistencia sanitaria recibida por los/las pacientes.

El celador después de recibir al paciente lo conduce al servicio de admisión para que facilite sus datos, una vez hecho esto, acompaña al paciente para que sea evaluado por el personal médico o de enfermería valorando la gravedad de la patología del paciente asignando al enfermo un lugar de atención y un nivel de prioridad que recibe el nombre de "triaje".
Una vez realizado este procedimiento trasladamos al paciente a la sala o box correspondiente instalando al paciente, movilizándolo y colocándolo en la posición sugerida y ayudaremos a la auxiliar de enfermería en la tarea de desvestir al paciente si lo necesita.
El celador debe acompañar o trasladar al paciente a realizar pruebas de diagnóstico en el interior del servicio (TAC, radiografías, ecografías, etc.) Además, deberá llevar muestras de orina, heces, sangre, etc. hasta los laboratorios correspondientes y ayudar en otras pruebas que requieran inmovilización (colocando al paciente en la posición que se solicite) y en todas aquellas tareas que le solicite el personal sanitario.
En cualquier caso, el celador en el servicio de Urgencias ejerce otras funciones además de las descritas como pueden ser:
- De apoyo externo: traslado de documentos, Historias clínicas y demás objetos que les sean confiados a otros Servicios o Unidades del Centro respetando la confidencialidad, rapidez y cuidado en su manejo, tramitar y conducir sin tardanza las comunicaciones verbales, traslado de pacientes a las distintas Unidades.
- De apoyo interno: control de personas en el Área de Urgencias, auxilio en las labores que les sean encomendadas por Médicos, Supervisores o Enfermeras.

5 Discusión-Conclusión

El celador es un profesional no sanitario que desempeña sus funciones formando parte de un equipo, es la persona que recibe al paciente desde su llegada al hospital. En su trabajo debe adoptar una actitud positiva y además de conocer las funciones específicas que debe desarrollar (movilización, traslados, transporte…) debe ser empático y favorecer la comunicación con el paciente y sus familiares.
Como parte del equipo multidisciplinar, en el Servicio de Urgencias, debe responder con inmediatez a las situaciones de gravedad que se producen, mantener la calma y gestionar el estrés que motivan dichas situaciones. Prevalece el proporcionar una atención de calidad para ello debe formarse de manera continuada.
En definitiva, el celador es una pieza fundamental en el equipo multidisciplinar, debe ser un profesional a la vez competente y resolutivo.

6 Bibliografía

- Estatuto del Personal no sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- Manual básico de la Agencia Valenciana de salud.
- El celador en servicios especiales y centros de salud. Formación continuada Logos.
- Manual de actuación del celador en los distintos ámbitos sanitarios. elblogdelcelador.com.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1685

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RAQUEL JIMÉNEZ ÁLVAREZ

ANA ELISA MALANDA TUÑÓN

SENDY NABIL AZOFEIFA SOTO

LOURDES LÓPEZ ÁLVAREZ

MARÍA TERESA ROMERO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El tratamiento de los datos de los pacientes por parte del personal administrativo es uno de los temas más delicados que uno puede encontrarse en el trabajo.

Como auxiliar administrativo se tiene acceso a gran cantidad de información confidencial relativa a los pacientes. Además de acceder a sus datos personales también se manejan informes clínicos, resultados de pruebas complementarias, analíticas, etc. Una información errónea o inadecuada puede dar lugar a un conflicto entre la institución y el paciente. Por ello es muy importante respetar las obligaciones existentes sobre la protección de datos.

Tanto en el manejo de la documentación como en la recepción y entrega de historiales clínicos, a los que nos referimos como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones sobre la situación y la evolución

clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial, la labor administrativa es de gran importancia.
La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

La función administrativa incluye una delicada tarea en todo lo que conlleva la ley de protección de datos y garantías de los derechos digitales. La implicación de las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario ha supuesto una modificación sustancial en la forma de entender el tratamiento y la recogida de los datos.

2 Objetivos

La presente Ley Orgánica relativa a la protección de datos personales y garantía de los derechos digitales tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, especialmente su honor e intimidad personal y familiar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. La metodología empleada será la establecida por la Agencia Española de Protección de Datos Personales.

4 Resultados

Especialmente el deber de confidencialidad y secreto profesional.
La citada Ley Orgánica establece que el tratamiento de los datos personales, incluidos los datos de carácter sanitario, están sometidos al deber de confidencialidad por parte de los responsables y encargados del tratamiento, así como de todas las personas que intervengan en cualquier fase de éste (artículo 5.1).

Estamos ante un deber que se complementa, a su vez, con los deberes de secreto profesional a los que alude el apartado segundo del referido precepto legal, y que

deberán interpretarse de conformidad con su normativa vigente.
En el ámbito sanitario la relevancia del deber de secreto profesional resulta más que evidente, podemos verlo en las obligaciones deontológicas que en este sentidodeben asumir todos los profesionales sanitarios, o en las graves responsabilidades penales a las que se enfrenta este colectivo por incurrir en la comisión de un delito de descubrimiento y revelación de secreto tipificado en los artículos 197 y siguientes del Código Penal, en los supuestos de accesos indebidos a la historia clínica o en la revelación de secreto a terceros.

Precisamente el Reglamento (UE) 2016/679, en su artículo 9.2. h), cuando alude al tratamiento de datos para fines de medicina preventiva o laboral, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario, o gestión de sistemas y servicios de asistencia sanitaria, establece claramente la obligación de que dicho tratamiento sea realizado por un profesional sujeto a la obligación de secreto profesional o bajo su responsabilidad, o por cualquier otra persona sujeta también a la obligación de secreto de acuerdo con el Derecho de la Unión o de los Estados miembros.

5 Discusión-Conclusión

La aparición de una actualizada regulación en materia de protección de datos sanitarios resultaba necesaria. También es imprescindible que todos los implicados en dicha protección de datos actúen de forma consciente y comprendan el alcance de su responsabilidad con el manejo de dicha información.

6 Bibliografía

- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 41/2002, de 4 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Capítulo 1686

FUNCIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN A LA ANESTESIA Y REANIMACIÓN

BALTASAR MORENO ORDOÑEZ

RUBÉN FERNÁNDEZ VILLAR

MARIA DE LAS MERCEDES GARCIA ALVAREZ

MARGARITA RODRIGUEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Aunque la anestesia y la reanimación son campos para personal cualificado, el celador de quirófano deberá tener conocimiento sobre qué es la asepsia, la anestesia y la reanimación.

Tanto la anestesia como la reanimación son técnicas terapéuticas utilizadas en sanidad para realizar procesos médicos que necesitan mantener al paciente en estado inconsciente o semiincosciente.

Entendemos por anestesia la ausencia temporal de una parte del cuerpo o de su totalidad provocada por la administración de una sustancia química administrada por personal cualificado.

En cuanto a la reanimación es una técnica terapéutica utilizada para hacer que el paciente recupere el conocimiento y vuelva a tener una actividad normal.

Cualquier individuo que tenga que someterse a una intervención quirúrgica, puede ser una apendicitis o una extracción dental, debe pensar que tendrá que ponerse en manos de un anestesista.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer el papel fundamental del celador en cuanto al proceso de anestesia.

Objetivos secundarios:
- Reconocer a groso modo los diferentes tipos de anestesia.

3 Metodología

Se realizan lecturas encontradas en el buscador de Google.
Se aportan ideas adquiridas en el puesto de trabajo (celador de quirofano).

4 Resultados

El celador deberá actuar con eficiencia y rapidez ante cualquier imprevisto.

El celador será el encargado de posicionar al paciente tal y como le indique el equipo quirúrgico. Además preguntará al anestesia si necesita posicionar al paciente de alguna manera determinada y realizará lo que se le pida.
Una vez que se termina la intervención quirúrgica y el paciente esté preparado para salir del área quirúrgica será el celador quien lo traslade a la unidad correspondiente.

Los objetivos del campo de la anestesia y la reanimación son:
- Anestesia: permitir intervenciones sobre la integridad del cuerpo sin producir dolor y aliviar todo proceso doloroso.
- Reanimación: mejorar las funciones básicas del paciente y poder transferir al paciente a una unidad apropiada.

Una correcta movilización y colocación del paciente, desde la preanestesia hasta la reanimación es fundamental para alcanzar buenos resultados quirúrgicos.

Los servicios que realiza el anestesista pueden ser dentro o fuera del hospital.

- Dentro del hospital: sedación en quirófano, reanimación tras la intervención quirúrgica, consulta preanestesia, intervenciones de urgencia, procedimientos relacionados con la unidad del dolor y sedación para realizar pruebas médicas.
- Fuera del hospital: reanimacion/sedación de accidentados y administración de cuidados paliativos.

La sedación es la técnica más usada por los anestesistas, la cual pretende disminuir la conciencia del paciente. La sedación puede ser buscada, sedación primaria, o puede ser un efecto secundario.

En todos estos casos la administración la realiza el anestesista y el paciente ha de dar su consentimiento. Según la necesidad del paciente, el tipo de anestesia puede ser:
- Local: solo se anestesia la zona a tratar.
- General: el paciente permanece inconsciente durante todo el tiempo que estime el facultativo.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene que conocer y diferenciar las tareas del personal que tiene alrededor.

La presión innata con la que se trabaja en el área quirúrgica, puede aminorar y controlarse si el personal sanitario tiene la formación necesaria.

Es importante que el anestesista tenga un conocimiento actualizado de todas las técnicas de anestesia. También debe de conocer o saber identificar las posibles complicaciones.

Cualquier proceso quirúrgico realizado con las técnicas adecuadas de anestesia favorecen la intervención y la recuperación.

6 Bibliografía

- Amir salud.29 de agosto de 2019.

Capítulo 1687

IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS DE TODOS LOS PROFESIONALES PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS.

HÉCTOR SOBRINO AGUIRRE

1 Introducción

Prevenir el contagio horizontal de los microorganismos es lo más importante para evitar enfermedades nosocomiales.

Todos los profesionales sanitarios han de poner especial énfasis en las conductas higiénicas básicas para que determinados organismos no se propaguen en la colectividad, ya que presentan dificultades añadidas para la restauración de la salud del paciente.

El Staphylococcus Aureus, presenta resistencias a antibióticos y es uno de los más extendidos en la población, lo cual lo convierten en un serio problema en las infecciones nosocomiales.

Diferentes estudios aseguran que en torno al 20% de la población es portadora del Staphylococcus Aureus.

Identificación de los profesionales portadores del Staphylococcus Aureus, y llevar a cabo medidas de profilaxis para evitar la propagación.

Por medio de cursos de reciclaje a los trabajadores de cada área de salud, se les aportará los conocimientos necesarios para que conozcan los problemas que supone no lavarse las manos de paciente a paciente.

Se realizarán análisis de exudado nasal y faríngeo al personal de los centros sanitarios para la identificación de los portadores del microorganismo. Una vez identificados se les hará un tratamiento y seguimiento para la eliminación del germen.

Una vez pasado el tratamiento, se procederá, dos meses después, a la verificación y diagnóstico de nuevos brotes de Staphylococcus Aureus en los profesionales que habían sido diagnosticados como portadores del mismo.

2 Objetivos

- Concienciar a los profesionales no sanitarios sobre los microorganismos patógenos que pueden infectar a los pacientes o a ellos mismos.
- Presentar a los profesionales información sobre los microorganismos a los que pueden estar expuestos, desde que entra el paciente en el hospital; especialmente el Staphylococcus Aureus.
- Disminuir las infecciones hospitalarias por contacto de los profesionales con más riesgo (como son los celadores) ya que la mayoría no posee conocimientos en microbiología.
- Minimizar el número de trabajadores del ámbito sanitario portadores del Staphylococcus Aureus.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [citado 5 Ene 2014]

2. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Módulo de Formación Proyecto Bacteriemia cero. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2008
3. Estrategia en seguridad del paciente. Planificación Sanitaria. Calidad y Evaluación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado en febrero. Madrid. 2005.
4. Shuhaibar MN, Falkiner FR. Theprevalence, antibioticsusceptibility and phagetype of nasal carriedStaphylococcusaureus in theDublincommunity. J MedSci 1992;161(10):589-92.
5. Hernández IB, Toraño GT, González M, González I. Staphylococcusaureus resistente a la meticilina: detección de portadores entre niños hospitalizados y niños sanos de la comunidad. RevCubanaMedTrop [Internet]. 2003 [citado 1ro. de octubre de 2011];55(3):153-61.

Capítulo 1688

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: RIESGOS BIOLÓGICOS, TIPOS DE AISLAMIENTOS Y LA IMPORTANCIA DEL PROTOCOLO.

HÉCTOR SOBRINO AGUIRRE

1 Introducción

Prevenir la diseminación de los agentes biológicos en un hospital es uno de los principales objetivos de los profesionales sanitarios. A la entrada de un paciente portador de una infección con alto riesgo de contagio, ha de identificarse en el menor tiempo posible dicha infección, para impedir que el microorganismo se extienda entre la colectividad.

Los profesionales sanitarios, han de tener el conocimiento de los protocolos de actuación en todo momento e intervenir, siempre, minimizando riesgos.

La primera actuación es el diagnóstico precoz de la enfermedad, por medio de una batería de pruebas para descartar la infección. Esto se realizará al ingreso del paciente en el centro hospitalario, en el caso de padecer una sintomatología pulmonar, gástrica o febril por protocolo, aunque el paciente ingrese por otro motivo.

Las habitaciones para pacientes aislados han de ser siempre individuales, y se habilitará una planta especial en todos los hospitales para casos de aislamiento

aéreo, donde las visitas familiares se realizarán en periodos máximos de 10 minutos de duración, dos veces al día y siempre en compañía de un profesional sanitario para la vigilancia del mal uso de los equipos de protección individual (EPI).

Si el hospital posee los medios, se habilitará un pasillo entre dos habitaciones contiguas, con un cristal de protección en cada pared, para que las visitas no puedan acceder al interior de la habitación y así evitar su contagio.

Todas las habitaciones acondicionadas para el aislamiento, de cualquier tipo, tienen que ser de presión negativa. No se permitirá la apertura de ventanas, la renovación del aire será constante. Además, se instalarán filtros EPA para mayor seguridad.

Todas las acciones de lavandería y limpieza han de realizarse dentro de la habitación y ninguna bolsa puede abandonar la misma fuera de un cajón sellado.

2 Objetivos

- Cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso.
- Prevenir la aparición de brotes.
- Utilizar los recursos de forma eficiente.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

1. Porras, M.I.; Báguena, M.J.; Ayarzagüena, M.; y Martín, N.M. (2016). La erradicación y el control de las enfermedades infecciosas. Los libros de la catarata: Madrid.

2. https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa
3. https://studylib.es/doc/7795088/precauciones-de-aislamiento---1.
4. Protocolo de aislamientos de enfermos en habitación. (2011). Junta de Andalucía. Recuperado de: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/documentos%20de%20interes/Infecciones/AISLAMIENTOShabitaci%C3%B3n.pdf

Capítulo 1689

ROPA DE TRABAJO EN LOS CENTROS SANITARIOS: USO CORRECTO Y RECOMENDACIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

HÉCTOR SOBRINO AGUIRRE

1 Introducción

La ropa de trabajo es un punto crítico en la transmisión de microorganismos de un sujeto a otro, incluso en aquellos que no han estado en contacto directo. Ejemplos de estos microorganismos pueden ser: Staphylococcus, Stenotrophomonas Maltophilia, Acinetobacter Baumanii Complex, Klebsiella Pneumoniae y Pseudomonas Aeruginosa.

Los trabajadores de un centro sanitario, especialmente en los hospitales, pocas veces son conscientes de la multitud de microorganismos patógenos a los que se enfrentan, y a los que exponen a otros pacientes.

Desde la obtención del uniforme en lavandería hasta su devolución, la ropa de trabajo ha sido puesta en contacto con agentes biológicos, ya sean saprófitos de uno mismo o patógenos de un paciente. Esto hace indispensable que, en ningún caso, la ropa pueda ser sacada del complejo hospitalario y por ello, su lavado y desinfección debería llevarse a cabo únicamente, por los servicios de lavandería del servicio de salud.

Cabe destacar, el incorrecto uso de la misma en cafeterías comunes y otros lugares no asistenciales, algo que permite la transmisión de microorganismos libremente.

La asignación a los profesionales de un uniforme al incorporarse a su puesto de trabajo, habilitando una única entrada al hospital.

A la asignación del uniforme ha de añadirse un calzado homologado, igualmente desinfectado, ya que muchos profesionales trabajan con calzado de calle, sin homologar y que no pasa por ningún control a la hora de abandonar el centro de trabajo.

En lo que se refiere a las zonas comunes, los trabajadores no podrán hacer uso de las mismas cuando lleven su uniforme. Sería necesario habilitar cafeterías, así como espacios de descanso para empleados, si el centro posee espacio suficiente para su ubicación.

El lavado de uniformes en el domicilio personal del trabajador estará totalmente prohibido, instando a los trabajadores a entregarlo a la salida del centro al personal de lavandería.

Para llevar a cabo dicha operación, a la tarjeta de personal estatutario se le añadirá, si no tiene ya, la opción de pasar por un lector de tarjetas para que recojan su uniforme limpio, y cuando acabe su horario laboral lo depositen.

La entrega del uniforme se llevará a cabo pasando la tarjeta por un lector y un sistema de máquina expendedora le entregará su uniforme precintado individualmente dependiendo del producto que se requiera.

En cada quirófano existirá el mismo sistema expendedor y estará prohibida la salida del área quirúrgica con el uniforme especial.

2 Objetivos

- Usar adecuadamente el uniforme de trabajo.
- Evitar la diseminación de riesgos biológicos a la colectividad.
- Control de stock para evitar hurtos y pérdidas de material.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

1. https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/el-uniforme-de-las-enfermeras-provoca-infecciones-en-las-uci-4307
2. https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/los-uniformes-de-las-enfermeras-vehiculo-de-transmision-de-germenes-en-los-hospitales-DDIMPORT-044976/
3. Instituto Nacional de Gestión sanitaria: Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General, Servicio de Documentación y Publicaciones, C/. Alcalá, 56, 28014 Madrid, I.S.B.N.: 84-351-0082-0, Depósito legal: M-45711-1990, NIPO: 352-90-009.

Capítulo 1690

MANEJO DE GRÚAS POR PARTE DEL CELADOR

MARÍA VICTORIA SAN JOSÉ CALDERÓN

MARÍA SOLEDAD CARRETERO SEVILLA

EDUARDO ROMERO GUTIERREZ

MIGUEL JOSÉ BLANCO CAÑIZARES

ROBERTO FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En un hospital se pueden encontrar pacientes con movilidad reducida por motivo de su avanzada edad o por enfermedad. Estos pacientes necesitan ser movidos ya que por sí solos no son capaces. El personal sanitario será quien los mueva, en concreto serán los celadores quienes realicen esta tarea.

Una de las partes más importantes a la hora de trabajar con seguridad en el ámbito hospitalario es conocer todos los elementos de los que se disponen. Los celadores tienen la capacidad y conocimientos para mover a pacientes con movilidad reducida de manera fácil y sencilla, se dispone además de material que facilita el movimiento (Núñez, 2009).

Es necesario mover a estos pacientes para realizar las labores de higiene o para trasladarlos a otra planta para hacerle alguna prueba.

2 Objetivos

Tendremos como objetivo conocer los materiales que un celador tiene a su disposición en un hospital. También saber las técnicas que se van utilizar en pacientes con movilidad reducida y la seguridad en el ámbito laboral para los trabajadores evitando lesiones por malas prácticas.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con el manejo de las grúas por parte de los celadores.

La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:
- Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
- Revisión de manuales de actuación de hospitales como el HUCA, Hospital de Jove
- Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA: Asturias, País Vasco.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.

Los términos utilizados para la búsqueda han sido “grúas”, “movilización”, “paciente encamado”, “celador”.

4 Resultados

Se encuentra que lo primero que hay que hacer es tener todo el material que se va a utilizar al alcance, guantes, la grúa y los diferentes arneses.

Otro paso principal es la preparación propia del celador, haciendo especial hincapié en el lavado de manos, según la técnica necesaria y siempre teniendo en cuenta el nivel del paciente, siendo distinto proceso para un paciente que esté aislado o no.

El siguiente paso es la preparación del propio paciente, se le informará de lo que se le va a hacer, tanto a él como a sus familiares, cuando corresponda, se le pedirá

colaboración si fuera posible y se guardará su intimidad en todo momento.

Procedimiento de actuación:

Para tener seguridad a la hora de mover al paciente se debe frenar la cama o pedir ayuda a un compañero en el caso de que esta no pueda ser frenada mecánicamente y tenerla en posición horizontal para facilitar nuestro trabajo.

Colocación del arnés:

1. De cubito o lateral:

Esta manera de mover al paciente es muy frecuente en pacientes con fractura de cadera, en este tipo de paciente debemos introducir una almohada entre las piernas para evitar que se junten. Debemos girar al paciente hasta tenerlo de lado y al borde la cama. Ponemos primero el arnés y luego una entremetida. Pasado esta primera colocación lo giramos en decúbito hacia el otro lado para acabar de estirar el arnés y las entremetidas. Las bandas de las piernas las pasamos por debajo de las dos y las entrecruzamos. Este paso es fundamental en pacientes con fractura de cadera puesto que no deben bajo ningún concepto juntas ambas piernas.

2. Desde la posición de sentado:

Intentaremos incorporar el enfermo hasta la posición de sentado. Luego colocaremos el arnés de arriba hacia abajo, pasamos primero por su espalda y vamos bajando como si tratáramos de vestirle, llegando hasta la altura de la cintura. Posteriormente acostamos de nuevo al paciente y pasaremos las bandas por debajo de las piernas llegando a la altura de los muslos. En esta posición también cruzamos las bandas entre sí.

Una vez que se coloca el arnés tanto un método como en otro se puede elevar un poco el brazo de la grúa y se acerca la cama o silla donde se quiera mover al paciente. También se debe colocar las bandas más cortas, normalmente son las de los hombros en los enganches correspondientes o a veces en la percha supletoria si se dispone de ella. Estas deben colocarse en la posición más corta, la más cercana al cuerpo del paciente.

Las bandas más largas, las de las piernas, se deben colocar en la posición más alejada del paciente, llegando incluso a la punta de la banda. Estas bandas tienen que estar entrecruzadas entre sí, de modo que se coloca a la derecha en el en-

ganche izquierdo y la izquierda en el enganche derecho. Con esto se consigue que el enfermo este más sentado al elevarlo.

5 Discusión-Conclusión

Se debe tener especial cuidado con los pacientes con fractura de cadera. A este tipo de pacientes a la hora de elevarlos se les debe sujetar la pierna operada durante todo el proceso. Con ello se mantiene la alineación del miembro restando mucho dolor al paciente.

En el momento de elevar al paciente debemos prestar especial atención a que todo esté en el sitio correcto además de tener espacio suficiente para mover al paciente, nosotros como celadores y los diferentes recursos que vayamos a utilizar. En algunos centros es complicado por la colocación de las camas.

Elevamos por tanto con mucha suavidad y lentitud al paciente llegando a una altura de separación entre la cama y el mismo. Recordamos que tendremos que abrir las patas de la grúa para garantizar la estabilidad de la misma. Trasportamos el enfermo hasta la camilla, silla, etc. Situamos al paciente justo encima del sillón y comenzamos a descender llegando a la posición de sentado. Este paso debemos hacerlo dos celadores junto, ya que mientras uno maneja la grúa otro debe ir colocando al paciente en la posición deseada moviendo los arneses o al paciente mismo.

En el caso de que el paciente necesite sujeción adicional y si podemos dejarle puesto el arnés, usaremos para este paso las bandas largas de las piernas para sujetarlo al sillón, así no se escurrirá del sillón con tanta facilidad. Recordamos que son personas con movilidad reducida.

6 Bibliografía

- Núñez, D. M. (2009). Manual Básico del Celador. Lulu. com.
- Polanco Serna, M. (2014). Análisis ergonómico del puesto de trabajo de celador en la unidad de medicina interna del Hospital Río Hortega de Valladolid.
- Moral, J. C. C., Carrillo, F. J. G., & Álamo, R. A. J. (2018). Cuidados de enfermería tras cistectomía radical en pacientes con neovejiga. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud, 493.
- Martín, R. A. (2016). Ergonomía aplicada a la movilización de pacientes en un servicio de hospitalización mediante el método MAPO. Revista Enfermería del

Trabajo, 6(2), 43-50.
- Santos, D. R. (2016). El papel de la ergonomía en la prevención y evaluación de la carga física en un centro hospitalario: evaluación de las tareas de movilización de pacientes mediante el método MAPO Index (Doctoral dissertation, Universidade da Coruña).
- López Molina, S. X., Viteri Romero, L. E., & Zambrano García, M. A. (2013). IMPLEMENTACION DE EQUIPO DE MOVILIZACION DE USUARIOS INTERVENIDOS UNIDAD MOVIL FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI, PORTOVIEJO NOVIEMBRE 2008 A ABRIL 2009.
- GARCIA, J. G., DIAZ, J. P., NAVARRO, M. C. O., MARQUEZ, M. C. M., LOPEZ, C. C., MELERO, M. T., ... & SAEZ, I. M. PROTOCOLO MANIOBRA DE DECUBITO PRONO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.
- Garasa, M. P. P. (2005). Evaluación de las condiciones de trabajo en un hospital terciario: factores de riesgo en laaccidentalidad laboral (Doctoral dissertation, Universidad de Zaragoza).

Capítulo 1691

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON LOS PACIENTES FALLECIDOS

BEATRIZ VILLA SEOANE

1 Introducción

Conceptos básicos que debemos saber:
- Cadáver: cuerpo humano durante los cinco primeros años siguientes a la muerte. (la muerte real se computará desde la fecha y hora que figure en la inscripción de defunción en el registro civil). cremación, incineración: reducción a cenizas del cadáver o restos cadavéricos por medio de calor.
Embalsamiento o tanatopraxis: los métodos que impiden la aparición de los fenómenos de putrefacción.
Restos cadavéricos: lo que queda del cuerpo humano después de la destrucción de la materia orgánica,una vez transcurridos los cinco años desde la muerte.

2 Objetivos

-Identificar y dar a conocer las funciones que realizan los celadores con el paciente fallecido, siendo este un tema delicado lo mejor es siempre tener muy claro que hay que hacer y como hacerlo.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo con la búsqueda de la bibliografía en una de las principales bases de datos, Google Académico, utilizando las palabras clave:

Actuación del Celador con el paciente fallecido.

4 Resultados

Los celadores a día de hoy se rigen por el estatuto Marco, pero en ha lo que funciones se refiere todavía siguen vigentes las del estatuto de personal no sanitario (E.P.N.S), y según su artículo 14.2 la actuación del Celador con los pacientes fallecidos sería la siguiente:
1- Verificar y confirmar la muerte en el parte médico. Se colaborará con la enfermera responsable durante todo el proceso.
2- Pedirle a la familia que abandone la habitación mientras realizamos el amortajamiento, ayudaremos en todo lo necesario en esos difíciles momentos.
3- Trasladar al compañero de habitación (si tuviese)a otra habitación o, en su defecto, aislar lo con un biombo o cortina.
4- Lavamos las manos y nos colocamos los guantes de un solo uso.
5- Preparar todo el material necesario y llevarlo a la habitación del fallecido.
6- Dejar el cuerpo en decúbito supino colocando la cama en posición horizontal si estaba levantada y se le deja la almohada.
7- Desconectar y retirar catéteres, drenajes etc. Que llevaría el fallecido.
8- Realizar la higiene completa del fallecido. Lavarle la cara y afeitar le si hiciera falta, limpiarle las secreciones y peinarle.
9- Colocar en un carrito el material para curas y ayudar a la enfermera a taponar las salidas d sangre u otras secreciones, si las hay, y a colocar el apósito perineal tras un taponamiento rectal y vaginal si hiciera falta.
10- Estirar las extremidades inferiores y colocar los brazos a lo largo del cuerpo
11- Cerrarle los ojos bajando los párpados superiores tirando lentamente de las pestañas. Colocarle la dentadura si se le había quitado al enfermo moribundo, y cerrarle la boca.
12- Sujetar la mandíbula del cadáver con un vendaje alrededor de la cabeza.
13- Entregar a la enfermera los objetos de valor retirados del fallecido (para entregarlos a los familiares) y ponerle una bata o sudario. Si la familia lo desea, se le les facilitará que puedan vestir con su Ropa al cadáver.
14- Cubrir por completo con una sabana y ponerle la etiqueta de identificación: identificar al cadáver con nombre, fecha, hora y unidad de procedencia.
15- Antes del traslado por los celadores, hay que asegurarse de que las puertas de las demás habitaciones están cerradas y de que no pasean pacientes por el pasillo.
16- Notificar la muerte a los servicios que correspondan: farmacia, cocina, etc.

17- Recoger y limpiar la habitación, y avisar para su desinfección.
Atener en cuenta, los fallecidos por causas de ciertas enfermedades contagiosas serán amortajados de manera especial.
Los celadores "ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los enfermos al mortuoria".
Traslado del cadáver al mortuorio, corre a cargo del Celador acompañado de otro Celador, concretamente del Celador del servicio done se a producido el fallecimiento. El traslado del cadáver se hará en camilla cubierta o la camilla debe protegerse con una sabana y el cuerpo se cubrirá con otra por completo desde el servicio en el que se produjo el deceso hasta el depósito. Nunca irán acompañados de los familiares del difunto.
Antes de salir de habitación con el difunto hay que asegurarse que el pasillo se encuentra espejado de enfermos y familiares, en el caso de que esto no fuera así les invitaremos a entrar en sus habitaciones y luego saldremos con la camilla.
El traslado al mortuorio no se realizará hasta haber recibido el parte de traslado correspondiente, se hará por lugares poco frecuentados y de forma discreta frente al resto de los enfermos o familiares que los visitan.
Cuando nos lo indiquen lo bajaremos con discreción al mortuoria depositando lo en la cámara frigorífica, de manera que la cabeza del cadáver quede a la puerta de la cámara, por si hubiera que reconocer el cadáver, dejando en la puerta una etiqueta con los datos del cadáver para su posterior identificación. El mortuorio permanecerá en las mejores condiciones de higiene y limpieza después de la colocación del cadáver en la cámara.
Si al cadáver hay que realizarle previamente una autopsia, deberá ser conducido igualmente por el Celador hasta la cámara frigorífica libre correspondiente, salvo que le estén esperado para realizar la misma (algo que no suele ser probable).
Recordemos que el cuerpo del fallecido pertenece por leí a la familia salvo que este haya dispuesto de forma explícita y por escrito otras instrucciones previas o bien que la familia lo done con fines científicos o humanitarios.
Una vez finalizadas estas labores regresará a su puesto de trabajo, manteniendo todas las medidas higiénicas que corresponden.
Lo mejor será tener todo esto muy claro de antemano, en estos sitios lo mejor es no cometer errores.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos comprobar por el presente capítulo el Celador juega un importante papel con los pacientes fallecidos, y hoy en día en la inmensa mayoría de las áreas hospitalarias por eso hay que destacar que el Celador necesita una cada vez más una exigente preparación para ofrecer al usuario la calidad y profesionalidad que este se merece.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1692

HÁBITOS BÁSICOS PARA EL CUIDADO DE LA ESPALDA

JOSE RAMON FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El llamado popularmente ”dolor de espalda” puede estar originado por varias causas que van desde malformaciones y desgastes hasta enfermedades renales, digestivas o reumáticas.

Esta dolencia es la de mayor prevalencia entre las personas en edad de trabajar. Entre un 60% y un 80% de los trabajadores sufrió al menos un episodio de dolor lumbar a lo largo de su vida, siendo la principal causa de absentismo laboral en los paises desarrollados. Los factores de riesgos más relevantes son: La edad, el sedentarismo, el sobrepeso, factores hereditarios y la actividad profesional. Es precisamente de este último factor el que vamos a tratar a continuación, concretamente ”los riesgos ergonómicos”.

2 Objetivos

- Disminuir la prevalencia del dolor de espalda a traves de una correcta higiene postural.

3 Metodología

Recogida de información mediante bases de datos bibliográficos como Scielo y Gooble Académico, introduciendo palabras clave: ”Prevención del dolor” y ”Do-

lor de espalda". Estas bases nos remiten a otras fuentes como páginas web o artículos.

4 Resultados

La columna vertebral es el pilar central del tronco, que sirve de punto de anclaje a músculos y soporte de órganos. Los músculos de la espalda coordinados con los abdominales contribuyen al mantenimiento de la postura, de ahí la importancia de llevar a cabo una correcta higiene postural ante los factores de riesgo que nos encontramos a lo largo de nuestra vida, como son:

- Lesiones derivadas por sobreesfuerzo: Originadas por un desequilibrio entre las exigencias de la tarea y la capacidad física del individuo. Como son; las posturas incorrectas, los movimientos repetitivos y la manipulación de cargas de forma inadecuada.
- Musculatura de espalda y abdominal débil.

La acción preventiva que llevariamos a cabo ante estos riesgos, serian:

- Adoptar posturas correctas, tanto sentado (con la espalda bien alineada y apoyada en el respaldo), como en bipedestación prolongada (alternando la carga del peso del cuerpo de una pierna a otra).
- Evitar realizar movimientos repetitivos por tiempo prolongado, intercalando periodos de descanso activo en los que haremos pequeños estiramientos y alternaremos distintas tareas siempre que sea posible.
- Manipulación correcta de cargas. De acuerdo con el Real Decreto 487/1997 entendemos por manipulación manual de cargas (MMC) " cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores como el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción o el desplazamiento, que por sus caracteristicas o condiciones ergonómicas inadecuadas entraña riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.

Los PRINCIPIOS BÁSICOS que debemos de tener en cuenta a la hora de manipular una carga son:

- Utilizar, siempre que sea posible, la ayuda de medios mecánicos.
- Planificar por adelantado lo que se va a hacer.
- Solicitar cuando se precise la ayuda de terceros.
- Utilizar ropa y calzado adecuado.
- Levantar la carga con las piernas ligeramente separadas (anchura de los hombros), flexionar las piernas y mantener la espalda recta.
- Mantener la carga pegada al cuerpo sin hacer giros ni inclinaciones.
- Sujetar la carga con firmeza.

- Utilizaremos la fuerza de las piernas, no de la espalda.
- Disminuir el peso de la carga y el número de objetos que se desplazen a la vez.
En cuanto a la debilidad muscular, es conveniente realizar actividad física y ejercicio de manera regular, lo que ayudará a mantener una musculatura más fuerte disminuyendo el riesgo de lesiones.

5 Discusión-Conclusión

Es esencial concienciar a los trabajadores de la importancia de la utilización de medidas preventivas para reducir los riesgos de lesiones, sobre todo dorsolumbares.

La ergonómia y los factores de riesgo de salud laboral deben ser evaluados individualmente. La mejor manera de combatir la dolencia en nuestra columna vertebral es la actividad física y cumplir las normas básicas de higiene postural.

6 Bibliografía

- Estudio EPISER (Sociedad Española de Reumatología).
- Guia para el estudio de la espalda (FREMAP).
- Orthoinfo.aacs.org.: Pautas para levantar correctamente.
- MEDIPLUS.gov.: Artículo de la Sociedad Americana de Reumatología.
- Fundación Kovacs: Programas de mejora de la salud laboral y reducción del absentismo 2005.

Capítulo 1693

LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPIS) EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

JOSE RAMON FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Los EPIS son los equipos de protección individual. Los hay de muchos niveles y de muchos tipos, pero todos tienen en común el hecho de que sirven para proteger a los trabajadores que lo llevan.

Las cifras sobre el número de accidentes que se producen en España son preocupantes, ponen de relieve que aún es necesario incidir en la concienciación sobre seguridad laboral y la utilización de la correspondiente protección individual. Se suele decir que todo accidente puede ser evitado, lo correcto seria decir que todo accidente puede ser minimizado y es precisamente esta función la que deben de cumplir los EPIS.

2 Objetivos

- Conocer las características fundamentales de los EPIS y su papel en la prevención de riesgos.

3 Metodología

Recogida de información mediante bases de datos bibliográficos como Scielo y Google Académico, introduciendo palabras clave: equipos de protección individual. Visita a la página web de INSST que nos remite a documentos y guías sobre el tema.

4 Resultados

Se define EPI o equipo de protección individual a cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

Los equipos de protección tienen por objeto proteger al trabajador o trabajadora frente a peligros potenciales que se producen durante una actividad laboral determinada. Debe considerarse como una técnica complementaria de la protección colectiva,nunca como técnica sustitutoria, tal como establece el artículo 15 de la LPRL relativa a los principios de acción preventiva. Un EPI no protege de forma ilimitada ni ofrece una protección absoluta, proporcionan una protección eficaz hasta unos ciertos límites establecidos en las normas técnicas. El EPI tiene carácter de última protección, ya que deberán utilizarse cuando los riesgos no puedan evitarse o limitarse suficientemente, por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo.
Características de los EPIS:
- Deberán de llevar el marcado CE.
- Ser de uso individual.
- Deben de ajustarse a las características anatómicas del trabajador.
- Adecuarse a los riesgos sujetos a protección, sin que la propia utilización suponga un riesgo añadido.
- Deben responder a las condiciones existentes en el lugar de trabajo.
- Tienen que ser compatibles con otros EPIS.
- El usuario tiene que ser instruido sobre su uso.
- Su mantenimiento y conservación son responsabilidad del trabajador.

El R.D. 1407/92 agrupa los EPIS en tres categorías, estableciendo para cada una de ellas una serie de exigencias en cuanto a su fabricación y comercialización:
- Categoría I: de diseño sencillo, son los EPIS destinados a proteger contra riesgos mínimos.

- Categoría II: no cumplen los requisitos para ser considerados dentro de la categoría I, pero tampoco son tan complejos como los de la categoría III: serían los destinados a proteger contra riesgos de grado medio y deben de llevar la marca CE .
- Categoría III: de diseño complejo. Son los EPIS destinados a proteger contra riesgos de consecuencias mortales o irreversibles. También llevará la marca CE.

Los EPIS más comunes utilizados en hospitales son: guantes, mascarillas, batas, delantal para la protección de rayos X, gafas, calzado profesional o de seguridad etc.

5 Discusión-Conclusión

Ante un peligro potencial no basta con dar un EPI al trabajador, hay que evitar ese riesgo con una medida que proteja al conjunto de personas expuestas, completando tales medidas con EPIS específicos. Los equipos de protección individual deberán utilizarse cuando los riesgos no se puedan evitar o limitarse suficientemente a través de otras medidas preventivas R.D. 773/97. Proteger la integridad física del trabajador en su puesto de trabajo es un derecho, y un deber que todos tenemos y el uso correcto de las EPIS contribuyen a ello.

6 Bibliografía

- FREMAP: Prevención de riesgos en el puesto de trabajo.
- Estudio sobre Equipo de Protección Individual (EPI) de la Universidad de Valencia www.uv.es/sfpenlinea.
- Página web del INSST.

Capítulo 1694

ACTUACION ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO AGITADO

JOSE ANTONIO GONZALEZ SARAS

MIREN LÓPEZ REDONDO

MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI

ROCÍO SAAVEDRA SUÁREZ

1 Introducción

Los pacientes agitados son una situación clínica a la que con relativa frecuencia se enfrentan los médicos en su práctica clínica. En la primera valoración, además de tomar las oportunas medidas de seguridad, debemos de hacer un diagnóstico de presunción basado en el origen de la agitación (causa orgánica, trastorno mental subyacente o manifestación de una ansiedad extrema). Ello facilitará una posible resolución mediante un abordaje verbal o por el contrario se procederá a la contención mecánica. En caso de que se tome esta última decisión, se debe planificar con antelación y realizarla con al menos 5 personas. Dicha maniobra suele ser el paso previo a la contención con sedación farmacológica con benzodiacepinas, neurolépticos o una pauta combinada de ambos. Es necesario tener en cuenta el riesgo que suponen estos pacientes para su entorno familiar, el personal que lo atiende o incluso su propia vida, por lo que son candidatos a ingresar en unidades de psiquiatría de forma voluntaria o involuntaria. Si optamos por esta última, debe realizarse al amparo de la Ley, así como las medidas de contención

y sedación adecuadas. Todas estas maniobras tienen que estar reflejadas con nuestro informe para el psiquiatra de guardia, que es quien realiza el ingreso.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de reducción que hay en psiquiatría.
- Saber actuar ante situaciones de emergencia con pacientes psiquiátricos agitados.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas de pacientes psiquiátricos agitados, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: pacientes, psiquiatría, salud mental, agitación.

4 Resultados

La agitación psicomotriz se define como un estado de marcada excitación mental acompañado de un aumento inadecuado de la actividad motora, en grado variable, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado. Representan un grave problema para el propio paciente (autoagresión), para los familiares, personal sanitario y el entorno en general, tanto personas (heteroagresión) como bienes.

Son situaciones a las que se ha enfrentado tradicionalmente el médico en su praxis con métodos tan variados como controvertidos donde los "accesos de furor de los enajenados" eran contenidos mediante cepos, grillos y reclusión durante meses en jaulas y posteriormente con sillones y camisas de fuerza; y a las que todavía tienen que enfrentarse con cierta frecuencia los profesionales que trabajan en el ámbito de las urgencias y emergencias, en centros de Salud Mental, y en general todos aquellos profesionales que atienden a pacientes drogodependientes, alcohólicos y pacientes psiquiátricos, y que requieren de una intervención rápida.

El paciente agitado no debe confundirse con el violento. Éste genera un problema

de orden y seguridad que como tal deberá ser atendido por personal de seguridad, si bien la frontera entre uno y otro en ocasiones es difícil de establecer, ya que el estado de ánimo del paciente agitado se puede manifestar como nervioso, eufórico, colérico, y son frecuentes las risas, el llanto y los gritos incontrolables. La agitación psicomotriz no es en forma alguna privativa, ni siquiera característica de los enfermos mentales como se verá a lo largo de este tema, pero no cabe duda de que cierto número de los enfermos que son atendidos por los servicios de urgencia y unidades de psiquiatría han ejercido algún tipo de violencia. La vigilancia y control del paciente agitado durante el traslado comprende:

– No dejar nunca solo al paciente, incluso cuando está inmovilizado.
– Cerciorarse periódicamente que las fijaciones están bien aseguradas.
– Comprobar que las fijaciones son "confortables", es decir, que ejercen su función sin riesgos ni lesiones añadidas: excoriaciones, quemaduras por roce, dificultad de la circulación (comprobar pulso).
– Evitar estímulos estresantes. El traslado en ambulancia se realizará generalmente con prioritarios luminosos que no molesten al paciente, y se evitará el uso de sirenas, aceleraciones y deceleraciones bruscas.
– Comprobar una adecuada temperatura y ventilación del habitáculo asistencial, pues temperaturas extremas (mucho calor o mucho frío) pueden suponer un estrés añadido para el paciente.
– Vigilar periódicamente el paciente, valorar su conducta y/o estado de conciencia (si está sedado).
–Toma de constantes (presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, glucemia).
– Si el paciente está sedado, es conveniente monitorizarlo (ritmo ECG, saturación de oxígeno) y aspirar periódicamente las secreciones.

El traslado deberá realizarse al centro útil, esto es, si se sospecha una causa orgánica a un hospital general, si existe historia previa de causa psiquiátrica, a un hospital donde pueda ser valorado por un psiquiatra, y dispongan de posibilidad de ingreso, ya que no todos los hospitales cuentan con este servicio las 24 horas. El recurso dependerá del estado del paciente, si el paciente se ha mostrado colaborador en la primera fase (contención verbal), puede ser suficiente con una ambulancia convencional o recursos de familiares, pero nunca sólo. Si se ha procedido a la contención mecánica se requerirá una unidad de transporte psiquiátrico o en su defecto una unidad de soporte vital básico (SVB) que garanticen la contención durante el traslado. Si por el contrario se ha recurrido a la sedación, es conveniente que el paciente vaya monitorizado, o al menos vigilado (unidad de SVB) para evitar riesgos de broncoaspiración, que dependerá en gran medida de

la profundidad de sedación alcanzada.

Es importante y conveniente que estas situaciones queden registradas, tanto las circunstancias en las que se produce la agitación como las consecuencias de las mismas (lesiones, daños materiales, etc.), para poder tomar las medidas oportunas, tanto de prevención, mejoras de tratamiento y de formación, como legales.

5 Discusión-Conclusión

La sospecha basada en criterios clínicos debidamente fundada (por ejemplo, riesgo de autolisis, pérdida del control de impulsos, agresividad manifiesta, antecedentes, etc.) es suficiente para tomar la decisión de un traslado forzoso y posterior ingreso.

Lo primero es salvaguardar la integridad del médico y el personal que atiende al paciente.

Mantener siempre una distancia de seguridad. y una vía de escape accesible (puerta abierta, por ejemplo).Si es necesario, mantenerse de pie. Idealmente, debe ser una habitación amplia, sin objetos contundentes (salvo los imprescindibles), a ser posible sin cerrojo interior. Utilizar salas como la descrita para evitar un exceso de estimulación sensorial (evitar pasillos o salas de espera) y evitar la mirada de los curiosos. Solicitar la ayuda de celadores, miembros de seguridad o, si es necesario, de las Fuerzas de Seguridad del Estado. Habitualmente su sola presencia facilita la colaboración por parte del paciente. En caso de que el paciente muestre un arma, debe interrumpirse la entrevista y avisar a seguridad.

6 Bibliografía

1. Muñoz Ávila J, Martínez Grueiro M, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L. Manejo en urgencias del paciente agitado. En: Medicina de Urgencias y Emergencias.
2. Livianos Aldana L, Magraner Gil A, Rojo Moreno L, Rojo MorenoL.La liberación y contención del loco en la praxis terapéutica de la España decimonónica. An Psiquiatria 1987;3:76-81.
3 .Martínez A, Hinojal R. Manejo del paciente violento en prisión.RevEspSanidPenit1998;1:13-19.

4 Muñoz Ávila J, Torres Murillo J, Calderón de la Barca GázquezJM,Berlango A, García Criado EI, Jiménez Murillo L. Manejo en urgencias del paciente agitado o violento. Semergen1999;6:532-6.
5. Calcedo Ordoñez A, Molina Rodríguez V, Arango López C.Cuidados y tratamiento de paciente violento (1ª parte). AnPsiquiatría1994;10:135-9.
6. Pérez González S. Protocolo de restricción de movimientos. Enfermería Global. 2003

Capítulo 1695

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DEL PACIENTE. SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

ROSA ANA MENÉNDEZ REFOYO

LUCIA GARCÍA ALONSO

1 Introducción

Gestionar es dirigir y administrar los recursos humanos, materiales y organizativos, de tal forma que permitan alcanzar los objetivos y metas establecidos. La gestión del paciente se refiere a todas las fases de gestión que afectan al paciente en el proceso de atención, proceso de hospitalización: subproceso de ingreso, atención dentro de la hospitalización, alta, urgencias y atención ambulatoria.

En la mayoría de los hospitales españoles esta gestión se lleva a cabo a través de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC), que es un servicio multidisciplinar integrado por profesionales sanitarios y no sanitarios, donde se lleva a cabo la gestión de los distintos servicios, así como la tramitación de la correspondiente documentación clínica y la información asistencial generada.

Sin embargo, el resto de hospitales españoles han optado por separar las diferentes tareas unidas a la gestión de pacientes, de las propias de la documentación clínica. En ambos casos, son llevadas a cabo por profesionales sanitarios y no sanitarios. No podemos olvidar en este apartado lo que sería la definición de

Documentación Clínica, que a rasgos generales, es el conjunto de documentos médicos legales en los que se recoge toda la información de tipo asistencial, preventiva, y social necesaria para una buena atención al paciente. En este punto, el auxiliar administrativo (personal no sanitario) juega un papel muy importante, ya que tendrá la función de custodiar y archivar dicha documentación.

2 Objetivos

- Identificar la participación del auxiliar administrativo en los distintos servicios de admisión y documentación clínica, así como enumerar algunas de sus funciones en los mismos.

3 Metodología

La búsqueda de información se hizo a través de bases de datos científicas como Pubmed, Medline, Y Dialnet. Como descriptores: gestión de pacientes, servicios de admisión, documentación clínica, administrativo y como operador booleano: AND.

4 Resultados

En las distintas áreas básicas de atención como son hospitalización, urgencias y atención ambulatoria, se llevan a cabo una variedad de funciones y tareas en las que el auxiliar administrativo tiene una gran participación:

- Gestión operativa de los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial de los pacientes.
- Organización y evaluación del proceso asistencial que permita una comunicación y coordinación entre las distintas unidades del hospital e incluso con las unidades ambulatorias.
- Obtención de datos estadísticos para conocer la demanda existente y la actividad asistencial llevado a cabo.

Dentro de los distintos servicios que son gestionados por los Servicios de Admisión y Documentación Clínica, nos vamos a centrar en tres y en los puntos donde más presencia tiene el auxiliar administrativo:

1. Hospitalización.
2. Urgencias.
3. Atención ambulatoria.

1. Hospitalización
El Servicio de Admisión y Documentación Clínica se ocupa de tramitar los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización, así como de las distintas unidades asistenciales. Sus objetivos son conseguir una adecuada programación y priorización de la asistencia según los criterios del hospital. Ubicar a los pacientes hospitalizados en las unidades más adecuadas según su situación clínica, evitar instancias innecesarias por cuestiones organizativas. Realizar el correcto registro de los datos necesarios para la gestión del área de hospitalización.

En esta área los auxiliares administrativos se encargan entre otras tareas, de gestionar los trámites que surgen como consecuencia de la estancia hospitalaria, ya sea antes del ingreso, durante la estancia o tras el alta médica. Gestiona los ingresos de los pacientes en función de criterios y prioridades establecidos por el centro. Asignación de unidad de enfermería y cama a las solicitudes de ingreso. Gestiona cambios de ubicación dentro del área hospitalaria de acuerdo a criterios del centro. Preparación de la documentación administrativa precisa para el ingreso del paciente.
Igualmente en algunas áreas como la de laboratorio, se ocupan de diligencias derivadas de las solicitudes de análisis programados y gestionan los informes de análisis de laboratorio.

En el bloque quirúrgico realizan tareas como la planificación y asignación de quirófanos a servicios quirúrgicos, el control y la información sobre la cirugía programada y urgente a los profesionales de los quirófanos.
Llevan a cabo también, la realización de informes de distintas unidades asistenciales.

2. Atención ambulatoria
En este caso el Servicio de Admisión y Documentación Clínica gestiona el acceso de del paciente al servicio de atención ambulatoria, así como a consultas externas, hospital de día, centros de especialidades dependientes del hospital, etc. Lo que se pretende conseguir aquí es coordinar y homogeniezar el acceso y el flujo asistencial del paciente ambulatorio. Garantizar el cumplimiento de las normas de registro centralizado de pacientes. Mejorar los tiempos de actividad en consultas externas, hospital de día, etc.

Algunas de las funciones de los auxiliares administrativos es gestionar y aceptar las solicitudes de cita previa, de acuerdo a los criterios establecidos por los centros. Registrar las solicitudes de citas, asignar hora y día para la visita. Facilitar al paciente o centro sanitario solicitante una acreditación documental de la cita.

Programación y gestión de agendas es otra de las tareas asignadas a los auxiliares administrativos.Formaría parte de las funciones del administrativo enviar a los servicios, las citas y tipos de prestación; Informar a dirección de las citas pendientes de atención ambulatoria, así como de las demoras existentes. Así como registrar de cada unidad asistencial la actividad realmente realizada y el destino de cada paciente atendido.

3. Urgencias
En la unidad de urgencias, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica da apoyo organizativo y a su vez, informativo para que la asistencia al paciente sea la más óptima posible. La finalidad del SADC en esta área es , entre otras funciones, conocer en todo momento el número de pacientes que esperan en el área de atención de urgencias; controlar la ubicación de los pacientes ; realizar el registro de los datos de forma correcta, etc.

El auxiliar administrativo realiza la función de identificar al paciente a su llegada en los casos que fuera posible, toma correctamente los datos necesarios para la gestión operativa del área, elabora la documentación administrativa necesaria para el ingreso del paciente, etc.

Documentación Clínica
En este punto , el SADC tiene como función la gestión de toda la información clínica generada por un paciente y toda la documentación organizarla en una única historia clínica.

La ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica 15 de noviembre la define en su artículo 3 como ”el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”. El auxiliar administrativo organiza la documentación en una historia clínica única, así como la custodia y archivo de la misma, además realiza un seguimiento de la documentación prestada.

5 Discusión-Conclusión

Resulta evidente la importancia de las funciones llevadas a cabo por los profesionales sanitarios y no sanitarios, que integran el Servicio de Admisiones y Documentación Clínica. La gestión llevada a cabo permite dirigir y administrar los

recursos humanos, materiales y organizativos de manera que permitan lograr los objetivos y metas fijados, de una forma eficiente y óptima. Se hace evidente la necesidad de una formación e información continuada de dichos profesionales, así como una colaboración y coordinación entre las distintas unidades asistenciales. Dado el importante papel desempeñado por los auxiliares administrativos en los Servicios de Admisión y Documentación Clínica, es necesaria una formación que establezca las bases del trabajo a desempeñar por las nuevas incorporaciones.

6 Bibliografía

- "Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica". López Domínguez, O. Madrid, Editorial: Olalla,1997.
- "Diccionario de gestión y administración sanitaria". Rubio Cebrián, Santiago; Repullo Labrador, José Ramón; Rubio González, Beltrán. Madrid: Instituto de Salud Carlos III- Escuela Nacional de Salud, 2018.
- Sociedad Española de Documentación Médica. Memoria. Barcelona. SEDOM, 1995.
- Espacio de noticias, actualidad y opinión del Hospital Universitari de Bellvitge. https://www.bellvitgehospital.cat/
- La ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (B.O.E. nº 274 de 15 de noviembre de 2002. Madrid. 2002. 40126-40132).

Capítulo 1696

EL SERVICIO DE URGENCIAS EN HOSPITALES

MIREN LÓPEZ REDONDO

JOSE ANTONIO GONZALEZ SARAS

MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI

ROCÍO SAAVEDRA SUÁREZ

1 Introducción

La atención en la Unidad de Urgencias se proporciona las 24 horas los 365 días del año. En esta valoración se determina si el paciente requiere ser ingresado al área de observación de Urgencias, ser derivado a un hospital general, a un centro de salud, o bien referirse a la Consulta Externa de esta misma institución.
La atención en la Unidad de Urgencias se inicia con la recepción del paciente para evaluar su nivel de complejidad o gravedad, asignándole un nivel de prioridad para la atención.

Es un servicio destinado para recibir, estabilizar y atender al paciente que requiera de atención médica inmediata, que ponga en peligro la vida de la persona o la función de un órgano; el cual está ubicado en las Clínicas Regionales, Hospitales Regionales y Hospitales de tercer nivel. La continuidad asistencial, mucho más que la simple coordinación, es una visión continua y compartida del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común que es el ciudadano.

2 Objetivos

- El objetivo fundamental es la atención inmediata de pacientes que llegan en situación comprometida.
Proporcionar cuidados globales y directos al paciente y familia

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas de servicio de urgencias, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: pacientes, urgencias, atención, cuidados.

4 Resultados

Una estructura organizativa en la que las áreas de Urgencias de los hospitales se estructuran como una Sección que, junto con la Sección de Intensivos, constituyen el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Ambas Secciones dependen orgánica y funcionalmente del citado Servicio. La Sección de Urgencias ostenta la responsabilidad de la atención de todos los enfermos que demanden en ella atención sanitaria urgente. Los facultativos de guardia de otros servicios o especialidades actuarán como médicos consultores bajo llamada en los problemas específicos que sean de su competencia cuando se superen las capacidades diagnósticas y terapéuticas de la Sección de Urgencias. En este caso, las decisiones asistenciales adoptadas serán de responsabilidad conjunta entre la Sección de Urgencias y la especialidad correspondiente.

La Sección de Urgencias integra diversos profesionales (médicos, enfermeros, administrativos, celadores, personal de limpieza,…) que dependen orgánicamente de su línea jerárquica, pero, funcionalmente, dependen del Jefe de Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias y, por delegación, del Jefe de la Sección de Urgencias. Los planes funcionales son herramientas que pueden contribuir a la mejora de la calidad ofertada por las distintas unidades asistenciales. En este sentido se concreta el Plan Funcional de la Sección de Urgencias de los SCCU, que debe dar respuesta adecuada a lo que, hoy día, se considera (por la OMS y la mayoría de organizaciones sanitarias) una “urgencia” médica, esto es, “toda aquella situación entendida como tal por un ciudadano”.

En relación con ello, el Plan Funcional de la Sección de Urgencias de los SCCU debe orientarse a organizar la actividad, con el objetivo de garantizar una asistencia integral y de calidad al ciudadano que demanda atención urgente y modular la asistencia de los procesos no urgentes, en un marco de continuidad asistencial, promoviendo una interrelación activa con los distintos niveles de atención.

El fin del servicio de urgencias es atender a cualquier ciudadano que demande asistencia sanitaria urgente, en el menor tiempo posible y con la mayor eficiencia. Para ello, la Sección de Urgencias adaptará, por un lado, la cartera de servicios para proveer aquellas prestaciones sanitarias con rentabilidad social para que sean eficaces, efectivas y eficientes, y por otro, su organización interna para que esté centrada en el ciudadano como cliente y en la comunidad como referente. En relación con ello, las premisas básicas de la Sección de Urgencias, y del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias en que se integra, deben ser:

- Servicio Integrado es la Sección de Urgencias no es un ente aislado, sino que forma parte del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, donde también se incluye la Sección de Cuidados Intensivos. Esto implica relaciones amplias, coordinadas, con protocolizaciones conjuntas y actuaciones diagnósticas y terapéuticas secuenciales, en función de los niveles de gravedad, para dar una respuesta, de manera rápida, eficaz y confortable, a las necesidades de los pacientes, sin solución de continuidad en la atención entre las dos secciones.
- Servicio Comunitario debe estar íntimamente relacionado con la comunidad y, para ello, debe establecer relaciones de trabajo eficaces y amplias: con los restantes Servicios del hospital, consensuando sus protocolos y organizaciones de trabajo; con el resto de Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias, ya sean comarcales o de especialidades, con los que su relación sea intensa, estableciendo planes estratégicos conjuntos, tanto a nivel de la Sección de Cuidados Intensivos como de la Sección de Urgencias; con los profesionales de Atención Primaria y de DCCU, para actuaciones después del alta de los enfermos y protocolizaciones comunes, incluidas las indicaciones de derivación al hospital; con los Servicios de Emergencias extrahospitalarios; y, sobre todo, con los ciudadanos, dando a todos los aspectos organizativos una orientación al cliente, que incluya aspectos de prevención y promoción de la salud y autocuidados.

El cambio generado en los últimos años en los servicios sanitarios exige un nuevo enfoque en la actividad hospitalaria, que permita utilizar los recursos existentes, tanto humanos como materiales, con visiones de eficacia, efectividad y eficiencia, que generen el máximo posible de rentabilidad social y posibiliten el logro de los fines y prioridades de la Administración Sanitaria Pública.

Se trata de posibilitar la puesta en marcha de experiencias singulares en relación con nuevas fórmulas organizativas y presupuestarias que, paulatinamente, puedan ser exportadas a otros servicios (Unidades de Gestión Clínica, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de urgencias médicas son una expresión de la capacidad de resolución que tiene el sistema de salud. Sin duda, el hecho de que haya saturación da cuenta de una brecha entre la demanda o las necesidades y la oferta o disponibilidad de recursos. Sin embargo, la solución no puede ser, o no debería ser exclusivamente, la de ampliar la capacidad de los servicios de urgencias, pues esto ocasiona mayores costos y no se estaría reconociendo las verdaderas causas.

Las soluciones deben ser integrales, dentro de la concepción de una red de servicios y de garantizar el acceso integral, de manera que se mantenga una oferta de urgencias más destinada a atender emergencias médicas, bien articulada con la red hospitalaria para permitir un flujo adecuado de los pacientes conforme a los tiempos de atención esperados.

6 Bibliografía

1. GES, Grupo de Economía de la Salud. Acceso a servicios de salud: Panorama colombiano, medición y perspectiva de actores en Medellín. Observatorio de la Seguridad Social. 2014; (28).
2. Boyle A, Beniuk K, Higginson I, Atkinson P. Emergency department crowding: time for interventions and policy evaluations. Emergency Medicine International. 2012 feb 7; 2012. doi: 10.1155/2012/838610.
3. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Goransson KE, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2011;
19(1).
4. Kataoka, SH, Zhang L, Wells KB. Unmet need for mental health care among US children: Variation by ethnicity and insurance status. American Journal of Psychiatry. 2002; 159(9):1548-55.
5. Forrester J. Industrial dynamics. Nueva York: MIT Press; 1961.

Capítulo 1697

"SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO PARTE DE EL"

ROSA ANA MENÉNDEZ REFOYO

LUCIA GARCÍA ALONSO

1 Introducción

El sistema sanitario, como cualquier empresa pública o privada, busca siempre mejorar la calidad de la atención y de los servicios prestados, por lo que es necesario la existencia de un lugar donde los clientes (pacientes) puedan reclamar y así conocer sus necesidades y lo que esperan del sistema sanitario.
El Servicio de Atención al Paciente (SAP) permite reducir la distancia que existe entre la administración sanitaria y los pacientes, haciendo a estos sentirse menos desprotegidos.
Podemos decir que el SAP es el órgano responsable de atender a los usuarios de los servicios sanitarios, haciendo cumplir sus derechos y obligaciones, orientándoles e informándoles.
La ley fija para todas las áreas sanitaria un modelo de "hojas de reclamaciones/libro de reclamaciones", donde los pacientes dejarán constancia de los problemas surgidos durante la utilización de los servicios sanitarios.
Será el personal administrativo el encargado de custodiar estos documentos, entregarlos a todo paciente que lo solicite facilitando la libre cumplimentación de los mismos.

2 Objetivos

- Describir el funcionamiento, gestión y organización del Servicio de Atención al Paciente.
- Establecer el personal que desarrolla sus funciones en él, como puede ser el caso del auxiliar administrativo.

3 Metodología

La búsqueda de información se hizo a través de bases de datos científicas como GOOGLE ACADÉMICO Y TESEO. Como descriptores: atención, paciente, información, comunicación y como operadores booleanos: AND y OR.

4 Resultados

El R.D 521/1987 por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los hospitales, en su artículo 32 nos dice:

-El Servicio de Atención al Paciente estará a disposición de atender personalmente al mismo, o a sus parientes próximos, representantes o acompañantes.

-Concretamente proporcionará información a los pacientes y a sus familiares sobre la organización del hospital, servicios disponibles, horarios de funcionamiento y visitas y otras actividades que puedan contribuir a ayudarles, facilitarles y mejorar su estancia en el mismo.

Este servicio depende directamente del Área de Gerencia y Dirección, por ello el artículo 32 nos dice también en su apartado 3: "Las reclamaciones a que hubiere lugar se tramitarán por escrito a través de este Servicio, siendo éstas sometidas a los responsables de la División que corresponda, debiendo darles respuestas por escrito, firmada por el Director Gerente, o persona en quien delegue".

La Ley General de Sanidad nos dice en su artículo 9: "Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes".

Algunos de los derechos que tienen los usuarios de los servicios sanitarios, con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, pueden ser entre otros:

- Información y requisitos necesarios de los distintos servicios a los que puede acceder.
- Derecho a que se le facilite su diagnóstico, pronósticos y alternativas de tratamientos de una forma comprensible, completa, continuada, verbal y escrita.

- A elegir libremente las opciones que le den, con algunas excepciones en este punto.

La base del Servicio de Atención al Paciente es el área de Sugerencias y Reclamaciones.

La sugerencia es una de las formas de participación de los usuarios en los centros sanitarios al dar sus propuestas, normalmente de mejora, de los servicios sanitarios.

El SAP dirige la sugerencia acompañada de un informe sobre el particular, a la dirección del centro y en su caso, al propio servicio implicado en la misma.

Trascurrido el plazo establecido, se remite al usuario un escrito indicando las gestiones realizadas.

En el caso de las quejas y reclamaciones, hablamos de la primera cuando el usuario realiza un mero trámite verbal y de la segunda cuando se trata de un trámite por escrito.

La Ley General de Sanidad las reconoce como un derecho, lo que supone dar todas las facilidades para su formulación. Será el propio personal del SAP, como el auxiliar administrativo, el que atiende directamente a los usuarios haciéndoles entrega del libro y hojas de reclamaciones.

La reclamación deberá ir firmada, así como la identidad del usuario que pone la reclamación, identificada. Una vez formulada el auxiliar administrativo tramita el "acuse de recibo". Si la reclamación es admitida a trámite, será también el auxiliar administrativo, el que le dará entrada mediante el número de registro correspondiente. El plazo de contestación al usuario es de tres meses desde la formulación de la reclamación.

5 Discusión-Conclusión

Resulta necesario que dada la importancia de la tarea desempeñada tanto por los trabajadores sanitarios como no sanitarios, integrados en el SAP, este debería estar formado por una mayor variedad de profesionales: personal sanitario, personal administrativo, trabajadores sociales, psicólogos, sociólogos, etc. En la actualidad su composición, sin embargo, no es tan variada.

El SAP debería ser un centro únicamente de información que presta este servicio a toda persona que lo solicite y no convertirse, sobre todo, en un centro de reclamaciones. Para ello, el profesional del SAP debe de disponer de una base de datos documentada, informatizada y actualizada de forma sistemática.

Ciertamente, el Sistema Sanitario ha mejorado en gran medida en el aspecto técnico y científico, pero no tanto en la relación y atención del paciente.

6 Bibliografía

• Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boe, núm. 102. A-1986-10499
• Guía para mejorar la atención sanitaria. Manual del Paciente. www.pfizer.es
• Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD. Boe, núm.91-A -1987-9351, páginas 11379 a 11383.
• Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano. Boe núm. 55-A-1996- 4997

Capítulo 1698

EVALUACION DE RIESGOS DEL PUESTO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD

JENNIFER FERNANDEZ ZAPICO

1 Introducción

La Ley 31/1995 por la que se aprueba la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, aportó una nueva concepción de la Seguridad y Salud en el puesto de trabajo.
Su aplicación supone la implantación de una cultura de prevención en todos los niveles de la organización, tendente a evaluar y minimizar los riesgos que para la salud del trabajador pudiera ocasionar la actividad laboral.
Por otra parte, el Real Decreto 39/1997 Reglamento de los Servicios de Prevención, ha desarrollado la Ley de Prevención y establece en su artículo 1 " La prevención de riesgos laborales, como actuación a desarrollar en el seno de la empresa, deberá integrarse en el conjunto de sus actividades y decisiones, tanto en los procesos técnicos, en la organización del trabajo y en las condiciones en que éste se preste, como en la línea jerárquica de la empresa, incluidos todos los niveles de la misma".
La ley 54/2003, reforma el marco normativo de la prevención de riesgos laborales y refuerza la obligación de integrar la prevención de riesgos en el sistema general de gestión de la empresa, tanto en el conjunto de actividades como en todos los niveles jerárquicos de la misma, a través de la implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales.
Este Plan de Prevención se constituye con objeto de establecer las pautas para garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo. A estos efectos, desarrolla las acciones y criterios de

actuación para la integración preventiva en la empresa y la adopción de cuantas medidas sean necesarias.

2 Objetivos

Tradicionalmente se ha considerado el trabajo de los administrativos, trabajo limpio y seguro, y que está libre de accidentes, debido a que, en su mayor parte, las tareas que realizaban son el tratamiento de la información ya sea a través de soporte escrito o electrónico.
La introducción de las nuevas tecnologías en los puestos de trabajo, ha hecho que se utilicen ordenadores durante largos períodos de tiempo, además existen otros riesgos como la manipulación de material, las cargas psicosociales, etc.
Por todo ello, el objetivo de este capítulo es realizar un breve plan de prevención de riesgos laborales teniendo en cuenta las principales riesgos:
• Caídas y golpes contra objetos.
• Posturas y movimientos adoptados.
• Fatiga visual.
• Confort acústico y térmico.
• Factores psicosociales.
• Etc.

3 Metodología

Observando las diversas tareas de un puesto administrativo dentro de la sanidad, se valora cada riesgo en función de la probabilidad o frecuencia de exposición con que pueda presentarse y la gravedad del daño que pueda generar.
El proceso de evaluación de riesgos del puesto se compone de tres etapas:
• Análisis del riesgo: consiste en identificar el peligro, estimando el riesgo, valorando de manera conjunta las probabilidades de que se produzca y sus consecuencias.
• Valoración del riesgo: Una vez realizado el análisis del riesgo y determinada su magnitud, se establece una comparación con el valor del riesgo tolerable. Si se concluye que el riesgo no es tolerable, se procederá a su control.
• Acciones preventivas: en el caso de que el riesgo no sea tolerable, se deben de aplicar medidas de prevención o corrección que tienen como objetivo eliminar, controlar y reducir el riesgo. Estas acciones pueden ser de prevención en el origen, organizativas, de protección colectiva, de protección individual o de formación e información a los trabajadores.

Además se procederá a un control periódico de las condiciones, la organización y los métodos de trabajo y el estado de salud de los trabajadores.

4 Resultados

Una vez realizada la evaluación de riegos del puesto, podemos establecer, de manera general, algunas de las medidas que se pueden llevar a cabo para minimizarlo o eliminarlo:

• Riesgo de caídas: señalizar siempre con el cartel de suelo mojado, y dejar los pasillos libres de obstáculos, facilitando así el paso del personal.
• Riesgo por el uso continuado de ordenadores: la principal herramienta de trabajo del administrativo durante toda su jornada laboral es el ordenador.
Su uso continuado genera trastornos musculo-esqueléticos, fatiga visual y mental. Para poder minimizar el impacto del uso continuado de pantallas de visualización se pueden realizar diversas recomendaciones:
• Se debe ajustar la luminosidad y el contraste, evitando destellos y con una imagen estable.
• La pantalla deberá ser orientable e inclinable a voluntad del usuario, que podrá moverla en tres direcciones: rotación horizontal, altura e inclinación vertical. El teclado será móvil e inclinable.
• Es fundamental minimizar las posturas estáticas prolongadas y permitir los cambios de posición.
• Parpadar con frecuencia y periódicamente, apartando la vista del ordenador
• Cansancio postural: La postura sentada es la posición de trabajo más confortable, ya que ayuda a reducir la fatiga corporal, disminuye el gasto de energía e incrementa la estabilidad. Sin embargo, esta postura también puede resultar perjudicial para la salud si no se tienen en cuenta los elementos que intervienen en la realización del trabajo, principalmente, la silla, la mesa o el plano de trabajo y si no se dispone de la posibilidad de cambiar de posición de vez en cuando.
Lo adecuado en estos casos es ir alternando de postura pero, si esto no es posible, por cada hora de trabajo sentado debería descansarse cinco minutos, en los que el trabajador debe aprovechar para realizar algunos ejercicios de estiramientos y/o caminar.
• Carga mental: El trabajo conlleva siempre exigencias físicas y mentales. La carga mental está determinada por la cantidad, el tipo de información que debe tratarse en un puesto de trabajo y el tiempo en el que debe procesarse esa información. A estos factores, pueden sumarse otros tales como las condiciones físicas

(ruido, temperatura, iluminación), y las psicosociales (relaciones jerárquicas, sistemas de comunicación, etc.) en las que se desarrolla el trabajo, así como otros de origen extralaboral.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación de riesgos se define como un procedimiento destinado a analizar y evaluar el grado de gravedad y la frecuencia con que se producen aquellos riesgos laborales que no hayan podido evitarse totalmente.

Es decir conocer a que riesgos están expuestos los trabajadores y evitar así sus efectos negativos, ya que, por ejemplo, hemos visto que como consecuencia directa de la carga de trabajo físico y mental aparece la fatiga.
La fatiga se puede convertir en crónica cuando las exigencias de la tarea están por encima de las posibilidades de respuesta del trabajador y existe una sobrecarga repetida a la que no puede hacer frente.
De esta manera, la salud del trabajador se ve dañada y su capacidad de trabajo se resiente. El control de tiempos, el contenido interesante del trabajo a desarrollar, la participación, etc. pueden evitar llegar a esta situación.
Otros factores como el salario, las malas relaciones laborales, los trabajos de poco contenido, la falta de responsabilidades o de participación pueden generar el sentimiento de malestar que se conoce como insatisfacción laboral. Su prevención pasa por los mismos pasos que la prevención de la fatiga
Para minimizar, la mayoría de los riegos a los que están expuestos los trabajadores de los puestos administrativos es recomendable realizar una buena ergonomía ya que esta sirve para que mejora la calidad de vida, mejora el nivel de producción, reduciendo cansancio físico y estrés, evitando los gastos por esa lesión, y si eres empleador, reduciendo juicios laborales entre otras.

6 Bibliografía

• Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.
• Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
• Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
• Guía técnica para la evaluación y prevención de riesgos del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo.

• Guía básica de Riesgos laborales específicos en el Sector Sanitario.

Capítulo 1699

IMPORTANCIA DE LA REGULACIÓN DE LAS FUNCIONES DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

LORENA ZAPICO GUTIERREZ

1 Introducción

En la sanidad es importante destacar que, en la categoría de auxiliar administrativo, a diferencia de otros colectivos profesionales, para su acceso a C2, no se necesita ninguna titulación específica, simplemente estar en posesión del título de ESO, graduado escolar, grado medio de Formación Profesional, técnico, Formación Profesional de primer grado, bachiller o equivalente.
Además, las funciones de los auxiliares administrativos tampoco están claras desde el punto de vista reglamentario, ya que a pesar de la irrupción de las nuevas tecnologías que ha provocado un método distinto de trabajo y unas mayores responsabilidades.

Si cabe destacar, que en la mayor parte del Sistema Sanitario de Salud Español, es necesario haber superado la fase de oposición, para acceder a las listas de demandante de empleo. Aún así analizamos la necesidad de establecer un marco de funciones y evaluamos si sería importante poseer alguna titulación específica con un mínimo de conocimientos.

2 Objetivos

- Informar y concienciar tanto a los trabajadores del sector como a usuarios del déficit y necesidad que existe de regular las funciones para esta categoría y la necesidad de una formación mínima.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scielo, Dialnet y Elsevier. Se ha tomado como referencia, además, la legislación propia del estatuto personal no sanitario de los servicios de salud.

Las palabras claves utilizadas han sido: estatuto de personal no sanitario, labores de un auxiliar administrativo sanitario, regulación de auxiliar administrativo, gestión sanitaria.

4 Resultados

En la gestión sanitaria respecto a las competencias del personal auxiliar administrativo, que, en base a la orden más reciente, del año 1984, se establece:
Para el personal administrativo:
Se delimitan grupos administrativos para desenvolver el trabajo de la función administrativa dentro de las Instituciones Sanitarias dependientes del Instituto Nacional de la Salud.
El personal se constituirá en las ramas administrativas siguientes:
• Técnico
• De gestión
• Administrativo
• Auxiliar administrativo
Las labores propias de cada grupo administrativo citados anteriormente son:
Los técnicos efectuaran las funciones de ejecución, dirección y estudio de carácter administrativo y económico de nivel superior que les sean encomendadas por la Dirección del Centro.
Los profesionales de gestión tendrán que apoyar a los puestos de personal técnico y de ejecución de las competencias que les sean delegadas.

Los administrativos se encargarán de las labores de carácter administrativo-sanitario, valoradas como trámite y colaboración que no son designadas a los grupos de técnico y de gestión.

Por último, los auxiliares servirán de apoyo material, ejercicio y desarrollo en lo que tiene que ver con las tareas administrativas y de trámite de la Administración, además de las de Secretaría de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática.

Las competencias anteriormente citadas no se corresponden con la realidad del trabajo de un administrativo. La Administración no tiene en cuenta, que no todos los profesionales de esta categoría realizan las mismas labores, sino que dependen del sitio donde trabajen (atención especializada, centros de salud, atención al público…), además de resultar incompleta.

5 Discusión-Conclusión

La regulación de las competencias de los auxiliares administrativos sanitarios está a día de hoy obsoleta, puesto que la ley más actual que trata de este tema data del año 1984, que viene a modificar la Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Las funciones de los auxiliares administrativos en todo este tiempo han ido evolucionando y sería necesario que además de una actualización reglamentaria de las leyes, se reconociera el trabajo de este colectivo estableciendo de una vez por todas un título profesional por parte de las autoridades sanitarias, para poder gratificar la labor de esta profesión, que parece que está en el olvido y no se tiene en consideración.

6 Bibliografía

- Campos San Martín A. Funciones administrativas en centros sanitarios. Editorial Vértice,2010[Fecha de acceso 11 de octubre de 2019].
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- Corral Gallego. Ortiz Hernández, A. De la obsolescencia de las normas reguladoras de las funciones del personal sanitario no facultativo. Derecho y salud.2018 págs. 177-183 [Fecha de acceso 11 de octubre de 2019].

Capítulo 1700

RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO QUIRURGICO

YOLANDA SUAREZ GARCIA

ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA

1 Introducción

Las exigencias laborales de los puestos administrativos quirúrgicos son el caldo de cultivo para desarrollar todas las patologías asociadas a situaciones de estrés.

La sobrecarga emocional derivada del trato con pacientes en situaciones, en muchas ocasiones, que les generan angustia y ansiedad a ellos y a sus familiares, conlleva un agotamiento mental que debe ser tratado para evitar que el propio trabajador enferme.

2 Objetivos

- Evitar que el estrés cronifique hasta el punto de llevar al trabajador al desinterés y la desvinculación de la actividad laboral
- El sufrimiento moral que conlleva no poder realizar la acción en consonancia con su integridad moral debe ser paliada

La fatiga por compasión es otro punto a tener en cuenta, la empatía con el usuario no debe llegar al extremo de ser incapaces de separar nuestra vida privada de la laboral.

3 Metodología

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

4 Resultados

Si se reconocen los síntomas y se atajan, evitaremos llegar a enfermedades crónicas que nos hagan pasar la barrera y convertirnos en usuarios de la sanidad.

El tratar los posibles riesgos, el apoyo de los superiores, el trabajo en equipo, el tener ambientes de trabajo favorables, el adaptar el trabajo al profesional y no el profesional al trabajo, ayudará a esa conexión con la persona usuaria de la sanidad.

A todo esto hay que sumar una ergonomía adecuada y mas teniendo en cuenta que somos profesionales que debemos ser resolutivos y eficaces para que el personal sanitario pueda cumplir su tarea.

5 Discusión-Conclusión

El “mimar” al administrativo, conlleva una mayor eficacia en su trabajo y en su relación no solo con sus compañeros, sino con el público. En un puesto en el que cuando los demás corren, tienen que estar tranquilos para organizar la parte quirúrgica y que el enfermo y sus familias se sientan seguros cuando cruzan el umbral de la zona quirúrgica, la motivación y la “salud mental” del trabajador tiene que ser plenas.

6 Bibliografía

1. Equipo Personalidad Estrés y Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Proyecto HU-CI. Madrid. España.
2. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad San Pablo CEU. Proyecto HU-CI. Madrid. España.

3. Hospital Universitario de Torrejón. Universidad Francisco de Vitoria. Proyecto HU-CI. Madrid. España.
4. Estudio de Interiorismo Lab in Action. Proyecto HU-CI. Madrid. España.
5. Proyecto de Humanización de los Cuidados Intensivos (HU-CI). Madrid. España.

Capítulo 1701

HUMANIZACION ADMINISTRATIVA Y SANITARIA

YOLANDA SUAREZ GARCIA

ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA

1 Introducción

Dos temas que debería ir tan unidos como son, no solo los cambios científicos, sino también los tecnológicos, con una Sanidad en continuo avance en todos los campos, la inversión en I+D que día a día renueva las técnicas sanitarias y con protocolos vivos, que se actualizan continuamente para adaptarse y mejorar las nuevas incorporaciones quirúrgicas, radiológicas, farmacológicas, terapéuticas e informáticas, choca frontalmente con la deshumanización paulatina y progresiva de la sanidad

Un tema tan delicado como es la salud de los pacientes en el cual parece que deberían ir de la mano los dos conceptos, salud y trato al paciente, se convierte en dos líneas divergentes.

2 Objetivos

- Analizar concepto de enfermo como sujeto pasivo desaparece pasando, cada vez mas, a ser un sujeto activo en la toma de decisiones sobre aquello que afecte a su proceso.
- Estudiar el papel de los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, que deberían replantearse su interacción con el paciente desde diversas perspectivas:

mentales, morales y afectivas. La forma en la que se dirigen al sujeto, tratándole no como enfermo, sino como persona.

3 Metodología

Los profesionales administrativos deben mostrar actitudes empáticas, dialogar no monologar, trabajar el concepto de escucha activa y mostrar comprensión con los problemas afectivos que la persona o usuario está haciéndonos llegar.

Los miedos o angustias tanto del usuario como de sus familiares son naturales y les generan autenticas situaciones de ansiedad, que debemos aprender a manejar y en la medida de lo posible mitigar.

4 Resultados

Este acercamiento o este clima de cercanía, hacen que la interactuación administrativa resulte mas fluida, sintiéndose la persona apoyada y entendida, lo que rebajará su nivel de estrés ante una situación desconocida.

5 Discusión-Conclusión

No todo tiene que ser mecánico, que se realicen las técnicas o tratamientos correctos dentro del campo médico, no excluye, o no debería excluir recordar que tratamos con seres humanos en un momento delicado de su existencia, el "ponerse en el lugar del otro" debería ir unida a la profesionalidad y claridad administrativa.

Igualmente, tampoco todo es medicina, una sonrisa ayuda a romper el estricto protocolo administrativo y a crear el clima propicio para que la persona se vaya con la confianza de que ha sido correctamente entendida y atendida

6 Bibliografía

1. Equipo Personalidad Estrés y Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Proyecto HU-CI. Madrid. España.
2. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad San Pablo CEU. Proyecto HU-CI. Madrid. España.
3. Hospital Universitario de Torrejón. Universidad Francisco de Vitoria. Proyecto HU-CI. Madrid. España.

4. Estudio de Interiorismo Lab in Action. Proyecto HU-CI. Madrid. España.
5. Proyecto de Humanización de los Cuidados Intensivos (HU-CI). Madrid. España.

Capítulo 1702

EL CELADOR Y LAS POSICIONES DEL PACIENTE EN LA MESA QUIRÚRGICA.

MARÍA BEGOÑA CÁRCABA SUÁREZ

1 Introducción

Dentro de las dependencias del hospital se encuentra el quirófano, que es la sala donde se realizan las intervenciones quirúrgicas. Este posee unas condiciones especiales de higiene, temperatura, humedad, ventilación y luz.

El personal que trabaja en el área del quirófano es el equipo quirúrgico, integrado por el cirujano, ayudante de cirujano, enfermera instrumentista, anestesista, enfermera circulante, auxiliar de enfermería y celador.

2 Objetivos

- Conocer y realizar una correcta posición del paciente en la mesa quirúrgica.
- Actuar proporcionando la máxima seguridad y comodidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

El equipo quirúrgico es el responsable del cuidado y seguridad del paciente. Dentro de ese equipo se encuentra el celador, que ayudará en todas las labores propias del quirófano, así como en otras, que le sean ordenadas por lo médicos, supervisoras o enfermeras.

Una función específica del celador en el área de quirófano es la de ayudar en la colocación del paciente en la mesa quirúrgica, dependiendo del tipo de cirugía a realizar y siempre teniendo en cuenta la máxima seguridad del paciente.

La mesa quirúrgica posee una serie de accesorios que en función de la posición del paciente se tendrán que utilizar. Al estar en contacto directo con el cuerpo del paciente, es necesario el uso de almohadillas como medida de protección y para una mayor seguridad será necesario el uso de correas de sujeción.

Algunas de las posiciones que más se realizan en la mesa quirúrgica y que el celador debe conocer son las siguientes:
DECÚBITO SUPINO O DORSAL. Se coloca al paciente de espalda sobre la mesa, con la cabeza alineada al cuerpo y los brazos a ambos lados del cuerpo o sobre los apoyabrazos.
DECÚBITO PRONO O VENTRAL. Se coloca al paciente sobre su abdomen con la cabeza girada hacia un lado, con los brazos hacia la cabecera de la mesa o hacia los lados y con los codos semiflexionados sobre los apoyabrazos.
TRENDELENBURG. Se coloca al paciente en posición supina, con la cabeza a un nivel inferior al de las piernas. Las rodillas quedarán en flexión por medio de la articulación de la mesa. ANTITRENDELENBUR, TRENDELENBURG INVERSO O MORESTIN. Se coloca al paciente en posición supina y mediante la inclinación de la mesa, las extremidades inferiores quedarán a un nivel más bajo que la cabeza.
FOWLER. Se coloca al paciente en posición de sentado, en ángulo de 45 grados, las caderas y las piernas quedarán flexionadas por la articulación de la mesa.
LATERAL. Se posiciona al paciente de lado, con los brazos colocados en unos apoyabrazos dobles y las extremidades inferiores flexionadas.
LITOTOMIA O GINECOLÓGICA. Se coloca al paciente acostado sobre su espalda con las piernas elevadas, apoyadas sobres unos estribos y abiertas hacia los lados.
KRASKE, JACKNNITE O NAVAJA SEVILLANA. Se coloca al paciente en decúbito prono con las caderas elevadas por medio de la articulación de la mesa, la cabeza hacia un lado, los brazos flexionados y apoyados encima de un soporte. POSICIÓN DE LAMINECTOMÍA. Se coloca al paciente en posición decúbito prono

con el tronco elevado sobre un soporte, las piernas flexionadas y los brazos descansando por delante.
POSICIÓN CRANEOTOMÍA. Se coloca al paciente en decúbito prono, la cabeza sobresale del extremo de la mesa y la frente se apoyará sobre un soporte.

5 Discusión-Conclusión

Todo el equipo quirúrgico es el responsable de velar por la seguridad del paciente en todo el momento.

Una incorrecta posición causaría consecuencias negativas tanto en la salud como en el confort del paciente, por lo tanto, posicionar al paciente en la mesa quirúrgica es una técnica que el celador debe de dominar. Adquirir destreza y experiencia formará parte de la práctica habitual.

Por otro lado, facilitar el aprendizaje al celador y dar a conocer los factores específicos de este entorno, favorecerá la realización de un trabajo más profesional y de calidad.

6 Bibliografía

- Posiciones en quirófano. Disponible en: https//www.quirofano.net
- Alteraciones fisiológicas según la posición quirúrgica. Disponible en https//www.revista- portalmedicos.com

Capítulo 1703

FACTORES Y SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

NURIA GRANDA VILLA

MARIA DELFINA AMPARO GUTIERREZ SUAREZ

1 Introducción

El término Burnout fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, mientras estudiaba el comportamiento de los trabajadores de una institución de desintoxicación en Nueva York.

El personal sanitario se suele enfrentar diariamente a situaciones agotadoras tanto a nivel emocional como a nivel físico y esto suele ser el inicio del Síndrome de Burnout también llamado síndrome del "trabajador quemado". El Síndrome de Burnout puede afectar a cualquier trabajador, pero en especial afecta a aquellos que están en contacto directo con los pacientes y usuarios y aquellos que han elegido su profesión de manera vocacional.

Cuanto más avanzado este el Síndrome de Burnout más efectos negativos irá produciendo no solo para el trabajador, sino para las personas de su alrededor (compañeros de trabajo, familiares, pacientes, usuarios, etc.).

2 Objetivos

- Conocer los factores de riesgo que desencadenan el Síndrome de Burnout y sus síntomas.

3 Metodología

La información aquí expresada está basada en una búsqueda en diferentes bases de datos, como Google Scholar, Dialnet, Scielo. Se han empleado como descriptores: síndrome de Burnout, auxiliar administrativo, estrés laboral, personal no sanitario. Se han empleado como criterios de inclusión: textos escritos en castellano e inglés.

4 Resultados

- Factores de riesgo que pueden desencadenar el Síndrome de Burnout:
1. Agotamiento emocional.
2. Falta de progreso: el trabajador si se siente que nunca va a progresar puede aburrirse, ya que ve que por muy bien que lo haga no obtiene ninguna recompensa.
3. Monotonía del trabajo: al caer en rutina se suele llegar a tener falta de interés en realizar la tarea.
4. Falta de estabilidad laboral: a los funcionarios con plaza fija no les afecta, pero a los interinos si ya que no saben si les volverán a llamar y a donde tendrán que ir a desempeñar su trabajo.
5. Mal clima laboral entre compañeros: si no hay buenas relaciones entre los compañeros suele pasar factura, ya que cuesta más el ir a trabajar.
6. Excesiva carga de trabajo: el tener mucho trabajo que realizar en poco tiempo o sin la formación necesaria o sin los medios necesarios no contribuyen en absoluto a tener ganas de ir a trabajar.
7. Turnos rotativos: no tener siempre el mismo horario de trabajo impide que se pueda uno organizar siempre de la misma manera lo cual puede llevar a frustrar al trabajador. Y si el turno es nocturno eso suele ser muy cansado ya que se rompe completamente con la rutina diaria.
8. Desequilibrio entre trabajo y tiempo libre: hay que sacar tiempo para poder estar con la familia, los amigos y trabajar si faya un elemento de estos ya no se está a gusto.
- Principales síntomas del Síndrome de Burnout: pueden ser psicosomáticos, emocionales y conductuales:
1. Síntomas psicosomáticos: fatiga crónica, dolores de cabeza. Dolores musculares, insomnio, falta de apetito, hipertensión, aparición de alergia, …
2. Síntomas emocionales: Irritabilidad, agresividad, sentimiento de fracaso, …

3. Síntomas conductuales: despersonalización: mediante sentimientos negativos, cinismo, cambios de humor, asilamiento del mundo, apatía, se muestra hostil con las personas de su entorno.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout se produce cuando hay un desequilibrio entre las situaciones estresantes y los recursos de los que disponga el trabajador para hacer frente a esas situaciones. Para solucionar y hacer frente a esas situaciones la experiencia que posee el trabajador y el modo en que soluciones los problemas juegan un papel muy importante.

El Síndrome de Burnout, por lo general, está relacionado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del trabajador pudiendo ocasionar problemas graves tanto a nivel físico como psicológico. Este síndrome al principio solo afecta a la vida laboral, pero con el tiempo afecta a la vida personal y social del trabajador.

6 Bibliografía

• Perez,M. Síndrome de Burnout y estrés laboral en el personal no sanitario. Revista medica.com [Internet]. Revista Ocronos c 2020 [actualizado a 19 ene 2019; citado 5 feb 2020]. Disponible en: https://revistamedica.com/sindrome-de-burnout-estres-laboral-personal-no-sanitario/
• Muela,D. Todo sobre el síndrome de burnout para no padecerlo en el trabajo. Cambiaturumbo.com [Internet]. Cambia tu rumbo c 2017-2020 [citado a 5 feb 2020]. Disponible en: https://www.cambiaturumbo.com/crecimiento-personal/habitos-saludables/el-sindrome-de-burnout/
• Síndrome de Burnout. Cuidateplus.marca.com [Internet]. Unidad Editorial Revistas, S.L.U. c2020 [actualizado 2 oct 2015; citado a 5 feb 2020] Disponible en: https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/sindrome-de-burnout.html

Capítulo 1704

EL CELADOR ANTE EL DUELO DEL PACIENTE Y FAMILIAR

SUSANA MORALES RIVA

1 Introducción

El duelo podemos definir lo como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la perdida de un ser querido, también se puede producir por el enfrentamiento con un diagnostico o enfermedad grave, incluye muchos sentimientos emocionales y físicos como:

- Sentimientos: ira, ansiedad, depresión miedo , tristeza, etc.
- Pensamientos: confusión, incredulidad, dificultad para concentrarse.
- Sensaciones físicas: fatiga, mareos , taquicardia.
- Conductas: llanto, perdida de interés , agresividad.

Según la psiquiatra suizo estadounidense Elisabeth Kübler-Ross el duelo pasa por cuatro etapas.

- Negación: la imposibilidad de aceptar la enfermedad, por que se cree que el dianostico recibido es erróneo.
- La ira es definida como una reaccion de rabia, resentimiento y se dirige ante todo el personal tanto sanitario como no sanitario y ante familiares y seres queridos.
- Pacto/negociación: el paciente quiere cumplir metas terapeuticas para poder superar la enfermedad , se compromete con la recuperacion.
- La depresión se producen sentimientos de dolor y vacio en este proceso el paciente puede incluso abandonar el tratamiento dispuesto.
- La aceptación es cuando al fin se da credibilidad a la enfermedad sin buscar culpables, y asumiendo una conducta responsable para poder afrontar la lucha y

la supervivencia no debe confundirse con con resignacion o alcanzar un estado de felicidad.

.

2 Objetivos

- Conocer la actitud que deben de tomar los celadores ante el duelo familiar y como deben de actuar ante el paciente terminal.

3 Metodología

Estudio basado en una revision bibliografica de cursos y manuales y articulos sobre competencia de celadores en todo lo relacionado con el duelo ya sea del propio paciente como el familiar. Usando palabra como duelo, enfermedad terminal.

4 Resultados

Para actuar en consecuencia y ayudar tanto a la familia como al paciente el celador en lo que respecta a la comunicación:
- Tomar consciencia de la necesidades fisiológicas, sobre todo en lo referente al alivio del dolor físico y psíquico.
- Desarrollar habilidades y actitudes de observación y escucha para poder identificar sus necesidades especificas.
- Atender adecuadamente las necesidades informativas de los familiares y allegados.
- Atender y ser sensible a las necesidedes espirituales y religiosas del paciente
- Facilitar y disponer las mejores condiciones posibles del entorno, que hagan mas comodo y acogedor el habitaculo del enfermo, tanto para el como para sus familiares.

Los objetivos de la comunicacion en la fase terminal son:
´- Hacer sentir al paciente cuidado y acompañado, conocer sus experiencias previas con la enfermedad, evaluar su reaccion ante la enfermedad, sus temores y ansiedades, facilitarle alivio sintomático eficaz y mejorar su autoestima, ayudarle

a avanzar en su proceso de adaptacion a la enfermedad, ofrecerle informacion veraz segun sus necesidades para que pueda planificar su futuro y resolver asuntos pendientes, facilitarle participar en su proceso, ayudarle a mantener su esperanza, conocer que es lo que puede mantener su bienestar, detectar si existe el silencio, ayudarle a vencer el tabú de la muerte, detectar la necesidades de la familia, abrir puertas para mejorar la relacion con su seres queridos y mantener una relacion de confianza con que el equipo que le cuida.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar todos los objetivos anteriores podemos decir que el celador cumpliendo dichos objetivos puede ayudar al paciente y a la familia a sobrellevar de mejor manera la enfermedad terminal, para ayudarlo realmente es necesario conocer sus temores y ansiedades, si percibe empatia y compresión se abrira más.

La empatia es el acto de intentar sentir lo que esta pasando la otra persona, ponerse en su posición para llegar a intertar comprender por los miedos que está pasando por lo que es vital para poder ayudar tanto a pacientes como familiares.

El celador puede ayuda con una comunicacion veraz a que el paciente al aceptar la realidad de su enfermedad tome las medida oportunas para su cuidado, se despejen dudas ante lo desconocido, ayudarle a romper el silencio, aumentar la confianza del enfermo con el equipo sanitario, tratar de arreglar asuntos pendientes, dar valor a lo que realamente merece la pena, disfrutar plenamente de utlimos momentos, intentar reunirse con seres queridos, reconcilarse y despedirse adecuadamente y evitar tratamiento inútiles.

6 Bibliografía

- familydoctor.org/el duelo-enfrentar-la enfermedad-la muertes-y-otras perdidas alexnovira.com/soluciones/articulo/elisabeth-kübler ross el celador en cuidados paliativos.

Capítulo 1705

IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA PARA UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SANIDAD.

NURIA GRANDA VILLA

MARIA DELFINA AMPARO GUTIERREZ SUAREZ

1 Introducción

La ergonomía es una disciplina que adapta el puesto del trabajo al trabajador, intenta armonizar la relación del trabajador con su entorno laboral a través de la creación de sistemas, de la mejora de la productividad de los sistemas, de afianzar la seguridad y el confort de los trabajadores durante el desempeño de sus tareas.

Hoy en día, se habla mucho de ello ya que la forma en la que trabajamos y el material del que disponemos afecta a la salud y al bienestar dentro y fuera del trabajo.

Aparentemente, el puesto de auxiliar administrativo sanitario parece que no conlleva ningún riesgo. Sin embargo, cada vez se ven más casos de lesiones entre los trabajadores de este colectivo. Muchas de esas lesiones tienen que ver con el hecho de que pasan mucho tiempo sentado en su trabajo y carecen de movimiento físico, es algo que le afecta muy de cerca ya que si no cuenta con una buena ergonomía tendrá mucho riesgo de que le aparezcan dolores y molestias.

2 Objetivos

- Conocer los principales objetivos del diseño ergonómico del puesto del trabajo de un auxiliar administrativo de sanidad.
- Conocer los principales problemas ergonómicos en el trabajo de un auxiliar administrativo de sanidad.

3 Metodología

La información aquí expresada está basada en una búsqueda en diferentes bases de datos, como Google Scholar, Dialnet, Scielo. Se han empleado como descriptores: ergonomía, vigilancia de la salud, auxiliares. Se han empleado como criterios de inclusión: textos escritos en castellano e inglés.

4 Resultados

Los principales objetivos de un diseño ergonómico de un puesto de trabajo de un auxiliar administrativo de sanidad son:
1. Aumentar la productividad y la motivación del auxiliar administrativo.
2. Reducir el absentismo laboral.
3.Disminuir lesiones y enfermedades al auxiliar administrativo derivadas de la realización de su trabajo.

Los movimientos repetitivos en corto espacio de tiempo, junto con algún esfuerzo brusco ocasional y el adoptar una misma postura durante mucho tiempo, son elementos de riesgo que pueden acarrear dolencias al auxiliar administrativo de sanidad. Dicho esto, paso a destacar los principales problemas ergonométricos a los que se enfrenta un auxiliar administrativo de sanidad:
1. Problemas circulatorios por el sedentarismo que representa su trabajo.
2. Trastornos musco-esqueléticas: debido a malas posturas no solo porque no adopte la postura adecuada el trabajador sino porque la altura y las distancias del mobiliario no son las adecuadas. Ejemplos de estos trastornos son dolor, rigidez en cuello y hombros, dolores en codos, en las muñecas, en la espada, piernas, etc.
3. Lesiones por microtraumatismos repetitivos, suele aparecer por el uso excesivo, repetitivo y no ergonométrico del ordenador. Algunos ejemplos son: síndrome del túnel carpiano, tendinitis, sinovitis, …
4.Problemas visuales: debido a las pantallas de visualización en condiciones inadecuadas, provocando cansancio visual.

5 Discusión-Conclusión

Para un auxiliar administrativo de sanidad es muy importante no tener problemas ergonométricos pues afecta a su estado de ánimo y por consiguiente al trato al paciente o usuario. Si el auxiliar administrativo no tiene dolores siempre va a ir más a gusto a trabajar y por tanto tendrá más paciencia y estará de mejor humor lo que conllevará a que trate mejor al paciente o usuario del centro sanitario donde se encuentre.

Para evitar los problemas derivados de la ergometría hay que detectar los factores de riesgo y adoptar las medidas preventivas apropiadas tanto por parte del centro hospitalario como por parte del auxiliar administrativo.

6 Bibliografía

• https://revistamedica.com/problemas-ergonomicos-auxiliar-administrativo/
• http://pdfs.wke.es/2/0/4/3/pd0000062043.pdf
• http://mypeoplewellness.com/ergonomia-laboral/
• https://www.mcmutual.com/estaticos/PrestacionesServicios/actividadesPreventivas2/resources/manuales/manual_prl.pdf

Capítulo 1706

EVALUACIÓN COSTE DIAGNÓSTICO ERRÓNEO EN UNIDADES DE URGENCIAS

FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA

1 Introducción

En el trabajo planteado, trataré de realizar una investigación sobre el coste que suponen los diagnóstios erróneos en urgencias. La idea que se persigue es poder dilucidar el coste que tiene un paciente mal diagnosticado. Para ello trataré de analizar mediante el uso de grupos relacionados de diagnóstico (GDR), las variables que influyen y que nos pueden ayudar a discernir el coste que supone los errores de diagnóstico más frecuentes.

Los resultados obtenidos pueden ayudar a incrementar la productividad de las unidades de urgencias, puesto que un profesional sabría, según la dolencia de su paciente las alternativas de diagnóstico posibles y se tratarían en conjunto.

2 Objetivos

- Identificar las variables que influyen en el coste que se dedica por paciente en las unidades de urgencias.
- Analizar las variables para optimizar el coste de atención indicado para cada paciente.

3 Metodología

Su usarían GDR para estudiar las variables que influyen en el coste que se necesita para diagnosticar o asistir a un paciente.

Se llevaría a cabo un estudio descriptivo con diseño transversal y usando el método cualitativo, que nos permita analizar los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios planteados. Las variables del estudio serán las aportadas por los GDR, etc. Primero se trabajará con GDR para identificar variables y secundariamente se hará el estudio cualitativo indicado.

La población de estudio será una muestra de al menos 50 pacientes aquejados de dolencias identificadas mediante GDR sin límite de edad o sexo. Se incluirán en el trabajo profesionales que lleven al menos 2 años de experiencia en unidades de urgencias.

Se establece una media de 5 meses para obtener resultados concluyentes.

Anonimato de los participantes en el estudio.

4 Bibliografía

- LOS GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO (GRD). Experiencia y perspectivas de utilización. Autor: CASAS, Merce (dir.) / V.V.A.A. Ed. Masson. Barcelona, 1991

Capítulo 1707

EL CELADOR EN LA AYUDA A LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO.

PABLO ALVAREZ MURCIANO

NURIA SANCHEZ LOBO

MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ

MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ

1 Introducción

El puesto de celador en los hospitales está caracterizado por la polivalencia funcional en el ejercicio de las responsabilidades asociadas a su desempeño. Por ello, la formación continua de los celadores es un factor relevante para el mantenimiento actualizado de las competencias necesarias para dar la respuesta adecuada a las demandas de la población, de los pacientes y de la propia organización.

Los celadores deben conocer las diferentes posiciones anatómicas, así como la adecuada movilización de los pacientes encamados y ser capaces de desplegarlo en su trabajo diario, tanto con los pacientes como con el resto de profesionales que conforman el equipo asistencial.

En la mayoría de las ocasiones, los pacientes que se encuentran en un hospital tienen reducida su movilidad, por lo que es muy habitual que el celador tenga que colaborar en su movilización, ayudándolos en los movimientos imprescindibles. Para poder realizar de forma correcta la movilización de pacientes encamados es también fundamental que los celadores conozcan las diferentes posiciones anatómicas más utilizadas dentro del ámbito hospitalario.

2 Objetivos

Abordar las competencias técnicas requeridas por los celadores para su colaboración en la movilización de pacientes encamados y el traslado de la cama a la silla de ruedas o sillón.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha llevado a cabo una revisión sistemática en bases de datos científicas como Scielo, Medline, Elsevier y Cochrane, incluyendo artículos relacionados con las diferentes posiciones anatómicas y la movilización de pacientes.

Se han utilizado los siguientes descriptores: posición anatómica, movilización, paciente, celador, todos ellos relacionados con el tema a tratar y se han utilizado a su vez filtros de búsqueda como el idioma (inglés, español y portugués) y tiempo de publicación. Finalmente se seleccionan 6 artículos por su gran contenido y relevancia de publicación.

4 Resultados

Es fundamental que el celador conozca e identifique las posiciones más frecuentes que se utilizan dentro del ámbito hospitalario y que se emplean tanto para la exploración, el tratamiento y la prevención de lesiones. El celador es la figura encargada de ayudar a realizar la movilización de los pacientes en el hospital y además el encargado de colocar al paciente en la posición adecuada bien sea para una intervención quirúrgica, para la realización una prueba, una exploración, un traslado o simplemente para realizar cambios posturales.

Las diferentes posiciones anatómicas son:

- Decúbito Supino: la posición "Boca Arriba" es la que supone la máxima descarga para la columna. La cama ha de estar en posición horizontal y la cabeza ha de reposar sobre la almohada, manteniendo el cuerpo bien alineado, con las piernas extendidas. Para mayor confort se puede colocar unos cojines o almohada sujetando la pierna y el pie para evitar la rotación externa del miembro. Esta posición está indicada para la estancia en cama, traslados, cambios posturales y post- operatorios.
- Decúbito Prono o Ventral: el paciente se encuentra tumbado "Boca Abajo", con la cabeza ladeada. Esta posición no es muy recomendable salvo para prevenir o corregir contracturas en flexión de caderas y rodillas o ante la presencia de úlceras por presión en nalgas, caderas y talones. Durante el período de esta posición se evitará la almohada debajo de la cabeza, los brazos se han de colocar a lo largo del cuerpo o flexionados bajo la cabeza, y para mayor confort es aconsejable colocar una pequeña almohada en el abdomen para relajar la zona lumbar. Esta posición está indicada en estancias en camas y post-operatorios que así lo precisen.
- Decúbito Lateral: postura de «Costado», la cama estará en posición horizontal y la cabeza descansará sobre la almohada manteniéndose alineada con la espalda, los brazos colocados en una posición que le sea cómoda al paciente y las piernas en semiflexión, debiendo situar una almohada entre las rodillas para evitar la presión y, si fuera necesario, otra en la espalda. Esta postura está indicada para cambios posturales, post-operatorios que así lo requieran y para realizar maniobras de clapping torácico que consisten en suaves «golpeteos» del tórax con las manos «ahuecadas» con el fin de movilizar las secreciones pulmonares.
- Bipedestación: paciente en posición vertical sobre los pies. Indicada para pruebas radiológicas.
- Posición sentado: paciente con el dorso levantado. Indicada para cambios posturales, oxigenoterapia y para la administración de medicamentos.
-Fowler o Semisentado: paciente semisentado, con el torso levantado y las rodillas ligeramente flexionadas. El respaldo de la cama debe estar con una inclinación de 45º. Esta posición está indicada para estancias en cama, problemas cardíacos, respiratorios, para leer, comer, etc.
- Sims o Semiprona: es una posición intermedia entre decúbito prono y decúbito lateral, la pierna inferior debe estar semiflexionada y la superior doblada por rodilla y cadera. Esta posición es utilizada para pacientes inconscientes y en cambios posturales.
- Trendelemburg: el paciente se encuentra tumbado boca arriba, en un plano oblicuo de 45º, con la cabeza más baja que los pies. Posición utilizada para fa-

vorecer el riego sanguíneo en el cerebro, tratamientos quirúrgicos de la zona pelviana, lipotimias, etc.
- Antitrendelemburg o Morestin: trendelemburg inversa con la cabeza más alta que los pies. Posición empleada en pacientes con problemas respiratorios, pacientes con hernia de hiato, etc. También llamada Trendelemburg Inversa.
- Roser: el paciente se encuentra tumbado sobre el dorso de su cuerpo, con los hombros en el límite de la cabecera de la cama o camilla, con la cabeza colgando fuera de la misma. Esta posición es empleada para intervenciones de otorrino, neurológicas, ojos, intubación, lavado de pelo en pacientes encamados, etc. También denominada de Proetz.
- Ginecológica o Litotomía: el paciente se encuentra en decúbito supino, con la pelvis apoyada en el borde de la mesa. Las extremidades están flexionadas y apoyadas en las perneras, separadas. Utilizada para exploraciones e intervenciones ginecológicas, partos, sondaje vesical y lavados genitales.
-Genupectoral: el paciente se apoya sobre sus rodillas, con el tronco inclinado hacia delante, los brazos cruzados sobre la superficie de apoyo y la cabeza sobre ellos. Posición empleada para exploraciones rectales, administración de enemas, intervenciones quirúrgicas, etc.
-Posición de Punción Lumbar: paciente tumbado de lado en posición fetal o sentada con la espalda flexionada. Posición utilizada para punción lumbar o anestesia epidural.

El celador tiene que seguir unas normas generales para la movilización del paciente, como son:
- Seguir las instrucciones del personal sanitario.
- Guardar en todo momento la intimidad del paciente.
- Adaptar las medidas de higiene necesarias para cada caso.
- Evitar movimientos bruscos durante movilización del paciente.
- Garantizar en todo momento la seguridad del paciente.

Los pasos previos que el celador debe cumplir a la movilización son:
- Informar al paciente de lo que se le va a realizar, pedir su colaboración y transmitirle tranquilidad.
- Retirar los objetos que molesten o dificulten la acción.
- Preparar el material necesario.
- Colocar la cama en la posición que más ayude en la movilización del paciente.
- Siempre frenar la cama.
- Tener cuidado con los sueros, drenajes, etc., que impidan la movilización.
- Adaptar una posición mecánica adecuada para evitar lesiones.

Una vez se ha ejecutado la movilización, el celador tendrá que tener en cuenta lo siguiente:
- Dejar acomodado al paciente.
- Volver a colocar los sueros, drenajes, etc., en su lugar.
- Verificar la seguridad del paciente.

Para aportar ayuda en la movilización, el celador puede emplear diferentes dispositivos y materiales como:
- Sábanas.
- Grúas y arneses.
- Discos giratorios.
- Transfer.
- Rolón.
- Taburete.
- Trapecio.

Las movilizaciones más comunes a las que el celador se va a enfrentar dentro del ámbito hospitalario de forma manual, siempre y cuando no se disponga de medios mecánicos para realizarlas o si el espacio no permitiera el empleo de dichos medios son:
- Movimiento del paciente hacia la cabecera de la cama: si se cuenta con la ayuda del paciente, pedirle su colaboración, flexionando rodillas, y si fuera posible, agarrándose al trapecio. El paciente se ha de impulsar hacia el cabezal de la cama mientras al mismo tiempo, el celador le sujeta y acompaña el movimiento. Evitar en todo momento que el paciente se golpee la cabeza con el cabecero de la cama. Si el paciente no colabora, el movimiento habría que hacerlo como mínimo entre dos celadores y para ello si el paciente cuenta de una entremetida, cada uno de los celadores se colocarán a cada lado de la cama sujetando la entremetida lo más cerca posible del paciente; a la misma vez desplazarán al paciente hacia el cabezal. También se podrá desplazar al paciente agarrándole por las axilas. En el caso de ser un paciente politraumatizado habría que desplazarlo en bloque.
- Movimiento del paciente hacia un lateral de la cama: se realizará entre dos celadores si el paciente no es colaborador. Para ello, los dos celadores se colocarán a cada lado de la cama sujetando la entremetida lo más cerca posible del paciente; de forma simultánea desplazar al paciente hacia el lateral de la cama. Seguidamente, doblar la rodilla del paciente contraria al sentido del giro para a continuación empujar con la entremetida hacia el centro de la cama. Siempre comprobar que el brazo del paciente no quede presionado debajo de su cuerpo.
-Movimiento del paciente de la cama al sillón o silla de ruedas: si el paciente

es colaborador el celador situará la silla o sillón frenada/o junto a la cama y de forma paralela a ella. Luego incorporar el cabezal de la cama en posición Fowler y sujetar al paciente por los hombros y las rodillas, para proceder a girarlo hasta sentarlo al borde de la cama. El celador flexionará sus rodillas para abrazar ligeramente al paciente por la cintura y lo ayudará a incorporarse de pie y de forma continuada realizando en un cuarto de giro le sentará en la silla o sillón. Si el paciente no colabora, la técnica se ha de realizar entre dos celadores, donde el posicionamiento de la silla o sillón y la colocación del a cama en posición Fowler será igual que para el procedimiento anterior. Luego, un celador se pondrá al lado de la cabecera de la cama, en un costado y el otro se pondrá en el costado a la altura de la zona lumbar del paciente. Entre los dos, ha de quedar la silla en la que se va a sentar el paciente. El celador posicionado en la zona media de la cama, incorporará al paciente un poco para que su compañero pueda pasarle los brazos por debajo de las axilas y lo agarre. El otro celador, cogerá al paciente por rodillas y muslos y en un movimiento sincronizado entre ambos le trasladarán a la silla o sillón. Este movimiento se puede realizar con la ayuda de una entremetida y teniendo en cuenta que la misma cubra de forma adecuada por debajo el cuerpo del paciente, y que, quede bien extendida, sin pliegues. Para acostar al paciente, el movimiento a realizar será el mismo pero a la inversa.

- Movimiento del paciente de plano a plano: Si el paciente colabora, el celador deberá colocar los dos planos a la misma altura, si es posible. Ambos deben estar inmovilizados y el hueco existente entre ambos debe ser cubierto. El celador tendrá que colocarse en el lado del plano contrario en el que se encuentra el paciente acompañándole en el movimiento y procurando que no voltee. Si el paciente no colabora y fuera preciso la presencia de dos celadores, se colocará cada celador a cada lado del paciente cogiendo la sábana lo más próximo posible al enfermo. El celador más alejado del paciente apoyará su rodilla en el plano vacío para ayudarse en la movilización. Posteriormente, de forma sincronizada y a un tiempo desplazarán al paciente al plano deseado.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos de movilización de pacientes encamados, el celador debe tener en cuenta en primer lugar la seguridad, tanto para el paciente como para el mismo. Muchos pacientes que acuden a un centro sanitario tienen mermadas sus capacidades a causa de la enfermedad, y por tanto, el celador debe ayudarles en su movilización.

La movilización de pacientes encamados debe llevarse a cabo siguiendo unas normas para evitar riesgos y favorecer la comodidad del paciente, por eso es fundamental que le celador conozca unas nociones de mecánica corporal, reconociendo las posiciones anatómicas y las técnicas adecuadas para levantar, sentar y mover al paciente.

La movilización no sólo es empleada para el traslado o cambio postural del paciente, también para ser sometidos a exploraciones, pruebas complementarias, técnicas o incluso intervenciones quirúrgicas.

6 Bibliografía

- Gómez, J. F., & Suárez, L. F. R. Posiciones anatómicas. Técnico Auxiliar de Geriatría. Manual. Temario. E-book, 124.
- Romero, P. D. A., LEON, S. G., ATIENZA, J. F. M., & JIMENEZ, C. S. (2013). Técnicas básicas de Enfermería. Ediciones Paraninfo, SA.
- Saturno, P. J. (2009). Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. Revista de Calidad Asistencial, 24(3), 124-130.
- Jiménez, S. P., Antón, M. P., & Manzano, S. T. (2004). Posiciones quirúrgicas: cuidados de Enfermería y prevención de complicaciones. 5.
- Hernández Vaquero, M. (2012). Análisis de cargas y evaluación postural en la movilización de pacientes como método preventivo de TME.
- Gayubo Bartolomé, M. (2014). Movilización del enfermo, repercusión en el personal sanitario. Revisión bibliográfica.

Capítulo 1708

RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO DEL CELADOR SANITARIO.

ROBERTO NAVA ALONSO

1 Introducción

El trabajo en un hospital no conlleva sólo esfuerzo físico y mental, sino también emocional. Con cierta frecuencia, el personal sanitario y sobre todo el no sanitario, debido al contacto permanente y continuado que tiene con los pacientes, debe saber ocultar sus propias emociones para dar una imagen institucional que sea aceptada por los usuarios y que mejore la comunicación con el paciente y sus familiares.

Este control es aún más marcado cuando trata diariamente con pacientes y familiares en situaciones de alto riesgo, graves problemas mentales o accidentados a su llegada al servicio de Urgencias. En este último apunte al Servicio de Urgencias, debemos señalar otro factor que últimamente por desgracia está declarándose como habitual, y es el de la violencia ejercida por los familiares de un paciente accidentado al llegar a un Servicio de Urgencias, normalmente hacia el Celador/a, que comúnmente es la primera persona con la que el paciente o familiares tiene contacto al llegar a una Institución Sanitaria.

Todos estos elementos suponen un gran esfuerzo no solo físico, sino también emocional que pueden acabar teniendo impacto en la salud de dicho personal. Si a esto le sumamos los riesgos ambientales y ergonómicos, puede derivar en el desarrollo de un síndrome denominado de Burnout, que acaba minando la salud física, la mental y por lo tanto, la productividad de dicha persona.

Los objetivos de dicho estudio están orientados a mejorar las condiciones psicosociales del personal No Sanitario de un Centro o Institución dedicado al cuidado de la salud. Para ello tendremos en cuenta unas premisas básicas organizativas que combatan desde el origen dichas condiciones psicosociales:
- El correcto reparto de tareas y la buena definición de los puestos de trabajo.
- La planificación de la tarea diaria, su dosificación en el tiempo y la definición inequívoca de los objetivos a conseguir.
- El enriquecimiento del puesto de trabajo a través de la autonomía, el feedback y el reconocimiento de las diferentes habilidades que posean los diferentes miembros del equipo.
- Gestionar bien el tiempo y la flexibilización de los horarios.
- Tener una comunicación clara y fluida con los compañeros y el jefe de Servicio.
- Tener la formación adecuada para ejercer la labor de su puesto de trabajo.

Con todos estos pasos, conseguiremos que el estrés laboral disminuya al presentar un ajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización, de manera que el trabajador experimente vivencias positivas dentro de su contexto laboral.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas y procedimientos para saber manejar y tener controlado el estrés laboral.
- Analizar el grado en el que diferente personal sanitario percibe el control sobre su trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Vamos a exponer a continuación, técnicas y procedimientos para saber manejar y tener controlado el estrés laboral a través de unas formas saludables que se describen a continuación:
- Manejar bien el tiempo.
- Aprender a decir “no”.
- Priorizar unas tareas por encima de otras menos relevantes.
- Limitar el tiempo que pasamos con las personas que nos producen estrés, evitando temas de conversación controvertidos o discusiones.
- Ser más asertivo.
- Reformular problemas.
- No tratar de controlar lo que no podemos controlar.
- Compartir sentimientos con los pacientes, pero sin entrar en aspectos personales, familiares, etc.
- Mantener el sentido del humor.
- Dedicarnos un tiempo diario para técnicas de relajación.

Para llevar a efecto las premisas indicadas arriba, he tomado como referencia un estudio transversal en un centro de atención primaria de la Comunidad de Madrid. Se evaluaron 28 médicos, 34 enfermeros, 42 auxiliares de enfermería y 11 celadores (n=115).

El criterio de inclusión fue que el trabajador tuviera una antigüedad en su puesto y en dicho centro de al menos un año. Se excluyeron los profesionales con cargos directivos que no realizaban tareas asistenciales.
Para recoger información sobre datos biográficos se administró un cuestionario en el que se debía incluir: edad, sexo, nivel de estudios y puesto de trabajo actual. Se utilizó el cuestionario DECORE como instrumento para evaluar los factores de riesgo psicosocial. A mayor puntuación obtenida, peor percepción de los factores de riesgo psicosocial presenta el trabajador, es decir, percepción de: falta de control, bajo apoyo organizacional, bajas recompensas y excesivas (o escasas) demandas.

Los resultados mostraron que los médicos perciben bajo control sobre su trabajo y escaso apoyo. A su vez, perciben las recompensas y las demandas de forma adecuada, aunque son los trabajadores que presentan mayores demandas.

Los enfermeros perciben bajo control, insuficientes recompensas, escaso apoyo

y demandas apropiadas.

Los auxiliares de enfermería perciben pocas recompensas y bajo control, mientras que el apoyo organizacional y las demandas lo perciben de forma adecuada.

Por último, los celadores perciben apoyo insuficiente, bajo control, escasas demandas y adecuadas recompensas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusiones principales tras estos resultados, se considera relevante la necesidad de tener en cuenta la percepción de los factores de riesgo psicosocial priorizando en función del tipo de puesto.

Existen escasos trabajos que incluyan la priorización en función del tipo de puesto de trabajo del estrés laboral en Atención Primaria o Especializada, ya que algunos se centran solamente en el síndrome de burnout.

6 Bibliografía

- Máster en Prevención de Riesgos psicosociales en un Servicio de Hospitalización. Autora: Ana Mª García Teruel. 2015/2016.
- A. García-Rodríguez, M. Gutiérrez-Biedmar, J.A. Bellón-Saameño, C. Muñoz-Bravo, J. Fernández-Crehuet. Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria.
-https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/celad_lectura_07.pdf

Capítulo 1709

COCINA HOSPITALARIA CENTRALIZADA: CONCEPTO DE MARCHA ADELANTE

JONATHAN GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

La organización de una cocina responderá a varios criterios base, tales como: la actividad a realizar en el lugar, la cantidad de comensales y sus características personales e individuales, o la capacidad de la instalación donde se encuentra la misma (Plaza, 2010).

En este sentido, en el ámbito hospitalario, encontramos distintos modelos de cocinas, siendo las más habituales las descritas a continuación (INSALUD, 1990):
• Internalización o autogestión: La gestión de la misma es responsabilidad exclusiva del centro sanitario. Hay dos tipos: en la cocina centralizada, donde todos los procesos y etapas se llevan a cabo en el propio hospital; por otro lado en la cocina descentralizada, la elaboración se lleva a cabo en el centro, pero no así la distribución, que se realiza desde distintos departamentos y áreas.
• Externalización: la gestión es responsabilidad de una empresa pública o privada. Encontramos dos tipos: de elaboración externa o catering, la comida es elaborada por una empresa privada, en sus instalaciones particulares y finalmente es distribuida a los distintos hospitales y, en última instancia, al comensal; de elaboración interna, la comida se elabora en las instalaciones del hospital. En este último caso, hay además tres variantes añadidas en función de si toda la gestión de la cocina y personal la regula una empresa externa, el propio centro o si se realiza de forma mixta.

Los modelos descritos previamente, influyen de forma determinante en la alimentación que recibe el paciente ingresado. En este sentido, la bibliografía manejada determina la importancia de la alimentación de la persona hospitalizada. En este sentido, cada comida debe elaborarse con el fin de cubrir sus necesidades dietéticas específicas, lo que conseguirá reducir la incidencia de complicaciones, los índices de infecciones y aumentar la probabilidad de recuperación y supervivencia. Ello implica, asimismo, una reducción de costes al aminorar la estancia hospitalaria (Martínez, 2008; Bejarano-Roncancio, Cortés-Merchán y Pinzón-Espitia, 2016).

2 Objetivos

- Analizar las ventajas de un modelo organizacional de cocina hospitalaria basado en la centralización de funciones. - Describir las características y requisitos de este modelo de forma exhaustiva, incidiendo de forma particular en el concepto de “marcha adelante”.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Google Scholar, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: cocina centralizada, hospital, ventajas, requisitos, características, marcha adelante. A través de estos tópicos, se encontraron 15 documentos.

De este modo, se eliminaron 5 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 10 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 3 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 7.

4 Resultados

Se encuentra que la cocina central en el ámbito hospitalario es necesaria y fundamental para que el paciente vea cubierta una de sus necesidades básicas: la alimentación. La cocina central es una forma de organización en la que todas las etapas básicas de la cocina, desde la llegada de la materia prima hasta la distribución de las comidas elaboradas, se realiza en el mismo lugar (estando los

distintos sectores claramente diferenciados en función de su objetivo). Esto consigue que se eliminen destinos intermedios (offices), permitiendo que las comidas lleguen al paciente en las mejores condiciones, tanto a nivel de higiene como de presentación y temperatura.

Las distintas etapas previamente mencionadas, y por las que pasa la cocina central, son las que siguen:
• Recepción de la materia prima.
• Almacenamiento y consumo.
• Preparación.
• Elaboración.
• Emplatado.
• Distribución.

A nivel de clasificación, se encuentra que la cocina central puede pertenecer a dos grupos diferenciados:
• Cocina central en línea fría: consiste en el transporte refrigerado de los alimentos y la regeneración en el lugar de destino.
• Cocina central en línea caliente: La temperatura de los alimentos no puede bajar de los 65ºC. Conlleva riesgo de toxiinfecciones alimentarias en caso de no llevarse a cabo dicha indicación.

El sistema de cocina centralizada tiene que cumplir unos requisitos y características específicas. En relación a los requisitos, se encuentran los siguientes:
• Separación de las actividades que se realizan en una cocina (circuito limpio-sucio): las actividades que pueden generar contaminación deben estar separadas unas de otras (por ejemplo: la recepción o almacenamiento y las zonas de cocinado, emplatado o distribución).
• Separación de las zonas de trabajo: tal y como se mencionaba previamente, las zonas de trabajo también han de estar separadas para evitar contaminaciones cruzadas. De cara a que la cocina funciones de forma eficiente, todas las zonas deben estar adecuadamente comunicadas e interrelacionadas.
• Circuitos cortos: todas las operaciones conllevarán los menores pasos posibles de cara a evitar probabilidades de contaminación.
• Marcha adelante: este concepto es esencial en el caso de una cocina centralizada, obligando a que todas las actividades a realizar se desarrollen en un orden previamente establecido, en un único sentido de avance y sin posibilidad de volver atrás. Esto evitará cruces entre "zonas sucias" y "zonas limpias" y prevendrá la génesis de contaminantes que puedan dañar la salud del consumir final.

Acerca de las características de la cocina centralizada, se encuentran las que aparecen descritas a continuación:
• Debe existir un acceso fácil desde a la zona en la que se produce la recepción de la materia prima hasta la zona de la cocina, así como entre la cocina y la zona de distribución.
• La ventilación es esencial y podrá ser natural o artificial, debiendo existir de manera obligada un sistema que renueve el aire con el objetivo de evacuar los humos y vapores que se generan por el uso de la cocina. Además, este flujo deberá ir siempre en dirección "zona limpia a zona sucia".
• Las ventanas deben disponer de una rejilla de malla para evitar la entrada de insectos desde el exterior.
• Los equipos deben estar organizados y distribuidos de forma que se facilite la limpieza y desinfección tras su uso.
• En relación a los suelos, estos deben ser antideslizantes, con inclinación hacia los sumideros.
• Debe existir una cantidad adecuada de lavamanos, y que los mismos se accionen mediante pedal.
• Con el objetivo de evitar la acumulación de polvo y suciedad, las tuberías y conductos de aire no estarán a la vista.
• Iluminación suficiente para llevar a cabo las tareas correspondientes. Puede ser natural o artificial, con protección en caso de la segunda. Deberán ir fijadas al techo de manera que se evite la acumulación de suciedad.
• Aislamiento completo de cualquier zona adyacente que pueda suponer un riesgo de contaminación.

Finalmente, una serie de ventajas avalan el uso de la organización descrita en este trabajo. Entre ellas, se encuentran las que siguen:
• Se ahorra materia prima al cocinar exactamente las raciones que se precisan.
• La higiene de los alimentos que salen de las cocinas es máxima, pues no se exponen a factores ambientales externos ni a manipulaciones posteriores.
• Se reduce el riesgo de contaminación al estar las distintas zonas de la cocina separadas entre ellas.
• Los platos tendrán una mejor presentación y serán más apetecibles para el paciente.
• El uso de bandejas y carros isotérmicos ayudará a mantenerla la comida en una temperatura idónea hasta el momento de su consumo.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que las cocinas centralizas requieren de una gran inversión tecnológica y económica, mayor que en la descentralizada. Esta inversión será compensada a corto plazo y se obtendrán múltiples beneficios. Entre otros:
• Se facilita el control económico al tener margen de acción sobre el proceso de gestión y administrativo.
• Un mejor aprovechamiento de los recursos energéticos, que serán gestionados de manera más eficiente.
• Ahorro económico en materia prima.
• Mejor aprovechamiento de los recursos humanos del servicio, y un mayor rendimiento en su trabajo.
• Se mejora de forma significativa la programación de menús, teniendo en cuenta aspectos nutricionales y utilizando técnicas culinarias variadas y apropiadas a la edad y características de los pacientes.

6 Bibliografía

- Bejarano-Roncancio, J. J., Cortés-Merchán, A. J., & Pinzón-Espitia, O. L. (2016). Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. Perspectivas en Nutrición Humana, 18(1), 77-93.
- Callejas, M. J. G. (2013). Gestión de la seguridad alimentaria en cocinas hospitalarias. AENOR-Asociación Española de Normalización y Certificación.
- Gonzáles, J., Rodrigo, A., Rivera, J., Ochoa, O., & Roig, C. (2006). Ayudantes de cocina.
- INSALUD. (1990). Organización de cocina y alimentación en centros sanitarios. Manual de planificación técnica y funcional.
- Martínez, M. M. O. (2008). Enfermedades infecciosas transmitidas por alimentos. Medimay, 14(3), 102-115.
- Moruno, A. C. (2014). Aprovisionamiento de materias primas en cocina: Recepción, clasificación y conservación de alimentos. Ideaspropias Editorial SL.
- Plaza, S. P. R. (2010). Restauración en servicios hospitalarios. Editorial Vértice.
- Sallarés, E. (Ed.). (1995). Principios y aplicaciones de la técnica del vacío en hostelería. Cooking Books.
- Úbeda, M. Á. H. Las nuevas tecnologías en restauración hospitalaria: su aplicación en el cocinado, conservación y distribución y servicio.

Capítulo 1710

IMPACTO DE LA INCORPORACIÓN DE LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN EN FRÍO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

JONATHAN GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

La alimentación en el medio hospitalario es esencial para el paciente ingresado, ya que no solo es un recurso para cubrir sus necesidades nutricionales, sino que funciona como un factor esencial que incide directamente en la recuperación y tiempo de hospitalización. Por ello, cada día con más frecuencia, nuevos mecanismos de producción se están incorporando en los hospitales y servicios de salud, dando la importancia que merece a las dietas y a su adaptación individualizada (Plaza, 2010).

En el caso que nos ocupa, en un medio sanitario, los alimentos deben tener una calidad higiénicas y nutricionales muy altas. Estos estándares son costosos de alcanzar, debiendo realizar numerosos procedimientos complejos. Por otro lado, no solo el proceso del cocinado será importante, sino también la de distribución, debiendo asegurar que el alimento llega al consumidor final en un estado óptimo y con un aspecto apetecible (Cañaveras y Hernández, 2012; Rivas, 2019). Dentro de la cocina hospitalaria, podemos encontrar distintas líneas de producción (Ortega, Fernández y Fernández, 2013):

• La línea de producción en caliente es el circuito en el que los alimentos pasan directamente de la fase de cocción a la de distribución, sin interponer un periodo de conservación de la comida elaborada. En el proceso de cocción se debe

alcanzar una temperatura mínima de 65 ºC en el centro del alimento. Desde que finaliza la cocción, y hasta el momento de su servicio, se debe mantener esa misma temperatura, sin que sea necesario recalentarla.
• La línea de producción en frío es el circuito en el que los alimentos elaborados son sometidos a algún método de conservación por frío, durante un tiempo, hasta el momento de su consumo. Dependiendo de la temperatura de conservación, se pueden distinguir dos sistemas diferentes: línea refrigerada y línea congelada.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es identificar las características de la línea fría de producción en el ámbito sanitario, sus fases y equipo necesario para llevarla a cabo. Como objetivo secundario, se encuentra analizar las ventajas e inconvenientes de esta nueva metodología en comparación con la línea de producción en caliente.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: sanidad, hospital, sistemas de producción, línea fría, cocina, alimentación. A través de estos tópicos, se encontraron 13 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 5 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 8 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 3 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 5.

4 Resultados

A continuación, se desarrolla la línea fría, extendida ya en ciertos países europeos y con previsiones de que su implantación se incremente en los próximos años.
Se encuentra que las principales fases por las que pasa el alimento en el caso que nos ocupa, son las siguientes:

• En primer lugar, los alimentos deben ser cocinados a una temperatura adecuada, de al menos 70º en el centro del alimento.
• En segundo lugar, se comienza con el enfriamiento media horas tras el paso previo, llegando a una temperatura de diez grados en la siguiente hora y media.
• Se almacena el alimento a una temperatura de entre cero y tres grados centígrados.
• De cara a su consumición, el alimento se regenerará inmediatamente tras eliminar la fase de frio, debiendo llegar su centro a los 65 grados.
• Tras finalizar la regeneración, el alimento debe ser inmediatamente consumido.
• El tiempo de almacenamiento en frio no debe ser superior a cinco días. De manera añadida, se detecta esencial disponer de un sistema de transporte de refrigeración que mantenga la temperatura del alimento inferior a 3-5 grados.
El equipo y materiales utilizados en las fases previamente descritas, y especialmente de cara a la regeneración, son los analizados a continuación:
• Hornos: el horno se encargará de proporcionar calor al alimento de una manera rápida a través de la transmisión de calor. Los sistemas de los que se puede disponer a este respecto, son: conducción, paso directo del calor a través del recipiente; convección: calentamiento mediante corrientes de aire a alta temperatura; radiación: se utilizan principalmente rayos infrarrojos; microondas, transmisión de calor mediante ondas electromagnéticas.
• Carros: los carros permiten que los alimentos refrigerados se regeneren al mismo tiempo que se trasladan al área donde se va a proceder a su distribución. La forma en que esto tiene lugar, es conectando el carro a la corriente en la zona de distribución, o realizando el calentado gracias a baterías independientes que lleva incorporado el propio equipo.
Las ventajas halladas en relación a este sistema, en comparación con las líneas de producción calientes, son:
• Los alimentos pueden ser elaborados con antelación, pudiendo incluso preparar comidas de varios días y conservándolas, posteriormente, a baja temperatura.
• El nivel de eficacia y productividad es alto en comparación con la línea de producción caliente, especialmente en instituciones de gran tamaño.
• Si todo el proceso de refrigeración se realiza de la manera adecuada, el alimento no perderá sus propiedades nutritivas, organolépticas e higiénicas.
• Se eliminan las horas de mayor concentración de trabajo, pudiendo realizar unas jornadas laborales con carga uniforme.
• Se facilita ajustar raciones en función de la demanda diaria, pudiendo regenerar solo aquellas que se precisan. Esto, a nivel económico, será importante ya que se reducen los excedentes.

• La calidad del alimento y del servicio es similar al de la línea caliente, pues el producto final tendrá una adecuada temperatura y aspecto.

Finalmente, los inconvenientes encontrados se detallan en los siguientes puntos:

• Requiere de una gran inversión a nivel económico a causa de la adquisición de costosos equipos, y espacios grandes, que permitan realizar todas las fases de la refrigeración y regeneración, así como el cocinado.

• Formación del personal, evaluación y seguimiento, en estos nuevos sistemas de producción.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado ampliamente la repercusión positiva de una buena alimentación durante las estancias hospitalarias, mejorando el tiempo de recuperación y el estado de ánimo del paciente. En este sentido, la incorporación de la línea fría ahorra costes tanto monetarios, como de materia prima y consumo energético, a través de un mayor control de gestión y de logística. Esto, permite generar una mayor producción de manera diaria, aumentando de manera paralela la seguridad alimenticia y de los pacientes.

Se concluye que la línea fría es una evolución en la manera de entender el sistema de producción de alimentos en el medio hospitalario. Por ello, funciona como una inversión a medio-largo plazo, pues implica optimizar los recursos disponibles y establece sistemas organizativos del personal que son estables, asegurando así la calidad laboral, ya que se incide de manera directa en la satisfacción del trabajador.

6 Bibliografía

- Bouëtard, J., & Santos, J. J. (2009). La línea fría completa, organización de cocinas centrales: tratado básico de ingeniería integral y de los procesos en línea fría completa hospitalaria, geriátrica, escolar, colectiva, caterings y restauración: el libro blanco de la línea fría. Innova Concept Ingeniería.
- Cañaveras, D. V., & Hernández, J. J. S. (2012). Presente y futuro de la seguridad alimentaria en restauración colectiva. Asociación Española de Normalización y Certificación.
- Ortega, L. E. M., Fernández, I. L., & Fernández, M. A. L. (2013). Diseño y gestión de cocinas: manual de higiene alimentaria aplicada al sector de la restauración. Ediciones Díaz de Santos.

- Plaza, S. P. R. (2010). Restauración en servicios hospitalarios. Editorial Vértice.
Portalatín, B., & Romero Yagüe Ruíz, C. (2013). Línea Fría Completa en el Ámbito Hospitalario.
- Rivas, V. (2019). Sobre los servicios hospitalarios de Alimentación y Nutrición. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, 29(1), 3.
- Sancho, Á. (2010). La cocina en línea fría o" Cook & Chill%. Alimentaria, 411, 120-121.
- Santos, J. J. (2010). MOF, Manual de organización y funcionamiento: Informática y formación, en Línea Fría Completa Hospitalaria. Todo hospital, (268), 405-409.
- Tejada, B. D. (2006). Administración de servicios de alimentación. Calidad, nutrición, productividad y beneficios. Universidad de Antioquia.
- Úbeda, M. Á. H. (2001). Las nuevas tecnologías en restauración hospitalaria: su aplicación en el cocinado, conservación y distribución y servicio.
- Zapatel, M. C. (2013). Alimentación hospitalaria: Dietas hospitalarias (Vol. 2). Ediciones Díaz de Santos.

Capítulo 1711

LOS ALIMENTOS, TIPOS DE DIETAS E IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA NUTRICIÓN HOSPITALARIA

JONATHAN GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

Según el Código Alimentario Español (1967), son alimentos "todas las sustancias o productos naturales sólidos o líquidos, naturales o transformados, que por sus características aplicaciones, componentes, preparaciones y estado de conservación sean susceptibles de ser habitual e idóneamente utilizados para la nutrición humana".

La clasificación y organización de los distintos tipos de alimentos depende del país donde nos encontremos y del criterio experto. En este sentido, una habitual diferenciación es la "rueda de los alimentos", recurso didáctico recurrente en los años 80, promovida en España por el programa EDALNU del Ministerio de Sanidad. Otro sistema habitual de clasificación en nuestro país ha sido, especialmente en los años 90 y principios de los 2000, la pirámide alimenticia. Dicha clasificación proporciona una perspectiva completa de todas las categorías, estableciendo a modo orientativo las cantidades que se deben consumir de cada una. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que esta manera de clasificar los alimentos está siendo duramente cuestionada hoy en día (Arizmendi, Valls y Costa, 2000).

El sistema imperante en la actualidad es aquel que aboga, en general, por una dieta equilibrada y variada, puesto que tan negativo es para la salud un consumo

excesivo de un alimento, como la restricción de nutrientes básicos. Por ello, una alimentación equilibrada es aquella que incluye diariamente alimentos que aportan los nutrientes necesarios para garantizar el desarrollo y el mantenimiento adecuado del organismo. En una dieta equilibrada se deben incluir una serie de nutrientes en la siguiente proporción (Carbajal Azcona, 2013):

- 10 a 15 % de proteínas
- 25 a 30% de grasas (otros autores recogen de 30 a 35%)
- 50 a 60% de hidratos de carbono (otros autores recogen 55 a 60%)
- 3% de fibra

La investigación científica más reciente ha demostrado sobradamente que el organismo necesita energía que toma del exterior en forma de alimento, para cubrir su actividad metabólica y funciones biológicas diarias. Pero como en cada etapa de la vida la actividad y el gasto de energía es diferente, las necesidades alimenticias también (Luna, 2000).

En principio, el ser humano puede seguir una dieta basal, que cubre de forma general las necesidades energéticas habituales del individuo sano. Sin embargo, diversos factores tales como la talla, el sexo, el peso o la cantidad de ejercicio físico realizado de manera diaria, han de ser tenidas en cuenta. La posible presencia una determinada enfermedad o dolencia, también afectará a hora de elegir una dieta que incorpore todos los nutrientes esenciales y en la cantidad apropiada a la misma (Luciano, 2018).

Los enfermos ingresados requieren una correcta alimentación para su pronta recuperación. Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la aplicación de una dieta adecuada desarrolla el efecto preventivo, terapéutico y educativo del paciente y contribuye a su bienestar social y físico.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es identificar y exponer las características de una dieta hospitalaria. Como objetivo secundario, se encuentra analizar los beneficios de una correcta alimentación en el paciente ingresado.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos Web of Science, PubMed y Scielo (última revisión

02/02/2020), con restricción de fecha 2005-2020 y combinado los siguientes descriptores: dieta hospitalaria, alimentación, paciente, beneficios, características, alimentos. A través de estos tópicos, se encontraron 11 documentos que se discriminaron de la siguiente manera:
• Se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper.
• Se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés al realizar una lectura más profunda de los resúmenes correspondientes. De este modo, se eliminaron 3 salidas. De los 8 artículos restantes se eliminaron 2 más por no corresponderse, una vez analizado el texto, con los criterios de búsqueda.

4 Resultados

Tras analizar los trabajos seleccionados, se encuentra que la dietética, es la técnica y el arte de utilizar los alimentos de forma adecuada, partiendo del conocimiento profundo del organismo humano y de los alimentos, para proponer y promover formas de alimentación, variada, suficiente y adecuada.
A. Principios generales de la dieta en los hospitales:
• Primará siempre que sea posible la alimentación oral
• Han de predominar los alimentos naturales y acordes con la dolencia del paciente.
• A la hora de elegir una dieta se deberán tener presentes los hábitos del paciente
• La dieta debe estar justificada en atención a la dolencia del paciente
B. Directrices generales a incluir en una dieta:
• Disminuir el consumo de grasas animales, azúcares, dulces y harinas refinadas
• Aumentar el consumo de frutas vegetales y cereales
• Limitar el consumo de proteínas siendo preferible ingerir aves y pescados en más proporción que el resto de carnes.
• No sobrepasar los 3 gr/día de sal
C. Leyes fundamentales de la alimentación que debe cumplir una dieta:
• Que tenga suficiente aporte calórico
• Que sea completa y no omita nutrientes
• Que sea armónica y que los nutrientes estén en las proporciones adecuadas
• Que sea adecuada a su finalidad.
D. Tipos de dietas:
• Dieta basal normal o corriente: es la dieta normal de cualquier persona sana. Suele ser la dieta general existente en un determinado centro hospitalario. No

suele sobrepasar las 2500-3000kcal/ día. Hay dos tipos: la pediátrica y la de adultos.
• Dietas terapéuticas: su finalidad es la de ayudar a la curación de la enfermedad, convirtiéndose muchas veces en la base del tratamiento. Se utiliza para pacientes con problemas o patologías concretas.
Existen una serie de dietas terapéuticas estándar que cubren la mayoría de adaptaciones necesarias para los pacientes, y otras terapéuticas especiales con requerimientos menos frecuentes. Por último, en caso de que las necesidades de un paciente no se ajustan a ninguna de ellas, se recurrirá a las dietas personalizadas.

5 Discusión-Conclusión

Fundamentalmente, una adecuada nutrición hospitalaria, permite asegurar la alimentación adecuada de los pacientes hospitalizados. Asimismo, detectar lo más precozmente posible la desnutrición de los enfermos hospitalizados y la implementación de las medidas terapéuticas de soporte nutricional necesarias para su corrección. En la década de los 70 comenzaron a aparecer informes acerca de la incidencia de malnutrición en los pacientes hospitalizados, evidenciándose que ésta podía llegar a afectar desde un 30% hasta un 60% de los mismos. Actualmente, es ampliamente reconocido que la presencia de malnutrición tiene tanto implicaciones clínicas como económicas, de ahí la importancia de su prevención y la provisión de un soporte nutricional adecuado a todos los pacientes.

Hay que darle una gran importancia a la nutrición en los hospitales, puesto que gracias a ella los pacientes tendrán menor tiempo de hospitalización, menor morbimortalidad, menor riesgo de infecciones y de alteración de la cicatrización. Existe evidencia de que un adecuado soporte nutricional disminuye la estancia en unidades de cuidados intensivos. Asimismo, influye en una disminución de los costos de tratamiento.

6 Bibliografía

- Arizmendi, A. M., Valls, J. F. M., & Costa, C. M. (2000). Manual básico de nutrición clínica y dietética. España. Editorial Generalitat Valenciana.
- Calleja Fernández, A., Vidal Casariego, A., Cano Rodríguez, I., & Ballesteros Pomar, M. D. (2016). Adecuación del código de dietas a las necesidades nutricionales del paciente hospitalizado. Nutrición Hospitalaria, 33(1), 80-85.

- Chasquibol, N., Lengua, L., Delmás, I., Rivera, D., Bazán, D., Aguirre, R., & Bravo, M. (2003). Alimentos funcionales o fitoquímicos, clasificación e importancia. Revista Peruana de Química e Ingeniería Química, 6(2), 9-20.
- Guillén, N., Torrentó, M., Alvadalejo, R., & Salas-Salvadó, J. (2004). Evaluación de la aceptación de los menús servidos en el Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. Nutrición Hospitalaria, 19(5), 277-280.
- Leandro Merhi, V. A., Marques de Oliveira, M., Caran, A. L., Menuzzo Graupner Tristão, T., Miante Ambo, R., Tanner, M. A., & Marton
- Vergna, C. (2007). Tiempo de hospitalización y estado nutricional en pacientes hospitalizados. Nutrición hospitalaria, 22(5), 590-595.
- Luciano, A. (2018). Importancia de la nutrición en el paciente hospitalizado.
- Luna, C. (2000). Nutrición del paciente hospitalizado. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González, 3(2), 79-84.
- Restrepo, J. M. R. (2017). ¿Está actualizado el código de dietas en los hospitales? Nutrición Clínica, 11(1-2017), 9-25.
- Ulibarri, J. I., Burgos, R., Lobo, G., Martínez, M. A., Planas, M., Pérez de la Cruz, A., & Villalobos, J. L. (2009). Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados. Nutrición hospitalaria, 24(4), 467-472.
- Carbajal Azcona, Á. (2013). Manual de nutrición y dietética.

Capítulo 1712

LA HISTORIA CLÍNICA

CARLOS JAVIER IBAIBARRIAGA HERMIDA

1 Introducción

La historia clínica es un documento legal de la rama médica que surge del contacto entre un paciente y un profesional de la salud, donde se recoge toda la información relevante acerca de la salud del paciente, de modo que se le pueda ofrecer una atención correcta y personalizada.

En el grupo de los profesionales de la salud que tienen acceso a este documento de un paciente se encuentran: médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos y profesionales de cualquier otra especialidad médica o sanitaria.

2 Objetivos

- Conocer algunos aspectos básicos sobre la historia clínica.
- Descubrir la importancia de la historia clínica en el mundo sanitario.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos de pubmed y preevid.

- Criterios de inclusión que he empleado: documentos gratuitos escritos en castellano.
- Como criterios de exclusión: documentos publicados en idiomas distintos del castellano.

4 Resultados

Existen tres modelos de historia clínica:
- Historia clínica cronológica: utilizada de forma habitual en los hospitales.
- Historia clínica orientada por problemas de salud: utilizada en los centros de atención primaria.
- Historia clínica realizada para el seguimiento concreto de una enfermedad: utilizada en unidades especializadas y con preguntas concretas.

Los documentos incluidos dentro de la historia clínica de un paciente recogen toda la información relativa a los procesos médicos y asistenciales de dicha persona. En ellos se identifica, además, el nombre de los profesionales que han intervenido y del tratamiento aplicado. En definitiva, cualquier dato trascendental que ofrezca un conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.

La información precisa que aparece en el archivo es:
- Documentación relativa a la hoja clínica.
- Autorización del ingreso.
- Informe de urgencia.
- Exploración física.
- Órdenes médicas.
- Consentimiento informado.
- Informe de anestesia.
- Informe de quirófano o registro del parto.
- Evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- Gráfico de constantes vitales.
- Informe clínico de alta.

5 Discusión-Conclusión

La función principal de la historia clínica es facilitar el trabajo de los profesionales de la salud que tengan que tratar a un paciente, conociendo de primera mano y de forma inmediata toda la información relativa a su salud.

Entre sus funciones se encuentra la posibilidad de que el médico ofrezca una asistencia personalizada al paciente, aprender y mejorar los aciertos y errores en tratamientos pasados, investigar algunas ramas científicas a partir de la información contenida en el documento, mejorar la calidad de la salud de un paciente, gestionar y administrar los servicios médicos de las instituciones sanitarias, etc.

6 Bibliografía

- www.clinic-cloud.com
- www.astursalud.com
- Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de la Salud, 1989.
- López O. et al. Admisión y Documentación Clínica: una propuesta de futuro. Todo hospital 1996; 128: 7-16.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.murciasalud.es/preevid.php

Capítulo 1713

LAS FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA

MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ

PABLO ASENSIO ÁLVAREZ

1 Introducción

Los servicios de admisión forman una estructura de apoyo en los hospitales. Este servicio ha aparecido y ha ido evolucionando por las necesidades que surgen y demandan los equipos de dirección, los profesionales de estos servicios, las necesidades que en particular surgen según el perfil de cada centro hospitalario y por las nuevas exigencias de gestión que se incorporan en los últimos años.

El servicio de admisión en los centros hospitalarios tiene como último objetivo mejorar la gestión de los recursos mejorando la información, conservándola veraz y gestionándola con agilidad del modo más adecuado a fin de favorecer la toma de decisiones y la mejora en la calidad del servicio. Nos encontramos, pues, ante el servicio que ha de garantizar la recepción del paciente que acude al hospital en demanda de asistencia especializada, la tramitación administrativa que conlleva la gestión de dicha asistencia, ya sea médica o quirúrgica, y la parte no menos importante de mantener al usuario informado sobre el entorno del centro al que acude, los servicios que encontrará a su disposición, y sus derechos y deberes durante su permanencia en el centro o durante su relación con el mismo.

Para el desempeño de las actividades asignadas, el servicio de admisión se configura como un servicio multidisciplinar en el que tienen cabida profesionales sanitarios y no sanitarios de distintas categorías y estamentos: médicos, profesionales de enfermería, profesionales de cuerpo técnico y de gestión, personal administrativo, personal subalterno, etc. El personal de los distintos grupos profesionales debe estar integrado en el mismo equipo de trabajo, con una única dependencia funcional en el responsable del servicio de admisión.

2 Objetivos

- Definir las principales tareas y funciones a desempeñar por el auxiliar administrativo en el servicio de admisión hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se definen las principales tareas y funciones a desempeñar por el auxiliar administrativo en el servicio de admisión hospitalaria y que se pueden resumir en las siguientes:

- Información y atención al usuario:
Recibir al paciente/usuario y desde el momento de su acceso al hospital mantenerle informado en todo momento de la cartera de servicios y la ubicación de los mismos en el centro. Asimismo, el paciente deberá poseer información puntual de su situación, en relación con la atención asistencial que espera recibir (demora en la asistencia, situación de la lista de espera, etc.). El paciente recibirá la información necesaria para conocer sus deberes y sus derechos, tutelando el que pueda ejercerlos en cada momento.

- Gestión de camas:

La gestión de camas en un centro hospitalario, constituye una de las tareas cotidianas de cualquier servicio de admisión y también una de la que más conflictos provoca en el funcionamiento diario del hospital. La asignación de la cama al paciente afecta tanto a los pacientes que van a ingresar como a los ya ingresados, y a las camas libres tanto como a las ocupadas.

Para realizar una gestión de camas de hospital razonable, deben darse unas condiciones mínimas:
A. Conocer en tiempo real la situación de las camas de hospitalización, con una correcta informatización de todos los pacientes y de su estado en la base de datos hospitalaria.
B. Conocer sus características.
C. Conocer la previsión diaria de ingresos y altas por unidad de enfermería.
D. Conocer la situación clínica del paciente al que va a ser asignada la cama (diagnóstico, sexo, servicio médico que le va a atender, si es preciso su aislamiento, etc.).

El personal sanitario debe de implicarse de lleno en el funcionamiento asistencial de las plantas, manteniendo un continuo cauce de relación-información con el servicio de admisión, el cual debe conocer el estado del paciente que va a ingresar para proceder de la manera más eficiente para el paciente, servicio médico y unidad de enfermería que se va a hacer cargo del paciente que va a ingresar.

Es el servicio de admisión, el que debe actuar con premura a la hora de la asignación de cama en los ingresos urgentes o inmediatos, pues el conocimiento de la situación del enfermo es más difícil, y sin embargo aún más necesario si cabe que en los programados. Una asignación ciega de la cama, sobre los únicos criterios de edad, sexo y literal del motivo de ingreso, acabará provocando distorsiones en la organización de la planta, generando un aumento innecesario de cambios de cama. Es necesario que el servicio de admisión valore la situación del paciente. El objetivo básico es conocer los cuidados inmediatos que va a requerir el paciente, así como valorar su situación personal de autonomía o dependencia.
Bajo similares planteamientos, el servicio de admisión debe conocer, autorizar y coordinar los traslados internos de los pacientes ya ingresados, procurando que se deban a motivos derivados, bien de la asistencia del paciente, o bien de criterios organizativos que rigen en el hospital. En un principio se deben de evitar los traslados motivados por comodidad, rechazo del paciente o preferencias personales.

Un caso particular lo constituyen los aislamientos que deben obedecer a criterios

clínicos. El resto de motivos de aislamiento, por lo general de índole social, deben ser de la exclusiva competencia del servicio de admisión, el cual actuará según la valoración puntual del motivo y de la situación de camas en el hospital.

El servicio de admisión precisa que la situación de las camas sea real y permanezca continuamente actualizada. Esto requiere una estrecha colaboración de todas las unidades de enfermería con admisión, y para ello, es necesario que a su vez éstas vean en esta colaboración una ayuda para su trabajo y organización. Esto significa una implicación absoluta en el mantenimiento de la base de datos de pacientes por parte de las citadas unidades de enfermería.

- Tramitación de ingresos y altas:
En el servicio de admisión se gestiona toda la información y actividad relativa a los pacientes que tienen que ingresar en el centro. Las principales funciones del auxiliar administrativo serán:
1. Registro de datos administrativos.
2. Petición al archivo de historias clínicas de la historia de los pacientes programados que van a ingresar.
3. Confección diaria del planning de situación de enfermos.
4. Elaboración diaria de listados de ingresos y altas.
5. Confección y entrega de pases de visita a los familiares de los pacientes ingresados.
6. Tramitación de traslados de pacientes a otro servicio o centro.

Se procede a la recepción del paciente y a recabar para su registro informático los siguientes datos del mismo:
1. Nombre y apellidos.
2. Sexo y fecha de nacimiento.
3. Domicilio de residencia.
4. Profesión o actividad.
5. Números de D.N.I. y afiliación a la SS.
6. Persona/s allegada/s y teléfono de las mismas.
7. Nº del ingreso y fecha y hora.
8. Facultativo o Autoridad que dispone el ingreso.
9. Especialidad a la que se adscribe.
10. Régimen económico provisional de la prestación.
11. Diagnóstico de entrada.

Se procede a la localización y adjudicación de camas a los pacientes en el servicio que prescribió su ingreso. Si aún no existiendo cama libre en dicho servicio,

el ingreso fuese necesario, podrá asignársele cama en otro servicio (pacientes periféricos).

Ningún paciente podrá acceder al hospital sin la autorización del servicio de admisión. Por ello se mantiene un control a tiempo real de la ocupación del centro. El paciente ingresado es debidamente identificado y permanece exactamente localizado dentro del hospital.

Las altas que se producen en los servicios de hospitalización son notificadas a admisión para su registro a fin de mantener actualizado el registro de camas libres/ocupadas.

Habitualmente los receptores de la prestación asistencial en los centros públicos son beneficiarios de la Seguridad Social. No obstante también se presta asistencia a pacientes a cargo de mutuas y compañías de seguros, a pacientes desplazados de otros países comunitarios o no, o a pacientes que entran por urgencias como privados por desconocerse en el momento de su ingreso la cobertura sanitaria que les ampara. El servicio de admisión ha de establecer al ingreso del paciente el régimen económico en que se producirá su asistencia.

Este será provisional en el caso de que sea un ingreso de urgencia. Se comprobará su afiliación a la seguridad social mediante requerimiento de la tarjeta sanitaria o tarjeta comunitaria en caso de extranjeros comunitarios. También se informará a los pacientes cuyo régimen de prestación sea diferente de los trámites a seguir para regularizar su situación mediante la presentación de partes de accidente de las mutuas a las que están asegurados, etc. Posteriormente trasladará la información al departamento de contabilidad para, en su caso, la tramitación de la facturación externa. Los pacientes que no cumplan los requisitos citados en el párrafo anterior tendrán tratamiento de privados y se les facturará su asistencia de acuerdo con las tarifas actualizadas y publicadas a tal efecto en el Boletín Oficial de la Comunidad a la que pertenezca el hospital público.

Cuando el ingreso de un paciente no se considera urgente tiene carácter de ingreso programado. El procedimiento para tramitarlo es la inclusión en la lista de espera quirúrgica según la orden médica correspondiente. La responsabilidad de la gestión de la lista de espera corresponde al servicio de admisión.

- Gestión de ingresos programados:
Son ingresos programados aquellos que ordena el facultativo especialista del hospital, como consecuencia del seguimiento del paciente en consulta. La gestión del

ingreso por parte del servicio de admisión se inicia con la comunicación al paciente del día y hora en que debe ingresar. También la gestión de la asignación de cama en el servicio dónde se vaya a producir el ingreso así como la petición de su historia al archivo de historias clínicas. Posteriormente continúa con la recepción del paciente en el momento del ingreso, con la toma de datos del mismo, siendo responsable de los trámites administrativos a que dé lugar la estancia del paciente, y del registro del alta cuando ésta se produzca.

En el caso de que el régimen económico de la prestación asistencial no sea la Seguridad Social, el servicio de admisión será responsable de trasladar la información necesaria al departamento de contabilidad encargada de elaborar la facturación, con objeto de que éste determine si procede la emisión de la factura, y la titularidad de la empresa o particular responsable del abono de la misma.

- Gestión de los traslados:
El servicio de admisión tramita los traslados preferentes y ordinarios de pacientes a otros centros hospitalarios
La solicitud de traslado la realiza el facultativo especialista y puede ser tanto para consultas externas y realización de determinadas pruebas diagnósticas, como para ingreso hospitalario o intervenciones quirúrgicas.

En el servicio de admisión además, se confirma y avisa a los pacientes de las consultas pendientes en otros centros, se gestiona también la solicitud de camas para ingresos en otros hospitales, y la realización de los preoperatorios y las diferentes pruebas necesarias para aportar en las consultas del hospital de referencia.

- Petición de pruebas especiales
El auxiliar administrativo se encargará de la tramitación de peticiones de pruebas diagnósticas a otros centros.

- Gestión de lista de espera:
El servicio de admisión es la unidad que centraliza y mantiene actualizado el registro de pacientes para intervención quirúrgica. Las listas de espera surgen como consecuencia de la dificultad en atender la demanda de camas hospitalarias, teniendo en cuenta la actividad generada por los ingresos programados, así como la ocupación por ingresos urgentes. Tienen como objeto gestionar el acceso de los pacientes que tienen que ser intervenidos quirúrgicamente coordinando todo lo necesario para la adecuada preparación del ingreso (consulta de anestesia, analíticas, pruebas radiológicas, etc.).
La gestión de las listas de espera dependerán de la disposición de camas exis-

tentes, así como del orden de inclusión de los pacientes en las mismas, a la vista de la patología que le ha sido diagnosticada y la urgencia que precise el ingreso, determinada ésta por el facultativo que ordena dicha hospitalización. El servicio de admisión realiza la inclusión y el mantenimiento de los pacientes en la lista de espera quirúrgica, la cual es actualizada continuamente.

- Gestión de la información asistencial:
Los servicios de admisión con la captura y registro de los datos, permite al hospital el disponer de una información adecuada de la actividad asistencial desarrollada. Entre las funciones del auxiliar administrativo están:
1. Coordinarse con los distintos servicios y/o unidades del hospital en la recogida de datos necesarios para una mejor planificación y gestión del centro.
2. Colaboración con el área de gestión del hospital en la recogida de datos para la facturación.
3. Clasificar, integrar y coordinar toda la información clínico-asistencial generada.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo de la salud como parte del servicio de admisión tiene que integrar los contactos y movimientos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su área de atención especializada. Sus funciones están orientadas hacia la coordinación de acciones y recursos alrededor de la asistencia al usuario, teniendo una función moduladora y facilitadora de las tareas asistenciales de los servicios clínicos. Deberá desarrollar funciones y tareas encaminadas a:
- Gestión operativa de los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial de pacientes, con el fin de facilitar y garantizar una sencilla y ágil accesibilidad.
- Organización del proceso asistencial, manteniendo la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente y favoreciendo una adecuada y eficiente utilización de los recursos.
- Obtención de datos que ofrezcan al hospital información sobre la demanda existente y la actividad asistencial realizada, constituyendo el sistema de información clínico-asistencial del hospital.

6 Bibliografía

- Asenjo MA, Bohigas LL, Trilla A, Prat A, Arbués MT, Ballesta AM & Lobo A. Gestión diaria del hospital. Revista española de salud pública.1999; 73: 417-419.
- Soler MM & Vasallo JM. Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. Enfermería global.2007; 6(1).
- El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica–Ocronos–Revista médica y de enfermería.
- López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 1714

EL TRABAJO EN EQUIPO.

ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA

MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO

MARIA DEL ROSARIO PONTÓN

1 Introducción

En primer lugar tendremos que diferenciar los conceptos de grupo y equipo. En el primer caso cada miembro responde individualmente de su trabajo y no depende de sus compañeros, la organización es muy jerárquica . Y en el equipo será el grupo que se organiza para cumplir un objetivo y responderán en conjunto por su trabajo, la organización no es jerárquica pero es necesario una coordinación de sus miembros.
El trabajo en equipo se basa en la sinergia, que quiere decir, que la acción conjunta para poder lograr un objetivo será mayor que la suma de cada parte.
Los equipos de salud suelen ser grupos reducidos, no más de 10 participantes. Y deben de mantener una participación equilibrada cuyos objetivos además de los que marque la constitución, deberán marcar los suyos propios y han de ser realistas, alcanzables y conocidos por cada miembro. Por lo tanto cada uno de ellos conocerán su rol y el de su compañero. Siendo el rol más eficaz los que realizan autocrítica.
Los equipos de trabajo pueden ser interdisciplinarios, multidisciplinarios y transdisciplinarios.
En los equipos interdisciplinarios el objetivo es común, cada uno de sus miembros de distintas disciplinas aportan sus conocimientos y la responsabilidad del trabajo es conjunta.

En los equipos multidisciplinarios también se centra en un objetivo común pero el trabajo es asumido por cada participante de un grupo de diferentes formaciones y cada uno de ellos responde por su trabajo.
En los equipos transdisciplinarios, los miembros del equipo interactúan trascendiendo su propio espacio disciplinar. En este caso es un aprendizaje continuo de sus participantes, logrando un nivel más elevado donde las disciplinas se complementan.
Además de la distribución de funciones del equipo, cada miembro puede desempeñar otros roles, como son:
Roles disfuncionales, estos roles están orientados al interés individual e impiden el buen funcionamiento del grupo. Entre los miembros de este rol se encuentra:
- El critico; donde enjuicia todos los pensamientos del grupo y no aporta soluciones.
- El negativo; tiene una visión negativa y se cree que no puede hacer otra cosa.
- El pícaro; no aporta nada al grupo si se aprovecha del resto de sus compañeros.

Roles Funcionales, estos roles se dividen en roles de producción y de mantenimiento.
Los roles de producción contribuyen al desarrollo y productividad del grupo. entre ellos se encuentran:
- El iniciador que es el innovador que es ideal para implantar nuevos procedimientos.
- El activador; es una persona dinámica, anima al grupo a impulsar nuevos proyectos.
- El intelectual; ayuda al grupo a aclarar ideas.
- El colaborador; esté miembro del grupo siempre está dispuesto a ayudar.

Los roles de mantenimiento contribuyen a que el grupo permanezca unido creando una atmósfera agradable y son:
- El empatizador, es una persona que facilita las buenas relaciones. Es una figura imprescindible para el grupo.
- El gracioso, su participación es escasa pero fundamental para relajar el ambiente.
- El positivo, es el encargado de empujar el grupo y contagiar su entusiasmo.

Es muy importante en un equipo que todos sus miembros se doten de unas habilidades imprescindibles para el funcionamiento del equipo como son la empatía, el liderazgo, saber comunicar y escuchar, ser sincero y lo más importante respetar a los demás

2 Objetivos

Perseguir un objetivo en común buscando la forma más eficiente de coordinarse con la ayuda de todos los participantes alcanzando así unos resultados productivos más eficaces.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.psicologiaymente.com.
- https://www.aiteco.com
- https://www.sites.google.com
>los-roles
- https://www.www.eoi.es
- https://www.retos-directivos.eae.es

Capítulo 1715

EL ESTRÉS LABORAL, EL SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL ENTORNO SANITARIO VIII LECCIONES EN SALUD HOSPITALARIA

JAVIER ALVAREZ JAVATO

1 Introducción

El Síndrome del Quemado, también llamado Síndrome de Burnout, es una respuesta al estrés laboral de manera crónica; se constituye por la negatividad de las actitudes y sentimientos hacia compañeros y personal superior, así como hacia las propias funciones del trabajo, produciendo un agotamiento emocional que puede repercutir negativamente en la vida cotidiana de la persona afectada.

2 Objetivos

- Analizar el Síndrome de Burnout en los contextos clínicos y de la salud.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos (Dialnet, Pubmed, Medline, Google Académico) y artículos, empleando los siguientes términos: estrés, quemado, agotamiento.

4 Resultados

En todos los ámbitos laborales, incluidos el de la salud se pueden encontrar situaciones de estrés. Uno de los tipos más habituales es el Síndrome de Burnout que se caracteriza por un estado de agotamiento físico, emocional y mental prolongado, con consecuencias en la autoestima donde la persona trabajadora perderá interés en sus tareas cotidianas y responsabilidades.

Para prevenir el Síndrome de Burnout en contextos clínicos y de la salud es necesario establecer límites y no autoexigirse hasta el punto de llegar al agotamiento, pedir ayuda lo antes posible, desconectar fuera del ámbito laboral con algún tipo de actividad física, cuidar de la salud, o encontrar un trabajo acorde a tus inquietudes o vocaciones.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome Burnout es una enfermedad moderna a consecuencia del estrés crónico al que está expuesto todo tipo de trabajador, incluido el personal del ámbito sanitario.

Su identificación, evaluación y control son imprescindibles para un adecuado desempeño laboral dado que es un trastorno que modifica la calidad de vida familiar, social y profesional de quien la padece.

6 Bibliografía

-Salud laboral, prevención de riesgos laborales. Formación continuada LOGOSS
-Revista española de salud pública. Vol. 71 nº 3
-Aspectos epidemiológicos de Síndrome de Burnout en personal sanitario. Juan Carlos Atance.
-El Síndrome de Burnout. G.A. Aceves

Capítulo 1716

LA APTITUD Y CALIDAD DE VIDA EN LOS TRABAJADORES DEL SECTOR DE LA SANIDAD VIII LECCIONES EN SALUD HOSPITALARIA JAVIER ALVAREZ JAVATO

JAVIER ALVAREZ JAVATO

1 Introducción

La calidad de vida laboral de los profesionales en el campo de la salud es uno de los temas más relevantes de la sociedad actual, debido a que es un trabajo donde el estrés, la ansiedad y la conciliación laboral y familiar puede repercutir en la salud del trabajador.

2 Objetivos

- Determinar los parámetros adecuados para mejorar la calidad de vida de los profesionales del ámbito sanitario, con el fin de garantizar una satisfacción y bienestar en el área de la salud de los trabajadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el ámbito de los servicios sanitarios podemos identificar diferentes factores relevantes para la calidad de vida de los trabajadores, para ello es necesario actuar en diferentes sectores: el entorno físico, las demandas y contenidos de trabajo, elementos económicos (salario y contractuales), desempeño de roles, nuevas tecnologías, relaciones interpersonales, desarrollo profesional, factores relacionados con la familia-trabajo, organización sanitaria, etc.
Es adecuado que la participación e implicación, así como la cooperación entre profesionales del ámbito sanitario sea la deseada y se tengan resultados óptimos en la calidad de vida de los profesionales y del servicio prestado.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de vida es un aspecto fundamental tanto para los profesionales del sector sanitario como para el buen desarrollo del servicio. En consecuencia, es necesario aumentar la investigación sobre este tema y establecer una base sólida para producir recomendaciones y consejos prácticos que ayuden a erradicar factores de riesgo y prevenir enfermedades para mejorar la calidad de vida laboral de los profesionales.

6 Bibliografía

- Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores del área medioambiental. Paloma Calero Martín de Villodres y otros.
- Calidad de vida laboral en trabajadores en salud pública en Chile. Daniel Pérez Zapata, y Reinaldo Zurita.
- Calidad de vida en trabajadores de un hospital general con horario a turnos. N. Fernández Mundet y otros.
-Salud laboral y calidad de vida. Concepción Nieto. Pág 109-114.

Capítulo 1717

EL CELADOR Y LOS RIESGOS PSICOSOCICALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MIGUEL FERNANDEZ UNZUA

1 Introducción

Debido a las circunstancias especiales de trabajo que se desarrollan en centros sanitarios como el trabajo por turnos, guardias, areas de urgencias, etc, el personal sanitario está expuesto a riesgos psicosociales que pueden llegar a afectar negativamente a la salud del trabajador del tipo fisiológico, emocional, conducta, etc.

2 Objetivos

- Identificar los principales factores de riesgo psicosocial, para el celador, presentes en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Mediante revisión bibliográfica presente en internet a través de buscadores especializados como Medline y Pubmed. así como en libros de texto de formación relacionados con los riesgos psicosociales en el ámbito sanitario.

4 Resultados

Después de revisar la información, se pueden identificar algunos de los principales factores de riesgo como: un alto grado de exigencia debido al volumen de trabajo por falta de personal y las prisas por llevarlo a termino en un tiempo determinado. Cambios de horarios, turnos, el trato directo con enfermos y familiares donde existe transferencia de emociones, etc.

5 Discusión-Conclusión

Tras un análisis de las diversas fuentes de información se observa cierta dificultad a la hora de establecer mediadas preventivas de protección contra los riesgos psicosociales, ya que en éstos influyen de forma determinante las propias características del trabajador.

Si bien los riesgos psicosociales en el ámbito hospitalario son difíciles de eliminar, si se pueden tomar medidas que mitiguen, prevengan y en algunos casos se elimine. Es determinante potenciar una cultura preventiva con un mayor apoyo, sociocultural e incluso jurídico para conseguir una buena salud psicosocial y emocional en el personal. Lo que a su vez repercute en una mejora en la calidad en la atención al usuario.

6 Bibliografía

- Servicio de urgencias de Atención Primaria: síndrome de desgaste profesional, un riesgo laboral
- De la Fuente Rodríguez, A. Fernández Lerones, M. Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, Vol. 5, Nº. 3, 2010, págs. 129-142 Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario
- Martín Lancharro, P. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela , 2011.

Capítulo 1718

EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL

RUFINA RODRIGUEZ DIAZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la esterilización es una técnica de saneamiento cuya finalidad es la destrucción de toda forma de vida, aniquilando todos los microorganismos, tanto patógenos como no patógenos, incluidas sus formas formas esporuladas, altamente resistentes. Todos los materiales que están en contacto con el enfermo se contaminan, pudiendo constituir una vía de contagio a los demás. Los materiales que están en contacto con el enfermo, deberán estar completamente desinfectados o esterilizados y limpios permanentemente.

2 Objetivos

- Eliminar todo tipo de microorganismos (bacterias, virus y demás).
- Utilizar material desechable para evitar las infecciones.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La sala de esterilización está dividida en las siguientes áreas:
A. Área de Recepción y clasificación del material.
B. Área de preparación y empaquetado del material textil.
C. Área de esterilizar.
D. Área de descargar, almacenar y entre de material estéril.

Las funciones del celador en los servicios de esterilización son variadas:
- Recoger el material de los diferentes servicios hospitalarios.
- Revisar los elevados de la zona de sucio y descargarlos.
- Descargar los autoclaves cuando terminen los ciclos.
- Colocar en los contenedores de instrumental, las etiquetas con las fechas, número de esterilización, así como los materiales fungibles procedentes del almacén.
- Llevar las esporas a bacteriología para ser analizadas.
- Transportar el material esterilizado de las diferentes unidades a la central, y viceversa.
- Mantener en todo momento la limpieza y el orden en la unidad.
- No entregar absolutamente nada sin vale o autorización de la supervisora.

5 Discusión-Conclusión

La esterilización es un proceso fundamental muy importante en los servicios hospitalarios para evitar la propagación de los microorganismos.Hay que seguir todas las etapas de esterilización porque si no se cumplen pueden llegar a provocar la muerte del paciente.

6 Bibliografía

- http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermería/manual
- Temario de oposiciones del Sespa.
- Unidad Central de Esterilización. Recomendaciones MSSSI-2011
- http://www.gemco.cl/ism/servicio-de-esterilizacion

- https://www.picuida.es/unidad-central-de-esterilizacion-estandares-y-recomendaciones/
- https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2011/12/el-celador-y-sus-funciones.pdf
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1719

TODO LO QUE UN CELADOR DEBE SABER SOBRE LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS

FRANCISCO JAVIER PEREZ CASTRO

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

MARTA JURADO PARAMAS

1 Introducción

Desde que las comunidades autónomas asumieron en 1996 la regulación sobre clasificación, recogida, traslado interno y almacenamiento, tratamiento y eliminación de los residuos sanitarios, han surgido múltiples clasificaciones y tipos de gestión de residuos sanitarios, de forma que en la actualidad, existe una ordenación diferente, en mayor o menor medida, en cada comunidad autónoma de nuestro país.

Por este motivo, es fundamental establecer un procedimiento de uniformidad, que englobe los aspectos más importantes en materia de gestión de residuos sanitarios, sirva como modelo al celador como profesional de la sanidad, y facilite la asimilación de los conceptos básicos necesarios que le permitan ejercer adecuadamente sus funciones en materia de gestión de residuos en su centro de trabajo.

2 Objetivos

• Conocer los diferentes grupos de clasificación de los residuos sanitarios que se pueden encontrar en un centro sanitario.
• Explicar la gestión de los residuos sanitarios que un celador puede encontrar en una institución sanitaria.
• Divulgar los distintos tratamientos que los residuos hospitalarios deben tener.
• Establecer el protocolo de envasado, transporte y almacenamiento de los residuos sanitarios en un centro sanitario.

3 Metodología

Tomando como paradigmas la Ley 22/2011, de 28 de julio de residuos y suelos contaminados y las normativas de las Comunidades Autónomas en materia de gestión y clasificación de residuos sanitarios, este capítulo aglutina los aspectos fundamentales de las diferentes normativas.

Desde el principio de necesidad de segregación de los residuos sanitarios en peligrosos y no peligrosos indicado en dicha ley y de la obligación que tienen los centros sanitarios de realizar los tratamientos de dichos residuos por sí mismos en unos casos, encargar dicho tratamiento a una entidad o empresa debidamente registradas en otros, o de entregar dichos residuos a una entidad pública o privada autorizada que se encargue de su recogida en un tercer caso, presentamos el proceso de gestión de los residuos sanitarios desde su producción hasta su eliminación.

4 Resultados

Teniendo en cuenta sus características y particularidades, se puede definir los residuos hospitalarios o sanitarios, como los desechos y sustancias, algunas de las cuales pudieran estar potencialmente contaminadas con fluidos biológicos debido a su utilización en tratamientos clínicos, que se producen durante la actividad profesional sanitaria en centros asistenciales relacionados con la salud humana, los laboratorios y las clínicas veterinarias.

2. GRUPOS DE CLASIFICACIÓN
Los residuos sanitarios que se generan en los centros sanitarios se pueden clasificar en los siguientes grupos:

- RESIDUOS NO PELIGROSOS: son residuos que no representan ninguna clase de peligro físico, biológico, químico ni radiactivo.

Estos residuos, a su vez, se clasifican en:

• GRUPO I: Residuos generales asimilables a domésticos: este tipo de residuos no necesitan tomar medidas especiales en su gestión, y se producen fuera de la actividad sanitaria.
(Papel, vidrio, aceites comestibles, madera, metales…)

• GRUPO II: Residuos sanitarios asimilables a domésticos: son los residuos que se generan a partir de la actividad sanitaria asistencial y de la investigación sanitaria, y que no están incluidos en el Grupo III de residuos sanitarios peligrosos.
(Yesos, restos de curas, ropa desechable, objetos cortantes y punzantes que no hayan estado en contacto con infecciosos, medicamentos caducados, residuos de productos químicos no peligrosos…)

- RESIDUOS PELIGROSOS: son residuos que entrañan alguna clase de peligro físico, biológico, químico o radiactivo.

Se pueden clasificar en los siguientes grupos:

• GRUPO III: Residuos sanitarios peligrosos: se producen como consecuencia del ejercicio de una actividad sanitaria asistencial o de investigación sanitaria, que pudieran tener un riesgo potencial para los trabajadores o los pacientes. Dentro de este grupo encontramos las siguientes subdivisiones:

- SUBGRUPO III A: Residuos biológicos: en su recogida, transporte y eliminación se debe seguir un protocolo específico para evitar y prevenir infecciones.
(Residuos infecciosos, material cortante y/o punzante que hayan de tratarse de forma especial para prevenir infecciones, cultivos de agentes infecciosos que hayan tenido contacto con dichos agentes, residuos infecciosos de animales, vacunas vivas y atenuadas, fluidos corporales de pacientes con infecciones, restos anatómicos de amputaciones quirúrgicas…)

- SUBGRUPO III B: Residuos de medicamentos citostáticos y citotóxicos: son los restos de medicamentos anticancerosos que no sirven para el uso terapéutico, y material sanitario de un solo uso que haya estado en contacto con el medicamento durante su preparación, en la protección del suministrador o en la administración al paciente. (Viales, mascarillas, jeringas…)
- SUBGRUPO III C: Residuos químicos: son todo tipo de residuo en estado sólido,

líquido o gaseoso que, procediendo de productos químicos, tienen una composición que puede ser catalogados como sustancias peligrosas. (Disolventes halogenados y no halogenados, soluciones acuosas inorgánicas, ácidos, mercurio, recipientes que hayan contenido sustancias peligrosas…)

• GRUPO IV: Residuos peligrosos no sanitarios: son residuos considerados como peligrosos porque tienen un potencial nocivo para las personas y el medio ambiente. (Pilas, aceites industriales usados, pequeños electrodomésticos, lámparas fluorescentes, tóneres…)
- RESIDUOS RADIACTIVOS (Este grupo no está regulado por la ley de residuos y suelos contaminados, sino que tiene una normativa propia específica: R.D. 1522/1984 de 4 de julio por el que se crea la empresa pública ENRESA para la recogida, transporte, tratamiento, almacenamiento y control de los residuos radiactivos generados en España).

• GRUPO V: Residuos radiactivos: son restos con integrantes químicos radiactivos para los que no está previsto un uso posterior. (Residuos generados en los laboratorios de investigación sanitaria y en las unidades de medicina nuclear de los hospitales).

3. ENVASADO
En general, los residuos no peligrosos se pueden envasar en bolsas de polietileno, incrustadas en una papelera o contenedor. Si se trata de residuos susceptibles de ser reciclados, se podrá utilizar un contenedor sin bolsa incrustada.
Los residuos sanitarios no peligrosos del Grupo II (asimilables a domésticos) se envasarán en:

- Bolsas verdes de polietileno, impermeables y resistentes a la rotura, con dos ámbitos de capacidad: de menos de 60 litros, y entre 60 y 100 litros.
- Papeleras de color verde de 30 a 60 litros de capacidad
- Contenedores de color verde, con capacidad de entre 120 y 240 litros, y señalizados para para albergar material contante y punzante, así como material de inyección desechable.

4. TRANSPORTE INTERNO
El transporte de los residuos dentro del centro sanitario tanto desde el punto de vista logístico como de seguridad, están sometidos a un protocolo que debe cumplir las siguientes normas:

- Los puntos de producción de residuos de los centros sanitarios deben estar iden-

tificados de una forma clara y precisa.
- Tanto los residuos peligrosos como los que no lo son, han de ser retirados de los distintos puntos en que son producidos de forma periódica y adecuada.
- Es recomendable realizar una recogida de los residuos, con la excepción de algunos residuos peligrosos no sanitarios, cada día, como mínimo.
- El transporte de los residuos dentro del recinto sanitario habrá de realizarse, generalmente en carros, que contendrán los envases recogidos en las diversas procedencias, y siguiendo unos circuitos establecidos al efecto.
- Los carros utilizados para el transporte de los residuos sanitarios deben ser utilizados únicamente para el fin descrito, y deberán estar construidos con paredes lisas para facilitar la limpieza y desinfección de los mismos. Además, estos carros han de soportar los efectos de la corrosión y no tener aristas cortantes ni elementos punzantes.
- Los circuitos por los que circule el transporte interno de los residuos sanitarios deben estar diseñados de tal forma que no exista coexistencia de zonas de limpio y sucio.
- Los ascensores utilizados para evacuar los residuos serán exclusivos para este fin, y los horarios de recogida deben contemplar la menor concurrencia de público en el recorrido.
- Los trabajadores encargados de transportar los residuos por el interior del centro sanitario habrán de recibir una formación previa sobre prevención de riesgos laborales y de manipulación de cargas, y sobre los riesgos que representa la manipulación de residuos peligrosos.

5. ALMACENAMIENTO

Los centros hospitalarios, y sobre todo los de una dimensión considerable como pueden presentar los hospitales de referencia, disponen de dos niveles de almacenaje debido a su alta capacidad de generación de residuos:

- Almacenes intermedios: se utilizan para almacenar los residuos de forma temporal una vez separados, hasta que estos sean transportados para ser depositados en el almacén final, y el tiempo de permanencia de los residuos en este local nunca podrá ser superior a las veinticuatro horas.

Estos almacenes deben estar debidamente señalizados, disponer de un sistema de ventilación adecuado y situarse a una distancia cercana al punto en el que son producidos los residuos.

Las paredes de estos almacenes han de estar impermeabilizadas, ser fáciles de limpiar y no situarse en zonas concurridas por el personal y los usuarios, ni co-

incidir con los circuitos denominados de limpio, o limpios.

- Almacenes finales: es un local destinado únicamente al almacenaje de residuos sanitarios, estar separado de las zonas de práctica sanitaria y tiene que cumplir con las normas de la legislación correspondiente y con los requisitos técnicos necesarios para su función.

La duración de la estancia de los residuos en estos almacenes no podrá ser superior a seis meses, y en el caso de los residuos biológicos, deberán ser recogidos periódicamente cada dos o tres días como máximo. Para efectuar un almacenamiento adecuado de residuos peligrosos, se deben cumplir las pautas siguientes:

- El almacén deberá estar ubicado en zonas donde los vehículos de recogida, el personal de seguridad y los bomberos tengan un acceso practicable.
- También deberá estar convenientemente señalizado conforme al tipo de residuos que contiene y a su peligrosidad. Además, deberá permanecer cerrado, y con acceso restringido solamente al personal autorizado.
- La nave deberá cumplir la normativa oficial vigente contra incendios, y efectuar tanto en ella como en los materiales almacenados revisiones periódicas, al objeto de detectar fugas o filtraciones.
- El diseño y la ubicación del almacén debe realizarse de forma que se asegure la protección de la nave a la intemperie y a la acción de los animales, y nunca estará situado próximo a la red de saneamiento, con el fin de evitar una posible contaminación por vertidos. Además, nunca deberá ubicarse la nave en las inmediaciones de las áreas de trabajo, de circulación de personas o de zonas de almacenamiento de alimentos.
- El almacén estará dotado de sistemas de ventilación e iluminación, y los suelos y paredes habrán de estar revestidos de un material que permita la limpieza fácil de los mismos.
- Los residuos peligrosos nunca deberán ser almacenados en altura, a fin de evitar los riesgos que supondría una caída accidental de lo almacenado.
- La cantidad de material residual almacenado ha de ser controlada mediante inventarios actualizados regularmente, con la finalidad de no exceder el tiempo máximo de almacenaje permitido.
- El almacén deberá estar dividido en zonas de almacenamiento según el tipo de residuo peligroso de que se trate, y se deberá tener muy en cuenta la incompatibilidad de almacenaje entre residuos peligrosos.

5 Discusión-Conclusión

Tomando como paradigmas la Ley 22/2011, de 28 de julio de residuos y suelos contaminados y diferentes normativas de las Comunidades Autónomas en materia de gestión y clasificación de residuos sanitarios, este capítulo aglutina los aspectos fundamentales de las diferentes normativas.

Partiendo del principio de necesidad de segregación de los residuos sanitarios en peligrosos y no peligrosos indicado en dicha ley y de la obligación que tienen los centros sanitarios de realizar los tratamientos de dichos residuos por sí mismos en unos casos, encargar dicho tratamiento a una entidad o empresa debidamente registradas en otros, o de entregar dichos residuos a una entidad pública o privada autorizada que se encargue de su recogida en un tercer caso, presentaré el proceso de gestión de los residuos sanitarios desde su producción hasta su eliminación.

6 Bibliografía

1. GUÍA PARA LA GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS - Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). (https://tematico8.asturias.es/export/sites/default/consumo/sanidadAmbiental/sanidad-ambiental-documentos/guia_residuos.pdf)
2. LEY 22/2011, DE 28 DE JULIO, DE RESIDUOS Y SUELOS CONTAMINADOS.
3. PLAN ESTRATÉGICO DE RESIDUOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2014-2024.

Capítulo 1720

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO LABORAL HOSPITALARIO

LORENA HEVIA ÁLVAREZ

1 Introducción

El síndrome de Burnout, también llamado síndrome de estar quemado, consiste en un estado de agotamiento físico, mental y emocional causado por el cansancio psíquico o estrés que surge de la relación con otras personas en un dificultoso clima laboral.

2 Objetivos

- Identificar las causas, características y síntomas del Síndrome de Burnout en personal auxiliar administrativo en el entorno laboral hospitalario.

3 Metodología

Este capítulo está basado en el estudio de diversos documentos encontrados en Internet relacionados con estudios e investigaciones realizadas sobre el Síndrome de Burnout, de los cuales se ha hecho una comparación de la información más relevante relacionada con el puesto de trabajo del auxiliar administrativo en el entorno hospitalario.

4 Resultados

Se observa que el sector sanitario es uno de los sectores más afectados por el síndrome de Burnout, y dentro de este sector, el personal auxiliar administrativo en el entorno hospitalario es uno de los afectados. Esto es debido, entre otras cosas, a:
- Las expectativas interpersonales: la falta de compañerismo, comprensión hacia los demás, asertividad, empatía, etc., hace que el día a día de los trabajadores sea tenso, angustioso, con un ambiente de nerviosismo, etc.
- Las cualidades personales: las personas con baja autoestima, conformistas, dependientes e inseguras son más propensas a sufrir enfermedades psicológicas a consecuencia de su vida laboral.
- La organización de la jornada laboral: la falta de personal y el frecuente exceso de carga de trabajo, la no sustitución de personal de baja, etc., hace que los niveles de estrés se eleven.

Es característico en:
- Puestos relacionados con atención al público, clientes o usuarios.
- Personas con gran nivel de responsabilidad.
- Jornadas laborales o turnos demasiado extensos.

Algunas de los síntomas por los que se puede identificar el Síndrome de Burnout son los siguientes:
- Cambios en el estado de ánimo.
- Desmotivación.
- Agotamiento mental.
- Falta de energía y menor rendimiento.
- Dolores musculares y articulares.
- Alteraciones psicosomáticas.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout, en ocasiones comienza siendo un simple estrés laboral al que no se le da mucha importancia ya que suele comenzar en periodos laborales con mucha carga de trabajo.

Este estrés, al pensar que es algo pasajero por el exceso puntual de trabajo, no se tiende a tratarlo, lo cual, a lo largo del tiempo se suele ir elevando, y como consecuencia, en la mayoría de los casos, se llega a padecer el síndrome de Burnout.

El auxiliar administrativo del entorno hospitalario debería conocer las causas, las características y los síntomas de este síndrome ya que es la manera para poder identificar que lo puede estar padeciendo, para así poder pedir la ayuda médica necesaria para poder atajarlo.

6 Bibliografía

- www.salud.mapfre.es
- www.revistamedica.com
- www.cegesti.org
www.scielo.org
- www.noticias.universia.ad

Capítulo 1721

CELADOR. MOVILIZACION E INMOVILIZACION DE PACIENTES HOSPITALIZADO. DISPOSITIVOS Y MATERIALES DE APOYO.

JORGE RODRIGUEZ ANTUÑA

1 Introducción

Cada día son más frecuentes los traslados de enfermos para la realización de pruebas diagnósticas debido a la tecnificación de la medicina actual, con numerosas pruebas complementarias. Para esto es necesario la movilización del paciente como primer paso para cualquier técnica de actuación. Además, en determinados servicios como urgencias, el celador es el primer eslabón entre el paciente y la consulta del médico, por lo que es fundamental que se tengan unos conocimientos básicos de cómo movilizar al paciente y de cómo se deben manejar los materiales de inmovilización que pueda.

Desde el punto de vista de los profesionales la realización correcta de las tareas de movilización, inmovilización y traslado, requieren una actualización de los conocimientos en las principales características anatómicas y fisiológicas del aparato locomotor, requerirán un conocimiento detallado de las técnicas, dispositivos y procedimientos utilizados.

Para mayor garantía de los pacientes en materia de seguridad, los celadores necesitan agudizar su capacidad de identificar los riesgos que puedan afectar a los pacientes en la movilización, inmovilización y traslado como caídas, luxaciones,

dehiscencias de heridas quirúrgicas, descompensaciones hemodinámicas en pacientes críticos,lesión medular en politraumatizado...

2 Objetivos

Objetivo general:
- Mejorar las competencias de los profesionales sanitarios en materia de movilización e inmovilización de los pacientes para proporcionar una mayor seguridad.

Objetivos específicos:
- Conocer los dispositivos utilizados para la movilización del paciente principalmente hospitalizado, así como los distintos materiales utilizados por el personal de emergencias con el fin de que cuando el paciente llegue a la puerta de urgencias.
- Conocer la función de estos materiales y su correcto manejo de ellos junto con el paciente ya que con estos conocimientos conseguiremos a su vez una correcta movilización del paciente.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica acerca del tema "movilización e inmovilización de pacientes". Para ello se ha recurrido a la búsqueda de información científico-técnico sanitario en bases de datos, publicaciones y libros relacionados.

4 Resultados

La movilización es el conjunto de técnicas destinadas al desplazamiento de pacientes desde el lugar donde se encuentran hasta otra ubicación sin que por ello suponga un agravamiento de sus lesiones.

Podemos destacar:
- Rulo sanitario: se trata de un dispositivo rectangular plano de aproximadamente 2m x 50cm que puede ser plegado en 2. Este dispositivo está envuelto en un material plástico que lo rodea, y es totalmente independiente del dispositivo rectangular, es decir, totalmente movible que puede ir girando a lo largo del dispositivo.

- Elevador hidráulico o grúa: este dispositivo también se puede utilizar para movilizar pacientes de la cama a la camilla, de camilla a bañera, etc. Aunque su utilidad va más bien a movilizar a pacientes con movilidad reducida o nula desde cama a sillón y viceversa, elevarlos momentáneamente para aseo personal, cambio de cama, etc.
- Transfer: funciona introduciendo una plancha forrada con un material antideslizante, por debajo del paciente y girando sobre sí misma (cinta sin fin) transporta al paciente desde la cama al tablero quirúrgico y viceversa (generalmente en quirófano).

Materiales para traslado de pacientes:
- Silla de ruedas: dispositivo muy utilizado para pacientes que pueden trasladarse en posición de sentado dentro de las diferentes áreas de hospital, dispositivos de transporte, etc.
- Camas: están las camas de planta que tienen cuatro ruedas articuladas (con freno),el cabecero y los pies suelen ser fijos. Disponen de dispositivos para incorporar pies de suero y barandillas de protección y disponen de un mecanismo que permite introducir una manivela para elevar el cabecero y las piernas. Las camas mecánicas son más modernas, permiten una gran variedad de movimientos ya que están articuladas por diferentes sitios, llevan un mando incorporado, constan de un cable de red para enchufarlo y disponen de batería recargable.
- Camillas: es un dispositivo utilizado tanto para transportar de un lado a otro a un paciente como para atender a un paciente en consulta médica.

La inmovilización es el conjunto de técnicas destinadas a conseguir de modo temporal o permanente la supresión parcial o total de todos los movimientos de un miembro o zona corporal. Podemos destacar:
- Collarines cervicales: son instrumentos imprescindibles para la inmovilización primaria de la columna cervical ya que se utiliza ante la mínima sospecha de que esta pueda estar lesionada. Es conveniente que no se retire el collarín hasta que se hagan las respectivas pruebas radiográficas y se descarte lesión alguna.
- Férulas espinal tipo Kendrick: dispositivo espinal para extracción del pacientes en posición sentada con inmovilización de la columna vertebral.
- Férulas neumática: ferula inflable, indicada en fracturas diafisiarias de miembros y determinadas luxaciones de tobillo, rodilla y codo que conserven una posición fisiológica.
- Férulas de vacío: tienen la misma función que las férulas neumáticas, sin embargo su función es más efectiva. Están fabricadas en un material mucho más

resistente y su interior está lleno de pequeñas partículas de poliéster, siendo su efecto contrario a las neumaticas y haciendo un vacío mediante una bomba o un aspirador de secreciones.

- Férulas de tracción: dispositivo para la inmovilización de un miembro inferior que realiza una tracción mediante una rueda de enganche, utilizando como apoyo el tobillo y la sínfisis del pubis.

Cinturón pélvico: dispositivo de inmovilización para fracturas del anillo pélvico que actúa mediante presión circunferencial de la pelvis cerrando la fractura y por lo tanto ayudando a controlar la hemorragia.

- Dama de elche: material de inmovilización cuyo objetivo principal es conseguir que la cabeza del paciente no se mueva hacia los laterales en el traslado del paciente en la camilla. Consta de una base donde se adhieren dos piezas laterales con un orificio centrado para observar en todo momento el pabellón auditivo y percatarnos de posibles otorragias. Ambas piezas se une a la base mediante un velero y entre sí se unen mediante unas correas que deben estar bien apretadas para prevenir movimientos laterales. Al igual que con el collarín cervical no se debe retirar del paciente hasta que se descarten lesiones con las respectivas pruebas radiográficas.
- Colchón de vacío: se trata de un dispositivo relleno de bolas poliespan (material sintético ligero y aislante) con una válvula de apertura y cierre a la que se le aplica una bomba que permite hacer vacío, moldeando el contorno del paciente. Dispone de asas laterales para facilitar su transporte.
- Sujeción abdominal: la sujeción abdominal permite al paciente mayor libertad de movimientos en la cama, con la mayor seguridad. Puede instalarse sin complicaciones antes o después de que el paciente te se haya acostado. La parte inferior se sujeta a la cama y la superior se coloca alrededor de la cintura.
- Sujeción lateral: se puede regular individualmente. Impide que el cuerpo ruede hacia la derecha,la izquierda o hacia ambas partes y permite permite fijar el cuerpo boca arriba,boca abajo o de lado.
- Muñequeras: sirven para sujetar una o ambas manos a la cama. Tienen un almohadillado blando y agradable, evitándose así cortaduras o rasguños en las muñecas.
- Sujeción de pies: sirve para fijar de forma relajada o firme uno o ambos pies. Fijado relajadamente, es posible determinar una cierta libertad para los pies pudiendo girar el cuerpo.
- Sujeción total: facilita la inmovilización total del paciente encamado.

5 Discusión-Conclusión

La mejora de la capacidad de identificación de los riesgos o posibles riesgos permite al profesional realizar acciones preventivas que preserve la seguridad del paciente.

Nos referimos concretamente a pacientes hospitalizados, pacientes unidades de cuidados intensivos, pacientes intervenidos de cadera, de columna, pacientes politraumatizados y pacientes inmovilizados.

La formación en la utilización de los materiales y técnicas correctas para la movilización y la inmovilización del paciente, hasta realizar las pruebas y/o intervenciones adecuadas en cada caso, nos permite estabilizar las lesiones existentes, evitar lesiones secundarias, aliviar el dolor y controlar hemorragia.

6 Bibliografía

- Grupo de trabajo de medicina de urgencias. Santander. Manual de asistencia al paciente politraumatizado.1999. Editorial libro del año.
- Inmovilizaciones,guías de urgencias, Perdomo A.,M, ministerio de salud de colombia.
- Ayuso Baptista,F: Ruiz Madrigal,M y Caravaca cebollero. Protocolos de actuación de técnico de emergencias sanitarias(II). Editorial Aran.
- Temario celadores del insalud. Centro de estudios Adams.
- Celadores de instituciones sanitarias del insalud. Editorial MAD.
- Garrido Miranda J.M. Atención al politraumatizado. Formación continúa loggos.
- A.Quesada, S.M. Rabanal Llevot. Actuaciones en manejo de trauma grave. Cuidados esenciales de enfermería en politraumados.

Capítulo 1722

MOBBING: MODOS DE CONDUCTA DE ACOSO PSICOLÓGICO SOBRE EL CELADOR EN EL TRABAJO

URBANO SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

Uno de los riesgos a los que están sometidos los celadores en el desempeño de su trabajo deriva de la interrelación con otras personas. El despliegue de comportamientos de violencia psicológica puede suponer un importante riesgo para la salud y seguridad de su persona.

El celador, como cualquier otra persona de nuestra sociedad, tiene la necesidad de trabajar (o de tener un trabajo) a cambio de un sueldo para poder vivir. Esto podría explicar la importancia de la problemática de este estudio (todos los ciudadanos, en algún momento o durante la mayor parte de su vida, trabajarán) por lo que el acoso laboral puede afectar a cualquier persona. Desde otra perspectiva, todas las personas podemos llegar a ser acosadores, testigos de un acoso o acosados.

El acoso laboral o acoso moral en el trabajo, también conocido en la literatura especializada como mobbing, significa el proceso de atormentar, hostigar, o aterrorizar psicológicamente a otros en el trabajo.

Existen diferentes definiciones. Sirvan como muestra las siguientes:
- “El psicoterror o mobbing en la vida laboral comporta una comunicación hostil y desprovista de ética que es administrada de manera sistemática por uno o unos

pocos individuos, principalmente contra un único individuo, quien, a consecuencia de esto, es lanzado a una situación de soledad e indefensión prolongada, a base de acciones de fustigamiento frecuentes y persistentes (por lo menos una vez por semana) y a lo largo de un prolongado periodo (al menos durante seis meses) ". Heinz Leymann 1996.

- El mobbing es: "un maltrato verbal y conductual continuado y frecuente en el tiempo, de al menos seis meses y que se produce cada semana; un objetivo final de fustigar, agobiar, reducir, acobardar, y romper la resistencia psicológica de la víctima para que abandone el lugar de trabajo mediante la baja, la renuncia o despido procedente; y una obligación de las víctimas de ir a un lugar de trabajo donde saben que van a ser fustigados". Definición de Iñaki Piñuel profesor de la Universidad de Alcalá de Henares.
- "Comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores o inferiores jerárquicos, a causa del cual el afectado es objeto de acoso y ataque sistemático durante mucho tiempo, de manera directa o indirecta, de parte de una o más personas, con el objetivo y/o efecto de hacerle el vacío". Definición de la U.E (14-5-01).

El mobbing está definido como «toda conducta no deseada que atente contra la dignidad de una persona y cree un entorno intimidatorio, humillante u ofensivo», el Congreso de los Diputados el 24 de diciembre del 2003.

El Acoso psicológico en el trabajo tiene el objetivo de destruir la estabilidad psicológica de un ser humano, a través del descrédito y la rumorología. Se practica acosando grupalmente de tal manera que la víctima estigmatizada no pueda defenderse, que no pueda hablar o que su palabra ya no tenga ningún valor. La indefensión de la víctima proviene de la pasividad de los testigos de la violencia, que permiten la destrucción de otro ser humano de manera indignamente cobarde. Marina Parés 2005.

"Práctica ejercida en las relaciones personales, especialmente en el ámbito laboral, consistente en un trato vejatorio y descalificador hacia una persona, con el fin de desestabilizarla psíquicamente". Redacción propuesta para la vigésima tercera edición del Diccionario de la Real Academia Española.

2 Objetivos

- Exponer de la forma más completa posible el fenómeno de las conductas de acoso, de la violencia psicológica, en el ámbito laboral sanitario que puede sufrir

un celador.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros sobre acoso psicológico de las personas en su ámbito laboral.

4 Resultados

El modo de producirse situaciones de acoso psicológico hacia un individuo se puede manifestar de muy diversas maneras a través de distintas actitudes y comportamientos. El profesor Heinz Leymann distingue 45 conductas hostiles diferentes que se han obtenido a través de distintos estudios en varios países de la Unión Europea entre los que se encuentran Francia, España, Alemania y Suecia.

Esta lista se presenta como un test en forma de preguntas llamado Leymann Inventory of Psychological Terrorization, 1990 (L.I.P.T.) y se usa como instrumento para la investigación del acoso psicológico. Estas conductas pueden ser clasificadas en grupos distintos (A, B, C, D, E) atendiendo a su distinta naturaleza.

A. Actividades de acoso para reducir las posibilidades de la víctima de comunicarse adecuadamente con otros, incluido el propio acosador.
1. El jefe o acosador no permite a la víctima la posibilidad de comunicarse.
2. Se interrumpe continuamente a la víctima cuando habla.
3. Los compañeros le impiden expresarse.
4. Los compañeros le gritan, le chillan e injurian en voz alta.
5. Se producen ataques verbales criticando trabajos realizados.
6. Se producen críticas hacia su vida privada.
7. Se aterroriza a la víctima con llamadas telefónicas.
8. Se le amenaza verbalmente.
9. Se le amenaza por escrito.
10. Se rechaza el contacto con la víctima (evitando el contacto visual, mediante gestos de rechazo, desdén o menosprecio, etc.).
11. Se ignora su presencia, por ejemplo dirigiéndose exclusivamente a terceros (como si no le vieran o no existiera).

B. Actividades de acoso para evitar que la víctima tenga la posibilidad de mantener contactos sociales.
12. No se habla nunca con la víctima.

13. No se le deja que se dirija a uno.
14. Se le asigna a un puesto de trabajo que le aísla de sus compañeros.
15. Se prohíbe a sus compañeros hablar con él.
16. Se niega la presencia física de la víctima.

C. Actividades de acoso dirigidas a desacreditar o impedir a la víctima mantener su reputación personal o laboral.
17. Se maldice o se calumnia a la víctima.
18. Se hacen correr cotilleos y rumores orquestados por el acosador de acoso sobre la víctima.
19. Se ridiculiza a la víctima.
20. Se atribuye a la víctima ser una enferma mental.
21. Se intenta forzar un examen o diagnóstico psiquiátrico.
22. Se fabula o inventa una supuesta enfermedad de la víctima.
23. Se imitan sus gestos, su postura, su voz y su talante con vistas a poder ridiculizarlos.
24. Se atacan sus creencias políticas o religiosas.
25. Se hace burla de su vida privada.
26. Se hace burla de sus orígenes o de su nacionalidad.
27. Se le obliga a realizar un trabajo humillante.
28. Se monitoriza, anota, registra y consigna inequitativamente el trabajo de la víctima en términos malintencionados.
29. Se cuestionan o contestan las decisiones tomadas por la víctima.
30. Se le injuria en términos obscenos o degradantes.
31. Se acosa sexualmente a la víctima con gestos o proposiciones.

D. Actividades de acoso dirigidas a reducir la ocupación de la víctima y su empleabilidad mediante la desacreditación profesional.
32. No se asigna a la víctima trabajo ninguno.
33. Se le priva de cualquier ocupación, y se vela para que no pueda encontrar ninguna tarea por sí misma.
34. Se le asignan tareas totalmente inútiles o absurdas
35. Se le asignan tareas muy inferiores a su capacidad o competencias profesionales.
36. Se le asignan sin cesar tareas nuevas.
37. Se le hace ejecutar trabajos humillantes.
38. Se le asignan tareas que exigen una experiencia superior a sus competencias profesionales.

E. Actividades de acoso que afectan a la salud física o psíquica de la víctima.
39. Se le obliga a realizar trabajos peligrosos o especialmente nocivos para la salud.
40. Se le amenaza físicamente.
41. Se agrede físicamente a la víctima, pero sin gravedad, a título de advertencia.
42. Se le agrede físicamente, pero sin contenerse.
43. Se le ocasionan voluntariamente gastos con intención de perjudicarla.
44. Se ocasionan desperfectos en su puesto de trabajo o en su domicilio.
45. Se agrede sexualmente a la víctima.

5 Discusión-Conclusión

Después de leer ésta lista de modos de conductas, se hace necesario un comentario. Es posible que en algunos países se dé algún tipo de conducta distinta debido a las diferencias culturales. A nosotros las actitudes aquí descritas no nos son ajenas, por desgracia. Se puede entender que el modo de producción occidental (antes conocido como capitalista) es muy propicio para una respuesta conductual homogénea: cualquier persona puede crear una empresa, es un sistema que alienta la competencia o la competitividad, el contexto social crea infelicidad, no sirve de colchón, cada vez las jornadas laborales son más dilatadas, escasez de personal, el trabajo se convierte en una forma de vida, etc., sin vida fuera de él. Una pregunta que nos parece interesante es si en los países en vías de desarrollo, o donde no está institucionalizada la democracia parlamentaria, la situación es parecida, es peor o no cabe la comparación.

De esta lista asusta poder ver reflejadas actitudes que podamos mantener con algún compañero o compañera en nuestro trabajo. Es muy difícil que en el entorno laboral de cada uno de nosotros no aparezcan situaciones donde se hable de un compañero sin estar presente, se critiquen aspectos concretos de su vida privada o de sus creencias. De todos modos, asumiendo una postura autocrítica y siendo conscientes de que son actitudes censurables, si se quedan en eso, sin una intencionalidad secundaria, podemos quedarnos relativamente tranquilos en cuanto a si somos o estamos ejerciendo acoso hacia un compañero.

6 Bibliografía

1. “Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (“Mobbing”) en el Trabajo” Heinz Leymann (1996).

2. “Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo”. (Editorial Sal Terrae). Iñaki Piñuel Zabala. (001).
3. “Mobbing. Manual de Autoayuda”. (Editorial Aguilar). Iñaki Piñuel Zabala Edición: Primera (9 de junio de 2003).
4. Poder. Extracto de ”La Espiral del Mobbing” de Barón, M; Munduate, L y Blanco, MJ. (2003).
5. “Acoso psicológico laboral. (Guía)”. José Ramón Romera Romero. Edit: Comunidad de Madrid (2003).

Capítulo 1723

LISTAS DE ESPERA EN SANIDAD: CÓMO AFECTAN AL PACIENTE Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO

DOLORES MARTIN GONZALEZ

LORENA LESMES SUÁREZ

EVA CORREIA ÁLVAREZ

1 Introducción

La calidad de cualquier sistema sanitario se establece valorando una serie de parámetros objetivos y uno de ellos es, precisamente, el tiempo medio que un paciente debe permanecer en una lista de espera. Está claro que esto no es lo único importante a la hora de valorar, puesto que la gran calidad de los profesionales, o las infraestructuras y equipos que conforman el sistema son un gran activo. Pero si es verdad que los largos tiempos de espera en algunas ocasiones merman mucho el proceso asistencial.

Este trabajo trata sobre como afectan los tiempos de espera en los pacientes del sistema sanitario y como repercuten también en el personal administrativo encargado de las gestiones de listas de espera.

2 Objetivos

- Ver el impacto que las largas listas de espera en algunas ocasiones acarrean al funcionamiento del sistema sanitario y al impacto que producen en los pacientes

y trabajadores del mismo.

3 Metodología

Llevamos a cabo una búsqueda en las siguientes bases de datos: Google, Google Scholar, Scielo. Los descriptores utilizados han sido "tiempos de espera", "afectación de los tiempos de espera en los pacientes", "listas de espera en sanidad", "impacto listas de espera quirúrgicas", "administrativos y listas de espera".

Lo anteriormente mencionado se ha analizado de la siguiente manera: lectura de la página web o resumen, reflexión y análisis sobre el contenido de la misma, relacionarlo con el contenido de nuestro trabajo, selección de los datos que nos parecen más relevantes y decisión en última instancia de los datos que incluimos en nuestro estudio.

4 Resultados

El Decreto 59/2018, de 26 de septiembre, sobre garantía de tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias, información sobre listas de espera y Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias (1), tiene por objeto: a) El establecimiento de tiempos máximos de acceso a consultas externas, pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos e intervenciones quirúrgicas programadas en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. b) El establecimiento de la garantía de tiempos máximos de acceso a pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos e intervenciones quirúrgicas programadas en el Servicio de Salud. c) El establecimiento de los criterios básicos en materia de transparencia en la información relativa a la demanda asistencial y de participación ciudadana en su seguimiento y control. d) La definición de la sistemática de evaluación de la situación de la demanda asistencial en los diferentes niveles de la organización sanitaria. e) La creación y regulación del Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias (en adelante, el Registro).

De este Decreto se hacen eco diferentes noticiarios, como el Diaro El Comercio (2) con una noticia sobre el tema, en la que expone que el Principado fija una espera máxima de dos meses para las pruebas médicas de mayor impacto. El decreto contempla dos plazos máximos: dos meses para las pruebas de mayor impacto

en la salud de los pacientes y seis meses para varias intervenciones quirúrgicas. El plazo de dos meses incluye mamografías, colonoscopias, ecografías, tacs y resonancias magnéticas. El de seis meses afecta a operaciones de cirugía cardíaca y cataratas, histerectomías e implantación de prótesis de cadera y rodilla. Podemos hablar de los factores que intervienen en las listas de espera (3), que son numerosos y variados, vamos a detallarlos:

Recursos humanos (disponibilidad, sistema de retribución y trabajo).
- Identificación de la morbilidad atendida.
- Pacientes y ciudadanos.
- Medios de comunicación.
- Financiación.
- Tecnología disponible.
- Organización de los cuidados
- Sanidad privada.

En España las listas de espera son un tema prioritario, tanto desde el punto de vista social como político, en el que importa más, en algunas ocasiones, el deseo de ofrecer buenos resultados cuantitativos a un plazo corto que la búsqueda de soluciones estables y coherentes con la propia naturaleza de la atención sanitaria. Pero las listas de espera no es sólo un problema que afecta a nuestro sistema sanitario, sino que está presente en todos los países, pero no afectan a todo por igual. Así, mientras que en países como Australia, Canadá, Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Reino Unido y Suecia constituyen un serio problema de política sanitaria, en otros como Alemania, Austria, Bélgica, Estados Unidos, Francia, Japón, Luxemburgo y Suiza este problema es prácticamente inexistente. Evidentemente porque los modelos sanitarios son diferentes y el proceso de racionamiento y ajuste se realiza por vías distintas.

En lo que afecta al sistema sanitario asturiano podemos encontrar en la página del Principado de Asturias de Astursalud (4) información sobre la demora media para realizar una intervención quirúrgica en Asturias. Mensualmente la Consejería de Sanidad publica información sobre el número de pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas y datos de demoras medias.

Se intenta aportar a los asturianos toda la información relevante en relación con el tiempo de espera para someterse a una intervención quirúrgica, una prueba diagnóstica específica o una primera consulta de una especialidad médica o quirúr-

gica. La información facilitada procede de los datos aportados por los distintos hospitales de Asturias.

5 Discusión-Conclusión

Todos estos escollos que nos encontramos en la sanidad pública a la hora de acceder a determinados procedimientos producen dos consecuencias fundamentales en cuanto a los pacientes:
La pérdida de confianza del paciente en el sistema.

El acceso de cada vez más personas a la sanidad privada.
Estas consecuencias son fatales para el sistema sanitario, ya que produce en los pacientes un sentimiento de desconfianza hacia un entramado que ellos mismos están financiando con sus impuestos. Y a la vez hace que muchos se dirijan a la sanidad privada a tratarse, algunos como última opción a una cita que nunca llega y otros directamente, en primera instancia ante el conocimiento del retraso en determinados servicios. Pero siempre va a haber personas que no tengan esa opción, por lo que es obvio, que es el factor económico.

Está claro, y sin lugar a dudas que los grandes perjudicados de estos tiempos de espera son los pacientes. Pero cabe mencionar como comentábamos anteriormente que uno de los factores que intervienen en las listas de espera son los recursos humanos, el personal administrativo que se encarga de estos trabajos se encuentra frustrado en muchas ocasiones debido a no poder proporcionar al paciente la respuesta rápida que ellos quisieran. El hecho de querer hacer el trabajo lo mejor posible y verlo imposibilitado por las largas listas de espera genera en el personal un sentimiento de impotencia importante, a la vez que en algunas ocasiones situaciones incómodas con el paciente cuando vienen a reclamar que se les preste la asistencia que necesitan y no poder satisfacer sus peticiones, siendo al final el personal administrativo la cara visible a la hora de explicarle al paciente que tiene que continuar esperando.

Dada esta situación actual que estamos viviendo, hay que intentar encontrar algún tipo de solución por parte de nuestros gobernantes a este gran problema. Puesto que no cabe duda que tanto el sistema sanitario español como los profesionales médicos que en el mismo trabajan es de los mejores del mundo, sigamos manteniendo este nivel y buscando el mejor camino para que la asistencia a los pacientes sea lo más buena y rápida posible.

6 Bibliografía

1.Decreto 59/2018, de 26 de septiembre, sobre garantía de tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias, información sobre listas de espera y Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias. Asturias: Boletín Oficial del Principado de Asturias; 2018.
2.[Internet]. 2020 [consultado 3 febrero 2020];. Disponible en: https://www.elcomercio.es/asturias/gobierno-regula-decreto-listas-espera-sanidad-asturias-20180926120441-nt.html
3.Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis [Internet]. www.fundacionalternativas.org. 2011 [consultado 30 enero 2020]. Disponible en: https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf
4.Astursalud - listas de espera quirúrgica [Internet]. www.astursalud.es. 2017 [consultado 1 febrero 2020]. Disponible en: https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/listas-de-espera-quirurgica

Capítulo 1724

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL

JESUS COTELO MENENDEZ

RUBÉN FERNÁNDEZ VILLAR

BALTASAR MORENO ORDOÑEZ

MARGARITA RODRIGUEZ MENÉNDEZ

MARIA DE LAS MERCEDES GARCIA ALVAREZ

1 Introducción

La atención paliativa es una forma de cuidado para los pacientes en estado terminal. En este tipo de atención se contempla que la aceptación, el manejo y la comprensión de la muerte deben ser conceptos totalmente integrados en la atención de estas personas.

El objetivo primordial que tienen los profesionales sanitarios y no sanitarios ante un paciente terminal se enfoca a mejorar su calidad de vida, orientado no solo a mejorar el aspecto físico, sino que también el aspecto psicológico, social y espiritual.

2 Objetivos

- Conocer la definición de cuidados paliativos según la OMS.

- Determinar el rol que tiene el celador ante un paciente terminal orientado en su aspecto psicológico y social.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica informatizada y también a través de libros y artículos científicos.

A la hora de utilizar las bases de datos informáticas, se han utilizado palabras clave como: enfermedad terminal, celador ante pacientes terminales, Celador, la comunicación con pacientes terminales.

4 Resultados

La OMS define los cuidados paliativos (2010) como "El enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales".

El paciente terminal cumple una serie de criterios que se deben conocer antes de adentrarnos en el tema que nos concierne en este capítulo:
- Disposición de una enfermedad avanzada, progresiva o incurable.
- Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico para la patología subyacente.
- Presencia de sintomatología intensa, múltiple, multifactorial y cambiante.
- Cambio emocional en el paciente, en su familia y/o equipo terapéutico.
- Pronostico de vida limitado a semanas o meses.

El celador forma parte del equipo que proporciona los cuidados paliativos o de confort al paciente terminal. Deberá tener una actitud correcta, respetuoso, colaborador, empático y sincero ante el paciente y los familiares. No siempre está relación será fácil y positiva, aun así se pueden adoptar decisiones difíciles que llegarán a un buen puerto si al final la confianza fructifica.

Habrá que evitar la imposición de determinadas técnicas, buscando su propia autonomía para que el paciente y su familia se sientan implicados en el proceso. Él debe ser el principal beneficiario de su actuación y decisión, mientras que el

celador será un mero participante rigiéndose por el respeto a sus derechos y a su persona, así como a la transparencia. De este modo:
- Se garantizará la confidencialidad sobre la información que pueda afectar al paciente.
- Se tratará con objetividad a cualquier paciente.
- Se actuará con imparcialidad.
- Se actuará con responsabilidad.
- De debe identificar siempre personalmente y profesionalmente.
- Nunca debe aceptar ningún compromiso económico ni de otro tipo.

Otra importante base en la que se debe sustentar la relación de confianza es a través de la comunicación con el paciente. La escucha activa en una habilidad comunicativa que permite al oyente a entender mejor a la persona y esta, a entenderse a sí misma. Cada paciente es un mundo aparte de otro, cada uno tiene sus propias experiencias personales, creencias y su manera de ver y entender las cosas. Es importante por ello, que estos se sientan libres para poder decir lo que piensan sin temor a ser juzgados.

Para ayudar de forma real es necesario reconocer y reflejar la ansiedad que el paciente pueda tener. Si percibe empatía y comprensión se abrirá más y será más fácil averiguar cuáles son sus problemas.
Las destrezas más básicas de la escucha son:
- Procurar crear un clima de confianza antes de empezar la relación.
- Asegurar la absoluta privacidad.
- Recibir con amabilidad a la persona que nos habla.
- Mostrar interés y atención pretendiendo captar y comprender las palabras que se dicen.
- No interrumpir al interlocutor ni completar las frases del paciente.
- Reflexionar y resumir con el paciente sus principales preocupaciones.

5 Discusión-Conclusión

Todos los profesionales, tanto profesionales sanitarios como no sanitarios, forman un mismo equipo con un único objetivo ante estos pacientes, el confort.

Se buscará que el paciente, dentro de sus propias limitaciones emocionales ante la situación que padece, se encuentre de la forma más idílica posible. Por ello, el papel del celador es uno de los más importantes, ya que será uno de los profesionales

que más interacción tenga con ellos, no solo se encargara de movilizarlos, asearlos, trasladarlos… sino que podrán establecer una relación de confianza afectiva por el cual el paciente podrá expresar sus vivencias en el día a día averiguando así de manera más real y segura sus problemas.

6 Bibliografía

- Francisco Rodriguez Castilla y Angélica Castro Menéndez, El celador en cuidados paliativos, Formación continudada Logoss S.L ,2019 celadoresonline.blogspot.com, Temario de celador del servicio extremeño de salud (Tema23), 18 septiembre 2017.
- Academia Tamargo, Temario celador Servicio del Principado de Asturias (Tema 11 y Tema 18), Academia Tamargo S.L.U, 2018.

Capítulo 1725

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ESCUCHA ACTIVA EN LA COMUNICACIÓN CON EL USUARIO

ROSA ANA MENÉNDEZ REFOYO

LUCIA GARCÍA ALONSO

1 Introducción

La comunicación es una necesidad primaria del ser humano, debido a la necesidad de compartir los pensamientos los sentimientos y la sabiduría. En el ámbito de la salud esta necesidad de comunicación se magnifica, y se hace imprescindible. En las relaciones entre el personal administrativo y el paciente en ocasiones se originan situaciones en las que la comunicación es deficiente o inadecuada, causando un conflicto interpersonal.

En el ámbito de la salud la interacción entre el paciente, el personal administrativo, el sanitario y su familia se hace imprescindible, por lo que es fundamental dominar la técnica de escucha activa en la práctica diaria de la atención al usuario. La técnica de la escucha, o escucha activa, consiste en escuchar lo que el paciente nos dice y hacerle ver que le hemos entendido. Implica prestar atención constante tanto hacia el componente verbal como al no verbal.

2 Objetivos

- Realizar un estudio reciente y un análisis de las investigaciones existentes sobre aspectos relacionados con la técnica de la escucha activa en la atención al usuario,

así como el papel del auxiliar administrativo como parte integrante del equipo multidisciplinar interviniente dentro de la cadena de atención al usuario.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio bibliográfico se ha llevado a cabo una revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos: DIALNET y SCIELO, así como el meta buscador Google Académico y en la biblioteca digital de la UOC. Se utilizaron descriptores en español: "técnicas de intervención al usuario", "habilidades sociales", "escucha activa", "atención al paciente", así como operador booleano "and".

4 Resultados

Se considera escucha activa en el ámbito sanitario a la comunicación bidireccional establecida entre el profesional sanitario, y/o en este caso al personal administrativo sanitario, y el paciente, de forma que este último perciba que está siendo escuchado. Para ello, se debe prestar atención a lo que el usuario transmite y mostrar interés por medio tanto de la comunicación verbal como de la no verbal.

La técnica de la escucha activa es una técnica que encuadra la actitud del profesional. La atención activa permite superar los errores en la comunicación entre el profesional y el usuario.

Ortega Bevia la explica como sigue:
"se basa en el acentuamiento de la atención mientras el paciente habla. Ello requiere mirarlo directamente. Comunicarle verbal o no verbalmente el interés y la comprensión sobre lo que relata. Por lo general, la gente no lo hace y mantiene una atención vaga, que se centra en los momentos en los que el discurso parece referirse a los criterios establecidos por él previamente sobre el problema; o lo que es peor, sobre intereses personales.

Esto es lo propio de las charlas de café o cotilleo en torno a una mesa camilla. Este tipo de atención de 'vaivén' o de seudoatención no es lo que debe practicar una persona que ha aceptado el compromiso de implicarse en una relación terapéutica con alguien."

F. Ortega Bevia (2008). Psicoterapia. Teoría y práctica (pág. 98). Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones.

El texto de Ortega Bevia refuerza las diferencias entre la intervención filantrópica y caritativa y la intervención profesional. La persona que acude a un profesional , en este caso auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, espera una atención profesional y no amistosa.

Los resultados obtenidos indican que las actitudes necesarias para desempeñar la escucha activa pueden clasificarse en físicas o psicológicas. Las primeras o físicas permiten al profesional sanitario mostrar al paciente su interés por lo que nos transmite de forma no verbal. Entre ellas destaca la posición corporal, el contacto visual directo o la expresión de la cara al realizar gestos de asentimiento.

Las segundas o psicológicas manifiestan un interés de lo que se expresa verbalmente. En este ámbito destacan el feedback o retroalimentación y la empatía, caracterizada por ponerse en el lugar del otro.

Por otro lado, los objetivos principales de la escucha activa son: facilitar la comunicación entre el personal sanitario, el paciente y su núcleo familiar. Contribuir a la creación de la relación de ayuda. Incrementar la motivación del paciente. Generar un clima de confianza y seguridad. Se han encontrado numerosas publicaciones científicas que constatan cómo aplicar la técnica de la escucha activa resulta clave para obtener información del caso y conocer las necesidades y afectaciones psicosociales del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Del presente estudio bibliográfico se concluye que la técnica de la escucha activa es una técnica de intervención que permite establecer un vínculo terapéutico eficaz y crear el clima de confianza necesario para elaborar una relación terapéutica satisfactoria. Esta técnica, aplicada por el auxiliar administrativo, como primer eslabón de la cadena de atención al paciente, favorecerá que tanto el clima positivo de trabajo como el establecimiento de un vínculo de confianza con el usuario, permitan que éste se sienta mejor atendido y por tanto vea satisfecha su demanda hacia el profesional.

6 Bibliografía

- Codina Jiménez, Alexis Saber escuchar. Un intangible valioso Intangible Capital, núm. 3, septiembre-octubre, 2004Universitat Politècnica de CatalunyaBarcelona, España.
- Batalla Sales, M. La escucha activa en atención primaria. Univeristat Jaume I. Castellón. 2014
- Delbecq, A. L. y otros (1984). Técnicas grupales para la planeación (pág. 32-34). México: Trillas.
- Gubern, R. (2000). El eros electrónico. Madrid: Ed. Taurus.
- Kedward, C. (2009). "Empathy". En: M. Davies. The Blackwell Encyclopaedia of Social Work. Oxford: Blackwell Publishing.
- Ortega Bevia, F. (2008). Psicoterapia. Teoría y práctica. Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones.
- Palmero, F. y otros (2008). Motivación y emoción. Madrid: McGraw Hill.

Capítulo 1726

LA UNIDAD DE FARMACIA HOSPITALARIA Y EL PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES.

MARIA JESUS FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

Los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria con arreglo a los mínimos establecidos por la ley.

Las unidades de farmacia están integradas por:
- Farmacéuticos, FIR, DUE, Auxiliares de Enfermería,
- Auxiliares Administrativos y Celadores.

La función principal del servicio de farmacia, presente en cualquier hospital, será tener disponible los medicamentos y demás productos galénicos, para ser administrados a los pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización, y para aquellos que en régimen ambulatorio lo precisen.

Las actividades que se llevan a cabo dentro de la farmacia son:
A. Preparación y dispensación de:
– Fórmulas magistrales y soluciones desinfectantes
– Nutriciones parenterales
– Medicamentos citostáticos
– Material estéril para curas

– Los compuestos consignados en la farmacopea y formularios oficiales del Hospital
– La dispensación de medicamentos se realizará por stocks o por unidosis a los diferentes servicios
B. Control y dispensación de estupefacientes, psicótropos y medicamentos extranjeros.
C. Control de los botiquines existentes en los distintos servicios.
D. Propuesta de la adquisición de ciertos medicamentos, material de curas o productos.
E. Elaboración de sistemas de registro de información para control de consumos, gastos y costes.
F. Establecer registros de información acerca de los efectos de los medicamentos, farmacovigilancia.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del servicio de farmacia hospitalaria.

3 Metodología

La búsqueda de información se ha realizado mediante los buscadores google y google académico; siendo los términos usados: “unidad de farmacia”, “el celador en la unidad de farmacia”, “funciones celador farmacia hospitalaria”,
“planificación y organización de un servicio de farmacia”,
“personal no sanitario en unidad de farmacia”, “función administrativa en farmacia”.

Criterios de inclusión: Libros, publicaciones, artículos y leyes o decretos aprobados hasta el momento (llevadas a cabo en el contexto español hasta el año 2019).

Criterios de exclusión: Documentos publicados en idiomas distintos al español.

Palabras clave: farmacia, hospital, personal no sanitario, celador, auxiliar administrativo.

4 Resultados

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE

FARMACIA:
– Recepción del material: se encarga de comprobar que el material servido corresponde con el que figura en los albaranes de entrega. No debe recogerlo en caso de no coincidir y debe consultar con el responsable de farmacia.

– Acondicionamiento del material: entrega el material y una copia del albarán al personal sanitario, para que lo clasifique y coloque en los estantes. Algunos materiales son colocados directamente por los Celadores, como es el alcohol y los botes de suero, pero en ningún caso medicamentos.

– Distribución de medicación y demás productos a las
Unidades de Hospitalización: se encarga del traslado de las peticiones de los distintos servicios hasta la farmacia y de los envases de unidosis desde la farmacia hasta las plantas, esto último en un carro denominado "carro de unidosis".

– El traslado se suele realizar por la tarde, una vez que se han registrado los cambios de medicación de cada paciente, la información ha llegado a la farmacia y ésta ha preparado los envases. Cada carro contiene la medicación correspondiente al turno de tarde, noche y mañana del día siguiente de cada paciente. El Celador debe dejar el carro a cargo del personal de Enfermería que tenga asignados esos pacientes.

– Transporte de material dentro de la farmacia: en caso de cargas de gran volumen o peso.

– Transporte de productos desde otras Unidades hasta la farmacia: determinados productos se encuentran en el almacén general y deben ser transportados hasta la farmacia. En el caso de que haya más de una farmacia, el
Celador se encargará de distribuir a las mismas el material necesario.

– Dispensación de determinado material: el Celador de farmacia puede dispensar determinado material que él haya preparado o no (alcohol, nutriciones parenterales, fórmulas magistrales). Pero en caso de que se le solicite dispensar algún medicamento debe comunicarlo al farmacéutico responsable.

– Preparación de alcohol: el Celador es el encargado de preparar el alcohol rebajado a 70o que se emplea en las
Unidades del Hospital. Para ello, vierte en un recipiente el alcohol y agua destilada correspondiente para la correcta proporción. También le corresponde el traslado de los recipientes vacíos desde las unidades hasta la farmacia, prepararlos y repartirlos de nuevo. Además normalmente debe llevar el agua destilada

procedente del laboratorio hasta la farmacia.

– Controles e inventarios: el Celador realizará recuentos periódicos del material que dispensa, para comprobar existencias reales de los productos almacenados, y colaborará en el recuento del Inventario General que se realice en la Farmacia.

LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN LA UNIDAD DE FARMACIA:

– Emisión, seguimiento, recepción y conservación de los pedidos de los medicamentos incluidos en la guía, de acuerdo a las decisiones de la Comisión de Farmacia y
Terapéutica y sobre la base de mantener los stocks adecuados a los consumos.

– Emitir y difundir los informes oportunos de consumos de medicamentos, de acuerdo a diferentes criterios: unidades de enfermería, servicios médicos, por patologías, por laboratorios y por medicamentos.

– Remitir a la Dirección Médica los informes oportunos justificativos del estado presupuestario y del cumplimiento del mismo.

5 Discusión-Conclusión

El Servicio de Farmacia de un hospital es un Servicio General Clínico, integrado funcional y jerárquicamente en el hospital. Las actividades farmacéuticas que se realizan son de tipo asistencial, administrativo, tecnológico y científico. Es decir, cumplen funciones de gestión, logísticas, y clínicas tanto con fines asistenciales, docentes como de investigación.

Su responsabilidad es la de adquisición, conservación, dispensación y elaboración de medicamentos así como de la selección y evaluación de medicamentos, la información farmacoterapéutica, las actividades de farmacocinética clínica, de farmacovigilancia, el control de productos en fase de investigación clínica y la realización de estudios de utilización de medicamentos.

6 Bibliografía

1. Del Castillo Torres L., Martos Navarro F., Gómez Martínez D., González Rabanal J. M., Vidal Ramírez R., Alés Reina

M.; “Celadores de las Instituciones Sanitarias del Insalud”; Octava Edición; Sevilla; Editorial MAD; diciembre, 1999.
2. Celadores. Temario Oficial de Oposiciones al Insalud. Ediciones Sanitarias 2000.
3. Estatuto Marco del Personal no Sanitario al Servicio de la Seguridad Social.
4. Palom FJ. Técnicas actualizadas de organización administrativa. 2a edición. Ed. Index. 1982.
5. Bases para el desarrollo y aprovechamiento sanitario de la Farmacia Hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Diciembre 1986.
6. Qué es una farmacia hospitalaria. Engenerico. Publicado el 22 de mayo de 2012. Disponible en: https://www.engenerico.com/que-es-una-farmacia-hospitalaria/.
7. Conocimientos básicos y Funciones del Celador. Ángela Comas Hermoso y Virginia Cano Iñiguez. Tema 8.
Funciones del celador. Julio 2010. Disponible en: https://www.logoss.net.

Capítulo 1727

PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LOS CENTRO SANITARIOS

MARIA JESUS FERNANDEZ ORDOÑEZ

MARÍA FE MENÉNDEZ BIGOTES

ALBERTO ANTONIO LABRADA SUÁREZ

1 Introducción

El conflicto es innato en el ser humano, es comprensible que en cualquier espacio compartido entre varias personas, pueda ser susceptible de presenciar conflictos de diferente índole. Y en sanidad no es un caso diferente. No todas las situaciones de conflictos son necesariamente negativas, si sabemos gestionar favorablemente estas situaciones aunque en su mayoría puede ser desagradable, se puede aprender de ellas y las consecuencias del mismo pueden resultar beneficiosas. Por el contrario si no sabemos gestionar estas situaciones las consecuencias son negativas para una o todas las partes, los problemas consecuentes podrían ser de mayor gravedad.

En el entorno laboral de las instituciones sanitarias como puede ser hospitales o centros de salud los conflictos o situaciones violentas en su mayoría aunque hay muchas más causas son:

- Frustración por parte de los pacientes a no ver satisfechas sus expectativas.
- Desestructuración social.
- Ideología social dominante que fomenta el individualismo y la competencia.

● Convivencia del personal.

Además de los producidos por la convivencia entre los trabajadores, pacientes y sus familiares/acompañantes. Es innegable que todo ello tiene diferentes consecuencias en el rendimiento del personal, la eficacia asistencial y el funcionamiento general de la institución sanitaria.

En los últimos años el sector de la salud se ha visto especialmente afectado por el problema de las agresiones físicas o verbales. Según una encuesta realizada por la UE, el 4% de la población trabajadora dice haber sido víctima de violencia física real por parte de personas ajenas a su lugar de trabajo. Y el riesgo se concentra sobre todo en sectores como el sanitario en el que se cometen alrededor de una cuarta parte de las agresiones que se producen en el entorno laboral.

Por grupos profesionales facultativos/as y enfermeros/as aparecen como el grupo que recibe más agresiones, aunque en los últimos años se ha detectado un aumento en las agresiones hacia el personal de seguridad, y de gestión y administración.

2 Objetivos

- Prevenir situaciones conflictivas entre profesionales y usuarios, así como de aquellas acciones que pongan en riesgo a profesionales, usuarios y bienes de los servicios sanitarios.

Proteger a los profesionales, usuarios, bienes y servicios de la violencia o agresión, mediante los medios materiales y humanos disponibles, utilizando las ayudas externas si fuera necesario.

Dar cobertura al profesional, tanto física como psíquica y asistencia letrada a los trabajadores afectados, así como la posterior investigación de los Servicios de Salud Laboral Gerencias de las diversas Áreas Sanitarias, en coordinación con el servicio de Prevención de Riesgos laborales.

3 Metodología

Análisis y búsqueda de bibliografía existente sobre el tema y artículos en la web en referencia al Plan de Prevención frente a situaciones conflictivas:

● Artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos

el deber de velar por la seguridad e higienes en el trabajo. La Ley 31/1995, de 8 noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales.
● Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores.
● Convenio sobre discriminación y empleo.
● Art. 17.1 de la Ley 55/2003, del estatuto Marco del Personal de los Servicios de Salud.

4 Resultados

Para prevenir las situaciones conflictivas, las instituciones sanitarias tienen que crear un clima de cordialidad, confianza y respeto entre todas las personas que lo componen. Es necesario establecer una serie de actuaciones, infraestructurales, organizativas y formativas. Algunas de ellas pueden ser entre muchas otras:
● Optimizar las señalización e información de los centros Sanitarios
● Aumentar el nº de puntos de información a los ciudadanos en los Centros Sanitarios,
Ubicándolos en sitios visibles.
● En pacientes ingresados o en urgencias, se debe establecer el lugar y un tiempo en el que se debe informar a los paciente y familiares
● Mejorar los cauces de comunicación entre Atención Primaria, Atención Especializada, Geriatría, Salud Mental y Servicios Sociales. Estableciendo protocolos de derivación. Etc.
Para lograr "La tolerancia 0" de la violencia ejercida por pacientes, familiares y usuarios a los profesionales de la sanidad en el desarrollo de sus funciones es necesaria la implicación por parte de todos: administraciones públicas, responsables de organizaciones sanitarias, Servicios de Prevención de riesgos laborales, Organizaciones Sindicales, Colegios Profesionales, Universidades, Fundaciones, Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado, Ministerio Fiscal, así como los propios profesionales y usuarios del Sistema Nacional de Salud (SNS), de un plan de prevención y actuación.

TIPO DE AGRESIONES
- Agresión Verbal: Es el empleo de amenazas verbales, intimidación contra otra persona o grupo, que puede producir daño psicológico.

- Agresión Física: Es el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos. Se incluyen entre otros las palizas, patadas, bofetadas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos.

- Agresión Psíquica: Uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende entre ellos el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas.

PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

Respeto y protección a las personas.

Todos los trabajadores tienen derecho a un entorno laboral libre de conductas y comportamientos hostiles o intimidatorios hacia su persona, entorno laboral que tiene que garantizar su dignidad así como su integridad física y moral.

Carácter preventivo.

Este protocolo es de carácter preventivo y se encuadra en el tratamiento que de los riesgos laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales).

Confidencialidad de los datos.

Las personas que intervengan en la actuación tienen obligación de guardar una estricta confidencialidad y no deben transmitir ni divulgar ninguna información sobre el contenido de las denuncias presentadas o en proceso de investigación.

Todo el en contenido del protocolo tendrá carácter confidencial.

Criterios a tener en cuenta en el proceso de investigación.

Se deben investigar hechos reales no suposiciones ni juicios previos. El trato a los implicados debe ser lo mejor posible. Todos los testigos o personas a las que se solicite testimonio para el proceso deben ser informados previamente sobre el asunto para el cual se les solicita colaboración así como del carácter voluntario y confidencial de la misma.

La investigación y la resolución sobre la conducta denunciada deben ser realizadas lo más pronto posible.

PROTECCIÓN A LOS PROFESIONALES, USUARIOS, BIENES Y SERVICIOS

Implantar un registro donde consten todo tipo de agresiones para establecer normas de actuación desde las Gerencias. El trabajador tendrá el apoyo jurídico necesario. .En este registro deben de constatarse aquellas acciones que eufemísticamente denominamos de BAJA INTENSIDAD, como amenazas veladas y exigencias intimidatorias.

Elaborar un mapa de riesgos. Para ello nos serviremos de diversas fuentes, desde las reclamaciones, quejas y sugerencias de los usuarios, así como del registro de

incidencias, en el que constarán todo tipo de situaciones conflictivas que hayan tenido lugar en los diversos centros sanitarios. El objetivo es establecer las medidas de prevención y protección más adecuadas acordes a las características específicas.

Previo estudio, instalación de videocámaras en espacios comunes y en aquellos lugares donde se esté en más riesgo, comunicándolo los ciudadanos mediante carteles habilitados a tal efecto, tal y como exige la legalidad vigente.

Ronda periódica de vigilantes de seguridad. Presencia en lugares y horarios conflictivos. Alarmas, mecanismos de seguridad pasiva, así como la activación de procedimientos de comunicación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Rediseño de las consultas, colocación de mobiliario de forma que, en la medida de lo posible, impida la acción agresora, así como facilitar la posible huida del agredido. Una vez verificada su necesidad, instalación de sistemas de alarma interna en los lugares de trabajo donde se desarrolle la actividad: timbres de activación camuflados en las mesas (llamados timbres del pánico), con una señal sonora de alta intensidad y luminosa que se detecte en pasillos y dependencias próximas, conectadas con el servicio de seguridad.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

Cuando los profesionales sanitarios tienen que desplazarse al domicilio del paciente, se encuentran un mu mayor riesgo y más indefensos, que cuando están en los centro. Es muy difícil en este coso la prevención.

- En el caso de pacientes con comportamientos previos inadecuados, a atención debe de realizarse acompañado de otro profesional, y en caso de pacientes violentos, requerir el acompañamiento de las fuerzas de seguridad.
- Dotar al personal que realiza atención domiciliaria de teléfonos móviles conectados con la policía.
- Establecer acuerdos y procedimientos de actuación con Fuerzas y Cuerpos de seguridad, para poder actuar conjuntamente en la asistencia de urgencias en aquellos casos en los que se produzcan situaciones de riesgo

ACTUACIONES DE LAS GERENCIAS

Una vez presentada la solicitud del trabajador que ha sufrido alguna situación conflictiva y después de ser investigadas de forma detallada las causas que originaron el conflicto, si éstas son debidas a la organización, se actuara para corre-

girlas. Si son debidas a enfrentamientos entre el usuario y el profesional sanitario, se tramitara cambio de profesional, comunicándolo por escrito al usuario y, si es preciso, de Centro Sanitario.

En el caso de personal no sanitario, se han de organizar las actividades de modo que éste no tenga que mantener relación profesional con el usuario conflictivo. Advertencia en la historia clínica de la personalidad agresiva del usuario.

ACTUACIÓN ANTE EL CONFLICTO

Cuando el profesional se encuentre ante una situación en la que es previsible que se pueda producir un acto de violencia, es aconsejable que abandone el espacio físico en el que se encuentre. En el caso de que se prevea una agresión inminente se activará la alarma de mesa para recibir ayuda del vigilante de seguridad, si lo hubiere, o de sus compañeros.

Si se consuma la agresión se dejaran los objetos tal y como estaban en el momento de los hechos. El agredido lo comunicará al responsable del Servicio o Centro. Se rellenará el documento de Registro de comunicación de Incidentes. Se emitirá el correspondiente parte de lesiones, parte que será emitido como Accidente de Trabajo (con o sin baja). El Responsable del Centro enviará una copia a la Gerencia y otra al departamento de Prevención de Riesgos Laborales de su Área Sanitaria. La Gerencia lo comunicará al Coordinador del Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios.

FUNCIONES DEL COORDINADOR DEL PLAN

- Coordinación con Servicios Jurídicos.
- Coordinación con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- Coordinación con la Secretaría General.
- Coordinación con la Dirección de Recursos Humanos y Financieros.
- Coordinación con la Dirección de Interior.
- Apoyo a las Gerencias.
- Recogida de datos del profesional agredido, para su derivación a los servicios pertinentes.

MEDIDAS NORMATIVAS Y ORGANIZATIVAS

La elaboración de Planes de Prevención especifico de agresiones, la normativa interna (resoluciones, circulares, convenios, protocolos de actuación, etc.) y la cooperación con diversas organizaciones profesionales y sindicales son medidas

tomadas para tomar conciencia del problema y plantear soluciones a fin de garantizar seguridad a los trabajadores.

Es necesario invertir en la formación específica de los profesionales y deben potenciarse los factores de protección, reforzando el optimismo y la autoestima y dotándolos de técnicas de autocontrol y gestión del estrés. No podemos olvidar la necesidad de dotar al sistema de recursos para la detección y gestión de trabajadores con factores psicológicos y psicopatológicos que los hagan especialmente vulnerables.

Si los cuidadores se siente mal cuidados, están exhaustos, desmotivados y, sobre todo, no ven vías de solución a los problemas que les condujeron a esta situación, todos los implicados estarán afectados.

De los datos referentes al año 2018 obtenidos en el Informe de Agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, consumo y Bienestar Social (2019) son.

- El 73% de las personas agredidas en el ámbito sanitario son mujeres frente al 27% de hombres.
- Por categoría profesional, los que salen peor parados con un 63% de las agresiones son el personal facultativo, y enfermería.
- Por tipo de agresión, las agresiones no físicas constituyen el 81%, frente al 19% de las agresiones físicas.
- El lugar en el que se produce un mayor número de agresiones es sin duda en las consultas, que ocupan un 34%, seguida por hospitalización un 19%, urgencias el 16%, admisión un 15%, unidades de psiquiatría el 12% y la vía publica un 4%.
- Entre las causas más comunes que alega la persona agresora para perpetrar la violencia contra los profesionales, se encuentra la atención recibida en un 43% de los casos, el acto administrativo o sanitario en el 23%, la demanda del usuario en el 22% y el resto se debería a otras causas.
- En cuanto al perfil del agresor en el 69% de los casos es el propio usuario el que realiza el acto violento frente a un 31% de los casos en que el agresor es un familiar o acompañante.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de la creación y difusión de un protocolo de actuación ante las agresiones para que todos los trabajadores conozcan como actuar en caso de en-

contrarse ante una situación violenta. Así como para poder evitar estas actuaciones.

También es muy importante la existencia de personal de seguridad y disponer de instalación de diversos dispositivos (botones antipático, aplicaciones informáticas para alertar en caso de necesidad, etc.), mamparas protectoras y videocámaras de vigilancia en accesos y zonas comunes.

Y la mejora de los espacios públicos y la señalización es una prioridad para llegar al objetivo de eliminar la agresiones y también mejorar la gestión e información de las consultas así como hacer efectivos los derechos y los deberes de los usuarios a través del servicio de atención al usuario (SAC).

6 Bibliografía

1. Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la sanidad.
2. Plan Director se Seguridad Corporativa y de Protección de Patrimonio del SESCAM. Plan Perseo.
3. Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores. (Organización Internacional de los trabajadores.
4. JEFATURA DEL ESTADO, Instrumento de ratificación del Convenio 155/1982 de la OIT.

Capítulo 1728

EL CELADOR Y LA HIGIENE MANUAL: CONTIGO SIN CONTAGIO

ANA VAL IRIARTE

1 Introducción

Las infecciones intrahospitalarias, también conocidas como IAAS o infecciones nosocomiales, son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Datos oficiales sitúan su prevalencia en torno al 8% de los pacientes, siendo una de las causas más importantes de fallecimiento y originando unos costos enormes tanto económicos como de sufrimiento.
Dada la presencia del Celador en la práctica totalidad de las áreas y espacios asistenciales tanto de hospitales como de otros centros sanitarios, se hace evidente extremar las medidas de seguridad para tratar de controlar el riesgo de infecciones, más aún si tenemos en cuenta la progresiva resistencia bacteriana de los microorganismos a los efectos de los antibióticos.
Es importante recordar que existen numerosos estudios que sitúan hasta en un 50% la reducción de la frecuencia de transmisión de infecciones cuando los profesionales sanitarios se lavan las manos correctamente.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de una correcta higiene manual de el Celador como una de las más importantes actuaciones de cara a luchar contra las infecciones

en las instituciones sanitarias, así como mostrar los procedimientos y recomendaciones sobre estás técnicas de modo que sean realizadas de un modo correcto.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en diferentes fuentes de información, como guías de práctica clínica, organismos oficiales o revistas digitales.

4 Resultados

Según la Organización Mundial de la Salud y otros organismos oficiales hay cinco momentos clave en la higiene de las manos, siendo estos los siguientes:
1. Antes del contacto con el paciente; Para proteger al paciente de los microorganismos patógenos que puedan estar en las manos.
2. Antes de realizar una tarea aséptica; Para proteger al paciente de los microorganismos patógenos que pudieran introducirse en su organismo.
3. Después del riesgo de exposición a fluidos orgánicos; Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los microorganismos patógenos que pudiera tener el paciente.
4. Después del contacto con el paciente; Para protegerse de los microorganismos patógenos sur pudiera tener el paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente; Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los microorganismos patógenos que pueda tener el paciente.

• Productos utilizados para la higiene de manos:
- Jabones sin antiséptico: Pueden encontrarse como sólidos, líquidos o polvo. Su capacidad de limpieza reside en sus propiedades detergentes, lo que les lleva a retirar el polvo y la suciedad de las manos, siendo ineficaces para eliminar los microorganismos patógenos dada su poca o nula actividad antimicrobiana.
- Yodo y yodóforos: Las moléculas de Yodo penetran rápidamente en la pared celular de los microorganismos patógenos y los inactivan. LA FDA los clasifica como agentes seguros y efectivos para su uso en el lavado antiséptico de manos (categoría 1)
- Alcoholes: La actividad antimicrobiana de los alcoholes se atribuye a su capacidad de desnaturalizar las proteínas, siendo las concentraciones mas eficaces entre el 60 y el 95%.

Su actividad es rápida pero no tiene ninguna actividad residual ni es apropiado cuando las manos están visiblemente sucias.
- Clorhexidina: Actúa al nivel de las membranas citoplasmáticas generando la inmediata muerte celular. Tiene gran actividad residual, debe de tenerse en cuenta que irrita la piel en función de su concentración.
- Fenoles: Su eficacia es modesta después del lavado, pero tiene efectividad residual de varias horas y efecto acumulativo.
- Triclosán, Cloroxilenol y compuestos de amonio cuaternario: Según la FDA, que los clasifica en el grupo IISE, no hay evidencia suficiente para clasificar a estos productos como seguros y eficaces como antisépticos.

• Tipos de lavados de manos:
- Lavado higiénico de manos: Tiene como objetivo eliminar la suciedad, materia orgánica y la flora transitoria de las manos. Se realizará con jabón liquido de pH neutro o ligeramente acido. Se realizará:
Al iniciar y finalizar la jornada laboral
Siempre que las manos estén sucias o contaminadas
Después del contacto con fluidos o excreciones corporales
Antes y después de comer
Después de estornudar, sonarse, ir al aseo, etc.
Antes y después del contacto directo con el paciente
Antes de ponerse y quitarse los guantes
Al pasar de una zona contaminada a una limpia
Se quitarán anillos y cualquier otro elemento y se realizará la limpieza cuidando seguir el protocolo indicado para estos casos.
- Antisepsia de manos: Es el lavado de manos con el jabón antiséptico, con el objetivo de eliminar la suciedad y materia orgánica, la flora transitoria y parte de la flora residente, consiguiendo además cierta actividad residual antimicrobiana. Se realizará:
Siempre que las manos estén sucias o contaminadas con materia orgánica, sangre u otros fluidos corporales
Tras exposición a sangre o fluidos potencialmente contaminados
Antes y después de atender a pacientes infectados por patógenos multirresistentes o inmunodeprimidos
- Antisepsia de manos con solución hidroalcalina y antisepsia quirúrgica: No nos detendremos en este tipo de lavados ya que normalmente son usados en procedimientos de enfermería y medicina que exceden las funciones propias del Celador, no obstante es aconsejable conocer su existencia .

• Cuidado de las manos:
El cuidarse las manos es muy importante, tanto para evitar que la flora transitoria se convierta en residente como para evitar que el lavado frecuente y el uso de productos provoque dermatitis irritativa. Se adoptarán las siguientes medidas:
- Cubrir siempre las lesiones o heridas en la piel.
- No utilizar cepillos de uñas.
- Evitar el uso de agua caliente para el lavado.
- Aclarar y secar bien las manos.
- Utilizar lociones y cremas protectoras al final de la jornada.

• Uso correcto de guantes:
El uso de guantes no sustituye el lavado de manos, se debe de realizar este procedimiento tanto antes como inmediatamente después de su uso. Recomendaciones de uso:
- Cuando se pueda contactar con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, mucosas y piel no infecta.
- Quitarse los guantes tras atender a un paciente, evitando usarlos con mas de uno.
- Cambiar los guantes durante el cuidado del mismo paciente si se va a pasar de tocar de un sitio contaminado a otro limpio.

5 Discusión-Conclusión

Queda demostrado que la adopción de una una correcta higiene manual se convierte en la medida más importante para evitar la transmisión de infecciones en los centros sanitarios, siendo necesario lograr una mayor tasa de adherencia a estas prácticas tanto de los profesionales sanitarios como de los Celadores y otros trabajadores no sanitarios que no obstante mantienen el mismo sino mayor contacto con los enfermos.

6 Bibliografía

- http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/eventos/seguridadde
lpaciente.html
- OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. Directrices de la OMS sobre la Higiene de manos en la Atención Sanitaria. OMS, 2005.
- www.who.it

- http://www.csalud.junta-andalucia.es/seguridad/

Capítulo 1729

USO DE GUANTES EN PROFESIONALES SANITARIOS. CELADORES

JONATHAN SUÁREZ VARELA

1 Introducción

Se debe de tener muy claro que el uso de guantes no es un elemento de vestuario sino un EPI o equipo de protección.

Los guantes son los elementos de protección más empleados por los profesionales sanitarios y son una barrera de precaución universal, tanto para el ámbito sanitario como para casi la totalidad de trabajos que se realizan hoy en día y los cuales requieran una manipulación de sustancias, pacientes, cargas, productos o maquinaria.

2 Objetivos

- Definir cual es la finalidad del uso de guantes entre los profesionales sanitarios.
- Indicar cuando se debe utilizar y prescindir o cambiar este equipo de protección.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en la revisión de libros y apuntes sobre este método de protección. Así

como la búsqueda de en enlaces de interés en diferentes páginas sobre salud sanitaria.

4 Bibliografía

- WWW. Amyts.es.
- Libro Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la Prevención de Riesgos Laborales.

Apuntes del temario de celador

Capítulo 1730

PULSERAS IDENTIFICATIVAS HOSPITALARIAS Y SU IMPORTANCIA EN LA SANIDAD ACTUAL

LUIS ORDAS MEDIO

1 Introducción

Desde que el paciente entra por la puerta del centro hospitalario es fundamental para su seguridad que este bien identificado. De esta manera, los profesionales que trabajen en dicho centro podrán comprobar y confirmar todos aquellos datos que necesiten en cada momento.

La identificación verbal no debería ser la única garantía, ya que el paciente podría estar sedado, inconsciente, confuso o simplemente incapaz de responder. También habría que tener en cuenta las barreras de lenguaje, idiomáticas, problemas de audición o tratarse de niños pequeños, todos ellos factores que dificultan su identificación.

El método que ofrece más seguridad en la verificación es el uso de pulseras identificativas, que incluyen los datos básicos del paciente y se colocan en la muñeca del mismo, desde el momento del ingreso hasta que abandona el centro hospitalario. En caso de rotura o deterioro deberán sustituirse inmediatamente.

El servicio de admisión y documentación clínica del centro sanitario es el encargado de suministrar la identificación documental y también realizará la impresión de las pulseras en el mismo momento del ingreso en el hospital. La colocación de las mismas será misión del personal sanitario de la planta, verificando

su identificación verbalmente con el propio paciente o con un familiar si este no es capaz.

Características de la pulsera:
• Color blanco.
• Texto en negro.
• Material antialérgico (sin látex) e inocua para el paciente.
• Resistente a la tensión y rotura en cualquier dirección ya sea en seco o en mojado.
• Inmune al calor y a la humedad.
• Tinta indeleble e impresión resistente a la abrasión y al agua.
• Flexible y cómoda, sin bordes cortantes.
• Cierre seguro con troquel de seguridad no manipulable.
• Imposibilidad de reutilización tras la rotura del cierre de seguridad.
• Ajustada a la normativa vigente en materia de calidad y protección del medio ambiente.
• La pulsera está adaptada al tamaño del paciente (desde neonatos a adultos).
• Debe permitir un manejo cómodo por parte del profesional (almacenaje, cumplimentación de los datos, impresión, actualización de la información, colocación en el paciente, etc.)

Qué datos incluye la pulsera:
• Nombre y apellidos del paciente.
• Fecha de nacimiento día/mes/año.
• Fecha de ingreso en el centro sanitario.
• Código de barras con toda la documentación clínica.
• Código de identificación personal del Sistema Nacional de Salud (CIP/ASTU).
• Todos aquellos datos que sean necesarios para una adecuada identificación.

Se efectuará la confirmación de la identidad del paciente antes de los siguientes procedimientos:
• Antes de las extracciones analíticas o recogida de muestras biológicas.
• Previo a la administración de cualquier tipo de medicación, infusión de sangre o hemoderivados.
• Antes de la realización de cualquier procedimiento invasivo diagnóstico o terapéutico.
• Al recibir al paciente en quirófano o reanimación.
• Antes de ser sometido a anestesia o cirugía.
• Antes de trasladar o recibir al paciente entre unidades.

• Antes de ser trasladado en ambulancia.
• Siempre que el paciente abandone la unidad acompañado de un celador.

2 Objetivos

- Conocer qué es una pulsera identificativa, reconocer los datos que aparecen ella y valorar su importancia.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Juan José Cañas Sancho. (2004) [Consultado 27 Dic 2019]. Plan de confortabilidad del servicio de Salud del Principado de Asturias. Unidad de Apoyo Técnico y Comunicación del SESPA: Dirección Gerencia del Servicio de Salud. Servicio de salud del Principado de Asturias, SESPA.
- Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial. SESPA. Julio de 2018.
- Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020. SESPA. Junio 2015.
- Proyecto de Política Institucional de Identificación en Centros Sanitarios del Principado de Asturias. SESPA. Oviedo, junio de 2006.
- Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. (2015) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Seguridad de pacientes: protocolo de identificación inequívoca de pacientes del servicio extremeño de salud. (2017) Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.
- Procedimiento general de identificación de pacientes (Anexo 1) Comité Operativo para la Seguridad del Paciente Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Diciembre 2009.

Capítulo 1731

TRABAJO EN EQUIPO EN EL ÁMBITO SANITARIO: AMENAZAS Y COMO RESOLVERLAS

LUIS ORDAS MEDIO

1 Introducción

Cada profesional del sistema de salud forma parte de innumerables equipos dentro de una institución sanitaria, la función de cada uno es tan importante como la de los demás profesionales que integran el equipo.

No es lo mismo un grupo que un equipo de trabajo:
• Grupo de trabajo es un conjunto de personas que desarrolla su trabajo en un espacio, como puede ser un hospital, un centro de salud, etc. cada uno realiza su trabajo de forma individual, sin depender de otros compañeros para realizar su trabajo y respondiendo personalmente del mismo. Por ejemplo, un grupo en un hospital sería el colectivo que forman los celadores.
• Equipo de trabajo es un grupo de personas que se organiza para alcanzar un objetivo común. Cada miembro del equipo aporta sus conocimientos, capacidades, formación, destrezas, habilidades, etc. para alcanzar una meta. Lo componen profesionales sanitarios y no sanitarios, como por ejemplo el personal del bloque quirúrgico.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo consiste no sólo en resaltar los beneficios del trabajo en equipo sino también mencionar las posibles amenazas que puedan perjudicar

su buen funcionamiento y como resolverlas.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se han consultado una serie de artículos, cursos y libros relacionados con la temática expuesta en lo referente al trabajo en equipo y todas sus particularidades.

4 Resultados

Un buen trabajo en equipo se caracteriza por su eficacia y su eficiencia. Aunque se tiende a pensar que los equipos permiten tomar decisiones y resolver problemas mejor que los miembros individuales, la investigación ha demostrado que los grupos están sujetos a procesos sociales que, en muchos casos, menoscaban su buen hacer. Entre los cuales se pueden citar:

• Los factores de la personalidad que se manifiestan en forma de timidez e inseguridad a la hora de manifestar sus opiniones, o en forma de conducta vehemente, dominante o egocéntrica, que pueden llevar a que el grupo sea dominado por una minoría, o a conflictos y polarización de las posiciones.

• En ocasiones, la propia sociedad fomenta el trabajo individual.

• La confrontación entre distintos puntos de vista, sin considerar la opinión de los demás.

• Los miembros del grupo reacios a expresar opiniones contrarias a la opinión de la mayoría, para poder integrarse en el grupo.

• Los miembros del equipo que carecen de habilidades sociales para relacionarse de manera productiva con los demás. En ocasiones carecen de capacidad de comunicación suficiente para presentar sus puntos de vista y conocimientos de manera satisfactoria.

• Los efectos del estatus y la jerarquía, que pueden hacer que a las contribuciones de determinados miembros se les preste una atención desproporcionada, y que éstas condicionen los resultados del equipo.

• El pensamiento grupal que lleva a que los miembros del grupo estén más preocupados por alcanzar un consenso, que por la calidad de las decisiones que toman.

• El efecto de la apatía social u oportunismo, que lleva a algunos individuos a hacer menos de lo que pueden, cuando trabajan en grupo, por la mayor dificultad de identificar y evaluar las contribuciones individuales.

• Los patrones de conducta en relación al riesgo. Las decisiones tomadas en grupo tienden a ser en un grupo, o más arriesgadas o menos que la media de las opiniones o decisiones que tomarían sus miembros individuales.
• La difusión de la responsabilidad que puede llegar a inhibir a ciertos individuos a la hora de tomar decisiones o llevar a cabo tareas, cuando están en presencia de otros, tratando de evitar asumir la responsabilidad de dichas decisiones y acciones.
• El bloqueo de la producción, que lleva en determinadas circunstancias a que los individuos se inhiban a la hora de generar nuevas ideas y expresarlas en el seno del grupo. En este caso trabajando de forma individual son capaces de generar más ideas y de mayor calidad.

5 Discusión-Conclusión

Para superar las amenazas citadas anteriormente existen distintas soluciones, entre las que se pueden citar:
• Reducir las jerarquías en el equipo y tratar de relacionar el talento y la posesión de competencias específicas con el uso de la palabra. Sobre todo, cuando se trata de resolver problemas para cuya resolución algunos miembros están especialmente cualificados.
• Apoyar a la innovación y eliminar la crítica durante la fase "creativa", distinguiendo los procesos de creación de los de crítica o evaluación.
• Crear un clima de confianza y seguridad, libre de la posibilidad de ataque o amenaza. Se trata de evitar la inhibición del pensamiento crítico, al tiempo que se consigue que nadie interprete las críticas a las ideas como un ataque personal.
• Formar a los miembros del equipo en técnicas de comunicación y de trabajo en grupo.
• Consultar a expertos ajenos al equipo y/o invitar a personas cualificadas ajenas al mismo a colaborar con el equipo, para que traigan ideas frescas o, cuanto menos, realicen críticas constructivas al trabajo del equipo.
• Hacer que un mismo problema sea analizado individualmente y/o en subgrupos diferentes, antes de que se discuta por el conjunto del equipo. A esto se le llama la técnica de la escalera para la toma de decisiones.
• Asignar a cada miembro del equipo el rol de evaluador crítico o abogado del diablo de manera rotatoria.
• Utilizar el brainstorming (tormenta de ideas) negativo para fomentar la "crítica constructiva".

• Utilizar el análisis de los grupos de interés internos y externos al grupo, como medio para anticipar posibles conflictos y obstáculos.

Estas y otras soluciones son muy útiles para facilitar el trabajo en equipo, y de esta manera fomentarlo, algo que resulta muy conveniente tanto para los propios trabajadores de la sanidad como para todos aquellos usuarios y pacientes que se beneficien de la misma.

6 Bibliografía

- Lorenzo Revuelta Tabeada y Mariel Martín Martínez. El trabajo en equipo. Actualización: mayo 2007. IAAP.
- Borrell Francesc (1996). Cómo trabajar en equipo, Barcelona: ediciones Gestión 2000 S.A.
- Hidalgo Ortega, María Luisa, Díaz Zazo Pilar (2004). Relaciones en el equipo de trabajo. Madrid: Editorial Editex, S.A.
- Ministerio de educación Cultura y Deporte (2019). Comunicación efectiva y trabajo en equipo. Online: Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, pp.11 a 135.

Capítulo 1732

LA IMPORTANCIA DE ADAPTAR EL PUESTO DE TRABAJO AL TRABAJADOR: ERGONOMÍA

ANA MARÍA ÁLVAREZ LUEJE

1 Introducción

En el año 2000, la Asociación Internacional de Ergonomía, definió ergonomía, como el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, los productos y ambientes, se adapten a las capacidades y a las limitaciones físicas y mentales. La palabra, ergonomía, proviene del griego; Ergo, significa trabajo y Nomos, significa Ley. Esto quiere decir, que la ergonomía, se ocupa de cómo el entorno interactúa con el trabajo. Bernardino Ramazzini, era un médico y filósofo italiano, considerado el padre de la medicina ocupacional. En 1713, publicó obras como: La muerte en los trabajadores, donde quedó reflejado su interés por los problemas de salud relacionados con las condiciones de trabajo, que en ocasiones provocaban daños músculo esqueléticos. Obtuvo tal repercusión social, que sirvió de base para las leyes que protegen a los trabajadores de Europa del siglo XVII. A partir de la 2º Guerra Mundial, se desarrolló, el movimiento llamado: "Human Engineering" que se ocupó de integrar en el diseño de herramientas, máquinas y dispositivos técnicos, conocimientos de fisiología y biomecánica. Es cuando se comienza a hablar, de la adaptación de la máquina al hombre y se define la ergonomía, como la "interfase hombremáquina". Con el tiempo, se demostró, que teniendo en cuenta éstas adaptaciones en los procesos productivos, se producía más y las personas, sufrían menos sobrecargas en el trabajo y, por lo tanto, se lesionaban menos.

2 Objetivos

Dar a conocer la Ergonomía y tipos, cuáles fueron sus orígenes, de qué manera interfiere en las trabajadores y recomendaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

La ergonomía, tiene por objetivo, adecuar los productos, objetos, sistemas, puestos de trabajo y entorno; a las características, limitaciones y necesidades de cada individuo. Posee, múltiples beneficios, entre los que destacan: trabajadores más productivos y eficientes, puesto que fomenta el trabajo en equipo, descansos, buen ambiente laboral; prevención de riesgos laborales, garantiza la salud física y mental de los trabajadores; introduce nuevas tecnologías, de manera que, mejora el rendimiento laboral; reduce el absentismo laboral, muchos de las patologías esqueléticas y musculares, se deben a malas posturas; promueve la salud y la comodidad, siendo el principal objetivo de la ergonomía y, consiguiendo así, que aumente la satisfacción laboral; aumentar la motivación, porque un ambiente de trabajo adecuado, aumenta la motivación de los trabajadores y, por consiguiente, se implican más en él. Dentro del ámbito sanitario, hay diferentes tipos de ergonomía, entre los que se encuentran: ergonomía geométrica/biomecánica, engloba las actividades que suponen un esfuerzo físico, como pueden ser: manipulación de pacientes (a la hora de realizar transferencias o movilización de los mismos), repetitividad en las tareas (realizando camas, aseos e higiene, cambios posturales), posturas forzadas (mantenidas durante la realización de curas, higiene, aplicación de tratamientos); ergonomía ambiental, abarca todo lo que tiene que ver con el entorno físico: iluminación (insuficiente o excesiva), espacio (insuficiente o inadecuada la ubicación del mobiliario y utillaje), accesibilidad reducida (barreras que obstaculicen el paso), climatización (temperaturas inadecuadas, mala ventilación), ruido (exceso de decibelios); ergonomía temporal,

aspectos de carácter organizacional, como pueden ser: ritmos de trabajo (carga física y carga mental), distribución de las tareas (número de pacientes asignados, descansos), turnos (horarios), recursos humanos y materiales insuficientes para la realización de las tareas.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia, pasar la jornada laboral en un ambiente saludable, tanto físicamente como psicológicamente. Para ello, debemos de adoptar medidas que nos lleven a alcanzar éste bienestar, que beneficia tanto a empleados como a empresarios. Respecto, al sector sanitario, los trabajadores deben de conocer diferentes técnicas ergonómicas, que les facilite su jornada laboral y que impidan, que se vea comprometida su salud. Entre otras, para reducir las posturas forzadas, debemos de colocar los elementos de trabajo, como pueden ser las pantallas de ordenador, a la altura de la vista; cuando se atienda a personas que se encuentran sentadas, debemos de barajar la posibilidad de trabajar sentados, ajustar las camas de los pacientes a una altura que nos resulte cómoda para trabajar e impedir que nuestra columna vertebral se resienta. Es fundamental, utilizar un calzado cómodo, que no apriete, cerrado y que no sea del todo plano. En el ambiente sanitario, muchas de las tareas que se desempeñan, exigen, estar largas horas de pie. Un calzado inadecuado, puede acarrear graves consecuencias, como pueden ser: caídas por resbalones, lumbalgia, edema en las extremidades inferiores.

6 Bibliografía

- https://prezi.com/jgn10mzhxumc/evolucion-e-historia-de-la-ergonomia/
- https://www.ecured.cu/Bernardino_Ramazzini
- https://prezi.com/jgn10mzhxumc/evolucion-e-historia-de-la-ergonomia/
- https://www.osalan.euskadi.eus/areas-de-actuacion/-/especialidades-preventivas/ergonomia/
- https://www.academia.edu/11514198/historia_de_la_ergonomia
- https://www.lifeder.com/historia-ergonomia/
- http://buscarempleo.republica.com/riesgos-laborales/la-ergonomia-en-el-ambiente-laboral.html
- https://www.up-spain.com/blog/ergonomia-para-el-bienestar-de-los-empleados/

Capítulo 1733

LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN LOS PACIENTES ENCAMADOS.

JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

Los cambios posturales constituyen, sin lugar a duda, una de las medidas básicas para la prevención de las
UPP.

En ocasiones una persona no puede valerse por sí misma y debe pasar la mayoría del tiempo en la cama. En estos casos, el cambio postural es la principal medida de prevención de lesiones en la piel, como las úlceras por presión.

En estos cambios realiza una función esencial el celador.
Cuando nos encontramos estirados en una cama, cambiamos de posición para evitar presiones en las distintas zonas de apoyo.

No obstante, hay personas de avanzada edad o con movilidad reducida que no pueden hacer este cambio postural ellos mismos. En estos casos, es muy importante la labor del cuidador, que deberá mover a la persona impedida en distintas posiciones para evitar la aparición de úlceras por presión.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Aliviar la presión continúa en las personas encamados.

Objetivos secundarios:
- Evitar la aparición de lesiones en la piel.
- Mover y cambiar las posturas del paciente.
- Prevenir la aparición de úlceras.
- Prevenir la pérdida de tono muscular y las contracturas musculares.

3 Metodología

Identificación de documentos que respondan a los objetivos de este trabajo en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud: MEDLINE, CINAHL, sciELO, COCHRANE y CUIDEN.

Se realizó una búsqueda inversa para obtener más estudios en las listas de bibliografía de todas las publicaciones obtenidas y pertinentes, identificadas mediante estas estrategias, y de otras revisiones que se consideraron de interés.

4 Resultados

Cuando un paciente encamado llega a la unidad de hospitalización, la enfermera, en la valoración inicial que hace al paciente, incluirá la necesidad de cambios posturales y la frecuencia de éstos. Generalmente esta información se coloca en el cabecero de la cama del paciente, para que el celador, cuando vaya a moverlo, sepa si es conveniente hacerlo o no.

- Si el estado de la persona lo permite, lo ideal es realizar cambios posturales cada 2-3 horas cuando esté encamada. Debemos evitar en lo posible apoyarla directamente sobre sus lesiones, si ya las tuviera.
- Si está sentado y tiene autonomía para realizar cambios de postura, lo conveniente es que los realice cada 15 minutos.

Si es dependiente se deben realizar cada hora y si no es posible por el motivo que sea, es preferible que permanezca en cama.
Los cambios posturales en pacientes encamados, generalmente ancianos, son muy importantes a la hora de proporcionarles confort y de prevenir la aparición de úlceras por presión. Los cambios posturales los puede ejecutar cualquier persona que haya aprendido a manejarlos.

En el ámbito hospitalario, son los celadores los que los practican, aunque es una labor compartida por todos los sanitarios. Esto se ve mejor a la hora del aseo de un paciente encamado o de curar una úlcera por presión o herida, ya que participan enfermería, auxiliar y celador.

Las posturas más frecuentes son acostado boca arriba y acostado de lado (izquierdo y derecho). Hay diferentes tablas en las que se puede observar de forma detallada la posición ideal en cada una de las posturas.

Es fundamental no arrastrar a la persona para evitar lesiones por la propia fricción con las sabanas. Para ello, podemos utilizar una sábana entremetida. Es decir, una sábana que colocaremos sobre la sabana bajera y que utilizaremos para elevar a la persona desde ambos lados de la cama.

De este modo, evitamos el arrastre al subir a la persona, por ejemplo, cuando se ha escurrido hacia los pies de la cama.

Sobre posiciones e intervalos de cambios posturales:

Para las posiciones de decúbito lateral no sobrepase los 30 grados de lateralización, y evite apoyar el peso sobre los trocánteres.

Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30 grados) durante los cambios posturales en decúbito supino y lateralizado.

Realizar cambios posturales cada 3-4 horas en SEMP viscoelásticas en población de riesgo de UPP según la escala de valoración elegida.

Realizar cambios posturales cada 2 horas en colchones estándar en población de riesgo de UPP según la escala de valoración elegida.

Sobre formación y planes integrales de cambios posturales:

Instauré un mismo protocolo de prevención de UPP para pacientes de riesgo medio y alto.

El seguimiento de un protocolo de prevención de UPP debe contener:

La formación de auxiliares, enfermeras y celadores en cambios posturales.

Registro de los cambios y medidas.

Tiempo determinado para realización de cambios posturales.

Registrar los cambios posturales especificando la frecuencia y la posición adoptada, e incluyendo una evaluación de los resultados de los cambios posturales en aparición de lesiones.

5 Discusión-Conclusión

Cuando nuestro familiar o paciente dependiente debe permanecer largos periodos en la cama, debemos poner cuidado en que mantenga una postura correcta y que no permanezca muchas horas en la misma posición para evitar la aparición de úlceras por presión.

Los cambios posturales ayudan a aliviar la presión continuada en los pacientes encamados, y por lo tanto necesarios en la prevención de úlceras por presión.

Los cambios se realizaran cada 2-3 horas, y en pacientes que puedan estar sentados se realizaran cada hora, descargando el peso sobre las nalgas movilizándose de un lado a otro cada 15-30 min.

Los cambios posturales deben ser rotatorios pasando por todas las posiciones; es decir, decúbito supino, lateral derecho, lateral izquierdo, prono, y si se puede, posición de sentado (por ejemplo, para las comidas).

6 Bibliografía

- Moore EH, Seamus Cowman Z. Cambios de posición para el tratamiento de las úlceras de decúbito (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. [acceso 23 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.update-software.com
[Links].

Capítulo 1734

EL CELADOR EN QUIRÓFANO: NORMAS DE ACTUACIÓN Y FUNCIONES

MARCOS ESTEBAN DIAZ

BEATRIZ MARTIN CORA

ROCÍO MENÉNDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El Celador es la persona que tiene por oficio celar o vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden o hacer otras tareas de apoyo en un establecimiento público. Según el Estatuto que regula sus funciones, en los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del Celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los Médicos, Supervisoras o Enfermeras. Es importante definir exactamente cuáles son estas labores, así como las normas que debe seguir el trabajador al realizarlas para asegurar el buen funcionamiento del quirófano.

2 Objetivos

- Definir las funciones concretas del Celador en el quirófano.
- Determinar las normas de actuación del Celador para la correcta realización de dichas funciones.

3 Metodología

La recopilación de fuentes bibliográficas se ha realizado por medio de búsquedas en las bases de datos Pubmed/Medline, Scielo, y Google Académico. Para ello, hemos utilizado las palabras claves celador, quirófano, funciones, normativa. De entre todos los resultados en diversos idiomas, se han seleccionado aquellos escritos en castellano en los últimos once años, para así asegurarnos de su adaptación a la normativa actual en nuestro país.

4 Resultados

El quirófano es la sala donde se realizan las intervenciones quirúrgicas. Cada hospital suele disponer de varios quirófanos, diseñados cada uno para un tipo distinto de cirugía. El conjunto de todos los quirófanos de un hospital es el llamado bloque o área quirúrgica, que debe estar situado lo más cerca posible de la UVI o UCI.

En el quirófano trabaja un equipo compuesto por diferentes profesionales, cada uno con sus funciones propias, cuyo objetivo es proporcionar al paciente cuidados eficaces de manera oportuna, eficiente y segura. El buen trabajo en equipo del personal de quirófano es una pieza clave para el resultado de la intervención y la salud del paciente.
El equipo de quirófano se puede dividir en dos grupos según las funciones de los trabajadores que los componen:
1. Equipo estéril: cirujano y sus ayudantes, y enfermero instrumentista.
2. Equipo no estéril: anestesista, enfermera anestesista, enfermera circulante, auxiliar de enfermería, celador.
Como miembros del equipo no estéril, en el quirófano los celadores:
1. Trasladarán a los pacientes desde la unidad donde se encuentren hasta el quirófano y la sala de reanimación y viceversa, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe su historia clínica, entregada al celador por la enfermera de la unidad de procedencia.
2. Ayudarán al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones.
3. Colaborarán con el anestesista en colocar al enfermo en la posición adecuada.
4. Ayudarán a la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran, siempre que el médico, supervisora o enfermera encargada lo solicite.
5. Trasladarán los aparatos o mobiliario precisos para la intervención.

6. Durante las intervenciones quirúrgicas, el celador permanecerá en el antequirófano por si precisaran de sus servicios.
7. Trasportarán documentos, analíticas, pruebas, que se realicen durante la intervención, al laboratorio, al banco de sangre, al servicio de anatomía patológica, etc.

Normas de higiene

Atendiendo a las normas de asepsia, el quirófano se divide en áreas con diferente tipo de restricciones en lo referente a la circulación de personal, pacientes y material.
1. Zona sin limitaciones o negra: es una zona sucia a la que se permite el acceso con ropa de calle.
2. Zona semilimitada o gris: es una zona limpia. Es obligatorio el uso de uniforme, gorro y calzas.
3. Zona limitada o blanca: es una zona estéril, limitada solo al personal autorizado. Es obligatorio el uso de uniforme, gorro, calzas y mascarilla quirúrgica.

Como parte del equipo no estéril, el celador no necesita realizar el lavado de manos quirúrgico (sí el higiénico), pero sí debe utilizar la vestimenta adecuada en quirófano. Dicha vestimenta incluye:

1. Uniforme: pijama de dos piezas, hecho de tejido resistente de algodón. Debe ser amplio para permitir los movimientos necesarios y de colores sólidos y relajantes.
2. Calzado: cómodo, antideslizante, de un material fácil de limpiar, y cerrado (nunca zuecos).
3. Calzas: de tela o papel, deben recubrir todo el calzado.
4. Gorro: de tela, papel o plástico, debe cubrir todo el cabello.
5. Mascarilla: de tela o papel, debe cubrir la nariz, boca, mentón, y toda la barba.
6. Guantes: de látex o nitrilo. Es muy importante recordar que su uso no exime de la necesidad de lavarse las manos.

Antes de entrar al quirófano, el celador deberá realizar la higiene de manos, que consta de los siguientes pasos:
1. Mojarse las manos.
2. Frotar las manos con jabón líquido: palma con palma, y cada una de las palmas con el dorso de la otra mano y entre los dedos, prestando especial atención a las uñas y pliegues de la piel.
3. Enjuagarse las manos con agua.
4. Secarse las manos con una toalla desechable, y utilizar dicha toalla para cerrar el grifo (si no se acciona por pedal).

Normas de manipulación de cargas

En el quirófano, el celador tiene que manejar pesos en distintas ocasiones: al movilizar y trasladar al paciente, al transportar material, objetos y maquinaria, etc. Para poder realizar estas funciones de forma segura, debe seguir las normas de prevención de riesgos en manipulación de cargas.

Por manipulación de cargas entendemos cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, la colocación, el empuje, la atracción o el desplazamiento, que por sus características inadecuadas entraña riesgo, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.

Las pautas generales para la manipulación segura de cargas son:
1. Planificar el movimiento, utilizando ayudas mecánicas o pidiendo ayuda a otros compañeros en caso de necesitarla.
2. Colocar los pies algo separados para aumentar el centro de gravedad.
3. Para levantar cargas, se deben doblar las piernas y mantener siempre la espalda derecha, dejando que sean los músculos de las piernas y no los de la espalda los que realicen el mayor esfuerzo.
4. Extender las manos al agarrar el objeto para utilizar la palma de la mano y no solo los dedos.
5. No realizar movimientos bruscos ni a tirones.
6. Evitar los giros del tronco. En lugar de girar el tronco, debemos mover los pies para recolocar el cuerpo en la posición necesaria.
7. Mantener la carga pegada al cuerpo.
8. Depositar la carga suavemente.
9. Tener en cuenta que siempre es más recomendable empujar o deslizar una carga que levantarla.
10. Ser conscientes de que el límite que no se recomienda superar al manipular cargas es de 25kg, que se reduce a 15kg en mujeres y jóvenes, y puede aumentarse hasta 40kg para trabajadores entrenados.

Normas de traslado y movilización de pacientes:

El traslado de pacientes consiste en mover al paciente de una zona del hospital a otra utilizando sillas de ruedas, camas o camillas según las necesidades específicas del paciente.

La camilla o cama debe empujarse desde la cabecera, abriendo camino con los pies del paciente. En el caso de la silla de ruedas, se empujará desde la parte de atrás.

La movilización de los pacientes es su traslado desde su cama a la camilla o silla de ruedas, y vice versa.
Las normas generales para la movilización de pacientes son:
1. Adoptar las medidas de higiene necesarias: lavado de manos, guantes, etc.
2. Preparar el área: eliminar obstáculos, frenar cama y camilla o silla, colocar respaldos en la posición adecuada…
3. Si el paciente puede, pedir su colaboración.
4. Si el paciente no puede colaborar, utilizar ayudas mecánicas o pedir apoyo a otros compañeros.
5. Seguir las instrucciones del personal sanitario.
6. Realizar movimientos lentos y suaves para evitar traumatismos y dolores para el paciente.
7. Guardar la intimidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

1. Algunas de las funciones de los celadores en el quirófano no son específicas de este servicio, sino que son extensión de las funciones generales del celador en el medio hospitalario. Estas funciones son, por ejemplo, el traslado de pacientes, el transporte de documentos y aparatos, etc.
2. Otras funciones sí son específicas del quirófano, como la colocación del paciente en la posición quirúrgica adecuada.
3. Para llevar a cabo sus funciones, el celador debe cumplir una serie de normas que velan por la seguridad del paciente, del propio celador, y del resto del equipo de quirófano.
4. Las normas que debe cumplir el celador en el quirófano están relacionadas con la higiene, la vestimenta, la movilización y traslado de pacientes, y la manipulación de cargas.

6 Bibliografía

- Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorso lumbares, para los trabajadores
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- DANIEL MERA NÚÑEZ, Manual Básico del Celador, 2009

- ANA REDONDO CRESPO, Mª ÁNGELES TEJADO ALAMILLO, BLANCA RODRÍGUEZ ORTUÑO, Funciones del celador en la atención sanitaria, 2012
- ABRAHAM HIDALGO ÁLVAREZ, Actuaciones, objetivos y funciones del equipo de Enfermeria quirurgico que aseguran los cuidados del paciente en el proceso perioperatorio, Rev. Portales Médicos 13/12/2010
- SERGIO TINEO RODRIGUEZ, Técnicas, experiencias y métodos de actuación del celador en las diferentes especialidades quirúrgicas

Capítulo 1735

EL CELADOR ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA ISABEL FERNANDEZ JIMENEZ

1 Introducción

La OMS definió en el año 1990 los cuidados paliativos como “El cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento con intención curativa”. Siendo de especial relevancia el control del dolor y otros síntomas físicos, asi como la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales.

Según la definición de la OMS y la sociedad Española de cuidados paliativos, enfermedad terminal es aquella que no tiene tratamiento especifico curativo o con capacidad para retrasar su evolución y que por ello conlleva la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a 6 meses)

El objetivo de los cuidados paliativos es ayudar a las personas con una enfermedad grave a sentirse mejor. Estos cuidados paliativos previenen los síntomas, y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos

Con los cuidados paliativos se tratan problemas sociales, emocionales y espirituales que surgen por la enfermedad .Si las personas se sienten mejor en estos áreas, tienen una mejor calidad de vida

Hay una diferencia entre cuidados paliativos y cuidados a pacientes terminales. Ambos cuidados pretenden brindar bienestar, pero mientras los cuidados paliativos empiezan en el momento del diagnostico y tratamiento ,la atención a pacientes terminales empieza cuando acaba el tratamiento de la enfermedad y cuando se sabe que la persona no va a sobrevivir a ella.

2 Objetivos

- Conocer aspectos relacionados con los cuidados paliativos la atención a pacientes terminales. Describir los objetivos a conseguir con el paciente terminal. Conocer los deberes de las celadores que atienden a personas en situación de enfermedad terminal.
- Analizar las funciones del celador en la movilización del paciente terminal

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados paliativos tienen las siguientes características:
• Asegurar la vida y aceptar la muerte como algo inevitable
• Proporcionar alivio del dolor
• No acelerar ni posponer la muerte
• Ofrecer un sistema de apoyo psicológico a la familia
• Ofrecen un sistema de apoyo psicológico a las familias
• Ofrecer un sistema de apoyo a los pacientes para ayudarles a vivir tan activamente como sea posible.
En España en 1982 se fundó la sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL) con varios objetivos entre ellos destacan:
• Investigación
• El aprendizaje de los profesionales
• La promoción de la calidad de la atención
• El apoyo de la implementación de los cuidados paliativos
Los objetivos a conseguir con el paciente terminal son:
• Bienestar: La confortabilidad del paciente es muy importante. Se trata de disminuir el sufrimiento del enfermo y familiares
• Atención integral: Se proporciona al paciente y a su familia una atención que tenga en cuenta sus necesidades físicas, emocionales y espirituales.

• Control de los síntomas: Medicamentos, tratamiento…
• Apoyo emocional y comunicación: Se les proporciona información acerca de diagnosticos, tratamiento, pronostico de la enfermedad asi como posibles complicaciones. Es tan importante lo que se dice en si como la manera de decirlo
El paciente terminal puede pasar por 5 etapas ante la aceptación de la muerte,según la psiquiatra Kubler Ross(1926 – 2004) estas etapas son :
1. Negacion del paciente y de la familia: El paciente y su familia niegan la gravedad de la enfermedad ,es como una defensa ante la enfermedad
2. Ira : Fase de rabia , disgusto
3. Negociacion(pacto) : El paciente va aceptando la idea de que va a morir pero intentará retrasar o aplazar el desenlace lo máximo posible
4. Depresión: Fase de desaliento , desanimo
5. Aceptacion : El paciente ya esta preparado para el desenlace

Los deberes de los celadores que se ocupan de los pacientes con enfermedad terminal son
• Deber de confidencialidad : Toda actividad medico-asistencial tendente a obtener, clasificar, utilizar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el respeto por la dignidad humana y la confidencialidad de sus datos sensibles
• Deberes respecto a la información clínica : Traslado de historias clínicas y confidencialidad respecto a estas
• Deberes con respecto a asistencia sanitaria
Estas funciones de asitencia suponen la realización por parte de los celadores de las siguientes tareas:
- Ayudar en el aseo a los pacientes
- Ayudar en la colocación y retirada de las cuñas ,para la recogida de excretes de los enfermos
- Ayudar en el movimiento y traslado de enfermos encamados que requieren un trato especial por sus dolencias para hacerles la cama. La responsabilidad es siempre de enfermería
- En ausencia del peluquero o por urgencia, rasurar a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas urgentes
- Prestar ayuda a los técnicos en la realización de placas con el aparato de rayos portátil
- Comunicar, sin tardanza las comunicaciones verbales, documentales,correspondencia u objetos que les sean confiscados por sus superiores

- Ayudar a situar a los pacientes que requieren determinadas técnicas
- Ayudar al personal de enfermería cuando tenga que medicar o curar a pacientes ,colocarlo en una determinada postura
- Ayudar al paciente en el aseo
- Ayudar al paciente en la inmovilización

Con el paciente terminal el celador deberá tener en cuenta tanto a la comunicación verbal como la no verbal , tiene que ser respetuoso ,empático y amable. Sus cuidados y actitudes han de ser optimos y cautelosos ante una situación tan delicada como la de un enfermo terminal.

Las características básicas que deben reunir un celador se dividen en cualidades y aptitudes.
A su vez las cualidades deben ser físicas, psiquiátricas intelectuales y personales.
- Cualidades físicas : debe de tener habilidades para la correcta realización de traslados
- Cualidades intelectuales: Ser capaces de pensar en cada momento como realizar correctamente una tarea y responder ante una situación de urgencia o emergencia
- Cualidades psíquicas: Control emocional ,entereza
- Cualidades personales: Amabilidad , empatía,delicadeza ,paciencia , discreccion

El celador es parte de un equipo de trabajo. Los aspectos de los equipos de trabajo son
- Interdependencia
- Responsabilidad compartida
- Objetivos compartidos
- Especialización de roles
- Pertenencia formal o una organización

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador ante el terminal es muy importante. Esta forma parte de un equipo (enfermeras, médicos, psicológicos, auxiliares…) los cuales proporcionan cuidados paliativos al paciente.

El celador debe mostrar respeto y empatía hacia el enfermo terminal y hacia sus familiares, ayudándoles en lo que pueda. El celador debe de proporcionar confot al enfermo , conocer las distancias, etapas por las que puede pasar y ponerse en el lugar del enfermo (empatía) para asi ofrecerte unas cuidados efectivos.

6 Bibliografía

- Sonsules (2018) Actuación del celador con el paciente terminal y fallecido Libro CEP celador. Servicio de salud del Principado de Asturias (SESPA)
- El celador en cuidados paliativos – Logoss (2018)
- Sobre la muerte y las moribundos. Elizabeth Kubler Ross (1969)
- SECPAL – Web de sociedad Española de cuidados paliativos

Capítulo 1736

PROTECCIÓN DE DATOS Y DERECHOS DEL PACIENTE

JENNIFER FERNANDEZ ZAPICO

1 Introducción

La protección de Datos personales es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y regulado por el Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), la Ley Orgánica de Protección de datos y su reglamento de desarrollo.

Esta normativa afecta a los profesionales que operan en el sector sanitario, a las clínicas, a los hospitales, a los centros médicos y a las instituciones sanitarias.En este caso en particular, la normativa en protección de datos se complementa con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre, la cual se encarga de regular los derechos y las obligaciones en materia de información y documentación clínica en la que se regula su historial. Debemos tener en cuenta que todo paciente tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud.

El Reglamento de Protección de datos los define los datos relativos a la salud de la siguiente manera: Datos personales relativos a la salud física o mental de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud", es decir, relativos a una enfermedad, una discapacidad, el riesgo de padecer enfermedades, el historial médico, el tratamiento clínico o el estado fisiológico o biomédico del interesado, indepen-

dientemente de su fuente, por ejemplo, un médico u otro profesional sanitario, un hospital, un dispositivo médico, o una prueba diagnóstica in vitro.

Por lo trascendental que puede tener este tipo de datos para la privacidad del interesado, el Reglamento de Protección de datos, da a este tipo de datos el adjetivo de Especialmente Protegidos, lo cual hace que se deban cumplir una serie de condiciones adicionales para su tratamiento conforme a la normativa.

2 Objetivos

- Con las novedades en materia de Protección de datos que se han introducido con la nueva normativa y que ha llevado a la organización ha cambiar algunas pautas en el tratamiento de los datos personales de los pacientes, el objetivo de este capítulo es, dar a conocer por un lado los principios que se deben exigir en cuanto al tratamiento de los datos y los derechos que tiene el paciente sobre los mismos.

3 Metodología

Para cumplir con lo expresado en el Reglamento de Protección de datos, los principios fundamentales que deben formalizar los responsables de los datos para el cumplimiento de la normativa son los siguientes:
• Consentimiento: Es la principal base para el tratamiento legal, ha de ser explicito y recogido por escrito.
• Calidad de los datos: se recogerán siempre que sean veraces, adecuados y pertinentes. La información sanitaria no puede recopilarse de forma desleal, fraudulenta o ílicita.
Debemos tener en cuenta que la recogida y el tratamiento de datos de salud persiguen una finalidad principal muy clara plasmada en la propia finalidad de la historia clínica: garantizar una asistencia adecuada al paciente.
• Información: los pacientes deben de ser informados en todo momento:
• Existencia de estos ficheros.
• Finalidad del mismo.
• Posibles destinatarios de la información.
• Identidad y dirección del responsable del mantenimiento del mismo.
• Posibilidad del ejercicio de sus derechos.
Es obligatorio, en cada centro sanitario, la existencia de una hoja de información al paciente en la que le solicita su autorización para el tratamiento de sus datos.

• Confidencialidad: El secreto profesional es de obligatorio cumplimiento por el personal que tenga acceso a los datos del paciente. Incluso cuando la relación que vincule a las partes haya finalizado. Se obliga a los centros médicos a adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y el procedimiento legal de acceso.

• Facilitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición: Hay que informar a los pacientes de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. El procedimiento para el ejercicio de estos derechos debe hacerse siempre conforme a Derecho, ya que existen unos plazos y unas pautas tanto para ejercerlos como para facilitarlos

4 Resultados

Una vez visto la metodología necesaria para tratar la información y datos de los pacientes en cumplimiento con la normativa de protección de datos personales, vamos a ver, como cada uno de los principios fundamentales es llevado a cabo en el día a día de la sanidad para que los pacientes puedan ejercer sus derechos con todas las garantías:
• Consentimiento: como hemos visto el consentimiento es el pilar para el tratamiento de los datos personales, pero actualmente, no es necesario que el médico o el centro sanitario solicite el consentimiento a los pacientes en ciertos casos, como puede ser para la recogida y utilización de datos personales y de salud, si se van a utilizar para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral de los trabajadores, si es por razones de interés público en el ámbito de la salud pública, como por ejemplo, la protección frente amenazas transfronterizas graves.
Las personas que traten los datos deben ser profesionales sujetos a la obligación de secreto profesional, o que estén bajo su responsabilidad.
El consentimiento suele ser de manera verbal, pero si es necesario que sea por escrito en caso de intervención quirúrgica o de diagnostico o terapéuticos invasivos.
• Información: aunque no es necesario pedir el consentimiento ya que generalmente cuando alguien acude al médico o centro sanitario, se entiende que acude para que le presten asistencia sanitaria, si es obligatorio que el paciente sea informado de: o Existencia de estos ficheros. o Finalidad del mismo o Posibles destinatarios de la información. o Identidad y dirección del responsable del mantenimiento del mismo. o Posibilidad del ejercicio de sus derechos.

La información ha de ser concisa, transparente, inteligible y de fácil acceso, con un lenguaje claro y sencillo. Puede hacerse por capas, es decir, una información de lo fundamental y una remisión a la página web, a un folleto… para conocer la totalidad de la información.
Como regla general se proporciona verbalmente, debiendo el médico dejar constancia de ello en la historia clínica.

• Confidencialidad: Todo paciente tiene derecho a que se respete con carácter confidencial los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ella sin previa autorización
Toda la información relativa a la salud de un paciente se encuentra en su historia clínica, cuyo fin es ofrecer una atención correcta y personalizada.
La historia clínica no solo es un instrumento fundamental para garantizar una asistencia sanitaria adecuada: ya que la propia ley la reconoce como un derecho más del paciente, al establecer que "todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada".
Por tanto, cada centro debe archivar y custodiar las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea su soporte (papel, soporte audiovisual, informático o de cualquier otro tipo) de forma que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.
El paciente tiene derecho a acceder a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella.

• Derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición: son el conjunto de derechos a través de los cuales la actual normativa garantiza a las personas el poder de control sobre sus datos personales. Estos derechos son de todos los ciudadanos y se pueden ejercer en los Servicios de Información y Atención al Usuario donde se pueden encontrar modelos normalizados.

5 Discusión-Conclusión

El Reglamento europeo de protección de datos proporciona derechos nuevos y más claros a los pacientes.
También hay que tener en cuenta que el sector de la salud se encuentra expuesto a un riesgo constante en cuanto a la protección de datos personales se refiere, al ser un ramo que por el trabajo tan delicado que realiza, y por la naturaleza de los datos que trata, requiere de acciones y evaluaciones constantes, ya que,

cuando hablamos del tratamiento de datos personales relativos a la salud, y por lo tanto sensibles, sabemos que nos encontramos ante un escenario en el que su utilización indebida puede situar a su titular en un estado de riesgo grave o generar discriminación.

Si bien es cierto que, en el día a día, de los centros sanitarios que albergan en sus archivos información de salud de las personas, el tratamiento de la misma obedece a fines legítimos para el bienestar de los pacientes, no es menos cierto que tales fines no pueden justificar en modo alguno un trato discrecional y arbitrario de dicha información sin contemplar las imposición legales que para dichos tratamientos la distinta normativa impone.

El desarrollo legislativo sobre protección de la intimidad ante el tratamiento automatizado de datos extremadamente sensibles, debe hacer tomar conciencia, a los profesionales del sector sanitario, de la importancia de este fenómeno y de la necesidad de tener en cuenta, junto a los cuidados de la salud de sus pacientes, de su obligación de actuar en una forma extremadamente diligente en cuanto al almacenamiento, mantenimiento o cesión de los datos que obren en su poder, derivados de la relación asistencial.
El tratamiento de los datos se está convirtiendo en un tema cada vez más importante en el área de la salud

6 Bibliografía

• Guía sobre los derechos de protección de datos de los pacientes y usuarios de la sanidad.
• Ley orgánica 3/2018 de Protección de datos.
• Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.
• Derechos y Deberes de los usuarios de la Sanidad SESPA.
• Decálogo de protección de datos para el personal sanitario y administrativo SESPA.

Capítulo 1737

PROCESOS COMUNICATIVOS DEL CELADOR EN UN CENTRO SANITARIO

ANTONIO VEGA FERNÁNDEZ

MªJOSE ALVAREZ DEL FUEYO

CLARA SAEZ IGLESIAS

MANUELA MUÑIZ FERNÁNDEZ

ANTONIO JAVIER FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Según Goleman (1999), la inteligencia emocional (IE) es "la capacidad del individuo de reconocer los sentimientos propios y ajenos, motivarse y manejar sus emociones de manera adecuada, y los efectos en su comportamiento y en la relación con los demás". Por ello, la inteligencia emocional ha sido ampliamente estudiada por la literatura científica en la última década, haciendo hincapié a nivel laboral y organizacional.

Así, se han expuesto múltiples aspectos de la inteligencia emocional que pueden generar mejores climas laborales, al ser el trabajador capaz de resolver conflictos de forma más adecuada, a través de la asertividad y negociación, mejorando por ello -de manera indirecta- su satisfacción con el puesto e incrementándose su productividad (Duque-Ceballos, García-Solarte y Hurtado-Ayala, 2017).

En el ámbito de la salud y los servicios sanitarios, la esfera social y de gestión de conflictos adquiere una importancia suprema, pues el profesional hospitalario deberá atender de la mejor manera al paciente, garantizando su bienestar. Estos trabajadores deben ser conscientes de que el confort no solo comprende una dimensión física sino también psicológica, entrando aquí en juego, de forma determinante, la inteligencia emocional del profesional (Sánchez, 2011).

Asimismo, que el profesional sea emocionalmente inteligente no solo garantizará una asistencia de calidad al paciente, sino que incidirá en su propia salud mental. Unas adecuadas habilidades sociales funcionan, por lo tanto, como un factor protector ante la aparición de trastornos mentales que, a medio/largo plazo, puedan degenerar en bajas laborales y absentismo (Bustamante, 2013).

2 Objetivos

- Identificar las habilidades sociales y comunicativas principales de las que debe disponer el celador en su trabajo diario, tanto dentro del equipo multidisciplinar como en su trato directo con el paciente.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: celador, comunicación, sanidad, hospital, equipo multidisciplinar, paciente. A través de estos tópicos, se encontraron 11 documentos, de los que se eliminaron 4.

En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 7 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar dos más por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 5.

4 Resultados

Tras analizar los artículos seleccionados, se halla que el celador debe disponer de una serie de habilidades y capacidades comunicativas que le permitirán interactuar de forma adecuada tanto con los usuarios del centro sanitario como con los diferentes miembros de su equipo multidisciplinar.

1. Comunicación del celador con el equipo multidisciplinar

La comunicación del celador con el equipo multidisciplinar se fundamentará en el objetivo común de este tipo de organización profesional: aportar la mejor asistencia y atención al paciente o usuario del SNS. En este sentido, la comunicación entre los distintos miembros debe ser organizada, adecuada y correcta, a través de unos canales previamente establecidos, con el fin de cumplir dicha meta.

En este sentido, el celador ha de participar en la misma medida que todos los demás miembros del equipo en su gestión. Por ello, la asertividad será la base de sus interacciones, evitando conflictos que puedan comprometer la calidad asistencial.

Por otro lado, el celador debe ser partícipe de la creación de un clima laboral óptimo, donde los compañeros se sientan integrados y reconocidos. Para ello, potenciar la participación de todos los profesionales, será fundamental. Situaciones de discriminación, acoso laboral y violencia son las consecuencias más habituales de un liderazgo tóxico.

Finalmente, el celador debe tener la capacidad de autocontrolarse a nivel emocional, afrontando las circunstancias adversas de manera adecuada, sabiendo gestionar las diferencias de opinión mediante la negociación y el compromiso. Saber ceder, en muchas ocasiones, permitirá que un debate -que puede ser sano y constructivo- se torne en una problemática de gravedad.

Por todo lo anterior, el equipo multidisciplinar al completo debe saber solucionar problemas y generar respuestas de manera conjunta.

2. Comunicación del celador con el paciente

Por otro lado, el celador ha de tener especial sensibilidad en su trato diario con el paciente, así como con su familia y entorno más cercano. En este sentido, estos profesionales tienen como responsabilidad las tareas que siguen a continuación:

• Empatía con el paciente y su dolencia, poniéndose en su lugar y comprendiendo el proceso por el que está pasando. De este modo, posibles reacciones inesperadas por pate del paciente podrán ser comprendidas y abordadas.

• Asertividad a la hora de solucionar posibles quejas, conflictos o reclamaciones que haga el paciente o su entorno.

• En caso de hallarse ante una situación de difícil solución, o que supere sus competencias, el celador debe dirigirse directamente al supervisor más inmediato.

• Tratar de forma respetuosa al paciente en todo momento, con amabilidad, dando el nombre y llamando al paciente por el suyo.

• Responder a la información que el paciente solicite, siempre y cuando sea función del celador hacerlo. En caso contrario, explicar con amabilidad que trasladará la cuestión a quien corresponda.

La aplicación de todas las pautas previamente descritas, fomentarán un ambiente de trabajo -tanto entre compañeros como con el paciente – de confianza y respeto mutuos.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que una buena inteligencia emocional será fundamental en el trabajo del celador, quien se encuentra en contacto directo y colaboración constante tanto con pacientes como con otros profesionales de la institución sanitaria. Por ello, la capacitación de estos profesionales en el desarrollo y aplicación diaria de unas adecuadas habilidades comunicativas incidirá de forma positiva tanto en su desempeño laboral como en el clima de trabajo general. Asimismo, la atención dispensada a los pacientes incrementará su calidad y promoverá una mayor satisfacción en el usuario.

Estudios empíricos que analicen esta cuestión son necesarios en el futuro, dada la importancia suprema que las habilidades sociales tienen en un entorno como es el sanitario. Asimismo, la categoría de celador está aún poco estudiada, a pesar de que son quienes más en contacto permanecen con el paciente durante la jornada laboral. Por ello, trabajos que analicen en profundidad el impacto de las interacciones celador-paciente sobre este último, se precisan necesarias.

6 Bibliografía

- Bustamante, E. (2013). El clima de comunicación, la motivación y la satisfacción laboral en un proceso de atención primaria en Colombia. Revista de comunicación y salud, 3(1), 35-49. de Vargas, C. E. R., Obrero, I. G., Gallardo, J. P., Herrera, J. P., Navarro, C. S., & Domínguez, A. C. (2004). La importancia de la comunicación entre el equipo profesional, el paciente y los cuidadores/familiares. Rehabilitación, 38(6), 296-305.
- Domínguez, S. S., Alcázar, F. J. R., Carabias, M. D. R. J., Lozano, D. S., & Alonso, H. G. (2015). Identificación del personal hospitalario relacionado con la calidad asistencial al paciente. RevistaEnfermeríaCyL, 7(2), 50-60.
- Duque-Ceballos, J. L., García-Solarte, M., & Hurtado-Ayala, A. (2017). Influencia de la inteligencia emocional sobre las competencias laborales: un estudio empírico con empleados del nivel administrativo. Estudios gerenciales, 33(144), 250-260.

- Goleman, D. (1999). La Inteligencia emocional. Buenos Aires: Editorial Javier Vergara.
- Lorenzo, A., Alfonso, S., Tejero, T., & Baquero, J. L. Estudio del Foro Español de Pacientes de la comunicación entre el profesional de la Sanidad y el paciente en el ámbito hospitalario.
- Ospina, E. B. (2012). La promoción de la salud desde la comunicación interna. Revista de Comunicación y Salud: RCyS, 2(2), 79-90.
- Pérez Alcocer, A. (2015). El papel del celador en el hospital.
- Sánchez, C. C. (2011). La comunicación en el hospital: la gestión de la comunicación en el ámbito sanitario (Vol. 42). Comunicación Social.
- Sánchez, F. S., Marín, F. J. S., & Benavente, Y. L. (2008). Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. Revista de calidad asistencial, 23(6), 253-258.

Capítulo 1738

PAPEL DEL CELADOR EN LA RECEPCIÓN DE PACIENTES EN CENTROS SANITARIOS

MªJOSE ALVAREZ DEL FUEYO

CLARA SAEZ IGLESIAS

ANTONIO JAVIER FERNANDEZ FERNANDEZ

ANTONIO VEGA FERNÁNDEZ

MANUELA MUÑIZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Todo profesional que trabaje en el ámbito de la salud debe tener una serie de habilidades sociales y comunicativas necesarias para desempeñar con éxito sus funciones. No puede ser de otra forma, ya que los usuarios con los que se trabaja son personas de carne y hueso, con sus historias personales, formas de pensar y sentimientos que hay que respetar y saber llevar dependiendo de la situación (Acosta, 2018). En este sentido, el papel de los celadores adquiere gran relevancia puesto que trabajan de forma directa con los usuarios, es decir, con personas que en su mayoría presentan problemas tales como: enfermedades de distinto tipo, dolores, miedo a lo desconocido y a un futuro incierto.

Por lo tanto, se hace de vital necesidad que, más allá de cuestiones técnicas, se trabaje siempre con una actitud paciente, amable, cariñosa, que trasmita con-

fianza y calma. En muchas ocasiones, tanto pacientes como familiares pueden llegar nerviosos y en estado de ansiedad al centro sanitario, por lo que habrá que tratarlos de forma adecuada para tranquilizarlos y calmar los ánimos. Por ello, se necesita de las estrategias comunicativas necesarias para así conseguir los objetivos deseados (Hernández y Margarita, 2003).

En el ámbito sanitario cobra gran importancia la actitud mental y afectiva, así como el ánimo con el que se afrontan las estancias hospitalarias. En ese sentido, la influencia de los trabajadores es enorme, pudiendo aportar calma y mesura ante una estancia hospitalaria, la realización de una prueba diagnóstica o la de una intervención quirúrgica. Ante este tipo de situaciones, recibir una atención comprensiva, atenta, tranquilizadora y personalizada, conseguirá casi con toda seguridad que las personas atendidas se sientan contentas con la atención recibida y afronten todo el proceso sanitario con una actitud más positiva y con mayor confianza (Sanz García, Jurado García y Fernández Serrano, 2009).

Humanizar la atención al usuario, da igual si es en el ámbito sanitario o en cualquier otro, es por lo tanto de obligado cumplimiento. Sólo de esta forma se podrá dar una atención de calidad garantizada, poniendo al paciente y la familia en el centro de nuestra atención asistencial.

2 Objetivos

- Describir qué funciones desempeña el celador en la recepción del usuario en un contexto sanitario, así como cuáles deben ser las principales características que estos deben presentar en el desarrollo de una atención personalizada y tranquilizadora para el usuario y su familia.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: celador, atención humanizada, atención personalizada, sanidad, asistencia, función. A través de estos tópicos, se encontraron 14 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 5 salidas de la web. En primera instancia se selec-

cionaron, por lo tanto, 9 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debió eliminar 2 más por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 7.

4 Resultados

Tras el análisis de los artículos seleccionados, se encuentra que las funciones clave de los celadores a la hora de interactuar con el paciente, son las que siguen a continuación: recibir y prestar ayuda a los pacientes, ya vengan en ambulancia o en sus propios vehículos particulares; recibir y prestar ayuda a pacientes ambulantes; llevar a los pacientes en silla de ruedas, camillas, etc, a donde sea preciso; dar aviso al personal sanitario en caso de que sea necesaria su presencia.

Además, se halla que la calidad de la asistencia depende de diferentes factores, a saber: lo rápido y eficaz que haya sido la atención prestada; la amabilidad con la que los profesionales atienden a los pacientes; y, enlazado con todo esto, la satisfacción final tanto del paciente como de su familia.

Todo esto indica, por lo tanto, que los pilares básicos sobre la que se establece la actitud con la que el celador recibe a las personas son la interacción con el usuario, así como los mencionados a continuación:
• Realizar una atención personalizada, adecuándose a las características de la persona a la que se atiende.
• No dejar escapar ningún detalle, cualquier información puede ser valiosa y de gran necesidad.
• Tener humildad y ser respetuoso ante las críticas de los usuarios.
• Dar confianza y seguridad.
• Proteger la información personal del usuario respetando la confidencialidad.
• Mostrarse como una persona abierta y accesible en la que el usuario pueda confiar.
• Adaptar la forma de comunicar a los usuarios, intentando evitar el uso de tecnicismos.

Finalmente, el celador tendrá entre sus funciones la del traslado y movilización del paciente. Por ello, explicar de forma clara y sencilla los procedimientos que se van a realizar, ayudará a que el usuario se sienta confiado y colabore con el celador en la medida de lo posible, incrementándose así su satisfacción con el centro sanitario. Del mismo modo, cuando se encarguen de otros procesos,

tales como el rasurado, la forma de proceder debe ser igual a la ya mencionada, debiendo asegurarse -antes de continuar con los procedimientos- que el usuario ha comprendido qué va a ocurrir.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que en las instituciones públicas de salud debe llevarse a cabo, de forma progresiva, una mejoría en relación al trato con el paciente por parte de todos los profesionales (sanitarios y no sanitarios), proporcionando así una atención humanizada y adecuada a las particularidades individuales de cada paciente y sus familiares. Se debe poner a la persona en el foco de atención, siendo esencial el tener a su vez una visión integral de la atención sanitaria. Para ello, se deberían ajustar las normas y procesos que rigen los centros sanitarios, estableciendo así un protocolo de obligado cumplimiento para todos los profesionales en sus respectivas áreas de trabajo, sean o no encargados de la recepción de pacientes.

Además, tal y como se puede comprobar en el apartado de metodología, la bibliografía a este respecto es escasa. Es por ello que se propone la realización de estudios empíricos con los que poder comprobar en el futuro la efectividad de los nuevos modelos en contraposición a los antiguos. Sólo así se podrá avanzar hacia una atención integral, individualizada y de calidad, en la que el paciente sienta que sus preocupaciones son tenidas en cuenta y que se le trata con la amabilidad y el respeto debidos.

6 Bibliografía

- Acosta, C. A. A. (2018). La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. Revista Colombiana de Bioética, 13(2), 68-86.
- Aguirre, H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud pública de México, 32(2), 170-180.
- Funes Madrid, E. J., & Coro, M. C. (2013). Recepción del paciente en Clínica Médica (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería.).
- Hernández, A. M. S., & Margarita, P. (2003). Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. Cuadernos de bioética, 14(50), 39-60.
- Morales, J. M., Martinez, D. J. D., & Muñoz, F. J. (2003). Consenso como método para la elaboración de estándares de recepción, clasificación e intervención san-

itaria inicial de pacientes en urgencias: resultados y conclusiones (II). Tempus Vitalis, 3, 15-24.
- Sanz García, P., Jurado García, M. C., & Fernández Serrano, M. M. (2009). La humanización de los cuidados, la clave de la satisfacción asistencial: hacia el plan de acogida y acompañamiento.
- Villanueva, A., Nebot, C., Galán, A., Gómez, G., Cervera, M., Mira, J. J., ... & Tomás, O. (2006). Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. Revista de Calidad asistencial, 21(4), 199-206.

Capítulo 1739

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLINICA EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA CAMPO PEREZ

1 Introducción

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es un servicio no asistencial que se encarga de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria especializada en régimen ambulatorio o de hospitalización, además de gestionar la historia clínica. El Servicio de Admisión tiene un carácter multidisciplinar.

El servicio de Admisión y Documentación Clínica Es la Unidad encargada de articular en el ámbito de la Atención Primaria y Especializada del área de salud, la ordenación, coordinación y priorización de las actividades que se producen entorno a la asistencia médica con el fin de mantener la eficiencia en la utilización de recursos y la cohesión de la organización frente al paciente y su proceso asistencial, garantizando así el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.

El auxiliar administrativo el es personal encargado de gestionar la admisión de los pacientes en los diferentes centros sanitarios así como el encargado de manejar la documentación clínica de los mismos.

2 Objetivos

- Estudiar las diferentes funciones que el auxiliar administrativo tiene que desarrollar para llevar a cabo un correcto trabajo dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica de cualquier hospital o centro de salud.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed y Google Academy y varias revistas médicas.

Términos de búsqueda: historias clínicas, admisión, documentación clínica y hospital. También se han consultado guías relacionadas con la materia a estudio.

4 Resultados

Las funciones de admisión de hospitalización, urgencias y pacientes ambulatorios, conforman el área de gestión de pacientes. Las funciones de archivo de la historia clínica y documentación constituyen el área de gestión de la documentación clínica. Como resultado de ambas áreas y producto de ambas gestiones (pacientes y documentación) se configura el Sistema de Información Asistencial.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica constituye la estructura de apoyo en el hospital, basada en el concepto de gestión de pacientes como área responsable de gestionar el flujo de los mismos por los distintos servicios que la Gerencia de Atención Integrada ofrece, así como tramitar su documentación clínica, y la información asistencial generada.

Para la organización del servicio es necesario disponer de una serie de instrumentos y requisitos básicos de infraestructura y organización: desarrollo de un software básico de apoyo a la actividad interna del servicio, abierto y modificable en el tiempo para su adaptación a las necesidades de cada momento. definición y creación de ficheros y registros de acuerdo a la información que se desea manejar establecimiento de los circuitos internos de comunicación y control de los procesos formación continuada del personal auxiliar administrativo.

El auxiliar administrativo de la salud como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica tiene que integrar los contactos y movimientos asistenciales

de todos los pacientes en el hospital y en su área de atención especializada. Sus funciones están orientadas hacia la coordinación de acciones y recursos alrededor de la asistencia al usuario, teniendo una función moduladora y facilitadora de las tareas asistenciales de los servicios clínicos.

En las diferentes áreas básicas de atención (hospitalización, urgencias y atención ambulatoria), deberá desarrollar funciones y tareas encaminadas a:
Gestión operativa de los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial de pacientes, con el fin de facilitar y garantizar una sencilla y ágil accesibilidad.
Organización y evaluación del proceso asistencial, manteniendo la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente y favoreciendo una adecuada y eficiente utilización de los recursos.
Obtención de datos que ofrezcan al hospital información sobre la demanda existente y la actividad asistencial realizada.
En el ámbito de la hospitalización y intervención quirúrgica, son funciones del auxiliar administrativo:
- Solicitud y programación de ingresos.
- Gestión de camas.
- Registro del episodio de hospitalización.
- Coordinación organizativa del proceso asistencial.
- Inclusión y gestión de listas de espera.
- Gestión operativa de la programación quirúrgica.
- Registro de salidas y movimientos en lista de espera y de la actividad quirúrgica.
- Registro del episodio de urgencias.
- Coordinación organizativa del proceso asistencial de urgencias.
- Respecto a la atención ambulatoria, las funciones serían:
- Programación y gestión de agendas.
- Gestión operativa de la solicitud de cita.
- Difusión de la actividad programada.
- Registro de la actividad.
- Coordinación organizativa del proceso asistencial.

A parte de estas funciones, realizan también funciones relacionadas con derivaciones intercentros.
Documentación Clínica: La responsabilidad del auxiliar administrativo en el área de documentación clínica es gestionar toda la información clínica generada por un paciente, independientemente del centro sanitario en el que sea atendido.

Las tareas que debe desempeñar el auxiliar administrativo de sanidad van dirigidas a organizar toda la documentación en una historia clínica única del paciente, custodiar, conservar y administrar la documentación que se va generando a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales y, a través de procesos de análisis documental, recuperar selectivamente y difundir la información clínica demandada por los distintos usuarios.
Es el servicio de Admisión y Documentación Clínica el responsable de organizar toda la información clínica en una historia clínica única del paciente, facilitando su utilización por los distintos usuarios definidos por el centro. Siendo las funciones del auxiliar administrato:
- Identificación de la historia clínica.
- Diseño y mantenimiento actualizado del formato de la historia clínica.
- Control de calidad de la historia clínica.
- Garantizar la accesibilidad de la historia.
- Custodiar las historias clínicas.
- Prestar y recepcionar las historias clínicas.
- Seguimiento de la documentación prestada.
- Mantenimiento y tratamiento de la documentación clínica.
- Tratamiento de la información clínica.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la diversidad y cantidad de funciones que engloba este Servicio, se hace necesario la creación de una guía que contribuya a la normalización de las funciones que el auxiliar administrativo de la sanidad debe desempeñar dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, promoviendo nuevas líneas de actuación en el campo profesional de la admisión y la documentación clínica. La información generada en dicha guía proporcionará las bases para la formación y la distribución de los recursos humanos de forma óptima, y contribuirá a la unificación y normalización de los contenidos de la actuación profesional.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica, debe ser evaluado en función de los resultados que obtiene y más en concreto en función de su capacidad y rendimiento. La evaluación continua a través de indicadores de actividad y de calidad, que involucran también a los servicios clínicos, favorece un clima de gestión compartida entre el Servicio de Admisión y Documentación Clínica y las unidades asistenciales.

6 Bibliografía

-López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
-Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
-Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. Cuadernos de bioética, 17(1), 57-68.
-Bonet, R. P., Pérez, I. A., García, M. A., Benavent, R. A., Vernis, M. M., & De La Cueva, A. (2001). La Documentación Médica. Papeles Médicos, 10(1), 24-31.
-Fortuny, S., Martínez-Hidalgo, B., García, R., Mateo, L., & Suárez, P. (2010). Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. Papeles médicos, 19(2), 4.
-Díaz Rojo, J. A. (2001). La terminología médica: diversidad, norma y uso.
-Asenjo, M. A., Bohigas, L. L., Trilla, A., Prat, A., Arbués, M. T., Ballesta, A. M.,... & Lobo, A. (1999). Gestión diaria del hospital. Revista española de salud pública, 73, 417-419.
-ibsalut.es

Capítulo 1740

AUXILIARES ADMINISTRATIVOS. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

MAR ROBLES DIEZ

MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ

JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ

INMACULADA FERNANDEZ BARROSO

ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

El trabajo de los auxiliares administrativos, casi siempre está asociado a un trabajo seguro, sin riesgos para los trabajadores, pero este grupo de trabajadores también están expuestos a sufrir accidentes o lesiones durante su jornada laboral. En la mayoría de los casos estos accidentes o lesiones no son graves, pero casi todos esos accidentes o lesiones se pueden evitar mediante el conocimiento de las causas que los originan.

2 Objetivos

Mediante el presente trabajo se trata de exponer cuales son los riesgos más importantes a los que los auxiliares administrativos están expuestos durante el de-

sempeño de su labor.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática en diversos buscadores y artículos científicos, como
PubMed o Cuiden entre otros. Utilizando palabras clave como prevención, prevención de riesgos laborales, baja laboral, lumbalgia… entre otros.

4 Resultados

De todos los riesgos a los que los auxiliares administrativos están expuestos en su ámbito laboral, expondremos los más importantes, como son:
-Golpes o caídas al mismo nivel, pueden ser producidos por tropiezos con cables, mediante un golpe con el mobiliaria, resbalar al pisar un suelo húmedo…
- Posturas y movimientos que no son correctos, adoptar una postura incorrecta al sentarse en la silla de trabajo, no poseer un buen hábito postural…
- Manipulado manual de cargas, mediante desplazamiento o sujeción de cajas, objeto, mobiliario… con un peso mayor a lo establecido.
– Fatiga visual, al pasar mucho tiempo realizando lecturas en la pantalla de datos con una condición desfavorable o con un ajuste de la pantalla que no es el idóneo.
– Confort acústico, ruidos molestos que producen un daño fisiológico incluso problema para concentrarse.
– Confort térmico, se tendría que conseguir una condición termoclimática idónea en el puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Conociendo los riesgos a los que los auxiliares administrativos están expuestos en su trabajo es más sencillo intervenir en ellos, reduciendo de forma considerable las lesiones y/o accidentes de trabajo que estos trabajadores pueden llegar a sufrir durante su labor profesional.

6 Bibliografía

- https://www.fauca.org/wp-content/uploads/2017/10/manual_prl-oficinas-y-despachosMC-Mutual.pdf

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

Capítulo 1741

TERAPIA DE PRESION NEGATIVA: VAC

LOURDES POSADA BELERDA

SARA MACIAS POSADA

1 Introducción

Las heridas crónicas son aquellas que no evolucionan más allá de la fase inflamatoria debido a un desequilibrio entre los factores de crecimiento y las proteasas. Pueden definirse como cualquier solución de continuidad en la superficie corporal que no cicatriza a la velocidad esperada ni con el tratamiento convencional, o que recurre una vez cicatrizada.

El tratamiento con PTN en su aplicación clínica apareció en 1940, aunque ha sido en la última década cuando su popularidad ha aumentado. Tal como describieron en 1997 Argenta y Morykwas (2), consiste en la aplicación en el lecho de la herida de una esponja porosa conectada a través de un tubo a una bomba de vacío y cubierta con un apósito adherente. Se consigue de esta forma aplicar una presión controlada continua o intermitente.

2 Objetivos

- Definir las características de la terapia de presión negativa.
- Evaluar el coste-beneficio de la utilización de estos sintemas.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica con conexiones online. Para ello se utilizaron varias bases de datos, así como revistas científicas de interés. Se encuentran gran número de artículos a través de las palabras clave seleccionadas

4 Resultados

Para el uso del tratamiento con PTN en una herida hay que aplicar los mismos criterios que se aplicarían para la selección de cualquier intervención: debe elegirse si constituye el método más coste-efectivo y más eficaz desde el punto de vista clínico. Los resultados del tratamiento deben reevaluarse adecuadamente.

Está indicado en heridas, lesiones y dehiscencias quirúrgicas de grandes dimensiones, elevada complejidad o con un retraso considerable en la cicatrización, como serían las úlceras varicosas, diabéticas o cualquier lesión con pérdida de continuidad. También se indica en heridas que están en relación con síndromes compartimentales, tanto en el abdomen como en las extremidades.

Se indica con restricciones en pacientes con cáncer, con terapia anticoagulante, con sangrado activo y en los que presentan una fístula enterocutánea. Está contraindicado su uso en pacientes con osteomielitis, con presencia de tejido necrótico o con trastornos psiquiátricos. No deben colocarse las esponjas sobre arterias o venas por el alto riesgo de que se produzca un sangrado masivo y de difícil control. En países como EE.UU., Reino Unido y Alemania es el tratamiento de primera elección para UPP, lesiones de origen vascular o pie diabético, sin que tengan que llegar a ser lesiones de larga evolución, tanto en el medio hospitalario como en Atención Primaria. En España su indicación es hospitalaria, de prescripción médica y en lesiones complejas, fundamentalmente dehiscencias con importante pérdida de continuidad y de grandes dimensiones.

Este sistema se considera caro en relación con otras medidas terapéuticas como los apósitos, de ahí que su uso sea restringido, especialmente fuera del ámbito hospitalario. Sin embargo, los costes del apósito en general representan un porcentaje pequeño del coste total del tratamiento de las heridas crónicas, puesto que el mayor coste se deriva del tiempo de enfermería, de la hospitalización y del abordaje de las complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Aunque todos los estudios apuntan claramente a los beneficios multifactoriales del tratamiento con PTN (reducción de tiempos de cicatrización, mejora en la calidad de vida, reducción de complicaciones, reducción de costes, etc.) según un metaanálisis reciente de Cochrane, sólo dos estudios que cubrían los requerimientos metodológicos indicaron que el tratamiento con PTN reduce de manera efectiva el tamaño de las heridas, aunque esta conclusión tiene poca relevancia estadística. Los estudios realizados hasta la fecha incluyen poblaciones muy reducidas y presentan limitaciones metodológicas importantes, por lo que aún debe seguir investigándose en esta línea para poder hablar de manera fiable de coste-efectividad.

6 Bibliografía

1. Wysocki AB. Wound fluids and the pathogenesis of chronic wounds. J Wound Ostomy Continence Nurs 1996; 23: 283-90.
2. Argenta LC, Morykwas MJ. Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: clinical experience. Ann Plast Surg 1997; 38: 563 76.
3. Timmers MS, Le Cessie S, Banwell P, Jukema GN. The effects of varying degrees of pressure delivered by negative-pressure wound therapy on skin perfusion. Ann Plast Surg 2005; 55: 665-71; discussion 1097-98.
4. Morykwas MJ, Faler BJ, Pearce DJ, Argenta LC. Effects of varying levels of subatmospheric pressure on the rate of granulation tissue formation in experimental wounds in swine. Ann Plast Surg 2001; 47: 547-51.

Capítulo 1742

LA ESCUCHA ACTIVA Y LA EMPATÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

MAR ROBLES DIEZ

MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ

JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ

INMACULADA FERNANDEZ BARROSO

ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

Mediante al escucha activa y la empatía conseguimos una comunicación más eficaz. El usuario se puede manifestar a su ritmo, incluso sus silencios pueden ser reveladores.

2 Objetivos

Daremos a conocer como un auxiliar administrativo puede realizar una buena escucha activa y ser empático con los pacientes o usuarios.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática en diversos buscadores y artículos científicos, como PubMed o Cuiden entre otros. Utilizando palabras clave como escuchar,

conversación, refuerzo positivo.

4 Resultados

Algunas de las acciones que podemos llevar a cabo para una correcta escucha activa son los siguientes:
- Escucha sin juzgar o sacar tus propias conclusiones antes de tiempo.
– Intenta no dar consejos, a no ser que nos lo pidan.
– Evita interrumpir cuando la otra persona está hablando.
– Si no es la primera conversación que tienes con ese individuo intentar aportar pequeños detalles de la conversación anterior a la actual, de esta manera sentirá que le prestas atención durante las conversaciones.
– Si la conversación se va a otros temas intenta redirigirla en la medida de lo posible.
– Pide información utilizando las preguntas adecuadas.
– Ayuda a darle claridad a sus pensamientos o inquietudes mediantes preguntas sencillas como, ¿Qué es realmente lo que te inquieta?.
– Utiliza refuerzos positivos (si, claro…) y un lenguaje corporal abierto (evitando cruzar piernas o brazos).
– Respeta los silencios, puede ser que los utilice para pensar.
– Evita minimizar lo que está contando, aunque para ti no sea muy importante, puede que sea muy importante para la otra persona.
– Evita acabar las frases de la otra persona, déjalo expresarse libremente.

Para conseguir una buena empatía solo tenemos que seguir estos 4 puntos:
- Escuchar
– Mantente en calma y tranquilo
– Ten paciencia
– Interésate por las emociones y no por los datos.

5 Discusión-Conclusión

Lograr que el usuario se abra, esté cómodo y tranquilo es un punto de inicio importantísimo para saber el fondo de su problemática y obtener un diagnóstico, tratamiento o cuidado más eficiente.

6 Bibliografía

- https://lamenteesmaravillosa.com/4-claves-para-desarrollar-la-empatia/
- https://habilidadsocial.com/escucha-activa/

Capítulo 1743

COMUNICACIÓN DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS CON LOS USUARIOS

MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ

INMACULADA FERNANDEZ BARROSO

MAR ROBLES DIEZ

ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ

JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ

1 Introducción

En muchos casos nos hallamos que el papel de desempeña el auxiliar administrativo es la atención al público y usuarios. Por este motivo es vital la manera en la que nos comunicamos con el usuario, haciendo esta comunicación de una manera idónea facilitaremos los intercambios de informaciones y supondrá un apoyo a todo aquel usuario que necesita cualquier tipo de atención en nuestro sistema de sanidad.

2 Objetivos

Exponer las normas que tienen que adoptar los auxiliares administrativos para prestar una atención de calidad al usuario del servicio de salud.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática en diversos buscadores y artículos científicos, como PubMed o Cuiden entre otros. Utilizando palabras clave como comunicación, empatía, auxiliares administrativos.

4 Resultados

Las normas más importantes que tiene que seguir un auxiliar administrativo son las siguientes:
- Informar y tratar de solucionar las dudas que puedan existir (ya sean acerca de formalidades, condiciones, documentación necesaria para determinados tratamientos o actuaciones)
– Actuaciones ágiles, rápidas, sencillas y simples frente a situaciones de urgencia.
– Prevenir el uso de lenguaje sexista.
– Dar importancia a las transmisiones de mensajes, intentando que sean claros, directos y siempre rehusando dar informaciones que no sean relevantes.
– Intentar no usar términos técnicos, adecuando nuestro tono.
– Mirar a la cara de la persona con la que conversamos, dando información coherente, natural y veraz.

5 Discusión-Conclusión

Los Auxiliares Administrativos tienen que mantener una postura correcta mientras desempeña su labor en los servicios de atención al público, tratando de conseguir que el usuario quede satisfecho. Con esto conseguiremos que la confianza y la seguridad en nuestro sistema de sanidad sean mayores. Conseguir un comunicación eficaz es de vital importancia para un correcto desarrollo de nuestra labor, se tiene que trabajar en ello desde las empresas para conseguir unos trabajadores más cualificados, no solo a nivel curricular, también a nivel personal.

6 Bibliografía

- https://revistamedica.com/lenguaje-correctopaciente-auxiliar-administrativo-celadorpersonal-sanitario/
- https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/10710/CC%2043%20art%204.pdf?s
equence=1&isAllowed=y

Capítulo 1744

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN EN EL PERSONAL NO SANITARIO

MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ

INMACULADA FERNANDEZ BARROSO

MAR ROBLES DIEZ

ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ

JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ

1 Introducción

La comunicación es el proceso de intercambio de informaciones, donde los emisores transmiten a los receptores mensajes mediante canales, con la finalidad de que los receptores emitan respuestas en contextos determinados. Las informaciones son fundamentales en el ámbito hospitalario, ya que de éstas informaciones dependen las tomas de decisiones que se llevan a cabo.

2 Objetivos

- Exponer los factores que establecen la comunicación en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro del ámbito sanitario la comunicación que nos preocupa es la relacionada al entorno laboral, la que se refiera a temas técnicos que no son sanitarios, por este motivo se establecen variedad de acuerdo a quien sea el receptor y el emisor (personal no sanitario con personal no sanitario, personal sanitario con personal no sanitario, personal no sanitario y pacientes, usuarios, familiares). Tanto el personal sanitario, como el personal no sanitario está organizado jerárquicamente, esto dificulta las comunicaciones (no son libres y están basadas en normas funcionales de los centros). También se usará un lenguaje y otro dependiendo de quién sea receptor y de quien sea emisor, por este motivo es necesario saber diferenciar entre una orden y un informe

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy las relaciones personales entre el personal no sanitario y los pacientes ha cambiado por motivos socioculturares y políticos, entre otros. A esto se suma un avance de la asistencia sanitaria. Los pacientes cada día son menos dependientes del sistema sanitario, escogiendo la mejor opción para ellos. Es muy importante que el sistema sanitario emplee recursos en la formación de sus trabajadores en el ámbito de la comunicación, se podrá ofertar un servicio de más calidad a todos los usuarios del sistema nacional de sanidad.

6 Bibliografía

- https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=thMrCOyXd54C&oi=fnd&pg=PA9&dq=comunicación+ambito+sanitario&ots=Zl4FEUWmnh&sig=0XajxI7BRxiPkuEMhViE5dCS2d4#v=onepag

=comunicación%20ambito%20sanitario&f=false.

- https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40440319/acadm7.pdf?responsecontentdisposition=inline%3B%20filename%3DLa_comunicacion_entre_el_profesional_de.pdf&XAmz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-AmzCredential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200210%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&XAmz-Date=20200210T135727Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-AmzSignature=264731a15b7952f69d78fa4d6c8f5068b51f996973f580482d982500ccc56581.

Capítulo 1745

LAVADO DE MANOS, TIPOS Y MOMENTOS CRUCIALES DONDE REALIZARLO.

INMACULADA FERNANDEZ BARROSO

JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ

ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ

MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ

MAR ROBLES DIEZ

1 Introducción

El lavado de manos es la acción más valiosa para prevenir el contagio de microorganismos. Es esencial realizar lavados de manos periódicos, aunque aparentemente las manos parezcan limpias.

2 Objetivos

- Exponer la importancia del lavado de manos, qué tipos de lavado de mano existen y cuándo realizar un lavado de manos correcto.

3 Metodología

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

4 Resultados

El lavado de manos se puede clasificar en 3 grupos:
- Lavado doméstico, se utiliza jabón convencional en nuestra higiene personal diaria.
- Lavado clínico, el que realizamos antes de después de tener contacto con pacientes o usuarios.
- Lavado quirúrgico. Es el que realizamos antes de manipular cualquier material que sea estéril y que vaya a estar en contacto con tejido, operaciones.

Los 5 momentos fundamentales para realizar el lavado de manos son los siguientes:
- Antes de estar en contacto directo con un paciente/usuario.
- Antes de efectuar tareas de limpieza o aséptica.
- Después de estar en contacto con líquidos corporales.
- Después de estar en contacto con pacientes/usuarios.
- Después de estar en contacto con el entorno del paciente/usuario.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos es una medida crucial para evitar la aparición de determinadas enfermedades contagiosas. Cada día tiene más peso en nuestro mundo laboral la importancia del lavado de manos aunque desgraciadamente en muchos casos las enfermedades nosocomiales están íntimamente ligadas a la mala realización de este lavado de manos e incluso a su no realización. El lavado de manos sigue siendo la manera más sencilla, económica y eficaz para detener la extensión de enfermedades contagiosas. En definitiva, con el lavado de manos se consigue mejor la calidad de vida de trabajadores y pacientes/usuarios y reducir costes sanitarios de una manera muy sencilla y económica.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf
- http://www.sempsph.com/images/stories/recursos/pdf/protocolos/2012/070_Protocolo_de_Lavado_de_Manos.pdf.

Capítulo 1746

LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

INMACULADA FERNANDEZ BARROSO

JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ

ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ

MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ

MAR ROBLES DIEZ

1 Introducción

Dentro de la Constitución Española se encuentra el derecho a la intimidad y confidencialidad, son derechos fundamentales, tienen la finalidad de proteger la intimidad de las personas. Este derecho cobra más importancia en el ámbito sanitario, puesto que los pacientes/usuarios aportan datos personales.

2 Objetivos

- Conocer las pautas a seguir descritas por la Agencia Española de Protección de Datos para asegurar la confidencialidad en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática en diversos buscadores y artículos científicos, como
PubMed o Cuiden entre otros. Utilizando palabras clave como prevención, confidencialidad, seguridad, historia clínica.

4 Resultados

- Utiliza la información de los usuarios/pacientes como lo harías con los tuyos propios.
- Accede solo a la información que necesites para el desempeño de tu trabajo.
- Recuerda que todos los accesos a las historias clínicas quedan registrados para posteriores auditorías.
- No informes a terceras personas sobre los datos de los pacientes/usuarios, salvo que éstos lo hayan autorizado o esté justificada legalmente esta información.
- Cerrar la puerta al salir de los despachos, cerrando las sesiones de los ordenadores, evitando facilitar claves o contraseñas o terceras personas.
- No enviar informaciones con datos de salud por correos electrónicos o por redes públicas, si fuese necesario hacerlo, mediante cifrado de datos.
- Destruir los documentos que contengan datos personales, nunca tirarlos a las papeleras.
- Tener cerrado con llave los armarios, archivadores, cajones… donde esté la documentación clínica.
- No dejar la historia clínica a la vista sin vigilarlo. 10) No realizar ficheros con datos personales por tu cuenta, consultar los oficiales.

5 Discusión-Conclusión

Toda la información que aparece en las historias clínicas con vitales para asegurar la calidad de nuestra atención. Es esencial poseer principios éticos y formales a la hora y manejar estas informaciones. Siempre se utilizará la información estrictamente necesaria y se desechará toda aquella que no aporte datos esenciales para la historia clínica del paciente/usuario.

6 Bibliografía

- https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-10/infografia-decalogo-personalsanitario.pdf.
- http://www.enfermerialeon.com/docs/comision_deo/GuiaConfidencialidadDatosJCyL.pdf.

Capítulo 1747

LOS CELADORES. LOS ESLABONES IMPRESCINDIBLES EN EL ENGRANAJE HOSPITALARIO.

JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

Los hospitales son esos sitios a donde nadie quiere ir, en los que nadie quiere estar pero que todo el mundo quiere tener cerca. Porque siempre son necesarios y nunca son suficientes. En ellos, trabajan cientos de profesionales, aunque nosotros, los usuarios, nos quedemos la mayor parte de las veces con las caras de aquellos que visten bata blanca. Pero en los complejos hospitalarios hay un enmarañado sistema de engranajes en el que cada pieza juega una función fundamental en la salud de las personas. Desde los médicos hasta el equipo de las cocinas, pasando por el personal de enfermería, mantenimiento, administración… Y, sin que nos demos cuenta, pasamos de puntillas por un gremio que resulta un pilar dentro de la sanidad española, los primeros en recibirnos y los últimos en despedirnos: los celadores. Los celadores y celadoras de los hospitales son "los invisibles", a pesar de estar siempre realizando las labores que repercuten primeramente en los pacientes.

2 Objetivos

Reconocer la importantísima labor del celador.

3 Metodología

Búsqueda de referencias bibliográficas publicadas en bases de datos especializadas como Medline Plus, Cuiden, PubMed o SciELO entre otras.

4 Resultados

Presentes en todos los hospitales, la labor de un celador es muy diversa. Hay celadores en todos los servicios. En hospitalización damos una atención directa al paciente, aunque nuestra labor es muy amplia: ayudamos a acostar y levantar a los pacientes, ayudamos a asearlos, de trasladarlos a las pruebas que les correspondan, tramitamos el papeleo que pueda surgir, llevamos analíticas… es una labor asistencial, donde ayudamos en la movilización de los pacientes ingresa. Entre celadores tenemos abogados, biólogos, profesores… hay licenciados, graduados y diplomados en un montón de campos, pero por distintos motivos estamos en un puesto de trabajo que solo tiene como requisito el título de escolaridad.

Muchos que se llenan la boca presumiendo de títulos y diciendo que los celadores somos unos vagos se sorprenderían de saber la titulación que tenemos a nuestra espalda. Lo más duro para un celador es siempre intentar que los problemas que vives día a día no te traspasen, saber crear una coraza para que te afecten en su justa medida. Vemos desgracias todos los días desde el punto de vista humano, social… E intentamos hacer nuestro trabajo de la mejor forma posible, no obstante no podemos permitirnos llevar el trabajo a casa, aunque a veces resulta muy difícil, pero si te acompaña no puedes vivir.

Tenemos un índice muy alto de pacientes mayores, y ahí ves realmente los problemas de la tercera edad, como casos de soledad que son muy duros… pero intentamos dejarnos no influir. Con todo, es imposible mantenerse totalmente al margen de una realidad que te acaba abduciendo. Ves casos en los que llegas a pensar 'Yo no quiero llegar a esto', pero imagina lo que pueden vivir los celadores en servicios de pediatría, de pediatría oncológica, o de cuidados paliativos… Son servicios en los que falta estar muy preparado psicológicamente para hacerles frente.

Aunque los celadores forman parte de la maquinaria del sistema sanitario, aún a día de hoy están catalogados como trabajadores no sanitarios, aunque vivan rodeados de trabajadores sanitarios. Sí es cierto que en muchas ocasiones colaboramos en labores sanitarias, pero nunca manipulando pacientes o medicaciones,

pero sí tenemos que tener conocimientos sobre los aparatos que se utilizan e instrumentos que juegan un papel en el postoperatorio, por ejemplo.

En cuanto a las demandas, los celadores quieren que se les defina su cometido de una vez por todas y que se actualicen sus funciones, recogidas aún a día de hoy en un estatuto de 1971. "Son funciones obsoletas, porque hay funciones que hacen distinciones entre hombres y mujeres", admiten los celadores. En la misma línea, el problema radica en que, al tratarse de un colectivo tan numeroso, es muy difícil poner a todo el mundo de acuerdo en algunos aspectos.

Los hospitales son la parte dura de la vida, son los centros a los que acudes cuando tienes alguna necesidad, pero cuando estás bien ya no te acuerdas de ellos y hasta que no pasas por ellos no tienes un concepto de la realidad que se vive allí. "El trabajo sale muchas veces gracias a la profesionalidad de la gente, porque los obstáculos son muchos, pero trabajamos con una sonrisa en la cara y sin dejar traslucir los problemas que tenemos detrás", afirman los celadores, que a pesar de los recursos disponibles siempre intentan mejorar y que el paciente no llegue a darse de cuenta de todo lo que acarreamos, porque en el hospital hay muchas tristezas pero estamos ahí para insuflar ánimos a la gente, para ayudarlos a ir hacia adelante.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores tienen una función ta necesaria como silenciosa. Apenas se habla de su función dentro del centro hospitalario cuando en general, son unos de los profesionales más queridos por los pacientes. Y es que sin este eslabón el engranaje hospitalario no funcionaría. Pero en general no son conscientes de su importancia, sin ellos se pararía todo el hospital. Todas las categorías son necesarias para el correcto funcionamiento de un centro hospitalario. El personal no hospitalario realiza una función importante y esencial para la calidad asistencial.

6 Bibliografía

- Del Castillo Torres L., Martos Navarro F., Gómez Martínez D., González Rabanal J. M., Vidal
Ramírez R., Alés Reina M.; "Celadores de las Instituciones Sanitarias del Insalud"; Octava Edición; Sevilla; Editorial MAD; diciembre, 1999.
- Celadores. Temario Oficial de Oposiciones al Insalud. Ediciones Sanitarias 2000.

- Estatuto Marco del Personal no Sanitario al Servicio de la Seguridad Social.

Capítulo 1748

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO COMO COMMUNITY MANAGER EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

YOANA DÍAZ VILLA

1 Introducción

Hoy en día la mayor parte de la gente tiene un Smartphone y además es usuario de una o más redes sociales. Esto le lleva a estar en contacto directo con todas ofertas y noticias relativas a las empresas y contactos cercanos y/o lejanos de manera online a través de su terminal móvil.

2 Objetivos

- Acercar al paciente a tener una visión más jovial, clara e innovadora de su centro hospitalario más cercano.
- Hacer de estos centros un sitio más cercano y lavar la imagen que tienen de angustia y misterio.

3 Metodología

No es una mala idea pensar en que los hospitales se introduzcan en las redes sociales para dar más confianza y transparencia a los y las pacientes. Es más, algunos hospitales ya han optado por ello y se han empezado a introducir en los medios sociales, siendo Instagram la red social preferida por los departamentos de calidad.

Y es que las redes sociales son un buen canal de información para hacer ver que el personal de nuestro centro hospitalario esta a la ultima en formación, pudiendo publicar todos los cursos, congresos o prácticas que se llevan a cabo dentro de sus instalaciones.

Muchos centros hospitalarios hacen de las redes sociales una ventana donde presentar a sus trabajadores y trabajadoras y así ofrecer una imagen cercana al paciente.
Es una gran herramienta a la hora de explicar nuevos procedimientos a los pacientes antes de llegar al centro hospitalario.

Incluso para llegar al mayor número de habitantes, solo hay que publicar en cualquier medio social un aviso de brote contagioso y las precauciones a tomar, y será más rápido y efectivo.
Se podrá poner en conocimiento de los pacientes, los nuevos equipamientos y herramientas, del hospital, dando así una imagen de innovación.

Y llevará a que muchos pacientes interactúen con el Centro Hospitalario lo que añadirá un valor añadido de confianza para otros usuarios.

¿Será esto el comienzo de un nuevo departamento a desarrollar por el personal administrativo de los centros hospitalarios?

Sin duda, es una nueva oportunidad de acercar al paciente con su centro hospitalario cercano, y con una buena formación, sería una oportunidad de trabajo a desarrollar por el personal administrativo del mismo centro, pues es el mejor capacitado y el que más en contacto esta tanto con los procedimientos del hospital como con el paciente.

4 Bibliografía

- https://www.lne.es/cuencas/2019/04/16/hospital-alvarez-buylla-linea-nuevo/2458413.html.
- https://campussanofi.es/2017/06/27/instagram-como-medio-para-concienciar-a-los-pacientes/.
- https://laesaludquequeremos.blogspot.com/2013/04/que-hospitales-espanoles-se-lanzaran.html.
- https://www.instagram.com/hvab_mieres/.

Capítulo 1749

EL TRABAJO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROGRAMADA

YOANA DÍAZ VILLA

1 Introducción

Todos las consultas, pruebas, tratamientos o procesos quirúrgicos por los que pase un paciente, deberán ir reflejados en su historia clínica, desde hace no muchos años las historias clínicas han pasado del papel al modo electrónico.

2 Objetivos

- Dejar huella en ella de todos los procesos hospitalarios por los que haya pasado el o la paciente, para que en futuras consultas cualquier profesional sanitario pueda verlo.

3 Metodología

Hablamos de intervenciones quirúrgicas programadas a aquellas intervenciones que no se hacen de manera urgente y cuentan con un mínimo de 5 días laborables de preaviso al paciente. En este tipo de intervenciones el personal administrativo será el encargado de introducir en la historia clínica electrónica de él o la paciente los rasgos superficiales de dicha intervención.

En dicha introducción deberá incluir:
- Admisión: la llegada del paciente al ante quirófano.
- Cierre del caso quirúrgico: al finalizar el proceso sacar al paciente de la Lista de intervenciones quirúrgicas.

En la documentación intraoperatoria deberá incluirse:
- Check-list: elemento seguridad implementado según las OMS.
- Horas de intervención: indicador del rendimiento quirúrgico y registro de la utilización de los recursos.
- Procedimiento: Iinforme de del protocolo y descripción del procedimiento.
- Asistentes.
- Datos de la intervención: registro del quirófano utilizado y su ubicación.
- Salida del quirófano: registro del estado del paciente y de su ubicación para el postoperatorio.
- Esterilización: registro del material estéril utilizado, pudiendo tener así controlado tanto su esterilidad como la optimización y previsión.
- Otros: registro de muestras para su análisis o cualquier otro registro de interés.

4 Bibliografía

- http://adela82014.blogspot.com/2014/03/secretaria-quirurgica.html
- Reglamento de Funcionamiento Interno Hospital Universitario Central Asturias

Capítulo 1750

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

MARÍA ISABEL ALONSO RODRÍGUEZ

MARÍA DEL ROSARIO CARBAJAL GONZALEZ

1 Introducción

En la secretaría quirúrgica se encargaran de tener el control administrativo del calendario quirúrgico.

Además de ser los y las encargadas de llevar al día el control del calendario quirúrgico, deberán transcribir los informes quirúrgicos y mantener informado al Jefe de departamento de historias médicas mensualmente del número de intervenciones pendientes por dictar, para que pueda elaborar las comunicaciones pertinentes.

- Deberán recepcionar diariamente, controlar y distribuir las solicitudes de intervenciones entre los departamentos de archivo de servicio de quirófano, departamento de cirugía y el servicio que solicita la intervención.
- Deberán elaborar el Plan Diario de Actividades Quirúrgicas en el que se deberá incluir la hora, nombre de paciente, diagnóstico e intervención, sangre, personal sanitario, número de historia y quirófano a utilizar con copia en un mínimo de 4/5 hojas que deberán ser repartidas:

El original se archiva en la carpeta de la secretaría quirúrgica de manera cronológica para su posterior introducción en el dictáfono.

• Otra copia servirá de guía para el cirujano.
• Las otras copias quedarán libres de entrega para el servicio que las requiera.
- Mantener la guía del orden para dictar un informe quirúrgico.
- Copiar por triplicada la hoja de intervención quirúrgica para entregar a la secretaría de hospitalización para poder poner una copia en la historia clínica del paciente, una copia en la carpeta personal de cada cirujano para poder introducirlo en el record quirúrgico del centro hospitalario, y una última copia pasará a formar parte del libro de pabellón.
- Cada día se recogerá de enfermería las hojas de control de las operaciones, se chequeara y registrará todas las intervenciones para elaborar un informe estadístico diario y se dejará registrado todas las intervenciones canceladas y sus causas.
- Se deberá registrar en los informes de intervención quirúrgica todo el personal sanitario asistente
- Se insistirá al cirujano que debe dictar los informes de las intervenciones pendientes.
- Al final del mes se elaborar una relación de las intervenciones sin dictar y será la jefatura del departamento de historias médicas quien realizará los reclamos correspondientes.
- Se deberá identificar las hojas de solicitud de biopsias para enviarlas junto a las muestras al servicio de anatomía patológica.
- Se deberá realizar las peticiones pertinentes para mantener la secretaria dotada del material de trabajo necesario.
- Tener durante el año en curso las carpetas de record personal de cada cirujano y las carpetas de informes quirúrgicos debidamente actualizados y custodiados.

2 Objetivos

- Tener un control del calendario quirúrgico para conseguir un menor tiempo de espera para la realización de una intervención.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- http://adela82014.blogspot.com/2014/03/secretaria-quirurgica.html
- https://issuu.com/candidavivas/docs/manual_administrativo_del_area_quir
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1751

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE TERMINAL.

DIEGO RICO LÓPEZ

1 Introducción

El celador, junto con médicos, enfermeras, psicólogos, etc, forma parte del personal que atienden al enfermo terminal y que le proporcionan cuidados paliativos. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define paciente terminal como ”paciente que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable con falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico, cuyo pronóstico de vida será inferior a seis meses”.

2 Objetivos

Analizar las particularidades del paciente terminal y explicar pautas básicas de actuación del celador en el desempeño de su labor.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según la SECPAL los elementos fundamentales que van a definir la enfermedad terminal son:
- Presencia de un enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional, en paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia, explicita o no de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses.

La OMS, declara que los objetivos de los cuidados paliativos, son:
- Alivio del dolor.
- No alargar, ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia. Durante la enfermedad y en el duelo.

En este sentido, las obligaciones del celador son las de colaborar en mejorar la calidad de vida del paciente a través de la higiene diaria y continuada del paciente, los cambios posturales, etc. Debe ser especialmente empático, tanto con el paciente como con sus familiares pero extremando la prudencia en sus comentarios. Debe atender, en la medida de sus posibilidades, las necesidades psicológicas del paciente escuchándole y hablando con él. Ha de ser cuidadoso tanto con la comunicación verbal, empleando un lenguaje sencillo y sin tecnicismos, como con la comunicación no verbal. El estado de estos enfermos, les hace especialmente sensibles y receptivos a cualquier gesto de preocupación, mirada, susurro, etc. Ha de existir cierto grado de flexibilidad en el trato que ha de ser personal y cálido, atendiendo a sus necesidades con cariño y comprensión.

Según la doctora Kübler Ross, desde que el paciente toma conciencia de su enfermedad hasta que muere, se pueden dar una serie de etapas:
- Shock. Bloqueo del paciente al comunicarle que su enfermedad es incurable.
-Negación. Rechaza su realidad.
-Cólera. El enfermo siente enfado, ira, rabia, etc.

-Negociación. Va aceptando la idea de la muerte pero intenta posponerla o retrasarla.
-Depresión.
-Aceptación.

La Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida establece en su Título I una serie de derechos de las personas en el proceso final de la vida. El enfermo terminal tiene derecho, entre otros, a:
- un trato digno.
- alivio del sufrimiento.
- información asistencial.
- otorgar instrucciones previas.
- recibir cuidados paliativos.
- tratamiento del dolor y de cualquier otro síntoma.
- la administración de la sedación paliativa.
- acompañamiento, etc.

De estos derechos, los cuales sería conveniente que conociera todo el personal sanitario y sociosanitario, se derivan una serie de obligaciones para los profesionales que atienden a la persona durante el proceso final de su vida que se recogen en el Título II de la ley 5/2018.

5 Discusión-Conclusión

El celador, como profesional que participa en el cuidado del paciente terminal, ha de tener en cuenta las particularidades de este tipo de enfermo. Ha de ser especialmente cuidadoso en la comunicación, tanto con el paciente como con la familia de éste y ha de conocer las distintas fases anímicas por las que puede estar pasando.

6 Bibliografía

-Rodrigues, A. (2010). El cuidador y el enfermo en el final de la vida. 27/01/2020, de SCielo web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=
sci_arttext&pid= S1695- 61412010000100022
-Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Título II Deberes de los profesionales que

atienden a la persona durante el proceso del final de su vida.

Capítulo 1752

ACTUACIÓN FRENTE AL PACIENTE CONFLICTIVO.

DIEGO RICO LÓPEZ

1 Introducción

Cada vez con más frecuencia se producen situaciones en los que profesionales del sector sanitario y sociosanitario han de enfrentarse a usuarios y pacientes descontentos y, en ocasiones, conflictivos. Este es un fenómeno creciente no solo en nuestro sistema sanitario sino en los de la mayoría de los países de nuestro entorno.

2 Objetivos

- Establecer unas pautas básicas de actuación para el profesional sanitario y sociosanitario ante los pacientes y usuarios conflictivos.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: prevención, agresión, paciente.
Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

¿Por qué el paciente-usuario está descontento?
Hay que ser consciente de que el paciente o usuario puede encontrarse sometido a situaciones de mucha tensión debido al dolor que sufre, a la incertidumbre sobre lo que va a pasar, la falta de información, el miedo, etc. Estas son situaciones que no todo el mundo sabe o puede manejar y que pueden producir un estrés en el paciente que derive en una reacción de enfado o ira. Se produce una frustración por parte del paciente-usuario al no encontrar satisfechas sus demandas, sean estas de información, atención, etc.

Hay factores de riesgo derivados de disfunciones tanto en el área administrativa como en la asistencial:
-Demora asistencial por inadecuada planificación del tiempo asignado a cada paciente.
-Atención apresurada por sobrecarga asistencial.
-Falta de coordinación entre niveles asistenciales (demora en las citas, pruebas complementarias, etc).
En otros casos las situaciones conflictivas son previsibles al tratarse de pacientes con antecedentes de conflictos o conductas agresivas con otros profesionales por trastornos de la personalidad, con poco autocontrol y baja tolerancia a la frustración, toxicomanías, etc.

¿Cómo prevenir una situación conflictiva?
Hay distintas medidas a adoptar tanto por parte del propio sistema sanitario como por los profesionales que en él trabajan que pueden prevenir que se produzcan estas situaciones conflictivas:
- Facilitar al ciudadano el acceso a la información que precise, siendo esta clara y concreta, para evitar interpretaciones erróneas y malentendidos.
-Dotar a los centros de condiciones ambientales adecuadas.
-Formar al personal en habilidades de comunicación. La comunicación persuasiva puede ser una de las mejores medidas para evitar pacientes y usuarios descontentos o conflictivos.
-Evitar actitudes por parte de los propios profesionales que pueden provocar reacciones violentas por parte del usuario.

¿Cómo detectar al paciente potencialmente conflictivo?

La información que puede alertarnos ante este tipo de situaciones la podremos recibir a través tanto del lenguaje verbal, como del lenguaje no verbal.
Lenguaje verbal: tono alto, palabras groseras, insultos, contenido del mensaje (solicitudes poco razonables o sin sentido).
Lenguaje no verbal: tensión muscular, puños contraídos, cambios de postura rápidos y sin finalidad alguna, señalar con el dedo, mantener el contacto visual de forma prolongada…

¿Cómo actuar frente al paciente conflictivo?
-Es necesario mantener el equilibrio emocional y no responder a las provocaciones.
-Mantener la conversación con un tono afable y profesional ya que un tono frio y cortante puede aumentar la conflictividad.
-De igual manera evitar expresiones verbales y no verbales que puedan aumentar la tensión.
-Escuchar y mostrar interés acerca de qué es lo que reclama nuestro interlocutor. No hay que menospreciar nunca sus quejas y demandas.
- Intentar explicar con detalle y lenguaje comprensible por el interlocutor, las razones por las que no se pueden cumplir sus expectativas. El trato con el paciente debe transmitir firmeza, pero evitando la prepotencia.
-Evitar interrumpir o elevar el tono de voz.
-Reconocer los posibles errores o deficiencias tanto propias como por parte del Centro que puedan originar la queja.
-Nuestro principal objetivo es mantener la calma y favorecer que nuestro interlocutor se desahogue.
-Si el clima de tensión va en aumento debemos valorar la presencia de otro profesional que tenga un efecto disuasorio y pueda ayudarnos a responder a las peticiones del interlocutor de forma serena.
-Si a pesar de poner en práctica estas recomendaciones, la tensión aumenta, se dará por finalizada la atención sanitaria o administrativa.

5 Discusión-Conclusión

Las situaciones conflictivas con pacientes y usuarios son un fenómeno cada vez más frecuente en nuestros servicios de salud. Es necesario dotar a los profesionales de las herramientas adecuadas para afrontar estas situaciones: planes de actuación, formación en habilidades comunicativas, etc. A su vez el propio Sistema

de Salud ha de proporcionar unas condiciones y un entorno que contribuya a que no se produzcan situaciones potencialmente conflictivas.

6 Bibliografía

- Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia.
- Plan de prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios del SESPA.

Capítulo 1753

AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO. CONSIDERACIONES LEGALES BÁSICAS

DIEGO RICO LÓPEZ

1 Introducción

En los centros sanitarios se producen situaciones conflictivas que pueden generar actuaciones agresivas por parte de los usuarios. Este es un fenómeno creciente dentro de los centros sanitarios, por eso, es fundamental conocer las diversas formas de actuar ante una agresión.

2 Objetivos

- Poner de manifiesto la problemática de las agresiones al personal sanitario y sociosanitario y exponer algunos conceptos legales básicos al respecto.

3 Metodología

Consulta de planes de actuación de distintos servicios de salud así como de artículos, páginas web y legislación.

4 Resultados

La Organización Internacional del Trabajo define la violencia en el trabajo como "toda acción, incidente o comportamiento que excede de lo razonable, mediante

el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra, en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma".

La violencia en el ámbito sanitario, como modalidad con características propias dentro de la violencia laboral, es una realidad de nuestros días, que no es desconocida por la Organización Internacional del Trabajo, que en las Directrices Marco para afrontar la Violencia Laboral en el Sector de la Salud en el año 2002, afirmó que "pese a que la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, en el sector de la salud tiene lugar casi la cuarta parte del total de la violencia en el ámbito laboral, y en conjunto puede afectar a más de la mitad de los trabajadores de la salud".

El aumento de las amenazas y agresiones cometidas contra médicos, enfermeros y en general personal sanitario, pone de manifiesto la necesidad de establecer medidas específicas de protección frente a este fenómeno. La solución a éste problema no puede abordarse desde un único punto de vista, sino que exige la colaboración, de las administraciones públicas (estatal, autonómica y local), de la administración sanitaria, de los colegios profesionales y de los usuarios.

El aumento de las agresiones al personal que desarrolla su trabajo en el ámbito de la salud, ha originado como respuesta, la adopción de numerosas medidas para prevenir y sancionar estas conductas y para apoyar y asesorar a la víctima. Los agentes sociales, los sindicatos, los Colegios Profesionales y la propia Administración Pública han elaborado numerosos planes de prevención y respuesta frente esta forma de violencia.

Consideraciones legales básicas.
Las consecuencias penales que se deriven de los ataques, dependerán en todo caso, de la entidad y gravedad de los mismos y del resultado lesivo que produzcan. En atención a su gravedad, las agresiones se califican penalmente como delito o falta. A su vez, las agresiones al personal sanitario pueden clasificarse en agresiones físicas y en agresiones verbales.
El delito de lesiones se regula en artículo 147 del Código Penal y en él se define el concepto de lesión:
"1. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento

médico.
Con la misma pena será castigado el que, en el plazo de un año, haya realizado cuatro veces la acción descrita en el artículo 617 de este Código.
2. No obstante, el hecho descrito en el apartado anterior será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a 12 meses, cuando sea de menor gravedad, atendidos el medio empleado o el resultado producido."

La falta de lesiones se regula en el Artículo 617 del Código Penal:
"1. El que, por cualquier medio o procedimiento, causara a otro una lesión no definida como delito en este Código será castigado con la pena de localización permanente de seis a 12 días o multa de uno a dos meses.
2. El que maltratare o golpeare de obra al otro, sin causarle lesión será castigado con la pena de localización permanente de dos a seis días o multa de 10 a 30 días."

Por lo tanto, podrán ser considerados como falta, aquellas lesiones que no puedan encajarse en el concepto de delito del artículo 147 del Código Penal.

La diferencia fundamental entre el delito y la falta de lesiones es la necesidad objetiva de tratamiento médico o quirúrgico para la cura de la lesión. En aquellos casos en que la lesión no requiera para su recuperación, más que una asistencia facultativa, sin necesidad de tratamiento médico o quirúrgico, estaremos ante una falta de lesiones del artículo 617. Cuando para la curación objetiva de la lesión sea preciso el tratamiento médico o quirúrgico además de la primera asistencia facultativa, la conducta se califica penalmente como delito del artículo 147.

El Código Penal también establece un tipo atenuado y un tipo agravado de lesiones en los artículos 147.2 y 148 respectivamente. Agresiones verbales: amenazas, coacciones, injurias y calumnias.

Las agresiones verbales son las que en mayor medida sufre el personal sanitario. Representan el 75% del total de las denuncias presentadas ante los tribunales de justicia. Desde el punto de vista del Derecho Penal, las agresiones verbales se deben clasificar en dos grandes grupos:
- Amenazas y coacciones: que se regulan en el Capítulo II y III del Título VI libro II del Código penal, bajo la rúbrica delitos contra la libertad.
- Injurias y calumnias: reguladas en el Titulo XI, del Libro II del Código Penal dentro de los delitos contra el honor.

El Código Penal sanciona el delito de amenazas en el artículo 169 de la siguiente forma:

"El que amenazare a otro con causarle a él, a su familia o a otras personas con las que esté íntimamente vinculado un mal que constituya delitos de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico, será castigado:
1º Con la pena de prisión de uno a cinco años, si se hubiere hecho la amenaza exigiendo una cantidad o imponiendo cualquier otra condición, aunque no sea ilícita, y el culpable hubiere conseguido su propósito. De no conseguirlo, se impondrá la pena de prisión de seis meses a tres años.
Las penas señaladas en el párrafo anterior se impondrán en su mitad superior si las amenazas se hicieren por escrito, por teléfono o por cualquier medio de comunicación o de reproducción, o en nombre de entidades o grupos reales o supuestos.
2º Con la pena de prisión de seis meses a dos años, cuando la amenaza no haya sido condicional."

El delito de coacciones se regula en el artículo 172 del Código Penal:
"1. El que, sin estar legítimamente autorizado, impidiere a otro con violencia hacer lo que la Ley no prohíbe, o le compeliere a efectuar lo que no quiere, sea justo o injusto, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años o con multa de 12 a 24 meses, según la gravedad de la coacción o de los medios empleados.
Cuando la coacción ejercida tuviera como objeto impedir el ejercicio de un derecho fundamental se le impondrán las penas en su mitad superior, salvo que el hecho tuviera señalada mayor pena en otro precepto de este Código. También se impondrán las penas en su mitad superior cuando la coacción ejercida tuviera por objeto impedir el legítimo disfrute de la vivienda."

Los delitos de injurias y calumnias se regulan dentro del Título XI del Código Penal:
"Artículo 205. Es calumnia la imputación de un delito hecha con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad.
Artículo 208. Es injuria la acción o expresión que lesiona la dignidad de otra persona, menoscabando su fama o atentando contra su propia estimación."

5 Discusión-Conclusión

Las agresiones en el entorno sanitario son un fenómeno creciente en las sociedades actuales. Los profesionales sanitarios y sociosanitarios han de conocer que, en función del tipo de agresión, las responsabilidades penales a exigir varían.

6 Bibliografía

- Plan de prevención de las agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia.
- Código Penal.
- Las agresiones a personal sanitario, propuestas para una reforma penal (Elena Martínez Zaporta Arechaga y Rafael Fernandez Delgado Momparler. Revista de derecho y salud, vol.16 num.2 julio-diciembre 2008).

Capítulo 1754

FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ

JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ

YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ

1 Introducción

El celador en la sanidad española forma parte de la escala general del personal subalterno. Suele ser la primera persona con la que contactan enfermos y familiares al llegar a la Institución, así que de este primer contacto puede producirse una buena o mala impresión general del servicio. Es por eso necesaria una adecuada formación de este personal tan indispensable por los múltiples servicios que presta.

2 Objetivos

- Establecer las diferentes funciones de los celadores en las Instituciones Sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre las funciones del celador.

4 Resultados

Las funciones de los celadores vienen recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, plasmado en una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971. Aunque se ha promulgado un nuevo Estatuto Marco (Ley 55/2003, de 16 de diciembre), que deroga los estatutos vigentes hasta la fecha, las funciones descritas en el antiguo Estatuto continúan vigentes, según la Disposición Transitoria Sexta de la Ley 55/2003.

Según viene recogido en este Estatuto de Personal no Sanitario, los celadores en el ejercicio de sus funciones:
1. Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.
2. Harán los servicios de guardia que corresponda dentro de los turnos que se establezcan.
3. Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.
4. Cuidarán de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de las persianas, cortinas y útiles de servicio en general.
5. Servirán de ascensoristas cuando se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran.
6. Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.
7. Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como del exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios.
8. Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
9. Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraren en la limpieza y conservación del edificio y material.
10. Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas,

cuidando no introduzcan en las Instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.
11. Vigilarán, asimismo, el comportamiento de los enfermos y de los visitantes, evitando que estos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución.
Cuidarán de que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.
12. Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias.
13. Ayudarán, asimismo, a las Enfermeras y Ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón de sus dolencias para hacerles las camas.
14. Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de las Supervisoras de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias.
15. En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requieran.
16. En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los Médicos, Supervisoras o Enfermeras.
17. Bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por sí mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las Supervisoras de plantas o servicios o personas que las sustituyan.
18. Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo no pueda éste ser movido sólo por la enfermera o ayudante de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.
19. Ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.
20. Ayudarán a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala.
21. Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándolos, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquéllas y siempre bajo las indicaciones que reciban de los Médicos,

Supervisoras o Enfermeras que les sustituyan en sus ausencias.
22. Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia del enfermo.
23. También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de celador es muy necesario en cualquier nivel asistencial, ya que sin su participación se llegaría a paralizar la marcha de la Institución. El carácter de funciones de asistencia al personal sanitario lo pone de manifiesto el hecho de que la mayoría de ellas son funciones de auxilio o ayuda a dicho personal, si bien algunas son tareas ejercidas de forma autónoma a indicación del personal sanitario.

6 Bibliografía

- Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- El celador en los Servicios hospitalarios. Formación continuada. Logoss.
- http://www.elgotero.com/funciones_del_celador.htm

Capítulo 1755

PROCESO DE DIGITALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS Y NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL AMBITO SANITARIO

EVA MARIA COLLAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las nuevas tecnologías se están implantando en el sector sanitario. Un buen punto de partida es colocar al paciente en el centro de esa transformación, ya que éste es cada vez más usuario digital y demanda que la sanidad le ofrezca soluciones para ello. La información digitalizada debe ser utilizada de forma integral e inteligente. El Eurobarómetro del año 2017 indica que el 52% de los pacientes quiere tener acceso a sus historias clínicas, pero solo el 9% de los hospitales lo posibilita y en la mayoría de los casos de forma parcial.

Según la Ley 41/2002, la historia clínica comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y recuperación de la información.

2 Objetivos

- Comprobar qué avances se están produciendo con la introducción de nuevas tecnologías en la historia clínica y las mejoras que nos aportarán.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un gran porcentaje de pacientes se muestran satisfechos con la introducción de la historia digital, siempre y cuando la infraestructura sea segura. Las principales ventajas de la historia clínica digital serían:
- Reducción del espacio físico, atenuando el problema creciente de falta de espacio en el archivo.
- Permite el acceso electrónico a la historia clínica digitalizada desde la Intranet y desde cualquier punto de trabajo o incluso el acceso directo del propio paciente en aquellos casos que este permitido.
- Aumenta la calidad final del archivo, ya que el acceso y recuperación de información se realiza de forma mucho más rápida.
- Garantiza la conservación de la historia clínica en un formato electrónico adecuado, existiendo copias de seguridad y siendo mucho más difícil tener perdidas de información.
- Reduce los movimientos de historia clínica que se pudieran generar motivados por estudios de investigación, consultas u otros.
- Reduce el tiempo y los recursos de búsqueda de historias clínicas.
- Se reduce la pérdida de información por posibles errores de archivado.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de criterios de normalización de la información, junto con el desarrollo de una Intranet sanitaria del SNS, permitirá facilitar al máximo la protec-

ción de la salud de la ciudadanía en todo momento y con independencia del lugar donde se precise atención sanitaria.

Se podrá garantizar a los pacientes el acceso telemático a los datos de salud que se encuentren en formato digital.Se garantizará a los profesionales sanitarios el acceso a determinados conjuntos de datos de salud, generados en una CCAA distinta de aquella desde la que se requiere la información. El sistema deberá dotarse de agilidad y sencillez en el acceso, tanto para la ciudadanía, como para los profesionales.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Portal del Ministerio de Sanidad dentro del apartado HCDSNS.
- www.redacciónmedica.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1756

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

EVA MARIA COLLAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

Entendemos por documento de instrucciones previas, según la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, aquel por el que "una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo". Se podrá designar también un representante, para que llegado el caso sirva de interlocutor con el médico o equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas. Este documento podrá revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

2 Objetivos

Dar a conocer como ha sido la evolución en España de la utilización de éste documento en los últimos años.

3 Metodología

Se ha hecho un estudio en la web del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la comparativa evolutiva en los años, por sexo y edades.

4 Resultados

Se ha creado el Registro Nacional de Instrucciones Previas para asegurar en todo el territorio nacional el cumplimiento de las voluntades manifestadas por los pacientes independientemente del lugar en el que se encuentren, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Desde los primeros datos disponibles de enero de 2013 hasta enero de 2020, se ha producido un importante aumento en la utilización de éste documento pasando de 145.775 personas en España en el primer año, a 314.011 en el año 2020.

Por Comunidades Autónomas, Cataluña ha experimentado el mayor aumento en 43.180 personas (de 47.773 en 2013 a 90.953 en enero de 2020), seguido de Madrid, Andalucía, País Vasco y Comunidad Valenciana.

Del total de los 314.011 documentos, 188.556 corresponden a mujeres mientras que 112.829 a hombres quedando una serie de Comunidades Autónomas en las que éste dato no está disponible.

Por edades y con datos a enero de 2020, lógicamente el mayor tramo se concentra en los mayores de 65 años, con 167.830 personas, seguido del tramo entre 51 y 65 años con 93.778 personas y de ahí decrece con la edad.

5 Discusión-Conclusión

- El Registro Nacional es el depositario de las instrucciones previas remitidas por los registros autonómicos.
- El número de registrados aumenta rápidamente, pero queda aún muy lejos del de otros países. Es importante que el ciudadano sepa que cuenta con éste instrumento que librará de cargas o toma de decisiones a sus familiares en el momento en el que él ya no pueda tomarlas.
- También se abre el debate a crear un registro a nivel europeo, ya que la movilidad es cada vez mayor, pero existe el problema del volcado de datos, que ya de por sí es difícil dentro de nuestro país.

6 Bibliografía

- Web del Ministerio de Sanidad y Consumo
- Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se crea el Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP).

Capítulo 1757

RIESGO GENERAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO: PUESTO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS.

EVA MARÍA ALVAREZ MASA

1 Introducción

Las nuevas tecnologías han hecho que se informatizaran muchos puestos de trabajo en el ámbito sanitario.

El puesto de administrativo en los centros hospitalarios lleva consigo una exposición continuada ante pantallas equipos de pantalla de visualización de datos (PVD), pero no sólo los administrativos sanitarios están expuestos a estos equipos también otros sectores sanitarios como enfermeras, consulta médicas, quirófanos, están también utilizando frecuentemente el uso de equipos informáticos u otro tipo de pantallas de visualización de datos.

No tener presente los elementos ergonómicos en este tipo de puesto de trabajo ocasiona la aparición de una serie de síntomas como la fatiga visual, mental, postural, etc.

2 Objetivos

- Definir de trabajo ante pantalla de visualización de datos
- Efectos sobre la salud: Enfermedades.
- Factores que eliminan o reducen los riesgos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, así como una exhaustiva búsqueda en internet.

4 Resultados

El Real Decreto 488/1997, 14 de abril regula las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con pantallas de visualización de datos.
No todos los trabajadores que están ante un equipo de PVD, es considerado como trabajador de PVD, para considerarse como tal tiene que darse algunas de las siguientes circunstancias:
1) Superar las 20 horas semanales de trabajo frente a estos equipos
2) Depender del equipo para realizar su trabajo
3) Tener una formación y experiencia específica en el uso de los equipos de pantalla de visualización de datos.
4) Utilizar estos equipos durante mas de una hora diaria
5) Que las tareas que realiza exijan un nivel alto de atención.

Los efectos sobre la salud suelen verse reflejados en lo siguiente:
A) Trastornos musculares.- lesiones que abarcan un gran número de síntomas que afectan a distintas zonas y partes del cuerpo, cuello, espalda, manos, tendones, ligamentos.Estos síntomas en principio pueden ser leves pero si no se ponen los remedios y medidas preventivas pueden acabar en patologías grave, alteraciones en los ligamentos, atrofia muscular, lumbalgias etc.
B) Fatiga visual.- aparece al producirse un esfuerzo visual. Sus síntomas suelen ser molestias oculares, hinchazón de ojos, enrojecimiento ocular. Estas molestias desaparecen normalmente cuando el trabajo reposa.
C) Fatiga mental.- Debido a un esfuerzo intelectual o mental excesivo. Sus síntomas pueden ser la cefalea, palpitaciones, trastornos digestivos, psíquicos,

trastornos del sueño, llegando incluso a un estado de estrés, si el trabajador es incapaz de recuperar la normalidad por si mismo.

Unos factores tan sencillos y simples, pero efectivos, pueden frenar todos estos síntomas producidos por la exposición a equipos PVD, como son:
1) Mobiliario adecuado, tanto la mesa como la silla, piezas fundamentales en el trabajo del administrativo.. Estos elementos tienen que tener unas dimensiones, altura y estructuras correctas, para que la postura del trabajador sea la correcta y disminuir el riesgo de las enfermedades anteriormente descritas.
2) El entorno de trabajo con unos puntos a mejorar como son: a. El espacio. El puesto de trabajo debe tener unas dimensiones que permita realizar cambios de postura sin dificultad. b. La iluminación. Ésta debe ser adecuada. Normalmente actualmente las pantallas de visualización vienen con antirreflejos y con una regulación de contraste adecuado. No se debe usar fluorescentes. c. Condiciones climáticas adecuadas, estas vienen reguladas en el R.D 488/1997 de 14 de abril.

Otras recomendaciones generales que también debemos tener presentes y que en este caso debe realizar el trabajador son: a) Mantener una correcta postura. b) Mantener la pantalla y el teclado lo más enfrente posible. c) No cruzar las piernas d) Evitar deslumbramientos de pantalla.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de administrativo en un centro hospitalario aunque aparezca como cómodo y relajado, entraña muchos riesgos que afectan a la salud del trabajador. Existen muchas circunstancias y factores que llevan a la aparición de un sinfín de enfermedades y dolencias que aunque algunas tiene un efecto reversible en otros casos puede derivar en una enfermedad crónica. Hoy en día existen muchos avances que puesto en práctica en el puesto de trabajo puede conseguir mejorar la vida laboral del individuo.

6 Bibliografía

1. Geraldo AP, Paniza GM. ERGONOMÍA AMBIENTAL: Iluminación y confort térmico en trabajadores de oficinas con pantalla de visualización de datos. Revista Ingeniería, Matemáticas y Ciencias de la Información [Internet]. 10 de agosto de 2014 [citado 11 de febrero de 2020];1(2). Disponible en: http://ojs.urepublicana.edu.co/index.php/ingenieria/article/view/228

2. Tamayo J, Carolina P. Trastornos musculoesqueléticos por posturas forzadas en personal administrativo, usuario de pantallas de visualización de datos, en una institución hospitalaria. enero de 2020 [citado 11 de febrero de 2020]; Disponible en: http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/3600
3. Real Decreto 488/1997 del 14 de abril, disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con pantallas de visualización de datos.

Capítulo 1758

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA EL TRABAJADOR DE UN HOSPITAL.

JOSE MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ GREGORES

ANA MARÍA GONZÁLEZ PÉREZ

GEMMA ALVAREZ SANCHEZ

1 Introducción

La Real Academia de la Lengua Española define la logística como "el conjunto de medios y métodos necesarios para llevar a cabo la organización de una empresa, o de un servicio, especialmente de distribución". Teniendo su origen en el ámbito militar, en el mundo empresarial el término ha evolucionado en su concepción, considerándose como el arte y la técnica que se ocupa de la organización de los flujos de mercancías, energía e información.

En el campo hospitalario se extiende a todos los procesos que se llevan a cabo en él, desde lo relacionado con el personal sanitario y la atención a los usuarios, como a los servicios de mantenimiento y lavandería.

Tradicionalmente se ha entendido el mantenimiento como el servicio encargado de solucionar averías de maquinarias o equipamientos. Con los avances tecnológicos, fundamentalmente en el campo de la informática, este concepto ha

cambiado, pasando a tener una importante relevancia en el control de los gastos, mejorando así la competitividad y rentabilidad de la empresa. Esta mejora en los resultados son fruto de una adecuada gestión de este servicio, que comprende la mano de obra empleada, la calidad de los materiales y sus repuestos, que redunda en una prolongación de la vida útil de los equipos, así como de su disponibilidad.

2 Objetivos

Buscar efectivas medidas de protección y prevención que se materialicen en protocolos adecuados a cada tipo de trabajo, combinando aspectos generales con los específicos de cada función.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tratándose de un centro sanitario la primera preocupación es evitar el posible contagio de enfermedades infectocontagiosas. Microorganimos que por diferentes vías (aérea, sanguínea, por contacto directo con fluidos biológicos) pueden afectar la salud del trabajador que, en algunos casos, se puede prevenir mediante la vacunación, no siendo posible en otros. Por ello es de suma importancia la correcta cumplimentación de los protocoles elaborados al respecto.

La manipulación de productos químicos requiere una serie de medidas para evitar daños a la salud. La gamma de los mismos es muy amplia, desde los propios medicamentos hasta sustancias utilizadas en la limpieza o por el personal de mantenimiento.

Radiaciones, tanto ionizantes como no ionizantes, factores ergonómicos y psicosociales son también riesgos que puden deteriorar la salud.

Con la finalidad de evitar estos riesgos en el desempeño del trabajo en un servicio de mantenimiento hospitalario se deben tener en cuenta una serie de medidas básicas antes de comenzar el mismo:
- Mantener ordenada y limpia la zona de trabajo.
- Señalizar el área de trabajo y colocar medidas de protección para evitar riesgos, tanto para uno mismo como para los demás compañeros.
- Retirar los materiales inservibles y de forma adecuada en recipientes habilitados para ello.
- Utilizar los equipos de protección, norma de obligado cumplimiento.
- No fumar por el riesgo de incendio o explosiones.
- No tomar bebidas alcohólicas u otras sustancias que puedan afectar a la capacidad cognitiva.
- Revisar las herramientas y equipos a utilizar y que éstos estén en las mejores condiciones para su uso.
- Utilizar siempre las herramientas adecuadas.
- Evitar circular o permanecer bajo elementos suspendidos.
- Tener presente la proximidad de los compañeros en trabajos de equipo.
- Comunicar siempre las deficiencias encontradas, especialmente cuando no pueden ser subsanadas por uno mismo.
- Consultar las dudas sobre la forma de realizar los trabajos.

Otras normas en el desempeño del trabajo:
- Usar calzado adecuado.
- No correr ni pisar sobre superficies mojadas para evitar caídas.
- Evitar golpear objetos con riesgo de precipitación.
- Igualmente evitar los golpes contra recipientes que contengan gases o líquidos peligrosos.
- Evitar sobreesfuerzos, solicitando ayuda de los compañeros a la hora de manejar objetos pesados.
- Utilizar los mecanismos de transporte adecuados para transportar estos objetos (carretillas, por ejemplo).
- Acceder a las diferentes dependencias siempre con buena iluminación.
- Despejar las zonas de tránsito de objetos o materiales.
- Extremar la precaución con objetos o herramientas cortantes o punzantes.
- Usar guantes de protección y de contacto térmico.
- No exponerse durante un tiempo excesivo a temperaturas extremas (estrés térmico) o exposición a ambientes con cambios bruscos de temperatura, utilizando la ropa adecuada en cada situación.

- Cuando se realicen trabajos en los que se necesite utilizar gases, o se realicen sobre instalaciones de conducción de éstos, debemos tener presente que son sustancias combustibles, sometidas a altas presiones y bajas temperaturas, debiendo manipularlas con extremada precaución.
- Igualmente debemos tener en cuenta las incompatibilidades de su uso y el lugar de almacenamiento, siempre en zonas bien ventiladas y alejadas de fuentes de calor.
- No accionar interruptores eléctricos ni encender mecheros o cerillas en situaciones de escape de gases, debiendo simpre cerrar las llaves de paso y ventilar la zona.
- Para localizar el lugar de la fuga usar siempre una solución de agua jabonosa.
- No utilizar grasa para la reparación o mantenimiento de vávulas de conducciones de gas.
- Desconectar siempre la fuente eléctrica cuando se realicen trabajos de mantenimiento o reparaciones de maquinaria.
- Adoptar las medidas de protección adecuadas cuando los trabajos se realicen en equipos que se ocupen de materiales biológicos.
- Usar cascos de protección auditiva cuando los niveles de ruido sean nocivos para la salud.
- Utilizar gafas de protección al objeto de evitar lesiones oculares por proyección de partículas.
- Revisar el estado de cables y enchufes antes de conectarlos a la red eléctrica.
- No usar ladrones ni aparatos eléctricos con los pies húmedos.
- Evitar posturas forzadas e inadecuadas. Alternar las tareas a realizar.

La mayor parte de los procesos que se realizan en el ámbito sanitario corresponden a la atención directa al enfermo. Y no en vano está exenta de sufrir lesiones, accidentes o contagios que ponen en riesgo la salud del trabajador, siendo el más frecuente el relacionado con agentes biológicos.

Los riesgos de naturaleza química son más específicos de algunas áreas de trabajo, fundamentalmente en las zonas de procesamiento, en las que se manipulan sustancias de esta naturaleza.

Los ergonómicos y psicológicos se dan en todos los tipos de trabajo, pero también guardan relación con los hábitos posturales de cada persona en los primeros, pudiendo ser el estrés más acuciante en determinados servicios como los quirúrgicos o de cuidados intensivos.
Se deduce por tanto que programas encaminados a la prevención de riesgos

deben estar relacionados con el conocimiento y desarrollo de la actividad a realizar, teniendo en cuenta que el paciente puede ser un vector de transmisión de enfermedades producidas por virus, como la hepatitis B y C o el SIDA. Cuanto mayor es la prevalencia, mayor es el riesgo de sufrir un contagio, teniendo también su importancia el tipo de objeto con el que nos inoculemos, pues está demostrado que los elementos canulados inyectan una mayor cantidad de sangre.

5 Discusión-Conclusión

La principal conclusión que se extrae de todo esto es no poner en peligro, nunca la propia seguridad ni la de ningún compañero o trabajador con el que colaboremos. Planificar cuidadosa y meticulosamente el trabajo a realizar antes de iniciar la labor, evitando situaciones que escapan a nuestro control o que pudiesen afectar al buen desarrollo de la actividad profesional y extenderse a la convivencia con los compañeros.

A parte de esto la prevención de riesgos laborales tanto para personal sanitario como no sanitario de un hospital se centra en la promoción de la salud, del trabajo bien realizado, de una actividad profesional de calidad y competente que promocione tanto a los trabajadores que desempeñan las diferentes funciones como al centro hospitalario en el que se lleva a cabo, dando notoriedad, promoción y calidad a los servicios prestados.

6 Bibliografía

- Aguado-Diaz, J. Gestión de la calidad mediante mejora en la prevención de riesgos laborales en el sector sanitario. Ediciones Díaz de Santos. 2014.
- García-Layunta, M. Miguel, J.M.T. Oliver, A. Modelo estructural para evaluar los predictores del bienestar psicológico en trabajadores del sector sanitario. Archivos de prevención de riesgos laborales. 2016; 9(2): 61-66.
- Márquez-Calderón, S. Villegas-Portero, R. Soler, V. G. Martínez-Pecino, F. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. Gaceta sanitaria. 2014; 28: 116-123.
- Zazo, M.P.D. Prevención de riesgos laborables. Seguridad y salud laboral. Ediciones Paraninfo, SA. 2016.
- Gómez, B. Manual de prevención de riesgos laborales. Marge Books. 2017.
- Velandia, J. H. M. Pinilla, N. A. De la salud ocupacional a la gestión de la seguridad y salud en el trabajo: más que semántica, una transformación del sistema

general de riesgos laborales. INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales. 2013; 23(48): 21-31.

Capítulo 1759

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

LAURA PRIETO REDONDO

BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO

GUADALUPE CUERVO BLANCO

1 Introducción

En la 49ª Asamblea General celebrada en Ginebra en 1996, la Organización Mundial de Salud (OMS) reconoció la violencia como un grave problema de salud pública, identificándola como factor crucial en el deterioro de la salud. Dos años después, la OMS y la OPS (Organización Panamericana de Salud) declaró la violencia doméstica como prioridad internacional para los servicios de salud.

Son varios los conceptos que se deben clarificar antes de enmarcar y definir la violencia de género. La violencia es "el uso de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones".

Ésta es la definición del Informe Mundial sobre Violencia y Salud de 2002 de la OMS, que identifica la violencia como una de las principales causas de lesiones y muerte a nivel mundial.

La violencia familiar o doméstica se refiere a los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma (menores, mujeres o personas ancianas).
La violencia de pareja, incluye las agresiones producidas en el ámbito privado en el que el agresor (generalmente varón), tiene una relación de pareja con la víctima. Existe habitualidad en la violencia y una situación de dominio del agresor para el sometimiento y control de su víctima. La violencia de género (VG) a la que vamos a referirnos desde ahora, se define como la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres (estatus de dominación masculina). Comprende la violencia física, sexual y psicológica, incluyendo amenazas, coacción o privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y que tiene como principal factor de riesgo el hecho de ser mujer. Los casos de violencia de género más frecuentes son aquellos en los que el agresor tiene o ha tenido una relación afectiva de pareja con su víctima (violencia de pareja). La violencia de los hombres sobre las mujeres suele comenzar de forma insidiosa por lo que es difícil reconocerla, incluso por la propia mujer, y progresivamente va aumentando en intensidad y frecuencia (escalada de violencia).

2 Objetivos

Conocer los distintos tipos de maltrato y las fases en las que se divide la violencia de género hacia la mujer.

3 Metodología

• Tipo de operación: estadística continua de periodicidad anual.
• Ámbito poblacional: conjunto de personas denunciadas de 14 y más años y las víctimas correspondientes a asuntos con medidas cautelares dictadas, así como de las personas absueltas y condenadas, inscritos en el Registro central para la protección de las víctimas de la violencia doméstica y de género durante el periodo de referencia.
• Ámbito geográfico: todo el territorio nacional.
• Período de referencia de los resultados: el año natural.
• Período de referencia de la información: fecha de incoación del asunto y fecha de la sentencia firme.

• Método de recogida: explotación estadística de un registro administrativo.

4 Resultados

Aunque la prevalencia real del problema es desconocida, los datos más fiables son los obtenidos a partir de encuestas formuladas desde el Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. En su página web (www.mtas.es/mujer),
el Instituto de la Mujer actualiza los datos, de forma anual.

En violencia de género solo se puede referir a mujeres. En violencia doméstica se puede referir tanto a hombres como a mujeres.

La Estadística de violencia doméstica y violencia de género se obtiene a partir de la explotación estadística del Registro central para la protección de las víctimas de la violencia doméstica y de género. Esta estadística se realiza por el INE en virtud de un acuerdo de colaboración suscrito con el Ministerio de Justicia, organismo titular de dicho Registro.

Se presenta por separado la información correspondiente a violencia de género y a violencia doméstica. Los resultados se refieren a los asuntos (con medidas cautelares dictadas) inscritos en el Registro durante el año de referencia. A partir de 2015 se publica también información sobre las sentencias firmes dictadas en el año de referencia, que corresponden a asuntos que fueron inscritos en el Registro de ese año o de años anteriores.

La información se difunde a nivel nacional y autonómico. Se ofrecen resultados sobre víctimas y personas denunciadas, analizando sus características sociodemográficas, y también sobre infracciones penales imputadas y medidas cautelares dictadas.

5 Discusión-Conclusión

Leonor Walker en 1984, define el ciclo de la violencia en las siguientes tres fases:
- Tensión: existe una escalada gradual de irritabilidad por parte del hombre, sin motivo comprensible para la mujer, con discusiones donde aparecen la violencia verbal y ademanes premonitorios de agresión física. La tensión sigue aumentando hasta pasar a la siguiente fase.

- Agresión: estalla la violencia con agresión física, psíquica y/o sexual. Suele ser la fase donde la mujer denuncia o pide ayuda.
- Calma o "luna de miel": desaparecen la violencia y la tensión y se inician por parte del agresor estrategias de manipulación afectiva y falso arrepentimiento, lo que hace difícil la decisión de la mujer de romper con la situación. Esta fase durará cada vez menos tiempo hasta hacerse inexistente.

La violencia de género (VG) puede adoptar diversas formas , que pueden presentarse por separado o de forma simultánea:
- Maltratopsícologico: conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento en la relación de pareja. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física, es más difícil de demostrar y en muchas ocasiones, no se identifica por la víctima como tal violencia sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Como consecuencia causa en la mujer miedo, pérdida de autoestima e incapacidad para tomar decisiones. Cuando se producen la violencia física o sexual, también aparece la violencia psicológica.
-Maltrato físico: cualquier conducta que implique el uso deliberado de la fuerza en el cuerpo de la mujer, con intención de ocasionar lesión física, daño o dolor. Son manifestaciones de esta conducta los empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, quemaduras o golpes, pudiendo llegar a producir hematomas, fracturas, quemaduras, heridas, cortes, lesiones de órganos internos, lesiones irreversibles o la muerte.
-Maltratosexual: cualquier intimidad sexual forzada cometida con violencia, coacción, amenaza o sorpresa. Se incluye aquí cualquier comportamiento sexual impuesto contra la voluntad de una persona, se produzca por parte de su pareja sexual o por otras personas.
- Agresiones sexuales sin contacto corporal: exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes por correo o por teléfono (u otras formas de comunicación), gestos, observaciones y palabras obscenas, insultos sexistas, acoso, proposiciones sexuales indeseadas y voyerismo.
- Agresiones sexuales con contacto corporal: tocamientos, caricias, masturbación del agresor, obligación de adoptar posturas que la mujer considera degradantes.
- Agresiones sexuales con violación: penetración (o tentativa de penetración) genital, anal o bucal, sea con órgano sexual, con los dedos o con cualquier objeto.

Son dos los factores epidemiológicos que más influyen en los casos de violencia de género: la relación desigual entre hombre y mujer y la existencia de la "cultura de la violencia" como medio para resolver conflicto.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de la Mujer.
- Instituto Nacional de Estadística.
- Servicio de Atención a la familia.
- Servicios de Salud del Principado de Asturias.

Capítulo 1760

COMUNICACION Y ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIARES EN SITUACION CONFLICTIVA

LAURA PRIETO REDONDO

BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO

GUADALUPE CUERVO BLANCO

1 Introducción

Una situación conflictiva es aquella circunstancia en la que confluyen ciertos factores socio-ambientales favorecedores de un clima propenso a generar comportamientos intencionados a una agresión física, verbal o psíquica.

Tiene su origen en una combinación de causas que pueden ser relativas a las personas, al medio ambiente o a las condiciones de trabajo. A su vez, generando unas consecuencias al trabajador, al ciudadano y a la organización en sí.

Dentro de la violencia en el lugar de trabajo, la violencia externa es la que se da entre profesionales y usuarios/ pacientes; se considera como tal todo incidente que se ocasiona en el ejercicio de la actividad profesional o como consecuencia directa de la misma. Un 25% de la violencia en el trabajo se produce en el sector sanitario

2 Objetivos

La Oficina de Atención al Paciente tiene como objetivo fundamental detectar las necesidades de nuestros pacientes y sus familias durante su estancia en el hospital, brindar información no clínica, acompañamiento y apoyo, gestionando de manera oportuna las solicitudes que surjan durante el proceso de atención.

Nos esforzamos por brindar un cuidado y servicio extraordinario y compasivo en cada fase de la atención de nuestros pacientes.

Establecer las directrices y líneas generales para la elaboración de Planes de Prevención y Atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los Centros e Instituciones sanitarias públicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para este tipo de situaciones, se hace un estudio entre un total de 188 personas:
- Tipo de agresión: El tipo de agresión más frecuente es la verbal, con un 88.8%, seguida de la física en un 6.4% de los casos y, un 4.8% en que el conflicto originó agresión física y verbal.
- Tipo de agresor: El tipo de agresor que más participó en situaciones conflictivas con un 46,8% fue el familiar y/o acompañante del paciente, seguido de los pacientes no hospitalizados con un 29,3% y los pacientes hospitalizados en un 23,4%.
- Sexo del agresor: Del total de notificaciones, 63,1% fueron hombres, los que realizaron la agresión contra el personal sanitario.
-Edad del agresor: La edad más frecuente del agresor, con un 25%, está en el rango de entre los 31 a 40 años. A continuación, con un 20%, se encuentra el grupo etario de 41 a 50 y, con un porcentaje igual, los mayores de 60 años.

- Lugar de trabajo: El área de Hospitalización médica fue el lugar donde el mayor número de situaciones conflictivas se registraron, con un 26.59%, seguido de las consultas externas con 19.14%, la hospitalización quirúrgica con un 18.61%; el servicio de urgencias con un 11.70%, admisión, hospital de día y cuidados intensivos con un 6.38% y diálisis con un 4.78%. El resto de los servicios están representados en un porcentaje muy bajo.
- Categoría profesional: Se observa que, en relación con la categoría, el mayor número de incidentes notificados corresponde al personal de enfermería, con un 35.1%; seguido del personal médico 23.9%, auxiliares de enfermería un 20.7%, residentes (FIR, MIR, EIR, PIR) 8%, personal administrativo 6.4%, y otros, con un 5.9%.

De acuerdo a las notificaciones obtenidas se obtuvo un índice de incidencia de 6,23, es decir, de 6 incidentes por cada mil trabajadores expuestos.

5 Discusión-Conclusión

El establecimiento de medidas preventivas debe centrarse en la organización y entorno del trabajo del centro sanitario, mediante la definición y aplicación en la Organización de una política de no violencia que facilite una cultura de respeto, a través de medidas organizacionales, mejora de los sistemas de comunicación, adecuación de espacios y establecimiento medidas de seguridad activa y pasiva.

Entre las intervenciones dirigidas a las personas, como medidas de prevención secundaria, destacar el desarrollo de la competencia profesional, habilidades sociales de comunicación y la formación de los profesionales en el manejo de situaciones conflictivas.

En esta línea, las políticas organizacionales de prevención de la violencia en el lugar de trabajo, perseguirían, además de cambios culturales a medio y/o largo plazo, la disminución de la incidencia de las situaciones de tensión y conflicto entre los ciudadanos y los profesionales, propiciando un clima de entendimiento y convivencia pacífica en los Centros Sanitarios. Además de garantizar la asistencia y la seguridad tanto a pacientes como a profesionales.

La aplicación de los procedimientos permite cuantificar los incidentes, establecer medidas preventivas, obtener el mapa de riesgo, realizar un acercamiento a las causas y priorizar y hacer una mejor asignación de recursos.

Asegurar el cumplimiento de las estrategias para la prevención de situaciones

conflictivas, contribuirá a mejorar la Salud Laboral y a controlar los factores de riesgo relacionados con estas situaciones, así como hacer énfasis de la relevancia que tiene el apoyo y tratamiento psicológico en los casos necesarios.

Las técnicas de autocontrol, son un elemento que puede disminuir el riesgo en la relación médico-paciente, a considerar: las técnicas fisiológicas, las técnicas cognitivas y las técnicas conductuales.

6 Bibliografía

- Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria
- Orden 212/2004, de 4 de marzo. Anexo: Planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias dependientes de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.
- Ley 55/2003 de 16 diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicio de Salud (BOE 301/2003 de 1712-2003).
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (BOE 269/1995 de 10-11-1995).
- . Protocolo de actuación ante situaciones conflictivas con los ciudadanos en un hospital. Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Capítulo 1761

CELADOR: EXPOSICIÓN Y PROTECCIÓN ANTE RIESGOS BIOLÓGICOS

MARTA GONZÁLEZ CARRERA

1 Introducción

Los celadores en ámbitos hospitalarios, por la gran concentración de personas y pacientes con diversas patologías, se ven expuestos a una serie de riesgos biológicos. En sus manos está romper la cadena epidemiológica, cuidando tanto de su propia seguridad como la de los pacientes y personas de su entorno.

2 Objetivos

- Determinar e identificar las zonas según su riesgo, y el protocolo a seguir en cada una de ellas. Estamos hablando de zonas de aislamiento (directo, inverso, entérico, respiratorio…), quirófanos, UVI, sala de autopsia y mortuorio.
- Hacer un correcto uso del material de protección y barrera a nuestro alcance (guantes, gorros, calzas, batas, gafas.
- Conocer los hábitos imprescindibles de higiene, como el lavado de manos, antes y después de que acciones.
- Conocer las normas y productos para para la limpieza y desinfección, tanto de utensilios como de superficies y suelos.
- Saber cómo actuar ante posibles accidentes, como derrames o vertidos.

- Saber cómo recoger y clasificar materiales y desechos según el grupo de riesgo a que pertenezcan, las bolsas y contenedores correspondientes, y la forma y lugar de traslado.

3 Metodología

Revisión de publicaciones en Google Académico sobre seguridad e higiene en centros sanitarios. Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario y seguridad laboral. Asistencia a cursos específicos.

4 Resultados

Con la formación necesaria y específica en riesgos biológicos en ambientes hospitalarios podremos desarrollar nuestro trabajo con garantía y seguridad, tanto para nuestra salud como para la del paciente, acompañantes y resto del equipo sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores debemos ser conscientes de los riegos por contagio o infección en centros hospitalarios, tanto propia como hacia los pacientes, y de los medios y técnicas a nuestro alcance para evitarlo.

6 Bibliografía

- Celador del SESPA. Temario (sep., 2018).
- Manual de seguridad y salud en sector hospitales (Fremap).
- Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario (CCO Castilla y León).

Capítulo 1762

EL CELADOR FRENTE A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

NURIA SANCHEZ LOBO

PABLO ALVAREZ MURCIANO

MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ

1 Introducción

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. El celador es una parte muy importante dentro de esa seguridad especialmente durante la hospitalización del paciente. Durante la estancia hospitalaria el celador, al igual que el resto de profesionales, velará por la seguridad del paciente intentando hacer su estancia lo más segura posible.

Se intentará minimizar el riesgo de accidentes intrahospitalarios, y para ello el celador acompañará al paciente en los traslados a pruebas y consultas no dejándole solo en ningún momento; comprobará la identificación del paciente antes de salir de la planta e informará a la supervisora a quién se lleva y a dónde; ayudará a la auxiliar con el aseo de los enfermos que así lo requieran, ayudará en las

transferencias de los pacientes que lo necesiten y vigilará a enfermos y visitantes evitando cualquier acción nociva para el paciente.

Por parte tanto de pacientes como de familiares existe muchas veces un enfrentamiento entre lo que consideran bueno para su familiar o para uno mismo con lo que realmente es bueno pautado por un especialista y que los celadores debemos llevar a cabo aún cuando la familia o el propio paciente no consideren que es lo mejor.

2 Objetivos

- Velar por la seguridad del enfermo, tratando de minimizar en la medida posible y dentro de sus funciones el riesgo de accidentes intrahospitalarios.
- Acompañar al paciente en los diversos traslados dentro del hospital, comprobando siempre su identificación y al lugar donde deben dirigirse.
- Ayudar en el aseo en los casos necesarios, en las transferencias que por si mismo no pueda realizar y evitar toda acción dañina para el enfermo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Todo esto se ha complementado con las distintas experiencias vividas como celadores en el Hospital Universitario de Cabueñes.

4 Resultados

Con el fin de evitar accidentes en la estancia hospitalaria es necesario que el celador al igual que el resto de profesionales velen por la seguridad del paciente, evitando caidas dentro del hospital así como duplicidad o error en las pruebas realizadas, administración de medicación equivocada, perdida de analíticas etc. La seguridad del paciente se verá incrementada si se llevan a cabo las pautas establecidas de una manera eficaz.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación eficaz de las normas de seguridad en los pacientes hospitalizados evitaría la mayoría de los riesgos que corren los enfermos durante su estancia en el hospital. Estos riesgos pueden ser leves como, por ejemplo, realizar por duplicado una analítica, pero también podrían ser muy graves, como la administración de una medicación equivocada. Es por todo esto que todas las precauciones que tomemos a la hora de velar por la seguridad del paciente son pocas.

6 Bibliografía

- https://www.mscbs.gob.es>
- https://www.casadellibro.com>.

Capítulo 1763

FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD. ESPECIAL REFERENCIA A LOS CENTROS HOSPITALARIOS

BARBARA GARCIA GION

1 Introducción

El personal administrativo de los Centros de Salud y de los centros Hospitalarios se encuadra dentro de los órganos encargados de llevar a cabo la ordenación, la coordinación y la priorización de las actividades que se producen entorno a la asistencia médica y de enfermería, y ello con el fin de mantener la eficiencia en la utilización de recursos y la cohesión de la organización frente al usuario y el proceso asistencial, garantizando así el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva. Además, es necesario tener en cuenta que dicho personal administrativo debe tener a su disposición los adecuados sistemas de información homogéneos, fiables y suficientes, que posibiliten los procesos de gestión, la elaboración de indicadores de rendimiento, y utilización y los controles de demanda asistencial, garantizando además la protección de los datos y el derecho a la intimidad de los pacientes.

Para la organización de los servicios resulta imprescindible disponer de una serie de instrumentos y requisitos básicos de infraestructura y organización, tales como la formación continuada del personal administrativo, la definición y creación de ficheros y registros de acuerdo a la información que se desea manejar, el establecimiento de los circuitos internos de comunicación y control de los

procesos, y el desarrollo de un software básico de apoyo a la actividad interna del servicio, abierto y modificable en el tiempo para su adaptación a las necesidades de cada momento.

Finalmente, señalar que en cuanto a los centros hospitalarios, a la hora de establecer los mapas competenciales del personal administrativo de la salud es esencial la diferenciación existente en función de la concreta área o servicio en el que el mismo se encuadre, puesto que los diferentes objetivos que tengan asignadas cada una de las unidades a las que pertenezcan, va a determinar también las funciones que sus trabajadores administrativos tengan asignadas.

2 Objetivos

- Establecer cuáles son las principales funciones que se desarrollan por el personal administrativo, tanto de los Centros de Atención Primaria, como de los Hospitales.

3 Metodología

Se lleva a cabo una intensa búsqueda en relación con las previsiones existentes en cuanto a cuáles son las funciones del personal administrativo de la salud, tanto de los Centro de Atención Primaria como, sobre todo, de los Centros Hospitalarios, así como acerca de cómo se encuentra el estado de esta cuestión en la actualidad, y cuál es la regulación normativa en cuanto a la determinación de las competencias que tiene legalmente asignado este tipo de personal.

En cuanto al análisis de la legislación ya derogada y de la vigente, se hace uso de las bases de datos proporcionadas desde el propio Boletín Oficial del Estado, en la medida en que los medios tecnológicos actuales permiten tener acceso a la legislación ya derogada, a las distintas modificaciones normativas que progresivamente se han ido operando y también a la legislación vigente catalogada mediante el denominado Texto Consolidado, búsquedas que, no obstante, se complementa mediante la base de datos de Noticias Jurídicas por su naturaleza más funcional y fácilmente accesible.

También se hace uso de la muy extensa Bibliografía existente en la materia, haciendo uso para ello de una ingente cantidad de bases de datos a la que públicamente se puede tener acceso. Para ello se realizan revisiones bibliográficas de las publicaciones científicas sobre la materia. Se consultaron diferentes bases

de datos como: Scielo, Medline, Dialnet, Pubmed, Elsevier etc., usándose como descriptores términos como personal, administrativo, salud, funciones, competencias. También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio. Finalmente se han seleccionado los artículos que más se ajustaban a la información y descriptores establecidos.

4 Resultados

El personal administrativo de los centros Hospitalarios y de los centros de Atención Primaria forma parte del conjunto de profesionales que se encargan de la atención al usuario y del desarrollo de la gestión administrativa del hospital y de los centros de salud, siendo sus funciones comunes las de hacer de puente entre la organización y el usuario, al tiempo que coordinan sus tareas con las del resto de profesionales que se integran en el Hospital y en el Centro de Salud, y todo ello con el fin de llegar al logro de los objetivos comunes. Para ello, sus funciones esenciales son las de encargarse, entre otras tareas, de gestionar los trámites derivados de la estancia hospitalaria, ya sea antes del ingreso, durante la estancia, o tras el alta médica, de forma tal que, en esencia, todo este personal de las unidades administrativas gestionan y trabajan con el objetivo de la mejora continua de la calidad del servicio que presta a los usuarios y a los profesionales de los Centros de Atención Primaria y de los Hospitales.

Comenzando por los profesionales administrativos de los Centros Hospitalarios, es necesario realizar un análisis de las distintas unidas de gestión existentes y de los diferentes servicios de los centros hospitalarios.

Para ello, nos encontramos con el personal administrativo del área de laboratorios, profesionales que realizan toda la tramitación de las solicitudes médicas de análisis programadas y gestiona los informes de análisis de laboratorio, tanto para el propio hospital, como para otros centros externos. Además, este personal administrativo también participa muy activamente en la implantación y mantenimiento de la actividad calificadora de los laboratorios clínicos.

Por otra parte, también nos encontramos en los centros hospitalarios con el personal administrativo del bloque quirúrgico, profesionales estos que realizan diferentes tareas, entre las que destacan la planificación y asignación de quirófanos a servicios quirúrgicos, el control y la información sobre la cirugía programada y urgente a los profesionales de los quirófanos, o la captura de las prótesis implantadas en intervenciones quirúrgicas, informe por carta al paciente, entre otros.

Asimismo, dentro del hospital también se encuentra el administrativo del ámbito del radiodiagnóstico, el cual se encarga de diferentes gestiones, como la programación de las peticiones solicitadas por el personal médico, así como la del cursar toda la tramitación correspondiente al ingreso del paciente cuando la prueba lo requiere, encargándose también de la programación y del control de todos los productos intermedios.

En sede hospitalaria también debe reseñarse la existencia del equipo administrativo de anatomía patológica, el cual tiene asignadas diferentes funciones, como la realización de informes de las muestras de las biopsias, citologías y autopsias clínicas que llegan diariamente a este servicio.

Por su parte, dentro del Centro de Salud, la labor más visible del personal administrativo es el de la gestión de las citas, lo que conlleva la creación y la generación una agenda y, para crear una agenda, la gestión de los datos administrativos y profesionales de cada trabajador en el sistema informático, así como el registro del paciente en el programa informático, lo que conlleva también la gestión de la presión asistencial mediante el análisis de la carga de cada profesional sanitario, en especial, del servicio médico y de enfermería, así como también gestionar las ausencias de profesionales y los repartos de consulta.

Asimismo, entre sus funciones también destaca el control, con su debido registro, de las recetas extendidas por los servicios médicos del centro en consulta, así como la de enviar y recibir historias clínicas. También destaca el hecho de que se encarga de la gestión de toda la documentación que, o bien aporta el paciente, o bien se genera de la propia actividad asistencial, así como el establecer relaciones y protocolos con residencias de ancianos, inspección, juzgados, etc. Evidentemente, es función esencial del personal administrativo de los Centro de Salud el de la atención al público.

Dentro de las funciones del persona administrativo de los centros de salud va implícita también la de ejercer una labor educativa a fin de que el servicio se use de forma correcta y evitar las consultas de urgencias de temas burocráticos (recetas, informes, etc.), puesto que entre sus fines está también el de que, dado que los recursos personales y económicos son limitados, deben procurar que los sanitarios dispongan de más tiempo por paciente y que siempre haya citas disponibles de un día para otro.

También resulta necesario referirse a cuál es la regulación legal acerca de cuáles son las funciones asignadas al personal administrativo de los Centros de Aten-

ción Primaria y en los Hospitales o, mejor dicho, cuanta ausencia de normativa existe al respecto.

En primer lugar, es necesario remitirse en cuanto a estas competencias del personal administrativo de la salud, a la Orden de 28-5-1984 en cuya virtud se modifica el Estatuto del Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social de 1971, norma esta en la que ni siquiera se hacía referencia hasta entonces a esta categoría laboral como tal, razón por la cual en la mentada Orden del año 1984 se partía del hecho de que esta previsión específica nacía para "establecer una normativa reguladora de la función administrativa propia de las mismas, acorde con los principios en que se fundamentan los objetivos de la reforma hospitalaria emprendida por este Instituto".

En concreto, por medio de esta Orden de 1984 textualmente se prevenía que "3. Función administrativa. Para el desarrollo de la función administrativa se establecen grupos administrativos dentro de las Instituciones Sanitarias dependientes del Instituto Nacional de la Salud.
1. El personal se integrará en los grupos administrativos siguientes: a) Grupo Técnico. b) Grupo de Gestión. c) Grupo Administrativo. d) Grupo Auxiliar Administrativo.
2. Las funciones específicas asignadas a cada uno de los grupos administrativos enumerados en el apartado anterior serán: a) Grupo Técnico.-El Grupo Técnico realizará las funciones de dirección, ejecución y estudio de carácter administrativo y económico de nivel superior que le sean encomendadas por la Dirección del Centro. b) Grupo de Gestión.-Sus funciones serán las de apoyo a los puestos de trabajo desempeñados por el personal técnico y de ejecución de aquellas funciones que le sean delegadas. c) Grupo Administración.-Las de carácter administrativo-sanitario, normalmente consideradas de trámite y colaboración no asignadas a los Grupos Técnico y de Gestión. d) Grupo Auxiliar.-Las de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas-asistenciales propias de la Institución, así como las de Secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática".

Finalmente, si bien el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud del año 2003 derogó esta normativa, su Disposición Transitoria Sexta, punto b, textualmente estableció que "b) se mantendrán vigentes, en tanto se procede a su regulación en cada servicio de salud, las disposiciones relativas a categorías profesionales del personal estatutario y a las funciones de las mismas contenidas en las normas previstas en la disposición derogatoria única.1.e), f) y

g)."

Pues bien, finalmente esta Disposición Derogatoria Única, punto g, determina la normativa vigente en cuanto al establecimiento de las funciones administrativas en el ámbito sanitario, que de nuevo, supone una remisión a la Orden del año 1984, al establecer textualmente que "g) el Estatuto de personal no sanitario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social aprobado por la Orden de 5 de julio de 1971, y las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan".

Como se puede observar, todo este baile normativo a lo único a lo que conduce es a que, no solo se sigue con una total desregulación acerca de cuáles son las funciones del personal administrativo de la salud, sino que, además, la escasa normativa existente se corresponde con una normativa del año 1971, con la adicción efectuada a los efectos que aquí nos ocupa en el año 1984.

Obviamente, debemos destacar la absoluta desregulación, al menos mediante una norma con rango legal, en cuanto a cuáles son las funciones administrativas que desempeña el personal de las instituciones sanitarias, pues tan solo se cuenta con una norma preconstitucional (adaptada en el año 1984 para la categoría profesional que nos ocupa) que, sin duda, evidencia, además de que no se ha establecido con claridad un mapa de competencias bien delimitadas de este profesional de la salud, la falta adaptación a los tiempos actuales, a las nuevas TICs implementadas, a las novedosas tecnologías imperantes y a, en definitiva, a la vigentes situaciones políticas, sociales y económicas. Asimismo, esta falta de regulación supone un mayor impedimento a que, como se viene reclamando desde hace mucho tiempo, se procure una mayor fusión entre lo administrativo y lo estrictamente sanitario, facilitando así la consulta médica y tomando parte activa tanto de la promoción de la salud como de la investigación en temas de gestión sanitaria, lo que también evitaría la confusión y contradicciones que conlleva la utilización del término no sanitario que está trabajando en sanidad.

Finalmente, esta falta de previsión legal de cuáles son las verdaderas funciones del personal administrativo de la salud impide que se potencie adecuadamente la necesaria "especialización" dentro del administrativo en función de cuál sea el concreto sector en el que desarrolle su actividad (de contabilidad, laboral, facturación, atención al usuario, informático etc.).

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a las funciones asignadas por el personal administrativo de la salud, tanto en los Centros Hospitalarios, como en los Centros de Atención Primaria, se debe partir del hecho de que el mismo tiene un carácter multidisciplinar, que pertenece a un servicio no asistencial que se encarga de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria, tanto de atención primaria, como de urgencias, como la especializada en régimen ambulatorio o de hospitalización, teniendo también como principales competencias la de admisión, como también la gestión documental referida a los datos personales y sanitarios de los usuarios, incluido también la gestión de la historia clínica.

Las funciones de admisión de hospitalización, urgencias y pacientes ambulatorios, conforman el área de gestión de pacientes, mientras que las funciones de archivo de la historia clínica y documentación constituyen el área de gestión de la documentación clínica, pues el personal administrativo es el personal encargado de gestionar la admisión de los pacientes en los diferentes centros sanitarios así como el encargado de manejar la documentación clínica de los mismos, de forma tal que, como combinación de ambas competencias y como producto de ambas gestiones (tanto de pacientes, como de la propia documentación), se configuran las principales funciones propias del personal administrativo de las instituciones sanitarias.

Con respecto a las funciones del personal administrativo en los Hospitales, son destacables, además de las más conocidas funciones de Atención al Público y de la Gestión de Citas, las competencias que tienen asumidas en cuanto a la Gestión de la Documentación Clínica, siendo en este ámbito su función la de gestionar toda la información clínica generada por un paciente, debiendo realizar las tareas destinadas a organizar toda la documentación en una historia clínica única del paciente, custodiar, conservar y administrar la documentación que se va generando a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales y, a través de procesos de análisis documental, recuperar selectivamente y difundir la información clínica demandada por los distintos usuarios, debiendo por tanto organizar toda la información clínica en una historia clínica única del paciente, facilitando su utilización por los distintos usuarios definidos por el centro. Asimismo, destaca su función relacionada con la gestión integral de la historia clínica, y ello mediante la identificación de la historia clínica, el diseño y el mantenimiento actualizado del formato de la historia clínica, el control de calidad de la historia clínica, así como el garantizar la accesibilidad de la historia. Asimismo, se debe significar como su compe-

tencia en este ámbito, la de ser el responsable de la conservación y custodia de las historias clínicas, así como autorizar y ejecutar los movimientos y préstamos de la documentación clínica, manteniendo actualizada su localización, asegurando la disponibilidad y velando por su confidencialidad, de forma tal que debe custodiar las historias clínicas, prestar y recepcionar las historias clínicas, y llevar a cabo el seguimiento de la documentación prestada. Finalmente, en cuanto a sus funciones, se encuentra también la de obtener y difundir a los usuarios internos y externos la información normalizada de los datos clínicos que se deriven de la asistencia del paciente, en relación con el conocimiento de la patología atendida y procedimientos realizados.

El personal administrativo de la salud en los Centros Hospitalarios también tiene como función la de regular los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización, así como la actividad de las unidades asistenciales. Así, en cuanto al concreto Servicio de Hospitalización, sus principales funciones son las de llevar a cabo la solicitud y programación de ingresos, la gestión de camas, el registro del episodio de hospitalización y la coordinación organizativa del proceso asistencial. Por su parte, en cuanto al servicio de urgencias, sus principales funciones se corresponden con el registro del episodio de urgencias y la coordinación organizativa del proceso asistencial. Finalmente, en cuanto a las funciones del personal administrativo del servicio de derivaciones intracentros, sus principales funciones son las de coordinar las solicitudes de asistencia urgente y programada entre centros, así como valorar la adecuación de las mismas a las normas de derivación y a los procedimientos vigentes en cada momento, facilitando el soporte organizativo e informativo necesario que permita mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente.

Finalmente y como cuestión a parte, es especialmente significativo el hecho de que prácticamente no existe regulación normativa en la que se determinen claramente los mapas de competencias de este tipo de personal administrativo de la salud, mientras que la escasa legislación existente adolece una total falta de adaptación a las actuales necesidades y al vigente contexto tecnológico, social y económico.

A la vista de todo lo expuesto, es necesario señalar que, desde luego, se hace totalmente necesario la creación de los necesarios protocolos a través de los cuales se contribuya a la normalización de las funciones que el personal administrativo de la sanidad debe desempeñar dentro de los distintos servicios de los Centros de Atención Primaria y de los Centros Hospitalarios, pues de ese modo se po-

drá también, y de una vez por todas, promover la necesaria especialización en función del sector del que se trate, así como generar las necesarias bases para la formación y la distribución de los recursos humanos de forma óptima, siendo necesario también dicha regulación legal a fin de que se implemente una necesaria unificación y normalización de los contenidos de la actuación profesional del personal administrativo.

6 Bibliografía

- Rivilla Juárez, Gema María El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica. Ocronos Revista Médica y de Enfermería. Oct 2019.
- Hospital Universitari Bellvitge. El personal administrativo de hospitalización y servicios centrales del HUB dan respuesta a las necesidades de usuarios y profesionales. www.ehub.cat Mar
2011.
- Pais, Antonio La labor del personal administrativo: El Médico Interactivo, Diario Electrónico de la Sanidad. Revista Gestión en Salud Pública. Mar 2011.
- Administrativos de la salud, ¿qué hacemos? Ed Tras el mostrador. Feb 2017.
- Funciones del administrativo sanitario, ¿dónde están reguladas? Ed Tras el mostrador. Feb 2017.
- López Domínguez, O. Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla. 1997.

Capítulo 1764

SALUD EL PROFESIONAL (VACUNACIÓN)

SILVIA CANO GARCÍA

RUBEN DARIO VALLE PONS

1 Introducción

La vigilancia de la salud del profesional es fundamental tanto a nivel individual como colectivo. Actualmente se le da una mayor importancia y se realizan más actividades orientadas a la educación en salud laboral.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de la vacunación de los profesionales (tanto sanitarios como no sanitarios) como una de los métodos más efectivos para preservar la salud del profesional.

3 Metodología

El protocolo de vacunación del personal ha sido recomendado por el Ministerio de Sanidad y por el organismo competente en la Comunidad Autónoma correspondiente.

4 Resultados

Comprobamos que la vacunación es altamente eficaz tanto para evitar enfermedades nosocomiales como los contagios del profesional. Aparte de las vacunas incluidas en el calendario de vacunación (triple vírica, tétanos, difteria y varicela) es muy importante la vacuna de la gripe y la de la hepatitis B. Dicha vacunación en ocasiones se realiza con agentes patógenos muertos y en otras ocasiones con agentes patógenos vivos debilitados dependiendo del tipo de vacuna. Es habitual y perfectamente normal que las vacunas puedan producir cierta reacción.

5 Discusión-Conclusión

Fomentar la vacunación del personal que trabaja en el ámbito sanitario es de vital importancia para evitar que el trabajador caiga enfermo con el consiguiente riesgo para su salud y las de los pacientes con los que está en contacto. Además de este riesgo, no hay que olvidar el coste extra para la sanidad pública (gasto en personal, mayor duración de los ingresos hospitalarios, etc.).

6 Bibliografía

- Dialnet.
- Organización Mundial de la Salud (OMS).

Capítulo 1765

AGRESIONES DE LOS USUARIOS AL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES

PATRICIA RODRÍGUEZ MENÉNDEZ

MARIA LUISA ALONSO SUAREZ

1 Introducción

El personal administrativo se ve sometido a un riesgo alto de violencia en el trabajo, tanto física como psicológica, por parte de los usuarios. Este motivo repercute en la calidad asistencia y en el absentismo laboral.

2 Objetivos

• Estudiar los motivos de las agresiones.
• Establecer medidas para reducir las agresiones.

3 Metodología

Investigación bibliográfica de diferentes artículos publicados como Scielo y Pubmed.

4 Resultados

Muchos estudios construyen su objeto como un problema de calidad de la atención sanitaria, largos tiempos de espera, insatisfacción con los tratamientos, o influencia del alcohol o drogas por parte de los pacientes y sus familiares.

En España existen protocolos de prevención y vigilancia de las agresiones. La mayoría ocurren en urgencias y psiquiatría, y la mayor parte de las veces a mujeres. Las agresiones físicas se asocian a personal sanitario y las agresiones verbales a facultativos y administrativos. Para prevenirlo sería conveniente aumentar la presencia y actuación de personal de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Para reducir las agresiones al personal administrativo es esencial la presencia continua de personal de seguridad en hospitales, principalmente en la zona de urgencias y en los servicios de salud, que es donde mayor número de agresiones ocurren. La alta frecuencia de usuarios agresivos y nerviosos en el ámbito sanitario, crea en los trabajadores expuestos, la percepción que se trata de un hecho habitual y no se asocia con un riesgo profesional determinado.

6 Bibliografía

- Mayorca Yancán Iván Arturo, Lucena García Silvia, Cortés Martínez María Elena, Lucerna Méndez María Ángeles. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía: ¿Por qué hay agresiones no registradas?. Med. segur. trab. [Internet]. 2013 Jun [citado 2020 Feb 11] ; 59(231): 235-258. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000200005&lng=es.
http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200005.
-www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
https www scielo org es

Capítulo 1766

LA FUNCIÓN DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ALMACÉN DE UN HOSPITAL

PATRICIA RODRÍGUEZ MENÉNDEZ

MARIA LUISA ALONSO SUAREZ

1 Introducción

Los establecimientos sanitarios consumen gran cantidad de productos. Con el objeto de gestionar la reposición de los productos, los hospitales han creado unidades administrativas para su compra, recepción, almacenamiento y distribución a los puntos de consumo. En parte de esta tarea ocupa un papel importante la figura del auxiliar administrativo.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del auxiliar administrativo responsable del Almacén General del Hospital.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una vez validada la mercancía en la zona de descarga, se entrega el albarán del proveedor al personal administrativo del almacén, que realiza las siguientes funciones:

- Cotejar los datos del albarán del proveedor con los datos del pedido y confirmar la entrada en el programa informático.
- Esta confirmación se envía al proveedor automáticamente. Los proveedores deben adjuntar este albarán propio de entrada validada en nuestro centro a su factura.
- La unidad administrativa se encarga de elaborar un documento que se denomina albarán de preparación, que contiene los artículos a servir a las unidades peticionarias. Una vez preparado el material se procede igualmente a validar la salida de manera que se descuenten las existencias.

5 Discusión-Conclusión

La figura del auxiliar administrativo responsable del almacén es clave para el correcto funcionamiento del aprovisionamiento sanitario. En concreto, al detectar posibles errores en la mercancía recibida.

Los responsables de los centros sanitarios comprenden que una adecuada gestión de material no solo puede reducir costes sino incrementar la calidad de la atención.

6 Bibliografía

- Dacosta Claro Iván. Los servicios de suministros de los establecimientos sanitarios: la medición de la performance. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2001 Ago [citado 2020 Feb 11] ; 75(4): 321-336. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000400006&lng=es.
- Elsevier "Mejorando la cadena de suministros en un hospital" – V.G. Aguilar-Escobar[a], P.Garrido-Vega, N. Godino-Gallego.

- www.hgucr.es.

Capítulo 1767

EL CELADOR EN EL ÁMBITO LABORAL. AGRESIONES

ALEJANDRA CASTRO TORRICO

NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ

MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ

ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La violencia contra profesionales y el síndrome de burnout, o desgaste profesional del personal sanitario, ha adquirido una enorme importancia en los últimos años, especialmente en los servicios de urgencias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Internacional de Servicios Públicos (ISP), definen la violencia laboral como ”incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo -incluidos los trayectos de ida y vuelta al mismo que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud”.

Los profesionales denuncian ante el juzgado las agresiones graves que requieren atención médica, mientras que las agresiones físicas de menos gravedad o agresiones no físicas no llegan a ser denunciadas. Esta situación de infra denuncia puede ser debida al miedo de los profesionales a las represalias de la persona agresora o bien a que los profesionales minimizan el hecho violento.

La caracterización de las agresiones como el estudio de las causas desencadenantes serían de utilidad para identificar áreas de mejora y establecer medidas relacionadas con la prevención, la seguridad y la gestión de este tipo de situaciones que ayuden a eliminar o corregir los problemas detectados. En esta línea, la existencia de un registro unificado es de gran importancia ya que permite seguir profundizando en el estudio de esta problemática y evaluar los efectos de las medidas establecidas desarrollar planes de formación, dirigidos a todos los profesionales que trabajan en sanidad, relacionados con la prevención y la gestión de las agresiones, así como facilitar apoyo y asesoramiento a los profesionales.

2 Objetivos

- Minimizar el riesgo a las agresiones que se producen en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las consecuencias de las conductas hostiles para el trabajador pueden ser diversas dependiendo del tipo de agresión y de las características personales de cada víctima. Incluyen desde lesiones físicas hasta afectaciones psicológicas, que pueden ir desde la disminución de la satisfacción con el trabajo, al aumento del absentismo, pasando por la presencia de burnout, ansiedad o disminución del bienestar psicológico.

Es importante diferenciar los tipos de violencia, pues casi todos los profesionales están expuestos a insultos, pero la distribución no es igual en cuanto a agresiones físicas y tampoco en cuanto al comportamiento amenazante. Según la forma de manifestarse, esta violencia se clasifica en violencia psicológica y violencia física. Se entiende por violencia física ”el empleo de la fuerza física contra una persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, incluyendo las

palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos". Por violencia psicológica se entiende "el uso deliberado del poder o amenazas al recurso de la fuerza física, contra una persona o grupo, que pueden dañar su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas".

El riesgo de violencia presenta una especial importancia en el sector servicios, ya que los trabajadores tienen una mayor probabilidad de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los usuarios y clientes, debido al estrecho contacto que mantienen con ellos. Dentro de este sector, el sanitario ocupa un lugar destacado, existiendo estudios que dicen que más de la mitad de los trabajadores han experimentado al menos un incidente de violencia física o psicológica en el último año.

5 Discusión-Conclusión

Las agresiones sufridas por los trabajadores se encuentran dentro del amplio abanico de riesgos que afectan a la seguridad y salud de los trabajadores sanitarios, ya de por sí sometidos a factores de estrés laboral elevados que conducen a altos niveles de desgaste profesional (burnout).

Entre las posibles causas del aumento de la agresividad y de la conflictividad contra los profesionales sanitarios pudieran encontrarse las siguientes:
- La masificación de las salas de espera con familias alteradas, escasez de personal.
- La necesidad que tienen los pacientes y familiares de una atención rápida y eficaz.
- Ausencia de medidas de seguridad; La confluencia de pacientes con complicaciones mentales, marginalidad y drogadicción.
- Pacientes que reciben del médico una respuesta que no quieren oír de un diagnóstico no esperado.
- Negativa a una concesión de una baja laboral; Muerte inesperada; Negativa a prescribir un medicamento.
- Desacuerdo con el médico de urgencias por considerar que el problema de un enfermo es menos prioritario que otro.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 1768

EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO. LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

ALEJANDRA CASTRO TORRICO

NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ

MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ

ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La obesidad es la enfermedad crónica no trasmisible con mayor índice de crecimiento en los últimos 20 años. Es un factor de riesgo para la diabetes mellitus de tipo 2, hipertensión arterial, afecciones cardiovasculares y respiratorias, infertilidad, impotencia sexual y funcional, síndrome metabólico, trastornos en las articulaciones de carga y ciertos cánceres (mama, colon, próstata).

La cirugía bariátrica metabólica es el tratamiento quirúrgico efectivo de la obesidad mórbida, a mediano y a largo plazo, y no los tratamientos farmacológicos y las dietas aisladas.

2 Objetivos

- Formar e informar sobre el celador en quirófano.
- Identificar y conocer este procedimiento quirúrgico
- Saber actuar sobre distintas complicaciones en el quirófano.

3 Metodología

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

4 Resultados

La evolución de las técnicas quirúrgicas de cirugía bariátrica (técnicas malabsortivas, técnicas restrictivas gástricas y técnicas mixtas), es poner al alcance de los interesados en el tema este valioso arsenal terapéutico para que sea utilizado racionalmente. La cirugía bariátrica laparoscópica supone un reto para el anestesiólogo, ya que el obeso mórbido es un paciente de alto riesgo y la laparoscopia puede dificultar el tratamiento ventilatorio y hemodinámico del paciente. En la consulta de anestesia es importante hacer una valoración de las enfermedades asociadas, especialmente las cardiovasculares y respiratorias, con una atención especial a la posible dificultad para ventilar o intubar a estos pacientes.

En el quirófano un anestesiólogo experimentado utilizará los fármacos de forma individualizada, en función de diversos factores, como el peso total, el peso ideal o el grado de lipófila del propio fármaco. La ventilación mecánica de un paciente con obesidad mórbida bajo laparoscopia abdominal obliga a un equilibrio entre el mantenimiento de la normocapnia y la evitación de presiones excesivas en la vía aérea. En el postoperatorio se ha de asegurar una buena analgesia para evitar la tendencia a la inmovilización diafragmática con la consiguiente formación de atelectasias.

Los pacientes con síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño tienen una mayor probabilidad de presentar más complicaciones postoperatorias. La utilización precoz de tratamiento con presión positiva continua de la vía aérea puede evitar su aparición la utilización del fibroscopio retromolar de Bonfils. Para la intubación orotraqueal como primera opción en dichos pacientes es una alternativa adecuada y segura, en la cual se logra la intubación en el 100% de los casos sin lesiones iatrogénicas de la vía aérea la intubación debe realizarse con el paciente despierto y fibroscopio flexible.

5 Discusión-Conclusión

La obesidad en un paciente hace que la anestesia sea más difícil y peligrosa, esto hace que el acto anestésico deba ser planificado con meticulosidad para anticiparse a la aparición de complicaciones la opción más atractiva es la combinación de anestesia general y epidural, al sumarse los beneficios de ambas: se reducen las dosis de fármacos y se proporciona analgesia adecuada en el postoperatorio.

El riesgo perioperatorio es significativamente mayor que en el paciente no obeso, incluyendo la probabilidad de muerte. Al igual que la frecuencia de aparición de complicaciones postoperatorias entre las cuales se pueden citar como las más frecuentes a las infecciones de la herida quirúrgica, las complicaciones pulmonares y las trombosis venosas. El obeso mórbido resulta un individuo complejo para el proceso de RCCP, tanto en lo biológico como en el contexto en que se afronta la misma.

Su fisiopatología cardiovascular donde priman fenómenos ateroscleróticos coronarios precoces, miocardiopatías y arritmias graves, aunado a la vía aérea difícil, comorbilidades asociadas descompensadas y cambios físicos propios, exigen modificaciones a la aplicación de guías de RCCP y máxima preparación para el personal que la asume.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1769

INFECCIONES NOSOCOMIALES. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL CELADOR

JORGE RODRIGUEZ ANTUÑA

1 Introducción

Una infección nosocomial puede definirse de la siguiente manera: una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

La atención de los pacientes se dispensa en establecimientos que comprenden desde dispensarios muy bien equipados y hospitales universitarios con tecnología avanzada hasta unidades de atención primaria únicamente con servicios básicos. A pesar del progreso alcanzado en la atención hospitalaria y de salud pública, siguen manifestándose infecciones en pacientes hospitalizados, que también pueden afectar al personal de los hospitales. Muchos factores propician la infección en los pacientes hospitalizados: la reducción de la inmunidad de los pacientes; la mayor variedad de procedimientos médicos y técnicas invasivas, que crean posibles vías de infección; y la transmisión de bacterias farmacorresistentes en poblaciones hacinadas en los hospitales, donde las prácticas deficientes de control de infecciones pueden facilitar la transmisión.

Con respecto a la frecuencia de infección, las infecciones nosocomiales ocurren en todo el mundo y afectan a los países desarrollados y a los carentes de recursos. Las infecciones contraídas en los establecimientos de atención de salud están entre las principales causas de defunción y de aumento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Son una pesada carga para el paciente y para el sistema de salud pública. Una encuesta de prevalencia realizada bajo los auspicios de la OMS en 55 hospitales de 14 países representativos de 4 Regiones de la OMS (a saber, Europa, el Mediterráneo Oriental, el Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental) mostró que un promedio de 8,7% de los pacientes hospitalizados presentaba infecciones nosocomiales. En un momento dado, más de 1,4 millones de personas alrededor del mundo sufren complicaciones por infecciones contraídas en el hospital. La máxima frecuencia de infecciones nosocomiales fue notificada por hospitales de las Regiones del Mediterráneo Oriental y de Asia Sudoriental (11,8 y 10,0%, respectivamente), con una prevalencia de 7,7 y de 9,0%, respectivamente, en las Regiones de Europa y del Pacífico Occidental.

En el estudio de la OMS y en otros se ha demostrado también que la máxima prevalencia de infecciones nosocomiales ocurre en unidades de cuidados intensivos y en pabellones quirúrgicos y ortopédicos de atención de enfermedades agudas. Las tasas de prevalencia de infección son mayores en pacientes con mayor vulnerabilidad por causa de edad avanzada, enfermedad subyacente o quimioterapia.

2 Objetivos

- Determinar qué son las infecciones nosocomiales.
- Estudiar la epidemiología de las infecciones nosocomiales.
- Estudiar el papel de los celadores en la prevención de las infecciones nosocomiales.
- Describir las medidas de prevención de las diferentes infecciones nosocomiales.
- Describir los proyectos "ZERO" y describir la importancia de la higiene de manos.

3 Metodología

Este trabajo está realizado mediante una revisión bibliográfica de tipo narrativa. Para ello se emplean libros, revistas científicas, bases de datos y páginas web oficiales. Los criterios de inclusión para la búsqueda son: artículos sobre las infec-

ciones nosocomiales con una antigüedad inferior a diez años hasta el momento actual.

4 Resultados

En españa, al no ser enfermedad de declaración obligatoria,actualmente se está llevando a cabo la evaluación del proyecto EPIME, que consiste en desarrollar anualmente un estudio de prevalencia de las infecciones en los principales hospitales españoles. Estos estudios son llevados a cabo por los servicios de medicina preventiva,donde se realiza la vigilancia epidemiológia de estas enfermedades.

Según el origen de las infecciones se distingue:
- Infecciones endógenas: causadas por microorganismos pertenecientes a la propia flora del paciente.
- Infecciones exógenas: causada por microorganismos adquiridos desde una fuente externa.
- Adquisición exógena de la flora seguida de la infección endógena.

Las infecciones más frecuentes son aquellas relacionadas con los procedimientos invasivos:
- La neumonía y bronquitis asociada a la ventilación mecánica. Tienen una prevalencia del 19'8 % (EPIME 2017)
- Las infecciones urinarias relacionadas con la sonda vesical. Tienen una prevalencia del 19'32%
- Las infecciones asociadas a heridas quirúrgicas. Ocupan el primer lugar de las infecciones nosocomiales, 25'03% (EPIME 2017)
- Bacteriemias. Presentan una mortalidad del 24-30% (EPIME 2017). Los principales agentes causales son enterobacterias y pseudomonas
- Las asociadas a los catéteres vasculares.
- Infecciones bacteriemias. Prevalencia del 15 '10% (EPIME 2017)
- La sepsis supone la primera causa de muerte en las Unidades de Cuidados Intensivos, suponiendo un 40% de los gastos de los recursos. Esta complicación es debida al continuo contacto entre los profesionales sanitarios y los pacientes con un estado de salud comprometido.

Microorganismos multirresistentes:
Un microorganismo multirresistente se define como aquel que tenga resistencia a más de una familia de antimicrobianos de uso habitual, teniendo relevancia clínica y epidemiológica.

Las principales bacterias multirresistentes hoy en día son:
- El Staphylococcus aureus: puede producir una amplia gama de enfermedades, que van desde infecciones cutáneas y de las mucosas relativamente benignas, tales como foliculitis, forunculosis o conjuntivitis, hasta enfermedades de riesgo vital, como celulitis, abscesos profundos, osteomielitis, meningitis, sepsis, endocarditis o neumonía.
- Enterococcus: enterococcus causa importantes infecciones clínicas, incluyendo infección urinaria, bacteriemia, endocarditis, diverticulitis y meningitis.
- Enterobacterias como Escherichia coli y Klebsiella pneumoniales: la alta morbilidad, así como la variedad en síndromes y cuadros clínicos asociados a las infecciones por E. coli, hacen de esta bacteria uno de patógenos más versátiles y de gran relevancia para el ser humano.
- El K.p es el agente causal de infecciones del tracto urinario, neumonías, sepsis, infecciones de tejidos blandos, e infecciones de herida.

Prevenciones generales.
La prevención de las infecciones nosocomiales necesita de la participación de todos los profesionales sanitarios e incluso de los no sanitarios (celadores, personal de limpieza y administrativo). Para ello se realizan programas con una serie de elementos clave para lograr los objetivos. Entre las medidas generales de prevención, destacan las siguientes:
- Utilizar medidas de protección (lavado de manos, asepsia, guantes, bata, mascarilla…) para limitar la transmisión de microorganismos entre pacientes.
- Controlar los riesgos ambientales de infección.
- Proteger a los pacientes con el uso adecuado de antibióticos profilácticos y la nutrición.
- Reducir lo máximo posible los procedimientos invasivos y cuando sean inevitables extremar al máximo la higiene y la esterilización cuando sea necesario
- Vigilar las infecciones y controlar e identificar los brotes.
- Prevenir la infección entre el personal.

Una de las medidas más importantes para la prevención de estas infecciones y para evitar la diseminación de microorganismos es el lavado de manos. Aunque a simple vista parece una técnica fácil, tiene su procedimiento y su forma correcta de hacerlo.

El CDC creó una normativa en 1975 sobre el lavado de manos con el objetivo de validar la técnica para su cumplimiento. A partir de entonces, se publicaron nuevas guías de lavado para promover esta técnica. Los procedimientos del

lavado de manos varían según la evaluación del riesgo del paciente y para la causa a la que está destinada la técnica:
- Cuidado ordinario o mínimo: lavado con jabón no antiséptico, o fricción con solución alcohólica.
- Limpieza antiséptica de las manos: lavado higiénico con jabón antiséptico. Desinfección quirúrgica: lavado quirúrgico de manos y antebrazos con solución antiséptica.
- Existen factores que dificultan su cumplimiento como son la falta de tiempo y la falta de puntos de lavado, pero todos los profesionales sanitarios deben concienciarse que una buena higiene de manos significa protección para el paciente y los demás compañeros a la hora de evitar infecciones hospitalarias, ya que la piel y las manos son los mayores transmisores de enfermedades nosocomiales, puesto que tienen una flora con microorganismos capaces de infectar a otras personas.
- La esterilización. Es la destrucción de todos los microbios y patógenos incluso en sus formas de resistencia que pudieran estar en los materiales. Es el elemento más importante de prevención de infecciones en hospitalizados junto con el lavado de manos.

Medidas a tener en cuenta por el celador:
- La ropa y el calzado han de estar siempre limpias y en buenas condiciones,cuando este llegue al hospital debe ponerse el uniforme apropiado y nunca utilizar el calzado de la calle,este apartado es muy importante porque el celador en sus funciones está constantemente desplazándose por el hospital con lo cual es un riesgo a tener en cuenta. Si en un determinado momento el uniforme se ensucia,debería cambiarlo,lo adecuado sería el uso de algún tipo de delantal de plástico de usar y tirar.
- Higiene personal: todos los celadores tienen que haber recibido formación sobre ”buenas prácticas de higiene y sanidad” para ello la dirección del hospital se debe de encargar de la formación continua de buenas prácticas en la higiene.
- Deben de vigilar que los visitantes cumplan también una serie de requisitos higiénicos y de barreras de protección como ,bata,mascarilla, etc.
- Con respectos a los edificios hospitalarios debe vigilar que haya una limpieza absoluta donde los pacientes son más propensos a coger algún tipo de infección.
- Cuando el celador deba atender a un paciente en aislamiento,ya sea para ayudar a una enfermera, auxiliar (mover al paciente para realizar alguna prueba,para su asea,cambio postural…) o un traslado, debe extremar las medidas de higiene y utilización de Epis necesarios (guantes,bata,mascarilla..).

Por último mencionar la creación de los proyectos ZERO con los objetivos prin-

cipales de:
- Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a las asistencias sanitarias.
- Mantener y fomentar los programas de prevención de infecciones asociadas a las asistencias sanitarias en pacientes críticos y su extensión a otras áreas de hospitalización utilizando los sistemas de vigilancia y control disponibles en los centros sanitarios.
- Promover la prevención y control de las resistencias antimicrobianas, con especial atención al control de la difusión de los microorganismos multiresistentes.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales son un problema de primer orden en la actualidad. Se estima que del total de los pacientes que acuden a un centro sanitario o necesitan ser ingresados en un hospital, el 7% tendrá una infección relacionada con la asistencia sanitaria. Todas ellas suelen estar relacionadas con procesos invasivos por parte de los profesionales. Existen numerosas medidas de prevención que el profesional de instituciones sanitaria, entre ellos el celador, debe cumplir para una mayor protección y seguridad al paciente, ya que muchas veces el mal cumplimiento de estas puede originar esta complicación.

Para intentar disminuir la incidencia de las infecciones nosocomiales, se crearon los Proyectos "ZERO", ofreciendo formación a los profesionales sobre la prevención de las neumonías relacionadas con la ventilación mecánica, las bacteriemias relacionadas con los catéteres intravasculares y el uso adecuado de los antibióticos. Los profesionales de enfermería son quienes más tiempo pasan con los pacientes,los celadores en su función de movilización, inmovilización,traslado,rasurado,etc también pueden pasar un tiempo importante con los pacientes. Es su labor ofrecerles un entorno y unos cuidados de calidad para intentar asegurar su confort. Es por eso que tienen que ser estrictos con las medidas preventivas y sobre todo, con la higiene de manos. Esta simple acción protege a los pacientes y puede prevenir numerosas infecciones si se realiza adecuadamente.

6 Bibliografía

- Pujol M, Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enfermedades infecciosas y microbiología

clínica. 2013 Febrero; 31(2): p. 108-113.
- Ducel G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía Práctica. [Online].; 2003 [cited 2017 Abril 19. Available from: http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). Estudio EPINE. Evolución 1990-2015; 2015.
- Castellanos A, Supervisa C. Infecciones nosocomiales en pacientes críticos, medicine.2014;11(57):p.3374-3382
- Organización mundial de la salud. Prevención de las enfermedades nosocomiales: guía práctica. Ginebra: OMS;2003
- AIRHH: Asociación internacional para la investigación en higiene hospitalaria (Mónaco). Http://www monaco.mc//assoc//airhh/
- IFIC: Federación internacional de control de infecciones. htt://www.ific.narod.ru/
- Asensio A, Monge D. Epidemiología de la infección por Clostridium difficile en España. Enfermedades infecciosas y Microbiología clínica. Junio-julio 2012; 30(6):333-337.

Capítulo 1770

CONCEPTO DE CALIDAD EN HOSTELERÍA HOSPITALARIA

CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO

1 Introducción

La gran variedad de ofertas hosteleras hace que en este sector exista mucha competencia. Diferentes establecimientos con servicios tradicionales o novedosos que intentan abrirse camino y subsistir en el mercado.

Uno de los factores con mayor influencia en la competitividad de una empresa es la calidad ofrecida. Es por tanto uno de los objetivos primordiales de toda empresa de restauración alcanzar y mantener unos niveles de calidad adecuados.

La calidad no planificada está siempre asociada a la subjetividad del cliente, puesto que no todo el mundo tiene los mismos gustos, ni espera lo mismo de un servicio o de un producto. Por ello se deben establecer unos criterios objetivos basados en el estudio de mercado y la detección de necesidades, que logren la satisfacción del cliente.

En restauración se ofertan ambas cosas: productos y servicios. Tanto en uno como en otro se debe diseñar un plan de calidad.

Cierto es que el plato es el producto final del proceso de restauración, y una vez servido, si existe cualquier fallo o desviación del resultado esperado, ya no se puede solucionar, salvo si se cambia por plato, aunque ya se habrá generado una sensación de insatisfacción en el cliente. La finalidad de la planificación en calidad debe ser evitar eso implantado medidas de diferentes tipos:

- Medidas preventivas: Detectar los riesgos y puntos críticos y buscar la manera de evitar fallos o desviaciones sobre lo planificado.
- Medidas correctoras: Solucionar los problemas una vez que se han producido y detectado.
- Medidas de control y verificación: Comprobar que se cumplen los criterios de calidad en todos y cada uno de los puntos del proceso, y que las medidas correctoras son eficaces y resuelven los problemas.

En el plan de calidad se incluirán los criterios aplicables a todas y cada una de las fases del proceso de producción y servicio, y un sistema de verificación que permita controlar en todo momento su cumplimiento.

2 Objetivos

El objetivo de la gestión de calidad es alcanzar la calidad en todas las fases:
1. Calidad del producto alimenticio:
- El producto o servicio resultaran satisfactorios para el cliente, respondiendo a sus expectativas. Durante la fase de planificación se deben determinar tanto las necesidades como las expectativas de los clientes potenciales.
- El producto conversará las características nutricionales adecuadas. Para ello se deben aplicar los criterios de elaboración de dietas saludables.
- Ofrecerá garantía higiénica. Esto implica la correcta manipulación y conservación de los alimentos.
- Se potenciarán las características organolépticas esperadas. El uso de las técnicas adecuadas aplicadas correctamente favorecerá la aparición de las características organolépticas deseadas. Los sabores se pueden mejorar también utilizando distintas condimentaciones.
- El proceso para su obtención será tecnológicamente posible. No se puede pensar en realizar elaboraciones para las que no se dispone de maquinaria, herramientas y conocimientos adecuados.

2. Calidad del servicio:
- El servicio se realizará en condiciones adecuadas, tanto higiénicas como tecnológicas. La manipulación de los alimentos será cuidadosa, se presentarán de manera atractiva y a la temperatura adecuada.
- Buenas prácticas y trato correcto al cliente. La actitud del personal durante el servicio también es un factor que influye en la calidad del servicio. La distribución de los menús se hará en los horarios previstos.
- El proceso responderá a los criterios legales vigentes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen varios criterios mínimos:
- Criterios mínimos de la materia prima:
Se definirán las características higiénico-sanitarias de la materia prima a utilizar, así como los tipos a utilizar.
- Criterios para la gestión de la compra y aprovisionamiento:
Lo que se debe comprar, el stock mínimo, la frecuencia de compra, los proveedores y el precio, son algunos de los factores que se definirán para lograr los objetivos de plan de calidad.
- Criterios de conservación de alimentos:
Garantizan siempre la conservación en condiciones higiénico-sanitarias optimas, y el mantenimiento de la cadena de frío.
- Criterios relativos a los procedimientos:
Técnicas culinarias, equipos necesarios, tiempos de cocción, selección, formación e información de personal destinado para cada tarea, actuación durante el servicio, modalidad, etc. Estos son algunos de los elementos que definen los procesos dentro de la programación previa.
- Criterios de calidad del producto final:
La definición del producto que se quiere obtener es fundamental.

5 Discusión-Conclusión

La planificación de la calidad se basa en alcanzar la calidad total, tanto en cada fase del proceso como en el producto final. Esto se logra mediante un proceso de mejora continua, basado en la corrección de los errores o la solución de los problemas que puedan surgir durante el proceso.

Para conseguir este objetivo se ha de realizar el control de calidad de manera continua y permanente.
Hay varias fases para el control de calidad eficaz:
- Detección de problemas en cualquier fase.
- Determinar las causas.
- Proponer medidas correctoras, e implantarlas.
- Verificar que se ha resuelto el problema.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1771

EL CELADOR, ¿EL ÚLTIMO MONO?

DIEGO ABELLA GONZÁLEZ

1 Introducción

La Real Academia Española define al celador como "persona que cela o vigila", según esta definición el celador parece que no tiene una gran labor profesional, pero en cambio si que la adquiere cuando se inserta en el ámbito sanitario.

El puesto de celador se crea en el año 1971, con la aprobación del Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (orden de 5 de Julio de 1971), derogado, pero del cual sigue vigente en lo que a categorías y funciones se refiere (art. 14.2).

La falta de interés de la Administración pública en equiparar la figura del celador al resto de categorías profesionales sanitarias, es una realidad. Al celador, a pesar de desempeñar funciones de atención directa al paciente, se le considera un trabajador de una categoría inferior, personal no sanitario, y se le aleja de la importancia que realmente asume

2 Objetivos

Explicar la función del celador en el entorno sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- http://www.revistalacomuna.com/estatal/celadores-en-la-encrucijada-lucha-de-clases-en-sanidad/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1772

EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES.

DIEGO ABELLA GONZÁLEZ

1 Introducción

Dentro de nuestras principales funciones, los celadores ayudaremos en las tareas de movilización de los pacientes que lo requieran. Por tanto, es muy importante que poseamos ciertos conocimientos sobre las formas de realizar esas movilizaciones, ya sean cambios posturales o ayudas para pasar a los pacientes a los sillones, siendo estas actuaciones fundamentales para la correcta atención al enfermo en cualquier área de hospitalización.
La movilización podríamos decir que son movimientos sobre una misma superficie, realizando cambios de posición o de situación del paciente.

Muchas de las personas que acuden a un centro sanitario tienen mermadas sus capacidades a causa de la enfermedad y por tanto debemos ayudarlas. Debemos mover al paciente siguiendo unas normas para evitar riesgos y favorecer la comodidad del paciente, así como conocer las técnicas para levantar, sentar y mover a dicho paciente.
El estado de reposo o inmovilización puede ser indicado por los médicos para favorecer la recuperación del enfermo o evitar que se produzcan lesiones más graves. Pero un excesivo reposo en la cama, también puede tener un efecto perjudicial para la salud.
Unos de los principales problemas que se pueden dar como consecuencia o pueden estar relacionados con la inmovilidad del paciente, son:
- Embolias y trombosis venosas.

- Úlceras y escaras.
- Disminución del tono muscular.
- Encharcamiento pulmonar por edema agudo de pulmón.
- Infecciones urinarias y respiratorias.

Para evitar todos estos problemas, se debe favorecer la movilización activa o pasiva de los enfermos encamados y llevar a cabo cambios posturales con frecuencia. Estos cambios posturales se realizan, como norma general, por las Auxiliares de Enfermería y los Celadores.

El Celador, con el fin de evitar lesionarse él mismo, a la hora de realizar la movilización del paciente a de tener en cuenta unos principios básicos de la mecánica corporal.
La mecánica corporal comprende las normas fundamentales que deben respetarse al realizar la movilización o transporte de un peso, por tanto, es el uso adecuado de nuestro cuerpo cuando trabajamos. La buena mecánica corporal es muy importante tanto para los pacientes como para los profesionales. Con una buena mecánica corporal podemos prevenir lesiones o fatigas que se puede producir en nuestro trabajo.

En el momento de realizar una movilización debemos tener en cuenta unas pautas:
- Debemos tener una buena postura, tendremos el cuerpo bien alineado y en equilibrio. Cuidando la postura cuidamos nuestro cuerpo, en especial los músculos y los tendones.
- Debemos conocer el estado del paciente y saber en todo momento como se le puede movilizar. Debemos conocer muy bien las posiciones para colocar a los pacientes según sus necesidades, si tiene la cadera rota, el hombro dislocado, etc.
- Debemos evaluar el trabajo y planificar la movilización para que haya una perfecta coordinación.
- Debemos explicar al paciente la movilización que vamos a realizar para que sepa en todo momento lo que vamos a hacer.
- Llevaremos a cabo la retirada de objetos que entorpezcan en la zona de trabajo y dificulten la movilización, como sillones, sillas, pies de goteros, mesitas, etc. que nos impidan una correcta posición corporal.
- Vigilaremos tubos de sondas o drenaje, vías, etc.
- Separaremos los pies y adelantaremos uno con respecto del otro, unos 50 cm, flexionando las piernas, ya que así aumenta su base de sustentación y se emplea en mayor medida el centro de gravedad, situada en la zona pélvica. Un pie siem-

pre en dirección al movimiento.
- Emplearemos los músculos de las piernas intentando evitar hacer fuerza con la espalda. Debemos hacer la fuerza con las piernas manteniendo la espalda recta para no hacernos daño.
- Espirar en el momento de realizar el esfuerzo físico.
- Siempre es mejor empujar y deslizar que levantar, pero teniendo cuidado de no provocar lesiones por fricción en la piel. Nos ayudaremos de las sábanas y de las entremetidas, comprobando que luego quedan bien estiradas y sin dobleces que puedan molestar al paciente.
- No trabajaremos en contra de la fuerza.
- No realizaremos movimientos bruscos, levantaremos al paciente de forma gradual, suavemente y sin sacudidas.
- Nos ayudaremos de otros compañeros, si fuera posible. Dependiendo de la corpulencia de los pacientes, el movimiento entre dos personas puede que no sea suficiente y de intentarlo, habría la posibilidad de dañarnos nosotros y dañar al paciente. Cuantos más seamos, más repartido estará el peso. Incluso si fuese necesario ayudarnos de medios mecánicos como grúas. Es importante coordinarse durante la movilización, uno de los profesionales debe dirigir la tarea.
- Trabajaremos a una altura adecuada. Elevaremos o bajaremos la altura de la cama, de modo que nos quede a una altura aproximada de la cadera, para evitar tener que doblar la espalda a la hora de hacer fuerza.
- Tendremos en cuenta la altura de la persona que está con nosotros realizando la movilización, ya que no todos somos de la misma altura.
- Intentaremos que el enfermo colabore, en la medida de lo que él pueda, en la movilización. Esto nos facilitará a nosotros el trabajo y le servirá al paciente como ejercicio.
- Utilizaremos puntos de apoyo exteriores y el contrapeso del propio cuerpo para aumentar la fuerza aplicada al movimiento.

Con la movilización conseguiremos:
- Mantener o incluso aumentan las capacidades físicas del paciente.
- Ayudar al paciente a adoptar determinadas posturas que él por sí mismo no puede adoptar, que lo ayudarán a prevenir, principalmente, las úlceras por presión y demás problemas que puede ocasionar la inmovilización.
- Adoptando posturas correctas en la movilización incrementaremos la seguridad del paciente.
- También ayudaremos a que el paciente recupere progresivamente la movilidad pidiéndole que ayude en lo que pueda en la movilización.
- Las movilizaciones también favorecen la circulación, aumentando la eliminación

de los productos de desecho del metabolismo, facilita la evacuación intestinal etc.

Pero una correcta movilización no sólo tiene aspectos positivos para el paciente, sino también para los profesionales que la realizan evitando dolores musculares innecesarios, principalmente de espalda.

Con una buena comunicación entre los profesionales que realizan la movilización, entre ellos y el paciente, así como unos movimientos coordinados y seguros, conseguiremos que la movilización sea rápida y sin molestias para el paciente y los profesionales que la realizan.

2 Objetivos

Definir el funcionamiento de esta técnica mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Academia San Lorenzo, temario oposición celador.
- Sindicato CSI, temario oposición celador. https://blog.opositatest.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1773

NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO SANITARIO

PABLO ASENSIO ÁLVAREZ

MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

La introducción de las nuevas tecnologías en los servicios de salud implica cambios notables en el funcionamiento de los centros sanitarios a todos los niveles, repercutiendo sobre la atención de pacientes y usuarios.
A nivel administrativo se han incorporados nuevos sistemas, que permiten a los usuarios la realización de ciertos trámites en el ámbito sanitario sin necesidad de una asistencia directa del personal administrativo, gracias a una progresiva automatización e informatización de algunos procedimientos (como pueda ser la solicitud de citas médicas en atención primaria).
Respecto a la gestión de documentación clínica, observamos grandes cambios, gracias a la progresiva eliminación del papel, con la información recogida en plataformas informáticas y bases de datos, cambiando su disponibilidad y las formas de acceso al contenido, y afectando a la organización y funcionamiento de los centros, así como a labor que desempeñan profesionales sanitarios y no sanitarios.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes innovaciones que se pueden encontrar en los servicios de salud, orientadas a facilitar los trámites administrativos de los usuarios y a mejorar la eficiencia del personal administrativo.
- Observar el grado de modernización del sistema sanitario, determinando cómo ha sido la evolución en atención primaria y especializada.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática a bases de datos. Se han consultado artículos de periódicos y revistas digitales relacionados con la introducción de nuevas tecnologías en el entorno sanitario.
Por otro lado, se ha realizado un estudio paralelo consultando a usuarios del sistema sanitario para determinar el grado de conocimiento y utilización de las nuevas tecnologías incorporadas a los servicios de salud.

4 Resultados

La progresiva modernización del sistema sanitario la podemos observar tanto en atención primaria como en especializada, existiendo un contraste claro si realizamos una comparativa entre ambas. La implementación de nuevas tecnologías generalmente es mayor en atención especializada, destacando de forma notable en los centros hospitalarios de nueva construcción, que han aprovechado el impulso de la inversión realizada para acompañarla con la introducción de los medios e instrumentales más modernos. Esto contrasta con una parte de los centros de atención primaria, cuya modernización está siendo más lenta: han implementado nuevos sistemas que facilitan las gestiones y los trámites administrativos a los usuarios, y cambiado algunos protocolos de atención, en busca de una mayor fluidez en la asistencia; pero la introducción de nuevos medios materiales es menor que en especializada, especialmente si la comparativa la hacemos con los consultorios o centros de salud de las zonas más rurales.

En el ámbito administrativo, entre las innovaciones y nuevas tecnologías incorporadas al sistema sanitario, podemos destacar algunas:
- Historia clínica electrónica: ha supuesto grandes avances a nivel organizativo, permitiendo una mejor y más rápida disponibilidad de la información y dejando

obsoleto el antiguo sistema de archivos en papel. Paralelamente, ha aumentado la eficiencia del trabajo de los profesionales sanitarios, mejorando con ello la atención de los pacientes.
- Herramientas asistenciales: la incorporación de programas como OMI en atención primaria y SELENE en atención especializada, que otorgan avances en la gestión de citas, en la organización de la información personal y documentación clínica de los pacientes.
- Sistemas de notificación de las citas en atención especializada: se han implementado nuevos métodos recordatorios de citas médicas, como los avisos por SMS y por email, que han demostrado una reducción del ausentismo en las citas y aumento de los avisos para cancelaciones o reprogramaciones (otorgando más utilidad a los trabajos administrativos).
- Servicio de Cita Previa: posibilita al paciente gestionar las citas de atención primaria desde una plataforma web o una aplicación, reduciendo de forma significativa la demanda de citas presencial y telefónicamente, permitiendo al personal administrativo invertir en otras tareas ese tiempo ahorrado.

La introducción de estás y otras innovaciones en los centros sanitarios varía, además de por lo mencionado anteriormente, según la comunidad autónoma a la que pertenecen, ya que cada Servicio de Salud determina cuales implementa y de qué manera (nos encontramos por ejemplo CCAA como Asturias y Castilla y León, que utilizan solo el SMS como sistema recordatorio de citas, y otras como Extremadura, que optaron por complementarlo con los avisos por email).

5 Discusión-Conclusión

La introducción de nuevas tecnologías y modernización del sistema sanitario se puede definir como progresiva y no uniforme, observándose diferencias según el tipo de centro (de atención primaria o especializada), su antigüedad (nueva construcción o no), la comunidad autónoma a la que pertenece, entre otros factores.

Por lo general, los nuevos sistemas incorporados tienen buena aceptación tanto por los usuarios como por los profesionales sanitarios y no sanitarios, dadas las mejoras que estos suponen. Aunque en ocasiones se ha podido observar algún caso en el que un nuevo sistema ha generado controversia, ya sea por la excesiva complejidad en su uso o por considerarse que no aporta un valor añadido al sistema que viene a reemplazar.

Aun con los avances logrados en los últimos años, los servicios de salud deberán

seguir invirtiendo en nuevas tecnologías y sistemas que permitan a sus centros sanitarios adaptarse a las cambiantes necesidades de la sociedad actual.

6 Bibliografía

- Antomás, J., y S. Huarte del Barrio. «Confidencialidad e historia clínica: Consideraciones ético-legales». Anales del Sistema Sanitario de Navarra 34, n.º 1 (abril de 2011): pp. 71-83.
- Asturias Mundial. «Todos los hospitales de Asturias cuentan ya con recordatorio de citas médicas vía SMS». Asturias Mundial, 14 de octubre de 2014. Disponible en: http://www.asturiasmundial.com/noticia/65890/todos-hospitales-asturias-cuentan-ya-recordatorio-citas-medicas-via-sms/
- Gervas, Juan y Pérez Fernández, Mercedes. «La historia clínica electrónica en atención primaria. Fundamento clínico, teórico y práctico». Medicina de Familia. SEMERGEN 26, n.o 1 (1 de enero de 2000): pp. 18-31.
- Extremadura, El Periódico. «El SES ha enviado ya más de 260.000 citas por email y SMS». El Periódico Extremadura, 5 de abril de 2019. Disponible en: https://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/extremadura/ses-ha-enviado-ya-mas-260-000-citas-email-sms_1181176.html

Capítulo 1774

EL CELADOR / PACIENTES CON FRACTURAS

FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ

ARTURO ALVAREZ POSADA

JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Existen diferentes movimientos a realizar en las tareas según la unidad o centro de trabajo.principalmente analizaremos las más significativas y que deberían formar parte del aprendizaje base.
1/recepcion de paciente con posibles fracturas:
• fractura de cadera.
• lesion medular
• fractura de hombro
• fracturas miembro superior o inferior
En este trabajo nos centraremos en la cadera.
Cuando un paciente ingresa con posible fractura, los movimientos a realizar en su traslado son evitar dolor y para ello el equipo se tiene que compenetrar en todos los movimientos para provocar el mínimo daño en la lesión y al paciente.

El tipo de cirugía dependerá del tipo de fractura. Si es posible, se utilizará la cirugía reparadora. En este caso, se utiliza fijación interna (clavos, tornillos o varillas) que se colocan en el hueso fracturado para fijarlo. En otros casos, será necesaria la cirugía de reemplazo. Consiste en el cambio de parte o la totalidad

de la cadera por una prótesis, según el tipo de operación, la recuperación será distinta.

2 Objetivos

Asegurar que la movilización de los pacientes con fractura o prótesis de cadera se realice en la forma adecuada para evitar complicaciones relacionadas con su patología y minimizar las molestias y/o dolor que pueda producir dicha movilización.

3 Metodología

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

4 Resultados

ACCIONES A REALIZAR SEGÚN PACIENTE

- Pacientes con tracción cutánea:

• El traslado de la camilla a la cama puede realizarse retirando las pesas y siguiendo el procedimiento

• Una vez en la cama es necesario revisar las poleas y elementos de sujeción. Colocar las pesas y comprobar que la tracción sigue el eje longitudinal del hueso.

• Las pesas deben pender libres, sin apoyarse en el suelo, en la cama, ni en ningún otro sitio.

• Para la higiene y el cambio de ropa de cama se puede colocar al paciente en decúbito lateral sobre el lado sano, manteniendo la alineación de la extremidad afectada para evitar el dolor.

- Pacientes con tracción esquelética:

• El traslado de la camilla a la cama puede realizarse retirando las pesas, pero manteniendo siempre la tracción de forma manual

• Colocar la pierna con la tracción sobre la férula de Braun, coincidiendo el ángulo de la férula con el hueco poplíteo.

• Revisar poleas, elementos de sujeción y pesas y comprobar que la tracción sigue el eje longitudinal del hueso.
• Las pesas deben colgar libres, sin apoyarse en el suelo, en la cama, ni en ningún otro sitio.
• Verificar la posición del pie de la extremidad afectada para que no sufra equinismo o rotación externa o interna.
• Para la higiene y el cambio de ropa de cama no lateralizar al paciente y realizar el cambio de ropa de arriba abajo, manteniendo la alineación y procurando mover lo menos posible la zona donde está insertado el clavo.
NOTA: así pues.se tendrá en cuenta que el paciente no se puede ladear cuando tiene la tracción esquelética. Informar al paciente con tracción:
Evitar deslizamientos hacia los pies de la cama, restando eficacia a la tracción y a su vez provocando fricción.
Hacer movimientos sirviéndose del trapecio a intervalos para disminuir la presión en las zonas de apoyo.

- Pacientes con prótesis de cadera:
• En la cama el paciente debe permanecer con las piernas separadas, ayudándose de una almohada y sin rotar los pies.
• Cuando sea necesario lateralizar al paciente para la higiene o el cambio de ropa de cama colocarle sobre el lado sano, colocando una mano en el tercio inferior y cara interna del muslo afecto y la otra mano en la región sacra, manteniendo la almohada entre las piernas para evitar la aducción de la cadera.
• Colocar una media elástica antes de levantar al paciente y retirarla al acostarse.
• Cuando el paciente se vaya a levantar, hacerle salir y entrar por el lado de la extremidad operada para evitar la rotación interna.
• Se debe levantar apoyándose en los codos y manos, elevando la parte superior del cuerpo y moviéndose en bloque para bajar primero la pierna operada sin flexionarla apoyándose en la pierna sana.
• En caso de que el paciente vaya a asentarse, se debe apoyar sobre los brazos del sillón, con la espalda y la pierna operada recta. Una vez sentado debe flexionar la rodilla del lado afectado.
• La altura de la silla debe permitir que las caderas estén al mismo nivel o discretamente más altas que las rodillas (cojines rígidos para zonas de apoyo

- Informar al paciente con prótesis:
Que no debe cruzar las piernas.ni agacharse.ni girar la operada hacia dentro ni hacia afuera. El uso del calzado ajustado y cómodo, no abierto

5 Discusión-Conclusión

La información es importante en todo momento para del trabajo del personal y para la recuperación del paciente.
Así pues, siempre el celador hará el traslado conociendo la información y con las indicaciones del personal de enfermería.

6 Bibliografía

- Avellana Zaragoza J, Fernández Portal L, coordinadores. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Anciano afecto de fractura de cadera. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y Elsevier Doyma; 2007.
- Bardales Mas Y, González Montalvo JI, Abizanda Soler P, Alarcón Alarcón M.T. Guías clínicas de fractura de cadera. Comparación de sus principales recomendaciones.
Rev Esp Geriatr Gerontol 2012; 47(5):220-227
- Grupo de Estudio e Investigación de la Osteoporosis de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (GEIOS). Tratamiento multidisciplinar en la fractura de cadera. Madrid: Multimedia Proyectos, S.L.: 2009
- Fraile Caviedes C, Echevarría Zamanillo M, Diez Sánchez T, Pareja Corzo L, del Rio Isusu P, bayón Calvo P. Cuidados basados en la evidencia desde Atención Primaria a pacientes que han sufrido fractura de cadera. Valladolid: Conserjería de Sanidad. Sacyl. Junta de Castilla y Leon; 2012

Capítulo 1775

EVALUACIÓN ERGONÓMICA DEL PUESTO DE CELADOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

ARTURO ALVAREZ POSADA

FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ

JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Entre las profesiones sanitarias, los celadores son especialmente los profesionales más afectados por trastornos musculo-esqueléticos, pues su trabajo está directamente vinculado a la manipulación manual tanto de pacientes, como de cargas.

La unidad de medicina interna de un hospital es por la característica de sus pacientes, una de las unidades junto a la unidad de traumatología que tienen mayor número de pacientes con movilidad reducida y avanzada edad. Es por tanto una de las plantas que tiene mayor carga de trabajo para un celador.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos profesionales de los celadores en la unidad de medicina interna así como sus posibles medidas preventivas que podemos adoptar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las tareas principales de los celadores en la planta de medicina interna son:
- Traslado del paciente ingresado
- Levantar y acostar pacientes
- Cambios posturales a pacientes
- Ayuda en la movilización de pacientes en aseos
- Traslado de equipamientos
- Traslado de pacientes a pruebas medicas o consultas
- Traslado de carros de farmacia
- Traslado de productos químicos
- Recados, correo, volantes, otros
- Traslado de pacientes fallecidos al mortuorio

Los riesgos profesionales más significativos de un celador en la planta de medicina interna son los ocasionados por sobreesfuerzos y carga física.
Las patologías más frecuentes son Columna, hernias, artrosis… que constituyen el 50% de los casos.

Estos están originados por:
Desequilibrio entre las exigencias de la tarea y la capacidad física del individuo, como por ejemplo:
- Manipulación manual de pacientes
- Trabajos en posturas inadecuadas
- Movimientos repetitivos

Entre las medidas preventivas que podemos adoptar están las siguientes:
Utilizar si es posible medios mecánicos (grúas, sillas de ruedas, camillas,…)
- Posición de la espalda siempre recta
- Pies separados

- Piernas flexionadas
- Cargar lo más cerca del cuerpo
- Contrapeso con nuestro propio cuerpo

En pacientes de constitución normal la maniobra se realizará entre 2 personas. En pacientes de constitución gruesa la maniobra se realizará preferiblemente mediante medios mecánicos (grua, sillas de ruedas…) ó en su defecto entre 4 personas.

5 Discusión-Conclusión

Realizar el procedimiento de movilización de pacientes y conocer los riesgos profesionales de los celadores en la unidad de medicina interna así como sus posibles medidas preventivas forma adecuada, evitará lesiones de espalda y columna.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1776

ERRORES COMUNES DEL CELADOR EN QUIROFANO

ARTURO ALVAREZ POSADA

FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ

JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Para empezar a trabajar en esta área del hospital siempre suele estar sujeto a cierta tensión o estrés para todas las categorías profesionales, también para el celador.

2 Objetivos

- Conocer los errores profesionales de los celadores en quirófano así como sus posibles medidas preventivas que podemos adoptar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Generalmente cuando empezamos es muy posible que no se conozca bien el área quirúrgica ó la ubicación del material que se vaya a utilizar en la intervención. Sería deseable que todos los celadores pudieran pasar por esta área de vez en cuando para familiarizarse. Así mismo es aconsejable conocer el lenguaje técnico del aparetaje y las distintas intervenciones para conocer en qué va a consistir la intervención una vez leído el parte quirúrgico y preparar el material especifico que va a ser necesario durante la misma.

El cirujano será el encargado de decirnos en que posición concreta quiere que coloquemos al paciente en la mesa quirúrgica. Un error habitual es dar cosas por hecho, a veces nos piden al paciente sentado para anestesia raquídea y al mismo tiempo en decúbito supino para entubar, con lo que no está de mas el preguntar ante cualquier duda.

Otro error que se suele cometer es finalizar la intervención y salir de quirófano con algún golpe debido a la falta de espacio y disposición de nuestro material a la hora de preparar la mesa para la intervención y las prisas por acabar.
Otro error es equivocarse de material solicitado, a veces nos piden que llevemos un respirador de un quirófano a otro y aparecemos con un microscopio ó torre de laparoscopia, hay que extremar la atención en lo que hacemos y lo que nos solicitan.

5 Discusión-Conclusión

Estas son solo algunas consideraciones personales sobre los trabajos del celador en el área quirúrgica desde mi punto de vista es aconsejable una formación continuada del personal asi como la ayuda de un segundo celador en quirófano.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1777

TAREAS DE UN AYUDANTE DE SERVICIOS SOBRE LA PREVENCIÓN A LA OBESIDAD

ANTONIO CÁNDANO JIMÉNEZ

ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ

SERGIO MARTÍNEZ CUESTA

1 Introducción

El Ministerio De Sanidad y Consumo decidieron contar con una amplia participación de expertos, coordinados por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESA) y la dirección general de Salud pública, analizaron los factores que inciden sobre la obesidad, para determinar las acciones necesarias y más eficaces para prevenirla.

Dichos expertos independientes en alimentación, actividad física, nutrición, sector privado, educadores, urbanistas y un largo etcétera. Basándose en las conclusiones de este proceso de estudio y asesoramiento el Ministerio de Sanidad y Consumo ha elaborado esta Estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad (NAOS).

2 Objetivos

Como meta fundamental NAOS tiene como objetivo fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para inventir la tendencia ascendente de

la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a enfermedades crónicas.

Uno de los objetivos principales de la estrategia NAOS es ofrecer guías alimentarias en cuya elaboración hayan participado los principales expertos nacionales en la materia y que sirvan de referencia para la promoción de una alimentación saludable.

Los hábitos alimentarios y comportamientos sedentarios se desarrollan en la infancia y en la adolescencia, siendo luego muy difíciles de modificar , por supuesto que la influencia familiar en el desarrollo de estos comportamientos es decisiva. La estrategia NAOS siempre debe apoyarse en un a imagen positiva: no hay alimentos buenos o malos, sino una dieta mal equilibrada. Tampoco debemos olvidar que una alimentación saludable es compatible con el placer y la dimensión social que la comida tiene en nuestra cultura. La célebre dieta mediterránea contiene muchos de esos elementos y su promoción debe priorizarse en esta estrategia.

3 Metodología

La obesidad es una enfermedad multifactorial originada por interacciones complejas del ambiente, la dieta y los genes, lo que impide en muchas ocasiones escoger el tratamiento más adecuado. Cada vez son más los científicos que piensas que la obesidad se realizará, en un futuro próximo, de forma individualizada, teniendo en cuenta la dotación genética y epigenética del paciente. Aunque se acepta que la obesidad y el sobrepeso son el resultado neto de un balance energético positivo, cada vez abundan más los detractores de este balance termodinámico, al no entenderse por qué dietas muy restrictivas energéticamente no reducen el incremento de peso, ni por qué en algunos individuos las ingestas excesivas no elevan el peso corporal. Entre los factores condicionantes de sobrepeso/obesidad podemos destacar:

- Alteración en el comportamiento alimentario
- Metabolismo alterado del tejido adiposo blanco con predominio de la lipogénesis.
- Termogénesis reducida en el músculo esquelético y en el tejido adiposo marrón.
- Influencia del microbiama.
- Genética y epigenética de la obesidad.
- Disminución de la actividad física.
- Endocrinopatías.

- Uso de drogas y fármacos.

Los profesionales del Sistema Nacional de Salud juegan un papel protagonista en la prevención de la obesidad.

Por ello, reviste suma importancia la sensibilización de los profesionales de Atención primaria respecto de la importancia del sobrepeso y, en particular, de la obesidad como enfermedad crónica que debe requerir la misma atención que otras, tales como diabetes o la hipertensión arterial.

La detección sistemática de sobrepeso y la obesidad debería de formar parte inexcusable de la exploración general de cualquier paciente, como lo es de la toma de la presión arterial o la frecuencia cardiaca. Esta detección debería de abordarse desde la consulta de cualquier médico. Sea de Atención Primaria, Especializada, laboral, deportiva, etc.

Asimismo, las oficinas de farmacia, dietistas, enfermeros o personal sanitario relacionado con estos pacientes pueden servir de ayuda para derivar a los posibles pacientes a la atención médica. La prevención de la obesidad deberá iniciarse en la infancia, a través de la promoción de hábitos saludables en Atención Primaria. En este objetivo fundamental se contará con el Consejo de colegio Médicos y de Farmacéuticos, sociedades de médicos de Atención primaria, asociaciones de enfermeros, de pediatras, dietistas y nutricionistas, etc. Estas asociaciones han expresado su deseo de sumarse a la estrategia.

-Acciones en este ámbito

Promover entre los médicos de Atención Primaria que se formulen, en la consulta, las preguntas necesarias para la detección a tiempo del riesgo de obesidad y se facilite a los pacientes consejos básicos sobre la alimentación y ejercicio físico.

Realizar estrategias informativas y de ayuda para prevenir la obesidad en aquellos grupos que sean más susceptibles de experimentar una rápida ganancia de peso: individuos ante deshabituación tabáquica, toma de fármacos que incrementen el apetito; mujeres en situación de embarazo, lactancia, y menopausia; población de inmigrantes y grupos desfavorecidos, etc.

Promover la lactancia materna en los centros de Atención Primaria.

Identificar y seguir a los niños potencialmente en riesgo: obesidad en los padres; sobrepeso o bajo peso al nacimiento; hijos de madres diabéticas o fumadoras durante el embarazo; que hayan tomado medicamentos como glucocorticoides, antiepilépticos, antidepresivos y antipsicóticos; etc.

4 Resultados

Cuanta mayor variedad de alimentos exista en la dieta, mayor garantía de que la alimentación es equilibrada y que contiene todos los nutrientes necesarios.

Los cereales (pan, pasta, arroz, etc.) las patatas y legumbres deben constituir la base de la alimentación, de manera que los hidratos de carbono representen entre el 50% y el 60%de las calorías de la dieta. Se recomienda que las grasas no superen el 30% de la ingesta diaria, debiendo reducirse el consumo de grasas saturadas y ácidos gras trans. Las proteínas deben aportar entre el 10% y el 15% de las calorías totales, debiendo combinar proteínas de origen animal y vegetal.
Se debe incrementar la ingesta diaria de frutas, verduras y hortalizas hasta alcanzar, al menos, 400 gr/día. Esto es, consumir, como mínimo, 5 raciones al día de estos alimentos.
- Moderar el consumo de productos ricos en azúcares simples, como golosinas, dulces y refrescos.
- Reducir el consumo de sal, de toda procedencia, a menos de 5 gr/día, y promover la utilización de sal yodada.
- Beber entre uno y dos litros al día de agua.
- Nunca prescindir de un desayuno completo, compuesto por lácteos, cereales (pan, galletas, cereales de desayuno…) y frutas, al que debería dedicarse 15 y 20 minutos de tiempo. De esta manera, se evita o reduce la necesidad de consumir alimentos menos nutritivos a media mañana y se mejora el rendimiento físico e intelectual en el colegio.
- Involucrar a todos los miembros de la familia en las actividades relacionadas con la alimentación: hacer la compra, decidir el menú semanal, prepara y cocinar alimentos, etc.

5 Discusión-Conclusión

Todavía en la memoria colectiva se encuentran presentes ideas respecto a la relación entre peso y salud.
Hay varias causas junto al problema de la obesidad, bien por la herencia genética, el sedentarismo es otra de las causas importantes de aumentos de los casos de obesidad.

Con los avances tecnológicos de este siglo, que ayudan a hacer más llevadera la vida cotidiana, se ha bajado mucho el nivel de ejercicio físico de manera considerable así como se aumenta el tiempo libre, muchas veces dedicado a comer. Y

como consecuencia directa, aparece el aumento de peso.

También por otro lado algunas enfermedades y ciertos medicamentos constituyen una causa directa a la aparición de la obesidad, aunque son factores mucho menos importantes cuantitativamente. Al final lo más importante es entender que la obesidad influye negativamente en la calidad de vida de los individuos que la padecen.

6 Bibliografía

- Francisco J Sanchez-Muniz y Bernabé Sanz Pérez (2014) Importancia en la dieta en la prevención y tratamiento de la obesidad.
- Principios sobre Bromatología y alimentación (2015) M. Arrazola Saniger.
- Ministerio Sanidad y Consumo. Estrategias para la nutrición, actividad físca y prevención de la obesidad. Estrategia NAOS. 2005.
- Medicinatv.com reportajes.(2000)

Capítulo 1778

GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL ARCHIVO HOSPITALARIO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

GRACIELA ORDIZ VILLAR

1 Introducción

Los archivos hospitalarios son los encargados de conservar y custodiar las historias clínicas de los pacientes. Existe un archivo central de historias clínicas que se encarga de reunir, conservar y administrar todo el material impreso, escrito o iconográfico, que se va generando a los largo de los sucesivos procesos asistenciales.

Son muchos los hospitales que ante la problemática del almacenaje de historias han optado por la digitalización del historial clínico, lo cual permite una adecuación del espacio físico y que el personal administrativo pueda disponer de una manera más ágil al historial del paciente, lo cual supone un ahorro de tiempo y coste.

La gestión y organización de los archivos de documentación e historias clínicas, debe asegurar que su configuración y utilización se ajusten a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales.

2 Objetivos

La gestión y organización de los archivos de documentación e historias clínicas, debe asegurar que su configuración y utilización se ajusten a la Ley Orgánica

3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales.
Preparación y préstamo; con la implantación de programas integrados de pacientes, dónde queda reflejada automáticamente la petición de historias, el proceso para la preparación y préstamo de historias se puede concretar:
- solicitud informática de la petición
- Área de donde procede la petición
- ¿quién solicita la documentación?
- ¿para qué la solicita?
- ¿qué documentación precisa?
- ¿cuándo la necesita?

Control y seguimiento de la documentación: una vez efectuado el préstamo de la historia, se para al control y seguimiento. Ésta función se encarga de evitar retrasos en la devolución y extravíos.
Recepción y reclamación de la documentación: se deben establecer mecanismos para llevar a cabo el control de la ubicación de la historia clínica, para que vuelva al archivo cada vez que es utilizada, el personal administrativo debe pasar a recoger documentación por las distintas dependencias y comprobar que cumple con las condiciones para su devolución.

3 Metodología

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

4 Resultados

La historia clínica comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y los demás profesionales que han intervenido, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

El registro ha de entenderse como un instrumento de información sanitaria de cara a la organización, planificación y oferta de cuidados médico-sanitarios. La

historia clínica debe contener los datos suficientes para identificar al paciente, además estos datos han de estar plasmados según el orden cronológico en que ocurrieron

5 Discusión-Conclusión

Es preciso establecer un sistema de identificación permanente que permita su relación unívoca y constante con el paciente. Asimismo la historia clínica debe tener el soporte más adecuado para la identificación física de la historia clínica del hospital, en función del sistema de archivado elegido y del contenido documental de la propia historia.

El SADOC debe coordinar el diseño normalizado de los documentos, estableciendo un sistema de revisión continua para que se adapten permanentemente a las circunstancias cambiantes a lo largo del tiempo. Se debe organizar la estructura y orden de la historia, procurando que haya una adaptación de la documentación al soporte utilizado, tanto en papel como si se utilizan registros informatizados, tratando de servir las necesidades expresadas por los usuarios.

La historia debe tener un control de calidad donde se evalúe sistemáticamente la calidad formal y el contenido de los documentos empleados en la asistencia. Asimismo debe existir un manual donde se recojan las normas de acceso y disponibilidad de la historia clínica.
El avance tecnológico ha permitido el desarrollo del concepto de historia clínica electrónica, que es un registro electrónico que facilita el registro de los datos y el acceso a la información en línea, lo que facilita las atenciones.

Si consultamos el portal del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, encontramos un apartado específico para la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS), donde se definen una serie de objetivos generales para el proyecto HCDSNS:
- garantizar al ciudadano el acceso por vía telemática a los datos de salud.
- Garantizar a los profesionales sanitarios el acceso a determinados conjuntos de datos de salud.
- Dotar al SNS de un sistema seguro de acceso.
- El sistema a desarrollar deberá dotarse de agilidad y sencillez en el acceso, al servicio de ciudadanos y profesionales.
El diseño de la historia clínica electrónica está enfocada a:
- El cuidado del paciente del paciente para mejorar la calidad de atención.

- Mejorar la productividad de los profesionales de la salud.
- Permitir la investigación clínica.
- Asegurar la confidencialidad de la información.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su capítulo V.
- Ley 16/2003, de 28 de Mayo, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Orencio López Gestión de pacientes hospitalarios (edición Olalla 1997).

Capítulo 1779

LA LABOR DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE ALMACÉN DEL HOSPITAL

ROCÍO MENÉNDEZ RODRIGUEZ

BEATRIZ MARTIN CORA

MARCOS ESTEBAN DIAZ

1 Introducción

El servicio de almacén es una pieza esencial en el funcionamiento de un complejo como un hospital. Aunque a menudo los pacientes no piensan en el almacén como parte de los servicios hospitalarios, la realidad es que sin un buen funcionamiento a nivel del almacén el trabajo en el resto del hospital sería esencialmente imposible.

Dado que el celador cuenta entre sus funciones con varias que se relacionan directamente con los objetos, el mobiliario, los productos y los materiales del hospital, es lógico pensar que su trabajo estará estrechamente relacionado con el almacén. Por lo tanto, es interesante conocer exactamente cuales son sus funciones en dicho servicio, y cómo debe llevarlas a cabo.

2 Objetivos

1. Definir las funciones del celador en el servicio de almacén

2. Determinar las normas y recomendaciones para el correcto desempeño de dichas funciones

3 Metodología

La recopilación de fuentes bibliográficas se ha realizado por medio de búsquedas en las bases de datos Pubmed/Medline, Scielo, y Google Académico. Para ello, hemos utilizado las palabras claves celador, almacén, hospital, almacén hospitalario, suministros. De entre todos los resultados en diversos idiomas, se han seleccionado aquellos escritos en castellano en los últimos años.

4 Resultados

El servicio de almacén
El almacén es un edificio o local en el que se guardan géneros de cualquier especie, generalmente mercancías. En el caso del almacén hospitalario, es el lugar en el que se guarda el material que no va a ser utilizado inmediatamente. Además de esa función principal, el almacén hospitalario tiene varias funciones:

1. Solicitar mercancías a los proveedores según las necesidades del hospital.
2. Recibir dichas mercancías y realizar un primer control de calidad para aceptar solo las que se encuentren en perfecto estado.
3. Almacenar las mercancías en las condiciones adecuadas según su naturaleza.
4. Mantener los distintos servicios y plantas abastecidos.
5. Registrar las entradas y salidas del material y los productos.
6. Revisar periódicamente los artículos almacenados para asegurarse de que sigan en buen estado de conservación.
7. Mantener al día la documentación necesaria para llevar a cabo el seguimiento y control de las mercancías.
El almacén hospitalario, para cumplir correctamente sus funciones, debe tener las siguientes características:
1.Condiciones físico-químicas y ambientales adecuadas para que el material se mantenga en perfecto estado de conservación, sin perder eficacia ni seguridad.
2. Garantía de adecuada rotación y abastecimiento de productos.
3. Correcta identificación del material y los productos para mantener los controles necesarios.
4. Control exhaustivo de sustancias y productos peligrosos.

En general, en un servicio de almacén no existe un solo almacén (entendido como local) sino que hay varios para distintos usos. Todos ellos deben formar un conjunto funcional y cumplir una serie de condiciones:
1. Tener fácil acceso al y desde el exterior.
2. Estar próximos a ascensores y montacargas.
3. No encontrarse muy separados entre sí.

Tipos de almacenes

Como ya hemos mencionado, en un hospital no existe un solo almacén, sino que el servicio se compone de varios locales. Existen almacenes externos al hospital, que abastecen a todos los centros sanitarios de un área de salud, y otros internos, que será en el que nos centremos en esta investigación. Los almacenes internos pueden ser:
1. De materiales de uso directamente relacionados con los enfermos: el almacén de farmacia, el de material clínico fungible, y el de material quirúrgico y aparataje.
2. De materiales para el funcionamiento del centro: almacén de papelería y el de mantenimiento.
3. De lencería.

El celador de almacén

Esta figura viene reconocida en la ley, y sus funciones son:
1. Recepcionar el suministro cotejando el albarán de entrega.
2. Cargar y descargar los productos del almacén, revisando siempre el albarán en el muelle de carga.
3. Informar al responsable del almacén de las entradas diarias de material.
4. Vigilar las entradas y salidas del almacén para impedir el acceso a personas no autorizadas.
5. Conocer la organización completa del almacén.
6. Dispensar el material que le sea solicitado, comprobando que los vales de pedido han sido cumplimentados correctamente.
7. Distribuir o trasladar desde el almacén a las distintas unidades el mobiliario y aparatos.
8. Distribuir los productos y materiales en las estanterías.

El suministro

El suministro es el conjunto de tareas cuya finalidad es aprovisionar de materiales al almacén general del Hospital y a cada uno de los diferentes servicios sanitarios. El suministro puede ser interno, si se realiza desde el almacén general del hospital a los diferentes servicios y unidades, o externo, si se abastece el almacén general desde los distintos proveedores.

Las tareas incluidas dentro del suministro son:
1. Previsión de aprovisionamiento: la primera de las fases. Consiste en calcular las necesidades de material necesario para el buen funcionamiento del hospital, para así gestionar la compra a los proveedores. Suele realizarse de forma anual.
2. Planificación de adquisiciones: consiste en elaborar el plan de compras según la previsión del punto anterior. El plan debe contener qué se necesita, cuánto se necesita, cuándo se necesita, y con qué recursos contamos para adquirirlo.
3. Procedimiento administrativo de contratación: en un hospital público, la adquisición de los productos se rige por la ley correspondiente, que marca el procedimiento administrativo a seguir.
4. Petición del material: debe tener en cuenta el plazo de aprovisionamiento, que es el tiempo que tarda en llegar la mercancía desde que se pide al proveedor.
5. Recepción y revisión de mercancías: antes de almacenar la mercancía se debe comprobar que la cantidad de bultos recibida coincida con la que figura en el albarán, que las etiquetas y lotes coincidan también con los del albarán, y se debe realizar el control de calidad para detectar productos rotos o en mal estado.
6. Almacenamiento de la mercancía: a cada producto se le asignará un código para su control, y se ubicará en el almacén correspondiente según criterios lógicos de almacenamiento como el peso de cada bulto, su forma, la posibilidad de almacenarlo junto con otros tipos de mercancía, etc.
7. Gestión de stock: consiste en el control de las existencias de cada artículo para asegurarse de tener siempre lo necesario para el buen funcionamiento del hospital, así como evitar tener excedentes que podrían caducar o estropearse. Existen tres modelos de gestión de stock, que son el método FIFO (lo primero en entrar es lo primero en salir), el LIFO (lo último en entrar es lo primero en salir) y el metodo PARETO o ABC (los productos serán de tipo A, B o C según su consumo).

5 Discusión-Conclusión

1. El servicio de almacén en un hospital es más complejo e importante de lo que en principio pudiera parecer.
2. El celador almacenero es una figura reconocida por la ley, con importantes tareas para el correcto funcionamiento del almacén.
3. Para mantener un suministro adecuado, el celador almacenero tiene que conocer y poner en práctica una serie de principios de gestión de stocks y abastecimiento que serán determinantes para el buen funcionamiento del hospital.

6 Bibliografía

- Ibáñez Benages, E., García Cervera, J.. Manual de almacenes hospitalarios.
- Francisco Javier Soriano Narváez, Rafael Barrales Fernández, Francisco Javier Blanco Delgado. Manual de actuación del celador en los distintos ámbitos sanitarios
- V.V.A.A.. Celadores en el ámbito hospitalario. Temario específico.
- Acuerdo del Consejo de Ministros de 29 de junio de 1990, aprobado el 17 de julio de 1990, que modifica el Real Decreto-Ley 3/1987, sobre régimen retributivo del personal estatutario.

Capítulo 1780

GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

EVA FARPON FERNANDEZ

PATRICIA OTERO ARGÜELLES

ROCÍO GARCÍA FERNÁNDEZ

ANA BELÉN CERRA IGLESIAS

1 Introducción

Entre los múltiples derechos del usuario de los servicios de salud, se encuentra aquel referido a la confidencialidad y protección de sus datos personales y clínicos. En este sentido, cabe mencionar que en el año 2018 entró en vigor una nueva ley de protección de datos: la ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. En ella se establece que todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajen en una institución de salud deben cumplir rigurosamente su normativa.

De entre los profesionales de una institución sanitaria, el auxiliar administrativo será aquel que más en contacto trabaje con datos de carácter sensible, íntimos y personales del usuario. En concreto, la historia clínica será un compendio de documentos que ha de ser tratada con especial cuidado, salvaguardando su información a toda aquella persona no autorizada para su manejo (Álvarez, 2004).

Así, el tratamiento de datos de carácter confidencial debe realizarse de tal manera que se garantice un trato adecuado de los mismos, y siempre bajo una premisa médica o clínica, con el objetivo de conseguir una atención asistencial de alta calidad (Laguna y Zaldumbide, 2007).

Por todo ello, el auxiliar administrativo deberá ser conocedor de los derechos del paciente por el simple hecho de ser usuario directo del servicio de salud. Entre otros, se encuentra el derecho a que sus datos se almacenen y organicen lo más cuidadosa y correctamente posible. Asimismo, para el tratamiento de los datos el paciente, de forma previa, este ha de haber dado su consentimiento expreso y escrito (Mira, Lorenzo, Vitaller y Guilabert, 2010).

Este paso presupone que el paciente puede negarse u oponerse al tratamiento y uso de los mismos, por lo que el auxiliar administrativo debe estar formado y capacitado para explicar al paciente sus derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición), de manera clara y sencilla, apoyando durante todo el proceso y respetando las decisiones del usuario en lo que a sus datos confidenciales se refiere (Murillo, 2016).

2 Objetivos

- El objetivo principal de este trabajo es describir qué funciones tiene el personal administrativo en la gestión de información relativa a los usuarios de los servicios sanitarios, así como analizar su importancia.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2020 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, gestión, archivo, historia clínica, información, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 11 documentos, de los que se eliminaron 3 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 8 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 3 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 5.

4 Resultados

Tras analizar los artículos seleccionados, se encuentra que el auxiliar administrativo tendrá unas funciones claras en la gestión de información y documentación clínica y de pacientes.

1. Gestión de pacientes

El servicio sanitario está compuesto por diversas unidades multidisciplinares que se complementan entre sí. Por ello, el auxiliar administrativo se encargará de coordinar todas aquellas tareas y actividades documentales que se encuentren relacionadas con el usuario, su atención y asistencia. Entre otras tareas, el administrativo se encargará de:

• Recepción correcta y adecuada a la llega del usuario al centro.
• Gestión de aquellos procesos que permitan el acceso de los pacientes a los distintos servicios de salud.
• Organización y coordinación de diferentes áreas de salud, así como de tareas simultáneas dentro de las mismas (gestión de camas libres/demandadas; cirugías; citas).
• Elaboración de registros en función de la atención asistencial llevada a cabo.
• Facilitación de datos relevantes del paciente al personal sanitario y facultativo de la institución, a fin de apoyar en sus funciones.

2. Gestión de documentación clínica

La documentación clínica de mayor relevancia que el auxiliar administrativo deberá gestionar es aquella relativa a la historia clínica. En este sentido, deberá organizar y salvaguardar todos los datos relativos a la misma. De entre las funciones a desempeñar por este profesional en el área que nos ocupa, se detallan las que siguen:

• Se encargará de identificar, adecuadamente, las historias clínicas de los usuarios del sistema de salud.
• Garantizará el acceso a la misma tanto a los sanitarios que lo requieran como al propio usuario, si así lo demandase.
• Se encargará de la actualización periódica de la misma.

Por otro lado, el auxiliar administrativo podrá formar parte del archivo de historias clínicas, ámbito donde se encargará de la salvaguarda de las mismas, garantizando su confidencialidad y realizando los préstamos que se soliciten a través de una evaluación inicial de criterios establecidos por el centro. Esto garantizará que los derechos del paciente se respeten. De este modo, el auxiliar administrativo que trabaje en el archivo de historias clínicas tendrá unas tareas fundamentales añadidas a las ya citadas, tales como: velar por el buen mantenimiento de las

historias clínicas y realizar un seguimiento exhaustivo a aquellas que se hayan cedido en préstamo.
En general, se puede decir que la responsabilidad del auxiliar administrativo es la de gestionar toda la información y documentación clínica que el paciente genera a causa de su tratamiento y asistencia a los servicios sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

El personal administrativo tiene que desarrollar tareas muy diversas y tener buenas habilidades sociales en el trato con los usuarios. Los servicios analizados actúan como unidades facilitadoras de la coordinación del proceso asistencial del paciente, con eficiencia y cohesión de todo el equipo de trabajo. En estos servicios interactúan profesionales sanitarios y no sanitarios de distintas categorías (personal médico, de enfermería, de gestión, administrativos, subalternos…) integrados en un mismo equipo. Por ello, una buena organización y gestión de las tareas administrativas redunda de forma positiva en la atención del paciente.

Finalmente, y en base a todo lo anteriormente mencionado, se concluye que el personal administrativo debe ser especialmente cuidadoso y riguroso en su trato de la documentación clínica sensible. Hoy en día, donde el medio laboral se determina muy especialmente por el uso de metodología tecnológica, los acontecimientos imprevisibles y errores humanos están a la orden del día. Por ello, será tarea esencial del personal administrativo velar porque la documentación tratada sea confidencial, aplicando unas pautas de trabajo basadas en la rigurosidad y profesionalidad.

6 Bibliografía

- Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
Asensio, S. V., & Vernis, M. M. (2001). Elaboración de un manual de procedimiento del Servicio de Archivos y Documentación Clínica. Papeles Médicos, 10(3), 121-125.
- Bonet, R. P. (1999). Documentación médica: algunos aspectos críticos actuales. Bibliodoc: anuari de biblioteconomia, documentació i informació, 103-112. Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos. de los Servicios, G. D. G. (2000). de Admisión y de Documentación Clínica. INSALUD. Madrid.

- Fernández, M. T., Alcántara, M. A., Jiménez, C. D., Aceijas, F. M., León, U. P., & Tárraga, R. R. (2001). Programa de calidad en un archivo de historias clínicas. Pápeles Médicos, 11(3), 107-112.
- Laguna, J. Y., & Zaldumbide, E. L. (2007). Documentación clínica. Aspectos legales y fuente de información para las bases de datos hospitalarias. Revista Española de Cardiología Suplementos, 7(3), 2C-11C.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Vitaller, J., & Guilabert, M. (2010). Derechos de los pacientes: Algo más que una cuestión de actitud. Gaceta sanitaria, 24(3), 247-250.
- Murillo, J. G. G. (2016). Elementos esenciales en la protección de los derechos" ARCO". Letras Jurídicas, 23(23).
Tejero Alvarez, M. (2004). Documentación clínica y archivo (No. 614.2). e-libro, Corp..
Vacarezza, R. (2000). De los derechos del paciente. Revista médica de Chile, 128(12), 1380-1384.

Capítulo 1781

EL CELADOR. ACTUACIÓN ANTE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA

MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

ANDRÉS GARCIA RAMOS

MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ

1 Introducción

Las enfermedades infecciosas son trastornos causados por organismos, como bacterias, virus, hongos o parásitos. Muchos organismos viven dentro y fuera de nuestros cuerpos. Normalmente son inofensivos o incluso útiles. Pero bajo ciertas condiciones, algunos organismos pueden causar enfermedades.

Algunas enfermedades infecciosas pueden transmitirse de persona a persona. Algunas son transmitidas por insectos u otros animales. Y puedes contagiar a otras personas consumiendo alimentos o agua contaminados o estando expuesto a organismos en el medio ambiente.

Los signos y síntomas varían dependiendo del organismo causante de la infección, pero a menudo incluyen fiebre y fatiga. Las infecciones leves pueden responder al reposo y a los remedios caseros, mientras que algunas infecciones potencialmente mortales pueden requerir hospitalización.

Muchas enfermedades infecciosas, como el sarampión y la varicela, pueden prevenirse con vacunas. El lavado frecuente y minucioso de las manos también ayuda a protegerte de la mayoría de las enfermedades infecciosas.

2 Objetivos

- Conocer los distintos síntomas: Cada enfermedad infecciosa tiene sus signos y síntomas específicos. Entre los signos y síntomas generales que son frecuentes en muchas enfermedades infecciosas se incluyen:
Fiebre, diarrea, fatiga, dolores musculares, tos.
- Identificar posibles causas: si te ha mordido un animal, tienes problemas para respirar, has estado tosiendo por más de una semana, tienes dolor de cabeza intenso con fiebre, presentas un sarpullido o hinchazón, tienes fiebre inexplicable o prolongada, tienes problemas de visión repentinos.

3 Metodología

Sigue estos consejos para disminuir el riesgo de infección:
- Lávate las manos. Esto es especialmente importante antes y después de preparar comida, antes de comer y después de ir al baño. Y trata de no tocarte los ojos, la nariz o la boca con las manos, ya que esa es una forma común para que los gérmenes entren en el cuerpo.
- Vacúnate. La vacunación puede reducir drásticamente tus probabilidades de contraer muchas enfermedades. - Asegúrate de estar al día con tus vacunas recomendadas, así como con las de tus hijos.
- Quédate en casa cuando estés enfermo y no vayas a trabajar si tienes vómitos, diarrea o fiebre. No envíes a tu hijo a la escuela si él o ella tienen estos signos, tampoco.
- Prepara los alimentos de manera segura. Mantén los mostradores y otras superficies de la cocina limpios cuando prepares las comidas. Cocina los alimentos a la temperatura adecuada, y usa un termómetro para alimentos para verificar si están bien cocidos. Para las carnes molidas, esto significa al menos 160 °F (71 °C); para las carnes de aves, 165 °F (74 °C); y para la mayoría de las demás carnes, al menos 145 °F (63 °C).
- También pon rápidamente las sobras en la nevera; no dejes que los alimentos cocinados permanezcan a temperatura ambiente por largos períodos de tiempo.
- Mantén relaciones sexuales seguras. Siempre usa preservativos si tú o tu pareja tienen antecedentes de infecciones de transmisión sexual o de comportamiento

de alto riesgo.
- No compartas los elementos personales. Usa tu propio cepillo de dientes, peine y navaja de afeitar. Evita compartir vasos o utensilios para comer.
- Viaja con prudencia. Si vas a viajar al extranjero, habla con tu médico sobre cualquier vacuna especial, como la de la fiebre amarilla, cólera, hepatitis A o B o fiebre tifoidea, que puedas necesitar.

4 Resultados

Una manera fácil de contraer la mayoría de las enfermedades infecciosas es entrar en contacto con una persona o un animal infectado. Las enfermedades infecciosas pueden transmitirse a través del contacto directo, por ejemplo:
- De una persona a otra. Las enfermedades infecciosas normalmente se transmiten a través de la transferencia directa de bacterias, virus u otros gérmenes de una persona a otra. Esto puede suceder cuando una persona con la bacteria o el virus toca o besa a alguien que no está infectado, o tose o estornuda muy cerca de este.
Estos gérmenes también pueden transmitirse a través del intercambio de fluidos corporales por contacto sexual. La persona que transmite el germen puede no tener síntomas de la enfermedad, pero puede ser simplemente portador.
- De animal a persona. Si te muerde o araña un animal infectado (incluso una mascota), te puede enfermar y, en circunstancias extremas, puede ser mortal. La manipulación de los desechos de los animales también puede ser peligrosa. Por ejemplo, puedes infectarte de toxoplasmosis al recoger la caja sanitaria de tu gato.
De la madre al feto. Una mujer embarazada puede transmitir gérmenes que causan enfermedades infecciosas al feto. Algunos gérmenes pueden pasar a través de la placenta o de la leche materna. Los gérmenes de la vagina también se pueden transmitir al bebé durante el parto.
- Contacto indirecto
Los organismos causantes de enfermedades también se pueden transmitir por contacto indirecto. Muchos gérmenes permanecen en objetos inanimados, como mesadas, picaportes o llaves de grifo.
Al tocar un picaporte que tocó alguien que, por ejemplo, padecía influenza o resfrío, puedes llevar contigo los gérmenes que dejó esa persona. Si te tocas los ojos, la boca o la nariz antes de lavarte las manos, es posible que te infectes.
- Picaduras de insectos. Algunos gérmenes dependen de insectos portadores, como mosquitos, pulgas, piojos o garrapatas, para desplazarse de un huésped a otro. Estos portadores son conocidos como vectores. Los mosquitos pueden

ser portadores del parásito de la malaria. Las garrapatas del venado pueden ser portadoras de la bacteria que causa la enfermedad de Lyme.
- Contaminación de alimentos. Los gérmenes que causan enfermedades también pueden infectarte a través de alimentos y agua contaminados. Este mecanismo de transmisión permite que los gérmenes se propaguen a muchas personas a través de una sola fuente. La Escherichia coli (E. coli), por ejemplo, es una bacteria presente en o sobre ciertos alimentos, como las hamburguesas mal cocidas o los jugos de frutas sin pasteurizar.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las enfermedades infecciosas solo tienen complicaciones menores. Pero algunas infecciones, como la neumonía, el sida y la meningitis, pueden poner en peligro la vida. Algunos tipos de infecciones se han relacionado con un aumento a largo plazo del riesgo de cáncer:
- El virus del papiloma humano está relacionado con el cáncer de cuello uterino.
- El Helicobacter pylori está relacionado con el cáncer de estómago y las úlceras pépticas.
- Las hepatitis B y C se han relacionado con el cáncer de hígado.

Además, es posible que algunas enfermedades infecciosas se silencien y vuelvan a aparecer en el futuro, a veces incluso décadas más tarde. Por ejemplo, alguien que ha tenido varicela puede desarrollar culebrilla mucho más tarde en su vida.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1782

LA IMPORTACIÓN DE LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL MOMENTO DEL ASEO

FRANCISCO JAVIER MARQUEZ BULNES

1 Introducción

El término higiene designa al conjunto de conocimientos y técnicas que se ocupan de controlar aquellos factores nocivos para la salud de los seres humanos, pero también cuando decimos higiene nos estamos refiriendo al aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo o el de cualquier otra persona o el de algún ambiente. La higiene ostenta tres concretos objetivos , mejorar , prevenir y conservar la salud. De Freminville, B. (2007).

La higiene tiene por objeto el estudio de los medios, procedimientos y hábitos para conservar la salud del individuo y evitar las enfermedades. Es una necesidad básica, que son aquellas que se deben satisfacer para conseguir el estado completo de bienestar físico, mental y social, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo (Definición de salud según la OMS). Las necesidades se encuentran jerarquizadas en cuanto a su consecución u orden prioritario y las necesidades básicas son la base de la pirámide para satisfacer las demás. Gómez de Enterría, J. (2013).

Con estas actividades siempre hay que tener en cuenta una serie de objetivos que no se pueden separar de las técnicas de higiene. Respetar la intimidad del paciente ,procurar su bienestar y proporcionarle una educación adecuada, con el

fin de que tras el periodo de cuidados, el paciente o su familia sean capaces de llevar a cabo estas actividades por si mismos. Chamorro, M. Z. C.

El aseo es aquella serie de cuidados que se proporcionan a los individuos para conseguir su limpieza, confort y aspecto agradable. Silva-Fhon, J., Ramón-Cordova, S., Vergaray-Villanueva, S., Palacios-Fhon, V., & Partezani-Rodrigues, R. (2015).

En el caso del adulto, no auto suficiente, el celador y el personal de enfermería aplicarán los protocolos establecidos en las unidades, plantas, residencias, centros o domicilios donde se encuentre, los cuales siguen habitualmente medidas higiénicas básicas, repartidas en baño diario por la mañana y cuidados de tarde-nocturnos.

Cuidados matutinos como despertar al paciente y dependiendo de la situación del enfermo se le acompaña al baño o se le proporciona la cuña o botella, si el paciente está encamado, el aseo se hará en la cama, si es independiente, se le proporciona el material necesario para que lo realice. Ariza, C., & Daza, R. (2008).

La higiene del enfermo encamado es mantener la piel y sus anejos limpios y en buen estado, limpiar la piel para eliminar residuos corporales, prevenir alteraciones de la piel, prevenir infecciones, contribuir a la comodidad y bienestar físico y psíquico, estimular la circulación sanguínea, promover el tono muscular adecuado, y educar al paciente y familia sobre los cuidados de higiene.

2 Objetivos

Los objetivos generales del aseo son:
- Proporcionar bienestar al paciente.
- Fomentar la comunicación con el paciente.
- Estimular la circulación. Valoración física de la piel (color, textura, turgencia, temperatura, integridad y lesiones).
- Prevenir problemas como la UPP (úlceras por presión), manteniendo una correcta higiene, evitando la humedad e hidratando bien, al mismo tiempo que observando el estado de la piel, sobre todo en las zonas de mayor presión.
- Determinar la capacidad de auto cuidado. mejorar la auto imagen.
- Eliminar la secreción herbácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias y microorganismos que se han acumulado.

Tenemos que tener en cuenta que el principal objetivo del aseo al paciente es la de proporcionarle bienestar, pero también es el momento de fomentar la comu-

nicación con él y de hacer una revisión .

3 Metodología

Para realizar este trabajo la información la hemos obtenido de diferentes bases de datos como PubMed, DialNet, MedLine, y se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Google Académico con los siguientes descriptores, “Higiene” “Aseo” “Paciente” “Encamado” .

4 Resultados

- Respetar la intimidad del paciente todo lo que sea posible.
- Cerrar puertas y ventanas. Comprobar la temperatura del agua.
- Realizar el aseo tantas veces como el enfermo lo precise.
- Fatigarle lo menos posible.
- El secado de los pliegues cutáneos será minucioso, evitando así la aparición de úlceras.
- La crema hidratante se pondrá en las partes largas de las extremidades, la vaselina o glicerina en las zonas de presión.
- En pacientes con miembro superior inmovilizado o portador de vía venosa, se desvestirá comenzando por el brazo libre. Para vestirle se comienza por el brazo inmóvil o con vía venosa.
- La ropa sucia se pondrá directamente en las bolsas destinadas a ello, nunca en el suelo y cuidaremos de no acercárnosla al uniforme

5 Discusión-Conclusión

Existen hábitos muy cotidianos como pueden ser lavarse las manos, los dientes y ducharse esenciales para prevenir enfermedades. Dicho de otra manera unos buenos hábitos de higiene son los que nos proporcionan una mejor salud y una mejor calidad de vida. Tenemos que tener en cuenta la importancia que puede tener una buena higiene personal, costumbre que debemos adquirir desde niños. La higiene personal es más que lavarse las manos, los pies y los dientes. También implica desde utilizar ropa limpia hasta cubrirnos la boca cuando tosemos , tener las uñas limpias . Esto es esencial tanto para proteger nuestra salud como la de quienes nos rodean.

6 Bibliografía

- Arcos Aldás, M. E., & Castro Cuji, V. M. (2016). Cuidado integral del paciente en clínica de simulación: aplicación de casos clínicos en enfermería.
- Ariza, C., & Daza, R. (2008). Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. Pontificia Universidad Javeriana.
- Beovides, T. G., Gourlot, C. R., & Suárez, L. F. R. Aseo e higiene en el anciano. Tecnico Auxiliar de Geriatria. Manual. Temario. E-book, 158.
- CHAMORRO, M. Z. C. EDUCACION SANITARIA ENFERMERA.
- De Freminville, B. (2007). La higiene en la vida cotidiana. Revista Síndrome de Down, 24(7).
- Ferreira, R. C., Rocha, E. S., Coutinho, N. N., de Freitas Ribeiro, M. T., de Magalhães, C. S., & Moreira, A. N. (2006). La actuación del equipo de enfermería en la higiene bucal de los ancianos dependientes hospitalizados. Investigación y Educación en Enfermería, 24(1), 48-57.
- García Díez, M. (2016). La comunicación terapéutica: herramienta clave en la relación del profesional de enfermería con el paciente.

- Gómez de Enterría, J. (2013). Higiene y salud en las traducciones médicas del francés al español durante el siglo XVIII. Panace, 14(38), 287-295.
- Leal, L. C. (2017). Actualización de los cuidados de enfermería al paciente encamado.
- Loayza, C., & Del Cisne, M. (2010). Técnica del lavado del cabello (Bachelor's thesis).
Mena Tudela, D., González-Chordá, V. M., Cervera Gasch, Á., Salas-Medina, P., & Orts-Cortés, M. I. (2016). Cuidados básicos de enfermería.
- Raffo, D. (2017). Aseo y Confort: Aseo genital en cama.
- Sáez Soto, A. R., Arellano Morata, C., Hernández Ruipérez, M. M., Campos Aranda, M., & López Montesinos, M. J. (2003). Evaluación de procedimientos de enfermería en el Hospital General Universitario de Murcia. Enfermería global, Vol. 2, nº. 2,(2003).
- Silva-Fhon, J., Ramón-Cordova, S., Vergaray-Villanueva, S., Palacios-Fhon, V., & Partezani-Rodrigues, R. (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Enfermería universitaria, 12(2), 80-87.

Capítulo 1783

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ASISTENCIA RECIBIDA POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ANA BELÉN CERRA IGLESIAS

EVA FARPON FERNANDEZ

PATRICIA OTERO ARGÜELLES

ROCÍO GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece claramente el derecho del paciente a recibir información asistencial de calidad, detallando que:
"Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias".

La información asistencial aportada, por lo tanto, será fundamental para respetar los derechos del usuario, pero otros factores entran en juego en este sentido, atendiendo especialmente a la manera y formas en que dicha información sea expresada (García Millán, 2009; Rodríguez y Grande, 2014).

El auxiliar administrativo será, por norma general, quien presente de entre sus funciones la responsabilidad de informar al usuario acerca de los servicios sanitarios de los que dispone, así como de gestionar toda la documentación clínica y personal referente a la misma. En este sentido, no es extraño que la percepción que el paciente presenta sobre la atención recibida dentro de el sistema nacional de salud esté mediada, en gran parte, por la recepción y atención dispensada por estos profesionales (Mira et al., 2002).

Por todo ello, este profesional deberá disponer de una serie de capacidades y habilidades comunicativas que le permitan tener un trato correcto y adecuado con el paciente o usuario, adaptándose a las necesidades individualizadas de cada persona y a los requerimientos diversos que se le puedan hacer (Díaz, 2002).

2 Objetivos

- Identificar qué aspectos debe tener en cuenta el auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario con el fin de prestar una atención de calidad al paciente.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2020 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, satisfacción, calidad, atención, información, paciente, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 22 documentos, de los que se eliminaron 12 salidas de la web.

En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 10 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 2 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 8.

4 Resultados

Se halla que el personal administrativo debe tener en cuenta, en su trabajo diario, los siguientes aspectos acerca del paciente:
1. Expectativas vs. realidad.

En primer lugar, ha de atender a la expectativa que el paciente presente, pues adecuarse a la misma incrementará la satisfacción de este con la calidad de la atención recibida. Dicho de otra manera, se pretenderá que haya la menor discrepancia posible entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que, posteriormente, realmente sucedió. Anteponerse a las expectativas del paciente es algo sumamente complicado. Por ello, diversos autores exponen que la estrategia clave es conocer qué necesita el paciente y, en base a ello, actuar en consecuencia. Esto supone la adaptación dinámica del auxiliar administrativo, en tiempo real, a las solicitudes demandadas.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que las expectativas del paciente podrán modificarse en función de varios factores, tales como: el inicio de la relación con el personal administrativo (la manera en que este responda y le reciba); aspectos técnicos y capacitantes (que se perciba que el auxiliar administrativo sabe lo que hace, mostrando su profesionalidad); aspectos relativos al propio contexto de las instalaciones (limpieza, orden, diseño).

2. Calidad asistencial percibida.
Todo lo anteriormente mencionado influirá en la satisfacción final del paciente con la atención e información recibida. Debe entenderse que estas percepciones son puramente subjetivas, y que afectarán de forma determinante a sus futuras expectativas una vez deba regresar al servicio de salud. Por ello, se ha encontrado que algunos centros sanitarios han comenzado a estandarizar protocolos con el fin de realizar un seguimiento a los procesos previamente mencionados, con el objetivo de instaurar medidas correctivas y analizar propuestas de mejora, tanto provenientes del paciente como del propio personal administrativo.

Por todo lo anterior, la literatura científica manejada avala que la calidad asistencial cobra cada vez más relevancia en los sistemas sanitarios, que se esfuerzan en la mejora de los servicios encaminados al mantenimiento y mejora de la salud del paciente de forma más eficiente tratando de lograr la satisfacción de paciente. En este sentido, el personal administrativo desarrolla un papel importante en la satisfacción del paciente en el ámbito sanitario, influyendo en la percepción global de la calidad del servicio.

Los pacientes, actualmente, participan de forma activa en el proceso asistencial solicitando y aportando información, tomando decisiones, ejerciendo sus derechos y demandando un trato personal y profesional, algo que el auxiliar administrativo deberá tener en cuenta de cara a adaptar su trabajo y generar una asistencia de calidad. La información y comunicación ofrecida, la empatía, el trato

personalizado, la escucha activa, la rapidez de respuesta y la optimización de tiempos contribuyen a la satisfacción global de paciente.

5 Discusión-Conclusión

La calidad asistencial no solo está determinada por la atención médica, sino también por todos aquellos factores que entran en juego en el servicio sanitario y que van desde el respeto, la ética, los valores… Todos estos factores contribuyen a la calidad relacional que percibe el paciente. El personal administrativo debe estar implicado y motivado en la consecución y cumplimiento de las expectativas del usuario, y para ello, el concepto de empatía juega un papel primordial.

Así, una adecuada y correcta capacitación al personal sanitario y no sanitario en habilidades sociales y comunicativas, será fundamental. Del mismo modo, dotarles de estrategias que les permitan abordar situaciones inesperadas o incómodas, también ayudará a resolver posibles conflictos, quejas o reclamaciones por parte de los usuarios. En este sentido, unas adecuadas técnicas asertivas y una aplicación práctica de las mismas, se revela esencial.

6 Bibliografía

- Castillo, J. L. D. L. R., & Rojas, T. L. Á. (2004). Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. Investigación y Educación en enfermería, 22(2), 128-137.
- Castillo, L., Dougnac, A., Vicente, I., Muñoz, V., & Rojas, V. (2007). Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. Revista médica de Chile, 135(6), 696-701.
- Díaz, R. (2002). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Revista de calidad asistencial, 17(1), 22-29.
- García Millán, Á. (2009). La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial. Revista Clínica de Medicina de Familia, 2(6), 275-279.
- Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc), 114(Supl 3), 26-33.
- Mira, J. J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I., & Llorca, E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Revista de Calidad Asistencial, 17(5), 273-283.
- Moral, R. R., Dios, A. A., García, C. J., Neubauer, V. G., Torres, M. G., de Torres, L. P., & Blasco, L. B. (2011). Percepción de los pacientes sobre la atención recibida por

el personal no sanitario en los centros de salud. Revista de Calidad Asistencial, 26(2), 97-103.
- Rodríguez, P., & Grande, M. (2014). Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo. Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad, 4-7.
- Serrano-del Rosal, R., & Loriente-Arín, N. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente. salud pública de méxico, 50(2), 162-172.

Capítulo 1784

EL TRATO DEL CELADOR CON EL PACIENTE GERONTOLÓGICO

FRANCISCO JAVIER MARQUEZ BULNES

1 Introducción

El envejecimiento es un proceso vital, natural, secuencial, acumulativo e irreversible que ocasiona la modificación y el deterioro del organismo. Es un proceso no patológico, pero el paso del tiempo actúa disminuyendo el nivel de competencia del organismo frente a la presión, las exigencias y el estrés del entorno, y por ello, se vuelve más vulnerable, incrementando las probabilidades de morbilidad y mortalidad de los seres vivos (Abades Porcel, M., & Rayón Valpuesta, E).

La Gerontología es la ciencia de la vejez, que estudia los fenómenos biopsicosociales del envejecimiento humano desde una perspectiva multidisciplinar. El desarrollo de la ciencia tiene lugar en la segunda mitad del siglo XX relacionada con el proceso de envejecimiento que se está produciendo en la población (HERNANDIS, Pinazo).

Características del envejecimiento: es un proceso individual no se puede hablar de uniformidad, cada organismo se desarrolla, evoluciona y envejece de una manera diferente a los demás .En un mismo ser vivo, cada órgano y cada aparato, envejece a distinto ritmo.

Es un proceso dinámico, está vinculado a las diferentes fases de la vida y se relaciona directamente con la interacción que se establece entre el organismo, el entorno y una serie de factores determinantes que rodean a la persona. La diversidad de objetos de estudio y la multiplicidad de necesidades de abordaje en la

persona, implican la heterogeneidad metodológica y de conocimientos que garantizan el incremento de la calidad de vida de la persona (Fernández-Mayoralas, G., Pérez, F. R., García, A. A., & Rodríguez, V. R.).

La gerontología engloba los siguientes conocimientos básicos , biológicos o gerontobiología área de la ciencia encargada de investigar tanto los cambios y fenómenos biológicos que se producen en el organismo como la etiopatogenia, que se relaciona con la edad cronológica y el paso del tiempo. El objetivo de la investigación tiene una meta preventiva (de carácter farmacológico, higiénico, dietético, psicológico, ecológico, etc.), que persigue contribuir a la prolongación de los años de vida en las mejores condiciones de calidad posibles (i Mercader, F. X. A.).

Psicológicos o gerontopsicología o gerontopsiquiatría la perspectiva psicológica constituye el área de la ciencia encargada del estudio de los cambios y fenómenos cognitivos, afectivos y conductuales que acontecen en la persona, relacionados con el paso de los años. Se puede distinguir entre psico-gerontología o gerontopsiquiatría, en función de si el abordaje de los aspectos característicos de la vejez es de carácter psicológico o psiquiátrico. Cognitivo, se refiere a procesos tales como el aprendizaje, el razonamiento, la atención, la memoria o la resolución de problemas entre otros (pérez, l., Lopez, j., Oropeza, r., & colunga rodriguez, c. E. C. I. L. I. A.).

Sociales o gerontosociología es la perspectiva social que constituye el área de la ciencia encargada del estudio del envejecimiento poblacional, de la estructura social, de los cambios relacionados con la adquisición, el mantenimiento o la pérdida de roles sociales en la persona asociados al paso del tiempo y de la influencia cultural en los procesos. En este caso se habla de gerontología social.

Clínicos, gerontología clínica o geriatría es el área aplicada de la ciencia que aborda los aspectos médicos de la vejez, entre los que se incluyen el diagnóstico, la prevención y el tratamiento multidisciplinar de las patologías asociadas a esta fase vital de la persona a través del conjunto de servicios de atención sociosanitaria (Duaso, E., Casas, Á., Formiga, F., del Nogal, M. L., Salvà, A., Marcellán).

La gerontología biológica tiene entre sus objetos de estudio los cambios que se producen en el organismo asociados al envejecimiento y la etiopatogenia relacionada con el proceso. Se han desarrollado, a lo largo del siglo pasado, multiplicidad de teorías que tratan de buscar la respuesta al porqué del envejecimiento y las alternativas para abordarlo y frenarlo en la medida de lo posible (MIQUEL,

Jaime).

La teoría del reloj biológico explica los cambios que se observan a lo largo del proceso de envejecimiento señalando la idea de la programación genética. Por lo tanto, sería la genética el factor que determina los fenómenos en cada persona a lo largo de su vida (Vargas, E., & Espinoza, R.).

La teoría de los radicales libres propone que el envejecimiento es el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. La utilización y manejo del oxígeno no es perfecta, y se producen radicales libres, que son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor mediante reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, lípidos, etc. (Miquel, J.).
La teoría del agotamiento del material genético Existe fuerte evidencia de un control genético del proceso de envejecimiento, tanto a nivel celular como del organismo en su totalidad. Cuando este material genético se agota, se produce envejecimiento y muerte celular (Dulce y, Elisa).

2 Objetivos

- Hacer sentir lo mejor posible a las personas con cierta edad, y teniendo en cuenta que dad vez es un número mayor de personas, cuando tengan que ir a los centros sanitarios tanto a hacer consultas medicas como a trámites burocráticos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El envejecimiento implica la aparición de una serie de modificaciones en el organismo de todo ser vivo. Algunas de ellas alteran la homeostasis del organismo y como consecuencia los mecanismos de funcionamiento desarrollan respuestas más limitadas y lentas, que ponen en peligro la adaptación de la persona al medio. Las modificaciones anatómicas y fisiológicas que aparecen son la evidencia del deterioro, pero no tienen el carácter patológico que frecuentemente les atribuyen el desconocimiento y las actitudes erróneas.

Algunas de las modificaciones anatómicas y fisiológicas son las siguientes:
- Alteraciones celulares y moleculares.
- La degeneración y modificación celular varía con el tipo de célula.
- Las células sufren cambios en las membranas, el citoplasma y el núcleo celular.
- La muerte celular aumenta, por lo que disminuye el número de células.
- La pérdida de agua celular aumenta, por lo que se favorece la deshidratación.
- El tejido adiposo se degenera.
- Se produce hinchazón turbia o edema.
- La pigmentación se modifica (peinado, m. A., Del Moral, M. L., Esteban, F. J., Martínez Lara, E., Siles, E., Jiménez, A., ... & Pedrosa, J. A. (2000)).

Modificaciones en la piel se incrementa la aspereza y la sequedad de la piel, aumenta la rigidez en el colágeno de la dermis y en las fibras elásticas de la estructura. La regeneración de la epidermis y el espacio de unión entre la dermis y la epidermis disminuye la densidad de la dermis, se reduce el número de células de Langerhans y de melanocitos, disminuye la producción de grasa y la elasticidad, disminuye el proceso de sudoración por la atrofia de las glándulas sudoríparas, disminuye el proceso de cicatrización y el de termorregulación. Además la piel adquiere aspecto de descolgamiento y aparece papada, se produce caída de los párpados, aparecen manchas, sobre todo en manos , aparecen verrugosidades en el cuelo , la coloración adquiere un tono pálido .

Modificaciones en las uñas , disminuye el grosor de las uñas y como consecuencia, éstas se fragmentan con más facilidad.

Modificaciones del cabello: disminuye la velocidad de crecimiento, el cabello se torna gris y con canas. Se modifica la aparición del vello facial: en los hombres disminuye en la cabeza y el tórax y se incrementa en la nariz, orejas y cejas. Por otro lado en las mujeres disminuye en las axilas y en el pubis y se incrementa sobre el labio superior y el mentón.

Modificaciones en el sistema muscular, atrofia e hipotrofia muscular, disminuyen las fibras y se producen modificaciones en su tamaño, las mitocondrias y la síntesis de las proteínas contráctiles del músculo estriado disminuyen el color de la mioglobina, que se pierde y se vuelve amarillenta, los músculos adquieren aspecto fibroso (izquierdo, m., & Aguado, X. (1998)).

Alteraciones en el sistema osteoarticular: desmineralización del hueso a causa del envejecimiento (12% en hombres y 26% en mujeres), pérdida de elasticidad en las articulaciones, disminuye el cartílago y la viscosidad de la sinovial, disminuye la amplitud de los movimientos articulares, disminuye la talla, cambia el aspecto de la silueta corporal. Es frecuente la presencia de dolor.

Alteraciones en el sistema endocrino , disminuye la secreción hormonal y se produce una menor tolerancia a la glucosa.

Alteraciones en el sistema metabólico, disminuye la tolerancia a los hidratos de carbono, aumentan las dificultades para absorber la vitamina D, el hierro y el calcio y se reduce la sensación de sed .

Alteraciones en el sistema inmunitario,disminuye la resistencia a la infecciones.

Modificaciones en los ojos: se producen cambios en la córnea, el cristalino y la retina, se altera la capacidad del reflejo, por lo que disminuye la acomodación ocular, disminuye la sensibilidad a la luz, se altera la capacidad para la percepción de los colores,se aumenta la tendencia a la vista cansada.

Modificaciones en el oído y en las orejas, aumenta el tamaño del pabellón auricular, aumenta el vello en la zona, aparece presbiacusia (SUÁREZ, F., & Gasamáns, M. C.).

Alteraciones en la boc , se altera la percepción de los sabores dulce y salado.

Alteraciones en la nariz, disminuye la percepción olfativa.

Alteraciones en el sistema cardiocirculatorio, disminuye el peso y el volumen del corazón, disminuye la elasticidad y la luz de los vasos sanguíneos, disminuye la velocidad de la circulación sanguínea, aumenta el colágeno cardíaco, la fibrosis del miocardio, la grasa en las arterias, el calcio en las válvulas, alteraciones coronarias y cambios en el funcionamiento cardíaco, tanto en reposo como en durante la actividad física.

Alteraciones en el sistema respiratorio, disminuye el sistema ciliar, disminuye el

peso y el volumen del pulmón. También se produce calcificación de los cartílagos traqueales y costales, alteraciones en la columna, se acentúa la cifosis dorsal, aumenta la luz traqueal, atrofia de las glándulas de las mucosas, aumenta el volumen y la capacidad residual respiratoria.

Alteraciones en el sistema digestivo: pérdida de piezas dentales, deshidratación de las encías, disminución de la producción salivar, atrofia de la mucosa gástrica, disminución del peso y volumen de todos los órganos digestivos (álvarez guerra, odalys maría).

Alteraciones en el sistema genitourinario: disminución del peso y volumen del riñón, esclerosis de los vasos, disminuye el aclaramiento de la creatinina, aparición de divertículos, disminuye el tono muscular de la vejiga, cambios en los órganos genitales, facilidad para que se desequilibren el sodio y el agua.

Alteraciones en el cerebro: pérdida de peso y volumen cerebral, aumento de los surcos cerebrales, aumento del tamaño de los ventrículos y de las granulaciones, las neuronas consumen menos oxígeno y glucosa, disminuye el número de neurotransmisores, se produce fibrosis y calcificación de las meninges y cambios vasculares.

Alteraciones neuronales: disminuye irreversiblemente el número de neuronas, aparecen anomalías y modificaciones en las neuronas y en sus conexiones.

Cambios funcionales, se reduce la sensibilidad táctil y discriminativa, se enlentecen los reflejos, pérdida de la capacidad de coordinación y del control muscular, reducción de la fuerza durante la ejecución del movimiento, modificación de los tiempos y de la amplitud de los movimientos durante la marcha.

5 Discusión-Conclusión

Todos estos cambios inherentes al proceso de envejecer originan el deterioro del organismo, por ello, con el tiempo se aumenta la vulnerabilidad frente a las agresiones del entorno. Tomar conciencia de todo esto y adquirir conocimientos para el desarrollo de hábitos saludables, es imprescindible para conseguir bienestar y calidad de vida del mayor.
Fomentar el envejecimiento activo y rehabilitar o compensar las disfunciones que van apareciendo es el mejor método para prevenir la dependencia de la persona mayor.

Se producen cambios psicofisiológicos en cuanto a aspectos cognitivos, afectivos y conductuales. En la medida que afecten a la funcionalidad y a la calidad de vida del mayor, exigirán el desarrollo de mecanismos de adaptación psicológica.

Al anciano hay que motivarlo porque la persona que pierde la motivación, deja de hacer las cosas que solía hacer, entonces, sus familiares ven como se produce un rápido declive, la persona pierde las ganas de vivir. La sensación de no ser útil es frecuente en los ancianos y lleva al abandono de las actividades cotidianas. Cuando se produce este ciclo de desmotivación en la tercera edad, es el momento en que la actitud del profesional es fundamental.

Se intentará conseguir motivar al anciano, para ayudarle a romper la espiral de desmotivación y sedentarismo. Se buscará despertar su interés, reforzando sus habilidades y destrezas y estimulando su autoconfianza. Actividades apropiadas, estimulantes e interesantes, son un buen caballo de batalla contra la desmotivación. Se pondrá especial interés en devolver el sentimiento de persona valiosa que aún puede aportar mucho a los demás. Las discapacidades propias de la vejez pueden aumentar la desmotivación, se le reforzará para que ejercite los sentidos no afectados, para que así puedan sustituir a los afectados.

Si la discapacidad es total, se le ayudará a afrontar su situación. Se le animará a poner en práctica actividades nuevas y a que amolde su nueva situación a aquellas actividades que hacía antes, sin dejar de hacerlas en la medida de lo posible. La depresión conlleva la pérdida de ganas de hacer cosas, por lo que se le debe animar a que haga, actividades fuera de casa , actividades dentro del hogar . Siempre que exista una depresión, la persona mayor debe recibir asistencia psicológica. Combatir la depresión es un trabajo multidisciplinar. En el caso de demencia, se deben realizar actividades que ejerciten las habilidades cognitivas, para retrasar la perdida y el deterioro mental.

6 Bibliografía

- Abades Porcel, M., & Rayón Valpuesta, E. (2012). El envejecimiento en España:¿ un reto o problema social?. Gerokomos, 23(4), 151-155.
- HERNANDIS, Pinazo, et al. Gerontologia: Actualizacion, innovacion y propuestas. Pearson Educación„ 2005.
- Fernández-Mayoralas, G., Pérez, F. R., García, A. A., & Rodríguez, V. R. (2003). Envejecimiento y salud: diez años de investigación en el CSIC. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 13(1), 43-46. i Mercader, F. X. A. (1995). La longevitat

i les seves conseqüències en el moment actual. Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, 10, 5-20.
- Pérez, L., LOPEZ, J., OROPEZA, R., & COLUNGA RODRIGUEZ, C. E. C. I. L. I. A. (2014). Psicogerontología y trabajo anticipado del envejecer.
- Duaso, E., Casas, Á., Formiga, F., del Nogal, M. L., Salvà, A., Marcellán, T., ... & Caídas y Fracturas de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2011). Unidades de prevención de caídas y de fracturas osteoporóticas. Propuesta del Grupo de Osteoporosis, Caídas y Fracturas de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 46(5), 268-274.
- MIQUEL, Jaime. Integración de teorías del envejecimiento (parte II). Revista espanola de geriatria y gerontologia, 2006, vol. 41, no 2, p. 125-127.
- Vargas, E., & Espinoza, R. (2013). Tiempo y edad biológica. Arbor, 189(760), 022.
- Miquel, J. (2006). Integración de teorías del envejecimiento (parte I). Revista espanola de geriatria y gerontologia, 41(1), 55-63.
- Dulcey, Elisa. Envejecimiento y vejez: categorías y conceptos. Siglo del Hombre Editores, 2016.
- Peinado, M. A., Del Moral, M. L., Esteban, F. J., Martínez Lara, E., Siles, E., Jiménez, A., ... & Pedrosa, J. A. (2000). Envejecimiento y neurodegeneración: bases moleculares y celulares. Rev Neurol, 31(11), 1054-1065.
- Izquierdo, M., & Aguado, X. (1998). Efectos del envejecimiento sobre el sistema neuromuscular. Archivos de Medicina del Deporte, 15(66), 299-306.
- SUÁREZ, F., & Gasamáns, M. C. Unidad Didáctica. Tecnico Auxiliar de Geriatria. Manual. Temario. E-book, 16.
- ÁLVAREZ GUERRA, Odalys María, et al. Afecciones digestivas más frecuentes en el adulto mayor. Medisan, 2010, vol. 14, no 4, p. 0-0.

Capítulo 1785

UTILIZACIÓN DE LENGUAJE NEUTRO EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

EVA MARIA COLLAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

El lenguaje administrativo está concebido desde el punto de vista masculino, de esta forma se oculta la presencia de las mujeres como parte activa de la ciudadanía a la que se dirige este lenguaje. La mayor presencia de las mujeres en el ámbito público y en todos los escalafones profesionales, tanto como usuarias de los servicios, como profesionales de los mismos, exige que el uso que hagamos de la lengua contemple su presencia.

El aspecto más conocido es el del uso del masculino como genérico en nuestro idioma, lo cual abarca a millones de hablantes en el mundo. Los sustantivos, artículos y adjetivos son siempre masculinos y de este procedimiento se deriva una invisibilización de las mujeres, una exclusión, ya que se las omite abierta y claramente y una desvalorización ya que se las menciona como inferiores cuando se trata de una comparación.

Se considera que nombrar en masculino y femenino supone una duplicidad cuando se trata de representar a grupos mixtos. Esa percepción es errónea ya que una palabra no puede significar algo o todo lo que es diferente de lo que nombra. Por ello citar una palabra en masculino y femenino no es una repetición, lo mismo que al hablar de colores los diferenciamos.

2 Objetivos

- Buscar alternativas al lenguaje sexista y aplicarlo a nuestro trabajo.

3 Metodología

- Recopilación de datos de diversas guías sobre inclusión en el lenguaje y no discriminación.

4 Resultados

Además de emplear el masculino y el femenino cuando sea oportuno, una forma de evitar el sexismo es:
La utilización de genéricos que representen al conjunto de hombres y mujeres. (por ejemplo: sustituir los trabajadores por la plantilla, las limpiadoras por el personal de limpieza, los ciudadanos por la ciudadanía, etc),
Utilización de abstractos como sustitutos de genéricos masculinos (por ejemplo: jefatura por jefe, diplomatura por diplomado o tutoría por tutor).

Utilización de oraciones impersonales: (por ejemplo, el solicitante deberá cumplimentar el impreso por se cumplimentará el impreso).

Utilización de dos géneros gramaticales: en vez de funcionarios (funcionarios y funcionarias).
Barras: en administración se utiliza mucho este recurso para solicitar datos y viene marcada por la necesidad de economizar espacios en los documentos, aunque resulta desaconsejable cuando redactemos textos más amplios. (Don por D./Dña).

Anteponer la palabra persona a la expresión sexista o discriminatoria (minusválido por persona con discapacidad o solicitante por persona solicitante).

5 Discusión-Conclusión

Con unos pequeños cambios en nuestra forma de utilizar el lenguaje conseguiremos hablar de forma menos discriminatoria e igualitaria.

6 Bibliografía

- Guía para el lenguaje inclusivo y no discriminatorio. Ceteo S.L.
- Fundación Mujeres. Fórmulas para la igualdad.
- Guía de lenguaje no sexista. UNED.

Capítulo 1786

EL ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA CAMPO PEREZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades. Tradicionalmente los servicios de prevención de riesgos laborales abordaban temas relacionados con la seguridad, higiene y ergonomía, mientras que hasta hace pocos años, los factores psicosociales no eran considerados como una prioridad.

La tendencia es que además de tener en cuenta los factores de riesgo físicos, químicos y biológicos del medio ambiente, se consideren también los factores psicosociales inherentes al entorno laboral como un factor de riesgo y como estos podían influir en el bienestar físico y mental del trabajador. Los riesgos psicosociales más reconocidos son el estrés, violencia en el trabajo, acoso laboral o moobing, acoso sexual, inseguridad laboral y el desgaste profesional (BM Jiménez). Aunque hay que tener en cuenta que otros factores del ámbito psicosocial, como la intensidad laboral, la irregularidad de los tiempos de Trabajo (Brun y Milczarek, 2007), el conflicto trabajo-familia (Greenhouse y Beutel) y el trabajo

emocional (Arlie R. Hochschild), también constituyen factores de riesgo importantes para la salud, aunque hasta el momento hayan podido ser menos estudiados.

Uno de los principales problemas que nos encontramos a la hora de estudiar el estrés, es la dificultad que revierte para estimarlo, por lo que varios investigadores han postulado diversos modelos teóricos que buscan describir de una manera objetiva este fenómeno, y así nos encontramos con el Modelo Demanda-Control (KaraseK 1979), Modelo vitamínico (Warr 1987), Modelo de ajuste Persona-Entorno (Harrison 1987), Modelo OSI (Occupational stress indicator) (Copper, Sloan y Willimas 1988), y Modelos holísticos de Nelson y Simmons (2003). Entre los principales estresores laborales del personal auxiliar administrativo, se pueden considerar como más relevantes, el ambiente físico, demandas del propio trabajo, estructura de la organización, relaciones interpersonales, inseguridad laboral, organización del trabajo y conflicto de roles (Peiro 1999).

El estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud y la seguridad en el trabajo que nos encontramos en Europa, y casi el 25% de los trabajadores se ven afectados por él y según la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA), entre un 50-60 % de las bajas laborales se encuentran relacionadas con el estrés laboral. Además de que el estrés puede provocar enfermedades y sufrimiento en las personas, la repercusión de este problema en término de pérdida de productividad, enfermedad y deterioro de la calidad de vida es muy alta, contribuir a la aparición de otros problemas de salud laboral, como frecuentemente son los trastornos musculo-esqueléticos y puede poner en peligro la seguridad en el lugar de trabajo. Por tanto, el estrés laboral es uno de los riesgos psicosociales más importantes en nuestra sociedad.

Muchas profesiones se encuentran sometidas a niveles elevados de estrés, y dentro de ellas, en el ámbito hospitalario y de urgencias, el personal auxiliar administrativo entre otros, está expuesto a niveles elevados de estrés, tanto de forma puntual como mantenida, ya que este es el personal con el que primero tienen contacto directo los pacientes y familiares.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio se centra en conocer el estado de estrés del personal en el medio hospitalario, entre el que se encuentra el auxiliar administrativo.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica abordando el estrés del personal que desarrolla su trabajo en el ámbito hospitalario, entre el que se encuentran los auxiliares administrativos. La búsqueda se realizó consultando las bases de datos MEDLINE, Wok, Dialnet, Scielo y Google académico y varias revistas de salud laboral.
Palabras clave utilizadas: estrés laboral, work stress, job stress, stress, hospital, hospital worker, evaluación de riesgos.

4 Resultados

Los estudios realizados por personal sanitario, representan el 61% y el 39% se realizaron en trabajadores no sanitarios, entre los que se encuentran los auxiliares administrativos del ámbito de la salud. El trabajo en el hospital significa, no sólo esfuerzo físico y mental, sino también emocional. Con frecuencia el auxiliar administrativo debe ocultar sus propias emociones para dar una imagen públicamente aceptable. Lo ha de hacer constantemente cuando se encuentra ante pacientes y familiares exigentes, nerviosos o maleducados o amenazantes. Tiene que dar la cara, incluso cuando hay anulaciones por la falta de infraestructura y de recursos y tiene que decidir quién pasa antes de quién.

Encontramos en artículos que evalúan de forma específica el grado de estrés en el personal del ámbito hospitalario (sobretodo el que tiene el primer contacto directo con el usuario, como es el caso del personal auxiliar administrativo), que el estrés se corresponde con un nivel moderado-elevado y parecen existir diferencias de nivel de estrés según las condiciones de trabajo y el apoyo de los superiores y compañeros. Algunos artículos señalan una correlación directa entre el estrés con la depresión, alteraciones psicosomáticas, lesiones músculo esqueléticas, así como con el Burnout. Los factores individuales tanto objetivos como subjetivos tales como la percepción personal del estrés, las variables fisiológicas emocionales y mentales, el apoyo familiar y las demandas del propio trabajo, también parecen ser condicionantes e influir en el grado de estrés.

Voltmerl señala que el mantener buenas relaciones personales y profesionales entre compañeros, participación en foros profesionales en la red, mantener relaciones de pareja, grupos de amistad y de apoyo, podrían contribuir a la prevención de la aparición de diferentes patologías o síntomas derivadas de las situaciones de estrés. Los niveles de estrés a los que se encuentran sometidos los trabajadores auxiliares administrativos del ámbito hospitalario son elevados, so-

bretodo en las áreas de urgencias y emergencias y repercuten negativamente sobre su salud. Los principales síntomas que se presentan asociados a situaciones de estrés son los trastornos músculo-esqueléticos, depresivos y alteraciones psicosomáticas.

Por otra parte, encontramos diferentes niveles de exposición al estrés en el medio hospitalario. Shaherl diferencia entre áreas estresantes y no estresantes siguiendo una serie de características demográficas y organizativas del trabajo en las que además se tienen en cuenta la edad, la experiencia, el género, el trabajo a turnos y la carga de trabajo. La mayoría de los métodos utilizados en la evaluación de los riesgos psicosociales, se encuentran basados en las teorías de Karasek y Siegrist (JCQ,ERI), los cuales presentan un elevado nivel de fiabilidad avalado por estudios de validación previos.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de estudios revisados encuentran un elevado nivel de estrés en el personal que desempeña su trabajo en el ámbito hospitalario y este nivel es mayor cuando el trabajo se desempeña en áreas como urgencias y emergencias y donde hay un contacto directo con el usuario, como es el caso del auxiliar administrativo que es el primer profesional con el que se encuentra el paciente o sus familiares. En circunstancias especiales de mayor carga de trabajo, responsabilidad, fatiga o situaciones de emergencia, los niveles de estrés se incrementan de forma considerable.

Desde el punto de vista práctico el conocimiento de los riesgos psicosociales en general y del nivel de estrés en particular junto con sus posibles características y peculiaridades son necesarios como base para una intervención sobre estos y la toma de medidas preventivas eficaces.

6 Bibliografía

- De Smet, P, Sans, S, Dramaix, M, Boulenguez, C, de Backer, G, Ferrario, M, Cesana, G, (...), Kornitzer. Gender and regional differences in perceived job stress across Europe. M, European journal of public health, 15 (5), p.536-545, Oct 2005.
- Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J. Occupational Healt Psycohology 1996, Vol 1, No 1, 27-41.

- Comité mixto OIT/OMS. Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo. Ginebra 1984.
- Aranaz J, Mira J. Cuestionario Font Roja. Un Instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. Todo Hospital 1988, 52: 63-6.
- Enfoque multidimensional y transversal, Peiró 2001-2008.
- ILO Introductory report: global trends and challenges on occupational safety and healt. XIX World Congress on Safety and Health at Work: Istanbul Turkey, 11-15 sep. 2011.
- Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y literatura de apoyo. 2010 6(6) 53-56.
- Institute for Work & Health. Are workplace prevention programs effective? Sharing best evidence: highlights of a systematic review. Ago. 2008.

Capítulo 1787

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE ALMACÉN

ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

MARIA DEL CARMEN ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

El almacén es el lugar donde se encuentra la mercancía que suele estar en stock y dónde se encuentran los artículos necesarios para la prestación de un servicio. Normalmente se suelen tener un mínimo de existencias de productos para garantizar dicha prestación. Tiene una estructura adecuada para tal fin, y personas responsables que garantizan la buena organización y su control.

Un centro sanitario nunca podrá quedarse sin suministros, de ahí que hay que llevar un correcto funcionamiento y una buena organización. Se debe garantizar que surgiendo emergencias exista en todo momento excedente disponible. Teniendo en cuenta estos 5 pilares fundamentales:
- Calcular las necesidades.
- Obtener los productos.
- Recibir el material.
- Almacenarlo.
- Distribuirlo.

2 Objetivos

- Definir las tareas propiamente dichas en el almacén.
- Clasificar, etiquetar y colocar la mercancía.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda activa por páginas web, artículos relacionados con el almacén en distintos centros de sanidad. Para esta búsqueda usamos descriptores como son: almacén sanitario, auxiliar administrativo y funciones, mercancías etc.

4 Resultados

El auxiliar administrativo tiene que realizar en el almacén las funciones que el Jefe de Almacén considere oportunas y otras propias de su categoría profesional como son:
- Introducir en el ordenador las entradas y salidas (mecanizar).
- Reclamación de mercancía si quedara pendiente de entrega.
- Introducir datos necesarios en el inventario.
- Rellenar todo tipo de documentos.
- Notificar a los superiores las devoluciones de mercancías y motivo con sus correspondientes etiquetas.
- Reclamación de mercancías pendientes de entrega.
- Preparación de muestras para comisiones técnicas.
- Generar, imprimir y gestionar los albaranes.
- Evitar el consumo incontrolado de los productos.

A nivel general las funciones del auxiliar administrativo en el almacén sanitario se resumen en:
- Controlar las existencias.
- Controlar las fechas de caducidad de los productos.
- Controlar el buen estado de las mercancías almacenadas.

5 Discusión-Conclusión

Para tener un control exhaustivo del almacén, es importante lograr un funcionamiento y desarrollo correctos en la actividad de un centro sanitario. La principal finalidad de un almacén sanitario es garantizar en todo momento el apro-

visionamiento de materiales a cualquier departamento hospitalario a un coste razonable. Para conseguir una mayor eficacia es muy importante una buena organización, el orden y la limpieza dentro del almacén.

6 Bibliografía

- https://www.opoinnova.com/guia-definitiva-auxiliar-administrativo-salud/
- http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15617/doc282028_Guia_Practica_38___Personal_Administrativo_en_Sacyl.pdf
- https://www.formacionyestudios.com/cuales-las-funciones-auxiliar-administrativo.html

Capítulo 1788

PROTECCIÓN ANTE EXPOSICIONES DE SANGRE Y/O FLUIDOS CORPORALES

MARIA ISABEL MENENDEZ ANDRES

1 Introducción

Los trabajadores sanitarios son personas cuyas actividades implican el contacto con pacientes o con sangre y otros fluidos contaminados. El riesgo de infección después de una exposición depende de varios factores como: cantidad de sangre inoculada o tipos de exposición.

2 Objetivos

Determinar las medidas a adoptar para evitar la exposición a sangre y/o fluidos corporales.

3 Metodología

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

4 Resultados

La experiencia en el lugar de trabajo nos demuestra que como métodos de barrera para protección tenemos guantes (estériles o no), mascarillas y batas.

Como medidas de protección utilizaremos las siguientes:
- Proteger las heridas para evitar posible contacto.
- Desechar los guantes después de cada contacto y siempre que se rompan.
- Precaución con objetos punzantes o cortantes para evitar sufrir heridas.

5 Discusión-Conclusión

Utilizando las medidas de protección tanto en la realización de tareas como en el transporte nos protegemos ante las exposiciones.

6 Bibliografía

- Protocolo de Manejo de Accidente Relacionado con Sangre o Fluidos corporales de Riesgo. Hospital Santiago Oriente. 2014.
- Evaluación Anual de la Vigilancia de Accidentes corto-punzante. Hospital Santiago Oriente, años 2011-2010-2009-2008-2007.

Capítulo 1789

HISTORIA CLÍNICA DIGITAL

MARIA DEL CARMEN ALVAREZ ALVAREZ

ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de salud (HCDSNS) tiene como finalidad garantizar a los ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente. Se incluye documentación que se encuentre disponible en soporte electrónico en cualquier lugar del Sistema Nacional de Salud (SNS), asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos queda restringida a quien esté autorizado para ello.

El acceso de los ciudadanos y profesionales sanitarios no será a la totalidad de los contenidos existentes en la historia clínica electrónica (HCE), sino solo a aquellos conjuntos de datos que sean destacados desde el punto de vista clínico porque resumen lo esencial del contenido de la historia clínica del ciudadano.

2 Objetivos

- Dar a conocer los utilidades y beneficios de la historia clínica digitalizada.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda y análisis diversas fuentes bibliográficas de páginas web.
Descriptor clave: historia clínica electrónica/ digital.

4 Resultados

Como resultado del análisis de necesidades de los profesionales, ciudadanos y usuarios se describen dos grupos funcionales:
1. Utilidad para profesionales: el acceso a los conjuntos de datos de salud de un paciente y a sus imágenes, quedando limitado el acceso a:
- Un uso estrictamente asistencial. Sólo cuando el paciente demanda asistencia sanitaria de un profesional fuera de la comunidad autónoma en la que reside.
- Permiso de acceso asociado a grupo, de manera que cada uno de los dos grupos asistenciales definidos en este sistema, médicos y enfermeras, accede solo a los contenidos necesarios para el desempeño de su función.
2. Utilidad para ciudadanos. El sistema ofrece tres tipos de funcionalidades:
- Acceso a los conjuntos de datos personales sobre su salud. El ciudadano tiene acceso a todos y cada uno de los informes que conforman su HCDSNS, que se encuentran custodiados en cada una de las Comunidades Autónomas en que se han generado.
Todo ciudadano incluido en el registro de usuarios (Base datos de TSI de su comunidad) y que se haya dotado de firma electrónica reconocida o DNI electrónico, podrá acceder a los documentos electrónicos que estén disponibles, a través de la web habilitada por su Servicio de Salud, imprimirlos o descargarlos.
- Registro de Accesos producidos a sus conjuntos de datos. El ciudadano puede realizar el seguimiento de los detalles de los accesos realizados desde este sistema a sus propios conjuntos de datos, a fin de poder verificar la legitimidad de los mismos.
Dispondrá para ello de información relativa al momento en que se realizó el acceso, servicio de salud, centro sanitario y servicio, así como las características del documento electrónico accedido.
- Ocultar aquellos conjuntos de datos que no deben ser conocidos por profesionales distintos de quienes habitualmente le atienden. El reconocimiento de la capacidad del ciudadano de limitar el acceso a parte de sus datos de salud a determinados profesionales ha despertado controversia, por cuanto que no es un derecho explícitamente recogido ni en la legislación española de protección de datos, ni en la legislación sanitaria.

Beneficios destacados que la historia clínica digital presenta para los ciudadanos, los profesionales y el propio sistema:
- Facilita el proceso de diagnóstico y de tratamiento de los pacientes.
- Garantiza una atención sanitaria de calidad en casos de movilidad.
- Reduce la reiteración de estudios diagnósticos.

- Aporta seguridad en el acceso a los datos y garantiza confidencialidad.
- Permite una organización más eficiente de la actividad y de los procesos de soporte.

5 Discusión-Conclusión

Con la implantación de la historia clínica digital se mejora la atención en la sanitaria, dando más seguridad en el almacenamiento de datos clínicos, dando acceso inmediato por parte de los profesionales sanitarios incluso fuera de la comunidad autónoma, teniendo en todo momento identificado al personal que modifica el documento, también vamos a conseguir una reducción del gasto hospitalario con la disminución del uso del papel y ahorro de tiempo en personal administrativo.

6 Bibliografía

- Portal de salud del Principado de Asturias [internet]. Disponible en: www.astursalud.es
- Ministerio sanidad consumo y bienestar social [internet]. Disponible en : www.gestion-sanitaria.com
- Javier Cabo Salvador. Gestión sanitaria [internet]. Disponible en: www.msbs.gob.es

Capítulo 1790

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS. MOVILIZACIÓN.

MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ

ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

ALEJANDRA CASTRO TORRICO

NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Cada día son más frecuentes los traslados de enfermos para la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos debido a la tecnificación de la medicina actual, con numerosas pruebas complementarias. Para esto, es necesario la movilización del paciente, como primer paso para la realización de cualquier técnica o actuación. Además, en determinados servicios, como por ejemplo el de UCI, la figura del celador es el primer eslabón entre el paciente y el médico, por lo que es fundamental que se tengan unos conocimientos básicos de cómo se ha de movilizar al paciente y como se deben manejar los materiales de inmovilización.

2 Objetivos

- Realizar una buena práctica en la movilización de pacientes críticos, teniendo en cuenta las posibilidades del paciente.

- Identificar el tipo de movilización más correcta.

3 Metodología

Para realizar la movilización de pacientes encamados usaremos distintos materiales, entre los que destaca el siguiente:
- Rulo sanitario. Se trata de un dispositivo rectangular plano de aproximadamente 2m de largo por 50 cm de ancho que puede ser plegado en dos. Este dispositivo está envuelto por un material plástico (impermeable y lavable) que lo rodea. Su manejo es muy sencillo y eficaz, consiste en girar ligeramente al paciente acostado en decúbito supino, introducimos una pequeña parte del rulo debajo del paciente y tiramos de él hacia nosotros, a la misma vez que otra persona sujeta desde la otra parte el rulo, gracias a unos tiradores que lleva incorporado, para que no se venga a la misma vez que el paciente. Gracias a la cinta que envuelve el rulo, el paciente puede ser desplazado por arrastre sin necesidad de tener que levantarlo. De un manera muy cómoda y con el mínimo esfuerzo, además de que al ser desplazado en bloque y de forma uniforme, las molestias son mínimas.

4 Resultados

Aunque actualmente se siguen utilizando las sábanas junto con la fuerza humana, hay en el mercado dispositivos más sofisticados que perjudican menos al paciente y a su vez nos facilitan el trabajo a nosotros.

5 Discusión-Conclusión

Estos procedimientos suponen un alto riesgo de lesiones corporales ya que se necesita fuerza física y coordinación muscular, a lo que se suma que las condiciones de trabajo no están adaptadas a la fisiología humana. Por tanto, se producen frecuentes dolores que afectan a la columna vertebral y sobrecarga muscular, que por su carácter repetitivo llevan a lesiones más graves e invalidantes. De ahí la importancia de las técnicas para la movilización de pacientes. Además, el desconocimiento de las técnicas hace que se actúe improvisando y recurriendo a la fuerza, pasando inadvertidos los peligros de la lesión para la columna. Por todo esto, a la movilización de enfermos hay que darle gran importancia, ya que se trata de un acto muy frecuente que requiere un estudio serio, un aprendizaje de la técnica y un entrenamiento repetido para adquirir unos hábitos adecuados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1791

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON GRÚA

MARIA ISABEL MENENDEZ ANDRES

1 Introducción

La grúa es el elemento auxiliar para movilizar al enfermo dependiente con la mayor seguridad y menor riesgo de lesiones para él y sus cuidadores.

2 Objetivos

Determinar las medidas a adoptar para una correcta movilización de pacientes con grúa.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de la materia teniendo en cuenta también los conocimientos adquiridos con la práctica.

4 Resultados

Medidas para la movilización de los pacientes a tener en cuenta:
- Preparación del personal: lavarse las manos, ponerse guantes.
- Preparación del paciente: informarle de lo que se le va a hacer protegiendo su intimidad.
- Colocar el arnés para sujetarlo a la grúa y así movilizar al enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Con la utilización de la grúa estamos moviendo al paciente impedido o demasiado pesado de la cama a la silla o viceversa, garantizando menor riesgo de lesiones para el enfermo y para el personal que lo maneja.

6 Bibliografía

- Gavilán Cristina. Movilización de pacientes en grúa. Complejo hospitalario Ourense. 2006.
- Fernández Corrales Manuela. Técnicas de movilización de pacientes. Hospital Reina Sofía de Córdoba.
2009.

Capítulo 1792

EL CELADOR EN URGENCIAS.

NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ

MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ

ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

ALEJANDRA CASTRO TORRICO

1 Introducción

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios constituyen el vértice de la pirámide del sistema de atención médica urgente donde convergen tanto los pacientes atendidos en el resto de los niveles de la red asistencial sanitaria, como aquellos que acuden por iniciativa propia. La mayor parte de este incremento de visitas se atribuye a un aumento desproporcionado de los pacientes que utilizan los Servicios de Urgencias Hospitalarios de forma inadecuada. Se entiende por uso inadecuado aquellos casos de menor urgencia o no urgentes que no han sido visitados previamente en Atención Primaria; mientras que la visita a un Servicio de Urgencias Hospitalarias sin necesidad de una previa en Atención Primaria está completamente justificada en casos como accidentes, síntomas que sugieren riesgo vital (dolor torácico isquémico, disnea abdomen agudo…), experiencia de pacientes crónicos, indicaciones previas de médicos, etc.

2 Objetivos

- Identificar el nivel de urgencia a través de la realización del triaje.

- Reducir el uso inapropiado de estos servicios de urgencia hospitalarios.
- Concienciar a la sociedad.
- Establecer empatía con el enfermo a su llegada al servicio de urgencia hospitalaria.

3 Metodología

Entre las múltiples medidas que existen para reducir la utilización inapropiada de los Servicios de Urgencias Hospitalarias se encuentra la implantación de sistemas de triaje estructurado y desde ahí establecer un protocolo de derivación (adaptado a la realidad) en base al nivel de urgencia y complejidad. El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y utilización de recursos.

4 Resultados

Los pacientes se muestran más satisfechos y mejor dispuestos a esperar después de que el personal inicie la atención; aprecian la oportunidad de hablar con una persona que proporciona atención a su salud, en cuanto llegan al servicio; se agiliza la atención que se da al paciente, solicitando pruebas radiológicas, por ejemplo; se asegura establecer las prioridades relativas a la atención según la gravedad del paciente; mejora la comunicación interpersonal y disminuye la ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

La definición de urgencia, además de los conceptos objetivos (gravedad y necesidad de intervención), lleva implícitos dos conceptos subjetivos que son el grado de sufrimiento de los pacientes y sus expectativas.

La principal función del triaje consiste en clasificar a los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario (antes de que reciban prestación asistencial) siguiendo criterios de gravedad clínica que permita diferenciar el grado de urgencia. Una correcta clasificación evita el perjuicio de tiempos de espera

prolongados para las urgencias reales en beneficio de las patologías banales, permitiendo una actuación más adecuada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1793

EL CELADOR. USO ADECUADO DE LOS EPI‘S

NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ

MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ

ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

ALEJANDRA CASTRO TORRICO

1 Introducción

El equipo de protección personal o individual (EPI) está diseñado para proteger a los empleados en el lugar de trabajo de lesiones o enfermedades serias que puedan resultar del contacto con peligros químicos, radiológicos, físicos, eléctricos, mecánicos u otros. Además de caretas, gafas de seguridad, cascos y zapatos de seguridad, el equipo de protección personal incluye una variedad de dispositivos y ropa tales como gafas protectoras, overoles, guantes, chalecos, tapones para oídos y equipo respiratorio.

Existen tres tipos distintos de medidas para hacer frente al riesgo biológico:
Medidas físicas: destinadas a evitar el contacto con los agentes, sobre las bases de confinamiento (cabinas de seguridad biológica), barreras frente al contacto dérmico o mucosas (guantes, pantallas faciales, gafas) y barreras frente a la entrada por vía respiratoria (máscaras y mascarillas con filtro o autofiltrantes). Algunos autores incluyen dentro de este último tipo de medidas la utilización de medios físicos para desinfección y esterilización, como son el calor, las radiaciones ultravioletas y las radiaciones ionizantes.

Medidas químicas: hacen referencia a la utilización de desinfectantes y esterilizantes químicos.
Medidas biológicas: contemplan la vacunación o inmunización activa.

2 Objetivos

- Ponerse, ajustarse, usar y quitarse el equipo de protección individual.
- Mantener el equipo de protección personal en buen estado. Prevención de riesgos laborales.
- Minimizar los riesgos e incluso llegar a eliminarlos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La protección de los trabajadores frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos es una de las herramientas para garantizar la seguridad y la salud de los mismos. Por agente biológico se entiende los microorganismos, con inclusión de los genéticamente modificados, cultivos celulares y endoparásitos humanos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad.

La definición formal de agente biológico incluye: bacterias, hongos, parásitos y virus. Sin embargo, este concepto es actualmente más amplio, ya que dentro del grupo de los virus, se incluyen agentes no clasificados asociados a encefalopatías espongiformes transmisibles (priones o proteínas priónicas).

5 Discusión-Conclusión

Algunas de las enfermedades originadas por agentes biológicos pueden producirse en el mundo laboral en general, pero es en el ambiente laboral sanitario donde estas enfermedades adquieren una especial relevancia por la mayor posibilidad de contagio, como ocurre con la hepatitis B, la hepatitis C, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la tuberculosis. Sin embargo, hay que destacar que la prevalencia de estas enfermedades ha disminuido drásticamente gracias al uso de eficaces medidas de prevención.

La necesidad de utilizar EPI frente a una determinada situación de riesgo biológico en un centro sanitario deriva de la imposibilidad técnica o económica de instalar una protección colectiva eficaz. Antes de dar por definitivamente implantada la utilización de un EPI frente a una determinada situación de riesgo, debe seguirse un proceso consistente en: definir la necesidad de su uso, llevar a cabo la elección del equipo adecuado, efectuar la adquisición, distribuirlo y normalizar y controlar su uso correcto.

6 Bibliografía

- Medlineplus. Varios artículos.

Capítulo 1794

EL CELADOR Y EL PACIENTE FALLECIDO

MANUEL GARCÍA TORRES

1 Introducción

En este capítulo se tratará de clarificar cómo debe actuar el celador cuando un paciente ha fallecido. Existen diferentes aspectos específicos en sus funciones que son sustanciales y que se deben tener en conocimiento para actuar de forma correcta. El celador cumple un papel fundamental en el traslado de cadáveres, de los cuales existen distintos tipos y cada uno tiene su peculiar forma de traslado. Además, debe velar porque todo se desarrolle de manera adecuada en la sala de autopsias, por lo que queda patente que cumple un rol vital en este proceso.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador cuando el paciente ha fallecido.
- Explicar cómo deben realizarse los traslados atendiendo al tipo de cadáver.
- Definir el papel del celador en las autopsias.

3 Metodología

Para la realización de la presente investigación, se han analizado y revisado distintas fuentes bibliográficas y documentales. Una vez recogida toda la información necesaria, se ha ordenado de forma lógica y estructurada para que el lector tenga una visión clara del tema en cuestión.

4 Resultados

Según el Estatuto de Personal No Sanitario, la función principal del celador cuando el paciente ha fallecido es ayudar al personal de Enfermería a amortajar a dicho paciente. Su actuación debe centrarse en movilizar y asear al paciente, así como trasladarle al servicio que corresponda. También es necesario prestar atención al trato con los familiares y remitirles al facultativo encargado cuando tengan preguntas acerca de la muerte del paciente.

El amortajamiento se refiere a la preparación del cadáver para que pueda ser velado. Éste debe hacerse con prontitud, ya que si se da paso al rigor mortis el cadáver estaría demasiado rígido para su aseo y preparación. Hay unos pasos que deben seguirse:
1. Lavarse las manos.
2. Usar protección.
3. Desconectar catéteres y electrodos.
4. Asear el cadáver.
5. Ocupar los orificios naturales con gasas o algodón.
6. Retirar las pertenencias personales.
7. Cerrar los ojos y la boca.
8. Colocar el cadáver en una sábana con las manos sobre el abdomen y las piernas estiradas.
9. Cubrir el cadáver con una sábana e identificarlo.
10. Trasladar el cadáver al mortuorio.

Es necesario asegurarse de que el cadáver no rompa la cadena de frío y de que no alcance temperaturas superiores a 12ºC durante el traslado. Además, se debe verificar que se adjunte el certificado de defunción si la muerte es de causa conocida y no requiere autopsia médico-legal.

Según el Decreto de 132/2014 de 29 de diciembre de Sanidad Mortuoria, los cadáveres quedan clasificados en los siguientes grupos:
-Grupo 1: cadáveres que tienen un riesgo para la salud pública, ya que el fallecido sufría enfermedades infecciosas. Este grupo debe trasladarse urgentemente para su inmediata inhumación o incineración.
- Grupo 2: cadáveres que presentan sustancias radioactivas y que por tanto suponen un riesgo radiológico. Este grupo se trasladará según la normativa de la seguridad nuclear.
- Grupo 3: resto de cadáveres que no están incluidos en los grupos 1 y 2.

En lo que se refiere a la autopsia, consta de las siguientes fases:
1. Examinar físicamente el cadáver.
2. Eviscerar los órganos, diseccionarlos y analizarlos macroscópicamente.
3. Tomar fotografías de los descubrimientos más importantes.
4. Seleccionar cortes para establecer diagnósticos finales.
5. Realizar un informe.

¿Cuáles son las funciones del celador en este servicio?
- Transportar el cadáver desde el depósito a la mesa de autopsias.
- Colocar el cadáver en la mesa de autopsias en decúbito supino.
- Vigilar que no entre en la sala ningún individuo que no deba estar.
- Ayudar al médico en aquellas prácticas instrumentales no específicas de profesionales con titulación, así como realizar los movimientos en el fallecido que sean necesarios.
- Pesar órganos, apuntar anotaciones, etc.
- Asear al cadáver tras la autopsia.
- Limpiar la sala y el instrumental.
- Transferir las muestras al servicio de anatomía patológica.
- Repartir los resultados de las biopsias y citologías.

Por último, nos centraremos en las medidas de prevención que el celador debe tener en la sala de autopsias. Estas medidas son:
1. Medidas higiénicas básicas: lavarse las manos, no comer ni beber, usar guantes, utilizar ropa específica y guardar los equipos de protección y mantenerlos en buen funcionamiento.
2. Precauciones para la transmisión aérea y por contacto.
3. Vacunación.

En el caso de haberse expuesto accidentalmente a fluidos corporales como la sangre, se deberá proceder de la siguiente manera:
- En caso de exposición a objetos punzantes: después de haber retirado el objeto punzante se debe limpiar la herida con agua y dejar que la sangre fluya durante tres minutos. Se utilizará un antiséptico y se cubrirá con un apósito. El incidente deberá ser comunicado al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.
- En caso de que la piel no haya sufrido ninguna lesión, se lavarán las manos con agua y jabón.

Para desinfectar las instalaciones se puede usar agua oxigenada, yodo, fenoles, formol, detergentes, biguanidas, compuestos clorados y alcoholes. Además, es

necesario utilizar sistemas de iluminación y ventilación y tomas de agua corriente.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar esta investigación, es necesario recordar que en ningún caso el celador comunicará a la familia el fallecimiento del paciente, ya que se trata de una tarea que concierne al personal facultativo. Es necesario tratar a la familia con respeto en todo momento y remitirles siempre al personal facultativo si en algún momento tienen alguna pregunta acerca del paciente. Además, es muy importante que el traslado del cadáver al mortuorio se haga de la manera más discreta posible.

6 Bibliografía

- Lorda, P.; Barrio, I.M.; Alarcos, F.J. et al. Ética y muerte digna: propuesta de un consenso sobre un uso correcto de las palabras. Revista Calidad asistencial. Volumen 23, Issue 6, diciembre 2008, páginas: 271-285.
- Pérez-Jover, V.; Mira, J.J. y Tomás, O. et al. Buenas prácticas y satisfacción del paciente. Revista de Calidad Asistencial. Noviembre-diciembre 2010, páginas 348-355.
- Polanco-Serna M. Análisis ergonómico del puesto de trabajo de celador en la unidad de medicina interna del Hospital Río Hortega de Valladolid. Trabajo Fin de Grado en Internet. Valladolid. Universidad de Valladolid. Citado el 8/4/2018. Recuperado de: http://uvadoc.uva.es/handle/10324/12015.
- Silva, L. Gil, J.M. y Boceta, J. et al. Actuación del celador en las Unidades de Cuidados Paliativos. 1ª edición. Madrid. Editorial MAD. 2011.

Capítulo 1795

GUÍA PARA CELADORES DE INSTITUCIONES SANITARIAS SOBRE LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

LUIS DANIEL LÓPEZ CANO

DELFINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

ANTONIA PRIEGO TRAPERO

OLGA FERNÁNDEZ GARCÍA

FREDESVINDA ISABEL GONZÁLEZ IGLESIAS

1 Introducción

En todas las instituciones sanitarias se establecen unas medidas esenciales de protección frente a las infecciones nosocomiales que los trabajadores deben conocer.

Los celadores, parte de los equipos de atención sanitaria a los usuarios, deben conocer a la perfección esas medidas, y en especial los tipos de aislamientos que se deben aplicar según las diferentes patologías de los pacientes, con la finalidad de preservar la seguridad del enfermo, de los trabajadores y del resto de personas que deambulan diariamente por las unidades de hospitalización y los diferentes servicios sanitarios hospitalarios.

Las medidas preventivas que conllevan cualquier aislamiento hospitalario se promueven para evitar la transmisión de infecciones nosocomiales, teniendo muy en consideración que algunas infecciones se pueden transmitir entre los propios pacientes, e incluso entre estos y los trabajadores o acompañantes.

2 Objetivos

- Identificar las infecciones nosocomiales y conocer los métodos de prevención de las mismas.
- Asimilar los diferentes tipos de aislamientos para evitar una infección nosocomial.

• Identificar las diferentes medidas de protección que un celador debe tomar ante el peligro de extensión de infecciones.

• Analizar los diferentes tipos de aislamientos hospitalarios y sus características.

• Exponer la necesidad de seguir estrictamente las normas de protección ante diversas patologías de tipo infeccioso.

3 Metodología

Hemos realizado una extensa revisión bibliográfica y estudio de sitios web específicos y especializados para definir los aspectos que todos los celadores, sobre todo aquellos que inician su andadura profesional, deben conocer, interiorizar y aplicar en su actividad profesional cotidiana con la finalidad de evitar la extensión de las infecciones nosocomiales entre los enfermos ingresados.

El estudio de los diferentes tipos de aislamientos hospitalarios, las normas a seguir en cada uno de ellos, las patologías para las que se prescribe cada uno y el análisis del material de uso obligado en cada caso, nos han facilitado la realización de esta guía que, deseamos, sea de utilidad para todos aquellos celadores que, por razón de su inexperiencia en el ejercicio profesional, desconocen todos los aspectos relacionados con la prevención de las infecciones nosocomiales, en las que los aislamientos juegan un papel esencial.

4 Resultados

Las infecciones nosocomiales tienen un efecto pernicioso sobre los pacientes ingresados.
Cuando se efectúa un aislamiento hospitalario para evitar la propagación de infecciones es de suma importancia la información facilitada al paciente sobre las causas de dicho aislamiento, puesto que este podría sentirse repudiado si no se lo aclaran.

Tanto los enfermos como sus familiares y/o acompañantes, además de los profesionales que prestan servicios asistenciales, entre los que se encuentran los celadores, deben comprender la necesidad imperativa y la transcendencia de seguir las pautas preceptivas para evitar daños personales y colaterales en los pacientes ingresados en las unidades hospitalarias.

1. Qué es una infección nosocomial y cuál es su causalidad
Las infecciones nosocomiales son aquellas que se adquieren durante la estancia en un hospital y que tienen relación con los procedimientos realizados durante la hospitalización, aunque pueden ponerse de manifiesto una vez que el paciente ha sido dado de alta hospitalaria.

En términos sanitarios, aquellas infecciones que se producen con posterioridad a las 48 primeras horas de ingreso hospitalario se pueden considerar nosocomiales.

Durante los procesos infecciosos del paciente es preceptivo tomar las medidas oportunas que eviten el contagio y la propagación de dichas infecciones, para lo que se prescriben los aislamientos hospitalarios de múltiples características según las patologías tratadas.

Durante la estancia hospitalaria del paciente se pueden producir desequilibrios de su flora bacteriana por el uso de antibióticos, disminuciones de su sistema inmunitario a causa de la patología o la medicación ingerida o realizar procedimientos invasivos como colocación de sondas que pueden provocar infecciones.

2. Norams y material que se deben utilizar en los aislamientos
Como norma general, el lavado de manos es la medida más importante que el celador debe realizar de forma obligatoria para evitar la transmisión de enfermedades entre las personas que se encuentran hospitalizadas.

Este debe ser realizado de forma ordinaria al entrar y al salir del hospital, cuando se tenga contacto con el paciente, siempre que se haya tocado cualquier objeto o

superficie contaminados y en todos aquellos casos de aislamiento prescritos por el hospital.

Igualmente, el celador ha de estar familiarizado con el uso y aplicaciones de materiales como mascarillas, guantes, batas, calzas, bolsas de basura debidamente marcadas y contenedores especiales para agujas y residuos, pues estos son elementos básicos que ayudan a prevenir la extensión de infecciones y se encuentran a disposición del personal celador para ser usados de forma prescriptiva dependiendo del tipo de aislamiento que se trate.

3. Clases de aislamiento
A. Estricto:
Este tipo de aislamiento está indicado para prevenir la transmisión de enfermedades que puedan contagiarse por contacto directo o por vía aérea, y durante el mismo se deben respetar las siguientes normas:
- El lavado de manos debe ser realizado por el celador antes y después de entrar en contacto con el paciente.
- El paciente ha de estar en habitación individual.
- Existe la obligatoriedad, tanto para el personal asistencial como para las visitas, de usar mascarilla, guantes, bata y calzas mientras se permanezca en la habitación.
- Se debe señalizar el aislamiento en la puerta de la habitación y restringir las visitas. Además la puerta de la habitación ha de permanecer cerrada en todo momento y el material para vestirse, con excepción de la mascarilla que se colocará antes de entrar, deberá encontrarse dentro de la habitación.
- Antes de abandonar la habitación se deberán depositar las prendas contaminadas en un contenedor específico, y la mascarilla se desechará después de salir de la habitación.

La peste neumónica, varicela, fiebres hemorrágicas, herpes zóster o viruela, son algunas de las afecciones sometidas a este tipo de aislamientos.

B. Respiratori:
Este tipo de aislamientos está indicado en aquellos casos en los que la enfermedad se propaga por vía aérea e incluye acciones como:
- Lavado de manos.
- Uso de mascarilla, que deberá cambiarse con una frecuencia adecuada y que se deberá colocar en la puerta de la habitación y ser desechadas al salir, tanto para el personal sanitario como para las visitas.

- Habitación individual que el paciente puede compartir con otro paciente afectado por su misma patología.
- La habitación deberá permanecer en todo momento con la puerta cerrada.

C. Entérico:
Este tipo de aislamiento está prescrito para evitar la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con objetos o excrementos contaminados, y se aplican las siguientes medidas:
- Se han de lavar las manos antes y después de entrar en contacto con el paciente o con objetos contaminados.
- No es preceptivo el uso de habitación individual, salvo en casos de infecciones por cólera o pacientes afectados por deficiencia mental.
- Se debe usar bata cuando se vaya a tener un contacto directo con el paciente y guantes al manejar material contaminado. Ambos se encontrarán en el interior de la habitación.

D. De contacto:
Se prescribe este tipo de aislamiento en aquellos casos de enfermedades infecciosas que se propaga por contacto directo con heridas y lesiones cutáneas o por contacto con secreciones, y está sujeto a las siguientes normas:
- No se deberán tocar con las manos las heridas o lesiones del paciente.
- El paciente se debe disponer en habitación individual y señalizar su aislamiento.
- Se deberá utilizar bata, mascarilla y guantes que deberán estar dentro de la habitación, al entrar en contacto con el paciente, y estas prendas deberán depositarse en el interior de un contenedor específico.
- Se utilizará habitación individual, si bien los enfermos que estén afectados por la misma patología pueden compartirla.
- En los traslados del paciente las heridas deberán ir cubiertas convenientemente.

E. Inverso de protección:
Este tipo de aislamiento está indicado para pacientes que están afectados por una grave inmunodepresión, y las precauciones básicas que se han de tomar en estos casos son las siguientes:
- Se han de lavar las manos para entrar en contacto con el paciente.
- El enfermo debe disponer de una habitación individual.
- Se ha de utilizar bata, guantes, gorro, calzas y mascarilla antes de entrar a la habitación, para entrar en contacto con el enfermo.
- Al salir de la habitación, se depositarán las ropas usadas en un contenedor destinado a ese propósito.

- La habitación, dotada de flujo de aire laminar y filtros de aire de alta eficacia, ha de permanecer en todo momento cerrada.
- Los traslados del paciente se deben al mínimo imprescindible y, en caso necesario de traslado, el paciente debe estar protegido por bata ajustada y mascarilla específica.

4. Por qué es necesaria la formación e información de los celadores en cuanto a los aislamientos hospitalarios

El aislamiento hospitalario conlleva una serie de actuaciones encaminadas a segregar aquellos pacientes infectados de modo que no sean susceptibles de infectar a otros pacientes durante la etapa de transmisibilidad de la infección, y tiene como finalidad la de cortar la cadena de transmisión de la infección, ante la sospecha de una enfermedad transmisible.

En todas las situaciones de aislamiento existe un protocolo de actuación que debe ser seguido estrictamente para evitar la difusión de una enfermedad.

Los celadores, aunque son personal no sanitario, tienen un contacto constante con los pacientes y es, esencial que estén informados y formados en el protocolo de actuación de cada caso de aislamiento, pues, en caso contrario, su actuación asistencial con el paciente no solo podría perjudicar a los enfermos, sino también llegar a afectar negativamente a su estado de salud.

5 Discusión-Conclusión

Ante la formación especializada preceptiva para algunos profesionales de la sanidad como son los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), es curioso que a los celadores, trabajadores con contacto directo y diario con el paciente y encuadrados en el grupo de personal no sanitario de gestión y servicios, no se les haya instaurado una formación preceptiva y reglada que les permita obtener unos conocimientos sanitarios previos a su ingreso como profesionales de un centro sanitario.

Por este motivo, es de vital importancia que las Administraciones Sanitarias tomen conciencia de la situación y contemplen un programa formativo reglado dirigido a profesionalizar las funciones de los celadores o, en su defecto, adopten un protocolo de acogida de los nuevos profesionales que incluya la información y formación necesarias para el ejercicio adecuado de sus funciones laborales en el marco asistencial de las Instituciones Sanitarias.

6 Bibliografía

1. Ferreiro López, I. and Pérez Saavedra, A. (2018). Medidas de protección individual y colectiva para el personal sanitario ante los distintos tipos de aislamientos en el medio hospitalario. Revista Enfermería del Trabajo, 8(2), pp.72-80.
2. Precauciones y aislamientos en patología infecciosa [Internet]. Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero. 2020 [cited 8 February 2020]. Available from: https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa.
3. LC S. Enfermedades Transmisibles. Cadena Epidemiológica. Infección Intrahospitalaria [Internet]. Celadores online de Instituciones Sanitarias. 2020 [cited 8 February 2020]. Available from: http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-30-enfermedades.html

Capítulo 1796

LA DETECCIÓN DEL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ

ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ

INMACULADA FERNANDEZ BARROSO

MAR ROBLES DIEZ

MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

El acoso laboral, también llamado Moobing, cada día tiene más peso en nuestro día a día. Habitualmente en los medios de comunicación de nuestro país podemos encontrarnos casos de acoso laboral. En el ámbito sanitario también está presente el Moobing, donde 1 de cada 3 trabajadores manifiestan que en algún momento de su vida laboral han padecido acoso laboral, número que son preocupantes por el alto porcentaje de trabajadores que lo padecen.

2 Objetivos

En este trabajo daremos luz a aquellas técnicas que existen para detener el acoso laboral dentro de nuestro trabajo en la sanidad y la importancia de erradicar al

máximo este de acoso laboral.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática en diversos buscadores y artículos científicos, como PubMed o Cuiden entre otros. Utilizando palabras clave como prevención, información, moobing.

4 Resultados

Es vital reconocer estos comportamientos, tanto las víctimas como su entorno laboral, así logramos que todo el mundo sea consciente de que está pasando para conseguir erradicar estos comportamientos lo antes posible. La realización de conferencias informativas sobre esta materia para todos los trabajadores, para informar y que todos sean conscientes de los pasos a seguir frente a estas situaciones.

El moobing casi en todos los casos se presenta cuando trabajamos en un sistema de trabajo que no está organizado y donde no nos encontramos protegidos.

5 Discusión-Conclusión

Una actuación rápida es importantísima cuando nos encontramos con un caso de acoso laboral, puesto que la víctima se siente amenazada e incluso el sistema nacional de salud puede tener pérdidas económicas por este motivo (bajas laborales, trabajadores menos eficaces). Todo esto puede llegar a instaurar un clima de trabajo peor y de menos calidad. Reduciendo los casos de acoso laboral conseguiremos que nuestros trabajadores sean más felices, mejore su calidad laboral y nuestro trabajo sea más eficaz y de mejor calidad, cosa que los usuarios notarán y valorarán.

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-acoso-laboral-aproximacion-al-mobbing-13066276
- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200114

Capítulo 1797

LA LUMBALGIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ

MAR ROBLES DIEZ

MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ

JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ

INMACULADA FERNANDEZ BARROSO

1 Introducción

La lumbalgia es un dolor situado en la parte baja de nuestra espalda. Lo padece un 80% de la población a lo largo de su vida, esto lo lleva a situarse en la cabeza de los motivos por los que los trabajadores se ven obligados a recurrir a las bajas médicas en algún momento de su vida laboral. Sin lugar a dudas esto supone un gasto importantísimo para nuestro sistema de sanidad.

2 Objetivos

Con este trabajo daremos a conocer las principales causas en la aparición de lumbalgias.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realiza una búsqueda sistemática en diversos buscadores y artículos científicos, como PubMed o Cuiden entre otros. Utilizando palabras clave como prevención, baja laboral, lumbago… entre otras.

4 Resultados

Después del análisis de varios artículos sobre la materia se puede llegar a la conclusión de que existe un motivo muy recurrente en la aparición de las lumbalgias, las malas movilizaciones, éstas pueden ser de personas, objetos, cargas…. Una mala formación en movilizaciones, una incorrecta ejecución de ese aprendizaje o un pésimo estado físico ayudan a la aparición de las temidas lumbalgias, mermando las aptitudes físicas y laborales de todo trabajador que descuide este aspecto.

5 Discusión-Conclusión

Con un conocimiento adecuado de las causas que favorecen las apariciones de lumbalgias conseguiremos actuar sobre ellos, minimizando la presencia de estas en nuestros puestos de trabajo. Siguiendo unas sencillas pautas mejoraremos nuestra calidad laboral, tendremos un estado físico mucho mejor y se reducirá el gasto sanitario que se asocia a la lumbalgia, que supone un gasto excesivo a día de hoy para nuestro sistema nacional de sanidad. Todo trabajador tendrá que estar en constante formación sobre esta materia para asegurar que sus acciones son las correctas en el desempeño de su actividad laboral. La prevención sigue siendo la pieza clave cuando hablamos de los riesgos laborales.

6 Bibliografía

-http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/107/85

- https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/guias/guiaLumbalgia.pdf

Capítulo 1798

INDICIOS DEL TRABAJADOR QUEMADO EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ

ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ

INMACULADA FERNANDEZ BARROSO

MAR ROBLES DIEZ

MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud ha introducido oficialmente el síndrome del trabajador quemado en su clasificación internacional de enfermedades. Lo incluyen en el apartado de problemas asociados y lo definen como los síndromes resultantes del estrés crónico en el trabajo cuya gestión no ha sido exitosa. Este síndrome tiene 3 características fundamentales, agotamiento, pensamiento negativo y disminución del rendimiento.

2 Objetivos

Mediante el presente trabajo se tratará de determinar algunos de los síntomas del síndrome del trabajador quemado que pueden afectar a los Auxiliares admin-

istrativos.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática en diversos buscadores y artículos científicos, como PubMed o Cuiden entre otros. Utilizando palabras clave como prevención, burnout, síntomas.

4 Resultados

Al realizar un estudio de varios artículos sobre la materia podemos reconocer las siguientes causas de su producción: Psicológicamente, nos encontramos con trabajadores agotados emocionalmente, con dificultad para estar concentrados y con indicios de cansancio crónico. Estos trabajadores también se encuentran desmotivados, con problemas para realizar su trabajo y cuyo rendimiento se ha mermado. Trabajadores que se sienten fracasados, impotentes y con frecuentes cambios en su conducta. Físicamente los trabajadores se encuentran rígidos, padecen de dolores en su musculatura, sufren problemas cardiovasculares, respiratorios e incluso del sistema digestivo, pueden bajar de peso, sufrir fuertes dolores de cabeza, incapacidad para mantener un descanso nocturno adecuado e incluso problemas en su piel.

5 Discusión-Conclusión

Desgraciadamente, el síndrome del trabajador quemado (también conocido como síndrome de Burnout) es muy frecuente en todos los sectores laborales, en los Auxiliares Administrativos también. Como en muchos otros casos, la mejor medida para luchar contra él, es la prevención, observando la aparición de alguno de los síntomas característicos del mismo y actuando lo antes posible sobre él, ya que puede acarrear graves problemas laborales y personales a la persona que lo sufre. Un trabajador sin problemas en su entorno laboral será más eficiente, su atención será mejor y todo esto influirá en la calidad de los servicios que ofertamos.

6 Bibliografía

- https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014
- https://med.unne.edu.ar/revistas/revista153/5_153.pdf

Capítulo 1799

SINTOMAS ESTRÉS LABORAL

ROSA ANA FERNANDEZ REBOIRO

1 Introducción

El estrés laboral llega a producirse debido a la demanda o sobrecargas que afectan a una persona. Cuando llegan a ser excesivas frente a los recursos que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas y de movilización de recursos que implican una activación fisiológica.

Esta reacción de estrés lleva a una serie de reacciones negativas que pueden ser ansiedad, ira y depresión.
La población de riesgo se encuentra entre los 35 y los 45 años de edad.

En esa etapa de la vida, suele coincidir una exigencia laboral a la que se suma la personal, donde aparece la responsabilidad de tener hijos con una entrada al mercado laboral cada vez más competitivo.

2 Objetivos

Las personas con estrés laboral sienten que son incapaces de cumplir sus objetivos y no encuentran el camino para poder lograrlo. El objetivo, sería bajar los niveles de exigencia demasiado altos para el nivel de habilidad que se posee para resolver problemas.

3 Metodología

Se revisan varias guías médicas sobre el estrés y riesgos laborales, así como búsquedas relacionadas con el tema y estudios de investigación con las palabras

"estrés laboral". También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre el tema de riesgos laborales.

4 Resultados

Para detectar el estrés laboral, tendremos que distinguir tres síntomas principales que son los físicos, los conductuales y los psicológicos.
Síntomas físicos:
• Dolor de cabeza: Viene provocado por el alto grado de tensión muscular y se pueden experimentar constantes jaquecas.
• Problemas del sueño: En algunas personas se presenta como imposibilidad de conciliar el sueño y en otras que se despiertan constantemente y son incapaces de permanecer dormidas toda la noche.
• Problemas intestinales: Problemas de estreñimiento y diarrea que según el nivel de estrés pueden empeorar.
• Problemas de piel: Puede conllevar sequedad cutánea, acné e incluso la aparición de psoriasis.

Síntomas conductuales:
• Empeoramiento del rendimiento laboral: Tardan más tiempo en realizar las mismas tareas y se vuelven menos eficientes debido a la bajada de rendimiento.
• Altos niveles de absentismo: Se producen faltas al puesto de trabajo debido a que se tiende a querer evitar el ambiente que le produce el sentir que no es capaz de solucionar los problemas.
• Falta de concentración: Se produce una distracción que puede venir generada por la hiperactividad mental que le ocasiona estrés.
• Bajo rendimiento laboral: Debido al estrés les lleva más tiempo realizar las tareas y les cuesta más llegar a los plazos fijados.
• Dificultades en las relaciones interpersonales: Hay un elevado riesgo a querer aislarse del resto de compañeros lo que conlleva a perder habilidades sociales.

A su vez, se suele notar qué bajo los efectos de estrés, las personas suelen estar más impacientes, agresivas e intolerantes.

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral viene producido por una falta de equilibrio entre el trabajo y el esfuerzo realizado, con la recompensa que se obtiene.

La empresa debe tomar conciencia de los beneficios de controlar situaciones de estrés entre sus trabajadores, ya que así se podrá llegar a un mejor rendimiento en la trabajo y desempeño del mismo.

6 Bibliografía

- https://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/trabajo-y-tiempo-libre/sintomas-de-estres-laboral-y-consecuencias
- webs.ucm.es/info/seas/estres_lab/consecue.htm
- https://www.nuevatribuna.es/articulo/economia-social/quince-consecuencias-negativas-estres-laboral/20160608165521129105.html
- https://luapsicologia.com/estres-laboral/

Capítulo 1800

EL CELADOR. SÍNDROME DE BURNOUT.

ANDRÉS GARCIA RAMOS

MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ

JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA

MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Cuando hablamos de Síndrome Burnout nos referimos en este caso, a una situación laboral que nos ha sobrepasado. Normalmente este tipo de síndrome se atribuye siempre al personal que trata directamente con gente. En este artículo hablaremos sobre el malestar en el trabajo dentro del ámbito sanitario. Puede aparecer en este caso, el Síndrome de Burnout por diversas causas, aquí hablaremos de alguna de ellas.

2 Objetivos

Prevenir el Síndrome de Burnout
Resolver conflictos
Conciliar la vida familiar y vida profesional.

3 Metodología

Gestión para resolver conflictos por el órgano competente.
Mejorar las condiciones de trabajo. Facilitando buenos equipos y materiales de trabajo (uniformes, guantes de calidad, etc.) ,una correcta organización de trabajo, evitar favoritismos entre trabajadores por categorías superiores, tener un trabajo equitativo entre todo el personal.
Poner en práctica todos los procolos que existen sobre el equipo interdisciplinar.
Incertivar el trabajo en equipo con cursos formativos, que sean prácticos y potencie las relaciones sociales en el trabajo. Que mejoren la autoestima, liberen estrés y tensión laboral. Esto puede ayudar a mejorar el rendimiento del personal así como el animo, la empatia y la eficacia.

4 Resultados

La falta de personal, los turnos rotatorios, las cargas de trabajo, los equipos en mal funcionamiento, máquinas que están obsoletas, EPIs de mala calidad y un sin fin de cosas… hacen que nuestra labor como trabajador no sea idónea. Esto repercute negativamente en el trabajo pues la falta de tiempo, las responsabilidades nos genera un estado de estrés que a corto y a largo plazo repercute en todos los trabajadores y aparece el Síndrome de Burnout.
Se deberían revisar todas estas cosas y solucionarlas. No realizar un estudio de cargas y guardarlo en un cajón. Porque ese estudio conllevo unos gastos enormes y tiene que tener una viabilidad para poder ponerlo en práctica. Es una manera de prevención más que no se esta cumpliendo en la actualidad.
Evitando muchos casos de Síndrome de Burnout, se gana en eficacia y rapidez por el trabajador. Compromiso con la empresa y se ahorrarían muchas bajas a la seguridad social por depresión y enfermedades similares por parte de todo el personal sanitario y no sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Gestión para resolver conflictos por el órgano competente.
Mejorar las condiciones de trabajo facilitando buenos equipos y materiales de trabajo (uniformes, guantes de calidad, etc.), una correcta organización de trabajo, evitar favoritismos entre trabajadores por categorías superiores, tener un trabajo equitativo entre todo el personal.

Poner en práctica todos los protocolos que existen sobre el equipo interdisciplinar.
Incentivar el trabajo en equipo con cursos formativos, que sean prácticos y potencie las relaciones sociales en el trabajo. Que mejoren la autoestima, liberen estrés y tensión laboral. Esto puede ayudar a mejorar el rendimiento del personal así como el ánimo, la empatía y la eficacia.

Cuando constantemente como trabajador tenemos que hacer valer nuestros derechos y en ocasiones, los de los pacientes. Muchas veces por miedo a represalias de categorías superiores con abuso de poder, no somos capaces a defendernos o hacernos valer. Aparece el Síndrome de Burnout porque se entra en un estado de frustración al darse una y otra vez con la misma piedra. Y esto obstaculiza nuestra buena práctica. Si no se solucionan los conflictos existentes, luego se crean otros. Y esto deriva en un gran caos y una mala gestión por todo el equipo. Y lo más importante, es que siempre repercute en el trabajador y sobre todo, en el paciente.

Un ambiente laboral relajado es primordial para realizar nuestra labor con una buena salud física y mental. y todo esto repercute en nuestra vida familiar, no tienes la misma energía ni paciencia. Debido al estrés que te genera todo esto.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1801

LAS TAREAS DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Mª LOURDES PÉREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los dispositivos de urgencias sanitarias tienen como finalidad garantizar a los usuarios del Sistema Sanitario Público una atención sanitaria durante las 24 horas del día, para tratar los procesos que no admiten demora y que, por tanto, no son susceptibles de someterse a los tiempos de espera de la asistencia ambulatoria y de internamiento ordinarios o programados.

El Servicio de Urgencias de un hospital sigue una distribución basada en la funcionalidad y la operatividad. Es una de los lugares por donde el paciente suele ingresar, siendo necesario que este servicio disponga de una organización adecuada y funcional, con unas zonas definidas y delimitadas para una correcta atención. Es primordial que no se produzcan retrasos en la atención al enfermo.
En un servicio de urgencias se distinguen las siguientes áreas o salas:
- Admisión de urgencias.
- Triaje.
- Primer nivel de atención de críticos.
- Segundo nivel de atención de críticos o salas de boxes.
- Salas de espera.
- Salas de observación.

El celador de urgencias ante todo debe ser una persona dinámica. Tiene que tener humanismo, paciencia y sobre todo espíritu de equipo.

La principal función en este servicio es la recepción de las personas que acuden al servicio de urgencias. Se pondrá a disposición de estos pacientes toda la ayuda necesaria. Los celadores serán los encargados de la vigilancia y control de las personas y las instalaciones de esta zona.
Entre las funciones principales está el traslado del paciente o enfermo a la consulta correspondiente o zona de triaje. Ese traslado se realizará en camilla o silla de ruedas, si fuera necesario, para aquellos pacientes que se encuentran en estado más grave.

2 Objetivos

- Conocer y concretar las funciones y el rol del celador en el servicio de urgencias como parte de un equipo disciplinar.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación se van a detallar las funciones que corresponde realizar a un celador de la unidad de Urgencias de un hospital, ya que es aquí donde existen más dispositivos sanitarios y por tanto, donde mejor se puede observar la totalidad de tareas que puede desempeñar este personal.

Un celador en la puerta de urgencias debe tener flexibilidad y adaptabilidad en las situaciones potencialmente cambiantes. Sus funciones son:
- Recibir a los pacientes que llegan a la puerta de urgencias, saliendo a su encuentro, acompañándolos cuando puedan deambular por su propio pie o acompasándolos en una silla de ruedas o camilla, según requiera su estado.
- Trasladar al paciente al mostrador de admisión de urgencias para que el personal administrativo le tome sus datos personales. En caso de que su estado de salud no lo permita, lo trasladara directamente a la zona de triaje o a la consulta del médico de puerta que proceda.

- Mantener la entrada de urgencias convenientemente surtida de carros y camillas, así como cubrir esas con una sabana, retirándola una vez que ha sido usada.
- Cuidar de que el paciente acuda a la zona de boxes o consulta de urgencias acompañado sólo por el numero de personas que este permitido.
- Permitir el acceso sólo a las personas autorizadas par ello.
- Controlar que los acompañantes autorizados a permanecer dentro de la zona de boxes o consultas con el familiar asistido, no accedan a zonas no autorizadas. Orientar al familiar que solicite información hacia el control o hacia el médico responsable.
- Cuidar que los pasillos o zonas de circulación permanezcan despejados al público.
- Indicar a los acompañantes que pasen a la sala de espera en donde serán informados por megafonía o directamente de las vicisitudes de la asistencias que recibe el paciente.
- Traslado de los pacientes a: salas de espera de pacientes, sala de observación, radiología, consultas externas… o cualquier unidad del hospital a la que haya que remitir al enfermo para la realización de pruebas.
- Traslado de pacientes encamados para ingreso en planta de hospitalización llevando la documentación del ingreso que realiza admisión.
- Traslado de parturientas a Paritorio o zona de Urgencias de Tocoginecologia.
- Revisar las balas de oxigeno que se emplean en los traslados para que estén en perfecto estado cuando vayan a ser utilizadas.
- Traslado de documentos: hojas de interconsulta, cursar analíticas mediante traslado de petición, pedidos de almacén, partes de mantenimiento, etc.
- Colaborar en la inmovilización y sujeción mecánica de los enfermos mentales agitados.
- Sujeción de pacientes a los que se les realiza lavado gástrico o cosido de suturas (en especial niños).
- Ayudar al personal sanitario en la colocación de férulas de yesos y yesos, cuando por alguna circunstancia se les requiera.
- Ayudar al personal sanitario en el lavado de pacientes (en sala de observación) y en la realización de determinadas pruebas.
- Ayudar al personal sanitario en la realización de placas radiográficas, bien portátiles en sala de observación, bien normales en el servicio de radiología.
- Transporte de aparatos y mobiliario dentro de la unidad.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene como función principal la de vigilar y trasladar a los pacientes, cumpliendo con las normas y el mantenimiento del servicio. Como se deduce de lo anteriormente expuesto, es esta una función extremadamente delicada en donde se ponen en juego los valores humanos de la persona del celador, ya que debe informar, permitir o prohibir accesos, vigilar, inspeccionar, impedir comportamientos o acciones, etc. y a veces pueden parecer contradictorios con los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
Todas las tareas del celador están recogidas en el articulo 14.2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

6 Bibliografía

- Manual Celador de Instituciones Sanitarias (Editorial Mad).
- INSALUD. Celadores temario 1. Centro de estudios Adams. Temas 11, 12, 13, 14, 18.
- El celador en servicios especiales y centros de salud. Formación continuada Logoss. 13 edición. Temas 6,7,10.

Capítulo 1802

HIGIENE,FUNCIONES Y NORMAS DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

JORGE RODRIGUEZ ANTUÑA

1 Introducción

El Área quirúrgica se define, desde el punto de vista estructural, como el espacio en el que se agrupan todos los quirófanos, con los equipamientos y características necesarios para llevar a cabo todos los procedimientos quirúrgicos gicos previstos.
El área quirurgica comprende los locales donde se desarrolla el proceso asistencial del procedimiento quirúrgico (quirófano y unidad de recuperación postanestésica) y los locales de soporte que precisa.

Desde la perspectiva organizativa el área quirúrgica se define como: una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinar a procesos asistenciales mediante cirugía, en un espacio funcional específico donde se agrupan quirófanos con los apoyos e instalaciones necesarios, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y seguridad para realizar esta actividad. Las buenas prácticas en términos de seguridad del paciente requieren una organización orientada a la gestión del riesgo.

El área quirúrgico es una unidad intermedia que presta servicio a los servicios clínicos finales (aquellos que dan de alta al paciente), los cuales generalmente se corresponden con los servicios o unidades de especialidades quirúrgicas.

Los quirófanos son las zonas del hospital en las que existe un mayor grado de tecnología y complejidad. Se requiere unas condiciones de limpieza especiales y extremas, donde debe existir una baja o incluso nula contaminación microbiana para asegurar que las operaciones se realicen sin peligro de que se pueda producir alguna contaminación por bacterias o virus.

2 Objetivos

- Estudiar el papel de los celadores en el área quirúrgica y las normas de actuación en el interior de los quirófanos.
- Describir las medidas de higiene y las medidas de protección que el celador debe utilizar en el área quirúrgica.
- Que se conozca el concepto de esterilización (asepsia) y su importancia en el quirófano.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica acerca de la higiene y las funciones y normas de actuación del celador en el quirófano. Para ello se ha recurrido a la búsqueda de informacion científico-técnico sanitario en bases de datos, publicaciones y libros relacionados.

4 Resultados

Los celadores que se encuentran trabajando en los quirófanos deben llevar un uniforme totalmente aséptico y, además, deberán usar mascarilla y gorro. El pijama será de color verde y el calzado será el específico para el quirófano o en su defecto se usarán calzas. Cuando se va a producir una intervención de un paciente, los celadores permanecerán en el antequirófano por si fuese necesaria su ayuda, que acudan lo más rápido que sea posible. Las funciones de los celadores de quirófano son muy variadas, y muchas son las mismas que las de los celadores de planta.

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA
Al igual que ocurre con los celadores de otros servicios, estos tendrán el deber de trasladar a los pacientes desde la unidad correspondiente hasta los quirófanos o hacia reanimación y viceversa. Siempre se debe realizar esta acción teniendo

cuidado de que se lleve la documentación clínica del paciente que será facilitada por la enfermera de la unidad de procedencia.

- Realizarán tareas de ayuda al resto de personal que se ocupa de la sujeción y movilización de los pacientes siempre que se requiera.
- Introducirán y sacarán a los enfermos de las áreas quirúrgicas.
- Se van a encargar de colocar a los pacientes en la mesa de operaciones, ayudados por el personal sanitario, así como también los retirarán de la propia mesa.
- Transportarán el material, aparatos o mobiliario que se les requiera, siempre con sumo cuidado de no causar desperfectos.
- También se encargarán del transporte de objetos y documentos que les sean confiados por las personas superiores a ellos.
- Tendrán que informar a sus superiores de cualquier anomalía que observen en cuanto a la limpieza y a la conservación del edificio para que ésta sea solucionada.

En el quirófano son necesarias una serie de normas de higiene y asepsia que son muy importantes que los celadores, así como el resto de personal que trabaja o que entra en estos quirófanos, deben seguir.

Cuando un enfermo grave por haber sufrido algún accidente deba ser intervenido de inmediato y su estado de limpieza no sea el adecuado, los celadores ayudarán a su lavado para la preparación del mismo y que pueda ser intervenido con la mayor brevedad posible. Hay que tener en cuenta que los enfermos cardíacos, debemos moverlos lo menos posible. Al igual que en otras secciones, los celadores deberán cumplir cualquier otra tarea que le sea encomendada por sus superiores, a pesar de que ésta no venga explicada anteriormente.

NORMAS DE ACTUACIÓN Y DE HIGIENE EN LOS QUIRÓFANOS.

El celador, al igual que el resto de personal que trabaja en los quirófanos del hospital, debe cumplir una serie de normas con respecto a la higiene, entre las que se encuentran:

- Lavado de manos. Es súper importante el lavado de manos en cualquier área del hospital o centro sanitario, y por supuesto lo es más aún en el área de los quirófanos. El celador se tendrá que lavar las manos siempre antes y después del contacto con el enfermo en el área quirúrgica. La forma de realizar este lavado más adecuada es utilizando agua y jabón neutro durante al menos 30 segundos, frotándolas cuidadosamente.

A continuación se aclarará con agua, para después proceder a su secado a ser

posible con toallas de papel.
- Uso de guantes. Los guantes utilizados serán siempre de un solo uso y nunca serán los sustitutos del lavado de manos, haciéndose éste antes y después de usar los guantes.
- Uso de batas,calzas y gorros. Cuando se prevén en el quirófano algún tipo de salpicadura o algún proceso invasivo se utilizarán batas desechables. Estas batas deben cubrir la totalidad del uniforme y debe usarse una con cada paciente distinto. Al ser estériles, la bata se sacará de su envoltorio una vez que nos hayamos lavado las manos, y procurando tocar solamente el interior de la misma para prevenir contaminaciones. En cuanto a las calzas y los gorros, están recomendados ante la presencia de pacientes con un aislamiento estricto. Deben usarse siempre en el quirófano, ya que nos encontramos ante un medio en el que el riesgo de infección es bastante alto. En cualquier caso, ni las batas, ni las calzas, ni los gorros serán usadas fuera de los límites del quirófano.

LA ESTERILIZACIÓN

La esterilización es una técnica de saneamiento preventivo para conseguir la asepsia, o sea, la destrucción de todos los microorganismos y sus formas de resistencia que puedan existir en la superficie o en el espesor de un objeto cualquiera. Obtiene como resultado la ausencia de todo germen vivo consiguiendo material estéril. Consiste en destrucción o en la eliminación de cualquier tipo de vida microbiana, de los objetos inanimados, incluyendo las formas esporuladas de hongos y bacterias. Significa el nivel más alto de seguridad y, por tanto, de letalidad (o eficacia biocida). La asepsia es imprescindible para evitar las infecciones nosocomiales. La seguridad en el quirófano empieza en el proceso de esterilización.

Los profesionales responsables de esterilización del material quirúrgico manejan miles de instrumentos quirúrgicos reutilizables a diario que se han vuelto más técnicos y difíciles de limpiar y procesar. Si este instrumental no se esteriliza adecuadamente, ponemos a los pacientes en riesgo de contraer infecciones a través de instrumental que no está en condiciones de ser utilizados. instrumentos sucios que se utilizan en ellos. Una de las primeras consecuencias o más directas son para el paciente ya que se puede ser prolongar el tiempo de ingreso de los pacientes quirúrgicos, así como posibles complicaciones mayores que pueden llegar a causar el fallecimiento del paciente

También se debe seguir un protocolo de limpieza, desinfección y esterilización de:

- Lámparas quirúrgicas, aparatos clínicos, tubos y monitores. Mobiliario, ruedas, manillas, puertas y paredes.
- Después de cada intervención, se debe limpiar: el suelo, las salpicaduras, la mesa instrumental y los aparatos clínicos. Todos los elementos que tengan que ver con la zona estéril del quirófano.
- Las rejillas de ventilación y climatización deberían desmontar para ser limpiadas completamente cada tres semanas como máximo.

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN LOS QUIRÓFANOS

A. Protocolo a seguir en trauma.

- Preguntar qué mesa quirúrgica van a usar la ortopédica o la normal.
- Primero se sacarán las mesas quirúrgicas de trauma del quirófano con el carro especial y se dirigirán a la URPA (unidad de recuperación postanestesica).
- Antes de entrar al quirófano, se procederá a pasar al paciente a la mesa quirúrgica correspondiente y se cogerá la historia para colocarla debajo de la mesa.
- Una vez que le pasemos al quirófano se dejará la historia en el antequirófano.
- Si la anestesia es epidural, primero hay que colocar al paciente sentado con los pies colgando en un lateral antes de colocar nada, y sujetar al paciente de espaldas al anestesista y de frente al celador. Después, proceder de la forma habitual.
- Colocar al paciente en posición adecuada colocar los soportes de brazos, el arco y demás accesorios que requiera la intervención.
- En intervenciones de traumatología el celador ayudará a sujetar las extremidades en el momento de realizar la isquemia.
- También tendrá que ayudar a sujetar las extremidades para proceder a desinfectar la piel. El celador/a tendrá que tener cuidado de dónde agarrará para no tocar la zona ya desinfectada, al igual que sus movimientos para no tocar lo estéril de alrededor. La colocación final del enfermo y el material que utilizaremos podrá variar según el criterio de los cirujanos/as y la técnica que utilicen.
- Una vez terminada la intervención, se pasará la paciente a la URPA y se llamará a los familiares para que el cirujano les informará.

B. Protocolo a seguir en cirugía.

En las intervenciones por laparoscopia se pone un pile para levantar al paciente a la altura apéndice xifoides (punta de las escápulas). Generalmente llevan perneras. En intervenciones de cirugía se llevará a los pacientes con camilla o con cama hasta dentro del quirófano.

La cama tendrá que quedarse en el antequirófano, y antes tenemos que dejar la historia. Si la anestesia es epidural, primero hay que colocar al paciente sentado

con los pies colgando en un lateral antes de colocar nada, y sujetar al paciente de espaldas al anestesista y de frente al celador. Después, proceder de la forma habitual.

Complicaciones de las malas posturas, colocación: Neurológicas Trombosis Dorsalgias- lumbar Guía- cervialgia por Hiperextensión Cuidados al mover al paciente.

C. Protocolo a seguir en Oftalmología.
Normalmente se hacen también intervenciones de cataratas en el quirófano .
Estas intervenciones se hace normalmente en el quirófano n5.
En él se utilizan, como mesa de intervenciones, las camillas especiales que hay en el Hospital de Día.

D. Protocolo a seguir en Otorrinolaringología.
Se pasa al paciente de la URPA al quirófano en cama o camilla, luego se dejará en el antequirófano.
Si la anestesia es epidural, primero hay que colocar al paciente sentado con los pies colgando en un lateral antes de colocar nada, y sujetar al paciente de espaldas al anestesista y de frente al celador. Después, proceder de la forma habitual. - Seguidamente el personal sanitario acomodará al paciente en la posición final en dichas intervenciones.

E. Protocolo a seguir en Urología.
Estas intervenciones se realizan normalmente en el quirófano nº 4.
Se pasa al paciente de la URPA al quirófano en cama o camilla, luego se dejará antequirófano.
Si la anestesia es epidural, primero hay que colocar al paciente sentado con los pies colgando en un lateral antes de colocar nada, y sujetar al paciente de espaldas al anestesista y de frente al celador. Después, proceder de la forma habitual.

Durante las intervenciones el celador esperara en el antequirófano por si fuera necesaria su ayuda.

5 Discusión-Conclusión

Actuar de enlace entre personal sanitario y paciente durante la estancia en el área quirúrgica trasladando al enfermo, colocando aparataje específico en lugares adecuados, ayudando a su posicionamiento en la mesa de intervenciones, acompañándolo en momentos críticos hasta la unidad de reanimación.

La infección de localización quirúrgica representa el 14% de las infecciones nosocomiales. Su prevención comporta una estrategia basada en implementar unos principios higiénicos básicos para evitar la transmisión de microorganismos.

La esterilización,la higiene y las barreras de protección de los profesionales son las principales armas para una buena calidad y seguridad en los quirófanos, con ello se conseguirá reducir lo máximo posible las infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

- Fernando Iglesias Ramos. El celador en el área quirúrgica.
- Sonsoles (2018). Tema 14. Normas de actuación del celador en los quirófanos.
- Gil Ramos,Juan Manuel. Editorial MAD. S.L Sevilla 2011.
- Casado Siles,Matilde; Casado Siles,Antonia Rodriguez Gomez, Rosa Maria. El quirofano concepto de cirugia,sala de reanimacion: actuacion del celador en el quirofano. Rei Ali servicios gráficos y publicaciones,S.L Jaén 2010.
- Actuacion del celador en el área quirúrgica. Editorial MAD.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). Estudio EPINE. Evolución 1990-2015; 2015.
- AIRHH: Asociación internacional para la investigación en higiene hospitalaria (Mónaco). Http://www monaco.mc//assoc//airhh/

Capítulo 1803

EL CELADOR EN INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN.

CELIA COTO ALADRO

1 Introducción

Los pacientes y usuarios que acuden a un centro de salud tienen como primera toma de contacto el servicio de información. El celador destinado en este servicio debe conocer las instalaciones y servicios, así como los horarios y dinámicas del centro.

Funciones del celador en información y orientación:
- Acoger: Desde el primer momento el personal de atención al público debe transmitir profesionalidad con el fin de generar confianza en su interlocutor. La variedad de personas que un celador puede atender es muy variada y con distintas actitudes y motivaciones, es por ello necesario mostrar al usuario que se le escucha con amabilidad y respeto, utilizando un vocabulario adecuado a la persona, sin prejuzgar, sin prisas, con actitud serena y capaz.
- Orientar: Muchas de las personas que se acercan a un punto de información demandan una ayuda somera de ubicación de servicios, horarios, etc. Esto requiere una respuesta ágil, clara y concisa, no es necesario demorarse en explicaciones innecesarias que no han sido solicitadas.
- Informar: Hay que facilitar toda la información requerida, el usuario debe quedar satisfecho con la respuesta. Se ha de tener en cuenta que la persona que acude a nosotros tiene una duda que necesita solución. En este punto hay que tener especial cuidado a la hora de manejar los tiempos de atención a cada usuario, no podemos demorarnos en atender demandas abiertas o vagas, debemos encauzar

la conversación mediante preguntas adecuadas, hay que ayudarle a expresarse y hacerle saber que le hemos entendido.
Según la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS), la atención orientada al paciente es un enfoque que hay que entender como un proceso que facilite al usuario su recorrido por el circuito asistencial, dando respuesta a sus demandas. Dicho enfoque se orienta a mejorar la calidad del servicio, con garantías de seguridad y tiene como misión el respeto a los derechos de los ciudadanos en materia de salud.
Las personas que acuden a un centro de salud, sean pacientes o familiares, están soportando una situación de fragilidad y dependencia. Cada una de ellas es única en su historia, trayectoria de vida y expectativas en relación a su proceso asistencial
El receptor no debe olvidar que el usuario siente que su problema es único.
Hay que dar una solución satisfactoria al problema planteado o establecer una vía de solución.
El servicio prestado debe ser dinámico y transversal a toda la institución porque concierne a pacientes, familiares y trabajadores que se ven obligados a interactuar con el objetivo de atenuar la sensación de malestar que un centro hospitalario implica.
Por último, no olvidar la sonrisa puesto que tratamos con personas en situación de fragilidad.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador en información y orientación.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.formacioncarpediem.com
- Sociedad española de atención al usuario de la sanidad. https://www.seaus.net/ medicosypacientes.com
- https://www.logos.net.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1804

EL CELADOR Y EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA.

CELIA COTO ALADRO

1 Introducción

El progresivo envejecimiento de la población junto con el aumento de la esperanza de vida supone que la mayoría de los pacientes ingresados en un hospital sean personas mayores con diferentes grados de dependencia. La situación demográfica, los hábitos de la población y el perfil de los pacientes ha cambiado en los últimos años, sin embargo la atención sanitaria no lo ha hecho, sigue centrando la atención en procesos agudos de pacientes con una sola enfermedad, cuando la realidad es la de un paciente crónico, de edad avanzada y aquejado de varias patologías a la vez.
La mayoría de estos pacientes que acuden al hospital tiene mermadas sus capacidades a causa de su edad, su enfermedad o de ambas por lo que no pueden desplazarse por sí solos por ello requieren la ayuda de celadores para realizar dichos desplazamientos.
Además este personal ayuda en los cambios posturales de pacientes encamados o prescritos por el personal facultativo para los pacientes carentes de movilidad. También ayudan al personal auxiliar a incorporar de la cama al sillón o a iniciar en la deambulación al paciente.

La medicina actual, con sus números avances tecnológicos y científicos, parece tener una visión compartimentada de la asistencia sanitaria, que si bien permite un mayor conocimiento y una superespecialización de los profesionales, deriva en una forma de tratar al paciente como "objeto" de estudio que puede llegar a

producir una cosificación de la persona y que se aleja de una visión global, de conjunto de la misma.

Por todo ello se hace necesario ampliar el campo de posibilidades poniendo en marcha formas alternativas para el cuidado de personas dependientes, con una nueva política sociosanitaria uniforme en todo el Estado, con recursos suficientes que sostengan este proceso vital que es el envejecimiento.

Hay que atender a todos los pacientes como sujetos de la acción sanitaria, de manera integral, atendiendo a todas sus patologías pero también necesidades afectivas, sociales,…
No se tiene en cuenta que para un enfermo de edad avanzada y vulnerable el ingreso en un hospital ya es un riesgo en sí mismo independientemente de la patología que lo haya llevado allí.
Por ultimo reiterar la necesidad de formar a todos los profesionales sanitarios para hacer frente a este nuevo desafío de la sanidad.

2 Objetivos

General:
- Aplicar una política integral en la asistencia sanitaria al paciente en general y al anciano en particular.

Específicos:
- Cambiar las estructuras del sistema sanitario para adaptarlo al nuevo perfil de pacientes. Centros y estancias más accesibles, que repercute en la movilidad de los pacientes y en la facilidad y ergonomía para los trabajadores.
- Incrementar el número de profesionales que atienden a este sector: especializados (gerontólogos, geriatras…) y resto del personal sanitario.
- Destacar el papel del celador en el logro de una asistencia más cercana, que en coordinación con el resto de profesionales sanitarios realizan labores asistenciales que inciden directamente en la prevención de complicaciones en las personas ingresadas.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Curso básico de cuidados del anciano. www.metor.mec.es
- Elsevier. Pacientes mayores hospitalizados: elsevier.es
- El País. El reto de tratar a un paciente con varias patologías: elpais.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1805

EL CELADOR: NECESIDAD Y VISIBILIDAD.

CELIA COTO ALADRO

1 Introducción

En un centro hospitalario el celador sanitario es una figura imprescindible para el adecuado desarrollo de la actividad asistencial pues es el punto de conexión entre los distintos profesionales en el proceso de atención al paciente. Lo que no está tan claro es que sea visible o al menos parece que su labor no está reconocida suficientemente.

El paciente cuando llega al hospital, durante su estancia y cuando lo abandona siempre está en contacto con algún celador que lo acompaña, lo ayuda, lo traslada…Se podría decir que es el único profesional que está presente en todo el proceso asistencial.
El celador recibe y acoge, informa, traslada, ayuda al aseo, ayuda en las movilizaciones, acompaña a pruebas diagnósticas, asiste en quirófano, lleva analíticas, reparte correo y paquetes de todo tipo, mueve y coloca muebles, controla puertas, llaves e instalaciones, traslada cadáveres al mortuorio… y como dice el obsoleto Estatuto del personal no sanitario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social del año 71," todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas".

Por otro lado para ejercer como celador es suficiente con tener el certificado de estudios primarios pero la realidad es muy distinta pues se requiere, para desempeñar mínimamente su labor, de conocimientos que nadie, a priori, reúne. Lo

cierto es que la mayoría de los celadores tienen estudios muy por encima de su cualificación, no siendo extraño encontrar personas con estudios universitarios, módulos e infinidad de cursos.

Un sistema sanitario que busque prestar un servicio de calidad debe dar respuesta a las demandas de salud de una población cambiante y variada, pero no es menos importante atender y cubrir también las necesidades de sus trabajadores, pues son el pilar fundamental de esta organización, compleja y en constante evolución. Todo el personal debe estar formado en consonancia con su puesto de trabajo, debe mantenerse reciclado en las nuevas técnicas y conocimientos y debe velar por el bienestar de los pacientes.
Por ello no se entiende que en una sanidad hiperespecializada los celadores se incorporen a su puesto de trabajo (ya señalamos que no hay una formación reglada) sin un período de prácticas ni de adaptación al centro y sus peculiaridades, debiendo aprender gracias a la generosidad de sus compañeros celadores.

A los celadores se les exige una disponibilidad continua pues deben estar en todos lados, lo que provoca que deban ir corriendo de un lado a otro porque la carga de trabajo es muy grande y el personal muy escaso. Son el apoyo del resto de categorías del personal del hospital y sin embargo son los menos valorados.

Gran parte de estos problemas pueden tener solución si se impulsará más el trabajo en equipo, si el personal estuviera motivado para trabajar por el bienestar de pacientes y compañeros y, sobre todo, si los superiores jerárquicos ejercieran su labor de control y cohesión de todo su equipo de trabajo.

2 Objetivos

Generales:
- Poner en valor y visibilizar la figura del celador sanitario.

Específicos:
- Definir reglamentariamente la figura del celador.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Los celadores somos parte de los cuidados invisibles: http://www.diabetestipo1.es.
- Los celadores, una labor silenciosa: https://www.galiciapress.es.
- Estatuto del personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Orden de 5 de julio de 1971.

Capítulo 1806

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ROCIO PONTIGO ROZADA

1 Introducción

Cualquier persona tiene derecho a decidir de qué manera son tratados sus datos personales y porque han sido utilizados, ya que a través de las historias clínicas, en Sistema Nacional de Salud, dispone de la documentación codificada en su sistema para tratar epidemias, mejorar tratamientos o reducir tiempos de espera y mortalidad. Los datos personales son toda la información sobre las personas físicas que sea identificables, no solo a través de su número de identificación, también por elementos específicos característicos de la persona (Costantini, Pimentel, 2010).

El secreto profesional en el ámbito sanitario, es uno de sus pilares fundamentales sobre las relaciones entre los pacientes y los profesionales, debido a que estos últimos acceden a los datos más personales y de salud del enfermo, y cuya divulgación no justificada supone no solo una discriminación, también un delito. Los principios que deben orientar toda actividad que suponga utilizar, archivar, custodiar y transmitir información deben ser la dignidad humana y el respeto a su autonomía e intimidad. Debemos tener en cuenta, que cualquier actuación en el ámbito sanitario, requiere el consentimiento. Para ello, el paciente debe recibir una información de forma clara y adecuada, tras la que el enfermo tiene derecho a decidir libremente sobre sus opciones clínicas disponibles, incluida la negativa

de tratamiento, que deberá ser documentada y firmada (García, Cózar, Barrios, 2004).

En los últimos años, se ha hecho un gran esfuerzo para realizar la migración de las historias clínicas al formato electrónico. Desde el año 2011, se puede disponer de la llamada "historia clínica", en todos los centros de salud de cualquier comunidad autónoma de España. Este nuevo formato electrónico y la introducción de la telemedicina, conlleva reforzar la seguridad de los datos, para poder mantener así la privacidad y confidencialidad de los datos personales de los usuarios. Estas medidas van dirigidas a proteger el acceso, uso y divulgación de personas no autorizadas sobre datos de carácter personal, proporcionando así la integridad y confidencialidad de los mismos. El acceso a la información personal, debe ser estrictamente controlado, obligando así al profesional sanitario a no revelar información del paciente a cualquier otra persona.

Por ello evaluaremos la calidad de las páginas web oficiales sobre la información sanitaria, así como las webs de los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas, permitiéndonos conocer el nivel de protección de los datos personales en la red sanitaria española.

2 Objetivos

Saber controlar y actualizar todos los hábitos de seguridad del personal sanitario con acceso a la información de los pacientes.

3 Metodología

• Participantes: se seleccionan al azar a 30 trabajadores de un Hospital universitario, para el que se establece como variable la edad y el sexo.

Instrumentos, se han utilizado los siguientes:
- Criterios de inclusión: personal entre 30 y 55 años, personal femenino y masculino, personal fijo y eventual y personal de consultas, urgencias y hospitalización.
- Criterios de exclusión: personal sin formación y personal de servicios.
- El tiempo máximo de respuesta del cuestionario será de 30 minutos.

Procedimiento: la encuesta se basa en 50 preguntas sobre un protocolo en la que se valoran los conocimientos sobre los programas utilizados, las facilidades que

esta aporta en el desarrollo del trabajo y la seguridad de los datos personales.

4 Resultados

De los resultados obtenidos podemos establecer que, a pesar de las ventajas que ofrece la digitalización de los datos, actualmente existen una gran cantidad de incidentes derivados de las deficiencias que ofrece la seguridad de las instalaciones sanitarias, ya sean por fallos informáticos o por descuidos del personal en el desarrollo de su trabajo.

Las estadísticas establecen que, en los últimos años, ha aumentado el número de violaciones de la privacidad de los datos en los centros sanitarios. Se puede afirmar que nueve de cada diez violaciones sobre la privacidad de los datos, se podía haber prevenido, si las organizaciones hubieran seguido buenas prácticas en la seguridad de estos datos, por tanto, es esencial controlar y actualizar todos los hábitos de seguridad del personal sanitario con acceso a la información de los pacientes. Así mismo, todos los mecanismos que se incluyan en el programa de protección de datos, deberán recibir revisiones periódicas, ya que los ataques externos son cada vez más frecuentes.

Las valoraciones más negativas y las incidencias más comunes sobre la manipulación de los datos vienen de aquella parte del personal más antiguo, menos adaptado a los cambios y cuya formación de nuevas tecnologías es más escasa. Para la mejora de la calidad del sistema, es necesario que tengan acceso a formación gratuita y continua sobre los cambios en el sistema y el manejo de nuevas tecnologías.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad es casi imposible controlar la calidad de los sistemas informáticos, debido a la cantidad de variables a tener en cuenta, lo que tiene como consecuencia, la dificultad de desarrollar una herramienta sencilla y de mayor utilidad para ser manejada por el profesional. Para superar este problema, se deberán diseñar cursos, para enseñar a todos los trabajadores la manera más eficiente para desarrollar sus funciones con este sistema, sin realizar vulneraciones sobre los datos personales de los pacientes.

En los hospitales, existe un alto grado de implantación de los sistemas informáticos entre el personal sanitario, su satisfacción es media-alta, con la probabilidad

de mejora, mientras se sigan mejorando los sistemas de seguridad para la protección de los datos tanto de los pacientes, como de los propios trabajadores. A pesar de todo ello se reflejan claros beneficios derivados de la informatización de las historias clínicas, como son las peticiones de pruebas complementarias mediante volante electrónico o recetas electrónicas, reduciendo tiempos de esperas y mayor calidad en la atención al paciente.

6 Bibliografía

- Costantini,B.,Pimentel,N.,(2010). Protección de datos personales. Recuperado de C:/Users/usuario/Downloads/fulltext_stamped.pdf
- García,C.,Cózar,V., Almenara,J., (2004). Información y documentación clínica. Revista Española de Salud Pública 78(4), 469-479
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274.
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE núm. 17.

Capítulo 1807

EL CELADOR. LA IMPORTANCIA SOBRE EL LAVADO DE MANOS. INFECCIONES NOSOCOMIALES

ANDRÉS GARCIA RAMOS

MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ

JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA

MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Las enfermedades trasmisibles en el entorno sanitario se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. En la historia del control y la prevención de las infecciones, nunca antes se había desarrollado una campaña a nivel mundial sobre la higiene de las manos, la cual contribuyó a disminuir la morbimortalidad en la población hospitalaria mediante la promoción de prácticas tan básicas y a la vez tan esenciales como las del lavado de manos.

Se ha podido constatar que las infecciones nosocomiales generalmente se propagan a través de las manos del personal sanitario, visitantes de la comunidad. Al realizar una adecuada higiene de las manos, se mejora la salud de millones de personas y se ofrece una atención más segura a los pacientes.

2 Objetivos

- Resumir procedimientos básicos relacionados con el lavado de las manos que demuestren su importancia en la prevención de las enfermedades trasmisibles.
- Prevenir los riesgos
- Uso adecuado de EPIs.

3 Metodología

Se ha podido constatar que las infecciones nosocomiales generalmente se difunden a través de las manos del personal sanitario y de las demás personas que están en contacto con los pacientes infectados o con las superficies situadas en sus cercanías, convirtiéndose en un vehículo de transmisión de éstas.

Asegurar una eficaz higiene de manos es lo más importante, que tanto una persona común como el trabajador en salud pueden hacer para prevenir una infección que podría causar daño y hasta derivar en la muerte. Por la importancia que se le concede al lavado de manos en la prevención de la infección en las instituciones de salud y lo que representa para la seguridad del paciente, se hace esta revisión de la literatura con el objetivo de resumir procedimientos básicos relacionados con el lavado de las manos que demuestren su importancia en la prevención de las enfermedades trasmisibles.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone seis maneras fundamentales para que los centros de atención de salud puedan mejorar la higiene de las manos y detener la propagación de las infecciones nosocomiales:
- Utilización de desinfectantes para las manos.
- Agua, jabón y toallas desechables.
- Capacitación y educación del personal sobre la forma de proceder correctamente.
- Observación de las prácticas del personal y retroalimentación sobre el desempeño.
- Uso de recordatorios en el lugar de trabajo.
- Apoyo de la higiene de las manos y la atención limpia mediante una cultura del aseo.

4 Resultados

En los servicios de salud con exceso de pacientes y falta de personal, el uso incorrecto de la tecnología médica es corriente e incrementa el riesgo de infecciones relacionadas con el proceso asistencial, este es un escenario frecuente en los entornos con escasos recursos y contribuye a las desigualdades entre los países desarrollados y en desarrollo en materia de atención sanitaria. El impacto es mayor entre los pacientes más vulnerables como los recién nacidos o ancianos.

5 Discusión-Conclusión

Esta acción sigue siendo la medida primordial para reducir la incidencia y la propagación de enfermedades trasmisibles.

Las infecciones nosocomiales están relacionadas con la atención sanitaria y afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Como consecuencia involuntaria de esta atención, a su vez ocasionan afecciones más graves, hospitalizaciones más prolongadas y discapacidades de larga duración, lo que representan un alto costo imprevisto para los pacientes, sus familias y una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario. La atención con limpieza es una atención más segura y la higiene de las manos tiene un papel fundamental en que la asistencia sanitaria sea un sistema de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1808

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO

JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ

YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ

MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La historia de las operaciones comienza en la Grecia clásica, los hipocráticos ya utilizaban procedimientos manuales e instrumentales, en locales limpios y ventilados, y con luz artificial y natural. En el renacimiento las zonas dedicadas a operaciones se denominaban anfiteatros de operaciones, eran edificios redondeados con gradas para poder presenciar las intervenciones, donde se practicaban operaciones y demostraciones de eventos clínicos. A partir de 1940 aparecen los primeros quirófanos o salas de operaciones.

Actualmente, los quirófanos se encuentran en zonas accesibles y cerca del área de urgencias y la unidad de cuidados intensivos. Los quirófanos están adaptados para controlar y prevenir las infecciones con salas sépticas y asépticas. En los quirófanos los celadores ayudaran en los trabajos propios de su categoría, y aquellos que les encomienden los médicos, o enfermeras, siempre que no sobrepase sus funciones.

2 Objetivos

- Determinar las funciones del celador en el quirófano, las normas de actuación e higiene y los distintos efectos de optimizar sus habilidades y actitudes. El reconocimiento de concepto de asepsia y esterilización.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha utilizado la revisión bibliográfica sistemática de la materia, con búsqueda a través de bases de datos científicos, consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

En el entorno quirúrgico, el celador ayudará y obedecerá al médico y enfermeras, siempre que se cumplan sus funciones y respetando las normar básicas de higiene en quirófano, sus funciones en quirófano son:

- Trasladara y movilizara a los pacientes, trasladándolos al quirófano y comprobando que la historia clínica se a la correcta
- Ayudará a colocándolos en la mesa de operaciones antes y después de las operaciones; colaborara con el anestesista en la correcta colocación del paciente en la mesa de operaciones antes de la operación. Primero se coloca al paciente para ser anestesiado, y cuando el anestesista indique, se procederá a la colocación adecuada para la cirugía del paciente.
- Ayudarán a la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran, siempre que el médico, supervisora o enfermera encargada lo solicite.
- Trasladarán los aparatos o mobiliario precisos para la intervención. Moverán dentro del quirófano el aparato de RX, ecógrafo, arco de anestesia, torre de laparoscopia, etc.
- Durante las intervenciones quirúrgicas, el celador permanecerá en el antequirófano por si precisaran de sus servicios. Deberá prestar atención durante la operación por si se requiere su ayuda.
- Ayudará con la colocación de equipos y materiales que se utilicen en la operación.
-Trasportarán documentos, analíticas, pruebas, que se realicen durante la intervención, al laboratorio, al banco de sangre (concentrado de hematíes y plaquetas), al servicio de anatomía patológica (biopsias), etc.

- Al igual que en todas las unidades de la Institución Sanitaria, el celador debe cumplir y respetar todas las normas internas establecidas para el área quirúrgica, prestando especial atención en la higiene o asepsia.
- Trasladarán al mortuorio a los pacientes fallecidos durante la intervención. En caso de amputación de algún miembro al paciente, el celador transportará dicho miembro al mortuorio, siempre con la autorización del cirujano.
- Conducirá al enfermo a reanimación y también a su habitación de destino. En el traslado del paciente del quirófano a la sala de reanimación, éste irá con la cabeza lateralizada para evitar que los vómitos le ahoguen si no está despierto, los brazos y los codos irán por encima del cuerpo, nunca deben sobresalir de la cama, la cama la deslizará con suavidad.
- Rasurara al paciente que sea de su mismo sexo, en situaciones de urgencia por que no pueda hacerlo el servicio de peluquería.
- Pondrá en conocimiento a la persona responsable de los desperfectos y anomalías de limpieza y conservación del quirófano.
- Mantendrá siempre las normas básicas de higiene en el quirófano.

La higiene en el quirófano es uno de los aspectos fundamentales para evitar contagios a los pacientes, las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias son el mayor problema en los quirófanos ocasionando la infección de los enfermos. El quirófano debe estar correctamente señalizado con carteles de acceso y aislado del ruido, tendrá que estar climatizado y con aislamiento exterior, las paredes serán lisas y lavables y suministro de agua será independiente, el quirófano será estanco, el aire será con presión positiva para el aire vaya de una zona limpia a la sucia, la temperatura deberá ser la adecuada para que no crezcan las bacterias. El personal que asista en quirófano debe mantener las medidas higiénicas recomendadas, el personal deberá lleva guantes, gorro, guantes, pijama de quirófano y calzado. La esterilización es el mejor método para acabar con los gérmenes patógenos y no patógenos así como las esporas. La asepsia es la ausencia total de bacteria y de sustancias.

5 Discusión-Conclusión

El celador realiza en quirófano una importante labor de apoyo al personal del área quirúrgica. El desempeño de su trabajo requiere la habilidad de trabajar en equipo, la responsabilidad de adecuar sus conocimientos y de actualizarlos periódicamente. El celador deberá aplicar con conocimiento y eficiencia el objetivo de mejorar la calidad asistencial de los pacientes, a su vez, será necesario un

compromiso con la ética y el valor de los cuidados a los pacientes.

6 Bibliografía

- Bloque Quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. Depósito legal: B-2437-2010.
- Gil Ramos, Juan Manuel. Actuación del celador en el área de quirófano. Editorial Mad, S.L. Sevilla, 2011.
- Wikipedia, la enciclopedia libre. Artículo: Historia de la cirugía. Última modificación en Abril de 2009. Consultado en julio de 2012. Disponible en: http: //es.wikipedia.org/
- R. Arias Ramírez, M. A. Jiménez Romero e I. M. Arias Jiménez. Actuación del celador en Quirófano: procedimientos. Madrid: Rey Ali; 2011.
- Ania Palacio, José Manuel. Actuación del celador en el área de quirófano. Editorial Mad, S.L. Sevilla. 2011.
- Sonsoles. (2018). Normas de actuación del celador en los quirófanos. 29/12/19, de celadores online de instituciones sanitarias Sitio web: http:// celadoresonline. blogspot.com
- Promoción de la calidad. Guía de buenas prácticas. Prevención y control de la infección nosocomial. Consejería de Sanidad-Comunidad de Madrid. Depósito legal: M-16375-2007

Capítulo 1809

LAS TECNICAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

JUAN JOSE VELAZQUEZ ÁLVAREZ

MARTA FERNÁNDEZ FERNANDEZ

SANDRA PIDAL MONTES

ROCÍO FERNÁNDEZ GARCÍA

MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ

1 Introducción

Hablamos de movilización cuando hablamos de movimientos que se realizan en una misma superficie y que implican cambios de posición o de situación. Debemos distinguir movilización de transferencia. En la transferencia el movimiento se realiza de una superficie a otra. Conlleva por tanto más riesgo ya que implica un cambio de plano y de la superficie de apoyo.

Las movilizaciones pueden ser de dos tipos: activas y pasivas. Las movilizaciones activas son las que realiza el propio individuo. Pueden realizarse de manera autónoma o bajo la supervisión de alguien. Todos nosotros hacemos muchas movilizaciones activas a lo largo del día, aunque no nos estemos dando cuenta. Por ejemplo: girarse en la cama cuando dormimos, es una movilización activa. Las movilizaciones pasivas, en cambio, son aquellas realizadas por otra persona que no es el propio individuo. Este tipo de movilizaciones se suelen dar en personas

o pacientes que requieren de ayuda para realizarlo, ya que de manera autónoma no pueden.

2 Objetivos

- Saber las técnicas de movilización de pacientes dependientes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de movilización de pacientes, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, hospital, movilización, pacientes.

4 Resultados

Las técnicas de movilización de personas con dependencia se van a realizar en un mismo plano. Así que las más frecuentes serán las movilizaciones que hagamos en la cama del enfermo.

Para girar a la persona hacia un lado en la cama la técnica de movilización nos sirve para mover al paciente de decúbito supino (boca arriba) a decúbito lateral (de lado). Nos tendremos que situar en el lado hacia el que vamos a girar a la persona. El brazo que está más próximo lo extendemos, para que no quede atrapado al girar. Doblamos la rodilla de la pierna más alejada. Ponemos una mano en la rodilla más alejada de nosotros (que está doblada) y en el hombro también más alejado, y con un movimiento giramos a la persona hacia nosotros.

Para mover a la persona hacia el lateral de la cama realizaremos la técnica en tres pasos. Nos colocamos en el lado de la cama hacia el cual vamos a mover al paciente. Primero moveremos el tronco, y para ello colocaremos los brazos por debajo de las axilas. Una vez movido, pasaremos a mover la pelvis, colocando los brazos por debajo de los glúteos. Y para terminar, moveremos las piernas con un brazo por debajo de las rodillas y otro por debajo de los gemelos.

Y para sentar a la persona en el borde de la cama lo más recomendable es que para esta técnica de movilización, el individuo esté en decúbito lateral y una

vez que el paciente ya está de lado en la cama, nos colocamos en el lado donde el paciente se va a sentar. Pasamos un brazo nuestro por debajo de la nuca del paciente para sujetar con firmeza la espalda, a la altura de la escápula. Con el otro brazo abarcamos las rodillas del paciente. En un sólo movimiento firme, elevamos el tronco del paciente y, a la vez, rotamos las piernas de manera que queden colgando en el borde de la cama. Dado que esta posición es inestable tendremos que tomar precauciones para que el paciente no se caiga.

5 Discusión-Conclusión

En cualquier técnica de movilización básica puede haber factores de riesgo, que pueden dar lugar a un daño. Existen riesgos derivados del entorno: superficies inadecuadas, resbalones o caídas, obstáculos. Existen otros riesgos propios de la tarea, como el esfuerzo físico que requiere, la repetición de movimientos, posiciones inadecuadas. También hay riesgos derivados del paciente: como la falta de colaboración, el peso o la voluminosidad de la persona.

Por todos estos motivos, cualquier técnica de movilización puede llegar a ser bastante compleja, ya que requiere de conocimiento previo y de asertividad a la hora de realizarlo.

6 Bibliografía

1. Gobierno de Aragón. La tarea de cuidar: Higiene postural, movilizacion y transferencias. 2011.
2. Manual de buenas practicas para el cuidador. 9. Junta de Andalucia. Técnicas de movilización y transferencias. 2009. Guía práctica para el cuidado de personas dependientes.
3. Hignett S. Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients: a systematic review. Occup Environ. Med. 2003 September; 60(9).
4. Szeto G, Law K, Lee E, Lau T, Chan S, Law S. Multifaceted ergonomic intervention programme for community nurses: pilot study. J. Adv Nurs. 2010 May; 66(5): p. 1022-1034.

Capítulo 1810

LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES

MARTA FERNÁNDEZ FERNANDEZ

JUAN JOSE VELAZQUEZ ÁLVAREZ

SANDRA PIDAL MONTES

ROCÍO FERNÁNDEZ GARCÍA

REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA

1 Introducción

Si atendemos a las posturas que adoptamos de manera natural a la hora de movernos e intentamos reproducirlas en los pacientes a la hora de manipularlos, la propia tendencia de su cuerpo a seguir las posturas preestablecidas nos ayudará en nuestro cometido.Hay que comprobar siempre los medios mecánicos y humanos de los que dispone.

Si tiene la posibilidad de solicitar ayuda a otros compañeros para realizar estos movimientos, será mucho más fácil a la hora de hacerlos, debemos seguir unas pautas generales en cualquier manipulación de pacientes:

- Antes de actuar, conocer las posibilidades de movimiento del paciente y sus restricciones.
- Explicar la operación que se va a realizar y motivar al enfermo para que colabore al máximo. No todas las personas ingresadas son incapaces de moverse. Nunca

se debe escoger un movimiento que limite los movimientos del enfermo, ni por razones de eficacia mal entendida.
- Hay que intentar ser consciente del movimiento y acciones de su cuerpo, debemos de disponer de todos los medios necesarios, tanto humanos como materiales , antes de empezar la maniobra.

2 Objetivos

- Mantener y vigilar la integridad de la piel para evitar posibles úlceras.
- Conservar la alineación adecuada del paciente.
- Prevenir las lesiones del paciente y garantizar el confort del enfermo
- Estimular y favorecer la independencia del paciente

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados cambios posturales y traslado de pacientes, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, hospital, movilización, pacientes, traslado, cambios posturales.

4 Resultados

Para realizar los cambios de posición del paciente o su movilización se deben seguir unas normas generales tales como: Preparar el área donde se va a trabajar, quitando aquellos elementos que puedan entorpecernos. Procurar realizar el esfuerzo con los músculos más fuertes (muslos, piernas y brazos). Acercarnos lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor. Mantener la columna vertebral lo más erguida posible.

Cuando sea posible, debe actuar más de una persona. Debemos de Informar al paciente y/o acompañante de lo que se va a hacer, buscando su colaboración en la medida de lo posible, procurar la máxima intimidad posible para el paciente, valorar estado del paciente y determinar su nivel de autocuidado para la actividad. Se movilizará al paciente hacia la cabecera de la cama seguidamente hacia el lateral, y se le trasladará a una silla o sillón.

La movilización del paciente hacia la cabecera de la cama debemos de seguir los siguientes pasos:
1.Lavado de manos y colocación de guantes.
2. Retirar la almohada, si no está contraindicado, así como la ropa de la cama.
3. La cama estará en posición horizontal, si no hay inconveniente y las barandillas laterales bajadas.
4. Debemos colocar los pies separados así como las rodillas ligeramente flexionadas.

Si el paciente no colabora debemos de realizarlo 2 personas de la siguiente manera:
Una a cada lado de la cama:
1. Colocar uno de los brazos a nivel de los omóplatos y el otro a nivel alto del muslo.
2. Sujetar al paciente y levantarlo hasta la posición deseada, evitando arrastrarle.
Movilización del paciente ayudados por una sábana: Para esta técnica nos ayudaremos de una ”entremetida” o una sábana doblada en su largo a la mitad.
- Situados uno a cada lado de la cama.
- Se la colocaremos al paciente por debajo, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos.
- Una vez colocada la ”entremetida”, se enrolla ésta por los laterales sujetándola cada persona fuertemente, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando las fricciones.

Y si el paciente colabora debemos de realizar 1 sola persona de la siguiente manera:
1. Decirle al enfermo que se agarre al triángulo o a la cabecera de la cama, flexione sus rodillas y coloque la planta de los pies apoyando sobre la superficie de la cama.
2. El paciente hará fuerza con los talones sobre la cama para impulsarse hacia arriba a una voz de mando
3. Si necesita ayuda, colocaremos los brazos por debajo de las caderas del paciente; se le pedirá que haciendo fuerza con sus pies y brazos intente elevarse; es entonces cuando le ayudaremos a subir hacia la cabecera.

El cambio del paciente de la camilla a la cama se realiza de la siguiente manera:
Colocar la cama a la que se va a trasladar el paciente junto a la cama en la que está.
- Ladear al paciente ligeramente e introducir el transfer por debajo de la sábana, apoyando al enfermo sobre él.

- Deslizar al paciente sobre el transfer, tirando suavemente por la sábana.
- Colocar al paciente en la cama a la que va destinado.
- Ladearle de nuevo para retirar el transfer y la sábana.
- Dejar al paciente nuevamente en posición cómoda.

Y para la movilización con grúa es para movilizar a los pacientes que requieren ayuda con menor esfuerzo personal y se puede movilizar al paciente desde la posición encamado o desde la posición sentado. Tanto la cama o la silla como la grúa, permanecerán convenientemente frenadas y se colocarán los arneses según la indicación de cada modelo de grúa y manual de aparataje.

5 Discusión-Conclusión

Hay que preservar en todo momento la intimidad del paciente. Previo al procedimiento lavado de manos y colocación de guantes. No realizar nunca arrastre, vigilar especialmente las zonas de riesgo. Realizar cambios en la posición del paciente cada 2-3 horas. En cada cambio postural es conveniente masajear suavemente la piel con la mano en todos los puntos de apoyo, excepto cuando aparezcan signos de alarma, para activar la circulación. No dejar en ningún caso arrugas, costuras, ni objetos bajo el paciente. En pacientes ulcerados no debe apoyarse sobre la úlcera. Cuando el paciente presenta fiebre o tiene un estado nutricional o de hidratación inadecuado se debe extremar la frecuencia de las cambios posturales y la vigilancia de las zonas de apoyo.

6 Bibliografía

1. Manual de buenas prácticas para el cuidador. 9. Junta de Andalucia. Técnicas de movilización y transferencias. 2009. Guía práctica para el cuidado de personas dependientes.
2. Hignett S. Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients: a systematic review. Occup Environ. Med. 2003 September; 60(9).
3. Gobierno de Aragón. La tarea de cuidar: Higiene postural, movilizacion y transferencias. 2011.
4. Szeto G, Law K, Lee E, Lau T, Chan S, Law S. Multifaceted ergonomic intervention programme for community nurses: pilot study. J. Adv Nurs. 2010 May; 66(5): p. 1022-1034.

Capítulo 1811

EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON EL TRASLADO Y MOVILIDAD DEL PACIENTE

GEMMA GARCIA PEREZ

MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ

1 Introducción

El Celador pertenece al grupo de personal no sanitario. Es la persona encargada de vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden o hacer otras tareas de apoyo. Trasladar a los pacientes de un lugar a otro de la sala, o a otro servicio del hospital.El traslado del paciente siempre es función del Celador.

Para mejorar y favorecer la posición anatómica de las diferentes articulaciones se emplearán almohadas, toallas enrolladas, quesitos, sacos de arena, etc. En todo momento se tratará al enfermo con mucho cuidado con movimientos rápidos pero suaves.

2 Objetivos

- Trasladar al enfermo se puede a través de varias formas, dependiendo de su estado de salud (en silla de ruedas, en camilla, en la cama hospitalaria, por su propio pie).

3 Metodología

Como realizar los traslados:

A. Pasar al paciente de la cama a la silla de ruedas.

Depende de la colaboración o no del paciente:
-Lo primero que hay que hacer es fijar las ruedas. Si aún así hay peligro de que se mueva harán falta dos celadores, uno sujetará la silla por el respaldo para evitar su movimiento.
-Si la cama esta muy alta se colocará un escalón que sea firme y con superficie suficiente para que el enfermo no se caiga.

Si colabora:
-Se acercará el sillón o silla cerca de la cama, se colocarán las zapatillas, bata, etc. Colaborando con el Auxiliar.
-Si el paciente no puede hacer por si mismo los movimientos necesarios para sentarse al borde de la cama se le ayudara siguiendo las formas de sentar al paciente al borde de la cama.
-La silla se colocara con el respaldo en los pies de la cama y paralela a la misma.
-El Celador se coloca frente al enfermo con el pie que está más próximo a la silla por delante del otro
-El Celador se colocará frente al paciente y con sus manos le agarra suavemente de la cintura, el paciente apoyará sus manos en los hombros del celador. Mediante este movimiento se acercará el paciente aún más al borde de la cama hasta ponerlo en pie.
-El enfermo pone los pies en el suelo y el Auxiliar o Celador sujeta con su rodilla más avanzada la rodilla correspondiente del enfermo para que no se doble involuntariamente.
-El celador gira junto con el enfermo y, una vez colocado frente a la silla, flexiona las rodillas de forma que el enfermo pueda bajar y sentarse en la silla. Cuando la silla no es de ruedas se procede en la misma forma, pero el peligro de que la silla se mueva es inferior.

Si no colabora:
-Se colocara al paciente semisentado.
-El celador colocará su brazo por detrás de la cabeza del paciente llegando hasta su hombro y el otro brazo lo pondrá cogiendo las dos piernas del paciente llegando hasta la cintura pélvica. Con un movimiento suave y rápido el celador colocará

al paciente sentado en el borde de la cama. Posteriormente podrá sentarlo agarrando al paciente por debajo de las axilas y acercándolo a la silla.

Si hubiera dos celadores:
-Un celador se colocará por detrás de la cama y le asirá al paciente por debajo de las axilas, el otro le sujetará por los pies, se le cogerá en el aire y se le sentará en el sillón o silla de ruedas (se necesitarán 2 personas que se sincronicen correctamente)

-Al sentar a un paciente ente el paso de sentarlo al borde de la cama y pasar a la silla deberemos hacer una parada para evitar lo que se denomina hipotensión postural. El paciente al sentarse subre una caída de la presión sanguínea, por lo que parando ayudamos a que se estabilice la misma. Preguntaremos al paciente si tiene sensación de mareo y si es así esperaremos, si continua el mareo lo volveremos a tumbar y avisaremos a la enfermera.

B. Traslado del enfermo de la cama a la camilla.

Para este fin harán falta 2-3 celadores dependiendo del estado del paciente a. Movilización con dos personas

Si colabora:
-La camilla se sitúa paralela a la cama.
-Se frenan cama y camilla.
-Se pide al paciente que se deslice de una a otra (le ayudaremos si lo necesita)
-Se le acomodará y se le cubrirá con una sábana.

Si no colabora:
-Se empleará la sabana bajera de la cama del paciente o una entremetida para pasar al paciente a la camilla.
-Las dos personas se colocarán uno a cada lado del paciente. Preferiblemente uno a la cabeza y el otro a los pies.
-Se levantará al paciente con la sábana y se le deslizará hacia la camilla. En el caso de tener rulo o transfer se puede utilizar.
-Ya en la camilla, se le acomodará y se le cubrirá con otra sábana.
-Deberemos estar muy atentos al movilizar al paciente de no hacerle daño. b. Movilización con tres personas
-La camilla se coloca con la cabecera perpendicular a los pies de la cama.
-Se recogerán la sábana y mantas a los pies de la cama.
-Los 3 celadores en el mismo lado de la cama.

-Uno, coloca un brazo por debajo de la nuca y otro por debajo de los hombros del paciente.
-Otro , coloca un brazo por debajo de la región lumbar y otro , por debajo de las caderas.
-El tercero, coloca un brazo debajo de las piernas y otro, debajo de los pies.
-Vuelven el paciente hacia ellos y lo deslizan suavemente sobre sus brazos.
-Al unísono levantan al paciente y lo mueven hacia la camilla y lo colocan sobre esta .
-Una vez en la camilla, se cubre al paciente con la sabana y manta.

C. Deambulación.

El acto de caminar suele constituir uno de los pasos fundamentales en la recuperación de una persona.
Antes de comenzar la deambulación es necesario saber si el individuo soporta la bipedestación, es decir, mantenerse de pie.

En la asistencia al individuo, el celador:
-Proporcionará seguridad al paciente:
Tras un largo periodo sin caminar, es seguro que el paciente presente miedo a reiniciar la deambulación, por lo que debemos fomentar un ambiente seguro (libre de obstáculos)
-Prestar ayudas técnicas:
Podemos ayudar al paciente mediante nuestra presencia(permitiéndole que se agarre a nosotros), o bien con medios como andadores, bastones, muletas, etc.

4 Resultados

Se procurará que:
-El paciente vaya lo más cómodo posible.
-El paciente vaya seguro y no se caiga.
-Los movimientos serán suaves y el traslado lento.
-No debe dejar al paciente entre corrientes de aire.
-Espirar en el momento de realizar el esfuerzo físico.
-No trabajar en contra de la fuerza
-Si fuera posible, ayudarse de otros.
-Trabajar a una altura adecuada
-Intentar que el enfermo colabore en la movilización
-Utilizar puntos de apoyo exteriores.

-Empujar en vez de tirar.
-Ayudarse de medios mecánicos si fuera posible.
-No realizar movimientos bruscos-
-Tener conocimiento del estado del paciente y saber en todo momento cómo se le puede movilizar.

5 Discusión-Conclusión

Para entrar al ascensor, el celador irá empujando la camilla de manera normal y será, por tanto, el último en entrar.

Uso y mantenimiento del material auxiliar (grúas, transfer, sillas, camillas, sujeciones, correas, etc.).

- Uso de camilla:
Si para el traslado del enfermo es necesario usar una camilla, se colocará ésta paralela a la cama, poniendo el freno tanto a la camilla como a la cama.

- Uso de la silla de ruedas:
Colocaremos la silla de ruedas frenada, en paralelo a los pies de la cama, sentaremos al paciente en la orilla de la misma, colocándose el celador frente a él. Se le sujetará por la cintura ayudándole a bajar de la cama, le desplazaremos lateralmente hasta sentarlo en la silla

- Uso de la grúa de movilización:
Es un elemento auxiliar del que dispone el personal sanitario para movilizar al enfermo dependiente con la mayor seguridad y menor esfuerzo y riesgo de lesiones para él y para sus cuidadores.

- Sujeciones y correas:
En algunas ocasiones una crisis de agitación aguda exige medidas severas de contención de enfermos. Es preciso que el enfermo no lo viva como castigo, potenciando sus sentimientos de culpabilidad. Por eso debemos mostrarnos calmados, sin actitudes hostiles.

En ningún caso el celador decidirá por si mismo la contención, en tal caso avisará inmediatamente a los responsables de la planta o unidad.

- Transfers, rolón/Rollbord:

Es un elemento que consiste en una chapa, recubierta de una tela, que hace las veces de cinta sin fin.
Se ponen los dos planos paralelos, quedando la chapa en medio y tapando el hueco entre ambos planos.
Se ladea un poco al paciente apoyándolo en el borde del rolón.

Nos colocaremos uno a cada lado de los planos, y simultáneamente deslizaremos al paciente hacia el plano vacío.
En el desplazamiento deberemos mantener el eje del cuerpo recto.

6 Bibliografía

- La Ley 14/1986 General de Sanidad.

Capítulo 1812

EL CELADOR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y POST-MORTEM

MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

ANDRÉS GARCIA RAMOS

MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ

JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA

1 Introducción

El personal tanto sanitario como no sanitario que trabaja en instituciones hospitalarias debe lidiar casi a diario con la muerte. Tanto antes durante la fase paliativa como después en la sala de autopsias, todo el equipo, incluyendo al celador debe realizar unos cuidados lo más humanizados posible.

2 Objetivos

- Identificar la importancia de los celadores en los cuidados postmortem, y conocer cuáles son las tareas del celador en estos cuidados.
- Determinar la importancia de los cuidados paliativos en pacientes gravemente enfermos.
- Analizar y averiguar cómo controlar los síntomas empleados en los cuidados paliativos para la mejora de la calidad de vida en el paciente.

3 Metodología

El equipo multidisciplinar formado por enfermeras, auxiliares y celadores son los principales encargados de los cuidados tanto paliativos como postmortem. Entre los cuidados paliativos en los que los celadores tienen mayor importancia está el aseo y los cambios posturales. Todos estos cuidados deben asegurar el mayor confort y calidad de vida en el paciente.

Cuando se produce la muerte de un paciente, también el celador tiene una tarea importante, pues es el principal encargado de movilizar el cuerpo, transportarlo en camilla y asistir al médico forense durante la autopsia. Es de suma importancia que los celadores encargados de estas tareas estén preparados psicológicamente pues no es una tarea sencilla y acarrea gran carga emocional. Además, los celadores que se dediquen a este trabajo deben ser altamente empáticos y preservar la dignidad del cuerpo durante todo el proceso.

4 Resultados

El cuidado paliativo es la atención médica que se encarga de prevenir y tratar el sufrimiento de pacientes diagnosticados con una enfermedad grave. Se hace desde un punto de vista integral; se aborda la enfermedad, el tratamiento, los efectos secundarios y todos los problemas psicológicos, sociales y espirituales que puedan derivar de ella. Estos cuidados se realizan en hospitales, domicilios y clínicas de atención a largo plazo.

Para conseguir reducir las complicaciones que provoca la la enfermedad y paliar el sufrimiento en el paciente los cuidados paliativos utilizan una terapia escalonada donde se van introduciendo fármacos, retirando o no los que ya el paciente tomaba para conseguir un efecto de alivio total de los síntomas (dolor, disnea, delirio, trastornos metabólicos y digestivos, dificultades respiratorias).

Los analgésicos administrados según la afección del paciente se pueden administrar por vía oral, inyectables en vena o parches transdérmicos. Analgésicos no opioides: El ibuprofeno (Advin y Motrin) empleado para el dolor moderado aunque a veces los médicos lo utilizan con otros medicamentos para dolores graves. Opioides o narcóticos: Morfina, Oxicodona, Oximorfona.

Medicamentos habitualmente usados para otras afecciones:
- Antidepresivos como la duloxetina (Ymbalta).

- Medicamentos para convulsiones. Gabapentina (Neurontin).Los cuidados paliativos (CP) mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan una posible cercanía a la muerte.

Algunas de la enfermedades que requieren estos cuidados son: cáncer, demencia, ELA, SIDA, enfermedades cardíacas, insuficiencia renal… Los CP son brindados por un equipo de médicos especializados que incluyen: médicos, enfermeros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, trabajadores sociales y capellanes.

Estos profesionales abordan todas las fases y sentimientos de la enfermedad: dolores físicos y musculares, dificultades para dormir y/o respirar. Problemas emocionales como ansiedad, depresión, ira, rabia, negación, aceptación. Problemas administrativo-financieros. Problemas espirituales.

Para ello ofrecen medicación adecuada, asesoramiento, apoyo, reuniones familiares, asesoría financiera, explicación de formularios médicos, ayudas sociales y exploración de sus creencias y valores para que puedan descansar en paz.

5 Discusión-Conclusión

Un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y un oportuno tratamiento junto con los cuidados paliativos brindados por los especialistas nos garantizan una etapa final de nuestras vidas digna y de bienestar. La muerte es algo inevitable, es un proceso natural por el que todos pasaremos en algún momento de nuestra vida y es necesario aplicar los cuidados paliativos para proporcionarle una muerte digna al paciente.

6 Bibliografía

- Medlineplus, Google Académico, Scielo, AECC. Varios artículos.

Capítulo 1813

EL CELADOR EN LA COMUNICACIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

ANDRÉS GARCIA RAMOS

MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ

JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA

1 Introducción

En la actualidad se considera de suma importancia el estudio de la aparición de conflictos en la relación entre compañeros o entre profesionales de la salud y sus pacientes, ocasionados por las llamadas barreras de la comunicación. En muchas ocasiones se dice más sin palabras que con el lenguaje. La expresión corporal, la mirada, los gestos, etc. dicen más sobre un sentimiento que cualquier intento de comunicación.

2 Objetivos

- Analizar la comunicación en el sistema sanitario así como determinar su impacto en la comunicación ineficiente.
- Analizar la importancia del lenguaje no verbal a la hora de tratar con pacientes y familiares por parte de los celadores.
- Determinar la importancia de las habilidades sociales del celador en la atención y el cuidados del paciente.

- Desarrollar habilidades sociales.

3 Metodología

Una comunicación eficaz consiste no únicamente en el intercambio de palabras con una o varias personas sino además en una serie de elementos que influirán positiva o negativamente en las personas como son las reacciones visuales, la postura, los movimientos, los gestos y las expresiones. Con la expresión facial, por ejemplo, podemos estar comunicando muchos sentimientos, como la alegría, tristeza, preocupación, miedo, sorpresa, malestar, etc. Saber valorar y percibir esos sentimientos en los pacientes o familiares y al mismo tiempo saber controlar nuestro propio lenguaje no verbal es una función muy importante. Gestos como una sonrisa, mirar a las personas cuando nos hablan, saber escuchar y empatizar, causan efectos positivos y una sensación de bienestar sobre los pacientes antes de ser atendidos por los profesionales sanitarios

4 Resultados

Las barreras de comunicación pueden llevar a situaciones hostiles que repercuten negativamente en la relación profesionales de la salud-pacientes. Asimismo, se registran conflictos interpersonales entre los profesionales de la salud, que pueden generar insatisfacción laboral. Todo ello tiene como consecuencia la pérdida de tiempo y de energía, por tanto, resta eficiencia en el sistema de salud.

El trato que recibe el paciente por parte del celador en un primer momento, afectará e influirá en la visión que tenga de la institución sanitaria en la que recibe servicios y atención. Por ello, es necesario que el personal sanitario, entre ellos los celadores estén dotados de unas buenas habilidades sociales que faciliten la comunicación. Se trata de desempeñar la labor del celador de una forma más cercana, empática y dotada de calidez humana con el fin de lograr una humanización en el trato con el paciente. Está demostrado que un paciente que recibe un trato cercano y empático por parte del personal sanitario, ve disminuido en un primer momento, la sensación de angustia y frustración ante la situación que vive ante lo desconocido ante la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Lograr reforzar la comunicación no verbal positiva al igual que mantener una conducta empática y comunicarse de forma asertiva contribuyen a la resolución de conflictos en el ámbito laboral. Estas habilidades deberían de tener más relevancia en la formación del personal sanitario.

Muchas veces, la sobrecarga de trabajo, la rutina, el tratar con personalidades muy diferentes, el trabajar en servicios especialmente sensibles como Pediatría, Oncología, etc. hace a veces muy difícil tener un control sobre el lenguaje no verbal, esfuerzo que realiza diariamente el personal no sanitario entre otros.

Deberían ser conscientes todos los que ejercen una labor de asistencia en centros sanitarios, de la importancia que tiene para el paciente nuestra actitud, siendo ésta más favorable en todos los aspectos cuanto más cercana y humana se ejerza. La empatía como reina de las habilidades sociales es algo de lo que debemos hacer uso por el bien del paciente y de nosotros mismos, al sentirnos gratificados por ejercer nuestro trabajo de una forma más humana.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1814

DISCAPACIDAD EN EL ENTORNO LABORAL DE CENTROS HOSPITALARIOS

GUADALUPE CUERVO BLANCO

LAURA PRIETO REDONDO

BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO

1 Introducción

La discapacidad es una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Los diferentes tipos de discapacidad de los trabajadores que podemos encontrar en los centros hospitalarios son:
- Discapacidad física: consiste en falta, deterioro o alteración funcional de una o más partes del cuerpo, y que provoque inmovilidad o disminución de movilidad.
- Discapacidad sensorial: se divide en discapacidad auditiva y discapacidad visual.
Discapacidad auditiva: consiste en el deterioro o falta de la función sensorial de la audición.
Discapacidad visual: deterioro o falta de la función sensorial de la vista.
- Discapacidad intelectual: limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas.

- Discapacidad mental: alteraciones o deficiencias en las funciones mentales.

Los trabajadores con discapacidad en centros hospitalarios tienen los mismos derechos que los demás trabajadores tales como:
- Derecho a la protección de la salud.
- Derecho a la atención integral.
- Derecho a la educación.
- Derecho a la vida independiente.
- Derecho al trabajo.
- Derecho a la protección social.
- Derecho de participación en los asuntos públicos.

Las personas con discapacidad tienen derecho a la integración laboral en ámbitos sanitarios en condiciones que garanticen la aplicación de los principios de igualdad de trato y no discriminación. El punto de partida de este derecho se encuentra en el artículo 49 de la Constitución, donde se determina que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que la Constitución otorga a todos los ciudadanos.

Cuando una persona presenta alguna limitación sensorial, psíquica, mental o física existe la posibilidad de solicitar un Certificado de Discapacidad. Este certificado es un documento oficial, expedido por la Administración Pública, mediante el cual se acredita la condición (temporal o definitiva) de la discapacidad.

2 Objetivos

- Focalizar las políticas de empleo dentro del ámbito hospitalario para ir orientadas a aumentar las tasas de actividad y de ocupación e inserción laboral de las personas con discapacidad, así como mejorar la calidad de empleo y dignificar sus condiciones de trabajo,.
- Combatir activamente su discriminación.
- Fomentar las oportunidades de empleo y promoción profesional en el ámbito sanitario y los apoyos necesarios para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo.
- Fomentar el respeto y la cooperación.
- Adaptar los puestos de trabajo y aseos para las necesidades de estas personas.

- Fomentar el compromiso de la dirección y el diálogo con entidades representativas que se ocupen de los derechos de las personas con capacidades diferentes.

3 Metodología

Búsqueda en distintas bases de datos, artículos y revistas científicas con el descriptor “discapacidad en el entorno laboral”.

4 Resultados

Algunos datos señalan que los niveles de empleo de las personas con discapacidad en centros hospitalarios están disminuyendo en los últimos años. En el caso de las discapacidades de origen psiquiátrico las tasas de desempleo suelen alcanzar el 90%, y también son muy elevadas cuando se trata de personas que presentan discapacidades severas, lo que aún se agrava más cuando éstas también son de naturaleza mental.

La progresiva incorporación de trabajadores con discapacidad (física, sensorial e intelectual) al entorno laboral sanitario ha hecho aflorar una serie de necesidades de adaptación de los espacios y procesos laborales a dichos trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Las personas con discapacidad suelen tener una mayor tasa de desempleo en comparación con las que no están discapacitadas. Es por tanto que se fomentará el empleo en la atención primaria y en el entorno sanitario de las personas con discapacidad mediante el establecimiento de ayudas que faciliten su inclusión laboral.

En los últimos años han surgido teorías y modelos que tratan la discriminación más positiva. Lo ideal sería que las personas con discapacidad pudieran encontrarse con unas tasas de desempleo similares a las del resto de la población. Los centros hospitalarios que empleen a un número de 50 o más trabajadores vendrán obligados a que entre ellos, al menos el 2 % sean trabajadores con discapacidad.

En principio, nadie está obligado a declarar sobre su estado de salud a la hora de buscar empleo. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece la obligación para el empleador de adecuar el puesto de trabajo a la persona; esto es,

a las concretas circunstancias físicas y personales de cada trabajador. Todas las reformas y adaptaciones que sean necesarias serán subvencionadas por el estado. Por tanto, la contratación de personas con discapacidad también va acompañada de ayudas y beneficios económicos y fiscales.
Por ello, si el trabajador tiene una discapacidad, el hospital debe adaptar su puesto de trabajo a sus circunstancias personales. Si no lo hace, podría incurrir en responsabilidad.

Así, si no se le comunica al centro hospitalario la discapacidad del trabajador se le podría causar un perjuicio que podría suponer como represalia la extinción de su contrato de trabajo, por trasgresión de la buena fe contractual, al no haber comunicado al centro el dato de la discapacidad.

6 Bibliografía

- La Constitución Española.
- -Páginas web: Scielo, Discapnet, Infoempleo.
- Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 noviembre.
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Capítulo 1815

SEGURIDAD Y HIGIENE EN EL TRABAJO

CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO

1 Introducción

La ley 17/2011, de 5 de julio. De seguridad alimentaria y nutrición, en su capítulo III establecer que las Administraciones publicas realizaran controles oficiales para asegurar el cumplimiento de lo previsto en esta Ley de seguridad alimentaria. Para ello podrán crearse convenios de colaboración entre la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y entidades locales.

Corresponde a la Administración General del Estado establecer los mecanismos de coordinación y cooperación para la aplicación de los planes oficiales de control y la organización de las visitas de control. Contempla además el establecimiento de un Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria de duración plurianual.

Otorga la coordinación y cooperación entre las Administraciones públicas con competencias en materia de seguridad alimentaria a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, que tras su fusión con el Instituto Nacional de Consumo pasa a denominarse Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN).

El plan de seguridad e higiene tendrán los siguientes objetivos:
- Mantener un elevado nivel de protección de la salud humana, la sanidad animal, la sanidad vegetal y la seguridad alimentaria.

- Prevención las enfermedades relacionadas con los alimentos, así como reducir su incidencia y prevalencia a niveles mínimos razonablemente posibles y aceptables.
- Prevenir la exposición de las personas a los agentes capaces de causar enfermedades por vía alimentaria y reducir dicha exposición a niveles razonablemente posibles y aceptables.
- Aumentar y mantener un nivel elevado de confianza, basada en datos objetivos, en el sistema de control oficial de la cadena alimentaria tanto por parte de la ciudadanía como por parte de los mercados nacional e internacional.
- Mantener un nivel elevado de lealtad de las transacciones comerciales y de la defensa de los consumidores en la cadena alimentaria y contribuir a mantener la unidad de mercado.

Los controles oficiales que se establezcan serán:
- Sistemáticos.
- Frecuentes.
- Basados en el riesgo en los puntos de inspección.
- Consecuencia de los programas establecidos en el Plan.
- Con criterios integrales, coordinados, equivalentes y proporcionados.

Prevención de las enfermedades y los riesgos de transmisión alimentaria, que se derivan de la manipulación de alimentos y la elaboración de comidas preparadas. Es una práctica de mayor riesgo sanitario, donde hay una probabilidad elevada de aparición de brotes de toxiinfecciones por las malas prácticas:
- Falta de higiene de los manipuladores.
- Consumo de alimentos crudos.
- Cocción insuficiente.
- Mantenimiento de las elaboraciones a temperaturas de riesgo.

La Guía de buenas prácticas de manipulación pretende dotar a los manipuladores de alimentos de una herramienta sencilla que ayude a realizar prácticas adecuadas y correctas en cada una de las fases de la cadena alimentaria.
- Asegurar el aseo personal y la actuación adecuada del trabajador durante todo el proceso.
- Describir los procedimientos de trabajo de manera clara, sencilla y comprensible.
- Informar sobre los procesos de elaboración más seguros.
- Proteger las cualidades organolépticas de cada uno de los productos.

Los Planes Generales de Higiene (PGH) se definen como el conjunto de programas y actividades preventivas básicas, a desarrollar en todas las empresas alimen-

tarias para la consecución de la seguridad alimentaria.

Su correcto diseño en función de las necesidades, realidad de cada empresa y una adecuada implantación práctica, permiten mantener bajo control peligros que, de manera reiterada, afectan a distintas fases de la actividad alimentaria.

Todos los PGH requieren unos planes específicos que contemplen, de manera documentada, su objetivo, su responsable, procedimientos de ejecución, vigilancia, acciones correctores y verificación:
- Objetivo: cada PGH concreto tiene que cumplir y/o conseguir un objetivo específico que deberá presidir todo su desarrollo.
- Responsable del Plan: se designará a una persona o cargo especifico de la empresa como responsable especifico del PGH, encargado de velar por el cumplimiento del objetivo.
- Procedimiento de ejecución: se incluirán aquellas acciones que la empresa realice para conseguir el objetivo del PGH.
- Procedimiento de vigilancia y acciones correctoras: la propia empresa debe controlar que el PGH se está ejecutando correctamente, en aquellos aspectos que sean relevantes para garantizar el logro del objetivo del pan, y en caso negativo realizar las acciones correctoras necesarias.
- Procedimiento de verificación: la propia empresa debe comprobar la eficacia de Plan y por tanto la consecución del objetivo mediante el desarrollo de las acciones anteriores, para ello deben contemplarse: qué aspectos y documentos del plan se utilizaran para verificar el pan, quién y cuándo se realizaran las actividades de verificación y cómo se verifica la eficacia del Plan (podrían incluirse acciones para comprobar su correcta ejecución, su correcta vigilancia, las acciones correctoras, registros y consecución efectiva del objetivo); dónde se registran las actuaciones de verificación. La empresa deberá recoger, en cada uno de los planes, las medidas de mejora que correspondan, como consecuencia de los resultados de la verificación.
- Registros: quedarán archivados por un periodo de dos años, salvo que su normativa específica indique un plazo superior.

Los registros de cada plan pueden compartirse con otros que la empresa utilice para su actividad comercial, contable o en su sistema de autocontrol, si bien esta circunstancia debe quedar contemplada en la descripción del registro.

Para llevar a cabo las acciones para conseguir el PGH, se debe completar los siguientes apartados:
- Quién lo lleva a cabo.

- Cuándo (frecuencia).
- Cómo se ejecuta (con qué productos y medios).
- Dónde se registran las actuaciones.

Para lleva a cabo el procedimiento de vigilancia y acciones correctoras, se debe contemplar los siguientes apartados:
- Qué aspectos se van a vigilar.
- Quién realizará la vigilancia.
- Cuándo y cómo se vigila la correcta ejecución del Plan.
- Dónde se registran las actuaciones de vigilancia.
- Qué acciones correctoras se adoptan.
- Cuándo y dónde se registran.

2 Objetivos

Establecer procedimientos operativos sobre aspectos básicos de la higiene y sobre determinadas actividades de su empresa.

3 Metodología

Se han empleado los buscadores de Google, Google Académico y paginas varias de Internet.
Palabras claves: Seguridad en el trabajo y Higiene en el trabajo.

4 Resultados

Es de enorme dificultad, el establecer requisitos homogéneos, a la hora de definir los PGH. Las condiciones y características de cada empresa alimentaria son las que deben fijar cuales deben ser los requerimientos para cada PGH.

No obstante, lo expuesto, a continuación, se recogen aquellos aspectos que se consideran como requerimientos orientativos, excepto las salvedades que se detallan adelante, siempre desde el prisma de cumplimiento del objetivo marcado en el PGH concreto.

Cabría la posibilidad de aunar los procedimientos de ejecución, vigilancia y verificación, siempre y cuando el objetivo del plan se cumpla. Esta situación se podría contemplar en aquellas empresas, que bien por el escaso numero de trabajadores,

por las peculiaridades del proceso productivo, o por las características en el desarrollo en los procedimientos de ejecución, vigilancia o verificación, estos pueden solaparse.

Cuando en el desarrollo de estos planes intervenga una empresa externa, la documentación que se genere formara parte de los registros de cada uno de los planes.

Los Planes Generales de Higiene hacen referencia a:
1. Control de agua potable.
2. Limpieza y desinfección.
3. Control de plagas: desinsectación y desratización.
4. Mantenimiento del instalaciones, equipos y útiles.
5. Rastreabilidad, trazabilidad o loteado de productos (su grado de complejidad estará en función del tipo de industria de que se trate).
6. Formación de manipuladores.
7. Certificación de proveedores.
8. Buenas prácticas de fabricación o de manejo (BPF o BPM, respectivamente).
9. Eliminación de residuos y vertidos.
10. Otros que, según las características de su empresa, sean necesarios para garantizar la seguridad de los alimentos o le sean indicados por parte de la Autoridad Sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

La Guía de Buenas Prácticas de Manipulaciones (BPM) forma parte del sistema de autocontrol de las instituciones sanitarias. Su utilización es voluntaria, pero ayuda a garantizar el cumplimiento del autocontrol basado en el sistema APPCC.

Será elaborado por las empresas del sector alimentario en consulta con los representantes de otras partes interesadas, y aprobada por las autoridades sanitarias. Su estructura y contenido responderán a los requisitos previstos en la legislación sanitaria vigente.

La Guía será adecuada para la empresa alimentaria a la que se dirige, siendo aplicable por todos los profesionales implicados.

Si el documento es flexible, puede aplicarse en otros establecimientos de actividad similar.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_y_salud_laboral
- http://www.mitramiss.gob.es/es/sec_leyes/seguridad/index.htm
https://www.phsserkonten.com/higiene/normas-higiene-seguridad/
https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Seguridad+y+higiene+en+el+trabajo&btnG=

Capítulo 1816

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. PREVENCIÓN PARA SANITARIOS Y NO SANITARIOS

GRETA LÓPEZ URÍA

MARIA ANGELES GARCIA GOMEZ

MARIA ANTONIA CUETO GARCÍA

1 Introducción

Los centros sanitarios son lugares donde la propagación de infecciones es un tema que requiere especial atención pues la proximidad a personas enfermas son un potencial riesgo para contagiar tanto a personal sanitario como no sanitario si no se toman las debidas precauciones. Si bien es cierto que el propio paciente, al tener posiblemente las defensas más bajas también le hace más vulnerable frente a organismos patógenos.

Es por ello que todo el personal, tanto sanitario como no sanitario ha de poner especial hincapié en tomar las medidas preventivas protocolizadas y las guías de actuación para de esta manera no poner en riesgo ni a sí mismo, ni a usuarios, compañeros y acompañantes que circulan por el centro sanitario u hospital.

2 Objetivos

Dar a conocer la existencia de actuaciones determinadas protocolizadas junto con las guías de actuación para prevenir potenciales o posibles enfermedades

transmisibles.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos como Medline, Cochrane, Pubmed y Scielo se emplea criterios de búsqueda en publicaciones académicas revisadas. Se consulta artículos científicos y se utiliza descriptores con las palabras claves relacionadas con la materia, prevención, infección, protocolo, guía, vigilancia epidemiológica, aislamiento, invasión, enfermedad infectocontagiosa y cadena epidemiológica.

4 Resultados

La infección es un proceso en el que un microorganismo patógeno invade y coloniza un huésped humano o animal pudiendo provocar o no enfermedad. El causante del proceso de invasión puede ser debido a virus, bacterias, hongos o parásitos que se multiplican y se diseminan por el organismo que dañan cuando el sistema inmunitario se ve alterado provocando la manifestación clínica o la enfermedad. Es por ello que su resultado dependerá de la virulencia que pueda tener el agente infeccioso, su número y cómo se encuentran nuestras defensas. Si bien es cierto que las enfermedades transmisibles pueden pasar de un ser animado a otro, también se transmite por contacto directo de un objeto inanimado.

Los agentes patógenos tras invadir y colonizar el huésped, se dividen y multiplican para producir la infección. Si el patógeno continúa multiplicándose podría desencadenar en fallecimiento y por tanto, las defensas corporales, han perdido la batalla. Si existe un equilibrio entre los microorganismos y el agente infectado puede derivar en una infección crónica. Y por el contrario, si nuestras defensas consiguen vencer a su invasor, con o sin un tratamiento médico, se alcanza la inmunidad ante futuros ataques por el mismo microorganismo patógeno por tanto, la salud se ha restablecido e inmunizado.

Los microorganismos que provocan enfermedades pueden hacerse más fuertes porque son más virulentos y resistentes que nuestro sistema inmunológico y provocan que aumente el grado de gravedad del proceso. Algunos son capaces de bloquear, anulando la producción o el desarrollo de defensas. Y otras son capaces de ser resistentes a su destrucción. Serán perjudiciales para nuestro cuerpo

cuando sean capaces de dañar el sistema inmunológico y ocasionar patologías infecciosas aumentando la mortalidad.

Entre las enfermedades contagiosas más comunes se encuentran la meningitis, la tuberculosis, las infecciones por el virus herpes transmitido por contacto, la hepatitis, el virus de la inmunodeficiencia humana VIH que se transmite por contacto directo en sangre, de madre a hijo o en relaciones sexuales, las infecciones urinarias u otro tipo de infecciones que se relacionan con la propia asistencia sanitaria y por tanto, afecta a personas ya enfermas haciéndolas más vulnerables siendo de nuevo las medidas de prevención y el tratamiento adecuado fundamentales para que no se vea comprometida la vida.

La promoción de la salud, la prevención y tener bajo control infecciones y enfermedades transmisibles hace inherente que existan sistemas de vigilancia epidemiológica, protocolos y guías de actuación para protegernos y llevar a cabo las intervenciones más eficientes y efectivas basadas en la evidencia científica. Las medidas estándar para prevenir infecciones y disminuir la incidencia de enfermedades contagiosas, pone de manifiesto la necesidad de sensibilizar para controlar situaciones que pueden generar alarma y rechazo debido a la desinformación.

Los niveles de prevención están orientados al nivel de desarrollo y evolución de la enfermedad, siendo para el periodo prepatogénico la prevención primaria y para el periodo patogénico la prevención secundaria y terciaria.
En el periodo prepatogénico actúan los factores que causarán la enfermedad. El individuo está expuesto y tiene probabilidades de desarrollar la patología pero todavía no se manifiesta de forma clínica. El periodo patogénico se caracteriza por la asintomatología previa y posteriores signos, sintomatología y manifestación clínica que indican el inicio de la enfermedad. Existe una patología concreta y por tanto un posible tratamiento adecuado para la curación del individuo.Tras los periodos anteriores, el resultado de la enfermedad puede ser irreversible sin dar lugar a posibles medidas terapéuticas porque ya no modifican el pronóstico, no hay solución y finaliza en óbito o por el contrario puede derivar en la incapacidad, la cronicidad o la sanación y la inmunidad del individuo.

Dependiendo de cómo se desarrolla y evoluciona la enfermedad, se emplean los niveles básicos de prevención primario, secundario o terciario. La prevención primaria actúa frente las causas para que no se produzca la enfermedad, identificando de forma precoz los factores de riesgo que hacen disminuir la incidencia de la enfermedad. La promoción de la salud del individuo disminuye la aparición de

patologías mediante la educación sanitaria, la vacunación. Y las actuaciones dirigidas al entorno del individuo y su medio ambiente es la protección de la salud con controles de agua, de alimentos, de aire, higiene alimentaria, saneamiento.

- Las precauciones estándar forman parte de la prevención primaria que se dirigen al trabajador con el objetivo, según la OMS, de reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos transmitidos por la sangre y otros tipos de agentes patógenos de fuentes tanto reconocidas como no reconocidas.
- La prevención secundaria se centra en el la detección temprana y el diagnóstico precoz, el uso de servicios de consulta y el rápido inicio del tratamiento para detener el progreso del proceso patológico de una enfermedad incapacitante.
- La prevención terciaria actúa con medidas encaminadas al tratamiento, la terapia y la rehabilitación para ralentizar el curso de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del individuo.
- La prevención cuaternaria es el cuarto nivel de prevención, aunque no se relaciona directamente con la enfermedad. Se trata de aplicar medidas para reducir, evitar y paliar los daños que pueda causar el profesional en ámbito sanitario durante sus actuaciones.

5 Discusión-Conclusión

Los principales niveles de actuación para los profesionales que están expuestos a agentes biológicos son la prevención primaria y la secundaria. Siendo la prevención primaria primordial para el profesional durante el desempeño de su trabajo para no ser infectado. Las medidas preventivas a tener en cuenta dentro de la prevención primaria se dirigen al individuo o al ambiente sanitario siendo, por un lado, promoción de la salud con la vacunación del personal y la adopción de las precauciones estándar, la higiene de manos, el uso equipos de protección individual y el correcto y adecuado manejo del material sanitario. Y por otro lado, la protección de la salud con medidas dirigidas al ambiente sanitario en las que se tienen en cuenta la eliminación de los residuos sanitarios y el aislamiento de pacientes infectocontagiosos.

Según las pautas del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, están indicadas para el personal sanitario la vacuna de la gripe, Hepatitis B, Tos Ferina, Triple Vírica y Varicela. En casos muy concretos se indica la vacunación a personal que pueda estar expuesto o trabaje en laboratorios de microbiología con vacunas para la enfermedad meningocócica, la fiebre amarilla, la

fiebre tifoidea, la hepatitis A y la poliomielitis. Se recomienda a todos los adultos las vacunas difteria y tétanos y la vacuna del neumococo.

El empleado que presta sus servicios en la sanidad está expuesto a sangre, fluidos corporales y materiales capaces de transmitir infecciones. Es por ello, que debe considerarse todo potencialmente infectado y tomar siempre las medidas y precauciones adecuadas. Las precauciones estándar se aplican cuando hay contacto con la sangre, los fluidos corporales, la piel no intacta o mucosas e incluyen en su actuación lavado de manos, higiene personal, uso de equipos de protección individual, tratamiento higiénico de ropa, vajilla y eliminación de residuos además de usar el material clínico específico o exclusivo para ese paciente concreto. En cuanto a pacientes que queden ingresados se les aplicarán medidas de aislamiento y mantendrán sus visitas restringidas.

La formación en prevención y conocer los protocolos de actuación para evitar infecciones es necesaria dado que puede evitarse la propagación y diseminación de las mismas, disminuyendo la carga de microorganismos en muchos casos, mediante un lavado de manos higiénico para unos casos y antiséptico y quirúrgico para otros. O una limitación de visitas para exponer al mínimo al paciente, al personal sanitario y no sanitario y a los familiares o los acompañantes teniendo en cuenta medidas de aislamiento indicadas para cada caso, medidas universales y protocolos de actuación.
Tanto el personal sanitario como el no sanitario que presta sus servicios en centros sanitarios corre el riesgo tanto de contraer como de transmitir infecciones por ello, es fundamental tener un conocimiento adecuado en la prevención.

6 Bibliografía

- Libro SECA-MSSSI. Seguridad del paciente. Estrategias de asistencia sanitaria más seguras.
- J. M. Cucalón, M. Guiu. El enigma de la prevención cuaternaria en atención primaria. Cuándo hacer y cuando no hacer. 2013
- Pujol M, Limón E.Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2013.
- García G, Rodríguez M, Benia W. Niveles y Estrategias de Prevención. 2008.
- J. Vignolo.Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud.
- Bases de datos Pubmed, Medline y Scielo.

- Y páginas web:Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Organización Mundial de la Salud y Mscbs.

Capítulo 1817

PATOLOGIAS FRECUENTES EN EL MUNDO LABORAL DEL CELADOR: LA LUMBALGIA.

PATRICIA NIEDA VALIENTE

GLORIA MARTA BAYLE ASENSIO

CARMEN MARIA ALVAREZ GARCÍA

1 Introducción

Uno de los trastornos que más afectan al celador es la lumbalgia. El hecho de estar muchas horas de pie y desplazar los pacientes de un lado a otro implica un sobreesfuerzo que puede dañar la zona lumbar.

La lumbalgia es una dolencia corriente, pueden ser agudas o crónicas. La mayoría de las veces es debida a un esfuerzo brusco, prolongado o mantener la misma postura durante mucho tiempo. Para poder entenderla mejor tenemos que tener en cuenta que la columna vertebral se compone de 7 vértebras cervicales, 12 vértebras torácicas, 5 vértebras lumbares y vértebras sagradas soldadas que forman el sacro y el cóccix. Cada vértebra está separada por un disco intervertebral que actúa como amortiguador de presiones causadas por los movimientos de la vida diaria y por la gravedad. El envejecimiento natural de los discos combinado con los malos hábitos posturales provoca dolores de espalda importante.

Los dolores relacionados con la lumbalgia pueden bajar a las nalgas, la parte posterior de los muslos y a la rodilla.

Hay 3 tipos de lumbalgia:
1. La lumbalgia común: refleja una evolución mecánica normal, común a toda la población. Esta lumbalgia puede ser invalidante y dolorosa, requiere la intervención de un médico o incluso una cirugía especifica. “Común” no significa “benigno”.

Hay 3 tipos de lumbalgia común:
- La crónica: tiene una duración de más de 3 meses.
- La aguda: tiene una duración inferior a 7 días.
- La recurrente: es una serie de episodios agudos, que ocurren con mayor o menor regularidad, y que se repiten durante meses o años.

Los casos más serios de una lumbalgia común pueden ser: lesión de un músculo, ligamento o tendón, hernia discal, artritis y artrosis.

2. La lumbalgia sintomática: En 10% a 15% de los casos, la lumbalgia se debe a una enfermedad: tumor, infección, malformación, fractura.

3. La lumbalgia psicógena: La tensión emocional puede causar tensión muscular y cansancio. Solo un medico puede hacer la diferencia entre la lumbalgia común y la lumbalgia sintomática.

Hasta los años 90, el tratamiento para la lumbalgia se basaba en conceptos erróneos porque se pensaba que el descanso y la falta de actividad eran el mejor de los remedios para que desaparezcan la lumbalgia. Se han dado cuenta que el alivio era solo a corto plazo. Hoy en día se recomienda que el reposo no supere las 48 horas y tener actividades físicas.

Generalmente la lumbalgia se trata con medicación como los analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos y relajantes musculares. Si los dolores son muy intensos, el medico puede prescribir infiltraciones de corticoides.

2 Objetivos

- Concienciar al celador de la importancia de mantener una buena postura e identificar los principales factores de riesgo asociados al trabajo de celador. Es importante tener un conocimiento de la enfermedad para mejorar sus síntomas.

3 Metodología

Se han realizado búsquedas sobre el absentismo del celador por dolores de espalda. Las búsquedas se han hecho en Google Académico, y en libros. Las palabras claves son: celador, lumbalgia, columna vertebral, estrés ocupacional.

4 Resultados

El colectivo de celadores tiene mayor riesgo de padecer lumbalgia.

Las posturas que pueden favorecer la lumbalgia son:
- Las tareas de trabajos forzados con el tronco reclinado.
- Levantamiento de pesos muy pesados.
- Largos periodos de tiempo de pie.

Los celadores también tienen una carga emocional muy importante:
- Sufrimiento y fallecimiento de los pacientes.
- Hacer frente a las necesidades psicológicas del paciente.
- Horarios irregulares (problemas de turnos).
- Conflicto entre compañeros.

Para prevenir la lumbalgia es muy importante trabajar ergonómicamente. Para ello los celadores deben de elaborar un plan de tareas y actividades. Se recomienda el uso de ropa holgada y no usar tacones. El mobiliario tiene que ser ergonómico para favorecer el trabajo productivo y la seguridad del celador. El trabajador tiene que estar colocado en un emplazamiento favorable y las tareas tienen que estar repartidas de manera equitativa.

5 Discusión-Conclusión

- En los países industrializados, el dolor lumbar se ha convertido en la primera causa de absentismo.

- En la lumbalgia intervienen factores tanto físicos como psicológicos de los trabajadores.

- La ergonomía es primordial para el buen desarrollo de las tareas, el mobiliario tiene que estar adaptado a las tareas del celador, para que el profesional pueda hacer un trabajo eficaz y adecuado.

- El ejercicio es indispensable para una buena recuperación.

- Es importante trabajar con una espalda recta, usar calzado adecuado y sentarse de vez en cuando.

6 Bibliografía

- www.scielo.br.
- http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012001200009&script=sci_arttext.
- https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/aoccc/vol-302.

Capítulo 1818

EL ROL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA.

CARMEN MARIA ALVAREZ GARCÍA

PATRICIA NIEDA VALIENTE

GLORIA MARTA BAYLE ASENSIO

1 Introducción

Las unidades de vigilancia intensiva (UVI) o también conocidas como unidades de cuidados intensivos, son servicios que tienen como objeto la recepción, observación y tratamiento por personal altamente especializado y dotado de material idóneo, de los pacientes en grave estado o críticos, que requieren atención continua, asistencia, vigilancia y tratamientos intensivos.
Su ubicación ha de ser dentro o muy próxima a la zona más técnico asistencial del centro, teniendo fácil acceso desde urgencias, el cual es el punto de entrada normal, para los pacientes graves.
Dentro de la Unidad de Vigilancia Intensiva hay varias unidades especializadas, dependiendo de las diversas patologías, estas unidades reciben el nombre de BOX o BOXES.
Los Boxes pueden ser de: cardiología, cirugía, cardiovascular, sépticos (infecciosos), trasplantes, cirugía general, politraumatizados, quemados graves, etc.
Por las características de los enfermos ingresados en ella los celadores que ejerzan su función en ella requieren, junto con la formación propia de su puesto, constatada esperanza profesional y conocimiento de las técnicas de movilización de

pacientes, así como una indumentaria como calzado aséptico, que renovarán cada vez que abandonen las dependencias.

Funciones del celador en la Unidad de Vigilancia Intensiva:
- El celador trasladará los aparatos y el material necesario, haciéndolo con cuidado para no deteriorarlos, transportaran y colocaran la botella de oxígeno a la cabecera del enfermo, bajo la supervisión de la enfermera, adoptando el manómetro y abriendo la botella.
- Se respetarán las normas las normas básicas de higiene y desinfección, para evitar contraer enfermedades o transmitirlas.
- Deberán de vestir el uniforme reglamentario siempre limpio, se ensucia se cambia, hay que utilizar calzas, mascarilla, guantes y gorro dependiendo del estado del paciente.
- Auxiliaron en todas las labores propias del celador ordenadas los médicos, supervisores, enfermeras, etc.
- Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, acompañado del médico o enfermera en los desplazamientos del paciente para la realización de pruebas diagnósticas que no pueden llevarse a cabo en la unidad.
- Ayudarán en todos los trabajos de fuerza que se requiera
- Ayudarán al personal de enfermería, cuando se solicite para el aseo del paciente, atendiendo a las indicaciones.
- Cuando el enfermo no pueda moverse por sí solo ni por el personal de enfermería, se le ayudará a colocar y a retirarle las cuñas.
- Ayudarán a las personas responsables a amortajar a los fallecidos, teniendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.
- Tramitarán comunicaciones orales, documentos, correspondencia, u objetos (historias, volantes, peticiones de exploraciones, etc.) y trasladaron los aparatos mobiliario que la unidad requiera.

Dependiendo de las instituciones, estas funciones pueden variar, pero siempre según el articulo 14, punto 2º del estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social.
Ayudar en las punciones lumbares, inyectables y otras pruebas que requieran inmovilización, colocando al paciente en la posición adecuada.
- Traslado del paciente hasta el medio de transporte en la entrada cuando es dado de alta de la unidad.

Debido a que la Unidad de Vigilancia Intensiva es un servicio altamente especializado en la asistencia, vigilancia y control de los pacientes en estado crítico, el

papel del celador debe de quedar bien reflejado y especificando pues es una figura con una importancia y relevancia importante a la hora del manejo de unos pacientes cuyo estado en la mayoría de las ocasiones es crítico y por lo tanto es un manejo complejo y meticuloso.

2 Objetivos

Dar a conocer el rol del celador en la unidad de vigilancia intensiva.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- www.auxiliardeenfermería/funcionescelador.htm
- www.elgotero.com/funcionesdelcelador.htm
- www.cglsanidadipa.Org/
- www.cgtsanidadipa.org

Capítulo 1819

CELADOR: RIESGOS ERGONÓMICOS Y SU PREVENCIÓN

MARTA GONZÁLEZ CARRERA

1 Introducción

Para el celador, gran parte de su trabajo es de carácter físico, realizando tareas de traslado entre departamentos, manipulación y desplazamiento de maquinaria, sillas de ruedas, camillas, y el manejo de cargas pesadas.

En el trato con los pacientes, es fundamental su labor para el aseo, movilización y cambios posturales. Recordemos que se trata de una carga que puede ser voluminosa, inestable, que se desplaza, que puede ofrecer resistencia. Esta actividad física puede acarrear una serie de riesgos ergonómicos por una mala higiene postural, realización de movimientos forzados o repetitivos, situaciones de contusiones, atrapamiento o caídas, por inadecuado calzado, superficies no adecuadas, obstáculos. Esto puede ocasionarnos una serie de lesiones osteomusculares de diferente grado (músculos, ligamentos, etc.) motivo de pérdida de salud, bajas laborales o derivar en enfermedad profesional. También supone un riesgo para el paciente si no se maneja con total seguridad.

2 Objetivos

- Establecer las medidas de prevención necesarias, como la preparación física, conocimiento de técnicas de higiene postural, movilización de pacientes, adecuación del trabajo y trabajo en equipo y en uso de material apropiado (calzado) y útiles y maquinaria (carros, grúas para movilización de pacientes).
- Delimitar cuáles son los riesgos y conocer las consecuencias.

3 Metodología

Revisión de publicaciones en Google Académico sobre seguridad e higiene en centros sanitarios. Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario y seguridad laboral. Asistencia a cursos específicos.

4 Resultados

Los celadores adquirirán la formación necesaria para administrar correctamente su capacidad física, la forma de realizar los movimientos bajo carga, las técnicas de movilización de pacientes y uso de la grúa, el trabajo en equipo, la forma correcta de desplazarse y desplazar objetos y maquinaria.

El resultado será una garantía en nuestra protección en cuanto a salud física, evitando lesiones de mayor o menor grado, la incapacidad transitoria o problemas de enfermedad profesional y un trato con el paciente que le aportará comodidad y seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Una toma de consciencia de los riesgos y consecuencias, información y aplicación de técnicas y procedimientos conseguirá que sea un trabajo seguro, tanto para el celador como para el paciente, compañeros y visitantes.

6 Bibliografía

- Celador del SESPA. Temario (sep., 2018).
- Manual de seguridad y salud en sector hospitales (Fremap).
- Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario (CCO Castilla y León).

Capítulo 1820

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

CLAUDIA LAFUENTE MENÉNDEZ

1 Introducción

La Constitución Española de 1978 recoge en su artículo 18 el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen; así como el límite del uso de la informática para garantizar esos derechos y su ejercicio.

El Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos; y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales; van a desarrollar y completar el artículo 18 de la Constitución

2 Objetivos

- Se pretende analizar el tratamiento y la recogida de los datos de carácter personal, trasladándolo al trabajo del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

3 Metodología

La búsqueda de información se ha realizado mediante los buscadores Google y Google Académico; siendo el término usado en la búsqueda: "protección de datos" . Utilizando como criterios de inclusión libros, publicaciones, artículos y leyes o decretos aprobados hasta el año 2019. Y como criterios de exclusión, documentos publicados en idiomas distintos al español.

4 Resultados

Los principales derechos que tienen los ciudadanos en materia de protección de datos son: ser informados de forma clara y precisa de para qué van a ser utilizados sus datos; poder acceder gratuitamente y en cualquier momento a su información personal; poder corregir, actualizar o modificar sus datos; poder cancelar sus datos cuando ya no sea necesaria la finalidad para la que fueron aportados; y poder oponerse al tratamiento de sus datos privados.

Por otro lado, todas las personas, empresas y organismos, tanto privados como públicos que dispongan de datos de carácter personal están obligados a: obtener la legitimidad del interesado; inscribir los ficheros en el Registro General de Protección de datos; asegurarse de que los datos que se le proporcionan son auténticos, se han obtenido de manera lícita y son debidamente tratados; guardar el secreto, no revelando los datos a terceros sin la autorización del titular de esos datos; informar siempre al titular de los datos que éstos van a quedar recogidos y con qué finalidad; recabar el consentimiento del titular de los datos siempre que se vayan a modificar éstos; garantizar que el titular pueda acceder a los datos para poder solicitar su modificación o cancelación; dar de alta los ficheros en la Agencia Española de Protección de datos, y mantener actualizado el Documento de Seguridad.

5 Discusión-Conclusión

El personal que trabaja en el entorno sanitario , entre el que se incluyen los auxiliares administrativos, tienen acceso a multitud de datos personales de los pacientes. Por ello se hace necesario que adopten todas las precauciones a la hora de tratar esos datos y sigan las recomendaciones del Decálogo de Protección de Datos elaborado por La Agencia Española de Protección de Datos:
-Tratar los datos de los pacientes como querrías que tratasen los tuyos.

-¿Estás seguro de que tienes que acceder a esa historia clínica? Sólo debes acceder si es necesario para tu labor.
-Recuerda que los accesos a la documentación clínica quedan registrados en el sistema.
.-Evitar informar a terceros sobre la salud de los pacientes, salvo que estos lo hayan consentido o con justificación lícita.
-No facilitar tus claves de acceso, cuando abandones el despacho cierra la sesión del ordenador
-No mandar datos de salud por correo electrónico o por cualquier red pública, si fuera imprescindibles es necesario cifrar los datos.
-No tirar la documentación a la papelera, destruirlos o seguir el procedimiento del centro.
-Cerrar armarios y archivadores con documentación clínica al terminar la consulta.
-No dejes historias clínicas a la vista sin supervisión.
-No crear por tu propia cuenta ficheros con datos clínicos.

6 Bibliografía

- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. https://www.aepd.es/es

Capítulo 1821

LA ERGONOMÍA EN EL TRABAJO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

CLAUDIA LAFUENTE MENÉNDEZ

1 Introducción

La ergonomía se define como " el estudio de las condiciones de adaptación de un lugar de trabajo, una máquina, un vehículo, etc., a las características físicas y psicológicas del trabajador o el usuario". La ergonomía es, por tanto, una práctica multidisciplinar que tienen por objeto optimizar tres elementos: el hombre, la máquina, y el ambiente en el que ambos interactúan.

2 Objetivos

- Analizar el diseño ergonómico del puesto de auxiliar administrativo, para obtener un óptimo ambiente laboral.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google Académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed, además de los libros de texto. Los términos empleados han sido: ergonomía, pantalla de ordenador, prevención de riesgos y auxiliar administrativo.

4 Resultados

A la hora de realizar el diseño ergonómico del ambiente de trabajo del auxiliar administrativo los elementos más importantes a tener en cuenta son:
1. El ordenador:
- Ha de estar situado a una distancia superior a 40 cm y el borde superior de la pantalla ha de coincidir por encima del nivel de los ojos.
- El ratón ha de estar adaptado para que pueda ser usado por diestros y zurdos,y colocado de tal manera que permita tener los dedos sobre él y el antebrazo apoyado sobre la mesa sin hacer estiramientos.
- La pantalla se ha de poder ajustar (tamaño de caracteres, brillo, contraste, etc), para facilitar su legibilidad.
2. La silla:
- Ha de ser estable con el respaldo ajustable a la espalda y el asiento regulable permitiendo tocar el suelo con los pies.
- Debe tener reposabrazos que no tropiecen con el borde la mesa.
- Ha de estar hecha de material transpirable que evite la humedad procedente del sudor.
3. La mesa:
- Ha de estar a la altura de los codos del usuario cuando éste esté sentado.
- Ha de tener las esquinas redondeadas y con espacio suficiente bajo la misma para las piernas de usuario.
4. El entorno:
- Ha ser posible se utilizará luz natural o un refuerzo de luz artificial, y siempre se evitarán luces directas o destellos que produzcan deslumbramientos.
- Se evitarán ruidos altos que alteren la capacidad de concentración.
- Se procurará tener una temperatura adecuada.
5. La organización del trabajo:
- El trabajador ha de conocer las instrucciones de funcionamiento de sus equipos de trabajo.
- Debe recibir la formación correspondiente en prevención de riesgos laborales de su puesto.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo desempeña su trabajo sentado frente a un ordenador y esto hace que adopte posturas que pueden provocarle mala circulación en las piernas, dolores de espalda, cervicales y musculares, dolores de cabeza, pérdida

de visión etc. Este tipo de patologías se puede evitar o al menos paliar, con la implantación de un programa ergonómico que tenga por objeto analizarlas, prevenirlas y resolverlas en la medida de lo posible.

6 Bibliografía

- Junta de Andalucía. Prevención de riesgos laborales. 1ª edición. Andalucía. Iniciativa comunitaria ADAPT.
- NTP 602: El diseño ergonómico del puesto de trabajo con pantallas de visualización: el equipo de trabajo (actualiza la NTP 139) http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_602.htm
- UNIVERSITAT POLITÉCNICA DE VALENCIA: Plan de Oficinas. Guía del usuario. Notas Técnicas de prevención (NTP´s) NTP 139: El trabajo con pantallas de visualización: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_139.htm

Capítulo 1822

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA INFORMATIZACIÓN DE LA SANIDAD

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

CLAUDIA LAFUENTE MENÉNDEZ

1 Introducción

El Auxiliar Administrativo se relaciona con el usuario de las instituciones sanitarias de tres maneras: de forma presencial, de forma telefónica y de forma telemática.

Mediante la atención presencial se proporciona recibimiento y orientación sobre las formas de acceso a los distintos organismos; información sobre los procedimientos y documentación necesarios para realizar trámites; recepción y registro de documentos; admisión y tramitación de sugerencias y quejas.

Mediante la atención telefónica se proporciona a los ciudadanos información sobre derechos y deberes individuales o colectivos, sobre la utilización de bienes y servicios públicos, sobre la localización órganos y entidades, sobre los requisitos necesarios para llevar a cabo algún procedimiento; también se permite la realización de determinados trámites.

Mediante la atención telemática se proporciona un acceso a espacios virtuales de información y de gestión.

Actualmente nos encontramos en plena consolidación de la Sociedad de la Información y el Conocimiento, por lo que las gestiones telemáticas y las relaciones electrónicas son cada vez más habituales e imprescindibles

2 Objetivos

- Analizar cómo tras la aparición de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), se ha ido desarrollando una administración electrónica que ha contribuido a modernizar la Administración, y por ende la manera de trabajar del Auxiliar Administrativo.

3 Metodología

La búsqueda de información se ha realizado mediante los buscadores Google y Google Académico. Siendo los términos usados en la búsqueda los siguientes: Tecnologías de la Información y la Comunicación; informatización de la sanidad; atención telemática; y auxiliar administrativo.

4 Resultados

La Administración General del Estado en colaboración con las Administraciones Autonómicas y la ayuda de la financiación de fondos FEDER de la Unión Europa, desarrollaron el proyecto Sanidad en Línea en el año 2006. Con este proyecto se pretende impulsar el uso de las TIC en el Sistema Nacional de Salud.

De esta manera, se informatizan los centros sanitarios públicos, y se consigue que los usuarios de la sanidad pública y los profesionales de la misma tengan a su alcance servicios en línea, tanto administrativos (cita por internet, cambio de médico, petición de pruebas, etc); como clínicos (receta electrónica, historia clínica electrónica, etc). Con la Sanidad en Línea lo que se consigue es una base de datos de cada usuario de la tarjeta sanitaria, y a su vez el intercambio de información del Sistema Nacional de Salud, mediante la interoperabilidad de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Así, a través de la intranet sanitaria y el intercambio de información, se garantiza en todo momento la atención sanitaria a los usuarios.

5 Discusión-Conclusión

En el mundo actual el usuario ha dejado de ser un mero receptor de los servicios públicos, ahora con la llegada de las TIC, interviene y participa directamente en todos los trámites. Por ello el personal administrativo ha de adaptarse a las nuevas herramientas y formas de trabajar ya que la atención presencial mediante el papel tiende a desaparecer.

6 Bibliografía

- RANCISCO VILLANUEVA DÍEZ, Jefe de Área de Desarrollo, Ministerio de Administraciones Públicas. Dirección General de Modernización Administrativa. División de Proyectos Tecnológicos.
- ONTSI (2012). Los Ciudadanos ante la e-Sanidad. Estudio sobre opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario. [Documento en línea recuperado el 30/05/2013 de http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/informe_ciudadanos_esanidad.pdf
- RED.ES (2005). Las TIC en el sistema nacional de Salud. El programa Sanidad en Línea. [Documento en línea recuperado el 30/05/2013 http://www.elmedicointeractivo.com/resources/files/2011/8/29/1314608362129glosario09.pd

Capítulo 1823

EL AGOTAMIENTO PROFESIONAL EN EL PERSONAL NO SANITARIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA FE MENÉNDEZ BIGOTES

MARIA JESUS FERNANDEZ ORDOÑEZ

ALBERTO ANTONIO LABRADA SUÁREZ

1 Introducción

Entre los profesionales no sanitarios, al igual que en el sanitario, también se han hallado altos índices de desgaste profesional.

El denominado desgaste profesional se trata de un fenómeno progresivo. Consiste en una adaptación psicológica paulatina ante requerimientos emocionales mantenidos en el tiempo.
El factor fundamental del desgaste profesional es la repetida demanda de disponibilidad emocional que conlleva el trabajo con personas, especialmente cuando éstas se encuentran en situación de vulnerabilidad. Este tipo de relación entre profesionales y usuarios sienta las bases para que se produzca el desgaste.

El proceso de sintonización emocional por empatía que conlleva el encuentro con el otro expone a los profesionales a toda una gama de afectos negativos (tristeza, angustia, miedo, rabia…) procedentes de los usuarios, sus familiares y, en ocasiones, otros compañeros.

Palabras clave: Desgaste profesional. Satisfacción en el trabajo. Cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal

2 Objetivos

- Estudiar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en los trabajadores no sanitarios que prestan sus servicios dentro del ámbito hospitalario, y valorar su relación con los factores personales y ambientales.
-Identificar los ámbitos de trabajo más expuestos al Desgaste Profesional.
- Analizar los principales factores desencadenantes
- Determinar las consecuencias más frecuentes de esta situación, respecto a los trabajadores y respecto a la asistencia.
- Identificar los factores de protección frente al Desgaste Profesional.
- Definir estrategias de afrontamiento, identificando actuaciones individuales, grupales y organizativas.
- Señalar buenas prácticas para el cuidado y el autocuidado de los profesionales.
-Describir las medidas preventivas y terapéuticas que se utilizan actualmente

3 Metodología

Sucesivas consultas de materiales bibliográficos actualizados. Utilización de revistas científicas nacionales y artículos en linea mediante distintos buscadores como Google. Estudio de las posibles maneras de afrontar el desgaste profesional que van a variar en función del punto en el que se encuentre la persona dentro de este proceso.

4 Resultados

SDP aparece ante una respuesta continuada al estrés laboral, y puede afectar a la salud física y mental, así como a las relaciones sociales de los trabajadores que lo padecen. Se ha observado en los afectados un cierto cansancio físico y emocional, tensión, ansiedad y limitación en las relaciones personales en el ámbito laboral con una disminución de la eficacia y la eficiencia, absentismo y mengua de la calidad asistencial. Hay múltiples factores individuales y ambientales que conducen a situaciones de mayor desgaste profesional y menor satisfacción en el trabajo.

Entre los factores individuales relacionados con un menor desgaste profesional, se han estudiado diversos rasgos de la personalidad, como el optimismo, la afectividad, la autoestima o determinados factores hereditarios.

El trabajo de los profesionales que prestan servicios en instituciones sanitaria genera con frecuencia situaciones de estrés debido a las elevadas exigencias inherentes a la actividad asistencial y a la exposición habitual a situaciones de alto impacto emocional, angustia y duelo.

Se trata de tareas que requieren de la atención plena de los profesionales en situaciones de elevada demanda emocional. En muchas ocasiones esto puede conducir a un grado de implicación personal que, mantenido en el tiempo, puede acabar afectando al bienestar emocional del profesional. Cuando se llega a esta situación, conocida como Síndrome de Desgaste Profesional o Síndrome de Burnout, el profesional afectado puede experimentar problemas de conducta, malestar psicológico y corporal, con repercusiones nocivas tanto para el propio trabajador como para las personas a las que presta asistencia.

Los trabajadores del sector sanitario se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversos factores propios de la profesión: enfrentarse frecuentemente a situaciones de sufrimiento, muerte, dolor y pérdida. Los profesionales se ven igualmente requeridos para la realización de tareas que implican una elevada demanda emocional y cognitiva, tales como la atención sostenida, la memorización, el aprendizaje, el afrontamiento de muy diversas presiones laborales, los conflictos de rol en el reparto de tareas, y un largo etcétera.

5 Discusión-Conclusión

Los efectos perjudiciales que el estrés tiene sobre la salud física y psicológica están ampliamente documentados. Los principales síntomas que se presentan asociados a situaciones de estrés son los trastornos musculo-esqueléticos, cuadros ansioso-depresivos y una amplia gama de alteraciones psicosomáticas.

Por otro lado, los costes económicos para la organización son igualmente importantes. Dentro de las consecuencias que podríamos denominar de carácter organizativo, destacan la disminución del rendimiento, el incremento de la accidentabilidad, la rotación y el absentismo.

Seria recomendable mejorar el clima organizacional y potenciar el optimismo y la autoestima individual, para disminuir los efectos del desgaste. el SDP es un

proceso dinámico, y la secuencia sería una situación de estrés con desajuste entre las demandas y los recursos del trabajador, seguida de una fase de agotamiento, llegando finalmente a una fase de despersonalización caracterizada por una tendencia al distanciamiento con los usuarios y la adopción de conductas de robotización y cinismo.

- No se han hallado asociaciones entre el SDP y el sexo.
La edad también se ha relacionado con este síndrome, aunque numerosos estudios valoran que influye mas «años de profesión» y no la edad.

El desgast profesional puede ser bien manejado por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud si fuesen informados y prevenidos sobr el mismo, también enseñandoles como tolerar o deshacerse de aquellas situaciones que generasen emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas que tratan diariamente.

Para evitar iniciar la senda del desgaste es fundamental encarar la propia profesión desde una visión lo más realista posible. Es bueno recordar y aprender a sobrellevar el que no trabajamos solos, no elegimos a nuestros compañeros y no somos iguales.

Tiene también una gran importancia disponer de las habilidades precisas para el trato con los pacientes, familiares y allegados, de manera solvente. Algunas personas disponen de estas habilidades de manera innata y, en otros casos, resultará necesario adquirirlas o reforzarlas, por lo que la formación en este ámbito resulta una prioridad.

Debemos aprender a dar malas noticias, a transmitir calma o resolver dudas de forma eficaz en situaciones de angustia, miedo o ira de las otras personas; escuchar de forma activa, mostrar empatía o consolar, mostrándose asertivo. Disponer de estas habilidades proporciona al profesional una seguridad en la interacción que le protege frente al desgaste emocional.

La capacidad para afrontar y resolver conflictos dentro del equipo de trabajo es otro elemento fundamental para resolver en fases tempranas situaciones que pueden acabar conduciendo a una situación de desgaste profesional.

La existencia de un código de buena conducta en el entorno de trabajo al que remitirse, así como un procedimiento para la resolución de conflictos, unidos a un programa de formación en las habilidades precisas en el manejo de situaciones conflictivas son estrategias de gran utilidad en las fases iniciales del desgaste.

La OMS reconoce el desgaste profesional como enfermedad , tras la ratificación de la revisión númro 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, cuya entrada en vigores ha fijado para el próximo 1 de Enero de 2022.

6 Bibliografía

1. . ¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profesionales con trastornos psicopatológicos ¿
2. Fatiga, stress, desgaste laboral.Articulo
3. La salud de los trabajadores de la salud. Revista.
4. El desgaste profesional.Revisión de estudios

Capítulo 1824

EL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CLAUDIA LAFUENTE MENÉNDEZ

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La historia clínica contiene el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente con identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en ellos. En cada hospital existirá un archivo central de historias clínicas que se encargará de recopilar, conservar y administrar(en cualquier soporte), todo el material impreso; escrito o iconográfico que se genera en los procesos asistenciales.

El tratamiento de estos datos ha de estar siempre sujeto a la normativa establecida en la L.O 3/2018 de 5 de Diciembre," de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales". El Servicio de Admisiones y Documentación Clínica junto con la Comisión de Historias Clínicas, serán quienes se encarguen de establecer las pautas y los criterios de funcionamiento a la hora de archivar y manejar las historias clínicas, bajo la aprobación de la Dirección del Hospital.

2 Objetivos

- Analizar el método que se sigue para organizar y gestionar los archivos de documentación e historias clínicas en un hospital.

3 Metodología

La búsqueda de información se ha realizado mediante los buscadores Google y Google Académico; siendo los términos usados en la búsqueda los siguientes: "historia clínica", "archivo central", "documentación clínica" y "autonomía del paciente". Utilizando como criterios de inclusión libros, publicaciones, artículos y leyes o decretos aprobados hasta el año 2019. Y como criterios de exclusión, documentos publicados en idiomas distintos al español.

4 Resultados

A la hora de organizar un archivo se siguen unas pautas:
- diseñar el documento y la carpeta de soporte.
- especificar el orden de los pasos a seguir en cada episodio asistencial.
- registrar el préstamo y la recepción de cada historia.
- hacer un seguimiento de la documentación prestada.
- llevar a cabo un mantenimiento y un tratamiento de la documentación prestada.
- ocuparse de recuperar la información.
- garantizar la confidencialidad de la información que contiene el archivo.

En todo momento se ha de garantizar el acceso a las historias y por supuesto su confidencialidad.
La historia clínica está permanentemente rotando por los distintos servicios del hospital, por ello es necesario que cada vez que es utilizada (urgencias, hospitalización, consultas externas, etc.), regrese al archivo central.

5 Discusión-Conclusión

Hasta hace unos años las historias clínicas en papel suponían un volumen que superaba el espacio destinado a ellas en los hospitales por lo que se hizo necesario externalizar la gestión de las mismas.

Con el avance tecnológico se ha conseguido crear la historia clínica electrónica. Aparece así la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, que tiene como finalidad garantizar el acceso directo a la documentación clínica tanto de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, y demás técnicos), como a los profesionales que están al frente del servicio de atención al paciente(Auxiliares Administrativos), como al propio ciudadano.

Permitiendo así que los usuarios accedan por vía telemática a los datos de su salud o la de sus representados; que los profesionales sanitarios de los Servicios de Salud de las distintas Comunidades Autónomas accedan a la información siempre que el paciente demande sus servicios desde un centro del Sistema Nacional de Salud; y garantizar la confidencialidad de los datos personales del paciente.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, "Básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica".
- L.O 3/2018 de 5 de Diciembre," de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales".
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Capítulo 1825

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE EL USUARIO DE INSTITUCIONES SANITARIAS

CLAUDIA LAFUENTE MENÉNDEZ

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La Ley General de Sanidad recoge que la información sobre el servicio sanitario debe ser clara, sencilla, comprensible, completa y detallada tanto en derechos como en deberes, que incluyan los trámites administrativos y acompañados de un trato agradable y tranquilizador.

En los años ochenta empezaron a darse los primeros pasos para que el contacto de los ciudadanos con los centros y servicios sanitarios fuera lo más agradable posible, es decir, para lograr la humanización de la sanidad.

Para ello es necesario que los profesionales que desarrollan su trabajo en las instituciones sanitarias (entre los que se encuentran los auxiliares administrativos) mantengan actitudes de empatía, cortesía, respeto, amabilidad, etc.

2 Objetivos

- Analizar el modo de actuar de un Auxiliar Administrativo a la hora de atender a los usuarios de las instituciones sanitarias.

3 Metodología

Utilizando las palabras clave, AUXILIAR ADMINISTRATIVO, USUARIO DE INSTITUCIONES SANITARIAS, HUMANIZACIÓN DE LA SANIDAD Y COMUNICACIÓN, buscamos información en varias de las principales bases de datos: PubMed, Scielo, Cochrane, Google Académico y en blogs de salud, encontrando un total de 63 artículos, de los cuales se seleccionaron varios artículos en base a los objetivos anteriormente descritos.

4 Resultados

Existen varios tipos de perfil de usuario a la hora de relacionarse con la Administración en general y con las instituciones sanitarias en particular:

- EL ENOJADO. Muestra su enfado y malestar por encima de sus argumentos. En estos casos hay que ayudarle a sobreponerse del enfado, nunca decirle que no hay motivo para su enojo y preguntarle cómo le gustaría que se le ayudara.
- EL DISCREPADOR. Es polémico y agresivo, está en desacuerdo con todo lo que se le dice. La actitud correcta es no entrar en provocaciones, contar hasta diez, hablarle suavemente centrándose en los puntos en los que tiene razón y argumentar a partir de sus propias palabras.
- EL CONVERSADOR. Suelen ser personas que hablan mucho porque se sienten solas. Ante este usuario hay que tomar el control de los tiempos y atenderle adecuadamente pero dejándole claro que hay más personas esperando a ser atendidas.
- EL GROSERO U OFENSIVO. Cree saberlo todo y se comporta con prepotencia y arrogancia. Ante este usuario hay que ser especialmente amable y pedirle su opinión.
- EL IMPULSIVO. Es nervioso, tiene prisa y quiere ser atendido inmediatamente. Ante este usuario se ha de valorar su tiempo y darle la información precisa.
- EL INDECISO. Es inseguro y no sabe lo que le conviene. A este usuario se le ha de ayudar a decidir con argumentos aclaratorios.
- EL DESCONFIADO. Duda de todo y ningún argumento le resulta válido. A este usuario se debe procurar no contradecirle y no afirmar nada que no se pueda demostrar.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible que el Auxiliar Administrativo a la hora de atender al ciudadano sepa identificar el perfil del usuario ante el que se encuentra y las necesidades y expectativas que este espera de la atención que se le va a prestar. Las necesidades comunes que todo usuario tiene cuando se dirige a la Administración son: sentirse cómodo y tranquilizado; ser recibido sin demoras; ser orientado y aconsejado con profesionalidad y honestidad; ser atendido con amabilidad y cortesía y que se maneje su información personal con discreción.

6 Bibliografía

- Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.
- Modelo EFQM de Calidad y Excelencia.
- Bermúdez, S y García, J. Análisis cualitativo de las habilidades de las escucha activa sobre una muestra de profesionales sanitarios. Anuario Psicoloxía e Saúde: Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG. 2016.

Capítulo 1826

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL SERVICIO DE ADMISIÓN

CLAUDIA LAFUENTE MENÉNDEZ

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Todo hospital debe contar con un Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADOC ó SAD), adscrito a la Dirección de Gerencia del hospital. Debe estar operativo todos los días del año, durante las 24 horas del día y se encarga de coordinar y estructurar todos los movimientos y contactos asistenciales que los pacientes tienen dentro del hospital y de su área asistencial. Al frente de este servicio se encuentra una persona encargada de coordinar el el trabajo del personal que lo engloba: médico, de enfermería, administrativo y subalterno.

2 Objetivos

- Analizar las funciones del Servicio de Admisión de un hospital.

3 Metodología

La búsqueda de información se ha realizado mediante los buscadores Google y Google académico; siendo los términos usados en la búsqueda los siguientes:" Auxiliar Administrativo", "Servicio de Admisión", "gestión de camas hospitalaria", "alta hospitalaria" e "ingreso hospitalario". Se consulta en libros y revistas

españolas, encontramos 56 artículos de los cuales se escogieron 17 para justificar los objetivos.

4 Resultados

El organigrama del Servicio de Admisión es: urgencias, hospitalización, consultas externas, lista de espera, servicios asistenciales y gestión de camas. Y sus funciones son:

- En urgencias: registro de pacientes, elaboración de los documentos que se generan con la asistencia y registro del destino del paciente cuando abandona el área de urgencias.
- En hospitalización: programación de los ingresos, traslados a otros centros si fuera necesario, apertura de episodio de ingreso con los datos del paciente, programación quirúrgica, traslados a otros centros sanitarios, altas hospitalarias.
- En consultas externas: diseño de la estructura de la agenda, gestión de citas, envío de las citas a consultas.
- En las listas de espera: mantener actualizadas las listas, enviar a los distintos servicios las solicitudes pendientes, gestionar las derivaciones que se produzcan a otros hospitales.
- En las secretarías asistenciales: planificar, coordinar y supervisar las tareas administrativas propias del servicio de admisión.
- En la gestión de camas: llevar un censo de camas, asignación de camas en el área de hospitalización, controlar los movimientos intrahospitalarios y los pacientes aislados.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo el ingreso administrativo de un paciente se han de recoger los siguientes datos : número de historia clínica; número de episodio de ingreso; procedencia de un ingreso programado, urgente o traslado de otro centro; financiación y garante; fecha de ingreso; hora de ingreso; servicio que solicita el ingreso; médico que solicita el ingreso. Y en el alta administrativa se hará constar: el servicio y médico asignados; tipo de ingreso; unidad de enfermería; cama; diagnóstico de ingreso; fecha del alta; hora del alta; tipo de alta; destino del alta; médico que da el alta; servicio que da el alt;, diagnóstico del alta; y código y descripción del procedimiento.

El servicio de Admisión debe mantener los datos de apertura y cierre del proceso

asistencial de cada paciente actualizado permanentemente y en tiempo real. De esta manera se podrá hacer una gestión adecuada y razonable de la asignación de camas, cuya escasez es uno de los mayores problemas de todos los hospitales.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Servicio de Documentación y Publicaciones. "Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.
- Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- Orencio López Domínguez "Gestión de pacientes en el hospital". Olalla Ediciones S.L. 1997.

Capítulo 1827

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS

YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ

MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ

JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ

1 Introducción

Las funciones del Celador están recogidas en el artículo 14.2 del Estatuto del Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971. En este trabajo nos centraremos en la función descrita en El artículo 14.2.12 se especifica que "tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la institución como en el servicio de ambulancias". Más específicamente, en los traslados intrahospitalarios entre unidades y distintos servicios del hospital.

2 Objetivos

- Realizar un traslado eficaz y efectivo entre unidades.
- Comprobar la correcta identificación del paciente a trasladar.
- Asegurar en todo momento la comodidad y seguridad del paciente durante el traslado.
- Utilizar el medio de trasporte más conveniente según la patología y estado físico del enfermo.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre las funciones del celador, para la cual, en buscadores científicos tales como Pubmed, Medline y Scielo. Además, se han consultados artículos y notas de distintos hospitales españoles y del Ministerio de Sanidad.

4 Resultados

Los traslados de los pacientes pueden realizarse con el paciente en cama,camilla o bien en silla de ruedas, dependiendo de su estado físico en el momento del traslado. Vamos a definir ambos medios de trasporte a continuación.

Así, se define cama hospitalaria como dispositivo que está destinado a la atención continuada de pacientes ingresados. Existen diferentes modelos según la patología que presente el paciente (traumatológicas).

En cuanto a la silla de ruedas se dice del vehículo individual para favorecer el traslado de personas que han perdido, de forma permanente, total o parcialmente, la capacidad de deambulación y que sea adecuado a su grado de discapacidad. Consta de un asiento con grandes ruedas laterales que permite que se desplace una persona con imposibilidad para andar.

Existe además, en el caso de traslado de pacientes que ingresan en la planta de hospitalización desde el servicio de urgencias, otro dispositivo como la camilla. Generalmente, consiste en una plataforma para el paciente, fabricada en acero, aluminio o plástico, montada en una armazón con ruedas, que puede incorporar dispositivos mecánicos o hidráulicos para ajustar la altura de la plataforma. Las camillas de altura fija generalmente son más livianas, menos complejas y menos costosas que los modelos de altura graduable, pero estas últimas pueden alcanzar la altura de otras superficies, lo cual permite traslados más fáciles y seguros. Para pacientes bariátricos, las camillas pueden ser más anchas y reforzadas estructuralmente, para proporcionar mayor capacidad de peso y tienen las ruedas más grandes.

Como norma general, movilizaremos la camilla o cama desde su cabecera, en el sentido de la marcha, de tal forma que los pies del paciente vayan abriendo camino. Igualmente, la silla de rueda se empujará desde la parte de atrás de la misma. Ahora bien, nos encontramos con una serie de excepciones, que pasamos

a enumerar.

1. Silla de ruedas
Para entrar o salir de un ascensor, el celador entrará primero tirando de la silla, de espaldas al ascensor. Una vez dentro girará la silla, siempre que sea posible, para salir de la misma forma que entró.

En caso de que en el traslado, el celador se encontrase con una rampa; éste deberá empujar la silla desde atrás, así el paciente irá de cara a la marcha en caso de que quiera subirla. Si por el contrario lo que sen desea es bajar la rampa, el celador se desplazará de espaldas a la rampa, mirando de vez en cuando hacia atrás para evitar caídas y obstáculos.

Al cruzar cualquier tipo de hojas elásticas, puertas abatibles o eléctricas, el celador volverá la silla y pasará antes que el paciente, caminando hacia atrás, atravesando él en primer lugar.

2. Cama o camilla
En pacientes asistidos, el celador empujará la cama por los pies, dejando la cabecera libre para el control del paciente por el personal sanitario.

En un ascensor, al igual que con la silla de ruedas, entrará primero el celador, tirando de la cabecera de la cama o camilla, entrando los pies lo último. (en pacientes acompañados por personal sanitario,como pueden ser pacientes críticos, dentro del ascensor el celador se colocará a los pies del enfermo). Para salir del ascensor, empujaremos por el cabecero de la cama o camilla, saliendo los pies del paciente lo primero.

En caso de las rampas, el celador empujará por el lado de los pies de la cama o camilla; en caso de que desde subirla. Si por el contrario lo que se quiere es bajar una rampa, caminará hacia atrás desde los pies de la cama o camilla, delante del paciente y de espaldas a la pendiente, mirando de vez en cuando hacia atrás para evitar resbalones o caídas.
En ambos casos, la cabeza del paciente ira más elevada que los pies.

Así mismo, es el celador el encargado de velar por los materiales o tratamientos que pueda precisar el individuo a trasladar (balas de oxígeno, sueroterapia, batas, ropa de cama o del propio paciente, objetos personales, etc.), así como de documentos tales como, historias clínicas, informes, etc. Y sobre todo y más fundamental el celador, tendrá en cuenta y favorecerá el bienestar del paciente durante todo el proceso, evitando posibles lesiones durante éste.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador durante los traslados es fundamental, dado que es el encargado de proporcionar seguridad al paciente desde que sale de la unidad de origen hasta que llega a la unidad de destino. Por tanto, éste deberá conocer o formarse sobre los movimientos correctos y más seguros tanto para el mismo como para el enfermo, durante el proceso. Además deberá comprobar que el paciente trasladado esté identificado y sea el correcto. Por otro lado, corroborará con el resto de profesionales sanitarios que el medio de trasporte sea el más adecuado y que el punto de origen y destino sea el correcto.

6 Bibliografía

- B.O.E. n.O 174, fecha 22/07/1971.
- Real Academia de la Lengua Española (RAE).
- Tema 18 libro CEP celador. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
- LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.7/12/2003 BOE núm. 301
- http://www.elhospital.com/temas/Camillas-moviles-hospitalarias
"Camillas móviles hospitalarias" Diciembre de 2006Página 1 de 3.
- Torres MC, Martín MLP. Calidad asistencial en la atención al paciente hospitalizado y su influencia en la satisfacción del usuario. Telos. 2005;(1):21-36.

Capítulo 1828

LOS RIESGOS ERGONÓMICOS DEL CELADOR

Mª LOURDES PÉREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Son múltiples y muy variadas las tareas del celador, pero se puede concluir que la mayor parte de sus funciones están ligadas a trabajos físicos, con los consiguientes riesgos para la salud del celador. Esto implica un gran numero de lesiones y bajas laborales con los prejuicios que conllevan, tanto en la organización asistencial como el impacto económico que las bajas ocasionan al sistema sanitario. Realizar esfuerzos físicos intensos o bien por acumulación de pequeños movimientos realizados de forma inadecuada, predispone a padecer lesiones y dolores a nivel de columna. En un futuro puede desencadenar con el paso de tiempo patologías lumbares importantes.

2 Objetivos

Describir los principales riesgos laborales ergonómicos a los que se enfrentan los celadores y las principales lesiones que sufren en la labor diaria.

3 Metodología

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

seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los riesgos ergonómicos, en particular los sobreesfuerzos, producen trastornos o lesiones musculo-esqueléticos en los trabajadores, por ejemplo, dolores y lesiones inflamatorias o degenerativas generalmente en la espalda y en las extremidades superiores. El incremento de accidentes laborales en este sector conlleva la elaboración de técnicas de trabajo que evitan o disminuyen estas incidencias.

A continuación se van a detallar las maniobras a realizar por el celador en sus tareas cotidianas con el fin de reducir este tipo de lesiones. Estas tareas son las que más esfuerzo físico soporta el celador:
- Manipulación de Cargas.
Se considera carga los objetas de más de 3kg de peso y no superior a 25kg. La carga no sólo incluye cualquier objeto susceptible de ser movido, sino también el transporte o levantamiento, sujeción , empuje, tracción… La postura adecuada para la movilización de cargas sería cerca del cuerpo, con la espalda recta, sin giros ni inclinaciones. Levantamiento suave y espaciados. Hay que tener en cuenta la altura (demasiado alta entorpece la visión), anchura (demasiado ancha obliga a adoptar posturas forzadas) y profundidad (demasiado profunda ejerce presión en la columna) de la carga. Lo ideal sería que la altura no supere la anchura.

- Levantar a un paciente encamado.
El celador se colocará frente al paciente, colocamos un brazo por detrás de su espalda y el otro brazo debajo de sus piernas. Al unísono, colocamos ambas piernas colgando por el borde de la campa al tiempo que ubicamos el tronco en el borde de la misma. Se colocan las extremidades inferiores en el suelo pero sin llegar a soltar al paciente, hasta que este no es este seguro.

- Traslado a silla de ruedas o sillón.
El primer paso es acercar la silla de ruedas o sillón al borde de la cama. Colocamos un brazo por detrás de su espalda y el otro brazo debajo de sus piernas. Al unísono desplazamos el cuerpo hasta el borde de la cama. Colocamos ambas piernas colgando en el borde de la cama y elevamos el tronco del paciente, siempre sujetándolo para que no se caiga. Apoyamos sus pies en el suelo, manteniendo sujeto al paciente por las axilas. Flexionamos la espalda y rodillas, pies separados

unos 30 centímetros, sentamos al paciente en la silla o sillón.

- Acostar a un paciente dependiente.
Se siguen los mismos pasos que se utilizan al levantar al paciente pero a la inversa. El celador se colocará frente al paciente. Flexionamos la espalda, rodillas y separamos los pies unos 30 centímetros. Sujetamos al paciente por debajo de los axilas y se coloca al borde de la cama, hacia la parte superior. Elevamos ambas piernas y los acostamos.

En todas estas maniobras es importante antes de comenzar valorar la colaboración del paciente y su peso corporal.
Planear y pensar antes de actuar, sin precipitarse. Si se tratase de un paciente con sobrepeso importante, obesidad mórbida o paciente no colaborador, debemos utilizar grúa. Siempre se debe comunicar al paciente el procedimiento a realizar.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores se enfrenten día a día a un sinfín de riesgos ergonómicos dadas las características y funciones de su trabajo, que derivan en una serie de efectos negativos para su salud. El conocimiento de estos riesgos, así como el estudio de las técnicas a emplear para minimizar las consecuencias, es una parte a desarrollar en la prevención de riesgos laborales.

Es fundamental que los trabajadores del entorno sanitario, y en este caso particular, los celadores, reciban cursos o talleres de formación donde se explique y se guíe al profesional sobre las posiciones ergonómicas adecuadas para desempeñar sus funciones. La correcta formación de los trabajadores en estos tipos de riesgos laborables, así como el cumplimiento por parte de las instituciones sanitarias de sus obligaciones, en cuanto a la aplicación de las normativas específicas, redundan en una mejoría de la salud de los trabajadores con todos los beneficios que esto aporta.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. “Prevención de los Trastornos Musculo-esqueléticos de origen laboral”. 2001.
- ASEPEYO. Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, n°151. “Evaluación Ergonómica de la Carga Postural”. Marzo

2009. España.
- Análisis ergonómico del puesto de trabajo de celador en la unidad de medicina interna del Hospital Rio Hortega de Valladolid. Google académico.

Capítulo 1829

PRECAUCIONES GENERALES DEL PERSONAL NO SANITARIO ANTE EL CORONAVIRUS 2019-NCOV

ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ

FELIX ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, que fue denominado "nuevo coronavirus", 2019-nCoV. La secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero. El 30 de enero la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de 2019-nCoV en China Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.

Hasta el momento, se desconoce la fuente de infección y hay incertidumbre respecto a la gravedad y a la capacidad de transmisión. Por similitud con otros coronavirus conocidos se piensa que el 2019-nCoV se transmite principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones de personas infectadas. También podrían transmitirse por aerosoles en procedimientos terapéuticos que los produzcan. Debido a ello, las precauciones para el manejo de los pacientes en investigación, probables o confirmados por el nuevo coronavirus 2019-nCoV deben incluir las precauciones estándar, precauciones de contacto y precauciones de transmisión por gotas y, si se van a producir aerosoles, precauciones de transmisión aérea. Sin embargo, dada

la situación de incertidumbre sobre las características de la transmisión de este virus, la situación epidemiológica actual en nuestro país y el principio de precaución, las medidas recomendadas en este momento se irán revisando según se disponga.

2 Objetivos

Dotar al personal de las instituciones sanitarias de conocimientos básicos sobre el coronavirus y así fomentar la divulgación del conocimiento.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la narrativa publicada en las bases de datos PubMed, Scielo, Medline y Lilacs que versa sobre el coronavirus. De los innumerables resultados encontrados se seleccionaron 6 artículos de diverso abordaje metodológico, que cumplían los criterios de inclusión: formato a texto completo, acceso libre y publicado en el periodo comprendido entre 2015 y 2019. Los principales criterios de exclusión fueron la duplicidad en las distintas bases de datos y el año de publicación.

4 Resultados

Los pacientes que estén en investigación, sean probables y confirmados, serán ingresados en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) en "aislamiento de contacto y por gotas". Preferiblemente, el ingreso se realizará en habitación individual. Se evitará además su traslado fuera de las habitaciones.

Si fuera necesario este traslado, el paciente tendrá mascarilla en todo momento y se utilizarán rutas predeterminadas que minimicen la exposición del personal, otros enfermos y visitantes. La cantidad de personal sanitario y de visitantes también se verá limitada. Se restringirá a todos aquellos profesionales y personas que entren en contacto con los casos en investigación, probables y confirmados. Todos estarán identificados y, si no cumplieron las medidas de protección, serán considerados como contactos estrechos y se manejarán como tales. Según este protocolo, el contacto estrecho se atribuye a cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso probable confirmado -caso en investigación con resultados de laboratorio no concluyentes o con solo una prueba positiva- incluyendo trabajadores que no utilizasen las medidas de protección adecuadas, familiares o

amigos, así como todos aquellos que tuvieran otro tipo de contacto físico similar. Este concepto también se extiende a cualquier persona que estuviera en el mismo lugar que un caso probable y confirmado, a una distancia menor de dos metros.

Un área de aislamiento del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) será el destino inicial de los pacientes de la región que presenten síntomas sospechosos de infección del nuevo coronavirus 2019-nCoV. El protocolo diseñado por la Consejería de Salud establece que todo el personal sanitario y no sanitario de los centros, "incluido el servicio de limpieza", reciba la formación sobre el procedimiento diseñado por el Principado ante la amenaza de epidemia que ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar una emergencia internacional. "Se ofrecerá la formación también a los profesionales en bolsa de empleo", indica el protocolo. La zona de aislamiento del HUCA está emplazada en el servicio de Urgencias. Consiste en un box dotado con todo tipo de medios de soporte, equiparable al compartimento de una UVI. En este habitáculo se llevará a cabo el primer paso de manejo de los hipotéticos pacientes, hasta la confirmación diagnóstica del enfermo.

El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias en su Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (2019-ncov) actualizado a 6 de Febrero de 2020, en su apartado f, dice textualmente que en casos probables o confirmados de infección por 2019-nCoVo, las personas que entren en la habitación de aislamiento (p. ej familiares, personal de limpieza…) deben llevar un equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya bata resistente a líquidos, mascarilla, guantes y protección ocular antisalpicaduras. Aunque por el momento no existe evidencia de transmisión aérea se recomienda como medida de precaución la utilización de mascarilla FFP2.

Asi mismo, también establece en su apartado h que se debe cumplir una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y en caso de la retirada del EPI. En el apartado j del citado procedimiento se refiere al transporte del paciente indicando que cuando sea necesario realizar dicho transporte del paciente, se realizará en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente y que además el personal que intervenga en ese transporte deberá ser informado previamente y deberá utilizar equipo de protección individual adecuado (punto f). Una vez finalizado el transporte se procederá a la desinfección del vehículo y a la gestión de los residuos producidos.

5 Discusión-Conclusión

Las mascarillas autofiltrantes constituyen una medida básica en la prevención frente a la infección por 2019-nCoV. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para frenar la propagación del virus establecen la utilización de las mascarillas N95, que equivalen en Europa a las FFP2

6 Bibliografía

- Mayo Montero MªE., Cique Moya A., Cascante Burgos J., Méndez Montesinos J.R.. Prevención y control de la infección ante sujetos sospechosos de infección por el nuevo coronavirus MERS-CoV en Unidades militares. Sanid. Mil. [Internet]. 2015 Sep [citado 2020 Feb 13] ; 71(3): 196-200. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712015000300007&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1887-85712015000300007.
- Moreira-Soto Andrés, Troyo Adriana, Corrales-Aguilar Eugenia. Síndrome Respiratorio de Medio Oriente causado por un coronavirus y el Hajj: ¿potencial para una emergencia internacional?. Medicas UIS [Internet]. 2014 Apr [cited 2020 Feb 13] ; 27(1): 25-33. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192014000100004&lng=en.

Capítulo 1830

ACOGIDA EN EL HOSPITAL ANTE UN INGRESO PROGRAMADO: DE LA PUERTA DE HOSPITALIZACIÓN, A LA CAMA.

JOSE MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

SUSANA GALÁN SERRANO

ANA MARÍA GONZÁLEZ PÉREZ

GEMMA ALVAREZ SANCHEZ

1 Introducción

Según la Real Academia Española (RAE), la hospitalización, es el "ingreso de un paciente en un centro sanitario para ocupar una plaza o cama y recibir atención especializada hasta el alta hospitalaria"
Existen tres tres tipos de ingreso hospitalario:
- Ingreso para cirugía ambulatoria: ocurre cuando el usuario solo ingresa para una cirugía, y tras someterse a ella y recuperarse, se va a su domicilio.
- Ingreso programado para intervención quirúrgica: se trata de una cirugía más importante que la anterior, en la que el médico y el paciente han acordado el ingreso para una preparación pre-quirúrgica.
- Ingreso hospitalario desde urgencias: puede conllevar cirugía o no, pero en este caso, el paciente acude por urgencias con un problema, y tras realizar las pruebas

pertinentes, se decide su ingreso para ampliar estudios, administrar tratamiento, etc.

2 Objetivos

Conocer la actuación ante un ingreso programado por parte del equipo multidisciplinar.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos. Las que hemos utilizado han sido Google académico, Dialnet y Scielo.
La revisión la hemos hecho entre los años 2000 y 2020, y las palabras clave utilizadas han sido: tipos de ingreso, ingreso programado, actuación, equipo multidisciplinar y hospital.

4 Resultados

El servicio de admisión se encarga de gestionar los ingresos programados, en cualquier servicio de hospitalización. Comprende un conjunto de actividades llevadas a cabo para recabar la información precisa y proceder al ingreso. Una vez que se recogen los datos necesarios, los auxiliares administrativos asignan una cama de hospitalización al paciente a ser posible en la unidad de hospitalización que corresponda. En el caso de ausencia de camas, le asignarán una de manera momentánea, hasta que haya una cama libre en su planta y pueda trasladarse a ella.

Otra de sus actividades es controlar la actividad de las consultas externas y constituye la fuente de información principal del hospital para pacientes y usuarios en general. Una vez que el paciente tenga toda la documentación que será entregada por los auxiliares administrativos, éstos llaman a los celadores para que acompañen al paciente a su ubicación y proceder finalmente al ingreso. Si el paciente se encuentra bien, suelen ir caminando, pero sino, lo más habitual es que se sienten en una silla de ruedas y vaya acompañado por su familia.

A la llegada a planta de hospitalización, generalmente es recibido por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería y por el enfermero que lleve a dicho pa-

ciente. Según la bibliografía, lo más adecuado, es que en este momento, la familia o acompañantes esperen en la sala de estar hasta que se acomode al paciente.
Se le facilitara ropa adecuada para estar ingresado si no la trae de su domicilio, y se le harán las pruebas necesarias. En general suele ser una analítica sanguínea.

En ese rato también se le explican las normas de la planta de hospitalización, se le solucionan las dudas que pueda tener y se realiza toda la burocracia normal del ingreso. Tras finalizar, ya podría pasar la familia a acompañarle. Siempre se recomienda que no se dejen en el hospital objetos de valor o dinero en efectivo.

5 Discusión-Conclusión

Una vez más se puede concluir lo necesario que resulta el trabajo en equipo y la atención multidisciplinar.
En un hospital convivimos muchas categorías profesionales y todas somos igual de necesarias, ya que cada uno de nosotros desarrolla un papel fundamental e importante para el correcto desarrollo del trabajo diario.

6 Bibliografía

- Alonso, G., & Escudero, J. M. (2010). La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 33, pp. 97-106). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Juan, A., Enjamio, E., Moya, C., García Fortea, C., Castellanos, J., Pérez Mas, J. R., ... & Bou, E. (2010). Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. Emergencias, 22, 249-53.
- Martín, M. T., Codina, C., Tuset, M., Carné, X., Nogué, S., & Ribas, J. (2002). Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. Medicina clínica, 118(6), 205-210.
- Millán, E. M., Torrecillas, J. G., & Pereira, M. L. (2007). Diferencias de gestión entre los ingresos urgentes y los programados en función de los grupos relacionados de diagnóstico y la edad de los pacientes. emergencias, 19, 122-128.
- Nuez, C. R., Navarro, M. G., Valdivieso, J. G., Barrera, M. F., Sumalla, A. B., Rubí, J. S., & Eroles, X. G. (2012). Efectividad de un programa de conciliación perioperatoria de la medicación crónica en pacientes de cirugía programada. Medicina Clínica, 139(15), 662-667.

- Sánchez-Beorlegui, J., Franco, M. J., Escanilla, P., Quintero, C., Franco, S., Sanz, A. I., & Jiménez, A. (2004, December). Problemas a largo plazo de un programa hospitalario de cirugía sin ingreso. In Anales de la Facultad de Medicina (Vol. 65, No. 4, pp. 267-272). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Vives, F. P., Sancho, R. R., Amposta, A. A., Raduà, R. M., Chortó, N. A., & Salvadó, M. C. (2010). Abordaje interdisciplinar de la conciliación de la medicación crónica al ingreso en un hospital. Revista de Calidad Asistencial, 25(5), 308-313.

Capítulo 1831

LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE CONFORT EN EL TRATO CON EL PACIENTE.

MARIA SOLEDAD ALVAREZ MARTINEZ

1 Introducción

La Real Academia de la Lengua Española define en una de sus acepciones, la comunicación como la ”transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor”. En ella necesariamente intervienen los siguientes factores: emisor, receptor, mensaje, código y medio o canal.

2 Objetivos

- Determinar en qué medida podría influir o mejorar la atención una comunicación adecuada, teniendo en cuenta variables como la escucha activa, la asertividad , la empatía, etc.

3 Metodología

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

Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se utilizaron encuestas y demás información recogida a usuarios y/o pacientes.

4 Resultados

Entre los recursos humanos, el trato directo y continuo con los pacientes, respetuoso y atento hacia ellos mejora la calidad de vida del paciente. Distinguimos distintas modalidades en comunicación:

- Comunicación verbal, en la cual en el mensaje influirían algunos factores como el volumen, tono, intensidad, velocidad, ritmo.
- Comunicación no verbal, condicionada por variables como gestos, orientación y distancia.

Tipos de comunicación:

- Asertiva: es la que se transmite de forma clara. Esto se aplica no solo al contenido, sino también a los elementos que la acompañan, como gestos y sonidos.
- Efectiva: genera confianza, favoreciendo que se sientan atendidos y acompañados a la hora de enfrentarse a una patología.

Es muy importante como primera toma de contacto que el profesional se presente al paciente. Da confianza y calidad a la relación con el paciente decirle cómo nos llamamos, quiénes somos o cuál es nuestro cometido.

5 Discusión-Conclusión

Si la comunicación ha sido adecuada hay un impacto directo en la satisfacción y aceptación del tratamiento, aumentando su seguridad, confianza y tranquilidad.

En los datos recogidos a los usuarios, estos coinciden en la necesidad de preservar la intimidad, la confidencialidad y el trato digno. Es en este punto donde conviene resaltar la importancia de contar con salas específicas en los centros hospitalarios destinadas a la comunicación con los pacientes y sus familias.

La humanización de la atención en Salud es un asunto ético que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Considerándose la comunicación como elemento principal que facilita el encuentro entre quienes participan en la recepción y oferta del cuidado. Todo esto es llevado a

cabo en un contexto de ética y valores para atender al paciente o usuario y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional y social.

6 Bibliografía

- Gordillo (2005), (Iruarrizaga, Gómez-Segura, Criado, Zuaco y Sastre, 2002).
- (Meras y Thorpe, 2002), (Boghart y Greeberg, 1997).
- (Rogers, 1985).

Capítulo 1832

GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS LISTAS DE ESPERA

BEGOÑA ARIAS ÁLVAREZ

1 Introducción

La lista de espera se define como el conjunto de pacientes que en un momento concreto se encuentran pendientes de recibir una determinada prestación asistencial: consultas externas, pruebas diagnósticas o intervención quirúrgica, siendo ésta última la que más protagonismo ha adquirido en los últimos años.

Para ello es de aplicación el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, de forma que sea posible el análisis y evaluación de los resultados, necesidades y funcionamiento, garantizando la transparencia y uniformidad en la información facilitada al ciudadano.

Las listas de espera constituyen un claro factor regulador de la demanda en los sistemas sanitarios públicos. Además, son instrumento fundamental para dar información sobre toma de decisiones futuras tanto en el ámbito médico como administrativo, por lo que se hace necesario una normalización y actualización de los datos. Dicha responsabilidad, recae sobre las Comunidades Autónomas (responsables de la prestación de la asistencia sanitaria) y del Ministerio de Sanidad (último responsable de la calidad, cohesión y equidad de nuestro Sistema Nacional de Salud).

De este modo existe un problema considerable y común a todos los sistemas sanitarios de cobertura universal y de financiación mayoritariamente pública. Por

ello, el Defensor del Pueblo dedicó a este asunto un informe detallado que fue remitido a las Cortes Generales el 13 de diciembre de 2003 en el que calificaba como social y clínicamente inaceptables las listas de espera, solicitando a los poderes públicos medidas para su solución.

Así mismo, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 25, establece que en el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del que se aprobarán por Real Decreto.

2 Objetivos

- Crear modelos eficientes de gestión de listas de espera de pacientes para reducir el desequilibrio existente entre la demanda de cuidados y la oferta real de servicios en un momento y lugar determinado.

3 Metodología

Se consultaron y resumieron las normativas actuales sobre listas de espera y procedimientos.

4 Resultados

Las administraciones sanitarias tienen la necesidad fehaciente de realizar una gestión de las lista de espera. Para ello se comienza con análisis minuciosos de la situación de cada una de las especialidades médicas, otorgando prioridades a aquellos procesos que provocan un colapso en la gestión, así como estudiar, analizar y poner a disposición todos los recursos terapéuticos y administrativos al alcance.

Las listas de espera son el principal objetivo como respuesta al escaso conocimiento existente en las administraciones e incluso las direcciones de los hospitales.

Se requieren datos cuantitativos (número de pacientes en lista de espera) y cualitativos (distribución de pacientes según áreas, especialidades, patologías, procedencia geográfica etc.) para la gestión de las mismas con un mínimo de eficiencia y rigor.

Dentro de los datos más importantes, destacan aquellos relativos al total de pacientes y su distribución por servicios, información del índice de entradas/salidas, la demora media y su coeficiente de valoración, la tendencia anual y la distribución por grupos de procedimientos para el cálculo de recursos.

El Ministerio de Sanidad ha propuesto unas medidas para la mejora de la gestión de la lista de espera como:
- Mejorar los sistemas de información y registro sobre listas y tiempos de espera.
- Garantizar la publicación periódica de la información sobre este tema.
- Fijar estándares de tiempos de espera aceptables.

Según el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, se establece que con el fin de alcanzar un tratamiento homogéneo de las listas de espera se adoptarán las siguientes medidas:
- La implantación de un sistema de información en materia de listas de espera para consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas en el Sistema Nacional de Salud.
- La definición de los criterios e indicadores básicos mínimos y comunes para una adecuada indicación y priorización de los pacientes en lista de espera en el Sistema Nacional de Salud.
- Facilitar a los ciudadanos la información que les sea imprescindible y aquella que soliciten sobre listas de espera.
- Garantizar información sobre demora en el acceso a consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas en el Sistema Nacional de Salud.

5 Discusión-Conclusión

Las listas de espera expresan el resultado de un sistema sanitario y, por tanto, son un buen indicador de su funcionamiento. Su conocimiento exige sistemas de información y registro de los tiempos de espera fiables y disponibles, obligatoriedad del Ministerio de Sanidad.

La incorporación al sistema de información y registro de la lista de espera de criterios de priorización donde se incluyan variables clínicas, funcionales y sociales, de carácter unificado para todas las CC.AA, debe impulsarse desde el Ministerio de Sanidad a través de grupos de consenso con profesionales administrativos, sanitarios, ciudadanos y organismos de investigación e información sanitaria.

La aplicación de la ley de garantías debe realizarse en todo el Sistema Nacional de Salud para mantener la igualdad de niveles de equidad en el acceso y utilización. Debe así hacerse un análisis de calidad y resultados (servicio administrativo), al igual que los costes producidos.

6 Bibliografía

- Real Decreto https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-11266, [listado el 4 de febrero de 2020].
- Gestión de listas de espera http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf, [listado el 3 de febrero 2020].
- Servicio de admisión y documentación clínica (las TIC en el ámbito administrativo) Editorial Logoss.

Capítulo 1833

CONOCIMIENTOS DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA, PARA PREVENIR INFECCIONES NOSOCOMIALES.

MARÍA LUZ GONZÁLEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El quirófano es un área de la institución sanitaria, que está especialmente acondicionada para llevar a cabo las operaciones quirúrgicas. Se trata de una zona peliaguda en cuanto a materiales y equipos, donde se siguen estrictas normas y protocolos de actuación para garantizar las condiciones de seguridad e higiene y esterilización imprescindibles en este lugar.
¿Qué conocimientos ha de tener el celador respecto a las normas de higiene y esterilización dentro del área quirúrgica?
Para dar respuesta a esta incógnita se ha elaborado el presente capítulo, donde se detallan los conocimientos específicos que ha de tener el celador, acordes a las características de esta zona. En él se describen características de las instalaciones (distribución de los espacios, separación de zonas, normas y protocolos de higiene y esterilización) y cuáles son sus funciones para colaborar y auxiliar al personal sanitario, de la forma más eficaz y segura posible.

2 Objetivos

Adquirir conocimientos, teniendo en cuenta todas las precauciones, que se han de llevar a cabo para prevenir las infecciones nosocomiales, al asistir al personal

sanitario en este área.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Separación de zonas en el bloque quirúrgico.
El bloque quirúrgico se encuentra situado en un lugar del hospital poco transitado por personas, pero bien comunicado con las demás unidades y lo más cerca posible de la UVI o UCI.
Se divide en varias áreas con diferentes restricciones, para asegurar las condiciones necesarias de asepsia y antisepsia con las debidas garantías, ya que esta es una zona de riesgo especial para la transmisión de infecciones nosocomiales y por ello se han de extremar las precauciones. Hay dos zonas bien diferenciadas: la zona séptica (zonas sin limitaciones y semirrestringidas) y la zona aséptica (zona limitada); y estas a su vez se dividen en tres áreas:
- Área negra o sucia (zona sin restricciones): es una zona de acceso interior-exterior, donde se encuentran la recepción de pacientes, despachos, vestuarios, y una sala descanso para el personal. En esta zona se admite la ropa de calle.
- Área gris o limpia (zona semirrestringida): a esta zona accede el personal con uniforme aséptico de dos piezas, es obligatorio el gorro y las calzas. En esta zona se encuentran los almacenes del quirófano donde se guardan los aparatos y locales situados a partir de los vestuarios donde se encuentra la zona de limpieza y desinfección de instrumental, zona de empaquetado para la esterilización y una zona de descanso para el personal.
- Área blanca o estéril (zona limitada): en esta zona se extreman altamente las precauciones, en ella se encuentra el quirófano, el antequirófano, la zona de lavado de manos, el almacén de material estéril y una sala de recuperación para pacientes. En esta área sólo puede entrar personal autorizado y es obligatorio el uniforme quirúrgico, las calzas, el gorro y la mascarilla.

2. Características de un quirófano.
El tamaño habitual del quirófano es de entre 35 - 60 metros cuadrados, la altura oscila entre 2,70 - 3 metros.
Los suelos son antideslizantes, resistentes a manchas y a productos químicos, lisos, conductores de la electricidad y han de estar unidos a la pared sin esquinas. Las paredes y techos son de materiales rígidos, resistentes, impermeables y en ellos se fijan los equipos. Los techos no tienen uniones y son de color blanco. Las paredes son de color pastel, sin azulejos y el ellos no hay ventanas. Las puertas miden al menos 1,22 metros de ancho, son correderas, siempre están cerradas durante una intervención y hay tres (la principal, la de la zona de lavado y la de la zona de sucio).
Se siguen normas específicas en el sistema eléctrico, en la iluminación general y en la sonoridad.
En cuanto a la temperatura, humedad y ventilación:
- La renovación del aire será entre 15 - 20 movimientos por hora.
- Hay un sistema de aspiración para vaciar y evacuar los gases anestésicos.
- Se mantiene una temperatura baja y una humedad alta para evitar el crecimiento bacteriano
- Existen diferentes normas específicas relativas a los sistemas de aire acondicionado de los centros sanitarios, donde se recogen recomendaciones destacando la norma UNE 1000713:2005, sobre instalaciones de acondicionamiento de aire en hospitales. Así como la norma UNE-EN ISO 14644-1:2000, sobre salas limpias, que se ajusta a las necesidades de calidad del aire requeridas en el quirófano.

3. El equipo quirúrgico
El personal que trabaja en un área quirúrgica se divide en:
- Equipo quirúrgico estéril: está formado por el médico cirujano, ayudante de cirujano y enfermera instrumentista. Su vestimenta en el quirófano se compone de uniforme quirúrgico (pijama de dos piezas), calzas, gorro, mascarilla, bata y guantes estériles. Antes de cualquier intervención quirúrgica, sus miembros realizan un lavado de sus manos y antebrazos quirúrgico, con jabón antiséptico y cepillado de uñas, durante cinco minutos, después se secan con toallas estériles, una vez se secan, mantienen sus manos por encima de los codos.
- Equipo quirúrgico no estéril: está formado por anestesista, enfermera circulante, auxiliar de enfermería y celador. También pueden estar otros profesionales como pueden ser: enfermera perfusionista, enfermera de apoyo al anestesista, limpiadora… Su vestimenta en el quirófano se compone de uniforme quirúrgico (pijama de dos piezas), calzas, gorro, mascarilla y guantes no estériles. El orden que se ha de seguir al colocarse las prendas es:

1- Calzas.
2- Gorro.
3- Mascarilla.
4- Gafas.
5- Bata.
6- Guantes.

Lavado de manos, uso de guantes y cambio de ropa del celador en el área quirúrgica

- Lavado de manos: cuando nos quitemos los guantes y después del contacto con pacientes o con un entorno contaminado nos debemos de lavar las manos, además la OMS marca 5 momentos (antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia, tras riesgo de exposición a líquidos corporales, tras tocar al paciente y tras el contacto con el entorno del paciente).
- Los tipos de lavado de manos que realiza el celador son:
• Higiénico o rutinario, con agua y jabón durante 40-60 segundos.
• Antiséptico, con jabón antiséptico o bactericida, durante un minuto.
- Uso de guantes: los guantes son la barrera principal para evitar la transmisión de microorganismos infecciosos. Se utilizan cuando existe la posibilidad de contacto con sangre, fluidos y objetos que los contengan. Cuando hay piel no intacta, al realizar la higiene al paciente o al limpiar aparatos. También hay zonas del hospital, como es el quirófano, donde su uso es obligatorio.
- Cambios de uniforme: el celador cambiará su ropa por el uniforme reglamentario, el cual mantendrá siempre limpio, cambiándolo si se ensucia y siempre que salga del quirófano.

4. Clasificaciones: clasificación de Altemeier y clasificación de Spaulding.

- Clasificación de Altemeier: las intervenciones quirúrgicas según el grado de contaminación:
• Cirugía limpia: no hay abertura a órganos huecos.
• Cirugía limpia contaminada: abertura a órganos huecos con ruptura de asepsia mínima.
• Cirugía contaminada: herida traumática de menos de cuatro horas, con contaminación importante.
• Cirugía séptica: herida traumática con tejidos desvitalizados y/o no reciente (más de cuatro horas), con contaminación severa.
- Clasificación de Spaulding: los objetos según los riesgos que tienen de infección.
• Crítico: se trata de material de alto riesgo, son objetos que penetran en tejido estéril, en el sistema vascular o a través del cual fluya sangre, han de ser esterilizados.

• Semicríticos: material de riesgo intermedio, los objetos entran en contacto con mucosas, han de ser sometidos a una esterilización o, a desinfección de alto nivel.
• No crítico: material de bajo riesgo, los objetos que no entran en contacto con el paciente, o si lo hacen contactan solamente con piel intacta, estos objetos precisan de una desinfección de bajo nivel.
- La central de esterilización, es una unidad centralizada, que se suele situar cerca del bloque quirúrgico, está unidad se encarga de higienizar instrumental y de producir material estéril.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores de quirófano auxiliarán en todas aquellas labores que le sean propias al ser destinados en estos servicios, así como las que les sean ordenadas por médicos, supervisores o enfermeras (Orden Ministerial de 5 de julio de 1971). Se encargan del traslado de los pacientes, portando su historia clínica, ayudando en la colocación del paciente (en la mesa de operaciones, para ser anestesiado, para la cirugía, para sujeciones o movilizaciones requeridas…) y rasuran al paciente en caso necesario.

También trasladan y mueven aparatos o mobiliario necesarios para las intervenciones. Trasladan pruebas, documentos o analíticas adonde sea necesario. El celador permanece en el antequirófano durante la intervención del paciente, para estar disponible en caso de ser requeridos.

6 Bibliografía

- Orden ministerial de 5 de julio de 1971, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- Iglesias Ramos, Fernando. El celador en el área quirúrgica. Editorial Formación Alcalá, 04-03-2013.
- Varios autores. Actuación del celador en el área de quirófano. Editorial MAD Eduforma, 14-02-2011.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1834

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL PARA PERSONAL SANITARIO FRENTE A RIESGO BIOLÓGICO

NOELIA EXPÓSITO MARQUÉS

1 Introducción

En el sector hospitalario es imprescindible el uso de equipos de protección individual para evitar el contacto con fluidos potencialmente infectados o contagiosos y productos químicos, así como para la protección del sistema respiratorio frente a la inhalación de aerosoles perjudiciales.

2 Objetivos

- Definir qué son los Equipos de Protección Individual (EPI) y cuáles se usan principalmente en Sanidad.
- Promover su uso correcto entre los profesionales sanitarios.

3 Metodología

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

de publicaciones académicas revisadas. Revisión bibliográfica de bases de datos (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, Scielo, Google Académico), consulta de guías y protocolos hospitalarios.

4 Resultados

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI)
Un EPI es cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo. Analizando todos los términos de esta definición, podemos comprender mejor a qué nos referimos:

- "…equipo destinado a ser llevado o sujetado…"
La mayoría de los EPI son llevados por el usuario (calzado, ropa, casco, gafas etc), pero existen determinados tipos que son sujetados, como, por ejemplo, las pantallas de soldador de mano. Interesa recalcar que la protección proporcionada por el equipo depende de una acción, llevar o sujetar, a realizar por la persona expuesta al riesgo.

- "… por el trabajador…"
Nos referimos sólo a los EPI utilizados por el trabajador en el lugar de trabajo, (a los que aplica el Real Decreto 773/97). En principio, debe ser para uso personal aun cuando pueden darse situaciones en las que, adoptando las correspondientes medidas higiénicas, pueden ser usados por más de una persona.

- "…para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud…"
El EPI se emplea para la protección del trabajador. En general, este equipo constituye una barrera o escudo entre una o varias partes del cuerpo y el peligro, de modo que proteja al trabajador frente a un posible riesgo o evite o disminuya los daños derivados de un accidente. Un casco impide que un objeto golpee directamente la cabeza, unos guantes de protección química suponen una barrera entre la piel y la sustancia química, un ocular filtrante contra radiaciones evita que se dañen los ojos, etc.

Hay situaciones en las que el EPI está diseñado para proteger de varios riesgos que pueden ocurrir simultáneamente, por ejemplo, las orejeras acopladas a cascos de seguridad o unas gafas de protección frente a radiaciones e impactos.
La ropa de trabajo corriente y los uniformes que no protejan de ningún riesgo y

que únicamente sean utilizadas para preservar la ropa personal o con propósitos de uniformidad como elemento diferenciador de un colectivo no son EPI. Sin embargo, cuando el uniforme de un determinado colectivo incorpore algún tipo de protección específica contra un riesgo que pueda amenazar su seguridad y su salud, dichos uniformes serán considerados EPI. Por ejemplo: ropa del personal sanitario.

EPI EN SANIDAD

Por agentes biológicos se entiende los microorganismos, con inclusión de los genéticamente modificados, cultivos celulares y endoparásitos humanos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad (Real Decreto 664/1997 sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo). La definición formal de agente biológico incluye bacterias, hongos, parásitos y virus.

Se entiende por riesgo biológico aquel riesgo asociado con la exposición a agentes biológicos. Cuando la exposición a los agentes biológicos es debida a la actividad profesional, se habla de riesgos biológicos profesionales. Desde este punto de vista se distinguen actividades en las que existe intención deliberada de manipular agentes biológicos, y las actividades en las que no existe la intención deliberada de manipular agentes biológicos, pero sí puede existir una exposición en un momento dado debido a la naturaleza del trabajo como son los trabajos de asistencia sanitaria.

Es en el ambiente laboral sanitario donde estas enfermedades adquieren una especial relevancia por la mayor posibilidad de contagio, como ocurre con la hepatitis B, la hepatitis C, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la tuberculosis. Sin embargo, hay que destacar que la prevalencia de estas enfermedades ha disminuido drásticamente gracias al uso de eficaces medidas de prevención que pueden ser tanto de tipo físico, químico como biológico.

Las medidas de protección de tipo físico son aquéllas destinadas a evitar el contacto con los agentes, sobre la base de confinamiento (cabinas de seguridad biológica) y a barreras frente al contacto dérmico o mucosas (guantes, pantallas faciales, gafas) y respiratorio (máscaras y mascarillas con filtros). Las medidas de prevención de tipo químico hacen referencia a la utilización de desinfectantes y esterilizantes químicos, mientras que las medidas de tipo biológico contemplan la vacunación o inmunización activa.

La experiencia en la prevención frente al riesgo biológico indica que se suele

actuar de manera combinada, prevaleciendo en cada caso la medida o medidas más eficaces y más seguras sobre la base del principio de que el riesgo se debe eliminar siempre, y que cuando ello no sea posible, se reducirá al máximo.

En general, pero sobretodo en el ámbito sanitario, existe una marcada tendencia a confundir los equipos destinados a evitar la contaminación (protección del producto y del paciente) con los destinados a la protección del trabajador, usándose aquéllos como protecciones personales frente al riesgo biológico, cuando en la mayoría de situaciones no son eficaces. En consecuencia, cuando exista riesgo biológico deberá establecerse un procedimiento de utilización del EPI que responda a una protección efectiva frente al mismo y, en su caso, compatible con el correspondiente para mantener la asepsia del material o muestra y la protección del paciente.

VÍAS DE ENTRADA

Las vías de penetración en el organismo pueden ser: respiratoria, digestiva, dérmica y conjuntiva. La combinación entre el número de microorganismos en el ambiente, la virulencia de los mismos (grado de infectividad) y la resistencia del individuo determinará, en última instancia, la probabilidad de contraer la enfermedad.

En el ámbito sanitario, el riesgo de adquirir una enfermedad infecciosa, está directamente ligado con la exposición a sangre y provocado principalmente por cortes o pinchazos accidentales. En este sentido se suele diferenciar el factor de riesgo biológico de los otros factores de riesgo porque la exposición al agente se produce habitualmente por un accidente.

GUANTES

Los guantes son los equipos de protección individual utilizados con más frecuencia y son una medida de precaución universal como barrera. Las manos son la parte del cuerpo que suele entrar en contacto con mayor frecuencia con objetos punzantes y cortantes potencialmente contaminados o con salpicaduras de fluidos biológicos o líquidos contaminados, siendo idóneos los guantes para proteger las manos.

Hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones con el objetivo de evitar contagios a profesionales:

– Hay que quitarse los guantes cuanto antes después de usarlos, antes de tocar objetos limpios o superficies y antes de atender a otro paciente. También hay que

lavarse las manos tras quitarse los guantes.
– Se debe cambiar los guantes entre tareas realizadas en el mismo paciente, si ha habido contacto con materiales que puedan estar contaminados.
– No se deben llevar anillos, uñas postizas o demasiado largas si va a haber un contacto directo con el paciente.

Los guantes deben seleccionarse basándose en la evaluación de riesgos, que implica la identificación de los peligros y la determinación del riesgo por exposición. Dicha evaluación determinará las propiedades relevantes y los niveles de prestación aceptables. Es de vital importancia que el trabajador use los guantes específicamente diseñados para los riesgos y las tareas correspondientes a su puesto de trabajo, ya que los diseñados para una función concreta pueden no ser adecuados, y no proteger para otra situación parecida pero no igual.

Y también consideraciones con el objetivo de evitar contagios nosocomiales entre pacientes:
– Debe evitarse el uso de guantes en situaciones no recomendadas, debido a que puede olvidarse cambiarlos entre pacientes. Específicamente, debe evitarse circular con guantes.
– Cambiar los guantes durante el cuidado de un paciente si se va a pasar de tocar un sitio contaminado a tocar uno limpio.
– Debe evitarse el uso de guantes después del contacto con el paciente y desecharlos (no lavarlos entre pacientes)
– El uso de guantes no evita en ningún caso la necesidad de descontaminación de manos. Por tanto, aunque se hayan utilizado, debe realizarse descontaminación de manos entre pacientes al retirarse éstos.

Actualmente existen pocos guantes específicos frente al riesgo biológico. Se considera que los guantes que superan los ensayos de resistencia a la penetración (de agua y aire), que se ensayan según la norma UNE-EN 374-2, protegen contra los microorganismos, por lo que constituyen una barrera efectiva contra los riesgos microbiológicos y así suele ser certificado por el fabricante. Este tipo de guantes es impermeable y no presenta poros o imperfecciones. Suelen ser de látex u otros elastómeros como nitrilo, vinilo y neopreno. En cualquier caso, debe garantizarse su impermeabilidad, flexibilidad y suficiente sensibilidad, para posibilitar su uso en todo tipo de trabajo que los requiera.

MASCARILLAS
Su función es proteger de la exposición a contaminantes a través de las vías res-

piratorias. Están íntegramente fabricadas con un material filtrante y constan de un clip o adaptador nasal y de unas gomas o cintas de sujeción. En ocasiones también disponen de válvulas de exhalación.

Protegen a los demás ya que están diseñadas para filtrar las partículas emitidas por el usuario durante la respiración, impidiendo que lleguen al exterior y también protegen al usuario de salpicaduras de fluidos biológicos.

PROTECCIONES OCULARES

Cuando no haya riesgo de contaminación a través del aire, pero exista riesgo de salpicadura o proyección de aerosoles infectados sobre la mucosa ocular, así como por la proyección de agua contaminada, sangre o de gotas de cultivos infecciosos, se utilizarán elementos de protección para los ojos y el rostro.

Protecciones oculares: se utilizarán cuando se prevea la posibilidad de salpicaduras a la mucosa ocular. Las gafas de protección, para ser eficaces, requieren combinar unos oculares de resistencia adecuada con un diseño de montura o unos elementos adicionales adaptables a ella, a fin de proteger el ojo en cualquier dirección.

Pantallas o viseras faciales: estas protecciones se fabrican en material transparente y recubren la cara, protegiéndola en su totalidad. Son adecuadas para aquellas situaciones de riesgo en las que la protección ocular deba hacerse extensible a la cara.
Capuz: es un adaptador facial que recubre completamente la cabeza, el cuello y a veces los hombros.

CALZADO

Se deberá usar calzado cerrado y resistente a la perforación y penetración de fluidos. Pese a que no existe ningún tipo de norma específica de calzado frente a agentes biológicos, el calzado según EN 13832-3:2006 debe superar una serie de ensayos destinados a evaluar su resistencia a la penetración y degradación por sustancias químicas líquidas. Además, este calzado puede incorporar un requisito adicional que le hace resistente a la penetración de objetos punzantes a través de la suela.

ROPA DE PROTECCIÓN

Según la norma UNE-EN 340, ”La ropa de protección es la ropa que sustituye o

cubre la ropa personal, y que está diseñada para proporcionar protección contra uno o más peligros."

Actualmente está en desarrollo la norma EN 162036:1997 aplicable a ropa de protección cuyo objetivo es proteger al usuario frente a microorganismos generados por fuentes externas al mismo. Se excluye del campo de aplicación de esta norma la ropa destinada a proteger frente a la contaminación cruzada entre personal sanitario y pacientes. Esta norma contempla unos requisitos tanto de resistencia mecánica, como de resistencia a la penetración de líquidos o sólidos contaminados con agentes infecciosos como de resistencia química en caso de que ésta sea necesaria.

En tareas sanitarias comunes, las batas y uniformes utilizados se excluyen, según el artículo 2 del Real Decreto 773/1997, de la definición de "equipo de protección individual". Se les considera como ropa de trabajo corriente siempre que no estén específicamente destinados a proteger la salud o integridad física del trabajador. Las batas y uniformes utilizados normalmente por los sanitarios deben cumplir una doble función: por un lado, permitir la identificación de la actividad y función de la persona por parte del paciente y familiares; por otro, la función propiamente de una cierta protección, aunque no sean prendas clasificables como EPI. Su eficacia depende de que se usen correctamente; por ejemplo, llevando las batas correctamente abrochadas, cambiándose la ropa cuando se cambie de actividad o zona, no empleándolas en áreas accesibles al público en general y fuera del edificio. El uso inadecuado de esta ropa de trabajo, no solamente actúa en detrimento de la protección de la salud del trabajador, sino que también supone un riesgo de transmisión de enfermedades a otros trabajadores, a los pacientes y al público en general.

La utilización de batas suplementarias al uniforme o bata habitual generalmente no suele estar especificada. Se recomienda su uso cuando se prevea la producción de grandes salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos (por ejemplo, asistencia a un parto, asistencia a politraumatizados en urgencias, realización de curas de gran extensión o ciertas intervenciones quirúrgicas). En circunstancias especiales, puede obtenerse una protección adicional mediante el empleo de delantales impermeables sobre la bata.

La utilización de ropa que proteja exclusivamente del riesgo biológico aún está en fase de estudio y desarrollo por lo que no se dispone de normativa técnica de referencia en la materia. La experimentación de la confección de estas prendas ha avanzado en dos direcciones: por un lado, se han desarrollado productos que

toman como base materiales no tejidos, que actúan como barreras efectivas, y por otro lado los tejidos antibacterianos, obtenidos por aplicación de un agente bactericida sobre la superficie de la tela.

5 Discusión-Conclusión

Una vez evaluado el riesgo de un lugar de trabajo, se debe intentar eliminar o reducir la exposición al nivel más bajo posible con medidas de tipo colectivo, pero cuando esto no sea posible, o sea insuficiente, deberán adoptarse medidas de protección individual. Cuando fallan las protecciones colectivas, se puede lograr que el proceso se pare o se activen los sistemas de alarma para avisar del fallo producido, llevando el proceso a una situación de ”seguridad”. En cambio, cuando falla un EPI pasa exactamente lo contrario, generando una situación de ”peligro” para la salud del trabajador que lo utiliza, y que en el caso de las protecciones respiratorias puede adquirir la calificación de grave e inmediato.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1835

TÉCNICAS DE SUJECIÓN DE LOS PACIENTES.

TOMÁS GRANIZO GONZÁLEZ

1 Introducción

Uno de los derechos fundamentales de los pacientes es el de proporcionarles cuidados de calidad garantizando siempre la seguridad en los mismos. Las guías clínicas y protocolos para el control de las alteraciones de conducta y la agitación psicomotriz contemplan diferentes estrategias de contención, debiéndose utilizar la que resulte menos restrictiva. La situación puede requerir la intervención activa del personal que comprenderá siempre técnicas de contención verbal y puede llegar a precisar la contención psicofarmacológica y/o la contención mecánica.

2 Objetivos

Explicar los diferentes tipos de contención de pacientes.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Pubmed, Scopus, Google académico y Scielo) y obtuvimos un total de 524 artículos. Hemos descartado aquellos que tienen una antigüedad superior a 5 años, los duplicados y aquellos que no se ajustan al tema de esta revisión. Tras esto hemos analizado un total de 174 artículos.

4 Resultados

Hay diferentes tipos de contenciones a pacientes:
- El abordaje verbal tiene como finalidad controlar la situación disminuyendo la ansiedad, hostilidad y agresividad. En caso de encontrarse solo, es preciso pedir colaboración de otros profesionales. Solamente un profesional se dirigirá verbalmente al paciente, el resto del equipo no deben interferir. Hay que escuchar atentamente, dejando que se exprese antes de responderle y mantener una actitud firme, pero con un tono de voz tranquilo y de bajo volumen.
- El abordaje farmacológico se usará en el momento en el que el abordaje verbal no sea suficiente frente a la conducta del paciente. El objetivo del farmacológico es tranquilizar al paciente lo antes posible para evitar que se lesione a sí mismo o a las personas que le rodean, para lo que se debe emplear la dosis mínima eficaz.
- La contención mecánica proporciona una limitación intencionada y en beneficio del paciente de la libertad de sus movimientos, que puede afectar a una parte del cuerpo, a su totalidad o al normal acceso a cualquier parte del mismo, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él. Será siempre el último recurso y se iniciará cuando hayan fracasado las medidas anteriormente descritas.

5 Discusión-Conclusión

Hay diferentes formas de contener a un paciente, la primera será la forma verbal que si no es suficiente se usará la farmacológica. Y si ésta no funciona se usará como último recurso la contención mecánica.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Protocolo de Contención de Movimientos de Pacientes. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid, Mayo 2010.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1836

CLASES DE CAMAS HOSPITALARIAS Y SU APLICACIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL DEL PERSONAL CELADOR

ANTONIA PRIEGO TRAPERO

LUIS DANIEL LÓPEZ CANO

OLGA FERNÁNDEZ GARCÍA

FREDESVINDA ISABEL GONZÁLEZ IGLESIAS

DELFINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La cama hospitalaria es un elemento básico en la asistencia sanitaria de los pacientes, pues es el lugar en el que este pasará, según su patología, la mayor parte de su estancia en la unidad de internamiento.

Los celadores que utilizan las mismas camas tanto en los traslados hospitalarios como en los aseos de los pacientes o movilización de los mismos, deben conocer tanto sus características como aplicaciones. Este conocimiento redundará en beneficio de la labor profesional del celador, e igualmente, beneficiará la recuperación y el bienestar del enfermo.

2 Objetivos

- Identificar los diferentes tipos de camas hospitalarias con las que un celador se puede encontrar en su trabajo.
- Definir las aplicaciones que se corresponden con cada tipo de cama hospitalaria.
- Asimilar las patologías e indicaciones terapéuticas de cada clase de cama hospitalaria.
- Concienciar al celador de que un buen conocimiento sobre las clases y usos de las camas hospitalarias redunda en la mejoría de la calidad asistencial prestada a los pacientes.

3 Metodología

Este capítulo es el fruto de una revisión bibliográfica en web especializadas sobre los aspectos que rodean el uso y las aplicaciones de las diferentes gamas de camas hospitalarias.

La exposición de estos datos permitirá a los celadores obtener una visión más precisa de los elementos que, como es el caso de las camas hospitalarias, utilizan a diario como una herramienta de trabajo a la que se debe sacar el máximo provecho tanto para realizar su trabajo de una forma más efectiva, como para mejorar el bienestar de los pacientes.

4 Resultados

Características generales de las camas hospitalarias:
• Generalmente están hechas de tubos huecos que pueden ser lavados con comodidad para posibilitar su desinfección.
• Habitualmente disponen de ruedas móviles en cada pata y un mecanismo de frenada que permite bloquearlas, facilitando su desplazamiento y seguridad durante los traslados.
• El somier de las camas suele estar fragmentado en varios segmentos que se pueden mover y cambiar de posición mediante una manivela o mecanismo automático.
• Las camas suelen tener unas dimensiones estándar de entre noventa y ciento cinco centímetros de ancho, de uno noventa a dos metros de largo.
• Los colchones más habituales son de muelles, mono-pieza y semirrígidos, y reforzados en los laterales soportar al cuerpo. Existen, además, otros tipos de

colchón para ser utilizados en ocasiones específicas. Los colchones suelen estar cubiertos con fundas semipermeables y flexibles para preservarlos de secreciones corporales.

Existe una amplia gama de camas que se adaptan a las necesidades terapéuticas de los pacientes. Como norma general, se pueden distinguir dos grupos: las camillas de exploración y las camas de descanso.

Las camillas de exploración se usan para efectuar exploraciones y traslados de los pacientes, en los hospitales, consultas o centros de salud, y se cubren con una sabanilla o papel especial desechable y de un solo uso antes de colocar al paciente. Las camillas de exploración pueden ser:
- Rígidas: tienen una estructura metálica sobre la que se coloca un colchón de base rígida y que está recubierto de materiales de fácil lavado. Algunas camillas rígidas disponen de ruedas para desplazarse, además de un mecanismo de freno para bloquearlas en posición estática.
- Articuladas: este tipo de camillas disponen´, además de otras, de una articulación en la parte de la cabeza que puede elevarse hasta alcanzar los noventa grados de inclinación.

Dentro de las camillas de descanso:
- De somier rígido: constituida por un somier rígido y sin articulaciones.
- Articulada: la más usada en los hospitales. Consta de un somier metálico con articulaciones y varios segmentos móviles que se activan mediante una manivela o con un motor accionado por un mando eléctrico. Este tipo de cama está indicada para facilitar la acomodación del enfermo y sus cambios posturales.
- Ortopédica, traumatológica o de Judet. Tiene un marco (marco de Balkan) que contiene unas varillas de metal situadas por encima de la cama a las que se ajustan unas poleas que soportan, mediante un sistema de cuerdas, diferentes conjuntos de pesas que facilitan la tracción sobre la parte afectada del paciente. También está provista de un estribo (triángulo de Balkan) que facilita la movilidad al enfermo encamado. Esta cama es utilizada principalmente en traumatología, con pacientes afectados por fracturas, luxaciones, parálisis de sus extremidades o poli-traumatizados.
- Electrocircular: formada por 2 armazones de metal circulares que están unidos entre ellos por un plano rígido que gira sobre los otros. Esta cama puede adoptar posiciones horizontales, verticales, inclinadas en todos los ángulos y boca abajo. Dispone de un interruptor que acciona un movimiento lento circular, que puede accionar el mismo paciente. Está indicada para grandes quemados, politrauma-

tismos y lesiones medulares, cuyo periodo de inmovilización es largo.
- RotoRest: mantiene al paciente sujeto, aunque en constante giro, permitiendo distribuir los puntos de presión corporal y los giros y los cambios de posición laterales y longitudinales. Se utiliza para prevenir la aparición de úlceras por presión.
- Cama de levitación o Clinitron: tiene 2 armazones u usa un flujo continuo chorros de aire caliente que hace que el enfermo permanezca suspendido un centímetro sobre la cama. Está indicada en grandes quemados o en trastornos que causan ampollas en la piel tras una lesión previa.
- Incubadora: construida con paredes transparentes de material plástico, y con aberturas laterales que permiten el acceso al neonato a través de unos terminales con forma de guante. Se utiliza para mantener estables las condiciones vitales de los bebés prematuros en un ambiente de humedad y temperatura adecuados.

5 Discusión-Conclusión

La cama hospitalaria llega a ser una parte del enfermo que tiene por finalidad la de proporcionarle bienestar, protección, descanso y sedante del dolor.

No obstante, los diversos tipos y aplicaciones que las camas hospitalarias tienen, además de la utilización de las mismas en actos como las movilizaciones o los aseos, están encaminados a facilitar las técnicas utilizadas por los celadores en sus tareas diarias de asistencia al personal sanitario. Es por ello que su correcta utilización, cada cama está indicada para patologías concretas, y mantenimiento, son esenciales para lograr la recuperación del paciente.

Por eso es fundamental que los celadores conozcan todos los aspectos que afectan a las indicaciones y uso de los diferentes tipos de camas hospitalarias para lograr un mejor desempeño profesional y un incremento en la calidad asistencial que presta a los pacientes.

6 Bibliografía

1. S. Celadores online de Instituciones sanitarias [Internet]. Celadores.org. 2018 [cited 9 February 2020]. Available from: http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html
2. Blinklearning. (2020). 4. La cama hospitalaria. [online] Available at: https://www.blinklearning.com/coursePlayer/clases2.php?idclase=

65927760&idcurso=1168400#
[Accessed 10 Feb. 2020].

Capítulo 1837

CÓMO MOVILIZAR A UN PACIENTE ENCAMADO

TOMÁS GRANIZO GONZÁLEZ

1 Introducción

Es importante colocar al paciente en una postura adecuada que asegure una correcta alineación corporal. Esto no es suficiente para garantizar la salud y bienestar de los pacientes, pues sabemos que la presión excesiva, continua y prolongada sobre la piel produce isquemia de los tejidos, provocando la aparición de las denominadas úlceras por presión (UPP). Este hecho hace necesaria la movilización, al menos cada dos horas, de aquellos pacientes cuyas circunstancias les impiden movilizarse por sí mismos.

2 Objetivos

- Describir las técnicas de movilización en un paciente encamado.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Scielo, Pubmed, Google académico y Scopus) y obtuvimos un total de 713 artículos. Hemos descartado aquellos que tienen una antigüedad superior a 5 años, los duplicados y aquellos que no se ajustan al tema de esta revisión. Tras esto hemos analizado un total de 214 artículos.

4 Resultados

Antes de movilizar a un paciente encamado debemos tener en cuenta su estado, saber si está en condiciones de colaborar o no, y si podemos contar con su ayuda para cambiarlo de postura. En función de todo ello determinaremos la mejor forma de llevar a cabo la movilización.

Actuación ante un paciente que no colabora: en este caso serían necesarios como mínimo dos celadores, que actuarán de la siguiente forma:
- En primer lugar, se debe poner la cabecera de la cama en posición plana o en la posición más baja que el paciente sea capaz de tolerar.
- Un celador se colocará al lado derecho de la cama frente al enfermo, y el otro se situará en la misma posición pero en el lado izquierdo.
- Los pies del celador estarán separados y las rodillas ligeramente flexionadas.
- Se retirará la almohada del paciente.
- Cada celador introduce un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro brazo por debajo del muslo.
- Finalmente, se sujeta al paciente y se va levantando con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada.

Otra forma de llevara cabo este tipo de movilización implica que los dos celadores se coloquen en el mismo lado de la cama. En este caso:
- Un celador coloca uno de sus brazos por debajo de los hombros del enfermo y el otro brazo por debajo del tórax.
- El otro celador coloca sus brazos por debajo de la región glútea del paciente.
- Finalmente el paciente es elevado con cuidado hasta que se sitúa en la posición deseada.

Actuación ante un paciente que colabora: en este caso sólo será necesario un celador, que realizará la movilización siguiendo estos pasos:
- Debe colocarse al lado de la cama del paciente, frente a él y a la altura de su cadera.
- Indicar al paciente que se agarre a la cabecera de la cama y flexione sus rodillas, situando las plantas de los pies sobre la superficie de la cama.
- El celador colocará sus brazos por debajo de las caderas del paciente.
- Pedir al paciente que, en la posición en la que se encuentra, haga fuerza con los pies y las manos intentando levantarse.
- Al mismo tiempo, el celador debe ayudarle a subir hacia la cabecera de la cama.

Movilización del paciente con la ayuda de una sábana: se necesita la colaboración de dos celadores:

- En primer lugar, se coloca una sábana entremetida (o una sábana normal doblada por la mitad en su largo), debajo del paciente, desde sus hombros hasta sus muslos.
- Cada celador debe enrollar la sábana por su lado, hasta que quede lo más cerca posible del cuerpo del paciente, y sujetarla con firmeza.
- De esta forma los celadores pueden desplazar el cuerpo del paciente hacia cualquier lado de la cama, incluso hacia arriba.

5 Discusión-Conclusión

Para movilizar a un paciente debemos tener en cuenta las condiciones y el estado de este. Dependiendo de si éste colabora o no se actuará de una forma o de otra.

6 Bibliografía

- Estrella Pérez, Alicia. Conocimientos básicos y funciones del celador. Formación Continuada LOGOSS. 10ª edición.
- Martínez Olivares, Laura. El auxiliar de Enfermería en hospitalización. Formación Continuada LOGOSS. 7ª edición.

Capítulo 1838

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CARMEN MARIA SUAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se atiende a los pacientes con lesiones y enfermedades, con un nivel de severidad tal, que ponen en riesgo su vida, siendo al mismo tiempo susceptibles de recuperación.

2 Objetivos

Establecer las funciones del celador, buscando la complementariedad a los conocimientos, habilidades y actitudes para poder desarrollar con la mayor eficacia y eficiencia posibles la tarea encomendada.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la UCI el denominador común de los pacientes es su carácter crítico y potencialmente recuperable, siendo requisito indispensable poseer un determinado campo de conocimientos, dominar un conjunto de habilidades y disponer de una serie de actitudes psíquicas y humanas.

Por tanto, el celador debe mantener éstos actualizados y saber asimismo las normas existentes en la UCI, tales como: normas generales de aislamiento, protocolos de la unidad, especialmente el protocolo de asepsia. También la importancia del conocimiento de las diferentes posiciones corporales y las técnicas en la movilización de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de conocimientos es vital para la correcta realización de funciones de un celador dentro de la UCI, así como poseer unas habilidades y actitudes que contribuyan con el resto del equipo de esta unidad a conseguir el beneficio del paciente (lograr la comodidad de este), prevenir úlceras por presión, facilitar su exploración…), ayudar en el tratamiento de su enfermedad y todo lo que haga posible su recuperación.

6 Bibliografía

1. Huertas Aguilera, J.J.; Morales Martín, A.M. y Vargas Gervilla, G.M. (2012): "El celador: funciones y actuación en la UCI, actualización en la cualificación profesional del celador". Editorial Edita. Badajoz.
2. Quesada Cortés, J.; Alaminos Muñoz, M.C. y Molina Blázquez, R. (2011): "Celador en la UCI. Editorial Amarantos, S.C.P. Jaén.
3. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Capítulo 1839

EL RUIDO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

TOMÁS GRANIZO GONZÁLEZ

1 Introducción

Un sonido se genera por una superficie en movimiento que se transmite a través del aire, disminuyendo su intensidad con la distancia y el entorno físico.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) catalogó en 1972 el ruido como una forma más de contaminación.
El ruido es todo sonido que puede producir una pérdida de audición, ser nocivo para la salud o interferir en una actividad en un momento dado.
En un principio, los ruidos no son ni positivos ni negativos, solo una sensación subjetiva cuyo nivel de molestia está influido por la calidad, duración y, por supuesto, la tolerancia de cada individuo.
En el ámbito hospitalario la recuperación del paciente puede verse comprometida por causa de un factor ciertamente común en el mismo: el ruido, el cual interrumpe las fases del sueño y, en consecuencia, altera la actividad cerebral y la función cardiovascular.

2 Objetivos

- Detectar cuales son los agentes que generan ruido en nuestro medio hospitalario.
- Mantener un ambiente favorecedor y ausente de ruidos molestos para el paciente.
- Medición con sonómetro en todas las instancias hospitalarias.

- Recoger datos sobre todos los elementos que causan ruidos en el hospital y exteriores.

3 Metodología

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

4 Resultados

Ciertos sonidos hospitalarios pueden molestar o despertar a los pacientes, aunque estén a bajo volumen, lo que crearía un ambiente que podría demorar su curación. Los carros de lencería, timbres, personal, TV, ascensores, familiares y los ruidos del exterior son los principales causantes del ruido hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Los valores de la OMS en las habitaciones de los pacientes hospitalizados son de 35 decibelios durante el día y 30 decibelios durante la noche. Los niveles de ruido en los hospitales pueden llegar hasta los 80 decibelios, por ejemplo el grito humano es de 70 decibelios. El celador velará continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.

6 Bibliografía

- Sostenibilidadedp.es/pages/index/que-es-el-ruido.
- Somospacientes.com/noticias/avances/el-ruido-en-los-centros-hospitalarios-puede-comprometer-la-curacion-y-recuperacion-de-los-pacientes/.
- Revista-portalesmedicos.com/revista-medica/niveles-contaminacion-acustica-los-hospitales/.

Capítulo 1840

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA CIRUGÍA DE TRAUMATOLOGÍA.

ANGEL NOÉ GARCÍA RODRÍGUEZ

ROGELIO ZAPICO GONZALEZ

1 Introducción

La correcta colocación del paciente cuando se enfrenta a una cirugía es fundamental para obtener los resultados deseados. Esta misión es labor del celador. Dependiendo del tipo de cirugía a la que se va a enfrentar el paciente, y siempre con la aprobación del facultativo que intervenga, el celador deberá conocer las diferentes posiciones según la intervención a realizar.
Conocer estas posiciones proporciona una mayor calidad asistencial y evita muchos efectos secundarios.
En una cirugía todos los miembros del equipo quirúrgico deben actuar con rapidez y eficazmente ante cualquier imprevisto que se presente, por lo que tener la formación necesaria para proceder con seguridad es básico para que la intervención sea un éxito.
Las posiciones según la intervención:

Cirugía artroscopia de hombro.
Se utilizará la mesa normal, situando colchoneta de vacío encima de la camilla, se coloca al paciente encima de la colchoneta y debajo de las axilas, tras ponerlo en decúbito lateral situamos una almohada en la cabeza y otra entre las piernas. En el lado sano se le coloca : un bracero, soporte lateral a la altura del abdomen, mesa de mayo y tracción con polea. En el lado a operar: cubrir el brazo con una venda de crepé y soporte lateral lumbar.

Cirugía artroscopia de rodilla.
Mesa ortopédica, colocar al paciente en decúbito supino. En la pierna que no se interviene : almohada doblada debajo de la rodilla, arco, bracero y retirar la parte inferior de la mesa. En la pierna a intervenir: soporte de rodilla, barra alargadera de mesa para el soporte y bracero.

Cadera con tracción para miembros inferiores.
Mesa ortopédica retirando las perneras y colocar tracción con botas. Se colocan las barras con botas en la mesa (la más larga en la pierna a intervenir), si precisa bajar el cabecero, colocar al paciente en la mesa. En la parte a intervenir colocar el soporte rodillo pélvico forrado con algodón, colocar las botas en los pies retirando las perneras y sujetar el brazo con venda. En la parte sana poner soporte lateral en la zona lumbar y el bracero.

Fractura de tibia para clavo intramedular mesa ortopédica, colocar al paciente en decúbito supino. En la parte sana sujetar la pierna con pernera, bracero y barra alargadora de mesa para colocar la pierna. En la parte a intervenir: retirar triángulo, colocar rodillo alza pierna, barra horizontal con estribo de tracción y quitar parte inferior de la mesa.

Hallux valgus.
Mesa normal, paciente en decúbito supino, los braceros y se ayuda a sujetar la extremidad para realizar la isquemia.

Hombro abierto.
Mesa ortopédica sin cabecero, paciente en decúbito supino y semisentado, rodillo en los pies y almohada debajo de las rodillas. En la parte sana colocar bracero. En la parte a intervenir colocar bracero y tope lateral para cadera.

Húmero.
Mesa quirúrgica paralela a la mesa normal, anestesian al paciente y se le pasa a la otra mesa en posición decúbito prono, retirar el cabecero, almohada bajo el pecho, otra bajo el abdomen y rodete debajo de los tobillos. En la parte sana colocar bracero, arco y soporte lateral. En la parte a intervenir soporte cuadrado para apoyar el brazo.

Mano-antebrazo.
Mesa normal, paciente en decúbito supino. En lado a intervenir poner mesa de mano. En el lado sano arco diagonal delante del bracero. Y sujetar la extremidad para la isquemia.

Prótesis de cadera.
Mesa normal, paciente en decúbito supino, elevar la cadera y colocarlo al borde de la camilla. En el lado sano: arco y bracero. En el lado a operar: barra alargadora de mesa, retirar triángulo y sujetar el brazo sobre el arco.

Prótesis total de rodilla.
Mesa normal, bajar cabecero, paciente en decúbito supino, poner braceros y arco. En la pierna que no se interviene: bajar la pernera, poner triángulo de pie y un saquete de sábana verde plano bajo la rodilla. En la pierna a intervenir: colocar soporte lateral a la altura de la cadera, pegar un rodete de sábana verde sujetándolo a la camilla con venda elástica para que no se desplace el pie.

Ligamentos cruzados de rodilla.
Mesa ortopédica, paciente en decúbito supino con un soporte de rodilla. En la zona sana: colocar almohada bajo la rodilla, el arco, bracero, mesa de mayo a la altura del pecho y retirar la parte inferior de la mesa. En la pierna a intervenir: colocar bracero oblicuo, barra alargadera de mesa y sujetar la extremidad para realizar la isquemia.

2 Objetivos

Exponer el tipo de posiciones que debe conocer el celador y cómo llevarlas a cabo en la cirugía de traumatología.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Vicente Martínez Quiñones J; López-Rubio Troncoso J.L. Colocación del paciente quirúrgico en la mesa de operaciones. M.M. Vol.50-n°1.1994.

- Pérez Jiménez S. Pajares Antón MJ, Teso Manzano S.Posiciones quirúrgicas: cuidados de enfermería y complicaciones. Nure Investigación 200;5.
- Gómez, J.F.& Suárez, L.F.R. Posiciones anatómicas. Técnico Auxiliar de Geriatría. Manual. Temario.E-book,124.

Capítulo 1841

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA CONJUNTIVITIS BACTERIANA

VICTORIA CABO PÉREZ

1 Introducción

La conjuntivitis es una de las afecciones de los ojos más comunes del mundo. Afecta tanto a niños como adultos. Se trata de una inflamación de la conjuntiva que hace que los vasos sanguíneos del ojo sean más visibles y le den un color rojizo.

La conjuntivitis puede ser viral (por un resfriado, desaparece sola), bacteriana (puede ocasionar daños importantes en el ojo si no se trata como úlcera corneal, y potencial pérdida de la visión) ó alérgica (por el polen, polvo, etc.).

Los síntomas varían según el tipo de conjuntivitis:
- Conjuntivitis viral: lagrimeo y picazón, muy contagiosa por tos y estornudos.
- Conjuntivitis bacteriana: el ojo segrega una sustancia amarillenta o de un color similar, muy pegajosa y que hace que por lo general despiertes con los párpados pegados. Se contagia fácilmente con las manos infectadas o elementos que hayan tocado el ojo.
- Conjuntivitis alérgica: lagrimeo, ardor, picazón. No es contagiosa.

El tratamiento a seguir depende también del tipo de conjuntivitis de que se trate:
- Vírica: no será necesario un tratamiento médico, bastará con aplicar paños húmedos y fríos en los ojos para aliviar los síntomas.

- Bacteriana: en este caso se recetarán antibióticos para tratarla.
- Alérgica: se suelen tratar con antialérgicos.

2 Objetivos

- Detectar que tipo de conjuntivitis se trata para poder aplicar el tratamiento adecuado y evitar la agravación del problema en caso de que se trate de una conjuntivitis bacteriana.
- Informar de todos los pasos a seguir para evitar contagiarla, la importancia de la higiene en las manos, la limpieza de todos los elementos que se tocan a lo largo del día, etc.

3 Caso clínico

Mujer de 29 años acude a consulta por notar sensación cuerpo extraño, enrojecimiento ocular derecho, lagrimeo, escozor y legaña amarillenta matutina. En ocasiones la visión por ese ojo se le nubla, aclarándose al parpadear. Lleva dos días con estas molestias en el ojo izquierdo y ahora el derecho comienza con los mismos síntomas. No usa lentillas, si gafas. Le molesta la luz solar. No tiene alergias.

Se le hace una revisión y se le receta tobradex colirio en suspensión 1mg, para tratamiento durante 7 días.

Se le informa de las pautas a seguir para evitar contagiar a otros: usar toalla individual, cambiar sábanas, limpiar todo objeto que se toque, mantener una higiene constante de las manos, etc.

Tras siete días de tratamiento con el colirio antibiótico la paciente presenta unos ojos limpios y sanos. No hay complicaciones como úlceras o pérdida de la visión. En su domicilio no ha habido más afectados.

4 Discusión-Conclusión

La conjuntivitis es una afección muy molesta y sobre todo si es bacteriana, además de que es muy contagiosa y se deben de seguir correctamente el tratamiento y las indicaciones de higiene para evitar que se repita en los siguientes días.

Se trata fácilmente pero hay que ser cautos y acudir al médico cuanto antes para que no se derive en algo peor. La vista es muy importante y debemos de cuidarla.

5 Bibliografía

- Rietveld RP, ter Riet G, Bindels P, Schellevis FG, Van Weert H. Do general practitioners adhere to the guideline on infectious conjunctivitis? Results of the Second Dutch National Survey of General Practice. BMC Fam. Pract. 2007;8:54.
- https://www.cdc.gov/conjunctivitis/clinical-sp.html
- https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/pautas-para-tratar-y-evitar-el-contagio-de-la-conjuntivitis-DDIMPORT-041034/

Capítulo 1842

HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL CELADOR

MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ

GEMMA GARCIA PEREZ

1 Introducción

Lavarse las manos con frecuencia es esencial para evitar tanto contraer cómo contagiar determinadas enfermedades. Generalmente, es un hábito que todos adquirimos desde que somos pequeños. No obstante, en la gran mayoría de las ocasiones el lavado de manos no se realiza de la manera adecuada, por lo que resulta interesante conocer cuál es el procedimiento correcto.

Tal es la importancia de lavarse correctamente las manos que incluso hay un día dedicado a ello; el 15 de octubre se celebra el Día Mundial del Lavado de Manos. Un gesto muy simple que se estima que ayuda a prevenir hasta 200 enfermedades habituales, sobre todo entre los más pequeños.

Cada año mueren 1,4 millones de niños por enfermedades estrechamente relacionadas con la falta de agua potable y una higiene inadecuada, sobre todo en países subdesarrollados y en vías de desarrollo. Una cifra muy alta que se puede reducir con una solución muy fácil: lavarse las manos.

¿Por qué es importante lavarse las manos?
A lo largo del día se acumulan una gran cantidad de gérmenes en las manos debido a una gran selección de factores: contacto con otras personas y superficies,

tocamiento de objetos. Así, al contacto con la nariz o con la boca, dichos gérmenes pueden resultar contagiosos; del mismo modo, también se pueden transmitir a otras personas mediante contacto directo.

Resulta imposible que las manos estén libres de gérmenes. No obstante, el lavado frecuente de las mismas ayuda en gran medida a minimizar la transferencia de bacterias, virus y todo tipo de microbios. Por lo general, los expertos recomiendan lavarse las manos cada dos o tres horas. Además, hay una serie de acciones que requieren un lavado premio: manipulación de alimentos, comer, tratar heridas, cuidar de una persona enferma y colocar o quitar lentes de contacto.

Del mismo modo, se recomienda lavarse las manos después de preparar alimentos, ir al baño, tener contacto directo con animales, sonarse la nariz, tratar heridas y manipular cualquier tipo de residuo.

Está demostrado que la piel de las manos del personal sanitario en este caso el personal celador es el principal mecanismo de transmisión de microorganismos. Las manos son un medio que puede recoger microorganismos y transmitirlos, generando si infecciones. Los primeros pasos para la prevención de infecciones en general, radica en una buena higiene, que incluye el lavado de manos.

2 Objetivos

Exponer la importancia de una adecuada higiene de manos. Técnicas, indicaciones y precauciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Algunos objetivos a tener en cuenta por el personal sanitario:

-Incentivar el lavado de manos en el personal celador
- Lavarse las manos correctamente utilizando todos mecanismos desinfección para evitar contagio.
- Eliminar de la piel microorganismos patógenos que adquirimos al entrar en contacto .con superficies contaminadas y que pueden ser virus, bacterias, parásitos y hongos.
- Proteger al paciente y al trabajador sanitario.

El lavado de manos es la manera más rápida y sencilla de eliminar microbios sobre todo después de ir al baño, estornudar o toser, haber tocado objetos contaminados como dinero. También es necesario lavarse después de tocar animales, cambiar el pañal de un bebe y por supuesto antes de manipular alimentos. Lavarse las manos solo con agua no es suficiente hay que utilizar jabón o una solución hidroalcohólica.

Tipos de lavado de manos:
1.Lavado higiénico o rutinario. Con este tipo de lavado de manos se elimina la suciedad, la materia orgánica, los microorganismos que infectan la piel, para ello es necesario el uso de agua y jabón.
2. Lavado antiséptico. Se consigue eliminar la suciedad, la materia orgánica, los microorganismos que infectan la piel y aquellos que no se eliminan fácilmente con el lavado higiénico, utilizando jabón líquido antiséptico o bactericida.
3. Lavado quirúrgico. Se realiza antes de cualquier intervención quirúrgica por los miembros del equipo estéril.
-El procedimiento de lavado quirúrgico estéril dura aproximadamente 5 minutos.
-Lavado de manos y antebrazos con jabón antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%) y cepillado de las uñas. Secado de manos con toallas estériles.
-Orden de lavado:
1. Dedos
2. Espacios interdigitales
3. Palma y dorso de la mano
4. Muñecas
5. Antebrazo
-Las manos, una vez secas, se mantendrán por encima de los codos.

La prevención de las infecciones proporciona al paciente unas condiciones de seguridad que deben existir en todas las instituciones sanitarias.

Los pacientes pueden contraer infecciones asociadas a la atención sanitaria, sobre todo durante una intervención quirúrgica (Ej.: la infección de las vías urinarias causada por un catéter contaminado). Por ello debe existir una perfecta higiene de manos en los actos quirúrgicos.

Cómo lavarse las manos paso a paso. A continuación señalamos todos los puntos a seguir para lavarse las manos de la forma adecuada. Es importante continuar los siguientes pasos en riguroso orden.
1. En primer lugar se mojan las manos con abundante agua corriente; debe estar fría, o, en su defecto tibia. No es aconsejable lavarse las manos con agua caliente.
2. A continuación se aplica jabón sobre la palma de la mano; debe tener el tamaño de una nuez.
3. El siguiente paso consiste en enjabonarse bien ambas manos, desde los dedos hasta la muñeca; es importante prestar especial atención a la zona que queda entre los dedos, así como debajo de las uñas.
4. Una vez las manos se hayan enjabonado y frotado adecuadamente, es el momento de enjuagar bien.
5. Para terminar, se secan las manos con una toalla limpia. Para cuidar tanto la salud como el aspecto de la piel, es recomendable realizar el secado de las manos con pequeños toquecitos, sin frotar. Luego, se utiliza la toalla para cerrar el grifo y que los gérmenes acumulados en el mismo no pasen a las manos.

¿Y si no hay jabón ni agua corriente?
Tal y como hemos señalado, lavarse las manos con agua y jabón es el mejor método para reducir la cantidad de microbios que tienen. No obstante, en ocasiones el acceso a jabón o agua corriente es complicado, por ejemplo cuando se realiza un viaje a países subdesarrollados. En estos casos lo mejor es utilizar un desinfectante de manos a base de alcohol; es esencial que contenga al menos un 60% de alcohol. Generalmente, este tipo de desinfectantes de manos a base de alcohol reducen de forma rápida la cantidad de microbios que hay en las manos, aunque no todos. Es importante destacar que este tipo de productos no resultan tan efectivos cuando las manos presentan un aspecto sucio y grasoso. El método más adecuado para aplicar un desinfectante de manos es el siguiente. En primer lugar se aplica el producto en la palma de la mano y, a continuación, se frotan las manos, haciendo especial hincapié en todas las superficies hasta que las manos estén secas.

El que el celador sanitario, tome precauciones al lavarse las manos va a evitar mucho riesgos, decir, el correcto lavado de las manos minimiza en gran medida

el riesgo de padecer, determinadas enfermedades, tanto a los pacientes como a el mismo, tales como las que explicamos a continuación.

Diarrea: Uno de los principales riesgos que supone no lavarse las manos, o hacerlo de manera inadecuada, tiene que ver con la diarrea. Se conoce como tal a un trastorno caracterizado por las heces acuosas y blandas, que se puede dar tanto en adultos como en niños. Además, las evacuaciones son frecuentes, tres o más veces al día.

La diarrea aguda dura un corto periodo de tiempo, y se trata de un problema relativamente común. Si dura más de unos pocos días puede suponer un trastorno de salud de carácter grave. Neumonía: La neumonía es una infección de uno o ambos pulmones. Una gran cantidad de gérmenes, como bacterias o virus, entre otros, pueden causarla. Aunque puede darse en personas de todas las edades, es más frecuente en mayores de 65 años, así como en bebés y niños.

Los síntomas más frecuentes de la neumonía son: fiebre alta, escalofríos, tos con flema, falta de respiración dolor en el pecho y cansancio sin razón aparente. Parasitismo intestinal: Se conoce como tal a aquellos trastornos producidos por parásitos, los cuales se alojan en la gran mayoría de ocasiones en el intestino, pudiendo dar lugar a diferentes daños.

Los síntomas son muy diversos: dolor abdominal, diarreas, vómitos, picazón en la zona anal debido a la salida al exterior de algún parásito y digestiones lentas y difíciles.

Infecciones respiratorias:Las infecciones respiratorias son aquellas que afectan a las vías respiratorias, siendo las más frecuentes el resfriado común o la faringitis.

El resfriado común se caracteriza por la aparición de mocos, tos, estornudos, malestar general y dolor de cabeza; si hay infección, la fiebre es otro indicio. En cuanto a la faringitis, el principal indicio es el dolor de garganta.

Enfermedades de la piel y de los ojos: No lavarse las manos implica un serio riesgo de padecer distintos trastornos que afectan tanto a la piel como a los ojos. Y es que son dos de las zonas corporales más sensibles y que, además, un mayor contacto tienen con las manos.

5 Discusión-Conclusión

Las manos lo tocan todo y son el refugio perfecto para todo tipo de bacterias y virus. Un simple gesto, lavarse correctamente puede evitarse el contagio de muchas enfermedades.

Lavarse las manos debe ser un hábito regular en todos los miembros del personal sanitario, practicando este hábito evitamos la propagación de gérmenes y promocionamos la salud a los pacientes como los propios celadores. Una rutina que hay que repetir cada vez que sea necesario.

Lavarse las manos adecuadamente es la primera línea de defensa contra la propagación de enfermedades desde un simple catarro a enfermedades más graves como la gripe, la hepatitis la meningitis o incluso una intoxicación alimentaria. Debido a la importancia que tiene el lavado de manos para evitar enfermedades e infecciones es necesario inculcar el hábito a todos los trabajadores sanitarios para prevenir enfermedades.

6 Bibliografía

-Pittet D., Donaldson L. "Una Atención Limpia es una atención más segura", primera iniciativa mundial de la Alianza Mundial de la OMS para la Seguridad del paciente". IFIC volumen 2.2006:135-140.
-OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. Directrices de la OMS sobre la Higiene de manos en la Atención Sanitaria. OMS, 2005.
-Friedman C., Barnette M., Back A., Ham R., Harris J., Hoffman P., Johnson D., Manian F., Nicolle L., Pearson M., Perl T., Solomon S. "Requeriments for Infrastructure and Essential Activities of Infection Control and Epidemiology in Out-of-Hospital Settings: A Consensus Panel Report. Infection Control and Hospital Epidemiology Vol 20, Nº 10: 695.

Capítulo 1843

TRÁMITES ADMINISTRATIVOS A REALIZAR EN UN PROTOCOLO DE ADOPCIÓN.

MARIA DE LOS REYES FLÓREZ ARIAS

1 Introducción

Las actuaciones a seguir cuando una madre manifiesta al personal hospitalario su deseo de renunciar a la patria potestad implica a variar áreas, tanto sanitarias como administrativas, es decir, a la enfermera de la unidad de hospitalización de obstetricia, a la matrona, a enfermera y pediatra de neonatos, a personal administrativo de la unidad de admisión, a la trabajadora social y al Instituto Asturiano para la Atención a la Infancia.

Una vez la mujer ha manifestado su deseo de renunciar a la patria potestad los pasos a seguir serían los siguientes:
1. El personal sanitario solicitará una interconsulta a él/la trabajador/a social. (Si la manifestación por parte de la mujer del deseo de renuncia a la patria potestad es en fin de semana o festivo, la tramitación se inicia con carácter urgente, siempre y cuando lo autorice la gerencia del área correspondiente, y por tanto solicitando la presencia de la trabajadora social).
2. La trabajadora social inicia lo que denomina ”Proceso de trabajo social restringido”.
3. Al momento del parto se guardará máxima reserva sobre el deseo de la gestante no apareciendo la palabra ”adopción” ni en el curso clínico ni tampoco en el informe de alta.

4. Al nacer el bebé le abrimos su propia historia clínica.
5. En el control de enfermería dejaremos el certificado de asistencia al parto (cuestionario para la declaración de nacimiento en el registro civil y el documento de identificación sanitaria materno-filial) que debe cumplimentar la matrona para ponerlo a disposición de Trabajo Social. La matrona que se pondrá en contacto con el Servicio de Admisión le asignará los apellidos de la madre al recién nacido registrados en la sala de partos.
6. El Instituto Asturiano para la atención integral a la infancia ubicado en C/Charles Darwin s/n (33005- Oviedo).
7. Trabajos social realiza la primera entrevista a la madre verificando el deseo de renuncia por parte de la madre que queda plasmado en el documento "comparecencia" y se envía documentación al IAAII, y tv. coordinará el seguimiento del recién nacido hasta el alta.
8. IAAII- Adopción remitirá escrito de apertura de expediente de protección del recién nacido.
9. Cuando se prevea la alta clínica el IAAII remitirá el documento de resolución de declaración de situación de desamparo y asunción de tutela solicitando la entrega del menor por parte de la trabajadora social y figurando en este documento los datos de la persona autorizada a recoger al recién nacido.
10. Enfermera procede al alta del recién nacido.

2 Objetivos

- Garantizar la protección integral del recién nacido,asesoramiento específico y apoyo psicosocial para la madre y el padre. Información adecuada y suficiente a la mujer sobre los trámites a seguir.
- Garantizar el derecho a la confidencialidad y a la intimidad de la mujer.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de Enero, de Protección jurídica del Menor.
- Ley 1/1995, de 27 de Enero, de Protección del Menor.
- Ley 20/2011, de 21 de Julio, de Registro Civil (Art. 45.3 y art. 47.4 modificados por Ley 19/2015, de 13 de Julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre.
- Protocolo Adopción Recién Nacido Hospital Universitario Central de Asturias. Año 2015.
- Protocolos de intervención- derivación en Pediatría; Niños en riesgo, Maltrato y Adopción y de intervención-derivación Servicio de Obstetricia-Ginecología, IVE y adopción.

Capítulo 1844

LA COMUNICACIÓN DEL CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON LOS PACIENTES Y FAMILIARES

HENAR MATA RAMOS

1 Introducción

En el presente capítulo tratamos las habilidades de comunicación de las que dispone el personal no sanitario, concretamente celadores y auxiliares administrativos para relacionarse con los pacientes de los centros sanitarios y la importancia de una buena comunicación para mejorar la acogida y posterior estancia de estos pacientes en el centro.

2 Objetivos

Analizar las habilidades de comunicación que deben tener tanto celadores como auxiliares administrativos en el trato con el paciente y sus familiares en los centros sanitarios para que tengan una buena acogida y posterior estancia en los mismos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica disponible, además de consultas en diferentes bases de datos como pueden ser Medline y Pubmed, seleccionando diferentes artículos científicos de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Partiendo de la premisa de que todos los individuos nos comunicamos ya que es imposible vivir en aislamiento, podremos entender la importancia que tienen las comunicaciones de los celadores y auxiliares administrativos con los pacientes en los centros sanitarios.

El papel de la comunicación juega un papel muy importante tanto en la vida diaria como laboral del auxiliar administrativo y del celador, por lo tanto debemos darnos cuenta de que trabajamos hablando, pidiendo información, preguntando, respondiendo, pidiendo opiniones y valoraciones, recibiendo y analizando demandas y necesidades de otras personas y de esta manera será posible neutralizar una parte importante de dificultades y por lo tanto mejoraremos la comunicación, el ambiente y los resultados del trabajo.

Podemos distinguir los siguientes elementos de la comunicación:
- Emisor: persona o personas que trasmiten el mensaje, es quien determina la estructura del mismo, su contenido y la manera de enviarlo.
- Receptor: es la persona o personas que reciben el mensaje.
- Mensaje: es lo que se quiere comunicar.
- Medio: es el canal de transmisión del mensaje.
- Contexto: toda comunicación se da en un contexto determinado. Es el conjunto de variables que están presentes en el proceso comunicativo (estas variables pueden ser personales e interpersonales).
- Código: Conjunto de signos, relacionados entre sí, y de reglas de construcción, a disposición del emisor y del receptor, todo mensaje se codifica. Este código (palabras, gestos) debe ser conocido por las personas implicadas en el proceso comunicativo.

Existen otros elementos que se encuentran siempre presentes en el proceso comunicativo y que pueden ser relevantes a la hora de llevarse a cabo:
- Ruido. Perturbaciones no previstas ni previsibles que destruyen o alteran la información. Se denomina ruido a cualquier perturbación experimentada por la señal en el proceso de comunicación, es decir, a cualquier factor que la dificulte o la impida. Las distorsiones del sonido en la conversación, en radio, televisión o por teléfono son ruido, pero también es ruido la distorsión de la imagen de la televisión, la afonía del hablante, la sordera del oyente, la ortografía defectuosa, la distracción del receptor, el alumno que no atiende aunque esté en silencio… Para evitar o paliar la inevitable presencia del ruido en la comunicación es habitual

introducir cierta proporción de redundancia en la codificación del mensaje.
- Redundancia. Elementos innecesarios que aparecen en un mensaje y que sirven, entre otras cosas, para combatir el ruido. La redundancia es la parte del mensaje que podría omitirse sin que se produzca pérdida de información. Cualquier sistema de comunicación introduce algún grado de redundancia, para asegurar que no hay pérdida de información esencial o asegurar la perfecta recepción del mensaje. La redundancia introducida por el emisor puede revestir las más diversas formas. Ejemplos de redundancia: elevar la voz, el subrayado, el uso de Mayúsculas,…

Por otra parte, a la hora de comunicarnos con los pacientes pueden surgir diferentes problemas de comunicación ya que durante el proceso de comunicación normalmente hay una pérdida de información desde la persona que comunica el mensaje hasta la persona que lo recibe. Habitualmente la persona que emite el mensaje piensa decir un 100% de dicho mensaje pero transmite alrededor de un 80% y la persona receptora del mensaje suele recibir sobre un 60% del mismo e interpreta un 50%, de ahí que surjan los siguiente problemas fundamentales en la comunicación:
- No dije todo lo que quería decir: hay que pensar lo que se va a decir y estar preparado para determinadas respuestas.
- No oyó todo lo que dije: hay que escoger las mejores condiciones físicas y psicológicas para realizar la comunicación. Volver atrás en caso de interrupción ayuda a retomar el hilo del mensaje.
- No escuchó todo lo que dije: hay que procurar evaluar las respuestas no verbales (aburrimiento, despiste).Hacer preguntas de control, de forma que el oyente tenga que explicar o dar alguna opinión sobre lo escuchado.
- No comprendió lo que dije. Hablar el lenguaje del otro.
- Lo comprendió pero no lo acepta: adaptar el mensaje a la personalidad del oyente.
- No retiene todo lo que aceptó: hacer resúmenes parciales.

Debido a todos estos problemas de comunicación surge la necesidad de mejorar la comunicación en el trabajo con diferentes técnicas como pueden ser las siguientes:
- Mantener el contacto ocular con el que habla.
- Indicar que se escucha diciendo “si” y afirmando con la cabeza.
- No expresar inicialmente el propio acuerdo o desacuerdo. Dejar hablar.
- Dejar pausas para animar al que habla a seguir haciéndolo.

- Resumir de vez en cuando lo que se escucha para comprobar si se ha comprendido o no.
- No menospreciar al que habla o su forma de hacerlo.
- Responder a los sentimientos que están detrás de las palabras. Mostrar que se comprende.

Una de las mejores técnicas para mejorar la comunicación con los pacientes y sus familiares en los centros sanitarios es la comunicación asertiva. La asertividad es innata pero puede aprenderse. El camino hacia la asertividad, puede convertirse en un aprendizaje, es un comportamiento aprendido. Si hemos tenido la suerte de contar con buenos modelos de personas asertivas durante nuestra infancia, será natural para nosotros desarrollar ese hábito.

Algunas técnicas para mejorar la comunicación asertiva pueden ser las siguientes:
- Sea tan claro y específico como pueda al expresar lo que quiere, piensa y siente.
- Cuando no esté de acuerdo con alguien, no es bueno aparentar estarlo sólo por "mantener la calma". Será más beneficioso a largo plazo cambiar el tema o expresar nuestro desacuerdo más activamente.
- Si una persona le solicita hacer algo que le parezca poco razonable o desagradable pregunte "por qué" debe hacerlo. Como adultos merecemos una explicación y es nuestro derecho insistir en una explicación convincente.

Podemos decir también que los celadores y los auxiliares administrativos son los primeros profesionales con los que establecen contacto tanto los pacientes como sus familiares en su llegada al centro sanitario, por lo que hay que llevar a cabo un buen plan de acogida para mejorar su estancia y posterior recuperación.

La recepción y la acogida del usuario que acude demandando asistencia sanitaria debe consistir en situar al paciente y a la familia en el medio hospitalario, para proporcionar confort y una visión global del centro sanitario y del servicio al que acude, favoreciendo las relaciones con los miembros del equipo que le atenderá. Se pretende cumplir el objetivo de recibir, identificar y valorar a la persona que requiere asistencia sanitaria.

Podemos definir dos objetivos principales:
- Conseguir que los pacientes que acudan a cualquier centro sanitario no presenten problemas añadidos a la situación de salud que padecen, derivados de la propia atención.
- Procurar la máxima satisfacción y confortabilidad posible del paciente y su fa-

milia, durante la estancia en nuestro centro.

Acoger al usuario y a su familia de forma sistematizada y cuidada supondrá generar un clima de confianza que consiga que afronte su situación de salud y su estancia en el centro de la mejor manera, se favorecerá la relación del usuario y la familia con todos los miembros que componen el equipo profesional y facilitará además la comunicación entre los mismos con lo que se logrará atender a los usuarios de forma integral.

Es muy importante entender que el primer contacto que el enfermo y su familia tenga con el centro sanitario, influirá a lo largo de toda su estancia en el mismo.

Por último hay que tener en cuenta que todos los profesionales que intervengan en la atención del paciente y su familia, usarán buenas habilidades comunicativas, entre ellas:
- Actitud de escucha. Una auténtica actitud de escucha estimula la comunicación. El objetivo final es comprender y ver el mundo tal como lo ve y lo comprende la persona que habla.
- Mantener una postura abierta a las demandas de los usuarios.
- Hay que permanecer alerta a las necesidades.
- Mantener el contacto visual.
- Hay que permanecer relajado e inspirando confianza.
- Tenemos que demostrar nuestro afecto y comprensión hacia los usuarios y sus familiares.

Al paciente lo trataremos de forma correcta y educada recordando unas sencillas normas:
- Nos presentaremos siempre diciéndoles nuestro nombre y categoría profesional.
- Al paciente siempre se le llamará por su nombre con un trato correcto y amable.
- Prestaremos una especial atención a la información confidencial: nunca se revelará y menos en los pasillos.
- Comunicación verbal y no verbal correcta, facilitando la comprensión de la información y comprobando efectivamente que se han entendido correctamente las instrucciones o la información que se ha dado.
- Se informará de las normas del centro ofreciéndoles si es posible una guía del centro.

5 Discusión-Conclusión

Somos los profesionales de los centros sanitarios, los que con nuestra actitud, hacemos posible que la estancia en el centro sanitario sea más o menos satisfactoria para el usuario de nuestros servicios y en la mayoría de los casos, son las cualidades humanas de estos profesionales las que suplen algunas de las carencias o deficiencias de dichos centros.

El reto es atender a nuestros pacientes como nos gustaría que nos atendieran a nosotros. La amabilidad, la dedicación, la información oportuna y veraz y sobretodo, la calidez humana produce calidad en la atención y comunicación con los pacientes y sus familiares en los centros sanitarios.

6 Bibliografía

- Andreu Pinillos, A. 1998. La batalla de la Comunicación Interna. Harvard Deusto Business Review. Barcelona.
- Young, M.B. y Post, J.E.1994. Los ocho principios de la comunicación eficaz. Harvard Deusto Business Review. Barcelona.
- El lenguaje del cuerpo y la comunicación corporal. Biblioteca Deusto para el Desarrollo Personal.
- La escucha eficaz. Burey - Allen. Disponible en el CIPAJ.
- Plan de Acogida Hospital Virgen Macarena Sevilla
- Díaz Chicano, J.F.; Castañón Baquera, R: Cuidados a familiares de pacientes críticos. Enfermería científica,1997, 184-185; 26-30.
- José Manuel Velasco Bueno; Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos.

Capítulo 1845

SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LA ATENCIÓN AL USUARIO DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES

HENAR MATA RAMOS

1 Introducción

En el presente capítulo tratamos los conflictos que pueden surgir en la atención al usuario en los centros sanitarios para el personal no sanitario, concretamente para auxiliares administrativos y celadores y las diferentes situaciones en las que se pueden crear conflictos en estos centros.

Debemos tener en cuenta que los conflictos surgen frecuentemente en cualquier organización ya que en ella confluyen multitud de personas con intereses diferentes por lo que hay que abordarlos de la mejor forma posible para intentar solucionarlos de la manera más beneficiosa para las partes implicadas. Consecuentemente, conseguiremos una mayor satisfacción de los usuarios con el centro sanitario y con el personal de auxiliares administrativos y celadores y un mejor ambiente de trabajo, por lo que todos salen beneficiados.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los diferentes factores que provocan conflictos y las habilidades sociales y comunicativas con las que debe contar el personal no sanitario, concretamente auxiliares administrativos y celadores.

Objeivos secundarios:
- Evitar conflictos tanto con los usuarios de los centros sanitarios como con sus compañeros en la medida de lo posible.
- Enumerar los diferentes tipos de usuarios con los que deben tratar auxiliares administrativos y celadores en su jornada habitual de trabajo al ser el personal que suele establecer el primer contacto con los usuarios de centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal no sanitario, concretamente los auxiliares administrativos y celadores se relacionan continuamente con los usuarios de los centros sanitarios. Estas relaciones se producen con los propios compañeros de trabajo pero también con pacientes y familiares que se encuentran en situaciones complicadas por lo que se sienten especialmente vulnerables, están enfermos, se encuentran en un entorno que es extraño para ellos y muchas veces perciben que sus necesidades no están satisfechas.

El conflicto ocurre cuando las personas no tienen sus necesidades satisfechas y sus perspectivas u opiniones para satisfacerlas son contrarias a las de otras personas. Por lo tanto, el conflicto es definido como una controversia o diferencia explícita (de información, de intereses o de valores) que ocurre entre, al menos, dos personas que compiten por los mismos recursos escasos o que persiguen metas incompatibles de manera que las opiniones, decisiones y conductas de una persona respecto a tales recursos y metas, afectan necesariamente las opiniones, decisiones y conductas de la otra persona.

El conflicto es muy complicado de evitar ya que estar en contacto con otras personas genera conflictos. En el caso de los profesionales de los centros sanitarios la situación es especialmente delicada, ya que estamos trabajando con la salud de las personas y su intimidad, por lo que es fácil que se generen conflictos. Para minimizar sus consecuencias y solucionarlos debemos utilizar las estrategias disponibles para la resolución de conflictos.
Las causas por las que surgen los conflictos son la falta de comunicación, la insatisfacción de las necesidades, la desconfianza ante el profesional que lo atiende y las expectativas negativas hacia la institución sanitaria.
No todos los conflictos provocan consecuencias negativas para los implicados, por ello podemos distinguir entre conflicto destructivo y conflicto constructivo siendo muy diferentes las consecuencias que se producen en su presencia.

El conflicto destructivo dificulta las relaciones personales, hunde la moral, aumenta y agudiza las diferencias y conduce a comportamiento irresponsable y dañino, tal como insultos, malos modos o peleas.
Por otro lado el conflicto constructivo sirve para clarificar y solucionar problemas y asuntos importantes, conduce a una comunicación más auténtica, ayuda a liberar emociones, estrés y ansiedad y permite desarrollar más cooperación entre la gente cuando se conocen mejor.

Entre los factores que provocan la aparición de situaciones conflictivas en los centros sanitarios están los siguientes:
Factores relacionados con el paciente:
- Patología del paciente: enfermedad grave o complicada, síntomas confusos, problema mental no identificado.
- Personalidad del paciente: alteraciones psicológicas, barreras comunicacionales, creencias contrapuestas.
- Circunstancias en las que se desenvuelve el paciente: situación socioeconómica, nivel cultural y profesional, experiencias negativas con el sistema sanitario.

Factores relacionados con el profesional:
- Personalidad del profesional: alteraciones de la propia salud, carácter difícil, barreras comunicacionales.
- Circunstancias en las que se desenvuelve el profesional: estrés, insatisfacción laboral, dificultad para abordar ciertas patologías.

Factores relacionados con el entorno: áreas de recepción o circuitos inapropiados, tiempos excesivos de espera, falta de intimidad. En su trabajo diario los auxiliares administrativos y celadores se pueden encontrar con diferentes tipos de usuarios

al ser las personas normalmente más accesibles en el primer contacto y posteriores de los usuarios en el centro:
El agresor: Estos individuos son excesivamente exigentes y mandones. No demuestran ningún aprecio al personal.
- El mártir: Repite frecuentemente la siguiente frase "no se preocupe de mí", seguido por un gran suspiro. Esta actitud motiva sentimientos de piedad e incluso de culpabilidad entre los miembros de la familia y el personal del centro sanitario.
- El pacifista: Intenta evitar conflictos de cualquier naturaleza. Esto provoca que sus necesidades no se satisfagan por miedo a que el personal pueda enojarse si le pide algo.
- El creador de complejo de culpa: Esta persona tiene dificultad en aceptar su enfermedad y procura generar sentimientos de culpa en otra persona. La gente tiende a evitarlo por los mensajes negativos que genera.
- El montaña rusa: experimenta oscilaciones extremas de humor que causan un comportamiento inconsistente. Pasa rápidamente de estar feliz a estar triste. El no saber qué esperar puede obstaculizar una comunicación eficaz.
- El abusador: El usuario puede comportarse de una manera inconsistente al no poder asumir la responsabilidad de su propio cuidado. Esto pone la carga del cuidado en algún otro y no es conducente hacia la idea de la autonomía para una vida independiente.
- El perfeccionista: Es un usuario muy exigente, insiste que las tareas se hagan de manera muy específica, de forma muy detallada y sin flexibilidad.
- El de personalidad asertiva: expresa sus necesidades en una manera directa sin ser amenazadora. No manipula a la gente. Se conoce a sí mismo y tiene aire de seguridad en sí mismo.

Requiere en este capítulo una mención especial la tipología del paciente difícil que presenta las siguientes características:
– El paciente problemático suele ser un frecuentador considerable.
– Acostumbra a sentirse insatisfecho de todos los servicios que recibe.
– Su presencia se siente negativamente en el conjunto del equipo del centro sanitario.
– Suele presentar más problemas de salud que otros pacientes de igual sexo y edad.
– Presentan sus problemas (crónicos y agudos) de forma más compleja, inusual y variada.
– Sus elementos de soporte y contención social (familia, trabajo, relaciones) son escasos conflictivos.

Todos los autores, hablan de la capacidad de estos pacientes o familiares difíciles de causar sensaciones displacenteras en los profesionales, como: pérdida de control, autoridad, temor, enojo, frustración, rechazo, agresividad.

Sin embargo, existen características de personalidad de los profesionales y actitudes en su trabajo diario que influyen en el trato con el paciente difícil pudiendo adoptar las siguientes reacciones:
– Reacciones de huida: el profesional de los centros de salud no puede "huir" literalmente, pero puede adoptar estrategias que le alejen de estos pacientes como puede ser dedicarles menos tiempo que a otros pacientes.
– Reacciones de rechazo: este rechazo se manifiesta a veces, recriminando al paciente incluso por tener una enfermedad.
– Reacciones de racionalización: el profesional toma el papel de "técnico", evitando el contacto personal.
Para hacer frente a los conflictos a veces es necesario que el profesional mejore sus habilidades sociales.

Estas habilidades sociales se clasifican en 6 grupos:
- Grupo I: Primeras habilidades sociales: Escuchar, iniciar una conversación, mantener una conversación, formular una pregunta, dar las gracias, presentarse, presentar a otras personas, hacer un cumplido.
- Grupo II: Habilidades sociales avanzadas: Pedir ayuda, participar, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse, convencer a los demás.
- Grupo III: Habilidades relacionadas con los sentimientos: conocer los propios sentimientos, expresar los sentimientos, comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enfado del otro, expresar afecto, resolver el miedo, auto-recompensarse.
- Grupo IV: Habilidades alternativas a la agresión: Pedir permiso, compartir algo, ayudar a los demás, negociar, emplear el autocontrol, defender los propios derechos, responder a las bromas, evitar los problemas con los demás, no entrar en peleas.
- Grupo V: Habilidades para hacer frente al estrés: Formular una queja, responder a una queja, demostrar deportividad después del juego, resolver la vergüenza, arreglárselas cuando le dejan de lado, defender a un amigo, responder a la persuasión, responder al fracaso, enfrentarse a los mensajes contradictorios, responder a una acusación, prepararse para una conversación difícil, hacer frente a las presiones de grupo.
- Grupo VI: Habilidades de planificación: Tomar iniciativas, discernir sobre la causa de un problema, establecer un objetivo, recoger información, resolver los

problemas según su importancia, tomar una decisión, concentrarse en una tarea.

5 Discusión-Conclusión

El personal no sanitario y concretamente los auxiliares administrativos y celadores de los centros sanitarios deben conocer las diferentes tipologías de usuarios con los que van a tratar en su jornada laboral para poder tratar a cada usuario adaptándose a sus características particulares, provocando de este modo una disminución sustancial de los posibles conflictos que redunda en una mejor prestación de la asistencia sanitaria y satisfacción de los usuarios.

6 Bibliografía

- Blay C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. FMC 1996; 4: 243-250.
- López-Soriano. Mapa de conflictos éticos intrahospitalarios.
- Connor, Desmond. 1997. Participación Pública: Un Manual. Cómo Prevenir y Resolver los Confl ictos Públicos.
- Novel, G. Los programas educativos en la resolución de conflictos en el ámbito sanitario.
- Martín MN. La relación clínica con el paciente difícil. Aten Prim 2000; 6: 443-447.

Capítulo 1846

TRATAMIENTO DE DATOS EN LOS CENTROS SANITARIOS.

MARIA DE LOS REYES FLÓREZ ARIAS

1 Introducción

En los centros sanitarios nos encontramos con que los datos de los pacientes o usuarios se tratan o se recaban por primera vez de diferentes maneras y con distintos criterios. Esto implica grandes problemas en la historia electrónica y más si cabe para el esquema de interoperabilidad entre servicios de salud de las distintas CCAA.

Pacientes derivados desde Atención Primaria: El paciente acude a su centro de Atención Primaria adscrito a su hospital de referencia, donde tras ser identificado por el personal administrativo o sanitario del centro, su médico de familia en consulta le solicita la realización de determinadas prestaciones médicas que se realizan en su hospital de referencia: procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como consultas de especialistas.
Admisión desde Urgencia del centro hospitalario:
Cuando un paciente llega a urgencias en un hospital, con carácter general, se le solicita su tarjeta sanitaria en la ventanilla de admisión. En caso de no llevarla se le solicita un documento oficial de identidad (DNI, NIE, pasaporte, etc.)
No obstante, existe la obligatoriedad de prestar atención sanitaria en situaciones de gravedad y urgencias, también a pacientes indocumentados, por lo que todas las personas son atendidas aunque no presenten ningún documento. También pueden ingresar personas desorientadas o inconscientes a las que se asigna

una identidad provisional hasta que se puede acreditar su identidad. Esta identificación provisional consiste en un código único que se utiliza en la HC provisional que se abre mientras está en urgencias. Una vez identificado el paciente, si no tiene todavía Historia Clínica (HC en papel o HCE) en el Centro, con la documentación que aporta se consulta la base de datos de la Consejería correspondiente, que contiene datos de filiación.
Por todo ello, debería solicitarse un documento oficial de identidad junto con la tarjeta sanitaria que permita identificar correctamente al paciente, es decir, un documento que tenga foto como por ejemplo, DNI, pasaporte, carnet de conducir..et.

2 Objetivos

Conseguir la identificación inequívoca de los pacientes para evitar errores de magnitud como por ejemplo, errores de diagnóstico, suplantación de identidad, con el consiguiente coste de salud para el paciente.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

• Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).
• Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (RDLOPD).
• Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el

que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), aplicable a partir de mayo de 2018.

• Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP).

• Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

• Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

• Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

• RD 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los Ensayos Clínicos con Medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) y el Registro Español de Estudios Clínicos (RD-ECM).

• REGLAMENTO (UE) 536/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de abril de 2014 sobre los Ensayos Clínicos de Medicamentos de uso humano (RUE-ECM).

• Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Capítulo 1847

EL ESTRÉS OCUPACIONAL EN PERSONAL NO SANITARIO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ FUERTES

1 Introducción

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) define el estrés ocupacional como una serie de reacciones perjudiciales, tanto físicas como emocionales, que aparecen en el trabajador cuando se dan unas demandas de trabajo altas y la capacidad que se tiene, para controlar esas demandas, es baja.
El estrés es un estado que se caracteriza por darse unos niveles altos de excitación y de respuesta, a ello se une una sensación de no poder hacer frente a esa situación. El trabajador no se ve capacitado para para llevar a cabo las demandas que su trabajo le exige; es aquí, cuando empieza a entrar en una situación de estrés que, cuando es excesivo, le afecta negativamente tanto a nivel personal, perjudicando su salud, como a nivel laboral no pudiendo desempeñar correctamente sus tareas, por lo que puede llegar a suponer un problema para el Centro hospitalario.

2 Objetivos

- Identificar el origen de estrés ocupacional en personal no sanitario.
- Identificar los efectos adversos en la salud provocados por este tipo de estrés, dando a conocer las diversas prácticas laborales para reducirlo o eliminarlo.

3 Metodología

Para poder elaborar este capítulo se ha llevado una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de información en libros y también se han consultado artículos en la base de datos: Pubmed y Medline Plus. Se han empleado como criterios de inclusión: idioma castellano e inglés; y de exclusión: textos que carecen de acceso gratuito.
Como palabras clave han sido utilizadas: estrés, laboral, ocupacional, salud, personal no sanitario.

4 Resultados

Según los estudios analizados, el estrés ocupacional tiene su origen cuando las demandas o exigencias de trabajo son altas y la falta de recursos o el bajo control sobre este, es bajo. También decir que el apoyo social juega un papel determinante en esta situación. Si este apoyo es nulo o escaso, por parte de compañeros o de superiores, no hace más que sumarse a los factores anteriores y aumentar el estrés laboral afectando al trabajador en todos los ámbitos de su vida, provocándole así una saturación física y mental. Una vez analizado el origen, vamos a dividir los resultados sobre el estrés, derivado de este estudio, en dos tipos: Individual y Organizacional. Es una buena manera de resumir las consecuencias negativas de un tipo de estrés que ya no es óptimo ni para el trabajador ni para el desarrollo del trabajo.
Resultados del estrés Individual:
-En el aspecto orgánico: Sudoración, fatiga, hipertensión arterial, sensación de "nudo en la garganta", boca seca, alteraciones del ritmo cardíaco, diarrea o estreñimiento, inmunodepresión…
-En el aspecto psicológico pueden darse: Trastornos del sueño, apatía, ansiedad, aumento de la irritabilidad, pérdida de la autoestima, depresión…
-En el aspecto conductual: Consumo de drogas, alcohol, tabaco, fármacos ansiolíticos, pérdida o aumento del apetito, violencia, ataques de ira…
Resultados del estrés Organizacional:
-En el desempeño del trabajo: Incremento del absentismo laboral, disminución del rendimiento, mayor índice de accidentes y lesiones, abandono y cambio del trabajo, falta de concentración…
-Costes indirectos: Una baja motivación, deterioro de las relaciones laborales, costes directos relacionados con tratamientos médicos asociados a los trabajadores, costes por demandas de los trabajadores…

5 Discusión-Conclusión

Llegado a este punto, queda claro que un trabajador que se encuentre estresado es un trabajador desmotivado, desganado, que suele enfermarse con más frecuencia y concentrarse menos, siendo poco productivo y proclive a los accidentes, además de ausentarse con asiduidad en el trabajo, lo que conlleva, con frecuencia, reiteradas bajas laborales. Se genera una mala situación, no solo en el entorno hospitalario, también para el trabajador porque todo el mundo quiere ir motivado y contento al trabajo, al menos con algún tipo de aliciente. El personal no sanitario como por ejemplo: el Auxiliar administrativo, el celador y el pinche o ayudante de servicios, pasan muchas horas en el trabajo y cuanto más agradable les resulte tanto este, como el ambiente, mejor será el desempeño y la productividad en la labor correspondiente. No se debe obviar que un nivel de presión que el trabajador considere aceptable puede incluso mantenerlo alerta, motivado y en condiciones recomendables para trabajar y aprender, dependiendo de los recursos que disponga y de sus características personales. Un entorno laboral saludable va a estar lleno de factores positivos que van a promover la salud.

6 Bibliografía

-Medline: https://medlineplus.gov/spanish/
-Pubmed: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
-Artículo de Juana Casas, José Ramón Repullo y Susana Lorenzo
-Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII.
-Plan de Calidad. Fundación Hospital Alcorcón
-Buceta JM, Bueno AM. Estrés, rendimiento y salud. En: Buceta JM, Bueno AM y Mas B, editores. Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo. Madrid: Dykin-son, 2001; p. 19-55.
- Peiró JM, Salvador A. Control del estrés laboral. Madrid: Eude-ma, S.A., 1993
-Peiro J. El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo 2001; 13: 18-38. Disponible en: http:// comisionnacional.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/Rev_-INSHT/2001/13/seccionTecTextCompl2.pdf
- Houtman I, Jettinghoff K, Cedillo L. Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores. Institute

of Work, Health & Organisations. 2008. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43770/1/9789243591650_spa.pdf?ua=1

Capítulo 1848

SEGURIDAD Y SALUD EN EL MEDIO HOSPITALARIO. RIESGOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS

JAVIER USOBIAGA MARTÍNEZ

SELENE BENITO OTERO

MARIA CRISTINA CORTAVITARTE PÉREZ

1 Introducción

La información es algo fundamental a la hora de prevenir los riesgos asociados con nuestra actividad profesional, es decir, disponer de conocimientos sobre los posibles riesgos y las medidas a adoptar para evitarlos. Existen numerosos tipos de riesgos a los que un trabajador puede estar expuesto durante su jornada laboral, ya sea de forma directa o indirecta, sean riesgos físicos, ergonómicos, biológicos, etc.

Un claro ejemplo son los problemas dorsolumbares. Se estima que la prevalencia anual de dolor lumbar en población general varía entre el 22 y el 65%, siendo la patología vertebral más frecuente. El dolor lumbar es la principal causa de absentismo laboral. Un 30% de los trabajadores sufre dolor de espalda, lo que supone al año la pérdida de 600 millones de jornadas de trabajo en la Unión Europea. Y es conocido que nos encontramos ante uno de los sectores laborales donde más riesgos se concentran.

Según un estudio publicado por el INSST (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo) en el año 2011 un 38.5% de los accidentes laborales son debidos a sobreesfuerzos durante la jornada laboral y un 71.1% del total de las enfermedades profesionales durante este mismo año pertenecen a trastornos musculoesqueléticos. En el año 2011 se comunicaron 197.381 accidentes de trabajo en jornada por sobreesfuerzos, lo que representa un 38,5% de los accidentes laborales, y se notificaron, 12.891 trastornos musculoesqueléticos, lo que representa un 71,1% del total de enfermedades profesionales comunicadas en este año.

Sin embargo, el riesgo biológico es el más frecuente en el medio sanitario, siendo los profesionales más expuestos el personal sanitario que presta asistencia directa a los enfermos. Las medidas de protección individual, una correcta higiene de manos y un seguimiento exhaustivo de los protocolos reduce al mínimo la posibilidad de contagio.

2 Objetivos

- Concienciar de los numerosos riesgos del medio hospitalario, así como de la importancia de salvaguardar nuestra integridad física y mental en nuestro entorno laboral.
- Dar a conocer los diferentes riesgos a los que, como trabajadores del medio sanitario, estamos expuestos, y cuales nos afectan más.
- Repasar las medidas preventivas para los diferentes tipos de riesgos que existen.

3 Metodología

Como método se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, extrayendo información de bases de datos gubernamentales, así como de diversos trabajos y publicaciones, manuales de prevención y presentaciones sobre los riesgos sanitarios.

Se utilizaron bases de datos oficiales como el INSST (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo), portales sanitarios de La Rioja o la Junta de Castilla y León.

Para acceder a toda esta información se utilizó la terminología: riesgos en el sector sanitario, riesgos hospitalarios, prevención, higiene en el sector sanitario, lavado de manos, riesgos biosanitarios, medidas de prevención en el medio hos-

pitalario, manual de prevención en hospitales, bioseguridad, riesgos biológicos, turnicidad, ergonomía, riesgos psicosociales, burnout, etc.

4 Resultados

RIESGOS ERGONÓMICOS
¿Qué es la Ergonomía?
El término Ergonomía procede de las palabras griegas Ergo (trabajo) y nomos (norma). Fue en 1857, la primera vez que se utilizó el término Ergonomía. La definición más clásica de Ergonomía es la de Murell (1965), que define la Ergonomía como el estudio del ser humano en su ambiente laboral. La Ergonomía se entiende como una adaptación del medio laboral, de sus sistemas y herramientas, a las características físicas y psicológicas del trabajador, para salvaguardar su salud laboral.

Teniendo en cuenta las condiciones ergonómicas en el desempeño laboral, existe un aumento en los trastornos de tipo musculoesquelético. Éstos incluyen un importante número de lesiones en músculos, tendones, nervios, articulaciones, ligamentos, etc…, localizadas generalmente en la espalda, cuello, hombros, codos y muñecas.

Los factores que propician la aparición de lesiones musculoesqueléticas pueden ser:
- Factores personales: enfermedades y condición física, vida sedentaria fuera del entorno laboral, hábitos de la vida negativos y perjudiciales…
- Factores de tarea: posturas forzadas, mal uso de la musculatura, uno incorrecto de los apoyos de movilización, reacciones imprevisibles de pacientes, transporte y manipulación de cajas, carros, etc…
- Factores de organización: ritmo de trabajo demasiado alto, excesivo número de pacientes, movilizaciones sin ayuda, medios de apoyo insuficiente etc…

Algunas de las posibles patologías derivadas de sobreesfuerzos son: dorsolumbares, lumbalgias, ciática, hernia discal, etc.

El riesgo de sobreesfuerzos es muy común en el personal sanitario (principalmente en el trabajo de auxiliares de clínica, celadores, personal de rehabilitación, etc) ya que una gran parte de su trabajo se basa en posibilitar la movilización de personas con limitaciones físicas (trasladar, ayudar a caminar, realizar cambios de posición, mejorar el confort de pacientes, etc.)

La principal causa de trastornos musculoesqueléticos es la realización de sobreesfuerzos a la hora de movilización de pacientes, y la manipulación de cargas.

Movilización de pacientes.
La movilización de pacientes supone desplazar cargas con características especiales: es inestable, pesada, voluminosa, móvil, ejerce resistencia y, lo más importante, su centro de gravedad puede variar en cualquier momento, lo que puede suponer un riesgo para nuestra salud y la del enfermo.

Factores de riesgo
- Características especiales de la carga (antes mencionadas).
- Sobreesfuerzos a la hora de movilizar.
- Ergonomía del medio de trabajo: espacio disponible, medios de ayuda, tipo de suelo, etc.
- Otros factores como: pobre aptitud física, falta de formación en movilización de enfermos.

Medidas de prevención
- Organizar correctamente la movilización. Pensar antes de actuar. Valorar los medios disponibles, buscar la colaboración del paciente, observar que tipo de lesión o limitación tiene, evitar riesgos o sobreesfuerzos innecesarios.
- Higiene postural. Mantener la espalda recta, flexión de rodillas, procurar que los músculos más fuertes (piernas) lleven el mayor impacto de la carga, usar puntos de apoyo si disponemos de ellos, sujetar al paciente próximo a tu cuerpo, y sobre todo, agarrarlo con seguridad.
- Formación útil en la movilización de pacientes, preferentemente práctica. Diferentes técnicas y métodos que nos ayuden en el día a día.
- Trabajo en equipo. Siempre que sea necesario, disponer de un compañero/a para facilitar la movilización.
- Disponer de ayudas mecánicas que eviten sobreesfuerzos innecesarios.

Manipulación de cargas.
A la hora de manipular una carga, sea la que sea, interviene el esfuerzo humano, ya sea de forma directa (levantamiento, colocación) o indirecta (empuje, tracción, desplazamiento). En el medio sanitario, la manipulación de cargas es muy común, y supone un factor de lesiones musculoesqueléticas a tener en cuenta.

Factores de riesgo

- Manipulación de cargas con malas condiciones ergonómicas, siempre que la misma supere los 3 kg de peso.
- Manipulación de cargas de más de 25 kg en cualquier tipo de condición ergonómica, ya que es el máximo recomendado. En el caso de las mujeres, el límite se marca en 15 kg.

Medidas de prevención
- Siempre que sea posible, eliminar riesgos manipulando la carga con ayuda de medios mecánicos
- Disminuir el peso de la carga o la frecuencia del trabajo. Ej: dividir la movilización de la carga, si es posible, en varias etapas.
- Adaptar la carga al trabajador, y no a la inversa (principio básico de la Ergonomía).
- Formación adecuada en las técnicas de manejo de cargas.
- Levantamiento en equipo.
- La carga siempre pegada al cuerpo, y con la espalda recta.
- SIempre es mejor empujar que tirar (mobiliario, camillas, camas, etc…)

RIESGOS BIOLÓGICOS
¿Qué es el Riesgo Biológico?
Se define el Riesgo Biológico como la posible exposición a microorganismos o agentes patógenos, pudiendo dar lugar a enfermedades perjudiciales para la salud, motivada por la actividad laboral. Su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas. Esta exposición supone uno de los riesgos más comunes del medio sanitario, y que afecta a todos los sectores profesionales involucrados. Es importante concienciarse de estos riesgos, y tomar medidas en el día a día para evitarlos en su mayor medida. Actualmente, entre las enfermedades infecciosas más comunes a las que están expuestos los profesionales de la salud, destacan: las de origen vírico como la Hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis Delta y el SIDA, sin olvidar otros virus y enfermedades producidas por otros microorganismos.

Los agente biológicos se clasifican según su riesgo de infección en los siguientes grupos:
- Grupo de riesgo I: no causa enfermedades al ser humano.
- Grupo de riesgo II: puede causar enfermedades a los trabajadores, sin suponer un riesgo a la colectividad, ya que no es probable que se propaguen fuera del medio sanitario. Hay tratamiento eficaz contra ellos.

- Grupo de riesgo III: pueden causar enfermedades graves al ser humano. Representan un serio peligro para los trabajadores, con un riesgo de propagación mayor. Existe tratamiento eficaz, con poca probabilidad de propagación aérea.
- Grupo de riesgo IV: causan enfermedades graves al ser humano, con un riesgo elevado de propagarse fuera del medio sanitario. Generalmente, no se dispone de una profilaxis eficaz contra ellos.

Medidas de prevención
- Vacunación
- Existe una responsabilidad por parte del trabajador de estar vacunado contra diversas enfermedades de transmisión en el medio sanitario: Hepatitis B, Tétanos, etc…

Higiene personal
- No utilizar joyas ni abalorios durante el desempeño del trabajo.
- Cubrir correctamente heridas o lesiones de las manos al iniciar la actividad laboral.
- Importancia del lavado de manos y su frecuencia. Existen diversos tipos de lavado de manos: lavado de rutina higiénico, lavado especial o antiséptico y lavado quirúrgico.
- No ingerir alimentos ni bebida en el área de trabajo, salvo en las zonas seguras para ello.

Protecciones de barrera
Los equipos de protección individual (EPI) están pensandos para proteger al trabajador de riesgos que puedan atentar contra su salud, debiendo considerarse la última barrera de protección entre el trabajador y la amenaza. Forman parte de este grupo: guantes, mascarilla, bata y protección ocular. Este tipo de protección dependerá del tipo agente infeccioso.

Otras medidas como:
- Correcta desinfección de superficies e instrumental
- Gestión adecuada de los diferentes tipos de resíduos
- Comunicar los accidentes con patógenos lo antes posible, siguiendo el protocolo establecido.

RIESGOS PSICOSOCIALES
Este tipo de riesgos a los que los trabajadores están expuestos, están directamente relacionados con la mala gestión y organización del trabajo, así como con el estrés que puede suponer realizar ciertas tareas, disponiendo de pocos medios, tiempo o

personal. Son debidos habitualmente a la escasez recursos en el medio sanitario.

Factores de riesgo
- Demasiada exigencia psicológica: sobrecarga de trabajo, desarrollo de sentimientos como causa de situaciones complejas, tristes o que causen demasiado estrés.
- Falta de responsabilidad y decisión, monotonía, estancamiento laboral, falta de control, etc…
- Falta de apoyo y baja calidad de liderazgo, falta de compañerismo, trabajo en condiciones de aislamiento, falta de tiempo para adaptarse a los cambios, etc…
- Escasez de compensaciones, bajo reconocimiento y trato injusto. Baja expectativa de promoción, realización de tareas por debajo de tu cualificación…

Todas estas cosas pueden causar ciertos efectos sobre la salud, como estrés o el síndrome de Burnout.

Síndrome de Burnout
El término inglés "Burnout" hace referencia a una disfunción psicológica que parece suceder de un modo más común entre trabajadores cuya labor se realiza en relación directa con la gente. Es la consecuencia de elevados niveles de estrés en el trabajo, frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas.

Medidas preventivas
- Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo.
- Turnicidad no abusiva, respetando el descanso físico y mental de los trabajadores.
- Favorecer el trabajo en equipo en todos los sectores.
- Correcta gestión de los recursos humanos y de la carga laboral.

OTROS RIESGOS
Existen otros tipos de riesgo que pueden afectar a la integridad física y/o mental de los trabajadores, como pueden ser: la exposición a agentes químicos nocivos, accidentes laborales (caídas, golpes, atrapamientos…), exposición a radiaciones ionizantes y no ionizantes, turnicidad y nocturnidad laboral, agresiones de pacientes y familiares, etc…

5 Discusión-Conclusión

Para lograr una prevención efectiva se han de conocer con anterioridad los riesgos a los que se enfrenta un trabajador en su jornada laboral. Uno de los obstáculos más comunes es la falta de formación, por ello es importante conocer los diferentes riesgos a los que se puede estar expuesto, así como las medidas para evitarlos. La formación ayuda a incrementar la confianza y la seguridad a la hora de enfrentarse a los diversos inconvenientes que pueden surgir en el día a día.

Es importante cuidar nuestra salud laboral, y no esperar consecuencias inmediatas para actuar, ya que muchas dolencias o problemas pueden aparecer años después, cuando la solución es más compleja o inexistente. Una correcta ergonomía o una higiene postural adecuada pueden marcar la diferencia.

Existe una misión y obligación por parte de los gestores sanitarios de velar por la salud de los trabajadores, pero es de vital importancia que el trabajador se preocupe todo lo que esté en su mano por su protección, ya que la experiencia nos enseña que, en ciertos casos, la salud laboral se ve más como un gasto sanitario que como una obligación legal y una prioridad.

6 Bibliografía

- Ros Martínez, A. M. (2016) Estudio ergonómico en auxiliares y enfermeros/as en el ámbito sanitario (riesgos físicos). Consideraciones para la mujer embarazada. Universidad Miguel Hernández, Alicante. Recuperado de http://dspace.umh.es/
- García Romero, S. (26 Nov.) El Trabajo A Turnos. Riesgos Laborales y Medidas Preventivas. Metacontratas.com. Recuperado de: https://www.metacontratas.com/blog/el-trabajo-a-turnos-riesgos-laborales-y-medidas-preventivas/
- Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero. Lavado higiénico de manos. Junta de Castilla y León. Recuperado de: https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/lavado-higienico-manos
- Secretaria de Salud Laboral CC.OO. Castilla y León (2011) Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario. Junta de Castilla y León. Recuperado de: La Guía Básica de Riesgos Laborales específicos en el Sector Sanitario
- Alcaide Altet, N. et al. (2013) Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el sector sanitario. INSST, Madrid. Recuperado de: https://www.insst.es/documents/94886/96076/Libro3HOSPIT-120613.pdf/1dd28132-7b4b-4414-a83d-ca4db557

- Colorado Soriano, M. Riesgos biológicos y químicos en el sector sanitario. INSST, Madrid. Recuperado de: https://www.insst.es/documents/94886/549601/Exposicion+AQ+y+AB+CNMP2.pdf/f6bd24c8-a82c-4eb2-bdad-f26a76d0e57b
- Gaspar Carreño, M., Márquez Peiró, J., Achau Muñoz, R. (2017) Artículo especial: Equipos de protección individual para el manejo de medicamentos peligrosos. Servicio de Farmacia del Hospital Intermutual de Levante, Valencia y Servicio de Farmacia del Hospital Vithas Perpetuo Internacional, Alicante. Recuperado de: http://www.revistadelaofil.org/articulo-espacial-equipos-de-proteccion-individual-para-el-manejo-de-medicamentos-peligrosos/
- Argote, J. I. (2019) Equipos de protección individual ante el riesgo biológico en el sector médico-sanitario. Anales Sectoriales. Recuperado de: https://www.interempresas.net/Medico-hospitalario/Articulos/231877-Equipos-de-proteccion-individual-ante-el-riesgo-biologico-en-el-sector-medico-sanitario.html
- De Pablo Hernández, C., De Pablo Hernández, J. C. (2008) El Síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. PW Magazine (nº18). Extraido de: https://prevencion.umh.es/files/2011/09/burnout-en-los-profesionales-sanitarios.pdf
- Rioja Salud. Riesgos Biológicos (Accidentes Biológicos). Gobierno de la RIoja. Recuperado de: https://www.riojasalud.es/profesionales/prevencion-de-riesgos/1104-riesgos-biologicos-accidentes-biologicos

Capítulo 1849

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y LA NECESIDAD DE IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE.

MARIA DE LOS REYES FLÓREZ ARIAS

1 Introducción

La historia clínica informatizada o electrónica supone insertar las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el núcleo de la actividad sanitaria y tiene como consecuencia un importante cambio en el concepto de la historia clínica. A partir de ahora la historia clínica electrónica implica que en ella deban estar todos los datos de salud de un paciente y pueda consultarse desde distintos puntos.

La información de salud de un ciudadano debe integrar al menos la procedente de la base de datos de la tarjeta sanitaria, de historias clínicas actuales: de los centros de atención primaria y especializada, de los centros de salud mental y de los centros de planificación familiar; de sistemas clínicos departamentales, como los de los laboratorios y servicios de diagnóstico por imagen; programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad; de centros sanitarios concertados o de otros servicios de salud; contingencias de salud laboral, atendidas en el propio sistema o en entidades colaboradoras como las mutuas patronales de accidentes de trabajo; sistema de receta electrónica; prestaciones sanitarias complementarias, como la ortoprotésica o el transporte sanitario; sistemas de ayuda a la toma de decisiones clínicas.

Para que todas las aplicaciones y sus datos puedan relacionarse entre sí e intercambien datos referidos a una persona, resulta indispensable que esa persona esté identificada de forma unívoca, como por ejemplo, con DNI, pasaporte etc. Además, las tarjetas sanitarias tienen un código propio que permite además de por el DNI poder identificar a una persona, es lo que denominamos código ASTU. Los sistemas de identificación de nuestro país, como el Registro Civil, DNI o Seguridad Social, no garantizan la identificación unívoca. Por ello los servicios de salud asignan un código de identificación con motivo de la emisión de la TIS.

2 Objetivos

- Conseguir que con una identificación inequívoca del paciente puedan estar datos muy diversos referentes todos con la salud en su historia clínica electrónica.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.astursalud.es
- https://www.mscbs.gob.es
- Ruiz A. La tarjeta sanitaria en el ámbito de gestión del INSALUD. Todo Hospital 1993; 95: 21-28.
- Hernes C., López M., Villacorta M. La tarjeta sanitaria en Andalucía. Todo Hospital 1993; 95: 31-34.
- Fernández F., Simón J. Tarjeta para la identificación y asistencia sanitaria. Todo Hospital 1993; 95: 39-46.
Cantero A., Sánchez E., López N. Sistemas de información y tarjeta sanitaria en Cataluña. Todo Hospital 1993; 95: 49-54.
- Picas J., Vilalta J. Estrategias de información ligadas a la tarjeta sanitaria. Una experiencia piloto. Todo Hospital 1993; 95: 83-93.

Capítulo 1850

MOVILIZACIÓN Y CUIDADOS DURANTE EL ASEO DE PACIENTES CON TRAUMA DE CADERA O RODILLA

MARIA CRISTINA CORTAVITARTE PÉREZ

JAVIER USOBIAGA MARTÍNEZ

SELENE BENITO OTERO

1 Introducción

La Higiene es el conjunto de actividades que se realizan para para aumentar y conservar la salud y prevenir enfermedades. Esta higiene, en el caso de los pacientes hospitalizados recae, como norma general, en la figura de auxiliar de enfermería, ayudado por los celadores.

Las personas que se encuentran hospitalizadas como consecuencia de una operación de prótesis de cadera o rodilla, ven disminuidas sus capacidades, por lo que no pueden valerse por ellas mismas y necesitan la ayuda del personal sanitario para moverse. Estos movimientos deben realizarse siguiendo unas normas mínimas establecidas para disminuir los riesgos y, sobre todo, para favorecer la comodidad del paciente y disminuir el dolor a la hora del aseo y de los cambios posturales.

2 Objetivos

- Asegurar que la movilización de los pacientes con fractura total o parcial de cadera, así como con prótesis de cadera o rodilla, se realice de la forma adecuada para evitar complicaciones relacionadas con su patología, reduciendo al mínimo posible las molestias o el dolor que pueda producir dicha movilización durante el aseo diario, generalmente realizado en la cama.
- Evitar la posible luxación de las prótesis de cadera como consecuencia de los movimientos.
- Prevenir complicaciones derivadas de la inamovilidad como pueden ser úlceras, trombos, etc.
- Conservar el tono muscular del paciente.
- Favorecer el confort del paciente y mejorar la calidad de vida del enfermo ayudando al bienestar físico y psíquico del mismo.
- Conservar la integridad de la piel y reducir el desarrollo de bacterias que favorecen la aparición de infecciones.

En definitiva, mantener la higiene óptima del paciente operado de prótesis de cadera y rodilla.

3 Metodología

Como método se han utilizado diversos estudios acerca de los pacientes operados de prótesis de rodilla y cadera, así como trabajos y publicaciones de diferentes autores y universidades acerca del tema.
Para la búsqueda de esta información se utilizó terminología como: operación de prótesis de cadera, aseo de pacientes encamados, riesgos en la movilización de pacientes, precauciones a la hora del aseo, cuidados especiales en trauma, recomendaciones en movilización, etc.

4 Resultados

En la actualidad, según numerosos estudios, la rotura de cadera es una lesión muy frecuente debido, sobre todo, a la avanzada edad, dándose más frecuentemente en mujeres que en hombres, siendo la causa fundamental de la osteoporosis. Por ello, son los ancianos/as los más afectados por las fracturas de cadera.

Los cuidados higiénicos desde el ingreso son importantísimos, destacando los

cambios de postura (cambios posturales) y el cuidado de la piel para, evitar úlceras por presión de decúbito.

Una de las funciones de los celadores, según su estatuto, es ayudar a enfermeros/as y auxiliares de planta al movimiento, aseo y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón a sus dolencias.
El celador que realice maniobras de movilización de un paciente siempre lo hará bajo la supervisión del personal sanitario y aplicando siempre una buena técnica basada en el principio de ergonomía.
Es necesario definir dos conceptos para entender la labor a la hora del aseo:

Movilización: movimiento que se realiza sobre una misma superficie implicando cambios de posición o situación (giro en la cama)

Movilización pasiva: es la que realiza el profesional en pacientes que no pueden realizar esfuerzos (pacientes poco o nada colaboradores)

A la hora del aseo del paciente con fractura de cadera u operado de prótesis de la misma o de rodilla hay que tener en cuenta una serie de normas o precauciones tanto del paciente como de los encargados de la movilización del mismo:
- Verificar que no existe ninguna contraindicación médica ni quirúrgica para la movilización del enfermo y verificar también que el dolor del paciente permita dicha movilización.
- Valorar la situación general del paciente: deterioro cognitivo, tiempo desde la cirugía (si ya ha sido operado) dolor,etc.
- Comprobar el tipo de tracción o prótesis.
- Determinar el personal y el número de personas adecuado para la movilización teniendo en cuenta las características físicas del paciente (obesidad, disminución de la movilidad), el grado de colaboración (miedo, nerviosismo, agitación) y la seguridad del profesional (hacerlo de manera que no sufra la región lumbar).
- Hay que adecuar el entorno para facilitar la realización de la técnica para el aseo, es decir, quitar aquellos elementos que nos impida hacerla correctamente (mesas, sillas, etc.).
- Es necesario mantener la intimidad del paciente para lo cual haremos uso de biombos, cortinas, etc. para que así se sienta más cómodo.
- Verificar que la cama está frenada para así evitar accidentes
- Explicar al paciente encamado la técnica de movilización para así favorecer su colaboración dentro de sus posibilidades

Una vez realizadas estas precauciones empezaremos con el aseo. Lo primero que

hay que hacer es lavarse las manos y ponerse guantes, ya que es la acción más importante dentro de un centro hospitalario para actuar de barrera ante las infecciones (profilaxis necesaria). Se debe realizar siempre con dos asistentes, normalmente el auxiliar de enfermería con ayuda del celador/a.

Al quitar el pijama o camisón para el aseo, si el paciente tiene vía intravenosa, sacaremos primero la manga que no tiene la vía y, al ponerlo, se hará lo contrario: comenzaremos por la manga en la que está la vía.

Debemos colocar la cama a la altura de la cadera del personal sanitario para evitar malas posturas y evitar lesiones (lumbalgias). Hay que mover al enfermo siempre de forma suave y continuada, sin tirones ni brusquedades (fragilidad ósea) y en posición adecuada para evitarle daños. Lo principal es evitar el dolor en la medida de lo posible, en el paciente con prótesis de cadera y, si está con prótesis de rodilla, hay que desplazarle sosteniendo esta extremidad. Es necesario también a la hora del aseo proteger todos los sistemas de tubos, sondas, etc. que tenga el enfermo ya que, en caso contrario, se pueden provocar desgarros internos o desconectarse.

El personal sanitario debe procurar realizar el esfuerzo con los músculos mayores y más fuertes (muslos y piernas) acercándose lo más posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor, y la columna vertebral debe estar erguida.

Siempre es preferible deslizar y empujar que levantar y tirar. A continuación, describimos consejos para el aseo para pacientes con diferentes afecciones:

PACIENTES CON TRACCIÓN CUTÁNEA
Para el aseo y el cambio de la ropa de la cama se puede colocar al paciente en decúbito lateral sobre el lado sano, manteniendo la alineación de la extremidad afectada para así evitar el dolor.

PACIENTES CON TRACCIÓN ESQUELÉTICA
Para el aseo y el cambio de la ropa de la cama no lateralizar al paciente y realizar el cambio de ropa de arriba abajo, manteniendo la alineación y procurando mover lo menos posible la sana donde está insertado el clavo.

A los pacientes con tracción se les debe explicar cómo pueden movilizarse con la ayuda del trapecio y así que puedan colaborar con el personal sanitario para su higiene. Estos pacientes deben permanecer en decúbito supino o semifowler. Y hay que elevar 15 grados los pies de la cama para evitar el deslizamiento corporal siempre que no esté contraindicado previniendo así rozaduras y posibles úlceras.

PACIENTES CON PRÓTESIS DE CADERA
En estos pacientes cuando sea necesario movilizar para el aseo o el cambio de la ropa de la cama, hay que lateralizar sobre el lado sano, colocando una mano en el tercio inferior y la cara interna del muslo afecto y la otra en la región sacra, manteniendo una almohada entre las piernas para evitar la aducción de la cadera. Cuando el paciente esté en cama debe permanecer en decúbito supino y con los pies separados (y una almohada en el medio).En los pacientes con prótesis de cadera hay que evitar los movimientos de aducción/abducción para no producir luxaciones en la pierna afecta.

En estos pacientes encamados hay que tener especial cuidado con las úlceras por presión, por ello, es necesario proteger los talones en los pacientes con tracción y en aquellos con prótesis que presenten riesgo. También es muy importante mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas, por ello, hay que estirar muy bien las sábanas y hay que colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.Otro elemento importante para prevenirlas es el colchón antiescaras que debe utilizarse siempre que haya suficientes recursos en el centro hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

La osteoporosis es algo muy frecuente en nuestros tiempos y a consecuencia de ella se producen lesiones y fracturas de cadera y rodilla. Por ello, es necesario saber todas las precauciones que hay que tener en relación al paciente encamado para proporcionarle todo el confort necesario y evitar su dolor.

Asimismo, es necesario tomar precauciones por parte del personal sanitario para evitar posibles consecuencias como puede ser el dolor lumbar.

Se debe ser muy cuidadoso a la hora de movilizar a estos pacientes para su higiene diaria y evitar toda brusquedad, siempre procurando movimientos suaves y solicitar, siempre que sea posible, la colaboración del paciente.

Tener muy presente que estos pacientes encamados pueden tener complicaciones y hay que evitarlas en la medida de lo posible haciendo uso de todo lo necesario para ello (taloneras, sábanas perfectamente estiradas, cambios posturales si no hay contraindicación médica, etc.) y evitar así las úlceras por presión tan frecuentes en estos pacientes.

6 Bibliografía

- Fracturas de cadera en el adulto mayor. Geosalud. 28 de agosto de 2018.
- Plan de cuidados en la fractura de cadera. Universidad de Zaragoza. Curso académico 2011/2012.Autor Alejandro Urcola Monreal.
- ENE. Revista de Enfermería.
- Curso de Auxiliar de Enfermería. CCC año 2019/2020
- Movilización del enfermo con fractura/prótesis de cadera. Versión 3. Entrada en vigor el 01/10/2014. Código PD-GEN-36
- Recomendaciones de cuidado de la prótesis de cadera. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Capítulo 1851

EL CELADOR DE CUIDADOS INTENSIVOS, UN CUIDADO ESPECIAL

YOANA GARCÍA SANTAMARÍA

1 Introducción

Para ubicarnos sobre la importancia y la evolución que significó la creación de esta Unidad nos remontamos a la década de los 60 en España, creándose la primera de ellas en la Fundación Jiménez Diaz de Madrid en 1965, para dar una solución adecuada a cada paciente.

Cuando hablamos de cuidados intensivos diferenciamos tres tipos: las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), de Medicina Intensiva (UMI) o la de Vigilancia Intensiva (UVI). Cualquiera de las tres va dirigidas a pacientes con riesgo para su vida ya vengan de las diferentes plantas o vengan directamente de cirugías. Estas zonas son lugares con grandes avances tecnológicos tanto en los materiales que utilizan como en la formación del personal que trabaja en él, desde médicos al último escalafón como es el celador.

La Unidad de Cuidados Intensivos debe tener unas características muy estrictas tanto en la ubicación dentro del hospital como la asepsia entre materiales y personal que en él se encuentran. La ubicación de estas Unidades debe estar en directa conexión con el servicio de cirugía, anestesiólogo y hemoterapia, así como rayos y el laboratorio.

En cuanto a las características que debe tener una habitación de Unidad de Cuidados Intensivos:
• El espacio no debe ser menor a nueve metros cuadrados por cada cama.

• Sistema de alarmas se encuentra situado en la cabecera de la cama y desde la zona de control de los sanitarios puedan ver que la alarma saltó ya bien sea de forma visual, sonora o pulsable.
• Luz natural mediante ventanas.
• Las paredes deberán ser de colores pastel debido a que son colores relajantes y de material lavable, para que en caso de salpicaduras poder limpiarlas rápidamente y con las esquinas en el suelo y techo en forma redondeada para facilitar la limpieza.
• Espacio suficientemente amplio para que lo profesionales puedan realizar cualquier tipo de maniobra desde cualquier parte de la cama.
• Salidas de oxígeno, aire comprimido y de aspiración.

En cuanto al protocolo de asepsia (consiste en que no existan gérmenes que puedan crear infecciones) se deberá de realizar de forma exhaustiva el lavado de manos, el uso de mascarilla y el uso de la bata.

2 Objetivos

Tratar es como el celador vive ese trato directo con los pacientes que se encuentran en estas circunstancias, aplicando las técnicas de movilización necesarias a cada patología, así como la forma en la que se debe comunicar con las diferentes personas que están en contacto con el paciente.

3 Metodología

Exploración en las páginas web: Sociedad española de enfermería intensiva y unidades coronarias, auxiliar de enfermería.com así como la consulta bibliografía del manual de técnicas de inmovilización, movilización, editorial MAD y traslado del paciente, transporte sanitario y de auxiliar de enfermería en servicios especiales, formación continuada Logoss.

Palabras clave: cuidados, avance, celador, movilización.

4 Resultados

El celador debe tener unos conocimientos más estrictos que los que se utiliza en otras áreas del hospital, como por ejemplo es el caso de los horarios y el vestu-

ario utilizado en estas Unidades, ya que aquí son diferentes respecto al resto del hospital.

Debe de conocer el material y aparataje que se utiliza, aunque no vaya a utilizar muchos de ellos ya que eso pertenece al manejo de médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería.

¿Qué postura se debe adoptar en la Unidad de Cuidados Intensivos?
Existen varias posturas que el paciente puede adoptar en esta Unidad, todo va a depender de lo que se quiera conseguir con cada postura, como es realizar una cirugía, evitar lesiones, realizar tratamientos, exploraciones incluso para una mayor comodidad del paciente en la cama, camilla o mesa quirúrgica.

A continuación, detallaremos las posiciones más utilizadas y para que están recomendadas:
• Decúbito supino utilizada en postoperatorio, evitar úlceras y cambio postural como tal.
• Decúbito prono utilizada en el cambio postural, operaciones de columna vertebral, enfermos con inconsciencia.
• Decúbito lateral utilizada para las tareas de higiene personal y cambio de ropa de cama, cambio postural y para inyecciones en el glúteo.
• Posición de Sims utilizada para aspirar el vómito, explorar zona rectal y aplicar sondajes, transportar personas que han sufrido accidentes y también es una postura muy cómoda en embarazadas en estado de gestación avanzada
• Posición de Fowler y Semi-fowler utilizada para todo lo relacionado con el aparato respiratorio.

Además de la utilización de la posición que se adecue a cada paciente en cada momento, es muy importante que el celador tenga conocimiento de cómo se debe movilizar al paciente y que tipo de inmovilizadores existen y para que están recomendados. Esto servirá para que el traslado se realice de forma más cómoda para el paciente y para el celador y este no sufra lesiones principalmente de espalda.

MATERIAL MOVILIZADOR PACIENTES EN CAMA: los materiales como el rulo sanitario, la grúa o las diferentes tipos de camas (de habitación,neumáticas o móviles) ayudan a que el trabajo del celador sea más cómodo y no lleve tanto esfuerzo físico, además de los mencionados , se sigue utilizando de forma habitual la sábana para hacer traslados, como por ejemplo el traslado de cama a camilla, pero para ello necesitamos de la ayuda de varios celadores y el esfuerzo físico de

los mismos.

MATERIAL INMOVILIZADOR: además de ser utilizado en los hospitales, el personal que trabaja en las ambulancias lo utilizan muy frecuentemente para el traslado de accidentados hacia el hospital.Entre ellos encontramos el colchón de vació(inmovilizador de cuerpo completo), tabla larga y camilla palas (inmovilizador cuerpo), férulas (inmovilizador de extremidades),dama de Elche (inmovilizador de cabeza)y collarín cervical (inmovilizador columna).
*Todos los inmovilizadores se pueden usar combinándolos entre ellos como es el caso de la tabla larga con el collarín cervical o dama de elche.

¿Qué papel tiene el celador en la Unidad de Cuidados intensivos?
Además de las labores que se desarrolla en otras unidades como son el traslado del paciente, ayuda al resto de personal sanitario con lo que precisen como es el cambio de cuñas, trasladar documentación o comunicaciones, así como material y aparataje necesario en cada momento y de forma excepcional ayudaran al anestesista en colocar al paciente en lo posición que este necesite para administrar la anestesia.

La comunicación es un elemento imprescindible en la profesión del celador ya que el contacto directo con el paciente y con los acompañantes de este, hace que la relación entre ambos sea muy estrecha. En estos cuidados la comunicación con el paciente suele ser muy limitada ya que se suelen encontrar en condiciones muy difíciles, pero no todo es comunicación oral, sino que la comunicación gestual hace que nos podamos también comunicar. La comunicación puede establecerse según el número de personas con las que nos comuniquemos siendo una comunicación intrapersonal, interpersonal o pública.

En el caso del Hospital de Toledo han creado una tabla de emoticonos, que sirve para que los pacientes puedan comunicarse con familiares o profesionales de forma no verbal, consiguiendo que la dificultad, la sensación de impotencia y la frustración por no poder expresarse disminuya notablemente dentro de la situación en la que se encuentran.

5 Discusión-Conclusión

La Unidad de Cuidados Intensivos es un área muy similar a un centro hospitalario de forma reducida, ya que en él encontramos expertos de todos los grupos profesionales, materiales desde los más avanzados a los más cotidianos y lo que es más

importante la calidad humana es aún mucho mayor que la que encontramos en otras zonas del hospital. Todo ello hace que, aun siendo un lugar dificultoso, el celador quiera desarrollar aún más todas sus habilidades y formar parte de este equipo de forma integral.

6 Bibliografía

- Manual De Tecnicas De Inmovilizacion, Movilizacion Y Traslado Del Paciente, Transporte Sanitario: Certificados De Profesionalidad.Editorial Cep.
- El Auxiliar De Enfermeria En Servicios Especiales: Uci, Urgencias Quirofano Y Dialisis.Intervenciones Especificas. En Quirofano. La Unidad Quirurgica, Formacion Continuada Logoss. Martinez Olivares, Laura.
- Sociedad Española De Enfermeria Intensiva Y Unidades Coronarias(Seeiuc).
- Desarrollo Competencias Del Celador.
- Auxiliar De Enfermería (Http://Www.Auxiliar-Enfermeria.Com/Funciones_-Celador1.Htm).
- Hospital De Toledo (Https://Diariosanitario.Com/Pictogramas-Uci/).

Capítulo 1852

EL TRABAJO DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS Y MORTUORIO

YOANA GARCÍA SANTAMARÍA

1 Introducción

En cada centro hospitalario se regirán por una serie de pautas respecto a cómo actuar ante un paciente fallecido, pero todos los centros hospitalarios estarán reglados por las mismas Leyes y Reglamentos del cadáver, como son los artículos 81-87 del Registro Civil o la Ley General de Sanidad entre otras leyes.

Antes de explicar en qué consiste la autopsia, el mortuorio y que papel desempeña el celador en cada una de ellas, se debe explicar una serie de conceptos básicos para poder desarrollar el tema en profundidad.
Entre los conceptos básicos que debemos conocer se encuentran:
• Restos cadavéricos: una vez que pasan los 5 años de la muerte real, el material que resulta del cuerpo humano.
• Cadáver: el cuerpo humano hasta los 5 primeros años de su muerte, después de que sea registrado en el Registro civil.
• Fenómenos cadavéricos: cambios que se producen en el cuerpo una vez fallecido debido a diferentes factores bioquímicos y ambientales. Entre ellos encontramos la rigidez mortis, espasmos cadavéricos, deshidratación del cadáver, lividez cadavérica y el enfriamiento del propio cuerpo.
• Putrefacción: eliminación de la materia orgánica debido agentes internos y externos del propio cuerpo.
• Incineración: destrucción del cadáver mediante calor hasta convertirlo en cenizas.

• Métodos de conservación del cadáver: medidas que retardan la aparición de la putrefacción y para ello se emplean métodos naturales o artificiales.
• Tanatología: aplicación de técnicas forenses o científicas para el estudio de la muerte en humanos.
• Tanatopraxia: técnica para mejorar el aspecto del cadáver.

El tratamiento a un cadáver debe realizarse con el máximo respeto y las normas básicas de prevención de riesgos laborales. El celador será el ayudante tanto del médico como de los enfermeros o auxiliares que se encargan del cadáver, desde que fallece en la habitación o en cualquier área del hospital hasta la sala de autopsias y mortuorio. La finalidad del celador además de todo lo nombrado con anterioridad, es mantener el secreto profesional en todo momento para así preservar la intimidad del que ha sido nuestro paciente.

2 Objetivos

- Presentar las funciones del celador en la sala de autopsias.
- Detallar en qué se basa la sala de autopsias, el traslado al mortuorio para después describir las labores del celador en cada estancia.

3 Metodología

La búsqueda del material científico para la extracción de datos a la hora de realizar este capitulo han sido en temario de celadores de la conferencia general del trabajo-sindicato sanidad de las palmas, temario oposición celadores SESPA y tesis del III Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica, así como de pagina web como son celadores online o fisioterapia, salud y bienestar.

Palabras clave: fallecido, celador, asepsia, respeto.

4 Resultados

Partimos de que una autopsia se basa en el análisis medico de un fallecido, de manera que el medico puede conocer cual fue el detonante de la muerte del paciente, enfermedades que padecía o también como medio de investigación para fines educativos y en esclarecer muertes en casos legales.

A continuación, detallamos en que se basa la sala de autopsias, el traslado al mortuorio para después describir las labores del celador en cada estancia.

Comenzaremos por la sala de autopsias, en estas salas trabajan médicos forenses o anatomopatológicos y celador o auxiliar de autopsias.

Las autopsias se pueden realizar en los centros hospitalarios que posean servicios de anatomía lo suficientemente dotados de todo lo necesario para realizar una autopsia tanto a nivel profesional como aparataje, así como en centros de la administración de justicia y centro adscritos al hospital como son los centros regionales patológicos.

En esta área el celador será el encargado del traslado de la cámara frigorífica a la mesa donde se realizará la autopsia, siendo colocado en la postura decúbito supino. A continuación, el celador será un mero ayudante del médico exceptuando en la utilización de instrumental que este indicado para personal con determinada titulación. Una vez que el anatomopatólogo termina de hacer la autopsia se aseará y recompondrá el cuerpo para dar por finalizado el proceso. El celador será el encargado de limpiar y desinfectar el material utilizado en la autopsia, mesa y la sala.

El celador deberá llevar como medida de prevención ante cualquier riesgo laboral guantes, bata impermeable, mascarillas y protección ocular, gorro y en según que situaciones calzas siendo mucho de estos materiales de un solo uso.

El transporte al mortuorio consiste no solo en trasladar el cadáver desde donde se encuentre a esta sala, sino que también el celador será el encargado de registrar los datos del fallecido en un libro de registro que posee la sala de mortuorios, así como la relación directa con los servicios funerarios, respetando en todo momento la intimidad del fallecido.

Además del celador ser imprescindible en la sala de autopsias y del transporte al mortuorio también deberá ayudar al personal de enfermería en el amortajamiento del paciente en el lugar donde haya fallecido para después trasladarlo.

¿Qué normativa se debe seguir desde la sala de autopsias y el mortuorio?
El área en su totalidad debe ser tratada con una normativa rigurosísima de seguridad e higiene y a los cadáveres los trataremos como posible infectado en todo momento.

Para ello la sala de autopsias será construidas de materiales de fácil lavado de-

bido a que pueden producirse salpicaduras, la mesa para la realización de la autopsia serán de materiales especiales, así como sus dimensiones que será mayor a los 2 metros y con unas características especiales como ranuras y drenajes de posibles fluidos corporales, además de todo lo nombrado con anterioridad será imprescindible la desinfección y lavado de la sala con agua y jabón.

Respecto al material biológico y aquel material que derive en cualquier riesgo, su eliminación será según indicaciones del documento de desechos hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

La realización de autopsias ha permitido que se pueda avanzar a pasos agigantados en el estudio de enfermedades y así avanzar de forma tecnología en el material utilizado y en la formación de los profesionales.

Todo esto se debe a la aceptación de la realización por parte de los pacientes y familiares.

6 Bibliografía

- Temario oposición celadores SESPA, MAD y temario de celadores de la conferencia general del trabajo-sindicato sanidad de las palmas.
- Tesis del III Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica (https://conganat.uninet.edu/IIICVHAP/comunicaciones/072/texto.htm).
- Celadores online (http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-2_17.html).
- Fisioterapia, salud & bienestar (https://fisiostar.com/celador/actuacion-celador-con-pacientes-fallecidos-sala-autopsia-y-mortuorios).

Capítulo 1853

QUIRÓFANO: ORIGEN, FUNCIONAMIENTO Y ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL MISMO

YOANA GARCÍA SANTAMARÍA

1 Introducción

El término quirófano hace referencia al habitáculo hospitalario en el que se realizan cirugías ya sean de forma programada o bien surjan de forma imprevista de manera urgente.

La evolución humana ha hecho que se tenga referencia de las primeras cirugías, situándose en Egipto alrededor del año 3000 a.C. pero el área de quirófano como lo conocemos hoy en día surgió en Estrasburgo en 1782.

En la actualidad el avance más importante en el campo quirúrgico fue la asepsia, ya que una ausencia total de gérmenes evita la aparición de otro tipo de problemas que no se partía del principio con ellos como es el caso de las infecciones, además de los adelantos en el aparataje y la formación del personal.

El quirófano debe estar en un lugar que sea de rápido contacto con laboratorio, banco de sangre o cualquiera de los servicios que sean indispensables para un quirófano. Existen diferentes tipos de quirófanos como son: cirugía general, vascular, oral y maxilofacial, plástica, torácica, oncológica, pediátrica y neurocirugía.

La zona quirúrgica tiene unas zonas muy diferenciadas en cuanto a la ausencia de gérmenes como son la parte sucia, limpia, estéril y zona de vestuarios del

personal. Además de estas características, el diseño del quirófano debe tener un tamaño entre 36-40 metros cuadrados, sus puertas serán de corredera para evitar el contacto con zonas no esterilizadas y evitar cambios de temperatura, paredes de fácil limpieza, iluminación artificial en todo momento y una humedad en el ambiente de aproximadamente el 50%.

2 Objetivos

Exponer los principales aspectos relacionados con la función y actuación del celador en quirófano.

3 Metodología

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

Palabras clave: paciente, posición, prevención, celador.

4 Resultados

Cualquier paciente en el momento que le comunican que debe pasar por quirófano, sufre una serie de sentimientos encontrados, unas veces debido a poder solucionar el problema que le generó estar hospitalizado y otras veces la inquietud de cómo será la intervención y sobre todo cuál será el resultado final del mismo.

El celador, aunque no es una pieza fundamental para el desarrollo de la cirugía como pueden ser el médico cirujano, el ayudante de éste, el anestesista o el caso de las enfermeras (circulante e instrumentista) es un profesional imprescindible, ya que será el encargado de trasladar al paciente desde planta o cualquier área hospitalaria que se encuentre para la cirugía, así como la colocación adecuada del enfermo en la mesa de operaciones.

Un celador de quirófano tendrá entre sus funciones las que detallamos a continuación:
• Será el primer punto de unión entre el paciente y el quirófano siendo el encargado del traslado de este.
• Dará soporte a los trabajadores del área quirúrgica en función de las capacidades que su profesión desempeña.
• Trasladaran al paciente encamado a la mesa de operaciones.
• Transporte de material de gran tamaño antes y después de realizar la operación de manera que cuando finalice, todo quede colocado para la siguiente vez que vaya a ser utilizado.
• Será el encargado de transportar muestras biológicas o sangre cuando sea necesario
• Además de las funciones propias que desempeña el celador en cualquier área hospitalaria.

Cuando el celador transporta al paciente al área quirúrgica, lo hace en la propia cama en la que está en la habitación y con la documentación necesaria, en este caso la historia clínica que entregaremos al personal del área quirúrgica una vez llegamos. A continuación, pasamos a la colocación del paciente en la mesa de operaciones, preservando en todo momento la intimidad del paciente mediante sabanas.

Para ello tendremos que poner a la misma altura y en paralelo la cama y la mesa donde será intervenida la persona, después comenzaremos el traslado del paciente a la mesa de operaciones que se deberá hacer de una sola vez, es decir, en bloque para evitar lesiones. En estos traslados se puede disponer de ayudas para la inmovilización que sean aptas con las patologías y sobre todo estén esterilizadas.

La colocación del paciente para su correcta cirugía
Cada operación está caracterizada por colocar al paciente de una determinada forma, de manera que sea más cómoda a la hora de trabajar para el profesional y para la recuperación del paciente. Para realizar algunas de estas posturas es necesario realizarlo entre más de un celador.

Entre las posiciones básicas encontramos:
• Decúbito supino, para operaciones de la parte delantera de las extremidades, urológica, ginecológica y facial.
• Decúbito lateral para operaciones pulmonares y aparato urinario.

• Decúbito prono para operaciones de columna, craneales y partes posteriores como son extremidades o el tórax.
• Posición de Fowler para operaciones craneofaciales y en columna cervical.

Además de las posiciones básicas encontramos una serie de posiciones que son más específicas para según que operaciones, como son: posición de trendelenburg, posición de Morestin, posición de Roser, posición de litotomía, posición de Kraske, posición de laminectomía, posición mahometana y la posición lumbar.

Una vez finalizada la operación y de la autorización el responsable del paciente operado, procederemos al traslado a el área de recuperación y en cuanto pase el tiempo necesario y los facultativos lo permitan, el paciente será llevado a la habitación que ocupaba. Los pasos que seguir serían muy similares a los anteriores, aunque debemos de tener en cuenta que el paciente no se encuentra con las facultades al 100% y estará conectado a una serie de dispositivos que tendremos que trasladar con él, además de modificarlo de la posición en la que haya sido operado a la posición decúbito supino.

¿Qué riesgos laborales entraña un quirófano para un celador?
Respecto a los riesgos que se puede encontrar un celador deberemos diferenciar entre un accidente de trabajo (se produce mientras está trabajando en el centro hospitalario de forma accidental), enfermedad vinculada con el trabajo (padece una enfermedad derivada de su trabajo, cuando se encuentra en contacto con el factor de riesgo que lo produce) e incapacidad laboral (la falta de realización del trabajo ya sea de forma temporal o de forma continuada en el tiempo).

Para protegerse los celadores ante cualquier riesgo laboral deben tomar una serie de medidas básicas como son el lavado de manos, utilización de guantes, mascarillas, gafas, batas y calzas. Además de los que están recomendados de forma específica para los riesgos químicos, biológicos, eléctricos, caídas y psicosociales siendo estos los más habituales.

Para evitar que los celadores puedan padecer cualquier tipo de incapacidad debemos partir de que el centro hospitalario tenga las condiciones óptimas como son el ruido, la iluminación, el orden y el clima social entre muchos otros.

5 Discusión-Conclusión

El celador que dentro del quirófano tiene la constancia, dedicación y prevención necesaria obtendrá una serie de resultados beneficiosos tanto para los pacientes, como para los profesionales con los que trabaja y así como para el mismo.

6 Bibliografía

- CARLOS CALERO JAEN Y ROGELIO NAVARRO DOMENICHELLI.FACTORES PSICOSOCIALES EN LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: EL ESTRÉS OCUPACIONAL.
- ANIA PALACIO, JOSE MANUEL.ACTUACION DEL CELADOR EN EL AREA DE QUIROFANO.EDITORIAL MAD
- MARTINEZ GUERRERO, VANESA; VILLODRES GALVEZ, MARÍA JOSÉ Y GAGO ÁLVAREZ, FRANCISCA.EL CELADOR EN QUIROFANO.EDITORIAL EDITA.
- AREA DE SALUD MAR MENOR(https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/260549-manual_quirofano1.pdf)
- ENTORNO SALUDABLE (http://entornosaludable.com/23/08/2013/la-seguridad-y-la-higiene-en-el-quirofano/)

Capítulo 1854

SALUD LABORAL, LA SALUD DEL CELADOR

YOANA GARCÍA SANTAMARÍA

1 Introducción

Para hablar de salud laboral vamos a partir de la Ley de Prevención de Riesgos laborales ,Ley 31/1995. Esta ley no solo abarca los deberes y derechos que tienen los trabajadores sino que también fomenta una educación sobre la prevención de los riesgos que conllevan cada puesto de trabajo como cita en el punto 3 de la exposición de motivos: tiene por objeto la determinación del cuerpo básico de garantías y responsabilidades preciso para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo.

Según qué profesión desarrollemos tendremos que aplicar diferentes medidas de protección. En cuanto al profesional que nos interesa en rasgos generales hay dos variantes que suelen ser detonantes en la salud del celador: postura y carga. Además de estas variables que suelen ser las más destacadas en general en todos los ámbitos en los que el celador trabaja, dentro de la profesión hay varios tipos de celadores como son los celadores que se encuentran por las plantas, en el animalario, en farmacia, en el almacén….por lo que en cada trabajo que realicen tendrán además sus propios riesgos de trabajo como puede ser una buena ventilación e iluminación, radioactividad, contacto con productos químicos , pantallas de visualización de datos.

Cuando nos ocurre un accidente en el ámbito de trabajo tendremos que seguir una serie de pautas para evitar daños mayores a nosotros mismos y al resto de

personas con las que estamos en contacto tanto pacientes como compañeros de trabajo. Lo principal en estos casos es comunicarlo a nuestro superior que nos dirá como debemos proceder según el tipo de dolencia que padezcamos.

Cuando hablamos de protección debemos de hablar de los equipos de protección individual conocidos como EPIS. Estos medios de protección serán utilizados en cualquier transporte o manipulación según las características patológicas que rodeen al paciente u objeto con el que el celador entre en contacto.

Entre estas protecciones se encuentran los guantes ya bien sean estériles o no (esto lo determinara según la patología que padezca el paciente con el que vamos a entrar en contacto), mascarillas, protecciones oculares y batas.

En el mundo laboral la salud es un tema en el que ha evolucionado mucho. Tras años de lucha se han llegado a conseguir grandes avances como son los derechos y deberes de los trabajadores, una educación y formación en la seguridad e higiene y una prevención de riesgos muy diferenciados para cada trabajo.

La salud laboral no solo hace referencia al trabajador, sino que también hace que el empresario se involucre y logre que cada año sus empleados mejoren en su salud.

El profesional no sanitario del que vamos a tratar en este capítulo es el celador, profesional que lleva una gran carga física y está en contacto en diferentes ámbitos hospitalarios por los que su salud se verá afectada en las diferentes áreas en las que trabaja.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la postura y la carga para así evitar problemas de salud.
- Detallar las formas para realizar cualquier acción del celador en el trabajo para evitar cualquier daño.

3 Metodología

Para realizar este artículo se ha consultado en varios documentos como son la Ley de Prevención de riesgos laborales o la Ley de Sanidad. Además, se consultaron las siguientes páginas Web: asociación de ergonomía, servicio de salud de

Castilla-La Mancha (Sescam) y Servicio de salud Andaluz (SAS). La búsqueda se realizó mediante las palabras clave como descriptores.
Palabras clave: paciente, celador, protección, seguridad, prevención

4 Resultados

Antes de desarrollar de forma detallada las principales causas de problemas de salud en el celador debemos de hablar de el plan de emergencia que debe tener un hospital en rasgos generales. En el plan de emergencias debemos de tener en cuenta que existe un plan de prevención (realizar todas las medidas necesarias para evitar problemas innecesarios) y el plan de actuación (en el debemos saber los pasos a seguir en cuanto suceda un imprevisto).

En un hospital pueden suceder circunstancias que nadie cuenta con que van a suceder, en las que hay un peligro evidente para los trabajadores y personas que se encuentran en el hospital en ese momento. Hacemos referencia al plan de emergencia porque en cierto modo muchas de las medidas que aplicamos para este plan sirven para la prevención de problemas de salud que nos pueden surgir en el día a día, además de que no deja de ser prevención para todos los integrantes del hospital.

Los puntos clave a tener en cuenta son el lugar en el que se encuentra el hospital y su entorno, la accesibilidad al mismo, así como los medios de evacuación y las actividades que en él se desarrollan.

¿Cómo evitar los problemas de salud?
Para evitar los causantes de los problemas de salud debemos de tener en cuenta una serie de principios que nos servirán para cualquier trabajo que el celador vaya a desempeñar en el ámbito hospitalario:
• Identificar los riesgos desde su origen y así saber cuáles se pueden evitar y cuáles no.
• Cada persona debe adaptar el trabajo a sus características y así reducir problemas a largo tiempo.
• Planificar el trabajo a realizar y ver las necesidades de este.

Además de lo explicado con anterioridad también debemos mencionar una buena formación para todos los celadores de forma generalizada y también de forma más específica según el lugar de trabajo en el que se encuentren.

Hacíamos referencia al principio de este capítulo que los principales problemas que nos encontramos en la profesión del celador son la postura y la carga. Antes de detallar como sería la postura correcta que debe llevar a cabo el celador o como debe colocar la carga es importante hacer mención a la ergonomía.

Aunque cada manual que consultemos nos puede hacer una definición más o menos extensa de la misma, la ergonomía se define en que cada persona aplique en función de sus características y sus limitaciones el tipo de trabajo que puede realizar. El fin de la ergonomía es que pretende mejorar la disminución del ausentismo laboral, aumentar la productividad, mejorar el trabajo en cuanto a calidad y la disminución de lesiones.

En cuanto a la postura y la carga es algo que va de la mano para los celadores, ya que una mala postura y posición de la carga hará que si no es de forma inmediata a largo tiempo será un problema de salud grave que ira a más a medida que pase el tiempo. En la mecánica corporal tenemos en cuenta la postura, el equilibrio que implica la carga y el movimiento corporal coordinado.

En la postura que adoptamos trabajando el factor primordial es la alineación adecuada del cuerpo ya que de esta forma no estaremos obligando a nuestro cuerpo a forzar músculos, articulaciones o tendones de forma innecesaria. La principal lesión del celador se produce en la espalda ya que su trabajo depende casi al 100 % de ésta.

El equilibrio y la carga son dos cuestiones inseparables ya que si el centro de apoyo es correcto y la base de apoyo es amplia el celador podrá realizar el traslado del paciente o del objeto de forma adecuada y sin lesionarse. Separando los pies y doblando las rodillas y caderas en la postura de cuclillas el equilibrio se verá aumentado en cuanto se refiere al traslado del material, si nos referimos al traslado de pacientes adoptar la posición de cuclillas sería innecesario.

Para un movimiento equilibrado la actitud perfecta seria ponernos en la posición de frente al objeto o persona que queremos mover para así realizar levantamientos, tirar-empujar o bien girar de manera correcta. Detallaremos de forma más explícita como se debe realizar las acciones de tirar, levantar y pivotar de manera que el celador lo realice de forma correcta:
1. Tirar y empujar: en esta maniobra debemos de tener en cuenta que patología tiene el enfermo o en el caso del objeto a mover que tipo de material es ya que si tiramos tendremos menos rozamiento que si empujamos. Lo que sí está claro es que si tiramos del paciente hacia su propio centro de gravedad es más seguro

que si lo apartamos de su propio centro.
2. Levantamiento: debemos de tener en cuanta dos factores que influyen de manera muy importante en el levantamiento de cualquier objeto o persona, la utilización de los músculos del cuerpo de forma sincronizada para no lesionar la espalda y aumentar la fuerza muscular y el centro de gravedad nuestro lo más cerca al centro de gravedad de lo que queremos trasladar para ganar en estabilidad.
3. Pivotar o girar: comenzamos situando un pie delante del otro de manera que cuando giremos de forma uniforme con el paciente u objeto ganemos no generar una torcedura de rodillas, debido a ganar equilibrio y mantener el peso del cuerpo en la parte delantera del pie.

Deberemos de tener en cuenta que para realizar cualquiera de las tres variables anteriores dispondremos de una base amplia y segura, ningún tipo de obstáculo que nos interrumpa y espacio suficiente para realizarlo.

5 Discusión-Conclusión

Una buena formación preventiva del trabajador desde que comienza en un trabajo, así como cuando cambia de zona de trabajo o bien hay cualquier renovación tecnológica o asistencial, hará que sepa los riesgos que corre si no hace un uso adecuado tanto de su propio cuerpo como de los materiales con los que interactúa, evitando problemas de salud a corto y largo plazo.

6 Bibliografía

1. http://www.pushpullsigns.com/empujartirar.html
2. http://educasaac.educa.madrid.org/fichas/girar
3. https://www.65ymas.com/personas-mayores/consejos-mayores/consejos-para-levantar-o-cargar-peso-sin-danar-tu-columna_7853_102.html
4. ASOCIACION ESPAÑOLA DE ERGONOMIA
5. PREVENCION RIESGOS LABORAL CELADORES.RIESGOS EN SEGURIDAD, HIGIENICOS, PSICOSOCIALES Y ORGANIZATIVOS, SAS.
6. SESCAM(http://www.chospab.es/recursosHumanos/prevencion/docs/NORMASDETRABAJOSEGUROCeladoresyazafatas.pdf)

Capítulo 1855

UNA PROFESIÓN DESCONOCIDA, EL CELADOR ALMACENERO

YOANA GARCÍA SANTAMARÍA

1 Introducción

En la actualidad el paciente cuando llega a un centro hospitalario demanda una serie de servicios que en el pasado no eran tan relevantes y no les daban tanta importancia, como es la acogida, el intercambio de conocimientos y una relación más estrecha entre sanitarios y paciente.

En este momento la primera figura que aparece en el hospital es el celador por lo que el primer feedback con el que se va a encontrar el paciente será importante a la hora de seguir desarrollando su estancia con los diferentes profesionales que nos encontremos.

La figura del celador es creada para realizar una serie de tareas que otras categorías profesionales no abarcaban entre sus funciones, por eso encontramos la figura del celador en ámbitos muy diferentes entre sí, pero a la vez hace que el celador sea una persona imprescindible para el funcionamiento del hospital.

Entre los diferentes puestos que ocupa el celador, el más conocido o quizá el que la gente este más acostumbrado a ver o tratar sea el celador en planta o el celador en urgencias, pero también existen puestos de trabajo en los que su labor es tan importante como las que se realizan en otras estancias como son las de farmacia, animalario e incluso en el almacén.

En este capítulo vamos a desarrollar el trabajo del celador en el almacén, por lo que comenzaremos explicando en que consiste un almacén hospitalario. Un

almacén hospitalario es el encargado de tener un almacenamiento para aprovisionar al propio hospital y debe tener las condiciones óptimas para recibir material, preparar material para su salida y almacenar materiales en el mismo. Debemos diferenciar entre tres tipos de almacén como son centrales, generales y pequeños y cada uno de ellos puede albergar comida, fármacos o lencería para abastecimiento hospitalario.

2 Objetivos

Conocer la forma de almacenar los productos según sus características y el peligro que atañen ciertas sustancias.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo y con el fin de lograr los objetivos planteados en el mismo, se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica, consultado las siguientes bases de datos: Medline, Cuideny Cinahl. Análisis científico del Estatuto Marco al Personal no Sanitario, temario de oposiciones MAD, así como la consulta de manual de procedimientos de almacén hospital regional de alta especialidad de oasaca.
Palabras clave: celador, material, pedido, organización.

4 Resultados

Dentro del propio almacén destacaremos tres tipos de trabajadores como son el almacenero, el ayudante y el mozo de almacén y además está el especialista de almacén que será el que lleve un control más exhaustivo del mismo, organice al personal y ayude con la distribución y un contacto directo con los distribuidores.

La organización de cualquier almacén sería la siguiente: zona carga y descarga, recepción del material, zona de almacén, lugar donde se ejecutan los pedidos y la zona de envió del pedido realizado.

¿Qué sistema de almacenamiento debemos seguir para cubrir las necesidades del hospital?
Para sacar el mayor aprovechamiento a un almacén se tendrá en cuenta un acceso fácil al producto que se quiera obtener en ese momento, aprovechar todos los

huecos posibles de forma correcta para una mayor capacidad de almacén y que la rotación del producto sea la mayor posible.

Cuando se gestiona el material del almacén existen varios métodos, entre ellos disponer de un control monetario del material que se encuentra almacenado, siendo los métodos más usados:
• Método FIFO (first in-first out), esto quiere decir primero en entrar-primero en salir. Este método nos sirve para que no quede material en la zona más alejada y nos caduque. De esta manera cuando coloquemos el material pondremos el que tenga una fecha de caducidad más próxima en la parte delantera.
• Método PMP (precio medio ponderado), el cálculo del valor medio del material que tenemos en el almacén al inicio igualmente de las entradas ecuánimes de acuerdo con las cantidades.
• Principio de Pareto.

El principio de Pareto se divide en tres tipos:
1. Grupo A: material de alto valor económico del cual no se tiene mucho stock
2. Grupo B: material con un coste económico medio del que se tiene un stock mayor.
3. Grupo C: material de uso diario y en grandes cantidades en los que su valor monetario es muy inferior a los anteriores.

Además de cómo gestionar el almacén de forma económica, se deberá tener en cuenta el control del stock que tendrá el almacén, para que no se disponga de material que no se va a ser utilizado en grandes cantidades o, al contrario, resultado de ello un gasto económico innecesario.

De esta manera lo primero que se realizara es la prevención de aprovisionamiento, planificar el material que requiere de comprar, conocer el procedimiento administrativo que dispone el hospital y realizar de forma periódica un inventario de manera que se conozca el estocaje real que dispone el almacén.

El avance de la tecnología supone un control de forma más rápida de los productos que dispone el almacén a través del código de barras o mediante un chip incrustado de RFID (identificador que utiliza la radiofrecuencia para transmitir datos).

¿Cómo almacenar los productos según características?
Según las características propias del producto se clasifican en:

• Material fungible son los productos que se consumen de forma frecuente y tienen un solo uso.
• Material inventariable (no fungible) es aquel material que no es de un solo uso como pueden ser las camas hospitalarias.
• Material sanitario: son el que caso de material que se usa para curas, operaciones…
• Material no sanitario: material que se una para mantenimiento y reparación de los útiles hospitalarios.

Según el peligro que atañen ciertos productos diferenciamos en:
• Peligrosos son materiales que se deben manipular siguiendo una serie de condiciones especiales y estos a su vez se dividen en tóxicos y corrosivos.
• No peligrosos este tipo de material no necesita ningún tipo de prescripción especial.

Y por último deberemos tener en cuenta el tipo de almacenaje que haremos a productos que modifican sus características según el lugar donde se almacenen:
• Material lábil, en el diferenciamos aquellos que son sensibles a la luz, al calor o la humedad.
• Material estéril hay que tener especial cuidado no sufra ningún tipo de daño el embalaje de este material.
• Fármacos que deben mantenerse en lugares con temperaturas frescas y sin humedad.

¿Cuál es el fin del almacén y en que se basa la función del celador en este?
El objetivo final del almacén es el reparto de los productos que se almacenan a las diferentes estancias hospitalarias.
Desde cada zona en la que se necesita hacer un pedido existen una hoja que se denomina vale o pedido en el cual se apunta todo lo que esa planta por ejemplo necesita y luego la supervisora de planta firma ese pedido.

En el vale o pedido aparecerá desde que servicio se solicita el pedido y la fecha, el material que se necesita y la cantidad deseada junto con el código del material para que una vez que llega el vale al almacén se dispense el pedido a la mayor brevedad posible. Normalmente los pedidos se suelen hacer con cierta frecuencia de manera que no se queden sin aprovisionamientos, de forma diaria, semanal o al mes.

En cuanto a las tareas que realiza el celador almacenero se basa en la recepción

de mercancías comprobando que el número de bultos recibidos coincidan con los que aparece en el albarán, colocar el material recibido en las estanterías de almacenaje, informar al especialista de almacén sobre el material que ha entrado nuevo en el almacén, así como la distribución de los productos que precisan por las diferentes áreas hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

Un buen diseño de almacén hará que los celadores trabajen de forma más eficaz, segura y cómoda siendo el resultado un aprovisionamiento optimo en su centro hospitalario.

6 Bibliografía

- https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/auxiliares/area6.pdf
- MECALUX ALMACENAJE.
- MANUAL PROCEDIMIENTOS DE ALMACEN HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE OASACA
- DOCUMENTOS CIENTÍFICOS DEL IES ANTONIO MACHADO.

Capítulo 1856

CELADOR: USO DE GRÚAS Y MOVILIZACIÓN.

MARTA GONZÁLEZ CARRERA

1 Introducción

En el trato con pacientes encamados, con movilidad reducida o total, pueden hacer falta varias personas para su cuidado, aseo, movilización y transferencia (cama- silla-cama).

No olvidemos que pueden ser de considerable volumen o peso, inestable en el manejo, inestable, que pueden ofrecer resistencia o caerse.

Requiere empleo de fuerza, técnicas de movilización específicas y la colaboración de uno o más compañeros así como de más tiempo de atención.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Desarrollar el conocimiento de las grúas, accesorios, complementos y forma de manejar al paciente. Diferentes tipos de grúas. Su aplicación de los diferentes modelos para acciones específicas.

Objetivos secundarios:
- Conocer su mecánica de movimientos, para manejarla con estabilidad y seguridad.
- Ampliar conocimientos sobre técnicas de movilización del paciente para su preparación y traslado.

- Desarrollar la comunicación con el paciente, aumentando su confianza y contando con su colaboración si está puede ser posible.
- Conocer variaciones sobre arneses y complementos, su uso para aumentar !a confortabilidad y seguridad del paciente.
- Ampliar la gama de atenciones y servicios que se pueden prestar al paciente para su cuidado.

3 Metodología

Revisión de publicaciones en Google Académico sobre técnicas de movilización. Visionado de vídeos en YouTube sobre movilización y transferencia.

4 Resultados

La preparación del celador en el manejo de grúas y elevadores la abre un amplio abanico de posibilidades, tanto personales por facilitarle el trabajo sin tener que hacer grandes esfuerzos, aumentando la efectividad reduciendo tiempos y riesgos en las maniobras de movilización, transferencia y aseo, como al paciente, proporcionándole seguridad y mejor calidad de vida en su falta de movilidad en mayor o menor grado.

5 Discusión-Conclusión

El celador preparado en la utilización de grúas podrá realizar su trabajo de forma más eficiente y segura y proporcionará mayor calidad de trato al paciente.

6 Bibliografía

- Celador del SESPA. Temario (sep., 2018).
- Manual de seguridad y salud en sector hospitales (Fremap).
- Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario (CCO Castilla y León).
- Lecturas en Google de artículos hospitalarios, visionado de vídeos en YouTube, consulta de páginas web comerciales.

Capítulo 1857

DE LOS REGISTROS MÉDICOS EN LA ANTIGÜEDAD HACIA LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.

DANILLA FERREIRA MARQUES

YOLANDA BANGO MARAÑA

CARMEN FERNANDEZ ALONSO

SUSANA ISABEL VILLALOBOS DE GODOS

1 Introducción

Antiguamente, para que hubiera cierto control del paciente, los médicos analizaban las enfermedades de los mismos recogiendo toda la información a través de datos observatorios. El médico hacía la transcripción del cuadro clínico observado en una especie de cuaderno de anotaciones. Aún así, era necesario ampliar esos datos obtenidos en otras formas de tomas de datos para tratamiento de enfermedades a otros pacientes.

A medida que fueron pasando los años, con el avance de las técnicas en la medicina, el trabajo en equipo obligó a los profesionales a coordinar entre ellos la información recogida de los pacientes dónde origen a las primeras historias clínicas.

Los registros de las historias clínicas se inician con la primera visita del paciente a un centro de atención primaria, un hospital o el despacho de un médico. Se

trata de englobar en una ficha todos los documentos con información y datos, en el proceso de asistencia al cuidado del paciente, haciendo constar también la evolución de todo el proceso.

Toda esa información, había que hacerla más práctica, tanto su recogida como poder conservarla o almacenarla y con la aparición de las nuevas tecnologías se ha podido informatizar las Historias Clínicas, cambiando el formato papel al formato digital, dando paso a las primeras Historias Clínicas Electrónicas.

El formato en la computadora ha revolucionado el sistema del personal de la salud con una mejor accesibilidad de las mismas y haciendo más legible la información a los que la consultan o hacen uso de ellas, ayudando sobre todo a comprender los aspectos que van variando en la enfermedad tratada.

Veremos como con la nueva Historia Clínica Electrónica el proceso de atención a los pacientes se ha convertido en una herramienta fundamental para todo el sistema sanitario y organizaciones de salud. Todas esas prácticas de formas de recogida de información han evolucionado por muchas generaciones, desde los primeros sistemas observatorios, las anotaciones en papel, hasta la moderna incorporación de las Historia Clínicas Electrónicas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo consiste en examinar la cronología de los diferentes tipos de registros médicos hacia el registro más moderno de la actualidad que es la Historia Clínica Electrónica, junto con las funcionalidades de la misma para mejorar la eficiencia en la gestión clínica y la atención al paciente en las instituciones de salud.

3 Metodología

He realizado búsquedas bibliográficas con auxilio de buscadores disponibles tales como: Google académico, dialnet, scielo; empleando y combinando las palabras claves: ”historia clínica electrónica”, ”administración de historias clínicas”, ”historia clínica”, ”registros de historia clínica”, ”gestión administrativa y la historia clínica”, ”administración”, ”atención al paciente”, atención al usuario”, ”historia clínica y atención al paciente”, ”registro medico electrónico”, ”ficha clínica electrónica”, entre otras, en idioma español.

He valorado los diversos contenidos ofrecidos y una vez evaluados, he hecho selección de lo que mejor se adaptaba al desarrollo del contenido de trabaj.

Como criterios de inclusión he empleado: textos en idioma en castellano e inglés; y se han excluido aquellos textos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

El Registro Médico y su evolución histórica.
Los registros médicos a lo largo de muchos años han evolucionado considerablemente. En un principio, los registros se basaban en la propia inspección del paciente en su cuadro clínico. Con el pasar de los años esa base cambió del punto de vista del paciente al punto de vista del médico siendo este el centro y orientación de los registros.

Con las nuevas técnicas complementarias que fueron surgiendo a lo largo de los años, se aumentaron las fuentes de aportación de datos a los registros médicos donde su estructura y forma de ordenamiento se tuvo que cambiar significadamente proporcionando una importante evolución histórica, originando la idea de posibilitar que la misma fuera informatizada.

Uno los cambios más importantes ha tenido lugar con la llegada de una computadora en la sala de consultas y su uso con introducción de datos durante la visita del paciente. La presencia de estos dispositivos en una sala de examen o la entrada de los servicios sanitarios para recogida de información del paciente, ha llevado al inicio de conciencia de las personas con cierta postura contraria en la materia. Todos y cada uno de las visitas para atención médica se empezaron a registrar.

Con todo, hacía falta un sistema que fuera ágil, organizativo y proporcionara la información actualizada de toda la historia del paciente de forma actualizada y operable desde cualquier ubicación. Tal herramienta seria la revolución para los profesionales de la salud en la atención al paciente. Fue con la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación que se ha podido crear la actual Historia Clínica Electrónica.

El cambio del papel a los sistemas informatizados para la gestión clínica, ha supuesto un giro en la utilización de la información en todos los ámbitos de actividad sanitaria. Los procedimientos en las diferentes áreas de la salud generaban diariamente una gran cantidad de información y las primeras experiencias de

informatización en este campo se centraron específicamente en los procesos administrativos, pero no mejoraron significativamente la gestión clínica y de atención al paciente. Con posterioridad, el foco cambió hacia la informatización de los sistemas de salud en todos los campos, tomando como foco principal la información clínica y por objetivo que los actos de cada profesional de la salud y las características de cada paciente estén almacenados en el sistema de información.

Con todo las Historias Clínicas Electrónicas están dedicadas a mejorar la eficiencia, calidad y seguridad en el cuidado de la salud en general. La incorporación a nivel mundial de las modernas Historias Clínicas electrónicas han supuesto diversos beneficios tanto para el profesional como para el paciente, brindando a los mismos un papel activo en las tomas de decisiones clínicas. Son el núcleo de cualquier sistema de información en salud.

La Historia Clínica – Definición y Funcionalidad
Una historia clínica se constituye tanto por documentos gráficos como escritos refiriéndose a acontecimientos de la enfermedad o salud de un individuo y también de las acciones sanitarias que se van generando como consecuencia de estos acontecimientos. La mejor definición para la historia clínica sería un grupo de documentos con una serie de datos, evaluaciones e información de cualquier naturaleza sobre la situación de la salud del paciente o evoluciones en la misma durante la atención prestada.

Es importante decir que la historia clínica es y será única para cada individuo y debe constar cualquiera que sea a información clínica u ocurrencia del estado del paciente. Dentro de las funciones de una historia clínica, podemos apreciar las siguientes:
– Controlar la calidad en la atención al paciente.
– De asistencia. Su misión principal es proteger toda y cualquier información con el objetivo de mejorar la atención prestada.
– Hacer uso de la misma para la Investigación clínica y epidemiológica.
– Funciones de consultas para la Docencia.
– Jurídico Legal, siendo prueba de asistencia prestada.
– Funciones de una buena gestión y planificación de todos los medios de asistencia.

En concreto, la finalidad de la Historia Clínica es favorecer toda y cualquier asistencia al individuo, agregando a la misma todo tipo de información clínica necesaria para garantizar que se conozca de forma segura, actual y precisa, el estado de salud de paciente por todo el personal de la salud que le presta asistencia.

La historia clínica electrónica.
La Historia Clínica Electrónica son programas informáticos que agilizan todos los registros que utiliza el personal, sea administrativo o sanitario para recoger cualesquiera que sean los datos de información de los pacientes. Esa cadena de los actos a los pacientes, sea en una clínica, centro de atención primaria, hospital u otros es generada por una o más visitas de los pacientes sean en consultas, atención a domicilio, pruebas diagnósticas, urgencias, u otros.

Esta secuencia de registros médicos, debe ser ordenada de forma cronológica, incluyendo todos los datos demográficos del paciente, observaciones de progreso, problemas familiares o personales, los fármacos, los signos vitales, vacunas, datos de laboratorio e informes o imágenes obtenidos.

Los programas informáticos ofrecen la capacidad de generar cualquier registro de forma completa del paciente y también presta apoyo a otras asistencias relacionadas con su cuidad, mecanizando y agilizando el trabajo del profesional de la salud.

En la Historia Clínica Electrónica se ha podido demonstrar que se hace una eficaz gestión en las citas previas, previne a la pérdida de la información clínica del paciente, evita errores médicos en caso, por ejemplo, de poder comprender la escrita de otros doctores, emite de forma correcta las recetas de medicamentos, además de aumentar la productividad de la actividad clínica.

La incorporación de las nuevas tecnologías a la actividad sanitaria trae como consecuencia que los datos de registro deje de ser generado en la relación entre un paciente y un profesional o un centro sanitario formando parte de un sistema donde integra información clínica, con independencia de donde y cuando se genera. Esta nueva herramienta se ha hecho muy útil no sólo para la atención clínica del individuo, sino también para favorecer varios aspectos importante del sistema sanitario.

Para que estos sistemas estén relacionados e intercambien información sobre la salud del paciente es vital que las mismas estén identificadas de forma inequívoca, exigiendo la certeza de la identidad del profesional sanitario, de la identidad del paciente y del centro sanitario donde se produce la atención.

En el sistema sanitario español, las diferentes Administraciones sanitarias desarrollaran la llamada tarjeta sanitaria, asignando una numeración para la identificación de sus usuarios con la función exclusiva de atención sanitaria.

Es cierto que se han cambiado los formatos para la incorporación de las nuevas Historias Clínicas Electrónicas, pero aún se conservan una serie de documentos en formato papel que son necesarios para cumplimentar toda la gestión clínica. Al introducir programas informáticos que, de forma rápida y en cualquier sitio de donde las busques, puedan proporcionarnos información que nos ayude en el proceso asistencial, nuestros métodos tanto de atención, como interno laboral, han evolucionado de enormes volúmenes de papel a datos electrónicos fácilmente recopilados.

En cuanto a la recogida de datos, la misma está alimentada fundamentalmente por los profesionales de la salud y para que el sistema funcione el profesional debe interactuar con él y registrar la información. La Historia Clínica Electrónica debe ser una herramienta de ayuda, conduciendo a resultados que mejoren el desarrollo de su trabajo.
La utilización de esta nueva herramienta electrónica ha mejorado notoriamente los accesos a la información registrada del paciente, acelerando los trámites administrativos y recogiendo toda la en una sola ubicación.

Vale destacar también el hecho de que, en España, el Ministerio de Salud Pública ha incluido en su Web (https://www.mscbs.gob.es/profesionales/hcdsns/home.htm)
las Historias Clínicas disponibles tanto para Ciudadanos como para Profesionales. Es la llamada Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) que tiene como finalidad garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente. Se incluye documentación que se encuentre disponible en soporte electrónico en cualquier lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos queda restringida a quien esté autorizado para ello.

5 Discusión-Conclusión

Con la implantación de la Historia Clínica Electrónica, las gestiones de atención a la salud han supuesto una contribución importante a la seguridad del paciente y mejorar la coordinación de la atención, así como el grado de satisfacción de los médicos, de los pacientes y de la precisión de la documentación clínica.

El personal laboral ahora puede dedicar más tiempo a la prestación de atención al paciente que a las tareas administrativas. Este impulso además ha podido permitir al personal laboral sanitario tener una transición más fluida hacia la industria

de la salud digitalizada, dando prioridad y facilidad de uso, optimizando y personalizando las Historias Clínicas Electrónicas, para mejorar su interacción con la tecnología implantada.

Una de las mejores herramientas que tiene hoy en día un profesional de la salud es la Historia Clínica Electrónica. Con ella se puede dar la mejor y más adecuada atención a los usuarios.

6 Bibliografía

- Pastor Sánchez R, López Miras A, Gérvas J. Evaluación de historias clínicas informatizadas. Med Clin (Med). 1996;107:250-4.
- Carnicero, J.: De la Historia Clínica a la Historia de Salud Electrónica. V Informe Seis 2003.
- Laín Entralgo P. La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Madrid: Triacastela, 1998.
- Torralba V. Estandarización de la historia clínica electrónica [sitio en Internet]. 2004.
- Crespo, P., Maldonado, J.A., Robles, M. y Chavarría, M.: Tecnologías de la Información al Servicio de la Historia Clínica Electrónica. V Informe Seis 2003.
- Grupo de expertos en información y documentación clínica. Documento final. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subsecretaría de Sanidad y Consumo. Madrid, 26 de noviembre de 1997.
- Giménez JC. De la historia clínica a la historia de salud electrónica.
- Sánchez R, López Miras A, Gérvas J. Historia clínica informatizada. Med Clin (Barc). 1994;103:304-9.
- Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado de 15 de noviembre de 2002, núm. 214.
- Historia clínica: Enciclopedia Libre Universal en Español [sitio en Internet].
- Safran Ch, Morales A. El registro médico electrónico.
- Shigekodo K. Papel de la informática para los médicos del futuro. Información Especial CNICM 1988:7(3):2-5.
- Monteagudo JL. La historia clínica electrónica es el eje del sistema de información.

Capítulo 1858

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

ANA ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

La figura del auxiliar administrativo en Sanidad es crucial para organizar las importantes tareas burocráticas que acompañan la prestación sanitaria. Para un buen funcionamiento de un hospital, como de cualquier centro sanitario, será necesaria la existencia de auxiliares administrativos que lleven a cabo las tareas administrativas necesarias. Estas comprenderán funciones tales como la gestión de citas de los pacientes, el apoyo material, las tareas asistenciales que exige la institución, el orden de los datos en el sistema informático, etc.
El personal auxiliar administrativo se encuentra encuadrado en la Ley 7/2007, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario, dentro del colectivo de Personal Estatutario de Gestión y Servicios. A su vez, la misma Ley encuadra la categoría de Auxiliar Administrativo en el grupo de Técnicos de Formación Profesional o título equivalente. En cuanto a las funciones del auxiliar administrativo, la ley del Estatuto Jurídico les atribuye las de realización de tareas administrativas de apoyo, utilizando los medios materiales e informáticos necesarios a tal fin.

2 Objetivos

- Delimitar las funciones del auxiliar administrativo en el sector sanitario, y encuadrar el mismo dentro del grupo profesional correspondiente como personal

no sanitario integrante del sistema de salud.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la materia con búsqueda a través de bases científicas, se repasarán de manera sistemáticas artículos, páginas web oficiales y buscadores científicos.

4 Resultados

Las funciones que desarrolla el auxiliar administrativo de los servicios sanitarios se desarrollan en la Orden de 1984 que modifica el Estatuto del Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias Púbicas de la Seguridad Social. La misma recoge las competencias de un auxiliar administrativo de los servicios sanitarios del siguiente modo, el auxiliar administrativo de sanidad da "apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas de la Institución, así como las de secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática".

El auxiliar administrativo de los servicios de salud forma parte del grupo denominado personal no sanitario. Para acceder a un trabajo dentro de un centro sanitario es necesario aprobar las oposiciones de sanidad, más específicamente las de auxiliar administrativo de los servicios de salud.

La competencia general de este título consiste en realizar actividades de apoyo administrativo en el ámbito de las instituciones sanitarias, principalmente tareas de atención al paciente/usuario, y aquellas necesarias para el correcto funcionamiento de la administración sanitaria, aplicando la normativa vigente y protocolos de calidad, asegurando la satisfacción del paciente y actuando según normas de prevención de riesgos laborales y protección ambiental.
Las funciones más destacadas serán las siguientes:
- Tramitar documentos o comunicaciones internas o externas en los circuitos de información de la empresa
- Elaborar documentos y comunicaciones a partir de órdenes recibidas o información obtenida.
- Clasificar, registrar y archivar comunicaciones y documentos según las técnicas apropiadas y los parámetros establecidos.

- Registrar la documentación soporte correspondiente a la operativa de la administración en condiciones de seguridad y calidad.
- Atención al público, recepción de llamadas.
- Gestión de citas en el servidor.
- Utilización de programas de ofimática y específicos del sistema sanitario.
- Incorporación de documentos a los expedientes de la unidad administrativa, además de su archivo y registro.
- Procesos de digitalización y escritura de todo tipo de documentos.

5 Discusión-Conclusión

De todo lo anterior se puede extraer la existencia de una gran cantidad y generalidad de las funciones de los auxiliares administrativos en los servicios de salud. Dado al importancia del colectivo administrativo en el buen funcionamiento de las administraciones sanitarias y los servicios de salud, podríamos decir que se trata de un colectivo no lo suficientemente valorado dentro del sector, algo que queda reflejado, entre otras, en el poco generoso sistema retributivo correspondiente a los mismos.

6 Bibliografía

- Real decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano
- Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.
- Ley 2/1995, de 13 de marzo, de régimen jurídico de la administración del principado.
- Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.
- Real Decreto 525/1985, de 15 de abril, Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- Guía de Estándares y Circuitos de Calidad Asistencial del Servicio de Salud del Principado de Asturias (junio de 2018).
- Guía de Gestión de los servicios de Admisión y documentación clínica. Ministerio de Sanidad.

Capítulo 1859

LOS RIESGOS QUE SUFREN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS FRENTE A LAS PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS

MARTA MONTSERRAT FERNANDEZ IGLESIAS

MARIA PURIFICACION BAYON FERNANDEZ

INMACULADA FERNÁNDEZ CARAMAZANA

1 Introducción

El Real Decreto 488/97 de 14 de abril define:
-Pantalla de visualización: una pantalla alfanumérica o gráfica, independientemente del método de representación visual utilizado.
- Puesto de trabajo: el constituido por un equipo con pantalla de visualización provisto, en su caso, de un teclado o dispositivo de adquisición de datos de un programa para la interconexión persona- máquina, de accesorios ofimáticos y de un asiento y mesa o superficie de trabajo, así como el entorno laboral inmediato.
-Trabajador: cualquier trabajador que habitualmente y durante una parte relevante de su trabajo normal utilice un equipo con pantalla de visualización.

Se considera Trabajadores usuarios todos aquellos que superen las 4 horas diarias o 20 horas semanales de trabajo efectivo diario con pantallas de visualización, por el contrario, serán Trabajadores no usuarios aquellos cuyo trabajo efectivo sea inferior a 2 horas diarias o 10 horas semanales. Un colectivo especialmente

sensible a los riesgos de trabajar con pantallas de visualización de datos (PVD) es el personal administrativo.

2 Objetivos

- Evaluar el riesgo ergonómico en los puestos de trabajo con PVD para detectar y corregir las deficiencias en los mismos que puedan ser causa de las principales patologías asociadas.
- Lograr que el trabajo con dichos equipos no suponga un riesgo para la salud de sus usuarios, mediante la utilización de medidas correctoras y recomendaciones.

3 Metodología

El lugar de trabajo debe de tener unas dimensiones suficientes para permitir cambios de postura y movimientos. La instalación de los equipos, iluminación y disposición de las ventanas deberán garantizar que no se produzcan deslumbramientos directos, ni reflejos molestos en las pantallas. Las paredes y las superficies de trabajo deben tener un acabado mate y un color ni muy claro ni muy oscuro, para minimizar los reflejos.

Se recomienda situar la posición de la pantalla a una distancia superior a 40 cm respecto a los ojos del usuario y a una altura que quede comprendida entre la línea de visión horizontal y la trazada a 60º por debajo de ella. Debemos mantenerla libre de polvo y suciedad para no perder la nitidez de los caracteres.

El usuario podrá ajustar en la pantalla fácilmente la luminosidad y el contraste entre caracteres, así como el fondo de la pantalla adaptándolos fácilmente a las condiciones del entorno. El teclado deberá ser independiente de la pantalla y poder regularse la inclinación para que al escribir no se produzca cansancio en los brazos y las manos.

- Se recomienda un ratón móvil, independiente del teclado, que se adapte a la curva de la mano y se deslice con facilidad por la superficie de trabajo.
- Se recomienda la utilización de sillas dotadas de cinco apoyos con ruedas. Los mecanismos de ajuste de la silla se deben de manejar fácilmente desde la posición de sentado.
- Se recomienda levantarse de vez en cuando para moverse y relajarse.

4 Resultados

El trabajo con PVD es el ejemplo de cómo las nuevas tecnologías han introducido nuevos riesgos como:
-Trastornos en los ojos y la vista, cabe destacar la fatiga visual, ocasionada por las inadecuadas condiciones de trabajo.
- Fatiga física o musculoesquelética.
- Fatiga psíquica o carga mental.
Para evitar las situaciones descritas anteriormente, se debe evaluar los posibles riesgos para la vista y los problemas físicos y de cansancio mental adoptando las medidas oportunas para paliarlos.

5 Discusión-Conclusión

Numerosos estudios han llegado a la conclusión de que en el órgano de la vista no se producen lesiones patológicas, sino fatiga visual, que los niveles de radiación emitidos por los ordenadores son mínimos y totalmente inocuos, que las alteraciones musculoesqueléticas no van, más allá de la fatiga física.

Aunque las alteraciones que pueden producirse al trabajar con PVD no son graves, los riesgos que existen en el trabajo con pantallas son elevados y los efectos indeseados derivados de ellos se producen con mucha frecuencia en un alto porcentaje de los trabajadores. Por ello el problema requiere una especial atención.

6 Bibliografía

-Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen PDV.
-Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
-https://www.insst.es
-https://www.mc-mutual.com

Capítulo 1860

IMPORTANCIA Y TÉCNICA DEL LAVADO DE MANOS

ABRAHAM MENÉNDEZ TABERNA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "Salve vidas – Límpiese las manos". En cinco palabras se resume el principal requisito para poder ser salvadas no sólo miles, sino millones de vidas. Según este organismo, tan sólo en los últimos años han sido salvadas millones de vidas gracias a la limpieza de manos en el ámbito médico.

La higiene de manos salva vidas evitando problemas de salud, como las IAAS (Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria). Además, tiene un una relación coste-beneficio realmente asequible, ya sea por lavado de manos propiamente dicho con agua y jabón, o bien con solución desinfectante a base de alcohol, a día de hoy ampliamente accesible en centros de salud y hospitales en nuestro país. Es necesario por tanto incorporar esos momentos específicos de higiene de manos en el trabajo propio del personal sanitario, especialmente ante cualquier tipo de intervención.

Todo lo anterior contrasta con el hecho de que hace tan sólo unos 200 años no era habitual lavarse las manos, ni siquiera en el ámbito medico.

Se debe realizar el lavado de manos para prevenir infecciones al prevenir y controlar contaminaciones por distintos microorganismos ante cualquier intervención o cualquier tipo de manipulación o almacenamiento de material estéril o equipos.

La medida más importante para dicha prevención es simplemente el lavado de manos, que a su vez es la más sencilla.

Tiene tal importancia que incluso hay un Día Mundial del Lavado de Manos, que se celebra el día 15 de octubre.

Los beneficios son múltiples, pues van desde la disminución de la incidencia de infecciones respiratorias, diarrea o parasitosis, hasta minimizar la aparición de infecciones oculares como la conjuntivitis, cutáneas, o intestinales, como trichuriasis o ascariasis. En los casos más relevantes, podemos llegar a evitar enfermar con afecciones mortales.

La idea es eliminar la flora microbiana transitoria, y disminuir en lo posible la flora microbiana que reside en la piel, mediante dos posibles vías, bien mediante una simple acción mecánica de arrastre, con agua, jabón y la fricción realizada (para los microorganismos transitorios) o bien con una acción germicida, eliminando buena parte de la flora residente con un agente o jabón antiséptico.

2 Objetivos

Analizar los diferentes tipos de lavado de manos, sus técnicas e indicaciones.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica de las principales bases de datos, como Scielo o Dialnet, utilizando las expresiones ”lavado de manos”, ”lavado clínico de manos”, ”lavado de manos tiempo”; así como publicaciones universitarias relacionadas con la materia y varias entradas de la página web de la Organización Mundial de la Salud.

4 Resultados

El lavado de manos es la higienización de las manos mediante una enérgica fricción de las mismas previamente enjabonadas, que posteriormente se aclaran con abundante agua para eliminar tanto flora transitoria como residente, reduciendo la transmisión entre personas de estos agentes patógenos.

Hay momentos en nuestra vida en que siempre es más que recomendable lavarnos las manos, tales como antes de comer, tras ir al baño, si hemos man-

chado las manos… Tan sólo 15 segundos van a producir un importante efecto higienizante en nuestras manos.
En el caso de los profesionales de salud, esta enérgica recomendación va más allá, y pasa a ser una obligación ineludible.

Mencionaremos por ello los tres tipos principales de lavado de manos:
- El lavado de manos social. Es el lavado de manos de rutina, se define como la remoción mecánica de suciedad y la reducción de microorganismos transitorios de la piel.
- El clínico, que es el que el personal sanitario realiza antes y después del contacto con los pacientes.
- El quirúrgico, siempre antes de cualquier procedimiento por el cual se vaya a manipular material estéril que vaya a penetrar en los tejidos del paciente.

- Lavado de manos social, de rutina.
Es el lavado de manos de rutina, para la remoción mecánica de suciedad y la reducción de microorganismos transitorios de la piel. Se usa jabón común, de preferencia líquido, y debe hacerse de forma vigorosa con una duración no menor de 15 segundos. El objetivo es remover la suciedad y el material orgánico permitiendo la disminución de las concentraciones de bacterias o flora transitoria adquirida por contacto reciente con los pacientes o material contaminado. Lo ha de realizar tanto personal médico, como personal profesional no médico y personal no profesional.

Técnica básica:
- Usar agua y jabón antimicrobiano líquido.
- Mojar vigorosamente las manos con agua.
- Friccionar toda la superficie de las manos, entre los dedos, por lo menos entre 10-15 segundos, llegando hasta 10 cm. por debajo del pliegue de las muñecas.
- Poner especial interés en el lavado de uñas.
- Enjuagar con abundante agua.
- Las manos se han de secar con toallas de papel desechables, que se utilizarán también para cerrar el grifo, para evitar la recontaminación.
- El tiempo total para el procedimiento es de aproximadamente 30 segundos.
Indicaciones: Antes de manipular los alimentos, comer o dar de comer al paciente, después de ir al baño, antes y después de dar atención básica al paciente(bañar, hacer la cama. control de signos vitales, etc) ; y también cuando las manos están visiblemente sucias.

- Lavado de manos clínico con antiséptico.
Es el que se realiza con una solución jabonosa antiséptica de amplio espectro microbiano , que tiene rápida acción, no es irritante y está diseñado para su uso en situaciones de brotes de infección hospitalarias, áreas criticas, realización de procedimientos invasivos, y en áreas de pacientes inmunosuprimidos. El lavado de manos antiséptico es el método más efectivo. El objetivo es remover o eliminar los microorganismos transitorios adquiridos por contacto reciente con los pacientes o material contaminado. Lo ha de realizar personal médico, personal profesional no medico y técnicos de áreas criticas como UCI, neonatología, sala de procedimientos invasivos, sala de inmunosuprimidos, sala de quemados , en situaciones de brotes, etc.

Técnica básica:
- Humedecer las manos con agua.
- Aplicar de 3-5 ml de jabón antiséptico.
- Frotar vigorosamente por 15 a 30 segundos cubriendo toda la superficie de la mano, espacios interdigitales hasta la muñeca.
- Secar posteriormente con una toalla de papel por mano.
- Usar la toalla para cerrar el grifo, si es necesario.

Indicaciones: al llegar y al salir del hospital. Antes y después de los siguientes procedimientos: procedimiento invasivo como colocación de un catéter vascular periférico, catéter urinario o toma de muestras, etc. Medir presión nerviosa central o monitoreo de presión intra vascular. Curación de heridas. Preparación de soluciones parenterales.

- Lavado de manos quirúrgico.
Es el lavado realizado por los integrantes del equipo quirúrgico antes de su ingreso al quirófano, siempre esta indicado un jabón antiséptico. Recordar que el uso del cepillado no es necesaria para reducir la carga microbiana cuando se utiliza antiséptico con efecto residual. El objetivo es prevenir la contaminación del sitio quirúrgico mediante la remoción y destrucción de microorganismos transitorios y la reducción de la flora residente presentes en las manos del equipo quirúrgico. Personal: Personal de sala de operaciones

Técnica básica:
- La llave se accionara con pedal o con el codo o célula fotoeléctrica.
- Mojar las manos con agua, aplicar el jabón antiséptico 3- 5 ml, restregar enérgicamente por un periodo de cinco minutos en el primer lavado y de tres minutos

en los lavados siguientes.
- Frotar las manos , palma con palma, palma derecha con dorso de mano izquierda y palma izquierda con dorso de mano derecha, los espacios interdigitales de mano derecha y luego de mano izquierda.
- Con movimientos rotatorios descienda por el antebrazo derecho hasta 6 cm por encima del codo y luego antebrazo izquierdo.
- Limpie uña por uña, de una mano y luego la otra.
- Se recomienda el cepillado quirúrgico, incluyendo los lechos ungueales y yema de dedos, durante 2 minutos.
- Enjuagar las manos manteniéndolas levantadas sobre los codos. Durante el procedimiento se recomienda mantener los brazos hacia arriba y alejadas del cuerpo favoreciendo el escurrimiento hacia los codos. No tocar superficies o elementos.
- Este procedimiento se realizará dos veces.
- La duración del procedimiento es de 5 minutos.
- Secar las manos y antebrazos con tollas estériles.
- Ingrese al quirófano dando la espalda a la puerta .
- Se ha de realizar antes de todo procedimiento quirúrgico y antes de cada procedimiento invasivo con incisión en piel.

Diversos estudios han establecido diversas recomendaciones entre las que mencionaremos el cuidado de la piel. Es necesario recalcar que frecuentes lavados de manos o baños a los pacientes esta asociado con un alto riesgo de daño crónico de la piel, padecer de dermatitis de contacto y eczemas. La piel dañada es un medio adecuado para el aumento de patógenos y descama mayor cantidad de microorganismos.

Por lo tanto para asegurar un buen lavado de manos sin lesionarla es importante mantener ciertos requisitos:
- El lavado de manos debe realizarse solo si es necesario. Frecuentes lavados hasta con jabones no medicamentosos irritan la piel.
- Tener disponible una buena crema de manos y usarla frecuentemente.
- Que las soluciones alcohólicas para asepsia de las manos tengan un buen emoliente.
- Las cremas no deben ser usadas con las manos sucias o contaminadas.
- La promoción para el cumplimiento del lavado de manos debe ser a base de productos que no lesionen la piel y sean cómodos en su uso.

5 Discusión-Conclusión

Numerosos estudios demuestran que el mero hecho de lavarse las manos salva vidas. Y no sólo eso, sino que multitud de infecciones de mayor o menor importancia también se evitan con sólo mantener una higiene de manos realizada a conciencia.

Lo malo es que también hay muchos estudios que nos indican que el procedimiento debido para lavar bien las manos no se suele cumplir con la debida diligencia. Es por ello que debemos interiorizar en nuestro proceder diario, realizar una correcta higiene de manos, tanto más escrupulosa en el caso de trabajar en un hospital o centro de salud y sobremanera el personal sanitario si es el caso. Siempre antes y después de realizar cualquier labor que pueda transmitir microorganismos causantes de infecciones, y también para evitar que nos las puedan transmitir.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2005
2. campaña «SALVE VIDAS: límpiese las manos». OMS 2019.
3. Carolina Águila. Indicaciones y técnicas en la normativa actual para lavado de manos clínico y quirúrgico. . Revista Biomédica Medwave. 2004.
4. Técnicas de Enfermería. 3ª Ed. L.Wieck, E.M.King, M.Mayer .Editorial Interamericana.
5. Protocolo de lavado de manos. C. Pérez, B. Fernández, A. López, M.J. Fernández. Hospitales Puerta de Hierro, Guadarrama, Clínico y El Escorial, de Madrid
Control de las Infecciones en Enfermería. Ediciones Doyma.
6. Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica. 3ª Ed. Mandell/Douglas/Bennett. Editorial:Panamericana.
7. Río Torres M. Prevención de infecciones nosocomiales en oftalmología. En: Oftalmología. Criterios y tendencias actuales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009
8. Villavicencio Muñoz y Ochoa Linares. Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. Ministerio de Salud, Cusco. 2006.

Capítulo 1861

TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES ENCAMADOS

GEMMA GARCIA PEREZ

1 Introducción

Los cambios posturales y los ejercicios de movilización son medidas que se realizan con el objetivo de ir alternando las zonas corporales del paciente en contacto con la cama, es decir, las áreas corporales sometidas a presión.

Las posiciones más frecuentes son decúbito supino, decúbito lateral (izquierda y derecha) y decúbito prono.

En todas y cada una de las movilizaciones o cambios posturales el celador se lavará las manos antes de su inicio, colocará la cama del enfermo en posición horizontal y la frenará.

2 Objetivos

- Favorecer la comodidad y bienestar del paciente.
- Prevenir la aparición de ulceras por presión.
- Evitar la aparición de deformidades y perdida de fuerza.
- Evitar la aparición de contracturas musculares.
- Ayudar al paciente a realizar las actividades que no pueda hacer solo, con el mínimo esfuerzo y tensión.
- Estimular su autonomía, animándole siempre a participar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Posiciones en los cambios posturales: sentado.
- Esta posición cuando hay cambios posturales se procura utilizar para los momentos de las comidas.
- Se colocan almohadas, una detrás de la cabeza, otra debajo de cada brazo y una debajo de los pies.

Especial cuidado :
- No debe soportar presión sobre: omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas.
- La espalda debe quedar cómodamente apoyada sobre un espaldar firme.
- No se permitirá la situación inestable del tórax.
- Procurar que los pies y las manos conserven una posición funcional.
- Velar por la autonomía del paciente, ayudándole y motivándole a que realice movimientos activos, colocarle asideros que le ayuden en su movilización.

Posiciones en los cambios posturales: decúbito supino.
- Se acomodará al paciente colocándole una almohada debajo de la cabeza, otra debajo de los gemelos, para mantener la posición de los pies utilizaremos una más y para los brazos (opcional) dos más, una para cada lado

Especial cuidado:
- No debe producirse presión sobre los talones, sacro, cóccix, escápulas y codos.
- Debe mantener la cabeza con la cara hacia arriba, alineada con el resto del cuerpo. La colocación debajo de las rodillas es fundamental para evitar la hiperextensión, los codos preferentemente estirados y las manos en ligera flexión.
- Piernas ligeramente separadas.
- Evitar la rotación del trocánter y la flexión del pie.

Posiciones en los cambios posturales: decúbito lateral izquierdo y derecho.
- Se acomodará al paciente colocándole una almohada debajo de la cabeza, una apoyando el dorso, una separando las rodillas y otra el maléolo externo de la pierna inferior , por último, una debajo del brazo superior.

Especial cuidado:
- Evitar la presión sobre las orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas derecha e izquierda, trocánteres, gemelos, tibios y maléolos.
- La espalda estará ligeramente apoyada sobre la almohada, formando un ángulo de 45-60º.
- Las piernas ligeramente flexionadas, quedando la que está en contacto con la cama ligeramente atrasada con respecto a la otra. Los pies formarán un ángulo recto con las piernas.
- No elevar la cabecera de la cama más de 30º.

Posiciones en los cambios posturales: decúbito prono.
- El cuerpo boca-abajo. Se coloca sobre el abdomen con la cara vuelta a un lado sobre una almohada, los brazos ligeramente flexionados rodeando la almohada, las palmas giradas hacia abajo y los pies extendidos. Apoyar los tobillos y las espinillas para prevenir la flexión plantar de los pies.
- Para acomodar al paciente utilizaremos una almohada para la cara, otra para la región esternal sin coger los hombros, una pequeña entre el diafragma (por debajo de las mamas en las mujeres) y las crestas iliacas para favorecer la expansión torácica y por último en las piernas, colocando la almohada para evitar el roce de los dedos de los pies con el colchón.

Especial cuidado:
- Evitar la presión en frente, ojos, orejas, pómulos, mamas, pectorales, genitales masculinos, rodillas y dedos de los pies.
- Poner la cabeza ligeramente girada y sin almohada (si es posible), para favorecer el drenaje de las secreciones.
- Tener en cuenta que no todos los pacientes toleran esta posición.

Entre los dispositivos de protección podemos destacar:
1. Apoyar zonas de presión con cojines (disminuyen presión y dan confort) y almohadas (elevan las zonas de presión del colchón).
2. Reducir la presión con colchones: hinchables alternantes, de agua, de gomaespuma.

3. Movilización del paciente mediante camas especiales que modifican la posición del paciente de supina a prona y viceversa y de un lado a otro.
4. Protección local: apósitos y vendajes protectores.

5 Discusión-Conclusión

Colocar al paciente en una postura adecuada que asegure una correcta alineación corporal ya que la presión excesiva, continua y prolongada sobre la piel produce isquemia en los tejidos, provocando la aparición de las denominadas úlceras por presión.

La movilización será necesaria al menos cada dos horas en aquellos pacientes que las circunstancias les impiden moverse por sí mismos.

Además también tendremos en cuenta:
- Comprobar que el usuario no tiene contraindicada ninguna de las posiciones empleadas para los cambios posturales.
- No efectuar maniobras bruscas.
- Aprovechar los cambios posturales para dar masajes u otras actividades necesarias.
- Vigilar la aparición de dolor durante la movilización y avisar si así fuera.
- Evitar las costuras y la ropa excesiva que puedan lesionar la piel.
- Estimular al paciente para que realice movimientos muy suaves.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1862

LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA DOLORES GARCIA GONZALEZ

LIDIA FERNANDEZ BARRERO

EVA BEATRIZ BLANCO GUTIERREZ

1 Introducción

La historia clínica se origina con el primer episodio de enfermedad en el que se atiende al paciente, ya sea en atención primaria o especializada.

Su regulación se recoge en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que en su artículo 3 la define como conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

2 Objetivos

- Realizar un análisis de la Historia Clínica en relación con los profesionales del entorno sanitario y el propio paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

(Artículos 14,15,16,17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

La Historia Clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en ellos.
Incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, por escrito o en soporte técnico adecuado.

El contenido mínimo será el siguiente:
1. La documentación relativa a la hoja clínico estadística.
2. La autorización de ingreso.
3. El informe de urgencia.
4. La anamnesis (datos descritos por el paciente) y la exploración física.
5. La evolución.
6. Las órdenes médicas.
7. La hoja de interconsulta.
8. Los informes de exploraciones complementarias.
9. El consentimiento informado.
10. El informe de anestesia.
11. El informe de quirófano de registro del parto.
12. El informe de anatomía patológica.
13. La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
14. La aplicación terapéutica de enfermería.
15. El grafico de constantes.
16. El informe clínico de alta.

Los párrafos 2, 3, 9, 10, 11, 12, 15 y 16, sólo serán exigibles cuando se trate de hospitalización o así se disponga.
Cuando se trate de nacimiento, incorporará además los resultados de las pruebas biométricas, medicas o analíticas que resulten necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre.

Usos de la Historia Clínica:
Su fin principal es facilitar y garantizar una asistencia adecuada al paciente, para ello, cada centro establecerá el acceso a la historia clínica por parte de los profesionales que le asisten.

El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, obliga preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que, como regla general, quede garantizado el anonimato, salvo consentimiento del paciente.
• Se exceptúan: los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que sea imprescindible la unificación de los datos y limitado a los fines específicos de cada caso.
• Cuando ello sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población.
• Y el personal sanitario que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación.

El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.
La confidencialidad de esta información es exigible a todos aquellos que participan en la asistencia, que pueden ir desde el celador al gerente.
Debe quedar constancia del acceso y uso de la historia clínica.

Conservación:

Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, independientemente del soporte, durante un mínimo de cinco años desde el alta de cada proceso asistencial.

Los datos relacionados con el nacimiento del paciente no se destruirán, trasladán-

dose, fallecido el paciente, a los archivos definitivos de la administración correspondiente.
La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales, por razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del sistema nacional de salud de conformidad con la legislación vigente.

Derechos de acceso a la historia clínica

El paciente, o su representante debidamente autorizado, tiene derecho de acceso, con ciertas reservas, a la documentación de su historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o, de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.

En cualquier caso, el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

5 Discusión-Conclusión

Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte (papel, audiovisual, informático, o de otro tipo) en el que consten, garantizando su seguridad, su conservación y la recuperación de la información.
Las administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garantícenla autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella y su futura reproducción.

Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.

La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados o bajo cualquier otra modalidad asistencial, a criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas.

La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE número 274 de 15 de noviembre de 2002).
- Temario de Celadores OPE SESPA.
- Temario de auxiliar administrativo OPE SESPA.
- https://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/la-historia-clinica-de-un-paciente.
- https://definicion.de/historia-clinica/.

Capítulo 1863

EFECTOS DE LA CORRIENTE ELÉCTRICA SOBRE EL CUERPO HUMANO

JOSE MARÍA GONZÁLEZ PEDROUZO

1 Introducción

El paso de la corriente eléctrica a través del cuerpo humano debido a un accidente o a un contacto voluntario o involuntario produce una serie de fenómenos fisiológicos que pueden ser mortales.

2 Objetivos

- Conocer los posibles riesgos por el contacto con los sistemas eléctricos y el grado de gravedad de las posibles lesiones causadas por los mismos

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores lesiones por electrocución, posibles daños ante un contacto con la corriente eléctrica, tipos de lesiones por daños eléctricos, así como factores que influyen en el grado de gravedad de las lesiones producidas por la electricidad

4 Resultados

Los fenómenos fisiológicos producidos por el paso de la corriente a través del cuerpo humano pueden provocar:

- La anulación de la capacidad muscular que impide la separación por sí mismo del punto de contacto, denominado tetanización muscular .
- Parada respiratoria, que se produce debido a la tetanización del diafragma.
- Fibrilación ventricular, se traduce en un paro circulatorio y es espontáneamente irreversible.
- Quemaduras, que pueden ser externas e internas.

El alcance de las lesiones dependerá del tiempo de contacto, la intensidad, la tensión de contacto, el recorrido a través del cuerpo y la frecuencia.

5 Discusión-Conclusión

El paso de la corriente eléctrica a través del cuerpo humano puede dañar seriamente la salud e incluso producir la muerte, dependiendo de los factores descritos con anterioridad

6 Bibliografía

- saludlaboralydiscapacidad.org.
- construmatica.com.
- electrica.mx.
- dorsity.com.

Capítulo 1864

ESTUDIO DE LOS FACTORES AMBIENTALES EN LOS PROFESIONALES AMBITO HOSPITALARIO

CONRADO GARCÍA INFANZÓN

1 Introducción

Entendemos por factores ambientales de trabajo en los hospitales, el ruido, la iluminación, la temperatura y la humedad, es decir aquellos que los trabajadores se encuentran en el ambiente y están alrededor de los trabajadores.

2 Objetivos

- Analizar y conocer los factores ambientales que influyen en el ámbito sanitario laboral.

3 Metodología

Para la metodología de este trabajo se han utilizado bases de datos como google académico y Jurn, y las palabras empleadas como descriptores han sido: factores ambientales, sanitario, profesionales, temperatura, humedad y ruido.

4 Resultados

Los factores ambientales en los hospitales son: El ruido, el cual se debe controlar para así intentar minimizar al máximo o eliminarlo por completo si fuera posible. En el caso de no poder eliminarlo debemos proteger a los trabajadores proporcionándoles los equipos de protección individual, los cuales serían los audífonos o tapones auditivos. La iluminación es otro factor ambiental, la cual nos afecta tanto si es excesiva como escasa al exponernos continuamente a ella, de manera que puede llegar a producir problemas visuales a los trabajadores expuestos, es por ello necesario una iluminación adecuada.

Por último, podemos decir que también son factores ambientales la temperatura y la humedad, siendo necesarias que ambas se encuentren en unos valores apropiados en nuestro puesto de trabajo para garantizar la salud y bienestar de los trabajadores de los hospitales.

5 Discusión-Conclusión

El buen desarrollo de la actividad ambiental se encuentra condicionada por los factores ambientales, siendo necesario que estos se encuentren en unos valores aptos para el buen funcionamiento de los trabajadores.

Debemos tener en cuenta que el ruido puede acarrear ciertos problemas a nivel auditivo, afectar al equilibrio psíquico y a la tensión muscular. La temperatura y la humedad afectan al rendimiento físico de los trabajadores y por último debemos concluir que la iluminación adecuada es fundamental para evitar la fatiga física y mental de los empleados.

6 Bibliografía

- Vélez-Pereira, A., M., Caicedo, Y., (2014). ANÁLISIS DE LOS FACTORES AMBIENTALES Y OCUPACIONALES EN LA CONCENTRACIÓN DE AEROBACTERIAS EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS, 2009 SANTA MARTA-COLOMBIA. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533180003.pdf
- Prüss-Üstün, A., Corvalán, C., (2006). AMBIENTES SALUDABLES YPREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Recuperado de https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/prevdisexecsumsp.pdf

Capítulo 1865

INTERVENCIÓN EN RIESGOS POSTURALES EN LA CATEGORIA LABORAL DE CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

RAFAEL SUAREZ GONZALEZ

1 Introducción

En el desempeño diario de los servicios de salud una de las causas de mayor incidencia en molestias musculares y causa de ILT(incapacidad laboral transitoria) la representan las posturas inadecuadas en el desempeño de la tarea asignada.

Frecuentemente ello es debido a la ineficaz educación preventiva de los trabajadores de dichos servicios o, a la dejadez y "olvido" de las buenas prácticas aprendidas en los cursos de formación.

Por ello se hace sumamente necesario tanto realizar actividades llamadas de refresco como formaciones específicas por departamento con un estudio pormenorizado tanto de los riesgos asumidos, como de la estadística epidemiológica de la incidencia de lesiones en cada unidad.

Las mismas por su especificidad en el desempeño de las tareas pueden y suelen ser lo suficientemente diferenciadas como para justificar el abordaje multidisciplinar de las mismas pero centrado en sus necesidades preventivas especificas.

2 Objetivos

- Hacer una referencia genérica a los lugares de trabajo de los distintos profesionales referenciados, dada la diversidad de lugares y zonas de trabajo de los referidos servicios de salud que por su diversidad y adaptabilidad a la tarea a desarrollar gozan de las suficientes especificidades como para justificar una extensión casi ilimitada en su descripción, si se pretende ser precisos y abarcar todas las posibles situaciones.
- Observar las posturas y movimientos de los celadores adoptados en el abordaje del traslado de enfermos. Y respecto de los auxiliares en los riegos posturales y a nivel muscular y esquelético derivados de la atención a las pantallas de datos y tareas asociadas la atención directa al usuario del servicio de salud.

3 Metodología

Por ello, una de las primeras pautas a observar es mantener el espacio laboral lo suficientemente despejado como para permitir un flujo de movimientos desenvuelto sin necesidad de posturas forzadas para lo que puede ser realizado de forma relajada, ganaremos en efectividad y una menor carga muscular, redundando de manera positiva también en la carga psicológica derivada de la propia actividad laboral.

Un despacho de servicio abarrotado de cajas de expedientes o mal ordenado en el flujo de trabajo, con inadecuadas posturas para la visualización de la pantalla de datos o con múltiples equipos de traslado de enfermos como sillas, camillas , grúas u otros elementos , que por si mismos dadas sus considerables dimensiones ya causan incomodidad en el desplazamiento normal asociado a la tarea, se ve incrementado cuando por su mala disposición origina recorridos incómodos o posturas forzadas para la actividad laboral del trabajador/a.

Debemos entender que un lugar de trabajo despejado, ordenado y, con sólo el material que se necesita y se usa de modo frecuente y necesario en el día a día del mismo, no evita por si mismo la producción de lesiones por riesgos posturales pero si es garantía de una menor incidencia de las mismas, así como de una menor carga mental y un mejor entorno de trabajo, mayor rendimiento y sobre todo mayor satisfacción en el desarrollo de la tarea.

EL MÉTODO OWAS

Este método de origen finlandés, en su acrónimo OWAS (Ovako Work Posture

Analyzing System) fue desarrolla¬do entre en lo años 70 del pasado siglo XX por la empresa Ovako Oy en colaboración con el Instituto Finlandés de Salud Laboral para la Industria Siderúrgica, y ha sido aplicado posteriormente a otras industrias y tareas de diferentes ramas productivas.

Dicho método se basa en la observación y registro de las posturas adoptadas por los segmentos corporales: tronco, extremidades superiores e in¬feriores. En 1991 se publicó una versión informatizada del método que incluye el esfuerzo realizado o la carga manipulada.

Para ello iremos asignando diferente puntuación a cada tarea realizada en función tanto de la zona corporal usada en la tarea, brazo, antebrazo, muñeca ,tronco, así como del tiempo de exposición a la misma, elaborando un cuadro con las distintas puntuaciones que nos orientarán acerca de la carga ergonómica de cada una de las tareas.

Por otra parte al hablar de tareas tanto para el celador como para el auxiliar administrativo del servicio de salud, debemos tener presente la intensidad de cada tarea a desarrollar.

Prestaremos especial atención a los siguientes criterios para clasificar el estrés postural:
- Trabajo ligero
- Trabajo medio.
- Trabajo pesado.
- Trabajo muy pesado.
- Trabajo extremadamente pesado.

4 Resultados

Una de las tareas más frecuentes asociadas al desempeño de la función del celador es la del traslado de pacientes, en ella el peso desplazado es frecuentemente desigual en cada traslado en función del medio usado, distancia recorrida y el propio paciente.

Ello sin duda originará diversas formas de abordamiento de la tarea, en ocasiones el celador debe empujar el medio de traslado con o sin paciente, en otras debe tirar de el, por ejemplo pueden combinarse en los traslados entre plantas del edificio cuando se ven involucrados los ascensores o, el descendimiento o superación de pendientes en rampa.

El gran despliegue de la ergonomía como ciencia en el trabajo desarrollado en los hospitales se ha visto impulsada desde el último tercio del siglo pasado, años 70 en adelante. Preferentemente se tiene en mente a las personas implicadas en la atención directa del paciente.

Numerosos congresos sectoriales y estudios elevan las conclusiones respecto a las posturas forzadas y el empleo de técnicas de manipulación inadecuadas las cuales son la causa de que haya aumentado en gran medida los problemas lumbares, musculares y de articulaciones que desembocan con demasiada frecuencia en ILT algunas de prolongado desarrollo e importante coste económico para la sanidad.

5 Discusión-Conclusión

En estas dos categorías laborales vistas se produce una muy alta incidencia de ILT derivada de la ineficiente observancia de pautas de autoprotección de la Salus, que en su mayoría resultan de sencilla adopción por parte del trabajador.

Con ellas conseguimos no solo reducir esa incidencia, sino incrementar la satisfacción y el desempeño del mismo, todo ello se puede conseguir con un coste de intervención mínimo, eso sí, para ser verdaderamente efectiva, tal intervención preventiva debe ir precedida de un estudio lo más ajustado e individualizado posible a cada unidad que estemos valorando, incluso si es posible descendiendo al plano personal e individualizado de cada trabajador, una buena salud laboral a nivel individual da sus frutos en todo el organigrama del servicio con un retorno muy apreciable e inmediato.

Resultando en la mayoría de los casos los esfuerzos económicos que debe soportar para su implantación el servicio de salud, de un coste insignificante comparativamente a los asociados a las ILT que ocasionan.

6 Bibliografía

- Evaluación ergonómica de puestos de trabajo. Sabina Asensio-Cuesta, María José Bastante, José Antonio Diego-Más Editorial: Paraninfo ISBN: 9788428332675
- Manual para la formación en prevención de riesgos laborales. Especialidad de ergonomía y psicosociología aplicada. Genaro Gómez Etxebarria Editorial: CISS ISBN: 9788482356082

2009 https://www.google.com/search?q=guia+tecnica+insht+manipulacion+cargas&rlz=1C1FDUM_enES640ES640&oq=insht+quia+tecnica+carga&aqs=chrome.1.69i57j0.24229j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

- Lista de comprobación ergonómica. Ergonomic checkpoints. Soluciones prácticas y de sencilla aplicación para mejorar la seguridad, la salud y las condiciones de trabajo. Organización Internacional del Trabajo (OIT) Editorial: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. MTAS. ISBN: 9788474255737

Capítulo 1866

LA MEDIACIÓN COMO TÉCNICA DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

OLGA ISABEL BLANCO DÍAZ

ISABEL MIRANDA PEÑA

REBECA ALBA CRESPO

CELIA ALBA RODRÍGUEZ

MARIA JESUS MENENDEZ ALVAREZ

1 Introducción

Partiendo de la premisa de que el conflicto es inherente al ser humano, cualquier estructura organizada ante la que nos encontremos los planteará y el ámbito sanitario no está exento de los mismos. Es importante que no nos limitemos a ver estos conflictos como algo negativo o perjudicial para el buen desarrollo de la práctica sanitaria o de la actividad diaria de los hospitales o centros sanitarios, ya que aunque en un primer momento las sensaciones que se plantean al inicio de los mismos son desagradables y molestas, la manera que tengamos de afrontarlo y las conclusiones que saquemos de la resolución del mismo, pueden contribuir a mejorar la calidad del servicio prestado y a alcanzar un mayor grado de excelencia.

Sin embargo, si las habilidades utilizadas para la resolución del conflicto, dan como resultados consecuencias negativas para las partes implicadas, los problemas resultantes contribuirán a un deterioro del servicio prestado y un empeoramiento en las relaciones de las partes implicadas.

Si tenemos en cuenta la doble vertiente, laboral y asistencial, que se da en la sanidad, nos encontramos con que los conflictos se pueden derivar de las relaciones laborales entre los distintos profesionales bien de convivencia o de carácter jerárquico, que aparecen en cualquier centro de trabajo, las asistenciales surgidas por el desarrollo de la actividad médica y las propias de convivencia que se dan entre los pacientes y sus familiares.

Todas estas dificultades repercuten de forma negativa tanto en el rendimiento del personal como en la eficiencia asistencial y desarrollo de la actividad sanitaria.

2 Objetivos

- Mejorar la calidad del servicio prestado y a alcanzar un mayor grado de excelencia.
- Fomentar la mediación para resolver conflictos en el ámbito sanitario.

3 Metodología

La mediación: fusionando las características propias de este vía alternativa de gestión de conflictos, y la naturaleza de los conflictos producidos en el contexto sanitario, nos da como resultado una mejora en la calidad del servicio de salud, y una mejor convivencia entre todos aquellos actores del sistema de la institución.

Como ya comentamos anteriormente, resulta innegable la realidad de que en instituciones de estas características se producen conflictos que alteran y en ocasiones disminuyen la eficacia del funcionamiento de las mismas y la repercusión que esto conlleva en sus usuarios. La gestión de los conflictos desde la mediación, alumbra una vía pacífica de resolución, en la que por sus ventajas, cubre ciertas necesidades que mediante otros métodos de solución de conflictos no se produce.

Las disputas que se pueden dar en las relaciones laborales de los profesionales del entorno sanitario, aquellas producidas por la convivencia de los pacientes en los que el dolor físico y/o psicológico caracteriza su estancia en estas instituciones, y las producidas entre los familiares y personas allegadas de los mismos,

pueden ser solventados desde una vía pacífica y del entendimiento, que mejore la calidad de vida y de trabajo de todos aquellos individuos integrantes del sistema hospitalario.

4 Resultados

Considerando que la seguridad del paciente es una prioridad para el sistema de salud es importante que se ponga en práctica la mediación como técnica de resolución de conflictos, ya que en muchas ocasiones no es suficiente ni eficiente, nutrirse únicamente del sistema judicial para solucionarlos, dado que hay problemas en los que la decisión de un tercero imparcial sujeto a unas leyes, puede que no sea lo más beneficioso ni deseado para las partes, ya que la diferente naturaleza de los mismos hace que puedan tener consecuencias negativas para las partes y para su contexto envolvente, si no se gestionan de un modo adecuado.

Además del enfoque de intervención de mediación como proceso de resolución de conflictos, esta vía puede ser utilizada desde una visión preventiva, puesto que en ocasiones, y concretamente a nivel laboral, se puede dotar al personal de habilidades de comunicación para la prevención del conflicto, mostrando técnicas de mediación que puedan ser aplicadas en su labor profesional para con los pacientes.

La mediación debe mostrarse como una vía de gestión del conflicto, y una vía de prevención del mismo, dado que sus bases se instauran en la cultura del entendimiento y la solución pacífica de las problemáticas surgidas, que de manera inherente se producen en las relaciones interpersonales.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, se demandan nuevas formas de proceder en la resolución de los conflictos producidos entre los seres humanos que se han ido modificando, perfeccionando y en suma creando un proceso de gestión de conflictos para ofrecer una alternativa a la cultura tan imperantemente litigiosa que existe en la actualidad.

Esta es la propuesta que aquí se expone, y la idoneidad de la mediación como método de gestión como esa «nueva» forma de proceder en las dificultades presentadas por el trabajo y relaciones humanas, con el añadido del sufrimiento y dolor tan característico de las instituciones sanitarias aquí descritas.

Con todo ello, se persigue la mejora de la calidad de vida y de trabajo de todos aquellos individuos integrantes del sistema hospitalario, atendiendo entre otras, las necesidades psicoemocionales no cubiertas mediante otras vías de resolución de conflictos.

6 Bibliografía

- EG CASADO: Revista de administración pública, 2006. Dialnet.unirioja.net Apunte sobre la mediación como técnica de resolución de conflictos en la administración.
- OA GOZAINI 1995 – academia.edu. Formas alternativas para la resolución de conflictos.
- MVA Bazalo, EH Peña, - dialnet.unirioja.es .La mediación: una técnica innovadora en el Trabajo Social.
- JPO Muñoz, JH García - 2007 - fundacionalternativas.org Sistemas alternativos a la resolución de conflictos.

Capítulo 1867

LA INNOVACION EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

CRISTINA COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

NURIA GARCÍA LAVIANA

MIGUEL PALACIO SANCHEZ

1 Introducción

Nos encontramos con un sistema de salud que si bien es el más eficiente de Europa y el tercero más eficiente del mundo, todavía estamos situados a la cola de la innovación sanitaria.

La innovación aparece como un reto fundamental para el sector sanitario. Es necesario centrar la atención sanitaria en las necesidades de los pacientes ya que son nuestra prioridad. El esfuerzo por innovar permite un diagnósticos preciso de las enfermedades, un aumento de la seguridad, técnicas menos invadidas y unos tratamientos más eficaces y certeros.

Se nos abre un nuevo horizonte donde debemos aceptar el cambio con optimismo y esperanza ya que dicho cambio nos facilitará nuestro modo de actuar en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

Exponer los principales aspectos relacionados con la innovación en los servicios sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El objetivo fundamental de la innovación en el sistema sanitario es el de satisfacer las necesidades reales del usuario, garantizando la calidad y la eficiencia como máxima prioridad de la prestación asistencial.

Hay que intentar:
- Fortalecer al usuario para que se implique en la gestión de su propia salud.
- Evolucionar hacia un sistema que ademas de curar promueva la salud bajo una perspectiva global de la persona.
- Disponer de formación, tecnologías y herramientas para desarrollar planes personalizados, para mejorar la eficacia, eficiencia y seguridad de las actuaciones sanitarias.
- Asistencia sanitaria centrada en el paciente.
- Atención sanitaria segura y ágil.
- Atención sanitaria inteligente.

La innovación es un elemento fundamental en la obtención de los mejores resultados en salud, la ciencia cada día nos sorprende con nuevas herramientas tecnológicas para mejorar nuestras actuaciones tanto a nivel asistencial como para mejorar nuestra calidad de vida.

Pero esta innovación no sólo es tecnológica, sino que también implica el desarrollo del profesional sanitario y la relación médico-paciente, todo ello para asegurarnos de la mejor calidad de vida de las personas.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que estamos en la era de la comunicación y de la información, no podemos obviar la importancia de las TIC y su contribución a la interoperabilidad de

los datos de los centros sanitarios aportando comodidad y seguridad al paciente. La innovación no solo es generar nuevos productos y servicios, sino buscar procesos y sistemas que redunden en la satisfacción de las necesidades del paciente. En resumen, la tecnología nos dirá qué es lo importante para nuestra salud.

6 Bibliografía

- Artículo: ”El paciente como eje de la innovación en Sanidad”-www.larazon.es
- Artículo: ”Estrategia de innovación sanitaria”-Fundación Rioja Salud.
- Artículo: ”La Sanidad del futuro a través de las TIC”-www.elmundo.es

Capítulo 1868

ASTENIA Y MIALGIA QUE ENMASCARAN UN CARCINOMA RENAL.

EVA BELÉN TOLEDO LLANA

MARÍA DE LA O GARCÍA GONZÁLEZ

MAGALY GARCIA CON

MONTSERRAT GARCÍA ALONSO

1 Introducción

Nada mejor que el propio paciente cuando intuye que algo en su cuerpo no funciona correctamente. Aunque las pruebas básicas realizadas por su médico de atención primaria (MAP) no muestren ninguna alarma.

Cuando un paciente no hipocondríaco insiste en que se encuentra mal, deberían de tenerlo en cuenta para emitir un diagnóstico y no basarse en el buen aspecto del paciente realizando unas pruebas complementarias para descartar otras patologías.

2 Objetivos

- Evaluar a la paciente en el servicio de medicina interna.

3 Caso clínico

Mujer de 35 años, que tras un periodo de larga evolución de fiebre, astenia y mialgia es derivada al servicio de medicina interna. La paciente presenta un aspecto físico saludable habiéndole realizado por su MAP varias analíticas y siendo los valores de las analíticas normales (hemoglobina en sangre). Todo ello hace retrasar la derivación a medicina interna. Es la propia paciente quien solicita que sea remitida a este servicio ante la negativa del MAP.

Diagnóstico: carcinoma renal.

Pruebas realizadas:
- Ecografía: hígado de tamaño, morfología y ecogenizidad normal, vía biliar sin dilataciones; páncreas, bazo y riñón izquierdo sin hallazgos significativos y no se observan masas ni líquido libre intraperitoneal. Se observa en el polo inferior del riñón derecho una masa sólida de 10x15 centímetros (cm) compatible con hipernefroma al descartar mediante estudios posteriores. La glándula suprarrenal derecha muestra una formación nodular esférica de 2 cm a descartar estudios posteriores.
- TAC. Motivo de petición: estudio de la masa renal derecha. Se realiza el estudio sincontraste primero y después tras la administración de contraste en fase intravenoso, en fase parequinmatosa y de eliminación. Los hallazgos confirma la existencia de una masa en el polo inferior del riñón derecho bien definida, sólida de aproximadamente de unos 15x18 cm. Sufre un realce tras la administración del contraste intravenoso, siendo sugestiva dadas sus características de proceso neuroformativo renal (hipernefroma). Cierta alteración de la grasa adyacente a la altura del polo inferior donde se objetiva abundante circulación venosa de drenaje. No adenopatías loco-regionales. Riñón izquierdo de morfología normal, sin masas. Con buena concentración y eliminación. Sin dilatación de la vena excretora. Agrendamiento de la glándula suprarrenal derecha de 15x18 cm. De morfología y tamaño normales. Hígado y bazo de morfología y tamaño normales, sin lesiones ocupantes de espacio ni captaciones patológicas de contraste y resto de estructuras abdominopélvicas sin hallazgos radiológicos significativos. Conclusión del TAC: masa en polo inferior del riñón derecho. Compatible con proceso neoformativo (hipernefroma)
- Radiografía de toráx. Negativa para metástasis.

4 Discusión-Conclusión

Tras la realización de los estudios preparatorios se le practica una nefro-adrenalectomía radical derecha. Post-operatorio sin incidencias. Cultivo de orina positivo para flora mixta. Herida quirúrgica con seromas en zona inferior que requerirá curas de forma ambulatoria. Durante su estancia hospitalaria se solicita interconsulta a psiquiatría a petición de la propia paciente.

Se le pauta tratamiento antidepresivo y realizará seguimiento en su centro de Salud Mental junto con tratamiento farmacológico.

Revisiones en consultas externas de urología.

5 Bibliografía

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

Capítulo 1869

PAPEL DEL CELADOR EN EL ÁREA DE CIRUGÍA GENERAL.

ANGEL NOÉ GARCÍA RODRÍGUEZ

ROGELIO ZAPICO GONZALEZ

1 Introducción

El área de cirugía general abarca un gran número de patologías de diferentes áreas anatómicas. Aparato digestivo, endocrino, mama, abdomen, piel y partes blandas, cabeza y cuello. La cirugía general es la que se encarga inicialmente de problemas quirúrgicos urgentes, aunque cuando las intervenciones son más complejas se hacen cargo áreas más específicas (otorrinolaringología, neurocirugía, urología etc.). En hospitales pequeños que no tienen todas las especialidades de las que disponen los grandes hospitales de referencia, la cirugía general es la que se encarga de gestionar estos pacientes. Si el caso en particular conlleva una complejidad mayor, el paciente será derivado a un hospital de mayor nivel.

En este servicio de cirugía también los Celadores como en el resto del hospital, tienen sus funciones, y hasta que empieza la intervención quirúrgica del paciente, el celador debe realizar diferentes funciones. Los Celadores trasladarán al paciente desde la unidad hasta el quirófano, aportando la documentación del paciente para entregarla a los profesionales correspondientes. Dentro del quirófano ayudarán a colocar el paciente en la mesa de operaciones con ayuda del personal sanitario. Es sumamente importante dejar colocado al paciente correctamente, ya que si no pueden sufrir distintas complicaciones si este paso no se hace bien. Dentro de las intervenciones más comunes de cirugía general están:

- Apendicitis y Hernia: Se utiliza la mesa normal, se coloca al paciente en decúbito supino, se colocan a ambos lados los soportes para brazos para que queden apoyados en ellos y se coloca el arco.
- Colelitiasis con laparoscopia: Con la mesa normal, situamos la columna de laparoscopia, el paciente estará en decúbito supino, colocaremos los dos soportes para los brazos, ubicamos el arco inclinado hacia la cabeza, abrimos la parte inferior de la mesa para que queden las piernas separadas que sujetaremos con unas correas.
- Fístula anal y Hemorroides: Se usa la mesa normal en la que colocamos las perneras ginecológicas, tras lo cual pondremos al paciente en posición ginecológica forzada, pondremos los soportes para brazos y colocamos el arco.
- Intervención de Mama: Con la mesa normal colocamos a la paciente en decúbito supino. En la zona del lado sano se coloca el arco inclinado hacia la cabeza en la parte inferior de la mesa y se pone un soporte para brazo. En el lado a intervenir se coloca a la paciente en el borde de la mesa, tras lo que se posicionará un soporte de brazo en oblicuo.

Estas son algunas de las intervenciones más comunes que nos podemos encontrar en la cirugía general. Durante las intervenciones los celadores permanecerán en el antequirófano por si se les solicita, que acudan a la mayor brevedad posible. No debemos olvidar que la zona de quirófano conlleva tecnología y es más compleja que otras zonas del centro hospitalario, debe disponer de limpieza extrema y contaminación microbiana cero. Tras acabar las intervenciones los celadores serán los encargados de llevar al paciente a la sala de reanimación.

2 Objetivos

Plasmar el trabajo del Celador en el área de cirugía general desde hospitalización hasta su entrada en quirófano, reflejando algunos ejemplos de posiciones que debe realizar el Celador al paciente, dependiendo de la intervención que los cirujanos vayan a realizar mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

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

las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Bloque Quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. Depósito legal: B-2437-2010.
- Funciones del Celador según las áreas donde desempeñe su trabajo. www.auxiliar-enfermería.com/funcionescelador1.htm. www.hca.es>f.archivos.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1870

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA FORMACIÓN CONTINUADA

ANA ISABEL QUINTANAL GARCÍA

1 Introducción

La formación continuada es de suma importancia e imprescindible en el mundo laboral, debemos concienciarnos que gracias a los avances de las nuevas tecnologías nos hace que debamos avanzar y ponernos al día sobre las mejoras que hay para aumentar y mejorar los conocimientos de los profesionales. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, reconoce su importancia para mejorar la calidad del proceso asistencial y garantizar la seguridad del usuario.
Gracias a estos avances tecnológicos nos permite que tengamos un aprendizaje permanente y flexible. Internet nos aporta un soporte, que nos permite una continua formación, e individualizar el aprendizaje.

Estamos asistiendo al inicio de una nueva era en formación. Videoconferencias grabadas, tutorías individualizadas, foros de debate en los que alumnos y profesores exponen dudas y comparten opiniones.
No podemos olvidarnos del aprendizaje a través del móvil que ayuda de forma muy positiva la formación continua durante la vida laboral. El acceso puede ser de forma continua desde diferentes dispositivos electrónicos, lo cual nos permite conciliar a la perfección nuestra vida profesional y personal. Las personas que utilizan sus dispositivos móviles puedes acceder a estos prácticamente desde cualquier sitio y a cualquier hora.

Existe una realidad que nos ubica en un momento de la historia en que los cambios sociales, tecnológicos y económicos van a un ritmo de modificaciones nunca

vistas, por lo que la adaptación a estos nuevos escenarios cambiantes es primordial como principio de supervivencia.

2 Objetivos

- Renovar el saber, las capacidades y habilidades de los trabajadores para aumentar el rendimiento en el trabajo.
- Obtener un aprendizaje activo y permanente, que pretende poner al día y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y técnica, a las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.

3 Metodología

La vida tiene que ser una continua educación. El Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, define este concepto y los objetivos que se pretende con ello.

Ahora bien compatibilizar el trabajo con la familia, es muy difícil además del hecho de seguir recibiendo formación. Pero gracias a los avances tecnológicos nos permite que esto resulte más fácil, permitiendo adaptar la formación a nuestra vida personal y laboral.

Estos conocimientos nos permiten mejorar la realización de nuestro trabajo. Hay que tener en cuenta que hoy el mundo va muy rápido es este sentido y hay que ir poniéndose al día para que el trabajo realizado sea más efectivo.

Según la teoría motivacional de Maslow ,dónde se encuentran las necesidades fisiológicas y de seguridad, en la cima nos encontramos la autorrealización, y en este sentido la formación continuada puede verse como la vía de nuestro desarrollo laboral. La formación continuada bien sea centrada en el conocimiento específico o en cursos de formación de aptitudes profesionales, aumenta nuestra motivación para conseguir nuestros objetivos.

4 Resultados

Las ventajas de la formación continua se interpretan en una mejor adaptación de las mismas a los continuos cambios del mercado y del entorno, y favorece la incorporación de nuevas tecnologías así como nuevos sistemas de gestión y

organización. Esto conlleva una productividad superior para la empresa, los trabajadores son más cualificados y competitivos.

Como consecuencia al respecto, una buena formación continuada del personal, es la mayor garantía para la conservación, mejora o adquisición de un buen puesto de trabajo, además de un elemento de suma importancia para obtener motivación personal en el trabajo que debido al tiempo que se emplea dicha tarea en toda nuestra vida laboral, se convierte en un elemento clave para la satisfacción de las personas.
En resumen podríamos enunciar que la finalidad de esta formación es:
- Conseguir un gran desarrollo personal.
- Reducir notablemente los errores.
- Facilitar adaptarse a los cambios.
- Mayor efectividad.
- Mejorar las competencias.
- Una mayor eficiencia.
- Permitir mejorar la calidad de los servicios.
- Controlar y maximizar los recursos.
- Siendo continua y constante adaptándose a las nuevas tecnología.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que esta formación continuada produce un aumento de la confianza y autoestima de los trabajadores al igual que un gran progreso personal.

La compañía desea garantizar el rendimiento del personal, y los trabajadores deben hacer lo posible para mejorar su función laboral, con ello se consigue ganar autoestima y confianza. Sin duda esto debe de ir más lejos, y aparte de la necesidad de conocimiento y actualización del mismo, es esencial una motivación de logro, de conseguir nuestras metas, y como resultado es imprescindible la formación continuada. Los objetivos que nos marquemos serán más fáciles de alcanzar si nos apoyamos en la formación, la cual nos permitirá un gran enriquecimiento personal.

Con esto conseguiremos aumentar la eficiencia de los recursos empleados. Todo ello permite además generar y potenciar el conocimiento para que en el trabajo futuro la coordinación discurra de manera excelente en beneficio del paciente y de todos los profesionales.

6 Bibliografía

- https://www.saludadiario.es/opinion/formacion-continuada
- https://www.eoi.es/blogs/embacon/2016/05/20/formacion-continua/
- https://nexian.es/la-importancia-de-la-formacion-continua/
- https://www.cegosonlineuniversity.com/la-importancia-de-la-formacion-continua-para-el-profesional/
- https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-importancia-de-la-formacion-continuada-DDIMPORT-044585/

Capítulo 1871

EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

MARÍA GARCÍA ANTUÑA

1 Introducción

El servicio de admisión y documentación clínica, también conocido como SADOC o SADC, lleva a cabo la gestión de los pacientes en un hospital que por su propia complejidad requiere de una organización y estructura específica y determinada.

Cabe reseñar que la figura del auxiliar administrativo como tal no existía en los antiguos modelos de servicio de admisión, sino que eran auxiliares de servicios, sin embargo en la actualidad tienen una función primordial en los servicios de admisión y documentación clínica.

Dicho servicio se encarga de coordinar a todos los profesionales que forman el servicio, tanto al personal sanitario como al personal no sanitario como puede ser el personal administrativo.

El SADOC es gestionado por un coordinador/a si bien depende jerárquicamente de la Gerencia del Hospital y en algunos casos del Director Médico. Como es obvio el objetivo de un hospital es la gestión de pacientes y para facilitar esta gestión surge el SADOC incluye un sistema de información tanto clínico como asistencial y para ello se sirve de una base de datos asistencial. En dicha base es primordial que todo esté organizado y que refleje los datos imprescindibles para reforzar una continuidad en la información y que esta sea ágil y útil.

Los servicios de admisión y documentación clínica se estructuran en tres funciones:

- La atención a los pacientes.
- La información asistencial.
- La gestión administrativa. Una de sus funciones primordiales reside en la optimización de los recursos del hospital como pueden ser las camas del hospital, las salas de consultas externas, los quirófanos, etc…

Las principales tareas de la gestión administrativa son:
- Autorización de ingresos y altas y su programación.
- La gestión de camas hospitalarias.
- La coordinación con otros centros asistenciales.

2 Objetivos

Atender a un propósito básico hacia el cual se enfocan las razones del servicio: la gestión de la empresa, la gestión administrativa para el paciente y el sistema de información asistencial.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como ya se ha mencionado anteriormente es básico que haya una perfecta organización en el SADOC para su correcto funcionamiento y debe incluir y coordinar todos los contactos asistenciales de los pacientes en el hospital y en su área de atención especializada. Este servicio está operativo todos los días del año durante las 24 horas y debe ser capaz de sostener y dar funcionalidad a la siguiente pluralidad de unidades: admisión y unidad de codificación clínica.

Admisión:
- Unidad de urgencias.
- Unidad de hospitalización.

- Unidad de gestión de listas de espera.
- Unidad de consultas externas.
- Unidad de secretarias asistenciales.
- Unidad de coordinación con otros centros.
- Unidad de gestión de camas.

Documentación clínica:
- Unidad de archivos y de gestión de la historia clínica.
- Unidad de codificación clínica.

Para todo ello se ha desarrollado, por parte de profesionales de distinto ámbito dentro del marco de la sanidad, un directorio de funciones que como condición básica el SADOC debe llevar a cabo para que la gestión de los pacientes sea eficiente y eficaz. Estas son: consultas externas y servicios centrales, hospitalización, urgencias, secretarías asistenciales, archivos de historias clínicas, codificación clínica, gestión de la historia, atención a pacientes y sistema de información asistencial.

Consultas externas y servicios centrales:
- Programación de la estructura de agendas.
- Gestión de citas.
- Registro de actividad.

Hospitalización:
- Solicitud de ingreso.
- Programación de ingresos.
- Gestión de camas.
- Registro de episodio de hospitalización.
- Demanda quirúrgica.
- Programación quirúrgica.
- Registro de intervenciones.

Urgencias:
- Registro de pacientes y asistencia.
- Coordinación con otros centros sanitarios.
- Gestión de traslados.

Secretarías asistenciales:
- Tareas relacionadas con la documentación clínica.
- Tareas relacionadas con el proceso asistencial.

Archivo de historias clínicas:
- Gestión del archivo de historias clínicas.

Codificación clínica:
- Conjunto mínimo básico de datos (CMBD).

Atención a pacientes:
- Tutoría de pacientes
- Información.
- Asistencia social.

Sistema de información asistencial:
- Cuadro de mando de gestión.
- Informes de actividad y/o casuística.
- Control y evaluación del sistema de información asistencial.

5 Discusión-Conclusión

La finalidad de la creación del SADOC es la agilización de los procesos asistenciales así como la optimización de los recursos económicos de la sanidad, la digitalización de todos los procesos y la intercomunicación de la que se sirve este servicio resulta en una mayor facilidad de acceso a la información tanto clínica como asistencial al paciente y por ende en un mejor trato al mismo.

El servicio de admisión y documentación clínica es por todo ello el sistema sobre el que se sostiene la funcionalidad de los hospitales y es primordial mantener dicho servicio con una organización perfecta y ágil.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1872

RESIDUOS SANITARIOS: DEFINICION Y GESTION

ABRAHAM MENÉNDEZ TABERNA

1 Introducción

Se define como residuo sanitario cualquier sustancia u objeto del que su poseedor se desprenda o tenga obligación de desprenderse generado por actividades sanitarias. Es decir, aquel residuo que se genera en hospitales, clínicas, sanatorios, centros de planificación familiar, laboratorios de análisis o de investigaciones clínicas, así como en los centros y servicios de asistencia y experimentación veterinaria. Los principales componentes de estos residuos son el plástico y los textiles con un 63% entre los dos. Esto significa, entre otras cosas, que la problemática no está en la composición en sí, sino en los componentes infecciosos que conllevan, Esta composición, plasmada en un lenguaje más sanitario, conduciría a hablar de: escayolas, algodones, compresas, apósitos, jeringuillas, guantes, medicamentos, restos humanos, etc.

La regulación sobre los residuos (los sólidos urbanos o basuras) nace en el marco de la legislación sanitaria y de higiene público, al comienzo de este siglo (Instrucción General de Sanidad Pública de 12 de enero de 1904, Reglamento de Sanidad Municipal de 9 de febrero de 1925, Reglamento de Sanidad Provincial de 20 de octubre de 1925, etc). El Reglamento de Actividades Molestas, Insalubres, Nocivas y Peligrosas de 30 de noviembre de 1961 -todavía vigente- se vino ocupando de la autorización y control de las actividades de gestión de los RSU, al calificarlas expresamente como tales actividades clasificadas.

La sensibilización hacia los riesgos derivados de los residuos generados por los establecimientos sanitarios es relativamente reciente. En este sentido, la detección de la enfermedad del SIDA en 1981 (el virus causante se identifica en 1984) marca el punto de partida de la legislación específica sobre los residuos biosanitarios, aprobándose, desde entonces, en muchos países instrumentos normativos y guías específicas para la gestión de dichos residuos (Francia: 1982; Alemania: 1983; Holanda: 1985; USA: 1986…).

2 Objetivos

En este estudio se pretende dar a conocer los diferentes tipos de residuos sanitarios y el tipo de gestión que tiene que llevar su eliminación para sensibilizar a todo el personal en contacto con ellos de la importancia de su tratamiento adecuado desde el principio hasta el fin de la vida útil de los mismos.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de las principales bases de datos, entre ellas: Dialnet, Scielo, Elsevier, Pudmed, Cuiden.

Las palabras clave utilizadas para el desarrollo de la búsqueda fueron: “residuos”, “gestión de residuos”, “residuos hospitalarios”, “clasificación de residuos hospitalarios”.

4 Resultados

El Decreto 460/1997, de 21 de noviembre, define los residuos sanitarios como: ”Cualquier sustancia u objeto generados por las actividades sanitarias de los cuales se desprenda o tenga la intención u obligación de desprenderse su poseedor, en virtud de las disposiciones legales en vigor en esta materia.”

Asimismo, define las actividades sanitarias como: ”Las desarrolladas en hospitales, clínicas, consultas médicas, centros sociosanitarios, laboratorios de análisis clínicos, de salud pública y de investigación médica, centros de atención primaria y de planificación familiar, centros de salud y cualquier otro que tenga relación con la salud humana. A efectos del presente Decreto serán consideradas, asimismo, actividades sanitarias, las correspondientes a centros, servicios y establecimientos veterinarios asistenciales y centros de investigación animal.”

En cuanto a su clasificación pueden distinguirse los siguientes tipos de residuos generados por los centros sanitarios:

- Clase I. Residuos sólidos urbanos. Son los generados en las áreas de los centros sanitarios en las que no se realizan actividades específicamente sanitarias y que, por no presentar riesgo específico para la salud, no requieren precauciones especiales para su gestión ni en el interior ni en el exterior de los mismos. Se incluyen en esta clase de residuos los generados en estancias tales como: oficinas, almacenes, salas de espera, cafeterías, comedores, etc. Pertenecen a esta clase los siguientes residuos: papel, cartón, vidrio, madera, restos de comida, material de jardinería y otros residuos similares a los domésticos. Se incluyen, asimismo, los procedentes de pacientes no infecciosos, de pacientes infecciosos no incluidos en las clases II y III, así como aquellos otros incluidos en la clase III que hayan sido sometidos a algún proceso de desinfección, previo a su eliminación.

- Clase II. Residuos sanitarios asimilables a urbanos. Son aquellos generados como resultado de la actividad sanitaria propiamente dicha, procedentes de pacientes no infecciosos o de infecciosos no incluidos en la clase III, cuyo riesgo específico de infección se limita al interior de los centros sanitarios. Incluyen residuos tales como: material de curas, tubuladuras, yesos, filtros de diálisis, sondas, guantes y otros desechables quirúrgicos y en general cualquier material contaminado con sangre, secreciones o excreciones, y de características similares de pacientes no incluidos en la clase III.

- Clase Ill. Residuos sanitarios especiales. Son aquellos en los que, por representar un riesgo específico para la salud laboral y pública o para el medio ambiente, o por consideraciones de tipo ético o estético, deben observarse especiales medidas de prevención, tanto en su gestión intracentro como en la extracentro. Se incluyen en esta clase los siguientes grupos de residuos:

• Grupo 1. Infecciosos. Sustancias que contienen microorganismos viables, o sus toxinas, de los que se sabe o existen razones fundadas para creer que causan enfermedades en el ser humano o en otros organismos vivos. A los efectos del presente decreto son aquellos potencialmente capaces de transmitir, de forma fecal-oral, por medio de aerosoles o de cualquier otra forma, alguna de las enfermedades infecciosas que figuran en el anexo I del presente Decreto. Incluye los residuos procedentes de pacientes afectados por dichas enfermedades, así como el material de desecho en contacto con los mismos.

• Grupo 2. Cultivos y reservas de agentes infecciosos y el material de desecho

en contacto con ellos: placas de petri, hemocultivos, extractos líquidos, caldos, instrumental contaminado, etc.

• Grupo 3. Filtros de diálisis de pacientes infecciosos. Filtros de diálisis de máquinas reservadas a pacientes portadores de las siguientes enfermedades de transmisión sanguínea: hepatitis B; hepatitis C; otras hepatitis de transmisión parenteral y Sida.

• Grupo 4. Líquidos corporales, sangre y hemoderivados en forma líquida envasados en cantidades superiores a 100 ml.

• Grupo 5. Residuos cortantes y punzantes utilizados en la actividad sanitaria con independencia de su origen.

• Grupo 6. Residuos anatómicos humanos procedentes de la actividad sanitaria, que, por su escasa entidad, queden excluidos de lo regulado en el Reglamento de policía sanitaria mortuoria.

• Grupo 7. Residuos de animales infecciosos o inoculados con agentes infecciosos de los relacionados en el anexo l así como con los de los virus del Sida y de las hepatitis B, C y otras de transmisión parenteral. Incluye: cadáveres, restos anatómicos y residuos procedentes de su estabulación.

• Grupo 8. Residuos procedentes de la actividad sanitaria de pacientes afectados por la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o de sus variantes, así como los residuos anatómicos humanos de poca entidad de dichos pacientes.

• Grupo 9. Residuos de citostáticos y todo material utilizado en su preparación o en contacto con los mismos.

- Clase IV. Residuos de naturaleza química así como otros residuos tipificados en normativas singulares y que, en su gestión, están sujetos a requerimientos especiales desde el punto de vista sanitario y medioambiental, tanto dentro como fuera del centro sanitario. Esta clase incluye:
• Los residuos generados en las unidades de radiología, laboratorios y otras actividades sanitarias así como residuos de productos farmacéuticos, medicamentos y productos veterinarios.

• Otros residuos tóxicos y peligrosos que generándose en actividades sanitarias, no son específicos de las mismas, tales como aceites usados, disolventes o similares. e) Residuos radiactivos.

• Cadáveres y restos humanos de suficiente entidad, procedentes de abortos, mutilaciones y operaciones quirúrgicas.

Del ámbito de aplicación de la regulación autonómica sobre residuos sanitarios se excluyen algunos de los citados, que tienen su propio régimen jurídico. Así, los residuos sólidos urbanos (RSU) y los residuos sanitarios asimilables a urbanos (RSAU) se gestionarán según la legislación general de los residuos sólidos urbanos contenida en la LR; los residuos radiactivos se gestionarán de conformidad con el Real Decreto 1522/1984, de 4 de julio -por el que se crea la Empresa Nacional de Residuos Radiactivos, S.A. (ENRESA)-; los restos humanos de suficiente entidad que se gestionarán de acuerdo con los Reglamentos de policía sanitaria mortuoria; y por último, los residuos de naturaleza química se gestionarán de acuerdo con la normativa reguladora de los residuos peligrosos, contenida igualmente en la LR.

En definitiva, los residuos sanitarios que requieren una gestión particularizada, objeto de las regulaciones autonómicas, son los residuos sanitarios especiales, también denominados ”residuos biosanitarios” (RB). Asimismo debe destacarse a dicho tipo de residuos se asimilan los recipientes y envases que los contengan o hubieran contenido. A diferencia de otro tipo de residuos -como los RSU o los Residuos peligrosos no sanitarios-, los RB se caracterizan por el alto porcentaje en su composición de productos propios de los envases (papel, cartón, plástico, textil, vidrio, etc).

GESTION DE RESIDUOS BIOSANITARIOS

Hasta la aparición de las normativas específicas sobre esta clase de residuos el método más utilizado para su eliminación consistía en la incineración en hornos existentes en los propios hospitales. Sin embargo, el súbito crecimiento de estos residuos, el aumento de la sensibilización social ante la posibilidad de contagio de infecciones derivada de los mismos, así como el progresivo endurecimiento de la legislación protectora del medio ambiente atmosférico, ha puesto en tela de juicio la existencia de dichos hornos incineradores, provocando la clausura de muchos de ellos. Esto ha ocasionado un espectacular aumento en los costes de gestión de los residuos sanitarios.

En la gestión de los residuos sanitarios se han distinguido dos modelos: la ”gestión clásica” y la ”gestión avanzada”. La diferencia fundamental entre ambos modelos es que, según el primero, gran parte de los residuos sanitarios se consideran potencialmente peligrosos o infecciosos y deben eliminarse de forma

distinta a la RSU. Por el contrario, el modelo de ”gestión avanzada” huye del tópico de que cualquier material que haya estado en contacto con un enfermo es potencialmente peligroso; se persigue identificar los residuos que representan un riesgo sustancial de causar infección durante su manejo y eliminación, logrando reducir el volumen de residuos biosanitarios que requieren un tratamiento especial

En nuestro país, el ”Informe CLINHOS” elaborado en 1992, trata de demostrar la conveniencia de utilizar el sistema de ”gestión avanzada”, si bien su finalidad primordial es reducir los costes de gestión de los residuos sanitarios.

Los Decretos autonómicos reguladores de los residuos biosanitarios, suelen distinguir dos fases en su gestión: la ”gestión intracentro” y la ”gestión extracentro”. La primera comprende las operaciones de gestión que se lleven a cabo en el interior de los centros sanitarios, mientras que la segunda abarca las operaciones de gestión que se lleven a cabo en el exterior de los centros sanitarios, realizadas por un gestor autorizado, y especialmente las desarrolladas a partir de la recogida de los mismos, incluyendo el transporte, tratamiento y eliminación.

La regulación de las operaciones desarrolladas en la ”gestión intracentro” se dirige a especificar los modos de proceder sobre la recogida o segregación, acumulación y envasado, el almacenamiento provisional, el transporte interno, así como el almacenamiento final y la desinfección de ciertos tipos de residuos biosanitarios. Así como las medidas de prevención que han de adoptar el personal sanitario ante el manejo de dichos residuos.

La ”gestión extracentro” incluyen las operaciones que van desde la recogida de los residuos en el centro sanitario, así como el transporte, tratamiento y eliminación por un gestor autorizado. Para el transporte de los residuos, deberán contemplarse, entre otras medidas de seguridad e higiene en su carga y descarga, las determinaciones del Reglamento de Transporte de Mercancías Peligrosas por carretera a las que deben añadirse las especificaciones previstas en la LR.

Por lo que se refiere al tratamiento y eliminación de los residuos sanitarios especiales, se prevén diferentes técnicas: la incineración, la desinfección y otros tratamientos, concretando los siguientes requisitos:

• Incineración. Los sistemas de incineración destinados específicamente a la eliminación de residuos sanitarios de la clase IlI deberán cumplir todas las especificaciones establecidas en la normativa en vigor. Las escorias, cenizas y otros materi-

ales procedentes del sistema de recuperación de gases se someterán, previamente a ser evacuados, a los análisis establecidos en la Orden de 13 de octubre de 1989, por la que se determinan los métodos de caracterización de los residuos tóxicos y peligrosos, a fin de definir su ulterior sistema de tratamiento o eliminación.

• Desinfección. Los residuos sanitarios incluidos en la clase IlI que no sean incinerados, previamente a ser eliminados como asimilables a urbanos, serán sometidos a algún proceso de desinfección mediante vapor caliente a presión, por técnica de autoclave, es decir, a la acción desinfectante producida por un proceso fraccionado de vapor al vacío. Este sistema deberá cumplir los siguientes requisitos técnicos:

- Garantizará la eliminación de gérmenes patógenos.
- Utilizará autoclaves de vacío, con un mínimo de dos fases: vacío-vapor-vacío.
- Empleará vapor saturado.
- Cualquier envase que contenga residuos de la clase IlI y susceptible de ser sometido a este tratamiento, deberá permitir la entrada y salida de aire y vapor. En el supuesto de utilización de bolsas, la capa impermeable deberá romperse en la primera fase de vacío.
- Únicamente podrán utilizarse envases cerrados herméticamente si contienen líquidos. La cantidad de líquidos contenida en estos envases debe ser lo suficientemente pequeña para que su totalidad alcance la temperatura de desinfección durante la fase de actuación del vapor.
- El nivel de llenado de la cámara de carga del autoclave será inferior a los dos tercios de su capacidad total.
- En cada ciclo de desinfección deberán medirse los siguientes parámetros:
- Presión de vacío alcanzada en cada una de las fases.
- Temperatura durante la fase de desinfección, una vez alcanzada la temperatura de régimen. Se realizarán como mínimo 10 medidas. La temperatura se medirá en un punto representativo de la cámara.
- Tiempo de duración de la fase de desinfección.

La información citada deberá registrarse, junto con la fecha en que se ha realizado, para cada ciclo de desinfección. Con una periodicidad trimestral se realizará un análisis microbiológico con el fin de comprobar que se cumplen las condiciones de desinfección en toda la masa de residuos.

• Otros tratamientos. Además de los procesos de tratamiento anteriormente indicados se podrá autorizar el empleo de otros que en función del desarrollo tecnológico, se muestren adecuados y garanticen su efectividad en cumplimiento

de las condiciones generales establecidas en el apartado 11.1 previo informe del organismo competente y sin perjuicio de las autorizaciones que en aplicación de la normativa vigente sean preceptivas.

La regulación autonómica regula las obligaciones que recaen sobre el productor, el transportista y el gestor de los residuos sanitarios, y que deben complementarse con las previstas por la nueva LR.

- Con relación al productor, obliga a que éste elabore un "plan intracentro" y lleve un registro de producción de residuos sanitarios
- El transportista tendrá que solicitar una autorización administrativa para su actividad, así como asegurar el cumplimiento de una serie de requisitos relativos a los vehículos que utilice

- Por último, los gestores están sometidos igualmente a un régimen específico de autorizaciones administrativas, deben elaborar y aplicar un programa de mantenimiento y control de calidad de sus equipos e instalaciones que garantice su buen funcionamiento y efectividad de los procesos de tratamiento, y garantizar la información del personal operativo sobre los riesgos reales asociados a los residuos que manipulan y las precauciones y medidas de seguridad que deben adoptar para prevenirlos.

Compete a las Administraciones autonómicas adoptar las medidas necesarias para asegurar que las actividades de gestión de los residuos sanitarios se efectúen en condiciones adecuadas en lo que respecta a la protección de la salud humana, del medio ambiente y la preservación de los recursos naturales.

Por último, un aspecto muy importante en la regulación autonómica de los residuos sanitarios es el establecimiento de diferentes reglas sobre la responsabilidad de los diferentes sujetos que intervienen en la gestión de los residuos y hacer valer la disciplina administrativa en los casos de incumplimiento o negligencia.

5 Discusión-Conclusión

Los residuos sanitarios que requieren una gestión particularizada, objeto de las regulaciones autonómicas, son los residuos sanitarios especiales, también denominados "residuos biosanitarios". Debe destacarse a dicho tipo de residuos se asimilan los recipientes y envases que los contengan o hubieran contenido.

Compete a las Administraciones autonómicas adoptar las medidas necesarias

para asegurar que las actividades de gestión de los residuos sanitarios se efectúen en condiciones adecuadas en lo que respecta a la protección de la salud humana, del medio ambiente y la preservación de los recursos naturales.

Un aspecto muy importante en la regulación autonómica de los residuos sanitarios es el establecimiento de diferentes reglas sobre la responsabilidad de los diferentes sujetos que intervienen en la gestión de los residuos y hacer valer la disciplina administrativa en los casos de incumplimiento o negligencia.

6 Bibliografía

- ALENZA GARCÍA, J.F: El sistema de gestión de los residuos sólidos urbanos en el Derecho español, MAP, BOE, Madrid 1997
- DÍAZ FORMOSO, J.: "Residuos Sanitarios", en Revista Punto Crítico, octubre -noviembre de 1997 y primer trimestre de 1998.
- GESTAL OTERO, J.J.: "Residuos sanitarios", en Riesgos del personal sanitario, McGraw-Hill. 2" edición, Madrid 1993.
- HANNEQUART, J-P.: El Derecho Comunitario en 1nateria de residuos. PPU, Barcelona 1996.
- INSALUD: Manual de gestión interna para residuos de centros sanitarios, Secretaría General del lnsalud, Serie "Atención especializada Servicios Generales", n" l. Madrid 1990.
- MARTÍN MATEO, R.: Tratado de Derecho Ambiental, Trivium, Madrid, Tomo 11, 1992.
- MONTO RO CHINER, M.J.: "Residuos sólidos", en Derecho del Medio Ambiente y Administración Local, Civitas, Madrid, 1996.
- PEÑALVER I CABRÉ, A.: La regulación municipal de los residuos, Cedccs, Barcelona 1997.
- SANTAMARÍA ARINAS, R.J.: El régimen jurídico del vertedero de residuos. Estudio jurisprudencial. Cívitas, Madrid 1998.

Capítulo 1873

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ADMINISTRATIVO SANIDAD

MARÍA GARCÍA ANTUÑA

1 Introducción

Uno de los derechos reconocidos a los trabajadores en el art. 4 del ET es el derecho es el derecho a la protección de su integridad física y a la adopción de una adecuada política de seguridad e higiene en el ámbito laboral.

La normativa básica en la que se sostiene la prevención de los riesgos laborales es la ley 31/1995 de 8 de noviembre. Cabe reseñar como fuente de información actualizada • El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). En su página web: http:// www.mtas.es/insht/legislation/index.htm,
en el que se pueden consultar los textos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, los reglamentos derivados de ésta y la normativa relacionada. En los trabajos en oficinas y despachos es especialmente interesante consultar la normativa relativa a trabajos con Pantallas de Visualización de Datos (PVD).

El artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece unos principios básicos a seguir, como son:
- Evitar los riesgos laborales
- Evaluar aquellos riesgos que no se pueden evitar
- Combatirlos en su origen
- Adaptar el trabajo a la persona fundamentalmente en la concepción de los puestos de trabajo y en la elección de los equipos y métodos de trabajo

- Tener en cuenta los avances técnicos
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual
- Dar la información e instrucción necesaria a los trabajadores
- Sustituir los elementos peligrosos por los menos peligrosos o por los que no lo sean
- Tener en cuenta las capacidades profesionales de los trabajadores en materia de seguridad y salud a la hora de encomendarles tareas
- Garantizar que sólo los trabajadores que tengan una adecuada información puedan acceder a zonas de riesgo grave y específico
- Prever las posibles imprudencias o distracciones que ordinariamente puedan producirse por parte de los trabajadores.

2 Objetivos

- Dar a conocer la prevención de riesgos laborales en el sector sanitario, ya que tiene como principal objetivo elevar proteger la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo.

3 Metodología

El personal administrativo en general se rige dentro del convenio de oficinas y despachos siendo los principales riesgos los siguientes:
1. Caídas y golpes contra objetos.
2. Posturas y movimientos adoptados.
3. Manipulación manual de cargas.
4. Fatiga visual.
5. Confort acústico.
6. Confort térmico.
7. Calidad del aire interior.
8. Radiaciones y campos electromagnéticos.
9. Factores psicosociales.

Si atendemos en especial a los cuerpos administrativos en centros hospitalarios debemos sumar a estos riesgos principalmente otro:
1.Riesgos biológicos. Como puede ser la posible transmisión de enfermedades infectocontagiosas debido a la exposición agentes biológicos. Estos agentes pueden ser bacterianos, víricos, fúngicos o parasitarios y se pueden transmitir por diversas vías

Las medidas preventivas específicas se recogen en el Real Decreto 664/1997. Por esto se debe realizar siempre una valoración inicial del trabajador y llevar a cabo una vacunación actualizada, teniendo especialmente en cuenta al personal especialmente sensible. Es necesario elaborar y actualizar los protocolos específicos para notificación y seguimiento de incidentes y ponerlos en conocimiento de todos los trabajadores.

4 Resultados

Como resultado al estudio de los riesgos laborales a los que se enfrenta el personal administrativo es necesario llevar a cabo una serie de prevenciones tales como:
1. Canalización de todo el cableado y el mantenimiento de todas las zonas de paso despejadas. Así como contar con señales de advertencia de peligro como, por ejemplo, la de suelos mojados.
2. Adaptación de todos los factores que intervienen en el control postural: superficie y silla de trabajo, ubicación de la pantalla, hábitos de trabajo, etc. Además, se recomienda el ejercicio físico para prevenir problemas derivados del sedentarismo.
3. Informar los trabajadores de la forma correcta de realizar el levantamiento y manipulación de cargas para prevenir dolores de espalda y lesiones.
4. Ajustes de tipo ergonómico relacionadas con el correcto ajuste del brillo y contraste de las pantallas, proporcionar un correcto nivel de iluminación y colocar todas las fuentes de luz de forma paralela a la posición del puesto de trabajo.
5. Minimizar ruidos dividiendo las zonas de trabajo y colocando elementos ruidosos como las impresoras en un espacio aislado.
6. Protegerse de las entradas de calor mediante ventanas con persianas y cortinas y limitar las entradas de frío sellando filtraciones de aire.
7. Mantenimiento de los sistemas de ventilación y climatización, control de ventanas que permitan la ventilación natural y evitar la utilización de productos tóxicos durante la limpieza.

5 Discusión-Conclusión

En todo el proceso de prevención de riesgos es tan importante la participación y puesta a disposición de todos los medios por parte de la empresa, en este caso concreto el hospital, como la utilización y seguimiento de los mismos por parte del trabajador.

6 Bibliografía

- https://www.fauca.org/wp-content/uploads/2017/10/manual_prl-oficinas-y-despachos-MC-Mutual.pdf
Convenio de oficinas y despachos
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 de 8 de noviembre

Capítulo 1874

LA HISTORIA CLÍNICA: NORMATIVA Y GESTIÓN.

NOELIA EXPÓSITO MARQUÉS

1 Introducción

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Objetivos secundarios:
- Dar a conocer los derechos de los pacientes a cerca de su documentación clínica.
- Informar sobre el funcionamiento de un archivo clínico.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de bases de datos (Scielo, Google Académico), consulta de guías, protocolos hospitalarios y del Boletín Oficial del Estado.

4 Resultados

LA HISTORIA CLÍNICA:
Definición y archivo de la historia clínica.
1. La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.
2. Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.
3. Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.
4. Las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental.

Contenido de la historia clínica de cada paciente.
1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.
2. La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.
El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente: a) La documentación relativa a la hoja clínicoestadística. b) La autorización de ingreso. c) El informe de urgencia. d) La anamnesis y la exploración física. e) La evolución. f) Las órdenes médicas. g) La hoja de interconsulta. h) Los informes de exploraciones complementarias. i) El consentimiento informado. j) El informe de anestesia. k) El informe de quirófano o de registro del parto. l) El informe de anatomía patológica. m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería. n) La aplicación terapéutica de enfermería. ñ) El gráfico de constantes. o) El informe clínico de

alta.
Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.
3. Cuando se trate del nacimiento, la historia clínica incorporará, además de la información a la que hace referencia este apartado, los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que resulten, en su caso, necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre, en los términos que se establezcan reglamentariamente.
La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.

Usos de la historia clínica.
1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.
2. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.
3. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos personales, y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clinicoasistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clinicoasistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso. Cuando ello sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, las Administraciones sanitarias a las que se refiere la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, podrán acceder a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública. El acceso habrá de realizarse, en todo caso, por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta, asimismo, a una obligación equiva-

lente de secreto, previa motivación por parte de la Administración que solicitase el acceso a los datos.
4. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
5. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.
6. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.
7. Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

La conservación de la documentación clínica.
1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. No obstante, los datos de la historia clínica relacionados con el nacimiento del paciente, incluidos los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que en su caso resulten necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre, no se destruirán, trasladándose una vez conocido el fallecimiento del paciente, a los archivos definitivos de la Administración correspondiente, donde se conservarán con las debidas medidas de seguridad a los efectos de la legislación de protección de datos.
2. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas. Sin perjuicio del derecho al que se refiere el artículo siguiente, los datos de la historia clínica relacionados con las pruebas biométricas, médicas o analíticas que resulten necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre del recién nacido, sólo podrán ser comunicados a petición judicial, dentro del correspondiente proceso penal o en caso de reclamación o impugnación judicial de la filiación materna.
3. Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso

asistencial de los pacientes.
4. La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.
5. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.
6. Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Derechos de acceso a la historia clínica.
1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.
2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.
3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.
4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica.
El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá

la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley.

GESTIÓN DEL ARCHIVO DE LA HISTORIA CLÍNICA:
La sección de archivo es la unidad operativa encargada del préstamo, archivado y custodia de la Historia Clínica tras su utilización por el personal autorizado para tal fin. Este servicio es el que autoriza y ejecuta los movimientos y préstamos de la documentación clínica y mantiene actualizada su localización, asegurando la disponibilidad y velando por su confidencialidad.
Las funciones a desempeñar en el archivo de historias clínicas son:
• Custodiar las historias clínicas.
• Prestar y recuperar las historias clínicas.
• Seguimiento de la documentación prestada.
• Mantenimiento y tratamiento de la documentación clínica.
Los mecanismos de solicitud de historias clínicas al Archivo son:
- Peticiones a través del ordenador.
- Por teléfono o presencial: Para casos especiales (urgentes, etc.)

Motivos de solicitud de historias clínicas al Archivo:
- Atención al paciente en hospitalización.
- Atención al paciente en régimen ambulatorio: Hospital de día, consultas externas.
- Atención al paciente en urgencias
- Introducción de documentos.
- Sesiones clínicas.
- Programación quirúrgica.
- Docencia e Investigación.
- Auditorías y procedimientos para evaluar la calidad y la gestión.
- Codificación de diagnósticos y procedimientos.
- Jurídicos legales.
- Acceso a la información clínica por parte del paciente.

Dada la importancia de que la Historia Clínica sea un documento vivo al servicio del enfermo y profesionales es necesario la devolución de la misma lo más rápidamente posible una vez finalizado el proceso asistencial y/o estudio correspondiente. La responsabilidad por pérdida o deterioro de la documentación de la historia clínica prestada por la Sección de Archivo es del profesional al que ha sido entregada.

5 Discusión-Conclusión

La correcta gestión de la historia clínica es de vital importancia para la privacidad de los datos del paciente. Es por ello que el acceso a la misma debe estar debidamente justificado por parte de todos los profesionales que entren en contacto con ella en la práctica asistencial.

6 Bibliografía

- BOE.es
- Documento consolidado BOE-A-2002-22188 Boe.es. 2020
- https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188.
- https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-10/infografia-decalogo-personal-sanitario.pdf.

Capítulo 1875

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.

MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ

EVA MARÍA TORRES PÉREZ

MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ

MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO

1 Introducción

En el ámbito sanitario los profesionales deben contar con conocimientos técnicos necesarios para desempeñar su trabajo,destacando notablemente de igual forma las habilidades de comunicación con el paciente entendiendo que son las habilidades necesarias para interactuar y comunicarse con los demás tanto verbal, como no verbal con gestos, lenguaje corporal y apariencia personal manteniendo un trato amable, sincero y cercano sensibilizando a los profesionales con ellas dando lugar a un buen ambiente durante todo el proceso asistencial. Estas variables serán descritas posteriormente como son: Comunicación, empatía, asertividad y escucha activa explicando el contenido de las mismas que darán lugar a un excelente trato con el paciente y aun total entendimiento.

2 Objetivos

Identificar las habilidades de comunicación dándole al paciente un trato cordial y amable garantizando su total satisfacción.

3 Metodología

Se han consultado distintas bases de datos como Medline, Dialnet y Scielo así como diferentes páginas relacionadas con habilidades de comunicación, procediendo a la lectura de varios artículos de diferentes publicaciones para poder contrastar información y obtener mejores conclusiones.

4 Resultados

Tras el estudio se puede extraer que saber comunicarse tanto a través de gestos como de palabras nos permite escuchar al paciente,captar sus emociones mostrando consideración con el al pensar cómo le afectan los actos para poder ofrecerles ayuda; siendo relevante que el profesional adquiera y potencie estas habilidades para conseguir la confianza del paciente dándole un trato excelente.

Dentro de estas habilidades se pueden destacar varias que describo a continuación como son:
- Comunicación verbal: supone el 30% de la comunicación. “Lo que se dice”.
- Componente no verbal: supone el 70% de la comunicación. Consta de diferentes elementos:
• Paralingüística: Engloba la entonación, intensidad de la voz, velocidad.
• Posturales: contacto visual, postura del cuerpo, gestos con la mano, expresión de la cara.

El mensaje debe de tener cuatro componentes:
- QUÉ: debe ser sencillo, adaptado al receptor.
- CÓMO: se debe cuidar las formas, tanto del lenguaje, como del mensaje no verbal.
- POR QUÉ: explicación del mensaje.
- PARA QUÉ: explicación del para qué.

Empatía
Es la capacidad que siente de entender al otro poniéndose en su lugar y tratando de transmitirle tranquilidad poniéndose en su lugar dándole confianza. Hay que distinguir dos tipos:
- Emocional: Escuchar activamente, “ponerse en el lugar del otro” y sentir lo que siente siendo consciente de que es un sentimiento ajeno y no suyo.
- De consejo: Aconsejar lo que pienso que es mejor para él dado su situación. “Yo si estuviera en tu lugar.

ASERTIVIDAD
Defender nuestros derechos,opiniones ,forma de pensar y actuar deseos e ideas,respetando a los demás. Resultando el punto intermedio entre la pasividad de los actos y agresividad de los mismos. Para lograr una mayor asertividad se pueden tener en cuenta varias estrategias:
- Exponer nuestra opinión explicando claramente las razones que tenemos para adoptar una determinada postura frente al tema o asunto que estamos tratando.
- Manifestar que entendemos la posición que toma la otra persona claramente y los argumentos que utiliza para defenderlo pero que no compartimos la misma opinión.

ESCUCHA ACTIVA.
Es la capacidad por el medio de la cual aprendemos a percibir y a eliminar nuestros filtros de escucha personales ya a sintonizar lo que dice la persona. Aceptando de buen grado lo que nos dicen sin juzgar ni criticar la opinión de los demás.

Existen tres tipos de escucha activa:
- Predilección: Ante situaciones que desencadenan sentimientos de ira y ansiedad ya que cuando recibimos un mensaje tendemos a entender lo que queremos.
- Del quién: Nos impide escuchar de forma objetiva, porque prestamos demasiada atención a la persona que nos está hablando.
- De emociones: Las emociones de todo tipo tanto positivas como negativas bloquean la escucha impidiendonos captar el mensaje.
Si una persona se encuentra nerviosa o alterada no podrá mantener una conversación con sentido.

5 Discusión-Conclusión

El entrenamiento continuado de las habilidades permite mejorar la comunicación con el paciente aumentando su grado de satisfacción garantizando la adopción de estrategias preventivas evitando problemas futuros que garantizan un clima laboral perfecto ya que cada una de las variables consisten en formar adecuadamente a los profesionales del ámbito sanitario.

6 Bibliografía

- Costumero, I (2007) Relaciones en el entorno del Trabajo.Madrid/ Thonsom

- García, C (2007) Habilidades Sociales para PPC Editorial.

Capítulo 1876

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y SU INFLUENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE TRABAJOS EN EQUIPO

MIGUEL PALACIO SANCHEZ

NURIA GARCÍA LAVIANA

1 Introducción

Bajo la óptica de la necesidad de adaptación constante que el Sistema Sanitario de Salud debe acometer para satisfacer las expectativas de los usuarios cada vez más altas y con menor margen temporal para hacerlo, las nuevas tecnologías se hacen indispensables para optimizar los procesos de toma de decisiones, la gestión de información y su transmisión.

Con ellas, se permite que la información fluya de forma más rápida, cómoda y eficiente, favoreciendo la comunicación inter e intradepartamental, así como una mayor facilidad comunicativa con los agentes externos (usuarios y de otros centros asistenciales).

Es por esto que las nuevas tecnologías se convierten en agentes facilitadores del cambio en las metodologías tradicionales de trabajo, así como en la forma en que se pueden gestionar los equipos, muchas veces interdisciplinares, que se necesitan formar en Sanidad.

2 Objetivos

Abordar la ventajas de las nuevas tecnologías y su influencia en la implementación de trabajos en equipo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, revistas, estudios y otras publicaciones relacionadas con el tema sobre el que se elabora esta publicación.

4 Resultados

Usar los beneficios que la adopción de las TIC revierten en el proceso administrativo, haciéndolo más eficiente, más fácilmente trazable, flexible y orientado a la obtención de resultados en un menor plazo de tiempo (disminución de acceso a historiales, gestión de citas, reducción de tiempo para pruebas médicas, etc).

La necesidad de compartir, coordinar e implementar la información recabada, que cada vez es mayor (puesto que las aplicaciones y demás dispositivos la generan), exige una implicación extra del personal, cohesionando el trabajo desarrollado por cada uno para hacer un esfuerzo común por manejar el mismo escenario de trabajo.

Eso se traduce en desarrollos de una serie de competencias que ayudarán en la mayor eficacia del trabajo, como pueden ser: habilidades comunicativas, team building, reciclaje formativo en nuevas tecnologías, gestión del tiempo, flexibilidad y adaptabilidad en puestos de trabajo, etc.). También se persigue el aumento del uso de la intranet y la mejora de comunicación ascendente, descendente y transversal.

A destacar:
-Aumento en el uso de herramientas de las que dispone el personal: intranet.
-Mejora en la comunicación a todos los niveles. Interno: ascendente, descendente y transversal. Externo: usuarios de sanidad y de otros centros asistenciales.
-Implementación del sentimiento de pertenencia a un grupo o área de trabajo.
-Generación de oportunidades para mejora de procesos.

-Gestión eficaz del tiempo.
-Aumento de la productividad.
-Disminución de los períodos de inactividad o tiempos muertos.

5 Discusión-Conclusión

Un futuro sin TIC ya no es posible en ningún aspecto, y en el ámbito sanitario, tampoco. El amplio recorrido que aún tiene por desarrollarse en la llamada E-Salud, hace que el futuro de la asistencia sanitaria pase por formar profesionales que asuman los retos tecnológicos que se avecinan, y resulta prioritario.

Apostar por forjar equipos cohesionados, digitalmente actualizados, con vocación de servicio al usuario, capaces de comprender y transmitir información relevante en cortos espacios de tiempo (dado lo escaso del mismo para toma de decisiones críticas en sanidad) y forjar sentimiento de equipo entre distintos departamentos, puede marcar el éxito o fracaso en la prestación del servicio de calidad que se persigue.

6 Bibliografía

- Artículo "La importancia del trabajo en equipo para los trabajadores de centros sanitarios". Revista médica 14 dic 2019
- Estudio "13 Análisis del impacto de las TIC en la sanidad" www.fundacionsigno.com
- Artículo Publicación ElsevierEspaña"Competencias digitales clave de los profesionales sanitarios" 15 mayo 2019
- Publicación "La tecnología de la información (TIC´S) y los administrativos sanitarios adaptándose a los tiempos" III Jornadas Internaciones de investigación en educación y salud. Autores: Encarnación Martín Gaspar, Mª Carmen Jiménez Fdez, José Glez Bonilla
- "7 Competencias clave hacia una salud digital". Salud Conectada. 2010.Alfaro M., Bonis J., Bravo R., Fluiters E., Minué S., "Nuevas tecnologías en atención primaria: personas, máquinas, historias y redes". Gac. Sanit. 2012; 26(S):107-112.

Capítulo 1877

LA CARGA MENTAL DENTRO DEL CENTRO SANITARIO.

MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ

MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO

MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ

EVA MARÍA TORRES PÉREZ

1 Introducción

Dentro del centro sanitario la carga mental de trabajo está adquiriendo mayor relevancia debido a las nuevas formas de organización de trabajo y a continuos avances tecnológicos y técnicos que nos hacen tener una mayor esfuerzo mental frente al esfuerzo físico que se realizaba en el pasado ya que se realizaban tareas más manuales.

Si bien es cierto que no vamos a encontrar trabajos ni solo físicos ni solo intelectuales ya que serán una combinación de ambos.

Se habla de carga física cuando el trabajo realizado es muscular y por el contrario de carga mental cuando hay un esfuerzo intelectual. Ambas cargas (mental y física) suponen un factor de riesgo en el desempeño de la actividad al venir determinada por. Las exigencias de la tarea que se realiza y las condiciones que se tienen para hacerla siendo también relevante las características del profesional, cuales son sus facultades y el esfuerzo que debe de realizar para realizar la tarea generando una tensión en el profesional.

Dando lugar a una carga de trabajo mental para referirse al conjunto de tensiones producidas en una persona por las exigencias del trabajo mental bien sea por el procesamiento de la información del entorno,rememorar,actividad de razonamiento, búsqueda de soluciones,coordinar ideas y toma de decisiones.

2 Objetivos

Analizar los factores determinantes de la carga mental los cuales inciden en el aumento de la carga mental como consecuencia de elaborar el trabajo de forma exhaustiva.

3 Metodología

Se han consultado distintas bases de datos como Medline, Dialnet y Scielo así como diferentes páginas relacionadas con la carga mental con el profesional no sanitario en el centro sanitario , procediendo a la lectura de varios artículos de diferentes publicaciones para poder contrastar información y obtener mejores conclusiones.

4 Resultados

Tras realizar el estudio podemos afirmar que son varios los factores que influyen en incrementar la carga mental

Factores de la Tarea
La carga mental viene determinada por la necesidad de dar respuesta inmediata a informaciones complejas, numerosas y constantemente diferentes. No es necesario resaltar la complejidad de los datos médicos, si es muy importante destacar la complejidad de los conocimientos y el hecho de que cada uno no tiene sentido por si solo,sino el conjunto de los datos.

El desarrollo de la tarea en este sector de actividad implica un constante nivel de atención bastante elevado. De tal forma, lo mismo ocurre con las decisiones: no se puede tener un patrón de respuesta previamente establecido ya que cada respuesta individual que se de no será el mismo.

Por otra parte, otros factores decisivos en la aparición de la carga mental son las consecuencias de las decisiones que se toman, llevando consigo posibles errores,

si bien es cierto que en el trabajo hospitalario esta variable interviene de manera decisiva por la responsabilidad que los trabajadores al estar en contacto casi permanentemente con los pacientes en los diferentes procesos asistenciales.

Otros factores que inciden en el desarrollo de la carga mental son los siguientes:
- Existencia de situaciones de incertidumbre: a menudo la información con la que contamos no es suficiente para decidir con que pasos completaríamos la acción.
- Existencia de presiones temporales: la evolución de los enfermos y el incremento de los mismos en el servicio de atención al paciente en un momento dado, entre varias opciones supone una toma de decisión rápida.
-El tipo de pacientes que se tratan: porque cada paciente es único y sus necesidades son distintas. El trato con pacientes y familiares: supone un trabajo de atención al público, en el que ocasionalmente se reciben agresiones verbales resultando en ocasiones agresiones físicas.

Factores de Organización.
Los factores que hacen referencia a la organización pueden considerarse desde varios aspectos. En primer lugar una parte la coordinación y en segundo lugar la distribución de las actividades condiciona la transmisión eficaz de las informaciones necesarias para el desarrollo del trabajo.

Habitualmente el trabajo se ve interrumpido por reiteradas tareas como (atender el teléfono, tareas de hostelería, trámites administrativos …) lo que rompe el ritmo habitual de trabajo y obliga a un esfuerzo mayor al tener que reiniciarlo continuamente.

5 Discusión-Conclusión

Para que la información obtenida sea plenamente útil es imprescindible que intervengan todos los interesados: trabajadores, línea jerárquica, responsables de Salud laboral o Seguridad e Higiene, comité, etc.

Esta información permitirá establecer las prioridades sobre las que se deberá empezar a actuar y determinar un programa que debemos ejecutar . La decisión estará condicionada por las variables: condiciones sobre las que es más necesario actuar y condiciones sobre las que es más factible actuar. Habitualmente la solución a un determinado problema está bien definida pero supone serias dificultades de ejecución ya sea por sus repercusiones económicas u organizativas.

6 Bibliografía

(1) CELENTANO, D., J.V. JOHNSON Stress in health care workers Occup. Med., 1987, nº 2 - 3, 593-608
(2) GESTAL OTERO, J. J. Riesgos del trabajo del personal sanitario Madrid, Interamericana - Mc. Graw Hill, 1989

Capítulo 1878

EL CELADOR EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ

ANGELES LOPEZ BERMEJO

MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO

MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ

1 Introducción

El Celador suele ser la primera persona con la que contactan enfermos y familiares al llegar a la Institución, este aspecto es muy importante, ya que de la forma en que se establezca este contacto se puede originar una buena o mala impresión de los mismos. Por esto es tan importante una buena formación de éste personal.

El trabajo de los Celadores es tan necesario que sin el concurso de los mismos se llegaría a paralizar la marcha de la Institución. Las funciones a realizar por los celadores según la orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por el que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. n° 174 de 22 de julio de 1971).

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en las instituciones sanitarias.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: celador, traslados, paciente, movilización, instituciones sanitarias, salud pública.

4 Resultados

Las funciones a realizar por los celadores son:
1. Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.
2. Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
3. Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.
4. Cuidarán, al igual que el resto del personal de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de las persianas, cortinas y útiles de servicio en general.
5. Servirán de ascensoristas cuando se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran.
6. Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.
7. Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios.
8. Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
9. Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraren en la limpieza y conservación del edificio y material.
10. Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas,

cuidando no introduzcan en las Instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.
11. Vigilarán, asimismo, el comportamiento de los enfermos y visitantes en las habitaciones evitando que esos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución. Cuidarán que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.
12. Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias.
13. Ayudarán, asimismo, a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón a sus dolencias para hacerles las camas.
14. Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de las supervisoras de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en su ausencias.
15. En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requiera.
16. En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del celador, destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los médicos, supervisoras o enfermeras.
17. Bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerla por sí mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las supervisoras de plantas o servicios o personas que las sustituyan.
18. Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo no pueda éste ser movido sólo por la enfermera o ayudante de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.
19. Ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.
20. Ayudarán a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala.
21. Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándoles, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquéllas y siempre bajo las indicaciones que reciban de los médicos,

supervisoras o enfermeras que les sustituyan en sus ausencias.

5 Discusión-Conclusión

El enfermo y sus familiares han de ser tratados con amabilidad y corrección, prestándole la máxima atención de tal manera que crea que sólo nos interesan sus problemas, por tanto hay que ser pacientes, saber escuchar, tener cuidado de no herir su susceptibilidad ni sus sentimientos.

A la información que los celadores puedan transmitir será solo aquella información que les haya sido expresamente encomendada, por quien tenga autoridad para hacerlo, y nunca será referida a aspectos de contenido clínico asistencial de los pacientes Respecto a la orientación, el celador remitirá al usuario al servicio o unidad por la que pregunte y, en caso de duda, al servicio de atención al paciente. Los datos que constituyan el contenido de la orientación serán transmitidos de forma comprensible y amable.

En las Instituciones Sanitarias, nuestro trato directo con el asegurado, tiene que extremarse al máximo, procurando por todos los medios humanizar estas relaciones entre el empleado y el público. Debemos intentar desterrar esa sensación de que las personas son un número en ciertas instituciones. Hay que tener siempre claro que necesitan comprensión, amabilidad, corrección y atención. Además, el Celador siempre debe tener muy presente que va a tratar en muchos casos a personas que sufren y que por lo tanto su comportamiento delante de ellos o sus familiares ha de ser siempre muy humano y delicado.

6 Bibliografía

- Manual Celador De Instituciones Sanitarias (Sanitaria (mad).
- CEN 1789:2007 norma de la Unión Europea específica los requisitos para el diseño y equipamiento de los vehículos de transporte sanitario.
- Manual/Temario Online de Celadores de Instituciones Sanitarias.
- INSALUD. Celadores temario 1. Centro de estudios Adams. Temas 11, 12, 13, 14, 18.
- En el Real Decreto 836/2012, de 25 mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.

Capítulo 1879

LA IMPORTANCIA DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y PARA EL CELADOR

MARÍA NATIVIDAD ORNIA FERNÁNDEZ

JOAQUÍN DÍAZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La OIT y la OMS definen como riesgo psicosocial a las interacciones entre el trabajo, el medio ambiente, las satisfacciones y las condiciones del trabajador, sus necesidades, cultura y situación personal fuera del trabajo, todo lo cual canalizado a través del percepciones y experiencias que pueden repercutir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción laboral del individuo

Por tanto, podemos decir que cuando las condiciones de trabajo interaccionan con las expectativas, necesidades, capacidades y/o actitudes de los trabajadores y ello repercute negativamente en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción laboral nos encontramos ante un factor de riesgo psicosocial.

2 Objetivos

- Concienciar sobre la gran relevancia que tienen los factores de riesgo psicosociales en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El sector sanitario es uno de los sectores donde hay más riesgos y de diferente tipología en el lugar de trabajo. Nos podemos encontrar desde riesgos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos, psicosociales, entre otros. Numerosos estudios acerca de los riesgos en el sector sanitario indican que actualmente los riesgos psicosociales tienen un gran peso.

De la encuesta europea sobre las condiciones de trabajo 'European Working Conditions Surveys (EWCS)' y de datos proporcionados por la Encuesta de población activa (EPA) de la Unión Europea, especialistas en la materia han llegado a concluir que los principales riesgos a los que se enfrenta el personal sanitario europeo son el estrés, la violencia y el acoso laboral y que todos estos riesgos psicosociales alcanzan una gran importancia en el sector de la sanidad, seguidos del sector de la educación y la administración pública.

La sensación con la que podemos encontrarnos sobre este tipo de riesgos es que existe una falta de concienciación y que queda un camino largo por recorrer para hacerles frente.

La realidad parece que es que los efectos que producen los riesgos psicosociales son bastante visibles pero sin embargo muy difíciles de afrontar.

Entre otros, como factores de riesgo psicosocial, tanto como el auxiliar administrativo y el celador en el ámbito sanitario puede encontrarse con:
- Trabajo monótono, rutinario.
- Falta de personal, de medios técnicos o materiales.
- Tareas con altas exigencias emocionales. El personal en el ámbito sanitario está continuamente en contacto con los usuarios y la enfermedad.
- La turnicidad, nocturnidad y trabajo en festivos o fines de semana.

- Riesgo de violencia al ofrecer un servicio a terceros. En ocasiones los profesionales del sector sanitario pueden ser agredidos por los usuarios.
- Inestabilidad en las condiciones laborales. El sector sanitario se caracteriza por tener un alto grado de temporalidad en sus contrataciones, salarios variables y movilidad funcional o de departamento sin ser solicitada por los trabajadores.
- Dificultad para conciliar la vida laboral con la familiar o social debido al régimen de jornada a turnos que tiene la mayoría de los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo psicosocial en el sector sanitario es una realidad cada vez más presente.

Tenemos que ser conscientes de las repercusiones que puede tener en nuestras vidas estos factores de riesgo que nos tan fáciles de afrontar.

Queda un largo camino por recorrer por parte de las normativas y las organizaciones para que cada día este aspecto tenga mejores soluciones.

6 Bibliografía

- http://www.sanidad.ccoo.es
– Guía básica de riesgos laborales en el sector sanitario.
- https://www.insst.es
https://factorhuma.org
- Prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario.
- http://www.fespugtmadrid.es
– Prevención de riesgos psicosociales en el sector de la sanidad.

Capítulo 1880

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE FALLECIDO.

SARA MARÌA MORO VILLAR

1 Introducción

Según la O.M.S la definición de paciente fallecido se basa en siete criterios:
-Ausencia completa y permanente de consciencia.
-Ausencia permanente de respiración espontánea.
-Ausencia de toda reacción a estímulos exteriores y a todo tipo de reflejos.
-Atonía de todos los músculos.
-Fallo en la regulación térmica del cuerpo.
-Mantenimiento de la tonicidad muscular únicamente debido a la administración de analépticos vasculares.
-Ausencia completa y permanente de actividad eléctrica.

2 Objetivos

- Conocer algunos aspectos referentes al trato del celador con el paciente fallecido, necesarios para el desempeño de nuestro trabajo.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También

se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: cuidados, protocolo, amortajamiento, celador.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

La actuación del celador frente a pacientes fallecidos:
En el momento del éxitus el celador debe comunicarlo al médico para que este lo certifique y rellene el parte de defunción. Posteriormente se procede a la realización del amortajamiento que consiste en limpiar y acondicionar el cadáver antes de que surja el ”rigor mortis”, para que pueda ser velado por sus allegados. El celador ayudará en el amortajamiento trasladándolo posteriormente al mortuorio.

Pasos a seguir en el amortajamiento:
- Comenzar después de certificar la muerte y antes de la aparición del ”rigor mortis”.
- Con intimidad y respeto.
- El cuerpo se manipula con guantes, cerrando los ojos y boca del fallecido.
- Colocándolo en decúbito supino y manteniendo la almohada en la cabeza para impedir el estancamiento de sangre.
- Eliminación de drenajes, sondas y objetos personales. Tapar orificios naturales si estos segregan líquidos.

Para todo ello se necesita mortaja o sudario para envolver el cadáver, vendas, recipientes con agua y jabón para lavar el cuerpo. Toalla para secar. Bolsas de basura y etiquetas identificativas del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El celador colabora en la práctica del amortajamiento ayudando a enfermería o personal encargado de amortajar a los fallecidos. Siempre con respeto mostrando

empatía hacia el fallecido y su familia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1881

PAUTAS DESCRIPTIVAS DEL ACOSO MORAL O MOBBING, SUBGENERO BOSSING EN EL AMBITO DEL PERSONAL CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO SANITARIO

RAFAEL SUAREZ GONZALEZ

1 Introducción

El mobbing se considera un subgénero de violencia psicológica. Que se da en el ámbito laboral, donde se ven implicados –agresor y agredido– y el departamento o área en que se produce y organización como tal–, y que ocasiona serias repercusiones personales y socioeconómicas, el agresor en este subgénero estaría representado por su superior jerárquico.

Los estudios sobre esta temática comenzaron en Suecia de la mano del psicólogo y economista alemán H. Leymann.

En él, nos encontraremos dificultades para la prueba en las denuncias con imputaciones concretas.

Conceptos como mobbing y similares se usan en ocasiones para referirse a los casos de asedio laboral, y reservan en ocasiones el término «acoso psicológico» para las agresiones más difíciles de detectar y por tanto más sutiles.

El mobbing o terror psicológico en el ámbito laboral consiste en la comunicación hostil y sin ética, dirigida de manera sistemática por uno o varios individuos contra otro, que es así arrastrado a una posición de indefensión y desvalimiento, y activamente mantenido en ella.

Estas actividades tienen lugar de manera frecuente (como criterio estadístico, por lo menos una vez a la semana) y durante largo tiempo (por lo menos seis meses). A causa de la elevada frecuencia y duración de la conducta hostil, este maltrato acaba por resultar en considerable miseria mental, psicosomática y social (Leymann, 1996).

De no conseguirse esta detección temprana y eliminación, terminará con seguridad desembocando o bien en el abandono del puesto por el operario o en caso de no ser así y continuar sufriéndolo , un daño casi irreparable a nivel psicológico y en ocasiones físico.

Potencialmente, por tanto, toda persona estaría expuesta a tener que experimentar un daño como el descrito.

Especialmente en los ámbitos sanitarios que son sumamente competitivos y en los cuales suele haber un constante cambio de superiores con diferentes orientaciones en la realización del trabajo, en cuanto a calidad, rapidez, etc.

Tenemos que centrarnos en el estudio de los distintos perfiles de nuestra unidad laboral para poder detectar de modo temprano a los posibles acosadores.

De este modo podemos hablar de diferentes perfiles, que pueden darse todos, algunos, o incluso casi sólo uno y resultar el negativo para el adecuado desarrollo del trabajo.

Los envidiables son personas con alguna cualidad que pueden despertar sentimiento de envidia de los líderes del grupo.

Los vulnerables atesoran alguna peculiaridad, carencia o necesitados de afecto y aprobación, tímidos, etc.

Los amenazantes son activos, eficaces y pretenden introducir cambios, por lo que suponen una amenaza para los directivos y trabajadores conservadores o inmovilistas y para la situación estable y relajada de la empresa.

Estas tipologías también podemos aplicarlas tanto a mandos superiores como intermedios y ahí ya podremos con una observación sagaz, detectar los fundamen-

tos de la conducta del Bossing, que en el ámbito sanitario aparece muy frecuentemente más enmascarada que en otros ámbitos industriales con una supervisión menos directa.

Para acercarnos al problema lo primero que haremos será centrar nuestros estudios en diversas categorías que son las más expuestas al Bossing según indican los estudios en la materia.

En alguna de estas categorías están encuadradas los perfiles que resaltamos.

Personas atípicas.
La integración de las organizaciones se produce en muchas ocasiones a partir del sacrificio de un enemigo común, distinto o atípico.

Trabajadores eventuales.
Personas con contrato de duración determinada o interina sufren medidas vejatorias El problema no ha hecho más que acentuarse en los últimos años, respondiendo al factor del incremento de la precariedad en el empleo

Mujeres.
Los estudios coinciden en una realidad observada se da mayor número de casos de mujeres objeto de acoso psicológico laboral que el de hombres. El fenómeno constituiría, en este sentido, un tipo más de violencia de género sin duda ser mujer incrementa la probabilidad de padecer mobbing en el trabajo además contra ellas suelen aparecer connotaciones sexistas o machistas, que convierten el acoso sexual en un acoso moral.

Mayores de 45 años.
Las personas que rondan o superan esta edad tienen más probabilidades de llegar a sufrir algunos procesos de hostigamiento de carácter psicológico en el Trabajo.

Debemos prestar especial atención a:
Los Tipos de organizaciones y profesiones.

El acoso moral y en concreto el Bossing tiene las mas posibilidades de desarrollarse en una organización de trabajo que cuente con líderes espontáneos, se den conflictos de rol, se cosifique a las personas, se las sobrecargue más de la cuenta, desarrollen una re excesiva competitividad, no se den por parte de los superiores directivas claras.

Empresas con una jerarquía burocrática rigurosa.
- Organizaciones altamente reglamentadas, hospitales, fuerzas armadas.
- Instituciones conservadoras en las que hay poca tolerancia a la diversidad y en las que los vínculos y las identidades son fuertemente compartidos entre sus miembros.
- Organizaciones relativamente cerradas cuya cultura interna considera el poder y el control como valores prioritarios sobre la productividad y la eficacia –como pueden ser las universidades, los hospitales, o bien las organizaciones asistenciales del tipo ON.

Sectores productivos.
La anterior relación de profesiones principalmente concernidas nos conduce, a distinguir los tres ámbitos sectoriales básicos en los que suele darse una mayor presencia del fenómeno.
En primer lugar la Administración Pública y Defensa.
En segundo lugar el ámbito laboral mencionado como especialmente afectado es el sector de los servicios.
Y por último el médico-social y el de la enseñanza.

2 Objetivos

- Plantear la absoluta necesidad de detectar de forma temprana la producción de la llamada conducta de acoso al auxiliar o celador al efecto de parar lo antes posible los efectos perniciosos de la misma.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con la observancia de unas buenas prácticas en todos estos departamentos o estamentos de lo organización asistencial, podremos intervenir favorablemente

para detectar de forma temprana la producción de este acoso, denunciándolo siguiendo los protocolos internos de la organización sanitaria, no alentándolo en ningún momento ni modo y sobre todo reconduciendo al productor del mismo con firmeza y determinación.

Es importante en este tema la unión del grupo laboral en apoyo de la persona objeto del Bossing, sobre todo tiene una mayor incidencia en los celadores donde por su propia tarea se hace más posible el encomendarles tareas que signifiquen un trato desigual e injustificado respecto a sus compañeros.

Si bien es cierto que el auxiliar en este caso goza de más mecanismos de defensa en la evitación de tareas que no supongan ese descrédito generalizado.

Vigilando estas pautas y conductas estaremos dando los primeros y esenciales pasos para una intervención positiva en la eliminación de estas conductas altamente perniciosas, bien mediante la reubicación o el cese de o sanción del superior que las origina.

5 Discusión-Conclusión

Nos encontramos ante un fenómeno en claro desarrollo y que cada día aflora de nuevas formas insospechadas en el normal devenir de la relación laboral.

Quizá sea este un tema donde más necesaria se hace la intervención temprana y un claro apoyo y fuerza de grupo.
Es bien conocido que un mal gestor en ocasiones tiene un efecto mucho más intenso en el devenir diario de la organización que la suma de los demás integrantes, suelen mostrarse muy tenaces en su conducta de acoso y demostrar su poder de un modo erróneo e incontestable dado lo limitado de los medios de defensa al alcance de estos profesionales que por su propia definición, suelen encontrarse situados en la base de la pirámide reputacional de las organizaciones sanitarias.

Por tanto se hace sumamente necesario una detección precoz de las mismas y sobre todo una actuación decidida y conjunta para corregirlas a fin de evitar problemas psicológicos uy en ocasiones jurídicos tanto a la persona receptora del daño como a la propia organización sanitaria

6 Bibliografía

- https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM_152_2016_4_452-456.pdf.
- Acoso laboral en el profesional de enfermería cruz Puebla Irene. Rev Paraninfo Digital, 2015; 22.
- RELACIONES TÓXICAS: ACOSO, MALOS TRATOS Y MOBBING. Armañanazas Ros, Goyo. Ediciones Eunate 2013.
- https://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-articulo-mobbing-o-asedio-grupal.

Capítulo 1882

ESTRÉS EN EL ÁMBITO LABORAL.

JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA

ALEJANDRA CASTRO TORRICO

1 Introducción

Casi todo el mundo siente estrés laboral en ocasiones, incluso a pesar de que le guste su trabajo. Cualquier persona puede sentirse estresada por los horarios, los compañeros de trabajo, fechas de entrega o posibles despidos. Un poco de estrés es motivador y puede ayudar a conseguir resultados. Pero cuando el estrés laboral es constante, puede llevar a problemas de salud. Encontrar formas de aliviar su estrés puede ayudarle a mantenerse saludable y sentirse mejor.

2 Objetivos

- Aprender a manejar el estrés laboral.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: técnicas, estrés laboral, prevenir.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.

Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

El estrés laboral puede desencadenar una serie de patologías, debemos de estar atentos cuando comenzamos a notar una serie de síntomas como por ej.: Dolores de cabeza frecuentes, malestar estomacal, problemas para dormir, problemas en sus relaciones personales, sentimiento de descontento en el trabajo, sentimientos frecuentes de ira, o un carácter explosivo.

Minimizar los riesgos. Si bien las causas del estrés laboral son distintas para cada persona, existen algunas fuentes comunes de estrés en el lugar de trabajo. Estas incluyen:
- Carga de trabajo. Esto puede incluir trabajar muchas horas, tener poco descansos o manejar una carga de trabajo muy pesada.
- Funciones en el trabajo. Puede sentir estrés si no tiene un papel definido en el trabajo, si tiene demasiadas funciones o si tiene que responder a más de una persona.
- Condiciones laborales. Un trabajo que es físicamente extenuante o peligroso puede ser estresante. También lo puede ser trabajar en un empleo que lo expone a ruidos fuertes, contaminación o químicos tóxicos.
- Gerencia. Usted puede sentir estrés si la gerencia no permite que los trabajadores participen en la toma de decisiones, si carece de organización o si tiene políticas que no ayudan a conciliar la vida laboral con la familiar.
- Problemas con otras personas. Los problemas con su jefe o sus compañeros de trabajo son fuentes comunes de estrés.
- Miedo por su futuro. Usted puede sentir estrés si está preocupado por despidos o si no está avanzando en su carrera.

Para que el estrés laboral no tenga un efecto dañino en su salud. Existen muchas maneras en las que puede aprender a manejar el estrés laboral.

Tómese un descanso. Si se está sintiendo estresado o enfadado en el trabajo, tómese un descanso. Incluso un descanso breve puede ayudar a refrescar su mente. De un breve paseo o tome un refresco saludable. Si no puede abandonar su zona de trabajo, cierre los ojos por unos momentos y respire profundamente.

Cree una descripción de su puesto. Crear una descripción de su puesto o revisar una descripción desactualizada puede ayudarle a obtener una mejor comprensión de lo que se espera de usted y darle una mayor sensación de control.

Establezca metas razonables. No acepte más trabajo del que puede hacer razonablemente. Trabaje con su jefe y compañeros de trabajo para establecer expectativas que sean realistas. Estar al tanto de lo que puede conseguir todos los días puede ser útil. Comparta esta información son su gerente para ayudar a establecer las expectativas.
Administre su uso de tecnología. Los teléfonos móviles y el correo electrónico pueden hacer que sea difícil desconectarse del trabajo. Póngase ciertos límites, como apagar sus dispositivos durante la cena o luego de cierta hora de la noche.

Organícese. Comience todos los días por crear una lista de pendientes. Califique estas tareas en orden de importancia y resuélvalas de arriba hacia abajo. Haga cosas que disfrute. Reserve un espacio en su semana para hacer cosas que disfruta, ya sea hacer ejercicio, practicar un pasatiempo o ver una película.

Aproveche su tiempo libre. Vaya de vacaciones o tómese tiempo regularmente. Incluso alejarse durante un fin de semana largo puede ayudar a darle un poco de perspectiva. Aprenda otras maneras de manejar el estrés. Existen muchas otras formas de manejar el estrés, incluso hacer ejercicio regularmente y utilizar técnicas de relajación.

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral puede incrementar su riesgo de presentar problemas de salud como:
Padecimientos cardíacos, dolor de espalda, depresión y agotamiento, lesiones en el trabajo, problemas del sistema inmunitario. El estrés laboral también puede provocar problemas en casa y en otras áreas de su vida, lo que empeora el estrés.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1883

RUIDO Y VIBRACIONES COMO RIESGOS ERGONÓMICOS EN LOS CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN DEPARTAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS DE ALMACEN Y MANTENIMIENTO

RAFAEL SUAREZ GONZALEZ

1 Introducción

Acústica es la ciencia que estudia la producción, transmisión y percepción del sonido tanto en el intervalo de la audición humana como en las frecuencias ultrasónicas e infrasónicas.

Dada la variedad de situaciones donde el sonido es de gran importancia, son muchas las áreas de interés para su estudio: voz, música, grabación y reproducción de sonido, telefonía, refuerzo acústico, audiología , acústica arquitectónica, control de ruido, acústica submarina, aplicaciones médicas, etc..

Por su naturaleza constituye una ciencia multidisciplinaria ya que sus aplicaciones abarcan un amplio espectro de posibilidades

Algunas de las áreas de trabajo en acústica son:
- Acústica arquitectónica. Estudia la interacción del sonido con las construcciones. Participa en el diseño de: Salas de conciertos, auditorios, teatros, estudios de grabación, iglesias, salas de reuniones, salones de clases, etc.
- Ingeniería acústica. Estudia el diseño y utilización de transductores e instrumentos de medición de sonido.
- Incluye la instrumentación para diagnóstico médico, sísmico, grabación y reproducción de voz y música. Una rama de la ingeniería acústica es la electroacústica la cual trata con micrófonos y altavoces.
- Acústica musical. Combina elementos de arte y de ciencia al incluir el diseño de instrumentos, el uso de sistemas de grabaciones, la modificación electrónica de la música con el estudio de su percepción. Su campo de trabajo está en la Industria de la grabación de música y cine, y en la Industria de la construcción de instrumentos. A esta área pertenece el llamado ingeniero de sonido
- Control de ruido y vibraciones. Este área cobra cada vez mayor importancia dado el aumento en el reconocimiento del ruido como un factor de contaminación que afecta seriamente la salud. Su campo de trabajo está en las fábricas , en los organismos de control gubernamental y en asesorías a los arquitectos.
También tiene un campo importante en el mantenimiento preventivo de maquinarias mediante el análisis de sus vibraciones.
- Bioacústica y acústica médica. Estudia la interacción entre las ondas sonoras y los cuerpos humanos y animales. Se ha desarrollado enormemente el uso de ultrasonidos como herramienta de diagnóstico y de tratamiento.

También es importante el campo de las ayudas auditivas y de implantes para personas con defectos en la audición.

Cada vez más observamos como se producen daños en estos campos a los celadores y auxiliares que deben realizar sus tareas en estos departamentos de mantenimiento y almacén debido a la poca educación preventiva respecto al tema.

TÉCNICAS DE CONTROL DE RUIDO.
Una vez identificadas las fuentes, establecida la relativa importancia de cada camino de transmisión y determinadas las prioridades, se deben proponer medidas específicas de control de ruido. Para ello se aplicarán diversas técnicas tales como las que se describen en la sección que sigue.

Las medidas de control de ruido pueden clasificarse según en qué punto del trayecto de la onda sonora o vibratoria se apliquen: en la propia fuente, en la

vía de transmisión , o en el receptor.

Las soluciones más efectivas son las que se realizan en la misma fuente, es decir ,reduciendo la propia emisión sonora o de vibraciones. La filosofía básica consiste en que el sonido que no se genera, no se propaga y por consiguiente no llega al receptor.

En el caso de instalaciones o equipos que se encuentran ya en funcionamiento este tipo de solución suele la más costosa y difícil de lograr, pues implica modificaciones importantes que obligan, por ejemplo, a retirar o desmontar una máquina, interrumpir servicios o procesos de producción, etc. En la etapa de proyecto, en cambio, se tienen mayores libertades en cuanto a la toma de decisiones y a las alternativas disponibles, y debe dársele prioridad.

Las soluciones en la vía de transmisión incluyen el aislamiento sonoro, el tratamiento de superficies con materiales absorbentes, la ubicación de pantallas o barreras acústicas y el encapsulamiento. Es el tipo de solución que se adopta habitualmente en instalaciones ya terminadas en las que aparecen problemas de ruido que no se habían previsto en el proyecto.

Las soluciones en el receptor abarcan desde la aislamiento o encapsulamiento del mismo, hasta la protección auditiva o reducción del tiempo de exposición.

Para ello realizaremos las mediciones periódicas de tales riesgos con el objetivo primario de eliminarlos.

TÉCNICAS DE CONTROL EN LA FUENTE

- Evitar grandes superficies radiantes.

Las superficies extensas vibrantes son radiadores sonoros muy efectivos en un rango amplio de frecuencias, resultando difícil amortiguar las correspondientes vibraciones. Conviene, pues, subdividir las superficies en fragmentos separados o hacerlas cruzar interiormente por una serie de nervios de mayor grosor que quiebren la homogeneidad de la gran superficie. Esto produce cambios de impedancia mecánica en el trayecto de las ondas que se propagan a lo largo de la superficie, creando reflexiones que elevan la frecuencia a la cual cada porción es eficiente radiando sonido (es decir, frecuencias cuyas longitudes de onda sean comparables al tamaño de la porción). De esta forma no sólo se elimina la radiación de sonidos de baja frecuencia sino que se traslada la emisión a un rango de frecuencias en el cual es más fácil de controlar, por ejemplo mediante el uso de amortiguación.

Un ejemplo es subdividir una ancha correa de transmisión en varias correas paralelas más finas Otro ejemplo consiste en perforar la cubierta protectora de una máquina rotativa o sustituirla por una malla de alambre. En general, la protección que proporcionan dichas cubiertas está limitada a evitar que el usuario introduzca accidentalmente la mano y no requiere necesariamente una superficie continua.

- Desplazar la frecuencia de operación o de resonancia.
Esta técnica implica desplazar algunas frecuencias características hacia una región del espectro audible en la cual sean menos molestas o dañosas, o bien sean más fácilmente absorbidas y atenuadas. Un ejemplo es cambiar la cantidad de dientes de la hoja de una sierra, o la cantidad de aspas de una hélice o turbina. Otro ejemplo es subdividir una ventana grande en varias hojas pequeñas.
Al reducirse las dimensiones, los modos normales de resonancia se desplazan hacia frecuencias más altas, donde es más fácil controlarlos.

- Evitar choques o impactos.
Por lo general, los cambios bruscos de velocidad producen ruidos de gran intensidad, ya que una gran cantidad de energía cinética no puede convertirse instantáneamente en calor, quedando transitoriamente transformada en otra forma de energía cinética: la energía vibratoria, que es radiada como sonido o propagada por la estructura . Es lo que sucede cuando dos objetos chocan. Si los objetos son grandes existe otro fenómeno que contribuye a la generación de sonido, y es el rápido incremento de presión que tiene lugar durante los últimos instantes del acercamiento.

Esto da origen a ruidos explosivos o impulsivos, de gran intensidad y corta duración.

Ambos fenómenos pueden controlarse evitando que la velocidad de choque se alta. La forma de lograrlo depende de la naturaleza del choque. En el caso de objetos que caen en caída libre, habrá que limitar la distancia de la caída, o subdividir la caída en etapas, en cada una de las cuales parte de la energía sea absorbida por algún elemento viscoelástico. En el caso de elementos que caen o impactan sobre una superficie, convendrá sustituir o cubrir ésta con materiales más blandos, como caucho, neopreno, teflón, siliconas, etc.

También debe evitarse, en lo posible, el rozamiento de superficies muy rugosas a altas velocidades, ya que ello equivale a pequeños choques que originan emisión de ruido de alta frecuencia.

2 Objetivos

- Controlar tales daños, limitando la exposición o evitándola.

3 Metodología

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

4 Resultados

De todo ello debemos conseguir que se derive un entorno de trabajo más seguro y confortable, que haga agradable la tarea y no produzca en modo alguno lesiones que por su prevalencia y aparición tardía son fuertemente inhabilitantes, costosas de tratar para el servicio de salud y sobre todo para el propio trabajador, que en muchas de las ocasiones queda totalmente inhabilitado no solo temporalmente, sino que adquiere por decirlo así, una discapacidad que le acompañará el resto de su vida, todo ello puede resultar de una magna gravedad en el caso del celador que puede llegar a inhabilitarlo de forma permanente , en menor medida al auxiliar pero si es cierto que el daño a nivel psicosocial puede verse potenciado.

5 Discusión-Conclusión

Prestaremos especial atención a las vias de transmisión suelen ser la mayor fuente de problemas y con ello conseguiremos una importante mejora y confortabilidad de las instalaciones donde estos profesionales se ubican

La vía de transmisión incluye el campo directo, el campo reverberante, las estructuras, los tabiques y pantallas, las tuberías (de ventilación, por ejemplo), etc.

Pueden aplicarse las siguientes técnicas.
- Ubicar las fuentes adecuadamente. La posición de una fuente sonora incide poco en la potencia sonora total que emite, y por consiguiente afecta poco al campo re-

verberante (que se manifiesta lejos de la fuente). En cambio, puede ser definitoria en cuanto al campo directo o cercano.
- Utilizar materiales absorbentes. El uso de materiales absorbentes es recomendable en aquellos casos en que el campo reverberante sea un problema. Si bien en teoría el campo reverberante no resulta muy influido por la posición del material absorbente, en la práctica se obtienen mejores resultados si el material se ubica cerca de las fuentes.

- Reducción del tiempo de exposición. Esto puede lograrse ya sea con una jornada de trabajo heterogénea, es decir en la cual se alternen las actividades que deban realizarse en ámbitos ruidosos, o por medio de la rotación de tareas, es decir asignando periódicamente a diferentes empleados las tareas más ruidosas. Este enfoque no siempre es posible, ya que requiere una capacitación para múltiples tareas por parte del personal que se irá reemplazando mutuamente .

6 Bibliografía

- Riesgos Físicos I - Ruido, vibraciones y presiones anormales. Fernando Henao Robledo EDICIONES ECOE 2007.
- Cohen A. Extra-auditory effects of occupational noise. I. Disturbances to physical and mental health. Nat. Safety News.
- Fundación Mapfre Estudios, 2000. Nuevos enfoques de las Técnicas de Prevención. Madrid: Editorial MAPFRE, S.A. 2000.
- Evaluación y Control de Riesgos Laborales. Calatayud Sarthou, Asunción; Laborda Grima, Roberto; Recalde Ruiz, Dagmar L., (aut.). Tirant lo Blanch, 1ª ed., 2006.

Capítulo 1884

SEGURIDAD EN EL PACIENTE

MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ

1 Introducción

En la actualidad la atención sanitaria ha mejorado mucho en los últimos años, los avances y los nuevos estudios han sido claves para la mejora de la sanidad. Con ello se pretende disminuir en todo lo posible la tasa de mortalidad evitando riesgos derivados de la práctica asistencial. La OMS, Organización Mundial de la Salud ha establecido estrategias para establecer planes y acciones que permitan evitar y minimizar los efectos adversos de la práctica clínica.

Las infecciones son una preocupación importante durante una estadía en el hospital. La buena noticia es que lavarse las manos es una forma sencilla de prevenir la propagación de gérmenes.

Es importante que todos los que entren a su habitación practiquen una buena higiene de manos. Esto lo incluye a usted, a sus visitantes y al personal del hospital que lo atiende. No tenga miedo de preguntar: "¿te lavaste las manos?" si no los vio hacerlo.
También es importante hablar honestamente con su equipo médico. Como paciente debe ser un comunicador abierto y relacionarse con su equipo de atención médica.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Evaluar la importancia de las estrategias creadas por el Ministerio de Sanidad para la seguridad de los pacientes.

Objetivos secundarios:
- Aumentar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados más seguros a los pacientes.
- Evitar errores en la identificación o impedir cualquier otro tipo de confusión a la hora de administrar fármaco, hacer pruebas diagnósticas o trasladar a los pacientes para practicarles algún tipo de intervención quirúrgica.
- Asegurarnos de entender lo que sucederá si necesita cirugía.
- Informar a sus proveedores de atención médica sobre todos los medicamentos que toma, incluyendo suplementos dietéticos. Cualquier información sobre alergia o reacciones adversas a la anestesia. Asegurarse de saber cómo tomar sus medicamentos en forma correcta.
- Obtener una segunda opinión sobre las opciones de tratamiento.
- Guardar una copia de su propia historia clínica o cualquier informe.

3 Metodología

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

4 Resultados

Uso de pulseras identificativas, solo con unos datos básicos como el nombre y apellidos, numero de historia y fecha de nacimiento.
Previamente se realiza una recogida de datos, entrevista personal con el paciente y observación directa. Se registra en la base de datos.

El sistema de las pulseras identificativas es muy simple, se reciben en el mismo momento del ingreso y se deben llevar durante toda la estancia hospitalaria.

Es un dispositivo simple, generalmente se coloca al paciente en la muñeca. Está hecho de un material antialérgico y son impermeables, flexibles y resistentes al alcohol, calor, humedad, disolventes y jabón neutro.

Suelen ser de color blanco y según el centro hospitalario variar el segundo color y diseño.

Los resultados encontrados reflejan que ha habido una evolución en las estrategias empleadas para la mejora de la asistencia y seguridad de los pacientes.

Aún así, la carga de trabajo, la falta de personal, entre otras cosas.. muchas veces nos lleva a cometer algún tipo de error.
Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusión de sangre, etc. Sus consecuencias pueden llegar a producir eventos adversos en el paciente.

Para evitar esos eventos, se creó la pulsera identificativa.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad del paciente es un grave problema de salud pública mundial. Se estima que el riesgo de morir en un viaje en avión es de 1/3 000 000, mientras que el riesgo estimado de morir por un accidente médico prevenible mientras se recibe atención médica es de 1/300. Las industrias con mayor riesgo percibido, como la aviación y la nuclear, tienen un historial de seguridad mucho mejor que el de la atención sanitaria. Los hospitales son lugares concurridos.

Diferentes personas pueden entrar y salir de su habitación. Es posible que le realicen muchas pruebas. Y mientras espera respuestas, puede haber gérmenes nocivos rondando por ahí. Estas cosas pueden aumentar la posibilidad de errores médicos e infecciones.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1885

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES IN ITINERE, PARA CELADORES.

FÉLIX LLORENTE ÁLVAREZ

1 Introducción

En nuestro país, alrededor de 70.000 bajas laborales se produjeron en 2018 por accidentes de tráfico in itinere, durante la jornada laboral o en misión. Fallecieron también 146 trabajadores por esta causa, y provocaron más de 1.000 heridos graves y más de 81.000 heridos leves. (Informe publicado por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social).

Más de 51.000 de los accidentes fueron in itinere, es decir, en el trayecto de ida del domicilio al lugar de trabajo o en la vuelta a casa.
Durante estos últimos años hemos ido viendo que estos accidentes de tráfico laborales que causan incapacidad laboral no han parado de crecer.

Al volante, estar pendiente de la conducción es prioritario, por eso debemos apagar o silenciar el teléfono móvil. Todos deberíamos colaborar en este objetivo: familiares, amigos, compañeros, jefe, etc. evitemos mandar mensajes o llamar a la persona que está conduciendo cuando somos conocedores de ello.

2 Objetivos

- Poner de nuestra parte para reducir esta siniestralidad in itinere.
- Impulsar y desarrollar planes de formación por parte de las empresas.

3 Metodología

Búsqueda en la red de material bibliográfico sobre prevención de accidentes in itinere, formación para trabajadores al volante.

Además de con la formación, las instituciones sanitarias pueden ayudar a reducir la siniestralidad en las carreteras con otras medidas, fundamentalmente:
- Gestión y hacer flexibles los horarios de entrada y salida al centro de trabajo en función del tráfico, para evitar horas punta y estrés al volante.
- Fomentar el uso del transporte colectivo.
- Lanzaderas, estableciendo medios de transporte que faciliten la llegada al trabajo y la vuelta a casa.
- Rutas de empresa. Buscando rutas de empresa, donde un mayor número de trabajadores puedan beneficiarse por la posibilidad de ofrecer un servicio de transporte discrecional adaptado a los horarios de entrada y salida.
- Coche compartido: fomentar el uso de coche compartido con compañeros en sus desplazamientos del domicilio al puesto de trabajo y viceversa.
- Gestión del aparcamiento, poniendo a disposición de los trabajadores un aparcamiento seguro, con prioridad para personas con movilidad reducida, usuarios de vehículos compartidos, motos, ciclomotores y bicicletas.

Consejos para evitar los accidentes in itinere:
- Configurar el navegador previamente a arrancar el coche, y lo mismo haremos con la radio. Para cualquier cambio, detenerse y señalizar, realizaremos la parada en un lugar seguro y adecuado para ello.
- Salir de casa con tiempo suficiente para llegar a tu lugar de trabajo realizando una conducción tranquila y sin estrés.
- Planificar bien el itinerario y utilizar la ruta con menos densidad de tráfico, siempre que dispongas de rutas alternativas.
- Cumplir las normas de circulación: no exceder la velocidad límite, respetar las señales de tráfico, ponerse el cinturón de seguridad, y por supuesto, alcohol al volante, cero.

El estrés, las distracciones y las prisas son los enemigos principales de los accidentes de tráfico, especialmente cuando vamos o venimos del trabajo. Una colisión en la carretera que provoca un atasco, la lluvia que colapsa los accesos a las grandes ciudades, una llamada de tu jefe pidiéndote algún informe, sales tarde del trabajo y no llegas a tiempo para recoger a los niños del colegio, un mal día en casa o en la oficina, etc. Son muchas las situaciones que nos llevan a despistarnos

al volante con pensamientos que debemos dejar para otro momento.

Los desplazamientos in itinere tienen la particularidad de que suelen ser rutinarios, por lo que al hacerlos de una forma más mecánica juegan en contra del trabajador, por ser por lo tanto más causantes de distracciones, a veces, por una excesiva confianza.
Medidas a adoptar para evitar distracciones al desplazarnos en coche, tanto a la ida como a la vuelta del trabajo (extrapolable, por supuesto, a la conducción en la vida cotidiana y en cualquier desplazamiento).

4 Bibliografía

- Página web RACE “Nunca estarás solo”, artículo: “Accidentes in itinere, ¿cómo se pueden evitar?”
- https://www.fraternidad.com/es-ES/noticias/medidas-preventivas-para-combatir-los-accidentes-itinere

Capítulo 1886

LOS SANITARIOS Y NO SANITARIOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA DE LOS REMEDIOS FERNANDEZ FERNANDEZ

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ GONZALEZ

DAVID PEREZ JIMÉNEZ

MANUEL ANGEL PEREZ JIMÉNEZ

ANA ROSA GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

Entre las múltiples funciones que realizan los sanitarios y no sanitarios en el ámbito de urgencias se encuentran la organización del área, respetando las funciones de cada área.

2 Objetivos

- Determinar las funciones de cada sanitario y no sanitario para prever buena evolución en el ámbito.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las diversas bases de datos utilizando los descriptores: cuidados, funciones, ámbitos y los operadores booleanos and y or.

4 Resultados

Cuando sanitarios y no sanitarios realizamos nuestro trabajo en el ámbito hospitalario deberemos destacar, respetar e identificar cuáles son nuestras funciones. Los celadores por ejemplo son los encargados de transportar los pacientes de un lado a otro. La técnicos en cuidados de enfermería del aseo personal, alimentación, etc. Enfermeras de proporcionar las curas y cuidados del paciente indicado por su médico. Limpiadoras de limpiar todas las zonas hospitalarias. Facultativos (médicos) pautar cuidados e identificar sin diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que, con unas funciones bien definidas, obtendremos mejor presencia en el ámbito de trabajo y el diagnóstico y la mejoría del paciente será más óptima.

6 Bibliografía

- Wikipedia.
- Medlineplus.
- Mayoclinic.
- Libros de editoriales mad.

Capítulo 1887

CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS. RECORDATORIO PARA CELADORES.

FÉLIX LLORENTE ÁLVAREZ

1 Introducción

Los residuos sanitarios de forma general, entrañan un alto riesgo biológico, lo que hace imprescindible una adecuada manipulación, clasificación, almacenamiento, retirada y posterior destrucción, para minimizar o eliminar el peligro que suponen para las personas y el medio ambiente.

Resumiremos y recordaremos la clasificación de residuos sanitarios en hospitales, clínicas y otros centros sanitarios. Es importante que el celador esté familiarizado con dicha clasificación por su propia seguridad y la de su entorno. Se hace imprescindible por lo tanto, un repaso a los conceptos y nomenclaturas.

El concepto de residuo sanitario:
Todos los residuos, cualquiera que sea su estado, generados en centros sanitarios y veterinarios, incluidos los envases y residuos de envases, que los contengan o los hayan contenido.

Los residuos orgánicos e inorgánicos incluidos en la categoría de restos sanitarios se pueden presentar en estado sólido, líquido o gaseoso, incluyendo no sólo los residuos biológicos procedentes directamente de tejidos, fluidos, órganos, restos humanos y animales, o cultivos y vacunas, sino que también incluyen el instrumental, envases, prendas y todo tipo de materiales contaminados con sustancias de este mismo origen.

La normativa en materia medioambiental y de gestión de residuos peligrosos, obliga a todos los sectores de actividad en los que se generan residuos sanitarios.

En este sentido la legislación vigente en clasificación, codificación y gestión de residuos de origen sanitario, fija protocolos de control, manipulación, almacenamiento, traslado interior, clasificación y entrega de estos desechos a las empresas acreditadas para su transporte seguro hasta los puntos de eliminación. Dentro de las entidades obligadas, las principales son:
- Todo tipo de hospitales y clínicas del sector público y privado.
- Centros de salud, y consultas de cualquier especialidad médica.
- Clínicas veterinarias.
- Centro de investigación y facultades universitarias que impartan ciencias de la salud humana o animal.
- Todo tipo de laboratorios clínicos, bioquímicos, o que trabajen con residuos biológicos.
- Farmacias y negocios que produzcan residuos de este tipo.

2 Objetivos

- Refrescar conocimientos y recordar la importancia de la clasificación de los residuos sanitarios, clave a la hora de saber cómo desecharlos y gestionarlos, evitando graves problemas de salud y contaminación posterior.

3 Metodología

Tras la exhaustiva búsqueda bibliográfica en la red de materiales y temarios relacionados y un seguimiento de páginas expertas en la materia que tienen publicaciones online.

Gracias al conocimiento de los residuos que desechamos y con los que trabajamos, conseguiremos una gestión óptima, familiarizándonos con su clasificación. Existe una clasificación básica de este tipo de desechos en base al mayor o menor tipo de riesgo biológico que contienen, sus posibilidades de asimilación a residuos convencionales, y por último en atención a cuestiones éticas.

Cada Comunidad Autónoma tiene sus propias particularidades. De tal forma que la clasificación que ofrecemos es general. Según esta clasificación, existen cuatro grupos de residuos sanitarios:
1. Residuos del Grupo I, son desechos que se asimilan a los de tipo urbano.

2. Residuos del Grupo II, abarca una tipología de residuos no tipificados específicamente.
3. Residuos del Grupo III, son residuos peligrosos tipificados específicamente por su riesgo biológico.
4. Residuos del Grupo IV, son restos especiales recogidos en normativa específica por generar otros riesgos para la salud de las personas, peligros impacto medioambiental, o que incluye un componente ético.

Para saber qué tipo de desechos se incluyen en cada uno de los grupos de esta clasificación de residuos, y poder manipular, separar, almacenar y gestionarlos adecuadamente, a continuación, vamos a ver ejemplos de cada uno de estos tipos de residuos sanitarios.

1. Residuos del Grupo I.
Aún estando tipificados en el conjunto de los residuos sanitarios, pertenecen a este grupo de desechos asimilables a los residuos urbanos todos aquellos residuos sólidos sin riesgo biológico, originados en actividades del sector sanitario, laboratorios, centros de investigación y resto de instituciones relacionadas con la sanidad. En esta categoría se encuentran:
- Materiales de desecho de oficina, papel, cartón, envases plásticos, procedentes de actividad administrativas.
- Restos de basura orgánica e inorgánica generada en cocinas, comedores, cafeterías y restaurantes de instituciones sanitarias, incluyendo restos de alimentos crudos o elaborados, botellas y envases de plástico, vidrio, metal o cartón.
- Maquinaria y equipamiento médico desechado, mobiliario, camas y colchones, entre otros.
- Residuos higiénico sanitarios, y otros desechos producidos en el tratamiento de pacientes no incluidos en el grupo de infecciosos, o del grupo segundo y tercero.
- Restos de podas de jardinería, hojas y suciedad recogida de suelos de zonas convencionales.

2. Residuos del Grupo II.
En este tipo de desechos se engloban residuos sólidos generados dentro de la actividad sanitaria no clasificada con riesgo biológico por contaminación infecciosa, que incluye los siguientes materiales:
- Lencería de camas, toallas, y tejidos procedentes del uso por pacientes sin enfermedades infecciosas.
- Todo tipo de material utilizado en curas incluyendo apósitos, gasas, algodones, compresas, vendas, y yeso entre otros.

- Prendas utilizadas por enfermos no infecciosos.
- Envases y recipientes para la recolección de muestras en pacientes sin enfermedades infecciosas.
- Residuos sanitarios procedentes de equipos utilizados en pacientes para perfusión, diálisis, sondas y catéteres.
- Desechables empleados para contener fluidos corporales como bolsas de diuresis, ostomía u otras.
- Resto de productos y materiales utilizados en atención sanitaria a pacientes no infecciosos.

3. Residuos del grupo III.
Engloba residuos peligrosos por su alto riesgo biológico, por lo que no pueden ser eliminados sin segregación y tratamiento específico, al entrañar graves riesgos para la salud de quienes los manejan, el conjunto de la población y el medio ambiente. En este grupo de residuos biológicos infecciosos se encuentran los siguientes:
- Restos de órganos, tejidos, y pruebas inmunológicas, procedentes de pacientes infectados con microorganismos patógenos.
-Residuos originados en la obtención de muestras, cultivos microbiológicos y segregados por enfermos infecciosos.
- Productos y material utilizado en quirófanos, hemodiálisis, paritorios y zonas restringidas con pacientes infecciosos.
- Restos de sangre y hemoderivados líquidos.
- Vacunas con virus vivos o atenuados.
- Residuos sanitarios procedentes de instrumental y material desechable cortante o punzante empleado en enfermos infecciosos, tales como agujas, tijeras, hojas de bisturí o lancetas.
- Desechos originados en el tratamiento sanitario o investigación de animales infectados con virus y bacterias patógenas.

4. Residuos del Grupo IV.
Son restos específicamente sujetos a una gestión de residuos especiales, solicitada a requerimiento puntual, por su peligroso impacto sobre la salud de las personas, y su repercusión ambiental, aunque no tengan componentes infecciosos, pero además dentro de este grupo, se encuentran algunos restos que requieren una consideración especial de carácter ético. Dentro de este grupo se incluyen los siguientes residuos sanitarios:
- Residuos citostáticos originados por el uso de restos de medicamentos con componente biológico y químico como reactivos, residuos que incluyen restos de

metal u otros.
- Restos de materiales y residuos radiactivos.
- Medicamentos cuya fecha de caducidad se haya agotado
- Restos humanos con identidad procedentes de fallecimiento, extirpación de miembros, órganos, y abortos.

La clasificación y listado de los residuos sanitarios no es homogénea a lo largo del territorio nacional. Analizando toda la normativa existente podemos establecer, de forma genérica, los siguientes tipos de residuos sanitarios:
- Residuos domésticos: generados en los centros sanitarios. Residuos similares a los residuos generados como consecuencia de la actividad doméstica en los hogares.
- Residuos biosanitarios asimilables a urbanos: residuos propios de la actividad sanitaria que no llevan asociado un riesgo de infección (vendajes, gasas, guantes, etc.) y pueden ser gestionados conjuntamente con los domésticos.
- Cadáveres y restos humanos de entidad suficiente, que se han de gestionar de acuerdo al Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria.
- Residuos biosanitarios: residuos que deben ser gestionados de forma diferenciada por su riesgo de infección. En este grupo se incluyen también los residuos cortantes/punzantes Independiente de su riesgo de infección).
- Residuos químicos: residuos caracterizados por su contaminación química.
- Residuos de medicamentos Citotóxicos y Citostáticos: residuos caracterizados por sus riesgos carcinógenos, mutágenos o para la reproducción.
- Residuos radioactivos: residuos contaminados por sustancias radioactivas.

Estas cuatro últimas categorías de residuos tienen características de peligrosidad por lo que han de ser gestionados como residuos peligrosos.

En cuánto a la gestión interna también es necesario conocer los protocolos específicos de manipulación, envasado, tratamiento in situ, condiciones de almacenamiento y traslado en su caso hasta el punto de recogida. El transporte y gestión posterior de este tipo de residuos siempre debe ser realizado por empresas acreditadas con la correspondiente licencia administrativa.

4 Bibliografía

- Página web del Gobierno de España/Vicepresidencia cuarta del gobierno/Ministerio para la transición ecológica y el reto demográfico: “Cali-

dad y evaluación ambiental/Prevención y gestión de residuos/Flujos de residuos/Residuos sanitarios.

- Página web de PHS Serkonten, Bienestar sostenible en entornos profesionales, Residuos sanitarios: Clasificación y gestión.

Capítulo 1888

EL MANEJO DE CAMILLAS HOSPITALARIAS

MANUEL ANGEL PEREZ JIMÉNEZ

DAVID PEREZ JIMÉNEZ

ANA ISABEL CRESPO BLANCO

MARÍA DE LOS REMEDIOS FERNANDEZ FERNANDEZ

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ GONZALEZ

1 Introducción

Entre las múltiples funciones que realizan los celadores se encuentran el manejo de las camas hospitalarias

2 Objetivos

- Determinar protocolo adecuado del manejo de camas hospitalarias por parte de los celadores.

3 Metodología

Revision bibliográfica en las diversas bases de datos utilizando los descriptores cama, camilla y celador, y los operadores booleanos and y or.

4 Resultados

Las camas en el hospital, como norma general son movilizadas por los celadores. Por ello, han de tener en cuenta algunas consideraciones a la hora de su manejo:
- Cuando están las camas vacías podrán ser dirigidas por una sola persona.
- Cuando llevan a un paciente deberán ser llevadas por dos celadores, uno situado en el cabecero y otro en los pies.
- Cuando se baje una rampa con ella deberá empezar por la la cabecera, al igual que si es una subida el inicio será por la cabecera.
- En la entrada del ascensor lo primero será la cabecera y la salida de los pies.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con unas pautas guiadas, el manejo y la estabilidad de los pacientes será de mejor calidad más óptima y segura.

6 Bibliografía

- Wikipedia.
- Medlineplus.gov
- Protocolos.es

Capítulo 1889

MANIPULACIÓN DE LAS CARGAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA ELENA ALVAREZ GONZÁLEZ

PILAR VÁZQUEZ ALVAREZ

JESUS GONZALEZ CASTAÑON

RAFAEL PEREZ CABERO

MARÍA DEL MAR MALLO FRANCOS

1 Introducción

Entre los múltiples riesgos que se corren en el ámbito sanitario se encuentran las cargas de pesos y movimientos que se realizan en este ámbito.

2 Objetivos

- Determinar los movimientos y cuidados a realizar cuando obtenemos una carga.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado los descriptores: cuidados, prevención y salud. Los operadores booleanos and y or y el uso de bases de datos como Pudmed.

4 Resultados

Cuando se realicen cargas se deberán realizar de la forma adecuada, manteniendo los pesos a nuestra altura con las piernas semiflexionadas y siempre que se pueda, utilizar grúas. Además, cuando el peso exceda de 20 kilos deberá de realizarse entre 2 personas.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con unos cuidados exhaustivos, el riesgo de padecer lesiones lumbares disminuye considerablemente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1890

SIMULACRO DE INCENDIOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

YOLANDA RODRÍGUEZ DIAZ

ALBERTO ALVAREZ GONZÁLEZ

NATALIA CUE ZAPICO

SARAY VALLINA MONTES

ANA ROSA GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

En el hospital deberemos aprender a enfrentarnos a diversas circunstancias, entre ellas deberemos estar preparados para saber actuar en una evacuación de urgencia.

2 Objetivos

- Determinar la formación necesaria para actuar en casos de emergencia.

3 Metodología

consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado los descriptores: cuidados, emergencia, protocolo y los operadores booleanos or y and.

4 Resultados

Todo el personal sanitario y no sanitario debe realizar una vez al año la formación necesaria para saber cómo actuar ante una emergencia. Se deberán realizar 1 ó 2 simulacros al año y deberá ser obligado por parte de la empresa a todos los empleados.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una formación adecuada ante una emergencia el éxito será para todos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1891

BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL PARA EL RECIÉN NACIDO

VIRGINIA RODRÍGUEZ MATÍAS

1 Introducción

En nuestro país, la separación de madre y bebé tras el parto, ha supuesto una práctica habitual del siglo XX, a pesar de lo impropia que supone para los mamíferos, siendo lo natural que permanezcan juntos. El contacto piel con piel (CPP) consiste en colocar al recién nacido desnudo en decúbito prono sobre el pecho descubierto de la madre inmediatamente tras el nacimiento. El momento más apropiado son las dos primeras horas tras el parto, ya que el recién nacido se encuentra en una fase de alerta tranquila, momento idóneo donde ya se inicia el establecimiento del vínculo.

2 Objetivos

- Identificar los beneficios que supone el contacto piel con piel para el recién nacido y conocer las condiciones óptimas para llevarlo a cabo.

3 Metodología

Se realizo una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed y Cochrane. Se estableció un límite de antigüedad máxima de los artículos de 10 años. Para la búsqueda se utilizaron las palabras clave: recién nacido, contacto piel, lactancia materna.

4 Resultados

La evidencia científica muestra que el CPP en el recién nacido sano tiene múltiples beneficios, entre los que se encuentran: disminución de los niveles de estrés neonatal reduciendo el llanto del recién nacido, facilita la adaptación metabólica y la regulación térmica, estabilización más rápida de las constantes, propicia el establecimiento del vínculo con la madre y facilita el inicio precoz de la lactancia materna ya que el recién nacido pondrá en marcha los reflejos de búsqueda y succión para conseguir un agarre al pecho espontáneo. Todos estos beneficios favorecen la adaptación neonatal a la vida extrauterina. Una vez que se coloca al recién nacido en piel con piel es importante secarlo suavemente para así disminuir la pérdida de calor, comprobando a la vez que respira sin dificultad y que presenta buen tono muscular y una buena coloración.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todos los recién nacidos se mantengan en contacto ininterrumpido con su madre, durante el mayor tiempo posible. El CPP se realizará siempre que el estado de salud de ambos lo permitan. Si es necesaria realizar una valoración al recién nacido por parte del pediatra o la matrona, el CPP se iniciará una vez terminada esta. Siempre que sea posible, los cuidados necesarios se realizarán en piel con piel para que el recién nacido pueda beneficiarse de todas las ventajas que este contacto precoz ofrece. En los casos donde el CPP con la madre no sea viable, sería conveniente ofrecer la posibilidad de realizarlo con el padre, ya que también aporta parte de los beneficios anteriormente descritos.

Una revisión de la base de datos Cochrane, concluye la necesidad de realizar estudios de mayor tamaño para confirmar los beneficios que aporta durante la transición a la vida extrauterina ya que algunos presentan limitaciones al solo incluir a recién nacidos sanos, limitando el rango de parámetros fisiológicos.

5 Discusión-Conclusión

El CPP madre-recién nacido aporta múltiples beneficios a ambos. Sería interesante seguir avanzado en esta línea y poder ofrecer la oportunidad de realizarlo sobre todo en los casos que más se da la separación madre-hijo. Esto ocurre en las cesáreas, en el caso de las programadas, siempre que no existan situaciones de urgencia vital, sería interesante contemplar esta posibilidad, para que ambos puedan beneficiarse de todo lo que este contacto ofrece, como expone la evidencia científica. Para que esta realidad sea posible es necesaria la colaboración del

personal médico y matronas. En el caso de que el estado materno no permita realizarlo, se puede ofrecer que sea el padre quien continúe con el contacto.

Es fundamental trabajar en el sentido de que las rutinas hospitalarias propias de las salas de parto no interfieran en estos primeros momentos de interacción entre la madre y el recién nacido, que tantos beneficios aportan. El papel de la matrona en este aspecto es fundamental, para poder realizar todos los cuidados necesarios y de calidad favoreciendo y respetando siempre que sea posible, este primer contacto tan especial y beneficioso.

6 Bibliografía

- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systenatic Reviews; 2016.
- Herrera Gómez A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Index Enferm; 2013.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.

Capítulo 1892

TRASLADO DEL PACIENTE INTERHOSPITALARIO Y EXTRAHOSPITALARIO

CARMEN BARREIRO MANASES

ANA ELENA AMORIN SANCHEZ

LORENA BARREIRO COTARELO

1 Introducción

Los traslados interhospitalarios y extrahospitalarios podemos definirlos como el traslado de un paciente a otra unidad hospitalaria. Estos traslados requerirán de unas u otras condiciones dependiendo de las necesidades y del estado del paciente.

2 Objetivos

- Describir los objetivos del traslado hospitalario del paciente.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos publicados en las bases de datos de: Scielo,

cochrane, PubMed utilizando las palabras clave: traslado, paciente, interhospitalario, ambulancia. Hemos obtenido 45 artículos, de los cuales se han utilizado 16 para nuestro estudio.

4 Resultados

Los objetivos de un traslado hospitalario son varios, dependiendo del tipo de traslado se pueden identificar:
- Llevar al paciente de su domicilio a centros hospitalarios y viceversa.
- Transporte de usuarios limitados, que no puedan moverse por sus propios medios.
- Traslado de víctimas de accidentes a servicios de urgencias de un hospital.
- Traslado de una unidad a otra del hospital o de hospitales.
- Movilización de pacientes para realizar pruebas diagnosticas o terapéuticas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los traslados interhospitalarios y extrahospitalarios se han de hacer de tal forma que no impliquen riesgos y no repercutan negativamente sobre el estado del paciente. Es importante buscar la seguridad del enfermo, que debe ser el centro de atención durante el traslado, siendo importante crear un esquema de actuación que permita su realización de forma segura, bien sea en silla o en cama, dependiendo del estado físico del paciente, o en ambulancia si es un traslado extrahospitalario.

Una vez concluido el traslado de un usuario (bien dentro o fuera de un centro sanitario) el personal sanitario y no sanitario debe cerciorarse que este se halla realizado de forma eficiente, evitando que se agudicen las lesiones (si las hubiese) y preservando la intimidad del paciente y cumpliendo los objetivos previstos.

6 Bibliografía

- LEY GENERAL DE SANIDAD
- ESTATUTO MARCO
- J.A Peculo-Carrasco
- H.J Rodriguez- Ruiz Revista de Calidad
- A.C Martinez,M.A M. Sanchez Sanitarios,Bomberos.

Capítulo 1893

DÉFICIT DE LA COMUNICACIÓN EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

CARMEN BARREIRO MANASES

ANA ELENA AMORIN SANCHEZ

LORENA BARREIRO COTARELO

1 Introducción

El paciente ha sido siempre el centro de atención del sistema sanitario, dentro del cual se encuentran sanitarios y no sanitarios, pero amparado por la ley de protección de datos. La comunicación es el principal elemento de interacción al transferir la información necesaria de una persona a otra.

2 Objetivos

- Estudiar la importancia que la comunicación tiene en los procesos de la salud y las enfermedades.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han encontrando 48 artículos, utilizando las palabras clave: comunicación, paciente, importancia, empatía nos han sido útiles 16.

4 Resultados

Tener una buena comunicación entre personal y paciente es muy importante, ya que conocer una buena estrategia para la comunicación, permitirá obtener más información del paciente y a su vez transmitirle adecuadamente la del profesional, por el contrario con una mala comunicación y sin una buena escucha dará lugar a una insatisfacción y frustración del paciente.

Una comunicación eficaz es aquella destinada a las personas, en base a distintos canales que hacen posible que la organización esté plenamente operativa, que cumpla con sus objetivos y que ofrezca una atención sanitaria segura, adecuada, efectiva y eficaz.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, los usuarios del sistema sanitario están más informados sobre:
- Servicios sanitarios puestos a su disposición.
- Alternativas terapéuticas.
- Derechos y obligaciones que poseen, esto conllevará a un paciente que aporte beneficios, facilitando la comunicación entre él y el personal tanto sanitario como no sanitario.

Por tanto, el trabajo del personal sanitario y no sanitario, es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Ley General de Sanidad y Estatuto Marco.
- P.M Aguerrebere 2012.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 1894

LA IMPORTANCIA DE UN BUEN LAVADO DE MANOS

LORENA BARREIRO COTARELO

CARMEN BARREIRO MANASES

ANA ELENA AMORIN SANCHEZ

1 Introducción

El término lavado de manos se aplica a cualquier lavado de manos. Lavado antiséptico por métodos mecánicos, químicos o físicos de tipo clínico o quirúrgico que se llevan a cabo en los centros hospitalarios. El 15 de octubre es el día Internacional del Lavado de Manos desde el año 2008. La finalidad de este día es la de fomentar la cultura del lavado de manos con jabón y comprobar que la cantidad de estudios y pruebas clínicas sobre sus beneficios son correctas.

2 Objetivos

- Describir como realizar el lavado de manos y en qué momentos llevarlo a cabo.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda en bases de datos PubMed y Scielo, hemos encontrado 54 artículos de los cuales hemos utilizado 16 usando las palabras claves, manos, microorganismos, lavado, infección.

4 Resultados

Para maximizar la efectividad del lavado de manos se deben tener en cuenta algunas recomendaciones: una duración aproximada de unos 15 segundos, una adecuada cantidad de jabón, abundante agua y secarse con toallas desechables. En la vida cotidiana es muy importante la limpieza de manos durante todo el día, pero existen algunos momentos claves donde es conveniente hacerlo:
- Después de ir al baño.
- Tras tocar a tu mascota.
- Antes de comer.
- Antes y después de curar una herida.
- Después de manejar dinero.
- Cuando nos sonamos, tosemos o estornudamos.

Para los profesionales de la salud lavarse las manos es muy importante, una obligación que deben cumplir para con sus pacientes y que no pueden omitir bajo ninguna circunstancia.

El lavado de manos tiene como objetivo:
- Fomentar el lavado de manos como un hábito de vida saludable.
- Informar sobre los distintos tipos de enfermedades que podemos contraer si no realizamos una higienización adecuada y diaria.
- Disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos a los pacientes.
- Minimizar la incidencia de enfermedades cutáneas, de infecciones a los ojos.
- Rebajar el riesgo de transmisión cruzada.
- Reducir la exposición de transmisión de infección a uno mismo.

5 Discusión-Conclusión

Queda demostrado que el lavado de manos con agua y jabón es una de las maneras más efectivas y económicas para la prevención de enfermedades infecciosas, nosocomiales y mejorar la seguridad del paciente, es también una de las preocupaciones hospitalarias pues hay un gran gasto provocado por las enfermedades infecciosas que son causadas por el Bacilo Gran Negativo.

Una de las principales vías de transmisión de estos microorganismos son las manos contaminadas del personal. Los gérmenes, bacterias y parásitos constituyen una de las principales causas de efectos adversos que afectan cada año

a millones de personas. Esta demostrado que las manos del personal son el vehículo de contagio directa o indirectamente. La OMS lo considera un grave problema para la seguridad de los usuarios del sistema sanitario. Aunque es prácticamente imposible eliminarlos del entorno de prestación asistencial, sin embargo, se puede reducir considerablemente con una medida muy sencilla, económica y tremendamente eficaz como es el lavado de manos.

Aunque el personal sanitario conoce y esta concienciado de una correcta higiene, solo un 40% lo hace correctamente. Por ello es necesario formar y sensibilizar tanto a la sociedad como al personal sanitario, en prácticas seguras como está.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud ¿Cómo lavarse las manos? 2009
- Un lavado de manos salva vidas revista chilena de infectología 2008
- Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente directrices de la OMS sobre la Higiene de manos en la Atención Sanitaria 2005
- Una atención limpia es una atención mas segura primera iniciativa mundial de la Alianza Mundial de la OMS para la Seguridad del Paciente 2006

Capítulo 1895

EL AISLAMIENTO ANTE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES EN UN HOSPITAL

IGOR ARGÜELLO GARCIA

ARACELI OLIVARES GARCIA

1 Introducción

En los centros sanitarios, en su mayoría los hospitales, nos encontramos ante enfermedades adquiridas durante nuestra estancia en éstos.Estas enfermedades llamadas nosocomiales necesitan de un aislamiento adecuado ya que su propagación supondría un grave peligro para la comunidad.Existen métodos de aislamiento dependiendo del tipo de enfermedad que nos encontramos. El aislamiento es el sistema por el cual se impide que el foco infeccioso se transmite de un paciente a otra persona ya sea personal sanitario como familiares que se encuentra con la persona que padece la enfermedad.

2 Objetivos

Analizar con qué tipo de enfermedad nosocomial nos encontramos y así determinar el tipo de aislamiento que necesitamos en cada una de ellas.

3 Metodología

Mediante la búsqueda sistemática de distintas bases de datos como Scielo recopilamos información sobre el tema a tratar además de contar con todos los datos en distintos protocolos que existen en los servicios de salud de las comunidades autónomas.

4 Resultados

La primera acción que debemos realizar y un paso muy importante ante la propagación de estas enfermedades es el lavado de manos.Esto lo podemos realizar con agua y jabón pero también disponemos de preparados alcohólicos para ello. Se debe realizar antes y después de todo contacto con el paciente. Una vez realizado el lavado de manos debemos de conocer el tipo de enfermedad ante la que nos encontramos y así poder seguir las pautas de aislamiento que se requiere.

Existen varios tipos de aislamiento, por lo que necesitamos distintos métodos de barrera dependiendo del modo de transmisión.

Estos son:
- Aislamiento aéreo: la transmisión es a través del aire. Se necesita bata ,guantes y mascarilla en contacto con el paciente.
- Aislamiento de contacto: en este caso sólo se necesitaría bata y guantes.
- Aislamiento inverso: cuando nos encontramos con paciente y con este aislamiento debemos de utilizar bata, guantes, calzas y mascarilla.

Gracias a los protocolos de aislamiento se ha reducido considerablemente el número de contagios de enfermedades, ya que a través éstos conseguimos frenar el foco de infección y así evitar su propagación de unas personas a otras.

5 Discusión-Conclusión

Toda persona que ingresa en un hospital se encuentra con el riesgo de contraer una enfermedad nosocomial. Tanto el personal sanitario como todo usuario de la salud se debe de informar sobre el peligro que supone dicha enfermedad y la importancia de cumplir con el aislamiento en caso de la persona hospitalizada se encuentra infectada.

6 Bibliografía

- www.mefwave.cl
- www.semeg.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1896

EL CELADOR EN EL QUIROFANO

ARACELI OLIVARES GARCIA

IGOR ARGÜELLO GARCIA

1 Introducción

El quirófano es la unidad de hospitalización en la que se realizan operaciones quirúrgicas. Estas son de diversas categorías: cirugía cardíaca, traumatología, plástica…

Cada día acuden a los hospitales pacientes para realizarse dichas operaciones, por lo que en esta unidad todo personal que en ella realiza su trabajo debe de conocer todas las funciones que realiza, ya que es una unidad muy especial en la que los pacientes que son sometidos a una operación quirúrgica se encuentran en un estado delicado.

2 Objetivos

Determinar el tipo de funciones que realiza el personal de quirófano y cuáles de ellas son específicas del personal celador.

3 Metodología

Através de distintos protocolos de actuación de los servicios de salud además de los temarios de oposiciones de editoriales como CEP recopilamos la información sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Analizando las funciones que se realizan en los quirófanos el celador es el encargado del traslado de los pacientes de las habitaciones o en algunos casos de box de UCI y urgencias hacia las dependencias del servicio de quirófanos.

Esta función es propia de los celadores que se encuentran en la zona sucia del quirófano. Estos se encuentran vestidos con uniforme sanitario blanco. Además esta función estos celadores se encarga de todo tipo de traslados de aparataje, inmobiliario desde el quirófano a otras dependencias del hospital, también en el caso de muestras y recogidas de productos farmacéuticos. Por otra parte nos encontramos con los celadores cuyo uniforme es de distinto color, verde o azul, que se encarga de las funciones de la zona limpia.

En este caso sus funciones son:
-Traslado de los pacientes al antequirofano
- Traslado de todo tipo de aparataje hasta el quirófano
- Colocación del paciente en la mesa quirúrgica
- Movilización del paciente siguiendo las instrucciones del personal sanitario
- Traslado del paciente una vez finalizada la operación a la sala de recuperación.

El celador destinado en quirófano es una pieza fundamental ya que es el encargado del traslado del paciente, además de su colocación y movilización. Este debe de estar especializado en ese tipo de funciones pues se debe realizar de la mejor manera posible para evitar posibles lesiones ya que en determinadas ocasiones el tiempo de duración de la operación es muy largo.

5 Discusión-Conclusión

El primer profesional con que se encuentra el paciente que se va a someter a una intervención quirúrgica es el celador. Este intenta tranquilizar al paciente y sus familiares que estos momentos se encuentran con la tensión que supone dicha intervención por lo tanto además de todas las funciones que lleva a cabo el celador este es el añade ya que es de suma importancia este contacto entre paciente y celador.

6 Bibliografía

- www fisiostar.com

- www.euriinnova.edu.es
- Estatuto de personal no sanitario
- Temarios de oposiciones MAD, CEP
- Cursos de movilizaciones en quirófano imapartidas por los distintos servicios de salud

Capítulo 1897

LA EMPATÍA CON LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

ARACELI OLIVARES GARCIA

IGOR ARGÜELLO GARCIA

1 Introducción

Cuando por las patologías que presentan un paciente que acude a un centro sanitario es de pronóstico grave o incluso necesitan una intervención quirúrgica éstos son derivados a un centro hospitalario para su posible ingreso. El ingreso hospitalario supone un cambio muy importante en toda persona, ya sea al paciente o familiar, pues durante esta estancia los cambios que se producen pueden llevar al paciente a encontrarse con episodios de ansiedad, por lo que la empatía hacia éstos es de suma importancia.

2 Objetivos

Analizar en qué situación se encuentran los pacientes hospitalizados y determinar el tipo de ayuda psicológica que necesitan.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cada día el personal que trabaja en un centro hospitalario acude a las habitaciones para realizar el aseo, traslado de pacientes para realización de pruebas diagnósticas o radiografías por lo que nuestra actitud ante estos pacientes debe ser lo más cordial posible.

Es importante tener empatía con ese tipo de pacientes ya que intentamos transmitir tranquilidad en todo momento para que se sientan cómodos. La escucha activa en estos casos es muy importante.

Todo el personal sanitario y no sanitario se conciencia de la importancia de esta empatía, da igual la jerarquía que va desde el celador que se han encargado de la movilización y el traslado seguido por el personal de enfermería y médicos que son los encargados de informar sobre su estado y de los tratamientos que se les va a realizar.

En general, en los centros hospitalarios está empatía se demuestra día a día con la consiguiente satisfacción por parte de los pacientes y usuarios de la salud a través de estadísticas realizadas anualmente.

5 Discusión-Conclusión

La empatía con respecto a los demás personas es muy importante en nuestra vida diaria pero si nos encontramos con pacientes hospitalizados ésta se convierte en primordial puesto el paciente que se encuentra ingresado en cualquier estancia hospitalaria necesita el apoyo por parte de todo el personal que trabaja en un hospital.

6 Bibliografía

- www.radiooncologa.com
- www.inteligenciaemocional.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

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

Capítulo 1898

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE EN ESTADO TERMINAL.

SARA JARDÓN PEDRERO

1 Introducción

EL paciente terminal es aquel que padece una enfermedad muy avanzada, activa y en progresión, cuyo fin es la muerte próxima, generalmente inferior a 6 meses. En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es "el curar" sino el de "cuidar" al paciente tanto física como psicológicamente.

2 Objetivos

Conocer la correcta actuación del celador ante un paciente terminal.

3 Metodología

Se ha consultado la base de datos de PubMed y Google Académico, utilizando los descriptores: duelo, celador, paciente terminal.

4 Resultados

Los cuidados paliativos son el objetivo principal ante un enfermo terminal y debemos mantener la buena imagen del enfermo proporcionarle una atención integral, individualizada y continua, un ambiente agradable y sin olores, confort y bienestar tanto físico como emocional, social y espiritual. Los cuidados paliativos

se puede proporcionar en el hogar por su médico de cabecera o en hospitales de larga estancia, además, se ofrece apoyo emocional a los pacientes y sus familiares. En definitiva, debemos mejorar su calidad de vida y desarrollar su autonomía. El celador debe ser correcto, respetuoso, colaborador dispuesto siempre a ayudar ya que la actitud que muestre ante la familia y el paciente es muy importante. Debe ser cauteloso con los comentarios que hace y nunca dará respuestas evasivas a las preguntas del paciente o a las de los familiares.

En este estudio, se puede observar la importancia de la figura del Celador en el cuidado de pacientes en estado terminal, se puede observar como utilizan la comunicación para que el enfermo se sienta en un ambiente agradable, cómodo, relajado.
La psiquiatra suizo-estadounidense Kùbler Ross (1926-2004) describe la Aceptación de la Muerte en 5 etapas:
5 Etapas del Duelo:
- Negación. Es la defensa del paciente ante la enfermedad.
- Ira. Fase de desaprobación, rabia, disgusto, descontento.
- Negociación. (Pacto) El paciente va aceptando la idea de que va a morir, sin embargo intentará retrasar o aplazar el desenlace lo máximo posible.
- Depresión. Fase de desaliento y desánimo.
- Reactiva: Reacción del paciente al recibir la mala noticia produciéndose insomnio, cambios de comportamiento, etc.
- Preparatoria: Metamorfosis entre la lucha por la vida y la muerte
- Aceptación. El paciente ya está preparado para el fatal desenlace (la muerte).

Las personas sufren el duelo de distinta manera, el celador deberá de tratar a cada una de forma individual y distinta respetando siempre sus creencias y necesidades religiosas.

5 Discusión-Conclusión

El celador junto con médicos, auxiliares de enfermería, enfermeros/as, psicólogos, etc. Cumple un papel muy importante ante un enfermo en fase terminal. El objetivo ante un enfermo terminal es proporcionarle confort. Debe predominar la empatía, ponerse en el lugar del enfermo. Una buena formación en cuidados paliativos sería de gran ayuda para un correcto trato profesional a las familias y al paciente terminal por parte del celador y el resto del equipo sanitario.

6 Bibliografía

- Sobre la muerte y los moribundos – On death and Dying – 1969 Elizabeth Kübler Ross.
- Ley 5/2018, de 22 de Junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Título II Deberes de los profesionales que atienden a la persona durante el proceso del final de su vida.

Capítulo 1899

MICOBACTERIAS

MONTSERRAT MERA TORNEIRO

MARIA ELENA PRIETO GOMEZ

1 Introducción

El género MICOBACTERIUM lo constituyen un total de 50 especies.
Caracteristicas:
*Morfología bacilar y a veces cocobacilar.
*Son ácido alcohol - resistentes por la complejidad de la pared celular que poseen que contiene ácidos micólicos (ac. grasos derivados) y son los que confieren a las micobacterias su capacidad de ácido alcohol resistente.
* Inmóviles.
* No esporulados.
* No capsulados.
* Aerobios obligados.

2 Objetivos

- Conocer algunos aspectos fundamentales de las micobacterias.

3 Caso clínico

La respuesta inmune del organismo frente a las micobacterias es la respuesta celular, esta va a depender del número de bacilos infectantes, de la virulencia

de estos,de la habilidad de las células inmunes para reconocerlos antígenos del microorganismo y de la existencia de la inmunidad previa.

Las Micobacterias se encuentran en la naturaleza en el suelo y aguas, se contagian de un individuo a otro por aerosoles en forma de gotitas de secreciones respiratorias al hablar, estornudar o toser. Estas gotitas alcanzan los alvéolos pulmonares en los que se origina una lesión primaria de inoculación, en donde los bacilos se multiplican, el bacilo tuberculoso pasa desde el pulmón al torrente circulatorio a otros órganos como hígado, riñones, bazo, meninges …

Mujer edad 25 años procedente de Lima, reside en España desde hace un mes. Acude a urgencias por fiebre elevada 40 º ,lleva con fiebre más de una semana pero no tan elevada,presenta tos productiva y respira con dificultad sobre todo al inspirar. Una semana antes de acudir a urgencias aumento de volumen de rodilla izda. presenta dolor a la palpación que limita movilización. La paciente refiere que no fuma ,ni bebe, ni toma medicación, ni drogas. Le pregunto si tiene constancia de estar en contacto con alguna persona con tuberculosis y me dice que no le consta.

4 Discusión-Conclusión

Se inicia el tratamiento con pirazinamida 1500mg/24 horas y Etambutol 1200 mg/24 horas. La evaluación por los especialistas en cirugía de torax consideran que no requiere drenaje de empiema. Presenta evolución clínica y radiológica favorable de afección pulmonar y articular siendo dado de alta a los cinco meses de tratamiento.

5 Bibliografía

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos como Cuiden ,Scielo y diversos libros y protocolos del hospital.

Capítulo 1900

LA ORINA

MONTSERRAT MERA TORNEIRO

MARIA ELENA PRIETO GOMEZ

1 Introducción

El análisis de orina puede aportarnos una amplia variedad de datos clínicos referentes al funcionamiento del riñón y a las enfermedades sistémicas que pueden afectar a este órgano excretor.

Es posible detectar desórdenes estructurales (anatómicos) y funcionales del riñón y tracto urinario inferior, como también información secuencial acerca de la enfermedad, su causa y pronóstico.

El riñón es el principal órgano regulador del volumen y composición de los líquidos biológicos del organismo de modo que mantiene el equilibrio hidroelectrolítico y además contribuye de forma importante al equilibrio ácido - base. Posee la capacidad de seleccionar y retener las sustancias esenciales ,excretando al mismo tiempo los productos de desecho del metabolismo celular y el exceso de los ingeridos en la dieta: esta función es llevada a cabo mediante la formación de orina. La unidad funcional del riñón es la nefrona.

El análisis de orina se lleva a cabo en tres etapas :
1. Recolección de la muestra , la cuidadosa recolección de la orina (en un recipiente limpio y estéril) y su pronto envío al laboratorio son factores esenciales para obtener una óptima información del análisis de orina.
2. Transporte y almacenamiento : como cite anteriormente se envía lo más pronto posible al laboratorio y es recomendable que su análisis se realice dentro de las

dos primeras horas,ya que el paso del tiempo puede provocar alteraciones en la orina .
La refrigeración es una medida para conservar la orina durante algunas horas,cuando las muestras no pueden ser refrigeradas y deben recorrer grandes distancias o va a demorarse mucho su tiempo de análisis se le añade algún conservante químico como TOLUENO entre otros.
3. Etapas del análisis de orina:
- Examen físico (volumen, olor, aspecto, densidad y osmolalidad).
- Examen químico : son varios los componentes químicos analizados rutinariamente en los laboratorios clínicos.Este análisis químico básico de orina suele realizarse empleando tiras reactivas, estas tiras al humedecerse con la orina cada almohadilla se convierte en una reacción química que corresponde a los componentes químicos específicos presentes en la muestra.
- Las tiras reactivas, una vez impregnadas de orina, se comparan con las escalas colorimétricas que tenemos en el laboratorio.
- Examen microscópico : este examen se hace del sedimento obtenido tras la centrifugación (1500 R.P.M / 5 minutos).
- Se coloca una gota del sedimento en el porta y se tapa con un cubre , se examina inicialmente con poco aumento (10 X) y después se pasa al de (40 X) examinando varios campos.
- El sedimento de una orina patológica contiene hematíes, leucocitos, células epiteliales,cristales , bacterias , cilindros , fosfatos ...

2 Objetivos

- Comprender el proceso del análisis de orina.

3 Caso clínico

Bebe de 6 meses que acude al servicio de pediatría con fiebre ,en el momento de llegada a urgencias presenta 38.5 º, sin sintomatología respiratoria y tránsito digestivo y urinario normal, piel sin lesiones , presenta palidez cutánea mucosa sin visceromegalias, examen pleuropulmonar y cardiovascular normal. Abdomen blando, depresible e indoloro. Presión arterial 90/60 mmHg. Otoscopia y resto de examen físico normal.

Exámenes de laboratorio anormales con hiperleucocitosis con neutrofilia y PCR positiva orientado a infección bacteriana. El examen de orina fue patológico y el

urocultivo confirmó infección urinaria por E. Coli . El hemocultivo dio negativo.

4 Discusión-Conclusión

El diagnostico se basó en el hallazgo en la ecografia y el TAC de áreas hipoecogénicas e hipodensas a nivel del parénquima renal.

Se realizó tratamiento médico con antibióticos de cinco semanas siendo su evolución favorable ,con resolución completa de los abscesos renales múltiples que presentaba .

Los abscesos renales son el cúmulo de material purulento confinado el parénquima renal, puede ser mortal en la población pediátrica.

5 Bibliografía

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos como Scielo , Cuiden , Pubmed y en diversos libros y manuales que tenemos en el laboratorio.

Capítulo 1901

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO EN CENTROS SANITARIOS.

PAULA FERNANDEZ FEITO

ENMA LOPEZ FERNANDEZ

PABLO GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Actualmente, escuchamos y hablamos sobre el trabajo en equipo reconociendo de este modo, el valor de la tarea compartida.
En los centros sanitarios el trabajo en equipo es la clave del éxito para que tengan un correcto funcionamiento, así como en otras empresas. Necesitan del trabajo grupal para su mayor efectividad en la organización para el buen trabajo entre sus miembros.
Existen diferentes profesionales en los centros sanitarios, en los que cada uno tiene sus funciones, el trabajo en equipo es muy importante para que puedan llevarse a cabo estas funciones de todos, de forma fluida y garantizar la atención de calidad del paciente.

2 Objetivos

- Identificar los principales objetivos del trabajo en equipo.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Google Académico, Dialnet y Scielo con las palabras clave “trabajo en equipo” y “ centros sanitarios”.
Como criterios de inclusión he empleado: idioma castellano y texto gratuito, y como criterios de exclusión: trabajos publicados previamente al 2010.

4 Resultados

En los artículos que he analizado he encontrado información adecuada para el tema que estoy tratando coinciden en que los principales objetivos del trabajo en equipo son:
- Solucionar los problemas y dar respuesta de manera conjunta a determinadas situaciones.
- Coordinar y transmitir la información entre los miembros del equipo.
- Elaborar los protocolos e informes escritos para facilitar el trabajo.
- Establecer la normativa de funcionamiento del centro sanitario.
- Delimitar las responsabilidades y funciones de cada profesional que forma el equipo interdisiciplinar.

El trabajo en equipo que se realiza en centros sanitarios, es multidisciplinar, abarcando así a profesionales celadores, técnicos de distintas materias, enfermería, médicos, psicólogos, etc. Abarca un grupo muy variado de profesionales que desempeñan distintas funciones en los centros sanitarios, y todas ellas son muy útiles y necesarias para que el paciente esté atendido en todas sus facetas.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante en el día a día tener un funcionamiento correcto y eficiente dentro de cualquier centro sanitario, para ello es muy importante conocer y practicar el trabajo en equipo, en especial, el multidisciplinar, para lo cual se forma escasamente al personal de
éstos centros. Por ello, es importante conocer los objetivos del trabajo en equipo y fomentar la formación en éste ámbito, tanto de forma teórica como práctica.

6 Bibliografía

- https://revistamedica.com/trabajo-en-equipo-trabajadores-centros-sanitarios/
- http://masquemayores.com/magazine/quien-forma-y-que-funciones-y-objetivostiene-el-equipo-interdisciplinar-de-una-institucion-sociosanitaria/

Capítulo 1902

SINDROME DE BURNOUT O “ESTAR QUEMADO” EN EL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS.

SARA ARNIELLA FEITO

PAULA FERNANDEZ FEITO

PABLO RIERA ALLER

1 Introducción

Existen muchos riesgos derivados del trabajo en centros sanitarios. De ellos actualmente parecen en auge los de tipo psicológico,como por ejemplo el “burnout” o síndrome de “estar quemado” que sin ir más lejos sufren un 36,3% del personal en el sector de la sanidad, aumentando al 39,3% en el caso de atención primaria. Es un estado de agotamiento emocional que lleva a la deshumanización en el trato a los pacientes y compañeros, por la sensción de no poder dar más de sí mismos e incluso a la dejadez en el mismo, teniendo el afectado la sensación de fracaso, de falta de energía para enfrentarse a sus tareas y una baja autoestima o incluso acabar presentando enfermedades físicas.Todo esto afecta negativamente al trabajo y por tanto a la atención de los usuarios.

2 Objetivos

- Identificar las causas de Burnout en el personal de los centros sanitarios, sus efectos en la atención a los usuarios de la sanidad y las posibles soluciones o

mejoras para este síndrome.

3 Metodología

He realizado una busqueda bibliográfica en las bases de datos “Google academy” y “scielo” con las palabras empleadas como descriptores: “Sindrome de Burnout”, “España”, “sanidad”y “personal”. Como criterios de inclusión he utilizado el idioma castellano y texto gratuito; y de exclusión aquellos documentos publicados antes del año 2010.

4 Resultados

El síndrome de “estar quemado” suele darse sobre todo en trabajos que son emocionalmente exigentes y se debe a un desgaste emocional crónico que muchas veces viene dado del ambiente laboral, la turnicidad, la falta de autonomía, la ausencia de recursos, del trato continuado con pacientes, o al exceso de volumen de trabajo, hasta el punto de que la frustración y la desmotivación arrastran al personal a una mala atención de los usuarios, atendiéndoles de manera errada o inadecuada.
El burnout no solo tiene efectos psicológicos y físicos en el que lo padece, sino también conductuales, por lo que afecta negativamente al desarrollo de su trabajo, ya que puede desembocar en absentismo laboral, abuso de sustancias nocivas para la salud, conductas violentas o de elevado riesgo,alteraciones alimentarias y de productividad, trato inadecuado a los pacientes siendo distantes o agresivos.
Algunas estrategias para combatir el “síndrome de estar quemado” son: la formación de los trabajadores en técnicas de relajación, uso de la asertividad, resolución de problemas, incrementar la autonomía del trabajador y que forme parte de la toma de decisiones, limitar el número de pacientes que atender, planificar un horario flexible con el trabajador, mejorar la calidad del ambiente de trabajo, identificar de manera clara las tareas de cada puesto de trabajo, siendo estas las principales entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores del sector de la sanidad, por la naturaleza de su trabajo, están bastante expuestos a padecer el síndrome de “estar quemado” por lo que sería necesario hacer hincapié en las medidas necesarias para, al menos, disminuir el

alto nivel de afectación que existe hoy en día en nuestro país en la Sanidad. Es de vital importancia disminuir los riegos de padecerla, dado que sus efectos son dañinos tanto para los trabajadores que lo padecen como para los usuarios, cuya atención sanitaria se ve negativamente afectada.
Con una mejor planificación del reparto de tareas en los equipos de trabajo y en los horarios, un cupo adecuado de pacientes por trabajador, herramientas de trabajo adecuadas a las necesidades y un adecuado ambiente laboral; la calidad asistencial y laboral de la Sanidad española previsiblemente aumentaría notablemente.

6 Bibliografía

- https://www.redalyc.org/pdf/337/33740108.pdf
- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359314001270
- http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/265
- https://www.scielosp.org/article/resp/2013.v87n2/165-179/

Capítulo 1903

MOBBING EN EL PERSONAL SANITARIO.

ENMA LOPEZ FERNANDEZ

PAULA FERNANDEZ FEITO

SARA ARNIELLA FEITO

1 Introducción

Actualmente el mobbing es uno de los factores clave en el desempeño del trabajo dentro del personal sanitario puesto que influye en el correcto desarrollo de las funciones de cada miembro. Debido a este problema no todas las personas que desarrollan sus funciones no son capaces de ejecutar estas de manera correcta, esto a veces puede llevar a una sensación de fracaso y otras producir el fracaso real.
Estas actitudes pueden llevar a mermar psicológicamente y profesionalmente a las personas que lo sufren.

2 Objetivos

- Identificar las principales consecuencias y los factores que conllevan a desarrollar el mobbing en el ámbito laboral sanitario.

3 Metodología

Búsqueda realizada en las bases de datos de Google Académico, Dialnet y Scielo con las palabras clave "mobbing en el personal sanitario" y "mobbing centros sanitarios".
Como criterios de inclusión he empleado: idioma castellano y zona de ámbito en España, y como criterios de exclusión: trabajos publicados previos al año 2014 y publicaciones no relacionadas con el ámbito sanitario, descartadas tras la lectura del abstract.

4 Resultados

En los artículos analizados he contrastado la información, llegando a las siguientes conclusiones sobre las principales consecuencias del mobbing laboral:
- Desprestigio profesional de la persona que lo sufre.
- Absentismo laboral al no encontrar un clima de trabajo óptimo.
- Depresión o alteración del estado emocional.
- Trastorno del sueño.
- Violencia física.

En el entorno laboral sanitario, los factores que favorecen el desarrollo del mobbing son debidos a la competitividad entre personas y la pérdida del puesto de trabajo. Entendiendo la edad como un factor determinante al ver un posible "sustituto" en las nuevas incorporaciones.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante tener un ambiente óptimo de trabajo en el cual a todos los miembros que participan se les trate por igual con independencia de edad, sexo u procedencia entre otros. La supervisión de un ambiente neutro para evitar estas actitudes es un factor clave, debiendo tomar las medidas necesarias por parte de los responsables con aquellos que no cumplen con los valores mínimos de convivencia.
De esta manera se evitan los problemas que conlleva el mobbing en el personal sanitario.

6 Bibliografía

- https://www.formacionasunivep.com/files/publicaciones/investigacion-saludvol2.pdf#page=18http://masquemayores.com/magazine/quien-forma-y-que-funciones-yobjetivos-tiene-el-equipo-interdisciplinar-de-una-institucion-sociosanitaria/
- https://gredos.usal.es/handle/10366/137598

Capítulo 1904

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO

SONIA BLANCO MARTÍNEZ

1 Introducción

El quirófano es el área hospitalaria donde se hacen las operaciones quirúrgicas, se utilizan cantidad de aparatos y máquinas complejas y debe de estar ubicado cerca de la UVI.

Hay varias fases en una intervención quirúrgica:
1. Perioperatorio: es el tiempo que trascurre desde que un paciente va a ser intervenido, se prepara la operación, se hace la misma y recibe el alta en el hospital.
2. Preoperatorio: es el proceso antes de la intervención, se prepara al paciente física y psicológicamente y termina cuando se coloca en la mesa quirúrgica.
3. Transoperatorio: es el momento desde que el paciente se coloca en la mesa quirúrgica hasta que sale del quirófano.
4. Postoperatorio: es el periodo después de la intervención, desde que el paciente se traslada a la sala de reanimación hasta que se le da el alta.

Hay varios tipos de cirugía:
- Según la gravedad: de alto o bajo riesgo.
- Según la extensión: mayor o menor.
- Según el propósito: diagnóstica, curativa, reparadora, estética y paliativa.
- Según el tiempo: emergente, urgente, electiva y programada.

2 Objetivos

- Analizar y conocer las funciones que tiene el celador en el área quirúrgica

3 Metodología

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

4 Resultados

- Trasladar a los pacientes desde la unidad correspondiente a quirófanos, reanimación y viceversa, cuidando en todo momento que a cada paciente le acompañe la historia clínica necesaria, que será entregada por la enfermera de la unidad de procedencia, y comprobar que la identidad del paciente corresponda con la documentación.

- Ayudar al personal sanitario a colocar al paciente en la mesa de operaciones, primero en la posición adecuada para la anestesia según indique el anestesista, después en la posición anatómica que indique el cirujano para la operación, y ayudar a sujetar o movilizar a los pacientes que lo necesiten bajo petición del médico o la enfermera.

- Trasladar los aparatos o mobiliario necesario (ecógrafo, aparato de RX, arco de anestesia, torre de laparoscopia, etc.) y documentos, analíticas, biopsias, concentrado de hematíes y plaquetas desde el banco de sangre…

- Vigilar el acceso a la zona de quirófanos, informar a sus superiores de las anomalías que se encuentren en el material y en la limpieza y conservación del edificio, y hacer los servicios de guardia correspondientes.

- Ayudar en todas las tareas propias del celador destinado en el quirófano, así como las que le sean ordenadas por médicos o enfermeras, durante la intervención permanecerá en el antequirófano por si se le necesita.

- Regular la iluminación del quirófano, estabilizar y elevar la cama quirúrgica, limpiar los transfer utilizados para el traslado de los enfermos, ordenar las camillas y los soportes utilizados en las mesas de los quirófanos. comprobar al terminar la jornada que todo quede colocado para su posterior uso y controlar los quirófanos que todos tengan los utensilios necesarios (arcos para la mesa, soportes para los brazos, almohadillas, etc.).

- Cumplir las normas de asepsia e higiene específicas de esta área.

- Ocasionalmente, ayudar al lavado de los enfermos que ingresen graves por un accidente, cuando su estado de limpieza no sea el apropiado y se necesite operar de inmediato; rasurar si es necesario a los enfermos masculinos en las zonas a operar en caso de ausencia del peluquero o de urgencia.

- Protocolo de rasurado:
1. Necesitamos guantes desechables, batea, jabón, esponja, maquinilla desechable, toallas, esparadrapo y tijeras.
Ponemos los guantes y marcamos la zona a rasurar, preparamos todo el material necesario, colocamos al paciente en la posición adecuada y le explicamos lo que le vamos a hacer.
2. Se intenta no rasurar sobre lunares, verrugas o cualquier otra irregularidad de la piel; en caso de haber herida será la enfermera quién deba rasurar al paciente y en intervenciones de neurocirugía se corta el pelo con unas tijeras antes del rasurado.
3. El rasurado se realiza en el sentido de crecimiento del vello y siempre de zona limpia a zona sucia, eliminando el vello rasurado con un esparadrapo.
4. Se deben lavar las manos antes y después del rasurado.

5 Discusión-Conclusión

El celador es una persona necesaria e indispensable en la zona quirúrgica, debe de conocer el aparataje necesario para cada intervención y la posición en que se debe de colocar al paciente.

Es importante que conozca las zonas en que se divide el área quirúrgica y las normas de asepsia, además de cumplir las medidas de higiene, ya que es una zona de riesgo para la trasmisión de infecciones hospitalarias. Debe de vestir el uniforme correspondiente, pantalón y casaca verde o azul verdoso, y el calzado debe de ser cómodo, antideslizante y que cubra el talón y los dedos, no siendo

aconsejables los zuecos.

6 Bibliografía

- https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-quirofano.
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funcionescelador1.htm
- https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html.

Capítulo 1905

COMUNICACIÓN Y LENGUAJE

MONICA CADENAS MARTINEZ

ANDRÉS NIEVES VALLE

1 Introducción

La comunicación es el proceso de transmisión e intercambio de mensajes entre un emisor y un receptor.
A través del proceso de comunicación los seres humanos comparten información entre sí, haciendo del acto de comunicar una actividad esencial para la vida en la sociedad.
Existen 2 tipos de comunicación:
- Comunicación verbal.
La comunicación verbal es una forma de comunicación exclusiva de los seres humanos y por ello es la más importante. Tiene dos subcategorías:
- Comunicación oral: es el intercambio de mensajes a través del habla.
- Comunicación escrita: en este caso, el proceso comunicacional ocurre a través del lenguaje escrito.

- Comunicación no verbal.
La comunicación no verbal tiene que ver con gestos, sonidos, movimientos y otros elementos para-lingüísticos, o sea, que suelen acompañar al uso del lenguaje verbal para matizarlo y encauzarlo. Tanto es así que es posible transmitir no verbalmente un mensaje contrario a lo que se expresa mediante las palabras.

Históricamente, la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud no ha ocupado un papel relevante en el entorno sanitario, sin embargo, desde hace

unos años la tendencia va cambiando, y es que proporcionar a los pacientes una información clara puede darles la oportunidad de tomar decisiones importantes a lo largo del proceso de su enfermedad, sintiéndose más partícipes y minimizando en muchos casos el sufrimiento que conlleva padecer una enfermedad

2 Objetivos

El objetivo que se persigue es analizar la importancia de utilizar un lenguaje adecuado y empático por parte de los profesionales sanitarios, para hacer constar la importancia que tiene y el impacto positivo en la salud de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una adecuada comunicación es vista como un elemento clave para el correcto cuidado de los pacientes. Las deficiencias en la misma han sido relacionadas con una disminución de la calidad de la atención.

5 Discusión-Conclusión

El proceso comunicativo es un componente crucial y por ello los profesionales deben adquirir conocimientos y habilidades en esta materia para un buen desarrollo de la profesión

6 Bibliografía

- María Estela Raffino. Comunicación no verbal: Concepto, Características y Ejemplos [Internet]. [citado 12 de enero de 2020]. Disponible en: https://concepto.de/comunicacion-no-verbal/

- Comunicación Paciente-Profesionales Sanitarios | MSD Salud [Internet]. [citado 12 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.msdsalud.es/recursos-salud/guias-para-pacientes/comunicacion-pacienteprofesionales-sanitarios.html
- Casado M. La comunicación como herramienta básica de enfermería. En 2015.

Capítulo 1906

TRABAJO SOCIAL Y DROGODEPENDENCIAS

TAMARA GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

La drogodependencia es la adicción generada por la exposición repetida a una droga, ya sea un fármaco o una sustancia psicoactiva. Entre los efectos más destacados encontramos los siguientes: depresores, estimulantes y alucinógenos.
Entre las sustancias más adictivas encontramos las siguientes: heroína, cocaína, nicotina, barbitúricos y el alcohol. Entre las consecuencias más destacadas del consumo de drogas destacamos las siguientes:
- Disminución del rendimiento laboral y/o académico.
- Deterioro de las relaciones personales.
- Fisiológicas y psicológicas (alucinaciones, depresión, deterioro del sistema nervioso central…)
- Sociales (robos, agresiones…)
- Económicas.
- Deterioro y debilitamiento de la voluntad del usuario.

Es un fenómeno social que implica que su tratamiento sea llevado a cabo por equipos multidisciplinares (médicos, psicólogos, trabajadores Sociales…)

2 Objetivos

- Dar a conocer la definición de drogodependencia.
- Clasificar los efectos del uso de drogas.
- Definir las sustancias más adictivas.

- Dar a conocer los efectos del abuso de las drogas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en revisión bibliográfica y de la web sobre la temática exsitente.
El Trabajador Social pretende investigar las condiciones sociales de personas, grupos o colectivos que presentan dificultades en su desarrollo global y promover cambios a través de la intervención para que los usuarios sean capaces de resolver sus propios problemas.
Al usuario con problemas de drogas es necesario hacerle una valoración multidisciplinar (a nivel médico, psicológicos, del tipo de consumo, situación familiar, económica, motivacional.
El Trabajador Social debe lograr hábitos de higiene, de alimentación y sexuales adecuados, trabajando sobre los recursos formativos, de ocio, salud. Y conseguir tratamientos que impliquen a la familia en el proceso. Así mismo debe realizar entrevistas, elaborar informes y seguimientos.

4 Resultados

El fenómeno de las drogodependencias implica aislamiento social. Es un fenómeno complejo que supone un abordaje multidisciplinar y que es vital la motivación del propio individuo. Su tratamiento puede llevarse a cabo en ambulatorios, centros de día, centros de rehabilitación y en grupos de autoayuda.
A nivel nacional la Ley General de Sanidad, en su artículo 43 dice " que las actuaciones de las Administraciones Públicas están orientadas a la promoción de la salud" y desde el año 1985 existe un Plan Nacional de Drogas.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo social con personas drogodependientes no sólo implica labores de desintoxicación y deshabituación, sino que supone ayudar a la persona en tareas integradoras a nivel familiar, laboral, social…), es decir, supone una labor de reinserción.
En la actualidad este fenómeno está aumentando entre los jóvenes ya que es fácil acceder a este tipo de sustancias, por que es muy importante llevar a cabo labores de prevención en los colegios.

6 Bibliografía

- www. socidrogalcohol.org wwwwww.wikipedia.org
www.pnsd.mscbs.gob.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1907

CAMPOS DE ACTUACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

TAMARA GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que busca promover el cambio y el desarrollo social y que la persona sobre la que se realiza una intervención se fortalezca y se libere.

Se basa en los derechos humanos, la justicia social, el respeto a la diversidad y la responsabilidad colectiva.

Para llevar a cabo su desarrollo se involucra al usuario y al entorno que le rodea para poder hacer frente a su problemática y para aumentar su bienestar.

Los ámbitos de actuación del Trabajo Social son , entre otros, los siguientes:
- Salud
- Inmigración
- Violencia de género
- Discapacidad
- Vivienda
- Protección de menores y adopción
- Sistemas penitenciarios…

En cuanto al desarrollo de su labor realiza actividades de:
- Investigación: es vital conocer los diferentes fenómenos sociales, sus causas y la repercusión generada en la sociedad.

- Diagnóstica: es necesario tipificar las causas y los efectos de la problemática detectada
- Programación: establecer acciones y procedimientos para la intervención.
- Gestión: a través de la educación, organización y el desarrollo social.
- Evaluación: para valorar el alcance y las limitaciones de la intervención.

Así mismo podemos hablar de unos niveles de actuación:
- Clínico: que incluye la prevención , diagnóstico y tratamiento de trastornos de conducta.
- Educativo: la aplicación de principios psicológicos a problemas educativos.
- Laboral: analizando las posibilidades de inserción en el mercado laboral.
- Social: referido a las relaciones del sujeto con el entorno.

2 Objetivos

- Dar a conocer la definición de Trabajo Social.
- Conocer los ámbitos de actuación de los Trabajadores Sociales.
- Exponer los campos donde desarrolla su labor como profesional.
- Definir niveles de actuación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como se ha podido explicar a lo largo del capítulo el Trabajo Social es una profesión que abarca un amplio abanico de ámbitos de aplicación (sanitario, carcelario, migración, discapacidad…) y a su vez es llevado a cabo a través de un elevado número de actividades ya que el Trabajador Social se encarga de investigar problemáticas, entrevistar a los usuarios, desarrollar estrategiAs de intervención, entrevistas, seguimiento de casos… y además de trabajar a nivel individual como

profesional, también desarrolla su Valor en equipos multidisciplinares ya que la labor sobre el individuo no sólo se realiza desde una única perspectiva.

Es vital implicar en la actuación sobre el usuario a su familia, ya que juega un papel fundamental.

A los usuarios no hay que resolverles los problemas, es necesario darles las herramientas necesarias para que sean ellos mismos los que den respuesta a sus problemáticas (”no le des el pez una vez, dale la caña para que aprenda a pescar y así no pase hambre el resto de su vida”).

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos afirmar que el Trabajo Social es una profesión que está en constante evolución ya que abarca un elevado número de campos de actuación y problemáticas que van variando y evolucionando a lo largo de los años.

Lo que no varía es que el profesional debe estar en una forMación continuada y su intervención debe estar centrada en la persona favoreciendo su bienestar y conSIguiendo que el usuario obtenga los mayores beneficios de la intervención.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1908

VIRUS DE LA HEPATITIS.

MONTSERRAT MERA TORNEIRO

MARIA ELENA PRIETO GOMEZ

1 Introducción

Los virus son microorganismos compuestos de material genético, protegido por un envoltorio proteico ,son causantes de diversas enfermedades introduciéndose como parásitos en una célula para reproducirse en ella. Están formados por ácidos nucleicos rodeados de proteínas.

2 Objetivos

- Conocer cómo diagnosticar qué clase de hepatitis tiene el paciente y darle tratamiento lo antes posible para que se mejore y se recupere de dicha enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Distinguiremos según los resultados cuatro tipos de hepatitis :
1. Hepatitis A: está causada por un virus ARN de la familia Picornaviridae y género Hepatovirus . Tiene morfología icosaédrica sin envoltura y un sólo genoma de ARN lineal de polaridad positiva. El virus se elimina en grandes cantidades en las heces de los individuos infectados y se transmite por contacto directo oro-fecal y por ingestión de agua o elementos contaminados. Normalmente evoluciona en forma de hepatitis aguda no complicada.

Los signos y síntomas van acompañados de alteraciones bioquímicas como el aumento de las enzimas de citolisis y colestasis (ALT , AST, GGT, BILIRRUBINA, FOSFATASA ALCALINA…).

El diagnostico de certeza consiste en la detección de la presencia de anticuerpos específicos de la clase IGM que son los primeros en aparecer y duran unos meses o bien por detección del genoma viral.

2. Hepatitis B : el virus de la hepatitis B es un virus DNA circular cuenta con una nucleócapside de morfología icosaédrica y una envoltura lipídica ,y se clasifica dentro del género Hepadnavirus .Para este virus en el laboratorio se deben considerar dos tipos de pruebas : marcadores serólogicos clásicos y las pruebas moleculares para la detección del ácido nucleico (NAT). Pueden ser técnicas de hibridación con sondas y técnicas de PCR. El HBSAG es el marcador de la actividad de la enfermedad y de infectividad.

3. Hepatitis C : este virus pertenece a la familia Flaviviridae , se trata de un virus con ARN monocatenario.
El diagnostico microbiologico especifico para la detección de la infección por el VHC se basa en la demostración de anticuerpos anti-VHC o antígenos por enzimoinmunoanálisis y detección del ARN viral por técnicas moleculares (RT - PCR) que permiten diferenciar diferentes estadios de la enfermedad.

4. Hepatitis E : se trata de la primera causa de hepatitis e ictericia en el mundo, se transmite por vía oro-fecal , fundamentalmente a través de las aguas contaminadas . Sus características clínicas son las de hepatitis aguda similar a la producida por el VHA. El VHE pertenece a la familia Hepeviridae y constituye el género Hepevirus. Se trata de un virus de un ARN, de polaridad positiva y pequeño tamaño, sin envoltura. Su mecanismo de transmisión es muy similar al de la hepatitis A y , al igual que esta no se cronifica. Los inmunoensayos enz-

imáticos constituyen la herramienta de diagnostico principal para la detección de anticuerpos frente al VHE.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los virus ADN presentan un genoma bicatenario ,con excepción de los parvovirus ,constituidos por ADN monocatenario. Además las moléculas de ADN viral pueden ser lineales o circulares. Los Papovaviridae y Hepadnaviridae tienen ADN doble cadena circular.

Los ARN de los virus animales son en su gran mayoría de cadena simple. Reoviridae y Birnaviridae las únicas familias que presentan como genoma ARN bicatenario. En algunos grupos de virus, el ARN genómico esta segmentado en varios fragmentos.

Además de las características físicas y químicas mencionadas, la polaridad o sentido de la cadena de ARN es una propiedad fundamental utilizada para definir los distintos tipos de ARN viral.

6 Bibliografía

- Revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos y de protocolos del hospital.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1909

PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES: EL ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO

MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON

1 Introducción

El termino estrés tiene su origen en la física y la biología para designar aquellos objetos sometidos a tensión, la psicología luego adoptó este término porque lo consideró apropiado para referirse a estados de demanda y un rendimiento superior al normal en el individuo.

El estrés moderado es algo habitual, nos activa y nos ayuda a reaccionar ante diversas circunstancias de la vida, pero cuando la demanda supera nuestras capacidades (o sentimos que las supera) se convierte en una sobrecarga con la que no es fácil convivir.

El personal laboral multidisciplinar del ámbito sanitario está sometido a múltiples factores estresantes tanto de carácter organizacional como propios de la tarea que ha de realizar, estas características hacen que tenga una incidencia relativamente grave porque no solo afecta al profesional que lo padece, sino también al enfermo que depende de sus servicios y atenciones. En cuanto a su incidencia en el mundo sanitario, presenta notables diferencias en función del género, ocupación y cargo desempeñado.

La prevención es la vía ideal de solución de este problema. Consiste fundamentalmente en una organización más racional del trabajo, el establecimiento de turnos más equilibrados, la conciliación de la vida laboral y familiar, el desarrollo de un ambiente agradable en el puesto de trabajo, la intervención con los propios trabajadores y el desarrollo de políticas sociolaborales promotoras de la salud.

La prevención del estrés, es fundamental, tratando de evitar caer en lo que se ha dado en llamar: "el burnout o síndrome de estar quemado", para ello es necesario tener claro el concepto de estrés laboral, y conocer los factores que condicionan su aparición así como las fases por las que pasa el trabajador.
Los objetivos generales de la prevención de este riesgo laboral son:
• Eliminar o reducir el estrés laboral.
• Mejorar el nivel de satisfacción laboral.
• Reducir el absentismo laboral.
Los objetivos específicos son:
• Identificar situaciones de estrés laboral.
• Aprender estrategias de afrontamiento de estrés.
• Mejorar la resistencia al estrés

2 Objetivos

Conocer las metodologías de prevención utilizadas para el abordaje de este riesgo laboral en un entorno socio-sanitario.

3 Resultados

Este síndrome tiene una alta prevalencia en aquellos profesionales que trabajan en contacto con personas, y en el caso de los profesionales del ámbito sanitario en España las cifras de este síndrome se sitúan entre un 18% y un 33% de sus profesionales, con diferencias entre las distintas áreas y especialidades. Generalmente la aparición del estrés en la sanidad se debe a que se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias, entre ellas podemos señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo:
– Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte.
– Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda.

– La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
– Proporción muy alta de pacientes/usuarios a los que deben de atender.
– Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
– Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
– Conflicto de rol y ambigüedad de rol
– Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar. – Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

A través de distintas técnicas preventivas se puede dotar al trabajador de recursos de afrontamiento del estrés laboral cuando las medidas organizativas no dan resultados. Hay que hacer ejercicio, evitar la ingesta de excitantes como el tabaco, el café o el alcohol, y evitar comunicaciones de tipo pasivo o agresivo, desarrollando tolerancia y respetando a los demás.

La prevención del estrés laboral ha de pasar por la intervención de la organización. Se ha de empezar a intervenir en la fase de diseño, teniendo en cuenta todos los elementos del puesto de trabajo, integrando el entorno físico y social y sus posibles repercusiones para la salud.

Considerando que el estrés es uno de los principales riesgos para la salud y la seguridad, sería prudente incluir indicadores del mismo en la vigilancia de la salud laboral e invertir en prevención del estrés ya que es un ahorro de costes para la organización.

ACLARACIONES CONCEPTUALES:
Insatisfacción laboral
Es una situación de malestar, que se manifiesta como consecuencia de la no adaptación de las características del trabajo a las aspiraciones, expectativas o necesidades del trabajador, está en relación directa con la subjetividad personal.

Estrés laboral
El estrés es algo subjetivo y personal, es consecuencia de una situación que el individuo no puede controlar, que le supera, una emoción dolorosa, un sentimiento de angustia. Esos sentimientos dan lugar a consecuencias psíquicas y sociales. Con la aparición de síntomas físicos consecuencia de la interpelación psicosomática.

FUENTES DEL ESTRÉS LABORAL:
-Estresores físicos: condiciones físicas del entorno laboral: luz, ruido, temperatura,

etc.
-Estresores individuales: Rol conflictivo, ambigüedad de Rol, sobrecarga de trabajo, responsabilidad por otros, desarrollo de carrera.
-Estresores colectivos y organizacionales: Estresores grupales, (conflictos del equipo, apoyo inadecuado al grupo, falta de cohesión del equipo) Estresores organizacionales, (características de la tarea, tecnologías, condiciones laborales desfavorables, turnicidad)
-Estresores extraorganizacionales: Diferencias individuales, edad, sexo, nivel de educación, ocupación, recursos económicos, práctica de ejercicio en tiempo libre etc.
Todos estos desencadenantes se entremezclan conformando una situación que, siendo a priori objetiva, influye de manera particular en cada individuo, porque depende de cómo sea percibido por él, desencadenando el llamado círculo del estrés
Además de estos desencadenantes existen otros, considerados extraordinarios, puntuales de la vida de una persona: muerte de seres queridos, divorcios, experiencias personales traumáticas, cambio de condiciones personales etc

FASES DEL ESTRÉS:
El estrés es un proceso psicosomático que se desenvuelve en varias fases:
1. Fase de Alarma: El cuerpo reacciona ante un estímulo extresante, preparándose para la respuesta, poniéndose en tensión y movilizando las defensas del organismo: sequedad de boca, pupilas dilatadas, sudoración, tensión muscular, taquicardia, aumento de frecuencia respiratoria, aumento de la tensión arterial, aumento de la síntesis de glucosa y de la secreción de adrenalina y noradrenalina. Se genera también una activación psicológica, aumentando la capacidad de atención y concentración. Es una fase de corta duración y no es perjudicial cuando el organismo dispone de tiempo para recuperarse.
Todas las reacciones están encaminadas a preparar al organismo para un esfuerzo o tarea.
2. Fase de resistencia o adaptación: Aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación.
3. Fase de agotamiento: Se produce cuando el organismo no consigue superar el motivo por el que fue puesto en guardia.
Como la energía de adaptación es limitada, si el estrés continúa o adquiere más intensidad pueden llegar a superarse las capacidades de resistencia, y el organismo entra en una fase de agotamiento, con aparición de alteraciones psicosomáticas.

EFECTOS DEL ESTRÉS:

Los efectos que produce el estrés son de diversa índole:
• A nivel del sistema de respuesta fisiológica: Taquicardia, aumento de la tensión arterial, sudoración, alteraciones del ritmo respiratorio, aumento de la tensión muscular, aumento de la glucemia en sangre, aumento del metabolismo basal, aumento del colesterol, inhibición del sistema inmunológico, sensación de nudo en la garganta, dilatación de pupilas, etc.
• A nivel del sistema cognitivo: sensación de preocupación, indecisión, bajo nivel de concentración, desorientación, mal humor, hipersensibilidad a la crítica, sentimientos de falta de control, etc.
• A nivel del sistema motor: hablar rápido, temblores, tartamudeo, voz entrecortada, imprecisión, explosiones emocionales, consumo de drogas legales como tabaco y alcohol, exceso de apetito, falta de apetito, conductas impulsivas, risas nerviosas, bostezos, etc.

CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL ESTRÉS EN EL TRABAJO:
Las reacciones de los diferentes individuos a una misma situación son también diferentes en función de características tales como: personalidad independiente, rigidez, ansiedad, introversión, etc. Las conductas más negativas que se pueden observar son:
• Síndrome del quemado (Burnout): es una actitud negativa, producida por el agotamiento psíquico y físico, de rechazo ante el futuro; se traducirá en una falta de motivación hacia el aprendizaje de nuevas tareas, hacia la formación, etc.
• Agresividad: en estado de insatisfacción el individuo entra en tensión , pudiendo alcanzar un estado de frustración que posteriormente desemboca en agresión
• Abuso de alcohol, tabaco y otras drogas
• Aislamiento: falta o disminución de relaciones, tanto con compañeros como en la vida personal. La falta de ánimo para prestar atención le hace "desconectar" de la vida social y familiar.

TÉCNICAS DE PREVENCIÓN DEL ESTRÉS:
Ayudan al tratamiento de diversos problemas de comportamiento. En el ámbito preventivo fomentan la capacidad de adaptación del individuo.
Se clasifican en cuatro grupos:
• Técnicas generales.
Incrementan en el individuo una serie de recursos personales que le permite afrontar mejor situaciones de estrés. Entre otros están: realizar ejercicio físico, dieta adecuada los desgastes energéticos, apoyo social, distracción y buen humor.
• Técnicas cognitivas.

Se utilizan para modificar evaluaciones erróneas sobre las demandas o sobre los propios recursos del individuo. Entre ellas están la reotganización cognitiva, basada en sustituir las interpretaciones erróneas y la modificación de prejuicios y pensamientos automáticos.
• Técnicas fisiológicas.
Tratan de suavizar las respuestas fisiológicas que produce el estrés. Entre ellas están: técnicas de relajación física y técnicas de relajación de la respiración.
• Técnicas conductuales.

Su fin es generar conductas adaptativas, proporcionando al individuo una serie de estrategias que le ayuden a afrontar un problema. Alguna de ellas son:
-Técnicas de solución de problemas. Se trata de un procedimiento de búsqueda de soluciones, de aplicación ante aquellos problemas que persisten (causando, por ello, malestar crónico y sensación de impotencias).
- Entrenamiento asertivo: se trata de adiestrar al individuo par que consiga expresar mejor sus sentimientos, deseos y necesidades de manera libre, clara e inequívoca ante los demás.
- Modelamiento encubierto (creado por Cautela en 1971): consiste en cambiar secuencias de conductas que son negativas para el alumno y aprender conductas satisfactorias, practicándolas mentalmente, para más tarde, aplicarlas en la vida real.

4 Discusión-Conclusión

1.- La respuesta de estrés es un riesgo laboral muy importante en el personal multidisciplinar del ámbito sanitario.
2.- El sentirse estresado depende tanto de las demandas del medio externo como de nuestros propios recursos para enfrentarnos a él.
3.- La exposición a situaciones de estrés, provoca la ”respuesta de estrés”, que consiste en un aumento de la activación fisiológica y cognitiva.
4.- La exposición a situaciones de estrés, hace que nuestro organismo se prepare para una intensa actividad motora.
5.- La exposición a situaciones de estrés prepara a nuestro organismo para actuar de forma más rápida y vigorosa ante las posibles exigencias de la situación.
6.- Si la respuesta de estrés es demasiado frecuente, intensa o duradera, puede tener consecuencias negativas en nuestro organismo.
7.- El organismo no puede mantener durante mucho tiempo un ritmo constante de actuación por encima de sus posibilidades.

8.- Si se mantiene durante mucho tiempo la respuesta de estrés más allá de los límites que es distinto para cada persona, se producirán serios trastornos a diferentes niveles.
9.- En toda situación de estrés hay unas características, entre las que se encuentra como más específica un cambio o situación nueva.
10.- Las consecuencias del estrés laboral son múltiples en los tres niveles: fisiológicos, cognitivos y motores.
11.- Se puede evaluar el estrés analizando y comprobando las tablas de autoevaluación de estrés que existen para su valoración.
12.- Existen técnicas de control de estrés de demostrada y validada eficacia.

5 Bibliografía

- NTP 349 (1994): Prevención del estrés: intervención sobre el individuo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, Madrid.
- NTP 438(1997): Prevención del estrés: intervención sobre la organización Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, Madrid.
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre. B.O.E. nº 269, de 10 de noviembre).
- NTP 444 (1997): Mejora del contenido del trabajo: rotación, ampliación y enriquecimiento de tareas, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, Madrid.
- Llaneza Alvarez FJ. "La ergonomía forense. Pruebas periciales en prevención de riesgos laborales". Ed. Lex Nova: 2005.
- Bautista González C. Evaluación ergonómica. Asturias Prevención.(Ast.) enero 2019

Capítulo 1910

CUIDADOS A PACIENTES Y LA RADIOLOGÍA DE URGENCIAS.

MARIA DIAZ PEREZ

HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON

ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ

MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La radiología de urgencias está en continua evolución adaptándose y buscando soluciones diagnósticas cada vez más rápidas y precisas para cada escenario clínico. Esto condiciona que, mientras se estandarizan y consensuan nuevos algoritmos de decisión, conviven diversas formas de actuar con sus defensores y detractores poseyendo, en general, ambas corrientes sólidos fundamentos. Esto, que puede generar confusión en la práctica clínica, permite controversias enriquecedoras y clarificadoras para todos cuando se exponen de manera ordenada.

Los estudios radiológicos de urgencias se realizan a pacientes con una patología aguda (síntomas floridos de rápida aparición) que requiere una atención médica inmediata. Su situación muchas veces es crítica en urgencias y su vida depende del establecimiento de que no siempre puede realizarse un rápido diagnóstico y tratamiento de las exploraciones radiográficas en óptimas condiciones.
En la sala de urgencias está Radiólogo, el Técnico , acompañado por un Auxiliar, enfermera y un celador. Es casi imposible pensar que en un hospital en el que se

atienden enfermos graves, no tenga servicio de radiología continua. Sin éste, la medicina retrocedería significativamente.

2 Objetivos

- Revisar el concepto de radiología de urgencia como una subespecialidad necesaria e integrada en la atención de pacientes en la unidad de emergencia.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de los técnicos de rayos en las radiografías de urgencias en pacientes y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: técnico, radiografía urgencias, radiología, cuidados , radiodiagnóstico y educación sanitaria.

4 Resultados

La medicina actual se basa en un pilar fundamental: la tecnología. Es esta la que favorece el desarrollo de la medicina tal y como la conocemos en la actualidad y la que permitirá su futuro avance, destacando la aparición de importantes progresos a nivel radiológico. La medicina como arte ha dado paso a una medicina como ciencia sistematizada, tecnificada y de trabajo en equipo. Esto, además de inducir cambios estructurales, ha aumentado de forma significativa los costos. La atención del enfermo urgente requiere además una serie de peculiaridades, dado la importante cantidad de recursos que consumen, así como la necesidad de una atención inmediata y continua.

Cada vez existen más medios radiológicos que son dedicados en forma exclusiva a la atención del enfermo urgente y en forma lenta y progresiva ha ido aumentando el número de radiólogos dedicados en forma exclusiva o al menos preferente. Sin embargo, en muchos hospitales todavía siguen compartiendo esta tarea con su actividad rutinaria, lo cual poco a poco, va disminuyendo. La dotación específica de especialistas y equipos dedicados en forma exclusiva para el servicio de urgencia no hace sino favorecer la asistencia oportuna y eficiente al paciente urgente.

Un aspecto fundamental ha sido el impacto estratégico de los servicios de urgencias sobre el funcionamiento global de los hospitales, justificando casi el 90% de sus consultas agudas o no programadas y constituyendo su principal vía de entrada, por la que acceden entre el 40 y el 70% del total de los ingresos.

La imagenología forma parte integral en la atención de pacientes en el servicio de urgencias, sin embargo, a pesar de que los hallazgos de imagen a menudo determinan la gravedad, diagnóstico diferencial y tratamiento de un paciente durante y después de la atención en urgencia, algunos centros hospitalarios parecen conceder poca importancia a esta etapa de diagnóstico y asignar las imágenes del departamento de urgencia a los residentes o especialistas en imágenes que ven el trabajo en el servicio de urgencias como un apéndice de sus funciones.
La presencia de un radiólogo dedicado en el servicio de urgencias es un desarrollo relativamente reciente en centros médicos académicos y algunos grandes hospitales1. Se reconoce que las necesidades locales determinan variaciones en la cobertura.

La relación entre los médicos de urgencia y radiólogos continuó evolucionando, al igual que la especialidad de medicina de urgencia. El aumento del uso de imágenes seccionales tales como la tomografía computarizada y la ecografía requirió de una mayor integración oportuna entre las conclusiones de los informes finales de radiología y la atención proporcionados por los médicos de urgencias.
El uso cada vez mayor de las imágenes en el servicio de urgencias y el aumento de la confianza en el diagnóstico obtenido a partir de estas imágenes seccionales ha generado la necesidad de que no solo estos estudios, sino todos los estudios radiológicos, sean interpretados de manera oportuna.
Estos factores crearon el ambiente que obligó a los departamentos de radiología en muchas instituciones a crear fórmulas de cobertura de radiología de urgencia.

Existen varios métodos para proporcionar la cobertura de radiología en horario inhábil para el servicio de urgencias. El más deseable puede ser la creación de una sección dedicada a la radiología de urgencia. Dicha sección ofrece servicio de radiología ininterrumpida durante todo el día y la noche. La responsabilidad principal del especialista en radiología de urgencia son las imágenes pacientes de urgencia, lo que exige su presencia a tiempo completo. Este radiólogo, en esencia, funciona como una parte integral del departamento de medicina de urgencia
Un posible modelo a utilizar es el que condujo al desarrollo de la medicina de emergencia como una subespecialidad en Estados Unidos. En la década de 1960, internistas y cirujanos que comenzaban sus prácticas realizaban la cobertura de

servicio de urgencias. A medida que el conocimiento para la práctica de la medicina de urgencia creció, centros médicos académicos desarrollaron programas de medicina de emergencia con una velocidad asombrosa.

Un segundo modelo hace hincapié en incorporación de tópicos de subespecialidad de radiología de urgencia durante el programa de formación en radiología general. En la actualidad, existe poco desarrollo de la radiología de urgencia como subespecialidad en nuestro país. Es importante establecer una vía que promoverá su crecimiento y fomentar la dedicación de residentes a la sub-especialidad. Un nuevo espíritu de cooperación entre todos los que prestan atención de urgencia proporcionará beneficios no sólo para nuestros pacientes, sino también para el avance de la medicina. Se requerirá un cambio fundamental en la forma en que nos relacionamos como servicio de radiología con el servicio de urgencia si vamos a alcanzar dichos objetivos.

Es necesario participar en las actividades académicas y técnicas del servicio de urgencia, esto es en reuniones, formación de becados y planificación de protocolos. Es importante mantener una comunicación permanente que permita tener acuerdos, guías o protocolos para el estudio de los pacientes, de manera de evitar uno de los grandes problemas que puede generar la amplia disponibilidad de métodos de estudio, que es la sobre indicación de exámenes sin indicación adecuada, hecho que sobrecarga de manera significativa las unidades de radiología, desviando la atención de los pacientes realmente importantes, aumentando innecesariamente los costos y, en algunos casos, exponiendo a los pacientes a riesgos innecesarios (por ejemplo radiaciones). La comunicación fluida permite ir discutiendo los casos que generen dudas de manera de definir cuál es la mejor y más efectiva y eficiente conducta para cada paciente. Existen otras herramientas útiles para la racionalización del uso de imagenología en urgencia, tales como el desarrollo de guías clínicas o protocolos locales.

5 Discusión-Conclusión

La radiología de urgencia es una subespecialidad joven dentro de la radiología, que ha ido progresivamente tomando su lugar dentro de la medicina actual. La necesidad de unidades dedicadas es un hecho reciente, cada vez más evidente, que ha impulsado el crecimiento de esta subespecialidad en el mundo y con cierta latencia, en Chile también. Nuestro desafío es demostrar la utilidad de este enfrentamiento y favorecer su desarrollo, de manera de permitir una mejoría de los estándares de calidad en la atención de nuestros pacientes, lo cual finalmente,

lleva mejorar su mortalidad y morbilidad. Es de extrema importancia el establecimiento de trabajo en equipo, con integración de imagenología con el resto de los estamentos de una unidad de urgencia, siendo esto un desafío tanto para los radiólogos como para los médicos clínicos de urgencia.

6 Bibliografía

1. M. Quintana Díaza, M. Sánchez Casado. Radiología urgente: lo que el clínico espera del radiólogo. Radiología., 53 (2011), pp. 3-6
2. F. Mueller Charles, S. Yu. Joseph. The Concept of a Dedicated Emergency Radiology Section: Justification and Blueprint., 179 (November 2002)
3. P. Fleckenstein, J. Tranum-Jensen. Tórax. Bases anatómicas del diagnóstico por la imagen, 2nd ed., Elsevier, (2002)
4. L. Brateman. Radiation safety considerations for diagnostic radiology personnel. Radiographics, 19 (1999), pp. 1037-1055
5. B. Trotman-Dickenson. Radiology in the intensive care unit (part I). J Intensive Care Med, 18 (2003), pp. 198-210

Capítulo 1911

LAS RADIOGRAFIAS TORACICAS

HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON

ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ

MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ

MARIA DIAZ PEREZ

1 Introducción

La medicina es una ciencia sometida a un cambio constante. A medida que la investigación y la experiencia clínica amplían nuestros conocimientos, son necesarios cambios en los tratamientos y la farmacoterapia. Los editores de esta obra han contrastado sus resultados con fuentes consideradas de confianza, en un esfuerzo por proporcionar información completa y general, de acuerdo con los criterios aceptados en el momento de la publicación. Sin embargo, debido a la posibilidad de que existan errores humanos o se produzcan cambios en las ciencias médicas, ni los editores ni cualquier otra fuente implicada en la preparación o la publicación de esta obra garantizan que la información contenida en la misma sea exacta y completa en todos los aspectos, ni son responsables de los errores u omisiones ni de los resultados derivados del empleo de dicha información.

Cuando los cambios e innovaciones tecnológicas se suceden vertiginosamente, el conocimiento de las técnicas de diagnóstico por imagen y el uso adecuado de las mismas constituye un componente fundamental en la formación médica, y su comprensión ayudará al clínico a seleccionar la modalidad más apropiada a su sospecha diagnóstica.

La radiografía de tórax es el examen radiológico más útil y comúnmente utilizado por los clínicos y en particular por el médico de familia, pues es una prueba de fácil acceso, rápida y barata, y aporta información de todas las estructuras de la caja torácica que permite ayudar a orientar, confirmar o descartar distintas patologías que puedan afectar al tórax. Al ser una técnica de inestimable valor en la práctica clínica diaria es importante su correcta interpretación; en este módulo se describen sus indicaciones, la calidad de la imagen, las proyecciones básicas y la anatomía radiológica esencial a conocer.

2 Objetivos

- Identificar las actuales técnicas de imagen radiológica que pueda servir de de referencia a todo el personal sanitario.
- Saber identificar la imagen radiológica torácica.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de los técnicos de rayos en las radiografías torácicas y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: técnico, radiografía torácica, radiología, cuidados y educación sanitaria.

4 Resultados

La radiología convencional sigue siendo una herramienta anatómica fundamental en la detección y diagnóstico de enfermedades en el tórax abdomen, pelvis, mamas y huesos; y continúa siendo utilizada en la evaluación inicial del paciente. Otras técnicas como ecografías fía, TC y RM también se utilizan para obtener información diagnóstica adicional y, en algunos casos, han reemplazado a la radiología convencional en el manejo inicial del paciente.

La radiología computarizada (CR, del inglés computed radiography) o radiología digital (RD) ha sustituido recientemente al tradicional conjunto chasis-película convencional (radiografía-hojas de refuerzo). El método de radiología digital que más se ha extendido hasta la fecha es la radiología digital con fósforo foto estimulable (RDFF o PPCR en inglés), desarrollado inicialmente en 1981. Esta técnica usa

una placa de fósforo foto estimulable montada dentro de un chasis para capturar y registrar los rayos X transmitidos, en forma de electrones atrapados. Cuando se hace un barrido de placa expuesta mediante un haz láser de baja energía, se estimula la liberación de los electrones y la energía asociada se usa para codificar la imagen digital o en escala de grises. Las ventajas de esta técnica sobre el chasis-película convencional incluyen mayor calidad de imagen, menor dosis de radiación para el paciente, mayor duración de la placa y una respuesta lineal del fósforo a la radiación en un amplio rango de exposición, permitiendo una mayor libertad para seleccionar la exposición o dosis.

En la fluoroscopia se utiliza un haz continuo de rayos X para evaluar procesos dinámicos como la peristalsis intestinal o la excursión diafragmática, y también se utiliza con frecuencia para procedimientos angiográficos o intervencionistas, como la colocación de sondas de alimentación o catéteres de drenaje. Sigue siendo una modalidad utilizada con frecuencia en la evaluación del tubo digestivo superior e inferior (como en el enema de bario), las articulaciones y la médula espinal en la mielografía tras punción lumbar.
Recientemente se han introducido sistemas detectores digitales directos, como los CCD (charged coupled devices, detectores fotónicos matriciales) que empiezan a sustituir a muchos de los componentes de los equipos fluoroscopios.

En la tomografía convencional se obtiene una imagen en la que el plano elegido de la anatomía se mantiene enfocado, mientras que las estructuras situadas delante y detrás de este plano aparecen intencionadamente borrosas. Para conseguir esto, el tubo de rayos X y la película se desplazan simultáneamente en sentidos opuestos durante la exposición de la imagen tomográfica, cubriendo un arco de 8 a 40 grados. Cuanto mayor sea este arco, más fino es el grosor del corte obtenido. En los estudios renales (nefro-tomografías) se usan habitualmente 20 grados.

Además de movimientos lineales simples, los tubos de rayos X pueden realizar movimientos más complejos, que pueden aumentar la borrosidad de los tejidos situados fuera de plano y por tanto mejorar la calidad de imagen del corte tomográfico. Aunque la TC ha reemplazado a muchos estudios tomográficos convencionales, especialmente en el tórax y sistema musculo-esquelético, se sigue utilizando para las tomografías renales.
Las radiografías para la mamografía con película y hojas de refuerzo deben tener una excelente resolución, contraste y densidad para la detección óptima de lesiones mamarias, especialmente carcinomas en estadio inicial. Un equipo de

mamografía lleva un tubo de rayos X especial y un sistema de compresión de la mama.
Se utilizan bajos kilo voltajes para mejorar la resolución de contraste. Habitualmente se obtienen dos proyecciones de cada mama: cráneo-caudal (CC) y oblicua medio lateral (OML); ambas con compresión, que permite reducir la exposición a la radiación y mejora la calidad de la imagen. Las imágenes magnificadas se utilizan típicamente para caracterizar mejor las micro calcificaciones, mientras que las mamografías con compresión localizada son útiles para separar las estructuras de partes blandas superpuestas y, por tanto, facilitar la detección de lesiones. La ultrasonografía (US) y, más recientemente, la RM se utilizan como modalidades complementarias para la caracterización de lesiones. Con frecuencia se hacen intervenciones guiadas por la imagen mamográfica, como la localización preoperatoria de micro calcificaciones mediante agujas o arpones o la biopsia es-tereotáxica con aguja gruesa de las mismas.

También se hacen procedimientos guiados con US (biopsias con aguja fina o gruesa). Los equipos de mamografía digital se han introducido recientemente en la práctica clínica.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía de tórax es un examen de mucha utilidad, pero cuenta con limitaciones. Como algunas condiciones del tórax no pueden detectarse en una imagen de rayos X de tórax convencional, este examen no puede necesariamente descartar todos los problemas torácicos. Por ejemplo, un cáncer de tamaño pequeño puede no aparecer en una radiografía de tórax. Un coágulo de sangre en los pulmones, enfermedad que se denomina embolia pulmonar, no puede verse en una radiografía de tórax. Pueden requerirse estudios de imágenes adicionales para clarificar los resultados de una radiografía de tórax o para buscar anormalidades no visibles en la radiografía de tórax.

Siempre existe una leve probabilidad de tener cáncer como consecuencia de la exposición a la radiación. Sin embargo, el beneficio de un diagnóstico exacto es ampliamente mayor que el riesgo.

Se debe tener especial cuidado durante los exámenes de rayos X en utilizar la mínima dosis posible de radiación y a la vez generar las mejores imágenes para la evaluación. Las organizaciones nacionales e internacionales de protección de la radiología revisan y actualizan constantemente las normas técnicas utilizadas

por los profesionales en radiología.

Los sistemas modernos de rayos X tienen haces de rayos X muy controlados y métodos de control de filtración para minimizar la desviación (dispersión) de la radiación. Esto garantiza que aquellas partes del cuerpo de las que no se toman imágenes reciban la mínima exposición posible a la radiación.

6 Bibliografía

1.F. Garcia-Cordoba, J.M. Garcia-Santos, G. Gonzalez Diaz, A. Garcia-Geronimo, F. Munoz Zambudio, F. Penalver Hernandez, et al.Decrease of unnecessary chest x-rays in intensive care unit: Application of a combined cycle of quality improvement. Med Intensiva, 32 (2008), pp. 71-77
2. J. Fishman, l. Primack. Thoracic imaging in the intensive care unit. Applied Radiology, 34 (2005), pp. 8-17
3. P. Fleckenstein, J. Tranum-Jensen. Tórax. Bases anatómicas del diagnóstico por la imagen, 2nd ed., Elsevier, (2002).
4. R.L. Eisenberg, C. Denis. Sistema respiratorio. Radiología Patológica, Mosby YearBook, (1992).
5. R. Méndez, L. Graña, R. Rodríguez. Reacciones adversas a los medios de contraste. Medios de contraste en radiología, pp. 115-127.
6. J. Cáceres. Radiodiagnóstico torácico. Doyma, (1994).

Capítulo 1912

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.

MARÍA DEL CARMEN LLORENTE LÓPEZ

1 Introducción

Los Equipos de protección individual (EPIS) , son aquellos que los trabajadores del hospital han de utilizar o ponerse para mantener a salvo de una manera segura su salud cuando están desempeñando su trabajo.

2 Objetivos

- Conocer la clasificación de los EPIS que son utilizados en el ámbito sanitario atendiendo a los distintos tipos de exposición.

3 Metodología

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

4 Resultados

A la vista de los resultados se concluye que existen tres grupos de protección individual, según la parte del cuerpo que se quiera proteger,que van a evitar que el personal sanitario se vea afectado por riesgos de salpicaduras , agentes biológicos. Mascarillas, para la protección respiratoria. Guantes, batas, gafas y pantallas para la protección ocular; hay que destacar la importancia de las calzas y gorros, que se utilizan para evitar llevar la contaminación de unas zonas del hospital a otras. Los EPIS deben cumplir unas normas y requisitos marcados en la Directiva Europea 89/686/CEE sobre comercialización de equipos de protección individual.

5 Discusión-Conclusión

Los Equipos de protección individual y los protocolos sanitarios de actuación constituyen barreras efectivas en materia de seguridad y salud siempre y cuando la selección y el uso de ellos sean los adecuados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1913

HIDROSADENITIS SUPURATIVA POR ECOGRAFÍA

MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ

MARIA DIAZ PEREZ

HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON

ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ

1 Introducción

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad cutánea crónica, inflamatoria, recurrente y debilitante del folículo piloso, que se presenta habitualmente con lesiones dolorosas ,profundas e inflamadas en la áreas del cuerpo que albergan glándulas apocrinas y son más frecuentes en regiones axilares, inguinales y anogenitales. Es más frecuente en la segunda y la tercera décadas de la vida, después de la menopausia es raro y los niños no suelen verse afectados, a menos que presenten una adrenarquia precoz. La incidencia en el sexo femenino es tres veces superior al masculino. La ecografía cutánea es imprescindible para el diagnóstico de la enfermedad.

Los principales hallazgos ecográficos son:
• Ensanchamiento e hipoecogenicidad de la dermis que corresponde a edema, cuando se observa hipoecogenicidad a ese nivel, se trata de fibrosis cicatricial.
• Estructuras hipoecoicas o anecoicas ovaladas o redondas, que se traducen en nódulos.

• Colecciones líquidas conectadas a la base de los folículos pilosos ensanchados, que clínicamente corresponden a abscesos.
• Tractos fistulosos que se observan como estructuras hipoecoicas o anecoicas en forma de banda, conectadas a la base de los folículos pilosos.

Existen varios modelos de clasificación y estadificación de la HS. Algunos de ellos cualitativos, como la estadificación de Hurley, y otros cuantitativos, como los de Sartorius y Sartorius modificados, el Hidradenitis Suppurativa Physician Global Assessment (HSPGA), o el Hidradenitis Suppurativa Clinical Response (HiSCR), entre otros. Ninguno de ellos es perfecto, todos tienen sus ventajas y limitaciones. En la práctica clínica habitual la más utilizada es la estadificación de Hurley, aunque algunos de los nuevos modelos de clasificación más dinámicos y prácticos están adquiriendo mayor protagonismo, como el HS-PGA o el HiSCR, para valorar la evolución y respuesta al tratamiento. Estadificación de Hurley Propuesta en 1989 por Hurley, fue el primer modelo de clasificación descrito. Se divide:

Etapa I: Formación de absceso, único o múltiple, sin tractos sinuosos, ni cicatrización.
Etapa II: Abscesos recurrentes con formación de tractos sinuosos y cicatrización, única o múltiple y lesiones ampliamente separadas.
Etapa III: Compromiso difuso o casi difuso o tractos múltiples interconectados y abscesos incorporados a través de todo el área comprometida.

Pronóstico y evolución:
El pronóstico se considera reservado. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son necesarios para una evolución satisfactoria. La cronicidad es el sello de la HS. Son frecuentes las reactivaciones antes de la menstruación y durante el embarazo y la lactancia, con periodos de remisión completa o parcial. En varones, puede permanecer activa hasta edades avanzadas .La hidrosadenitis no tiene cura, únicamente se busca controlar la enfermedad y limitar la propagación de la infección. Se toman antibióticos por vía oral.

2 Objetivos

Revisión de los pasos ecográficos que definirían la progresión clínica de la enfermedad .

3 Metodología

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

4 Resultados

Los principales hallazgos ecográficos de la HS incluyen una alteración difusa del patrón dérmico, un engrosamiento dérmico, la presencia de pseudoquistes dérmicos, el engrosamiento del folículo piloso y la detección de colecciones fluidas y de tractos fistulosos.

5 Discusión-Conclusión

La causa que produce HS es desconocida, pero se sabe que hay una predisposición genética y factores externos (obesidad , hormonas, tabaquismo etc.) que facilitan su aparición. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son obligatorios para una evolución más satisfactoria. La calidad de vida suele verse afectada. La ecografía con transductores de alta resolución (15 MHZ), es actualidad imprescindible para el estudio y control del tratamiento de los pacientes con HS. Valoramos la actividad inflamatoria con Eco Doppler Color y podemos completar su estudio con RM .El paciente con HS moderada y severa, supone un reto terapéutico ya no solo en el control de un brote ocasional, sino en el mantenimiento del paciente libre de enfermedad.

6 Bibliografía

- Silva-Feistner, M., Salomone, C., Silva, S., & Vial-Letelier, V. (2016). Hidradenitis supurativa prepuberal: presentación de 2 casos clínicos. Revista chilena de pediatría. Martorell, A. (2014).
- Características ecográficas de la patología inflamatoria cutánea. Actualidad Médica, 99, 13-20.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

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

Capítulo 1914

TIEMPO ES CEREBRO. LA FASE AGUDA DEL ICTUS.

COVADONGA ÁLVAREZ SEVILLANO

VANESA SÁNCHEZ GUTIÉRREZ

CAROLINA DA SILVA MARTINEZ

ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ

NOELIA DÍAZ DÍAZ

1 Introducción

El Ictus o Accidente Cerebrovascular (ACV), es una dolencia cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coagulo u otra partícula. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del encéfalo no consigue el flujo de sangre que necesita ocasionándole una alteración transitoria o definitiva de su funcionamiento. La isquemia tarda varias horas en desarrollarse y este tiempo, denominado ventana terapéutica, supone una oportunidad para evitar o minimizar el daño cerebral.

Se estima que el ACVA o Ictus es el responsable de hasta el 10% de las muertes en los países industrializados, siendo en la población española la segunda causa de muerte después de la cardiopatía isquémica, y la primera causa de muerte en mujeres.

Por otro lado, el ictus produce una gran carga de incapacidad, tanto por el grado variable de dependencia funcional que ocasiona en los supervivientes, como porque también afecta a muchas personas en situación laboral activa con la consiguiente pérdida de años de vida laboral.

Clasificación.
Según su naturaleza patológica se divide en isquémico (con o sin infarto) y hemorrágico:
Accidente isquémico transitorio (AIT): es el déficit neurológico focal, de origen vascular, con resolución completa en menos de 24h. Actualmente hay autores que lo limitan a 1h, ya que en las pruebas de imagen se constata lesión cerebral isquémica en el 15-40% de los casos, sobre todo cuando la duración es más prolongada. La importancia de su reconocimiento estriba en que constituye la señal de alarma de una enfermedad vascular que es necesario investigar.
En el accidente isquémico, los vasos están obstruidos. Los coágulos causantes del problema se denominan trombos cerebrales o embolismo cerebral. Este problema se suele producir por el desarrollo de depósitos de grasa en las paredes del vaso, lo que se denomina ateroesclerosis. Los depósitos de grasa provocan dos tipos de obstrucción:
- Trombosis: es un coagulo que se desarrolla en el mismo vaso sanguíneo cerebral.
- Embolismo: el coagulo se desarrolla en otra parte del cuerpo, generalmente en las grandes arterias de la parte superior del pecho y el cuello o el corazón. Una parte del coagulo se desprende y viaja por el flujo sanguíneo hasta bloquear un vaso más pequeño.
- Infarto Cerebral: es un déficit vascular isquémico en el que los síntomas neurológicos persisten más de 24 h. en función de su presentación inicial se clasifica en:
- Infarto cerebral estable: las manifestaciones clínicas permanecen inalteradas más de 24 horas en el ACV del territorio carotideo, y más de 72 horas en el vertebrovasilar. Puede evolucionar hacia un déficit neurológico isquémico reversible o hacia un ACV establecido.
- Infarto cerebral progresivo o en evolución: los síntomas iniciales progresan en presencia del médico o en el curso de las 3 h previas a la valoración neurológica.
En función de las características radiológicas se clasifica en: Infarto isquémico e Infarto hemorrágico (casi exclusivo del ACV embólico)

Factores de riesgo:
- Herencia familiar y raza
- Presión arterial y antihipertensivos

- Diabetes mellitus
- Lípidos plasmáticos e hipolipemiantes
- Tabaco
- Alcohol
- Consumo de cierto tipo de drogas
- Dieta y actividad física
- Estenosis carotídea asintomática
- Cardiopatías
- FA: es la arritmia más frecuente
- Estenosis mitral
- Cardiopatía isquémica
- Cardiomiopatía
- Anomalías del septo interatrial
- Tratamiento hormonal sustitutivo y anticonceptivos
- Hiperhomocisteinemia
- Trombofilias hereditarias y adquiridas
- Apnea del sueño

Los síntomas suelen ser variables aunque es conocida la triada clásica de hemiparesia, afasia y parálisis facial.
El examen físico inicial debe incluir una valoración de las funciones vitales asi como una exploración neurológica.
El diagnóstico diferencial entre los ictus isquémicos y hemorrágicos debe hacerse siempre mediante técnicas de imagen, por lo que es preciso el traslado hospitalario con la mayor prontitud posible.

Los retrasos en la atención aguda al ictus se han observado a diferentes niveles:
- A nivel poblacional: las principales razones que explican este retraso incluyen la falta de conocimiento de los síntomas y de la gravedad del ictus, pero también la negativa a reconocer la enfermedad o la esperanza en que los síntomas se resuelvan de forma espontánea.
- A nivel de los servicios de urgencia extrahospitalarios, debido al fallo en la priorización del transporte de los pacientes.
- A nivel hospitalario: debido a retrasos en la neuroimagen y a una atención intrahospitalaria poco eficiente.

La selección, secuencia y urgencia de las siguientes pruebas vendrán determinadas por los antecedentes clínicos del paciente y por los síntomas que presenta:

TC; RM; Analisis de laboratorio; EKG; Fonoangiografía y ecografía Doppler; Ecografía Doppler transcraneal; Exploración de la deglución y videofluoroscopia; Tomografía por emisión de positrones (PET); Tomografía computarizada por emisión de fotones simples (SPECT); EEG; Punción lumbar y análisis del LCR; Angiografía cerebral y carotídea; Angiografía de sustracción digital; Ecocardiografía; Electrotonistagmografía

El tratamiento del ictus puede clasificarse en los tres tipos básicos siguientes: tratamiento trombolítico del ictus isquémico, tratamiento no trombolítico del ictus isquémico y tratamiento del ictus hemorrágico. Las diferencias del tratamiento se centran básicamente en el control de la Ta y en el uso de fármacos anticoagulantes y antiplaquetarios.

2 Objetivos

Conocer los aspectos principales sobre el ictus y la unidad de ictus dentro de los centros hospitalarios.

3 Metodología

En España, el Ictus, es actualmente la segunda causa de muerte de la población en general, y la primera causa de muerte en las mujeres. Además, supone la primera causa de discapacidad, generando un gasto muy elevado para los servicios sanitarios y sociales[1]. Una de las claves para el éxito en la atención del ictus es la rapidez con la que se detectan los síntomas iniciales, y se contacta con los sistemas de emergencia. Con respecto a la prevalencia, los datos en nuestro país lo sitúan entorno al 2% en mayores de 20 años, y con cifras más altas cuando más se restringe la población, y un 8% en Madrid. Aunque la edad cada vez es menor, aumentando los casos en pacientes entre 25 y 40 años. Con la edad se produce un aumento de prevalencia entre las mujeres, siendo mayor en zonas urbanas que en rurales.

Palabras clave: accidente cerebrovascular, ictus, factores de riesgo, cuidado e intervenciones de enfermería en la enfermedad vascular cerebral isquémica.

4 Resultados

En la actualidad el ataque cerebrovascular (ACV) es el proceso neurológico que ocasiona más ingresos hospitalarios y la primera causa de secuelas neurológicas permanentes en el adulto. El ictus representa la segunda causa de mortalidad en nuestro país (primera en el sexo femenino) y debe considerarse como una urgencia médica que requiere una atención y tratamiento inmediato, encaminados a preservar la vida del paciente y minimizar las secuelas que puedan derivarse de él.

Con este fin se crearon las Unidades de Ictus, como unidades especializadas para el manejo de dicha patología. El código ictus extrahospitalario es un sistema que permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus agudo a los hospitales de referencia preparados para realizar trombolisis en el ictus.

La Unidad de Ictus es una estructura delimitada para el cuidado de los pacientes con ictus, con criterios de ingreso preestablecidos, con monitorización continua no invasiva, que tiene personal entrenado, específicamente dedicado, coordinado por neurólogos expertos que colaboran con otras especialidades médicas relacionadas. Cuenta con personal y servicios diagnósticos disponibles las 24 horas del día, con protocolos y vías clínicas para el manejo de los pacientes, basados en evidencias científicas.

Los objetivos del ingreso en la UI son: optimizar las estrategias diagnósticas urgentes para reducir el tiempo desde el inicio del ictus hasta la acción médica terapéutica, dar tratamiento específico adaptado a cada subtipo de ictus, e iniciar la prevención secundaria.

La atención protocolizada y especializada en Unidades de Ictus mejora los indicadores de calidad asistencial y reduce de forma significativa los costes económicos en la atención a estos pacientes.

Están formadas por: Dos neurólogos, médicos internos residentes, un fisioterapeuta, personal de enfermería y auxiliares de enfermería, y un trabajador social.

5 Discusión-Conclusión

No todos los centros hospitalarios de nuestra comunidad están preparados para atender a este tipo de pacientes, y menos, si son pacientes jóvenes.

Toda la población debería tener, al menos, una pequeña idea de los signos y síntomas, para poder alertar cuanto antes; porque el tiempo en esta patología es primordial, cuanto más tiempo transcurra, menos cerebro nos queda.

Como personal sanitario tenemos que tener en cuenta cuales son los factores que influyen en los pacientes que puedan tener esta patología, tales como Hta, tabaquismo, mala dieta, obesidad, ACO, cardiopatías…

En nuestra intervención, debemos:
- Realizar una detección precoz y prevención de los factores de riesgo.
- Crear sistemas de información para el paciente y su entorno
- Llevar un seguimiento
- Promocionar hábitos saludables
- Concienciar de los riesgos de los abusos
- Ofertar en nuestra consulta unas dietas saludables

6 Bibliografía

- Perdillo Ferre Luis. Medicina de urgencia extrahospitalaria. Temario tassica.
- B. Fuentes, J. Gallego, A.Gil-Nuñez,A.Morales,F.Purroy, J.Roquer, T.Segura, J.Tejada,A.Lago y E.Diez-Tejedor. Guía para el tratamiento preventivo del Ictus isquémico y AIT (I). Actuación sobre los factores de riesgo y estilo de vida. Neurología. 2001. Doi: 10.1016/j.nrl.2011.06.002
- B. Fuentes, J. Gallego, A.Gil-Nuñez,A.Morales,F.Purroy, J.Roquer, T.Segura, J.Tejada,A.Lago y E.Diez-Tejedor .Guía para el tratamiento preventivo del Ictus isquémico y AIT (II). Recomendaciones según subtipo etiológico. Neurología. 2011. Doi: 10.1016/j.nrl.2011.06.003.
- Nogales-Gaete J, Nuñez L, Arriagada C y col. Caracterización cínica de 450 pacientes con enfermedad cerebrovascular ingresados en un hospital público durante 1997. Rev Med chile 2000; 128:1227-1236.
- E. Díez Tejedor. Acuerdo para el uso del término ICTUS. Guía par el diagnóstico y tratamiento del ictus. Guías oficiales de la sociedad Española de Neurología. Barcelona. Prous Science, 2006.
- Swearingen L. Pamela. Manual de enfermería Medicoquirúrgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. 6º edición, Barcelona, Elservier .2008
- Ministerio de Sanidad y Política social. Estrategia en Ictus del sistema Nacional de Salud. Documento del ministerio. 26/11/2008.

- Asociación Madrileña de Neurología y SERMAS. Atención a los pacientes con inctus en la CAM.
- Varona Arche Jose Felipe. Ictus en el paciente adulto jóven. Tesis doctoral, Madrid 2003.
- Johnson, Bulechek, Butcher, McCloskey Dochterman, Moorhead, Swanson. Interrelaciones Nanda, Noc, y Nic. Diagnósticos enfermeros, relaciones e intervenciones. Elservier, 2007.
- M. Wilkinson Judith, R. Ahern Nancy. Manual de diagnósticos de enfermería. Pearson Prentice Hall, 2008.
- Dolores Mesaa, Manuel Francoa, José Suárez de Lezoa, Juan Muñoza, Carmen Rusa, Mónica Delgadoa, Martín Ruiza, Manuel Pana, Elías Romoa, Federico Vallésa, Monserrat Viñalsb y Enrique Bescansab .Prevalencia de foramen oval permeable en pacientes jóvenes con accidente isquémico cerebral de causa desconocida.
- O. Acha, J. L. Hernández, S. Penado, M. Cano y J. A. Riancho. Factores de riesgo e ictus en pacientes de diferentes edades.
- T. Isasia Muñoz, J. Vivancos, C. del Arco Galán. Cadena asistencial del ictus. Protocolo de actuación en urgencias hospitalarias.
- Comité ad hoc del Grupo de Estudi de Enfermedades Cerebrovasculares. Guia para el diagnostico y tratamiento del ictus. Prous Sciencie 2006.
- J. Díaz-Guzmán, J.A. Egido-Herrero, R. Gabriel-Sánchez, G. Barberà, B. Fuentes, C. Fernández-Pérez, S. Abilleira. Proyecto Ictus del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Incidencia de ictus en España. Bases metodológicas del estudio Iberictus.
- Barco Gutierrez Juan Carlos, Lanza Martin Sara. "Unidad de ictus. Intervenciones enfermeras en la Fibrinolisis". Metas de enfermería, sep. 2004: 7 (7): 07-12
- Plan de atención al ictus. Protocolo de actuación en la urgencia extrahospitalaria. Summa 112. Enero2009

Capítulo 1915

EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA ANGELES BARCENA MEDIO

ALBA SÁNCHEZ GARCÍA

MARIA NOELIA CALDERÓN DÍAZ

JUANA MARIA TESTÓN RUIZ

ALBERTO FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

En Los últimos tiempos hay un gran interés por la atención dirigida a los pacientes terminales, las expectativas de mejorar su calidad de vida gracias a las tecnologías empleadas hace que sea posible.

Este interés por la atención a los pacientes terminales puede tener que ver con el envejecimiento de la población y el esfuerzo por crear una continua asistencia desde que nacemos hasta que nos morimos y el aumento de enfermedades mortales, como por ejemplo el cáncer y enfermedades crónicas.

Los cuidados paliativos se caracterizan porque aseguran la vida y aceptan la muerte como algo inevitable; no aceleran ni posponen la muerte; proporcionan alivio de síntomas indeseables y alivian el dolor; ayudan a los pacientes a vivir tan activos como les sea posible; cubren los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales con una atención integral e individualizada; realizan un sistema de

apoyo a la familia para aprender a afrontar la enfermedad y el duelo; la familia y el paciente constituyen el núcleo fundamental a tratar.

2 Objetivos

Conocer las principales funciones de los cuidados paliativos y la labor que desempeña el celador en este servicio.

3 Metodología

Búsqueda de bibliografía en distintas publicaciones especializadas, libros y bases de datos, como son: google académico, dialnet, scielo, latindex, medine, cinnahl, cuiden, lilacs. Los descrpitores utilizados fueron: celador, cuidados paliativos, funciones, sanidad, calidad de vida, paciente. Se han empleado como criterios de inclusión: textos en idioma español e inglés, y de exclusión: aquellos con acceso gratuito.

4 Resultados

Las principales funciones de los cuidados paliativos son:
- Atender las necesidades emocionales, médicas , sociales y espirituales.
-Respetar las preferencias, metas y elecciones del paciente.
-Construir sistemas de apoyo y mecanismos para mejorar la calidad de vida de los pacientes terminales.

Los enfermos terminales tienen una serie de derechos y garantías:
-Derecho a que te traten con Igualdad y que no te discriminen; a la Dignidad,; Confidencialidad; derecho a conocer el estado de salud; los tratamientos posibles y pruebas a realizar; derecho a las maniobras de resucitación, derecho a tener servicio espiritual.
-Mantener la buena imagen del enfermo también es un derecho, una buena higiene de la cama como del enfermo, fomentando la dignidad.
-Mantener un ambiente agradable tanto para el paciente como para la familia, sin olores, con confort y bienestar tanto físico como social, emocional y espiritual.
-Una atención continua, individualizada e integral.
- Una mejor calidad de vida del paciente terminal y desarrollar su autonomía.

Dentro del equipo que formará parte en proporcionar los cuidados de confort y paliativos al enfermo terminal está el celador. El celador deberá extremar su actitud hacia el paciente terminal, ser correcto, respetuoso, colaborador, mostrará empatía tanto con el enfermo como con la familia. Deberá escuchar al paciente respetando sus creencias y necesidades religiosas, y compartiendo sus sentimientos.

El celador debe de tener una buena comunicación verbal, utilizando palabras que el paciente como la familia pueda comprender fácilmente. En su comunicación no verbal con el paciente como con la familia también tiene que controlar sus gestos, el comportamiento y la actitud. Ya que con la comunicación no verbal a veces expresamos más que lo que se pretende o se debe. El celador debe de tener mucha prudencia al expresarse evitar comentarios imprudentes y evitar también evasivas a las preguntas que realice el enfermo como la familia.

El celador en su trabajo ayudará a mover a los pacientes encamados y también a trasladarlos a los diferentes servicios que se le ordene.

Dentro de los movimientos que el celador tiene que realizar con los pacientes que por lo general están encamados, sería para levantarlos, ayudar a hacerles la cama, ayudar a mover para la higiene personal y para vestir, para hacer una cura, ayudar para poner la cuña. Por lo que el celador debe de estar preparado física y también tener conocimientos de como se ha de movilizar al paciente y como se ha de manejar el aparataje en dicha movilización.

Dichos movimientos que se deben de realizar al paciente terminal suponen un riesgo de lesiones para el celador, por eso tiene una gran importancia saber las técnicas de movilización de pacientes. Debe de conocer las diferentes posiciones que se utilizan para movilizar a un paciente, dentro de las cuales en este tipo de enfermos las que más se utilizan son: decúbito supino (prono y lateral), flower, sins y posición trendelemburg.

El celador debe de ayudar a hacer cambios posturales en el paciente terminal al menos cada tres horas, para evitar que el paciente sufra lesiones en la piel, úlceras por presión, deformidades y contracturas en los músculos de dicho paciente. Una de las complicaciones más importantes en este tipo de enfermos son las úlceras por presión, por lo que su prevención se considera uno de los principales objetivos. Para hacer todo este tipo de cambios posturales o movilizaciones,

o traslados el celador se puede ayudar de una serie de aparatos dependiendo de la patología del paciente, como podría ser grúa, transfer…., y en algunas ocasiones un simple pantalón del pijama o una sábana o una simple toalla nos puede servir para mover a un paciente.

El celador cuando llega a la habitación debe de informar al paciente si entiende, de la tarea que va a realizar o a donde lo va a trasladar.

Antes de hacer cualquier tarea el celador debe de hacer un lavado higiénico de manos y a continuación poner guantes. Y una vez acabada la tarea con ese paciente debe de quitar los guantes y lavar las manos, con un tipo de lavado higiénico, e incluso a veces es necesario un lavado antiséptico dependiendo de la patología del enfermo , con solución hidroalcohólica.

La atención personalizada del paciente terminal en cuidados paliativos surge de distintos tipos de necesidades que han sido estudiadas en diferentes programas realizados en hospitales. Estos cuidados están dedicados a tratar la necesidad de la persona más que a tratar la enfermedad; la distancia entre la atención con la tecnología y la atención psicosocial; la necesidad de la aceptación de la muerte frente a la negación en aquellos enfermos que se enfrentan a esta situación.

5 Discusión-Conclusión

El celador a raíz de todas estas necesidades que surgen con la creación de centros específicos para pacientes en situación terminal mantiene una relación muy estrecha tanto con la familia como con el paciente, ya que el paciente y la familia deben de considerarse como una sola unidad de atención. Por lo que se ha creado programas coordinados de servicios interdisciplinarios que proporcionan cuidadores profesionales entrenados en situaciones con pacientes con enfermedades graves y progresivas que no responden a la curación.

6 Bibliografía

- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE n.º 301, de 17/12/2003
- Pérez-Jover, V.;Mira,JJ. Y Tomás O, et al. Buenas prácticas y satisfacción del paciente. Revista de Calidad Asistencial. Noviembre-diciembre 2010, pgs. 348-355.
- Polanco-Serna M. Análisis ergonómico del puesto de trabajo del celador en la unidad de medicina interna del Hospital Río Hortega de Valladolid. Trabajo Fin

de Grado en internet. Valladolid. Universidad de Valladolid. Citado el 8/4/2018. Recuperado de: http://uvadoc.uva.es/handle/10324/12015.
- Povedano-Jiménez, M.; Catalán-Matamoros, D. y Granados-Gámez G. La comunicación de los profesionales sanitarios en Cuidados Paliativos. Rev. Esp. Comun. Salud. 2014;5 (2): 78-91.
-López, A. y Lindón, M. La higiene y su importancia en el ámbito sanitario. Valladolid. Facultad de enfermería de Valladolid. Citado el: 8/4/2018. Recuperado de: http:// uvadoc.uva.es/handle/10324/12015.
- Silva, L; Gil, J.M. y Boceta, J. Et al. Actuación del celador en las Unidades de Cuidados Paleativos. 1º edición. Madrid. Editorial MAD. 2011.

Capítulo 1916

TRAMITACIÓN DE RECURSOS URGENTES PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SOBREVENIDA TRAS ALTA HOSPITALARIA.

DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

LORENA PEREIRAS MENDEZ

BEATRIZ CAO RODRIGUEZ

1 Introducción

En la actualidad las sociedades occidentales afrontan un problema relativo al número de personas mayores de 65 años. En España el porcentaje de personas en esta situación ronda el 19% de la población con una proyección de casi el doble (34,6 %) en el año 2066. Si lo desgranamos por Comunidades autónomas, destaca Astúrias que ya en la actualidad ronda el 25% (24,8 %)

Es necesario comentar determinadas circunstancias que nos encontramos alrededor de esta situación. Por una parte tenemos la emigración de zonas rurales a zonas urbanas, despoblando aquellas de jóvenes y quedando relegadas a ser meras zonas residenciales y sin relevo generacional. También nos encontramos con que la esperanza de vida se ha prolongado debido a las mejoras en alimentación e higiene, a los avances médicos, a las medidas de seguridad etc…

Por último se hace necesario comentar el importante descenso de natalidad que vienen sufriendo nuestras sociedades a causa de los procesos de industrialización y urbanización, el trabajo femenino, el uso de métodos anticonceptivos etc… Además, el descenso de la fecundidad viene acompañado del retraso de la maternidad como consecuencia de la integración socio-laboral de la mujer.

Teniendo en cuenta los anteriormente dicho nos encontramos con que, no solo las poblaciones están mas envejecidas sino que las redes familiares van perdiendo la importancia que tuvieron en el pasado. Entre las funciones realizadas habitualmente por las familias, una de las principales ha sido la atención y el cuidado de las personas enfermas y/o dependientes.

Es por esto que a día de hoy la familia y toda la red de cuidados vinculados a ella se encuentran en clara decadencia. Esto nos deja una amplia variedad de necesidades, de la que antes se ocupaban estas redes, que ahora tienen que asumir las administraciones públicas en general (Ayuntamientos, diputaciones, cabildos, comunidades autónomas, administración central..) a través de múltiples figuras y/o normas como puede ser el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia, los centros de día, los centros de noche, los acompañamientos, las residencias y la consecuente ley de dependencia que engloba todos estos servicios. Es necesario nombrar también al sector privado que provee los recursos anteriormente mencionados pero, logicamente, vinculados a la disponibilidad económica de la persona en situación de necesidad.

Uno de los problemas que nos trae esta asunción de funciones por parte de las instituciones es que estas, en ocasiones, no pueden reaccionar a tiempo ante situaciones de necesidad o de dependencia sobrevenida. Es por ello que nos estamos encontrando con un creciente número de personas sin ningún tipo de apoyo familiar que reciben el alta hospitalaria pero no están preparados para la vida autónoma en sus respectivos domicilios. En algunos casos esta dependencia puede ser temporal (post - operatorios, roturas etc..) o definitiva (demencias, Alzheimer, Esclerosis lateral amiotrófica etc..)

La experiencia nos dice que las instituciones no reaccionan tan rápido como la situación merece y muchas veces son presa de sus propias limitaciones y rigideces dejando a estas personas en situaciones problemáticas y que les suponen situaciones que pueden menoscabar, incluso, su dignidad.

Se plantea este proyecto para poder atender de manera urgente estas situaciones de dependencia y/o necesidad sobrevenida, tanto temporales como definitivas. El

proyecto pretende que, tanto la gestión como la prestación del recurso, puedan hacerse desde una amplia gama de instituciones (Servicios Sociales, Hospitales, Centros de salud, centros de día) y también desde servicios privados equivalentes y desde empresas de prestación de servicios debidamente acreditadas.

Para ello organizaremos el sistema como un conjunto en el que todo se puede tramitar desde cualquier institución, intentando siempre que el recurso se encuentre en el entorno de la persona dependiente para que no pierda la vinculación con su circulo social mas cercano. Si esto no fuera posible, se extenderá el radio donde se prestará el recurso con la idea de acercar posteriormente a la persona a su entorno, siempre y cuando las circunstancias socio-sanitarias lo permitan.Integraremos los recursos de manera que lo que prime sea el interés de la persona dependiente y su adecuado y urgente disfrute del servicio demandado.

En lo que respecta al sector privado sera necesaria su acreditación para poder gestionar dichos recursos . Su integración en dicho sistema conllevara la realización de informes puntuales en los que se justifique la derivación de las personas dependientes a los recursos correspondientes. Por su función recibirán las retribuciones correspondientes

2 Objetivos

- Reducir el tiempo de espera al mínimo a la hora de tramitar los recursos necesarios para la persona dependiente; de tal manera que pueda recibir el recurso una vez que tenga el alta hospitalaria.
- Organizar y coordinar una red de Servicios sociales públicos y privados que unan sus recursos y den solución a necesidades urgentes y/o sobrevenidas.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Universidad de La Rioja, Servicio de publicaciones (2011) Envejecimiento y sociedad una perspectiva pluridisciplinar . Publicacionesunirioja.es
- Izquieta Etulain, José Luis, Universidad de Valladolid. Protección y ayuda mutua en las redes familiares. Tendencias y retos actuales. REIS Nº 74. ESTUDIOS
- Consejería de Bienestar Social y Vivienda (2009) Guía de buenas prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia.
- Vázquez Hidalgo, Loreto María y Álvarez Pérez, Raúl (2017) La dependencia sobrevenida en personas mayores. Análisis de las repercusiones sociales que tiene la dependencia sobrevenida por fractura de cadera sobre pacientes mayores de 65 años en el Hospital de Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío
- Antonio Abellán García, Alba Ayala García, Julio Pérez Díaz. Departamento de Población, CSIC. Y Rogelio Pujol Rodríguez (2018) Un perfil de las personas mayores en España 2018 indicadores estadísticos básicos. Informes envejecimiento en red Número 17, Febrero 2018

Capítulo 1917

PREVENCIÓN, CUIDADOS Y TRATAMIENTO DE LA PIEL EN ÚLCERAS POR PRESIÓN.

MARÍA DEL CARMEN LLORENTE LÓPEZ

1 Introducción

Las UPP son lesiones que afectan a la dermis, epidermis y capas más profundas de la piel, aparecen como consecuencia de la necrosis de los tejidos en una zona localizada. Existen diferentes estadios de úlceras por presión, desde el edema hasta la destrucción del tejido subcutáneo, músculos, tendones e incluso el hueso.

2 Objetivos

- Vigilar diariamente la piel valorando los posibles factores de riesgo, buscando enrojecimientos o vesículas en puntos de presión y determinando las medidas de prevención para evitarlas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para evitar que se produzcan las escaras debemos hacer una prevención con la vigilancia diaria de la piel del paciente, con la higiene, aseo, masajes especialmente en las zonas de presión y cambios posturales.
El paciente debe tener una dieta rica en proteínas (que tienen una función plástica y regenerativa de los tejidos lesionados) y también rica en vitamina C que favorece la cicatrización de las heridas, y debe beber gran cantidad de líquidos para mantenerse hidratado.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados necesarios para curar las úlceras son : usar guantes estériles , sueros para reblandecer las escaras y el tejido necrosado y usar apósitos hidrocoloides.
Lo mejor para evitar las úlceras o escaras es la prevención, porque resulta más fácil prevenir una úlcera que curarla.

Es muy importante para los pacientes encamados con úlceras tener un colchón antiescaras, realizar cambios posturales frecuentes, evitar que la ropa que cubre la cama roce con la piel, mantener la piel seca e hidratada, aplicar cremas apropiadas, realizar ejercicios físicos para aliviar la presión y prevenir las consecuencias.
La Escala de Norton es la más indicada para valorar el riesgo de desarrollar un úlcera por presión.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1918

ABLACIÓN DE TUMORES RENALES POR RADIOFRECUENCIA GUIADA CON TÉCNICAS DE IMAGEN.

ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ

MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ

MARIA DIAZ PEREZ

HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON

1 Introducción

La ablación por radiofrecuencia (ARF) es un procedimiento que utiliza ondas de radiofrecuencia para destruir lesiones como cáncer y otras afecciones mediante el uso del calor. Esta técnica utiliza la imagen diagnóstica para localizar y servir de guía en la localización del carcinoma de células renales.
Actualmente hay una tendencia en desarrollar técnicas menos complejas y agresivas que la cirugía conservadora y que a su vez preserven el parénquima y la función renal, considerándose la ablación por radiofrecuencia un tratamiento efectivo en tumores renales de pequeño tamaño.

Debido a un mayor uso de las técnicas de imagen está aumentando el número de descubrimientos de carcinomas de células renales de pequeño tamaño. El uso de las radiofrecuencias en la ablación de lesiones renales de pequeño tamaño supone un tratamiento de bajo riesgo para el paciente, además de permitir tratar

múltiples tumores durante el mismo procedimiento, generalmente se realiza a través de cirugía ambulatoria, por lo que el paciente recibe el alta en las siguientes 24 horas tras la intervención. La ablación por radiofrecuencia es una alternativa a pacientes con un solo riñón o que podrían tener complicaciones durante la cirugía. Es un procedimiento rápido, con una pronta recuperación que incluso permite reiniciar un tratamiento con quimioterapia de forma rápida si el paciente lo necesitara.

2 Objetivos

- Usar la ablación por radiofrecuencia en pacientes con carcinoma de células renales.

3 Caso clínico

El procedimiento de ablación por radiofrecuencia de lesiones renales utiliza principalmente la imagen ecográfica para colocar un electrodo aguja tipo paraguas de forma percutánea hasta la zona de localización del tumor en el riñón, aunque también puede utilizar otras técnicas de imagen como la Tomografía Computarizada. El procedimiento consiste en pasar corrientes eléctricas de alta frecuencia a través del electrodo aguja que produce calor a través del cual destruye las células cancerosas del riñón consiguiendo la necrosis total de la lesión, de este modo realiza ablaciones de un diámetro hasta 2 cm mayor al diámetro del tumor para crear un margen de seguridad, siendo necesario en algún caso modificar la posición de la aguja para solapar áreas de ablación y cubrir la lesión de forma completa.

Se concluye con la ablación del trayecto de la aguja para evitar una posible diseminación de células tumorales en el trayecto. Si el tumor se localiza en la zona de colección de orina o del úreter, precisa que por medio de la uretra se coloque un stent temporal a través del cual gotear suero fisiológico frío en el momento de la ablación y de esta forma prevenir lesiones debidas al calor. El paciente requiere sedación por vía intravenosa, además de anestesia local en la zona en la que se realiza una pequeña incisión por donde insertar la aguja. La ablación por radiofrecuencia de tumores renales puede realizarse tanto por vía percutánea como por vía laparoscópica, aunque según la literatura actual el 94% de los casos se realiza mediante abordaje percutáneo.

Entre los beneficios de esta técnica se encuentran la sedación ante anestesia general, ausencia de período de isquemia, bajo índice de complicaciones y menor tiempo de convalecencia del paciente
El paciente permanecerá en observación recibiendo el alta en las siguientes 24 horas al procedimiento ya que la técnica es poco invasiva, por lo que es un buen momento donde se aprovecha la estancia hospitalaria para hacer educación sanitaria y reforzar hábitos saludables de salud. Previamente al alta se realiza un control ecográfico, con controles al mes, 6 y 12 meses y a partir de ahí controles anuales.

4 Discusión-Conclusión

Aunque los estudios hasta la fecha son limitados debido a que se trata de períodos de tiempo relativamente cortos, las fuentes y artículos consultados se refieren a estudios de seguimiento de unos 10 años, todas las fuentes consultadas coinciden en el éxito del tratamiento de ablación por radiofrecuencia percutánea en tumores renales menores de 4 cm.
Manifestando un acuerdo generalizado por tratarse de un procedimiento seguro, que es poco invasivo, permitiendo la conservación de la función renal especialmente en pacientes con un solo riñón, además de ser un procedimiento idóneo para pacientes de alto riesgo que no son candidatos para la cirugía.

5 Bibliografía

- Garcia-Barón, P. L., Flórez, A. F., Trueba, H. V., Llano, S., & Rasines, G. L. (2014). Termo-ablación por radiofrecuencia de tumores renales. Nuestra experiencia.
- Jiménez, E., Zurera, L., Espejo, J. J., Requena, M. J., Campos, P., de Tembleque, L. R., & Canis, M. (2011). Ablación percutánea por radiofrecuencia de tumores renales en pacientes monorrenos. Archivos Españoles de Urología, 64(1), 51-58.
- Actas urológicas españolas. Órgano oficial de difusión de la Asociación Española de Urología.

Capítulo 1919

EL MANEJO DE PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.

PABLO MURCIA IGLESIAS

1 Introducción

El tratamiento físico y rehabilitador de la hemiplejia debería comenzar en la sala de cuidados intensivos. El paciente con daño cerebral durante su hospitalización pasará la mayoría del tiempo en la cama, será de gran importancia el tratamiento que se lleve a cabo de manera integral juegan un papel muy importante los cambios posturales que se deben realizar por personal encargado, como son los celadores, auxiliares de enfermería, los cuales deberán de conocer estos cambios perfectamente. Pues una correcta postura en la cama facilitará la recuperación y evitará futuras complicaciones, como está demostrado en múltiples artículos.

2 Objetivos

- Identificar los principales cambios posturales que son realizados por el personal celador en los pacientes con daño cerebral adquirido.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de google académico y Dialnet, utilizando palabras claves como “hemiplejia”, “cambios posturales”, “causas”, como criterios de inclusión he empleado el idioma castellano

e inglés, y de acceso gratuito y se han excluido aquellos trabajos publicados previamente al año 2000.

4 Resultados

Una movilización prolongada asociada a un cambio postural incorrecto puede provocar diversas complicaciones como puede ser un aumento de la espasticidad, rigideces y deformidades, aumento de ulceras por presión, problemas circulatorios, complicaciones respiratorias, etc.
Así que el movimiento postural debe de ir dirigido a una alineación correcta del cuerpo las 24 horas al día. Es aconsejable cambiar de posición al paciente cada 3 o 4 horas al día con lo cual necesitaremos toallas y almohadones.

De esta manera, afectaron los encargados de realizar los cambios posturales la mayor parte de las veces del celador bajo supervisión médica de forma correcta. Los cambios posturales más realizados con este tipo de patología son los siguientes:
• Tumbado boca arriba (decúbito supino)
• Tumbado de lado sobre el lado sano (decúbito lateral)
• Tumbado del lado sobre el lado afectado
Estos son los cambios posturales más usados en pacientes encamados con pacientes encamados de larga duración con problemas de hemiplejia.

Decúbito supino
1. Cabeza bien apoyada sobre la almohada, en ligera inclinación hacia el lado sano y rotada hacia el lado afectado. El segundo lado afecto estaría estirado.
2. El lado afectado estará estirado
3. El brazo afecto se coloca estirado a lo largo del cuerpo sobre una almohada más alta que el cuerpo.
De este modo queda el codo con extensión, la muñeca en flexión dorsal y los dedos extendidos.
4. Pondremos la almohada debajo de la cadera afecta para elevarla, de modo que apoye la cara externa del muslo evitando así la rotación externa de la pierna. Debemos intentar que el pie quede 90 grados (con los dedos mirando hacia arriba) con una almohada o con dispositivos ortopédicos (antiequino)

Decúbito lateral sobre el lado sano
1. La cadera descansa ligeramente hacia adelante sobre la almohada

2. El hombro bien alineado, formando un ángulo recto sobre la superficie de la cama
3. El hombro afecto debe de estar siempre flexionado en el brazo siempre hacia adelante sobre una almohada con el codo y los dedos extendidos.
4. La pierna superior apoyada sobre la almohada. El pie debe de estar siempre completamente apoyado sobre ella nunca debe permanecer colgado. La cadera y las rodillas con ángulo de flexión.
5. El brazo sano descansa donde resulte más cómodo. Así como la pierna sana descansa plana sobre la almohada con la cadera siempre un poco extendida y ligera flexión de rodilla.

Decúbito lateral sobre el lado afecto
Esta es una de las oposiciones anatómicas más importantes a la hora de trabajar con un paciente hemipléjico porque el cuerpo descansa sobre el lado afecto y esto ayudará al paciente a conciencia de él
1. La cabeza se encuentra un poco hacia adelante con el tronco alineado y algo rotado hacia detrás
2. Lo primero colocaremos una almohada en la espalda encajada entre la cama y el paciente para así evitar que el paciente rote.
3. El brazo hemipléjico esta extendido, con antebrazo en supinación formando un ángulo no superior a 90 grados con el cuerpo. Es muy importante la colocación del hombro afecto, para posicionarlo correctamente pondremos una mano debajo del hombro de la espátula y tiraremos suavemente hacia adelante.
4. La pierna inferior estará extendida a nivel de la cadera y ligeramente flexionada la rodilla
5. La pierna superior esta adelantada sobre una almohada con flexión de cadera y rodilla
La correcta aplicación de estos cambios posturales realizados por el personal competente como celador y auxiliares son vitales para una mejor recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Después de analizar todos los artículos relacionados con los cambios posturales en pacientes con hemiplejia, podemos ver los enormes resultados positivos de ofrecer al paciente la buena práctica de realizar convenientemente los cambios posturales vinculados a esta patología.

Es por ello, que podemos identificar que los cambios posturales son de gran importancia a la hora de tratar con un paciente con una patología como la hemiplejia y que evita riesgos graves para la salud del paciente. Sin olvidar de la gran labor del personal que se encarga de realizar los cambios posturales: celadores y auxiliares.

6 Bibliografía

- El celador en servicios especiales y centros de salud. Formación continuada Logoss. 13º edición.
- Del Castillo Torres, L; Ochoa Guerra, O.; Gómez Martínez, D.; Alés Reina, M. "Celadores del Servicio Andaluz de Salud". 1ª edición. Sevilla. Editorial MAD. 2000.
- Del Castillo Torres, L; Martos Navarro, F.; Gómez Martínez, d.; González Rabanal, J.M.; Vidal Ramírez, R.; Alés Reina, M. "Celadores de las Instituciones Sanitarias del Insalud". 8ª edición. Sevilla. Editorial MAD. 1999.

Capítulo 1920

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES ENCAMADOS

MARÍA DEL CARMEN LLORENTE LÓPEZ

1 Introducción

Muchos de los pacientes durante su estancia en el hospital se ven obligados a estar encamados durante largos períodos de tiempo por diversos motivos: una intervención quirúrgica, necesidad de rehabilitación, falta de movilidad por una enfermedad, debido también a su patología, a su avanzada edad., etc. Se presentarán las ténicas para la realizar la movilización de dichos pacientes.

2 Objetivos

- Conocer y realizar las técnicas necesarias para la correcta movilización de los pacientes encamados durante su ingreso en la unidad de hospitalización de un Centro.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los tipos de movilización de los pacientes encamados dependen del recorrido y de las características del desplazamiento. Los más importantes son:
- Giros y vueltas.
- Enderezamientos.
- Levantamientos y descensos.
- Traslados.
- Elevaciones con grúa.

Dependiendo del tipo de paciente hay que distinguir:
- Paciente que no colabora (cuando por enfermedad, éste no puede colaborar con los profesionales).
- Paciente que colabora (cuando éste puede colaborar en la movilización).

Los giros y vueltas son los cambios de lado del paciente. La vuelta se realiza cuando es necesario cambiar la posición extendida del paciente, por ejemplo cuando pasa de la posición decúbito supino a decúbito prono. Y no sólo sirve para los cambios posturales sino también para el aseo y para hacer la cama.

5 Discusión-Conclusión

Estas son las instrucciones para la movilización:
- Colocarse en el lado de la cama hacia donde va a girar el paciente.
- Movilizar al paciente hacia el lateral de la cama contrario del decúbito al que se va a mover, para que al girarlo quede en el centro de la cama.
- Pedir al paciente que estire el brazo hacia el lado que va a girar el cuerpo y que flexione el otro sobre el pecho. Y a continuación que flexione la rodilla de la pierna que va a quedar por encima.
- Deslizar un brazo por debajo del hombro y el otro por debajo de la cadera girando al paciente hacia el lado donde estamos colocados.
- Acomodar al paciente.

Si el paciente no colabora, hay que moverlo entre dos personas utilizando una entremetida, poniéndose uno a cada lado de la cama.

Es importante hacer hincapié en la correcta y temprana movilización de los pacientes encamados para mejorar su confort durante su ingreso y evitar así o reducir las úlceras por presión.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- http://www.scielo.org.co
- https://www.medline.eu

Capítulo 1921

EL HOSPITAL Y SUS FUNCIONES.

MARÍA DEL CARMEN LLORENTE LÓPEZ

1 Introducción

Un hospital es un lugar destinado para la atención y asistencia a enfermos por medio del personal médico , enfermería, auxiliares, técnicos de laboratorio y celadores durante 24 horas, 365 días del año y disponiendo de tecnología, aparatología, instrumental y farmacología adecuadas.

Su misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico - sanitaria completa, tanto preventiva como curativa, cuyos servicios externos llegan hasta el ámbito familiar. En la organización lineal del hospital hay concentración de autoridad en los directivos y , sobre todo ,en el de mayor rango ; por ello es conveniente que el sistema de organización responda a las necesidades y recursos del hospital.

2 Objetivos

- Garantizar la cobertura y asistencia sanitaria a la totalidad de la población , incluida la atención hospitalaria.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los servicios que presta el hospital en la comunidad van a depender de las necesidades del Área o Áreas de salud a las que da cobertura , así como los criterios de eficacia , eficiencia y aprovechamiento de los recursos sanitarios existentes.

Los hospitales pueden ser públicos o privados, y según su permanencia pueden ser de día o de asistencia continuada. Según su función pueden ser generales o especiales.

Los hospitales abarcan:

- Prevención: abarca la detección de enfermedades , el diagnóstico temprano , el tratamiento oportuno y protección especifica de las enfermedades . Se incluyen los programas de control de la salud , saneamiento ambiental , vigilancia del crecimiento del niño y del adolescente , control de enfermedades , nutrición , prevención de invalidez física , educación sanitaria e higiene del trabajo.
- Curación : consiste en proporcionar tratamiento médico y la prestación de un servicio asistencial en caso necesario. Consiste básicamente en el diagnostico temprano , tratamiento oportuno y atención en los casos de urgencia.
- Rehabilitación : busca reintegrar al paciente a su medio familiar y social , limitando en lo posible el daño y las secuelas originadas por su enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones principales del hospital son:

- Docencia: el hospital es el medio ideal de confrontación entre la teoría y la práctica en el área de salud, por lo cual facilita la formación de profesionales en diversas especialidades. Incluye la educación para la salud de los pacientes, al mismo personal y, según programas específicos , proyecta las acciones educativas a la comunidad en sus zonas de influencia.
- Asistenciales: es la función que va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de la salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyarle en la recuperación de los procesos patológicos.

- Investigación: tanto la educación como la investigación están firmemente ligadas entre si y con la calidad de la atención de los pacientes. Ambas son herramientas de una organización estratégica y tienen responsabilidades académicas, formando parte de la filosofía que debe guiar un hospital moderno.

La investigación, por su parte, no solo tiene la potencialidad de generar el conocimiento que contribuya a la solución de problemas si no que propicia un ambiente en el que se cuestiona el conocimiento establecido, se discuten los avances y se fundamentan las decisiones, lo cual es muy beneficioso para el logro del crecimiento y la excelencia institucional .

6 Bibliografía

- Recopilación de diferentes libros , manuales y protocolos que posee el hospital.
- Información procedente de diferentes bases de datos como Scielo , Cuiden y Dialnet.

Capítulo 1922

FRACTURA DE HUESOS NASALES.

JAVIER AGUADO SALAMANCA

ROBERTO RECHE LÓPEZ

1 Introducción

El cantidad de pacientes con traumatismos maxilofaciales que son recibidos en los Servicios de Urgencias de los diferentes centros asistenciales comprende un porcentaje importante, y en aumento, de la totalidad de los pacientes tratados. La atención inmediata en estos pacientes es importante por una serie de razones:Traumatismos en otras regiones de organismo: cráneo, tórax, abdomen y la posible existencia de alteraciones en la ventilación.(hemorragia profusa) las causas de un traumatismo contuso o penetrante puede ocasionar una lesión en el área de la cara que incluye el maxilar superior, el maxilar inferior, la mejilla, la nariz o la frente. Las causas comunes de una lesión facial son:
- Accidentes automovilísticos.
- Lesiones penetrantes.
- Violencia .

Las anomalías más significativas pueden sugerir fracturas faciales un una primera impresión o análisis tales como:
- Síntomas de sangrado de la nariz, los ojos o la boca, u obstrucción nasal.
- Rupturas en la piel (laceraciones).
- Hematomas alrededor de los ojos o ampliación de la distancia entre los ojos que puede indicar lesión en los huesos que se encuentran entre las órbitas
- Sensaciones anormales en las mejillas e irregularidades que se pueden sentir, una mandíbula superior que se mueve cuando la cabeza está quieta.

Como en cualquier otra especialidad médica una correcta historia clínica y una exploración física nos llevará a efectuar un diagnóstico del paciente politraumatizado facial. La exploración de la región facial debe realizarse siguiendo una sistemática, ya sea de superior a inferior o de inferior a superior. Se realizará una palpación de los rebordes óseos a nivel de la órbita y arco cigomático. Visualización y palpación de la pirámide nasal para descartar o confirmar la existencia de fracturas de tercio medio facial, tipo Le Fort, debe apoyarse una mano en la frente del paciente, mientras que con la otra mano se sujeta el maxilar superior a nivel de los incisivos centrales y se realizan movimientos de ascenso y descenso y anterior y posterior del maxilar superior,según donde se palpe la movilidad tendremos los distintos tipos de fractura de Le Fort.

También se explorarán los rebordes mandibulares tanto por vía intra como extraoral.

El sangrado gingival en un punto puede ser indicativo de fractura a dicho nivel. Existen una serie de signos indirectos que son relativamente característicos de cada tipo de fractura y que nos pueden guiar al diagnóstico:
- FRACTURA MALAR: Equimosis palpebral, hemorragia subconjuntival, anestesia del territorio del nervio infraorbitario y edema infraorbitario.
- FRACTURA MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR: maloclusión, diástasis dental, hemorragia intraoral y trismus
- FRACTURA TERCIO MEDIO FACIAL: Hematoma bipalpebral en ambos ojos, cara alargada y contacto prematuro de los molares no contactando los dientes anteriores. FRACTURA DE ÓRBITA: La triada de diplopia, enoftalmos e hipoestesia del nervio infraorbitario.

Nos centraremos en el trauma nasal de nuestro caso clinico :Primero, clasificarlo según la intensidad:
-Grave: impacto severo, herida de piel, exposición ósea, asociado a fractura frontal generalmente hay hundimiento nasal importante o hemorragia severa que no se cohíbe espontáneamente. Estar alerta ante posible craneolicuorrea.
-Leve: hay desviación, hundimiento leve, epistaxis que cede sola, puede haber hematoma septal.SE se llevara a cabo:Rx perfil nasal.En niños, el hematoma septal es una entidad nosológica importante a verificar. Ignorar su diagnóstico significa para el paciente una deformidad nasal y dificultad respiratoria, con complicaciones de senos y faringe. “NO trate de enderezar una nariz rota”. “NO mueva a la persona si hay razones para sospechar de una lesión en el cuello o la cabeza”

2 Objetivos

Objetivo principal:
Controlar el sangrado, abrir las vías respiratorias , inmovilización con férulas, fijar los segmentos óseos fracturados con placas de titanio y tornillos.

Objetivos secundarios:
Dejar la menor cantidad posible de cicatrices.
Descartar otras lesiones.

3 Caso clínico

Varón de 21 años que acude al servicio de urgencias del Hospital acompañado por los cuerpos de seguridad del Estado, tras una pelea en una discoteca del centro de la ciudad. El paciente se encuentra en estado de embriaguez, semiinconsciente y poco colaborador, con varias heridas abiertas con sangrado a nivel facial.

Tras una primera valoración por el equipo de urgencias se le solicitan como pruebas complementarias analíticas de sangre y orina y radiografías: tórax y huesos propios de la nariz; también TC cerebro sin contraste dentro del protocolo TCE – (traumatismo craneoencefálico), con inmovilizaciones realizadas por el técnico en radiología.

En el TC el radiólogo de guardia y el facultativo de la urgencia no objetivan ninguna lesión cerebral (ausencia de sangrado intraparenquimatoso o fracturas en huesos craneales), pero si se observa una fractura sin desplazamiento de los huesos propios de la nariz.

Se descartan otras patologías severas como hemorragias intraparenquimatosas cerebrales o fracturas óseas graves gracias a las pruebas radiográficas realizadas.

Se ponen puntos de sutura en herida inciso-contusa de la ceja superior izquierda en urgencias. La fractura de huesos propios se inmoviliza con una férula nasal (fractura simple sin desplazamiento).

Dado antecedente de TCE, se deja al paciente en el área de observación de urgencias durante varias horas antes de darle el alta y ser puesto a disposición de los Cuerpos de Seguridad del Estado.

4 Discusión-Conclusión

El trabajo de todos los miembros del equipo de una urgencia facilita la valoración de pacientes que acuden por traumatismo. En este caso, desde la correcta colocación del paciente para realizar las pruebas radiológicas, hasta la valoración por el equipo médico de la urgencias y su intervencionismo (sutura de heridas y colocación de férula nasal).

5 Bibliografía

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

Capítulo 1923

HIGIENE DE MANOS EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

MARÍA DEL CARMEN LLORENTE LÓPEZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales (infección hospitalaria o infección relacionada con la asistencia sanitaria) derivadas del contacto en el ámbito sanitario son cada vez más frecuentes en la población. Estas afecciones han sido estudiadas y se ha concluido que una gran carga microbiana puede prevenirse por medio de una adecuada higiene de manos. En este aspecto , la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado la campaña de los cinco momentos del lavado de manos y ésta ha sido aplicada en todos los hospitales a nivel mundial.

2 Objetivos

- Conocer las características de los cinco momentos.
- Saber aplicar los procedimientos de higiene de manos como clave para la prevención y control de la infección nosocomial en el ámbito clínico.

3 Metodología

Se han consultado revisiones sistemáticas, bases de datos biomédicos y en diferentes revistas desde el año 2004 hasta el 2015 y se han seleccionado cuatro artículos para su posterior revisión.

4 Resultados

El incremento de la población anciana, enfermedades como el VIH, la creciente incorporación de nuevas terapias antineoplásicas, el mayor número de personas sometidas a trasplantes, el aumento de recién nacidos prematuros y la aparición de nuevos tratamientos inmunosupresores, entre otras causas, han provocado el aumento del número de personas susceptibles de presentar una enfermedad nosocomial de forma considerable.

Los avances tecnológicos, la optimización de los recursos, la adquisición de nuevos conocimientos y la versatilidad de los tratamientos han introducido variaciones en la atención del paciente como son las unidades de corta estancia, hospitales de día, cirugía ambulatoria, atención domiciliaria, etc. Esto implica una mayor movilidad del paciente y facilita la transmisión de patógenos de uno a otro y de los centros asistenciales a la comunidad, siendo esto especialmente problemático ante la aparición de nuevas cepas multiresistentes. De ahí la importancia de los cinco momentos de la higiene de manos cuyas características son:

- El primer momento tiene lugar antes de tocar al paciente con la finalidad de protegerle de los propios gérmenes de los que es portador el profesional sanitario.
- El segundo tiene lugar en el momento previo a realizar una técnica considerada como limpia o aséptica y en la cual, además de lo previamente seleccionado, también va orientado a proteger al paciente de sus propios agentes patógenos.
- En el tercer punto entra en juego el contacto con líquidos corporales y su ámbito de actuación es salvaguardar el entorno sanitario.
- El cuarto momento, hace alusión al contacto con el entorno del paciente y tiene el mismo ámbito de actuación que el indicado en el tercer momento.
- El quinto, tiene lugar después de tener contacto con el entorno inmediato del paciente incluso sin haberle tocado.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de la piel y el uso de guantes son recomendaciones que aporta la Organización Mundial de la Salud (OMS). El correcto cuidado de las manos tras su higiene previene de posibles alteraciones de la integridad cutánea.

Ante esta situación la OMS ha realizado unas recomendaciones que son:

- Incluir en los programas de formación de los trabajadores de la salud información sobre las prácticas del cuidado de las manos reduciendo las dermatitis de

contacto u otras lesiones cutáneas.
-Proporcionar otros productos a aquellos profesionales que tengan alergia o sufran reacciones adversas. - Proveer a los profesionales sanitarios de lociones o cremas para reducir la dermatitis de contacto asociadas a la antisepsia o el lavado de manos
- No utilizar jabones antimicrobianos cuando se disponga de preparaciones a base de alcohol, es decir, no utilizar al mismo tiempo jabones y productos alcohólicos .

Los guantes constituyen una medida de protección en el ámbito sanitario, formando una barrera protectora para prevenir la contaminación de las manos y reduciendo la probabilidad de transmisión de microorganismos durante procedimientos invasivos. Pero si se realiza un uso inadecuado de los mismos puede provocar que actúen como vehículo de transmisión y transporte de gérmenes.

El objetivo principal es mejorar la higiene de manos de todo el mundo , comprometiendo a los países a aplicar estrategias de fomento de esta práctica y ensayar la aplicación de las directrices de la OMS en la atención sanitaria.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://scholar.google.es/schhp?hl=es.
- https://dialnet.unirioja.es/.
- https://scielo.org/es/.

Capítulo 1924

RIZOLISIS EN EL SÍNDROME FACETARIO LUMBAR.

ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ

MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ

MARIA DIAZ PEREZ

HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON

1 Introducción

La rizolisis es una técnica que sirve para mitigar el dolor producido por el síndrome facetario lumbar o dolor de las articulaciones facetarias de las vértebras lumbares. El dolor crónico lumbar a nivel facetario es un síntoma que afecta a escala laboral, económica y social, siendo uno de los motivos más habituales de atención médica. En la salud y en el ámbito económico el dolor de espalda guarda un efecto directo de elevada incidencia, sobre todo durante la vida laboral del paciente, llegando a suponer un 25% de las jubilaciones por incapacidad laboral. A nivel mundial el dolor lumbar crónico (DLC) se considera la patología músculoesquelética de mayor morbilidad por lo que se hace necesario un tratamiento que no solo se centre en el aspecto fisiológico sino que mejore la calidad de vida del paciente.

Se llama segmento móvil lumbar a la zona de unión de dos vértebras lumbares, que a su vez se componen de disco intervertebral, ligamentos, facetas articulares

y músculos; el dolor lumbar puede provenir de cualquiera de las estructuras mencionadas y de la degeneración de las facetas articulares, comenzando el proceso degenerativo de la columna lumbar en torno a los 25 años de edad.

En la terapia del síndrome facetario lumbar se tiene en cuenta la inestabilidad lumbar en los procesos degenerativos, siendo uno de los objetivos la reeducación de los hábitos posturales mediante ejercicios isométricos de la musculatura abdominal y espinal. El síndrome facetario lumbar requiere un abordaje multimodal teniendo que recurrir al principio a un tratamiento más conservador con medicación para mejorar los síntomas (analgesia y relajantes musculares) llegando este a resultar efectivo para un importante número de pacientes, pero cuando esto no se consigue y antes de la cirugía, existe la opción de un tratamiento más selectivo como es la rizolisis lumbar o denervación facetaria lumbar percutánea.

Esta técnica se usa como tratamiento sintomático del dolor lumbar crónico de origen facetario desde la década de los 70 siglo pasado, consistiendo en dañar de forma controlada los dos ramos mediales que aportan inervación sensitiva a las articulaciones facetarias.

Es un tratamiento temporal que ha de ir acompañado de una reeducación de la espalda, por lo que una buena selección de los pacientes, darán resultados positivos a largo plazo influyendo directamente en la vuelta a la normalidad de la actividad diaria de los mismos y disminuyendo de forma considerable el número de pacientes que deban ser sometidos a cirugía de la columna vertebral.

El dolor de espalda es un importante problema de salud y socioeconómico por la pérdida y gasto sanitario que conlleva en el sistema y en el propio paciente. La rizolisis lumbar es un tratamiento mínimamente invasivo, con pocos efectos secundarios para el paciente, disminuyendo la necesidad de fármacos y consiguiendo una mejor calidad de vida para el paciente que le permita la incorporación a la actividad habitual previa al dolor. Su tratamiento tiene como finalidad disminuir la intensidad y duración del dolor crónico y conseguir volver a la actividad cotidiana evitando las recaídas.

La población con dolor bajo de espalda está en torno al 52% del que entre un 10-15% corresponde a pacientes con síndrome facetario lumbar, que se caracteriza por una degeneración de las articulaciones facetarias que se manifiesta con dolor lumbar sobre todo al realizar movimientos de extensión, que irradia hacia las nalgas pudiendo llegar incluso hasta las rodillas.

2 Objetivos

Conocer las condiciones que han de reunir los pacientes para ser sometidos a rizolisis lumbar por radiofrecuencia (RF), procedimiento de elección en la actualidad para el tratamiento del síndrome facetario lumbar.

3 Discusión-Conclusión

La rizolisis o denervación percutánea facetaria lumbar por radiofrecuencia es la técnica de elección en el tratamiento sintomático del síndrome facetario lumbar o dolor lumbar crónico de origen facetario. Es muy importante la correcta selección de los pacientes acompañada de una reeducación postural de la espalda y de potenciación de la musculatura abdominal y espinal.

Se ha de considerar la rizolisis lumbar como la opción en el tratamiento del dolor crónico lumbar anterior a la artrodesis sobre todo en pacientes en los que se ha observado una mejoría tras un bloqueo anestésico facetario. Esto no implica que no precise cirugía en un futuro, pero sí demuestra que realizando una adecuada selección de los pacientes, junto con un programa de reeducación y fortalecimiento muscular se puede evitar la cirugía. Antes de realizar la rizolisis lumbar, es necesario confirmar que el responsable del cuadro doloroso del paciente se origina en la faceta, esto se consigue comprobando la respuesta del paciente a un bloqueo facetario con anestesia, esta técnica se realiza aplicando anestesia alrededor de la articulación facetaria con la ayuda de una aguja guiada por fluoroscopia, si consigue una mejoría del dolor de manera temporal, prueba que la faceta es el motivo y se puede proceder al procedimiento de denervación facetaria lumbar percutánea o rizolisis.

La rizolisis lumbar es una técnica de denervación facetaria lumbar percutánea mediante radiofrecuencia, es un procedimiento que se realiza en las Unidades del Dolor con el objetivo de mejorar a medio y largo plazo el dolor lumbar que se origina en las facetas o articulaciones cigapofisarias o interapofisarias posteriores, que son articulaciones entre las vértebras lumbares, en las que con el tiempo se produce desgaste del cartílago de la articulación, éste al hacerse más fino hace que el disco intervertebral soporte mayor peso, cuando la degeneración es importante comprime las estructuras nerviosas que lo atraviesan produciendo dolor.

El tratamiento se realiza mediante cirugía ambulatoria, el paciente se coloca en

decúbito prono y se utiliza la fluoroscopia para confirmar la correcta colocación de los electrodos. Se puede realizar sobre los segmentos que sean necesarios, siendo los más frecuentes los niveles L4-L5 y L5-S1 de forma bilateral.

Se aplica anestesia local en la zona donde se van a introducir los electrodos con control fluoroscópico, mediante las proyecciones antero-posterior (AP) con angulación cráneo-caudal de 20 grados con el fin de borrar el doble contorno del cuerpo vertebral y conseguir la imagen "Scotty Dog" (proyección del perrito) de esta manera se obtiene una visión del foramen a tratar, oblicua postero-anterior derecha e izquierda (OAD y OAI) cuando se introduce el electrodo-aguja, y lateral para comprobar la localización final del electrodo-aguja. Los electrodos se sitúan paralelos al ramo nervioso para que puedan ser sometidos a la termocoagulación de forma completa.

Previo a aplicar la radiofrecuencia se ha de realizar una comprobación sensitiva y motora que confirme la correcta ubicación de la punta del electrodo y proceder entonces a producir la lesión garantizando que no afecta al ramo anterior (el nervio raquídeo), una vez verificado se realiza la denervación facetaria mediante termocoagulación con electrodo a 80 grados durante 90 segundos. Es un procedimiento mínimamente invasivo, pudiendo el paciente abandonar el hospital a las pocas horas de la intervención, necesitando únicamente analgesia convencional para evitar las molestias posteriores producidas por la rizolisis.

Las complicaciones suelen consistir en dolor localizado y dolor tipo neuritis (inflamación nervio), que suelen desaparecer en unas 2 semanas, reacciones alérgicas a la anestesia local, infección superficial y pequeñas quemaduras cutáneas por mala colocación de los electrodos. De forma excepcional se puede producir infección y déficit motor o sensitivo. La recidiva tiene que ver con la reinervación de la zona tratada, debido a que el ramo posterior no es la única estructura que inerva la faceta, esto requiere que la rizolisis vaya acompañada de otras medidas como ejercicios de la musculatura abdominal y espinal, bajada de peso, corrección de hábitos posturales y retorno a la vida normal incluyendo la actividad física y el deporte.

4 Bibliografía

- Martínez, A. M., Espinosa, J. G., Santiago, F. R., García, M. D. M. C., Rosillo, M. Á. P., & Álvarez, L. G. (2018). Utilidad de la rizolisis en el síndrome facetario lumbar. Seram.

- Tomé Bermejo, F., Barriga Martín, A., Madruga Sanz, J. M., Delgado Alcalá, V., & Vicario Espinosa, C. (2006). Dolor lumbar crónico de origen facetario. Eficacia del tratamiento mediante rizolisis percutánea. Patología del Aparato Locomotor, 4(2), 139-146.

Capítulo 1925

BENEFICIOS DE LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

ISABEL FERNANDEZ CARRILLO

1 Introducción

La movilización terapéutica consiste en la realización de determinados ejercicios cuyo objetivo es recuperar las funciones afectadas por las distintas patologías. Dicha movilización comprende por un lado las técnicas utilizadas para mover adecuadamente al paciente como el correcto traslado de un lugar a otro.

2 Objetivos

- Determinar en qué se basa la movilización y sus beneficios.
- Analizar los tipos de movilizaciones y sus funciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo sobre la efectividad de las movilizaciones de los pacientes se realizó una busqueda en las bases de datos Pubmed y Medline introduciendo los términos ”mobilization” and ”patient”.

4 Resultados

A continuación se analizan los resultados de la búsqueda:

Existen 5 tipos de movilizaciones:
- Movilización pasiva: Realizada sin participación del paciente.
- Movilización activa: El ejercicio lo realiza en paciente sin asistencia.
- Movilización isometrica: El paciente realiza ejercicios mediante la contracción y relajación de los músculos.
- Movilización activa con resistencia.
- Movilización contra resistencia.

Cuando éstas movilizaciones se realizan adecuadamente, se consigue:
- Mantener y recuperar la potencia muscular.
- Preservar y mejorar la función de las articulaciones.
- Mejorar la circulación.
- Evitar restricciones de las movilidad.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta realización de las técnicas anteriormente descritas consiguen mejorar la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

- Gunot M. Técnicas de inmovilización, movilización y traslado del paciente. Madrid: Ideas propias; 2008.
- Shirley A. Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del movimiento. Madrid: Paidotribo; 2006.

Capítulo 1926

FUNCIONES DEL CELADOR ANTE EL ENFERMO MENTAL

ISABEL FERNANDEZ CARRILLO

1 Introducción

Según la OMS la salud se define como ”un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. Por lo tanto, la salud mental se encarga de capacitar al individuo para que pueda sobrellevar su vida de la mejor manera posible.

2 Objetivos

- Determinar las funciones del celador en la unidad de psiquiatría.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados obtenidos en las revisiones bibliográficas analizadas son los siguientes:

- Trasladar sin tardanza, por un lado las comunicaciones verbales y documentos, como los aparatos y/o mobiliario que se le indique.
- Generar un clima de confianza en el entorno del paciente.
- Velar por el orden y la tranquilidad de los pacientes.
- Colaborar en equipo para que se realice un uso correcto del material para evitar su deterioro.
- Controlar el acceso a la unidad con el fin de no introducir material que pueda perjudicar la salud de los enfermos.
- Estará alerta para conseguir el mayor silencio posible.
- Colaborará en el aseo de los pacientes que no estén capacitados para hacerlo ellos mismos y a su vez controlará el aseo correcto en el resto pacientes.
- Acudir al servicio de farmacia cuando sea necesario.
- Vigilar la entrada y salida de familiares y visitantes, con el fin de evitar cualquier altercado que perjudique la correcta convivencia en el centro.
- Acompañamiento de los pacientes durante su rutina de salida.
- Controlar el consumo de tabaco en los pacientes autorizados.
- Omitir información confidencial a los familiares y visitantes.
- Ayudar en la técnica de contención mecánica del paciente agitado.
- Traslado interno y externo del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones descritas anteriormente colaboran en el buen funcionamiento del ingreso y ayudan al bienestar del paciente.

6 Bibliografía

- Alonso Llorca D. Manual básico del celador de la agencia valenciana de salud. Valencia: Club universitario; 2013.
- Caminero Luna P. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. Planificación estratégica. Madrid: Servicio madrileño de salud; 2012.

Capítulo 1927

PROYECTO DE COORDINACIÓN MEDIANTE GRUPOS DE INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES DE PERSONAS QUE SUFRAN DEMENCIAS EN EL HOSPITAL DE CRUZ ROJA DE GIJÓN (ASTURIAS)

DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

LORENA PEREIRAS MENDEZ

BEATRIZ CAO RODRIGUEZ

1 Introducción

Gracias a la observación directa detectamos una necesidad que creemos no esta lo suficientemente cubierta en el hospital de Cruz Roja de Gijón (Asturias). Se trata de la atención e información a familiares de personas que sufren algún tipo de demencia.

Dentro del propio hospital no existe ningún programa o recurso que coordine a los familiares y les informe del cuidado o atención que va a necesitar, a partir de ahora, la persona que sufre la demencia. Tampoco existe una orientación a la hora

de tomar las decisiones que van a afectar a la situación del paciente tras recibir el alta hospitalaria. La información de la que disponen las familias suele venir dada por el médico o la trabajadora social de manera informal, sin coordinación alguna entre partes, lo cual resulta esencial para que la familia pueda tomar las decisiones adecuadas.

Para cubrir esta necesidad se podrían constituir unos grupos de trabajo integrados por médicos, trabajadora social, psicólogo, enfermera e incluso algún experto en el tema perteneciente a alguna asociación de enfermos de alzheimer o algún otro tipo de demencias.

La cobertura de esta necesidad es importante dentro del ámbito del hospital, en particular, ya que muchos de los pacientes ingresados en la unidad de geriatría padecen la enfermedad, y de la sociedad en general, puesto que el aumento de la esperanza de vida y de la población anciana va a multiplicar el número de casos en los próximos años.

Las demencias son un tipo de lesión cerebral orgánica frecuente a partir de 65 años, que origina cambios en la conducta y en la personalidad con una progresiva pérdida de memoria, capacidad verbal etc.. Se desconocen las causas de su origen y de momento son incurables.

La enfermedad se desarrolla en tres fases: la primera fase se caracteriza por:
- La persona comienza a olvidar algunas cosas
- Comienza la perdida de vocabulario
- Siente dificultad para realizar actividades mecánicas y es consciente de que cada vez es mas torpe
- Por momentos, pierde referencia espacio-temporal

Características de la segunda fase:
- El enfermo olvida sucesos recientes
- Apenas puede decir unas frases lógicas seguidas
- Abandona sus actividades
- Se pierde por la calle y no puede ir solo a ningún sitio
- Puede tener reacciones desmesuradas en su carácter

Características de la tercera fase:
- El enfermo no conoce nada ni a nadie, pero se da cuenta de la persona que le cuida y le quiere
- No habla ni entiende nada pero aprecia y valora el sentido del tacto

- No realiza ninguna actividad

Esta enfermedad afecta en España a mas de 600 000 personas y cada vez existe mas riesgo de contraerla por el aumento de la población mayor de 65 años. También conviene reseñar que afecta por igual a hombres y mujeres.

El proyecto va dirigido a los cuidadores principales de los enfermos. Son los cuidadores los que permiten que puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándoles a adaptarse a sus limitaciones. En España, el porcentaje de personas que presentan una demencia importante está entre el 10 % - 15 % de las personas mayores de 65 años. Son las familias las que suelen asumir la mayor parte del cuidado de estas personas. En casi todas las familias una única persona asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados. La mayoría de estos cuidadores principales son mujeres. En España, ocho de cada diez personas que están cuidando son mujeres con una edad comprendida entre los 45 y los 65 años. Esto suele ser debido a razones culturales; sin embargo, en la actualidad los hombres participan cada vez más en las tareas del cuidado.

Otros datos de interés sobre los cuidadores:
- La edad media de los cuidadores es de 52 años (20 % superan los 65 años)
- Una gran parte de los cuidadores comparte el domicilio con la persona cuidada (60%)
- En una gran mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (80%)
- Gran parte de los cuidadores no recibe ayuda de otras personas (60%)
- La rotación o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es muy baja (20%)
- Una parte de ellos comparte la labor del cuidador con otros roles familiares como cuidar de sus hijos (17%)

Características comunes a las situaciones de cuidado de personas mayores:
- Proporcionar esta ayuda es una buena forma de que los mayores sientan que sus necesidades físicas, sociales y afectivas están resueltas
- Implica una dedicación importante de tiempo y energía
- Conlleva tareas que pueden no ser cómodas o agradables
- Suele darse más de lo que se recibe
- Es una actividad que, normalmente, no se ha previsto y para la que no se ha sido previamente preparado

Tareas comunes de los cuidadores:

- Ayuda en las actividades de la casa
- Ayuda para el transporte fuera del domicilio
- Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio
- Ayuda para la higiene personal
- Ayuda para la administración del dinero y los bienes
- Supervisión en la toma de medicamentos
- Colaboración en tares de enfermería
- Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado
- Ayuda para comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse
- Pequeñas cosas (llevarle un vaso de agua, encederle la radio..)

El cuidar a una persona enferma puede hacer descubrir cualidades que probablemente hubieran pasado inadvertidas. Ademas, el cuidar a otra persona, puede acercarnos mas a ella y a los otros familiares con los que se comparte las tareas. En definitiva, esta experiencia puede ayudar a hacer sentir útil al cuidador.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Procurar una mejora en la calidad de vida de las familias en las que exista una persona que sufre una demencia, mediante el asesoramiento e información en cuestiones médicas, psicológicas, económicas o de asistencia social y de cuidados.

Objetivos específicos:
- Proporcionar información a las familias sobre las demencias para el mejor cuidado de los enfermos
- Informar a las familias sobre los recursos existentes
- Capacitar a las familias para el cuidado de sus enfermos, especialmente en el caso del cuidador principal
- Informar sobre la forma de relación con personas que sufren demencia, intentando que los cuidadores no vean mermada su salud

3 Metodología

La trabajadora social del hospital será la encargada de coordinar la ejecución del proyecto. Ella se ocupara de establecer los contactos con los familiares de los en-

fermos y de organizar y dividir los grupos, si esto fuera necesario. La trabajadora social también deberá repartir los cuestionarios para la evaluación en la primera y última sesión.

Cada grupo no sera mayor de ocho personas. Si se formasen dos o mas grupos, se intentará que éstos sean homogéneos en cuanto a la evolución de la enfermedad que padezcan los familiares de los participantes.

El proyecto se llevara a cabo en cuatro sesiones, con una diferencia de 15 días entre ellas. Cada sesión durará una hora y media aproximadamente:

- En la primera sesión se pasará un cuestionario a los miembros del grupo para poder llevar a cabo la evaluación. Despues, el médico explicará a los miembros del grupo la información básica sobre las demencias, características, distintas fases de la enfermedad, etc.. todo esto acompañado de un folleto que se entregará a los miembros del grupo con información acerca de la enfermedad. Más adelante se abrirá un turno para ruegos y preguntas.

- En la segunda sesión, una enfermera y una auxiliar de clínica enseñaran técnicas de cuidado para los enfermos. A continuación, se abrirá un turno de ruegos y preguntas en el que los familiares podrán compartir sus propias experiencias en el cuidado de sus enfermos y así corregir errores o técnicas contraproducentes. También se proyectará un video explicativo.

- En la tercera sesión, un psicólogo de la "Asociación de enfermos de Alzheimer" explicará las mejores formas de relación con el enfermo y alentará la expresión de sentimientos de los familiares y les orientará emocionalmente para no caer en las enfermedades y sindromes más comunes entre los cuidadores (estres, depresión, ansiedad..) Finalmente, los familiares contarán sus experiencias particulares y los problemas, frustraciones y malestares que la situación les está causando.

- En la última sesión, la trabajadora social informará sobre recursos públicos, privados y de asociaciones de las que se pueden beneficiar los familiares y enfermos. Además, la trabajadora social pondrá en conocimiento de los participantes un horario para, el que así lo quiera, pueda mantener una entrevista particular con ella y profundizar mas sobre los recursos, señalando el adecuado en cada caso particular.

Para llevar adelante la evaluación del proyecto se diseñará y se entregará a los familiares un cuestionario el primer y último día de los talleres. El objetivo de tal cuestionario es comprobar si los objetivos han sido cumplidos, comparando

las respuestas al principio y final del proyecto y determinando los conocimientos adquiridos por los participantes. La evaluación las llevará a cabo la trabajadora social

4 Bibliografía

- Días Domínguez, Marian, y otros: En casa tenemos un enfermo de Alzheimer. Bilbao 1994
- Serra - Mestres, Jordi, y otros: Modelos de asistencia sociosanitaria para enfermos con demencia, Comite década del cerebro. Sociedad Española de Neurología.
- VVAA: La enfermedad de Alzheimer golpea el cerebro del paciente y el corazón de la familia (folleto), Gijón, Asociación de familiares de Alzheimer de Asturias.
- Boletín informativo nº6, Gijón, Asociación democrática asturiana de familias con Alzheimer
- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia
Boletin organización mundial de la salud

Capítulo 1928

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS POR IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL.

CARLA FERNÁNDEZ SUÁREZ

ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

NURIA GARCÍA RUBIO

PAULA LARA ANDRADE

ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

La hipoacusia es la disminución de la capacidad auditiva de un sujeto, ocurre cuando las células pilosas que transmiten el sonido a través del oído están lesionadas, enfermas, no funcionan correctamente o han muerto.
La importancia de su diagnóstico es un tema de primera orden en la actualidad ya que las personas con esta patología presentan dificultades en la comunicación interpersonal y conduce a problemas sociales individuales significativos, especialmente el aislamiento y la estigmatización que estas personas sufren.

Esto representa un verdadero desafío para la salud pública, en el que los avances

tecnológicos en las imágenes para el diagnóstico dan lugar a una nueva esperanza en el diagnóstico precoz.
En este estudio nos centraremos en el uso de la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), y en cómo nos permiten evaluar en detalle a las pequeñas estructuras anatómicas que forman a los oídos, y en determinar la presencia de alteraciones patológicas en estos.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Evaluar las técnicas por imágenes utilizadas en el diagnóstico de la sordera neurosensitiva

Objetivos específicos:
-Identificar muy brevemente los problemas de la sordera neurosensitiva y mostrar de forma sencilla las diferentes patologías que originan la hipoacusia
- Establecer protocolo de elección de las técnicas de imagen y su aportación al diagnóstico
- Evaluar y comparar las técnicas de primera y segunda elección, TC y RM
- Proseguir la evolución por imagen del diagnóstico de la sordera

3 Metodología

Revisaré bibliografía acerca de la sordera(hipoacusia), las distintas patologías que la provocan y haré una comparativa en su diagnóstico por TC y RM como principal método de estudio.

Como método de búsqueda utilizaré buscadores como Medline, PubMed, MEDES, Google académico…. Que complementare con libros sobre radiología del oído, neuroradiologia, artículos sobre otorrinolaringología que bases sus estudios en tc y rm, así como un atlas anatómico del oído con visión desde TAC y RM.

Para tener una visión más actualizada recogeré datos de artículos actuales en sitios como SERAM y ELSEVIER
Las palabras claves que utilizare para la búsqueda digital será ‘’sordera neurosensitiva’’, ‘’hipoacusia neurosensorial’’, ‘’hns’’, ‘’patología’’, ‘’oído interno’’,

‘’tc’’, ‘’resonancia magnética’’, ‘’estudios especiales’’, ‘’radiology’’, ‘’sensorineural hearing loss’’,’’neuroradiologia’’, “pathology”, “resonance”.
Y siempre los artículos seleccionados deberán seguir una serie de requisitos que tendré en cuenta para seleccionarlos:
• Deben de contener las palabras claves
• El contenido de los artículos será centrado en la hipoacusia sensorial, omitiendo así los otros tipos de hipoacusia
• Serán artículos lo suficientemente actuales
• Deberán estar basados siempre las evaluaciones de la patología desde la visión de imagen para el diagnóstico.
• Observare bibliografía tanto en español como anglosajona
• Siempre me basare en estudios y/o artículos a los que pueda acceder en su totalidad
Una vez obtenidos los máximos datos necesarios para nuestro estudio procederé a realizar un resumen con los mismos y las conclusiones obtenidas, siempre cumpliendo los requisitos antes citados.

4 Resultados

Los métodos de imagen utilizados en la actualidad para valorar la anatomía y patología del peñasco son la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM).
El objetivo de estas técnicas es el siguiente:
•Descartar la presencia de patología
•Localizar y mostrar la extensión exacta
•Establecer diagnostico diferencial adecuado
•Definir su naturaleza
•Seleccionar un lugar de biopsia y/o vía de abordaje quirúrgico
•Seguimiento evolución de las lesiones

El uso de estas dos técnicas presento una gran ventaja en el diagnóstico y en el manejo de estas enfermedades en esta región, ya que como sabemos se trata de una zona diminuta y compuesta por muchos elementos superpuestos.
Tanto el TC como el RM tienen ventajas y limitaciones por lo que se debe seleccionar una u otra según la patología que se quiera estudiar.

La TC se usara para evaluar el peñasco por ser una región hueca formada por

hueso y aire. La interfase entre estas dos densidades al ser opuesta permite observar detalladamente la anatomía de los pequeños elementos que lo forman, gracias a la técnica multicorte que permiten la realización de reconstrucciones de muy alta calidad en cualquier plano anatómico.
La RM al contrario presenta la misma densidad en el hueso y en el aire, es decir ninguna porque no dan la señal suficiente para ser captados por el imán. No obstante, debido a su gran capacidad de discriminación tisular, nos permite observar la estructura interna del laberinto y el contenido del CAI, incluidos los distintos nervios que aloja en su interior, por lo que se trata de un método de uso rutinario para valorar ambas regiones, pero no el resto del peñasco.

Debido a la información complementaria que aportan los dos métodos, ambos se usan tanto individualmente como de forma conjunta para evaluar la patología del peñasco y sus complicaciones locales y regionales.

ESTUDIOS REALIZADOS ÚNICAMENTE POR TC:
Traumatismos: los traumas por sonidos agudos y los causados por buceo provocaran una hipoacusia coclear. Los traumatismos en el cráneo pueden provocar fracturas en la base que dan lugar a hipoacusias neurosensoriales si la fractura del peñasco afecta a la cavidad laberíntica.

ESTUDIOS REALIZADOS ÚNICAMENTE POR RM:
Hipoacusia súbita (sorderas bruscas): ocurren con una caída brusca de audición y pueden ocurrir a cualquier edad. Siempre se realizará una RM para descartar patología del ángulo pontocerebeloso.
Causas infecciosas: Las más frecuentes son sarampión, paperas, varicela aunque también, pueden tener un origen bacteriano. La prueba de elección será RM.
Hipoacusia de origen tóxico: existen múltiples medicamentos que son ototóxicos. Estos productos producen una disminución auditivageneralmente, bilateral y definitiva. Se realizará una RM
Hipoacusia por tumor: el neurinoma del acústico representa la etiología tumoral más frecuente dentro de las sorderas, es un tumor no canceroso y, por lo general, de crecimiento lento que se forma en el nervio principal que va del oído interno hasta el cerebro. Las ramas de este nervio afectan directamente el equilibrio y la audición.

ESTUDIOS REALIZADOS POR AMBAS TECNICAS EN CONJUNTO
- Hipoacusia producida por una aplasia: La aplasia se puede identificarse con facilidad mediante TC y RM. La TC es útil para valorar estructuras óseas, mientras

que la RM permite identificar las estructuras nerviosas del oído.

- Hipoacusia debida a una otitis: Se utilizan conjuntamente las dos técnicas. TC es la prueba de elección para confirmar el diagnóstico y evaluar la necesidad o no de tratamiento quirúrgico urgente. Se realiza un protocolo de estudio centrado en oídos con contraste y reconstrucciones tanto en plano axial como coronal con algoritmo tanto de hueso como de partes blandas. Si se sospechan complicaciones intracraneales se debe extender el estudio a todo el parénquima cerebral o completar la evaluación con RM.

- Presbiacusia: es producida por un envejecimiento del oído interno. Normalmente aparece después de los 50 años. Comienza afectando a las frecuencias agudas y su evolución es muy variable. Se combinan las dos técnicas y se observara una evolución según la edad del paciente avance.

- Hipoacusias provocadas por el ruido: son aquellas hipoacusias que aparecen por la exposición a un ruido de forma continuada o una explosión. Se complementan las dos técnicas.
Enfermedad de Meniere: enfermedad que afecta al oído interno, se cree que tiene que ver con los niveles o la mezcla de líquidos en los canales. Se realizará una resonancia para excluir causas de tipo tumoral y una tomografía axial computarizada (TAC) para descartar otras enfermedades que pueden provocar vértigos, sordera y acúfenos.

5 Discusión-Conclusión

La tomografía computarizada y la resonancia magnética permiten una excelente representación del oído interno y se utilizan constantemente en el estudio de la hipoacusia neurosensorial también presentan un gran valor en la valoración del implante coclear. Es recomendable el uso de ambas técnicas, con lo que además aumenta la tasa de detección de la patología, ya que cada técnica tiene distintas propiedades.

La TC es una técnica con gran valor por su capacidad para mostrar el peñasco debido a las características de esta zona constituida básicamente por hueso y con la presencia de aire (densidades contrarias, viéndose el primero blanco y el otro negro) por lo cual, las pequeñas estructuras óseas y sus alteraciones morfológicas o de la densidad, son muy bien estudiadas con este método. Los equipos actuales de TC permiten reconstruir las imágenes en planos coronal, sagital y axial,

permitiendo observar la diversa estructura del peñasco, así como sus relaciones anatómicas.

Contrariamente la RM no es capaz de distinguir diferencia entre el hueso y el aire (se ven negros ambos). Pero presenta gran capacidad de discriminación tisular, que permite observar la estructura interna del laberinto y el contenido del CAI, incluidos los distintos nervios que aloja en su interior. La principal ventaja de la RM es su capacidad de definir y diferenciar los tejidos blandos, mostrando perfectamente la presencia de tumores e infecciones.
Ambas técnicas se complementan y se usan de forma conjunta para evaluar la patología del peñasco y sus complicaciones locales y regionales, permitiendo al cirujano la información prequirúrgica que ayuda a tomar la decisión terapéutica y la probable decisión de la colocación del implante coclear, también tendrá valor postquirúrgico porque mostrará las posibles complicaciones tras su implante.

Después de realizar la siguiente revisión bibliográfica he comprobado que el TC está más documentado para el diagnóstico de esta patología, permitiéndome estar mucho más documentada en esta prueba. He observado que los casos clínicos en los que tiene cierta relevancia son aquellos que son provocados por fracturas o que afectan morfológicamente a los peñascos.
Mientras la RM se utiliza para infecciones y la presencia de neuromas principalmente, su uso creo que aun sigue en desarrollo, sobre todo en procesos postquirúrgicos de implantes.

Aun incrementándose el uso de estos medios diagnósticos el campo de la neuroimagen en los casos de hipoacusia se encuentra aún en pleno desarrollo y no está del todo explotado como en otras patologías (se siguen optando por otras técnicas como la pruebas audiológicas y otoscopia). En un futuro preveo que estas técnicas mostraran mejoras para la visualización, en especial la RM que al no presentar radiación podría ser la técnica que desembarque a cualquiera de las otras técnicas.

6 Bibliografía

- Academia.cat. (s.f.). Obtenido de http://www.academia.cat/files/425-743-DOCUMENT/dejuan-38-10jun10.pdf
- Alarcón, M. P. (2012). TC helicoidal en la patología del oído: más allá del colesteatoma. http://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.phpmodule=

viewing_poster&task=viewsection&pi=111662&si=1146
- Asensio, J., & López-Ríos, J. (1998). NEURORRADIOLOGÍA Utilidad y limitaciones de la TC en la patología inflamatoria del oído medio. http://elsevier.es/es-revista-
radiologia-119-articulo-neurorradiologa-utilidad-limitaciones-tc-patologia-13004397
- Cadena, G. G. (2017). Características tomográficas del oído interno asociadas con hipoacusia sensorineural https://revisionporpares.com/index.php/aorl/article/view/710
- Chacon, R. C. (2014). Evaluación radiológica de la hipoacusia neurosensorial brusca http://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.phpmodule=viewing_poster&task=&pi=123959
- Diagnostico por imagen, con el uso de la TAC, de patologias auditivas y sordera neurosensorial - Revista Electrónica de Portales Médicos.com. (s.f.). Obtenido de https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1861/4/Diagnostico-por-imagen%2C-con-el-uso-de-la-TAC%2C-de-patologias-auditivas-y-sordera-neurosensorial
- Florensa, A., Roig, R., Martínez, P., & Guiraldo, C. R. (1996). Aplicaciones de la RM en el estudio del oído interno. http://elsevier.es/es-revista-radiologia-119-pdf-13011458-s300
- García, I. M. (2014). Valoración anatomorradiologica de la vía auditiva con diversas técnicas de radioimagen. https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=82713
- Jiménez, J. O., Roa, J. L., & Figueroa, R. (2011). Estenosis del canal auditivo interno (CAI): hallazgos por imagen.
- Mallo, M. L., Giordanengo, C. C., Bertona, C. A., Bertona, J. J., Gigena, C., & Florez, M. P. (2010). Estudio del oído con TC Multidetector de 64 canales. Revista Argentina de Radiología, 74(4), 367-374 http://scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1852-99922010000400004
- Menéndez-Colino, L. M., Traserra, J., Falcón, C., Berenguer, J., Pujol, T., Doménech, J., & Bernal-Sprekelsen, M. (2009). Resultados en el estudio del córtex auditivo mediante resonancia magnética funcional (I): características generales y resultados individuales. Acta otorrinolaringológica española, 60(3), 160-168. http://sciencedirect.com/science/article/pii/s0001651909712257
- Sandoval, E. G., Marín, N., & Ayala, C. (2001). Lesiones más frecuentes del oído. Análisis retrospectivo del uso de la tomografía axial computada como método de diagnóstico.

Capítulo 1929

EL TREPONEMA

MARIA ELENA PRIETO GOMEZ

ADOLFO JAVIER PRIETO GÓMEZ

1 Introducción

La especie más importante dentro de éste género es el treponema pallidum (está compuesta por entre ocho y veinte espiras enrolladas, lo que le da un movimiento de rotación similar a un sacacorchos). Debido a su pequeño diámetro se visualiza bien con el microscopio de campo oscuro.

El T. Pallidum no es observable en las tinciones de Gram pero si en las tinciones realizadas con plata. En preparaciones en fresco observadas en campo oscuro ,exhibe una movilidad y morfología característica , que permite su diagnóstico directo por observación microscópica del exudado de la lesión . No ha podido ser cultivado. T. Pallium es el agente productor de la Sífilis o Lúes.

La Sífilis es una enfermedad de transmisión sexual y de declaración obligatoria, es una infección bacteriana que se cura de forma sencilla con antibióticos, pero puede producir daño permanente si no se trata. Se propaga a través del sexo oral, vaginal y anal, provocando llagas en el área genital (llamadas chancros). Por lo general, estas llagas no son dolorosas, pero pueden propagar la infección fácilmente a otras personas .Puedes contagiarte de sífilis al entrar en contacto con las llagas .

2 Objetivos

- Prevenir la Sífilis con el uso de preservativos y barreras de látex bucales cada vez que se tenga relaciones sexuales.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para conocer a fondo el tema . Se han empleado diversas bases de datos como son: Scielo, Dialnet, Pubmed, etc.

4 Resultados

Estadios clínicos de la enfermedad
- Periodo de incubación : este periodo va de tres semanas a tres meses.
- Sífilis primaria: aparece una llaga (en el área genital) que se ulcera y da lugar al clásico chancro de inoculación que no es doloroso. Suele existir adenopatía inguinal acompañante y el chancro cura espontáneamente en 3- 8 semanas.
- Sífilis secundaria: al cabo de dos meses aproximadamente la infección se disemina y se presentan manifestaciones clínicas inespecíficas, anorexia y exantema que afecta a mucosas y piel incluyendo palmas de las manos y pies. Suele haber adenopatias generalizadas y ulceraciones en la mucosa bucal .
- Sífilis latente: no existen síntomas y el diagnostico sólo puede hacerse por serología .
- Sífilis terciaria: se desarrolla en aproximadamente un tercio de los pacientes infectados varios años más tarde. Puede aparecer Meningitis Linfocitaria, lesiones granulomatosas de la piel, mucosas o piel llamada Gomas, que pueden ulcerarse, lesiones vasculares. El diagnóstico de la sífilis terciaria es complicado dado que los test treponémicos pueden ser negativos.

Es capaz de cruzar la barrera placentaria e infectar al feto. El contagio suele ocurrir después del cuarto mes de embarazo. La infección del feto puede derivar en aborto, en muerte por nacimiento prematuro o en sífilis congénita precoz o tardía .

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de la sífilis puede efectuarse por observación directa del treponema, en exudado de chancro o de las lesiones de la sífilis secundaria, por

medio de microscopia de campo oscuro. Sin embargo, el diagnóstico es fundamentalmente serológico :
- Pruebas no treponemicas, determinan la presencia de anticuerpos frente a los tejidos alterados por la infección. Fundamentalmente se utiliza la prueba VDRL y el RPR que utilizan como antígeno mezclas sintéticas de cardiolipina, lecitina y colesterol. Estas pruebas son muy sensibles, aunque dan falsos positivos en otras enfermedades. Se negativizan cuando se utiliza un tratamiento eficaz, por lo que sirven para controlar la efectividad del tratamiento.
- Pruebas treponémicas: determinan anticuerpos específicos frente AT. PALLIDUM empleando directamente al T. PALLIDUM como antígeno .

Estas pruebas son muy especificas y no dan prácticamente falsos positivos . Una vez que se han hecho positivas , no se negativizan aunque cure la enfermedad y pueden permanecer positivas toda la vida del paciente .

Las pruebas treponémicas más utilizadas son el TPHA y el FTA.
La conclusión a todo lo anterior es que a pesar de ser fácilmente tratada, haber tenido sífilis no supone que no pueda volver a ser contraída. El cuerpo humano no es capaz de desarrollar una inmunidad efectiva contra el T. PALLIUM esto es debido a varios factores:
- Escasez de proteínas de la membrana externa. El sistema inmune reconoce las proteínas presentes en la capa más externa de la bacteria y desarrolla anticuerpos contra estas. El T. P. tiene muy pocas proteínas en su membrana externa, lo que dificulta el reconocimiento de las mismas.
- Proteínas TPR: su función es la adhesión y formación de poros. Juegan un papel importante en la evasión del sistema inmune debido a que cuentan con regiones hipervariables.
- Subpoblaciones: la alta variabilidad de proteínas como TprK hace que se generen dos poblaciones distintas dentro del mismo paciente, una que los anticuerpos son capaces de reconocer y otra que no. Mientras la subpoblación capaz de unir anticuerpos causa que se de una respuesta inflamatoria, la otra subpoblación sigue replicándose y diseminándose por el organismo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1930

QUIROFANOS Y CELADORES

MARIA FRANCISCA GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

Deberá colaborar en equipo con el resto de estamentos del quirógrafo, aceptando y acatando las órdenes que en su momento se le emitan. Pudiendo ser funciones del celador, aunque variables dependiendo de la institución en la que éste trabaje Los Celadores de esta unidad deberán de ir equipados con la indumentaria adecuada para el trato de los pacientes específicos.

2 Objetivos

- Concienciar sobre la importancia del trabajo en equipo en el quirógrafo.
- Valorar las ventajas e inconvenientes del trabajo en equipo.
- Implicar a todos los miembros del equipo en el cambio de actitudes.
- Proporcionar pautas para lograr trabajar en equipo de forma eficaz.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Toma decisiones por consenso.
- Análisis de los motivos de desacuerdo.
- Proponer objetivos comprensibles.
- Incorporación de experiencias y sugerencias.
- Revisión periódica del funcionamiento.
- Valoración de las diferentes opiniones.
- Garantía de respeto mutuo.
- Predisposición a compartir el liderazgo.

5 Discusión-Conclusión

Todos aquellos profesionales que en cualquier momento o situación tengan que intervenir en la atención del paciente durante el acto quirúrgico.
- Principal Inconveniente: Trabajar en equipo no es fácil, no surge de forma espontánea, requiere un esfuerzo de todos los componentes del mismo.
- Ventajas: Se alcanza una mayor suma de conocimientos y de información que cualquiera de los participantes pudiera lograr de forma aislada, una gama más variada de enfoques y un mayor grado aceptación de la decisión final.

Condicionantes básicos para un buen trabajo en equipo:
- Un buen liderazgo.
- Equipo cualificado.
- Uso de técnicas de comunicación y relación interpersonal.

Resultados obtenidos:
- Un mayor compromiso con las metas comunes.
- Aumento de la interacción e interdependencia entre los componentes del equipo.
- Un mayor grado de satisfacción con el trabajo realizado que, junto con los otros condicionantes, determina un incremento del nivel de calidad y seguridad en la atención al paciente

6 Bibliografía

- https://www.medline.eu
- http://www.scielo.org.co
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 1931

RIESGOS ERGONÓMICOS DEL PERSONAL NO SANITARIO

LORENA VIGON ALVAREZ

1 Introducción

Según la Asociación Española de Ergonomía (AEE), podemos definir la ergonomía como: "Ciencia aplicada de carácter multidisciplinar que tiene como finalidad la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a la características, limitaciones y necesidades de las personas para optimizar su eficacia, seguridad y confort".

El personal que trabaja en los centros sanitarios, están sometidos a una serie de riesgos ergonómicos que no sólo les afecta individualmente en el desempeño de sus tareas, sino que tiene una incidencia social notable puesto que su trabajo repercute directamente en los pacientes/usuarios. El principal problema con el que se encuentran estos trabajadores, es la falta de prevención en la adopción de medidas ergonómicas, prevaleciendo las correctivas que se establecen una vez que los daños físicos y emocionales ya están ocasionados.

2 Objetivos

Corregir y diseñar el ambiente laboral con el objetivo de disminuir riesgos asociados al tipo de actividad y sus consecuencias negativas sobre la salud y el bienestar de las personas.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio bibliográfico en buscadores como: Google y en bases de datos como: Dialnet y Pubmed. Los descriptores utilizados han sido: salud laboral, ergonomía y entorno de trabajo, limitando la búsqueda mediante los operadores booleanos: And y Or.

Se han utilizado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a lo establecido.

4 Resultados

En el sector sanitario, los riesgos ergonómicos aparecen principalmente por:

1. Manipulación manual de cargas

.

Interviene el esfuerzo humano, tanto de forma directa (levantamiento, colocación), como indirecta (empuje, tracción, desplazamiento). También se considera manipulación manual, el transportar o mantener una carga alzada. Se incluye la sujeción con las manos y con otras partes del cuerpo, como la espalda y lanzar la carga de unas personas a otras.
También nos encontramos en este apartado, la movilización de enfermos donde la carga tiene unas características especiales: es pesada, voluminosa, difícil de sujetar, en ocasiones ejerce resistencia, es inestable, puede desplazarse y caer.

Las medidas preventivas a adoptar serían:
- Para la manipulación de cargas se utilizarán dispositivos mecánicos.
- Se disminuirá el peso de la carga o de la frecuencia del trabajo.
- Se adaptarán las cargas a las condiciones de l@s trabajador@s.
- Se dará formación teórica y práctica en técnicas de manejo.
- El levantamiento de la carga se hará en equipo.
- Se manejará la carga pegada al cuerpo y con la espalda recta.
- Siempre será mejor empujar que tirar.

2. Higiene postural.

Se mantendrá la correcta posición del cuerpo, en quietud o en movimiento, y así se evitarán posibles lesiones aprendiendo a proteger la columna vertebral al realizar las actividades diarias, evitando que se presenten dolores y disminuyendo el riesgo de lesiones.

3. Movimientos forzados.

Con o sin carga, se pueden provocar contracturas musculares y lesiones de articulaciones y ligamentos.

4. Sedentarismo.

La falta de actividad física y el sedentarismo, provocan debilidad muscular.

5. Movimientos imprevistos.

Si el paciente realiza un movimiento brusco o no esperado, es necesario que el trabajador o trabajadora lleve a cabo un sobre esfuerzo que se hará rápidamente y con posturas inadecuadas con lo que aumenta el riesgo de producirse una lesión.

6. Uso de pantallas de visualización de datos.

El trabajo con pantallas de visualización de datos (PVD), no sólo puede generar lesiones musculoesqueléticas, sino también, otros daños en la salud como problemas en la visión o estrés.

Las medidas preventivas a adoptar serían:
- Utilización de sillas de 5 patas con ruedas, respaldo y altura regulables.
- Utilización de atriles o portadocumentos para evitar giros de cabeza.
- Utilización de reposapies regulables en altura.
- Ajuste del mobiliario al trabajador o trabajadora.
- Equipos de trabajo en correcto estado y mantenimiento.
- Efectuar pausas cortas y frecuentes incluso levantándose del asiento.
- Efectuar movimientos de relajación como movimiento de cabeza y cuello y estiramientos.

5 Discusión-Conclusión

Además de tomar las medidas adecuadas en materias de prevención, es esencial una adecuada labor formativa e informativa a los trabajadores. De nada va a servir comprar las mejores sillas, mesas, equipos informáticos… si quién tiene que utilizarlos no sabe cuál es la manera correcta y más saludable de hacerlo.

Los riesgos ergonómicos en los centros sanitarios, son una realidad que, si no se previenen de manera correcta pueden desencadenar en enfermedades que conllevan absentismo y bajas laborales.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos laborales.
- www.insst.es
- www.revistamedica.com
- www.seguridadysaludenhospitales.com

Capítulo 1932

PROTOCOLOS DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE ANCIANO EN LOS HOSPITALES DE AGUDOS. EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO

ANA BELEN RODRIGUEZ VALDÉS

1 Introducción

El creciente envejecimiento de la población y sus consecuencias han supuesto un reto desde hace años entre los gestores sanitarios que son conscientes de la complejidad que este escenario representa. Existen en otros países modelos de gestión hospitalaria que han establecido como parte prioritaria de su gestión ofrecer una respuesta integral a las necesidades de los pacientes mayores de 65 años a través de acciones dirigidas a obtener su bienestar desde un enfoque biopsicosocial.

En algunos hospitales españoles comienzan a implantarse protocolos de atención integral al paciente anciano, desde una visión holística que, sin duda, servirán como modelos para acciones futuras en el resto del territorio español.

2 Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica reciente y un análisis de los estudios existentes sobre los protocolos de atención al paciente anciano en el ámbito hospitalario

desde una perspectiva biopsicosocial, así como el papel del trabajador social dentro del trabajo interdisciplinar que rodea la atención a los mayores adultos en los hospitales de agudos españoles.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio bibliográfico se ha llevado a cabo una revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos: Dialnet y Scielo, así como el metabuscador Google Académico y en la biblioteca digital de la UOC. Se utilizaron descriptores en español: "paciente anciano", "sociosanitario", "gerontología", "enfoque biopsicosocial", "holístico", "tercera edad" y "hospitalización" así como operador booleano "and".

4 Resultados

La revisión bibliográfica incide en el hecho de que los cambios demográficos de nuestra era, caracterizados entre otras variables por el envejecimiento de la población, generan la necesidad de desarrollar modelos de gestión hospitalaria que establezcan como prioridad ofrecer una respuesta integral a las necesidades de los pacientes mayores de 65 años, a través de acciones coordinadas y dirigidas por las unidades trabajo social sanitario, cuyos objetivos vayan encaminados a obtener su bienestar desde un enfoque biopsicosocial.

Los datos sobre ingresos hospitalarios en España señalan que de media, más del 50% de los ingresos hospitalarios en nuestro país pertenecen a personas de más de 65 años. Sus estancias hospitalarias son más largas que las del resto de la población, suelen poseer varias patologías y enfermedades crónicas que ocasionan reingresos reiterados.

El modelo sanitario habitual establecido en la mayor parte de los hospitales de agudos de nuestro país ofrece a los pacientes mayores una atención desintegrada y puntual, que se traduce en una atención con un nivel de eficiencia bajo y en ocasiones pone en evidencia la falta de preparación del propio hospital de agudos para responder a las necesidades específicas de este colectivo; lo que finalmente podría traducirse en una eficiencia y una efectividad baja, además de un elevado coste económico ocasionado por los frecuentes reingresos y las largas estancias de estos pacientes, y en último caso en un deterioro en la calidad de vida del paciente anciano.

Ante tal realidad se plantea la necesidad de establecer protocolos de intervención específicos con pacientes ancianos, que desde una visión holística persigan los siguientes objetivos:

- Mejorar la calidad de la atención a los pacientes mayores, a sus familias y cuidadores, interviniendo desde una perspectiva interdisciplinar en aspectos relativos a su bienestar y calidad de vida
- Proporcionar una atención hospitalaria adaptada a las necesidades específicas de las personas mayores, y especialmente a las personas ancianas.
- Desarrollar estrategias de intervención encaminadas a potenciar el desarrollo de la vejez con éxito de los pacientes y tratar de reducir la vejez patológica de éstos
- Establecer sistemas de coordinación con otras instituciones y servicios comunitarios que persigan una atención sociosanitaria a largo plazo y garanticen la continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales.

Pala lograr estos objetivos, la intervención profesional enmarcada en el protocolo de atención al mayor adulto deberá poseer una visión holística, con carácter interdisciplinar. Comprenderá la intervención de diferentes Servicios y Especialidades y será coordinada desde la unidad de TSS del hospital.

De la bibliografía consultada se desprende que la intervención profesional deberá fundamentarse en diferentes acciones:

- Diseñar un plan terapéutico integrado que optimice la atención al paciente mayor y lo valore de forma integral y multidimensional
- Incorporar intervenciones preventivas a los programas de atención con procedimientos específicos para personas mayores
- Impulsar la planificación anticipada de las decisiones en los casos de ancianos para centrar la atención en el paciente y en su familia y evitar las intervenciones no deseables, reforzando el Programa de Planificación del Alta Hospitalaria
- Desarrollar intervenciones profesionales dirigidas a la movilización de recursos del entorno del paciente mayor que persigan ofrecer respuestas de calidad a las necesidades que éste plantee.
- Abordar la intervención integral con el colectivo de mayores desde el conocimiento y la comprensión, considerando que las personas que lo integran son únicas y diversas.
- Promocionar el envejecimiento activo y autónomo de los pacientes, considerando al mayor como un sujeto activo con capacidad para implicarse en la mejora de su estado de salud
- Ofrecer una intervención profesional competente que se aleje de los estereotipos

y prejuicios que acompañan a las personas mayores
- Mejorar los sistemas de recogida de datos e investigación en materia de atención al paciente mayor.
- Promocionar la formación del personal sanitario en aspectos relacionados con el envejecimiento activo y saludable y la atención a las personas mayores.

5 Discusión-Conclusión

Los ingresos hospitalarios de las personas ancianas, gestionados desde una perspectiva biopsicosocial e interdisciplinar, favorecen que los diferentes tratamientos se realicen de forma coordinada y permitan tanto el bienestar del paciente mayor como la recuperación y la orientación a éste y su familia ante la situación sociosanitaria al alta hospitalaria. Una intervención de calidad que persiga la integración de las distintas disciplinas profesionales intervinientes contribuirá en último término a la racionalización de recursos.

El papel del trabajador social sanitario, como profesional encargado de coordinar intervención hospitalaria interdisciplinar, es fundamental para lograr esa atención de calidad que paciente anciano requiere, caracterizada por una visión holística o biopsicosocial de los profesionales, que facilite una intervención completa y eficiente con el colectivo de personas mayores.

6 Bibliografía

- Ayerbe Guridi, Alazne. Aproximación a la aplicación del modelo de atención a la complejidad desde el enfoque del trabajo social sanitario. Barcelona. Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, 2018.
- Bermejo García, L. Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con Personas Mayores. Guías de buenas prácticas. Madrid. Editorial Panamericana, 2010.
- Carrascosa, P; Prado, A.; Achab Bencharki , M. Análisis desde el trabajo social sanitario de las variables que inciden en la sobrecarga de cuidadores principales de pacientes dependientes incluidos en un programa de atención domiciliaria. Barcelona. Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, 2018.
- Experiencia de cuatro años de un grupo multidisciplinar de cronicidad. Elisabeth Fructuoso González, Natalia Cánovas Essard, Pilar Castro Duran, Araceli Ara Pérez, Sara Rodoreda Noguerola, María Dolors Olmos Pagés. Barcelona. Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, 2018.

- Fernández – Ballesteros, R.; Hernández, J.M.; Montorio, I.; Llorente, M. G.; Izal, M.; Pozo, C.; de la Calle, A. Mitos y realidades sobre la vejez y la salud. Barcelona: SG. Editores, 1992.
- Gobierno de España. Jefatura del Estado. Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2013
- Gobierno de España. Jefatura del Estado Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, 2003
- Gobierno del Principado de Asturias, Servicio de Salud del Principado de Asturias. Memoria 2016, 2016.
- Gobierno del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Observatorio de Salud del Principado de Asturias. Informe de situación en salud en Asturias, 2018.
- Iglesias Capa, S. Estudio del perfil sociodemográfico y de la adecuación del recurso al alta de los pacientes intervenidos de prótesis de cadera y prótesis de rodilla con valoración por la Unidad de Trabajo Social Sanitario del Hospital Dos de Maig. Barcelona. Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, 2018.
- IMSERSO. Plan Gerontológico. Madrid: IMSERSO, 1997.
- IMSERSO. Informe 2000. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de asuntos Sociales, 2001.
- IMSERSO. Encuesta a mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política. Secretaría General de política social y consumo 2011.
- Pinazo Hernandis, S.; Sánchez Martínez, M. (2005). Gerontología: actualización, innovación y propuestas. Madrid: Pearson educación.
- Rodríguez Monter, M. Trabajo social sanitario en mayores (primaria y especializada). Barcelona. Editorial: Oberta UOC Publishing, 2013.
- Rueda Estrada, D.J.; Zurro Muñoz,J.J. La vejez, ¿un futuro desprotegido?: de las políticas públicas a la incertidumbre. Barcelona. Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, 2018.

Capítulo 1933

FEOCROMOCITOMA.

MARIA ELENA PRIETO GOMEZ

ADOLFO JAVIER PRIETO GÓMEZ

1 Introducción

Un feocromocitoma es un tumor que se origina en las células cromafines de la glándula suprarrenal y causa una secreción excesiva de catecolaminas (Epinefrina y Norepinefrina) que provocan hipertensión y otros síntomas .
En aproximadamente el 20% de los casos de feocromocitomas las células cromafines crecen fuera de su ubicación normal en las glándulas suprarrenales . Sólo en el 5% de los que crecen dentro de las glándulas suprarrenales son cancerígenos , pero en los que crecen fuera son cancerígenos el 30% , los feocromocitomas son muy pequeños. En raras ocasiones causan síntomas por compresión u obstrucción y , por lo general, no se detectan en el examen físico.

2 Objetivos

Dar a conocer la enfermedad con el objetivo de poder detectarlo cuanto antes .

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de diversas bases de datos , así como de manuales y bibliografías que tenemos en la biblioteca del hospital en diversos libros.

4 Resultados

Una pequeña feocromocitoma puede producir una cantidad sustancial de catecolaminas, y síntomas consiguientes. Las catecolaminas incluyen hormonas como la adrenalina, la noradrenalina y la dopamina que aumentan la presión arterial. También desencadenan otros síntomas asociados como situaciones de riesgo que provocan ataques de pánico.

- Dopamina: es un neurotransmisor que está presente en diversas áreas del cerebro y que es especialmente importante para la función motora del organismo y en todas las respuestas nerviosas que están relacionadas con la expresión de las emociones, se puede administrar en el tratamiento de diversos tipos de shock.
- Noradrenalina: es una hormona del sistema nervioso central y periférico que aumenta la presión arterial y el ritmo cardíaco y que actúa como neurotransmisor. Es una catecolamina con múltiples funciones fisiológicas y homeostáticas que puede actuar como hormona y como neurotransmisor.
- Adrenalina: es una hormona y un neurotransmisor que incrementa la frecuencia cardíaca, contrae los vasos sanguíneos, dilata las vías aéreas, y participa en la reacción de lucha o huida del sistema nervioso simpático.

Los Feocromocitomas se presentan en menos de una de cada 1000 personas. Se manifiestan en varones o mujeres de cualquier edad, pero más frecuentes entre los 30 y los 60 años.

Algunas personas con Feocromocitoma padecen una afección hereditaria rara, la neoplasia endocrina múltiple, que las predispone a desarrollar tumores en varias glándulas endocrinas, como la tiroides, la paratiroides y las glándulas suprarrenales.

Los Feocromocitomas también aparecen en los pacientes que sufren la enfermedad de Van Hipil-Lindau, en la que los vasos sanguíneos crecen anormalmente y forman tumores benignos (Hemangiomas), y en los que padecen Neurofibromatosis (enfermedad de Van Recklinghausen), que se caracteriza por el crecimiento de tumores carnosos sobre los nervios.

El síntoma principal del Feocromocitoma es la hipertensión arterial.

La hipertensión es persistente en casi el 50% de los casos con esta afección. En el resto, ésta y los demás síntomas van y vienen, algunas veces desencadenados por la presión sobre el tumor.

Otros síntomas pueden ser: frecuencia cardíaca acelerada y palpitaciones, sudoración excesiva, ligeros mareos al levantarse, respiración rápida, acaloramiento, piel fría y húmeda, dolores de cabeza intensos, dolor de pecho y estómago, náuseas, vómitos, trastornos visuales, hormigueo en los dedos, estreñimiento y

una sensación de desastre inminente. Cuando estos síntomas aparecen de repente e intensamente, las personas experimentan un ataque de pánico.

5 Discusión-Conclusión

Es difícil de confirmar porque casi la mitad de los pacientes no muestran más síntomas que una hipertensión persistente . Sin embargo, cuando la hipertensión se manifiesta en un paciente joven, es intermitente o se asocia a otros síntomas de Feocromocitoma, se deben efectuar ciertas pruebas de laboratorio. Por ejemplo el valor de ciertas catecolaminas se puede medir en las muestras de orina .
Valores de referencia :
- Aldosterona sérica: 5 - 16 ng / 100 ml
Excreción diaria: 5 - 15 ng / 24 horas.
- Cortisol plasma : 7 a 8 a-m 9 - 25 ng / 100 ml / 4 a 7 p.m. 3 - 12 ng / 100 ml.
- Cortisol Libre en orina: 20 - 100 ng / 24 horas.
- Catecolaminas en orina: 0 - 100 ng / 24 horas.
- Epinefrina: 0.5 - 20 ng / 24 horas.
- Norepinefrina: 15 a 80 ng / 24 horas.
- Epinefrina sérica: 20 ng / 100 ml.
- Norepinefrina sérica: 60 ng / 100 ml.
Condiciones especiales de obtención de muestras :
- Mantener en oscuridad y refrigeradas las muestras de orina .
- Instaurar dieta , en caso necesario .
- Indicar la posición del paciente y la hora de la toma.
- Seguir las indicaciones del laboratorio.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1934

EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN EL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS

ANA BELEN RODRIGUEZ VALDÉS

1 Introducción

Desde una perspectiva sanitaria, la introducción del concepto de terminalidad ha supuesto un avance indiscutible en el conocimiento de todos los factores que existen en torno a la muerte, a través de la modificación de las estrategias de afrontamiento del cuidado de las personas de cualquier edad que se enfrentan al hecho en sí y a las relaciones con su entorno.

La incorporación de un paciente al programa de Cuidados Paliativos perseguirá su bienestar y el alivio del sufrimiento. Esta decisión debería ser valorada de manera conjunta e interdisciplinar por la totalidad del equipo asistencial que interviene en el caso. El objetivo es brindar una atención integral, contribuyendo cada profesional desde su propia especialidad, a dar respuesta al conjunto de necesidades del paciente y su familia en esta etapa de su vida, ayudando a que el paciente pueda morir con dignidad, sin dolor y con el menor sufrimiento posible.

Una vez determinada la idoneidad de incorporar al paciente al Programa de Cuidados Paliativos, es recomendable que parte del equipo interdisciplinar que ha valorado la decisión (equipo médico, psicólogo y TSS) se lo comunique de forma conjunta a la familia, con el fin de ofrecerles el soporte necesario y establecer acuerdos con ellos. Trabajar con la familia desde un planteamiento biop-

sicosocial permitirá desarrollar su capacidad para enfrentarse y adaptarse de una forma menos dolorosa a la situación que les ha tocado vivir.

2 Objetivos

Con el presente estudio se ha pretendido realizar una revisión bibliográfica reciente y un análisis de los estudios existentes sobre aspectos relevantes y los objetivos de los protocolos de intervención con el paciente terminal y los programas de cuidados paliativos, así como el papel del trabajador social sanitario como parte integrante del equipo multidisciplinar interviniente.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio bibliográfico se ha llevado a cabo una revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos: Dialnet y Scielo, así como el metabuscador Google Académico y en la biblioteca digital de la UOC. Se utilizaron descriptores en español: "paciente terminal", "final de la vida", "trabajo social sanitario", "intervención", así como operador booleano "and".

4 Resultados

Los cuidados paliativos se entienden como la "atención integral, activa y continuada del paciente y sus familiares, realizada por un equipo multidisciplinar, cuando la expectativa no es la curación, sino el proporcionar calidad de vida sin la expectativa de alargar la supervivencia." Es imprescindible la cobertura integral de los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del paciente y el objetivo es proporcionar calidad de vida a la persona.

Las fases de intervención desde el trabajo social sanitario con el paciente terminal son:
1. diagnóstico estructurado y percepción de demandas psicosociales
2. acompañamiento y apoyo emocional a enfermo y familia
3. resolución de problemas desde perspectivas preventivas y restauradoras (de apoyo y paliativas).

Una vez valorada la incorporación al Programa de Cuidados Paliativos domiciliarios, y tras ponerlo en conocimiento de la familia, se intervendrá con el paciente

y su núcleo familiar, de forma coordinada e interdisciplinar, desde los diferentes Servicios intervinientes en el caso, siempre desde un enfoque biopsicosocial.

El plan de intervención será dinámico y podrá ir variando en función de las necesidades del enfermo y sus circunstancias personales y familiares.

Objetivos de Intervención con el Paciente desde la Unidad de Trabajo Social Sanitario:
- Desarrollar una intervención con el paciente basada en el respeto a sus voluntades, a su propia individualidad y focalizada en mantener una atención integral de su caso, abordando los aspectos sanitarios, sociales y psicosociales que rodean su enfermedad.
- Garantizar la prestación de todos los servicios sociosanitarios a los que el paciente tenga acceso.
- Promover las medidas terapéuticas que favorezcan el mantenimiento de una calidad de vida digna, buscando prioritariamente el bienestar del paciente.
- Mantener coordinación y trabajo interdisciplinar con los distintos servicios socio sanitarios que tratan al enfermo, evitando solapamientos y duplicidades innecesarias

Objetivos de Intervención con la Familia desde la Unidad de Trabajo Social Sanitario:
- Proporcionar apoyo y soporte psicosocial a la familia y cuidadores del paciente.
- Ofrecer asesoramiento profesional en las cuestiones relativas a su situación legal
- Potenciar, mientras sea posible, la convivencia del paciente en el núcleo familiar, proporcionando a cuidadores tiempos de respiro y descanso; promoviendo apoyos asistenciales dirigidos a mantener la autonomía personal del enfermo en las rutinas de la vida cotidiana, a través del incremento horario del servicio de ayuda a domicilio.
- Facilitar los apoyos de accesibilidad y la movilidad en el domicilio, gestionando la cesión temporal gratuita de material adecuado a las necesidades del paciente (camas articuladas, sillas de ruedas, etc.).
- Ofrecer a los familiares formación en cuestiones sanitarias básicas como el control postural, la administración de medicación, la cura de úlceras o la toma de tensión al enfermo.
- Establecer medidas para evitar la claudicación familiar, y en caso de que ésta se produzca, ofrecer alternativas residenciales que proporcionen los cuidados que precisa el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los modelos de intervención frente al hecho del final de la vida han de incluir aspectos médicos, psicobiológicos y sociosanitarios. La relevancia de las estrategias y la operativa que la metodología del trabajo social sanitario puede aportar al tema no han sido demasiado investigadas, por lo cual tienen un importante margen de mejora. Sin embargo, se constata la relevancia del papel del trabajador social sanitario como parte crucial dentro del equipo multidisciplinar que interviene con pacientes y familias de pacientes que a consecuencia de una enfermedad terminal se encuentran en la etapa final de su vida.

6 Bibliografía

- AEFT. Modificación de la capacidad, Tutela y Fundaciones Tutelares. Madrid. 2014
- Arranz, P., "et al". "Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y Protocolos". Edit. Ariel Ciencias Médicas, Barcelona, 2003.
- Ayerbe Guridi, A. Aproximación a la aplicación del modelo de atención a la complejidad desde el enfoque del trabajo social sanitario. Agathos. 2018; (4)
- Caamaño Ponte, J.L. Trabajo social sanitario cuando la vida acaba (sin relación con la edad). Atención primaria y atención especializada. Barcelona. Editorial: Oberta UOC Publishing, 2013.
- Carrascosa, P.; Prado, A.; Achab Bencharki, M. Análisis desde el trabajo social sanitario de las variables que inciden en la sobrecarga de cuidadores principales de pacientes dependientes incluidos en un programa de atención domiciliaria. Agathos. 2018 (4)
- Fernández Guerrero, A.M.; Gualda García, R.; Salvador Sánchez, M.I. La importancia de intervenir con la familia en cuidados paliativos desde el trabajo social sanitario. Agathos. 2009; (3): págs. 30-43.
- Fructuoso González, E.; Cánovas Essard, N.; Castro Duran, P.; Ara Pérez, A.; Sara Rodoreda Noguerola, S.; Olmos Pagés, M. D. Experiencia de cuatro años de un grupo multidisciplinar de cronicidad. Barcelona. Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, 2018.
- Jiménez Rodríguez, J.M. Cuidados paliativos: un análisis desde el trabajo social sanitario. Agathos. 2018; (3): págs. 4-16.
- Permuy, V.; Risso, A. "¿Es la sobreprotección un constructo diferente del apoyo social?". Revista de estudios e investigación en psicología y educación. 2014; (1): págs. 44-54.

- Robert, M.V.; Valdivieso, B. F. "Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial" Revista Médica Clínica Las Condes. 2013; (24): págs. 677-684
- Rodríguez Monter, M. Trabajo social sanitario en mayores (primaria y especializada). Barcelona. Editorial: Oberta UOC Publishing, 2013.
- Rueda Estrada, D.J.; Zurro Muñoz,J.J. La vejez, ¿un futuro desprotegido?: de las políticas públicas a la incertidumbre. Barcelona. Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, 2018.
- Serrano Julve, M. El trabajo social sanitario con personas enfermas de alzhéimer y sus familias. Barcelona. Editorial: Oberta UOC Publishing, 2013.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. Madrid. 2014
- Vanzini, L. "El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional" Documentos de Trabajo Social • 2010; (47): págs. 184-199
- Yuguero, M. "¿Quién cuida al familiar cuidador?". Educación para la salud. 2017; (95): págs. 26-29

Capítulo 1935

DETERMINACIÓN ANALÍTICA DEL PH EN SANGRE Y ORINA

ADOLFO JAVIER PRIETO GÓMEZ

MONTSERRAT MERA TORNEIRO

1 Introducción

El factor central alrededor del cual gira lo que denominamos equilibrio ácido-base es la concentración de iones hidrogeno o hidrogeniones (11+). Esta concentración es extremadamente baja y debe mantenerse dentro de uno límites muy estrechos para el normal funcionamiento celular; esto debe ser así porque los 11+ poseen una alta reactividad química. Los hidrogeniones son tan activos que pequeños cambios en su concentración pueden alterar procesos fisiológicos y reacciones enzimáticas, ya que estas al ganar o perder 11+ pueden cambiar su configuración molecular y por tanto , su funcionalidad, con los consiguientes trastornos en el metabolismo y función celular.
En relación a los ácidos y bases podemos definir ácido como toda sustancia capaz de ceder 11+ y una base como todas sustancia capaz de aceptarlos.

La velocidad con la que los ácidos se disocian liberando 11+ es v1 y la velocidad con la que las bases reaccionan aceptando 11+ es v2. Cuando en estas reacciones se alcanza el equilibrio v1 es igual a v2.
Se define v1 igual a k1 (ácido) y v2 es igual a k2 (base). Este equilibrio es reversible y dinámico y se rige por " la ley de acción de masas". Siendo k la constante de disociación; es una característica de cada sustancia y es una medida de fuerza, es decir, de la tenacidad de la liberar 11+ los ácidos o aceptar 11+ las bases.

Un ácido fuerte posee poca afinidad por el 11+ y por lo tanto se disocia fácilmente del 11+, mientras que un ácido débil posee cierta afinidad por el 11+ y lo cede menos fácilmente. Una base fuerte posee elevada afinidad por el 11+ mientras que una base débil posee escasa afinidad por el 11+. Podemos definir pH como el logaritmo negativo de la concentración de H+. Dicha definición fue introducida en 1909 por Sörensen por lo que podemos determinar que el pH el igual al logaritmo (H+) y a su vez este es igual a logaritmo de 1/(H+). Si aplicamos este concepto a la última reacción tendríamos que el pH es igual a pK mas el logaritmo de la base partido por el ácido. Es la ecuación de Henderson Hasselbalch.

El agua es una sustancia ácido-base que se disocia en H+ y OH-, conteniendo cantidades semejantes de ambos iones. La neutralidad ácido-base se define como pH igual a 7 y se cumple cuando (H+) es igual a (OH-). Las soluciones ácidas tienen un a elevada concentración de H+ por lo que el pH es menor que 7. Las soluciones básicas tienen una baja concentración de H+ y su pH será mayor a 7.

Al hablar de pH se hace referencia al líquido extracelular (plasma y líquido intersticial). El valor normal del pH del líquido extracelular oscila ente 7,35 y 7,45 (promedio 7,4), lo que equivale a una concentración de H+ de 35-45 mmol/l y es necesario que el organismo mantenga el pH dentro de este estrecho margen debido a que modificaciones del pH provocan una alteración del funcionamiento enzimático, de la incorporación y regulación celular de metabolitos y de minerales, de la conformación de los componentes estructurales biológicos y de la liberación de los componentes estructurales biológicos y de la liberación y captación de oxigeno.

El pH líquido intracelular no puede determinarse con precisión; no es uniforme y varía de un tipo celular a otro.
Los mecanismos que emplea el organismo para evitar variaciones del pH se denominan sistemas amortiguadores, los cuales son:
- Tamponamiento químico.
- Regulación respiratoria.
- Regulación renal.

El Tamponamiento químico, amortiguador o buffer describe a una sustancia química que, por su presencia en una solución, reduce al mínimo las variaciones del pH producidas al agregar a dicha solución un ácido (H+) o un base (OH-). Los sistemas tampón que tienen mayor interés son:
- Tampón bicarbonato-ácido carbónico.
- Hemoglobina.

- Proteínas del plasma.
- Sistema tampón fosfato.

La regulación respiratoria. El aparato respiratorio regula los niveles de PCO2. Es el encargado de eliminar el CO2 producido como consecuencia del metabolismo celular (principalmente del metabolismo de la glucosa y de ácidos grasos). Pero además utiliza la PCO2 como mecanismo de respuesta a cambios producidos en la concentración de H+, y por tanto de pH, introducidos por alteraciones no respiratorias.

En casos de aumento de la concentración de H+ se produce hiperventilación, esto provoca una mayor eliminación de CO2, con la consiguiente disminución de la producción de ácido carbónico, disminuyen los H+ y se neutraliza la disminución del pH. En casos de disminución de la concentración del H+ se produce hipoventilación lo que conlleva una retención de CO2 en el organismo, aumenta el ácido carbónico y se produce una disminución el pH. Las compensaciones respiratorias son siempre transitorios, a diferencia del riñon que puede establecer adaptaciones permanentes.
La regulación renal; así como el sistema respiratorio es el encargado de la eliminación de los ácidos volátiles como el CO2, el riñón es el encargado de eliminar los ácidos no volátiles los cuales proceden fundamentalmente del metabolismo proteico.

Los mecanismos amortiguadores renales se basan en:
- La re absorción de bicarbonato en los túbulos renales, que es empleado como mecanismo compensador cuando se produce disminución del pH.
- Secreción de H+.Paso de H+ desde el plasma a los túbulos renales.
- 2/3 partes de los H+ secretados se unen al amoniaco para formar ion amonio (NH4+) que excreta en forma de cloruro de amónico (CLNH4+).
- 1/3 parte de los H+ secretados se combinan con tampones urinarios principalmente con tampones fosfato. Esta forma de eliminación de H+ da lugar a la acidez titulable de la orina.

La determinación del pH es uno de los factores mas importantes en en la evaluación del equilibro ácido-base.
Generalmente el pH en sanguíneo se termina por métodos potenciométricos: métodos analiticos que se basan en la medición del potencial de un electrodo respecto a otro, es decir, es una medida de la diferencia de potencial entre dos electrodos.
Para fines clínicos el pH de la sangre venosa tiene prácticamente el mismo sig-

nificado que de la sangre arterial, ya que su diferencia no suele variar de 0.03 unidades de pH.

El pH en orina refleja la capacidad del riñón para mantener una concentración normal de pH en el plama y en los líquidos extracelulares. Para el análisis básico de orina es suficiente con un cálculo aproximado de pH urinario, lo que suele realizarse con tiras de reactivas, si se requiere una mayor exactitud se utilizan electrodos indicadores de vidrio.

2 Objetivos

- Evaluar el estado de ácido-base o estado de oxigenación respiratoria del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es importante mantener nuestro organismo en unos niveles de pH con tendencia a la alcalinidad. Si queremos entender e estado de nuestro organismo o la influencia que tiene en nuestro pH en la alimentación que realizamos, podemos llevar un control mediante tiras radiactivas para medir el pH en orina.

El pH de la orina y de la saliva pueden ser fácilmente medidos con tiras de papel radiactivo. Elegimos tiras de papel radiactivo rangos estrechos de pH de una unidad (por ejemplo de 6 a 7) significa que hemos incrementado 10 veces el nivel de alcalinidad. Es la razón por la que se recomienda utilizar tiras radiactivas que midan rangos inferiores a una unidad, por lo que utilizamos tiras radiactivas que miden intervalos de 0,3 unidades, ya que esos cambios son significativos y deben ser tomados en consideración.

En medicina se considera que la orina habitualmente mantiene rangos de pH entre 5 y 8 aunque:
- Valores mantenidos siempre o casi siempre por encima 7,5 reflejan una falsa alcalinidad o enfermedad subyacente.
- Valores mantenidos ente 5 y 6 nos muestran una acidosis metabólica crónica leve(definición que todavía no está reconocida por la medicina oficial y que por lo general es fruto de la alimentación).
- Valores mantenidos por debajo de 5 reflejan una acidosis metabólica manifiesta y con sinónimo de enfermedad.

Una variación de este intervalo por encima o por debajo nos indicaría una patología.
La primera orina de la mañana suele ser mas ácida que el resto del día, pudiendo situarse en valores de 6,5 ó inferiores y a lo largo del día subir incluso hasta los 7,4 ó superiores si ya hace tiempo que se lleva una dieta adecuada (consideramos como adecuado cuando se da que dos de terceras partes de su composición son alcalinas y un tercio son ácidas), acompañada de una buena hidratación y hábitos saludables.

Para poder valorar los cambios en el pH urinario lo ideal será toma nota de las medidas de pH durante unos días antes de hacer los cambios en los hábitos y alimentación, y varias veces durante el día; concluyendo por la noche.
Para leer la tira radiactiva sumergiremos la misma en la orina y pasando un tiempo relativo comprendido entre 10 y 15 segundos compararemos la tira radiactiva con la escala que trae el indicador, procuraremos realizar la prueba en lugares con una adecuada iluminación y situando la tira radiactiva sobre un fondo blanco para que destaquen los colores.
La banda empieza en amarillo y cambia a verdes azulados a medida que sube el pH. La otra empieza en marrones y cambia a morados según va subiendo el pH. La banda de amarillos se lee mejor en rangos mas alcalinos y la marrón en rangos más ácidos y no tienen que coincidir ambas bandas de color con la escala al hacer la lectura comparativa.
Es normal que solo coincida con una de ellas si nos alejamos del pH neutro tanto en ácido como en alcalino y esa lectura coincidente es la que tenemos que anotar.

A la hora de interpretar los valores del pH debemos tener en cuenta que son muchos los factores que influyen decisivamente en él. Además, frecuentemente los efectos son retardados y se solapan con factores más predecibles y mas inmediatos (a veces muy inmediatos) como los alimentarios, por lo que pueden hacer

pensar sobre todo al principiante impaciente que las lecturas no tienen ni pies ni cabeza y son una pérdida de tiempo.

En relación a los factores que influyen en el pH urinario y concluyendo que continuamente estamos excretando orina a través de filtrado renal y se va acumulando en la vejiga hasta que lo expulsamos al exterior.
Muchos son los factores que condicionan el grado de acidez o alcalinidad. Si bien se requieren más estudios y comprobaciones para refrenarlos, los factores que influyen en el pH urinario son:
- Factores internos o propios , que guardan estrecha relación con el metabolismo celular. Los mas importantes son: la edad, actividad física, estrés, ritmo cardíaco, hiperucemia, grupo sanguíneo u otras características individuales.
- Factores externos o añadidos que influyen directa o indirectamente en el metabolismo celular: grado de hidratación, alimentación, bebidas con carga ácida o alcalina, determinados complementos alimenticios, hierbas e infusiones, fármacos, baños de sol intenso y mantenido, calor y frió, alcohol, etc.

Para medir los niveles de pH en sangre se utiliza la prueba de sobre carga ácida. Es una prueba que mide la capacidad de los riñones para enviar ácido a la orina. Esta prueba implica tanto un examen de sangre como de orina.
Antes de realizar la prueba el paciente deberá tomar cloruro de amonio durante 3 días, se informará al paciente que deberá de seguir las instrucciones al pie de la letra sobre la forma de tomarlo para garantizar un resultado positivo.
Una de las patologías que determina esta prueba es la acidosis que es causada por una producción excesiva de ácido, por una excesiva perdida de bicarbonato (acidosis metabólica) o por acumulación de dióxido de carbono en sangre, resultado de un funcionamiento pulmonar deficiente o de una depresión respiratoria (acidosis respiratoria).
La acidez en sangre aumenta cuando se ingieren sustancias que contienen ácido o que los producen, o cuando los pulmones no expulsan suficiente dióxido de carbono. En presencia de acidosis metabólica , a menudo se sienten náuseas, vómitos y fatiga, y se respira con mas rapidez y profundidad de lo normal.

En presencia de acidosis respiratoria, a menudo se siente cefalea y confusión, y la respiración es poco profunda, lenta o ambas cosas. Los resultados del análisis de sangre indican de forma característica un pH inferior a lo normal. Si el aumento del ácido supera los sistema control ácido-base del organismo, la sangre se acidifica. Al disminuir el pH en la sangre, la respiración se vuelve mas rápida y profunda aumentando la cantidad de dióxido de carbono que se expulsa. También

los riñones tratan de compensar el pH eliminando una cantidad mayor de ácido en la orina. Pero ambos mecanismos pueden verse sobrepasados si el organismo sigue produciendo demasiado ácido, con lo que conduce a una acidosis grave, y finalmente problemas cardíacos y coma. La acidez o la alcalinidad de cualquier solución, incluida la sangre, se indica mediante la escala de pH.

5 Discusión-Conclusión

El pH se define como la acidez o la alcalinidad de un medio o solución acuosa. Su escala se mide de 0 a 14, siendo 7 el punto neutro, de 0 a 6,9 ácido y a partir de 7 las alcalinas.

El pH del cuerpo es diferente en cada parte, y no siempre debe ser de nivel 7. Cada parte del organismo del ser humano tiene su equilibrio, y debemos entender por que es importante mantener esos equilibrios.

Como siempre al romper cualquier equilibrio, estamos haciendo trabajar a nuestros diferentes organismos para volver a encontrar el equilibrio, por lo tanto le estamos pidiendo al cuerpo un extra no necesario. Si el organismo no es capaz de regular dichos desequilibrios es cuando se produce la patología.

Como resumen podemos decir que si se aumentan los procesos de síntesis o destrucción celular, si se aporta una ostensible carga ácida por vía oral y si hay una baja hidratación se alcalinizará el organismo. Sólo una carga ácida mantenida en el tiempo provocará o favorecerá la aparición de patologías.

Con las determinaciones regladas podremos saber con el paso de los días si necesitamos aumentar o no un carga alcalina a nuestra alimentación para prevenir en los posible la aparición de osteoporosis y otras enfermedades.
También es importante reseñar que lo que refleja nuestro organismo, es decir la acidez o alcalinidad , es solo una parte de la compleja maquinaria que intenta mantener a toda costa la salud.

En general los niveles de pH del cuerpo tienden a ser mas alcalinos que ácidos, es por ello que los últimos estudios sobre salud indican que acercarnos en general a valores mas alcalinos puede prevenir algunas enfermedades.
Como una excepción nos encontramos el pH de la piel, que crea un manto ácido protector para evitar agresiones a la epidermis.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1936

MÉTODOS Y ESTRATEGIAS PARA PROTEGERNOS DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL. PARA EL PERSONAL SANITARIO Y DE GESTIÓN Y SERVICIOS.

MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ

EVA POLADURA SOLARES

VERÓNICA GARCÍA CALZÓN

1 Introducción

Casi todos los trabajadores hemos experimentado en uno u otro momento, la sensación de sentirnos agobiados (compromisos sociales, rutina diaria, responsabilidades familiares, agotamiento por el trabajo, etc.), cuando tienes demasiado trabajo pendiente con una fecha u hora concreta de entrega o realización, cuando tienes que atender la reclamación de un usuario descontenta, que tiene prisa para que se lo solucionen, cuando tienes que cumplir una orden con la que no estás de acuerdo, etc. Estas exigencias, nos producen un desgaste emocional en el trabajo,que lo denominamos desgaste profesional o síndrome del trabajador quemado, también conocido como Burnout.

Se manifiesta en una situación de agotamiento físico , tras un periodo más o menos largo de esfuerzo y dedicación con altas demandas emocionales, y se

considera una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos, hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio trabajo, así como, por la vivencia de encontrarse emocionalmente exhausto o agotado.

Se acompaña de tres síntomas propios, tales como agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Los síntomas aparecen tras la exposición a unas condiciones de trabajo determinadas, que actúan como generadores de estrés (tienen la capacidad de producir una respuesta emocional negativa en la persona).

Los profesionales de los centros sanitarios, independientemente del tipo de centro o de su tamaño, pertenecen a uno de los colectivos del sector público, más afectados por el síndrome del desgaste profesional (Burnout)

Todos los colectivos de profesionales que desarrollan una actividad en la que existe un trato directo y continuado con usuarios, bien en labores asistenciales, como el personal del ámbito sanitario (centros de salud, centros hospitalarios, etc.), personal de fuerzas y cuerpos de seguridad, de centros educativos, etc., o bien prestando un servicio de atención específico (atención e información al usuario en ámbitos sanitarios) venta, banca, oficinas, etc…están más expuestos a desarrollar desgaste profesional.

2 Objetivos

- Detectar los principales factores de riesgo.
- Identificar las distintas fases del proceso.
- Conocer las consecuencias que produce este síndrome sobre las personas que lo sufren.

3 Metodología

Se realizado un revisión bibliográfica, con búsqueda de información relacionada con riesgos psicosociales en el trabajo, estrés en el trabajo, psicosociología y psicopatología en el trabajo, síndrome de Burnout, síndrome del quemado.

4 Resultados

En el desgaste profesional intervienen tanto factores de carácter individual como del contexto del trabajo. Estos factores por sí mismos, no son determinantes en el síndrome del Burnout. Ambos tipos de factores, actúan como desencadenantes del desgaste profesional, siempre y cuando, estemos también expuestos a una situación de estrés crónico, es decir, de forma continua y prolongada en el tiempo.Factores de riesgo que desencadenan el síndrome de Burnout:
1. De carácter individual.-La presencia de ciertas características personales pueden influir (en mayor o menor medida) en la aparición del desgaste profesional. Aspectos como la personalidad, las actitudes y las expectativas hacen a las personas más vulnerables ante las demandas del entorno de trabajo.
Las características individuales facilitan o amortiguan el desgaste profesional.
Algunas de estas características personales son:
- Personalidad tipo A (interés exagerado por la perfección, metas elevadas, implicación muy profunda con el trabajo, etc…)
- Dependencia (de otras personas para realizar el trabajo)
- Rigidez (capacidad de adaptación a situaciones nuevas, pensamiento alternativo, etc…)
- Ansiedad
- Introversión
- Locus de control (persona que le afectan mucho las circunstancias del entorno y se siente incapaz de controlarlo)

2. Del contexto de trabajo
Organizativas:
- Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida
- Exceso de burocratización en los procedimientos de trabajo
- Escaso apoyo institucional ante problemáticas individuales
- Exceso de carga de trabajo, sobre todo de tipo emocional
- Falta de reconocimiento individual y colectivo del trabajo que se realiza
- Carencia de formación para los trabajadores
- Calidad del servicio que se presta a las personas usuarias
- Capacidad para atender y gestionar las demandas de las personas usuarias

Según la naturaleza del trabajo:
Hace referencia a la naturaleza de la actividad que se desarrolla (asistencial por ejemplo), el contenido de las tareas (atención a las personas usuarias), los métodos y procedimientos de trabajo (por ejemplo cómo actuar ante un estado de

crisis de un usuario), el horario de trabajo (trabajo a turnos), etc.

- Sobrecarga emocional por la interacción continuada con personas
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía
- Falta de tiempo y de recursos para la atención al usuario
- No tener claras las funciones del puesto que se desempeña
- Falta de control sobre los resultados del trabajo que se realiza
- Escaso reconocimiento y valoración del trabajo por parte de los usuarios
- Capacidad de decisión limitada sobre cuestiones que afectan a las personas usuarias
- Expectativas profesionales no satisfechas
- Capacitación insuficiente para el puesto de trabajo

Según las relaciones sociales en el trabajo:
Según la calidad de las relaciones interpersonales que existan o se den en el trabajo, puede contribuiren mayor o menor medida, al desgaste profesional, tales como:
- Atención de las problemáticas de las personas usuarias.
- Coordinación y trabajo en equipo.
- Relaciones con las personas usuarias.
- Relaciones entre compañeros/as.
- Relaciones con los superiores.
- Relaciones con personas externas a la organización de trabajo.

Fases del proceso del desgaste profesional o Burnout
El desgaste profesional se desarrolla muy paulatinamente y a veces el propio trabajador, no es consciente de que lo está sufriendo.Teniendo en cuenta, la relación que la persona mantiene con su contexto de trabajo, podemos diferenciar cinco etapas.Estas etapas, no se desarrollan secuencialmente de la misma forma en todas las personas, pero el proceso tiene carácter cíclico y puede repetirse en otros momentos de la vida laboral del trabajador, en el mismo o en diferentes trabajos.
1. Fase inicial o de entusiasmo. Las primeras señales de alarma surgen en esta fase inicial.
2. Fase de estancamiento. La persona duda acerca de su capacidad para responder satisfactoriamente a las exigencias del entorno de trabajo (se manifiesta el estrés).
3. Fase de frustración. La persona se encuentra crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío.
4. Fase de apatía. Corresponde a la fase central del síndrome Burnout y se caracteriza por la tendencia de la persona a paralizar sus actividades de trabajo, dismin-

uye el ritmo de trabajo y se agudiza la falta de interés por el mismo. Surgen las somatizaciones del desgaste profesional por medio de alteraciones emocionales, físicos y conductuales (por ejemplo irritabilidad, cambios de humor, pérdida de apetito, etc.)
5. Fase de quemado. Se caracteriza por el colapso emocional y cognitivo que sufre la persona afectada y las importantes repercusiones sobre la salud, el trabajo y la vida extralaboral, hasta el punto de que la persona puede verse obligada a abandonar el trabajo como consecuencia del estado de desgaste alcanzado y a no encontrar sentido a su vida.

Consecuencias del Burnout sobre la persona que lo sufre
El agotamiento puede observarse conscientemente por la persona afectada, o mantenerse no reconocido durante mucho tiempo. Poco a poco, la persona afectada va cambiando las actitudes hacia el trabajo, hacia las personas y, en general, hacia la vida cotidiana.Las consecuencias que el agotamiento profesional (Burnout) puede causar en la persona que lo sufre, sondaños en su salud, repercusiones en al ámbito laboral y repercusiones en la vida personal. Desde el punto de vista clínico, pueden afectar a la persona que lo sufre, de formas diferentes según el nivel de gravedad (leve, moderada, grave y extrema) que van desde síntomas físicos, vagos e inespecíficos, hasta aislamiento, depresión crónica, abandono de profesión, incluso riesgo de suicidio.

Detallamos algunas de esas consecuencias
Daños para la salud. Existen asociados numerosos síntomas físicos y mentales.
1. Nivel Psicosomático:
• Malestar general, cansancio, agotamiento físico y mental.
• Fatiga crónica.
• Dolores de cabeza.
• Alteraciones del sueño.
• Problemas de piel (eccemas, dermatitis, etc.).
• Úlceras y otros desórdenes gastrointestinales.
• Pérdida de peso.
• Molestias y dolores musculares.
• Hipertensión.
• Crisis asmáticas.

2. Nivel Cognitivo
• Dificultades para mantener la atención y pérdida de memoria.
• Disminución de la capacidad de concentración.

• Sobredimensionar los problemas y/o exagerarlos.
• Atribuciones erróneas como por ejemplo basarse en suposiciones sin tener en cuenta hechos objetivos.
• Despistes frecuentes.

3. Nivel Emocional
• Agotamiento emocional
• Distanciamiento afectivo como forma de autoprotección (como evitar dar explicaciones a los demás)
• Ansiedad
• Sentimientos de culpabilidad.
• Impaciencia e irritabilidad.
• Baja o nula tolerancia a la frustración.
• Sensación de vacío y soledad. Sentimientos depresivos.
• Sentimientos de impotencia.
•Actuación guiándonos por el estado emocional en el que nos encontremos en ese momento).
• Apatía y aburrimiento.

4. Nivel Conductual
• Conducta despersonalizada en la relación con el usuario.
• Incapacidad para vivir de forma tranquila.
• Evitación en el contacto con las demás personas.
• Desarrollo de conductas de abuso (fármacos, estimulantes, tabaco, alcohol, etc.).
• Actitudes de desconfianza.
• Cinismo e ironía hacia las personas usuarias .
• Hostilidad, suspicacia y escasa verbalización en las interacciones personales, incluso dificultades del habla.
• Trastornos alimentarios.

Repercusiones en el ámbito laboral

En el ámbito laboral, disminuye la capacidad de trabajo, puede aumentar el riesgo de cometer errores y a consecuencia, sufrir accidentes de trabajo.
• Llegar tarde, incumplir horario de trabajo.
• Buscar excusas médicas para no acudir a trabajar.
• Tendencia al aislamiento.
• Relaciones personales tensas y distantes y deterioro del clima de trabajo.
• Desinterés por los problemas de los usuarios de los servicios, es decir, menor implicación en la atención que se presta a las personas, etc…

Repercusiones en la vida personal
Las consecuencias del desgaste profesional pueden traspasar el ámbito del trabajo y afectando incluso a la vida personal.
• Desestructuración de las rutinas diarias.
•Reducción de contactos sociales.
• Tensiones familiares y discusiones frecuentes.
• Cambios en los hábitos de salud como por ejemplo no respetar los horarios de las comida.
• Actividades de riesgo.
• Discusiones de pareja.

5 Discusión-Conclusión

Detallaremos algunos conceptos o ideas claves y estrategias para prevenir o actuar en caso de agotamiento profesional o Burnout.
Conceptos clave:
1. El desgaste profesional se considera una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas o condiciones labrales con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente exhausto.

2. Siempre tiene consecuencias negativas para la persona que lo sufre y la manifestación más característica es el agotamiento emocional, mientras que el estrés es una respuesta adaptativa que no siempre resulta nociva y que se manifiesta, sobre todo, a nivel físico.

3. Es más probable que surja el desgaste profesional, cuando la actividad que se desarrolla se basa en:
• Prestar un servicio de atención o ayudadirecta y continuadaa personas, usuarios, etc..
• Mantener una relación de ayuda y/o prestación de un servicio
• Responder a exigencias o demandas de trabajo elevadas
• Actuar bajo fuertes presiones tanto internas (organización, compañeros, grupos de trabajo, jefatura, etc…) como externas (usuarios, clientes, pacientes, alumnado, etc…)

Los sectores en los que se ha detectado una mayor incidencia de desgaste profesional son: Sanidad, Educación y Administración Pública.

Se manifiesta de manera secuencial en todas las personas y puede repetirse en otros momentos de la vida laboral de las personas.

4Los efectos repercuten sobre la salud, el comportamiento laboral e incluso en la vida personal de los afectados. También repercute en el funcionamiento, organización y gestión de las empresas, ocasionando importantes costes humanos y económicos para las mismas.

Estrategias de actuación:
El Burnout, están implicados factores de distinta naturaleza, por lo que no existen estrategias específicas ni sencillas de prevención o de actuación. Se puede actuar desde la empresa (con medidas organizativas) y de forma individual (con medidas individuales).

1. Medidas Organizativas.
La intervención o prevención del desgaste profesional debe estar orientada a actuar sobre el contexto de trabajo por parte de los responsables de los puestos de trabajo de la empresa o individualmente cada trabajador, adaptando las condiciones sobre las que pueda tener cierto control, a nivel:
• Organizativo.
- Planificación y organización del puesto de trabajo.
- Formación continua
- Definición del puesto de trabajo
- Seguridad y estabilidad en el empleo
- Vigilancia de la salud
• Del puesto de trabajo.
- Definir tareas, funciones, responsabilidad
- Adecuar la carga de trabajo a las capacidades de las personas.
- Condiciones físicas del puesto de trabajo.
- Formación específica para el puesto (técnica, emocional, interpersonal, etc…
-Definir dependencia funcional y jerárquica.
• De las Relaciones Sociales para mejorar los siguientes aspectos.
- Clima de trabajo
- Actividades grupales.
- Comunicación entre compañeros.
- Relación profesional con usuario.

2. Medidas o estrategias individuales.
Algunas de las medidas que podemos adoptar si somos objeto de este síndrome, son:

• Afrontar los problemas.
• Gestionar el tiempo.
• Pensamiento realista y positivo.
• Autocontrol emocional
• Fomento de la autoestima
• Desarrollo de habilidades sociales
• Solicitar y aceptar ayuda profesional en caso de que individualmente no podamos actuar.

Es muy importante el desarrollo de las estrategias detalladas anteriormente, pues se trata de recursos muy potentes de protección frente al desgaste profesional.

6 Bibliografía

- Gil-Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout"
- Universia. ¿Qué es el BurnOut o Síndrome del "Quemado"? https://www.universia.es/burn-out-sindrome-quemado/sect/1121748
- Fidalgo, M. (2006). Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. Madrid: INSHT.
- Kompier, M. y Levi, L. (1995). Estrés en el trabajo: causas, efectos y prevención. Guía para pequeñas y medianas empresas. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Labrador, F.J. (1995). El estrés. Nuevas técnicas para su control. Madrid: Temas de hoy.
- Nogareda, C. (coord.). (1995). Psicosociología del trabajo. Barcelona: INSHT.
- Extremera, N. y Fernández, P. (2002). El Autocontrol Emocional. Madrid: Ed. Panamericana.

Capítulo 1937

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA

ISABEL FERNANDEZ CARRILLO

1 Introducción

Los servicios de farmacia se encuentran en los centros de salud, hospitales y en las estructuras de atención a la salud. Son los encargados de suministrar los medicamentos que se les solicita y siempre cumpliendo con las normativas legales.

2 Objetivos

- Señalar las funciones del celador en el servicio de farmacia.

3 Metodología

Para la elaboración de éste capitulo sobre las funciones del celador en la farmacia se realizó una búsqueda sobre diferentes revisiones bibliográficas en relación al papel que desempeña el celador en éstos casos.

4 Resultados

Según la búsqueda realizada a continuación se exponen las funciones a realizar por el celador en la farmacia:
- Recibir el material.
- Movilizar el material pesado.

- Distribución dentro de la farmacia.
- Acondicionar el suero y el alcohol procediendo también a su dispensación.
- Conducir los carros con los medicamentos desde la farmacia hasta las distintas unidades, de igual modo que los productos desde las unidades hasta la farmacia.
- Preparación del alcohol.
- Velar la farmacia.
- Ayudar en los inventarios.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones detalladas anteriormente ayudan en el buen funcionamiento del servicio de farmacia.

6 Bibliografía

- Mera Núñez D. Manual básico para celadores. Londres: Lulu Entreprise; 2009

Capítulo 1938

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: INFLUENCIA DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES DEL PERSONAL DE INSTITUCIONES SANITARIAS

RAQUEL GARCÍA CAMOIRA

ALICIA JUARROS SEDANO

1 Introducción

Los trabajadores de centros sanitarios, están expuestos a más riesgos psicosociales que los trabajadores de otros sectores (Acoso Laboral, Estrés Laboral, Síndrome de Burnout, etc.). Ello es debido a que, en los centros sanitarios, se dan una serie de circunstancias especiales en el trabajo, como por ejemplo trabajo a turnos, trabajo nocturno, guardias, cuidados intensivos, área de urgencias, información y atención a usuarios que favorecen dichos riesgos.

Según la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo los riesgos psicosociales en el trabajo son "aquellos aspectos del diseño, la organización y dirección del trabajo y de su entorno que pueden causar daños psíquicos, sociales o físicos en la salud de los trabajadores".

• TIPOS RIESGOS PSICOSOCIALES
- El estrés

- Formas específicas de estrés laboral: Burnout
- La violencia en el trabajo
- La violencia física
- La violencia psicológica: acoso sexual, acoso laboral (APT) y acoso por razón de sexo.
- La fatiga derivada de la ordenación del tiempo de trabajo
- El trabajo a turnos y nocturno

2 Objetivos

- Conocer los riesgos psicosociales que existen en los centros sanitarios y hospitalarios.
- Detectar los principales factores de riesgo psicosocial en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática de información relacionada con estrés en el trabajo, riesgos psicosociales, síndrome de Burnout, psicosociología y psicopatología en el trabajo, síndrome del quemado.

4 Resultados

En el desgaste profesional, están implicados, en su aparición y desarrollo tanto factores individuales, como factores relacionados con el trabajo. Estos factores por sí mismos, no tienen por qué conducirnos necesariamente al Burnout. Ambos tipos de factores, actúan como desencadenantes del desgaste profesional, siempre y cuando, estemos expuestos a una situación de estrés crónico, es decir, de forma continua y prolongada en el tiempo.

• Factores de riesgo

- Carácter individual. La existencia de ciertas características personales pueden influir (en mayor o menor medida) en la aparición del desgaste profesional, como

la personalidad, actitudes y expectativas personales, hacen a las personas más vulnerables ante las demandas del entorno de laboral.

Las características individuales facilitan o amortiguan el desgaste profesional. Algunas de estas características son:
- Personalidad tipo A (interés exagerado por la perfección, metas elevadas, implicación muy profunda con el trabajo, etc…)
- Dependencia (de otras personas para realizar el trabajo)
- Rígidez (capacidad de adaptación a situaciones nuevas, pensamiento alternativo, etc…)
- Ansiedad
- Introversión
- Locus de control (persona que le afectan mucho las circunstancias del entorno y se siente incapaz de controlarlo)

• Contexto de trabajo
Organizativas:
- Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida
- Exceso de burocratización en los procedimientos de trabajo
- Escaso apoyo institucional ante problemáticas individuales
- Exceso de carga de trabajo, sobre todo de tipo emocional
- Falta de reconocimiento individual y colectivo del trabajo que se realiza
- Carencia de formación para los trabajadores
- Calidad del servicio que se presta a las personas usuarias
- Capacidad para atender y gestionar las demandas de las personas usuarias

• Según la naturaleza del trabajo
Hace referencia a la naturaleza de la actividad que se desarrolla (asistencial, por ejemplo), el contenido de las tareas (atención a las personas usuarias), los métodos y procedimientos de trabajo (por ejemplo cómo actuar ante un estado de crisis de un usuario), el horario de trabajo (trabajo a turnos), etc.

- Sobrecarga emocional por la interacción continuada con personas
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía
- Falta de tiempo y de recursos para la atención al usuario
- No tener claras las funciones del puesto que se desempeña
- Falta de control sobre los resultados del trabajo que se realiza
- Escaso reconocimiento y valoración del trabajo por parte de los usuarios
- Capacidad de decisión limitada sobre cuestiones que afectan a las personas usuarias

- Expectativas profesionales no satisfechas
- Capacitación insuficiente para el puesto de trabajo

• Según las relaciones sociales en el trabajo
Según la calidad y cantidad de las relaciones interpersonales que existan o se den en el ambiente laboral, puede contribuyen en mayor o menor medida, al desgaste profesional, tales como:
- Atención de las problemáticas de las personas usuarias.
- Coordinación y trabajo en equipo.
- Relaciones con las personas usuarias.
- Relaciones entre compañeros/as.
- Relaciones con los superiores.
- Relaciones con personas externas a la organización de trabajo.

• Fases del proceso del desgaste profesional o Burnout
El desgaste profesional se desarrolla muy paulatinamente y a veces el propio trabajador, no es consciente de que lo está sufriendo. Teniendo en cuenta, la relación que la persona mantiene con su contexto de trabajo, podemos diferenciar cinco etapas. Estas etapas, no se desarrollan secuencialmente de la misma forma en todas las personas, pero el proceso tiene carácter cíclico y puede repetirse en otros momentos de la vida laboral del trabajador, en el mismo o en diferentes trabajos.
1. Inicial o de entusiasmo. Las primeras señales de alarma surgen en esta fase inicial.
2. Estancamiento. La persona duda acerca de su capacidad para responder satisfactoriamente a las exigencias del entorno de trabajo (se manifiesta el estrés)
3. Frustración. La persona se encuentra crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío.
4. Apatía. Corresponde a la fase central del síndrome Burnout y se caracteriza por la tendencia de la persona a paralizar sus actividades de trabajo, disminuye el ritmo de trabajo y se agudiza la falta de interés por el mismo. Surgen las somatizaciones del desgaste profesional por medio de alteraciones emocionales, físicos y conductuales (por ejemplo, irritabilidad, cambios de humor, pérdida de apetito, etc.)
5. De quemado. Se caracteriza por el colapso emocional y cognitivo que sufre la persona afectada y las importantes repercusiones sobre la salud, el trabajo y la vida extralaboral, hasta el punto de que la persona puede verse obligada a abandonar el trabajo como consecuencia del estado de desgaste alcanzado y a no encontrar sentido a su vida.
• Consecuencias del Burnout sobre la persona que lo sufre

El proceso de agotamiento puede observarse conscientemente por la propia persona afectada, o puede mantenerse no reconociendo la situación durante mucho tiempo. Poco a poco, la persona afectada va cambiando su actitud hacia el propio trabajo, hacia las personas y, en general, hacia su vida cotidiana.
Las consecuencias que el agotamiento profesional (Burnout) puede causar en la persona que lo sufre, son daños en su propia salud, en el ámbito laboral y repercusiones en su vida personal (social y familiar).
Desde el punto de vista clínico, pueden afectar a la persona que lo sufre, de forma leve, moderada, grave y extrema (que van desde síntomas físicos, vagos e inespecíficos, hasta aislamiento, depresión crónica, abandono de profesión, incluso riesgo de suicidio). A continuación, se detalla de forma resumida a que se refiere cada una de estas consecuencias.

Daños para la salud
Se manifiesta por medio de un varios síntomas, trastornos y alteraciones a distintos niveles.
- A nivel Psicosomático:
• Malestar general, cansancio hasta el agotamiento
• Fatiga crónica
• Frecuentes dolores de cabeza
• Alteraciones del sueño
• Problemas de piel (eccemas, dermatitis, etc.)
• Úlceras y otros desórdenes gastrointestinales
• Pérdida de peso
• Molestias y dolores musculares
• Hipertensión
• Crisis asmáticas

- A nivel Cognitivo
• Dificultades para mantener la atención y pérdida de memoria
• Disminución de la capacidad de concentración
• Sobredimensionar los problemas y/o exagerarlos
• Atribuciones erróneas como por ejemplo basarse en suposiciones sin tener en cuenta hechos objetivos
• Despistes frecuentes

- A nivel Emocional
• Agotamiento emocional

• Distanciamiento afectivo como forma de autoprotección (como evitar dar explicaciones a los demás)
• Ansiedad y sentimientos de culpabilidad
• Impaciencia e irritabilidad
• Baja tolerancia a la frustración
• Sensación de vacío y soledad. Sentimientos depresivos
• Sentimientos de impotencia
•Actuar únicamente guiándonos por el estado emocional en el que nos encontremos en ese momento)
• Apatía y aburrimiento

- A nivel Conductual
• Conducta despersonalizada en la relación con el usuario
• Incapacidad para vivir de forma relajada
• Superficialidad en el contacto con las demás personas
• Desarrollo de conductas de abuso (fármacos, estimulantes, tabaco, alcohol, etc.).
• Actitudes de desconfianza
• Cinismo e ironía hacia las personas usuarias
• Hostilidad, suspicacia y escasa verbalización en las interacciones personales, incluso dificultades del habla
• Trastornos en el apetito

Repercusiones en el ámbito laboral
El comportamiento de la persona afectada también se altera, disminuyendo la capacidad de trabajo, puede aumentar el riesgo de cometer errores y como consecuencia pueden sufrir con mayor probabilidad accidentes de trabajo. Algunas de las repercusiones en el trabajo son las siguientes:
• Llegar siempre tarde, incumplir horario de trabajo
• Buscar excusas médicas para no acudir a trabajar, es decir, abandonos frecuentes del trabajo
• Tendencia al aislamiento
• Relaciones personales tensas y distantes y deterioro del clima de trabajo
• Desinterés por los problemas de las personas usuarias, es decir, menor implicación en la atención que se presta a las personas, etc.

- Repercusiones en la vida personal (social y familiar)
Las consecuencias del desgaste profesional pueden ser muy devastadoras, traspasando el ámbito del trabajo y afectando incluso a la vida personal. Ejemplos:

• Desestructuración de las rutinas diarias
• Reducción de contactos sociales
• Tensiones familiares y discusiones frecuentes
• Cambios en los hábitos de salud como por ejemplo no respetar los horarios de las comidas
• Actividades de riesgo
• Discusiones de pareja

5 Discusión-Conclusión

Detallaremos algunos conceptos o ideas claves y a enumerar estrategias para prevenir o actuar en caso de agotamiento profesional o Burnout.

• Conceptos clave
1. El desgaste profesional se considera una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente exhausto.
2. El Burnout siempre tiene consecuencias negativas para la persona que lo sufre y la manifestación más característica es el agotamiento emocional, mientras que el estrés es una respuesta adaptativa que no siempre resulta nociva y que se manifiesta, sobre todo, a nivel físico.
3. Es más probable que surja el desgaste profesional, cuando la actividad que se desarrolla se basa en:
-Prestar un servicio de atención o ayuda directa y continuada personas, usuarios, etc.
- Mantener una relación de ayuda y/o prestación de un servicio
- Responder a exigencias o demandas de trabajo elevadas
- Actuar bajo fuertes presiones tanto internas (organización, compañeros, grupos de trabajo, jefatura, etc.) como externas (usuarios, clientes, pacientes, alumnado, etc.)
4. Los sectores en los que se ha detectado una mayor incidencia de desgaste profesional son: Sanidad, Educación y Administración Pública.
5. El desgaste profesional no se manifiesta de manera secuencial en todas las personas y puede repetirse en otros momentos de la vida laboral de las personas.
6. Los efectos del desgaste profesional pueden ser devastadores porque repercuten sobre la salud, el comportamiento laboral e incluso en la vida personal de los afectados. También repercute en el funcionamiento, organización y gestión

de las empresas, ocasionando importantes costes humanos y económicos para las mismas.

• Estrategias de actuación ante este síndrome
El Burnout es un fenómeno laboral muy complejo, en el que como sabemos, están implicados factores de distinta naturaleza, por lo que no existen estrategias específicas ni simples de prevención. Se puede actuar desde la empresa (con medidas organizativas) y de forma individual (con medidas individuales).

A.Medidas Organizativas.
- La intervención o prevención del desgaste profesional debe estar orientada a actuar sobre el contexto de trabajo, a nivel organizativo:
- Planificación y organización del puesto de trabajo.
- Formación continua
- Definición del puesto de trabajo
- Seguridad y estabilidad en el empleo
- Vigilancia de la salud
• Del puesto de trabajo:
- Definir tareas, funciones, responsabilidad.
- Adecuar la carga de trabajo a las capacidades de las personas.
- Condiciones físicas del puesto de trabajo.
- Formación específica para el puesto (técnica, emocional, interpersonal, etc.
- Definir dependencia funcional y jerárquica.

• De las Relaciones Sociales para mejorar los siguientes aspectos
- Clima de trabajo
- Actividades grupales
- Comunicación entre compañeros
- Relación profesional con usuario

B. Medidas o estrategias individuales
Algunas de las medidas que podemos adoptar son:
- Afrontar los problemas
- Gestionar el tiempo
- Pensamiento realista y positivo
- Autocontrol emocional
- Fomento de la autoestima
- Desarrollo de habilidades sociales

Es muy importante el desarrollo de las estrategias detalladas anteriormente, pues se trata de recursos muy potentes de protección frente al desgaste profesional.

6 Bibliografía

- Universia. ¿Qué es el BurnOut o Síndrome del ”Quemado”? https://www.universia.es/burn-out-sindrome-quemado/sect/1121748
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout”
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. (1995). Estrés en el trabajo. Causas, efectos y prevención. Luxemburgo: FEMCVT.

Capítulo 1939

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA SANIDAD

MARLEN MARBAN VEGA

RUBEN DIAZ DIAZ

1 Introducción

La comunicación es una pieza fundamental en el ámbito sanitario y hoy en día, tiene mucha importancia. En la comunicación hay un emisor, un receptor y un mensaje, y para que esto exista tiene que haber un diálogo en el que el receptor tiene que haber entendido el mensaje. La comunicación puede ser verbal y no verbal. La no verbal consta de diferentes elementos, como el contacto visual, gestos y posturas del cuerpo, el tono y la entonación de la voz, etc. Todos estos elementos son muy importantes a la hora de comunicarnos en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

Determinar y conocer las diferentes técnicas destinadas a mejorar la comunicación en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Búsqueda sistemática en bases de datos como Elsevier, Embase y Scielo, utilizando las palabras clave como descriptores. conocer las diferentes técnicas destinadas a mejorar la comunicación en el ámbito sanitario.

4 Resultados

Aunque no todas las personas poseen la habilidad para comunicarse, existen técnicas para mejorar la comunicación, como son la empatía, la asertividad y la escucha activa. La empatía es ponerse en el lugar de la otra persona para poder entender sus sentimientos y sus emociones. La asertividad consiste en narrar o exponer nuestras ideas o pensamientos respetando a los demás y cuidando la comunicación no verbal. En la escucha activa se trata de escuchar y entender lo que nos dice la persona que nos habla, tanto sus mensajes verbales como no verbales, procurando que se sienta bien con su entorno.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo de la comunicación consiste en transmitir un mensaje y que tanto el emisor como el receptor comprendan lo que dice, teniendo en cuenta la comunicación verbal y la no verbal. Estas habilidades para la comunicación se pueden adquirir poniéndolas en práctica en nuestra vida diaria. Todos los trabajadores sanitarios pueden aprender las formas de comunicación más adecuadas para su trabajo, lo cual sería beneficioso tanto para los trabajadores como para los usuarios.

6 Bibliografía

- Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud (Luis Cibanal Juan)
- Comunicación clínica (Roger Ruiz Moral)
-¿Por qué la comunicación en salud es importante? (Daniel Catalán, Carmen Peñafiel y Jose Luís Terrón)

Capítulo 1940

LA IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DE MOVILIZACIONES A LOS PACIENTES DISCAPACITADOS.

LOURDES FERNÁNDEZ LLOUSAS

1 Introducción

A lo largo de nuestra vida nos encontramos con obstáculos que pueden dificultar nuestra vida diaria. Nos encontramos con personas que siempre han gozado de buena salud pero ya sea por algún accidente como es el caso de accidente de tráfico o cardiovascular, se encuentran de la noche a la mañana con la imposibilidad de realizar movimientos cotidianos además la falta de libertad que supone la dependencia por parte de amigos o familiares cercanos.
Las movilizaciones son una parte muy importante del día a día de este tipo de pacientes ya que la no realización de éstas agravarían notablemente su estado.

2 Objetivos

- Determinar el tipo de movilizaciones que se realiza a este tipo de pacientes, además de analizar las mejoras que conlleva el realizarlas.

3 Metodología

A través de una búsqueda sistemática en distintas bases de datos como es el caso de PubMed además de contar con numerosos vídeos explicativos en el canal

YouTube nos encontramos con todos los datos necesarios para el estudio de este tipo de movilizaciones.

4 Resultados

Mediante el estudio y el trabajo diario con ese tipo de pacientes llegamos a la conclusión de que la realización de movilizaciones a lo largo del día les ayuda a prevenir una enfermedad frecuente asociada a la inmovilidad qué son las úlceras por presión.
Debemos realizar todo lo posible para evitarlas puesto que en numerosas ocasiones estas lesiones pueden llevar a graves infecciones y en el caso más extremo a una sepsis provocando casos muy elevados de muertes.

Junto con el personal sanitario nos encontramos con el celador, figura clave a la hora de realizar movilizaciones. Este siguiendo las instrucciones de sus superiores es el encargado de realizarlas y así proporcionar confortabilidad a dichos pacientes.
En un centro hospitalario el servicio donde nos encontramos con mayor número de discapacitados es en rehabilitación. En éstos existen gran número de tetraplejia y hemiplejia ya sean ocasionados por accidentes o por algún problema de nacimiento cómo es el caso de parálisis cerebral.

Las posiciones más comunes en las movilizaciones son:
- decúbito supino:el paciente se coloca boca arriba con las extremidades a lo largo de su cuerpo.
- decúbito prono : paciente está en posición boca abajo con sus extremidades también a lo largo del cuerpo.
- decúbito lateral derecho: éste se encuentra ladeado hacia su parte derecha.
- decúbito lateral izquierdo: en este caso se encuentra ladeado hacia la parte izquierda.

En numerosas ocasiones nos ayudamos de almohadas para realizar dichas movilizaciones.

5 Discusión-Conclusión

Las movilizaciones, ya sean en pacientes discapacitados que permanecen largos periodos de tiempo en encamados como los que no requieren de estas moviliza-

ciones para realizar las actividades básicas de la vida diaria, es de suma importancia para poder tener una calidad de vida lo mejor posible dentro de sus circunstancias.

6 Bibliografía

- Páginas web: www.ffpaciente.es
- www.medicosypacientes.com
- Revistas médicas: www.elsevier.es
- Temarios de oposiciones de editorial MAD o CEP
- Protocolos de actuación de los servicios de salud de las comunidades autónomas
- Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social

Capítulo 1941

TESTAMENTO VITAL EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

ÁNGELES RODILES LANA

ELISA LUCIA BUSTO BASCÓN

1 Introducción

Por el documento de instrucciones previas (testamento vital) una persona mayor de edad y en pleno uso de sus capacidades, manifiesta su voluntad sobre el cuidado de su salud, en caso de que llegue a un extremo en que no pueda tomar decisiones sobre la misma (caso de Alzheimer). También sirve para decidir el destino del cuerpo o de sus órganos una vez fallecida.

- Se traduciría en hoy puedo decidir mi destino y dejar instrucciones claras de mis deseos , si mañana por ejemplo sufro de Alzheimer.
- El documento de instrucciones previas puede ser modificado en cualquier momento y será eficaz una vez inscrito en el Registro.
- Lo que contiene el documento está por encima de las opiniones de los familiares y los médicos siempre que se atenga a la ley vigente.
-El testamento vital lo puede realizar cualquier persona mayor de 18 años, que sea capaz y libre. Y si son menores de edad esta responsabilidad recae sobre el padre, la madre o el tutor legal.

2 Objetivos

- Dejar por escrito unas instrucciones claras de los deseos del usuario, en caso de que el día de mañana padezca de demencia u otra enfermedad que le incapacite

para decidir sobre su salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

El documento de instrucciones previas lo puedes hacer: ante notario, ante tres testigos o ante el funcionario encargado del Registro. Este proceso se llama otorgamiento.
Puede ser modificado en cualquier momento y en caso de que exista más de uno, tendrá validez el último que se haya hecho.
Se trataría de dejar por escrito unas instrucciones claras de mis deseos, en caso de que el día de mañana padezca de demencia u otra enfermedad que me incapacite para decidir sobre mi salud. También se puede decidir sobre el destino de tu cuerpo, si lo donas a la investigación, o de tus órganos.
Si tienes hecho el testamento vital, tanto los médicos como los familiares tienen que respetar tus decisiones y está por encima de sus opiniones.

5 Discusión-Conclusión

Para hacer el documento de instrucciones previas, se trata de rellenar un formulario que hay disponible tanto en papel como en formato digital. En el Principado de Asturias debe presentarse en la Sede del Registro de Instrucciones Previas que está situada en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios en Oviedo.
A nivel estatal se recoge en la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
Un hecho curioso es que a la hora de enfrentar la muerte, las mujeres parecen más previsoras, como demuestra el hecho de que el número de testamento vitales

hechos por mujeres casi duplica al de los varones (de 6.544 asturianos, más de 4000 son mujeres). Parece ser que las mujeres tienen más interés en decidir sobre su salud, sus órganos y su propio cuerpo.
También según se van cumpliendo años, se da un paso al frente, ya que 3.805 inscripciones asturianas corresponden a personas de más de 65 años.
El Principado de Asturias estaría como la séptima comunidad con más testamentos vitales del país.

6 Bibliografía

- www. astursalud.es
- Decreto 4/2008 de 23 de enero de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1942

LOS SISTEMAS DE TRASLADO DENTRO DE LOS HOSPITALES

LOURDES FERNÁNDEZ LLOUSAS

1 Introducción

Cuando nos encontramos dentro de un complejo hospitalario el traslado de pacientes y mobiliario de unidades a otras es un cometido realizado por los celadores.

Los celadores entre sus funciones están la recogida y entrega de todo tipo de mobiliario de unas plantas de hospitalización a otras además de su traslado para posibles reparaciones ocasionadas por el uso constante de personal sanitario y de pacientes. Además el traslado de pacientes ha de ser realizado por dichos profesionales.

2 Objetivos

- Determinar los distintos sistemas de traslado con los que contamos en los hospitales además de analizar el método a seguir para realizarlo en todo momento.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Mediante el análisis de los distintos sistemas con los que contamos nos encontramos con el más importante que es el traslado de pacientes.
Estos traslados se realizan a diario pues los pacientes necesitan realizar todo tipo de pruebas diagnósticas durante su estancia hospitalaria.
Dependiendo del tipo de dolencias estos traslados se pueden realizar de diversas formas entre ellas se encuentran: en silla de ruedas, camillas y camas hospitalarias.

Además en muy pocas ocasiones es el paciente el que acude a éstas por su propio pie pues en su mayoría les es imposible realizarlas debido a sus dolencias. En el caso de silla de ruedas los traslados son los más comunes y es el sistema más utilizado en todas las dependencias de un hospital .Estas cuentan a su vez con un soporte dónde colocar la bala de oxígeno en pacientes con problemas respiratorios y soportes para goteros donde poder suministrar a la vez de su traslado todo tipo de medicación intravenosa.

Cuando el paciente es conducido a realizar alguna prueba diagnóstica y sufre de alguna deficiencia funcional derivada de su aparato locomotor el uso más adecuado en dicho traslado en la camilla o cama hospitalaria. El inconveniente de este traslado es que se requiere de dos celadores para realizar dicho cometido. Estos traslados son muy frecuentes en un hospital por lo cual los celadores que los realizan deben de estar debidamente formados y tener la suficiente información de los distintos servicios de un hospital pues se debe realizar a la mayor brevedad posible y con la mejor comodidad para todo tipo de pacientes.

Por otra parte nos encontramos con lo material, es decir, el traslado de aparatología y mobiliario de un lado a otro. Esto no supone riesgo personal pero a su vez necesitan cuidados para evitar que sufran algún daño añadido ya que tienen unos elevados costes para el servicio de salud.

5 Discusión-Conclusión

Los sistemas de traslado en un hospital es realizado por el celador, parte integrante del equipo de profesionales hospitalarios. En dichos desplazamientos, el celador se encuentra en comunicación directa con el paciente y en todo momento debe de estar pendiente de sus necesidades para hacerle más agradable y confortable el trayecto .
El traslado de aparatología también es de suma importancia pues son requeridos por profesionales sanitarios tanto enfermería como medicina para la atención directa al paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1943

EL CELADOR Y SU RELACIÓN CON LOS PACIENTES

VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ

PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ

DAVID ALVAREZ TRINIDAD

1 Introducción

La salud es uno de los bienes más preciados y valorados que posee el ser humano. Cuando se produce la pérdida de ésta, el paciente experimenta cambios tanto a nivel físico como psíquico. Asimismo se ven alteradas sus actividades diarias hasta el punto de afectar a su calidad de vida y bienestar, llegando en algunos casos a verse obligado a acudir a un Centro Sanitario y en otros a tener que ser ingresado si su patología así lo requiere, para su tratamiento.

Llegados a este punto, la primera persona con quien va a tener contacto el paciente y sus familiares es el celador.

Este debe ser consciente de que para el paciente y sus familiares en esos momentos él es alguien vital al que necesitan, por lo tanto sus actos deben de estar controlados en cualquier situación, y transmitir ante todo al paciente /familiares la sensación de que no son solo un número más en la institución sanitaria, sino que son personas únicas a las que se les debe prestar la atención necesaria para contribuir a su bienestar y pronta recuperación.

Para ello la actitud del celador es de suma importancia, por eso debe de ser en todo momento humana y delicada.

2 Objetivos

Conocer las funciones generales y específicas del celador con respecto a usuarios/pacientes/familiares en una institución sanitaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Funciones relación celador-paciente/familiares:

1. Información de carácter general al usuario:
- La información que el celador proporciona al usuario/paciente/familiar, debe ser siempre clara, sencilla, detallada y comprensible para cualquier persona. Para ello debe usar un lenguaje adecuado evitando terminología médica, evitando hacer juicios o comentarios que estén fuera de lugar. Esta información NUNCA debe referirse a datos de diagnósticos, exploraciones, pruebas o tratamientos que se le estén realizando al paciente.
- Orientará al usuario durante la estancia en el Centro Sanitario sobre horarios, ubicaciones de los Servicios, horas de visita, etc.

2. Información sobre el estado de los pacientes:
- Es de suma importancia el secreto profesional en la profesión del celador: está obligado a guardar silencio acerca de todo lo que conozca a causa del ejercicio de su profesión sobre el estado de salud del paciente. En caso de que sea preguntado sobre ésta, tanto por familiares como por cualquier otra persona, deberá remitirlo al personal facultativo, que es el único que está autorizado para proporcionar dicha información.

3. Comportamiento del celador con carácter general:
• adecuarse a la personalidad de los usuarios

• amabilidad y corrección
• respeto
• atención
• saber escuchar
• empatía
• asertividad
• seriedad y precisión en el trabajo

4. Comportamiento del celador en casos especiales:
- No es lo mismo prestar servicios en un quirófano, que en la UCI, en Información, etc. por eso el celador debe de adaptarse a cada situación desempeñando diferentes roles en función del tipo de paciente y su situación. Por ejemplo, un paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica suele estar anímicamente estresado y presentar ansiedad. Aquí el celador debe de proporcionar a dicho paciente tranquilidad, seguridad, debe ofrecerle un trato amable con la finalidad de que el paciente vaya a dicha intervención en las mejores condiciones posibles.

5. El celador ante una situación de conflicto: el celador debe de actuar asertivamente ante un conflicto dando solución al problema con respeto, seguridad, comprensión y diligencia.

5 Discusión-Conclusión

El celador como miembro de una Institución Sanitaria, forma parte del equipo humano que desempeña funciones específicas propias de su categoría en las que la mayor parte de ellas entra en contacto directo con el usuario, paciente o familiares proporcionándoles una atención optima y respetuosa contribuyendo así al bienestar y mejoría del paciente.

La mayor parte de las personas que acuden a un Centro Sanitario lo hace en condiciones malas de salud, por lo que sus comportamientos a veces no son los más adecuados ya que se encuentran en situaciones de preocupación, ansiedad, incertidumbre, dando todo ello lugar a un estado anímico y emocional delicado.

La primera persona que habitualmente entra en contacto con ellos es el celador, el cual desde el primer momento tiene que hacer un análisis rápido de la situación a la que se enfrenta y del tipo de persona con el que va a tratar, para así adoptar diferentes actitudes según el tipo de paciente. Tendrá que tener en cuenta

factores como el cultural, edad, estado físico, psíquico, etc. actuando siempre desde la igualdad hacia todos los usuarios independientemente de su nivel socio-económico, profesión, etc.

Para ello se abstendrá de hacer críticas, emitir juicios, entrar en discusiones, ser irrespetuoso y cualquier otra actitud que altere el estado de salud del paciente.

Deberá estar formado adecuadamente no solo en técnicas propias de su categoría (ej.: técnicas de movilización de pacientes), además deberá tener unas habilidades sociales que le permitan proporcionar al paciente/familiar tranquilidad, confianza y seguridad de que su solicitud o situación va dirigida a la solución de cuantos problemas se le planteen y al bienestar del paciente. Utilizará para ello la empatía, la escucha activa, evitara terminología científica, le hablara al paciente por su nombre, etc.

6 Bibliografía

- https://fisiostar.com/celador/como-actuar-con-enfermos-y-familiares-en-un-hospital
- https://cvpepemoreno.files.wordpress.com/2011/11/tema-125.pdf
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html
- http://plenaformacionaragon.es/imagenes/manuales/10/Celadores%20especifico_maquetado_extracto.pdf
- Bases de datos Scielo, Pubmed, Medline.

Capítulo 1944

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON EL ENFERMO MENTAL

VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ

DAVID ALVAREZ TRINIDAD

PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ

1 Introducción

Aunque no hay una definición oficial de lo que es Salud Mental, podríamos decir que es el estado de bienestar de que goza el individuo a todos los niveles (emocional, cognitivo, conductual) pudiendo realizar una vida responsable y de calidad dentro de los ambientes social, laboral y familiar.

La pérdida de la salud mental lleva al paciente a acudir a la Institución Sanitaria para ser objeto de estudio, diagnóstico y tratamiento. La rama de la medicina que se va a ocupar de esto es la Psiquiatría, que también se ocupará de la prevención, así como de trastornos de la personalidad y la conducta. En 1986, con la Ley General de Sanidad, al enfermo mental se le asignan los mismos derechos en cuanto a la atención sanitaria que a cualquier otro paciente, pasando a disfrutar de los servicios de rehabilitación y reinserción social.

En los antiguos Hospitales Psiquiátricos, que era donde se trataba a los pacientes con enfermedades mentales, contaban con una categoría profesional que se de-

nominaba mozo y hacia las funciones que actualmente desarrolla hoy en día el celador.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador con relación al paciente psiquiátrico en las unidades de psiquiatría de los hospitales.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos informatizadas (Scielo y Pubmed), revistas digitales y artículos médicos digitales a través de internet utilizando las palabras clave: celador, salud mental y psiquiatría. Además se ha tenido en cuenta la experiencia adquirida durante la práctica profesional.

4 Resultados

1. La unidad de psiquiatría se encuentra dentro de la institución sanitaria pero a la vez está aislada. Esta permanecerá siempre cerrada, por lo tanto el celador será el encargado de controlar el acceso a la unidad (entradas y salidas). Deberá vigilar que no sean introducidas comidas, objetos que pudieran ser peligrosos, etc.
2. Vigilar que los pacientes no hagan uso indebido de la ropa, utensilios, con los que lesionarse o lesionar a los demás.
3. Vigilar que coman la dieta marcada y toma de correspondiente medicación.
4. Traslado de comunicaciones verbales, documentos y objetos por orden de sus superiores.
5. Traslado de aparatos y mobiliario.
6. Mantener el entorno del paciente en condiciones óptimas (luz, sonido, persianas, silencio). Control de ruidos, timbres, voces, favoreciendo el descanso nocturno.
7. Control de las visitas por parte de los familiares de los pacientes tanto en las habitaciones de los enfermos como en las zonas comunes, intentando mantener orden y armonía en beneficio del paciente y de la propia unidad.
8. Vigila que los pacientes realicen el aseo personal ayudando a aquellos que lo precisen. En caso de encontrarse muy agitados, se realizará con el personal de la Unidad y si es necesario con el Servicio de Seguridad del centro hospitalario.

9. Será el encargado de ir al Servicio de Farmacia a recoger los pedidos de medicamentos y otros productos, así como llevar muestras al laboratorio.
10. En caso de ser prescrito que el paciente pueda salir por el exterior del recinto hospitalario deberá de estar acompañado por el celador y el personal sanitario.
11. Controlará el suministro y consumo de tabaco en aquellos pacientes que lo tengan permitido.
12. No hará uso de la información que obtenga como trabajador de la institución, así como no podrá comentar nada acerca del diagnóstico del paciente.
13.Ante una crisis importante del paciente, siempre se llamará al personal médico y de enfermería de la Unidad. El celador ayudará al personal sanitario en la reducción farmacológica y en la física (contención mecánica).
14. Acompañamiento del paciente a consultas del centro que sean necesarias.
15. Vigilancia de paciente para evitar autolesiones o agresiones.
16. Control de seguridad tanto del paciente como del personal de la Unidad.
17. Traslado del paciente en ambulancia en casos concretos.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto a lo largo de este capítulo cuando hablamos del paciente psiquiátrico estamos haciendo referencia a una persona que sufre un problema de salud mental y que necesita atención especializada a cargo de profesional médico, tanto si el comparece voluntariamente como si es su entorno el encargado de solicitarlo.

En casos concretos, su internamiento es necesario para su diagnóstico y posterior tratamiento, siendo atendido por un equipo formado por profesionales sanitarios (psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, etc.) y no sanitarios como es el celador.

Sus funciones son diversas, desde las propias a su categoría profesional como las específicas debido a las condiciones "especiales" del entorno en el que desarrolla su trabajo. Será necesario aplicar tanto sus conocimientos de celador en cuanto a técnicas de movilización, transporte de material, como sus habilidades sociales para comunicarse y relacionarse con los pacientes psiquiátricos ya que con éstos es necesaria más paciencia y comprensión.

En definitiva, podemos decir que el celador es una pieza clave para el buen funcionamiento de la Unidad, tanto para el paciente como para el equipo de profesionales del cual forma parte.

6 Bibliografía

- http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_10.pdf
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-25-actuacion-del-celador-en.html
- http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_9.pdf
- https://revistamedica.com/funciones-celador-unidades-salud-mental/
- https://celadorsanitario.wordpress.com/2011/11/30/actuaciones-del-celador-en-las-unidades-de-psiquiatria/
- https://agifes.org/es/campanas/salud-mental-para-todos/nueva-definicion-salud-mental
- https://www.mscbs.gob.es/ca/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Atencion_a_la_Salud_Mental_y_Dispositivos-2010.pdf
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/

Capítulo 1945

EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

ELISA LUCIA BUSTO BASCÓN

ÁNGELES RODILES LANA

1 Introducción

La labor del celador en este servicio comienza en el momento que se produce un exitus en el hospital. Acudirá a la zona donde se ha producido (bloque de hospitalización, urgencias…) con la camilla propia de la sala de mortuorios y un sudario desechable.

En la habitación junto con TCAE se procederá a colocar el cadáver dentro del sudario en posición de cubito supino sin almohadas. Los celadores/as recogerán el certificado de defunción, las tarjetas identificativas y el acta entrega que llevará a mortuorios junto con el exitus.

2 Objetivos

- Dar a conocer de una forma sencilla y clara el trabajo que realizan celadores/as en la sala de autopsias, explicaré los tipos de autopsias que se pueden realizar, material mas común que se suele utilizar y las características que deben tener estas salas en un hospital.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema así como la observación directa del trabajo diario que los celadores/as desarrollan en la sala de autopsias en un hospital de entidad pública, atendiendo al protocolo que este hospital señala para el funcionamiento de este servicio.

4 Resultados

El estatuto de personal no sanitario establece en uno de sus artículos que los celadores/as deberán ayudar a la práctica de las autopsias en aquellas funciones auxiliares en las que no necesite uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiaran la mesa de autopsias y también la sala.

También serán los encargados de trasladar los cadáveres hasta el mortuorio, introducirlo en las cámaras frigoríficas y su posterior extracción a la sala de anatomía si fuese necesario., preparar y limpiar el instrumental necesario, desamortajar el cadáver y prepararlo sobre la mesa de necropsias en la posición adecuada para realizar la autopsia.

Pero, empecemos por el principio, por saber que es lo que se entiende por autopsia, según la Real Academia de la Lengua Española (RAE) una autopsia es el estudio y examen de los órganos, tejidos o huesos de un cadáver para averiguar o investigar la causa de su muerte ,para su realización se hace una exploración tanto externa como interna del mismo.

Hay distintas finalidades por las que es necesaria realizar una autopsia y según esta finalidad las podemos diferenciar en 3 tipos:
Autopsia clínica se realiza previo consentimiento de la familia del fallecido, tiene como finalidad confirmar la causa de la muerte, estudia el curso y la evolución del proceso que ha causado el fallecimiento así como la interacción de los tratamientos que se utilizaron . para tratar la enfermedad En esta autopsia los órganos evaluados no se dejan dentro del cadáver.

Autopsia forense o judicial, ésta autopsia la suele ordenar el juez en casos de homicidio , suicidio o negligencia. Se hace un examen anatómico y una investigación para determinar los actos ilícitos que provocaron la muerte En esta autopsia los órganos evaluados se vuelven a colocar dentro del cadáver
Una autopsia también puede practicarse desde el ámbito académico o de investigación, como en el caso de muertes por enfermedades raras o desconocidas. El

examen aporta información muy valiosa para el futuro de la ciencia.

Aunque estos tres tipos de autopsia tienen finalidades diferentes las técnicas de apertura del cadáver es similar en todas ellas.

También es necesario que los celadores/as conozcan las diferentes técnicas de autopsias que se realizan:

- Técnica de Rokitansky. Los órganos se extraen individualmente después de haber sido abiertos y examinados "in situ . Es una técnica sencilla y rápida, su desventaja es que requiere del patólogo mucha experiencia y la información que proporciona es limitada.
- Técnica de Letulle. Se abre el tórax y se observa claramente las vísceras. Estas se extraen en un solo bloque, para lo que se necesitan dos personas. La disección se hace fuera del cadáver. Es una técnica sencilla y fácil.
- Técnica Virchow. Se abre el cadáver desde el mentón hasta los genitales , se bordea el ombligo por la izquierda. Los órganos se van retirando uno a uno se pesan y se examinan por separado. Es la técnica mas usada en casos fáciles.
. Técnica de Ghon. Los órganos cervicales, torácicos, abdominales y del sistema urogenital son extraídos en bloques separados.
- Técnica de Mata.

Según la información que se desee el médico anatomopatólogo decidirá la técnica a utilizar

Una función del celador dentro de la sala de autopsias es la de preparar el instrumental que se va a utilizar , son útiles que permiten seccionar cartílagos (cuchillos ,tijeras, condótromos), o huesos (costótomo, legras) también hay instrumentos de presa, de medición , medios de sutura y también es necesario un buen equipo fotográfico y vídeo.

La sala de autopsias en los hospitales suelen estar en los sótanos cerca del servicio de Anatomía Patológica, es una sala que como mínimo mide 20 metros, la mesa de autopsias mide 2 m de largo por 0.75 de ancho y pueden ser de diferentes materiales, mármol, granito o acero inoxidable.

Será los celadores/as los encargados de la limpieza de la sala, el instrumental utilizado y la mesa, por lo general, para la limpieza suele utilizarse lejía y formol para la desinfección de instrumentos.

5 Discusión-Conclusión

Una vez presentado los conocimientos que deben tener y las tareas que van a desarrollar los celadores/as en las salas de autopsias se observa que son competencias diversas e interesantes.

Es verdad que en un primer momento trabajar en este servicio puede dar cierto rechazo debido a la naturaleza de la labor que allí se realiza pero a la vez es un servicio donde se aprende y ven cosas nuevas, por ejemplo, las técnicas de autopsia, diferente instrumental, conocimientos anatómicos.

Si el trabajador tiene inquietudes en aprender sobre estos temas será un buen sitio para trabajar.

6 Bibliografía

- Protocolo del HUCA ante un exitus.
- Temario oposiciones para Celador en el Principado de Asturias.
- www.scielo.sa.cr.

Capítulo 1946

TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN A UN PACIENTE.

MARLEN MARBAN VEGA

RUBEN DIAZ DIAZ

1 Introducción

La información al paciente es un derecho recogido por ley y que permite al paciente estar al corriente de todos los aspectos relacionados con su salud o de cualquier episodio de carácter comunitario que pueda alterarla o ponerla en riesgo.

2 Objetivos

- Conocer la forma adecuada de transmitir la información al paciente para que el paciente decida, utilice y gestione cualquier opinión que pueda ser o no contraria en su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica consultando las bases de datos Scielo, Pubmed y Dialnet, utilizando las palabras clave como: información, paciente, tcae. También se consulta la Ley general de Sanidad y la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4 Resultados

La información será trasladada por el médico de una forma sencilla, en términos coloquiales para la persona y adaptadas a su comprensión. Debe comprender todos los aspectos relevantes para el paciente: riesgos de importancia, tipos de tratamientos sean o no curativos, etc.

La información se mantendrá a lo largo del proceso, no dándose por concluida al realizar la terapia. La limitación del conocimiento del enfermo está supeditada a un perjuicio para la salud del paciente o un diagnostico fatal, en ambos casos se realizaría una preparación psicológica, para que el paciente se encuentre en la mejor situación posible para afrontar cualquier decisión religiosa, económica o moral que le sea precisa.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes deben conocer todos los aspectos relativos a su salud para poder decidir. Cualquier omisión de este derecho mermaría su libertad y la ocasión de modificar o prevenir situaciones que pueden ser decisivas para el posterior desarrollo de su vida cotidiana.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1947

VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN TRABAJADORES SANITARIOS

LUCIA GÓMEZ GONZALEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ

MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ

1 Introducción

La gripe es un importante problema de salud, tanto por la mortalidad que puede provocar directa o indirectamente, como por las complicaciones que puede ocasionar y los costes económicos y sociales que origina.

La gripe es una infección respiratoria infecciosa producida por un virus que se transmite directa o indirectamente por medio de secreciones respiratorias especialmente mediante gotas, que se producen al toser o estornudar incluso al hablar. Cada vez se reconoce más la importancia de la transmisión nosocomial de la gripe.

En la mayoría de las personas , la gripe se resuelve en un número limitado de días ,desde un día antes del comienzo de los síntomas hasta 3 a 7 días después; pero la edad avanzada, algunas patologías pulmonares, cardio vasculares o metabólicas. ,la diabetes o la insuficiencia renal , así como diferentes déficit inmunitarios …hacen que estas personas tengan más riesgos al contraer la gripe.

La vacunación antigripal es muy importante para las personas con alto riesgo de sufrir complicaciones en caso de tener la gripe y a las personas en contacto con estos grupos de alto riesgo ya que pueden transmitírsela.

Los cuatro grupos de población en los que se recomienda la vacunación antigripal con vacuna inactivada, según recomendaciones aprobadas por la Comisión de Salud Pública son:
1. Personas mayores, preferentemente a partir de los 65 años de edad. Se hará especial énfasis en aquellas personas que conviven en instituciones cerradas.
2. Personas entre los 6 meses y los 65 años de edad que presentan un alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe.
3. Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones.
4. Otros grupos en los que se recomienda la vacunación , como son los profesionales sanitarios.
Una proporción importante de trabajadores sanitarios se infectan a lo largo del año, principalmente en invierno. en base a las investigaciones existentes al respecto, las coberturas vacunales entre el personal sanitario en nuestro país son muy bajas no superando el 25%.

Durante la temporada 2018/2019 en España se estimó que 490.000 casos leves de gripe acudieron a las consultas de atención primaria, hubo 35.300 hospitalizaciones con gripe confirmada por ensayos de laboratorio, 2.500 ingresos en la UCI y 6.300 muertes asociadas a la gripe.

El principal método para prevenir la gripe y sus complicaciones graves es la vacunación antigripal la OMS recomienda la vacunación anual en los trabajadores sanitarios. Con esta medida se podría reducir sus transmisión y las complicaciones relacionadas con ella, incluida la mortalidad, además de reducir los costes sanitarios y las pérdidas en la productividad al reducir el absentismo laboral.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer las razones alegadas por los trabajadores para vacunarse de gripe, así como los motivos por los que parte del personal sanitario decide no vacunarse y conocer si estas razones para no vacunarse sería susceptibles de ser modificadas mediante algún tipo de intervención.

Objetivos secundarios:
- Proteger a los trabajadores del riesgo de contraer determinadas enfermedades transmisibles y prevenibles mediante vacunación.
- Evitar que los trabajadores puedan ser fuente de transmisión de determinadas enfermedades a los pacientes que atienden, a otros trabajadores, a su propia familia y a otros ciudadanos.
- Evitar enfermedades infecciosas en trabajadores que estén inmunocomprometidos o padezcan patologías crónicas (cardíacas, pulmonares, renales, etc.).
- Disminuir el absentismo laboral como consecuencia de enfermedades inmunoprevenibles adquiridas en el centro de trabajo o fuera de él.
- Mostrar profesionalismo y ejemplaridad ante la población.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo se han realizado labores de investigación en diferentes bibliografías, que exponemos más abajo. Nos hemos regido sobretodo por datos oficiales .Hemos investigado sobre el tema en diferentes buscadores de Internet con las palabras clave :"gripe" , "vacunación antigripal" , "vacunas" ,profesionales sanitarios y vacunación" , "incidencia de gripe en los hospitales"..

4 Resultados

Como motivos más frecuentes para vacunarse entre el personal sanitario predomina más las ideas de : proteger su salud, la de sus familiares y la de sus pacientes.

Los motivos que alegan para no vacunarse son evitar medicación, confiar en las propias defensas, temor a los efectos secundarios, estar demasiado ocupado, olvidarse de la vacunación o temor a que la vacuna cause gripe.

5 Discusión-Conclusión

La vacunación de los trabajadores sanitarios contra la gripe se considera un método importante para reducir el riesgo de infección nosocomial .A pesar de que su indicación es sistemática para todo el personal sanitario, es mal aceptada, por lo que las tasas de cobertura antigripal en trabajadores sanitarios suelen ser bajas. El motivo más frecuente por el que trabajador decidió vacunarse fue proteger su salud y la posibilidad de contagiar a pacientes hospitalizados las razones

más frecuentes para no vacunarse fueron evitar medicación confiar en los propios mecanismos de defensa y temor a los efectos secundarios.

Muchos de los motivos se basan en creencias erróneas y deben ser considerados para el diseño de estrategias que incrementen las coberturas vacunales de gripe en personal sanitario.

Antes de indicar la vacunación, se deben valorar los siguientes aspectos :
-La susceptibilidad del trabajador a las diferentes enfermedades inmunoprevenibles, que se establecerá en función de los antecedentes sobre el padecimiento de alguna de ellas, de la edad, de la historia de vacunación y, en caso de considerarlo necesario, de las pruebas serológicas.
- El tipo de actividad profesional. Se informará a los trabajadores sobre los riesgos de exposición a determinados agentes biológicos, así como de los riesgos y beneficios de la vacunación recomendada. La situación laboral, es decir, si el trabajador pertenece a la plantilla laboral del centro, o se trata de un trabajador de nueva incorporación. En este último caso, es importante conocer los antecedentes de enfermedad y su estado de vacunación previo.
- La situación de salud de cada trabajador, especialmente en lo referente a enfermedades crónicas o inmunodepresión. Estas circunstancias individuales se revaluarán periódicamente, con objeto de adecuar las actuaciones a las condiciones cambiantes de cada persona en el tiempo.
Sería conveniente desarrollar estrategias de cara a realizar campañas de vacunación antigripal que se adapten a la información obtenida con evaluaciones periódicas, para intentar mejorar la cobertura vacunal antigripal de los trabajadores sanitarios.
Nosotros planteamos las siguientes estrategias:
- Información sobre los posibles efectos secundarios realmente esperables tras la vacunación antigripal y sobre la unidad de la mayoría de ellos
- Acercar la vacunación al propio lugar de trabajo del personal sanitario, al menos en aquellos servicios considerados como alto riesgo de morbilidad gripal, estrategia ya realizada previamente, con la que se consiguió un aumento significativo en la tasa de cobertura antigripal respecto al año previo a su implantación en cada hospital
- Esforzarse en informar al personal de que la eficacia del 70 - 90% que constituye la vacuna tiene una relación beneficio riesgo alta.

6 Bibliografía

- Ministerio de sanidad , consumo y bienestar social. 2020. https: //www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/ Vacunacion_Gripe.htm
- La vacuna de la gripe en el Manual de Vacunas en línea de la AEP.(Comité asesor de vacunas) 2019-2020 Disponible en : http://vacunasaep.org/profesionales/ enfermedades/gripe
- Sociedad española de medicina preventiva ,salud pública e higiene. https://www. sempsph.com/es/
- OMS .Plan de acción mundial para las vacunas antigripales https://www.who. int/influenza_vaccines_plan/es/
- Sistema de vigilancia de la gripe en España (SVGE) 2019. Disponible en : http: //vgripe.isciii.es/inicio.do
- Comité de Bioética de España. Cuestiones ético-legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario. 2016. Disponible en: http://www.comitedebioetica.es/files/documentacion/cuestiones-etico-legales-rechazo-vacunaspropuestas-debate-necesario.pdf
- Peña A., Martínez A., Urbiztondo L. Conocimientos, actitudes y creencias de los profesionales sanitarios de atención primaria sobre la vacuna y la vacunación antigripal. Vacunas. 2005
- García de Codes A, Arrazola MP, De Juanes JR, Sanz I, Jaén F, Lago E. frente a la gripe en trabajadores de un hospital general. Estrategias para incrementar su cobertura. MedMed Clin (Barc), 2004
- Villagrasa JR, Moratilla L, Sanz C, Morán M, Fernández MJ, Pastor V. Porqué no se vacuna contra la gripe el personal de un hospital? Medicina Preventiva, 9 (2003)

Capítulo 1948

CLASIFICACIÓN DE LAS ANEMIAS

ADOLFO JAVIER PRIETO GÓMEZ

MONTSERRAT MERA TORNEIRO

1 Introducción

La anemia se define como al disminución de la concentración de hemoglobina. Invariablemente la anemia se acompaña de un descenso en el valor hematócrito y casi siempre, aunque no necesariamente, del numero de hematíes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda considerar anemia en los adultos cuando la concentración de hemoglobina (Hb) es inferior a 13 g/dl en hombres y 12 g/dl en mujeres. En los niños este criterio varia en función de la edad , de modo que, desde los 6 meses a los 6 años, el límite inferior de la Hb es de 11 g/dl y entre 6 y 14 años es de 12 g/dl.

Al valorar una anemia hay que tener presente que en ciertas circunstancias existe un aumento del volumen plasmático que pude producir falsas disminuciones de la concentración de Hb, lo que se conoce como seudonemia diluccional; esto se puede observar en ciertas condiciones fisiológicas, como el embarazo. Como la función primordial de la Hb es la de servir de vehículo al oxígeno par que este llegue a los tejidos, la principal consecuencia de la anemia es una hipoxia (déficit de O2) tisular, de la cual derivan algunas de las manifestaciones clínicas de las anemias. Por otro lado el organismo va a poner en marcha una seria de mecanismos compensadores destinados a compensar la situación de hipoxia. De estos mecanismos debemos destacar:

- Disminución de la afinidad del Hb por el oxígeno.

- Redistribución del flujo sanguíneo desde órganos que pueden mantener su funcionamiento con una menor cantidad de oxígeno.
- Aumento del gasto cardiaco.
- Estimulación de la médula ósea para aumentar las producción de hematíes. Este mecanismo está mediado por la eritropoyetina, es lento, y será efectivo se la médula ósea es capaz de responder adecuadamente.

Independientemente de etiología la anemia cursa con una sintomatología que es expresión, por un lado, del fracaso funcional del transporte de oxígeno a los tejidos y, por otro, de la puesta en marcha de mecanismos compensadores.

La hipoxia tisular influye sobre todo en aquellos órganos cuya demanda de oxígeno es alta para su correcto funcionamiento, por lo que es frecuente intensa astenia, claudicación intermitente y calambres musculares, síndrome anginoso, cefalea, zumbidos en los oídos y lipotimias. Entre las manifestaciones clínicas de los mecanismos compensadores cabe destacar, la intensa palidez de piel y mucosas debido a la redistribución del flujo sanguíneo hacia zonas más vitales, y el aumento de la frecuencia cardíaca para aumentar el gasto cardíaco, siendo relativamente frecuente los soplos funcionales e incluso alteraciones electrocardiográficas.

En líneas generales la intensidad de la sintomatología depende más de la rapidez con que se desarrolle la anemia que de la profundidad de la misma, así como del estado de salud previo del paciente.

Las anemias pueden clasificarse desde dos grandes puntos de vista:
- morfología.
- etiopatogenia.

La clasificación morfológica de las anemias tiene un interés eminentemente práctico y se establece básicamente en la función de dos índices eritrocitarios que son:
- VCM o volumen corpuscular medio. Los valores normales están comprendidos entre 80-100 fl., por lo que atendiendo a estos valores podemos clasificar las anemias en:
- Microcíticas cuando su VCM es inferior a 80 fl.
- Normocíticas cuando su VCM está comprendido entre 80-100 fl.
- Macrocíticas cuando su VCM es superior a 100 fl

HCM o Hemoglobina corpuscular media. Los valores normales están comprendidos entre 27-32 pg. El valor de la HCM permite clasificar las anemias en:
- Normocrómicas cuando su valor está comprendido entre 27-32 pg.
- Hipocrómicas cuando su valor es inferior a 27 pg.

Por tanto la clasificación morfológica de las anemias pude esquematizarse en:
- Anemias microcíticas hipocrómicas:
- Anemias ferropénicas.
- Talasemias.
- Anemias sideroblásticas.
- Algunas anemias por enfermedades crónicas.
- Anemias normocrómicas:
- Anemias por pérdidas agudas de sangre.
- Anemias por enfermedades crónicas.
- Insuficiencia medular.
- Anemias hemolíticas.
. Anemias macrocíticas:
- Anemias megaloblásticas.
- Hemólisis crónicas.
- Hepatopatías.
- Alcoholismo.

Atendiendo a la clasificación etiopatogénica de las anemias podemos determinar que la anemia es el resultado del desequilibrio entre la producción y destrucción de hematíes. Desde el punto de vista etiopatogénico, es decir, atendiendo al mecanismo de producción. las anemias pueden clasificarse en dos grandes grupos:

- Anemias por exceso de destrucción o anemias regenerativas. Se producen cuando hay una destrucción acelerada de los hematíes que puede obedecer a dos causas principales:
- Hemorragias, donde la anemia se produce tras una perdida importante se sangre.
- Hemolíticas, aparecen secundariamente a la rotura de los hematíes a nivel de la microcirculación.
- Anemias por defecto de producción o anemias arregenerativas. Se producen cuando hay una insuficiente producción de de hematíes en la médula ósea. Puede obedecer a diversos mecanismos:
- Lesión de la célula madre pluripotente. Se afecta la producción de todas las células sanguíneas (pancitopenia), y atendiendo a su grado de alteración tenemos:
- Alteración cuantitativa: Anemias aplásicas.
- Alteración cualitativa: Anemias refractarias y sindromes mielodisplásicos. Cursan con pancitipenia y con alteraciones morfológicas y funcionales de las tres series.
- Lesión de la célula madre; Eritroblastopenias.
- Alteración en la maduración de la serie roja.

- Invasión de la médula ósea por células extrañas.
- Defecto de producción de eritropoyetina.

2 Objetivos

- Presentar la mejor evidencia científica disponible para prever una aproximación razonable de cuales son las causa de la anemia.
- Intentar resolver la situación de la mejor forma posible para el paciente que padece dicha anemia a través del diagnostico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados se manifiestan y centrado nos en principio en la anemia más común, es decir, la anemia ferropénica a través de una analítica de sangre mediante el estudio del análisis de laboratorio a partir del monograma del paciente. Lo más característico de la anemia ferropénica es la intensa hipocromía (HCM inferior a 27 pg) y microcitosis (VCM menor a 80 fl). El recuento de reticulocitos, expresado en cifras absolutas, generalmente es bajo, como corresponde a un anemia arregenerativa. La morfología de los hematíes en la extensión de sangre periférica puede revelar microcitosis, anisocitosis, poiquilocitosis y grados variables de hipocromía.

El hierro es un metal fundamental para el metabolismo celular, ya que forma parte de la estructura de gran número de proteínas con importantes funciones biológicas (hemoglobina, mioglobina y ciertos enzimas). El hierro contenido en los alimentos se absorbe principalmente a nivel del duodeno, desde donde pasa al torrente circulatorio. En el plasma no circula libremente, sino unido a una proteína, la transferrina. Mediante la transferrina el hierro llega a la médula ósea y penetra en los erotoblastos en donde es utilizado para la síntesis de hemoglobina;

si no es usado inmediatamente se deposita en forma de ferritina y de hemosiderina. Los depósitos del organismo de hierro no sólo se localizan en la médula ósea, sino también en otros órganos como el bazo e hígado.

En la determinación del hierro sérico, la sideremia puede determinarse mediante métodos colorimétricos o de absorción atómica, siendo los primeros los más recomendables. Los valores normales varían con la edad y el sexo pero de manera aproximada se puede decir que oscialan entre 60 y 160 ug/dl. En la anemia ferropénica existe una disminución del hierro sérico, lo que se denomina hiposediremia o ferropenia.

También es importante la determinación de la capacidad de saturaciòn de la transferrina (CST). El hierro se transporta unido en su totalidad a una proteína plasmática llamada transferrina. En condiciones normales la transferrina no transporta todo el hierro que es capazl, circulando saturada en un tercio de su totalidad; de esto se deduce que el porcentaje de saturación de hierro de la transferina (% ST) normalmente es del 33%. Si se añade un exceso de hierro al plasma para saturar la transferrina, y se determina a continuación la sideremia; eliminando previamente el hierro no fijado con un quelante, se obtiene una medida de la capacidad total de tansporte de la transferrina. La transferrina se puede medir también directamente por métodos inmunológicos (inmunodifusión radial, nefelometria o turbidimetría). La CTS oscila normalmente entre 250 y 400 ug/dl.

En las anemias ferropénicas la cantidad de transferrina y, por tanto de CST, se encuentran aumentadas, mientras que el %ST está muy disminuido. En la determinación de la ferritina sérica. La ferritina sérica refleja muy directamente el estado de los depósitos férricos, siendo uno de los parámetros más útiles de todos los derivados del metabolismo del hierro.

El método para la determinación se basa en técnicas de radioinmunoanálisis (RIA) o enzimoinmunoanálisis. El intervalo de normalidad está entre 15 y 200 ug/L. Por debajo de esas cifras se considera que hay un estado ferropénico. En la valoración de los depósitos medulares de hierro; la tinción de Perls sobre material medular permite una apreciación grosera, pero muy exacta, de los depósitos férricos medulares. Esta técnica tiñe la hemosiderina medular de color azul intenso. En la ferropenia se observa una disminución de los depósitos medulares de hierro. Sin embargo en el diagnóstico de la anemia ferropénica generalmente no es necesario realizar estudio de la médula osea.
En resumen: diagnóstico de la anemia ferropénica:
- Anemia microcítica e hipocrómica.

- Reticulocitopenia.
- Sideremia baja, CST elevada y %ST bajo.
- Ferritina baja.

El diagnóstico diferencial de la anemias ferropénicas debe establecerse principalmente con: las talasemias, la anemias de los trastornos crónicos y las anemias sideroblásticas. Las Talasemias constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias en las que exite una deficiencia de síntesis de una o más de las cadenas polipeptídicas que forman la hemoglobina. Cursan con anemia microcítica e hipocromática.

Para diferenciar las talasemias de las ferropenias algunos autores han ideado una serie de formulas matemáticas, entre la que se encuentra la de England y Fraser:
- VCM-hematíes-(5 x Hb)-3,4
Un resultado negativo apuntaría hacia una talasemia, mientras que una cifra positiva sería indicativa de una anemia ferropénica. También se emplean algunos índices discriminantes, como el RDW (red blood cell distribution width) proporcionado por algunos contadores hematológicos y que es una medida de la anisocitosis. Un VCM disminuido con un RDW normal es sugestivo de talasemia, mientras que un VCM disminuido con un RDW aumentado apuntaría más a un déficit de hierro. Los frotis de sangre periférica en los transtornos talasémicos se caracterizan por marcada aniso y pioquilocitosis, microcitosis e hipocromía, punteado basófilo, dianitos, y frecuentes normoblastos. Los reticulocitos se encuentran moderadamente elevados. En las talasemias se observa hipersideremia con aumento de saturación de la transferrina y elevación de la ferritina sérica. La anemia en pacientes con enfermedades crónicas; dicha anemia es normocrómica y normocítica o discriminante microcítica e hipocroma. Se diferencia de la anemia ferropénica básicamente por el estudio del hierro: sideremia baja con CST normal o ligeramente disminuida y % ST mantenido o dicretamente disminuido. La ferritina no aporta datos definitivos, ya que al comportarse como una paraproteína puede aumentar en estaodos inflamtorios o neoplásicos y no reflejar, por tanto, el depósito real de hierro.

En la anemias sideroblásticas consideramos que son anemias caracterizadas por una mala utilización del hierro para la síntesis de hemoglobina lo que hace que el hierro se acumule en el interior de la célula. Son anemias hipocrómaticas y a menudo microcíticas, en las que la sideremia está aumentada. El diagnóstico requiere el estudio de médula ósea, en la que pueden observarse sideroblastos en anillo (eritoblastos con hierro teñible alrededor del núcleo).

Las anemias megaloblasticas son un grupo de anemias carenciales en las que la formación de glóbulos rojos está alterada por falta de uno o varios de los principios madurativos necesarios para la síntesis de hematíes. En el proceso fundamental para la división celular es la síntesis de nuevas moléculas de ADN, para ello es necesaria la presencia de una serie de sustratos, entre los que se encuentran la vitamina B12, el ácido fólico y sus derivados metabólicos. El deficit de alguno de estos sustratos provoca trastornos en la división celular y alteraciones morfológicas y funcionales en las células. Estas alteraciones afectan principalmente a aquellas células que tienen un alto índice mitótico, con son las células hematopoyeticas y las de sistema nervioso.

La vitamina B12 es sintetizada por ciertos microorganismos de la flora bacteriana intestinal. Las necesidades diarias no se cubren con esta síntesis por lo que es necesario el aporte externo a través de los alimentos. La vitamina B12 de los alimentos se una al factor intrínseco (Fl) secretado en el estómago por la células parietales. El complejo vitamina B12-Fl se une a unos receptores específicos existentes en el ilion, lo que permite su absorción y su paso a la sangre. Una vez en el torrente circulatorio la vitamina B12 es trasportada por una proteínas específicas denominadas transcobalaminas y es utilizada por el organismo en diferentes procesos metabólicos, incluyendo la síntesis de DNA.

El déficit de vitamina B12 puede ser debido a:
- Aporte inadecuado.
- Trastornos de la absorción.
- Deficiencia o alteración de las proteínas transportadoras.

El ácido fólico se obtiene de los alimentos, tanto de origen animal como vegetal. Se absorbe en el intestino proximal y se trasporta unido de manera in especifica a las proteínas plasmáticas. Es esencial para la división celular y que interviene en la síntesis de los ácidos nucleicos.

Se puede producir déficit del ácido fólico en:
- Ingestas inadecuadas, frecuentes en ancianos y alcohólicos con malos hábitos alimenticios.
- Absorción alterada.
- Incremento de las necesidades: embarazo, crecimiento y estados patológicos como neoplasias.
- Administración de antagonistas de los folatos: citostáticos y tuberculostáticos.

Existen anemias megaloblásticas resistentes a la vitamina B12 y ácido fólico. Son

un cuadros clínicos en los que existe un trastorno de la síntesis de ácidos nucleicos debido a errores congénitos del metabolismo o a la presencia de inhibidores metabólicos, y que, por tanto no responden al tratamiento sustitutivo con vitamina B12 o folatos.

Atendiendo a la metodología diagnóstica la anemias megaloblásticas se caracterizan:
- Anemia macrocítica, con VCM superior a 100 fl, en ocasiones hasta 120 0 130 fl.
- Reticulocitopenia.
- Leucopenia y trombopenia, ya que están afectadas todas las líneas hematopoyéticas y no solo la serie eritroide.
- La morfología de los hematíes en los frotis en anormal con aniso y poiquilocitosis, macrocitosis y ovalocitosis. Es caracteristico el hallazgo de neutrófilos hipersegmentados (pleocariocitos).
- Disminución de los niveles séricos de vitamina B12 o ácido fólico.

Se debe tener en cuenta que la sola presencia de macrocitosis no es suficiente para sospechar una anemia megaloblástica. Existen muchas situaciones en las que el VCM aumenta sin que haya necesariamente anemia de este tipo, entre las que se puede destacar: alcoholismo, y hepatopatías, tabaquismo, hemolisís, hemopatías y neoplasias.

5 Discusión-Conclusión

Las manifestaciones clínicas de las anemias ferropénicas, centrándonos en estas al ser las más frecuentes, suelen ser comunes a las de otras anemias. Los signos y síntomas más frecuentes son: astenia, cefaleas, disnea de esfuerzo, glositis, palpitaciones, parestesias (sensación de hormigueo o adormecimiento) y tendencia a las lipotimias. La ferropenia, por último, podría causar apetito anormal para el hielo o para la tierra, lo que de forma genérica se conoce como la pica.

En las anemias ferropénicas la instauración lenta, la sintomatología puede ser escasa o nula, ya que el organismo se adapta bien al descenso gradual de al hemoglonina. En aquellos pacientes con anemia ferropénica la solución suele basarse en un aporte de hierro bien a través de una medicación adecuada a cada caso así como una programación en la alimentación del paciente con el fin de alcanzar los valores de hemoglobina establecidos como normales. Los pacientes que padezcan una anemia hemolítica se determinará cuales son las causas de dicha perdida de sangre o hemorragia y se procederá a realizar una transfusión

sanguínea.
La decisión de transfundir o no hematíes al paciente con sangrado agudo secundario a una enfermedad susceptible de tratamiento curativo (por ejemplo, una ulcera duodenal secundaria a aspirina) es relativamente facil. La llave de realizar la transfusión y cronología de la misma nos dará la clínica que presente el paciente. Sin embargo, ese cuadro no es habitual. Lo normal es que encontremos a un paciente con una anemia lentamente progresiva, secundaria aun proceso habitualmente sin tratamiento curativo y que presenta unos síntomas difícilmente atribuibles únicamente a una anemia y puede confundirse fácilmente con otra dolencia asociados a la falta de hematíes. En estos casos los parámetros de la hemoglobina sérica son determinantes.

Es posible que el paciente precise transfusiones mensuales o incluso semanales para mantener unos niveles de hemoglobina aceptables. Hay que ser muy cuidadoso a la hora de decidir una transfusión, teniendo en cuenta en cada momento la situación funcional, el pronostico vital, y la respuesta sistemática, y valorar la acumulación de hierro que se produce ante transfusiones repetidas. Algunos de los efectos adversos agudos de las transfusiones de hematíes son diferentes, destacando la sobrecarga de volumen y las reacciones a las transfusiones agudas, siendo menos frecuente la contaminación bacteriana y el edema pulmonar no cardiógeno.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1949

LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS

MARÍA ISABEL ROCES SIEBIERSKI

1 Introducción

Los aislamientos se han diseñado con el fin de prevenir la diseminación de microorganismos entre el paciente, personal hospitalario, visitantes y equipos. Las precauciones de aislamiento hospitalario, buscan: Cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso. Disminuir la incidencia de infección nosocomial.

Las precauciones de aislamiento hospitalario son un conjunto de medidas que se realizan para evitar la transmisión de algunas infecciones dentro del hospital. Ciertas infecciones, pero no todas, pueden transmitirse de un paciente a otro, a sus acompañantes o al personal que lo atiende.
Los diferentes tipos de aislamiento se utilizan como medida para prevenir la propagación de las enfermedades infecciosas. La finalidad de estos aislamientos son: La disminución del riesgo de infección, tanto para el paciente, como su entorno.

Las medidas de prevención hacen referencia a todas aquellas actividades y protocolos destinados a prevenir la aparición de enfermedades infecciosas. Las actividades de control consisten en la ejecución y el mantenimiento de todos los programas preventivos creados a partir de las medidas de vigilancia. En España, los encargados de la vigilancia, el control y la prevención de las IN son los servicios de medicina preventiva de cada hospital. Sus funciones son las siguientes:
• Realizar estudios y llevar el control de la epidemiología hospitalaria.
• Mantener una higiene y saneamientos hospitalarios adecuados para evitar cualquier posible infección.

• Practicar una medicina preventiva individual acorde a cada situación.
• Cuidar la micro biología ambiental, con el control de antisépticos, desinfectantes, esterilización…
• Realizar una formación y educación sanitaria continuadas

2 Objetivos

- Educar al paciente y la familia en la aplicación de todas las medidas de prevención de una infección.
- Conocer los aspectos principales sobre el aislamiento hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cada tipo de aislamiento tiene sus normas y medidas específicas, sin embargo existen una serie de normas generales comunes a todos ellos, de obligado cumplimiento para prevenir la propagación de las enfermedades infecto contagiosas:
• Mantener la puerta de la habitación cerrada especificando el tipo de aislamiento.
• Utilizar la técnica de la doble bolsa para retirar objetos o desperdicios de una habitación aislada.
• Mantener dentro de la habitación materiales necesarios como termómetro o tensiómetro, hasta que el paciente sea dado de alta.
• La desinfección y limpieza de la habitación deben ser escrupulosas.
• Realizar un adecuado lavado de manos antes y después de entrar en la habitación.
• Usar prendas de barrera adecuadas al tipo de aislamiento.
• Utilizar materiales desechables siempre que sea posible.
• Aconsejar al paciente una correcta higiene.
• Educar a las visitas para que sigan las normas de seguridad e higiene descritas.

También se deben tener en cuenta una serie de precauciones universales, medidas de protección sistemáticas y generalizadas, que deben ser aplicadas de forma universal y permanente con todo tipo de pacientes. Surgieron a raíz de enfermedades infecto-contagiosas como el VIH o la hepatitis B y están enfocadas a proteger al personal sanitario, considerando a todo paciente como potencial portador de estas enfermedades infectocontiagiosas a través de fluidos corporales como la sangre. Con todas estas medidas se podrán evitar o paliar estas enfermedades contagiosas

5 Discusión-Conclusión

Como podemos darnos cuenta el Aislamiento Intrahospitalario no es sólo "aislar a los usuarios más inmunocomprometidos" sino optar por medidas de barrera para evitar la contaminación incluso en pacientes que se encuentren en salas compartidas por otros usuarios.

Existen diferentes tipos de aislamientos Intrahospitalarios entre los cuales encontramos: el aislamiento estándar el cual consiste en el uso de barreras protectoras como guantes, mascarillas, gorros, etc., los cuales se utilizan en la atención de todos los usuarios de forma rutinaria y son medidas básicas de protección, y el aislamiento específico que está enfocado en aislar ciertas patologías que padecen los usuarios como por ejemplo, la Tuberculosis, Sarna, Infección por Virus Sincicial, etc. y así evitar su propagación.

Es por ello que las medidas consideradas como mínimas, como el lavado de manos, la eliminación del material corto punzante en sus contenedores respectivos y de la manera correcta el uso de pechera, mascarillas etc., son fundamentales para aislar la propagación de diferentes virus, bacterias, enfermedades, etc.

Es muy importante enfatizar que en cada Centro de Salud, el personal tome una real conciencia del riesgo que presenta no cumplir con las normas establecidas para evitar la contaminación, ya que puede causar agravamiento o en ocasiones incluso la muerte de los pacientes. Es nuestro deber y responsabilidad como futuro personal de salud estar actualizados en las diversas formas de Aislamiento intrahospitalario y además realizar ética mente los procedimientos dirigidos a nuestros usuarios/as.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1950

ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA JOSEFA NOVAL GARCIA

MARTA ELENA ALEJO CARBAJOSA

MARÍA PATRICIA SOTO BASTIÅN

CRISTINA DÍAZ RODRÍGUEZ

MARIA CARMEN RODRÍGUEZ LLANEZA

1 Introducción

En este capítulo, vamos a tratar sobre los accidentes que pueden producirse en un hospital por despistes del trabajador, y a veces, por causas ajenas a él. Definimos accidente de trabajo como todo suceso repentino que sobrevenga por causa o en ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

La prevención de riesgos laborales (PRL) es la disciplina que busca promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados a un entrono laboral, además de fomentar el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo.

2 Objetivos

- Promover la mejora de las condiciones de trabajo de cara a elevar el nivel de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo.
- Conocer los aspectos más comunes en los accidentes laborales en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

En el art. 15 de la LPRL, podemos encontrar una serie de principios que deben regir la acción preventiva y que básicamente suponen evitar los riesgos laborales, evaluar aquellos riesgos que no se pueden evitar, combatirlos en su origen, adaptar el trabajo a la persona fundamentalmente en la concepción de los puestos de trabajo y en la elección de los equipos y métodos de trabajo, tener en cuenta los avances técnicos, adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual, dar la información e instrucción necesaria a los trabajadores, sustituir los elementos peligrosos por los menos peligrosos o por los que no entrañan ningún peligro, tener en cuenta las capacidades profesionales de los trabajadores en materia de seguridad y salud a la hora de encomendarles tareas, garantizar que solo los trabajadores que tengan una adecuada información puedan acceder a zonas de riesgo grave y específico y prever las posibles imprudencias o distracciones que ordinariamente puedan producirse por parte de los trabajadores.

4 Resultados

Podríamos citar innumerables tipos de accidentes que se pueden producir en un centro sanitario, pero nos centraremos en como prevenir caídas, golpes por desplome o contra objetos, cortes o pinchazos con objetos punzantes o instrumental químico.

1. Caídas

- Evita el uso de cajas, sillas, o mesas para acceder a zonas elevadas. Utiliza únicamente elementos diseñados para ello (banquetas, escaleras, etc.) estables y adecuados a la altura a la que se quiere acceder.
- Revisa las escaleras de mano antes de su utilización. Para comprobar su correcto estado, ten en cuenta factores como la estabilidad, el correcto uso ensamblado de los peldaños, el dispositivo antideslizante en su pie, o ganchos en la parte superior, este. En caso de anomalía, no la utilices y da aviso de la deficiencia.

- Utiliza un calzado seguro (evitando suelas deslizantes, calzado no sujeto al pie, etc.

2. Riesgo de caída de objetos por desplome o manipulación

Este riesgo puede darse por inestabilidad, falta de anclaje, sobrecarga o mal estado de las estanterías, o por materiales indebidamente ubicados. Puede darse también durante la manipulación y trasporte de equipos de trabajo principalmente en situaciones de emergencia. Los daños que pueden derivarse de este riesgo son: heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esquinces, etc., o bien lesiones graves como fracturas en función del peso del objeto y de la altura de la caída. En estos casos hay que considerar además la posibilidad de sufrir cortes por rotura de material de vidrio en el mismo accidente y de contacto accidental con el contenido del mismo (producto químico tóxico o corrosivo, contaminación biológica, etc).

- No sobrecargues las estanterías y armario. Coloca los materiales más pesados en los estantes inferiores.
- Los archivadores deben disponer de sistemas que impidan la apertura al mismo tiempo de más de un cajón y contar con dispositivos de bloqueo en los cajones.
- En la medida de lo posible, manipula los objetos, equipos y recipientes de elevado peso o dificultad de agarre, mediante elementos mecánicos (mesas auxiliares, carritos, etc.).
- No sobrecargues los carritos o bandejas donde se trasporta material para realizar curas, administración de medicamentos, comida para los enfermos, etc.
- Los botellones de gases comprimidos se transportarán en carritos especiales que garanticen su equilibrio y sujeción. Así mismo, permanecerán sujetos mediante abrazaderas o cadenas que los fijen a la pared en lugares de uso o almacenamiento.

3. Riesgo de choques/golpes contra objetos móviles o inmóviles

Este riesgo tiene lugar en desplazamientos por zonas con espacios reducidos, con falta de orden y limpieza, con falta de visibilidad o en zonas donde haya presencia de cantos agudos de mesas, camas, camillas, equipo clínico, etc. También puede darse si existen puertas y otras estructuras transparentes sin señalizar, puertas vaivén, etc.

- Deja siempre despejadas de obstáculos las zonas de paso
- Respeta los sentidos de circulación establecidos para personas incapacitadas(sillas de ruedas y camillas) y traslado de equipos (carros, carretillas, etc.).
- Presta especial atención en las proximidades de cruces, pasillos o rampas, puertas vaivén y ascensores.

-Cierra siempre los cajones y las puertas de mesas, armarios y archivos después de su uso.

4. Riesgo de cortes/pinchazos por objetos o instrumental cínico

Este riesgo puede generarse al manipular instrumental clínico y otros elementos cortantes o punzantes. Así por ej. , el uso de material quirúrgico, el uso de jeringas puede ser origen de accidentes por punción durante las tareas de extracción, transvase o inyección.

- Mantén el instrumental clínico o quirúrgico en un buen estado de limpieza, esterilización y conservación siguiendo los protocolos establecidos.

-Utiliza siempre el instrumental adecuado en las operaciones a realizar. Su uso debe ir precedido de un entreno en su manejo y una revisión del correcto estado del mismo.

- Transporta en fundas o estuches adecuados los instrumentos quirúrgicos punzantes o cortantes, con tal de evitar el contacto accidental.

-Está prohibido reencapsular, doblar, romper o quitar manualmente las agujas de la jeringuillas tras su uso.

-Deposita después de su uso, las agujas y demás material punzante desechable en contenedores plásticos expresamente diseñados para ello, etiquetados con la señas de riesgo biológico, y resistentes a la perforación para su posterior incineración.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, debemos tratar de evitar los accidentes de trabajo mediante la eliminación del riesgo y cuando esto no se pueda realizar, los minimizaremos mediante la protección colectiva o individual. A esto añadiría lo necesario que es crear un entorno de trabajo libre en lo posible de distracciones para el trabajador.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1951

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL PERSONAL HOSPITALARIO EN MOVIMIENTO DE CARGAS

MARÍA PATRICIA SOTO BASTIÅN

CRISTINA DÍAZ RODRÍGUEZ

MARIA CARMEN RODRÍGUEZ LLANEZA

MARIA JOSEFA NOVAL GARCIA

MARTA ELENA ALEJO CARBAJOSA

1 Introducción

Para analizar las pautas a seguir con respecto al tema del levantamiento de cargas, es necesario evaluar los procedimientos a seguir ya que muchas veces no realizamos esta tarea correctamente debido, generalmente, a las condiciones de trabajo inadecuadas.

Está relacionado con la aparición de lesiones músculo-esqueléticas, especialmente en la espalda.
El aumento de este tipo de lesiones entre el personal hospitalario pone de manifiesto la importancia de intervenir sobre los factores de riesgos presentes en el puesto de trabajo a partir de la evaluación y control de los riesgos, ya sea haciendo esos riesgos inexistentes, o minimizándolos a través de la información.

Es necesario una formación de los trabajadores sobre la forma en que se deben levantar los bultos.

2 Objetivos

- Eliminar o reducir los riesgos generados por manipulación incorrecta de cargas.
- Prevenir los problemas de salud, como pueden ser:
• La fatiga física
• Lesiones músculo-esqueléticas (en especial en la espalda, zona dorsolumbar y miembros superiores).
• Contusiones, cortes, heridas o fracturas.

3 Metodología

Se han consultado varios documentos y también se ha observado (en consulta realizada al departamento de Medicina Preventiva del Hospital Central de Asturias) que en el entorno hospitalario, muchos trabajadores no siguen ningún procedimiento a la hora de levantar o manipular cargas que pueden derivar en serios problemas para la salud.

Podríamos citar imnumerables tipos de movimientos de cargas, pero nos vamos a centrar en el movimiento manual.

4 Resultados

A la hora de proceder al levantamiento manual de cargas, debemos tener en consideración:
1. Los factores de riesgo: características de la carga, esfuerzo físico necesario, características del medio de trabajo, exigencia de la actividad y factores individuales.
2. Las normas básicas para el levantamiento de cargas:
• Planificar el levantamiento.
• Separar los pies para proporcionar una postura estable, colocando un pie mas adelantado que otro, en la dirección del movimiento
• Doblar las piernas manteniendo siempre la espalda recta y sin girar el tronco
• Sujetar firmemente la carga con ambas manos y pegarla al cuerpo
• Mantener la carga pegada al cuerpo en todo momento
• Depositar la carga y luego ajustarla si es necesario
• Realizar levantamientos espaciados, en la medida de lo posible

Además debemos tener en cuenta el peso de la carga, dependiendo de la altura a la que la debamos depositar. Así pues:
1. Cerca del cuerpo:
• A la altura de la pantorrilla: 14 kg
• A la altura del muslo: 10 kg
• Debajo del codo: 25 kg
• Encima del codo: 19 kg
• A la altura de la vista: 13 kg
2. Lejos del cuerpo
• A la altura de la pantorrilla: 8 kg
• A la altura del muslo: 12 kg
• Debajo del codo: 13 kg
• Encima del codo: 11 kg
• Altura de la vista: 7 kg

5 Discusión-Conclusión

A partir de los métodos que se deben aplicar tras las recomendaciones anteriores, debemos adoptar las medidas preventivas adecuadas, de manera que se pueda evitar padecer un accidente laboral o una enfermedad profesional como consecuencia de la práctica indebida de manipulación de cargas, causando además grandes pérdidas económicas al empleador y al Sistema Sanitario.

6 Bibliografía

- Ley de Prevención de Riesgos Laborales L31/95 de 8 de noviembre
- Monografías.com
- Riesgos laborales/saludlaboral.org
- Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario

Capítulo 1952

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE Y CALIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA

ROSANA ALONSO ORVIZ

PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ

MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO

1 Introducción

Los primeros pasos que el personal de cualquier centro hospitalario realiza con un usuario que accede a dicho centro a recibir asistencia sanitaria son la acogida y la identificación inequívoca. Sin una identificación completa y correcta al inicio de la asistencia al paciente dicha asistencia nunca podrá ser adecuada y podría provocar un evento adverso en el paciente relacionado con un error en la medicación, una prueba o intervención innecesarias o erróneas, o un diagnóstico inadecuado. Aproximadamente un 13% de los errores notificados en el área quirúrgica y un 67% de los relacionados con transfusiones de componentes sanguíneos tiene que ver con la identificación errónea de pacientes.

2 Objetivos

- Concienciar a los trabajadores y usuarios de los centros hospitalarios de la importancia del uso de elementos identificativos para prevenir errores relacionados

con la identificación del paciente y de la necesidad de verificar la identidad del paciente previamente a la realización de cualquier procedimiento.
- Incidir en la necesidad de educar a los pacientes para que participen en su identificación y en la importancia de incorporar nuevas tecnologías que reducen este tipo de errores, sobre todo la tecnología del código de barras que reduce significativamente los errores de identificación de pacientes.

3 Metodología

Búsqueda en internet de información sobre la identificación del paciente relacionando este concepto con palabras clave como control pacientes, pulsera identificativa sanidad y errores identificación pacientes. Se procedió además a la lectura de políticas de acceso e identificación de pacientes en instituciones sanitarias, de la Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial del SESPA y de la Normativa funcional del Servicio de Urgencias Generales (Gerencia Área Sanitaria IV); y la propia experiencia profesional.

4 Resultados

El procedimiento de identificación se realizará a través de la pulsera identificativa, mediante la triple comprobación: preguntando el nombre al paciente, si fuera posible, (dejar que sea él quien responda), realizando la comprobación posterior en la pulsera y verificando los datos en la historia. Se realizará la identificación antes de cualquier procedimiento a realizar al paciente: administración de medicación, prueba diagnóstica, traslado, etc.

5 Discusión-Conclusión

Todo el personal de un centro hospitalario está implicado en la asistencia del paciente: en la toma de datos, en los traslados, en la preparación de la dieta, en la administración de medicamentos, en la aplicación de transfusiones, en la realización de pruebas diagnósticas, cirugías o en la aplicación de tratamientos, etc. Si todos estos procesos se realizan comprobando y confirmando la identidad del paciente se evitarán muchos errores. Es importante realizar campañas de sensibilización entre los profesionales sobre el uso de la pulsera identificativa y su comprobación para evitar confusiones en el tratamiento de los pacientes.

6 Bibliografía

- http://uc.sespa.es/pdf/GECCAs.pdf
- http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/NORMA%20FUNCIONAL%20URGENCIAS.pdf
- http://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2047%20%28Diciembre%202018%29.pdf
- http://www.areasaludbadajoz.com/protocolo_identificacion_inequivoca_2017.pdf

Capítulo 1953

ESTUDIO DINÁMICO DEL CORAZÓN MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA

DIANA GONZÁLEZ GARCÍA

ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ

MARTA DÍAZ FERNÁNDEZ

CARLA FERNÁNDEZ SUÁREZ

BEATRIZ MATILLA MEDIAVILLA

1 Introducción

La resonancia magnética es una prueba de alta aportación diagnostica y una de las más utilizadas para el diagnóstico de, cada vez más, variedad de patologías. En los últimos años ha aumentado su demanda ampliamente por ser una prueba de alta aportación diagnostica y totalmente inocua para la salud.

Con este trabajo de investigación vamos a explicar de manera sencilla como realizar una resonancia magnética de corazón, ya que es una de las tareas mas complicadas de realizar por el TSID, no sólo por la compleja anatomía del corazón, sino también por la duración de la prueba que suele durar más de una hora. Además, hay que sumar el movimiento constante del corazón que tendremos que sincronizarlo con la resonancia. Lo más conveniente para realizar la resonancia

cardíaca es realizarla en una resonancia de 1,5 teslas ya que en una resonancia de 3 teslas el mismo flujo de la sangre puede artefactarnos la imagen y complicarnos el estudio.

A continuación, vamos a explicar un poco el funcionamiento del flujo cardíaco. El corazón es un músculo que impulsa de manera continua sangre rica en oxígeno (sangre arterial) al cerebro y las extremidades, y transporta desde el cerebro y las extremidades sangre pobre en oxígeno (sangre venosa) a los pulmones, para reconvertirla otra vez en sangre rica en oxígeno. La sangre llega a la aurícula derecha del corazón , se mueve al ventrículo derecho y es impulsada dentro de las arterias pulmonares, en los pulmones. Después de que recoge oxígeno, la sangre retorna al corazón a través de las venas pulmonares dentro de la aurícula izquierda hacia el ventrículo izquierdo y sale hacia los tejidos del organismo a través de la aorta.

Explicaremos a continuación un poco de anatomía básica cardíaca. El corazón se encuentra situado entre los pulmones en el centro del torax, detrás y un poco hacia a la izquierda del esternón. El pericardio es una membrana de dos capas, que envuelve el corazón como una bolsa. La capa externa del pericardio rodea el nacimiento de los principales vasos sanguíneos del corazón y está unida a la espina dorsal, al diafragma y a otras partes del cuerpo por medio de ligamentos. La capa interna del pericardio está unida al músculo cardíaco.

El corazón se divide en cuatro cavidades. Las cavidades superiores son la aurícula izquierda y aurícula derecha y las cavidades inferiores son el ventrículo izquierdo y el ventrículo derecho. El ventrículo izquierdo es la cavidad más grande y fuerte del corazón.
El corazón tiene cuatro válvulas que son las que controlan el flujo sanguíneo y a continuación vamos a explicar de manera muy básica su función:
- La válvula tricúspide controla el flujo sanguíneo entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho.
- La válvula pulmonar controla el flujo sanguíneo del ventrículo derecho a las arterias pulmonares, las cuales transportan la sangre a los pulmones para oxigenarla.
- La válvula mitral permite que la sangre rica en oxígeno proveniente de los pulmones pase de la aurícula izquierda al ventrículo izquierdo.
- La válvula aórtica permite que la sangre rica en oxígeno pase del ventrículo izquierdo a la aorta, la arteria más grande del cuerpo, la cual transporta la sangre al resto del organismo.

2 Objetivos

- Explicar de forma sencilla y didáctica a los Técnicos Superiores de Imagen para el Diagnóstico (TSID) la realización de resonancias cardíacas y así poder acercar este tipo de estudio a los TSID.

3 Metodología

Para conseguir la efectividad de este trabajo se ha realizado una investigación en un intervalo de tiempo de octubre de 2019 a enero de 2020 comparando protocolos de varios hospitales realizando una búsqueda bibliográfica en Google Académico con los conceptos clave resonancia magnética cardíaca, flujo cardíaco, planos del corazón en resonancia magnética y secuencias para corazón en resonancia magnética. También se han realizado búsquedas en las bases de datos Pubmed, Elsevier y Medline.Finalmente, de toda la información obtenida hemos filtrando solamente la información obtenida en español, desechando toda la que hemos obtenido en otros idiomas.

4 Resultados

Para realizar la resonancia cardíaca lo primero que hacemos es tumbar al paciente en decúbito supino después de asegurarnos que no es portador de ningún mecanismo metálico incompatible con la resonancia magnética. Seguidamente, le colocamos los electrodos y conectamos el sincronismo respiratorio y le colocamos la antena (normalmente suele utilizarse una antena de cuerpo). Le decimos al paciente que obedezca las instrucciones que le daremos por unos cascos que le colocaremos y finalmente le damos un avisador para que nos avise si tienen algún problema.

La primera secuencia que realizaremos es un localizador y seguidamente haremos un segundo localizador colocando el corazón en el isocentro. La secuencia siguiente es la llamada sangre negra que consiste en cortar el corazón en axial. A continuación, realizaremos unas secuencias localizadoras de los planos cardíacos en resonancia magnética. Comenzamos por la secuencia denominada eje largo la cual consiste en cortar una linea (un corte) que sea perpendicular desde la válvula al apex (extremo distal del corazón). Después, realizamos la secuencia del eje corto es la única secuencia que tiene 15 cortes ya que el resto es un único corte) que consiste en cortar el eje largo desde el apex a válvulas y la siguiente se-

cuencia 4 cámaras utilizamos las dos secuencias realizadas anteriormente. En el eje largo trazamos una línea desde el apex a válvulas y en el eje corto. Intentamos que la misma línea pase por la mitad inferior del papilar superior y el apex. (hay que encontrar el equilibrio entre ambas secuencias, para conseguir un 4 cámaras de calidad). Todas las secuencias anteriormente nombradas se realizan utilizando el sincronismo respiratorio capturando ciclos cardíacos.

Después de realizar las secuencias anteriores, realizamos la secuencias de cine o función que consiste en mejorar los localizadores anteriores y conseguir la mejor imagen posible. Estas secuencias se realizan sin capturar ciclo. Una vez realizado todos los cines anteriores vamos a realizar las secuencias en las que visualizaremos el ventrículo derecho y el tracto de salida de dicho ventrículo y el ventrículo izquierdo y su tracto de salida. Para realizarla en el ventrículo derecho vamos a utilizar la secuencias anteriores de cine eje corto (una imagen medial) y el 4 cámaras. En el 4 cámaras trazamos una línea entre la mitad de la válvula tricúspide y el apex del ventrículo derecho, y en el eje corto paralelo a la pared anterior de ventrículo derecho, más o menos vertical para que se prolongue por la arteria pulmonar. Para esta secuencia capturamos ciclo cardíaco. Para realizar el tracto de salida del ventrículo derecho utilizamos el ventrículo derecho y trazamos un eje en un plano medio de la arteria pulmonar. Para esta secuencia también capturamos ciclo.

Ahora vamos a realizar el ventrículo izquierdo utilizando el 4 cámaras o eje largo y el eje corto atravesamos una línea a lo largo del ventrículo izquierdo en el 4 cámaras o el eje largo y en el eje corto atravesando la aorta y la aurícula izquierda. Para realizar esta secuencia utilizamos el sincronismo cardíaco. Para realizar el tracto de salida del ventrículo izquierdo utilizaremos la imagen obtenida anteriormente y trazamos un plano medio al eje de la arteria pulmonar y capturamos ciclo cardíaco para realizar esta secuencia.

A continuación, realizamos las ultimas secuencias antes del contraste, los flujos de la aorta y la pulmonar. Para realizar el flujo de la aorta utilizamos dos secuencias realizadas anteriormente el TSVI y el ventrículo izquierdo trazando un corte paralelo a la válvula en ambas secuencias. Para realizar el flujo de la pulmonar nos hace falta el TSVD y el ventrículo derecho y realizaremos un corte paralelo a las válvulas en ambas secuencias. Tras esto, pasamos a realizar el realce tardío.

Para realizar estas secuencias se inyecta contraste y se realiza otra secuencia en axial del corazón copiada de la anterior sangre negra. ECsta secuencia suele ser un axial vive. cuando finaliza esta secuencia comprobamos que el contraste entro

sin problemas. A los 7 minutos de inyectar el contraste realizamos la secuencia TI Scout donde elegimos una imagen medial del eje corto donde comprobamos si el miocardio a lavado el contraste o sigue habiendo zonas teñidas. El miocardio es una zona muy vascularizada y si no hay patología debería de estar negro (es decir limpio de contraste). Escogemos la imagen que nos parece más negra y está más limpia de contraste y buscamos en la imagen el TT (tiempo de transito, tiempo que tarda en lavar) y lo anotamos ya que en el resto de las secuencias vamos a necesitar dicho valor. A continuación, vamos a realizar la secuencia overview que es un realce tardío del eje corto utilizado anteriormente en cine o función, ya que esta incluye todo el ventrículo izquierdo. Utilizamos el TT que anteriormente anotamos y comprobamos como nos a salido. Si esta imagen es óptima, continuamos con las secuencias de alta resolución utilizando el mismo TT.
Para finalizar el estudio, después de una hora larga de trabajo, pedimos al paciente máxima colaboración para realizar las secuencias alta resolución (high res) de las secuencias eje largo eje corto y 4 cámaras obtenidas anteriormente con en cine o función y pondremos el valor anteriormente obtenido TT. Estas son las secuencias básicas realizadas en un estudio rutinario cardíaco. Para evitar confusiones vamos a especificar los nombres de las secuencias:
- Eje largo o también llamado 2 cámaras (EL 2C).
- Eje corto (EC).
- 4 cámaras (4C).
- 3 cámaras o también llamado Ventrículo izquierdo (3c VI).
- 2 cámaras ventrículo derecho (2c VD).
- Tracto de Salida del Ventrículo Derecho (TSVD).
- Tracto de Salida del Ventrículo Izquierdo (TSVI).

Después de realizar todas las secuencias llamamos al radiologo que valorara las imágenes junto con el cardiologo y así proporcionaran un diagnostico concluyente.

5 Discusión-Conclusión

Después de todo lo anteriormente expuesto, sabemos que lo mas básico para poder realizar este tipo de estudio en resonancia magnética es que debemos conocer los planos del corazón (eje largo, eje corto y cuatro cámaras) y conocer bien los mecanismos de la resonancia utilizada, para así poder sacarles el mejor partido y que la calidad del estudio realizado sea óptima.

6 Bibliografía

- García-Pavía, P., Avellana, P., Bornstein, B., Heine-Suñer, D., Cobo-Marcos, M., Gómez-Bueno, M., ... & Alonso-Pulpón, L. A. (2011). Abordaje familiar en la amiloidosis cardiaca hereditaria por transtiretina. Revista Española de Cardiología, 64(6), 523-526.
- Hidalgo, A., & Pons-Lladó, G. (2015). Utilidad de la RM cardíaca en el pronóstico y seguimiento de la cardiopatía isquémica. Radiología, 57(3), 201-212.
- Bastarrika, G., Sprengel, U., Sáenz de Buruaga, J., Romero, C., Alegría, E., Benito, A., & Barba, J. (2005, April). Resonancia magnética cardíaca: aplicaciones clínicas. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 28, No. 1, pp. 49-58). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Hernández, C., Zudaire, B., Castaño, S., Azcárate, P., Villanueva, A., & Bastarrika, G. (2007, December). Principios básicos de resonancia magnética cardiovascular (RMC): secuencias, planos de adquisición y protocolo de estudio. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 30, No. 3, pp. 405-418). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Jaramillo, F. A., & Sánchez, F. M. H. PLANOS CARDÍACOS Y SEGMENTACIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN RESONANCIA MAGNÉTICA.
- Zaldumbide, E. L., Pérez-David, E., Larena, J. A., del Castillo, S. V., Cuevas, J. R. R., Onaindía, J. J., ... & García-Fernández, M. A. (2009). Utilidad de la resonancia magnética cardiaca en el diagnóstico de los pacientes con síndrome coronario agudo y coronarias normales. Revista española de cardiología, 62(9), 976-983.

Capítulo 1954

EL CELADOR: LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO Y LA FAMILIA

MARIA FERNANDA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La comunicación es el proceso por el cual la persona se relaciona con su entorno, con otras personas, utilizando un código común (lingüístico o no lingüístico) que se envía a través de un medio (canal de comunicación) con la finalidad de conseguir un objetivo (respuesta). Por ello, la comunicación es relación y no solo la información.

La comunicación ha trascendido el modelo unidireccional, para ser la protagonista en la era de la información donde es innegable la necesidad que tenemos de proximidad, de conversación (aunque sea a través del móvil). Comunicar es tener la posibilidad de relacionarnos.

En la salud, además de ser un ejercicio recomendable, la comunicación se convierte no solo en un instrumento sino en una perspectiva, una forma de abordar la realidad, que une, integra visiones y permite el diálogo de saberes y hasta de no saberes. Comunicar no puede reducirse al uso de tecnologías aunque a veces lo parezca. Es una cuestión humana.

2 Objetivos

- Valorar una efectiva comunicación teniendo en cuenta características tales como la edad, el sexo, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y hasta la religión si

fuera necesario. Conociéndolas, podemos definir cómo acercarnos a él, para emplear términos adecuados para lograr una comunicación, donde podamos ejercer, habilidades y destrezas, en la comunicación verbal como la no verbal y de esta forma poder satisfacer sus necesidades, crear una buena disposición para el diálogo, ser asertivo, dar seguridad y brindar apoyo efectivo, entre otras.
- Prevenir problemas de transferencia de datos o de tergiversación de información en el ámbito sanitario hasta mejorar la reputación de un centro hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cada acción comunicativa debe ser estratégica y debe ir encaminada no solo a mejorar las relaciones sino también a generar entornos de seguridad y confianza.

En el entorno sanitario la buena comunicación es fundamental. Un paciente con el que se establezca un lazo comunicativo es un paciente informado y probablemente empoderado, que se sentirá en confianza para, por ejemplo, preguntar sobre su enfermedad, un ejercicio que aunque parezca sencillo, resulta complejo para muchos de ellos.

La comunicación no debe ser únicamente el instrumento para que el profesional obtenga la información que necesita del paciente y su situación de salud, debe también ser un espacio de diálogo y generación de vínculos donde el paciente se sienta escuchado, y tenga la oportunidad de comprender el significado de su enfermedad o dolencia, para que se sienta partícipe y colabore durante el proceso de atención.

El celador, no solo debe construir confianza acerca de sus habilidades a través de su desempeño en su trabajo de atención al enfermo, sino también sobre sus

habilidades humanas. Si hemos estado ingresado alguna vez o fuimos a una consulta por menosimportante que le parezca, la comunicación, como hemos dicho antes, tiene todo que ver con lo humano y "siempre empieza por nuestros interlocutores", conocer y reconocer al otro nos permite crear vínculos. Tener una comunicación de forma asertiva nos ayudara a llegar a crear esta confianza y acercamiento que necesitamos en la relación con el enfermo, es la forma más acertada a la hora de las relaciones interpersonales.

Algo tan simple como ponerse en el lugar del otro puede hacer la diferencia.

"Es imposible no comunicarse" dice Paul Watzlawick. Y qué frase más acertada, todo comunica, hasta los silencios, los gestos, la posición del cuerpo, de las manos, la mirada. Un porcentaje importante de mensajes nos llega a través de la comunicación no verbal.

El Doctor Albert Mehrabian, psicólogo y pionero en la investigación sobre el comportamiento no verbal, únicamente el 7% de la transmisión emocional de la comunicación se le atribuye a las palabras, el 38% al tono de voz, ritmo y pausas, y el 55% al lenguaje corporal. Así lo reveló su estudio desarrollado en 1967 y aplicado a la comunicación emocional.

Tanto el personal sanitario como no sanitario, en este caso nos enfocaremos en los celadores tenemos que preguntarnos que esperan los enfermos y familiares de nosotros?

La hospitalización constituye una situación de estrés psicológico tanto para el paciente como para su familia, la hospitalización implica separaciones y el abandono del hogar por parte del paciente, por cuyo futuro teme él y el resto de la familia y a esta situación se le agrega también muchas dificultades prácticas, la atención de los niños (si es hospitalizado uno de sus padres), el manejo del hogar y es posible que se incrementen los gastos económicos; en definitiva,…..alteración total del ritmo de la vida familiar.

Cabe destacar, que el paciente tiene un entorno familiar, social y laboral que puede ó no ayudarle mucho su recuperación, cuidando las formas de interacción personal y de adaptación al estrés que suelen provocar complicaciones, en este período, se generan temores y ansiedades en toda la familia. Con base en todo ello y aunque cada paciente (y familia) es única podemos decir que debe hacer un celador y que esperan de él en enfermo y su familia:

El celador: El celador tiene que ser consciente que su actitud general, forma de

presentación ante los pacientes y/o familiares, aspecto físico y forma de vestir, expresión corporal y gestos influyen favorable o desfavorablemente en la comunicación con el paciente.

El celador deberá:
- Recibir e instalar al paciente (primer gesto terapéutico del personal, del enfermo que ingrese).
- Acoger al enfermo con benevolencia, educación y las máximas atenciones, intentando calmar las tensiones del enfermo, este será encamado lo antes posible.

Una vez terminado el proceso de recibir y acomodar al paciente:
- Evitar riesgos: de lesiones del mismo
- Lo llamará: por su nombre.
- Inspirará: calma, haciendo que adquiera confianza en el hospital y en todo el personal que lo atiende.
- Lo tratará: con amabilidad y simpatía.
- Cuidará: mucho su comunicación verbal y la no verbal.
- No deberá: transmitir al enfermo cualquier problema personal.
- No hablará: con él de su enfermedad, le recomendara consultarlo con su médico, el cual le dirá lo que crea conveniente y podrá informarlo mejor.
- No comentará: datos de otros enfermos.
- Le informará: todo lo que se le va a hacer y el porqué de ello.
- Le tranquilizará: en la medida de lo posible, si está nervioso.
- Le animará: dentro de sus posibilidades si el enfermo esta triste o deprimido.
- Le acompañará y conversará: si se siente solo, tendrá en cuenta sus necesidades.
- Lo estimulara: si se encuentra desprotegido y/o temeroso.
- Le demostrará: interés y dedicación para que se sienta atendido.
- Adecuara: su tono de voz, junto con su lenguaje corporal, a cada paciente y circunstancias, según el tipo de paciente (quirúrgico, psiquiátrico, pediátrico…)

- Si se trata de un paciente psiquiátrico:
- Retirará: todos los objetos punzantes.
- Aplicará: sujeción mecánica si es preciso siempre de ambas manos y pies no dejando extremidades libres hasta su sedación.
- Restringirá: los estímulos (ruidos, luz, temperatura agradable).
- Recogerá: las pertenencias y objetos personales.
- Informará: a los servicios auxiliares (cocina, lencería, etc) del nuevo ingreso.
- Una vez que el paciente se encuentre más relajado: si no ha sido posible, le dará , ropa adecuada y proporcionará alimento ó líquidos si lo precisa, siempre con la

supervisión de la Enfermera de planta o del Médico correspondiente.

- En todos los procesos: mantendrá una comunicación asertiva, educada y afectuosa, teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado.
- Realizará: todas tareas que le sean encomendadas por sus Superiores.

• Qué espera el enfermo y la familia de los celadores:
- Trabajadores competentes.
- Colaboración: para que los enfermos se mantengan sanos ó a recuperar su salud.
- No cometer errores: que entorpezcan su recuperación o empeoren la misma.
- Tratarlos con respeto.
- Conservar: su intimidad, personalidad y dignidad.
- Escuchar: para poder entender y transmitir, las necesidades del enfermo.
- No obstante, ha de ser el personal facultativo quien deba decidir sobre las informaciones que se deben dar sobre el estado del paciente. El celador sobre este punto, NO tiene nada que decir y ha de remitir al paciente ó a sus familiares, todas las consultas, al médico, en un ambiente de cortesía y respeto.

El celador hará cumplir los días y horas previstas para las visitas por el propio interés del enfermo. Y estos horarios están sujetos a las siguientes condiciones:
- Fuera del horario de las visitas médicas
- horarios de las terapias
- Del descanso y de las comidas.

Las visitas son necesarias al enfermo porque le permiten mantener el contacto con el exterior y le aportan afecto y apoyo. El celador, como el resto del personal ha de ser atento y amistoso con las visitas facilitando el contacto entre ellos y el enfermo, mientras que no molesten y su estado se lo permita se les dejará plena intimidad para que su comunicación sea más relajada.

En el caso que las visitas sean molestas, cansen o agobien al enfermo por su situación ó por ser números y alborotadores el celador deberá solicitarles amablemente la atención y/o la retirada de la habitación, en el caso de resistencia o agresiones por parte de / los visitantes se llamara a seguridad para que tomen las medidas necesarias.

El celador mantendrá una actitud de comprensión hacia los familiares y al mismo tiempo de firmeza, indicándoles el horario de visitas, número de familiares que pueden asistir simultáneamente, solicitándoles hablar en un tono de voz bajo y no hacer un ruido excesivo para no molestar al resto de los enfermos. Advertirá y

vigilará que no suministren alimentos traídos del exterior explicando que pueden ser perjudiciales.

Puede además observar detalles de las relaciones entre paciente y familiares que sean de interés por repercutir en la psicología del paciente.

Como mejoramos la comunicación con los pacientes: La comunicación es una habilidad humana indispensable para cualquier relación. En el ámbito sanitario una comunicación asertiva con el paciente fortalece la confianza y la empatía.

Como lograrlo:
- Planificar la comunicación: que vamos a decir, con que objetivo, con claridad y confianza.
- Lenguaje Sencillo: Mensaje sencillo y asertivo, facilitara la comprensión al paciente sintiéndose cómodo y seguro para consultar cualquier inquietud.
- Escuchar: hacerlo con interés, no interrumpir, le será de utilidad a los profesionales y el paciente se sentirá implicado en su proceso (mirarle a la cara).
- Reflexionar: considerar necesariamente lo que debe saber.
- Satisfacer la necesidad de información: debemos ir atendiendo estas necesidades según vayan urgiendo.
- Confirmación de entendimiento: debemos asegurarnos que el paciente comprende nuestras explicaciones.
- Empatizar: ponerse en el lugar del otro, fortalecerá la relación a un nivel más humano.
- Comunicación no verbal: cuidarla minuciosamente, para generar confianza, mire al enfermo a los ojos, llamarlo por su nombre, proporcionarle apoyo y ánimo, seamos empáticos.
- No debe interrumpir: al paciente cuando trata de expresar alguna preocupación, dolencia, sentimientos, entre otros.
- Expresión: hablar correctamente, con lógica y precisión.

Existen barreras ó dificultades para la comunicación entre el celador / paciente / familiar.
- Debemos tratar de disminuirlas: al máximo posible.
- Cuando: el celador utiliza un lenguaje diferente.
- Fluidez verbal: hablar demasiado deprisa ó lento.
- Hablar: en momentos poco apropiados.
- Valoraciones: hacer juicios de valor o dar opiniones (NUNCA).
- Sinceridad: la percepción que se ocultan cosas, cambiar de tma.
- Discapacidad sensorial: sordera, ceguera.

- Dificultad intelectual: existen problemas a nivel cognitivo.

5 Discusión-Conclusión

Es útil que el personal no sanitario, el celador, en este caso, se dé cuenta de sus propias actitudes, punto de vista y prejuicios y que los intente modificar, si no son adecuados, de cara a los demás.

Para ello pueden ser muy útiles tener cursos de psicología, para comprender su persona y las diferencias individuales, además de los factores que motiven la conducta y facilitar las interrelaciones con los demás, todo recaerá en beneficio de una mayor comprensión, apoyo y calidad de atención para nuestros enfermos hospitalarios.

6 Bibliografía

- La comunicación, base de la humanización en salud. Cynthia López Valencia, comunicadora social en proyectos de promoción de la salud - Universidad Complutense de Madrid.
- La comunicación con los pacientes. Investigación enfermeras. (Marzo 2006) Universidad de Antioquia. SPA – Servicio de Psicología Aplicada – Madrid (2015).

Capítulo 1955

ABORDAJE DE LAS INCLUSIONES DENTARIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ

NOELIA DÍAZ DÍAZ

PRISCILA ROZADA IGLESIAS

VANESSA BARBON IGLESIAS

1 Introducción

El canino es uno de los dientes más importantes de la dentición permanente, desde el punto de vista funcional y estético. El período normal de erupción es entre los 9-13 años.
EPIDEMIOLOGÍA
- Frecuencia de inclusión dental:
- 1º tercer molar inferior
- 2º canino superior
- Frecuencia de inclusión del canino:
- 90% canino superior.
- 10% canino inferior.
- Es de 1,5 a 3,5 veces más en mujeres.

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA POSICIÓN
- Nordenram y Ströмberg-1986 a) Plano horizontal:

- Vestibular (15 –30 %)
- Transverso (15 – 20 %)
- Palatino (50 – 80 %) b) Plano sagital:
- Superior
- A nivel
- Inferior c) Plano frontal:
- Horizontal > 45º plano sagital
- Inclinado 45º plano sagital
- Vertical < 45º plano sagital
- CLASIFICACIÓN SEGÚN EL GRADO DE INCLUSIÓN
• Total
- Intraósea: totalmente rodeado por hueso.
- Subgingival: parte de la corona emerge del hueso, pero cubierto por fibromucosa.
• Parcial
- FACTORES PREDISPONENTES
- Evolutivos: Cambio morfogenético maxilar superior, discrepancia oseodentaria.
- Anatómicos: Trayecto de erupción largo y complejo.
- Mecánicos: Obstáculos anatómicos.
- FACTORES ETIOLÓGICOS
- Generales: Síndromes y enfermedades.
- Locales: Causas ligadas al germen o a su entorno.

- Clínica
- Alteraciones mecánicas:
Desplazamiento de dientes adyacentes.
Reabsorción radicular.
- Problemas infecciosos:
- Celulitis odontógena.
- Absceso palatino.
- Osteomielitis maxilar
- Sinusitis maxilar.
- Alteraciones nerviosas: Algias atípicas.
- Lesiones tumorales: Quistes foliculares.
- Diagnóstico
1. Examen clínico:
• Inspección:
- Persistencia canino temporal.
- Ausencia o existencia de espacio entre IL y 1PM.

- Retraso eruptivo canino permanente.
- Desplazamiento y malposiciones dientes adyacentes.
- Abscesos y fístulas.
• Palpación:
 - Abultamiento mucosa vestibular o palatina.
2. Examen radiográfico:
- Radiografía panorámica.
- TC.
- Radiografías oclusales.
- Radiografía periapical.
- Tratamiento a. Abstención terapéutica. b. Extracción quirúrgica. c. Recolocación en la arcada:
- Técnicas quirúrgico-ortodóncicas
 (alveolotomía conductora, fenestración)
- Técnicas quirúrgicas
 (transplante, traslación)

2 Objetivos

- Decidir el plan de tratamiento más adecuado a propósito de un caso de canino incluido por palatino, eligiendo la técnica de abordaje más apropiada para esta situación clínica.

3 Caso clínico

- Varón de 49 años.
- NAMC.
- Sin antecedentes personales.
- 1.3 incluido por palatino.
- Corona expuesta.
- IL e IC móviles sin tabla palatina.
- Se decide exodoncia.

4 Discusión-Conclusión

Tras realizar un análisis y revisión exhaustivos, se concluye que en la practica clínica es habitual la presencia de caninos retenidos, pasando a menudo de-

sapercibidos. Sin embargo, al permanecer incluidos pueden provocar múltiples trastornos, lo que hace de vital importancia su detección temprana. Tras realizar un correcto diagnóstico, el odontólogo deberá decidir el plan de tratamiento más adecuado, evaluando las ventajas e inconvenientes de cada uno de los procedimientos.

Antes de llevar a cabo ningún tratamiento es importante informar al paciente tanto de los beneficios como de los riesgos de cada una de las técnicas propuestas. Ante un caso diagnosticado de retención, existen básicamente tres actitudes terapéuticas: abstención, exodoncia o recolocación del diente retenido en la arcada mediante procedimientos quirúrgicos-ortodóncicos.

La extracción quirúrgica se realizará en último caso, cuando no resulte posible llevar a cabo un tratamiento ortodóncico, exista patología asociada a la inclusión o una enfermedad sistémica grave. Sin embargo, el tercer molar incluido, sobre todo el inferior, resulta una excepción, planteándose su extracción como primera opción de tratamiento.

5 Bibliografía

- Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytés, Ma Ángeles Sánchez Garcés. Tratado de cirugía bucal.Tomo I
- Macias E, Cobo J, Villafranca F, Pardo B. Abordaje ortodóncico-quirúrgico de las inclusiones dentarias. RCOE. 2005; 10 (1): 69-82.
- María E. Bustamante., Rafael J. Prato G. Etiopatogenia y Terapéutica de caninos permanentes Ectópicos e Incluidos. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws" edición electrónica junio 2010.
- Richard Scott Conleya et als. Treatment of a patient with multiple impacted teeth. Angle Orthodontist. Vol. 77, n.º 4, 2007: 735-41.
- Andreasen G. A review of the approaches to treatmen of impacted maxillary cuspids. Oral Surg 1971, 34: 479-484.
- Peña Raza, Carlos Patricio; Estrada Macías , Ana Lilia; Sánchez Ortiz, David. Métodos para tracción de dientes incluidos:Reporte de casos. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2017.
- Egido Moreno S., Arnau Matas C., Juárez Escalona I., Jané-Salas E., Marí Roig A., López-López J. Caninos incluidos, tratamiento odontológico. Revisión de la literatura. Av Odontoestomatol vol.29 no.5 Madrid oct. 2013

Capítulo 1956

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

ANTONIO CASADO MENENDEZ

M. CONCEPCIÓN PUGA ALVAREZ

PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS

ADELINA ANTONIA FERNANDEZ PAREDES

EVA BEGEGA SANCHEZ

1 Introducción

Los celadores son trabajadores que tienen una serie de responsabilidades muy importantes en los centros sanitarios. Trabajan en colaboración con el personal técnico, como médicos, enfermeros o auxiliares de enfermería, con el fin de facilitarles las tareas y, por este motivo, el trabajo de los celadores no es especializado, pero sí es muy variado. Todos los celadores cumplen unas funciones generales como la de transporte de enfermos entre las dependencias del hospital, o colaboración en el aseo de enfermos. Sin embargo, aquellos celadores que trabajan en la unidad de salud mental tienen unas responsabilidades específicas que se detallan, analizan y ponen en valor en este trabajo. Estos celadores deben tener unas cualidades especiales a la hora de afrontar su trabajo correctamente, pues trabajan codo con codo con pacientes, en ocasiones, difíciles de tratar. Por ello, en este documento, se repasan sus funciones y se extraen unas conclusiones de buenas

prácticas o consejos de cara a mejorar el desarrollo de sus funciones frente a este tipo de pacientes.

El papel del celador en un hospital puede ser definido como no especializado y multidisciplinar, debido al carácter variado de sus funciones. Todos los celadores realizan unas funciones comunes o generales, mientras que, dependiendo de con qué tipo de pacientes trabajen o en qué unidad lo hagan, se les asignan una serie de funciones específicas. Este es el caso de los celadores que trabajan en la unidad de salud mental, es decir, los que trabajan con pacientes que desarrollan algún trastorno mental. En este documento se recopilan estas funciones específicas, se analizan, se estudian y se obtienen unas conclusiones para que se lleven a cabo de la mejor manera. Además, se pone en valor la responsabilidad de estos trabajadores, el peligro al que en ocasiones se exponen y las aptitudes que idealmente deberían tener estos trabajadores para poder desarrollar su trabajo de la mejor manera posible, tanto de cara a ellos mismos, como de cara a los enfermos.

2 Objetivos

- Conocer el análisis de las funciones que realiza un celador que trabaja en la unidad de salud mental de un hospital.
- Contextualizar el trabajo del celador en la unidad de salud mental actualmente.
- Poner en valor su trabajo y destacar sus riesgos.
- Extraer un conjunto de buenas prácticas aplicables a su trabajo para que pueda mejorar su desarrollo profesional.

3 Metodología

Para realizar este trabajo la metodología que se ha seguido es, primeramente, definir los objetivos del trabajo (ver epígrafe anterior) y, segundo, realizar una revisión bibliográfica sobre los puntos fundamentales de la investigación. Toda la información ha sido analizada, ordenada y descrita posteriormente en el trabajo. En términos generales, la revisión bibliográfica se ha centrado en las labores específicas que realizan los celadores que trabajan en las unidades de salud mental. Para este fin, se han consultado artículos científicos en distintas bases de datos en español. Las palabras clave que se han utilizado en la recopilación bibliográfica han sido las siguientes: celador, salud mental, psiquiatría, y enfermo mental.
Con los objetivos anteriores definidos, de algunos artículos encontrados no se ha obtenido información relevante para esta investigación y, por lo tanto, se

han descartado. Finalmente, otros artículos han servido de inspiración principalmente en las conclusiones, mientras que otras partes de las conclusiones son de elaboración propia a partir de la experiencia del autor como celador. Además, se han consultado otras fuentes bibliográficas como libros, o documentación (apuntes o presentaciones relacionados con la temática).

4 Resultados

Los enfermos mentales en el sistema de salud actual:
Antes de ahondar en la materia de este trabajo, merece la pena indicar el contexto en el que los pacientes de salud mental fueron reconocidos como tales, pues se trata de un hecho relativamente reciente. Esto data de la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986, gracias a la cual, los enfermos mentales conseguían gozar de los mismos derechos a la atención sanitaria que el resto de pacientes. Desde este momento, los enfermos mentales debían tener acceso tanto a la atención primaria, como a la especializada, y para ello, las administraciones sanitarias debían adecuarse.

Dado que en este trabajo se recopilan las funciones de los celadores en la unidad de salud mental, cabe decir que esas funciones representan actualmente las de los antiguos mozos que trabajaban en los manicomios, y que son esenciales para el correcto funcionamiento de las actuales unidades de salud mental (1-4). Siendo exactos, las tareas de los mozos han sido sustituidas no solo por las que actualmente realizan los celadores, sino también por algunas de las que ahora realizan los auxiliares de enfermería.

Funciones de los celadores que trabajan con enfermos mentales:
Una vez abordado el contexto de los enfermos mentales en el sistema de salud actual, este epígrafe se centrará en explicar las funciones de los celadores que trabajan con este tipo de enfermos. Como el resto de los celadores, los que trabajan con enfermos mentales no están exentos de realizar las tareas generales de los celadores, como la vigilancia de entradas y salidas, servir como ascensoristas, tramitar información de pacientes, traslado de pacientes entre las diferentes dependencias del hospital, etc. Sin embargo, aquellos que trabajan con enfermos mentales, tienen una serie de responsabilidades específicas.

- Gestión del entorno ambiental. Estos celadores serán los encargados de velar por un entorno ambiental agradable para los pacientes. Pese a que esto es importante para cualquier paciente, en el caso particular de los enfermos mentales, es

fundamental. Si el ambiente no es el adecuando, estos pacientes pueden desarrollar una activación de sus sistemas patológicos que les altere. Para ello, el celador es el encargado de gestionar el levantamiento y bajada de las persianas de las habitaciones de dichos enfermos según la hora del día y la luz, con el fin de que su descanso sea óptimo. Ligado a esto, el celador deberá hacer que el descanso de estos se asegure, controlando los ruidos nocturnos. También es responsabilidad del celador vigilar las zonas comunes y las habitaciones de los pacientes, para que ninguna persona o familiar perjudique a los enfermos o los moleste.

- Compañía y ejercicio. Los celadores que trabajan con estos pacientes también serán los encargados de animar y acompañar a estos enfermos en sus paseos por las zonas ajardinadas de los hospitales, cuando los médicos lo hayan prescrito. Estar al aire libre les puede hacer mucho bien y, además, paseando se fomenta el ejercicio y activa el cerebro. El celador se debe mostrar empático con el enfermo, de forma que éste se encuentre cómodo y animado. El celador será quien no solo los acompañe, sino también quien les vigile.

- Vigilancia ante agresiones. Los celadores deben velar porque los enfermos mentales no se agredan entre sí, no se agredan a sí mismos (autolesiones) y no intenten suicidarse. Además, el celador, junto con el resto de personal médico, será quien colabore en la inmovilización e incluso sujeción mecánica de pacientes agresivos o alterados. Cuando sea necesario reducir a un paciente fuera de sí, existen distintas formas: reducción verbal, física o farmacoterapia. La reducción verbal es la que se suele utilizar en primera instancia, pero cuando no da el resultado esperado, se debe pasar a las otras dos formas. La reducción física debe ser ejecutada por la autoridad policial, el personal de la ambulancia psiquiátrica (si hubiera) y, en última instancia, por el personal sanitario. Es importante evitar que sea el personal sanitario quien deba reducir a un paciente, pues eso jugará en su contra a posteriori cuando el paciente deba ser tratado por el mismo personal. La tercera opción será la de suministrar al paciente algún fármaco, por prescripción facultativa, para reducir su agresividad (5).

- Control de suministro de tabaco. Aunque es ampliamente conocido lo perjudicial para la salud que es el tabaco, en ocasiones, los facultativos llegan a la conclusión de que es más recomendable suministrar a ciertos pacientes tabaco, pues les produce un efecto relajante, que prohibírselo. Por ello, y siempre bajo las directrices del médico, el celador será quien suministre el tabaco de forma controlada al paciente con motivos terapéuticos.

- Vigilancia y aseo. El celador de la unidad de salud mental será encargado de

la ayuda al aseo de los enfermos mentales, en colaboración con los auxiliares de enfermería. Esta es una tarea no específica de la unidad de salud mental, sino una tarea general de todos los celadores. Sin embargo, en esta unidad se suele dar el caso de que algunos pacientes se nieguen a asearse, en cuyo caso el celador debe intervenir (5-6).

- Vigilancia del uso de enseres. El celador de salud mental deberá velar porque los pacientes hagan un correcto uso de sus enseres y de su ropa, evitando su deterioro (7).

- Ayuda al resto de personal. Como cualquier celador, éste debe colaborar con el resto de los trabajadores del hospital, facilitándoles ciertas labores. Sin embargo, en el caso de los celadores de la unidad de salud mental, estos son los encargados de ayudar al personal sanitario a la hora de administrar inyecciones y/o tratamientos a pacientes que se niegan a colaborar o se vuelven violentos (5).

5 Discusión-Conclusión

A la vista de las funciones descritas en los epígrafes anteriores, se considera que el papel del celador es fundamental en las unidades de salud mental. De hecho, cobra un rol diferente con respecto a los celadores de otras unidades, pues en salud mental, el celador está en continuo contacto con pacientes que presentan conductas especiales, y en ocasiones violentas, y por ello, el celador tiene una gran responsabilidad.

Para que el celador de la unidad de salud mental pueda desarrollar su trabajo de la mejor manera posible, es necesario que éste empatice con el enfermo y que entienda las peculiaridades de éste. No es para nada una tarea sencilla, y no sirve cualquier persona para desarrollar este trabajo. El celador que trabaja con enfermos mentales debe tener, al menos, dos cualidades fundamentales: paciencia y capacidad de comprensión. Sobra decir que es muy complejo tratar con una persona que puede no entrar en razón, que puede ser violenta o que simplemente no hace caso a lo que se le dice. Hay que entender que los enfermos mentales son simplemente enfermos y que, por tanto, cualquier forma de respuesta -violenta o no- por su parte es fruto de su enfermedad. El celador no debe frustrarse, no debe levantar la voz al paciente, y mucho menos intentar por la fuerza aquello que no ha conseguido por el camino de la educación. Si el celador se ve desbordado por un paciente que no entra en razón, debe solicitar ayuda a otros celadores, al equipo sanitario o a seguridad, pero jamás debe tratar de solucionar un problema

con un paciente por métodos violentos.

El celador debe asumir las peculiaridades de los enfermos, sus manías o sus costumbres, siempre y cuando no vayan en contra de sus funciones, ni molesten a terceras personas. Por ello, los celadores de salud mental deben ser empáticos y jamás mofarse de las actitudes de estos enfermos. Pues aun estando enfermos, algunos perciben igualmente las reacciones del resto de las personas, y una mofa aparentemente sin crueldad puede desencadenar un empeoramiento en el estado psiquiátrico de los enfermos.

Una de las tareas más desagradables desde el punto de vista del celador, puede ser la de tener que inmovilizar a un enfermo que se ha puesto violento. El celador no debe responder con violencia, debe reflexionar y pensar que el paciente no está reaccionando así de forma consciente, y que todo es fruto de su enfermedad. Si el celador consigue calmar finalmente al paciente, sin el uso de la violencia, es más probable que el paciente pueda ir confiando poco a poco en el trabajador y, de esta manera, minimizar el número de ataques violentos en un futuro.

En definitiva, el cuidado de los enfermos mentales es muy complejo y puede llegar a ser frustrante. Requiere de muchísima paciencia, empatía y voluntad, características que no todo el mundo tiene la suerte de tener. Por ello, aquellas personas que trabajan como celadores en la unidad de enfermos mentales merecen un reconocimiento explícito a su labor.

6 Bibliografía

1. José Luis González Suárez, "La importancia del celador en las unidades de salud mental", Ocronos – Revista Médica y de Enfermería. 28/01/2020.
2. Manual del celador de instituciones sanitarias. Materias jurídicas y test. Edición 2018. Editorial MAD. ISBN: 9788414215197.
3. Ley del 25 de abril de 1986 (14/1986).
4. Competencias de los profesionales de salud mental del servicio andaluz de salud (SAS). UGC Salud Mental Área Norte de Almería. Servicio Andaluz de Salud. 30/01/2017.
5. P. Moreno, "Tema 7 – El celador y la psiquiatría (El celador en la sanidad)", Centro de formación Carpe Diem, 2011.
6. "Unidades de psiquiatría. La actuación del celador en relación al enfermo mental", Tema 9 de Temario de Celadores, Confederación General del Trabajo – Sindicato de Sanidad de Las Palmas.

7. “Actuación del celador con el paciente psiquiátrico”, Tema 25, Celadores Online de Instituciones Sanitarias, celadoresonline.blogspot.com.

Capítulo 1957

HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO. PROCEDIMIENTOS. COLABORACIÓN DEL CELADOR

MARIA FERNANDA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Entre los hábitos y estilos de vida saludables, tenemos que tener en cuenta la higiene, esta alcanza una gran importancia para los enfermos, estén en su casa o en el hospital. La Higiene: es un conjunto de actividades que se realizan para aumentar y conservar la salud y prevenir enfermedades.

Se dividen en dos tipos de Higienes bien diferenciadas:
- Higiene individual: conjunto de normas y hábitos dirigidos a conservar la salud de la propia persona.
- Higiene social: son las normas aplicables a la comunidad.
- La Higiene individual más la social: colaboran a una salud completa.

En una institución sanitaria, donde el contacto con los enfermos es constante, la higiene es el punto fundamental que hay que insistir y cuidar hasta el más mínimo detalle.

La higiene de los pacientes hospitalizados recae, como norma general, en la Auxiliar de Enfermería (TCAE), ayudada por los celadores y bajo la supervisión de la enfermera. Por este motivo el celador debe conocer los tipos de aseo que se les pueden proporcionar a los pacientes y la forma de realizarlos. El aseo del paciente es la limpieza y lavado del cuerpo y mucosas externas para proporcionar comodidad y bienestar.

2 Objetivos

- Observar los procedimientos de higiene para los pacientes encamados.
- Conocer la colaboración del celador en los procedimientos de higiene en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

Descriptores: higiene paciente encamado, aseo hospitalario, cuidado de personas.

4 Resultados

Tipos de aseos para pacientes hospitalizados: Cama, bañera ó ducha

PROCEDIMIENTOS:
- Preparar: antes de comenzar, con las manos limpias, se prepara todo el material necesario para el aseo, ropa del paciente y cama en un carro.
- Temperatura ambiental: 22 / 24 C en las habitaciones.
- Estimular: autoestima y autonomía del paciente, se le solicitara colaboración en todo momento.
- Temperatura del Agua: entre 37 y 40 C, salvo contra indicación. (supervisará con termómetro de baño).
- Evitar: corrientes de aire que repercutan directamente en el paciente. (cerrar puertas y ventanas)
- Procurar: que el paciente no esté destapado innecesariamente.
- Aislar: al paciente mediante un biombo, si fuese necesario.
- Avisar: al peluquero en el caso que sea necesario.
- Utilizar: jabones con PH neutro (No deben irritar).
- Mover: al paciente delicadamente, resaltando en los casos más graves y con aquellos que tienen dispositivos conectados como sueros, sondas o drenajes.
- Actuar: con rapidez pero sin precipitaciones.

- Horario de Aseo: por las mañanas, junto con cambio de ropa de cama y TODAS las veces que sea necesario para una mejor calidad de vida del paciente.

ASEO EN DUCHA O EN BAÑERA:
Este tipo de aseo lo realizan los pacientes que pueden levantarse de la cama y tiene autonomía suficiente y todas las instalaciones cuentan con amplias medidas de seguridad.

Características de tipo de aseos:
-En ducha: efecto estimulante
-En bañera: efecto más relajante.

Se le debe proporcionar al paciente:
- Material para aseo: jabón líquido, esponja, esponjas jabonosas, cepillo dental, dentífrico, vaso, peine y colonia.
- Ropa de baño: dos toallas, cara y cuerpo.
- Ropa para el paciente: camisón ó pijama, bata y zapatillas.
- Bolsa: ropa sucia.

ASEO EN DUCHA:
Para paciente con autonomía o para los que tienen alguna indicación específica.
- Explicar : el procedimiento que se va a realizar.
- Preparar: equipo necesario, ponerlo a su alcance.
- Recordar: al paciente que toque el timbre en caso de necesitar ayuda.
- Acompañar: al paciente, en el caso que sea necesario, hasta el baño al comenzar y al finalizar el aseo.
- Recoger: el baño y avisar al servicio de limpieza.

ASEO EN BAÑERA:
Para pacientes con autonomía, pero por prescripción, que no puedan ducharse, estos pacientes en líneas generales necesitan más asistencia por parte de la Auxiliar de Enfermería y Celador.

Preparar: equipo y bañera con agua caliente entre 37 y 40 C (se verificara con termómetro de baño).

Explicar: el procedimiento que se va a realizar.

Según el grado de dependencia del paciente se le asistirá en:

- Desvestirse y entrar en la bañera: (existen grúas específicas que facilitan el transporte, si fuera necesario).
- Asistencia: durante el aseo, secado, vestirse e instalarse nuevamente en su cama.

ASEO EN LA CAMA:
Se realizan en pacientes que conservando o no la movilidad, deben permanecer en la cama. Es favorable que se realice por dos personas (Auxiliar de Enfermería y Celador), así aumentaremos la seguridad del paciente y seremos más eficaces.

Debemos tener preparado:

Para el aseo: Jabón, Esponja ó Esponja jabonosa, palangana con agua caliente (40 / 60 C), elementos de aseo bucal, peine y cepillo, tijeras punta roma, pinzas, colonia, cuña, loción hidratante.

Ropa de baño: Elementos protectores: (hule, sábana pequeña y manta de baño, dos toallas grandes y una pequeña, guantes desechables (tener extras por si se rompen), palangana (para el agua templada), cuña o botella, bolsa de desechos.

Dependiendo de las zonas específicas y características del paciente, se debe incluir materiales especiales adicionales.

Ropa para el paciente: Camisón o pijama, bata, zapatillas.

Ropa para la cama: sábanas bajera, encimera, entremetida (si es necesario), colcha, almohadón, bolsa para la ropa sucia.

PROTOCOLO DE ACTUACION
Secuencia del baño: enjabonado, aclarado y secado.
- Adecuar y frenar: cama a nuestra altura para realizar la tarea.
- Posiciones del personal no sanitario: el Auxiliar de enfermería de un lado de la cama y un Celador del otro lado.
- Explicar: siempre al paciente que se le va hacer y cómo, solicitándole siempre su colaboración.
- Higiene de Manos: los trabajadores, deberán siempre lavarse las manos previamente antes de ponerse los guantes no reutilizables, antes de empezar el aseo del paciente y una vez finalizada quitarlos y volver a lavar las manos.
- Posición del paciente: decúbito supino (si no hay contraindicaciones) lavado parte anterior del cuerpo. – decúbito lateral: lavado parte posterior.
- Proteger: la intimidad del paciente, se le dejará expuesta solamente la parte del cuerpo a lavar, el resto del cuerpo, se le pondrá una toalla o manta por encima.

- Lavar y Secar: las zonas del cuerpo (por partes) del paciente, evitando no mojar la cama.
- Asegurar: un buen secado del cuerpo, insistiendo en los pliegues cutáneos (axilas, ingles, debajo de las mamas, espacios interdigitales) para proteger de alteraciones cutáneas.
- Masajear: en el secado aprovecharemos para dar un masaje en las zonas sometidas a presión, para mejorar el riego sanguíneo de la piel.
- Renovar: el agua cuantas veces sea necesario, durante el aseo.
. Vestir: al terminar el aseo se vestirá al paciente con el pijama ó camisón y se procederá hacer la cama.
Los cuidados del paciente se harán desde el lado derecho.

ORDEN DEL LAVADO DEL PACIENTE:
Desde arriba hacia abajo.
- Afeitado: (lo harán ellos mismos, en caso de imposibilidad, el peluquero, previo aviso)
- Mojar y escurrir: la esponja para no mojar la cama.
Ojos: con suero salino estéril , desde el ángulo interno hacia el extremo, a temperatura ambiente y se utilizara una torunda para cada ojo.
- Cara, orejas, nariz, cuello, hombros y boca: solo con agua, se podrán utilizar gasas, que desecharemos después de limpiar cada zona, luego secaremos con ligeros toques..

A continuación retiramos el camisón o el pijama de la parte superior y seguiremos aseando con esponja bien escurrida:
- Extremidades superiores: brazos, manos y axilas, tórax y abdomen (poniendo especial atención en las regiones sub-mamaria, área umbilical y espacios interdigitales) Secamos bien y nuestro compañero hará lo mismo desde su lado.
Tapamos con una toalla al paciente.

Descubrimos la zona abdominal enjabonamos:
- Ombligo, zona púbica: aclaramos y secamos (insistimos en ombligo), reservamos la toalla.

Cubrimos al paciente con la sábana de abajo hacia arriba para seguir con los miembros inferiores, cambiaremos el agua, lavaremos cada extremidad en forma descendente.
- Extremidades inferiores: ingles, piernas y pies, observaremos posibles durezas, grietas, rojeces, uñas encarnadas y pacientes con diabetes, tendremos especial

cuidado en el secado en área inguinal, huecos poplíteos y espacios interdigitales.

Acomodar al paciente, si le es posible, con las piernas flexionadas, para el lavado de la región genital, para esta zona es mejor poner una cuña, para que el agua escurra en forma abundante, esta zona siempre se lavará de adelante hacia la región anal.

El paciente autónomo realiza su higiene perineal.

Paciente Femenino: se lavará la zona con una esponja jabonosa de arriba hacia abajo, limpiando minuciosamente labios y meato urinario, secar delicadamente con una toalla pequeña.

Paciente Masculino: se usará también una esponja jabonosa, retirando el prepucio, para lavar bien el glande y el surco balano-prepucial, aclarar y secar bien, sacaremos y colocaremos el prepucio nuevamente.
Se pueden utilizar antisépticos no irritantes, las esponjas una vez utilizadas se desechan en todos los casos.

A continuación, colocamos al paciente (si no hay contraindicaciones) en posición DECUBITO LATERAL, para el lavado de:
- Espalda, cuello y glúteos y ano:, una vez acabado lavado y secado, se puede aprovechar para echar una crema hidratante.

Una vez acabado el aseo, se procederá a enrollar la entremetida y la sabana bajera, hacia el centro de la cama, longitudinalmente, para que sea más fácil sacarla y por el otro lado ir colocando la ropa limpia simultáneamente, el paciente está en cubito supino, le pasaremos crema en torso y abdomen y acabaremos de vestir la cama con ropa limpia.

El paciente con vía periférica le sacaremos el camisón por el brazo que NO tiene la vía y al vestirlo le pondremos el camisón o pijama limpio, por el brazo que TIENE la vía periférica, peinamos y si al paciente le agrada, le echamos colonia ya aseado, lo pondremos en una posición en la que se encuentre cómodo y adecuado, permitiendo un fácil acceso al timbre y objetos personales.

- Recoger: todo en el carro, quitamos los guantes y nos lavaremos nuevamente las manos.
En el aseo, tenemos una buena oportunidad de observar el estado de la piel si existen rojeces o zonas de presión en las zonas susceptibles a úlceras por presión y en caso de que hubiera reportarlas y curarlas.

Es fundamental fomentar el cuidado del paciente en el aseo de sus manos, lavándolas cada vez que entren en contacto con genitales, orina, heces, entre otras.

Es de considerar, si tenemos un paciente que por su situación, evolución y tratamiento estará hospitalizado, por un largo tiempo, se puede aprovechar en el momento del baño para colocarle un colchón anti-escaras.

Es importante que el aseo se realice desde la zona menos hacia la más contaminada para evitar contaminación.

ASEO BUCAL – PROCEDIMIENTO.
Se le hará un aseo bucal al paciente después de cada comida o cada vez que le sea necesario.
Con las manos limpias se prepara en el carro el siguiente material:
- Guantes desechables, Toalla lavabo, cepillo de dientes o torunda, pasta o solución antiséptica, vaselina, vaso con agua, batea.
- Saludar y Explicar: procedimiento y solicitar su colaboración.
- Lavar: manos y nos ponemos guantes, preservamos intimidad.
- Frenar y levantar: cama para realizar nuestra tarea.
- Elevamos cabecero a semi-sentado ó girando la cabeza (todo dependerá de la situación del enfermo) cubrimos el embozo con la toalla.
- Cepillar o frotar: con torunda suavemente de arriba hacia abajo, incluso lengua.
- Ofrecemos: vaso con agua para su aclarado (si puede) y recogemos el agua con la batea.
- Secar y poner: vaselina en los labios.
- Recoger y quitamos guantes.
- Acomodar: al paciente y nos lavamos las manos antes e irnos.

PACIENTE CON DENTADURA POSTIZA EXTRAIBLE.
- Sumergir: previamente en solución de clorhexidina durante 10-15 minutos, luego aclarar y colocar.

PROCEDIMENTO DEL ASEO DEL CABELLO:
Se realizará una vez a la semana, como mínimo.
Se colocara al paciente en posición Roser (si no hay contraindicaciones).

Con las manos limpias se preparará en el carro el material necesario:
- Guantes desechables, lavacabezas ó palangana, toallas, algodón, jarra de agua caliente, tapones para oídos, champú, peine o cepillo, secador (si fuera necesario).
- Saludar y Explicar: procedimiento.

- Lavamos y nos ponemos guantes.
- Preservar: intimidad
- Preparar, frenar y acomodar: la cama.
- Acomodar: al paciente en posición Roser (si no hay contraindicaciones).
- Retirar: ropa del paciente, colocar toalla.
- Echar: un poco de agua y champú, masajear el cuero cabelludo, aclarar y repetir.
- Secar: con toalla o bien con secador si fuera necesario y peinamos.
- Recoger: todo el material en el carro.
- Quitamos guantes, acomodamos al paciente y lavarnos manos.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de las personas hospitalizadas debe efectuarse minuciosamente para que la piel realice eficazmente sus funciones de protección, regulación de la temperatura corporal, de secreción, absorción y de sensibilidad.

6 Bibliografía

-Hospital Universitario "Reina Sofia", Florez Almonacid Claro Inés (Enfermera unidad de investigación e innovación de cuidados), Ángela Romero Bravo (Jefa de boque cuidados críticos y urgencias e investigación de cuidados.
- EFESALUD: Unidad de cuidados intensivos del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Protocolo de higiene personal de la Fundación Hospital Jove (Mayo 2014).

Capítulo 1958

EL CELADOR CON EL PACIENTE TERMINAL

EVA BEGEGA SANCHEZ

ANTONIO CASADO MENENDEZ

ADELINA ANTONIA FERNANDEZ PAREDES

M. CONCEPCIÓN PUGA ALVAREZ

PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS

1 Introducción

Los celadores cumplen funciones esenciales en los centros sanitarios, siendo su labor principal la facilitación en el desempeño de las tareas al resto del equipo sanitario, compuesto por médicos, auxiliares de enfermería y enfermeros. Por este motivo, el trabajo del celador es eminentemente práctico y multidisciplinar. Ello hace que el celador esté en continuo contacto con los pacientes en todas las fases que éstos pasen en el hospital, incluyendo incluso cuando un paciente se halla en estado terminal.

Esta circunstancia, tan dramática como delicada debe ser tratada con cautela y respeto por todos los profesionales del centro sanitario, especialmente por los celadores, debido a las funciones que estos desempeñan. Por este motivo, es fundamental que el celador tenga un conocimiento claro de cuál es su papel ante este tipo de circunstancias, que sepa cómo debe actuar, facilitando o, al menos,

procurando no empeorar la situación del paciente que sabe que va a fallecer. En este documento se analiza el rol del celador frente este tipo de pacientes.

El papel del celador en un hospital es muy importante, pues es la persona que ayuda en todas las tareas del equipo sanitario, facilitando su labor. El celador no solo acompaña a los pacientes cuando éstos han de ser trasladados por las distintas dependencias del hospital, sino que también colabora en tareas relacionadas con, por ejemplo, la higiene de éstos, sobre todo cuando los pacientes tienen mayores dificultades para valerse por sí mismos. Es decir, el celador siempre está ahí para facilitar y colaborar. No obstante, el celador no teniendo la necesidad de conocer el cuadro clínico del paciente de forma detallada, sí debe conocer a grandes rasgos la condición del paciente para poder actuar en consecuencia. La condición más difícil de un paciente es la de saber que va a fallecer de forma inminente y, por ello, los trabajadores que le cuidan -pues ya no pueden curarle-, deben mostrar la mayor empatía y respeto posible. Esto se acusa aún más cuando el paciente es plenamente consciente de su situación, pues no presenta ninguna enfermedad que conlleve deterioro mental (1).

En este trabajo se analiza la situación de los pacientes en estado terminal y cómo el celador debe interactuar con ellos para, principalmente, poder entenderles y seguidamente, ayudarles a encauzar el resto de sus días de la forma más positiva y digna posible.

2 Objetivos

- Conocer la situación de los pacientes en estado terminal: qué piensan, cómo reaccionan al saber que van a fallecer, cuál es su comportamiento, etc.
- Estudiar cómo debe actuar un celador con este tipo de pacientes, cuáles son las mejores prácticas, cómo ser empáticos, qué deben y qué no deben hacer.

3 Metodología

Para realizar este trabajo la metodología que se ha seguido es, primeramente, definir los objetivos del trabajo (ver epígrafe anterior) y, segundo, realizar una revisión bibliográfica relacionada con los puntos principales de la investigación. Toda la información se analiza y, posteriormente, se extraen las conclusiones.

En términos generales, la revisión bibliográfica se ha centrado en bases de datos en castellano (como Scielo o PubMed), búsqueda de artículos en revistas

o blogs online, lectura de capítulos de libros con temática relacionada, revisión de apuntes sobre el temario de celadores, etc. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda de información han sido: celador, paciente terminal, etapas de duelo, cuidados paliativos.

Con los objetivos anteriormente definidos, se ha seleccionado y extraído la información más relevante, y ésta se ha clasificado y ordenado para generar el presente trabajo.

4 Resultados

El rol que juega un celador ante un paciente en estado terminal es fundamental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al paciente terminal como aquel que tiene una enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico vital limitado, generalmente inferior a seis meses. Es por ello por lo que, pese a no ser parte del equipo técnico, el celador sí forma parte de un gran grupo compuesto por los médicos, los enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos, etc. y todos ellos tienen la responsabilidad de proporcionar al paciente terminal una atmósfera de tranquilidad, comodidad y dignidad, en la medida de lo posible, en sus últimos días.

Todo ello se puede englobar, de forma general, en proporcionar al paciente los cuidados paliativos necesarios, haciendo que el fin de sus días no se conviertan en algo agónico, sino en un futuro cercano e inexorable, que llegue de la forma más natural posible y sin sufrimiento. Es por ello por lo que, en una situación como ésta, tan dramática y delicada, todos los miembros del equipo de trabajo y, especialmente el celador, deba ser profesional y empático.

Para poder entender el papel que juega el celador en una situación tan especial como la del cuidado de un paciente terminal, es muy importante ponerse en la piel de dicho paciente. El entender qué puede estar pensando una persona que es consciente de que va a fallecer es muy complicado, sobre todo cuando esta persona tiene una completa lucidez, ya que lo que la va a llevar a morir es cualquier tipo de enfermedad no mental. Para poder entender el pensamiento del paciente terminal, han de analizarse las conocidas cinco etapas de Aceptación de la Muerte, definidas por la psiquiatra Elisabeth Kübler Ross.

Para contextualizar en qué situación esta doctora definió estas etapas, hay que mencionar que su vida se desarrolló desde 1926 hasta 2004. Su personalidad con-

trovertida la hizo ser retenida en un campo de concentración de Polonia durante la Segunda Guerra Mundial y cuando fue liberada, siguió trabajando allí como voluntaria. Al haber vivido en primera persona el horror de un campo de concentración, centró su interés en analizar el comportamiento de las personas que, de forma inexorable, se iban a morir de forma inminente. De hecho, esta doctora utilizó su propia enfermedad terminal para poder analizar y documentar de la forma más exacta posible el proceso de aceptación de su inminente muerte (2-5).

Las cinco etapas mencionadas definidas por la doctora son las siguientes: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Todos los pacientes en esta dramática situación pasan por las cinco etapas, sin embargo, no todas las personas las viven de la misma manera. Por ello, el celador debe entender y respetar siempre la manera en que cada uno las aborda, sus necesidades, sus reacciones y sus creencias. A continuación, se analizan un poco más en detalle las etapas.

La primera de ellas es la negación. Es aquella que se manifiesta cuando el enfermo es informado de su situación. La mente humana tiende a no querer creer noticias terribles e intentar pensar que no han ocurrido. Se trata de un mecanismo de defensa mental, inherente al ser humano. En este punto, cuando un paciente es informado de su trágico e inminente futuro, estará rodeado de psicólogos, pero estos no podrán estar con el paciente las veinticuatro horas del día.

En aquellos momentos en los que el celador esté con el paciente, debe ser consciente de su situación, actuar de forma paciente y correcta, con respeto y empatía y colaborando en todo momento.
La segunda fase es la ira. Cada paciente la manifestará de una manera diferente, transformándola en rabia, desaprobación, descontento o incluso violencia. Sobre todo, en esta última, el celador debe estar atento e intentar evitar una desgracia mayor o que el paciente se autolesione. El celador acompañará y vigilará al paciente e informará de sus reacciones, cuando estas puedan ser peligrosas, al resto del equipo del centro sanitario.
La tercera fase es la negociación.

Ésta se manifiesta cuando el paciente comienza a aceptar que realmente se va a morir, sin embargo, intentará aplazar su final lo máximo posible. El paciente intentará buscar la esperanza de alargar un poco más su vida y, en este caso, el equipo sanitario y sobre todo los celadores, no deben dar falsas esperanzas al paciente. Deben dejar que éste asuma su situación. Los cuidados paliativos no deben hacer creer al moribundo una realidad que no existe, sino que deben proporcionarle el confort y bienestar necesarios, tanto físico como emocional.

La cuarta fase es la depresión. El paciente ha perdido la esperanza, se ha acabado la negociación y es consciente de que va a fallecer, lo que desencadena un cuadro de depresión. En este momento el paciente necesita más que nunca sentir el apoyo de sus familiares y del equipo del hospital. Hay situaciones en las que el enfermo no tiene familia y, en este caso, que es cuando se agudiza la fase de depresión, el equipo del hospital debe, de alguna manera, hacer que el enfermo se sienta más apoyado que nunca, haciéndole sentir que no está solo.

Precisamente el celador tiene un papel crucial en esta situación, debe transmitir de forma verbal y no verbal al enfermo que él está ahí para ayudarle y que ese momento no lo va a pasar solo. En el caso en el que el moribundo sí tenga familia, el celador deberá dar todo el apoyo psicológico posible a los familiares también.

La quinta y última fase es la aceptación. El paciente ya se ha preparado para la muerte. En esta etapa, el celador debe respetar, comparta o no, las creencias religiosas del enfermo. Habrá quien desee una extremaunción o procesos análogos. El celador debe respetar cualquier elección del moribundo y estar con él hasta su último aliento, para que tenga una muerte digna y esté acompañado.

Durante todas las etapas descritas anteriormente, el celador también tendrá una serie de cometidos que harán menos desagradable para el moribundo su situación. El celador deberá velar porque el paciente siempre esté cómodo y limpio y, para ello ha de vigilar que la ropa de su cama siempre se encuentre sea, limpia y estirada. Asimismo, buscará siempre el máximo descanso del paciente, buscando las posturas óptimas que le alivien el dolor y controlando su piel y constantes vitales. En esencia, el celador velará constantemente por el enfermo y evitará que se sienta solo (6).

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene un papel fundamental ante un paciente en estado terminal, pues debe acompañarle durante todo el proceso, esto es, durante las cinco fases de aceptación de su fin. El celador debe saber que cada paciente va a experimentar dichas fases de forma diferente y tiene que estar preparado para cualquier tipo de reacción.

El celador debe ser una persona capaz de ponerse en la piel del enfermo y entenderle, capaz de mitigar su dolor, no solo el físico, sino el psicológico. El dolor físico realmente no es el peor de los dolores, pues salvo excepciones, puede resol-

verse con medicación o con un simple cambio postural en la cama del hospital. El peor dolor del enfermo es el psicológico, el que experimenta en las distintas etapas que vive entre que es informado de su situación y su inminente final. Es por ello por lo que el celador debe velar porque sus últimos días sean lo más confortables posible, por no añadir más sufrimiento del que ya tiene y por hacer al paciente sentirse acompañado.

El papel del celador es muy importante y difícil de desempeñar en estas situaciones, porque tendrá que acometer muchas disciplinas diferentes: la del soporte físico (comodidad del paciente en las camas), la de la ayuda psicológica (transmitir positividad sin hacer creer al paciente una realidad que no existe), mitigar la fase de depresión del paciente, apoyo a sus familiares, etc. Todas estas tareas deben ser realizadas con el máximo respeto y haciendo que el fin de los días de un moribundo sea lo más digno posible.

6 Bibliografía

(1) Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 33 (Supl. 1), 97-106. (ISSN 1137-6627).
(2) Sobre la muerte y los moribundos – On death and Dying – 1969 Elizabeth Kübler Ross.
(3) Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Título II Deberes de los profesionales que atienden a la persona durante el proceso del final de su vida.
(4) C. A. González-Pola Viña, "El papel del celador ante el paciente terminal", Ocronos – Revista médica y de enfermería. Diciembre 2019.
(5) D. Cuadrado i Salido, "Las cinco etapas del cambio", Revista Capital Humano, nº 241, págs. 54-58, Mazo 2010.
(6) ESSAE Formación (blog), "Actuación del celador con pacientes terminales", consultado el 25/01/2019.

Capítulo 1959

RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ENTORNO LABORAL

MARIA DEL CARMEN FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

JAVIER FERNÁNDEZ CRISTÓBAL

1 Introducción

Los riesgos psicosociales en el trabajo se engloban dentro del área de la Ergonomía, que aborda el estudio, la forma y condiciones de la ejecución de las tareas del trabajo, en este caso, desde el punto de vista mental, psicológico y de las relaciones psicológicas y sociales.

Estos riesgos pueden provocar trastornos y enfermedades agudas o crónicas, síndrome de burnout e incluso abandono de la profesión.

En la actualidad, los riesgos psicosociales son una de las principales causas de enfermedades y accidentes laborales.

2 Objetivos

- Interrelacionar los riesgos psicosociales con otros riesgos laborales.
- Clasificar y definir cuáles son los riesgos y factores psicosociales.
- Enumerar las fases y procedimiento de evaluación.
- Qué medidas preventivas se pueden aplicar.

3 Metodología

Una de las primeras referencias oficiales al tema aparece en 1984 en el trabajo "Los factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control", en un documento publicado por la Organización Internacional del trabajo.

Se ha realizado una consulta en artículos académicos, monografías así como la Revista Española de Salud pública vol. 83. Legislación, Manuales de Salud Laboral, etc.

4 Resultados

Los riesgos laborales se relacionan entre ellos provocando "sinergias negativas" y aumentando los componentes de riesgos.

Por un lado los riesgos de seguridad son conductas o actos inseguros. Muchos de los accidentes producidos por fallos o errores son, en última instancia, debidos a situaciones de fatiga o estrés. La fatiga mental se da cuando las exigencias mentales de la tarea sobrepasan la capacidad de respuesta del propio trabajador provocando los siguientes problemas:
• Disminución en la atención.
• Disminución en la capacidad de respuesta.
• Aumento de errores e imprecisiones.

En cuanto a daños para la salud hacemos referencia al aumento de enfermedades. El origen de los trastornos músculo-esqueléticos y otras enfermedades laborales como puede ser debido a situaciones de estrés laboral padecidas por el trabajador como: depresión, ansiedad, trastornos médicos de diverso tipo, etc.

Los factores psicosociales son aquellos aspectos de la organización del trabajo y su entorno social que pueden causar los riesgos psicosociales :
- Contenido del trabajo: monotonía, tareas sin sentido, falta de variedad, tareas desagradables, etc.
- Carga y ritmo de trabajo: Carga de trabajo excesiva o insuficiente, presión de tiempo, plazos estrictos.
- Tiempo de trabajo: horarios muy largos o impredecibles, trabajo a turnos o trabajo nocturno.
- Participación y control: falta de participación en la toma de decisiones o falta de control en aspectos relacionados con el trabajo.

- Cultura organizacional: comunicaciones pobres, apoyo insuficiente ante los problemas o el desarrollo personal, falta de definición de objetivos.
- Relaciones personales: aislamiento, relaciones insuficientes, malas relaciones, conflictos, conductas inadecuadas.
- Rol: ambigüedad o conflicto de rol, responsabilidad sobre personas.
- Desarrollo personal: escasa valoración social del trabajo, inseguridad en el trabajo, falta o exceso de promoción.
- Interacción casa-trabajo: conflicto de exigencias, problemas de la doble presencia.
- Características individuales del trabajador: personalidad, edad, motivación, formación.
- Situación extralaboral: vida familiar, relaciones sociales, ocio y tiempo libre.

Las consecuencias de estos riesgos psicosociales tienen consecuencias negativas para la salud y para el rendimiento laboral de las organizaciones. Algunos de los efectos más documentados son:
- Problemas y enfermedades cardiovasculares.
- Depresión, ansiedad y otros trastornos de salud mental.
- El dolor de espalda y los trastornos musculo esqueléticos.
- Trastornos médicos de diversa tipología.
- Conductas sociales y relacionadas con la salud (hábito de fumar, consumo de drogas, sedentarismo, etc.).
- Carga mental: está determinada por la cantidad y el tipo de información que debe de tratarse en un puesto de trabajo, así como el tiempo que el trabajador tiene para dar respuesta a las demandas de dicha información.
- Fatiga : ésta suele eliminarse mediante el descanso pero en ocasiones el trabajador no logra recuperarse adecuadamente de esta fatiga.
- Estrés laboral: es la respuesta individual a unas condiciones de trabajo que están produciendo riesgos laborales. Es importante comprender que no a todo el mundo le afecta de la misma manera un riesgo laboral psicosocial.

Según lo indicado en el artículo 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, una evaluación de riesgos de carácter psicosocial en el lugar de trabajo puede ser necesaria a partir de diferentes situaciones como:
- Al inicio de la actividad de la empresa o creación de nuevas unidades o servicios.
- A partir de una serie de anomalías o disfunciones que hagan sospechar de indicios de problemas de índole psicosocial : un aumento de quejas, un absentismo elevado, una baja productividad, tanto en un departamento determinado de la empresa como de carácter más amplio.

- Cuando así lo marque cualquier requerimiento legal.
- Comprobación de que las medidas preventivas son las adecuadas.
- Siempre que vaya a introducirse una innovación o cambios organizativos.

Se trata normalmente de una evaluación multifactorial cuyas fases constan de:
- Identificación de los factores de riesgo.
- Elección de la metodología y técnicas de investigación a aplicar.
- Planificación y realización del trabajo de campo.
- Análisis de resultados y elaboración del informe.
- Elaboración y puesta en marcha de un programa de intervención.
- Seguimiento y control de las medidas adoptadas.

Existen situaciones especiales que requieren una atención especial por su complejidad, especial interés o implicaciones legales como:
- El trabajo a turnos.
- El mobbing.
- El acoso laboral.
- La violencia en el trabajo.
- El burnout o síndrome del trabajador quemado.

También existen varios métodos de evaluación de riesgos psicosociales. Serán los Servicios de Prevención, junto a los delegados y representantes de los trabajadores los que deben acordar el método más adecuado.

Los más ampliamente aplicados se encuentran recogidos por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en las NTP nº 443 y nº 703, como por ejemplo el método COPSOQ que emplea las siguientes herramientas:
- Cuestionario individual para evaluar la organización del trabajo.
- Cuestionario anónimo.
- Tratamiento confidencial (por personal ajeno).
- Cuatro secciones: datos sociodemográficos., sintomatología de estrés, condiciones de trabajo y exposición a factores de riesgo psicosocial.

Las medidas preventivas en riesgos psicosociales están ligadas a las tareas asistenciales y administrativas así como a la organización del trabajo como por ejemplo, desde una formación adecuada sobre las técnicas y herramientas empleadas para sus funciones, evitar solapamientos e interrupciones de tareas, apoyo en la realización de tareas complejas, tiempos de duración adecuados para las tareas, pausas más prolongadas y menos frecuentes o viceversa según el tipo de tarea a realizar, establecer un ambiente físico y ergonómico de trabajo adecuado, etc.

Y por otra parte adecuación de plantillas a la carga asistencial, empleo estable, identificación clara de roles y responsabilidades de cada profesional, creación y diseño adecuado a las funciones y tareas, permitir la participación de los trabajadores de la organización del trabajo y de los cambios o decisiones que se toman en el servicio y no menos importante ”comunicación e información” a los trabajadores explicando los motivos de las decisiones de gestión del servicio, etc.

5 Discusión-Conclusión

Tener en cuenta que los riesgos ergonómicos tienen consecuencias negativas para la salud y para el rendimiento laboral.

La prolongación en el tiempo de una situación estresante, como puede ser un riesgo laboral psicosocial al que no se la aplican las medidas preventivas adecuadas, puede desembocar en un síndrome general de adaptación en el que tras una fase inicial de adaptación y otra posterior de resistencia, llega una de agotamiento en la que disminuye la capacidad de adaptación tanto psicológica como orgánica y se puede llegar a producir la enfermedad.

Las consecuencias de no realizar la prevención de estos riesgos conducen a situaciones, tanto las ya citadas, como el aumento de las bajas laborales, incluso el abandono de la profesión.

Estas situaciones son consecuencia en muchos casos de un déficit de medidas preventivas ante riesgos psicosociales no evaluados, no detectados o no corregidos.

¿Se está haciendo lo suficiente? ¿ Se le da la necesaria importancia a los riesgos psicosociales en el entorno del trabajador hospitalario?

6 Bibliografía

- Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social; Guía de actuación inspectora en factores psicosociales.
- Salud laboral. Prevención de los riesgos debidos a carga mental y el estrés psicosocial.
- Método COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales. NTP nº 703.
- NTP nº 275. Carga mental en el trabajo hospitalario: Guía para su valoración (INSHT).

- Bernardo Moreno Jiménez. Departamento de psicología biológica y de la salud.
- WIKI LEARNING: Los riesgos psicosociales en el trabajo.
- Tratado de la Unión Europea (Directiva marco 89/391/CEE, de 1989.
- Organización Internacional del Trabajo (Convenio 155, de 1981).
- Enciclopedia de la Seguridad y la Salud en el Trabajo. 3ª edición.
- Artículos académicos.
- Luis F. Álvarez López (2006). Monografía.
- ISTAS - Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud.
- INSHT- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- NTP – Notas Técnicas de Prevención.

Capítulo 1960

INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL CON PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL

INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN

LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA

MARINA ALVAREZ ALVAREZ

MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El paciente pluripatológico que tiene asociados problemas sociofamiliares, genera estancias hospitalarias por razones no médicas. Este colectivo de pacientes en el ámbito hospitalario se identifican con una población de mayor edad, con limitación funcional, mayor mortalidad; y consumen un número superior de estancias durante el ingreso. Suelen presentar problemas sociales que afectan a la recuperación del paciente y a la calidad de vida del núcleo convivencial ocasionando estancias hospitalarias tras el alta médica.

Esta diversidad de problemas complejos exige una atención integral, interdisciplinar y una constante coordinación entre el sistema sanitario y otros sistemas de

protección social, especialmente con Servicios Sociales. Se están introduciendo modelos organizativos y de gestión, en los que se considera necesaria la implicación del trabajador social para realizar un abordaje integral y una planificación del alta, evaluación del riesgo social y coordinación con recursos socio-sanitarios y sociales.

Los trabajadores sociales se ocupan de las funciones de estudiar, valorar, planificar y desarrollar estrategias de intervención social dirigidas a la resolución de problemáticas socio-familiares de las personas enfermas y de sus redes sociales más próximas, con el objeto de no perder calidad de vida al padecer la enfermedad. Son el nexo de unión entre el ámbito sanitario y social.

Facilitar la salida del paciente del hospital requiere realizar la planificación precoz del alta hospitalaria, evaluando y abordando las necesidades del cuidado del paciente, familia y entorno. El alta social es el alta que se da desde el servicio de trabajo social, una vez que se considera que el problema se ha resuelto o se verifica que no existía. Se realiza la valoración del riesgo socio-familiar para intervenir tratando de modificar las situaciones problemáticas durante el ingreso para que se produzca primero el alta social que el alta médica.

La intervención del profesional de Trabajo Social ayudará a encontrar las fortalezas y capacidades del paciente y familia interviniendo para proporcionar apoyo emocional , promover habilidades para la organización, negociación y reparto de tareas que eviten la sobrecarga del cuidador o cuidadora , además de identificar y coordinarse con los recursos sociales que posibiliten el regresos a domicilio, o facilitar el acceso a plaza residencial si retornar al domicilio no es posible.

2 Objetivos

Demostrar que con la intervención social precoz, las situaciones de riesgo social no obstaculizan ni demoran las estancias hospitalarias.

3 Metodología

Se realiza un estudio descriptivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Enfermos Pluripatológicos , del Hospital Sn Juan de Dios, dependiente del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, durante el periodo de años 2015-2010. El perfil de los mismos fueron enfermos que tenían posibilidades de compensación en

el hospital. Los pacientes procedían de las especialidades de Medicina Interna, Neumología, Digestivo, Neurología, Oncología y Urgencias, ocupando un total de 3.127 pacientes. Fueron excluidos del estudio los pacientes que fallecieron durante la primera semana del ingreso, los que procedían de residencia y los que no presentaban riesgo sociofamiliar durante la primera entrevista realizada por la trabajadora social; quedando reducida la muestra de estudio a 1.184 personas (37.8%).

De dicha muestra se les aplicó la Escala de Valoración Socio-familiar de Gijón (EG) a 880 (74,3%), siendo excluidos los fallecidos después de la primera y hasta la segunda semana del ingreso. Los instrumentos que se aplicaron son:
• Historia Social: documento de elaboración propia en la que se recogen las variables: sociodemográficas (edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, modo de convivencia, cuidador principal), problemas socio-familiares (rechazo al alta hospitalaria del paciente, síndrome de Diógenes, personas sin hogar, viven en pensión /albergue, conflicto en la relación familiar, claudicación familiar de los cuidadores, abuso económico, rotación familiar, imposibilidad de cuidados de la familia directa, rechazo de la familia al alta hospitalaria), tipo de intervención social (entrevista familiar, información-orientación-asesoramiento, apoyo psicosocial, ayuda en la gestión de recursos sociales, coordinación y movilización de recursos sociales), destino al alta hospitalaria (domicilio de procedencia, con otros familiares, domicilio en rotación, centro residencial, programa de respiro familiar, éxitus, otros), tiempo de intervención de la trabajadora social (días transcurridos desde que se inicia la intervención social hasta la fecha del alta social), tiempo de permanencia en el hospital tras el alta social: días transcurridos desde el alta social hasta el alta hospitalaria (salida del paciente del hospital).

• Escala de Valoración Socio-familiar de Gijón (EG). Es un instrumento de valoración del nivel de riesgo social. Incluye 5 ítems o variables, con cinco posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática, hasta la objetivación de alguna circunstancia o problema social. Esta escala es muy utilizada por los profesionales del Trabajo Social en el ámbito de salud.

Los resultados de la aplicación de la escala tipifican a la población estudiada en tres niveles de riesgo: situación buena-aceptable, riesgo social y problema social.

La recogida de datos se realizó mediante entrevistas a pacientes o familiares, personal sanitario del hospital, así como entrevistas a otros profesionales de otros servicios e instituciones.

El análisis estadístico de datos se realizó con el programa SPSS (versión 15.0, Chicago, EEUU). Se aplicó el test de Shapiro-Wilk o bien el test ómnibus de D'Agostino-Pearson indistintamente para comprobar la normalidad de los datos. En la estadística descriptiva, se describió el perfil de la población de estudio. Se emplearon medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas (media, DT) incluyendo los Intervalos de confianza (IC 95%) y mediana, distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables nominales, expresando los resultados de estas últimas en porcentajes.

En el análisis bivariante, se utilizó el test de Chi-cuadrado para comparar proporciones entre grupos (por ejemplo cuando se relaciono el tipo de intervención con el nivel de riesgo social) y cuando este no cumplía las condiciones de validez se aplicó el test exacto de Fisher. El valor de significación estadística para este estudio fue $p<0.05$.

4 Resultados

- Respecto a las características sociodemográficas: La edad media fue de 78 años (mediana: 79 años; moda: 76 años; mínimo 38 años; máximo 99 años). En el cálculo de la media no se tuvo en cuenta a tres pacientes de 27, 28 y 32 años. El 52,7% fueron mujeres. Vivían solos el 30,4%. Tenían como cuidador principal al cónyuge el 64,6% (mujeres 54,1%, hombres 45,9%), a una hija el 26% y eran cuidados por hijos e hijas el 5,3%.
- Respecto a la valoración del riesgo socio-familiar: los pacientes que presentaron situación buena-aceptable se corresponden con el 34,0%, riesgo social el 55,0% y problema social el 11,0%.
- Respecto a los problemas socio-familiares: se observó la imposibilidad de cuidados de la familia directa en el 35,4% de los pacientes, conflicto en la relación familiar en el 20,4%, claudicación familiar en el 32,5%.
- Respecto a las variables relacionadas con el nivel de riesgo social: en cuanto al tipo de intervención profesional destacamos: la información-orientación y asesoramiento se proporcionó al 96,9% pacientes y/o familiares, de ellos tenían nivel de riesgo bueno-aceptable el 97,8%; las entrevistas familiares al 85,1%, de las cuales presentaban riesgo social el 86,4%; y por último, la coordinación y movilización de recursos que se realizó al 69,5% de los casos, de los cuales, un 79,4% tuvieron problema social. Al relacionar el destino al alta hospitalaria con el nivel de riesgo social, se observa que regresaron al domicilio de procedencia el 39,7% de los pacientes, de los cuales el 47,9 % tenían riesgo social bueno-aceptable.

Ingresaron en centro residencial el 16,1%. De estos, tenían problemas sociales el 22,9%. En relación a los días de intervención social, los pacientes con nivel de riesgo bueno-aceptable necesitaron una media de 19 días y una mediana de 8 días. Los pacientes con riesgo social, necesitaron una media de 18 días y una mediana de 11 días. Los pacientes con problema social necesitaron más días de intervención de la trabajadora social, siendo la media de 23,6 días y una mediana de 14 días.

En cuanto a la permanencia en el hospital tras el alta social, los pacientes permanecieron en el hospital una media de 16,8 días y una mediana de 9 días. Con respecto al nivel de riesgo social, fueron los pacientes con problemas sociales los que permanecieron menos tiempo en el hospital, con una media de 13,3 días y una mediana de 6 días.

Se destaca que el 3,5 % de los pacientes tuvieron que permanecer en el hospital tras el alta médica por problemas sociales. En estos casos se negoció con el equipo de salud la continuidad del paciente en el hospital para garantizar su protección hasta que la trabajadora social pudo obtener los recursos sociales más idóneos.

5 Discusión-Conclusión

En éste estudio realizado el análisis del perfil de la población muestra que son personas de edad avanzada, la mayoría mujeres, con un nivel de instrucción bajo en ambos sexos. Se destaca el alto porcentaje de pacientes que viven solos, situación que supone un factor de riesgo social, especialmente en pacientes pluripatológicos que necesitan cuidados permanentes. Como cuidador principal destaca, en primer lugar, la esposa, seguido de una hija. Son las mujeres las que en mayor porcentaje proporcionan cuidados a las personas dependientes. Se observa el alto porcentaje de hombres que cuidan a sus cónyuges, así como hijos varones que colaboran en el cuidado de los padres, lo que apunta un leve cambio que favorece la igualdad de género en los cuidados familiares.

Los problemas socio-familiares se derivan de la falta de autonomía y necesidad de cuidados permanentes del paciente. Para abordar estas dificultades, el trabajo con la familia ha sido una de las intervenciones de la trabajadora social más utilizadas. Ha permitido ofrecer un espacio formal y acogedor para compartir información, expresar emociones, resolver conflictos, negociar el alta hospitalaria y trasladar la toma de decisiones a los usuarios. De esta forma, la intervención se orienta en plantear la responsabilización y autonomía del paciente y familia. El domicilio

continúa siendo el recurso más deseado por el usuario. Es el lugar al que llegan en mayor porcentaje los usuarios tras el alta, donde es la familia la principal proveedora de cuidados.

Los centros residenciales resultan ser el recurso social más idóneo ante la imposibilidad de regresar a su entorno, y son los pacientes con mayor nivel de riesgo social (problema social) los que ingresan, en una proporción mayor, en centros residenciales. En relación a la valoración del riesgo sociofamiliar con la EG, se constata que el mayor porcentaje de pacientes que componen el estudio ingresan en una situación de riesgo social. Al relacionar el nivel de riesgo social con los días de intervención se observa que, los pacientes valorados con un nivel máximo de riesgo (problema social), precisan más días de intervención y el alta social se anticipa al alta hospitalaria. Como resultado más relevante del estudio, se destaca que los pacientes no permanecen en el hospital por problemas sociales. La fecha del alta social se anticipa al alta hospitalaria. Se desconocen las causas por las que los pacientes permanecen en el hospital tras el alta social. Se podría asociar a la comorbilidad e inestabilidad del paciente o a cuestiones de la organización interna del propio hospital.

No obstante, el 3,5 % de los pacientes tuvieron que permanecer más tiempo en el hospital por problemas sociales tras el alta médica. Sé desconoce el número de días que estos pacientes permanecieron ingresados tras el alta médica, así como otros datos de interés.

En conclusión, la identificación de los problemas socio-familiares y el conocimiento del nivel de riesgo social en los primeros días del ingreso hospitalario, ha permitido que la trabajadora social pueda planificar e intervenir de manera más eficaz y focalizada en aquellos pacientes con más riesgo social y por tanto, con más probabilidades de obstaculizar el alta hospitalaria. La utilidad del conocimiento del riesgo social en pacientes pluripatológicos constituye una dimensión necesaria de la atención integral. En este estudio se muestra que dicho conocimiento del nivel de riesgo social con la EG, ha sido válido y se concluye su utilidad para el diseño de la intervención social en función de las necesidades que descubre. Se comparten las recomendaciones de la Agencia de Calidad del SNS (2009) al asignar las funciones de valoración e intervención del riesgo social a los trabajadores sociales.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Servicio de Atención al Ciudadano. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1961

DENSIOMETRÍA ÓSEA (DEXA, DXA) EN EL DIAGNÓSTICO DE LA OSTEOPOROSIS

ISABEL GARCÍA AGUDIN

MARINA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

La densiometría òsea también llamada absorciometría de rayos X de energía dual ,DEXA o DXA ,emplea una dosis muy pequeña de radiación ionizante que nos permite obtener de forma segura y efectiva información acerca del hueso. Es considerado por la OMS el estudio "gold estándar"para la evaluación poblacional de la calidad del hueso fundamentalmente a nivel de columna y cadera que son las dos regiones que más se afectan por la mineralización.

Es el método más comunmente utilizado para diagnosticar la osteoporosis, enfermedad que frecuentemente afecta a las mujeres después de la menopausia pero que también puede darse en hombres y raramente en niños.

2 Objetivos

- Dar a conocer que es la densiometría ósea, como se realiza la prueba y su uso principalmente en el diagnóstico de la osteoporosis.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica de bases de datos PubMed, Medline y Dialnet y revistas científicas. Los descriptores usados fueron: “osteoporosis”, “densiometría ósea” y “radiología”, el periodo temporal de los últimos 6 años.

4 Resultados

La realización de la técnica es rápida y no supone ninguna molestia para el paciente. La duración de la prueba es de 10 a 30 minutos, en función de las partes del cuerpo que pretendan explorarse y de la tecnología que utiliza. No se debe haber tomado ningún suplemento de calcio en las 24 horas anteriores y se puede acudir confortablemente vestido siempre evitando complementos metálicos. Los resultados de la prueba se obtienen en el instante de realizarla siendo un médico especialista en este tipo de pruebas quien interpreta dicho resultados.
1.T-score (o puntuación T)
Este es un cálculo matemático que indica la densidad de calcio que tiene el hueso comparándola con la cantidad máxima que tendría el hueso en una persona de características similares.
2.Z-score (o puntuación Z)

El resultado nos aporta la densidad que tiene el hueso en comparación con la media de la población que le corresponde según la edad, sexo, peso y talla. Si la puntuación es excepcionalmente baja o alta, puede indicar la necesidad de exámenes médicos adicionales. El examen de DXA también puede valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar fracturas. El riesgo de sufrir fracturas aumenta con la edad , el peso corporal, los antecedentes de una fractura anterior o antecedentes familiares de fracturas causadas por la osteoporosis así como cuestiones relacionadas con malos hábitos de vida tales como el tabaquismo o consumir alcohol .

5 Discusión-Conclusión

Para concluir podemos decir que la densiometría ósea es una prueba sencilla que obtener un diagnóstico temprano de la osteoporosis haciendo que el paciente pueda mejorar su calidad de vida y reducir el coste personal y social de esta patología.

6 Bibliografía

1.-The Radiologic Clinics of North America. Nuclear Medicine. Edward Coleman. July 1993. Ed. Saunders.
2.-Nuclear Medicine.Procedure Manual. C.Klingensmith, D Eshima and J. Goddard. 1997-1998. Wick Publishing.
3-Sosa M. La fractura osteoporótica de cadera en España. REEMO 1993; 2:189- 92. National Osteoporosis Foundation.
4-Diaz Curiel M, Garcia-Borrás JJ, Carrasco JL, Honorato J, Perez Cano R, Rapado A et al. (Prevalence of osteoporosis assessed)

Capítulo 1962

ASPECTOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.

MARIA PILAR CARRIO CANCE

RICARDO GUERRA GONZALEZ

CARMEN PILAR SANJULIAN MASTACHE

1 Introducción

El término Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en personal sanitario y no sanitario que mantienen una relación constante y directa con otras personas.

Su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

Los elementos que se revelan como más característicos sería:
- El cansancio emocional, caracterizado por la pérdida de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.
- La despersonalización manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo.
- La incompetencia personal (falta de realización personal) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

El objetivo del estudio fue comprobar la adecuación de los datos proporcionados por la literatura al personal sanitario del sistema público, en el área de salud para las variables epidemiológicas clásicas -personas, lugar y tiempo, así como teorizar sobre las explicaciones correspondientes que pudiesen justificar nuevos estudios, y obtener el perfil epidemiológico de riesgo para el síndrome según esas variables, aceptando en todo caso las limitaciones obvias que el diseño del estudio.

2 Objetivos

- Distinguir las diferencias significativas entre las diferentes crisis emocionales del personal sanitario y no sanitario.
- Observar qué áreas sanitarias se ven más perjudicadas por las crisis emocionales dentro del personal santiario y no sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según el lugar de trabajo se encontraron diferencias significativas con cansancio emocional, siendo la media superior en el personal de hospital respecto a los de centros de salud urbanos y rurales, así como la de personal de ambulatorio respecto a los profesionales de centros de salud rurales.

También hubo significación en despersonalización siendo el personal de centros de salud rurales el que obtenía medias inferiores aunque sólo fueron significativas respecto al hospital cuyas medias fueron las más alta. Del mismo modo hubo significación para la dimensión falta de realización personal, para el personal de centros de salud urbanos y rurales que obtuvieron las medias más altas en relación al personal hospitalario.

También hubo diferencias significativas en Burnout, siendo los profesionales de hospital y ambulatorio los que obtienen medias superiores respecto a los de centros de salud rurales aunque no marcaban dicha diferencia en relación a los centros urbanos de salud.

El estudio se realizó entre personal sanitario y no sanitario de atención primaria y especializada del sistema público. El análisis estadístico se realizó con los paquetes SPSS-PC, W. 5.0 y Epiinfo V.6.0, mediante análisis descriptivo y comparación de medias para un error tipo I y probabilidad Alfa de P< 0,05 y hipótesis nula de igualdad, con análisis de varianza Post-Hoc LSD (Least Significant difference) y T- Student para variables dicotómicas-dicotomizadas.

5 Discusión-Conclusión

Las diferencias encontradas por sexo, se obtuvieron en la dimensión cansancio emocional, siendo mayor en las mujeres. Si bien esta relevancia no se obtuvo respecto al Burnout a pesar de presentar puntuaciones también más altas las mujeres, lo que nos puede hacer pensar que esta relación no fue específica en este estudio, coincidiendo así con algunos autores.

También se estudió si existían relaciones entre el número de enfermos a cargo del personal, obteniéndose diferencias significativas para las dimensiones de cansancio emocional y falta de realización personal, así como para Burnout, siendo estas significaciones tanto para Burnout como para cansancio emocional.

6 Bibliografía

- Oliver C, Pastor JC, Aragoneses A, Moreno B. Una teoría y una medida de estrés laboral asistencial. Actas II Congreso Social de Psicología.; Valencia,1990. - Freudenberger M.Staff Burn-out. J Soc Issues 1974; 30:159-166.
- Maslach C. Burned out. Hum behavior 1976;59:16-22.
- Maslach C, Jackson S.Lawyer Burnout. Barrister 1978; 5:52-54.
- Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. En: Jones JW. The Burnout syndrome. California: Berkeley University of California, 1981.
- Maslach C. Understanding Burnout definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En: Paine: Job, Stress and Burnout. Beverly Hills: Sage, 1982.

Capítulo 1963

PROTOCOLO DE LA GAMMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA DE UN DÍA CON SUS VENTAJAS E INCONVENIENTES

ISABEL GARCÍA AGUDIN

MARINA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

La gammagrafía ósea es una prueba de imagen que mide la cantidad de flujo sanguíneo que hay en el corazón en reposo y durante el ejercicio. Su uso más común es para saber que puede estar provocando síntomas como angina de pecho o también después haber sufrido un ataque al corazón, para ver si hay zonas de este que no reciben suficiente sangre o bien para averiguar que zonas del corazón han quedado dañadas tras un infarto.

La prueba se divide en dos partes , en la primera parte se administra un radiofármaco por vía intravenosa después de un período de descanso y otra después de un período de esfuerzo. La duración de la prueba(de esfuerzo y reposo) durará entre tres y cuatro horas aproximadamente. Ambas se realizan el mismo día.

En las exploraciones en reposo se introduce una primera dosis de radiofármaco por vía intravenosa y el paciente se quedará en reposo unos 45 minutos después se le pedirá que se acueste boca arriba sobre una mesa, se le colocarán tres electrodos en el tórax y una gran cámara cerca de la zona del pecho que irá moviéndose

para tomar imágenes desde diferentes ángulos. El paciente permanecerás quieto de 5 a 10 minutos.
Las zonas que tienen buen flujo sanguíneo lo absorben y las zonas que no absorben el marcador podrían no tener buen flujo sanguíneo o bien estar dañadas por un ataque al corazón.
Después podrá tomar un pequeño desayuno y se le realizará la prueba de esfuerzo con fármaco .

El paciente estará tumbado en una camilla, se le tomará la tensión y se le hará un electrocardiograma. Por vía intravenosa se le administrará un fármaco (Adenosina), este simula sobre el músculo cardíaco el ejercicio físico. A los dos minutos de dicha administración se le inyectará el radiofármaco y pasados 30 o 45 minutos pasará la cámara de rayos para tomar las imágenes. En todo momento estará supervisado por personal sanitario para prevenir cualquier posible complicación.

2 Objetivos

- Examinar las desigualdades entre realizar la gammagrafía miocárdica de perfusión de reposo y la de estimulación farmacológica con un protocolo de un solo día.

3 Metodología

Se hace un análisis diagonal de los pacientes que acuden para gammagrafía de perfusión miocárdica aplicando el protocolo de un día. Fueron 61 los pacientes atendidos durante lafase del análisis. Variables: edad, lugar de residencia, horas de espera, dosis radiactiva a inyectar, patologías previas y estado general. La planificación previa es la misma que para el resto de los estudios gammagráficos cardiacos: ayunas, quitar 24 horas antes el té, café, colas, cacao y derivados, suspender 48 horas antes los betabloqueantes y 24 horas los nitritos y calcioantagonistas.

4 Resultados

Las edades de los pacientes eran entre los 60-70 años, con diferentes patologías tales como disnea, hipertensión arterial o enfermedad cardiaca.

Ventajas: el paciente asiste una sola vez, canalización de vía venosa en una ocasión, ejecución de un solo día de ayunas, valoración de acumulación radiactiva menor, descenso de la ansiedad gracias a que solo conocen un grupo sanitario, el análisis completo se finaliza antes, evitan el contacto con mujeres embarazadas y niños pequeños y no ignoran la información médica aportada.

Inconvenientes: se les presiona en dos ocasiones a tomar alimentos ricos en grasas y el tiempo del estudio es mayor o se prolonga.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a tener que acudir un solo día se evitan desplazamientos de su domicilio de pacientes con inconveniente a la movilidad, acompañantes que se distraen del trabajo e incluso gastos económicos en el desplazamiento. Gracias a este tipo de protocolo se produce antes un diagnóstico, se evita la continua canalización venosa y se mejora muchas causas tales como la dosis radiactiva total que recibe el paciente.

6 Bibliografía

1-De Haro FJ, Castejón I, Besada E, Berrocal JO.Soft-tissue uptake of Tc99mDPD in Amyloidosis.Clin Nucl Med. , 21 (1996), pp. 509.
2-García-Pavía P, Avellana P, Bornstein B, Heine-Suñer D, Cobo-Marcos M, Gómez-Bueno M, et-al..
Abordaje familiar en la amiloidosis cardiaca hereditaria por transtiretina..
Rev Esp Cardiol. , 64 (2011), pp. 523-526.
3-Milan, R. Y Pons, J.; Proceso de atención de Enfermería en un Servicio de Medicina nuclear. En: Enfermería Radiologica. Abril - Mayo - Junio 1993 – n.º 19.
4-Pérez Piqueras J. L.; Medicina Nuclear Clínica. Editorial Marban. Madrid 1994.

Capítulo 1964

EL CELADOR Y LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES

DAVID ALVAREZ TRINIDAD

PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ

VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente, con lo cual se contagió durante su estancia en el y suelen verse los síntomas 48 horas después del ingreso del paciente.

Es importante que los celadores sepan lo que son y puedan tomar las medidas de prevención adecuadas ya que no tienen muchos conocimientos sanitarios y están en contacto continuo con los pacientes así podrán evitar la propagación de estas.

2 Objetivos

- Conseguir con esta revisión son que los celadores conozcan este tipo de enfermedades y sepan tomar los sistemas de prevención adecuados para que no se propaguen por el hospital.

3 Metodología

Los métodos más importantes a tomar con este tipo de enfermedades son la prevención con un diagnóstico precoz, medidas de aislamiento, vacunación etc. También existen un tipo de precauciones estándar que se deben aplicar a todos los pacientes independientemente de su diagnóstico o estado y entre ellas están el lavado de manos, el uso de guantes, batas, mascarillas y protección ocular cuando sea necesario además de la manipulación correcta de los equipos, mantener la lencería en condiciones higiénicas adecuadas, no tocar agujas ni objetos cortantes usados etc.

4 Resultados

TIPOS DE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES:

-Neumonía: La neumonía adquirida en el hospital es grave y es más común en personas que tienen dificultades para tragar por el riesgo de aspiración de alimentos o saliva. Se puede dar por algunos tipos de bacterias y virus. Los principales síntomas de este tipo de enfermedad nosocomial son el dolor de tórax, tos con secreción amarillenta o sanguinolenta,fiebre, cansancio, falta de apetito y falta de aire.

-INFECCION URINARIA: Esté tipo de infección se produce por el uso de sonda urinaria durante el periodo de hospitalización y cualquier persona la puede desarrollar. Se produce por algún tipo de bacterias y hongos. Los principales síntomas son dolor o ardor al orinar, dolor abdominal, sangrado por la orina y fiebre.

-INFECCIONES EN LA PIEL: Este tipo de infecciones son muy comunes por la aplicación de inyecciones a través de las venas, cicatrices de cirugías, biopsias o la formación de escaras. Se producen por una variedad de microorganismos. Los principales síntomas son presencia de un área enrojecida e hinchazón en la piel con o sin la presencia de ampollas normalmente la región se encuentra dolorida y caliente y puede haber secreción purulenta y mal olorosa.

-INFECCIÓN EN LA SANGRE: También llamada septicemia, se produce normalmente después de la infección de alguna región del cuerpo que termina extendiéndose por el torrente sanguíneo. Este es un tipo de infección grave y si no se trata adecuadamente puede causar un fallo multiorgánico y la muerte. Cualquiera de los microorganismos que provocan infecciones la puede causar si no se tratan adecuadamente. Los principales síntomas de este tipo de infección son fiebre,

escalofríos, caída de la presión, latidos del corazón débiles, y somnolencia.

Existen otros tipos de infecciones nosocomiales pero son menos frecuentes y afectan a varias partes del cuerpo como la boca, el tracto gastrointestinal, genitales, ojos, oídos etc.

PERSONAS CON MAYOR RIESGO DE ENFERMEDAD NOSOCOMIAL:
Todas las personas pueden padecer una enfermedad nosocomial pero tienen mayor riesgo las personas con el sistema inmune débil como:
-Ancianos.
- Recién nacidos.
-Personas con inmunidad débil por enfermedades como el SIDA,post-trasplantados o que usen medicamentos inmunodepresores.
-Diabetis mal controlada.
-Personas encamadas o con alteración de la conciencia ya que presentan mayor riesgo de bronco-aspiración.
-Personas con enfermedades vasculares con compromiso de la circulación.
-Personas con necesidad de uso de dispositivos invasivos como sondas, vías etc.
Además de todo esto cuanto más tiempo estés ingresado más posibilidades de contraer una enfermedad nosocomial ya que hay mayor contacto con los microorganismos que las producen.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier tipo de infección nosocomial es importante que sea identificada rápidamente para que pueda ser tratada convenientemente y evitar poner en riesgo la vida del paciente por eso es conveniente que el celador sepa identificarlas y dar el toque de alarma a cualquier sanitario para que puedan comprobarlo y actuar en caso necesario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1965

COLANGIOGRAFÍA TRANSHEPÁTICA PERCUTÁNEA (CTHP)

FRANCISCO JESUS FERNÁNDEZ GALLEGO

1 Introducción

Se trata de un examen radiológico de las vías biliares, que son los conductos que transportan la bilis desde el hígado hasta la vesícula biliar y el intestino delgado. Cabe destacar que esta técnica es la utilizada cuando no pueden realizarse otros tipos de colangiografía.

2 Objetivos

- Entender cómo se realiza la colangiografía transhepática percutánea y en qué casos se utiliza.

3 Metodología

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

4 Resultados

El examen se llevará a cabo en una sala de radiología, un radiólogo intervencionista será el encargado de realizarlo. Durante el proceso el paciente permanecerá sedado.

Se le solicitará al paciente colocarse en decúbito supino sobre la mesa de la sala de radiología. El personal sanitario limpiará la parte superior derecha y la zona media de su zona abdominal y luego aplicará un medicamento adormecedor.

Se utilizarán ultrasonidos y rayos X para localizar tanto el hígado como las vías biliares. Posteriormente se introducirá una aguja larga, delgada y flexible a través de la piel en el hígado. Y se inyectará contraste en las vías biliares.

El medio de contraste ayuda a resaltar determinadas zonas para que puedan ser visibles. Se tomarán más radiografías a medida que el tinte fluye a través de las vías biliares hacia el intestino delgado. Mientras, se va observando el proceso en un monitor.

5 Discusión-Conclusión

Esta prueba nos ayuda a conocer si existe algún tipo de obstrucción en la vía biliar, así como la existencia de tumores malignos (carcinomas), lesiones litiásicas (cálculos), tumores benignos, estrechamientos o dilataciones.
Cuando llevamos a cabo este tipo de prueba suele ser la primera parte de un proceso para aliviar o tratar una obstrucción.
- La CTHP establece una ”hoja de ruta” de los conductos biliares.
- Posteriormente, el bloqueo puede tratarse mediante la colocación de un stent o una sonda (drenaje).
- El drenaje o stent ayudará al cuerpo a deshacerse de la bilis. Ese proceso se llama drenaje biliar percutáneo (DBP).

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/
- https://scielo.org/es/

Capítulo 1966

DESARROLLO DE BUENAS PRÁCTICAS DE TRABAJO SOCIAL EN EL AMBITO HOSPITALARIO

LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA

INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN

MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ

MARINA ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

La Ley General de Sanidad de 1986, que desarrolla los Principios Constitucionales y establece las medidas necesarias para garantizar el ejercicio de los derechos a la asistencia sanitaria, contempla el derecho de todos los ciudadanos no solo a la salud física sino también a la social. Así mismo, el Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud determina que se ”garantiza la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurran en las situaciones de enfermedad o pérdida de salud y que tendrán la consideración de atenciones sociales garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación de las Administraciones Públicas correspondientes a los servicios sanitarios y sociales”.

Se muestra así la importancia de la coordinación entre el sistema sanitario, y más concretamente el hospitalario, y el trabajo social que se desarrolla desde dicho ámbito.

El trabajo social hospitalario se define como "la disciplina que a partir del estudio, diagnóstico y tratamiento sociosanitario atiende a las personas ingresadas y a sus redes sociales más próximas, para que la enfermedad aguda no sea motivo de pérdida de calidad de vida, de discriminación o marginación social".

Así pues es el Trabajador Social quien se ocupa de los aspectos psicosociales del individuo, de los factores sociales que concurren en la promoción de la salud y en la aparición de la enfermedad, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina.

La integración en el ámbito hospitalario del Trabajador Social supone la aportación de alternativas o soluciones a las dificultades/problemas sociales que surgen con la aparición y el desarrollo de la enfermedad, con el objetivo de evitar los desajustes socio-familiares que se producen como consecuencia de la pérdida de salud y estableciendo un sistema de participación de los pacientes y/o familiares en la atención individual y la toma de decisiones terapéuticas.

La atención dentro del ámbito hospitalario es hoy una especialización dentro del trabajo social, producto de los complejos problemas sociales y económicos que rodean la enfermedad y del creciente número de pacientes y familias que precisan ayudas para luchar contra el impacto de la enfermedad, la hospitalización y los cuidados posthospitalarios.

La configuración de un equipo multidisciplinar basado en la atención integral de la persona ha de conseguir, no ya la curación del individuo enfermo, sino la aceptación del mismo y de su nuevo estado, de forma que le permita desarrollar su vida social dentro de la normalidad. El modelo de atención integral exige el trabajo personalizado, para combinar los derechos de los individuos con los de la sociedad donde vive.

El bienestar de las personas, así como la satisfacción del paciente, depende de la diferencia entre sus expectativas y sus percepciones de cómo ha sido atendido y si esas expectativas evolucionan a lo largo del tiempo. Es por tanto fundamental identificar y poner en marcha una estrategia de buenas prácticas dentro del sistema hospitalario vinculando dentro del equipo multidisciplinar al trabajo social como eje primordial para lograr una mayor satisfacción de los pacientes ,así como el beneficio de su atención integral centrada en la persona.

Tomando como referencia legislativa tanto la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en in-

formación y documentación clínica así como el Código Deontológico del Trabajo Social entendemos que en la actualidad no es posible considerar a individuos y/o pacientes aislados centrándonos únicamente en su problemática sanitaria, sino que es preciso hablar de personas y establecer una visión holística para desarrollar una atención especializada, integral, basada en la persona y alcanzar con ello mayores cotas de bienestar social.

Podemos definir una buena práctica como aquel modelo organizativo que ha demostrado buenos resultados en la consecución de los objetivos propuestos por medio de sus actuaciones y que por ello debe ser considerada como un ejemplo a seguir, es decir, aquella que incluye la participación de la población, no sólo como garantía de control democrático o como receptora última de los beneficios de la actuación, sino como agente catalizador protagonista de la misma.

Toda buena práctica debe contemplar varios requisitos, entre los que destacan: participación de los interesados, promoción de sus capacidades, efecto multiplicador, promover el cambio, empleo eficiente de los recursos, sostenibilidad, creatividad, innovación y generación un impacto positivo.

El actual contexto social de adversidad ha acentuado la concepción transformadora que acompaña al Trabajo Social desde sus inicios, dando lugar a múltiples contribuciones desde la práctica orientadas al cambio. La intervención centrada en la personas, en sus fortalezas y su empoderamiento forman parte de los discursos predominantes en la profesión actualmente.

La calidad de la intervención social a través del desarrollo de una estrategia de buenas prácticas depende en gran medida de abarcar y tener en cuenta todos los sistemas de relación del que la persona forma parte.

2 Objetivos

- Diseñar y poner en práctica un plan estratégico y especificar el código ético sobre el que se fundamente.
- Establecer una política de seguridad y desarrollar e implantar un sistema de calidad que garantice la atención integral de la persona.
- Realizar cambios estructurales y organizativos para atender las necesidades particulares de los pacientes.
- Ampliar la oferta de servicios complementarios con el objetivo de aumentar el confort del paciente y de sus familiares.

- Impulsar la comunicación y promover el empleo de las nuevas tecnologías.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de los paciente e identificar el marco de estrategia y buenas prácticas a desarrollar en el ámbito hospitalario con las que responder positivamente a sus expectativas.
- Ofrecer una atención integral e integrada a los pacientes en su ámbito territorial, proporcionándoles los recursos sociales y/o sanitarios más adecuados para garantizar una eficiencia y continuidad de cuidados dentro del Sistema de Bienestar Social.
- Facilitar información a la persona para que sea capaz de identificar los recursos de su entorno social.
- Aportar al equipo multidisciplinar de salud el diagnóstico social realizado, que puede incidir en el motivo de la enfermedad, desarrollo, tratamiento y sus consecuencias sociales.
- Orientar, informar y capacitar a los pacientes y sus familiares ,y a la comunidad en general, de las necesidades que se derivan de la propia enfermedad para que actúen como parte activa de su prevención, promoción y recuperación de la salud.
- Participar en las políticas de salud que se desarrollen.
- Identificar y definir problemas y/o dificultades, factores causales limitantes o favorecedores, siempre en el contexto del paciente en tiempo real.
- Disminuir el estrés generado debido a la atención hospitalaria y equilibrar las relaciones del núcleo de intervención.
- Facilitar la comunicación entre el paciente, familia y el equipo asistencial.
- Garantizar la rehabilitación e integración del individuo en su entorno habitual.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Trabajador Social es el profesional del equipo multidisciplinar que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales y promueve la utilización de los recursos

disponibles a través de acciones de investigación, planificación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y gestión de recursos sociales y/o sanitarios, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades en las instituciones sanitarias.

Por otro lado, el paciente será el eje fundamental sobre el que hay que orientar el servicio de trabajo social y las buenas prácticas del mismo. Dicho servicio tendrá unos objetivos de gestión específicos, citados anteriormente, y los indicadores que permitan la evaluación de la eficacia y eficiencia de sus intervenciones, así como la identificación de las necesidades sociales emergentes.

Los trabajadores sociales contarán con los medios técnicos necesarios para llevar a cabo su actividad asistencial, docente e investigadora que por definición le son propias y deberán participar de forma activa y directa en la toma de decisiones que afecten al servicio.

Para establecer una estrategia de buenas prácticas la metodología se desarrollará implantando protocolos de actuación diseñados y coordinados entre los equipos multidisciplinares del ámbito de salud y del ámbito social. Es imprescindible la formalización de un comité de acreditación de buenas prácticas que a través de la observación y la evaluación introduzca los cambios precisos y valore los logros alcanzados. Así mismo se establecerá un foro de intercambio entre profesionales y pacientes que permita recoger las expectativas y las posteriores experiencias vividas para su evaluación.

El diseño y puesta en práctica de una estrategia de buenas prácticas que delimite el marco de actuaciones y prioridades con la vista puesta en el servicio al ciudadano debe abrirse a la sociedad y propiciar actividades que trascienden de las meramente diagnósticas y terapéuticas, para implicarse en el logro de cotas de bienestar de la sociedad en general.

La metodología se basará en asegurar la continuidad de los cuidados y establecer vínculos y estrategias comunes con el nivel primario de salud. Así mismo se fomentarán y ampliarán los programas de formación del conjunto de sus profesionales.

Otra línea de actuación recoge la importancia de contar con un código ético compartido por el conjunto de personas de la institución donde se haga público el compromiso y el respeto a los derechos de los pacientes. En este código, un capítulo importante es el referido a la intimidad y confidencialidad que deben primar

en la atención al paciente.

El sistema de calidad hospitalario asegurará la calidad técnica de la que son objeto los pacientes, disponer de un proceso eficiente en la resolución de reclamaciones y poner en práctica métodos que permitan determinar si el hospital está orientado en la atención a la persona.

Otro de los ejes fundamentales dentro de la estrategia de buenas prácticas hospitalarias vinculadas al trabajo social será realizar cambios estructurales y organizativos para atender las distintas necesidades particulares (físicas, psíquicas y sociales) de los pacientes, incluyendo protocolos específicos de tratamiento/manejo del dolor, implantando sistemas para asegurar el respeto a las voluntades anticipadas de los pacientes, siendo respetuoso con todas las confesiones, así como cuidando los aspectos tangibles para hacer agradable y confortable la estancia en sus instalaciones, maximizando el confort tanto del paciente como de sus familiares o acompañantes.

Por último y con notable importancia es la proyección hacia la sociedad fomentando las puertas abiertas y el conocimiento de su entorno que proporcione un espacio común y accesible a los ciudadanos para su información sin limitarse a la utilización en ocasiones puntuales de pérdida de salud y apostando por un espacio comunitario.

Si es cierto que casi todas las necesidades sanitarias de la población están cubiertas en su totalidad por el Sistema Nacional de Salud no podemos olvidar que, progresivamente, surgen otras nuevas e importantes que podríamos enmarcar en la denominada atención sociosanitaria.

Se considera la atención sociosanitaria como el territorio fronterizo entre las prestaciones propias de los Servicios Sanitarios y aquellas otras que específicamente afectan a los Servicios Sociales cuando deberían de constituirse como un todo, por ello se precisa un esfuerzo de coordinación interinstitucional en el que todas las partes concernidas deben implicarse.

Implantar un sistema de trabajo que establezca la coordinación interinstitucional y facilite la utilización de los recursos sociales y sanitarios existentes de manera eficiente, ha de ser el principal objetivo de la coordinación interinstitucional e intersectorial así como de la estrategia de buenas prácticas para, con ello, mantener la continuidad de cuidados asistenciales y lograr que el sistema funcione con mayor calidad. Esta continuidad ha de ser tanto temporal, a lo largo de todo

el proceso asistencial hospitalario, como transversal, entre los dispositivos e instituciones implicadas.

La estrategia de buenas prácticas nace para dar respuesta a las necesidades de atención planteadas por los enfermos y sus familias. Para ello es imprescindible utilizar lo mejor posible los recursos que la sociedad tiene para dar una mejor atención a las personas de una manera integral estableciendo una coordinación efectiva.

5 Discusión-Conclusión

Desde hace varias décadas se ha intentado dar respuesta a las demandas de los profesionales del trabajo social sobre una mayor eficiencia en la utilización de los recursos y se ha intentado establecer un sistema de coordinación que permita optimizar los recursos existentes en el campo de lo sanitario y lo social.

Estamos por lo tanto ante el reto de hacer propuestas y avanzar en la creación de nuevos modelos de coordinación y colaboración social que permitan un mayor apoyo a los enfermos y a sus familias.

El trabajo social tiene en estos momentos de especial complejidad la tarea de reenfocar su acción hacia un modelo en el que la persona sea su eje central, basado en la perspectiva de las fortalezas. Frente a modelos basados en la identificación de déficits, los enfoques positivos facilitan a la persona la obtención de un mayor grado de autonomía y generan planos de igualdad en la intervención profesional con unas mayores probabilidades de éxito.

Establecer una estrategia de buenas prácticas que se desarrolle desde el ámbito hospitalario con la coordinación efectiva de un equipo multidisciplinar vinculado al trabajo social tiene como finalidad primordial centrarse en las personas, grupos y comunidades como actores principales del cambio, apoyando y acompañando en los procesos de búsqueda de las potencialidades y abordando los problemas desde las causas que los originan, actuando así de una manera integral que persiga la mejora de la calidad de vida de las personas.

6 Bibliografía

- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. - BOE , 29 de abril de 1986, núm. 102, p. 15207-15224.

- Guerrero Zaplana, J. (2006). Las reclamaciones por la defectuosa asistencia sanitaria. Valladolid: Lex Nova.
- Generalitat. Conselleria de Sanitat.
- Colom, D.(1998). Trabajo Social Hospitalario en Organizaciones de Bienestar. Zaragoza: Mira Editores.
- Trabajo Social Hoy. (2007). Segundo semestre. Madrid: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid.
- Sánchez Reyes, M. (2016). Las necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados. Tesis doctoral. Madrid. Universidad complutense de Madrid.<https://eprints.ucm.es/36980/1/T37009.pdf>
- Mira, J.J. Buenas prácticas para el hospital del Siglo XXI. Elche: Universidad Miguel Hernández.
- Interacción y perspectiva (2017). Enero-Julio. Universidad del Zulia.
- Hospital de Sierrallana. Unidad de trabajo social. < https://www.scsalud.es/unidad-de-trabajo-social>
- Las funciones del trabajador social en el campo de la salud. (2017). <http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html>
- Trabajo social y salud. Consejo General de Trabajo Social. <https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud>
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1967

EL CALZADO LABORAL EN EL MEDIO SANITARIO

MARÍA MERCEDES FERNANDEZ LIRES

SANTOS RODRIGUEZ ALVAREZ

LUZ MARINA MENENDEZ FREIJE

1 Introducción

Son muchos los sanitarios que sufren problemas podológicos por el uso de un calzado laboral inadecuado.Es difícil recomendar un único calzado para todo el colectivo de profesionales sanitarios, debido a que en función del cargo que desempeñe, el calzado necesitará unas características específicas. Así, ante sanitarios que desarrollen su trabajo en bipedestación estática durante largo tiempo (Ej: cirujanos), largas caminatas (Ej: enfermeras de urgencias), desplazar pesos o equipos (Ej: celadores), etc. Se recomendará un calzado u otro. En grandes rasgos, podemos diferenciar dos tipos de calzados según la actividad del sanitario: Si permanece en bipedestación estática, pocos desplazamientos y no manipula cargas, puede utilizar un zueco abierto por el talón que debe llevar un tira posterior para asegurar la estabilidad, mejorar la amortiguación de impactos y contribuir a un menor desplazamiento relativo entre el pie y el zueco. Si el sanitario manipula cargas o realizar muchos desplazamientos, como ocurre con la mayoría de los sanitarios, se recomienda un calzado cerrado con las características que más adelante expondremos, lo que aumentará la estabilidad y protección del pie.

2 Objetivos

- Observar las virtudes y carencias del calzado de los sanitarios por excelencia, el zueco.
- Plantear cuales serían las características generales y específicas que deberían tener el calzado adecuado para este grupo de profesionales, teniendo en cuenta sus actividades cotidianas.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal sanitario que desarrollan su jornada laboral fundamentalmente en bipedestación, en ambientes cerrados, con poca oscilaciones térmicas, sobre terrenos duros y lisos y en muchas ocasiones expuestos a agentes biopeligrosos. Comúnmente entre el colectivo, se han descrito diferentes lesiones. Pero que se encuentren relacionadas con el calzado laboral inadecuado podemos referenciar: piernas cansadas, calambres musculares, esguinces de tobillo, dedos en garra, edemas maleolares, fascitis plantar, metatarsalgias, hiperhidrosis, hiperqueratosis y helomas. Además, un alto índice de sanitarios refiere dolor de espalda, algo que se puede ver agravado por el uso de un calzado que no amortigüe eficientemente los impactos de talón, como ocurre con los zuecos.Tener en cuenta cual es el tipo calzado adecuado para este grupo de profesionales, teniendo en cuenta sus actividades cotidianas.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario debe tener en cuenta estas recomendaciones y abandonar el uso del clásico zueco, por un calzado laboral más adaptado a las exigencias de su trabajo cotidiano. Es decir, utilizar un calzado: cerrado, ligero, de puntera

ancha, con contrafuerte, con cierre (cordones o velcro), tacón ancho y de 3.5 cm de máxima altura, de pieles hidrófugas que permitan la transpiración, suela antideslizante y antiestática.

6 Bibliografía

- De Antonio García, M "La elección del calzado ergonómico en el medio ambiente sanitario" Medicina y seguridad del trabajo, 1997; XLIV(174): 25–34 García Belenguer, AC "Calzado para el personal sanitario" Revista de biomecánica, julio 1999; 24: 15–24.
- González García JC et al. "I+D+I dirigida a la industria del calzado y sus componentes" Valencia. IBV 2006 . Instituto de biomecánica de valencia "Guía de recomendaciones para la selección del calzado laboral ergonómico".
- Jiménez Leal S, Martín Gutiérrez ML, Pérez Pérez MS "Estudio técnico del calzado" El Peu 2003; 23 (3)140–146 .
- Nieto S. Estudio epidemiológico del pie insuficiente en el ámbito laboral. Revista Española de Podología 1997 Jan–Feb; 1(8): 38–42.
- Núñez M, Llanos LF. Biomecánica, Medicina y Cirugía del pie. Barcelona: Masson; 1997.
- Pérez M. Estudio del calzado laboral de uso más frecuente (1ª parte). Revista Española de Podología 1993 Jul–Aug; 5(4): 197–211.
- Pérez M. Estudio del calzado laboral de uso más frecuente (2ª parte). Revista Española de Podología 1993 Sept–Oct; 6(4): 280–97. 1.
- Viladot A. Quince lecciones sobre patología del pie. Barcelona: Toray; 1989.

Capítulo 1968

PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE.

RUBEN DIAZ DIAZ

MARLEN MARBAN VEGA

1 Introducción

El delirio se asocia con un incremento del tiempo de ingreso hospitalario y la aparición de la debilidad que esta situación conlleva. Es un problema que puede ser prevenido mediante intervenciones sencillas por el personal del hospital en cooperación con la familia.

El delirio es una alteración seria en las capacidades mentales que genera pensamientos confusos y una disminución de su conciencia sobre el entorno. El comienzo del delirio suele ser rápido, en un plazo de horas o algunos días.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son los cuidados del paciente en situación de delirio y evitar que ello genere complicaciones.

3 Metodología

Realizar sesiones formativas y de concienciación entre el personal, de igual modo la creación de un protocolo basado en intervenciones ambientales que traten de

humanizar el trato al paciente, implementar medidas para favorecer el sueño y educar e implicar a los familiares.
Elaboración de un folleto informativo para las familias explicando en que consiste el delirio y como ayudar a prevenirlo.

4 Resultados

Aumento de participación en la prevención del delirio por parte de los profesionales, así como un aumento en la implicación de los familiares.

5 Discusión-Conclusión

La concienciación y la formación del personal son esenciales en la lucha contra el delirio así como un protocolo de actuación en conjunto por parte del personal del hospital, es eficaz en la reducción de las benzodiacepinas asociadas al delirio.

6 Bibliografía

- Cuidados intensivos: Atención integral del paciente critico (editorial médica panamericana)
- Sobre el delirio (kurt Schneider)editorial Salerno.
- https://www.medline.eu
- http://www.scielo.org.co
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 1969

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL TRABAJO ADMINISTRATIVO SANITARIO.

YOLANDA SUAREZ GARCIA

ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA

1 Introducción

Los cambios aparejados en el trabajo administrativo sanitario en los últimos años del pasado siglo y primeras dos décadas de este, vienen motivados por un lado, por la entrada en escena de los rápidos avances ofimáticos, que conllevan una mayor eficacia en nuestro trabajo y por otro lado conlleva un agotamiento emocional que ya se arrastraba dentro del personal no sanitario al que por sistema siempre se ha considerado incluso dentro de los equipos médicos como "personal de segunda", a una enorme despersonalización y deshumanización de las labores de atención al usuario y a una completa falta de realización personal en el trabajo. Esto conlleva un enorme gasto económico y social.
Todos estos factores irán configurando el Síndrome de Burnout o Síndrome del quemado, que no es más que un agudización de ese estrés y la suma de esos sentimientos negativos.

Según la O.M.S., los trabajadores son el recurso más importante que posee cualquier empresa y con mayor motivo aun dentro del sistema sanitario de salud a la hora de conseguir sus objetivos, debido a su "producción"; se ocupan de las personas en los momentos que se sienten más vulnerables: la enfermedad o

la falta de salud. El desarrollo de la actividad de esta empresa depende de los conocimientos, y de la motivación de los profesionales que trabajan en cualquier de sus grupos o equipos de trabajo. Desde el más insigne cirujano hasta el celador todos son importantes en este engranaje.
Si los trabajadores, independientemente de su categoría profesional, no son "cuidados" se sentirán desmotivados, aparecerá el estrés seguido del agotamiento a nivel emocional que repercutirá negativamente en su labor, en la relación con sus compañeros y por ende en los pacientes y usuarios, que son al fin y al cabo los verdaderos protagonistas.

El síndrome de Burnout deberá ser controlado siempre por los equipos de Salud Laboral adscritos a cada centro y que son los primeros en detectar estos casos, aunque a fecha de hoy, no se demuestra que sean resolutivos al no darles la importancia que se debiera.

2 Objetivos

Dar a conocer el síndrome de Burnout y todas sus consecuencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las mujeres son más propensas a entrar en esta dinámica que aumenta de forma alarmante en relación con la antigüedad y la falta de realización en el trabajo, sobre todo teniendo en cuenta que la labor administrativa es altamente repetitiva y poco creativa.

5 Discusión-Conclusión

Somos personas cuidando de personas pero para poder cuidar al resto primero tenemos que cuidarnos a nosotros y entre nosotros. Si la base falla el resto de la cadena quedará coja.
En una "empresa" donde debería fomentarse el buen trato para y con el trabajador, máxime cuando este factor redunda en los pacientes y usuarios, nos encontramos con que, al menos de momento, a este problema no se le está dando la importancia adecuada.
La personalización del trato y la empatía con el usuario son consideradas "pérdidas de tiempo" por parte de los jefaturas de los distintos equipos.
La humanización de los procesos por el personal administrativo que son el eslabón entre el profesional sanitario y el usuario, no se considera parte del trabajo con la consiguiente desmotivación del profesional
Todo esto unido a un estancamiento en el puesto, hacen aparecer los síntomas de estrés y son caldo de cultivo para el Burnout.

6 Bibliografía

- PR Gil-Monte, B Moreno-Jiménez. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, 36-37
- PRG Monte, JM Peiró. Psicothema 11 (3), 679-689.
- PR Gil-Monte. Psicologia em estudo 7 (1), 3-10.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1970

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN AISLAMIENTO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

RUBEN DIAZ DIAZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, las infecciones asociadas a la atención sanitaria también se denominan infecciones ”nosocomiales” u ”hospitalarias”. Las medidas preventivas se deben aplicar en todos los centros para evitar que los pacientes contagien a otros y al personal sanitario.

2 Objetivos

- Determinar las diferentes vías de transmisión y medidas a tener en cuenta por parte del celador ante un aislamiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

Conocer las vías de transmisión de enfermedades por parte del celador, pues está demostrado que el riesgo de contacto en el ámbito hospitalario es muy elevado. Las medidas higiénicas, independientemente de cuál sea la vía de transmisión, son la higiene de manos antes y después del contacto con el paciente, equipos de protección personal individual y guantes.

Las vías de transmisión pueden ser de varios tipos: de contacto, de manera directa o indirecta (sarna, marsa, conjuntivitis vírica). Por gotas de flugge, que se producen al toser, hablar o estornudar (meningitis, rubeola, neumonía) y por aire (tuberculosis, sarampión).

De manera excepcional se podrá colocar al paciente junto a otro con la misma patología. Ante cualquier aislamiento se informará al paciente y acompañantes de las medidas que hay que adoptar. Colocaremos un cartel en la puerta de la habitación con el tipo de aislamiento y sus precauciones, restringiendo las visitas lo máximo posible. Los acompañantes tendrán que hacer uso de todas las medidas como: bata en aislamiento de contacto y mascarilla específica según aislamiento por gotas o por aire. Insistiremos siempre en la importancia de la higiene de manos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, es imprescindible llevar a cabo todas las medidas de prevención y el protocolo de actuación por parte del personal sanitario, paciente y familiares, para poder ofrecer una atención de calidad, tomando en cuenta la importancia que tiene un aislamiento para evitar futuros contagios.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1971

EL AYUDANTE DE SERVICIOS EN EL ACONDICIONAMIENTO DE LOS ALIMENTOS EN COCINA HOSPITALARIA

ANTONIO CASADO MENENDEZ

EVA BEGEGA SANCHEZ

PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS

1 Introducción

Dentro de la atención especializada que ofrecen nuestros servicios de salud, tenemos la hospitalización en régimen de internamiento, esto conlleva una variedad de actuaciones asistenciales necesarias, no solo a nivel diagnóstico y terapéutico. En un elevado número de ocasiones es necesaria una educación de los hábitos del paciente, entre las que se encuentra la alimentaria y nutricional.

La manera más adecuada de que esta educación obtenga los objetivos deseados es presentando durante la estancia del paciente ingresado unos menús sanos, apetecibles, con buena presentación, conservando todas sus propiedades organolépticas (sabor, textura, color, temperatura, olor) y con todas las garantías higiénico-sanitarias. Para la realización de este objetivo son varios los servicios involucrados, muy especialmente el servicio de cocina, por su papel relevante. La cocina hospitalaria tiene como misión la adquisición, preparación, elaboración,

emplatado y distribución. Todas son de suma importancia para alcanzar los objetivos antes citados.

2 Objetivos

- Conocer un punto importante dentro de los procesos que se llevan a cabo dentro de una institución sanitaria en lo referente a la alimentación de los pacientes ingresados, de forma especifica el trabajo en cocina.
- Tratar las condiciones en la zona de preparación y normas de higiene del personal destinado en este servicio.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica en manuales oposiciones de pinches de cocina, manuales de cocina hospitalaria, Google y base de datos en español como Dialnet y Scielo. Se han utilizado palabras clave como preparación y fraccionamiento de carnes, limpieza de pescados, limpieza de verduras y frutas, condiciones higiénicas en cocina y manipulación de alimentos.

4 Resultados

La cocina hospitalaria ha pasado de ser un simple servicio de alimentación, que cubría las necesidades calóricas y nutritivas de los pacientes, y uno de los peor valorados, ha ser un pilar fundamental dentro de la recuperación de ´éstos. Hoy en día la mayoría de los platos en un menú hospitalario están recién elaborados, existen mejores técnicas de conservación y abatimiento, mejorando la calidad del servicio en todos sus aspectos. Este cambio propicia una mejor aceptación de la comida por parte del paciente, pudiendo éste colaborar en la planificación de sus menús, redundando en una recuperación mas rápida, lo que conlleva un menor tiempo de hospitalización, con la consiguiente reducción de costes por paciente.

Hoy en día en este servicio trabajan estrechamente diferentes unidades:

- Unidad de hospitalización, donde el médico pauta la dieta como parte de la terapia, comunicándolo al personal de enfermería, quien se encarga de solicitar la dieta.
- Servicio de nutrición clínica, recibe las solicitudes de planta, planifica los menús que componen las distintas dietas, control de la adquisición de los alimentos conforme a las necesidades de los pacientes ingresados.

- Servicio de medicina preventiva, control microbiológico de los alimentos, formación e información a los trabajadores, asegurar la calidad higiénica; de la instalación de cocina, alimentos y reparto de estos.
- Servicio de cocina, prepara los menús según las necesidades requeridas suministradas por el servicio de nutrición clínica, ocupándose de todos los procesos desde la recepción de la materia prima hasta su distribución a las respectivas plantas.

La materia prima según llega a cocina, después de su correcto almacenamiento y anterior a su cocinado, requiere de una preparación previa. Ésta al igual que en todos los procesos ha de seguir unas normas de manipulación e higiene meticulosas. Toda maquinaria y utillaje tienen que estar limpios y desinfectados, tarea que realiza cada turno al acabar el servicio. Si vamos a utilizar un utensilio poco empleado, se deberá realizar una limpieza antes de su utilización. El personal ha de seguir unas normas básicas de higiene, no llevar pulseras o reloj ni anillos, uñas cortas y si suciedad, utilización de prendas limpias y solo utilizadas en cocina, no comer o beber cuando se están manipulando alimentos, utilización de gorro o red para el cabello, lavado de manos tantas veces como sea necesario, cuando cambiemos de tarea y siempre antes y después de acudir a los aseos, informar a sus superiores de cualquier enfermedad que pueda contaminar los alimentos, cumplir las normas de la institución en lo referente a la utilización de equipos de protección individual. La preparación previa al cocinad o es realizada en una zona de la cocina denominada cuarto frío, a la vez, dispondrá de zonas aisladas entre sí para la manipulación de hortalizas, pescados, carnes y frutas, evitando de esta manera el riesgo de contaminación cruzada.

El cuarto frío dispondrá de ambiente refrigerado, lavadero de agua fría y caliente, mesa central y balanzas, tendrá comunicación directa con proveedores y cámaras frigoríficas.

Acondicionamiento de hortalizas y verduras, debido al uso de fertilizantes, abonos y pesticidas se ha de realizar un exhaustivo lavado, especialmente los que se vayan a consumir en crudo. Su limpieza se realizará con abundante agua y unas gotas de lejía apta para consumo humano, después se aclarará con abundante agua, prestando atención a las hojas rugosas, donde pueden acumularse residuos. Para evitar la oxidación en las hortalizas al quitarles la piel o trocearlas se sumergen en agua agregando en algunos casos una pequeña cantidad de zumo de limón. Para el troceado y pelado se emplean maquinas peladoras, cuchillos especiales, escalfado o sumergiéndolos en aceite caliente, la técnica utilizada

depende del producto.

Acondicionamiento de pescados. Antes de proceder a la limpieza y preparación del pescado debemos saber identificar si este se conserva fresco o se ha deteriorado:
- Piel, color brillante, secreciones de esta transparentes.
- Branquias, rojas y brillantes.
- Aspecto muscular, constante y elástico.
- Ojos, brillantes y transparentes.
- Olor fresco, el pescado cuando se deteriora produce un olor desagradable.

Según el proceso que se lleve a cabo:
- Desbardado cortar las aletas utilizando unas tijeras, el sentido de corte se realiza de cola a cabeza.
- Desescamado para evitar que las escamas se peguen a la carne se aconseja realizarlo antes del eviscerado, se desescama partiendo de cola hacia la cabeza.
- Eviscerado se realiza con tijera o cuchillo, abriendo el vientre desde el ano hasta la cabeza, sacando de esta forma los órganos.
- Eliminación de espina y piel para la eliminación de la espina hay que realizar el fileteado íntegro, después de quitar espina se aconseja realizar revisión para eliminar las espinas que se hayan quedado en la carne. Para la piel será necesario un cuchillo bien afilado, depositando el filete con la piel hacia abajo, tirando de esta mientras se realiza movimientos de vaivén con el cuchillo.

El acondicionamiento de productos cárnicos: normalmente suele quitarse huesos, tendones y sobrantes de grasa, se lavará antes de filetearla o fraccionarla, no después por la pérdida de nutrientes.
- Para el deshuesado se emplea un cuchillo especifico para este fin, por medio de diferentes cortes siguiendo los diversos planos musculares.
- Tendones y sobrantes de grasa introducir un cuchillo por debajo de estos, cortando a ras hacia un extremo, con la otra mano tensamos el tendón o sobrante de grasa para facilitar el corte.
- Un especial cuidado ha de tenerse con la carne picada: por ser mas manipulada aumenta el riesgo de contagio por microorganismos, se recomienda su consumo inmediatamente tras este proceso.

En cuanto al acondicionamiento de la fruta: lavado con abundante agua y unas gotas de lejía apta para consumo humano, se aclara con abundante agua para eliminar cualquier resto de lejía, repetir este gesto varias veces.

5 Discusión-Conclusión

La preparación de los alimentos previos a su elaboración con o sin procedimiento de cocinado, es uno de los procesos a destacar en una cocina hospitalaria, un correcto despiece, limpieza y manipulación de la materia prima. No solo es una garantía en la conservación de sus propiedades organolépticas y optimización de recursos desde el punto de vista económico, es un riguroso control en la previsión de las infecciones alimentarias, un punto de vital importancia debido a las potenciales complicaciones que éstas pueden ocasionar.

No podemos olvidar que estamos alimentando a personas enfermas, y la gravedad de estas infecciones puede complicar su recuperación, especialmente en personas mayores y niños, los primeros por tener las defensas disminuidas y los segundos por no tener estas completamente desarrolladas.

6 Bibliografía

- Cervera, M., González, J., González, M., Molada, M. y Serrano, A. (2019). Pinches del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Sevilla: Mad.
- Checa, F., Montes, E. y Morante, M. (2009). La cocina hospitalaria, organización y distribución. En F. Cordón (Coord.). Manipulación de alimentos y dietas (p. 14). Jaén. Formación continuada Logoss.
- Ministerio de medio Ambiente, y Medio Rural y Marino. (2009). Manual práctico sobre pescados y mariscos frescos. Recuperado de: http://www.alimentacion.es/imagenes/es/Manual%20pr%C3%A1ctico%20sobre%20pescados%20y%20mariscos%20y%20frescos_tcm8-4358.pdf
- https://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys_es.pdf?ua=1
- https://www.euskadi.eus/informacion/publicaciones/web01-s2osa/es/adjuntos/ManualBuenasPracticasCocinaC.pdf
- Generelitat de Catalunya. (2015). Guía practica correcta de higiene para restaurantes. Recuperado de: http://acsa.gencat.cat/web/.content/Documents/eines_i_recursos/guia_practiques_castellano/GPCH_Restaurantes.pdf

Capítulo 1972

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

MARTA ELENA ALEJO CARBAJOSA

MARÍA PATRICIA SOTO BASTIÅN

CRISTINA DÍAZ RODRÍGUEZ

MARIA CARMEN RODRÍGUEZ LLANEZA

MARIA JOSEFA NOVAL GARCIA

1 Introducción

La Real Academia Española define calidad con diferentes acepciones, tales como ”propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”, “Adecuación de un producto o servicio a las características especificadas”, “Buena calidad,superioridad o excelencia”. Es labor de todos tanto el Estado como los ciudadanos que el Sistema Nacional de Salud goce de buena calidad tanto a nivel de recursos económicos, infraestructuras y recursos humanos. Según la Constitución Española, en su artículo 31, todos tenemos que contribuir al sostenimiento de los gastos públicos (entre ellos la sanidad) de acuerdo con las capacidades económicas mediante un sistema tributario y el Estado, con estas contribuciones llevará a cabo un gasto público que respondan a criterios de eficiencia y economía, organizando y tutelando la salud pública con medidas preventivas, prestaciones y servicios los necesarios (art. 43 CE).

Como consecuencia del mandato constitucional, los poderes públicos han venido aprobando numerosas leyes, entre ellas como norma general la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, y otras más específicas y objeto de este capítulo, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, todo ello para conformar un sistema sanitario con una gestión y funcionamiento de calidad.

2 Objetivos

- Conseguir que la innovación en materia de seguridad y su efectividad oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen.
- Evaluar e incorporar medidas en materia de calidad que aporten un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores de sistema.
- Intentar conseguir una calidad integral de todo el sistema, centros sanitarios, equipaciones, instrumental, personal cualificado y apto, recursos económicos eficaces y eficientes a través de planes integrales de salud de todos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y en conjunto, de éstas con el Estado.

3 Metodología

Una vez tenemos el marco normativo establecido y los recursos económicos aprobados lo siguiente es planificar las acciones a seguir para buscar el objetivo. Tanto las Administraciones como los Profesionales Sanitarios y no Sanitarios tienen su papel y marco de actuación. El personal directivo es el encargado de elegir y priorizar por dónde se quiere ir para establecer planes de actuación:
- Mejora y continuidad en los procesos
- Evaluación de las tecnologías, sistematización y homogenización de los sistemas de información y comunicación
- Recurso humanos (clima laboral, formación e investigación)
- Evaluaciones y auditorías como control de la calidad
- Verificar la satisfacción de los usuarios

Hay diferentes métodos que se pueden llevar a cabo para identificar problemas y solucionarlos:
- Encuentas Delphi: importancia del asesoramiento de los profesionales sanitarios y encuestas a especialistas y expertos

- Laboratorios de ideas: este método conocido como Thinks tank, se basa en el impulso de las ideas para promover el progreso de una organización o sociedad. Unos miembros de la organización promueven ideas y otros las analizan o juzgan.
- Diagrama de Ishikawa: método que analiza todas las causas que pueden haber generado el problema. Todas las causas deben ser analizadas una a una. Amplia la visión de las posibles causas de un problema.
- Vías Clínicas: protocolos médicos terapéuticos y planes de cuidados de enfermería. Objetivo homogeneizar y unificar todos los procesos comunes y predecibles.
- Guías de Práctica Clínica (GPC): "conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes"

4 Resultados

Establecidos los objetivos a seguir y aplicados los métodos para la consecución de los objetivos, tenemos que ver los resultados conseguidos. El resultado final en las prácticas de calidad es fundamentalmente, la satisfacción del paciente. En el ámbito sanitario, los resultados se analizan en base a unos indicadores en los dos niveles asistenciales fundamentales, la atención primaria y la atención especializada.

También se obtienen resultados a través de encuestas para conocer la satisfacción de los pacientes. Entre estos se encuentran: el resultado de la intervención médica, la accesibilidad al Sistema, el centro y los profesionales, la rapidez y capacidad de respuesta cuando se precisa atención, preferencias y expectativas, la competencia percibida de los profesionales, la cortesía en el trato, la información que se le facilita, la coordinación y continuidad de las atenciones sanitarias, y el grado de confort de las instalaciones. Hay estudios donde se ha comprobado que la información previa a una intervención quirúrgica multiplica por tres la probabilidad de que un paciente se declare satisfecho o que, en Atención Primaria, ser atendido siempre por el mismo médico multiplica esa probabilidad por dos.

En las organizaciones sanitarias existe cierta consolidación en la utilización de encuestas de satisfacción de cliente en el área de hospitalización, algo menor en atención primaria, urgencias y consultas y una utilización puntual y esporádica en el resto de prestaciones diagnósticas y terapéuticas ofertadas al cliente. Uno de los puntos que mas insatisfacción produce a los pacientes son las listas de espera

y que en la evaluación de los resultados aparece como uno de los peor parados en todas las encuestas.

5 Discusión-Conclusión

Desde la Constitución Española de 1978, donde se establecía una protección de la salud encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, pasando por todas las normas que regulaban y desarrollaban esta protección, entre ellas la Ley General de Sanidad y la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, todos los Poderes Públicos, Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales, así como los ciudadanos, en el marco de sus competencias han venido a trabajar en pro de la calidad de nuestro sistema sanitario. Calidad sanitaria en todos los niveles asistenciales, atención primaria, especializada, atención de urgencia, asistencia de rehabilitación manteniendo en todo momento el carácter universal, público y gratuito.

Al amparo de la Constitución y los respectivos Estatutos de Autonomía, Las Comunidades Autónomas han asumido competencias en materia sanitaria lo que ha supuesto un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle, así, garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación. A los largo de los últimos años, se han producido importantes cambios en la sociedad a nivel cultural, sociológico, económico, tecnológico que han modificado nuestra manera de vivir y sufrir enfermedades. Atender y entender estos cambios, nuestra evolución como seres humanos y como sociedad, cómo evolucionan las enfermedades y la manera de diagnosticarlas y tratarlas, qué podemos hacer para prevenir enfermedades y cómo aplicar las nuevas tecnologías a la práctica sanitaria, así como la investigación son los grandes retos que tiene por delante el Sistema Nacional de Salud y uno de sus mecanismos para llevarlo a cabo es la Gestión de la Calidad Sanitaria.

6 Bibliografía

- https://dle.rae.es/calidad#6nVpk8P
- Constitución Española DE 1978
- Modesto Martínez Pillado, Manual de Introducción a la Gestión de la Calidad, Escuela de Gestión Sanitaria

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, exposición de motivos - https://blogdelacalidad.com
- https://portal.guiasalud.es
- https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap2AspeBasicGestCalidadAmbitoSanitario.pdf

Capítulo 1973

MOBBING. EL HOSTIGAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO

JAVIER FERNÁNDEZ CRISTÓBAL

MARIA DEL CARMEN FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Las actitudes de acoso suponen un atentado contra la dignidad de los trabajadores. La normativa vigente ampara y protege a los trabajadores contra estas situaciones de violencia. Es fundamental considerar que contamos con la seguridad jurídica adecuada, que nos ampara a la hora de reclamar y exigir protección ante actitudes de hostigamiento psicológico en el trabajo. Aunque no suficientemente desarrollado, existe un marco normativo que obliga a las empresas a prevenir y combatir el acoso laboral. En el caso de que la empresa no tenga un protocolo específico, entendemos que cualquier denuncia sobre acoso en el trabajo debe de ser formulada por escrito y dirigida con acuse de recibo a la Dirección de Recursos Humanos o Personal.

2 Objetivos

- Definir los aspectos principales del mobbing.
- Conocer las características esenciales del mobbing.

3 Metodología

1. Búsqueda en materia sobre el ordenamiento legal más destacado.

2. Información a través de la consulta de artículos y publicaciones científicas.
3. Consulta de guías y fichas prácticas.

4 Resultados

El ordenamiento legal más destacado sobre la materia es el siguiente:
Según la Constitución Española, el acoso laboral vulnera los siguientes derechos.
Principio artículo de la Constitución:
- Derecho a ser tratado con dignidad. Artículo 10 (derechos y deberes fundamentales).
- Derecho a la vida y a la integridad física y moral. Artículo 15 (derechos y libertades).
- Derecho a la igualdad y a la no discriminación. Artículo 16 (derechos y libertades).
- Derecho a la libertad ideológica y religiosa. Artículo 16 (derechos y libertades).
- Derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen. Artículo 18 (derechos y libertades).

Diversa legislación garantiza, en todo momento, el respeto a la dignidad de los trabajadores, sancionando toda conducta o acción que atente contra este principio.
- Normativa de la Unión Europea (Directiva 89/391/CEE, 12 de Junio, sobre Seguridad y Salud en el Trabajo).
- En el Código Penal de España, el acoso laboral está tipificado dentro de los delitos de torturas y contra la integridad moral. Se entiende como tal "El hostigamiento psicológico u hostil en el marco de cualquier actividad laboral o funcionarial, que humille al que lo sufre, imponiendo situaciones de grave ofensa a la dignidad".

Es fundamental considerar que contamos con la seguridad jurídica adecuada, que nos ampara a la hora de reclamar y exigir protección ante actitudes de hostigamiento psicológico en el trabajo.

Acoso. Definición y características.
- Concepto: Karl Lorenz, uno de los padres de la etología, utilizó el término por primera vez para describir el ataque que lleva a cabo un grupo de animales débiles ante la presencia o amenaza de un depredador potencialmente peligroso.

El término mobbing, en el ámbito laboral, dado por el autor Iñaqui Piñuel y Za-

bala, es el continuo y deliberado maltrato verbal y modal que recibe un trabajador por parte de otro u otros, que se comportan con él de forma cruel, con vistas a lograr su aniquilación o destrucción psicológica y obtener, a través de diversos procedimientos, su salida de la organización.

- Desarrollo del proceso: esta actitud de hostigamiento psicológico en el trabajo, puede dar lugar a consecuencias, tanto en el terreno personal (físicas, mentales y sociales), de la organización en el trabajo (disminución de rendimiento, absentismo, etc.), incluso familiar, en la comunidad.

El comienzo es repentino y súbito. Se produce un cambio en la relación entre el acosado y acosador en un corto periodo de tiempo, incluso en relaciones que hasta ese momento han podido ser neutras o positivas. Este cambio de relación origina en el acosado un estado de confusión y le hace analizar reiteradamente las posibles causas que han podido originar un cambio tan radical de relación. Todo ello produce en el acosado una sensación de culpabilidad y humillación.
1. Fase I ⟶ Conflicto. Cambio de relación y/o actitud entre el acosado y el acosador.
2. Fase II ⟶ Autoanálisis del acosado. No entender el por qué de la nueva situación.
3. Fase III ⟶ Estigmatización o deterioro de la imagen del acosado. Ser objeto de críticas (mobbing).
4. Fase IV ⟶ Aislamiento o marginación.
5. Fase V ⟶ Deterioro emocional o psicofísico del acosado.

En la mayoría de las ocasiones esta situación concluye con la finalización de la relación laboral, ya sea voluntaria o no, y en ocasiones, esta situación puede continuar en el tiempo y en trabajos posteriores, debido a referencias negativas o por la reputación adquirida por el acosado.

Esta persona o grupo de personas reciben una violencia psicológica injustificada a través de actos negativos y hostiles dentro o fuera del trabajo por parte de grupos sociales externos:
- De sus compañeros, entre iguales, acoso horizontal.
- De sus subalternos, en sentido vertical ascendente.
- De sus superiores, en sentido vertical ascendente, también llamado bossing, del inglés boss, jefe.

En 2019 se empezó a utilizar el término laboral bullyng laboral extremo o turying- por el caso de hostigamiento continuo que desencadenó el suicidio del trabajador

A. Turyn en la empresa constructora de la T.

Perfil habitual de la víctima:
- Personas que tienen mayor probabilidad de ser envidiadas por sus características personales, sociales o familiares (por su éxito social, su buena fama, inteligencia, apariencia física, etc).
- Trabajadores perfectamente válidos y capaces, bien valorados y creativos. Muy frecuentemente adultos reconocidos por sus cualidades, suelen estar, paradójicamente, entre los mejores de la organización.
- Otro perfil es el de aquellos que presentan un exceso de ingenuidad y buena fe y que no saben hacer frente desde el principio a aquellos que pretenden manipularlos o perjudicarlos.
- Personas que presenten un factor de mayor vulnerabilidad personal: inmigrantes, enfermos, víctimas de violencia doméstica, etc.
- Personas con algún tipo de diversidad funcional: síndrome de Down, autismo, síndrome de Asperger, etc.
- Personas populares, líderes natos.

Conductas del acosador:
El estudio sobre "La relación entre los factores del mobbing, el contenido de trabajo social y los resultados de salud" de D. Zapf, C. Knorz y M. Kulla, recoge alguna de las conductas concretas de mobbing calificadas por factores, a saber:
- Ataques a la víctima con medidas organizacionales.
- Ataques a las relaciones sociales de la víctima, con aislamiento social.
- Ataques a la vida privada de la víctima.
- Violencia física.
- Ataques a las actitudes de la víctima.
- Agresiones verbales.
- Rumores.

El científico sueco H. Leyman en su "Leyman inventory of psychological terrorization", agrupa en cinco tipos las actividades de acoso:
1. Actividades de acoso para reducir las posibilidades de la víctima de comunicarse adecuadamente con otros, incluido el propio acosador.
2. Actividades de acoso para evitar que la víctima tenga la posibilidad de mantener contactos sociales.
3. Actividades de acoso dirigidas a desacreditar o impedir a la víctima mantener su reputación personal o laboral.

4. Actividades de acoso dirigidas a reducir la ocupación de la víctima y su empleabilidad, mediante desacreditación profesional.
5. Actividades de acoso que afectan a la salud física o psíquica de la víctima.

Otros autores destacados en el estudio del acoso moral y del mobbing son la francesa Marie-France Hirigoyen y el español Iñaki Piñuel y Zabala. La incidencia poblacional del acoso laboral se calcula que se encuentra entre el 10% y el 15% del total de los trabajadores en activo.

Normas para elaborar un protocolo de mobbing:
Se tiene que llevar a cabo siguiendo la evidencia científica respecto al tema del acoso laboral.
- Aspectos técnicos: criterios objetivos de valoración y diagnóstico de la posible situación de acoso laboral.
- Aspectos jurídicos: reflejan los instrumentos normativos fundamentales que amparan al presunto acosado y sancionan al acosador.
- Aspectos procedimentales: establecen unas normativas secuenciales de búsqueda de soluciones en el ámbito de la reglamentación laboral y en el de la posible negociación entre las partes.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, la lacra social que representa el acoso laboral, se puede y se debe perseguir y sancionar, y los protocolos de mobbing se constituyen como herramientas de orientación al servicio del trabajador presuntamente acosado, a lo largo del camino de búsqueda de soluciones adecuadas y justas.

"En las sociedades altamente industrializadas del primer mundo, es el único campo de batalla en el que es posible matar a alguien sin ser juzgado. Y el mobbing no es más que matar laboralmente en primer lugar y socialmente después". Heinz Leyman.

6 Bibliografía

- Constitución Española de 27 de Diciembre de 1978.
- Ley 14/1986, 25 Abril, General de Sanidad.
- Directiva 89/391/CEE de consejo, de 12 de Junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo.

- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la ley General de la Seguridad Social.
- Fichas prácticas. El hostigamiento psicológico en el trabajo. Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo (INSHT). Año 2001.
- Notas prácticas. Acoso psicológico en el trabajo: mobbing. (Nº 96/2006). INSHT.
- Piñuel y Zabala, I. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Editorial Salterrae. Año 2001.
- Piñuel y Zabala, I. La incidencia de mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España. Informe Cisneros II sobre violencia en el entorno laboral. Universidad de Alcalá. 2002.
- González de Rivera, J.L. La estigmatización en el maltrato psicológico. Año 2002.

Capítulo 1974

PROTECCIÓN DE DATOS EN SANIDAD

CRISTINA LAGO MENÉNDEZ

MARÍA JESÚS FERREIRO JIMÉNEZ

1 Introducción

La protección de Datos personales es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y regulado por el Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), la LOPD y su reglamento de desarrollo.

El Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, está en vigor desde el 25 de mayo de 2016 (deroga la Directiva 95/46/CE) y será de aplicación obligatoria en todos los Estados de la UE a partir del 25 de mayo de 2018, por lo que a partir de este momento también quedarán sin efecto la LOPD y su reglamento de desarrollo, el RDLOPD.

El Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) es una norma directamente aplicable, que no requiere de normas internas de transposición ni tampoco, en la mayoría de los casos, de normas de desarrollo o aplicación. Por ello, los responsables deben ante todo asumir que la norma de referencia es el RGPD y no las normas nacionales. No obstante, la ley que sustituirá a la actual Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) sí podrá incluir algunas precisiones o desarrollos en materias en las que el RGPD lo permite.

El nuevo reglamento pretende crear una cultura de privacidad que proteja los datos personales de todos los ciudadanos de la comunidad europea.

2 Objetivos

- Conocer novedades sobre la protección de datos en España vinculada con los centros hospitalarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la Ley de Protección de Datos.

4 Resultados

Definiciones importantes:
- Datos personales: toda información sobre una persona física identificada o identificable; se considerará persona física identificable toda persona cuya identidad pueda determinarse, directa o indirectamente, en particular mediante un identificador, como por ejemplo un nombre, un número de identificación, datos de localización, un identificador en línea o uno o varios elementos propios de la identidad física, fisiológica, genética, psíquica, económica, cultural o social de dicha persona.
- Historia clínica: es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial.
- Datos relativos a la salud: datos relativos a la salud física o mental de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelan información sobre su estado de salud.

No es necesario que el médico o el centro sanitario solicite el consentimiento a los pacientes para la recogida y utilización de datos personales y de salud si se van a utilizar para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. Tampoco es necesario si el tratamiento de datos se efectúa por razones de interés público en el ámbito de la salud pública, como la protección frente a amenazas transfronterizas graves para la salud, o para garantizar elevados niveles de calidad y de seguridad de la asistencia sanitaria y de los medicamentos o productos sanitarios o la inspección de reclamaciones de los

ciudadanos. También se pueden tratar los datos de salud sin solicitar el consentimiento cuando el tratamiento es necesario para proteger intereses vitales del interesado o de otra persona física, en el supuesto de que el interesado no esté capacitado, física o jurídicamente, para dar su consentimiento, o cuando lo solicite un órgano judicial.

Las personas que traten los datos deben ser profesionales sujetos a la obligación de secreto profesional, o que estén bajo su responsabilidad.

Sí se le debe informar de: la identidad y los datos de contacto del responsable y, en su caso, de su representante; los datos de contacto del delegado de protección de datos; los fines del tratamiento a que se destinan los datos personales y la base jurídica del tratamiento; los destinatarios o las categorías de destinatarios de los datos personales, en su caso; la intención del responsable de transferir datos personales a un tercer país u organización internacional; el plazo durante el cual se conservarán los datos personales o, cuando no sea posible, los criterios utilizados para determinar este plazo; el derecho a solicitar al responsable del tratamiento el acceso a los datos personales relativos al interesado, y su rectificación o supresión, o la limitación de su tratamiento, o a oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos; el derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento; el derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control.

Principios en el tratamiento de datos:
- Licitud, lealtad y transparencia.
- Limitación de la finalidad.
- Minimización de datos.
- Exactitud.
- Limitación del plazo de conservación.
- Integridad y confidencialidad.

- Violación de la seguridad de los datos: toda violación de la seguridad que ocasione la destrucción, pérdida o alteración accidental o ilícita de datos personales transmitidos, conservados o tratados de otra forma, o la comunicación o acceso no autorizados a dichos datos, que pueda producirse en cualquier fase del tratamiento, obtención, acceso, intervención, transmisión, conservación o supresión de datos.

El responsable y el encargado del tratamiento deben tomar medidas suficientes para prevenir daños o perjuicios al interesado o terceros en el transcurso de datos.

Se obliga al Responsable a notificar dichas violaciones a la autoridad de control en un máximo de 72 horas e incluso a comunicarlas a los interesados afectados si se prevé que la incidencia pueda entrañar un alto riesgo para sus derechos y libertades.

Cada autoridad de control podrá imponer multas administrativas al responsable y al encargado del tratamiento o, si lo hubiese, al representante de estos, por infringir el Reglamento garantizando que sean efectivas, proporcionadas y disuasorias. Se pueden imponer dos tipos de medidas, multas económicas y acciones correctivas.

5 Discusión-Conclusión

Se debe salvaguardar cualquier dato obtenido de la vida, o salud de los pacientes, no se puede comentar con nadie sobre su salud o cualquier dato privado, son datos obtenidos meramente profesionales y en caso contrario de infringir la Ley, tendría su pena, bien económica o mediante acciones correctivas.

6 Bibliografía

- Agencia Española de Protección de Datos.

Capítulo 1975

LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MARIA VANESSA MARGOLLES GARRIDO

FLOR MARIA HERRERO LOSADA

ANA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

SONIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

ANA BELÉN SÁNCHEZ PERICACHO

1 Introducción

La intimidad, la confidencialidad, el secreto, privacidad son conceptos que en ocasiones se usan para dar significados a aspectos similares de una realidad unida a la singularidad de la persona, lo que ocasiona que a menudo se utilicen como si fueran sinónimos, aunque no son términos superponibles entre ellos, ya que señalan aspectos diferentes de la mencionada realidad. Por tanto, es importante diferenciar estos conceptos.

La RAE en la definición de estos términos ya los diferencia, así:

1. Confidencial :
- “Que se hace o se dice en la confianza de que se mantendrá la reserva de lo hecho o lo dicho.” 2. Confidencialidad:
- “Cualidad de confidencial”. Y se trataría de una propiedad de la información que pretende garantizar el acceso sólo a las personas autorizadas. 3. Intimidad:
- Zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia. 4. Privacidad:
- Cualidad de privado. Ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión (es un término que se recoge por primera vez en el diccionario de la RAE en el año 2001)
5. Secreto :
- Reserva o sigilo. Cosa que cuidadosamente se tiene reservada y oculta. Conocimiento que exclusivamente alguien posee de la virtud o propiedades de una cosa o de un procedimiento útil en medicina o en otra ciencia, arte u oficio.
6. Secreto profesional:
- Deber que tienen los miembros de ciertas profesiones, como los profesionales sanitarios, los abogados, los notarios, etc., de no revelar los hechos que han conocido en el ejercicio de su profesión.

El aumento tecnológico hace que determinadas informaciones como nuestras creencias, nuestra predilección sexual, nuestra historia clínica, etc., pueden facilitar datos que están dentro de los límites de la intimidad y que por este desarrollo tecnológico es más fácil que se hagan públicas, es decir la tecnología se transforma en un vehículo que posibilita pasar de una esfera a la otra con una mayor facilidad y en muchas situaciones sin que hayamos facilitado nuestro permiso, y por tanto quebrantando el derecho a la intimidad. Todo aquello que hace referencia al ámbito de la intimidad tiene índole confidencial.

La confidencialidad hace siempre referencia a la información, del tipo que sea. Lo que el derecho a la confidencialidad preserva es el uso de esa información íntima por cualquiera distinto de la propia persona a la que pertenece esa información, o que no haya sido autorizado por ella. La confidencialidad tiene sus raíces en la práctica humana de compartir y guardar secretos. La confidencialidad se relaciona con la comunicación de información personal y privada de una persona a otra en la que se espera que el receptor de la información no exponga la información confidencial a terceras personas.

La privacidad y la confidencialidad son similares en cuanto que ambas aparecen como el polo opuesto de la idea de “lo público”: lo que es privado y confidencial

no es público. Sin embargo, la confidencialidad y la privacidad no son lo mismo. Abandonar la privacidad personal es una precondición para establecer la confidencialidad. La confidencialidad requiere una relación de al menos 2 personas en la que al menos una de ellas expresa o manifiesta datos privados a la otra. La expectativa de confidencialidad nace de la relación especial entre las partes, creada por sus roles respectivos (médico-paciente, abogado-cliente) o por una promesa explícita. En el ámbito hospitalario es frecuente confundir "confidencialidad" con "secreto" y pensar que este tema ha formado parte de la ética de la profesión sanitaria desde siempre o, al menos, desde el comienzo de la medicina occidental.

2 Objetivos

- Conocer el deber del secreto profesional del personal sanitario y no sanitario en la atención del paciente. - Analizar el grado de cumplimiento de este deber en ámbito hospitalario.
- Identificar el nivel de conocimientos que poseen los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en él y plantear medidas.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos: Google Scholar, Medline, Lilacs, Scielo. Para iniciar la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras: "secreto profesional ámbito hospitalario", "intimidad"," confidencialidad"," personal sanitario y no sanitario".

4 Resultados

La intimidad es un derecho del paciente y es obligación del personal sanitario y no sanitario velar por su respeto para garantizar un cuidado humanizado de calidad. En primer lugar, se han encontrado algunos estudios en los que los pacientes reflejan una intromisión a su intimidad cuando tienen que exponer su

cuerpo al desnudo ante el personal sanitario. Esta situación les provoca experiencias personales y sentimientos negativos, como vergüenza, pena, dolor, pudor y nostalgia. Aunque estos pacientes no lo manifiestan porque lo consideran oportuno para solventar el problema de salud, por el cual han entrado en contacto con el entorno hospitalario. Sienten que cuando están expuestas al desnudo se produce una violación contra su derecho de intimidad y autonomía. En relación a la confidencialidad, creemos que muy poco personal sanitario y no sanitario conoce las leyes que regulan el derecho a la confidencialidad y el deber del secreto profesional, así como las consecuencias penales que conlleva relevar los datos personales de los usuarios de la salud.

Otra medida a tener en cuenta es estructurar cursos de formación cada cierto periodo de tiempo en los que se podría incluir el siguiente temario: - Actualización de la legislación vigente relacionada con los derechos y las obligaciones que afectan a los usuarios del sistema sanitario y los trabajadores. - Situaciones en la que estarían justificados el quebrantamiento del secreto profesional: la salud pública o terceras personas están en peligro, contacto con personas que hayan podido ser víctimas de un delito, ordenado por un juicio y mala praxis bibliografías. - Uso correcto de la historia clínica y deberes del personal del hospital sobre ella, así como los derechos de los usuarios al acceso de ella. - Evitar comentarios relacionados con los pacientes en lugares inadecuados (ascensores, pasillos, habitaciones…) o con personas no acreditadas . - No ofrecer información a personas no autorizadas por el paciente.

- Realizar los cambios de turno en voz baja y en un entorno cerrado y privado.
- Mantener una máxima discreción a la hora de compartir información de nuestros pacientes con otros profesionales de la salud que vayan a intervenir en el proceso terapéutico.
- Exagerar el cuidado en la utilización de la historia clínica y documentos en papel en los que se refleje información relacionada con los usuarios . - Preguntar al paciente si quiere ser informado, y a quién más de su entorno familiar o social podemos informar sobre todo lo que le acontece. - Llamar a la puerta antes de acceder de entrar a las habitaciones o consultas
- Limitar el número de personal dentro de las habitaciones.
- Usar métodos físicos que protejan la intimidad del paciente (cortinas, sábanas, biombos…).

5 Discusión-Conclusión

Ante conflictos éticos, el concepto de confidencialidad es un deber que se asume, sin embargo la carencia de formación sobre aspectos éticos-legales inducen a no saber actuar o actuar erróneamente en determinadas ocasiones.

Llama la atención las pocas denuncias por parte de los pacientes al sistema sanitario, lo que indica la escasez de conocimientos que tienen los usuarios sobre sus derechos. Podemos concluir que hay que formar a los profesionales del ámbito hospitalario, añadiendo que también hay que informar a los usuarios sobre sus derechos. La constancia del conocimiento de los usuarios de la salud sobre sus derechos sería una gran barrera para la proclamación de secretos.

6 Bibliografía

- Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clin (Barc) 2002.
- Iraburu M, Chamorro J, de Pedro MT. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. An. Sist. Sanit. Navar. 2006. - https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2549/192.
- Antomás J, Huarte del Barrio S. Confidencialidad e historia clínica.Consideraciones ético-legales. An. Sist. Sanit. Navar. 2011.https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/11216/8018
- Garzón Valdés, E. Lo íntimo, lo privado y lo público. Claves de Razón Práctica.2003.
- Garzón Valdés, E. Lo íntimo, lo privado y lo público. Cuaderno nº 6. Instituto Federal de acceso a la Información Pública (ifai). Abril 2005 Disponible en: https://es.scribd.com/document/168606698/Lo-intimo-lopublico-y-lo-privado-cuadero-06-IFAI
- Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2448/1838.
https://scielo.isciii.es

Capítulo 1976

LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE CONATO DE INCENDIO

MARTA ALVAREZ ROZA

MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA ALONSO LLAMEDO

1 Introducción

Un incendio independientemente de cual sea su origen siempre constituye un peligro inminente. Si el incendio se ha producido en nuestro hospital, lo primero que debemos de hacer es pulsar el botón de alarma o avisar a la persona encargada del plan de emergencias que conocerá las medidas de seguridad e instrucciones a seguir en caso de producirse un incendio. Todos los trabajadores, sea cual sea su puesto de trabajo deberían conocer el "Curso Básico de Extinción de incendios y Evacuación de edificios".

Lo más importante ante un incendio es mantener la calma en la medida que sea posible, sabemos que los nervios es una reacción normal pero nos puede llevar a corres un riesgo mayor. Actuar con seguridad y de forma rápida será vital para no correr un riesgo mayor.

2 Objetivos

- Identificar los tipos de emergencia ante los que te puedes encontrar.
- Enumerar pautas generales para prevenir un incendio en el hospital.
- Determinar las medidas a adoptar ante un conato de incendio en el hospital.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática y revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente en páginas web, libros especializados y se han consultado artículos y tesis en las principales bases de datos como: Dialnet, Scielo, Medline. Como descriptores se ha utilizado las siguientes palabras clave, "prevención riesgos" "incendio", "evacuación hospital".

4 Resultados

De toda la literatura encontrada hemos hecho una selección para identificar los tipos de emergencia ante los cuales nos podemos encontrar. Nos centramos en el conato de incendio, enumeraremos una serie de pautas generales para evitar que se produzca el incendio y por último determinamos medidas a adoptar en caso de producirse.

- Tipos de emergencia
CONATO DE EMERGENCIA
Accidente que puede ser controlado y dominado de forma sencilla y rápida por el personal y con los medios de protección del local dependencia o sector.
EMERGENCIA PARCIAL
Accidente que precisa la actuación de los todos equipos y medios de protección de la empresa y ayuda de medios de socorro y solo afecta a un sector. No puede afectar a otros edificios o sectores.
EMERGENCIA GENERAL
Accidente que precisa la actuación de los todos equipos y medios de protección de la empresa y ayuda de medios de socorro y salvamento. El accidente afecta a otros edificios y sectores.

. Pautas generales:
Si se detecta anomalía en la instalación eléctrica o de protección contra incendios avisar al responsable de emergencias.
- Si en el puesto de trabajo no existen medios de lucha contra incendios avisar al responsable de emergencias.
- No obstaculizar en ningún momento los recorridos y salidas de evacuación, así el acceso a extintores, salidas de emergencia, cuadros eléctricos y pulsadores de alarma.
- Avisar a mantenimiento o responsable de emergencias ante cualquier olor sospechoso o superficie excesivamente caliente.

- Respetar la prohibición de no fumar en el centro.
- Mantener el orden y limpieza y vaciar papeleras frecuentemente.
- No sobrecargar las bases de enchufes.
- No conectar en una base de enchufe más de un ladrón.
- Desconectar todos los aparatos al final de la jornada.
- No utilizar aparatos eléctricos en mal estado.
- Los extintores deben estar perfectamente señalizados para su rápida localización y empleo.
- Un extintor manual solo es útil para pequeños incendios.
- Conocer el significado de las diferentes señales y la forma de actuar ante las mismas.
- En las cocinas deben limpiarse los extractores de humo y campanas extractoras con regularidad pues la grasa acumulada es inflamable.
- Nunca clausurar o cerrar con llaves las puertas de salida de emergencias.
- Conocer las medidas de evacuación del centro.
- Hacer mantenimiento de instalaciones, sistemas de alumbrado, pulsadores de alarma y señalización de evacuación.

- Medidas para adoptar:
- Activa el botón de alarma en caso de incendio o avisa al responsable de emergencias.
- Si has recibido formación de cómo actuar con el extintor, realiza las funciones tal y como te las han enseñado.
- No cojas nada.
- En la medida de lo posible cierra puertas y ventanas.
- Evacua el centro con serenidad.
- No coger el ascensor.
- No abras puertas calientes o por las que salga humo.
- Si hay mucho humo avanza agachado (el humo sube hacia las capas superiores), protege nariz y boca si es posible con un paño humedecido con agua.
-Si estás atrapado busca una ventana para que puedan verte desde el exterior y si es posible protege la puerta de acceso a esa habitación con telas, mejor si están húmedas.

5 Discusión-Conclusión

- Conocer el plan de emergencia del hospital donde trabajas puede ayudarte a salvar tu vida.

- Los simulacros de incendios es la forma más práctica de aprender la forma de actuar en caso de incendio.
Los planes de formación en prevención de riesgos nos enseñan las maniobras básicas en conato de incendio para que éste no pueda propagarse y desencadenar una tragedia.

- Prevenir la aparición de un incendio y actuar de forma correcta en caso de conato de incendio es básico para no poner en peligro a usuarios pacientes y trabajadores del hospital.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
- http://www.ccoo-servicios.es
- http://www.ssppa.juntadeandalucia.es/hbaza/hosp/
- http://www.sanidadcastillalamancha.es

Capítulo 1977

DETECCION DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE

MARIA TERESA ALONSO SUAREZ

1 Introducción

Las Clostridia son bacterias moviles que se encuentran universalmente en la naturaleza, con especial prevalencia en la tierra. Bajo el microscopio se ven como palillos de fósforos con el abultamiento localizado en un extremo terminal. Las células de Clostridioides difficile son Gram positivas y las colonias muestran un crecimiento óptimo al ser sembradas sobre agar sangre a temperatura corporal humana. Cuando el medio que las rodea se vuelve estresante, la bacteria produce endosporas que toleran las condiciones extremas que de otro modo destruirían al microorganismo.

Descritas por primera vez por Hail y O'Toole en 1935, fue llamado Clostridium difficile por su gran resistencia a los iniciales intentos de cultivar la especie, y si era sembrada, crecía muy lentamente en los cultivos. Es una bacteria comensal del intestino humano en una minoría de la población. Los pacientes que han estado largo tiempo hospitalizados o en residencias de cuidados especiales, tienen una mayor probabilidad de ser colonizadas por este organismo. En pequeño número, no tiende a causar daños de significado clínico.

Los antibióticos en especial los de amplio espectro, causan un desequilibrio de la flora intestinal, llevando a una sobrepoblación por el C. Difficile, ello conlleva a la colitis seudomembranosa; Esto se debe a que los antibióticos no solo eliminan los gérmenes dañinos, sino que también matan a los gérmenes buenos que protegen su cuerpo contra las infecciones. El efecto de los antibióticos puede durar por

varios meses. Si entra en contacto con bacterias de C. difficile durante este tiempo, puede enfermarse. Es más probable que tenga C. difficile si toma antibióticos durante más de una semana.

La relación entre este germen y la diarrea asociada a antibióticos, no se realizó hasta finales de la década de los setenta. Desde entonces, la incidencia de infección por C. Difficile ha ido aumentado y actualmente se considera la primera causa de diarrea nosocomial en los países desarrollados, con grandes dificultades para su erradicación del medio hospitalario, los pacientes ancianos se encuentran especialmente predispuestos por los cambios asociados a la edad del aparato digestivo, junto con las características propias del envejecimiento y esta población es la principal afectada.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la relación entre la entre este germen y la diarrea asociada a antibióticos

3 Metodología

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

4 Resultados

La infección por C. difficile conlleva un aumento del gasto sanitario en relación con el aumento de la estancia hospitalaria, con una mayor morbimortalidad, con todos los aspectos diagnósticos y terapéuticos que esto implica. La infección por C. difficile puede producir un amplio abanico de manifestaciones clínicas Las principales manifestaciones clínicas de la infección son diarrea, fiebre y dolor abdominal. La diarrea es el síntoma cardinal, suele ser acuosa, con moco, verdosa y maloliente. La infeccion se propaga cuando las personas tocan alimentos, superficies u objetos contaminados con heces de una persona infectada por C. difficile.

El diagnóstico definitivo se obtiene demostrando la presencia de citotóxinas de C. difficile las muestras de heces que una na vez colonizado el colon, producen 2 toxinas que resultan nocivas para la mucosa intestinal, induciendo una reacción inflamatoria aguda y estimulando la secreción intestinal y la aparición de la diarrea. La muestra adecuada para el diagnóstico de la diarrea producida por C. difficile en el laboratorio de Microbiología son heces acuosas, sueltas o no formes recogidas en recipientes estériles, de cierre hermético y sin medio de transporte (muestra de heces frescas).

El transporte de las muestras debe realizarse lo antes posible al laboratorio de microbiología. En general, se recomienda conservar la muestra en frío (2-8ºC) durante las primeras 48-72 h o congelada (de -60 a -80ºC) si no se va a procesar la muestra durante las 72 horas posteriores a su recogida. Debe tenerse en cuenta que las toxinas de C. difficile se degradan rápidamente a temperatura ambiente. Las muestras deben procesarse lo antes posible una vez que llegan al laboratorio.

En principio, no se requiere ningún tipo de procesamiento de éstas para la realización de las técnicas rápidas que se utilizan habitualmente (detección de glutamato deshidrogenasa y toxinas, y técnicas comerciales de amplificación de ácidos nucleicos).

Kit Comerciales
Me centro en el kit comercial utilizado en el Laboratorio donde trabajo TECHLAB ALERE DIFF QUIK CHEK COMPLETE® este es un inmunoensayo rápido de membrana para la detención simultanea del antígeno glutamato deshidrogenasa de clostridiun difficile y de toxinas A y B en un mismo pocillo de reacion. El test detecta el antígeno de C. difficile, la glutamato deshidrogenasa, como criba para detectar la presencia de C. difficile y confirma la presencia de C. difficile toxigenica a traves de la detenccion de las toxinas A y B en muestras fecales.

Preparación de las muestras:
- Esperar a que los reactivos esten a temperatura ambiente antes del uso.
- Asignar e identificar un tubo de ensayo pequeño para cada muestra, asi como para los controles externos necesarios.
- Añadir 750ul de diluyente a cada tubo de ensayo de muestras fecales utilizando el cuenta gotas graduado. En el caso de muestras en medios de trasporte añadir 650ul de diluyente.
- Añadir una gota del conjugado a cada tubo.
- Mezclar bien la muestra para obtener una suspensión homogénea de la muestras antes de trasferirla.

Procedimiento del test:
- Una vez homogeneiza la suspensión y pasada por el vortex echar 500ul en el dispositivo de membrana en el pocillo adecuado a ello.
- Incubar el dispositivo a temperatura ambiente 15 minutos.
- Pasados los 15 minutos añadir 300ul de solución de tampón de lavado a la ventana de reacción y pasados 10 minutos se podrán leer los resultados.

Es una tecnica sencilla y rapida que aporta una informacion muy importante para el diagnostico de pacientes hospitalizados con diarrea.

El tratamiento consiste en:
- El primer paso en el tratamiento de diarrea por C. Difficile es interrumpir, si es posible, el antibiótico precipitante.
- El tratamiento oral con metronidazol suele ser bien tolerado, aunque pueden aparecer efectos sistémicos.
La duración del tratamiento antibiótico (metronidazol o vancomicina) recomendada en la diarrea por C. difficile es de 10-14 días, tanto en el tratamiento inicial como en las recaídas, en los pacientes en los que no es posible suspender el antibiótico precipitante de la diarrea por C. difficile, se recomienda asociar metronidazol o vancomicina y mantenerlos hasta una semana.

5 Discusión-Conclusión

Hay pasos que pueden asumir para tratar de prevenir la infección o la propagación:
- Lávese las manos con agua y jabón después de usar el baño y antes de comer.
- Si tiene diarrea, limpie el baño antes de que alguien más lo use. Use lejía mezclada con agua u otro desinfectante para limpiar el asiento, la manija y la tapa del inodoro.
- Los hospitales deberían desarrollar estrategias para la prevención y el control de la infección por C. difficile, que deberían incluir un adecuado uso de los antibióticos.

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-diagnostico-tratamiento-control-infeccion-causada-13078897
https://es.wikipedia.org/wiki/Clostridioides_difficile

- https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia53.pdf
- https://medlineplus.gov/spanish/clostridiumdifficileinfections.htmlhttps://www.alere.com/es/home/product-details/c-diff-quik-chek-complete.html

Capítulo 1978

PRÁCTICAS HIGIÉNICAS DEL LAVADO DE MANOS.

SANDRA MARÍA ALVARÉ CAROU

MARTA LUCÍA GARCÍA VALDÉS

MARIA JESÚS LÓPEZ LIRANZO

1 Introducción

Los gérmenes patógenos son múltiples y el personal sanitario está expuesto a su contacto continuamente, como consecuencia este se convierte en portador y transmisor potencial de infecciones hospitalarias a los pacientes. La higiene de manos es fundamental para prevenir, reducir y controlar en lo posible las complicaciones infecciosas de propagación hospitalaria. Lo cierto es que en ocasiones por carga laboral, falta de tiempo o falta de medios, no se hace siempre como se debería, y por eso la OMS no cesa de realizar campañas sobre el lavado de manos, para concienciar al personal y conseguir erradicar las infecciones hospitalarias.

Entre otras, la OMS define que las indicaciones del lavado de manos se produce en momentos precisos de la atención sanitaria y depende de los movimientos de profesionales, en el área asistencial, en las diferentes tareas que se realizan en ella y en el entorno de cada paciente, y las ha denominado como los 5 momentos de la higiene de manos.

Momento 1: Antes del contacto con el paciente.
Momento 2: Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.
Momento 3: Después del riesgo de exposición a fluidos corporales.

Momento 4: Después del contacto con el paciente.
Momento 5: Después del contacto con el entorno del paciente.

Momento 1. antes del contacto con el paciente La higiene de manos en este momento previene la transmisión de microorganismos desde el área asistencial al paciente. Protege al paciente de la contaminación y de infecciones exógenas producidas por microorganismos que el profesional pueda portar en ellas. Se debe realizar antes de tocar al paciente, piel íntegra o ropa que el paciente lleva puesta, o antes de tocar el entorno del paciente si a continuación se va a tener contacto con el paciente. Esta indicación viene determinada al producirse el último contacto con el área asistencial y previa al contacto con el paciente.

Momento 2. Antes de realizar una tarea limpia o aséptica. Se entiende por tarea limpia o aséptica la que se lleva a cabo de manera que se eviten la contaminación o la inoculación de microorganismos. Y deben ser asépticas todas aquellas actuaciones en las que se tiene contacto directo o indirecto con membranas mucosas, piel lesionada, dispositivos invasivos, equipos de atención sanitaria, así como la preparación de medicación o de alimentos. La higiene de manos en este momento previene la transmisión de microorganismos por inoculación al paciente.

Debe realizarse inmediatamente antes de efectuar la tarea en la que se accede a un punto crítico con riesgo de infección para el paciente. Esta indicación viene determinada al producirse el último contacto con cualquier superficie del área asistencial, del entorno del paciente o del propio paciente y previamente a realizar cualquier procedimiento que conlleve contacto directo o indirecto con membranas mucosas, piel no intacta del paciente o con el interior de algún dispositivo médico invasivo.

Momento 3. Después del riesgo de exposición a fluidos corporales. Se consideran fluidos corporales la sangre y toda otra sustancia que el organismo segrega, excreta o trasuda, a excepción del sudor. Cualquier muestra orgánica se considera también como fluido corporal. La higiene de manos después del riesgo de exposición a fluidos corporales protege al profesional sanitario de la colonización o posible infección por microorganismos procedentes del paciente y previene la diseminación de estos microorganismos. Se realizará en cuanto finalice el riesgo de exposición a fluidos y antes de que se produzca el siguiente contacto con cualquier superficie, del mismo paciente, del entorno del paciente o del área asistencial.

Momento 4. Después del contacto con el paciente. La higiene de manos después del contacto con el paciente protege al profesional sanitario de la colonización

o posible infección por microorganismos procedentes del paciente y previene la diseminación de estos microorganismos al área asistencial. Debe realizarse nada más finalizar el último contacto con la piel intacta del paciente, o la ropa que éste lleva puesta.

Momento 5. Después del contacto con el entorno del paciente. No hay que olvidar que el entorno del paciente se considera siempre contaminado por los mismos microorganismos del paciente. Debe realizarse cuando finaliza el último contacto con cualquier superficie u objeto perteneciente al entorno del paciente y previa al siguiente contacto con una superficie del área asistencial. Acontinuación y para seguir haciendo incapié en ello mostramos los diferentes tipos de lavado de manos utilizados en el, ámbito sanitario y cuando se deben realizar:

Lavado de rutina higiénico
Técnica:
1 - Humedecer las manos con agua corriente, preferiblemente templada.
2 - Aplicar jabón líquido con dosificador.
3 - Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas durante al menos 10 minutos.
4 - Aclarar con abundante agua corriente.
5 - Secar las manos con toallas de papel.
6 - Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada para el secado (para evitar cualquier tipo de contaminación)
Indicaciones:
- Antes y después del contacto con cada paciente.
- Entre dos procedimientos en el mismo paciente si hay sospecha de contaminación de las manos.
- Después del contacto con alguna fuente de microorganismos (sustancias y fluidos corporales, mucosas piel no intacta…) y objetos contaminados con suciedad.
- Después de quitarse los guantes.

Lavado especial o antiséptico.
Material: Jabón líquido con antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%), en dispensador desechable, con dosificador. Toalla de papel desechable.
Técnica: Igual que en el lavado higiénico. Sólo cambia el tipo de jabón.

Indicaciones:

- Antes de realizar procedimientos invasivos como inserción de catéteres, sondas vesicales.
- Antes y después del contacto con pacientes que se sabe o sospecha están infectados o colonizados por microorganismos epidemiológicamente importantes.
- Antes del contacto con pacientes inmunocomprometidos en situaciones de fundado riesgo de transmisión.

Lavado quirúrgico.
Material: Jabón líquido con antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina o povidona yodada), en dispensador desechable, con dosificador. Cepillo de uñas desechable (preferiblemente impregnado en solución antiséptica). Toalla o compresa estéril. Técnica:
1 - Abrir el grifo (sólo lavabos con sistema de codo o pedal).
2 - Aplicar jabón antiséptico.
3 - Lavado mecánico de manos y antebrazos y limpiar debajo de las uñas con cepillo desechable.
4 - Aclarar con agua corriente abundante.
5 - Aplicar de nuevo jabón antiséptico en manos y antebrazos friccionando al menos 2 MINUTOS.
6 - Aclarar con agua abundante.
7 - Secar por aplicación, sin frotar, con una compresa o toalla desechable estéril, comenzando por los dedos y bajando hasta los codos. Durante todo el proceso, mantener las manos por encima de los codos.
Indicaciones:
- Antes de una intervención quirúrgica.
- Antes de cualquier maniobra invasiva que requiera alto grado de asepsia.

2 Objetivos

- Concienciar no solo al personal sanitario y no sanitario sino también a todas las aquellas personas que acceden a un centro hospitalario (acompañantes, pacientes ,etc..) de la importancia que esta medida sencilla, simple y económica, puede evitar graves complicaciones en pacientes que pueden llegar a ocasionar la muerte y también altos costes al sistema sanitario.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: lavado de manos, seguridad del paciente e infecciones hospitalarias.
Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Desde 1975 que el centro de control y prevención de enfermedades normalizó guías sobre la higiene de manos hasta nuestros días, se han reducido de manera considerable el número de casos de infección hospitalaria, pero la realidad es que las manos de los profesionales en el ámbito sanitario siguen constituyendo el mayor modo de propagación de infecciones.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de seguir haciendo hincapie en el lavado de manos, de la manera de realizarlo, tanto con agua y jabón, como con una solución o gel hidroalcóholico (con gran capacidad para matar virus y bacterias) hasta conseguir que sea un acto rutinario y automático.

6 Bibliografía

1 - Una atención limpia es una atención más segura. Material y sobre la higiene de manos [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2009 [citado 10 ene 2016]. Disponible en: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/
2 - Coelho MS, Silva Arruda C, Faria Simoes SM. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. Enferm Global [Internet]. 2011 Ene [citado 10 ene 2016]; 10(21): [aprox 12 p.]. Disponible en:http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/clinica2.pdf
3 - . Organización Mundial de la Salud. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. Dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos. 2009.
4 - Técnicas en Enfermería Clínica. Vol 1. 4ª Ed. B.Kozier, G.Erb, K.Blais, J.Y. Johnson, J.S. Temple. Editorial McGraw- Hill-Interamericana.

5 - Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. Primer Desafío Global de Seguridad del Paciente. Una Atención Limpia es una Atención Segura. Génova (Suiza); 2009. [Acceso 15 junio 2016] Disponible en: http://www .med.unlp.edu.ar/archivos/ noticias/guia_lavado_de_manos.pdf
6 – Protocolo de lavado de manos. C. Pérez, B. Fernández, A. Lopéz, M.J.Fernández. Hospitales Puerta del Hierro, Guadarrama, clínico y El Escorial de Madrid.
7 - Pittet D., Donaldson L. "Una Atención Limpia es una atención más segura", primera iniciativa mundial de la Alianza Mundial de la OMS para la Seguridad del paciente". IFIC volumen 2.2006:135-140.
8 - Pérez, C., Fernández, B., López, A., & Fernández, M. J. (2007). Protocolo de lavado de manos. Sociedad Española de Medicina Preventiva de Salud Pública e Higiene.

Capítulo 1979

RIESGOS DE LA RADIACIÓN EN LOS ESTUDIOS POR IMAGENES

GLORIA MARIA RODRIGUEZ SUAREZ

1 Introducción

Los rayos X son una forma de energía, similar a las ondas de la luz y de radio, son denominados radiación y tienen suficiente energía como para pasar a través del cuerpo (huesos, tejidos, órganos de diferentes formas), permitiendo crear imágenes en un monitor para examen de un radiólogo y establecer así un diagnóstico preciso.

Estamos expuestos a fuentes naturales de radiación todo el tiempo. Según estimaciones recientes, la persona promedio en Estados Unidos recibe una dosis efectiva de aproximadamente 3 mSv por año de radiación natural, que incluye radiación cósmica del espacio exterior. Estas dosis de fondo naturales varían de un lugar a otro.

La mayor fuente de radiación de fondo proviene del gas radón, el cual se encuentra en nuestras casas (aproximadamente 2 mSv por año), esta cantidad también varia dependiendo de donde viva uno.

La cantidad de exposición a la radiación de un estudio por imágenes depende del examen que se utiliza y qué parte del cuerpo se estudia. Ejemplos:

- Una radiografía de tórax simple expone al paciente a alrededor de 0.1 mSv. Esto es aproximadamente la misma cantidad de radiación a la que las personas están expuestas naturalmente durante unos 10 días.

- Un mamograma expone a una mujer a 0.4 mSv, o aproximadamente la cantidad que una persona esperaría recibir de exposición a la radiación de fondo natural en 7 semanas.
- Las radiografías del tracto gastrointestinal inferior que se emplean para tomar imágenes del intestino grueso exponen a una persona a alrededor de 8 mSv, o aproximadamente la cantidad que se espera en unos 3 años.
- Una tomografía computarizada del abdomen (vientre) y la pelvis expone a una persona a alrededor de 10 mSv.
- Una PET/CT le expone a aproximadamente 25 mSv de radiación. Esto es igual a cerca de 8 años de exposición promedio a la radiación de fondo.

Estas estimaciones son para un adulto de tamaño medio. Los estudios han encontrado que la cantidad de radiación que recibe puede variar considerablemente. Los niños son más sensibles a la radiación que los adultos.

Medición de la dosis de radiación.

Cuando la radiación pasa a través del cuerpo, una parte es absorbida. Los rayos X que no son absorbidos son utilizados para crear la imagen. La cantidad absorbida contribuye a la dosis de radiación del paciente. La radiación que pasa a través del cuerpo no. La unidad científica de medición para la dosis de radiación del cuerpo entero, llamada ”dosis efectiva” es el millisievert (mSv). Otras unidades de medición de la dosis de radiación incluyen el rad, el rem, el roentgen, el sievert, y el gray.

Los médicos utilizan la ”dosis efectiva” cuando hablan sobre los riesgos de la radiación en el cuerpo entero. Los riesgos se refieren a los posibles efectos secundarios, tales como la posibilidad de desarrollar un cáncer más adelante durante la vida.

2 Objetivos

Comprobar que la realización de un estudio de toma de imágenes es más beneficioso que el riesgo que conlleva la radiación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En grandes dosis la radiación puede causar un daño grave a los tejidos y aumentar el riesgo de que una persona pueda padecer un cáncer con el tiempo. Las dosis bajas de radiación que usan para los estudios por imágenes podrían aumentar levemente ese riesgo; la exposición depende del tipo de estudio que se lleve a cabo, el área del cuerpo expuesta, edad de la persona, tamaño corporal, y su sexo, así como otros factores.

5 Discusión-Conclusión

Se aconseja realizar estudios por imágenes que sean necesarios y tratar de limitar su exposición a otras partes del cuerpo que no se vayan a examinar como por ejemplo: usar un delantal de plomo para proteger las partes del pecho o abdomen, o un collar de plomo para proteger la glándula tiroidea.

También habría que considerar mantener un historial en el que quedaran registrados estos estudios para que los médicos puedan realizar comparaciones y así evitar tener que repetirlos.La mayoría de los procedimientos por imágenes tiene un riesgo relativo bajo. Los hospitales y los centros de imágenes aplican el principio de utilizar la radiación ”tan baja como sea posible”.

6 Bibliografía

- RadiologyInfo.org : dosis de Radiación en los exámenes por rayos X y por TC/TAC
- American Cancer Society: riesgos de la radiación relacionados con los estudios por imágenes
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1980

LA IMPORTANCIA DE CONOCER LOS PRINCIPALES RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO

CRISTINA ALONSO LLAMEDO

MARTA ALVAREZ ROZA

MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

El sector sanitario está formado por personal muy variado, con actividades diversas, en las cuales los trabajadores se ven sometidos diariamente a una serie de peligros que si no se previenen pueden dar lugar accidentes de trabajo, estos peligros pueden aparecer por múltiples causas como pueden ser: caídas, golpes, contactos eléctricos o térmicos, explosiones, cortes o pinchazos y pueden dar lugar a enfermedades profesionales, producidas por varios riesgos, que trataremos a continuación.

2 Objetivos

- Analizar los riesgos específicos con los que se puede encontrar un trabajador en el sector sanitario.

3 Metodología

- Se realizaron búsquedas bibliográficas en diferentes publicaciones en las bases de datos Scielo, Redalyc y Dialnet Plus, utilizando como descriptores las palabras claves: riesgos, prevención, setor sanitario.
- También se consultó el Manual básico de prevención de riesgos laborales de la familia profesional: sanidad.
- Se emplearon como criterios de inclusión textos en idioma castellano e inglés, y se excluyeron aquellos textos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

Los trabajadores del sector sanitario se encuentran sometidos en su día a día a una cantidad de riesgos muy variables (en su entorno) que vamos a clasificar de la siguiente manera: riesgos biológicos, riesgos químicos, riesgos físicos, riesgos ergonómicos y riesgos psicológicos, estos últimos son los que más afecten al personal sanitario y a la vez son los más olvidados a pesar de los efectos que producen para la seguridad y salud de los mismos. Por este motivo vamos a identificar estos riesgos y describirlos para saber cómo debemos actuar ante ellos.
PRINCIPALES RIESGOS DEL SECTOR SANITARIO:
1º) RIESGOS BIOLOGICOS:
El riesgo biológico viene condicionado por la exposición a agentes biológicos, desde el punto de vista de la Prevención de Riesgos Laborales los agentes biológicos se pueden clasificar por su especie y peligrosidad.
Según especie, se clasifican en:
• Bacterias: se trata de organismos unicelulares simples y visibles. Los principales focos son las heridas y la ingestión de alimentos infectados y algunas de las enfermedades que causan son: la salmonelosis, el tétanos y la tuberculosis entre otras.
• Virus: se trata de agentes parásitos patógenos no celulares, de tamaño muy pequeño, que sólo se aprecian a través del microscopio electrónico. Para manifestarse se asocian a una célula y no pueden crecer o reproducirse fuera de ella y algunas de las enfermedades que causan son: la meningitis, la rabia o la hepatitis vírica.
• Hongos: Se trata de formas complejas de vida que presentan una estructura vegetal y cuyo hábitat natural es el suelo. Se manifiestan normalmente a través de la piel y suelen dar lugar a enfermedades micóticas.

• Parásitos: Se trata de organismos animales que desarrollan en el interior del organismo humano alguna fase de su ciclo de vida humano. Entre las enfermedades producidas por ellos está la malaria.

Según su peligrosidad, se clasifican en cuatro grupos atendiendo a niveles distintos de peligrosidad, de menor a mayor serían:
Grupo 1
Agente biológico con escasa posibilidad de causar enfermedad en el hombre.
Grupo 2
Agente patógeno con posibilidad de causar una enfermedad en el hombre y supone un peligro para los trabajadores, existe escaso riesgo de propagación a la colectividad y tratamientos eficaces. (Ejemplo: virus de la gripe).
Grupo 3
Agente patógeno con posibilidad de causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, existe riesgo de que se propague a la colectividad y tiene tratamientos eficaces. (Ejemplo: tuberculosis).
Grupo 4
Agente patógeno que causa enfermedad grave en el hombre y supone un grave peligro para los trabajadores, existe gran riesgo de propagación a la colectividad y no tiene tratamientos eficaces. (Ejemplo: el Ébola).

2º) RIESGOS QUIMICOS:
Pueden ser producidos por una exposición no controlada de Agentes Químicos y provocar la aparición de enfermedades.
Las sustancias químicas están presentes en la actividad diaria del sector sanitario y dan lugar a múltiples riesgos que pueden afectan a la salud de los trabajadores.
La exposición a tóxicos se caracteriza por ser de baja intensidad pero de larga duración, lo que motiva que los efectos aparezcan a largo plazo y que su evolución sea lenta, tardando en aparecer los síntomas.

3º) RIESGOS ERGONÓMICOS:
Los riesgos ergonómicos pueden generar una serie de trastornos o lesiones musculares y dar lugar a enfermedades profesionales, convirtiéndose en la primera causa de invalidez permanente.
Se producen por un esfuerzo único suficiente o por el sumatorio de varios esfuerzos con efectos acumulativos y el síntoma principal es el dolor, la inflamación, la contractura muscular, la inflamación y la incapacidad funcional de la zona afectada.
Las principales causas de los riesgos ergonómicos en el sector sanitarios son las

siguientes:
• Manipulación manual de cargas /enfermos.
• Higiene postural: Es fundamental adoptar una correcta postura para evitar lesiones cuando se lleva a cabo cualquier actividad relacionada sobre todo con la manipulación de cargas.
• Movimientos forzados: producen contracturas musculares y lesiones de articulaciones.
• Sedentarismo: provoca debilidad muscular y supone un factor de riesgo añadido.
• Trabajos con PVD (pantallas de visualización de datos) en condiciones ergonómicas inadecuadas

4º) RIESGOS FÍSICOS:
Dentro de los riesgos físicos en el sector sanitario destacamos la exposición a radiaciones, que consisten en la propagación de energía en forma de ondas electromagnéticas a través del vacío o de un medio material. Pueden ser de dos tipos:
Radiaciones NO ionizantes: incapaces de producir fenómenos de ionización. Se clasifican en:
• Radiaciones infrarrojas
• Radiaciones ultravioleta
• Luz visible
• Láser
• Campos de radiofrecuencia
Radiaciones ionizantes: se clasifican en:
• Ondulatorias
• Corpusculares
• Radiación α
• Radiación β
• Radiación neutrónica

Algunos de los agentes físicos a los que estamos expuestos en el sector sanitario son:
• Radiaciones ionizantes (en radiodiagnóstico, radiología y radioterapia).
• Campos magnéticos asociados a la resonancia magnética nuclear o a equipos.
• Infrarrojos.
• Láseres (que se usan en cirugía, oftalmología o dermatología).
• Luz UV (para la esterilización del material clínico).
• Equipos de soldadura (con radiación ultravioleta o infrarroja)

5º) RIESGOS PSICOSOCIALES:
Surgen por varios motivos como suele ser la excesiva carga mental, la insatisfacción, la nocturnidad y los altos ritmos de trabajo, y en ocasiones pueden estar relacionados con una inadecuada organización en el trabajo.

En el sector sanitario los riesgos psicosociales se clasifican:

Exceso de exigencias psicológicas
- Exceso de trabajo falta por falta de personal, medios técnicos o materiales
- Trabajo que requiere gran esfuerzo intelectual, concentración, precisión y habilidad, sin disponer de los recursos necesarios.
- Contacto con usuarios y enfermos con los que se establecen relaciones de afecto.
- Ocultar emociones, sentimientos y opiniones.

Falta de influencia y posibilidades de desarrollo
- Poca capacidad de decisión y autonomía respecto al trabajo y a sus condiciones
- Trabajo monótono sin posibilidad de aplicar habilidades y conocimientos y deaprender.
- Dificultad para conciliar la vida familiar y laboral.
- Trabajo sin conocimiento de objetivos y trabajo final.
- Falta de implicación con la organización.

Falta de apoyo social y de calidad de liderazgo
- Falta de ayuda adecuada para sacar el trabajo adelante
- Trabajar en condiciones de aislamiento que dificultan la sociabilidad.
- Falta de equipos y de sentimiento de grupo.
- Puestos, tareas, funciones, responsabilidades, margen de autonomía no definidos.
- Falta de información adecuada y de tiempo para adaptarse a los cambios.
- Exigencias contradictorias y conflictos de carácter profesional o ético.
- Jefes sin cualidades y experiencia para gestionar equipos.

Escasez de compensaciones
- Inseguridad: debido a cambios de jornadas y horarios de trabajo.
- Falta de perspectivas para promocionar, realizan tareas que están por debajo de su cualificación.
- Faltas de respeto, reconocimiento y trato justo.

El sector sanitario es uno de los más afectados por Los Riesgos Psicosociales, esto se debe entre otras causas a su continuo contacto con la gente (profesionales o

usuarios) y trae como consecuencia la aparición de trastornos como el estrés, el "burnout" o síndrome del trabajador quemado, el acoso laboral o mobbing y la violencia por parte de pacientes y familiares.

Los efectos de los riesgos psicosociales sobre la salud pueden ser físicos o psíquicos. Entre los síntomas físicos destacan:
- Dolores de cabeza, de espalda, musculares, de estómago e incluso dolores en el de pecho.
- Problemas de memoria.
- Sensación de debilidad.
- Dificultad para respirar.
- Palpitaciones y taquicardias.
- Falta de apetito.
- Sequedad en la boca e irritabilidad de la garganta.
- Mareos, vómito y sofocos.
- Desmayos.

Y entre los psíquicos destacan:
- Ansiedad
- Estado de ánimo depresivo
- Apatía o pérdida de interés por actividades que antes le interesaban y proporcionaban placer.
- Alteraciones del sueño (insomnio e hipersomnia)
- Sentimientos de culpabilidad, impotencia e indefensión.
- Irritabilidad emocional.
- Pensamientos de suicido.
- Miedos e inseguridades en su entorno laboral.

5 Discusión-Conclusión

Podemos deducir que el sector sanitario, es un sector que se encuentra sometido a riesgos de muy diversos tipos, los hemos identificado y analizado y lo que se pretende con ello es prevenir los accidentes laborales que tienen lugar por desconocimiento de los mismos. Para intentar prevenir estos riesgos algunas de las acciones que se pueden realizar son las siguientes acciones:

- Detectar las zonas en las que se puede mejorar la prevención de riesgos laborales.

- Definir los objetivos y metas preventivas, por encima de los requisitos reglamentarios.
- Mejorar las comunicaciones (externas e internas) sobre seguridad y salud.
- Revisar los puestos de trabajo y las condiciones ambientales.
- Revisar y mejorar los métodos de información, consulta y participación de los trabajadores.
- Elaborar planes de formación de los trabajadores.
- Planificar la vigilancia y control de la salud de los trabajadores.

6 Bibliografía

- Riesgos psicosociales en el sector salud. Josefina Del Prado. (05/04/19). Disponible en: https://blog.imf-formacion.com
- Cortés J. M. (2007). Técnicas de prevención de riesgos laborales: seguridad e higiene del trabajador. Madrid: TÉBAR.
- Guía básica de los riesgos específicos del sector sanitario. Mariano Sanz Lubeiro, Secretario Salud Laboral y Seguridad Social.

Capítulo 1981

LA MOVILIZACIÓN PARA PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN.

JONATHAN SUÁREZ VARELA

1 Introducción

Las llamadas Úlceras de Presión, son llagas que se producen en la piel cuando el paciente permanece en la misma posición durante largos períodos de tiempo. Estás heridas suelen aparecer en aquellas zonas del cuerpo en las cuales el hueso está próximo a la piel, como pueden ser, caderas, tobillos, talones, etc.

¿Cómo se deben prevenir las úlceras de presión?
- Examinando la piel del paciente al menos una vez al día. Poniendo más atención en las zonas donde la piel está más próxima al hueso (Sacro, codos, caderas, tobillos). También a su vez debemos de prestar atención a las zonas donde hay contacto con la orina, sudor, heces etc.
-Mantenimiento de la piel limpia y sin humedades.
- Realizando un buen manejo de la presión, esto se lleva a cabo.
- Haciendo una buena movilización del paciente.
- Cambiando de postura al paciente cada dos o tres horas .
- Ayudarse de elementos para calmar la presión (Colchones, cojines, sobrecolchones etc).

Cómo proteger al paciente ante las Úlceras que se formen en su cuerpo:
Se hará una observación periódica sobre todo en las zonas donde la piel esté próxima al hueso. Si el riesgo aumenta protegeremos esas zonas más sensibles a que aparezcan estas llagas.

A su vez si aparecen las llagas utilizaremos apósitos de diferentes formas según la zona dañada. Estos apósitos deben de permitirnos inspeccionar la piel una vez al día y debemos tener mucho cuidado al retirarlos ya que podemos rasgar la piel y la herida.

2 Objetivos

Definir el funcionamiento de esta técnica mediante una revisión bibliográfica, para un adecuado conocimiento de la misma que permita realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- https://www.sanitas.es
- https://www.pacientesycuidadores.com
- Guía para la prevención y manejo de pacientes.

Capítulo 1982

PROTEÍNAS SÉRICAS

ADOLFO JAVIER PRIETO GÓMEZ

MONTSERRAT MERA TORNEIRO

1 Introducción

Las proteínas son moléculas constituidas por unas unidades básicas: los aminoácidos. Los aminoácidos son compuestos que poseen un grupo amino y un grupo carboxilo; dado que el grupo amino está unido al carbono. Existen veinte aminoácidos que son componentes naturales de las proteínas.

Algunos de estos aminoácidos no pueden ser sintetizados por el organismo, por lo que deben ser aportados por la dieta, estos aminoácidos se denominan esenciales. Además de esto veinte, se conocen otros muchos aminoácidos que desempeñan otras funciones en las células.

Los veinte aminoácidos integrantes de las proteínas difieren entre si en la estructura de sus cadenas laterales distintivas llamadas grupos R. Los grupos R se diferncian a su vez en su tamaño, forma, carga y reactividad química, por lo que confieren a cada aminoácido unas propiedades características.

Los aminoácidos constituyentes de las proteínas son compuestos de carácter anfótero, es decir, se comportan como partículas cargadas o no cargadas según el pH del medio en el que se encuentren. A pH ácido el grupo amino estará ionizado, y el aminoácido presentará forma catiónica (carga positiva). A pH básico será el grupo carboxilo el que esté ionizado y constituirá la forma aniónica (carga negativa). A pH neutro ambos grupos están ionizados; al ser dos cargas opuestas forman un ión hibrido o zwitterion (ión dipolar con carga 0).

En una solución el equilibrio entre estas tres formas depende principalmente del pH de dichas solución. El pH al que un aminoácido no se comporta como ni en forma aniónica ni catiótica, sino que tiene una carga neta cero, se denomina punto isoeléctrico (pl), el cual es característico de cada aminoácido.

En general, cuando el pH de la solución supera en dos o mas unidades al pl de un aminoácido, éste se encuentra predominantemente con carga neta negativa; esto generalmente en soluciones alcalina. Si el pH es dos o más unidades inferior al pl de aminoácido, éste se encuentra predominantemente con carga neta positiva, lo cual es característico cuando el aminoácido se encuentra en soluciones ácidas. Cuando el pH de la solución es igual al pl, los aminoácidos se encuentran en forma de ión dipolar con carga neta cero. Esta propiedad sera utilizada en algunos métodos de determinación y en la separación de las proteínas.

Las uniones entre aminoácidos se realizan entre le grupo carboxilo de un aminoácido con el grupo amino de otro; estas uniones reciben el nombre de enlace peptídico. La unión de dos aminoácidos forma un dipéptido, tres un tripeptído y así sucesivamente. La unión de muchos aminoácidos constituye un polipéptido. Las proteínas son, por tanto, moléculas polipeptídicas que pueden contener centenares de aminoácidos. Las cadenas polipeptídicas de las proteínas no se forman al azar, sino que cada cadena posee una composición química, un peso molecular y una secuencia ordenada de aminoácidos que son característicos de cada tipo de proteína. Las proteínas se pueden diferenciar según su estructura:
- Primaria. El orden o secuencia de aminoácidos de una proteína está predeterminado por el código genético dentro de la célula.
- Secundaria. Las cadenas de aminoácidos de las proteínas no se extienden línealmente en el espacio.
- Estructura terciaría. Se refiere al doblamiento o plegamiento sobre si mismas de las estructuras secundarias.
- Estructura cuaternaría. Están formadas por la unión de varias cadenas polipeptídicas. La forma en que estas cadenas polipeptídicas, cada una en su estructura terciaria, se unen entre si se denomina estructura cuaternaria.
Su clasificación:
- Proteínas simples. Solo contiene aminoácidos, no asociándose generalmente a otras especias químicas. Y son :
- Proteínas globulares. Constituidas por cadenas polipéptidicas plegadas estrechamente de modo que adoptan formas esféricas o globulares, albúmina, globuninas y histonas.
- Proteínas fibrosas. Están constituidas por cadenas polipéptidicas ordenadas de

modo paralelo a lo largo de un eje, colágeno, queratina y elastinas.
Algunas proteínas se encuentran situadas entre los tipos fibroso y globular como son la miosina o el fibrinógeno.
- Proteínas conjugadas. En estas proteínas los aminoácidos están combinados con otras sustancias químicas. Se considera formadas por dos componentes:
- Componente proteico, llamado apoproteína.
- Componente no proteico, llamado grupo prostético.
Se clasifican en función de la naturaleza del grupo prostétoco:
- Nucleoproteínas; contienen hidratos de carbono (mas del 4% en peso de la molécula) unidos covalentemente a proteínas.
- Glucoproteínas; Igual que las anteriores pero el peso en inferior al 4%.
- Lipoproteínas; contienen lípidos, como el colesterol o los triglicéridos.
- Metaloproteínas; contienen metales fuertemente unidos a la proteína.
- Fosfoproteínas; contienen altas concentraciones de grupos fosfato unidos covalentemente a la proteína.
Establecer cuales son sus funciones. Las funciones de las proteínas abarcan una amplia gama de actividades, entre las que se encuentran: enzimas, elementos estructurales, función defensiva o protectora, transporte de moléculas, hormonas, receptores (fijan una hormona específica a un neutrotransmisor especifico, presión oncótica (presión que ejercen las proteínas, como la albúmina).
Proteínas séricas. Es el componente proteico del suero y cumplen funciones como trasporte de sustancias, regulación osmótica, función de anticuerpo, coagulación sanguínea, nutrición celular, etc.
La mayoría de las proteínas séricas son sintetizadas en el hígado, con dos excepciones en el adulto; inmunoglobulinas y la hemoglobina.

2 Objetivos

- Determinar los elementos químicos de los que están formadas las proteínas, y entender sus distintos niveles estructurales.
- Comprender su estructura tridimensional y de plegamiento de las proteínas.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos, tales como Pubmed, Scielo, y Dialhet, así como en diversos libros, protocolos y manuales de hospital. Para la búsqueda se utilizaron las palabras clave como descriptores.

4 Resultados

La técnica utilizada para la separación de fracciones proteica es la electroforesis. Es una técnica simple para la separación y cauntificación de proteínas séricas. La electroforesis se basa en el movimiento de partículas cargadas en un campo eléctrico. Cuando se aplica un campo eléctrico a un medio que contiene partículas cargadas, las partículas o moéculas cargadas negativamente migran hacia el electrodo positivo (ánodo), mientras que las partículas cargadas positivamente migran hacia el electrodo negativo (cátodo). Este principio se aplica para separar las fracciones de proteínas del suero. La separación puede ser seguida de una fijación permanente de las fracciones en la posición del media al cual han migrado.

La electroforesis puede ser:
- Libre o móvil. Separación de proteínas utilizando un medio totalmente líquido.
- Zonal o de soporte. La separación se realiza empleando un medio de soporte inerte; ha demostrado ser más fácil de realizar y proporciona una mejor solución de las bandas. Como ya fue comentado, las proteínas son moléculas anfóteras, es decir, son partículas no cargadas o cargadas positiva o negativamente según el pH del medio en que se encuentren. Conociendo el pH del medio se puede elegir un buffer o tampón para la separación deseada. La función de buffer es mantener el pH constante, asegurando así que las proteína mantendrá una carga constante durante la separación elctroforética.

La elección del buffer depende de las propiedades químicas de las sustancias a ser separadas. La fuerza iónica del buffer es otro factor importante en el desarrollo de la electroforesis. Si aumenta la fuerza iónica del buffer al emigración se hace más lenta debido a la competencia por la corriente de los iónes del buffer. A mayor fuerza iónica el buffer las bandas migradas son más nítidas, pero están más juntas. El buffer barbial con pH 8.6 es comúnmente utilizado para la electroforesis de proteínas séricas: recientemente se han realizado otros como: tris-barbital con un lactato de calcio a pH 8,6.

En la separación electroforética han de tenerse en cuenta el voltaje, temperatura y tiempo. Estos parámetros han de ser optimizados para conseguir una buena resolución en la separación. En la electroforesis de proteínas séricas es habitual usar un voltaje constante durante todo el proceso.
Pueden aplicarse distintos tipos de soporte:
- Gel de poliacrilamida.

- Gel de almidón.
- Papel; es útil para la separación de moléculas de poco tamaño.
- Acetato de celulosa y gel de agarosa.

El acetato de celulosa y el gel de de agarosa dan resultados similares, no obstante el gel de agarosa presenta un rendimiento más coherente, lo que junto a la facilidad de su manipulación, es el método que se recomienda de elección para la electroforesis de proteínas séricas. La electroforesis de proteínas séricas se puede resumir en los siguientes pasos:
- Separación electrofóretica mediante un campo eléctrico.
- Fijación de soporte de las facciones proteicas ya separadas.
- Revelado de las fracciones proteicas para identificar su presencia y separación: se realiza con colorantes como negro amido o Ponceau S.
- Decoloración para eliminar el exceso de colorante; se emplean mezclas de metanol-acético o acético-agua, según el colorante empleado.
- Cuantificación de las fracciones electroforéticas. Pueden realizarse por:
Elucción.
Densitometría.

Hay numerosos sistemas de electroforesis de proteínas comercialmente disponibles. Para la electroforesis de proteínas séricas la muestra de elección es suero. Se puede usar plasma, pero en este caso se observará una banda adicional correspondiente al fibrinógeno. Las fracciones electroforéticas.
A partir de una muestra de suero y realizando un electroforesis en gel de agarosa se obtienen cinco fracciones:
- Albúmina.
- Alfa-1-globulinas.
- Alfa-2-globulinas.
- Betaglobulinas.
- Gammaglobulinas.

Si la muestra fuera plasma se obtendría una banda adicional entre la región beta y la región gamma correspondiente al fibrinógeno. El estudio del proteinograma nos permite conocer la proporción de cada una de las fracciones proteicas obtenidas tras la electroforesis. Para cuantificar cada fracción bien definida en g/dl se emplea la siguent formula:
- g/dl sera igual a la fracción en tanto por ciento por la proteína total (g/dl) partido por 100.

En la interpretación del proteinograma hay que tener en cuenta que excepto la

albumina; las otras fracciones incluyen cada una varios tipos de proteínas, por lo que en determinadas situaciones será necesario realizar estudios más específicos para determinar cual es la proteína alterada y para su cuantificación.

Las modificaciones en las distintas regiones del proteinograma pueden producirse por amento o disminución de alguna o algunas de las proteínas incluidas en cada una de las fracciones.

5 Discusión-Conclusión

Las situaciones que más frecuentemente cursan con alteraciones del patrón electroforético son:
- Enfermedades hepáticas. Para la adecuada síntesis de las proteínas séricas se requiere la presencia del hígado normalmente funcionaste. El hígado posee capacidad de aumentar la excrección proteica en aproximadamente el doble durante los estados patológicos asociados con una pérdida proteica. Por lo tanto no debe sorprender que la determinación de proteínas séricas totales no esté alterada hasta que se haya producido una disminución importante de la función hepática.

La albumina se haya disminuida en las enfermedades hepáticas crónicas, y esto generalmente se acompaña de un aumento de las beta y gammaglobulinas.

En la cirrosis hepática es muy notable el aumento de las gammaglobulinas. La fracción alfa suele estar disminuida.
La fracción alfa!-globulina está disminuida en la enfermedad hepática crónica, y cuando esta fracción está o casi está ausente, sugiere la posibilidad de un déficit del alga-1-antiripsina como causa de la enfermedad hepática. Las alga-2-globulinas y betaglobulinas están aumentadas en la ictericia obstructiva, lo cual esta relacionado en gran parte con interferencias a nivel del metabolismo lipoproteico normal.

En las enfermedades inflamatorias el organismo ante procesos agudos responde con el incremento de los reactantes de fase aguda. Se peroduce una elevación de las alfa-1 y alfa-2-globulinas. La albumina puede estar disminuida. En las enfermedades inflamatorias crónicas la principal diferencia con las agudas es la elevación de la fracción gamma. La albumina es normal o esta disminuida, la región beta es normal o esta aumentada y la regiones alga-1 y alga-2 globulinas suelen estar aumentadas.

El síndrome neofrótio. Se produce pérdida renal de proteínas, por lo que las pro-

teínas totales están disminuidas. La albúmina está disminuida. La alfa-2 están aumentadas y las gamma pueden estar normales o disminuidas

En la gammapatía monoclonal se produce un exceso de inmunoglobulina homogénea debido a la proliferación de un clon celular productor de inmunoglobulinas. Las enfermedades más representativas son el mieloma multiple y la macroglobulinemia de Waldenstron (proliferación monoclonal de linfocitos B y componente monoclonal IgM).

La valoración del proteinograma debe hacerse expresando las fracciones en valores absolutos y evaluando globalmente todas las variacones observadas. Pueden ser de utilidad las siguientes consideraciones generales:
- Las hipoproteínas son debidas principalmente a la disminución de la albúmina.
- Las hiperproteínas son por aumento de las globulinas (no existe hiperalbuminemia) y fundamentalmente por aumento de la fracción gamma.
- Las globulinas que aumentan con más frecuencias son las gamma y las alga; el aumento de la beta es menos frecuente.
- Las globulinas alfa aumentan en los procesos inflamatorios o en los que existe destrucción tisular; las globulinas gamma lo hacen cuando hay activación de los linfocitos B.

Las disminuciones aisladas de las globulinas son dificiles de valorar. De ellass la de mayor interés, aunque un poco frecuentes, son las de las gamma, lo cual se produce en las hipo y agammaglobulinas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1983

EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL ÁMBITO SANITARIO

JOSE ALBERTO FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

Un artículo publicado en la Revista de Administración Sanitaria explica que un gran número de las actividades que se realizan dentro de las organizaciones se llevan a cabo gracias al trabajo en equipo, a la convergencia, la coordinación y la cooperación, que permiten el logro de objetivos comunes.

La inteligencia del hombre de forma individual es mucho más débil que la inteligencia colectiva de un grupo humano. De hecho, el ser humano no hubiera podido sobrevivir sin su carácter gregario. Por ello, la importancia de los grupos y los vínculos que se establecen dentro de ellos, forma parte de la historia misma de la humanidad.

Un equipo de trabajo es un conjunto de personas que interactúan entre sí intensamente de forma que cada una influye en las demás y éstas influyen en ella, para conseguir un objetivo o satisfacer ciertas necesidades. Referido esto al mundo sanitario, este objetivo común no es otro que la salud y bienestar del paciente.eles más trascendentes en todo este avatar, es la importancia de trabajar en equipo, además de reflexionar acerca de los conceptos equivocados que a veces tenemos acerca de esta idea, y el valor añadido que aporta esta forma de trabajar, tanto en los profesionales como en la empresa a la que pertenecen. Por esto, uno de los papeles más trascendentes en todo este avatar, es la importancia de trabajar en equipo, además de reflexionar acerca de los conceptos equivocados que a veces

tenemos acerca de esta idea, y el valor añadido que aporta esta forma de trabajar, tanto en los profesionales como en la empresa a la que pertenecen.

El trabajo en equipo ha pasado de ser un tema vinculado a la psicología y el desarrollo personal a ser uno de los elementos más relevantes en áreas como la economía, la gestión de empresas, el marketing o la organización empresarial. Actualmente el trabajo en equipo es valorado como una de las claves del éxito en todas las empresas y esto es así porque ninguna empresa puede prescindirse del trabajo grupal, ya que la efectividad de toda organización se fundamenta en un buen trabajo coordinado del conjunto de sus miembros.

Un equipo es un conjunto de personas que se necesitan mutuamente para actuar. Todos los equipos son grupos, pero no todos los grupos son equipos, puesto que la idea de equipo implica la sinergia del talento colectivo, producido por cada persona en su interacción con las demás. Definir de forma clara los patrones de relación que han de seguir los miembros de un equipo para que gracias al trabajo conjunto se llegue a alcanzar más fácilmente los objetivos propuestos y, al mismo tiempo, desarrollen un concepto de integración, estimación e implicación en el sistema sanitario.

Una de las principales ventajas es que permite obtener sinergias: "Se obtienen mejores resultados trabajando en común que si cada uno de los miembros trabajara por separado y posteriormente se reunieran con sus resultados individuales". La cohesión, el complementar las tareas de trabajo, es esencial para que salga el trabajo. Nuestro sistema sanitario tiene que preparar su futuro mediante la detección de sus necesidades y el aprovechamiento de nuevas oportunidades.

El trabajo en equipo en el ámbito sanitario también tiene otras ventajas, permite que los miembros del equipo conjunten habilidades y talentos y que las tareas se complementen. Cuando se pertenece a un grupo también es más fácil resolver los problemas y hay más motivación entre los miembros del grupo , juntar diferentes habilidades son algunas de las ventajas de formar parte de un equipo en el sector de la salud la cohesión es uno de los elementos más destaca bles del trabajo grupal porque "cuanto mayor es la cohesión "Las cosas en los hospitales pueden ir mucho mejor si cada uno de los integrantes se siente parte del equipo. El sentido de pertenencia evita la clásica rotación de personal y eleva la motivación del grupo, mayor es la motivación de sus miembros y menor el absentismo.

"Algunos de los factores que llevan al éxito son: que el equipo comparta unos mismos objetivos y normas comunes, que los miembros del grupo sean competentes

tanto desde el punto de vista técnico como científico, que haya una relación empática en el grupo que favorezca la comunicación y la auto crítica, y que las tareas estén bien delimitadas y "adecuadas al campo competencial de cada uno de los integrantes del equipo".

Entre las estrategias enfocadas a la mejora de dicha comunicación cabe referir la necesidad, durante la formación académica de los profesionales de la salud, de potenciar sus competencias y habilidades sociales y comunicativas. El fomento de esta "educación interprofesional" supondrá, a buen seguro, crear un contexto de relación en el que los miembros de las diferentes profesiones tengan la oportunidad de empatizar con otros profesionales, haciendo así posible no solo que puedan aprender más sobre sus roles y responsabilidades, sino también que puedan valorar la importancia de su imprescindible interrelación.

2 Objetivos

Conseguir la salud y el bienestar del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Entre los numerosos factores que determinan el éxito de un equipo está:
- Competencia técnica y científica de los miembros del equipo
- Establecimiento de una relación empática profunda que favorezca la fluidez comunicativa y la auto crítica
- Liderazgo reconocido y aceptado por todos los miembros del equipo
- De limitación adecuada del campo competencial de cada uno de los integrantes del equipo
- Normas comunes, objetivos interdependientes y un objetivo común

Una de las principales ventajas del trabajo en equipo es que nos permite obtener sinergias, es decir, el todo es superior que la suma de sus partes (se obtienen mejores resultados trabajando en común que si cada uno de los miembros trabajara por separado y posteriormente se reunieran con sus resultados individuales). Esta sinergia viene determinada por la interdependencia de las tareas de sus miembros, que pueden ser de diversos tipos:

- Tareas aditivas
- Tareas disyuntivas
- Tareas conjuntivas

Uno de los principales retos que acompañan el cambio de modelo sanitario, consiste en la consolidación del trabajo en equipo en el ámbito de la salud. Los profesionales de la medicina y de la enfermería están "obligados a entenderse", pues lo contrario no solo supondría atentar contra la calidad sanitaria, sino también poner en riesgo la propia seguridad y buen cuidado de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro ámbito sanitario, el campo competencial de cada uno de los miembros dentro del grupo suele estar muy delimitado, por el simple hecho de tratarse de personas procedentes de diferentes disciplinas (enfermeras, médicos, TCAE, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) y como hemos comentado anteriormente, esta es una de las características que ha de cumplir un equipo de trabajo. Pero es a la vez, una de los problemas que surgen a la hora de trabajar, pues en ocasiones esta de-limitación y especialización de tareas (esto es tuyo, esto es mío) deriva en individualismos, donde olvidamos que nuestro objetivo común es el paciente, y no que nuestra labor individual sea excelente.

Hemos de ser conscientes y valorar lo que aporta cada disciplina, como valor único, y centrar todos los esfuerzos en un objetivo común, el paciente. No es ser excelentes de manera individual, o ser la especialidad o profesión "estrella" epicentro de todo lo demás; es al contrario, unir esfuerzos, puntos de vista, y competencias científicas para lograr una adecuada atención, que abarque todas las esferas que componen el ser humano, como un todo indisoluble.

Debemos saber mejorar y cambiar, pero lo más importante, y quizás lo más difícil, por otra parte, sea cambiar nuestra mentalidad como profesional y , desechar paradigmas y estereotipos del pasado, formas de trabajar obsoletas, e impregnar el sistema nacional de salud con un espíritu real de equipo y colaboración. Necesi-

tamos un liderazgo profesional global e interprofesional, tenemos constituida "la asociación no jerarquizada", conocemos nuestras funciones, estamos sensibilizados sobre la necesidad del trabajo en equipo… entonces, ¿por qué no trabajamos en equipo? ¿Qué es lo que falla?

Basta con saber todo lo que cada uno de nosotros puede aportar, estar dispuestos a ser complementarios, a converger en pos de un objetivo común, a coordinar nuestro trabajo de una forma organizada y comunicándonos con los demás de una forma abierta. Todo esto sobre unas bases sólidas: confianza en nosotros mismos y en el equipo y compromiso de dar lo mejor de sí mismo y en anteponer el éxito del equipo al propio. Restauraremos otra vez una "joya de la corona" como la sanidad pública y universal de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1984

HORMONAS DE LA HIPÓFISIS.

MARIA ELENA PRIETO GOMEZ

ADOLFO JAVIER PRIETO GÓMEZ

1 Introducción

La hipófisis o glándula pituitaria es una glándula del tamaño de un guisante que se aloja en el interior de una estructura osea denominada silla turca, en la base del cerebro . La silla turca protege la hipófisis.

La hipófisis regula la actividad de la mayor parte de las demás glándulas endocrinas; a su vez el hipótalamo, una región del cerebro situada justo encima de la hipófisis, controla gran parte de la actividad de esta última.

El hipotálamo o la hipófisis determinan la cantidad de estimulación que necesitan las glándulas sobre las que actúan mediante las concentraciones de las hormonas producidas por las glándulas que están bajo el control de la hipófisis (glándulas de actuación).

La hipófisis y el hipotálamo están conectados por un sistema capilar denominado sistema Portal, el cual proviene de la arteria carótida interna y del polígono de Willis e irriga primero al hipotálamo formando el plexo capilar hipofisiario.

El objetivo de este sistema Portal es transportar hormonas liberadoras o hipofisiotrópicas que secreta el hipotálamo con fines reguladores de la secreción adenohipofisiaria.

Estas hormonas son.
- Somatocrinina : estimula la hormona del crecimiento GH.

-Corticoliberina (CRH : estimula la secreción de la hormona adrenocorticotropa (ACTH).
- Tiroliberina (TRH): estimula la secreción de TSH .
- Gonadoliberina (GNRH): estimula la secreción de la hormona luteinizante (LH Y FSH).
-Somatostatina: inhibe la secreción de la hormona del crecimiento (GH) por parte de la hipófisis.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de hormonas que producen la adenohipófisis y la neurohipófisis.
- Asociar trastornos relacionados con la hipófisis.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos como PUBMED , SCIELO Y DIALNET , así como en diversos libros , protocolos y manuales del hospital.

4 Resultados

El proceso se realiza en el momento en que el Sistema Nervioso Central recibe un estímulo, el hipotálamo recibe parte del estímulo y actúa sobre la hipófisis. A su vez el hipotálamo secreta las hormonas en la adenohipófisis o libera las de la neurohipófisis. Éstas se incorporan a la circulación, viajan por medio de la sangre y son captadas por receptores específicos ubicados el los órganos diana.

En ese momento el órgano diana, que en todo caso es cualquiera de las glándulas endocrinas comienzan a secretar sus propias hormonas, con lo que se envía un estimulo al Sistema Nervioso, específicamente al hipotálamo o directamente a la hipófisis con lo cual se contrarresta el estímulo inicial.

Hormonas que produce la adenohipófisis:
- ACT : su función es estimular las glándulas suprarrenales para secretar cortisol (hormona semejante a la cortisona) y varios esteroides androgénicos (semejantes a la tetosterona).

- Hormonas estimulantes de los melanocitos B, que regulan la pigmentación de la piel.
- Encefalinas y endorfinas: que controlan la percepción del dolor, el estado de ánimo y la atención.
- TSH: estimula la producción de hormonas tiroideas, si está alta (hipertiroidismo) , si está baja (hipotiroidismo).
- Hormona luteinizante y foliculoestimulante (gonadotropinas) actúan sobre los ovarios y los testículos.
- GH: hormona del crecimiento que favorece el crecimiento de los huesos y músculos y contribuye a regular el metabolismo .

Hormonas que produce la neurohipófisis:
- La hormona antidiurética o vasopresina y la oxitocina: ambas son producidas por células nerviosas del hipotálamo. No estimulan a otras glándulas endocrinas. Sus variaciones de concentración afectan directamente a los órganos que regulan.
- La hormona antidiurética promueve la acumulación de líquidos por parte de los riñones y contribuye a retener la cantidad de agua adecuada.
- La oxitocina contrae el útero durante el parto e inmediatamente después del mismo, para prevenir una hemorragia excesiva ; estimula la concentración de ciertas células de las mamas que rodean las glándulas mamarias.

5 Discusión-Conclusión

Algunos trastornos asociados a la hipófisis son :
-Acromegalia: cuando hay una sobreproducción de la hormona del crecimiento.
- Gigantismo: cuando hay una sobreproducción de la hormona del crecimiento.
- Diabetes insípida: cuando hay una baja producción de vasopresina.
- Síndrome de Sheehan: cuando hay una baja producción de cualquier hormona hipofisiaria.
- Adenoma hipofisario: cuando hay una sobreproducción de cualquier hormona hipofisiaria.
- Hipopituitarismo: cuando hay una baja producción de cualquier hormona hipofisaria.
- Déficit de la hormona del crecimiento: cuando hay una baja producción de la hormona del crecimiento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1985

LA PRIVACIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN DE LOS PACIENTES TANTO POR EL PERSONAL SANITARIO COMO NO SANITARIO

CECILIA NEILA BLANCO

PURIFICACION GARCÍA BLANCO

ARACELI ESPAÑA CORTES

PABLO VALDÉS PALACIOS

1 Introducción

Cuando una persona ingresa, los profesionales que trabajan en sanidad deben realizar actuaciones al paciente que deben ser registradas, de esta manera se lleva un control exhaustivo de todo lo que se le realiza.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importante de realizar un buen registro del paciente, por parte de todos los profesionales que trabajan en el hospital nada más realizar el ingreso.
- Crear concienciación entre los profesionales de la importancia que tiene el realizar un registro exhaustivo de todo lo que se le realiza al paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal de un ámbito sanitario tanto personal sanitario (auxiliar de enfermería, enfermeros, técnicos en radiodiagnóstico…)y personal no sanitario (peluqueros, administrativos…) posee unos documentos que son específicos para cada servicio, en los que debe dejar escrito todas las intervenciones que realiza a el paciente.
La anotación y registro de toda la información de los pacientes ayuda al seguimiento y a la recuperación, debido a que es más fácil para los profesionales seguir correctamente las pautas y esto ayuda a que no se pierda ningún dato importante. Además, fomenta entre los profesionales una buena comunicación y coordinación.

Llevar un buen registro es una manera muy efectiva de conservar todos los datos recogidos, ordenados y que sean accesibles en todo momento para los profesionales. La calidad del servicio viene en parte dada por la calidad de los datos que se registran, es importante que sirvan para el trabajo de los profesionales sin atentar contra la intimidad, la dignidad o la confidencialidad de los pacientes. Los datos registrados deben ser claros y concisos, tienen que estar expresados de manera cuantitativa y debe seguir el formato asignado al documento.

5 Discusión-Conclusión

Desde el momento en que el paciente ingresa, queda demostrado la importancia que tiene que se le realice una correcta recepción, valoración y atención por los profesionales que trabajan en el hospital a través de una buena coordinación. Todo esto se debe recoger en documentos que posee el hospital y van a formar parte de la historia medica del paciente.

Es muy importante todo el proceso de registro de datos ya que mejora la atención que recibe el paciente, ofrece que los cuidados recibidos sean individualizados y todo ello ayuda a una rápida recuperación, a la vez esto ayuda al profesional a mejorar en la coordinación y actuación con sus compañeros.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA:
- García, S., Navío, A. y Valentín, L. NORMAS BÁSICAS PARA LA ELABORACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA. Nure Investigación, 8 de marzo de 2007. nº28. Madrid. Obtenido en: www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/335/326
- Grupo "Valoración". PROCESO DECUIDADOS: VALORACIÓN ENFERMERA. Registros para la Valoración Enfermera. Principado de Asturias. Marzo 2009. Obtenido en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_Formacion/Metodologia%20enfermera/valoracion.pdf
- Calleja, A. Vidal, A., Cano, I. y Ballesteros, M. Cuestionario semicuantitativo para la valoración de la ingesta dietética del paciente hospitalizado: una herramienta sencilla para la práctica clínica. NutrHosp 2016; 33:324-329. Obtenido en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n2/23_original21.pdf.
- León Molina J, Manzanera Saura JT, López Martínez P, González Nieto L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. Enferm Global [Internet]. 2010 [citado 9 Dic 2013];9(2):1-14. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/107331/101991.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1986

CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE RADIODIAGNÓSTICO

MARIA LUISA SUAREZ GONZALEZ

AIRAM PADILLA MÉNDEZ

1 Introducción

Un Servicio de radiodiagnóstico es una unidad de trabajo, jerarquizada en torno a un Jefe de Servicio, que dispone de un personal de origen vario: médicos, enfermeros, técnicos superiores en Imagen para el diagnóstico (T.S.I.D.), auxiliares de enfermería (A.E.), auxiliares administrativos (A.A.) y celadores, que ocupa una amplia superficie en el Hospital y sobre la que se implantan un serie de equipos productores de Rayos X, de Ultrasonidos y de Ondas Magnéticas, destinados a la obtención de imágenes diagnósticas y a la realización de procedimientos terapéuticos.

La instalación y aceptación de equipos nuevos o modificados, cuyo funcionamiento implique riesgo radiológico, debe llevarse a cabo siguiendo unos criterios de optimización que, además de permitir que se logren los objetivos clínicos, diagnósticos o terapéuticos perseguidos minimicen las dosis asociadas a dichos estudios.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste un Servicio de radiodiagnóstico, cual es su distribución y por qué es tan importante su localización concreta en un centro sanitario.

3 Metodología

Búsqueda en principales web especializadas en el ámbito sanitario, así como de consulta en la bibliografía específica y exposición de los resultados de la investigación después de extraer las conclusiones necesarias.

4 Resultados

Clasificación de los servicios de radiología según la OMS: básica, general y especializada

- Servicio de Radiología Básica (SRB)

Es el servicio de radiología más periférico instalado en el primer nivel de asistencia (centros de salud, hospitales pequeños). El equipo radiológico consiste en un solo aparato radiográfico, sin fluoroscopia.

- Servicio de Radiología General (SRG)

Representa el segundo nivel de la radiología y funciona en hospitales intermedios y grandes. Generalmente, en este nivel, hay varios aparatos instalados, uno o varios radiólogos y técnicos especialistas. Se efectúan la mayoría de los exámenes radiológicos (incluyendo los estudios mediante fluoroscopia), con excepción de algunas técnicas especializadas (angiografía).

- Servicio de Radiología Especializada (SRE)

Representa el tercer nivel, es decir el más avanzado, de la radiología en un país y está situado generalmente en un hospital universitario o en un centro de especialidades médicas. El
SRE es generalmente un SRG con equipo suplementario que le permite efectuar los estudios especializados que no se pueden hacer en el SRG

Estructura básica: ubicación, instalaciones y disposiciones de equipos

- Estructura básica general

El esquema general de una instalación radiológica debe tener en cuenta los diferentes patrones de tránsito. Aunque el flujo de pacientes puede ser menos importante, hay que considerarlo por su efecto sobre la eficacia global del servicio. Los patrones de tránsito correspondientes a los técnicos en radiología y a los radiólogos tienen una importancia básica.

Los técnicos en radiología pasan la mayor parte del tiempo en la sala de exploración, pero también deben tener un acceso fácil al área de preparación de pacientes, al almacén de productos radiológicos, al cuarto oscuro y a la sala de visualización e informes. Los servicios de radiología con más de cuatro salas de

examen deben contar con una sala de estar para el personal técnico. Esta sala se integrará en el servicio de rayos X para comodidad del personal.

- Ubicación

En la actualidad se acepta que el departamento de rayos X debe estar cerca de las consultas externas de pacientes ambulatorios y del área de urgencias, además debe contar con un acceso fácil desde el área de hospitalización del centro. Para comodidad de los pacientes, también puede ser útil situarlo cerca de los laboratorios. Asimismo, proporcionará unas buenas condiciones de trabajo y protección. Al planificar la estructura del Hospital o centro, se debe prever la posibilidad de crecimiento. En los grandes hospitales se planifican instalaciones radiológicas separadas como parte integral del área de urgencias, del área de quirófanos y del área de servicios médicos especializados

- Instalaciones

La altura mínima de la sala de ser de 3,4 m, la distancia entre columnas será de entre 6 y 9m, la resistencia del suelo será de 1.500 Kg/m2 , deben existir canaletas de 20x20 cm en el suelo para las conducciones eléctricas, habrá aire acondicionado regulable en cada sala y desde el punto de vista de la protección radiológica, todas las instalaciones deben estar perfectamente blindadas contra las radiaciones ionizantes.

Los pasillos utilizados por los pacientes ambulatorios deben medir 2,44 m de ancho, mientras que los que reciben a pacientes hospitalizados, con sillas de ruedas, camillas o camas, medirán 3,66 m.

Zona de pacientes: 25% de la superficie.

Zona de exploraciones: 25-30% de la superficie.

Zona central o laboratorio: 25% de la superficie.

Zona de personal y servicio: 15% de la superficie.

Zona de archivo: 10% de la superficie.

Disposición de equipos.

Multifuncionales.

Monográficas o especiales.

Consideraciones constructivas.

Sala de exploración con rayos X.

Cuarto oscuro.

5 Discusión-Conclusión

La OMS (Organización Mundial de la Salud) clasifica los servicios de radiología en 3 grupos: Servicio de Radiología Básica, Servicio de Radiología General y Servicio de Radiología especializada.

6 Bibliografía

- http://www.conganat.org
- http://csn.ciemat.es
- http://www.needgoo.com
- Organización Mundial de la Salud (OMS).

Capítulo 1987

RELACIONES DEL CELADOR EN EL SISTEMA SANITARIO.

JONATHAN SUÁREZ VARELA

1 Introducción

El celador suele ser la primera persona con la que interactúan los enfermos y los familiares al llegar al hospital. Esta interacción debe de ser positiva, por eso es importante tener una buena formación del celador.

Funciones del Celador dentro del Sistema Sanitario:
1- Tramitarán y conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les confíen sus superiores. Así como, trasladar de unos servicios a otros, los aparatos y mobiliario que se requiera.
2- Harán los servicios de guardia que se requieran dentro de los turnos que se establezcan.
3- Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa.
4- Cuidarán al igual que el resto del personal de que los enfermos no hagan un uso indebido de los enseres y ropa de la institución, instruyéndoles en el uso y manejo de los útiles de servicio general.
5- Servirán de ascensorista cuando se les encargue este cometido.
6- Vigilarán las entradas de la institución.
7- Harán la vigilancia nocturna tanto del interior como del exterior de la institución.
8- Velarán por conseguir el mayor orden y silencio en todas las dependencias de la institución.

9- Avisaran a sus superiores de las anomalías y desperfectos que se encuentren.
10- Vigilarán el acceso e instancia de los familiares y visitantes.
11-Trasladarán a los enfermos tanto dentro de la institución como en el servicio de ambulancias.
12- Ayudarán a los enfermeros y auxiliares al traslado y movimiento de pacientes.
13- Excepcionalmente, asearán a los enfermos encamados masculinos, siguiendo las indicaciones de la supervisora de planta.
14-En caso de ausencia del peluquero, rasuraran a los enfermos masculinos que tengan que ser operados.
15- En quirófano, ayudarán en todas aquellas funciones propias del celador. Además de lo que les indiquen los médicos y enfermeros.
16- Bañaran a enfermos masculinos cuando éstos no puedan por sí mismo, según las indicaciones de la supervisora de planta.
17- Excepcionalmente ayudará a la retirada de cuñas.
18- Ayudarán a los enfermeros a amortajar y serán los encargados de llevar a los fallecidos al mortuorio.
19- Ayudan en la práctica de autopsias. En aquellas funciones que no requieran el uso de instrumental sobre el enfermo.
20- Tendrán a su cargo animales utilizados en laboratorios y quirófanos experimentales.
21- Evitarán hacer comentarios sobre la salud y pronóstico del enfermo.
Por último, serán funciones también del celador aquellas que le encomienden sus superiores y que estén dentro de su ámbito de actuación.

2 Objetivos

Saber cuáles son las funciones del celador en el sistema sanitario.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 1988

MEDIDAS PREVENTIVAS EN RIESGOS LABORALES A TOMAR EN CUENTA TANTO POR EL PERSONAL SANITARIO COMO NO SANITARIO.

PURIFICACION GARCÍA BLANCO

CECILIA NEILA BLANCO

ARACELI ESPAÑA CORTES

PABLO VALDÉS PALACIOS

1 Introducción

En el día a día, en nuestro trabajo nos encontramos con riesgos, que a veces no conocemos o no somos conscientes de la magnitud que pueden alcanzar. Llegar a tener accidentes importantes o consecuencias irreversibles que nos repercutirán el resto de nuestra vida.

2 Objetivos

- Conocer la información básica de la tarea que vas a realizar a diario.
- Conocer tareas o áreas donde es más probable que exista el riesgo.
- Consecuencias más probables de un accidente.
- Conocer las principales acciones y/o pautas a adoptar.

3 Metodología

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

4 Resultados

El cumplimiento de los nueve principios de la acción preventiva, es una de la mejor forma para evitar cualquier tipo de problema no deseado en el trabajo; tal y como vienen recogidos en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Todos debemos conocer las obligaciones y deberes que tienen los empresarios y empresarias (nuestros y nuestras Gerentes), pues ellos tienen que proteger y garantizar nuestra seguridad y nuestra salud en el trabajo y que, a su vez, es un derecho que los trabajadores y trabajadoras tenemos contemplado en el artículo 14 de la misma Ley:

• El empresario o empresaria (Gerentes) evitará los riesgos.
• Evaluará aquellos riesgos que no se puedan evitar.
• Combatirá los riesgos en el origen.
• Adaptará el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción.
• Tendrá en cuenta la evolución técnica.
• Sustituirá lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
• Planificará la prevención integrando técnica, organización del trabajo, condiciones del trabajo, relaciones sociales y la influencia de factores ambientales.
• Adoptará las medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
• Dará las debidas instrucciones a los trabajadores y trabajadoras.

Esto en cuanto a deberes y derechos que nosotros tenemos, pero ¿cuál debe ser nuestra postura? pues nuestra seguridad y la de quien nos rodea nos debería fijar unas medidas preventivas generales para todos los sectores, que podríamos llamar "pautas de convivencia":

• Mantener el espacio ordenado y limpio.
• Identificar peligros.

• Solicitar mejoras.
• Salidas de emergencia
• Instrucciones de uso.
Revisar de forma periódica los hábitos de trabajo para detectar posibles actuaciones que puedan generar riesgos. La implicación en la Prevención de Riesgos Laborales de nuestro lugar de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La única vía de acabar con la siniestralidad laboral y la exposición a las enfermedades profesionales es a través de la información y la formación a los trabajadores y trabajadoras. Qué debes de hacer y no hacer, y cuáles son las recomendaciones generales.
Cualquier normativa de prevención de riesgos laborales (señalización, lugares de trabajo, radiaciones, manipulación manual de cargas, pantallas de visualización de datos, equipos de trabajo, equipos de protección individual…) es la protección de los trabajadores contra los diferentes riesgos y son los mínimos exigibles y desde luego debemos conocerlos y ponerlos en práctica a la hora de efectuar nuestro turno de trabajo.

6 Bibliografía

- CORTÉS DÍAZ, J.M.: "Técnicas de Prevención de Riesgos Laborales. Seguridad e Higiene del Trabajo". 9a Edición. Ed. Tébar. Madrid, 2007.
- FERNÁNDEZ DE PINELO, T. Y OTROS: "Condiciones de Trabajo y Salud". INSHT. Barcelona, 1987.
- GUTIÉRREZ MARCO, A.: "Temas de Seguridad e higiene del Trabajo". Fundación Mapfre. Madrid, 1984.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (BOE n° 269 de 10 de noviembre).

Capítulo 1989

LA REHABILITACIÓN, SU IMPORTANCIA

MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO

1 Introducción

La medicina física y rehabilitación, también llamada fisiatría, es una especialidad de la medicina y de las ciencias de la salud que promociona la salud y previene, diagnostica, evalúa, prescribe y trata el estado de enfermedad.

La rehabilitación es el cuidado que usted recibe para recuperar, mantener o mejorar las capacidades que necesita para la vida diaria. Estas capacidades pueden ser físicas, mentales y/o cognitivas (pensar y aprender). Puede que se pierdan por una enfermedad o lesión, o como un efecto secundario de un tratamiento médico. La rehabilitación puede mejorar su vida diaria y su funcionamiento. La rehabilitación es para personas que han perdido capacidades que necesitan para la vida diaria. Algunas de las causas más comunes incluyen:

- Lesiones como trauma, incluyendo quemaduras, fracturas (huesos rotos), lesión cerebral traumática y lesiones de la médula espinal
- Accidente cerebrovascular.
- Infecciones graves.
- Cirugía mayor.
- Efectos secundarios de tratamientos médicos, como para el cáncer.
- Ciertos defectos congénitos o trastornos genéticos.
- Trastornos del desarrollo.
- Dolor crónico, incluyendo de espalda y cuello.

La rehabilitación es un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, como así también su ajuste psicológico, social, vocacional y económico que le permitan llevar de forma libre e independiente su propia vida.

La rehabilitación es un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad en la medida que lo permitan la utilización apropiada de todas sus capacidades residuales.

2 Objetivos

El objetivo principal es la recuperación total o parcial del paciente, para que pueda seguir con su vida cotidiana con calidad de vida.

3 Metodología

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

4 Resultados

El objetivo general de la rehabilitación es ayudar al paciente a recuperar sus capacidades o su independencia. Las metas específicas son diferentes para cada persona. Ellas dependen de la causa del problema, si la causa continúa o fue temporal, que capacidades se perdieron y qué tan grave es el problema. Por ejemplo:

- Una persona que sufrió un derrame cerebral puede necesitar rehabilitación para poder bañarse o vestirse sin ayuda.
- Una persona activa que tuvo un ataque cardíaco puede requerir rehabilitación cardíaca para volver a hacer ejercicio.
- Alguien con una enfermedad de pulmón puede tener rehabilitación pulmonar para respirar más fácilmente y mejorar su calidad de vida.

- Un equipo de profesionales de salud se encargará de ayudarle en su programa de rehabilitación. Trabajarán con usted para establecer necesidades, metas y un plan de tratamiento. Los tipos de tratamientos que se incluyen en este plan pueden ser:
- Aparatos de asistencia: herramientas, equipos y dispositivos que ayudan a personas con discapacidades a moverse y funcionar.
- Terapia de rehabilitación cognitiva para ayudarle a aprender nuevamente o mejorar habilidades como pensar, memorizar, planificar y tomar decisiones.
- Consejería de salud mental.
- Terapia musical o artística para ayudarle a expresar sus sentimientos, mejorar su pensamiento y desarrollar vínculos sociales.
- Consejería nutricional.
- Terapia ocupacional para ayudarle con sus actividades diarias.
- Terapia física para ayudarle con su fuerza, movilidad y condición física.
- Terapia recreacional para mejorar su bienestar a través de manualidades, juegos, técnicas de relajación y terapia asistida con animales.
- Terapia del habla y lenguaje para ayudarle a hablar, entender, leer, escribir y tragar.
- Tratamiento para el dolor.
- Rehabilitación vocacional para ayudarle con habilidades para ir a la escuela o a trabajar.

Dependiendo de sus necesidades, puede tener rehabilitación en la oficina de los proveedores, en un hospital o en un centro de rehabilitación para pacientes internados. En algunos casos, un proveedor puede ir a su casa. Si recibe atención en su hogar, deberá contar con familiares o amigos que puedan ayudarlo con su rehabilitación.

La necesidad de rehabilitación cubre todas las edades, aunque a menudo en función de esta difieran su tipo, grado y objetivos. Las personas con deterioro crónico, frecuentemente ancianas, tienen metas diferentes y necesitan una rehabilitación menos intensiva o de más larga duración que los jóvenes aquejados de una incapacidad temporal (como la derivada de una fractura o una quemadura). Por ejemplo, una persona mayor con insuficiencia cardíaca grave que haya sufrido un accidente cerebrovascular tendrá por objetivo simplemente la recuperación de la capacidad para llevar a cabo las actividades necesarias para su cuidado personal (como alimentarse, vestirse, bañarse, desplazarse entre la cama y la silla, utilizar el inodoro y controlar la función intestinal y de la vejiga).

En el caso de una persona más joven que haya sufrido una fractura, el objetivo suele ser la recuperación de todas sus funciones lo más rápidamente posible. No obstante, la edad por sí sola no es razón suficiente para modificar los objetivos o la intensidad de la rehabilitación, sino la presencia de otras limitaciones y enfermedades.

Para iniciar un programa formal de rehabilitación, el médico debe extender un informe de referencia (similar a una prescripción) dirigido a fisiatra (un médico especialista en rehabilitación), un terapeuta ocupacional, un fisioterapeuta o un centro de rehabilitación. El informe de referencia establece los objetivos del tratamiento, una descripción del tipo de enfermedad o lesión y su fecha de inicio. Dicho informe ha de especificar también el tipo de tratamiento necesario, como entrenamiento para caminar (asistencia para la deambulación) o para las actividades propias de la vida cotidiana.

5 Discusión-Conclusión

El lugar donde se llevará a cabo la rehabilitación varía según las necesidades de cada persona. En muchos casos quienes están recuperándose de una lesión asisten regularmente a la consulta de un fisioterapeuta para ser tratados como pacientes externos. Quienes sufran una incapacidad grave requieren a veces ser atendidos en un centro hospitalario o de rehabilitación. En estos lugares, la atención está a cargo de un equipo profesional de rehabilitación. Además del médico o terapeuta, este equipo puede incluir enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, logopedas para las patologías del habla (que tratan el habla, el lenguaje y la voz), audiólogos (que evalúan la audición) y otros profesionales de la salud, además de familiares de la persona afectada.

Es preferible el tratamiento en equipo porque una pérdida funcional significativa puede derivar en otros problemas como:
- Depresión.
- Apatía.
- Problemas financieros.

La atención domiciliaria suele ser adecuada para las personas que no pueden desplazarse con facilidad pero que requieren una menor atención, como es el caso de quienes pueden ir de la cama a la silla o de la silla al baño. Aun así, los familiares o amigos deben estar dispuestos a participar en el proceso de rehabilitación. La rehabilitación que se presta a domicilio con la ayuda de los familiares, aunque

sea altamente deseable, puede resultar una carga física y emocional para todos los implicados. En esos casos, resulta útil la participación de un fisioterapeuta o de un terapeuta ocupacional en la atención domiciliaria.

6 Bibliografía

- logoaccesousal
- Scopus Cobertura: multidisciplinar internacionalogoaccesolibre
- PubMed Cobertura: Ciencias de la Salud, internacional

Capítulo 1990

EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. PERSONAL ADMINISTRATIVO.

ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN

1 Introducción

El servicio de admisión y documentación clínica es un servicio no asistencial, encargado de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria en régimen ambulatorio o de hospitalización, además de gestionar la historia clínica.

Las funciones de admisión de hospitalización, urgencias y pacientes ambulatorios, forman el área de gestión de pacientes. Las funciones de archivo de la historia clínica y documentación constituyen el área de gestión de la documentación clínica. Como resultado de ambas áreas y producto de ambas gestiones (pacientes y documentación) se configura el Sistema de Información Asistencial.

El auxiliar administrativo es la persona encargada de gestionar la admisión de los pacientes en los diferentes centros sanitarios así como el encargado de manejar la documentación clínica de los mismos.

2 Objetivos

- Establecer las diferentes funciones que el auxiliar administrativo debe desarrollar para llevar a cabo un correcto trabajo dentro del servicio de admisión y documentación clínica.
- Conocer y analizar las funciones del auxiliar administrativo en este servicio.

3 Metodología

Se realiza una investigación tipo revisión bibliográfica analizando, sintetizando y discutiendo diferentes artículos.
Se definen los objetivos y se realiza una revisión de la literatura científica mediante la selección de publicaciones en distintas bases de datos, Dialnet y Google Académico, utilizando los siguientes descriptores de búsqueda: “admisión”, “auxiliar administrativo”, ”documentación” y ”funciones”. La búsqueda bibliográfica fue completada con información obtenida en libros, guías, revistas y manuales.

4 Resultados

El servicio de admisión y documentación clínica, es la unidad encargada de unir en el ámbito de la Atención Primaria y Especializada del área de salud, la ordenación, coordinación y priorización de las actividades que se producen entorno a la asistencia médica con el fin de mantener la eficiencia en la utilización de recursos y la cohesión de la organización frente al paciente y su proceso asistencial, garantizando así el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.

Resulta necesario disponer de sistemas de información homogéneos, fiables y suficientes, que permitan los procesos de gestión, la elaboración de indicadores de rendimiento y utilización y los controles de demanda asistencial, garantizando la protección de datos y el derecho a la intimidad de los pacientes.

El servicio de admisión y documentación clínica constituye una estructura de apoyo en el hospital, basada en la gestión de pacientes como área responsable de gestionar el flujo de los mismos en los distintos servicios que la Gerencia de Atención Integrada ofrece, así como tramitar su documentación clínica, y la información asistencial generada.

Para la organización del servicio resulta imprescindible disponer de distintos instrumentos y requisitos de infraestructura y organización:
• Formación continuada del personal auxiliar administrativo.
• Definición y creación de ficheros y registros de acuerdo a la información que se desea manejar.
• Establecimiento de los circuitos internos de comunicación y control de los procesos.
• Desarrollo de un software básico de apoyo a la actividad interna del servicio, abierto y modificable en el tiempo.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica, puede y debe ser evaluado en función de su capacidad y rendimiento. La evaluación continua a través de indicadores de actividad y de calidad, que involucran también a los servicios clínicos, favorece un clima de gestión compartida entre el servicio de admisión y documentación clínica y las unidades asistenciales.

5 Discusión-Conclusión

Resulta imprescindible la creación de una guía que contribuya a la normalización de las funciones que el auxiliar administrativo de la sanidad debe desempeñar dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, promoviendo así nuevas líneas de actuación en este campo profesional. Esta guía proporcionará las bases para la formación y la distribución de los recursos humanos de forma óptima.

Su aplicación contribuirá a la unificación y normalización de los contenidos de la actuación profesional. En una época en la que los usos y costumbres sociales, debido a las nuevas tecnologías, impulsan una evolución de consecuencias imprevisibles, el recuerdo de lo que es una buena metodología y cómo debe transmitirse la misma, es un ejemplo a seguir por cualquier profesional que pretenda ser riguroso en su trabajo.

6 Bibliografía

- López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
- Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
- Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. Cuadernos de bioética, 17(1), 57-68.
- Bonet, R. P., Pérez, I. A., García, M. A., Benavent, R. A., Vernis, M. M., & De La Cueva, A. (2001). La Documentación Médica. Papeles Médicos, 10(1), 24-31.
- Fortuny, S., Martínez-Hidalgo, B., García, R., Mateo, L., & Suárez, P. (2010). Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. Papeles médicos, 19(2), 4.

Capítulo 1991

TERAPIA OCUPACIONAL Y COREA DE HUNTINGTON. RESOLUCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

CRISTINA GARCÍA ALAS

1 Introducción

La enfermedad de Huntington (EH), se produce a nivel del neostriatum del cerebro, abarcando tanto al núcleo caudado como al putamen del mismo. Se trata de un trastorno hereditario neurodegenerativo, producido por la expansión en el número de repeticiones de CAG en el gen huntingtina (dicha expansión o mutación repetida de CAG, también muestra una función tóxica que produce la muerte neuronal donde el cuerpo estriado es especialmente vulnerable) a nivel del cromosoma 4, lo que da lugar a la atrofia del cerebro. Dicha atrofia, se encuentra más generalizada durante el curso de la propia enfermedad, lo que produce la pérdida de conectividad estructural y funcional entre el cuerpo estriado y otras partes del cerebro.

La EH, muestra un patrón de herencia autosómica dominante así, los hijos de un progenitor afectado por esta enfermedad, tanto en varones como en mujeres, tienen un riesgo del 50% de heredar el gen que se encuentra defectuoso y los portadores de genes, desarrollarán síntomas de la enfermedad durante una vida normal. Dicha enfermedad, se caracteriza por el deterioro progresivo tanto motor como conductual y cognitivo así, este deterioro progresa a lo largo de 15 a 20 años finalizando en la muerte de quien la padece.

Cabe destacar que, años antes de que los síntomas y signos físicos se manifiesten, garantizando de este modo un diagnóstico clínico de EH, los cambios cerebrales tanto estructurales como funcionales y los cambios cognitivos, conductuales y motores sutiles, se pueden ir produciendo. Todos estos, suelen aparecer en torno a los 40 años de edad aunque, existe alrededor del 5% de los casos donde el inicio de los mismos se da en la adolescencia e incluso en la infancia, lo que se define como EH de tipo juvenil pero de igual modo, las personas también pueden permanecer sin estos síntomas hasta la séptima e incluso octava década de su vida, lo que se conoce como EH de inicio tardío. También, la EH es más común en aquellas poblaciones con ascendencia europea. Por el momento, no existen terapias capaces de modificar la enfermedad así, el tratamiento sigue centrándose en el manejo de los síntomas.

El trastorno de movimiento característico en quienes sufren de EH es la corea, conocida como aquellos movimientos involuntarios rápidos de cara, tronco y extremidades aunque, también muestran características cognitivas y neuropsiquiátricas que contribuyen en gran medida a la pérdida de independencia funcional y a la dificultad para realizar tareas duales. Cabe destacar la ausencia de afasia, agnosia o apraxia francas sin embargo, el habla se va tornando inteligible dado el trastorno motor. También, la apatía, irritabilidad y depresión son los síntomas neuro-psiquiátricos más comunes y que mayor problema generan.

No debemos olvidar la presencia de distonía, movimientos de torsión lentos, bradicinesia, rigidez, cambios en la memoria declarativa y de procedimiento, procesamiento de emociones y cognición social. Por su parte, la desaceleración psicomotora da lugar a un fuerte impacto en la vida diaria y más concretamente en el abandono del manejo.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Mantener la capacidad funcional residual el mayor tiempo posible, evitando las complicaciones secundarias que se irán desarrollando a medida que la enfermedad progresa.

Objetivo específico:
- Proporcionar estabilidad, mejorar la marcha y equilibrio que repercuten directamente en aquellas actividades básicas como son ducha y vestido/ desvestido mejorando su independencia así como, aquellos componentes de desempeño, proce-

samiento y comunicación.

3 Caso clínico

Nuestro paciente es un varón de 60 años de edad prejubilado que, sufre trastorno extrapiramidal junto con la presencia de trastornos conductuales. Convive con su mujer y presenta su casa adaptada y ayuda a domicilio. Acude a centro de día con buena adaptación a los hábitos del propio centro aunque, muestra trastorno obsesivo compulsivo y una rutina perfectamente establecida. Su rol anterior ha sido como padre de familia y actual como persona dependiente.

4 Discusión-Conclusión

La EH es un trastorno implacablemente progresivo que actualmente es incurable. Hasta hace poco, los tratamientos incluían en gran medida terapias sintomáticas farmacológicas para el alivio de los síntomas motores y del estado de ánimo. En la actualidad, aunque la evidencia para aquellas intervenciones no farmacológicas sea limitada, desde la Terapia Ocupacional se pretende mantener la capacidad funcional residual, su movilidad y analizar la calidad de la marcha para facilitar la independencia del mismo así como, de sus traslados el mayor tiempo posible. También, es importante encontrar un equilibrio entre función, libertad, riesgo, desafío, salud y seguridad asesorando a los cuidadores sobre la enfermedad del paciente sin olvidar la estimulación cognitiva con enseñanza en habilidades, terapia recreativa, artística para el apoyo personal, intervención emocional utilizando diversos estímulos con imágenes, terapia de psico-estimulación, intervención en ABVD manteniendo la independencia y el apoyo en su comunicación.

5 Bibliografía

- Ghosh R, Tabrizi SJ. Huntington disease. Handb Clin Neurol. 2018;147:255-278.
- Nance MA. Genetics of Huntington disease. Handb Clin Neurol. 2017;144:3-14.
- Snowden JS. The Neuropsychology of Huntington's Disease. Arch Clin Neuropsychol. 2017;32(7):876-887.
- Wyant KJ, Ridder AJ, Dayalu P. Huntington's Disease-Update on Treatments. Curr Neurol Neurosci Rep. 2017;17(4):33.

Capítulo 1992

ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS O NOSOCOMIALES

MARÍA ISABEL DE PEDRO DÍAZ

1 Introducción

Se entiende por infección la invasión del organismo por microorganismos patógenos que pueden causar un estado morboso con lesión celular, secreción de toxinas o provocar una reacción antígeno-anticuerpo en el huésped.

Partiendo de ahí, se entiende la infección nosocomial como aquella infección que es adquirida por el paciente durante su estancia en un centro sanitario. Los microorganismos responsables de esta infección no se hallan presentes o en periodo de incubación en el momento de admisión del enfermo en el centro y se manifiestan como mínimo 72 horas tras el ingreso, independientemente de que el paciente ya haya obtenido el alta. Para algunos autores, el término también comprende las infecciones contraídas por el trabajador del entorno hospitalario durante su jornada laboral.

En la actualidad proliferan multitud de estudios centrados no solo la definición del concepto de infección nosocomial de forma global, sino en el análisis de las incidencias en hospitales locales o provincias. Asimismo, se analiza la capacidad de contagio de determinados patógenos y la forma de frenarlos de manera efectiva, tanto a través de tratamientos como de buenas prácticas y aislamientos que resulten efectivos.

Destaca el trabajo realizado por la Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene, que de forma anual emite un estudio epidemiológico, transversal, de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España (EPINE) con datos de más de 250 hospitales de España. Tratan también otra aproximación a la misma problemática que es la de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS).

2 Objetivos

- Definir la infección nosocomial.
- Observar factores de prevención de infecciones intrahospitalarias.
- Analizar datos estadísticos recientes de la incidencia de infecciones nosocomiales en España.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de bibliografía y una búsqueda en bases de datos científicas, concretamente en Scielo y Dialnet. Se ha acotado la búsqueda a información en castellano, con las palabras infección intrahospitalaria, infección nosocomial, EPINE y personal sanitario.

4 Resultados

Uno de los principales problemas ligado a las infecciones nosocomiales, es que como en cualquier enfermedad contagiosa analizada por la epidemiología, se distinguen una serie de elementos sobre los que se debe actuar: fuentes de infección, reservorios, mecanismos de transmisión y sujetos susceptibles de contagio.

Una vez que no se pudo prevenir un primer contagio del microorganismo, ha de intentarse a toda costa frenar los mecanismos de transmisión para evitar la propagación. Para ello resulta vital la higiene por parte del enfermo, del personal sanitario y desinfección del instrumental empleado, pero también aplicar los distintos sistemas de aislamiento del paciente infectado, como el aislamiento estricto, aislamiento respiratorio, aislamiento entérico o aislamiento de contacto. El aislamiento inverso puede prevenir la adquisición de patógenos por pacientes inmunodeprimidos.

La adecuada formación y concienciación del trabajador del ámbito sanitario respecto a las medidas de higiene y las buenas prácticas en el tratamiento de los aislados, del instrumental y de los equipos de protección individual es vital para la consecución de este objetivo.

Esta es una necesidad fundamental ya que actualmente existe una responsabilidad legal en las infecciones nosocomiales que afecta a instituciones hospitalarias y al personal sanitario, por lo que es vital en todo caso seguir los protocolos de diagnóstico, tratamiento y esterilización existentes en cada centro sanitario y, para ello, todos los trabajadores deben conocerlos.

Según EPINE, la incidencia de la enfermedad nosocomial en España es elevada. Hay una morbilidad media del 3 al 14% de los pacientes ingresados, que llegan a sufrir una infección que no tenían en el momento del ingreso. Entre estos casos la mortalidad es del 1%.

Se puede observar en sus resultados, que hay un claro grupo de riesgo en los individuos mayores de 64 años, que son quienes a su vez pasan más tiempo en los hospitales. De entre todas las áreas de hospitalización, es en neonatos y en la unidad de cuidados intensivos donde hay una mayor prevalencia ya que también es donde hay pacientes con mayor debilidad.

Observando los datos de la última década puede observarse un descenso de las incidencias, pero es muy paulatino. También se observa un cambio respecto a qué infección es la más abundante. Siguen siendo las más frecuentes las infecciones urinarias, respiratorias, quirúrgicas y bacteriemias, pero se observa un descenso importante de las infecciones urinarias (aproximadamente de un 27% en 1990 ha pasado a un 17% en 2019) mientras que en las infecciones respiratorias se aprecia un ascenso (del 15% en 1990 al 20-22% en los últimos años)

El informe EPINE deja ver una serie de microorganismos patógenos más localizados en infecciones nosocomiales. Entre ellos destacan Pseudomona aeruginosa, Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Enterococcus spp Candida albicans, Klebsiella pneumoniae o Proteus mirabilis, que son conocidos patógenos oportunistas.
Los principales problemas para el tratamiento radican en la contención de los microorganismos infecciosos, en el tratamiento de las bacterias y la proliferación de las llamadas superbacterias, con potentes mecanismos de resistencia a varios antibióticos.

En un futuro estos datos pueden verse alterados por una serie de factores de riesgo del propio paciente que propician las infecciones, como pueden ser la diabetes, las neoplasias, la obesidad y las enfermedades respiratorias crónicas. Como riesgos extrínsecos de contagio en la hospitalización, cabe señalar la intervención quirúrgica, el uso de catéteres urinarios, la inmunosupresión y los factores vinculados a errores humanos y organizativos, como una higiene inadecuada o un retraso en el diagnóstico que prolonga la exposición de pacientes a microorganismo infecciosos que deberían estar aislados.

Desde una óptica administrativa, esto supone un incremento del gasto público debido a: la extensión de las estancias hospitalarias; el aumento de la medicación administrada, que en ocasiones es de mayor coste debido a que ha de tratar bacterias resistentes a antibióticos estándar; el aumento de material empleado para cuidados y aislamientos; y el gasto humano relacionado con los cuidados y limpiezas del espacio aislado.

Por otro lado, hay que señalar la existencia de unos costes intangibles para el propio enfermo. Son de carácter psicosocial y pueden llegar a repercutir en el personal sanitario elevando el estrés en el ambiente laboral y pudiendo desembocar en incidencias serias.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales llevan existiendo desde que existen los hospitales ya que es una consecuencia de agrupar enfermos para su cuidado. Son un gran problema para la salud pública ya que producen una elevada tasa de morbilidad y mortalidad. Esto repercute en elevados costes humanos, pero también sociales y económicos.
Gracias a los estudios recientes se conocen mejor las infecciones nosocomiales, atendiendo a sus prevalencias por tipos de infección, grupos de riesgo a los que afecta, áreas hospitalarias en las que se dan con mayor abundancia, mejores tratamientos contra los microorganismos, mejores medidas de prevención y contención. No obstante, apenas disminuye el número de incidencias por lo que deben abordarse nuevas formas de enfrentar el problema partiendo de la prevención y la formación exhaustiva del personal que trabaja en los hospitales, sanitario y no sanitario, que no siempre es conocedor de las vicisitudes de su puesto en concreto.

Es recomendable para un mejor control de este fenómeno que proliferen los es-

tudios de prevalencias de cada centro sanitario, sobrepasando el propio análisis de datos y tratando de identificar posibles factores favorecedores y posibles intervenciones para limitarlos.

Asimismo, deben continuar estudiándose las principales bacterias causantes de infecciones y sus resistencias a los antimicrobianos, favoreciendo la labor de laboratorios de investigación y farmacéuticos que puedan elaborar tratamientos más efectivos.

6 Bibliografía

- López-Cerezo, L. (2014) "Papel del ambiente hospitalario y los equipamientos en la transmisión de las infecciones nosocomiales". Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Vol. 32, Nº. 7, 2014
- Olaechea, P. M. et alt. (2010) "Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales". Medicina intensiva, Vol. 34, Nº. 4, 2010
- Piedrola Angulo, G. (2009). "Reflexiones tras cuarenta años de infecciones nosocomiales". Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, Nº 3, 2009, págs. 477-488
- Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). "Informe España. Prevalencia de infecciones (relacionadas con la asistencia sanitaria y comunitarias) y uso de antimicrobianos en hospitales de agudos." Estudio EPINE-EPPS nº 30: 2019
- Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). Estudio de prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. EPINE. 1990-2006: 17 años. Madrid, 2007

Capítulo 1993

DIETAS Y NUTRICIÓN DE LOS PACIENTES LLEVADAS A CABO POR LOS COCINEROS DE LA COCINA HOSPITALARIA

IVÁN BERDIALES MENÉNDEZ

1 Introducción

Una de las premisas para gozar de buena salud es llevar una dieta saludable, así como la práctica habitual de deporte. Los especialistas en nutrición tienen la certeza de que ciertas dietas pueden frenar el avance de enfermedades o retrasar el envejecimiento. La importancia de corregir hábitos alimenticios se ha convertido en un tema importante en la sociedad.

Igual que se instauran hábitos de higiene y educación en un niño, se deben inculcar hábitos alimenticios para poder evitar ciertos trastornos como la obesidad o la anorexia. Los hospitales no se caracterizan por tener un menú gourmet, pero sí es una dieta equilibrada y adecuada a cada persona (Muñoz, 2012).

Las necesidades de cada persona con respecto a la alimentación son distintas y quien padezca una cardiopatía no puede llevar la misma dieta que quien está sano, igual pasa con el diabético o con quien padece hipertensión. Por ello en el hospital la dieta que lleva cada paciente es distinta y debe de llevarse estrictamente desde cocina.

2 Objetivos

- Dar a conocer las dietas que se llevan a cabo en la cocina de un hospital y la importancia de un buen cocinado tanto a nivel saludable como gustativo.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con las dietas del hospital.

La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:
• Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
• Revisión de manuales de actuación de hospitales.
• Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.

Los términos utilizados para la búsqueda han sido “dieta”, “saludable”, “cocina”, “nutrición”, “cocina hospitalaria”.

4 Resultados

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con las dietas del hospital.

La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:
• Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
• Revisión de manuales de actuación de hospitales.
• Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.
Los términos utilizados para la búsqueda han sido “dieta”, “saludable”, “cocina”, “nutrición”, “cocina hospitalaria”.

5 Discusión-Conclusión

No todos los pacientes deben de comer lo mismo porque estén ingresados en un hospital, sin embargo, sí deben de llevar una dieta variada y compuesta de todos los nutrientes. Es labor del personal de cocina conocer todas estas dietas anteriormente mencionadas y elaborarlas con el mayor esmero ya que a pesar de tratarse de dietas con alguna modificación deben de ser atrayentes al enfermo.

Hay quien no quiere comer en el hospital porque la comida es "muy mala", esto no es más que culpa de la calidad del producto y del servicio de cocina. No por llevar una dieta líquida, el líquido debe ser siempre el mismo, o por tener que comer sin sal la comida no tiene que saber a nada. Aquí entre en juego la competencia de los profesionales de cocina y de sus habilidades.

Tenemos claro que para tener una buena salud el cimiento es una buena alimentación, si esto además, lo convertimos en un placer, comer puede ser una actividad que muchos enfermos inapetentes realicen con más ganas.

6 Bibliografía

- Moreno, C., García, M. J., & Martinez, C. (2006). Análisis de situación y adecuación de dietas para disfagia en un hospital provincial. Nutrición Hospitalaria, 21(1), 26-31.
- Zapatel, M. C. (2013). Alimentación hospitalaria: Dietas hospitalarias (Vol. 2). Ediciones Díaz de Santos.
- Calleja Fernández, A., Vidal Casariego, A., Cano Rodríguez, I., & Ballesteros Pomar, M. D. (2016). Adecuación del código de dietas a las necesidades nutricionales del paciente hospitalizado. Nutrición Hospitalaria, 33(1), 80-85.
- Plaza, S. P. R. (2010). Restauración en servicios hospitalarios. Editorial Vértice.
- Muñoz, M., & Zazpe, I. (2013). Diseño y planificación de dietas. La planificación dietética hospitalaria. Alimentación hospitalaria, 1, 103-17.
- Arroyo Izaga, M., Rocandio Pablo, A. M., Ansotegui Alday, L., Pascual Apalauza, E., Salces Beti, I., & Rebato Ochoa, E. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. Nutrición hospitalaria, 21(6), 673-679.
- Murillo, A. Z. (2012). Planificación de la dieta hospitalaria: Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo. Ediciones Díaz de Santos.
- Caracuel García, Á. (2007). Alimentación hospitalaria: del blanco y negro al color.

- Herrera Úbeda, M. Á. (2016). Grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados con las dietas basales y terapéuticas en centros sanitarios públicos (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).

Capítulo 1994

CÓMO UN COCINERO REALIZA LA CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS EN UN HOSPITAL

IVÁN BERDIALES MENÉNDEZ

1 Introducción

La conservación de alimentos debe realizarse de forma higiénica para evitar problemas de salud, más en un hospital donde la gente que va a consumir la comida ya está enferma. Con el calor se acentúan los problemas de conservación de los alimentos ya que las bacterias y los microbios resisten mejor con el calor. Debe evitarse la contaminación de los alimentos, esto se consigue con el orden y la limpieza, las normas y protocolos de actuación con los alimentos son el principio de una buena manipulación.

La manipulación de los alimentos y su conservación son los que evitan que se transmitan enfermedades por su ingesta. Las manos y la saliva que se expulsa al toser o estornudar por parte del personal de cocina son las mayores vías de contaminación. El agua contaminada es otro de los motivos por los que se contamina el alimento.

Todos los posibles focos de contaminación son los que se evitarán en la cocina hospitalaria para que los pacientes, que son más susceptibles que una persona sana, no sean contaminados.

2 Objetivos

Tendremos como objetivo determinar los métodos a seguir para la buena conservación de los alimentos en una cocina hospitalaria y evitar así cualquier contaminación, también se dará cuenta de las actuaciones de los cocineros para evitar estas contaminaciones.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con la contaminación de los alimentos.

La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:
• Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
• Revisión de manuales de actuación de hospitales.
• Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.

Los términos utilizados para la búsqueda han sido "higiene", "contaminación alimentaria", "cocinero", "cocina hospitalaria", "conservación de alimentos".

4 Resultados

Los problemas de salud a raíz de la nutrición nos rodean hoy en día más que nunca, la comida rápida y procesada es un gran problema para la sociedad de hoy en día. Con todos los avances que existen, la comida se sigue contaminando y estropeando, especialmente con el calor. Uno de los principios básicos para evitar esto son la limpieza y el orden, la falta de higiene es una de las principales causas de la contaminación.

Las normas de higiene a seguir en la cocina son: tener la despensa en un lugar fresco y ventilado, alejando los alimentos de la luz y de cualquier otra fuente de calor, siendo indispensable que no estén en contacto con el suelo. El frigorífico y el congelador deben estar limpios, limpiando con agua y jabón antes de meter los productos nuevos, siendo beneficioso una limpieza más profunda al menos una

vez al mes. Los utensilios de cocina tienen que limpiarse con agua, jabón y cepillo después de cada uso, las tablas de madera no son recomendables ya que no son fáciles de lavar, tener una tabla para cada tipo de alimento es fundamental, al menos una para alimentos como vegetales, frutas o que estén listos para comer y otra para alimentos crudos. Todos los utensilios de corte deben estar previamente lavados y nunca se ha de colocar el alimento que ya está cocinado y listo para el consumo donde se haya puesto previamente alimentos crudos. La basura siempre tiene que estar tapada y a ser posible con un cubo de pedal para no tener que tocar la tapa cada vez que se va a tirar algo. Las bayetas y trapo deben limpiarse después de cada uso y utilizar una para cada zona. La zona de cocina debe de estar siempre limpia, se realizará su limpieza con una solución de cloro o con algún bactericida apto para la limpieza de superficies donde se vaya a cocinar. El fregadero es un foco de suciedad y por eso debe de desinfectarse correctamente, sobre todo si se ha limpiado algún animal.

Los factores que pueden alterar la seguridad del producto pueden ser de naturaleza biológica producida por bacterias, física producida por sustancias extrañas o química producida por sustancias químicas.

La contaminación de los alimentos se produce por la aparición de microorganismos que se pueden desarrollar en ellos, para que se produzca la contaminación debe llegar el microorganismo al alimento y multiplicarse por una mala conservación. La contaminación se puede realizar a parte de por todos los materiales que se han explicado anteriormente, por las manos y uñas, toser o estornudar o por la presencia de insectos en ellos.

5 Discusión-Conclusión

Tomamos como conclusión que los alimentos deben tener una correcta manipulación en correctas medidas higiénicas y sobre todo se debe tener cuidado con la temperatura a la hora de almacenarlo. Una temperatura inadecuada favorece la aparición y desarrollo de microorganismos, esto hace que el desarrollo de enfermedades como la listeria o el botulismo se desarrollen en las personas. Es importante tener esto en cuenta ya que estamos hablando de una cocina en el ámbito hospitalario y los cocineros deben ser conscientes de que muchos pacientes no pueden soportar una enfermedad alimentaria.

Las medidas de conservación se deben tomar en serio por parte de todo el equipo que trabaja en la cocina, desde que llega el alimento hasta que se prepara y se

pone en el plato.

6 Bibliografía

- Cameán, A. M., & Repetto, M. (2006). Toxicología alimentaria (No. RA1258 T69). Ediciones Díaz de Santos.
- Segovia, G., Santos, N., Palomino, J., Gutiérrez, E., Casavilca, R., García, V., ... & Galvan, K. (2011). Impacto del sistema de análisis de peligros y puntos críticos de control en la disminución de la contaminación alimentaria y gastroenteritis en un hospital de Ayacucho, Perú. Revista Médica Panacea, 1(3).
- Moll, M., & Moll, N. (2006). Compendio de riesgos alimentarios. Acribia.
- Plaza, S. P. R. (2010). Restauración en servicios hospitalarios. Editorial Vértice.
- Valdivia Garvaro, M. (1993). Control de puntos críticos en cocina hospitalaria.
- Callejas, M. J. G. (2013). Gestión de la seguridad alimentaria en cocinas hospitalarias. AENOR-Asociación Española de Normalización y Certificación.
- Caracuel García, Á. (2007). Alimentación hospitalaria: del blanco y negro al color.

Capítulo 1995

SEÑALIZACIÓN DE ZONAS SEGÚN EL RIESGO DE RADIACIÓN

MARIA LUISA SUAREZ GONZALEZ

AIRAM PADILLA MÉNDEZ

1 Introducción

La protección radiológica es un tema muy importante en el medio sanitario, puesto que dentro del proceso asistencial de un paciente son muchas las ocasiones en las que se utilizan radiaciones ionizantes (Rayos X, TAC, Medicina Nuclear, Radioterapia…).

Una gran parte del personal sanitario, trabajará o tendrá algún tipo de relación durante su jornada laboral con estos servicios que utilizan radiaciones ionizantes, ya sean, médicos, TSID, Enfermeras, celadores… por lo que deben poseer los conocimientos básicos de señalización de estas zonas para no poner en riesgo su seguridad ni la de los pacientes que están a su cargo.

2 Objetivos

- Explicar en qué consisten las radiaciones ionizantes, la manera de protegerse de las mismas.
- Enseñar las diferentes señalizaciones de las zonas en las que se utilizan este tipo de radiaciones.

3 Metodología

Búsqueda en webs especializadas en protección radiológica, comparación de las distintas publicaciones sobre el tema y puesta en común de los puntos importantes.
Consulta de la legislación vigente en materia de protección radiológica.

4 Resultados

Las radiaciones ionizantes están formadas por partículas o por ondas electromagnéticas de muy alta frecuencia con la suficiente energía como para producir la ionización de un átomo y romper los enlaces atómicos que mantienen las moléculas unidas en las células. Estas alteraciones pueden ser más o menos graves según la dosis de radiación recibida.

Existen varios tipos de radiaciones ionizantes:
- Las radiaciones alfa son núcleos de helio 4 que se emiten en determinadas desintegraciones nucleares y que están formados por dos neutrones y dos protones. Tienen mucha masa pero son poco penetrantes: una hoja de papel o la misma piel humana son suficientes para protegernos de sus efectos.
- Las radiaciones beta son flujos de electrones (beta negativas) o positrones (beta positivas) liberados en determinadas desintegraciones nucleares. Tienen menos masa que las alfa, aunque son algo más penetrantes: pueden traspasar una hoja de papel y entre uno y dos centímetros de tejido vivo, pero no pueden penetrar una lámina de aluminio.
- Los rayos X y gamma son radiaciones electromagnéticas sin carga ni masa. Las radiaciones gamma proceden de la desintegración de los núcleos inestables de algunos elementos radiactivos y los rayos X proceden de las capas externas del átomo, donde se encuentran los electrones. Este tipo de radiaciones son bastante penetrantes, atraviesan la hoja de papel y la lámina de aluminio y para frenarlas se precisa una lámina de plomo de grosor suficiente.
- Los neutrones liberados son un tipo de radiación muy penetrante. Al no tener carga eléctrica, los neutrones penetran fácilmente la estructura de determinados átomos y provocan su división. Se pueden absorber con determinados elementos químicos como el cadmio o el boro.

Los efectos que produce la radiación en las células pueden ser de 2 tipos:
- Deterministas. La gravedad y el tipo de daño va en relación con la dosis a la que ha estado expuesta esa célula. Estos efectos se producen a niveles de radiación

muy altos.
- Estocásticos: se producen tras exposiciones a dosis bajas de radiación y, lo que es muy importante, son de naturaleza probabilística. Esto implica que al aumentar la dosis de radiación recibida no aumenta la gravedad del efecto, sino la probabilidad de que dicho efecto ocurra.

Los lugares de trabajo se clasificarán, en función del riesgo de exposición a las radiaciones ionizantes en distintas zonas. La clasificación de los lugares de trabajo deberá estar siempre actualizada, delimitada y debidamente señalizada de acuerdo con el riesgo existente. El acceso estará limitado a personas autorizadas al efecto.

Las zonas serán las siguientes:
- Zona vigilada (trébol gris azulado sobre fondo blanco): es aquella en la que, no siendo controlada, existe la posibilidad de recibir dosis efectivas superiores a 1 mSv por año oficial o una dosis equivalente superiora 1/10 de los límites de dosis equivalentes para el cristalino, la piel y las extremidades, según se establece en los límites de dosis fijados en el RPSRI.
- Zona controlada (trébol verde sobre fondo blanco): es aquella en la que existe la posibilidad de recibir una dosis efectiva superior a 6 mSv/año oficial o una dosis equivalente superior a 3/10 de alguno de los límites para el cristalino, la piel y las extremidades fijados en el RPSRI para los trabajadores, o aquella en la que es necesario seguir procedimientos de trabajo con objeto de restringir la exposición, evitar la dispersión de contaminación o prevenir o limitar la probabilidad y magnitud de accidentes radiológicos o sus consecuencias.

Las zonas controladas se dividen en:
-Zona controlada de permanencia limitada (trébol amarillo sobre fondo blanco): es aquella en la que existe el riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis fijados para los trabajadores.
- Zona controlada de permanencia reglamentada (trébol naranja sobre fondo blanco): es aquella en las que existe el riesgo de recibir en cortos periodos de tiempo, dosis superiores a los límites de dosis fijados para los trabajadores y que requiere prescripciones especiales desde el punto de vista de la optimización.
- Zona controlada de acceso prohibido (trébol rojo sobre fondo blanco): es aquella en la que existe el riesgo de recibir, en una exposición única, dosis superiores a los límites de dosis fijados para los trabajadores.

Si existe solamente riesgo de irradiación externa se utilizará el trébol anterior

bordeado de puntas radiales. Si existe riesgo de contaminación y el riesgo de irradiación externa fuera despreciable, se utilizará el trébol citado en campo punteado. Cuando exista conjuntamente riesgo de contaminación y de irradiación se empleará el trébol bordeado de puntas radiales en campo punteado.

5 Discusión-Conclusión

Las zonas señalizadas por riesgo de radiación ionizante son:
- Zona vigilada.
- Zona controlada. Dentro de estas zonas controladas pueden existir (zona controlada de permanencia limitada, zona controlada de permanencia reglamentada y zona controlada de acceso prohibido).

6 Bibliografía

- https://tecnicoderadioterapia.blogspot.com
- http://rinconeducativo.org/
- http://csn.ciemat.es

Capítulo 1996

ESTRÉS Y FACTORES PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

VANESA MONTILA CASTAÑÓN

ELENA PELÁEZ ARDURA

JESÚS ORMAZÁBAL ARIAS

ARIANA GONZALEZ ALONSO

NOELIA GONZALEZ CASTELLANOS

1 Introducción

El estrés en el trabajo es el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer nada frente a la situación.

El estrés laboral es una consecuencia de la exposición a factores de riesgo de naturaleza psicosocial relacionados con la organización del trabajo. Otros problemas psicosociales son el síndrome del Burnout, el mobbing y la insatisfacción laboral.

El conocimiento científico y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales reconocen que los factores psicosociales relacionados con la organización del trabajo pueden afectar a la salud de las personas, por lo que deben ser objeto de evaluación y control con el fin de prevenir sus posibles efectos negativos para la salud.

También se reconoce el derecho de las personas trabajadoras a la participación en la prevención de riesgos, incluyendo los relacionados con la organización del trabajo.

2 Objetivos

- Reconocer que deben producirse cambios en el diseño de los puestos de trabajo y en la organización de los mismos.

3 Metodología

Hay que poner en marcha mecanismos que permitan hacerse una idea de cuáles son los problemas existentes a través de cuestionarios, discusiones en las pausas, asambleas, etc. También puede proponerse a la empresa la organización de actividades (charlas, etc.) que permitan que los problemas afloren. Un estudio más minucioso puede hacerse por medio de los Servicios de Salud en el trabajo para detectar síntomas o enfermedades psicosomáticas, así como mediante la colaboración de los Gabinetes de Salud Laboral del sindicato. En general, hay que tener en cuenta que si bien la queja o la enfermedad de un solo trabajador puede ser únicamente un problema individual ,las coincidencias en un colectivo de trabajadores están indicando una situación de riesgo.

Hay que analizar las características de la tarea y del medio ambiente de trabajo con el fin de registrar aquellos aspectos que puedan constituir factores de riesgo psicosocial.

Habrá que conseguir que la evaluación de riesgos incluya los riesgos psicosociales y que, entre éstos, se consideren las exigencias del trabajo, el control, el apoyo social y las recompensas.

4 Resultados

Según los problemas detectados, las soluciones podrán ser unas u otras y afectar a la organización, planificación o realización del trabajo. Hay que discutir las soluciones con los propios implicados, y aún así, es difícil encontrar alternativas que satisfagan a todos. Las soluciones deben ser siempre flexibles. En determinados problemas, el asesoramiento técnico es fundamental para buscar soluciones viables.

La normativa legal no nos ayuda mucho en este terreno, por lo que las propuestas de soluciones deben ser objeto de negociación con la empresa para intentar acuerdos y plazos de aplicación de las distintas alternativas. Pero, además, hay que vigilar que las soluciones propuestas sean adecuadas, de tal forma que puedan modificarse si no son eficaces o se demuestra que son insatisfactorias para resolver los problemas detectados.

5 Discusión-Conclusión

Se puede optar por la firma de un protocolo de actuación para la prevención y solución de conflictos en materia de acoso y otros riesgos psicosociales, donde se incluye:
1. Definir las conductas que deben ser evitadas.
2. Establecer un procedimiento concreto de actuación, de forma conservada, para actuar de forma eficaz y rápida con el fin de solucionar las quejas y conflictos que se planteen, minimizando los daños hacia las personas.
3. Elevación de una comisión de investigación para que investigue y medie en la solución del conflicto.

6 Bibliografía

- Google Académico.
- Biblioteca Virtual.
- gcSalud de Astursalud.

Capítulo 1997

LA HIGIENE DE MANOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL PERSONAL NO SANITARIO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.

MARÍA GORETTI ESPINOSA LLANEZA

ALEJANDRO REGUERA POUSIBET

1 Introducción

La historia ha puesto de manifiesto que la falta de higiene incide de manera directa en la salud de los demás con la aparición de enfermedades. La peste bubónica, también conocida como peste negra o muerte negra la cual se propagó por Asia, Europa, y África en el siglo XIV y que mató a unos 50 millones de personas, es decir entre el 25 % y el 60 % de la población europea, es un claro ejemplo de las consecuencias fatales para la humanidad de la ausencia de higiene.
A partir de la Revolución industrial la higiene y los cuidados comenzaron a ser una preocupación para el Estado. Pero el primero que valorizó la higiene para evitar infecciones fue el médico Ignaz Semmelweis, quien creó el procedimiento antiséptico en 1847. Posteriormente, gracias a los experimentos de Luis Pasteur que probaron la teoría germinal de las enfermedades infecciosas (teoría científica que propone que los microorganismos son la causa de una amplia gama de enfermedades), las prácticas higiénicas cobraron suma importancia en las intervenciones médicas y la vida cotidiana de la población como sinónimo de salud.
La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre

la salud, siendo la higiene personal el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano. En definitiva, la higiene pone en valor la salud, la falta de ella incide directamente en la aparición de infecciones y de enfermedades. Son múltiples los aspectos y medidas para la prevención de las infecciones, la higiene de manos es, sin duda, la medida de mayor relevancia. Es sencilla, muy eficaz y al alcance de todos, barata y de un alto impacto, muy importante en la calidad asistencial de todos los profesionales implicados en la atención del paciente.

Aunque a simple vista no podamos verlo, las manos son el principal vehículo de los microorganismos, que pueden vivir allí días, semanas y meses. Para evitar que esos microorganismos ingresen a nuestro cuerpo y nos causen desde malestares hasta enfermedades gastrointestinales, respiratorias e infecto-contagiosas, la higiene de las manos es fundamental.

En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS), emite el informe "Directrices de la OMS sobre la Higiene de manos en la Atención Sanitaria (borrador avanzado)" en el contexto del Reto Mundial por la Seguridad del Paciente 2005-2006: "Una Atención limpia es una atención más segura". Tras un período de pilotaje de las recomendaciones en distintos contextos sanitarios a nivel internacional, el día 5 de Mayo de 2009 se presenta el documento definitivo, coincidiendo con el primer "Día Mundial de la Higiene de manos".

Las infecciones asociadas con la atención sanitaria (IAAS) afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Son consecuencia involuntaria no deseada de dicha atención, y a su vez ocasionan una alta morbimortalidad para los pacientes y sus familias, y una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario. Es uno de los sucesos adversos más frecuentes, tanto en la atención hospitalaria como en la atención primaria..

Los microorganismos que adquieren en sus manos los profesionales sanitarios, así, como los profesionales no sanitarios de gestión y servicios, durante el contacto directo con los pacientes o usuarios con los objetos que rodean a estos, son conocidos como la flora transitoria de la piel de las manos. Estos microorganismos son transmitidas de paciente a paciente mediante las manos, lo que es conocido como infección cruzada. Existen estudios de alta calidad científica que describen que la frecuencia de IAAS puede ser reducida hasta en un 50% cuando los profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito sanitario se lavan las manos regularmente. La realidad es que se lavan las manos menos de la mitad que lo que deberían. Entre las causas de este pobre cumplimiento están: el desconocimiento de este problema, el exceso trabajo, la escasa disponibilidad de puntos de lavado, la no apariencia (o no conciencia) de manos sucias, irritaciones

de la piel producidas por los productos de lavado, etc.
En este punto podremos afirmar la importancia de la formación en ésta materia. El conocimiento sobre técnicas higiénicas se sitúa como eje vertebral del sistema de salud.
El periodo académico del personal sanitario (todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud» -Informe sobre la salud en el mundo 2006), la higiene forma parte intrínseca en la obtención del conocimiento y técnicas sobre la salud, aunque es verdad que se lavan las manos menos de la mitad que lo que deberían. En cambio, el personal no sanitario de gestión y servicios (celadores, auxiliares administrativos, cocineros…), realizan sus funciones dentro del entorno sanitario, atendiendo a pacientes o usuarios, no promueven la salud, sino que realizan funciones que mejoran y complementan al servicio de salud. No tienen formación sanitaria, sino una formación específica que los capacita para el desarrollo de sus funciones profesionales. A este tipo de profesional, la formación en técnicas de higiene adquiere una mayor relevancia para no ser eje conductor de las IAAS entre pacientes o usuarios, siendo la higiene de manos la medida de mayor relevancia para la prevención de las infecciones cruzadas.

Flora bacteriana presente en la piel de las manos (tipos)
La piel humana está colonizada por bacterias con diferentes recuentos según el lugar de la anatomía. En las manos de una persona, podemos encontrar dos tipos de flora:
• Transitoria: Constituida por microorganismos que contaminan la piel accidentalmente, no encontrándose en ella de forma habitual. Se localiza en capas superficiales de la piel. Se adquiere por contacto y suele ser responsable de la IAAS.
• Residente: La forman los microorganismos que se encuentran habitualmente en la piel de la mayoría de las personas y se localiza en capas profundas de la piel.

Lavado higiénico de manos: método.
El lavado higiénico de manos se define como la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de aclarado con abundante agua. Tiene como objetivo eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos, mediante el uso de jabón líquido de pH neutro o ligeramente ácido.
Un buen y efectivo lavado de manos a de respetar una serie de indicaciones que permitan garantizar el objetivo para el que se realiza. Dichas indicaciones no ocupan un orden fijo, sino que se cumplirán en base al tipo de actividad que los trabajadores van a realizar antes, durante y después de la tarea encomendada y

por seguridad. Dichas indicaciones se resumen en:
• Antes de iniciar la jornada laboral y al finalizarla.
• Siempre que las manos estén sucias o contaminadas con materia orgánica, sangre u otros fluidos corporales.
• Después del contacto con fluidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta y apósitos de herida.
• Antes y después de comer.
• Después de ir al aseo.
• Después de estornudar, sonarse…
• Antes del contacto directo con los pacientes.
• Después del contacto directo con piel intacta del paciente p.e.: Cuando se toma el pulso, la presión arterial o se moviliza un paciente.
• Antes de ponerse y después de quitarse los guantes.
• Después del contacto con objetos que están situados cerca del paciente, incluyendo los equipos médicos y material sanitario.
• Cuando al realizar cuidado a un paciente se pasa de una zona contaminada a una limpia.
• En los casos que se sospecha o está confirmada la exposición al Bacillus anthracis y Clostridium difficile, está recomendada la acción mecánica del lavado y aclarado dado que los alcoholes, clorhexidina, yodóforos y otros antisépticos, tienen escasa actividad frente a esporas.

En la realización de un buen lavado de manos se pueden utilizar diferentes productos higiénicos:

1. Jabón líquido normal o "no antimicrobiano": elimina físicamente la suciedad y microorganismos de la flora transitoria. Su acción principal es mecánica o de arrastre. Carece de actividad bactericida, por lo que no elimina la flora residente.
2. Jabón antimicrobiano o antiséptico: jabón que contiene sustancias activas, "in vitro" e "in vivo", contra la flora habitual o residente de la piel. Elimina por lo tanto la flora transitoria y disminuye la flora habitual.
3. Soluciones alcohólicas (etanol ó isopropanol al 60%-95%): eliminan la flora residual y transitoria. La actividad antimicrobiana de los alcoholes se atribuye a su capacidad para desnaturalizar proteínas. Estos productos resultan ser más efectivos para el lavado de manos higiénico o para la antisepsia de las manos de los trabajadores sanitarios y no sanitarios que el jabón normal o los jabones antimicrobianos. Su efectividad puede verse reducida por factores como tiempo de contacto insuficiente, la aplicación de volúmenes pequeños (0.2-0.5 ml) o la presencia de suciedad visible en las manos. Para minimizar la sequedad de la piel y los

problemas de dermatitis generalmente se utilizan concentraciones no superiores al 70% y con sustancias emolientes.

Procedimiento para el lavado higiénico de manos.
Para un correcto lavado de manos del personal sanitario y del personal de gestión y servicios, es recomendable la retirada de anillos, pulseras y todos los elementos que pudiera llevar una persona, los cuales pueden servir de reservorio a microorganismos. Posteriormente se seguirán sistemáticamente los siguientes puntos.
• Mojar las manos con agua.
• Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos y frotar las palmas entre sí.
• Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
• Frotar las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.
• Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
• Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.
• Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
• Duración: 15-30 segundos de tiempo de frotación con el jabón.
• Aclarar las manos con abundante agua hasta retirar el jabón completamente.
• Secar las manos completamente con toalla de papel de un solo uso.
• Cerrar el grifo con el mismo papel antes de desecharlo, si no se dispone de sistema accionado por el pie o el codo.

Ante la imposibilidad de poder realizar el lavado de manos de la manera indicada anteriormente por falta de los medios necesarios en ese momento, el uso de soluciones alcohólicas por frotación para la higiene de manos, constituye en la actualidad una alternativa al lavado de manos tradicional de probada efectividad. Su eficacia antimicrobiana, tolerancia dérmica, rapidez y comodidad hacen que se considere su uso de primera elección, siempre y cuando no se aprecie suciedad visible en las manos.

2 Objetivos

Objetivo principal.
- Evitar infecciones asociadas con la atención sanitaria.

Objetivos secundarios.
- Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos.
- Mejorar las prácticas de higiene de las manos en todos los servicios en el entorno sanitario.
- Mejorar a través de la formación el conocimiento sobre la importancia del lavado de manos.
- Conocer los tipos de flora.
- Identificar los principales impedimentos que se relacionan con un bajo cumplimiento de la higiene de manos por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Conocer los mensajes clave relacionados con la higiene de manos, procedimiento fundamental para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
- Conocer las indicaciones de lavado de manos y su procedimiento.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS), emite el informe "Directrices de la OMS sobre la Higiene de manos en la Atención Sanitaria (borrador avanzado)" en el contexto del Reto Mundial por la Seguridad del Paciente 2005-2006.
- Informe sobre la salud en el mundo 2006.
- Guía para la Higiene de Manos en el Medio Sanitario-Gob Canarias y Gob Vasco.
- Widmer AF, Conzelmann M, Tomic M, Frei R, Stranden AM. Introducing alcohol based hand rub for hand hygiene: the critical need for training. Infect Control Hosp Epidemiol. 2007 Jan; 28(1).
- Luis Pasteur - teoría germinal de las enfermedades infecciosas.
- Pittet D. Hand Hygiene: improved Standards and practice of hospital care. Curr Opin Infect Dis 16:327–335. 2003

- Moret L., Tequi B, Lombrail P. Should self-assessment methods be used to measure compliance with handwashing recommendations? A study carried out in a French university hospital. Am J. Infect Control 2004.



ciencia
sanitaria

cienciasanitaria.es